

# ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (14-18 ЛЕТ)

Отчет о Рабочей группе

Амстердам

6-10 июня 1977 года



ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО  
Всемирная организация здравоохранения  
КОПЕНГАГЕН

1978

ICP/MCH 010

### Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для правительств государств-членов ВОЗ, входящих в Европейский регион, а также для участников Рабочей группы по проблемам детей школьного возраста III (14-18 лет). Ограниченное количество экземпляров отчета, предназначенных для лиц, связанных с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности, имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене по адресу: WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, 2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Выраженные участниками данной Рабочей группы взгляды и точки зрения не обязательно отражают решения или установленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, либо их властей или же по вопросу определения их границ. Когда в заголовках таблиц дается обозначение "страна или район", оно подразумевает страны, территории, города или районы.

Настоящий отчет имеется также на английском и французском языках.

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. Введение . . . . .	1
1.1 Открытие совещания. . . . .	1
1.2 Задачи и цели . . . . .	2
2. Характеристики возрастной группы . . . . .	3
2.1 Популяционные характеристики. . . . .	3
2.2 Биологические характеристики. . . . .	4
2.3 Психологические характеристики. . . . .	7
2.4 Социальные характеристики . . . . .	9
2.5 Половое развитие. . . . .	12
3. Проблемы возрастной группы . . . . .	19
3.1 Биологические проблемы. . . . .	19
3.2 Психосоциальные проблемы. . . . .	30
4. Возможные решения. . . . .	40
4.1 Программы просвещения . . . . .	40
4.2 Службы здравоохранения. . . . .	46
4.3 Общие службы. . . . .	54
5. Рекомендации . . . . .	56
Приложение. Список участников . . . . .	60

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every receipt and invoice should be properly filed and indexed for easy retrieval. This is particularly crucial for businesses that deal with a large volume of transactions or those in highly regulated industries.

In addition, the document highlights the need for regular audits to ensure the integrity of the financial data. Audits should be conducted by independent parties to provide an objective assessment of the company's financial health. This process helps to identify any discrepancies or errors and allows for timely corrections.

Furthermore, the document stresses the importance of transparency in financial reporting. Stakeholders, including investors and creditors, rely on accurate and timely financial statements to make informed decisions. Therefore, it is essential for companies to provide clear and concise information about their financial performance.

Finally, the document discusses the role of technology in modern financial management. The use of accounting software and digital tools can significantly streamline the process of recording and analyzing financial data. These tools can help to reduce the risk of human error and improve the overall efficiency of the accounting department.

## 1. ВВЕДЕНИЕ

### 1.1 Открытие совещания

Рабочая группа по проблемам детей школьного возраста III (14-18 лет) была проведена Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с руководящими органами Нидерландов в Амстердаме с 6 по 10 июня 1977 г. В совещании приняло участие 20 временных советников из 14 стран Региона, 3 штатных сотрудника Регионального бюро и 1 представитель штаб-квартиры ВОЗ.

Д-р Р.О. Петерсон был избран Председателем совещания, д-р Ф. Вафельбакер - Вице-председателем, а д-р М. Вагнер исполнял обязанности Составителя отчета.

Совещание открыл д-р Д.К. Соколов (Руководитель Отдела укрепления служб здравоохранения Европейского регионального бюро), выступивший от имени Регионального директора. Собравшихся приветствовал заместитель Генерального директора Министерства общественного здравоохранения и гигиены окружающей среды Нидерландов д-р Х.А.М. Эльсен, который подчеркнул, что Амстердам, известный проблемами своей молодежи, исследованиями этих проблем и нововведениями в службах для молодежи, является весьма подходящим местом для этого совещания. Д-р Соколов осветил задачи Регионального бюро в охране здоровья семьи и новые проблемы, стоящие перед детьми и молодежью в современном обществе. Региональное бюро провело много совещаний и поддерживает сотрудничество в этой области со многими международными организациями. Он подчеркнул, что междисциплинарный характер этой Рабочей группы необходим для ее успешной работы ввиду широты и сложности проблем молодежи.

Далее д-р П. Рёниш (Региональный специалист по охране материнства и детства) осветил историческое развитие ВОЗ как на международном, так и региональном уровнях и отметил возрастающий объем работы, которая в последнее время проводится в Европейском регионе по проблеме подростков. В своем обращении к собравшимся д-р С. Алексанянц (Медицинский специалист по охране материнства и детства, штаб-квартира ВОЗ) указал на то значение, которое штаб-квартира ВОЗ придавала охране здоровья молодежи в последние три года.

## 1.2 Задачи и цели

Это совещание было последним из серии совещаний трех рабочих групп, созданных Европейским региональным бюро для изучения проблем детей школьного возраста отдельно в возрастных группах 5-9, 10-13 и 14-18 лет. Эти совещания должны были разработать основу для лучшего понимания проблем детей и подростков в обществе, которые будут темой конференции ВОЗ в 1978 г.

Рабочая группа согласилась с тем, чтобы отчеты об этих трех совещаниях имели одинаковый формат, что унифицирует документацию по этому вопросу. Эти три рабочие группы должны рассматриваться как одна серия, а настоящий отчет - как продолжение отчетов о первых двух совещаниях.<sup>а,б</sup> В интересах большей непрерывности было решено, что задачи и цели настоящего совещания должны как можно больше соответствовать задачам и целям предыдущих двух встреч.

Несмотря на большие различия внутри и между странами, для составления общей картины необходимо учитывать все районы Региона, так как в каждой стране есть молодые люди, которые в том или ином плане находятся в невыгодном положении. В соответствии с принятым решением совещанию предстояло рассмотреть все проблемы данной возрастной группы (медико-санитарные, образовательные и социальные), а также все службы (школьные службы здравоохранения и службы вне школ, образовательные, социальные и психологические службы), предназначенные для молодежи. Хотя широкий круг обсуждаемых вопросов не позволил подробно рассмотреть какую-нибудь проблему или службу, совещание составило общую картину положений в этой области, выявив проблемы, а также накладки, пробелы и недостатки в работе служб.

---

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы детей школьного возраста (5-9 лет). Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1977 (документ ICR/MCH 004)

<sup>б</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы детей школьного возраста (10-13 лет). Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1978 (документ ICR/MCH 006)

## 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Рабочая группа уделила существенное внимание биологическим, психологическим, социальным и половым характеристикам молодых людей. Все участники согласились, что несмотря на использование в предыдущих двух отчетах и в названии нынешнего отчета слово "дети", оно не подходит для рассматриваемой возрастной группы, и в качестве синонимов для обозначения людей в возрасте 14-18 лет следует использовать слова "подросток", "юноша", "молодежь" и "молодой человек". Сюда, естественно, входят различного рода учащиеся, молодые рабочие, а также школьники старшего возраста.

### 2.1 Популяционные характеристики

Число молодых людей этого возраста в Европе дается в Таблице 1 (Европейский регион ВОЗ географически не полностью совпадает с Европой, однако имеет те же общие тенденции).

Показанные в этой таблице тенденции во многом совпадают с тенденциями в группах детей 5-9 и 10-14 лет, описанных в отчетах первых двух рабочих групп. В течение 15 лет, с 1965 по 1980 гг., число детей в мире в возрасте 5-18 лет увеличится на 30%, однако это увеличение произойдет за счет

Таблица 1. Число населения (1965-1980 гг.) в возрасте 15-19 лет (по географическим районам - в тыс. человек)

Год	Европа	Западная Европа	Южная Европа	Восточная Европа	Северная Европа	СССР
1965	35 330	10 734	10 022	8 131	6 443	18 467
1970	36 499	10 869	10 378	9 460	5 792	22 605
1975	37 398	11 474	10 788	9 113	6 023	24 174
1980	38 219	12 308	11 257	7 993	6 662	23 135

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population prospects, Population Studies No. 53, New York, 1973

предполагаемого численного роста этой возрастной группы в развивающихся странах. В Европейском регионе наблюдается та же тенденция, поскольку численный прирост 14-18-летних является большим в развивающихся районах Региона. В Восточной Европе наблюдается общее уменьшение числа молодых людей данной возрастной группы. Эти различия - суть результата изменений коэффициентов рождаемости в различных частях мира.

## 2.2 Биологические характеристики

Период между 14-18 годами характеризуется интенсивным физическим, половым, психологическим и социальным ростом. Рабочая группа еще раз отметила тот факт, что рост различных параметров происходит в интегрированной и взаимозависимой форме. Хотя изолированное изучение во время дискуссии любого отдельно взятого параметра, такого как биологическое развитие, будет искусственным, это способствует его лучшему пониманию при условии, что не упускается из виду интегрированный характер всех параметров.

Биологическое развитие молодежи имеет четыре элемента: усиленный рост, рост и развитие половых желез, появление вторичных половых признаков и развитие других систем организма, позволяющих организму активно вырабатывать энергию. Усиленный рост начинается с ускорения роста жировых тканей, приводящего к временной "округлости" линий тела. За этим следует усиленный рост костей, ведущий к временной "тонкости" линий фигуры, сопровождаемой ослаблением связок и сутулостью. Затем убыстряется рост мышц, который заканчивается формированием взрослой фигуры человека. Возраст начала и завершения различных фаз этого усиленного роста может значительно варьироваться, в связи с чем можно наблюдать такое большое разнообразие размеров и форм подростков одного хронологического возраста.

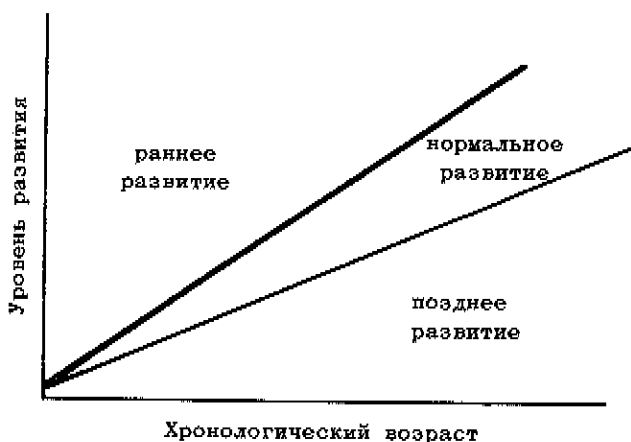
В то время как рост и развитие половых желез и появление вторичных половых признаков начинается одновременно с периодом усиленного роста, их изначальные внешние проявления наблюдаются немного позже, например, начало менструации начинается в первый раз примерно через шесть месяцев после наивысшей точки усиленного роста. Физиологические изменения, связанные с развитием других различных систем (респираторной, кровообращения, нервной и мышечной), хотя и менее заметны для подростка, но играют такую же большую роль в

формировании организма взрослого человека. Данные физиологические изменения, содействующие также разделению мужских и женских функций, включают в себя увеличение мышечной силы (у мужчин больше, чем у женщин), коэффициент обмена веществ (у женщин больше, чем у мужчин), кровяное давление (у мужчин выше, чем у женщин), понижение частоты пульса (у мужчин больше, чем у женщин), а также увеличение концентрации гемоглобина (у мужчин больше, чем у женщин), увеличение респираторной функции (у мужчин больше, чем у женщин) и работоспособность (у мужчин больше, чем у женщин).

В последнее время все фазы биологического роста и развития молодежи сдвигаются к более ранним возрастам. Так например, за последние 200 лет возраст прохождения наивысшей точки усиленного роста среди девушек понизился с 16 до 12 лет и продолжает понижаться примерно на девять месяцев каждое следующее поколение. Половое созревание начинается в странах Европейского региона в разном возрасте и варьируется также внутри стран, и обычно начинается раньше в городских, а не в сельских районах. В связи с этим каждой стране следует разработать свои собственные стандарты биологического развития детей и молодежи. Предполагают, однако без доказательства, что раннее половое созревание является результатом улучшения жилищных условий, здравоохранения, питания и окружающей среды.

Реакции на заметные биологические изменения подростков (со стороны взрослых, родителей, сверстников, учителей и других членов общества) во многом влияют на общее развитие молодых людей. Если биологическое развитие началось необычно рано, еще до того, как произошли обычные сопутствующие психосоциальные изменения, то подросток сталкивается с проблемой адаптации. Если биологическое развитие необычно позднее, период достижения нормальных для этого возраста признаков также растягивается (см. Рис. 1), одним из результатов чего бывает такое положение, когда поздно развившийся человек может находиться в нормальном состоянии развития, однако будет считать себя и/или считаться сверстниками ненормальным. С возрастом очевидно проявляется больше разнообразия в уровне развития. Это имеет большое значение для работы с подростками старшего возраста в большинстве стран Региона, которые в таком возрасте все чаще и чаще продолжают учиться в школе.

Рис. 1. Структура развития



Несоответствие между хронологическим и биологическим возрастом, которое является самым большим в подростковый период, имеет, по мнению Группы, два важных последствия для подростков и общества. Прежде всего, было высказано мнение, что хронологический возраст не следует использовать как единственный или наиболее важный критерий при оценке молодежи или при создании для нее медико-санитарных, образовательных или социальных служб, так как потребности в физической активности (физическом воспитании, спорте) больше зависят от уровня биологического развития, а не от возраста; принимаемые в больницах решения о том, послать ли подростка в детское или взрослое отделение, лучше основывать на индивидуальном подходе и скорее на уровне развития, чем на закреплённом в правилах возрасте, и т.д. Вторым последствием является важность ознакомления детей с принципами биологического развития, в том числе вариациями в половом созревании до или в начале полового созревания. Было высказано мнение, что этот предмет необходимо преподавать всем имеющим дело с молодежью людям, включая родителей, учителей, психологов, социальных работников, врачей, медицинских сестер и т.д. Таким образом это позволит избежать неправильных психологических реакций на разновидности биологического развития как среди подростков, так и тех, кто их окружает, и даст

возможность постепенно изменить оценку молодежи и предназначенных для работы с ней служб, а также принимать за основу уровень фактического развития, а не возраст.

Рабочая группа также обсудила отклонения в биологическом развитии молодежи: задержку полового развития и раннее созревание, недоразвитость и чрезмерное развитие. Очевидно, что подозреваемые на такие симптомы люди нуждаются в медицинском обследовании в целях исправления такой патологии. Такое обследование должно включать оценку карты роста, медицинскую историю семьи и возраст кости. Рабочая группа единодушно признала, что пока что знания о положительном или отрицательном воздействии лечения (включая гормональную терапию) нарушений процесса роста и развития еще недостаточны для того, чтобы делать какие-то конкретные рекомендации.

### 2.3 Психологические характеристики

Существует несколько разных теоретических школ по вопросу нормального психологического развития подростков, каждая из которых имеет несколько другую точку зрения и несколько другой объект главного внимания: биологическое развитие, опыт прошлого, сегодняшние социальные потребности и т.д. Однако все согласны с тем, что: 1) юность или процесс превращения ребенка во взрослого является естественным процессом; 2) с этим процессом связан целый ряд психологических характеристик, включая приобретение взрослых способностей к абстрактному мышлению, биологическую зрелость в совокупности со временной социальной незрелостью, вызывающих временный психологический стресс, идеологическую нестабильность, влияющую на эмоциональную привязанность (меньше к родителям и больше к сверстникам), иногда отрицательные последствия (включая замкнутость, непокорность), стремление к независимости и формирование личности; 3) процесс неминуемо вызывает своего рода конфликт между молодыми и миром взрослых; и, наконец, 4) данный конфликт усугубляется сложностью и быстро меняющимся характером современного общества.

Особое внимание Рабочая группа уделили вопросам формирования личности подростков и их интеграции с обществом и окружающим их миром. В более простых и спокойных обществах, какие можно видеть в сельских и развивающихся районах Европейского региона, может иметься мало примеров для

собственного развития, выбор своей роли может быть ограничен, а число потребностей — умеренным, вследствие чего формирование личности завершается сравнительно быстро. В противоположность этому, в быстро меняющихся раздробленных сложных обществах, таких как городские районы и более развитые части Региона, формирование личности может быть затруднено и растянуто на длительный период времени. Более того, надлежащий процесс формирования во многом зависит от наличия соответствующего примера (другого человека, являющегося образцом для подростка). В более традиционных областях Региона, где семейные связи все еще сильны, подобными моделями обычно служат родители. В менее традиционных областях, где семейные связи в семье подростка бывают ослабленными, соответствующие примеры для подражания являются не менее важными. И, наконец, эта необходимость использовать родителей в качестве моделей для формирования личности в определенной степени противоречит одновременной с этим и не менее важной задаче достижения независимости. Насколько хорошо молодой человек выполняет эти две задачи, одновременно используя родителей в качестве моделей личности и отдаляясь от них, в большой степени зависит от того, как родители реагируют и справляются с воспитанием своего молодого человека.

На процесс юношеского психологического развития явно воздействует двойственный характер взаимоотношений между подростком и родителем. Возникающие во время этого процесса проблемы могут происходить как от одной, так и от обеих сторон. Необходимо помнить, что в то время как молодость является трудной фазой, родители этих молодых людей сами обычно находятся в возрасте 30 и 40 лет, который также является трудным периодом жизни и может создавать свои собственные проблемы. Если молодые люди и их родители нормальны, то возникающие проблемы, возможно, могут быть разрешены с помощью просвещения обеих сторон о возможности вариаций в развитии подростка. Если нормальны родители, а подросток нет, то в решении проблемы должны участвовать службы для молодежи, а также службы просвещения и помощи родителям. Если нормален подросток, но родители нет, то в поисках решения должны участвовать службы для родителей, а также службы просвещения и помощи молодежи. Если же ненормальны и родители и подросток, то для решения проблемы потребуются усилия служб и систем помощи всей семье. В связи с быстрыми изменениями общества в наши дни, родители могут запутаться в своих отношениях и реакциях на общество и подростка, как

бы хорошо они ни были приспособлены сами. Это смятение в свою очередь может нанести ущерб их роли личного примера.

В процессе юношеского психологического развития также участвует коммунальное местное население и общество в целом. Всевозрастающая сложность современного общества повлияла на подростковый период (время, когда человек уже не ребенок, но еще и не может действовать как взрослый) через: 1) увеличение его продолжительности, 2) увеличение потребности периода, 3) уменьшение имеющихся возможностей. Однако общество и особенно местная группа населения может оказать большую помощь в этом процессе юношеского психологического развития несколькими путями: школа может дать детям и подросткам больше знаний о нормальном юношеском психологическом развитии; можно организовать систему подготовки родителей и будущих родителей подростков; можно организовать вспомогательные службы для родителей трудных подростков; для тех семей, где нет примера для подражания, его можно найти либо в школе, либо по месту жительства.

#### 2.4 Социальные характеристики

Процесс социализации ребенка описан более детально в отчете предшествующей Рабочей группы по проблемам детей школьного возраста II (10-13 лет).<sup>а</sup> Этот процесс продолжается во время возрастного периода 14-18 лет, однако в это время возникают новые специфические проблемы, такие как переход от обязательного обучения к началу трудовой деятельности

---

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы детей школьного возраста (5-9 лет). Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1977 (документ ICP/MCH 004)

или высшего образованию. Характеристики этих новых проблем социализации молодых людей также рассмотрены в предыдущих публикациях ВОЗ.<sup>а</sup>

Более новые проблемы социализации этой возрастной группы в Регионе в большой степени исходят от определенных черт индустриального и постиндустриального общества, которое ставит подростков перед целым рядом парадоксов. Первый из них, являющийся причиной типичного сейчас конфликта между подростком и обществом, заключается в том, что во время формирования личности подростка общество почти не предлагает ему никаких семейных моделей, которым он мог бы следовать. Чрезвычайно быстрые изменения общества, приводящие к хорошему известному разрыву между поколениями, уменьшают или сводят на нет функцию родителей в качестве примера, и подростку приходится искать им замену в этой сложной системе индустриального общества. В связи с этой проблемой большое число молодых людей берут пример с героев кино и телевидения или спорта, или же местных героев, таких как предводители групп сверстников.

Второй парадокс заключается в том, что общество требует от подростка признания своих ценностей и стандартов, нынешняя быстрота социальных изменений и сопутствующее ей разрушение традиционных ценностей и стандартов одновременно затрудняет для подростков процесс распознавания и последующего закрепления соответствующего ряда ценностей и стандартов в их собственной жизни.

---

<sup>а</sup> 1) Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы неправильного социального поведения и правонарушений подростков и молодежи. Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1974 (документ EURO 5425 III)

2) WHO Technical Report Series, No. 609, 1977 (Health needs of adolescents: Report of a WHO Expert Committee)

3) WHO Technical Report Series, No. 613, 1977 (Child mental health and psychosocial development: Report of a WHO Expert Committee)

4) Европейское региональное бюро ВОЗ. Основные проблемы преступности несовершеннолетних. Отчет о Симпозиуме. Копенгаген, 1975 (документ EURO 5430 III)

Третий парадокс заключается в том, что в то время, как для подростка важная задача заключается в том, чтобы сформировать свои цели в жизни надолго вперед, и в том числе найти свое место в обществе, современная молодежь часто ставит себе такие цели, которые критикуются взрослыми как непоследовательные или несостоятельные. Неприемлемость целей является, по крайней мере, частично результатом отсутствия в большей части Европейского региона подходящего места для молодых людей из-за все увеличивающейся нехватки рабочих мест, приводящей к высокому уровню безработицы среди молодежи.

Наличие этих парадоксов приводит к отсутствию должным образом спланированной модели вступления подростков во взрослое общество. Вследствие этого многие молодые люди планируют свое собственное вступление в мир взрослых и разрабатывают другие возможные решения этой проблемы. Некоторые из этих решений могут быть в общем положительными и приводить к формированию других образов жизни, которые соответствуют ценностям общества, но одновременно позволяют молодежи находить выход своему творчеству (такие как музыка). Однако другие варианты могут быть вредными и выражаться в отрицании ценностей общества, в саморазрушающих элементах поведения в форме алкоголизма, наркомании, самоубийств, попыток к самоубийству, а также в такой форме демонстративного неповиновения властям, как преступления и даже терроризм.

Общество в свою очередь реагирует на эти многочисленные решения по-разному. На уровне семьи родители скорее всего уже не знают, какие ценности и стандарты должны лечь в основу их авторитета. На коммунальном уровне и в широких слоях общества эта реакция зачастую сводится к прямым репрессиям по отношению к этим возможным решениям вопроса; иногда к сомнительным попыткам понять их значение (например легализация использования наркотических средств); но иногда и к разработке профилактических программ, содействующих выработке скорее позитивных, чем негативных других возможных решений.

Процесс социализации молодых людей в возрасте 14-18 лет имеет большое значение для работы служб здравоохранения. Так, для многих подростков традиционный образ работника здравоохранения ассоциируется с представителем власти, и поэтому в программах санитарного просвещения часто возникают психологические трудности при работе с людьми этого возраста.

Подобные соображения лежат в основе многих решений вопроса о построении служб для молодежи, выдвинутых в разделе 4 этого отчета.

## 2.5 Половое развитие

Развитие полового сознания у личности является длительным и сложным процессом, с которым связано взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов. Этот процесс начинается в раннем детстве и включает в себя чувство принадлежности к полу - т.е. развитие глубокого осознания себя мальчиком или девочкой. Начало полового формирования нужно искать в раннем детстве, а именно: во внешних проявлениях поведения, свойственного мальчику (мужчине) или девочке (женщине). Соответствующее развитие как сознания половой принадлежности, так и половой роли во многом зависит от психосоциального окружения ребенка.

С началом половой зрелости начинается новая стадия полового формирования. Биологические изменения, включая быстрый рост репродуктивных органов, накопление и выделение половых гормонов, вызывают появление вторичных половых признаков (волосы на теле, фигура взрослого человека и т.д.). В свою очередь эти биологические изменения в соединении с психосоциальной окружающей обстановкой стимулируют быстрый рост полового влечения и соответствующе связанного с этим поведения.

Одна из форм такого полового влечения и поведения направлена на самого себя. Хотя изучение своего собственного тела, а иногда и мастурбация являются обычными явлениями среди детей, такое поведение, естественно, усиливается в период полового созревания. Онанизм сейчас считается естественным и здоровым явлением для подростков (и для взрослых тоже) и не рассматривается как признак морального падения, если только он не заменяет все остальные формы секса.

Еще одной быстроразвивающейся в молодости формой полового влечения и поведения является предпочтение к объекту специального интереса, основанное на сексуальных соображениях. В раннем подростковом возрасте юноши, как правило, тесно дружат с лицами того же пола, и неудивительно, что такая связь может иногда носить гомосексуальный характер. Однако сохранение подобного гомосексуального поведения в более поздний период молодости и во взрослом возрасте вплоть

до отказа от связей с лицами противоположного пола остается все еще слабоизученным явлением. Необходимо, однако, распознавать и признавать существование этого явления и учитывать его при развертывании служб для данной возрастной группы.

В большинстве случаев возрастной период в 14-18 лет сопровождается быстрым развитием влечения к лицам противоположного пола. Хотя этот интерес и поведение имеют явно биологическое происхождение, способ их развития и выражения во многом зависит от принятых в семье ценностей и стандартов, а также от общественной и культурной обстановки. Половую жизнь человека можно разделить на: период ухаживания; первые половые сношения; обычную половую жизнь, половые сношения с применением противозачаточных средств; совместное проживание и создание семьи.

Период ухаживания заключается в социальной и физической близости двух людей до вступления в брак (обычно подразумевает и половую связь, но в данном отчете этот вопрос рассматривается отдельно). Несмотря на большие различия в поведении подростков в этот период среди разных культур и подкультур Европейского региона, часто можно наблюдать связанную с возрастом последовательность событий, начиная от групповых социальных отношений двух полов, далее через социальную близость лишь одной пары (назначение свиданий) до физического контакта двух людей (поцелуй, ласки и стимулирование половых органов).<sup>а, б</sup>

Хотя в области сексуальных привычек подростков проведено лишь небольшое число исследований, их результаты свидетельствуют о снижении возраста вступления в первый половой контакт. Ряд более последних примеров из Европейского региона показывает, что: в Швеции в 1976 г. средний возраст вперные вступающих в половую связь как молодых мужчин, так и

---

<sup>а</sup> Kooy, G. Jongeren en seksualitet /The young person and sexuality/, 1976

<sup>б</sup> Schofield, M. The sexual behaviour of young people. London, Longmans, 1965

женщин составлял 16 лет;<sup>а</sup> в Югославии в 1975 г. среди 16-летних подростков 55,8% мальчиков и 17,7% девочек уже вступали в половые сношения, а среди 18-летних таких было соответственно 64,4% и 31%;<sup>б</sup> в Соединенном Королевстве примерно четверть 15-летних подростков имели регулярные половые контакты, а примерно 10% из них вступали в половой акт;<sup>в</sup> в Дании в 1970 г. средний возраст вступивших впервые в половую связь составлял 16 лет для молодых людей и 17 лет для молодых женщин, а 53% мужчин и 44% женщин начали половую жизнь до достижения ими 17 лет;<sup>г</sup> также в Дании в 1975 г. 5% 14-летних подростков в сельской местности уже имели первый опыт половой связи.<sup>д</sup>

Очевидно, что возраст начала регулярных половых сношений также снижается, хотя подтверждения этому еще менее систематичны. Пример таких данных поступил из Дании, где в 1970 г. было зарегистрировано, что 38% юношей в возрасте 15-17 лет, 55% юношей в возрасте 18 лет, 56% девушек в возрасте 15-17 лет и 74% молодых женщин в возрасте 18 лет<sup>е</sup> имели половые сношения один и больше раз в неделю.

---

<sup>а</sup> Sundström, K. Young people's sexual habits in today's Swedish society. Current Sweden, 125, The Swedish Institute (1976)

<sup>б</sup> Stampar, D. Contraception in adolescence. Paper presented at a Meeting on Contraception in Adolescents, Amsterdam, 20-22 April 1975

<sup>в</sup> Williamson, J.D. Social and psychological risks. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (unedited document ICP/MCH OLO BD4, 4 May 1977)

<sup>г</sup> Henriksen, O. & Høgh, E. Storbyungdom livsstil og sexvaner /Young people of the capital. Lifestyle and sexual habits/. Copenhagen, 1970

<sup>д</sup> Hesselund, H. Unpublished manuscript

<sup>е</sup> Henriksen, O. & Høgh, E. op.cit.

Гораздо больше информации имеется об использовании противозачаточных средств среди молодежи. Среди подростков Региона наблюдаются большие различия в использовании противозачаточных средств, о чем свидетельствуют следующие исследования. В Югославии с 1975 г. только 25% молодых женщин в возрасте 15-19 лет применяли противозачаточные средства.<sup>а</sup> В Великобритании в 1974 г. 95% молодых женщин в возрасте 10-20 лет никогда не пользовались подобными средствами.<sup>б</sup> В Дании в 1970 г. 85% молодых мужчин и 80% молодых женщин регулярно пользовались контрацептивами.<sup>в</sup>

Выбор контрацептива подростками является важным вопросом. Презервативы и прерывание акта перед моментом эякуляции больше распространены среди подростков младшего возраста, в то время как диафрагма и оральные контрацептивы (таблетки) более популярны среди молодежи старшего возраста. Все еще часто применяется метод расчета безопасных после менструаций дней, но его эффективность зависит от регулярности менструаций и требует крепкой самодисциплины. Оба этих фактора у молодых людей часто отсутствуют. К сожалению, эти исследования также показывают, что большое число ведущих половую жизнь подростков вообще не используют никаких противозачаточных средств.

Каждый способ предохранения от беременности имеет особые последствия для подростков. Метод прерывания полового акта может быть эффективным, однако требует определенной степени самодисциплины, не характерной однако для многих молодых людей. Презервативы считаются безопасным и рекомендуемым методом для молодых людей. Они легкодоступны в большинстве районов Региона, выполняют дополнительную защитную функцию против передаваемых половым путем болезней и активно пропагандируются среди молодых людей в определенных странах. Диафрагма также безопасное и эффективное средство, но требует определенной степени понимания и планирования,

---

<sup>а</sup> Stampar, D. op. cit.

<sup>б</sup> Stewart, M. Birth control clinic for teenagers. Family Planning, 23: 10-23 (1974)

<sup>в</sup> Henriksen, O. & Nøgh, E. op. cit.

что часто отсутствует среди подростков. Внутриматочные средства (IUD) становятся все более популярными среди молодых женщин за последние 10 лет. Они надежны, не требуют отказа от чего-либо и не влияют на менструальный цикл. Оральные контрацептивы (таблетки) представляют собой особую проблему для молодых женщин-подростков. Процесс биологического созревания, возможно, завершается полностью через 2-3 года после начала первых менструаций. Мы еще не обладаем достаточными знаниями о воздействии гормональных противозачаточных средств, принимаемых во время созревания организма, и поэтому молодым женщинам, подвергающимся риску полового контакта и нежелательной беременности в течение раннего периода молодости, рекомендуется пользоваться нестероидальными противозачаточными средствами.

Подобное слабое использование противозачаточных средств среди молодежи объясняется незнанием различных имеющихся методов, а также расхождением между теорией и практикой. Исследования в одной из стран Региона с установившейся и хорошо развитой программой полового воспитания в общественных школах показали, что информация о противозачаточных средствах дается в школе позже, чем сведения о зачатии, хотя применение противозачаточных средств возрастает, если соответствующая информация дается на более ранней стадии;<sup>а</sup> 80% молодых женщин в возрасте 15-19 лет никогда не получали личных консультаций по вопросам предохранения,<sup>б</sup> и лишь 25% подростков считают себя соответствующе осведомленными относительно данных средств.<sup>в</sup> Литература также показывает, что во многих индустриально развитых государствах, имеющих обычно высокий процент женщин-подростков, которые получили половое воспитание и знакомы с противозачаточными методами, многие

---

<sup>а</sup> Hertoft, P. Unge maends seksuelle adfaerd, viden og holdning /The sexual behaviour, knowledge and attitudes of young men/. Copenhagen, 1968

<sup>б</sup> Ussing, J. & Bruun-Schmidt, H. Nogle resultater fra fertilitetsundersøgelsen /Some results of investigation into fertility/. Social Research Institute, Study 22, Copenhagen, 1972

<sup>в</sup> Henriksen, O. & Høgh, E. op. cit.

все еще не применяют эти знания на практике. Результаты одного исследования<sup>а</sup> подсказывают три объяснения этому факту: женщины-подростки не знают, где достать противозачаточные средства; плохо понимают эти методы и боятся их; твердо уверены, что не забеременеют. Такое отсутствие знаний и разрыв между теорией и практикой применения противозачаточных средств имеют серьезные последствия для организации просвещения и служб (см. раздел 4 ниже).

Последняя стадия полового развития - это совместное проживание и формирование семьи. В настоящее время здесь мы также сталкиваемся с нехваткой систематической документации. Известно, что в большинстве индустриально развитых районов Европейского региона (и всего мира) возраст первого вступления в брак увеличивается. Это, по крайней мере, частично является результатом увеличения времени, необходимого в этих странах для завершения образования и/или подготовки, а также результатом желания отложить брак и детей до того момента, когда будущая карьера уже будет определена.

В Великобритании и, несомненно, в ряде других стран Региона за первым вступлением в брак обычно следует первая беременность, однако следующим, связанным с возрастом, образом: среди молодежи в возрасте до 15 лет все беременности имели место до вступления в брак и 60% из них было прервано искусственным абортom без вступления в брак, в то время как в возрасте 16-19 лет наблюдается тенденция к снижению числа искусственных абортов и "вынужденной" (после беременности) женитьбе.<sup>б</sup>

Однако то, что происходит до вступления в брак, еще не было документировано соответствующим образом. Благодаря более раннему возрасту полового созревания и, соответственно, более ранней половой жизни, психосоциальное развитие отстает от биологического. В некоторых районах Региона одним из результатов подобного отставания явился постоянный рост сожителства (совместного проживания) до вступления в

---

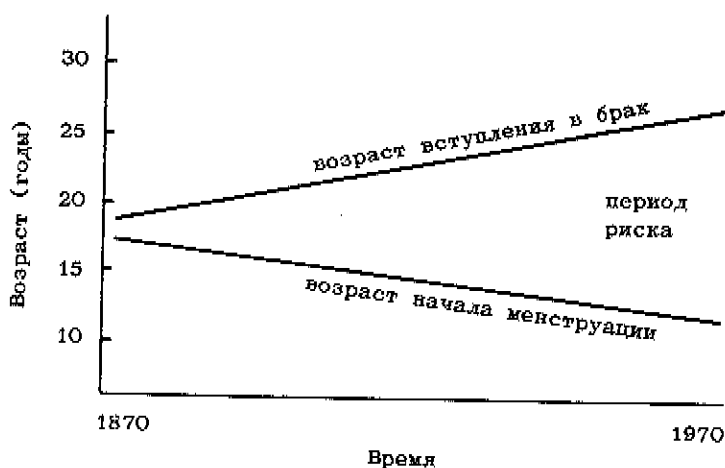
<sup>а</sup> Kinch, R. & Kruger, E. Some sociomedical aspects on adolescent pregnancy. Int. J. gyn. Obstet., 8: 480-486 (1970)

<sup>б</sup> Jeanneret, O. That awkward age. World Health, WHO, Geneva (December 1976)

брак. Сожителство может помочь молодым подросткам более старшего возраста дополнить их уже начавшееся развитие физической близости через дальнейшее углубление их психосоциальной сексуальности. В любом случае совершенно очевидно, что среди молодых людей более старшего возраста (и взрослых людей молодого возраста) растет тенденция к совместному проживанию в течение более или менее длительного периода времени до вступления в брак. Необходимо распознавать и признавать существование этого явления при планировании программ просвещения и служб (см. раздел 4).

Снижения возраста начала полового созревания, первого полового сношения и увеличения возраста вступления в брак создадут все вместе еще одну особенность полового развития сегодняшней молодежи, а именно: большой период опасности беременности среди фертильных пар, не вступивших в брак и не желающих иметь детей. Схематически это отражено в Рис. 2. Этот увеличивающийся период риска играет серьезную роль в развитии половых проблем молодежи (см. раздел 3.1 ниже) и в развитии программ просвещения и обслуживания для молодежи (см. раздел 4 ниже).

Рис. 2. Увеличение периода опасности беременности



Как мы видели, развитие сексуальности подростков тесно связано с ценностями и стандартами общества, в котором ониращаются, и имеет много последствий, затрагивающих этику, религию, работу, семейную и социальную структуру. Поэтому каждому обществу в Европейском регионе необходимо сделать оценку данной тенденции полового формирования личности в своих собственных терминах и разработать программы просвещения и обслуживания, которые бы соответствовали их собственным ценностям и стандартам.

### 3. ПРОБЛЕМЫ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

В интересах дискуссии Рабочая группа разделила проблемы, связанные с нынешними тенденциями развития подростков, на две категории: биологические и психосоциальные. Группа, однако, неоднократно отмечала искусственный характер подобной классификации, очевидные накладки и, важнее всего, взаимодействие между данными двумя аспектами единого явления. Одновременно были рассмотрены несколько потенциальных решений этих проблем. Более общие предложения Рабочей группы представлены ниже в разделе 4.

#### 3.1 Биологические проблемы

##### 3.1.1 Смертность и заболеваемость среди молодежи

Среди подростков и детей школьного возраста в развитых странах зарегистрированы самые низшие коэффициенты смертности во всем мире. Риск смерти составляет 1 или 2 случая на 1000 в год. Большой риск для мальчиков, уже заметный в младенчестве, возрастает вместе с возрастом. В рассматриваемой возрастной группе коэффициент смертности в два или три раза выше для молодых мужчин, чем для молодых женщин.<sup>а</sup> Главной причиной смертности являются несчастные случаи, которые рассматриваются подробнее ниже. От них намного отстают две другие причины смертей среди молодых людей, имеющие второстепенное значение: лейкемия и злокачественные опухоли, а также самоубийства (также см. ниже). Инфекции

<sup>а</sup> Jeanneret, O. op. cit.

потеряли свою прежнюю роль как причина смертности, хотя все еще представляют серьезную проблему в менее развитых районах Региона.

На совещании указывалось, что несмотря на низкий коэффициент смертности среди подростков, картина заболеваемости, явно представляющая собой более важный показатель состояния здоровья, является более расплывчатой. На каждый смертельный случай приходится несколько несмертельных, на каждое совершенное самоубийство приходится несколько попыток к самоубийству. Однако данные по заболеваемости еще неполны, предвзяты и недостаточны. Большинство имеющихся данных поступают из учреждений медицинской помощи, таких как больницы, и отражают лишь незначительную часть заболеваемости подростков. Например, хотя большинство специалистов признают, что прыщи, вероятно, представляют наиболее распространенное физическое нарушение в юности, повседневно беспокоящее пораженных ими подростков, они обычно не фигурируют в тех скудных данных заболеваемости, которые имеются. Рабочая группа поддержала рекомендации двух предшествующих совещаний об улучшении системы сбора информации о заболеваемости среди детей и молодежи. Участники также настоятельно рекомендовали привлекать к любому процессу сбора подобных данных школьные службы здравоохранения.

Несчастные случаи, представляющие собой проблему громадных размеров, являются главной причиной смертности и одной из основных причин заболеваемости в этой возрастной группе. Смертельные случаи гораздо более широко распространены среди молодых мужчин, чем среди молодых женщин. В одной из стран Региона мужская смертность только от несчастных случаев превысила общую женскую смертность среди молодежи.<sup>а</sup> В другой стране 6 и 10 смертных случаев среди мужчин и 3 из 10 подобных случаев среди женщин молодого возраста были результатами несчастных случаев. Дорожно-транспортные происшествия представляют собой наиболее распространенную причину смертельных случаев среди подростков, на которые приходится примерно одна треть коэффициента смертности от несчастных случаев. Среди подростков младшего возраста больше всего дорожно-транспортных происшествий со смертельным

---

<sup>а</sup> Jeanneret, O. op. cit.

исходом случается среди мотоциклистов или водителей мопедов. Каждый год молодой мотоциклист имеет 1 шанс из 50 быть убитым или серьезно травмированным за рулем такой машины. Среди подростков старшего возраста автомобиль быстро приобретает репутацию машины смерти. Травматизм от несчастных случаев среди молодежи документирован менее подробно, но также имеет свое значение. Не менее 12,5% всей заболеваемости в этой возрастной группе может быть отнесено на счет травм от несчастных случаев. Однако, если учесть, что лишь одна четвертая пострадавших во время несчастных случаев получает медицинскую помощь, то эта цифра, естественно, отражает лишь ничтожную часть общей картины. Другим источником смертности и травматизма молодежи являются случаи на производстве, которые также плохо документированы. Только что пришедшие на производство подростки не имеют опыта и не знают многих опасностей производства, что часто приводит к ЧП.

Рабочая группа рассмотрела причины такого большого числа серьезных несчастных случаев в юношестве. Эти причины многосторонни и сложны. В их числе плохая координация как следствие усиленного роста организма, неопытность в обращении с оборудованием, предназначенном для взрослых людей, таким как мотоциклы, автомашины и промышленное оборудование; стремление узнать пределы нового для них мира взрослых; еще не полностью осознанное понятие (болезнь) смерти; необходимость подвергаться явному риску для демонстрации, якобы, взрослой храбрости; использование психотропных средств, ухудшающих координацию и оценку ситуации. Вероятно наиболее важной общей причиной является то, что социально обусловленное и определенное вынужденное продолжение детства до все более старшего подросткового возраста неминуемо приводит к более или менее увеличившемуся стрессу на протяжении всего юношества. Хорошо известно, что находящиеся в стрессе люди слабее концентрируют свое внимание, хуже координируют свои действия и оценивают обстановку.

Было предложено, что в решении проблемы несчастных случаев в этой возрастной группе следует концентрировать внимание на контроле доступа к потенциально опасным машинам (мотоциклам, автомобилям, промышленному оборудованию); на контроле доступа к психотропным средствам; на разработке других возможных путей более безопасной проверки пределов (например мотоциклетные парки с предохранительным

оборудованием); на определении "любителей риска"; и выявлении лиц с опасными уровнями стресса.

Существует три направления работы по реализации выше-сказанного: научные исследования, просвещение и законодательство. Исследования в этой сфере должны быть направлены главным образом на изучение различных подгрупп разнородного подросткового населения: безработных выпускников школ, молодых родителей, потребителей психотропных лекарственных средств, любителей риска и т.д. Программы просвещения должны переключиться с простых запретов на подходы, в которых главный упор делается на изменяющие и вызывающие стресс социальные давления и на отыскание менее опасных путей снижения этого стресса. Примером подобных программ просвещения может быть поощрение героев-подростков (как героев в сфере культуры, таких как звезды рок-музыки, так и местных героев, вроде вожаков групп сверстников) к деятельности в качестве положительных моделей. Законодательные программы должны контролировать доступ к опасному оборудованию и психотропным средствам, а также содействовать разработке официальных, но тем не менее достаточно интересных мероприятий, позволяющих проверять пределы и снижать стресс.

### 3.1.2 Питание молодежи

Другой отмеченной участниками важной проблемой молодежи является вопрос о неправильном питании. Если вспомнить, что неправильное питание означает не только недостаточную, но также избыточную и неправильно составленную диету, то такого рода питание, естественно, становится проблемой как развитых, так и развивающихся районов Региона. Уже давно признано, что питание представляет собой решающий фактор в период быстрого роста и развития. В то время как питание в предродовый период и период младенчества было предметом многих исследований, питание подростков, представляющих собой еще один период быстрого роста и развития, получало удивительно мало внимания. Питание представляет собой конечный продукт целого ряда факторов, в том числе диетических привычек, объема потребляемой пищи, пищеварения, метаболизма и т.д., однако, слишком мало известно о роли любого из этих факторов в период юности. Один из приведенных на совещании примеров указывал на то, что в большинстве районов Региона питание в семье становится все менее и менее важным в структуре питания подростков. Различные экзотические

продукты, полуфабрикаты, питание в общественных местах (в школе или на работе), завтраки, некрепкие напитки и т.д. занимают все более прочное место в диете подростков, в то время как питательная ценность этих продуктов во многих случаях остается неизвестной. Не следует считать, что эти новые типы продуктов являются "плохими", так как вполне вероятно, что в некоторых случаях они могут обладать такими же или даже лучшими питательными свойствами, чем более традиционная пища. Фактически, основные потребности молодежи в питании еще только предстоит точно установить, так как они должны отличаться от потребностей детей или взрослых, учитывая их усиленный рост, половое развитие, увеличение физической нагрузки, рост коэффициентов обмена веществ и эмоциональный стресс. Кроме этого, необходимо определить потребности в питании беременных девушек, что является особо стоящей и весьма важной задачей.

Другой аспект проблемы питания молодежи связан с избыточным и недостаточным весом. Оба эти явления еще недостаточно изучены, но сильно зависят от психосоциального развития молодого человека и сами, в свою очередь, влияют на него. Ожирение широко распространено среди подростков и его оценка и лечение осложняются взаимодействием биологических (гормональных) и психосоциальных факторов. Недостаточный вес есть совокупный результат различных факторов, включая например особенности развивающихся районов Региона, где недоеданием страдают широкие слои населения; особенности нормальных подростков, вес которых только кажется недостаточным из-за ускоренного роста; особенности нормальных подростков, которые действительно имеют недостаточный вес в результате исключительно строгой самостоятельно соблюдаемой диеты в эстетических целях; и/или особенности, наблюдаемые у молодых людей, страдающих от отсутствия аппетита на нервной почве (аногексия nervosa). Поскольку работа даже с этими четырьмя причинными факторами имеет радикально различный характер, необходимо оценить каждый случай с психосоциальной, а также физической точек зрения до начала любого "лечения".

Другим также слабо изученным вопросом в питании молодежи являются отдаленные последствия питания в подростковом возрасте. Эти последствия необходимо изучить по крайней мере с трех точек зрения: последствия для роста и развития в юности; последствия для формирования диетических

привычек на всю взрослую жизнь; и последствия для развития хронических болезней, таких как сердечно-сосудистые болезни, во взрослом возрасте.

И последним, но не менее важным аспектом питания в юности, является недоедание, которое все еще имеет место в некоторых развивающихся районах Региона. Здесь ранние годы жизни также, кажется, играют главную роль. Поэтому необходимо далее изучить последствия недоедания для подростка.

Совершенно очевидно, что первоочередное значение при поисках решения проблем питания в юности должно уделяться прикладным исследованиям. Идея на вооружении подобные знания, вторым по своему значению станет разработка улучшенных программ просвещения в области питания, которые будут начинаться до и в начале подросткового возраста. Предполагается, что в таком просвещении будет учитываться информация о существующих методах питания подростков, и вместо попыток заставить их полностью изменить свои привычки, оно поможет им приспособить свои диетические привычки так, чтобы они наилучшим образом удовлетворяли потребности организма с помощью популярных среди молодых людей продуктов. Определенного внимания заслуживает также и законодательство, предусматривающее высокое качество новых все больше используемых подростками типов продуктов.

### 3.1.3 Беременность среди подростков

Среди рассмотренных Рабочей группой биологических проблем были вопросы, которые могут возникнуть как следствие процесса полового развития: беременность, роды, искусственный аборт и передаваемые половым путем болезни. Более ранний возраст начала полового созревания и начала половой жизни увеличили период половой жизни фертильных подростков. Если это не будет сопровождаться одновременным расширением применения эффективных противозачаточных средств, то, как было отмечено, естественным последствием будет рост числа беременностей среди подростков. А поскольку вступление в брак обычно происходит позднее, то эти беременности, вероятно, будут нежеланными. По крайней мере, именно такое положение сложилось в более развитых районах Региона, где беременность среди девушек увеличилась за последние десятилетия почти до эпидемических пропорций. Имеющиеся данные о числе

беременных среди девушек в Регионе носят лишь случайный характер. Однако поскольку беременность заканчивается родами или искусственным абортom, то данные о рождениях и абортах в любое время покажут размер проблемы.<sup>а</sup>

Рассматривая последовательность событий в различных странах, происходящих в результате изменений в половом поведении молодежи, можно заметить определенную закономерность. Графически эта закономерность показана на Рис. 3. Первая стадия этой закономерности только что была представлена - это более активная половая жизнь, не сопровождаемая более широким применением противозачаточных средств, что увеличивает число беременностей среди девушек. Чтобы проследить дальнейшие события, следует взять показатели деторождаемости и искусственных абортов среди подростков.

Следующая стадия этой закономерности событий заключается в том, что рост числа беременных подростков повышает число деторождений среди молодежи, о чем свидетельствуют следующие цифры. В Дании и Швеции было отмечено резкое увеличение коэффициента рождаемости среди 15-19-летних в 50-х и в начале 60-х годов, который, достигнув своей наивысшей точки в конце 60-х годов, затем постепенно стал понижаться. В Соединенном Королевстве аналогичный рост коэффициента рождаемости среди подростков продолжался до более недавнего времени.<sup>б</sup> В 1955 г. примерно 200 роженец были младше 15 лет, в 1966 г. таких было примерно 1000, а в 1971 г. - 1267. В 1976 г. во Франции около 60 000 детей было рождено матерями в возрасте до 20 лет (7% всех деторождений). Около 10 000 из этих детей было рождено матерями в возрасте 17 лет и менее, включая 3000 детей, рожденных матерями в возрасте 16 лет и менее.<sup>в</sup>

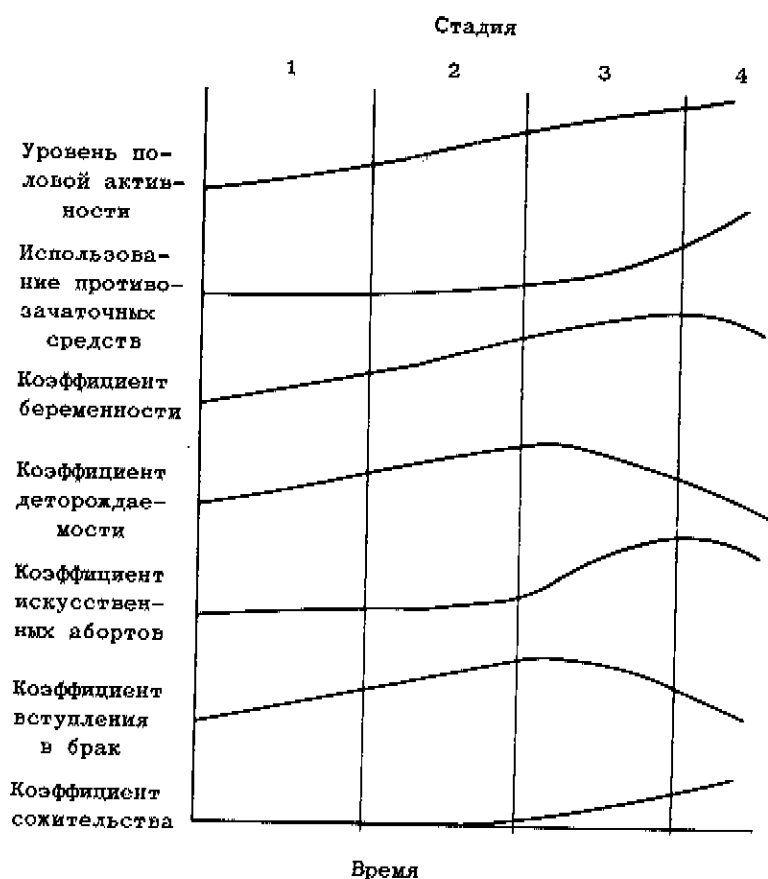
---

<sup>а</sup> WHO Technical Report Series, No. 583, 1977 (Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting)

<sup>б</sup> Williamson, J.D. Social and psychological risks. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (unedited document ICP/MCH O10 BD4, 4 May 1977)

<sup>в</sup> Jeanneret, O. op. cit.

Рис. 3. Тенденции беременности среди молодежи



Последствия беременности и рождения ребенка среди молодежи также имеют большое значение. Беременная женщина младше 17 лет подвергается большей опасности умереть или заболеть (увеличенная токсемия, кровотечение в третий трехмесячный период и осложнения во время родов). С родами в возрасте до 17 лет также связана повышенная опасность смерти плода, преждевременных родов и низкого веса новорожденных, а также более высокий коэффициент перинатальной смертности, смертности младенцев и новообразований в половых

органах. Рождение ребенка в юности имеет и серьезные психосоциальные последствия, в том числе ранний уход из школы; преждевременный брак с большим риском последующего развода; последствия рождения ребенка для не состоящих в браке или не живущих вместе родителей или же для одиноких родителей, которые в любом случае сами являются почти детьми. Связанный с этим психологический стресс и социальное неблагополучие являются очевидными.

Третья стадия в структуре подростковой беременности заключается в постепенном расширении применения противозачаточных средств и в быстром росте числа искусственных абортов, что снижает коэффициент рождаемости, но отнюдь не коэффициент беременности. Как и в случае с деторождаемостью, имеющиеся данные о численности искусственных абортов среди девушек носят случайный характер, но указывают на ее увеличение в большинстве стран, что видно из следующих цифр: в 1973 г. из всех искусственных абортов на женщин в возрасте до 20 лет в семи странах Региона приходилось от 8,7% до 24%. Число искусственных абортов среди 15-19-летних женщин в Дании<sup>а</sup> возросло с 1,6 на 1000 в 1962 г. до 8,5 на 1000 в 1970 г. Именные тенденции в Швеции показаны в следующей таблице.

Таблица 2. Беременности, деторождения и аборты среди шведских девушек\*

Год	Беременности	Деторождения	Аборты	Процент беременностей, прерванных абортами
1971	13 800	9 300	4 500	32,6
1972	14 700	9 000	5 700	38,8
1973	14 200	8 200	6 000	42,2
1974	15 900	8 400	7 500	47,2
1975	15 200	7 500	7 700	50,6

\* Sundström, K. Young people's sexual habits in today's Swedish society. Current Sweden, 125, The Swedish Institute (1976)

<sup>а</sup> Braestrup, A. Teenage pregnancies in Denmark. J. biosoc. Sci., 6: 471-475 (1974)

Отношение числа искусственных абортов к числу беременностей (в противоположность рождаемости) возрастает с уменьшением возраста матерей. Чем моложе женщина, тем выше коэффициент искусственных абортов во второй трехмесячный период (в противоположность гораздо более безопасному аборту в первые три месяца).

Последствия искусственных абортов еще до конца не выяснены. В то время как ранее проведенные в ряде стран исследования указали на увеличение числа преждевременных родов среди делавших ранее аборт, проведенные в других странах более последние исследования не подтвердили этот вывод. Штаб-квартира ВОЗ организовала в ряде стран совместный исследовательский проект по выяснению медицинских последствий искусственного аборта. Предполагается, что его результаты прольют свет на это весьма важное явление.<sup>а</sup> Психосоциальные последствия аборта также не выяснены. Обзор научной литературы позволяет лишь узнать об отдельных отрицательных случаях и не дает какой-либо информации о проведенных должным образом исследованиях. Предварительные результаты проведенного в этой области контролируемого общенационального исследования в Дании<sup>б</sup> показывают, что хотя женщины с психологическими отклонениями могут более часто делать аборты, нет свидетельств того, что сделавшие искусственный аборт чаще помещаются в психиатрическую больницу, нежели больные с другими причинами.

Рабочая группа отметила два момента, связанных с искусственным абортом в юности. Поскольку подобный аборт представляет собой скорее вмешательство, чем первичную профилактику беременности, главный упор должен быть сделан на противозачаточные средства, а не на аборт как метод предотвращения беременности подростков. Во-вторых, аборт, вероятно, является лучшим решением для матери-подростка в большинстве случаев нежелательной беременности, поскольку здесь нужно делать выбор между последствиями аборта и последствиями нежелательной беременности, нежелательными родами и, что наиболее важно, нежелательным ребенком.

---

<sup>а</sup> Информацию об этом исследовании читатель может получить из Отдела воспроизводства населения (штаб-квартира ВОЗ).

<sup>б</sup> Wagner, M. Communication to the Working Group

Четвертая стадия беременности среди молодежи является лишь предполагаемой, однако ее существование подтверждается предварительными данными, поступающими из определенных районов Региона. Это, как мы видим из Рис. 3, расширение применения противозачаточных средств и последующий спад числа беременностей среди молодежи и следовательно числа искусственных абортов. Хотя для подтверждения активизации использования противозачаточных средств нет никаких надежных данных, это можно предположить на основе того факта, что коэффициенты беременности среди молодежи в таких странах, как Швеция и Дания, выравнились и, возможно, по-непому снижаются (коэффициент искусственных абортов среди молодежи в этих странах также достиг наивысшей точки), а единственное другое объяснение - снижение половой активности, кажется неправдоподобным. Если впоследствии окажется, что подобная четвертая стадия действительно существует, это будет весьма обнадеживающим признаком, поскольку, как уже указывалось, противозачаточные средства явно являются лучшим методом профилактики нежелательной беременности, искусственных абортов, опасностей для здоровья и психосоциальных последствий, связанных с деторождаемостью среди подростков.

Структура внешней фертильности, отраженная графически в Рис. 3, естественно, будет отличаться от страны к стране. Однако, по мнению Группы, общая обстановка в Регионе складывается следующим образом: Скандинавские страны, вероятно, только входят в стадию 4; страны Центральной и Северо-Западной Европы находятся в начале или конце стадии 3; страны Южной Европы находятся на 1 или 2 стадиях; страны Восточной Европы находятся на стадии 1 или 2 в отношении половой активности, использования противозачаточных средств, числа беременностей, числа бракосочетаний и сожителства, но на стадии 3 или 4 в отношении коэффициента деторождаемости и искусственных абортов.

#### 3.1.4 Передаваемые половым путем болезни

При проведении любой дискуссии о биологических проблемах молодежи, связанных с половым развитием, следует также учитывать передаваемые половым путем болезни. Резкое увеличение частоты случаев подобных болезней (наиболее важными из которых являются гонорея и сифилис) среди молодежи

документально подтверждено повсюду.<sup>а</sup> Причина появления этих болезней вновь лежит в сложной взаимосвязи социально-экономических, психосоциальных и биологических факторов. Профилактика и лечение передаваемых половым путем болезней среди подростков являются особенно трудными по целому ряду причин. Хотя одна из предполагаемых причин заключается в высокой степени неразборчивости среди вступающих в половую связь молодых людей, это не всегда так. Например, в одном исследовании<sup>б</sup> менее 22% ведущих половую жизнь подростков сменили своих партнеров в течение года, а во втором исследовании<sup>в</sup> эта цифра составила лишь 14%. Другой причиной, затрудняющей профилактику и лечение этих болезней среди молодежи, является неосведомленность молодых людей или неправильное представление последних об этих болезнях, что необходимо учитывать при разработке программ полового воспитания (см. раздел 4.1.3 ниже). Еще одна причина заключается в сомнениях и/или нежелании молодых людей обращаться за медицинской консультацией в традиционные медицинские учреждения по поводу подозреваемой венерической болезни и их гораздо большее стремление прибегать к помощи других менее традиционных медицинских служб для молодежи.

Важно еще раз отметить, что каждая представленная здесь "биологическая" проблема совершенно очевидно берет свое начало в психосоциальном развитии молодежи и/или тесно связана с ним. Этот факт во многом определяет различные решения этого вопроса, предложенные Рабочей группой.

### 3.2 Психосоциальные проблемы

#### 3.2.1 Общие вопросы

Затронутые здесь психосоциальные проблемы включали курение, потребление алкоголя и лекарственных средств; самоубийства; детскую преступность и уход из школы. Хотя эти

---

<sup>а</sup> например, "Здоровье мира", май 1975

<sup>б</sup> Kinch, R. & Kruger, E. Some sociomedical aspects of adolescent pregnancy. Int. J. Gyn. Obstet., 8: 480 (1970)

<sup>в</sup> McCance, C. & Hall, D. Sexual behaviour and contraceptive practice of unmarried females. Brit. med. J., 2: 694 (1972)

проблемы во многих случаях имеют биологические последствия, их этиология имеет психосоциальную окраску. Группа отметила, что поскольку по своему происхождению они являются скорее социальными (чем медицинскими), их оценка и решение не должны ограничиваться лишь медицинским вмешательством. Поэтому вместо "диагностирования" индивидуума, имеющего один из этих психосоциальных "симптомов" и являющегося "больным" или "проблемой", обычно более целесообразно рассматривать его в конкретной социальной обстановке, учитывая его особые потребности. Рабочая группа также отметила, что благодаря средствам быстрой связи в современном обществе психосоциальные процессы, влияющие на развитие аналогичных проблем у молодежи, являются более или менее общими для всего Европейского региона. Характер реагирования подростков на эти процессы однако определяется местными условиями и значительно отличается в каждой стране и даже внутри отдельно взятых государств. Тем не менее существует три разновидности неправильной адаптации к этим психосоциальным процессам, которые широко распространены по всему Региону. Первая представляет собой пассивную форму приспособления, которая включает в себя различные степени отхода от общественной жизни, начиная с ухода из школы, вплоть до "выпадания" из общества вообще и до самой крайней формы - самоубийства. Вторая разновидность носит агрессивный характер и включает детскую преступность, групповое хулиганство и как крайнюю форму - терроризм. Третья разновидность реагирования является компромиссной, например, нестабильность поведения в школе или на работе, побеги из дома, а также злоупотребления (алкоголизм, лекарственная зависимость). Независимо от того, как реагирует любой конкретный подросток, необходимо не обвинять его, т.е. не наклеивать на него или нее ярлык "больного" или "плохого", а скорее попытаться понять, что данная реакция представляет собой неприемлемую (и обычно самопораженческую) реакцию на психосоциальные стрессы в молодости.

Каждая из рассмотренных здесь психосоциальных проблем столь широко распространена и сложна, что в каждом случае можно осветить лишь некоторые важные моменты и наметить лишь некоторые перспективы на будущее.

### 3.2.2 Злоупотребление различными средствами

Первой рассмотренной психосоциальной проблемой была проблема курения, алкоголизма и наркомании. По общему

мнению участников, курение, как явление, отличается от проблемы потребления алкоголя и лекарственных средств и должно рассматриваться отдельно. Курение среди подростков имеет широкое распространение. Число курящих может одновременно повышаться в одних странах и снижаться в других. По имеющимся статистическим данным, в Англии<sup>а</sup> курит, правда нерегулярно, 5% 10-летних подростков, 98% курящих курят регулярно и только 15% из них, вероятно, могут бросить курить; большинство курящих мужчин приобретают эту привычку к 13 годам, а большинство женщин начинают курить в 15 лет; возраст начала курения снижается, а пропорция курящих молодых женщин увеличивается. В противоположность этому одно из последних исследований в СССР<sup>б</sup> показало, что за последние несколько лет процент курящих детей и подростков в одном городе снизился следующим образом: 1971 г. - 20,1%; 1973 г. - 18%; 1975 г. - 17,5%; 1977 г. - 16,3%. То же исследование позволило обнаружить, что 15,2% из них выкуривают более 20 сигарет в день, 53,7% между 10-ю и 20-ю штуками в день и остальные менее, чем 10 штук. Знания о вреде табака недостаточны для предотвращения курения. То же самое проведенное в СССР исследование показало, что 77,6% молодых курильщиков считают курение опасным, но продолжают курить, так как "мне это нравится" или "у меня не хватает силы воли бросить". Вредное воздействие курения на курильщика и окружающих его людей надлежащим образом подтверждено документально. Кроме этого, ясно показано, что число курящих детей и подростков увеличивается, если курят и родители.

Использование алкоголя и лекарственных средств, вероятно, представляет собой классический пример психосоциальной опоры, используемой нестабильными и/или подавленными подростками для того, чтобы вынести стрессы сложной и враждебной для них жизни. Потребление алкоголя подростками в Регионе распространено особенно широко. В Лондоне 90% опрошенных взрослых начало потреблять алкоголь в возрасте 15 лет; среди 18-летних примерно 33% временами пьют много, примерно 20% пьют много и регулярно и примерно 2% страдают от алкоголизма; между 1951 и 1971 гг. число приговоров, вынесенных

---

<sup>а</sup> Williamson, J.D. Communication to the Working Group

<sup>б</sup> Sokolov, D.K. Communication to the Working Group

молодым людям Соединенного Королевства за пьянство и совершенные в пьяном виде нарушения закона, почти удвоилось.

Труднее определить распространенность потребления каннабиса среди молодых людей в связи с установленными в этом отношении законодательными положениями. Несмотря на это, его использование, по всей видимости, увеличивается во всех частях Региона. Это видно из того факта, что несмотря на небольшое ослабление ограничивающих потребление каннабиса законов в Соединенном Королевстве, число людей, преследуемых в судебном порядке за его потребление, почти удвоилось между 1969 и 1972 гг.;<sup>a</sup> предполагается, что более 80% английских студентов курят каннабис, по крайней мере, изредка. До сих пор не найдено ответа на два основных вопроса: ведет ли применение каннабиса к сильной лекарственной зависимости от более опасных средств или же оно само по себе является вредным. С другой стороны, серьезные и вредные воздействия "сильных" лекарственных средств (героина и т.д.) не вызывают сомнения, и растущее их потребление среди молодых людей Региона является трагедией наших дней.

При изучении имеющихся решений проблемы злоупотребления различными средствами среди молодежи необходимо использовать три типа научных исследований. Первый тип исследований более четко определит саму проблему через изучение демографических характеристик и отдаленных воздействий этого явления. Здесь важно, чтобы каждая страна определила характеристики злоупотребления алкоголем и лекарственными средствами среди подростков в своих собственных районах с целью рационализации планирования программы лечения. Второй тип исследований: исследование источников стресса, являющихся причиной злоупотребления различными средствами среди молодежи, необходим для определения истоков этой проблемы. Подобная информация позволит разработать более профилактические подходы с главным упором на методы снижения подобных стрессов. Третий тип необходимых исследований заключается в экспериментальных подходах к службам, включая оценку программы. Например, экспериментальные программы могут быть посвящены использованию примеров для подражания (включая героев прошлого и вожаков среди групп сверстников), которые успешно

---

<sup>a</sup> Williamson, J.D. Communication to the Working Group

справились с подобными злоупотреблениями и нашли более положительные выходы из своих стрессовых состояний.

Значение подобных злоупотреблений и масштабы распространения этой проблемы среди молодых людей требуют, чтобы ее решение включало незамедлительное создание служб по этой проблеме, даже до получения результатов исследований. В этой связи Рабочая группа пришла к общему мнению о возможности гораздо более эффективного использования школ в качестве одного из мест расположения подобных служб. Некоторые школы, например, могут при желании разработать программы вмешательства для подростков, такие как клиники по борьбе с курением и злоупотреблением лекарственными средствами (см. раздел 4.1.1 ниже). Также важно более эффективно использовать местное коммунальное окружение для расположения подобных служб. Важно использовать для этой цели уже созданные программы, такие как молодежные клубы, а также развивать нововведения, например консультативные службы для молодежи (раздел 4.3), если есть стремление начать атаку на эту проблему эпидемического характера.

### 3.2.3 Самоубийства

Второй рассмотренной психосоциальной проблемой были самоубийства - вторая или третья главная причина смерти 14-18-летних молодых людей в Европе. Хотя коэффициент самоубийств по всем возрастам в Регионе оставался довольно неизменным в последние годы, в 60-х годах был отмечен значительный рост числа самоубийств в возрастной группе 15-24 года, а в 70-х годах также было отмечено увеличение числа самоубийств среди молодежи в возрасте до 15 лет. Более того, подсчитано, что на одну смерть от самоубийства приходится от 3 до 10 попыток к самоубийству.

Изучение причин самоубийства позволило выявить тот факт, что оно очень редко объясняется психозом. По своей природе эти причины имеют социальную подоплеку и связаны со стрессовыми ситуациями в семье, школе или обществе. Среди причин самоубийств наиболее часто фигурируют семейные неурядицы (между родителями, между родителями и молодыми людьми). Другие данные указывают на частую роль неприятностей в школе. Например, в одной из стран Региона анализ самоубийств среди молодых людей позволил выявить значительное увеличение как попыток к самоубийствам, так и совершенных самоубийств в

возрасте перехода от начального школьного обучения к среднему.<sup>а</sup> Далее, этот же анализ выявил сезонные вариации коэффициента самоубийств среди подростков, когда коэффициент достигал высшей точки в период экзаменов и был самым низким во время школьных каникул. Также общеизвестно, что воздействие индустриализации, включая продление периода детства, обучения и подготовки и появление новых экономических факторов, оказывающих давление на культуру молодежи и семью - все это увеличивает присущий молодым людям стресс. Другим фактором, оказывающим влияние на самоубийства среди молодых людей, является иногда детское желание сделать это надло другим и непонимание необратимости смерти. Хотя хорошо известно, что попытки к самоубийству могут быть приемом о помощи, такая помощь часто не оказывается, и данная попытка может закончиться трагически. Попытки к самоубийству и серьезные самоубийства среди молодежи связаны с более низким социально-экономическим положением, низким образованием, школьными проблемами, общественной изоляцией, со злоупотреблением различными средствами, детской преступностью и обычно распространены среди так называемых "неудачников".

Что касается решения этой проблемы, то здесь также следует использовать описанные выше научно-исследовательские подходы, применяемые при изучении различных злоупотреблений. Исследования, направленные на более детальное изучение масштабов и характера этой проблемы, должны проводиться индивидуально каждой страной из-за различий в дефинициях и системах регистрации. Аккуратная регистрация и детальный эпидемиологический анализ самоубийств представляет первую необходимость для каждой страны. Исследования взаимосвязи самоубийства стрессовых ситуаций в обществе, характеристик групп особого риска и предшествующих симптомов являются не менее важной задачей. Экспериментальные подходы к службам, использующим выводы исследований и включающие в свою работу оценку программы, представляют собой третий тип исследований, необходимых в этой области.

Службы по борьбе с самоубийствами среди подростков составляют еще одну часть этого решения. Накоплено уже много знаний о группах риска и предпосылках самоубийств среди

---

<sup>а</sup> Borkowa, K. Communication to the Working Group

молодежи, и эти знания должны быть использованы незамедлительно. Здесь Рабочая группа также отметила важную роль школы. Школы прежде всего должны пересмотреть свою политику, которая может способствовать самоубийствам. Например, сейчас, когда увеличился возраст окончания учебы, преподаватели, как правило, больше думают о своем предмете и меньше об учащемся, в результате чего постепенно исчезает какая-либо возможность тесной взаимопомощи между учеником и учителем. Школы могут разработать программы, направляющие внимание учителей на группы особого риска и признаки опасности; обеспечить развитие прямых взаимоотношений между учеником и учителем; укрепить программы руководства для отдельных учащихся. Службы по борьбе с самоубийствами среди подростков должны также включать системы помощи семьям, в которых происходят неурядицы (см. раздел 4.3 ниже). Определенное внимание следует также уделять разработке специальных программ, таких как телефонные консультационные службы для подростков, планирующих или пытающихся совершить самоубийство.

#### 3.2.4 Преступность среди несовершеннолетних

Другой психосоциальной проблемой молодежи является преступность. Эта тема была рассмотрена на совещаниях Рабочей группы по проблемам неправильного социального поведения и правонарушений подростков и молодежи<sup>а</sup> в 1972 г. и на Симпозиуме по основным проблемам преступности несовершеннолетних в 1973 г.<sup>б</sup> Имеющиеся данные указывают на то, что детская преступность продолжает расти как проблема в большем числе, если не во всех, районах Региона. Рост этой проблемы демонстрирует исследование возрастных регистров коэффициентов преступности в одной из стран Региона.<sup>в</sup> Между 1950 и

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы неправильного социального поведения и правонарушений подростков и молодежи. Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1974 (документ EURO 5425 III)

<sup>б</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Основные проблемы преступности несовершеннолетних. Отчет о Симпозиуме. Копенгаген, 1975 (документ EURO 5430 III)

<sup>в</sup> Timmerman, H. Communication to the Working Group

1970 гг. зарегистрированные коэффициенты преступности в этой стране существенно не изменились среди женщин (всех возрастов) и среди мужчин старше 21 года. Однако среди мужчин в возрасте 12-21 года отмечался постоянный рост зарегистрированных случаев преступности за эти 20 лет. Рост детской преступности является вполне очевидным, поскольку данное исследование ограничивалось лишь зарегистрированными преступлениями, а среди молодых людей этой возрастной группы, как можно предположить, незарегистрированные преступления превышают число зарегистрированных.

Как и в случае с другими психосоциальными проблемами, здесь предполагается связь между детской преступностью и посещением школы. Поскольку коэффициенты преступности среди молодых людей снижаются после их ухода из школы, то детская преступность, вероятно, в какой-то степени является результатом разочарований и стресса в школе. Кроме этого, обнаружена также связь этого явления с безработицей и различными злоупотреблениями.

Решение вопроса об этом типе преступности схоже с решениями других психосоциальных проблем. Каждая страна должна исследовать у себя природу и масштабы детской преступности и лежащие в ее основе факторы. Необходимо создавать и проводить оценку новаторских служб. В отношении подобных служб важно отметить, что, видимо, не стоит придавать столь большое значение наказанию подобных преступлений. В тех странах Региона, где наказания наиболее мягкие, отмечается и меньший процент рецидивизма.<sup>a</sup>

### 3.2.5 Уход из школы и поступление на работу

Последней психосоциальной проблемой молодежи, рассмотренной Рабочей группой, был уход из школы и поступление на работу. В том, что касается ухода из школы, то в создании этой проблемы три особенности современного индустриального общества играют ключевую роль: тенденция к продолговатому, массовому общему образованию этой возрастной группы; ключевая роль образования для социальной мобильности в современном мире; уменьшение вследствие экономического кризиса в последнее время возможностей для молодого человека реализовать

---

<sup>a</sup> Timmerman, H. Communication to the Working Group

свои надежды на выбранную им профессию. Таким образом современные подростки вынуждены находиться все более длительный период в школе, что становится все более важным залогом "успеха", но имеют все меньше возможностей для достижения этого "успеха" впоследствии. Это в свою очередь создает давление со стороны родителей и школы на молодежь, приводящее к последующему стрессу. Если эти давления и стрессы становятся чересчур большими, то одним из путей выхода из этой конкуренции является преждевременный уход из школы. В связи с этим все больше и больше молодых людей в Европейском регионе бросают школу до ее окончания.

Когда молодежь уходит из школы, она попадает на биржу труда. В Западной Европе она сталкивается с серьезной проблемой безработицы. Хотя коэффициент безработицы различается в каждой стране, в любом случае этот коэффициент наиболее высок в трех группах "особого риска": среди молодежи, женщин и национальных меньшинств. В странах Европейского Общего рынка в 1976 г. 4 из 10 безработных были подростками. Совершенно ясно, что такие бросившие школу безработные молодые люди подвержены психосоциальным проблемам, таким как чувство неполноценности общественного отчуждения, недостаточного дохода, отсутствия целей в жизни и бесполезная трата времени. С другой стороны, в Восточной Европе рабочей силы нехватает, и нет никакой безработицы. Однако экономические и социальные условия там также не всегда позволяют молодым людям заниматься тем, чем они хотели бы после ухода из школы. Их устройство на работу зависит от множества факторов, многие из которых не зависят от человека. Это — школьные показатели, прописка и наличие вакантных мест. Вполне понятно, что работа, которая не соответствует желаниям и стремлениям молодого человека, будет также потенциально содействовать возникновению психосоциальных проблем, таких как обида, разочарование, отчуждение от общества и крушение надежд.

Когда молодой человек находит работу, возникает вопрос о профессиональном соответствии. Работа считается подходящей, если она соответствует желаниям и психологическим и физическим способностям индивидуума. Как мы видим, независимо от того, что лежит в основе этого явления — безработица или вынужденное устройство на работу, условия нынешнего рынка рабочей силы неминуемо приводят к снижению соответствия работы интересам молодых людей. В большинстве стран для

того, чтобы доказать свое профессиональное соответствие, необходимо пройти медицинское обследование перед устройством на работу. Не менее 10% проходящих эту проверку молодых людей признаются имеющими пониженную работоспособность по физическим причинам. Подобно всем процедурам массового скрининга, это обследование неминуемо связано с риском получения ложных позитивных ответов (чрезмерное диагностирование), а также более или менее постоянной репутации. В большинстве государств требуется также проверить рабочие места для выявления опасных для здоровья факторов. В одной из стран было обнаружено, что больше четверти молодых людей занимали должности, которые подвергают опасности их здоровье.

Профессиональное соответствие молодых рабочих-мигрантов было особой проблемой, затронутой Рабочей группой. Специальные проблемы этих молодых людей (две культуры, два языка, адаптация семьи к необычной окружающей обстановке, доступ лишь к низкооплачиваемой работе) рассматривались в предыдущих отчетах,<sup>а</sup> однако требуют дальнейшего изучения.

Пути решения проблем, возникающих в связи с уходом из школы и устройством на работу, естественно, будут отличаться в зависимости от района Региона и местных условий. Например, в странах с безработицей следует создать программы, которые будут привлекать молодых людей к полезной деятельности, часто с помощью расширения возможности их участия в общественных службах. Во всех странах Региона программы профессионального образования внутри и за пределами школ должны пройти переоценку в свете нынешних требований рабочей силы (см. раздел 4.1.2 ниже). Программы скрининга на профессиональное соответствие также должны быть пересмотрены в целях снижения каких-либо тенденций чрезмерного диагностирования и/или навешивания ярлыков. Необходимы дальнейшие исследования по оценке эффективности мер контроля опасных для здоровья факторов на местах работы. Подобные исследования должны включать в себя оценку несчастных случаев на производстве среди молодежи с целью определения степени их связи с возрастом пострадавших, т.е. насколько они связаны с биологическими и психосоциальными характеристиками и проблемами данной возрастной группы.

---

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы здравоохранения, связанные с миграцией рабочей силы. Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1975 (документ EURO 4003)

## 4. ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

### 4.1 Программы просвещения

#### 4.1.1 Школы

Роль школы в современном индустриальном обществе меняется. Она вместо инструмента для экономического развития становится средством обучения молодых людей ведению полезной жизни. Это изменение вызвало необходимость переоценки всего школьного процесса, включая содержание учебной программы, методику и место школы в остальном обществе. Меняющаяся роль школы и необходимость переоценки работы школы больше всего касается молодежи. Как мы уже выяснили, школа может частично являться причиной возникновения некоторых проблем у подростков (злоупотребление различными средствами, самоубийство, детская преступность, уход из школы), ввиду того, что она содействует возникновению давления и стрессов среди молодежи. Первой задачей школы в работе с молодежью является содействие изучению взаимосвязи между школой и этими проблемами. В свою очередь за этим должны следовать значительные изменения в школьной политике, направленной на максимальное снижение подобного давления и стрессов и одновременно на создание окружающей обстановки для поддержки и помощи молодежи с целью развития личности, а не введения наказаний и ограничений.

Рабочая группа отметила два важных принципа, которые необходимо учитывать при изменении школьной политики для выполнения этих новых функций. Первый принцип заключается в необходимости сделать школу более открытой и более тесно интегрированной с семьей и обществом. Он обсуждался в отчетах двух предыдущих Рабочих групп из этой серии. Второй принцип имеет непосредственное отношение к молодежи — необходимость уделяния особого внимания в школе скорее степени развития, а не хронологическому возрасту. Как указывалось ранее, разрыв между хронологическим возрастом и фактическим развитием очевидно тесно связан с политикой школы, включая установление требований, определение состава классов и т.д. Естественно, что школа должна доказать также соответствие образования сегодняшним потребностям и проблемам подростков.

#### 4.1.2 Профессиональное образование

Любая школьная программа профессионального образования должна стараться подготовить молодых людей к выполнению работы, которая бы их удовлетворяла, а не просто помогать ему или ей найти работу. Как было отмечено Рабочей группой по проблемам детей школьного возраста (10-13 лет),<sup>а</sup> для этого необходимо осуществлять интегрированные программы до наступления подросткового возраста, которые включали бы психосоциальную и физическую оценку индивидуума и руководство им на индивидуальной основе. Цель такого руководства заключается в лучшем понимании личных способностей, интересов и стремлений каждого молодого человека. Программы профессионального образования для молодых женщин должны включать в себя подготовку к выполнению родительских функций как, по крайней мере, временной законной карьеры в жизни с возможностью выбора более постоянной карьеры в сфере обслуживания детей или еще где-либо. Как мы уже видели, беременность среди подростков имеет широкое распространение. Поэтому данные программы также должны отвечать особым профессиональным потребностям молодых родителей.

При разработке реалистических программ профессионального образования в школах необходимо поддерживать тесное сотрудничество между школами и промышленностью. Лучше всего это можно осуществлять как приблизив промышленность к школам, так и приблизив школы к промышленности. Это уже делается в ряде стран Региона. Например, в одном из государств имеются производственные врачи, которые специализируются по работе с молодежью и поддерживают тесный контакт со школами. В ряде стран имеются программы, в соответствии с которыми ученики работают один день в неделю на местной фабрике, что создает особые отношения между этой фабрикой и школой. Подобное сотрудничество между школой и промышленностью должно включать в себя взаимодействие между школьной программой профессионального образования и коммунальной программой профессиональной гигиены. Это может привести к тому, что персонал промышленного управления профессиональной гигиены

---

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы детей школьного возраста (10-13 лет). Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1978 (документ ICP/MCH 006)

будет больше знать о характеристиках, потребностях и проблемах подростков, а школьные программы профессионального образования получат возможность больше узнать о спросе на рабочую силу.

#### 4.1.3 Санитарное просвещение (включая половое воспитание)

Программы санитарного просвещения в школах должны составляться с учетом постепенно развивающихся потребностей детей по мере их роста (см. также материалы двух предыдущих рабочих групп из этой серии). Школьные программы санитарного просвещения должны проводиться как в школах, так и в обществе. Они должны быть объединены методологически, т.е. методы обучения необходимо приспособить к уровню развития учеников. Это особо важно в работе с подростками, поскольку, как указывалось ранее, процесс социализации последних часто вызывает у них подозрительное отношение к власти взрослых и их образу жизни, что в свою очередь может создать психосоциальные препятствия в использовании традиционных образовательных методов. При работе с молодежью необходимы менее традиционные методы санитарного просвещения, методы, которые менее категорично выделяют "что такое хорошо и что такое плохо, что следует и чего не следует делать", а скорее указывают на факты и опасности, оставляя право выбора за индивидуумом; позволяют подросткам самим найти решение путем проб и ошибок; используют модели личностей героев и сверстников; побуждают их заботиться о себе самостоятельно и дают им понять, когда и где искать информацию и/или совет.

Программы санитарного просвещения также должны быть тематически интегрированы. Изучаемые предметы должны быть ориентированы на возраст и соответствовать общим потребностям и проблемам учеников. Это тоже особо касается подростков, поскольку, как мы видели, их характеристики и проблемы уникальны в своем роде. По мнению Рабочей группы, ряд предметов заслуживает особого внимания при составлении программ санитарного просвещения для 14-18-летних: рост и развитие, несчастные случаи, злоупотребление различными средствами, питание, половые вопросы и совместное проживание.

На необходимость просвещения по вопросам нормального роста и развития было указано выше (см. разделы 2.2 и 2.3). Знания о разрыве между биологическим и хронологическим возрастом помогут нам сократить количество неправильных

психосоциальных реакций на нормальные вариации биологического развития. Аналогично этому, знания о психологическом и социальном развитии молодежи помогут подросткам приспособиться к своему собственному развитию и понять психосоциальные вариации развития среди своих сверстников. Подобное просвещение по вопросам молодого возраста должно начинаться до вступления учащихся в этот возраст, а класс является отличным местом для демонстрации подобных пробелов и различий.

Не следует недооценивать значение просвещения подростков в области питания, опасностей несчастных случаев и злоупотребления различными средствами. Что касается последних двух явлений, то главное внимание здесь должно быть уделено вызывающим стресс изменчивым социальным давлениям, а также определению менее вредных путей снижения этого стресса. Просвещение в области питания должно помочь молодым людям адаптировать свою диету так, чтобы она удовлетворяла потребности их организма за счет популярных среди молодежи продуктов.

Рабочая группа особо отметила потребность в просвещении в области полового развития и связанных с совместным проживанием проблем. Ранее рассмотренные в этом отчете вопросы полового развития (раздел 2.5) и проблемы, связанные с этим развитием (раздел 3.1), указывают на растущую и насущную необходимость использования этого типа просветительных программ. Увеличение опасного периода нежелательной беременности привело к росту числа беременностей среди подростков. Хотя вынужденный аборт может быть лучше нежелательного ребенка, противозачаточные средства все же лучше, чем нежелательная беременность, а наилучший способ расширения использования противозачаточных средств является просвещение в области сознательного полового поведения. Растущая половая активность среди подростков является фактом, и вместо того, чтобы отмахиваться от него или пытаться приуменьшить его значение, вероятно, будет более полезно обучить молодых людей таким образом, чтобы эта активность стала положительной и конструктивной в процессе их развития, ведущего к ответственному за свои поступки взрослому возрасту. Более того, в связи с ростом случаев сожительства, по крайней мере, в некоторых частях Региона и в связи с тем, что большинство людей в конечном счете вступает в брак, необходимо также обучать молодых людей тому, как сделать совместное проживание положительным и конструктивным.

По имеющимся сведениям, существующие просветительные программы по вопросам половой жизни и совместного проживания не отвечают этим важным требованиям. Исследования, проведенные среди молодых людей, позволили увидеть незнание и неправильное понимание половых вопросов, а также серьезный разрыв между знаниями и практикой. Как мы видели (раздел 2.5 выше), эти исследования вскрыли имеющиеся несоответствия даже в тех странах Региона, где существуют давно созданные и хорошо разработанные программы полового воспитания. Поэтому медико-санитарным и образовательным органам в каждой части Региона следует сделать переоценку и доработку своих просветительных программ по вопросам половых сношений и совместного проживания.

При дальнейшей разработке этих программ необходимо отметить следующие конкретные принципы. Прежде всего, просвещение по половым вопросам должно начинаться в начальных классах школы, развиваться прогрессивно и непрерывно на протяжении всего периода обучения в школе, а также объединяться с остальной частью школьной программы. Данная Рабочая группа согласилась с выводом Рабочей группы по проблемам детей школьного возраста (10-13 лет) о том, что "к 13-летнему возрасту дети должны получить всю необходимую информацию (факты) в области полового развития",<sup>a</sup> и далее отметила, что эти сведения должны включать в себя все данные относительно применения противозачаточных средств. При работе с молодежью в возрасте 14-18 лет основное внимание должно уделяться психосоциальным параметрам половой жизни и сожителства, а также развитию здорового отношения к этим двум аспектам.

Медико-санитарные и образовательные руководящие органы должны сотрудничать в разработке учебной программы по вопросам пола. К этому процессу также необходимо привлекать родителей, а сама школьная программа должна рассматриваться как дополняющая подготовку подростка дома. Центром внимания данного плана должны быть позитивные аспекты в половой жизни - развитие ответственного сексуального поведения и удовлетворительных личных взаимоотношений. Важно, чтобы молодые люди до начала их полового созревания узнали обо всех аспектах нормального полового развития (биологического

---

<sup>a</sup> op. cit.

и психосоциального), включая обычные отклонения, во избежание ненужных волнений на протяжении нескольких лет своего полового созревания. В молодые годы они также должны получать информацию относительно менее обычных вариантов в половом развитии, таких как гомосексуализм. Главное направление учебного плана для возраста 14-18 лет должно быть направлено на подготовку к совместному проживанию, семейной жизни и родительским функциям. И, наконец, в эту программу должна быть включена информация о передаваемых половым путем болезнях, их симптомах, последствиях и, что наиболее важно, их профилактике.

При разработке просветительных программ для подростков по вопросам пола особое внимание должно уделяться соответствующей методологии. Здесь необходим прагматический подход к вопросу, использующий большое разнообразие преподавательских методов. Преподавание должно происходить в классной комнате и за ее пределами; в кабинете врача за пределами школы (во время медицинских осмотров); в молодежных клубах; в молодежных клиниках нетрадиционного типа (см. раздел 4.3 ниже); а также дома. Просвещение должно проходить индивидуально, а также в группах и должно позволять молодым людям задавать анонимные вопросы (консультативные телефонные службы, колонки вопросов и ответов в газетах и журналах и т.д.). Просвещение должно проводиться родителями, школьными учителями, психологами, психиатрами, медсестрами, социальными работниками и просвещенными сверстниками. При разработке этих программ необходимо включать в них элемент оценки программы для измерения эффективности образовательных процессов и происшедших в результате изменений.

Любые новые или улучшенные просветительные программы по вопросам пола и совместному проживанию должны получать одобрение и поддержку со стороны общества. Содержание этих программ должно иметь местную ориентацию и основываться на местных условиях, обычаях и так далее и, естественно, отличаться в зависимости от района. Каждое общество, однако, должно взять на себя ответственность за разработку законодательства, обеспечивающего существование и поддержку этих программ.

## 4.2 Службы здравоохранения

Характеристики и проблемы молодежи таковы, что особые потребности этой возрастной группы могут быть удовлетворены лишь с помощью широкого ряда служб, в том числе служб здравоохранения. Эта сеть служб и место, занимаемое в ней службами здравоохранения, отражены в Рис. 4.

### 4.2.1 Первичная медико-санитарная помощь

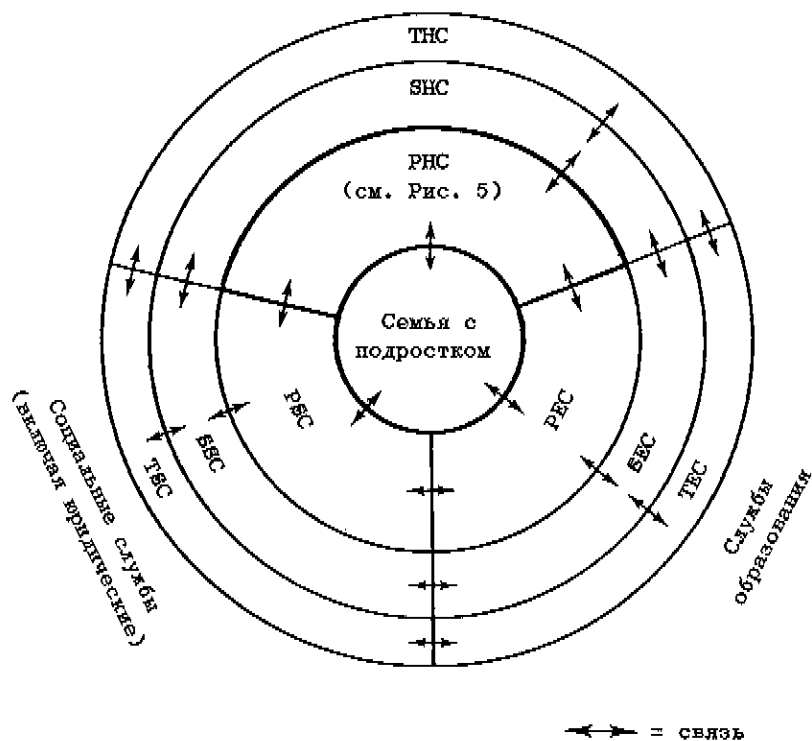
В рамках системы служб здравоохранения для молодежи (как и в рамках любой другой системы медико-санитарной помощи) самые крупные и наиболее важные службы относятся к сфере первичной медико-санитарной помощи.

Сегодня в первичной помощи считают, что медицинская и другого рода помощь должна оказываться на местном коммунальном уровне, а остальные службы должны быть объединены с национальными службами медико-санитарной помощи. По возможности, они должны иметь профилактическую направленность, рассчитанную на удовлетворение потребностей обслуживаемого ими населения. Они должны носить многодисциплинарный характер и замещать старые формы индивидуальной медицинской практики путем использования бригад, объединяющих столько профессиональных работников здравоохранения, сколько имеется на местном уровне.

Первичная медико-санитарная помощь для молодежи включает в себя работу профилактических и лечебных служб, традиционных и нетрадиционных, как показано на Рис. 5. Традиционные службы первичной медико-санитарной помощи представляют собой официальные профессиональные медицинские службы (врач, медсестра, школьный врач и т.д.) и в целом подходящие для решения более традиционных проблем здравоохранения подростков. В Европейском регионе существует множество путей организации традиционных служб первичной медико-санитарной помощи, которые зависят от общего типа организации медико-санитарной помощи в рамках данной страны. В основном существует две системы. В Восточной Европе первичная как профилактическая, так и лечебная медико-санитарная помощь лицам в возрасте до 15 лет оказывается районным педиатром, а после 15 лет обслуживающим взрослых районным семейным врачом. В Западной Европе профилактическая медико-санитарная помощь обеспечивается общественными центрами охраны здоровья

Рис. 4. Общая схема служб для молодежи

Службы здравоохранения



Р - первичная помощь

В - вторичная

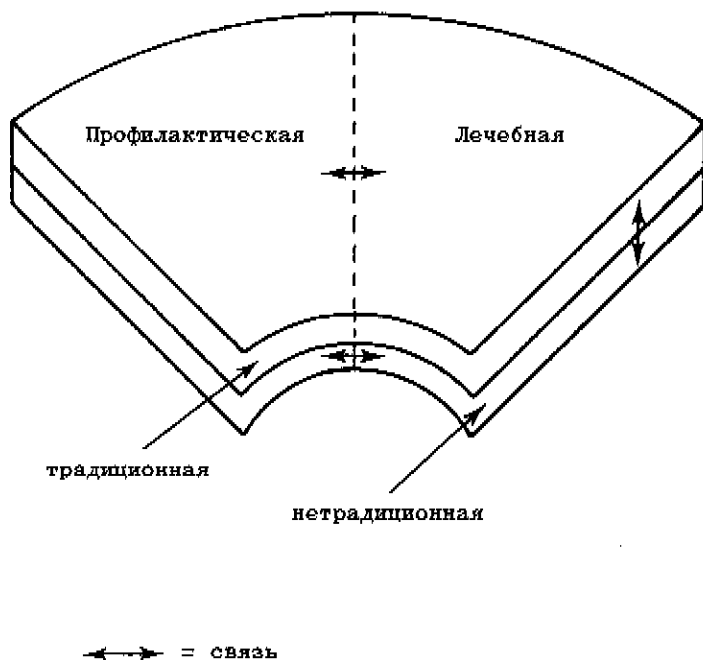
Т - третичная

РНС - первичная медико-санитарная помощь

РЭС - первичная социальная помощь

РЕС - первичная образовательная помощь и т.д.

Рис. 5 Первичная медико-санитарная помощь  
(раздел Рис. 4)



детей, школьными службами здравоохранения и так далее. До 15-летнего возраста лечебную первичную медико-санитарную помощь оказывает либо педиатр, либо врач общей практики, а после 15 лет - врач общей практики. По мнению Группы, важно не то, каким образом организованы службы и кто оказывает помощь, а то, каковы функции этих служб (как обеспечивается обслуживание и что оно включает в себя).

Традиционное первичное медико-санитарное обслуживание молодежи должно включать в себя ряд важных функций. Прежде всего, обеспечивающий обслуживание специалист должен уметь находить контакт с подростком, т.е. оказывать ту помощь, которая одновременно является как доступной, так и приемлемой. Как уже отмечалось, процесс социализации молодых людей

зачастую приводит к возникновению у них подозрительного отношения к взрослым. Специалист здравоохранения должен найти пути преодоления подобного подозрения и завоевать доверие подростка. Большое значение для установления атмосферы доверия имеет фактор конфиденциальности. Например, то, как может врач войти в доверие к молодому больному и выступать в роли защитника больного, одновременно поддерживая хорошие взаимоотношения с его родителями? Одно из возможных решений этой дилеммы заключается в следующем: если подростка привели к врачу родители, врач должен прежде всего осмотреть подростка и родителей вместе, а затем договориться с ними о том, что он обследует их отдельно при последующих посещениях перед проведением позднее общей беседы. Подобная процедура позволяет врачу установить личный контакт с подростком, выслушать рассказ о возникшей проблеме от обеих сторон и улучшить в дальнейшем связь между родителями и подростком, объединив их вместе. Если же подросток обращается к врачу с какой-то жалобой один, то, вероятно, лучше убедить его или ее в том, что вся информация будет содержаться в тайне до тех пор, пока по их обоюдному согласию родители или посторонние лица не будут введены в курс дела.

Другая важная функция, которую надлежит включить в традиционную первичную медико-санитарную помощь молодежи, заключается в способности оказывающего помощь специалиста поддерживать контакт с другими элементами сети служб: службами вторичной и третичной медико-санитарной помощи, социальными, юридическими, образовательными и нетрадиционными службами (см. Рис. 4 и 5). Рабочая группа особо отметила значение оценки системы перенаправления подростков к другим врачам во всех странах, а также значение укрепления позиции и авторитета тех нетрадиционных служб, которые возникли в рамках традиционного сектора.

Необходимо обсудить не только метод обеспечения традиционной первичной медико-санитарной помощи, но и входящие в нее функции. Кроме традиционных лечебных медицинских служб (лечение прыщей, болей в животе и т.д.) соответствующее внимание следует уделять профилактическим службам. Работа в сфере профилактической помощи должна включать службы производственной гигиены (см. раздел 4.1.2) и помощь в удовлетворении психосоциальных потребностей и решении связанных с ними проблем. Так, например, врачи первичной медико-санитарной помощи должны заниматься профилактикой и лечением

проблем, связанных с половым развитием молодежи. Они должны снабжать своих молодых пациентов информацией о половом развитии, использовании противозачаточных средств, а также давать советы по подготовке к вступлению в брак и выполнению роли родителей.

Как бы хорошей ни была организация и функционирование традиционных служб первичной медико-санитарной помощи для молодежи, всегда будет ощущаться необходимость в дополнительных нетрадиционных службах. С одной стороны, бюрократическая природа традиционных служб с записью на прием, назначением времени, определенными часами работы и т.д. часто противоречит потребностям подростков. С другой стороны, профессиональная природа традиционных служб, старшие и хорошо подготовленные взрослые часто внушают страх подросткам, особенно тем из них, которые уже заражены подозрением ко взрослым. В противоположность им нетрадиционные службы первичной медико-санитарной помощи для молодежи должны носить небюрократический и непрофессиональный характер. Можно, например, организовать их работу по вечерам, сделать доступ к ним в любое время без записи, организовать питание молодых рабочих, поддерживать непринужденную непрофессиональную атмосферу, принимать их без разрешения родителей и гарантировать сохранение тайны. Нетрадиционные службы могут быть созданы для удовлетворения конкретных насущных местных потребностей подростков и принимать форму клиник по проблемам злоупотребления различными веществами, по половым проблемам и т.д. Или же они могут быть созданы для удовлетворения всех потребностей подростков в области первичной медико-санитарной помощи, которые по какой-либо причине не хотят обращаться к обычному врачу.

Одной из типичных черт нетрадиционных служб первичной медико-санитарной помощи для молодежи является уделение главного внимания самообслуживанию и помощи со стороны сверстников. В прошлом традиционные службы имели тенденцию игнорировать или преуменьшать значение вклада самого человека и его сверстников в медико-санитарное обслуживание самого себя. Однако в молодости это особо важно и является жизненным фактом, признанным нетрадиционными службами. Рисунок 6 иллюстрирует связи внутри семьи, а также сеть сверстников данного подростка вне семьи. Именно их нетрадиционные службы используют в качестве ресурса.

Дело в том, что как в традиционных, так и нетрадиционных службах первичной медико-санитарной помощи для молодежи нуждаются не только местные группы населения. При наличии обоих типов служб и хорошей связи между ними обе службы смогут чему-то научиться друг у друга. Нетрадиционные службы могут получать поддержку со стороны властей и по мере разработки ими эффективных методов обслуживания подростков; эти методы могут приниматься на вооружение в более традиционном секторе, что будет постепенно сглаживать различия между двумя типами служб.

В более развитых районах Европейского региона первичная медико-санитарная помощь молодежи должна начинаться с разработки основы эффективных традиционных служб. Принимая во внимание ограниченные профессиональные ресурсы, основное внимание следует уделять использованию не только представителей смежных профессий и добровольцев, но также помощи сверстников и самообслуживанию. Поскольку подростки в этих районах все еще имеют общую тенденцию к более тесной интеграции со структурой семьи, то следует также учитывать потребность в службах помощи семье. Нетрадиционные службы также нужны, но они могут использовать другие методы и, возможно, ограничиваться работой специальной вечерней клиники, расположенной в помещениях под социальные, культурные или религиозные цели.

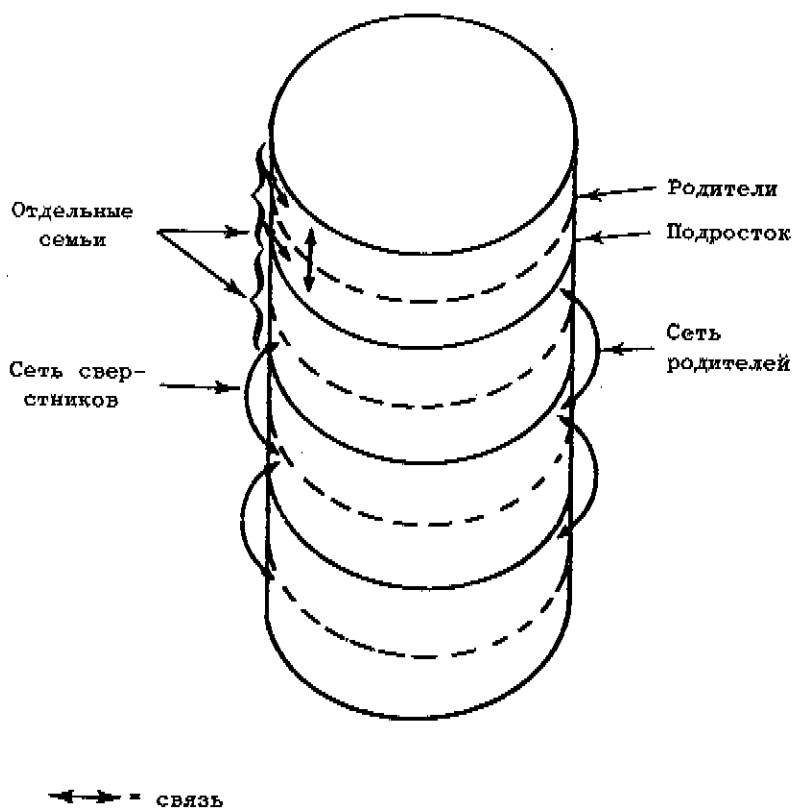
#### 4.2.2 Вторичная и третичная медико-санитарная помощь

Молодежь также должна иметь доступ к службам вторичной и третичной медико-санитарной помощи.<sup>a</sup> В отношении подобных служб вторичной и третичной медико-санитарной помощи был задан вопрос: нужна ли специализация по медобслуживанию молодежи? По общему мнению собравшихся, главное внимание страны должно быть направлено на разработку хорошей системы первичной медико-санитарной помощи молодежи, использующей основную систему семейной медицины (педиатр или врач общей

---

<sup>a</sup> Вторичное медико-санитарное обслуживание заключается в помощи медицинских специалистов, включая госпитализацию. Третичное медико-санитарное обслуживание включает в себя помощь высокоспециализированных и технических служб, таких как отделения интенсивной помощи, сердечной хирургии и т.д.

Рис. 6. Семьи с подростками  
(раздел Рис. 4)



практики) данной страны. Если хорошая система первичной медико-санитарной помощи для подростков уже существует, тогда, вероятно, полезно будет разработать специализацию по медобслуживанию молодежи, так как в результате этого появится место, куда можно будет направлять молодых людей с конкретными проблемами, не входящими в компетенцию врачей первичной помощи. Специалистами по медобслуживанию молодежи могут быть либо педиатры, либо специалисты по внутренним болезням, обладающие, по крайней мере, трехгодичным опытом работы с подростками. Они могут быть расположены в

амбулаторных или стационарных детских отделениях, в средствах вторичной и третичной медико-санитарной помощи. Обслуживаемые ими возрастные группы могут варьироваться в зависимости от типа организации служб здравоохранения и, что более важно, от уровня развития отдельного больного, но обычно к ним будет направляться молодежь в возрасте 14-21 года. Польза подобных специалистов заключается в их знаниях того, как поддерживать контакт с данной возрастной группой и рассеивать страх наиболее несговорчивых пациентов, в знаниях всех особых характеристик и проблем молодежи, а также в умении поддерживать контакт со всеми элементами сети служб и координировать с ними работу, начиная от специалистов высшего класса в сфере третичной медицинской помощи и кончая работниками системы помощи молодежи в нетрадиционных программах.

Молодые люди, нуждающиеся во вторичной или третичной помощи, также обладают потребностями, свойственными остальным подросткам. Поэтому, например, во время госпитализации необходимо поддерживать конфиденциальную связь между больным и бригадой здравоохранения; быть в курсе всех его проблем; помогать ему учиться в школе; предоставлять ему общество других подростков в целях непрерывной социализации и разрешать визиты друзей и родителей. Удовлетворение данных потребностей совершенно явно нуждается в помощи многодисциплинарной бригады (врачей, медсестер, социальных работников, преподавателей, психологов), и эту работу легче всего проводить, поместив его в подростковое отделение. Обслуживающие большое число подростков больницы должны обладать подобными отделениями. Если число пациентов - подростков в учреждении не оправдывает создание специального отделения, то решение о помещении подростка в детское или взрослое отделение должно приниматься на индивидуальной основе в зависимости от уровня физического развития больного (но не его возраста). Необходимо принять все меры для удовлетворения только что рассмотренных специальных потребностей.

Молодые люди с физическими или психическими недостатками и/или хроническими болезнями также испытывают все обычные для подростков потребности, помимо потребности в специальном обслуживании, что связано с их конкретной проблемой в здоровье. Обычно они не только нуждаются во вторичной и третичной медико-санитарной помощи, но еще и состояние их

здоровья создает специальные образовательные и трудовые потребности. Подобная молодежь больше всего нуждается в системе медико-санитарной помощи, и их потребности могут быть удовлетворены лишь с помощью многодисциплинарной, хорошо координируемой системы служб, включающей персонал медико-санитарных, образовательных и специальных служб.

При оказании медико-санитарной помощи молодежи для всех работников этой системы необходима подготовка по характеристикам и проблемам данной возрастной группы. Она должна проводиться в качестве составной части высшего и последипломного образования всех врачей, медицинских сестер, психологов, учителей и социальных работников как в теоретической, так и в практической областях.

#### 4.3 Общие службы

Как указывалось ранее, для удовлетворения специальных потребностей молодежи необходимы самые разнообразные службы. Кроме служб здравоохранения в этом должны участвовать социальные, юридические и образовательные службы (см. Рис.4). Важно, однако, не проводить традиционных связей между различными типами служб. Сложная природа проблем подростков (т.е. каждая рассматриваемая "биологическая" проблема имеет также психосоциальную окраску) требует тесной интеграции этих служб. Более того, как и в случае со службами здравоохранения, общие службы также должны использовать как традиционный, так и нетрадиционный подходы к вопросу (два пути, проиллюстрированных для первичной медико-санитарной помощи в Рис. 5, должны использоваться всеми службами).

Реагируя на все увеличивающиеся потребности современной молодежи, страны могут расширить число и задачи более традиционных общих служб. Таким образом, например, большинство государств имеют молодежные организации и клубы, которые значительно помогают подросткам. Хотя эти организации и клубы отличаются в зависимости от страны, местности, местных условий и потребностей, все они дают возможность осуществлять неофициальное руководство и использовать индивидуальную

инициативу при выборе мероприятий, что более детально рассмотрено Рабочей группой по проблемам детей школьного возраста (10-13 лет).<sup>а</sup>

Также срочно необходимо увеличить число и масштабы деятельности нетрадиционных общих служб для молодежи. Эти службы часто называют консультативными службами для молодежи.<sup>б</sup> Эти консультативные службы имеют те же черты, что и описанные нетрадиционные службы первичной медико-санитарной помощи для молодежи (см. раздел 4.2.1 выше) и заполняют не менее важный пробел в обслуживании молодых людей. Фактически лица, ответственные за разработку нетрадиционной медико-санитарной помощи и общих служб для молодых людей, уже давно признали необходимость отказаться от традиционных связей между профессиональными дисциплинами и службами, и поэтому сегодня нет никакого разрыва между нетрадиционными службами первичной медико-санитарной помощи и другими консультативными службами для молодежи. Так, например, консультативные службы для молодежи всех типов уделяют главное внимание самообслуживанию и помощи ровесников (см. Рис. 6).

Общие службы для молодежи, традиционные и нетрадиционные, должны выполнять определенные функции для удовлетворения потребностей молодых людей. Наиболее важной функцией, вероятно, является выдача консультаций и советов. Подобные консультации должны проводиться по психосоциальным, юридическим, профессиональным и образовательным вопросам. Они могут носить официальный или неофициальный характер и проводиться на индивидуальной или групповой основе. Нужно также создать возможность для анонимного консультирования без ведома родителей, школы или руководящих органов, с тем чтобы подростки могли воспользоваться этой службой, не опасаясь, что об этом узнают родители или полиция, или возможности быть судимым. Также важно иметь средства для

---

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы детей школьного возраста (10-13 лет). Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1978, раздел 3.3.2 (документ ICP/MCH 006)

<sup>б</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ. Консультативные службы для молодежи. Отчет о Рабочей группе. Копенгаген, 1976 (документ ICP/MNH 016 III(1))

круглосуточного консультирования в чрезвычайных обстоятельствах, возможно, с помощью телефонной службы срочной консультативной помощи.

Другая полезная функция общих служб для молодых людей заключается в создании возможностей для отдыха, восстановления здоровья и культурного досуга. Эта функция может выполняться различными путями и способами, но главное внимание всегда необходимо уделять инициативе самих молодых людей в деле организации подобных мероприятий. Специальные программы отдыха, восстановления здоровья и культурных мероприятий могут также организовываться для молодых людей со специальными проблемами (алкоголиков, наркоманов, подростков с физическими недостатками и т.д.) и могут принимать такие различные формы как, например, летние лагеря. Однако параллельно с этим следует стремиться достичь в будущем максимального вовлечения этих молодых людей в нормальную общественную жизнь в кратчайшие по возможности сроки.

Степень участия родителей в общих службах для молодежи может отличаться обычно в зависимости от особенностей каждого отдельного случая. Большинство подростков все еще тесно связаны со своей семьей, и поэтому, помимо специальной помощи молодым людям, обществу необходимо располагать службами, оказывающими помощь семьям с подростками и подросткам с семьями (т.е. родителям - подросткам).

По мнению Рабочей группы, эта строчка из поэмы голландского поэта Генриха Марсмана "Старик и юноша" хорошо выражает потребности подростков:

"Жадно и восторженно я жить хочу!  
Вы слышите меня? Отец, мать, мир, кладбище!".

## 5. РЕКОМЕНДАЦИИ

Рабочая группа сделала следующие рекомендации:

1. Вность следует рассматривать как нормальный период развития со свойственными ей особыми потребностями, для удовлетворения которых нужны специальные службы. Эта проблема не является проблемой здравоохранения и ее не следует определять как таковую.

2. Каждая страна Региона должна разработать свои собственные стандарты биологического развития (физического или полового) для этого возрастного периода. Необходимо еще лучше разработать методы измерения психологического и социального развития подростков.

3. Принимая во внимание свойственное этому возрастному периоду обычное несоответствие между хронологическим и биологическим, психологическим и социальным возрастами, весьма важно обучать принципам юношеского роста и развития как детей (до их половой зрелости), так и людей, находящихся в тесном контакте с подростками (родителей, учителей, медсестер, врачей, общественных работников и т.д.). По этой же причине при проведении оценки молодых людей этой возрастной группы, при разработке требований, предъявляемых к их деятельности, а также развитию и организации служб для подростков важно по мере возможности использовать данные, ориентированные скорее на возрастное развитие, нежели на хронологический возраст.

4. Подростки, у которых проявляются крайности биологического развития, нуждаются в медицинской оценке. Знания потенциально положительных и отрицательных последствий медицинского вмешательства в процесс роста и развития юношей и девушек до сих пор являются неудовлетворительными. Необходимо рассмотреть вопрос о созыве совещаний по этой теме.

5. Необходимо большее количество данных о заболеваемости подростков (включая психосоциальные отклонения) и смертности в этом возрасте (например, несчастные случаи). Некоторые из этих данных могут быть собраны школьными службами здравоохранения.

6. Необходимо большее количество информации о половом развитии и сексуальности в период юности (включая образцы фертильного поведения, контроля фертильности и формирования семьи). Подобная информация должна собираться на местах и включать в себя психосоциальные характеристики. Национальным правительствам необходимо признать половое созревание подростков одним из важных моментов, а также содействовать сбору информации и определению потребностей в этой области. Необходимо рассмотреть вопрос о созыве совещания по этой теме.

7. Необходимо продолжить исследования проблем беременности, аборт, деторождаемости и родительских прав среди юности.

Такие исследования должны привести к созданию широких социальных программ, ориентированных на применение противозачаточных средств в целях сокращения числа нежелательных беременностей и абортс среди девушек (особенно повторные и поздние аборты).

8. Необходимо более тщательно разработать образовательные программы для юношества по вопросам сексуальности, подготовки к совместному проживанию и получению родительских навыков. Наилучшим образом подобные образовательные программы могут быть разработаны на местном уровне с помощью родителей, руководства образовательных и медицинских учреждений.

9. Весьма важными являются потребности молодежи в питании, однако эти моменты еще недостаточно осознаются. Необходимо собрать дополнительную информацию по этому вопросу, включая, например, сведения о способах потребления пищи и их взаимосвязи с питанием, об отдаленных воздействиях питания подростков на их здоровье во взрослом и пожилом возрасте, а также требованиях, предъявляемых к питанию девушек во время беременности.

10. Каждой стране следует определить характеристики курения, злоупотребления алкоголем и лекарственными средствами среди юношей и девушек на своей национальной территории (включая демографические характеристики, предрасполагающие факторы, такие как стресс, отношение к школе, отдаленные воздействия) и затем на основе собственной информации разработать свои программы, направленные на решение этих проблем.

11. Несчастные случаи представляют важную проблему для юношества, и в этой связи необходимо разработать новый подход к этому вопросу. Следует рассмотреть вопрос об организации совещания по проблеме несчастных случаев среди молодежи.

12. Поскольку в большинстве стран Европейского региона число самоубийств среди подростков увеличивается, каждой стране необходимо создать службы профилактики и лечения самоубийства среди юношества, куда войдет определение групп повышенного риска и предотвращение попыток к самоубийствам.

13. Назрела острая необходимость в создании систем обслуживания семей, в которых дети или сами родители находятся в возрасте от 13 до 19 лет. Основная деятельность данных служб поддержки должна быть сосредоточена на молодых людях

из трудных семей и на семьях с трудными детьми данного возраста. Сюда должны входить консультативные службы для молодежи и родителей.

14. Менее традиционные социальные программы и программы здравоохранения являются жизненно важным компонентом работы служб для подростков. Молодежные клубы представляют собой одну из наиболее необходимых служб и должны предоставлять возможность проявлять индивидуальную или групповую инициативу, а также способствовать функционированию таких служб поддержки, как например, неофициальное руководство.

15. Программы профессиональной гигиены для подростков должны иметь широкую основу и быть направленными на достижение оптимального соответствия работы и наивысшего удовлетворения, получаемого от труда. Эти программы должны включать в себя школьные консультации по выбору профессии (включая подготовку по характеристикам рынка рабочей силы), промышленные программы оказания помощи молодым людям в их приспособлении к началу работы и помощь безработным юношам и девушкам в нахождении альтернативных решений.

16. Необходимо провести переоценку роли школы для юношества, включая рассмотрение ее роли в подготовке к трудовой деятельности; ее роль в подготовке к семейной жизни; и ее отношение к любым злоупотреблениям, детской преступности и самоубийствам.

17. Независимо от своей структуры все службы здравоохранения для юношества должны включать в себя: полностью разработанные программы первичного медико-санитарного обслуживания с особым уклоном на профилактические службы и интеграцию или тесное сотрудничество между профилактическими и лечебными службами; эффективную связь между юношами и девушками, их семьями и лицами, предоставляющими медико-санитарное обслуживание; эффективную связь между службами первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи; эффективную связь между службами здравоохранения, социальными службами и образовательными программами; всевозрастную роль в этом деле призвано сыграть самообслуживание и обслуживание сверстников; как традиционные, так и нетрадиционные подходы к вопросу функционирования служб; специальную подготовку по вопросам здравоохранения юношества всех занятых и обслуживании подростков медицинских и санитарных специалистов; а также подготовку медико-санитарных специалистов по проблемам юношества.

## Приложение

### СПИСОК УЧАСТНИКОВ

#### Временные советники

Д-р О. Вальтуена Борк,<sup>а</sup> Генеральный инспектор школьных служб здравоохранения, Министерство просвещения, Мадрид, Испания

Профессор Кристиана Бошкова, Директор Национального научно-исследовательского института матери и ребенка, Варшава, Польша

Д-р М. Вагнер, Сопредседатель Совместного центра по исследованиям программ здравоохранения, Институт социальной медицины, Копенгагенский университет, Дания (Составитель отчета)

Д-р Ф. Вафельбаккер, Руководитель Отдела медико-санитарной помощи молодежи, Министерство общественного здравоохранения и гигиены окружающей среды, Лейдендам, Нидерланды (Вице-председатель)

Профессор Ю. Вельтишев, Директор Московского научно-исследовательского института педиатрии и детской хирургии, Министерство здравоохранения РСФСР, Москва, СССР

Д-р Дж. Д. Вильямсон, Отделение общей практики, Мужская больничная медицинская школа, Лондон, Соединенное Королевство

Профессор О. Женере, Директор Института социальной и профилактической медицины, Женевский университет, Швейцария

---

<sup>а</sup> участие не оплачивается ВОЗ

- Д-р К. Каноза, Руководитель Отделения, Педиатрическая больница "Ла Фе", Валенсия, Испания
- Д-р Жаклин Кнопис, <sup>а</sup> Руководитель Отделения медико-социальной помощи молодежи, Школа общественного здравоохранения, Католический университет Лёвена, Лёвен, Бельгия
- Д-р Пярошка Комлоси, Национальный институт неврологии и психиатрии, Будапешт, Венгрия
- Д-р Женеви́ев Конжи, Международный центр помощи детям, Париж, Франция
- Д-р В.Б.Ж.М. ван дер Меерен, <sup>а</sup> Отделение медико-санитарной помощи молодежи, Эйндховен, Нидерланды
- Профессор С. Нордио, Институт педиатрии, Университет Триеста, Италия
- Профессор П.О. Петерссон, Медицинский директор, Университетская больница, Университет в Упсала, Швеция (Председатель)
- Г-н В. де Регт, <sup>а</sup> Гаага, Нидерланды
- Д-р Х. Тиммерман, <sup>а</sup> Институт криминологии, Университет Гронинген, Нидерланды
- Профессор Й. Хоуштек, Декан педиатрического факультета, Мотол, Прага, Чехословакия
- Д-р Елизавета В.М. ван дер Цийль, <sup>а</sup> Молодежный психолог, Амстердам, Нидерланды
- Г-н А. Чиба, <sup>а</sup> Руководитель Отдела по сотрудничеству с ЮНЕСКО и МПШ, Сектор образования, ЮНЕСКО, Париж, Франция

---

<sup>а</sup> Участие не оплачивается ВОЗ

Профессор Е. Шмидт, Директор педиатрической клиники,  
Дюссельдорфский университет, Федеративная Респуб-  
лика Германии

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Г-н Дж.Ю. Ганнибал, Технический специалист Секции охра-  
ны психического здоровья

Д-р П.С. Рёниш, Региональный специалист по охране здо-  
ровья материнства и детства (Секретарь)

Д-р Д.К. Соколов, Руководитель Отдела укрепления служб  
здравоохранения

Штаб-квартира

Д-р С. Алексаниц, Медицинский специалист Отдела охра-  
ны материнства и детства