

## ПОШИРЕННЯ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК У ШКОЛЯРІВ РІЗНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП

*Проведено опитування 1017 учнів шкіл України та їхніх батьків. З'ясовано значну поширеність шкідливих звичок серед школярів середнього шкільного віку. Шкідливі звички більше поширені серед школярів з відхиленнями у стані здоров'я. Встановлено, що учні спеціальної медичної групи вперше пробують курити і вживати алкоголь відносно раніше, ніж представники інших груп. З'ясовано зв'язок між віком початку куріння школярів і кількістю цигарок, що викурюють їхні батьки. У школярів спеціальної медичної групи ведучими є не одна, а три причини вживання спиртних напоїв: "за компанію", для покращення настрою та зняття втоми.*

**Ключові слова:** школярі, медичні групи, шкідливі звички

**Постановка проблеми.** Підлітковий вік вважається періодом відносно міцного здоров'я та низької смертності. Це також час величезних змін у фізичних, психічних і соціальних умовах, на тлі яких складається поведінка, що впливає на здоров'я. Моделі поведінки, що встановилися в ранньому періоді життя, часто зберігаються і в дорослому віці.

Викликає тривогу поширення шкідливих звичок серед молоді.

**Аналіз наукових досліджень** показав, що кожний 4-й підліток викурює першу цигарку у віці 10 років. **Куріння тютюну** є основною причиною передчасного розвитку хвороб і смерті в розвинених країнах. Майже половина споживачів тютюнових виробів помирає передчасно. Хоча переважна більшість смертей, пов'язаних з курінням, трапляється в середньому і похилому віці, звичка до паління, безперечно, формується ще в підлітковому віці. Наприклад, близько 80% дорослих курців, за їх словами, почали палити до 18 років. Чим пізніше людина починає палити, тим менш імовірно, що у неї розвинеться тютюнова залежність. Підраховано, що половина курців хлопчиків-підлітків будуть продовжувати палити протягом мінімум 16 років, тоді як дівчатка будуть курити не менше 20 років. Молоді курці можуть придбати цю звичку і тютюнову залежність, ще не досягнувши дорослого віку, що ускладнює їм можливість кинути палити і збільшує ймовірність порушень здоров'я, пов'язаних з тютюном [1, 2, 13, 18, 22, 23].

Хоча гострі і ранні негативні наслідки вживання тютюну для здоров'я менш важкі, ніж наслідки вживання алкоголю, проте куріння призводить до розладів здоров'я молодих людей в короткостроковій перспективі, які виражаються, серед іншого, в зниженій функції легень, кашлі, задишці, зниженні фізичної працездатності, більшій сприйнятливості до респіраторних захворювань і підвищенні їх тяжкості. Куріння сприяє розвитку багатьох хронічних захворювань [1, 23].

З'ясовано, що підвищеним ризиком регулярного куріння пов'язані також схильність до жорстокого поводження з дітьми та стресових подій, а також і занижена самооцінка. Куріння також пов'язано з іншими типами ризикованої поведінки, такими, як незаконне вживання лікарських препаратів, вживання алкоголю і антигромадська поведінка. Наприклад серед молодих курців в 3 рази більше тих, хто регулярно вживає алкоголь, і в 8 разів більше тих, хто курить коноплю, ніж серед некурців. Нарешті, куріння, ймовірно, є основним шляхом, що веде до інших форм вживання психоактивних речовин. Тим не менше, молоді люди вважають куріння приємним, стильним, ознакою дорослості [10, 12, 15, 17, 21].

**Вживання спиртних напоїв** також тісно пов'язано з такими типовими формами поведінки в старшому підлітковому віці, як реакція емансипації і реакція групування з однолітками. Алкоголь, як і куріння, також є психоактивною речовиною, яка зазвичай несе в собі позитивну конотацію для молодих людей. Позатим алкоголь відіграє важливішу роль в етіології серйозних несприятливих наслідків для здоров'я дітей та підлітків, ніж куріння. Вживання спиртних напоїв може призвести до серйозних та необоротних ускладнень здоров'я, таких як порушення розвитку головного мозку у підлітків, що спричинює постійні проблеми з пам'яттю, стійкістю уваги та часом реакції; підвищення шансів ураження печінки в ранньому віці; порушення гормонального балансу необхідного для нормального розвитку органів, м'язів та кісток – зокрема в період статевого дозрівання.

Метою споживання алкоголю є досягнення стану сп'яніння, результатом якого є інтоксикація. Алкогольне отруєння призводить до втрати керування рухами і критичності суджень, а також до зниження рівнів гальмування. Серед підлітків молодшого віку такі ефекти, можуть наступати навіть при відносно невеликій кількості спожитого алкоголю [14, 19].

Молодих людей до шкідливих звичок призводить цілий ряд факторів, в тому числі поведінка, установки і очікування як батьків, так і однолітків. Існує більше ймовірності, що молоді люди почнуть

палити і вживати алкоголь, якщо вживають тютюн чи спиртні напої їхні батьки, старші брати чи сестри і друзі. Разом із тим доведено, що підтримка батьків є фактором захисту від шкідливих звичок [25, 26].

Велике значення заняттям *фізичною культурою* в попередженні шкідливих звичок надається низкою фахівців [5, 6]. Важливе місце в попередженні пияцтва і тютюнопаління у дітей відводиться *сім'ї, антинаркотичній освіті батьків та їх дітей* [6]. Незайнятості учнів у позаурочний час автор висуває альтернативу – захоплення фізичною культурою і спортом. Автор висвітлює питання фізичного виховання підлітків, організації їх здорового побуту і активного дозвілля, ознайомлює з деякими напрямками позашкільних занять фізичною культурою.

Розкриваючи проблему профілактики пияцтва і алкоголізму, автори [4] виділяють декілька традиційних аспектів пияцтва: етичний, біологічний, психологічний, гігієнічний, естетичний, економічний. В основі активного творчого довголіття фахівці бачать фізичну культуру, спорт, працю, активний відпочинок, повноцінне харчування, міцний шлюб, культуру сімейних стосунків, а також абсолютне неприйняття шкідливих звичок.

Таким чином, встановлено, що з віком кількість школярів, які мають шкідливі звички, зростає; що куріння тютюну і вживання спиртних напоїв притаманне у більшій мірі для хлопців, ніж для дівчат; що найпопулярнішими причинами вживання алкоголю є бажання, продиктовані особливостями підліткового віку – поява відчуття дорослості, яка визначає спрямованість та зміст активності дитини [9–15, 17, 19, 21–23, 25, 26,]. Проте досі залишається не з'ясованими особливості поширеності шкідливих звичок залежно від рівня здоров'я. Це суттєво гальмує створення концепції профілактичної роботи у загальноосвітніх школах.

**Мета** – з'ясувати поширеність шкідливих звичок серед школярів різних гендерних та медичних груп.

**Завдання:** 1. З'ясувати вік початку вживання тютюну чи алкоголю школярами різних гендерних та медичних груп.

2. Виявити поширеність шкідливих звичок серед школярів середнього шкільного віку різних гендерних та медичних груп.

3. Встановити причини вживання спиртних напоїв у школярів різних гендерних та медичних груп.

**Методи і організація дослідження.** Застосовувалися методи аналізу, узагальнення даних спеціальної літератури та емпіричних даних, опитування (анкетування). Було опитано 1017 учнів середнього шкільного віку середніх загальноосвітніх шкіл України, серед яких 510 дівчат і 507 хлопців. Представників 5-х класів було 365 осіб, 7-х класів – 342 особи, 9-х класів – 310 осіб. До вибірки увійшло 671 учнів, скерованих лікарями до основної, 327 – до підготовчої і 59 – спеціальної медичної групи (СМГ). Для обробки застосовані були методи математичної статистики.

**Результати дослідження.** Узагальнення отриманих нами даних показало, що школярі задекларували початок паління в середньому в  $9,55 \pm 3,06$  років. Згідно наукових даних [3] уперше хлопці і дівчата спробували курити в 11,3-13,4 річному віці. Розбіжності в даних пояснюються тим, що у нашому дослідженні бралися до уваги усі відповіді респондентів, включаючи і тих, які "просто подиміли", на відміну від згаданих вище масштабних досліджень [3].

У віці, коли діти вперше спробували курити очевидні гендерні відмінності. Серед хлопчиків зберігається велика ймовірність більш раннього початку куріння, ніж серед дівчаток. Згідно отриманих нами даних, перші спроби курити у дівчаток спостерігаються трохи пізніше (у  $10,9 \pm 2,5$  років), ніж у хлопців ( $9,3 \pm 3,0$  років), проте відмінності невеликі ( $p > 0,05$ ).

Чим раніше починають курити, тим вищим є відсоток постійного куріння. Аналіз проведених досліджень показав, що більшість підлітків (86,3%) ще не **пробували курити**. Серед опитаних нами школярів лише кожен шостий (14%) зізнався, що уже мав досвід тютюнопаління. Тобто з'ясована нами кількість курців є наполовину меншою, ніж стверджується іншими науковцями. Так матеріали наукових досліджень [2, 3, 8] свідчать, що у віці 13-15 років курять близько 30% юнаків і дівчат, а в сімнадцять років палить кожен п'ятий учень загальноосвітніх навчальних закладів. Той факт, що одна шоста частина 10-15-річних вже спробували курити тютюн, викликає велику тривогу.

Нашими дослідженнями підтверджено, що серед тих дітей, які ще не пробували курити, більше ( $p < 0,01$ ) дівчат (91,6%), ніж хлопців (79,2%). Закономірність, яка свідчить про мінімальні розбіжності у кількості курців серед хлопців і дівчат підлітків, встановлена іншими фахівцями не підтвердилася. Результати їх обстеження стверджують загальну географічну закономірність у гендерних відмінностях в курінні: у східних країнах Європейського регіону курців хлопчиків більше, ніж дівчаток, в центральних і південних країнах гендерні відмінності мінімальні, а в північних і західних європейських країнах курців дівчаток більше, ніж хлопчиків [3]. Ця закономірність може бути пов'язаною з більш широкими змінами в соціальному статусі жінок у промислово розвинених країнах і відповідає епідемічній кривій, що спостерігається у відношенні дорослого населення в цих країнах [3, 20, 24].

Оскільки в спеціальній літературі практично відсутні дані про поширеність шкідливих звичок серед школярів різних медичних груп, нами вперше було з'ясовано, що серед школярів з порушеннями у стані здоров'я спостерігається вища ймовірність куріння (23,8%), ніж серед учнів основної (14,3%), і особливо підготовчої (10,6%) медичних груп. Практично здорові школярі – учні основної медичної групи, почали курити відносно пізніше (в  $10,5 \pm 2,8$  років), аніж представники інших медичних груп (9,1  $\pm$  2,8 років у підготовчій і 9,5  $\pm$  2,5 років в спеціальній), які відрізняються відхиленнями у стані здоров'я. Таким чином

підтвердилася думка про схильність учнів з відхиленнями у стані здоров'я до ризикованої поведінки (такими, як незаконне вживання лікарських препаратів, вживання алкоголю і антигромадська поведінка).

Як бачимо (рис.1) кількість школярів спеціальної медичної групи, які почали курити в період з 3-х до 11-ти років є суттєво більшим, ніж серед представників інших медичних груп. Кількість курців серед школярів спеціальних медичних груп досягає піку в 10-11 років (9,52%), тоді як серед учнів основної медичної групи – в пізнішому віці – в 12-13 років і не досягає величин, притаманних для школярів з відхиленнями у стані здоров'я (6,23%). Відтак, можемо стверджувати, що школярі спеціальної медичної групи раніше, ніж інші почали курити, швидше (на 2 роки) досягли піку у кількості курців і швидше втратили інтерес до куріння.

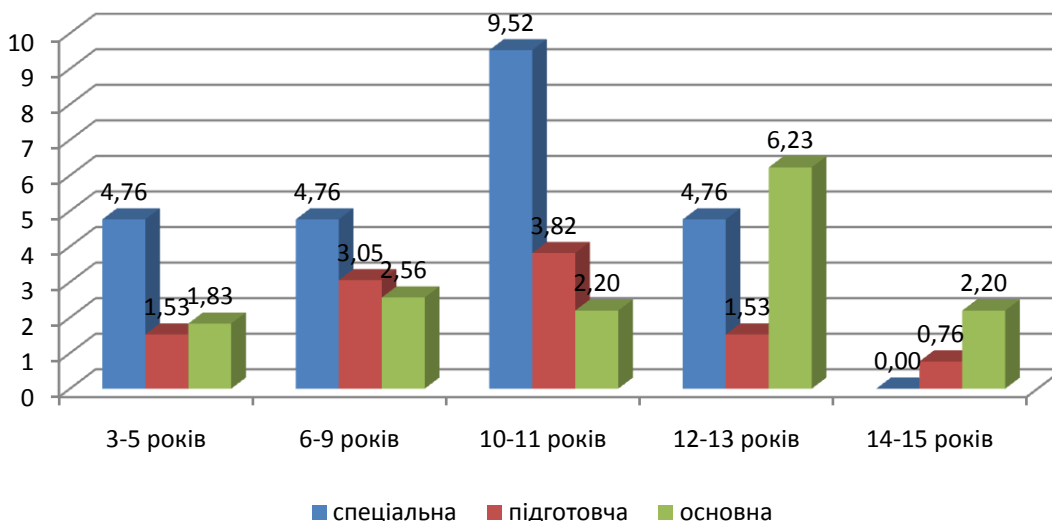


Рис. 1. Вік першої спроби тютюнокуріння (%) у школярів різних медичних груп

Кількість курців у нашій країні свідчить про недостатню ефективність політики і програм боротьби з вживанням тютюну серед молодих людей, мабуть. Однак, якщо б такі заходи взагалі не здійснювалися, відсоток курців міг би бути ще вищим. Легкий доступ до тютюну, активний вплив реклами і відносно слабкі заходи контролю можуть підривати можливості зміни ситуації навіть у тих випадках, коли в школах і здійснюються відповідні програми. Цей висновок підтверджує проведене нещодавно дослідження ефективності профілактичних програм у США. Дослідження показує, що заходи втручання на програмно-стратегічному рівні, спрямовані на обмеження куріння серед молодих людей, такі, як закони про чистоту повітря, підвищення цін через механізм оподаткування, контрреклама і суворе застосування діючих законів, що обмежують продаж тютюнових виробів неповнолітнім, повинні поєднуватися з профілактичними програмами у школах, щоб забезпечити максимальний і довгостроковий ефект [11].

В країні слід розробляти всеосяжні програми втручання в інтереси здоров'я молодих людей і розглянути можливість прийняття програм, які враховують гендерні проблеми. В якості цільової категорії особливо повинні бути виділені дівчатка-підлітки, так як серед них відсоток постійно курців зростає швидше (або, принаймні, знижується повільніше), і це може привести в майбутньому до наслідків для здоров'я, обумовленим гендерною приналежністю. Наприклад, є думка, що поєднання куріння з прийомом пероральних протизаплідних засобів збільшує ризик серцево-судинних захворювань і впливає на репродуктивне здоров'я. Крім того, куріння матері пов'язано з тим, що діти піддаються впливу середовища тютюнового диму і в майбутньому молоді люди теж можуть стати курцями. Куріння серед жінок може мати значніший вплив на середовище, в якому розвивається і зростає наступне покоління [16].

Нашими дослідженнями підтверджено, що одним із чинників, які провають початок куріння є поведінка батьків. Оскільки нами було з'ясовано слабкий, проте достовірний зв'язок ( $r=-0,33$ ) між віком початку куріння школярів і кількістю цигарок, що викурюють їхні батьки. Таким чином підтверджується, що суттєвий вплив на виховання дітей мають не слова (про шкідливість куріння), а вчинки батьків. Відтак підтримка батьків може слугувати фактором захисту від початку куріння. Дуже корисним буде спільне сімейне проведення дозвілля, заповнене активними формами занять: походами, спортивними і рухливими іграми, працею на присадибній ділянці, дачі і т.п. Таке дозвілля сприяє збереженню здорового способу життя в сім'ї, не пов'язаного з курінням та вживанням спиртних напоїв.

Аналіз даних опитування довів, що серед учнів середнього шкільного віку 68,6% навіть не пробували **алкогольних напоїв**. Серед опитаних 72,0% дівчат і 64,0% хлопців не смакували спиртного ніколи. Таким чином, згідно наших даних, суттєво більша частина Українських школярів не мають досвіду вживання алкоголю, ніж у даних, представлених в літературі (20% хлопчиків і 22% дівчаток) [3]. Позатим дані,

отримані нами відповідають результатам інших досліджень [7]. В цьому джерелі вказується, що біля 20% підлітків вже ознайомлені зі смаком спиртних напоїв.

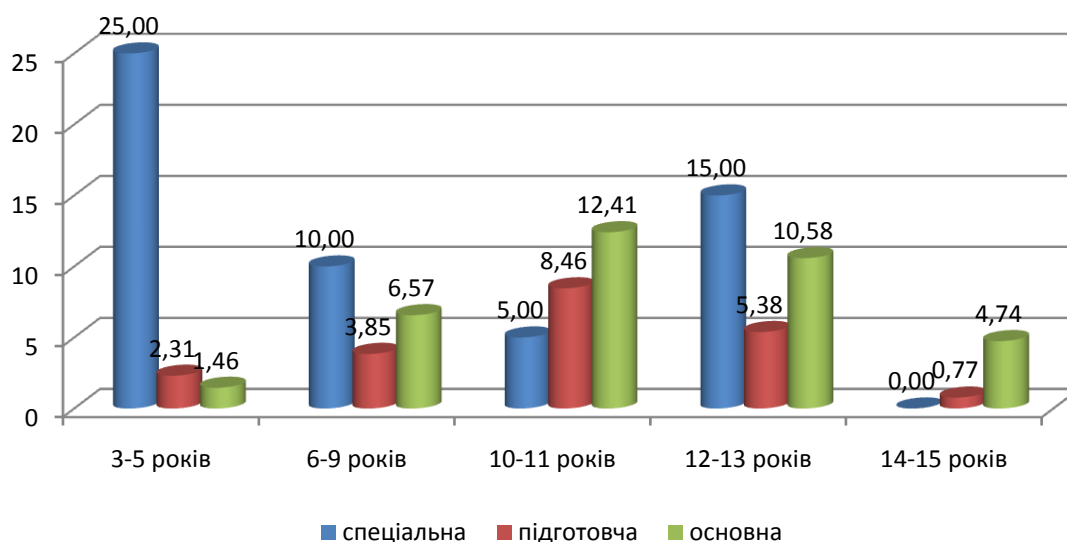
Та якщо серед підлітків біля 80% взагалі не вживають таких напоїв, то серед молодих людей старших від 25 років таких менш ніж третина [7]. Гостру алкогольну інтоксикацію реєструють в 200 з 100 тисяч підлітків та в 4 з 100 тисяч дітей. З віком зростає частота вживання алкогольних напоїв, зокрема міцних. Алкогольна залежність омолоджується а також "фемінізується" [7].

Цікаво, що серед учнів з послабленим здоров'ям таких, що не знають смаку алкогольних напоїв суттєво менше (45,0%), ніж серед учнів підготовчої (79,0%) та основної (65,0%) медичних груп.

Протилежні відмінності спостерігаються у віці першого досвіду вживання спиртних напоїв, з'ясованого нами та поданими в літературі. Згідно наших даних, дівчата спробували алкоголь у  $10,2 \pm 2,5$  років, що на 2 роки раніше, ніж значиться у даних, що стосуються школярів України [3]; хлопці – в  $9,8 \pm 2,7$  років (різниця випередження – ще більша і складає 3 роки). В середньому по 35-ти країнах світу ті з хлопчиків, які вживали алкоголь, відзначають, що зробили це уперше у віці  $12,3 \pm 2,3$  років, а з дівчаток – у середньому у віці  $12,9 \pm 1,9$  років [3]. Дані дослідження [7] також підтверджують інформацію про те, що найчастіше перша спроба вживання алкогольних напоїв припадає на "доросліший" вік – 13-15 років. Проте тенденція про більш ранній (на 2 роки) початок вживання спиртних напоїв хлопцями, ніж дівчатами, з'ясована нами, відповідає фактам описаним в літературі [3].

Школярі з порушеннями у стані здоров'я, скеровані до спеціальної медичної групи, заявили про відносно більш ранній початок вживання ними алкоголю –  $8,0 \pm 2,8$  років, ніж представниками підготовчої ( $9,6 \pm 2,5$  років) і основної ( $10,2 \pm 2,6$  років) медичних груп.

Аналіз даних діаграми (рис.2) свідчить, що кожен третій школяр спеціальної медичної групи (35%) уперше скуштував смак алкоголю у віці до 9 років. У двох вікових групах 10-11 та 13-14 років кількість школярів, які характеризуються міцнішим здоров'ям, вік першої спроби спиртних напоїв був найвищим у школярів основної медичної групи. Піку у кількості школярів, які вперше спробували на смак алкоголь учні спеціальної медичної групи досягли у 3-5 років, що на 5-8 років раніше, ніж школярі основної медичної групи. Та й то їхня кількість (12,41%) суттєво поступалася кількості школярів СМГ (25,0%), які спробували спиртні напої ще до початку навчання у школі.



**Рис. 2. Вік першої спроби вживання спиртних напоїв (%) учнями різних медичних груп**

Як бачимо (рис.3) крива віку першої спроби вживання алкогольних напоїв досягає своєї вершини в 10-11 років; крива віку першої спроби куріння має два підйоми (у 6-9 і 12-13 років).

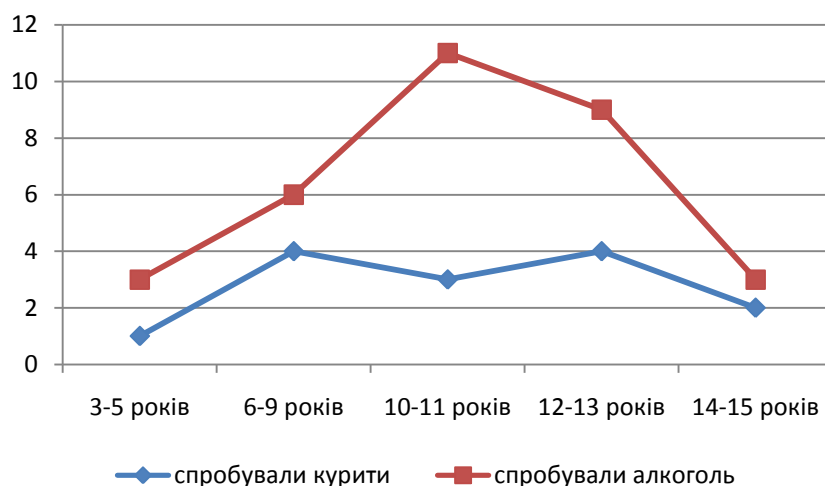


Рис. 3. Вік дітей, в якому діти уперше спробували вживати тютюн і алкоголь

За роки навчання у школі збільшується кількість учнів, які смакували ті чи інші алкогольні напої. Наприклад, у 5-му класі кожен п'ятий школяр пробував пиво (20,1%), а у 11-му класі пиво пробували уже троє з чотирьох учнів (69 %) [8].

Слабоалкогольні напої школярі починають активно вживати, приблизно з 12-річного віку (31%). У чотирнадцять років таких учнів вже 46,4%, а у сімнадцять – 60,9%. Найбільш активна динаміка спостерігається у споживанні школярами вина. Так, у 11 років таких учнів – 7,2%, у 13 років – 36,8%, у 15 років – 64,3%, а у 17 років вже 75%. Результати аналізу також показують, що починаючи з 15 років 40,9% школярів уже смакували горілку [8].

Аналіз показників свідчить, що беззаперечним лідером серед **мотивів** уживання алкоголю в школярів середнього шкільного віку є бажання підтримати компанію (9,65–2,56%). Ці дані підтверджують інші дані, представлені в літературі [8]. Суттєво поступаються бажання полегшення спілкування, та покращення настрою (4,39–0,48%). Бажання зниження стресу та зняття втоми засобами вживання алкоголю є ще менш значущими для учнів середнього шкільного віку в середньому (2,63–0,43%).

Проте зокрема для 7-класників мета полегшення спілкування засобами вживання алкогольних напоїв (3,75%) не стоїть так гостро і тому посідає останнє місце у рейтингу популярності причин прагнення сп'яніння. Учні 7-х класів у більшій мірі (3,75% та 1,88% відповідно), ніж 5- і 9-класники прагнуть полегшити спілкування (0,43% та 0,88%) та зняти втомленість (0,43% та 0,88%). Наші дані відповідають результатам інших досліджень. Зокрема встановлено, що 90% школярів вказали, що не вживають алкогольних напоїв. Якщо вживають їх, то це зазвичай відбувається "за компанію" (6%), для полегшення спілкування чи покращення настрою (по 2%), по 1% респондентів прагнуть зняти стрес чи накопичену втому за допомогою алкоголю [8].

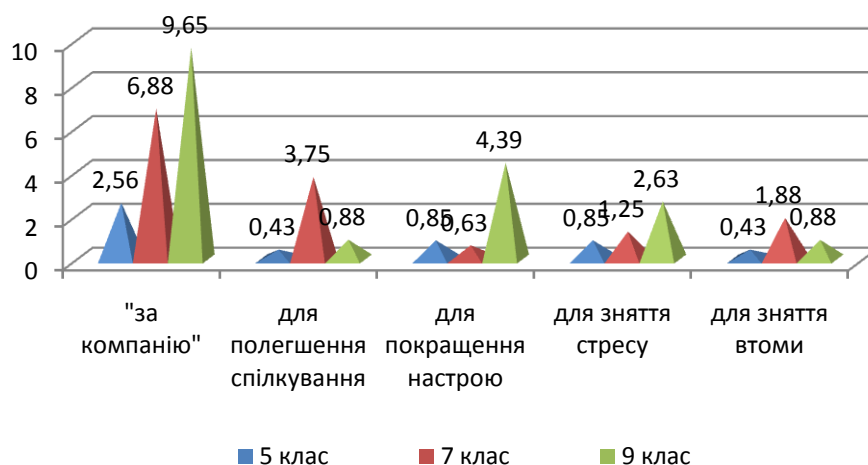


Рис. 4. Причини вживання алкогольних напоїв (%) у дітей різного віку

Нами уперше встановлено, що причини вживання спиртних напоїв відрізняються у представників різних медичних груп. У дітей з відхиленнями у стані здоров'я перше місце за поширеністю посідають три причини: "за компанію", для покращення настрою та зняття втоми (по 4,76%). Таким чином учні спеціальних медичних груп очевидно не надають значної важливості підтримати компанію, як представники

інших медичних груп (2,88% і 6,83% відповідно в підготовчій та основній медичній групі). Натомість бажання покращити настрій та зняти втому вживаючи алкоголь, школярі спеціальних медичних груп переслідують частіше, ніж їхні опоненти (4,76% проти 1,81% і менше). Зовсім не знайшлося учнів СМГ, які вживали б спиртні напої з метою полегшити спілкування чи зняти стрес.

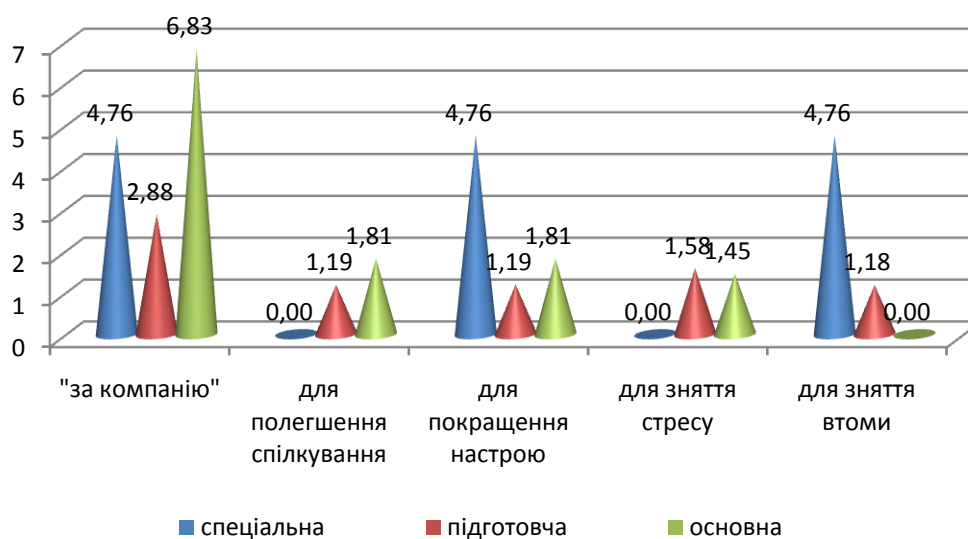


Рис. 5. Причини вживання алкогольних напоїв (%) учнями різних медичних груп

Молодим людям особливо необхідно більше знати про потенційні шкідливі наслідки пияцтва. Крім освітніх та оздоровчих антиалкогольних заходів, які спрямовані безпосередньо на молодь і найчастіше реалізуються на базі шкіл і місцевих культурно-освітніх центрів і центрів здоров'я, необхідно подумати і про інші фактори, що впливають на споживання алкоголю молодими людьми, наприклад, про сім'ю. Результати дослідження, що охопило більше 30 років, показують, що молоді люди з міцними сімейними прихильностями виявляються більш захищеними від формування неадекватних моделей поведінки в дорослому віці [20, 24].

Перспективними видаються профілактичні програми, формування умінь та навичок і короткочасні заходи втручання на базі шкіл, особливо в поєднанні з втручаннями за місцем проживання. У тих країнах, де ще не проводяться кампанії в засобах масової інформації, не введені обмеження на рекламу і відсутнє регулювання доступності алкоголю для молоді шляхом введення правил для точок роздрібною торгівлі (що регулюють їх кількість, години роботи та передбачають інструктування менеджерів і персоналу, і т.д.), уряду необхідно подумати про розробку і здійснення таких заходів. Можливі законодавчі норми, які могли б бути прийняті в рамках широкомасштабних заходів профілактики, включають систему ліцензування виробництва та продажу алкоголю, нанесення на тару з напоями попереджувальних написів про шкоду алкоголю і введення податку на алкогольні напої (це, мабуть, найважливіше для молодих споживачів, які чутливо реагують на зміну цін) [3].

Очевидно, що відсутність належного впливу на означену проблему з боку батьків, вчителів та широкої громадськості призвело до того, що за роки навчання у школі стрімко збільшується кількість учнів, які пробували палити, або уже палять. Тому дієвим кроком на шляху вирішення проблеми здоров'я підростаючого покоління вважаємо суспільне усвідомлення ролі сім'ї в цьому процесі.

Беручи до уваги шкоду, яку завдає здоров'ю куріння тютюну і вживання алкоголю, робимо висновки, що **попередження** шкідливих звичок в учнів стає важливим напрямком виховно-профілактичної роботи загальноосвітніх шкіл. Профілактична робота повинна здійснюватися в нерозривному зв'язку з розумовим, трудовим, фізичним і моральним вихованням. У процесі цієї роботи повинна формуватися гармонійно розвинена культурна особистість, важливо виховати моральні норми, формувати загальнолюдські цінності й уміння вести здоровий спосіб життя.

## Висновки

1. Поширеність шкідливих звичок серед школярів, ранній початок спроб вживання тютюну та алкоголю, стрімке прогресування відсотка курців та тих, що вживають алкоголь, згубний вплив на здоров'я і не достатньо глибоке усвідомлення підлітками негативних наслідків викликає тривогу і потребує свого вирішення.

2. Вік початку куріння тютюну складає в середньому в  $9,55 \pm 3,06$  років, алкоголю –  $10,00 \pm 2,1$  років. Перші спроби куріння та вживання спиртних напоїв у дівчаток спостерігаються трохи пізніше (у  $10,9 \pm 2,5$  років та у  $10,2 \pm 2,5$  років відповідно), ніж у хлопців ( $9,3 \pm 3,0$  років та в  $9,8 \pm 2,7$  років). Встановлено, що учні спеціальної медичної групи вперше спробували курити і вживати алкоголь відносно раніше (в  $9,5 \pm 2,5$  років і  $8,0 \pm 2,8$  років), аніж представники інших медичних груп ( $9,1 \pm 2,8$  років та  $9,6 \pm 2,5$  років у підготовчій і в  $10,5 \pm 2,8$  років та  $10,2 \pm 2,6$  років – в основній).

3. Кожен шостий (14,0%) учень середнього шкільного віку уже має досвід тютюнопаління, кожен третій – (31,4%) смакував алкоголь. Серед тих дітей, які ще не курили і не пробували спиртних напоїв, більше ( $p < 0,01$ ) дівчат (91,6% і 72,0%), ніж хлопців (79,2% і 64,0%). Особливо тривожним результатом є те, що серед учнів з послабленим здоров'ям шкідливі звички є поширенішими, ніж серед відносно здорових школярів; у підлітковому віці вже пробували курити 24,0% учнів в СМГ проти 11,0% і 14,0% відповідно в підготовчій та основній медичній групі, смакували алкогольні напої – 55,0% учнів СМГ проти 21,0% та 35,0% відповідно. Відносно молодший вік початкових спроб вживання тютюну і алкоголю, а також більший відсоток курців і випиваючих серед школярів спеціальних медичних груп може пояснюватися схильністю учнів з відхиленнями у стані здоров'я до ризикованої поведінки.

З'ясовано слабкий, проте достовірний зв'язок ( $r = -0,33$ ) між віком початку куріння школярів і кількістю цигарок, що викурюють їхні батьки.

4. Встановлено, що ведучі причини вживання спиртних напоїв у школярів різних вікових груп відрізняються, проте не суттєво, визначальною метою споживання алкоголю є бажання підтримати компанію. У дітей з відхиленнями у стані здоров'я перше місце за поширеністю посідають не одна, а три причини: "за компанію", для покращення настрою та зняття втоми (по 4,76%).

## Використані джерела

1. Балакірева О. М. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011 // [О. М. Балакірева, кер авт. кол. ]. О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Ю. П. Галіч та ін. Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: ТОВ ВПК "ОБНОВА", 2011. – 176 с.
2. Дутчак М. В. Теоретичні аспекти впливу способу життя на здоров'я молоді [Електронний ресурс] / Дутчак М. В., Благий О. Л. – Режим доступу : [http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vchdpu/2011\\_91\\_1/Dutchak.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/2011_91_1/Dutchak.pdf) (дата звернення 28.08.2013)
3. Здоровье молодых людей и окружающая их среда Исследование "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC): результаты международного обследования 2001/2002 гг. Политика здравоохранения в отношении детей и подростков. – № 4 [Электронный ресурс] Режим доступа : [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/110232/e82923R.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/110232/e82923R.pdf) (дата обращения 28.08.2013)
4. Лоранский Д.Н. Азбука здоровья: Кн. для молодежи / Д.Н. Лоранский, В.С. Лукьянов. – М.: Профиздат, 1990. – 176 с.
5. Некрасов В.П. Физическая культура против пьянства / В.П. Некрасов // Теория и практика физической культуры. – 1985. – № 9. – С. 37–39.
6. Пермяков А.А. Внешкольное физическое воспитание подростков / А.А. Пермяков. – Киев: Рад. школа, 1989. – 152 с.
7. Соціологічне дослідження "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді". – Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка в межах міжнародного проекту "Health Behavior in School-Aged Children" (HBSAC), 2010.
8. Сутула В.О. Здоров'я школярів як соціально-педагогічна проблема / В. О. Сутула, М. Кочуєва, Т. С. Бондар // Вісник Луганського університету імені Тараса Шевченка. – 2010. – № 17 (204). – С. 295–305.
9. Христюк О.Л. Психологічні особливості установки учнів молодшого та раннього підліткового віку на вживання алкоголю : Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2009. – 19 с.
10. Anda RF et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. JAMA, 1999, 283(15):1652–1658.
11. Eccles J, Gootman JA, eds. Community programs to promote youth development. Committee on community-level programs for youth. Washington, DC, National Academy Press, 2002.
12. Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? Journal of Adolescence, 1999. – 22(5). – P. 673–682.
13. HEALTH 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All, № 6; Режим доступу: [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_38](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38), (дата звернення 20.01.2004).
14. Hublet A, Maes L. Exploring gender differences in smoking among adolescents using the HBSC database. In: Lambert M et al. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002. – P. 33–54.

15. Kandel DB, ed. Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis. New York, Cambridge University Press, 2002.
16. Kendrick JS, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 1990s. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996. – 175(3). – P.528–535.
17. Lamkin L, Houston TP. Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care*, 1998, 25(1). – P.123–135.
18. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
19. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. Health and health behaviour among young people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; Режим доступу: <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, (дата звернення 20.01.2004).
20. Pampel FC. Cigarette diffusion and sex differences in smoking. *Journal of Health and Social Behavior*, 2001. – 42. – P.388–404.
21. Pharmacists and action on tobacco. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (Smoke-free Europe 12; Режим доступу: <http://www.euro.who.int/document/E61288.pdf>, (дата звернення 20.01.2004).
22. Pierce JP, Gilpin E. How long will today's new adolescent smokers be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 1996. – 86(2). –P. 253–256.
23. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994 Режим доступу: [http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr\\_1994/index-htm](http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr_1994/index-htm), (дата звернення: 20.01.2004).
24. Sasco A.J. Evolution of smoking among women in Europe. In: Lang P, Greiser E, eds. European symposium on smoking and pregnancy – The chance for action. Proceedings. Bremen, Bremen Institute for Prevention Research and Social Action (BIPS), 1999. – P. 13–22.
25. Simantov E et al. Health compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000. – 2(1). – P. 85–101.
26. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 1998. – 7. – P.409–420.

*Bodnar I.R., Pazychuk M.W., Pazychuk O.V., Pazychuk O.O.*

#### **THE SPREAD OF HARMFUL HABITS AMONG SCHOOLCHILDREN OF VARIOUS MEDICAL GROUPS**

*A survey in 1017 Ukraine pupils and their parents. It was found a high prevalence of harmful habits among school children of secondary school age. Bad habits are more common among students with disabilities in state care. Found that students of special medical group first try smoking and drinking alcohol relatively earlier than other groups. It was found early relationship between age and the number of students smoking cigarettes smoked by their parents. At school special medical group is a leading not one but three reasons for drinking: "for the company" to improve mood and fatigue.*

**Key words:** *students, medical groups, bad habits.*

*Стаття надійшла до редакції 30.08.2013 р.*



