



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



hbsc  
КАЗАХСТАН/KAZAKHSTAN

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ

ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN 2018



# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ

ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА

Абдрахманова Ш.З.

Ахметов В.И.

Адаева А.А.

Слажнева Т.И.

г. Нур-Султан, 2019 г.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



**hbsc**  
КАЗАХСТАН/KAZAKHSTAN

УДК 614  
ББК 51.1  
Ф 18

**Рецензенты:**

1. Тюлюбаева Ж. – директор департамента профилактики неинфекционных заболеваний Национального центра общественного здравоохранения
2. Каусова Г.К. – д.м.н., профессор кафедры Общественного здоровья и социального развития Казахстанского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения»

Ш.З. Абдрахманова «Факторы, формирующие здоровье и благополучие детей и подростков Казахстана». Национальный отчет/ Ш.З.Абдрахманова, В.И.Ахметов, А.А.Адаева, Т.И.Слажнева // Нур-Султан: Национальный центр общественного здравоохранения, 2019.- 150 стр.

**ISBN 978-601-305-365-3**

В Национальном отчете представлены результаты исследования школьников 11, 13 и 15 лет по изучению поведения школьников в отношении своего здоровья и благополучия в рамках реализации научно-технической программы Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Разработка научных основ формирования профилактической среды в целях сохранения общественного здоровья» на 2017-2019гг. Исследование основано на методологии мультинационального исследования Health behavior in school-aged children (HBSC), проводимого в сотрудничестве с ВОЗ. Отчет содержит информацию по социальным показателям, показателям здоровья, поведению, способствующему здоровью, рискованному поведению, которые имеют отношение к здоровью и благополучию детей и подростков.

The National report "Factors influencing health and well-being of children and adolescents in Kazakhstan" presents the results of survey of schoolchildren aged 11, 13 and 15 years. In the 2017-2018 academic year the National Center of Public Health, the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan conducted the first national survey on health behavior and well-being of schoolchildren in all regions of the country within scientific program "Development of the scientific basis for preventive environment development to protect public health". The study is based on HBSC methodology, a WHO collaborative cross-national survey. The data provides information on social context, health outcomes, health behavior, risky behavior that are related to the health and well-being of children and adolescents.

УДК 614  
ББК51.1

Утверждено и разрешено к изданию типографским способом РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» (протокол № 4 от 7.08.2019г.)

**ISBN 978-601-305-365-3**

© Абдрахманова Ш.З., 2019  
© Ахметов В.И., 2019  
© Слажнёва Т.И., 2019  
© Адаева А.А., 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	4
ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ	6
ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	8
ПРЕДИСЛОВИЕ	9
ВСТУПЛЕНИЕ	11
НЕГІЗГІ НЭТИЖЕЛЕР	12
EXECUTIVE SUMMARY	18
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	23
АББРЕВИАТУРЫ	27
<b>1. ВВЕДЕНИЕ И МЕТОДОЛОГИЯ</b>	<b>28</b>
ВВЕДЕНИЕ	29
МЕТОДОЛОГИЯ	31
РЕЗУЛЬТАТЫ	34
<b>2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ</b>	<b>38</b>
СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И ОБЩЕНИЕ	39
СЕМЕЙНОЕ ОБЩЕНИЕ	39
СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО/СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ	44
ОТНОШЕНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ	47
ОБЩЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ КОММУНИКАЦИЙ	48
ШКОЛА	52
ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ	52
ОЩУЩЕНИЕ ШКОЛЬНОЙ НАГРУЗКИ	53
ПОДДЕРЖКА УЧИТЕЛЕЙ И ОДНОКЛАССНИКОВ	53
<b>3. ПОКАЗАТЕЛИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>59</b>
ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ	60
ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ	61
ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ	62
ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ	63
ШКАЛА ДЕПРЕССИИ	64
ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	65
ВЕС ТЕЛА	66
ВЕС ТЕЛА: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ	67
<b>4. ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ</b>	<b>71</b>
ПИТАНИЕ	72
ПИТАНИЕ: ЗАВТРАК	72
ПИТАНИЕ: ЧАСТОТА ПРИЕМА ФРУКТОВ, ОВОЩЕЙ, БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ, СОДЕРЖАЩИХ САХАР И СЛАДОСТЕЙ	73
ПИТАНИЕ: СОВМЕСТНЫЙ ПРИЕМ ПИЩИ С СЕМЬЕЙ	76
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА	77
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И МАЛОПОДВИЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	78
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ	78

МАЛОПОДВИЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ПЕРЕД ЭКРАНАМИ УСТРОЙСТВ	80
<b>5. ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>85</b>
УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА	86
УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ	88
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	90
УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ	93
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	94
УЧАСТИЕ В ДРАКАХ	95
БУЛЛИНГ	96
КИБЕРБУЛЛИНГ	99
<b>6. ОБСУЖДЕНИЕ</b>	<b>104</b>
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	105
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	108
ДОСТАТОК СЕМЬИ	111
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАЗАХСТАНА С ДРУГИМИ СТРАНАМИ HBSC	113
<b>7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>119</b>
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	120
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	<b>127</b>
ПРИЛОЖЕНИЕ	128

# ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ

<b>1. ВВЕДЕНИЕ И МЕТОДОЛОГИЯ</b>	<b>28</b>
Таблица 1.1 ЧИСЛЕННОСТЬ ДЕТЕЙ НА 2016 ГОД	32
Таблица 1.2 КОЛИЧЕСТВО ШКОЛ, УЧАСТВОВАВШИХ В ИССЛЕДОВАНИИ ОБЛАСТЬ \ ГОРОД	34
<b>2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ</b>	<b>38</b>
Рисунок 1 ЛЕГКОСТЬ ОБЩЕНИЯ С МАТЕРЬЮ	40
Рисунок 2 ЛЕГКОСТЬ ОБЩЕНИЯ С МАЧЕХОЙ	40
Рисунок 3 ЛЕГКОСТЬ ОБЩЕНИЯ С ОТЦОМ	41
Рисунок 4 ЛЕГКОСТЬ ОБЩЕНИЯ С ОТЧИМОМ	41
Рисунок 5 ВОСПРИНИМАЕМАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ ПО ВОЗРАСТУ	43
Рисунок 6 ВОСПРИНИМАЕМАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ	43
Рисунок 7 СТРУКТУРА СЕМЬИ	44
Рисунок 8 МИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ	46
Рисунок 9 РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПО МИГРАЦИОННОМУ СТАТУСУ	46
Рисунок 10 СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СВЕРСТНИКОВ	47
Рисунок 11 ИНТЕНСИВНОСТЬ ОНЛАЙН ОБЩЕНИЯ	49
Рисунок 12 ПРОБЛЕМНЫЕ ПОЛЬЗОВАТЕЛИ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ	50
Рисунок 13 ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОНЛАЙН-ОБЩЕНИЯ	51
Рисунок 14 ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ	52
Рисунок 15 ОЩУЩЕНИЕ ШКОЛЬНОЙ НАГРУЗКИ	53
Рисунок 16 ОЩУЩЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ УЧИТЕЛЕЙ	54
Рисунок 17 ОЩУЩЕНИЕ ВЫСОКОЙ ПОДДЕРЖКИ УЧИТЕЛЕЙ	54
Рисунок 18 ПОДДЕРЖКА ОДНОКЛАССНИКОВ	55
Рисунок 19 ОЩУЩЕНИЕ ВЫСОКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОДНОКЛАССНИКОВ	55
<b>3. ПОКАЗАТЕЛИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>58</b>
Рисунок 20 САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ	59
Рисунок 21 УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ	61
Рисунок 22 МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ	62
Рисунок 23 ШКАЛА ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВОЗ-5	63
Рисунок 24 ШКАЛА ДЕПРЕССИИ CES – D-10	64
Рисунок 25 ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	65
Рисунок 26 ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА	66
Рисунок 27 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, ВКЛЮЧАЯ ОЖИРЕНИЕ	67
<b>4. ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ</b>	<b>71</b>
Рисунок 28 ЕЖЕДНЕВНЫЙ ЗАВТРАК В БУДНИЙ ДЕНЬ	73
Рисунок 29 УПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ	74
Рисунок 30 УПОТРЕБЛЕНИЕ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ, СОДЕРЖАЩИХ САХАР И СЛАДОСТЕЙ	75
Рисунок 31 ЕЖЕНЕДЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ, СОДЕРЖАЩИХ САХАР	75
Рисунок 32 СОВМЕСТНЫЙ ПРИЕМ ПИЩИ С СЕМЬЕЙ	76
Рисунок 33 ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА	77
Рисунок 34 ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ	78
Рисунок 35 ВНЕШКОЛЬНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ	79

Рисунок 36 ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ПЕРЕД ТЕЛЕВИЗОРОМ	81
Рисунок 37 ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ЗА ИГРАМИ НА КОМПЬЮТЕРЕ И ДРУГИХ УСТРОЙСТВАХ	81
Рисунок 38 ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ПЕРЕД ЭКРАНАМИ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ	82
<b>5. ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ</b>	<b>85</b>
Рисунок 39 КУРЕНИЕ СИГАРЕТ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ И ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	86
Рисунок 40 ЧАСТОТА КУРЕНИЯ ТАБАКА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	87
Рисунок 41 УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ И ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ	88
Рисунок 42 УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ	91
Рисунок 43 СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ	92
Рисунок 44 УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ	93
Рисунок 45 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ	94
Рисунок 46 УЧАСТИЕ В ДРАКАХ ТРИ И БОЛЕЕ РАЗ	95
Рисунок 47 УЧАСТИЕ В ДРАКАХ ОДИН И БОЛЕЕ РАЗ	95
Рисунок 48 БУЛЛИНГ: ЖЕРТВЫ БУЛЛИНГА НЕ МЕНЕЕ ДВУХ-ТРЕХ РАЗ	96
Рисунок 49 БУЛЛИНГ: ЖЕРТВЫ БУЛЛИНГА ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ РАЗ	96
Рисунок 50 БУЛЛИНГ: УЧАСТИЕ В БУЛЛИНГЕ 2-3 РАЗА В МЕСЯЦ	97
Рисунок 51 БУЛЛИНГ: УЧАСТИЕ В БУЛЛИНГЕ ОДИН И БОЛЕЕ РАЗ В МЕСЯЦ	98
Рисунок 52 КИБЕРБУЛЛИНГ: ЖЕРТВЫ КИБЕРБУЛЛИНГА 2-3 РАЗА В МЕСЯЦ	99
Рисунок 53 КИБЕРБУЛЛИНГ: ЖЕРТВЫ КИБЕРБУЛЛИНГА ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ РАЗ	99
Рисунок 54 КИБЕРБУЛЛИНГ: УЧАСТИЕ В КИБЕРБУЛЛИНГЕ 2-3 РАЗА	101
Рисунок 55 КИБЕРБУЛЛИНГ: УЧАСТИЕ В КИБЕРБУЛЛИНГЕ ОДИН И БОЛЕЕ РАЗ	101
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	<b>127</b>



## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Национальное исследование по изучению поведения школьников Казахстана в отношении своего здоровья и благополучия проведено при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан, некоммерческого акционерного общества «Медицинский Университет Караганды» в рамках финансирования научно-технической программы «Разработка научных основ формирования профилактической среды в целях сохранения общественного здоровья».

Исследовательская группа Национального центра общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан выражает благодарность Министерству образования и науки Республики Казахстан за предоставленную возможность проведения опроса в школах.

Особую благодарность мы хотели бы выразить управлениям образования областей и городов Нур-Султан и Алматы, а также школам, школьникам и их родителям, интервьюерам за поддержку в проведении анкетирования.

Выражаем свою благодарность Европейскому региональному бюро Всемирной организации здравоохранения (далее-ВОЗ), Страновому Офису ВОЗ в Казахстане за техническую поддержку исследования и финансирование публикации данного отчета.

Мы признательны Международному Координационному Центру исследования Health Behaviour in School-aged Children (далее-НВСК), Университет Глазго, Великобритания, за методологическую и научную поддержку исследования, а также Джоу Хансока из Международного Координационного Центра НВСК за дизайн настоящего отчета.

**Коллектив авторов**

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В Республике Казахстан подготовлен Национальный отчёт «Факторы, формирующие здоровье и благополучие детей и подростков Казахстана», выполненный в рамках научно-технической программы Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «Разработка научных основ формирования профилактической среды в целях сохранения общественного здоровья». Национальное исследование является первым в Центральной Азии научным исследованием по изучению поведения школьников 11, 13 и 15 лет в отношении своего здоровья и благополучия. Исследование осуществлено в рамках всей страны в качестве мультицентрового проекта «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Оно направлено на оценку изменений в здоровье молодых людей по мере того, как они проходят детский и подростковый периоды своей жизни и становятся взрослыми.

Детство и юность характеризуются тем, что в эти периоды закладываются основы здоровой, успешной и счастливой жизни в развитии человека. Поддерживая инициативы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области охраны здоровья детей и подростков, стратегию, принятую Европейским региональным бюро ВОЗ в 2014 г. «Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 г.г.», и одобренную всеми государствами-членами Европейского региона ВОЗ, в Казахстане предпринимаются значительные усилия по разработке и внедрению всеобъемлющих национальных стратегий и мер, включающих вопросы охраны здоровья детей и подростков.

В Стратегии «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» защита материнства и детства объявлена важнейшей составной частью социальной политики, поддержка развития детей является стратегической целью общества, воспитание детей определено как огромные инвестиции в будущее. Права детей, как наиболее уязвимой и самой незащищенной части нашего общества, охраняются государством.

Особое внимание руководством Казахстана уделяется выработке политики по охране здоровья детей и подростков и необходимости работать с самой современной информацией о распространенности наиболее важных для здоровья типов поведения и ключевых показателей здоровья.

Наличие качественных и доступных данных, их регулярный сбор, анализ и распространение является фундаментальной основой объективного и комплексного знания о положении детей, позволяет принимать решения об улучшении качества их жизни. В этом контексте большое значение приобретает унифицированная методология осуществлённого исследования, разработанная странами-участниками исследовательской сети HBSC при сотрудничестве с Всемирной организацией здравоохранения. Данная методология является основой межнациональных исследований во многих странах и регионах Восточной и Западной Европы, Азии и Северной Америки. Казахстан в 2016 году вступил в членство в международную сеть исследователей HBSC.

Материалы эпидемиологического надзора и оценки могут быть использованы для мониторинга состояния здоровья молодежи и оценки результативности мер, направленных на укрепление здоровья в Республике Казахстан.

Национальный отчёт «Факторы, формирующие здоровье и благополучие детей и подростков Казахстана» даёт теоретическое обоснование этим важнейшим для страны процессам. В нём показано, на какие аспекты и детерминанты следует обратить внимание в рамках решения основных проблем общественного здравоохранения для обеспечения достижения наивысших возможных уровней здоровья и благополучия всех детей, подростков и их семей. Использование подобной систематической модели развития является значимым фактором обеспечения соответствия и эффективности программ в области общественного здоровья при решении основных проблем здравоохранения. В отчете подчеркивается, как здоровье детей и подростков важны для любого общества, сейчас и в будущем.

**Биртанов Елжан Амантаевич**

*Министр здравоохранения Республики Казахстан*

## ВСТУПЛЕНИЕ

Всеобъемлющей целью национальной политики общественного здравоохранения является создание социальных условий для хорошего здоровья всего населения и сокращение неравенств в показателях здоровья, а также профилактика заболеваний. Проведенное в Казахстане исследование поведения школьников 11, 13 и 15 лет в отношении своего здоровья и благополучия, является важным инструментом мониторинга развития условий жизни детей и молодежи, их образа жизни и здоровья. Исследование проведено в 2017-2018 учебном году в школах в национальном масштабе при поддержке Министерства здравоохранения, некоммерческого акционерного общества «Медицинский Университет Караганды» и Министерства образования и науки Республики Казахстан.

Данный отчет представляет основные результаты первого национального исследования показателей и поведения в отношении здоровья детей и подростков 11, 13 и 15 лет. Результаты опроса показывают, что различия в состоянии здоровья и поведении, связанном со здоровьем среди мальчиков и девочек Казахстана, появляются уже в раннем подростковом возрасте, т.е. в возрасте от 11 до 15 лет.

В национальном отчете представлено влияние возрастных и социально-экономических различий на здоровье и благополучие подростков страны. В исследовании также рассматриваются такие аспекты, как психическое благополучие и здоровье детей, а также вовлеченность детей в буллинг и кибербуллинг, и роль электронных средств коммуникаций в подростковом периоде.

Таким образом, настоящий отчет представляет собой характеристику основных детерминант здоровья детей и подростков Казахстана в качестве источника данных для поддержки политики по формированию и укреплению здорового поведения и образа жизни в детском и подростковом возрасте.

Отчет предназначен для лиц, принимающих решения в сфере укрепления и защиты здоровья подрастающего поколения на национальном, региональном и местном уровнях, а также для специалистов секторов здравоохранения и образования, исследователей и широкого круга лиц, которые работают в различных сферах деятельности по улучшению социального климата, продвижению здоровых привычек и поведения детей и молодежи.

**Коллектив авторов**

# НЕГІЗГІ НӘТИЖЕЛЕР

## ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ӘЛ-АУҚАТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРАТЫН ФАКТОРЛАР

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ "МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ҚАТЫСТЫ МІНЕЗ-ҚҰЛҚЫ" (HEALTH BEHAVIOR IN SCHOOL-AGED CHILDREN, HBSC) ЗЕРТТЕУІНІҢ НЕГІЗГІ НӘТИЖЕЛЕР, 2018 ЖЫЛ.

### КІРІСПЕ

2017-2018 оқу жылында Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі мен Білім және ғылым министрлігінің қолдауымен, еліміздің барлық өңірлерін қамти отырып, оқушылардың денсаулығы мен әл-ауқатына қатысты туындайтын мінез-құлықтарын зерделеу бойынша алғашқы ұлттық зерттеу жүргізді. Зерттеу 49 елде және Еуропа мен Солтүстік Америка өңірлерінде ДДҰ-мен ынтымақтастықта жүргізілетін HBSC халықаралық зерттеу әдіснамасына негізделген. HBSC 11, 13 және 15 жастағы ұлдар мен қыздар арасында денсаулық пен әл-ауқат жағдайы, әлеуметтік жағдайлар және денсаулыққа ықпал ететін мінез-құлық туралы ақпарат көзі болып табылады. Қазақстан Республикасында жалпы білім беретін 110 мектептен 6546 оқушы сауалнамаға қатысты.

### ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ

Қазақстан Республикасының 11, 13, 15 жастағы жасөспірімдерінің денсаулығы мен әл-ауқаты, өмір салты көрсеткіштерін, мінез-құлық түрлерін жастардың денсаулығына қатысты білім мен дағдыларды арттыру және денсаулықты нығайту бойынша саясатқа, бағдарламаларға және шараларға мониторинг жүргізу және ықпал ету үшін негіз ретінде зерделеу.

Денсаулықтың психикалық және физикалық аспектілері және балалар тұратын әлеуметтік орта туралы алынған білім Қазақстандағы жасөспірімдердің денсаулығын кейінгі зерттеулермен және басқа елдердегі осы зерттеудің нәтижелерімен салыстыру жүргізуге мүмкіндік береді.

Жас және әлеуметтік-экономикалық айырмашылықтардың елдегі жасөспірімдердің денсаулығы мен әл-ауқатына әсері зерттелді. Зерттеу барысында балалардың психикалық әл-ауқаты мен денсаулығы, сондай-ақ балалардың буллинг пен кибербуллингке тартылуы және жасөспірім кезеңдегі электрондық коммуникация құралдарының рөлі сияқты аспектілер қаралды.

### ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАР ЖӘНЕ ҚОЛДАУ

Қазақстандағы балалар мен жасөспірімдер анасымен (93%) және әкесімен (81%) оңай тіл табысады, бірақ 15 жасқа қарай ата-анасымен ара қатынасы нашарлай бастайды. Ұлдар мен қыздардың көпшілігі отбасы (81%) мен құрдастары (64%) тарапынан үлкен қолдауды сезінеді, жасы өскен сайын бұл көрсеткіш төмендейді. Отбасы тарапынан үлкен қолдауды түйсіну қыздар арасында жоғары.

Жалпы оқушылар (71%) электрондық коммуникация құралдарын (бұдан әрі - ЭКҚ) орынды пайдаланушы болып саналады, есейе келе ЭКҚ пайдалану жиілігі артады.

Қыздар арасында орынды пайдаланушылар көп, ал ұлдар арасында ЭКҚ қарқынды пайдаланушылар көп.

Балалар мен жасөспірімдердің кемінде 7%-ы – әлеуметтік желілерді проблемалы пайдаланушылар. Оқушылардың 33%-ы бетпе-бет жолығып, қарым-қатынас жасағанан гөрі, өз уайымын жеңілдету үшін онлайн байланысты қалайды.

11 жастағы балалардың көпшілігіне мектеп өте ұнайды (55%), олар мұғалімдер (82%) мен сыныптастар (70%) тарапынан үлкен қолдауды сезінеді.

Мектеп қатты ұнайтын (11 жаста 55%-дан 15 жаста 33%-ға дейін), мұғалімдер (11 жаста 82%-дан 15 жаста 63%-ға дейін) мен сыныптастардың (11 жаста 70%-дан 15 жаста 61%-ға дейін) үлкен қолдауын байқайтын жасөспірімдердің үлесі есейе келе азаяды.

Әрбір бесінші бала мектеп жүктемесінің ауырлығын сезінеді, оны түйсіну қыздар арасында есейе келе артады. 11 жастағы ұлдар сол жастағы қыздарға қарағанда, мұғалімдер тарапынан үлкен қолдауды сезінеді.

Мигрант-балалар мен Қазақстанда туған балалардың өмірге қанағаттану деңгейі бірдей, денсаулыққа шағымдары және денсаулықты өзін-өзі бағалау жағынан көрсеткіштер ұқсас. Алайда бірінші буын мигрант-оқушылар арасында электрондық сигарет шегу мен алкоголь ішу көбірек, екінші буын мигрант жасөспірімдермен және иммигранттармен салыстырғанда психикалық денсаулық, буллинг пен кибербуллинг көрсеткіштері нашар.

## ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

11-15 жастағы балалар мен жасөспірімдердің 58%-ы өз денсаулығын өте жақсы деп есептейді. Өсе келе бұл көрсеткіш 11 жастағы 65%-дан 15 жасқа қарай 49%-ға дейін азаяды. Қыздар ұлдарға қарағанда, денсаулығының өте жақсы екендігі туралы сирек айтады.

Оқушылардың 90% -ы өмірге қанағаттану деңгейі жоғары деп мәлімдейді.

Жасөспірімдердің 25%-ы денсаулығына көптеген шағым айтады. 15 жастағы қыздар (32%) сол жастағы ұлдармен (19%) салыстырғанда, денсаулығына шағым айтуды жиірек, аптасына болмағанда бір рет айтып тұрады.

11-15 жастағы балалардың 81%-да жақсы психикалық денсаулық/әл-ауқат анықталған. Әрбір бесінші бала мен жасөспірім ары қарай диагностикалауды қажет ететін депрессия белгілері туралы мәлімдейді.

Ұлдар арасында жарақат алу көп болады. Әрбір үшінші бала мен әрбір бесінші қыз соңғы 12 айда медициналық көмекті қажет ететін кем дегенде бір жарақат алды.

Ұлдардың 16,3%-ы және қыздардың 8,2%-ы арасында артық салмақ немесе семіздік анықталған. Өсе келе бұл көрсеткіш ұлдар арасында 15 жасқа қарай төмендейді. Артық дене салмағы және семіздік қыздарға қарағанда 11 жастағы ұлдар арасында айтарлықтай жоғары болады.

## ДЕНСАУЛЫҚҚА ҚАТЫСТЫ ӘДЕТТЕР

Оқушылардың 63% -ы күнделікті таңғы ас ішеді. Өсе келе көбінесе қыздар таңғы асты ішпейді, күн сайын ішілетін таңғы ас жиілігі олардың арасында 11 жастан 15 жасқа дейінгі аралықта 70% -дан 52% -ға дейін төмендейді. 15 жасқа қарай күн сайын таңғы ас ішетін ер балалардың үлесі таңғы асты қалдырмай ішетін қыздарға қарағанда жоғары болады.

Балалар мен жасөспірімдердің тек 38%-ы ғана күнделікті жеміс-жидек жейді, ал 43%-ы тұрақты түрде көкөніс пайдаланады. 15 жасқа қарай жасөспірімдер (33%) арасында күнделікті жеміс жеу азаяды.

Балалар мен жасөспірімдердің 17%-ы құрамында қанты бар газдалған сусындарды күн сайын ішеді. Осы сусындарды күнделікті пайдаланудағы гендерлік айырмашылықтар 11 жастағы қыздармен (13%) салыстырғанда, солармен жасты ұлдар (18%) арасында анықталды. Респонденттердің жартысынан көбі (60%) апта сайын құрамында қанты бар кола және басқа да сусындарды ішеді, бұл ретте ұлдар осы сусындарды апта сайын ішетіндігі туралы жиі мәлімдейді.

Кэмпит пен шоколадты күнделікті жеу 13 жастағы жасөспірімдер (30%) арасында кеңінен таралған. Балалар мен жасөспірімдердің 93% -ы күнделікті үнемі отбасымен бірге тамақ ішеді.

Оқушылардың тек 49%-ы күніне екі рет және одан да көп тісін тазалайды, ұлдармен (45%) салыстырғанда қыздар (54%) тісін көбірек тазалайды.

34% балалар мен жасөспірімдер арасында күнделікті дене белсенділігінің ұсынылған деңгейі анықталды. Бұл көрсеткіш жасы өсе келе төмендейді, 15 қыздың ішінде тек 27% -ы ғана кемінде 60 минуттан дене шынықтырумен күнделікті айналысады. Жалпы, ұлдар күн сайын дене шынықтырумен белсенді айналысады.

Ұлдардың 52%-ы және қыздардың 36%-ы жоғары қарқынды дене белсенділімен аптасына 4-6 рет айналысады.

Дене белсенділігінің бұл түрінің таралуы 11 жастан 15 жасқа қарай қыздар арасында 13%-ға төмендейді. 15 жастағы ұлдар, қыздармен салыстырғанда, жоғары қарқынды дене шынықтыру жүктемесіне қатысты белсенді болады.

Мектеп оқушыларының 46% -ы жұмыс күндері екі сағат және одан да көп уақыт теледидар алдында өткізеді, осындай қимыл-қозғалыстың азаюы жасы өскен сайын артады. 11-13 жастағы ұл балалар теледидар алдында уақытын көбірек өткізеді, ал 15 жасқа қарай жынысы жағынан айырмашылықтар қысқарады.

Жұмыс күндері екі сағат және одан да көп уақыт компьютер ойындарымен ойнау ұлдар (33%) арасында өте көп кездеседі. Бұл мінез-құлықтың таралуы ұлдар мен қыздар арасында жас өскен сайын арта түседі.

11 жастағы балалардың 19%-ында және 15 жастағы балалардың 41%-ында үй тапсырмасын орындау, интернет пен әлеуметтік желілерді көру мақсатында жұмыс күндері компьютер, смартфон, планшеттер сияқты электрондық құрылғыларды қарау екі және одан да көп сағат уақытты алады. Қыздарда 15 жасқа қарай мұндай қимыл-қозғалыстың азаюы айтарлықтай өседі (44%).

Ұлдар мен қыздардың кем дегенде 60 минут күнделікті дене белсенділігі, сондай-ақ теледидар мен басқа да құрылғыларды қарау уақытын шектеу Қазақстан жасөспірімдерін психикалық салауаттылыққа баулуда оң ықпал етеді.

### ДЕНСАУЛЫҚҚА ҚАУІП ТӨНДІРЕТІН МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ

Өмірінде қалай да бір темекі шеккен жасөспірімдер үлесі ұлдар (3%-дан 10%-ға дейін) арасында да, қыздар (2%-дан 6%-ға дейін) арасында да жас шамасына қарай (11 жастан 15 жасқа дейін) үш есе ұлғаяды, 13 және 15 жастағы ұлдар арасында темекі шегу жиілігі жоғары.

Жақын уақыттан бері темекі шегу тәжірибесі, яғни соңғы 30 күн ішінде 1-2 күн және одан да көп күн темекі шегу өсе келе артады, атап айтқанда, ұлдар арасында 15 жаста іс жүзінде үш есеге (2%-дан 7%-ға дейін) артады.

11 және 13 жастағы оқушылардың арасында күнделікті темекі шегушілер 2% құрайды. 15 жастағы ұлдардың 5%-ы және қыздардың 1% -ы күн сайын темекі шегетіні туралы айтады.

Жастары өсе келе, 13 және 15 жасқа қарай, электрондық сигарет пайдаланған жасөспірімдердің үлесі айтарлықтай артады. 15 жаста ұлдардың 14% -ы және қыздардың 6% -ы электрондық сигаретті 1-2 күн және одан да көп, ұзақ уақыт бойы қолданғанын айтады.

Жақын уақыттан бері электронды сигарет пайдалану (қазіргі тұтынушылар) 15 жастағы ұлдар арасында 7% -ды және қыздар арасында 2%-ды құрады.

Респонденттер арасында алкогольді сусындарды қолдану деңгейі жасы өсе келе артады. 15 жастағы ұлдардың 8%-ы және қыздардың 7%-ы 1-2 күн және одан да көп ішімдік ішкен, ал жақында ішімдік ішкендігі туралы ұлдардың 4%-ы және қыздардың 3%-ы мәлімдейді.

13 және 15 жас арасындағы кезде мас болу ұлдар арасында да, қыздар арасында да айтарлықтай өсіп отыр, 15 жасқа қарай (ұзақ уақыт бойы мас болу тәжірибесі) ұлдар арасында 6%-ға және қыздар арасында 5%-ға жетеді. 15 жастағы ұлдардың арасында жақында болған мас болу оқиғасы, қыздармен салыстырғанда, біршама жоғары.

15 жастағы жасөспірімдердің 2%-ы өмірінде кем дегенде бір рет шөп (қарасора) шегіп үлгерген, жақын уақыттан бері пайдаланғаны туралы 15 жастағы жасөспірімдердің 1%-ы айтты. Ұлдар қыздарға қарағанда, көбінесе 1-2 күн және одан да көп уақыт шөп шеккендігі туралы айтады.

15 жастағы ұлдардың 14%-ы және қыздардың 1%-ы қалай да жыныстық қатынасқа түседі. Ұлдардың 70%-ы және қыздардың 25%-ы соңғы жыныстық қатынас кезінде презервативті пайдаланғаны туралы мәлімдеді.

Соңғы жыныстық қатынас кезінде бала көтертпейтін таблеткаларды қолдану туралы ұлдардың 18%-ы мен қыздардың 25%-ы мәлімдеді.



Төбелеске ұлдардың 13%-ы және қыздардың 3%-ы қатысады (үш рет және одан да көп). Ұлдардың үштен бірінен астамында және әрбір оныншы қызда кем дегенде бір рет төбелеске қатысқан тәжірибесі болады. Бұл ретте төбелес 13 жастағы ұлдар арасында жиі байқалады, бұл көрсеткіш 15 жасқа қарай төмендейді. Ұлдар барлық жаста төбелеске жиі қатысады.

Мектепте 11 және 13 жастағы әрбір бесінші жасөспірім, 15 жастағы әрбір оныншы жасөспірім кем дегенде бір рет және одан да көп буллинг құрбаны болады. Ұлдар арасында бұл көрсеткіш 15 жасқа қарай статистикалық түрде төмендейді (14%).

Мектепте басқа адамдардың буллингіне соңғы 2 айда кемінде 2-3 рет балалар мен жасөспірімдердің 8,3%-ы қатысты. Осындай мінез-құлық 11 жастағы ұлдардың (13%) арасында болады, өсе келе азаю үрдісі байқалады.

Буллингке жасөспірімдердің 20%-ы кем дегенде бір рет қатысқан, бұл көрсеткіш қыздарға қарағанда 11 және 13 жастағы ұлдар арасында жоғары.

Кибербуллинг буллингке қарағанда аз таралған. Жалпы, жасөспірімдердің 5%-ы кибербуллинктің құрбаны болды немесе өздері басқа адамдардың кибербуллингіне айына 2-3 рет және одан да көп қатысқан. Бұл көрсеткіш ұл балалар арасында есейе келе жиі кездеседі. Жасөспірімдердің 12%-ы кем дегенде бір рет кибербуллингке қатысады.

## ҚОРЫТЫНДЫ

11 жастағы жасөспірімдер отбасы, құрдастары, мұғалімдер мен сыныптастарының қолдауын сезінеді, электронды коммуникация құралдарын жиі пайдаланады, мектеп оларға өте ұнайды және олар мектеп жүктемелерін жеңілдетеді. Кіші жастағы оқушылардың денсаулығы жақсы, өмірге қанағаттанушылығы жоғары, денсаулығы әлсіз. Отбасымен үнемі бірге тамақтану деңгейі барлық жас кезеңдерінде жоғары болып қала береді. Алайда, 15 жасқа қарай отбасын, құрдастарын, мұғалімдерді қолдау деңгейі төмендеуде, ата-аналармен қарым-қатынастары нашарлауда, бірақ электрондық коммуникация құралдарын пайдалану ұлғаюда. Жас шамасына қарай қыздар мектеп жүктемесінің ауырлығын күшті сезінеді және оларда өз денесін қабылдау нашарлайды, 13-15 жастағы жасөспірімдер өз денсаулығы мен өміріне қанағаттануын нашар бағалайды. Оқушылардың бестен бір бөлігі депрессия белгілері туралы хабарлайды, олардың таралуы жасы өсе келе ұлғайған.

Өсіп-жетілуіне қарай тамақтануға қатысты көрсеткіштер нашарлайды. Жасөспірімдер оқу күндерінде таңғы ас ішеді, күнделікті негізде жемістерді сирек қолданады. Физикалық белсенділік және аз қозғалу көрсеткіштері 11 жастан бастап 15 жасқа қарай нашарлайды. Буллинг пен төбелестің таралуы жас шамасына қарай төмендейді, бірақ ұлдардың кибербуллингке қатысуы жас шамасына қарай артады. Темекі шегуге, электрондық темекі шегуге, алкогольге, мас болу тәжірибесіне баулу сияқты қауіпті мінез-құлықтың жасөспірімдердің жас шамасына қарай ұлғаю үрдісі бар. Жас ерекшелігіне жасөспірім құрдастарының, ата-аналардың, ортаның әсері, мәдени және экономикалық факторлар, пубертаттық кезеңнің ерекшеліктері және басқа да процестер сияқты әртүрлі аспектілер әсер етуі мүмкін.

Зерттеу нәтижелері жасөспірімдердің денсаулық пен әл-ауқатының көрсеткіштеріндегі ұлттық гендерлік және жас айырмашылықты анықтайды.

Жасөспірімдердің денсаулығын сақтау бойынша іс-шараларды әзірлеу кезінде өсе келе отбасындағы коммуникацияны жақсарту, салауатты мектеп ортасын нығайту, әсіресе ұлдар арасында ауыз құысы гигиенасының маңыздылығын және қыздар арасында күнделікті таңғы астың маңыздылығын үйрету, дұрыс тамақтану дағдыларын қалыптастыру жұмыстарына назар аудару қажет.

Қыздарды күнделікті дене шынықтыру жүктемелеріне тартуға және жалпы соматикалық және психикалық денсаулықты нығайтатын фактор ретінде дене белсенділігі жұмысын және спортпен айналысуды ынталандыруға назар аудару керек.

Жасөспірімдерді темекі шегуге және электрондық сигаретті пайдалануға тартуды азайту, ұлдарға назар аударып, шөп шегу бойынша, сондай-ақ ұлдар арасында да, қыздар арасында да ішімдік ішудің алдын алу бойынша сауықтыру іс-шаралары қажет.

Жасөспірімдерді сексуалды және репродуктивті денсаулық мәселелері бойынша оқытуды және кеңес беруді жақсарту талап етіледі.

Психикалық денсаулықты, психологиялық климатты жақсарту және отбасында, мектепте және қауымдастықта бейімделу жөніндегі стратегиялар жасөспірімдер арасында қауіпті мінез-құлықты, буллинг пен кибербуллингті қысқарту үшін қажет.

Осылайша, балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы мен әл-ауқатына қатысты Қазақстанда әзірленетін стратегиялар мен араласу әртүрлі жас топтарын, гендерді, әлеуметтік өзара іс-қимылды және отбасылық, мектептегі және мәдени тіршілік ету ортасын ескеруі керек.

# EXECUTIVE SUMMARY

## FACTORS INFLUENCING HEALTH AND WELL-BEING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN KAZAKHSTAN

KEY RESULTS FROM THE HEALTH BEHAVIOR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 2018

### INTRODUCTION

In 2017-2018 academic year, the National Center of Public Health with support of the the Ministry of Health and the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan conducted the first national survey of health behavior and well-being of schoolchildren across the country. The study is based on HBSC methodology, a WHO collaborative cross-national survey. HBSC provides information about health and well-being, social conditions and health behavior of boys and girls aged 11, 13 and 15. The survey was conducted in 14 regions and 2 cities, Almaty and Nur-Sultan, with 6546 respondents from 110 schools.

### OBJECTIVE

To study health and well-being, lifestyle and health behavior of 11, 13, 15-year-old adolescents in Kazakhstan as the basis to monitor and influence policies, programs and measures promoting health, as well as health related knowledge and skills of young people.

The evidence concerning mental and physical aspects of health and social environment of children enable comparisons with follow-up studies of adolescent health in Kazakhstan and cross-country comparisons. The study examined an effect the age and socio-economic differences have on health and well-being of adolescents, as well as such aspects as mental well-being and health, involvement of children in bullying and cyberbullying and the role of electronic means of communications in adolescence.

### SOCIAL FACTORS AND SUPPORT

Children and adolescents in Kazakhstan report ease of communication with their mothers (93%) and fathers (81%) but by the age of 15 the quality of communication with parents is declining.

Most boys and girls feel great support from family (81%) and peers (64%), but with age it diminishes. The perception of family support is higher among girls.

71% of schoolchildren are moderate users of electronic means of communication (EMC). However, as they grow up they become intensive users of EMC. Girls are moderate users of EMC and boys are more likely to be heavy EMC users. 7% of children and adolescents are problematic users of social networks. Prevalence of problematic social media use is higher among 11-year-old boys than among girls of the same age.

33% of schoolchildren prefer online communication rather than face-to-face encounter to share inner feelings and concerns.

11-year-olds report that they like school a lot (55%), and feel great support from teachers (82%) and peers (70%). However, among 15-year-olds 33% like school a lot. While adolescents grow, at the age of fifteen 63% of them feel great support from teachers and 61% from peers.

Younger adolescents are less likely to be pressured by schoolwork. In general, up to 20% experience school pressure. The perceived pressure of schoolwork grows with increasing age among girls.

Migrant children and children born in Kazakhstan report equally high life satisfaction, similar health complaints and self-reported health. However, prevalence of electronic cigarettes and alcohol use is higher among first generation migrant schoolchildren; and mental health, bullying and cyberbullying are worse compared to second-generation migrant and non-immigrant adolescents.

## HEALTH OUTCOMES

58% of 11-15-year-old children and adolescents report excellent health. However, self-reported excellent health becomes less prevalent among older adolescents, dropping from 65% among 11-year-olds up to 49% among 15-year-olds. Unlike boys, girls are less likely to report excellent health.

90% of children and adolescents report high level of life satisfaction.

25% of adolescents have multiple health complaints. 15-year-old girls (32%) are more likely to report health complaints compared to boys of the same age (19%).

81% of 11-15-year old children have positive mental well-being. Every fifth child or adolescent report symptoms of depression that require further examination.

Boys are more affected by injuries. Every third boy and every fifth girl have injuries that require medical attendance at least once in the past 12 months.

Among 11-year-olds 16,3% boys and 8,2% girls are overweight or obese (WHO cut-off). With increasing age, this indicator decreases among boys. Overweight and obesity are more prevalent among 11-year-old boys than girls of the same age.

## HEALTH BEHAVIOURS

63% of schoolchildren eat breakfast every weekday. As they grow older, girls report skipping breakfast more often; the frequency of daily breakfast decreases among them from 11 to 15 years from 70% to 52%.

By age 15, the proportion of boys who eat breakfast every day is higher than girls.

Only 38% of children and adolescents eat fruits and 43% eat vegetables every day. With years, the daily fruit consumption among adolescents is decreasing (33%).

17% of children and adolescents consume soft drinks every day. Significant gender differences in the daily consumption of soft drinks were found among 11-year-old boys (18%) compared to peer girls (13%). 60% of respondents have coke and other sugary drinks every week, with boys reporting greater weekly consumption.

Daily consumption of sweets and chocolate is very common among 13-year-olds (30%). 15-year-old girls report greater consumption of sugary foods.

93% of children and adolescents report regular or daily eating meals with their families.

Only 49% of adolescents brush their teeth more than once a day. Girls of all ages (54%) are more likely to report daily brushing more than once a day compared to boys (45%).

Recommended daily MVPA levels were found among 34% of children and adolescents. This indicator decreases with increasing age, which is especially noticeable in 15-year old girls, among them only 27% are physically active daily for at least 60 minutes. In general, boys report at least 60 minutes of daily MVPA more frequently.

52% of boys and significantly fewer girls (36%) are engaged in vigorous physical activity (VPA) 4-6 times a week. The prevalence of VPA decreases from age of 11 to 15 years among girls by 13%. Boys aged 15 have more VPA than girls.

46% of adolescents spend two hours or more in front of television screens every weekday. 11-13-year-old boys watch television more often and by age 15 gender differences are not evident.

Spending time playing computer games for two hours or more every weekday is more popular among boys (33%). The prevalence of this behavior increases with age among boys and girls.

Using electronic devices, such as computers, smart phones, tablets for homework, browsing Internet and social media takes two or more hours every weekday in 19% of 11-year-olds and 41% in 15-year-olds. By 15, such sedentary behavior becomes significantly prevalent among girls (44%).

Daily moderate-to-vigorous physical activity (MVPA) at least 60 minutes for boys and girls, as well as the limitation of screen time for girls can protect from poor mental well-being of adolescents in Kazakhstan.

With increasing age, from 11 to 15 years, girls are more likely to perceive their body as fat. Gender differences are observed among 15-year-olds.

## RISK BEHAVIOURS

The lifetime prevalence of cigarette smoking grows three times with increasing age of adolescents, both for boys (from 3% to 10%) and girls (from 2% to 6%). Among boys, cigarette smoking rates are higher at 13 and 15 years.

The current cigarette smoking rate (past 30 days prevalence) increases with age; and in particular among boys almost three times increase from 2% at age of eleven to 7% at age of fifteen is reported. 15-year-old boys have higher prevalence of cigarette smoking compared to girls.

Daily tobacco smoking rate among 11- and 13-year-olds is 2%. Among 15-year-old boys and girls daily tobacco smoking prevalence is 5% and 1% respectively.

With age, at 13 and 15 years the proportion of adolescents who have ever used electronic cigarettes in the lifetime and in the past 30 days increases significantly. 14% of 15-year-old boys and 6% of girls reported the use of electronic cigarettes for 1-2 days or more in their lifetime. The recent use of electronic cigarettes (current users) was reported by 7% of boys and 2% of girls aged 15.

The level of alcohol consumption among adolescents increases with age. 8% of boys and 7% of girls aged 15 used alcohol for 1-2 days or more, and 4% of boys and 3% of girls reported recent alcohol consumption. Boys and girls report similar levels of alcohol consumption.

Between the ages of 13 and 15, the prevalence of drunkenness significantly increases among both boys and girls reaching 6% among boys and 5% among girls by 15 years of age (experience of drunkenness in the lifetime).

At least once in a lifetime 2% of 15-year-olds tried cannabis; 1% of 15-year-olds reported recent use. Boys are more likely to report cannabis use for 1-2 days or more in lifetime than girls.

14% of boys and 1% of girls aged 15 had sexual intercourse.

70% of boys and 25% of girls reported using condoms at last intercourse. The use of contraceptive pills at last intercourse was reported by 18% of boys and 25% of girls.

13% of boys and 3% of girls were involved in physical fights three or more times. More than one third of boys and every tenth girl have fighting experience at least once. Boys in all age groups are more likely to engage in fights.

Every fifth adolescent aged 11 and 13 and every tenth adolescent aged 15 reported to be victims of bullying at school at least once. Among boys, this indicator decreases significantly with increasing age.

8.3% of children and adolescents were involved in bullying others at school at least 2-3 times per month over the past 2 months. This behavior is more common among 11-year-old boys (13%), with a tendency to decrease as they become older.

20% of adolescents were involved in bullying others at least once, this rate is higher among 11 and 13 year old boys compared to girls.

Cyberbullying is less common than bullying. 5% of adolescents were victims of cyberbullying or were involved in cyberbullying others 2-3 times or more per month. These figures grow with increasing age among boys. 12% of adolescents were cyberbullied at least once.

## CONCLUSION

11-year-old children are more likely to feel support of families, peers, teachers and classmates. They use electronic means of communications less often, they like school a lot and easily go over school work pressure. Young schoolchildren have excellent health, high life satisfaction and rarely complain about health. Regular family meals remain high across all ages. However, as adolescents grow older, by the age of 15, the perceived support from families, peers and teachers decreases, as well as ease of communication with parents, though the use of EMC increases. As adolescents grow they less likely report that they like school a lot; girls experience school work pressure. 13- and 15-year-old adolescents tend to self-rate their health and life satisfaction as low. Almost every fifth schoolchild reports symptoms of depression, the prevalence increases slightly with increasing age.

Nutritional habits deteriorate as children become older. Adolescents often skip breakfast at weekdays and eat fruit on a daily basis less often. Physical activity and sedentary behavior worsen from 11 to 15 years. The prevalence of bullying and fights decreases with age while involvement in cyberbullying among boys increases. Risky behaviors such as cigarette and electronic cigarette use, alcohol consumption and drunkenness tend to increase with age. Changes across ages are likely to be influenced by a variety of aspects of adolescent maturation, such as the influence of peers, parents, environment, cultural and economic factors, puberty, and other processes.

The results of the study demonstrate national gender and age differences in adolescent health and well-being. It is essential to focus on improving family communication as children grow older, learning the importance of oral hygiene, especially among boys, and the importance of daily breakfasts among girls in the adolescent health policy-making.

It is critical to engage girls into daily physical activity and stimulate physically active life and sports as a protective factor of somatic and mental health. Preventive measures are required to reduce initiation of smoking and cannabis among adolescents with emphasis on boys, as well as to prevent alcohol consumption among both boys and girls.

Sexual and reproductive health education and counseling for adolescents have to be strengthened.

Strategies to improve mental health, psychological climate and adaptation in the family, school, and community are needed to reduce risky behavior, bullying, and cyberbullying among adolescents.

Development of strategies and interventions on health and well-being of children and adolescents in Kazakhstan should take into account different age groups, gender, social interaction as well as family, school and cultural environment.

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

### СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПОДДЕРЖКА

Казахстанским детям и подросткам легко общаться с матерью (93%) и отцом (81%), но к 15 годам качество общения с родителями ухудшается. Большинство мальчиков и девочек ощущают высокую поддержку со стороны семьи (81%) и сверстников (64%), с возрастом этот показатель снижается. Восприятие высокой поддержки со стороны семьи выше среди девочек.

71% школьников являются умеренными пользователями электронных средств коммуникаций (далее - ЭСК), по мере взросления частота использования ЭСК возрастает. Среди девочек больше умеренных пользователей, а среди мальчиков больше интенсивных пользователей ЭСК.

7% детей и подростков являются проблемными пользователями социальных сетей. Среди мальчиков 11 лет выше распространенность проблемного использования социальных сетей по сравнению с девочками. 33% детей предпочитает общение онлайн личному общению лицом к лицу для раскрытия своих переживаний и чувств.

Большинство школьников 11 лет отмечают, что школа им очень нравится (55%), чувствуют высокую поддержку со стороны учителей (82%) и одноклассников (70%). Школьники младшего возраста в меньшей степени ощущают школьную нагрузку. В целом не более одной пятой детей чувствуют тяжесть школьной нагрузки. По мере взросления уменьшаются доли подростков, которым школа очень нравится (с 55% в 11 лет до 33% в 15 лет), которые отмечают высокую поддержку учителей (с 82% в 11 лет до 63% в 15 лет) и одноклассников (с 70% в 11 лет до 61% в 15 лет).

Среди девочек восприятие тяжести школьной нагрузки увеличивается с возрастом. Мальчики в 11 лет в меньшей степени ощущают высокую поддержку со стороны учителей, по сравнению с девочками того же возраста.

Дети-мигранты и дети, родившиеся в Казахстане, имеют одинаково высокую удовлетворенность жизнью, схожие показатели имеются по жалобам на здоровье и по самооценке здоровья. Однако среди школьников-мигрантов первого поколения выше распространенность употребления электронных сигарет и алкоголя, хуже показатели психического здоровья, буллинга и кибербуллинга по сравнению с подростками мигрантами второго поколения и неиммигрантами.

### ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

58% детей и подростков 11-15 лет считают свое здоровье отличным. Дети 11 лет более высоко оценивают свое здоровье. По мере взросления данный показатель уменьшается с 65% в 11 лет до 49% к 15 годам. Девочки реже сообщают об отличном здоровье по сравнению с мальчиками.

90% детей и подростков сообщают о высоком уровне удовлетворенности жизнью.



25% подростков сообщают о множественных жалобах на здоровье. Девочки 15 лет (32%) чаще сообщают о наличии жалоб на здоровье по сравнению с мальчиками того же возраста (19%). К 15 годам треть девочек сообщает о множественных жалобах на здоровье чаще одного раза в неделю.

81% детей 11-15 лет имеет хорошее психическое здоровье/благополучие. Каждый пятый ребенок и подросток сообщает о симптомах депрессии, требующих дальнейшей диагностики. Доля подростков обоего пола с признаками плохого психического благополучия и депрессии увеличивается с 19% в 11 лет до 23% к 15 годам.

Ежедневная физическая активность не менее 60 минут для мальчиков и девочек, а также ограничение времени просмотра телевизора и других устройств для девочек являются факторами, защищающими от плохого психического благополучия подростков Казахстана.

Распространенность травматизма выше среди мальчиков. Каждый третий мальчик и каждая пятая девочка получали не менее одной травмы, потребовавшей медицинской помощи за последние 12 месяцев.

Взрослея, от 11 до 15 лет, девочки чаще воспринимают свое тело как полное, показатель увеличивается в два раза. Гендерные различия отмечаются среди 15-летних подростков.

Избыточный вес или ожирение выявлен у 16,3% мальчиков и 8,2% девочек 11 лет. С возрастом данный показатель снижается среди мальчиков к 15 годам. Распространенность избыточной массы тела и ожирения значимо выше среди мальчиков 11 лет по сравнению с девочками.

## ПРИВЫЧКИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

63% школьников ежедневно завтракают. По мере взросления девочки чаще пропускают завтрак, частота ежедневного завтрака снижается среди них с 11 до 15 лет с 70% до 52%. К 15 годам доля мальчиков, которые завтракают каждый день, выше, чем доля девочек, не пропускающих завтраки.

Только 38% детей и подростков ежедневно употребляют фрукты, и 43%- употребляют овощи на регулярной основе. К 15 годам уменьшается ежедневное употребление фруктов среди подростков (33%).

Ежедневно употребляют газированные напитки, содержащие сахар, 17 % детей и подростков. Значимые гендерные различия в ежедневном употреблении данных напитков выявлены среди мальчиков 11 лет (18%) по сравнению с девочками-ровесниками (13%). Более половины респондентов (60%) еженедельно употребляют колу и другие напитки, содержащие сахар, при этом мальчики существенно чаще сообщают об еженедельном употреблении данных напитков.

Ежедневное употребление конфет и шоколада наиболее распространено среди 13-летних подростков (30%). 15-летние девочки сообщают о более частом употреблении сладких продуктов по сравнению с мальчиками-ровесниками.

93% детей и подростков ежедневно регулярно принимают пищу вместе с семьей.

Только 49% школьников чистят зубы два и более раз в день. Девочки (54%) чаще сообщают о ежедневной чистке зубов более одного раза в день по сравнению с мальчиками (45%).

Рекомендованные уровни ежедневной физической активности выявлены среди 34% детей и подростков. Данный показатель снижается с возрастом, что особенно значимо для 15 девочек, среди которых только 27% ежедневно физически активны не менее 60 минут. В целом, мальчики физически более активнее.

52% мальчиков и значительно меньше девочек (36%) 4-6 раз в неделю занимаются физической активностью высокой интенсивности. Распространенность данного вида физической деятельности снижается от 11 лет к 15 годам среди девочек на 13%. Мальчики 15 лет более активны в отношении высокоинтенсивной физической нагрузки по сравнению с девочками.

Два часа и более в будний день проводят перед телеэкранами 46% школьников. Мальчики 11-13 лет чаще проводят время у телевизоров, а к 15 годам различия по полу сокращаются.

Времяпровождение за компьютерными играми два часа и более в будний день наиболее популярно среди мальчиков (33%). Распространенность данного поведения увеличивается с возрастом как среди мальчиков, так и среди девочек.

Просмотр электронных устройств, таких как компьютеры, смартфоны, планшеты с целью выполнения домашнего задания, просмотра интернета и социальных сетей занимает два и более часов в будний день у 19% детей 11 лет и 41% детей 15 лет. У девочек к 15 годам подобное малоподвижное поведение существенно возрастает.

## ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Доля подростков, которые когда-либо курили сигареты на протяжении жизни, то есть имеют опыт приобщения к курению, увеличивается в три раза с возрастом (с 11 лет к 15 годам) как среди мальчиков (с 3% до 10%), так и среди девочек (с 2% до 6%), при этом показатели значительно увеличиваются в период с 13 до 15 лет. Среди мальчиков частота курения сигарет выше в 13 и 15 летнем возрасте.

Курение сигарет в настоящее время, то есть курение за последние 30 дней 1-2 дня и более, увеличивается с возрастом, в частности среди мальчиков практически в три раза с 2% в 11 лет до 7% в 15 лет. Мальчики в 15 летнем возрасте курят сигареты существенно больше, чем девочки.

Ежедневные курильщики табака среди 11 и 13 летних школьников составляют 2%. В 15 летнем возрасте 5% мальчиков и 1% девочек сообщают о ежедневном курении табака.

По мере взросления, к 13 и 15 годам, значительно увеличивается доля подростков, которые когда-либо употребляли электронные сигареты в течение жизни и за последние 30 дней. В 15 лет 14% мальчиков и 6% девочек сообщили, что употребляли электронные сигареты 1-2 дня и более на протяжении жизни. Недавнее

употребление электронных сигарет (нынешние потребители) составило 7% среди мальчиков и 2% среди девочек 15 лет.

Уровень употребления алкогольных напитков среди респондентов увеличивается с возрастом. Употребляли алкоголь 1-2 дня и более в жизни 8% мальчиков и 7% девочек 15 лет, а о недавнем употреблении алкоголя сообщили 4% мальчиков и 3% девочек. Мальчики и девочки сообщают об одинаковых уровнях потребления алкоголя.

В возрасте между 13 и 15 лет распространенность опыта опьянения значительно возрастает как среди мальчиков, так и среди девочек, достигая 6% среди мальчиков и 5% среди девочек к 15 годам (опыт опьянения на протяжении жизни). Среди мальчиков в возрасте 15 лет распространенность случаев недавнего опьянения несколько выше по сравнению с девочками.

Хотя бы раз в жизни пробовали коноплю 2% подростков 15 лет, недавнее употребление отметили 1% подростков 15 лет. Мальчики чаще, чем девочки сообщают об употреблении конопли 1-2 дня и более на протяжении жизни.

Когда-либо вступали в сексуальные отношения 14% мальчиков и 1% девочек 15 летнего возраста. 70% мальчиков и 25% девочек сообщили об использовании презерватива во время последнего полового сношения. Об использовании противозачаточных таблеток во время последнего полового сношения сообщили 18% мальчиков и 25% девочек.

Участвовали в драках три и более раз 13% мальчиков и 3% девочек. У более чем трети мальчиков и у каждой десятой девочки имеется опыт участия в драках по крайней мере один раз. При этом наибольшая частота драк отмечается среди мальчиков в 13 лет с некоторым снижением к 15 годам. Мальчики во всех возрастных группах чаще участвуют в драках.

Жертвами буллинга в школе по крайней мере один раз и более становились каждый пятый подросток в 11 и 13 лет, каждый десятый подросток в 15 лет. Среди мальчиков данный показатель статистически значимо снижается к 15 годам (14%).

8,3% детей и подростков участвовали в буллинге других людей в школе не менее 2-3 раз в месяц за последние 2 месяца. Подобное поведение больше характерно среди 11-летних мальчиков (13%) с тенденцией к уменьшению по мере взросления. 20% подростков по крайней мере один раз участвовали в буллинге других людей, этот показатель выше среди мальчиков 11 и 13 лет по сравнению с девочками.

Кибербуллинг менее распространен, чем буллинг. В целом, 5% подростков являлись жертвами кибербуллинга или сами принимали участие в кибербуллинге других людей 2-3 раза и более в месяц. Данный показатель встречается чаще среди мальчиков по мере взросления. 12% подростков хотя бы один раз подвергались кибербуллингу.

## АББРЕВИАТУРЫ

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ИМТ	Индекс массы тела
МЗ РК	Министерство Здравоохранения Республики Казахстан
МЦЗ	Молодежные центры здоровья
НЦОЗ	РГП на ПХВ «Национальный Центр общественного здравоохранения» Министерства Здравоохранения Республики Казахстан
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ЭСК	Электронные средства коммуникаций
СЕС – D-10	Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований
HBSC	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (исследование) (Health Behaviour in School-aged Children (study/survey))
MSPSS	Шкала многофакторной воспринимаемой социальной поддержки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)
MVPA	Физическая активность от умеренной до высокой интенсивности (Moderate-to-vigorous physical activity)
SMD scale	Шкала симптомов/нарушений использования социальных медиа (Social Media Disorder Scale)

# 1. ВВЕДЕНИЕ И МЕТОДОЛОГИЯ

## ВВЕДЕНИЕ

### ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В МИРОВОМ И НАЦИОНАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ

Здоровье детей и подростков имеет важное значение для общества. Во многих странах предпринимаются значительные усилия по разработке и внедрению всеобъемлющих национальных стратегий по охране здоровья детей и подростков, которые включают общегосударственный подход, системные изменения и подход с учетом всех этапов жизни для защиты и укрепления здоровья и благополучия подрастающего поколения<sup>1,2</sup>. Подростковый возраст является особым этапом в жизни детей вследствие психоэмоциональных и физиологических перемен в организме и вопросов социализации. В целом, большинство подростков вступает во взрослую жизнь с хорошим здоровьем и благополучием, однако социальные детерминанты здоровья, факторы риска и другие аспекты оказывают воздействие на здоровье детей и подростков<sup>2</sup>. Здоровые дети являются источником социального и экономического развития общества. В то же время, такие предотвратимые причины, как нарушения психического здоровья, суициды, потребление табака и алкоголя, нездоровое питание, насилие и травмы, низкая физическая активность, загрязнение окружающей среды и другие факторы, вносят значительный вклад в заболеваемость и смертность подростков. Так, в 2012 году от предотвратимых причин, или причин, которые лечатся, скончалось 1,3 миллиона подростков во всем мире<sup>3</sup>.

Основные пять причин смертности среди мальчиков и девочек подросткового возраста это дорожно-транспортный травматизм, ВИЧ, самоубийство, инфекции нижних дыхательных путей и межличностное насилие. 70% предотвратимых смертей среди взрослых от неинфекционных заболеваний связаны с факторами риска, которые сформировались в подростковом возрасте<sup>3</sup>. То есть поведенческие модели, приобретенные в период взросления, могут оставаться и в зрелом возрасте, и определяют состояние здоровья в последующие годы<sup>4</sup>. Это подчеркивает важность подросткового периода, как критического возраста в становлении поведения в отношении своего здоровья.

В Республике Казахстан в 2018 году численность детей в возрасте 0-17 лет составляла 5 784 583 человек, что представляет собой одну треть населения страны<sup>5</sup>. Здоровье детей является приоритетным направлением политики общественного здоровья в Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Программой целью является «Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями»<sup>6</sup>. Утвержден План мер по управлению общественным здоровьем на 2018-2021 годы. В рамках данного Плана мероприятия направлены на развитие межсекторального взаимодействия, развитие школьной медицины и среды, способствующей укреплению репродуктивного и ментального здоровья детей и молодежи, профилактику неинфекционных и инфекционных заболеваний, формирование культуры здорового питания, а также проведение научных исследований и подготовку кадров. Детское и подростковое население охвачено Национальной скрининговой программой. В Казахстане сложилась система качественных и доброжелательных медико-социальных услуг для подростков и молодёжи в виде Молодёжных центров здоровья (далее - МЦЗ). Тем не менее, последние эпидемиологические показатели по предотвратимым причинам заболеваемости и смертности подростков вызывают озабоченность. В 2017 году согласно национальным статистическим данным среди молодежи от 14 до 18 лет на первом месте по причинам смертности находились несчастные случаи, отравления и травмы, за которыми следовали злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения.

Заболееваемость психическими и поведенческими расстройствами молодежи в возрасте 15-29 лет включительно составила 41,2 на 100 тыс. в 2017 году<sup>7</sup>. Основными причинами смертности детей в возрасте 0-14 лет в 2017 году были внешние причины смерти (транспортные несчастные случаи, утопления, удушья, отравления, самоубийства и т.п.) - 17,17, болезни органов дыхания - 6,23, инфекционные и паразитарные болезни - 4,82, новообразования - 3,53, болезни системы кровообращения - 2,90 на 100 000 детей соответствующего возраста<sup>5</sup>. Актуальность предотвратимых причин заболеваемости и смертности детей и подростков ставит необходимость воздействия на риски развития заболеваний путем целенаправленных мер.

Учитывая то, что поведенческие и социальные аспекты влияют на физическое и психическое здоровье подростков, необходимы фактические данные по подросткам Казахстана для лучшего понимания особенностей состояния здоровья молодых людей и влияния социальных, возрастных и гендерных факторов.

### **НАЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ 11, 13 И 15 ЛЕТ В ОТНОШЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ, THE HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)**

В странах Европы и Северной Америки в сотрудничестве с Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) регулярно проводится межнациональное исследование - Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). HBSC собирает данные каждые четыре года среди подростков 11, 13 и 15 лет в отношении здоровья и благополучия, социальной среды и поведения, связанного со здоровьем. Исследование было инициировано в 1982 году, когда исследователи из пяти стран разработали и внедрили общий протокол для исследования здоровья школьников-подростков в социальном контексте. В настоящее время исследование охватывает 49 стран и регионов и проводится в сотрудничестве с ВОЗ. Сбор данных осуществляется в школах путем анкетирования с использованием стандартной методологии<sup>8</sup>. HBSC-это сеть исследователей, представляющих национальные команды. Каждая участвующая страна финансирует исследование на национальном уровне. Координирует работу исследователей Международный Координационный Центр HBSC, Университет Глазго, Великобритания (HBSC International Coordinating Centre, University of Glasgow).

#### **Цели исследования HBSC:**

Получение данных о показателях здоровья и формах поведения 11, 13, 15-летних подростков в их социальном контексте.

Получение более глубокого представления о факторах, влияющих на физическое и психическое здоровье подростков и неравенства в здоровье в зависимости от пола, возраста, социально-экономического положения.

Оказание влияния на разработку, внедрение и мониторинг программ и стратегий, направленных на улучшение здоровья подростков.

Длительное сотрудничество с ВОЗ создало возможность для использования фактических данных HBSC в разработке Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг., основанной на подходе жизненного цикла<sup>2</sup>. Таким образом, HBSC вносит вклад в политику ВОЗ по укреплению здоровья и благополучия подростков. Более подробная информация об исследовании и сети HBSC доступна на сайте [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).

Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения (далее-РГП на ПХВ) «Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни» (далее-НЦПФЗОЖ) Министерства Здравоохранения Республики Казахстан (далее-МЗ РК) с 2016 года является членом сети HBSC. С 2018 года РГП на ПХВ «Национальный Центр общественного здравоохранения» МЗ РК (далее-НЦОЗ) является правопреемником НЦПФЗОЖ и осуществляет работу в рамках HBSC при финансовой поддержке Министерства здравоохранения.

В 2017-2018гг. НЦОЗ провел национальное исследование по изучению поведения школьников в отношении своего здоровья и благополучия с охватом всех регионов страны в рамках реализации научно-технической программы Министерства Здравоохранения Республики Казахстан, некоммерческого акционерного общества «Медицинский Университет Караганды» «Разработка научных основ формирования профилактической среды в целях сохранения общественного здоровья» на 2017-2019 гг.

#### **Целью исследования в Казахстане является:**

Изучение показателей здоровья и благополучия, образа жизни, форм поведения 11, 13, 15-летних подростков Республики Казахстан как основы для мониторинга и влияния на политику, программы и меры по укреплению здоровья и повышению знаний и навыков в отношении здоровья молодых людей.

Полученные знания о психических и физических аспектах здоровья и социальной среде, в которой находятся дети, позволят проводить сравнения с последующими исследованиями здоровья подростков в Казахстане и с результатами данного исследования в других странах.

## МЕТОДОЛОГИЯ

### **КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА**

Согласно определению ВОЗ здоровье - это не только отсутствие болезней, но и психологическое и физическое благополучие человека<sup>9</sup>. В данном исследовании поведение, связанное со здоровьем, рассматривается как часть образа жизни молодых людей, а здоровье рассматривается как социальный, психологический ресурс и физические возможности. Подростковый возраст часто называют переходом от детства до зрелого возраста, когда происходит процесс физиологического созревания, который включает в себя половую зрелость, когнитивное развитие в отношении самовосприятия, формирования личности, психосоциальной среды. В связи с этим важно изучать и влияние этого периода жизни на здоровье, благополучие и рискованное поведение. Данные процессы являются одной из причин, почему школьники 11, 13 и 15 летних возрастных групп включены в опрос.



Возрастные группы представляют раннее начало полового созревания и изменений в организме, середину полового созревания, когда подростки сталкиваются с проблемами физических и эмоциональных изменений, развиваются мысли о будущем и происходит переоценка того, что важно в жизни молодых людей, и поздний этап, когда продолжают фазы физического и эмоционального взросления, развития самостоятельности, внимание к отношениям со сверстниками и социализации<sup>10,11</sup>. Соответственно, широкое понимание того, как живут молодые люди, и каким образом их поведение связано со здоровьем и благополучием в результате влияния индивидуальных и социальных факторов, является концептуальной основой исследования.

### ДИЗАЙН ВЫБОРКИ

Целевыми возрастными группами в исследовании являются школьники 11, 13 и 15 лет, поэтому опрос проводился в 5, 7 и 9 классах общеобразовательных школ 14 областей и городов Астана и Алматы. Все учащиеся в выбранном классе могли участвовать в опросе.

По данным статистического сборника РК 2016 года численность детей в возрасте 11, 13 и 15 лет составила 722185 человек (табл.1).

Возраст	ВСЕГО	ГОРОД	СЕЛО
11 лет	<b>266091</b>	<b>134279</b>	<b>131812</b>
13 лет	<b>232420</b>	<b>115255</b>	<b>117165</b>
15 лет	<b>223674</b>	<b>110568</b>	<b>113106</b>

Процентное соотношение мужского и женского пола составляет по 50%.

Дизайн исследования - кроссекционное исследование на базе общеобразовательных школ с национальной репрезентативной выборкой подростков 11,13 и 15 лет. Была применена двухступенчатая кластерная выборка. С целью формирования репрезентативной выборки были собраны регистрационные списки всех общеобразовательных школ по каждой из 14 областей республики и двум городам национального значения – г. Астана и г. Алматы. Для отбора респондентов должно было быть доступно не менее 95 процентов целевой аудитории. Из выборки исключены малокомплектные школы, в которых количество учащихся в классе меньше 10 человек, школы-интернаты и специализированные школы для детей с особыми нуждами, в которых обучается менее 1,0% целевого населения.

На первом этапе школа выступала первичной единицей выборки, то есть из списка школ была проведена простая произвольная выборка школ с вероятностью, пропорциональной размеру. На втором этапе один класс для одной возрастной группы выбирается случайным образом из отобранных школ. Установлено, что большинство детей требуемых возрастов соответствуют 5-ым, 7-ым и 9-ым классам.

Рекомендуемый для исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» минимальный размер выборки для каждой из трех возрастных групп - 1550. Этот размер выборки достигает минимального желаемого уровня точности для оценок распространенности и сравнения.

На основе коэффициента избыточной дискретизации 1, процента ответа на уровне класса равному 0,9, ожидаемого ответа на индивидуальном уровне равному 0,8, расчетное количество учеников в каждой возрастной группе составило 2160. Соответственно запланированное для опроса количество школьников составило 6480 человек (три возрастные категории). Стратификация выборки проведена с учетом отдельных регионов и городского и сельского населения при соблюдении принципов пропорциональности.

В результате формирования выборки по вышеуказанным этапам случайным образом было отобрано 110 школ, где предполагалось опросить 6534 ученика 5, 7 и 9 классов из 54 городских и 56 сельских школ.

Опрос проводился от имени НЦПФЗОЖ специалистами областных и городских Центров формирования здорового образа жизни республики в сентябре-декабре 2017 года. Было получено разрешение на проведение опроса в школах от Министерства образования и науки Республики Казахстан и поддержка областных и городских Управлений образования. Процедуры исследования и анкета получили положительное заключение в локальном этическом комитете НЦПФЗОЖ. Родители учеников выбранных классов получили письмо-информированное согласие с описанием цели исследования, добровольности и анонимности опроса, а также соблюдения конфиденциальности. Родители, отказавшиеся от участия своих детей в опросе, возвращали подписанное письмо с отказом. Информация о добровольности и анонимности опроса также была представлена на первой странице анкеты для детей.

### **РАЗРАБОТКА АНКЕТЫ**

Вопросы анкеты разработаны совместно с международной исследовательской сетью HBSC и состоят из обязательных вопросов, которые используются всеми странами-участниками и дополнительных вопросов, которые выбрала страна для более глубокого изучения ряда тем. Анкеты предоставляются для самостоятельного заполнения в классе. Вопросы анкеты прошли валидацию и пилотное тестирование для обеспечения правильного понимания их детьми и составлены в дружественном для подростков контексте и формате. Анкета включает в себя вопросы, позволяющие определить следующие качественно-количественные характеристики:

Социально-демографические - возраст, пол, страна рождения, состав семьи; социально-экономические данные о семье;

Социальные отношения - легкость общения с матерью и отцом, общение с друзьями, отношение к школе, ощущение тяжести школьной нагрузки, взаимоотношения в школе, использование электронных средств коммуникации;

Оценка своего здоровья - самооценка здоровья, удовлетворенность жизнью, множественные жалобы на здоровье, травмы, вес тела, шкала депрессии; индекс благополучия ВОЗ-5;

Поведение в отношении здоровья - пищевые привычки (частота завтрака, частота употребления отдельных видов продуктов), чистка зубов, физическая активность от умеренной до высокой интенсивности и высокоинтенсивная физическая активность, время, проводимое перед экранами телевизора и других устройств;

Рискованное поведение – курение сигарет, употребление табака и электронных сигарет, употребление алкоголя; частота употребления алкоголя по видам напитков, причинение обид (буллинг и кибербуллинг); драки. Учащимся 9-ых классов задавались вопросы про сексуальные отношения; употребление конопли.

Анкета переведена с английского на казахский и русский языки с обратным переводом на английский язык для точности перевода.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В данном отчете представлены данные, собранные в сентябре-декабре 2017 года среди школьников 11, 13 и 15 лет в 14 областях и 2 городах республиканского значения г.Алматы и г.Астана в рамках кросс-секционного исследования HBSC.

### ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫБОРКИ

Всего в исследовании приняли участие 110 школ, в виду отказа в принятии участия 4-х школ, была проведена их замена из резервного списка школ. Таким образом, уровень ответов школ составил 100%.

Таблица 1.2 КОЛИЧЕСТВО ШКОЛ, УЧАСТВОВАВШИХ В ИССЛЕДОВАНИИ			
ОБЛАСТЬ \ ГОРОД	ГОРОД		
	ВСЕГО	ГОРОД	СЕЛО
Акмолинская	5	2	3
Актюбинская	6	3	3
Алматинская	11	3	8
Атырауская	5	2	3
Западно-Казахстанская	5	2	3
Жамбылская	9	3	6
Карагандинская	8	6	2
Костанайская	5	3	2
Кызылординская	7	3	4
Мангыстауская	6	2	4
Туркестанская	12	4	8
Павлодарская	5	3	2
Северно- Казахстанская	5	2	3
Восточно-Казахстанская	7	2	5
Нур-Султан	6	6	
Алматы	8	8	
Всего	110	54	56

Уровень ответов классов также составил 100%, так как 5 классов, отказавшихся принять участие в обследовании, были заменены классами из списка резервных классов. Всего в исследование было включено 329 классов.

Общий запланированный объем выборки был определен из расчета, что среднее количество учащихся в классе - 20 человек. Как показало исследование, среднее число учащихся в одном классе составило 22,7. Общее число респондентов в 329 классах - 7470 человек. Из них на момент обследования отсутствовали 508 учащихся, 416 школьников отказались принять участие. Таким образом, уровень ответа школьников составил - 87,6%.

### СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ

В результате проведенных полевых исследований после очистки, верификации, валидации данных, была сформирована база из 6546 собранных анкет. Среднее значение возраста для каждой возрастной группы составило: 1 гр. - 11,37 лет; 2 гр. - 13,35 лет; 3 гр. - 15,36 лет.

В ходе отбора целевой группы детей возрастной группы 11 лет (школьники 11,37±6 месяцев) – количество их составило 1525 человек, что соответствует 93,3% от всех отобранных. Также в эту возрастную категорию включаются дети возраста 11,50 ±12 месяцев, что не превышает 10% - т.е. дети с возрастом за пределами «среднее значение возраста группы ±6 месяцев» (24 и 85 человек соответственно). Всего детей в первой группе - 1634.

Возрастная группа 13 лет (школьники 13,35±6 месяцев) – количество их составило 1412 человек, что соответствует 92,8%. Также в эту возрастную категорию включаются дети возраста 13,50±12 месяцев, что не превышает 10% - т.е. дети с возрастом за пределами «среднее значение возраста группы ±6 месяцев» (32 и 78 человек соответственно). Всего детей во второй группе - 1522.

Возрастная группа 15 лет (школьники 15,36±6 месяцев)– количество их составило 1413 человек, что соответствует 91,7%. Также в эту возрастную категорию включаются дети возраста 15,50±12 месяцев, что не превышает 10% - т.е. дети с возрастом за пределами «среднее значение возраста группы ±6 месяцев» (49 и 79 человек соответственно). Всего детей в третьей группе - 1541.

Школьники, не входящие в данные возрастные диапазоны, исключаются из анализа, всего их 1813. Также из анализа были исключены 2 респондента, не указавшие пол. Всего исключены 1815 человек. Итоговое количество выборки составило 4731 школьников (50,6% мальчиков), куда также входит 34 человека, не указавшие свой возраст (согласно требованиям они не исключаются из выборки) (Таблица П 1).

Отчет содержит описательную статистику по показателям. Ответы представлены с разбивкой по полу и возрасту. В приложении представлены ответы школьников в виде таблиц. Результаты представлены в процентах. Для выявления статистически значимых различий показателей двух или нескольких сравниваемых групп применялся метод расчета критерия хи-квадрат Пирсона и значение вероятности «р». В данном отчете мы выделили только те различия, которые являются статистически значимыми (р<0,05).

Для статистического анализа была использована программа IBM SPSS 20.0.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- <sup>1</sup> Situation of child and adolescent health in Europe World Health Organization 2018 Denmark Regional Office for Europe [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf)
- <sup>2</sup> Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/253729/64wd12e\\_InvestCAHstrategy\\_140440.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1))
- <sup>3</sup> The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030) Italy: Every Woman Every Child 2015.
- <sup>4</sup> Jacob C M, Baird J, Barker M, Cooper C, Hanson M The importance of a life-course approach to health: Chronic disease risk from preconception through adolescence and adulthood. White paper 2017 <https://www.who.int/life-course/publications/life-course-approach-to-health.pdf>
- <sup>5</sup> Дети Казахстана / Статистический сборник/ на русском языке / 125 стр. Министерство национальной экономики Республики Казахстан. Комитет по статистике. Главный редактор Айдапкелов Н.С. Астана 2018
- <sup>6</sup> Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019. Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176, Астана, 2016г.
- <sup>7</sup> Молодежь Казахстана 2013–2017. Статистический сборник под ред. Айдапкелова Н.С. Астана 2018
- <sup>8</sup> Currie C, Griebler R, Inchley J, Theunissen A, Molcho M, Samdal O, Dur W & (eds) (2010). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2009/10 Survey. Edinburg: CAHRU & Vienna: LBHPR. <http://www.hbsc.org>
- <sup>9</sup> WHO. Constitution of the World Health Organisation. New York: 1948.
- <sup>10</sup> Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Committee IHNC. The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) study: origins, concept, history and development 1982–2008. Int J Public Health. 2009;54 Suppl 2:131–9
- <sup>11</sup> Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014гг. Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, №7.- Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2016.



## 2. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

- Детям и подросткам легко общаться с матерью и отцом, но к 15 годам качество общения с родителями ухудшается. Большинство мальчиков и девочек ощущают высокую поддержку со стороны семьи и сверстников, с возрастом этот показатель снижается. Восприятие высокой поддержки со стороны семьи выше среди девочек.
- В целом школьники являются умеренными пользователями электронных средств коммуникаций (ЭСК), по мере взросления частота использования ЭСК возрастает. Среди девочек больше умеренных пользователей, а среди мальчиков больше интенсивных пользователей ЭСК. 7% детей и подростков являются проблемными пользователями социальных сетей. Среди мальчиков 11 лет выше распространенность проблемного использования социальных сетей по сравнению с девочками. Одна треть детей для раскрытия своих переживаний предпочитает общение в Интернете личному общению лицом к лицу.
- Позитивное отношение к школе, ощущение высокой поддержки со стороны учителей и одноклассников наиболее распространено среди школьников 11 лет. В целом одна пятая детей чувствуют тяжесть школьной нагрузки. По мере взросления уменьшаются доли подростков, которым школа очень нравится, которые отмечают высокую поддержку учителей и одноклассников. Восприятие тяжести школьной нагрузки увеличивается с возрастом среди девочек. Мальчики в 11 лет в меньшей степени ощущают высокую поддержку со стороны учителей по сравнению с девочками 11 лет.
- Дети-мигранты и дети, родившиеся в Казахстане, имеют одинаково высокую удовлетворенность жизнью, схожие показатели по жалобам на здоровье и по самооценке здоровья. Однако среди школьников-мигрантов первого поколения выше распространенность употребления электронных сигарет и алкоголя, хуже показатели психического здоровья, буллинга и кибербуллинга по сравнению с подростками-мигрантами второго поколения и неиммигрантами.

## СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И ОБЩЕНИЕ

Социальная поддержка это помощь, реальная или предполагаемая, предоставляемая обществом, семьей, межличностными отношениями, социальными системами<sup>1</sup>. Для детей и подростков, в частности, социальная поддержка рассматривается в качестве одного из защитных факторов от стресса, как проявление социального капитала общества<sup>2</sup>. Для подростков источниками социальной поддержки являются семья, сверстники, товарищи по школе и учителя, культурные, спортивные, общественные организации и группы, а также социальные сети в Интернете.

На разных этапах взросления детей и подростков семья, друзья, школа и сообщество оказывают свое влияние для развития и вносят вклад в здоровье и благополучие.

В данной главе представлены результаты исследования подростков по общению в семье и со сверстниками, социально-экономическому статусу семьи, по школьной среде и общению с использованием электронных средств коммуникации.

## СЕМЕЙНОЕ ОБЩЕНИЕ

### ОБЩЕНИЕ С МАТЕРЬЮ И ОТЦОМ

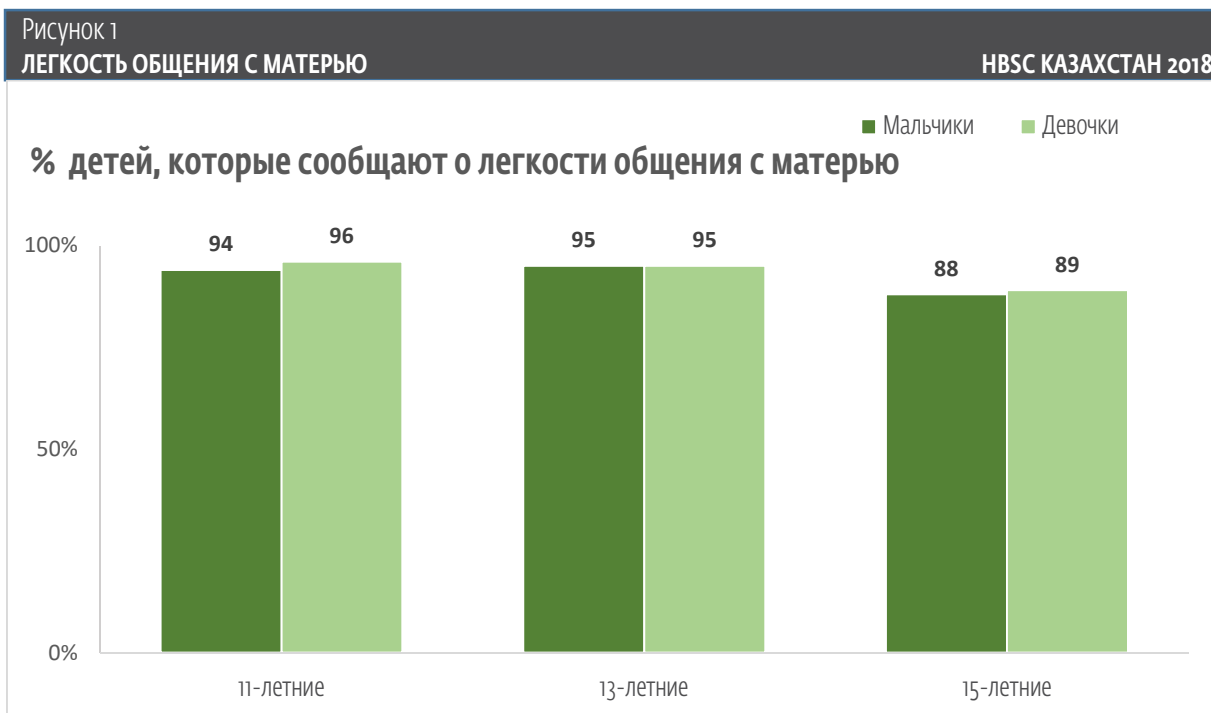
Общение с родителями считается одним из факторов защиты здоровья, развития социальных ценностей, которые помогут подросткам справляться со стрессовыми ситуациями в дальнейшей жизни и защитить их от неблагоприятных воздействий<sup>3</sup>. В нашем исследовании школьники отвечали на вопрос, насколько им легко говорить с мамой и папой о вещах, которые их волнуют, для того, чтобы определить качество отношений школьников со своими родителями. Варианты ответов варьировались от «очень легко» до «очень сложно».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

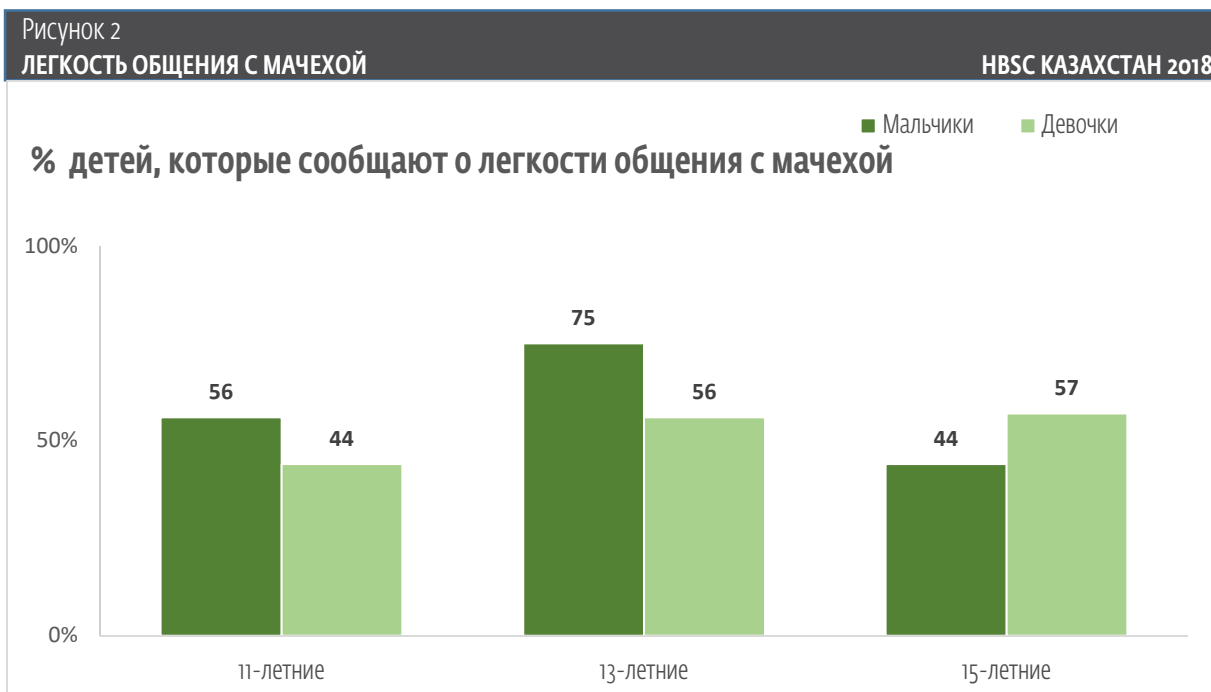
Представленные результаты отражают долю подростков, которым очень легко и легко говорить с мамой или с мачехой и с папой или отчимом. О легкости общения с матерью сообщает подавляющее большинство подростков (Рисунок 1). По мере взросления, к 15 годам, качество общения с матерью ухудшается как среди мальчиков, так и среди девочек. Существенные различия в общении с матерью выявлены среди детей 11 лет, среди которых большая доля девочек сообщала о легкости общения с матерью.

В семьях с высоким достатком ухудшается легкость общения с матерью среди мальчиков.





Меньшая доля детей сообщает о легкости общения с мамой (Рисунок 2). Не выявлено возрастных и гендерных различий в связи с малым числом случаев.



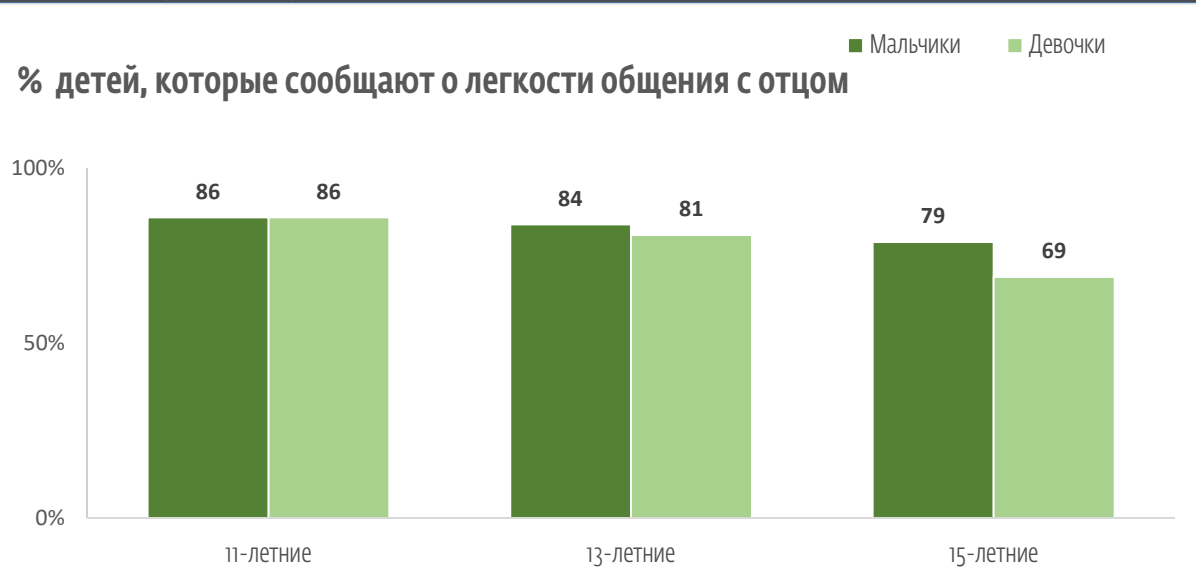
Большинство подростков также отмечают легкость общения с отцом (Рисунок 3). С возрастом показатель снижается как среди мальчиков, так и более значительно среди девочек. Мальчики 15 лет чаще сообщают о легкости общения с отцом, по сравнению с 15-летними девочками.

Более высокий материальный достаток семьи положительно отражается на легкости общения с отцом среди девочек.

Рисунок 3

ЛЕГКОСТЬ ОБЩЕНИЯ С ОТЦОМ

HBSC КАЗАХСТАН 2018



С отчимом легкость общения ухудшается к 15 годам среди мальчиков. 13 летние мальчики чаще сообщали о легкости общения с отчимом по сравнению с девочками (Рисунок 4).

Рисунок 4

ЛЕГКОСТЬ ОБЩЕНИЯ С ОТЧИМОМ

HBSC КАЗАХСТАН 2018



### **ОЩУЩЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

Эмоциональная поддержка включает в себя поведение, обеспечивающее эмоциональное благополучие, такое как умение слушать, выражение любви и признательности. Эмоциональная поддержка со стороны друзей и семьи лучше других видов поддержки и наиболее полезна при состоянии депрессии для укрепления самооценки<sup>4</sup>.

Недостаток родительской поддержки является предиктором депрессивных симптомов. В то же время подростки более свободно говорят о своих проблемах со сверстниками, чем с родителями<sup>3-5</sup>.

Степень поддержки со стороны родителей рассчитывалась с помощью показателя «Многофакторная воспринимаемая социальная поддержка» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)). Измеряется субъективное восприятие поддержки, получаемой респондентами из таких источников, как общение с друзьями и отношения в семье. Надежность, валидность и факторная структура шкалы подтверждена во многих исследованиях<sup>6</sup>.

Шкала воспринимаемой социальной поддержки от семьи включает утверждения: «Моя семья действительно пытается помочь мне», «Я получаю необходимую эмоциональную помощь и поддержку от семьи», «Свои проблемы я могу обсудить со своей семьей», «Моя семья готова помочь мне в принятии решений». Варианты ответов варьировались от «полностью не согласны» до «полностью согласны». Вычисленный средний балл указывает на уровень воспринимаемой социальной поддержки, который отражает субъективное восприятие ребенка помощи и поддержки (показывает, насколько ребенок чувствует поддержку и помощь) от окружающих его людей, шкала имеет три градации: низкий уровень воспринимаемой поддержки (1 – 2,9 баллов), средний уровень воспринимаемой поддержки (3 – 5,4 баллов), высокий уровень воспринимаемой поддержки (5,5 и выше баллов).

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Распределение ответов опрошенных школьников о поддержке со стороны семьи представлено на Рисунках 5 и 6. Большинство подростков (81%) ощущают высокую поддержку со стороны семьи по шкале MSPSS. С 11 до 15 лет доля мальчиков, которые воспринимают поддержку семьи как высокую, снижается с 83% до 75%.

Связи данного показателя с достатком семьи не выявлено.

Рисунок 5  
 ВОСПРИНИМАЕМАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ ПО ВОЗРАСТУ  
 HBSC КАЗАХСТАН 2018

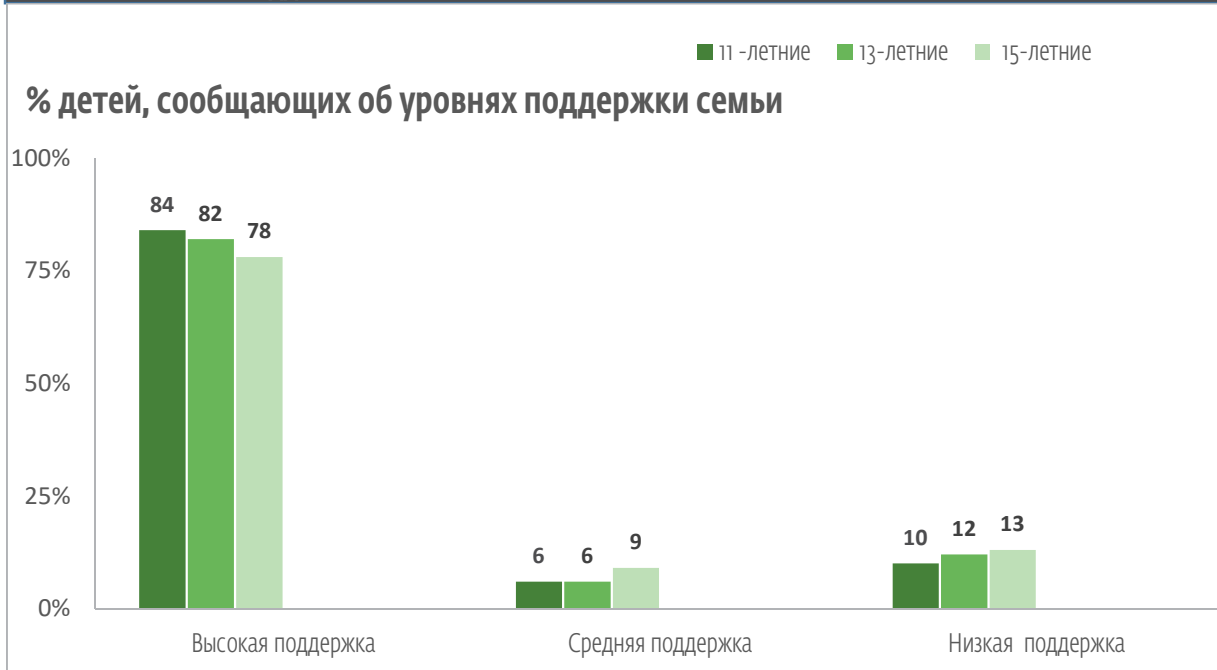
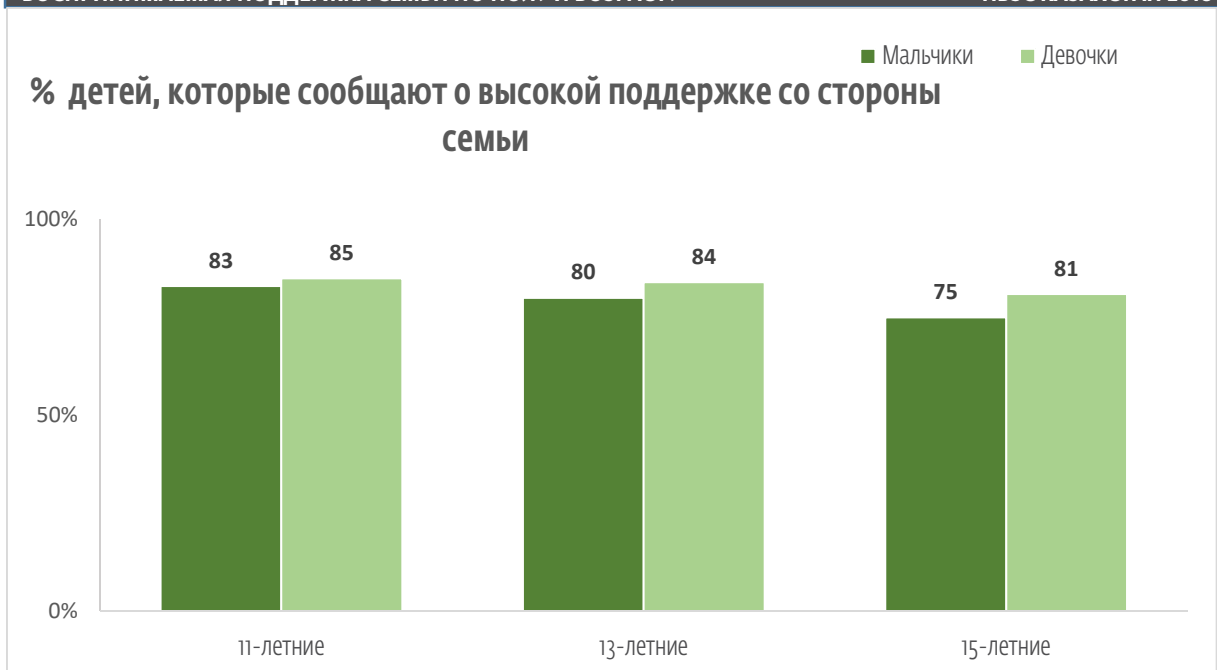


Рисунок 6  
 ВОСПРИНИМАЕМАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ  
 HBSC КАЗАХСТАН 2018



## СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО/СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

Различия в социально-экономических условиях, в которых растут дети и подростки, формирует социальное неравенство в здоровье и поведении в отношении здоровья. Социальное неравенство в отношении здоровья в подростковом возрасте влияет на неравенство во взрослой жизни<sup>7,8</sup>. Исследования в рамках HBSC в различных странах выявили связь между социально-экономическим статусом и взаимоотношениями родителей и детей, буллингем, удовлетворенностью жизнью, показателями, связанными со здоровьем и другими аспектами в отношении здоровья<sup>7,8,9,10,11,12</sup>.

### СТРУКТУРА СЕМЬИ И РАБОТА РОДИТЕЛЕЙ

Респондентам был задан вопрос о доме, в котором они проживают с просьбой отметить тех людей, которые живут вместе с ними. Варианты ответов: «мама», «папа», «мачеха», «отчим», «живу в приемной семье или детском доме» и «с кем-то еще» (вписать ответ). Отсутствие работы у родителей является важным социальным фактором, который неблагоприятно сказывается на здоровье и развитии детей<sup>5,6,13</sup>. В данном опросе подростки отвечали на вопрос о том, есть ли у мамы и у отца работа. Варианты ответов: «да», «нет», «не знаю», «не знаю или не вижу с мамой (отцом)». Если ответ был «нет», предлагалось ответить, почему мама или отец не работает. Варианты ответов: «болеет или на пенсии или учится»; «ищет работу»; «заботится о других или все время находится дома»; «не знаю».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

70% детей живут с обоими родителями, 23% -проживают с мамой, и около 3% с папой (Рисунок 7). Среди мальчиков 6,5% имеют по крайней мере одного родителя, который не работает, но ищет работу, среди девочек данный показатель составляет 7,2%.



### ДОСТАТОК СЕМЬИ

Оценка материального благосостояния семьи респондента проводилась с помощью следующих вопросов:

- 1) В вашей семье есть собственный автомобиль, микроавтобус или грузовик? (Варианты ответов: «нет»; «да», «один»; «да, два и больше»)
- 2) У тебя есть собственная комната, в которой живешь только ты? («нет», «да»)
- 3) Сколько собственных компьютеров (включая ноутбуки и планшеты, но не включая игровые приставки и смартфоны) имеет ваша семья? («ни одного»; «один»; «два»; «больше двух»)
- 4) Сколько ванных комнат (комната с душем или ванной, или где есть и ванна и душ) в вашем доме? («ни одной»; «одна»; «две»; «больше двух»)
- 5) В вашей семье есть посудомоечная машина в доме? («нет», «да»)
- 6) Сколько раз за прошедший год ты и твоя семья выезжала из Казахстана на праздники, каникулы? («не выезжал (а) вообще»; «один раз»; «два раза»; «более двух раз»)

Ответам на данные вопросы присваивались соответствующие баллы по Шкале достатка семьи и определялся суммарный бал, который затем использовался для расчета относительного социально-экономического достатка семьи с помощью ридит-анализа<sup>3</sup>

### РЕЗУЛЬТАТЫ

По социально-экономическому статусу семьи школьники распределились следующим образом: доля детей и подростков из семей с низким уровнем достатка составляет 27%, из семей со средним уровнем достатка- 56,4%, из семей с высоким уровнем достатка- 16,6%.

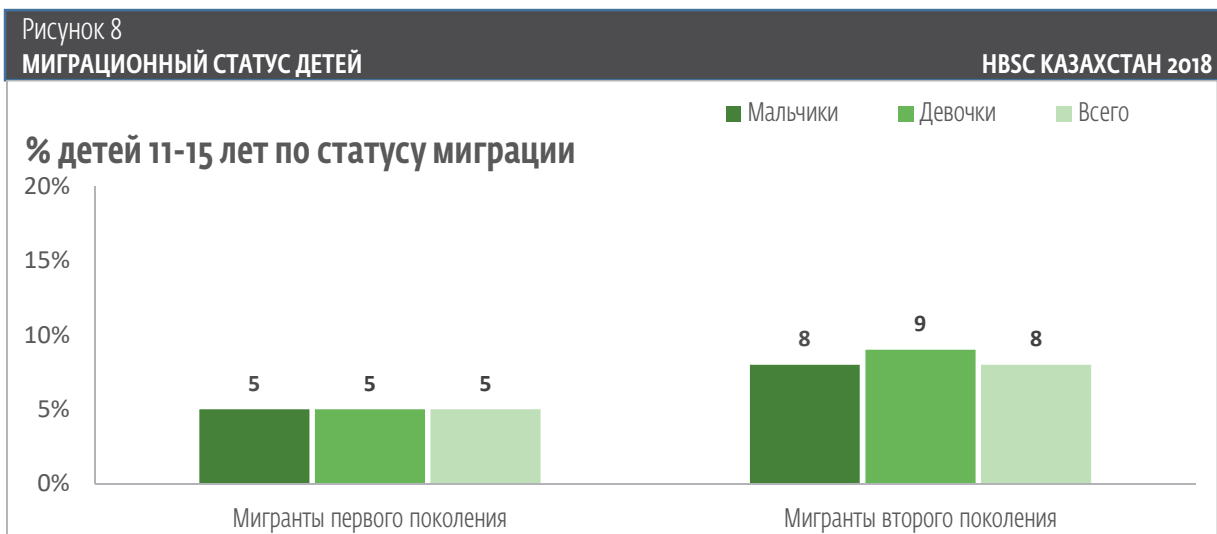
По показателям, представленным в данном отчете, выявлялась связь с достатком семьи, которая представлена в виде увеличения или снижения показателей в зависимости от достатка семьи. Зависимость показателей от социально-экономического статуса семьи рассматривается для мальчиков и девочек отдельно.

### МИГРАЦИЯ (СТРАНА РОЖДЕНИЯ)

Миграционные процессы охватывают различные страны и регионы, оказывают влияние на политические и социальные аспекты жизни общества. Миграционный статус детей и подростков и их семей отражается на социально-экономическом положении семьи, социальных отношениях и в последующем, на показатели здоровья и поведенческие факторы образа жизни<sup>1</sup>. Миграционный статус может оцениваться по стране рождения ребенка и его родителей. Принято считать, что мигранты первого поколения - это дети, которые рождены в другой стране, а мигранты второго поколения- дети, которые рождены в стране проживания, но родители рождены в другой стране. Результаты различных исследований влияния миграции на здоровье и поведение детей несколько противоречивы, при этом выявленные показатели в отношении здоровья и факторы риска среди детей-мигрантов оказывались лучше, или одинаковыми или хуже, по сравнению с детьми неиммигрантами<sup>4</sup>.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлена невысокая распространенность мигрантов первого и второго поколения среди подростков (Рисунок 8).



Проведенный корреляционный анализ влияния миграционного статуса на позитивное здоровье, а также на благополучие и рискованное поведение среди подростков показал, что дети-мигранты и не мигранты имели одинаково высокую удовлетворенность жизнью, схожие показатели по жалобам на здоровье и по самооценке здоровья. Однако среди мигрантов первого поколения выше распространенность употребления электронных сигарет и алкоголя, частота проблем с психическим здоровьем, буллингом и кибербуллингом по сравнению с подростками-мигрантами второго поколения и неиммигрантами<sup>15</sup>. Миграционный статус оценивался вопросами о том, в какой стране родился респондент, в какой стране родилась его мама и папа (Рисунок 9).



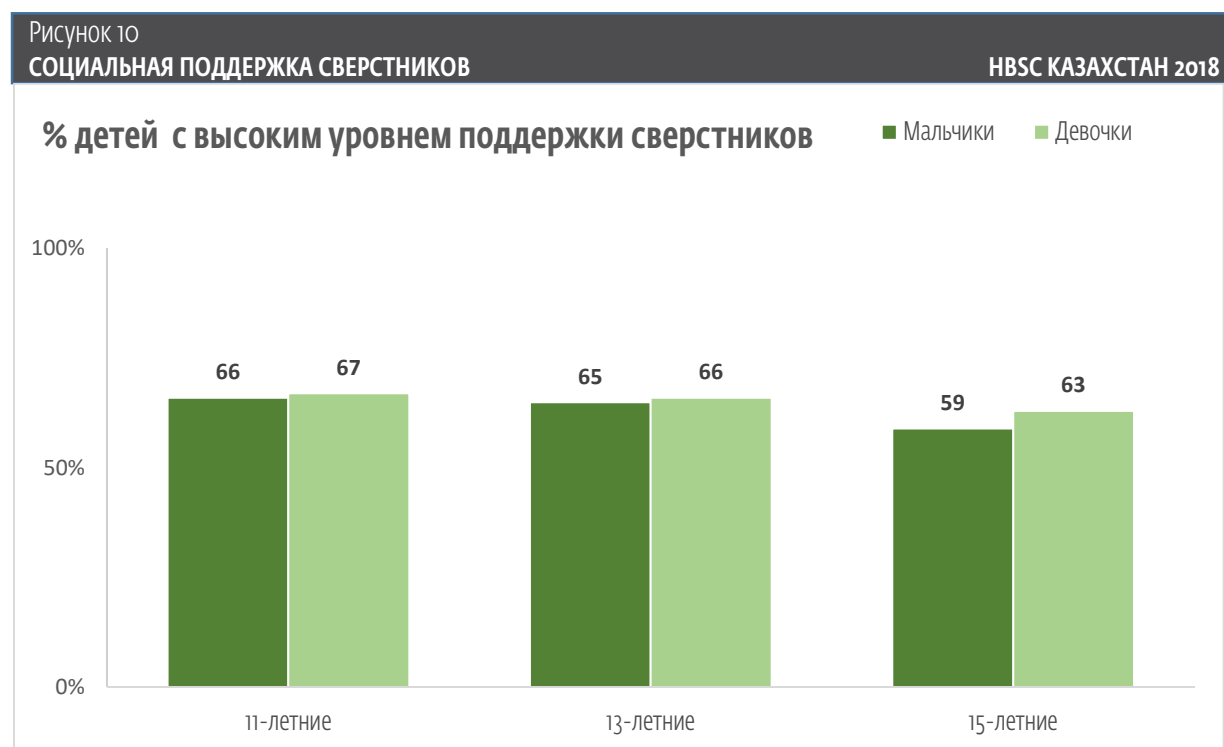
## ОТНОШЕНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ

Дружба и поддержка сверстников приобретают значимое влияние в подростковом периоде жизни. При этом воздействие может оказываться на межличностное поведение, рискованное поведение, выбор развлечений, вовлеченность в различную деятельность, возможность практиковать определенный тип поведения и другие аспекты<sup>16</sup>. Ощущение поддержки друзей оказывает на подростков положительное влияние в отношении укрепления как физического, так и психического здоровья, на развитие социальных навыков<sup>17,18</sup>.

Степень поддержки со стороны сверстников рассчитывалась с помощью шкалы MSPSS. Шкала воспринимаемой социальной поддержки от друзей складывается из утверждений, с которыми согласен или не согласен в какой-либо степени респондент: «Мои друзья действительно пытаются помочь мне», «Я могу рассчитывать на друзей, если что-то пойдет не так», «Со своими друзьями я могу делиться радостями и горестями», «Я могу обсуждать свои проблемы с друзьями».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные результаты отражают долю школьников, сообщающих о высокой поддержке сверстников. В среднем, 64% детей сообщают о высокой поддержке сверстников. Доля детей, отмечающих высокую поддержку со стороны сверстников, с возрастом изменяется незначительно. Различия по полу не выявлены (Рисунок 10).





## ОБЩЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ КОММУНИКАЦИЙ

Среди подростков электронные средства коммуникации (ЭСК) в настоящее время не только популярное средство общения с семьей, друзьями, незнакомыми людьми, но и средство для игр, развлечений, обучения, выполнения школьных заданий, получения различных услуг и поддержки. Имеются научные данные о том, что ЭСК могут оказывать как положительное, так и негативное воздействие на психосоциальное развитие молодежи<sup>3</sup>. Позитивные аспекты влияния ЭСК на школьников связаны с развитием навыков общения, обучения, социализации<sup>9</sup>. С другой стороны, ЭСК могут увеличить риск проблемного использования социальных сетей (например, нарушения сна, потребление психотропных веществ)<sup>3</sup>, риск стать жертвой кибербуллинга<sup>20</sup>, способствовать развитию депрессивных симптомов<sup>21,22</sup>, агрессивного поведения<sup>23</sup>, снижению удовлетворенности жизнью<sup>24</sup>.

Учитывая современную реальность, следующие индикаторы по использованию ЭСК школьниками включены в данный опрос: интенсивность использования ЭСК, симптомы «проблемного» использования социальных сетей, и предпочтение социального взаимодействия в онлайн режиме.

### ИНТЕНСИВНОСТЬ ОБЩЕНИЯ ЧЕРЕЗ ЭСК

Интенсивность общения через ЭСК учитывала общение с четырьмя группами людей. Три пункта выделено на общение с друзьями (близкие друзья, друзья из большой группы друзей и друзья, которых узнал/а через Интернет, но не знал/а раньше) и один пункт это другие люди, кроме друзей (родители, сестры, братья, одноклассники, учителя и т.п.). Школьники отвечали на вопрос, как часто они общаются онлайн с выделенными четырьмя группами людей. Варианты ответов варьировались от «никогда или почти никогда» до «почти все время в течение дня». Средний балл рассчитывался на основании ответов, по результатам которого подростков разделили на группы по интенсивности общения посредством ЭСК: нижние 20% (низкая интенсивность), средние 60% (средняя интенсивность), верхние 20% (высокая интенсивность).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Высоко интенсивные пользователи ЭСК составили 7% среди подростков всех возрастов. Большинство респондентов являются умеренными пользователями ЭСК, среди них большая доля девочек, по сравнению с мальчиками. Выявлены возрастные различия использования ЭСК, к 15 годам увеличивается пропорция умеренных пользователей ЭСК с 64 % в 11 лет до 77% в 15 лет. Среди мальчиков всех возрастов более высокая распространенность интенсивного онлайн-общения, а среди девочек выявлена выше распространенность умеренного использования ЭСК (Рисунок 11).

С увеличением достатка семьи мальчики с большей вероятностью сообщают об интенсивном использовании ЭСК.



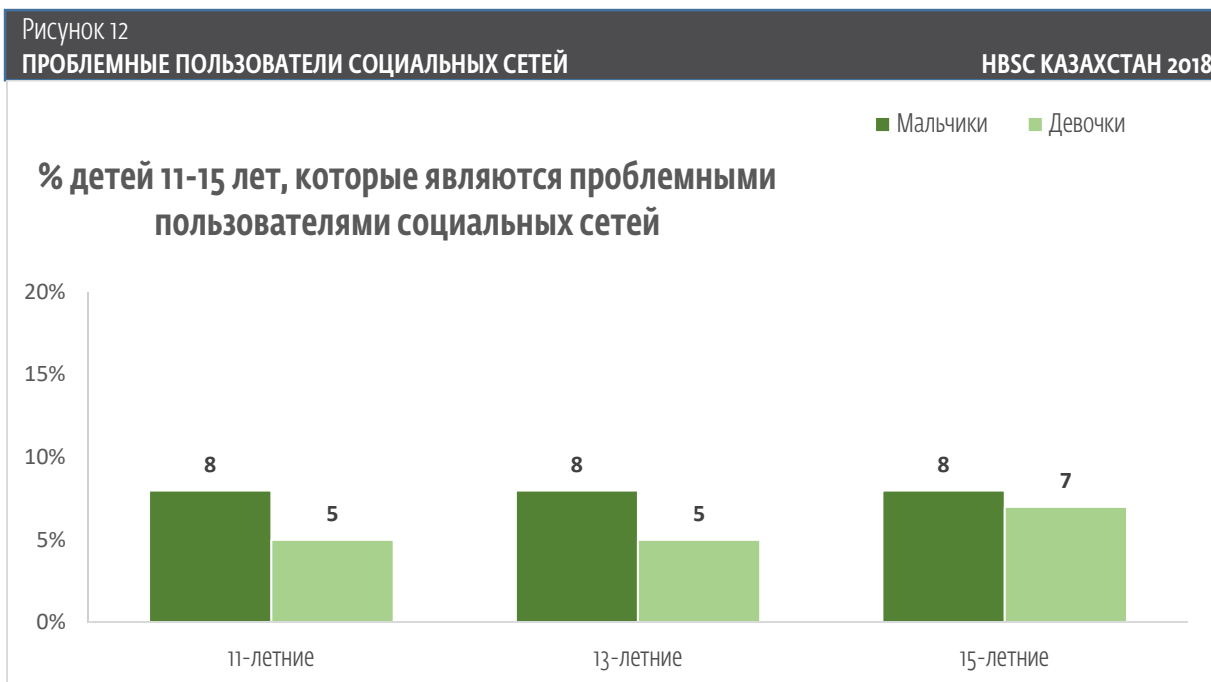
### ПРОБЛЕМНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Количественная оценка проблемного использования социальных сетей измерялась с помощью Шкалы симптомов/нарушений использования социальных медиа (Social Media Disorder Scale, SMD scale)<sup>25</sup>, которая состоит из девяти пунктов с использованием дихотомической (Нет/Да) шкалы ответов.

Диагностические критерии – пункты шкалы охватывают следующие аспекты: мысли только об использовании социальных медиа; недовольство тем, что мало времени уделялось социальным сетям; плохое самочувствие из-за отсутствия возможности использовать социальные медиа; неудачные попытки тратить меньше времени на социальные сети; пренебрежение другими делами (спортом, хобби) в пользу социальных медиа; регулярные споры с другими из-за использования социальных медиа; регулярный обман родителей или друзей о времени, проводимом в социальных сетях; использование социальных медиа сетей для ухода от негативных эмоций; серьезные конфликты с семьей из-за использования социальных медиа. Проблемным пользователем социальных сетей считался тот, кто ответил «Да» на 5 или более пунктов 9-ти мерной шкалы, при этом который ответил «Да» на одну из трех следующих пунктов: пренебрежение спортом, хобби; споры с другими и конфликты с семьей.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На Рисунке 12 представлены данные, отражающие долю детей, которые сообщили о признаках проблемного использования социальных сетей. 7% детей и подростков являются проблемными пользователями социальных сетей. Среди мальчиков 11 лет выше распространенность проблемного использования социальных сетей по сравнению с девочками.



### ПРЕДПОЧТЕНИЯ ПО ОНЛАЙН СОЦИАЛЬНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ

Данный показатель измеряется по 3 пунктам «воспринимаемой глубины онлайн-общения»: больше говорить о секретах в Интернете, легче говорить о своих внутренних чувствах, и о том, что беспокоит в Интернете, чем при встрече лицом к лицу<sup>26</sup>. Данный показатель отражает то, насколько подросток отдает предпочтение онлайн взаимодействию/общению, чем обычному общению лицом к лицу для раскрытия своих внутренних чувств, переживаний. Варианты ответов варьировались от «полностью не согласен» до «полностью согласен». Рассчитывался средний балл за три категории с расчетом индекса, согласно которому подростки распределились на тех, кто сообщает о сильном предпочтении онлайн-общения, и тех, кто сообщает о низком или нейтральном уровне предпочтения онлайн общению по сравнению с общением лицом к лицу.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные, представленные на Рисунке 13 отражают долю детей и подростков, которые предпочитают онлайн общение. 33% детей предпочитает делиться секретами, или говорить о своих внутренних чувствах, или о том, что беспокоит, общаясь в Интернете, чем при встрече лицом к лицу.

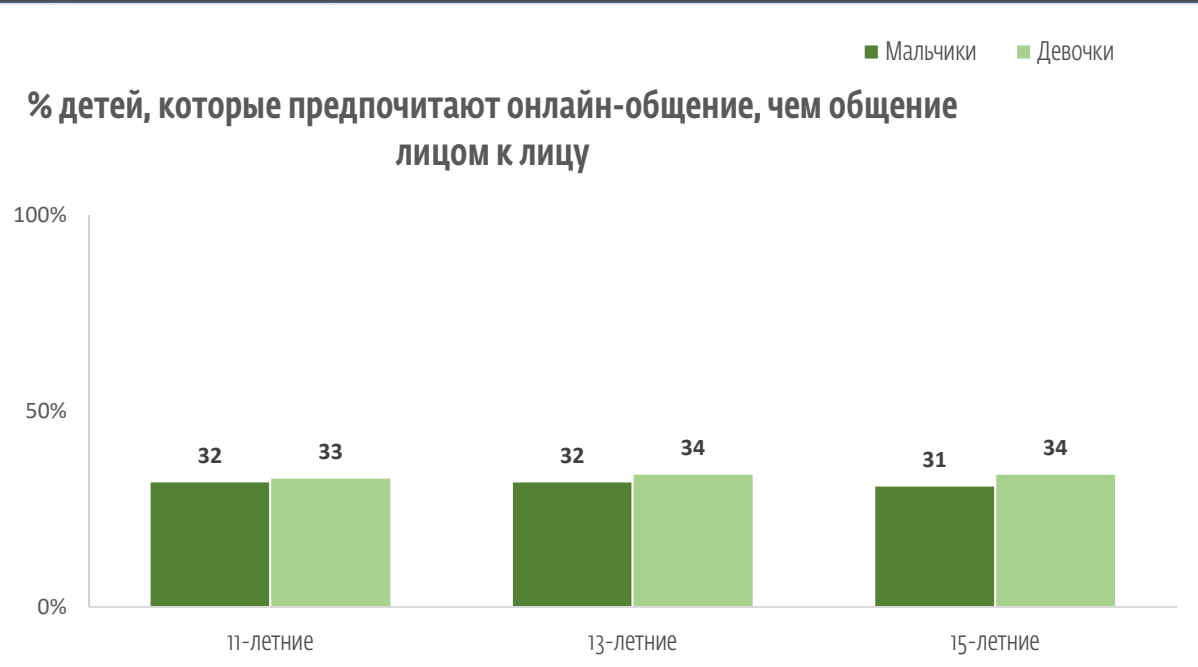
Возрастные и гендерные различия не выявлены.

Мальчики и девочки из семей с высоким достатком в меньшей степени предпочитают онлайн-взаимодействие для раскрытия своих переживаний.

Рисунок 13

ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОНЛАЙН-ОБЩЕНИЮ

HBSC КАЗАХСТАН 2018



## ШКОЛА

Немаловажной является роль школьного сообщества в обеспечении здоровья и благополучия детей. В исследованиях была выявлена связь между поддержкой учителей и психическим благополучием учащихся, низкой частотой раннего потребления алкоголя<sup>27</sup>, меньшим риском ежедневного курения и еженедельного потребления наркотиков<sup>28</sup>. В целом, позитивное отношение к школе, благожелательное отношение учителей и одноклассников защищает от проблемного поведения, способствует благополучию детей и подростков, позитивной оценке своего здоровья, хорошей самооценке и успеваемости, адаптации к школе и является защитным фактором от низкой оценки своего здоровья, пониженной самооценки<sup>29,30,31</sup>. Таким образом, социальная поддержка со стороны школы, благоприятный психологический климат в школе считается защитным аспектом в отношении психического здоровья<sup>32</sup>, снижая риск депрессии<sup>33</sup> и проблемного поведения у молодежи.

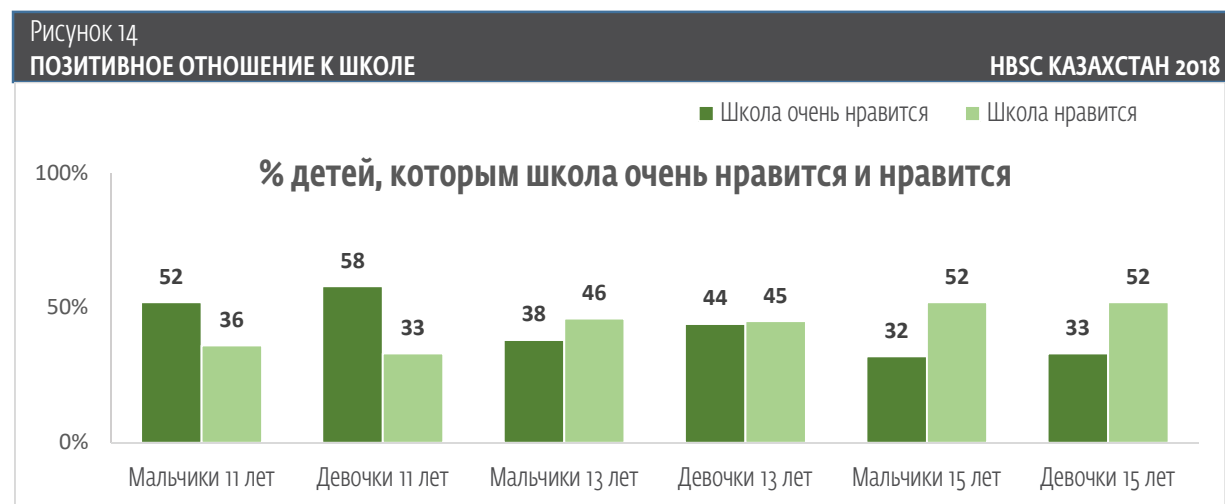
## ПОЗИТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

Школьники отвечали на вопрос о том, как они относятся к школе. Варианты ответов варьировались от «школа мне очень нравится» до «школа мне вообще не нравится».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные результаты отражают долю школьников, которым школа очень нравится и нравится. Наибольшую долю детей, которым школа очень нравится, составляют дети 11 лет (Рисунок 14). По мере взросления, в 13 и 15 лет, значительно уменьшается доля подростков, которым школа очень нравится, с 52% среди мальчиков и 58% среди девочек 11 лет до 32% и 33% среди мальчиков и девочек 15 лет соответственно. Гендерных различий в данном показателе не выявлено.

Мальчики и девочки из семей с высоким уровнем доходов реже сообщают о том, что школа им очень нравится.



## ОЩУЩЕНИЕ ШКОЛЬНОЙ НАГРУЗКИ

Стресс от школьных нагрузок, высокие академические требования часто сопровождаются соматическими и психическими проблемами у школьников, которые обычно сильнее выражены среди девочек<sup>34, 35</sup>. Подросткам был задан вопрос о том, испытывают ли они чувство напряжения при выполнении школьных заданий как в школе, так и дома. Варианты ответов варьировались от «нет» до «испытываю большое напряжение».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные результаты отражают долю подростков, которые испытывают определенное и большое напряжение от школьной нагрузки. В целом не более одной пятой детей чувствуют тяжесть школьной нагрузки. Восприятие школьной нагрузки как тяжелой увеличивается к 15 годам среди девочек (Рисунок 15). Различия в показателях по полу в разрезе возраста не выявлены.

С увеличением дохода семьи девочки чаще сообщают о том, что они испытывают определенное и большое напряжение при выполнении школьных заданий.

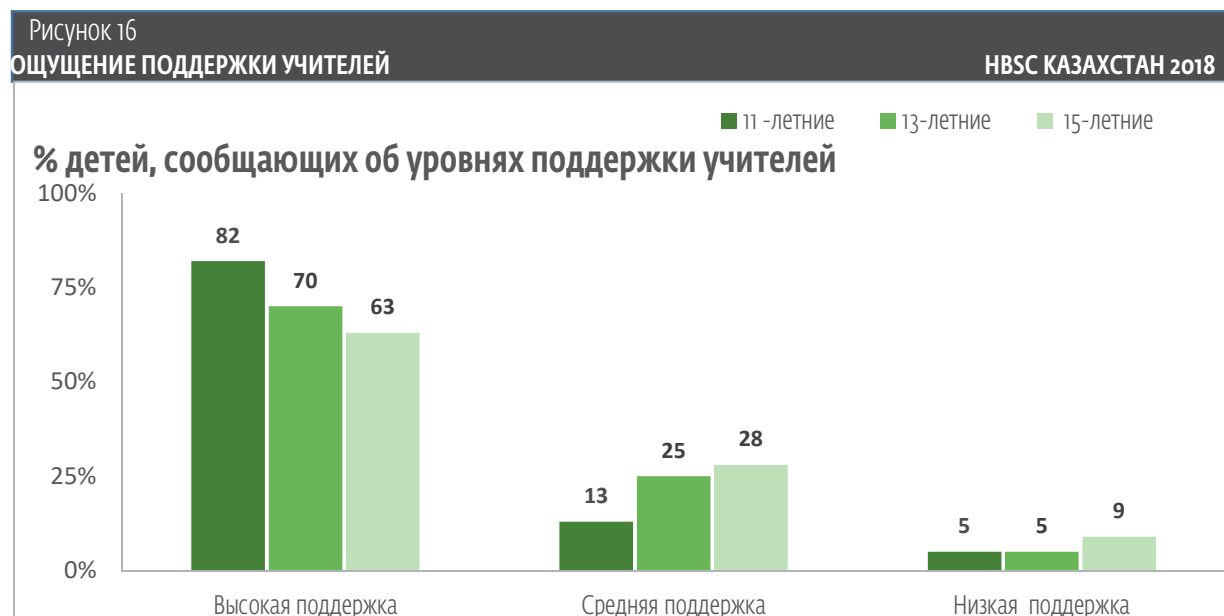


## ПОДДЕРЖКА УЧИТЕЛЕЙ И ОДНОКЛАССНИКОВ

Показатель ощущения поддержки учителей является суммарным индикатором согласия или не согласия школьников в отношении следующих высказываний: «я чувствую, что мои учителя принимают меня таким, какой я есть», «я чувствую, что мои учителя заботятся обо мне как о человеке», «я очень доверяю своим учителям». Ощущение поддержки одноклассников определялось согласием или не согласием школьников со следующими утверждениями: «учащимся нашего класса нравится быть вместе», «большинство учеников в нашем классе добрые и отзывчивые», «другие учащиеся воспринимают меня таким, какой я есть». Варианты ответов варьировались от «полностью согласен» до «полностью не согласен». В данных вопросах высчитывался суммарный балл, на основании которого определялись три уровня поддержки: высокий, средний и низкий.

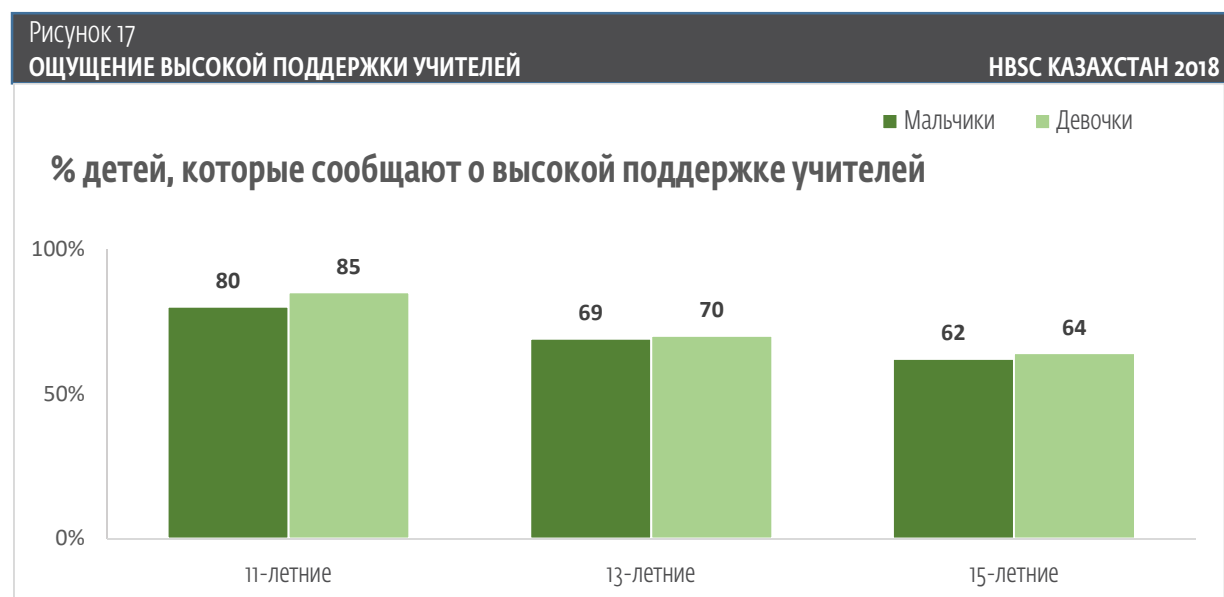
## РЕЗУЛЬТАТЫ

Школьники 11 лет чаще всего отмечают высокую поддержку учителей, которая по мере взросления уменьшается как среди мальчиков, так и среди девочек к 15 годам, по сравнению с 11-летними. Так, доля мальчиков и девочек 11 лет, ощущающих высокую поддержку учителей, составляет 80% и 85% соответственно, но сокращается к 15 годам до 62% среди мальчиков и 64% среди девочек.



Меньшая доля мальчиков 11 лет оценивает поддержку учителей как высокую, по сравнению с девочками 11 лет, по остальным возрастам не выявлено гендерных отличий (Рисунки 16 и 17).

Связи данного показателя с достатком семьи не выявлено.



11 летние мальчики и девочки (68% и 72% соответственно) больше всех ощущают высокую поддержку одноклассников. К 13 годам доля подростков, ощущающих высокую поддержку одноклассников, снижается, особенно среди мальчиков, до 62% и к 15 годам сохраняется практически на том же уровне. Различия по полу в каждой возрастной группе не выявлены (Рисунки 18 и 19).

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о низкой поддержке со стороны одноклассников.

Рисунок 18  
**ПОДДЕРЖКА ОДНОКЛАССНИКОВ** HBSC КАЗАХСТАН 2018

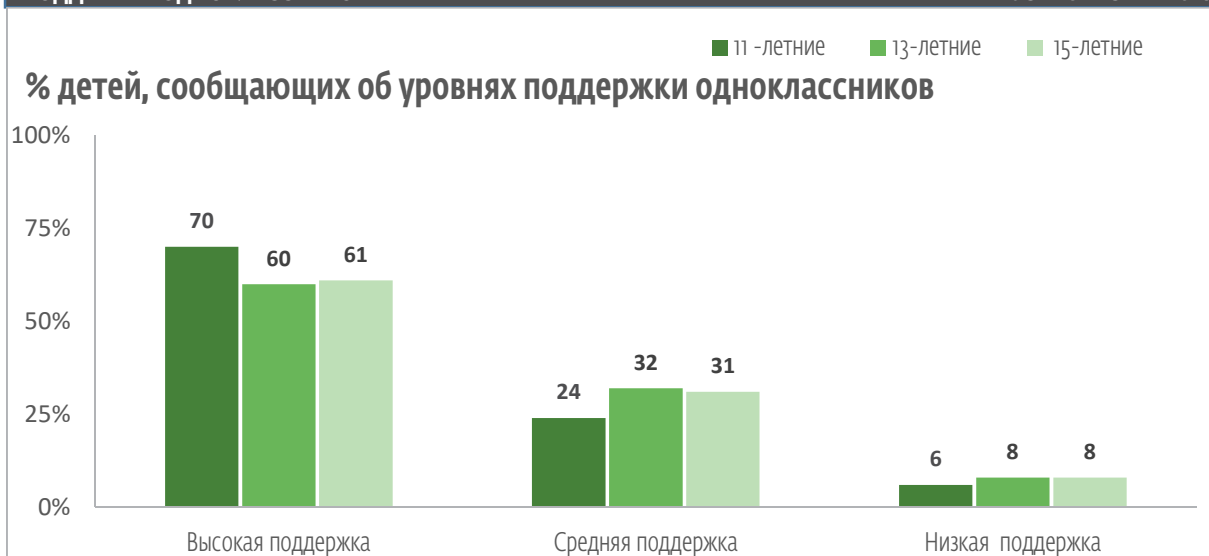
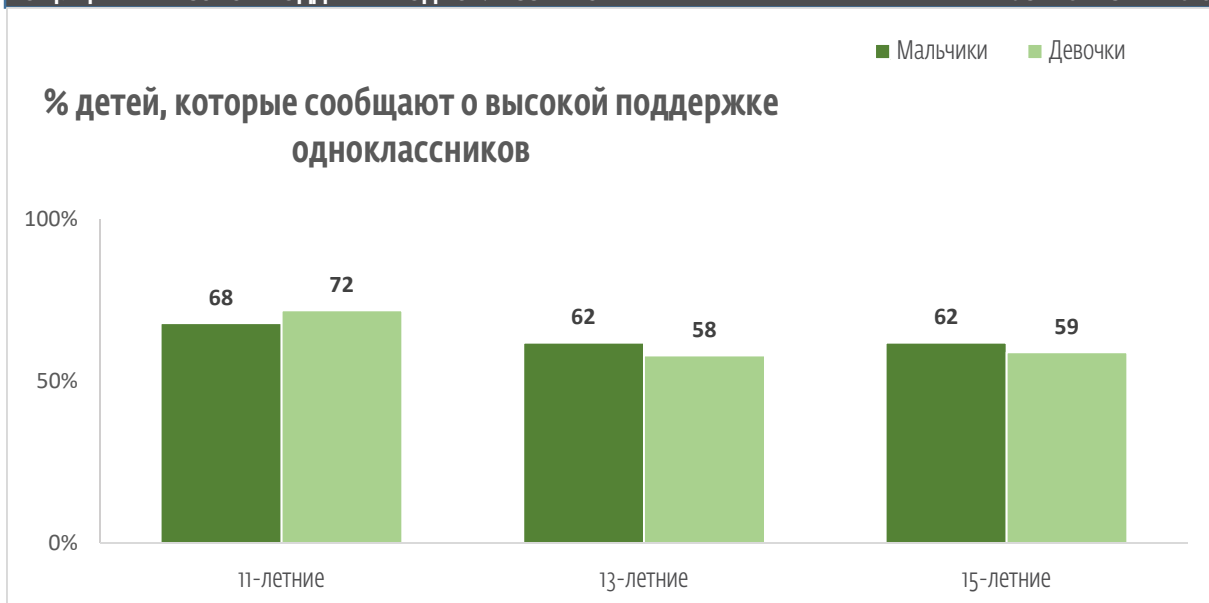


Рисунок 19  
**ОЩУЩЕНИЕ ВЫСОКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОДНОКЛАССНИКОВ** HBSC КАЗАХСТАН 2018





## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1986). Social support, life events, and depression. New York: Academic Press.
- 2 Ellonen, Kääriäinen, & Autio, 2008 Ellonen, N., Kääriäinen, J., & Autio, V. (2008). Adolescent depression and school social support: A multilevel analysis of a Finnish sample. *Journal of Community Psychology*, 36, 552–567.
- 3 Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014гг. Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, №7.- Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2016.
- 4 Vollmann, M., Scharloo, M., Salewski, C., Dienst, A., Schonauer, K., & Renner, B. (2010). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: Comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, 125, 213–220.
- 5 Maria Camara, Gonzalo Bacigalupe & Patricia Padilla (2017) The role of social support in adolescents: are you helping me or stressing me out?, *International Journal of Adolescence and Youth*, 22:2, 123-136, DOI: 10.1080/02673843.2013.875480
- 6 Brooks F, Zaborskis A, Örkényi A, Tabak I, Moreno Rodrigues C, Borup I, Camacho I & Klemra E. Family:Communication with mother. Communication with father. Scientific discussion and policy reflection. In: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;2012.
- 7 Due P, Krolner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H and Holstein BE. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011; 39(6): pp. 62-78.
- 8 Viner RM , Ozer EM , Denny S , Marmot M , Resnick M , Fatusi A, Currie C . Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012; 379(9826): pp. 1641-52.
- 9 Due P, Lynch J, Holstein BE, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiological Community Health* 2003; 57 (9): pp. 692-698.
- 10 Due P, Merlo J, Harel Y et al. Social inequality in exposure to bullying in adolescence: international comparative cross-sectional multilevel study in 35 countries. *American Journal of Public Health* 2009;99(5): pp. 907-914.
- 11 Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, et al. Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey. *Health Policy for Children and Adolescents* , No.5. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2008.
- 12 Holstein BE, Currie C, Boyce W et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health* 2009;54(2): pp. S260-270.
- 13 Pillas, D., Marmot, M., Naicker, K., Goldblatt, P., Morrison, J., & Pikhart, H. (2014). Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatric Research*, 76(5),418-424. doi: 10.1038/pr.2014.122
- 14 Stevens GWJM & Vollebergh WAM. Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2008; 49: 276-294.
- 15 Abdrakhmanova Sh.Z,
- 16 Hartup WW. Peer Relations. In P.h. Mussen editor, *Handbook of Child Psychology*, New York: Wiley; 1983.
- 17 Colaros LG, Eccles JS. Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Soc Work Res.* 2003;27:19–30.

- 
- 18 Lenzi M, Vieno A, Perkins DD, Santinello M, Pastor M, Mazzardis S. Perceived neighborhood social resources as determinants of prosocial behavior in early adolescence. *Am J Community Psychol.* 2012;50(1-2):37-49.
- 19 Matos MG, Ferreira M (2013). *Nascidos digitais: novas linguagens, lazer e dependencias [Born digital: new languages, leisure and addiction]*. Lisbon: Coisas de Ler.
- 20 Casas JA, Del Rey R, Ortega-Ruiz R. Bullying and cyberbullying: Convergent and divergent predictor variables. *Computers in Human Behavior.* 2013 May 31;29(3):580-7.
- 21 De Cock R, Vangeel J, Klein A, Minotte P, Rosas O, Meerkerk GJ. Compulsive use of social networking sites in Belgium: prevalence, profile, and the role of attitude toward work and school. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking.* 2014 Mar 1;17(3):166-71.
- 22 . Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 2009 Oct5;163(10):937-43.
- 23 Salehi K, Zarei M. A Pathological Survey on the Manner and the Amount of Using the Internet in MaleSenior High School Students: A Phenomenological Study. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926.* 2016 Jun 30:354-70.
- 24 Salehi K, Zarei M. A Pathological Survey on the Manner and the Amount of Using the Internet in MaleSenior High School Students: A Phenomenological Study. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926.* 2016 Jun 30:354-70.
- 25 Van den Eijnden RJ, Lemmens JS, Valkenburg PM. The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior.* 2016 Aug 31;61:478-87.
- 26 Peter J, Valkenburg P, (2006). Individual differences in perceptions of Internet communication. *European Journal of Communication.* 2006;21:213-26.
- 27 McCarty CA, Rhew IC, Murowchick E, McCauley E & Vander Stoep A. Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors* 2012; 26(2): pp. 351-7.
- 28 Perra O, Fletcher A, Bonell C, Higgins K & McCrystal P. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence* 2012; 35(2): pp.15-24.
- 29 Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health* 2007;40(4):357.
- 30 Shin R, Daly B, Vera E. The relationship of peer norms, ethnic identity, and peer support to school engagement in urban youth. *Professional School Counselling* 2007;10:379-88.
- 31 Danielsen AG, Samdal O, Hetland J, Wold B. School-related social support and students' perceived life satisfaction. *J Educ Res.* 2009;102:303-18.
- 32 Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015;175:53-65.
- 33 Garipey G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallee A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry.* 2016;209(4):284-93.
- 34 Torsheim T, Aaroe LE, Wold B. School-related stress, social support, and distress: prospective analysis of reciprocal and multilevel relationships. *Scand J Psychol.* 2003;44(2):153-9
- 35 Brolin Laftman S, Modin B. School-performance indicators and subjective health complaints: are there gender differences? *Social Health Illn.* 2012;34(4):608-25.



# 3. ПОКАЗАТЕЛИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

- 58% детей и подростков 11-15 лет считают свое здоровье отличным. Дети 11 лет более высоко оценивают свое здоровье. По мере взросления данный показатель уменьшается к 15 годам. Девочки всех трех возрастов реже сообщают об отличном здоровье по сравнению с мальчиками.
- 90% детей сообщают о высоком уровне удовлетворенности жизнью.
- 25% подростков отмечают частые жалобы на здоровье. В целом, девочки 15 лет чаще отмечают наличие жалоб на здоровье, по сравнению с мальчиками того же возраста и к 15 годам треть девочек сообщают о множественных жалобах на здоровье чаще одного раза в неделю.
- 81% детей 11-15 лет имеет хорошее психическое здоровье/благополучие. Каждый пятый подросток сообщает о симптомах депрессии, требующих дальнейшей диагностики.
- Распространенность травматизма выше среди мальчиков всех возрастов. Каждый третий мальчик и каждая пятая девочка получили не менее одной травмы, потребовавшей медицинской помощи.
- Взрослея, к 15 годам девочки чаще считают себя полными, показатель увеличивается в два раза. Гендерные различия отмечаются среди 15-летних подростков.
- Избыточный вес или ожирение выявлен у 16,3% мальчиков и 8,2% девочек 11 лет. Данный показатель снижается среди мальчиков к 15 годам. Распространенность избыточной массы тела и ожирения значительно выше среди мальчиков 11 лет по сравнению с девочками.

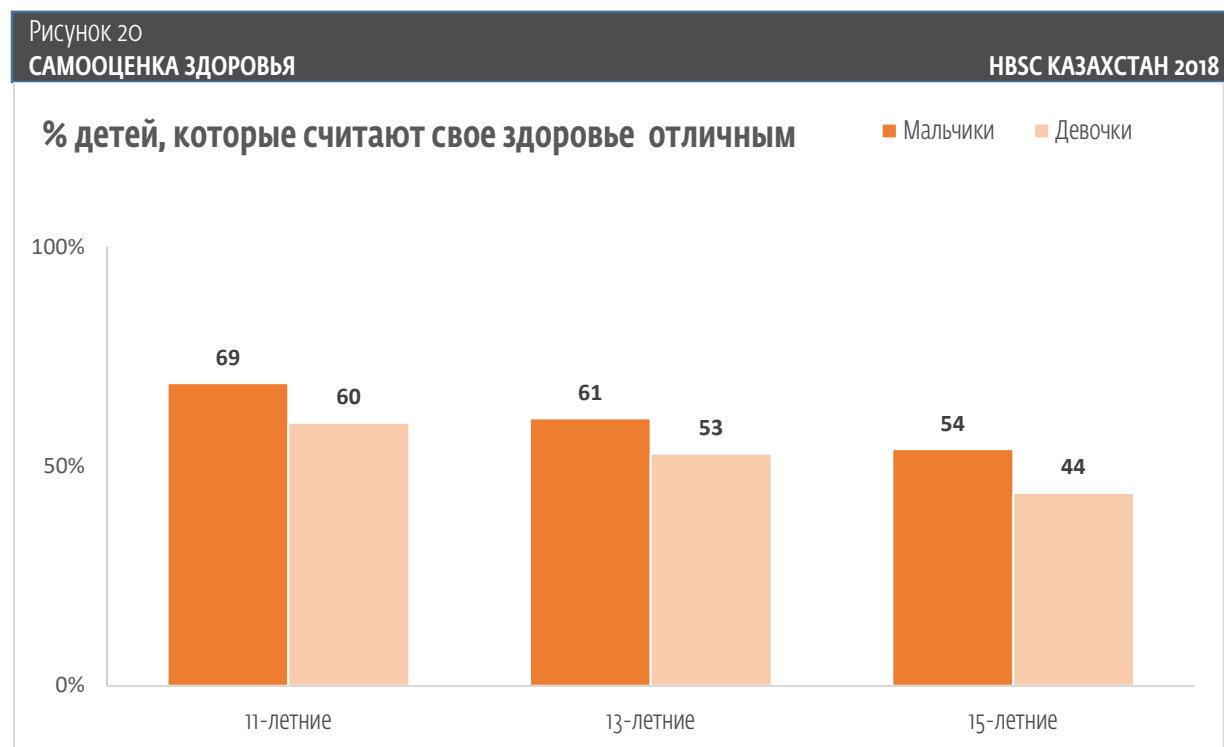
## ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Самооценка своего здоровья является восприятием и оценкой человеком собственного здоровья. Несмотря на субъективность, данный показатель в различных исследованиях был взаимосвязан с психосоциальными и поведенческими факторами. Так, низкая самооценка здоровья была связана с плохим самочувствием, наличием вредных привычек, инвалидности<sup>1</sup>. В то же время, высокая оценка своего здоровья соответствовала хорошей оценке школьной успеваемости, удовлетворительному благосостоянию семьи, чувству безопасности в окрестностях<sup>2</sup>. Подростки оценивали состояние своего здоровья вариантами ответа от «отличное» до «плохое».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 20 результаты отражают долю подростков, которые оценивают свое здоровье как отличное. Большинство подростков младшего возраста (11-летние) считают свое здоровье отличным. Данный показатель уменьшается на 15% у мальчиков и на 16% у девочек к 15 годам. Девочки 11, 13 и 15 лет значительно хуже оценивают состояние своего здоровья по сравнению с мальчиками во всех возрастных группах.

Девочки из семей с высоким достатком реже сообщают об отличном состоянии своего здоровья.



## ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ

Удовлетворенность жизнью представляет собой оценку общего субъективного благополучия, а не только ощущение, ориентированное на здоровье. Различные факторы, включая семью, сверстников, школьную среду, буллинг, оказывают влияние на удовлетворенность жизнью<sup>3,4,5</sup>. Для оценки данного показателя использовалась лестница Кантрила, которая представляет собой визуальную шкалу из 11 ступеней, где верхняя ступень отражает наилучшую возможную жизнь, а нижняя - наихудшую. Подростки отвечали на вопрос, на какую ступень лестницы от «0 до 10» они могли бы разместить себя. Высокая удовлетворенность жизнью определяется как 6-10 баллов по лестнице.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

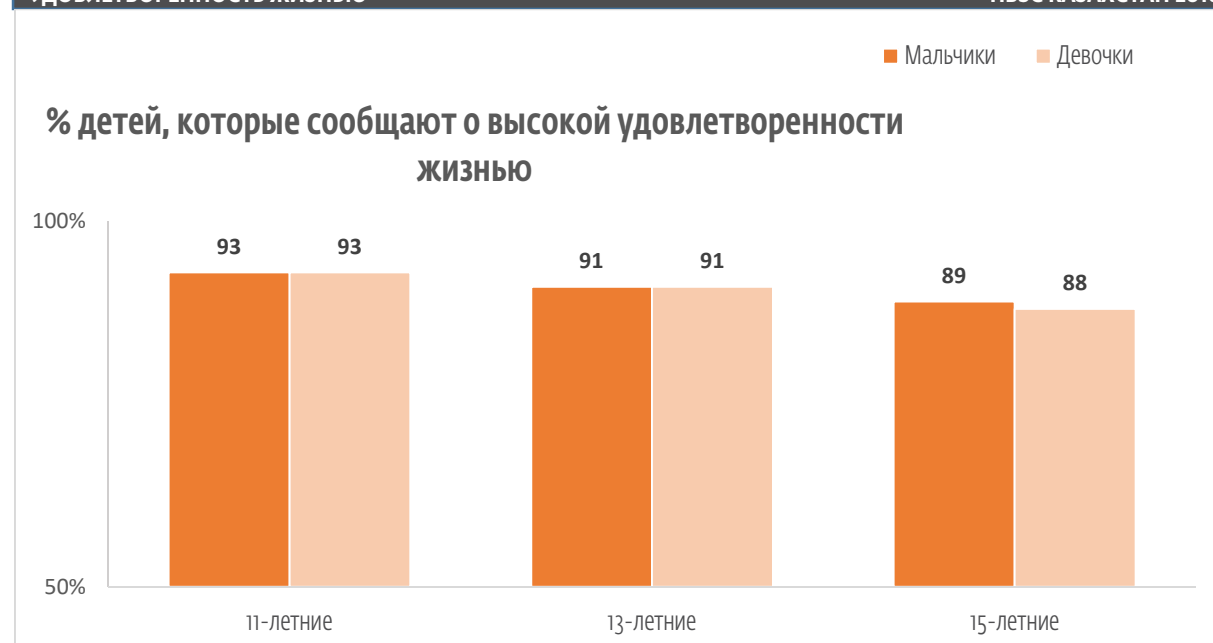
Подавляющее большинство респондентов всех возрастных групп (90%) сообщают о высокой удовлетворенности жизнью. Не выявлено гендерных различий по данному показателю (Рисунок 21).

В семьях с высоким достатком среди мальчиков снижается доля тех, кто сообщает о высокой удовлетворенности жизнью.

Рисунок 21

#### УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ

HBSC КАЗАХСТАН 2018



## ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ

Субъективные жалобы на здоровье – это термин, который используется для описания различных симптомов, которые могут варьироваться от редких жалоб на здоровье до клинических проявлений, и влиять на ухудшение повседневного функционирования<sup>6</sup>. Периодические и повторяющиеся жалобы на здоровье среди подростков могут сохраняться в течение времени и связаны с другими проблемами со здоровьем во взрослой жизни<sup>7</sup>. Множественные или повторяющиеся жалобы в подростковом возрасте негативно влияют на благополучие и качество жизни<sup>7</sup>, а также влияют на повышенную обращаемость к медицинским услугам<sup>8</sup> и пропуски уроков<sup>9</sup>. Международное исследование HBSC 2013-2014 гг. показало значительные различия по распространенности множественных жалоб среди стран. Была выявлена тенденция к увеличению показателя среди подростков старшего возраста и более значимые различия между мальчиками и девочками к 15 годам<sup>7,10</sup>. В настоящем исследовании субъективные жалобы на здоровье измерялись шкалой психосоматических жалоб из восьми пунктов: головная боль, боль в животе, боль в спине, чувство подавленности, раздражительность или плохое настроение, нервозность, трудности с засыпанием, головокружение. Подростки отмечали частоту возникновения данных жалоб на протяжении последних 6 месяцев. Варианты ответов варьировались от «почти каждый день» до «редко или никогда».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 22 результаты отражают долю респондентов, которые сообщают о двух или больше жалобах, возникавших несколько раз в неделю или каждый день за последние шесть месяцев. 25% подростков сообщают о множественных жалобах на здоровье. Статистически значимых различий в распространенности жалоб на здоровье по мере взросления не выявлено. Девочки 15 лет чаще сообщают о наличии жалоб на здоровье по сравнению с мальчиками того же возраста.

В семьях с высоким достатком распространенность частых жалоб на здоровье среди мальчиков ниже, по сравнению с мальчиками из экономически менее благополучных семей.



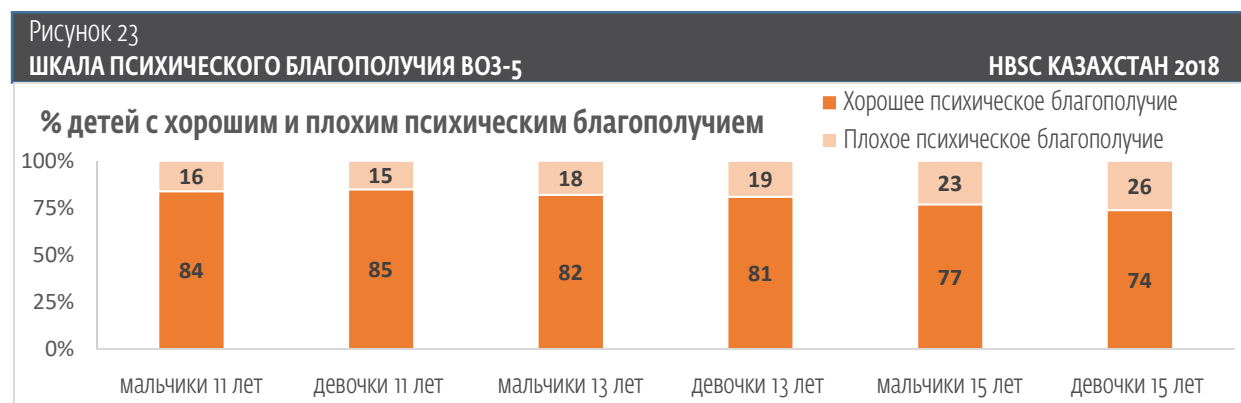
## ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ

Согласно международным данным от 10 до 20% подростков имеют те или иные психические расстройства. Во многих случаях данные состояния не диагностируются и не лечатся. Причинами плохого выявления нарушений психического здоровья могут быть недостаток знаний или осведомленности о психическом здоровье подростков среди медицинских работников, а также предубеждение, мешающее подросткам обращаться за помощью<sup>11</sup>. Практически половина всех психических расстройств начинается к 14 годам, при этом депрессивные состояния практически в два раза чаще встречаются среди девушек. Диагностические признаки депрессии основаны на симптомах постоянной и глубокой грусти, отсутствия интереса или удовольствия от деятельности наряду с сопутствующими симптомами, такими как низкая самооценка, чрезмерная вина, суицидальные мысли или поведение, нарушение сна и аппетита, психомоторное возбуждение или заторможенность<sup>12</sup>.

В исследовании оценивался индекс благополучия ВОЗ-5 (WHO-5 Well-being Index), состоящий из 5 пунктов, связанных с позитивным настроением, жизненной силой и интересом (ВОЗ, 1998). Данный индекс может быть использован как инструмент для скрининга на депрессию среди детей и подростков<sup>13</sup>. Респонденты отмечали, как часто они ощущали каждое из пяти заявлений, отражающих самочувствие за последние две недели. Элементами данного показателя являлись следующие пункты: чувствовать себя бодрым и в хорошем настроении, чувствовать себя спокойным и расслабленным, чувствовать себя активным и энергичным, просыпаться свежим и отдохнувшим, каждый день происходят вещи, представляющие для меня интерес. Варианты ответов варьировались от «никогда» до «все время». Ответы оценивались по 6-балльной шкале Лайкерта. 11 баллов и ниже были приняты за возможную депрессию/плохое благополучие, требующие дальнейшего диагностического интервью для подтверждения депрессии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные отражают доли школьников с хорошим благополучием/психическим здоровьем и доли школьников с плохим психическим благополучием (симптомами возможной депрессии). В целом, 81% детей и подростков 11-15 лет имеет хорошее психическое здоровье/благополучие. У 19% подростков 11-15 лет выявлено плохое психическое благополучие, признаки возможной депрессии. К 15 годам доля подростков с признаками плохого благополучия увеличивается как среди девочек, так и среди мальчиков, хотя различия статистически незначимы. (Рисунок 23).





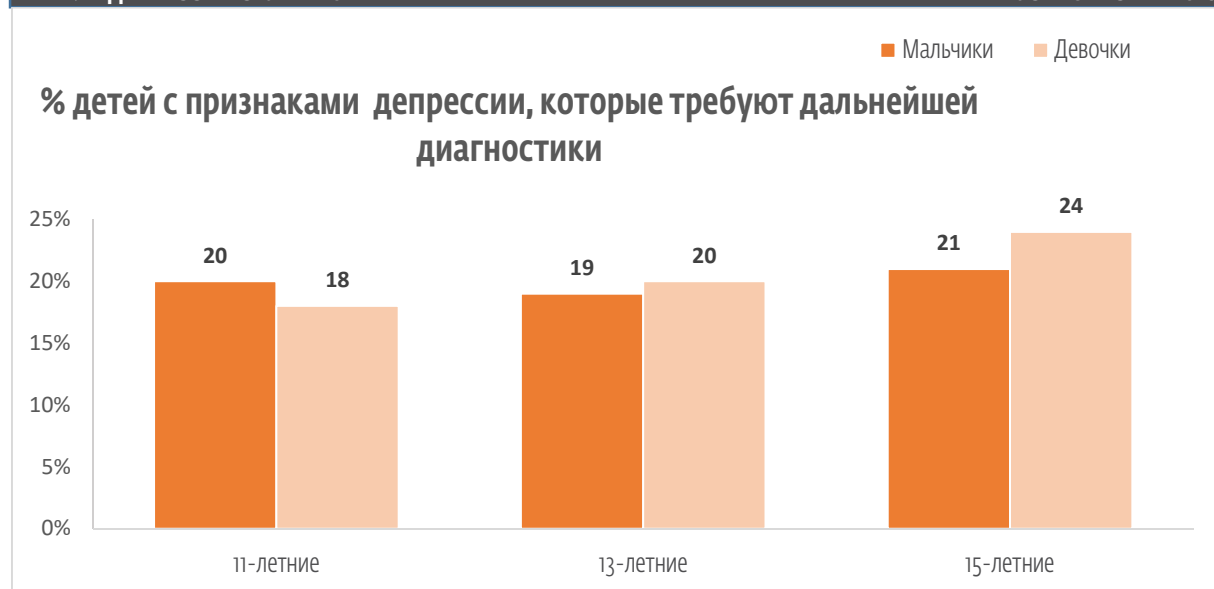
## ШКАЛА ДЕПРЕССИИ

Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES – D-10) также является хорошо зарекомендовавшим себя инструментом оценки симптомов депрессии среди детей и подростков<sup>14</sup>. Респонденты отвечали на следующие 10 пунктов шкалы, отмечая то, как часто они чувствовали себя или вели себя подобным образом на прошедшей неделе: нервничали по поводу того, что раньше их не беспокоило; было трудно сконцентрироваться на том, что делали; чувствовали себя подавленными; все, что делали, требовало от них дополнительных усилий; надеялись на хорошее будущее; чувствовали страх; был беспокойный сон; чувствовали себя счастливыми; чувствовали себя одинокими; не было сил/желания начинать что-либо делать. Варианты ответов варьировались от «редко или ни разу (менее 1 дня)» до «все время (5-7 дней)». Согласно бальной оценке и порогового значения была выявлена распространенность детей и подростков с признаками симптомов депрессии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 24 данные отражают долю детей с признаками депрессии, требующими дальнейшей диагностики, согласно шкале депрессии CES –D-10. У каждого пятого респондента 11-15 лет выявлены симптомы депрессии. В целом с возрастом несколько увеличивается доля подростков с депрессией. Не выявлено значимых различий в показателях по полу.

Рисунок 24  
**ШКАЛА ДЕПРЕССИИ CES – D-10** HBSC КАЗАХСТАН 2018



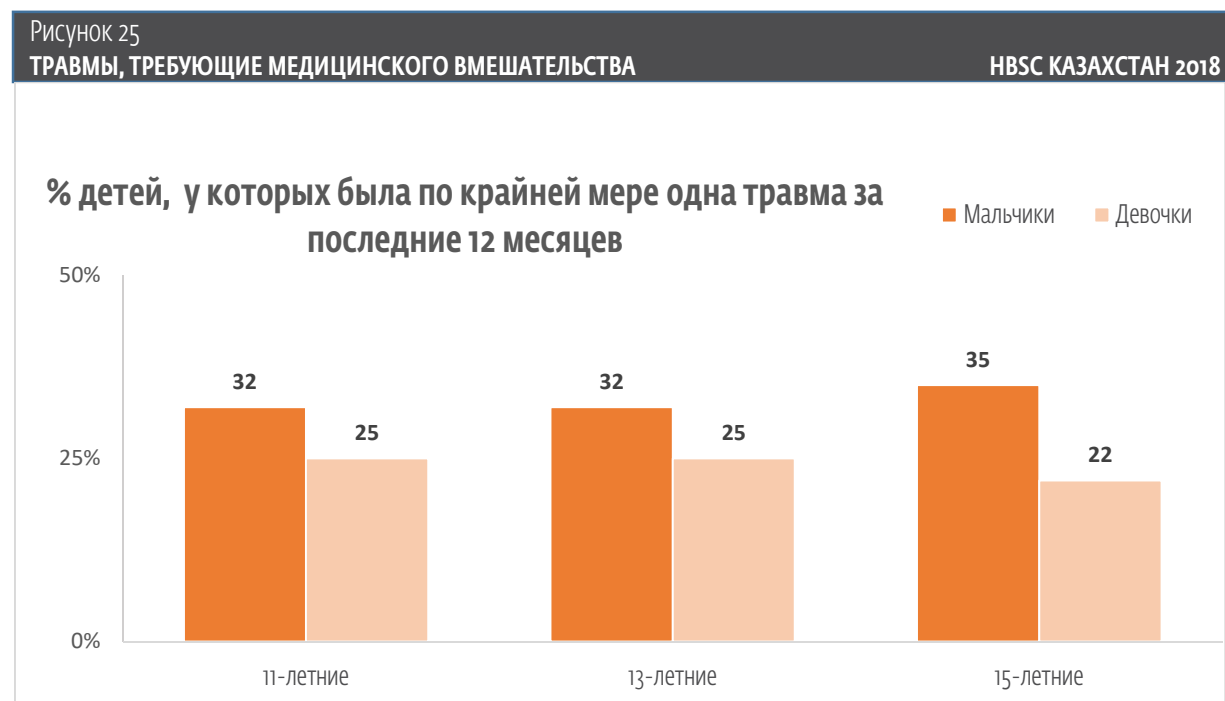
## ТРАВМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Травмы являются значительной угрозой для состояния здоровья детей и подростков<sup>15</sup>. Кроме того, травмы могут быть признаком образа жизни, связанного с высоким риском для здоровья, такого как рискованное поведение, эксперименты и их последствия<sup>16</sup>. В данном исследовании школьники отвечали на вопрос о том, сколько раз за последние 12 месяцев они получали травмы, из-за чего им потребовалось обратиться к медицинскому работнику. Варианты ответов варьировались от «не было травм за последние 12 месяцев» до «4 раза и чаще».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 25 данные отражают долю респондентов, сообщивших, что у них была по крайней мере одна травма, потребовавшая медицинского вмешательства за последние 12 месяцев. Во всех возрастных группах среди мальчиков отмечается довольно высокий травматизм практически на одном уровне (32-35%). Среди девочек всех трех возрастов также выявлен одинаковый уровень травм (25-22%). Показатель наличия травм значительно выше среди мальчиков во всех возрастных группах по сравнению с девочками.

Среди мальчиков и девочек из семей с высоким достатком выше уровень травматизма.



## ВЕС ТЕЛА

Восприятие образа своего тела складывается из субъективной оценки собственного тела на основе понятия привлекательности и индивидуального восприятия тела в связи с реальной ситуацией, нормами и представлениями. В подростковом возрасте происходят изменения в организме, и именно в этот период жизни внешний вид тела начинает играть важную роль. В период полового созревания как девочки, так и мальчики больше задумываются о своем теле и начинают сравнивать себя с другими<sup>17</sup>. В целом, молодые люди склонны иметь более негативное мнение о своем теле по мере взросления<sup>18</sup>. Неудовлетворенность своим телом у подростков может иметь последствия в виде высокого индекса массы тела во взрослом возрасте<sup>18,19</sup>, проблем с психическим здоровьем<sup>19</sup>, соблюдения нездоровых диет, переедания, низкой физической активности и низкого потребления фруктов и овощей<sup>20</sup>. Дети и подростки в нашем исследовании отвечали на вопрос о том, как они воспринимают свое тело. Варианты ответов варьировались от «очень худое» до «очень полное».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 26 данные отражают долю школьников, которые воспринимают свое тело немного полным и очень полным. По мере взросления увеличивается доля девочек, которые считают себя слишком полными, особенно значимые различия в восприятии своего тела выявлены между девочками 11 и 15 лет (7% и 20% соответственно). В целом, 15 летние девочки значительно чаще оценивают свое тело как полное, по сравнению с мальчиками.

Рисунок 26

#### ВОСПРИЯТИЕ СВОЕГО ТЕЛА

НВBC КАЗАХСТАН 2018

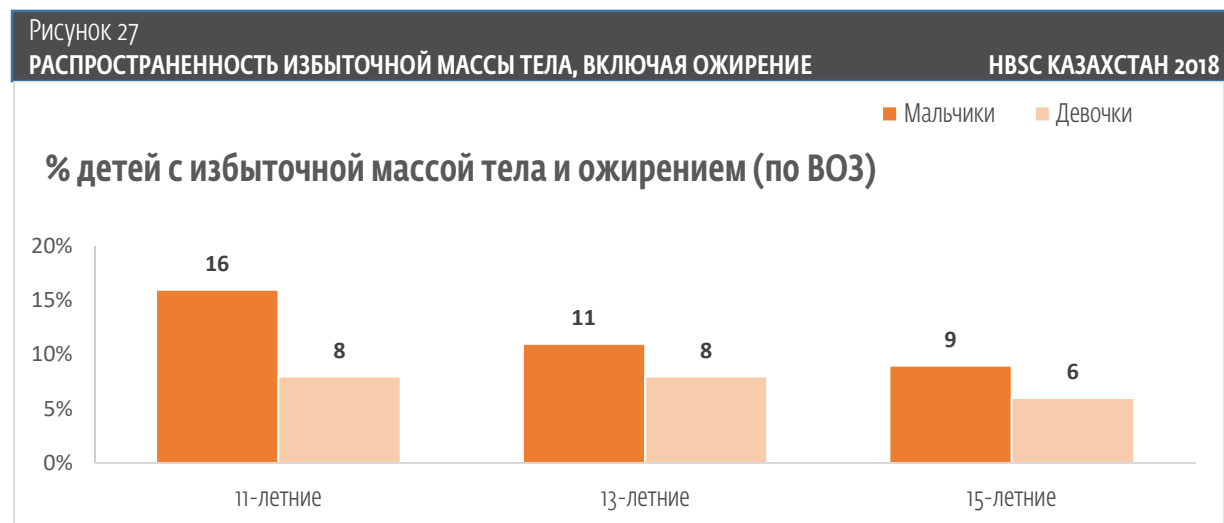


## ВЕС ТЕЛА: ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ

Избыточная масса тела и ожирение у детей является серьезной проблемой общественного здравоохранения. Распространенность избыточной массы тела и ожирения детского населения неуклонно растет в течение последних трех десятилетий. В исследованиях выявлена связь между ожирением у детей и повышенным риском развития метаболического синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета 2 типа, заболеваний скелетно-мышечной системы (например, остеоартрит), некоторых видов рака и других неинфекционных заболеваний<sup>21,22</sup>, что может способствовать развитию проблем с психическим здоровьем, таких как депрессия, пониженная самооценка и стигматизация<sup>23,24</sup>. Школьники самостоятельно заполняли данные о своем весе и росте. На основе этих данных был рассчитан индекс массы тела (ИМТ) (вес в килограммах, деленный на рост в метрах в квадрате). Рекомендованные ВОЗ стандарты роста детей и подростков использовались для расчета Z-показателей ИМТ для возраста (ИМТ к возрасту) и оценки распространенности избыточной массы тела, включая ожирение ( $>+1SD$ )<sup>25</sup>. Доли подростков с избыточной массой тела или ожирением, при использовании международных стандартов ИМТ для подростков, принятых Международной специальной рабочей группой по проблемам ожирения (IOTF), представлены в Приложении в Таблице П7.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На Рисунке 27 представлены данные о распространенности избыточной массы тела, включая ожирение в соответствии с нормами роста детей ВОЗ. Наиболее высокая распространенность избыточной массы тела выявлена среди детей 11 лет (16,3% среди мальчиков и 8,2% среди девочек). Данный показатель снижается среди мальчиков к 15 годам. Распространенность избыточной массы тела значительно выше среди мальчиков 11 лет по сравнению с девочками-ровесниками. Связи между избыточной массой тела и достатком семьи не выявлено.



### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur J Pub Health*. 2009;19(1):73-8.
- 2 Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social science & medicine*. 2010;70(6):850-8.
- 3 Edwards LM, Lopez SJ. Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American youth: a mixed-methods exploration. *J Couns Psychol*. 2006;53(3):279-87.
- 4 Gaspar T. Health-related quality of life in children and adolescents: personal and social factors that promote quality of life. Saarbrücken: Lambert Academic; 2010.
- 5 Gaspar T, Matos MG, Ribeiro JP, Leal I, Albergaria F. Psychosocial factors related to bullying and victimization in children and adolescents. *Health Behav Policy Rev*. 2014;1(6):452-9.
- 6 Eriksen HR, Ursin H. Sensitization and subjective health complaints. *Scand J Psychol* 2002; 43 :189-96.
- 7 Inchley J, Currie D, Samdal O, et al. , editors. Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-Being, Health Behaviour in School-Aged Children (HbSc) Study, International Report from the 2013/2014 Survey . World Health Organization 2016.
- 8Lazzeri, G, Ahluwalia N, Niclasen B, Pammolli A, Vereecken C, Rasmussen M, Pedersen TP, Kelly C. Trends from 2002 to 2010 in daily breakfast consumption and its socio-demographic correlates in adolescents across 31 countries participating in the HBSC study. *PLoS ONE*. 2016; 11(3): e0151052
- 9 Bauer KW, Hearst MO, Escoto K, Berge JM, Neumark-Sztainer D. Parental employment and work-family stress: associations with family food environments. *Soc Sci Med*. 201 2; 75 (3): pp. 496-504.
- 10 Torsheim T, Currie C, Boyce W, et al. Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60 :156-61.
- 11 Adolescent mental health 18 September 2018 fact sheet <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- 12 Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Feb;22(1):35-40.
- 13 Allgaier A-K, Pietsch K, Frühe B, Prast E, Sigl-Glöckner J, Schulte-Körne G. Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 May;34(3):234-41.
- 14 Bradley KL, Bagnell AL, Brannen CL. Factorial Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression 10 in Adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010;31:408-12.
- 15 World Health Organisation. Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe . Factsheet EURO/02/06 ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

- 
- 16 de Looze M, Pickett W, Raaijmakers QAW, Kuntsche E, Hublet A, Nic Gabbhain S, et al. Early Risk Behaviors and Adolescent Injury in 25 European and North American Countries: A Cross-National Consistent Relationship. *J Early Adoles.* 2012 Feb 22; 32(1): 104-25.
- 17 Markey C. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *J Youth Adolesc.* 2010;39(12):1387-91.
- 18 Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image.* 2013;10(1):1-7.
- 19 Gestsdottir S, Svansdottir E, Sigurdsson H, Arnarsson A, Ommundsen Y, Arngrimsson S, et al. Different factors associate with body image in adolescence than in emerging adulthood: A gender comparison in a follow-up study. *Health Psychology Report.* 2017;6(1):81-93
- 20 Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health.* 2006;39(2):244-51.
- 21 Kelsey M.M., Zaepfel A., Bjornstad P., Nadeau K.J. Age-Related Consequences of Childhood Obesity. *Gerontology* 2014;60:222-228  
<https://doi.org/10.1159/000356023>
- 22 Ezzatti M, Lopez, A.D., Rodgers, A., Murray, C.J.L (eds). Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 23 Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occupational Therapy In Health Care.* 2013;27(2):99-112.
- 24 Tsiros MD OT, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes (Lond).* 2009;33:387-400.
- 25 de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C & Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*;2007; 85: 60-7.



# 4. ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

- 63% школьников завтракают ежедневно. По мере взросления девочки чаще пропускают завтрак. К 15 годам увеличивается доля мальчиков, которые завтракают каждый день. Только 38% детей и подростков ежедневно употребляют фрукты. К 15 годам уменьшается ежедневное потребление фруктов.
- Ежедневно употребляют газированные напитки, содержащие сахар, 17% подростков, а еженедельно-60%. Мальчики чаще сообщают об употреблении подобных напитков в 11 лет.
- 93% детей и подростков ежедневно регулярно принимают пищу вместе с семьей.
- Только 49% школьников чистят зубы два и более раз в день. Девочки чаще сообщают о ежедневной чистке зубов более одного раза в день, по сравнению с мальчиками.
- Рекомендованные уровни ежедневной физической активности выявлены среди 34% подростков. Данный показатель снижается с возрастом, что особенно значимо для 15 девочек, среди которых только 27% физически активны 60 и более минут каждый день. В целом, мальчики более физически активны ежедневно.
- 52% мальчиков и значительно меньше девочек (36%) 4-6 раз в неделю занимаются физической активностью высокой интенсивности. Распространенность данного вида физической активности снижается к 15 годам среди девочек.
- 46% школьников проводят перед телеэкранами два и более часов в будний день. Мальчики 11-13 лет чаще проводят время у телевизоров. В целом, мере взросления чаще наблюдается малоподвижное поведение за счет времени, проводимом перед экранами различных устройств.



## ПИТАНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ

Правильное питание является важным фактором для роста, развития и здоровья детей и подростков. Хорошая профилактика микронутриентной недостаточности, ожирения и кариеса в долгосрочной перспективе снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний, рака и инсульта<sup>1</sup>. Различные факторы влияют на пищевые привычки, такие как питание в семье и пример сверстников, выбор продуктов питания в среде обитания, например, в школе<sup>2,3</sup>.

Реклама и маркетинг продуктов питания также оказывает непосредственное влияние на предпочтения детей в еде и модели потребления, в частности реклама продуктов питания и напитков, бедных питательными веществами, но в то же время насыщенных энергией за счет жиров и сахаров<sup>4</sup>. Пищевые привычки, приобретенные в детстве и подростковом возрасте, часто сопровождают человека и во взрослой жизни<sup>5,6</sup>. Социально-экономические факторы также оказывают влияние на то, как дети и молодежь питаются<sup>7,8</sup>. Таким образом, создается среда, способствующая нарушению питания, в частности, приводящая к ожирению.

## ПИТАНИЕ: ЗАВТРАК

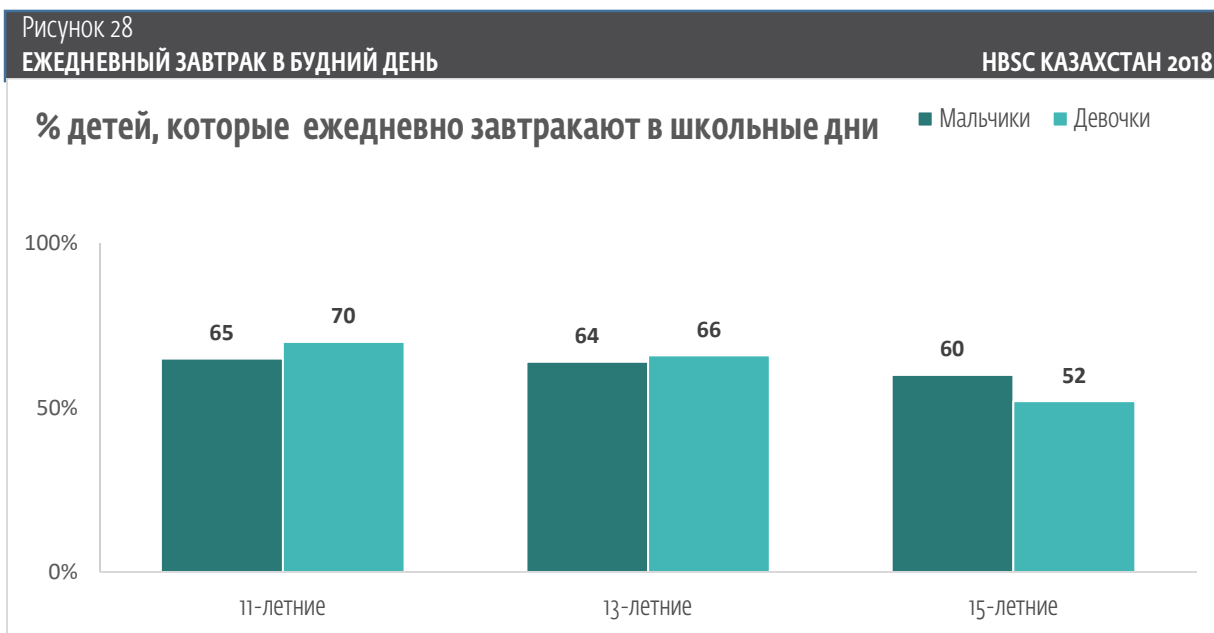
Регулярный прием завтрака способствует более сбалансированному питанию как по составу, так и по качеству и снижает риск развития избыточной массы тела среди детей<sup>9</sup>. Привычка завтракать, приобретенная в подростковом возрасте, переходит и во взрослую жизнь<sup>10</sup>.

В опросе школьники отвечали на вопрос о том, как часто они завтракают (больше, чем выпивают одну чашку чая, молока или сока) в будние дни и по выходным дням. Варианты ответов варьировались от «никогда не завтракаю» до «5 дней (в будние дни)» и «в субботу и воскресенье».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные отражают долю школьников, которые ежедневно завтракают в будний день. Ежедневно завтракают 63% школьников. Частота ежедневного завтрака снижается по мере взросления девочек, с 11 до 15 лет с 70% до 52%. К 15 годам доля мальчиков, которые завтракают каждый день, выше, чем доля девочек, не пропускающих завтраки (Рисунок 28).

В семьях с высоким достатком девочки в большей степени завтракают каждый день в школьные дни.



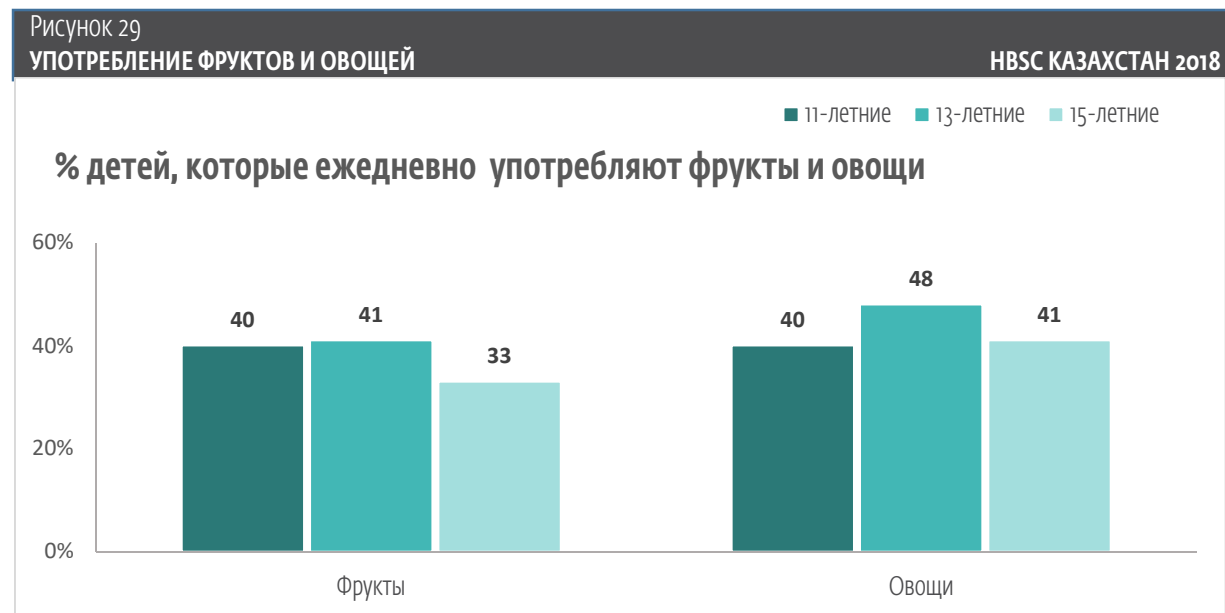
## ПИТАНИЕ: ЧАСТОТА ПРИЕМА ФРУКТОВ, ОВОЩЕЙ, БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ, СОДЕРЖАЩИХ САХАР И СЛАДОСТЕЙ

Регулярное потребление в достаточных количествах фруктов и овощей является частью здорового рациона, снижает риск заболеваний и способствует укреплению здоровья<sup>11</sup>. Потребление сладких газированных напитков и сладостей (конфеты или шоколад) зачастую связывают с избыточной массой тела, повышенным кардиометаболическим риском<sup>12</sup>, хроническими заболеваниями и кариесом<sup>13</sup>. Школьникам задавался вопрос о частоте употребления фруктов, овощей, сладостей (конфеты, шоколад), газированных напитков, содержащих сахар. Варианты ответов варьировались от «никогда» до «каждый день, чаще одного раза в день».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунках 29 и 30 данные отражают долю школьников, которые употребляют фрукты, овощи, сладкие газированные напитки и сладости (конфеты, шоколад) ежедневно один и более раз в день. Менее половины подростков употребляют фрукты и овощи ежедневно. Показатель ежедневного употребления фруктов снижается среди мальчиков с 13 до 15 лет (с 39% до 30%), и также среди девочек с 43% в 13 лет до 36% в 15 лет. В целом среди девочек ежедневное потребление фруктов несколько выше, чем среди мальчиков, хотя отдельно по возрастам не выявлено гендерных различий в потреблении. Показатели ежедневного потребления овощей как среди мальчиков, так среди девочек выше в 13 лет, по сравнению с 11-летними и 15-летними школьниками. В целом по мере взросления девочки чаще употребляют овощи. 13-летние девочки чаще употребляют овощи каждый день по сравнению с мальчиками.

С увеличением достатка семьи увеличиваются доли мальчиков и девочек, которые ежедневно употребляют фрукты, а также увеличивается доля девочек, которые ежедневно употребляют овощи.

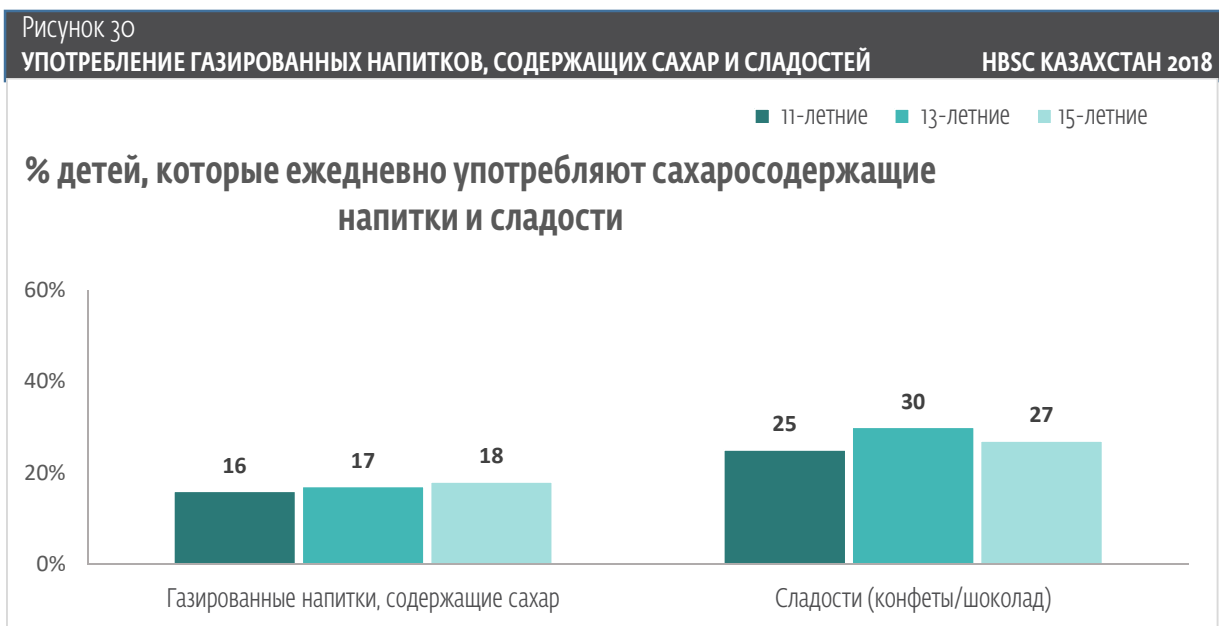


Употребление сладких газированных напитков в трех возрастных группах оставалось практически на одном уровне среди мальчиков и девочек (Рисунок 30). Менее одной пятой подростков (17%) ежедневно употребляют подобные напитки. Возрастных различий в употреблении не выявлено. Значимые гендерные различия в потреблении данных напитков выявлены среди мальчиков 11 лет (18%) по сравнению с девочками-ровесниками (13%).

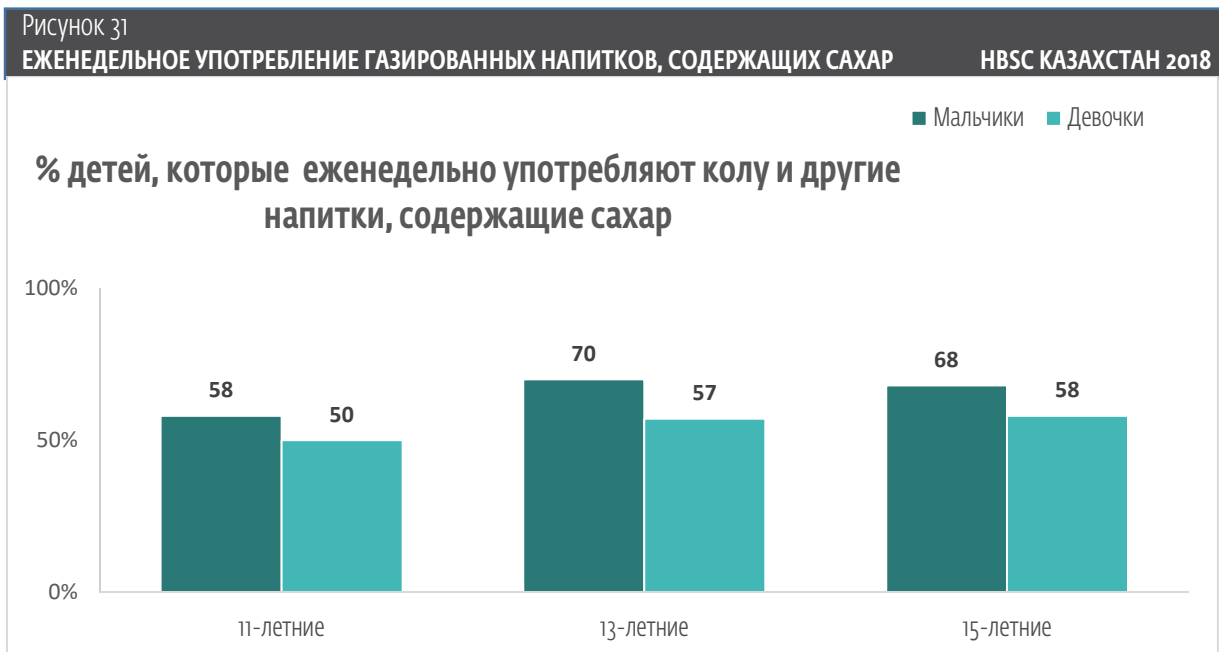
Не выявлена связь данного показателя с достатком семьи.

Ежедневное употребление сладких продуктов, таких как конфеты и шоколад, значительно не изменяется с возрастом детей (Рисунок 30). Различия в потреблении сладких продуктов среди мальчиков и девочек выявлены в возрасте 15 лет (24% и 30% соответственно).

Девочки из семей с высоким достатком чаще сообщают о ежедневном употреблении сладких продуктов.



На Рисунке 31 представлена доля детей, которые употребляют сладкие газированные напитки один раз в неделю и чаще. Более половины респондентов (60%) еженедельно употребляют подобные напитки. Потребление колы и других напитков, содержащих сахар, увеличивается с 11 лет к 13 годам и сохраняется на одном уровне к 15 годам. Мальчики существенно чаще сообщают о еженедельном употреблении данных напитков.



## ПИТАНИЕ: СОВМЕСТНЫЙ ПРИЕМ ПИЩИ С СЕМЬЕЙ

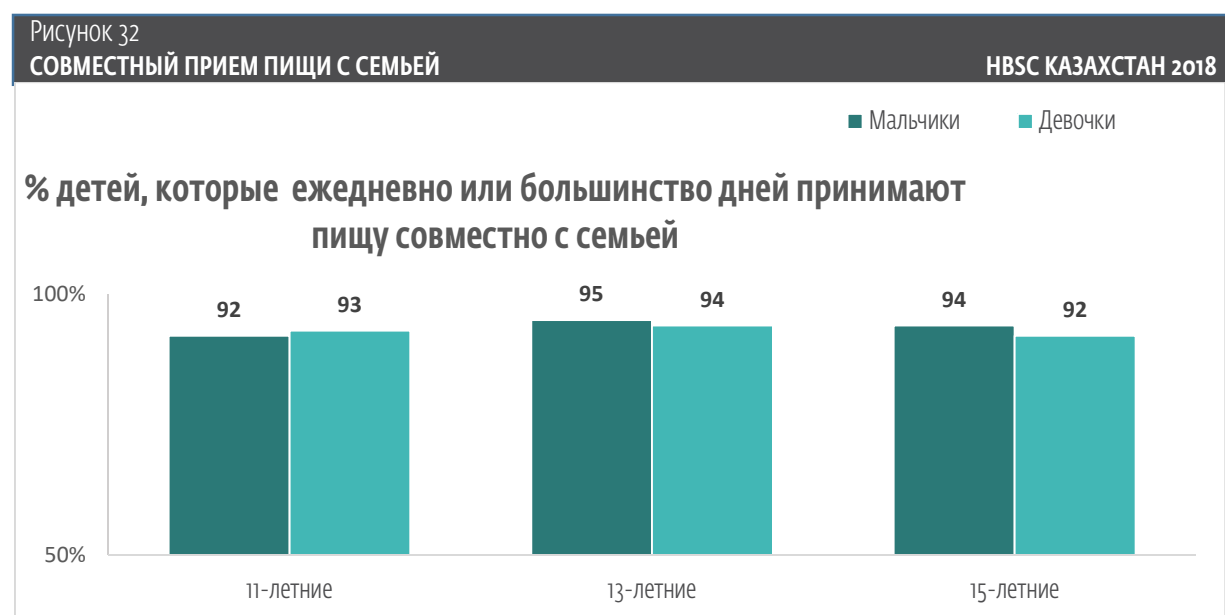
Регулярный прием пищи вместе с семьей положительно влияет на здоровое питание детей и подростков, снижает риск ожирения. Родители во время совместных приемов пищи могут помочь ребенку выбрать более полезные блюда и показывать пример здорового рациона<sup>14</sup>. В научных работах выявлена значимость приемов пищи с семьей для психического благополучия подростков<sup>15</sup>, для укрепления позитивного взаимодействия с семьей<sup>16</sup>.

Респондентам был задан вопрос о частоте приемов пищи вместе со своей семьей. Варианты ответов варьировались от «каждый день» до «никогда».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные отражают долю школьников, которые принимают пищу вместе с семьей ежедневно или большинство дней. Ежедневный, регулярный совместный с семьей прием пищи отметили практически все респонденты (92% и более), без различий по возрасту и полу (Рисунок 32).

При рассмотрении ежедневного совместного приема пищи с семьей выявлено, что мальчики из семей с высоким достатком реже сообщают о совместных ежедневных семейных приемах пищи, по сравнению с мальчиками из менее обеспеченных семей.



## ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА

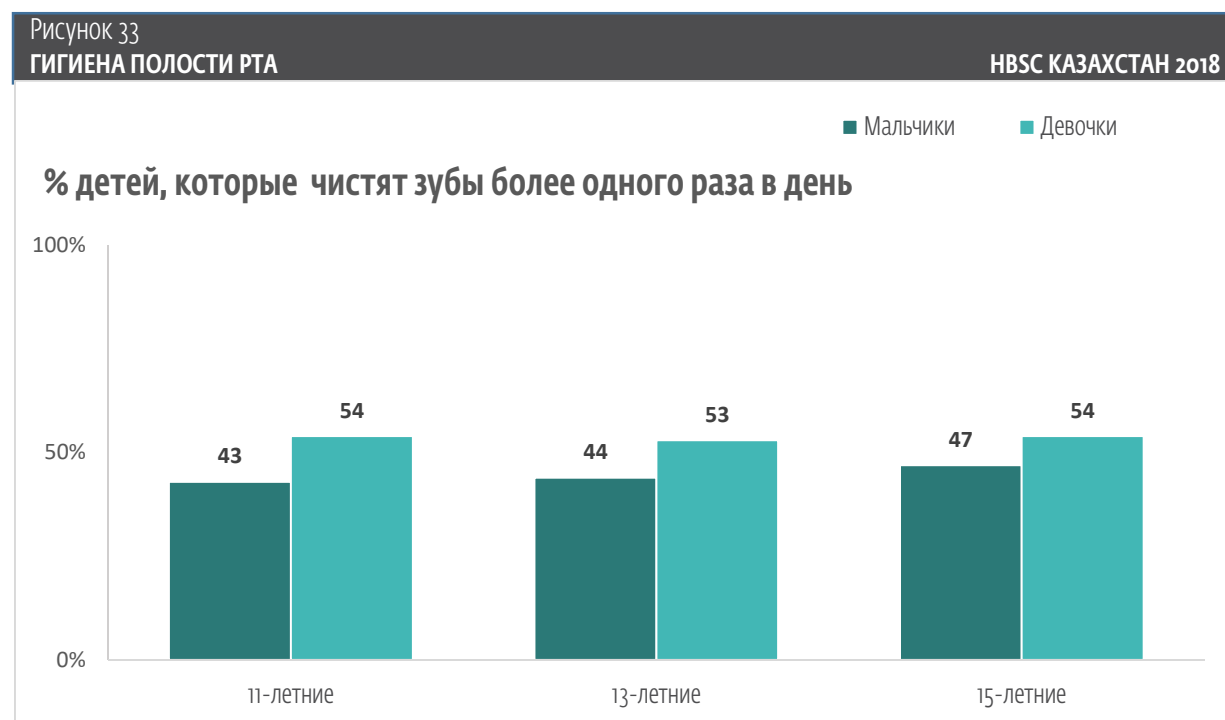
Хорошая гигиена полости рта и зубов имеет решающее значение для здоровья и благополучия, ввиду того, что заболевания полости рта сопровождаются сильными болями и дискомфортом<sup>17</sup>. Некачественный уход за зубами связан с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, воспалительных заболеваний<sup>18</sup>, диабета и гипертензии<sup>19</sup>.

В данном исследовании школьникам был задан вопрос о том, как часто они чистят зубы. Варианты ответов варьировались от «чаще, чем один раз в день» до «никогда».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные отражают долю школьников, которые чистят зубы чаще, чем один раз в день. В целом, только половина опрошенных детей (49%) чистят зубы два и более раз в день ежедневно. С возрастом распространенность чистки зубов существенно не меняется. Обнаружены гендерные различия в чистке зубов. Девочки чаще сообщают о чистке зубов более одного раза в день в каждой возрастной группе, по сравнению с мальчиками (Рисунок 33).

С увеличением дохода семьи увеличивается доля мальчиков и девочек, которые чистят зубы два и более раз в день.



## ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И МАЛОПОДВИЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ

Регулярная физическая активность положительно сказывается на здоровье детей и подростков школьного возраста, укрепляя общую физическую подготовку, мышечную силу, а также благоприятно влияет на артериальное давление, липиды крови, плотность костей и индекс массы тела. Физическая активность эффективна как в краткосрочной перспективе, так и во взрослом возрасте<sup>20,21,22</sup>. В литературе отмечается положительное влияние физической активности на развитие познавательных функций школьников<sup>23</sup> и на улучшение качества жизни и психического здоровья<sup>24,25</sup>. Согласно рекомендациям ВОЗ дети и подростки должны быть физически активными по крайней мере один час в день<sup>26</sup>. Физическая активность может выражаться/проявляться, например, в хождении пешком или на велосипеде в школу, различных видах спорта, активных играх со сверстниками. По данным HBSC показатели физической активности среди подростков 11-15 лет снижаются, особенно среди девочек, среди которых свыше 86% являются недостаточно активными в возрасте 15 лет<sup>27</sup>. Сидячий образ жизни широко распространен среди детей и молодых людей, и определенная часть малоподвижного времени проводится перед экраном телевизора и различных электронных устройств<sup>28,29</sup>. Физическая активность и игры на свежем воздухе уменьшаются с увеличением возраста и подобное снижение обычно сильнее выражено среди девочек, чем мальчиков<sup>30</sup>.

## ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Подростки отвечали на вопрос о том, сколько дней за последние 7 дней они были физически активны не менее 60 минут в день. Школьникам было дано пояснение понятия физической активности от умеренной до высокой интенсивности и примеры подобной активности. Варианты ответов варьировались от «1 день» до «7 дней».

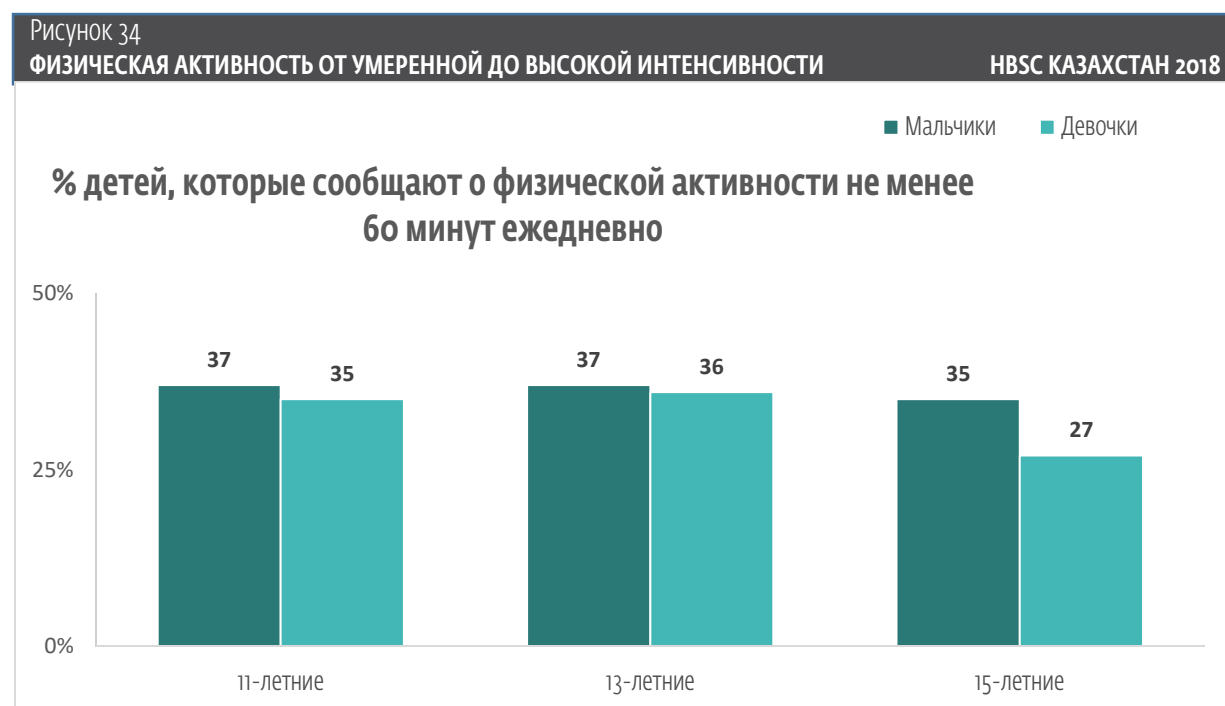
Также в опросе выяснялась информация о физических нагрузках высокой интенсивности в свободное время (вне школы). Физическая активность высокой интенсивности требует больше усилий и сопровождается резким учащением дыхания и значительным учащением сердцебиения. По рекомендации ВОЗ физические нагрузки высокой интенсивности должны быть частью регулярной физической активности по крайней мере 3 раза в неделю. Подростки отвечали на вопрос о том, как часто обычно в свободное время они занимаются физическими упражнениями настолько интенсивно, что от этого они тяжело дышат или потеют? Варианты ответов варьировались от «каждый день» до «никогда».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные данные отражают долю школьников, которые сообщают о 60 минутах и более ежедневной физической активности от умеренной до высокой интенсивности (Рисунок 34).

Ежедневная физическая активность на рекомендуемом уровне выявлена у 34% школьников, и имеет тенденцию к снижению от 13 к 15 годам, что значимо выражено среди девочек. Ежедневная физическая активность от умеренной до высокой интенсивности выше среди мальчиков 15 лет по сравнению с девочками-ровесницами.

Девочки, живущие в семьях с низким материальным достатком чаще сообщают о ежедневной физической нагрузке в течении одного часа и более.



На Рисунке 35 представлены данные, которые отражают долю респондентов, сообщающих о физической активности высокой интенсивности не менее 4-6 раз в неделю. Частота высокоинтенсивной физической нагрузки значительно снижается с возрастом среди девочек, среди которых подобная деятельность сокращается на 16% к 13 годам и на 13 % с 11 до 15 лет. Распространенность физической активности высокой интенсивности 4-6 раз и более в неделю выше среди мальчиков во всех возрастных группах, наибольшие различия выявлены среди 13- и 15-летних подростков.

С увеличением достатка семьи увеличивается доля мальчиков, которые сообщают о физических нагрузках высокой интенсивности 4-6 раз в неделю и чаще.



Рисунок 35

ВНЕШКОЛЬНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

HBSC КАЗАХСТАН 2018



## МАЛОПОДВИЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ВРЕМЯ, ПРОВОДИМОЕ ПЕРЕД ЭКРАНАМИ УСТРОЙСТВ

Дети и молодые люди проводят в среднем 6-8 часов в день в сидячем положении<sup>31</sup>. Научные данные свидетельствуют о том, что малоподвижное поведение должно рассматриваться как самостоятельное от физической активности поведение. При этом выявлена связь между сидячим образом жизни и повышенным риском заболеваний сердца, метаболических нарушений, психологических проблем, смертности от всех причин<sup>32</sup>. Подросткам было предложено ответить на вопросы о том, сколько часов в день в свободное время они проводят за просмотром телевизора, видео, DVD; сколько часов в день подростки в свое свободное время обычно играют в игры на компьютере, игровой приставке, планшете, смартфоне; сколько часов в день в свободное время они обычно проводят за компьютерами, планшетами, смартфонами для выполнения домашней работы, просмотра почты, Интернета, социальных медиа. Варианты ответов распределялись по будням и выходным дням и включали ответы от «несколько» до «примерно 7 и больше часов в день».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 36 данные отражают долю школьников, которые смотрят телевизор, видео, DVD два и более часов в будний день. Доля детей, которые ежедневно проводят перед экранами телевизоров два часа и более в будний день составляет 46% и, увеличивается по мере взросления с 11 лет к 15 годам как среди мальчиков (с 42% до 51%), так и среди девочек (с 37% до 54%). Мальчики в 11 и 13 лет чаще сообщают о том, что проводят два и более часов перед телевизором, в то время как в 15 лет различия в показателях между мальчиками и девочками не значимы.

С увеличением достатка семьи увеличивается доля мальчиков и девочек, которые проводят два и более часов в день перед экранами телевизоров.



На Рисунке 37 представлены данные, отражающие долю школьников, которые проводят за играми на компьютере, игровых приставках и других устройствах два часа и более в будний день. С возраста 11 лет к 15 годам увеличивается доля респондентов, которые проводят два и более часов ежедневно за играми на компьютерах как среди мальчиков (на 15%), так и среди девочек (на 12%). Статистически высокозначимые различия выявлены по гендерному признаку. Мальчики во всех возрастных группах в большей степени увлекаются играми на компьютерах и других устройствах, по сравнению с девочками. Данные различия наиболее выражены среди 15 летних подростков.

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что проводят два и более часов в день за компьютерными и видеоиграми. Среди девочек средний уровень дохода семьи в большей степени влияет на то, что они проводят два и более часов в день за видео и компьютерными играми.



На Рисунке 38 представлены данные, отражающие долю респондентов, которые проводят за электронными устройствами (смартфонами, планшетами, компьютерами) с целью выполнения домашних школьных заданий, общения в социальных сетях, просмотра почты и Интернета два и более часов в будний день. Отмечается тенденция значительного увеличения доли подростков, которые проводят время перед экранами электронных устройств по мере взросления (с 11 до 15 лет) как среди мальчиков, так и среди девочек. При этом среди девочек данный показатель увеличивается на 25%, а среди мальчиков на 19% с 11 до 15 лет. Различия по полу статистически значимы среди 15-летних подростков, с большей долей девочек, сообщающих о двух и более часах в день, проводимых перед экранами компьютеров, смартфонов, планшетов для выполнения задания, общения и просмотра интернета.

Мальчики и девочки из семей с высоким достатком с большей вероятностью проводят два и более часов в день за электронными устройствами с целью просмотра Интернета и общения в социальных сетях.



### КОРРЕЛЯЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И МАЛОПОДВИЖНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА

На основе выборки данного исследования нами проведен анализ взаимосвязи между ежедневной физической активностью умеренной и высокой интенсивности не менее 60 минут в день, а также времени, проводимом перед экранами различных устройств, с психическим благополучием (шкала благополучия ВОЗ-5). Анализ показал, что ежедневная физическая активность тесно связана с положительным психическим благополучием среди подростков Казахстана, а среди девочек соблюдение рекомендуемого уровня, проводимого перед экранами (менее двух часов в день), также положительно влияет на психическое благополучие. Таким образом, ежедневная физическая нагрузка на рекомендуемом уровне и ограничение времени просмотра телевизоров и других электронных устройств является защитным фактором от плохого психического здоровья подростков в национальном контексте. Разработка и реализация программ по укреплению психического здоровья детей требует включения аспектов повышения физической активности и ограничения времени, проводимого сидя перед экранами различных устройств.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(3 Suppl):S40-51.
- 2 Sleddens EF, Kroeze W, Kohl LF, Bolten LM, Velema E, Kaspers PJ, et al. Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12:7.
- 3 Fitzgerald A, Heary C, Nixon E, Kelly C. Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promot Int.* 2010;25(3):289-98.
- 4 Cairns G, Angus K, Hastings G, Caraher M. Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children. A retrospective summary. *Appetite.* 2013;62:209-15.
- 5 Craigie AM, Lake AA, Kelly SA, Adamson AJ, Mathers JC. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas.* 2011;70(3):266-84.
- 6 Lien N, Lytle LA, Klepp KI. Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21. *Prev Med.* 2001;33(3):217-26.
- 7 Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, Hublet A, Maes L. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Pub Health.* 2005;15(3):224-32.
- 8 Fismen AS, Smith OR, Torsheim T, Rasmussen M, Pedersen Pagh T, Augustine L, et al. Trends in Food Habits and Their Relation to Socioeconomic Status among Nordic Adolescents 2001/2002-2009/2010. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148541.
- 9 Affenito SG. Breakfast: A missed opportunity. *J Am Diet Ass.* 2007; 107(4): pp. 565-9.
- 10 Pedersen TP, Holstein BE, Flachs ME, Rasmussen M. Meal frequencies in early adolescence predict meal frequencies in late adolescence and early adulthood. *BMC Public Health.* 2013; 13:445
- 11 World Health Organization Regional Office of Europe (2015). *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020.* Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2015.
- 12 Ambrosini GL, Oddy WH, Huang RC, Mori TA, Beilin LJ, Jebb SA. Prospective associations between sugar-sweetened beverage intakes and cardiometabolic risk factors in adolescents. *Am J Clin Nutr* 2013; 98: 327-334.
- 13 Johnston, Craig & Foreyt, John. (2014). *Sugar Intake in Children and Adolescents and Its Effects on Health.* 10.1007/978-1-4899-8077-9\_14.
- 14 Hammons, AJ, Fiese, BH. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics.* 2011; 127 (6)
- 15 Harrison ME, Norris ML, Obeid N, Fu M, Weinstangel H, Sampson M. Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Can Fam Physician.* 2015; 61:e96-106.
- 16 Larson RW, Branscomb KR, Wiley AR. Forms and functions of family mealtimes: multidisciplinary perspectives. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2006;(111):1-15.
- 17 Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A & Murray CJ. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *Journal of Dental Research* 2013; 92(7): pp. 592-597.
- 18 de Oliveira C, Watt R & Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal* 2010; 340: c2451. doi: 10.1136/bmj.c2451.

- 
- 19 Fujita M, Ueno K & Hata A. Lower frequency of daily teeth brushing is related to high prevalence of cardiovascular risk factors. *Experimental Biology and Medicine* 2009; 234(4): pp. 387–394.
- 20 Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:40.
- 21 Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005;146(6):732-7.
- 22 Ekblom-Bak E, Ekblom O, Andersson G, Wallin P, Ekblom B. Physical Education and Leisure-Time Physical Activity in Youth Are Both Important for Adulthood Activity, Physical Performance, and Health. *J Phys Act Health.* 2018;15(9):661-70.
- 23 Herting MM, Chu X. Exercise, cognition, and the adolescent brain. *Birth Defects Res.* 2017;109(20):1672-9.
- 24 Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med.* 2006;36(12):1019-30.
- 25 Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(11):e0187668.
- 26 Всемирная организация здравоохранения Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Всемирная организация здравоохранения, 2010г.
- 27 Всемирная организация здравоохранения. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ, 2016-2025гг. ВОЗ Европейское региональное бюро, 2016 г. 28с.
- 28 . LeBlanc AG, Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Chaput JP, Church TS, et al. Correlates of Total Sedentary Time and Screen Time in 9-11 Year-Old Children around the World: The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment.
- 29 Bucksch J, Sigmundova D, Hamrik Z, Troped PJ, Melkevik O, Ahluwalia N, et al. International Trends in Adolescent Screen-Time Behaviors From 2002 to 2010. *J Adolesc Health.* 2016;58(4):417-25.
- 30 Kalman M, Inchley J, Sigmundova D, Iannotti RJ, Tynjala J, Hamrik Z et al. Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a crossnational perspective. *Eur J Public Health* 2015; 25:S37–S40.
- 31 LeBlanc AG, Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Chaput JP, Church TS, et al. Correlates of Total Sedentary Time and Screen Time in 9-11 Year-Old Children around the World: The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment. *Plos One* (2015); 10(6): e0129622.
- 32 Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (2011); 8(98).

# 5. ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

- 10% мальчиков и 6% девочек 15 лет сообщают об опыте курения на протяжении жизни. В 15 летнем возрасте 5% мальчиков и 1% девочек сообщают о ежедневном курении табака. 14% мальчиков и 6% девочек отмечают употребление электронных сигарет в 15 лет. По мере взросления подростки все чаще приобщаются к опыту курения сигарет, особенно в период между 13 и 15 годами.
- Уровень употребления алкогольных напитков среди респондентов увеличивается с возрастом. 8% мальчиков и 7% девочек 15 лет употребляли алкоголь 1-2 дня и более в жизни. Мальчики и девочки сообщают об одинаковых уровнях потребления алкоголя.
- В возрасте между 13 и 15 лет распространенность опыта опьянения значительно возрастает, достигая 6% среди мальчиков и 5% среди девочек к 15 годам.
- Хотя бы раз в жизни пробовали коноплю 2% подростков 15 лет, недавнее употребление (за последние 30 дней) отметили 1% подростков 15 лет. Мальчики, чаще чем девочки сообщают об употреблении конопли.
- Когда либо вступали в сексуальные отношения 14% мальчиков и 1% девочек 15 летнего возраста. 70 % мальчиков и 25% девочек сообщили об использовании презерватива, 18% мальчиков и 25% девочек сообщили об использовании противозачаточных таблеток во время последнего полового сношения.
- Треть мальчиков и каждая десятая девочка имели опыт участия в драках. Частота драк среди мальчиков выше. Наиболее часто дерутся 13-летние мальчики. Жертвами буллинга в школе становились каждый пятый 11-ти - 13-летний подросток. Участвовали в буллинге других людей в школе 20% подростков. Подобное поведение больше характерно среди мальчиков.

## УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА

Курение табака увеличивает риск развития различных заболеваний, в том числе рака, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, а также заболеваний и инфекций дыхательных путей<sup>1</sup>. Известно, что большинство людей начинают курить до достижения 18-летнего возраста<sup>2</sup>. Среда, окружающая подростка, имеет большое значение, например курение родителей, учителей или сверстников<sup>3,4,5</sup>. Очень важно предотвратить начало курения среди молодых людей, потому что дети и подростки быстрее, чем взрослые становятся зависимыми от никотина, и эту зависимость трудно прервать<sup>6</sup>.

Школьники отвечали на вопрос о том, сколько дней они курили сигареты (если такое случилось) на протяжении жизни и за последние 30 дней. Варианты ответов варьировались от «никогда» до «30 дней (или больше)». Данный вопрос представляет результаты о распространенности курения в течение жизни (когда-либо в жизни курили/пробовали курить), а также нынешнее курение в течение последних 30 дней.

Также подросткам предлагалось ответить на вопрос о том, как часто они курят табак в настоящее время. Варианты ответов варьировались от «каждый день» до «я не курю». Данный вопрос измеряет курение табака в настоящее время и интенсивность курения.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 39 данные отражают долю респондентов, которые курили сигареты по крайней мере 1-2 дня на протяжении жизни и за последние 30 дней.

Доля подростков, которые когда-либо курили сигареты на протяжении жизни, то есть имеют опыт приобщения к курению, увеличивается в три раза с возрастом (с 11 лет к 15 годам) как среди мальчиков, так и среди девочек, при этом показатели значительно увеличиваются в период с 13 до 15 лет.

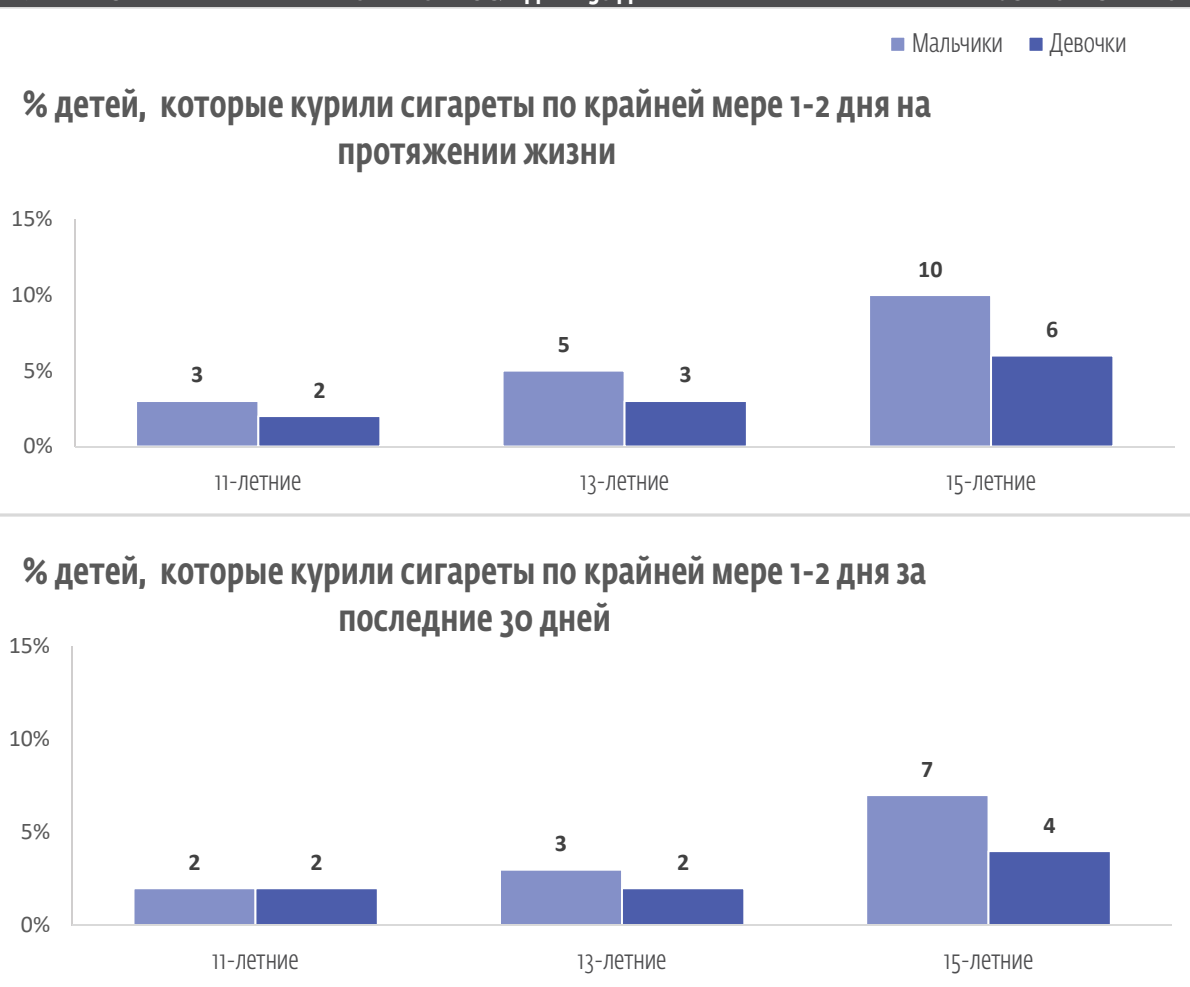
Среди мальчиков опыт курения сигарет выше в 13 и 15-летнем возрасте. К 15 годам гендерное различие имеет наибольшее значение. Курение сигарет в настоящее время статистически значимо, практически в три раза увеличивается с возрастом среди мальчиков. Мальчики в 15-летнем возрасте отметили недавнее курение в большей степени, чем девочки.

С увеличением достатка семьи увеличивается доля мальчиков, которые когда-либо курили на протяжении жизни и курили сигареты за последние 30 дней.

Рисунок 39

КУРЕНИЕ СИГАРЕТ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ И ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ

НВБС КАЗАХСТАН 2018



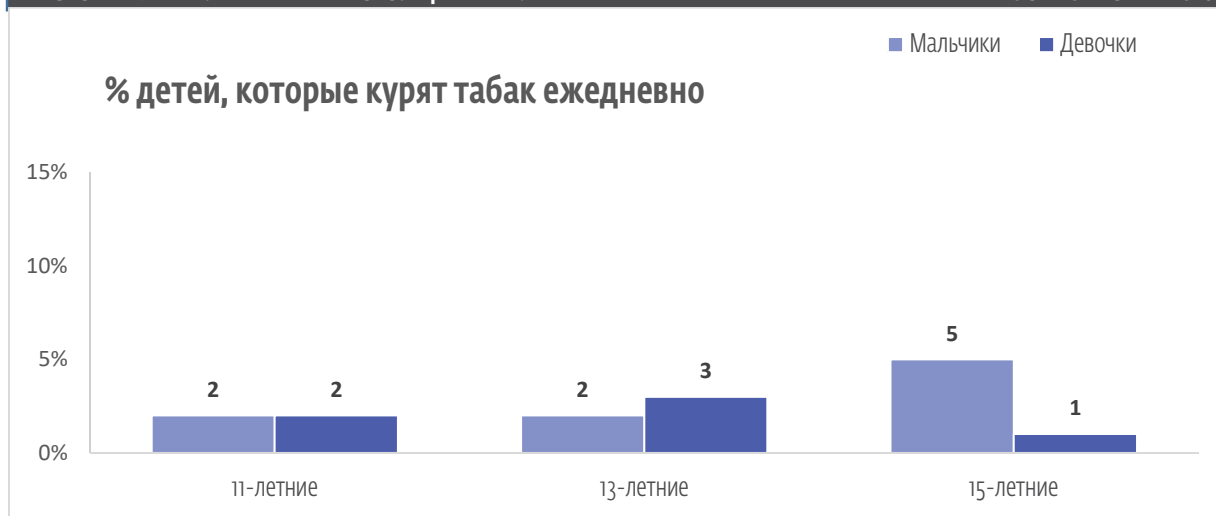
Представленные на Рисунке 40 данные, отражают долю респондентов, которые курят табак ежедневно. Выявлено увеличение частоты ежедневного курения среди мальчиков с 13 лет к 15 годам. Интенсивность курения в 11 и 13 лет практически одинаковая среди мальчиков и девочек, а в 15 лет доля ежедневных курильщиков табака значительно выше среди мальчиков.

Мальчики из семей с высоким достатком чаще сообщают о курении табака один раз в неделю или реже.



Рисунок 40  
ЧАСТОТА КУРЕНИЯ ТАБАКА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

НВНС КАЗАХСТАН 2018



## УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Электронные сигареты - это устройства, создающие высокодисперсный пар для вдыхания. Жидкость для электронных сигарет может содержать никотин, концентрация которого варьируется. Никотин вызывает зависимость и неблагоприятно влияет на сердце и сосуды. В разогретой жидкости для электронных сигарет могут также образовываться вредные химические вещества, которые могут обладать канцерогенными свойствами в зависимости от состава жидкости и нагревательной способности подобных устройств<sup>7</sup>.

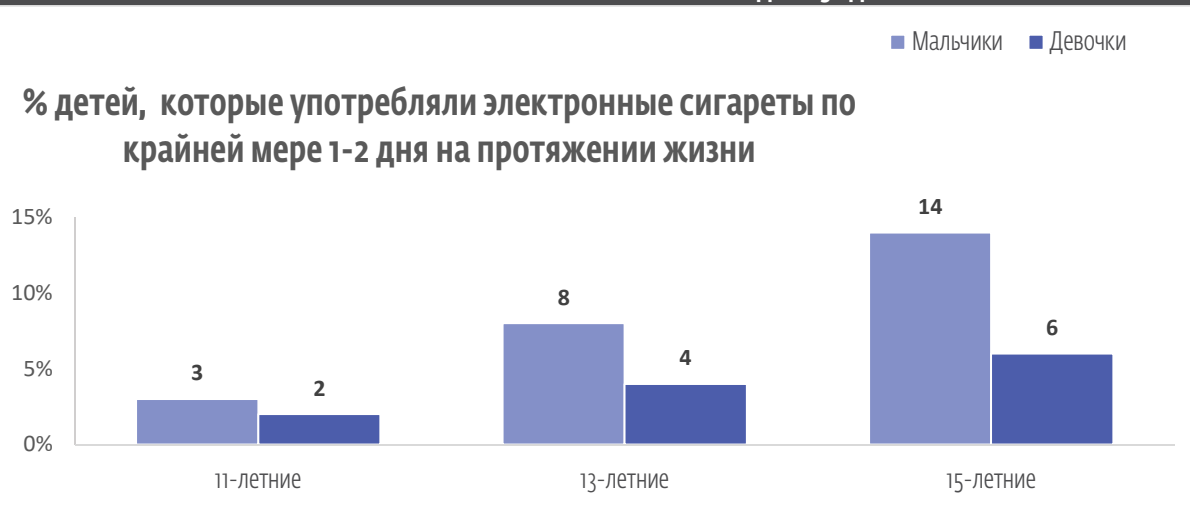
В исследовании школьники отвечали на вопрос о том, сколько дней на протяжении жизни и за последние 30 дней они курили электронные сигареты (если такое случилось)? Варианты ответов варьировались от «никогда» до «30 дней или больше».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 41 данные отражают долю респондентов, которые употребляли электронные сигареты по крайней мере 1-2 дня на протяжении жизни и за последние 30 дней. Доля подростков, кто, по крайней мере, пробовал употреблять электронные сигареты в течение жизни, существенно увеличивается с возрастом, как среди мальчиков, так и среди девочек. Гендерные различия выявлены в каждой возрастной группе, с большей распространенностью потребителей электронных сигарет среди мальчиков. При этом наибольшие гендерные различия выявлены среди 15-летних подростков. Нынешнее употребление электронных сигарет (за последние 30 дней) также увеличивается по мере взросления, что особенно выражено среди мальчиков. Мальчики в возрасте 13 и 15 лет чаще сообщали об употреблении электронных сигарет в настоящее время. Наибольшие различия в показателях с девочками выявлены среди 15-летних подростков.

С увеличением достатка семьи увеличивается доля мальчиков, которые употребляли электронные сигареты за последние 30 дней.

Рисунок 41  
УПОТРЕБЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ И ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ НВСС КАЗАХСТАН 2018



## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Употребление алкоголя зачастую начинается в подростковом периоде<sup>8</sup>. Излишнее и частое употребление алкоголя связаны с такими негативными последствиями, как ухудшение самоконтроля, плохая успеваемость в школе, высокое потребление алкоголя в зрелом возрасте, рискованное сексуальное поведение, дорожно-транспортный травматизм и различные психоэмоциональные проблемы<sup>8,9,10,11,12,13,14</sup>. Распространенность употребления алкоголя определялась ответом на вопрос о том, сколько дней в течение жизни и за последние 30 дней школьники употребляли алкогольные напитки (если такое случилось)? Варианты ответов варьировались от «никогда» до «30 дней (или больше)».

Распространенность состояния опьянения (разовое употребление алкоголя в рискованных количествах (пьянство)) измерялось ответом на вопрос о том, выпивал ли респондент когда-нибудь в течение жизни и за последние 30 дней столько алкоголя, что был по-настоящему пьяным. Варианты ответов: «нет, никогда», «да, 1 раз», «да, 2-3 раза», «да, 4-10 раз», «да, более 10 раз».

В исследовании также изучался вопрос частоты употребления различных видов алкогольных напитков. Школьники отвечали на вопрос о том, как часто в настоящее время они употребляют какие-либо алкогольные напитки, такие как пиво, вино, крепкие напитки (как водка, коньяк, ром), алкогольные коктейли промышленного производства (алкопопсы), любые другие напитки, содержащие алкоголь. Подросткам предлагалось включить в ответы даже те случаи, когда они выпивали совсем небольшое количество алкоголя. Варианты ответов варьировались от «каждый день» до «никогда».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На Рисунке 42 представлены данные о респондентах, которые употребляли алкоголь по крайней мере 1-2 дня на протяжении жизни и за последние 30 дней. По мере взросления значительно увеличивается частота подростков обоего пола, которые имеют опыт употребления алкоголя в течение жизни, достигая 8% к 15 годам. Не выявлено гендерных различий в показателях.

Доля подростков, которые сообщают об употреблении алкоголя по крайней мере 1-2 дня за последние 30 дней (нынешнее употребление), увеличивается с 11 лет к 15 годам среди мальчиков в два раза. Не выявлены различия среди мальчиков и девочек в частоте недавнего потребления алкогольных напитков.

С увеличением достатка семьи увеличиваются доли мальчиков и девочек, которые употребляли алкоголь 1 и более дней на протяжении жизни и за последние 30 дней.

Рисунок 42

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

НВСБ КАЗАХСТАН 2018



На Рисунке 43 представлены данные, отражающие долю подростков, которые находились в состоянии опьянения один и более раз на протяжении жизни и за последние 30 дней. В возрасте между 13 и 15 лет распространенность опыта опьянения значительно возрастает как среди мальчиков, так и среди девочек. Гендерных различий не выявлено. Частота недавнего состояния опьянения (за последние 30 дней) не имеет значимых возрастных различий. Среди мальчиков в возрасте 15 лет распространенность случаев недавнего опьянения несколько выше по сравнению с девочками.

При рассмотрении наличия двух и более случаев опьянения в течении жизни, мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о случаях опьянения. Распространенность одного и более случаев опьянения за последние 30 дней выше среди мальчиков из семей с высоким материальным благополучием.

Рисунок 43

СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ

НВBC КАЗАХСТАН 2018



По видам алкогольных напитков, употребляемых подростками, не выявлено существенных различий в предпочтении каких-то видов напитков. В целом, регулярное употребление (каждый месяц, каждую неделю, каждый день) пива отметили 1,9% подростков 11-15 лет, со значимыми отличиями по полу (2,3% мальчиков и 1,4% девочек), нынешнее употребление вина составило 1,2% (1,4% мальчиков и 0,9% девочек), употребление крепких алкогольных напитков 1% со значимыми отличиями по полу (1,4% мальчиков и 0,6% девочек), алкогольных коктейлей, алкопопсов 1,2% (1,4% мальчиков и 1,1% девочек), любых других напитков, содержащих алкоголь, 2,0% со значимыми отличиями по полу (2,4% мальчиков и 1,5% девочек).

## УПОТРЕБЛЕНИЕ КОНОПЛИ

Употребление конопли в школьном возрасте может привести к ухудшению познавательных функций, развитию зависимости и повышенному риску психотических симптомов<sup>15</sup>. Пристрастие к конопле может способствовать употреблению других более тяжелых наркотиков. Начало употребления конопли может стимулировать пример друзей, братьев, сестер, а также отсутствие участия родителей в жизни детей или чрезмерно жесткая дисциплина<sup>16,17,18</sup>.

На данный вопрос отвечали только 15- летние дети. Школьникам был задан вопрос о том, употребляли ли они когда-либо коноплю в течение жизни и за последние 30 дней. Варианты ответов варьировались от «никогда» до «30 дней или больше».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

На Рисунке 44 представлены данные, отражающие долю подростков 15 лет, которые употребляли коноплю 1-2 дня на протяжении жизни и за последние 30 дней. Хотя бы раз в жизни пробовали коноплю 2% подростков. Мальчики чаще, чем девочки сообщают об употреблении конопли 1-2 дня и более на протяжении жизни, однако гендерных различий по недавнему употреблению конопли за последние 30 дней не выявлено.

С увеличением достатка семьи увеличивается доля мальчиков, которые употребляли коноплю 1 и более дней на протяжении жизни.



## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Репродуктивное здоровье является важным аспектом развития, благополучия и здоровья молодых людей<sup>19,20</sup>. Существует связь между ранним сексуальным дебютом и другими видами рискованного поведения, такими как употребление алкоголя и наркотиков<sup>21,22</sup>. Незащищенный половой контакт может привести к подростковой беременности, инфекциям, передающимся половым путем и их осложнениям, таким как нарушением фертильности, как у женщин, так и у мужчин<sup>23,24,25</sup>. Только 15-летние школьники отвечали на вопросы по сексуальному здоровью. Подросткам предлагали ответить на следующие вопросы: а) вступали ли они когда-нибудь в сексуальные отношения. Варианты ответов: «да», «нет»; б) в последний раз, когда они вступали в сексуальные отношения, использовали ли они или их партнер презерватив; в) в последний раз, когда они вступали в сексуальные отношения, использовали ли они или их партнер противозачаточные таблетки. Варианты ответов: «да», «нет», «не знаю».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Когда-либо вступали в сексуальные отношения 14% мальчиков и 1% девочек 15-летнего возраста. Таким образом, мальчики чаще сообщают об опыте половых сношений. Среди мальчиков из семей с высоким достатком распространенность вступления в сексуальные отношения выше, по сравнению с мальчиками из семей с низким и средним достатком.

70% мальчиков и 25% девочек, сообщивших об опыте половых отношений, пользовались презервативом во время полового сношения. Об использовании противозачаточных таблеток во время последнего полового сношения сообщили 18% мальчиков и 25% девочек. Возрастных и гендерных различий, а также влияния достатка семьи на данные показатели не выявлено (Рисунок 45).

Рисунок 45  
 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ

НВНС КАЗАХСТАН 2018

### % 15-летних подростков, которые использовали презерватив и противозачаточные таблетки во время последнего полового сношения



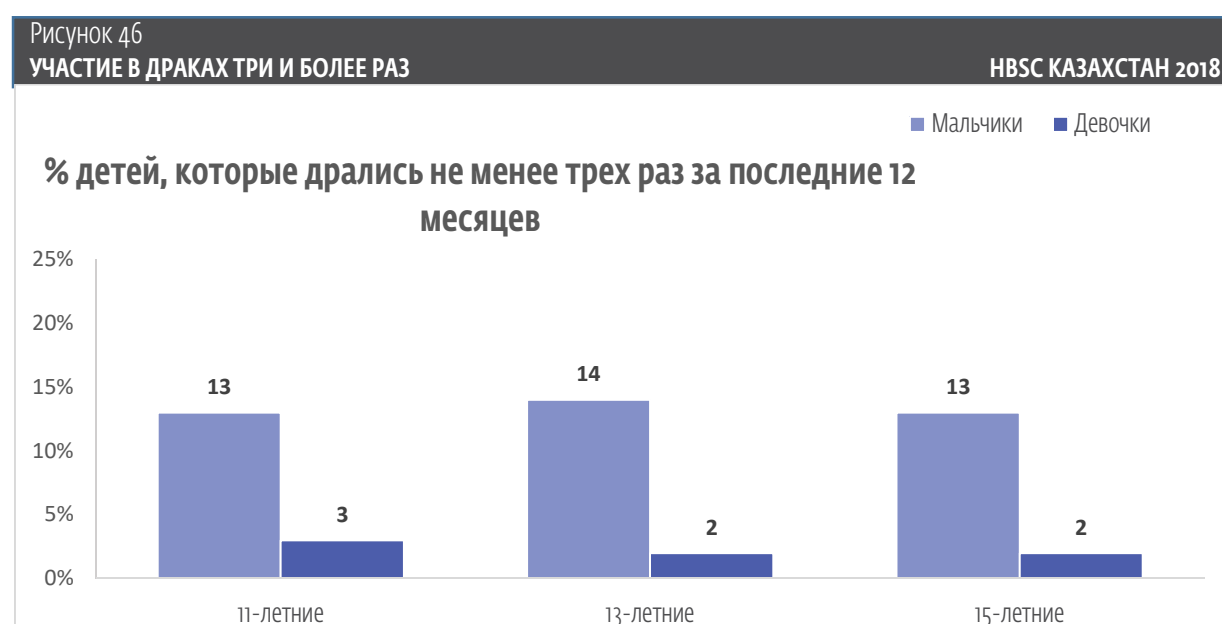
## УЧАСТИЕ В ДРАКАХ

Участие в драках является одной из форм рискованного поведения среди молодежи. Физические драки ассоциируются с насилием и непреднамеренными травмами, а также с употреблением психоактивных средств и другими формами нарушения поведения<sup>26,27</sup>. Школьникам был задан вопрос о том, сколько раз за последние 12 месяцев они участвовали в драках. Варианты ответов варьировались от «не участвовал в драках» до «4 раза и чаще».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 46 данные отражают долю респондентов, которые дрались три и более раз за последние 12 месяцев. В целом, распространенность подобного проблемного поведения среди мальчиков составила 13%, а среди девочек 3%. Существенных возрастных различий по частоте драк не выявлено. Распространенность драк значительно выше среди мальчиков во всех возрастных группах по сравнению с девочками.

Девочки из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что принимали участие в драках 3 раза и чаще за последние 12 месяцев.



В то же время хотя бы один раз и чаще за последние 12 месяцев дрались существенно больше мальчиков и девочек (Рисунок 47). То есть опыт подобного рискованного поведения отмечается у более чем трети мальчиков и у каждой десятой девочки. При этом наибольшая частота драк отмечается среди мальчиков в 13 лет с некоторым снижением к 15 годам. Мальчики всех возрастов значительно чаще дерутся по сравнению с девочками.

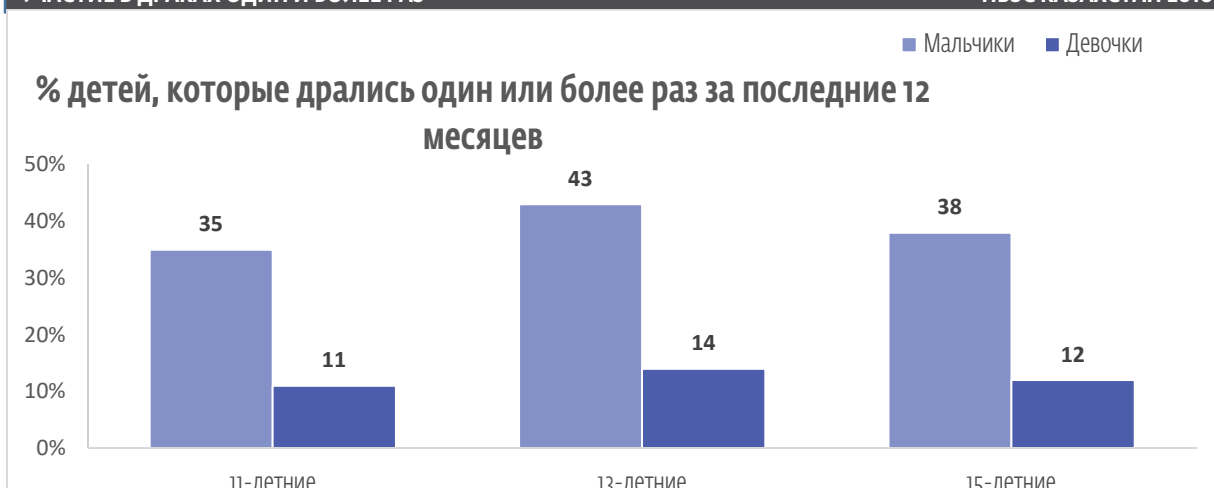


Среди мальчиков и девочек имеется зависимость наличия драк с достатком семьи, при которой подростки из семей с высоким достатком чаще сообщают об участии в драках по крайней мере 1 раз или более за последние 12 месяцев.

Рисунок 47

УЧАСТИЕ В ДРАКАХ ОДИН И БОЛЕЕ РАЗ

НВНС КАЗАХСТАН 2018



## БУЛЛИНГ

Согласно определению Олвеуса (Olweus, 1973) буллинг в школе это поведение, при котором жертва буллинга многократно и в течение времени подвергается негативным действиям со стороны одного или нескольких школьников. То есть кто-то намеренно причиняет обиды или пытается издеваться, причинить вред другому. Негативные действия могут быть в виде физического контакта, слов или других способов, например, изменения выражения лица или непристойные жесты, а также стремление преднамеренно исключать жертву буллинга из группы, сообщества. В целом буллинг характеризуется тремя критериями: (а) агрессивное поведение или преднамеренное «причинение вреда», (б) которое происходит «многократно и в течение времени» и (в) имеется дисбаланс власти. Издевательства часто происходят без явной провокации<sup>28</sup>. Научные данные свидетельствуют о том, что у жертв буллинга, также как и у тех, кто причиняет обиды/издевательства, имеются сопутствующие и будущие проблемы с психическим здоровьем. На начало и развитие буллинга влияют как индивидуальные (психопатология развития, генетика, социально-познавательные факторы), так и системные (общество, школа, семья, социализация сверстников) факторы<sup>28,29</sup>.

В нашем исследовании изучаются распространенность участия в буллинге и показатели по тем подросткам, которые становились жертвами буллинга. Школьников просили ответить на следующие вопросы: а) о том, как часто они принимали участие в унижении/издевательствах над другим человеком/людьми в школе на протяжении последних двух месяцев; б) о том, как часто их унижали в школе на протяжении последних двух месяцев. Варианты ответов варьировались от «не унижал никого»/«меня не унижали» до «это случилось несколько раз в неделю».

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 48 данные отражают долю школьников, которые подвергались буллингу в школе не менее 2-3 раз в месяц за последние 2 месяца. В целом, жертвами буллинга становились 7% мальчиков и девочек. Распространенность буллинга среди мальчиков и девочек в возрасте 11 и 13 лет остается на одном уровне, а с 13 лет к 15 годам несколько снижается. Гендерных различий среди жертв буллинга не выявлено.

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что становились жертвой буллинга в школе 2-3 раза месяц.



Доля жертв буллинга в школе увеличивается более чем в два раза, если учитывать наличие буллинга один или более раз в месяц за последние два месяца (Рисунок 49). Среди мальчиков данный показатель статистически значимо снижается к 15 годам.

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что становились жертвой буллинга в школе один и более раз месяц.



Представленные на Рисунке 50 данные отражают долю респондентов, которые участвовали в буллинге других людей в школе не менее 2-3 раз за последние 2 месяца. Распространенность данного поведения наиболее высокая среди мальчиков 11 лет, по мере взросления отмечается снижение показателя. Среди девочек не выявлены возрастные различия. В возрасте 11 лет наблюдаются значительные гендерные различия по распространенности буллинга, при этом мальчики чаще участвуют в буллинге других детей.

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что принимали участие в буллинге других людей 2-3 раза в месяц.

Рисунок 50  
**БУЛЛИНГ: УЧАСТИЕ В БУЛЛИНГЕ 2-3 РАЗА В МЕСЯЦ** HBSC КАЗАХСТАН 2018



Если учитывать участие в буллинге других людей один и более раз в месяц, то также частота участия подростков в буллинге возрастает. Данный показатель существенно не изменяется с возрастом. Среди мальчиков 11 и 13 лет частота буллинга других людей в школе выше, чем среди девочек (Рисунок 51).

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что принимали участие в буллинге других людей в школе один и более раз в месяц.



## КИБЕРБУЛЛИНГ

Кибербуллинг - явление, появившееся в последнее десятилетие, которое получило довольно широкое распространение. Из-за несоответствий в определении данного понятия и методологии исследований, показатели кибербуллинга среди подростков значительно варьируются в литературе<sup>30</sup>. Так, от 4% до 72%<sup>23,24</sup> подростков, а в среднем от 20% до 40% подростков сообщали, что они подвергались кибербуллингу. Участвовали в кибербуллинге от 3% до 36% подростков<sup>31, 32</sup>. В целом, кибербуллинг предполагает нанесение вреда кому-либо с использованием информационных и коммуникационных технологий. Примеры кибербуллинга: отправка оскорбительных сообщений (через текст или Интернет), размещение пренебрежительных комментариев на сайте социальных сетей, размещение унижительных фотографий, а также угрозы или запугивание кого-либо в электронной форме<sup>30,33</sup>. Кибербуллинг оказывает негативное влияние на здоровье подростков, способствуя развитию серьезных проблем с психическим здоровьем, таких как депрессия, тревога, низкая самооценка, эмоциональные расстройства, употребление психоактивных веществ и суицидальное поведение<sup>30</sup>.

Школьников просили ответить на следующие вопросы: а) о том, как часто они принимали участие в кибербуллинге другого человека за последние два месяца; б) о том, как часто они подвергались кибербуллингу за последние два месяца. Варианты ответов варьировались от «не принимал участие в кибербуллинге»/«со мной этого не случилось» до «это случилось несколько раз в неделю».

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Представленные на Рисунке 52 данные отражают долю школьников, которые подвергались кибербуллингу не менее 2-3 раз в месяц за последние 2 месяца. Менее 5% детей и подростков подвергались кибербуллингу 2-3 раза и более в месяц. Мальчики по мере взросления чаще подвергаются кибербуллингу не менее 2-3 раз в месяц. Мальчики в возрасте 15 лет чаще сообщают, что являлись жертвой кибербуллинга по сравнению с девочками.

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что становились жертвой кибербуллинга 2-3 раза в месяц.

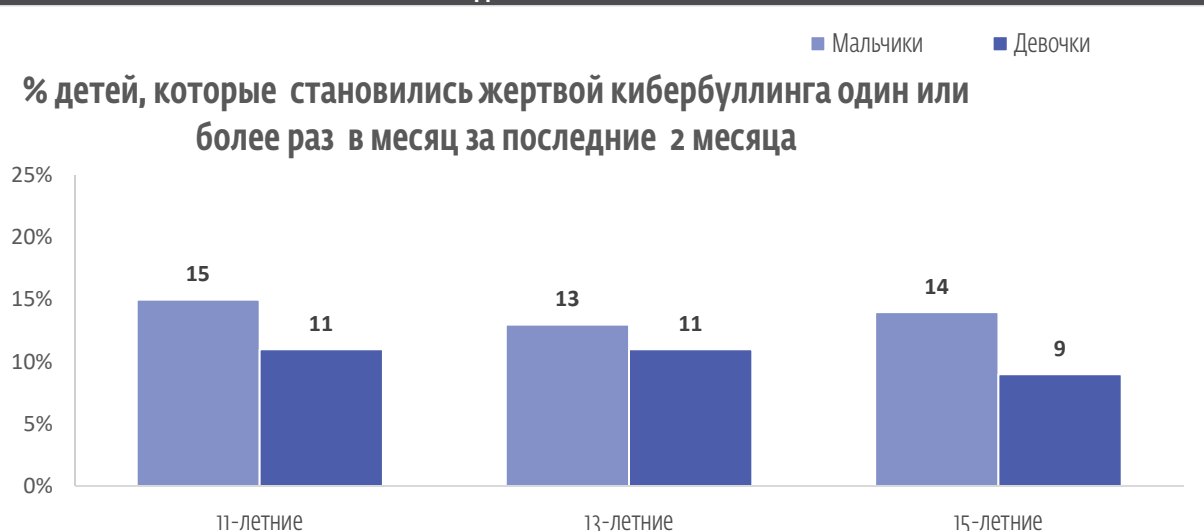
Рисунок 52  
**КИБЕРБУЛЛИНГ: ЖЕРТВЫ КИБЕРБУЛЛИНГА 2-3 РАЗА В МЕСЯЦ** HBSC КАЗАХСТАН 2018



По крайней мере один раз или более подвергались кибербуллингу значительно больше подростков (Рисунок 53). Возрастных различий не выявлено. Мальчики 11 и 15 лет чаще сообщают об опыте подверженности кибербуллингу.

Мальчики и девочки из семей с высоким материальным благополучием с большей вероятностью сообщают о том, что становились жертвой кибербуллинга по крайней мере один раз.

Рисунок 53  
**КИБЕРБУЛЛИНГ: ЖЕРТВЫ КИБЕРБУЛЛИНГА ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ РАЗ** HBSC КАЗАХСТАН 2018



### РЕЗУЛЬТАТЫ

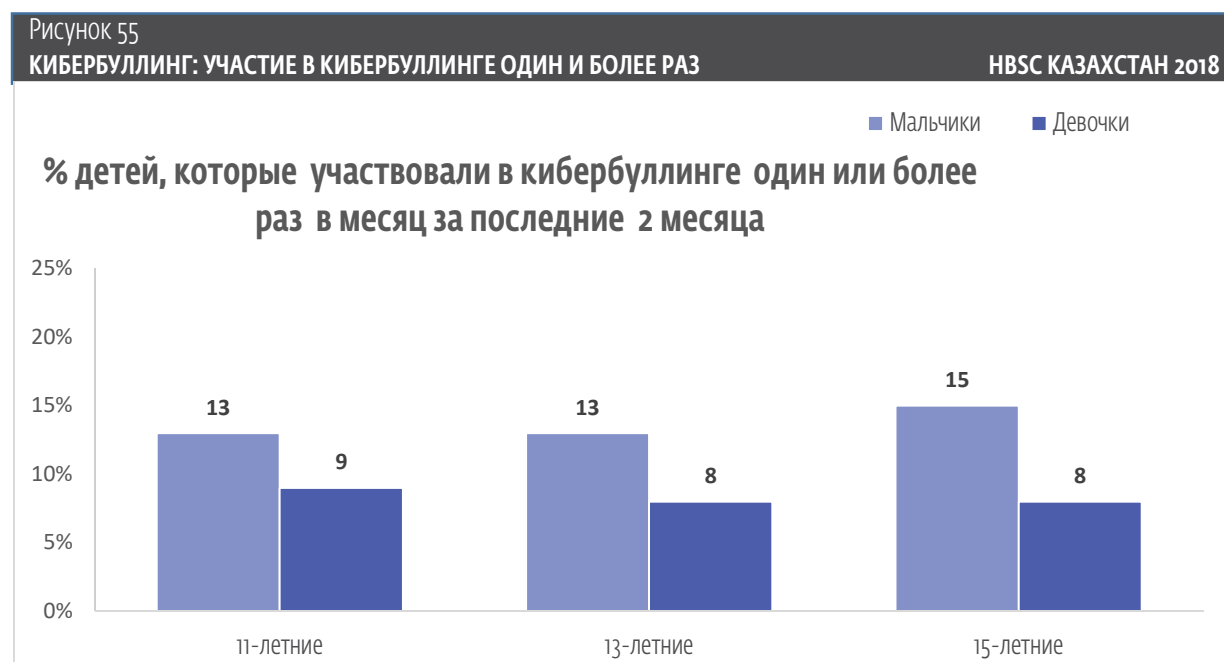
Представленные на Рисунке 54 данные отражают долю школьников, которые участвовали в кибербуллинге не менее 2-3 раз в месяц за последние 2 месяца. По мере взросления (11-15 лет) распространенность участия в кибербуллинге несколько увеличивается среди мальчиков. В возрасте 13 и 15 лет мальчики сообщают о более частом вовлечении в кибербуллинг по сравнению с девочками с наиболее существенными различиями в 15 лет.

Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о том, что принимали участие в кибербуллинге других людей 2-3 раза в месяц.



Опыт кибербуллинга других людей по крайней мере один раз отметили практически в два раза больше подростков, по сравнению с кибербуллингом 2-3 и более раз в месяц. Возрастной динамики не наблюдается. Мальчики всех трех возрастных групп чаще сообщали о подобном явлении (Рисунок 55).

Высокий достаток семьи повышает вероятность участия мальчиков в кибербуллинге других людей.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 U.S. Department of Health and Human Services. The СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S Department of Health and Human Services, 2014. [citerad 17 september 2018]. Hamtadfran: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf\\_NBK179276.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf).
- 2 Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando HA, et al. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics*. 2006;118(3):e890-903.
- 3 Rasmussen M, Damsgaard MT, Holstein BE, Poulsen LH, Due P. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *Eur J Pub Health*. 2005;15(6):607-12.
- 4 Overland S, Aaro LE, Lindbak RL. Associations between schools' tobacco restrictions and adolescen s' use of tobacco. *Health Educ Res*. 2010;25(5):748-56.
- 5 Wellman RJ, Dugas EN, Dutczak H, O'Loughlin EK, Datta GD, Lauzon B, et al. Predictors of the Onset of Cigarette Smoking: A Systematic Review of Longitudinal Population-Based Studies in Youth. *Am J Prev Med*. 2016;51(5):767-78.
- 6 Hefler M, Liberato SC, Thomas DP. Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6:Cdo08645.
- 7 Pisinger C. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. December 2015. [https://www.who.int/tobacco/industry/product\\_regulation/BackgroundPapersENDS3\\_4November-.pdf](https://www.who.int/tobacco/industry/product_regulation/BackgroundPapersENDS3_4November-.pdf).
- 8 Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, ter Bogt T, Kokkevi A & Godeau E. Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Volume first published online 2012.
- 9 Carbia C, Lopez-Caneda E, Corral M, Cadaveira F. A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;90:332-49.
- 10 Busch V, Loyen A, Lodder M, Schrijvers AJ, van Yperen TA, de Leeuw JR. The effects of adolescent health-related behavior on academic performance: a systematic review of the longitudinal evidence. *Review of Educational Research*. 2014;84(2):245-74.
- 11 McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS medicine*. 2011;8(2):e1000413.
- 12 Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; Suppl. 14: pp. 101-117.
- 13 World Health Organization Global status report on road safety 2018: Summary World Health Organization 2018 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1> . Accessed 1 July, 2019
- 14 Brown SA, McGue M, Maggs J, Schulenberg J, Hingson R, Swartzwelder S, Martin C, Chung T, Tapert SF, Sher K, Winters KC, Lowman C & Murphy S. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics* 2008; 21 Suppl 4: pp. S290-310.
- 15 Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. 2015;110(1):19-35.
- 16 Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend*. 2007;86(1):67-74.
- 17 Bogot T, Schmid H, Gabhainn SN, Fotiou A, Vollebergh W. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction* 2006;101(2):241-51.

- 
- 18 Anthony J, Chen C, Storr C. Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. *Pediatrics* 2005;115(6):1631–9.
- 19 Boislard MA, van de Bongardt D, Blais M. Sexuality (and Lack Thereof) in Adolescence and Early Adulthood: A Review of the Literature. *Behav Sci (Basel)*. 2016;6(1).
- 20 Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15 Suppl 2:S54–66.
- 21 Kastbom AA, Sydsjo G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *Acta Paediatr*. 2015;104(1):91–100.
- 22 Huang DY, Murphy DA, Hser YI. Developmental trajectory of sexual risk behaviors from adolescence to young adulthood. *Youth Soc*. 2012;44(4):479–99.
- 23 Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(1):1–9.
- 24 Menon S, Timms P, Allan JA, Alexander K, Rombauts L, Horner P, et al. Human and Pathogen Factors Associated with Chlamydia trachomatis-Related Infertility in Women. *Clin Microbiol Rev*. 2015;28(4):969–85.
- 25 Gimenes F, Souza RP, Bento JC, Teixeira JJ, Maria-Engler SS, Bonini MG, et al. Male infertility: a public health issue caused by sexually transmitted pathogens. *Nat Rev Urol*. 2014;11(12):672–87.
- 26 Pickett W, Iannotti RJ, Simons-Morton B, Iannotti RJ. Social environments and physical aggression among 21,107 students in the United States and Canada. *J Sch Health* 2009;79(4):160–68.
- 27 Swahn MH, Donovan JE. Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *J Adolesc Health* 2004;34(6):480–92.
- 28 Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1994;35(7):1171–90.
- 29 Thomas HJ, Connor JP, Scott JG. Why do children and adolescents bully their peers? A critical review of key theoretical frameworks. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(5):437–51.
- 30 Nixon CL. Current perspectives: the impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolesc Health Med Ther*. 2014;5:143–158. Published 2014 Aug 1. doi:10.2147/AHMT.S36456
- 31 Aricak T, Siyahhan S, Uzunhasanoglu A, et al. Cyberbullying among Turkish adolescents. *Cyberpsychol Behav*. 2008;11(3):253–261.
- 32 Juvonen J, Gross EF. Extending the school grounds? – Bullying experiences in cyberspace. *J Sch Health*. 2008;78(9):496–505.
- 33 Ybarra ML, Mitchell KJ. Online aggressor/targets, aggressors, and targets: a comparison of associated youth characteristics. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(7):1308–1316.



## 6. ОБСУЖДЕНИЕ

## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Начало, середина и окончание подросткового периода сопровождаются психоэмоциональными и физическими изменениями в организме подростков. В исследовании факторов, формирующих показатели здоровья и поведения в отношении здоровья, три возрастные группы школьников – 11, 13, и 15 лет представляют собой периоды подросткового развития и формирования личностных, социальных ценностей, моделей поведения и образа жизни, взаимоотношений подростков в семье, со сверстниками и в школе. В связи с этим, для укрепления здоровья и благополучия детей и подростков, необходимы данные о том, как по мере взросления меняются социальное взаимодействие и среда, а также поведение, как способствующее здоровью, так и сопряженное с риском для здоровья.

### СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

Легкость общения подростков с матерью и отцом снижается к 15 годам. Высокая поддержка семьи и сверстников, о которой сообщают большинство школьников, снижается по мере взросления. Использование электронных средств коммуникаций на умеренном уровне достигает максимальных значений к 15 годам.

С возрастом несколько сокращается доля детей, которым школа очень нравится и увеличивается доля девочек, для которых школьные нагрузки кажутся тяжелыми. Высокая воспринимаемая поддержка со стороны учителей и одноклассников снижается в период с 11 до 15 лет.

### ПОКАЗАТЕЛИ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

С возрастом доля детей, которые считают свое здоровье отличным, снижается с 64% до 49%. Практически все подростки сообщают о высокой удовлетворенности жизнью.

Среди девочек показатель восприятия своего тела как полного увеличивается к 15 годам. Распространенность избыточной массы тела и ожирения снижается среди мальчиков к 15 годам.

Доля подростков обоего пола с признаками плохого психического благополучия и депрессии увеличивается с 19% в 11 лет до 23% к 15 годам.

### ПОВЕДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Частота ежедневных завтраков снижается среди девочек к 15 годам. Среди мальчиков и девочек ежедневное потребление фруктов снижается с возрастом до 56% и 33% в 15-летнем возрасте соответственно. Вместе с тем не выявлено возрастных различий по ежедневному употреблению сладких газированных напитков. Данный показатель составляет 17% в среднем среди всех школьников.

Треть школьников (34%) занимаются физической активностью 60 и более минут в день. Уровни рекомендуемой ежедневной физической активности снижаются от 13 лет к 15 годам среди девочек.

Частота высокоинтенсивной физической активности значительно снижается с возрастом среди девочек, среди которых подобная физическая активность сокращается на 16% к 13 годам и на 13% с 11 до 15 лет.

Малоподвижное поведение, которое оценивалось временем, проводимым перед экранами телевизоров, становится все более распространенным среди подростков к 15 годам. 39% 11-летних и половина 15-летних подростков проводят за экранами телевизоров 2 и более часов в будний день.

Другие виды времяпровождения перед экранами гаджетов, такие как компьютерные игры и просмотр интернета и социальных сетей, охватывают все больше подростков по мере взросления.

### **ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ**

Опыт курения сигарет, хотя бы 1-2 дня в течение жизни, невысокий в 11 и 13 лет (2% и 4% соответственно), но к 15 годам этот показатель среди подростков возрастает, достигая 8%, в основном за счет мальчиков. Ежедневное курение табака также увеличивается с 13 лет к 15 годам, особенно среди мальчиков. Эти данные позволяют предположить, что наиболее активное приобщение подростков к курению происходит в период с 13 лет к 15 годам.

Курение сигарет в настоящее время, то есть курение за последние 30 дней 1-2 дня и более, статистически значимо увеличивается с возрастом среди мальчиков практически в три раза.

Употребление электронных сигарет существенно увеличивается с 11 лет к 15 годам. Увеличение распространенности употребления электронных сигарет среди школьников отмечается с 13 лет. Можно предположить, что интерес к экспериментированию с электронными сигаретами возникает в возрасте между 11-тью и 13-тью годами и усиливается к 15 годам. В возрасте 15 лет 10% подростков употребляли электронные сигареты 1-2 дня и более на протяжении жизни.

Доля подростков, сообщающих об опыте употребления алкогольных напитков на протяжении жизни по крайней мере 1-2 дня, увеличивается с возрастом, достигая 8% к 15 годам.

Доля подростков, которые сообщают о недавнем употреблении алкоголя по крайней мере 1-2 дня за последние 30 дней, увеличивается в два раза с 11 лет к 15 годам среди мальчиков. 3% подростков хотя бы раз в жизни испытали состояние опьянения. Данный показатель возрастает в период между 13-тью и 15-тью годами.

Показатели по употреблению конопли и сексуальному здоровью изучались только среди 15-летних подростков, что не позволяет проследить возрастную динамику.

Наибольшая частота драк по крайней мере один раз отмечается среди мальчиков в 13 лет с некоторым снижением к 15 годам.

Подверженность буллингу среди мальчиков несколько снижается к 15 годам. Доля детей, которые участвуют в буллинге других людей, сокращается с 11 лет к 15 годам, особенно среди мальчиков. Участие в буллинге

других людей в школе 2-3 и более раз в месяц больше характерно среди 11-летних мальчиков (13%), с тенденцией к уменьшению по мере взросления.

Участие в кибербуллинге увеличивается среди мальчиков к 15 годам, а среди девочек подобное поведение сокращается.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

11-летние подростки в большей степени ощущают поддержку семьи, сверстников, учителей и одноклассников, реже пользуются электронными средствами коммуникаций, школа им очень нравится и они легче переносят школьные нагрузки. Школьники младшего возраста имеют отличное здоровье, высокую удовлетворенность жизнью, реже жалуются на здоровье. Уровень регулярного совместного с семьей приема пищи остается высоким на протяжении всех возрастных периодов. Однако по мере взросления к 15 годам снижаются уровни поддержки семьи, сверстников, учителей, ухудшается общение с родителями, но увеличивается использование электронных средств коммуникаций. С возрастом подросткам несколько меньше нравится школа, девочки сильнее ощущают тяжесть школьных нагрузок и у них ухудшается восприятие своего тела, 13- и 15 летние подростки хуже оценивают свое здоровье. Практически одна пятая детей сообщают о симптомах депрессии, которые требуют дальнейшей диагностики.

По мере взросления ухудшаются показатели в отношении питания. Подростки чаще пропускают завтрак в школьные дни, реже употребляют фрукты на ежедневной основе. Показатели физической активности и малоподвижного подведения ухудшаются с 11 лет к 15 годам. Распространенность буллинга и драк с возрастом снижается, но участие в кибербуллинге мальчиков увеличивается с возрастом. Рискованное поведение, такое как приобщение к курению сигарет, употреблению электронных сигарет, алкоголю, опыту опьянения, имеет тенденцию к увеличению по мере взросления подростков. На возрастные различия вероятно оказывают воздействие разнообразные аспекты взросления подростков, такие как влияние сверстников, родителей, среды, культурные и экономические факторы, особенности пубертатного периода и другие процессы.

Таким образом, разрабатываемые стратегии и меры в отношении здоровья и благополучия детей и подростков должны учитывать разные возрастные группы, социальное взаимодействие и семейную, школьную и культурную среду обитания.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Подростковый период, период полового созревания, являются критическим временем в жизни подростков, когда укрепляются имеющиеся в обществе роли мужчин и женщин, социализация. Особенности в гендерных нормах и отношениях, гендерное неравенство формируются под влиянием национальных и социокультурных условий. Ожидания общества от мальчиков и девочек различны, так же как и их собственное отношение к гендерному вопросу.

Сверстники и родители играют ключевую роль в формировании гендерных норм и отношения к данному вопросу молодых людей. В связи с этим, выявление гендерных различий и сходств необходимо для разработки мер политики, направленных на улучшение здоровья и благополучия подростков и молодежи с учетом гендерных особенностей.

### СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

11-летние девочки в большей степени сообщали о легкости общения с матерью, в то время как среди 15-летних девочек общение с отцом хуже, чем среди 15-летних мальчиков. Девочки обычно сообщают о более высокой поддержке со стороны семьи, что особенно выражено среди 15-летних подростков.

Среди 11-летних мальчиков выше распространенность проблемного использования социальных сетей по сравнению с девочками. Девочки сообщают о более частом использовании социальных сетей, интернета с умеренной интенсивностью, в то время как среди мальчиков более распространено высоко-интенсивное использование электронных средств коммуникации.

11-летние мальчики хуже оценивают поддержку учителей по сравнению с девочками, с возрастом различия стираются. Девочки и мальчики в одинаковой степени оценивают поддержку одноклассников.

### ПОЗИТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Мальчики чаще, чем девочки оценивают свое здоровье как отличное, в то время как девочки 15 лет чаще страдают от множественных жалоб на здоровье. Признаки хорошего психического благополучия, а также депрессии, требующей дальнейшей диагностики, встречаются с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек.

Мальчики чаще получают травмы, требующие медицинского вмешательства. 15-летние девочки в большей степени воспринимают свое тело как полное. Распространенность избыточной массы тела и ожирения значимо выше среди мальчиков 11 лет по сравнению с девочками.

### ПОВЕДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Мальчики 15-ти лет чаще сообщают о ежедневном завтраке в школьные дни. 15-летние девочки скорее всего больше беспокоятся о восприятии своего тела, вследствие чего пропускают завтраки.

Ежедневное употребление сладких газированных напитков выше среди мальчиков 11 лет (18%) по сравнению с девочками-ровесниками (13%). Еженедельное употребление подобных напитков, содержащих сахар, значительно выше среди мальчиков. Девочки старшего возраста (15 лет) чаще употребляют конфеты и шоколад, но они чаще чистят зубы более одного раза в день в каждой возрастной группе, по сравнению с мальчиками.

Ежедневная физическая активность от умеренной до высокой интенсивности выше среди мальчиков 15 лет по сравнению с девочками-ровесницами.

Распространенность физической активности высокой интенсивности 4-6 раз и более в неделю выше среди мальчиков во всех возрастных группах, наибольшие различия выявлены среди 13- и 15-летних подростков.

Мальчики в 11 и 13 лет чаще сообщают о том, что проводят два и более часов в день перед телевизором. Мальчики по сравнению с девочками во всех возрастных группах в большей степени увлекаются играми на компьютерах и других устройствах. Данные различия наиболее выражены среди 15-летних подростков.

Девочки больше времени проводят перед экранами компьютеров, смартфонов, планшетов для выполнения задания, общения и просмотра интернета.

Среди мальчиков частота опыта курения сигарет в течение жизни выше в 13 и 15-летнем возрасте. К 15 годам гендерное различие имеет наибольшее значение. Мальчики в 15-летнем возрасте отметили недавнее курение в большей степени, чем девочки.

Среди мальчиков в возрасте 15 лет распространенность случаев недавнего опьянения несколько выше, по сравнению с девочками.

Отсутствие гендерных различий в опыте употребления алкогольных напитков в течение жизни и за последние 30 дней, а также в опыте опьянения в течение жизни может быть тревожным сигналом в стремлении как мальчиков, так и девочек к экспериментированию с употреблением алкоголя в юном возрасте.

Мальчики чаще, чем девочки сообщают об употреблении конопли 1-2 дня и более на протяжении жизни. Мальчики чаще сообщают об опыте половых сношений и участии в драках.

Мальчики младшего возраста чаще участвуют в буллинге других детей. В то же время мальчики 11 и 15 лет чаще являются жертвами кибербуллинга, а также сами участвуют в кибербуллинге других людей чаще, чем девочки в 11- 15 лет.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты исследования выявляют национальные гендерные различия в показателях здоровья и благополучия подростков. При разработке мероприятий по охране здоровья подростков необходимо обращать внимание на улучшение коммуникаций в семье по мере взросления, обучение важности гигиены полости рта, особенно среди мальчиков и важность ежедневных завтраков среди девочек.

Следует обратить внимание на привлечение девочек к ежедневным физическим нагрузкам на достаточной уровне, создавать условия для двигательной активности девочек и в целом стимулировать физически активную деятельность и занятия спортом как фактора, укрепляющего соматическое и психическое здоровье.

Требуется улучшить обучение и консультирование подростков по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.

Необходимы оздоровительные мероприятия по сокращению приобщения подростков к курению, употреблению электронных сигарет и конопли с акцентом на мальчиков, а также по профилактике употребления алкоголя как среди мальчиков, так и девочек.

Стратегии по улучшению психического здоровья, психологического климата и адаптации в семье, школе и сообществе необходимы для сокращения рискованного поведения, буллинга и кибербуллинга среди подростков.

## ДОСТАТОК СЕМЬИ

### СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ

В семьях с высоким достатком ухудшается легкость общения с матерью среди мальчиков, в то время как более высокий материальный достаток семьи положительно отражается на легкости общения с отцом среди девочек. Высокий достаток семьи не отражается положительно на восприятии высокой поддержки семьи.

С увеличением достатка семьи мальчики с большей вероятностью сообщают об интенсивном использовании электронных средств коммуникаций. Мальчики и девочки из семей с высоким достатком в меньшей степени предпочитают онлайн-взаимодействие для раскрытия своих переживаний.

Высокое материальное благосостояние семьи негативно сказывается на позитивном отношении подростков к школе. С увеличением дохода семьи девочки чаще сообщают о том, что они испытывают определенное и большое напряжение при выполнении школьных заданий. Мальчики из семей с высоким достатком с большей вероятностью сообщают о низкой поддержке со стороны одноклассников.

### ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Девочки из семей с высоким достатком реже сообщают об отличном состоянии своего здоровья. В семьях с высоким достатком среди мальчиков снижается доля тех, кто сообщает о высокой удовлетворенности жизнью. Высокое материальное состояние семьи связано с уменьшением распространенности множественных жалоб на здоровье среди мальчиков, по сравнению с мальчиками из менее экономически благополучных семей. Частота травм увеличивается по мере увеличения достатка семьи.

### ПОВЕДЕНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЮ

Более высокий достаток семьи соответствует тому, что девочки чаще завтракают каждый день в школьные дни, мальчики и девочки больше употребляют фрукты ежедневно, а также девочки чаще употребляют овощи. Также с увеличением материального благополучия семьи увеличивается доля подростков, которые чаще чистят зубы два и более раз в день, и доля мальчиков, которые сообщают о физических нагрузках высокой интенсивности.

Ежедневное употребление сладких продуктов выше среди девочек из семей с высоким достатком. По мере увеличения достатка семьи мальчики реже принимают пищу совместно с семьей каждый день, по сравнению с мальчиками из менее обеспеченных семей.

Девочки, живущие в семьях с низким достатком, чаще сообщают о ежедневной физической нагрузке в течении одного часа и более.

В семьях с высоким достатком мальчики чаще проводят два и более часов в день за компьютерными и видеоиграми. Как мальчики, так и девочки чаще проводят время за электронными устройствами с целью просмотра интернета и общения в социальных сетях.



### **ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С РИСКОМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ**

Высокий достаток семьи влияет на увеличение вероятности курения табака, сигарет, употребления электронных сигарет и конопли среди мальчиков.

С увеличением достатка семьи увеличиваются доли мальчиков и девочек, которые употребляли алкоголь, а также увеличивается доля мальчиков, которые сообщают о случаях опьянения. С ростом достатка семьи мальчики чаще вступают в сексуальные отношения, подростки чаще участвуют в драках.

Вероятность участия в буллинге и подверженность буллингу в школе увеличивается с ростом достатка семьи среди мальчиков. Мальчики и девочки из семей с высоким материальным благополучием чаще становятся жертвой кибербуллинга, а мальчики из подобных семей чаще принимают участие в кибербуллинге других людей.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Высокий уровень достатка семьи повышает вероятность того, что девочки будут легко общаться с отцом, здоровье мальчиков будет лучше из-за редких жалоб на здоровье, а также дети и подростки будут регулярно завтракать, употреблять фрукты и овощи, чистить зубы.

Тем не менее, высокое материальное благополучие зачастую может способствовать увеличению травм, увеличению времени, проводимом за экранами телевизоров и других устройств, росту употребления алкоголя среди подростков, а также увеличению частоты потребления табака, электронных сигарет, конопли, случаев опьянения среди мальчиков. Данные тенденции в семьях с высоким достатком вероятно связаны с увеличением доступа к материальным ресурсам, сопряженным с риском для здоровья.

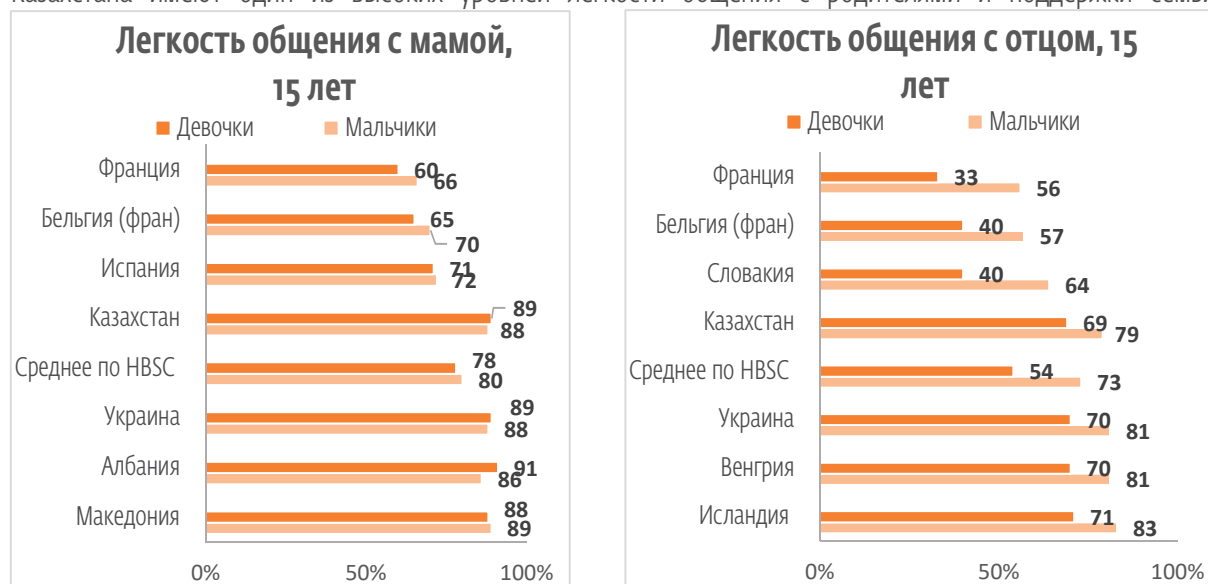
Наряду с этим, с ростом достатка семьи ухудшаются коммуникации мальчиков с матерью, снижается удовлетворенность жизнью и поддержка одноклассников среди мальчиков, подростки хуже относятся к школе, увеличивается подверженность подростков и их участие в буллинге и кибербуллинге.

Данные результаты свидетельствуют о том, что на взаимосвязь показателей здоровья и поведения с достатком семьи оказывают влияние целый ряд факторов и механизмов, требующих изучения в национальном контексте. Таким образом, повышение достатка семьи оказывает как положительное так и негативное влияние на показатели здоровья и благополучия подростков Казахстана, что необходимо учитывать при разработке мероприятий по улучшению здоровья детей и и формировании благоприятного социального окружения с учетом особенностей социально-экономического статуса целевой аудитории.

## СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАЗАХСТАНА С ДРУГИМИ СТРАНАМИ HBSC

Проведено сопоставление данных по Казахстану в сравнении с другим странами, участвующими в HBSC. В настоящий момент имеется возможность осуществлять сравнение только с международными данными, опубликованными за 2014 год по 42 странам, так как последние результаты HBSC за 2018 год станут доступны после публикации международного отчета HBSC в 2020 году.

По сравнению с аналогичными показателями в других странах (здесь и далее приведены данные стран, занимающие три верхних и три нижних уровней показателей и среднее значение по странам HBSC) дети Казахстана имеют один из высоких уровней легкости общения с родителями и поддержки семьи.



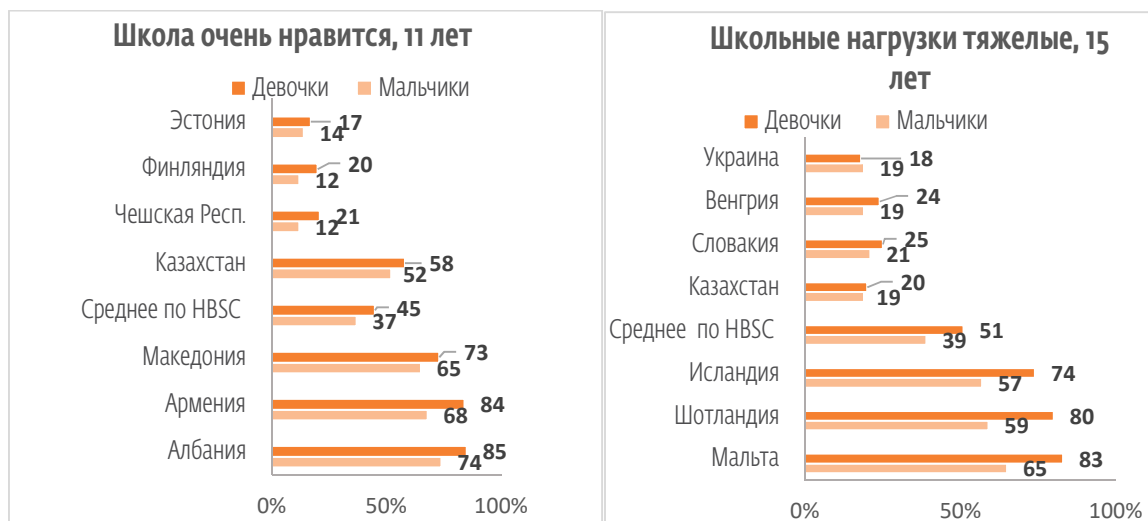
Казахстанские девочки и мальчики в одинаковой степени оценивают поддержку одноклассников, по уровню



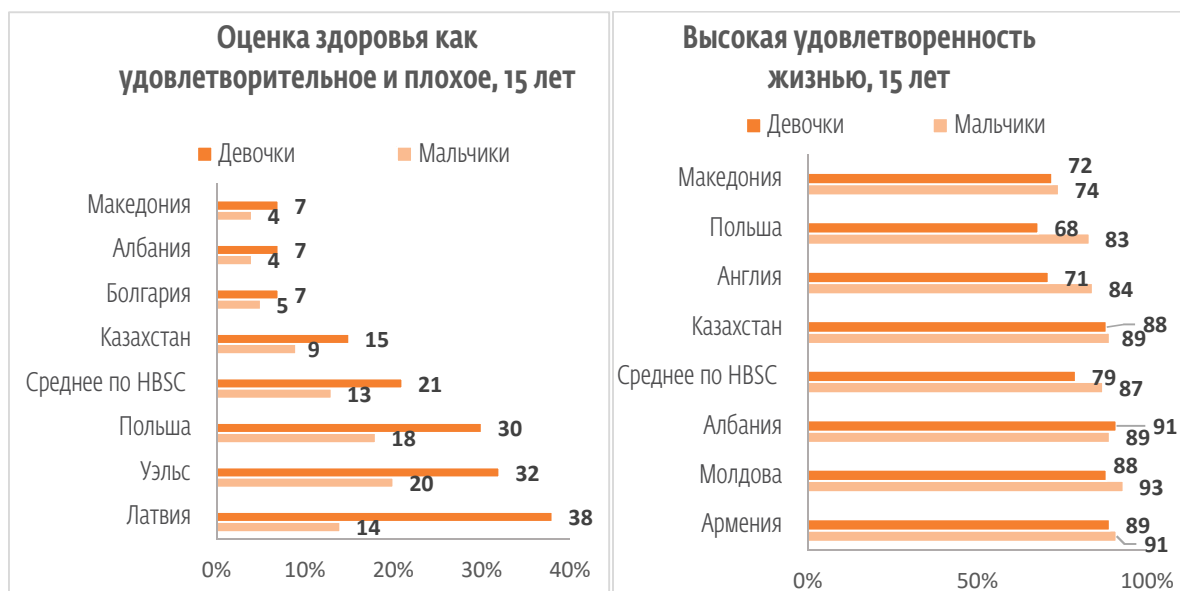
показателей среди других стран относятся к средним.



В целом по школьной среде в Казахстане достаточно высокие показатели позитивного отношения к школе, дети ощущают небольшую школьную нагрузку и отмечается высокая поддержка одноклассников и поддержка учителей.



В сравнении с зарубежными исследованиями самооценка здоровья детей и подростков 15 лет в Казахстане несколько ниже средних уровней по данным HBSC. Как и в большинстве стран, девочки страны хуже оценивают свое здоровье. В Казахстане, как и во многих странах до 90% детей и подростков сообщают о высоком уровне удовлетворенности жизнью. С возрастом показатели удовлетворенности жизнью снижаются.

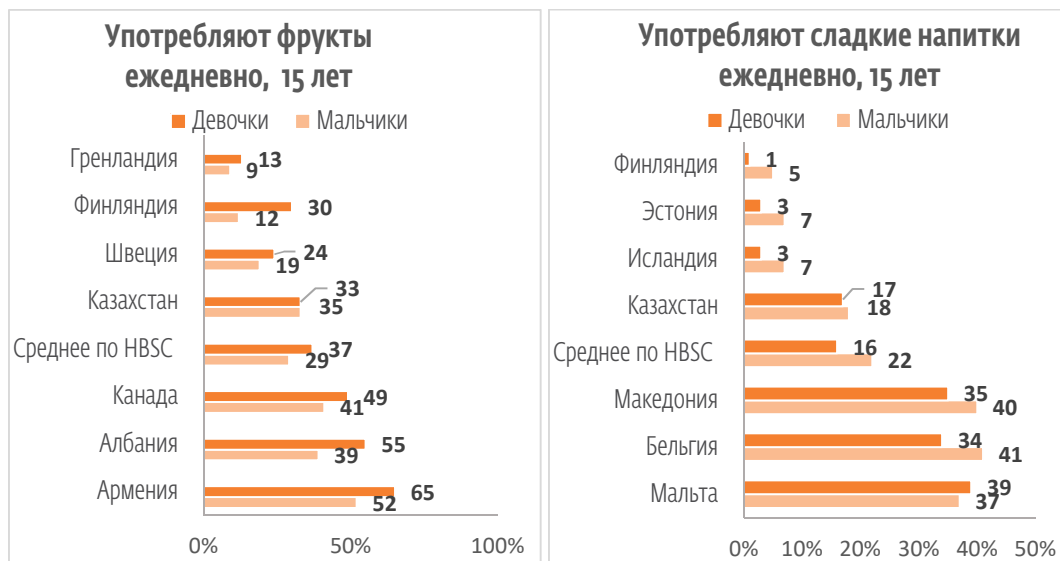


Распространенность жалоб на здоровье среди казахстанских детей ниже средних показателей по зарубежным странам, но также выявлены различия в показателе среди мальчиков и девочек. Уровень травматизма среди подростков Казахстана находится в пределах показателя, ниже среднего среди других стран.

Избыточный вес или ожирение по критериям IOTF выявлен у менее 10% казахстанских детей и подростков. Следует отметить, что в Казахстане у школьников один из самых низких показателей избыточной массы тела и ожирения среди государств, осуществивших исследование HBSC.

63% школьников страны ежедневно завтракают. По мере взросления девочки чаще пропускают завтрак, частота ежедневного завтрака снижается. По сравнению с другими странами казахстанские показатели соответствуют средним межстрановым значениям ежедневного употребления завтрака.

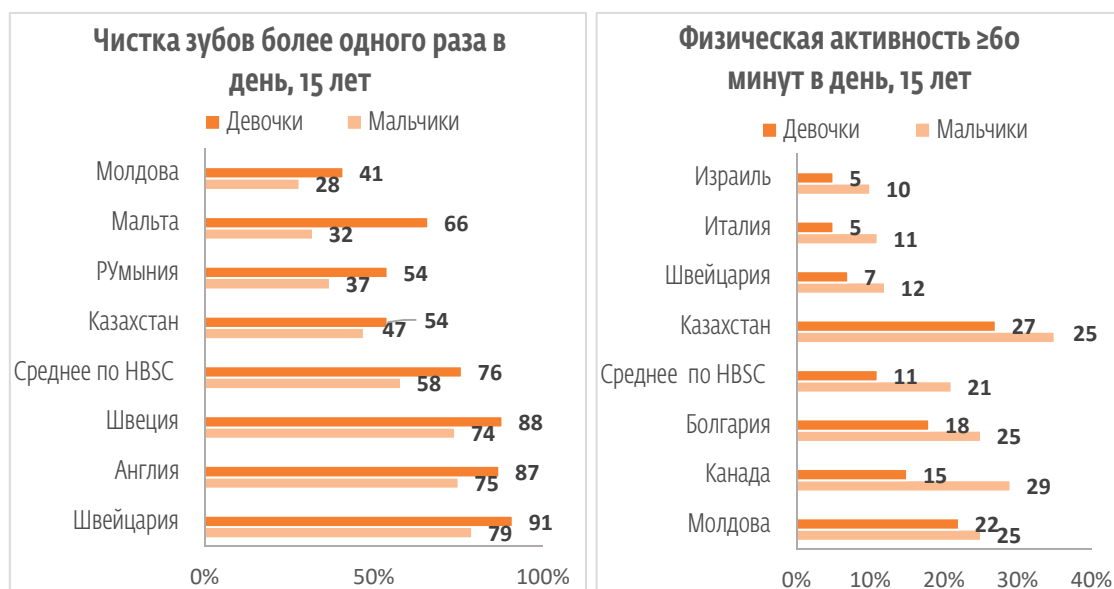




Только 35% детей и подростков Казахстана ежедневно употребляют фрукты и 33%-овоци. К 15 годам уменьшается ежедневное потребление фруктов детьми и подростками. Это средний уровень употребления в странах, проводивших исследование HBSC.

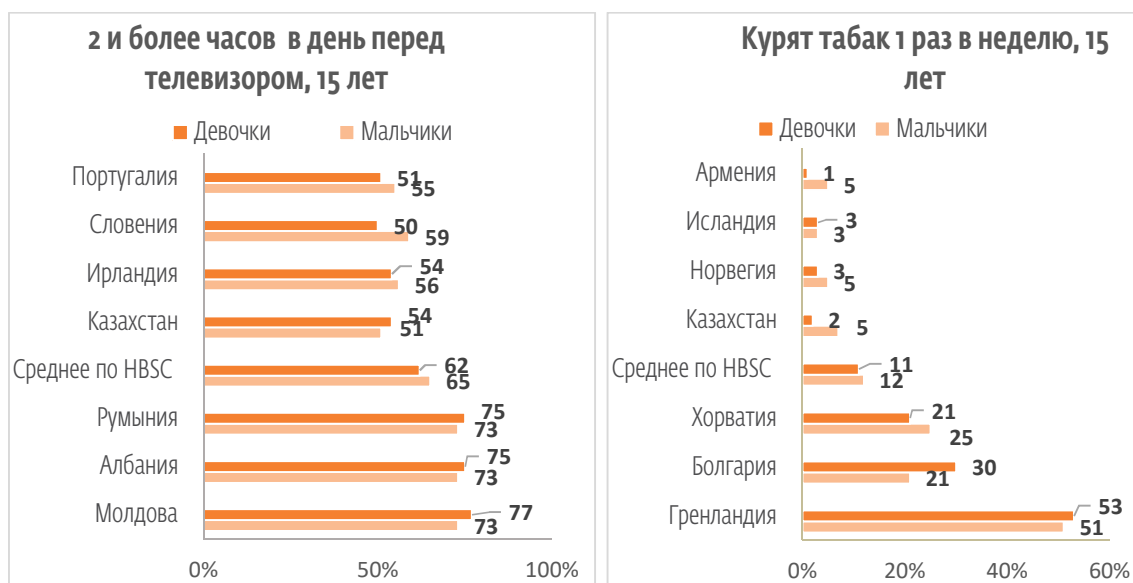
Ежедневно употребляют газированные напитки, содержащие сахар, 17 % детей и подростков. Сравнение показателей употребления сладких газированных напитков подростками других стран показывает средний уровень употребления данных напитков в Казахстане.

Только 49% школьников в стране чистят зубы два и более раз в день. Девочки всех возрастов чаще сообщают о ежедневной чистке зубов более одного раза в день по сравнению с мальчиками. Это невысокий показатель в ряду стран, проводивших исследование HBSC.



Рекомендованные уровни ежедневной физической активности выявлены среди 34% казахстанских детей и подростков. Несмотря на то, что только треть детей физически активны на рекомендуемом уровне, казахстанский показатель один из самых высоких среди стран, осуществивших HBSC.

Два и более часов в будний день проводят перед телеэкранами 46% казахстанских школьников. Мальчики 11-13 лет чаще проводят время у телевизоров, а к 15 годам различия по полу сокращаются. Времяпровождение перед экранами телевизора характерно для детей многих стран, по показателю казахстанские дети и подростки находятся чуть ниже средних значений по HBSC.



Подростки между 13 и 15 годами все чаще приобщаются к опыту курения. 10% мальчиков и 6% девочек 15 лет сообщают об опыте курения на протяжении их жизни. Сопоставление показателей еженедельного курения табака в других странах показало, что казахстанские дети и подростки находятся среди стран с низким уровнем потребления табака.

По употреблению алкоголя, состояния опьянения и употреблению конопли показатели казахстанских подростков одни из самых низких среди стран, проводивших HBSC. Также национальные результаты по частоте драк и вступлению в половые контакты находятся на относительно низком уровне в сравнении с другими странами.

По использованию презерватива и противозачаточных таблеток показатели страны располагаются на уровне ниже среднего по сравнению с другими странами-участниками.

В отношении жертв буллинга казахстанские данные располагаются среди стран с довольно низким показателем, а по показателю участия в травле и причинении обид-среди нижней трети стран, участников HBSC.

Показатель по жертвам кибербуллинга и тем, кто причинял кибербуллинг располагается выше среднего уровня среди мальчиков Казахстана, а среди девочек на среднем уровне по сравнению с другими странами.

# 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Национальный опрос по изучению поведения школьников 11, 13 и 15 лет в отношении своего здоровья и благополучия представляет собой международную стандартную методологию систематического мониторинга в отношении здоровья и благополучия, социальной среды и поведения, связанного со здоровьем 11-, 13-, 15-летних детей и подростков (Health behaviour in school-aged children, HBSC). Методология позволяет регулярно, один раз в четыре года получать эпидемиологические данные о возрастных различиях в восприятии детьми и подростками социального окружения, распространённости факторов, способствующих здоровью и факторов риска, которые формируются по мере взросления детей и подростков и могут привести к нарушениям физического и психического здоровья в зрелые годы, и что ещё важнее, позволяют принимать необходимые меры, чтобы помочь детям и подросткам в формировании позитивного, здоровьесберегающего поведения, которое может сохраниться на всю жизнь.

Основные и ключевые показатели, полученные с помощью методологии, соответствующей требованиям международных стандартов выполнения научных исследований, дают возможность получить достоверные и сопоставимые с данными других стран индикаторы, отслеживать их и оценивать эффективность.

Выполнение исследования осуществлялось Национальным Центром общественного здравоохранения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан (НЦОЗ). Учитывая опыт, полученный при проведении международного исследования, сотрудники НЦОЗ и другие научные организации в настоящее время могут осуществлять подобные исследования и обучать их проведению на высоком научном уровне с использованием современных технологий.

Целевая группа данного анализа - это казахстанские школьники 11, 13 и 15 лет, обучающиеся в общеобразовательных школах городской и сельской местности Казахстана, среди которых был проведён анкетный опрос. Следует отметить, что возраст 11-15 лет характеризуется значительными гормональными изменениями среди юношей и девушек, развитием психологических реакций, формированием воли, сознательности, нравственности. В этом возрасте устанавливаются модели поведения в отношении жизненных ценностей, отношения к себе, к родителям, сверстникам, обществу в целом, которые будут в дальнейшем влиять на здоровье, благополучие и качество жизни во взрослой жизни.

Установлено, что 11-летние подростки в большей степени ощущают поддержку семьи, сверстников, учителей и одноклассников, реже пользуются электронными средствами коммуникаций, школа им очень нравится и они легче переносят школьные нагрузки. Школьники младшего возраста имеют отличное здоровье, высокую удовлетворенность жизнью, реже жалуются на здоровье. Уровень регулярного совместного с семьей приема пищи остается высоким на протяжении всех возрастных периодов.

Однако по мере взросления к 15 годам снижаются уровни поддержки семьи, сверстников, учителей, ухудшается общение с родителями, но увеличивается использование электронных средств коммуникаций. С возрастом девочки сильнее ощущают тяжесть школьных нагрузок и у них ухудшается восприятие своего тела, 13- и 15-летние подростки хуже оценивают свое здоровье. 81% детей имеет хорошее психическое

благополучие. По мере взросления ухудшаются показатели в отношении питания. Подростки чаще пропускают завтрак в школьные дни, реже употребляют фрукты на ежедневной основе.

Показатели физической активности и малоподвижного поведения ухудшаются с 11 лет к 15 годам. Распространенность буллинга и драк с возрастом снижается, но участие мальчиков в кибербуллинге увеличивается с возрастом. Рискованное поведение, такое как приобщение к курению сигарет, употреблению электронных сигарет, алкоголю, опыту опьянения имеет тенденцию к увеличению с возрастом подростков.

Определены гендерные особенности развития казахстанских детей и подростков. При разработке мероприятий по охране здоровья подростков необходимо обращать внимание на улучшение коммуникаций в семье по мере взросления, укрепление благоприятной школьной среды, обучение гигиене полости рта, особенно среди мальчиков, важность ежедневных завтраков среди девочек, формированию навыков здорового питания. Следует обратить внимание на привлечение девочек к ежедневным физическим нагрузкам и в целом стимулировать физически активную деятельность и занятия спортом как фактора, укрепляющего соматическое и психическое здоровье.

Требуется усиление работы по укреплению сексуального и репродуктивного здоровья подростков. Необходимы оздоровительные мероприятия по сокращению приобщения подростков к курению и употреблению электронных сигарет, употреблению конопли с акцентом на мальчиков, а также по профилактике употребления алкоголя как среди мальчиков, так и девочек. Стратегии по улучшению психического здоровья, психологического климата и адаптации в семье, школе и сообществе необходимы для сокращения буллинга и кибербуллинга среди подростков.

Определено влияние материального положения на формирование поведения детей и подростков. Данные результаты свидетельствуют о том, что на взаимосвязь показателей здоровья и поведения с достатком семьи оказывают влияние целый ряд факторов и механизмов, требующих изучения в национальном контексте. Таким образом, повышение достатка семьи оказывает как положительное, так и негативное влияние на показатели здоровья и благополучия подростков Казахстана, что необходимо учитывать при разработке мероприятий по улучшению здоровья детей и формированию благоприятного социального окружения с учетом особенностей социально-экономического статуса целевой аудитории.

При сопоставлении результатов, полученных в Казахстане, с материалами «Исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) международный отчет по результатам исследования 2013/2014 гг» установлено, что казахстанские дети имеют более высокие показатели уровня поддержки семьи и удовлетворенности жизнью, физической активности и низкий показатель участия в драках по сравнению со сверстниками в других странах, осуществивших HBSC. Вместе с тем, подростки показали средние уровни по самооценке здоровья, употреблению фруктов и овощей, низкие показатели использования противозачаточных средств, относительно высокие цифры кибербуллинга среди мальчиков и рост курения электронных сигарет. Таким образом, результаты, полученные в данном исследовании по широкому кругу вопросов, могут предоставить основу для разработки целого ряда мер по улучшению здоровья и благополучия казахстанских детей и подростков с учётом факторов, формирующих их среду обитания.

### Рекомендации

Вышеизложенное указывает на необходимость оптимизации всей системы мер по улучшению благополучия и здоровья детей и подростков 11-15 лет, а именно:

1. Меры, предпринимаемые государственными и общественными организациями в области улучшения здоровья детей и подростков разрознены, требуется сбалансированная системная работа во всех направлениях с участием всех секторов общества, однако нет ни концепции, ни стратегического плана, которые позволили бы скоординировать многочисленные усилия в области сохранения здоровья детей и подростков. В рамках развития общественного здравоохранения Казахстана необходимо принять «Национальную стратегию действий в интересах детей и подростков» и объявить «Десятилетие детства и молодежи», как, например, это принято в Российской Федерации.

2. Разработать и внедрить концепцию системы национального мониторинга поведения детей школьного возраста, связанного со здоровьем и качеством жизни. Для поддержания существующего понимания распространенности показателей здоровья, социального благополучия, поведения в отношении своего здоровья среди детей и подростков 11-15 лет, а также для оценки комплекса региональных мер и программ, данные обследования следует проводить раз в четыре года.

3. Фактические данные исследования будут способствовать совершенствованию государственной политики в области укрепления здоровья школьников и могут быть использованы при реализации региональных программ развития здравоохранения по формированию здорового образа жизни детей и подростков на межведомственном уровне. При этом необходимо обеспечить преемственность в деятельности служб, оказывающих медицинскую, социальную и психологическую помощь подросткам и молодежи.

4. Сектор образования играет важную роль в здоровье подростков, так как школы представляют собой среду, в которой подростки могут приобщиться к навыкам и услугам, способствующим здоровью. Школы заинтересованы в том, чтобы подростки обладали хорошим здоровьем, которое способствует учебе и получению максимальной пользы от своего пребывания в школе.

Для оздоровления социального пространства, в котором формируется школьник, необходимо усилить вовлечение организаций образования в реализацию проектов ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты». При этом следует обеспечить активное вовлечение и сотрудничество с детьми в качестве волонтеров для пропаганды здоровой модели поведения по принципу «равный-равному» посредством функционирования Молодежных центров здоровья (далее – МЦЗ).

5. Важным является усиление роли школы в укреплении здоровья, ориентация на факторы, связанные с образом жизни, такие как питание и физическая активность, а также на такие социальные факторы, как создание позитивного школьного климата, развитие чувства причастности к коллективу и школьному сообществу, применение разных стратегий получения знаний и с активным вовлечением всех учащихся. Для этого необходима мотивация, обучение учителей отзывчивому общению и созданию благожелательной атмосферы, вовлечение администрации школы, продуктивные взаимоотношения с родителями.

6. Необходимо разрабатывать программы, особенно на базе школ, направленные на улучшение психосоциального и репродуктивного здоровья подростков, для выработки жизненных навыков и знаний, которые позволят подросткам справиться с трудностями переходного возраста. Обеспечить информационное сопровождение в виде «Горячей линии для детей Казахстана».

7. Необходимо развивать родительские навыки, ориентировать программы (индивидуальные или групповые) на семьи, на улучшение взаимодействия между родителями и детьми для стимулирования тесного и качественного общения со своими детьми. Требуется подготовить настольную книгу для родителей/педагогов в виде информационно-обучающего комплекса.

8. Важную роль играет использование электронных средств связи для улучшения доступа к информации и услугам, способствующим укреплению здоровья и позитивному общению для подростков. В то же время необходимо усилить защиту молодежи от отрицательного воздействия Интернета, а также ограничить чрезмерное использование данных средств связи.

9. Следует отметить, что эффективным инструментом для формирования здорового образа жизни сохраняется стратегия популяционной профилактики, в связи с чем необходимо проведение совместными усилиями служб общественного здравоохранения, первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), МЦЗ, организаций образования информационно-образовательных мероприятий по формированию здоровой модели поведения на постоянной основе.

10. Необходимо предпринимать межсекторальные меры по снижению детского травматизма, особенно бытового, в частности среди мальчиков. Принять меры по снижению травм детей на дорогах.

11. Для выработки здоровых пищевых привычек необходимы на постоянной основе образовательные программы для подростков 11-15 лет по принципам здорового питания, правилам чистки зубов, важности ежедневного завтрака, ежедневного употребления фруктов и овощей в необходимых количествах, информирование о вреде нездоровых пищевых продуктов и напитков с вовлечением родителей, врачей ПМСП различных специальностей, школ, молодежных организаций. Внедрить единые стандарты по здоровому рациональному питанию в школах.

12. Для снижения распространенности поведенческих факторов риска и предупреждения развития неинфекционных хронических заболеваний во взрослом состоянии необходимо обеспечить регулярность и качество профилактических осмотров среди школьников с организацией своевременности выявления факторов риска, гендерных и возрастных особенностей и проводить комплексное оздоровление.

Организациям здравоохранения обеспечить функциональное руководство за деятельностью школьных медицинских кабинетов, подростковых кабинетов, молодежных центров здоровья по вопросам охраны и укрепления здоровья детей и подростков.

В процессе проведения профилактических (скрининговых) осмотров детей качественно проводить выявление неблагоприятных для здоровья факторов образа жизни детей и антропометрические измерения на предмет избыточного веса и ожирения школьников.

13. С целью повышения уровня знаний детей и подростков по вопросам предотвращения потребления табака, алкоголя и других психоактивных веществ, соблюдения правильного питания, правил гигиены полости рта и достаточной физической активности, сохранения репродуктивного здоровья, привития коммуникационных навыков, повышения роли института семьи, необходимо усилить межсекторальное взаимодействие службы здравоохранения с организациями образования, культуры и спорта на местах путем участия специалистов первичного звена (участковый врач/врач общей практики, средний медицинский персонал, психолог, социальный работник, профильный специалист), а также самих учащихся, представителей организаций культуры и спорта во всех мероприятиях по сохранению и укреплению здоровья (классные часы, родительские собрания, тренинги, семинары, дебаты, конференции и другие).

14. Для предупреждения раннего начала курения, еженедельного курения необходимо применение таких эффективных механизмов по контролю над курением, как повышение налогов на табак, полный запрет на курение в общественных местах, запреты на рекламу и стимулирование сбыта табачных изделий, включая электронные сигареты, кальян, системы нагревания табака.

Усилить информационно-разъяснительную работу среди подростков, родителей и педагогов, оказание помощи подросткам с табачной зависимостью на уровне ПМСП, антитабачных центров. Для создания социально неприемлемого имиджа табакокурения, потребления алкоголя среди детей обеспечить проведение мероприятий с привлечением известных личностей, общественных деятелей, пропагандирующих здоровый образ жизни.

15. Необходимо расширить использование подростками услуг, имеющихся в системе здравоохранения.

Для повышения осведомленности школьников о деятельности молодежных центров здоровья, антитабачных центров, профильных школ здоровья необходимо использовать средства массовой информации регионального уровня и шире использовать данный инструмент для организации качественной профилактической работы среди подростков.

16. Для обеспечения подростков и молодых людей медико-социальной, психологической помощью на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия продолжить открытие молодежных центров здоровья во всех регионах республики как на базе поликлиник, так на базе организаций образования, с материально-техническим оснащением симуляционным оборудованием профилактической направленности (комплекты по профилактике табакокурения, потребления алкоголя, наркотиков, охране репродуктивного здоровья и т.д.), психодиагностическим комплексом, компьютерной техникой, спортивным инвентарем и др.

17. Для обеспечения всеобщего доступа к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье и к медицинским услугам в этой сфере требуется повышение информированности подростков и молодежи по аспектам репродуктивного здоровья, доступ к услугам, включая средства контрацепции, меры профилактики, лечения и ухода, создание безопасных условий, поддержка и защита от насилия.

18. Для вовлечения подростков и молодежи в общественную деятельность, организации досуга, активизировать совместную работу организаций образования, молодежных центров здоровья, региональных ресурсных центров.

19. С целью повышения физической активности, особенно среди подростков старшего возраста и девочек, необходимы усилия по обеспечению бесплатных или доступных по стоимости занятий спортом и другими видами активного досуга, по созданию безопасных пространств для активных игр и движений, образовательные кампании среди населения через средства массовой информации о важности регулярных, не менее 60 минут в день интенсивных физических упражнений. Необходимо привлечение родителей и школ для поощрения физической активности среди детей, контроля за длительностью просмотра телевизора и устройств для просмотра видео или социальных медиа.

Организациям местного управления обеспечивать развитие и укрепление материально-технической базы спортивных и досуговых организаций на региональном уровне, обеспечить доступность подростков к данным объектам; осуществлять контроль и принимать меры по решению существующих проблем.

20. Для широкого охвата детского населения в информационно-образовательных мероприятиях и кампаниях привлекать неправительственные организации, средства массовой информации и другие заинтересованные стороны с распространением информационно-образовательных материалов.

21. Необходимо внедрить краткое профилактическое консультирование детей и подростков по вопросам факторов образа жизни в деятельность врачей и среднего медицинского персонала всех специальностей на уровне ПМСП. Краткое профилактическое консультирование – это практика, направленная на выявление существующей или потенциальной проблемы и мотивирование индивидуума к принятию соответствующих мер.

В республике необходимо активизировать мероприятия по повышению квалификации медицинских работников в отношении методов профилактического консультирования школьников с учетом особенностей и специфики поведения подростков, возрастной динамики и пола.

22. Необходимо разработать руководство по организации школьных медицинских услуг. Также требуют разработки учебные программы и учебные модули для обучения врачей и медицинских сестер по актуальным вопросам в области укрепления здоровья детей и подростков школьного возраста, повышению профессионального мастерства и усилению профилактической работы среди детского населения и молодежи.

С целью популяризации и глубокого понимания роли школьного медицинского работника рекомендуется создать фильмы и передачи на телевидении о школьных врачах и медицинских сестер.

Рекомендуется проводить конференции/круглые столы на городском и районном уровнях по актуальным вопросам школьной медицины и школьного питания.

23. Необходимы методические пособия по особенностям физического и психического здоровья детей и подростков школьного возраста, профилактике ожирения среди детей для врачей, учителей и социальных педагогов и психологов, разработка комплекса упражнений для проведения физкультурных пауз.

Таким образом, национальное исследование по изучению поведения школьников 11, 13 и 15 лет в отношении своего здоровья и благополучия дало возможность установить, как меняются казахстанские дети за столь короткий период взросления и как важно отслеживать и снижать риск-факторы, формирующие негативные последствия.

Значимость проведения данного исследования в Казахстане заключается в том, что полученные данные будут использованы высшими должностными лицами для формирования более глубокого представления о здоровье и благополучии молодого поколения, социальных детерминантах их здоровья, предоставления информации для корректировки политики и практики в целях улучшения жизни детей и подростков с учётом мирового опыта.

# ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение содержит табличные данные исследования



## ПРИЛОЖЕНИЕ

В приложении представлены таблицы по размеру выборки в разрезе регионов и таблицы по показателям согласно полу и возрасту.

**ТАБЛИЦА П1. КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ**

Область/город	Пол		Возраст детей			Всего
	Мужской	Женский	11-летние	13-летние	15-летние	
	абс. и (%)	абс. и (%)	абс. и (%)	абс. и (%)	абс. и (%)	
Алматы	172 (7,2%)	204 (8,7%)	115 (7,0%)	121 (8,0%)	140 (9,1%)	376 (7,9%)
Нур-Султан	145 (6,1%)	143 (6,1%)	107 (6,5%)	92 (6,0%)	89 (5,8%)	288 (6,1%)
Актюбинская	124 (5,2%)	118 (5,1%)	87 (5,3%)	80 (5,3%)	74 (4,8%)	242 (5,1%)
Алматинская	223 (9,3%)	197 (8,4%)	138 (8,4%)	124 (8,1%)	152 (9,9%)	420 (8,9%)
Акмолинская	109 (4,5%)	105 (4,5%)	78 (4,8%)	69 (4,5%)	67 (4,3%)	214 (4,5%)
Атырауская	112 (4,7%)	104 (4,5%)	89 (5,4%)	72 (4,7%)	55 (3,6%)	216 (4,6%)
Восточно-Казахстанская	139 (5,8%)	127 (5,4%)	105 (6,4%)	78 (5,1%)	83 (5,4%)	266 (5,6%)
Жамбылская	186 (7,8%)	179 (7,7%)	117 (7,2%)	129 (8,5%)	117 (7,6%)	365 (7,7%)
Западно-Казахстанская	105 (4,4%)	108 (4,6%)	73 (4,5%)	75 (4,9%)	64 (4,2%)	213 (4,5%)
Карагандинская	177 (7,4%)	171 (7,3%)	132 (8,1%)	106 (7,0%)	110 (7,1%)	348 (7,4%)
Костанайская	125 (5,2%)	118 (5,1%)	96 (5,9%)	82 (5,4%)	61 (4,0%)	243 (5,1%)
Кызылординская	152 (6,3%)	143 (6,1%)	100 (6,1%)	110 (7,2%)	83 (5,4%)	295 (6,2%)
Мангыстауская	102 (4,3%)	99 (4,2%)	81 (5,0%)	56 (3,7%)	62 (4,0%)	201 (4,2%)
Северно-Казахстанская	93 (3,9%)	69 (3,0%)	48 (2,9%)	55 (3,6%)	55 (3,6%)	162 (3,4%)
Павлодарская	138 (5,8%)	99 (4,2%)	78 (4,8%)	68 (4,5%)	88 (5,7%)	237 (5,0%)
Туркестанская	294 (12,3%)	351 (15,0%)	190 (11,6%)	205 (13,5%)	241 (15,6%)	645 (13,6%)
Всего	2396 (100,0%)	2335 (100,0%)	1634 (100,0%)	1522 (100,0%)	1541 (100,0%)	4731 (100,0%)

ТАБЛИЦА П2. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕМЬИ										
		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
В вашей семье есть свой собственный автомобиль, микроавтобус или грузовик?	нет	35,6%	36,9%	36,2%	36,6%	43,1%	39,8%	34,9%	33,5%	34,2%
	да, один	50,5%	53,8%	52,1%	48,8%	46,9%	47,9%	50,0%	51,9%	50,9%
	да, два и больше	13,8%	9,3%	11,6%	14,6%	10,0%	12,3%	15,1%	14,6%	14,9%
У тебя есть собственная комната, в которой живешь только ты?	нет	53,8%	54,3%	54,0%	47,0%	46,4%	46,7%	32,2%	37,1%	34,7%
	да	46,2%	45,7%	46,0%	53,0%	53,6%	53,3%	67,8%	62,9%	65,3%
Сколько собственных компьютеров (включая ноутбуки и планшеты, но не включая игровые приставки и смартфоны) имеет ваша семья?	ни одного	30,5%	32,1%	31,3%	28,2%	28,1%	28,2%	23,8%	29,5%	26,7%
	один	39,6%	41,4%	40,5%	44,1%	44,3%	44,2%	46,2%	42,2%	44,2%
	два	16,1%	12,5%	14,4%	13,4%	14,8%	14,1%	16,7%	16,5%	16,6%
	больше двух	13,7%	13,9%	13,8%	14,3%	12,8%	13,6%	13,3%	11,7%	12,5%
Сколько ванных комнат (комната с душем или ванной или где есть и ванна и душ) в вашем доме?	ни одного	26,0%	28,3%	27,1%	29,1%	27,0%	28,1%	26,0%	24,0%	25,0%
	один	63,7%	63,1%	63,4%	60,2%	61,8%	61,0%	64,1%	66,8%	65,5%
	два	8,1%	7,7%	7,9%	8,8%	9,8%	9,3%	8,5%	8,6%	8,6%
	больше двух	2,2%	1,0%	1,6%	1,9%	1,4%	1,7%	1,3%	5%	9%
В вашей семье есть посудомоечная машина в доме?	нет	86,5%	90,3%	88,4%	87,0%	85,5%	86,2%	84,6%	84,8%	84,7%
	да	13,5%	9,7%	11,6%	13,0%	14,5%	13,8%	15,4%	15,2%	15,3%
Сколько раз за прошедший год ты и твоя семья выезжал/а из Казахстана на праздники, каникулы?	не выезжал	57,6%	57,6%	57,6%	57,3%	56,6%	57,0%	56,0%	58,9%	57,5%
	1 раз	21,3%	24,4%	22,8%	21,5%	23,0%	22,2%	26,2%	23,3%	24,7%
	2 раза	7,8%	8,6%	8,2%	9,3%	8,0%	8,6%	9,8%	8,5%	9,2%
	Более 2-х раз	13,3%	9,5%	11,4%	12,0%	12,3%	12,1%	8,0%	9,3%	8,6%

ТАБЛИЦА П3. САМООЦЕНКА СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ										
		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Как бы Ты оценил/ла состояние своего здоровья?	отличное	68,7%	59,7%	64,3%	60,6%	52,6%	56,7%	53,5%	43,7%	48,5%
	хорошее	26,3%	31,9%	29,1%	33,5%	38,0%	35,7%	38,0%	41,1%	39,6%
	удовлетворительное	4,2%	7,2%	5,6%	5,3%	8,1%	6,6%	7,4%	14,2%	10,9%
	плохое	8%	1,1%	1,0%	6%	1,2%	9%	1,1%	1,0%	1,0%

ТАБЛИЦА П4. ШКАЛА БЛАГОПОЛУЧИЯ ВОЗ-5										
За последние две недели.....		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Я чувствовал/а себя бодрой(ым) и в хорошем настроении	никогда	2,5%	2,9%	2,7%	2,7%	1,9%	2,3%	2,1%	1,3%	1,7%
	некоторое время	7,9%	8,2%	8,1%	7,9%	7,9%	7,9%	8,7%	9,9%	9,3%
	менее половины	5,3%	5,1%	5,2%	5,7%	7,9%	6,8%	6,6%	9,5%	8,1%
	более половины времени	18,4%	19,5%	19,0%	22,5%	22,4%	22,4%	24,2%	25,4%	24,8%
	большую часть времени	24,7%	23,2%	24,0%	28,1%	24,9%	26,5%	26,9%	29,2%	28,1%
	все время	41,2%	41,1%	41,1%	33,2%	35,1%	34,1%	31,5%	24,7%	28,1%
Я чувствовал/а себя спокойной(-ым) и расслабленной(-ым)	никогда	10,5%	8,1%	9,3%	11,0%	9,8%	10,4%	12,3%	7,8%	10,0%
	некоторое время	15,5%	11,8%	13,7%	16,9%	15,8%	16,4%	12,9%	19,3%	16,1%
	менее половины	11,7%	13,2%	12,4%	14,3%	18,0%	16,1%	17,9%	18,3%	18,1%
	более половины времени	19,6%	19,7%	19,7%	19,1%	17,5%	18,3%	21,8%	21,4%	21,6%
	большую часть времени	16,3%	22,6%	19,4%	20,1%	18,8%	19,4%	18,1%	17,1%	17,6%
	все время	26,5%	24,5%	25,5%	18,6%	20,1%	19,4%	17,1%	16,2%	16,6%
Я чувствовал/а себя активной(-ым) и энергичной(-ым).	никогда	3,2%	1,9%	2,6%	2,6%	2,3%	2,5%	3,1%	1,3%	2,2%
	некоторое время	6,5%	7,8%	7,2%	9,3%	8,0%	8,7%	9,4%	13,8%	11,7%
	менее половины	5,9%	9,1%	7,5%	8,5%	10,6%	9,5%	9,0%	12,7%	10,9%
	более половины времени	18,2%	18,3%	18,3%	22,3%	22,8%	22,5%	21,3%	26,9%	24,2%
	большую часть времени	23,5%	25,3%	24,4%	22,1%	22,3%	22,2%	26,8%	23,6%	25,2%
	все время	42,6%	37,6%	40,1%	35,2%	34,0%	34,6%	30,3%	21,6%	25,9%
Я просыпался/лась и чувствовал/а себя свежей(-им) и отдохнувшей(-им)	никогда	7,4%	5,9%	6,6%	9,1%	7,1%	8,1%	8,7%	10,0%	9,4%
	некоторое время	9,9%	9,2%	9,6%	14,3%	13,5%	13,9%	16,2%	16,9%	16,6%
	менее половины	11,5%	10,9%	11,2%	10,8%	13,6%	12,2%	16,7%	15,6%	16,1%
	более половины времени	14,4%	17,6%	15,9%	17,0%	17,6%	17,3%	18,4%	19,0%	18,7%
	большую часть времени	21,9%	22,6%	22,2%	18,4%	18,2%	18,3%	15,7%	17,9%	16,8%
	все время	34,9%	33,9%	34,4%	30,2%	30,0%	30,1%	24,4%	20,6%	22,4%
Каждый день со мной происходят вещи, представляющие для меня интерес.	никогда	6,5%	7,0%	6,7%	5,1%	3,8%	4,5%	3,8%	5,5%	4,7%
	некоторое время	13,6%	7,8%	10,8%	13,2%	12,0%	12,6%	16,3%	14,3%	15,3%
	менее половины	10,6%	11,3%	11,0%	16,9%	12,0%	14,5%	17,2%	18,6%	17,9%
	более половины времени	17,8%	18,3%	18,0%	16,6%	20,4%	18,5%	18,2%	19,7%	18,9%
	большую часть времени	19,4%	22,6%	21,0%	21,0%	22,5%	21,8%	20,4%	18,8%	19,6%
	все время	32,1%	33,0%	32,5%	27,2%	29,2%	28,2%	24,1%	23,1%	23,6%

ТАБЛИЦА П5. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ									
Удовлетворенность жизнью	11 лет			13 лет			15 лет		
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
низкая удовлетворенность (0-5 баллов)	7,2%	7,2%	7,2%	8,8%	9,5%	9,2%	10,7%	11,8%	11,3%
высокая удовлетворенность (6-10 баллов)	92,8%	92,8%	92,8%	91,2%	90,5%	90,8%	89,3%	88,2%	88,7%

ТАБЛИЦА П6. ВОСПРИЯТИЕ ОБРАЗА СВОЕГО ТЕЛА									
Ты думаешь, что твое тело.....?	11 лет			13 лет			15 лет		
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
очень худое	5,0%	6,1%	5,6%	2,9%	3,3%	3,1%	3,4%	2,3%	2,8%
немного худое	19,2%	22,0%	20,5%	15,9%	15,4%	15,6%	14,0%	13,1%	13,5%
не худое и не полное	67,7%	64,8%	66,3%	72,1%	69,9%	71,1%	73,1%	64,4%	68,6%
полноватое	7,1%	6,4%	6,7%	8,0%	10,9%	9,4%	8,4%	17,9%	13,3%
очень полное	1,0%	,8%	,9%	1,1%	,5%	,8%	1,1%	2,3%	1,7%

ТАБЛИЦА П7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ ПО ВОЗ И ИОТФ						
	11 лет		13 лет		15 лет	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Избыточная масса тела, включая ожирение (по ВОЗ)	16,3%	8,2%	11,0%	7,7%	8,6%	6,1%
Избыточная масса тела, включая ожирение (по ИОТФ)	10,2%	5,3%	6,8%	5,4%	6,5%	4,8%
Ожирение (по ИОТФ)	2,2%	0,7%	0,4%	0,3%	0,8%	0,5%

ТАБЛИЦА П8. ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ										
Как часто на протяжении последних 6 месяцев у тебя были следующие состояния?		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Головная боль	почти каждый день	5,0%	7,7%	6,3%	4,4%	6,5%	5,4%	2,7%	8,5%	5,6%
	больше раза в неделю	7,4%	8,7%	8,0%	7,9%	9,2%	8,5%	6,5%	13,6%	10,1%
	каждую неделю	4,2%	4,5%	4,3%	5,6%	6,9%	6,2%	7,3%	8,0%	7,6%
	каждый месяц	11,1%	8,2%	9,7%	13,1%	11,0%	12,1%	12,7%	14,8%	13,7%
	редко или никогда	72,4%	70,9%	71,6%	69,1%	66,3%	67,7%	70,8%	55,2%	62,9%
Боль в животе	почти каждый день	5,8%	5,3%	5,6%	2,2%	2,8%	2,5%	1,8%	3,0%	2,4%
	больше раза в неделю	8,1%	9,3%	8,7%	6,3%	8,6%	7,4%	5,6%	7,4%	6,5%
	каждую неделю	4,7%	6,8%	5,7%	6,5%	5,3%	5,9%	3,2%	8,4%	5,8%
	каждый месяц	14,2%	12,8%	13,5%	19,2%	17,7%	18,4%	17,7%	19,1%	18,4%
	редко или никогда	67,2%	65,8%	66,5%	65,7%	65,6%	65,7%	71,7%	62,1%	66,8%
Боль в спине	почти каждый день	5,4%	5,5%	5,5%	3,9%	3,8%	3,8%	3,3%	4,8%	4,1%
	больше раза в неделю	5,0%	3,6%	4,3%	6,1%	3,8%	5,0%	5,7%	5,8%	5,7%
	каждую неделю	4,3%	2,8%	3,6%	3,9%	4,2%	4,1%	3,9%	6,9%	5,4%
	каждый месяц	8,7%	7,1%	7,9%	8,2%	11,1%	9,7%	12,4%	9,7%	11,0%
	редко или никогда	76,6%	81,0%	78,8%	77,9%	77,1%	77,5%	74,7%	72,8%	73,8%
Чувствовал/а себя подавленным/ой	почти каждый день	5,0%	4,1%	4,6%	4,4%	3,7%	4,0%	2,5%	6,0%	4,3%
	больше раза в неделю	5,9%	9,4%	7,6%	5,1%	8,4%	6,8%	6,2%	10,6%	8,5%
	каждую неделю	6,4%	5,5%	6,0%	6,8%	5,5%	6,1%	8,3%	11,7%	10,0%
	каждый месяц	13,0%	12,7%	12,8%	14,9%	13,3%	14,1%	11,5%	12,1%	11,8%
	редко или никогда	69,6%	68,4%	69,0%	68,8%	69,1%	68,9%	71,6%	59,6%	65,4%
Раздражительность или плохое настроение	почти каждый день	8,2%	7,4%	7,8%	7,3%	9,4%	8,3%	5,7%	11,5%	8,6%
	больше раза в неделю	8,5%	9,6%	9,0%	12,5%	10,3%	11,4%	10,1%	16,4%	13,3%
	каждую неделю	8,2%	10,4%	9,3%	9,1%	12,4%	10,7%	10,9%	11,2%	11,1%
	каждый месяц	16,9%	14,6%	15,8%	19,5%	15,7%	17,7%	19,1%	18,8%	18,9%
	редко или никогда	58,1%	58,0%	58,1%	51,6%	52,2%	51,9%	54,3%	42,1%	48,0%
Испытывал/а нервозность	почти каждый день	5,6%	5,6%	5,6%	5,3%	3,9%	4,6%	3,9%	7,5%	5,7%
	больше раза в неделю	6,1%	6,3%	6,2%	6,1%	6,9%	6,5%	7,1%	9,4%	8,3%
	каждую неделю	7,5%	5,3%	6,4%	8,8%	7,7%	8,3%	6,1%	9,0%	7,6%
	каждый месяц	13,1%	12,8%	12,9%	12,4%	13,1%	12,7%	13,4%	14,5%	13,9%
	редко или никогда	67,7%	70,1%	68,9%	67,4%	68,4%	67,9%	69,5%	59,7%	64,5%
Возникли трудности с засыпанием	почти каждый день	8,1%	9,3%	8,6%	8,3%	6,6%	7,4%	5,4%	9,1%	7,3%
	больше раза в неделю	6,1%	5,7%	5,9%	6,5%	7,0%	6,8%	5,7%	8,1%	6,9%
	каждую неделю	4,9%	4,7%	4,8%	5,5%	6,0%	5,8%	5,7%	6,8%	6,3%
	каждый месяц	12,2%	10,6%	11,4%	11,6%	12,1%	11,8%	9,6%	9,1%	9,3%
	редко или никогда	68,8%	69,8%	69,3%	68,1%	68,3%	68,2%	73,6%	66,9%	70,2%
	почти каждый день	4,4%	4,7%	4,6%	4,4%	3,1%	3,8%	3,3%	6,3%	4,8%

ТАБЛИЦА П8. ЖАЛОБЫ НА ЗДОРОВЬЕ										
Как часто на протяжении последних 6 месяцев у тебя были следующие состояния?		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Чувство головокружения	больше раза в неделю	5,0%	7,1%	6,1%	6,8%	6,6%	6,7%	5,0%	10,3%	7,7%
	каждую неделю	3,9%	4,6%	4,2%	4,6%	6,2%	5,4%	5,0%	6,8%	5,9%
	каждый месяц	13,0%	8,9%	11,0%	9,3%	10,8%	10,0%	9,0%	10,3%	9,6%
	редко или никогда	73,7%	74,7%	74,2%	74,9%	73,3%	74,1%	77,7%	66,4%	72,0%

ТАБЛИЦА П9. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ										
Сколько дней за последние 7 дней ты был/а физически активен/на не менее 60 минут в день?	11 лет			13 лет			15 лет			
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	
0 дней	1,6%	2,9%	2,2%	3,2%	2,4%	2,8%	1,8%	2,2%	1,5%	
1 день	8,3%	6,9%	7,6%	5,6%	6,3%	5,9%	5,6%	7,1%	6,3%	
2 дня	5,9%	7,7%	6,8%	6,4%	5,2%	5,8%	5,6%	9,4%	7,5%	
3 дня	12,0%	11,4%	11,7%	9,0%	9,7%	9,4%	11,8%	15,8%	13,9%	
4 дня	10,9%	10,7%	10,8%	14,9%	13,9%	14,4%	13,0%	12,7%	12,9%	
5 дней	15,8%	17,3%	16,5%	13,7%	14,6%	14,1%	16,8%	15,1%	15,9%	
6 дней	8,6%	8,6%	8,6%	9,8%	12,4%	11,1%	11,7%	10,6%	11,1%	
7 дней	36,9%	34,6%	35,8%	37,4%	35,5%	36,5%	34,7%	27,1%	30,8%	

ТАБЛИЦА П10. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ ВО ВНЕШКОЛЬНОЕ ВРЕМЯ										
Как часто ты обычно в свободное время занимаешься физическими упражнениями настолько энергично, что от этого ты тяжело дышишь или потеешь?	11 лет			13 лет			15 лет			
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	
каждый день	32,4%	26,2%	29,4%	30,7%	15,4%	23,2%	27,2%	15,5%	21,2%	
4 - 6 раз в неделю	21,8%	19,1%	20,5%	20,5%	13,4%	17,1%	24,0%	16,8%	20,3%	
2 - 3 раза в неделю	20,1%	23,2%	21,6%	23,3%	32,5%	27,8%	24,8%	28,7%	26,8%	
один раз в неделю	7,2%	10,3%	8,7%	8,3%	17,0%	12,6%	8,4%	16,5%	12,6%	
один раз в месяц	2,9%	4,5%	3,7%	1,4%	5,1%	3,2%	2,9%	5,6%	4,3%	
реже, чем один раз в месяц	4,0%	5,9%	4,9%	3,4%	6,4%	4,9%	3,2%	5,9%	4,6%	
никогда	11,6%	10,9%	11,3%	12,4%	10,2%	11,3%	9,5%	10,9%	10,2%	

		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Как часто в БУДНИЕ дни ты обычно завтракаешь?	никогда	7,1%	5,2%	6,2%	9,1%	7,4%	8,3%	12,7%	17,9%	15,4%
	один день	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	6,5%	7,3%	7,7%	7,4%	7,5%
	два дня	7,5%	4,1%	5,8%	6,1%	6,6%	6,4%	4,7%	6,6%	5,7%
	три дня	5,4%	6,5%	6,0%	6,5%	7,4%	6,9%	8,5%	10,7%	9,6%
	четыре дня	7,1%	5,9%	6,5%	6,7%	6,0%	6,4%	6,3%	5,8%	6,0%
	пять дней	64,7%	70,2%	67,4%	63,6%	66,1%	64,8%	60,2%	51,6%	55,8%
Как часто в ВЫХОДНЫЕ дни ты обычно завтракаешь?	никогда	10,1%	6,8%	8,4%	9,9%	5,8%	7,8%	11,0%	8,2%	9,5%
	один день	16,5%	14,6%	15,6%	17,0%	15,3%	16,2%	18,2%	18,1%	18,2%
	оба дня	73,4%	78,6%	76,0%	73,1%	78,9%	76,0%	70,8%	73,7%	72,3%

		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Сколько раз в неделю ты обычно ешь или пьешь ...?										
Фрукты	никогда	3,6%	3,6%	3,6%	3,3%	1,9%	2,6%	3,9%	1,8%	2,9%
	реже 1 р в неделю	8,1%	10,7%	9,4%	7,6%	8,4%	8,0%	10,4%	9,5%	10,0%
	1 раз в неделю	14,5%	10,5%	12,5%	8,9%	10,5%	9,7%	12,6%	11,1%	11,9%
	2-4 раза в неделю	22,8%	20,6%	21,8%	24,3%	22,1%	23,2%	27,4%	28,2%	27,8%
	5-6 раз в неделю	12,8%	13,0%	12,9%	16,8%	14,6%	15,7%	15,3%	13,7%	14,5%
	каждый день раз в день	11,7%	16,3%	13,9%	11,9%	17,9%	14,9%	12,3%	17,9%	15,2%
	каждый день чаще 1 раза в день	26,6%	25,3%	25,9%	27,1%	24,6%	25,8%	17,9%	17,6%	17,8%
Овощи	никогда	6,2%	5,7%	5,9%	4,4%	1,8%	3,1%	3,0%	2,9%	3,0%
	реже 1 р в неделю	9,2%	6,2%	7,7%	8,1%	6,0%	7,1%	7,1%	5,1%	6,1%
	1 раз в неделю	12,5%	11,0%	11,7%	8,7%	9,3%	9,0%	10,7%	10,6%	10,7%
	2-4 раза в неделю	16,2%	20,8%	18,5%	18,3%	16,7%	17,5%	22,7%	20,8%	21,7%
	5-6 раз в неделю	16,7%	14,8%	15,8%	16,1%	15,3%	15,7%	18,4%	17,7%	18,1%
	каждый день раз в день	14,5%	17,3%	15,9%	17,5%	20,2%	18,8%	15,9%	18,1%	17,1%
	каждый день чаще 1 раза в день	24,6%	24,2%	24,4%	26,9%	30,7%	28,8%	22,2%	24,7%	23,5%
Сладости (конфеты или шоколад)	никогда	10,5%	5,1%	7,8%	6,0%	3,6%	4,8%	6,7%	4,9%	5,8%
	реже 1 р в неделю	19,2%	16,7%	18,0%	18,3%	16,6%	17,4%	19,6%	14,4%	16,9%
	1 раз в неделю	15,6%	20,6%	18,1%	12,7%	14,5%	13,6%	15,1%	14,3%	14,7%
	2-4 раза в неделю	18,1%	20,6%	19,3%	19,8%	20,6%	20,2%	20,4%	21,6%	21,0%
	5-6 раз в неделю	12,3%	11,4%	11,8%	14,1%	13,1%	13,6%	14,0%	14,8%	14,4%
	каждый день раз в день	10,1%	11,4%	10,7%	13,1%	12,8%	13,0%	10,4%	14,3%	12,4%
	каждый день чаще 1 раза в день	14,3%	14,1%	14,2%	16,0%	18,8%	17,4%	13,8%	15,6%	14,7%

ТАБЛИЦА П12. ЧАСТОТА УПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗНЫХ ТИПОВ ПРОДУКТОВ										
Сколько раз в неделю ты обычно ешь или пьешь ...?		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Колу и другие газированные напитки, содержащие сахар	никогда	17,5%	18,0%	17,8%	9,6%	14,0%	11,8%	10,3%	11,4%	10,9%
	реже 1 р в неделю	24,4%	32,1%	28,2%	20,8%	28,5%	24,6%	21,4%	30,7%	26,2%
	1 раз в неделю	18,8%	18,0%	18,4%	19,5%	17,5%	18,5%	18,6%	15,0%	16,7%
	2-4 раза в неделю	12,8%	11,2%	12,0%	21,6%	17,2%	19,4%	20,9%	15,1%	17,9%
	5-6 раз в неделю	8,9%	7,4%	8,2%	9,8%	7,5%	8,7%	10,8%	10,8%	10,8%
	каждый день раз в день	7,1%	6,3%	6,7%	8,1%	5,7%	6,9%	6,9%	7,6%	7,3%
	каждый день чаще 1 раза в день	10,5%	7,0%	8,7%	10,6%	9,5%	10,0%	11,1%	9,4%	10,2%

ТАБЛИЦА П13. ЧАСТОТА СОВМЕСТНЫХ ПРИЕМОВ ПИЩИ С СЕМЬЕЙ										
Как часто ты и твоя семья принимаете пищу вместе?		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
каждый день		76,1%	76,9%	76,5%	79,0%	77,6%	78,3%	75,3%	73,0%	74,1%
большинство дней		14,7%	16,1%	15,4%	15,2%	16,0%	15,6%	17,7%	18,4%	18,1%
примерно 1 раз в неделю		4,2%	2,2%	3,2%	2,1%	1,9%	2,0%	2,6%	3,2%	2,9%
редко		4,0%	4,6%	4,3%	3,0%	3,8%	3,4%	3,2%	4,9%	4,1%
никогда		1,1%	3%	7%	7%	7%	7%	1,2%	5%	9%

ТАБЛИЦА П14. ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: ЧИСТКА ЗУБОВ										
Как часто Ты чистишь зубы?		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
чаще, чем 1 раз в день		43,6%	54,1%	48,7%	43,8%	52,7%	48,1%	46,9%	54,1%	50,6%
1 р в день		39,3%	35,9%	37,6%	44,8%	40,2%	42,5%	46,2%	42,7%	44,4%
не реже 1 р в неделю, но не каждый день		9,0%	5,2%	7,1%	6,1%	4,4%	5,3%	3,8%	2,1%	2,9%
реже 1 р в неделю		5,8%	3,3%	4,6%	3,1%	1,5%	2,3%	2,3%	8%	1,5%
никогда		2,3%	1,5%	1,9%	2,2%	1,2%	1,7%	8%	4%	6%



		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Просмотр ТВ в будние дни	нисколько	17,6%	11,3%	14,5%	16,8%	11,8%	14,3%	9,5%	9,1%	9,3%
	менее трех часов	62,1%	70,2%	66,1%	53,7%	62,1%	57,9%	58,6%	59,5%	59,1%
	три часа и более	20,3%	18,5%	19,4%	29,5%	26,1%	27,8%	31,9%	31,4%	31,6%
Игры на компьютере, планшете, смартфоне в будние дни	нисколько	27,9%	27,2%	27,6%	23,1%	31,5%	27,2%	21,9%	32,0%	27,1%
	менее трех часов	57,6%	65,1%	61,3%	59,0%	55,2%	57,2%	56,0%	52,7%	54,3%
	три часа и более	14,5%	7,7%	11,1%	17,9%	13,2%	15,6%	22,1%	15,3%	18,6%
Работа, просмотр интернета за электронными устройствами в будние дни	нисколько	33,9%	26,7%	30,4%	21,9%	18,5%	20,2%	16,7%	11,4%	14,0%
	менее трех часов	55,6%	62,7%	59,1%	63,6%	60,4%	62,0%	58,3%	60,2%	59,3%
	три часа и более	10,4%	10,6%	10,5%	14,5%	21,0%	17,7%	25,0%	28,4%	26,8%

		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Как ты относишься к школе в настоящее время?	очень нравится	52,2%	57,5%	54,8%	37,9%	43,6%	40,7%	32,4%	33,0%	32,7%
	нравится	35,6%	32,7%	34,2%	45,6%	45,3%	45,4%	52,0%	51,9%	52,0%
	не очень нравится	9,8%	8,7%	9,2%	12,5%	8,3%	10,4%	12,0%	12,3%	12,1%
	вообще не нравится	2,4%	1,0%	1,7%	4,0%	2,9%	3,5%	3,5%	2,8%	3,2%
Испытываешь ли Ты чувство напряжения при выполнении школьных заданий (как в классе, так и дома)?	нет	47,1%	42,5%	44,9%	37,2%	33,3%	35,3%	35,7%	32,6%	34,1%
	незначительное	39,1%	43,0%	41,0%	47,7%	52,0%	49,8%	44,9%	47,6%	46,3%
	определенное напряжение	10,1%	12,3%	11,2%	12,7%	12,9%	12,8%	15,4%	16,3%	15,9%
	большое напряжение	3,7%	2,3%	3,0%	2,4%	1,8%	2,1%	4,0%	3,4%	3,7%

Ответ, в какой мере ты согласен/на или не согласен/на со следующими высказываниями		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Учащимся нашего класса нравится быть вместе	полностью согласен	53,5%	51,4%	52,5%	47,3%	38,1%	42,8%	43,5%	35,9%	39,6%
	согласен	25,8%	28,2%	26,9%	25,1%	31,2%	28,1%	32,1%	32,5%	32,3%
	согласен и не согласен	12,6%	12,0%	12,3%	16,2%	19,0%	17,6%	15,3%	21,7%	18,6%
	не согласен	4,1%	4,0%	4,1%	6,9%	6,2%	6,6%	2,5%	6,4%	4,5%
	полностью не согласен	4,0%	4,4%	4,2%	4,5%	5,5%	5,0%	6,6%	3,5%	5,0%
Большинство учащихся в нашем классе добрые и отзывчивые	полностью согласен	44,1%	46,7%	45,4%	42,8%	35,5%	39,1%	34,5%	30,1%	32,2%
	согласен	28,3%	29,9%	29,1%	24,1%	30,2%	27,1%	34,2%	34,3%	34,3%
	согласен и не согласен	16,9%	15,3%	16,1%	19,9%	23,2%	21,6%	21,9%	22,1%	22,0%
	не согласен	5,8%	4,7%	5,3%	8,8%	6,6%	7,7%	4,4%	7,4%	5,9%

ТАБЛИЦА П17. ОЩУЩЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ ОДНОКЛАССНИКОВ И УЧИТЕЛЕЙ										
Ответь, в какой мере ты согласен/на или не согласен/на со следующими высказываниями		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Другие учащиеся воспринимают меня таким/ой, каким/ая я есть	полностью не согласен	4,9%	3,3%	4,1%	4,5%	4,5%	4,5%	5,0%	6,2%	5,6%
	полностью согласен	44,6%	47,9%	46,2%	45,3%	37,1%	41,2%	36,7%	33,5%	35,0%
	согласен	28,1%	30,2%	29,1%	31,4%	33,0%	32,2%	35,8%	38,5%	37,3%
	согласен и не согласен	13,7%	12,4%	13,0%	13,6%	18,1%	15,8%	15,5%	16,8%	16,2%
	не согласен	6,8%	4,5%	5,7%	3,5%	5,7%	4,6%	5,2%	7,0%	6,2%
Я чувствую, что мои учителя принимают меня таким/ой, какой/ая я есть.	полностью не согласен	6,8%	5,0%	5,9%	6,2%	6,1%	6,2%	6,7%	4,1%	5,3%
	полностью согласен	55,7%	59,2%	57,4%	47,0%	44,6%	45,9%	39,2%	33,2%	36,1%
	согласен	26,4%	29,1%	27,7%	28,9%	31,3%	30,1%	34,4%	39,5%	37,0%
	согласен и не согласен	9,3%	6,4%	7,9%	14,9%	14,6%	14,8%	13,6%	18,0%	15,9%
	не согласен	5,1%	2,6%	3,9%	3,5%	5,8%	4,6%	5,6%	5,4%	5,5%
Я чувствую, что мои учителя заботятся обо мне как о человеке.	полностью не согласен	3,6%	2,6%	3,1%	5,6%	3,7%	4,6%	7,2%	3,9%	5,5%
	полностью согласен	52,3%	55,4%	53,8%	47,0%	45,6%	46,3%	38,4%	35,1%	36,7%
	согласен	30,3%	30,8%	30,6%	30,5%	31,2%	30,9%	32,9%	38,7%	35,9%
	согласен и не согласен	9,7%	9,7%	9,7%	15,3%	17,4%	16,3%	18,6%	17,7%	18,2%
	не согласен	4,4%	1,8%	3,1%	3,7%	3,4%	3,6%	4,0%	4,7%	4,3%
Я очень доверяю своим учителям.	полностью не согласен	3,3%	2,3%	2,8%	3,5%	2,4%	2,9%	6,1%	3,9%	4,9%
	полностью согласен	58,4%	62,7%	60,5%	48,4%	46,2%	47,3%	38,5%	37,1%	37,8%
	согласен	28,1%	25,3%	26,7%	30,3%	30,5%	30,4%	29,2%	32,6%	31,0%
	согласен и не согласен	6,9%	7,9%	7,4%	13,2%	15,8%	14,5%	17,5%	17,5%	17,5%
	не согласен	3,7%	1,6%	2,7%	2,8%	4,4%	3,6%	4,9%	7,4%	6,2%
полностью не согласен	3,0%	2,4%	2,7%	5,3%	3,1%	4,2%	9,9%	5,3%	7,5%	

ТАБЛИЦА П18. ОБЩЕНИЕ С РОДИТЕЛЯМИ										
Ответь, в какой мере ты согласен/на или не согласен/на со следующими высказываниями		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
С отцом	очень легко	56,6%	49,3%	53,1%	48,7%	37,7%	43,2%	39,0%	24,9%	32,0%
	легко	27,8%	32,7%	30,1%	31,6%	39,6%	35,6%	36,7%	41,1%	38,9%
	сложно	9,9%	10,9%	10,4%	10,6%	14,2%	12,4%	14,3%	21,8%	18,0%
	очень сложно	3,5%	3,0%	3,3%	4,5%	4,4%	4,5%	5,8%	7,5%	6,7%
	у меня нет таких или я не вижу с этими людьми	2,2%	4,1%	3,1%	4,7%	4,1%	4,4%	4,2%	4,7%	4,4%
С мамой	очень легко	65,0%	70,0%	67,5%	60,1%	63,3%	61,7%	51,3%	53,6%	52,5%
	легко	27,9%	24,9%	26,4%	32,7%	30,0%	31,4%	35,1%	33,6%	34,3%
	сложно	4,7%	3,0%	3,9%	3,2%	3,8%	3,5%	7,7%	7,9%	7,8%
	очень сложно	1,4%	,8%	1,1%	1,8%	1,4%	1,6%	4,0%	3,3%	3,6%
	у меня нет таких или я не вижу с этими людьми	1,0%	1,2%	1,1%	2,2%	1,4%	1,8%	1,9%	1,6%	1,8%

ТАБЛИЦА П19. РАБОТА РОДИТЕЛЕЙ										
		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
У твоего ОТЦА есть работа?	Да	88,5%	88,5%	88,5%	83,9%	84,4%	84,2%	86,9%	85,2%	86,0%
	Нет	8,4%	8,4%	8,4%	12,1%	10,9%	11,5%	10,6%	11,0%	10,8%
	не знаю	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%	1,7%	1,7%	,7%	1,1%	,9%
	я не вижу / нет отца	1,5%	1,7%	1,6%	2,3%	3,0%	2,6%	1,7%	2,7%	2,2%
Если НЕТ, то почему твой отец не работает?	Болеет / на пенсии / учится	8,6%	7,0%	7,9%	11,5%	12,1%	11,8%	16,9%	16,3%	16,6%
	ищет работу	34,6%	42,3%	38,2%	41,3%	38,4%	39,9%	31,3%	32,6%	32,0%
	займется о других членах семьи	17,3%	11,3%	14,5%	7,7%	7,1%	7,4%	13,3%	15,2%	14,3%
	не знаю	39,5%	39,4%	39,5%	39,4%	42,4%	40,9%	38,6%	35,9%	37,1%
У твоей МАМЫ есть работа?	Да	73,3%	72,9%	73,1%	74,8%	70,9%	72,9%	78,2%	72,7%	75,4%
	Нет	25,7%	25,5%	25,6%	24,3%	28,6%	26,4%	20,7%	26,3%	23,6%
	не знаю	,6%	1,2%	,9%	,4%	,3%	,3%	,8%	,4%	,6%
	я не вижу / нет матери	,4%	,5%	,4%	,5%	,1%	,3%	,3%	,7%	,5%
Если НЕТ, то почему твоя мама не работает?	Болеет / на пенсии / учится	6,1%	2,5%	4,3%	4,7%	4,3%	4,5%	2,1%	5,1%	3,8%
	ищет работу	17,2%	17,0%	17,1%	20,9%	21,1%	21,0%	22,7%	16,9%	19,5%
	займется о других членах семьи	44,8%	56,6%	50,6%	45,9%	50,3%	48,3%	53,2%	66,1%	60,4%
	не знаю	31,9%	23,9%	28,0%	28,4%	24,3%	26,1%	22,0%	11,9%	16,4%

<b>ТАБЛИЦА П20. ОЩУЩЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ</b>										
Пожалуйста, отметь в какой мере ты согласен или не согласен с каждым из высказываний.		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Моя семья действительно пытается помочь мне	полностью не согласен	14,9%	11,2%	13,1%	16,2%	10,9%	13,6%	16,4%	10,0%	13,1%
	2	1,4%	2,1%	1,8%	5%	7%	6%	1,1%	1,9%	1,5%
	3	6%	5%	6%	7%	1,3%	1,0%	1,0%	1,3%	1,2%
	4	6%	9%	8%	8%	1,1%	1,0%	2,6%	1,6%	2,1%
	5	1,5%	1,1%	1,3%	1,4%	2,1%	1,7%	2,1%	2,1%	2,1%
	6	2,9%	2,5%	2,7%	1,9%	2,3%	2,1%	2,6%	3,3%	3,0%
	полностью согласен	78,0%	81,6%	79,7%	78,5%	81,6%	80,0%	74,2%	79,7%	77,0%
Я получаю необходимую эмоц помощь и поддержку от семьи	полностью не согласен	11,4%	10,0%	10,7%	14,5%	9,8%	12,2%	14,5%	10,4%	12,4%
	2	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,4%	1,5%	1,9%	1,9%	1,9%
	3	1,2%	5%	9%	7%	9%	8%	1,2%	5%	8%
	4	1,3%	1,8%	1,6%	1,3%	1,0%	1,1%	3,1%	2,2%	2,6%
	5	2,4%	2,0%	2,2%	1,8%	2,4%	2,1%	2,4%	2,8%	2,6%
	6	4,2%	2,5%	3,3%	3,7%	4,5%	4,1%	3,6%	4,1%	3,8%
	полностью согласен	77,8%	81,7%	79,7%	76,5%	80,0%	78,2%	73,4%	78,1%	75,8%
Свои проблемы я могу обсудить со своей семьей	полностью не согласен	12,2%	9,8%	11,0%	15,0%	10,7%	12,9%	17,1%	13,0%	14,9%
	2	9%	1,2%	1,1%	2,0%	2,3%	2,2%	2,2%	3,5%	2,9%
	3	8%	7%	8%	1,7%	1,4%	1,6%	4,0%	2,7%	3,3%
	4	3,0%	2,3%	2,7%	1,3%	2,6%	1,9%	3,6%	4,2%	3,9%
	5	2,2%	1,9%	2,1%	3,0%	2,3%	2,7%	2,2%	3,5%	2,9%
	6	4,6%	3,6%	4,1%	2,7%	4,9%	3,8%	3,4%	5,0%	4,2%
	полностью согласен	76,3%	80,4%	78,3%	74,2%	75,7%	75,0%	67,4%	68,2%	67,8%
Моя семья готова помочь мне в принятии решений	полностью не согласен	10,0%	8,8%	9,4%	13,7%	10,4%	12,1%	14,4%	10,4%	12,3%
	2	1,2%	2,2%	1,7%	1,3%	1,4%	1,3%	2,7%	1,9%	2,3%
	3	4%	4%	4%	8%	7%	8%	1,0%	1,5%	1,3%
	4	2,4%	1,2%	1,8%	2,5%	9%	1,7%	3,4%	2,1%	2,7%
	5	2,7%	2,1%	2,4%	1,1%	2,1%	1,6%	1,9%	2,8%	2,4%
	6	5,0%	2,9%	4,0%	2,7%	4,6%	3,6%	4,3%	4,1%	4,2%
	полностью согласен	78,2%	82,4%	80,3%	77,9%	79,8%	78,8%	72,2%	77,1%	74,8%

		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Мама	живет вместе со мной	92,3%	94,2%	93,3%	91,9%	93,6%	92,8%	89,7%	92,6%	91,2%
	не живет /нет	7,7%	5,8%	6,7%	8,1%	6,4%	7,2%	10,3%	7,4%	8,8%
Отец	живет вместе со мной	73,8%	71,6%	72,7%	70,8%	70,2%	70,5%	69,4%	66,6%	68,0%
	не живет /нет	26,2%	28,4%	27,3%	29,2%	29,8%	29,5%	30,6%	33,4%	32,0%
Мачеха	живет вместе со мной	1,7%	,5%	1,1%	1,3%	1,1%	1,2%	1,9%	,5%	1,2%
	не живет /нет	98,3%	99,5%	98,9%	98,7%	98,9%	98,8%	98,1%	99,5%	98,8%
Отчим	живет вместе со мной	2,4%	1,6%	2,0%	2,7%	2,8%	2,8%	3,8%	2,9%	3,4%
	не живет /нет	97,6%	98,4%	98,0%	97,3%	97,2%	97,2%	96,2%	97,1%	96,6%
Я живу в приемной семье или дет доме	да	1,6%	,4%	1,0%	,5%	,8%	,7%	2,1%	,8%	1,4%
	нет	98,4%	99,6%	99,0%	99,5%	99,2%	99,3%	97,9%	99,2%	98,6%

		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
В какой стране ты родился/ родилась?	Казахстан	94,8%	96,7%	95,7%	94,9%	94,4%	94,7%	95,8%	94,6%	95,2%
	Узбекистан	2,9%	1,9%	2,4%	3,1%	3,4%	3,3%	1,9%	3,3%	2,6%
	Россия	1,0%	,8%	,9%	,9%	,5%	,7%	,7%	,3%	,5%
	Китай	,5%	,1%	,3%	,4%	,7%	,5%	,8%	,8%	,8%
	Туркменистан	,0%	,0%	,0%	,3%	,5%	,4%	,0%	,4%	,2%
	Кыргызстан	,6%	,1%	,4%	,0%	,0%	,0%	,7%	,3%	,5%
	Другая страна	,2%	,4%	,3%	,4%	,4%	,4%	,1%	,4%	,3%
В какой стране родилась твоя мама?	Казахстан	89,2%	91,8%	90,4%	90,8%	87,5%	89,2%	92,2%	90,8%	91,5%
	Узбекистан	5,5%	3,9%	4,7%	4,2%	7,0%	5,5%	3,4%	4,3%	3,8%
	Россия	1,6%	1,4%	1,5%	3,5%	1,1%	2,3%	2,4%	1,9%	2,2%
	Китай	1,0%	,6%	,8%	,3%	1,1%	,7%	,4%	,8%	,6%
	Туркменистан	1,1%	,5%	,8%	,4%	1,1%	,7%	,4%	,8%	,6%
	Кыргызстан	,6%	,9%	,8%	,0%	1,0%	,5%	,3%	,3%	,3%
	Другая страна	1,0%	,9%	,9%	,9%	1,2%	1,1%	,9%	1,2%	1,1%
В какой стране родился твой отец?	Казахстан	90,3%	91,5%	90,9%	92,1%	88,8%	90,5%	92,8%	91,0%	91,9%
	Узбекистан	4,9%	3,7%	4,3%	3,6%	5,7%	4,6%	3,3%	4,8%	4,1%
	Россия	1,1%	1,2%	1,1%	1,3%	1,0%	1,1%	,7%	1,2%	,9%
	Китай	1,2%	1,6%	1,4%	1,4%	1,9%	1,7%	1,8%	1,1%	1,4%
	Туркменистан	1,4%	,4%	,9%	,7%	1,2%	,9%	,3%	,8%	,5%
	Кыргызстан	,4%	,5%	,4%	,3%	,1%	,2%	,4%	,1%	,3%
	Другая страна	,7%	1,2%	1,0%	,7%	1,2%	,9%	,7%	1,1%	,9%

<b>ТАБЛИЦА П23. ОЩУЩЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ СВЕРСТНИКОВ</b>										
Пожалуйста, отметь, в какой мере ты согласен или не согласен со следующими высказываниями.		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Мои друзья действительно пытаются помочь мне	полностью не согласен	22,6%	20,2%	21,4%	21,1%	14,0%	17,6%	22,9%	16,6%	19,7%
	2	3,8%	2,2%	3,0%	2,7%	4,1%	3,4%	3,0%	3,8%	3,4%
	3	2,0%	3,0%	2,5%	3,5%	3,8%	3,6%	4,4%	4,1%	4,2%
	4	3,2%	3,2%	3,2%	5,3%	6,7%	6,0%	5,8%	5,8%	5,8%
	5	3,8%	2,5%	3,2%	4,9%	5,0%	4,9%	4,3%	4,6%	4,4%
	6	4,1%	4,5%	4,3%	5,8%	6,3%	6,0%	4,9%	6,3%	5,6%
	полностью согласен	60,5%	64,4%	62,4%	56,8%	60,2%	58,4%	54,7%	58,8%	56,8%
Я могу рассчитывать на друзей, если что-то пойдет не так	полностью не согласен	20,4%	18,4%	19,4%	19,7%	15,6%	17,7%	20,9%	17,3%	19,0%
	2	4,6%	4,5%	4,5%	2,4%	4,2%	3,3%	5,0%	4,2%	4,6%
	3	2,9%	3,0%	3,0%	3,8%	3,1%	3,4%	2,7%	3,5%	3,1%
	4	4,0%	1,8%	2,9%	3,3%	4,2%	3,8%	6,4%	6,5%	6,4%
	5	3,9%	3,8%	3,8%	5,6%	5,5%	5,5%	4,5%	4,1%	4,3%
	6	7,4%	6,4%	6,9%	6,5%	9,7%	8,1%	3,7%	7,4%	5,6%
	полностью согласен	56,8%	62,2%	59,5%	58,8%	57,7%	58,2%	56,9%	57,0%	56,9%
Со своими друзьями я могу делиться радостями и горестями	полностью не согласен	18,9%	17,3%	18,1%	21,0%	14,0%	17,5%	22,3%	17,5%	19,8%
	2	4,9%	2,9%	3,9%	4,5%	5,1%	4,8%	3,3%	3,1%	3,2%
	3	2,3%	2,5%	2,4%	3,1%	1,7%	2,4%	4,8%	3,7%	4,3%
	4	4,9%	3,8%	4,3%	4,5%	5,2%	4,9%	5,8%	4,9%	5,3%
	5	3,2%	3,7%	3,5%	3,1%	4,8%	3,9%	3,0%	4,1%	3,6%
	6	4,7%	7,7%	6,2%	6,6%	7,2%	6,9%	3,8%	7,8%	5,9%
	полностью согласен	61,1%	62,2%	61,6%	57,2%	62,0%	59,6%	57,0%	58,8%	58,0%
Я могу обсуждать свои проблемы с друзьями	полностью не согласен	18,8%	19,4%	19,1%	20,5%	16,5%	18,5%	23,8%	20,1%	21,9%
	2	3,4%	2,9%	3,1%	2,4%	5,8%	4,1%	3,4%	4,3%	3,9%
	3	2,5%	3,0%	2,7%	4,0%	2,3%	3,1%	3,1%	3,9%	3,5%
	4	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%	6,4%	5,2%	6,5%	4,4%	5,5%
	5	4,6%	3,6%	4,1%	3,8%	3,7%	3,8%	3,0%	4,6%	3,8%
	6	4,8%	7,6%	6,2%	4,4%	8,6%	6,5%	3,7%	6,1%	4,9%
	полностью согласен	62,3%	59,8%	61,0%	61,0%	56,6%	58,8%	56,5%	56,7%	56,6%

ТАБЛИЦА П24. ИНТЕНСИВНОСТЬ ОБЩЕНИЯ ОНЛАЙН										
Как часто Ты общаешься ОНЛАЙН со следующими людьми?		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Близкие друг/другья	никогда	28,0%	30,0%	29,0%	21,3%	14,7%	17,9%	10,3%	9,7%	10,0%
	каждую неделю	17,9%	18,7%	18,3%	21,3%	15,7%	18,4%	18,7%	14,0%	16,2%
	каждый день	14,0%	12,7%	13,4%	15,3%	17,7%	16,6%	18,7%	21,0%	19,9%
	несколько раз в день	21,5%	23,7%	22,6%	19,8%	29,0%	24,5%	24,8%	28,4%	26,7%
	почти все время в течение дня	18,6%	14,9%	16,7%	22,3%	22,9%	22,6%	27,5%	26,8%	27,2%
Друзья из большой группы друзей	никогда	39,3%	38,6%	39,0%	29,8%	31,4%	30,6%	26,1%	31,1%	28,7%
	каждую неделю	20,1%	25,5%	22,7%	22,9%	21,1%	22,0%	23,7%	24,1%	23,9%
	каждый день	11,2%	9,7%	10,4%	14,6%	17,3%	15,9%	16,7%	15,9%	16,3%
	несколько раз в день	14,3%	18,0%	16,1%	15,8%	19,1%	17,4%	19,1%	18,2%	18,6%
	почти все время в течение дня	15,1%	8,3%	11,8%	17,0%	11,0%	14,1%	14,4%	10,7%	12,5%
Друзья, которых ты узнал/а через Интернет, но не знал/а раньше	никогда	49,6%	64,6%	56,9%	46,4%	50,4%	48,4%	47,5%	51,6%	49,7%
	каждую неделю	17,6%	13,0%	15,4%	21,7%	19,1%	20,4%	18,4%	19,5%	19,0%
	каждый день	9,1%	5,3%	7,3%	10,6%	11,4%	11,0%	12,0%	7,9%	9,8%
	несколько раз в день	11,0%	12,1%	11,5%	11,6%	12,3%	11,9%	12,2%	13,5%	12,9%
	почти все время в течение дня	12,7%	5,1%	9,0%	9,7%	6,8%	8,3%	10,0%	7,4%	8,6%
Другие люди, кроме друзей (например, родители, братья / сестры, одноклассники, учителя)	никогда	25,4%	23,6%	24,5%	25,4%	19,4%	22,3%	20,0%	15,8%	17,7%
	каждую неделю	21,4%	19,8%	20,6%	21,6%	24,3%	23,0%	20,3%	23,4%	22,0%
	каждый день	9,8%	14,6%	12,3%	13,7%	13,6%	13,7%	17,8%	18,4%	18,1%
	несколько раз в день	22,3%	22,9%	22,6%	18,4%	24,1%	21,3%	17,9%	20,8%	19,5%
	почти все время в течение дня	21,1%	19,0%	20,0%	20,9%	18,6%	19,7%	23,9%	21,5%	22,6%

<b>ТАБЛИЦА П25. ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОБЩЕНИЮ ОНЛАЙН</b>										
Пожалуйста, отметь насколько ты согласен(на) или не согласен(на) с высказываниями об Интернете		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
В Интернете я больше говорю о секретах, чем при встрече лицом к лицу.	полностью согласен	33,6%	29,7%	31,7%	33,0%	25,6%	29,3%	27,1%	17,8%	22,3%
	согласен	12,8%	16,4%	14,6%	14,2%	13,8%	14,0%	18,2%	21,3%	19,8%
	согласен и не согласен	10,3%	12,5%	11,4%	14,0%	17,6%	15,8%	15,6%	18,2%	17,0%
	не согласен	12,8%	13,4%	13,1%	14,4%	17,7%	16,1%	16,6%	19,8%	18,3%
	полностью не согласен	30,4%	28,0%	29,2%	24,3%	25,4%	24,9%	22,4%	22,9%	22,7%
В Интернете мне легче говорить о своих внутренних чувствах, чем при встрече лицом к лицу.	полностью согласен	28,7%	26,3%	27,5%	28,1%	20,3%	24,2%	22,8%	16,6%	19,6%
	согласен	18,3%	18,4%	18,3%	17,3%	18,6%	17,9%	18,3%	18,5%	18,4%
	согласен и не согласен	10,9%	12,7%	11,7%	14,9%	15,9%	15,4%	19,0%	21,6%	20,4%
	не согласен	15,0%	16,3%	15,6%	17,0%	21,9%	19,4%	17,1%	20,5%	18,9%
	полностью не согласен	27,2%	26,3%	26,8%	22,8%	23,4%	23,1%	22,8%	22,8%	22,8%
В Интернете мне легче говорить о том, что беспокоит, чем при встрече лицом к лицу.	полностью согласен	29,1%	27,6%	28,4%	31,5%	23,6%	27,6%	23,6%	16,0%	19,6%
	согласен	16,8%	15,3%	16,1%	14,6%	17,6%	16,1%	18,8%	17,5%	18,1%
	согласен и не согласен	12,8%	14,6%	13,7%	14,3%	16,3%	15,3%	17,2%	23,7%	20,6%
	не согласен	14,7%	16,0%	15,4%	15,5%	17,0%	16,3%	17,0%	20,6%	18,9%
	полностью не согласен	26,6%	26,4%	26,5%	24,0%	25,5%	24,7%	23,3%	22,3%	22,8%



На протяжении прошлого года, ты ...		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
... регулярно понимал/а, что ты не можешь думать ни о чем другом, кроме того момента, когда ты снова сможешь использовать социальные медиа?	нет	78,5%	82,2%	80,4%	80,8%	84,7%	82,7%	83,9%	87,9%	86,0%
	да	21,5%	17,8%	19,6%	19,2%	15,3%	17,3%	16,1%	12,1%	14,0%
... регулярно чувствовал/а себя недовольным/ой, потому что ты хотел/а больше времени проводить в социальных медиа?	нет	86,1%	89,6%	87,9%	85,2%	86,5%	85,8%	87,4%	87,7%	87,6%
	да	13,9%	10,4%	12,1%	14,8%	13,5%	14,2%	12,6%	12,3%	12,4%
... часто чувствовал/а себя плохо, когда ты не смог/ла использовать социальные медиа?	нет	84,2%	89,2%	86,7%	84,0%	88,3%	86,1%	86,1%	87,6%	86,9%
	да	15,8%	10,8%	13,3%	16,0%	11,7%	13,9%	13,9%	12,4%	13,1%
... пытался/ась тратить меньше времени на социальные медиа, но не смог/ла?	нет	77,3%	80,7%	79,0%	77,7%	75,4%	76,5%	79,8%	77,4%	78,5%
	да	22,7%	19,3%	21,0%	22,3%	24,6%	23,5%	20,2%	22,6%	21,5%
... регулярно пренебрегал/а другими делами (например, хобби, спорт), потому что ты хотел/а использовать социальные медиа?	нет	80,9%	85,6%	83,3%	83,8%	85,8%	84,8%	83,6%	85,8%	84,7%
	да	19,1%	14,4%	16,7%	16,2%	14,2%	15,2%	16,4%	14,2%	15,3%
... регулярно спорил/а с другими из-за твоего использования социальных медиа?	нет	86,0%	90,7%	88,4%	85,8%	88,4%	87,1%	88,1%	89,1%	88,6%
	да	14,0%	9,3%	11,6%	14,2%	11,6%	12,9%	11,9%	10,9%	11,4%
... регулярно говорил/а неправду своим родителям или друзьям о том, сколько времени ты проводишь в социальных медиа?	нет	89,6%	92,7%	91,2%	89,4%	93,5%	91,4%	87,6%	90,1%	88,9%
	да	10,4%	7,3%	8,8%	10,6%	6,5%	8,6%	12,4%	9,9%	11,1%
... часто использовал/а социальные медиа, чтобы уйти от негативных эмоций?	нет	83,7%	85,3%	84,5%	79,9%	77,9%	79,0%	81,1%	77,7%	79,3%
	да	16,3%	14,7%	15,5%	20,1%	22,1%	21,0%	18,9%	22,3%	20,7%
... имел/а серьезные конфликты со своими родителями, братом (-ями) или сестрой (-ами) из-за твоего использования социальных медиа?	нет	89,8%	93,7%	91,7%	89,2%	91,4%	90,3%	89,1%	89,2%	89,2%
	да	10,2%	6,3%	8,3%	10,8%	8,6%	9,7%	10,9%	10,8%	10,8%

		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Сколько раз за последние 12 месяцев ты участвовал/а в драках?	не участвовал	65,7%	88,7%	77,0%	57,3%	85,9%	71,2%	61,3%	88,1%	75,0%
	1 раз	16,4%	5,7%	11,1%	20,6%	9,7%	15,3%	17,8%	7,5%	12,5%
	2 раза	5,4%	2,7%	4,1%	7,7%	2,5%	5,2%	8,2%	2,1%	5,1%
	3 раза	3,7%	1,3%	2,5%	4,8%	8%	2,9%	4,0%	9%	2,4%
	4 раза или чаще	8,8%	1,7%	5,3%	9,5%	1,1%	5,4%	8,8%	1,4%	5,0%
Сколько раз за последние 12 месяцев ты получал/а травмы, из-за чего тебе приходилось обращаться к врачу или медсестре?	не было травм	68,1%	75,4%	71,7%	68,2%	74,6%	71,3%	65,0%	78,1%	71,7%
	1 раз	19,6%	15,6%	17,7%	18,0%	16,7%	17,3%	20,9%	11,3%	16,0%
	2 раза	5,8%	4,0%	4,9%	8,1%	4,9%	6,5%	8,7%	5,3%	7,0%
	3 раза	3,1%	2,6%	2,8%	3,1%	1,5%	2,3%	2,2%	2,3%	2,3%
	4 раза и больше	3,4%	2,4%	3,0%	2,6%	2,3%	2,5%	3,1%	2,9%	3,0%

ТАБЛИЦА П28. УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА, ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ, АЛКОГОЛЯ И СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ										
		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Курение табака на протяжении жизни	никогда	97,4%	97,8%	97,6%	94,7%	97,3%	95,9%	89,9%	93,8%	91,8%
	по крайней мере, 1 раз	2,6%	2,2%	2,4%	5,3%	2,7%	4,1%	10,1%	6,3%	8,2%
Курение табака за последние 30 дней	никогда	98,0%	98,0%	98,0%	97,3%	98,2%	97,7%	93,3%	96,6%	95,0%
	по крайней мере, 1 раз	2,0%	2,0%	2,0%	2,7%	1,8%	2,3%	6,7%	3,5%	5,0%
Курение электронных сигарет на протяжении жизни	никогда	96,7%	98,3%	97,5%	91,6%	95,7%	93,6%	85,8%	94,4%	90,1%
	по крайней мере, 1 раз	3,3%	1,7%	2,5%	8,4%	4,3%	6,4%	14,2%	5,6%	9,9%
Употребление алкогольных напитков в течение жизни	никогда	97,8%	97,7%	97,7%	96,7%	95,9%	96,3%	91,8%	93,1%	92,5%
	по крайней мере, 1 раз	2,2%	2,3%	2,3%	3,3%	4,1%	3,7%	8,2%	6,9%	7,5%
Употребление алкогольных напитков за последние 30 дней	никогда	98,3%	98,3%	98,3%	98,6%	98,6%	98,6%	95,8%	97,3%	96,5%
	по крайней мере, 1 раз	1,7%	1,7%	1,7%	1,4%	1,4%	1,4%	4,2%	2,7%	3,5%
Опьянение от алкогольных напитков в течение жизни	никогда	98,4%	98,2%	98,3%	97,6%	97,8%	97,7%	94,0%	95,5%	94,8%
	по крайней мере, 1 раз	1,6%	1,8%	1,7%	2,4%	2,2%	2,3%	6,0%	4,5%	5,2%
Опьянение от алкогольных напитков за последние 30 дней	никогда	98,2%	98,7%	98,4%	98,0%	98,5%	98,2%	96,6%	98,8%	97,7%
	по крайней мере, 1 раз	1,8%	1,3%	1,6%	2,0%	1,5%	1,8%	3,4%	1,2%	2,3%
Употребление наркотиков на протяжении жизни	никогда							97,0%	98,7%	97,8%
	по крайней мере, 1 раз							3,0%	1,3%	2,2%
Употребление наркотиков за последние 30 дней	никогда							98,2%	99,3%	98,7%
	по крайней мере, 1 раз							1,8%	,7%	1,3%

ТАБЛИЦА П29. ЧАСТОТА КУРЕНИЯ ТАБАКА									
Как часто ты куришь табак в настоящее время?	11 лет			13 лет			15 лет		
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
каждый день	1,6%	1,8%	1,7%	1,8%	2,7%	2,2%	4,6%	1,2%	2,9%
раз в неделю, но не каждый день	,6%	,3%	,5%	,5%	,3%	,4%	1,5%	,7%	1,1%
реже, чем раз в неделю	,5%	,4%	,5%	1,2%	,6%	,9%	2,4%	1,6%	2,0%
не курю	97,2%	97,6%	97,4%	96,4%	96,4%	96,4%	91,6%	96,5%	94,0%

ТАБЛИЦА П30. СЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ				
		15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все
Вступал/а ли ты когда-нибудь в сексуальные отношения?	да	14,1%	,6%	7,2%
	нет	85,9%	99,4%	92,8%
В последний раз, когда ты вступал/а в сексуальные отношения, использовал/а ли ты или твой партнер/ша презерватив?	да	69,9%	25,0%	47,5%
	нет	30,1%	75%	52,5%
В последний раз, когда ты вступал/а в сексуальные отношения, использовал/а ли ты или твой партнер/ша противозачаточные таблетки?	да	18,0%	25,0%	21,5%
	нет	82,0%	75,0%	78,5%

ТАБЛИЦА П31. БУЛЛИНГ И КИБЕРБУЛЛИНГ										
		11 лет			13 лет			15 лет		
		Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Как часто ты принимал участие в унижении/издевательствах над другим человеком/другими людьми в школе на протяжении последних двух месяцев?	я не унижал	75,0%	84,3%	79,6%	75,4%	85,0%	80,1%	78,0%	81,9%	80,0%
	1-2 раза	12,4%	9,1%	10,8%	16,0%	8,7%	12,4%	13,7%	11,1%	12,4%
	2-3 раза в месяц	3,5%	2,0%	2,7%	3,0%	2,6%	2,8%	3,0%	1,6%	2,3%
	раз в неделю	4,2%	3,2%	3,7%	3,3%	1,8%	2,6%	2,5%	3,5%	3,0%
	несколько раз в неделю	4,8%	1,4%	3,2%	2,2%	1,8%	2,0%	2,8%	1,8%	2,3%
Как часто тебя унижали в школе на протяжении последних двух месяцев?	меня не унижали	81,1%	80,2%	80,7%	82,1%	82,0%	82,0%	87,1%	85,7%	86,3%
	1-2 раза	11,9%	12,8%	12,4%	10,9%	9,9%	10,4%	7,5%	8,8%	8,2%
	2-3 раза в месяц	1,8%	2,3%	2,1%	2,0%	2,9%	2,4%	2,8%	2,0%	2,4%
	раз в неделю	2,1%	2,7%	2,4%	2,0%	2,3%	2,2%	1,1%	1,3%	1,2%
	несколько раз в неделю	3,1%	1,9%	2,5%	3,0%	2,9%	3,0%	1,5%	2,2%	1,9%
За последние два месяца, как часто ты принимал/а участие в кибербуллинге (например, отправляя(а) оскорбительные электронные и текстовые сообщения;	я не участвовал	86,7%	91,2%	88,9%	87,4%	92,1%	89,7%	84,9%	91,7%	88,3%
	1-2 раза	8,5%	4,3%	6,5%	6,7%	5,1%	5,9%	5,9%	5,4%	5,6%
	2-3 раза в месяц	2,1%	1,7%	1,9%	1,7%	,8%	1,3%	2,7%	1,6%	2,1%
	раз в неделю	1,3%	1,8%	1,5%	2,0%	,8%	1,4%	1,5%	,0%	,8%
	несколько раз в неделю	1,4%	,9%	1,2%	2,2%	1,1%	1,7%	5,0%	1,3%	3,2%
За последние два месяца, как часто ты подвергался/лась кибербуллингу (например, кто-то отправлял тебе оскорбительные электронные и текстовые сообщения	со мной не случилось	85,3%	89,6%	87,4%	86,8%	88,4%	87,6%	86,4%	90,5%	88,5%
	1-2 раза	9,0%	6,9%	8,0%	8,3%	8,3%	8,3%	5,5%	6,7%	6,1%
	2-3 раза в месяц	2,4%	1,8%	2,1%	1,8%	1,2%	1,6%	3,4%	1,3%	2,3%
	раз в неделю	,4%	,9%	,6%	1,7%	1,1%	1,4%	1,7%	,7%	1,2%
	несколько раз в неделю	2,9%	,8%	1,9%	1,3%	1,0%	1,1%	3,1%	,8%	1,9%





## **ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ**

Национальный отчёт «Факторы, формирующие здоровье и благополучие детей и подростков Казахстана», представляет основные результаты первого национального исследования здоровья и поведения в отношении здоровья детей и подростков 11, 13 и 15 лет в Республике Казахстан. Исследование осуществлено в рамках всей страны в качестве мультицентрового проекта «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья», Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Оно направлено на оценку изменений в здоровье молодых людей по мере того, как они проходят детский и подростковый периоды своей жизни и становятся взрослыми.

Результаты опроса показывают, что различия в состоянии здоровья и поведении, связанном со здоровьем, среди мальчиков и девочек Казахстана появляются уже в раннем подростковом возрасте, т.е. в возрасте от 11 до 15 лет. В национальном отчете представлено влияние возрастных и социально-экономических различий на здоровье и благополучие подростков страны. В исследовании рассматриваются также такие аспекты как психическое благополучие и здоровье детей, а также вовлеченность детей в буллинг и кибербуллинг и роль электронных средств коммуникаций в подростковом периоде.

Настоящий отчет представляет собой характеристику основных детерминант здоровья детей и подростков Казахстана в качестве основы для разработки целого ряда мер по улучшению здоровья и благополучия казахстанских детей и подростков с учётом факторов, формирующих их среду обитания.

### **Национальный Центр общественного здравоохранения МЗ РК**

улица Мәңгілік ел, 8, Дом Министерств, подъезд 18В,  
город Нур-Султан, 010000 Республика Казахстан

Tel.: +7- 7172 -95-41-05

Fax: +7- 7172 -95-41-05

E-mail: [secretariat@hls.kz](mailto:secretariat@hls.kz)

Website: <https://hls.kz/>



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**