

普通方法的目的是为了满足不同青少年成长最基本的需要，促进他们具备多种健康行为，在一旦需要时能够表现出来。这些方法对于受到负面危险影响的年轻人特别有帮助，因为他们可以很容易地“换另条路走”：这些方法使他们从有问题的行为转向青少年健康成长的道路。

对于一些个别问题的处理，普通方法与目标方法之间存在着互补关系。普通方法能够帮助动摇不定的青少年建立自尊，或者在一个有价值、有帮助的集体中找到自己的位置——两种方法都会加强青少年的个人能力，例如，抵制吸毒的诱惑或者进行过早性活动的压力。与此同时，对于所有青少年都十分重要的是，获得有关危险的准确信息，培养避免这些危险的特殊技能。总而言之，解决多种健康问题的目标是促进培养和坚持健康的行为，为健康营造一个富有建设性的环境。框 19 对同时解决一系列健康问题的很多计划进行了讨论。

6.4 综合干预行动

由于年轻人性发展阶段和环境的不同变化，他们需要多种多样健康和成长的需求。但是在各个时期他们都需要信息、必要的技能、咨询和卫生服务。综合各种干预行动内容的规划，像促进安全和支持环境、提供信息、培养技能、提供咨询和医疗服务等一系列适合青少年健康需要的活动，都会对青少年的健康产生正面影响。青少年参与综合干预行动的选择，将促使干预行动更加适合青少年的需要。值得注意的是，年轻人有可能没有机会表达他们的需要，对评价各种方法的重点提出改进意见。在第 8 章阐述的内容将有助于克服这个问题。

由此使我们联想到美国卫生与人口事业局预防有害物质滥用办公室提出的报告⁽¹⁹⁶⁾，这份报告强调，预防有害物质滥用的工作采取综合规划的方式是最有前途的。综合规划要解决多层次影响的问题——这就是说要考虑造成吸食有害物质复杂的和相互关联的各种原因——才能取得成功。规划的重点内容如下：

- 准确和适合的信息；
- 社会和生活技能的培训；
- 家庭教育和帮助（规划帮助家长向孩子们明确表达他们希望的行为，监督并指导自己的孩子；不断帮助孩子形成规范的社会行为；给孩子创造参与家庭事务的机会，增强家庭的凝聚力，促进培养孩子学习、社交和拒绝不良影响的技能）；
- 青少年参与干预行动的制定与实施；
- 正面的替代活动（例如不吸毒的聚会）。

框 19 满足青少年多种健康和成长需要的规划

正像在框 18 中所阐述的，为街头儿童和童工实施替换活动计划，以社区为基础为青少年提供卫生医疗，补充食品，进行基本教育和卫生教育（包括青少年性和避孕卫生，以及有害物质滥用内容），以及心理咨询。

以街头流浪和打工的年轻人为对象实施的“蝴蝶”计划⁽⁸⁾，为年轻人提供医疗保健、营养和食品、卫生教育、咨询以及求职和自救的方法。

菲律宾的人口与发展中心下属的 3 个城市的青少年中心，为年轻人提供性与生育健康的个别咨询和教育，安排青少年到医疗中心就诊，分发避孕套。他们也采用了多种渠道的方法，如电视（根据青少年的行为反应，编排宣传卫生知识的连续剧）和广播，而且还大量使用了电话热线服务。

越南的青少年联盟把他们的活动重点置于没有工作的青少年夫妇和单身，使他们接受增加收入和生育健康方面的教育。这项计划还为他们提供经费支持和贷款，帮助他们重新生活。

其中需要更多的了解，是什么动力促使青少年选择并坚持健康的行为。大多数有效的健康促进干预行动都能够考虑到影响与青少年健康行为有关的 3 个因素：前提条件、强化和能动因素。前提因素是行为产生的动力，它们包括认识、价值、信念和态度。能动因素有利于行动的实施，一般来说，它们是构成青少年环境的条件。强化因素在行为发生以后开始起作用，它为行为保持下去提供了机会⁽¹⁹⁷⁾。

综合干预行动包括在某一个特定的地点对某一个年轻人群体需求的了解，并且运用正确的混合干预行动适应这些需求，根据这一地点的情况采取最适宜的方法。在美国，为了预防青少年开始吸烟，在复杂的社会环境中，创造性的运用干预行动是一个很好的范例。他们运用法律和政策手段，利用社会舆论和社会风气，开展各种活动，为年轻人提供需要的信息和技能培训。干预行动促使政府通过了禁止向年轻人出售香烟的各项法律，并出台了限制在公共场合吸烟的政策；媒体的宣传活动开始广泛地影响社区群众对吸烟的看法；经过精心策划的学校干预行动也付诸实施。在讨论有关青少年吸烟问题时，美国外科学会⁽¹⁹⁸⁾的报告指出：“最有效的预防是在社区范围实行的，运用教育和公共政策结合方

法的计划。”

最近发表的预防青少年怀孕的经验总结报告⁽³⁵⁾强调指出，能够长期坚持并不断强化的综合规划（包括课堂教育，学校范围开展的各项活动，提供避孕套和媒体宣传活动）被证明是有效的，而简单地贯彻各种综合内容并不能保证规划获得成功。青少年发展规划在改善年轻人教育水平、就业潜能和生活选择能力方面的经验说明这样的规划才能够明显地降低年轻人意外和过早怀孕的比例。

6.5 依靠并联合现有的在不同地点开展的干预行动

社会各个部门都可以为促进和保护青少年健康和成长作出极大的贡献。虽然每个部门都有自己明确的工作内容和目标，如果一旦在一个共同的框架中把它们结合起来，使目标和方法更加协调一致，那么就可能处理各种性质的青少年问题。另外，尽管各部门实施的干预行动，在基本性质上是相似的，但是通常开展各项活动的地点不同。因此要使规划具有在不同环境下落实到年轻人的潜力。对于青少年健康和成长面临的问题展开经常性的争论，谋求各个方面的支持，其价值将是无法估量的。为了把不愿意寻求帮助和利用各项服务的年轻人缩减到最小范围，就需要在不同地点实施的规划活动互相合作，为这些年轻人提供一个安全网。

为青少年提供服务的干预行动往往只集中解决某个单一的问题。有必要把这些干预行动结合起来采用一套完整的方法。在一个地方实行的卫生服务方法应该将大多数地方调动起来。由于各种卫生服务之间常常缺乏联系，使得青少年，如容易受到性病和吸毒危害的青少年，在接受卫生服务时，不得不克服多人多部门重复造成的障碍。另外，卫生机构之间也缺乏信息沟通。事实上，互相合作才能更有效率。要纠正上述情况（在缺乏正规管理的地区），可以通过不同部门之间，以及卫生部门内部不同部门中对青少年健康感兴趣的工作人员之间非正式的交流来克服。他们可以互通工作情况，讨论青少年问题的趋势，对各项活动进行安排，交流观察到的青少年的需要和机会方面的信息。

因此特别要强调的是，一旦培养青少年的责任落实到一些为满足青少年健康和成长基本需要而工作的关键部门，形成支持和爱护青少年的工作基础，那么青少年的问题就会得到更有效的解决办法。这些部门包括家庭、学校和社区组织。没有哪个部门可以保证今天的青少年会成为明天的负责的、正派的、有思想、有能力的成年人，但是这些部门对他们共

同的影响是十分重要的。只要它们联合在一起,就会产生巨大的潜能来解决严重造成数百万年轻人不良健康行为并不断增长的各种因素⁽⁶⁾。

在大多数国家卫生资源紧张,青少年健康规划要想寻求成功,只能依靠现有的资源和设施。所有国家都有很多各种组织和机构能够(或应该)为青少年健康和成长需要作出贡献。但是没有一个机构,无论是私人的还是公共的,政府的还是非政府的,能够单独完成青少年健康和成长的目标。很多组织尽管很不大,同样能作出有意义的贡献。因此需要通过加盟与合作,创造一个环境使年轻人的积极性得到最大限度的发挥。

政府与非政府组织,包括商业组织之间的配合行动是至关重要的,而且可以获得共同的利益。这种伙伴关系是跨部门的合作,特别是卫生、教育、青少年、社会福利、司法和劳动部门,共同为青少年的需要编织了一张安全网。为了最理想地利用现有的资源并使之不断完善,为年轻人提供信息的工作人员必须与提供卫生和相关服务的工作人员建立合作伙伴关系。参与项目贯彻实施和/或项目支持的各个单位形成并保持富有成果的合作伙伴关系,有助于在未来从各个不同的部门汇集意见,形成制定扩大政策方案的基础。需要特别注重的是商业部门的参与。从根本上讲,它们的参与是与政府和非政府部门分担责任,贯彻和/或资助规划。另外,坚持与商业部门的合作,即通过组织管理上的改进,使合作能够灵活地适应环境的变化并有所创新,能够使规划长期地持续下去。

我们所面临的一个重要挑战是,要找到各种方法帮助决策人制定的新规划和政策达到平衡一致,并把这些方法作为指导行动的基本策略。建议在制定这种新的方法之前,必须进行以下工作:

- 进行明确和全面的检查工作,评估现有的和可利用的资源;
- 要保证各项策略不仅反映出资助人要做些什么,想做些什么,而且要反映出他们愿意怎么做和他们要做的动机。

框 20 说明了适合在这方面的各种方法。

6.6 尊重文化差异

文化氛围与青少年的成长存在着重要的联系。了解一个人的文化背景是判断这个人的重要方面,而且文化背景也是一个人整个发展过程中的一个组成部分。青少年对自己的认识以及对周围环境和社会环境的适应取决于他们的文化认识。使青少年认识并做到这一点,能够促进他们的集体观念,这是青少年的基本需求,也是规划要达到的目的。

框 20 综合干预行动——一些实例

在博茨瓦纳，一项女青年基督教联合会/青少年自我教育咨询规划，在哈博罗内的初中学校开展了课外教育活动。这项教育活动由当地的广播电台配合，向公众每周播出叫做“与青少年谈心”的节目，并且把活动扩大到校外的年轻人、家庭和社区。由年轻人担任的教育工作者与博茨瓦纳社会市场规划的青少年健康和成长计划密切配合，共同工作。这项计划还支持其它的年轻人组织对担任规划教育工作的年轻人进行培训；与职业培训部门合作，通过提供信息和技能培训活动，针对失业的青少年开展青少年自我教育活动。通过媒体宣传活动和社区的支持为年轻人营造了一个更为支持的环境。总之，这项计划的开展吸收了各种政府机构和商业机构作为合作者。

在冈比亚开展的“青少年反对吸毒和酗酒”的计划，着手解决由于贫困、缺乏教育和失业情况不断恶化造成的各种健康问题，为青少年提供各种切实有效的支持（初级卫生保健、教育、娱乐和文化活动、心理咨询、职业培训和工作安排）。计划还针对辍学青少年开展了重新接受教育的工作，并在全国实施了扫盲运动。很多卫生、职业教育和社区组织都参与了这项计划。

在比利时实施的 *Je mange bien à l'école* 健康教育计划目的是改善在 Liège 35 所学校儿童的营养状况。计划成功地限制了私人商店向儿童提供自制饮料，保证了食品店向儿童提供健康食品，并且雇用专人为学校儿童提供午餐。

在联合国儿童基金会的支持下，菲律宾以城市贫困儿童，特别是街头流浪儿童为目标，开展了多项计划。这些项目总的策略是，促进教育；避免儿童受到伤害；落实卫生服务；提高卫生人员、家庭成员、社区居民照顾儿童的能力；开展以学校为基础的营养干预行动；进行包括 HIV 感染/艾滋病的卫生教育；制定有关的政策，在国家青少年委员会的支持下，检查并修订法令。

规划采取的多部门联合的方法需要商业部门的参与并给予进一步的支持。从本质上讲，商业社团的参与是要与政府和非政府组织共担责任，贯彻执行和/或资助规划。一旦形成制度，参与项目贯彻实施和/或项目支持的各个单位形成并保持富有成果的合作伙伴关系，有助于以所有参与部门的意见，作为制定扩大政策的基础。

在实践基础上坚持这个合作的思想，即通过组织管理上的改进，使合作能够灵活地适应环境的变化，并有所创新，能够使规划长期地持续下去。

作为博茨瓦纳社会市场规划组成部分的青少年生育健康计划为倡导商业部门参与的多部门合作提供了一个实例。这项计划以中型城镇的 13~18 岁的年轻人为对象，由当地的博茨瓦纳 PSI 非政府组织贯彻实施。计划分 3 种方式，实施包括开展生育卫生的保健媒体宣传活动（包括禁欲，避孕套使用，女性避孕，男女双方的性保护，通过诊所进行激素药物避孕，等等）；通过商业部门和诊所出售避孕套，由青少年担任的教育工作者和促销人员对年轻人给予指导；为了鼓励更多的青少年接受医疗服务，建立包括零售商、医疗人员、年轻人、老师和家长在内的联系网。

在印度贾姆谢德布尔的一家大的企业，Tata 钢铁公司，通过它的家庭倡导中心，针对生活在居住区公司周边的地区和贫民区的男女青少年（14~18 岁）、单身汉和新婚夫妇以及在公司工作的家长实施了他们的计划。中心通过 IEC 倡导教育运动（包括媒体宣传）和医疗服务，在一个不能公开讨论有关性问题的文化氛围中，努力探索一个共同行动的模式，提高年轻人对性与生育健康的认识 and 了解。这项富有开创性的工作实施了 10 年之久，其目的在于预防或最大限度地减少儿童结婚、婚前性行为、未婚年轻人怀孕现象以及青少年母亲的死亡率。公司通过由尚未工作的年轻人组成的剧团巡回演出为中心筹措资金。而且，中心在其它组织的资助或支持下，一直坚持实施对年轻人的教育计划。中心在满足年轻人需求方面取得的成功，表现在中心的工作已经扩大到其他的目标人群，如大学生、青少年俱乐部成员、政治团体的成员和军营的战士。

另一个有特色的例子是由《印度时代周刊》组织的新闻报纸教育合作计划。这项计划以报纸作为学习工具，对 3 个主要城市，年龄为 11~18 岁的学生举行涉及预防 HIV 感染、营养和人际交流等广泛内容的学习班。

青少年阶段是接受和容忍人群中各种差异的重要时期。青少年时期是形成思想的阶段，年轻人在他们周围的文化环境中固有的信仰和价值观、社会的规范带有公开评判和衡量的倾向。通常在这一阶段青少年要面临他们周围世界不公正和充满疑惑的挑战。然而，在发展过程中不断

增强青少年对各种情况的承受能力，需要社会其他人对他们进行指导并作出榜样；相反缺乏承受力会使他们无法迎接挑战，并且会成为年轻人身上固有的缺陷。青少年具备容忍文化差异的承受力，对于社会期望下一代人更具这种能力来说是十分重要的。

在规划中改善环境方面的工作有助于年轻人产生安全感，这对他们的健康成长至关重要。只要发现年轻人在生活环境中缺乏对文化差异的耐受力，规划就应该把工作的重点放在这方面。很多青少年，特别是属于少数民族的青少年不得不生活在两种文化环境中——一种是家庭承传的文化，一种是社会的主流文化。要鼓励这些年轻人树立自我价值观，学会尊重其它的文化，这样也有助于他们尊重自己的文化，使他们能够适应社会广泛的需要，在他们生活的社会中充分展示自己的才华。

年轻人具备最基本的、尊重并灵活处理与不同文化背景的其他年轻人及成年人的关系是规划采用方法成功的标志⁽³⁴⁾。能够反映对多种文化尊重的规划将会证实所有参加规划年轻人的个人价值，并将肯定文化意识在青少年成长过程中的作用。尊重不同文化的传统价值，尊重青少年探求文化价值的基本需要，这样的规划将会培养青少年的集体主义观念，它是青少年发展的另一个重要方面。如果形成这样一种社会环境，将会使规划在促进青少年成长方面发挥巨大的潜力。

对每一种文化，在规划的过程中都需要探求并了解它的不同传统是如何影响青少年的，这是因为尽管很多文化活动是正面的，需要加强，但有些也会对健康产生有害的结果。

在尊重文化多样性的前提下，应该充分发挥干预行动的潜力，来有效地影响青少年，这是因为：

- 当人们感到自己的传统文化价值受到了重视，家长和其他社区居民就会对规划新的方法，如有关生育健康内容所采用的参与和讨论方法，积极响应并给予支持，这样才能达到规划的目的。
- 如果青少年感到主观的文化经历被他人倾听并受到尊重，那么他们将可能不仅是规划的接受者，而且会成为策划者和领导者。
- 要了解年轻人为什么会产生某些危险的行为，以便提高规划的能力，设计出更为有效的干预行动。在评估有害行为和相关的健康问题的时候，考虑到文化因素对行为的影响（例如吸食有害物质）才是完整的⁽⁵⁹⁾。

规划体现出对文化多样性的尊重有多种方法，框 21 对其中一些作了总结。

框 21 规划与对文化多样性的尊重

规划能够通过以下方法体现出对文化多样性的尊重：

- 承认年轻人对“文化”不同意义的理解——青少年的文化概念可以通过很多事物作出解释，其中包括人种、民族、语言和国籍。它也可以定义为青少年与一个群体的人分享共同的价值观、规范、传统和习惯⁽²⁰⁰⁾。青少年可能感到他们是父母亲文化的一部分；也可能感到是一种或多种年轻人文化的一部分，其表现就是与群体成员分享共同的兴趣、信念和活动。
- 保证在规划进程的每一个阶段都包含有文化多样性这个重要的因素——例如，应该搜集在不同背景下年轻人兴趣和需要的资料。不同文化行为对青少年的影响应该在评价阶段作出说明。对于所有文化群体中年轻人的需要和问题，应该在确定规划重点的阶段作出充分的估计。应该在计划阶段吸收年轻人所属不同文化群体的代表参加，并把他们作为青少年顾问组的成员。在规划的贯彻执行阶段，要搜寻多种文化的不同表达方式，如服装、语言、故事与谚语、重要的节假日等等，把它们融合在规划所采用的方法和干预行动中。在评价阶段，书面和口头表达，以及采用的评价手段都要根据不同的文化反应采取灵活的方法。最后，还应该包括人们比较欣赏的提问题，举行个别座谈的方式。在规划中应该设立并采用辅导员制度，对如何尊重文化的多样性进行监控⁽¹⁹⁹⁾。
- 在规划的整个过程中体现人们在文化基础上传统和社会活动的价值是说明规划尊重文化多样性的一个部分。每一个国家和当地社区的文化传统、信仰和相关的活动，对于形成青少年生活的社会环境起着重要的作用。

在需要改变有害于青少年的文化行为时，采取尊重文化多样的方法，就是在开始努力了解这些行为与文化环境的关系。如果在采取行动的过程中做到了对文化的尊重，那么就可以证实活动所要达到的目的会取得更大的成功。在需要对文化行为进行改变的时候，最根本的是要形成哪些需要改变，怎样做才更有效的概念⁽²⁰⁰⁾。

- 尊重文化的多样性——意思是在规划过程中要花费时间探讨对青少年的文化影响，什么样的文化影响才能使他们接受健康的行为。

在与加强青少年健康有关的所有问题中，最容易忽视的方面就是在文化基础上形成的价值观的差异，特别是当这些价值观表现为含混不清的时候。由于促进青少年健康的观念相当新，在某种文化看来可能很奇怪，或者是一种外来强加的思想。在这种情况下，对于青少年的干预行动会遇到对抗和抵制。在与传统荒诞说法的斗争中，年轻人，特别是接受了其它外来文化的年轻人将会反对老一辈的基本价值观念。处理这类问题最好的办法，就是诱导有关的人们（包括年轻人）想一想他们将希望年轻人成为怎样的人，以此来取得工作步调的一致。大量证据有力地说明，尽管在短期内存在差异，事实上年轻人在他们的文化环境中继承了成年人基本的价值观。纵观各种文化范畴，年轻人与成年人在文化上的基本差异还表现在青少年有强烈的自主性；在人际交往中更注重合作的价值而不是竞争；以及把家庭所具有的权威性摆在最重要的位置。

很多规划与当地的文化配合，尊重风俗习惯中正确的方面，不惧怕青少年向有害的旧传统的挑战，成功地改变了一些有害的行为，如女性的乱交⁽²⁰¹⁾。这些规划说明尊重当地的文化，是要帮助社区在这种文化氛围中找到其它的方法进行变革，剔除那些对青少年有害的风俗习惯。

坦桑尼亚计划生育联合会（UMATI）实施的规划是一个很好的例子，说明了对年轻人进行性教育时，尊重当地文化信仰和家长的感情取得成功。规划开展的青少年生育健康自我教育活动（通过提供信息和咨询的方法）得到了家长和社区的广泛支持。规划把提高社区的认识放在开展各项活动的首位，开展的活动包括青少年的自我教育、分发避孕套，以及巡回医疗。

6.7 加强项目管理

有关保证充分体现规划特性的问题前面已有阐述，其中提到一些可能面临的挑战。这些挑战包括：规划本身以及规划在实施、合作与多部门的配合过程中，常常会对一些涉及敏感内容产生争执；保证参加规划的年轻人和成年人在对待成长看法上求同存异，特别是当年轻人参与规划的制定和实施的时候；为了贯彻执行联合干预行动的需要，对工作人员素质、技能和培训能力的定位以及招募具有这些品质的人员；以及整体行动的配合。

青少年健康和成长规划有很多令人信服的理由能够使我们精心管理各项活动，最大限度地克服估计不足的方面：

- 青少年健康和成长规划比起其它很多形式的卫生和福利规划可能更为复杂，执行起来也更困难。这种复杂性表现在它们的多

元性：至少它们要解决多种健康问题，在各种地点进行的干预行动需要多方面的配合和联系。它们的复杂性意味着需要多种不同的管理，这些是规划成功地实现其目标所必不可少的。因而在管理和配合上需要作出极大的努力，花费更多的时间。

- 很多规划的实施资金得不到保证或者资金有限，这就意味着资金必须分摊使用，在使用时必须谨慎小心。要做到这些只有通过精心管理，讲求效果、效率并实行财务公开。
- 虽然青少年的规划是根本大计，但是获得资金，并得到政界的允诺常常是十分困难的。这是由于规划本身所具有的带有争议的性质所引起的。性和生育健康、吸食有害物质和暴力等规划所涉及的问题常受到人们感情的制约。在需要家长和其他人的支持时，如果他们的看法与规划提出的正确忠告不一致，他们就不愿意对规划给予帮助。在这种情况下，管理将发挥重要的作用。为了使规划坚持下去，并且自给自足就必须形成更为审慎的策略，即与外界环境建立牢固的关系。有些规划不仅赢得了社区默契的支持，而且也把一些社区实际的合作者列入规划之内。
- 有很多原因可以说明实施综合管理和规划评价是多么重要。假设为年轻人制定的规划出现了异议，那么就可以从管理和评价角度提出资料说明规划是成功的，而且这些资料也可转而作为有效的证据。为了增加资金，建立更牢固的经济和政治基础，说明规划的有效性将是一个有力的工具。另外，发挥规划这两方面的管理功能可以为今后顺利开展工作提供回报，它们：
 - 从技术方面改善了规划的实施，扩大了影响；
 - 改善了规划的资金使用，例如，确定规划落实在每个青少年身上的成本，能够减少资金分配的数额；
 - 保持了规划技术和资金的自给自足；
 - 扩大了规划的实施范围。

管理工作会在规划随访、规划质量和实施范围的评价方面显得犹豫不决，部分原因是由于规划的复杂性，使管理工作面临很多挑战。而且，为了掌握规划现实的实施状况并在今后不断扩大，管理方面最紧迫的任务就是使工作人员认识到监控和评价是首要的工作；同时健全管理系统能够保证这两方面功能的正常发挥。

- 当规划强调采用参与方法，吸收年轻人担当雇员和志愿者的时候，特别要注重发挥人才资源的管理功能。这是因为一方面年

轻人缺乏经验，另一方面，随着年龄的增长，这些年轻人将脱离规划的工作由其他年轻人接替，使规划出现相当高的人力消耗。因此，规划应该在管理方面建立一套人员的不断更新，人员的定向和培训，能够调动广大工作人员积极性的不断革新和有效的制度。这个制度必须提供具有内部职工竞争、待遇平等以及激励志愿服务的机制。对于其他的职员应该有一套人员定位、调查和雇用的方法；对于年轻人雇员和志愿者应该有奖励制度，在他们长期担任工作，必须不断地建立新的工作关系的时候，需要对他们的素质进行提高。与采取非参与方法的规划相比较，在这里培训部门的工作要更为积极活跃。管理工作把重点放在规划对人力资源的需求方面是规划顺利实施的基础。

以下的两个青少年健康和成长规划的实例，使我们看到了他们在这方面取得的成就。这两项规划对管理的高度重视，成为规划保持其有效性的关键，它促进规划扩大到全国范围，并长期坚持下去。

全民志愿者服务组织是1972年由特立尼达和多巴哥的国家非政府组织设立的项目。其目的是“满足生活在条件差的地区广大儿童对成长和教育的需要”⁽²⁰²⁾。它是青少年成长规划成功开展的多项社区发展项目之一。这项青少年成长规划是为教育那些“缺乏进取心，缺乏勇气以及好斗青少年”而设立的，其目的是为了提高这些青少年的自我意识，端正态度，获得经商技能，以便帮助他们找到工作。全民志愿者服务组织项目的主导思想是帮助这些条件差的年轻人自我救助，使他们成为有生产力的成年人，能为社区的建设有所贡献。为了完成非政府组织的这项任务，全民志愿者服务组织项目明确制定了自己的管理目标。他们把组织管理问题作为项目的头等大事，制定并贯彻了适宜的策略和制度，保证重要活动的实施。它们包括：

- 经费维持——全民志愿者服务组织项目在管理上投资技术，投入时间制定并贯彻了切实可行的策略。在制定的时间框架内，合理利用捐助的资金，实现了经费上的完全独立，并且在项目实施的每个阶段，制定了资金综合利用的方针。财务公开和汇报制度也是财务管理的内容之一。
- 通过广泛的联系和各方面的参与，获得社区的支持——这个非政府组织采取的原则是，项目的有效性依赖于与政府和其它组织的合作能力，与它们共同行使权力，共担责任。例如，为了把建立早期儿童保健和教育中心，以及青少年发展中心扩大到全国的每个社区，在棘手的权力分配问题上，它们通过两种机

制的运用取得了效果。这两种机制加强了社区对中心的自主经营：

- 在开始，“认真倾听”目标人群的关键需要、要求和存在的问题。然后在由全民志愿者服务组织项目组织家长和社区人员参加的社区会议上，分析形势（这是制定有针对性干预行动的基本工作）。
- 为了促进机构的建立，每一个中心都设立村民教育董事会。由董事会管理中心，帮助监督中心工作人员的教育工作，参与管理并筹集资金⁽²⁰²⁾。

全民志愿者服务组织项目对董事会的成员不断进行培训，提高他们的专业技术水平，增强他们管理中心的能力。

- 监督与评价——这个非政府组织注重在项目的每一级进行系统的监督和评价工作。例如，项目的培训课程不仅要由多名评估人员评价，而且要有培训人员共同参加，以便完善培训课程，提高培训人员的水平。关于培训产生的影响，正像家庭教育计划所显示的，每位年轻人家长的“提高是迅速和令人满意的。”⁽²⁰³⁾对于青少年发展计划的实施情况，社区的商业机构要求对全民志愿者服务组织项目的职业培训质量进行综合评价。根据 1985 年的评价结果说明，尽管在接受培训时，失业青年的知识水平很有限，但是培训以后，他们“在求职上已具备了较高的知识水平”。比起那些相对来说教育水平和社会背景较好的雇员，他们的自信心和工作的纪律性普遍较高，在很多情况下，他们比其他一些具有更多职业资格证明的求职者水平更高。尽管这些成功的证据说明取得的效果并不惊人，但是它引起了国家和世界的注意，并为非政府组织开创了一条在经费上维持下去的道路。其结果是全民志愿者服务组织项目顺利地获得了不断的经费来源，各界对项目提出了进一步的要求。
- 人才资源管理制度——全民志愿者服务组织项目人才资源管理制度设立的基础是，在组织内部坚持实行人才培养，提供提高专业水平的机会，充分发挥人才的潜力，使他们具有领导能力，承担起领导岗位。全民志愿者服务组织项目 80% 以上的高级职位都由内部人员担任就可以说明这一点。管理制度的实施促使职工们“从碌碌无为的舒适环境走出来”⁽¹⁸⁸⁾。很明显，这样做有力地激励了职工们为组织更加努力地工作，并且减少了职工的替班现象。

智利卫生部实施的青少年健康规划是另一个管理发挥重要作用，使规划生存并蓬勃发展的例子。在智利的这个例子中，管理制度的重要性特别表现在：

- 要使不论在哪一级工作的职员，都明确规划的主导思想和目标；
- 通过权力充分下放的制度，调动各方面的积极性，使地区和地方两级之间，以及各不同部门之间实现双向交流和配合。

这是一项特别具有挑战性的工作，因为规划要解决的是各种不同的健康问题，规划的实施要在全不同层次上展开。另外，虽然国家各部都有涉及青少年的计划，或者是青少年计划的参与部门，但是都要积极配合非政府组织的社区工作。

另外，规划取得更大范围的成功取决于切实可行的决策，要使不论在哪一级工作的管理者都能担负起责任，保证自己的计划能够坚持实行下去。这就需要规划的执行者采取激励企业家参与的策略，改善经费和人才资源的状况。

6.8 鼓励成年人的正确态度和行为

成年人在年轻人的成长中发挥着举足轻重的作用。通过他们与年轻人的关系，可以表达他们对年轻人的爱与关心；在一些重要的健康和成长问题上与年轻人进行交流，将会创造一个支持的环境，帮助年轻人作出正确的行为选择。在年轻人的生活中，成年人通过多种渠道发挥着他们的重要作用：在最基本的家庭单位，作为家长，他们是年轻人的看护人；在宗教界和社区的社团和组织中，他们是年轻人的老师、医务人员、社会工作者和宗教领导人；与法律制度相联系，他们会是政治领导人或法官。

年轻人与成年人在上述关系中所发挥的作用足以影响年轻人的生活，并成为年轻人社会环境和周围环境不可缺少的部分。成年人对于年轻人的正确态度和成年人的行为体现出对年轻人利益和健康成长的关心，会促进年轻人自我价值、团队精神的建立，提高他们建立互助关系的能力。人们早就知道这样的道理，对事物的积极反应比起消极的反应是更强大的动力。如果成年人能够确定年轻人身上和他们行为中好的方面，将会有效地促进年轻人坚持富有创造性的行为，与他人建立良好的关系，减少或消除他们存在的消极因素。

调查显示年轻人与成年人平等相处，会填补年轻人对 HIV 感染/艾滋病的认识空白，帮助他们进行性行为上的改变。国际妇女研究中心在巴西、墨西哥、泰国和津巴布韦实施的调查计划结果强调指出，年轻人

有与可信任的成年人进行交流的强烈愿望和需要。对年轻人性方面的教育和指导，成年人一贯起着广泛的作用。然而，调查的结果还指出各种各样的因素削弱了成年人对年轻人进行性方面的指导作用。“我们所面临的挑战是如何给予家庭成员支持，使成年人在与年轻人的交流中发挥新的作用，特别在涉及 HIV 感染/艾滋病的流行问题时，能够适合男性和女性青少年生理和心理方面的变化需要”⁽⁴²⁾。

规划必须考虑到成年人与年轻人之间关系的质量，它应该有助于为青少年的成长营造一个富有建设性的环境，加强并促进年轻人对正确的行为作出选择。规划还必须考虑到，在成年人不能为年轻人提供基本的需要或者违背了年轻人基本权利的时候，如何进行必要的干预。

成年人的行为会影响年轻人。年轻人除了对同伴的思想、态度和行为会发生兴趣并受到影响之外，青少年的行为选择还会受到家长有关行为的影响，例如吸烟、酗酒以及一些经常性的行为。应该鼓励成年人以他们负责任的行为为年轻人作出表率。

家长对规划的态度会影响孩子们的参与。一旦家长的态度端正，就会鼓励所有的青少年参加，也会加强规划对青少年思想意识和行为的促进作用。为了吸引青少年参与规划，最根本的是要帮助成年人认识到青少年参与所带来的好处；要帮助成年人端正态度，并具备一定的技能，在规划的设计和贯彻执行上与年轻人合作。

青少年参与的主导思想并不与成年人在年轻人生活中扮演的重要角色和他们在青少年健康规划中所起的关键作用相违背。然而，这种主导思想是在促使年轻人和成年人平等地“坐在一张桌子上”，根据执行各种规划任务所必须具备的素质、培训和经验要求，发挥各自的努力，承担起适当的责任。青少年的参与并不意味着成年人放弃规划应承担的责任，而是要接受成年人与年轻人合作的挑战，传授他们的经验教训，接受年轻人对他们观点提出的质疑。

年轻人在参与规划的每一个阶段，都可以在指导、培训、领导管理各个方面和勇气上从成年人那里受益。

关于这一点，加纳红十字会和加纳童子军联合会开展活动的评价作了清楚的说明。评价肯定，由上述组织聘任的年轻人教育工作者得到了计划小组成年人的帮助，其中包括共同坚持访问活动，交流思想和意见等，正是这些帮助成为推动计划贯彻执行的重要因素。

另外对年轻人教育工作者的培训、管理和帮助也是十分重要的，要支持他们培养自身的技能，使他们保持高昂的士气⁽¹³⁰⁾。

总而言之，越来越多的国家把青少年健康确定为重要的工作领域，

根据规划需要制定了政策方案。正像我们在这一章和前几章所看到的，人们对于规划原则和有效干预行动实践的认识正在迅速形成。但是，仍然缺乏在国家级贯彻实行规划的经验，特别是在全国范围满足年轻人的需要，采取有效的、低成本的和能够长期坚持的行动。实行这样的规划需要有一个环境气候，使人人都认识到采取行动的价值和紧迫性。虽然青少年的健康是具有推动性的工作，但是对此仍有必要进一步地明确，以多种方法使不同部门的决策人关心此项工作并作出反应。

另外，规划的目标和策略必须明确并具有可行性，要通过适当的指标来检测它的有效性。它还必须要有一定的灵活性，不仅能够考虑到不同社会环境的各种需要，并且能够对在新的领域采取行动所获得的经验和教训加以推广和改进。如果上述这些都能容易地做到，那么广泛地贯彻执行青少年健康和成长规划就可以说已经实现了。在现实中，这些工作所面临的改善年轻人生活的挑战，不是不可以考虑和逾越的。接下来要考虑的、必须说明并加以克服的重要挑战是，卫生部门的机构和它们的合作者，是不是给全世界数以百万计的青少年的成长带来了明显的改善。

7. 作出政治上的承诺

7.1 背景

全世界很多地方对青少年健康重要性的认识已经取得了令人欣喜的进步，而且已经开始形成了国家级的政策和规划。在很多高级政论会议上宣布了对青少年健康的国际支持，如最近在 1994 年罗马召开的国际人口和发展会议，以及 1995 年在北京召开的第 4 届全世界妇女大会。

联合国机构包括 FAO、ILO、UNESCO、UNFPA、UNICEF、WHO 和世界银行对青少年健康需要都给予极大的关注或者制定了相应的政策。一些重要的双边援助国和基金会（也包括发展中国家本身）都承诺对发展中国家促进青少年健康给予支持，其中包括意大利、瑞典、瑞士、英国和美国政府。有一些基金会如洛克菲勒、凯洛格、麦克阿瑟、卡耐基、约翰雅各布基金会和国际青少年基金会都成为这个领域的主要参与者。另外，国际青少年救援非政府组织及其各国下属机构也积极活跃在这个领域，它们包括国际童子军运动组织、国际红十字和红新月协会、世界青年妇女基督教联合会（WYWCA）、世界女青年指导和童子军联合会、世界青少年大会以及国际家长计划联盟（IPPE）等。

全世界还有很多小的非政府组织，为满足青少年成长的需要发挥着重要作用。同时一些专业和科研机构，如国际青少年健康协会和青少年医学学会也在为此添砖加瓦。

联合国机构本身，通过一系列的行动促进了青少年健康政策的形成。这些行动包括世界卫生组织、联合国人口活动基金会和联合国儿童基金会关于青少年生育健康发表共同声明⁽²⁰⁴⁾，召开一系列的世界卫生大会，世界卫生组织地区委员会通过有关决议，世界卫生组织根据1989年世界卫生大会有关技术问题的讨论结果，成立相应的机构等等。另外，联合国大会通过的儿童（年龄范围为0~18岁，含年龄到18岁的青少年）权利公约，以及大会有关消除对妇女任何形式歧视的决议，作为2000年及其未来世界青少年规划的两项重要的全球政策，对青少年的健康产生了重要的意义。

目前，很多国家政府正在把制定国家青少年政策作为重要的工作任务，有些国家正在开始贯彻实施国家青少年健康规划。很多国家不仅认识到促进青少年健康行动的重要价值，而且认识到没有大量的和长期的资金投入，采取行动只是一纸空文。尽管这些认识很缓慢，但是越来越肯定，关于经常提到的青少年健康是不是应该给予关注的问题，正在普遍成为需要做些什么，怎样才能做得更好的问题。

在青少年健康领域有越来越多的人作出了他们的承诺，目前所需要的是由在青少年健康方面有经验的专家制定国家级的方案。在很多国家已经制定了这样的方案，把年轻人的健康作为国家的重要任务。其目的是要在本国的文化背景下，就青少年的问题达成普遍的共识。把对青少年健康问题有影响、感兴趣的关键人物（包括青少年本身）团结在一起，作为事业开端最有价值的第一步。这样的方案应该有助于创造一种合作的而不是竞争的氛围。要从从事青少年健康基础研究的单位和不同学科汲取专业性的指导，这将有助于检测目前青少年的现状，以便确定现实青少年健康和成长（包括解决存在的问题）的需要。

为了在实现的目标上达成共识，要尽量减少在贯彻执行方法上存在的分歧，很多国家已经开始运用这种机制进行青少年健康的规划。例如，在马来西亚，把青少年的行动计划作为国家的任务，责成不同部门配合卫生部门贯彻执行。在吉隆坡召开的青少年综合健康工作会议上，提出了国家规划的基本设想，讨论了在青少年健康工作中有关各部门之间的关系和任务，并且委派和组成了国家级队伍。

目前急需有效的信息和技术，帮助政策的制定者了解青少年的状况、行为和人际交流能力，以及影响青少年健康和成长的有害和保护性

的重要因素。从研究机关分析得来的信息（见第 8 章，框 24）结合促进青少年健康的重要讨论意见，将为促进国家级政策的产生提供有力的工具。面对青少年多种性质的需要，在国家的政策中运用这些工具将会发挥其最大的价值，因为国家政策将会涉及与年轻人有关的重要部门，包括卫生、教育、青少年、社会福利、劳工和司法等部门。这些工具的运用将会保证青少年健康政策的持久性、一致性和责任性，它们还有助于消除立法上的障碍，使年轻人能够获得必要的信息、教育、技能培训和卫生服务，特别是在生育健康方面。制定国家政策能够给非政府组织提供政治上的帮助（也常常包括经费资助），而非政府组织通常处在青少年健康促进和最前沿，另外也加强了政府不同部门为青少年提供的服务的责任。

很明显形成青少年健康的国家政策是一项涉及多部门的工作，同时也涉及年轻人生活的经济和社会环境。获得政府强有力保证的国家政策还将有助于规划在掌握工作方向、经费和实施方面获得支持。框 22 对形成国家政策带来的成就进行了总结。

在巴西和哥斯达黎加，根据国家青少年健康政策实施规划的分析，说明很多成分对于保障国家青少年健康政策的有效性是极其重要的：

框 22 制定青少年健康国家政策的好处

- 增加了规划的有效性——统一的国家政策能够调动所需要的经费、管理和人力资源，保证促进和保障青少年健康的活动通过公众和私人团体得到广泛的开展。
- 由政府对青少年的健康作出承诺——在地方一级实现持续、有效的青少年规划需要国家一级强有力的政治支持，以保证在掌握方向、经费和贯彻实施上获得支持。对于青少年健康，有一个真正支持的政治环境自然会使政策和规划产生效益。
- 宣传倡导对青少年问题和需要的认识——一项精心策划、积极有效的国家政策能够使青少年健康的工作深入到政府、私人和公众的各个领域，提高人们对青少年问题的认识，确定存在问题的范围，动员更多的支持。这些作法对于一些敏感问题的处理，如性和生育健康特别重要。
- 实施全方位的行动——制定青少年政策会激励许多部门发生改变。在巴西，通过新宪法和新宪法中有关儿童和青少年状况确定的条款，建立了国家有关青少年健康的基本框架。在这个框

架文件中，确定了青少年的年龄范围，并附带说明了这一群体的权利和义务。例如，在儿童和青少年状况条款中规定了年轻人有权享受健康保护的权利。据此，卫生部和教育部制定了更明确的政策。这项政策对上述条款作了补充说明，为了预防HIV的感染，在学校贯彻执行教育计划，以便年轻人保护自己的健康。

- 使青少年健康问题制度化——制度化体现了政府的承诺，这样就保证了制定的政策始终把青少年的问题置于加强的最高位置。因此，很重要的一点，就是把政策以书面形式确定下来，作为今后的参照，国家规划根据制度化的青少年政策才能进一步采取步骤，把政策变为行动。国家规划会自然地需要把执行政策的经费来源、管理责任和人力资源结合起来加以落实。不同于一项单独的政策，国家规划与政策中所有内容的结合，使规划能够按照预算的分配标准保证规划的贯彻实施，并且也获得了保持和发展人才资源的机会。
- 有利于多部门的合作——制定青少年健康的国家政策，为不同部门的专家们提供了机会去深入到青少年中，与他们接触，了解他们的需要，确定工作的重点，把握行动的成熟时机，制定出相应的计划。政府各部门与公众和私人团体坚持不断的合作，是国家规划贯彻执行成功的关键。在哥斯达黎加，政府各部的代表、PAHO、社会安全部门和哥斯达黎加大学合作对全国青少年的状况进行了评估，制定了国家规划的方针。虽然目前这项规划由社会安全部门主管，但他们仍然不断努力来争取外援。
- 为政治上的变革提供了环境——国家规划提供了一个非同寻常的出发点，由此来评价针对全国年轻人开展的各项活动所产生的影响的价值和有效性。通过对规划目标的检验，预期的结果会变得很清楚；而现行政策和健康状况的指标又会为目前的状况勾画出一幅清晰的图像。对这两方面差距进行分析，将会为政治上的变革创造一个适宜的环境。

— 稳定的，有保障的经费来源；

— 为政策的实施明确每个机构或个人的职责；

— 把青少年健康的政策和其它的国家政策结合在一起，可以避免

政策上出现相互矛盾的现象，也有利于贯彻执行；

- 所有实施的政策必须是针对全体青少年的（包括辍学的青少年、穷孩子和无家可归的流浪儿以及从事卖淫的青少年）；
- 政策不是孤家寡人的，而是强调各部门配合；
- 制定评价和发展措施，保持规划的长期效益。

在拉丁美洲（如巴西），很多国家青少年政策的负责机构是卫生部。然而，最近在哥斯达黎加卫生部和社会安全机构开始共同管理国家规划。在智利则采取了一项关键性的步骤，设立国家妇女服务中心，作为部属的一个办公室专门主管这项工作。他们制定的给予妇女平等机会的计划，其目标是落实青少年的健康、教育、计划生育和社会服务，对年轻母亲实施综合保健，保证她们享受健康性行为的平等权利。在马来西亚，由国家青少年和体育部贯彻了一项宏大的国家青少年政策。这项政策旨在激励年轻人直接参加大量涉及生活内容的计划，这些计划反映了青少年强烈的要求，帮助他们增强意志，抵制现实社会弊病对他们的侵害。在政策实施一年后，就有近百万年轻人参加活动，可以说 Rakan Muda 政策圆满地实现了它要达到的宏伟目标。

在中欧和东欧 7 个国家——保加利亚、捷克共和国、爱沙尼亚、拉脱维亚、立陶宛、波兰和斯洛文尼亚，采用国家级政治支持的策略，配合世界卫生组织的规划，实施了预防年轻人吸食有害物质的工程。这项工程的特点是所有 7 个国家为预防有害物质的滥用建立一支国家级队伍。其另一个特点是在这支队伍中号召非政府组织和年轻人的参与。

有很多例子说明了非政府组织对制定国家政策进行的有效影响。在斯威士兰，一个由政府支持的非政府组织，国家青少年委员会提出一项国家青少年健康政策，旨在“促进年轻人的健康方式，特别是预防酗酒、青少年怀孕、艾滋病、吸毒和吸食有害物质”。政府正在对这项政策给予考虑。

另一个例子是乌干达的一个非政府组织，乌干达青少年发展联谊会在坎帕拉对街头流浪儿童进行的工作。为了开展工作，他们建立了一个由地方高级政府官员、其它非政府组织成员、市政工作人员和街头流浪年轻人组成的社区顾问委员会。通过开展活动，提高了委员会在政界、政府和人道主义机构中间的知名度，其结果是街头年轻人受到了更为公正的待遇，增加了他们对服务的需求⁽¹⁸³⁾。

危地马拉城的 SODIFAG 非政府组织针对儿童和年轻人开展了他们的工作。工作取得的成就之一就是挑选了大量的年轻工人参与活动，目

的是克服雇主们对活动的抵制情绪，帮助年轻人改善他们的工作条件。SODIFAG 还与其它非政府组织合作，为争取儿童的合法权利，促使政府修正并强化了有关儿童福利的法规⁽⁴⁹⁾。

其它机构，像专业协会（如很多国家的国家医学和护理协会）、国际非政府组织的附属单位如 IPPF（像印度尼西亚的国家计划生育计划协会）、国际组织联合会的成员国（像世界童子军运动组织）、国际红十字会和红新月协会以及世界青年妇女基督教联合会和很多地区的非政府组织（如很多非洲和亚洲国家这样的组织），都在本组织的政策指导下，在青少年的健康和相关的领域开展了自己的活动。这些众多的计划结合在一起创造了一个良好的基础，最终会对国家的青少年健康政策产生影响。

尽管取得了全面的进步，但是致力于改善青少年健康和福利的组织还会继续碰到同样的分歧，它们常常破坏或延误了在这个领域采取的行动。接下来要做的就是，考虑什么是阻止行动坚持下去的主要障碍（通常在对立面表现出来），并且找到克服这些障碍的方法。

7.2 误以为青少年都是健康的

在过去，青少年的健康在某种程度上被忽视，这可能是一些人认为青少年相对来说是一个没有疾病的群体。通常得出这种结论是来自有关的发病率和病死率的统计数字¹，青少年通常会导致健康问题的开始行为只有在今后的生活中才会显现出来，也就是说当社会和他们个人要为此付出巨额代价的时候。另外，他们存在的健康问题被人们认为是自作自受，或者是应得的惩罚，因为一般来说，那些行为的结果是社会所不能容忍的。所有这些说法都掩盖了一个事实，准确地讲就是在青少年期形成的行为模式将会导致成年期一些主要的疾病。促进和保护青少年的健康无论是短期还是长期都是一笔极佳的投资。促进发展和预防健康问题的各种活动，都蕴含着低投入、高回报的结果，这是在政府作出政治上承诺时必须讨论的问题。

更好地了解青少年的需求和他们的能力，贯彻干预行动能够在社会各个层次特殊文化范围内广泛有效实施的原则，培养年轻人的良好行为，使他们的健康和成长潜力得到充分的发挥，将会对青少年本身和他们未来所处的社会环境产生有力的影响。

¹ 虽然相对来说，青少年可以被认为是“没有疾病”的群体，但是这种确定并不适用于性病（包括 HIV 感染/艾滋病）发病情况，一般来说，年轻人的发病水平高低并不均衡（见第 2 章表 2）。

促进青少年的健康和成长，预防各类问题的发生做到未雨绸缪，不仅是人道的而且是低成本、高效益的。不要等到问题的发生才措手不及并采取各种诊治行动，那样做就太晚了。可能不会有人在可能的时候，给予儿童免疫预防各种疾病的价值提出异议，这总比等着疾病暴发再进行治疗，并消除以后造成的恶劣影响要强。另外青少年在很大程度上更愿意在问题发生后接受诊治，而不愿意提前进行预防行动。

这种对健康忽视的态度，总的来说是缺乏适当的卫生信息和教育，年轻人对自身的发育成熟过程不甚了解，也不具备处理新的社会关系的必要技能，不知道有哪些他们可以利用的卫生服务。这些都阻碍了他们采取自助行动以及利用现有的各种卫生服务。

7.3 不愿意面对敏感问题

有 3 个成功的世界人口会议表现了对青少年问题更多的关注，它们是 1974 年在布加勒斯特召开的全球人口大会、1984 年在墨西哥城召开的国际人口大会和 1994 年在开罗召开的国际人口与发展大会。1984 年的会议报告提出建议，要帮助男孩和女孩保证获得适当的家庭生活和性教育，获得适宜的有关计划生育的信息和针对他（她）们的各种服务。1994 年的会议把对生育健康、性别平等和青少年问题的注意力提高到全球新的认识水平。会议在行动规划中作出结论，号召大幅度减少青少年的怀孕，并为此规定了应采取的咨询和服务措施；提出应该更加广泛考虑的生育健康问题，例如性病（包括 HIV 感染/艾滋病）。

正像框 22 所概括的那样，支持青少年健康的国家级政策框架也能够促使各类规划更容易地贯彻实施。但是，明确的政策还需要领导和决策人在意见上取得充分的一致。比较理想的作法是，各项政策应该建立在年轻人本身和更多社区参与的基础上。这样做可能是一个较慢的过程，但实际上常常是制定政策与试验计划或小规模实施的顺序颠倒了（有文件已经说明了它们的价值）。制定政策与规划工作是相互作用的，通常政策出台应在小规模规划或规划进行有限的实施数年之后。在哥伦比亚，经过长期的学术研究和反复的策划，到 1992 年才通过了在所有学校进行性教育的政策⁽⁸⁴⁾。牙买加经历了数年各种方案（通常有非政府组织参加）的实践，直到 1994 年才通过了实行系统性教育课程的政策，政策中还规定了职工培训、循环发展和评价的附加内容⁽⁸⁴⁾。

必须花时间和精力（从学校、宗教机构以及其它对青少年感兴趣的社区机构和团体）了解年轻人和成年人的观点意见，以及他们关心的问题。很多成功规划都是在开始实施规划之前，就健康教育和青少年生育

健康教育的问题与社区成员进行公开的讨论。职工在这方面的培训，其它将要采用的各种方法都必须与社区达成共识并获得支持。讨论性和有关的性教育及生育健康服务等具有敏感性质的问题，要注意采取有效的机制，以便获得支持。急于求成的作法只会疏远社区，限制了他们对规划的支持，阻碍了规划工作的长期实施。

“应该在青少年的早期发展阶段制定有关生育健康的政策，正因为如此，由于文化上的敏感因素，不适当的工作程序和偏差，削弱了这方面的政策转变为具体的规划和行动。一定要花大力气实施〔青少年生育健康〕政策。”⁽⁸⁴⁾

进一步的障碍来自很多社会存在的内在危机感，它们担心一旦青少年的问题深入到自己的社会，会引起情况的变化；也有人担心外来的作法会使孩子们与自己疏远。

另外，大规模的公众活动通常是不适当和收效甚微的，因此卫生权威机构对此常常抱着一种不推不动的“膝反射”式态度。这种反应的结果造成规划的成本更高，或者原本可以采取更科学更有效的方法所需要的资金被挪作他用。与此相关性的另一种倾向是，对于反应公众健康深层次的问题采取可能引起恐慌的策略，会产生全面的负作用——群众的疑虑可能增加，因为他们不愿意或者不能够改变自己的行为模式。另外，这种可能引起恐慌的策略紧接着就会暴露出它的基础不牢，于是就会大大地失去负有责任的组织、部门，特别是年轻人对它的信任。一旦失去他们的信任就意味着将来采取有效的行动会困难重重。

一些成功的规划工作与当地的媒体建立了良好的工作关系，并且在不断深入的基础上，与它们共享信息。通过这种作法，双方可以平等讨论问题，扩大活动的覆盖面。即使是在规划行动开始实施以后，也可以通过媒体号召青少年、家庭和其它社团组织积极参与。

7.4 把对年轻人的投资看做是社会和经济资源投资的渠道

所有社会常常都没有认识到青少年是一个宝贵的资源，通过他们可以作为一个渠道向社区投资。他们通常在家庭里帮助父母，照顾年幼的弟弟妹妹，发挥着重要的作用。没有他们所产生的热情、思想、创造力和远大抱负，任何社会都会走向灭亡。很多年轻人在危险的工作条件下，过早地开始了工作，成为家庭主要收入的来源；另外一些年轻人通过青少年组织为社会服务；甚至在越来越多的无家可归的不幸年轻人中间，有些人也能克服逆境，为社会作出贡献。

据估计，在发展中国家有 40% 的死亡人数，发达国家 70% ~ 80% 的死亡人数是由于生活方式的原因造成的⁽²⁸⁾。非保护性的性交使青少年易于感染性病（包括 HIV 感染/艾滋病），对于女孩，过早的和意外怀孕增加了不安全流产的可能性。可以肯定这些问题带有健康和生命的双重威胁，并且造成心理、社会和经济上的破坏。性行为是所有年轻人中普遍的现象，他们的性和生育健康应受到特别的关注，这不仅仅是减少健康危害的需要，也是建立互相爱慕和责任关系的需要。吸烟、酗酒和吸毒增加了罹患癌症、心血管和呼吸道疾病的长期危害。酗酒和吸食其它有害物质还可以损害人的判断力，增加了事故和故意伤害的发生率。不良的饮食习惯会导致口腔疾病。不适当的卫生习惯给人的一生增加了健康问题的危险，而不适当的行为则会造成更严重的伤害。

然而大多数行为问题可以避免，或者使其变得更安全，甚至变为有利的行为。年轻人一旦有性关系发生，可以采取预防措施预防怀孕和性病；烟可以不必再抽；酒可以喝低度柔和的；当食品充足时，可以选择营养平衡的饮食；可以采用良好的行为习惯。另外，年轻人在工作场所可以受到保护，可以给他们提供知识、技能和信息及其它方面的需求。在必须做到减轻年轻人贫困状况，给他们提供充分入学机会的同时，还必须更多地认识到，尽管他们收入、受教育不足，但是他们是能够重振旗鼓，再显辉煌的。

必须要让人们知道在年轻人的健康和成长方面投资的价值，其中需要说明投入的成本并“没有”满足这方面的需要。在青少年健康上进行投资的争论中一个强有力的理由是，由于在青少年时期开始形成的行为可能导致的疾病，在他们以后的生活中将会表现为治疗疾病所花费的巨额公共健康开支。支持促进健康的行为，减少有害行为的政策，将会明显节约由于疾病和死亡造成的巨大花费，包括直接用于医疗保健的费用。有必要说明利用现有制度采取各种行动的价值和便利性及其显著的效果。这主要是因为，普遍存在的错误观念认为，没有令人满意的资源，什么事情也做不了，尽管各种计划显示的事实并不是这样。

上述这种对青少年特殊性质的认识，应该用来进一步提高决策人和政治家们的觉悟。他们应该认识到如果不解决目前青少年存在的问题，未来情况会变得更糟糕。由于青少年的问题一定会与其它问题的处理产生竞争和冲突，提出青少年的问题必须包括资金替代和成本——效益的措施，要设法调动必要的资源，促使活动开展起来。制定一项战略就必须把青少年的问题摆到桌面上来讨论，消除矛盾，然后把问题公开，对一些更为敏感的问题的处理寻求支持。

年轻人所面临的新问题，也是新的机遇。如果把他们的精力和创造力结合起来，将会产生巨大的效益。把年轻人看做是一种资源，将会促进他们参与规划的制定、贯彻和评估（框 23）。利用这种资源的方法是吸收年轻人参加为满足他们需要而设计的规划（详见 8.4 节）。这种以服务对象为中心的作法，既有利于青少年本身也有利于各项规划。如果年轻人能够踊跃参加，并且对他们所作的贡献给予回报，那么他们就能够

框 23 给年轻人讲话的机会

由世界卫生组织与其合作伙伴，世界青年大会和世界童子军运动组织采用有限调查的方法，对非洲 11 个国家年轻人的性行为方式进行了研究。调查了解了年轻人有关性和生育健康方面的认识、知识、态度和行为。这项计划的调查对象是 18~25 岁的男女青少年领导人，调查采用必要的仪器设备，收集了 1.3 万多名青少年有关的信息，并且对资料进行了整理和分析（206，207）。

对菲律宾街头流浪儿童和街头青少年状况的分析，反映出在菲律宾街头流浪儿童（总体上属于年轻人）的数目有明显增长。这个结果来自联合国儿童基金会委托 Kabalikat ng Pamilyang 菲律宾人基金会，在 5 个城市对 7~12 岁和 13~18 岁年轻人的调查，目的是要确定年轻人目前的状况，了解他们的愿望，在此基础上制定相应的规划和政策⁽²⁰⁹⁾。调查采取年轻人参与的方法，如绘画和演剧来搜集信息。另外还采取了对街头流浪儿童和其他年轻人进行随机访问的方法，以及年轻人和服务工作者小组讨论的方法。采用的方法还包括举办一天时间由年轻人参与的培训班，以便进一步确定和了解被访问的情况。在信息搜集阶段，还安排年轻人教育工作者参加，并运用同声传译设备进行当地语言的翻译。

由 IPPF 欧洲地区委员会在 1995 年召开的会议，讨论了有关年轻人参加计划生育协会的问题。会议决定让年轻人的代表参与欧洲各国这类协会的活动。通过对欧洲计划生育协会进行的重点调查指出，大部分协会都把促进年轻人良好的性行为和生育健康确定为自己的规划目标。会议和最终形成的战略性文件指明了一个组织如何才能把年轻人作为一个正式的资源，来更新自己的政策和规划采用的方法。会议建议：

- IPPF 将为年轻人的参与投资，先为计划生育协会最有创新的计划提供启动资金，然后通过年度竞争获得投资款；
- 对协会和 IPPF 实施管理，包括对已经登记入册的青年志愿者进行培训，提高他们的技能，在联合会的管理工作中发挥积极的作用；
- 通过年轻人的组织、网络以及合作、训练和技能培养等方法，使年轻人参与协会的工作；
- 通过活跃在计划生育协会内年轻人组织代表之间的交流，进行信息共享，获得对计划的支持；
- 在提供受年轻人欢迎的服务中，让年轻人参与策划和管理、新职员的培训、计划的实施和评价，制定雇用年轻人的政策，达到职员中的年龄分布均衡；
- 在 IPPF 和协会一级设立顾问制，保证年轻人能够分别进入 IPPF 的地区委员会和协会的董事会，鼓励与年轻人社团建立联合，以便加强与政府分管性健康立法和政策机构的疏通工作。

- 获得知识，掌握经营的技能，避免出现各种问题，所有这些都对他们个人的成长带来利益；
- 帮助政策和规划的制定、贯彻和评价，而这些政策和规划配合了他们的特殊需要（由此保证了资源最充分的利用）。

8. 评价干预行动的重点

8.1 背景

人们对青少年健康和成长的兴趣愈来愈强烈，很多计划都在采取措施改善计划的实施状况，但通常都没有对规划的重点进行综合评估。如果相互配合的综合干预行动能够为青少年健康带来理想效果，那么要最重要的是确立重点行动，以此来指导规划的发展和贯彻执行。确定重点的工作应该从对青少年所处环境情况的评估和分析入手，以便为未来的行动打下一个良好的信息基础。进行情况分析在搜集信息的开始和规划的策划阶段就为建立与青少年的合作伙伴关系提供了一个良好的机会。

情况分析将有助于保证规划的相关性、可接受性以及保持结果的长期有效性（见第 6.2 节）。

情况分析也为检测变化提供了一个基线。为了用比较迅速的方法找出青少年健康的关键问题，通常在资料搜集的过程中吸收年轻人参加。从现实搜集到的信息内容和信息报道的方式可以确定所需要信息之间存在的差距。

确立重点与特定的青少年健康指导思想有联系。因此，对指导思想进行讨论或分类是国家开始制定规划重点时另一个重要的步骤。首先有必要确定，指导思想是强调把青少年长期发展的投资作为目标（见第 3 章），还是强调对年轻人由于疾病和伤害造成的后果采取对策，因为对支持年轻人全面发展各方面利益的考虑所形成的观念会影响决策和资源的分配。最后，基于宗教和文化信仰产生的不同观点会影响对形势的判断和采用的方法。

因此，情况的评估和分析应该搜集有关青少年健康状况和行为的信息（有关健康和成长正反两方面的信息）以及影响这些行为的社会和政治因素，因为年轻人生活的环境不仅变化迅速而且对他们生活的社会来说也是特有的。各部门应该为在不同地点的青少年提供各种需要（包括各种机会和对他们成长和支持）和有价值的信息。另外在卫生保健、教育、社会援助、娱乐和职业培训等方面已有的和正在开展活动的信息，为我们勾画出一幅图像，从中我们可以看到哪些是应该提供给年轻人的机会，他们怎样才能得到。了解不同地点实施干预行动和相关培训活动能力，是确定是否需要技术支持和资源分配的关键。分析与青少年生活所有领域有关的法律和政策也是十分重要的，这将有助于了解环境中的哪些因素鼓励或者阻碍了青少年健康与成长。

遗憾的是，有关青少年健康状况和行为方面的参考资料几乎总是集中在负面和问题上，没有关于改进和重复实施策略和正面内容。必须警惕这种偏差的存在，已有的青少年健康问题的信息资料显示，存在问题的分布并不均衡，性别歧视、背离家园、战争和国家灾难加剧了这种情况。因此，暴力、自杀、事故、意外怀孕、HIV 感染/艾滋病、其它流行病、吸烟、酗酒、吸毒的流行情况，各国之间大不相同。而且，每个国家青少年的健康状况、受危害的程度也因性别、年龄、就学、农村和城市居住条件、民族差异和经济状况而不同。

搜集信息的地点包括家庭、学校和医疗中心。在这每一个地方，都有一些关键人物影响着青少年的行为，或者正在实施的促进青少年健康的干预行动（见第 4 章）。他们包括家长、老师、卫生保健工作者等。

由这些关键人物提供的各种信息形成了重要的综合性信息。

搜集资料的管理工作包括选择调查样本，设计很好的问卷调查，以保证调查发现的可信性和有效性。对拟采取的方法、仪器设备、重要的后勤保障和伦理道德问题进行前瞻性检测。

上述有关信息的问题可以看做是确定规划重点的基础，特别要指出缺乏常规性搜集基本健康状况信息的系统是最初出现的重要问题。在很多国家已经建立的资料搜集系统没有根据年龄和性别把结果分列出来，要对这种系统进行改变也很难。所面临的挑战是要以令人信服的原因说明为什么需要搜集有关青少年特有的信息，并且需要对信息进行分类。另外，在很多地方，资料的分类只涉及到儿童和成年人，而帮助青少年解决存在问题所需要的资料常常根本没有，结果造成了图 4 显示的所谓“检测陷阱”⁽²⁵⁾，同样的问题也出现在妇女健康方面⁽²⁰⁸⁾。

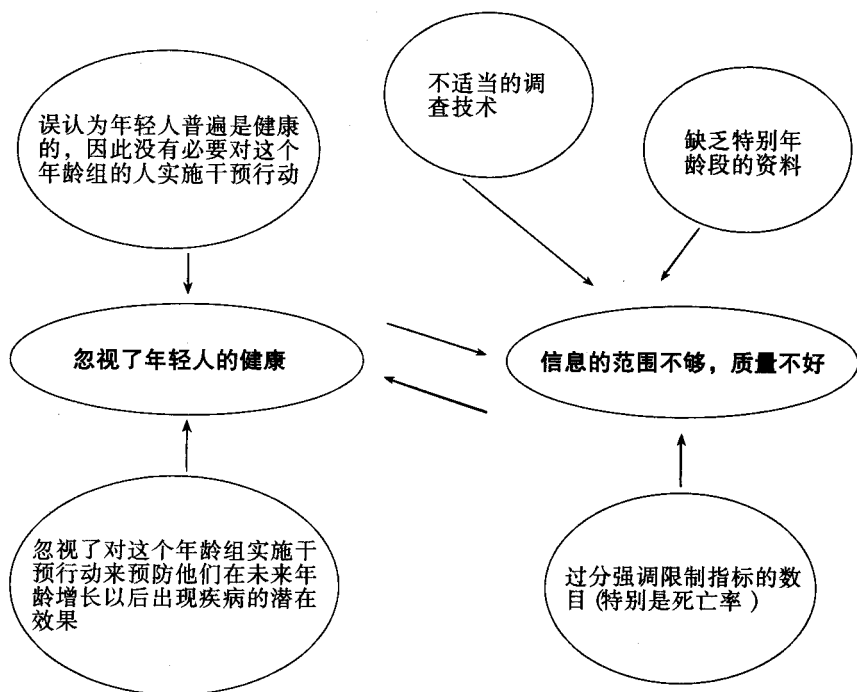


图 4 检测陷阱

另外需要着重指出的是，有关青少年的资料比起其他群组更新速度更快。这是因为青少年处在一个本身生理、心理和社会迅速变化的时期。作为社会的一个群体，他们容易接受新的思想，改变自己的态度和行为。因此用第二手资料来描述他们的观念可能是不准确的。

除了信息的不适当和陈旧之外，其它一些因素也会使确定青少年健

康规划的重点面临挑战，应引起足够的警惕。它们包括环境因素，如对待年轻人的社会和政治态度、媒体宣传有关健康问题的覆盖面。与健康有关的社会知名人士或者在某一研究领域享有高知名度的专家，也会对青少年健康问题或规划持肯定或否定的态度。公布地方或国家的调查结果，会引起人们对特别的健康问题或情况的重视，会影响领导人的选择意见以及公众的认识和关注。主要捐助人也会对规划重点的选择产生影响。捐助社团意见对决策人的影响，不仅仅是因为资金方面的需要，而且也因为这些意见反映了他们对社会关心问题的价值标准。任何确立重点的评估过程，都应该把了解健康问题的形成和原因作为重点。

很多国家正在迎接来自有关青少年规划中确定行动重点的各种挑战。国家评估青少年状况工作成功的共同特点是采用部门交流、跨部门的工作人员分配或者吸收某类机构参与共同评估全国的状况、改善资料搜集系统以及制定计划工作程序等方法。在巴西，青少年健康方面的工作人员由各部门选派的代表构成。一旦青少年的健康得到了有效的提高，就需要作出更多的决定，采取更多的行动。首要的是评估青少年健康的状况，然后对怎样解决青少年特殊的成长问题，提供哪些预防和治疗来帮助避免和减少某些青少年问题作出决定。青少年健康规划的决策人在决策前需要各个方面适当和可靠的信息，这样才能作出有见识的决定。这些信息包括青少年健康状况的实际情况和数据、目前各部门的对策（包括提供机会，对青少年成长和发展提供支持），以及影响青少年行为的社会和政治因素。

框 24 进行情况分析

通过对不同地点的情况分析为青少年的健康建立一个理想的信息基础是当前首要的紧迫任务。把青少年本身作为重要的信息来源，让他们参与规划的调查与策划将会保证规划的相关性、可接受性和长期有效性。在社区和青少年中间树立主人翁观念是成功贯彻规划的关键，群众和年轻人会以极大的热情和建设性的态度接受规划。情况分析需要搜集各种类型的信息，包括：

- 青少年的社会人口状况；
- 青少年生活的社会和自然环境；
- 青少年健康和成长的现状；
- 青少年健康和成长的主要行为方式；
- 现实政策和相关的法令；

- 卫生和相关部门实施的主要青少年干预行动，以及它们落实的范围；
- 各个部门扩大规划实行范围的能力；扩大干预行动规模的能力；以及提供技术支持的能力——了解现实各部门之间的合作和成功建立合作伙伴关系的情况也是很有用的。

世界卫生组织出版了一本指南，它能够帮助规划的策划者和管理者对青少年性和生育健康的情况作出迅速的分析，以便保证规划的设计或改进建立在满意的和最新信息的基础上⁽²⁰⁹⁾。指南提出的方法和程序，可以根据各地的需要和资源情况，作出随意的选择，灵活地运用。这本强调有关青少年性和生育健康内容的指南，说明了这样的事实，人的最初性活动几乎普遍发生在生命的前 20 年，转变为成年人性行为的阶段正是全部健康和成长的中心。反过来讲，需要强调从他们整体健康和直接生活环境更为广泛的认识角度来看待和处理青少年性和生育健康的问题，认识的范围涉及卫生、教育、福利、法律制度和就业。在规划阶段，需要确定目标和中心问题。最迫切的需要是寻求权威机关的赞同，建立技术顾问委员会和执行委员会，决定并选举产生情况分析小组，然后召集计划工作会议，对问题进一步说明和分类。必须确定可能利用情况分析结果的单位，制定信息搜集的策略。为了通过资料搜集来对情况进行分析并对分析结果加以利用，需要制定一个工作计划。情况分析的实施阶段，首要的任务是搜集现有的信息。需要对搜集的信息的有效性、质量和定位进行评估。其中存在成本的重要问题，搜集已有的信息比搜集新的信息，相对比较便宜。一旦确定存在漏洞和缺陷，就应认识到漏掉的信息是很重要的，必须应该搞到，在这以后才应该考虑搜集新的资料。随着资料的分析，就需要作出结论——心中必须明确，这些结论将形成未来公共卫生行动的基础。情况分析小组需要对分析发现进行检验，确定哪些问题是重要的，哪些方面能够改变，哪些人需要改变。这需要认真查找证据，从中抽出重点，对于要采取的基本行动作出判断。在第三和最后一个阶段（利用情况分析提供的信息）必须采取广为宣传的策略，写出书面报告（有重点的和全面的），然后开始策划行动并付诸实施。在策划阶段确定的有关人士或“投资者”应该马上接到报告，这样才能保证分析发现得到充分和广泛的利用。

进行情况分析(框 24)是一个非常有用的工具,它提供了根据事实确定行动重点所必需的信息。而且,对国内青少年健康状况的全面描述,为青少年健康领域的工作打下了一个坚实的信息基础。除了上述讨论过的所有因素之外,仍有一些特殊的问题,它们是进行情况分析要遇到的特殊挑战,下面将给予讨论。

8.2 有关年龄和性别方面资料的搜集和分析

尽管年龄和性别是反映青少年健康状况必不可少的决定因素,但是很多国家没有搜集不同年龄和性别方面确切的资料。这可能是存在搜集基本健康资料能力有限的问题。即使有这方面的能力,也没有把搜集有关年龄和性别信息的工作作为重点来抓,其结果是结论性资料常常不能作到详细分类。

年龄和性别的确切信息对于充分了解不同年龄的男性和女性青少年存在问题的差异是十分重要的。然而,大多数国家级大规模的调查都把所有年龄组笼统地包括在一起,在公布的结果中,没有把年轻人作为一个明确的群体,也没有充分地把年龄在 10~24 岁精确范围的群体资料抽出来,公布调查结果。存在的另一个特殊问题是缺乏 10~15 岁年轻人的资料搜集。缺乏这些确切的资料,会在了解以下情况时遇到问题,例如,性行为的开始时间和青少年怀孕比例,入学情况,男女就业的水平等。必须注意到缺乏未婚和已婚青少年性卫生的搜集资料会对年轻人生育健康方面的需求造成虚假的印象。

在很多调查中,年龄组都采用 0~4 岁、5~14 岁、15~44 岁和 45 岁以上的分类。采用这种标准化的年龄分组(甚至按每 5 岁一级的分组)不适合年轻人情况。例如,有关女性死亡率的大范围调查在 1 岁或 2 岁年龄段中断了。据发现女性的死亡率在 13 岁和 14 岁最高,并持续到 15 岁和 16 岁,从 17 岁以后到 20 岁开始逐年下降。调查人员和决策人之间必须进行对话,以便从调查和研究中得出所需要的准确信息和适合的年龄分类情况。

医疗机构也可以提供有价值的不同年龄服务情况的统计数据。尽管这些数据只是所有青少年比例中很小的一部分,因为大多数年轻人没有到医院看病,但是这些资料能够确定医疗服务的情况、年轻人对健康的需要,甚至年轻人健康的结果。例如在尼日利亚、波多黎各和美国就从这类记录中确定了本国青少年的健康结果⁽⁶⁸⁾。

8.3 编辑来自各部门的资料

从所有各个有关部门获得青少年的资料是十分重要的，因为仅仅一个部门的资料不可能反映青少年生活的所有方面。在这里值得说明，“各部门”不仅是根据工作性质划分出来的不同机构，包括卫生、教育和社会福利，也有根据责任职能划分的机构，像非政府组织、私人和政府机构。来自这些部门的信息分类在框 25 作了说明，其中最重要的是对各地青少年状况的了解。现有资料存在的典型局限性，就是忽略了相互之间的重要联系。例如，尽管已经有了关于青少年就业和教育达标的信息，但是这些信息不可能用来确定被雇用或非雇用青少年的教育水平。策划规划干预行动所需要的不同类型资料包括：

- 有关这个年龄组存在主要健康和成长问题的信息；
- 有关个人生理、心理和社会发展阶段是怎样与全国这个年龄组青少年健康的结果相互影响的信息；
- 来自为年轻人服务的不同部门的数据，以便了解各个不同部门所提供的服务以及服务范围，附加说明提供服务的工作人员和服务对象的看法，以便检查服务机构本身的工作等级。

另外，了解职工的能力和不同部门想要承担各项活动的基础也是很重要的。在确定规划重点行动的时候，最重要的是要知道各个部门开展不同活动可能具备的技能、能动性和有效性。

在框 25 的讨论中已经清楚地说明了从各种部门和地点搜集信息需要花费时间、精力和经费。从根本上讲，还应该看到搜集信息的工作是要把信息综合在一起构成整体的意义，根据不同信息来源说明的情况，帮助策划者真正了解年轻人的状况，形成规划的决定。

框 25 不同部门具有的重要资料

政府机关是可能的信息来源。教育部有关于识字和就学（根据年龄和性别）、因怀孕和结婚造成的辍学比例、有关卫生教育现状的报告，以及教育的指导原则和政策等方面的资料。卫生部通常掌握卫生医疗服务的资料、不同年龄和性别的发病率和死亡率及其原因、生育健康方面的资料如流产情况（及其相关政策），以及避孕工具的分发和性病情况。人口统计局通常有关于年龄、性别的人口资料、农村/城市人口的分布，以及青少年人口出生率和青少年就业统计资料。其它一些具有重要信息的政府机构有青少年部、司法

部、国家艾滋病规划部、财政部或计划部、劳动部等。把这些部门的信息汇集起来就会揭示整个国家青少年的现状。

非政府组织，像联合国机构和双边援助机构的大型数据库中常常存有重要的信息。

非政府组织机构，包括各个方面的国际、国家组织和专业协会也有重要的特别规划的服务统计数据 and 附带说明的调查情况，其中一些包括人口统计信息。

学术研究机构的图书馆存有特别在医学和社会科学领域经研究获得的有用资料。

媒体有关于思想观念、神话、性方面态度和信念、年轻人在社会中的作用、年轻人的暴力行为方面的定性资料，以及有关读者和听众方面定性和定量的事实资料，这些资料对于策划干预行动都是十分有用的。

要考虑其它资料来源信息的准确性，家长和年轻人有自己的看法，他们有自己的参与意见和提供的信息。很明显需要这些群体的参与，但是，通常从总体来讲，他们也不过是资料搜集系统的一个基本组成部分⁽²⁰⁹⁾。

8.4 在评估重点工作中全面吸收年轻人参加

年轻人直接参与规划意味着他们将从中获得利益，这是青少年健康与成长规划最重要的指导思想之一。只有当这种参与计划被提出来，经过酝酿积极促成最后的决定并且实施才达到他们真正的参加。年轻人不仅是主要的受益者，而且也是关键的资源。他们的参与是必要的，其将会保证规划工作的相关性，促进责任的落实，改进规划实施范围和质量，并且为年轻人的自身发展带来价值。他们一开始就应该是各项活动全面和积极的参加者，他们应参与规划设想、设计、贯彻、反馈和追访各个阶段的工作。年轻人对于了解存在问题和需求（常常是规划的重点）的看法是至关重要的。根据健康状况和有害行为调查结果，年轻人对于他们健康问题形成的看法和判断不同于成年人所作的解释。有句格言“成年人认为是存在的问题，而年轻人却常常认为是解决的答案”⁽¹⁷⁷⁾，对上述观点作了有力的说明。

在框 26 中阐述了目前年轻人参与情况分析工作的观点。很多部门，

框 26 年轻人参与重点确定工作——一些实例

与非政府组织和青少年教导团共同发起的西非洲青少年倡议，是加纳和尼日利亚两国一项重要的计划，其目的在于加强地方非政府组织在社区开展青少年生育健康活动的组织和规划能力。在改善组织能力的同时，强化非政府组织能够充分和适当满足青少年需要的能力。两家发起人之一的青少年教导团以前采取由成年服务工作者采用说教式的、由上而下的方法给青少年造成了负面影响。倡议的重点工作之一就是鼓励人们在规划包括的所有计划中，改变对青少年参与规划的看法——不要把他们看做是要解决的问题，或者是成年人教导的对象，而是作为解决问题工作中的合作者，培养他们的生活技能，从而对他们的健康产生正面的影响。其中一部分工作就是在鼓励成年人对周围年轻人转变看法的同时，找到一种方法能够为年轻人提供完整的、不带偏见的有关性和生育健康方面的信息，并落实他们对服务的需求。另外，每项计划都应该找到一种方法，通过对年轻人教育工作者的培训和建立类似年轻人顾问委员会这样的参与机制，明确地使年轻人参与规划的策划、贯彻和评价的全过程。

世界童子军运动组织是把全球年轻人作为组织成员，实施以青少年为中心规划的例子，规划的目的是要进一步增强青少年在组织决策工作中发挥的作用。世界童子军运动办公署认识到青少年的参与对整个组织来说是一项挑战，应该在每一项任务中都鼓励青少年的参加。这样做对成年人来说将很容易获得他们想要得到“了解真实情况”的答案，而且只要告诉青少年做哪些事情是正确的就可以了。接下来所需要做的只是“向年轻人反复说明做这些事情的价值”。以青少年为中心的方法是在组织的运作、制定工作的方向和各项活动中吸收年轻人参加。这种方法让青少年共同承担责任并给予他们指导。这样做既是一个不断的挑战，也会带来巨大的进步。为了加强青少年服务组织的管理工作，童子军组织制定了特别的衡量目标监督这项工作，例如，吸收年轻人地区代表参加国际性会议。它要求国家童子军协会不仅为成年人也要为年轻人提供经费，让他们作为代表参加重要的国际童子军会议。培训成年人掌握以青少年为中心的方法也是童子军规划的重要方面。

Mentor 基金会是一个制定、鼓励、支持和坚持开展预防青少年重点问题活动的组织，它致力于解决各种形式的吸食有害物质的问题。基金会决定创建 Mentor 基金会青少年顾问小组。小组的目标是为基金会全球预防青少年吸食有害物质的工作提供建议。小组作为基金会和托管董事会的专家顾问组，加强基金会与目标人群之间的联系。实行顾问组的计划为在世界水平采用相同办法提供了一个有益的范例。这个顾问小组工作的特点值得国家和地方一级类似的小组效仿。

这个小组创立的涉及很多方面的方法是很有价值的：

- 注重小组成员的定位和选择工作，小组成员能够在民族、社会背景和性别等方面反映基金会对目标群体的要求。
- 要求基金会的受托人必须支持青少年成员参加顾问小组，担负起经费支付的责任，帮助并鼓励小组的工作。
- 在基金会总部对小组青少年成员进行 5 天半的定向培训。培训要使成员能够轻松和有信心地发挥顾问的作用，掌握主持会议和联系工作领导与管理的基本技能。
- 明确青少年成员的工作职责，制定顾问小组参与受托人董事会工作的联络计划。
- 制定与年轻人成员保持经常性联系的计划。
- 评价制定的工作方针。

经过初步定位和培训以后组成的小组，每两年会晤一次，向受托人董事会提交有关问题的参考意见。另外，鼓励青少年顾问小组成员向董事会提出建议供他们参考。

包括非政府组织和政府已经看到了强调年轻人参与并在调查工作中采纳他们意见所带来的好处。但是在评估工作和随后确定重点的工作中很少有青少年的参与。很多原因导致了青少年缺乏对这些工作的直接参与。有些是逻辑性的原因（例如，没有在这方面受过培训的年轻人），有些是态度方面的原因（例如，认为以这种目的对年轻人进行培训是没有很好地利用培训资金，或者认为年轻人参与这方面的工作是不适当的）。为了克服这种态度上存在的障碍，需要改变成年对青少年的看法，改变舆论对青少年的描述，不要总是强调他们是存在问题的中心，而是转向把年轻人看做是宝贵资源的正确观点。成年人应逐步认识到年轻人能够作出有价值的贡献。因此在干预行动中强调成年人对年轻人参与工作

所持的态度有助于清除在青少年参与认识上的障碍。无可非议，很多规划的经验越来越多地反映出年轻人参加规划所有阶段的工作，其价值是无法估量的。

尽管年轻人参与方法的有效性得到了学术团体极大的肯定，但是他们仍然想知道怎样才是最好的方法，使年轻人参加到适应国家的各种不同需要的文化和基础建设的活动中来。年轻人全面参与的作法仍然是一个特例而不是一个规定。年轻人参与或积极参加规划贯彻执行的过程，应该是从开始完全不参与（他们只是干预行动实施的对象）发展到真正与成年人共同进行决策。

从原则上讲，相互沟通和参与的方法，如重点小组的讨论、个人访问，为了解年轻人个人对事物的观察和意见提供了很多机会。然而，正像前面论述的，公开讨论一些问题存在着文化和政治上的障碍，上年纪的人或领导者传统观念根深蒂固，因此参与方法的使用存在着很多困难。还应该看到年轻人不愿意表达有关个人的信息，因为他们害怕这些信息会反馈到家长和朋友那里。在很多地方社会控制仍然是十分严格的，年轻人对这种严格的社会要求感到不舒服就什么也不说，说了会冒被人发现的危险。因此需要从两方面了解成年人的观念和真实想法以及年轻人的态度和参与的愿望。

尽管存在这些障碍，越来越多的舆论指出把年轻人看做是资源和顾问，让他们全面系统地参加确定各项行动的工作，会使规划得到促进和改善。但是要做到这点还需要一种新的途径——一种新的看法和作法。对于年轻人参与的有效方法进行培训并给予不断的支持，将会保证年轻人的参与变得更受欢迎，不会再形成青少年是无用资源的看法。另外，还必须认识到年轻人很快会变为成年人，他们的位置需要由他人来代替。适应这种不断的变化，需要付出特别的努力，但是这样做有助于规划充满活力，保持规划的相关性和可信性，并为坚持规划的贯彻执行作出贡献——这方面的问题将在第9章进行讨论。

8.5 确定目标群体

干预行动应该是全面的（提供给所有的人），有选择的（针对确有危险的个别群体）或者有目标的（直接针对处于最高危险的群体）。年轻人并不都是一样的。不同的年龄、不同的发展阶段、不同的性别、个别和集体易受伤害的青少年都有不同的需要和重点。另外，“敞开机会的窗口”（这些机会是干预行动获得理想结果时产生的）对不同年龄和性别的年轻人也不同。了解年轻人中特殊人群的需要，在关键年龄段

采取不同的干预行动，对于合理利用资源、确定工作重点是十分重要的。

需要重点指出的是，一些环境中的流动性变化会把年轻人置于危险之中，特别是环境发生急剧变化。例如，一些青少年因为家庭经济困难，不得不挣扎在街头赚钱。如果几周以后，经济情况有了改善，同样是这些青少年可能摒弃街头回校学习。另外，本来在一个稳定的社区里上学的年轻人，可能会因为发生武装冲突的情况而辍学。

求得所有青少年，特别是更年幼的群体在促进健康与成长之间保持良好的平衡，帮助高危群体，解决已经生病或受到伤害年轻人的问题是一项有意义的挑战。认为达到年轻人的低危害率就会给社会带来利益，或者认为应该把目标放在据信是特别具有危险性的健康问题上等等不同的公共卫生指导思想，将会深刻地影响重点的确定。政治和文化观念影响了干预行动是首先针对一部分人实施，还是全面铺开。在对特殊群体给予关注之前应该首先端正对待各种不同青少年人群的态度，克服不正确的观念，否则它们会导致资源分配的不足。

青少年发展采用的方法是，社区把它们主要的资源重点投入到促进和强化对青少年的帮助和提供机会方面，最终达到所有年轻人获得普遍发展的目的。这些支持和机会是他们基本权利的一部分。另外，还要做到对于处于易受伤害环境和情况下的年轻人给予及时和不断的关注。可以考虑把存在健康问题的年轻人分为高危、中危和低危三种类型，对所有类型的群体实施统一的干预行动，并且针对高危和中危群体增加特殊的干预行动，这才是规划工作的目标所在。采用上述方法，是首先考虑那些比其他年轻人处于更困难环境的个别群体，以此为契机，把目标扩大到那些中危和低危人群。

遗憾的是，明显缺乏有关谁、多少人属于不同危险类型的资料，因此涉及到需要在哪里采取干预行动。例如，在很多地方，年轻人入学的问题多年都得不到解决。通常规划解决这个问题，是通过吸收同年龄组在校学习的年轻人共同参加在不同地点开展的多种干预行动，如在学校、在教堂吸引年轻人参加的活动、由童子军和女孩辅导组织举办的大会等等。这样的规划活动给参加的年轻人带来了真正的利益。但是，仍然没有落实到很多有这种需要的年轻人。对年轻人进行认真的分类会帮助规划者看到大多数易受伤害的年轻人根本没有接受各种服务，需要加倍关注的是找到更好的方法，支持各种活动落实在那些被忽略的青少年群体上。

所有健康规划的方面，在决定策略的目标时，都必须重点考虑规划

的成本和成本-效益。另外需要考虑的不仅是如何做才能降低成本，而是规划的花费怎样才能获得效益。

9. 坚持规划实施

9.1 背景

虽然很多青少年规划已经开始付诸实施，但是几乎没有一项规划在最初五年内能够坚持下来。一项由国际青年基金会进行的非正式调查指出，正在实施的计划低于 20% 超过了 5 年。

一些规划常常在开始阶段制定得过于庞大，以致现有的经费、职员的配备和各项活动开始实施或实施以后的试行阶段无法维持。建立一套稳定的、可以长期维持的规划制度对于青少年健康的工作开展是特别重要的。因为首先要认识到对人群的服务具有反复实施的固有性质，其次要考虑怎样才能长期坚持下去，最后，只有青少年强有力的参与才能使规划不断延续下去。规划反复重新开始，多次重复实验性计划无异于自我毁灭。这样做也会使青少年涣散，因为他们与成年人的信任关系只有在活动开展以后才能逐步建立。如果与成年人没有这种有意义的关系，或者有过被成年人抛弃的经历，再想做他们的工作只能是寸步难行。

应该指出的是，组织机构能够维持的因素与规划的维持因素是有关联的，它们的相互关系只有通过进一步附加的特殊因素才能确定。这些因素在表 6 中作了说明。但是一些情况下，组织机构和/或规划虽然没有保持相关性和有效性，本身也能够存在下去。

下面所涉及的问题对于各项活动的贯彻实施与维持是现实的挑战。

9.2 强化成年人和年轻人之间的关系

青少年不再是儿童，但也不是成年人。这是理解成年人在青少年生活中的重要性和他们在规划中作用的关键。青少年健康和成长需要通过成年人的作用和行为来获得支持和机会。在规划和各项活动中，年轻人和成年人的合作伙伴关系是至关重要的，这是因为：

- 发展地方的能力，开拓未来的资源——年轻人和成年人一起参加规划，会给青少年的生活和社区的福利带来良好的影响；在这个理想的领域里，青少年增长了知识，获得了技能，不仅给青少年本身而且也给家庭、社区和子孙后代带来了利益。

- 监控规划的相关性——吸收年轻人参与规划的策划和实施有助于社区和组织内的成年人触及年轻人面对环境的实际变化并采取措施适应这些变化。
- 保持合法性——成年人承诺年轻人进行有意义的参与说明了对年轻人的尊重和赏识。这样也可以使规划在年轻人（主要发表意见的人）中间赢得信任，在社区获得合法性。

表 6 一些维持规划的特性

| 实 施 的 | 规 划 的 |
|--|---|
| 长远的观点和计划——通常遇到的困难是由于现实资金的拮据或捐赠缺乏，不得不限制计划规模作短期打算。成功的规划应该有长远的观点，计划要达到的目标超越现有的资金。 | 年轻人参与——年轻人参与规划的策划、决策和贯彻，保持了规划的相关性，社区和投资人会认为规划更具合法性。 |
| 包含各种类型的领导——很多规划常常由一些慈善事业的个人来掌管（通常是规划的创立者），这样有形成大权独揽的倾向而造成规划的“依赖性”。虽然这种不实际的作法在规划初期阶段是有效的，但是规划长期维持下去应依靠权力的下放，包括各种类型领导的参与。另外，需要有选定继承者的计划。 | 反馈——规划应该建立反馈服务对象、社区和青少年需求和愿望的机制。它应该具有激励参加者和其他投资人反馈意见的特性，灵活地适应各种变化。 |
| 资金维持和实事求是的财政计划——规划应该制定长期的和多种多样从外界筹措资金的计划。计划要坚持规划目标的连续性，避免对任何单一资金来源的依赖。 | 建立当地资源——只要有可能，规划活动就应该利用现有的基础设施，并且把各种临时性组织包括进来。 |
| 职工的培养和补充——由于大多数年轻人卫生工作者无偿地从事紧张和鼓动性的工作，使规划在这方面经常出现人员枯竭的情况。最紧迫的需要是为年轻人卫生工作者提供成长、发展和知识更新的机会，同时，年轻人作为一种未来的资源需要不断的补充。 | 多种舞台，多种角色——为给年轻人的发展提供最好的机会，在一些关键的场合需要对青少年健康有影响的各个方面（家庭、学校、青少年社团、年轻人、医疗中心、政府等）的配合。多种舞台、多种角色的作法促进了各方面的配合，防止规划单一模式的重复。 |
| 有效的监督——规划最终只有产生效果，使青少年的生活明显发生变化才能继续下去。规划应该不断地采用各种方法评价产生的影响，并且不断地进行必要的调整。 | 强化地方的能力——规划活动在计划时就应该预见到有一天组织机构或规划是要结束的。因此在规划贯彻执行的开始就应该把传播知识，提高地方人群、家庭和社区组织的能力作为自己的目标。 |
| 掌握阶段性增长和扩大的比例——有效的规划常常会扩大，这样会面临一系列新的挑战。经验表明规划的扩大和再实施要根据现有的能力和基础获得新的动力，并且有步骤地进行。 | 培训——与强化地方能力有关的是，需要培训所有与基层青少年和同伴们进行经常性交流的工作人员。这些工作人员应具备青少年健康和成长方面的知识、人际交流的技能以及特别有效地倾听他人意见的能力。 |

事实上青少年的参与是坚持青少年健康规划和计划的关键，因为它提高了政府官员、规划策划者和社区群众本身的认识。然而，成年人和年轻人在规划工作的每个阶段，尤其是在策划、决策、确立重点和全面管理领域如何共同工作还缺乏充分的经验。因此在这方面还需要学习，有些规划已经把年轻人发挥其有意义的作用定为首要的任务。

发展成年人与年轻人的合作伙伴关系出现的最大障碍是，年轻人感到成年人给他们摆出一副屈尊俯就的样子，明显把他们看做是“另一些人”。青少年报告说，他们经常受到成年人如此的对待，对于他们的建议成年人根本不当回事。这个问题从根本上讲是一个权力的问题，因为成年人（包括家长）总是设法在保持某种控制权。“这样会引起年轻人的愤懑，因为他们需要受到认真的对待，冲破那种令人窒息的政治空气。”另外的事例也可以说明这一点，儿童权利公约（见附录2）的所有条款，在一些国家总是不能被接受，因为接受青少年某种程度的自治对成年人来说是十分困难的。

可能最初建立年轻人和成年人之间的关系首先要保证有一个相互信任和尊重的环境。要做到这一点，必须更好、更广泛地认识到，在现代社会中青少年的意义所在，他们能不能为社会作贡献，他们是怎样做的，做到了没有。与此同时，创造一个成年人和年轻人能够互相“学习的环境”，只须解决一些相当简单的问题，例如，起码的尊重和参与精神，这样会使彼此相互信任，公开讨论问题，协调各自的态度。请成年人回忆一下自己在14岁的经历，想一想自己当时作为年轻人的感觉也是很有好处的。那时在他们的生活中，成年人是怎样与他们相处，怎样对待他们的？哪些方面感到有帮助？哪些方面感到有困难？像这样把年轻人和成年人的位置颠倒一下，设身处地地想一想，就能够更好地理解对方的想法、他们的问题和所关心的事情。要考虑年轻人参与的保障与监督机制，要鼓励年轻人认识到与成年人建立合作关系潜在的利益，特别是在管理方面。以一个具体的事例来消除成年人那种独断专行的领导和管理方式，公开讨论成年人对待年轻人又恨又爱的矛盾态度，将是大有裨益的。

另外，为了使成年人能够开诚布公地发表意见，提供有关人类成长与发展所需要的信息，尊重年轻人的决定，也要尊重他们的感情和看法，帮助他们更好地理解年轻人所处的位置。在成年人担当年轻人的辅导者或者在培养年轻人领导者和教育者之前，成年人有必要进行如何倾听年轻人意见的基本培训。在与青少年合作关系中，成年人应具备的素质在世界童子军运动组织的评价报告中作了说明。他们对来自不同国家

的3个案例进行了深入的研究，在众多问题中检查了童子军领导人的素质。正像年轻人们表示的那样，他们最欣赏和认为最理想的关系是，能够在更平等的基础上积极倾听他们的意见，与成年人进行交流，决不是他们在学校和家庭所感受的那样⁽¹⁸⁵⁾。

在加勒比地区由国际妇女研究中心进行的调查发现，尽管规划的执行者们都建议，在工作中应该有实施“对象”和年轻人的参与，但是他们很少有人这样做⁽⁴⁸⁾。对于这种言不由衷的说法，部分原因是缺乏怎样才能使年轻人进行成功参与的经验 and 认识。

以下内容强调了在规划水平上加强成年人与年轻人关系的机制：

- 公开说明在特殊情况下，青少年参与规划工作的意义——在规划的策划阶段留出时间明确指出青少年参与的重要原因，并且考虑年轻人在规划中要发挥什么作用。
- 避免做表面文章——明确年轻人所发挥的有意义的作用。例如，在制定策略时，需要讨论哪些是规划落实的最佳对象，谁将从规划中获得帮助。开始最好由成年人与宗教领导人开展这方面对话。
- 在规划开始就要确定采用什么机制来保证青少年不断地参与（如果采用以社区为基础的方法，要保证有充分数量的年轻人成员），制定一份成年人和年轻人均表示满意的、监督年轻人参与的检查表。
- 为年轻人提供一个集体聚会的场合，让年轻人（比如小有权力的群体）从开始就对需要克服的困难有一个全面的了解。
- 探索对规划这项工作可以进行说明的机制——包括认真制定青少年参与工作的指标，一年以后对参与工作的进程进行检测。
- 考虑在所有水平的工作上，采用多种方法促进青少年的参与。如果国家计划人员有加强青少年健康规划的强烈愿望，那么就应该在策略的制定工作中，包括青少年参与的办法，并且说明它会对规划工作产生怎样的意义。

尽早获得家长和社区的支持，以某些方式让他们参与规划的全过程，有助于防止规划在以后出现强烈的不良反应。如果失去社区的信任，即使规划继续实施可行性的活动，也难再恢复对它们的信任，而且会导致规划的终止。在实施过程中不断提高人们的认识，由此获得支持和帮助，才可能使规划持续下去。

在坦桑尼亚姆万扎和马古区的一个非政府组织，坦桑尼亚-荷兰支持 HIV 感染和艾滋病控制计划，在处理受到指责的老师与女学生信任

关系破裂的事件以后，又重新恢复成年人与青少年互相帮助的合作伙伴关系，成为一个很好的事例。计划对事件的经过进行了周密的调查，听取了这些地区学校艾滋病委员会的抱怨，据报告说男辅导老师与在校的女学生发生了性关系。为了减少女学生再次受到伤害的可能，姆万扎区的教育部门开始任命女老师担任规划管理员。担任管理员的女老师根据年龄、教学经验、可接近的程度及其行为举止进行挑选，并且对她们进行了咨询技能及其性和生育健康知识的培训。在规划开始实施一年以后的初步评价表明，有 61% 的女孩与规划管理员保持联系，由男孩实施的性骚扰是最普遍的原因（据悉占 59%），其次为成年男子实施的性骚扰（占 13%），由教师实施的占 9%。当然，对另外一些存在的问题也进行了讨论，包括 HIV 感染/艾滋病（占 35%），怀孕（占 32%）和预防怀孕（占 22%）。尽管在各学校的性侵犯行为尚未从法律角度作出说明，但是老师和女学生都认为规划管理员的工作很成功。据认为在周围公共环境发生的此类不良事件，由于规划的实施很难再伤害到女孩们。规划实行的这个策略继续为这个地区学校的男孩们同样提供管理员（男老师）⁽²¹⁰⁾。

9.3 通过培训，调整并坚持已有的干预行动

从事青少年工作人员的调整、培训、配合和继续教育对青少年健康规划十分重要，主要原因有以下几点：

- 第一，直接与青少年接触的个人，其正确的和不良的行为都会成为青少年仿效的榜样。这些人都会自觉或不自觉地影响年轻人的个人意识，使他们接受成年人的思想，形成有关健康的决定和长期的信念。
- 第二，每天都有很多的人在各种各样的场合（家庭、学校、年轻人社团、医疗中心、工作场所、自助餐厅等）与青少年接触。这些人对于青少年的健康成长具有潜在的、有意义的影响力，他们应该了解青少年健康规划的目标，以保证协调工作的顺利进行。
- 第三，从规划开始就应该把培训作为重要的内容，向当地群众、家庭和社区组织传授知识，提高他们的能力。这样做，除了生活规划之外，还对保证其它规划活动的持续贯彻带来了更多的利益。
- 第四，对从事青少年工作的职工和志愿者提供培训 and 发展的机会，有助于他们的知识更新，对工作充满信心。过分频繁地开

展规划活动，会因沉重的反复性工作，或者职工无暇顾及个人问题而受到/或可能受到损失，从而危及到规划。从事青少年工作通常工资低，工作时间长，精神压力大。他们需要有知识更新的机会、学习和专业发展方面的鼓励，以及来自同事的帮助。

为了工作更有效，从事青少年工作的人需要有关于青少年健康成长的知识，包括有关性的敏感内容和吸食、滥用有害物质方面的知识。传授这些知识必须和培养人际交流技能，特别是有效倾听他人意见的技能结合起来。有些特别的培训（如咨询技能）是必不可少的，但是很多短期的、经验方面的技术培训则有助于提高工作人员对于青少年需求的敏感性。对从事年轻人工作人员的培训、追访和管理常常没有作为规划的重点来考虑。结果造成规划长期存在种种障碍，如从事年轻人工作的人员缺乏有关青少年成熟的知识，人际交流和咨询技能低下，面对自己不赞成的青少年行为无能为力。在涉及有关性这类敏感但又特别重要的问题时，常常显得无所措手足。促进青少年健康的各种努力常常因为一些有害的传言而遭到破坏，这些传言对一些敏感问题，如性行为、预防怀孕和性病，给了青少年大量有害信息。处理这类问题时，常引起青少年工作者的混乱——尽管已有科学证据，但是这些传言依然继续作祟。

另外，还存在着在不同地点实行的干预行动其实施范围的特殊培训问题。在这方面有一个老师抵制在他们的工作负担中增加家庭生活教育规划的实例。一些教师之所以抵制是因为他们感到教学任务太紧，他们对增加这种课堂教学感到不高兴，觉得无法备课，或者惧怕家长的批评。有必要安排培训时间，对新干预行动的态度和看法进行讨论。应特别注意到关于生育健康问题，教师可以担当起适合的咨询、培训和帮助工作，成为十分有效的教育者⁽²¹¹⁾。在卫生诊所的医务人员特别需要进行怎样治疗年轻人患者的培训，使他们以善意的、不带偏见的方式帮助年轻人选择适当的避孕方法预防性病。另外，还需要在不同的方面进行各种类型的培训。它们包括进行情况分析需要的调查技术培训、运用多部门合作方法和青少年参与方法的管理培训、维持规划方法的培训以及针对青少年健康问题实施监督和评价的培训。

很多在国家范围开展的规划通过培训和运用相关的调整政策已经取得了成功（框 27）。培养干预行动的技术能力，训练青少年和成年人学会怎样实施干预行动，通过与规划有联系的机构包括大学是比较容易办到的，它们可以对在很多地方开展的能力培养和培训活动给予支持。

框 27 培训在维持规划中的重要性

在牙买加实施的全国性规划成功地在生育健康教育中开设了以青少年为主导的多种干预行动培训课程。为适应每年对新的年轻人教育工作者进行不断培训的需要，他们还创立了双层培训的模式。他们先组织了受训人员集训组，然后再把受训人员派到全国各地对当地的年轻人教育工作者进行培训。为了区别规划工作的不同性质，他们精心设计了以青少年为主导的基本培训课程并进行现场检查，而且建立了培养年轻人教育工作者和领导者学习班的现场检查制度。虽然在创建阶段花费了一些时间，但是到了第三年规划需要再次投资的时候，增长的指数表明在集训队已有 250 名年轻人教育工作者。他们和自己的青少年伙伴召集了各方面的交流会议，他们积极活跃在交流信息、技能培养的干预行动中，在城市和乡村向青少年伙伴介绍需要的卫生服务。这项规划的经验表明对于每个发展阶段的进程进行评价是十分重要的，这样才能保证物资供应、培训方法、年轻人教育工作者的选择标准以及受训人员的遴选都达到满意程度。

这个培训系统为我们提供了一套方法，它培养的受训人员能够主办学习班，并且能够对他人进行培训，这为更大规模地实施已制定的干预行动创造了条件。这项规划所体现出的重要能力就是提供了广阔的覆盖面。现在红十字工作网已在全国范围开始运作，青少年们积极参加了组织内部多方面的工作。另外把组织内部一些对年轻人参与规划目标制定工作反应敏感的成年志愿者，和那些能够更好地与年轻人在策划、贯彻和评估阶段发挥认真作用保持一致的成年人组织在一起，举行培训会议仍然是十分重要的。这项规划是很有前途的，但是还需要使它具备更长期贯彻实施的能力，并且在结束时进行全面的评价。

在巴西，国家青少年健康规划依靠对各级人员的调整和培训，保持了规划长期成功地实施。他们制定的培训策略包括 3 个阶段：

- 培养敏感性——这是一个长达 40 个小时的学习班，内容包括协调专业人员与青少年的关系，青少年的需要和关心的问题，规划的工作框架，青少年保健的重点等；
- 能力培养——包括培训会议，内容着重青少年的特殊问题，如成长和发展问题、心理健康、生育健康等；

- 专业人员课程——主要是设计培训高技术专业人员如何培训其他人，通常是与大学合作进行。在 1991 年 SASAD 编辑了一本怎样更敏感地对待年轻人的手册。1993 年出版了一本关于青少年群体和参与技巧的指南。在 PAHO 和接受过培训的专业人员支持下，SASAD 建立了专业人员的互助训练队，并声称在每一个州建立至少一个为青少年提供综合卫生保健的分支机构（配备经过充分培训的专业人员）。这项规划还必须继续积极地推广已经形成的培训方法，目前规划仍然缺乏青少年健康专业人才。

9.4 在多种地点开展活动的协调

目前所讨论的促进青少年健康和成长的各种方法显示了青少年健康计划蓬勃的生命力。但是在各种地点只有少数实施了完整的一系列干预行动，而这些地方正需要这种干预行动。现有干预行动的协调和落实工作是一个挑战，因为它们具有多种实施范围和重点，而且不同地点贯彻和管理规划的能力也不平衡。规划的经验清楚地说明，不建立一种机制来处理这种复杂的协调工作是不会有效的。这种机制是在一个规则基础上，把关键性的合作伙伴聚集在一起，确定并检验贯彻执行程序的程序，交流实际贯彻执行规划的经验。

联合国儿童基金会也曾建议，把感兴趣组织的代表集合在一起，针对贯彻执行工作进行磋商⁽³⁰⁾。这种协调小组应该包括各地技术和管理方面的代表、有关的国家各部、研究部门及非政府组织的合作者，以及有关的机构和双边协议捐助者参加。这样做有助于各个方面在指导思想、规划原则以及关键的国家级策略上达成一致，特别是国家战略，它要指导和帮助次国家级相同规划的贯彻执行。一般来说，协调工作要在各种不同的机构进行，这些机构包括：执行青少年健康国家任务的机关，虽然这些机关规模很大，包括很多独立管理的部门，但是机构精简，没有形成庞大臃肿；正在合作执行规划的国家联合组织，主要是非政府组织和社区组织，承担确定人口或孕期妇女安全类似问题任务的国家委员会，有关年轻人健康和成长的课题组，包括现有的研究 HIV 感染/艾滋病、非法药品的课题组。

联合国人口活动基金会最近有关青少年信息和服务规划题目的评价显示，根据对目前确定的青少年关心问题的重点指标分析说明，大多数

国家都在计划生育和/或人口活动方面设立了协调机构⁽⁸⁴⁾。

目前的情况是，很多国家的协调工作正在国家一级展开。推动这项工作需要执行规划的合作者们本身认识到协调和明确一些问题的重要性，它们包括：

- 了解目前的活动、合作者、合作和工作规模的现实情况；
- 确定在国家 and 地方一级进行有效协调的规划机制；
- 在策略的重点、目标和贯彻执行上达到一致；
- 建立可行的机制，交流开展有效活动的经验，反映哪些是有效的，哪些是无效的；
- 为规划的重点工作，技术上的互补和共享，对于不同管理工作资源和资金的集中使用提供机会；
- 最大限度地利用世界地区网络现有的专业技术，必要时争取世界技术援助，补充已确定的普遍存在的技术空白点；
- 制定年轻人参与的策略；
- 达到规划的成本-效益和长期的实施。

在马来西亚，正在实行很多有创意的青少年计划。各个不同的计划都很好说明了在不同地点开展的活动是相互影响的。但是，这些活动是在政府不同部门的领导之下，因此正面临着协调一致的挑战。例如，由青少年和体育部实施的，被称为 Rakan Muda（青少年友谊）的宏大的国家青少年规划。它是应青少年的强烈要求实施的，直接动员年轻人参加多种涉及生活方式的规划活动，目的在于培养他们的意志来抵制很多流行的社会弊病。

亚洲儿童希望——是在联合国儿童基金会的帮助下由家庭和儿童争取权利和发展合作基金会实施的规划。它可以作为一个实例说明一个机构是怎样在焦点问题上与很多非政府组织合作的。这些问题包括改善生活环境；帮助社区的家庭；改变社区对青少年的态度，向他们说明青少年为什么流落街头，他们的需要是什么，包括健康需求。由世界卫生组织合作实施的有害物质滥用规划的街头流浪儿童计划，使这个组织扩大了与社区的联系网，并通过各方合作改善了有关有害物质滥用的干预行动。具有能够对一些涉及青少年吸食有害物质的原因的中心问题进行培训的能力，具有更好地了解青少年需要的快速评估方法，以及动员社区采取行动争取其它非政府组织参与的方法等都是促进合作的重要工具⁽²¹²⁾。

9.5 不断把年轻人作为生力军补充到 人才资源中

纵观本书（见 6.2 节）所一贯坚持的观点，可以知道年轻人的直接参与是青少年健康规划最重要的原则之一。正像我们已经认识到的，年轻人很快会变为成年人，他们的位置需要由其他的年轻人来接替。可以预见对规划的制定、贯彻和继续来说，年轻人的全面参与将是一个持续的、不断更新的重要资源，也是青少年规划需要长期面对的主要内部管理挑战。虽然保持年轻人这种不断的更新需要付出极大的努力，但是它也使规划充满了活力，并且有助于规划保持其相关性和可信性。

文章以前提到的 UMATI 计划正是在他们的青少年教育规划中就解决这个问题作出了努力。他们认识到对新的年轻人教育工作者进行多周期反复培训的重要性，同时也对“前任”年轻人教育工作者赋予新的规划任务和机会，特别是他们的兴趣改变的时候，换句话说，就是年龄变大的时候。

另外，在肯尼亚内罗毕的肯亚塔大学实施的年轻人教育规划成功地运用印刷宣传品提高了规划的知名度，而且补充了年轻人作为教育工作者。《KU Peer》，一种由年轻人主办的杂志，内容涉及到各种健康问题，如吸食有害物质及其滥用、性和生育健康、减少暴力以及校园内其它有关的重要社会问题。内容丰富的文章和社论都是由学生年轻人咨询员写的，提到的问题不仅要年龄较大的青少年产生影响，而且要增加年轻人对健康行为的认识。这个出版物还通过强调年轻人咨询员的服务和活动，提高他们的社会地位，以此来激发更多的年轻人成为年轻人咨询员。杂志社在与《国际探路者》杂志合作出版的工作中，吸收它们成为肯亚塔大学家庭福利和咨询计划的成员。现在这份杂志遍及肯尼亚的大学、学院和学校，已经拥有 2 万名读者。这本杂志为青少年规划增加了活力，赢得了尊重，例如，人们注意到在整个内罗毕地区规划的协调员就收到了 5000 份年轻人的申请，要求成为年轻人教育工作者⁽²¹³⁾。

其中能够吸引年轻人坚持下去的基本作法之一，就是保持内容更新，灵活地反映年轻人兴趣和变化的需要。全国性的规划需要有实施上的灵活性，需要培训教师、领导人和志愿者学会如何获得信息的方法。社区参与规划的人也要帮助领导者在一系列的健康内容中选择有针对性的题目。突尼斯教育部成功地建立了学校俱乐部，积极吸引年轻人参加。其根本的指导思想是满足和反映年轻人参加者提出的意见、课题和他们关心的问题。学校俱乐部指导教师如何鼓励学生们直接搜集信息，

如果学生们想要知道未列入计划的内容，他们必须帮助学生确定在哪里能够找到有关的信息。俱乐部还邀请演讲者举行讲座，组织社区访问活动，吸收所有其它能够给年轻人帮助的机构和社团参加俱乐部的活动。据报告这种作法有助于保持年轻人对规划的兴趣和参与⁽¹⁴⁴⁾。

9.6 实施大规模规划

虽然全世界有很多有效的青少年健康和成长规划，但只有一小部分达到了所需的要求。如何才能使这些规划符合年轻人的需求，不断扩大和/或复制，让更多的年轻人受益？根据国际青少年基金会的经验（对30个国家132项青少年规划的检查），通常，规划的扩大可以采用以下方法中的一种：增加规划实施的地点；在目前的地点增加被服务青少年的人数；利用现有的基础通过网络扩大规划的影响；把各个独立的规划项目结合在一起，实施同样的或更全面的服务。有大量地方、国家和国际的成功扩大或复制规划的实例可以借鉴。

近些年，规划的管理者和财政机构越来越关心规划的长期影响和规划的维持，并且正在探索采取“最佳实施”的可能性，促使规划达到上述结果。正像上文所提到的，国际青少年基金会的检查揭示，在1990年大约80%世界范围的青少年规划资金都投入到新项目的开发，而不是已有规划的复制。而在过去5年里，只有20%的这类“试验性规划”保存下来。现在人们已形成了广泛的共识，停止那种不断创新的循环，把投资转向规划的复制或者扩大能够适应形势的“最佳实施”的规划。“复制”这个术语意义含糊，部分原因是几乎没人知道如何复制，也很少有人对此下过一个定义。在1990年C.S.Mott基金会发表了一篇特别的报告，名为“复制：播种希望”，报告对规划复制的4个普遍的策略作出了分析，4种策略是：“切饼刀”式或称特许复制，合适的方法，具体概念的广泛宣传，以及建立网络。

- “切饼刀”式或特许复制——采用这种方法是在众多地方开展确定的规划。一般来讲，“切饼刀”式复制要由中心组织进行协调，中心组织要与每个地点保持紧密的联系，以保证服务实施和服务结果的质量。可能在大多数情况下，青少年规划的形式并不是那么僵死，可以作适当调整。对大多数社会性规划进行克隆，模仿或者其它形式的“精确”复制，既不可行也无必要。
- 适合的方法——采用这种策略需要坚持原定的策略和综合方法，但是允许在一定范围根据不同的需要、对象或其它文化因素进行调整。由联合国制定的把青少年作为资源的社区服务规划在

全波兰范围的贯彻执行中，成功地进行了这种调整。另一个例子是，世界童子军运动不仅很早就提供了这方面的评价结果，而且还检查了童子军教育对青少年产生的影响。通过对不同国家 3 个实例的深入研究，结果发现教育所产生的最终效益取决于当地领导人采取的童子军教育方法能不能适合年轻人和教育实施环境的需要⁽¹⁸⁵⁾。

- 具体概念的广泛宣传——规划策略高度灵活的运用必须广泛宣传规划的个别具体概念，并极少施加影响，如果必需进行控制也只是指出，如何根据具体的地点采用具体的规划。例如在拉丁美洲的实例中，他们把“街头教育”的概念，具体化为一种方法，对街头流浪和打工的儿童实施教育。街头教育既可以作为一种方法单独使用，通常也可以列为多阶段贯彻执行规划的一个组成部分。虽然有很多方式可以来指导街头教育的实施，但是在街头教育工作者中间广泛传播有关的信息、给予技术支持和建立工作网络，对于完善服务的质量是至关重要的。
- 建立网络——像广泛运用规划具体概念一样，它也是一种灵活的方法，鼓励对好的规划和作法进行改进和复制。通过网络，可以迅速了解各组织取得的结果，不仅可以互帮互学，同时也宣传了一些特殊的方法和范例。为了加快组织内部的信息沟通，促进落实联合国儿童基金会在青少年健康和成长以及 HIV 感染/艾滋病领域采取对策，在联合国儿童基金会的支持下，由各部门合作从 1993 年到 1995 年进行的“技术援助小组”的工作，是采用网络方法一个很好的例子。要求联合国机构、基金会和技术组织，这些关键合作者的密切参与是这项工作重要的特点，只有突破部门狭隘的利益和工作常规，才能对某一领域工作取得的效果进行交流。在 1991 年到 1992 年间，联合国儿童基金会还没有办公机构参与对青少年 HIV 感染/艾滋病规划的支持工作，到技术援助小组授权开展此项工作结束的 1995 年，联合国儿童基金会每年收到至少 35 个国家有关执行青少年、年轻人规划和 HIV 感染/艾滋病规划的报告^(214,32)。国际青少年基金会特别强调建立网络来分享信息的工作，以便为促进青少年的成长采取最好的行动。在 1991 年基金会成功地实施了一项全世界范围青少年服务规划的国际网络规划。考虑到文化背景的重要因素，基金会强调规划策略方面的信息交流，以及通过树立规划的“样板”采取最佳的方法。

- 建立大规模的基础设施——世界卫生组织学校综合教育和促进专家委员会建议，要把学校系统作为一个能够综合贯彻各项学校健康规划的重点机构，形成学校整体的健康环境，为学生提供一个安全的场所，使他们每一天的健康状况都得到促进和发展。从1991年到1992年，比利时学校系统营养工程首先在35座学校实施，到1995年底顺利扩展到300座学校，8万名学生参加。在博茨瓦纳，PACT青少年教育规划（前文已有论述）开始只在哈博罗内的11座学校实施，3年内已经扩展到其它城市和乡镇，到1996年底成为以所有在校儿童为目标的全国性规划。上述例子成功的关键因素就是在满足年轻人需要的工作中得到了教师和学生充分的合作以及政府的理解和帮助。

国内一些潜在的合作者能够帮助实现国家级大规模的规划

虽然政府作为主要合作者在国家规划中担任的角色已经很清楚，但还是要着重指出它在成功进行大规模规划中所起的作用和具备的能力。值得警惕的是一项规划不能过分依赖政府提供资金（较好的作法是依靠外界捐助的资金），政府的公共机构对促进成功的规划形成主流发挥着关键的作用。这些国家的基本机构包括有关的部委（卫生、教育、社会福利、性别与发展等），特别是很多国家针对青少年设立的青少年和健康部，或者青少年和体育规划部。马来西亚的青少年和体育部以及越南的青年联盟都为大规模规划的实现提供了极好的网络工作帮助，吸引了大量的年轻人参加。

另外一些公共机构，大量的有代表意义的国家非政府组织合作者，积极参加了所有国家的国家级和次国家级的规划活动。它们是自然的和重要的合作者，这是因为它们广泛地接触社会，蕴藏着与当地建立联系的巨大潜能。另外一些合作者可能是一些有年轻人参与的国际组织，它们有遍及全世界的国家网络，这些国际组织包括童子军和女孩子辅导运动、男青年基督教联合会和女青年基督教联合会。还有一些国际组织如红十字会和红新月会，它们本身承担着与社区年轻人联系的任务，而且他们与一些机构如联合国儿童基金会保持着多方面的联系。另外，IPPF作为国际非政府组织对国家机构提供规划支持，对一些涉及青少年生育健康领域的特别规划给予帮助。成为国际网络的一部分，其价值不仅是获得了与其它国家的合作伙伴相互学习、分享知识、共同工作的机会，而且还在经济方面学习经验，获得促进培训和技术的帮助性规划

指导；而且有广泛的国际间交往常常能够从感兴趣的捐助人那里获取利益，最终获得经费上的帮助。

成功扩大计划和规划的因素

以下个别计划和规划的例子说明了使规划成功扩大的各种因素。这些例子曾在本文的前面作过论述。

- 对于大多数计划的扩大和维持，政府的支持是一个重要的因素。博茨瓦纳的青少年自我教育咨询规划在开始的时候，由瑞典国际发展合作局（Sida），通过男青年基督教联合会提供活动经费，后来在许多国际捐助者的帮助下资金来源变得多样化，最后开始从教育部和卫生部以及博茨瓦纳人口发展委员会接受政府资金。
- 由计划管理者和国家领导人组成顾问委员会扩大了支持范围，这有力地说明了包括青少年自我教育咨询规划在内的为实现国家政府资助所作的多方面努力。成功的原因是建立顾问委员会，把政治家、高级政界管理者、校长和教师以及有关的人口和发展政府部门作为委员会成员。其它这方面的例子还有美国的“学校中的城市”计划⁽⁸⁾，“蝴蝶”计划⁽⁸⁾和“替换活动计划”。
- 乌干达政府、联合国人口活动基金会和选定的非政府组织之间的多部门合作可以作为实现促进青少年重新生活规划策略的一个典范⁽²¹⁵⁾。这项规划于1995年—1996年间在4个城区进行试验，在下一个四年，即1997年—2000年间，实施范围每年将扩大4个城区。
- 全民志愿者服务组织计划说明强化领导和管理的结合为计划建立了信心。
- 比利时营养计划说明扩大计划需要稳定的经费保证。
- 能力培养是大多数计划共有的特点。特别是在坦桑尼亚计划生育联合会计划中，它在选定的城区逐步推广培训的模式，并且在扩大的过程中，所有计划都创立了自己的教学课程和指导原则。
- 青少年和社区的参与是所有计划的共同作法，组织者也把这一点看做是成功的重要因素。
- 扩大计划要想取得成功必须考虑确定个别服务对象对活动要求的重要因素，保证活动确实符合他们的实际要求和真正需要。

实施大规模的范例

很多在全国范围现有机构和系统中实施的计划都是综合性的，一旦证明采用的方法是可行的并且是有益的，计划就会不断扩大。以下是一些实例：

- 像印度开展的 Dehleez 广播计划，就是利用媒体，特别以年轻人为对象，通过编排的系列广播剧来提高年轻人的认识，增长他们有关性和生育健康方面的知识。由于采用了与听众相互交流的参与方式，节目大受欢迎，获得了很大的成功。印度广播公司正在扩大它的播放范围，并准备把节目翻译成当地语言播放。广播作为一条渠道覆盖了广大的农村地区。这项计划还表明了国家非政府组织与私人机构（商业电台）成功的合作，把重要的青少年规划推向更为广阔的范围。
- 越南青年联盟建立了地方青少年俱乐部，采用分散管理的组织结构涵盖了全国所有的行政区。已经建立的 1000 多个俱乐部都有在自己所属社区独立扩大活动的权力。他们成功的主要原因是政府强有力的支持，并且策划是建立在我们已熟知的、获得成功关键的“青少年参与”的方法上。

坚持大规模的规划

怎样才能使规划长期坚持下去，这个人们经常提出的问题，并不容易找到它的答案。虽然大多数政府、组织和捐助人都把维持的问题列入考虑日程，但是仍需要明确具体的作法和可以借鉴的最好榜样。然而，在计划和规划中存在的一些典型成分，可以被认为是促进计划和规划长期维持的原因。它们包括：财政的，上下关系的（相关性，政治上的承诺，对地方需要的反应），组织上的（能力，技术专业），人才资源（能力和管理）的和环境（影响）的因素。

计划的经费支持是在最初阶段需要首先明确的问题，在以后的进程中更是捐助人继续关心的主要问题。一般来说，在计划和规划的实施过程需经常进行评估，检查它们的可行性，以便根据现实的趋势预见其未来。因此对于大多数计划和规划来说，指望在短期内知道财政的维持能力是不现实的。这就需要制定一个方针，即在开始阶段就尽可能少地依赖内部资金，至少也要定出把资金来源“扩展”到由多渠道提供的方针。

有一个由多方分担成本促进财政支持的实际作法。这是一个相当新的趋势，它要求新加入的合作伙伴分担一部分经费，其中也包括社

区⁽²¹⁶⁾和媒体合作者⁽¹¹⁹⁾。

执行机构的能力和培养也需要给予关注，尽管它很难进行分析说明，因为对这方面的评估方法和工具没有进行有效的探索，既没有确切的定义，也没有制定出来。在这个领域工作中出现的空白需要所有合作者，即捐助人、多种机构、政府、非政府组织和研究机构通过系统网络和经验交流加以解决。但是有一些试验性的证据表明，组织机构的维持能力常常是与财政支持的能力相关的⁽²¹⁷⁾。

10. 监督与评价

10.1 背景

越来越多的投资人想精确地知道规划到底取得了哪些成果，投资的结果如何。决策人和工作人员想知道规划的费用情况，它们是如何使用的，规划是怎样最大限度地补充资金来源，最小限度地减少资金的重复使用等等，他们要根据这方面的资料和证据作出自己的决定。监督和评价的重要作用就是要精确地达到这个目的，根据从所有相关部分搜集的资料，提供证据说明规划的情况。全面地说明规划总策略制定和执行过程的重要性越来越明显。良好的监督和评价不仅保证了规划履行向所有投资人，包括社区、规划的职员、政府、各机构和捐助人，进行说明的责任，而且通过反馈执行情况，保证了贯彻策略方向正确，促进了干预行动的实施。综上所述，公共卫生所面临的紧迫挑战是了解促使青少年健康和成长取得成果的各种因素之间复杂的相互作用，以此为根据改进规划的策略，促进干预行动效果的产生。正因为所有这些原因，更显出规划监督和评价的重要性。

监督和评价应该承担起为决策和采取行动搜集信息的工作。即便有时资料是有系统的搜集，也常常会把那些有价值的原因分散湮没在搜集的信息中，而没有拿来进行分析、解释和利用。应该只搜集那些有用的资料，即能够转为规划资源所用的资料。另外重要的一点是搜寻的内容不仅是做了什么（和怎样做的）以及做到了什么，而且还要有哪些是无效的，其原因何在。精心设计的监督和评价能够使我们抓住哪些是计划中的结果，哪些是计划外的结果，是正面的还是负面的，其中的原因是什么。同样重要的是还要知道哪些没有做到，而不是倾心于做了些什么，这是最常用的方法。为了最大限度体现监督和评价的价值，应该在开始就把它们列入规划的制定并成为综合计划内容的一部分。规划的目的

的、策略和各项目标越明确，监督和评价就会更可行，更有用。另外，对于规划执行过程和结果进行持续不断的监督，再加上阶段性的评价，比起规划完成以后一次性的评价更有价值。监督和评价可采用各种方法，它取决于公共卫生规划希望强调的每一个不同的方面（框 28）。

框 28 监督和评价的定义

监督

世界卫生组织给监督的定义是，不断追访各项活动，保证活动的进程符合计划的要求。一些规划需要进一步明确“检测规划提供了什么服务，提供了多少服务，由谁来提供服务，又是谁接受了这些服务”⁽²¹⁸⁾。根据联合国儿童基金会的定义⁽²¹⁹⁾，监督是“对一项活动执行情况实施的阶段性监督，目的在于确定活动投入资金，工作安排，其它需要采取的行动范围，根据计划预测的目标产出，使阶段性的行动能够在充分确定其正确性的基础上得以贯彻实施。”

评价

根据拉丁语字根，评价的意思是“确定价值或者值不值得去做”，也就是了解规划使工作人员获得动力，使支持者不断作出新的努力所存在的差异。尽管评价活动可能带有回顾性质，但是从根本上讲它是依据规划的目的朝前看。评价运用经验教训来决定规划的现状和未来。好的评价会提出各种替代性的作法供决策者考虑。评价是一个极好的学习工具，也是一个改进规划工作，并对各项工作作出说明的方法。更正规地讲，评价是根据明确的目标，全面和客观地确定规划可能的相关性、效果、效率和活动产生的影响。它是一个学习和指导行动方向的管理工具，也是改进目前活动，改善未来计划、规划和决策的组织性工作⁽²¹⁹⁾。

规划评价可以看做是系统地评估规划的相关性、适应性、效率、效果和影响。世界卫生组织关于有害物质滥用的规划确定评价的过程就是对规划运作的评估，它应该能够解答有关规划实施的确切问题⁽²¹⁸⁾。其中两个最重要的问题是：

- 计划的活动实际去做了吗？
- 规划是不是适合目标人群的需要？

进行成果评价是要发现规划的短期目标是不是实现了。大多数成果评价着重确定行为方面和/或健康状况的改变。

监督和评价需要在国际、国家和地方的不同等级进行，因为搜集的信息需要进行国际间的比较、商讨，以便确定国家实施地点。公众的热情并不会给地方一级采取何种干预行动提供答案，因此，为了达到具体的发展目标，迎接挑战，特别要在次国家一级，把问题考虑得更详细更全面。现在越来越需要在捐助人与发展中国家之间建立平等的伙伴关系并进行对话，以便确定青少年健康出现的问题，统一思想认识；寻找更好的检测方法，总结各项规划在以青少年为中心，促进青少年的全面成长，加强与成年人的联系，建立当地资源等方面的成功经验。

很多青少年态度和行为改变的结果具有文化的性质和需要解释的特点，因此人们越来越强烈希望有定性的附加信息来支持以传统方式搜集的定量统计信息。定性资料应该按照严格的科学要求进行搜集和分析，这样才能更好地评价青少年健康和成长规划。与之相关的健康和福利统计数字，以及死亡率和发病率成为关注的重点。采用定性的方法需要对规划的下列问题进行评估：青少年参与的程度，跨部门合作方法实行的程度，社区受到影响人群以及年轻人本身思想观点的改变，规划的结果引起的政策改变等等。这种定性资料提供了各种社会角色包括青少年有关价值观、社会规范、认识和行动准则的重要信息，对他们的行为作出了解释，并且说明了他们参与的意义以及社会干预行动的意义⁽²²⁰⁾。大多数定性资料搜集所采用的技术包括观察、深入的访问和（有重点的）小组讨论。定量和定性资料结合在一起为我们描述了一个更为详尽和全面的图像，说明目前正在发生什么，为什么这样，应该怎样做才能改变青少年和所在社区的状况。

一般来说，大规模的调查是正规规划评价应选择的方法。这种定量调查以标准方法可以从大量人群中搜集资料，能够进行社区、国家和时间阶段之间的比较。然而，仅仅这样做是不够的，定量调查不能充分提供更深层次的信息来了解人类行为的复杂因素，形成预防、控制策略和规划。正像我们在其它地方已经讨论过的⁽²²¹⁾，在同样的调查题目下需要搜集定性信息。这些信息允许我们更详细地、迅速地，常常是更精确地了解影响或者与特定行为模式有关的、潜在的社会和文化性质⁽²²²⁾。

有时候很难让人们认识监督和评价的益处，因为这些活动看上去像是学术性的，而且耗费时间，费用昂贵，另外还需要受过高级培训的专家来执行这项工作或者对结果作出解释。事实上，地方机构和社区组织经常在进行非正规的监督和评价工作，以便加强现有的能力和活动，而所有他们所做的正是需要进行有效评价所需要的内容。使评价工作非神秘化不仅促进了它的可接受性，而且是确定工作和结果评价主管部门的

第一步，这样才能使人们对自己的价值充满自信，担负起决策的职责。对于社区领导人进行评价工作的培训能够增强他们计划和制定各项活动的的能力⁽²²³⁾。采用这些方法自然会发展地方的能力，其结果和反馈的问题不仅可以用于监督和评价工作，而且也可以用于贯彻执行规划的所有方面。实际经验中得出的教训是，没有列入策划和实施阶段的评价，其结果是没有多大用处的⁽²²⁴⁾。

进行评价通常遇到的障碍包括：

- 资料搜集和分析工作投入的资金不足，信息系统设计不完整，技术支持不够或者评价工作中聘请的专业人员不够；
- 机构对评价工作的承诺有限或者根本没有。由于参与评价的职员素质不够，资金费用超出了捐助人认为合理的范围；
- 参加评价的工作人员设计和执行评价工作的时间有限；
- 采用的方法（检测工作进程或结果）混乱；
- 缺乏适合自己规划可以参照的评价模式；
- 规划设计和管理工作不良，很难确定应该做些什么，应该监督和评价哪些内容；
- 衡量青少年变化结果的指标不完善。

曾经有人指出⁽⁶⁵⁾公共卫生部门常常有一种天真的愿望，期待着健康促进会获得巨大的效果。在工业界，市场分配额哪怕有1%的变化就可能是巨大的成功。在公共卫生方面，检测工具也只能确定一些实际的变化，很多大规模的教育运动都被裁定是不成功的，尽管从长远的观点看，它们可能会给公众的健康状况产生肯定的结果。例如，吸烟人数的比例即使有一点点的降低，就说明在公众广泛的生活领域和降低医疗费用方面进行了重大的投资。在越来越多资源匮乏的国家，从来没有对于改善生命质量方面规划进行更精确、更敏感的监督和评价有过更高的需求。

在青少年健康和成长领域，行为结果常常有着明确的环境因素，规划的监督和评价可以使我们有重点地系统了解年轻人关心的问题和他们必须面对的问题和情况。虽然年轻人存在的问题如由性行为和人际关系引起的暴力、吸烟、酗酒、吸毒是由大量的共同原因造成的，但是这些问题发生的范围和性质主要是受环境的影响。干预行动缓和或者增强环境影响产生的效果可以通过监督和评价来确定。它们提供的信息可以用来改进或者调整有效的干预行动，保证其继续贯彻实施。

监督和评价应该用来设计反映年轻人不同群体需要规划，并说明年轻人参与这些规划制订、实施和评价的价值。它们还提供了社区人群如

老师、家长和其他人士对规划所持普遍态度的反馈信息：跨部门合作方法运用得如何，怎样获得社区的支持并且坚持下来，社区的成功之处和存在的问题等。运用这些信息可以改进或者调整规划，便于干预行动有效地继续下去。

同样重要的是，适合的监督和评价能够提供证据，说明一项规划正在落实到年轻人身上（覆盖面），规划对年轻人有价值（质量）以及规划是有效的（即对年轻人的认识、态度、行为和健康产生了正面影响）。其结果是赢得了来自各方面的，包括政府、社区本身和捐助组织的支持。

芝加哥预防暴力计划运用环境的影响来调解青少年出现的暴力行为，并且把监督和评价工作的框架作为行动计划的综合部分是一个很好的例子。这项计划在青少年所在的社区（家庭、警察、市政、职业培训和就业支持部门）、卫生系统、教育系统和司法系统强有力的参与下，依靠青少年自己的力量来解决问题。这项计划在社区的监督控制和警方的帮助下，以具有高危侵犯行为的年轻人为教育目标，向他们颁发遵纪守法的合格证书，并且对以前的受害者和可能的受害者提供保护。他们还给年轻人提供职业培训的机会，并对他们培训结束后技能的发展进行监督，同时还为他们提供娱乐项目。青少年们获得了机会在社区生活和就业安排上发挥自己有益的作用。计划特别强调通过社区的公共教育促进和加强反对暴力的良好社会风气。

正像芝加哥的例子所说明的，在青少年健康规划领域实行监督和评价，因为各种各样的原因要面对特殊的挑战（表7）。这些规划要解决各种问题，常常涉及很多机构和对象，而且要不断改进才能适合各种需要。参与这项工作的年轻人正在青春期的重要发展阶段，让他们接触到高度敏感的问题会引起社区的争论。

尝试把一些针对成年人进行评价的方法用于年轻人其效果并不好，应该设计新的、有创意的资料搜集方法，它们使年轻人感兴趣而又不强加于人。另外，监督和评价的方法需要包括年轻人的参与和互动方式，这对检测工作来说是一个特别的挑战。还有，青少年的行为结果通常与特殊的环境有关，很多已建立的搜集资料的方法论很难顺利地贯彻或广泛地应用到所有的文化范畴。在所谓“发展中”和“发达”国家之间的经验交流需要进一步加强，特别是发展中国家缺乏有关经验交流方面的文献。这项工作的障碍还包括语言上的差异，缺乏对文化多样性和对待青少年不同看法的理解。一些与规划有关的问题对评价青少年健康和成长规划工作形成了挑战，它们包括⁽²²⁵⁾：

表 7 青少年暴力——美国芝加哥计划评价实例

| 目标 | 策略→ | 策略指标→ | 中间阶段指标→ | 结果指标 |
|----|---|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 安全 | * 预警网络 * 减少枪支 * 检验/控制 * 易受伤害地区 | * 发出通知并作出反应 * 有效性 * 热点监督 | * 躲避的环境 * 携带枪支 | |
| 机会 | * 学校毕业后规划 * 联系并帮助找工作 | * 有效的青少年规划 —学校毕业后 —就业帮助 | * 青少年参加了有益的活动或者专为他们主办的活动 | ↗ 安全的地点和时间 ↗ 感到安全 |
| 风气 | * 公共教育 —无暴力 —有针对性的替换活动 | * 传播信息并接受信息 | * 在特殊环境的行为 | ↘ 攻击他人的人数 ↘ 死亡人数 |
| 关怀 | * 良师益友关系 | | * 青少年受到成年人关心 | |

- 确定规划的参加者和对参加单位的分析——青少年规划中的参加者很难确定，因为很多规划的参加和退出是有弹性的。另外还不清楚是不是要把规划的非直接帮助者，如家长、男朋友和女朋友所作的贡献列入评价之内。经验表明，对所有规划的参加者和所有主要的规划活动，都应该进行追访。
- 评价参与和产出之间的关系——在很多规划中，分派医疗队根据个别的需要，不是随机性的，它是根据存在严重问题的年轻人急需接受集中治疗而决定的。拿这种提供服务的结果与没有接受或不经常接受服务的人的结果进行比较是不适当的。因此有关参加者危害和需要方面信息的搜集应该考虑采用前瞻和预后设计。
- 追访参加人接受服务的情况——为了追访综合服务的有效性，提供有关服务对象的说明是最基本的，但是这需要耗费时间而且难度很大，因此需要签署有关信息交流的书面合同。
- 对于规划的目标，各组织之间达成共识——所有机构对规划目标和实施规划重要的策略达成统一的认识是最根本的。
- 各个机构对于要实施的服务作出说明——在计划的最初阶段，资料搜集系统要说明谁需要接受什么形式的、多大量的服务。
- 检验实施服务系统的效果——评价必须能够衡量实施综合服务的范围。

由于青少年正处在生命发展的一个周期阶段，为他们设计的干预行

动所带来的利益，只会在他们生命的后数十年里显露出来。因此只有长期评价才可能确定干预行动的影响，这需要投入时间和金钱。可能把一些时间和资金分配给紧急需要及急需关注的问题和资源会更好。

一项有创意的青少年规划，乌干达政府促进青少年生育健康规划（PEARL）在联合国人口基金会国家机构的支持下，经过一年的贯彻实施以后，最近进行了正式的评价⁽²²⁶⁾。这项规划通过提供适合的卫生和咨询服务，并且鼓励地区和社区的领导人在实施的各项活动发挥积极的作用，来促进乌干达青少年（10~24岁）的生育健康。截止到1996年12月，这项规划在乌干达39个行政区中的4个区试行，然后，计划从1997年到2000年分阶段扩大，每年再增加4个区。这项规划干预行动涉及的大的领域有：

- 社会文化和政治环境；
- 青少年本身；
- 提供生育健康咨询服务；
- 协调配合与能力培养。

规划评价的内容包括，这项规划要创建一个有利于青少年成长且满足青少年多种需要的社区中心目标是不是受欢迎，是否营造了一个社会文化和政治上有帮助的良好环境；青少年是否具备了与同伴进行咨询的技能，掌握了这方面的方法；是不是工作人员进行了良好的培训，具有进行生育健康咨询、传达信息的素质；实施年轻人欢迎的生育健康服务是不是具有坚持性和协调配合的能力。

应该注意的是，规划在仅实施一年后进行初步的评价，没有充分的时间看出它的意义和长期坚持的结果。最好是在两年以后重复评价，确认规划仍然按着下列指标的方向继续前进：

- 对于咨询和卫生服务的需求还在增加。青少年能够自由地讨论以前被认为是禁忌的话题，如意外怀孕和人工流产的补救措施。
- 减少了生育健康及其相关问题的出现，改变了年轻人对健康的认识态度和行为，促进了青少年对健康危害的认识，特别是对意外怀孕、中止怀孕的流产、性病、HIV感染/艾滋病的认识。
- 在规划贯彻的所有阶段所采取的任务重点，包括范围和参与方法（规划的指导思想）都有利于更深入地了解青少年生育健康的问题，而且上述内容已经融合在现有的社区服务实施系统之中。
- 可以证明青少年作为规划执行者参与规划，最大限度地开发社区资源且现有卫生服务的实施都是低成本、高效率的。

- 人才资源的开发、组织机构能力提高的工作已在中央、地区和次县一级开展。
- 组织机构间的联网为规划活动在试验区由较大比例的社区迅速展开提供了方便。该规划通过与其它规划，如计划生育教育和母亲安全规划的合作，把活动扩大到非试验区已经取得了多方面的效果。

一份联合国人口活动基金会的全球报告⁽⁸⁴⁾建议联合调查的工作必须以一种固定的形式包含在规划的监督和评价中。这种合作应该在规划工作人员与“外界”的学术机构以及其它能够进行调查工作的机构之间建立起来。这项有关8个国家青少年生育健康方面的报告发现，有大学和主要承办的非政府组织参加，评价工作就会显示出较高的质量，相反，如果只有计划自己评价，就会出现非常随意的评价结果。报告确定了青少年生育健康规划中存在的主要缺点：

- 所涉及的问题没有批评意见。
- 资料的搜集和表达没有进行年龄段划分，正是这些标志着行为和需要的差别。
- 调查结果并未准备用于规划和政策的制定。

报告建议，只要领导机构反复考虑调查的程序，就可以把这些缺点减少到最小范围。另外资料搜集的方法必须按性别和年龄组划分——甚至15~19岁划为一个年龄组都显太宽，经验说明15岁的年轻人与19岁的年轻人有很大区别。最后，调查的结果应该广泛宣传，可采用建立情报交换所的办法，传播调查的结果并且承担调查任务。

框 29 监督和评价的过程

为了使监督和评价有效，首先要建立信息底线，它是确定变化的根据。最理想的是能够把情况的全面分析结果作为评价重要行动工作的结果之一，正像在第8章所阐述的。同时必须建立监督和已知信息的报告制度，并且决定哪些健康信息应该进行监督。规划要求定期提供的信息必须是有用的，值得花费时间和金钱来搜集。要用的信息在一开始就必须明确。这些都是重大的挑战，因为要采用的信息常常没有统一的意见。以下步骤总结了这方面的问题，小步骤说明了监督和评价的全部过程，它们对目前联合国儿童基金会所采取的方法作了总的简要说明⁽²²²⁾。

情况分析阶段的任务应考虑：

- 确定底线资料，或者搜集这些资料的方法；
- 趋势和预测分析资料的集中与划分；
- 分析各种需求，确定行动的紧迫性和可能性。

规划准备阶段的任务包括：

- 保证目标尽可能明确；
- 制定监督和评价计划；
- 评估国家实施规划监督和评价的能力；
- 提供分享、检查和运行结果的机会。

在规划执行阶段的任务包括：

- 根据监督计划保证资料搜集工作的进行；
- 与管理者一起检查进展的常规报告，对实际进展和计划进展进行比较；
- 确定附加的培训、技术支持以及需要的其它资源；
- 向有关社团提供反馈信息。

规划评价阶段的任务包括：

- 评价结果；
- 与有关部委和规划的其他合作者讨论评价工作；
- 与听取评价意见的人达成共识，与评价的目的保持一致；
- 对于参考条件取得一致意见；
- 保证采纳各项建议，在现行的和未来的规划中利用评价的结果。

结果被定义⁽²²⁶⁾为，目标人群的成员在人口等级上可观察到的变化，它可以被设定为规划或干预行动的结果。有两种类型的结果：

- 效果——由规划促进行为在短期到中期（2~5 年）发生的变化。
- 影响——在较长期间人口出生率、发病率或死亡率发生的变化，或者是“健康状况和社会经济发展的总体效果”（世界卫生组织汇编）。

10.2 建立和使用指标

正如前面所提到的，为了方便综合性的监督和评价，有必要在开始和计划阶段把制定指标作为规划设计的一部分。这项工作通常是通过

情况的分析，或者是对青少年需要采取的干预行动和存在的问题进行评估，设定目前的形势（底线值）指标。有了指标才可能制定规划预期要达到的目标，正像框 29 所指出的，制定出贯彻执行计划的具体干预行动及其监督和评价。指标是这项工作最重要的部分，明确的指标要反映规划的目标和计划进行的活动，并且特别说明如何进行检验。因此，对要检验的行动结果，主要依据确定的和选择的指标来进行。检验必须同时考虑规划的进展和结果两个方面。“指标是对规划结果、产出物或者出现的变化进行描述，它作为应遵循的标准来检验干预行动的影响……指标是实事求是的，有观点的，有具体内容的，它确定了实施的标准，或者说应该就是为了获得预期的结果而应达到的高度”⁽²²⁷⁾。为了保证今后规划的目标能够检验，如果在计划阶段就确定指标，那么这些指标将会更有效。假使不能做到这一点，也要认识到指标的重要性，在这种情况下就必须制定出另外的检验方法。指标应该包括下列内容⁽²²¹⁾：

- 干预行动的参加者或受益者（谁？）；
- 品质/行为/环境/生活条件哪些将会改变/发生/发展（什么？）；
- 定量结果或者说多少人发生了多少变化？（多少？）；
- 变化发生的时间阶段（什么时候？）；
- 目标人群的所在地（什么地点？）。

例如，一大批（量）15~24 岁的低收入年轻人（受益者）参加了在马查拉城（地点）实施的、为期 12 个月（时间）的争取自尊的规划（质量）。这项规划举行了多次会议（定量），培养他们的自我价值观念（定性）。这些指标将为规划在 12 个月内持续进行监督及评价（在 12 个月结束后目标达到没有，为什么，如果没有达到，又为什么）提供了参照点。

对于评价和监督年轻人的健康和成长，应该制定怎样的中心指标目前尚无统一的认识。它阻碍了跨国的和国与国之间的情况比较。但是人们还是一致认为选择的指标应该是可行的、有效的、超越文化范畴的及可重复使用的，最好是简便和低成本的⁽²⁵⁾。很明显，很多国家监控指标所起的作用是有问题的。与其制定广泛的指标而只获得很少的信息，倒不如根据国家青少年健康的工作重点制定较少的指标而获得准确的资料，这样做会更有价值。

一般来说，卫生策划人员、决策人、调查人员和规划工作人员所采用的主要“健康”指标就是死亡率。尽管搜集有关发病率和死亡率水平的资料是十分重要的，但是把它作为青少年健康的主要指标存在明显的局限性。如果把目前发病率和死亡率水平作为惟一的衡量标准，就会对

年轻人的健康和与健康有关行为的重要性严重估计不足。要增加这方面的检测，必须制定有关健康、行为和青少年成长最大范围的具体指标，这些指标应该根据年龄和性别划分，这样才是可用的。

需要制定指标的领域涉及青少年性与生育健康、吸烟、酗酒和吸毒、饮食习惯、口腔卫生、自杀和侵犯他人等范围。制定福利、健康和成长的具体指标是一项挑战，在这方面系统搜集年轻人与健康有关行为的信息是最重要的一步。事实上，至少获得以下4方面有关年轻人的资料才有可能制定适合的研究计划和干预行动规划：

- 健康有关的——如死亡率、发病率和残疾率；
- 主观的——如有关对疾病认识、自我危害认识的报告；
- 行为的——如吸烟、酗酒、吸毒、性行为、个人卫生和口腔卫生、饮食、体育锻炼、利用保护设施、交流技能及对心理压力的调节；
- 福利、健康结果和成长方面具体的指标。

我们不仅需要知道某一个年龄组存在的主要健康和成长问题，而且要知道这个年龄组中个人的生理、心理和社会的每个发展阶段是如何与健康 and 疾病产生相互作用的。最后，在很多发达国家进行的以人口为基础的大规模调查对于搜集和了解青少年的健康问题十分有帮助。在一些国家已经进行了有关危害行为和生活方式暴露出来的问题与青春期和成年期主要发病率之间联系的调查⁽²²⁸⁾。但是单纯对年轻人进行这种调查，就暴露出它的局限性：

- 依靠信息的第二手来源或代言人来说明青少年的健康状况（通常是家长，他们可能并不掌握第一手资料）；
- 没有把所有年龄的年轻人包括进来（对于“青少年”含义的理解不一致；不顾早期青春期和晚期青春期之间的重要差别，常常把不同的和无法进行比较的年龄组合计在一起）；
- 调查没有分散到有代表性的而且是跨范围的青少年人群中（例如，校外吸毒的调查，没有落实到高危、辍学的年轻人群体）；
- 遇到检测青少年健康工作中固有的困难——青少年是怎样定义/认识“健康”的意义？有些调查人员⁽²²⁹⁾的结论没有考虑到青少年对于健康完全自我满足的状况，事实上，不同年龄年轻人的认识、心理、社会 and 生理的发展是更重要的因素。

还需要对于制定规划指标做大量的工作。年轻人参与决策过程是十分重要的，这种参与是规划制定全面实施监督各项指标关键环节之一。如果这项工作能够尽早地与规划的制定联系起来，那么这些指标将会对

确定规划的重点大有裨益。我们奋斗的目标是通过敏感和可行的检测方法/指标,全面实施监督和评价工作,因此,我们必须学会怎样综合运用这些检测方法/指标,使规划取得满意的结果,做到低成本,高效益。

正像对卡罗莱纳州人口中心评价计划所阐述的那样⁽²²⁶⁾,好的指标应该:

- 不仅说明了问题的范围,而且它们在任何时候都具有的共同性质;
- 不仅包括了死亡率原因的说明,而且还应该包括对健康和福利的检测方法;
- 很容易获得指标要求的信息而且成本低廉;
- 包括对危害和伤害情况的检测;
- 包括直接检测(与规划的长远目标联系在一起)和非直接检测(其目的是要达到规划的长远目标)。

所有的指标必须进一步做到:

- 准确地检测计划需要检测的现象(有效性);
- 提供对同一现象经多次精确检测获得的相同结果(可信性);
- 反映被调查现象的变化状态(敏感性);
- 可用于检测或定量调查完善的和经过试验的衡量和参照标准(可操作性)。

在检测指标里,制定的方法应该是特别针对青少年的,使用起来迅速简便。随着科学技术的发展,这些方法已经产生,可以把它们作为评价规划培训的内容之一。已经有一些研制开发的仪器设备可用于检测卫生指标,特别是检测青少年与健康有关的行为。由美国疾病控制和预防中心开发的青少年危害行为监测系统⁽²³⁰⁾是运用仪器设备在国家范围检测青少年与健康有关行为的一个实例。

根据死亡率和发病率来检测选定的健康问题,其可能的指标应包括⁽²⁵⁾:

生育健康

- 17岁以下青少年中女性的死亡比率;
- 年轻人对于人类性关系、避孕和性病的认识;
- 有性行为的年轻人采用避孕方法/避孕套的百分比;
- 20岁以下年轻女性采用人工流产终止怀孕的百分比;
- 年龄10~15岁、15~19岁、20~24岁的人罹患传统性病的百

分比；

- 年龄 10~15 岁、15~19 岁、20~24 岁的人 HIV 感染的百分比；
- 年轻人与结核病有关的死亡人数。

精神健康

- 年轻人急性精神病的发病率；
- 在年轻人就诊时出现“身心”方面抱怨的人数比例；
- 年轻人中企图自杀的人数比例；
- 年轻人中已经自杀的人数比例。

吸烟

- 根据年龄统计年轻人从不抽烟的比例；
- 根据年龄统计年轻人经常吸烟的比例；
- 20~24 岁年轻人开始吸烟的年龄；
- 年轻人对于吸烟的态度和认识。

然而，设立青少年健康状况的指标最终的要求是把所有的指标综合在一起，不仅做到了对健康主要原因的监控和评价，而且促使国家把工作重点放在年轻人的健康和福利方面。例如，福利指标应包括年轻人的行为，如行车系安全带或性交时使用避孕套，检测读写能力的指标，受关心爱护的指标或者与他人沟通的指标（其范围是年轻人感到至少与一个成年人有联系，见框 30）。

为了达到监督规划的目的，有更多的特殊因素需要进行分析，如确定健康状况与监控的区别。以下的例子提供了对随机化、控制和干预试验总的看法，干预试验用来监督和评价影响指标（健康和行为的改变）及规划工作指标（实施的关键干预行动，在工作中关键角色发挥的作用）。

在坦桑尼亚联合共和国的姆万扎农村社区实施的降低青少年有害性行为，降低 HIV 感染和其它性病流行及发病率的一项社区随机化的综合干预试验，采取了干预行动的随机选择、社区对照以及对干预行动实施的前后进行比较等方法。对这项试验进行调查的设计思想是选择相同的社区，一方面是已经随机选择了进行干预行动的社区，另一方面是没有实施干预行动的社区（对照社区），然后进行两者比较。而且对所有实施干预行动的社区在干预行动实行阶段的前后都作了调查。这是在发展中国家特别针对青少年预防 HIV 感染/艾滋病和青少年怀孕极少见的

规划之一(148)。

这项寻找“黄金标准”的试验，其特殊价值在于它包括了对健康影响的严格评价，这是其它规划中所没有的。所有其它相关性的规划常常都有认识和行为方面改变的报告，但是都没有检验健康影响的结果。其中有一个很好的借口，那就是人们都知道进行健康影响的检验既费资金又费时间。确定健康影响的因果关系，需要双重的调查样本，即在经认真选择的比较群体中对某一个群体进行检验。另外，检验健康状况的改变，特别是 HIV 感染的发病率和流行（3 年内在比较群体中预计占 2.5%），必须严格限制检验群体和比较群体两个样本的大小。作为对检验群体进行的常规追访调查，要考虑典型的下降比例（3 年内在该项规划中估计占 20% 或 30%）扩大原定样本的大小。

框 30 青少年健康的一些指标

正面指标

- 获得生活的技能（自我评价/集体观念/个人价值/对选择健康决定的认识，受到关心爱护的程度，或者与他人沟通的情况，即年轻人感到至少有一个成年人与他有联系）；
- 行车时系安全带；
- 使用避孕套；
- 青少年对生育健康和性方面的认识；
- 为青少年提供的服务；
- 个人属于某个青少年团体；
- 为青少年服务的机构数目和类型；
- 高素质的工作人员对青少年进行的有关生育健康的咨询；
- 受教育的比例。

负面指标

- 在青少年中 HIV 感染/艾滋病流行；
- 青少年中人工流产的比例；
- 吸食有害物质流行情况；
- 以青少年为首同居一处的比例。

除了这些直接检验指标之外，还有一些重要的有代表性的指标，如入学范围、就职情况、住房和家庭结构状况以及环境等都会导致政策和规划的改变。

不管怎样，像姆万扎进行的把各项干预行动、产生的行为变化和最终的健康影响结合在一起的试验，一旦作为一个说明规划因果关系的范例用于其它干预行动，从原则上讲就没有必要再次证明干预行动是否给青少年健康和福利带来了好处。事实已经证明这项试验给其它干预行动带来了很大的利益。另外，这项试验订出的规划结束后提供信息的时间安排（根据底线调查，规划实行 5 年，在干预行动开始实施后进行 3 年期限的追访）对实行的同类规划来说，其价值是无法估量的。这类规划主要有三种：

- 以学校为基础的健康教育，把性别生育健康内容作为生活技能教育课程的一部分；
- 技能培训，帮助青少年从认识的转变到行为的转变；
- 提供受年轻人欢迎的健康服务，包括性病治疗、计划生育，在现有的初级卫生保健机构提供咨询服务。

动员社区支持这些干预行动，特别是招募年轻人加入学校教育工作者的行列，促进青少年也包括被招募的年轻人进行信息交流和技能培养。规划影响的检验着重检测 HIV 感染和其它性病的流行和发病率以及 14~15 岁青少年群体怀孕的情况，在结束检测之前的 3 年内对她们进行追访。另外，以下核心的行为目标也要进行检测：

- 推迟了性交行为的发生；
- 已经有性活动的人采取了较安全的性交行为；
- 对性病的症状有了较早的认识，积极寻求有关预防性病和怀孕的健康行为。

应该采用与姆万扎地区实施的 HIV 感染/艾滋病干预行动相同的方法，对干预行动的成本-效益实行一揽子的评价。对干预行动的增加金额应该作估计（把干预行动的经费与调查经费分开）。影响的检验结果只能从开始随机选择的在校青少年中作出估计，不要对离校青少年因干预行动而获得的利益进行检验。因此，成本-效益的估计是保守的。

“进展评价”在试验性干预行动中是一项很复杂的工作，例如，这项评价包括在多种地方实施的多种干预行动，因此对于进展的监控应该把这些干预行动和实施的地点与积极参与的中间人（卫生工作者、老师、年轻人教育工作者）和最终的受益者（青少年）结合起来考虑。这种进展评价包括改善规划管理工作的结果，有关青少年人口流行病学问题的调查结果，以及它们与干预行动及其实施地点相互作用。

规划的管理因素包括有效性、可落实性、质量和干预行动贯彻执行阶段性。流行病学的因素包括青少年利用各项服务的情况及渴望得到

服务人群的落实情况（活动的覆盖面和规模）。这种附加的进展检验是一项重要的中间性检查，看一看为了对青少年的性行为和健康产生影响是否造成了一个良好的环境。需要进行进展评价的指标应该依据以下几方面：

- 规划关键人物和他们发挥的作用（培训员、医务人员、年轻人教育工作者、老师）；
- 关键人物开展活动所要落实的群体；
- 各项活动本身具有的基本特性（培训、技能培养、实施各项服务）；
- 活动的质量（开展这些活动的内容、地点和采用的方法）；
- 这些活动的连续性和阶段性，包括联合培训、物质保障以及综合性工作中的各种关键因素。

10.3 质量追踪和不同地点覆盖面

有效的青少年健康和成长规划面临的挑战是它固有的复杂性，其中要把在不同地点实施的干预行动结合起来，在所有工作中要以青少年为中心，来解决各种健康问题。然而，对每一项干预行动进行质量和覆盖面追踪，将保证在各种地点（学校、医疗中心、社区中心）提供的服务能够遵循最起码的标准；保证服务应该落实到充分数量的青少年身上。这样做会使我们普遍了解需要什么样的投入，应该包括哪些关键性的人物，哪些工作需要监督，预计会取得什么成果以及成本可能是多少。

但是在开始阶段，应该就青少年服务的质量标准达成一致，确定可以接受的起码标准。对青少年的服务包括卫生、教育、信息、咨询、娱乐和职业培训，正像前文所说的，它们将在各种不同的地点实施。根据一些共同的认识基础（有效性、可行性、可落实性、可提供性和可接受性）有必要对每一项在这些范围和地点实行的规划的服务质量达成一致的标准。必须指出，上述这些因素的每一项，要根据它是否属于服务的质量范畴进行分类，例如，提供技能方面的教育。据此，保密可能是医疗服务可接受性的重要成分，而采用互动的方法则可能是生活技能可接受性的重要成分。

在过去，人们一直被质量检验出现的混乱所困扰，其中包括各种各样检验方法中存在的纷繁复杂的技术标准，甚至还有人口统计对服务质量的潜在影响。对于计划生育和生育健康方面的保健服务，Bruce⁽²³¹⁾根据健康服务的样板提出了一个框架，他认为服务对象的看法是最重要的（涉及方法的选择，给服务对象提供信息，采用的技术，人际交流，随

访和继续实施的机制以及合适的咨询服务等)。这个框架和其它方面的结合提出了实施“受年轻人欢迎”服务的调合办法,特别是制定质量的“最起码标准”,使服务质量可达到且可检验。其中重要的一点是把服务的提供者和青少年,以及规划管理者和研究人员召集在一起,召开圆桌会议,共同讨论质量的标准,评估这些标准的合适指标,讨论需要做哪些才能方便检验等问题,并且达成一致的意见。

毫不奇怪,覆盖率与质量是有联系的,改进服务,扩大覆盖面是更高质量提出的要求。然而,哪些覆盖面应该进行检验,目前尚未有明确的统一看法。潜在的覆盖率是能够接受服务的人口比例,而真实的覆盖率是已经实际接受服务的人口比例⁽²³²⁾。因为提供服务 and 青少年接受/利用这些服务之间的相互作用是很复杂的,所以覆盖率的检验包括很多方面:服务的可行性、可落实性、可接受性、互动性和有效性。而且,预防、促进或检验有关的医疗服务范围需要制定不同的标准,因为它们的目标群体不同(例如,针对所有青少年实施的预防干预行动,针对有特殊需要的,如吸食有害物质或性病再次复发的青少年进行的治疗)。以预防为目的的服务以人群和家庭(具有人口统计特性)为考虑单位,而以治疗为目的的服务则必须考虑到人口统计学和流行病学的双重特性,如一些“病案”(如怀孕、性病)。总之,服务本身的性质决定了特殊群体的范围(与怀孕有关的服务主要针对女性,与性病有关要涉及男女两性)。

在特定的青少年人口范围搜集优质干预行动覆盖范围信息的时候,服务的综合性问题就会表现得越来越明显。毫无疑问,需要制定统一的综合干预行动的指标,它应该包括跨服务的工作分配指标;资源共享的指标,如提供服务的专业人员、职工的培训;物资供应指标和补充信息的指标;以及组织之间的合作伙伴性质的指标。

从各种地点实施的青少年综合干预行动中确定一些好的榜样是对规划进行说明的重要步骤。以这些例子来说明实施了什么干预行动,是怎样做的,为了说明问题进行了哪方面的追访工作,为了达到目的考虑到哪些因素,这些因素能不能够进行检验等等。这些系统性的说明和分析为青少年健康与成长规划的制订、监督和评价提供了一个基本的框架。在姆万扎所做的试验就是这样一个好的样板,尽管规划是一个复杂的经验性设计,包括了干预行动的随机选择、对照社区及在干预行动的实施前后进行比较等方法,但是这些方法为我们提供了对规划进行随访的机会。

在包括乌干达联合国儿童基金会在内的很多合作伙伴的支持下,乌

干达政府实施的儿童保健和青少年发展基本教育规划（BECCAD）是另一个促进青少年健康与成长干预行动规划的例子。这项规划的重要特色是，强调采用适合乌干达儿童从出生到青少年成长生活周期的方法，根据他们社会的、感情的和知识的发展变化提供需要。这项规划结合国家政策的制定和国家机构的顾问指导，与非政府组织合作把规划直接贯彻到青少年中去。他们根据目前强调的简政放权的原则，在青少年规划制定和贯彻中，对直接实施规划的地区提供技术和财政上的支持，他们还特别强调对辍学青少年这方面的支持。

在堪帕拉⁽²³³⁾，最近对该项规划的中期检查中，由来自各地的乌干达政府规划职员、非政府组织、地方调查机构和联合国合作组织的代表组成了检查组，小组进行了一系列的工作来确定随访规划工作中应该进行监督和评价的因素。经讨论后选择了干预行动的三个方面，即受青少年欢迎的服务、生活技能教育和新闻媒体宣传。每一个方面的结果都按照质量、覆盖面和影响三方面提出的问题进行监督和评价。规划影响评价的结果可以说明规划具有较高的质量，人们从中知道了应该选择实行什么样的规划，因为实行一项规划需要财政和技术资源，而且得到官方的承诺也不是可以一蹴而就的（表8）。

表8 追踪质量、覆盖面和影响——乌干达基础教育、
儿童保健、青少年成长实例⁽²³³⁾

| 干预行动 | 质量 | 覆盖面 | 影响 |
|-----------|--|--|--|
| 受青少年欢迎的服务 | <ul style="list-style-type: none"> * 使用者满意 * 有效（服务、药品和供应品） * 可接受（充满同情的交流） * 保密 * 巡回医疗 | 实施服务点的数目（平均人口基数） 参加的青少年人数，应该/可能参加的青少年人数 | 预防的健康问题（性病、意外怀孕） 观察到的行为（能说明生活技能情况） 社区一级的支持 |
| 生活技能 | <ul style="list-style-type: none"> * 互动的教学方法 * 年轻人感兴趣的程度 * 年轻人的参与 | 教材用几种语言编写 培训员受培训的人数 年轻人受培训的人数 | 采用安全性交 HIV 感染/艾滋病的指标 青少年的成长（恢复活力，抵抗强暴） |
| 交流 | <ul style="list-style-type: none"> * 要求（课程的，听众的） * 反应（给编辑写信） | 按地域/年龄/性别分布的目标听众落实的百分比 | 有行为改变的报告 认识水平 |

有很多好的规划例子说明了对青少年生活的促进作用，但是它们缺乏基本决策和适应今后进行复制的评价框架。在马来西亚由青少年咨询中心（YAC）实行的计划就是一个这方面的例子。青少年咨询中心是一个非政府组织，它们的工作主要是性和生育健康的服务、计划生育教育以及培训年轻人的领导素质。它们的工作遍布很多地点，包括学校、工作场地和社区。尽管计划没有经过深入的评价，但是总的让人感到，青少年咨询中心的成员都充满了成功感。人们可以感受到大多数参加青少年咨询中心活动的人都从参加中确实受益⁽²³⁴⁾。通过一些简单的策略定性分析就可以强化和支持上述的观察结果，这些分析应该确定：

- 哪些成员认为计划是成功的；
- 成功是怎样取得的；
- 参加活动的年轻人获得了哪些利益；
- 这些是怎样做到的；
- 哪些成功的附加因素可以确定和检验；
- 年轻人参加者可以获得哪些额外的利益，能不能进行检验；
- 确定和/或检验成功与获得的利益之间是否存在漏洞，怎样才能克服；
- 这种计划在今后的复制中应避免哪些问题。

10.4 了解年轻人参加规划全过程产生的影响

第8.4节讨论了年轻人全面和有意义地参加规划所有范围活动存在的障碍。技术上出现的实际问题是社会文化的原因阻碍了年轻人有效参与，特别是在检验分阶段确定年轻人有意义的参与出现了空白，使得监督和评价年轻人参加产生影响的工作只能在没有年轻人参与的情况下单独进行。很明显，管理方法的各个方面都需要年轻人的参加，包括规划的评估、制定、监督和最终影响的评价。这样做一方面有利于年轻人本身，另一方面有利于这些规划的可行性、相关性、有效性和持续性。

第一步就是要明确年轻人的参与。必须制定参与的检验方法或指标，并且对于它们的有效性做到心中有数：这些是否能够真正用来检验年轻人的参与？这是一项重大的任务，有些方面的工作已经初见端倪，如果还不全面，起码要参照一些规划的样板（大多数是由非政府组织实行的）以及儿童权利公约监督和实施条款在国家一级进行完善。下一步要统一规划效果的标准，衡量年轻人参与规划工作产生的影响或取得成功标准。这是一项更为繁重的任务，因为即使不存在把青少年参与产生的影响归结到哪些方面的复杂性，达成规划影响的检验标准本身就是

一种挑战。

让我们再来重复第一阶段年轻人参与的监督工作，它在规划各项工作结束以后才告完成，它将提供规划中没有“实行”年轻人参与的检测结果。在很多文化环境中，年轻人的参与是不受欢迎的，因此在以后的任何有关参与影响的检验中，检测规划是否方便年轻人的参与是首要的。说到参与，年轻人对于完成自我价值和发展个人技能的认识，会对他们的参与产生直接的影响。同时，参与规划的年轻人及周围成年人的观念、信仰和行为也是影响因素之一，这一点应该作为结果来进行检验。

在国家一级贯彻儿童权利公约，无论是民族还是国家向儿童权利委员会提交报告都为监督工作提供了另一个机会。报告中必须确定各种指标，其中包括公约第 12 条特别强调的年轻人的参与。附录 2 包括了有关青少年状况的公约条款。各条款都有副标题，涉及到各种问题，包括如何对待年轻人“参与的权利”。公约还提出了贯彻指导原则⁽²³⁵⁾，其将在国家级的运用中，帮助政府、非政府组织和其他合作者理解儿童权利委员会是如何对公约进行说明的，如何根据每一项条款（见附录 2）实施监督和报告。为了强调必要的法令和司法意义，公约的第 12 条包括了各种与青少年参与有关的监督问题，特别涉及到与青少年周围社会环境的相互作用。

年轻人参与产生的长远规划影响，取决于规划要达到的明确目标（行为和健康状况的改变，增强能力），以及说明规划可行性、相关性、有效性和持续性的深层目标。消除对年轻人参与影响的原因是进一步的挑战，没有必要每一次都必须在此类规划进行这方面的工作，也没有必要每次都从一些“最好的样板”中汲取这方面好的防护性经验。

需要设计并实行有效的调查，检验年轻人在规划的一些特殊方面产生的影响，例如，策略的制定，干预行动的实施，对活动的监督和评价。调查涉及的问题包括以年轻人为主导的信息与以成年人为主导的信息存在的差别；技能培训和咨询干预行动；参与最终产生的影响程度和持久性以及年轻人在计划阶段参与会产生什么样的行为结果。另外，调查年轻人与成年人的合作是怎样对规划的所有方面产生了成功的影响，将会提高人们的认识，了解如何加强有效的干预行动以及制定有益的工作指标。

还应该对年轻人参与促使规划取得成功所产生的影响进行局部调查。例如，美国的一项名为国家犯罪预防委员会把青少年作为资源的倡导计划，其目的是为年轻人提供机会参与社区计划的策划和实施，促进

人们对青少年作为社区资源的关注。该计划进行了部分评价，结构访问法的结果指出年轻人在制定和管理计划中发挥的实际作用越大，计划取得的效益和成功就越多⁽¹⁹⁴⁾。

另外，还有对健康促进规划中以年轻人为主导的干预行动影响进行的饶有兴趣的调查。有关这些规划的检查文献指出，在干预行动中选用年轻人担任咨询员和教育工作者比起成年人教师和护士在传播信息、技能培训和树立良好风气方面更有力⁽⁵¹⁾。根据青少年领导者的报告，他们已经具备了良好的性行为，对于自我价值的认识也有了很大的提高。据发现在泰国，由年轻人担任教育工作者对女孩子们更有利，因为这样做，为她们提供了一个讨论性题目的机会，不用顾忌社会上的流言蜚语⁽¹¹¹⁾。西非青少年倡导计划可以作为一个规划的范例，它制定了一个进行监督和评价的计划，指明了进行检验的过程（框31）中要求年轻

框 31 监督年轻人参与的实例

西非年轻人倡导计划

作为监督年轻人参与的西非年轻人倡导计划，是一项在处理青少年生育健康问题的规划中检查青少年教育影响的工程。这项工程在规划的管理工作中制定了一个监督和评价年轻人参与的计划，并根据以下的指标来有效地达到目的：

指标

- 年轻人接受培训的人数；
- 年轻人作为自愿者受雇的人数；
- 年轻人在组织机构内工作的时间；
- 顾问委员会中年轻人成员的人数；
- 年轻人参加各种会议的活跃程度；
- 年轻人对于自己参与的意见；
- 社区成员对年轻人参与程度的看法。

评价这些指标的方法包括：

- 培训记录；
- 会议记录；
- 工作考核记录（甚至包括志愿者）；
- 工作报告；
- 访问年轻人、职工、社区成员、服务对象；
- 计划实施现场观察。

人参与规划活动的策划、贯彻和评价，这样做不仅是为了保证规划的效果，也是把它作为年轻人应有的权利⁽⁹⁴⁾。

11. 结论

青少年不再是儿童，也不是成年人，他们正处在一个人生迅速成长的阶段，这个时期他们需要增加新的能力，面对新的情况。正当青少年面对生命第二个十年的挑战之际，只要一点小小的帮助就可以把他们的精力引向正确的长久发展道路。忽视对青少年的关心会导致各种问题的发生。国家只有把青少年健康和成长问题作为最重要的工作之一，承担起责任，才能在未来取得经济、社会和政治上的进步，保持国家的稳定。

当今社会既为青少年提供了很多明显的机会，也为他们的健康带来了许多危害。比起以往，更多的青少年能够到学校学习，从科学技术的进步中受益。但是数以百万计青少年的生活因为贫困、缺乏教育和工作机会、剥削、战争、内乱、种族和性别歧视而遇到破坏。迅猛的都市化进程，电信通讯业的突飞猛进，旅游业的发展和移民现象的增长，既为年轻人创造了新的机遇，也给他们带来了新的危害。这些情况可能会直接危及青少年的健康，破坏社会为年轻人应提供的传统支持和帮助，如协调并创造机会满足青少年步入成年的需求。这些情况也幻灭了社会对年轻人行为、作用以及成为社会资源的企望以及对男孩和女孩不同的成长要求。在世界上很多地方，由于家庭和文化的影响减弱，青春期的早期和以后的结婚年龄，年轻人遇到了未保护性性交的危害。在一些国家早婚和儿童生育导致了母亲和婴儿的高死亡率。另外，性传播疾病包括HIV感染/艾滋病对青少年构成了巨大的健康威胁。潜在的危害物质如烟草、酒精和毒品已经侵害到青少年，在短期和长时间里给他们的健康造成危害。暴力殴斗是年轻人中间普遍增长的现象，年轻人常常参加暴力活动，包括战争。自杀倾向在年轻人中间有增长的趋势，很多年轻人成为暴力包括常常由成年人实施的性侵犯的牺牲品。

青春期是促进健康的一扇大门。青少年在青春期形成的很多行为模式（如两性关系、性行为、吸烟、酗酒、吸毒、饮食习惯、抗击暴力和危害）将会伴随他们的一生，而且它们还影响到下一代的健康与福利。青少年时期为预防危害健康行为的发生及其这种行为的反复提供了很好的机会。庆幸的是，青少年是各种新思想的接受者，他们热切地寻找能够最大限度提高自己决策能力的机会。他们的好奇与兴趣促使他们为自

己的健康负担起责任开辟了一条广阔的渠道。另外，鼓励他们积极参加正面的和富有建设意义的活动，为他们提供机会与成年人和同伴建立友好的关系，都是健康所要求的行为。

青少年的健康问题是相互关联的。很多影响青少年健康的潜在因素源于社会环境。它们包括贫困、失业、性别和种族歧视，以及社会变化对家庭和社区产生的影响。虽然青少年健康的规划工作不可能直接去解决社会的不平等和不公正问题，但是它们必须考虑限制或改善青少年健康和福利的实际环境。规划应采取的态度和行动是寻找问题（如性行为 and 两性关系，吸食有害物质，殴斗和危险）产生的影响来自何处，它们之间又是如何互相渗透的。例如，吸食精神致幻毒品改变了青少年的判断力，很可能导致了他们的侵犯性行为、非保护性性行为和各种事故的发生。而且对这些行为采用的预防性干预行动是共同的，都能够对青少年个人的成长和发展起到正面的促进作用。

成功的规划需要扩大其落实范围的支持。干预行动正处于不断改进的阶段，因此必须明了它们目前实施的状况。规划必须为青少年提供帮助和机会：

- 获得准确的信息；
- 培养技能；
- 落实卫生服务，包括生育健康内容；
- 生活在一个安全和支持的环境中。

社会环境必须能够促进个人的发展，鼓励年轻人采取健康的行为，让他们参与决策来影响他们的生活，使他们逐步承担起成年人的责任，为家庭和社区作出应有的贡献。政策和媒体应该加强宣传工作，树立成年人和年轻人良好行为的社会规范，并且与达到社会和性别的平等目标联系在一起。特别注意满足青少年对安全的基本需要，树立他们的集体主义观念和自我价值，掌握生活的技能，全面促进青少年的发展。规划工作应该考虑青少年多样性的事实，实施的干预行动应该根据不同的需要和情况。

不断增长的青少年健康活动其动力和方针指导来自很多的渠道。有关促进和保护青少年健康的权利和职责在联合国儿童权利公约和消除所有形式歧视妇女公约的条款中均有说明。最近举行的国际会议和发表的声明，如 1994 年的国际人口和发展大会，1995 年的世界妇女大会和联合国跨越 2000 年青少年全球行动规划，都对上述的权利和职责给予了进一步的加强和支持。另外，世界卫生组织、联合国人口活动基金会、联合国儿童基金会更进一步明确了支持的具体措施，强调促进和加强国

家法律、政策和青少年规划的制定。

12. 建议

12.1 对世界卫生组织、联合国人口活动基金会、联合国儿童基金会的建议

1. 世界卫生组织 (WHO)、联合国人口活动基金会 (UNFPA)、联合国儿童基金会 (UNICEF) 应该提倡各国采用青少年健康规划的国家级框架 (图 1)。这个框架以图解的形式总结了国家需要在青少年健康规划中考虑的各种成分并且强调了规划面临的关键性挑战。

2. WHO/UNFPA/UNICEF 应该为政府机构加速青少年规划实施所采取的支持活动制定明确的目标, 并建立监督各机构合作的机制。

3. WHO/UNFPA/UNICEF 应该加强和扩大各国与联合国组织和机构 (例如联合国开发计划署, UNDCP、联合国科教文组织、联合国难民事务办事处和世界银行) 以及其它有关的合作伙伴关系, 包括双边和多边的援助国、非政府组织和私人机构的合作, 支持为青少年所采取的行动。

4. WHO/UNFPA/UNICEF 应该帮助各国将规划建立在适合本国工作重点和国情的基础上, 应该采取措施让它们与联合国系统所开展的活动相协调。

5. WHO/UNFPA/UNICEF 的管理机构应该对上述的决定、建议和相关的问题给予高度的重视, 认真考虑本组织在施政管理、机构建制和比较工作方面的优势, 根据建议采取行动。

提高规划质量, 扩大落实范围的全球行动

6. WHO/UNFPA/UNICEF 应在全球范围提供有关青少年健康规划在促进公共健康和经济发展方面的有力证据以及有关青少年健康规划的论证, 加强青少年健康的理论建设, 由此增加规划活动的投资来源。

7. WHO/UNFPA/UNICEF 应该制定适合国家级规划策划、监督和评价的全球性指标, 以及检测这些指标的方法。

8. 为了对如何扩大和坚持低成本、高效率规划所急需的信息给予重点和及时的关注, WHO/UNFPA/UNICEF 应该共同支持并研究个别国家的经验, 了解它们在以后数年里准备在哪些重要方面扩大青少年健康规划。

9. WHO/UNFPA/UNICEF 应该综合各方面的信息, 树立贯彻执

行青少年健康规划最好的榜样，对于确定扩大规划有关成本——效益和维持方法的调查给予支持，提供实际的手段帮助规划的策划和实行。

10. WHO/UNFPA/UNICEF 应该实施对于促进规划所需要信息的管理，其中包括采用最新的技术如计算机光盘和因特网，建立监督青少年状况的系统，如果可能出版这方面内容的刊物。

采取加强国家工作的地区性行动

11. WHO/UNFPA/UNICEF 应该联合主办，共同支持有关青少年健康问题的培训、思想和信息交流的地区联网工作。

12. WHO/UNFPA/UNICEF 应该搜集和分析各国有关青少年健康状况和青少年健康规划的信息。这些信息也有助于规划实施情况的调查，从中找出最好的样板。

13. WHO/UNFPA/UNICEF 应该组织并方便决策人、宗教领导人、规划管理者对一些成功的规划，特别是能说明年轻人有效参与的规划，进行调查访问，了解他们的意见，交流看法。上述机构还应该制定规划的指导原则，扩大对成功规划经验的宣传，增强它们的有效性并对这些规划的改进提供帮助。

14. WHO/UNFPA/UNICEF 应该加强自己的职责，组织、宣传和动员各机构参加规划的工作人员，使他们达成统一的认识；确定各个机构的任务重点，促进整个地区人才资源的形成。

12.2 对国家的建议

1. 国家应该把青少年的健康作为国策立案。倡导制定青少年健康政策和规划，包括有关性与生殖健康的政策和规划。根据公共卫生和经济收益的情况，自然增加年轻人健康和发展方面的投资。

2. 国家应该对青少年健康的需要作出说明，并且作出承诺逐步满足他们的需要。为达到这个目的，国家需要承担起情况分析和计划工作，吸收年轻人进行有意义的参与，例如，创建承担国家规划任务的队伍，或者主办全国性的培训班，以便形成对青少年健康有兴趣组织的联合，制定共同的行动计划。

3. 国家应该通过培养国内各族群众（包括年轻人）的合作能力，提高他们对青少年健康问题的敏感性，增强国家的能力，促进和坚持青少年健康规划。

4. 国家应该支持国家行动计划和其它有关青少年健康明确目标的活动的贯彻实行，动员地方资源，在现有公共机构、非政府组织和私人

社团的基础上开展活动。

5. 国家应该支持采用能够扩大规划成本-效益和维持的各种方法。为了总结经验教训,应该对规划工作实行全面的,由各方参加的联合检查。

6. 国家应该加强各种宣传工具的利用,使各方面分享有关青少年状况的信息以及有关规划的成功经验。

7. 国家应该支持有关规划监督、评价和实施情况的调查工作,包括运用合适的规划指标。有关这方面的信息应该传播到社区,以便改善规划的质量和扩大覆盖面。

参考文献

1. *Action for adolescent health: towards a common agenda. Recommendations from a joint Study Group.* Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document WHO/FRH/ADH/97.9; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
2. *Ottawa charter for health promotion. Health promotion*, 1986, 1(4):iii-v.
3. *First call for children: world declaration and plan of action from the World Summit for Children — Convention on the Rights of the Child.* New York, NY, United Nations Children's Fund, 1990.
4. Pittman K. Changing conditions, changing odds, changing lives. *Perspectives on children and youth*, 1995.
5. Cohen RN. *Shaping tomorrow: the Servol programme in Trinidad and Tobago.* The Hague, Bernard van Leer Foundation, 1991.
6. *Great transitions: preparing adolescents for a new century.* New York, NY, Carnegie Corporation of New York, 1995.
7. *Life skills education for children and adolescents in schools.* Geneva, World Health Organization, 1993 (unpublished document WHO/MNH/PSF/93.7A; available on request from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
8. Pittman K, Irby M. *Challenging assumptions: an advocate guide to promoting youth development.* Baltimore, MA, International Youth Foundation, 1994.
9. *World urbanization prospects: the 1994 revision.* New York, NY, United Nations, 1995.
10. *Statistical yearbook 1995.* New York, NY, United Nations Children's Fund, 1995.
11. *ILO labour statistics.* Geneva, International Labour Organisation, 1995.
12. *UNICEF and ILO in joint fight against child labour.* Geneva, International Labour Organisation, 8 Oct 1996 (ILO press release).
13. *The health of young people: a challenge and a promise.* Geneva, World

Health Organization, 1993.

14. Gittelsohn J. Opening the box: intra household food allocation in rural Nepal. *Social science and medicine*, 1991, 33(10):1141-1154.
15. Senderowitz J. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood*. Washington, DC, World Bank, 1995 (World Bank Discussion Paper, No. 272).
16. Friedman HL. Reproductive health and adolescent sexuality: a global perspective on the patient as person. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):359-370.
17. Chen LC et al. Maternal mortality in rural Bangladesh. *Student family planning*, 1974, 5(11):334-341.
18. Harrison KA. Childbearing, health and social priorities: a survey of 22774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 1985, 92(Suppl. 5):1-119.
19. *World population prospects — 1994 revision*. New York, NY, United Nations, 1995.
20. *Marriage and entry into parenthood*. Calverton, MD, Macro International, 1994 (Comparative Studies, No. 10).
21. *Facts at a glance*. New York, NY, Population Reference Bureau and Center for Population Options, 1994.
22. *WHO Expert Committee on Venereal Diseases and Treponematoses*, Sixth Report. Geneva, World Health Organization, 1986 (WHO Technical Report Series, No. 736).
23. Sexually transmitted diseases: three hundred and thirty-three million new, curable cases in 1995. Geneva: World Health Organization, 1995 (WHO press release, WHO/64 1995).
24. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS, 1997.
25. *A picture of health? A review of health and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/FHE/ADH/95.14; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
26. *World health: special issue on substance abuse*. Geneva, World Health Organization, 1995.
27. *World health statistics annual 1994*. Geneva, World Health Organization, 1995.
28. *World health report 1995: bridging the gaps*. Geneva, World Health Organization, 1995.
29. Murray C, Michaud C. *Estimates of the burden of disease among adolescents, youth and young people: a reanalysis of GBD version 5.5 result*. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
30. *Youth health for a change: a UNICEF notebook on programming for young people's health and development*. New York, NY, United Nations

Children's Fund, 1997.

31. **Heaven PCL.** *Adolescent health: the role of individual differences.* London, Routledge, 1996.
32. **Sobal J.** Health concerns of young adolescents. *Adolescence*, 1987, 22:739-750.
33. **Rutter M.** Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 1993, 14:626-631.
34. **Dryfoos JG.** *Adolescents at risk: prevalence and prevention.* New York, NY, Oxford University Press, 1990.
35. **Kirby D.** *No easy answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy.* Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1997.
36. **Flisher AJ et al.** Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high school students — part IX: evidence for a syndrome of adolescent risk behaviour. *South African medical journal*, 1996, 86(9):1090-1093.
37. **Buttrum K.** *Juvenile justice: working effectively with young offenders.* Paper presented at the Second IAAH Pacific Rim Conference on Adolescent Health, Sydney, 12-14 Nov 1997.
38. **Resnick et al.** Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of American Medical Association*, 1997, 279(10):823-832.
39. **Maslen S.** *The reintegration of war-affected youth: the experience of Mozambique.* Geneva, International Labour Office, 1997.
40. **Saad El-Deen Mahmoud Zidan M.** Discrimination from birth. In: *1996 UNFPA International youth essay contest — Promoting responsible reproductive health behaviour: the youth perspective.* New York, NY, United Nations Population Fund, 1996.
41. **Bhende AA.** *Evolving a model for AIDS prevention education among under-privileged adolescent girls in urban India: Women and AIDS Research Program.* Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995 (Research Report Series, No. 5).
42. **Weiss E, Whelan D, Gupta GR.** *Vulnerability and opportunity: adolescents and HIV/AIDS in the developing world.* Washington, DC, International Center for Research on Women, 1996.
43. **Heise L.** Violence against women. *World health statistics quarterly*, 1993, 46:78-85.
44. **Yunes J, Rajs D.** Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de las región de las Americas [Trends in mortality due to violent causes in the overall population and among adolescents and young people in the Americas.] *Caderno de Saúde Publica [Journal of public health]*, 1994, 10(Suppl. 1):88-125.
45. **Kurz KM, Johnson-Welch C.** *The nutrition and lives of adolescents in developing countries: findings from the Nutrition of Adolescent Girls Research Program.* Washington, DC, International Center for Research on Women, 1994.

46. **Barker G.** *The health needs of adolescent males: emerging research and implications for health promotion.* Geneva, World Health Organization, 1998 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
47. **Friedman H.** *Adolescent health and development: the key to the future.* Geneva, World Health Organization, 1994 (unpublished document WHO/ADH/94.3; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
48. **Kurz KM et al.** *Adolescent fertility and reproductive health: a needs assessment in the English-speaking Caribbean for the Pew Charitable Trusts.* Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995.
49. **Barker G, Fontes M.** *Review and analysis of international experience with programs targeted on at-risk youth.* Washington, DC, World Bank, 1996.
50. **Howard M, Blamey McCabe J.** Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family planning perspectives*, 1990, 22(1):21-26.
51. **Perry CL, Sieving R.** Peer involvement in global AIDS: prevention among adolescents. Geneva, World Health Organization, 1991 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
52. **Blum RW.** *Successful programmes for youth with disabilities and chronic illness.* Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
53. **Martin HP.** Parental response to handicapped children. *Developmental medicine and child neurology*, 1975, 17:251-252.
54. **Friedman RS.** *Modelling behaviour of nondisabled and disabled adolescents based upon social preference for and similarity to nondisabled and disabled models* [Dissertation]. Hempstead, NY, Hofstra University, 1974.
55. **Richmond JB.** The family and the handicapped child. *Clinical proceedings: Children's Hospital National Medical Centre*, 1973, 25:156-164.
56. **Waldhorn HK.** *Rehabilitation of the physically handicapped adolescent.* New York, NY, John Day, 1972.
57. **Blum R.** Sexual health needs of physically and intellectually impaired adolescents. In: Blum R, ed. *Chronic illness and disabilities in childhood and adolescence.* Orlando, FL, Grune and Stratton, Inc., 1984:127-142.
58. *Substance use among street children and other children and youth in especially difficult circumstances.* Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO fact sheet, No. 151).
59. *A one-way street? Report on phase I of the Street Children Project.* Geneva, World Health Organization, 1993 (unpublished document WHO/PSA/93.7; available on request from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
60. **UNICEF.** *State of the world's children.* New York, NY, Oxford University Press, 1996.

61. *Impact of armed conflict on children*. Report of the Expert of the Secretary-General, Ms Graça Machel, submitted pursuant to General Assembly Resolution 48/157. New York, United Nations, 26 Aug 1996 (A/51/306).
62. Rhodes J, Jason L. *Preventing substance abuse among children and adolescents*. New York, NY, Pergamon Press, 1988.
63. *Street children, substance use and health: training for street educators*. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/PSA/95.12/Revised; available on request from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
64. Tolan PH et al. A developmental-ecological perspective on antisocial behaviour in children and adolescents: towards a unified risk and intervention framework. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63(4):579-584.
65. Hornik R. *Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour*. Philadelphia, PA, University of Pennsylvania, 1995.
66. Steinberg L. Latchkey children and susceptibility to peer pressure: an ecological analysis. *Developmental psychology*, 1986, 22:433-439. Quoted in: Perry et al. The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. In: Millstein S et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, Oxford University Press, 1993:73-96.
67. Ferguson J. *Valoriser les relations entre adolescents et parents: rapport final [Promoting good relations between adolescents and parents: final report.]* Séminar des toxicomanies — le rôle des familles et de la société. Bern, Commission fédérale de la santé publique, 1995.
68. McCauley AP, Salter C. Meeting the needs of young adults. *Population reports*, 1995, Series J. 41.
69. *Youth suicide prevention: a parent's guide*. Sydney, Scout Association of Australia, 1996.
70. Sanger M. *Working with parents: trainers' manual on human sexuality*. New York, NY, Planned Parenthood of New York City, 1988.
71. Compas B. Promoting positive mental health during adolescence. In: Millstein S et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:159-179.
72. Felner RD, Adan AM. The school transition environment project: an ecological intervention and evaluation. In: Price RH et al., eds. *Fourteen ounces of prevention: a casebook of exemplary primary prevention programs*. Washington, DC, American Psychological Association, 1988.
73. Felner RD, Felner TY. Primary prevention programs in the educational context: a transactional-ecological framework and analysis. In: Bond LA, Compas BE, eds. *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA, Sage, 1989:13-49.

74. **Cauce AM, Comer JP, Schwartz D.** Long term effects of a systems-oriented school prevention program. *American journal of orthopsychiatry*, 1987, 57:127-131.
75. **Comer JP.** *School power: implications of an intervention project*. New York, NY, Free Press, 1980.
76. **Comer JP.** Educating poor minority children. *Scientific American*, 1988, 259:42-48.
77. *Sara communication initiative: the adolescent girl in Africa*. Nairobi, United Nations Children's Fund, 1996.
78. **Millstein S, Petersen AC, Nightingale EO.** Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives. In: Millstein S et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:3-10.
79. **McGovern et al.** Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990: the Minnesota heart survey. *Journal of American Medical Association*, 1992, 268(6):753-759. Quoted in: Hornik R. *Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour*. Philadelphia, PA, University of Pennsylvania, 1995.
80. *Final report — Liberia project: a film, a future for our children*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1986.
81. **Everett K.** The development of an AIDS photo-comic for South African teenagers. *AIDS bulletin*, 1992, 1(2):7-9.
82. **Khaled GS et al.** *Mobilizing rural youth for safe motherhood*. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
83. **Hauser D, Michaud P.** Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP AIDS Campaign) modify sexual behaviour among adolescents? *Pediatrics*, 1994, 93:580-585.
84. *Thematic evaluation of adolescent reproductive health programmes*. New York, NY, United Nations Population Fund, 1997 (Evaluation Report, No. 13).
85. *Laws and policies affecting adolescents' access to information and services*. Geneva, World Health Organization 1997 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
86. *Sistematización de la reforma penal juvenil en Costa Rica y aportes para su ejecución [Systematizing the reform of the youth penal code in Costa Rica and contributions to its implementation]*. San Jose, United Nations Children's Fund, 1997.
87. **Carnegie R et al.** *Making change possible: creating an enabling environment*. In McKee N, ed. *Involving people, evolving behaviour*. Penang, Southbound, 1998.
88. Where have all the fathers gone? *Bernard van Leer Foundation Newsletter*, 1992, 65:1-9.

89. Targeting teenagers. *Bernard van Leer Foundation Newsletter*, 1995, 77:1-13.
90. **Zimbardo PG et al.** *Influencing attitudes and changing behaviour*. Reading, MA, Addison Wesley, 1979.
91. **Coates TJ et al.** *Promoting adolescent health: a dialog in research and practice*. San Diego, CA, Academic Press, 1982.
92. **Rajani R, Kudrati M.** *The varieties of sexual experience of the street children of Mwanza, Tanzania: notes on the possibilities of HVI/STD prevention — draft 1995*. Prepared for WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health, Hotel des Bains de Saillon, Saillon, Switzerland, 28 Nov-4 Dec 1995 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
93. WHO/UNESCO. *School health education to prevent AIDS and STD: a resource package for curriculum planners — teachers' guide*. Geneva, World Health Organization, 1994.
94. **Fee N, Youssef M.** *Young people, AIDS and STD prevention: experiences of peer approaches in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1993 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
95. **Yao F.** Youth and AIDS — a priority for prevention education: AIDS health exchange. In: *Youth, HIV infection and development in Africa*. Technical paper prepared by the Prevention Unit, WHO Global Programme on AIDS for The Pan African Conference on Youth and Development, Tunis, March 1995.
96. **Kirby D et al.** Programmes to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, 1994, 109(3):339-360.
97. **Djaelani JSH et al.** *A survey on adolescent reproductive health services provision*. Jakarta, Indonesian Planned Parenthood Association and Samahat Remaja, 1994.
98. **Danguilan M et al.** *A survey on adolescent reproductive health services provision*. Manila, WOMANHEALTH, 1994.
99. **Barker G et al.** *Serving the future: an update on adolescent pregnancy prevention programs in developing countries*. Washington, DC, Center for Population Options, 1990.
100. **Hubley J.** *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*. London, Macmillan Press Ltd., 1993.
101. *Resource pack on sexual health and AIDS prevention for socially apart youth*. London, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd. and Brazilian Center for the Defense of Rights of Children and Adolescents, 1993.
102. *Report on youth workshop on peer education, reproductive health, and HIV/AIDS*. Jakarta, Asian Red Cross and Red Crescent Task Force, 1995.
103. **Rimon II J.** Sing and the world sings with you. *Development communication report*, 1990, 71:8-9.

104. **Brown JE, Ayowa OB, Brown RC.** Dry and tight: sexual practices and potential AIDS risk in Zaire. *Social science and medicine*, 1993, 37(8):989-994.
105. *Scenarios from the Sahel, interim report.* Dakar, the Global Dialogues Trust, 1997.
106. **Hawkins K, Ojakaa D.** *Review of the youth programme of the Family Guidance Association of Kenya.* Nairobi, International Planned Parenthood Federation, 1992.
107. *World Development Report.* Washington, DC, World Bank, 1993.
108. **Ndlovu RJ, Sihlangu RH.** Preferred sources of information on AIDS among high school students from selected schools in Zimbabwe. *Journal of advanced nursing*, 1992, 17(4):507-513.
109. **Odujinrin OM, Akinkuade FO.** Adolescents' AIDS knowledge, attitude and beliefs about preventive practices in Nigeria. *European journal of epidemiology*, 1991, 7(2):127-133.
110. **Muriuki PW.** *Growing up and responsible living.* Nairobi, International Planned Parenthood Federation, 1985.
111. **Cash K, Anasuchatkul B.** *Experimental educational interventions for AIDS prevention among northern Thai single female migratory adolescents.* Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995 (Women and AIDS Program Research Report Series).
112. **Varusay F.** Radio host breaks new ground in Shanghai. *Youth link*, 1995, 2(4):21-22.
113. **Renne EP.** Condom use and the popular press in Nigeria. *Health transition review*, 1993, 3(1):41-56.
114. **Aggleton P.** *Health promotion and young people.* London, University of London, 1995.
115. **Botvin G, Botvin E.** Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: prevention strategies, empirical findings and assessment issues. *Developmental and behavioral paediatrics*, 1992, 13(4):290-301. Quoted in: Aggleton P. *Health promotion and young people*, London, University of London, 1995.
116. **Kincaid DL et al.** *Getting the message: the communication for young people project.* Washington, DC, United States Agency for International Development, 1988 (AIS Evaluation Special Study, No. 56).
117. **Kincaid DL et al.** *Popular music and sexual responsibility: evaluation of the communication for young people project.* Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, New Orleans, LA, Oct 18-22, 1987.
118. *High impact: using entertainment to promote health in developing countries.* New York, NY, United Nations Children's Fund, 1995 (Draft Working Paper).
119. **Rimon II JG et al.** *Promoting sexual responsibility in the Philippines through music: an enter-educate approach.* Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1994 (Occasional Paper Series, No. 3).

120. *Let the sky be the limit: Soul City evaluation report*. Bergevelei, Institute of Urban Primary Health Care and Community Agency for Social Enquiry, 1995.
121. **Bangert-Drowns R.** The effects of school-based substance abuse education — a meta-analysis. *Journal of drug education*, 1988, 18(3):243–264.
122. **Perry C.** Results of prevention programs with adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 1987, 20:13–19.
123. United States Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1994.
124. WHO/UNICEF. *The development and dissemination of life skills education: an overview*. Geneva, World Health Organization, 1994 (unpublished document WHO/MNH/PSF/94.7; available on request from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
125. *Life skill for young Ugandans — secondary teachers' training manual*. Kampala, Government of Uganda and United Nations Children's Fund, 1997.
126. *Life skills education: planning for research*. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document WHO/MNH/PSF/96.2; available on request from Division of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
127. **Peters LWH, Paulussen TGWM.** *School health: a review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht, Dutch Center for Health Promotion and Health Education, 1994.
128. **Spooner C, Mattick R, Howard J.** *The nature and treatment of adolescent substance abuse: final report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales, University of New South Wales, 1996 (Monograph, No. 26).
129. **Brady M.** *Improving the odds for healthy futures: the role of sport in girls' lives*. Executive summary prepared for the Consultative Meeting, 4 June 1996. New York, Population Council, 1996.
130. *Action for youth: reaching working youth with HIV/AIDS prevention*. Accra, Ghana Red Cross, 1995.
131. *WHO counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator's guide*. Geneva, World Health Organization, 1993 (unpublished document WHO/ADH/93.3; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
132. Counselling makes a difference. *Population reports*, 1987, Series J, 35.
133. **Marcy SA et al.** Contraceptive use by adolescent females in relation to knowledge, and to time and method of contraceptive counselling: research. *Nursing and health*, 1983, 6(4):175–182.

134. *Workshop proceedings on family planning counselling, Addis Ababa, 24–26 April 1995*. Compiled by Youth Counselling and Family Planning Education Project, Addis Ababa.
135. *TASO Uganda: the inside story — participatory evaluation of HIV/AIDS counselling, medical and social services, 1993–1994*. Geneva, AIDS Support Organization and World Health Organization, 1995.
136. **Olweus D.** Bullying at school: basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1994, 35(7):1171–1190.
137. *Childhope Asia newsletter*, 1995, 5(2).
138. **Casey RJ, Berman JS.** The outcome of psychotherapy with children. *Psychological bulletin*, 1985, 98(2):388–400.
139. **Weisz JR et al.** Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1987, 55(4):542–549.
140. **Catalano R et al.** Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risk for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International journal of addictions*, 1990–91, 25(9A and 10A):1085–1140.
141. **Henggler S, Cunningham PB, Pickrel SG.** Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of adolescence*, 1996, 19:47–61.
142. **American Medical Association, Council on Scientific Affairs.** Confidential health services for adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269(11):1420–1424.
143. **Cheng TL, Klein TD.** The adolescent viewpoint: implications for access and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273(24):1958–1959.
144. **Zarouk AM.** *Examens des services de santé scolaire en Tunisie [Assessment of the school health services in Tunisia]*. Tunis, Ministère de la Santé Publique, 1995 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
145. *Report of the WHO commissioned studies on school health services in three West African countries — Côte d'Ivoire, Ghana and Togo*. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
146. **Brabin L.** Providing accessible health care for adolescents with STD. *Acta tropica*, 1996, 62:209–216.
147. **Van Praag E, Knippenberg R.** Issues in integration of STD programs into health care systems. In: Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, eds. *Control of STDs: a handbook for the design and management of programs*. Arlington, VA, Family Health International, 1996:43–56.
148. *Strategies for the prevention of HIV infection and the enhancement of reproductive health among adolescents in rural Tanzania*. Mwanza,

National Institute for Medical Research (NIMR), African Medical Research and Educational Foundation (AMREF) and London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 1997 (unpublished document NIMR/AMREF/LSHTM; available on request from African Medical Research and Educational Foundation, B.O.T. Building, Mwanza, United Republic of Tanzania).

149. **Albonico M et al.** A randomized controlled trial comparing mebendazole 500mg and albendazole 400mg against *Ascaris*, *Trichuris* and the hookworms: 4 and 6 months follow-up. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, 88:585–589.
150. *Strengthening interventions to reduce helminth infections as an entry point for the development of health promoting school.* Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document WHO/HPR/HEP/96.10; available on request from Division of Health Promotion, Education and Communication, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
151. **Zabin LS, Hirsch MB, Smith EA.** Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers. *Family planning perspectives*, 1986, 18(3):119–126.
152. **Kirby D, Waszak C, Ziegler J.** Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behaviour. *Family planning perspectives*, 1991, 23(1):6–16.
153. **Koo H et al.** Reducing adolescent pregnancy through a school and community based intervention: Denmark, South Carolina, revisited. *Family planning perspectives*, 1994, 26(5):206–217.
154. **Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH.** Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *Journal of adolescent health*, 1994, 15:444–456.
155. **Harrison KA et al.** Growth during early teenage pregnancy. *Lancet*, 1988, 1(8596):1226–1227
156. **Piechnik S, Corbett MA.** Reducing low birth weight among socioeconomically high risk adolescent pregnancies. *Journal of nurse midwifery*, 1985, 30(2). Quoted in: Senderowitz J. *Health facility programs on reproductive health for young adults*. Washington, DC, Focus on Young Adults, 1997.
157. **Martin A et al.** A sustainable education program for post-partum adolescent mothers, Mexico. Quoted in: Senderowitz J. *Health facility programs on reproductive health for young adults*. Washington, DC, Focus on Young Adults, 1997.
158. **Grosskurth H et al.** Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised control trial. *Lancet*, 1995, 346:530–536.
159. **Oh MK et al.** Population specific targeted STD program for high-risk adolescents: why did it work? *Sexually transmitted diseases*, 1994, 21(2 Suppl. S):139.
160. **Elster A, Kuznets N.** *Guidelines for adolescent preventive services.* Chicago, IL, American Medical Association, 1992.

161. **Bennett DL, Williams M.** Adolescent health care: the international context. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):247–261.
162. **Commonwealth Medical Association.** *Health of adolescent girls*. Report of a workshop held alongside the Fourth World Conference on Women, Huairou, China, Sept 1995.
163. *Newsletter of the Association Suisse pour la santé des adolescents*, 1996, 1:5.
164. **Bull N.** *Youth friendly health services in Lusaka urban district, Zambia*. Presentation at HIV/AIDS Network meeting of UNICEF ESARO, Zambia. Lusaka, Sept 1997.
165. **Zubarew T et al.** *Evaluation of outpatient health services for adolescents: determining complexity and conditions of efficiency*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1996.
166. **Zubarew T et al.** *Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente [Evaluation of lost opportunities in the integrated care of adolescents]*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1996.
167. *Adolescent information system*. Montevideo, Latin American Centre of Perinatology and Human Development and Pan American Health Organization, 1995.
168. **Aitken I, Reichenbach L.** Reproductive and sexual health services: expanding access and enhancing quality. In: Sen G, Germain A, Chen LC, eds. *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Boston, MA, Harvard University Press, 1994.
169. **Townsend J et al.** Sex education and family planning services for young adults: alternative urban strategies in Mexico. *Studies in family planning*, 1979, 18(2):103–108.
170. **Perry et al.** The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. In: Millstein S et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:73–96.
171. **Olukoya A.** *A survey on adolescent reproductive health services provision*. Lagos, Institute of Child Health and Primary Care, 1994.
172. **Education Development Center, Inc., ed.** *The status of school health: annex 1 to the working paper of the WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1996 (unpublished document WHO/HPR/HEP/96.1; available on request from Division of Health Promotion, Education and Communication, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
173. **Kay J.** Don't wait until it's too late. *International journal of drug policy*, 1994, 5(3):166–176.
174. **Katsha SE, Watts SJ.** School-based summer clubs: venues for health education using a partnership model in Egypt. *Promotion and education*, 1994, 1(2):24–28.

175. *Promoting health through school: report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 870).
176. **Council of University Teaching Hospitals**. The role of Vancouver hospitals in meeting youth health needs. *Proteen*, May 1997, 6(2):5-18.
177. **Mackenzie RG**. Considerations in developing a system of health care for adolescents. In: Tonkin RS, guest ed., Current issues in the adolescent patient. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):215-226.
178. **Bygdeman M, Lindahl K**. *Sex education and reproductive health in Sweden in the twentieth century: report for the International Conference on Population and Development*. Stockholm, Swedish Government Official Reports, 1994.
179. **Peplinsky NL**. *Addressing needs and opportunities: a survey of programmes for adolescents*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1994.
180. *Youth friendly health services: a review of programmes and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 1997 (unpublished document; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
181. **Israel RC, Nagano R**. *Communications and social marketing strategies for adolescent reproductive health: a review of trends and practices*. Washington, DC, FOCUS on Young Adults' Pathfinder International, The Futures Group International, Tulane University Medical School, 1997.
182. **Fuglesang M**. *Red card or yellow: are you still in the game? — being young and coping with sexual and reproductive health in Tanzania: reports on sexuality and education*. Stockholm, Swedish Association for Sex Education, 1995.
183. *Two-way street? Report on phase II of the WHO Street Children Project*. Geneva, World Health Organization, 1998 (unpublished document WHO/PSA/96.14; available on request from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
184. **Hanenberg RS et al**. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 344:243-245; Mason CJ et al. Declining prevalence of HIV-1 infection in young Thai men. *AIDS*, 1995, 9:1061-1065.
185. *Educational impact of scouting: three case studies on adolescence — a research report*. Geneva, Research and Development Committee of the World Organization of the Scout Movement, 1995.
186. *Egypt: country program — mid term review: 1997-98*. Cairo, United Nations Children's Fund, 1997.
187. **Elliot DS**. Health-enhancing and health compromising lifestyles. In: Millstein et al., eds. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:119-145.

188. **Mahabir D.** *Servol pre-school and adolescent training programmes in Trinidad and Tobago*. Paris, International Institute for Educational Planning, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1985 (Monograph, No. 10).
189. *Karate kids*. Geneva, Street Kids International, National Film Board of Canada, Kinderpostzegels Netherlands, World Health Organization, 1990.
190. **Feek W, Iqbal S.** *Healthy communication and HIV/AIDS*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1997.
191. **Sweanor DT, Martial LR, Dossetor JB.** *The Canadian tobacco tax experience: a case study*. The Non-smokers' Rights Association and the Smoking and Health Action Foundation, 1993.
192. **Blum RW.** Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of adolescent health*, 1998, 22:368-375.
193. *Changing perspectives: youth as resources*. Washington, DC, National Crime Prevention Council, 1990.
194. *Youth programme: a guide to programme development: overview*. Geneva, World Scout Bureau, 1997.
195. **Pittman et al.** *Youth development and resiliency research: making the connections to substance abuse prevention*. Paper presented to the Issue Forum on Successful Youth Development: building resiliency, Baltimore, MD, International Youth Foundation, 1993.
196. *Prevention plus iii: assessing alcohol and other drug prevention programs at the school and community*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 1988.
197. **McDonald M, Green W.** Health promotion and adolescent health. In: Tonkin RS, guest ed., *Current issues in the adolescent patient. Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):227-246.
198. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, United States Department of Health and Human Services, 1994.
199. **Orlandi MA, ed.** *Cultural competence for evaluators: a guide for alcohol and other drug abuse prevention for practitioners working with ethnic/racial communities*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Service, 1992 (OASP Cultural Competence Series, No. 1).
200. **Kiragu K.** Female genital mutilation: a reproductive health concern. *Population reports*, 1995, Series J, 41(23 Suppl.):1-4.
201. *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Geneva, World Health Organization, 1997.
202. **Crepin R.** Breaking into the formal system of education. *Servol news*, 1993, 10(39):27-30.
203. *Evaluation report on SERVOL's "Development of a non-formal programme of early childhood education and care in high risk areas."* Utrecht, Personnel Management Services, Ltd., 1990.

204. **WHO/UNFPA/UNICEF.** *The reproductive health of adolescents: a strategy for action — a joint WHO/UNFPA/UNICEF statement.* Geneva, World Health Organization, 1989.
205. *The narrative research method: studying behaviour patterns of young people by young people — a guide to its use.* Geneva, World Health Organization, 1993 (unpublished document WHO/ADH/93.4; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
206. *A study of the sexual experience of young people in eleven African countries: the narrative research method.* Geneva, World Health Organization, 1992 (unpublished document WHO/ADH/92.5; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
207. *Situation analysis of street children and street youth in the Philippines.* Makati City, Philippines for UNICEF, 1996.
208. **Graham WJ, Campbell OMR.** Maternal health and the measurement trap. *Social science and medicine*, 35:967–977. Quoted in: WHO/UNICEF. *A picture of health? A review of health and annotated bibliography of the health of young people in developing countries.* Geneva, World Health Organization, 1995 (Ref. 25).
209. *Coming of age: from facts to action for adolescent sexual and reproductive health.* Geneva, World Health Organization, 1998 (unpublished document WHO/FRH/ADH/97.18; available on request from Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
210. **Mgalla Z et al.** *Sexual exploitation of school girls in Africa: findings from operational research in Tanzania.* Mwanza, Tanzania-Netherlands Project to support HIV/AIDS Control in Mwanza Region, 1997 (Working Paper, No. 17).
211. **Turner R.** Sex education gains strength in Mexican public schools. *International family perspectives*, 1994, 20(2):73–74.
212. *Life after the streets: ten former street children tell their stories.* Manila, Childhope Asia, 1995 (Research Series, No. 7).
213. *KU peer: a peer counselling magazine.* Nairobi, Kenyatta University, Pathfinder International, 1995.
214. **Stein-Erik K, Hertzberg A.** *Strengthening programming through organizational learning: UNICEF's Technical Support Group on HIV/AIDS and youth health and development — an evaluative study.* New York, NY, United Nations Children's Fund, 1997.
215. **Farah FM, Nalwadda R.** Uganda: programme for enhancing adolescent reproductive life (PEARL). In: Tahir S, Satia J, eds. *Population manager*, 1996, 4:46–65.
216. *Revitalizing primary health care/maternal and child health: the Bamako Initiative.* New York, NY, United Nations Children's Fund, 1990 (E/ICEF/1990/L.3).

217. **Kruse SE et al.** *Searching for impact and methods: NGO evaluation synthesis study*. Paris, OECD/DAC Expert Group on Evaluation, 1997 (unpublished document OECD/DAC; available on request from Organization for Economic Co-operation and Development, 2, rue André Pascal, 75775 Paris CEDEX 16, France).
218. *Street children, substance use and health: monitoring and evaluation of street children projects — draft for field testing*. Geneva. World Health Organization, 1995 (unpublished document WHO/PSA/95.13; available on request from Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
219. *Making a difference? A UNICEF guide for monitoring and evaluation*. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1991.
220. **Brunner JJ, Barrios A, Catalan C.** *Chile: transformaciones culturales en la modernidad [Chile: modern cultural transformations]*. Santiago, Flacso, 1989. Quoted in: Boyson J. *Measuring the effectiveness of children and youth programs: systematizing the process of evaluation*. Medellín, International Youth Foundation, 1995.
221. **Scrimshaw SCM.** Combining quantitative and qualitative methods in the study of intra-household resource allocation. In: Rogers BL, Schlossman NP, eds. *Intra-household resource allocation. Food and nutrition bulletin*. Tokyo, United Nations University Press, 1990:186–198 (Suppl. 15).
222. **Scrimshaw SCM.** Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. In: Scrimshaw NS, Gleason GR, eds. *RAP: rapid assessment procedures — qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programmes*. Boston, MA, International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992:25–38.
223. **Feuerstein MT.** *Partner in evaluation: evaluating development and community programmes with participants*. London, Macmillan, 1986.
224. **Patton MQ.** *Utilization-focused evaluation*. Beverley Hills, CA, Sage Publications, 1978.
225. **Schneidman M.** *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, DC, World Bank, 1996.
226. **Bertrand J, Tsui A.** *Indicators for reproductive health program evaluation: introduction*. Chapel Hill, NC, University of North Carolina at Chapel Hill, 1995.
227. *Indicadores de impacto de las políticas sociales [Impact indicators of social policies]*. Santiago, CIENES, 1995.
228. **Irwin CE, Ryan SA.** Problem behaviors of adolescents. *Pediatric review*, 1989, 10:235–242. Quoted in: Peters L, Tonkin RS. Measuring adolescent health status. In: Tonkin RS, guest ed., *Current issues in the adolescent patient. Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):385–407.
229. **Starfield B et al.** Adolescent child health and illness profile: a population-based measure of health. *Medical care*, 1995, 33(5):355–366.

230. **Kolbe L.** An epidemiological surveillance system to monitor the prevalence of youth behaviors that most affect health. *Health education*, 1990, 21(6):44-48.
231. **Bruce J.** Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in family planning*, 1990, 21(2):61-89.
232. **Tanahashi T.** Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56(2):295-303.
233. *Objective of the meeting — Government of Uganda/UNICEF country programme mid-term review: Adolescent Development Technical Review Meeting, Kampala, Uganda, 19-21 September 1997.* Kampala, UNICEF, 1997.
234. *Report of the workshop on Innovative Approaches in Youth Reproductive Health Programmes, Melka, Malaysia, 1-4 June 1995.* Kuala Lumpur, organized by the International Council on Management of Population Programmes, sponsored by Swedish International Development Authority.
235. **Hodgkin R, Newell P.** *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child.* New York, NY, United Nations Children's Fund, 1998.

附录 1 渥太华健康促进宪章

健康促进

健康促进是使群众能够完全控制和改善自身健康的过程。为了达到生理、心理和社会福利的完善状态，每一个人或者一个群体必须确定并认识到这个远大的目标，满足这个目标的需要，改变或适应自身所处的环境。但是，要把健康看做是进行日常生活的源泉，而不是生活的目标。健康是强调社会和个人资源以及生理能力的明确概念。因此，健康促进不仅仅是要人们为自身健康负起责任，而且要通过健康的生活方式获得健康。

健康的先决条件

健康需要的基本环境和资源是：

- 和平
- 安居
- 教育
- 食物
- 收入
- 稳定的生态系统
- 可持续的资源
- 社会公正
- 平等

健康促进基本的先决条件中最根本的是需要一个安全的基础环境。

倡导

良好的健康状况是社会、经济和个人发展的源泉，也是决定生命质量的重要因素。政治、经济、社会、文化、环境、行为和生物学因素既可以为健康带来好处，也可以伤害它。健康促进行动的目的就是通过开展倡导活动，促使这些条件有利于健康。

实现目标

健康促进的重点是达到健康的平等。健康促进行动的目的是要减少目前健康状况存在的差异，促使所有人达到他们最充分健康的可能，要

保证给予他们平等的机会和资源。它包括在一个支持环境中建立安全的基础，提供信息、生活技能和作出健康选择的机会。只有人们能够控制这些决定自身健康的因素时，才能够达到最充分健康的可能。这一切对男性和女性都必须是平等的。

协调

创造健康的先决条件，达到健康的预期目的不可能由卫生部门单独来完成。更重要的是，健康促进需要所有有关部门的配合行动。这些部门是：政府部门、卫生和其它社会、经济部门、非政府组织、志愿者组织、地方行政机构、工业界和媒体。在人们生活的所有方面还包括其他个人、家庭和社区的参与。专业机构、社会团体和卫生工作者在追求健康的事业中，担负着协调社会各方面不同利益的重大责任。

健康促进的策略和规划应该适合当地的需要和可能性，并且应该考虑到个别国家和地区社会制度、文化和经济的差异。

健康促进行动意味着：

制定公共卫生政策

健康促进的工作远不止卫生保健。它把健康问题提到决策者在所有方面和所有等级的工作日程上，要求他们意识到决策将给健康带来的结果，并承担起他们对公共健康应负担的责任。

健康促进政策是多种多样但又互为补充方法的结合，这些方法包括：法令，切实可行的措施，征税和组织机构的改革。这些行动的相辅相成，导致了促进社会更加平等的卫生、收入和社会政策的诞生。联合行动为保障提供更为安全和健康的卫生产品及服务，提供更为健康的公共服务，营造更清洁和舒适的环境作出了贡献。

健康促进政策需要确定非卫生部门存在的妨碍公共卫生政策贯彻执行的障碍，并找到消除这些障碍的方法。其目的必须是促使决策人更容易地选择对健康更为有利的政策。

营造支持环境

我们生活的社会是复杂和相互关联的。健康与其它要达到的社会目的息息相关。人与所处环境密切的关系是构成卫生健康社会-生态学方法的基础。对于世界、国家、地区以及社区也是同样的，总的指导原则是要达到相互依存的需要——我们的社区和我们所处的自然环境相互照

顾。应该强调保护全世界的自然资源是全球共同的责任。

生活、劳动和休闲方式的改变会对健康产生重大的影响。劳动和休闲应该是人们健康的源泉。社会组织劳动的方式应该有助于创建一个健康的社会。健康促进是要营造一个安全、充满活力、令人满意和愉快的生活工作环境。

对于迅速变化的环境给健康造成影响的系统评价，特别是在技术、劳动、能源生产和城市化领域，是一项根本性的工作。评价工作必须伴之于行动，这样才能保证公众的健康获得实际的利益。在任何健康促进的策略中都必须包括保护自然、营造良好环境和保护自然资源的内容。

加强社区的行动

健康促进是通过社区具体和有效的行动而起作用。社区从行动重点的确立、决策、制定策略到贯彻实施来达到促进健康的目的。具体工作的核心是要强化社区的能力——自我管理，由社区来掌握自己的前途和命运。

社区的发展是依靠现有社区人才和物质资源，自力更生并争取社会的支持，建立一套灵活的卫生系统以便加强公众对卫生事业的参与并确定卫生事业的方针。要做到这些需要有充分和不断的信息来源，提供学习健康知识的机会，以及经费上的支持和帮助。

培养个人技能

健康促进通过提供信息及健康教育和生活技能的培养支持个人和社会的发展。通过这些作法，增强了人们控制个人健康和周围环境，选择健康行为的可能性。

实现人群的终身教育，使他们在生命的每一个阶段都有所准备，抵御慢性疾病和可能的伤害是最根本的任务。因此必须加强学校、家庭、工作场所和社区这些地点的工作。健康促进行动需要教育、专业、商业和志愿者团体以及社区本身各机构的积极参与。

卫生服务的方针

个人、社区团体、医疗专业机构、卫生部门和政府都必须共同担负起健康促进中医疗服务的责任。它们必须共同努力为建立卫生保健系统，为促进卫生事业的发展贡献力量。

卫生部门必须在健康促进方面发挥更大的作用，不仅仅是在提供门诊治疗和紧急医疗服务上承担责任。卫生服务需要扩大其职责范围，更

敏感地反映和尊重文化方面的需求。这项职责要求卫生服务应该支持个人和社区对更健康生活的需求，打开卫生部门通向更广阔的社会、政治、经济和生存环境领域的渠道。

卫生服务方向的重新定位需要更加注重卫生调查，改进专业方面的教育和培训。必须改变卫生服务的认识和组织指导思想，把满足个人全部需要的方针转向满足全部人群的需要。

走向未来

健康是人们在生活的地点通过学习、工作、娱乐、恋爱的日常活动形成和存在的。健康的形成是自我保护和他人关心的结果；是个人抉择和对自己生活环境控制的结果；是在人们生活的社会所创建的使所有成员能够达到健康标准的环境保障下形成的。

医疗保健、服务对象的整体性和生态学问题是制定健康促进策略的根本问题。因此，在策略制定的每一个阶段，在健康促进活动的策划、贯彻和评价中，男性和女性必须作为平等的合作者进行参与，这一点应作为健康促进策略的指导原则。

对健康促进的承诺

本次健康促进大会的参加者保证：

- 对制定公共卫生健康政策，实现社会所有成员的保健和平等作出明确的承诺；
- 抵制来自有害产品、资源枯竭、不健康生活环境、营养恶化等各种问题的压力，关注公共健康问题，如污染、职业危害、住房 and 居住安置等。
- 对社会内部和各社会之间存在的健康差异采取对策，对于因这些社会内的法规和行为所造成的健康方面的不平等现象进行斗争。
- 把人民群众作为健康的重要资源，通过经费支持及其它手段，帮助他们本身、他们的家庭和朋友保持健康，倾听社区有关他们健康、生活、条件和福利方面的基本呼声。
- 调整医疗服务及其资源的利用，使它们朝着促进健康的方向发展。与其它部门、其它学科，特别重要的是与人民群众共同促进健康的权利。
- 充分认识健康和维持健康是重要的社会投资和挑战，强调我们的生存方式是一个整体的生态学问题。

会议强烈希望所有有关的方面积极参与并作出自己的承诺，以便形成一个强大的公共卫生的联盟。

号召采取国际行动

会议号召世界卫生组织和其它国际组织以所有适宜的讨论形式倡导健康促进，帮助各国制定健康促进的策略和规划。

会议坚信如果各界人士、非政府组织和志愿者组织、政府、世界卫生组织和其它有关机构团结一致，遵循宪章形成的道义标准和社会价值观，制定健康促进的策略，那么到 2000 年“人人享有健康”的目标将会成为现实。

本宪章在 1986 年 1 月 17~21 日在加拿大蒙特利尔州渥太华举行的“开创公共卫生的新局面”国际健康促进大会上通过。本次会议是由加拿大公共卫生联合会、加拿大卫生福利部以及世界卫生组织联合主办。

附录 2 联合国儿童权利公约的重要条款

考虑到本公约的目的是保护/满足所有儿童的全部权利，以下权利对于年轻人健康和成长的基本需要是十分重要的：信息和生活技能，接受各种服务，如教育、卫生、娱乐和司法方面的服务，安全和支持环境，参与的机会等。

总的权利

第 1 条

根据本公约阐明的目的，儿童是指年龄在 18 岁以下的人，除非法律对其中大多数人规定的年龄更早。

第 2 条

1. 签约国应该尊重并保证公正履行本公约对每一个儿童制定的权利，不得有任何形式的歧视，不得对儿童或他/她的家长和法定监护人有人种、肤色、语言、宗教、政治或其它观点、国家、民族或社会出身、贫穷、残疾、出生或其它地位上的不尊重。

2. 签约国应该采取所有适当的措施保证儿童受到保护，反对所有形式的、对儿童地位、活动、表达意见或者对儿童家长、法定监护人和家庭成员信仰的歧视或惩罚性行为。

第 3 条

1. 无论由公共或私人社会福利机构、法庭、行政管理机构还是司法机构，对儿童采取的所有行动，都必须首先考虑儿童的最大利益。

第 6 条

1. 签约国要认识到每一个儿童都有生活的固有权利。

2. 签约国应该最大限度地保证儿童生存和发展的可能。

获得信息和技能的权利

第 17 条

签约国要认识到媒体所发挥的重要作用，并且保证儿童从各种各样的国家和国际来源中获得信息和资料，特别是那些目的在于促进他或她们社会、精神和道德发展，给生理和心理健康带来福利的信息和资料。

第 29 条

1. 国家对儿童的教育应该在以下几方面：

(a) 培养儿童的个性、天资、心理和生理能力，最充分发挥他们的潜能。

(b) 培养儿童尊重人权、尊重最基本的自由权利，尊重联合国宪章中提出的原则。

(c) 培养儿童尊重家长、他或她们自己的文化、语言和价值观，尊重他们国家的价值观念，尊重他或她们出身的国家，尊重与他或她们自己不同的文明。

(d) 培养儿童在自由的社会里作好担负起生活责任的准备。其中包括对精神的理解、和平、容忍的认识、性别平等，与所有人、少数民族、民族和宗教团体、本土人建立友好的关系。

(e) 培养儿童对自然环境的尊重。

接受教育和卫生服务的权利

第 23 条

1. 签约国要认识到心理或生理残疾儿童应该享有充分的和公平的生活权利，在生活中保证他们的尊严，促使他们自强自立，并且给这些儿童提供参加社区活动的便利。

4. 签约国应该提倡国际合作的精神，在预防卫生保健和治疗残疾儿童的心理和身体功能时进行适时的信息交流，包括传播和获取重新恢复生活、教育和就业等有关方面的信息。其目的是促进签约国改善他们的能力和技能，拓展他们在这方面的活动范围。在这方面，应该特别考虑到发展中国家的需要。

第 24 条

1. 签约国要认识到儿童享有达到最高水平健康标准及方便他们进行疾病治疗和重新获得健康的权利。签约国应该努力保障没有儿童被剥夺他或她们接受这种卫生医疗服务的权利。

2. 签约国应该追求这种权利的充分实施，特别是要采取一些适当的措施：

(b) 保证向所有儿童提供必要的医疗支持和卫生保健，特别强调初级卫生保健的发展；

(c) 在初级卫生保健的框架中要包括抵抗疾病和营养不良的内容，特别是运用现有的科学技术，提供充分的营养食品和清洁的饮用水同时

还要考虑到环境污染造成的危害；

(d) 保证母亲在产前和产后的医疗保健；

(e) 保证对社会各界，特别是家长和儿童进行宣传和教育，使他们接受并支持有关儿童健康和营养的基本认识、母乳喂养的好处、卫生和环境卫生的保持以及事故的预防；

(f) 发展预防卫生保健，对家长进行计划生育教育和服务方面的指导。

第 28 条

1. 签约国要认识到儿童受教育的权利，并且要在提供平等机会的基础上，逐步地使这项权利得到实施，特别是应该：

(a) 实行小学义务教育，并且有效地对所有儿童免费；

(b) 鼓励发展包括普通教育和职业教育在内的不同形式的中等教育，使之落实到每一个儿童，并采用适当的措施，如实行免费教育或者在需要的时候给予经费支持。

第 31 条

2. 签约国应该尊重并促进儿童充分参加文化和艺术活动的权利，并应该鼓励儿童参加文化、艺术、娱乐和休闲活动并提供适当和平等的机会。

获得安全和支持环境的权利

第 2 条

1. 签约国应该尊重并保证公正履行本公约对每一个儿童制定的权利，不得有任何形式的歧视，不得对儿童、他和她的家长或法定监护人有人种、肤色、语言、宗教、政治或其它观点、国家、民族或社会出身、贫穷、残疾、出生或其它地位上的不尊重。

第 3 条

1. 无论由公共或私人社会福利机构、法庭、行政管理机构还是司法机构，对儿童采取的所有行动，都必须首先考虑儿童的最大利益。

2. 签约国承担着保证儿童、他或她们必要的福利受到保护和关心的职责，必须考虑他或她们家长、法定监护人或对他或她们负有法律责任的人应有的权利和责任，并且应该自始至终采取适当的法律和管理措施。

3. 签约国应该保证对儿童负有治疗或保护责任的研究机构、服务部门和设施，应该通过主管当局确立各项标准，特别是在安全和健康领域以及机构职工的人数和合格素质及管理能力等方面。

第 4 条

签约国应该采取所有适当的立法、管理和其它措施实施公约中认同的权利。关于经济、社会和文化权利，国家机构采取的措施应该最大限度地利用自身现有的资源，在需要的时候，寻求国际合作的支持。

第 5 条

签约国应该尊重家长或者在适当的时候是家庭范围的成员，或者由当地确定的社区成员、法定监护人或者其他对儿童负有法律责任的人的权利和责任。以始终如一的态度坚持发展儿童的能力，为落实公约中认同的儿童权利提供方针指导。

第 16 条

1. 所有儿童、他或她们的隐私、家庭、住所和通信都不应该受到专横或非法的干涉，他或她们的荣誉和尊严不应该受到非法的攻击。
2. 儿童有权利运用法律反对这种干涉和攻击。

第 18 条

1. 签约国应该尽最大的努力保证对以下原则的认可，即家长负有儿童抚养和成长两方面普遍的责任。家长，在某些情况下或者是法定监护人，对儿童的抚养和成长负有重要的责任。使儿童获得最佳的利益应该是他们基本考虑的问题。

2. 为了保证和促进公约制定权利的落实，签约国应该对家长和法定监护人履行其抚养儿童的责任给予支持，应该保证与照顾儿童有关的研究机构、设施和服务部门的发展。

第 19 条

1. 签约国应该采取所有适当的立法、管理、社会和教育手段保护儿童免受所有生理或心理的暴力、伤害或辱骂、忽视或玩忽职守的对待、虐待或被剥削、包括性骚扰；他们应该在家长、监护人或其他照顾儿童的人的关心保护之下。

第 22 条

1. 签约国应该采取适当的措施保证正在寻求避难的儿童，或者按照现行国际或国内法律程序被认定是难民的儿童，无论他或她们是否有家长或其他人陪伴都应依照公约制定的应该享有的权利，以及国家作为一方签署的其它国际人权或人道主义文件，得到适当的保护和人道主义援助。

第 24 条

3. 签约国应该采取所有有效和适当的措施废除传统行为对儿童健康形成的歧视。

第 25 条

1. 签约国认识到已被主管部门安置的儿童，他或她们的身心健康有受到关心、保护或治疗的权利，对于提供的治疗和他或她们安置场所所有有关的环境情况应该进行定期的检查。

第 27 条

1. 签约国认识到每一个儿童都享有适合儿童身体、精神、道德和社会发展的生活标准的权利。

3. 签约国应该根据本国的条件和所能运用的手段，采取适当的措施支持家长和其他对儿童负有责任的人实现这项权利，应该为儿童的需要，特别是营养、穿衣和住房提供物质方面的帮助，并制定支持规划。

第 32 条

签约国应该认识到保护儿童免受经济剥削的权利以及从事任何有可能造成危害的工作，或者影响儿童教育，有害于儿童健康或者生理、心理、精神、道德和社会发展的工作的权利。

第 33 条

签约国应该采取所有适当的措施，包括立法、管理、社会和教育措施，保护儿童避免使用在有关的国际协定中确认的非法麻醉药物和精神致幻物质，防止利用儿童参与这些有害物质的非法生产和贩运。

第 34 条

签约国要采取行动保护儿童免受所有形式的性剥削和性骚扰。为达

到此目的,签约国应该特别采取所有合适的国家、双边和多边的措施防止:

- (a) 引诱和强迫儿童从事任何非法的性活动;
- (b) 利用儿童作为妓女或从事其它非法的性活动,对她们进行剥削;
- (c) 在淫秽表演和书刊中利用儿童,对他们进行剥削。

第 35 条

签约国应该采取所有适当的国家、双边和多边措施防止任何目的和任何形式的劫持儿童、买卖或贩运儿童的罪行。

第 36 条

签约国应该保护儿童在涉及他们的福利的任何方面不受到各种形式的歧视性剥削。

第 38 条

2. 签约国应该采取所有可行的措施保证未满 15 岁的儿童不参加处于敌对状态的直接一方。

参与的权利

第 12 条

1. 签约国应该确信儿童有能力形成他或她们自己的看法,有权利对所有影响儿童的事情自由地发表自己的意见。儿童的观点应该根据儿童的年龄和成熟的程度给予应有的重视。

2. 为此目的,应该给儿童提供特别的机会,作为国家法律的一贯程序倾听他们对影响儿童的司法和管理工作的意见,无论他们的意见是直接提出的还是通过代表或合适的团体来表达的。

第 13 条

1. 儿童应该有自由表达自己意见的权利;这种权利包括自由地寻求、接受和影响任何形式的信息和思想,无论这种看法是否属于新的领域,也不论是否以口头、书面或出版物形式或者由儿童选择的其它任何媒体形式进行表达。

第 14 条

1. 签约国应该尊重儿童思想、意识和宗教自由的权利。

2. 签约国应该尊重家长、在合适的情况下是监护人的权利和责任，由他们对儿童发展能力来行使自己的权利的行动提供指导。

第 15 条

1. 签约国认识到儿童自由结社和自由进行和平集会的权利。

第 23 条

1. 签约国要认识到心理或生理残疾儿童应该享有充分的和公平的生活权利，在生活中保证他们的尊严，促使他们自强自立，并且给这些儿童提供参加社区活动的便利。

附录3 汇总：不同场所的联合干预行动

对任何青少年群体实施的规划和计划都需要考虑“什么内容”、“对象是谁”和“在哪里实施”的问题。“什么内容”是需要实施的内容（如什么信息，什么技能，哪种类型的服务）。“对象是谁”是考虑人群的分类，如不同的年龄和社会群体（如帮派成员、街头流浪儿童、男性、女性等）。“在哪里实施”提出的问题是实施的范围包括最大多数的人。

对于具体的实施，成功的青少年规划经验对此作了以下的分类：

- 以家庭和住所为基础；
- 以学校为基础；
- 以医疗单位为基础；
- 以社区为基础；
- 以工作场所为基础。

青少年规划成功的经验都是把一种以上的干预行动结合在一起，如把信息提供、技能培训、咨询和卫生服务工作以及涉及威胁青少年健康和福利的问题综合起来考虑。很多成功的经验都是采取综合的方法来解决一种以上的有害行为，而且有些还用来满足青少年的重点需要和成长需要。虽然很多规划还存在着运用方法综合性不强的问题，但是仍有很多改进的机会来采用综合的方法。而且，成功的经验使我们有机会看到，预防和治疗手挽着手，是须臾也不能分离的。

之所以选择以下成功经验的例子，是因为有充分的理由说明它们是成功的，特别是因为这些例子所说明的规划结果，一个或更多的规划领域所产生的改变。根据实例中列举的规划覆盖范围、期限和扩大的成功经验，我们有理由相信，这些规划不仅可以大规模实施，而且它们也可以在其它地方贯彻实行。

1. 以家庭和住所为基础的干预行动

1.1 可能的目标人群

年幼儿童、青少年、家长包括青少年家长。

1.2 基本原理

干预行动由对儿童和家长的技能培训、对家长的心理帮助及通过咨

询进行的家庭治疗组成。家常常是惟一的地点能够使干预行动落实到那些单身母亲和儿童身上，很多问题存在或开始出现于家庭中；另外，同时可以落实到一个以上的青少年年龄组。可能需要克服的最主要问题是沟通。家庭是诊断疾病的良好地点。干预行动提供了一个机会让更多的家庭成员参与，并且帮助了一些孤立的和需要帮助的家庭（如刚刚移居到市中心的家庭）。

1.3 讨论

在发展中国家很少有关于这种形式的干预行动经验。应该对扩大家庭成员的联系和活动给予支持。但是在那些迅速都市化的地区，这项工作存在着明显的差距。例如，对很多街头流浪的儿童和青少年来说，家庭暴力是他们离家出走的主要原因。

1.4 可能达到的目标

通过家访减少对儿童的虐待

实例：家访

社会中高危妇女和幼儿所面对的很多问题中，最普遍和代价最高的是母亲与健康有关的不良行为（在怀孕期吸烟、酗酒和吸毒）所造成的结果、婴儿照顾不当以及环境条件的压力给个人和家庭造成的影响。其它的问题包括，出生婴儿体重过轻，儿童受到虐待和被忽视，儿童期受到伤害，意外怀孕和重复怀孕间隔期过短，以及家长维持家庭的经济收入减少等等。越来越多的证据表明，通过由护士在母亲孕期和哺乳期进行家访的综合规划可以减少这些问题的危害。家访是一项很有前途的规划策略，但是它必须做到：重点解决家庭成员对医疗的更大需要；护士的家访必须在妇女怀孕的初期开始，并持续到婴儿长到至少2岁；促进有利健康的行为，提高哺育婴儿的质量；改善家庭所处的社会和自然环境，提供帮助减轻家庭的压力。实施的干预行动包括信息、技能培养和咨询。

通过家访对青少年和/或社会经济地位低下单身母亲实施的干预行动进行了一次评价⁽¹⁾，其干预组和对照组的比较如下：

- 对社区服务有了更多的认识；
- 更经常地参加生育知识讲座；
- 极少有肝病感染发生；
- 饮食得到更大的改善；
- 吸烟量减少；

- 婴儿体重增加；
- 怀孕期延长；
- 虐待孩子现象减少；
- 报告说她们的婴儿的情绪更正常；
- 极少去急诊室就诊；
- 更经常地获得就业的机会；
- 极少再连续受孕。

这些发现变为具体的结果如下：

- 儿童被虐待现象减少（80%）；
- 极少到医院急诊部就医（38%）；
- 极少因受伤去看医生或者吸食有害物质（87%）；
- 在数月内被家访的母亲就业人数增加⁽⁸²⁾；
- 出生不满1个月的婴儿平均体重超过395g；
- 早产率降低（75%）。

继续完成学业和就业人数增加，被捕人数锐减

实例：家访和学前教育

在美国实施的 Perry 学前教育规划⁽²⁾其目标是 3~4 周岁社会经济地位低下和低智能非洲裔美国儿童，他们被评估为有高度入学困难危险的儿童。这些儿童的一半来自单亲家庭，而且所有家长的智商低、受教育水平低并且就业记录很差。

这项“从头脑开始”的规划其目标是要促进参加儿童认识、思维和社交技能以及支配学习能力的培养。这项规划包括每周上午 2 个半小时由儿童参加的课堂学习；每周下午 1 个半小时对每位母亲和儿童的家访。干预行动的重点是技能培养、帮助和咨询。这项规划的重要特点包括：发展智力的生动活泼学习课程；职工对学生的低比率——1:10；职工把家长作为合作伙伴，与他们在课堂上和家里（每月家访一次）保持密切的工作联系，向他们学习并帮助他们接触并了解学前教育的课程和他们孩子的培养；规划的管理者为职工在职业培训和管理上给予帮助。

对参加儿童 20 年来的进步进行的评价说明：

- 40% 的人几乎没有在 19 岁以前被捕；
- 高中毕业的人数增加了 35%；
- 就业人数增加了 55%；
- 与对照组比较 50% 的人极少在青少年期怀孕；
- 到 27 岁，对照组中 3 人中有 1 人曾 5 次或 5 次以上被捕，而曾

参加 Perry 学前教育规划的儿童 14 人中只有 1 人。

随着家庭治疗活动的开展，多次被捕的现象减少

实例：对青少年及其家庭成员的综合治疗

考虑到青少年处在可能被监禁的危急状态，由受过良好培训的咨询员对 4 名成员中有 1 人犯案的家庭提供了强化咨询服务。咨询员对这些家庭的成员，随时提供 24 小时的综合治疗，这主要是考虑到人际交流的互动性，并且青少年的行为问题通常可能都是由于家庭关系破裂而引起的。咨询主要是配合家庭成员心理、社会、教育和物质上的需要，达到以家庭为单位全面保护的目的。

有一项研究对社区精神卫生中心实施的综合治疗与青少年服务部实施的预防暴力服务进行了比较。两项服务平均治疗时间为 13.4 周，59 周以后进行了随访⁽³⁾，其结果说明：

- 参加青少年服务部活动的青少年自我报告陈述，受到的侵犯比参加综合治疗的青少年要多（8.6 比 2.9）。
- 接受青少年服务部服务的青少年被捕人数比接受综合治疗的青少年被捕人数要多（1.52 比 0.87）。
- 接受综合治疗的青少年 58% 没有再次被捕，而接受青少年服务部服务的青少年只有 30%。
- 接受青少年服务部服务的青少年离家出走的时间比接受综合治疗的青少年更长（16.2 周比 5.8 周）。
- 接受综合治疗的青少年在平均 10 周的时间内极少有人被监禁。
- 接受综合治疗的青少年 80% 没有被监禁过，而接受青少年服务部服务的青少年只有 32%。
- 接受综合治疗的青少年的累犯比例为 22%，接受青少年服务部服务的青少年却达到 72%。
- 青少年服务部的花费是 1.6 万美元，而综合治疗只花费了 2800 美元。

2. 以学校为基础的干预行动

2.1 可能的目标人群

学龄儿童、青少年。

2.2 基本原理

全世界入学的儿童在不断增长，学校已成为实施干预行动最方便的场所（虽然在有些国家男性儿童和女性儿童的入学率存在很大的差别，青少年中完成学业和继续就学的实际水平也大不一样）。学校教学的常规设置提供了很好的机会，把制定的信息提供和技能培训干预行动适当地包括进来。以技能培训为基础的教育也可以借助老师具有的卫生知识和他们的教学技巧得到理想的贯彻实行。学校还为实行青少年参与方法提供了机会。

2.3 可能达到的目标

通过减少怀孕和性病、HIV 感染的联合规划降低了青少年中的怀孕现象

实例：在学校针对青少年实行的自我教育

在博茨瓦纳实施的青少年自我教育咨询规划（PACT）是向 13~19 岁在校和校外的青少年提供信息、技能培训和咨询。规划的目的是要使年轻人能够对自己的性行为作出健康的选择，避免意外怀孕和 HIV 感染及性病感染，特别是要促进他们树立自信心和自我价值观。规划的另一个重要目标是要求教育和卫生行政机构、学校、家长和社区的理解并获得它们的支持。

规划在每所学校选出了 10 名青少年进行培训，然后由他们给同伴们上课，以便增长同伴们有关人类性行为和生育健康的知识；培养他们判断有利于自身健康和成长的社会环境的能力；提高他们与成年人和同伴们交流的能力；通过交流认识到不良行为会增加怀孕和感染 HIV 及性病的危险。其它向青少年提供信息的手段包括演剧、唱歌、讨论会、绘画比赛、公共辩论会、在集市设信息站及在教堂举办宗教活动等。

这是一项目标人群直接有效地参与规划的范例。干预行动的成功主要依赖于年轻人自己的行动。例如，在学校的假期间学生们不仅愿意参加规划的工作而且要求实行新的计划，就是反映他们主动性最好的证明。年轻人教育工作者直接参加了规划教育活动的设计和实施，并且在制定自我教育课程、学习辅导、编写宣传手册等工作中发挥了重要的作用。年轻人教育工作者的活动不仅影响到在校参加活动的同伴们，也影响到家庭和社区的成员。

项目的评价指出在这些学校里进行的减少因怀孕而辍学学生数目的活动中，青少年自我教育咨询规划做得最好。由青少年非政府组织（博

茨瓦纳的 YWCA) 倡导和实施的规划也赢得了广泛的喝彩, 它引起了社区、政府和国际捐助人对青少年健康更大的关注。

3. 以卫生医疗中心为基础的干预行动

3.1 可能的目标人群

儿童、青少年和成年人。

3.2 基本原理

医疗点不仅为特殊的健康问题提供诊断和治疗, 而且也能有效地提供有关健康行为的信息服务。对于某些人群, 特别是不愿意到卫生医疗中心就诊的青少年, 更显出实施卫生服务的重要——在医疗中心可以对就诊者进行评价, 取得他们的信任, 灵活地处理问题并且能够向他们提供知识和技能。

3.3 可能达到的目标

减少 HIV 感染和性病

实例: 治疗由青少年和成年人性生活引起的性病

在坦桑尼亚共和国实施的规划包括建立一个性病控制诊所和实验室, 对工作人员进行性病综合诊断和治疗培训, 实施卫生教育, 分发避孕套, 定期提供药品。他们建立了一套特别的贯彻实施系统, 由一名规划官员定期对医疗单位进行管理方面的视察; 对内部职工进行培训; 由卫生教育工作者组成小分队分期到医疗单位管辖的村庄进行巡回访问; 提供有关性病的信息。假如发展中国家 HIV 的流行不断扩大, 而且对于性病的治疗又很差, 那么这项干预行动的试验提供了一个重要的范例, 说明辅助教育干预行动的重要性, 其目的是通过改善性病的治疗, 改变有害的行为。

这项试验的结果显示, 经过 2 年时间对青少年两性的随访, HIV 感染的发生率总体降低了 42%。这个降低比例与所有配合调查的成对社区所提供的证据是一致的。在 2 年的随访中, 干预组中活性梅毒的流行是 10.4%; 而对照组达到 11.4%, 病案记录说明只有 0.9% 的病人使用了避孕套。有关行为改变的调查采用底线和随访两种方法, 调查数据表明在 2 年期间性行为没有什么变化, 因此 HIV 感染发生率降低最可能的解释是干预行动缩短了性病的平均病程, 结果有效地降低了 HIV 传播的可能性。

4. 以社区为基础的干预行动

4.1 可能的目标人群

很多。

4.2 基本原理

以社区为基础的干预行动具有涉及多种类、多学科的性质，它为配合青少年的各种需要提供了相当大的灵活性。在干预行动的实施中进行全民动员是最普遍的特色。但是，其覆盖面常常受到限制，而且其维持性也不能确定。

4.3 可能达到的目标

对青少年的成长进行全面的规划，减少包括不安全性交和吸食有害物质的危险行为

实例：青少年成长规划

在特立尼达实施的青少年规划是全民志愿者服务组织⁽⁴⁾工作的一部分。这项规划是把社区的成员团结在一起，解决共同的需要，最终使整个社区获得信心，有能力去完成制定的目标。自我发展是这种方法的关键。这意味着要采用各种学科的方法使社区的自我发展更有力量，满足它们自己的需要，达到自给自足的水平。他们建立了 40 个生活服务中心，在那里青少年从工作人员和其他参与者身上获得了思想观念和身体成长上的需要。在大多数中心，6~12 名青少年（年龄 16~19 岁）在 3 个半月的期间，每周 5 天，每天 8 小时参加规划组织的文化课程，以及自我意识和自我价值培养的学习。在学习过程中，根据与性行为有关的问题，针对吸食有害物质、性行为和其它有害健康问题的预防，提供信息并进行技能培训。规划用 6~8 个月的时间进行有关行业的职业技能培训。男女青少年从中学到了有关儿童发育、营养和抚育技能的基本知识。规划每月的成本费用为 9 美元，有 3000 名青少年从中受益。

这项由全民志愿者服务组织实施的长达 20 年的规划给予我们很多重要的经验。规划灵活地适应了社区的需求，在实行过程中，他们在政府官员极少参与的情况下，通过生动活泼和有效的学习课程为家长、青少年和儿童们提供服务。参加中心活动的社区青少年失业人数已经总体下降了 24%（15~19 岁失业人数占 47%，20~24 岁的占 38%）；10% 参加规划的青少年重返学校继续完成初中教育。75% 的人找到了工作。

全民志愿者服务组织规划的青少年退出率占 5%（政府在 1988 年实施的青少年合作规划，退出率达到 40%）。

减少酒吧间和居民区的暴力行为

实例：Julakari/土著居民夜巡规划

在澳大利亚的土著居民社区，Tennant Creek 社区是一个从地理位置上与社会隔绝的城镇，过量饮酒是这里普遍的社会消遣。一项调查发现在这里的一些社区饮酒方面的花费达到家庭支出的 27%~55%。而非土著澳大利亚人只占 6.37%。由（青少年和成年人）酗酒引起的相关问题是殴斗和造成身体与社会上的有害结果。规划的实施是由社区年长的志愿者（通常是妇女）进行社区的“巡逻”，她们与当地警察配合，把喝得醉醺醺的酒徒送到醒酒的收容所，而不是警察局。每天早晨召开社区会议调解因酗酒发生的争斗并且对侵犯他人的醉汉进行警告。所谓“惩罚”的办法，把当地话翻译过来就是“脱光衣服”。这种令人难堪的作法通常对于那些屡犯者很有威慑作用。与这种社区会议重要的配合，就是在会上宣布社区对不允许行为所作的种种规定。另外，1990—1992 年，与酗酒有关的犯罪降低了 43%（从 352 例案件降到 201 例）。越来越多喝醉的人自愿要求到收容所醒酒。

5. 工作场地的干预行动

5.1 可能的目标人群

在特殊场合工作的人。

5.2 基本原理

青少年（和成年人）由于求生存的经济原因，常常因从事工作的类型和/或工作的自然和社会环境造成了健康和成长的危害。

5.3 可能达到的目标

极大地降低 HIV 和性病感染

实例：在妓女中促进避孕套的使用

在泰国，妓女（超过 10 万人）和嫖客是最容易受到 HIV 感染的。实验计划通过强化宣传和有效地提供避孕套，强迫所有这些人必须使用避孕套。在每一个实行规划的地区，都向妓院经营者和妓女们宣传规划及其好处，并且保证规划的贯彻执行不会影响她们的收入。如果经营者

不服从规定，他们就要冒被罚款和责令关闭的危险。

到1990年，妓女使用避孕套的平均比例为60%~70%，到性病诊所就诊的人数降到50%。在泰国的两个府，Samut Sakhon府和Pitsanuloke府，在规划实施以后，妓女避孕套使用的数目从每月的1.5万只增加到5万只。妓女性病的发病率从规划实行开始前的每月13%到规划实施以后开始降到0.3%~5%。泰国73个府中的66个据报告在开始实行相同的规划⁽⁵⁾。

参考文献

1. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R. Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: a randomized trial of nurse home visitation. *American journal of public health*. 1988, 78:1436-1445.
2. Schweinhart TJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the Highscope Perry preschool study through age 27*, Ypsilanti, MI, High/Scope Press, 1993.
3. Henggler S, Cunningham PB, Pickrel SG. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of adolescence*, 1996, 19:47-61.
4. *Evaluation report on SERVOL's "Development of a non-formal programme of early childhood education and care in high risk areas"*. Utrecht, Personnel Management Services, Ltd., 1990.
5. Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% condom program in Thailand. *AIDS*, 1996, 10(1):1-7.