

ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»  
Міністерство охорони здоров'я України

## **ПОКАЗНИКИ ТА СОЦІАЛЬНИЙ КОНТЕКСТ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ**

за результатами соціологічного опитування в межах міжнародного проекту ВООЗ  
«Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді»  
(«Health Behaviour in School-aged Children» HBSC)

УДК 613.96:316.62](4Укр)  
ББК 51.28(4Укр)+88.5  
3-46

**Авторський колектив:**

О.М. Балакірева, канд. соціол. наук, Т.В. Бондар, канд. соціол. наук, Д.М. Павлова, канд. соціол. наук, доцент,  
Н.О. Рингач, д-р наук держ. упр., Є.І. Білоус, І.П. Василяшко, О.О. Патрікеєва, С.В. Сидяк,  
О.Т. Сакович, О.В. Швець, канд. мед. наук, доцент, В.В. Забузова, К.О. Балакірева, І.І. Локтева

*За редакцією канд. соціол. наук О.М. Балакіревої*

**Рецензенти:**

Л.Г. Сокурняська, д-р соціол.наук  
О.М. Дікова-Фаворська, д-р соціол.наук  
Н.Г. Гойда, д-р мед.наук

**Редактор М.М. Ілляш**

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень  
імені Олександра Яременка (протокол № 4 від 24 листопада 2014 р.)

ПІДГОТОВЛЕНО ТА ВИДАНО ЗА СПРИЯННЯ  
ПРЕДСТАВНИЦТВА ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН (ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ  
[www.unicef.org.ua](http://www.unicef.org.ua)

3-46 Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.

ISBN 978-617-7239-04-7

У монографії, підготовленій за результатами опитування учнівської молоді та керівників навчальних закладів в Україні, що проведене в межах міжнародного проекту «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) – «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України», проаналізовано вплив соціального середовища на формування здоров'я учнівської молоді віком 11–17 років, зокрема батьківської сім'ї та шкільного оточення. Результати дослідження формують уявлення про оцінку здоров'я та спосіб життя української молоді: режим харчування, сприйняття власного тіла, фізичну активність, психологічний клімат та комфорт, образи та насильство, шкідливі звички, статеvu культуру та поінформованість про ВІЛ/СНІД.

Робота адресована як тим, хто готує і приймає в Україні рішення з питань збереження здоров'я, формування здорового способу життя та виховання здорової поведінки української молоді, що навчається, (керівникам органів державної влади і управління, впливовим політикам і громадським діячам тощо), так і вчителям, медпрацівникам, молодіжним лідерам, волонтерам молодіжних громадських організацій, тобто тим людям, які безпосередньо займаються профілактикою ризиків, наданням знань і прищепленням молоді життєво необхідних навичок здорової поведінки.

УДК 316.42:613.96  
ББК 60.56

© Український інститут соціальних досліджень  
імені Олександра Яременка, 2014

© Балакірева О.М., Бондар Т.В., Павлова Д.М. та ін.

© Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ)  
в Україні, 2014

ISBN 978-617-7239-04-7

# ЗМІСТ

Вступ .....	5
Стисле викладення результатів .....	7
Методологія міжнародного наукового дослідження «Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)» та його реалізація в Україні. ....	12
Характеристика опитаних .....	17
<b>Розділ 1. Складові здоров'я українських дітей та підлітків .....</b>	<b>20</b>
1.1. Психологічний клімат та комфорт .....	20
1.2. Батьківська сім'я .....	24
1.3. Середовище однолітків та дозвілля .....	32
1.4. Школа як важлива складова формування здоров'я дитини .....	39
1.5. Образи, травми та бійки в молодіжному середовищі .....	43
1.6. Медичне обслуговування та санітарно-гігієнічні умови як фактор формування здорового способу життя .....	47
1.7. Облаштування навчального закладу .....	51
<b>Розділ 2. Стан здоров'я та поведінкові практики українських підлітків .....</b>	<b>55</b>
2.1. Самооцінка здоров'я учнівської молоді .....	55
2.2. Відчуття власного тіла .....	60
2.3. Здорове харчування – основа гармонійного розвитку молодого покоління .....	65
2.4. Фізична активність та пасивне проведення вільного часу .....	75
2.5. Роль сучасних медіа-засобів (телевізорів та комп'ютерів) у житті підлітків .....	80
2.6. Статева культура молоді, що навчається .....	87
2.7. Рівень поширеності тютюнокуріння .....	94
2.8. Вживання алкоголю .....	98
2.9. Частота вживання марихуани («травки», «плану») та гашишу .....	105
2.10. Політика формування здорового способу життя в навчальному закладі .....	107
<b>Розділ 3. Рівень поширеності знань про ВІЛ-інфекцію/СНІД. ....</b>	<b>112</b>
<b>Розділ 4. Чинники впливу на здоров'я та поведінкові практики молоді .....</b>	<b>118</b>
<b>Загальні висновки та рекомендації .....</b>	<b>126</b>
<b>Використана література .....</b>	<b>129</b>
<b>Додаток .....</b>	<b>132</b>

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- HBSC** Health Behaviour in School-aged Children  
(Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді)
- ВІЛ** Вірус імунодефіциту людини
- ВНЗ** Вищий навчальний заклад
- ВООЗ** Всесвітня організація охорони здоров'я
- ЗМІ** Засоби масової інформації
- ЗОНЗ** Загальноосвітній навчальний заклад
- ІМТ** Індекс маси тіла
- ІКТ** Інформаційно-комунікаційні технології
- ІПСШ** Інфекції, що передаються статевим шляхом
- КДМ** Клініка, дружня до молоді
- МОЗ** Міністерство охорони здоров'я України
- МОН** Міністерство освіти і науки України
- ПТНЗ** Професійно-технічний навчальний заклад
- СНІД** Синдром набутого імунодефіциту людини
- ЦСССДМ** Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

## ВСТУП

Здоров'я українських громадян залежить як від сприятливої державної політики в країні, так і від усвідомлення важливості зберегти власне здоров'я кожним громадянином, не зважаючи на вік чи соціальний статус. Упродовж останніх років соціальні програми, державні органи та організації, задіяні в системі громадського здоров'я, наголошують на необхідності запобігання захворюванням на противагу розширенню сфери надання медичних послуг, а також на впровадженні просвітницьких програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення в цілому.

Сучасні наукові уявлення про здоров'я як суто медичну проблему активно змінюються. У суспільстві виникає потреба не тільки зберегти здоров'я кожного громадянина, але й формувати його в процесі всього періоду життя, спираючись на кращий світовий досвід та новітні практики.

Особливе значення має діяльність, спрямована на формування здоров'я дітей та молоді. Саме підростаюче покоління є майбутнім держави, і без сприятливої державної політики щодо збереження та зміцнення здоров'я в широкому сенсі (маються на увазі всі його складові – соціальне, психічне, духовне та фізичне) не може бути майбутнього в держави, яка претендує на гідне місце в Європі.

Адекватне розуміння сучасного стану молодіжної проблеми є важливим для прогнозів майбутнього українського суспільства. Нові феномени українських повсякденних практик дітей та молоді поступово стають предметом серйозних теоретичних та методологічних дискусій. Саме тому необхідним є вивчення певних повсякденних практик українських підлітків, а особливо тих практик, що мають вплив на стан здоров'я.

Україна є учасником міжнародного дослідницького проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» («Health Behaviour in School-aged Children» – HBSC). Станом на час підготовки цього видання в країні проведено 4 хвили опитування (2002 р. опитано 5267 осіб; 2006 р. – 6535 осіб, 2010 р. – 10 343 особи, 2014 р. – 11 390 осіб), що стало можливим за підтримки головного партнера – Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

Для реалізації чергової хвили опитування HBSC–2014 р. в Україні при Міністерстві охорони здоров'я України було створено та затверджено наказом робочу групу проекту<sup>1</sup>. Висловлюємо подяку всім міністерствам, відомствам та організаціям, представники яких увійшли до складу робочої групи в межах проекту HBSC і активно сприяли реалізації проекту в Україні, зокрема: Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству освіти і науки України, Міністерству молоді та спорту України, ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України», Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України, ДП «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України», Українському медичному та моніторинговому центру з алкоголю та наркотиків МОЗ України, ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка», Представництву Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, Представництву ВООЗ в Україні. Мета опитування – вивчити сучасні тенденції в поведінці підлітків стосовно здоров'я та вплив соціального оточення на стан здоров'я учнівської молоді. Аналіз отриманих даних дозволяє визначити пріоритети формування навичок здорового способу життя з урахуванням особливостей різних статево-вікових груп та надати відповідні рекомендації.

Представлені матеріали адресовані вчителям та викладачам, соціальним працівникам, батькам, медпрацівникам, представникам молодіжних громадських організацій та засобів масової інформації, а також іншим фахівцям, які безпосередньо займаються формуванням навичок здорового способу життя дітей та молоді. Крім того, запропоновані результати та рекомендації будуть корисними для тих, хто готує і приймає рішення з питань забезпечення здоров'я, формування здорового способу життя та виховання здорової поведінки української молоді, а саме – керівникам органів державної влади і управління, керівникам навчальних закладів, керівникам закладів охорони здоров'я, впливовим політикам і громадським діячам тощо.

<sup>1</sup> [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20140918\\_0654.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140918_0654.html)

Публікація побудована за тематичними розділами, які стосуються широкого кола питань, пов'язаних зі здоров'ям та поведінкою молодих людей. Отже, розглянуто складові здоров'я молодих людей (фізична, психічна, соціальна, духовна), які взаємопов'язані, й кожна з них робить свій внесок у здоров'я людини, в тому числі молоді. Всі ці складові невід'ємні одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров'я людини, в тому числі молоді.

Важливо відмітити, що особливу увагу приділено поведінці та поведінковим практикам підлітків, що є одними з найважливіших елементів способу життя, які не можуть не впливати на здоров'я окремої людини, в тому числі молоді. Поведінка є однією з основних детермінант здоров'я, ступінь впливу якої перевищує вплив багатьох інших детермінант.

Отримані результати дозволили підготувати ґрунтовний аналіз ключових показників стану здоров'я та ставлення підлітків до свого здоров'я, соціального самопочуття та існуючих моделей поведінки; проаналізувати вплив сім'ї, школи, середовища підлітків на поведінкові орієнтації щодо збереження власного здоров'я.

Автори зазначають, що реалізація цього дослідження в Україні стала можливою лише завдяки співпраці широкого кола людей. Перш за все, це співробітники Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка, керівники команд інтерв'юерів та інтерв'юери постійної мережі інституту в регіонах, керівники навчальних закладів та працівники управлінь і відділів освіти та науки, які допомагали в організації і проведенні опитування.

Окрема подяка міжнародному координатору HBSC, керівнику групи наукових розробок HBSC науково-дослідницького відділу охорони здоров'я дітей та підлітків Единбурзького університету Кендес Курі (Candace Currie).

Окрема подяка Представництву Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, яке підтримало підготовку цього звіту та його видання. Щирі слова вдячності персонально Олені Сакович та Юкіе Мокуо.

Аналітичний звіт підготовлено колективом авторів: О. Балакірева, канд. соціол. наук. (наукове керівництво та редагування, вступ, методологія дослідження, стислий виклад результатів, загальні висновки та рекомендації), Т. Бондар, канд. соціол. наук. (методологія дослідження, загальні висновки та рекомендації), В. Забузова (підрозділи 1.1, 1.3, розділ 4), Д. Павлова, канд. соціол. наук, доцент (стисле викладення результатів, підрозділи 1.1, 2.7, розділ 3), К. Балакірева (підрозділ 1.2), І. Василяшко (підрозділи 1.4, 1.5), І. Локтева (підрозділ 1.6.), О. Патрікеєва (підрозділи 1.4, 1.5), Н. Рингач, д-р. наук. держ. упр. (2.1, 2.6), О. Швець, канд. мед. наук., доцент (підрозділи 2.2, 2.3), Є. Білоус (підрозділи 2.4, 2.5), С. Сидяк (підрозділи 2.8, 2.9), О. Сакович (загальні висновки та рекомендації).

## СТИСЛЕ ВИКЛАДЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

### Психологічний клімат та комфорт:

- 41% і 46% опитаних відчували себе дуже щасливими і досить щасливими. Найщасливішими відчували себе дівчата віком 11 років (59%), а найнижчий показник щастя серед 17-річних (23%);
- з дорослішанням збільшується частка тих, котрі почувають себе не дуже щасливими: від 5% серед дітей віком 10–11 років до майже 12% серед дітей віком 17 років;
- у середньому, близько 31% учнівської молоді за останній навчальний рік відчували сильний смуток протягом двох або більше тижнів поспіль. Дівчата більше, ніж хлопці, схильні до відчуття сильного смутку, в середньому їх частка більша на 10%;
- найчастіше сумують дівчата віком 17 років, 44% з них відповіли, що за останній навчальний рік у них було таке відчуття смутку, що вони переставали займатися деякими звичайними речами – спілкуватися з друзями, з батьками, відвідувати гуртки, секції тощо;
- 74% учнівської молоді в середньому оцінили своє життя як найкраще можливе, а середню оцінку поставили 23%. Як найгірше можливе своє життя оцінили від 1% до 4% учнівської молоді;
- найбільш серйозними проблемами для всіх типів навчальних закладів є інтенсивний дорожній рух (12%), проблеми продажу та вживання алкоголю (8%), а також надмірне його вживання в громадських місцях поблизу навчального закладу (7%);
- майже відсутня, для всіх типів навчальних закладів, проблема напруженості стосунків серед населення на расовому або етичному ґрунті, 94% керівників відповіли, що така проблема в мікрорайоні біля навчального закладу відсутня.

### Батьківська сім'я:

- 75,5% охопленої опитуванням учнівської молоді проживає у повних сім'ях, 8% проживають у реструктурованій родині;
- у любові матері переконані 93,5%, а в любові батька – 75,4%;
- легкість спілкування з матір'ю відмітили 88% учнівської молоді, з батьком – 68%;
- 70% матерів і лише 38% батьків добре знають, хто друзі їхніх дітей;
- чим дитина займається після навчання та/або ввечері, добре відомо близько 72% матерів та, відповідно, 45% і 51% батьків. З дорослішанням зменшується рівень поінформованості – з 73% до 56% серед матерів та з 54% до 36% серед батьків;
- учнівська молодь переважно сама приймає рішення про проведення вільного часу – від 85% тих, хто вирішує самостійно, серед 13-літніх, до 95% серед 17-літніх;
- про витрачання грошей добре відомо 52% матерів та 35% батьків;
- лише 53% батьків при покаранні пояснюють, що саме стало його причиною, що в поведінці було неправильне. Серед матерів тих, що надають такі пояснення, 60,2%, проти 45% серед батьків. Покарання без обґрунтування і пояснення практикують близько 5%;
- участь у навчанні беруть від 67,7% батьків (готові допомогти виконати домашнє завдання) до 87% (заохочують добре вчитися);
- найпоширенішим родинним заняттям є спільне виконання хатньої роботи – 88,7%, далі – спільне обговорення проблем, новин – 83,4%. На спільні прогулянки ходять 29,5%. 37,5% сімей разом займаються спортом, 39,6% – граються удома, 29,8% – відвідують місця розваг.

**Середовище однолітків та дозвілля:**

- молоді притаманні довірливі стосунки з друзями: 76,5% можуть ділитися із своїми друзями радіощами та прикрощами, 72% – розраховують на друзів у разі виникнення неприємності;
- віртуальне спілкування є значною частиною життя сучасної молоді: 45,9% з них щодня спілкуються з друзями в соціальних мережах. Комунікація в Інтернеті більше поширена серед дівчат, ніж серед хлопців;
- у вечірній час (після 20.00) зустрічаються з друзями щодня 26,6%. Особистісне спілкування (як до, так і після 20.00) більш поширене серед хлопців;
- 52,8% молоді вважають, що більшість друзів у їхній компанії добре вчаться, 53% – займаються спортом, 36,8% – беруть участь у культурних заходах;
- 11,8% респондентів зазначили, що більшість друзів у їхній компанії часто курять сигарети;
- друзі, що курять, є в майже 14% хлопців, тоді як серед дівчат таких – 9,9%; вживають алкогольні напої друзі 10% хлопців та 7,9% дівчат; наркотики – 2,9% хлопців і 1,4% дівчат;
- 72,3% вважають, що друзі їм допомагають, 72% – допоможуть, якщо виникнуть неприємності, 76,5% готові ділитися радіощами та прикрощами, 71,2% обговорюють з друзями свої проблеми;
- 36,8% учнівської молоді не належать до жодної організації;
- найпоширенішою є участь у спортивних об'єднаннях – 32,2%.

**Школа як важлива складова формування здоров'я дитини:**

- 86,1% учнівської молоді позитивно налаштовані до навчального закладу;
- кожний третій освітній заклад забезпечений неналежно чи зовсім не забезпечений відповідними комфортними здоров'язберезувальними умовами для перебування та навчання дітей з функціональними обмеженнями здоров'я;
- 28,8% освітніх установ не забезпечують учнів, які проживають на відстані понад 3 км від школи, транспортним обслуговуванням;
- кожен другий педагог має можливість вільно користуватися засобами ІКТ;
- 60,5% опитаних учнів/студентів задоволені своїми взаєминами в колективі;
- 71,2% вважають, що вчителі/викладачі сприймають їх такими, як вони є, і понад половину опитаних (53,9%) вважають, що педагоги ставляться до них як до особистості.

**Образи, травми, бійки в підлітковому середовищі:**

- 36% респондентів були ображені щонайменше 1 раз на рік і 41% – ображали інших учнів/студентів свого навчального закладу;
- 11% респондентів були ображені, принижені через SMS, повідомлення на «стіні» в соціальній мережі, електронні листи, сайт або через розміщення без їх дозволу в Інтернеті фото в непривабливому вигляді;
- 36% учнівської молоді щонайменше раз на рік брали участь у бійках, 32% – зверталися до медиків з приводу травм;
- «жертвами» постійних образ бувають близько 13% респондентів;
- з віком збільшується кількість тих, кого не ображали: з 58,2% в 10 років до 74,8% в 17 років. Разом з тим, зменшується кількість тих, хто не ображав інших: з 67,3% в 10 років до 56% в 17 років;
- хлопці демонструють агресивну поведінку частіше, ніж дівчата. Вони у два рази частіше потрапляють у бійки та, відповідно, і серйозно травмованих через це серед них у 5–6 разів також більше;
- найкращим порадиником у складній ситуації для дітей є члени родини: до батьків звертаються до 65,5% респондентів, до брата/сестри – 28,9%. Довірятися педагогам може кожний четвертий учень/студент. Низькою довірою користуються певні фахівці (психолог, соціальний педагог, працівники медичної, соціальної, охоронної служб);
- 41% учнів/студентів за останні 12 місяців отримували травми, через які зверталися до лікаря або медсестри;
- травми учні/студенти найчастіше отримують у побуті або у дворі (13% респондентів), удвічі менше в спортивному залі (7%) та втричі менше в навчальному закладі (4%).



**Медичне обслуговування та санітарно-гігієнічні умови:**

- у половині навчальних закладів медичний профілактичний огляд відбувався виключно із залученням медичного працівника цього ж медичного закладу;
- 5% керівників підтвердили наявність лікаря-терапевта у навчальному закладі, а про наявність медичної сестри, яка працює на повну ставку, повідомили 53,9% опитаних;
- у значній частині сільських загальноосвітніх закладів відсутні медичні працівники, тільки 2,4% опитаних відповіли про наявність лікаря, який працює не на повну ставку;
- наявність медичної сестри, яка працює на повну ставку, підтвердила лише третина опитаних керівників сільських шкіл (33,9%);
- спеціалісти, які, на думку респондентів, повинні працювати безпосередньо у навчальному закладі, – медичні сестри (78,4%) та лікарі-педіатри (58,3%).

**Здоров'я молодих людей:**

- 98,3% керівників навчальних закладів підтвердили існування в навчальному закладі плану дій (заходів) щодо формування здорового способу життя;
- 74,0% підтвердили здійснення у своїх закладах оцінювання досягнення визначених цілей щодо формування здорового способу життя;
- 17,2% керівників повідомили про те, що в їхніх навчальних закладах були кошти для реалізації заходів щодо формування здорового способу життя учнів/студентів на поточний 2013/2014 навчальний рік. Майже 80% опитаних керівників наголосили на недостатності коштів для реалізації програм з формування здорового способу життя;
- 20,6% учнів/студентів визнавали власне здоров'я посереднім або поганим, причому найчастіше так оцінювали стан свого здоров'я опитані з сімей з достатком нижче середнього та низьким;
- 32,5% опитаних учнів скаржилися, що їм щонайменше раз на тиждень дошкуляє головний біль, біль у спині – 22,9%, у животі – 22,6%, 45,9% – щонайменше раз на тиждень впродовж останніх 6 місяців почували себе роздратованими або в поганому настрої, 43,5% респондентів часто нервували, 24,1% відзначали це з частотою щодня або кілька разів на тиждень;
- дівчата, незалежно від віку, місця проживання і навчання, мали більше скарг на здоров'я, ніж хлопці;
- понад 90% респондентів раз або більше на день чистять зуби, проте роблять це частіше одного разу на день тільки 52,5% опитаних, що недостатньо для ефективної профілактики захворювань ротової порожнини.

**Відчуття власного тіла:**

- виявлено значне поширення недостатньої та надмірної ваги тіла, переважно у школярів молодшого віку. Про наявність ожиріння також переважно повідомляли учні молодших класів. Існує вірогідність свідомого заниження реальної ваги особливо у дівчат;
- більше половини опитаних дівчат старше 14 років вважає власну вагу надмірною та кожна четверта з них намагається обмежувати себе в харчуванні з метою нормалізації ваги;
- серед хлопців більшість задоволена власною вагою, а в старших вікових групах зростає відсоток школярів, які вважають за доцільне набрати вагу;
- зберігається тенденція переоцінки дівчатками власної ваги, внаслідок чого вони намагаються дотримуватись непотрібних дієт, збільшуючи ризик харчових розладів;
- об'єктивне ставлення дітей усіх вікових та статевих груп до власного вигляду та усвідомлення реально існуючих проблем із вагою є необхідною умовою та мотивацією для зміни способу життя та виконання медичних призначень з метою нормалізації недостатньої або надмірної маси тіла.

**Навички здорового харчування:**

- у значної частини 10- та 11-річних школярів встановлено низький рівень споживання м'яса та м'ясних продуктів;
- поширеним є високе споживання білого та чорного хліба, що має низьку харчову цінність та високий вміст солі;
- на високому рівні залишається споживання солодоців і зростає вживання солодких газованих напоїв та чіпсів, енергетичних напоїв;
- у раціоні харчування старшокласників з'являється більше солодоців, вони рідше їдять у родинному колі і частіше відвідують «фаст-фуди»;
- велика частка школярів відмовляється від сніданку регулярно або час від часу.

**Фізична активність та пасивне проведення вільного часу:**

- 93,2–97,3% підлітків (залежно від віку) займаються різними фізичними вправами у свій вільний час. Найбільше залучених до фізичної культури підлітків віком 13–14 років, дещо менше – дітей молодшого (10–11 років) та старшого віку (16–17 років);
- кожного дня тренуються чи роблять вправи від 17,9% до 34,7% (залежно від віку опитаних);
- тривалість занять фізичними вправами збільшується з віком. Якщо серед 10-річних підлітків лише 29,7% займалися 4 і більше годин на тиждень, то серед 14-річних ця частка становила 37,4%, а серед 17-річних – майже 40%;
- фізична активність дівчат є дещо нижчою, ніж хлопців: вони дещо частіше, ніж хлопці, повідомляли про те, що ніколи не займалися різними фізичними вправами у вільний від занять час;
- у більшості навчальних закладів, незалежно від їх типу, регулярно проводяться внутрішні спортивні заходи (змагання, олімпіади, спартакіади тощо). Дещо нижчими є показники фізичної активності в школах обласних центрів.

**Телевізори та комп'ютери в житті підлітків:**

- від 71,2% до 81,3% опитаних (залежно від віку) дивляться телепередачі до трьох годин у будній день. У вихідні цей показник становить 51,9–72,9%, відповідно;
- на комп'ютерні забави від 55,2% до 72,6% підлітків витрачають до трьох годин свого вільного часу в будні, а у вихідні – відповідно, 49,9–72,7% (залежно від віку опитаних);
- за електронними пристроями з іншими цілями (виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, спілкування в чатах, соціальних мережах, використання ресурсів Інтернету) від 0,5 до 3 годин проводять 62–73% підлітків у будні дні. У вихідні дні цей показник є дещо меншим і становить 52–69% (залежно від віку).

**Статева культура молоді:**

- 24,3% опитаних повідомили про досвід сексуальних стосунків. До досягнення 17-річного віку надбання практичного досвіду статевого життя визнали більш ніж кожен другий хлопець (54,9%) та кожна третя дівчина (33,9%);
- майже дві третини тих, хто мав досвід статевого стосунку, вказали, що їхній сексуальний дебют відбувся в 15–16 років та старше;
- 73,1% опитаних повідомили про використання презерватива при останньому статевому акті;
- відносно більша частина дівчат, які мають досвід статевого стосунку, не зважає на загрозу власному здоров'ю і практикує ризиковані статеві акти: у всіх вікових групах дівчат, таких, що мали незахищені презервативом контакти, виявилось більше, ніж серед хлопців;
- 17,1% практикують переривання статевого акту як засіб контрацепції;
- Інтернет став головним джерелом, з якого сучасна українська молодь отримує інформацію про статеві стосунки: 66,1% респондентів саме в Інтернеті шукали і отримували відповіді на запитання, що їх цікавили.

**Рівень поширеності куріння:**

- 30% опитаних пробували коли-небудь курити. Перейшли від спроб до звички курити щодня 7% учнівської молоді, серед яких 46,2% – учні ПТНЗ;
- 84% учнів і студентів повідомили, що взагалі не курять;
- серед 15-річних дівчат – 5% курять, а серед 17-річних – кожна десята;
- серед хлопців перші спроби тютюну найчастіше відбувалися в 11-річному віці і раніше. Серед дівчат – у 14 років;
- 32% опитаних зазначили, що більшість друзів їхньої компанії курять часто;
- серед респондентів, у кого більшість друзів часто курить, 33% курять щодня.

**Вживання алкоголю:**

- 44,8% учнів принаймні один раз у житті вживали алкогольні напої (від 13,7% 10-річних учнів до 76,2% – 17-річних);
- 8,6% учнів повідомили, що вперше вживали алкоголь у віці 11 років або молодше;
- до 59% учнів зазначили, що ніколи не вживали алкогольні напої;
- 18% 17-річних респондентів вживали алкоголь 30 і більше днів протягом життя;
- майже 36,9% хлопців та 38,7% дівчат мали у своєму житті досвід т. зв. «binge drinking»;
- принаймні один раз протягом життя в середньому 26,5% учнів віком 10–17 років були п'яними. У віці 10 років цей показник становить 5,7%, у віці 17 років – 60,7%.

**Частота вживання марихуани:**

- марихуану вживали протягом життя 8,9% респондентів;
- така ж тенденція стосується і вживання наркотиків за останні 30 днів (0,4% – серед 13-річних учнів та 5,7% – 17-річних);
- вік першого вживання марихуани найчастіше припадає на діапазон 15–16 років.

**Рівень поширеності знань про ВІЛ-інфекцію:**

- майже всі опитані представники учнівської молоді (95%) чули про ВІЛ/СНІД;
- основним джерелом інформації щодо шляхів поширення ВІЛ виявилися вчителі: це відзначили 64,1%;
- важливими джерелами отримання такої інформації є також засоби масової інформації, у першу чергу – телебачення (62,2%) та Інтернет (61,6%). Також проблема ВІЛ/СНІДу часто обговорюється з батьками (45,7%), медичними працівниками (59,5%);
- 33% вважають, що інфікована ВІЛ людина не може виглядати здоровою або не знають цього;
- 53% учнів зазначили, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві стосунки з постійним партнером;
- 24,1% учнівської молоді правильно визначили всі шляхи передачі ВІЛ та правильно зазначили, як ВІЛ не передається (26,3% серед хлопців та 22,2% серед дівчат);
- основними шляхами захисту від ВІЛ-інфекції учнівська молодь вважає використання презерватива під час кожного статевого контакту (67%) та невикористання шприців або голок, якими користувалися інші люди (66%), відкладення початку статевого життя (45,7%);
- третина опитаних (33%) помилково вважає, що можна зробити щеплення з метою запобігання інфікуванню ВІЛ;
- 66% опитаних знають, куди можна звернутися в разі виникнення бажання пройти тестування на ВІЛ.

## МЕТОДОЛОГІЯ МІЖНАРОДНОГО НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ «HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)» ТА ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЯ В УКРАЇНІ

HBSC – це спільне дослідження ВООЗ, в якому бере участь велика кількість країн та яке спрямоване на збір даних про здоров'я і благополуччя, соціальні умови та поведінку 11-, 13- та 15-річних хлопчиків і дівчаток раз на чотири роки. Мета дослідження HBSC полягає в тому, щоб, використовуючи дані на національному та міжнародному рівнях:

- отримати більш повне уявлення про стан здоров'я і благополуччя молодого покоління;
- краще зрозуміти соціальні детермінанти здоров'я;
- надати інформацію для коригування політики та практики з метою покращення життя підлітків.

Починаючи з 1983 р., коли вперше було проведено такого роду дослідження, його унікальна методологія дозволила сконтактувати з сотнями тисяч підлітків у багатьох частинах світу, формуючи з часом базу даних, яка дає ґрунтовні уявлення про особливості та проблеми, пов'язані з їх здоров'ям і благополуччям.

Перше обстеження HBSC було проведено в 1983–1984 рр. в п'яти країнах. Останнє обстеження включало вже 43 країни та регіони Європи та Північної Америки.

Міжнародний проект «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді (HBSC)» здійснюється в Україні з 2001 р. (пілотний проект), у 2002, 2006, 2010, 2014 рр. – основні етапи цього дослідження. Українська база даних входить до об'єднаної бази даних країн-учасниць проекту HBSC.

*Методологія дослідження в Україні* базується на протоколі міжнародного наукового дослідження «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)<sup>2</sup>, який надає концептуальну основу та має узгоджений набір показників соціальних та індивідуальних детермінант здоров'я, а також медичних і поведінкових індикаторів<sup>2</sup>.

Розроблений інструментарій базується на запитаннях, запропонованих міжнародним протоколом дослідження, до якого входять як обов'язкові для всіх країн-учасниць тематичні блоки та запитання, так і необов'язкові (додаткові) блоки з окремими специфічними тематичними питаннями; а також на національних запитаннях, запропонованих робочою групою проекту, що створена при Міністерстві охорони здоров'я України.

Кожна країна проводить пілотування інструментарію з подальшою його адаптацією до соціокультурних норм, традицій та національних особливостей, а також вносить свій додатковий перелік тематичних запитань, що є актуальними для країни.

Дослідження HBSC передбачає не тільки моніторинг здоров'я та поведінки підлітків у часі, а й врахування різних складових їх здоров'я в більш широкому контексті. Для того щоб зрозуміти, які чинники впливають на здоров'я і поведінку підлітків, вивчаються як навколишнє їх соціально-економічне середовище, так і умови, що характеризують їх життя вдома, в школі, в групах однолітків. Дослідження HBSC забезпечує широту і глибину інформації, недосяжні при проведенні більшості моніторингових досліджень.

На цей час в Україні в межах проекту HBSC проведено 4 хвилі опитування (у 2002 р. опитано 5267 учнів; у 2006 р. – 6535 учнів, у 2010 р. – 10 343 учні, 2014 р. – 11 390 учнів) – національна вибіркова сукупність дає можливість аналізу за віком, статтю, типом поселення, регіоном, типом сім'ї, матеріальним становищем тощо, але не передбачає аналізу на рівні області та навчального закладу).

*Мета дослідження:* отримати надійну та валідну інформацію щодо характеристик здоров'я та способу життя учнівської молоді віком 11, 13, 15 та 17 років, яка дозволить посилити заходи зі збереження та зміцнення здоров'я, визначити пріоритети формування навичок здорового способу життя з урахуванням особливостей різних статево-вікових груп; вивчити вплив соціального оточення на стан здоров'я учнівської молоді.

<sup>2</sup> Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research Protocol for the 2013/2014 survey. Edinburgh. (<http://www.hbsc.org>).

Об'єктом дослідження, в першу чергу, були молоді люди віком 11, 13, 15 та 17 років, які навчаються в школі, на 1-му, 2-му курсах ПТНЗ та ВНЗ I-II рівнів акредитації (на базі 9-річної освіти).

Для вивчення впливу соціального середовища на стан здоров'я учнівської молоді, в межах міжнародного проекту було започатковано збір інформації, що характеризує навчальні заклади, в яких проводилося опитування. З цією метою проведено опитування керівників тих навчальних закладів, які потрапили до вибіркової сукупності. Усього було опитано 458 осіб з числа адміністрації навчальних закладів.

Вибіркова сукупність була випадковою, стратифікованою за типом поселення (місто, село). Стандартні відхилення при достовірних 95 відсотках і співвідношенні змінних від 0,1 : 0,9 до 0,5 : 0,5 становили 0,59 – 0,98%.

Опитування учнівської молоді також можна назвати кластерним, оскільки одиницею відбору були класи/групи, всі члени в яких брали участь у дослідженні. У даному разі кластером виступив учнівський клас (або група).

Опитуванням було охоплено всі регіони України – 26 територіально-адміністративних одиниць (24 області, АР Крим та м. Київ).

Усі навчальні заклади були поділені на три типи: 1) загальноосвітні навчальні заклади; 2) професійно-технічні навчальні заклади освіти на базі неповної середньої освіти; 3) вищі навчальні заклади I-II рівнів акредитації (технікуми, училища, коледжі тощо).

До загального переліку, з якого здійснювався відбір одиниць спостереження, не включалися певні категорії навчальних закладів, а саме: заклади освіти для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку; санаторно-лісні школи; заклади освіти для дітей, що за рішенням суду позбавлені волі та перебувають у виправних закладах; школи-інтернати для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Питома вага учнів перерахованих вище закладів освіти серед усієї сукупності учнів закладів середньої освіти не перевищує 1,5%.

Відбір одиниць вибірки (навчального класу/групи) визначався двома кроками. Перший крок – відбір необхідної кількості навчальних закладів для кожної вікової групи серед кожного з типів навчальних закладів. Для формування списків шкіл і для відбору ПТНЗ та ВНЗ I-II рівнів акредитації використовувався метод систематичного відбору за розрахованим кроком. Другий крок – відбір класів/груп у кожному з навчальних закладів за допомогою спеціальних таблиць, які забезпечували рівну вірогідність кожному класу/групі бути включеними до вибірки (у кожному навчальному закладі обиралося не більше 2 класів/груп). Одиницею спостереження були всі учні/студенти у вибраних класах/групах.

Методом опитування учнівської молоді слугувало анкетування за групами/класами шляхом самозаповнення кожним респондентом формалізованого запитальника в навчальних аудиторіях з подальшим покладенням його в індивідуальний конверт.

Опитування керівників навчальних закладів здійснювалося методом індивідуального інтерв'ю за допомогою формалізованого запитальника.

Етичні питання. Для організації опитування було підготовлено і отримано лист-сприяння від імені заступника міністра освіти та науки України до обласних управлінь освіти. Було отримано позитивний висновок комісії з професійної етики Соціологічної асоціації України про те, що технологія дослідження забезпечує необхідний рівень анонімності, конфіденційності отриманої інформації, текст запитальників (за змістом та стилем формулювання) є коректним, забезпечує дотримання прав людської гідності та морально-етичних норм у відповідності до затверджених Соціологічною асоціацією України етичних принципів проведення досліджень серед дітей та підлітків, принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини, Конвенції ООН про права дитини та відповідних законів України. Також було отримано сертифікат CE № 2640140 (Протокол № 2 від 13 лютого 2014 року) від Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи Національної академії педагогічних наук, який дозволяє проведення дослідження в навчальних закладах України, відповідно до Положення про експертизу психологічного і соціологічного інструментарію<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> [http://www.zippo.net.ua/index.php?page\\_id=107](http://www.zippo.net.ua/index.php?page_id=107)



*Процедура збору даних.* Польовий етап дослідження здійснювався представниками постійної мережі інтерв'юерів Українського інституту соціальних досліджень ім. Олександра Яременка. В усіх областях опитування було проведено інструктаж для інтерв'юерів з питань організації проведення опитування з метою належної реалізації вибіркової сукупності та дотримання методології дослідження.

Неодмінною складовою дотримання вимог технології проведення опитування було збереження анонімності та конфіденційності відповідей учнівської молоді. Керівники навчальних закладів були попереджені про те, що конфіденційність буде збережена й стосовно кожного навчального закладу.

Для організації опитування інтерв'юери мали попередню зустріч (або телефонну розмову) з адміністрацією навчального закладу з метою: інформувати стосовно основної мети дослідження, з наголосом на дотриманні етичних принципів проведення соціологічних досліджень серед дітей та підлітків, конфіденційності та анонімності даних, які будуть одержані; роз'яснити, чому і як саме цей навчальний заклад було обрано для дослідження (метод випадкових чисел, які визначає комп'ютер); охарактеризувати процедуру проведення дослідження; інформувати класного керівника/куратора групи про те, що якщо в класі/групі є учні/студенти, які за релігійними чи світоглядними переконаннями не можуть брати участь в опитуванні, то такі учні/студенти, за бажанням, можуть відмовитися від участі в ньому; заручитися згодою керівника навчального закладу на проведення інтерв'ю з ним або його заступником, тобто з особою з адміністрації навчального закладу; заручитися згодою керівника навчального закладу щодо того, що обстеження буде проведено саме у визначених класі/групі (на цьому наголошено в листі до керівника навчального закладу); домовитися, що викладач лише представить інтерв'юера, а потім залишить клас і повернеться після закінчення опитування; домовитися щодо дати та часу проведення опитування. Опитування за допомогою інтерв'юерів проводиться з метою уникнення присутності вчителів або будь-кого з адміністрації навчального закладу в аудиторії під час анкетування. Інтерв'юер приходив до навчального закладу у день і час згідно з попередньою домовленістю, проводив інструктаж учнів, роздавав учням анкети та індивідуальні конверти, до яких після закінчення опитування учні власноруч вкладали анкети. Запечатаний конверт з анкетною учень передавав інтерв'юеру або клав до загального для всього класу/групи конверта. Заповнення анкет учнями відбувалося в учбовій аудиторії в присутності інтерв'юера, який у разі необхідності міг надати консультації, пояснення, якщо в учнів виникало незрозуміння окремих запитань, слів, назв тощо. Повноваження інтерв'юерів та необхідні коментарі до запитань анкети були визначені в інструкції для інтерв'юерів. Інтерв'юер заповнював звітну форму на кожний клас/групу (на окремому бланку), яка вкладалася до загального конверта класу/групи. Усі загальні конверти класу/групи передавалися організатору опитування в області, який відсилав їх до Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка (м. Київ), де відбувалося подальше опрацювання анкет: кодування, переведення інформації в електронний формат, статистико-математична обробка.

Реалізована вибіркова сукупність складає 738 навчальних класів/груп, в яких опитано 11 390 респондентів (5382 дівчини, 6008 хлопців) (табл. 1, 2). Рівень досягнення цільової вікової групи – 79,7% (табл. 4).

Опитування викликало досить високий рівень зацікавленості серед учнівської молоді (84,2%) та 86,9% досить серйозно поставилася до роботи під час заповнення анкет (табл. 5, 6). У поодиноких випадках анкети було заповнено не повністю, тому їх вилучали з аналізу під час перевірки якості заповнення та кодування. Заповнення анкети потребувало в середньому 45 хвилин, хоча були випадки, коли процес був дещо повільнішим і займав більше часу, переважно це стосується респондентів середнього шкільного віку.

Таблиця 1

**Тип і кількість навчальних закладів, де проводилося опитування**

Тип закладу	Кількість
Загальноосвітній навчальний заклад I–II ступенів	38
Загальноосвітній навчальний заклад I–III ступенів (гімназії, ліцеї, колегіуми)	282
Загальноосвітній навчальний заклад I–III ступенів	4
Професійно-технічний навчальний заклад	70
Вищий навчальний заклад I–II рівнів акредитації	64
<b>Всього</b>	<b>458</b>

Таблиця 2

**Кількість опитаних учнів, залежно від статі та типу навчального закладу**

	Хлопці		Дівчата		Всього	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Загальноосвітній навчальний заклад I–II ступенів	359	6,7	361	6,0	720	6,3
Загальноосвітній навчальний заклад I–III ступенів (гімназії, ліцеї, колегіуми)	3956	73,5	4603	76,6	8559	75,1
Загальноосвітній навчальний заклад I–III ступенів	40	0,7	64	1,1	104	0,9
Професійно-технічний навчальний заклад	562	10,4	454	7,6	1016	8,9
Вищий навчальний заклад I–II рівнів акредитації	465	8,6	526	8,8	991	8,7
<b>Всього</b>	<b>5382</b>	<b>100</b>	<b>6008</b>	<b>100</b>	<b>11390</b>	<b>100</b>

Більшість опитаних становлять учні загальноосвітніх навчальних закладів (81,5%), 9,8% – учні ПТНЗ та 8,7% – студенти ВНЗ I–II рівнів акредитації (табл. 3).

Таблиця 3

**Типи і кількість класів/курсів, де проводилося опитування**

Типи класів/курсів	Кількість класів/курсів	
	Одиниць	%
5 клас	94	12,7
6 клас	91	12,3
7 клас	94	12,7
8 клас	96	13,0
9 клас	87	11,8
10 клас	73	9,9
11 клас	67	9,1
ПТНЗ (після 9-го класу)	72	9,8
ВНЗ I–II рівнів акредитації (після 9-го класу)	64	8,7
<b>Всього</b>	<b>738</b>	<b>100</b>

Таблиця 4

## Питома вага учнів/студентів, присутніх/відсутніх на момент опитування в класі/групі

	Осіб	%
Були присутні	11 905	79,7
Були відсутні	3 062	20,3
<b>Всього</b>	<b>14 967</b>	<b>100</b>

Таблиця 5

## Питома вага учнів/студентів класу/групи, які із зацікавленням поставилися до дослідження, %

Так, усі	51,3
Майже всі	32,9
Більшість із них	12,2
Приблизно половина	1,7
Менше ніж половина	0,8
Майже ніхто	1
Ніхто	0,1

Таблиця 6

## Питома вага учнів/студентів класу/групи, які серйозно поставилися до заповнення анкет, %

Так, усі	51,9
Майже всі	35,0
Більшість із них	10,3
Приблизно половина	1,7
Менше ніж половина	0,8
Майже ніхто	0,1
Ніхто	0,1



## ХАРАКТЕРИСТИКА ОПИТАНИХ

### Молодь, що навчається

У дослідженні 2014 р. взяли участь **5382** респонденти жіночої статі та **6008** – чоловічої з 26 територіально-адміністративних одиниць України: 24 областей України, АР Крим та м. Києва (табл. 7).

Таблиця 7

### Розподіл опитаних за територіально-адміністративними одиницями, %

Територіально-адміністративні одиниці	Реалізована кількість					
	Хлопці	%	Дівчата	%	Всього	%
АР Крим	77	1,4	119	2,0	196	1,7
Вінницька	244	4,5	258	4,3	502	4,5
Волинська	203	3,8	241	4,0	444	3,8
Дніпропетровська	390	7,2	427	7,1	817	7,1
Донецька	394	7,3	438	7,3	832	7,5
Житомирська	201	3,7	230	3,8	431	3,7
Закарпатська	127	2,4	139	2,3	266	2,3
Запорізька	236	4,4	271	4,5	507	4,5
Івано-Франківська	255	4,7	289	4,8	544	4,7
Київська	210	3,9	253	4,2	463	4,3
м. Київ	230	4,3	223	3,7	453	3,9
Кіровоградська	127	2,4	172	2,9	299	2,7
Луганська	229	4,3	247	4,1	476	4,3
Львівська	364	6,8	410	6,8	774	6,7
Миколаївська	137	2,5	154	2,6	291	2,6
Одеська	290	5,4	242	4,7	532	4,6
Полтавська	190	3,5	189	3,3	379	3,3
Рівненська	155	2,9	181	2,9	336	2,9
Сумська	107	2,0	153	2,3	260	2,3
Тернопільська	144	2,7	166	2,7	310	2,7
Харківська	236	4,4	273	4,5	509	4,6
Херсонська	205	3,8	114	2,8	319	2,8
Хмельницька	206	3,8	279	4,3	485	4,2
Черкаська	193	3,6	261	4,0	454	4,0
Чернівецька	129	2,4	128	2,3	257	2,2
Чернігівська	103	1,9	151	2,2	254	2,2
<b>Всього</b>	<b>5 382</b>	<b>100,0</b>	<b>6 008</b>	<b>100,0</b>	<b>11 390</b>	<b>100,0</b>

Мешканці обласних центрів становлять 35%, 41% – представники інших міст області з різною кількістю населення, 25% опитаних молодих людей проживає в сільській місцевості (табл. 8).

Таблиця 8

## Розподіл опитаних за типом населеного пункту

	Хлопці		Дівчата		Всього	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Обласний центр	1908	35,5	2072	34,5	3980	34,9
Місто	2148	39,9	2471	41,1	4619	40,6
Село	1326	24,6	1465	24,4	2791	24,5

## Керівники навчальних закладів

В опитуванні 2014 р. для більш повного аналізу навчального процесу в кожному навчальному закладі, представленому у вибірковій сукупності, було опитано керівника (або іншу особу з адміністрації навчального закладу). Всього було опитано 458 осіб (табл. 9).

Таблиця 9

## Розподіл опитаних за територіально-адміністративними одиницями, N

Регіон опитування	Кількість опитаних
АР Крим	7
Вінницька	18
Волинська	18
Дніпропетровська	27
Донецька	37
Житомирська	18
Закарпатська	14
Запорізька	17
Івано-Франківська	20
Київська	19
м. Київ	16
Кіровоградська	21
Луганська	20
Львівська	31
Миколаївська	11
Одеська	20
Полтавська	14
Рівненська	14
Сумська	12
Тернопільська	11
Харківська	21
Херсонська	13
Хмельницька	19
Черкаська	15
Чернівецька	11
Чернігівська	14
<b>Всього</b>	<b>458</b>

Більшість опитаних становлять директори навчальних закладів та їх заступники (табл. 10). В опитуванні також взяли участь вчителі/викладачі, психологи/практичні психологи та соціальні педагоги.

Таблиця 10

**Розподіл респондентів** за займаною посадою в навчальному закладі, особи

	ЗОНЗ	ПТНЗ	ВНЗ	Загалом
Керівник (директор, завідувач, начальник), виконуючий обов'язки керівника)	179	17	15	211
Заступник директора з виховної роботи	33	13	26	72
Заступник директора з методичної роботи	8	2	1	11
Заступник директора з навчальної роботи	18	8	10	36
Заступник директора з навчально-методичної роботи	3	1	2	6
Заступник директора з навчально-виховної роботи	52	6	4	62
Заступник директора з навчально-виробничої роботи	3	10	2	15
Заступник директора з господарської роботи	2	0	0	2
Майстер/старший майстер виробничого навчання	0	4	0	4
Методист	1	1	0	2
Вчитель/викладач/старший викладач	16	2	2	20
Психолог/практичний психолог	2	3	1	6
Соціальний педагог	2	2	1	5
Педагог-організатор/культурорганізатор	4	2	0	6
<b>Всього:</b>				<b>458</b>

## РОЗДІЛ 1. СКЛАДОВІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Розуміння здоров'я як багатоаспектної системи дозволяє правильно усвідомлювати його значення в житті молодої людини. Здоров'я людей залежить не тільки від медицини й охорони здоров'я, а й від впливу складного комплексу природних і соціально-економічних умов життя. Тому здоров'я населення має бути основою соціально-економічної зрілості країни.

### 1.1. ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ ТА КОМФОРТ

Психологічний клімат та комфорт є важливими факторами, що впливають на стан психічного здоров'я особистості, фактор, на який останнім часом звертається все більше суспільної уваги. Збереження психічного здоров'я молодого покоління, поряд із фізичним, починає визнаватися одним з найважливіших завдань українського суспільства, у тому числі і системи освіти.

У матеріалах Всесвітньої федерації психічного здоров'я термін «психічне здоров'я» охоплює шляхи гармонізації людини, її бажання, амбіції, здібності, ідеали, почуття і свідомість, а саме: відсутність виразних психічних порушень; наявність певного резерву сил, завдяки якому людина може подолати несподівані стреси або ускладнення; рівновагу в стосунках людини з довкіллям, гармонійні взаємини між особистістю та суспільством, безконфліктне співіснування уявлень індивіда та уявлень інших людей щодо об'єктивної реальності<sup>4</sup>.

Також психічне здоров'я (ментальне здоров'я), згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, – це стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити вклад у життя своєї спільноти<sup>5</sup>.

Особлива увага до збереження психічного здоров'я має приділятися в період підліткового віку, тому що саме цей період є дуже особливим і важливим у житті людини. Усе, що відбувається з дітьми в цьому віці, називається підлітковою кризою – це час пошуків свого місця в житті; час для самопізнання та становлення своєї індивідуальності; час для зав'язування дружніх та романтичних стосунків; час великих змін<sup>6</sup>. І те, наскільки вдало та гармонійно людина пройде цей період, може впливати на все її подальше життя.

У розпорядженні Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» зазначається, що «викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану психічного здоров'я молодих людей». Ця тенденція відображається й в отриманих нами результатах.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

**Відчуття щастя.** Залежно від віку та статі, від 23% до 59% опитаних відчували себе дуже щасливими, а саме: більше 40% – дітей обох статей від 10 до 13 років, більше 30% – від 14 до 15 років і від 23% до 30% – діти 16–17 років (табл. 1.2.1). Тобто ми бачимо, що з віком частина тих, хто вважає себе дуже щасливими, зменшується. При цьому найщасливішими відчували себе дівчата віком 11 років (59%). Найнижчий показник щастя (23%) відмічається у 17-річних дітей. Досить щасливими вважали себе 33% дітей 10 років, та з віком ця частка збільшилася до 60% – серед дітей 17 років. Разом з тим, з дорослішанням збільшувалась і частка тих, котрі почували себе не дуже щасливими: від 5% серед дітей віком 10–11 років до майже 12% серед дітей віком 17 років. Що стосується учнівської молоді, яка почувалася зовсім не щасливою, то її частка з віком також має тенденцію до збільшення (від 0,5 до 2%), причому найбільший показник (2%) встановлено серед дівчат у віці 17 років.

<sup>4</sup> Главник О.П. Як допомогти дітям і молоді у збереженні психічного здоров'я / О.П. Главник. – К. : Укр. ін.-т соц. дослідж., 2005. – 8 с. (Формув. здоров. способу життя молоді ; кн. 8).

<sup>5</sup> Про затвердження Концепції щодо удосконалення надання психіатричної допомоги дітям : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.08.2012 р. № 668 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120830\\_668.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120830_668.html)

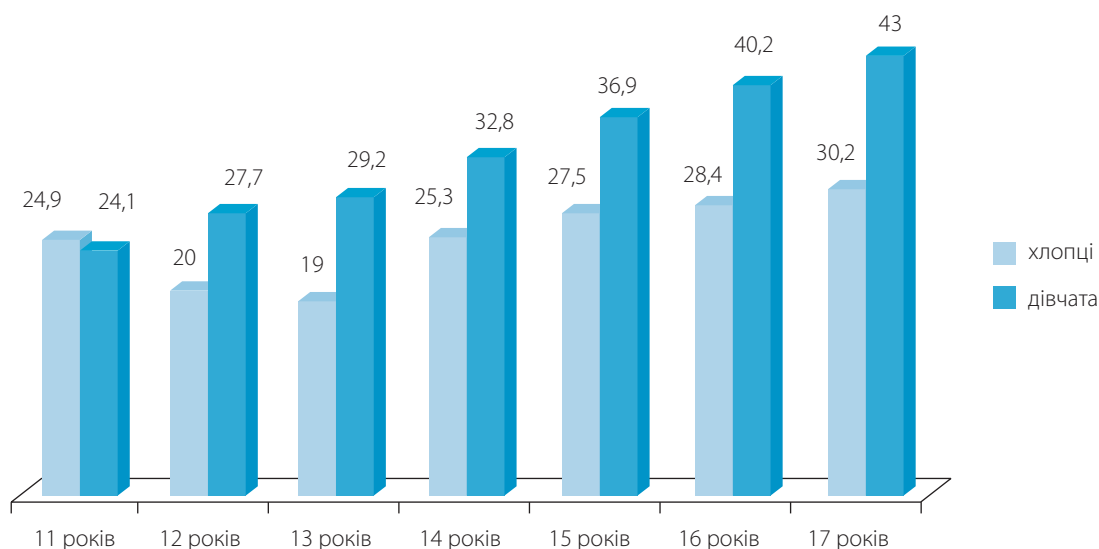
<sup>6</sup> Бойченко Т.В. Основи здоров'я (Експериментальний посібник для учнів) (I віковий рівень) / Т. Бойченко, Н. Колотій. – К. : Держ. ін. проблем сім'ї та молоді; Укр. ін.-т соц. дослідж., 2004. – С. 90–91.

Таблиця 1.1.1

## Самооцінка щодо відчуття щастя, за віком, %

	11 років	12 років	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Дуже щасливий(а)	55,4	48,6	43,5	33,3	28,9	27,9	22,9
Досить щасливий(а)	32,6	39,4	45,2	51,8	52,4	56,5	58,9
Не дуже щасливий(а)	6,5	6,4	6,6	8,1	11,2	9,8	11,5
Зовсім не щасливий(а)	0,7	0,7	0,8	1,0	1,1	0,5	1,0
Важко відповісти	4,8	4,9	4,0	5,7	6,4	5,2	5,7

**Відчуття смутку.** Такий смуток, що дитина переставала займатися деякими звичайними речами – спілкуватися з друзями, з батьками, відвідувати гуртки, секції тощо протягом двох або більше тижнів поспіль, – за останній навчальний рік відчували від 24% до 30% хлопців віком від 11 до 17 років й від 24% до 44% дівчат у тому ж віковому діапазоні (рис. 1.1.1). Водночас не відчували смутку від 70% до 81% учнівської молоді чоловічої статі та від 56% до 76% – жіночої.



**Рис. 1.1.1.** Розподіл ствердних відповідей учнівської молоді на запитання: «За останній навчальний рік чи було таке, що протягом двох або більше тижнів поспіль тобі було так сумно, що ти перестав/ла займатися деякими звичайними речами – спілкуватися з друзями, з батьками, відвідувати гуртки, секції тощо?», залежно від статі та віку, %

Дівчата майже всіх вікових категорій, за винятком 11-річних, відчували сильний смуток частіше, ніж хлопці. Особливо значна різниця спостерігається у віці 16 та 17 років – відповідно, 12% та 13%.

З аналізу вікових тенденцій переживання смутку серед представників учнівської молоді обох статей бачимо, що в період від 10 до 12 років частина тих, хто переживав сильний смуток, зменшується, але з 13-річного віку з кожним роком починає зростати.

**Задоволеність життям.** Від 66% до 82% учнівської молоді оцінили своє життя як найкраще можливе. При цьому найбільше задоволених своїм життям (82%) серед дівчат віком 11 років, а найменше задоволених (66%) серед дівчат 17 років. Середню оцінку своєму життю поставили від 16% до 30% дітей. А як найгірше можливе своє життя оцінили від 1% до 4%. Найбільша частка (4%) незадоволених своїм життям серед 11-річних хлопців, а найменша (1%) – серед 13-річних дівчат. Середній показник незадоволених своїм життям за всім віковим діапазоном (10–17 років) склав майже 3% (табл. 1.1.2).

Таблиця 1.1.2

**Розподіл відповідей учнівської молоді стосовно того, як вони оцінюють якість свого життя\*, за статтю та віком, %**

	11 років		12 років		13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Найкраще можливе життя**	77,5	81,2	75	79,8	76,1	76	75,4	70,7	70,7	70,3	70,8	68,4	66	66,6
Ні те, ні інше***	19	17	22,1	18,5	21,1	22,6	22,7	29,1	27	26,3	26,3	28,3	31	30,4
Найгірше можливе життя****	3,4	1,8	2,9	1,6	2,7	1,4	1,9	2,1	2,2	3,4	2,8	3,3	3	3

\* Респондентам було запропоновано обрати за 10-бальною шкалою рівень свого життя, де «0» – це найгірше можливе життя, а «10» – найкраще можливе життя.

\*\* Сума відповідей від 7 до 10 балів.

\*\*\* Сума відповідей від 4 до 6 балів.

\*\*\*\* Сума відповідей від 0 до 3 балів.

**ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ**

Отримані результати свідчать про те, що дуже щасливими себе відчують більше третини (41%) серед учнівської молоді. З віком кількість тих, хто переживає відчуття повного щастя, зменшується з 54% серед 11-річних учнів до 23% – серед 17-річних, що можна пояснити зміною сфери потреб підлітка, недостатньою підтримкою з боку родини та вчителів, проблемами у сфері стосунків, незрозумінням батьками проблем життя підлітків, відсутністю довірливих родинних взаємин, збільшенням навантаження в освітній програмі, недостатньою фізичною активністю. Водночас ми бачимо, що кількість тих, хто відчуває себе не дуже щасливими, також з віком має тенденцію до збільшення: з 5% (серед 10–11-річних) до 12% (серед 17-річних). Середній показник серед тих, хто відчуває себе зовсім нещасливими, майже не змінювався залежно від віку і дорівнює 1%.

Майже третина (31%) учнівської молоді за останній навчальний рік відчували сильний смуток протягом двох або більше тижнів поспіль, що ставало причиною припинення занять повсякденними справами. З віком цей показник також має тенденцію до збільшення: з 19%–20% до 44%. Це може свідчити про розвиток схильності до депресивних станів і, як наслідок, збільшенням ризику розвитку суїцидальної поведінки в дітей і підлітків. Також встановлено, що дівчата більше, ніж хлопці, схильні до відчуття сильного смутку, в середньому їх показники є вищими на 10%.

За нашими результатами, значна більшість (74%) учнівської молоді оцінює своє життя як найкраще можливе, середню оцінку своєму життю поставили близько чверті (24%) опитаних й лише незначна частина (2,5%) учнів висловила глибоку незадоволеність своїм життям. Також варто зазначити, що, аналізуючи динаміку задоволеності життям, можна побачити вікову тенденцію до зменшення частки тих, хто оцінив своє життя як найкраще, і збільшення частини тих, хто оцінює його на середньому рівні. Це можна пояснити тим, що з віком кількість вимог до молоді зростає, вона стає більш самостійною та відповідальною й частіше починає особисто стикатися з життєвими складнощами, наприклад, вступ до ПТНЗ та ВНЗ, самостійне життя в гуртожитках, міжособистісні стосунки тощо.

**ВИСНОВКИ:**

- 41% і 46% опитаних відчувають себе дуже щасливими і досить щасливими. Найбільше таких серед дівчат віком 11 років (59%), а найменше – серед 17-річних (23%).
- З віком серед учнівської молоді частка тих, що відчували себе дуже щасливими, зменшується: до 40% серед дітей обох статей від 11 до 13 років, до 30% – серед 14- та 15-річних і від 23% до 30% – серед дітей 16–17-річних.
- З дорослішанням збільшується частка тих, хто почуває себе не дуже щасливими: із 5% серед дітей віком 10–11 років до майже 12% серед дітей віком 17 років.
- Порівняно невеликий, але все ж суттєвий відсоток тих, хто почувався зовсім не щасливим, – від 0% до 2% в різних вікових групах. Серед найбільше нещасливих респондентів ми знаходимо дівчат віком 17 років (2%).
- У середньому близько 31% учнівської молоді за останній навчальний рік відчували сильний смуток протягом двох або більше тижнів поспіль. До того ж встановлено, що дівчата більше, ніж хлопці, схильні до відчуття сильного смутку, в середньому їх частка більша на 10%.
- Найчастіше сумують дівчата віком 17 років, 44% з них відповіли, що за останній навчальний рік у них було таке відчуття смутку, що вони переставали займатися деякими звичайними речами – спілкуватися з друзями, з батьками, відвідувати гуртки, секції тощо.
- 74% учнівської молоді в середньому оцінили своє життя як найкраще можливе, а середню оцінку поставили 23%.
- Як найгірше можливе своє життя оцінили від 1% до 4% учнівської молоді.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

У навчальних закладах, незалежно від типу та розташування, слід постійно приділяти увагу створенню та підтриманню сприятливої атмосфери: доброзичливих, поважливих і довірливих стосунків, відчуття підтримки й безпеки тощо, важливих для гармонійного розвитку учнівської молоді, також важливих і для збереження психічного здоров'я дітей та підлітків для майбутнього їх життя. Навчальні заклади та родина повинні не тільки сприяти психічному здоров'ю, але й навчати молодь зберігати його самостійно, турботливо ставитися одне до одного.

Дуже важливим є здійснення активної роботи, спрямованої на поширення інформації та підвищення рівня знань серед педагогів, батьків та дітей про психологічний клімат та комфорт для особистості, про їх вплив на формування особистості, про особливості та проблеми переживання підліткової кризи, про вплив емоційних переживань на поведінку особистості, про способи ефективної психологічної та моральної підтримки тощо. Реалізація зазначеного може бути здійснена такими шляхами:

- Проведення в навчальних закладах різних видів психологічних тестувань, спрямованих на оцінку емоційних станів учнів та виявлення емоційних труднощів з метою подальшого надання психологічної допомоги дітям та підліткам.
- Приділення особливої уваги психологічній роботі серед дівчат-підлітків віком 15–17 років.
- Проведення практичних тренінгових занять для дітей та підлітків, спрямованих на формування навичок надання підтримки собі й друзям, подолання негативних емоційних станів, навчання ефективних способів вирішення конфліктів тощо.
- Проведення просвітницьких занять, тренінгів у педагогічному колективі щодо особливостей психологічного розвитку дітей та підлітків, створення та підтримання сприятливого клімату в учнівському колективі.
- Проведення просвітницької роботи серед батьків учнівської молоді про важливість впливу родинних стосунків на становлення особистості, про важливість та способи підтримки дитини.
- Забезпечення вільного доступу до психологічної допомоги шляхом надання інформації щодо можливості її отримання та безпечність.



## 1.2. БАТЬКІВСЬКА СІМ'Я

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

На спосіб життя дитини впливає **структура сім'ї**, в якій вона виховується. За даними дослідження, більшість опитаних (75,5%) проживають у повних сім'ях. Ця цифра є дещо вищою порівняно з даними 2010 р. (71,6%).

З віком збільшується частка підлітків, батьки яких розлучені, мають іншу сім'ю або просто мешкають окремо. Третина опитаних (30,1%) проживають разом з мамою та бабусею, ще 8% проживають з нерідним батьком чи другом матері, причому кожен десятий серед них, – це підліток 15 років.

**Психологічне здоров'я** в сім'ї характеризувалося за **батьківською любов'ю, турботою та взаєморозумінням з батьками**, а також **легкістю та довірливістю в спілкуванні з батьками на хвилюючі підлітків теми**.

Стосовно **батьківської любові**: абсолютна більшість респондентів (92–96%) різного віку та статі впевнені в любові матері. Що стосується любові батька, то в ній були впевнені 72–85%. Найменше відчують на собі любов обох батьків 17-річні підлітки (92,3%, відповідно, з боку матері; 72% – з боку батька).

Схожі закономірності стосувалися компонента необхідної допомоги. При цьому дівчата всіх вікових категорій відчували батьківську допомогу менше, ніж хлопці. Що стосується двох інших компонентів родинних взаємин – розуміння і співчуття, то закономірність меншої ролі батька порівняно з матір'ю зберігалася так само, але додавалася й закономірність зменшення оцінок виявлення материнських почуттів із збільшенням віку опитаних. Щодо прийняття самостійних рішень, то 17-річні респонденти відчують, що прихильність матерів у цих питаннях більше притаманна хлопцям, аніж дівчатам (51,1%, проти 43,2%). Така ж тенденція спостерігається і з батьками респондентів.

Стосовно **легкості та довірливості в спілкуванні з батьками на хвилюючі теми**: 88% учнівської молоді, незалежно від статі, легко (або дуже легко) розмовляти на хвилюючі теми з матір'ю. Щодо батька, то 68% опитаних зазначили, що можуть з ним легко (або дуже легко) обговорювати свої проблеми. При цьому дівчатам набагато складніше, порівняно з хлопцями, довіряти свої проблеми батькові (відповідно 64% і 73% ).

З віком простежується тенденція до ускладнення обговорення молоддю особистих проблем з батьками. Так, якщо серед 10-річних учнів 93% легко спілкуються на хвилюючі теми з матір'ю і 77% – з батьком, то серед 17-річних респондентів ці відсотки зменшуються до 83% і 62%, відповідно. Легкість та відвертість у спілкуванні зі старшими братами та сестрами не має суттєвих відмінностей серед дівчат та хлопців різних вікових груп.

Стосовно **поінформованості батьків про життя підлітків**: матері виявилися більш обізнаними стосовно життя власних дітей. 70% учнівської молоді зазначили, що мати добре знає, хто їхні друзі. Тоді як батько дещо менше цікавиться цією стороною життя своїх дітей: лише 38% опитаних вважають, що батько добре знає їхніх друзів, і 7% вважали, що батько нічого не знає про це (табл. 1.1.1).

**Витрачання грошей** також більшою мірою контролює мати, про що повідомили більше половини опитаних (53%, проти 36% – стосовно батьків). Батько частіше, ніж мати, взагалі нічого не знає про те, як дитина витрачає гроші (12,5%, проти 6%). З дорослішанням дитини обоє батьків поступово втрачають контроль над тим, куди дитина витрачає гроші.



Таблиця 1.2.1

**Питома вага учнів/студентів, які вказали, що батьки «добре обізнані»  
про різні аспекти їх життєдіяльності, %**

	ЗОНЗ			ПТНЗ			ВНЗ		
	Хлопці	Дівчата	Загалом	Хлопці	Дівчата	Загалом	Хлопці	Дівчата	Загалом
<b>Наскільки добре твоя мама знає</b>									
Хто твої друзі	67,0	77,3	72,5	54,9	64,4	59,1	57,1	69,3	63,6
Як ти витрачаєш свої гроші	48,5	61,3	55,4	35,0	50,2	41,9	40,0	49,5	45,0
Де ти буваєш після школи/навчання	70,6	81,3	76,4	49,2	65,5	56,5	58,4	66,9	62,9
Де ти буваєш увечері	71,1	82,3	77,1	47,4	63,3	54,5	57,1	69,3	63,6
Що ти робиш у вільний час	59,4	68,9	64,6	44,2	57,2	50,0	50,7	58,1	54,6
<b>Наскільки добре твій батько знає</b>									
Хто твої друзі	44,3	36,9	40,3	32,4	22,0	27,8	32,0	28,9	30,3
Як ти витрачаєш свої гроші	39,4	38,3	38,8	25,6	21,3	23,7	26,4	23,3	24,7
Де ти буваєш після школи/навчання	49,4	50,1	49,8	28,6	28,8	28,7	33,3	33,2	33,3
Де ти буваєш увечері	54,6	58,7	56,8	30,6	33,6	31,9	37,2	39,0	38,2
Що ти робиш у вільний час	50,5	46,3	48,2	30,6	28,0	29,4	34,3	29,8	31,9

Серед тих респондентів, чия мати не обізнана («знає небагато» або «нічого не знає») стосовно того, як дитина витрачає гроші, в усіх вікових групах, незалежно від типу навчального закладу, переважали хлопці. Ця тенденція залишається без змін порівняно з 2010 р.

Стосовно *проведення дитиною часу після навчання* відсоток обізнаності серед матерів є вищим, ніж серед батьків (72%, проти 45%, відповідно). Але з дорослішанням дитини відсоток обох батьків, котрі «знають небагато» або взагалі «нічого не знають», де буває дитина після навчання, стрімко зростає: батьки 10-річних учнів – у середньому 16%, 13-річних – 18%, 15-річних 24,1%, 17-річних – 28,2%.

Та ж сама ситуація і з поінформованістю батьків про те, *де зазвичай дитина буває увечері*. Відсоток обізнаності серед матерів є вищим, ніж серед батьків (72,2%, проти 51,4%, відповідно). Разом з тим більше чверті обох батьків знають небагато про те, де дитина буває увечері (20% – мати, 24% – батько). У середньому, 9% батьків взагалі нічого не знають про те, де їхня дитина буває увечері.

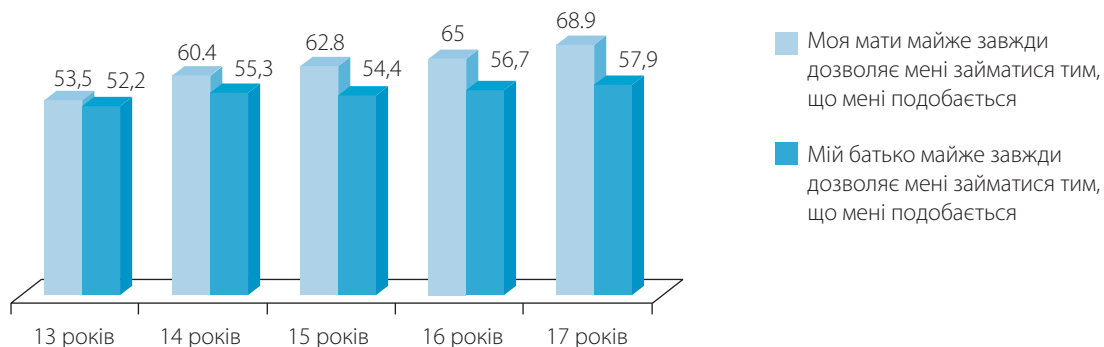
Стосовно *проведення вільного часу* частка добре обізнаних батьків зменшувалася з дорослішанням опитаних: у середньому із 73% до 56% серед матерів і з 54% до 36% серед батьків. Відповідно, зростала частка тих, хто зовсім не поінформований з цього питання (з 3% до 6% серед матерів та з 8% до 12% серед батьків). Третина обох батьків (31%) небагато знали про те, як діти проводять вільний час.

Загалом матері були більше обізнані щодо життя своїх дітей (наприклад, про друзів 17-річних дівчат багато знали 70% матерів і лише 32% батьків, про їх дозвілля – 64,5% матерів і 33% батьків; про друзів 17-річних юнаків багато знали 57% матерів і лише 35% батьків, про їх дозвілля – 48% матерів і 38% батьків).

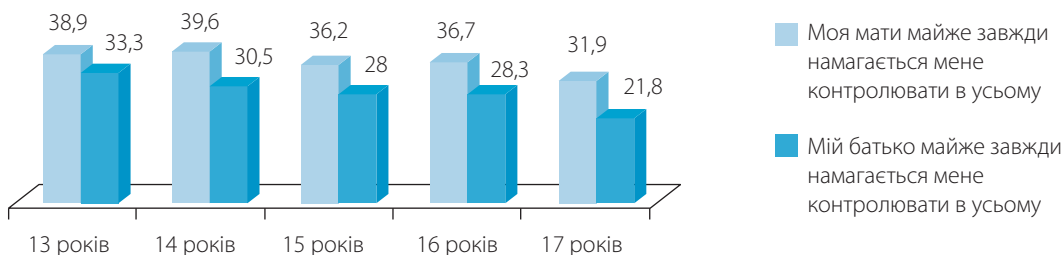
З віком батьки й діти децю дистанціюються одні від одних, що призводить до певних труднощів у спілкуванні, недовіри, а це, у свою чергу, зазвичай, відбивається на поінформованості обох батьків стосовно життя власних дітей.

**Стиль виховання** характеризувався складовими *батьківського контролю, дозволу, покарання, самостійності підлітків щодо прийняття рішень, поширеності основних видів родинного спілкування.*

**Батьківський контроль.** У середньому кожний сьомий опитаний вважав, що батьки до нього ставляться, як до малої дитини (мати – 16%, батько – 13%). Самостійність підтримували також приблизно однакові частки обох батьків: близько 43% опитаних визначали, що батьки люблять, коли діти приймають рішення самостійно, категорично проти цього було налаштовано 5–6% батьків. Але були й відмінності у ставленні матерів і батьків до цих компонентів виховання (рис. 1.2.1, рис. 1.2.2).

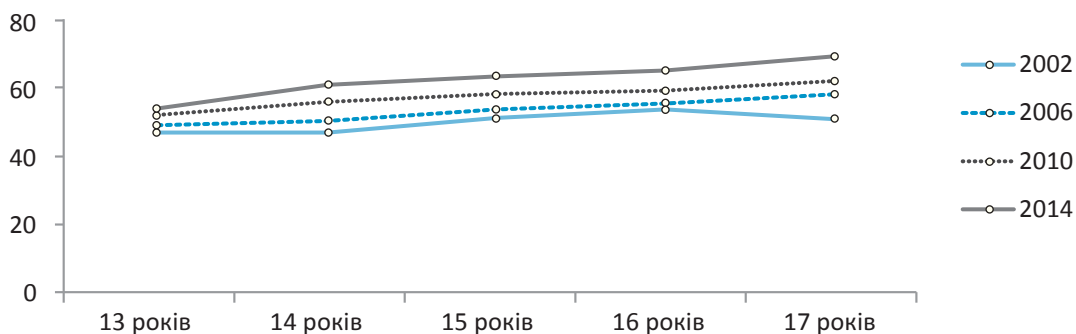


**Рис. 1.2.1.** Питома вага учнівської молоді, батьки якої дозволяють їм займатися тим, що подобається, за віком, %

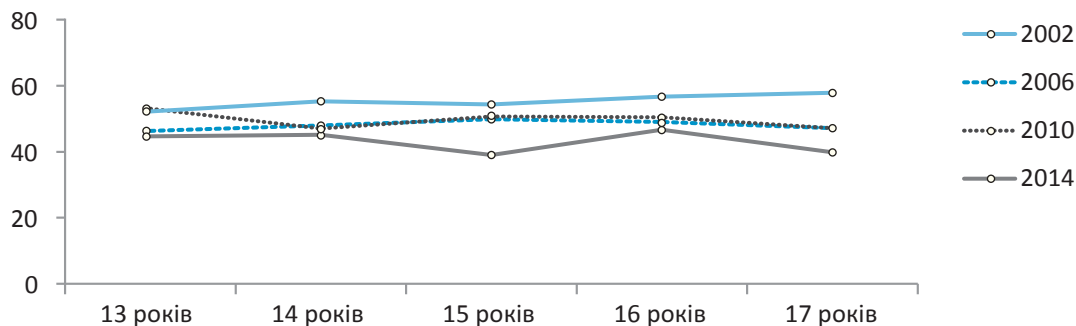


**Рис. 1.2.2.** Питома вага учнівської молоді, батьки якої намагаються в усьому контролювати, за віком, %

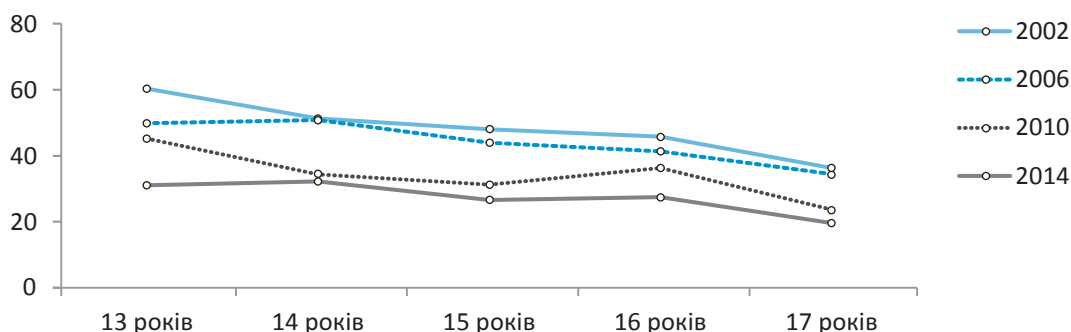
Важливо відмітити, що порівняно з хвилями попередніх років, показники контролю та довіри до дітей дещо змінилися. Так, зростає частка матерів та батьків, які дозволяють займатися своїм дітям улюбленими справами. У той же час як матері, так і батьки намагаються менше контролювати своїх дітей у повсякденному житті. (див. рис. 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.2.6).



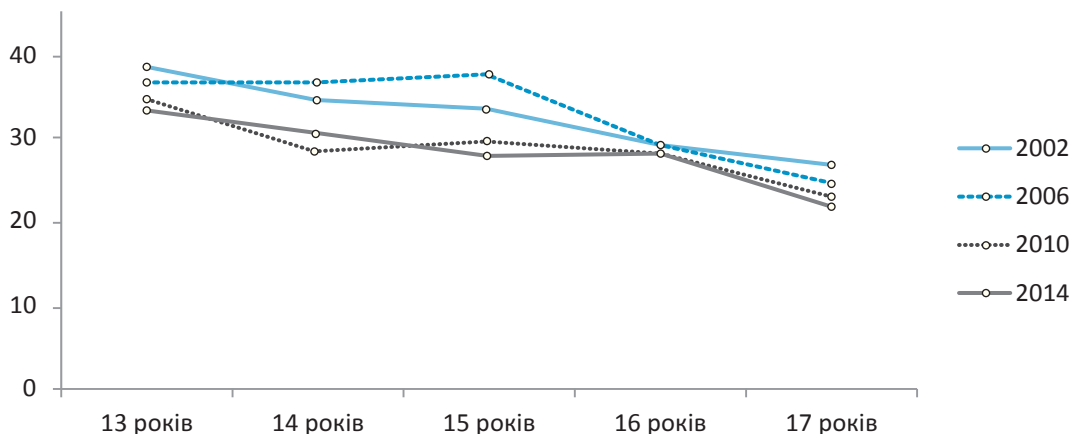
**Рис. 1.2.3.** Динаміка відповідей на твердження: «Моя мати майже завжди дозволяє мені займатися тим, що мені подобається», за віком, %



**Рис. 1.2.4.** Динаміка відповідей на твердження: «Мій батько майже завжди дозволяє мені займатися тим, що мені подобається», за віком, %



**Рис. 1.2.5.** Динаміка відповідей на твердження: «Моя мати намагається контролювати мене майже в усьому», за віком, %



**Рис. 1.2.6.** Динаміка відповідей на твердження: «Моя мати намагається контролювати мене майже в усьому», за віком, %

Обоє батьків (батько і мати) рівною мірою – по 44% – схвалюють самостійні рішення дітей. Причому, стосовно хлопців більше схвалення, ніж щодо дівчат, – 48–49%, проти 41–40%, відповідно. Щодо всіх інших аспектів підтримки – матері є більш турботливими, ніж батьки (табл. 1.2.2).

Таблиця 1.2.2

**Питома вага учнівської молоді, батьки якої «майже завжди» проявляють різні аспекти підтримки, за статтю, %**

Моя мама...			Майже завжди	Мій батько...		
Хлопці	Дівчата	Загалом		Хлопці	Дівчата	Загалом
80,9	81,3	81,2	Допомагає мені настільки, наскільки мені необхідно	59,7	52,2	55,7
61,4	66,1	63,9	Дозволяє мені займатися тим, що мені подобається	55,7	54,0	54,8
93,4	93,5	93,5	Любить мене	74,7	76,0	75,4
65,0	66,4	65,8	Розуміє мої проблеми і турботи	49,4	38,2	43,4
48,1	41,0	44,3	Любить, коли я сам(а) приймаю рішення	49,1	40,4	44,4
34,9	37,0	36,1	Намагається контролювати мене в усьому	25,8	27,8	26,9
17,2	15,8	16,4	Ставиться до мене, як до малої дитини	11,1	16,1	13,8
58,1	66,0	62,3	Допомагає мені відчути себе краще, коли я розстроєний(а)	40,2	45,3	43,0

Загалом серед матерів бажання контролювати поступалося бажанню дозволяти респондентам займатися тим, що їм подобається.

**Практика покарання.** У середньому 53% опитаних зазначили, що їхні батьки пояснювали їм, що вчинено сином/дочкою неправильно, з їх точки зору, і чому за це покарано. Причому, згідно з відповідями респондентів, матері частіше за батьків пояснюють, що саме було зроблено неправильно (60,2%, проти 45%). Разом з тим, 31% зазначили, що їхні батьки давали пояснення рідко або не робили цього ніколи. З дорослішанням дітей батьки рідше вдавалися до таких пояснень – «часто» і «дуже часто» це робили 69% матерів та 55% батьків 13-річних, 61,5% і 47%, відповідно – 15-річних, 54% і 38% – 17-річних респондентів. Агресивний стиль виховання (негайне покарання без будь-яких пояснень) обирав незначний відсоток батьків: у середньому 5% матерів і батьків; переважна більшість обох батьків (82% – матері, 70,6% – батьки) робили це рідко або не робили ніколи.

Водночас не було істотної різниці між батьками і матерями, коли йшлося про байдужість до вчинків дітей: часто і дуже часто не робили ніяких зауважень і ніяк не карали дітей за неправильні, з батьківської точки зору, вчинки 18,5% матерів і 21% батьків.

Участь батьків у виборі способу проведення вільного часу їхніх дітей зменшується зі зростанням віку респондентів. Так, для більшості респондентів середнього шкільного віку основним у цьому питанні було рішення батьків (навіть за умови участі дитини в загальному обговоренні варіантів вільного проведення часу) (табл. 1.2.3).

Таблиця 1.2.3

**Розподіл учнівської молоді за участю в прийнятті рішень стосовно проведення вільного часу, за віком, %**

Варіанти відповідей	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Самостійне рішення*	85	88	92	93	95
Рішення батьків**	15	12	8	7	5

\* Сума відповідей «Зазвичай, я сам(а) вирішую, як проводити свій вільний час» і «Вирішуємо разом з батьками, але я, зазвичай, можу робити те, що хочу».

\*\* Сума відповідей «Вирішуємо разом з батьками, але я, зазвичай, роблю те, що хочуть батьки» і «Зазвичай, батьки вирішують, як я повинен(на) проводити свій вільний час».

Важливим є розуміння того, яким спільним сімейним справам надають перевагу українські підлітки. За даними нашого опитування, дві третини респондентів спільно обговорюють у сімейному колі наявні проблеми і новини (67%) та виконують разом хатню роботу (65%) щодня або майже щодня. Частка дівчат при цьому була більшою, ніж хлопців, незалежно від віку та місця навчання (табл.1.2.4).

Таблиця 1.2.4

**Розподіл ствердних відповідей щодо складових спільного щоденного спілкування в сім'ї, за віком та статтю, %**

Складові	11 років		13 років		15 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Спільне виконання хатньої роботи	71,5	77,7	69,9	71,3	61,4	66,4	54,8	57,2
Спільне обговорення проблем, новин	65,1	74,9	66,3	73,7	63,2	69,1	58,5	65,5
Прогулянки	42,8	47,7	30,2	32,3	16,1	14,7	11,6	13,4
Заняття спортом	39,6	37,9	28,7	26,6	19,8	13,2	15,0	9,9
Ігри вдома	37,2	32	24,5	22,1	14,4	9,2	10,5	6,7
Відвідування місць розваг	21,1	22,2	14,6	14,0	9,8	4,9	8,4	3,0

Серед спільних справ, які користуються найнижчим рівнем популярності серед українських підлітків, виявилися спільні заняття спортом: третина опитаних ніколи спільно з рідними не займається спортом. Кількість дівчат, які ніколи не займаються спортом разом з батьками, впродовж багатьох років є більшою, ніж хлопців, незалежно від віку та місця навчання. Мешканці сільської місцевості частіше за своїх ровесників з міст та обласних центрів здійснюють щоденні прогулянки (31%, проти 24% та 27%, відповідно).

**Батьківська допомога в навчанні** характеризувалася п'ятьма компонентами, розподіл за якими наведено у табл. 1.2.5.

Таблиця 1.2.5

**Рівень упевненості\* в допомозі батьків у навчанні, за віком, %**

Мої батьки...	11 років	13 років	15 років	17 років
...завжди готові допомогти, якщо виникають проблеми в школі	60,0	54,5	46,0	37,5
...готові прийти до школи і поговорити з учителями	51,0	45,4	37,9	30,0
...заохочують мене добре вчитися	61,6	58,4	48,0	39,2
...цікавляться, як ідуть мої справи в школі	64,0	59,7	49,8	40,8
...завжди готові допомогти виконати домашнє завдання	54,5	43,6	29,6	21,7

\* Розподіл відповідей «Цілком згоден/на».

Абсолютну впевненість у готовності батьків допомагати дітям у вирішенні проблем, які виникають у навчальних закладах, демонстрували в середньому 50% опитаних; 54% – в тому, що батьки цікавляться, як ідуть справи в навчальному закладі; 52% – що батьки заохочують їх добре вчитися; 41,4% – що батьки готові прийти в навчальний заклад і поговорити з учителями; 38% – що батьки завжди готові допомогти з виконанням домашнього завдання. Упевненість у готовності батьків заохочувати і допомагати дітям у навчанні, цікавитися справами в школі і спілкуватися з педагогами зменшується з дорослішанням опитаних (табл.1.2.6).

Таблиця 1.2.6

## Питома вага учнів/студентів, упевнених\* в допомозі батьків у навчанні, за статтю та віком, %

Батьки...	11 років		13 років		15 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
..завжди готові допомогти, якщо виникають проблеми в школі	86,1	89,8	86,7	89,6	79,4	88,5	77,2	81,8
..готові прийти до школи і поговорити з учителями	80,6	84	82,3	80,7	73,6	79,8	67	69,7
..заохочують мене добре вчитися	87,2	91,4	89,1	91,5	80,5	89,9	77,1	81,6
..цікавляться, як ідуть мої справи в школі	85,9	90,1	87,4	92	81,4	89,1	78,2	84,1
..завжди готові допомогти виконати домашнє завдання	80,6	84,1	73,8	74,9	68,0	63,5	52,3	54,6

\* Сума відповідей «цілком згодні» та «згодні».

Дівчата, незалежно від свого віку, відчували більшу готовність батьків допомагати в разі виникнення проблем.

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Домашня атмосфера є основним підґрунтям становлення здорової особистості. У складний період підліткового віку роль батьків набуває принципової важливості, оскільки в цьому віці молодь схильна різко реагувати як на контроль, так і на відсутність обмежень.

Особливим аспектом є участь у вихованні дитини обох батьків – і матері, і батька. Наявні дані свідчать про систематичну асиметрію – матері виконують функцію емоційної турботи про дитину. Це проявляється в значно кращій обізнаності матері в більшості аспектів – від того, хто є друзі дитини, до інформації про те, чим займається дитина на дозвіллі; проявляється і в тому, що як дівчата, так і хлопці частіше переконані в любові до них матері, ніж батька; також підліткам простіше спілкуватися з матерями на хвилюючі теми, що є спільним як для дівчат, так і для хлопців. Якщо прояви любові та турботу про дітей можна розглядати як гендерно притаманний аспект, то нестача довірливих відносин, особливо із синами, є негативним аспектом. Це ілюструє недостатню участь батьків у виховному процесі, недооцінення або неусвідомлення своєї ролі у формуванні сімейного клімату та розвитку дитини.

Для становлення особистості важливо, щоб підліток мав і підтримку батьків, і достатній рівень автономності. Відкрите питання – чи є прийнятною та не занадто різкою зафіксована даним дослідженням динаміка зменшення батьківського контролю до 17 років. З одного боку, контроль батьків є опікою, яка сприймається підлітками як неповага до особистості, а з іншого – невтручання може розцінюватися як ознака їх недостатньої підтримки батьками. Зацікавленість особистими справами, життям та належна підтримка є вкрай важливими для подальшої самореалізації молодої особистості, адже саме забарвленість емоційних контактів безпосередньо позначається на формуванні почуття задоволеності (незадоволеності) собою і навколишнім світом.

Окремо варто зазначити суттєво нижчий рівень спілкування та підтримки хлопців у родині. Ймовірно, така ситуація зумовлена певними чинниками – приклад батька, який не цікавиться життям сина, гендерні стереотипи, згідно з якими хлопець має тримати свої емоції при собі, тощо. У будь-якому разі це засвідчує необхідність окремої спеціальної

програми в роботі з хлопцями з метою підтримки їхнього психічного самопочуття та емоційного комфорту, програми, спрямованої на розвиток комунікативних навичок та емоційного розвитку.

Учні ПТНЗ уже черговою хвилю демонструють нижчі показники якості сімейного середовища в більшій частині досліджуваних аспектів. Вочевидь, навчання в ПТНЗ не є чинником самим по собі, а акумулює спектр обставин. Так, саме учні цього типу навчального закладу недоотримують батьківської підтримки (контролю, спільного дозвілля, любові) з тих чи інших обставин, а отже потребують посиленої турботи з боку навчального закладу, його педагогічного колективу. Можливо, доцільною була б програма підвищення рівня престижності ПТНЗ через забезпечення працевлаштування, популяризації кар'єрно та життєво успішних випускників закладів тощо.

Парадоксальна ситуація у сприйнятті молоддю ставлення (рівня любові, емпатії) та поведінки родини: високі показники рівня любові від батьків (хоча і менше з боку батька), при цьому значно нижчі показники якості сімейного дозвілля, спілкування, конкретних проявів турботи. Молодь переконана в любові батьків навіть попри меншу увагу з їхнього боку. Попри загальне зменшення контакту з батьками з віком, рівень спільної активності та поінформованості батьків зменшується значно більше, ніж відчуття любові, яке і далі зберігається. З одного боку, це свідчить про відносно безпроблемне «дорослішання» та поступове збільшення автономності підлітка, а з іншого – про недостатню кількість уваги, що її приділяють батьки дітям на заключному етапі їх домашнього виховання.

## ВИСНОВКИ

- 75,5% опитаних підлітків проживають у повних сім'ях.
- У любові матері переконані 93,5% опитаних, а в любові батька – 75,4%, при цьому немає суттєвих відмінностей між хлопцями та дівчатами, проте є відмінності за типом навчального закладу – учні ПТНЗ найменше переконані в любові батьків до них.
- Легкість спілкування з матір'ю відмітили 88% учнівської молоді, з батьком – 68%.
- 70% матерів та лише 38% батьків добре знають, хто друзі їхніх дітей.
- Чим дитина займається після навчання та/або ввечері, добре відомо в обох випадках близько 72% матерів, але всього лише 45% і 51% батьків, відповідно. З дорослішанням зменшується рівень поінформованості – з 73% до 56% серед матерів та з 54% до 36% серед батьків.
- Учнівська молодь переважно сама приймає рішення про проведення вільного часу – від 85% тих, хто вирішує самостійно, серед 13-літніх, до 95% серед 17-літніх.
- Про витрачання грошей добре відомо 52% матерів та 35% батьків.
- Лише 53% батьків (обох разом) при покаранні пояснюють, що саме стало причиною, яка поведінка була неправильною. Серед матерів таких, що надають такі пояснення, 60,2%, проти 45% батьків. Втім і покарання без обґрунтування практикують близько 5%.
- Участь батьків у навчанні становить від 67,7% (готові допомогти виконати домашнє завдання) до 87% (заохочують добре вчитися).
- Сімейне дозвілля (раз на тиждень або частіше). Найбільш поширеним родинним заняттям є спільне виконання хатньої роботи – 88,7%, далі – спільне обговорення проблем, новин – 83,4%. На спільні прогулянки ходять 29,5%. 37,5% сімей разом займаються спортом, 39,6% – грають в ігри з дітьми вдома, 29,8% – відвідують місця розваг.



## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Необхідна розробка стратегії формування усвідомленого батьківства з використанням потенціалу навчальних закладів, громадських організацій, батьківських організацій, загально-освітніх інформаційних програм з метою забезпечення фізичного та інтелектуального розвитку дітей та підлітків, передачі їм практичних умінь і навичок, формування активної життєвої позиції, підготовки до сімейного життя й батьківства, засвоєння моральних цінностей, культурних особливостей та релігійних традицій.
- Батькам важливо підвищувати рівень обізнаності про життя своїх дітей, особливо дітей старшого шкільного віку та учнів ПТНЗ; тісно взаємодіяти з навчальними закладами та громадськими організаціями.
- Впровадження програм, спрямованих на розвиток емоційного аспекту та комунікативних навичок у хлопців з метою підвищення власної самооцінки, адекватного сприйняття власного місця у світі та формування відносин з навколишнім світом та оточуючими.
- Впровадження програм допомоги підліткам розвивати емоційні та комунікативні навички з метою підвищення власної самооцінки, адекватного сприйняття власного місця у світі та формування відносин з оточуючими. Особливої уваги потребують хлопці у віці 14–17 років.
- Донесення важливості ролі батька/тата у вихованні дітей, спектра його функцій (роль чоловіка в сім'ї не обмежується фінансовим забезпеченням, а емоційна підтримка дитини не є суто материнським завданням).

### 1.3. СЕРЕДОВИЩЕ ОДНОЛІТКІВ ТА ДОЗВІЛЛЯ

У підлітковому віці молодь поступово зміщує свою увагу з родинного кола на оточення, переважно однолітків, та проведення вільного від навчання часу поза домом і навчальним закладом. Дозвілля, проведене з друзями, починає займати все більше часу та, відповідно, збільшує вплив на життя молоді. У цьому розділі розглянуто частоту спілкування з друзями, поведінка в дружніх компаніях, атмосфера в компанії та громадська активність.

Сучасні технології, які опосередковують особистісне спілкування, стали невід'ємною частиною життя сучасної учнівської молоді. Найпопулярнішим посередником в особистісному спілкуванні є соціальні мережі – щодня через них спілкуються 45,9% опитаних. При цьому дівчата спілкуються частіше: 48,5% – щодня, проти 39% хлопців. На другому за популярністю місці – програми для спілкування в Інтернеті: Skype, Apple FaceTime, Google Hangouts. Найменш популярними віртуальними сервісами зв'язку є електронна пошта – 12,1%; та миттєві адресні повідомлення – 11,7% (табл. 1.3.1).

Дівчата частіше спілкуються зі своїми друзями щодня – це стосується всіх типів спілкування за допомогою електронних сервісів. Натомість хлопці, окрім того, значно рідше відмічають спілкування через онлайн-сервіси, частіше зустрічаються зі своїми друзями поза навчанням як до, так і після 20-ї години.



Таблиця 1.3.1

**Частота спілкування підлітків зі своїми друзями: розподіл  
за статтю та типом навчального закладу, %**

Як часто ти...	Стать		Тип навчального закладу (за типом поселення)					Разом
	Хлопці	Дівчата	ЗОНЗ – обл. центр	ЗОНЗ – місто	ЗОНЗ – село	ПТНЗ	ВНЗ	
<b>... розмовляєш зі своїми друзями по телефону або зв'язуєшся з ними через Інтернет за допомогою таких програм, як Skype, Apple FaceTime, Google Hangouts</b>								
Рідко або ніколи	16,8	13,3	16,1	13,8	18,7	11,9	9,1	14,9
Менше ніж 1 раз на тиждень	13,7	11,1	15,2	10,8	12,9	11,8	8,7	12,4
Щотижня	30,4	27,0	29,2	26,9	30,5	28,4	28,7	28,6
Щодня	39,0	48,5	39,4	48,5	37,9	47,8	53,5	44,0
<b>... зв'язуєшся зі своїми друзями за допомогою коротких СМС</b>								
Рідко або ніколи	52,2	34,1	43,9	43,8	46,7	34,9	31,2	42,6
Менше ніж 1 раз на тиждень	16,2	16,8	16,9	15,3	16,9	17,5	18,3	16,5
Щотижня	16,5	20,9	18,5	17,8	19,0	22,0	19,9	18,8
Щодня	15,2	28,1	20,8	23,1	17,4	25,6	30,7	22,0
<b>... зв'язуєшся зі своїми друзями за допомогою електронної пошти</b>								
Рідко або ніколи	60,8	58,8	60,6	58,3	64,6	53,9	55,2	59,7
Менше ніж 1 раз на тиждень	13,8	13,2	14,0	13,6	13,2	15,0	10,7	13,5
Щотижня	15,4	14,0	13,7	14,7	13,9	17,3	17,0	14,7
Щодня	10,1	14,0	11,7	13,5	8,3	13,8	17,2	12,1
<b>... зв'язуєшся зі своїми друзями за допомогою миттєвих адресних повідомлень (наприклад, WhatsApp, Viber, Hangouts, Google+, KakaoTalk, AIM, Jabber, ICQ, Mail.Ru Агент тощо)</b>								
Рідко або ніколи	59,8	58,9	58,0	58,5	63,3	56,8	58,4	59,3
Менше ніж 1 раз на тиждень	13,7	13,1	13,5	13,1	14,1	13,5	12,3	13,4
Щотижня	15,7	15,4	16,0	15,8	14,4	15,7	16,4	15,6
Щодня	10,7	12,5	12,5	12,6	8,1	14,0	12,9	11,7
<b>... зв'язуєшся зі своїми друзями за допомогою соціальних мереж</b>								
Рідко або ніколи	22,1	16,8	20,7	15,8	27,9	17,0	8,0	19,3
Менше ніж 1 раз на тиждень	12,8	9,6	11,9	10,2	13,1	10,6	7,3	11,1
Щотижня	25,6	22,0	23,5	22,9	24,7	25,2	23,0	23,7
Щодня	39,5	51,5	43,9	51,2	34,2	47,2	61,7	45,9
<b>... поза навчанням зустрічаєшся з друзями до 20-ї години</b>								
Рідко або ніколи	16,7	17,8	21,5	14,9	21,3	10,1	10,4	17,3
Менше ніж 1 раз на тиждень	17,2	19,4	16,6	18,6	21,7	14,9	17,4	18,4
Щотижня	37,5	38,0	35,8	38,4	35,0	42,1	44,0	37,8
Щодня	28,6	24,8	26,1	28,1	22,0	32,8	28,1	26,6
<b>... поза навчанням зустрічаєшся з друзями після 20-ї години</b>								
Рідко або ніколи	36,4	47,0	53,7	42,3	45,0	18,9	21,6	42,0
Менше ніж 1 раз на тиждень	21,0	19,6	17,9	20,1	21,3	22,3	23,1	20,3
Щотижня	25,8	22,8	18,0	23,6	22,9	35,2	37,7	24,2
Щодня	16,9	10,6	10,5	14,1	10,8	23,6	17,7	13,5

Очікувано найвищу частоту спілкування з друзями поза навчанням, переважною більшістю запропонованих способів, демонструють студенти ВНЗ. Зокрема, студенти частіше за школярів спілкуються з друзями за допомогою коротких СМС, електронної пошти та в соціальних мережах, а також зустрічаються поза навчанням після 20-ї години. Частіше за студентів у пізній час гуляють лише учні ПТНЗ. Серед учнів шкіл можна відмітити те, що учні, які проживають у великих містах (обл. центрах), найрідше зустрічаються з друзями після 20-ї год. – не лише рідше за студентів та учнів ПТНЗ, але й рідше за школярів, що живуть у менших містах та селах. Школярі, що навчаються в селах, менше за всі інші виділені групи спілкуються з друзями за допомогою інтернет-сервісів.

Поведінка друзів розглянута в двох вимірах – соціально схвальна поведінка та соціально несхвальна поведінка. Загалом можна відмітити позитивні тенденції порівняно з попередньою хвилиною. Так, 52,8% респондентів відмітили, що їхні друзі добре навчаються, 53% зазначили, що друзі займаються організованим спортом (табл. 1.3.2). Минулої хвили 2010 року таких було 45% та 33%, відповідно. 36,8% респондентів відмітили, що друзі беруть участь у культурних заходах (24% минулої хвили), а 17,8% – у заходах з охорони навколишнього середовища (12% минулої хвили).

Соціально несхвальну поведінку, що проявляється в курінні тютюнових виробів, відзначили майже 12%; майже 9% – вживання алкогольних напоїв і близько 2% мають друзів, що вживають наркотики (без змін у порівняно з попередньою хвилиною). Позитивне статистичне спостереження: з минулої хвили 2010 р. на 7% зменшилася кількість респондентів, котрі мали друзів, які курять сигарети.

Таблиця 1.3.2

## Характеристика дружнього оточення, %

Більшість друзів у твоїй компанії:	Ніколи або рідко	Інколи	Часто	Не знаю
<b>Соціально схвальна поведінка</b>				
Добре вчаться	5,1	36,9	52,8	5,2
Займаються організованим спортом (наприклад, є членами спортивних команд, клубів тощо)	9,2	30,4	53,0	7,4
Беруть участь у культурних заходах, не пов'язаних зі спортом	16,2	34,7	36,8	12,3
Беруть участь у заходах з охорони навколишнього середовища	29,8	32,2	17,8	20,2
Допомагають нужденним	25,5	33,0	17,6	23,9
<b>Соціально несхвальна поведінка</b>				
Курять сигарети	55,3	20,5	11,8	12,4
Вживають алкогольні напої, в тому числі пиво та слабоалкогольні напої	53,0	26,6	8,9	11,5
Вживають наркотики, щоб бути «під кайфом» (стан сильного наркотичного сп'яніння)	80,3	5,2	2,1	12,4

Дівчатам частіше властиво мати друзів із соціально схвальною поведінкою. Єдиний виняток – заняття спортом, що є прерогативою хлопців. Наявність друзів з асоціальною поведінкою (всіх трьох видів) статистично частіше спостерігається серед хлопців. Так, друзі, що курять, є майже в 14% хлопців, тоді як серед дівчат таких – 9,9%; вживають алкогольні напої друзі 10% хлопців та 7,9% дівчат; наркотики – 2,9% друзів хлопців і 1,4% дівчат (табл. 1.3.3).

Таблиця 1.3.3

## Характеристика дружнього оточення, за статтю та типом навчального закладу, %

Більшість друзів у твоїй компанії часто:	Стать		Тип навчального закладу				
	Хлопці	Дівчата	ЗОНЗ – обл. центр	ЗОНЗ – місто	ЗОНЗ – село	ПТНЗ	ВНЗ
<b>Соціально схвальна поведінка</b>							
Добре вчаться	47,5	57,4	57,4	53,1	53,4	39,2	49,9
Займаються організованим спортом (наприклад, є членами спортивних команд, клубів тощо)	57,3	49,1	55,9	52,8	53,4	44,6	52,3
Беруть участь у культурних заходах, не пов'язаних зі спортом	33,2	39,9	38,3	35,9	39,8	29,6	34,7
Беруть участь у заходах з охорони навколишнього середовища	16,3	19,0	17,7	16,8	23,4	12,8	12,0
Допомагають нужденним	16,3	18,7	18,6	16,6	22,3	12,9	10,2
<b>Соціально несхвальна поведінка</b>							
Курять сигарети	13,9	9,9	6,9	10,9	6,5	32,4	22,9
Вживають алкогольні напої, в тому числі пиво та слабоалкогольні напої	10,0	7,9	5,1	8,2	6,2	20,0	18,5
Вживають наркотики, щоб бути «під кайфом» (стан сильного наркотичного сп'яніння)	2,9	1,4	2,3	1,7	1,9	3,7	1,8

За типом навчального закладу відмітимо, що така поведінка, як допомога нужденним та заходи з охорони довкілля, частіше зустрічаються серед сільської шкільної молоді – 23,4%, та найменше – серед старшої молоді – учнів ПТНЗ та студентів – 12,8% та 12%. Найменша кількість проявів соціально схвальної поведінки (всіх типів) – серед учнів ПТНЗ – друзі, що гарно вчаться, є в 39,2% при тому, що в інших виділених категоріях – половина та більше. Аналогічно й заняття організованим спортом – 44,6% серед учнів ПТНЗ і понад 50% серед усіх інших. Більша кількість друзів, що гарно навчаються, – серед школярів, які проживають в обласних центрах, – 57,4%. Кількість друзів із асоціальною поведінкою збільшується з віком – серед учнів ПТНЗ та студентів ВНЗ статистично більше респондентів, які зазначали, що мають друзів, які курять сигарети, вживають алкогольні напої та наркотики.

Атмосфера в стосунках з друзями впливає на загальне емоційне самопочуття підлітків, тому має особливе значення. Розглянемо особливості дружніх відносин. У цілому, українські підлітки демонструють позитивні настрої, а саме: 72,3% вважають, що друзі їм допомагають, а 72% – що допоможуть, якщо виникнуть неприємності, 76,5% готові ділитися радіощами і прикрощами, а 71,2% обговорюють з друзями свої проблеми (табл. 1.3.4).

Таблиця 1.3.4

## Атмосфера в компанії друзів, %

	Стать		Тип навчального закладу					
	Хлопці	Дівчата	ЗОНЗ – обл. центр	ЗОНЗ – місто	ЗОНЗ – село	ПТНЗ	ВНЗ	Разом
<b>Мої друзі справді намагаються допомогти мені</b>								
Не згоден(на)*	16,3	12,5	13,4	14,3	14,8	16,5	13,2	14,3
Згоден(на)**	69,4	75,0	71,8	72,5	74,3	69,3	71,5	72,3
<b>Я можу розраховувати на друзів, якщо в мене виникають неприємності</b>								
Не згоден(на)	15,4	13,5	13,6	14,1	15,7	16,1	12,4	14,4
Згоден(на)	71,1	72,8	71,4	72,5	72,4	69,7	73,3	72,0
<b>Зі своїми друзями я можу ділитися радіщами і прикрощами</b>								
Не згоден(на)	14,4	11,1	12,8	12,0	13,6	14,1	11,0	12,7
Згоден(на)	73,9	78,8	75,8	77,2	76,5	73,5	78,9	76,5
<b>Я можу обговорювати свої проблеми з друзями</b>								
Не згоден(на)	16,6	13,6	15,3	14,7	17,0	13,7	11,1	15,0
Згоден(на)	69,5	72,8	70,0	72,0	70,2	72,4	73,9	71,2

\* Сума відповідей «Дуже сильно не згоден(на)», «Сильно не згоден(на)», «Не згоден(на)»

\*\* Сума відповідей «Дуже сильно згоден(на)», «Сильно згоден(на)», «Згоден(на)»

Наявний статистично значущий зв'язок за статтю та типом навчального закладу. Так, очевидним є більш довірливі стосунки серед дівчат, ніж серед хлопців.

Членство в організаціях дає можливість молоді долучатися до різних видів активностей, відчувати свою приналежність до ширшого кола людей, заповнювати своє дозвілля змістовним, часто – корисним заняттям, розвивати свої хобі та зацікавлення. У цілому, 36,8% учнівської молоді не належать до жодної організації. Найбільш поширеною є участь у спортивних об'єднаннях – 32,2% (табл. 1.3.5). Заняття фізичною активністю є популярнішим серед хлопців, ніж серед дівчат, – 38,3%, проти 26,7%, та серед школярів, ніж серед студентів та учнів ПТНЗ.

Таблиця 1.3.5

## Участь молоді в громадському житті, %

Ти є членом...	Стать		Тип навчального закладу					
	Хлопці	Дівчата	ЗОНЗ – обл. центр	ЗОНЗ – місто	ЗОНЗ – село	ПТНЗ	ВНЗ	Разом
Оздоровчого та фізкультурно-спортивного об'єднання	38,3	26,7	32,7	30,9	38,2	25,7	25,7	32,2
Гуртка естетичного виховання	14,3	39,2	29,2	28,6	32,2	14,8	18,4	27,5
Молодіжної організації	18,0	15,0	14,2	17,3	18,3	16,0	14,6	16,4
Дитячої організації	13,3	15,7	17,1	14,1	19,6	5,8	4,2	14,5
Туристичного об'єднання (клубу)	12,1	9,0	9,1	9,9	14,4	8,1	8,2	10,4
Об'єднання (товариства) охорони природи (екологічного)	9,1	11,3	9,7	8,9	15,8	6,4	6,3	10,2
Релігійної організації	8,8	8,9	7,7	8,3	12,0	7,5	7,0	8,8
Волонтерської організації, яка надає соціальну допомогу, соціальні послуги	7,6	9,8	6,9	8,4	12,1	7,0	8,4	8,8
Науково-технічного, освітнього товариства (об'єднання)	8,7	5,9	8,1	6,8	8,6	6,2	4,0	7,3
Студентської організації	7,1	6,9	2,8	2,7	2,7	22,8	31,0	7,0
Скаутської організації	6,2	4,2	5,1	5,3	5,8	4,1	3,8	5,1
Інше	1,0	0,6	1,2	0,8	0,6	0,5	0,6	0,8

Значною мірою зменшується участь підлітків у організаціях з віком – учні ПТНЗ та студенти ВНЗ значно рідше є учасниками всіх типів організацій, окрім студентських. Учні сільських шкіл частіше, ніж міських, беруть участь у більшості типів організацій.

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Спілкування за допомогою Інтернету стало невід'ємною складовою життя учнівської молоді. Специфіка спілкування в соціальних мережах та спеціальних сервісах полягає в тому, що використовується специфічна мова. Використання більш-менш поширених скорочень та особливої мови, властивої певній спільноті (наприклад, при спілкуванні в комп'ютерній грі), є неunikним; «суржик» основної мови спілкування з англійською (мішана мова з українськими, російськими, англійськими вкрапленнями) є дискусійним питанням, а от дотримання правил чистої мови є проблематичним. Без цілеспрямованої роботи над цим питанням відкривається перспектива наслідків регулярного вживання некоректної та граматично неправильної мови.

У даному розділі умовно розподілені типи поведінки на схвальну та несхвальну, в загальносоціальному сенсі. Проте молодь є специфічною частиною соціуму, яка відходить від батьківського контролю в самостійне функціонування, часто з протестом проти батьківських цінностей. Відповідно, залишається відкритим запитання: «Які типи поведінки є схвальними, бажаними, нейтральними чи такими, що засуджуються серед самої молоді?» Наприклад, належність до релігійної організації може свідчити як про традиційні цінності, так і про конформність, і навпаки – куріння тютюну та вживання алкоголю може розцінюватися як ознака «дорослішання», тобто бажаною ознакою серед підлітків. Подальші глибинні дослідження поведінки молоді можуть визначити фактори формування позитивного/негативного забарвлення поведінки, чинники, які надають певному типу поведінки ознаки, бажаної серед молоді.

З віком зменшується участь молоді в громадському житті, що може бути пов'язане зі збільшенням навчального навантаження. Інше можливе пояснення – обмежена «спадковість» організацій після закінчення школи, обмежена пропозиція варіантів участі в громадському житті серед студентської молоді, що для багатьох означає припинення підтримки їхніх зацікавлень. Інша гіпотеза для пояснення такої ситуації – збільшення самостійності, якщо це батьки спонукали до участі в громадському житті та членстві в організаціях, ймовірно є демонстративне припинення такої діяльності, щойно підлітки отримують достатньо прав та можливостей самостійно організовувати своє життя. Припинення участі в громадському житті частково відбувається на користь навчання, навантаження якого зростає в ПТНЗ/ВНЗ у порівнянні зі школою, частково – у проведенні більшої кількості часу з друзями. Важливо, щоб до моменту прийняття таких рішень молодь була готова до цієї автономності і робила свій вибір усвідомлено, з турботою про власне здоров'я та у відповідності до власних інтересів.

## ВИСНОВКИ

- Віртуальне спілкування є значною частиною життя сучасної молоді. 45,9% молоді, що навчається, щодня спілкується з друзями в соціальних мережах. Комунікація в Інтернеті більше поширена серед дівчат, ніж серед хлопців та жителів міст. У вечірній час (після 20-ї год.) зустрічаються з друзями кожного дня 26,6% респондентів. Особистісне спілкування (як до, так і після 20-ї год.) більше поширене серед хлопців.
- 52,8% молоді вважають, що більшість друзів у їхній компанії добре вчаться. 53% – займаються спортом, а 36,8% – беруть участь у культурних заходах. При цьому більшість розглянутих видів схвальної поведінки серед друзів частіше зустрічається серед дівчат та серед школярів загальноосвітніх навчальних закладів.
- Спостерігається зменшення кількості молоді, що курить сигарети: наразі 11,8% респондентів зазначили, що більшість друзів у їхній компанії часто курять сигарети, а в попередній хвилі 2010 р. таких було 19%.
- На вживання алкогольних напоїв вказали 8,9%, а наркотиків – 2,1% опитаних.
- Несхвальна поведінка ширше практикується в компаніях хлопців та серед учнів ПТНЗ. Так, відзначили, що в їхній компанії часто курять сигарети 11,8% опитаної молоді, при цьому серед хлопців таких 13,9%, а серед учнів ПТНЗ – 32,4%. Аналогічно з частим вживанням алкогольних напоїв – 10% хлопців, проти 7,9% дівчат та 2,9% тих, хто часто вживає наркотики, серед хлопців, в той час як серед своїх друзів наявність таких відзначили 1,4% дівчат.
- Молоді притаманні довірливі стосунки з друзями – 76,5% респондентів повідомили, що їхні друзі можуть ділитися з ними радощами і прикрощами, 72% – розраховують на друзів у разі виникнення неприємності.
- 63,2% молоді входять принаймні в одну з організацій. Найпопулярнішим типом організацій є оздоровчі та фізкультурно-спортивні об'єднання – 32,2%, хоча серед дівчат таких лише 26,7%.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Підлітковий вік – непростий період з педагогічної та батьківської точки зору, час, коли молода людина вчиться розпоряджатися своїм часом та обирати своє дозвілля. Для формування самостійної здорової особистості підлітку необхідні і достатня автономія, і піклування та, по можливості, спрямування батьками та викладачами. У поточній ситуації доцільним є розгляд таких напрямів:

- Сприяння розвитку культури спілкування, як у міжособистісному, так і віртуальному контакті, в тому числі грамотному спілкуванню у віртуальному середовищі.
- Виявлення факторів формування ознак привабливості в різноманітних типах поведінки, сприяння підвищенню престижності та привабливості соціально схвальної поведінки.
- Залучення дівчат до заняття організованим спортом.
- Залучення хлопців до участі в різноманітних заходах, а особливо культурного спрямування, присвячених охороні довкілля, тощо. Особливу увагу варто приділити залученню до організацій та участі в заходах учнів ПТНЗ та студентів.

### 1.4. ШКОЛА ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ

Під час формування українського демократичного суспільства в освітній галузі запроваджується концепція гуманізації середовища шляхом створення сприятливих умов для всіх суб'єктів педагогічного процесу (адміністрації, педагогів, учнів та їхніх батьків). Створюючи для особистості сприятливе освітнє середовище як підґрунтя формування індивідуальності, суспільство збагачується і зміцнюється, відкриває широку перспективу свого розвитку.

Протягом останніх кількох років змінилися соціальна ситуація, суспільна свідомість, ціннісні орієнтації, які зумовили пошук нових підходів до створення комфортного освітнього середовища з урахуванням попереднього досвіду.

У розділі представлена характеристика навчальних закладів, де проводилося опитування (за результатами аналізу звітних форм опитування в класах/групах), а також аналіз даних опитування учнівської молоді стосовно основних складових шкільного життя: стосунки з однокласниками/однорічниками, ставлення учнів до навчального закладу та комфортні умови перебування, успішність й відчуття учбового навантаження, підтримка з боку викладачів у навчанні.

Дані дослідження дозволили визначити ставлення учнів до школи та навчального процесу. Позитивне ставлення до свого навчального закладу висловила більшість школярів (у середньому 86,1%) (табл. 1.4.1). Серед задоволених у віковій групі 10–16 років переважають дівчата. Частка учнів, яким навчальний заклад не подобається категорично, становить 3–5%, і серед них частіше незадоволені хлопці.

Таблиця 1.4.1

#### Розподіл відповідей щодо ставлення до свого навчального закладу, за віком та статтю, %

	11 років			13 років			15 років			17 років		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Мені дуже подобається	48,2	60,2	54,1	38,8	45,0	41,8	33,6	41,5	37,5	39,8	39,5	39,7
Мені, скоріше, подобається	37,7	31,8	34,8	42,4	43,7	43,0	45,9	41,8	43,9	44,5	46,5	45,5
Мені, скоріше, не подобається	9,8	7,4	8,6	11,4	8,4	9,9	16,6	13,0	14,8	11,2	11,5	11,3
Мені зовсім не подобається	4,2	0,6	2,4	7,5	2,9	5,2	3,9	3,7	3,8	4,5	2,5	3,5



Щодо оцінки успішності, то більше половини опитаних учнів (на загал 54,5%) вважають, що педагоги оцінюють їх рівень успішності порівняно з однолітками як «дуже гарний» і «гарний», 37% – як «середній». До 6% учнівської молоді зазначили, що вчителі/викладачі оцінюють рівень їхньої успішності як нижчий за середній. Варто зауважити, що на фоні усіх опитаних, дівчата віком 10–17 років вважають себе більш успішними, ніж хлопці (табл. 1.4.2).

Таблиця 1.4.2

**Розподіл відповідей учнівської молоді на запитання: «Як, на твою думку, твій(ої) вчитель(і)/ викладач(і) оцінює(ють) твій рівень успішності порівняно з твоїми однокласниками(цями)/ одногрупниками(цями)?», залежно від віку та статі, %**

	11 років		13 років		15 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Дуже гарний	23,2	24,6	17,5	18,1	15,8	14,9	13,0	16,5
Гарний	36,7	44,4	33,4	44,6	37,4	42,7	39,6	47,4
Середній	36,0	29,2	43,1	35,3	40,5	39,5	43,6	34,2
Нижче ніж середній	4,1	1,8	5,9	2,0	6,3	3,0	3,7	1,9

За даними дослідження, 60,5% респондентів вважають свій колектив дружнім, у якому одноліткам подобається бути разом. 31,8% учнівської молоді зауважили, що в класі/групі буває по-різному, залежно від обставин. До 8% школярів/студентів зазначили про неприяне співіснування в учнівському колективі. Відсоток невдоволених стосунками в колективі є дещо вищим у підлітків віком 13–17 років.

Понад половину (55,7%) опитаних відмітили, що в їх класі/групі багато добрих та турботливих учнів/студентів. Третина респондентів (32,2%) як згодна, так і не згодна із цим твердженням. До 14,2% опитаних вважають, що в їхньому колективі небагато учнів доброзичливих та турботливих, готових прийти на допомогу.

Що стосується сприйняття учня/студента учнівським/студентським оточенням, то більшість (70,3%) респондентів вважають, що однолітки сприймають їх саме такими, які вони є. І лише 7,9% протилежної думки.

Половина учнів (50,4%) зазначили, що не відчувають напруженості під час виконання учбових завдань як у класі/групі, так і вдома (табл. 1.4.3). Проте понад чверть (27%) учнів 10–12 років та більше третини (36%) учнів 13–16 років відчувають певне перенавантаження в процесі навчання. До 16% учнівської молоді під час засвоєння знань на уроках та під час виконання домашніх завдань відчувають неабияку втому.

Таблиця 1.4.3

**Розподіл учнів/студентів, які відчувають напруженість під час виконання завдань (як у класі/групі, так і вдома), за віком та статтю, %**

	11 років		13 років		15 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Ні	56,3	52,7	51,1	50,0	43,6	45,2	47,8	49,5
Незначне	23,9	27,9	32,1	33,9	37,1	37,3	39,0	33,1
Відчуваю певне напруження	15,4	15,8	14,2	14,0	16,1	14,9	11,4	14,8
Відчуваю значне напруження	4,4	3,5	2,6	2,1	3,2	2,6	1,8	2,6



Проблема самооцінки та усвідомлення власної індивідуальності особливо гостро стоїть у підлітковому віці. Коли учень відчуває, що оточуючі сприймають його таким, який він є, та ставляться до нього як до особистості, рівень впевненості у своїх силах значно зростає.

За даними дослідження, більшість учнів (71,2%) вважають, що вчителі/викладачі сприймають їх такими, як вони є, і понад половину опитаних (53,9%) певні, що оточуючі ставляться до них як до особистості. Більше чверті гадають, що не завжди педагоги адекватно сприймають їх індивідуальність.

Аналізуючи дані за гендерною ознакою, можна відзначити, що дівчата всіх вікових груп більш упевнені в належному ставленні до них, ніж хлопці.

Взаємодвіра й взаємопідтримка є запорукою успішних результатів усього навчально-виховного процесу. Відповіді учнів/студентів на запитання: «Чи довіряють вони своїм вчителям/викладачам?» доводять, що більше половини вчителів викликають довіру учнівської молоді (52,2%). Проте ступінь довіри до них значно знижується у підлітків 16–17 років (42,7% та 39%, відповідно). Частка тих, що не може довіритись педагогу, сягає 18%.

Понад половину опитаних учнів (56,6%) вважають своїх вчителів/викладачів такими, до яких можна завжди звернутися по допомогу в разі потреби. Близько третини школярів (31,8%) гадають, що розраховувати на підтримку з боку педагогічного колективу можна лише інколи. До 12% підлітків зазначили, що не мають можливості у разі будь-якої потреби звернутися по допомогу до педагога.

Більшість учнів (62%) зазначили, що вчителі/викладачі справедливо ставляться до них. 7,5% дітей протилежної думки. Варто зауважити, що, починаючи з тринадцятилітнього віку, відсоток тих, хто відмічає доброзичливість та справедливість з боку педагогічного колективу, зменшується приблизно на 10 відсотків.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Створення сприятливого мікроклімату в шкільному колективі є невід'ємною складовою успішного та високоякісного навчально-виховного процесу і залежить, у першу чергу, від доброзичливих взаємин в учнівсько-педагогічному колективі. Причини непорозумінь між учителем та учнем можуть бути різними. Насамперед, підлітки шукають в особі вчителя поради та друга, людину, яка спроможна зрозуміти їх потреби, допомогти знайти оптимальне рішення в нетипових ситуаціях, а головне – справедливо ставитися до них. На думку підлітків, у вчителя не повинно бути «улюбленців», а якщо вони і є, то інші учні не повинні це відчувати, вчитель повинен з повагою ставитись до всіх учнів у класі, не принижувати гідність, не використовувати образливі слова до тих, хто гірше навчається.

Усвідомлення педагогами того, що для деяких учнів/студентів навчальний процес справді є непосильним через низку чинників (перевантаження завданнями, несформованість навичок самостійності, слабка ефективність уроку; незадовільні побутові умови, негативний вплив родинних проблем тощо) спонукає вчителів/викладачів знаходити індивідуальний підхід та розуміти свою особисту відповідальність за психологічну рівновагу вихованців.

Порушення норм навчального навантаження з боку педагогічного колективу є однією з причин того, що значний відсоток учнів (до 16% усіх вікових категорій) відчувають проблеми з процесом навчання. Якщо врахувати і те, що чверть підлітків 10–12 років та більше ніж третина учнів 13–16 років відчувають незначне перенавантаження, то можна дійти висновку, що проблеми в оволодінні знаннями є реальними для значної частини учнів.

Успішність у навчанні, особливо у підлітків 10–14 років, залежить від взаємовідносин «вчитель – учень». Кожний шостий підліток не знаходить серед учительського загалу особистостей, вартих довіри, а кожний десятий учень/студент не має можливості звернутися, у разі потреби, по допомогу до педагога. Враховуючи факт, що кожного дня підлітки контактують у середньому з п'ятьма представниками педколективу, ці цифри мають викликати стурбованість.

## ВИСНОВКИ

1. Незважаючи на обмежене фінансування, навчальні заклади намагаються створити комфортні умови для перебування і навчання учнів та роботи педагогічного колективу (86,1% учнівської молоді позитивно налаштовані до свого навчального закладу). Проте половина навчальних установ потребує нагального ремонту з метою підвищення безпеки і зручності закладу.
2. Для забезпечення потреб фізичного, розумового та психологічного розвитку учнівської молоді більшість навчальних закладів потребують належного устаткування інфраструктури. Кожний третій освітній заклад не забезпечений відповідними комфортними здоров'язбережувальними умовами для перебування та навчання дітей з функціональними обмеженнями здоров'я.
3. Більше ніж чверть (28,8%) освітніх установ не забезпечують учнів, які проживають на відстані понад 3 км від школи, транспортним обслуговуванням.
4. Кожен другий педагог має можливість вільно користуватися засобами ІКТ, впровадження яких веде до значного підвищення якості навчання.
5. Задоволені своїми взаєминами в колективі в середньому 60,5% опитаних учнів/студентів. З дорослішанням зменшується кількість тих, кому подобається бути разом з однокласниками чи одногрупниками (з 14-річного віку частка задоволених зменшується на 10%).
6. Більшість учнів (71,2%) вважають, що вчителі/викладачі сприймають їх такими, як вони є, і понад половину опитаних (53,9%) – що педагоги ставляться до них як до особистості.

Отже, з погляду на потреби формування здорового способу життя шкільне оточення справляє суперечливе враження. З одного боку, більшість опитаних були задоволені своїм навчальним закладом, вважали педагогів доброзичливими, справедливими, готовими допомогти тощо. З іншого – частки незадоволених навчальним закладом, невпевнених у доброті й турботливості співучнів, тих, хто вважав навчання важким і складним, були досить значними. Більшість опитаних втомлювалися від занять, кожен другий учень має сумніви стосовно своєї успішності; з дорослішанням респонденти критичніше оцінювали своїх педагогів. Тобто, проблема створення в навчальному закладі дружнього до підлітка середовища, сприятливого для збереження і зміцнення здоров'я, поки що залишається не розв'язаною. Хоча передумови для цього є, зокрема – доброзичливість вчителів, що зазначала більшість опитаних.

Сьогодні освітнє середовище повинне бути не тільки комфортним, а обов'язково сприяти зміцненню та збереженню здоров'я. У більшості навчальних закладів це здійснюється шляхом створення безпечних для здоров'я дітей і підлітків умов навчання та виховання, які сприяють підвищенню їх працездатності протягом навчального дня, тижня, року, поліпшують психофізіологічний розвиток та зміцнюють здоров'я дітей.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Для забезпечення психічного здоров'я учнівської молоді необхідними є такі умови: створення сприятливого мікроклімату в навчальному колективі; реалізація доброзичливих, довірливих та рівноправних партнерських стосунків між учнями та вчителями, формування відчуття підтримки й безпеки з боку викладацького складу.
- З метою організації ефективного навчального навантаження на учнів, необхідне запровадження гнучкого навчального графіка, який передбачатиме чергування навантаження та відпочинку.
- Застосовування педагогічних заохочувальних методів для розвитку в учнів ініціативи, впевненості у своїх силах, розвитку наполегливості, формування навичок планування і досягнення поставленої мети, вміння долати труднощі задля досягнення мети.
- Зосередження уваги психологічних служб, шкільних психологів на захисті прав і свобод дітей, формуванні активної життєвої позиції молоді; забезпеченні легкого доступу до психологічних послуг.
- Розвиток самоврядування учнів/студентів, залучення їх до активної участі у вирішенні актуальних питань повсякденного життя навчального закладу.
- Формування особистості учня через реалізацію рівноправних партнерських стосунків між учителем/викладачем та учнем/студентом.

## 1.5. ОБРАЗИ, ТРАВМИ ТА БІЙКИ В МОЛОДІЖНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Насильство залишається однією з актуальних проблем українського суспільства незважаючи на те, що на законодавчому рівні будь-які прояви насильства стосовно дитини, зокрема фізичне покарання, заборонені. Держава визнає, що насильство над дітьми трапляється в різних сферах життя: вдома, при контакті з представниками правоохоронних органів, у закладах опіки, в навчальних закладах. Насильство здійснюється як дорослими, так і самими дітьми стосовно одне одного. Свідченнями поширеності останнього стали численні публікації та репортажі на національному телебаченні.

Попри публічне висвітлення цієї проблеми, проведення Національної кампанії «Стоп насильству!» та запровадження профілактичних курсів в освітніх установах, ця тема залишається недостатньо вивченою, зокрема питання допомоги потерпілим дітям та роботи з тими, хто таке насильство вчиняє. Також бракує інформації про те, якої допомоги (інформаційної, методологічної, ресурсної тощо) потребують учителі для більш ефективного реагування на це явище, його профілактику.

Актуальність дослідження проблеми насильства в молодіжному середовищі зумовлена й тим, що запроваджені заходи в умовах економічно-політичної кризи не привели до суттєвого зниження проявів різних видів насилля серед молоді.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

З віком діти вчаться контролювати свої емоції та набувають навичок конструктивного розв'язання конфліктів. 87% респондентів вважають, що достатньо або частково володіють життєвими навичками міжособистісного спілкування та протистояння тиску однолітків, і їх, здебільшого, не ображали, не принижували, з них не знущалися (таких – 64% серед опитаних) або це траплялося 1–2 рази (таких – 23% опитаних) протягом останніх двох місяців. Тих, кого постійно ображають, принижують, знущаються з них раз на тиждень або декілька разів на тиждень – до 7,3% респондентів. Найбільше таких дітей у віковій групі 10–13 років, зокрема серед 10–11-річних підлітків, яких ображають/принижують/знущаються декілька разів на тиждень. Таких більше серед дівчат (8,2%, проти 5,9% серед хлопців), а серед 12–13-річних, тих, хто потерпає від образ, переважають хлопці (7,3%, проти 6,4%).

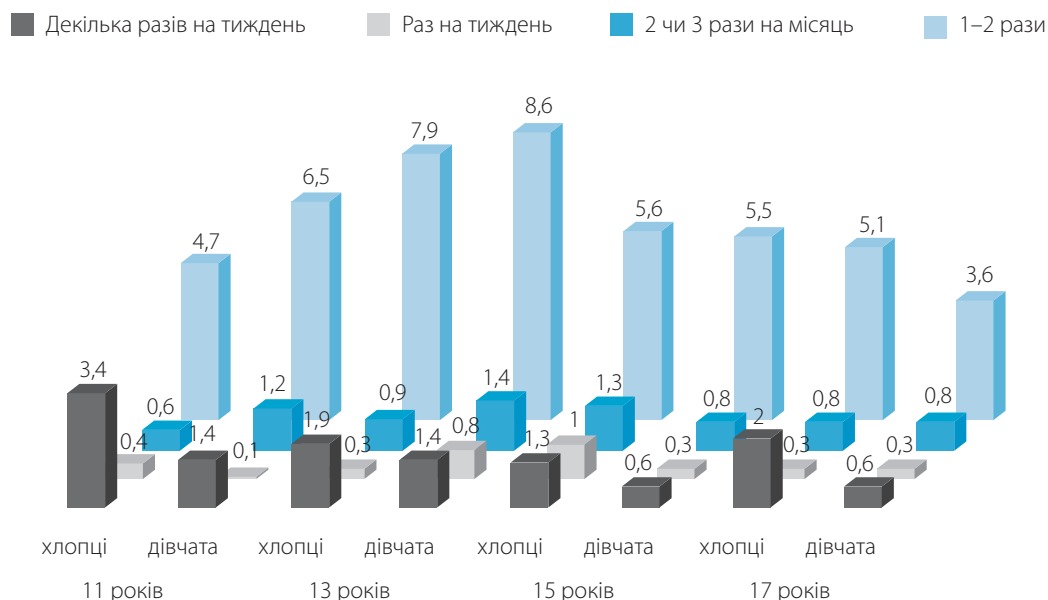
Аналіз даних показує, що конструктивно розв'язувати конфлікти без застосування насильства та образ (*жодного разу не ображав(ла)/принижував(ла) інших учнів/студентів, не знущався(лась) над ними протягом останніх двох місяців*) можуть у середньому 58,9%. Зокрема 66,1% серед учнів 10–11-річного віку та 55,3% серед учнівської молоді у віці 16–17 років. Використання агресивної моделі поведінки призводить до того, що «агресори» менше зазнають насилля. Відповідно, «жертв» насилля менше серед учнівської молоді у віці 16–17 років (72,2% респондентів зазначили *«мене не ображали/не принижували/не знущалися наді мною протягом останніх двох місяців»*), а серед учнів 10–11-річного віку – 57,3% відповіли, що *їх не ображали/не принижували/не знущалися над ними*.

Аналіз результатів щодо насильства за ознакою статі показав, що у всіх вікових групах хлопці частіше беруть участь в ображанні/приниженні інших, ніж дівчата (загалом 47%, проти 35%), але в різний спосіб. Хлопці у два рази частіше, ніж дівчата, застосовують фізичне насильство (б'ються).

В останні роки зі збільшенням кількості користувачів електронних засобів комунікації та доступності до мережі Інтернет стали поширюватися нові форми соціально-психологічного третирування, які відрізняються анонімністю – «кібертретируванням», булінгу (англ. «cyberbullying»). Слід зауважити, що це третирування було раніше проблемою переважно західних суспільств. Сутність цього виду насильства полягає в залякуванні, приниженні через розсилання погрозливих повідомлень, відеозаписів, фото за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій. Результати опитування учнів/студентів показали, що:

- 86,8% респондентів не були ображені через SMS, повідомлення на «стіні» в соціальній мережі, електронні листи, сайти. Серед тих, хто зазнав третирування, зазначили, що їх ображали:
  - 8,7% 1–2 рази, зокрема частіше це відбувалося серед дівчат;
  - 1,5% 2 чи 3 рази на місяць;
  - до 1% раз на тиждень;
  - 2,3% декілька разів на тиждень, зокрема частіше це відбувається з підлітками 10–11 років.

- 91,2% зазнавали образ через фото в непривабливому вигляді, що були розміщені без їх дозволу в мережі Інтернет (рис. 1.5.1). Серед тих, хто зазнав третирування, зазначили, що їх ображали:
  - 5,8% – 1–2 рази, (найвищий відсоток серед підлітків 13 років – 8,2%);
  - до 1% – 2 чи 3 рази на місяць або раз на тиждень;
  - 1,7% – декілька разів на тиждень, зокрема частіше це відбувається в середовищі хлопців та удвічі частіше серед 10–11-річних. Вони оприлюднюють через YouTube відеоролики бійок (справжні або постановочні сцени); непривабливі, інтимні життєві ситуації; фото.



**Рис. 1.5.1.** Розподіл учнівської молоді щодо частоти третирування в навчальному закладі через фотографування в непривабливому вигляді та розміщення фотографії в Інтернеті без дозволу, за віком та статтю, %

У складній ситуації діти повинні мати можливість отримати необхідну допомогу та пораду, краще, якщо її надасть рідна людина або кваліфікований спеціаліст. У навчальних закладах з метою виявлення та попередження проявів насилля є інформаційні стенди, скриньки для скарг, допомогу надають усі члени педагогічного колективу. Проте вчасність та якість допомоги залежить від ступеня довіри особи до джерела підтримки. Аналіз відповідей учнів на запитання: «До кого ти можеш звернутися, якщо тебе образили, принизили або знущалися над тобою?» дозволив побудувати рейтингову шкалу довіри, а саме:

- 65,5% звернулися б до батьків, зокрема до них більше звертаються 10-річні діти, ніж 17-річні (відповідно, 81,2%, проти 44,2%), та дівчата у всіх вікових групах;
- 46,3% – до друга/подруги, зокрема до них більше звертаються 17-річні, ніж 10-річні діти (відповідно, 62,1, проти 26,3%), а дівчата частіше, ніж хлопці, у віці 13–16 років, обговорюють проблеми з подругами;
- 28,9% – до брата/сестри;
- 23,5% – до вчителя, класного керівника, зокрема до них удвічі частіше звертаються 10-річні діти, ніж 17-річні (відповідно, 30,2%, проти 14,1%) та дівчата у всіх вікових групах;
- 13,9% – до інших родичів (бабусі/дідуся, тітки/дядька тощо);
- 8,7% – до психолога/соціального педагога, який працює в навчальному закладі, зокрема майже удвічі частіше за інших так зазначають дівчата у віці 13–17 років;
- 5,0% – до органів внутрішніх справ (міліції);
- у середньому 2,5% респондентів звернулися б до служби у справах дітей; на телефон довіри; до центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; до клініки, дружньої до молоді, тощо.

На жаль, в українському суспільстві фізичне насильство, зокрема покарання дітей, не отримало засудження. Молодь бачить дуже багато прикладів розв'язання проблем дорослого життя за допомогою фізичного покарання та бійок. А діти, як відомо, схильні наслідувати поведінку, вчинки своїх рідних, публічних людей.

У середньому 29,8% респондентів повідомили, що вони за останніх 12 місяців брали участь у бійці. Серед них: 14,6% зазначили, що це було 1 раз, 12,4% – це траплялось 2–3 рази, для 8,8% респондентів бійка є не випадковістю, а способом досягнення мети, способом зняття напруги та, іноді, способом розваги. Хлопці вдаються до агресивної поведінки, що є для них елементом самоствердження, демонстрації дорослості, змужніння, удвічі частіше (в 10 років – 57%, а в 17 років – 48%), ніж дівчата (в 10 років – 20%, а в 17 років – 19%). З віком молодь застосовує фізичну силу менше, але розбіжність є не суттєвою: в 10 років б'ються 40% опитаних, а в 17 років – 34%. Прикро, що кожна п'ята з дівчат «самостверджується» також з допомогою кулаків. Зараз дедалі частіше дитячі бійки переростають у жорстокі розправи. У середньому 2% респондентів повідомили, що отримували травму під час бійок. Серед них частіше травмувалися хлопці в 16 років – 3,4%, в 17 років – 7,6%.

Однією з причин погіршення фізичного здоров'я є травми. У середньому, протягом останнього року 41,3% опитаних щонайменше 1 раз отримували травми (1 раз – 25%, 2–3 рази – 12,2%, 4 рази і більше – 4%), через які доводилося звертатися по медичну допомогу. З віком кількість звернень по медичну допомогу через травмування зменшується з 45,6% до 39%. Серед тих, хто отримував травми за останні 12 місяців, у середньому кожний п'ятий зазначив, що потребував у зв'язку з серйозністю травми медичної допомоги (накладення гіпсу і швів, операції або перебування в лікарні). Аналіз даних також показав, що хлопці частіше отримують серйозні травми. Травми учні/студенти отримують найчастіше вдома/у дворі (своєму або знайомих) – так зазначили 12,9% респондентів; 6,8% – у спортивному залі або на спортивному майданчику, полі (не в навчальному закладі); 6,0% – на вулиці/на дорозі/на парковці; 5,6% – в іншому місці; 4,4 – в навчальному закладі, включаючи прилеглі території (3,1% – під час навчальних годин, 1,3% – поза навчанням). Відповідно, і підлітки отримують травми найчастіше в побуті – 10,5% травмованих, 10,3% – під час спортивних ігор або тренувань, 6,5% – дозвілля, 4,8% – катання на велосипеді, 1,9% – під час бійки, 1% – при ДТП, 0,5% – працюючи за гроші або безоплатно.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

У зв'язку з політико-економічними й соціокультурними змінами, що відбуваються в українському суспільстві, поступово змінюється поінформованість людей про види насильства та ставлення до цього явища. Громадяни все більше обговорюють питання власної безпеки і захищеності від проявів насильства. Критерій безпечного, толерантного середовища освітнього закладу є обов'язковим для батьків, які обирають навчальний заклад для своєї дитини. Дорослі більше звертають увагу на взаємозалежність здоров'я дитини від існуючих негативних соціальних процесів, зокрема насильства та дискримінації, та розуміють, що психічні травми дитинства обов'язково призводять до проблем у дорослому житті; образи, приниження, знущання впливають однаково негативно на формування рис характеру як «агресорів», так і «жертв»; діти, які зазнали тих чи інших форм насильства, самі згодом проявляють його до оточуючих.

Враховуючи провідну роль батьків, опікунів у вихованні у дітей соціальних норм поведінки, зокрема ненасильницького розв'язання конфліктних ситуацій та попередження насилля в родині, значно змінилися системність, зміст, форми, методологія профілактично-просвітницької роботи серед батьків, особливо батьків дітей дошкільного, молодшого шкільного віку.

Результати дослідження показали, що факти насильства є в усіх вікових групах респондентів і, незважаючи на посилення профілактичної роботи, запровадження інноваційних методик навчання у навчальних закладах, рівень проявів його в молодіжному середовищі залишається досить високим. Набуваючи навичок керування емоційним станом, спілкування, конструктивного розв'язання конфліктів, з віком молодь усе частіше (на 11%, за даними дослідження) використовує моделі поведінки, які ображають, кривдять



оточуючих. Порівняльний аналіз отриманих результатів нинішнього та попередніх опитувань проекту HBSC показав, що комплексна, системна профілактична робота з питань насильства серед учнівської молоді в освітніх установах має низьку ефективність, все ще залишається недостатньою. Показник щодо кількості респондентів, яких ображали або які ображали інших протягом останніх двох місяців, зменшився на декілька відсотків. Проте також можна стверджувати, що педагогічний вплив недостатній (зводиться нанівець) порівняно зі стрімко зростаючим негативним впливом випадків насилля, дискримінації в соціальному середовищі загалом.

Кількість осіб, які зазнають насильства, могла б бути значно меншою, якби профілактика ефективніше проводилася серед дітей дошкільного й молодшого шкільного віку та їх батьків, а також якби змінились аспекти впливу соціальних процесів, пов'язаних з насильством. Безкарність і частота повторюваності фактів вчинення насильства в молодіжному середовищі, в сім'ї призводять до засвоєння «корисності» моделі насильницької поведінки як методу досягання мети.

Враховуючи той факт, що найбільше травм підлітки отримують вдома, у дворі, на вулиці, потрібно посилити адміністративну та кримінальну відповідальність батьків за виховання, створення безпечних умов життя та здоров'я дітей, а в закладах освіти – посилити контроль за дотриманням правил безпеки життєдіяльності кожною посадовою особою закладу.

## ВИСНОВКИ

- 36% респондентів зазнали щонайменше 1 раз на рік насилля (порівняно з 2010 р. (42%) – це на 6% менше) і 41% ображали інших учнів/студентів свого навчального закладу (у 2010 р. – 47%).
- У середньому до 11% респондентів були ображені, принижені через SMS, повідомлення на «стіні» в соціальній мережі, електронні листи, сайт або через розміщення без їх дозволу в Інтернеті фото в непривабливому вигляді.
- 36% учнівської молоді щонайменше раз на рік взяли участь у бійках (у 2010 р. – 38%).
- «Жертвами» постійних образ бували близько 13% респондентів.
- З віком збільшується кількість тих, кого не ображали: з 58,2% в 10 років до 74,8% в 17 років. Разом з тим, зменшується кількість тих, хто не ображав інших: з 67,3% в 10 років до 56,0% в 17 років.
- Хлопці демонструють агресивну поведінку частіше, ніж дівчата. Вони у два рази частіше потрапляють у бійки та, відповідно, й серйозно травмованих через це у 5–6 разів серед них також більше.
- Найкращим радником у складній ситуації для дітей є члени родини: до батьків звертаються до 65,5% респондентів, до брата/сестри – 28,9%. Довірятися педагогам може кожний четвертий учень/студент. Низькою довірою користуються фахівці (психолог, соціальний педагог, працівники медичної, соціальної, охоронної служб).
- 41% учнів/студентів за останні 12 місяців отримували травми, через що зверталися до лікаря або медсестри.
- Травми учні/студенти найчастіше отримують вдома у побуті або у дворі (13% респондентів), удвічі менше – в спортивному залі (7%) та втричі менше у навчальному закладі (4%).

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Оскільки діти проводять багато часу в навчальних закладах, які зберігають статус одного з основних інститутів соціалізації особистості, її становлення і розвитку, то вони мають відігравати одну з ключових ролей у формуванні компетенцій щодо протидії насильству. Відповідно, педагогічні працівники зобов'язані створити безпечні, здоров'язбережувальні умови, які б сприяли утвердженню гідності дитини та формуванню поведінки відповідно до суспільних морально-етичних норм. Тому, щоб забезпечити сприятливіші соціально-педагогічні умови попередження проявів насильства в навчальних закладах, необхідні:

- Вивчення кращих світових практик впровадження систем профілактики образ та насильства з метою адаптації їх до вітчизняних реалій та включення в профілактичні програми.

- Формування у підлітків навичок здатності до критичного сприйняття інформації, яку вони отримують в Інтернеті, по телебаченню та з інших засобів масової інформації.
- Посилення в рамках профілактичних програм уваги до етики психологічного та статевого виховання підлітків, зокрема навчання прийнятним способам вираження особистісних симпатій і виключення проявів статевого приниження.
- Збільшення в навчальних закладах культурних, спортивних заходів, особливу увагу приділяючи командним формам роботи.
- Створення безпечного освітнього середовища в навчальних закладах шляхом запровадження освітніх програм, спрямованих на усвідомлення підлітками неприпустимості насильства, в тому числі його проявів у «легкій» формі, та на розвиток навичок вирішення конфліктів ненасильницьким шляхом.
- Аналіз та поширення кращого досвіду з формування в підлітків умінь і навичок лідерства, виявлення та призупинення проявів агресії, заміни агресивної поведінки на асертивну, спілкування, прийняття рішень, протистояння тискові однолітків.
- Розробка кожним навчальним закладом дієвого механізму попередження, зупинення та подолання насильства. Забезпечення комплексного психолого-педагогічного контролю та діагностики задля виявлення випадків насильства, визначення їх масштабу та осіб груп ризику («агресори»/«жертви»).
- Здійснення на рівні населених пунктів, мікрорайонів моніторингу всіх аспектів проявів насильства в молодіжному середовищі; визначення стратегії попередження/подолання агресивної поведінки молодіжних угруповань.
- Посилення роботи з ОБЖД, зокрема з питань формування навичок попередження проявів агресивності у міжособистісній взаємодії; розпізнавання власного емоційного стану; уникнення віктимної поведінки.

## **1.6. МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ТА САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНІ УМОВИ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ**

Охорона здоров'я та формування здорового способу життя молоді є одним із пріоритетних завдань держави, що вимагає організації відповідного комплексу заходів медичного обслуговування. Невід'ємними складовими медичного забезпечення в навчальних закладах є профілактичні медичні огляди та доступність кваліфікованого медичного персоналу.

Проведення медичних оглядів спрямоване на спостереження за станом здоров'я дітей та молоді, вчасне виявлення і запобігання поширенню захворювань та надання рекомендацій про додаткові обстеження вузькими спеціалістами тощо. Неповнолітні особи, що не досягли 18 років, учні системи профтехосвіти та студенти вищих навчальних закладів належать до категорій населення, які мають проходити обов'язковий медичний огляд<sup>7</sup>. Відповідно до Закону України «Про загальну середню освіту»<sup>8</sup> ст. 228, заклади охорони здоров'я, разом з органами управління освітою та органами охорони здоров'я щорічно повинні забезпечувати безоплатний медичний огляд учнів.

Для надання якісного медичного обслуговування у навчальних закладах вони повинні бути укомплектовані кваліфікованими працівниками медичної сфери. У випадку відсутності медичних працівників керівництво загальноосвітнього навчального закладу укладає угоду з районною поліклінікою (дитячою та дорослою) про медичне обслуговування учнів<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Про обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.1994 р. № 532 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/532-94-%D0%BF>.

<sup>8</sup> Про загальну середню освіту : Закон України від 13.05.1999 р. №651-XIV // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 28 – С. 547–562.

<sup>9</sup> Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу ДСанПіН 5.5.2.008-01 : Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 14.08.2001 № 63 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://lawua.info/bdata1/ukr1854/index.htm>



Отже, запровадження відповідних заходів та організація медичного обслуговування в загальноосвітніх навчальних закладах (далі ЗОНЗ), професійно-технічних навчальних закладах (далі – ПТНЗ) та вищих навчальних закладах (далі – ВНЗ) здійснюється відповідно до критеріїв, установлених законодавством України. Обстеження якості медичного обслуговування є одним з ключових засобів їх оцінювання та контролю.

Більшість керівників навчальних закладів (88,2%) відповіли, що плановий медичний огляд учнів/студентів відбувається в медичному лікувальному закладі (районній або студентській поліклініці, фельдшерсько-акушерському пункті). Водночас, половина опитаних працівників навчальних закладів зазначили, що медичні огляди проводяться в приміщенні навчального закладу залученими медичними спеціалістами (51,1%) або медичним працівником навчального закладу (50,4%).

Згідно з результатами аналізу за типами навчальних закладів, більшість опитаних керівників ЗОНЗ (87,7% – в обласних центрах, 83,9% – у селах та 83,9% – в інших містах) відповіли, що медичний огляд проходить у лікувальному закладі. Згідно з відповідями більшості керівників ПТНЗ і ВНЗ, у цих навчальних структурах планові медичні огляди також відбуваються в лікувальних закладах. Про це повідомили 90,1% керівників ПТНЗ і 93,7% керівників ВНЗ.

Кількість керівників шкіл, які повідомили, що планові медичні огляди проводяться в приміщенні навчального закладу залученими медичними спеціалістами, становить: 55,6% в обласних центрах, 52,1% в інших містах та 61,3% серед керівників сільських шкіл. Серед опитаних керівників ПТНЗ і ВНЗ таких 35,2% та 41,3%, – відповідно.

Про те, що плановий медичний огляд відбувається в приміщенні навчального закладу медичним працівником цього навчального закладу, зазначили 54,3% керівників шкіл в обласних центрах, 51,3% опитаних керівників шкіл в інших містах та 49,2% керівників сільських шкіл.

Частка опитаних керівників начальних закладів, які повідомили про наявність лікаря, що працює на повну ставку, становить 5%. Трохи більше половини опитаних цієї категорії (53,9%) зазначили, що в їх навчальному закладі є медсестра, яка працює на повну ставку. Про наявність психологів, які працюють на повну ставку, зазначили 46,5%.

Менше половини опитаних керівників шкіл підтвердили наявність вихователя в школі: 45,7% – в обласних центрах, 38,7% – в містах та тільки 26,6% – в сільських школах.

Результати аналізу свідчать, що сільські школи, порівняно із ЗОНЗ в обласних центрах та містах, потерпають від нестачі медичних спеціалістів. У значній частині сільських загальноосвітніх закладів відсутні медичні працівники. Дані опитування демонструють, що тільки 2,4% опитаних зазначили про наявність лікаря, який працює на повну ставку, а наявність медичної сестри, яка працює на повну ставку, підтвердила третина опитаних керівників сільських шкіл (33,9%).

Значна частина опитаних вважає, що в навчальних закладах необхідно організувати надання послуг медичної сестри (78,4%) та терапевта-педіатра (58,3%) (табл. 1.6.1). Організацію надання послуг стоматолога в навчальній структурі підтримують 44,5% керівників навчальних закладів. Згідно з відповідями опитаних керівників освітніх структур, організація надання медичних послуг інших вузьких спеціалістів (отоларинголога, окуліста, хірурга тощо) не потрібна безпосередньо у навчальному закладі та може бути надана у медичних закладах.

Більшість опитаних (83,1%) керівників сільських шкіл зазначили про необхідність у навчальних закладах медичної сестри і майже стільки ж – серед керівників ВНЗ (81,0%).

Таблиця 1.6.1

## Розподіл потреб у медичних працівниках, за типом навчального закладу, %

	Тип навчального закладу					Серед усіх
	ЗОНЗ			ПТНЗ	ВНЗ	
	обласного центру	інших міст	села			
<b>Терапевт-педіатр</b>						
Потрібні в навчальному закладі	67,9	68,1	54,8	45,1	49,2	58,3
Краще перенаправляти до медичних закладів	25,9	27,7	37,1	40,8	38,1	33,4
Важко відповісти	6,2	4,2	8,1	14,1	12,7	8,3
<b>Медична сестра</b>						
Потрібні в навчальному закладі	81,5	77,3	83,1	66,2	81,0	78,4
Краще перенаправляти до медичних закладів	11,1	9,2	6,5	12,7	3,2	8,5
Важко відповісти	7,4	13,4	10,5	21,1	15,9	13,1
<b>Стоматолог</b>						
Потрібні в навчальному закладі	43,2	47,1	48,4	40,8	38,1	44,5
Краще перенаправляти до медичних закладів	49,4	47,1	45,2	49,3	46,0	47,2
Важко відповісти	7,4	5,9	6,5	9,9	15,9	8,3
<b>Окуліст</b>						
Потрібні в навчальному закладі	27,2	27,7	31,5	28,2	20,6	27,7
Краще перенаправляти до медичних закладів	60,5	66,4	61,3	57,7	60,3	61,8
Важко відповісти	12,3	5,9	7,3	14,1	19,0	10,5
<b>Отоларинголог (ЛОР)</b>						
Потрібні в навчальному закладі	14,8	14,3	18,5	18,3	19,0	16,8
Краще перенаправляти до медичних закладів	69,1	74,8	70,2	63,4	61,9	69,0
Важко відповісти	16,0	10,9	11,3	18,3	19,0	14,2
<b>Хірург</b>						
Потрібні в навчальному закладі	7,4	12,6	12,1	11,3	12,7	11,4
Краще перенаправляти до медичних закладів	76,5	74,8	74,2	70,4	66,7	73,1
Важко відповісти	16,0	12,6	13,7	18,3	20,6	15,5
<b>Гастроентеролог</b>						
Потрібні в навчальному закладі	14,8	18,5	17,7	16,9	23,8	18,1
Краще перенаправляти до медичних закладів	70,4	72,3	71,0	66,2	60,3	69,0
Важко відповісти	14,8	9,2	11,3	16,9	15,9	12,9
<b>Підлітковий акушер-гінеколог</b>						
Потрібні в навчальному закладі	13,6	14,3	21,0	25,4	23,8	19,0
Краще перенаправляти до медичних закладів	70,4	77,3	65,3	57,7	58,7	67,2
Важко відповісти	16,0	8,4	13,7	16,9	17,5	13,8

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Профілактичні огляди є важливим аспектом медичного обслуговування учнівської молоді. Проведення комплексної оцінки стану здоров'я дітей вимагає залучення спеціалістів із різних напрямів медицини та передбачає співпрацю медичного персоналу з батьками. Медичні огляди є не тільки способом спостереження за станом здоров'я дітей і молоді, але й інструментом моніторингу поширеності шкідливих звичок серед учнівської молоді. Тому їх належне проведення може бути важливим засобом для формування здорового способу життя серед дітей та підлітків. З 2012 р. в рамках медичних профілактичних оглядів було запроваджено також добровільне анкетування батьків та учнів від 14 років, спрямоване на виявлення дітей, що мають проблеми з уживанням спиртних напоїв та наркотичних засобів<sup>10</sup>.

За даними опитування, половина керівників навчальних закладів (50,4%) зазначила, що до медичного огляду в школах залучалися лише медичні працівники тих самих навчальних закладів. За результатами попередніх досліджень медичного обслуговування в навчальних закладах можна спостерігати схожу тенденцію<sup>11</sup>. Отримані результати свідчать про недотримання вимог та нормативів МОЗ України щодо організації проведення медичних оглядів. Слід зауважити, що кожна дитина або підліток потребує надання медичних послуг відповідно до статі та віку. Тому, наприклад, моніторинг репродуктивного здоров'я та попередження поширення інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом (в тому числі ВІЛ/СНІД), повинен бути забезпечений відповідними спеціалістами.

Згідно з наказом МОЗ України «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних класів», профілактичні огляди мають проводитися на базі загальноосвітнього навчального закладу за участю медичних працівників такого закладу та мобільних бригад медичних працівників у присутності батьків або за наявності письмової згоди на його проведення і з дотриманням норм конфіденційності щодо стану здоров'я дитини<sup>10</sup>.

Доступ до послуг медичного персоналу залишається однією з ключових проблем медичного обслуговування, особливо в сільських школах. Дані попередніх досліджень демонструють відсутність середнього медичного персоналу – медсестер<sup>12</sup> або лікарів-педіатрів<sup>11</sup> у навчальних закладах.

За даними опитування 2014 р., 79,7% опитаних керівників навчальних закладів відповіли, що в них взагалі немає лікаря, 21% повідомили про відсутність медсестри. Потрібно зауважити, що відповідно до штатних нормативів загальноосвітніх закладів, якщо медичне обслуговування учнів школи не здійснюється закладами охорони здоров'я, посада лікаря-педіатра в навчальному закладі вводиться за наявності 1000 або більше учнів, а посада медичної сестри вводиться при кількості 100 і менше учнів<sup>13</sup>.

На думку опитаних керівників, надання послуг медичної сестри або терапевта-педіатра повинно бути організоване в навчальному закладі. Медичні послуги інших медичних спеціалістів можуть надаватись у медичних закладах.

Відсутність чи обмеженість доступу до послуг кваліфікованого медичного персоналу в навчальних закладах або комплексних медичних оглядів дітей та підлітків може спричинити неможливість надання їм своєчасної медичної допомоги. Наявність же медичного працівника може, принаймні, забезпечити надання своєчасних рекомендацій щодо вжиття невідкладних заходів чи направлення на додаткові обстеження вузькими спеціалістами.

<sup>10</sup> Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.08.2010 р. № 682 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0794-10>

<sup>11</sup> Стан та чинники здоров'я українських підлітків : моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка ; К.І.С., 2011. – 172 с.

<sup>12</sup> Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : моногр. / О.М. Балакірева, Н.О. Рингач, Р.Я. Левін та ін. / наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. – 128 с.

<sup>13</sup> Про затвердження типових штатних нормативів загальноосвітніх навчальних закладів : Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.12.2010 р. № 1205 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1308-10>.

**ВИСНОВКИ:**

- У половині навчальних закладів медичний профілактичний огляд проводився лише медичним працівником цього ж медичного закладу.
- Тільки 5% керівників навчальних закладів підтвердили наявність лікаря-терапевта в їхньому закладі, а про наявність медичної сестри, яка працює на повну ставку, повідомили 53,9% опитаних.
- У значній частині сільських загальноосвітніх закладів відсутні медичні працівники, тільки 2,4% опитаних керівників цих закладів зазначили наявність лікаря, який працює не на повну ставку.
- Наявність медичної сестри, яка працює на повну ставку, підтвердила лише третина опитаних керівників сільських шкіл (33,9%).
- Найбільш згадуваними медичними спеціалістами, які, на думку респондентів, повинні працювати безпосередньо у навчальному закладі, є медичні сестри (78,4%) та лікарі-педіатри (58,3%).

**РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

- Забезпечити наявність медичного персоналу, принаймні середньої ланки (медичних сестер), у кожному навчальному закладі.
- Вжити заходів щодо розширення доступу до медичного обслуговування, особливо в сільських школах та віддалених (гірських) місцевостях шляхом проведення виїзних медико-профілактичних оглядів тощо; забезпечити неухильне виконання наказу МОЗ України «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів» від 16.08.2010 № 682.

**1.7. ОБЛАШТУВАННЯ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

Загальноосвітні навчальні заклади орієнтовані на навчання і виховання учнів, розвиток їх (фізіологічних, психологічних, інтелектуальних) здібностей, задоволення освітніх потреб з урахуванням їх можливостей, особових схильностей. Реалізація цих завдань починається зі створення сприятливих здоров'язбережувальних умов для загальноосвітнього, розумового, етичного і фізичного розвитку кожного учня.

Аналіз відповідей керівників навчальних закладів щодо створення умов для перебування і навчання учнів та роботи педагогічного колективу показав, що:

- 37,8% будівель усіх типів освітніх закладів побудовані більше ніж 50 років тому;
- половина будівель навчальних закладів потребують капітального ремонту;
- капітальний ремонт 63,1% навчальних закладів ніколи не проводився;
- 46,3% навчальних установ потребують нагального ремонту з метою підвищення безпеки закладу;
- більшість навчальних кабінетів відповідають встановленим санітарно-гігієнічним вимогам, проте 15,5% навчальних закладів мають приміщення, де періодично виникають проблеми із цвілью.

Навчальний заклад повинен забезпечувати оптимальні умови для організації навчально-виховного процесу. У цьому процесі важливу роль відіграють наявність спеціалізованих кабінетів із відповідним обладнанням та інтерактивними засобами навчання, наукових лабораторій, майстерень, спортивного залу, наявність ігрових та спортивних майданчиків тощо.

У своїх відповідях 52% керівників навчальних закладів зазначили, що навчальні кабінети/учбові класи обладнані добре, 67% респондентів вважають, що спортивні майданчики та спортивні зали в хорошому стані. Водночас, близько 5% освітніх закладів не мають спортивного залу, наявність якого необхідна для виконання програм з фізичного виховання і можливості організації позаурочних спортивних занять. Відсутність спортзалу в школах сільської місцевості становить порівняно з іншими типами населених пунктів найбільший відсоток – 11,3%.

Більшість керівників навчальних установ (72%) вважають, що навчальні аудиторії відповідають потребам як учнівської молоді, так і педагогів.

Оснащення робочого місця учнів сучасними ергономічними меблями сприяє формуванню правильної постави дітей, проте брак коштів не дозволяє керівництву закладів швидко оновлювати в навчальних кабінетах меблі – столи та стільці. Це підтвердили до 47% керівників. Позитивно розв'язати цю проблему вдалося 53% навчальних закладів. Серед них кращого результату досягли ВНЗ та ЗНЗ, розташовані в містах.

Дослідження умов щодо освітлення та температурного режиму показало:

- у більшості учбових кімнат (у середньому 91,5%) столи/парти розташовані таким чином, щоб було забезпечено оптимальне освітлення (денне, штучне, таке, що не засліплює, не дає відблисків);
- температура повітря в навчальних кабінетах є комфортною для роботи, відповідна температура (температурний режим) у класах/учбових кімнатах підтримується протягом усього року у 76% установ;
- у 94,3% класів/учбових кімнат достатньо свіжого повітря;
- більшість навчальних закладів (81,7%) оснащена хорошою шумоізоляцією;
- у 67,7% закладів мережі вентиляції та опалення приміщень перебувають у належному стані протягом навчального року.

Якість викладання предметів та ефективність засвоєння учнівською молоддю знань значною мірою залежать від матеріально-технічного забезпечення навчального закладу та впровадження інформаційних технологій у процес навчання. За даними дослідження, до 48,5% педагогів мають можливість вільно користуватися мультимедійним обладнанням, комп'ютерами, DVD-програвачами, кінопроекторами тощо. Цими засобами навчання забезпечені краще вищі навчальні заклади (77,8%). Найбільше потребують запровадження в навчальний процес засобів ІКТ загальноосвітні заклади, оскільки близько 9,7% із них взагалі не забезпечені такими засобами.

Щодо стану забезпечення навчальних закладів побутовими зручностями та водою, в тому числі гарячою та питною, респонденти зазначили таке:

- у 83% навчальних закладів підведена водопровідна вода;
- 82,3% освітніх закладів отримують гаряче водопостачання, серед них 71,4% використовують бойлер для підігріву води, 23,6% послуговуються централізованим гарячим постачанням, 9,5% використовують для нагріву води котел, 1,5% – вугілля або дрова;
- у середньому 17,7% навчальних закладів не мають гарячого водопостачання, серед усіх типів навчальних закладів найбільший відсоток таких серед ВНЗ (27%);
- 78,3% навчальних установ використовують водопровідну воду як питну, 10,9% – воду з криниці водопроводу або копаної криниці, 9,3% освітніх закладів – бутильовану воду.
- у 70,5% навчальних закладів є доброякісна питна вода;
- 26,6% респондентів вважають воду з мережі нечистою і не придатною до пиття.

Більшість освітніх закладів (88%) має облаштовані місця для роздягання та зберігання одягу для учнів/студентів під час навчальних годин. У тих закладах, де гардероб відсутній, одяг зберігається в навчальних кабінетах. Окрім цього, учні професійно-технічних навчальних закладів мають можливість зберігати одяг в кабінетах класних керівників (22%).

Одним із основних аспектів формування здорової особистості дитини є формування гігієнічних знань, умінь та навичок.

Неабиякий вплив на формування індивідуальної культури, навичок здорового способу життя підростаючого покоління мають існуючі комфортні умови в кожному навчальному закладі та, безпосередньо, наявність належно обладнаних санвузлів.

Відсутність санвузлів у навчальних закладах, розташованих у сільських місцевостях (4,8%), можна пояснити незабезпеченістю населених пунктів централізованою системою водопостачання і каналізації. Туалетом зі зливом/зливом, з'єднаним із системою каналізації, користуються більшість освітніх закладів (94,5%), у 81,5% освітніх закладів санвузли обладнані добре.

Проте загальний туалет для педагогів та учнів/студентів існує в середньому в 16,2% закладів, а не розділені для дівчат та хлопців туалети використовуються в 7,9% (середній показник) освітніх установ, та 6% навчальних закладів мають надвірні туалети. Окрім того, в санвузлах/туалетах кожного п'ятого навчального закладу не завжди наявне мило або інший засіб для миття рук.



Підвезення учнів, які проживають на відстані понад 3 км від навчального закладу, організовано переважно в школах, розташованих у сільській місцевості (61,3%), удвічі менший відсоток (31,9%) підвезення учнів у містах. Що стосується професійно-технічних та вищих навчальних закладів, то лише 9% забезпечують транспортне обслуговування.

Щоб учні/студенти з функціональними обмеженнями здоров'я (інваліди) могли реалізувати своє право на рівний доступ до доброякісної освіти, потрібно створити спеціальні комфортні здоров'язбережувальні умови перебування та навчання з боку навчального закладу. Забезпечити безперешкодний доступ для учнів/студентів з функціональними обмеженнями здоров'я (інвалідів) спроможні 75,6% ЗНЗ в містах, 72,6% сільських шкіл та 48,1% шкіл обласних центрів, а також 59,2% ПТНЗ та 57,1% ВНЗ. Також треба зазначити, що архітектурно доступні для цієї категорії учнів/студентів більшість навчальних закладів у межах першого поверху. Повністю доступними (всі приміщення на всіх поверхах) є лише 2% установ. Поняття доступності передбачає додаткове облаштування приміщень та рекреації відповідно до потреб учнів/студентів з особливими освітніми потребами. Такі умови мають 36,9% закладів.

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Більшість навчальних закладів створюють необхідні умови для здобуття освіти на рівні Державних стандартів базової, повної середньої та вищої освіти та сприяють вихованню моральної і фізично здорового покоління. Позитивне ставлення до свого навчального закладу висловила переважна більшість школярів (у середньому 86,1%) – це свідчить про те, що більшість опитаних задоволені організацією навчального процесу та умовами перебування в ньому. Проте питання організації комфортного середовища є проблематичним для багатьох навчальних закладів.

Однією з перешкод модернізації освітнього процесу є недоступність освітніх закладів як соціально-громадських об'єктів для людей з обмеженими фізичними можливостями. Архітектурна недоступність є однією з невирішених проблем для впровадження інклюзивної освіти в більшості навчальних закладів. 63% установ не передбачають додаткового облаштування приміщень (включаючи санвузли) та створення умов для вільного переміщення.

Аналізуючи дані про те, що 46,3% навчальних установ потребують нагального ремонту з метою підвищення безпеки закладу, 17,7% не мають гарячого водопостачання, 24% установ мають проблеми з температурним режимом протягом року, 15,5% – із цвілью, у 5,7% класів/учбових кімнат недостатнього свіжого повітря, 8,5% закладів мають проблеми з освітленням, 18,3% оснащені поганою шумоізоляцією, 26,6% закладів використовують недоброякісну для пиття воду, можна зробити висновок про те, що значна частина навчальних закладів не в змозі створити безпечні для здоров'я підлітків умови, які відповідають Державним санітарним правилам і нормам влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу.

Той факт, що учні/студенти в 6% навчальних закладах відвідують надвірні туалети, які не відповідають сучасним вимогам щодо збереження здоров'я дітей, особливо підліткового віку, і можуть призводити до урологічних та сечостатевої захворювань, лише підтверджує необхідність переобладнання будівель навчальних установ як у цілому, так і окремих побутових приміщень відповідно до санітарних правил і норм.

Окрім того, що санвузли мають бути всередині будівлі, освітні установи повинні забезпечувати медичний блок окремим санітарним вузлом (унітаз, умивальник), роздільними туалетами для осіб різної статі, окремими (роздільними) санвузлами для учнів/студентів та педагогів.

В умовах технічного прогресу щодо побутових зручностей 12% освітніх закладів для приготування їжі, миття рук тощо використовують воду з криниці, колонки чи бювета. Це означає, що кожний десятий навчальний заклад не має належних умов побуту. Не всі навчальні заклади користуються додатково очищеною водою для пиття. Три чверті навчальних закладів використовують водопровідну воду як питну. Проте, відповідно до встановлених санітарно-гігієнічних норм вода з водогону будівлі не вважається придатною для споживання.

На фоні зазначеного виникає питання: чи може школа твердити учням про культуру особистої гігієни та формувати навички здорового способу життя, не забезпечивши при цьому сучасних умов водопостачання, облаштування санвузлів, температурного режиму, а також засобами для миття рук?

Водночас, порівнюючи дані опитувань HBSC, проведених у 2010 р., можна дійти висновку, що адміністрація навчальних закладів докладає чимало зусиль для розв'язання проблем щодо ремонту приміщень, обладнання сучасними меблями та технічними засобами навчання, створення побутових зручностей, оскільки показник щодо належного облаштування навчальних закладів, які відповідають санітарно-гігієнічним нормам, збільшився майже на 20%.

Окрім створення задовільних умов у навчальному закладі, важливим аспектом у збереженні здоров'я вихованців є організація регулярного безоплатного перевезення учнів до місць навчання і додому.

Заходи Державної програми «Шкільний автобус» поступово реалізуються, проте темпи їх упровадження не задовольняють потреб освітніх закладів. Лише трохи більше половини учнів сільської місцевості (61,3%), які проживають на відстані більше 3 км від навчального закладу, можуть скористатися спеціальним шкільним транспортом. Відсоток забезпечених цим видом транспорту не є задовільним, враховуючи те, що в сільській місцевості максимальний радіус обслуговування учнів шкіл II–III ступенів може досягати 15 км. А це означає, що значна частина учнів мусить добиратися до навчального закладу самостійно (підвозять батьки, на місцевому автобусі, пішки). Учні міських навчальних закладів вирішують цю проблему за допомогою громадського транспорту, нерідко за власний рахунок.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою створення в навчальному закладі сприятливих здоров'язбережувальних умов перебування та запровадження ефективного навчально-виховного процесу адміністраціям навчальних закладів слід посилити відповідальність за дотримання санітарних правил та норм та фокусувати увагу на створенні оптимальних комфортних умов, а також підвищенні безпеки закладу.

Для реалізації права рівного доступу учнівської молоді до доброякісної освіти кожний навчальний заклад необхідно зробити архітектурно доступним та комфортним (спеціальні умови рекреації навчальних кабінетів, приміщень для реабілітації, санвузли, наочність та засоби навчально-виховного процесу тощо) для потреб людини будь-якої нозології.

Невідкладним є вирішення питань матеріально-технічного та проектно-архітектурного спрямування щодо приведення систем водопостачання та водовідведення, санвузлів у загальноосвітніх навчальних закладах у відповідність до санітарних правил і норм. Відсутність внутрішніх санвузлів та утеплених туалетів може бути причиною росту захворюваності серед школярів.

З метою визначення кількості учнів, які потребують транспортного обслуговування, забезпечити проведення моніторингу на всіх рівнях (від державного до локального на рівні закладу), що дозволить належно надавати послугу транспортного підвезення, а також реалізовувати зазначену державно-санітарну норму: «Для учнів, які проживають на відстані більшій за максимально допустимі межі транспортного обслуговування, а також при транспортній недоступності в період негоди, повинен передбачатися пришкільний інтернат із розрахунку 10 відсотків місць від загальної місткості закладу», яка сьогодні реалізується лише як виняток.



## РОЗДІЛ 2. СТАН ЗДОРОВ'Я ТА ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ

Охорона власного здоров'я – це безпосередній обов'язок кожного. Ніхто не має права перекладати його на оточуючих. Адже нерідко буває так, що людина неправильним способом життя, шкідливими звичками, гіподинамією, переїданням уже в 20–30 років доводить себе до катастрофічного стану і лише тоді згадує про медицину.

Якою бездоганною не була б медицина, вона не може позбавити кожного бажаного від усіх хвороб. Людина сама творить своє здоров'я. За нього треба боротися. З раннього дитинства необхідно вести активний спосіб життя, гартуватися, займатися фізкультурою і спортом, дотримуватися правил особистої гігієни, раціонально харчуватися, – словом, намагатися всіма раціональними засобами досягти справжньої гармонії здоров'я.

Здоров'я – це перша й найважливіша потреба людини, яка визначає її здатність до праці, забезпечує гармонійний розвиток особистості. Воно є найважливішою передумовою до пізнання навколишнього світу, до самоствердження та щастя людини.

Здоровий спосіб життя містить у собі такі основні елементи: раціональний режим праці та відпочинку, викорінювання шкідливих звичок, оптимальний руховий режим, особиста гігієна, загартовування, раціональне харчування тощо.

### 2.1. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

Розвиток людської особистості в період дитинства закладає основу фізіологічного та психосоціального здоров'я і благополуччя протягом усього життєвого циклу. Розлади здоров'я, з якими діти стикаються на початку життя, у більшості своїй не є невідворотними, однак стають набагато складнішими і важчими з віком.

Проблеми в дитинстві, як правило, мають негативні наслідки для здоров'я в зрілому віці, і якщо їх ігнорують, то з кожним прожитим роком їх вирішення стає все важчим і пов'язаним з більшими витратами. Численні дані свідчать, що люди, які в дитинстві мали краще здоров'я, частіше досягають успіху і високих результатів у дорослому житті, а також мають вищі шанси на гарне здоров'я у старшому віці<sup>14</sup>.

Здоров'я є детермінантою повноцінного гармонійного розвитку людини, особливо в підлітковому віці, коли формується фізичний і психічний потенціал, закладаються основи професійного і творчого зростання, участі в сімейно-побутовій і репродуктивній діяльності. Саме через це здоров'я молодого покоління є одним з важливих показників соціального благополуччя, виступаючи одночасно основою розвитку всього людського потенціалу країни, забезпечення майбутнього держави.

Попри те, що підлітки, зазвичай, вважаються здоровою групою, багато юнаків та дівчат передчасно гинуть внаслідок нещасних випадків, самогубств, насильства, ускладнень, пов'язаних з вагітністю, або інших хвороб, які можна попередити або лікувати.

За даними ВООЗ, щорічно помирає понад 2,6 мільйона молодих людей у віці від 10 до 24 років, в основному, від причин, яким можна запобігти. Близько 20% підлітків мають проблеми з психічним здоров'ям, найчастіше – депресію або відчуття тривоги<sup>15</sup>. Саме в підлітковому віці закладаються причини більшості серйозних хвороб та станів, що розвиваються в зрілому віці. Тому якомога раннє системне програмне втручання з метою формування і збереження здоров'я молодого покоління є надзвичайно важливою державною справою.

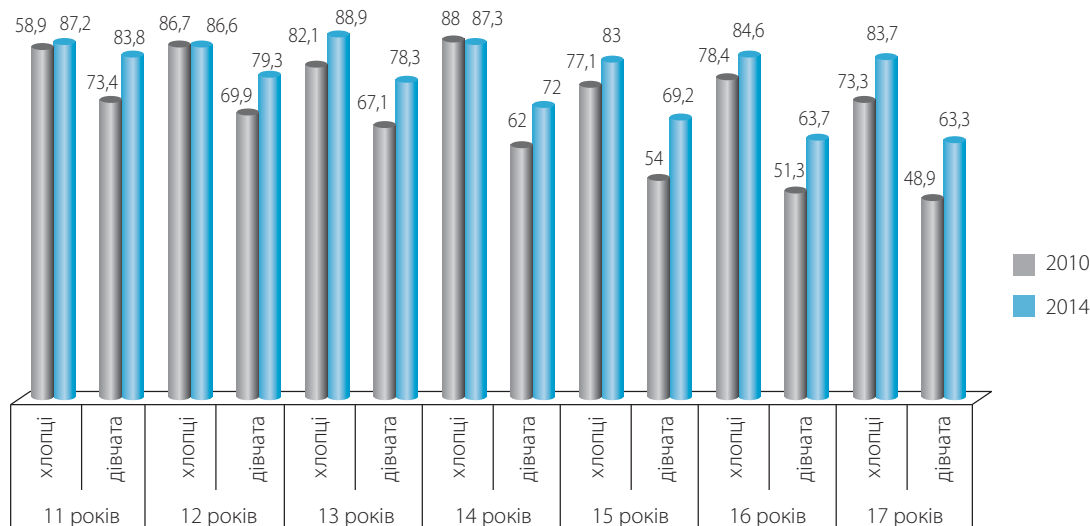
У цьому підрозділі проаналізовано такі питання: **самооцінка стану здоров'я, скарги на здоров'я, гігієна ротової порожнини.**

<sup>14</sup> Early years, family and education task group: report European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. – Copenhagen : World Health Organization, 2013. – 80 p.

<sup>15</sup> Подростки: риски для здоровья и их пути решения : информ. бюл. [Електроний ресурс]. – № 345, Май. – 2014 – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru>

## ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

**Самооцінка стану здоров'я.** Більшість учнівської молоді (79,4%, проти 69,6% у 2010 р.) задоволена станом свого здоров'я, вважаючи його «чудовим» або «гарним». Найнижчий відсоток тих, хто вважав власне здоров'я «чудовим» або «гарним» (сумарно) – серед 16–17-річних дівчат (63,3–63,5%), найбільш оптимістичні оцінки стану здоров'я притаманні хлопцям віком 10–14 років (понад 85% вважають саме так) (рис. 2.1.1). Менша частка тих, хто вибрав ці оцінки, серед респондентів з ВНЗ (70%).



**Рис. 2.1.1.** Самооцінка стану здоров'я, за віком та статтю, % (за сумою відповідей «чудове», «гарне»)

Відповідно кожен п'ятий (20,6%) респондент вважав власне здоров'я посереднім або поганим (30%), причому найчастіше так оцінювали стан свого здоров'я опитані із сімей з достатком нижче середнього та низьким (43,6%) і діти, що проживали без рідних батьків/з іншими родичами (29,4%). Порівняно з минулим опитуванням частка подібної оцінки зменшилась – у 2010 р. так відповідав майже кожен третій (30%).

З досягненням віку 15 років практично кожен четвертий респондент вважав власне здоров'я посереднім та поганим (сумарно), причому дівчат у цій групі виявилось удвічі більше, ніж хлопців. Самооцінка здоров'я знижується з дорослішанням опитаних: якщо серед 10-річних 41,4% респондентів оцінили стан свого здоров'я як «чудовий», то серед 17-річних таких лише 24,3%.

**Скарги на здоров'я.** Респондентам ставилися запитання про проблеми, які стосувалися як соматичного (тілесного), так і психологічного здоров'я.

Частина підлітків, які на запитання про скарги на запаморочення чи безсоння відповідали «рідко або ніколи», становила 69%, коли йшлося про роздратування або погані настрої, таких було 19%.

Водночас підлітки з порівняно високою самооцінкою стану здоров'я досить часто скаржилися на біль різної локалізації. Близько третини опитаних (32,5%, у 2010 р. – 44%) скаржилися на головний біль, який турбує щонайменше раз на тиждень, ще 23,7% відчували його раз на місяць (табл. 2.1.1). Менш ніж у половини (43,8%) респондентів голова боліла рідко або ніколи не боліла. Майже кожного четвертого (22,6%) опитаного щонайменше раз на тиждень протягом останнього півроку турбував біль у животі, зокрема майже кожного третього (30,4%) серед респондентів із сімей з достатком нижче середнього і низьким. Дівчат, які практично не страждали від болю в животі, в усіх вікових групах значно менше, особливо в старших вікових групах. Наприклад, серед 16-річних частки хлопців та дівчат, які відповіли, що біль у животі турбував їх дуже рідко або ніколи, становили 57,5 та 27,6% відповідно. Щонайменше раз на тиждень 59% почували себе роздратованими або мали погані настрої, а це майже кожний другий учень/студент (частіше на це скаржилися дівчата – 66,5%, проти 47,5% хлопців), тільки 19% могли похвалитися, що перебувають у такому стані рідко (26% серед хлопців, 13% серед дівчат).

Таблиця 2.1.1

## Скарги учнівської молоді на здоров'я, за статтю та віком, %

Скарги з періодичністю щонайменше раз на тиждень на:	11 років		13 років		15 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
головний біль	28,3	32,4	23,4	35,8	26,2	44,4	21,1	50,0
біль у животі	22,6	28,5	17,8	25	19,6	25	12,6	29,3
біль у спині	19,9	22,4	19,2	23,6	21,2	26,3	22,5	31
нервозність	31,9	42,2	34,9	46,9	38,8	56,1	41,6	63,3
пригніченість	22,8	24,5	16,3	29,1	22,7	39	23,5	43,1
роздратування або поганий настрій	34,9	44,1	36,6	50,4	41,6	56,4	46	65,5
безсоння	19,2	18,5	15,3	17,9	17,2	23,1	18,1	28,8
запаморочення	13,2	15,1	10,5	15,4	11,9	18,5	10,2	20,6

Якщо розглянути зміни частоти певних скарг з дорослішанням, то видно, що, крім загального збільшення числа скарг, у більш дорослих респондентів змінюється і значущість окремих проблем зі здоров'ям (рейтинг складено за частотою скарг 17-річних хлопців). Зокрема, з віком різко зростає частота скарг на роздратування або поганий настрій, нервозність та пригніченість з періодичністю щонайменше раз на тиждень (табл. 2.1.2).

Серед 10-річних відносно більш вагомими є скарги на біль різної локалізації порівняно зі старшими респондентами, серед яких превалюють скарги на проблеми психічного та психологічного характеру. Окремо потрібно наголосити на зростанні частоти скарг на головний біль серед старших дівчат.

Таблиця 2.1.2

## Розподіл скарг на самопочуття 10-річних та 17-річних респондентів у 2014 р., за статтю, %

Скарги з періодичністю щонайменше раз на тиждень на:	10 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
роздратування або поганий настрій	29,0	42,4	46	65,5
нервозність	29,2	39,3	41,6	63,3
пригніченість	17	27,7	23,5	43,1
біль у спині	19	25,4	22,5	31
головний біль	28,1	39	21,1	50
безсоння	15,2	22,4	18,1	28,8
біль у животі	22,1	34,4	12,6	29,3
запаморочення	9,9	17,1	10,2	20,6

**Гігієна порожнини рота.** За даними опитування, абсолютна більшість (понад 90%) респондентів раз або більше на день чистить зуби (від 90,9% наймолодших 10-річних до 94,8% 17-річних) (табл. 2.1.3). Проте одноразове чищення, зазвичай вранці, є недостатнім для дієвої профілактики захворювань зубів і ясен, адже медики рекомендують чистити зуби після кожного прийому їжі. Однак частіше одного разу на день чистить зуби практично лише кожен другий опитаний, дівчата повідомляють про таку практику частіше за хлопців. Суттєвих відмінностей у цьому за типом навчального закладу не виявлено.

Таблиця 2.1.3

### Розподіл відповідей учнівської молоді щодо частоти чищення зубів, за віком, %

	11 років	13 років	15 років	17 років
Частіше одного разу на день	54,5	50,6	52	52
Один раз на день	38,8	42,3	43,4	42,8
Не рідше ніж 1 раз на тиждень, але не щодня	3,7	4,8	2,5	3,1
Рідше ніж 1 раз на тиждень	2,4	1,4	0,8	1,2
Ніколи	0,6	1	1,3	1

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

За визначенням ВООЗ, підлітковий вік є періодом росту і розвитку людини, який є наступним після дитинства і триває до досягнення зрілого віку, тобто умовно з 10 до 19 років. Це один із критичних перехідних періодів життєвого циклу, для якого є характерними бурхливі темпи росту і змін, які поступаються лише темпам росту і змін, що відбуваються в грудничковому віці. Багато аспектів такого росту і розвитку управляються біологічними процесами, а досягнення статевого дозрівання означає перехід з дитинства в підлітковий вік<sup>16</sup>. Рамки нової політики охорони здоров'я та благополуччя в європейському регіоні (Здоров'я-2020), гарантуючи, що діти мають кращий старт у житті (шляхом забезпечення гарного харчування, доступу до середовища, яке дозволяє їм бути в безпеці і одночасно фізично активними, та запобігання хворобам, кероване засобами імунопрофілактики), становлять основу для міцного здоров'я і сприяють здоровій поведінці на довгі роки. Сучасна молодь має доступ до нових можливостей у сфері освіти, соціальної активності і зайнятості. Однак, молоді люди, підходячи до порога повноліття, можуть стикатися з новими проблемами щодо їх здоров'я і благополуччя<sup>17</sup>.

В Україні існує ряд програм і заходів, які прямо чи опосередковано стосуються забезпечення здоров'я дітей і підлітків. Так, реалізуються заходи, передбачені Конвенцією ООН про права дитини (Розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів з виконання у 2011 році Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» від 13.04.2011 № 330-р). Розпорядженням КМУ від 31.10.2011 № 1164-р схвалено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір», відповідний законопроект перебуває на розгляді у Верховній Раді України. Одним із завдань Програми є «покращити показники здоров'я і благополуччя дітей», а також поступово впроваджувати стратегії здоров'я через освіту в навчальних закладах усіх рівнів акредитації, незалежно від форм власності.

Оцінка стану здоров'я населення певної вікової групи складається з даних офіційної статистичної звітності, даних спеціальних епідемічних досліджень і суб'єктивного самооцінювання (за результатами репрезентативних опитувань). Статистика МОЗ України свідчить про погіршення стану здоров'я дітей і підлітків. Так, у 2013 р. захворюваність дітей віком 0–17 років в Україні становила 1394,4 у розрахунку на 1 тис. осіб відповідного віку, підлітків віком 15–17 років включно – 1220,1 (у 2010 р. – 1125,1). У наукових роботах

<sup>16</sup> Развитие подростков [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/)

<sup>17</sup> Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. – Vol. 2. Childhood / Editors: V. Barnekow, B.B. Jensen, C. Currie et al. – Copenhagen : WHO, 2013. – 113 p.

вітчизняних фахівців, присвячених здоров'ю дітей та підлітків, наголошується на детермінованості їх стану здоров'я складним комплексом соціальних, екологічних та медичних чинників<sup>18</sup>. Отримані результати щодо оцінки дітьми і молоддю власного здоров'я є неоднозначними. Позитивним є те, що більшість опитаної учнівської молоді оцінює власне здоров'я як «чудове» або «гарне».

Однак доволі вагома частина молоді має проблеми зі здоров'ям, і досить регулярні, що підтверджують і дані опитувань. Якщо порівняти розподіл основних скарг на самопочуття 17-річних респондентів у 2014 та 2010 рр., то видно, що основні проблеми спостерігались у сфері психічного здоров'я, причому чотири роки тому про них повідомляла дещо більша частка опитаних (табл. 2.1.4). Для дівчат на третій позиції, практично розділивши її зі скаргою на пригніченість, залишився головний біль, хоча респондентки у 2014 р. згадували про нього дещо рідше за своїх ровесниць у 2010 р.

Таблиця 2.1.4

#### Розподіл скарг на самопочуття 17-річних респондентів у 2014 та 2010 рр., за статтю, %

Скарги з періодичністю щонайменше раз на тиждень на:	2014		2010	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
роздратування або погані настрої	46	65,5	55,5	75,6
нервозність	41,6	63,3	44,2	69,7
пригніченість	23,5	43,1	29,9	59,7
біль у спині	22,5	31	29,1	38,3
головний біль	21,1	50	29,5	60,1
безсоння	18,1	28,8	9,8	21,9
біль у животі	12,6	29,3	19,6	33,1
запаморочення	10,2	20,6	16,7	19,4

Щодо гігієни порожнини рота, то значна частина опитаних чистить зуби з частотою, не достатньою для дієвої профілактики захворювань зубів і ясен. Про формування звички чистити зуби частіше ніж один раз на день саме в ранньому дитячому віці свідчить той факт, що частка тих, хто про це повідомив, практично однакова для всіх опитаних, незалежно від типу навчального закладу чи віку, з переважанням дівчат. Тобто, якщо чищення зубів після кожного прийому їжі стає звичним з ранніх дитячих років життя, то шанси зберегти гігієнічну навичку догляду за ротовою порожниною в подальшому дорослому житті є вищими. Також зростає ймовірність залучення практики такого догляду власним нащадкам.

Турбує те, що, наприклад, 13,3% 10-річних хлопчиків визнали, що чистять зуби не регулярно, а епізодично (сума відповідей – не щодня, рідше ніж 1 раз на тиждень або ніколи).

Найчастіше хизувалися тим, що не чистять зуби взагалі, 16-річні хлопці – 2,7% опитаних дали відповідь, що не роблять цього ніколи. Щодо відмінностей за статтю, то дівчата чистять зуби частіше за хлопців (причому ця тенденція залишається незмінною з 2006 р.), що вказує на необхідність гендерно орієнтованих підходів до профілактичних заходів.

<sup>18</sup> Шкіряк-Нижник З.А. Стан здоров'я дітей в Україні та основні медико-соціальні чинники, що впливають на його формування / З.А. Шкіряк-Нижник, Н.Я. Жилка, Т.А. Романенко, К.І. Жилка // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики : зб. наук. пр. – Вип. 26. – Київ; Луганськ, 2013. – С. 503–517.

Важливість дотримання гігієни ротової порожнини з дитинства для збереження здоров'я, зумовлена необхідністю механічного подрібнення їжі для нормального подальшого перетравлення і засвоєння організмом поживних речовин в раціональному їх поєднанні, небезпечною ймовірною джерелом інфекції в ротовій порожнині (особливо під час вагітності), потребою профілактики глибокої дії характерних для сучасного харчового раціону легкозасвоюваних вуглеводів. Не менш важливим є естетичний компонент, адже привабливий доглянутий зовнішній вигляд полегшує комунікації як в юності, так і в дорослому житті.

## ВИСНОВКИ

Кожен п'ятий (20,6%) респондент визнавав власне здоров'я посереднім або поганим, причому найчастіше так оцінювали стан свого здоров'я опитані із сімей з рівнем достатку нижчим ніж середній і низький. Порівняно з минулим опитуванням частка таких оцінок зменшилася (у 2010 р. так вважав практично кожен третій, або 30%).

Сума оцінки здоров'я як «посереднього та поганого» зростала з віком, що свідчить про суб'єктивне погіршення самопочуття.

Значна частина мала скарги на регулярний біль різної локалізації: 32,5% опитаних скаржились, що їм щонайменше раз на тиждень дошкуляє головний біль, біль у спині 22,9%, у животі – 22,6%. 45,9% – щонайменше раз на тиждень впродовж останніх 6 місяців почували себе роздратованими або в поганому настрої. 43,5% респондентів часто нервували, 24,1% відзначали це з частотою щодня або кілька разів на тиждень.

Усі три найчастіше згадувані найстаршими, 17-річними респондентами скарги стосуються не соматичного здоров'я, а психічного.

Дівчата, незалежно від віку, місця проживання і навчання, мали більше скарг на здоров'я, ніж хлопці.

Понад 90% респондентів раз або більше на день чистять зуби, проте роблять це частіше одного разу на день тільки 52,5% опитаних, що недостатньо для ефективної профілактики захворювань ротової порожнини.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Виховувати усвідомлення цінності здоров'я та залежності його стану від власної поведінки.
- Сприяти поширенню в українському суспільстві налаштування на збереження нормального статусу здоров'я дітей та підлітків, з одного боку, немедичними методами (за допомогою просування здорового способу життя), а з іншого – на боротьбу з наявними хворобами із застосуванням новітніх досягнень медицини.
- З наймолодшого віку проводити роботу щодо необхідності регулярного чищення зубів після кожного прийому їжі, наголошуючи на важливості гігієни ротової порожнини для здоров'я і привабливого вигляду.
- Розвивати розгалужену співпрацю з різними інституціями і організаціями з метою формування здорового способу життя учнівської молоді.

## 2.2. ВІДЧУТТЯ ВЛАСНОГО ТІЛА

Згідно з останніми опублікованими даними ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України, у 2013 р. в Україні було зареєстровано 114 609 дітей з ожирінням<sup>19</sup>. Найбільша поширеність цього небезпечного захворювання спостерігається у Вінницькій області (24,53 випадки на 1000 дітей), а найменша – у Луганській області і м. Севастополі (4,74 та 2,52 на 1000 дитячого населення, відповідно).

Зростання показників із захворюваності та поширеності ожиріння протягом останніх років в Україні, безумовно, пов'язані, насамперед, із значним удосконаленням способів виявлення цього стану та статистичної звітності. Важливим кроком на шляху уніфікації оцінки норми маси тіла та відхилення від неї було визначення «Критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку». Ці критерії затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 вересня 2013 року № 802<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013 рік. ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України.

<sup>20</sup> НПро затвердження Критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2013 р. № 802 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1694-13>



Водночас, неможливо заперечувати існування в Україні загальної тенденції збільшення частки дітей та підлітків з надмірною вагою та ожирінням. Така несприятлива динаміка виглядає ще більш імовірно за відсутності постійних комплексних заходів з метою подолання епідемії надмірної ваги та ожиріння в українців усіх вікових та статевих груп, включаючи дітей шкільного віку.

Об'єктивне відчуття власного тіла є важливою складовою мотивації і належного виконання медичних призначень та дотримання принципів здорового способу життя з метою вирішення існуючих проблем здоров'я.

Багато школярів схильні до недооцінки існуючих проблем з вагою, що нерідко спричинюється невизнанням цього факту батьками або іншими членами родини. Відповідно до результатів нещодавнього дослідження, проведеного фахівцями Массачусетського університету, діти, які усвідомлюють наявність надмірної ваги, більш імовірно докладатимуть зусилля до зменшення маси тіла<sup>21</sup>.

Дослідниками було також встановлено, що діти з нормальною вагою, які неадекватно її оцінюють та вбачають необхідність схуднути, прагнуть дотримуватися дієти з обмеженнями у харчуванні. Тому реальне відчуття власного тіла має важливе значення для школярів як з нормальною вагою, так і з відхиленнями від норми.

Цікавими виявляються результати американських дослідників щодо співвідношення дітей та батьків, які реально та хибно оцінюють вагу. Виявилось, що чверть дітей і підлітків та їхніх батьків із зайвою вагою недооцінюють існування цієї проблеми. Значно менша частка дітей з нормальною вагою (близько 3%) вважали її надмірною.

Подібні результати було отримано і в європейських дослідженнях<sup>22</sup>. Крім того, звертає на себе увагу переоцінка власної ваги дівчатами та недооцінка її хлопчиками.

В усіх дослідженнях було встановлено, що діти, які реально оцінюють власну вагу, утричі частіше намагаються позбутися зайвих кілограмів та обмежують себе у нездоровій їжі.

Діти та підлітки із зайвою вагою та ожирінням у дорослому віці мають надзвичайно високий ризик захворіти діабетом та серцево-судинними хворобами. Останні є головною причиною передчасної смертності українців, випереджаючи усі інші із значним відривом.

## ЗРІСТ І ВАГА ТА ЇХ ВІДПОВІДНІСТЬ НОРМІ

Аналіз даних співвідношення зросту та маси тіла – індексу маси тіла (ІМТ\*) в усіх вікових та статевих групах – демонструє відхилення від норми у значній частини учнів.

Частка школярів з нормальним ІМТ збільшується з віком: від 67% у 10-річних до 81% серед молоді віком 17 років (рис. 2.2.1).

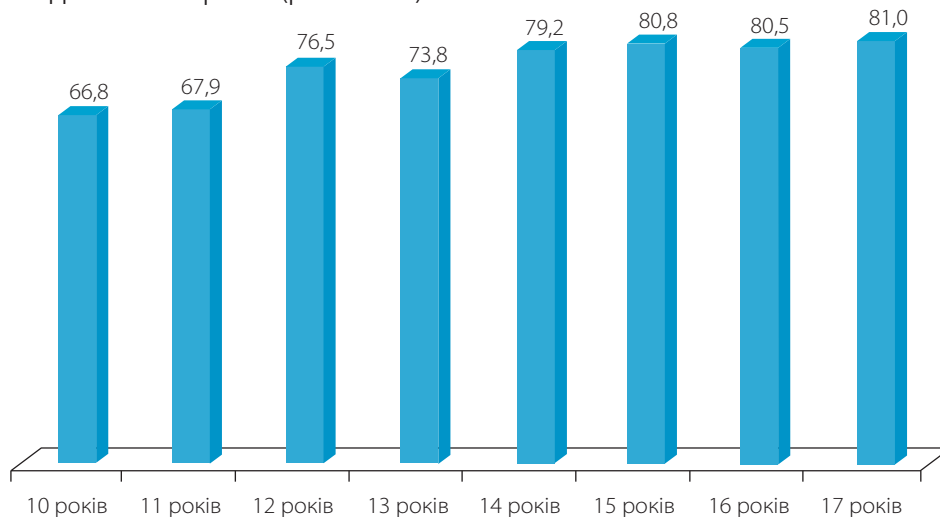


Рис. 2.2.1. Частка підлітків із нормальним ІМТ, за віком, %

<sup>21</sup> Personal and Parental Weight Misperception and Self-Reported Attempted Weight Loss in US Children and Adolescents, National Health and Nutrition Examination Survey [Електронний ресурс] / Chen H., Lemon S., Pagoto S. et al. 2007–2008 and 2009–2010. Prev Chronic Dis 2014;11:140123. – Режим доступу: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14\\_0123.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0123.htm)

<sup>22</sup> Doolen J. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research [Електронний ресурс] / Doolen J., Alpert P., Miller S. J Am Acad Nurse Pract. – 2009;21(3):160–6. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302692>

\* Індекс маси тіла обчислюється за формулою  $I=m/h^2$  (m – маса тіла в кілограмах, h – зріст у метрах).



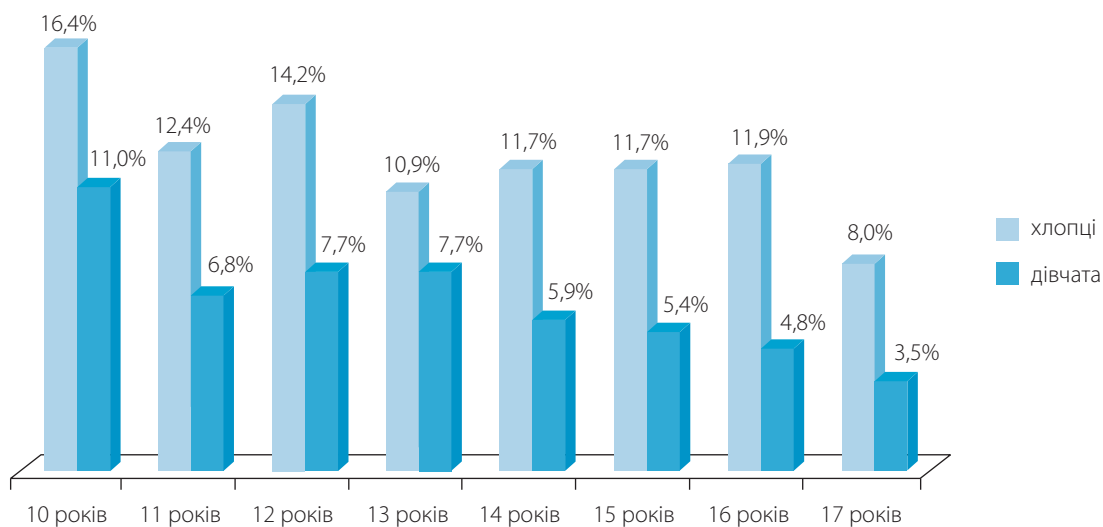
У значної частини школярів спостерігається дефіцит маси тіла по відношенню до вікової та статевої норми. Особливо багато повідомлень про недостатню вагу було у дівчат віком 17, 13, 11 та 10 років (18,6%, 16,1%, 21,2% та 16,9%, відповідно). Значні коливання поширеності недостатньої ваги у близьких за віком групах дають підстави думати про наявність суб'єктивної недооцінки ваги та можливої переоцінки зросту у дівчат. Для підтвердження або спростування цього необхідні дослідження з об'єктивним вимірюванням зросту та ваги.

У хлопчиків значний відсоток опитаних з низькою вагою був у 10- та 11-річному віці та становив близько 11,5% та 15%, відповідно. У 12–14-річному віці частка школярів з дефіцитом ваги коливалась навколо 10%, а в старших вікових групах була значно меншою.

Найбільшу поширеність надмірної ваги виявлено в молодших вікових групах школярів. У 10-річних хлопчиків цей показник становив 16,4%, у 12-річних – 14%. Юнаки старшого віку також мали поширеність надмірної ваги на рівні 11%, крім 17-річних, з яких 8% вважали, що мають зайву масу тіла (рис. 2.2.2).

Серед дівчаток найбільше з надмірною вагою серед 10-річних – 11%, у решти вікових груп цей відсоток був меншим ніж 10% й найменшим серед 16–17-річних – 4,8% та 3,5%, відповідно.

Не можна також виключити недооцінки дівчатами власної ваги, що може зменшувати реальну частку дівчат з надмірною вагою. Для отримання об'єктивної картини необхідні дослідження з вимірюванням зросту та ваги.



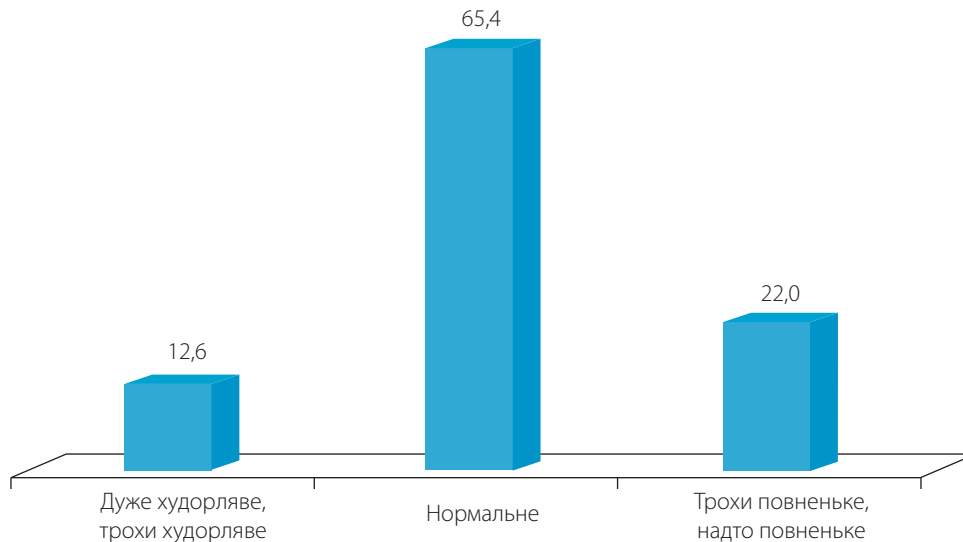
**Рис. 2.2.2.** Частка школярів із надмірною вагою, за віком, %

Згідно з отриманою інформацією від опитаних школярів, найбільша поширеність ожиріння (5%) спостерігалась у наймолодшій віковій групі: у 11-річних вона становила 4,3%. У більш старших групах частка учнів з ожирінням є досить меншою і в групі 17-річних становить лише 1,2%.

У дівчат в усіх вікових групах (окрім наймолодшої) поширеність ожиріння була удвічі меншою, ніж у хлопців. І тут не можна виключати свідому недооцінку зайвої ваги в опитаних дівчат.

Результати опитування демонструють, що хлопці значно частіше за дівчат вважають власну вагу нормальною. Окрім двох старших вікових груп, у решти різниця між ними становить понад 10%. Водночас слід зазначити, що з віком значно менше хлопців вважає свою вагу нормальною. З 77,9% у 10-річному віці цей відсоток зменшується до 68,1% у віковій категорії 17-річних хлопців. Найбільше дівчат, які вважають власну вагу нормальною, було у наймолодшому віці (68,6%), а найменше – 58,2% у віці 15 років.

Узагалі ж більшість учнів вважають власну вагу близькою до норми, якщо підсумувати відповіді «нормальна вага», «трохи худорляве» та «трохи повненьке» тіло (рис. 2.2.3).



**Рис. 2.2.3.** Розподіл відповідей на запитання: «Що ти думаєш про своє тіло?», %

Найбільший відсоток (понад 3,5%) тих, що вважають своє тіло «надто повненьким», спостерігався серед дівчат віком 14–15 років, а серед юнаків (0,9%) вважають себе помітно повними – у віці 14, 15 та 17 років.

Доволі неочікувані результати було отримано при аналізі відповідей учнів щодо дотримання дієти з метою схуднення. Більшість дівчат старших вікових груп (14–17-річні) незадоволені власною вагою. 19% 14-річних дівчаток та кожна четверта школярка старшого віку обмежують себе в харчуванні з метою схуднення.

Понад 70% хлопців задоволені власною вагою та вважають, що дієта їм не потрібна. Із віком зростає частка юнаків, які прагнуть набрати вагу (12,9% у 15 років, 17,7% у 16 років та 16,1% у 17 років).

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Відповіді школярів на питання щодо свого зовнішнього вигляду і тіла демонструють важливість та серйозність проблем, пов'язаних з відхиленням ваги тіла від вікової та статевої норми. Психологічні та фізіологічні наслідки як недостатньої, так і надмірної ваги є добре відомими та надзвичайно небезпечними.

Збільшення поширеності надмірної ваги та ожиріння в учнів українських шкіл є природним, зважаючи на низку причин. Головна з них – це невідповідність надходження калорій з їжею витратам енергії за рахунок фізичної активності. Перша складова невпинно зростає із зменшенням другої. Іншого результату, окрім погладшання середнього українського школяра та наявності помітного відсотка дітей з ожирінням, не може й бути.

Безумовно, значний негативний вплив має й те, що їдять школярі. Технологічно оброблена їжа із значним вмістом солі, цукру, насиченого жиру та транс-жиру, споживання якої насаджує дітям реклама, робить їх нездоровими. Такі продукти та страви, на жаль, є широкодоступними і в шкільних буфетах.

Відсутність здорових звичок харчування, включно з належним режимом харчування також є причиною та супутником надмірної ваги. Наукові докази та досвід демонструють неможливість позбавлення від зайвих кілограмів без скорочення споживання калорій, особливо навантажених сіллю, цукром та шкідливими жирами, без оздоровлення харчових звичок і значного підвищення рівня фізичної активності.

Недостатня вага тіла в дітей шкільного віку є також дуже небезпечною і потребує ретельного аналізу причин та невідкладних кроків з метою її нормалізації. Дефіцит білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінералів та інших харчових речовин значно зменшує опір дитини відносно зовнішніх агресивних чинників та значно збільшує ризик проявлення генетичних вад.

Порівняння результатів опитування школярів щодо їх критичного ставлення до свого вигляду та дотримання дієти у 2010 та 2014 рр. демонструє поглиблення існуючих проблем.

У дівчат шкільного віку худорлявість лишається ідеалом. Тому більшість із них у віці старше 14 років не задоволені власною вагою, та чверть старших школярок дотримуються дієти з метою схуднення. Такий стан справ лишається проблемним, зважаючи на те, що дівчата схильні переоцінювати масу власного тіла. Крім того, гормональні зміни в період статевого дозрівання можуть зумовлювати зміни фігури дівчат та віддалення від ідеалів, які популяризуються в шоу-бізнесі, ЗМІ та рекламі. У частини з них можуть виникати небезпечні психологічні наслідки та навіть такі захворювання, як *anorexia nervosa*.

У хлопчиків ситуація є дещо кращою. Вони частіше вважають, що їм слід набрати вагу. Існуючі ідеали чоловічої краси, безумовно, є більш здоровими та мотивують хлопців до повноцінного харчування та фізичної активності.

Взагалі необ'єктивна оцінка школярами власного зовнішнього вигляду є одночасно наслідком певних причин і причиною потенційно небезпечних проблем. Нездоровий спосіб життя в поєднанні з психологічними проблемами, спричиненими складними стосунками у родині та школі, можуть викликати та поглиблювати негативне ставлення до свого зовнішнього вигляду. Такі діти чи підлітки схильні до самоізоляції, менше спілкуються та товаришують з однолітками, гірше вчаться та більше хворіють. Розв'язання цієї проблеми можливе лише за рахунок ефективного впливу на причини – оздоровлення способу життя та нормалізації психологічного стану школяра.

## ВИСНОВКИ

У результаті опитування учнів було встановлено значне поширення недостатньої та надмірної ваги тіла переважно у школярів молодшого віку. Про наявність ожиріння також переважно повідомляли учні молодших класів. Існує імовірність свідомого заниження реальної ваги, особливо у дівчат. Це відповідно позначилося на результатах дослідження в частині структури ІМТ опитаних школярів.

- Більше половини опитаних дівчат старших 14-річного віку вважає власну вагу надмірною та кожна четверта з них намагається обмежувати себе в харчуванні з метою нормалізації ваги.
- Серед хлопців більшість задоволена власною вагою, а в старших вікових групах зростає відсоток школярів, які вважають за доцільне набрати вагу.
- Зберігається тенденція переоцінки дівчатками власної ваги, внаслідок чого вони намагаються дотримуватися непотрібних дієт, збільшуючи ризик розладів харчування.
- Об'єктивне ставлення дітей усіх вікових та обох статевих груп до власного вигляду й усвідомлення реально існуючих проблем із вагою є необхідною умовою мотивації до зміни способу життя і виконання медичних призначень з метою нормалізації недостатньої або надмірної маси тіла.

Визначення реально існуючих проблем із вагою дітей та підлітків є надзвичайно важливим з огляду на те, що вони є ключовим критерієм належного фізичного розвитку та однією з важливих складових здоров'я.

Об'єктивна та критична оцінка школярами власного вигляду та ваги є вкрай важливою як для психологічного комфорту, так і для мотивації дотримуватись здорового способу життя.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Важливі кроки та дії, спрямовані на покращення здоров'я дітей та підлітків шкільного віку, стосуються вивчення поширеності здорової та нездорової ваги в окремих вікових та статевих групах, оцінки об'єктивності ставлення школярів до власного вигляду і тіла та усвідомлення існуючих проблем.
- Для планування та впровадження заходів із покращення показників здоров'я учнівської молоді необхідно збирати об'єктивну інформацію щодо поширеності недостатньої та надмірної ваги на національному рівні із застосуванням об'єктивного вимірювання зросту та ваги.

- Випадки та тенденції поширеності недостатнього харчування повинні бути предметом ретельного вивчення медичною наукою та спонукати до практичних дій щодо профілактики дефіциту макро- та мікронутрієнтів у дітей та підлітків.
- Необхідно максимально використовувати всі можливі впливи на родинному рівні, у закладах освіти, ЗМІ та інші для збільшення мотивації школярів дотримуватись принципів здорового способу життя.
- Навчальні програми в школі повинні включати питання здорового розвитку організму дитини та підлітка для створення основи для об'єктивного ставлення учнів до власного вигляду та усвідомлення існуючих проблем.

### 2.3. ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ – ОСНОВА ГАРМОНІЙНОГО РОЗВИТКУ МОЛОДОГО ПОКОЛІННЯ

Здорове харчування є запорукою нормального розвитку організму дитини та підлітка, фізичної та розумової працездатності, належного опору шкідливим чинникам зовнішнього середовища. Маючи виражені етнічні, культурні та релігійні особливості, харчування спричинює не лише фізіологічний, але й соціопсихологічний вплив на дітей та дорослих.

За даними досліджень Світового банку, у світі щорічно втрачаються 200 мільйонів шкільних років та 630 мільйонів пунктів IQ внаслідок поганого харчування та стану здоров'я школярів<sup>23</sup>.

Сьогодні країни з низьким та низьким середнім рівнем економічного розвитку потерпають від подвійного тягаря захворювань, пов'язаних із харчуванням. З одного боку, серйозною проблемою лишаються дефіцити поживних речовин (вітаміну А, заліза, йоду та інших). З іншого – епідемія ожиріння сьогодні найшвидше поширюється саме в таких країнах.

З раннього дитячого віку важливим є виховання здорового вибору та звичок у харчуванні. Спільне придбання, приготування та споживання корисних продуктів та страв у родинному колі заохочує дітей та формує правильні стереотипи у харчуванні.

Шкільний вік надає дитині, підлітку більше свободи у виборі продуктів і страв. Щонайменше один раз на день школяр споживає їжу поза власною оселею. Розуміння принципів впливу харчування на здоров'я, посилення з віком піклування про власний зовнішній вигляд та фізичну форму створюють необхідні умови для належного сприйняття важливої інформації щодо здоров'я у рамках освітніх програм.

Міжнародні та національні медичні організації, професійні асоціації наголошують на тому, що дитинство та підлітковий вік є вкрай важливими періодами життя, коли формується здоров'я людини. Забезпечення фізіологічних потреб за рахунок харчування відіграє ключову роль та повинне здійснюватись шляхом дотримання здорової дієти та формуванням здорових харчових звичок. Ці умови є необхідними для забезпечення належного здоров'я школяра у майбутньому дорослому житті<sup>24</sup>.

Поточна ситуація із захворюваністю дітей на неінфекційні захворювання (НІЗ) спонукає до пошуку, передусім, ефективних шляхів їх попередження. У 2013 р. в Україні у дітей та підлітків поширеність залізодефіцитної анемії склала 251 тис. випадків. Звертає на себе увагу вікова структура поширеності ожиріння – серед дітей від народження до 14 років зареєстровано понад 77 тис. таких випадків і у віці 15–17 років – ще понад 37 тис. Аналогічно значно зростає в школярів старшої вікової категорії поширеність хвороб системи кровообігу, ендокринної системи та обміну речовин<sup>25</sup>.

Для ефективного контролю за найбільш небезпечними НІЗ (хвороб системи кровообігу, діабету, злоякісних новоутворень та хронічних захворювань органів дихання) у дітей необхідний комплексний постійний вплив з метою обмеження впливу головних факторів ризику. До останніх належать, передусім, нездорове харчування та низька фізична активність. У підлітків, безумовно, до них слід додати ще тютюнокуріння та вживання алкоголю.

Принаймні п'ять головних суспільних двигунів мають синхронно працювати для значного зменшення впливу факторів ризику НІЗ на здоров'я дітей та підлітків:

<sup>23</sup> School Health and Nutrition [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://go.worldbank.org/2T6639EC20>

<sup>24</sup> Food and nutrition policy for schools: a tool for the development of school nutrition programs in the WHO European Region [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/152218/E89501.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/152218/E89501.pdf?ua=1)

<sup>25</sup> Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013 рік : стат. довідник / ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України. – К., 2014.

- Держава та недержавні громадські організації повинні створити та реалізовувати політику сприяння здоровому способу життя громадян, у першу чергу – дітей та підлітків.
- Родина має поставити здоров'я в центр виховання підростаючого покоління і наполегливо протидіяти впливу шкідливих факторів.
- У школі педагоги повинні власним прикладом та знаннями демонструвати закони побудови здоров'я людини з раннього віку та впродовж усього життя.
- Медичні працівники зобов'язані спрямовувати зусилля насамперед на попередження небезпечних хвороб, зрозуміло пояснюючи дітям та підліткам необхідність профілактичних заходів, зокрема щеплень та здорового харчування.
- Від ЗМІ вимагається створення сучасного та об'єктивного інформаційного простору здоров'я, в якому фахівці та популярні серед молоді особистості зможуть постійно доносити до кожної дитини та підлітка позитивне повідомлення із простою формулою: здоров'я = максимальна фізична активність + здорове харчування – шкідливі звички.

Для посилення впливу фахівців загальної практики – сімейної медицини на здоровий вибір у харчуванні – було розроблено сучасні методичні рекомендації, які затверджено відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я на початку 2013 р.<sup>26</sup>. Рекомендації серед іншого пропонують сімейним лікарям пропагувати сучасну модель здорового харчування – «здорову тарілку». Ця модель має успішний досвід застосування в різних країнах світу і є добре зрозумілою для людей різного віку – від дітей до осіб похилого віку.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

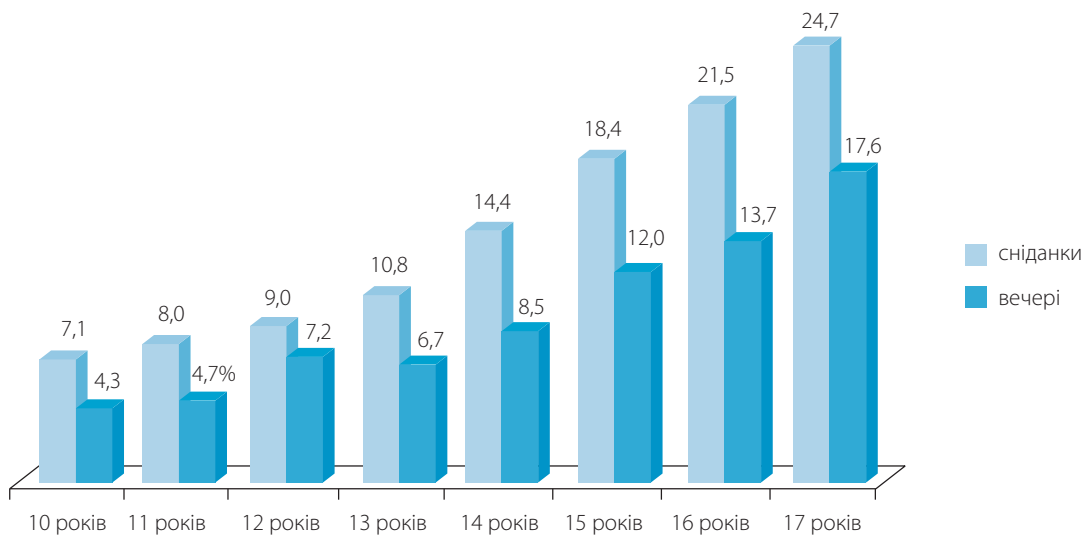
Питання здорового харчування регулярно обговорюються в навчальних закладах під час спеціальних заходів, присвячених формуванню навичок здорового харчування. Опитані керівники 81,7% сільських навчальних закладів повідомляють про систематичність таких заходів, 17,7% проводять їх час від часу і менше ніж 1% не проводять взагалі. Суттєво гіршою є ситуація в міських навчальних закладах, ВНЗ та ПТНЗ, 71,4%, 68,3% та 59,2% керівників яких, відповідно, підтверджують регулярні заходи, присвячені здоровому харчуванню.

Спільне придбання, приготування та вживання їжі має винятково важливе значення для формування навичок та звичок здорового вибору в харчуванні дитини. Безумовно, позитивний вплив можливий тільки тоді, коли батьки самі дотримуються принципів здорового способу життя. Інколи спільні прийоми їжі лишаються єдиною можливістю для спілкування між батьками та дітьми. Тому вони мають велике значення взагалі у вихованні школярів, а не лише стосовно харчування як такого.

Аналіз відповідей учнів демонструє виражену негативну тенденцію зменшення спільного вживання їжі в родині із збільшенням віку підлітка. Так, у віці 10 та 11 років близько 65% опитаних щоденно снідають та понад 70% вечеряють з батьками (рис. 2.3.1). У найстарших з опитаних учнів (16 та 17 років) ці показники істотно зменшуються. Зокрема майже удвічі щодо сніданку (35%). Вечеряють з батьками трохи більше опитаних школярів старшого віку, але їх частка становить менше половини всіх опитаних.

Аналогічно, значно збільшується частота відповідей школярів, які ніколи не снідають та не вечеряють з батьками. Якщо у 10-річному віці такі відповіді становлять 5,7%, то у 17-річному віці їх уже 21,1%.

<sup>26</sup> Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2013 р. № 15 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130114\\_0016.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130114_0016.html).



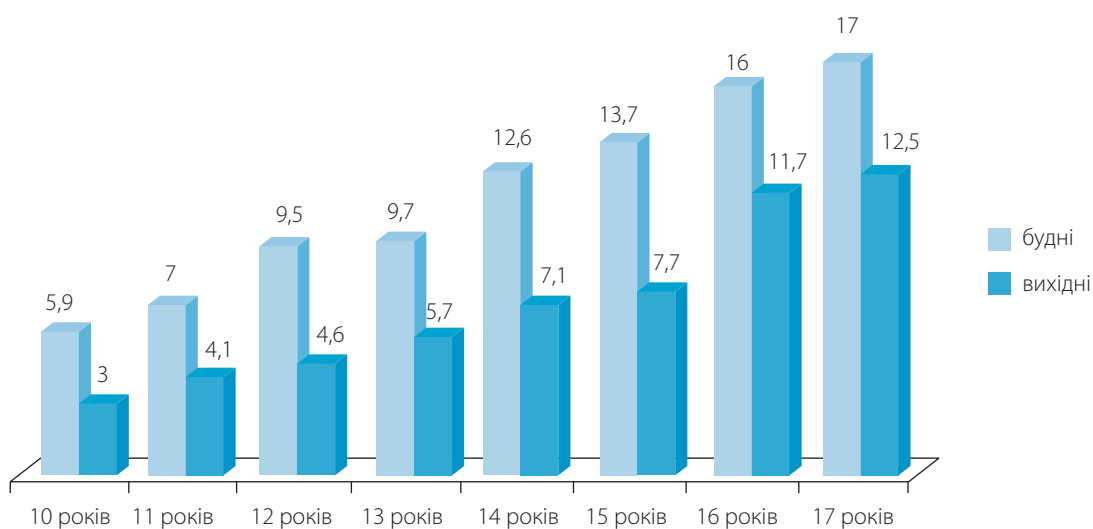
**Рис. 2.3.1.** Частка підлітків, які «ніколи» та «менше одного разу на тиждень» снідають та вечеряють зі своїми батьками, %

Частота спільних прийомів їжі дещо відрізняється у дівчат та хлопців різного віку. Проте, головний тренд її зменшення з віком не має вираженої відмінності за статтю.

Відповіді учнів щодо регулярності споживання повноцінного сніданку відображають сумні закономірності зменшення частки учнів, які снідають у будні та вихідні дні із збільшенням віку. Добре відомо, що здорові звички в харчуванні починаються зі щоденного вживання їжі невдовзі після пробудження. Відмова від сніданку часто асоціюється з надмірною вагою та впливає на когнітивні функції школярів.

Загальна частка учнів, які повністю відмовляються від сніданку в будні, збільшується майже втричі протягом навчання у школі – від 5,9% у 10-річних до 17,2% у 17-річних (рис. 2.3.2). Ця різниця відчутна й у вихідні дні: 3,2% у наймолодших школярів та 12,8% у найстарших.

Турбує також і значне зменшення частки відповідей, що свідчать про звичку снідати щоденно в будні та вихідні дні. З 75,8% у 10-річних вона зменшується майже до 60% у 17-річних у будні та з 89,7% до 76,4% у вихідні.



**Рис. 2.3.2.** Частка підлітків, які ніколи не снідають у будні та вихідні, за віком, %

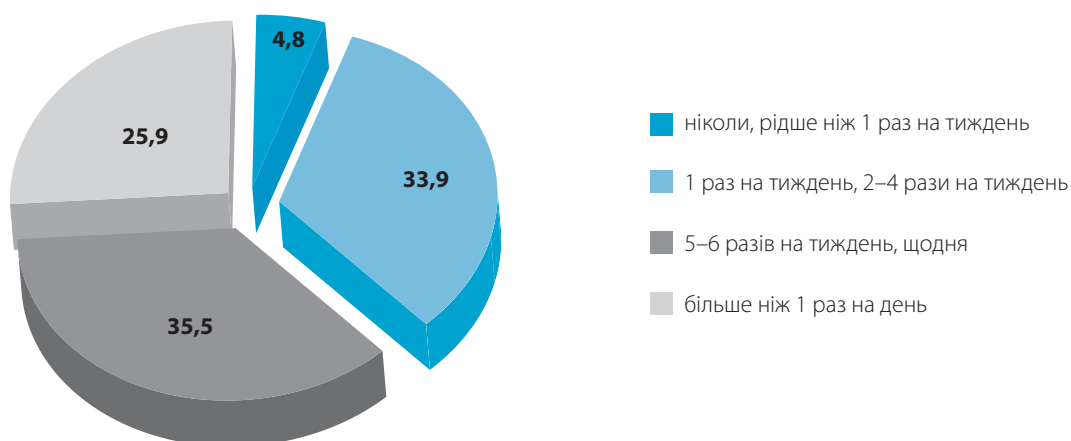


Наявна помітна відмінність у більш швидкій динаміці та більш суттєвому відносному зменшенні частоти регулярних сніданків у дівчаток порівняно з хлопцями. З молодшої до найстаршої вікової категорії дівчат частка таких, які снідають кожен день у будні, скорочується на 21,4%. У хлопців прихильність до щоденних сніданків у будні зменшується на 13,3%. Цікаво, що в молодшому віці дівчатка регулярно снідають у вихідні частіше за хлопців, а в старшому віці ці показники вирівнюються.

Аналіз відповідей учнів щодо частоти вживання фруктів звертає увагу на два важливих моменти. З одного боку, критично низький рівень споживання цієї корисної групи харчових продуктів не є поширеним серед українських школярів. Сума відповідей «ніколи» та «рідше ніж 1 раз на тиждень» становила 4–6% в усіх вікових групах (рис. 2.3.3). З іншого боку, належний рівень споживання фруктів, якому відповідає відповідь «щодня, більше ніж 1 раз на день», відмічається у близько третини опитаних молодших вікових груп, у чверті 14–15-річних і лише у близько 20% 16–17-річних. Отже, найчастіше українські школярі мають низький та субоптимальний рівень споживання фруктів.

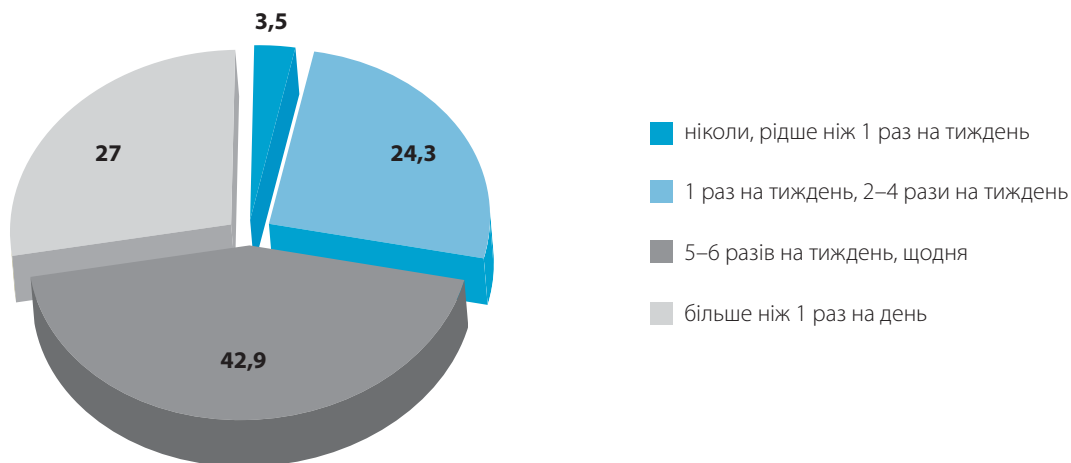
За результатами опитування з'ясувалося, що дівчата достовірно частіше мають належний рівень споживання фруктів в усіх вікових групах. Найбільш значуща різниця спостерігається у наймолодших та найстарших школярів – близько 10% на користь дівчаток.

Аналогічно, вони рідше мають критично низький рівень споживання фруктів.



**Рис. 2.3.3.** Розподіл відповідей на запитання: «Як часто ти споживаєш фрукти?», %

Подібно до показників щодо рівня споживання фруктів найбільша частка учнів має субоптимальний та низький рівень споживання овочів (рис. 2.3.4).



**Рис. 2.3.4.** Розподіл відповідей на запитання: «Як часто ти споживаєш овочі?», %



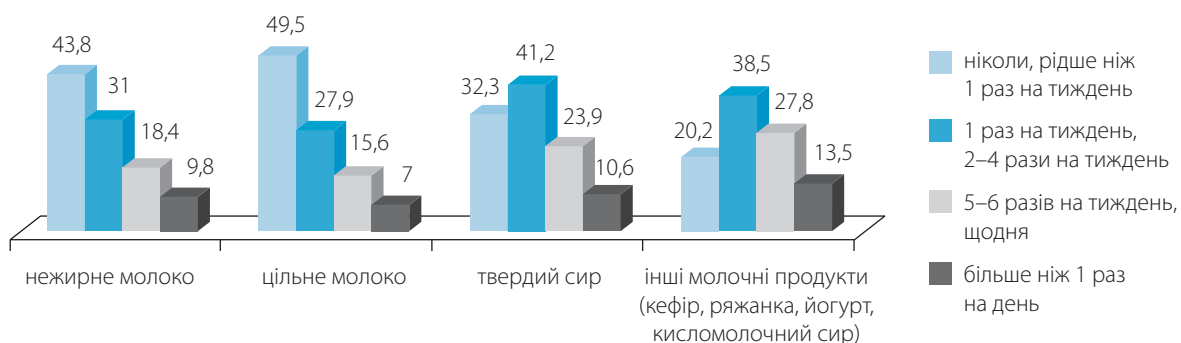
Частка школярів, які мають належний рівень споживання овочів, тобто частіше одного разу на день, складає близько третини опитаних 10–13-річних, від 22,6% до 28,6% у чотирьох старших вікових групах. Критично низький рівень споживання овочів становить від 3% до 6% і є найвищим у групі 11-річних.

Рівень оптимального споживання овочів також достовірно вищий у дівчат в усіх вікових групах порівняно з хлопцями. Найбільша різниця (близько 10%) спостерігається у групах 12- та 15-річних. Дівчата суттєво рідше за хлопців мають критично низький рівень споживання овочів.

Чорний та білий хліб входить до щоденного раціону харчування більшості українських школярів. В усіх вікових та статевих групах білий хліб щодня або більше ніж 1 раз на день споживали понад 60% опитаних, а чорний – понад 35% учнів. Високий рівень вживання цього продукту важко віднести до позитивних особливостей харчування дітей та підлітків шкільного віку. Адже такий хліб постачає велику кількість калорій, містить мало корисних харчових речовин та є одним з головних джерел надходження в організм солі.

Навпаки, рівень споживання продуктів з цільних злаків (нешліфовані крупи, хлібобулочні вироби і макарони з борошна грубого помолу) виявився суттєво нижчим. Залежно від вікової групи, щодня або частіше ніж 1 раз на день їх споживає 35–40% українських школярів. Мюслі та кранчі поки що не отримали гідного місця у меню наших дітей та молоді – згідно із відповідями щодня їх споживає близько 10–15% опитаних залежно від статі та віку, а майже 40% ніколи не їдять цих продуктів.

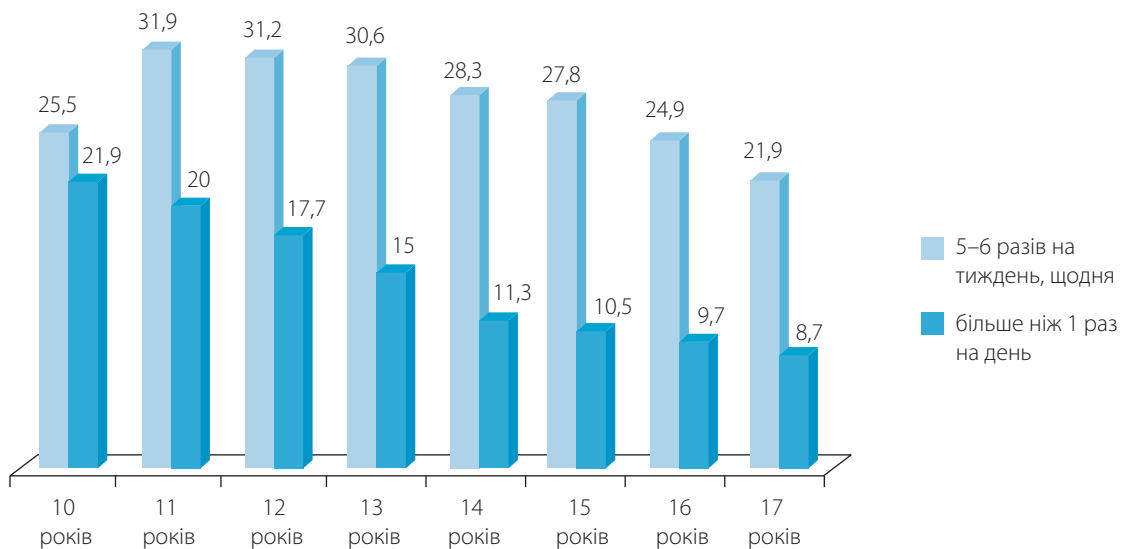
На відміну від овочів та фруктів, третє за значенням джерело корисних харчових волокон – продукти з цільних злаків – споживаються дівчатками та хлопчиками з різних вікових груп приблизно на однаковому рівні. Водночас відповіді «ніколи» або «рідше ніж 1 раз на тиждень» відносно їх споживання значно частіше надавалися хлопцями, ніж дівчатами.



**Рис. 2.3.5.** Рівень споживання молочних продуктів серед українських підлітків, %

Аналіз відповідей школярів на запитання щодо частоти споживання різних молочних продуктів виявляє такі тенденції (рис. 2.3.5):

- рівень споживання знежиреного молока лишається низьким, щоденно його вживає не більше чверті дітей молодшого шкільного віку та менше ніж 20% у старшому віці, близько 40% школярів різного віку ніколи або майже ніколи не споживають молока з низькою жирністю;
- ще менше школярів регулярно споживають цільне молоко – відповіли, що споживають його щоденно лише 13%–15% опитаних у різних вікових групах. Понад половину школярів споживають його рідше одного разу на тиждень;
- близько 40% дітей та підлітків різного шкільного віку споживають твердий сир рідше одного разу на тиждень, водночас близько 20% споживають його щодня за винятком груп 16- та 17-річних, у яких частота присутності сиру у щоденному раціоні на декілька відсотків є нижчою;
- рівень споживання інших молочних продуктів (переважно кисломолочних) має найбільш чітку асоціацію з віком опитаних школярів: у молодших трьох групах такі продукти щодня споживає 49% дітей, у 13-річних їх регулярне вживання зменшується до 45,6%, а потім значно падає до 37,5% у 14–16-річних і, нарешті, у 17-річних становить лише 30,6% (рис. 2.3.6).



**Рис. 2.3.6.** Динаміка скорочення споживання кисломолочних продуктів, %

Результати опитування демонструють цікаві відмінності у споживанні молочних продуктів залежно від віку та статі. Хлопці п'ють значно більше цільного та знежиреного молока майже в усіх вікових групах. У деяких з них (14–16-річні) різниця в споживанні цільного молока становить два та більше разів на користь хлопців. Цікаві особливості спостерігаються і при аналізі відповідей щодо споживання кисломолочних продуктів. У молодших вікових групах дівчата частіше за хлопців включають до власного раціону такі продукти. Але з 14-річного віку хлопці починають щоденно вживати кисломолочні продукти достовірно більш часто порівняно з дівчатками-однолітками.

Загальна ситуація із споживанням молочних і кисломолочних продуктів потребує більш ретельного вивчення. Зважаючи на фізіологічну важливість макро- та мікронутрієнтів молочних продуктів для зростання організму дитини та підлітка, необхідно визначити причини скорочення споживання цих продуктів, особливо дівчатами.

Яйця вважаються збалансованим та корисним продуктом, необхідним для забезпечення високої фізичної та розумової активності підлітків. Аналіз відповідей опитаних школярів свідчить про стабільно низький рівень споживання яєць (один раз на тиждень та рідше) у близько 30% дітей усіх вікових груп обох статей.

Водночас 30% підлітків молодшого шкільного віку споживають яйця щодня. Починаючи з 13-річного віку яйця присутні у щоденному меню вже лише у 27% школярів і зменшується до 22% у меню найбільш дорослих – 17-річних.

У ранньому шкільному віці дівчата частіше регулярно споживають яйця, але різниця з хлопцями є несуттєвою, у межах статистичної похибки. Починаючи з 14-річного віку школярі чоловічої статі суттєво випереджають дівчат за рівнем споживання яєць.

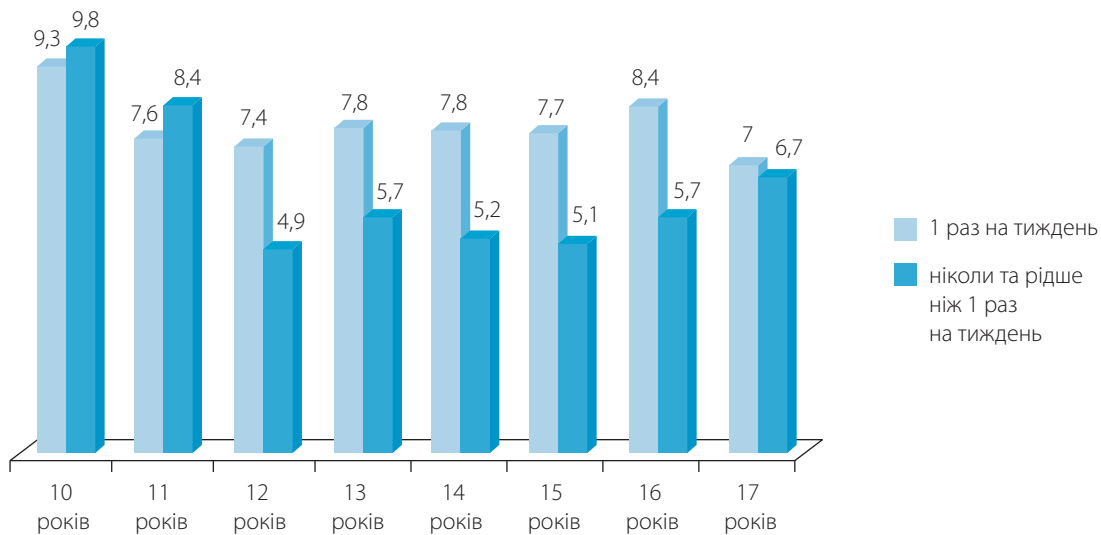
Максимальний показник частоти споживання риби та рибних продуктів, за відповідями опитаних учнів, становить 2–4 рази на тиждень. Схвальну відповідь дали від 22% до 28% школярів різного віку. Мінімальний рівень споживання риби був у 12-річних, а максимальний – у 15-річних підлітків. Слід зазначити, що споживання риби 2–4 рази на тиждень відповідає сучасним рекомендаціям щодо здорового харчування, але йдеться лише про морську рибу.

Якщо підрахувати суму відповідей стосовно регулярного споживання риби (2–4 рази на тиждень або частіше), то понад 50% опитаних школярів повідомили про такий рівень вживання цього корисного продукту. Це можна вважати неочікуваним результатом, зважаючи на загалом низький середній рівень споживання риби в домашніх господарствах України.

Порівняння відповідей хлопців та дівчат виявляє незначні відмінності у частоті споживання риби в різних вікових групах. Стабільно та достовірно частіше, ніж дівчата, хлопці більшості вікових груп повідомляли про те, що ніколи не вживають риби.

Вживання м'яса в складі здорової дієти лишається бажаним для дітей та підлітків. Вегетаріанські дієти, відповідно до даних останніх досліджень, можуть спричинити затримку розвитку. Отримані відповіді українських школярів свідчать про те, що в молодшому та середньому шкільному віці щоденно (один або більше разів на день) м'ясо та м'ясопродукти споживають 42–43% опитаних учнів. Ця частка зменшується до 37–38% у старших вікових групах.

Ствердні відповіді, які вказують на дуже низький (один раз на тиждень або рідше) рівень споживання м'яса, надали на це запитання 19,5% та 16,7%, відповідно, 10-річних та 11-річних школярів (рис. 2.3.7). Ця інформація викликає занепокоєння та потребує відповідних висновків і дій з метою збільшення споживання м'яса школярами молодшого віку.

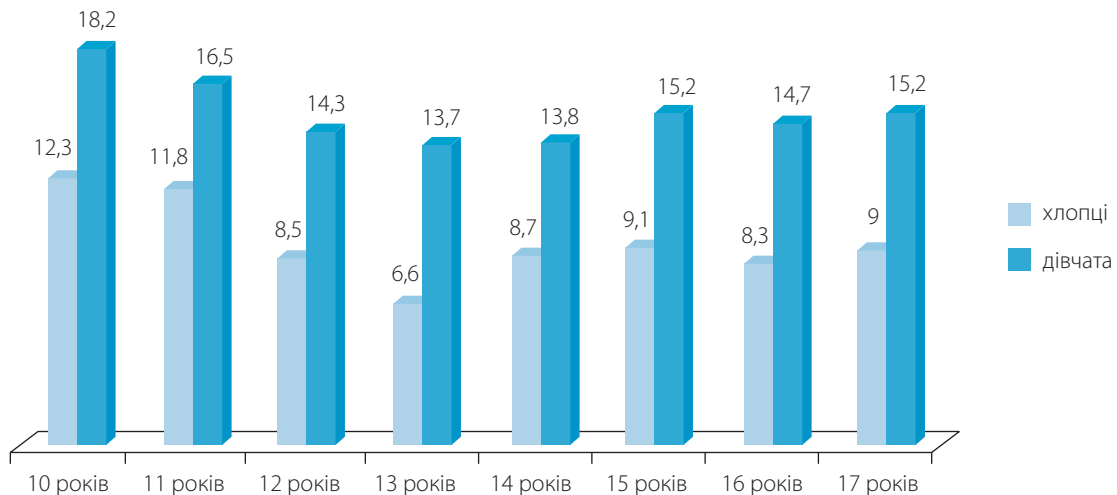


**Рис. 2.3.7.** Розподіл відповідей «1 раз на тиждень», «ніколи» та «рідше одного разу на тиждень» на запитання: «Скільки разів на тиждень ти споживаєш м'ясо та м'ясопродукти?», за віком, %

Доволі неочікуваними є результати порівняння частоти вживання м'яса та м'ясопродуктів у хлопчиків та дівчаток. Попри незначні відмінності у різних вікових групах загальний рівень вживання виявився дуже близьким.

Частота споживання кондитерських виробів та солодких безалкогольних напоїв доволі часто асоціюється з надмірною масою тіла, низькою фізичною активністю та поганим загальним станом здоров'я дітей і підлітків. Позитивною можна вважати інформацію щодо порівняння незначної поширеності щоденного споживання солодких газованих напоїв. Практично в усіх вікових групах цей показник не перевищував 15% (лише серед 13-річних він становив 15,2%). Якщо додати варіант відповіді «5–6 разів на тиждень», то в середньому додасться ще близько 10%. Але все одно виходить, що 75% опитаних споживає такі напої рідко та дуже рідко. Звичайно, можливий вплив на отримані результати свідомого заниження частоти споживання солодких газованих напоїв. Адже більшість школярів навіть молодшого віку знають про їх некорисність.

Порівняльний аналіз відповідей школярів різної статі демонструє суттєво нижчий рівень споживання солодких газованих напоїв дівчатами порівняно з хлопцями в усіх вікових групах (рис. 2.3.8).



**Рис. 2.3.8.** Розподіл відповідей «ніколи» на запитання: «Скільки разів на тиждень ти споживаєш колу, лимонад або інші газовані напої, які містять цукор?», за статтю та віком, %

На відміну від солодких напоїв, часте (5–6 разів на тиждень та більше) споживання солодоців визнають у своїх відповідях понад половину опитаних. З віком зменшується частка школярів, які споживають кондитерські вироби один раз на тиждень та рідше. У молодших школярів цей показник становить майже 25%, а в старших падає нижче 20%.

Дівчата в усіх вікових групах споживають солодоців більше, ніж хлопці.

Низька харчова цінність чіпсів та значний вміст солі й харчових добавок у цьому продукті добре відомі українським школярам та їх батькам. Певне тому, незважаючи на широкі рекламні акції виробників, більшість учнів дали відповідь, що вони споживають чіпси один раз на тиждень або рідше. Така відповідь фігурувала в анкетах 75%–80% молодших школярів. Аналогічно відповіли майже 80% опитаних учнів старшого віку. Тим не менше, існує імовірність свідомого заниження вживання чіпсів з огляду на їх погану репутацію.

З аналізу відповідей школярів, які свідчать про часте споживання чіпсів, можна зробити висновки про більшу прихильність хлопчиків до цього нездорового продукту. У частині вікових груп хлопці відповідали про щоденне споживання чіпсів більш ніж удвічі частіше за дівчат.

Популярність енергетичних напоїв продовжує зростати серед дітей та підлітків шкільного віку. Результати опитування свідчать про низький рівень їх вживання у молодших школярів (сума відповідей «ніколи» та «один раз на тиждень» склала понад 90%). Але в старших вікових групах про рідке споживання енергетичних напоїв повідомляє вже тільки 80% опитаних.

Хлопчики є більш частими споживачами енергетиків в усіх вікових групах незалежно від частоти споживання.

Цікавими є відповіді школярів про основні місця споживання гарячої їжі. Родинна оселя та їдальня навчального закладу випереджають заклади громадського харчування з великим відривом. Водночас у дорослих школярів останні користуються більшою популярністю, і хлопчики відвідують їх достовірно частіше.

Відповідно до результатів анкетування керівників навчальних закладів, гарячим харчуванням (обідами) забезпечені майже всі учні 1–4-го класів у сільських школах (98,4%), обласних центрах (95,1%). В інших містах частка забезпечення зменшується до 92,4%.

В інших вікових групах охоплення школярів регулярним гарячим харчуванням зменшується – до майже 90% у сільських та школах обласних центрів і до 87,4% в інших містах для учнів 5–9-го класів.

Найстарші учні та студенти ВНЗ, ПТНЗ отримують гаряче харчування ще в меншому відсотку: у сільських школах та ПТНЗ це близько 70%, а у ВНЗ – 54%.

Більшість навчальних закладів мають на своїй території їдальню або буфет, обладнаний для прийому їжі учнями. Частка таких закладів в Україні становить 94,8%. Керівники 90% з них повідомляють про достатність місць для прийому їжі для всіх учнів.

Результати опитування керівників свідчать про систематичність проведення роз'яснювальної роботи з батьками учнів щодо важливості здорового та регулярного харчування. Найкраще ця робота проводиться в сільських школах. Такі заходи мають стати більш регулярними у ВНЗ та ПТНЗ.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Результати опитування українських школярів у рамках HBSC-2014 є надзвичайно важливими саме для попередження виникнення небезпечних проблем із здоров'ям тепер та в їх майбутньому дорослому житті.

Відповіді на запитання щодо особливостей харчування є вкрай важливою інформацією для розуміння необхідних втручань. Безумовно, існує невідкладна потреба у проведенні національного дослідження фактичного харчування школярів. Тим не менш, отримані відповіді керівників навчальних закладів та їх підопічних надають багато підстав для роздумів.

Створення умов для здорового харчування є спільною відповідальністю самих підлітків, їх батьків та інших членів родини, відповідальних осіб у навчальних закладах, державних та недержавних установ та організацій.

Від підлітків залежно від їх віку та відповідного усвідомлення питань, пов'язаних з харчуванням, потребується свідомо вибирати, які продукти і в якій кількості споживати. Батьки та інші особи, які опікуються вихованням школярів, мають усвідомлювати, що тимчасове неприйняття нових продуктів та звичка до одних і тих страв є нормальним етапом розвитку<sup>27</sup>. Надмірний тиск на підлітка з метою примусити його їсти певні продукти або страви, заборони та відбирання тієї чи іншої їжі може привести до порушення фізіологічної регуляції голоду/насичення. Це може бути однією з причин компенсаторного переїдання та появи надмірної ваги.

Батькам та вихователям слід намагатися забезпечити різноманітність корисних продуктів та страв, розробити оптимальний режим харчування, створити комфортні умови для прийняття їжі якомога частіше в родинному колі.

Відповідно до інформації, отриманої від опитаних керівників навчальних закладів, у більшості з них проводиться регулярна робота з учнями та їх батьками з метою покращення обізнаності про важливість харчування для збереження здоров'я. Тим не менш, керівникам міських шкіл, ВНЗ та ПТНЗ слід брати приклад із сільських колег та покращувати регулярність цієї роботи. Слід зазначити, що порівняно з опитуванням 2010 р. спостерігається покращення освітньої роботи з питань харчування в усіх навчальних закладах.

Забезпечення учнів та студентів гарячою їжею та умов для її споживання завжди були в центрі уваги суспільства. Тому відповіді керівників щодо цього важливого аспекту для учнів 1–4-х класів є задовільними. Однак, гаряча їжа для старших груп школярів є все ж менш доступною. У більшості навчальних закладів створено належні умови для харчування. На жаль, ситуація із охопленням учнів гарячим харчуванням дещо погіршилась порівняно з 2010 р. Ця інформація потребує усвідомлення, і керівники навчальних закладів повинні вжити заходів для виправлення ситуації.

У дослідженні HBSC-2014 українським підліткам уперше було поставлено запитання стосовно частоти спільного вживання їжі з родиною. З'ясувалося, що третина наймолодших школярів регулярно не снідає та не вечеряє з батьками. У підлітків старшої вікової групи лише третина робить це щоденно. З віком також значно зростає кількість учнів, які завжди їдять наодинці. Спільне вживання їжі в родинному колі є вкрай важливим для прищеплення здорових звичок у харчуванні. Частота спільних прийомів їжі має доведену асоціацію з надмірною вагою у підлітків та ризиком виникнення у них розладів харчування<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Feeding the child. In: Pediatric Nutrition, 7th / Kleinman R.E, Greer F.R. (Eds); American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2014. – P.14.

<sup>28</sup> Hammons A.J.H. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? / A.J. Hammons, B.H. Fiese Pediatrics, 2011; 127:e1565 [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

Те, що діти, підлітки та молодь є одними з основних клієнтів закладів громадського харчування, не стало дивною новиною. Проведення додаткового часу з друзями, реклама та мода роблять такий вибір природним. Слід сказати, що підліток із здоровими звичками в харчуванні та здатністю зробити правильний вибір страв не надто ризикує власним благополуччям навіть у «фаст-фуді». Але, на превеликий жаль, серед українських школярів такі не становлять більшості. Саме тому до анкет також уперше були включені запитання про частоту вживання їжі поза навчальним закладом та власним домом. Поки що домашні та шкільні обіди випереджають усі інші. І все ж таки, у більш дорослих підлітків з ними вже доволі серйозно конкурують заклади громадського харчування.

Основна частина запитань анкети щодо здорового харчування була присвячена частоті споживання корисних та некорисних продуктів.

На жаль, і це було очікувано, суттєвих позитивних зрушень у цьому питанні порівняно з HBSC-2010 не відбулось. Такі зміни можливі лише за умови постійної комплексної роботи з метою поширення переваг і можливостей здорового харчування серед школярів. Вищеперераховані партнери: держава та громадські організації, родина, освітяни, медики та ЗМІ повинні реалізовувати спільні заходи для зменшення ризику виникнення у підлітків хвороб, зумовлених нездоровим харчуванням.

Отримані відповіді школярів демонструють, що меншість із них споживає корисні продукти на належному рівні. Овочі, фрукти, цільні злаки, молочні та кисломолочні продукти, яйця та м'ясні продукти повинні бути в щоденному меню школяра. Навпаки, слід спільно та ретельно працювати над скороченням споживання солодощів, солодких газованих напоїв, хліба з рафінованого борошна. Порівняно з 2010 р. спостерігається певна позитивна динаміка в збільшенні споживання таких корисних продуктів, як овочі та фрукти. Водночас більшість школярів дотепер має субоптимальний рівень їх вживання.

Режиму харчування школярів було присвячено питання щодо регулярності сніданків у будні та вихідні дні. Частота відмови від сніданків у старшому шкільному віці в разі відрізняється від молодших підлітків. Безумовно, це є однією з причин значного поширення надмірної ваги та ожиріння у школярів старших класів в Україні<sup>29</sup>.

## ВИСНОВКИ

- Стан здоров'я сучасних українських школярів та значна поширеність захворювань, спричинених нездоровим харчуванням, потребує ретельної оцінки інформації, отриманої в дослідженні «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді – HBSC-2014».
- Необхідні подальші дослідження стану фактичного харчування дітей та підлітків України для визначення економічно обгрунтованих та заснованих на доказах заходів з метою корекції вад у харчуванні школярів.
- Отримана інформація свідчить про недостатнє споживання підлітками в усіх вікових та статевих групах таких корисних продуктів, як фрукти, овочі, цільні злаки, молочні та кисломолочні продукти, яйця.
- Серед 10 та 11-річних школярів встановлено суттєву недостатність споживання м'яса та м'ясних продуктів, що може зумовлювати відставання у розвитку таких підлітків.
- Аналіз відповідей опитаних учнів демонструє високий рівень споживання білого та чорного хліба, який має низьку харчову цінність та високий вміст солі. Діти, які споживають багато хліба з борошна вищого ґатунку, з високою вірогідністю їдять мало більш корисних продуктів.
- Продовжує залишатись на неприйнятно високому рівні споживання солодощів і зростає вживання солодких газованих напоїв та чіпсів, енергетичних напоїв, що викликає занепокоєння, оскільки має безпосередній вплив на здоров'я підлітків.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=21536618>.

<sup>29</sup> HNaug E. HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study / E.Haug et al. [Електронний ресурс] // International Journal of Public Health. – 2009. – 54 (Suppl. 2) : 167–179. – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19618111>



- Поглиблюється тенденція суттєвого погіршення харчових звичок школярів із віком. На жаль, отримуючи більше свободи у виборі харчування, старші підлітки відмовляються від сніданків, вживають менше корисних продуктів. У раціоні харчування старшокласників з'являється більше некорисних снєків, солодоців, вони рідше їдять у родинному колі і частіше відвідують «фаст-фуди».
- Порівняно з дослідженням HBSC-2010 практично не змінилась частота відповідей учнів стосовно регулярності сніданків у будні та вихідні дні. Тим не менш, досить велика частка школярів відмовляється від сніданку регулярно або час від часу.
- Відповіді керівників навчальних закладів свідчать про те, що лишається значний резерв у покращенні освітньої роботи з учнями та батьками щодо значення харчування для здоров'я. Має бути поліпшена доступність гарячих страв, особливо для старших школярів.

Виявлені в ході дослідження «Здоров'я та поведінкових орієнтацій учнівської молоді HBSC-2014» проблеми у харчуванні школярів України повинні спонукати до коригування наявних планів дій щодо впливу на цей фактор ризику розвитку небезпечних хвороб.

Реалізація необхідних заходів такого плану дій повинна будуватися на ефективній взаємодії держави, недержавних громадських організацій, медичних, педагогічних кадрів та батьків учнів. Безумовно, необхідне врахування соціальних детермінант для забезпечення достатнього та здорового харчування учнів незалежно від соціально-економічного статусу родини.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Підтримка безпеки та якості шкільного харчування, впровадження заборони на розповсюдження продуктів та страв із значним вмістом цукру, солі, насичених жирів та транс-жирів, включаючи розробку відповідного законодавства державними органами та постійний нагляд над його виконанням із залученням недержавних організацій.
- Забезпечення аналізу та вдосконалення навчальних матеріалів щодо здорового харчування для учнів загальноосвітніх навчальних закладів та закладів професійно-технічної освіти.
- Проведення інформаційних кампаній для батьків з метою організації збалансованого харчування та формування звичок раціонального харчування у дітей та підлітків із залученням представників навчальних та медичних закладів, а також громадських організацій.
- Розробка цілеспрямованих заходів щодо обмеження впливу на дітей і підлітків агресивного маркетингу продуктів та страв із значним вмістом цукру, солі, насичених жирів та транс-жирів.
- Створення сучасної інформаційної стратегії для мотивації здорового вибору в харчуванні у дітей та підлітків. Розробка сучасних привабливих для уваги дітей та підлітків анімаційних, друкованих та інтерактивних матеріалів щодо харчування.

## 2.4. ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ТА ПАСИВНЕ ПРОВЕДЕННЯ ВІЛЬНОГО ЧАСУ

Заняття фізичною культурою та спортом є важливими складовими повноцінного розвитку та виховання людини, оскільки сприяють процесу фізичного та морально-вольового становлення, виступають запорукою здоров'я, засобом підвищення соціальної і трудової активності, сприяють організації змістовного дозвілля, а також задовольняють естетичні і творчі запити.

Однак, далеко не всі усвідомлюють важливість занять спортом та виконання фізичних вправ. Більше того, через пасивність під час дозвілля та сидячий спосіб життя вдома і на роботі, спостерігається загальне зниження фізичної активності населення. За даними ВОЗ<sup>30</sup>, кожна третя доросла людина у світі є недостатньо активною (мається на увазі відсутність достатньої рухливості тіла, яка виробляється скелетними м'язами та вимагає витрат енергії).

<sup>30</sup> Физическая активность : Информ. бюл. ВОЗ [Електронний ресурс] – 2014. – № 384. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ru/>

Такий стан справ негативно впливає передусім на здоров'я людини – недостатня фізична активність є одним з основних факторів ризику розвитку неінфекційних захворювань (серцево-судинні захворювання, рак і діабет), а також є четвертим за значимістю фактором ризику смерті у світі<sup>31</sup>. З іншого боку, через пасивність людей страждає сфера економіки, адже недостатня фізична активність призводить до значних витрат на охорону здоров'я, негативно впливає на прцездатність і тривалість здорового життя<sup>32</sup>.

Особливо важлива і необхідна фізична активність у підлітковий період, коли ще триває процес формування фізіологічного та соціального становлення особи. Доведено, що низький рівень фізичної активності саме в цей період пов'язаний із збільшенням шансів ожиріння, розвитку серцево-судинних захворювань і поганого психічного здоров'я у подальшому<sup>33</sup>. Для профілактики цих та інших хвороб ВООЗ рекомендує дітям і підліткам 60 хвилин щоденної фізичної активності помірної і високої інтенсивності (при умові, що кожне заняття триває, як мінімум, 10 хвилин)<sup>34</sup>.

Враховуючи особливість навчальної програми, необхідна добова норма фізичної активності підлітків не може виконуватися на заняттях фізичної культури. Відповідно, дітям віком 10–17 років потрібно займатись своїм фізичним розвитком у позаурочний час.

У цьому підрозділі розглянемо основні показники, які описують рівень фізичної активності підлітків у вільний від занять час, та ступінь сприяння навчальних закладів фізичному розвитку їх учнів.

### ЧАСТОТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

Згідно з отриманими даними, за тиждень перед цим опитуванням від 3,7% до 7,8% підлітків, залежно від віку, жодного дня не мали фізичної активної діяльності тривалістю щонайменше 60 хвилин. Фізичною діяльністю щоденно займався кожен третій підліток віком 10–11 років і лише кожен шостий 17-річний підліток. Різне зниження фізичної активності підлітків з віком особливо характерне для дівчаток. Так, частка хлопчиків, які взагалі не мали жодної фізичної діяльності протягом останнього тижня, не надто коливається з віком і варіюється в межах 3,1–5,1%, тоді як аналогічний показник для дівчаток становить 3,9–11,5%. Відповідно, значно меншою є і частка дівчаток, які протягом тижня щодня займалися фізично активною діяльністю (серед 10-річних дівчаток таких було 33,9% (хлопчиків дещо менше – 29,5%), а от серед 17-річних – лише 10,3% (21,4% хлопчиків).

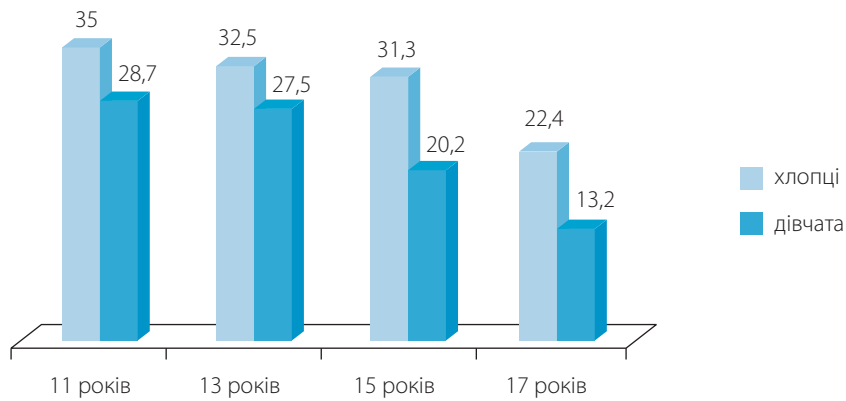
Однак, зазвичай, дівчата у свій вільний від занять час більш активно займаються різними фізичними вправами, ніж у тижневий період перед дослідженням, хоча й не так активно, як хлопці. Слід зазначити, що різниця між частками хлопців і дівчат, які займаються фізичними вправами щодня, значно збільшується після досягнення 13-річного віку і становить, для 14–17-річних підлітків різних статей, близько 10% (рис. 2.4.1). Загалом, різні фізичні вправи щодня виконують близько третини підлітків молодшого шкільного віку (10–13 років), тоді як діти старшого віку рідше займаються фізичною діяльністю (щодня тренуються близько 26% підлітків віком 14–15 років та близько 18% 17-річних дітей). Найбільше залучених до фізичної культури підлітків віком 13–14 років, дещо менше дітей молодшого (10–11 років) та старшого віку (16–17 років).

<sup>31</sup> Там само.

<sup>32</sup> Торонтская хартия о физической активности: глобальный призыв к действию. [Електронний ресурс] / Глобальный совет пропаганды физической активности, Международное общество физической активности и здоровья. – Режим доступу : <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-russian-20may2010.pdf>

<sup>33</sup> Riddoch C. Relationships between physical activity and health in young people. / C.Riddoch // Health Education Authority (ed). Young and Active? Young People and Health-Enhancing Physical Activity—Evidence and Implications. – London : Health Education Authority, 1998.

<sup>34</sup> Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. – [Електронний ресурс]. – Geneva : World Health Organization, 2010 – Режим доступу : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976_rus.pdf)  
Глухов В.И. Физическая культура в формировании здорового способа жизни / В.И. Глухов – К. : Здоровье. 1990. – 70 с.



**Рис. 2.4.1.** Частка підлітків, які щодня займаються різними фізичними вправами, за віком та статтю, %

Тривалість занять фізичними вправами в більшості підлітків не перевищує однієї години на тиждень – саме стільки часу на вправи витрачають 50,4–59,8% опитаних, залежно від віку. Для підлітків старшого віку характерним є те, що вони, хоч і рідше займаються фізичною діяльністю, однак витрачають на неї дещо більше часу, ніж підлітки молодшого віку. Отримані дані свідчать і про те, що серед тих, хто витрачає від двох і більше годин на тиждень для занять фізичними вправами, більше хлопців, ніж дівчат (табл. 2.4.1).

Таблиця 2.4.1

**Кількість годин на тиждень, які витрачають підлітки у вільний від занять час для виконання різних фізичних вправ (або тренувань), за статтю і віком, %**

	11 років		13 років		15 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Жодної	7,5	10	7,7	7,2	9	9,4	7,8	13,4
Приблизно 1 годину	51,9	63,2	50,4	62,9	43,9	57,3	42,7	58,5
Приблизно від 2 до 3 годин	23,6	17,6	22,3	18,7	27,2	20,4	28,6	17,8
Приблизно від 4 до 6 годин	8,1	6	10,4	6,6	9,5	7,8	9,9	7,8
7 годин і більше	8,8	3,2	9,2	4,8	10,4	5	11	2,5

Відмічається значне сприяння навчальних закладів фізичній активності молоді. Так, за даними опитування, 89,7% керівників навчальних закладів повідомили про те, що їх заклад регулярно проводить внутрішні спортивні заходи (змагання, олімпіади, спартакиади тощо). Найчастіше згадані заходи проходять у ВНЗ (93,7% керівників зазначили це), дещо рідше – в ПТНЗ, школах міст і сіл (зазначили близько 90% керівників), а от у школах обласних центрів – найрідше (зазначили 84% опитаних керівників) (табл. 2.4.2).

Таблиця 2.4.2

**Розподіл відповідей керівників навчальних закладів на запитання: «Чи організовує навчальний заклад внутрішні спортивні заходи (змагання, олімпіади, спартакіади тощо)?», за типом навчального закладу, %**

	Тип навчального закладу					Серед усіх
	Загальноосвітні навчальні заклади			ПТНЗ	ВНЗ	
	Обласний центр	Інше місто	Село			
Так, регулярно	84,0	89,9	90,3	91,5	93,7	89,7
Так, час від часу	13,5	10,1	9,7	8,5	4,7	9,6
Ні	2,5	–	–	–	1,6	0,7

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Більшість підлітків у свій вільний від занять час займається фізичними вправами – про протилежне повідомили лише 2,7–6,8% опитаних, залежно від віку. Однак, частота і тривалість вправ та тренувань свідчать про досить низький рівень фізичної активності, який не відповідає рекомендаціям ВООЗ. Дійсно, кожного дня інтенсивними фізичними вправами (від яких пітніють або захекуються) займаються від 17,9% (серед 17-річних підлітків) до 34,7% (серед 10-річних), а тривалість цих вправ для більшості (для 50,4–59,8% опитаних, залежно від віку) не перевищує однієї години на тиждень.

Наявна тенденція зменшення фізичної активності з віком опитаних свідчить про те, що фізичне виховання в ранньому віці не переростає у звичку та не стає відтворюваним патерном у старшому віці. Варто відмітити, що несформованість у молоді потреби займатися фізичними вправами простежується протягом тривалого часу, про що свідчать дані дослідження HBSC-2006 та HBSC-2010.

Однак, слід зауважити, що хоча з віком фізична активність підлітків зменшується (вони рідше тренуються та вправляються), однак тривалість їхніх занять фізичними вправами протягом тижня зростає. Так, близько 30% 10-річних дітей виконували фізичні вправи від 4 до 6 годин на тиждень, тоді як серед 13-річних дітей ця частка становила 36,1%, а серед 17-річних – близько 40%.

Помітна диспропорція серед підлітків, які активно займаються фізичними вправами, в залежності від статі. По-перше, хлопчики частіше виконують різні фізичні вправи у вільний від занять час, і ця різниця значно зростає з віком (серед 10-річних дітей різниця між хлопчиками і дівчатками, які займаються щоденно фізичними вправами, становить лише 2,9%, серед 13-річних – 5%, а серед 16-річних – 10%). А по-друге, тривалість занять фізичними вправами протягом тижня серед хлопців є вищою, ніж серед дівчат: на фізичну активність більшість останніх витрачає до однієї години, тоді як хлопців значно більше (у 1,3–1,8 разу) серед тих, хто витрачає від 4 і більше годин на вправи впродовж тижня.

Результати опитування керівників навчальних закладів різних типів свідчать про те, що освітні заклади суттєво сприяють розвитку фізичної культури серед своїх учнів. Так, близько 90% опитаних повідомили, що їх навчальні заклади забезпечують системне проведення внутрішніх спортивних змагань (олімпіад, спартакіад тощо). Порівняно з даними останнього дослідження HBSC (яке було у 2010 р.), спостерігається майже 9-процентне зростання цього показника. Таке зростання має місце тому, що значно збільшилась частка керівників сільських шкіл (на 12,3%) і керівників ВНЗ (на 14,7%), які вказали на те, що внутрішні спортивні змагання проводяться регулярно у їхніх навчальних закладах. Не в останню чергу посприяло росту регулярності проведених внутрішніх спортивних змагань в різних освітніх закладах проведення в Україні чемпіонату з футболу «Євро-2012», одним із результатів якого стало популяризування футболу та фізичної культури загалом.

## ВИСНОВКИ

Переважає більшість підлітків (93,2–97,3%, залежно від віку) займається різними фізичними вправами у свій вільний час. Найчастіше залучено до фізичної культури підлітків віком 13–14 років, дещо менше – дітей молодшого (10–11 років) та підлітків старшого віку (16–17 років).

Щодня тренуються чи вправляються від 17,9% до 34,7% (залежно від віку опитаних). Серед тих, хто систематично займається різними фізичними вправами, переважають наймолодші опитувані (10–11-річні підлітки). Взагалі, з віком значно зменшується частка тих, хто щодня тренується.

Тривалість занять фізичними вправами збільшується з віком. Якщо серед 10-річних підлітків лише 29,7% займалися 4 і більше годин на тиждень, то серед 14-річних ця частка становила 37,4%, а серед 17-річних – майже 40%.

Фізична активність дівчат є дещо нижчою, ніж хлопців: вони дещо частіше, ніж хлопці, повідомляли про те, що ніколи не займалися різними фізичними вправами у вільний від занять час; вони менш систематично займаються фізичними вправами (частка дівчат, які щодня виконують вправи, з 14-річного віку у 1,5 разу є меншою за аналогічний показник для хлопців); також дівчата відводять менше часу на тренування. Ця диспропорція за статтю в плані занять фізичними вправами суттєво збільшується з віком.

У більшості навчальних закладів, незалежно від їх типу, регулярно проводяться внутрішні спортивні заходи (змагання, олімпіади, спартакіади тощо). Дещо меншими ці показники є в школах обласних центрів.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Враховуючи недостатній рівень фізичної активності підлітків, є необхідність в реалізації таких заходів:

- Посилення роботи навчальних закладів щодо розвитку фізичної культури, роз'яснення підліткам ролі фізкультурних занять і спорту для життя та здоров'я людини.
- Популяризація фізкультурних занять за рахунок проведення різноманітних олімпіад, спартакіад, змагань, майстер-класів, зустрічей із спортсменами, медичними та педагогічними працівниками, представниками громадських організацій, проведення короткотривалих зарядок під час перерв, популяризація сімейних форм спортивних змагань.
- Залучення до фізичної активності через різні форми рухової активності (змагання, рухові та спортивні ігри) підлітків різного віку і статі, враховуючи особливості різних статевовікових груп.
- Створення умов для занять фізичною культурою не лише на уроках, але й у позаурочний час, організація на базі навчальних закладів різноманітних спортивно-масових секцій, розвиток спортивної інфраструктури, наближеної до місць проживання підлітків.
- Охоплення до 100% учнівської молоді заняттями фізичною культурою та спортом, включаючи осіб з ослабленим здоров'ям та/або низьким рівнем фізичної підготовленості.
- Підтримка програм популяризації фізичної культури та спорту для всіх, відновлення системи аматорських змагань, у тому числі з сучасних неолімпійських видів спорту, популярних у молодіжному середовищі.
- Підтримка системи дитячо-молодіжного туризму в межах України, включаючи тематичні екскурсії, походи вихідного дня, спортивно-туристські маршрути.
- На регіональному, місцевому та локальному рівнях здійснити об'єктивну оцінку стану фізкультурно-спортивних та оздоровчих послуг, об'єктів відповідного призначення та їх цільового використання дітьми та молоддю.
- Включення показників фізичної активності дітей та підлітків до Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір».



## 2.5. РОЛЬ СУЧАСНИХ МЕДІА-ЗАСОБІВ (ТЕЛЕВІЗОРІВ ТА КОМП'ЮТЕРІВ) У ЖИТТІ ПІДЛІТКІВ

Телевізори, комп'ютери, планшети та інші електронні пристрої вже стали частиною повсякденного життя як дорослих, так і підлітків. За даними установчого дослідження Gfk Ukraine<sup>35</sup>, станом на 2011 рік 98% населення України мали вдома телевізор. Кількість власників комп'ютерів є меншою, однак їх число стрімко збільшується.

Безперечно, електронні пристрої здійснюють свій вплив на всіх користувачів, проте підлітки є особливо вразливою категорією населення, оскільки вони перебувають у процесі первинної соціалізації. Саме тому функції, які виконують телевізори, комп'ютери та інші електронні пристрої (розважальна, інформаційна, копіювальна, а також функція моделювання гендерних ролей і культурної ідентифікації<sup>36</sup>), особливо актуальні для підлітків.

Зважаючи на вагомість медіа-засобів у становленні особистості підлітка, ст. 9 Закону України «Про охорону дитинства» гарантується право дитини на вільне висловлення думки та отримання інформації. Зокрема, законодавчо закріплюється право «розшукувати, одержувати, використовувати, поширювати та зберігати інформацію в усній, письмовій чи іншій формі, за допомогою творів мистецтва, літератури, засобів масової інформації, засобів зв'язку (комп'ютерної, телефонної мережі тощо) чи інших засобів на вибір дитини<sup>37</sup>».

Однак, слід зазначити, що поряд із позитивними аспектами взаємодії підлітка з електронними пристроями можуть виникати і певні проблеми. Безсумнівно, тривале проведення часу перед монітором телевізора чи комп'ютера не сприятиме фізичному і психічному розвитку юного користувача, особливо коли йдеться про перегляд розважальних програм чи комп'ютерні ігри. Від такого проведення часу страждають, у першу чергу, зорова та опорно-рухова системи. Крім цього, як виявило дослідження американських науковців<sup>38</sup>, багатогодинний перегляд телепередач у підлітковому віці також пов'язаний із підвищенням шансів виникнення депресивних синдромів у юнацькому віці, особливо у юнаків та молодих чоловіків. А надмірне захоплення комп'ютерними іграми може призвести до психологічної залежності. Межі «надмірного перегляду» визначені в рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, згідно з якими норма перегляду телепередач дітьми старшого шкільного віку (11–18 років) має становити 1–3 години на день.

Проаналізуємо отримані дані щодо проведення вільного часу українськими підлітками перед екраном електронних пристроїв.

### ПЕРЕГЛЯД ТЕЛЕПЕРЕДАЧ

За даними дослідження, у середньому 24,3% підлітків вказали, що витрачають приблизно до 2 годин свого вільного часу у будній день на перегляд телепередач, відео чи DVD.

Більшість опитаних (від 71,2% до 81,3%, залежно від віку), переглядає телепередачі (відео) до трьох годин на день, однак з віком ця частка зменшується. Слід зауважити, що це зменшення значною мірою викликане тим, що з віком зростає частка тих, хто проводить біля екрана від чотирьох до шести годин у будній день. Так, якщо серед 10-річних ця частка становить 11%, 13-річних – 17,3% то серед 17-річних – 19,1%, (хоча для 17-річних характерним є також незначне збільшення частки тих, хто взагалі не дивиться телевізор).

У вихідні дні, залежно від віку, 51,9–72,9% підлітків дивляться телевізор до трьох годин на день, що дещо менше, ніж у будні дні. Проте у вихідні майже удвічі зростає частка тих, хто дивиться телевізор від чотирьох до шести годин на день (таке зростання є характерним для всіх опитаних, незалежно від віку).

Як у будні, так і у вихідні дні значних відмінностей за статтю у плані перегляду відео не виявлено. Однак, для 15-річних і 17-річних підлітків характерним є те, що частка дівчаток цього віку, які дивляться телевізор більше 4 годин у вихідні дні, є дещо вищою, ніж частка

<sup>35</sup> Все про глядачів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.itk.ua/ua/page/facts/>

<sup>36</sup> Osakinle E.O. The Roles of Media and Technology in Adolescents' [Електронний ресурс] / E.O. Osakinle, B.S. Adegoye, F.T. Olajubutu // Middle-East Journal of Scientific Research. – 2009. – № 4 (4). – P. 307–309 – Режим доступу : [http://www.idosi.org/mejsr/mejsr4\(4\)/12.pdf](http://www.idosi.org/mejsr/mejsr4(4)/12.pdf)

<sup>37</sup> Про охорону дитинства : Закон України від 08.06.2013 р. № 2402-14 [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2001. – № 30. – ст. 142. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>

<sup>38</sup> Primack B.A. Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood [Електронний ресурс] / Brian A. Primack and others // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. № 66, № 2. – P. 181–188. – Режим доступу : <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210196&resultClick=3>



хлопчиків. Так, 44% 17-річних дівчат і лише 33,9% хлопців цього віку дивляться телевизор від чотирьох до шести годин у вихідні.

Загалом, частка підлітків, які дивляться телепередачі, переглядають відео на інтернет-сервісах чи DVD у свій вільний час, досить висока і коливається від 90,2% (серед 17-річних) до 95,3% (серед 13-річних) у будні та від 93,5% (серед 17-річних) до 96% (серед 13-річних) у вихідні дні (табл. 2.5.1).

Таблиця 2.5.1

**Розподіл відповідей на запитання: «Скільки годин на день ти зазвичай дивишся телевизор, відео (включаючи YouTube і схожі сервіси), DVD або ще як-небудь розважаєшся біля екрана у свій вільний час?», %**

	11 років			12 років			13 років			14 років			15 років			16 років			17 років				
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі		
<b>У будні дні</b>	Жодної	8,2	6,3	7,2	6,3	5,6	6,0	4,6	4,8	4,7	4,9	5,2	5,1	5,8	7,3	6,5	6,4	10,3	8,3	9,3	10,3	9,8	
	Приблизно 0,5–1 годину	41	47,4	44,2	35,4	38	36,8	30	32,1	31	33,1	36	34,5	33,6	27,3	30,6	31,6	31,8	31,8	31,1	29	30	
	Приблизно 2 години	23,1	23,6	23,3	25,8	23,9	24,9	26,1	30,2	28,1	23,5	23,0	23,3	24,8	24,9	24,8	23,4	23,3	23,4	25,1	22,0	23,6	
	Приблизно 3 години	10,3	9,0	9,7	13,2	9,1	11,2	15,2	16,2	15,7	21,2	16,2	18,7	18,2	19,9	19,0	17,5	21,0	19,2	19,4	16,3	17,9	
	Приблизно 4–6 годин	14,5	13,6	14	17,2	16,3	16,7	18,1	16,7	17,3	20,4	15,8	18,1	18,2	19,4	18,8	19,1	18,3	18,8	17,4	20,8	19,1	
	Середнє	1,9	1,8	1,83	2,09	2,01	2,05	2,3	2,1	2,2	2,2	2,1	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,2	
	<b>У вихідні дні</b>	Жодної	5,3	4,9	5,1	4,8	4,5	4,7	4,5	3,5	4,0	5,2	4,7	4,9	4,6	5,2	4,9	5,0	4,9	5,0	7,4	5,6	6,5
		Приблизно 0,5–1 годину	27,2	30,5	28,9	23,2	25,6	24,4	20,5	20	20,2	21,1	18,6	19,9	20,1	16,9	18,6	19,5	17	18,3	24,2	13,2	18,6
		Приблизно 2 години	22,4	22,7	22,5	22,4	21,4	21,9	21,3	17,7	19,5	19,2	20,0	19,6	20,4	18,6	19,5	19,1	17,1	18,1	16,6	16,2	16,4
		Приблизно 3 години	19,2	19,7	19,5	16,1	17,5	16,8	18,5	15,8	17,2	17,7	19,8	18,7	18,3	19,3	18,8	19,7	18,0	18,8	16,1	18,4	17,2
		Приблизно 4–6 годин	29	25,7	27,4	32,3	36,3	343	38,1	36,9	37,5	35	38,8	36,9	36,6	42,7	39,6	42,9	43,5	43,1	33,9	44	38,8
		Середнє	2,6	2,5	2,5	2,8	2,8	2,8	3	3	3	2,8	3	2,9	3	3,1	3	3,1	3,1	3,1	2,8	3,3	3

## КОМП'ЮТЕРНІ ЗАБАВИ: ІГРИ, ЧАТИ ТОЩО

Результати опитування свідчать про те, що на комп'ютерні забави підлітки витрачають дещо менше часу, ніж на перегляд телепередач, як у будні, так і у вихідні дні. Більшість опитаних (від 55,2% до 72,6%, залежно від віку) проводить від півгодини до трьох годин за електронним пристроєм, граючись в ігри у будні дні. На вихідних зростає комп'ютерна активність підлітків, серед яких найактивнішими гравцями є 13-річні підлітки – 26% дітей цього віку граються від чотирьох до шести годин на день (табл. 2.5.2).

Любителів погратися в ігри на комп'ютері, планшеті, смартфоні або іншому електронному пристрої більше серед хлопців, ніж серед дівчат. Хлопці не лише кількісно переважають серед любителів комп'ютерних ігор, вони зазвичай більш активні гравці, адже витрачають більше часу на ігри як у будні, так і у вихідні дні.

Для користування електронними пристроями з іншими цілями (такими як виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, у Twitter, Facebook, Вконтакте, Спрашивай.ру, Гугл+, Однокласниках, Mail.ruАгенті, спілкування в чатах, використання ресурсів Інтернету) більшість опитаних (від 62% до 73%, залежно від віку) витрачає від півгодини до трьох годин у будні дні. З цією метою електронні пристрої частіше використовують підлітки більш старшого віку. Зокрема, починаючи з 13-річного віку, більше 90% опитаних витрачають на це свій вільний час як у будні, так і у вихідні дні (табл. 2.5.3).

Найбільш активно користуються електронними пристроями 16–17-річні підлітки, адже близько 30% дітей цього віку в будні та 40% – у вихідні дні витрачають понад чотири години на користування електронними пристроями для виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, у Twitter, Facebook, Вконтакте, Спрашивай.ру, Гугл+, Однокласниках, Mail.ruАгенті, спілкування в чатах, використання ресурсів Інтернету.

Якщо серед тих, хто витрачає від чотирьох до шести годин на користування електронними пристроями для ігор, значно більше хлопчиків, то серед тих, хто витрачає стільки ж часу для інших цілей, дещо більше дівчаток (починаючи з 13 років). Слід зазначити, що ця тенденція зростає з віком.

Таблиця 2.5.2

Розподіл відповідей на запитання: «Скільки годин на день ти зазвичай граєш в ігри на комп'ютері, планшеті (такому як iPad), смартфоні або іншому електронному пристрої (не включаючи рухливі ігри, такі як WiiFitness, WiiSportsChampions, Xbox KINECT, PlayStationMoves) у свій вільний час?», %

	11 років			12 років			13 років			14 років			15 років			16 років			17 років		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
<b>У будні дні</b>																					
Жодної	13,5	21,3	17,4	10,7	20,5	15,5	8,9	19,6	14,1	12,9	33,7	23,2	15,0	33,8	24,2	18,4	42,0	29,9	21,0	42,4	31,6
Приблизно 0,5–1 годину	46,3	53,7	50	38,7	50,2	44,3	36,8	50,3	43,4	33,1	37,4	35,3	31,5	35,7	33,6	28,3	33,2	30,6	30,5	32	31,2
Приблизно 2 години	17,9	12,6	15,3	15,5	14,0	14,7	24,3	13,0	18,7	23,3	11,3	17,4	22,7	13,8	18,3	21,7	13,3	17,6	22,0	9,7	16,0
Приблизно 3 години	11,0	4,3	7,7	10,2	4,5	7,4	12,0	7,1	9,6	13,8	8,6	11,3	12,9	7,1	10,1	12,5	7,4	10,0	11,4	6,0	8,8
Приблизно 4–6 годин	14,5	6,4	10,6	14,3	9,4	11,9	17,2	10,2	13,8	18,2	8	13,2	19,2	9,7	14,5	19,8	9	14,5	15,7	10,7	13,2
Середнє	1,7	1,1	1,4	1,9	1,3	1,6	2,1	1,4	1,7	2	1,2	1,6	2	1,2	1,6	2	1,1	1,5	1,8	1,1	1,5
<b>У вихідні дні</b>																					
Жодної	11,9	17,0	14,4	7,2	17,7	12,5	8,5	15,8	12,1	11,7	25,0	18,3	13,7	29,9	21,7	12,7	34,2	23,2	16,9	37,9	27,4
Приблизно 0,5–1 годину	31,3	45	38,1	30,3	38,6	34,5	23,1	37,9	30,5	21,8	35,2	28,6	22,3	29,9	26	24,2	30,6	27,4	26,2	28,1	27,2
Приблизно 2 години	24,2	16,7	20,4	21,9	17,1	19,5	20,5	15,5	18,0	19,6	15,7	17,7	17,9	11,3	14,6	14,2	13,3	13,7	16,1	10,5	13,4
Приблизно 3 години	13,6	10,0	11,8	11,4	7,7	9,6	15,9	10,3	13,1	16,6	10,8	13,7	15,9	11,5	13,7	16,2	10,1	13,2	12,3	9,1	10,7
Приблизно 4–6 годин	23,6	13,2	18,4	26,1	17,8	21,9	32,1	19,7	26	32,7	17	24,8	33,5	16,9	25,4	34,7	15,6	25,3	30,2	15,3	22,7
Середнє	2,2	1,6	1,9	2,5	1,8	2,1	2,7	1,9	2,3	2,6	1,7	2,2	2,7	1,6	2,1	2,6	1,5	2,1	2,4	1,4	1,9

Таблиця 2.5.3

Розподіл відповідей на запитання: «Скільки годин на день у свій вільний час ти зазвичай проводиш за електронними пристроями, такими як комп'ютер, планшет (наприклад, iPad), смартфон для інших цілей: виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, у Twitter, Facebook, ВКонтакте, Спрашивай.ру, Гугл+, Однокласниках, Mail.ruАгенті, спілкування в чатах, використання ресурсів Інтернету?», %

	11 років			12 років			13 років			14 років			15 років			16 років			17 років		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
<b>У будні дні</b>																					
Ніскільки	19,8	21,6	20,7	14,3	13,2	13,7	8,9	9,9	9,4	9,1	8,9	9,0	9,4	6,9	8,2	6,5	8,3	7,4	8,8	7,5	8,2
Приблизно 0,5–1 годину	43,3	49,8	46,5	42,8	44,6	43,7	42,5	41,8	42,2	39,2	32,1	35,8	33,7	27,6	30,8	29	27,3	28,2	27,4	24,3	25,8
Приблизно 2 години	16,4	13,3	14,9	15,4	15,6	15,5	18,8	18,2	18,5	21,5	17,3	19,4	18,9	22,8	20,8	19,9	20,4	20,2	22,0	16,6	19,4
Приблизно 3 години	6,8	6,1	6,5	9,3	5,6	7,5	11,1	10,9	11,0	9,9	11,1	10,5	12,7	13,4	13,0	14,7	13,9	14,3	14,6	13,3	14,0
Приблизно 4–6 годин	12,3	7,3	9,9	13	13,1	13	17,3	19,9	18,5	20,1	22,8	21,4	22,1	31,2	26,6	28	34,4	31,1	26,6	33	29,8
Середнє	1,5	1,2	1,4	1,7	1,7	1,7	1,9	2	2	2,1	2,3	2,2	2,2	2,6	2,4	2,5	2,7	2,6	2,5	2,8	2,6
<b>У вихідні дні</b>																					
Ніскільки	15,2	18,0	16,6	16,1	18,2	17,2	12,4	12,4	12,4	9,3	9,3	9,3	12,4	7,3	6,8	10,1	5,5	7,8	6,8	6,5	6,7
Приблизно 0,5–1 годину	36,6	40,7	38,7	32,8	35,9	34,4	32,9	28,7	30,9	31,7	23,2	27,4	23,7	20,4	22,1	23,3	20,7	22,1	24,4	20,3	22,3
Приблизно 2 години	24,1	19,9	22,0	17,4	17,6	17,5	21,1	16,7	18,9	18,6	18,4	18,5	17,6	19,2	18,4	15,8	17,5	16,6	16,3	13,7	15,0
Приблизно 3 години	7,4	6,8	7,1	9,6	11,3	10,5	11,3	11,4	11,4	14,9	14,8	14,8	15,0	15,9	15,5	15,7	13,9	14,8	16,0	14,2	15,1
Приблизно 4–6 годин	20,4	12,1	16,2	22,4	23,5	23	24,4	28,7	26,5	29,3	34,4	31,9	34,5	42,9	38,7	37,6	44,8	41,2	34,7	44	39,3
Середнє	2	1,6	1,8	2,2	2,1	2,1	2,3	2,5	2,4	2,5	2,8	2,7	2,7	3	2,9	2,9	3,2	3,1	2,8	3,2	3

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Отримані результати свідчать про те, що телевізор та комп'ютер посідають вагоме місце в житті підлітків, більшість яких проводить свій вільний час перед екранами.

Безумовно, позитивним моментом є те, що діти віком 10–17 років, в основному, витрачають до трьох годин свого вільного часу на перегляд телепередач, відео; комп'ютерні забави та використання електронних пристроїв з іншими цілями. Однак викликає занепокоєння той факт, що у вихідні дні значно збільшується частка тих підлітків, які проводять від 4 до 6 годин свого вільного часу за тим чи іншим електронним пристроєм.

За даними опитування, найпоширенішим способом проведення свого вільного часу, який характерний для всіх підлітків незалежно від віку, є перегляд телепередач. Так, понад 90% підлітків віком від 10 до 17 років дивляться телепередачі хоча б півгодини на день. Ці дані можна пояснити тим, що перегляд телепередач не вимагає зусиль з боку глядача та є доступним фактично для всіх сімей. Незважаючи на те, що з віком частка тих, хто дивиться телевізор, дещо знижується, спостерігається значне збільшення тривалості його перегляду. Якщо від 4 до 6 годин у будні дні дивляться телевізор 11% 10-річних дітей, то стільки свого вільного часу на це заняття витрачають 17,3% 13-річних та 19% 17-річних підлітків. Очевидно, що в міру дорослішання та, відповідно, зниження батьківського контролю за способом проведення вільного часу дітей підлітки більше часу дивляться телевізор.

Що ж стосується особливостей проведення підлітками свого вільного часу перед монітором комп'ютера, то тут простежуються дві тенденції. З одного боку, комп'ютер та інші електронні пристрої для ігор досить активно використовують підлітки віком 11–13 років (переважно, хлопці), а ті, яким виповнилось 14 і більше років, частіше повідомляли про те, що взагалі не грають в ігри. З іншого боку, частка тих, хто використовує електронні пристрої з іншою метою (виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, спілкування в соціальних мережах тощо), зростає з віком. При цьому спостерігається не лише збільшення частки активних користувачів, але й кількість витраченого ними часу.

Серед тих, хто використовує електронні пристрої для ігор, значно переважають хлопці. Крім того, серед активних гравців, які витрачають більше 4 годин на день свого вільного часу на ігри, також значно більше хлопців. Слід відмітити, що після досягнення 13-річного віку значно зростає кількість дівчат, які ніколи не грають в ігри як у будні, так і у вихідні дні. Однак серед тих, хто часто використовує електронні пристрої не для ігор, а для інших цілей, дещо більше дівчат. Так, кількість дівчат, які з 13-річного віку досить активно (від 4 до 6 годин на день) використовують комп'ютер, планшет та інші електронні пристрої для виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, у Twitter, Facebook, Вконтакте, Спрашивай.ру, Гугл+, Однокласниках, Mail.ruАгенті, спілкування в чатах, іншого використання ресурсів Інтернету, дещо перевищує аналогічний показник для хлопців (як у будні, так і у вихідні дні).

Загалом, частка підлітків, які використовують електронні пристрої для ігор, є дещо меншою за частку тих, хто використовує комп'ютер, планшет чи інший електронний пристрій з іншою метою. Ця ситуація має місце тому, що з віком кількість гравців зменшується (особливо серед дівчат), а кількість користувачів комп'ютера, які мають інші цілі (не ігри), – збільшується. Однак далеко не завжди таке використання пов'язане із виконанням домашніх завдань. Можна припустити, що з віком підлітки активніше спілкуються в соціальних мережах, які на сьогодні виступають не лише засобом комунікації, а й потужними медіа-центрами, виконуючи ряд різноманітних функцій (окрім простої переписки), в тому числі надають можливість грати в онлайн-ігри.

Таким чином, проблема контролю за тим, скільки часу і з якою метою підлітки використовують електронні засоби, є досить актуальною.

## ВИСНОВКИ

Серед способів пасивного проведення вільного часу найпоширенішим є перегляд телепрограм. Більшість опитаних (від 71,2% до 81,3%, залежно від віку) дивиться телевізор до трьох годин у будній день. На вихідних цей показник становить 51,9–72,9%, відповідно.

На комп'ютерні забави від 55,2% до 72,6% підлітків витрачають до трьох годин свого вільного часу у будні, а у вихідні – відповідно, 49,9–72,7% (залежно від віку опитаних).

За електронними пристроями з іншими цілями (виконання домашнього завдання, відправлення повідомлень електронною поштою, спілкування в чатах соціальних мережах, використання ресурсів Інтернету) від 0,5 до 3 годин проводять 62–73% підлітків у будні дні. У вихідні дні цей показник є дещо меншим і становить 52–69% (залежно від віку).

У вихідні дні відмічається не лише збільшення частки користувачів електронних пристроїв, які дивляться телевізор, відео; грають в ігри; переслідують інші цілі, але й тривалість такого використання.

Серед активних глядачів телевізора та відео відмінності за статтю майже не проявляються, а от серед тих, хто використовує електронні пристрої для ігор, значно більшою частка хлопчиків. Натомість, дівчатка дещо більше часу проводять за комп'ютером з іншими цілями (виконання домашніх завдань, користування соціальними мережами, інтернет-серфінг тощо).

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Активність підлітків у плані використання електронних пристроїв слід контролювати та раціонально організувати. Зокрема, навчальним закладам спільно з родинами підлітків слід провадити навчально-виховну роботу, спрямуванням якої має бути:

- Урізноманітнення кола інтересів та занять підлітків, сприяння їхній реалізації у різноманітних сферах (спорт, навчання, творчість), що дозволить зменшити тривалість користування електронними пристроями та сприятиме різнобічному розвитку дітей.
- Демонстрування підліткам позитивних можливостей та функцій комп'ютера й інших пристроїв (веб-дизайн, програмування, анімація, оброблення фото тощо), яке дозволить сформувати повне уявлення про можливості цих пристроїв.
- Доведення до відома дітей правил безпечного користування електронними пристроями (тривалість користування, необхідна дистанція, постава тощо).
- Формування у підлітків критичного мислення та вміння відрізнити уявне від реального, корисне від шкідливого, дозволене від забороненого. Для цього педагогам, батькам доцільно переглядати відео разом з дітьми та обговорювати з ними побачене. Аналіз переглянутої телепрограми, фільму чи відео (удомачи чи в школі) дозволяє сформувати у підлітка критичне мислення.

Крім цього, батьки вдома можуть стежити за тим, як і скільки користуються їхні діти електронними пристроями. Зокрема, доцільно:

- Встановлювати комп'ютерне, телевізійне чи ігрове обладнання не в спальні підлітка, а в загальнодоступному місці.
- Встановити правила і регламент користування тим чи іншим електронним пристроєм та контролювати тематику споживаного медіа-продукту, залежно від віку і потреб підлітка.
- У разі, якщо підлітки порушують батьківські заборони стосовно кількості годин, проведених перед електронним пристроєм, тематики телепрограм, фільмів чи ігор, доцільно вживати превентивні заходи. Серед останніх можна виокремити: програми «батьківського контролю» на ПК («K9 Web Protection», стандартні програми тощо), фільтрацію вмісту у браузері, блокування небажаних ресурсів через запис у файл «hosts», встановлення паролів.



## 2.6. СТАТЄВА КУЛЬТУРА МОЛОДІ, ЩО НАВЧАЄТЬСЯ

Під статевим дозріванням розуміють процес переходу від стану фізичної та сексуальної незрілості дитини до повного формування організму дорослої людини, що займає певний період часу. Організм підлітка піддається впливові статевих гормонів, в результаті чого як тіло, так і психіка зазнають значної трансформації. В цей період часу існує підвищена чутливість молоді до різних чинників і подразників, виникають проблеми усвідомлення свого нового статусу, з'являється потяг до осіб протилежної статі і прагнення до сексуальних стосунків одночасно з формуванням фізичної можливості їх реалізувати і навіть дати початок новому життю. Усе це потребує від батьків, педагогів, медиків і всіх інших, хто опікується підлітками, певних знань і відповідного ставлення. Потрібно розуміти, що чітко визначеного віку статевого дозрівання не існує, цей процес у різних дітей триває і завершується по-різному, причому хлопчики зазвичай дозрівають у середньому на рік пізніше за дівчаток. Такі прояви, як менструація і еякуляція, ще не є безумовними ознаками статевого дозрівання, стан зрілості передбачає також готовність усього організму до повноцінного статевого життя та народження здорової дитини.

Сьогодні в Україні молодь починає статеве життя раніше, ніж покоління батьків, тому актуальним є своєчасне прилучення до статевої культури. Надзвичайно важливим для попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом (передусім ВІЛ/СНІДУ), і небажаної вагітності є відповідальне ставлення до власного здоров'я та обізнаність молодих людей щодо безпечної сексуальної практики. Репродуктивне здоров'я молоді визначає можливості формування подальшого економічного, соціального, наукового, культурного потенціалу країни та здоров'я наступних поколінь. На стан здоров'я молоді впливає не лише генетика та середовищні умови, але й усвідомлений вибір певного способу життя і поведінки, що особливо яскраво проявляється у виборі сексуальної практики.

Формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді є одним із основних завдань Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. Закономірно, що в проекті Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» у переліку очікуваних результатів фігурують як загальне «покращити показники здоров'я дітей», так і конкретне «стабілізувати та досягти тенденції до скорочення частоти абортів серед підлітків 15–17 років». Окрім того, проектом передбачено проводити всеукраїнські культурологічні акції з профілактики негативних проявів та ризикованої поведінки серед молоді, а також заходи з удосконалення статевого виховання.

Серед завдань проекту Загальнодержавної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ на 2014–2018 роки визначено також і «Навчання учнів та студентів у навчальних закладах усіх форм власності за програмами профілактики ВІЛ та формування здорового способу життя на основі життєвих навичок», яке, поряд з іншим, включає інформування з питань безпеки статевих стосунків та виховання відповідальної сексуальної поведінки.

Аналіз даних цього підрозділу охоплює статеве дозрівання, досвід статевих стосунків опитаних, вік сексуального дебюту, практику використання запобіжних засобів та методів контрацепції, джерела отримання інформації про статеві стосунки та методи контрацепції, що опосередковано дозволяє уявити характер впливу поведінкової складової на статеве здоров'я української учнівської молоді.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

У рамках цього річного опитування статеве дозрівання оцінювалося за такими характеристиками, як наявність менструації і час перших місячних у дівчат та наявність еякуляції і вік, коли вперше сталося випорскування сперми, у хлопців. Підліткам ці запитання ставилися, починаючи з 13 років.

Закономірно, що число дівчат, які повідомили про наявність менструації, зростало з віком респонденток. Так, частка дівчат, які ствердно відповіли на запитання про наявність місячних, збільшилось із 71,1% серед 13-річних до 97,7% серед 17-річних, тобто до досягнення віку 17 років практично всі (97,7%) опитані мали місячні (табл. 2.6.1).

Таблиця 2.6.1

**Розподіл ствердних відповідей щодо ознак статевого дозрівання, за віком та статтю, %**

	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
Менструація (у дівчат)	77,1	89,8	93,7	97,5	97,7
Еякуляція (у хлопців)	41,5	50,4	65,6	68,0	74,2

Щодо ознаки статевого дозрівання хлопців, то про наявність еякуляції повідомили більше половини серед усіх опитаних хлопців. Якщо у наймолодших (13–14-річних) про факт випорскування сперми повідомляв лише практично кожен другий, то в більшості опитаних хлопців у віці 17 років (74,1%) еякуляція вже відбувалася у віці 13–14 років. Разом з тим кожен десятий опитаний хлопець на це запитання не дав відповіді.

Про наявність досвіду статевих стосунків повідомили практично чверть опитаних (24,3%): від 6,3% серед наймолодших, 13-річних, до 44,6% – серед найстарших, 17-річних. Хлопці частіше за своїх одноліток вказували на такий досвід у всіх вікових групах (табл. 2.6.2). При тому, що в усіх вікових групах більш «досвідченими» представляли себе юнаки, їх переважання з віком стало більш вагомим. До досягнення віку 17 років надбання практичного досвіду статевого життя визнали більш ніж кожен другий хлопець (54,9%) та кожна третя дівчина (33,9%).

Таблиця 2.6.2

**Розподіл відповідей учнівської молоді щодо досвіду статевих стосунків, за віком та статтю, %**

	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
Мають досвід статевих стосунків	11,7	1,1	15,4	2,2	23,4	7,7	44,6	20,8	54,9	33,9

Лише 8,1% респондентів визнали віком сексуального дебюту 12 років і молодше, 64% опитаних надбали досвіду дорослого життя після досягнення 15 років. Серед респондентів різного віку, які повідомляли про досвід статевого життя, найчисленніша група називала свій вік віком сексуального дебюту (табл. 2.6.3). Як і в попередніх дослідженнях, хлопці повідомляли про ранній досвід статевого життя частіше за дівчат.

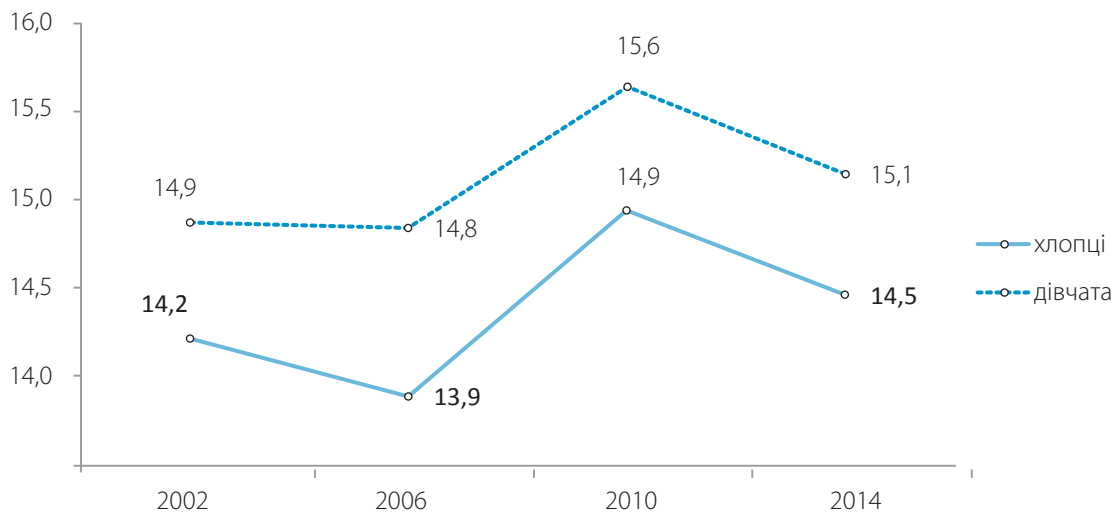
Найчастіше рано набували дорослого досвіду підлітки, що навчалися у навчальному закладі I–II ступенів (22,7%), серед студентів вищих навчальних закладів I–II рівнів акредитації таких виявилось лише 2,9%.

Таблиця 2.6.3

**Розподіл відповідей респондентів, які вступали коли-небудь у статеві стосунки, щодо першого досвіду статевого життя, за віком та статтю, %**

	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
11 років і молодше	31	0	16,4	13,3	10,4	1,6	5,4	1,9	1,9	1,4
12 років	10,3	0	10	0	5	0	2,8	1	1,6	0,9
13 років	55,2	100	22,7	26,7	10,9	4,7	8,8	2,9	5,6	0,9
14 років			49,1	60	28,2	29,7	14,9	14	16,4	7,7
15 років					44,1	60,9	34,1	36,2	32,1	23,4
16 років і старше							33,6	43,5	40,8	64,9
Відмова відповіді	3,4	0	1,8	0	1,5	3,1	0,4	0,5	1,6	0,9

Важливо відмітити, що порівняно з хвилями попередніх років дослідження, середній вік підлітків, які вступають в статеві стосунки, дещо знижується (рис. 2.6.1).



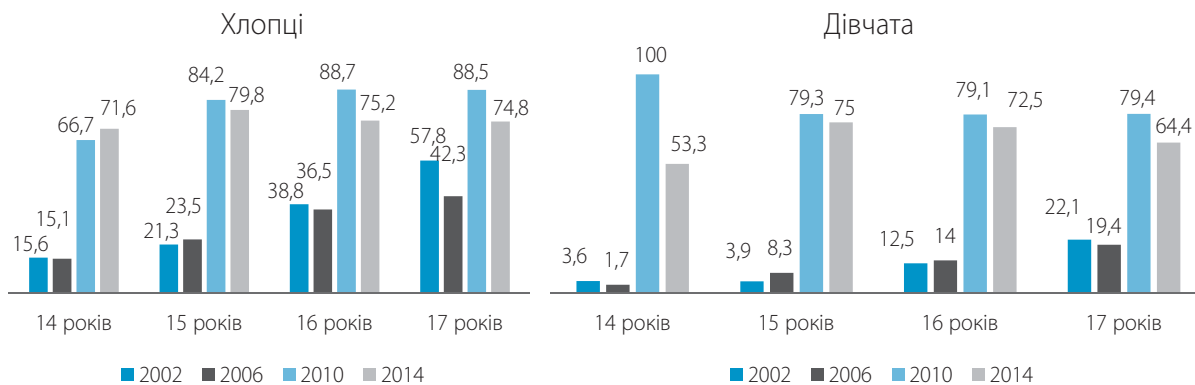
**Рис. 2.6.1.** Середній вік першого досвіду статевого життя респондентів, за статтю

Про застосування презерватива як засобу контрацепції та захисту при останньому сексуальному контакті повідомила більшість опитаних з тих, хто вже мав статеві стосунки (N=1648), – від дещо більше ніж половини (51,6%) наймолодших, 13-річних респондентів, до понад – 78,7% 15-річних. Дівчата у всіх вікових групах частіше за хлопців повідомляли про нехтування цим запобіжним засобом – від двох третин 13-річних до чверті 15–16-річних (табл. 2.6.4). Як не дивно, але 17-річні дівчата частіше за молодших на рік-два респонденток наражаються на небезпеку, практикуючи ризикований статевий акт – практично кожна третя з них визнавала, що під час останнього статевого акту її партнер не використовував презерватив.

Незалежно від типу навчального закладу частка тих, хто повідомив про застосування презерватива при останньому статевому акті, перевищувала 70%.

Цікавою виявилась динаміка застосування презерватива при останньому статевому акті (див. рис.2.6.2).

Щодо використання такого засобу, як пероральні контрацептиви, то найчастіше про використання протизаплідних пігулок/таблеток повідомляли респонденти віком 14 років (26,7%). Відзначимо, що за винятком 14-річних, у всіх вікових групах хлопці частіше за дівчат повідомляли про використання партнеркою таблетованих засобів. Натомість про використання перерваного статевого акту частіше говорили дівчата.



**Рис. 2.6.2.** Розподіл ствердних відповідей учнівської молоді на запитання: «Чи використовував ти або (для дівчат) твій партнер презерватив при останньому сексуальному контакті?», за віком та статтю, %

Найбільш часто про використання протизаплідних пігулок/таблеток повідомляли опитані, що навчалися в навчальному закладі I–III ступенів (23,1%). Поширеність такого методу запобігання небажаній вагітності виявилась дещо вищою в обласних центрах (11,6%), ніж у селах (8,2%).

Таблиця 2.6.4

**Розподіл відповідей респондентів, які вступали коли-небудь у статеві стосунки (N = 1648), щодо використання при останньому сексуальному контакті засобів і методів контрацепції та захисту, за віком та статтю, %**

Використання (самим або партнером/партнеркою):	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
презерватива	53,6	33,3	71,6	53,3	79,8	75,0	75,2	72,5	74,8	64,4
протизаплідних пігулок/таблеток	10,3	0	9,2	26,7	11,4	10,9	9,9	4,9	10,3	9,0
переривання статевого акту	13,8	0	18,2	26,7	14,3	15,6	11,2	21,3	18,0	27,5
інших методів запобігання вагітності	14,3	0	18,2	20,0	16,3	16,9	13,5	13,6	11,9	15,8

Основним джерелом отримання знань про статеві стосунки для учнівської молоді, незалежно від віку, виявився Інтернет: переважна частина респондентів (дві третини, або 66,1%) вказала саме Всесвітню мережу місцем, в якому шукали і знаходили потрібну інформацію про статеві стосунки. Так, частка підлітків, які знайшли відповіді на запитання, що виникали, в Інтернеті, зростала з 56,3% у віці 13 років до 72,5% для 17-річних (табл. 2.6.5).

Другу і третю позиції майже порівну посіли телебачення та друзі й однолітки, які стали джерелом інформації в середньому для половини опитаних. Зокрема, від 44,2% до 57,5% повідомили про дружнє оточення як про джерело знань про статеве життя, причому найвищою ця частка виявилась для найстарших респондентів. Телебачення посіло третє місце в рейтингу найпопулярніших джерел знань про статеві стосунки для 17-річних, для решти опитаних воно було другим за частотою згадування.

Близько третини опитаних учнів і студентів віком 13–17 років отримували інформацію про статеві стосунки від батьків, приблизно ж стільки – від медпрацівників.

Таблиця 2.6.5

**Джерела, з яких респонденти отримують знання про статеві стосунки, %  
(сума відповідей не дорівнює 100%, оскільки респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)**

	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років
З Інтернету	56,3	57,6	66,6	69,7	72,5
Від друзів, однокласників	44,2	46,8	48,1	48,1	57,5
По телебаченню	51,2	48	50,3	52,2	52,2
Від батьків	30,1	29,7	34,9	40,3	40,3
Від медичних працівників	30,1	31,9	34,9	39	37,6
Від учителів	29,6	33,8	32,1	31,8	31,7
З журналів	22,5	23,3	23,7	25,1	27
Від старших брата або сестри	15,5	16,4	19	22,4	21,7
З газет	12,7	11,7	12,9	13,7	12,1
По радіо	9,8	8,6	10,6	12,1	10,6
Інше	0,2	0,4	0,5	0,3	0,4

Існують певні особливості отримання інформації, в залежності від статі. Так, попри абсолютне лідерське місце Інтернету, у всіх вікових групах дівчата децю рідше за хлопців зверталися до цього джерела (табл. 2.6.6). Навпаки, коли йшлося про «просвітницьку діяльність» друзів, однокласників, дівчата частіше вдавалися до роз'яснювальних послуг дружнього оточення. Стосовно третього основного джерела, телебачення, то воно відзначалося децю вищою популярністю з боку сильної статі, найбільш часто, порівняно з ровесницями, віддавали перевагу цьому джерелу знань хлопці віком 13 років (55,9 та 46,8% відповідно).

Таблиця 2.6.6

**Основні джерела інформації про статеві стосунки, за віком та статтю, %  
(сума відповідей не дорівнює 100%, оскільки респондент міг обрати декілька варіантів відповіді)**

	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
Інтернет	62,1	50,8	59,9	55,3	69,4	63,6	71,5	67,8	76,3	68,6
Друзі, однокласники	45,2	43,3	43,9	49,8	45,4	51	45,4	51	55,3	59,7
Телебачення	55,9	46,8	49,2	46,8	51,7	48,9	52,5	51,9	53,3	51,1

Не спостерігалось істотної відмінності у популярності Інтернету як джерела інформації з цього питання за місцем проживання: 70,7% респондентів з обласних центрів вказали на це, не набагато відстали і сільські підлітки (60,7%).

### ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Про вплив сімейного нагляду свідчить різниця стосовно частки респондентів з досвідом статевого життя – якщо серед тих, хто проживає в повній родині, таких виявилось 22,5%, то у випадку проживання без рідних батьків, з іншими родичами та не родичами – 36,8%. Можна говорити про певний провокуючий вплив великого міста. Адже при тому, що 8,1% визнали віком сексуального дебюту 12 років і молодше, діти, що проживають у обласних центрах, повідомляли про це відносно частіше – майже кожний десятий (9,6%).

Є тривожним явищем те, що 17,1% опитаних застосовували переривання статевого акту при останньому сексуальному контакті – недостатньо надійний для молодих малодосвідчених партнерів спосіб контрацепції, який не надає захисту від ІПСШ. Зазначимо, що змін на краще порівняно з 2010 р. не відбулося – тоді про цей спосіб запобігання небажаній вагітності вказали 16% опитаних.

Однак позитивним фактом є те, що ситуація щодо поширеності раннього залучення до статевого життя не погіршилась, судячи з отриманих результатів. Так, порівнюючи отримані дані з відповідями однолітків під час опитування 2010 р., потрібно відзначити, що ствердну відповідь про наявність досвіду статевих стосунків чотири роки тому підлітки давали частіше, особливо представники «сильної» статі.

Аналізуючи істотну відмінність у поширеності досвіду статевих стосунків за даними двох хвиль опитування (2014 та 2010), можна припустити, що дещо зменшилась привабливість для хлопців виставити себе перед однолітками та інтерв'юерами таким собі досвідченим «мачо» і похизуватися, скоріше, уявними перемогами. Таким чином, заявлена у 2010 р. 40,1% юнаків у віці 14 років, наявність статевого досвіду, на нашу думку, частково була, скоріше, «бажаною», ніж реальною (див. табл. 2.6.2). Певна частина молоді сьогодні не соромиться заявити про позицію дотримання цноти до шлюбу чи перших серйозних стосунків. Можна вважати, що отримана у 2014 р. частка у 15,4% для 14-річних хлопців, які вказали на досвід статевих стосунків, більше схожа на правду.

Позитивним є те, що зберігається досить висока поширеність практики застосування презерватива при останньому статевому акті. Важливість цього відносно дешевого засобу як для контрацепції, так і для захисту від небезпечних для життя і здоров'я ІПСШ є надзвичайною. Тому радує, що більшість опитаних із числа тих, хто вже має досвід статевих стосунків, причому незалежно від типу навчального закладу, робить вибір на користь презерватива – частка тих, хто повідомив про застосування презерватива при останньому статевому акті, перевищувала 70%. Однак турбує, що майже чверть молодих людей продовжує наражатися на небезпеку.

Якщо порівняти сучасні дані щодо джерел, з яких респонденти отримують інформацію про статеві стосунки, та дані, отримані всього чотири роки тому, то можна побачити досить суттєві зміни. За результатами опитування 2010 р., основними джерелами отримання інформації про статеві стосунки для опитаної учнівської молоді були телебачення (50%), друзі й однолітки (46%) та Інтернет (37%). Натомість за декілька років для підлітків – від наймолодшої до найстаршої вікових груп – перше місце у рейтингу впевнено посіла Всесвітня інформаційна павутина (World Wide Web), потіснивши як телебачення, так і навколишнє дружнє середовище.



## ВИСНОВКИ

- Кожен четвертий опитаний повідомив про досвід сексуальних стосунків (24,3%). До досягнення віку 17 років надбання практичного досвіду статевого життя визнали більш ніж кожен другий хлопець (54,9%) та кожна третя дівчина (33,9%).
- Майже дві третини тих, хто мав досвід статевого життя, вказали віком сексуального дебюту 15 років або 16 років та старше.
- Більшість (73,1%) повідомила про застосування презерватива при останньому статевому акті.
- Відносно більша частина юних жінок не зважає на загрозу власному здоров'ю і практикує ризикований статевий акт: у всіх вікових групах частка дівчат, які мали незахищені презервативом контакти, виявилось більше, ніж серед хлопців.
- Досить поширеним (17,1%) є такий спосіб контрацепції, як переривання статевого акту – недостатньо надійний і такий, що не надає захисту від ІПСШ.
- Інтернет став головним із джерел, з яких сучасна українська молодь отримує інформацію про статеві стосунки: 66,1% респондентів саме в Інтернеті шукали і отримували відповіді на запитання, що їх цікавили.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Враховуючи недостатній рівень статевої культури підлітків, є необхідність в реалізації таких заходів:

- У межах навчальних програм посилити компонент статевого виховання та просвіти, що включає не тільки надання вичерпної, достовірної та доступної інформації про можливі методи контрацепції та запобігання небажаній вагітності, з порівнянням їх переваг і вад, але й навички статевої соціалізації та розуміння взаємовідносин статей.
- Виховування у підлітків позиції щодо усвідомлення відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я партнера, у разі прийняття ними рішення про початок статевого стосунку.
- Запровадження в навчальних закладах сучасних програм статевого виховання, які відповідають інформаційним потребам підлітків.
- Забезпечення тісного співробітництва навчальних закладів з батьками з метою створення єдиного підходу до статевого виховання дітей та підлітків.
- Розширення взаємодії фахівців мережі клінік, дружніх до молоді, з психологами, медпрацівниками, які працюють у навчальних закладах, підвищення рівня довіри і мотивації молоді до звернення до спеціалістів у разі виникнення потреби в інформації щодо статевого стосунку.
- Удосконалення процесу підготовки фахівців з питань сексології та охорони репродуктивного здоров'я у вищих навчальних закладах з урахуванням рівня інтересів дітей та підлітків.
- Включення показників статевої культури та статевої поведінки дітей та підлітків до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації».

## 2.7. РІВЕНЬ ПОШИРЕНОСТІ ТЮТЮНОКУРІННЯ

З погляду інтересів збереження суспільного здоров'я необхідність широкомасштабного впливу на зниження поширеності тютюнокуріння є очевидною. Численні дослідження підтверджують серйозну небезпеку куріння для здоров'я, але особливо небезпечним воно є саме для молодого організму, який просто не в змозі боротися з токсичними речовинами, які містяться в тютюновому димі.

Куріння підлітків – це серйозна проблема, яка вимагає обов'язкового вирішення. Вплив нікотину на дитячий організм носить непоправний характер. Тяжкі наслідки у вигляді хронічних захворювань зазвичай не зупиняють дітей та підлітків. Для того, щоб позбутися проблеми куріння серед підлітків, недостатньо лише батьківського виховання, хоча в деяких випадках розумне виховання може захистити дитину від згубного впливу тютюнового диму.

Зазвичай куріння розглядається як фактор ризику, що впливає на формування хронічних, неінфекційних захворювань. Разом з тим молодий організм є більш чутливим до впливу несприятливих факторів, тому необхідна розробка цільових профілактичних програм з проблем тютюнокуріння серед дітей та молоді. Саме для реалізації цієї мети необхідно володіти повними уявленнями щодо рівня поширеності тютюнокуріння серед дітей та молоді, а також про наслідки раннього куріння.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

**Досвід та частота куріння.** За даними нашого опитування, 84% хлопців та 91% дівчат не курять на даний час. Порівняно з даними опитуваннями 2010 р. тенденція утримує позитивну спрямованість щодо цього показника серед учнів/студентів усіх типів навчальних закладів (табл. 2.7.1).

Таблиця 2.7.1

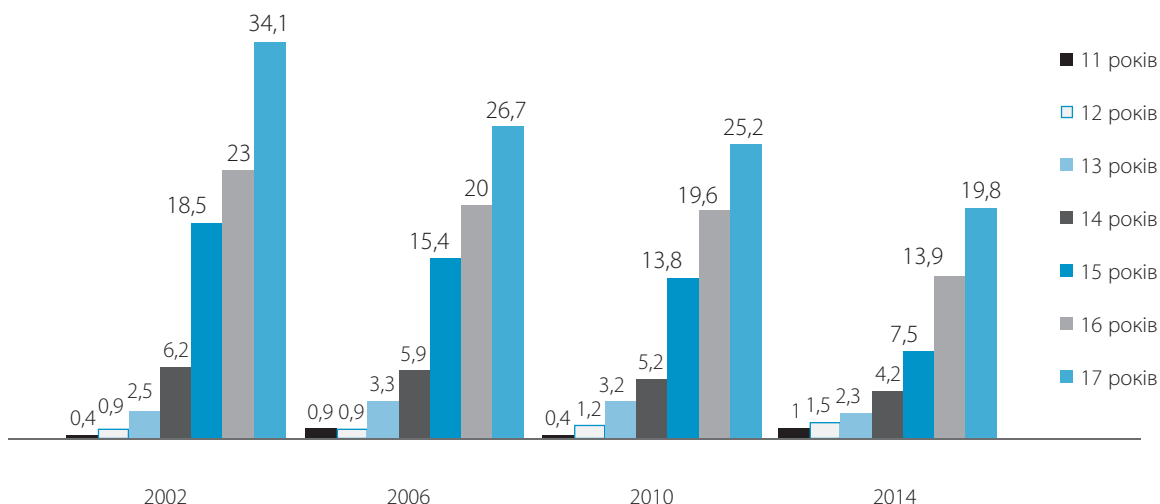
Частота тютюнокуріння учнівською молоддю в динаміці, за статтю, %

	2010			2014		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Щодня	15,9	6,7	11	10,1	4,8	7,3
Хоча б раз на тиждень, але не щодня	4,7	3,8	4,2	3,1	2,1	2,6
Менше одного разу на тиждень	4,3	4,6	4,4	2,9	2,2	2,5
Я взагалі не курю	75,1	84,9	80,3	83,9	90,9	87,6

30% учнівської молоді мають досвід тютюнокуріння (серед хлопців – 36% та 25% серед дівчат пробували коли-небудь курити). Кількість курців обох статей з віком зростає (з 4% серед 10-річних до 50% серед 17-річних респондентів). Пропорційно зберігається статева відмінність – дівчат, які курять, у всіх вікових групах менше, ніж хлопців, але з віком ця різниця зменшується.

Щодня курять 7% учнівської молоді (10% серед хлопців та 5% серед дівчат). Найбільше щоденних курців серед студентів ПТНЗ: майже кожен другий (46,2%) має цю звичку серед тих, хто коли-небудь пробував курити. За останні десять років зафіксовано зменшення частки підлітків, які практикують щоденне куріння. (рис. 2.7.1).

Серед хлопців, віком 15 років, щодня курить кожен десятий респондент (10%), тоді як серед 17-річних молодих людей ця цифра сягає 28%. Серед дівчат віком 15 років щодня курять 5% респонденток, а серед 17-річних – це вже кожна десята.



**Рис. 2.7.1.** Динаміка зменшення щоденного куріння учнівською молоддю, за віком, %

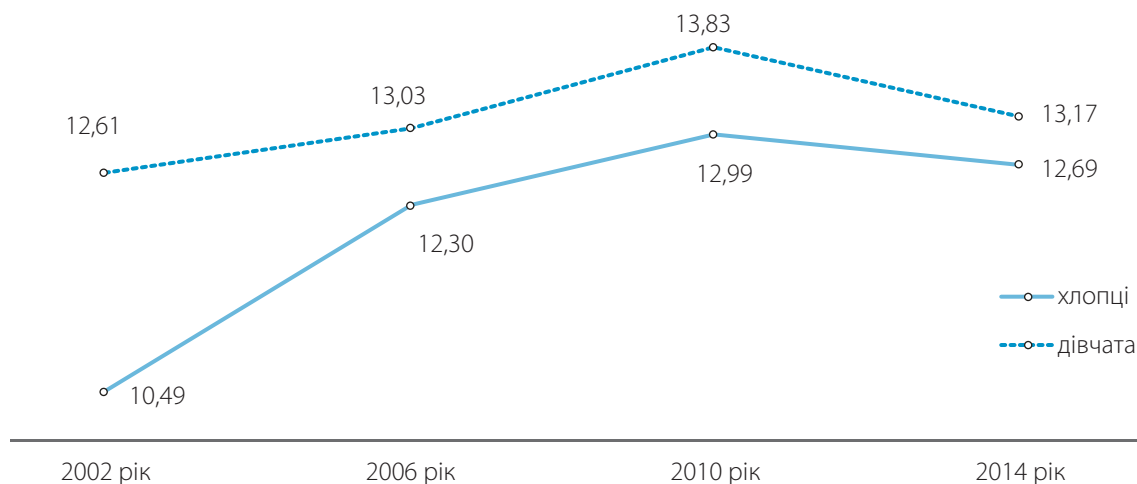
**Початок куріння.** Перша значна хвиля початку куріння, за словами підлітків, припадає на 11 років або раніше (9% серед усіх опитаних зазначили, що саме в цьому віці вперше спробували викурити сигарету (8,2% серед хлопців та 3,5% серед дівчат) (табл. 2.7.2). Хлопці частіше за дівчат пробують курити в 11 років або раніше. Порівняно з хвилею 2010 р. час початку куріння серед дівчат дещо змінився та припадає значною мірою на 14 років (13 років – за даними HBSC-2010).

Таблиця 2.7.2

**Вік першої спроби тютюнокуріння серед учнівської молоді, залежно від статі та віку, %**

	13 років			14 років			15 років			16 років			17 років		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Ніколи	74,9	87,1	80,9	63	75,2	69	55	69,7	61,7	43,7	61,5	52,4	38,6	50,5	44,4
11 років і молодше	15,2	4,5	9,9	17,1	7,8	12,5	17,5	5,7	11,8	11,5	5,9	8,7	14,7	6,6	10,7
12 років	5,2	4,2	4,7	7,7	6,7	7,2	7,8	5,1	6,5	6,6	5,5	6,0	7,2	4,7	6
13 років	4,7	4,3	4,5	7,9	5,0	6,5	6,4	6,5	6,4	7,3	4,9	6,1	6,7	6,7	6,7
14 років	–	–	–	4,3	5,3	4,8	7,3	8,4	7,9	11,7	7,7	9,7	9,8	9,8	9,8
15 років	–	–	–	–	–	–	5,9	5,5	5,7	11,0	9,5	10,3	9,8	10,1	10
16 років і старше	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8,3	5	6,7	13,2	11,5	12,4

При порівняльному аналізі даних усіх хвиль дослідження ми маємо констатувати збільшення середнього віку першої спроби тютюнокуріння серед підлітків з 11,3 років у 2002 р. до 12,9 років у 2014 р. (рис. 2.7.2).



**Рис. 2.7.2.** Середній вік першої спроби тютюнокуріння серед учнівської молоді в динаміці, за статтю

Найближче оточення (зокрема друзі) відіграє певну роль у залученні молоді до тютюнокуріння: 53% учнівської молоді відмітили, що більшість друзів з їхньої компанії не курять, тоді як 12% відзначили, що друзі курять часто, а ще 20,5% – інколи. Серед тих респондентів, чиї друзі курять часто, найбільше студентів ПТНЗ – 32% та ВНЗ I–II рівнів акредитації – 23%. Серед респондентів, у кого більшість друзів часто курять, третина (33%) курять щодня.

Результати опитування керівників навчальних закладів, незалежно від їх типу, показали, що, як правило, є письмова заборона курити для учнів/студентів у приміщенні закладу (89,5% керівників загальноосвітніх навчальних закладів і 97,2 та 93,7% серед керівників ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації, відповідно); про усну домовленість щодо заборони повідомили переважно керівники загальноосвітніх закладів сільської місцевості (13%). Також учням/студентам забороняється курити на території навчального закладу (за письмовим розпорядженням 85% опитаних керівників, за усним – 12%).

Для педагогів також існує заборона курити як у внутрішніх приміщеннях закладу, так і на його території (про письмову заборону повідомили 81% опитаних керівників; про усну повідомили переважно керівники загальноосвітніх закладів інших міст та сіл – 22% та 23%, відповідно).

Паралельно з цим існують процедури інформування батьків щодо шкідливих наслідків для здоров'я від куріння. Найбільш поінформованими у цьому питанні мають бути батьки учнів загальноосвітніх закладів, адже 93% керівників загальноосвітніх навчальних закладів повідомили, що регулярно інформують батьків; 21% та 14% керівників ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації, відповідно, час від часу інформують батьків щодо шкідливих наслідків для здоров'я від куріння; 5% керівників ВНЗ I–II рівнів акредитації повідомили, що не інформують батьків своїх студентів щодо шкідливих наслідків від куріння.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підлітковий вік – особливий період у фізіологічному, психологічному та соціальному плані. Інтенсивне зростання та статеве дозрівання, певна психологічна нестійкість та емоційність поєднуються із прагненням стати дорослішими, самоствердитись та з бажанням бути відповідно прийнятим у своєму оточенні. Для підлітків характерні експериментування, бажання випробувати свої можливості та, як результат, схильність до ризикованих форм поведінки. Формування шкідливих звичок пов'язано також з певними соціальними та індивідуальними передумовами.

На думку спеціалістів, звичка до куріння формується зазвичай у молоді роки. Більшість дорослих людей почали курити, коли були підлітками, а це означає, що питання тютюнокуріння серед молоді потребує особливої уваги спеціалістів.

Тютюнокуріння серед молоді, що навчається, є однією з найважливіших проблем, вирішенням якої необхідно займатися з максимальною відповідальністю. Існує багато причин, чому підлітки починають курити. Це може бути і пошук нових вражень, і засіб самовираження, бажання бути схожим на певного кіногероя тощо. Кожна з цих причин становить певну психологічну проблему, але надійні шляхи вирішення цих проблем знайти в кожному конкретному випадку нелегко. Велику роль у цьому відіграють батьки та соціальне оточення підлітка – його друзі, однокласники або одногрупники. Батьки часто-густо не можуть зрозуміло пояснити своїм дітям про шкоду тютюнокуріння та просто намагаються заборонити, що викликає у молоді людини протестне бажання вчинити всупереч.

Дані нашого дослідження свідчать про високий рівень поширеності тютюнокуріння серед українських підлітків. Причому спосіб життя підлітків, які навчаються в різних типах навчальних закладів, дещо відрізняється.

Майже кожен десятий респондент має досвід щоденного тютюнокуріння. Найбільш досвідченими в цих повсякденних практиках є учні ПТНЗ – майже половина учнів курить щоденно. Незважаючи на той факт, що порівняно з попередніми хвилями дослідження, відсоток підлітків, які практикують тютюнокуріння, зменшується, наші дані не можуть не викликати занепокоєння, адже саме в підлітковому віці негативний вплив нікотину є особливо високим.

Тютюнокуріння не дає молодому організму нормально розвиватися, нікотин негативно впливає на мозок підлітка. Під час тютюнокуріння порушується кровообіг головного мозку, що призводить до швидкої втомлюваності, зниження навчальної успішності.

З урахуванням зазначеного, початок активної профілактичної роботи стосовно шкоди тютюнокуріння необхідно розпочинати в шкільному середовищі з перших років навчання, особливу увагу необхідно звернути на студентів ПТНЗ, оскільки це – найуразливіше середовище для поширення куріння.

## ВИСНОВКИ

- Пробували коли-небудь курити приблизно 30% опитаних. Перейшли від спроб до звички курити щодня 7% учнівської молоді, серед яких 46,2% – студенти ПТНЗ.
- У цілому, 84% учнів і студентів повідомили, що взагалі не курять.
- Серед 15-річних дівчат – 5% курців, а серед 17-річних – це кожна десята дівчина.
- Серед хлопців перші спроби тютюнокуріння найчастіше відбувалися в 11-річному віці і раніше. Серед дівчат – перші спроби тютюнокуріння найчастіше відбувалися в 14 років (7,5%).
- Враховуючи той факт, що авторитет та вплив друзів на поведінку респондентів формують ризики щодо початку регулярного куріння, необхідно звернути значну увагу на цільову групу студентів ПТНЗ, які відмітили, що більшість їхніх друзів курять часто (32%).
- Серед респондентів, у котрих більшість друзів часто курять, 33% опитаних курять щодня.
- У цілому в навчальних закладах, незалежно від їх типу, ведеться робота з протидії тютюнокурінню – як серед учнів/студентів, так і серед педагогів. Існують заборони куріння не лише на території закладу, але і поза ним під час проведення організованих заходів (екскурсій, походів, спортивних днів, тижнів тощо).
- Щодо процедури інформування учнів/студентів, педагогів та батьків стосовно заборони куріння та порядку дій у разі порушення встановлених правил, то майже всі керівники (97,2%) повідомили ї наявність незалежно від типу навчального закладу.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

У роботі з профілактики тютюнокуріння підлітків та молоді доцільно звернути уваги на наступне:

- Реалізацію заходів щодо проведення антинікотинової інформаційно-освітньої профілактичної роботи серед учнівської та студентської молоді, їх батьків та працівників навчальних закладів.
- Активне залучення молоді до громадського контролю за дотриманням нормативних актів та впровадження програм, покликаних підтримати здоровий спосіб життя, зокрема щодо заборони продажу тютюнових виробів неповнолітнім, куріння у громадських місцях тощо.
- Підвищення ефективності програм профілактики з тютюнокурінням серед підлітків та молоді з урахуванням статево-вікових особливостей.
- Запровадження багаторівневої та міжсекторальної взаємодії між усіма зацікавленими сторонами: органами державної та місцевої влади і громадськими організаціями із залученням молоді.
- Проведення моніторингу та оцінки ефективності виконання вже прийнятих законодавчих актів, наказів, постанов щодо заборони тютюнокуріння в громадських місцях.
- Включення показників поширеності тютюнокуріння серед дітей та підлітків до загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір».

## 2.8. ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ

Вік початку вживання алкоголю важливий принаймні з двох причин. Перша, дослідження в США довели, що чим меншим є вік, коли людина починає вживати алкоголь, тим імовірніше вона може стати залежною від алкоголю в майбутньому<sup>39</sup>. Ті, що починають випивати в підлітковому віці, також більш імовірно матимуть різні травми і нещасні випадки, що пов'язані з вживанням алкоголю (автомобільні травми, падіння, опіки, утоплення тощо), ніж ті, хто почав випивати в більш дорослому віці<sup>40</sup>. Проспективні дослідження показали, що молодший вік початку вживання сильно корелює з високим рівнем зловживання алкоголем у віці 17 і 18 років<sup>41</sup>.

Тенденції, пов'язані з віком ініціації, є одним з показників зміни загальної структури споживання алкоголю серед молоді. Коли поширеність експериментування зі вживанням алкоголю і з надмірним вживанням (або binge drinking) в більш ранньому віці збільшується, це може бути суттєвим фактором зміни алкогольної поведінки в суспільстві та збільшення негативних наслідків через таке вживання<sup>42</sup>.

Результати цього дослідження свідчать, що вживання спиртних напоїв продовжує бути доволі поширеним серед учнів загальноосвітніх шкіл України, і вік першої спроби вживання алкоголю залишається надто молодим. За результатами останньої хвилі дослідження, в середньому 44,8% учнів принаймні один раз в житті вживали алкогольні напої (від 13,7% 10-річних учнів до 76,2% – 17-річних). У всіх вікових категоріях хлопці повідомляли про більш раннє вживання алкоголю, ніж дівчата. У середньому 45% дівчат та хлопців принаймні один раз вживали алкоголь. У 13-річному віці майже однакова кількість хлопців та дівчат повідомили про досвід його вживання, в старшому віці дівчата починають активніше пробувати алкоголь, і відсоток таких дівчат навіть переважає хлопців. 8,6% учнів повідомили, що вперше вживали алкоголь у віці 11 років або молодше.

Хлопці починають вживати алкоголь в більш ранньому віці, ніж дівчата. Так, 11,8% хлопців проти 5,8% дівчат повідомили про перше вживання алкоголю у віці 11 років. Найбільш активний вік першого вживання як у хлопців, так і дівчат – 14–15 років. За останні роки спостерігається позитивна тенденція збільшення середнього віку першої спроби алкогольних напоїв (див. рис. 2.8.1).

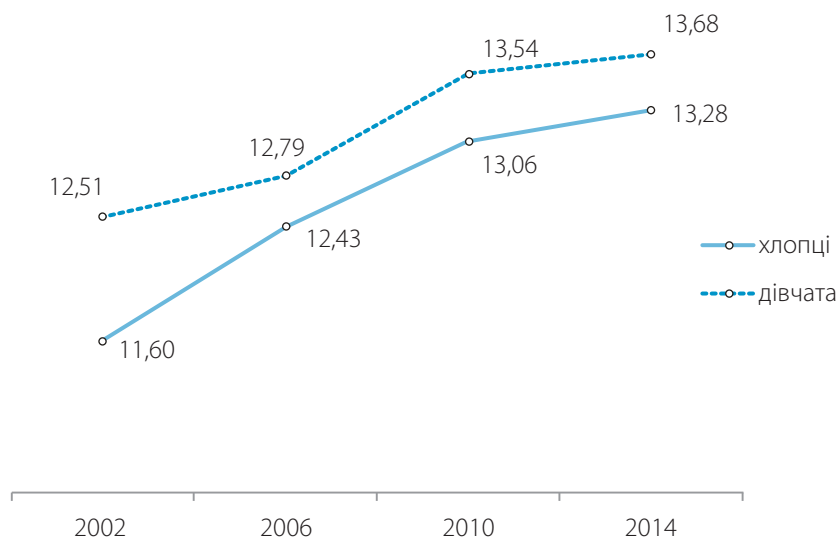
<sup>39</sup> Grant B.F. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. / B.F. Grant, D.A. Dawson // Journal of substance abuse, – 1997. – № 9 – P. 103–110.

<sup>40</sup> Hingson R. Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. / R.Hingson et al. // Journal of the American Medical Association. – 2000. – № 284. – P. 1527–1533.

<sup>41</sup> Hawkins J.D. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. / J.D. Hawkins [Електронний ресурс] // Journal of studies on alcohol. – 1997. – №58(3). – P. 280–290.

<sup>42</sup> David H. Jernigan. Global Status Report: Alcohol and Young People / World Health Organization. – Geneva, 2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.1.pdf)





**Рис. 2.8.1.** Середній вік першої спроби алкогольних напоїв серед учнівської молоді в динаміці, за статтю

Серед усіх вікових груп, які брали участь у дослідженні, в середньому 59% учнів зазначили, що ніколи не вживали алкогольних напоїв. Логічно, що у віці 10 років таких учнів набагато більше (86,3%), ніж у віці 17 років (23,8%).

Більшість учнів усіх вікових груп повідомили, що вживали алкогольні напої протягом життя 1–2 дні (в середньому 16%). Залежно від статі немає суттєвої різниці у кількості днів, коли учні вживали алкоголь протягом життя, тільки в дуже юному віці (від 10 до 12 років) про факти вживання алкоголю 1–2 дні більше повідомляли хлопці, ніж дівчата. Так, у віці 10 років про 1–2 дні вживання алкоголю протягом життя зазначили 11,1% хлопців і тільки 4,8% дівчат.

Найбільша кількість учнів, які зазначили, що вживали алкоголь 30 і більше днів протягом життя, виявилась серед 17-річних респондентів – про це зазначили 18% з них. Причому про це зазначили більше хлопців (21,9%), ніж дівчат (13,9%).

Показник вживання алкоголю протягом останніх 30 днів говорить про поточну, реальну алкогольну поведінку учнів. Так, протягом останнього місяця частіше учні випивали 1–2 дні (в середньому 14% респондентів). Серед них 29,4% – у віці 17 років. Більше 11% учнів цього ж віку вживали алкоголь 3–5 днів за останній місяць. Причому дівчата повідомляли про це частіше, ніж хлопці (31% дівчат та 27,8% хлопців). Досить невелика частка учнів усіх вікових категорій повідомляли про 6 та більше днів протягом останнього місяця, коли вони вживали алкоголь (найбільша кількість – 5,7% – серед 17-річних учнів).

Найбільш популярними напоями, які вживають раз на тиждень, є пиво та слабоалкогольні напої (див. табл. 2.8.1). Учні 13 та 14 років раз на тиждень більше вживають слабоалкогольних напоїв, а учні 15–17 років – пиво.

Таблиця 2.8.1

**Рівень поширеності та частота вживання різних алкогольних напоїв серед хлопців та дівчат, залежно від віку. Розподіл відповідей серед респондентів, хто коли-небудь вживав алкогольні напої, % (N=5017)**

	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
<b>Пиво</b>										
Щодня	0	0	4	1,1	3,7	0,6	4,4	0,9	4,8	1
1 раз на тиждень	12,5	1	11,2	4	16	7,4	22,5	8,1	25,8	9,9
1 раз на місяць	11,3	5	11,5	5,6	15,1	6,1	13,6	9,2	15,7	8,3
Рідко	37,5	36	34,2	23,4	30,8	29	31,7	30,7	32,8	29,2
Ніколи	38,8	58	39,2	65,8	34,5	56,9	27,7	51,1	20,9	51,5
<b>Вино, крім шампанського</b>										
Щодня	0	0	1,8	0,9	3	0,6	2,1	0,5	1,7	0,6
1 раз на тиждень	6,5	3	5,5	3,7	3,7	3,3	5,2	2,4	4,6	6,1
1 раз на місяць	11,7	16	13,1	11,1	10,5	15,8	12,7	19,8	14,3	22,3
Рідко	24,7	56	36,4	48,3	44,7	55	41	52,2	45,4	46,6
Ніколи	57,1	25	43,3	36	38,1	25,4	39	25	34	24,5
<b>Міцні алкогольні напої (горілка, коньяк, віскі)</b>										
Щодня	0	0	1,9	0,9	2,4	0,6	2,5	0,1	1,7	0,8
1 раз на тиждень	2,6	0	6,5	1,5	4,2	1,4	7,2	2,4	6,3	4,5
1 раз на місяць	7,9	7,3	5,7	4,1	7,1	5,5	12	7,8	13,4	7,4
Рідко	5,3	13,5	18,7	13,2	20,3	18,4	29,4	22,1	36,1	29,3
Ніколи	84,2	79,2	67,2	80,4	66	74,1	48,9	67,6	42,6	57,9
<b>Слабоалкогольні напої (промислового виробництва, що мають міцність 4–6°, такі як «Шейк», «Лонгер», «Рево», «Кінгз Брідж», «Бренді-кола», «Ром-кола», «Джин-тонік», «Бірімкс» тощо)</b>										
Щодня	2,7	0	4,1	0,9	4,3	1	2,9	1,2	1,7	2,4
1 раз на тиждень	9,3	5,9	8,2	7,5	9,9	8,1	12,9	9,7	10,1	12
1 раз на місяць	12	16,8	14,9	10,9	10,2	13,5	10,3	16,3	12,6	16,1
Рідко	30,7	33,7	25,7	28,7	23,6	31,1	26,4	29,4	24,6	30,5
Ніколи	45,3	43,6	47,2	52	52	46,3	47,5	43,3	51	38,9

Продовження табл. 2.8.1

	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
<b>Шампанське</b>										
Щодня	0	0	1,8	0,3	2,1	0,4	2,9	0,5	1,4	1,2
1 раз на тиждень	2,5	0	3,2	0,8	3,9	1,3	2,1	0,8	1,2	3
1 раз на місяць	15	14	10,8	10,2	8,1	13,5	8,6	13,3	6,4	10,2
Рідко	45	58	44,4	65,5	45,5	61,7	44	60,2	52,6	61,7
Ніколи	37,5	28	39,7	23,2	40,4	23	42,4	25,1	38,4	23,8
<b>Самогон та інші алкогольні напої домашнього приготування</b>										
Щодня	0	0	2,6	0,6	2,6	0	3,4	0,3	1,8	0,8
1 раз на тиждень	1,3	0	2,9	0,6	3,5	1,5	2,3	0,7	2,9	0,6
1 раз на місяць	5,2	2	4,8	0,9	4,7	1,5	5	2	4,7	2,4
Рідко	6,5	8,1	13,2	8,5	15,7	6,6	17	10,5	20,2	11,3
Ніколи	97	89,9	76,6	89,5	73,5	90,3	72,3	86,5	80,3	84,8
<b>Будь-які інші напої, що містять алкоголь</b>										
Щодня	0	0	2,9	1,1	3,2	1	3,5	0,5	2,2	1,2
1 раз на тиждень	5,1	2	6,5	3,7	7,2	4	8,2	5,1	7,6	6,5
1 раз на місяць	12,7	9,1	8,7	8,9	8,1	8,8	10,6	10,4	10	12,7
Рідко	34,2	41,4	35,5	32	30,4	35,8	31	39,2	33,9	36,6
Ніколи	48,2	47,5	46,4	54,3	51	50,5	46,7	44,8	46,2	43

У всіх вікових категоріях самогон вживають майже у два з половиною рази рідше, ніж міцні алкогольні напої промислового виробництва (коньяк, горілка тощо). Тільки у віці 17 років цей показник менший утричі.

У всіх вікових категоріях хлопці частіше повідомляли про вживання пива 1 раз на тиждень, ніж дівчата. Так, у віці 13 років про це повідомили 12,5% хлопців і 1% дівчат серед тих, хто коли-небудь вживав алкогольні напої, у віці 15 років – 16%, проти 7,4% відповідно, у віці 17 років – 25,8%, проти 9,9%.

Про те, що раз на місяць вживають міцні алкогольні напої, повідомили 24% серед усіх опитаних респондентів віком 13–17 років, а самогон – 9,9%. Рідко вживають міцні алкогольні напої 69,1% та самогон 39,4% серед усіх опитаних учнів.

Дефініція «binge drinking», визначена для дорослих (тобто надмірне, шкідливе вживання алкоголю 5 та більше стандартних доз протягом 2 годин), часто використовується для опису надмірного вживання і для дітей та підлітків. Слід зазначити, що дівчата-підлітки, порівняно з хлопцями, як правило, менші фізично і важать менше. Тому, при вживанні рівної кількості напоїв, дівчата досягають більш високої концентрації алкоголю в крові, ніж

хлопці, навіть при рівній масі тіла. Останні публікації говорять, що для 9–13-річних дітей та дівчат у віці 14–17 років, «binge drinking» має бути визначений як 3 та більше стандартних доз. Для хлопців цей показник має складати 4 та більше стандартних доз для віку 14–15 років та 5 і більше – для підлітків віком 16–17 років. Це пов'язано із концентрацією алкоголю в крові, здатністю печінки до виведення алкоголю з крові та впливом алкоголю на інтелектуальні, поведінкові, психологічні та фізичні властивості організму дітей та підлітків<sup>43</sup>.

Згідно з цією дефініцією, майже 36,9% хлопців та 38,7% дівчат мали у своєму житті досвід т. зв. «binge drinking».

Виходячи з дефініції ВООЗ, коли станом «binge drinking» вважається вживання 5 та більше порцій алкоголю за один раз, таку поведінку практикували 12,9% хлопців та 3,8% дівчат віком 13–17 років серед тих, хто має досвід вживання алкоголю.

У середньому учні 13–17 років, зазвичай, випивають 1,6 порції алкоголю за один раз. Причому 13-річні випивають в середньому 1,2 порції, а 17-річні – 1,9 за один раз. Менше 1 порції за один раз випивають 42% учнів 13–17 років.

Принаймні один раз протягом життя 29,2% учнів віком 10–17 років були п'яними. У віці 10 років цей показник становить 5,4%, у віці 17 років – 60,7%. В основному учні зазначали стан сп'яніння від 1 до 3 разів протягом життя. Про такий факт повідомили 47,3% 17-річних учнів, близько 35% – 16-річних, 30% – 15-річних учнів. У 10 років до 3 разів стан сп'яніння протягом життя зазначили майже 5% респондентів, і близько 6–12% учнів 11–13 років. Немає суттєвих відмінностей залежно від статі стосовно кількості випадків стану сп'яніння серед учнів усіх вікових груп.

Протягом останнього місяця стан сп'яніння відчували в середньому 8% респондентів віком 10–17 років (3,4% – 10-річних та 19,6% – 17-річних). Знову ж таки більшість із цих учнів протягом останнього місяця були п'яними до 3 разів.

У середньому респонденти зазначили, що вперше відчули стан сп'яніння у віці 13–14 років.

Однак 30% 17-річних респондентів зазначили саме вік 16 років, коли були п'яними вперше. Якщо вік першого стану сп'яніння до 13 років зазначали більше хлопців, то дівчата більше зазначали старший вік, коли відчули стан сп'яніння. Це повністю корелює із даними стосовно вживання алкоголю вперше в житті.

Значною мірою формує алкогольну поведінку соціальне оточення дітей та підлітків. Так, із віком родина стає менш значущою для підлітка, і на перший план виходять значення та вплив однолітків. Якщо в 10 років тільки 10% учнів зазначили, що їх друзі інколи вживають алкогольні напої, то вже у віці 17 років цей показник зростає до майже 65%. Вік від 12 до 13 років є переломним, коли цей показник майже подвоюється – із 13% у віці 12 років до 23,3% у 13-річному віці.

Керівники навчальних закладів однотайно відмітили наявність регулярного (в середньому 92,4% опитаних цієї категорії), або майже регулярного (час від часу, 6,7%) інформування батьків стосовно наслідків для здоров'я від вживання алкоголю. Постає питання стосовно якості такого інформування, рівня інформованості всього персоналу загальноосвітнього закладу (як технічного, так і викладацького): чи відбувається воно із застосуванням технологій мотиваційного інтерв'ювання або короткострокових профілактичних інтервенцій.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Епідеміологічні дані щодо вживання алкоголю серед дітей та підлітків засвідчують наявність декількох тенденцій. По-перше, не змінюється тенденція високого рівня вживання пива та слабоалкогольних напоїв серед учнів 13–17 років. Вживання міцних алкогольних напоїв не так поширене, як слабоалкогольних. Це пов'язано як з ціною доступності алкогольного продукту, так і з його фізичною доступністю для дітей, тобто з «моральним» ставленням та законодавчими заборонами продажу міцного алкоголю неповнолітнім. Порівняно з дорослими, вживання алкоголю підлітками носить епізодичний характер, що пов'язано з фінансовими та іншими соціальними обмеженнями. По-друге, велика частина дітей практикують так зване «надмірне вживання» («binge drinking»), що потенційно несе

<sup>43</sup> Donovan J.E. Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. / J.E.Donovan / Pediatrics. – 2009. – P. 123(6).

в собі підвищені ризики фізичних ушкоджень, токсикологічного отруєння та навіть смерті (як безпосередньо від вживання, так і дорожньо-транспортних пригод, тяжких фізичних травм, суїцидів), психологічних порушень, соціальних наслідків (як-то насильство) тощо. Дані стосовно відмінностей залежно від статі показують, що із дорослішанням дівчата практично п'ють стільки ж, скільки й хлопці, і поведінка надмірного вживання («binge drinking») у 17-річному віці серед дівчат стає навіть більш поширеною, ніж серед хлопців.

Більшість дітей та підлітків вживали алкогольні напої 1–5 днів протягом останнього місяця. Причому діти більш старшого шкільного віку частіше зазначали вживання 3–5 днів. Досить незначний відсоток учнів вживали алкоголь 10–30 днів протягом місяця (близько 1%).

Відчуття стану сп'яніння (тобто ейфорії, піднесення, зміненого настрою та свідомості) є метою вживання алкоголю. Протягом останнього місяця стан сп'яніння відчували в середньому 8% респондентів віком 10–17 років.

Значне поширення вживання алкоголю серед дітей та молоді спонукає їх до адиктивної та девіантної поведінки, як-то тютюнокуріння, вживання наркотиків, до ризикованої сексуальної поведінки, бійок тощо.

Негативні наслідки вживання алкоголю дітьми та підлітками включають ряд фізичних, соціальних проблем та проблем із навчанням. Алкоголь також відіграє важливу роль у схиланні до ризикованої сексуальної поведінки, в тому числі до небажаного та незахищеного сексу. Немає жодних доказів того, що алкоголь може бути корисним для дітей та молоді. У більш довгостроковій перспективі, за даними досліджень, початок вживання алкоголю в ранньому віці пов'язаний з підвищеним ризиком розвитку алкогольної залежності протягом життя. На сьогодні алкогольні напої широко доступні і просуваються на ринку агресивними рекламними методами. Вживання алкоголю розглядається багатьма дітьми та підлітками як нормальне явище при дорослішанні. Діти переймають поведінку дорослих, які їх оточують, намагаючись подорослішати якнайшвидше. За даними досліджень, дуже часто алкогольні напої вживаються дітьми в родині, під наглядом дорослих, котрі вважають, що так буде безпечніше для дітей.

На жаль, проблема вживання алкогольних напоїв серед дітей та підлітків є складною і шляхів простого її вирішення не існує. Значною мірою успіх у справі запобігання вживанню алкоголю залежить від розуміння впливу сім'ї та однолітків на дітей.

Заходи, спрямовані на зменшення вживання алкоголю дітьми та підлітками, можна розподілити на дві категорії: інтервенції, що стосуються оточення, спрямовані на зниження доступності алкоголю для дітей та підлітків, підвищення дієвості покарань за порушення законодавства щодо продажу алкогольних напоїв, рекламування, дистрибуції тощо, та зниження толерантності суспільства стосовно вживання алкоголю неповнолітніми. Друга категорія – рівень індивідуальних інтервенцій, спрямованих на підвищення знань та інформованості дітей та підлітків стосовно властивостей алкоголю, зміни очікувань, ставлення, мотивації та навичок, які в кінцевому рахунку можуть стати захисним інструментом від впливу алкоголю на дітей.

## ВИСНОВКИ

Результати дослідження чітко показують, що вживання алкоголю неповнолітніми є поширеним явищем в Україні. Звуження гендерного розриву і навіть поширення вживання алкоголю серед дівчат більша, ніж серед хлопців, є явищем, яке відбувається в рамках загального переформатування взаємовідносин між статями стосовно інших факторів способу життя.

- 44,8% учнів принаймні один раз у житті вживали алкогольні напої (від 13,7% 10-річних учнів до 76,2% – 17-річних).
- 8,6% учнів повідомили, що вперше вживали алкоголь у віці 11 років або молодше.
- До 59% учнів зазначили, що ніколи не вживали алкогольні напої.
- 18% 17-річних респондентів вживали алкоголь 30 і більше днів протягом життя;
- Майже 36,9% хлопців та 38,7% дівчат хоча б раз у житті випивали так багато алкоголю, щоб бути по-справжньому п'яними.
- Принаймні один раз протягом життя в середньому 26,5% учнів віком 10–17 років були п'яними. У віці 10 років цей показник становить 5,7%, у віці 17 років – 60,7%.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Враховуючи зазначені дані, подальшої уваги потребує:

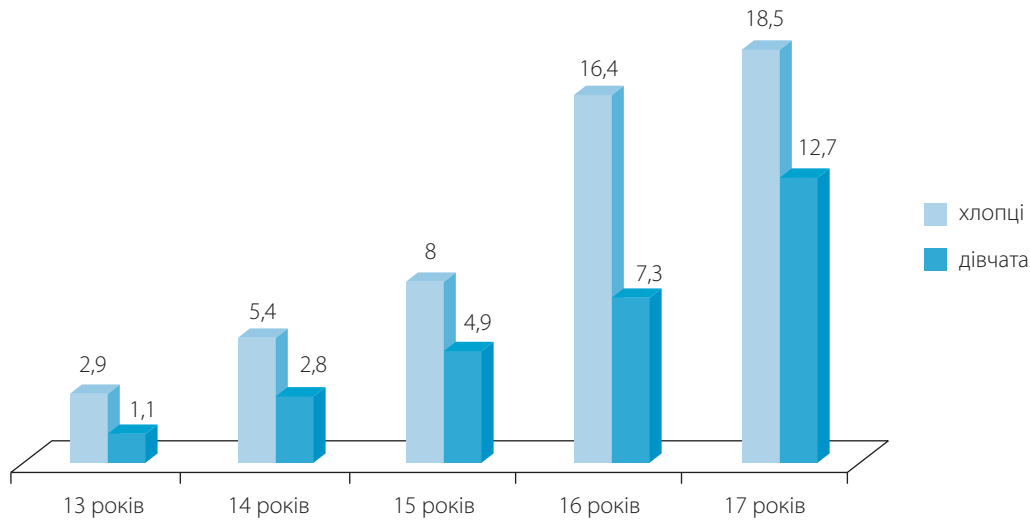
- Формування у підлітків та молоді відповідального ставлення до власного здоров'я в тісній співпраці з батьками, викладачами та іншими фахівцями навчального закладу.
- Формування сталого свідомого несприйняття населенням, особливо молоддю, вживання алкоголю.
- У програмах підготовки та перепідготовки працівників навчальних закладів звернути особливу увагу на впровадження інтерактивних інноваційних методів і підходів до профілактики вживання психоактивних речовин, особливо алкоголю.
- Активне залучення молоді до громадського контролю за дотриманням нормативних актів і впровадження програм, покликаних на підтримку здорового способу життя, зокрема, щодо заборони продажу алкогольних виробів неповнолітнім, вживання їх у громадських місцях тощо.
- Здійснення контролю доступності алкоголю шляхом регулювання числа офіційних пунктів продажу алкогольних напоїв, обмеження числа ліцензій та зменшення кількості годин або днів продажу алкоголю.
- Посилення відповідальності за виконання чинного законодавства з дотримання правил торгівлі алкогольними напоями.
- Підтримка та розвиток соціальних проектів і програм профілактики вживання алкоголю, ініційованих молодими людьми, з метою впливу на формування соціальної політики окремого населеного пункту, району, міста. Використання таких заходів: проведення акцій, направлення звернень, інформування державних службовців, які впливають на прийняття рішень.
- Впровадження селективної профілактики, яка б враховувала не тільки досвід вживання психоактивних речовин, але й родинну ситуацію, генетичні фактори ризику, поведінкові особливості дітей.
- Проведення моніторингу та оцінки ефективності виконання вже прийнятих законодавчих актів, наказів, постанов щодо заборони вживання алкоголю в громадських місцях.
- Впровадження науководоказових програм профілактики, лікування та зниження шкоди від вживання психоактивних речовин, з урахування статевовікових особливостей підлітків і молоді.
- Включення показників поширеності вживання психоактивних речовин серед дітей та підлітків до Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір».



## 2.9. ЧАСТОТА ВЖИВАННЯ МАРИХУАНИ («ТРАВКИ», «ПЛАНУ») ТА ГАШИШУ

Під час проведення дослідження респондентам 13–17 років було поставлене запитання стосовно досвіду вживання наркотиків, а саме марихуани, протягом життя та за останні 30 днів. Результати показують, що марихуану вживали протягом життя в середньому 8,9% респондентів. Старші учні більше схильні повідомляти, що вони вживали наркотики. Наприклад, тільки 2% 13-річних учнів заявили, що вони вживали наркотики хоча б один раз у житті, порівняно з 15,7% 17-річних. Така сама тенденція і до вживання наркотиків за останні 30 днів (0,4% серед 13-річних учнів та 5,7% – 17-річних).

У середньому в 2 рази більше хлопців повідомили про вживання марихуани (10,2%, проти 5,8% дівчат). У віці від 16 до 17 років кількість дівчат, які мають досвід вживання марихуани, збільшується майже удвічі (рис. 2.9.1).



**Рис. 2.9.1.** Питома вага учнівської молоді, яка має досвід вживання наркотичних речовин протягом життя, за віком та статтю, %

Найвищий показник (по 3%) вживання марихуани 30 і більше днів протягом життя серед хлопців 16 та 17 років. Більшість же респондентів повідомили про 1–2 дні протягом життя, коли вони вживали марихуану (в середньому 4,4% учнів). 1,2% учнів зазначили, що вживали марихуану 3–5 днів протягом життя.

За останні 30 днів марихуану вживали в середньому 3% респондентів (від 0,4% у віці 13 років до 5,7% у віці 17 років). Більшість із цих 3% вживали марихуану 1–2 дні за цей період, і в основному це були учні віком 17 років.

Вік першого вживання марихуани найбільш часто припадає на діапазон 15–16 років. Старші учні схильні повідомляти про більш старший вік початку вживання марихуани. Так, найбільший відсоток 17-річних учнів повідомили саме про 16 років, коли вперше вжили марихуану. 16-річні учні так само повідомили про вік початку вживання 16 років, а 14-річні – зазначили саме 14 років. Серед усіх учнів незначний відсоток вказали вік 11–13 років як час, коли спробували вживати марихуану. Враховуючи те, що частіше вперше в житті починають вживати алкоголь у віці 13–14 років, а марихуану – у віці 15–16 років, ще раз підтверджуються дані про те, що «вхідними воротами» для вживання наркотичних речовин є саме алкоголь.

Вік від 13 до 14 років є переломним, коли майже в 1,5 рази частіше підлітки повідомляють, що їхні друзі інколи або часто вживають наркотики, щоби бути під «кайфом». Про це повідомили 5% 13-річних учнів та 8,3% 14-річних. До 17 років цей показник збільшується до 11,4%. У більш старшому віці також існує різниця у повідомленні про вживання наркотиків друзями залежно від статі. Так, у віці 15 років 13,4% хлопців та тільки 5,4% дівчат повідомили про таке вживання. Ближче до 17 років такий розрив зменшується (13,9% хлопців та 8,8% дівчат). У віці 10–12 років про вживання наркотиків друзями повідомили в середньому 5% учнів. Тільки у віці 10 років про вживання наркотиків

друзями інколи або часто повідомили 7,1% хлопців та 3,3% дівчат, а у віці 11–12 років такої суттєвої різниці не виявилось.

За аналогією з інформуванням щодо шкідливих наслідків для здоров'я через вживання алкоголю, понад 96% керівників навчальних закладів повідомили про такі заходи стосовно вживання наркотиків. Але в навчальних закладах у сільській місцевості та у ВНЗ по 3,2% керівників не інформують батьків про шкоду від вживання наркотиків.

Відсутність інформування у ВНЗ можна пояснити, що студенти в таких закладах уже виходять з-під батьківського контролю, а батьки не відвідують ВНЗ для обговорення і контролю навчального процесу своїх дітей. Як і з алкогольним інформуванням, постає питання про зміст такого інформування.

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Європейським центром моніторингу вживання наркотичних речовин було підраховано, що приблизно один з десяти людей, які вживали марихуану хоча б раз у житті, стануть залежними. Для тих, хто вживав марихуану кілька разів, ризик залежності становить для приблизно одного з п'яти, а для тих, хто вживає каннабіс щоденно, – один до двох<sup>44</sup>.

Вживання наркотиків і наслідки, пов'язані із цим, продовжують бути серйозною проблемою для громадян ЄС, як і одним із значущих елементів охорони громадського здоров'я та громадської безпеки. Близько однієї чверті дорослого населення країн ЄС, за оцінками, вживали заборонені наркотики принаймні один раз у житті, переважно це був каннабіс. Доступність каннабісу від початку 1990-х рр. значно підвищилася. Експериментування з наркотиками часто починається протягом шкільних років і оцінюється, що один із чотирьох 15–16-річних учнів вживав незаконні наркотики хоча б один раз<sup>45</sup>.

Раннє вживання каннабісу пов'язано з більш високим рівнем ризикованої поведінки і негативних наслідків для здоров'я, у тому числі травми, бійки, ранній сексуальний досвід.

У вибірці респондентів 12–18-річного віку, які отримували лікування через вживання каннабісу або залежності, більшість мали низку психологічних і поведінкових проблем<sup>46</sup>.

Вживання каннабісу особливо високе серед деяких груп молодих людей, наприклад, тих, що часто відвідують нічні клуби, кафе та музичні заходи. Цільові обстеження, проведені недавно в нічних клубах у Бельгії, Чехії, Нідерландах, Литві та Великій Британії, виявили рівні поширеності набагато вищі, ніж середньоєвропейські серед молодих людей. Вживання каннабісу також часто асоціюється з надмірним вживанням алкоголю: серед молоді (віком від 15 до 34) тих, хто надмірно вживав алкоголь, повідомили, що в середньому від двох до шести разів частіше вживали також і каннабіс порівняно із загальною популяцією<sup>47</sup>.

## ВИСНОВКИ

Поширеність вживання каннабісу, як одного із найуживаніших на європейській території, також поширене серед молоді, що навчається, віком 13–17 років в Україні. Досить ранній початок вживання алкоголю (13–14 років) та подальше експериментування із вживанням каннабісу (середній вік початку вживання 14–15 років) викликає серйозне занепокоєння стосовно стану здоров'я дітей та можливих подальших соціальних, фінансових, психологічних проблем у більш дорослому віці:

- Майже кожен десятий підліток віком 13–17 років вживав марихуану протягом життя.
- За останні 30 днів наркотики вживали 0,4% – серед 13-річних учнів та 5,7% – серед 17-річних.
- Вік першого вживання марихуани найчастіше припадає на діапазон 15–16 років.

<sup>44</sup> Corrigan D. The pharmacology of cannabis: issues for understanding its use // A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph series 8. – Vol. 1. – Lisbon : – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008.

<sup>45</sup> Data on drugs in Europe [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

<sup>46</sup> Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment / F.M. Tims, M.L. Dennis, N. Hamilton et al. // *Addiction* 97 (Suppl. 1). – 2002 – p. 46–57.

<sup>47</sup> Data on drugs in Europe [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

Враховуючи вищевикладені дані, вважається за необхідне формування у підлітків та молоді відповідального ставлення до власного здоров'я в тісній співпраці з батьками, викладачами та іншими фахівцями навчального закладу та формування сталого свідомого несприйняття населенням, особливо молоддю, вживання психоактивних речовин.

У програмах підготовки та перепідготовки працівників навчальних закладів необхідно звертати особливу увагу на впровадження інтерактивних інноваційних методів і підходів до профілактики вживання психоактивних речовин.

Проте програми універсальної профілактики, спрямованої на загальне населення, скоріше за все, будуть мало ефективними серед молодих людей, які вже ризиковано вживають нелегальні психоактивні речовини. Ті молоді люди, які мають проблеми в родині, поведінкові труднощі тощо, скоріше за все, навіть не підпадають під такі програми через своє нерегулярне відвідування навчальних закладів.

Тому впровадження селективної профілактики (а саме спрямованої на групи ризику, на тих, хто вже пробував вживати психоактивні речовини, зокрема каннабіс), які б враховували не тільки досвід вживання психоактивних речовин, але й сімейне (родинне середовище), генетичні фактори ризику, поведінкові особливості дітей, видається більш ефективною з точки зору попередження формування залежності від вживання психоактивних речовин. Такі програми мають бути спрямовані на сім'ю, формування відповідального батьківства, допомогу родинам в кризових ситуаціях та впроваджуватись не тільки в школах, але й за місцем проживання та в зоні здійснення соціально-профілактичної роботи центрами соціальних закладів служб для сім'ї, дітей та молоді, установами і закладами, що належать до сфери їх управління. Особливу увагу важливо приділяти здійсненню соціальних програм роботи з підлітками груп ризику та їх найближчим оточенням, роботі з сім'ями з дітьми, що опинилися у складних життєвих обставинах.

## 2.10. ПОЛІТИКА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

**Наявність програм зі збереження здоров'я:** абсолютна більшість опитаних керівників навчальних закладів (98,3%) підтвердила існування в навчальному закладі плану дій (заходів) щодо формування здорового способу життя. Деяко нижчою від інших була частка ствердних відповідей серед викладачів ПТНЗ – 93% (табл. 2.10.1). Менше 1% опитаних повідомили, що в їхньому навчальному закладі не проводиться оцінювання досягнення визначених цілей щодо формування здорового способу життя, натомість три чверті респондентів (74,0%) підтвердили здійснення такого оцінювання. Приблизно кожен четвертий керівник визнав, що оцінювання в навчальному закладі досягнення визначених цілей щодо зміцнення здоров'я здійснюється не в повному обсязі.

Таблиця 2.10.1

### Наявність плану заходів щодо формування здорового способу життя та його оцінки, за типом навчального закладу, %

	Тип навчального закладу					Серед усіх
	ЗОНЗ			ПТНЗ	ВНЗ	
	обласного центру	інших міст	села			
Є план дій (заходів) щодо формування здорового способу життя	98,8	100,0	99,2	93,0	98,4	98,3
Є оцінювання досягнень (цілей) щодо формування здорового способу життя	79,0	74,8	75,8	76,1	60,3	74,0

За даними опитування, практично три чверті (74,7%) повідомили про те, що співробітники їхнього навчального закладу підвищують кваліфікацію з питань формування здорового способу життя (ЗСЖ), причому найменшою їх частка виявилася серед викладачів ВНЗ – 58,7%, а найвищою – серед керівників сільських шкіл – 80,6%.

Лише 17,2% керівників повідомили про те, що в їхніх навчальних закладах були кошти для реалізації заходів щодо формування здорового способу життя учнів/студентів на поточний 2013/2014 навчальний рік. Керівники, які повідомили про те, що в їхніх навчальних закладах були кошти для заходів зі збереження та зміцнення здоров'я учнів/студентів на поточний навчальний рік, оцінили їх обсяг в середньому як 25 231,2 грн на рік (табл. 2.10.2). Найчастіше на наявність коштів вказували фахівці зі шкіл обласного центру та ПТНЗ (понад 19%). Керівники загальноосвітніх шкіл обласного центру повідомили про найбільший обсяг виділених коштів, порівняно з аналогічними обсягами в сільських школах, школах інших міст. Однак лідером за величиною виділених на зазначені заходи коштів стали ВНЗ, керівники яких поінформували про суму обсягом 137 333,3 гривень.

Серед тих, хто вказав, що навчальний заклад має кошти на поточний 2013/2014 навчальний рік для реалізації заходів щодо формування здорового способу життя учнів/студентів, та надав відповідь на запитання (N=41), тільки кожен п'ятий оцінив їх обсяг як достатній.

Таблиця 2.10.2

**Оцінка керівниками\* обсягу наявних коштів на заходи з формування здорового способу життя учнів/студентів на 2013/2014 навчальний рік, за типом навчального закладу, грн, %**

Частка тих, хто має кошти на програму ФЗСЖ	Тип навчального закладу					Серед усіх
	ЗОНЗ			ПТНЗ	ВНЗ	
	обласного центру	міста	села			
Обсяг наявних коштів, середнє значення, грн	23 666,7	14 270,9	12 476,9	20 162,5	137 333,3	25 231,2
Частка тих, хто вважає, що обсяг достатній, %	18,8	15,0	14,3	21,4	50,0	20,3

\* Серед тих, хто вказав, що навчальний заклад має кошти на поточний 2013/2014 навчальний рік для реалізації заходів щодо формування здорового способу життя учнів/студентів, та надав відповідь на запитання, N=41.

Основними джерелами фінансування заходів зі збереження та зміцнення здоров'я учнів/студентів у навчальних закладах (за частотою згадування всіх задіяних джерел) стали внески батьків (58,5%), бюджетне фінансування (48,3%), допомога громадських організацій, благодійних фондів (34,9%) (табл. 2.10.3). Практично не відрізняється від останнього частота згадування таких джерел, як благодійні внески юридичних та фізичних осіб (32,8%). Досить вагомим джерелом виявилися і внески членів педагогічного колективу (23,4%), найбільш актуальним це стало для шкіл інших, окрім обласних центрів, міст та сільських шкіл, де майже кожен третій керівник інформував про залучення зазначеного джерела (для порівняння, в обласних школах таких було лише 7,4%).

Також виявлено інші відмінності залежно від типу навчального закладу: так, керівники ПТНЗ, відповідаючи на запитання, за рахунок чого/кого в навчальному закладі реалізуються заходи щодо формування здорового способу життя учнів/студентів, однаково часто поряд з бюджетним фінансуванням вказували на доходи від реалізації продукції навчально-виробничих майстерень, навчально-дослідних ділянок, підсобних господарств, від передачі в оренду приміщень, споруд, обладнання (50,7%). Для решти навчальних закладів про це джерело йшлося менше ніж у 10% відповідей. Важливість благодійних внесків юридичних та фізичних осіб була вищою для ПТНЗ та ВНЗ, про них повідомляли понад 40% опитаних керівників таких закладів. За відповідями керівників цих же закладів, відносно частіше джерелом фінансування виступали кошти, отримані за надання платних послуг, – про це інформували більше чверті опитаних.

Таблиця 2.10.3

**Основні джерела фінансування заходів зі збереження та зміцнення здоров'я учнів/студентів у навчальних закладах, %\***

	Тип навчального закладу					Серед усіх
	ЗОНЗ			ПТНЗ	ВНЗ	
	обласного центру	міста	села			
Внески батьків	65,4	73,1	63,7	39,4	33,3	58,5
Бюджетне фінансування	39,5	47,1	55,6	50,7	44,4	48,3
Допомога громадських організацій, благодійних фондів тощо	46,9	33,6	31,5	39,4	23,8	34,9
Благодійні внески юридичних та фізичних осіб	28,4	28,6	30,6	40,8	41,3	32,8
Внески членів педагогічного колективу	7,4	34,5	32,3	15,5	14,3	23,4
Доходи від реалізації продукції навчально-виробничих майстерень, навчально-дослідних ділянок, підсобних господарств, від передачі в оренду приміщень, споруд, обладнання	7,4	3,4	6,5	50,7	9,5	13,1
Кошти, отримані за надання платних послуг	9,9	8,4	3,2	29,6	25,4	12,9
Допомога міжнародних організацій	3,7	6,7	4,0	2,8	3,2	4,4
Інші джерела	2,5	0,0	0,8	0,0	6,3	1,5

\* Сума відповідей не дорівнює 100, оскільки респондент мав змогу обрати декілька варіантів відповідей.

Якщо в опитуванні 2010 р. більше половини опитаних керівників (62%) джерелом надходження коштів на заходи зі збереження здоров'я назвали державне фінансування, то у 2014 р. їх частка зменшилася до 48,3%. Наступним за частотою згадування чотири роки тому джерелом виявилися батьківські внески (53%), а цього разу вони виявилися першими в переліку джерел. Про їх використання (і в 2010, і в 2014 рр.), найчастіше повідомляли респонденти – керівники ЗОНЗ (понад 60%). При цьому, лише 16,8% опитаних керівників вказали, що заклад, який вони очолюють, є учасником національної мережі шкіл сприяння здоров'ю (у 2010 р. – 19%), ще 9,6% повідомили про досвід такої участі в минулому.

**Співпраця стосовно формування здорового способу життя.** Опитування засвідчило наявність співпраці з різними організаціями стосовно формування здорового способу життя учнів/студентів упродовж визначеного терміну. Щодо форми співробітництва – найчастіше діяльність тривала постійно згідно з угодою (письмовою або усною) або епізодично з ініціативи конкретної організації. Отримана інформація про відсутність такої взаємодії відрізнялась – як за типом навчального закладу, так і типом установи, співробітництво з якою оцінювалося. Про співпрацю з медичними установами та центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ) повідомило майже 90% опитаних керівників. Потрібно відзначити, що зменшилась частота взаємодії з громадськими організаціями – на відсутність її вказали дві третини респондентів, тоді як в опитуванні 2010 р. така ж частка (67–68%) повідомляла про наявність співпраці з цими інституціями (табл. 2.10.4).

Взаємодія з центрами здоров'я відбувалась відносно частіше у вищих навчальних закладах та школах обласних центрів, найбільш рідко – в сільських школах (16,1%).

Таблиця 2.10.4

**Частота і форма співробітництва з різними організаціями щодо формування здорового способу життя учнів/студентів, за типом навчального закладу, %**

	Тип навчального закладу					Серед усіх
	ЗОНЗ			ПТНЗ	ВНЗ	
	обласного центру	інших міст	села			
<b>Центри здоров'я</b>						
Так, співпрацюємо	53,1	40,3	24,7	54,9	46	42,1
Згідно з письмовою угодою	17,3	8,4	5,6	16,9	17,5	11,8
Згідно з усною домовленістю	28,4	21,8	10,5	28,2	27	21,6
Час від часу з ініціативи цієї організації	7,4	10,1	11,3	9,9	1,6	8,7
<b>Медичні установи</b>						
Так, співпрацюємо	87,7	90,8	91,1	91,5	14,9	89,5
Згідно з письмовою угодою	44,4	36,2	29	46,5	33,4	36,9
Згідно з усною домовленістю	35,9	44,5	46,8	36,5	44,4	42,3
Час від часу з ініціативи цієї організації	7,4	10,1	15,3	8,5	6,3	10,3
<b>Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ)</b>						
Так, співпрацюємо	88,9	86,6	84,7	90,1	85,7	86,9
Згідно з письмовою угодою	43,2	25,2	15,3	35,2	27	27,5
Згідно з усною домовленістю	38,3	47,1	51,7	43,6	50,8	46,7
Час від часу з ініціативи цієї організації	7,4	14,3	17,7	11,3	7,9	12,7
<b>Громадські організації/благодійні фонди</b>						
Так, співпрацюємо	71,6	61,3	41,9	73,2	66,7	60,5
Згідно з письмовою угодою	21	10,9	4	22,5	14,3	13,1
Згідно з усною домовленістю	38,3	26,9	19,4	32,4	33,3	28,6
Час від часу з ініціативи цієї організації	12,3	23,5	18,5	18,3	19,1	18,8
<b>Клініки, дружні до молоді</b>						
Так, співпрацюємо	45,7	29,4	16,1	47,9	33,3	32,1
Згідно з письмовою угодою	9,9	6,7	2,4	11,3	7,9	7
Згідно з усною домовленістю	23,5	10,9	6,5	18,3	15,9	13,8
Час від часу з ініціативи цієї організації	12,3	11,8	7,3	18,3	9,5	11,4



## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

З метою підвищення поінформованості і прищеплення навичок свідомого ставлення до власного здоров'я, профілактики і безпечної поведінки триває удосконалення чинних та розробка нових освітніх програм для дітей та молоді, спрямованих на поширення здорового способу життя.

Однак викликає занепокоєння суттєве скорочення, за даними опитування, бюджетних коштів на промоцію здорового способу життя в навчальних закладах, незалежно від їх типу. Якщо в опитуванні 2010 р. понад половина опитаних керівників (62%) джерелом коштів на заходи зі збереження здоров'я назвали державне фінансування, то у 2014 р. їх частка зменшилася до 48,3%.

Важко оцінювати результати опитування стосовно кількості співробітників навчальних закладів, котрі пройшли курси підвищення кваліфікації з питань формування здорового способу життя: в середньому вийшло дещо більше 16 осіб (16,76) на один заклад. Можливо, в наступному опитуванні було б доцільно уточнювати, яка частка від складу педагогічного колективу пройшла такий тренінг, адже кількість викладацького персоналу є істотно різною в різних навчальних закладах.

## ВИСНОВКИ

Абсолютна більшість опитаних керівників навчальних закладів (98,3%), підтвердила існування в навчальному закладі плану дій (заходів) щодо формування здорового способу життя. Три чверті респондентів (74,0%) підтвердили здійснення у їхніх закладах оцінювання досягнення визначених цілей щодо формування здорового способу життя. Лише 17,2% керівників повідомили про те, що в їхніх навчальних закладах були кошти для реалізації заходів щодо формування здорового способу життя учнів/студентів на поточний 2013/2014 навчальний рік.

Попри наявність у навчальних закладах плану заходів зі збереження та зміцнення здоров'я учнів/студентів і коштів для реалізації цих заходів, майже 80% опитаних керівників наголосили на недостатності їх обсягу.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою реалізації успішної політики з формування здорового способу життя необхідними є такі кроки:

- Впровадження в начальному закладі систематичної оцінки діяльності з формування здорового способу життя дітей та молоді.
- Удосконалення системи підготовки фахівців, здатних проводити ефективну профілактичну роботу відповідно до потреб підлітків та з урахуванням їх статево-вікових особливостей.
- Впровадження інтерактивних форм навчання підлітків навичкам здорового способу життя.
- Посилення співпраці навчальних закладів із батьками, громадськими організаціями, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, «клініками, дружніми до молоді».
- Організація просвітницької роботи, проведення інформаційно-просвітницьких кампаній на основі двох принципів: тотальності та адресності.
- Аналіз наявності, доступності та стану мережі закладів для проведення здорового дозвілля (за місцем навчання, проживання, відпочинку).
- Систематична оцінка ефективності викладання предмету «Основи здоров'я», його вплив на рівень знань та повсякденну поведінку підлітків.
- Створення необхідних умов для реалізації молодіжних ініціатив щодо формування здорового способу життя через надання необхідних ресурсів, в тому числі фінансових.

## РОЗДІЛ 3. РІВЕНЬ ПОШИРЕННОСТІ ЗНАТЬ ПРО ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ/СНІД

Сьогодні Україна посідає одне з перших місць серед країн Європи за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За оціночними даними, на початок 2013 р. в країні мешкало 238 тис. дорослих ЛЖВ. Показник поширеності ВІЛ у віковій групі 15–49 років становив 0,62% та залишається одним з найвищих серед країн Західної та Східної Європи і Центральної Азії. У 2012 р. в Україні вперше зареєстровано деяке зниження нових випадків інфікування ВІЛ на 1,6% – 20 743 осіб (45,5 особи на 100 тис. населення). Однак, за даними 2013 р., знову зафіксовано зростання кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції – 21 631 (47,6 на 100 тис. населення, темп приросту: + 4,6%)<sup>48</sup>.

За рекомендаціями ЮНЕЙДС і ВООЗ, інфікованість ВІЛ серед молодших вікових груп (15–19 років, 20–24 роки) достатньо достовірно відображає рівень нових випадків зараження, оскільки загроза інфікування ВІЛ статевим шляхом для цієї групи виникла відносно недавно.

Молоді люди у віці 15–24 роки є однією з найуразливіших груп населення, щодо ВІЛ-інфекції через відсутність ВІЛ-профілактичної інформації, високу ранню сексуальну активність навіть у віці до 15 років тощо.

З метою досягнення молодих людей профілактичними програмами доцільно об'єднувати зусилля всіх зацікавлених сторін – центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадських організацій. Але найефективнішим у роботі з підлітками було б використання можливостей навчальних закладів, які мають ресурси для здійснення профілактичної діяльності у сфері протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Даний підрозділ охоплює питання, які стосуються *рівня знань учнів про ВІЛ-інфекцію та СНІД, виявлення найпопулярніших джерел, якими користуються учні та студенти для отримання інформації про ВІЛ/СНІД та шляхів захисту від ВІЛ-інфекції* тощо. Методологія дослідження передбачала, що на ці запитання відповідали тільки учні 8–11-х класів школи, ПТНЗ та студенти ВНЗ I–II рівнів акредитації, що було зумовлено етичними принципами проведення дослідження та рекомендаціями робочої групи, створеної в межах проекту.

### ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

**Рівень знань про ВІЛ/СНІД.** За результатами опитування українська молодь є достатньо обізнаною щодо ВІЛ/СНІДу. Питома вага респондентів, які визнали свою поінформованість з проблем СНІДу, лінійно зростає з віком. Так, найменше – 91% – серед учнів ПТНЗ та учнів сільських шкіл, а найбільше – 95% серед студентів вищих навчальних закладів I–II рівнів акредитації (табл. 3.1). Серед учнів існує уявлення про те, що ВІЛ-інфекція є хворобою та ВІЛ-інфікована людина має певні симптоми цієї хвороби. 67% правильно зазначили, що ВІЛ-інфікована людина може виглядати здоровою, 8% учнів заперечили це, кожен четвертий (25%) не зміг визначитися з відповіддю на це запитання, при цьому більше таких – серед хлопців (28%, проти 23% серед дівчат).

Стале уявлення, що ВІЛ-інфекція та кількість статевих партнерів тісно взаємопов'язані, мають 53% учнів, які зазначили, що ризик інфікування на ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві стосунки з постійним партнером. Студенти ВНЗ більше упевнені в тому (61%), що статеві контакти з постійним партнером зменшують ризик інфікування, ніж старшокласники та учні ПТНЗ (50% та 55%, відповідно).

Дані нашого дослідження свідчать, що молоді люди більше знаються на шляхах передачі ВІЛ, проявляючи нижчий рівень знань щодо того, як ВІЛ не передається. Це може бути зумовлено спрямованістю профілактичних програм, соціальної реклами та загалом більшої інформації про ВІЛ/СНІД у ЗМІ на поширення інформації про статевий чи ін'єкційний шлях передачі ВІЛ, а щодо інших шляхів передачі ВІЛ інформація відсутня або поширюється в незначній кількості.

<sup>48</sup> ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2014. – № 41. – 95 с.

Таблиця 3.1

## Рівень знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, % правильних відповідей

	13 років			14 років			15 років			16 років			17 років		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
<b>Правильні твердження</b>															
Знизити ризик передачі ВІЛ можливо, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером	51,2	47,3	49,2	52,9	51,6	52,3	62,3	62,9	62,6	69,7	68,2	68,9	75,4	71,3	73,4
Знизити ризик передачі ВІЛ можливо, якщо користуватися презервативом під час кожного статевого контакту	58,3	49,6	53,8	58,0	51,9	55,0	66,8	61,7	64,3	71,7	65,4	68,6	73,7	65,1	69,5
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою	50,8	60,5	55,8	56,7	65,2	60,9	64,1	67,8	65,9	67,7	73,4	70,5	69,4	75,6	72,4
Інфікуватися ВІЛ можна через спільне використання ін'єкційного інструментарію (шприців, голок) з ВІЛ-інфікованою людиною	67,7	71,0	69,4	64,1	75,8	69,8	68,8	77,4	73,0	75,7	83,5	79,5	75,0	81,1	78,0
<b>Неправильні твердження</b>															
Заразитися ВІЛ-інфекцією можна через укуси комара	32,3	32,8	32,5	33,2	38,4	35,8	41,6	46,7	44,1	38,8	45,9	42,2	40,3	41,9	41,1
Інфікуватися ВІЛ можна, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	41,9	41,2	41,6	45,8	50,6	48,1	51,0	56,7	53,8	51,7	59,0	55,3	56,0	59,8	57,9
Інфікуватися ВІЛ можна через спільне користування туалетом, басейном, сауною з ВІЛ-інфікованою людиною	47,4	41,4	44,3	44,9	47,7	46,2	50,9	50,7	50,8	51,5	54,2	52,9	54,9	52,2	53,6

На базі отриманих даних щодо знань учнів окремо для кожного шляху передачі ВІЛ був розрахований показник рівня знань, який становить 24,1%<sup>49</sup> (36,3% серед хлопців та 22,2% серед дівчат). Цей показник дещо вищий порівняно з минулою хвилиною дослідження 2010 р. – 17,2%. Найнижчий показник щодо рівня знань був зафіксований серед учнів ПТНЗ (19,6% – 20,8% серед юнаків та 18,1% серед дівчат), найвищий – серед студентів ВНЗ I–II рівнів (27,6% – 34,4% серед юнаків та 21,7% серед дівчат).

<sup>49</sup> Показник розрахований за системою Національних показників – «відсоток молодих людей віком 15–24, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається», та включає кількість учнівської молоді, яка знає, що можливо знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером, якщо постійно користуватися презервативом під час сексуальних контактів, що здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою, що не можливо інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, та що не можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом, басейном, сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною (див. методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.]; МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К. : 2008. – 96 с.).

**Особистий захист від інфікування ВІЛ.** Більшість опитаних вважають, що можна себе захистити через використання презерватива під час кожного статевого контакту (67%) та невикористання голок і шприців, якими користувалися інші люди (66%). Знання щодо захисту себе за допомогою використання презерватива під час кожного статевого контакту більш поширене серед хлопців, ніж серед дівчат (72%, проти 63%), а ось знання про те, що можна себе захистити, не використовуючи голки та шприци, якими користувалися інші люди, навпаки, є вищими серед дівчат (84%, проти 75%). Знаннями щодо обмеження кількості статевих партнерів як засобу захисту себе від ураження ВІЛ, володіють більше дівчата, ніж юнаки (68%, проти 60%). Залежно від типу навчального закладу не спостерігається великої різниці у відповідях про використання презервативів, хоча студенти ВНЗ I–II рівнів акредитації демонструють дещо вищий рівень обізнаності щодо шляхів захисту себе від ураження ВІЛ-інфекцією.

45,7% загалом опитаних вважають, що зможуть себе захистити через відкладення початку статевого життя. Така думка є більш поширеною серед дівчат, ніж серед хлопців (50%, проти 41%).

Третина опитаних (33%) серед шляхів особистого захисту від ВІЛ-інфекції назвали щеплення. Залежно від типу навчального закладу цей показник коливається в межах 33–35%.

Найпоширенішим джерелом інформації для респондентів стали вчителі. Так, 64,1% опитаних зазначили, що саме від вчителів вони отримують інформацію щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції.

Для більшості опитаних важливими джерелами отримання інформації про ВІЛ/СНІД є мас-медіа: 62,2% учнівської молоді дізналися про ВІЛ/СНІД з телебачення, 61,6% – з Інтернету, 33,8% та 29%, відповідно, – з газет та журналів, 27,4% – почули по радіо (табл. 3.2).

Разом з тим половина опитаних чули про ВІЛ/СНІД від медичних працівників (59,5%). Близьке оточення теж не залишає поза увагою тему ВІЛ/СНІДу: 45,7% опитаних відзначили, що ця тема порушувалась під час спілкування з батьками. Третина опитаних (31%) вказали, що обговорювали цю тему з друзями, однокласниками, та 20% – із старшими братами чи сестрами. Залежно від статі опитаних такі джерела інформації, як Інтернет, телебачення, газети, радіо, є більш популярними серед хлопців, тоді як серед дівчат – журнали, розмови з батьками, друзями, учителями та медичними працівниками.

Таблиця 3.2

**Питома вага учнівської молоді, яка отримує інформацію про ВІЛ/СНІД з різних джерел, залежно від статі та віку, %**

(Сума відповідей не дорівнює 100%, оскільки респондент мав змогу обрати декілька варіантів відповіді)

	13 років		14 років		15 років		16 років		17 років	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
<b>Про ВІЛ/СНІД</b>										
По радіо	31,0	24,8	32,4	25,7	29,7	31,1	26,0	27,0	28,4	27,0
По телебаченню	55,2	62,4	58,0	60,4	60,0	63,4	61,9	65,2	62,2	67,4
З Інтернету	56,9	54,2	51,7	55,3	58,6	64,2	61,2	68,9	60,6	66,2
З газет	40,7	33,6	35,1	34,4	33,6	36,8	32,1	37,3	29,5	33,4
З журналів	30,6	31,3	28,1	29,4	25,8	34,0	25,5	30,0	25,0	34,0
Від друзів, однокласників	27,8	28,9	29,7	26,4	31,5	33,1	33,1	31,7	31,9	30,7
Від батьків	40,3	51,1	40,5	49,6	40,8	51,8	37,0	52,4	38,0	50,2
Від старших брата або сестри	23,4	22,9	24,1	21,2	20,6	22,0	19,4	19,2	17,6	19,2
Від учителів	53,2	74,0	60,6	70,3	57,2	73,7	56,1	71,0	54,6	68,3
Від медичних працівників	49,4	59,3	52,4	64,6	52,2	64,8	51,7	68,7	52,1	64,4
Інше	0,4	0	0,4	0,1	0,3	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2

Більшість опитаних (66%) знають, куди можна звернутися, якщо є бажання пройти тестування на ВІЛ (табл. 3.3). Дівчата в цьому питанні є дещо більше обізнані, ніж юнаки (69%, проти 63%). Важливо відмітити, що студенти ПТНЗ є більш обізнані щодо місць на тестування ВІЛ. При цьому статистично важливих відмінностей за типом поселення не виявлено.

Таблиця 3.3

**Розподіл відповідей на запитання: «Чи знаєш ти, куди потрібно звертатися, якщо ти бажаєш пройти тестування на ВІЛ-інфекцію?», за віком та статтю, %**

	13 років			14 років			15 років			16 років			17 років		
	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі	Хлопці	Дівчата	Всі
Так	58,1	61,1	59,6	53,9	65,2	59,4	62,7	69,1	65,8	70,6	69,8	70,2	66,7	73,5	70,0
Ні	41,9	38,9	40,4	46,1	34,8	40,6	37,3	30,9	34,2	29,4	30,2	29,8	33,3	26,5	30,0

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дані дослідження щодо знань шляхів передачі ВІЛ-інфекції свідчать про їх недостатній рівень.

Розрахований показник рівня знань за системою Національних показників становить лише 24,1% і є вищим, ніж у 2010 р. (17,2%), але навіть нижчим за відсоток рівня знань серед молоді в цілому – 40%, який був розрахований у 2009 р.<sup>50</sup>, та занадто далекий від цілей десятиліття (95%).

Найпопулярнішим джерелом отримання інформації про ВІЛ/СНІД виступають Інтернет та телебачення, тобто пасивний шлях отримання інформації. Позитивним зрушенням є той факт, що порівнянню з 2010 р. збільшилась кількість підлітків, які самостійно шукають інформацію про ВІЛ/СНІД. Однак викликає занепокоєння, що при великій кількості інформації, яка міститься в глобальній мережі, рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ не тільки не збільшується, а навіть зменшується.

Важливо відмітити, що 66% респондентів віком 13–17 років знають куди можна звернутися, якщо є бажання пройти тестування на ВІЛ, адже Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» передбачає, що особи віком від 14 років можуть проходити тестування з метою виявлення ВІЛ добровільно,<sup>51</sup> за наявності їхньої усвідомленої інформованої згоди, отриманої після надання їм попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів та можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, зокрема про стан здоров'я особи.

## ВИСНОВКИ

- Майже всі представники учнівської молоді (95%) чули про ВІЛ/СНІД.
- Найпотужнішим джерелом інформації щодо шляхів поширення ВІЛ виявилися вчителі. Для 64,1% опитаних – вони виступають основним інформаційним джерелом.
- Найпоширенішими джерелами отримання такої інформації є засоби масової інформації, в першу чергу – телебачення (62,2%) та Інтернет (61,6%). Також проблема ВІЛ/СНІДу часто обговорюється з батьками (45,7%), медичними працівниками (59,5%).
- Рівень знань учнівської молоді про ВІЛ/СНІД загалом та про шляхи, якими ВІЛ-інфекція передається, не є достатніми:
  - показник рівня знань становить 24,1% (26,3% серед хлопців та 22,2% серед дівчат);
  - 33% вважають, що інфікована ВІЛ людина не може виглядати здоровою або не знають цього;
  - 53% учнів зазначили, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві стосунки з постійним партнером;
  - основними шляхами захисту від ВІЛ-інфекції учнівська молодь вважає використання презерватива під час кожного статевого контакту (67%) та невикористання шприців або голок, якими користувалися інші люди (66%), відкладення початку статевого життя (45,7%);
  - третина опитаних (33%) вважає, що можна зробити щеплення з метою запобігання інфікування ВІЛ.
- 66% опитаних знають, куди можна звернутися в разі виникнення бажання пройти тестування на ВІЛ.

<sup>50</sup> Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. – Україна. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. – К. : Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань, 2010.

<sup>51</sup> Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>



## РЕКОМЕНДАЦІЇ

З метою успішної реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки важливим є усвідомлення, що навчальні заклади є ключовою ланкою у формуванні знань щодо шляхів передачі ВІЛ та індивідуальних засобів захисту. Важливими кроками у профілактиці ВІЛ-інфекції/СНІДу ми вважаємо:

- Використання інтерактивних форм під час організації ВІЛ-профілактичної роботи – тематичні акції, концерти, театралізовані вистави тощо із безпосередньою участю у їх підготовці/проведенні/обговоренні самої молоді.
- Впровадження навчальними закладами програм батьківського всеобучу з метою їх навчання ефективному спілкуванню з дітьми та підлітками з питань безпечного сексу та профілактики ВІЛ і подальшому їх залученню до проведення та участі в профілактичних заходах.
- Залучення громадських організацій, медичних установ, у тому числі клінік, дружніх до молоді, в просвітництво підлітків з питань профілактики інфікування ВІЛ/СНІДом.
- Інформування підлітків про місця, де можна пройти тестування на наявність ВІЛ або отримати необхідну інформацію щодо ВІЛ, ІПСШ, шляхів передачі, засобів запобігання. Включення показників рівня знань дітей та підлітків щодо шляхів передачі ВІЛ до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» та до Загальнодержавної соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Залучення молоді до спільної ініціативи ЮНЕЙДС та ЮНІСЕФ All In з метою забезпечення молодих людей центральною роллю в міжнародному русі з поширення лікувальної, політичної та просвітницької діяльності у сфері ВІЛ.
- Охоплення 100% підлітків програмами профілактики ВІЛ/інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя на основі життєвих навичок.

## РОЗДІЛ 4. ЧИННИКИ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ТА ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ МОЛОДІ

У цьому розділі розглянуто соціальні чинники впливу на поведінку та здоров'я підлітків.

Аспекти здорової (чи шкідливої) поведінки та індикатори здоров'я і здорової поведінки (відсутність тютюнокуріння, вживання алкоголю, препаратів конопель, гарне самопочуття, мінімальна кількість травм) певним чином пов'язані між собою. Для визначення патернів цих зв'язків та агрегації даних для аналізу чинників ці аспекти та індикатори за допомогою методу основних компонентів було об'єднано в три фактори (рівень поясненої дисперсії – 59%, метод ротації – Еквamax).

Таким чином, виміряна поведінка молоді, пов'язана зі здоров'ям та самовідчуттям, розглядається в трьох окремих площинах:

**Деструктивні кліше дорослішання** – регулярне тютюнокуріння і кількість цигарок, частота вживання алкогольних напоїв та ранній вік першого досвіду сексуальних стосунків.

**Ескапізм, втеча від реальності** – кількість порцій алкоголю, що вживається за один раз, та тривалість періоду вживання препаратів конопель.

**Фізична вразливість** – частота проявів больових та психічних дискомфортів, суб'єктивна оцінка здоров'я та загального самопочуття, кількість травм та кількість образ, що їх зазнала людина останнім часом.

Для визначення чинників впливу проводився лінійний регресійний аналіз, з контролем за такими показниками, як стать, тип населеного пункту та тип навчального закладу, оскільки вони тісно пов'язані з поширеністю відповідних типів поведінки (вік окремо не виділявся параметром контролю, оскільки тісно пов'язаний з типом навчального закладу).

За чинники впливу взято акумульовані індикатори за розділами (агреговані, просумовані, що дозволило штучно збільшити розмірність шкали відповідей):

- Кількість часу, відведеного інтенсивній фізичній активності (запитання: «Скільки годин на тиждень у свій вільний від занять час ти виконуєш різні фізичні вправи (наприклад, вправляєшся або тренуєшся), від яких ти пітнієш або захекуєшся?»).
- Підтримка батьків (запитання-твердження: «Моя мама/мій тато допомагає мені настільки, наскільки мені необхідно; дозволяє мені займатися тим, що мені подобається; любить мене; розуміє мої проблеми і турботи; любить, коли я сам(а) приймаю рішення; намагається контролювати мене в усьому; ставиться до мене, як до малої дитини; допомагає мені відчувати себе краще, коли я розстроєний(а)»; та блок питань-тверджень: «Якщо в мене виникають проблеми в навчальному закладі, мої батьки завжди готові допомогти; мої батьки готові прийти до навчального закладу і поговорити з учителями/викладачами; мої батьки заохочують мене добре вчитися; мої батьки цікавляться, як ідуть мої справи в навчальному закладі; мої батьки завжди готові допомогти мені виконати домашнє завдання»).
- Підтримка друзів (запитання-твердження: «Мої друзі справді намагаються допомогти мені; я можу розраховувати на друзів, якщо в мене виникають неприємності; зі своїми друзями я можу ділитися радощами і прикрощами; я можу обговорювати свої проблеми з друзями»).
- Поінформованість батьків (запитання: «Наскільки добре твоя мама/твій батько знає... Хто твої друзі? Як ти витрачаєш гроші? Де ти буваєш після школи/навчання? Де ти буваєш увечері? Що ти робиш у вільний час?»).
- Підтримка вчителів (запитання-твердження: «Мені здається, що вчителі/викладачі сприймають мене таким(ою), який(яка) я є; мені здається, що мої вчителі/викладачі ставляться до мене, як до особистості; я дуже довіряю своїм вчителям/викладачам; я завжди одержую додаткову допомогу від учителів/викладачів, якщо маю потребу в ній; мої вчителі/викладачі заохочують мене до висловлення власної точки зору; наші вчителі/викладачі справедливо ставляться до нас»).
- Атмосфера в навчальному закладі (запитання: «Як ти ставишся до свого навчального закладу в даний час? Чи відчуваєш ти напруженість під час виконання завдань (як у класі/групі, так і вдома)?»);

та запитання-твердження: «Учням/студентам нашого класу/групи подобається бути разом; у нашому класі/групі багато добрих і турботливих учнів/студентів; інші учні/студенти сприймають мене таким(ою), яким(ою) я є»).

- Належність до організацій (запитання: «Скажи, чи ти є членом якоїсь громадської організації або якогось гуртка/клубу?»).
- Негативна поведінка друзів (запитання: «Більшість друзів у твоїй компанії... курять сигарети, вживають алкогольні напої, ...наркотики»).
- Позитивна поведінка друзів (запитання-твердження: «Більшість друзів у твоїй компанії... добре вчаться; займаються спортом; беруть участь у культурних заходах, не пов'язаних зі спортом, наприклад, заходах з охорони навколишнього середовища, допомагають нужденним»).
- Час, проведений перед телевізором, комп'ютером, електронним приладом (питання: «Скільки годин на день ти зазвичай дивишся телевізор, ... біля екрана у свій вільний час? Скільки годин на день у свій вільний час ти зазвичай проводиш за електронними пристроями...?»).

А також фактори, отримані на основі запитань про те, що є предметами поваги або заздощів серед молоді (метод аналізу – основні компоненти, рівень поясненої дисперсії – 70%). Прагнення молоді демонструють спрямованість зусиль, а зв'язок з тим чи іншим індикатором здоров'я дає підґрунтя для комунікації та інформує про те, що саме доцільно доносити для молоді для сприяння поведінки, пов'язаної зі здоров'ям:

- Конформність – прагнення до міцного здоров'я, моральних цінностей, цікаві хобі, ерудованість.
- Поверхові прагнення – модний одяг, фізична форма (гарне тіло), кишенькові гроші, мати можливість «красиво» відпочивати, поїздки за кордон тощо.
- Амбітність – прагнення до навчання в престижній школі, висока успішність у навчанні, високий рівень матеріальної забезпеченості родини тощо.

Оскільки, як розглянуто вище, більшість зазначених змінних має певні статистичні особливості за такими параметрами, як стать, тип населеного пункту та тип навчального закладу, моделі виділення чинників впливу представлено як загалом, так і окремо для дівчат/хлопців, жителів обласних центрів/міст/сіл, учнів шкіл/ПТНЗ/студентів ВНЗ. Для визначення наявності та сили впливу застосовувався лінійний регресійний аналіз (метод-ентер). Відсоток поясненої дисперсії в отриманих моделях варіюється від 13% до 26%, що є недостатньою підставою для розгляду прогностичної сили коефіцієнтів, але всі отримані моделі впливу серед усіх розглянутих категорій є статистично значущими, що є достатнім для виділення та інтерпретації чинників впливу.

## РЕЗУЛЬТАТИ

Розглянемо чинники впливу в трьох вимірах поведінки молоді: деструктивної поведінки дорослішання, ескапізму та фізичної вразливості.

**На деструктивну поведінку молоді** (тютюнокуріння, часте вживання алкоголю та ранній початок статевого життя) впливає передусім компанія друзів індивіда, члени кої демонструють такий приклад (табл. 4.1). Належність до «поганої компанії» спричиняє погану поведінку як серед хлопців, так і серед дівчат в усіх виділених типах населених пунктів та типах навчальних закладів. При цьому приклади позитивної поведінки друзів впливають на зменшення шкідливої для здоров'я поведінки лише серед дівчат та серед школярів. Такий фактор, як підтримка друзів (наявність друзів, на яких можна розраховувати, ділитися радощами та проблемами), впливає на зменшення деструктивної поведінки загалом, особливо серед хлопців та серед студентів ВНЗ. Для практично всіх категорій молоді поінформованість батьків, тобто довірливі відносини з батьками (батьки знають друзів, на що витрачаються кишенькові гроші, де проводиться дозвілля тощо), зменшують тенденцію до негативної поведінки. А от від шкідливих звичок фактор батьківської підтримки вберігає лише молодших підлітків – тих, хто навчається в школах.

Позитивна атмосфера в навчальному закладі (позитивне ставлення до навчального закладу, хороші стосунки між учнями/студентами та вчителями) зменшує тенденцію до негативної щодо здоров'я поведінки загалом, а особливо для хлопців, жителів міст та

школярів. Також зменшує негативні тенденції і належність підлітка до певної організації, особливо сильний вплив такої обставини для хлопців, жителів обласних центрів, міст та школярів.

Час, який молодь проводить за переглядом телепрограм та/або за комп'ютерними іграми та іншими заняттями з електронними приладами, вочевидь, певною мірою стримує від шкідливої поведінки сільську молодь.

Таблиця 4.1

**Чинники деструктивної поведінки дорослішання**

	Загалом	Хлопці	Дівчата	Обласні центри	Міста	Села	Школи	ПТНЗ	ВНЗ
Підтримка друзів	↓	↓	○	○	○	○	○	○	↓
Поінформованість батьків	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	○
Підтримка вчителів	○	○	↓	○	○	○	○	○	○
Атмосфера в навчальному закладі	↓	↓	○	○	↓	○	↓	○	○
Належність до організацій	↓	↓	○	↓	↓	○	↓	○	○
Негативна поведінка друзів	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Позитивна поведінка друзів	○	○	↓	○	○	○	↓	○	○
Підтримка батьків	○	○	○	○	○	○	↓	○	○
Конформність	○	○	○	○	○	○	○	○	↓
Поверхові прагнення	↓	○	↓	↓	○	○	↓	↓	○
Амбітність	↓	○	↓	○	↓	○	↓	○	○
Час, проведений перед екраном/монітором	○	○	○	○	○	↓	○	○	○
Час, присвячений фізичній активності	○	○	○	○	○	○	○	↓	○
Характеристика моделі (R Square)	0,256	0,259	0,247	0,284	0,260	0,204*	0,224	0,299	0,284

Щодо прагнень, то можна відмітити тенденцію – молодь частіше проявляє деструктивну поведінку, коли має менше прагнення до успіху, як у поверхових його індикаторах, як-то красива фізична форма, модний одяг, подорожі за кордон, так і більш змістовних – прагнення до навчання в престижній школі, проживання в престижному районі, високого рівня матеріального забезпечення родини. Очікувано ті, хто проявляє конформність, хто вербально підтримує загальні типові позитивні прагнення (ерудованість, здоров'я, досягнення в спорті тощо) та навчається у ВНЗ, частіше демонструють здорову поведінку. Кількість годин, що приділяється фізичним вправам на дозвіллі, не має впливу на деструктивну поведінку, за винятком однієї виділеної групи – учнів ПТНЗ, на яких вона впливає позитивно.

Окремим фактором негативної щодо здоров'я поведінки є **ескапізм** (втеча від дійсності), що виражається у схильності до вживання великої кількості алкоголю та більшого досвіду вживання препаратів конопель. У попередньому факторі споживання алкоголю фігурувало радше як вид проведення дозвілля, який молодь може сприймати як демонстрацію своєї «дорослості». У даному факторі ми розглядаємо кількість порцій алкоголю, яку індивід споживає за один раз. Вкупі з регулярним досвідом вживання марихуани припускаємо, що маємо справу з бажанням втечі від реальності, зміни сприйняття світу і так далі.

Найвпливовішим чинником сприяння ескапізму є погані звички у друзів – це збільшує ймовірність надмірного споживання алкоголю та вживання препаратів конопель серед усіх підгруп (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

## Чинники ескапізму

	Загалом	Стать		Тип населеного пункту			Тип навчального закладу		
		Хлопці	Дівчата	Обласні центри	Міста	Села	Школи	ПТНЗ	ВНЗ
Підтримка друзів	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Поінформованість батьків	↓	○	↓	○	○	○	↓	↓	○
Підтримка вчителів	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Атмосфера в навчальному закладі	○	○	↓	○	○	○	○	○	○
Належність до організацій	↓	○	↓	↓	○	○	↓	○	○
Негативна поведінка друзів	↑	↑	↑	↑	↑	○	↑	↑	↑
Позитивна поведінка друзів	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Підтримка батьків	○	○	↓	○	○	○	○	○	○
Конформність	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Поверхові прагнення	○	○	↑	○	○	○	○	↑	○
Амбітність	↑	○	○	○	↑	○	↑	○	○
Час, проведений перед екраном/монітором	↑	○	○	○	↑	○	↑	○	○
Час, присвячений фізичній активності	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Характеристика моделі (R Square)	0,137	0,151	0,122	0,172	0,144	0,073	0,116	0,224	0,166

Іншим важливим фактором є поінформованість батьків – знижує ризик цього типу поведінки назагал та зокрема серед дівчат та учнів шкіл і ПТНЗ. Лише серед дівчат знижує схильність до ескапізму атмосфера в навчальному закладі та батьківська підтримка. Належність до організацій позитивно в цьому аспекті впливає на тих же дівчат, а ще жителів обласних центрів та учнів шкіл.

Здоров'я передусім асоціюється зі станом фізичного здоров'я, раніше в цьому звіті окремо розглянуто різні його індикатори та аспекти. Фізична вразливість – комплексний фактор, який об'єднує самооцінку самопочуття, кількість симптомів і кількість травм та образ, яких зазнавала людина. Тобто, тут об'єднані як умовно об'єктивні індикатори (кількість/частота проявів больових відчуттів), психологічні (отримання образ) та психосоматичні больові явища.

Найбільш вагомою обставиною серед розглянутих факторів, що впливає на фізичну стійкість/вразливість, є атмосфера в навчальному закладі (гарні стосунки між учнями, позитивне сприйняття навчального закладу, відсутність відчуття напруженості) – що краще відчувається учень/студент в навчальному закладі, то має краще загальне та фізичне самопочуття, у нього/неї виникає менше симптомів болю та/або дискомфорту, отримується менше травм та образ від однолітків. Така закономірність присутня в усіх виділених групах, та варто окремо відмітити більшу вагу цього чинника в школі, де учні є молодшими і ще відкритими для формування корисних життєвих звичок.

Наступним за вагою чинником впливу на фізичну активність є кількість часу, яку молодь приділяє фізичній активності: що більше часу приділяється на інтенсивну фізичну активність, то меншою стає фізична вразливість. Відмітимо, що найбільш піддатливою цьому чиннику є сільська молодь. З одного боку, це пов'язане з молодшим віком (кількість шкіл є більшою в селах), з іншого боку доцільним є звернення підвищеної уваги на сприяння формуванню фізичної культури саме в селах. Також очікувано підвищує фізичну вразливість чинник часу, що проводиться перед екраном (час, що присвячується перегляду телепрограм, відеоіграм, іншим заняттям перед монітором електронного приладу).

Фактори моральної підтримки мають позитивний вплив на фізичне самопочуття. Так, підтримка друзів, вчителів та батьків має вплив загалом. Всі три джерела підтримки статистично значущо покращують самопочуття школярів. І вони хоча мають вагу і для учнів/студентів інших типів освітніх закладів, збільшення підтримки лише для школярів здатне вплинути на покращення їхнього самопочуття. Підтримка друзів є важливою як для хлопців, так і для дівчат і збільшується зі зменшенням розміру населеного пункту. Підтримка вчителів впливає переважно на дівчат і є статистично значущою для жителів усіх типів населених пунктів. Підтримка батьків (саме підтримка, оскільки лише поінформованість не має статистично значущої ваги) має сильніше виражений вплив на фізичне почуття серед молоді, що проживає в обласних центрах. Фактори оточення – наявність компанії з хорошими звичками – позитивно впливають на учнів ПТНЗ, тоді як демонстрація негативних прикладів підвищує фізичну вразливість серед дівчат та міських жителів (табл. 4.3).



Таблиця 4.3

## Чинники впливу на фізичну вразливість

	Загалом	Хлопці	Дівчата	Обласні центри	Міста	Села	Школи	ПТНЗ	ВНЗ
Підтримка друзів	↓	↓	↓	○	↓	↓	↓	○	○
Поінформованість батьків	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Підтримка вчителів	↓	○	↓	↓	↓	↓	↓	○	○
Атмосфера в навчальному закладі	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Належність до організацій	○	○	○	↓	○	○	○	○	○
Негативна поведінка друзів	○	○	↑	○	↑	○	○	○	○
Позитивна поведінка друзів	○	○	○	○	○	○	○	↓	○
Підтримка батьків	↓	○	○	↓	○	○	↓	○	○
Конформність	○	○	↑	↑	↑	○	↑	↑	↑
Поверхові прагнення	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Амбітність	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Час, проведений перед екраном/монітором	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	○	○
Час, присвячений фізичній активності	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	○	↓
Характеристика моделі (R Square)	0,192	0,202	0,206	0,163	0,191	0,274	0,214	0,208	0,137

У впливі прагнень відмітимо дещо парадоксальну відсутність зв'язку між фізичним самопочуттям та амбітністю і поверховими прагненнями (що включають в себе хорошу фізичну форму) та негативний вплив конформності на фізичне самопочуття учнів/студентів всіх типів навчальних закладів, молоді обласних центрів та міст, дівчат (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

## Зведені фактори статистичного впливу на здоров'я та поведінку молоді

		Деструктивна поведінка «дорослішання»	Ескапізм	Фізична вразливість
Вплив освітньої установи	Атмосфера в навчальному закладі	☀️ ▼ Міста Школи	▲	BCI
	Підтримка вчителів	▲	—	☀️ ▲ Всі типи населених пунктів Школи
Вплив родини	Поінформованість батьків	BCI (крім ВНЗ)	☀️ ▲ Школи і ПТНЗ	—
	Підтримка батьків	Школи	▲	☀️ Обл. центри Школи
Вплив однолітків	Підтримка друзів	☀️ ▼ ВНЗ	—	☀️ ▼ ▲ Міста Села Школи
	Негативна поведінка друзів	BCI	BCI (крім села)	▲ Міста
	Позитивна поведінка друзів	▲ Школи	—	ПТНЗ
Прагнення	Конформність	ВНЗ	—	▲ Обл. центри Міста Всі типи навчальних закладів
	Поверхові прагнення	☀️ ▲ Обл. центри Школи ПТНЗ	▲ ПТНЗ	—
	Амбітність	☀️ ▲ Міста Школи	☀️ Міста Школи	—
Дозвілля	Належність до організацій	☀️ ▼ Обл. центри Міста Школи	☀️ ▲ Обл. центри Школи	Обл. центри
	Час, проведений перед екраном/монітором	Села	☀️ Міста Школи	BCI (крім ПТНЗ і ВНЗ)
	Час, присвячений фізичній активності	ПТНЗ	—	BCI (крім ПТНЗ)

Дівчата – ▲, Хлопці – ▼, Загалом – ☀️

## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Відчуття знервованості і непорозуміння в навчальному закладі (атмосфера) провокує молодь на деструктивні кліше дорослої поведінки – тютюнокуріння, збільшення частоти вживання алкоголю, ранній початок статевого життя, а також погіршує самопочуття учнів та студентів, ймовірно, при цьому створюються підстави для психосоматичних больових симптомів. Також провокує чи то виправдовує таку поведінку, підштовхує до зловживання алкоголем та вживання препаратів конопель наявність друзів, що демонструють такі звички. Поінформованість батьків мінімізує деструктивну поведінку, але зазначимо, що йдеться про довірливі взаємини з батьками, в результаті яких вони знають де, з ким і яким саме дозвіллям зайняті їхні діти. Окрім родинного кола, позитивно в цьому аспекті впливає і підтримка друзів, і належність до певної організації (спортивної, громадської, клубу, секції), що, ймовірно, є впливом відчуття належності. Прагнення загалом мотивують молодь до кращих патернів поведінки. Втім, вплив конформності негативно відображається на фізичному самовідчутті, що, ймовірно, пов'язане із зосередженням на навчанні, замість дозвілля і фізичної активності.

Фізична вразливість також мінімізується з відчуттям позитивної атмосфери в навчальному закладі та з підтримкою вчителів, друзів і батьків. Очевидним також є негативний вплив на самопочуття кількості часу, що проводиться перед екранами електронних пристроїв, та позитивний вплив часу, що присвячується інтенсивній фізичній активності.

Попри наявність статистичних відмінностей залежно від статі, типу населеного пункту та типу навчального закладу загальні тенденції чинників впливу є спільними.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Створення сприятливого мікроклімату в навчальному колективі; реалізація доброзичливих, довірливих та рівноправних партнерських стосунків між учнями та вчителями, формування відчуття підтримки й безпеки з боку викладацького складу.
- Розширення психологічної підготовки педагогічного персоналу.
- Інформаційно-просвітницька діяльність для батьків з метою:
  - підвищення поінформованості батьків про дозвілля молоді;
  - підтримки молоді в моральному аспекті;
  - впливу на формування кола друзів з акцентом на уникнення ровесників, котрі демонструють приклади поганої поведінки;
  - використання в комунікації з молоддю об'єктів прагнення та відкритості для прояву індивідуальності;
  - сприяння залученню молоді до дозвільних закладів, організацій;
  - посилення популяризації творчих гуртків, спортивних секцій;
  - попередження негативних проявів та формування навичок здорового способу життя серед дітей та молоді.

Здійснений аналіз продемонстрував придатність до корекції рівня здоров'я та поведінки молоді з боку освітньої сфери через розширення психологічної підготовки педагогічного складу та посилення програм розвитку молодіжних організацій.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Результати дослідження «Здоров'я підлітків: показники та соціальний контекст формування» дозволяють зробити висновки про те, що здоров'я людей залежить не тільки від медицини й охорони здоров'я, але й від впливу складного комплексу природних і соціально-економічних умов життя.

Головним є психічне або ментальне здоров'я, яке є показником «здорової нації», оскільки засвідчує стан благополуччя, реалізації молоддю власного потенціалу на благо суспільства, можливість справлятися зі звичайними життєвими стресами і тимчасовими негараздами.

Опитувані підтвердили достатньо високе задоволення життям. Однак викликає занепокоєння тенденція до погіршення з віком стану психічного здоров'я підлітків, появи та збільшення відчуття сильного смутку, що призводить до їх самоізоляції від соціуму в таких формах, як відмова від спілкування з друзями, батьками, невідвідування гуртків і секцій. Крім того, аналіз засвідчує гендерну відмінність цього показника: дівчата більше, ніж хлопці, схильні до відчуття сильного смутку.

Важливим фактором забезпечення психічного здоров'я є батьківська сім'я, бо саме в ній закладається образ майбутньої сім'ї підлітків, тому на дітей впливає структура сім'ї, в якій вони виховуються. Аналіз опитування засвідчує, що підлітки, які навчаються в середній школі найбільше психологічно страждають від розлучення батьків, реструктуризації сімей, збільшення кількості «формальних» сімей, що є проявом соціально-економічної кризи та деморалізації суспільства.

Сімейний клімат впливає на розвиток дитини. Зацікавленість з боку батьків особистими справами, шкільним життям, проведенням дозвілля та належна підтримка є вкрай важливими для подальшої самореалізації молоді особистості, адже саме забарвленість емоційних контактів, турбота та взаєморозуміння з батьками, дозвіл і покарання, контроль фінансових витрат і самостійність підлітків у прийнятті рішень, поширеність основних видів родинного спілкування безпосередньо позначаються на формуванні почуття задоволеності (незадоволеності) собою і оточуючим світом.

Потребу в комунікації людина з дитинства починає реалізувати в сім'ї. Проте з віком простежується тенденція до ускладнення обговорення підлітками особистих проблем з батьками. Поступово зміщується комунікація з родинного кола на оточення, що є закономірним процесом соціалізації молоді – включення в шкільний колектив, дозвілєвий центр, спортивний клуб чи інше середовище. Дорослішаючи, підлітки дедалі готові при виникненні неприємностей звертатися до однолітків, ділитися з ними радощами та прикрощами, обговорювати проблеми. Логічним результатом є те, що опитані учні та студенти задоволені своїми взаєминами в колективі, а дівчатам частіше притаманно мати друзів із соціально схвальною поведінкою.

Наслідком інформатизації суспільства є віртуалізація спілкування. Хоча потреба в особистісному спілкуванні є дуже високою, віртуальне спілкування стало частиною життя сучасної молоді. Гендерний аспект цього питання також має свою особливість: комунікація в Інтернеті є більш поширеною серед дівчат, ніж серед хлопців, які віддають перевагу міжособистісному спілкуванню.

Водночас турбує невисока громадська активність учнівської молоді. Значна кількість опитуваних не належать до жодної організації; а найпоширеніші серед молоді об'єднання – спортивні.

Питання власної безпеки і захищеності від проявів насильства залишається однією з найгостріших проблем українського суспільства, тому критерій безпечного толерантного середовища освітнього закладу став обов'язковим для батьків, які обирають навчальний заклад для своєї дитини. Насильство здійснюється як дорослими, так і самими дітьми стосовно одне одного. Травми, що є наслідком фізичного насильства, є однією з причин погіршення здоров'я, особливо серед хлопців, які у два рази частіше, ніж дівчата, беруть участь у бійках.

Інформатизація призвела до поширення нових форм соціально-психологічного третирування, які відрізняються анонімністю – принижені через SMS, в соціальній мережі,

електронні листи, «кібертретируванням». З віком молодь набуває навичок конструктивного розв'язання конфліктів.

Попри те, що підлітки, зазвичай, вважаються здоровою групою, важливими факторами збереження здоров'я є превентивне медичне обслуговування, доступність кваліфікованого медичного персоналу, наявність побутових зручностей всередині шкільної будівлі. Дослідження підтвердило критичність ситуації, що склалася в українському соціумі у зв'язку зі скороченням медичних працівників у навчальних закладах і їх потребу постійного перебування в навчальних установах.

Якісним показником фізичного здоров'я підростаючого покоління є здоровий спосіб життя, який включає раціональне харчування, оптимальний режим праці та відпочинку, викорінювання шкідливих звичок, оптимальний руховий режим, особисту гігієну, загартовування тощо.

Як підтверджує аналіз даних респондентів, питання зовнішнього вигляду і відчуття підлітками власного тіла набуло сьогодні актуальності. Поширеність надмірної ваги та ожиріння в учнів українських шкіл є наслідком нераціонального харчування, невідповідності надходження калорій з їжею витратам енергії за рахунок фізичної активності, відсутності знань в учнівському середовищі про раціональне харчування.

Прагнення стати дорослішими, самоствердитись та бажання бути прийнятим у своєму оточенні часто призводять до вживання алкоголю, спонукають їх до адиктивної та девіантної поведінки (наприклад, тютюнокуріння, вживання наркотиків), до ризикованої сексуальної поведінки тощо. Цікавою тенденцією стало зменшення частки підлітків, які практикують щоденне куріння, що стало результатом роз'яснювальної роботи і прийняття законодавства на державному рівні, що забороняє куріння не тільки дітям, але й дорослим.

Складний комплекс природних і соціально-економічних умов життя впливає на формування особистості молодої людини і породжує фактори соціалізації серед яких:

- деструктивні кліше дорослішання, ескапізм (втеча від реальності), фізична вразливість – не сприяють зміцненню здоров'я підлітків;
- конформність як прагнення до міцного здоров'я, моральних цінностей, цікаві хобі, ерудованість; поверхові прагнення (модний одяг, фізична форма, кишенькові гроші, мати можливість «красиво» відпочивати, поїздки за кордон тощо); амбітність як прагнення до навчання в престижній школі, висока успішність у навчанні, високий рівень матеріальної забезпеченості родини тощо – позитивно впливають на здоров'я підлітків.

Для прискорення виходу України на шлях сталого розвитку й утвердження в суспільстві європейських цінностей слід розробити Стратегію формування здорової нації. Державні установи, насамперед, навчальні й медичні заклади, та недержавні громадські організації повинні реалізовувати політику сприяння здоровому способу життя громадян, зокрема дітей та підлітків.

Сім'я є основою розвитку людської індивідуальності, в рамках якої відбувається процес виховання дітей, їх соціалізація на ранніх етапах життя, адаптація до шкільної та національної спільноти. З раннього дитячого віку є важливим виховання здорового вибору, що розпочинається в родині. Тому державні стратегії та програми повинні бути націлені на формування у свідомості людей розуміння важливості ролі сім'ї у житті суспільства, відповідальності за членів сім'ї, за дітей, сприяння становленню працюючої, економічно спроможної сім'ї на основі нових соціально-економічних відносин.

У програмах підготовки та перепідготовки працівників навчальних закладів слід звернути особливу увагу на впровадження інтерактивних інноваційних методів і підходів з формування інтересу до раціонального харчування, особистої гігієни, загартовування, визначення оптимального режиму праці та відпочинку, рухового режиму, викорінювання шкідливих звичок.

Слід посилити співпрацю навчальних закладів із батьками, громадськими організаціями, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, «клініками, дружніми до молоді», з відділеннями міліції, що спрямовані на подолання кіберзлочинності у напрямі реалізації Стратегії формування здорової нації.

У навчальних закладах є необхідним підтримання сприятливої атмосфери: доброзичливих, поважливих і довірливих стосунків, відчуття підтримки й безпеки, важливих для збереження психічного здоров'я дітей і підлітків та їх гармонійного розвитку. Саме навчальні заклади та родина повинні не тільки сприяти психічному здоров'ю підлітків, але й навчати молодь зберігати його самостійно.

У програмах і заходах медичних установ повинні бути передбачені заходи, націлені на попередження небезпечних хвороб, зрозуміле пояснення дітям та підліткам необхідності профілактики, зокрема щеплень, здорового харчування та занять фізкультурою і спортом.

Програми універсальної профілактики, спрямованої на загальне населення, скоріше, будуть малоефективними серед молодих людей, які вже вживають психоактивні речовини. Тому впровадження за участю спеціалістів-медиків селективної профілактики, спрямованої на групи ризику, на тих, хто вже пробував вживати психоактивні речовини, яка враховувала б не тільки досвід вживання психоактивних речовин, але й сімейне (родинне середовище), генетичні фактори ризику, поведінкові особливості дітей, видається більш ефективною з точки зору попередження формування залежності від вживання психоактивних речовин.

Від ЗМІ вимагається створення сучасного та об'єктивного інформаційного простору здоров'я, в якому фахівці та популярні серед молоді особистості зможуть постійно доносити до кожної дитини та підлітка позитивний меседж про відповідальне ставлення до власного здоров'я.

Формування активної громадської позиції, членство в громадських організаціях дасть можливість молоді долучатися до різних видів активностей, відчувати свою приналежність до ширшого кола людей, заповнювати своє дозвілля змістовним, корисним заняттям, розвивати свій творчий потенціал.

Основними джерелами фінансування заходів зі збереження та зміцнення здоров'я молоді у навчальних закладах мають бути громадські внески, бюджетне фінансування, допомога громадських організацій та благодійних фондів.



## ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюл. / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦСЕС МОЗ України. – 2014. – № 41. – 95 с.
2. Все про глядачів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.itk.ua/ua/page/facts/>
3. Главник О.П. Як допомогти дітям і молоді у збереженні психічного здоров'я / О.П. Главник. – К. : Укр. ін.-т соц. дослідж., 2005. – 8 с. (Формув. здоров. способу життя молоді ; Кн. 8).
4. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. – Geneva : World Health Organization, 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976_rus.pdf)
5. Глухов В.И. Физическая культура в формировании здорового способа жизни / В.И. Глухов. – К. : Здоровье, 1990. – 70 с.
6. Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу ДСанПіН 5.5.2.008-01 : Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 14.08.2001 р. № 63 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://lawua.info/bdata1/ukr1854/index.htm>
7. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2013 рік : стат. довідник. – К. : ДЗ «Центр медичної статистики» МОЗ України, 2014.
8. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : моногр. / О.М. Балакірева, Н.О. Рингач, Р.Я. Левін та ін. / Наук. ред О.М. Балакірева. К. : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2007. – 128 с.
9. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. – Україна. Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р. – К. : Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань, 2010.
10. Основи здоров'я (Експериментальний посібник для учнів) (I віковий рівень) / Т. Бойченко, Н. Колотій. – К. : Держ. інс. проблем сім'ї та молоді ; Укр. ін-т соц. дослідж., 2004. – С. 90–91.
11. Подростки: риски для здоровья и их пути решения : информ. бюл. – 2014. – № 345, Май [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/ru>
12. Про загальну середню освіту : Закон України від 13.05.1999 р. №651-XIV / Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 28 – С. 547–562.
13. Про затвердження Концепції щодо удосконалення надання психіатричної допомоги дітям : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.08.2012 р. № 668 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120830\\_668.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120830_668.html)
14. Про затвердження Критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2013 р. № 802 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1694-13>
15. Про затвердження Методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних засад здорового харчування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.01.2013 р. № 15 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130114\\_0016.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130114_0016.html).
16. Про затвердження типових штатних нормативів загальноосвітніх навчальних закладів : Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.12.2010 р. № 1205 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1308-10>
17. Про обов'язкові медичні огляди деяких категорій населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.1994 р. № 532 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/532-94-%D0%BF>
18. Про охорону дитинства : Закон України від 08.06.2013 р. № 2402-14. // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2001. – № 30. – Ст. 142 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>

19. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ : Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>
20. Про схвалення концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>
21. Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 серпня 2010 р. № 682 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0794-10>
22. Развитие подростков [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/)
23. Personal and Parental Weight Misperception and Self-Reported Attempted Weight Loss in US Children and Adolescents, National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2008 and 2009–2010. *Prev. Chronic. Dis.* 2014;11:140123. // H.Chen, S.Lemon, S.Pagoto et al. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14\\_0123.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2014/14_0123.htm)
24. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, О.Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О.М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка ; К.І.С., 2011. – 172 с.
25. Торонтская хартия о физической активности: глобальный призыв к действию. Глобальный совет пропаганды физической активности, Международное общество физической активности и здоровья. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-russian-20may2010.pdf>
26. Физическая активность / Информационный бюллетень ВОЗ. – № 384. – Февраль 2014 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ru/>
27. Стан здоров'я дітей в Україні та основні медико-соціальні чинники, що впливають на його формування / З.А. Шкіряк-Нижник, Н.Я. Жилка, Т.А. Романенко, К.І. Жилка // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики : зб. наук. пр. – Вип. 26. – Київ ; Луганськ. – 2013. – С. 503–517.
28. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Feeding the child. In: *Pediatric Nutrition, 7th*, Kleinman R.E, Greer F.R. (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2014. – P.14.
29. Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe. Cannabis. Published: 15 November, 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011/cannabis/3>
30. Corrigan D. The pharmacology of cannabis: issues for understanding its use // *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph series 8. – Vol. 1. – Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008.
31. Currie C. et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.* – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents., 2012. – No. 6. – P. 228–251.
32. Data on drugs in Europe [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>
33. de Onis M et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85(9):661–668 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/en/index.html>
34. Donovan J.E. Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments / J.E. Donovan // *Pediatrics.* – 2009. – P. 123(6).

35. Doolen J. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research / J. Doolen, P. Alpert, S. Miller [Електронний ресурс] // J. Acad. Nurse Pract. – 2009. – №21(3):160–6. – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19302692>
36. Early years, family and education task group: report European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. – Copenhagen : World Health Organization, 2013. – 80 p.
37. Food and nutrition policy for schools: a tool for the development of school nutrition programs in the WHO European Region [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/152218/E89501.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/152218/E89501.pdf?ua=1)
38. David H. Jernigan Global Status Report: Alcohol and Young People / World Health Organization. – Geneva, 2001 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.1.pdf)
39. Grant B.F. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. / B.F. Grant, D.A. Dawson // Journal of substance abuse, – 1997. – 103–110.
40. Hammons A.J. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? / A.J. Hammons, B.H. Fiese [Електронний ресурс] // Pediatrics 2011; 127:e1565 – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=21536618>.
41. Haug E. HBSC Obesity Writing Group. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study / E. Haug et al. [Електронний ресурс] // International Journal of Public Health. – 2009. – №54 (Suppl. 2). – P. 167–179. – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19618111>
42. Hawkins J.D. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. / J. D. Hawkins. [Електронний ресурс] // Journal of studies on alcohol. – 1997. – №58(3). – P. 280–290.
43. Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Internal Research Protocol for the 2013/2014 survey. – Edinburgh. – Режим доступу : <http://www.hbsc.org>.
44. Hingson R. Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking / R. Hingson et al. // Journal of the American Medical Association. – 2000. – № 284. – P. 1527–1533.
45. Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. – Vol. 2. Childhood / Editors: V. Barnekow, B.B. Jensen, et al. – Copenhagen : WHO, 2013. – 113 p.
46. Osakinle E.O. The Roles of Media and Technology in Adolescents'. [Електронний ресурс] // E.O. Osakinle, B.S. Adegroye, F.T. Olajubutu // Middle-East Journal of Scientific Research. – 2009. – № 4 (4). – P. 307–309. – Режим доступу : [http://www.idosi.org/mejsr/mejsr4\(4\)/12.pdf](http://www.idosi.org/mejsr/mejsr4(4)/12.pdf)
47. Primack B.A. Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood [Електронний ресурс] / Brian A. Primack and others // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66, №2. – P. 181–188. – Режим доступу : <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210196&resultClick=3>
48. Riddoch C. Relationships between physical activity and health in young people. / C. Riddoch // Health Education Authority (ed). Young and Active? Young People and Health-Enhancing Physical Activity – Evidence and Implications. – London : Health Education Authority, 1998.
49. School Health and Nutrition [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://go.worldbank.org/2T6639EC20>.
50. Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment / F.M. Tims, M.L. Dennis, N. Hamilton et al. // Addiction 97 – 2002 (Suppl. 1): – P. 46–57.

## ДОДАТОК

**ТАБЛИЦІ, ЩО РЕПРЕЗЕНТУЮТЬ ДАНІ МІЖНАРОДНОГО ОПИТУВАННЯ  
«ЗДОРОВ'Я ТА ПОВЕДІНКОВІ ОРІЄНТАЦІЇ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ»,  
ОТРИМАНІ В 2010 РОЦІ**

## ТАБЛИЦІ ДОДАТКОВИХ ДАНИХ

Нижче наводяться таблиці додаткових даних<sup>52</sup>:

### 1. Соціальний контекст:

- Структура сім'ї: підлітки, які живуть у сім'ях різного типу;
- Проводять час разом з друзями після школи чотири або більше днів на тиждень.

### 2. Показники здоров'я та самопочуття:

- Відчують головний біль частіше ніж 1 раз на тиждень;
- Поганий настрій буває більш як один раз на тиждень;
- Надмірна маса тіла та ожиріння: показники відсутніх даних за ІМТ;
- Надмірна маса тіла та ожиріння, з використанням прийнятого у ВООЗ показника зросту.

### 3. Форми поведінки щодо здоров'я:

- Щоденне вживання овочів;
- Фізична активність високої інтенсивності протягом двох чи більше годин на тиждень;
- Використання комп'ютера для відправки електронної пошти, роботи в Інтернеті або виконання домашніх завдань у свій вільний час протягом двох або більше годин у будні;
- Комп'ютерні ігри або ігри на інших електронних носіях протягом двох або більше годин в будні дні.

### 4. Форми поведінки, пов'язаної з ризиком:

- Ті, що коли-небудь курили;
- Щоденне куріння;
- Вживання пива не менше ніж 1 раз на тиждень;
- Вживання вина не менше ніж 1 раз на тиждень;
- Вживання міцних спиртних напоїв не менше ніж 1 раз на тиждень;
- Вживання слабоалкогольних напоїв не менше ніж 1 раз на тиждень;
- Вживання алкоголю вперше у віці 13 років та менше;
- Групи споживачів конопель;
- Вживання конопель за останні 12 місяців;
- Участь у бійках не менше ніж 1 раз за останні 12 місяців;
- Був жертвою третирування, приниження, насильства (булінгу) в школі не менше ніж 1 раз за останні два місяці;
- Третирування, приниження, насильства (булінг) слабших в школі не менше ніж 1 раз за останні два місяці.

<sup>52</sup> Currie C. et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents. – 2012. – №. 6. – P. 228–251.

## Соціальний контекст: структура сім'ї: підлітки, які живуть у сім'ях різного типу, %\*

Країни та області	Двоє батьків	Один з батьків	Приймозна сім'я	Інше
Гренландія	49	29	7	14
США	58	23	15	4
Уельс	60	24	12	4
Латвія	62	23	12	3
Англія	65	20	13	2
Естонія	66	19	14	2
Бельгія (франц.)	66	16	16	2
Шотландія	66	21	11	2
Канада	67	18	11	3
Чеська Республіка	68	16	14	3
Данія	68	19	12	1
Литва	69	20	9	3
Ісландія	69	16	13	1
Бельгія (флам.)	70	14	14	2
Угорщина	71	17	10	2
Франція	71	14	13	1
Фінляндія	71	15	13	1
Норвегія	72	14	12	2
Швеція	72	13	14	1
Люксембург	74	15	10	2
Україна	74	16	8	3
Австрія	74	18	7	2
Румунія	74	17	3	5
Німеччина	75	15	9	1
Ірландія	76	15	7	2
Швейцарія	77	14	8	1
Словаччина	78	14	6	2
Португалія	79	12	7	2
Нідерланди	80	13	7	1
Польща	81	13	5	2
Туреччина	81	14	1	3
Іспанія	82	12	3	3
Словенія	82	11	5	1
Італія	84	12	2	2
Греція	85	10	3	1
Республіка Македонія	87	10	1	2
Хорватія	88	8	3	1
Вірменія	88	29	1	1

\* Примітка: відсутні дані по Російській Федерації.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання про те, в умовах якої сім'ї вони проживають і чи живуть вони на два будинки або на дві сім'ї, а також з ким вони проживають більшу частину часу. Представлені тут дані відображають частку респондентів, що проживають в основному з обома батьками, в прийомній сім'ї, в сім'ї з одним із батьків тощо (наприклад, у дитячому будинку сімейного типу або за ними наглядають особи, які не є батьками).



## Проводять час з друзями після школи чотири дні на тиждень або частіше, %\*

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Республіка Македонія	69	65	67	Республіка Македонія	69	60	64	Республіка Македонія	66	60	63
Україна	64	61	62	Гренландія	57	61	59	Гренландія	66	55	61
Румунія	56	52	54	Україна	62	55	59	Вірменія	70	42	56
Польща	51	54	53	Словаччина	58	52	55	Словаччина	58	52	55
Гренландія	49	51	50	Румунія	59	44	52	Україна	60	47	53
Словаччина	48	50	49	Латвія	51	46	48	Люксембург	53	46	50
Англія	50	43	46	Вірменія	54	42	48	Хорватія	52	46	49
Хорватія	51	40	45	Люксембург	53	42	47	Італія	53	41	47
Латвія	46	44	45	Чеська Республіка	43	50	46	Литва	51	42	47
Литва	45	45	45	Польща	49	43	46	Угорщина	49	43	46
Норвегія	48	41	44	Італія	47	43	45	Чеська Республіка	43	48	46
Чеська Республіка	44	43	44	Хорватія	50	39	45	Латвія	46	43	44
Люксембург	46	37	42	Литва	45	44	44	Австрія	49	40	44
Ірландія	39	42	41	Англія	47	36	41	Румунія	49	39	44
Вірменія	50	30	40	Іспанія	44	35	40	Польща	46	40	43
Ісландія	41	38	40	Ісландія	40	39	39	Словенія	43	40	42
Естонія	40	39	39	Ірландія	41	35	38	Англія	49	31	40
Австрія	40	36	38	Естонія	41	34	38	Іспанія	41	37	39
Німеччина	39	36	37	Австрія	43	31	37	Греція	46	30	38
Португалія	42	32	37	Словенія	36	37	36	Франція	41	32	36
Словенія	38	36	37	Норвегія	40	32	36	Ісландія	37	35	36
Іспанія	41	32	36	Греція	38	32	35	США	41	30	36
Уельс	40	31	36	Португалія	37	32	35	Швейцарія	37	33	35
Італія	37	34	36	Уельс	38	31	34	Португалія	35	30	33
Фінляндія	39	31	35	Угорщина	39	30	34	Норвегія	36	29	33
Шотландія	38	30	34	Німеччина	37	31	34	Естонія	34	29	32
США	36	31	33	Шотландія	37	31	34	Німеччина	34	28	31
Угорщина	33	31	32	Франція	35	31	33	Ірландія	35	26	30
Швеція	34	30	32	США	35	28	32	Канада	32	25	29
Греція	34	27	31	Фінляндія	35	24	30	Фінляндія	35	21	28
Франція	33	28	30	Канада	33	25	29	Уельс	34	22	28
Канада	32	25	29	Швейцарія	29	26	27	Бельгія (флам.)	31	24	28
Нідерланди	30	27	28	Бельгія (флам.)	27	26	26	Швеція	29	25	27
Швейцарія	29	23	26	Швеція	28	25	26	Шотландія	29	24	27
Данія	28	21	25	Данія	24	25	25	Бельгія (франц.)	26	18	22
Туреччина	26	17	21	Туреччина	29	15	22	Нідерланди	24	19	21
Бельгія (франц.)	22	15	19	Нідерланди	24	18	21	Данія	23	18	21
Бельгія (флам.)	21	16	19	Бельгія (франц.)	21	16	19	Туреччина	28	13	20
<b>Середнє HBSC</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>41</b>	<b>35</b>	<b>38</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>42</b>	<b>34</b>	<b>38</b>

\* Примітка: відсутні дані по Російській Федерації.

Підліткам було поставлено запитання про те, скільки днів на тиждень вони зазвичай проводять з друзями відразу після школи. Варіанти відповіді варіювалися від «0» до «5» днів. Представлені дані відображають частку респондентів, які проводять час з друзями після школи чотири або більше днів на тиждень.

## Показники здоров'я та самопочуття: мають головний біль частіше ніж раз на тиждень, %\*

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Туреччина	23	32	27	Туреччина	25	36	31	Італія	15	42	29
Італія	20	30	25	Вірменія	21	27	24	Туреччина	22	35	29
Вірменія	26	23	25	Російська Федерація	20	28	24	Вірменія	16	37	26
Румунія	22	24	23	Словаччина	18	29	24	Румунія	15	33	24
Гренландія	19	27	23	Італія	16	31	23	Гренландія	18	28	23
Словаччина	19	24	21	Бельгія (франц.)	20	27	23	Бельгія (франц.)	14	32	23
Російська Федерація	16	26	21	Румунія	14	31	23	Греція	14	31	23
Латвія	16	22	19	Гренландія	21	22	22	Російська Федерація	15	30	23
Бельгія (франц.)	15	23	19	Литва	16	26	21	США	14	31	23
Польща	16	21	19	Польща	17	23	20	Польща	13	31	22
Україна	13	24	18	Нідерланди	15	24	20	Литва	15	28	22
Литва	16	21	18	Греція	11	28	19	Угорщина	15	29	22
Нідерланди	15	21	18	Україна	13	25	19	Англія	14	28	21
Англія	14	22	18	США	13	25	19	Україна	10	33	21
США	15	19	17	Чеська Республіка	14	23	19	Словаччина	15	27	21
Угорщина	16	18	17	Латвія	15	21	18	Чеська Республіка	13	28	20
Чеська Республіка	13	21	17	Естонія	14	21	17	Люксембург	13	26	19
Іспанія	14	18	16	Англія	13	21	17	Швеція	11	28	19
Ісландія	13	19	16	Угорщина	11	23	17	Латвія	13	26	19
Уельс	12	16	14	Ісландія	14	20	17	Канада	12	27	19
Естонія	12	16	14	Уельс	12	21	17	Ісландія	13	25	19
Канада	11	16	13	Франція	13	20	17	Шотландія	12	26	19
Франція	11	16	13	Канада	11	21	16	Ірландія	12	26	19
Норвегія	10	17	13	Люксембург	13	19	16	Уельс	10	27	18
Бельгія (флам.)	11	13	12	Шотландія	13	18	16	Естонія	13	24	18
Ірландія	11	13	12	Іспанія	12	19	15	Франція	11	24	17
Фінляндія	9	15	12	Швеція	9	20	15	Іспанія	11	23	17
Німеччина	10	13	12	Швейцарія	12	18	15	Нідерланди	10	23	17
Греція	9	14	11	Бельгія (флам.)	12	17	15	Австрія	10	22	16
Шотландія	11	12	11	Австрія	10	19	15	Норвегія	10	22	16
Португалія	9	13	11	Ірландія	11	16	14	Бельгія (флам.)	8	23	16
Хорватія	9	12	11	Норвегія	9	17	13	Португалія	10	21	15
Швейцарія	11	11	11	Фінляндія	8	17	13	Республіка Македонія	8	23	15
Австрія	11	11	11	Німеччина	7	17	12	Швейцарія	9	22	15
Швеція	9	12	10	Республіка Македонія	8	16	12	Фінляндія	8	22	15
Люксембург	8	12	10	Португалія	8	15	11	Хорватія	8	21	15
Республіка Македонія	8	12	10	Хорватія	8	15	11	Німеччина	6	22	14
Данія	7	11	9	Данія	7	15	11	Данія	8	15	12
Словенія	7	8	7	Словенія	8	10	9	Словенія	6	14	10
<b>Середнє HBSC</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>19</b>

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання, як часто за останні шість місяців вони мали: головний біль; біль у животі; поганий настрій; дратівливість або запальність; нервозність; труднощі із засинанням та запаморочення. Для кожного із симптомів варіанти відповідей варіювалися від «майже щодня» до «рідко або ніколи». Представлені дані відображають частку респондентів, що відчували головний біль частіше ніж раз на тиждень.

## Показники здоров'я та самопочуття: поганий настрій частіше ніж раз на тиждень, %

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Туреччина	37	48	42	Туреччина	41	58	49	Туреччина	40	52	46
Румунія	25	30	28	Румунія	27	40	33	Італія	24	51	37
Італія	22	29	26	Італія	22	40	31	Вірменія	25	47	36
Вірменія	23	24	24	Вірменія	22	36	29	Румунія	24	45	35
Литва	16	21	18	Греція	17	33	25	Греція	23	36	29
Гренландія	11	26	18	Литва	16	32	24	Гренландія	14	37	25
Естонія	13	22	18	Гренландія	15	29	22	Литва	13	30	22
Словаччина	15	19	17	Словаччина	16	28	22	Угорщина	16	27	21
Латвія	13	18	15	Республіка Македонія	16	26	21	Україна	10	32	21
Норвегія	11	18	14	Естонія	10	29	20	Люксембург	14	28	21
Канада	12	15	14	Швейцарія	9	24	17	Словаччина	14	26	20
Ісландія	11	15	13	Угорщина	14	19	16	Швеція	10	28	19
Україна	10	16	13	Польща	13	20	16	Чеська Республіка	13	24	19
Люксембург	11	16	13	Іспанія	12	19	16	Англія	9	28	19
Угорщина	13	13	13	Люксембург	8	22	15	Польща	13	23	18
Швейцарія	9	17	13	Англія	10	20	15	Республіка Македонія	12	24	18
Республіка Македонія	10	16	13	Франція	10	20	15	США	12	24	18
Польща	10	16	13	Чеська Республіка	10	19	15	Іспанія	13	23	18
Іспанія	11	14	12	Україна	9	20	14	Норвегія	8	27	18
Англія	9	16	12	Канада	10	19	14	Ісландія	12	24	18
Греція	11	13	12	Швеція	9	20	14	Естонія	10	25	17
США	11	14	12	США	10	18	14	Бельгія (франц.)	11	24	17
Франція	10	13	12	Шотландія	12	16	14	Ірландія	12	22	17
Чеська Республіка	10	14	12	Латвія	11	17	14	Канада	12	21	17
Бельгія (франц.)	9	13	11	Португалія	9	18	13	Франція	12	21	17
Російська Федерація	8	14	11	Бельгія (франц.)	12	15	13	Шотландія	11	21	16
Ірландія	10	13	11	Норвегія	7	19	13	Латвія	11	21	16
Португалія	9	12	11	Російська Федерація	10	16	13	Уельс	9	23	16
Данія	6	14	10	Ісландія	9	16	13	Російська Федерація	10	18	14
Швеція	8	10	9	Уельс	9	17	13	Португалія	11	17	14
Хорватія	8	10	9	Ірландія	9	14	11	Швейцарія	8	20	14
Уельс	7	10	9	Хорватія	7	15	11	Хорватія	7	19	13
Нідерланди	6	10	8	Данія	4	15	9	Бельгія (флам.)	9	14	12
Шотландія	7	9	8	Словенія	5	12	8	Німеччина	6	14	10
Фінляндія	7	8	7	Фінляндія	6	11	8	Фінляндія	6	14	10
Німеччина	5	9	7	Німеччина	5	12	8	Словенія	5	14	10
Словенія	5	9	7	Нідерланди	6	10	8	Австрія	6	11	8
Австрія	6	6	6	Бельгія (флам.)	6	8	7	Нідерланди	5	11	8
Бельгія (флам.)	4	4	4	Австрія	4	9	6	Данія	4	12	8
<b>Середнє HBSC</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>19</b>

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: як часто за останні шість місяців вони мали: головний біль; біль у животі; поганий настрій; дратівливість або запальність; нервозність; труднощі із засинанням і запаморочення. Для кожного з симптомів варіанти відповідей варіювалися від «майже щодня» до «рідко або ніколи». Представлені дані відображають частку респондентів, у яких буває поганий настрій частіше ніж раз на тиждень.

**Показники здоров'я та самопочуття: надмірна маса тіла та ожиріння  
з використанням прийнятого у ВООЗ показника зросту, %**

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
США	42	35	39	США	40	26	33	США	38	29	34
Греція	41	24	33	Греція	34	19	27	Канада	28	19	23
Португалія	37	25	32	Португалія	31	18	25	Греція	32	14	23
Ірландія	37	23	30	Гренландія	19	28	24	Уельс	26	17	21
Канада	37	23	30	Іспанія	30	17	23	Словенія	27	15	21
Іспанія	35	24	30	Канада	27	19	23	Португалія	24	17	20
Польща	36	23	29	Хорватія	30	15	23	Ісландія	24	15	20
Італія	35	22	29	Італія	27	17	22	Італія	26	12	19
Гренландія	30	24	27	Польща	28	16	22	Люксембург	25	13	19
Республіка Македонія	33	20	27	Словенія	27	16	22	Хорватія	27	11	19
Хорватія	33	21	27	Уельс	26	17	22	Гренландія	22	16	19
Румунія	33	19	26	Фінляндія	25	17	21	Румунія	27	10	19
Словенія	31	20	26	Республіка Македонія	26	15	21	Іспанія	23	14	19
Уельс	30	21	26	Австрія	25	15	20	Австрія	24	12	18
Російська Федерація	32	18	25	Естонія	23	16	20	Угорщина	22	12	17
Естонія	29	19	24	Румунія	25	15	20	Чеська Республіка	22	12	17
Чеська Республіка	31	16	23	Угорщина	26	13	19	Німеччина	21	12	17
Угорщина	29	18	23	Чеська Республіка	28	11	19	Норвегія	21	12	17
Фінляндія	29	17	23	Туреччина	25	14	19	Ірландія	19	14	16
Вірменія	26	17	22	Словаччина	28	10	19	Республіка Македонія	24	8	16
Словаччина	29	13	22	Ісландія	23	14	19	Фінляндія	20	12	16
Шотландія	23	20	22	Німеччина	21	16	19	Польща	20	12	16
Австрія	25	17	21	Люксембург	23	14	19	Шотландія	18	13	16
Литва	27	13	20	Вірменія	24	13	18	Швеція	20	8	14
Туреччина	26	14	20	Швеція	20	11	16	Бельгія (франц.)	18	10	14
Швеція	24	16	20	Латвія	19	12	16	Естонія	17	10	14
Люксембург	23	15	19	Російська Федерація	22	9	16	Швейцарія	18	9	13
Німеччина	23	14	19	Франція	18	13	16	Бельгія (флам.)	16	11	13
Ісландія	22	14	18	Бельгія (франц.)	20	11	16	Туреччина	19	7	13
Латвія	23	12	18	Ірландія	20	11	15	Словаччина	18	8	13
Україна	22	12	17	Норвегія	19	11	15	Англія	14	12	13
Англія	18	17	17	Україна	21	9	15	Україна	17	8	12
Норвегія	21	12	17	Шотландія	20	10	15	Франція	16	8	12
Бельгія (франц.)	19	13	16	Литва	18	11	15	Латвія	15	9	12
Франція	19	11	15	Англія	11	17	14	Данія	12	9	11
Данія	16	14	15	Бельгія (флам.)	14	14	14	Литва	15	5	10
Бельгія (флам.)	15	14	15	Данія	15	11	13	Вірменія	15	6	10
Нідерланди	15	12	13	Швейцарія	18	9	13	Нідерланди	14	6	10
Швейцарія	14	9	11	Нідерланди	13	10	12	Російська Федерація	13	7	10
<b>Середнє HBSC</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>16</b>

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: які у них зріст (без взуття) і вага (без одягу). На основі цієї інформації було обчислено ІМТ і визначено граничні межі для надмірної маси тіла та ожиріння з використанням прийнятого у ВООЗ показника зросту для дітей шкільного віку і підлітків від 5 до 19 років з метою контролю за їх зростанням<sup>53</sup>. Представлені тут дані відображають частку респондентів з ІМТ, що перевищує на одне стандартне відхилення середнє значення ІМТ, прийняте у ВООЗ, для їх віку.

<sup>53</sup> de Onis M et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, 2007, 85(9):661–668 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/en/index.html>

## Форми поведінки щодо здоров'я: щоденне вживання овочів, %

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Бельгія (флам.)	50	56	53	Бельгія (флам.)	51	65	58	Бельгія (флам.)	46	61	53
Україна	46	55	51	Бельгія (франц.)	45	53	49	Бельгія (франц.)	46	59	53
Франція	47	52	49	Україна	40	50	45	Франція	38	47	43
Данія	41	52	47	Франція	42	47	44	Канада	38	47	42
Нідерланди	41	52	46	Канада	40	47	43	Данія	33	49	41
Швейцарія	42	50	46	Нідерланди	39	45	42	Україна	37	44	41
Бельгія (франц.)	45	45	45	Швейцарія	38	46	42	Ірландія	39	42	40
Канада	39	50	44	Ірландія	37	44	41	Швейцарія	34	45	40
Ірландія	39	48	44	Англія	37	44	41	Нідерланди	35	42	38
Швеція	36	47	41	Данія	37	41	39	Гренландія	35	40	38
Республіка Македонія	38	44	41	США	35	40	38	Англія	34	41	38
Англія	35	45	40	Гренландія	34	39	36	Вірменія	33	37	35
Румунія	35	44	40	Республіка Македонія	30	41	36	Швеція	30	39	34
Шотландія	35	43	39	Шотландія	33	38	35	Шотландія	31	37	34
Гренландія	34	44	39	Швеція	30	36	33	Республіка Македонія	27	38	33
США	34	44	39	Уельс	30	36	33	США	31	34	33
Люксембург	36	40	38	Греція	28	36	32	Уельс	30	34	32
Чеська Республіка	30	43	36	Румунія	28	36	32	Греція	25	33	29
Греція	33	37	35	Російська Федерація	33	30	32	Російська Федерація	28	29	29
Норвегія	31	37	34	Туреччина	27	36	32	Чеська Республіка	21	36	28
Російська Федерація	33	35	34	Чеська Республіка	27	34	31	Норвегія	23	33	28
Литва	28	39	33	Люксембург	28	33	30	Люксембург	24	32	28
Португалія	30	35	33	Вірменія	26	33	30	Румунія	21	32	27
Словаччина	31	34	32	Норвегія	27	28	28	Польща	21	30	26
Уельс	29	33	31	Словаччина	25	29	27	Туреччина	21	31	26
Туреччина	26	36	31	Португалія	24	29	27	Німеччина	17	33	25
Польща	26	35	31	Угорщина	24	29	27	Фінляндія	14	35	25
Ісландія	25	36	30	Австрія	20	30	25	Португалія	19	28	24
Угорщина	26	33	29	Польща	23	28	25	Литва	20	28	24
Словенія	27	32	29	Ісландія	21	29	25	Словаччина	20	25	23
Вірменія	27	31	29	Німеччина	18	31	24	Італія	20	26	23
Латвія	27	31	29	Італія	22	27	24	Ісландія	19	27	23
Хорватія	27	31	29	Словенія	20	28	24	Словенія	17	26	22
Австрія	25	33	29	Латвія	21	27	24	Угорщина	20	22	21
Фінляндія	26	30	28	Литва	21	26	23	Хорватія	19	23	21
Німеччина	21	32	27	Хорватія	21	23	22	Латвія	16	25	21
Іспанія	23	25	24	Фінляндія	19	26	22	Іспанія	15	24	19
Італія	20	27	23	Іспанія	18	24	21	Естонія	16	21	18
Естонія	20	24	22	Естонія	20	19	19	Австрія	12	23	18
<b>Середнє HBSC</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>31</b>

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання про те, як часто вони вживають овочі. Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «частіше, ніж раз на день». Представлені тут дані відображають частку респондентів, які вживають овочі принаймні щодня, або частіше ніж 1 раз на день.

**Форми поведінки щодо здоров'я: фізична активність високої інтенсивності  
протягом двох або більше годин на тиждень, %**

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Нідерланди	82	79	80	Нідерланди	79	75	77	Нідерланди	81	70	75
Люксембург	81	68	75	Норвегія	75	70	73	Норвегія	73	67	70
Швейцарія	78	63	70	Данія	78	66	72	Данія	71	67	69
Данія	75	64	70	Люксембург	80	61	70	Люксембург	77	57	67
Фінляндія	73	64	69	Швейцарія	76	63	69	Німеччина	73	57	65
Норвегія	68	64	66	Австрія	76	55	66	Ісландія	66	63	64
Бельгія (флам.)	70	57	64	Німеччина	70	59	64	Швейцарія	73	55	64
Австрія	69	51	60	Греція	69	52	60	Канада	66	59	62
Греція	65	53	59	Ісландія	60	60	60	Бельгія (флам.)	68	52	60
Німеччина	64	52	58	Шотландія	67	53	60	Шотландія	65	54	60
Канада	60	52	56	Бельгія (флам.)	68	52	60	Бельгія (франц.)	68	49	58
Бельгія (франц.)	65	47	56	Фінляндія	64	55	59	Фінляндія	59	55	57
Шотландія	58	52	55	Бельгія (франц.)	66	53	59	Англія	66	47	57
Франція	63	45	54	Канада	63	54	58	Швеція	61	50	56
Ісландія	54	51	52	Швеція	59	51	55	Австрія	66	43	55
Швеція	55	50	52	Франція	67	43	55	Греція	64	43	53
Ірландія	55	45	50	Італія	65	45	55	Франція	65	40	53
Англія	52	45	49	Уельс	58	46	52	Уельс	62	43	53
Російська Федерація	53	39	46	Англія	55	48	52	Італія	64	38	51
Словенія	53	39	46	Ірландія	57	46	51	США	58	38	48
Словаччина	55	37	46	Словенія	57	44	50	Угорщина	60	36	48
Уельс	51	40	46	Угорщина	58	42	50	Словаччина	58	36	47
Італія	55	36	45	США	54	41	48	Ірландія	55	38	47
Угорщина	52	37	45	Словаччина	55	37	46	Російська Федерація	54	38	46
США	48	40	44	Хорватія	54	35	44	Словенія	55	36	45
Іспанія	53	31	42	Російська Федерація	49	37	43	Іспанія	56	34	45
Польща	46	35	40	Латвія	48	37	42	Латвія	51	39	45
Чеська Республіка	46	35	40	Португалія	51	29	40	Литва	57	33	45
Хорватія	49	32	40	Чеська Республіка	48	32	40	Естонія	47	40	44
Латвія	43	34	38	Вірменія	47	32	40	Гренландія	50	37	43
Україна	43	31	37	Україна	46	33	39	Португалія	56	30	43
Гренландія	35	38	36	Естонія	40	35	37	Хорватія	54	27	41
Естонія	39	33	36	Литва	48	26	37	Польща	49	27	38
Вірменія	47	25	36	Польща	44	29	36	Чеська Республіка	47	28	37
Португалія	41	23	32	Гренландія	44	28	36	Україна	50	25	37
Туреччина	40	24	32	Республіка Македонія	41	29	35	Республіка Македонія	47	26	37
Литва	38	26	32	Румунія	46	20	33	Вірменія	50	23	36
Румунія	40	23	32	Туреччина	43	19	31	Туреччина	46	16	31
Республіка Македонія	33	19	26	Іспанія	41	16	29	Румунія	38	17	28
<b>Середнє HBSC</b>	<b>55</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>58</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>60</b>	<b>42</b>	<b>51</b>

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання про те, скільки годин на тиждень вони зазвичай бували фізично активними у свій вільний час (крім шкільних занять), такою мірою, що у них перехоплювало дихання або до поту. Представлені тут дані відображають частку респондентів, для яких є характерною фізична активність високої інтенсивності протягом двох або більше годин на тиждень.



**Форми поведінки щодо здоров'я: використання комп'ютера для відправки електронної пошти, роботи в Інтернеті та виконання домашніх завдань протягом двох або більше годин у будні, %**

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Польща	47	44	45	Нідерланди	58	64	61	Ісландія	71		75
Російська Федерація	43	46	44	Естонія	53	66	60	Норвегія	65		81
Естонія	44	39	41	Уельс	52	66	59	Англія	68		75
Уельс	37	44	41	Англія	48	66	57	Естонія	64		76
Словаччина	42	39	40	Словаччина	53	61	57	Нідерланди	62		75
Англія	36	41	39	Польща	54	56	55	Словаччина	65		70
Нідерланди	36	35	36	Ісландія	53	55	54	Данія	64		66
Шотландія	33	38	35	Шотландія	45	61	53	Польща	64		66
Румунія	38	30	34	Португалія	52	54	53	Швеція	61		69
Фінляндія	31	35	33	Швеція	46	58	52	Уельс	61		68
Португалія	33	32	33	Норвегія	43	57	50	Чеська Республіка	57		70
Канада	29	36	32	Фінляндія	44	55	50	Шотландія	60		67
Хорватія	34	29	32	Данія	45	53	49	Російська Федерація	59		65
Туреччина	35	29	32	Російська Федерація	45	53	49	Латвія	54		64
Латвія	30	32	31	Канада	40	57	48	Фінляндія	58		60
Швеція	31	31	31	Латвія	41	55	48	Республіка Македонія	58		60
Данія	33	28	31	Чеська Республіка	40	56	48	Хорватія	54		61
Бельгія (флам.)	31	30	31	Республіка Македонія	49	46	47	Німеччина	55		58
Республіка Македонія	35	25	30	Хорватія	43	50	47	Румунія	57		55
Литва	33	26	29	Угорщина	45	47	46	Канада	50		61
Ісландія	30	28	29	Словенія	42	50	46	Люксембург	56		55
Угорщина	33	25	29	Румунія	49	41	45	Португалія	60		51
Чеська Республіка	27	29	28	Люксембург	41	45	43	Словенія	51		58
Греція	33	22	27	Греція	41	43	42	Австрія	53		56
Словенія	26	28	27	Литва	38	44	41	Італія	51		57
Франція	27	24	26	Бельгія (флам.)	38	44	41	Угорщина	53		53
Іспанія	26	25	25	Іспанія	40	42	41	Литва	47		57
Вірменія	30	16	23	Німеччина	38	44	41	Греція	54		49
Італія	23	23	23	Італія	36	46	41	Іспанія	48		56
Норвегія	22	24	23	Франція	36	43	40	Бельгія (флам.)	48		53
Україна	24	19	22	Туреччина	39	37	38	Франція	43		52
Австрія	24	19	22	Австрія	35	38	36	Швейцарія	42		45
Люксембург	20	18	19	США	23	39	31	Вірменія	47		34
Бельгія (франц.)	19	19	19	Бельгія (франц.)	28	34	31	США	34		43
США	18	19	18	Україна	30	27	29	Бельгія (франц.)	38		39
Німеччина	18	17	18	Вірменія	33	24	29	Туреччина	40		33
Ірландія	15	17	16	Ірландія	25	31	28	Україна	32		37
Швейцарія	12	11	12	Швейцарія	25	30	28	Ірландія	30		33
Гренландія	12	8	10	Гренландія	16	16	16	Гренландія	23		28
<b>Середнє HBSC</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>44</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>53</b>		<b>57</b>

**ВИМІРЮВАННЯ:** підліткам було поставлено запитання про те, скільки годин на день вони користуються комп'ютером для відправлення електронної пошти, роботи в Інтернеті або виконання домашніх завдань у свій вільний час у будні та у вихідні. Представлені дані відображають частку респондентів, що використовують комп'ютер з цією метою протягом двох або більше годин кожний буденний день.

### Форми поведінки щодо здоров'я: комп'ютерні ігри чи ігри на інших електронних пристроях, протягом двох або більше годин у будні

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Норвегія	—	—	—	Румунія	70	50	60	Румунія	68	52	60
Румунія	57	43	50	Шотландія	69	31	50	Республіка Македонія	59	40	50
Естонія	62	32	47	Естонія	68	32	50	Швеція	66	28	47
Польща	57	34	46	Швеція	61	37	49	Російська Федерація	61	31	46
Шотландія	63	29	46	Республіка Македонія	56	41	49	Данія	68	22	45
Російська Федерація	54	36	45	Уельс	63	34	48	Шотландія	64	26	45
Уельс	54	32	43	Російська Федерація	57	38	48	Естонія	63	21	42
Словаччина	57	29	43	Данія	64	31	47	Німеччина	56	27	41
Данія	57	28	42	Словаччина	65	26	46	Чеська Республіка	62	21	41
Англія	54	24	39	Польща	65	27	46	Польща	62	20	41
Швеція	52	25	39	Чеська Республіка	62	28	45	Канада	52	27	40
Латвія	53	23	38	Латвія	63	23	43	Вірменія	51	28	39
Чеська Республіка	50	24	37	Канада	53	30	41	Уельс	54	22	38
Нідерланди	48	26	37	Англія	61	22	41	Словаччина	59	17	38
Фінляндія	45	25	35	Нідерланди	55	26	41	Угорщина	53	23	38
Канада	45	25	35	Угорщина	55	26	40	Норвегія	61	14	38
Республіка Македонія	43	26	35	Португалія	49	28	39	Нідерланди	59	16	37
Україна	42	26	34	Хорватія	51	26	39	Бельгія (франц.)	45	29	37
Португалія	43	23	33	Німеччина	46	31	38	Латвія	59	15	37
Хорватія	45	21	33	Франція	49	25	37	Іспанія	43	31	37
Вірменія	41	24	33	Вірменія	45	29	37	Італія	44	26	35
Угорщина	41	24	32	Україна	48	25	37	Австрія	47	23	35
Франція	39	21	30	Греція	50	23	37	Хорватія	46	23	35
Греція	41	19	30	Норвегія	54	15	34	Греція	49	18	34
Словенія	39	17	28	Іспанія	39	29	34	Португалія	51	16	34
Іспанія	35	21	28	Австрія	43	24	34	Туреччина	45	22	33
Бельгія (флам.)	36	17	26	Італія	40	26	33	Україна	44	23	33
Гренландія	38	15	26	Бельгія (франц.)	36	29	33	Англія	50	13	32
Туреччина	33	19	26	Люксембург	40	24	32	Люксембург	44	19	32
Бельгія (франц.)	26	22	24	Туреччина	41	22	31	Бельгія (флам.)	44	14	29
США	31	17	24	Фінляндія	49	12	31	Ісландія	51	6	29
Італія	31	16	24	Словенія	47	14	31	Франція	41	15	28
Ірландія	32	15	24	Бельгія (флам.)	40	20	30	Словенія	46	9	28
Австрія	29	16	22	Ісландія	48	10	29	Фінляндія	45	9	27
Ісландія	34	11	22	США	32	20	26	Гренландія	35	11	23
Німеччина	26	16	21	Гренландія	39	12	25	США	28	13	20
Люксембург	23	16	19	Ірландія	35	14	24	Ірландія	28	12	20
Швейцарія	16	8	12	Швейцарія	24	12	18	Швейцарія	28	8	18
Середнє HBSC	40	22	31	Середнє HBSC	50	25	37	Середнє HBSC	49	20	35
Норвегія	—	—	—	Румунія	70	50	60	Румунія	68	52	60

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання про те, скільки годин на день вони проводять за комп'ютерними іграми або іграми на інших електронних носіях у свій вільний час в будні та у вихідні. Представлені дані відображають частку респондентів, які витрачають дві години або більше кожен будній день на комп'ютерні ігри або ігри на інших електронних носіях.

## Форми поведінки, пов'язані з ризиком: ті, що коли-небудь курили тютюн, %\*

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Гренландія	45	43	44	Гренландія	63	68	66	Гренландія	82	88	85
Латвія	41	24	32	Латвія	66	56	61	Латвія	81	81	81
Естонія	29	16	23	Естонія	57	51	54	Литва	77	70	74
Російська Федерація	27	18	22	Литва	56	47	52	Чеська Республіка	70	75	73
Литва	31	12	22	Чеська Республіка	50	51	50	Естонія	77	65	71
Чеська Республіка	25	16	21	Словаччина	44	37	40	Угорщина	63	63	63
Україна	25	10	18	Хорватія	41	35	38	Хорватія	62	62	62
Словаччина	23	11	17	Україна	46	30	38	Україна	69	53	61
Хорватія	22	10	16	Угорщина	39	35	37	Словаччина	64	57	61
Польща	16	9	13	Російська Федерація	34	30	32	Австрія	57	63	60
Угорщина	14	10	12	Швейцарія	36	26	31	Люксембург	56	56	56
Румунія	15	7	11	Польща	35	26	31	Швейцарія	60	50	55
Швейцарія	14	6	10	Люксембург	32	26	29	Польща	57	53	55
Франція	11	5	8	Австрія	29	28	29	Франція	53	55	54
Фінляндія	10	5	8	Фінляндія	31	26	28	Словенія	53	53	53
Словенія	10	5	7	Словенія	30	24	27	Італія	52	53	52
Норвегія	9	5	7	Румунія	31	22	27	Фінляндія	52	49	51
Люксембург	8	6	7	Франція	27	25	26	Російська Федерація	52	47	49
Бельгія (франц.)	9	4	6	Данія	24	26	25	Румунія	55	43	49
Португалія	8	4	6	Португалія	26	23	24	Швеція	45	52	49
Данія	9	3	6	Швеція	24	22	23	Данія	45	51	48
Німеччина	8	4	6	Бельгія (франц.)	25	20	23	Іспанія	41	54	48
Австрія	8	4	6	Італія	26	19	22	Німеччина	50	46	48
Швеція	7	5	6	Іспанія	23	20	21	Бельгія (франц.)	46	48	47
Нідерланди	7	4	5	Німеччина	23	18	21	Бельгія (флам.)	47	44	45
Ірландія	6	4	5	Уельс	17	22	19	Португалія	44	43	44
Республіка Македонія	6	3	5	Англія	21	18	19	Нідерланди	45	43	44
США	7	3	5	Шотландія	17	20	18	Греція	42	42	42
Вірменія	7	2	4	Норвегія	23	13	18	Уельс	38	46	42
Іспанія	6	2	4	Нідерланди	20	15	18	Англія	37	45	41
Канада	4	4	4	Бельгія (флам.)	18	15	16	Норвегія	40	40	40
Італія	6	2	4	Ірландія	17	15	16	Шотландія	37	42	39
Бельгія (флам.)	6	2	4	Греція	15	15	15	Ірландія	38	40	39
Англія	3	4	3	США	15	13	14	Канада	31	34	32
Уельс	4	3	3	Канада	13	14	13	США	30	31	30
Шотландія	4	3	3	Вірменія	17	3	10	Республіка Македонія	33	26	30
Греція	5	1	3	Ісландія	11	7	9	Ісландія	33	26	29
Ісландія	4	1	2	Республіка Македонія	10	6	8	Вірменія	33	11	22
<b>Середнє HBCS</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>Середнє HBCS</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>Середнє HBCS</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>49</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання про те, чи палили вони коли-небудь тютюн (не менше однієї сигарети, сигари або люльки). Варіанти відповіді були «так чи ні». Представлені тут дані відображають частку респондентів, що відповіли «так».

## Форми поведінки, пов'язані з ризиком: щоденне куріння, %\*

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Гренландія	3	3	3	Гренландія	16	25	21	Гренландія	48	48	48
Російська Федерація	4	1	3	Чеська Республіка	6	6	6	Угорщина	21	19	20
Румунія	3	1	2	Латвія	7	4	5	Хорватія	21	19	20
Республіка Македонія	2	1	1	Польща	5	5	5	Литва	26	13	20
Угорщина	1	0	1	Естонія	6	3	5	Австрія	18	21	19
Чеська Республіка	1	0	1	Словаччина	6	3	4	Латвія	23	14	18
Англія	1	1	1	Литва	6	2	4	Чеська Республіка	16	20	18
Україна	1	0	1	Російська Федерація	5	3	4	Італія	15	16	16
Вірменія	0	1	1	Румунія	4	3	3	Україна	23	8	15
Франція	1	0	1	Україна	5	2	3	Люксембург	17	14	15
Польща	1	0	1	Шотландія	4	3	3	Фінляндія	15	13	14
Словаччина	1	0	1	Угорщина	4	2	3	Франція	15	14	14
Греція	1	0	0	Фінляндія	4	2	3	Словенія	14	13	14
Литва	1	0	0	Хорватія	4	2	3	Румунія	18	10	14
США	1	0	0	Уельс	2	3	3	Іспанія	11	16	14
Австрія	1	0	0	Австрія	3	3	3	Естонія	16	10	13
Ірландія	0	0	0	Люксембург	3	3	3	Словаччина	15	9	12
Бельгія (франц.)	0	0	0	Іспанія	3	3	3	Російська Федерація	15	9	12
Люксембург	1	0	0	Данія	2	3	2	Бельгія (франц.)	12	11	12
Латвія	0	0	0	Франція	2	3	2	Нідерланди	10	12	11
Фінляндія	0	0	0	Англія	2	3	2	Бельгія (флам.)	11	11	11
Італія	1	0	0	Бельгія (франц.)	3	1	2	Швейцарія	13	10	11
Німеччина	0	0	0	Швейцарія	3	2	2	Шотландія	10	11	11
Іспанія	0	0	0	Нідерланди	2	2	2	Греція	13	8	10
Швейцарія	0	0	0	Бельгія (флам.)	3	2	2	Уельс	8	12	10
Ісландія	0	0	0	Ірландія	3	2	2	Німеччина	10	10	10
Канада	0	0	0	Німеччина	2	1	2	Польща	12	8	10
Шотландія	0	0	0	Італія	2	2	2	Данія	10	10	10
Португалія	0	0	0	Канада	2	2	2	Ірландія	9	10	10
Хорватія	0	0	0	Греція	2	1	2	Швеція	7	9	8
Бельгія (флам.)	0	0	0	Швеція	2	2	2	Республіка Македонія	9	7	8
Данія	0	0	0	Словенія	2	1	2	Англія	6	9	8
Норвегія	0	0	0	Норвегія	2	0	1	Португалія	7	6	7
Словенія	0	0	0	Португалія	2	1	1	Норвегія	6	6	6
Уельс	0	0	0	США	1	1	1	Ісландія	6	5	6
Швеція	0	0	0	Республіка Македонія	1	1	1	Канада	5	5	5
Естонія	0	0	0	Ісландія	1	1	1	США	5	4	4
Нідерланди	0	0	0	Вірменія	1	0	1	Вірменія	8	1	4
<b>Середнє HBSC</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>13</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині.

ВИМІЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: «Як часто вони в даний час курять тютюн». Варіанти відповіді варіювалися від «щодня» до «я не курю». Представлені дані відображають частку респондентів, які відповіли, що курять щодня.

## Форми поведінки, пов'язані з ризиком: вживання пива не менше одного разу на тиждень\*

Країни та області	11-річні підлітки, %			Країни та області	13-річні підлітки, %			Країни та області	15-річні підлітки, %		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Фінляндія	—	—	—	Чеська Республіка	17	10	14	Чеська Республіка	39	20	30
Вірменія	11	3	7	Україна	15	7	11	Україна	39	18	29
Україна	9	3	6	Румунія	15	3	9	Австрія	31	9	20
Румунія	9	2	6	Словаччина	10	4	7	Хорватія	30	9	20
Чеська Республіка	7	4	5	Хорватія	11	3	7	Греція	27	12	20
Словаччина	5	3	4	Вірменія	12	1	7	Уельс	26	11	19
Російська Федерація	4	2	3	Уельс	8	4	6	Бельгія (флам.)	26	10	18
Хорватія	5	1	3	Англія	7	3	5	Словенія	26	10	18
Італія	4	1	2	Словенія	7	3	5	Італія	24	11	18
Данія	2	2	2	Російська Федерація	6	3	5	Румунія	26	5	16
Республіка Македонія	4	1	2	Польща	7	2	5	Бельгія (франц.)	20	10	15
Гренландія	2	2	2	Італія	7	1	4	Німеччина	21	8	15
США	2	1	1	Греція	7	2	4	Англія	23	6	14
Угорщина	3	0	1	Латвія	7	1	4	Нідерланди	21	6	14
Латвія	2	1	1	Данія	4	3	4	Угорщина	21	6	13
Бельгія (франц.)	2	0	1	Литва	5	2	4	Словаччина	19	7	13
Уельс	2	1	1	Швейцарія	5	2	3	Швейцарія	20	6	13
Англія	2	0	1	Угорщина	6	1	3	Литва	19	7	13
Литва	2	0	1	Бельгія (флам.)	5	1	3	Данія	18	7	12
Словенія	1	1	1	Шотландія	5	1	3	Латвія	19	5	12
Бельгія (флам.)	1	1	1	Австрія	4	2	3	Люксембург	17	6	12
Греція	1	0	1	Естонія	4	1	3	Шотландія	19	4	11
Польща	1	1	1	Бельгія (франц.)	4	1	2	Іспанія	14	8	11
Швейцарія	1	0	1	Іспанія	3	2	2	Вірменія	18	5	11
Шотландія	1	0	1	Норвегія	3	1	2	Польща	14	8	11
Канада	1	0	1	Німеччина	4	1	2	Франція	16	6	11
Нідерланди	0	1	1	Франція	3	1	2	Республіка Македонія	15	5	10
Естонія	1	0	1	США	3	1	2	Канада	13	6	9
Австрія	1	0	1	Республіка Македонія	3	1	2	Естонія	15	2	9
Люксембург	1	0	1	Нідерланди	2	1	2	Російська Федерація	9	6	8
Франція	1	0	1	Канада	3	1	2	Норвегія	8	5	7
Іспанія	1	0	0	Ірландія	3	1	2	США	6	5	6
Ісландія	1	0	0	Люксембург	2	1	2	Португалія	8	3	5
Німеччина	1	0	0	Гренландія	2	1	1	Ірландія	8	2	5
Португалія	1	0	0	Ісландія	2	1	1	Ісландія	6	3	5
Ірландія	1	0	0	Фінляндія	2	1	1	Фінляндія	5	4	5
Швеція	0	0	0	Португалія	2	0	1	Швеція	6	2	4
Норвегія	0	0	0	Швеція	1	1	1	Гренландія	3	4	3
<b>Середнє HBSC</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>13</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині та Фінляндії (для 11-річних).

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: як часто вони вживали алкогольні напої, їм був запропонований перелік напоїв: пиво, вино, міцні спиртні напої, слабоалкогольні напої або інший напій, який містить алкоголь. Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «щодня». Представлені тут дані відображають частку респондентів, які п'ють пиво не менше разу на тиждень.

## Форми поведінки, пов'язані з ризиком: вживання вина не менше одного разу на тиждень, %\*

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Фінляндія	—	—	—	Вірменія	13	6	9	Хорватія	23	13	18
Вірменія	15	4	10	Хорватія	12	4	8	Угорщина	20	11	16
Румунія	8	2	5	Чеська Республіка	7	6	6	Чеська Республіка	12	14	13
Італія	4	2	3	Італія	7	3	5	Словенія	14	9	12
Хорватія	4	1	3	Румунія	8	1	5	Вірменія	15	6	11
Данія	3	2	3	Данія	5	3	4	Греція	10	8	9
Україна	3	1	2	Греція	5	2	3	Австрія	10	8	9
Чеська Республіка	3	1	2	Угорщина	4	2	3	Італія	12	5	8
Угорщина	2	1	2	Україна	4	2	3	Румунія	12	2	7
Російська Федерація	2	1	2	Російська Федерація	4	2	3	Україна	8	5	6
Бельгія (франц.)	3	0	2	Уельс	3	2	3	Англія	4	6	5
США	2	1	1	Словенія	4	1	2	Словаччина	7	3	5
Республіка Македонія	2	0	1	Словаччина	3	2	2	Республіка Македонія	6	4	5
Словаччина	1	1	1	Англія	2	2	2	Уельс	4	5	4
Англія	2	0	1	Шотландія	2	2	2	Бельгія (франц.)	5	3	4
Уельс	1	1	1	Бельгія (флам.)	3	1	2	Шотландія	4	4	4
Греція	2	0	1	Швейцарія	2	1	2	Нідерланди	1	7	4
Польща	1	0	1	Австрія	2	1	2	Іспанія	4	3	4
Словенія	1	0	1	Бельгія (франц.)	2	1	2	Російська Федерація	6	2	4
Швейцарія	1	0	1	США	2	2	2	Бельгія (флам.)	4	4	4
Гренландія	1	1	1	Іспанія	2	1	2	Франція	4	2	3
Шотландія	1	1	1	Польща	2	1	2	Німеччина	2	3	3
Франція	1	0	1	Естонія	2	1	1	Данія	4	1	3
Австрія	1	0	1	Франція	1	1	1	Люксембург	4	1	3
Бельгія (флам.)	1	0	1	Республіка Македонія	2	0	1	Латвія	3	2	3
Латвія	0	1	0	Люксембург	2	1	1	США	2	2	2
Канада	1	0	0	Ірландія	2	1	1	Швейцарія	3	1	2
Іспанія	1	0	0	Норвегія	1	1	1	Канада	3	2	2
Нідерланди	0	1	0	Канада	1	0	1	Польща	3	2	2
Ірландія	1	0	0	Латвія	1	0	1	Естонія	3	2	2
Люксембург	1	0	0	Ісландія	1	0	1	Ірландія	3	2	2
Ісландія	1	0	0	Литва	1	0	1	Литва	4	1	2
Португалія	1	0	0	Гренландія	1	1	1	Ісландія	3	1	2
Литва	0	0	0	Німеччина	1	0	1	Португалія	3	1	2
Естонія	0	0	0	Нідерланди	1	0	0	Швеція	1	1	1
Німеччина	0	0	0	Фінляндія	1	0	0	Норвегія	1	1	1
Норвегія	0	0	0	Португалія	0	0	0	Гренландія	1	1	1
Швеція	0	0	0	Швеція	0	0	0	Фінляндія	1	1	1
<b>Середнє HBSC</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині та Фінляндії (для 11-річних).

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: «Як часто вони вживали алкогольні напої?» Їм був запропонований перелік напоїв: пиво, вино, міцні спиртні напої, слабоалкогольні напої або інший напій, який містить алкоголь. Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «щодня». Представлені дані відображають частку респондентів, які п'ють вино не менше ніж 1 раз на тиждень.



**Форми поведінки, пов'язані з ризиком: вживання міцних спиртних напоїв  
не менш ніж 1 раз на тиждень, %\***

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Фінляндія	—	—	—	Словаччина	5	4	4	Греція	22	17	19
Вірменія	6	2	4	Уельс	3	5	4	Австрія	17	16	16
Румунія	4	1	3	Вірменія	7	2	4	Іспанія	15	17	16
Україна	3	1	2	Хорватія	6	2	4	Шотландія	12	15	14
Данія	2	2	2	Іспанія	5	3	4	Угорщина	17	10	13
Хорватія	3	0	2	Шотландія	4	4	4	Хорватія	16	11	13
США	2	0	1	Чеська Республіка	3	4	4	Словенія	12	12	12
Російська Федерація	1	1	1	Данія	4	3	4	Данія	14	9	11
Чеська Республіка	2	0	1	Румунія	6	1	3	Чеська Республіка	13	10	11
Італія	2	0	1	Швейцарія	4	3	3	Уельс	8	13	11
Люксембург	1	1	1	Греція	3	3	3	Словаччина	13	8	10
Словаччина	1	1	1	Естонія	2	3	3	Люксембург	11	9	10
Гренландія	1	1	1	Польща	3	2	3	Італія	13	7	10
Швейцарія	1	0	1	Люксембург	3	2	3	Швейцарія	10	7	9
Угорщина	1	0	1	Україна	4	1	2	Англія	8	8	8
Англія	1	0	1	Англія	2	3	2	Канада	8	8	8
Польща	1	0	1	Канада	2	2	2	Франція	9	5	7
Бельгія (франц.)	1	0	1	Словенія	3	1	2	Естонія	9	4	7
Словенія	1	0	1	Австрія	3	2	2	Україна	10	3	7
Республіка Македонія	1	0	0	Ірландія	3	1	2	Ірландія	8	6	7
Шотландія	1	0	0	Литва	2	1	2	Бельгія (флам.)	8	4	6
Нідерланди	0	1	0	Угорщина	3	1	2	Республіка Македонія	8	4	6
Австрія	1	0	0	Російська Федерація	3	1	2	Латвія	8	4	6
Ірландія	1	0	0	Франція	2	1	2	США	7	5	6
Іспанія	1	0	0	США	2	1	2	Литва	8	3	5
Греція	1	0	0	Бельгія (флам.)	2	1	2	Вірменія	8	2	5
Канада	0	0	0	Португалія	2	1	1	Португалія	5	4	5
Уельс	0	0	0	Латвія	2	0	1	Швеція	5	5	5
Латвія	0	0	0	Норвегія	1	1	1	Німеччина	6	3	4
Ісландія	0	0	0	Італія	1	1	1	Румунія	7	1	4
Бельгія (флам.)	0	0	0	Республіка Македонія	2	1	1	Ісландія	5	2	4
Португалія	0	0	0	Ісландія	1	0	1	Російська Федерація	5	2	3
Франція	0	0	0	Німеччина	1	1	1	Польща	4	3	3
Німеччина	0	0	0	Гренландія	2	0	1	Гренландія	3	3	3
Норвегія	0	0	0	Бельгія (франц.)	1	0	1	Бельгія (франц.)	4	2	3
Литва	0	0	0	Швеція	1	0	1	Норвегія	3	2	3
Естонія	0	0	0	Фінляндія	1	0	1	Фінляндія	2	2	2
Швеція	0	0	0	Нідерланди	0	1	1	Нідерланди	1	2	2
<b>Середнє HBSC</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>8</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині та Фінляндії (для 11-річних).

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: «Як часто вони вживали алкогольні напої?» Їм було запропоновано перелік напоїв: пиво, вино, міцні спиртні напої, слабоалкогольні напої або інший напій, що містить алкоголь. Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «щодня». Представлені дані відображають частку респондентів, які п'ють міцні спиртні напої не менше ніж 1 раз на тиждень.

**Форми поведінки, пов'язані з ризиком: вживання слабоалкогольних напоїв  
не менше ніж 1 раз на тиждень, %\***

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Фінляндія	—	—	—	Україна	10	10	10	Австрія	18	18	18
Україна	6	3	4	Уельс	5	9	7	Україна	17	17	17
Румунія	6	1	3	Італія	8	5	7	Італія	18	13	15
Італія	5	1	3	Греція	9	4	7	Хорватія	14	14	14
Угорщина	3	2	2	Литва	6	5	6	Уельс	11	18	14
Російська Федерація	3	2	2	Данія	6	5	5	Данія	14	13	14
Данія	3	2	2	Естонія	5	6	5	Греція	15	12	13
Хорватія	3	1	2	Латвія	6	4	5	Латвія	10	16	13
США	3	1	2	Чеська Республіка	6	4	5	Литва	13	13	13
Чеська Республіка	3	1	2	Хорватія	7	3	5	Шотландія	9	14	11
Гренландія	1	2	2	Шотландія	4	5	4	Англія	9	13	11
Бельгія (франц.)	2	1	1	Англія	3	5	4	Угорщина	13	8	11
Латвія	2	1	1	Російська Федерація	5	2	3	Чеська Республіка	12	9	10
Литва	2	0	1	Словенія	4	3	3	Бельгія (франц.)	11	9	10
Шотландія	1	1	1	Румунія	5	1	3	Естонія	9	11	10
Греція	2	1	1	Канада	3	3	3	Нідерланди	9	10	10
Уельс	1	1	1	Угорщина	5	1	3	Німеччина	10	8	9
Польща	1	0	1	Гренландія	3	3	3	Словенія	10	6	8
Нідерланди	1	1	1	Польща	4	2	3	Бельгія (флам.)	9	6	7
Словенія	1	0	1	Бельгія (франц.)	3	2	3	Іспанія	8	6	7
Франція	1	0	1	Австрія	3	2	3	Канада	6	8	7
Естонія	1	0	1	Іспанія	3	2	3	Швейцарія	8	6	7
Канада	1	1	1	Нідерланди	3	2	2	США	6	6	6
Англія	1	0	1	США	3	2	2	Російська Федерація	7	5	6
Словаччина	1	1	1	Ірландія	3	2	2	Норвегія	5	6	5
Швейцарія	1	0	1	Швейцарія	3	2	2	Люксембург	7	3	5
Республіка Македонія	1	0	1	Франція	2	2	2	Франція	6	3	5
Австрія	1	0	0	Бельгія (флам.)	3	1	2	Ірландія	5	4	4
Іспанія	1	0	0	Норвегія	2	1	2	Гренландія	3	5	4
Ірландія	1	0	0	Німеччина	2	1	1	Румунія	7	1	4
Ісландія	1	0	0	Люксембург	2	1	1	Ісландія	3	3	3
Бельгія (флам.)	1	0	0	Ісландія	2	0	1	Португалія	4	2	3
Норвегія	0	0	0	Словаччина	1	1	1	Швеція	3	3	3
Німеччина	0	0	0	Республіка Македонія	2	0	1	Польща	4	1	3
Люксембург	0	0	0	Швеція	1	1	1	Словаччина	3	2	3
Швеція	0	0	0	Португалія	1	1	1	Республіка Македонія	3	1	2
Португалія	0	0	0	Фінляндія	1	1	1	Фінляндія	1	1	1
<b>Середнє HBSC</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

\* Примітка: відсутні дані по Вірменії, Туреччині та Фінляндії (для 11-річних).

**ВИМІРЮВАННЯ:** підліткам було поставлено запитання: «Як часто вони вживали алкогольні напої?» Їм був запропонований перелік напоїв: пиво, вино, міцні спиртні напої, слабоалкогольні напої або інший напій, що містить алкоголь. Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «щодня». Представлені тут дані відображають частку респондентів, які п'ють слабоалкогольні напої не менше ніж 1 раз на тиждень.

**Форми поведінки, пов'язаної з ризиком: вживання алкоголю  
вперше у віці 13 років та раніше\***

Країни та області	15-річні підлітки, %		
	хлопці	дівчата	загалом
Естонія	66	58	62
Чеська Республіка	59	56	58
Литва	60	54	57
Латвія	52	51	51
Хорватія	57	44	50
Польща	53	43	48
Бельгія (флам.)	51	44	48
Угорщина	53	42	47
Греція	51	41	46
Словенія	51	39	45
Данія	45	45	45
Англія	47	43	45
Австрія	47	42	44
Німеччина	46	42	44
Шотландія	45	42	44
Нідерланди	46	39	43
Іспанія	41	43	42
Португалія	46	38	42
Вірменія	48	35	41
Бельгія (франц.)	43	38	40
Уельс	40	40	40
Франція	44	33	38
Гренландія	37	36	37
Швейцарія	40	33	37
Канада	35	31	33
Ірландія	35	31	33
Словаччина	36	27	32
Республіка Македонія	42	22	32
Люксембург	33	30	32
Україна	33	29	31
Італія	33	24	29
Фінляндія	27	29	28
Румунія	33	22	27
Російська Федерація	26	25	26
Швеція	22	25	23
США	21	19	20
Норвегія	20	18	19
Ісландія	13	9	11
<b>Середнє HBSC</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>39</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: «У якому віці вони спробували алкогольні напої?» Представлені дані відображають частку респондентів, які спробували алкоголь уперше в 13 років або раніше.

## Форми поведінки, пов'язані з ризиком: групи споживання конопель\*

Країни та області	Ті, що припинили вживання			Країни та області	Ті, що експериментують		
	15-річні підлітки, %				15-річні підлітки, %		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Чеська Республіка	10	9	9	Чеська Республіка	11	11	11
Гренландія	10	6	8	Латвія	11	10	11
Литва	10	5	7	Іспанія	11	10	10
Естонія	9	6	7	Швейцарія	9	9	9
Латвія	7	7	7	Франція	9	9	9
США	7	6	6	Литва	11	6	9
Словенія	7	4	6	Канада	8	9	9
Швейцарія	7	4	6	Естонія	9	7	8
Канада	6	5	5	Словенія	9	7	8
Угорщина	6	4	5	Англія	7	8	8
Бельгія (франц.)	5	5	5	Польща	8	6	7
Франція	6	3	5	США	6	8	7
Україна	6	3	5	Нідерланди	7	6	7
Бельгія (флам.)	4	5	4	Словаччина	7	6	7
Словаччина	5	3	4	Уельс	6	7	7
Англія	4	5	4	Бельгія (флам.)	8	6	7
Польща	5	4	4	Шотландія	7	6	7
Люксембург	5	3	4	Угорщина	6	6	6
Данія	4	4	4	Італія	7	4	6
Російська Федерація	5	2	4	Хорватія	6	5	6
Іспанія	4	3	4	Бельгія (франц.)	6	5	5
Нідерланди	4	3	4	Данія	6	5	5
Шотландія	4	3	3	Люксембург	6	5	5
Хорватія	4	3	3	Фінляндія	6	5	5
Австрія	2	4	3	Ірландія	5	5	5
Німеччина	3	3	3	Німеччина	5	4	5
Італія	3	2	3	Україна	7	2	4
Румунія	3	2	3	Португалія	5	3	4
Португалія	3	2	2	Австрія	4	4	4
Уельс	2	2	2	Румунія	5	2	4
Ісландія	3	1	2	Гренландія	2	4	3
Ірландія	2	2	2	Ісландія	4	2	3
Норвегія	1	1	1	Греція	4	1	2
Греція	1	1	1	Російська Федерація	3	1	2
Фінляндія	1	1	1	Норвегія	3	2	2
Вірменія	2	0	1	Вірменія	2	0	1
Республіка Македонія	1	0	1	Республіка Македонія	1	0	0
<b>Середнє HBSC</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині та Швеції.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам (лише 15-річним) було поставлено запитання: «Чи вживали вони коноплі (марихуану): будь-коли в житті; протягом останніх 12 місяців; протягом останніх 30 днів?» Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «40 разів або більше». Відповідно до частоти використання коноплі (марихуани) було виділено такі чотири групи її споживачів:

- ті, що припинили вживання: ті, що вживали коноплі (марихуану) не менше ніж 1 раз у житті, але не вживали їх протягом останніх 30 днів або останніх 12 місяців;
- ті, що експериментують: ті, що протягом останніх 12 місяців вживали конопель (марихуану) 1–2 рази;

## Форми поведінки, пов'язані з ризиком: групи споживання конопель

Країни та області	Регулярні споживачі			Країни та області	Ті, що часто споживають		
	15-річні підлітки, %				15-річні підлітки, %		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Канада	13	14	14	Канада	7	5	6
Швейцарія	13	9	11	США	6	3	5
Франція	12	10	11	Іспанія	5	2	3
США	11	10	10	Бельгія (франц.)	4	2	3
Іспанія	10	10	10	Швейцарія	4	1	3
Італія	10	8	9	Люксембург	4	2	3
Уельс	8	9	9	Словенія	3	2	3
Нідерланди	8	8	8	Уельс	4	1	3
Чеська Республіка	8	9	8	Франція	4	1	3
Англія	7	9	8	Шотландія	4	1	2
Бельгія (флам.)	10	6	8	Чеська Республіка	3	2	2
Словенія	8	6	7	Англія	3	1	2
Бельгія (франц.)	7	6	7	Ірландія	3	1	2
Шотландія	8	6	7	Австрія	3	0	2
Польща	9	4	7	Італія	3	1	2
Люксембург	6	6	6	Нідерланди	3	0	2
Латвія	8	4	6	Хорватія	2	1	1
Ірландія	7	4	6	Португалія	2	0	1
Словаччина	6	3	5	Гренландія	2	0	1
Естонія	6	4	5	Бельгія (флам.)	2	0	1
Гренландія	6	3	5	Латвія	2	0	1
Данія	4	5	4	Польща	2	0	1
Австрія	5	4	4	Данія	2	0	1
Литва	6	2	4	Російська Федерація	1	1	1
Португалія	5	3	4	Ісландія	2	0	1
Угорщина	5	2	3	Греція	2	0	1
Хорватія	4	2	3	Естонія	1	0	1
Ісландія	4	2	3	Угорщина	2	0	1
Німеччина	4	1	3	Німеччина	1	0	1
Греція	3	2	3	Україна	2	0	1
Фінляндія	2	2	2	Словаччина	1	0	1
Румунія	3	1	2	Литва	1	0	1
Україна	3	1	2	Фінляндія	1	0	1
Республіка Македонія	2	1	1	Норвегія	1	0	1
Норвегія	2	1	1	Республіка Македонія	1	0	0
Вірменія	3	0	1	Вірменія	1	0	0
Російська Федерація	1	1	1	Румунія	0	0	0
<b>Середнє HBSC</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

- регулярні споживачі: ті, хто протягом останніх 12 місяців вживали коноплю (марихуану) 3–39 разів;
- ті, що часто вживають: що вживали коноплі 40 разів або більше протягом останніх 12 місяців. Представлені дані відображають частку респондентів у кожній із цих груп.

## Форми поведінки, пов'язаної з ризиком: вживання конопель за останні 12 місяців\*

Країни та області	15-річні підлітки, %		
	хлопці	дівчата	загалом
Канада	28	28	28
Швейцарія	28	20	24
Іспанія	26	22	24
Франція	24	21	23
США	24	20	22
Чеська Республіка	21	22	21
Уельс	20	18	19
Латвія	22	15	18
Словенія	21	15	18
Англія	17	18	18
Нідерланди	19	15	17
Італія	20	13	17
Бельгія (франц.)	18	14	16
Бельгія (флам.)	19	13	16
Шотландія	19	13	16
Люксембург	17	13	15
Польща	19	10	15
Естонія	17	12	14
Литва	19	9	14
Гренландія	15	12	13
Словаччина	16	10	13
Ірландія	16	10	13
Данія	12	11	11
Угорщина	13	8	10
Австрія	12	8	10
Хорватія	12	8	10
Португалія	13	7	10
Фінляндія	9	7	8
Німеччина	11	6	8
Україна	11	2	7
Ісландія	10	4	7
Румунія	9	3	6
Греція	10	3	6
Російська Федерація	7	4	5
Швеція	7	4	5
Норвегія	6	3	4
Вірменія	8	1	4
Республіка Македонія	3	1	2
<b>Середнє HBSC</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>13</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам (лише 15-річним) було поставлено запитання: «Чи вживали вони коноплі (марихуану) протягом останніх 12 місяців?» Варіанти відповіді варіювалися від «ніколи» до «40 разів або більше». Представлені дані відображають частку респондентів, що вживали коноплі (марихуану) принаймні один раз протягом останніх 12 місяців.



**Форми поведінки, пов'язаної з ризиком: участь у бійках не менше ніж 1 раз  
за останні 12 місяців, %\***

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Швейцарія	—	—	—	Швейцарія	—	—	—	Греція	68	33	50
Бельгія (франц.)	80	47	63	Іспанія	97	90	93	Вірменія	80	20	50
Латвія	76	30	53	Греція	70	35	52	Бельгія (франц.)	51	27	39
Вірменія	80	22	51	Вірменія	80	22	51	Чеська Республіка	56	21	39
Чеська Республіка	73	25	49	Бельгія (франц.)	68	31	50	Словаччина	52	25	38
Угорщина	65	30	48	Чеська Республіка	71	25	48	Румунія	55	20	37
Словенія	63	28	46	Угорщина	65	30	47	Угорщина	50	23	36
Греція	60	32	46	Словенія	66	28	47	Ірландія	49	24	36
Румунія	61	26	44	Румунія	66	26	46	Австрія	53	20	36
Україна	67	21	44	Хорватія	65	27	46	Україна	54	18	36
Польща	67	20	44	Латвія	64	22	43	Італія	51	20	36
Іспанія	58	27	42	Україна	61	24	42	Литва	51	20	35
Російська Федерація	60	24	42	Литва	60	24	42	Люксембург	46	24	35
Хорватія	62	20	41	Російська Федерація	57	26	42	Латвія	50	19	35
Канада	56	25	40	Словаччина	58	24	41	Словенія	48	20	34
Ісландія	58	22	40	Австрія	59	19	39	Російська Федерація	47	21	34
Франція	56	24	40	Англія	52	24	38	США	41	25	33
Англія	57	22	40	Канада	50	24	37	Хорватія	48	17	33
Шотландія	57	22	39	США	45	27	36	Уельс	42	23	33
Литва	61	17	39	Франція	52	20	36	Нідерланди	43	22	32
Данія	56	21	38	Уельс	48	23	35	Бельгія (флам.)	41	24	32
Словаччина	54	20	37	Італія	51	20	35	Іспанія	43	21	32
Італія	54	19	37	Шотландія	48	21	35	Канада	43	20	31
Нідерланди	53	20	37	Ірландія	49	20	35	Англія	41	21	31
Естонія	54	17	35	Польща	53	15	34	Республіка Македонія	48	14	31
Ірландія	51	20	35	Ісландія	51	16	33	Шотландія	39	21	30
Швеція	52	19	35	Швеція	45	20	32	Польща	48	12	30
Австрія	54	16	35	Республіка Македонія	47	17	32	Франція	42	18	30
Бельгія (флам.)	52	18	35	Нідерланди	44	19	31	Швейцарія	43	16	29
США	45	22	33	Данія	45	17	31	Швеція	35	20	27
Уельс	48	18	33	Португалія	45	17	31	Фінляндія	35	16	26
Люксембург	43	20	31	Люксембург	40	20	30	Естонія	35	15	25
Португалія	49	13	31	Естонія	46	14	30	Португалія	33	15	24
Фінляндія	48	12	30	Гренландія	41	19	30	Ісландія	32	12	22
Гренландія	43	15	29	Фінляндія	43	15	29	Данія	31	12	22
Німеччина	42	13	28	Бельгія (флам.)	42	13	28	Гренландія	28	13	21
Республіка Македонія	35	15	25	Німеччина	35	11	23	Німеччина	26	10	18
<b>Середнє HBSC</b>	<b>57</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>55</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>45</b>	<b>19</b>	<b>32</b>

\* Примітка: відсутні дані по Норвегії, Туреччині та Швейцарії (для 11-річних, 13-річних).

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: «Скільки разів протягом останніх 12 місяців вони брали участь у бійках?» Варіанти відповіді варіювалися від «протягом останніх 12 місяців я жодного разу не брав участі у бійці» до «чотири рази або більше». Представлені тут дані відображають долю респондентів, які брали участь у бійках принаймні один раз протягом останніх 12 місяців.

**Форми поведінки, пов'язані з ризиком: був жертвою третирування, приниження, насильства (буллінгу) в школі не менше ніж 1 раз за останні два місяці, %\***

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Литва	59	56	57	Литва	58	58	58	Бельгія (франц.)	55	39	47
Латвія	56	52	54	Бельгія (франц.)	63	46	54	Литва	49	45	47
Бельгія (франц.)	61	43	52	Латвія	50	48	49	Австрія	45	32	38
Естонія	51	47	49	Україна	44	48	46	Румунія	43	33	38
Україна	48	49	49	Естонія	50	42	46	Україна	36	38	37
Російська Федерація	45	43	44	Румунія	48	42	45	Латвія	37	36	37
Канада	42	43	42	Австрія	47	41	44	Гренландія	35	34	35
Швейцарія	47	36	41	Португалія	47	37	42	Португалія	38	28	33
Румунія	45	36	40	Російська Федерація	42	40	41	Швейцарія	32	28	30
Португалія	47	32	40	Гренландія	39	38	39	Греція	34	26	30
Бельгія (флам.)	41	38	40	Швейцарія	40	36	38	Німеччина	32	26	29
Гренландія	44	35	39	Канада	36	38	37	Франція	28	28	28
Австрія	43	35	39	Франція	37	34	36	Естонія	29	26	27
Франція	36	40	38	Фінляндія	35	30	32	Канада	28	26	27
Угорщина	40	31	36	Англія	32	31	32	Російська Федерація	27	27	27
Фінляндія	37	33	35	Німеччина	30	32	31	Люксембург	25	27	26
Люксембург	36	33	34	Люксембург	31	29	30	Ірландія	26	23	25
США	34	32	33	Словаччина	33	26	30	Уельс	27	22	25
Нідерланди	35	30	32	США	31	29	30	Фінляндія	25	22	24
Ірландія	33	32	32	Уельс	31	28	30	Бельгія (флам.)	24	21	23
Англія	30	33	32	Угорщина	31	27	29	Норвегія	24	19	21
Польща	36	28	32	Греція	30	27	28	Англія	21	21	21
Норвегія	30	31	31	Польща	35	21	28	США	20	21	20
Словаччина	35	25	30	Ірландія	29	25	27	Словаччина	20	20	20
Німеччина	32	27	30	Норвегія	29	24	26	Польща	24	15	19
Уельс	31	29	30	Шотландія	26	26	26	Угорщина	18	19	19
Шотландія	25	32	28	Республіка Македонія	32	19	25	Шотландія	21	15	18
Данія	25	25	25	Бельгія (флам.)	27	23	25	Нідерланди	21	13	17
Греція	24	25	25	Нідерланди	26	23	24	Республіка Македонія	21	12	16
Ісландія	26	23	25	Словенія	26	23	24	Словенія	19	14	16
Республіка Македонія	26	18	22	Хорватія	21	19	20	Чеська Республіка	15	15	15
Словенія	21	21	21	Ісландія	23	17	20	Хорватія	14	13	13
Хорватія	21	16	19	Данія	19	21	20	Данія	14	12	13
Іспанія	20	11	16	Чеська Республіка	17	16	17	Ісландія	12	11	12
Італія	20	10	15	Іспанія	20	12	16	Іспанія	14	9	12
Чеська Республіка	16	14	15	Швеція	14	13	13	Швеція	9	10	9
Швеція	14	14	14	Італія	13	10	11	Вірменія	9	9	9
Вірменія	16	12	14	Вірменія	13	9	11	Італія	9	6	7
<b>Середнє HBSC</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>24</b>

\* Примітка: відсутні дані по Туреччині.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання про те, як часто вони були жертвою образ, третирування, насильства (буллінгу) в школі протягом останніх двох місяців. Варіанти відповіді варіювалися від «мене не ображали в школі протягом останніх двох місяців» до «кілька разів на тиждень». Представлені дані відображають частку респондентів, яких ображали в школі не менше ніж 1 раз протягом останніх двох місяців.

**Форми поведінки, пов'язані з ризиком: принижував, третирував слабших у школі  
не менше ніж 1 раз за останні два місяці, %\***

Країни та області	11-річні підлітки			Країни та області	13-річні підлітки			Країни та області	15-річні підлітки		
	Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.		Хл.	Дів.	Заг.
Латвія	59	45	51	Латвія	69	59	65	Румунія	68	61	64
Румунія	52	44	48	Румунія	66	59	63	Латвія	63	59	61
Литва	54	37	45	Литва	65	55	60	Литва	66	48	57
Естонія	53	35	44	Естонія	64	42	53	Греція	65	37	51
Бельгія (франц.)	52	33	42	Україна	54	47	50	Австрія	63	37	50
Україна	47	37	42	Швейцарія	57	39	48	Швейцарія	59	38	48
Швейцарія	48	26	37	Австрія	57	37	47	Гренландія	51	45	48
Гренландія	41	32	37	Гренландія	46	41	44	Україна	50	42	46
Російська Федерація	41	29	35	Бельгія (франц.)	51	36	43	Німеччина	54	31	43
Бельгія (флам.)	40	25	33	Франція	46	38	42	Франція	50	35	42
Польща	41	23	32	Німеччина	48	36	42	Естонія	53	30	41
Словаччина	38	25	32	Словаччина	46	35	40	Люксембург	47	34	41
Франція	35	28	32	Греція	51	29	40	Бельгія (франц.)	45	35	40
Австрія	40	22	31	Канада	42	37	40	Бельгія (флам.)	42	35	38
Португалія	40	21	31	Португалія	45	33	39	Словаччина	45	32	38
Канада	34	27	30	Російська Федерація	45	33	39	Канада	44	32	38
Люксембург	35	26	30	Люксембург	44	32	38	Польща	45	24	35
Нідерланди	35	20	28	Бельгія (флам.)	37	29	33	Російська Федерація	38	25	32
Греція	34	20	27	Словенія	40	25	33	Нідерланди	39	24	31
Німеччина	31	22	26	Фінляндія	39	26	32	Фінляндія	39	22	31
Угорщина	33	19	26	США	34	30	32	США	33	25	29
Фінляндія	35	16	26	Польща	41	23	32	Португалія	36	21	28
США	25	21	23	Нідерланди	35	25	30	Словенія	34	20	27
Республіка Македонія	29	17	23	Угорщина	37	21	29	Республіка Македонія	34	20	27
Словенія	26	16	21	Республіка Македонія	36	20	28	Норвегія	38	16	27
Норвегія	26	16	21	Хорватія	33	18	26	Угорщина	31	16	24
Данія	26	13	19	Англія	33	18	26	Данія	31	16	23
Ісландія	27	11	19	Норвегія	33	16	24	Англія	31	15	23
Шотландія	21	14	17	Уельс	28	19	23	Хорватія	30	16	23
Ірландія	20	12	16	Іспанія	27	19	23	Іспанія	26	18	22
Іспанія	19	10	15	Данія	25	18	22	Уельс	28	13	20
Італія	20	8	14	Шотландія	25	15	20	Італія	22	16	19
Англія	18	10	14	Італія	24	14	19	Ірландія	28	11	19
Хорватія	20	8	14	Ісландія	25	12	18	Шотландія	26	11	18
Вірменія	22	5	13	Вірменія	24	8	16	Чеська Республіка	23	13	18
Уельс	15	9	12	Швеція	19	13	16	Швеція	21	11	16
Чеська Республіка	11	8	9	Ірландія	21	10	16	Вірменія	22	8	15
Швеція	13	6	9	Чеська Республіка	18	12	15	Ісландія	18	8	13
<b>Середнє HBSC</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>40</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>Середнє HBSC</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>33</b>

\*Примітка: відсутні дані по Туреччині.

ВИМІРЮВАННЯ: підліткам було поставлено запитання: «Як часто вони брали участь у спричиненні образ і знущаннях з інших учнів у школі протягом останніх двох місяців?» Варіанти відповіді варіювалися від «я не ображав(ла) слабких в школі протягом останніх двох місяців» до «кілька разів на тиждень». Представлені дані відображають частку респондентів, які ображали слабких у школі протягом останніх двох місяців.

**Авторський колектив:**

О.М. Балакірева, канд. соціол. наук, Т.В. Бондар, канд. соціол. наук, Д.М. Павлова, канд. соціол. наук, доцент, Н.О. Рингач, д-р. наук. держ. упр., Є.І. Білоус, І.П. Василяшко, О.О. Патрікеєва, С.В. Сидяк, О.Т. Сакович, О.В. Швець, канд. мед. наук, доцент, В.В. Забузова, К.О. Балакірева, І.І. Локтева

*За редакцією канд. соціол. наук О.М. Балакіревої*

Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків

**Редактор М.М. Ілляш**

Рекомендовано до друку вченою радою Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка (протокол № 4 від 24 листопада 2014 р.)

Підписано до друку 18.03.2015. Формат 640x450  
Умовн.-друк. лист. 12,48. Обл.-вид. лист. 11,6  
Папір офсетний. Друк офсетний  
Наклад: 1000 прим.

Макетування та друк: ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ»  
Адреса: Україна, 03067, м. Київ, вул. Машинобудівна, 50 А