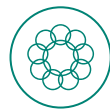


环球计划手册

人道主义宪章
与人道主义响应
最低标准





环球计划手册

人道主义宪章与人道主义响应最低标准

什么是环球计划？

人道主义宪章

保护原则

人道主义核心标准

供水、环境卫生和卫生促进

食物保障和营养

住所和安置

医疗卫生



环球协会 (Sphere Association)
3 Rue de Varembe
1202 Geneva, Switzerland
电子信箱: info@spherestandards.org
网址: www.spherestandards.org

2000 年第一版

2004 年第二版

2011 年第三版

2018 年第四版

版权所有© 环球协会, 2018

《人道主义质量与责任核心标准》版权所有©人道主义核心标准联盟 (CHS Alliance)、环球协会 (Sphere Association) 和紧急复原发展小组 (Groupe URD), 2018

版权所有, 翻版必究。本资料受版权法保护, 在注明版权持有人的前提下, 可免费复制, 用于培训、科研和教学等教育目的。本资料不得转售。如需在其他情况下复制、在线发布或在其他出版物中重复使用或进行翻译或改编, 必须事先发送电子邮件至 info@spherestandards.org 获得版权所有者的书面许可。

本手册被大英图书馆和美国国会图书馆收录。

ISBN 978 - 1 - 908176 - 400 PBK

ISBN 978 - 1 - 908176 - 608 EPUB

ISBN 978 - 1 - 908176 - 707 PDF

引用: 环球协会, 《环球计划手册: 人道主义宪章与人道主义响应最低标准》, 第四版, 日内瓦, 瑞士, 2018。

www.spherestandards.org/handbook

环球计划项目于 1997 年由多家非政府组织和国际红十字与红新月运动共同发起, 旨在针对人道主义响应的核心领域, 制定一套通用的最低标准, 即《环球计划手册》。该手册的目的是提高灾害和冲突局势中人道主义响应工作的质量, 并加强人道主义行动对受危机影响人群的责任。《人道主义宪章与人道主义响应最低标准》集合了众多人员和机构经验的产物, 因此不应被视为代表任何一家机构的观点。2016 年, 环球计划项目注册成为环球协会 (Sphere Association)。

本手册由 Practical Action Publishing 及其代理商和代理人在全球范围内为环球协会代为发送。Practical Action Publishing (英国公司注册号: 1159018) 是“实践行动”组织 (Practical Action) 全资拥有的出版公司, 其运营的唯一目的是支持其所属慈善组织的各项目标。

地址: Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom

电话: +44 (0) 1926 634501; 传真: +44 (0) 1926 634502

网址: www.practicalactionpublishing.org/sphere

设计单位: Non-linear Design Studio, Milan, Italy

印刷单位: Shortrun Press, United Kingdom

排版单位: vPrompt eServices, India

前言

随着第四版的出版，《环球计划手册》即将迎来它的 20 周年纪念。这是全球人道主义行动者长达一年密集式动员的成果，并反映这 20 年来在前线行动、政策制定和倡导工作中，使用标准来维护原则和责任的经验。

《环球计划手册》建基于人道主义的法律和伦理基础，使用清晰和以权为本的框架，并以务实的指导、全球良好的实践经验和众多实证，为人道主义工作者提供支持。

环球计划在技术领域内和持续变化的人道主义环境中均有其独特的地位。这个版本能充分体现 2016 年首届“世界人道主义峰会”、“2030 年可持续发展议程”和其他全球性行动中所做出的国际性承诺。

尽管政策环境不断演变，但我们知道无论冲突和灾害在哪里发生，人们的即时生存需求都是基本一致的。环球计划通过回顾负责地提供援助的基本要素，支持并推动全球和本地的政策程序，以帮助人们能有尊严地生存、恢复和重建生活。

环球计划的优势和全球影响力源自一个事实，即环球计划本来就属于所有人。当使用者每隔几年对标准进行回顾和修订时，他们对标准的拥有感也会再次提起。这是我们一起重申我们承诺的时刻，并一起许诺改进我们的行动，以确保实践者无论在哪里工作，都能获得最好的信息。这促使环球计划在人性尊严、人们有权利充分参与影响他们的决策等这些基本的重要性上，成为一个核心的参照和提醒。

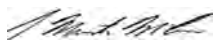
环球计划是人道主义工作的基础之一。它是新的人道主义行动者的起始点，也是经验丰富的工作人员常备的参考，指导他们应采取哪些优先行动以及如何查询更详细的技术信息。环球计划标准的合作伙伴也能在环球计划以外的特定领域提供更多支持，帮助人们恢复和发展。

这一版本得益于全球数千人的参与，他们来自至少 65 个国家的 450 多家机构。其全球的覆盖面反映了来自多元背景以及不同挑战和类型的行动者所总结出来的经验。如果没有你们诸位的坚定承诺，就不会出现这套标准。我们衷心感谢诸位在修订期间，以及过去 20 年中为此所做出的贡献。

我们期待，在您使用本手册的过程中，我们能将这项工作继续下去，

前 言

并和您共同学习。



Martin McCann
环球协会董事会主席



Christine Knudsen
执行董事

译 序

环球计划的诞生源于1994年造成数十万人死亡的卢旺达屠杀。在危机结束后，参与人道主义响应的机构进行了深刻的反思与评估，发现人道主义响应的工作质量对受影响人群的基本生存影响甚大。因此，在1997年，国际红十字与红新月运动和多家国际救援机构开始讨论一套全球通用的响应标准，帮助人道主义工作者改进工作质量，以更好地帮助受危机影响的群众。

在这样的背景下，《环球计划手册——人道主义宪章与人道主义响应最低标准》第一版手册（简称《环球计划手册》）于2000年正式在全球发布，列明了人们在人道主义响应中在“供水、环境卫生和卫生促进”、“食物保障和营养”、“住所和安置”和“医疗卫生”等领域应享有的基本尊严和权利。

经历了近20年时间后，《环球计划手册》第四版在2018年面世了。近年发生的灾害和冲突，无论是类型、影响范围，还是程度，都远较过往复杂，加之气候变化加剧，叙利亚危机与东非旱灾等持续的危机发生，以及以市场和现金为本的响应方式被广泛使用，这都促使《环球计划手册》涵盖了更多不同的维度，为读者提供更丰富的指引和参照。

乐施会负责《环球计划手册》2018年版本的中文翻译工作。随着中国内地参与国内外人道救援工作的机构越来越多，各界对人道主义响应工作的质量与责信日益重视。我们希望通过翻译本手册，可以让政府和民间组织中每一个参与人道救援工作的人员，一起学习和实践环球计划提出的人道主义响应最低标准，在人道主义响应中确保受影响人群应有的尊严和权益。

在此，乐施会特别鸣谢多家救援机构以及专家学者共同对本手册的中文翻译进行校对和编审（鸣谢名单请参见《致谢》），让本手册的语言更为专业化和本土化。这一过程也标示着本手册是所有参与人道救援工作的人员共同拥有的。来让我们一起实现环球计划的愿景！

余志稳
乐施会署理总裁
2019年

致 谢

这一版的《环球计划手册》经历了环球计划制定历史上最为多样化、影响最为深远的咨询过程。本次修订收到来自 190 个组织近 4500 条在线评论，还有 1400 多人参加了由 40 个国家的合作伙伴举办的 60 场现场活动。环球计划为能收到如此大规模、涉及面广泛的建议和意见，谨向所有参与修订的国家、地方和国际非政府组织、国家政府和部委、国家红十字会/红新月会、大学、联合国机构和个体从业者等表达诚挚的感谢。

环球协会办公室负责协调修订的过程。个别章节由一些作者牵头进行编写，并得到指定主题的专家和人道主义工作领域的顾问人士跨领域的支持。大多数作者和主题专家由其自身的机构推荐，感谢他们为其领域的编写奉献了大量的时间和精力。

为了支持作者和主题专家们的工作，环球协会办公室特别成立了写作小组和参考小组。在此，环球计划对所有工作人员在 2017 年和 2018 年的倾情奉献表示感谢。工作组和参考小组成员的完整列表可在环球计划网站（spherestandards.org）上查询。本版本的主要作者和专家名单如下。

特别要以“住所和安置”章节来纪念格雷厄姆·桑德斯（**Graham Saunders**）。他是 2004 年和 2011 年版本中此章的作者，也是 2018 年版本制定早期的顾问。

格雷厄姆是一位真正的人道主义者，也是住所和安置工作领域的杰出代表。他以远见卓识、领导才能和无限的精力，将人道主义住所和安置问题引起人们的注意，并为以后的人道主义住所和安置工作的从业人员开拓了相关领域。他不断努力改善我们的做法并使这一领域专业化。我们将永远怀念这位先驱、专家和挚友！

基础章节

- **人道主义宪章和附录 1:** Mary Picard 博士
- **保护原则:** Simon Russell（全球保护问题专题小组），Kate Sutton（人道主义咨询小组）
- **人道主义核心标准:** Takeshi Komino（CWSA 日本），Sawako Matsuo（JANIC）

技术章节

- 供水、环境卫生和卫生促进: Kit Dyer (NCA), Jenny Lamb (英国乐施会)
- 食物保障: Daniel Wang'ang'a (国际世界宣明会)
- 营养: Paul Wasike (美国救助儿童会)
- 住所和安置: Seki Hirano [无主教救济服务 (CRS)], Ela Serdaroglu (红十字会与红新月会国际联合会)
- 医疗卫生: Durgavasini Devanath 博士 (红十字会与红新月会国际联合会), Julie Hall 博士 (红十字会与红新月会国际联合会), Judith Harvie 博士 (国际医疗团), Unni Krishnan 博士 (澳大利亚救助儿童会), Eba Pasha 博士 (独立顾问)

脆弱性、能力和运作环境

- 儿童和儿童保护: Susan Wisniewski (地球社)
- 老年人: Irene van Horssen, Phil Hand (国际助老会)
- 社会性别: Mireia Cano (性别备用能力项目)
- 性别暴力: Jeanne Ward (独立顾问)
- 残障人士: Ricardo Pla Cordero (人道和全纳)
- 艾滋病毒携带者和感染者: Alice Fay (联合国难民署)
- 精神健康和心理支持: Mark van Ommeren 博士 (世界卫生组织), Peter Ventevogel (联合国难民署)
- 长期危机: Sara Sekkenes (联合国发展署)
- 城市处境: Pamela Sitko (国际世界宣明会)
- 军民协调: Jennifer Jalovec, Mark Herrick (国际世界宣明会)
- 环境: Amanda George, Thomas Palo (瑞典红十字会)
- 降低灾害风险: Glenn Dolcemascolo, Muthoni Njogu (联合国国际减灾战略)
- 现金援助和市场: Isabelle Pelly (现金援助学习伙伴)
- 供应链管理 and 物流: George Fenton (人道救援物流协会)
- 监测、评估、责任和信学习: Joanna Olsen [无主教救济服务 (CRS)]

环球计划董事会 (2018 年 5 月)

教会联合行动联盟 (Alwynn Javier), 德国救援组织联合会 (Karin Settele), 国际关怀组织 (Phillipe Guiton), 国际明爱会 (Jan Weuts), 加拿大人道主义响应网 (Ramzi Saliba), InterAction (Julien Schopp), 国际志愿机构理事会 (Ignacio Packer), 红十字会与红新月会国际联合会 (David Fisher), 国际医疗团 (Mary Pack), 世界信义宗联合会 (Roland Schlott), 非洲联盟委员会

(Mamadou Ndiaje), 国际乐施会 (Maria Chalaux Freixa), 国际计划 (Colin Rogers), RedR International (Martin McCann), 救助儿童会 (Unni Krishnan), 印度环球计划网络 (Vikrant Mahajan), 救世军 (Damaris Frick), 国际世界宣明会 (Isabel Gomes)

还要感谢发起并指导修订的时任董事会成员: Sarah Kambarami (教会联合行动联盟), Anna Garvander (瑞典信义会/世界信义宗联会), Nan Buzard (国际志愿机构理事会), Barbara Mineo (国际乐施会 – 西班牙乐施会), Maxime Vieille (救助儿童会)

资助人

除上述董事局各机构的贡献外, 以下机构为手册的修订提供了资助:

丹麦国际开发署, 德国外交部, 爱尔兰援助署, 澳大利亚政府 – 外事贸易部, 欧盟委员会人道主义援助和民事保护部门 (通过红十字会与红新月会国际联合会), 美国国际开发署外国灾害援助办公室, 瑞典国际发展研究所 (通过瑞典信义会), 瑞士发展合作署, 联合国难民事务高级专员办事处, 美国国务院人口、难民和移民局

手册修订小组

Christine Knudsen, 执行董事 (环球协会)
Aninia Nadig, 宣传和网络经理 (环球协会)
编辑: Kate Murphy, Aimee Ansari (无国界译者)
修订协调员: Lynnette Larsen, Miro Modrusan

感谢环球协会下列成员的支持:

学习和培训经理: Tristan Hale
联络和外展主任: Wassila Mansouri
通信经理 (至 2017 年 9 月): Juan Michel
通信经理 (2017 年 10 月至今): Barbara Sartore
行政和财务主任: Loredana Serban
实习生: Kristen Pantano, Caroline Tinka
在线咨询支持: Markus Forsberg (PHAP)
手册设计: Non-linear (www.non-linear.com)
文案编辑、排版、制作: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)
Kimberly Clarke, Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

致 谢

特别鸣谢手册修订过程中提供额外支持的团队和个人：James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas, Marilise Turnbull.

组织实地修订咨询的环球计划联络点：

阿根廷阿德拉（与美国南部阿德拉的区域协商）

阿富汗救济机构协调机构（阿富汗）

菲律宾环球计划拥护者联盟（ASAP）

人道标准工作组〔爱德基金会、成都授渔公益发展中心、卓明灾害信息服务中心、中国慈善联合会救灾委员会（中国）〕

BIFERD（刚果民主共和国）

亚洲社区服务（泰国和巴基斯坦）

Daniel Arteaga Galarza* with Secretaría de Gestión de Riesgos（厄瓜多尔）

Oliver Hoffmann 博士*，德国环球计划联络点负责人

Grupo Esfera Bolivia

Grupo Esfera El Salvador

Grupo Esfera Honduras

Illiassou Adamou* with the Child Protection sub-cluster（尼日尔）

印尼灾害管理协会（MPBI）

生物技术研究所（法国）

国际志工行动协会（美国）

机构间问责制工作组（埃塞俄比亚）

韩国非政府组织海外发展合作理事会（韩国）

孟加拉国环球社区（SCB）

印度环球计划

乌克兰非政府组织论坛

UNDP 智利

* 个别联络点

中文版致谢

为了让这一版《环球计划手册》的中文翻译更本土化和专业化，中国内地和香港多个积极参与人道主义响应工作和环球计划推广的国内基金会、民间及国际机构、知名学院和专家学者，携手对手册内不同章节的翻译进行修订，最后由乐施会负责总体校对和修订。在此，特别鸣谢各机构和学院对翻译修订工作的支持和参与（鸣谢名单见下表）。

负责修订的 章节名称	鸣谢名单
什么是环球计划？	北京师范大学风险治理创新研究中心、卓明灾害信息服务中心
人道主义宪章	注：沿用 2011 年版
保护原则	国际计划
人道主义核心标准	卓明灾害信息服务中心和专业翻译人员在 2018 年负责翻译，由卓明灾害信息服务中心、乐施会、世界宣明会－中国基金有限公司、国际计划共同修订
供水、环境卫生和 卫生促进	中国红十字会总会、成都授渔公益发展中心
食物保障和营养	爱德基金会、国际美慈组织、世界宣明会－中国基金有限公司
住所和安置	深圳壹基金公益基金会
医疗卫生	中国红十字会总会、香港中文大学 CCOUC 灾害与人道救援研究所

参与《环球计划手册》2018 年版本中文翻译修订的专家名单如下：

陈英凝教授（Emily Chan），公共卫生专家，香港中文大学医学院教授及助理院长（外务）、赛马会公共卫生及基层医疗学院外务及协作副院长、CCOUC 灾害与人道救援研究所所长、香港中文大学全球卫生中心总监、灾害风险综合研究计划辖下之卫生及社区抗灾力国际卓越中心总监、英国牛津大学纳菲尔德临床医学院公共卫生医学访问教授、美国哈佛大学 FXB 中心研究学人、香港大学李嘉诚医学院荣誉教授、香港医学专科学院院士、世界卫生组织灾害健康风险管理专题研究网络联席主席、联合国减灾署亚洲科学技术及学术咨询小组成员，以及灾害风险综合研究计划中国委员会第三届专家委员会委员。

张强博士 (Qiang Braven Zhang)，教授，现任联合国开发计划署与中国风险治理创新项目实验室主任、北京师范大学风险治理创新研究中心主任、北京师范大学社会发展与公共政策学院副院长。兼任国际应急管理学会中国国家委员会副主席、中国行政管理学会理事、公共安全科学技术学会理事、中国慈善联合会救灾委员会常务副主任委员、中国灾害防御协会应急救援专委会副主任、基金会救灾协调会监事、中国志愿服务联合会研究会副秘书长、清华大学中国应急管理研究基地研究员、哈佛大学燕京学社访问学者。张强教授多年来担任联合国开发计划署、联合国教科文组织、联合国志愿人员组织风险治理、减灾教育、国际人道、可持续发展、志愿服务等领域咨询专家，也是联合国志愿人员组织全球志愿服务发展报告专家顾问组成员。

在此也特别感谢代表机构的个人付出宝贵时间参与了《环球计划手册》2018年版本中文翻译校对，为翻译提出了宝贵的意见，感谢名单如下：

总修订负责人：黄文忠（乐施会）

各机构负责修订人员：

徐诗凌（北京师范大学风险治理创新研究中心）

郝 南（卓明灾害信息服务中心）

余红莲、段佳佳 [国际计划（中国）]

蔡文男、屈晓娟（中国红十字会总会）

王海波、程明理（成都授渔公益发展中心）

邓玉华、张 进（世界宣明会－中国基金有限公司）

谢 颖、张 超（爱德基金会）

彭 彬（国际美慈组织）

沙 磊、罗梓烨（深圳壹基金公益基金会）

赵卓邦（香港中文大学 CCOUC 灾害与人道救援研究所临床导师）

目 录

什么是环球计划？	1
人道主义宪章	27
保护原则	33
人道主义核心标准	49
供水、环境卫生和卫生促进（WASH）	87
食物保障和营养	155
住所和安置	231
医疗卫生	279
附 录	357
附录 1：环球计划的法律基础	360
附录 2：行为准则	371
附录 3：缩略语与首字母缩写词	377
索 引	381



什么是环球计划？

环球计划手册

什么是环球计划？

原则+基础



人道主义宪章



保护原则



人道主义
核心标准



供水、环境卫生
和卫生促进



食物保障和营养



住所和安置



医疗卫生

标准

- 附录 1 环球计划的法律基础
- 附录 2 行为准则
- 附录 3 缩略语与首字母缩写词

目 录

什么是环球计划？	4
1. 手册	4
四个基础章节和四个技术章节	4
“最低标准”促进各方采取一致的方法	6
各项标准的结构	6
关键指标的使用	7
与其他标准的关联	7
2. 根据情境使用标准	7
在整个项目周期内使用标准	8
前期评估和分析	8
策略制定和项目设计	9
实施	9
监测、评估、责任和信和学习	9
理解脆弱性和能力	10
数据分类	10
儿童	12
老年人	12
社会性别	13
性别暴力	13
残障	13
艾滋病毒携带者和感染者	14
性少数 (LGBTQI) 人群	14
精神健康和社会心理支持	14
了解实际工作的环境	15
支持国家和本地行动者	15
持续的危机	16
城镇环境	16
公共安置点	17
有国内或国际军事力量的情况	17
人道主义响应中的环境影响	18
附录：通过市场提供援助	19
参考资料和延伸阅读	25



什么是环球计划？

“环球计划”（即现在被人们熟知的“Sphere”）是 1997 年由众多人道主义非政府组织、国际红十字与红新月运动发起的。其目的是提高这些组织的响应行动质量，并为它们的行动负责。“环球计划”的逻辑建立在两个核心信念之上：

- 受灾害或冲突影响的人群享有有尊严地生活的权利，因此也有获得援助的权利；
- 应采取一切可能的措施，减轻灾害和冲突给人们带来的痛苦。

“人道主义宪章”和“最低标准”将这两大核心信念付诸实践，“保护原则”用于指导所有人道主义行动，“人道主义核心标准”包含了用以支持所有领域实现责任的承诺。它们共同构成了《环球计划手册》，而该手册目前已是全球范围内被最广泛参考的人道主义资源之一。

1. 手册

《环球计划手册》的主要使用者是参与人道主义响应规划、管理或实施的工作人员，包括对危机进行响应的本地、国家和国际人道主义机构的员工和志愿者，以及受危机影响的人群。本手册还用于人道主义倡导工作，以根据人道主义原则提高援助和保护工作的质量和责任。政府、捐助者、军队或私人企业越来越多地使用本手册来指导自己的行动，也因此能够与使用标准的人道主义机构开展建设性的合作。

本手册于 1998 年首次试行，并于 2000 年、2004 年、2011 年和 2018 年进行了修订。每次修订，我们都向行业内的个人、非政府机构、各国政府和联合国机构进行广泛咨询，由此产生的标准和指引立足于实证，并体现了全球从业者 20 年来的一线实践经验。

第四版的出版，标志着《环球计划手册》已走过 20 周年，反映了这 20 年来人道主义领域的各种变化。新版增加了针对在城市环境中工作、在持续的危机中实现“最低标准”，以及以市场为一种援助手段达到标准的指引。所有技术章节都已更新，以反映当前的做法，并使用统一的“人道主义核心标准”取代了以往的“核心标准”。

四个基础章节和四个技术章节

本手册反映了环球计划对符合原则和以权利为本的人道主义响应的承诺，这

承诺是基于人们充分参与有关他们灾后恢复的决策这项权利给予的根本尊重。

四个基础章节概述了人道主义响应的伦理、法律和实践基础。它们是所有领域和项目的基础。这些章节说明了确保良好质量的人道主义响应的承诺和过程，并鼓励人道主义工作者对受他们行动影响的人群负责。这些章节帮助本手册的使用者在任何情况下都能更有效地运用“最低标准”。如果跳过基础章节直接阅读技术章节，就会漏掉各项标准的基本要素。基础章节包括：

什么是环球计划？（本章）：概述了本手册的结构、用途和基本原则。重要的是，本章说明了在实际工作中使用本手册的方法。

人道主义宪章：它是《环球计划手册》的基石，表达了人道主义行动者的共同信念，即所有受危机影响的人都有得到保护和援助的权利。这项权利可以确保他们有尊严生活的基本条件。本宪章为“保护原则”、“人道主义核心标准”和“最低标准”提供了伦理和法律背景。它以1994年《国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救济行为准则》为基础。《行为准则》仍然是《环球计划手册》中不可或缺的组成部分^④见“附录2”。

构成“人道主义宪章”法律基础的主要文件^④见“附录1”。

保护原则：将“人道主义宪章”概述的法律原则和权利，从实践角度转化为指导所有人道主义响应的四项原则。

人道主义核心标准：其中的九项承诺陈述了实现“最低标准”时的基本过程和机构职责，以确保质量与责任。

四个技术章节包括下列关键响应领域的“最低标准”：

- 供水、环境卫生和卫生促进（WASH）
- 食物保障和营养
- 住所和安置
- 医疗卫生

在实践中，人道主义需求并不能清晰地划分到每个具体的领域中。有效的人道主义响应必须从整体上解决人们的需求，这就要求各领域之间相互协调和协作。在处于持续危机的情况下，这也可能超出人道主义响应的范围，需要与发展行动者密切合作。本手册包含大量交叉引用，以帮助在各领域之间建立连接。读者应该熟悉所有章节，以做出整体性的响应。

《行为准则》：10项核心原则

1. 人道责任是首要的。
2. 援助的提供，不应考虑接受者的种族、宗教信仰或国别，并且不应做出任何类型不利的区分。援助的优先性仅以需求的状况来加以确定。



什么是环球计划？

3. 援助不应被用来促进某一特定的政治或宗教立场。
4. 我们应该努力不使自己成为政府外交政策的工具。
5. 我们应该尊重文化与习俗。
6. 我们应该努力增强当地的灾害应对能力。
7. 应找到适当的办法，使项目受益人参与救灾援助的管理。
8. 救灾援助除了应满足基本需求外，还应该尽量减少将来受到灾害冲击的可能性。
9. 我们认为，我们对以下两类人均负有责任：那些我们所致力于援助的人以及那些我们从他们那里获得资源的人。
10. 在有关我们的信息、传播和广告活动方面，我们应该将灾害受害者作为有尊严的人类，而不是绝望的物品来看待。

《国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救济行为准则》全文⊕见“附录2”

“最低标准” 促进各方采取一致的方法

这些标准以可用的实证和人道主义工作的经验为依据。它们是建立在广泛的共识之上的最佳实践，也反映了不可剥夺的人权，因此应该普遍适用。

然而，必须了解、监测和分析正进行响应行动所在地的情况，以有效地运用这些标准。

各项标准的结构

这些标准都使用了同样的结构，帮助读者理解其普遍适用的陈述，并通过一系列关键行动、关键指标和指引来加以说明。

- **标准**源自人们有尊严地生活的权利这个原则。这些标准都是普遍和定性的标准，用以表明在危机中需要达成的最低限度。它们相当于“人道主义核心标准”中的“承诺”和“质量标准”。
- **关键行动**概述了达到“最低标准”的实践步骤。这些建议可能并不适用于所有情景，因此工作人员应该根据情况选择最为相关的行动。
- **关键指标**是衡量是否达到这些标准的信号。在整个响应周期中，指标提供了让我们根据标准掌握过程和项目结果的途径。最低的定量要求是指标完成情况的最低可接受水平，也只有在领域间达成共识的情况下才放进关键指标内。
- **指引**提供附加的信息以支持关键行动，同时交叉参照“保护原则”、“人道主义核心标准”和本手册中的其他标准，并与“人道主义标准伙伴关系”（Humanitarian Standards Partnership）的其他标准相互参照。

关键指标的使用

“环球计划”的关键指标是一种用于衡量是否达成标准的途径，不应与标准本身相混淆。标准具有普遍性，而关键指标和关键行动一样，应根据响应情景和阶段来考虑。“环球计划”的关键指标包含三种类型。

- **过程指标**用于检查是否达到最低要求。例如：标准化方案对食物保障、生计和应对战略进行分析 ⊕ 见“食物保障和营养评估标准 1.1：食物保障评估”。
- **进度指标**提供用于监测标准实现情况的衡量单位。它应该用于确定基线，与合作伙伴和利益相关者一起设定目标，并监测实现目标过程中的变化。例如：在观察家庭中，能将水安全储存于干净、有盖容器中的家庭占比 ⊕ 见“供水标准 2.2：水质”。虽然最佳的目标是 100%，但工作人员应将该指标与实际情况相联系，基于基线来监测已设定目标的达成进展。
- **目标指标**是具体的、可量化的目标，代表可量化的最低值，低于该数值则视为未达标。这些目标应尽快达成，因为没有达标就会影响到整个项目。例如：6 月龄至 15 岁儿童中接种麻疹疫苗的占比：目标是 95% ⊕ 见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.1：可用疫苗预防的疾病”。



与其他标准的关联

《环球计划手册》并未涵盖帮助人们实现有尊严地生活的权利和人道主义援助的所有方面。合作伙伴机构基于与环球计划相同的理念和承诺，在若干领域制定了补充标准。通过环球计划、人道主义标准伙伴关系（Humanitarian Standards Partnership）及其合作伙伴机构的网站可以获得相关信息。

- 紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）：LEGS 项目
- 人道主义行动中儿童保护的最低标准（CPMS）：人道主义行动中儿童保护联盟（Alliance for Child Protection in Humanitarian Action）
- 教育最低标准：灾前准备、响应、恢复：紧急情况下的机构间教育网络（INEE）
- 经济恢复最低标准（MERS）：小型企业教育与推广（SEEP）网络
- 市场分析最低标准（MISMA）：现金援助学习伙伴（CaLP）
- 老年人和残障人士的人道主义全纳标准（Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities）：老年人和残障人联合会（Age and Disability Consortium）

2. 根据情境使用标准

人道主义响应会在许多不同的情境下开展。有几个因素会影响“最低标准”

什么是环球计划？

在实际工作环境中如何使用，帮助人们实现有尊严地生活的权利。这些因素包括：

- 开展人道主义响应工作的环境；
- 受影响人群之间的差异和个体之间的多样性；
- 能影响人道主义响应实施方式和种类的操作和物流实况；
- 不同情境下准确的基线和指标，包括关键术语的定义和目标的设定。

文化、语言、响应工作人员的能力、安全、是否能进入灾区、环境的条件和资源都会影响响应工作。同样重要的是，要对响应的各种潜在负面影响有所预期，并采取行动把这些影响降低^④见“保护原则 1 和 2”和“人道主义核心标准承诺 3”。

《环球计划手册》是一套有关质量和责任的自愿性准则，旨在鼓励这些标准尽可能地被广泛使用和共有。《手册》并非一套“如何做”的指引，而是描述了人们在危机中有尊严地生存和恢复须采取的最低限度措施。

遵循环球计划的标准并不意味着要执行所有的关键行动或满足所有标准的关键指标。一个机构能达成这些标准的程度取决于一系列因素，其中一些因素是机构自身无法控制的。能否接触到受影响人群，或政治、经济动荡，可能导致在某些情境下无法实现这些标准。

如果最低要求超过接待受影响人群的社区的生活条件，须考虑如何缓解这种潜在的张力，例如提供社区为本的服务。在某些情况下，国家有关当地政府制定的最低要求也可能会高于环球计划的最低标准。

环球计划标准表达了有尊严生活的相关基本权利，这些标准是不变的。各项指标和最低要求则需根据具体情境进行调整。如果标准无法达成，则应谨慎考虑任何降低最低要求的建议。任何变更都须取得集体认可，实际进度中未能实现最低要求的，须广泛通报。此外，人道主义机构必须评估未能达成标准对受影响人群造成的负面影响，对响应工作的缺口进行倡导，并争取尽快实现指标。

在整个项目周期内使用标准

环球计划标准应贯穿在整个项目周期，从前期评估和分析，到制定策略、规划与项目设计、实施和监测，到评估和总结学习。

前期评估和分析

环球计划的最低标准为每个领域的需求评估和分析提供了基础，各领域的章节都附有评估清单。在危机发生时，环球计划标准能帮助识别当前需求和决定满足这些需求的活动优先次序，也在全球范围内概述了规划数据和最低援助水

平，以帮助制定整个响应的最低产出要求。因此，这些标准还有助于改进各机构和领域之间的协调工作。

策略制定和项目设计

“人道主义核心标准”和“最低标准”支持着响应的规划，以便在恰当时候向最需要帮助的人群提供适当的人道主义援助。受影响人群的充分参与以及与国家和地方政府的协调是所有领域实现这一目标的关键所在。

关键行动和指标为确定优先事项、决定规划数据和协调各个领域提供了框架。这能确保各领域的响应行动相互支撑，并帮助受危机影响人群发挥自身的能力来满足其需求。关键行动和指标概述了应达到的援助质量。它们还为开展响应行动分析提供了依据，以确定满足已知需求的最佳方式，并将潜在的副作用降至最低。

项目规划通常涉及对若干响应方案的分析，例如实物援助、现金援助、直接提供服务、技术援助或以上方案的组合。选定的响应方案的具体组合通常会随时间而变化。“最低标准”强调的是必须做什么，而非如何实施援助工作。

现金援助是一种以市场为本的项目手法，这种手法越来越多地用于满足人道主义需求。对使用现金援助方法的考量，在手册的所有章节都有涉及。它既可用于满足多个领域的需求，也可用于满足单一领域的需求，还可解决那些限制了妇女使用资产和参与资产管理决策的歧视性做法。多用途的现金发放可有效地提供跨领域的援助和满足这些标准。所有现金援助都应基于对需求、当地情境中的变化、市场运作以及可行性评估的跨领域分析。

以市场为本的项目方法不是所有领域都适用，特别是直接服务或技术援助的提供者。医疗卫生和营养的提供者可选择支持受影响人群得到现时非市场形式运作的医疗卫生服务和当地公共卫生的干预措施。

为了确定提供援助的最佳方式，需要向受影响人群进行咨询和对市场进行分析，了解各种服务的提供方式，以及了解供应链和物流能力。应随时间的推移，在情况变化时，不时对这种响应行动分析进行评估^④见“附录：通过市场提供援助”。

实施

如果环球计划标准不能用于受影响人群中的全部或部分群体，需调查原因并解释这种落差，并提出需要改变的内容。评估可能出现的负面影响，包括在保护和公共卫生方面的风险并加以记录，积极与其他领域和受影响人群合作，找出适当的方法，将潜在危害降至最低。

监测、评估、责任和信和学习

监测、评估、责任和信和学习（MEAL）为及时和基于实证的管理决策提供支持。



什么是环球计划？

它能够让人道主义项目适应不断变化的情境。所有“最低标准”都有指标，要对这些指标进行监测，以确定这些指标是否正在实现、是否在人群中的所有群体公平地实现，以及还需要应对多少需求。评估能帮助我们学习，以改进政策和未来的做法，并促进责任。MEAL 系统还能对有效开展人道主义行动相关的广泛学习有所裨益。

理解脆弱性和能力

在整本手册中，“人们”（或翻译为“人群”）一词一直在广义上使用，以反映“环球计划”的信念，即所有个人都有权利获得有尊严的生活，因此也有获得援助的权利。“人们”或“人群”应被理解为包含女人、男人、男孩和女孩，与其年龄、残障状况、国籍、种族、民族、健康状况、政治立场、性取向、性别认同或其他被人们用于自我界定的特征无关。

权力和资源并非所有人都能平等拥有。人群中的个人和群体有不同的能力、需求和脆弱性，而这些能力、需求和脆弱性还会随时间而变化。年龄、性别、残障状况，以及身份合法状态或健康状况等个人因素会限制他们获得援助。上述及其他因素也可能成为故意歧视的基础。与不同年龄、不同背景的女性、男性、女孩和男孩开展系统性的对话（包括单一群体对话和多个群体对话），是一个良好的项目基础。年轻或年老、妇女或女孩、残障状况或少数民族等因素本身并不会让个人具有普遍的脆弱性。然而，在既定情境中各种因素的相互作用却可能加强任何个人或群体的能力，增加他们的复原力，或影响他们获得援助。

在许多情境中，整个社区和群体都可能是脆弱的，因为他们生活在偏远、不安全或无法进入的地区，或者因为他们分散居住，且获得援助和保护的渠道有限。各群体可能会由于国籍、种族、语言、宗教或政治立场等因素而得不到足够的服务或被歧视，对此要特别注意，以体现公正的原则。

当有不同群体参与项目设计时，人道主义响应会更加全面、全纳和更具有持续性的结果。让受影响人群全纳和参与是确保其有尊严生活的基础。

数据分类

在许多情况下都很难找到或确定人口水平数据。然而，细分数据可显示出不同群体的独特需求，以及各种行动对他们的影响。细分数据有助于识别风险最大的人群，指明他们是否能够获取和使用人道主义援助，我们是否需要采取更多措施才能接触他们。应尽可能地细分数据，并使用适合于情境的细分类别，以便理解因生理和社会性别、年龄、残障状况、地理、民族、宗教、种姓或任何其他可能限制相关群体获得公正援助的因素所造成的差别。

有关年龄的一般性数据，可使用与国家数据收集系统相同的年龄分组。如果

没有国家年龄分组，可使用下表。可能还需要更加精细的分组，以针对特定群体，如婴儿、儿童、青年、妇女或老年人。



运用标准时对情境的理解（图1）

什么是环球计划？

儿童

在受危机影响的人群中，儿童占有很大比例，但又往往不受重视。儿童的能力和需求因其生理年龄和发展阶段而异。必须采取特别措施，以确保他们免受伤害并能公平地获得基本服务。

在危机期间，儿童会面临危及生命的特定风险，包括营养不良、与家人分离、人口贩卖、被招募进武装团体，以及遭受暴力、性暴力和性侵犯，所有这些问题都需要立即采取行动。

性别	残障状况	年龄									
		0 - 5	6 - 12	13 - 17	18 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 +
女性	无残障										
	残障										
男性	无残障										
	残障										

保护工作的风险往往由许多因素复合而成。例如，少年和幼年的男孩更有可能被武装部队和团体征召入伍，或参与到最恶劣的童工劳动中。青春期少女则更有可能被招募为性奴隶或被贩卖。残障儿童更容易被遗弃或忽视。需要特别注意残障女孩，因为她们会面临更大的性暴力、性剥削和营养不良风险。

积极征求所有年龄和背景的男孩和女孩的意见，让他们可以影响援助的实施、监测和评估。《儿童权利公约》规定，“儿童”是指每一个 18 岁以下的人。要分析受影响人群如何界定儿童，确保所有儿童或青年都能获得援助。

老年人

在大多数国家中，老年人是一个人口比例增长快速的群体，但又往往会在人道主义响应中被忽视。

在许多文化中，年老被认为与其状况（如成为祖父母）或体征（如白发）相关，而不是根据年龄判断。尽管有许多资料将老年定义为 60 岁及以上，但在发生人道主义危机的情况下，将 50 岁作为界限可能更为合适。

老年人具有应对策略方面的知识和经验，并能担当照顾者、资源管理员、协调员和创收者的角色。老年人往往能体现传统和历史，并可作为文化参照。孤立、身体虚弱、家庭和社区支持结构遭到破坏、慢性病、功能退化和心智能力下降等都能增加老年人在人道主义情境下的脆弱性。

确保在人道主义响应的每个阶段都征求老年人的意见并使之参与其中。提供

适合其年龄的服务、环境和信息，并使用按年龄细分的数据对项目进行监测和管理。

社会性别

“社会性别”指的是社会建构出的男性和女性在整个生命周期中的差异。这种差异会随时间、不同文化和不同情境发生变化。社会性别往往决定了女人、女孩、男孩和男人有不同角色、责任、权力和获得资源的机会。理解这些差异及其在危机期间发生了怎样的变化，对有效实施人道主义项目和实现人权至关重要。危机也可以成为解决性别不平等和赋权女人、女孩、男孩和男人的机会。

社会性别不同于性别，性别是指一个人的生理特性。

“社会性别”并不是“仅限女性”。虽然女人和女孩很多时候都要面临性别角色的约束，但男人和男孩也被对男性气质的严格期望所影响。社会性别平等的项目运作要求将他们纳入，以促进更公平的关系以及女人、女孩、男人和男孩的平等参与。

性别暴力

“性别暴力”指的是基于男女社会性别差异而生的暴力。它指出男女之间的不平等，是世界各地妇女和女童所受到的大多数形式的暴力行为的基础。危机可能加剧多种形式的性别暴力，包括亲密伴侣暴力、童婚、性暴力和人口贩卖。

各机构有责任采取一切必要措施，防止受危机影响的人群遭受性剥削和性侵犯，包括在机构自己的活动中，也要避免出现此类情况。如果发现不当行为的指控属实，则主管当地政府必须追究犯事人的责任，并以公开透明的方式加以处理。

残障人士

世界上约 15% 的人口有不同形式的残障。残障人士包括长期有生理、精神、智力或感官缺陷的人。这些缺陷与各种障碍互为关联，会阻碍他们与其他人一样充分和有效地参与社会。

在人道主义情境中，残障人士更容易面临物理环境、运输、信息和通信以及人道主义设施或服务等方面的障碍。响应和备灾方案应考虑到所有残障人士的能力和需要，并努力消除妨碍他们获取援助和参与的身体、交流和态度上的障碍。社会性别的不平等和歧视则可能会加剧残障妇女和女孩所面临的风险。

⊕见参考文献“华盛顿小组针对残障状况细分数据的问题”，以及⊕老年人



什么是环球计划？

和残障人士的人道主义全纳标准。

艾滋病毒携带者和感染者

了解特定情境下的艾滋病毒感染率十分重要，这有助于对脆弱性和风险的理解，并据此开展有效响应。流离失所会导致人们对艾滋病毒的脆弱性增加，危机则可能会导致相关的预防、检测、护理、治疗和支持服务中断。通常需要采取具体措施，以保护高危人群免受暴力和歧视。这种歧视可能与社会性别不平等和对残障、性别认同和性取向的歧视叠加。由此可能阻碍艾滋病毒携带者在危机中寻求可以获取到的服务（如有）。暴力、歧视和消极应对策略（如交易性性行为）会增加人们对艾滋病毒传播的脆弱性，特别是妇女、女童和性少数群体。相关最高危人群包括与男性发生性关系的男性、注射毒品使用者、性工作者、变性人、残障人士以及身处监狱和其他封闭环境中的人群^④见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准 2.3.3：艾滋病毒”。

有些因素可降低艾滋病毒风险，如人群流动性随时间降低，以及为受影响人群提供更多服务。应消除任何关于艾滋病毒携带者和艾滋病毒感染率增加的误解，以避免歧视性做法。艾滋病毒感染者有权利有尊严地生活，不受歧视，并应不受歧视地获得服务。

性少数（LGBTQI）人群

身份认同为女同性恋、男同性恋、双性恋、变性人、酷儿或双性人的人，即性少数（LGBTQI）人群。他们遭受歧视、羞辱、性暴力和身体暴力的风险往往更高。他们在获得医疗卫生、住房、教育、就业、信息和人道主义设施方面可能会面临障碍。例如，LGBTQI 人群通常会在应急安置或食物发放等基于“常规”家庭单位实施的援助项目中遭受歧视。这类障碍会影响他们的健康和生存，并对其融入社会产生长期影响。应在灾前准备和规划中包含具体的、安全的和全纳的保护响应措施。并在人道主义响应的每个阶段，都确保向 LGBTQI 人群和组织提供有效的咨询。

精神健康和社会心理支持

人们对人道主义危机带来的压力反应各不相同。有些人更容易被痛苦压垮，特别是如果他们被迫流离失所、与家人分离、在暴力中幸存。若此前就存在精神健康问题，就更是如此。以符合社会和文化的的方式提供基本服务和安全保障，对预防受影响人群的痛苦及处理歧视问题都至关重要。

应加强社区的心理支持和自助创造出一种保护性的环境，让受影响的人群能够互助，实现社会 and 情感的恢复。有重点地针对个人、家庭或群体进行干预（包括临床干预）非常重要，但这类干预并不一定要由精神健康的专业人员提供，可以由经过培训并接受督导的非专业人士提供^④见“基本医疗服务标准 2.5——精神

健康”。

受影响人群通常会表达出信仰或宗教身份，并可能与宗教团体相联系。这通常是他们应对策略的一个重要组成部分，在多个领域中会影响响应的适当性。越来越多的证据表明，当人道主义工作人员重视信仰问题时，受影响人群会因此受益。既有的信仰团体有很大的潜力为所有人道主义响应做出贡献。以人为中心的方法要求人道主义工作人员了解受影响人群的信仰特点。已有越来越多的工具可以帮助实现这一目标。

了解实际工作的环境



人道主义响应会发生在各种迥然不同的情境中，从城市到农村，从冲突到突发性灾害，而且通常会逐渐发生多种情境的相互交织。响应措施满足受影响人群需求的有效性取决于地理、安全、社会、经济、政治和环境等多种因素。尽管“最低标准”是针对即时生命救助而制定，但它们在持续几天、几周、几个月乃至几年的人道主义响应中同样适用。人道主义响应应该随时间而不断调整，并且避免造成对援助的依赖。对环境和局势持续进行分析，可以提示应调整方案，以适应变化的环境，例如出现新的安全问题或洪水等季节性制约因素。

持续评估响应措施对当地动态产生的影响（如对物资和服务的采购，或雇用交通工具等）对确保人道主义行动不会加剧冲突状况至关重要^④见“保护原则2”。当危机持续，潜在的系统性弱点可能会加剧需求和脆弱性，这就需要采取额外的保护和建立复原力的措施。有些措施由发展行动者实施或与其合作会得到更好的解决。

组群系统等协调机制须明确分工和责任，并识别援助的覆盖面和质量上的缺口。防止工作重复和资源浪费很重要，利益相关者之间要进行信息和知识共享，并开展联合策划和综合性的活动，以确保各机构能更好地管理风险，并改善响应行动的结果。

支持国家和本地行动者

本手册认同东道国的首要角色和责任，指导人道主义响应的所有参与方，以及人道主义机构支持东道国履行责任时可发挥的作用。在冲突中，国家或非国家行动者是否愿意帮助人道主义工作者接触受影响人群会产生决定性的影响。

国家在领导或协调响应中的角色，会受诸多因素的影响，如：

- 是否存在专门负责协调或实施人道主义响应的政府机构（通常指国家灾害管理部门或机构）。

什么是环球计划？

- 直管部门在制定营养、基本药物标准，以及药品和医务人员等标准方面的作用和力量。
- 缺乏运行正常的国家机构，例如在有争议的地区。在这类特殊情况下，人道主义行动者可能需要建立自己的协调机制。

持续的危机

如果人道主义响应显然要持续数月或数年，可以考虑采用不同的方式来满足人们的需求和支持他们有尊严地生活。探索与现有服务供应者、地方政府、当地社区、社会保障网络或发展行动者合作的机会，以满足需求。评估时需考虑当地情境和保护问题，以及受影响人群的权利会受到怎样的影响。让男女两性和所有年龄、不同残障状况和背景的个人参与自我界定的社区参与分析、前期评估、决策和监评。尽早寻求长期和永久性的解决方案。当人道主义行动者有机会落实长期解决方案时，应优先考虑这些解决方案而非临时措施。

要认识到受影响人群通常会最先回应自身需求并保护自己，而国家和地方政府、民间社会组织、宗教组织等则提供关键的援助。注意当地原有的援助网络，要想办法支持它们，而非削弱它们或重复它们的工作。

城镇环境

随着世界上越来越多的人口迁入城镇，人道主义工作者必须准备好在城镇环境中进行响应工作。城镇地区与其他情境的不同尤其表现在以下方面：

- **密度：**在相对较小的区域内，人口、房屋、基础设施、法律和文化的密度会较高；
- **多元：**社会、种族、政治、语言、宗教和经济上各不相同的群体会生活在一起；
- **动态：**城镇环境存在较多流动和变化，具有高流动性和快速变化的权力关系。

地区政府通常是主要的政府机关，与其他政府行动者和部门（如各业务部门）相关联。应认真评估人们获得基本服务、食物保障和生计的机会，也包括任何歧视的情况。城镇居民会使用现金支付房租、购买食物和医疗服务。无论援助以什么方式提供，有尊严生活的最低标准在此也适用。

环球计划的最低标准可作为在城镇地区提供援助时的多个切入点，包括通过安置点、邻近区域或以区域为本等方式。有共同利益的现有团体，如学校、俱乐部、妇女团体和出租车司机等，可提供有用的切入点。与地方行动者（如企业、地方政府、社区领导人和社区团体）合作，对重启、支持和加强既有的服务（而非取代它们）都至关重要。要注意人道主义援助可如何支持市

政投资规划，在危机期间和更长时间内创造价值。

对城市环境进行情境分析与其他任何环境一样，都应该着眼于既有资源和机会，如商业、现金、技术、公共空间、具有专业技能的人，以及社会和文化的多样性，还有存在的风险和保护等方面。这种分析有助于确定响应方案并决定最终的援助提供方式，例如决定提供物资或现金援助（以及最佳的实施方式）。城镇的经济以现金为基础，这是与市场和技术方面的行动者成为合作伙伴的契机，与他们合作将有利于现金援助的使用。

公共安置点

经过规划的集中安置点和营地，以及集体中心和自发安置点，可以庇护上百万被迫流离失所的人。环球计划的标准可用于确保社区环境中的援助质量，还可帮助识别跨领域项目中的优先事项，以解决公共卫生问题，以及为自发安置点提供基本服务。

在集中安置点，专业的营地管理能力有助于加强责任和协调服务的提供。然而，集中安置点也存在特定的保护风险。例如，当离开安置点的行动自由被剥夺时，人们可能无法前往市场或谋生。还应特别注意接收受影响人群的社区，因为对主客双方实质的或感知到的区别对待，也可能会加剧紧张局势或冲突。在这种情况下，倡导在营地式的环境以外提供替代方案，并解决接收受影响人群的社区的需求，能帮助确保受影响人群有尊严地生活。

有国内或国际军事力量的情况

当人道主义机构跟国内或国际军事力量在同一区域做出响应时，必须了解彼此的任务、运作方式、能力和局限。在灾害和冲突环境下，人道主义机构可能与东道国政府部队、非国家武装组织和国际维和部队等各种军队密切合作。人道主义行动者应注意，东道国政府有义务向其境内受危机影响的人们提供援助和保护。国内军事力量通常负责这项工作。

在所有层面和阶段的互动中，人道主义的原则须指导所有人道主义机构和军队的对话，以及协调这互动过程中所有层面和阶段。信息共享、计划制订和任务分工是有效的军民协调的三个基本要素。当人道主义行动者和军事行动者之间要共享信息时，信息内容必须依据实际工作的情境而定，人道主义机构不得分享促使冲突一方具备战术优势或危及平民的信息。

有时候，人道主义机构可能需要利用军队的独特能力来支持人道主义行动。军队对人道主义机构的支持应限于基础设施的支持和间接援助，而直接援助是最后的手段。

与军队的合作会对人道主义机构的中立性和运作独立性产生实际或感知的影响，因此必须事先谨慎考虑。应使用国际通用的指引指导人道主义和军队协调的安



什么是环球计划？

排④见“人道主义核心标准承诺 6”和“参考资料”。

人道主义响应中的环境影响

人们生活和工作的环境对其健康、福祉和从危机中恢复至关重要。理解受影响人群如何依赖环境来恢复有助于项目的设计，并可实现更具可持续性的响应来应对未来的冲击，减轻未来的风险。

人道主义行动会直接和间接地影响环境。因此，有效的人道主义响应应在进行更宽泛的评估和情况分析时，谨慎评估环境的风险。项目应将其对环境的影响降至最低，并考虑采购、运输、材料选择或土地和自然资源的使用会如何保护或进一步破坏环境④见“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

在面临贫困、机构能力和生态环境脆弱的国家和地区，自然灾害和不稳定风险会更高，形成社会和环境退化的恶性循环。这会对卫生、教育、生计和其他关于安全、尊严和福祉的维度产生影响。环境可持续性的高质量人道主义响应的重要组成部分④见“人道主义核心标准承诺 3 和 9”和“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

附录

通过市场提供援助

本附录对《环球计划手册》的引言进行补充，对危机发生时利用市场达成“最低标准”和帮助人们满足其需求提供更多信息和指引。它建立在基础章节之上，也会在技术章节涉及。因此，它是《环球计划手册》的一部分。为了有效地做出响应，人道主义行动者应了解需求何在以及如何切实地满足这些需求。这分析中的其中一部分是要了解市场在地方、国家、区域和国际各个层面是如何运行的，以及哪些商品和服务可在市场获得。这样的认知可使人道主义项目在响应期间支持市场的运作，或至少不会对其造成扰乱。

市场分析成为响应分析的一部分

在需求和能力得到评估，明确优先事项以后，应马上分析响应和满足这些需求的不同方法。在考虑如何提供援助时，响应分析应确保实际操作层面、项目层面和情境中的风险和机会已得到系统性的考虑，这也会被称为“援助方式的选择”（choice of modality）。

识别最佳的援助方式来满足需求，需要：

- 随着时间推移和跨领域地细分有关优先事项和人们想要如何获得援助等信息；
- 了解危机前和危机造成的经济脆弱性。

作为响应分析的一部分，市场分析有助于明确满足优先需求的最有效方法：物资援助、服务提供、现金援助或在情境中综合运用。市场分析将有助于识别市场中的所有制约因素，包括供应和需求问题，或限制市场运作的政策、习俗、规则或基础设施等。

无论选择哪种响应方案，都应具备市场敏感性，并努力保护生计、当地就业和商业。环球计划建基于对受危机影响的人群最基本的尊重以及支持他们对自身恢复所做出的选择，而市场分析会考虑人们如何在本地市场中获得物资、服务和收入，从而支持以人为中心的工作方式。

项目手法和市场

可通过市场以多种方式在地方、国家或区域层面提供援助。以市场为本的项



什么是环球计划？

目手法可直接用于提供援助，也可以让市场获得支持，以更好地服务受影响人群。

- 在本地和区域内采购商品和非食品物资，支持市场的供应方。
- 现金援助可帮助人们购买当地可供应的商品或服务，以支持市场的需求方。
- 支持基础设施（如改善到市场的道路）或者进行改革（如通过法律来防止价格操控）、支持市场更好地服务受影响人群。

受影响人群的性别、种族或残障状况会在身体、财务和社会等方面直接影响人们进入市场的路径。男性、女性、年轻人和老年人，这些人是怎样以不同的方式进入市场的？来自特定族群的商人是否能够获得信贷？诸如此类的因素都会对个人积极参与市场的程度造成影响。

在制订以市场为本的方案时，道德和环境因素应该被权衡在内。应确保那些对自然资源、生态系统和环境过度开发的市场不会以加剧人们风险的方式来发展。

商品、服务和市场：在回应优先的人道主义需求时，应考虑使用商品和服务。环球计划的大多数标准牵涉到某些物资种类的提供或获得商品的渠道。然而，健康和教育等社会领域的特点就是提供或提升获取服务的渠道，不太适合选择以市场为本的方式来提供。在与第三方服务供应商或分包商合作时，应采取密切监测服务和产品质量⊕见“卫生系统标准 1.4：医疗筹资”。

在某些情况下，以市场为本的项目间接地支持受影响人群获取服务是合适的。现金援助可支持通往医疗设施的交通，或获取教育的机会（如购买校服和教材材料等）。追踪家庭支出可为家庭取得服务的成本提供清晰数据（包括免费服务）。应经常以监测现金援助达致的结果来帮助监测家庭的支出。

以服务为本的各个领域，在符合质量标准的前提下，也可考虑对诸如长效防虫蚊帐、补充喂养用品和药品等物资采用以市场为本的项目手法⊕见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”。

在大多数情境下，需要综合使用多种以市场为本的干预方式。以市场为本的项目可能需要通过其他活动来支持，例如技术援助活动等。这种组合也会在整个项目实施过程中变化发展，并可能从实物援助转为现金或代金券方式，反之亦然。与市场监测一样，市场监测对确认或调整援助形式也很重要。

自始至终都需要在供应链、物流和项目功能间建立协同合作。有关选择这种援助方式的支持和分析工具的进一步指导⊕见“参考资料”。

清单

现金援助清单

本节列出通过市场提供援助的相关注意事项。它遵循项目管理周期，并包含了采用这种方法来实现最低标准时应考虑的其他重要因素。各类环境有所不同，交付机制的选择可依据基础设施、数据保护、成本效益和财务全纳性来决定。

项目设计

- 项目目标是建基于目标人群的选定标准，并将现金援助的具体注意事项考虑其中。
- 基于明确的风险评估和权衡所有的保护问题，仔细考虑家庭中的哪些成员应获得现金援助。
- 根据项目的情境、目标和规模，以及受助人的财务知识和偏好，识别安全、便利和有效的援助机制。
- 根据要覆盖的需求和满足这些需求所需的费用，计算出需要现金援助的金额。
- 根据需要、季节性、金融服务供应商的能力和保护风险，设置现金援助的频率和持续时间。
- 在可能和可行的情况下，采用跨领域的视角。
- 界定关键问题和相关指标，以监测过程、活动、产出和成果。

实施

- 在金融服务供应商的投标中，纳入针对当地情况的考虑因素和其他相关维度，并建立明确的选择标准。
- 考虑使用现有熟悉的交付机制来实现社会保障。
- 设置适合于交付机制和个人数据保护的接收人登记和识别系统。
- 确保登记和识别数据包含金融服务供应商所需的数据。
- 运用并记录数据保护措施。
- 尽可能在与不同机构的合作中建立数字数据机制（“内部可相互操作的系统”）。
- 明确界定现金交付流程的程序、角色和责任，以及风险管理机制。
- 确保发放现金援助过程的便利性和有效性。
- 确保所有受影响群体在整个项目周期中都可以使用选用的交付机制。
- 确保接收人了解项目目标和现金援助的期限，以便他们能够做出知情地使用现金的决策。
- 通过合同管理和监测，确保金融服务供应商对接收人负责⊕见“人道主



什么是环球计划？

义核心标准承诺 4 和 5”。

监测、评估和学习

- 监测与现金援助相关的流程、活动、产出和风险，包括发放后的回访监测。
- 监测现金或代用券是否被正确的接收人安全、准时、足额地接收。
- 除了价格的监控外，还要持续监控市场及其供应链。
- 监测家庭支出并与市场监测数据进行三角验证，以评估是否可通过现金援助和减少消极应对策略来满足需求。
- 对现金援助的潜在风险进行监测，包括保护工作的风险和对自然资源造成的所有负面影响等。
- 评估与现金援助相关的结果。
- 定期评估选择的现金援助方式是否已有效地满足不断变化的需求，适时做出相应调整，以支持不断的学习，为未来提供借鉴。

供应链管理和物流清单

本节列出了供应链管理和物流的注意事项清单。它遵循项目管理周期，并包含了其他应考虑的重要因素。

供应链管理（SCM）从商品或服务的选择开始。它包含确定所需物资的来源、采购、质量管理、风险管理（包括保险）、包装、船运、交通运输、仓储、库存管理、交付和分发。供应链管理涉及许多不同的合作伙伴，因此协调活动极为重要④见“人道主义核心标准承诺 6”。

具备供应链管理的专业知识是需要的。特定类型的相关专业知识包括合同管理、运输和仓库管理、库存管理、管道分析和信息管理、发货跟踪和进口管理。管理和监督实践应确保商品能安全运往分发点。然而，人道主义机构也有责任确保产品和服务（包括现金援助）到达需要援助的人手中。

在当地和区域内采购可以刺激当地市场，可能会刺激农民和制造商生产更多的产品，进而促进当地经济发展。然而，当供应已经相对有限时，当地或区域内采购可能会给其他市场带来问题或对现有的商业网络形成破坏。而进口则可能会排挤本地或区域生产商，并破坏现有的商业网络。

项目设计

- 从灾区以外的地方采购之前，应先评估灾区是否提供所需商品和服务。
- 考虑与当地或区域内信誉良好的运输商合作，他们熟知当地法规、程序和设施，并可确保遵守本国的法律并加快交货进程。
- 在冲突环境中，应对服务供应商采用特别严格的审查流程。
- 谨慎确保本地采购不会导致或加剧人们的敌意。

- 考虑任何对自然资源的使用是否具备可持续性，以及此类使用是否会导致进一步的资源冲突。
- 建立一个透明、公平、公开的合同授予程序，考虑当地、国内和国际的选择。
- 如果涉及几家机构，尽可能对当地采购进行协调。

实施

- 与供应商、当地商家和服务供应商建立良好的关系。
- 通过合同以符合道德和环境可持续的做法来确保产品和服务的适当质量。
- 对供应链各层级的员工进行培训和督导，以保持产品质量，遵守针对接收人和员工的安全规程，以及符合道德和环境可持续的做法。
- 将合作机构和服务供应者的工作人员纳入培训，并以当地语言进行培训。
- 建立责任的程序，包括供应、运输和储存计划、库存管理、报告和财务系统在内。
- 避免通过付出食物来补贴物流操作，如仓库卸货。这些费用应列入核心预算。
- 建议食品和非食品仓库分开。在选择仓库时，应确定仓库以往没有被用于存放危险品，并且没有污染的危险。应考虑的因素包括：安全、容量、交通便利、结构坚固，并且不受任何洪水威胁。
- 评估并管理运输路线和仓库的安全风险。
- 在冲突局势中，建立控制系统，监督供应链的所有环节，将被交战方抢劫或征用的风险降至最低。
- 分析并解决更广泛的政治和安全影响，如因转移库存引发武装冲突的可能性⊕见“保护原则2”。
- 最大限度地减少并报告供应链各个环节上的产品损失。
- 由合格的检验员（如食物保障专家和公共医疗卫生实验室）对损坏或不适当的商品进行检验，并经其证明可对这些物资进行处置。
- 在损坏的商品成为健康或安全隐患之前，将其迅速处置。商品处置的方法包括销售（例如动物饲料）和经过授权并由有关当地政府见证的埋葬或焚烧。在所有情况下，不合格的商品不得重新进入供应链，损害环境或污染水源⊕见“WASH 固体垃圾管理标准 5.1 至 5.3”。
- 日常管理需求包括及时、透明地报告供应链中任何延迟或偏差的情况。确保物资接收、储存和/或发放的地点均有足够的使用当地语言印制的记录文件和表格。通过这样的方式来确保交易痕迹可进行记录审计。

监测、评估和学习

- 监测和管理商品管道，以避免分发被转移或中断，以及避免市场的扭曲。

什么是环球计划？

- 定期向利益相关者通报供应链上工作的绩效。
- 在供应链利益相关者之间分享库存水平、预期到达量和分配的相关信息。使用库存水平跟踪来及时发现预期的不足和问题。合作伙伴之间的信息共享可以促进贷款，以防管道中断。如果资源不足，需要对所需商品进行优先排序。在考虑解决方案时，应咨询利益相关者。
- 确保责任和沟通机制能反映交付流程的具体情况。
- 确保干预措施一开始就建立商品跟踪和信息管理系统。
- 定期评估援助是否有效满足了不断变化的需求，对项目进行相应调整并支持不断地学习，为未来的项目提供借鉴。

参考资料和延伸阅读

理解脆弱性和能力

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

具信仰敏感度的项目手法

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

市场分析和以市场为本的项目手法

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

现金援助

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

供应链管理和物流

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA. <https://www.humanitarianresponse.info>

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP-RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C & V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

延伸阅读

延伸阅读材料，请登陆以下链接查看

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



人道主义宪章

人道主义宪章

“人道主义宪章”为本手册中必须遵循的“保护原则”、“人道主义核心标准”和“最低标准”提供了道德和法律的背景。“人道主义宪章”既是对既定法律权利和义务的声明，又是对共同信念的声明。

就法律权利和义务而言，“人道主义宪章”总结了对受影响人群福祉有极深影响的核心法律原则。对于共同信念而言，“人道主义宪章”力图在人道主义机构中就灾害管理、冲突响应的原则达成共识，包括响应行动者的角色和责任。

“人道主义宪章”是支持环球计划的所有人道主义机构共同遵守的承诺，促使所有人道主义行动者采用相同的原则。

我们的信念

1. “人道主义宪章”表达了人道主义机构共同的信念，即受灾害或冲突影响的人群有权利得到保护和援助，从而为他们有尊严地生活创造条件。我们相信“人道主义宪章”中描述的原则是具有普遍性的，适用于所有受灾害或冲突影响的人群以及那些试图援助他们或为他们提供保障的人士。这些原则基本上都源于“人道”这一基本道德原则并在国际法中有所体现：人人生而自由，在尊严和权利上一律平等。依据这一原则，确定了“人道主义使命”（**humanitarian imperative**）：必须采取行动以预防或减轻灾害或冲突对人类造成的苦难，没有其他东西凌驾于这个原则之上。

作为地方、国家、国际性的人道主义机构，我们承诺提倡并遵守本宪章中的原则，并通过我们的努力达到最低标准以援助和保护受影响人群。我们敦促政府组织和私营企业在内参与人道主义活动的所有行动者，支持以下共同人道主义信念中声明的共通原则、权利和责任。

我们的角色

2. 我们承认，通过受灾害或冲突影响的人群自身的努力以及社区和当地机构的支持，他们的基本需求即可得到满足。我们认识到受影响国家在为受影响人群提供及时援助方面所扮演的角色和承担的责任，应由受影响国家采取措施以保护、保障受影响人群并为他们提供恢复支持。我们相信只有通过官方行动与志愿者行动相结合的方法，才可以实现有效的预防和响应。在支持政府的响应工作上，国家红十字会/红新月会以及其他的民间社团工作者扮演不可或缺的角色。在国家力所不及的地方，我们需要借助更大范围内的国际社

会力量，包括政府和区域性组织的捐助，以帮助受影响国家履行其援助责任。同样，我们也承认并支持联合国授权机构以及红十字国际委员会所发挥的特殊作用。

3. 作为人道主义机构，我们理解我们所扮演的角色与受影响人群的需求和能力以及受影响国家政府或权力单位的责任紧密相关。有些援助需要由我们来提供，这就反映了那些负有主要责任的部门（政府等）未能完全履行它们的责任，或者可能它们不愿意履行责任。为了尽量达到本宪章中规定的人道主义使命和其他原则的要求，我们将会支持相关机构的工作，以保护和援助受影响人群。我们呼吁所有国家及非国家性的人道主义行动者尊重人道主义机构公正的、独立的以及无党派的援助工作，并消除法律和实践上的障碍来促进他们的工作。同时，也应为他们提供安全保障并使他们可以及时地接触受影响人群。

通用原则、权利和义务

4. 我们根据人道主义原则和人道主义使命提供人道主义服务，以保障包括男人、女人、男孩、女孩在内的受影响人群的权利。这些权利包括国际人道法、人权法和难民法中规定的保护和援助权利。就本宪章而言，我们将这些权利总结如下：

- 有尊严地生活的权利；
- 获得人道主义援助的权利；
- 获得保护和安全的权利。

这些权利虽未在国际法中明确列出，却概括了一系列既定合法权利，并为人道主义援助规则提供了更全面的实质性参考。

5. 在国际法中，特别是在关于生存权，充足的生活水平，免受酷刑或残忍的、非人道的、有辱人格的对待或惩罚的人权措施中，规定了受影响人群具有**有尊严地生活的权利**。生存权是指在面临威胁时人们为了维持生存而寻求援助的权利。生存权的隐含意思是，不应阻碍或阻挠保障生命的援助。尊严不仅仅局限于对身体健全的尊重，它要求的是对一个人完全的尊重，包括对个人和整个受影响群体的价值观和信念，以及对他们自由、道德观、宗教礼仪等人权的尊重。

6. **获得人道主义援助的权利**是实现有尊严生活权利的必要因素。此项权利包括享有适当生活水平的权利，如足够的食物、水、衣物、住所以及对身体健康的要求，而这些权利在国际法中都有明确的保障。《环球计划手册》的“人道主义核心标准”和“最低标准”反映并体现了这些权利，特别是在涉及为受影响人群提供援助的条款中。如果一些地区的国家或非国家性的救援人员



本身不能提供这样的援助，我们相信他们也会让其他组织的救援人员给予帮助。应根据“公正”原则提供援助，这就要求根据需求和需求比例来提供援助。因此，这项权利深入地体现了**非歧视原则**：任何人都不得因年龄、社会性别、人种、肤色、种族、性取向、语言、宗教、残障、健康状况、政治或其他见解、国籍或社会出身等任何理由受到歧视。

7. **获得保护和安全的权利**植根于国际法的规定、联合国和其他国际组织的决议以及保护其管辖范围内人民的国家主权责任。受影响人群的安全和保障是特别需要关注的人道主义问题，包括对难民以及国内流离失所者的保护。法律承认，一些人因为他们的处境，例如年龄、社会性别、人种，而更易受到迫害和歧视，因此需要针对他们采取特殊的保护和救援措施。在某种情况下，受灾国可能没有能力保护这种处境中的人群。我们认为此时就需要寻求国际援助。

在这里，需要特别关注有关保护平民和流离失所人群的法律：

- i. 在根据国际人道法定义的**武装冲突**中，应制定特定的法律条款来保护和援助那些未陷入冲突的人群。1949年的《日内瓦公约》和1977年的《附加议定书》中特别规定了国际和非国际党派义务。武装冲突：我们强调的是平民应在武装冲突中免遭攻击和报复，特别要关注以下方面：
 - 平民和武装人员以及平民目标和军事目标之间的**区分原则**；
 - 使用武力时的**相称原则**和攻击时的**预警原则**；
 - 避免任意使用武器或使用那些本质上会造成不必要伤害或痛苦的武器；
 - 允许提供公正救济的责任。

在武装冲突中，对平民造成的本可避免的伤残绝大多数是由于武装人员未能遵守这些基本原则。

- ii. **寻求避难或庇护的权利**对于保护那些面临迫害或暴力的人群十分重要。受影响人群经常会被迫背井离乡，以寻求安全和谋生手段。1951年通过的《难民地位公约》（修订版）以及其他国际性和区域性公约为那些无法从其原国籍国或居住国得到保护而被迫流亡到外国寻求安全庇护的人群提供基本的保障措施。其中，最重要的是**不遣返原则**。该原则规定了难民和寻求庇护者不应被遣返至会对其生命、自由、人身安全造成威胁的或可能使其遭受酷刑、迫害、不人道的侮辱人格的对待或惩罚的国家。根据国际人权法、1998年通过的《关于境内流离失所问题的指导原则》及其相关的地方和国家性法律，不遣返原则的适用范围还可引申至国内流离失所的人群。

我们的承诺

8. 我们本着以受影响人群为人道主义行动中心的理念提供服务，他们的积极参与有助于我们实施援助并能保证其需求得到最佳满足。这些人群包括弱势群体和被社会排斥的人群。我们将努力支持当地工作，对灾害和冲突影响做出相关预防、准备和响应，并加强当地各级行动者的援助能力。

9. 我们意识到尝试提供人道主义援助有时会产生超出预期的不利影响。通过与受影响地区的社团和当地政府合作，我们试图尽量减少人道主义行动对当地的社会和环境产生的负面影响。对于武装冲突，我们意识到提供人道主义援助可能导致平民更易受到攻击，或者无意中使冲突中的一方或多方受益。我们致力于在以上原则规定的范围内将这些不利影响降到最低。

10. 我们将依照本宪章中的人道主义行动原则和《国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救济行为准则》（1994）开展救援工作。

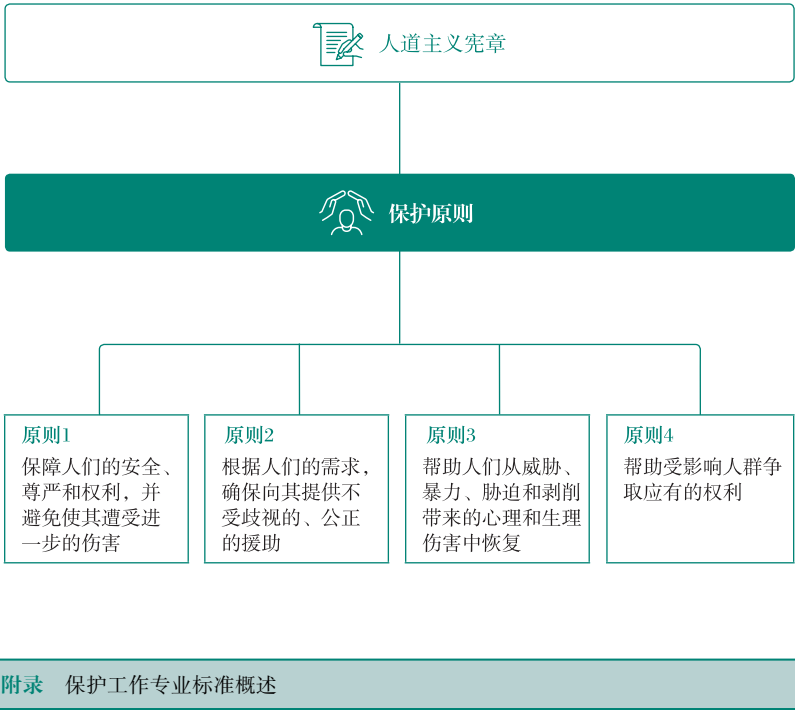
11. 根据各机构对有尊严生活的基本最低要求的理解以及他们提供人道主义援助的经验，环球计划内的“人道主义核心标准”和“最低标准”为本宪章中的通用原则提供了要领。虽然这些标准的实现取决于一系列的因素，尽管有很多因素是无法控制的，但我们仍然承诺会竭力贯彻这些标准并承担相应责任。我们敦促各方，包括受灾国和捐助国政府、国际组织、个人或非政府行动者，采用环球计划的“人道主义核心标准”和“最低标准”作为行动准则。

12. 通过坚持“人道主义核心标准”和“最低标准”，我们承诺将尽一切努力确保受影响人群有尊严地、安全地生活的最低要求得到满足。这些要求包括充足的供水、环境卫生、食物、营养、住所以及医疗卫生服务。为此，我们呼吁各个国家和其他各方履行对受影响人群的道德和法律义务。就我们而言，我们承诺通过对不断演变的当地情境的适当评估和监测、信息和决策的透明度以及与其他各级相关行动者的有效协调与合作，确保我们的人道主义响应工作更有效、更合适、更负责，详见“人道主义核心标准”和“最低标准”。我们特别承诺会与受影响人群一起进行救援工作，鼓励他们主动参与到响应工作中来。我们认识到，我们对那些需要帮助的人群负有基本责任。





保护原则



目 录

保护原则 36

 原则 1 38

 原则 2 40

 原则 3 41

 原则 4 43

附录：保护工作专业标准概述 45

参考资料和延伸阅读 47



保护原则

下列四项“保护原则”适用于所有人道主义行动和行动者。

1. 保障人们的安全、尊严和权利，并避免使其遭受进一步的伤害。
2. 根据人们的需求，确保向其提供不受歧视的、公正的援助。
3. 帮助人们从威胁、暴力、胁迫和剥削带来的心理和生理伤害中恢复。
4. 帮助人们争取应有的权利。

这些“保护原则”源于“人道主义宪章”中所阐述的权利，即有尊严地生活的权利、获得人道主义援助的权利以及获得安全和保障的权利。这些原则阐明了所有人道主义行动者在保护受影响人群时承担的责任。然而，人道主义行动者所承担的角色和责任，比国家的角色和责任次要。国家或其他地方政府对其领土或管辖范围内受影响人群的福祉，以及武装冲突中的平民安全负有法律责任。归根结底，这些地方政府的责任就是要通过行动和限制，确保人们的安全。人道主义行动者的角色则是鼓励并说服当地政府履行职责，并在其无法做到时，协助受影响人群应对不良后果。

本章主要为人道主义机构在帮助受影响人群保障安全、获得帮助、从暴力伤害中复原及争取他们应有的权利等方面提供相应的指导。

保护关注的是受灾害或者武装冲突影响人群的安全、尊严和权利。联合国机构间常设委员会（IASC）对“保护”的定义如下：

“……旨在依照相关法律（即国际人权法、国际人道主义法、国际难民法）的文字和精神而充分尊重个人权利的所有活动。”

从广义上看，为了确保国际法所规定的受影响人群权利和义务承担者的责任能被理解、尊重、保护和实现，保护包含所有人道主义援助和人权工作行动者所做出的一切努力。

保护就是采取行动保证人们免于暴力、胁迫和蓄意的剥夺行为。在任何特定的人道主义环境中，往往存在一系列影响整个社区保护工作优先顺序的问题。要想有效地处理这些问题，必须采取协调一致的行动。对于以保护为主的人道主义回应，关键就是要理解和解决受害者面临的主要风险，包括因未遵守国际人道主义、难民或人权法而造成的严重损害。

实践原则

任何使用环球计划最低标准的人员都应以“保护原则”作为指导，即使他们

没有明确的保护任务或相关专业能力。这包括了解当地情况和采取措施预防、限制或终止会对受影响人群安全造成威胁的侵犯行为和风险。我们有必要为受影响人群提供信息并支持他们的能力，让他们对自身处境和复原做出明智的决策。

专业的保护工作行动者除了要满足具体的补充标准外，还应遵循这些原则。专业的保护工作行动通常是关注特定领域而独立开展工作，如：

- 儿童保护；
- 性别暴力；
- 住房、土地和财产权；
- 排雷行动；
- 法治和公正；
- 法律咨询；
- 倡导和维护人权；
- 国内流离失所的人口；
- 难民权利。

⊕见“参考资料”和“附录：保护工作专业标准概述”，其中包括失散家人搜索、文件更新、数据保护及其他方面。



保护活动

与保护相关的活动涉及预防、回应、补救和环境建设。要坚持保护原则，就要将这些活动组合实施。

- **预防**：预防对人们安全、尊严或权利造成的威胁，或减少人们暴露在威胁下的机会，或在这些威胁下的脆弱性。
- **回应**：通过立即对暴力、胁迫和剥削事件采取回应行动，制止正在发生的违法或侵犯行为。
- **补救**：通过提供医疗保健（包括社会心理支持）、法律援助或其他支持，为受影响人群正在发生或已发生的侵犯事件做出补救，帮助受影响人群恢复尊严。
- **环境建设**：从政策、社会、文化、体制和法律等方面，推动一个有利于充分支持受影响人群权利的环境，包括鼓励遵循国际法规定下的所有权利。

倡导，无论是公共倡导还是私人倡导，也普遍用于以上四类活动。如果对受影响人群的威胁来自蓄意的决策、行动或政策，人道主义或人权组织应倡导这些决策、行动或政策的改变，包括影响或改变构成威胁的个人或组织的行为，以及力求改变歧视性政策或法律框架；还包括支持受影响人群通过自身

努力来保证人身安全并减少暴露于风险中的机会。

保护原则 1:

保障人们的安全、尊严和权利，并避免使其遭受进一步的伤害

人道主义行动者采取措施，降低人们的整体风险和脆弱性，包括人道主义项目潜在的负面影响。

这一原则包括：

- 了解当地情况下保护工作的风险；
- 为人们提供援助，让他们有尊严地取得所需，降低这一过程中会面对的风险；
- 选择在不会让人们进一步暴露在身体伤害、暴力或侵犯的环境下为其提供援助；
- 支持受影响人群自我保护的能力。

这一原则的核心是避免人道主义援助行动带来负面影响的重要性^④见“人道主义核心标准承诺 3”。

指引

情景分析：需熟悉当地情况，对受影响人群安全、尊严和权利可能造成影响的行动做出其后果的预测。随着情景的变化，对合作伙伴和受影响人群中的女性、男性、女孩、男孩等群体定期进行风险分析。

以下列表并非详尽无遗，但可作为此类分析的基础：

- 整个受影响群体在保护工作上的威胁、风险和脆弱性是什么？受影响人群具备哪些能力把这些因素降至最小？
- 是否有一些群体面临特定的风险？原因何在？请考虑不同群体，如民族、种姓、阶级、社会性别、性别、年龄、残障状况或性取向等。
- 是否有什么困难阻碍受影响人群获得援助或参与决策？这可能包括安全、社会或物质方面的障碍，或是信息获取途径的障碍。
- 当地社区为自我保护做了哪些工作？人道主义机构如何在破坏社区努力成果的情况下提供支持？受影响人群的自我保护措施面临什么风险吗？
- 受影响人群是否采取了如性交易、早婚、童工或有风险的迁移等消极应对机制？可采取哪些措施来缓解潜在的脆弱性？
- 人道主义活动是否会产生意想不到的负面后果，例如物资分发点的选择

使受影响人群置于危险之中，或导致社区内部的分离或与收容难民的社区之间的隔阂？可以采取哪些措施来降低这类风险？

- 是否有引起保护风险的惩罚性法律，例如强制性艾滋病毒检测，同性关系的刑事定罪或其他？

建立并维护与社区（包括那些处于风险中的社区）的信息交流和问责机制，以识别并解决与保护工作相关的问题。

为了**避免成为侵犯他人权利的同谋**，应避开那些会将引发问题的政策和做法变得合理化的活动，包括那些能帮助人群因政治或军事目的而强制迁移的活动，或因选择合作伙伴或商业承包商不谨慎而间接加剧冲突。对这些问题的分析可能会涉及不易做出的选择和决策，但仍应随情况的变化，对这些分析认真考虑并加以审视。

人道主义援助：提供援助的方式和环境也会使受影响人群更容易受到伤害、暴力或胁迫。

- 选择最安全的环境提供援助，并积极寻找将威胁和脆弱性降至最小的方法。例如，选择在所有人都可以安全抵达的区域提供教育和医疗保健^④见《紧急情况下的机构间教育网络（INEE）手册》。
- 在为受影响人群提供免遭身体和性侵犯的保护援助时，需要采取所有的合理措施。例如，援助贵重商品或现金可能会引起抢劫，让受助者置身于受伤害的风险中。
- 在受影响人群解决基本需求时，帮助他们找到安全的方法，以减少可能的风险。例如，提供燃料替代品以减少人们在危险环境中收集柴火的需求。
- 设计保护未成年男孩和女孩的活动，避免产生如雇用童工、绑架或使其与家人分离等额外的风险^④见《人道主义行动中儿童保护的最低标准（CPMS）手册》。
- 协调当地政府和专业从事排雷和清除未爆炸弹药的机构，对援助点进行清除活动^④见《国际排雷行动标准》。
- 考虑任何给环境带来意外影响从而导致受影响人群的安全、尊严和权利可能受到影响的行动。
- 向社区不同群体进行咨询，包括处于风险的群体和他们相信的机构，以了解为其提供援助的最佳方式。例如，与残障人士一起决定如何为其提供援助，以确保不会给其或者其依靠的人的福祉带来额外的风险。

社区保护机制：了解受影响人群保护自己、家人和社区的方式。支持社区主导的自救行动。人道主义干预措施不应削弱受影响人群保护自己和他人的能力。

敏感信息：确保人道主义行动者记录和分享信息的方式不会使受影响人群处于



危险之中。制定收集和转介敏感信息的政策。应该界定转介信息适用的情景并尊重知情同意原则。做不到以上工作可能会危害幸存者和工作人员的安全。

保护原则 2:

根据人们的需求，确保向其提供不受歧视的、公正的援助

人道主义行动者识别出阻碍人们获得援助的因素，并采取措施确保在提供援助时，遵循按需提供和非歧视的原则。

这一原则包括：

- 使用人道主义原则和相关法律，挑战任何蓄意剥夺人们基本需求的行为
⊕见“人道主义宪章”；
- 确保受影响人群可以获得根据其基本需求而提供的支持，并确保其不因任何理由遭受歧视；
- 确保受影响人群中的所有群体都能获得援助。

这一原则的核心是社区能够获得其所需的人道主义援助⊕见“人道主义核心标准承诺2”。

指引

公正：援助的优先顺序仅根据需求来确定，并根据需求提供相应援助。这是《国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救济行为准则》中确认的“公正”原则⊕见“附录2”和“人道主义宪章”。人道主义机构不应单一地关注特定的群体（比如，营地中流离失所的人群或特定的少数民族群体），而对另一需要帮助的群体造成不利影响。

获得人道主义援助的权利：对受危机影响的人群获得人道主义援助的权利做出倡导。当受影响人群无法满足其基本需求，并且地方政府无法提供援助时，地方政府不应拒绝中立人道主义机构的援助。尤其是在武装冲突中，拒绝接受上述援助可能会违反国际法。受危机影响的人群无须具备特殊的法律地位就可以获得人道主义援助和保护。

当地政府不应否认人道主义援助需求的存在或使用官僚壁垒来限制人道主义工作者的行动。

获取援助的障碍：监测受影响人群获得人道主义援助的机会，以识别和了解其可能面临的任何障碍。要尽可能采取措施解决这些障碍。

- 考虑那些减少受影响人群自由行动或阻碍他们实际获得人道主义援助的

障碍，包括封锁、地雷和检查站。在武装冲突中，冲突各方可能会设立检查站，但这些检查站不应把受影响人群区别对待，或过度地成为人们获得人道主义援助的障碍。

- 解决那些可能限制某些群体和个人获取援助的、会导致不公平援助的障碍。这些障碍可能会导致对妇女和儿童、老年人、残障人士或少数群体的歧视，还可能会阻碍不同种族、宗教、政治、性取向、性别认同、语言或其他因素的受影响人群获得援助。
- 以便利的方式和易懂的语言提供有关权益和反馈机制的信息。推动与“潜在”高风险群体的联系，例如残障人士、街头流浪儿童或生活在偏远地区的人，以便其能安全地获得援助。

保护原则 3： 帮助人们从威胁、暴力、胁迫和剥削带来的心理和生理伤害中恢复

人道主义行动者为因侵害而受到伤害的人们提供即时和持续的援助，包括酌情转介其他服务。



这一原则包括：

- 转介幸存者至相关的支持服务；
- 采取一切合理措施，确保受影响人群免于遭受进一步的暴力、胁迫或剥削；
- 支持受影响人群在社区内通过自身的努力恢复尊严和权利，并保证其安全。

这一原则的核心是受危机影响的社区和人群能获得已协调和互补的援助^④见“人道主义核心标准承诺 6”。

指引

转介：了解现有的转介机制，并帮助受暴力影响的人群安全地获得适当的服务。有些人在侵害发生后可能不会寻求帮助。应采取措施了解阻止人们寻求帮助的障碍，并相应地调整转介机制。

支持遭受身体暴力或性暴力的幸存者获得医疗保健、警方援助、心理健康和社会心理支持以及其他服务。这些服务应关注受影响人群的性别、年龄、残障状况、性取向和其他相关因素^④见《在人道主义行动中纳入性别暴力干预的指导方针》。

保护原则

为儿童保护服务建立和使用安全有效的转介机制，为遭受暴力、剥削、侵犯和忽视的幸存儿童提供支持。

社区行动：对帮助社区恢复自主性和加强对其保护的社区行动和自助的活动给予支持。

支持家庭、社区和个人对保护、心理健康和社会心理支持的回应机制，包括创造机会，让受影响人群可以讨论他们的处境，选择要解决的特定保护威胁，并制定和实施解决这些威胁的措施。

帮助青年团体、妇女团体或宗教团体等地方团体实施非暴力自我保护手段，并支持弱势群体。

在可能的情况下，保证家庭的完整，包括非传统家庭，并使来自同一村落或支持网络的人们居住在同一区域。

支持积极的社区应对机制，如符合文化背景的葬礼、宗教仪式和活动，以及无害的文化与社会活动。

持续发生的侵害、监测和报告：了解侵犯人权行为的通报机制，并遵循现有安全地分享敏感信息的程序和政策^④见“保护原则 1”和“附录：保护工作专业标准概述”。

还必须与合作伙伴和专业机构一起审议和处理正在发生的侵犯人权状况。保护受影响人群的主要责任在于政府和其他相关权力机构。与专业的机构合作，识别负有法律责任或具备能力提供保护的权力机构，并提醒他们履行职责。

安保和执法机构、警察、军队和维和部队在确保人们的人身安全方面发挥着重要作用。在适当且安全的情况下，可提醒警察、执法部门或军事行动者注意侵犯人权的行为。

在武装冲突期间，考虑对提供基本服务的机构和受国际人道法特别保护的机构进行监测，例如学校和医院，并报告任何受到的攻击。要特别努力降低在这些地点可能发生的绑架或强征入伍的风险和威胁。

敏感信息管理：人道主义机构应制定明确的政策和程序，以指导工作人员在发现或看到侵犯行为时，应如何应对，以及如何向专家或专业机构进行转介。应在这些政策中说明此类信息的保密性。

对可让人们识别出来的证人证言、人口档案和图像等证据要高度重视，因为它可能使人们身处危险。有关具体的侵犯或违反权利状况方面的敏感信息则应由具备必要技能、系统、能力和协议的专业机构收集^④见“附录：保护工作专业标准概述”。

保护原则 4： 帮助受影响人群争取应有的权利

人道主义行动者通过数据和证明文件来帮助受影响社区争取其应有的权利，并支持加强对权利尊重所做出的努力。

这一原则包括：

- 支持受影响人群维护自己的权利，并通过政府或其他方式解决问题；
- 协助受影响人群获取证明其权利所需的文件；
- 倡导对受影响人群权利和国际法的充分尊重，推动形成更为强大的保护环境。

这一原则的核心是受危机影响的人们应了解其权利和权益^④见“人道主义核心标准承诺 4”。

指引

无障碍信息：提供的教育和信息内容是受影响人群能理解的，并能倡导其权利。告知人们其应有的权益，例如有关返回原居住地和重新安置的选项。与提供法律援助的专业机构合作，让受影响人群了解在该国法律和法规下，其应享有的权利。

用受影响人群可理解的语言书写方式提供信息。使用多种形式（如书面、图表或音频）使信息能尽可能广泛地传播。考虑年龄、性别、教育程度和母语的不同，针对不同群体测试其对信息的理解程度。

证明文件：无论是否持有证明文件，人人都享有权利。但是，如果没有某些形式的证件，如出生证明、结婚证书、死亡证明、护照、土地所有权证书或教育证书，人们要获得其权利或权益则可能会受到阻碍。应将这些人转介至可为其提供或替换这些法律证明文件的机构。

当地政府认可的法律证明文件不应与人道主义机构签发的文件相混淆，如配给卡或登记文件。当地政府签发的证明文件也不能决定谁有无资格获得人道主义机构的援助。

获得法律和司法支持的系统：当权利受到侵犯时，人们有权向政府和相关当地政府寻求法律援助和其他赔偿。这包括损失赔偿或财产归还。人们还有权要求将侵犯其权利的犯罪者绳之以法。

帮助选择法律援助的人们以安全的方式进入司法机制。要想提供有效转介，应了解哪些机构可以提供法律支持。



保护原则

如司法程序可能对受害者造成进一步的伤害，应避免推动司法接触。例如，针对医疗服务提供者和性别暴力转介网络，应了解国家医疗法律制度和有关性暴力的法律，也应告知幸存者那些强制性通报的法律，这些法律会限制病人所披露信息的保密性，就算会对幸存者是否继续接受治疗或通报的决定造成影响，也必须加以尊重[⊕]见“基本医疗服务：性健康和生殖健康标准 2.3.2”。

在危机期间，受影响社区可能考虑使用可替代和非正式的争议解决机制，如社区层面的调解。如果有类似的机制，请告知受影响人群，并向他们说明应如何获得这些服务。

土地使用权和所有权可能是最具争议的主要问题。鼓励当地政府和社区共同努力解决与土地使用权或所有权相关的问题。

附录

保护工作专业标准概述

在武装冲突或其他暴力情景中，针对可能遭受伤害和痛苦的平民做出的保护工作至关重要。有效的保护回应措施需要专业能力，并遵守通用且适用于所有保护行动者的专业最低标准。

《保护工作专业标准》的制定，为人道主义援助和人权行动者的保护工作建立了共同的基础，并最大限度地提高针对受影响人群的工作效率，是对“保护原则”的补充。

这些标准反映出应以受影响人群为主来采取行动的观点。在针对受影响人群所面临的威胁和风险而采取的保护措施中，受影响人群在这些措施的分析、制定和监督过程中有着积极作用。除了加强受影响人群的人身安全外，保护工作还应促进对身处风险者或受害者的权利、尊严和健康加以尊重。

人道主义行动者开展的活动各不相同，但行动者都应依据“保护原则”而将保护问题纳入他们的实践活动中。《专业标准》主要针对在武装冲突和其他暴力情景中实施专门的保护工作的专业人员和机构。

《专业标准》为机构提供了坚实的基础，以据此审查和制定内部政策、指导原则和培训材料。它们为在实地设计和实施保护策略的从业者提供了实践参考，也可激发他们的灵感。这些标准为其他行动者和利益相关者提供了有用的参考重点，以帮助他们了解专业保护行动者如何安全地实施活动，并加强对个人和社区的保护。

这些标准并不是要统一保护工作或限制其多样性，而是补充其他专业原则，并鼓励保护行动者将其整合到自己的实践活动、指导方针和培训工作中。

《2018 年专业标准》阐述如下：

1. 保护工作的总体原则
2. 保护策略的管理
3. 保护架构概述
4. 依法实施保护工作
5. 促进互补
6. 保护结果的数据和信息管理
7. 确保专业能力



保护原则

这些标准包含了信息和通信技术（ICT）带来的影响以及越来越多数据保护方面的法律，并对保护信息管理提出具体的指导。

人道主义援助、人权行动者与联合国维和行动及其他国际军事和警察部队之间的对话和互动往往是确保保护成果的必要条件。本《专业标准》也为在这些互动中坚持原则的方法提供了指导。

《专业标准》中也涉及通过在国家、区域和国际层面建立反恐法以解决“暴力极端主义”，并说明这种立法是如何给保护行动者的活动带来影响的。

请前往红十字国际委员会（ICRC）电子书店下载《保护工作专业标准》：

<https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html>

参考资料和延伸阅读

保护：背景和工具

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <http://sitap.org>

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. <https://shop.icrc.org>

性别暴力

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

住房、土地和财产权

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

境内流离失所者

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

精神健康和社会心理支持

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

排雷行动

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

老年人和残障人士

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

儿童和儿童保护

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards



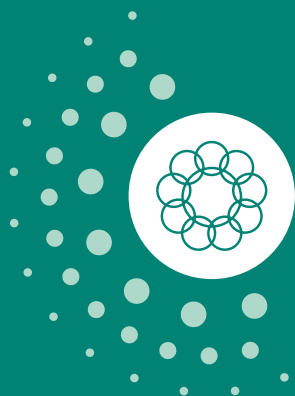
保护原则

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <http://cpwg.net>

延伸阅读

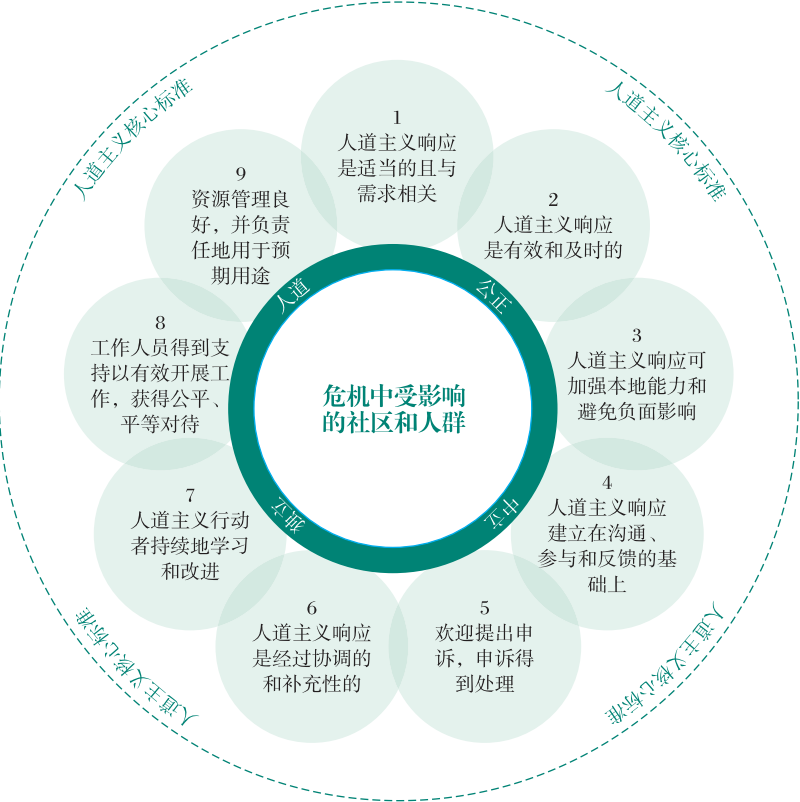
延伸阅读材料，请登陆以下链接查看

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



人道主义核心标准

“人道主义宪章”和“保护原则”是“人道主义核心标准”的基础。这三个章节形成了环球计划标准的原则和基础。



人道主义核心标准（图2）

附录 有关监测关键行动和机构职责的指导性问题（线上）

目 录

一个核心标准，九项承诺 52

 承诺 1 53

 承诺 2 56

 承诺 3 58

 承诺 4 62

 承诺 5 65

 承诺 6 68

 承诺 7 71

 承诺 8 73

 承诺 9 77

附录：有关监测关键行动和机构职责的指导性问题（线上）

参考资料和延伸阅读 81



一个核心标准，九项承诺

由于很多机构和个人参与人道主义响应，他们的一些工作方法和共通点有助于促进有效的响应。如果响应中没有共通的方法，响应的结果会变得缺乏一致性和无法预料。

《人道主义质量与责任核心标准》[The Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)] 提出了九项承诺，参与人道主义援助的机构和个人可以用以提升他们援助工作的质量与有效性，也可以促进社区、受危机影响的人们、员工、捐助者、政府和其他利益相关方享有更大的责任。当他们清楚人道主义机构承诺的事情，便可帮助他们对这些机构进行问责。CHS 是一个提供给个人和机构的自愿性框架。

这一标准可在项目层面和响应各阶段使用。然而，这九项承诺不单单对应项目周期内某特定的阶段，某些承诺与周期内某个阶段更相关，某些承诺又适用于整个周期的所有阶段，如与受影响人群的沟通。

“人道主义核心标准”跟“人道主义宪章”和“保护原则”一起形成了《环球计划手册》的强大基础，也支持所有技术性标准。在整本手册中，技术章节和其基础之间有着众多的交叉引用。

“人道主义核心标准”中的更详尽信息，包括协助读者在实际工作中应用这一标准的资源，可在 corehumanitarianstandard.org 找到。

独特的结构

“人道主义核心标准”的制定是通过人道主义领域内的共同努力，把环球计划的“核心标准”、“国际人道主义责任伙伴关系”（Humanitarian Accountability Partnership）、“援助中的工作者”（People In Aid）和“紧急复原发展小组”（Groupe URD）结合为一个框架。现“环球计划”、“人道主义核心标准联盟”和“紧急复原发展小组”拥有“人道主义核心标准”的版权并代表人道主义领域进行管理。

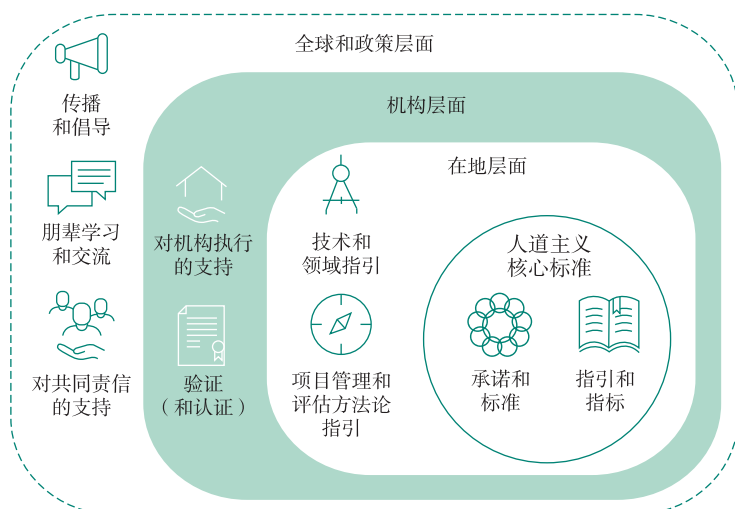
九项承诺中的每一个承诺针对响应工作中的某一特定范畴，把这些承诺结合在一起的话，它们为有效和具有责任的人道主义行动带来了一个扎实的方法。

“人道主义核心标准”的结构与“环球计划”的其他标准稍有不同：

- **承诺**指的是受危机影响的社区和个人对提供人道主义援助的机构和个人应有的期望。

- **质量标准**描述“承诺”得以实现的状况，还有人道主义机构和员工应如何实现各个“承诺”。
- **绩效指标**量度“承诺”达致的进度，推动学习和改进，并可在不同时间点和地点做出比较。
- **关键行动和机构职责**描述员工应有的行动和机构的政策、过程和系统，以确保机构的员工可提供高质、负责任的人道主义援助。
- **指引**为“关键行动”和“机构职责”提供例子和附加信息。
- **指导性**问题为规划、评估和回顾活动提供支持^④见“附录”（线上）。
- **参考资料**为特定的议题提供追加的学习材料。

下图展示了如何把“人道主义核心标准”应用于不同的层面。“环球计划”、“人道主义核心标准联盟”和“紧急复原发展小组”建议使用辅助的工具，可在 corehumanitarianstandard.org 找到。



人道主义核心标准的使用（图3）

承诺 1

受危机影响的社区和人群获得适合他们需求的援助。

质量标准

人道主义响应是适当的且与需求相关。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群认为响应行动已考虑他们的具体需求、文化和偏好。
2. 提供的援助和保护工作与评估发现的风险、脆弱性和需求相关。
3. 响应工作已考虑受助人群的能力、技能和知识。

关键行动

1.1 对情境和利益相关者开展系统、客观和持续的分析。

- 评估当地政府、其他与政治相关或不相关行动者的角色和能力，以及危机对他们的影响。
- 评估当地既有的能力（包括物资、人力和市场），以满足首要的援助事项和与保护相关的需求，需理解这些能力会随时间改变。
- 交叉检查和验证信息，要承认在开始评估时信息是不完善的，但不会因此延缓拯救生命的行动。
- 评估受影响、流离失所和收容方人群的安全和保障问题，以识别暴力、任何形式的胁迫、剥夺生存权或基本人权等不同威胁。
- 评估社会性别的关系、权力关系和社会边缘化，有助于界定一个更为有效和可持续的响应行动。
- 为了避免社区接受多次评估的负荷，要与其他行动者进行协调。联合评估和发现的情况应与有兴趣的机构、政府人员和受影响人群分享。

1.2 设计和实施适当的项目是基于对需求和风险的公正评估，以及对不同群体脆弱性和能力的了解。

- 评估妇女、男人、儿童和青少年在保护和援助方面的需求，以及处在偏远地区和高风险的群体，如残障人士、老年人、被社会隔离的人群、妇女当家的家庭、少数民族、被歧视的人群（如艾滋病毒携带者）。

1.3 项目根据不断变化的需求、能力和情境做出调整。

- 监测政治环境，根据利益相关者的分析和安全做出调整。
- 必须定期监测流行病数据和其他数据，用来指导持续的决策和拯救生命的首要行动。
- 要保持足够的灵活，按照不断变化的需求，重新设计响应行动中的干预措施，确认所需的项目变更得到捐款人的同意。

机构职责

1.4 机构政策承诺其响应工作会接受危机影响的社区和人群的需求和能力提供公正的援助。

- 机构需保持其政策、流程和系统能有助于达致人道主义原则和全纳的承诺。
- 所有员工都应理解他们的职责和如何做到责任。
- 与其他利益相关者透明地分享这些政策。

1.5 机构政策承诺其响应工作考虑了社区的多元性，包括弱势或边缘群体，以及收集分类的数据。

- 前期评估和报告中应清楚列明所需收集的分类信息。

1.6 确立流程以保证对情境进行恰当且持续的分析。

- 人道主义工作者可得到管理上的支持，获取管理和进行前期评估工作所需的知识、技能、行为和态度。

指引

前期评估与分析是一个过程，而不是一次性事件，如时间许可，应开展深入的分析。不应假设受危机影响社区和人群的能力和需求，而是应该与社区成员持续讨论，通过前期评估来确认他们的能力和需求，以明确适当的应对措施。

考虑为参与评估的员工提供心理急救的基础培训，这有助于员工在评估期间处理心理受伤害的人们。

针对那些可能面对保护风险的群体，确保他们接受专门的评估。专门对妇女、男人、男孩和女孩进行评估，理解他们在暴力、歧视和其他伤害等方面的风险。

公正的前期评估：公正的行动不代表对所有人一视同仁，要提供以权为本的援助，需了解人们不同的能力、需求和脆弱性。这些人可能因其年龄、性别、性取向、残障和健康状况而变得脆弱，也可能因为他们正照顾其他脆弱人群。

脆弱性：人们的脆弱性也可能由社会或当地特殊的因素导致，包括歧视、被边缘化、社会隔离、环境恶化、气候变异、贫穷、缺乏地权、治理不善、民族、阶级、种姓和宗教信仰或政治派别等。

现有能力：受危机影响的人们、社区、组织和政府已具备一定的技能、知识



和能力去应对和回应危机，并在危机中恢复过来。要维护有尊严地生活的权利，就应积极把受影响群体纳入影响他们的决策当中，并且有针对性地加强被忽略群体的参与，如妇女、儿童、老年人、残障人士、少数民族或语言少数族群等。

数据分类：了解不同行动或活动对不同群体的影响至关重要，收集数据最低限度可按性别、年龄和残障状况等分类，这是值得鼓励的良好做法，而附加的因素就要依情境而定。

分类数据的分析需要使用情景中的标准，这些数据也需要进行监测。把这些分类数据用好，可展示出谁最受影响、谁能够获得援助，以及哪些高风险的人群更需要我们去接触⊕见“什么是环球计划?”。

数据的持续分析和有效运用：人力资源系统应足够灵活、迅速地招聘和派遣评估队伍。项目预算和资源应因需要而分配，资金应能支持评估队伍持续分析援助与保护方面的需求，以及调整与修正项目，这也包括帮助我们进入灾区的措施（如拓展评估的机制、取得所需的设施和通信等）。

承诺 2

受危机影响的社区和人群能够在适当时间获取所需的人道主义援助。

质量标准

人道主义响应是有效和及时的。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群（包括最脆弱群体）认为他们获得援助的时间是合适的，受到的保护是充足的。
2. 受危机影响的社区和人群认为响应行动满足了他们的需求。
3. 监测和评估报告表明，人道主义响应在援助的时间、质量和数量方面达到其原来的目标。

关键行动

2.1 项目的设计能解决制约因素，以致建议的响应行动对社区来说是符合实际和安全的。

- 如无法接触某个特定区域（包括难以到达的地区）或群体，或不能满足他们的需求，需明确和列明所有限制。
- 应优先支持当地的响应能力，也在应急预案中表明脆弱的地区和人群，

以及预计未来难以接触的地区和人群。

2.2 及时开展人道主义响应，在决策和行动中避免不必要的延误。

- 注意受影响人群的居住情况、文化习俗、季节和农事历等，以及其他影响及时提供适当服务的因素。
- 在项目规划时，应包括项目实施的时间表和监测系统，要预测和反映延误情况。
- 在紧急危机的初始阶段，要接受在信息不全面的情况下进行决策。当信息越来越充足时，应再次检视决策。
- 对于阻碍及时提供援助的共通问题，应协调其他行动者制定共同策略来一起解决。

2.3 把未能满足的需求转介给具备相关技术能力和使命的机构，或以倡导的方式解决。

- 未满足的需求包括信息、保护和援助等方面的需求。

2.4 使用人道主义领域内的相关通用技术标准和良好做法来进行项目计划与前期评估。

- 如果已有国家的技术标准，应加以使用，并调整为人道主义情境适用。
- 协调利益相关者，倡导使用全球通用的标准，与国家内使用的标准互补（包括环球计划和相关领域的标准）。

2.5 监测人道主义响应的活动、产出和结果，用以改进项目和处理欠佳的绩效。

- 制定具有时间性和针对特定情境的绩效指标，定期进行回顾，衡量这些活动是否满足援助和保护的需求。
- 除了衡量活动和产出（如建筑设施的数量），也应衡量项目目标的进展和绩效指标，以及项目成效和预期最终结果，例如设施的使用情况或习惯的改变。
- 应定期回顾监测系统，以确保该系统只收集有用的信息，以及最新的国内情况（如本地市场运作情况，安全性是否改变）。

机构职责

2.6 项目的承诺需要符合机构的能力。

- 机构政策应反映出对技术质量标准的使用以及对专业技术能力开发的重视。
- 要知道机构需要提供专业以外的服务，直至其他机构可以提供相关服务。



2.7 政策承诺确保：

- a. 对活动及其效果做出系统、客观和持续的监测和评估；
- b. 把监测和评估获得的证据用于调整和改进项目；
- c. 及时做出决策，并且分配相应的资源。

指引

解决制约因素和做出符合实际的项目规划：当机构无法接触某些群体或无法满足所发现的需求时，机构有责任把这些需求转介给合适的行动者（包括政府、非政府行动者）⊕见“保护原则 3”。

在灾前的应急预案中使用预测和预警系统，有需要时帮助社区、政府和机构迅速回应。这也能帮助受影响人群，在他们生命和生计受到威胁前，保护他们的财产。

制定决策流程，让救援工作足够灵活地回应持续评估中所发现的新信息。在组织内，应把决策权和资源下放到最贴近救援实施的地点。

决策和决策流程应有文件记录，展示组织的透明度。决策流程应建基于咨询、有意义的参与以及协调各方的结果⊕见“承诺 6”。

监测活动、产出和成效：监测可以指导项目调整，也可以验证选取受益人的条件是否恰当，确认援助是否惠及预期的目标人群。要记录由监测的结果而提出的项目变更，建立有受影响人群和利益相关者参与的监测系统⊕见“承诺 7”。

在可行的情况下，使用整个响应行动中通用的监测指标。

机构决策：机构内部的决策职责和流程也必须清楚界定，并被透彻理解，包括谁来负责决策、征询谁的申诉、决策需要参考哪些信息。

机构政策、流程和系统：机构应记录好人道主义行动中如何加强成效，以及怎样进行有系统和严格的监评工作。要表明如何将监评的数据应用到项目、政策和策略当中，以及在适当的时间提升绩效⊕见“承诺 7”。这也可能包括紧急响应资金，或有需要时招聘员工或迅速地派遣符合要求的员工。

承诺 3

受危机影响的社区和人群没有因人道主义行动而受到负面影响，反而可以更好地做灾前准备，更有能力从灾害中复原，风险也得以降低。

质量标准

人道主义响应可加强本地能力和避免负面影响。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群认为人道主义行动能帮助他们更好地抵御未来的冲击和压力。
2. 承担危机响应责任的地方政府、领袖和机构认为他们的能力得到提升。
3. 受危机影响的社区和人群（包括最脆弱和边缘群体）认为人道主义行动没有造成任何负面影响。

关键行动

- 3.1 确保项目建基于当地能力，努力提升受危机影响的社区和人群的复原力。
 - 服务的设计可减轻危害的影响力（如旱灾管理和防洪、防台风或抗震结构）。
 - 支持自救的措施和社区备灾行动。
- 3.2 使用社区现有的危害和风险评估结果及备灾计划，作为活动的指引。
 - 需理解和界定不同群体的需要和能力，因不用群体面临不同程度的风险。
- 3.3 促进本地领袖和组织的能力发展，让他们成为未来最先响应危机的人员。采取措施以确保边缘和弱势群体得到合宜的代表。
 - 尽量与市政政府和当地政府一起工作。
 - 倡导本地的行动者作为平等的合作伙伴，让他们自主地设计和/或领导响应行动。
 - 支持本地群体和组织的行动，将其作为一个学习和能力建设的平台，进一步加强他们在未来危机中的即时应对。
 - 考虑到人群的差异，在可能的情况下，应雇用当地和本国人士作为员工，而不是聘请外籍人士。
- 3.4 在人道主义响应初期制定过渡或退出策略，以确保长期和积极的影响，并减少产生依赖的风险。
 - 提供的服务应旨在支持现有的国家和社区系统，而不是建立响应结束后就不复存在的平行组织。
- 3.5 设计和实施的项目可促进灾害早期恢复和有利于当地经济。
 - 采取行动恢复社会服务、教育、市场、现金发放机制以及生计机会，从而满足脆弱人群的需求。
 - 当分析哪种援助方式（现金、代金券或物资）会带来最大的成效时，应充分考虑市场的条件。



- 采购物资和服务时，尽可能在当地购买。
- 尽可能减轻对市场的负面反响。

3.6 识别潜在或实际可能发生的负面影响，并及时和系统地做出处理，包括下列方面：

- a. 人们的安全、保障、尊严和权利；
- b. 员工施加的性剥削和性侵犯；
- c. 文化、社会性别、社会和政治关系；
- d. 生计；
- e. 本地经济；
- f. 环境。

机构职责

3.7 政策、策略和指引设计为：

- a. 避免项目产生任何负面影响，例如工作人员对受危机影响的社区和人群施加的剥削、侵犯或歧视；
- b. 加强当地能力。

3.8 设立机制对收集自受危机影响的社区和人群的信息安全进行保障，避免使他们陷入风险。

- 制定清晰和全面的数据保护政策，包括电子注册和发放系统。
- 让接受救助的人们了解其有关数据保护的权利、如何获得机构持有的个人信息，以及如何提出有关个人信息被滥用的疑虑。

指引

社区复原力和本地领导力：社区、本地组织和政府是危机中最先做出行动的响应者，它们面对的情况和特殊需求有更深入的了解。这些本地的行动者应是平等的合作伙伴，并能够在响应行动的设计或领导上自主。这有赖于国际和本地组织的承诺，调整它们的工作方式，参与公开的对话和建设性的批评。应尽可能使用本地的金融机构或服务，避免建立新的同类机构。

过渡和退出策略：与政府部门和受影响人群协手，及早设计紧急援助项目结束后还会持续的响应服务（例如引入成本回收措施、使用本地的可用材料，或加强本地的管理能力等）。

负面影响和“无害”原则：贵重的救援资源和人道主义工作者的优越地位，

可能导致剥削、侵犯、竞争、冲突、救援物资被滥用或挪用等情况。援助可能会影响生计和市场系统，加剧不同群体之间的权力关系不平等。应预期这些潜在的负面影响，监测并采取措施防止发生。

注意那些对一些群体造成负面影响的文化习俗，例如偏执地聚焦于女童、男童或特定的种姓，针对女童不平等的教育机会，拒绝注射疫苗，以及其他形式的歧视或区别优惠对待。

安全和积极回应反馈和申诉的机制可减少使用不当和滥用。员工应欢迎和愿意获得更多建议和申诉，他们应接受培训，学习如何保密和转介敏感信息，比如对性剥削和性侵犯的披露。

员工施加的性剥削和性侵犯：所有员工都有责任防止性剥削和性侵犯的发生。对于在机构内外发生的事件，工作人员有责任报告他们怀疑或见证的任何侵犯行为。要注意儿童（特别是女童）的脆弱性一般较高，以及政策应明确地保护儿童不遭受性剥削和性侵犯^④见“承诺 5”。

环境问题：人道主义响应可能会造成环境恶化（如土壤侵蚀、含水层耗竭、过度捕捞、废物污染和林木被伐），环境恶化会让危机加剧，影响人们从灾害中复原。

减少造成环境破坏的措施包括重新造林、雨水收集、有效利用资源，以及符合道德的采购政策和行为。大型建设活动只应在进行环境评估之后进行^④见“承诺 9”。

预防负面影响和加强本地能力的机构政策：鼓励机构清晰地明文规定风险管理政策和程序。如果非政府组织不能通过自身的反腐败政策和流程，又无法与其他非政府组织一起有系统地处理不道德行为或贪腐问题，将会增加其他行动者的腐败风险。

政策和程序应该体现对保护脆弱人群的承诺，规定防范和调查滥权行为的途径。谨慎的招募、筛选和招聘措施能够减少工作人员不当行为的风险，行为准则应明确规定禁止哪些行为。工作人员应该正式同意遵守这些守则，并明确不遵守守则将受到的处罚^④见“承诺 8”。

保障个人信息：从个人和社区收集而来的所有个人信息应被视为机密，在处理保护相关数据、举报的违规事件、性剥削和性侵犯方面的申诉时更应如此。保障机密的系统对防范伤害进一步发生尤为重要^④见“保护原则”和“承诺 5 和 7”。

由于人道主义响应中越来越多使用电子登记和发放系统，因此清晰而全面的数据保护政策需求比以往更为迫切，而促使银行和商业机构等第三方保障信息安全尤为重要。确立清晰的指引，按照国际标准和本地数据保护法律开展数据的收集、储存、使用和清除，也至关重要。应该落实降低数据丢失风险



的机制。储存数据不应超出所需时长，并应尽快予以销毁。

承诺 4

受危机影响的社区和人群知悉他们的权利和权益，他们也可以获取信息并参与到影响他们的决策当中。

质量标准

人道主义响应应建立在沟通、参与和反馈的基础上。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群（包括最脆弱群体）都意识到他们的权利和权益。
2. 受危机影响的社区和人群认为他们能及时获得明确且相关的信息，包括可能让他们陷入进一步风险的问题。
3. 受危机影响的社区和人群对有机会影响响应行动感到满意。
4. 所有员工已接受培训，也对受影响人群的权利提供了指导。

关键行动

4.1 为受危机影响的社区和人群提供机构、机构遵循的原则、员工的行为准则、实施中的项目、机构援助的内容等方面的信息。

- 把信息视为保护工作的关键要素。在缺少有关援助和人们权益的准确信息时，人们可能变得更容易受性剥削和性侵犯的威胁^④见“保护原则 1”。
- 与人们明确地沟通他们应期望人道主义工作者有怎样的行为，如他们有什么不满应如何申诉。

4.2 使用易于理解、对社区不同成员尊重的态度和符合当地文化的语言、方式和媒介跟他们进行沟通，特别是脆弱和边缘群体。

- 使用现有的沟通系统，了解群众对沟通方式的偏好，同时考虑不同方式和媒介需要的隐私度。
- 确定新旧的沟通技术是否有效和安全。

4.3 确保社区所有群体都有足够的代表性，在响应工作的所有阶段都能促进受危机影响的社区和人群参与。

- 要特别注意那些一直以来都被排除在权力和决策过程外的群体或个人，应以符合当地文化和有系统的方式，让这些个人或群体得到尊重，避免

出现更多的歧视。

- 在响应行动的不同阶段，平衡社区的直接参与和由选举选出代表的间接参与。

4.4 鼓励 and 促进受危机影响的社区和人群反馈他们对援助质量和效率的满意度，尤其要注意反馈者的性别、年龄和多元性。

- 培训所有员工如何获得和维护人们的信任，知道如何应对正面和负面反馈，善于观察不同社区成员对服务方式的反应。
- 把收集到的反馈与机构或领域中的回顾和分析工作结合，并对反馈采取行动。
- 与社区分享对反馈的回应。

机构职责

4.5 信息共享的政策到位，促进开放沟通的文化。

- 清楚记录信息共享的流程。
- 争取开放地与利益相关者分享机构内有关成功与失败的经验，推动机构开放和透明的文化氛围。

4.6 受危机影响社区和人群的参与政策到位，响应工作的所有阶段都反映出社区和人群确立的优先事项和风险。

- 确定员工需要接受的培训，鼓励他们促进社区的参与和决策，聆听受危机影响社区的不同声音和处理负面反馈。
- 制定政策和策略，为社区对话、决策和自助创建空间和时间。

4.7 外部传播（包括那些用于筹款的材料）准确、符合伦理且尊重社区，视受危机影响的社区和人群为有尊严的人。

- 共享信息时应基于风险评估，考虑共享信息是否会给群众带来潜在伤害，如现金发放或特定的集中安置点中的人口分布，共享信息可能会造成人们受到攻击。
- 使用受危机影响社区的故事和图像时，必须承担应尽责任。如果未获得社区许可，那么可能会被视为侵犯社区隐私，违反保密原则^④见“保护原则1”的“知情同意”。



指引

与社区共享信息：共享准确、及时且便于获取的信息能加强彼此的信任，增进了解，加深参与的程度，提高项目的影响力。它有助于减少正式申诉的数

量，是保持透明度的关键。

如果机构不恰当地与目标援助人共享信息，可能会造成误解、延误、浪费资源的不当项目以及对机构产生负面的看法，也可能会引发愤怒、沮丧和不安全感等情绪。

有效和具包容性的沟通：不同群体的沟通及信息需求和来源会有差异，他们需要时间和安全私密的环境来分享他们的情况、处理信息并理解其含意。

知情同意：要注意人们可能在没有充分理解各种因素的情况下表示同意。纵然这不是理想的状态，但在紧急响应的初始阶段，可能需要基于人们对参与项目活动的意愿、观察、知识、法律或其他文件（例如与社区签订的协议），事先假定人们有一定程度的同意和参与^④见“保护原则1”。

参与和投入：基于已有的知识，在响应行动初始阶段咨询受影响人群和当地部门，发展正面和相互尊重的关系。早期开展咨询可节省后面修正不当决策的时间。在紧急响应的早期阶段，或许只能咨询数量有限的受危机影响人群，但是随着时间的推移，将会有更多机会让更多人群参与决策。

需注意在冲突环境中，鼓吹小组讨论和决策可被视为政治组织的一种方式而对当地人造成伤害。考虑以不同的带有反馈机制的方式来提高社区参与度，如使用社区分数卡。

反馈：正式反馈可以通过特定评估（小组讨论或访谈）、发放后的回访监测或调查问卷获取。日常交流过程中收到的非正式反馈也应该受到重视，并用于建立信任，持续改进项目。要收集不同群体（如成年男女或男女童）的反馈，他们是否觉得受到尊重，是否满意自己对决策的影响。人们可能对所接收的援助感到满意，但不一定满意自己对决策的影响。

人们可能担心批评性反馈会导致失去援助，或造成负面影响。也可能有文化方面的原因认为批评干预措施是不被接受的。需要探索提供非正式和正式反馈的各种不同途径。

应与其他机构协调设计反馈机制。虽然在现实做法中反馈和申诉常常是重叠的，但是一般的反馈机制应该与严重渎职的投诉机制分开^④见“承诺5”。反馈机制要获得信任，必须确认收到反馈和进行跟进，并在适当情况下结合反馈调整项目。

促进开放沟通的文化：机构若要兑现这项承诺，还需要公开宣布（通过网站或宣传材料）自己的附加利益和承诺，例如政治派别或宗教信仰，让所有利益相关者都有机会更好地理解机构性质，以及相关联盟和政策。

机构承诺促进社区参与、聆听社区声音：社会性别和多元性政策可能也有利

于推广机构价值观和承诺，提出预期行为的具体例子。受危机影响社区所提供的反馈，也应用来指导制定策略和设计项目。

限制信息、保密和不泄露：不是所有的信息都可以或应该与所有利益相关者共享。应基于风险评估的结果，决定分享哪些信息。例如，在一些不安全地区，关于现金发放的宣传信息可能使人们面临被攻击的风险⊕见“保护原则”。

符合道德的外部传播：在使用受危机影响社区的故事和图像时，脱离当地特殊情况的筹款材料和照片，通常会造成误导和增加与保护相关的风险。与外部传播相关的政策和指引应提供给所有工作人员，以确保避免这些错误。

图片和故事内容中不应让人追踪到受助者的住所或社区（特别是小孩），拍照时不应使用标注地点的功能。

承诺 5

受危机影响的社区和人群能够使用安全和响应性强的机制来处理申诉。

质量标准

欢迎提出申诉，申诉得到处理。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群，包括脆弱和边缘群体，都知道供他们使用的申诉机制。
2. 受危机影响的社区和人群认为申诉反馈机制易于使用、有效、保密和安全。
3. 申诉得到调查和解决，调查结果在规定的时间内反馈给申诉人。

关键行动

5.1 咨询受危机影响的社区和人群如何设计、实施和监测申诉的过程。

- 按性别、年龄和残障状况把收集的数据细分，这些条件可能会影响人们怎么看待申诉机制的使用和阻碍。
- 对提出申诉的方式、怎样预防人们和员工被申诉，以及他们期望如何接受申诉的回应等达成共识。要考虑申诉如何被记录、追踪和从中学习，并把学习到的结合到未来的规划中。
- 与其他机构、合作伙伴和第三方承包商一同探索联合申诉机制的可能性。
- 对员工进行申诉机制的培训。

5.2 欢迎和接受申诉，也要对申诉机制的使用和其解决问题的范围进行传播。



- 可以开展信息推广活动，提高人们对申诉系统和流程的认识。人们还应该有机会进一步询问申诉机制是如何运作的。

5.3 以及时、公平和适当的方式处理申诉，保障申诉人和各阶段涉事者的安全。

- 尽管申诉可能涉及类似的问题，但每个申诉都需个别处理。
- 申诉人应该知道他可以在多少时间内得到回复。在规定时限内给予回复。
- 在申诉处理机制中，考虑到社区的管理或参与。

机构职责

5.4 受危机影响社区和人群的申诉处理流程有明文规定且已到位。这一流程涵盖范围包括项目运作、性剥削、性侵犯以及其他滥用权力的行为。

- 记录好申诉机制是怎样建立起来的、决策条件、所有收到的申诉、这些申诉是如何处理的以及处理所用的时间。
- 严格根据数据保护政策，确保申诉内的信息得到保密。
- 在申诉机制上与其他机构合作，会减少机制给社区和员工带来的疑惑。

5.5 机构建立了重视申诉、结合具体政策和流程处理申诉的机构文化。

- 公开以下政策，包括机构关照服务人群的职责，机构行为准则，以及机构如何保护潜在的弱势群体（如妇女、儿童和残障人士）。
- 设立正式的调查程序，此程序要坚持保密、独立和尊重的原则。必须周密、及时和专业地开展调查，同时符合法律标准和当地劳动法的要求。向被指定负责管理的人员提供有关调查和处理工作人员不当行为的培训和专家咨询。
- 也应落实申诉程序和举报政策，以处理工作人员的申诉。

5.6 受危机影响的社区和人群充分了解人道主义工作者的预期行为，包括机构对防范性剥削和性侵犯的承诺。

- 向社区和员工解释申诉的流程，包括敏感话题（如涉及腐败、性剥削和性侵犯、行为或做法不当）和非敏感信息（如对选择标准的挑战）。

5.7 超出机构职权范围的申诉，以符合良好做法的方式转介绍相关方。

- 工作人员应该知道如何处理申诉或滥权指控。涉及犯罪活动或违反国际法的案例，有必要联络相关政府部门。

指引

设计申诉机制：在决定用什么方法与社区互动前，必须评估社区内的社会与权利关系，要特别关注老年人、成年男女、男女童、残障人士和其他边缘群体，确保他们可以在申诉系统的设计与实施中发声。

提高人们对反馈申诉的认识：需要付出时间和资源，以确保受危机影响的不同群体知道他们可以期待从机构那里得到什么服务、工作人员的态度和行为，以及如果机构达不到这些标准，他们可以怎么做，以及到哪里表达申诉。他们也应得到保证他们的申诉将被保密，不必担心报复。

应设计出上述机制，确保人们可以保密地进行申诉，而不用担心被报复。

要好好管理期望，因为社区可能会认为申诉可以解决所有问题。如果他们预期的改变超出机构的控制范围，那么可能会产生沮丧和失望心理。

管理申诉：当申诉内容不在组织的控制范围和职责范围，应向申诉人清楚解释。在可行的情况下，与申诉人达成协议后，应转介这些申诉给合适的机构。与其他组织进行协调，确保这一转介系统运作有效。

只有受过相关训练的工作人员，才应调查关于性剥削和性侵犯的指控。

其他照顾和支持的保密转介（如精神健康和心理支持，或其他健康护理）应按申诉人意愿提供给他们。

匿名和恶意申诉意味着明确的挑战，因为它们的来源是未知的。它们可能是机构的警告讯号，说明存在潜在的不满。机构开展任何后续行动前，都需要调查清楚造成申诉的潜在理由。

保护申诉人：机构内要考虑何时决定、谁需要知道和知道什么信息。人们举报性侵犯将会面临社会歧视，他们和家人也可能遭受施暴者方面的实际危险。设计一个机制确保申诉得到保密处理。员工如提出对项目或同事行为的关注，应得到举报政策保护。

数据保护政策应包含特定种类的信息应保存多久，这应根据与数据保护相关的法律。

申诉处理流程：达到“人道主义核心标准”的机构应确保其工作人员和服务社区有机会表达申诉。这类申诉可以看作改进机构及其工作的机会。申诉可以显示出干预措施的影响力和适当性、潜在的风险和漏洞、人们对机构所提供服务的满意程度。

危机中受影响的性剥削和性侵犯人群：机构及其高级管理层有责任确保有关性剥削和性侵犯的申诉反馈机制和流程到位、安全、透明、便捷和保密。在



适当情况下，机构应该考虑在其伙伴关系协议中纳入关于在性剥削和性侵犯案件中合作调查的具体声明。

机构文化：管理人员和高级工作人员应以身作则，营造所有工作人员、合作伙伴、志工和受危机影响人群之间相互尊重的文化。他们的支持对于执行社区申诉反馈机制至关重要。员工应知道如何处理申诉或对有关侵犯的指控。在有犯罪活动或违反国际法的地区，员工应该知道如何联系合适的政府部门。与伙伴合作的机构应就如何提出和处理申诉达成共识（包括互相对立的情况下）。

工作人员行为和守则：做出这项承诺的机构应该制定工作人员行为准则，且该行为准则应该广泛传播，并得到高级管理层的支持。机构儿童保护政策应约束所有工作人员和合作伙伴，并提供有关预期行为准则的入门介绍和培训 ⊕ 见“承诺 3 和 8”。

承诺 6

受危机影响的社区和人群接受的援助是经过协调的和补充性的。

质量标准

人道主义响应是经过协调的和补充性的。

绩效指标

1. 响应机构通过协调行动，把受危机影响的社区和合作伙伴指出的缺口或重复工作降到最少。
2. 响应机构（包括本地机构）通过正式和非正式的协调机制分享有关信息。
3. 响应机构对需求的评估、人道主义援助的实施和监测已进行协调。
4. 本地机构表示得到充分参与和在协调机制中能充分代表。

关键行动

6.1 识别不同利益相关者的角色、责任、能力和兴趣。

- 通过合作来充分发挥社区、东道国政府、捐助者、私营企业和人道主义机构（包括本地、国内和国际性机构）的能力，他们各自拥有不同的使命和专业。
- 人道主义机构和利益相关者联合进行前期评估、培训和评价活动，确保有更多融合的机会。

6.2 确保人道主义响应补充国家和地方政府及其他人道主义机构的行动。

- 虽然总体救援的规划与协调最终是东道国政府的责任，但是人道主义机构在支持政府响应灾害和协调上有着重要的角色。

6.3 参与相关的协调平台，与其他各方协作，以尽量减少社区的负担，最大限度地扩大人道主义工作的覆盖面和服务。

- 通过协调，倡导遵循和使用通用的质量标准和指引。使用协调机制让人道主义标准本土化，特别是一些用于共同监测与评估活动和整个响应工作的指标。
- 界定好活动与承诺的范围，以及协调机制是否重叠和如何处理这种问题，比如与责任、社会性别和保护相关的协调工作。

6.4 通过适当的沟通渠道与合作伙伴、协调小组及其他相关行动者分享必要的信息。

- 在会议和其他沟通中，要尊重当地语言的使用，审查沟通的障碍，以促进当地利益相关者的参与。
- 要清晰地进行沟通，避免使用术语和俗语，尤其是在其他参与者不是说同一种语言的情况下。
- 有可能需要提供口译和笔译人员。
- 开会地点有利于本地行动者的参与。
- 与本地的民间组织网络合作，确保其会员机构做出的贡献已被包括在内。



机构职责

6.5 政策和策略要包括与各方（包括国家和地方政府部门）在符合人道主义原则的情况下进行协调与协作的明确承诺。

- 确保机构政策和资源策略中包括对协调的承诺。机构应提供一份声明，陈述合作伙伴、东道国政府及其他人道主义或非人道主义工作者如何一起参与。
- 机构在协调会议中的工作人员代表应该具备恰当的信息、技能和职权，让他们可贡献于规划和决策。他们的职责描述应明确地说明其协调工作中的职责。

6.6 合作关系由清晰和保持一致的协议来指导，尊重每个合作伙伴的使命、职责和独立性，并认识到他们各自的限制和承诺。

- 要达致有效和负责任的行动，地方和国家机构应与合作伙伴互动或协作，大家对各自机构的任务、角色和职责有共同的理解。

指引

与私营企业合作：私营企业可以给人道主义机构带来商业效率、互补的专业知识和资源。最低限度的合作应共享信息，以避免资源重复，也可推广人道主义工作者的良好做法。与私营企业开展伙伴关系时，应确保它们遵守核心的人权，没有延续不平等或歧视行为的记录，也应确保受危机影响的人群能明确受益，同时认知到私营企业行动者可能会有自己的其他目标。

民间组织与军方的协调：人道主义机构必须保持与军方有别的鲜明身份，避免实际牵涉或被他人误以为参与政治或军事当中，这样可能会危及机构的中立、独立、信誉、安全和接触受危机影响人群的能力。

军方能带来特定的专业知识和资源，包括安全、物流、运输和通信。然而，与军方的任何合作都必须基于人道主义机构的服务，由人道主义机构根据认可的指引给与指导^④见“什么是环球计划？”、“人道主义宪章”和“保护原则”。一些机构与军方保持限度最低的对话，以确保运作效率，而另一些机构可能会建立更强的联系。

民间组织与军方协调的三个关键要素分别是信息共享、计划和分工合作。对话应在所有情境和层级进行。

互补的援助：本地机构、政府和民间社会网络会有大量特定情境的知识和经验，但受到灾害影响后，它们可能需要支持来重新整顿。

如果当地政府是冲突的源头，人道主义工作者应做出独立于政府的判断，常以受影响人群的利益为决策的中心。

协调：跨领域的协调工作比单独行动更能完整地解决受影响人群的需求。举例说，精神健康和社会心理支持要做到位，必须跨越卫生、保护和教育等领域，协调工作可通过这些领域的专家组成的技术工作小组推进。

协调平台的领导人有责任确保会议和信息共享的管理完善、高效和以结果为导向。如果协调机制的语言或地点仿佛只与国际组织相关，那么本土行动者可能不会参与到协调机制里面。国家或地方层次的协调机制也需要设立，也应有清晰的管理架构。

成员在灾前参与到协调机制里，可建立成员间的关系，加强救援时的协调。如果紧急阶段的协调架构和长期发展的计划和协调平台也存在，应把它们连接起来。

用于协调紧急救援的国际跨组织机制应支持国家层次的协调机制。在难民援助中，应使用联合国难民署设立的难民协调机制。

共享信息（包括财务）：在不同利益相关者和协调机制之间共享信息，更能把项目缺口或重复的工作识别出来。

与伙伴合作：不同伙伴可能有不同类型的合作安排，从纯粹的合同关系到联合决策和共享资源。应尊重伙伴机构有各自的使命、愿景和独立性，找出相互学习和促进发展的机会，确定双方可以从伙伴关系中因对方的知识和能力而获益，并确保更好的灾前准备和多样的响应方案。

本地和国家层面的民间组织与国际组织的长期合作，能让所有伙伴增加知识和提升能力，并确保更好的灾前准备和多样的响应方案。

承诺 7

受危机影响的社区和人群可预期援助工作会不断改进，因援助机构能从经验和反思中学习。

质量标准

人道主义行动者持续地学习和改进。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群能指出他们获得的援助和保护随着时间的推移得到改进的地方。
2. 学习目前响应行动得出的经验，改进援助和保护措施。
3. 提供的援助和保护措施反映出对其他响应行动的学习。



关键行动

7.1 在设计项目时参考以往的学习和经验。

- 监测系统的设计应尽量简单和方便使用，同时意识到信息应能代表不同群体，也能清楚表达以往项目中谁受益和谁未受益。
- 同时考虑失败与成功的经验。

7.2 在监测、评估、反馈和投诉的基础上，学习、创新和落实变化。

- 使用开放式聆听的方式和其他定性的参与式方法。
- 与社区一同分享和讨论学到的东西，询问他们有什么跟过往不同的做法，以及如何加强他们在决策或管理上的角色。受危机影响人群是了解该情况下的需求和改变的最好的信息来源。

7.3 与机构内部、受危机影响的社区和人群、其他利益相关方分享学习和创

新方法。

- 以读者便利的方式汇报从监评中收集回来的信息，这有助于共享和决策
⊕见“承诺4”。
- 找出方法支持整个系统里的学习活动。

机构职责

7.4 与评估和学习相关的政策要到位，有学习经验和改进做法的途径。

- 机构应该在学习周期中，制订一个基于可客观衡量的指标的绩效审查和改进计划。
- 所有员工应了解他们在监测工作中的职责。他们还需要学习如何促进自己的专业发展。

7.5 建立记录知识和经验的机制，并使整个机构都能应用上。

- 机构学习应该带来实际的改善（如改进评估策略，重组团队以确保更迅速、更整体化的响应，或更加明确决策责任）。

7.6 机构在同侪间和领域内促进人道主义响应的学习和创新。

- 编制和出版人道主义响应的报告，包括关键的经验教训和在未来响应中做法上的修改建议。

指引

从经验中学习：不同的方式和方法适用于不同绩效、学习和责信的目标。

监督－项目活动和绩效中收集的常规数据能用作项目过程中的修正。要使用定性和定量数据进行监测和评估，要多方验证数据并保持一致的记录。考虑数据如何符合道德地收集、管理和报告。决定需要收集什么数据，以及展示方式按所需用途和数据的使用者而定。不要收集不会用来分析和使用的数据。

实时回顾－让项目工作人员参与的一次性评估活动，可用于项目过程中的修正。

反馈－从受影响人群中收集回来的信息，不一定要有很强的结构性，也可以用于项目过程中的修正。受危机影响的人群就是判断他们的生活是否有转变的最好的裁判员。

行动后的回顾工作－在项目结束后让项目工作人员参与的一次性评估活动，要指出哪些要素需要被保留和在未来项目中做出改变。

评估－这是一个正式的活动，用来客观地衡量项目活动、单个项目或整个项

目的。评估一般由项目外部人员负责，可以是实时的（用于项目过程中的修正），或在单个项目结束后开展，目的是为类似的情况提供学习机会，并用于制定机构政策。

研究—包含对有关人道主义行动的特定问题进行系统性调研，一般用于制定机构政策。

创新：危机响应帮助人们和机构适应变化中的环境，也往往会带来不断的创新。受危机影响的人们在不断创新，适应不断变化的情况。可以为他们提供支持，让他们参与更有系统的创新和发展过程。

合作和分享经验：与其他机构、政府与非政府单位和学术团体开展共同学习是机构的专业义务，这样可以引发新的观点和想法，最大限度地利用有限资源。协作还有助于减少社区被重复评估的负担。

一些机构开展过同侪间的学习，可以采取同行学习的方式来监测实时进展情况，或作为紧急情况结束后的反思学习。

实践型的网络和社区（包括学术界）能创造平辈间互相学习的机会，包括在田野和行动后的回顾工作或学习平台中。这可以对组织的做法和整个系统的学习做出重要的贡献。在平辈间分享挑战和成功，有助于人道救援工作者识别风险和避免日后犯错。

在不同领域间共享经验尤其有用。相比机构自身的经验总结，机构间互相学习和对经验的回顾更能帮助机构的改变。

受危机影响的人群所进行的监督可提升透明度和质量，并增强他们对信息的拥有感。

评估和学习政策：关键的经验教训，以及明确的有待改进之处，经常得不到系统性的处理。经验教训如果尚未在目前或将来响应中促成显而易见的改善，便不算是学习到的经验教训。

知识管理和机构层面的学习：知识管理涉及收集、开发、共享、储存和有效使用机构的知识和学习内容。国家层面的长期工作人员往往是维系本地知识和关系的关键。学习应延伸到国家、区域和本地行动者，帮助他们制定或更新他们的危机准备预案。



承诺 8

受危机影响的社区和人群获取的援助由能力较强和管理良好的员工提供。

质量标准

工作人员得到支持以有效开展工作，获得公平、平等对待。

绩效指标

1. 所有工作人员感到机构支持他们完成自己的工作。
 2. 工作人员实现他们的绩效目标，结果令人满意。
 3. 受危机影响的社区和人群认为工作人员的工作是高效的（即认可他们的知识、技能、行为和态度）。
 4. 受危机影响的社区和人群知悉人道主义行为准则以及在达不到守则时如何提出关注。
-

关键行动

- 8.1** 工作人员根据机构的使命、价值观以及协议的目标和绩效标准开展工作。
 - 不同的条款和条件可应用于不同工种或级别的员工身上，国家劳动法往往规定个人的状况是必须得到尊重的，所有工作人员必须了解他们在国家和国际层面的法律地位及其机构的地位。
 - 8.2** 工作人员遵守与自身相关的政策，并了解不遵守政策的后果。
 - 在一切情况下，都需要进行有关机构使命、政策和行为准则的介绍和培训，包括在快速调派或扩大响应规模的情况下。
 - 8.3** 工作人员发展并使用必要的个人能力、技术能力和管理能力来发挥他们的作用，并了解机构可以如何支持他们做到这一点。
 - 在响应行动第一阶段，工作人员的正式发展机会可能有限，但管理者应至少提供入门和在职培训。
-

机构职责

- 8.4** 机构具备实施项目所需的管理能力与工作人员能力。
 - 聘请有助于增加服务可及性的工作人员，聘请时应避免带有歧视的看法，包括语言、民族、性别、残障状况和年龄等方面。
 - 预先考虑到机构如何应对聘用优质工作人员的需求高峰期。要清楚国家层面工作人员的角色和职责以及内部的决策职责和沟通。
 - 避免外派工作人员的时间过短，造成工作人员的大量流失。因为这会对项目延续性和质量等造成影响，也会造成工作人员不愿承担任务。
 - 为避免影响当地机构的能力，应采取符合道德的招聘方法。
 - 培养当地招聘而愿意长期工作的工作人员。如机构拥有多个使命的话，

负责发展工作的工作人员应接受人道主义响应的培训，并可负责相关工作。

8.5 有关工作人员的政策和流程是公平、透明、不带歧视的，且符合本地的就业法。

- 机构的政策和做法应该将本土人员提升到管理和领导层面，以确保项目的延续性、机构经验的传承，以及更适于本地情况的响应工作。

8.6 职位描述、工作目标和反馈流程要到位，工作人员清楚了解机构对他们的要求。

- 职位描述应明确规定每个工作人员的预期工作，并保持最新版本。
- 每个工作人员应该确立个人目标，涵盖他们的工作志向和期望发展改善的能力，并把这些内容记录在发展计划中。

8.7 要落实行为准则，工作人员最基本的义务是不剥削、侵犯或歧视受影响人群。

- 工作人员必须理解、签署且遵守机构的行为准则，机构的所有代表人员（包括员工、志愿者、合作伙伴和承包商）都需要清楚哪些行为标准，以及违反规则的后果。

8.8 落实政策以支持工作人员提高技术水平和能力。

- 机构应建立回顾员工绩效、评估能力缺口和开发人才的机制。

8.9 落实保障工作人员安全和福祉的政策。

- 机构应承担照料工作人员的职责，管理者应该让人道主义工作人员认知风险，并保护他们免受精神和身体上不必要的威胁。
- 可以采取的措施包括有效的安全管理、预防性保健咨询、积极支持工作人员在合理时长内工作、在必要时给予心理支持。
- 建立对性骚扰和性侵犯零容忍的政策，包括工作场所的性骚扰和性侵犯。
- 建立完整的预防和回应策略，处理工作人员所遭受或实施的性骚扰和性暴力事件。



指引

员工和志愿者：机构的任何指定代表，包括本国、国际、永久或短期员工，以及志愿者和顾问，都被认为属于工作人员。然而，不同的条款和条件适用于不同类型、不同层次的工作人员。

机构应加强员工和志愿者对边缘群体的敏感意识，避免出现带有羞辱和歧视的态度和行为。

遵守机构使命、价值观和政策：机构应该与工作人员沟通机构的法律许可范围、使命、价值观和愿景，并期望工作人员在工作中遵守。在更多理解机构的角色和工作方式之后，工作人员应该结合与上级协定的个人目标和绩效标准开展工作。

政策应更明确地承诺员工和志愿者的性别平衡。

政策应鼓励开放、全纳和便于残障人士的工作环境，包括找出和消除工作场所中通道上的障碍、禁止对残障人士的歧视、推动平等机会和同工同酬，以及为他们提供合理的薪金调整。

合作伙伴、承包商和供应商等外部人员也应知道适用于他们的政策和行为准则，还有违反的后果，如终止合约。

绩效标准和能力发展：工作人员和雇主也要为自己的技能发展负责，包括管理技能。有了明确的目标和绩效标准后，他们应该清楚担任当前角色需要哪些技术、能力和知识（比如聆听的能力）。他们也应该获知可以利用的或机构要求的成长发展机会。可以通过经验、培训、指导或辅导来提高工作人员能力。

可以用多种方法评估工作人员的技能 and 行为，例如观察、审查工作产出、直接与他们讨论、访问他们的同事。主管可以通过定期记录的绩效评估发现需要支持的培训和领域。

员工能力：人员管理系统取决于各个机构和情境，不过也应该参考良好做法。应该在高级管理层的支持下，从战略层面思考和计划人员管理系统。机构计划和项目计划必须考虑到工作人员的能力，以确保适当数量、具备适切技能的工作人员在合适的时间部署到合适的地方，从而推动实现机构的短期和长期目标。

机构应确保工作人员有支持社区聆听、决策和行动所需的能力，工作人员也应接受使用标准作业程序方面的培训，这会帮助做出更高水平和快速的回应。

绩效回顾的周期必须足够灵活地配合短期工作人员，以及那些无固定期限的员工。对工作人员促进聆听、包容、社区对话、决策和行动的能力应有足够的关注。伙伴机构应同意他们的工作人员同样需要这些能力来达到协议中的承诺。

工作人员政策和流程：工作人员政策和流程的风格和复杂程度取决于每个机构的规模和背景。不管机构多简单或多复杂，工作人员都应该参与制定审核工作人员的政策，并尽可能保障政策代表了工作人员观点。工作人员手册便

于工作人员了解政策，方便他们参与政策磋商。

对工作人员的指导：每个工作人员应确立个人目标，涵盖他们的工作志向和期望发展改善的能力，并把这些内容记录在发展计划中。

有效的响应不只要确保有技能的工作人员参与救援，还依靠个人的管理。紧急状况中的研究工作发现有效管理、构架和程序相比个人技能，对于确保有效响应同样重要。

安全保障和福祉：工作人员经常在具有风险和压力的条件下长时间工作。机构照料工作人员的职责包括：采取行动促进福祉，避免长期疲劳、职业倦怠、受伤或患病。

管理者可以通过对良好实践进行建模并亲自遵守政策来履行对员工的照料。人道主义者也需要承担个人责任，以管理其福祉。对经历过或目睹过极度痛苦事件的人员，应立即提供心理急救。

通过培训，让工作人员了解他们同事经历过的性暴力事件的信息，为工作人员提供完善的调查和威慑措施，加强互信和责信。当这些事件发生时，采取以受害者为本的治疗和心理支持方法，包括对替代性创伤的认可。对工作人员的支持应该及时，并涵盖海外或国内工作人员的需要。

在国内和海外员工和志愿者经历潜在创伤事件后一至三个月内，应有一位符合文化和语言习惯的精神健康专业人员联系他们。这位专家应评估受害人情情况，如果需要的话，应转介他们接受临床治疗。



承诺9

受危机影响的社区和人群可预期援助他们的机构能有效、高效、符合道德地管理资源。

质量标准

资源管理良好，并负责地用于预期用途。

绩效指标

1. 受危机影响的社区和人群了解社区层面的预算、开支和预期的成果。
2. 受危机影响的社区和人群认为可用的资源已用于预期的用途和没有被挪用或浪费。
3. 为响应行动筹集的资源按照协议的计划、目标、预算和时间而使用和监测。
4. 人道主义响应通过有成本效益的方式开展。

关键行动

9.1 设计项目并实施流程，以确保有效利用资源，在每个响应阶段平衡质量、成本、及时性等几个因素。

- 在突发的危机中，需要调整流程以加快财务决策和应对挑战（如缺乏可用供货商而无法进行竞争投标）。

9.2 管理和使用资源以实现其预期目的，尽量减少浪费。

- 在控制采购、现金援助和库存管理相关的风险时，要确保有特定技能的员工和相关系统到位。

9.3 按照预算监测和报告支出。

- 建立财务计划和监测系统，包括降低财务管理中主要风险的程序，以确保项目目标得以实现。
- 追踪所有的财务交易。

9.4 在使用本地资源和自然资源时，要考虑对环境的影响。

- 尽早在响应行动或项目初期开展快速环境影响评估，这有助于明确风险和采取降低风险的措施。

9.5 管理腐败风险，并采取适当行动来处理所发现的腐败事件。

- 对捐款条件和来源做好记录，并使项目信息保持开放和透明。
 - 鼓励利益相关者通报权力滥用的情况。
-

机构职责

9.6 落实政策和流程以指导使用和管理资源，包括机构如何开展下列活动：

- a. 符合道德和法律地接受和分配资金和实物赠品；
 - b. 以对环境负责的途径使用资源；
 - c. 预防和解决腐败、欺诈、利益冲突和滥用资源；
 - d. 开展审计、验证合规性，透明地进行报告；
 - e. 持续地评估、管理和降低风险；
 - f. 确保所接受的资源不会影响机构独立性。
-

指引

资源的有效运用：“资源”是指完成机构使命所需的投入，一般来说包括资

金、员工、物资、设备、时间、土地和环境，但不限于这些。

在重大的紧急危机中，机构往往存在迅速响应的压力，以及向外界展示机构正采取行动来响应情况的压力。这会造成欠佳的项目规划和对不同的项目可能性和财务方案（如现金援助）考虑不周，以致无法找出让资金更用得其所的方案。然而，在这些情境中，腐败的风险会增加，意味着为员工提供培训和支持以及在各系统中建立防止腐败的申诉机制更为重要④见“承诺3和5”。

在这些时间派遣有经验的资深同事到当地有助于降低风险，也可在及时响应、达致标准和减少浪费之间取得平衡。

机构间及其与社区的合作和协调有助于更有效的响应，如开展联合的前期评估或项目评估以及支持跨机构的登记和物流系统。

在项目结束时，项目剩下的资产和资源要负责任地转赠、变卖或退回。

将资源用于预期目的：所有人道主义行动者需对捐款者和受影响人群负责，而且应该表明资源得到明智、有效的利用，产生了良好的效果。

会计记录应符合国家和国际通用的标准，也应在机构内被系统性地采用。

欺诈、贪污和浪费会使最需要资源的人群得不到资源。然而，因为人员或资源不足而造成的低效干预不能说是负责任的行动，讲求经济的行动并不代表价值与付出的资金成正比。机构常常需要在经济、效果和效率之间找到一个平衡。

监测和报告支出：所有工作人员都有一定责任妥善地管理财务事宜。应鼓励工作人员报告任何涉嫌舞弊、腐败或滥用资源的情况。

环境影响和自然资源的使用：人道主义响应可能对环境产生负面影响，如产生大量废料、损害自然资源、造成地下水水位下降或污染、森林被滥伐以及其他环境危害。生态系统对人类来说十分重要，也是自然灾害的缓冲。任何对环境的影响必须看作跨领域问题来处理，因这些影响可能对生命、健康和生计造成进一步的侵害，并且可能会持续下去。在响应过程中，让受影响人群参与和了解他们的关注很关键，还应在项目中支持当地管理好自然资源。

管理腐败风险：各种文化对腐败的定义和理解不尽相同，需要清楚界定工作人员和合作伙伴（包括志愿者）的预期行为规范，以从根本上规避这一风险④见“承诺8”。以尊重的态度让社区成员参与、建立在地监测机制以及向利益相关者保持透明度都有助于减少腐败风险。

实物赠品可能会造成道德困境。送礼在许多文化中被视为一种重要的社会习俗，拒绝礼物会显得无礼。如果工作人员接受礼物会造成一种负疚感，接收方应该礼貌地拒绝礼物，如已接受礼物，那么明智的做法是公开此事，若还



有疑虑，就与主管讨论。通过制定员工指引和鼓励透明度，降低损害机构营运独立性和公正性的风险。员工应对这些政策和可能出现的困境有所了解。

自然资源和环境影响：机构应致力于无害环境的政策和实践（包括行动计划和快速的环境影响评估），并利用现有准则来应对紧急情况下的环境问题。绿色采购政策有助于减少对环境的影响，但需要以尽量避免延迟提供援助的方式管理。

腐败和欺诈：欺诈包括盗窃、挪用物品或资产和伪造记录（如报销凭据）。各个机构必须保留财务交易的准确记录，表明资金如何使用。要设立系统和流程，确保财务资源的内部控制，防止欺诈和腐败。

机构应支持在财务管理和报告中采用大众认可的良好做法。机构政策还应确保采购系统是透明和严谨的，且包含反恐措施。

利益冲突：工作人员必须确保机构目标与他们的个人或财务利益之间没有任何冲突。例如，假若工作人员或其家人能从一个合同中获得财务利益，那么工作人员就不能把合同签给相关供货商、机构或个人。

利益冲突有各种形式，人们并不总是都能认识到自己违反了规定和政策。例如，未经许可使用机构资源，或接受供货商礼品，都可能被视为利益冲突。

营造一种使人们感觉可以公开谈论利益冲突、声明潜在或实际利益冲突的文化，是管理利益冲突的关键。

审计和透明度：审计可以采取几种形式：内部审计核查流程是否得到遵守；外部审计检验机构的财务报表是否真实且公平；当机构怀疑存在具体问题（通常是欺诈）的时候，则开展调查审计。

参考资料和延伸阅读

其他有关人道主义核心标准的资料，请查看：

corehumanitarianstandard.org

“人道主义核心标准联盟” CHS Alliance ; www.chsalliance.org

“人道主义核心标准质量指南针” CHS Quality Compass ; www.urd.org

“海外发展研究所” Overseas Development Institute (ODI) ; www.odi.org

责信

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. *Financial Management Essentials: Handbook for NGOs*. Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice*. Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>



Top Tips for Financial Governance. Mango, 2013. www.mango.org

工作人员绩效

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015.

<http://chsalliance.org>

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA.

<https://www.unocha.org>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance.

<https://www.chsalliance.org>

Rutter, L. Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. <https://ngocoordination.org>

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO Geneva, 2011. www.who.int

评估

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015.

<https://interagencystandingcommittee.org>

Participatory assessment, in *Participation Handbook for Humanitarian Field Workers* (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. <http://urd.org>

现金援助

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments*. CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. *Monitoring 4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies*. Cash Learning Partnership, 2017. www.cashlearning.org

儿童

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

协调

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters.* ALNAP, 2015. <https://reliefweb.int>

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

项目设计和响应

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.info

残障人士

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. <https://www.un.org>

Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

环境

Environment and Humanitarian Action : Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit : Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. <http://postconflict.unep.ch>

社会性别

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. *Sex and Age Matter : Improving Humanitarian Response in Emergencies.* ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men : Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org>

性别暴力

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action : Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines,



IASC, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>

以人为中心的人道主义响应

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. *Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts*. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

绩效、监测和评估

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide*. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs*. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners*. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M & E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011. <https://www.alnap.org>

Sphere for Monitoring and Evaluation. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org

保护

Slim, H. Bonwick, A. *Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies*. ALNAP, 2005. www.alnap.org

恢复

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

复原力

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation*. Catholic Relief Services, 2013.

www.crs.org

延伸阅读

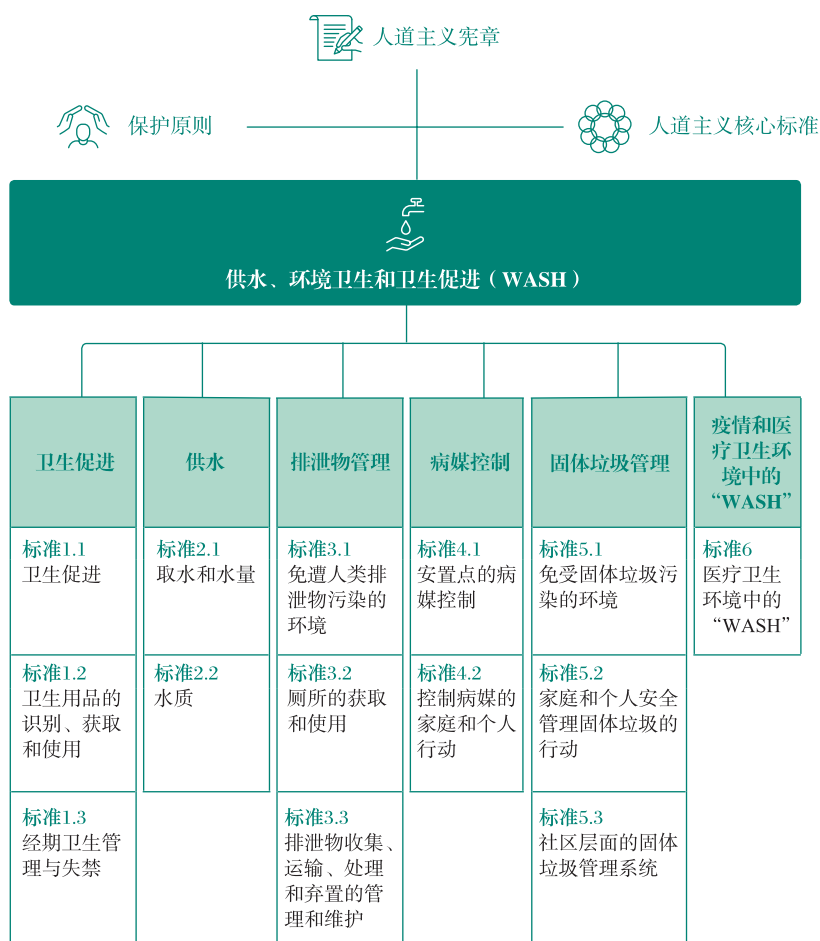
延伸阅读材料，请登陆以下链接查看

www.spherestandards.org/handbook/online-resources





供水、环境卫生和 卫生促进（WASH）



附录 1 供水、环境卫生和卫生促进初始需求评估清单

附录 2 F 图：腹泻病的粪口传播

附录 3 最低用水量：生存数据和用水需求的量化

附录 4 最低厕所数量：社区、公共场所和公共机构

附录 5 与水 and 环境卫生相关的疾病

附录 6 家庭用水处理和储存决策树

目 录

供水、环境卫生和卫生促进的基本概念 90

供水、环境卫生和卫生促进标准

 1. 卫生促进 94

 2. 供水 103

 3. 排泄物管理 110

 4. 病媒控制 118

 5. 固体垃圾管理 123

 6. 疫情和医疗卫生环境中的“供水、环境卫生和卫生促进” 127

附录 1：供水、环境卫生和卫生促进初始需求评估清单 135

附录 2：F 图：腹泻病的粪口传播 140

附录 3：最低用水量：生存数据和用水需求的量化 141

附录 4：最低厕所数量：社区、公共场所和公共机构 142

附录 5：与水 and 环境卫生相关的疾病 143

附录 6：家庭用水处理和储存决策树 146

参考资料和延伸阅读 147



供水、环境卫生和卫生促进的基本概念

所有人享有获得水和环境卫生的权利

“环球计划”中“供水、环境卫生和卫生促进”（下称 WASH）的最低标准是在人道主义援助的情况下让受影响人群获得水和环境卫生的具体权利体现。该标准以“人道主义宪章”中声明的信念、原则、责任和权利为基础。这些权利包括有尊严地生活、获得保护和安全，以及根据需要获得人道主义援助。

有关构成“人道主义宪章”的关键法律和政策文件^④见“附录 1：环球计划的法律基础”。

受影响人群更易患病并因此死亡，尤其是腹泻和传染性疾病。此类疾病与卫生设施和供水不足，以及无法保持良好的个人卫生密切相关。WASH 项目旨在降低公共卫生的风险。

人类感染病原体的主要途径有粪便、液体、手指、苍蝇和食物。WASH 项目在人道主义响应行动中的主要目标是通过减少这些传染途径来降低公共卫生的风险^④见“附录 2：F 图”。主要的活动包括：

- 促进良好的个人卫生习惯；
- 提供安全的饮用水；
- 提供适当的卫生设施；
- 降低环境健康风险；
- 确保让人们享受健康、有尊严、舒适和安全的生活条件。

在 WASH 项目中，重要的是：

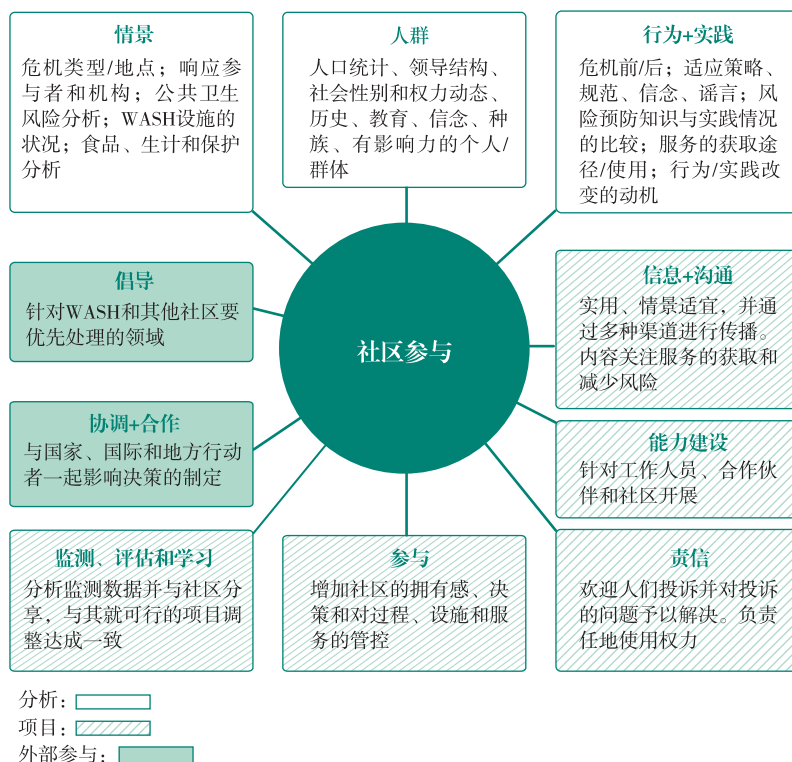
- 管理整个供水链：水源、处理、分配、收集、家庭储存和使用；
- 综合管理整个环境卫生链；
- 推动建立积极、健康的行为；
- 确保人们获得个人卫生用品。

社区参与至关重要

在 WASH 工作中，社区参与是一个把社区和其他利益相关者连接起来的动态过程，使受影响人群能更多地控制响应措施及其对他们的影响。有效参与能连接社区和响应团队，以最大限度提高社区影响，从而降低公共卫生风险，提供合适、便捷的服务，提升项目质量并建立责任。它能发掘社区管理和维

护 WASH 系统的能力和意愿⊕见“图4：‘供水、环境卫生和卫生促进工作’的社区参与”。

社区参与能建立人们对观念、需求、应对机制、能力、现有氛围、领导结构、优先事项以及应采取的合适行动基本的理解，包括反馈机制在内的监测与评估，证明 WASH 的响应措施是适当还是需要调整⊕见“人道主义核心标准承诺 4 和 5”。



“供水、环境卫生和卫生促进工作”的社区参与（图4）

WASH 工作在城市地区的注意事项

城市地区人口密度更高，有风险的群体更为隐蔽，实现社区参与更加困难。然而，在城市地区的公共空间、媒体和技术可为与社区的沟通提供更广泛和有效的机会。多样化的资产所有权会影响响应方案和交付方式的选择（农村地区的资产所有权为家庭所有，城市地区则公私混合）。



需要多种方法的结合

以市场为基础的援助可高效地满足 WASH 项目的需求，如确保受影响人群获得个人卫生用品。现金援助（包括现金发放和/或代金券）应与其他 WASH 项目活动互补，包括技术援助和社区参与。在实施层面，响应方案可以有不同的选择，由基础设施建设到卫生促进和社区动员。如果翻修供水处理设备成为一个长期项目，则发电机或临时厕所应马上提供。质量控制和技术援助对确保健康和卫生至关重要，因此应及时和适当地提供技术援助，援助要保持持续和可实现，受益人群也容易获得。

WASH 响应措施应可改进长期社区目标，并最大限度地减少对环境的影响。供水和环境卫生的综合管理应满足人的需求又能保护生态系统。这可能会对技术的选择、活动的时间安排和阶段划分、社区参与、私营企业和市场的参与以及融资的方案产生影响。

最低标准不应单独使用

享有充足的供水、环境卫生设施的权利，与住所、食物和健康的权利相关。某一领域的最低标准进展情况会影响其他领域的进展。为了确保满足人们的需求，应避免重复工作，并使 WASH 响应的质量最优化，需与其他部门密切协作，以及与当地政府和响应机构紧密协调。例如，在达不到营养标准的时候，因人们面对疾病的脆弱性增加，就更为迫切要符合供水和环境卫生的标准。这也适用于艾滋病毒感染率较高的地区。整本手册中的交叉引用也表明了各部分之间的潜在关联。

如果国家标准低于“环球计划”中的最低标准，则人道主义机构应与政府一起逐步提高国家标准。

国际法特别保护用水和环境卫生的权利

这项权利包括个人和家庭用上充足、安全和可负担的供水，以及获得隐私、安全和清洁的卫生设施。各国在危机期间确保这项权利^④见“附录 1：环球计划的法律基础”。

安全用水和适当的卫生设施对以下方面至关重要：

- 维持生命、健康和尊严；
- 防止人们因脱水死亡；
- 降低与“供水、卫生设施和个人卫生”相关的疾病风险；
- 足够饮用、烹饪以及达到个人和家庭卫生要求。

享有用水和环境卫生的权利是人类生存和保持尊严所必需的权利的一部分，国家和非国家参与者均有责任满足这一权利。例如，在武装冲突期间，禁止

攻击、破坏、移除供水设施和灌溉工程，或禁止使这些设施停用。

与保护原则和人道主义核心标准的连接

水的使用会影响有关保护的问题。武装冲突和不公正的情况会影响个人和群体的用水保障。如果短期和长期活动设计不当，生活饮用水、家庭用水和生计用水等多重需求可能会引发保护方面的问题。WASH 响应工作中的保护工作意识到打水、如厕或经期卫生处理期间存在特定的脆弱性，往往会从个人保护和安全的角度出发而做出考虑。当然这些个人保护要素必不可少，但较广泛的保护问题也是至关重要的。首先应从一些简单措施着手，例如给厕所上锁，提供充足的照明，以及把设施分隔，可降低滥用或暴力的风险。

为避免歧视、降低潜在风险和改进服务的使用或质量，具有适应性和全纳性的项目规划是必不可少的。例如，确保残障人士能够使用卫生设施，确保妇女或儿童能有大小合适的容器来提水。让个人和社区参与响应行动的所有阶段，有助于把保护工作所关注的事项纳入 WASH 项目中。

援助人员应接受儿童保护相关的培训，了解如何使用转介机制处理牵涉儿童的涉嫌暴力、侵犯或剥削的个案。

人道主义机构应谨慎考虑军民合作与协调，尤其是在冲突中。对中立性和公正的看法可能会影响社区的接受程度。在一些情况下，人道主义机构可能不得不接受军事援助（如在运输和分配方面）。但是，必须认真考虑这对人道主义原则的影响，并应努力缓解保护的风险^④见“人道主义宪章”和“什么是环球计划？”中“有国内或国际军事力量的情况”的部分。

在应用最低标准时，应尊重人道主义核心标准中的九项承诺，并将其视为提供负责任的 WASH 项目的基础。



1. 卫生促进

发生灾害时，与水、环境卫生和个人卫生相关的疾病会引发重大可预防性疾病，甚至是死亡。卫生促进中有助于降低患病风险的行为、行动和社区参与，是成功实施“供水、环境卫生和卫生促进”（WASH）响应行动的基础。

主要依赖传递信息和分发卫生用品的标准化方法可能不会很有效。风险和对风险的认知因情境不同而有所不同，人们的生活经历、应对策略、文化和行为习俗也不同。因此，根据这些因素和情境调整卫生促进的方法很重要。有效的卫生促进依赖于：

- 协同社区动员群众采取行动并参与决策制定；
- 针对风险、优先事项和服务，开展双向沟通和反馈；
- 获取和使用 WASH 设施、服务和用品。

卫生促进应建立在人们针对风险和疾病预防已有知识的基础之上，推动他们积极地寻求健康的行为。

定期监测活动和活动结果，确保卫生促进活动和 WASH 项目在推进。协调卫生行动者监测与 WASH 相关疾病（如腹泻病、霍乱、伤寒、沙眼、肠道蠕虫和血吸虫病）的发病率^①见“基础医疗服务——传染病标准 2.1.1 至 2.1.4”和“卫生系统标准 1.5”。

卫生促进标准 1.1： 卫生促进

人们意识到与水、环境卫生和个人卫生相关的重大公共卫生风险，并采取个人、家庭和社区措施降低此类风险。

关键行动

- 1 识别主要的公共卫生风险以及当前导致这些风险的个人卫生习惯。
 - 建立社区档案以确定哪些人和群体面临 WASH 相关的风险及其原因。
 - 识别可激发积极行为和预防措施的因素。
- 2 与受影响人群一起设计和管理卫生促进活动和更广泛的 WASH 响应措施。
 - 制定一个利用大众媒体和社区互动的宣传策略，以分享实用信息。

- 识别并培训有影响力的个人、社区团体和外展工作人员。

3 使用社区反馈和健康监控数据来调整和改进卫生促进活动。

- 监测 WASH 设施的获取和使用情况，以及卫生促进活动是如何影响行为和实践的。
- 调整活动和识别还未满足的需求。

关键指标

能正确描述三种预防 WASH 相关疾病的措施的受影响家庭占比

目标群体中能正确说出两个关键洗手时间点的人数占比

目标群体中在公用厕所如厕后使用洗手设施的人数占比

受影响家庭中使用肥皂和水洗手的家庭占比

受影响人群中从已改进的水源处取水的人数占比

使用干净、有盖的容器储存饮用水的家庭占比

报告使用安全方法处理儿童排泄物的照顾者人数占比

使用失禁产品（护垫、尿壶、便盆、坐便椅）的家庭中，报告用安全的方法处理成人失禁排泄物的家庭占比

使用适当方法处理固体垃圾的受影响家庭占比

提供反馈意见人士的反馈意见已被用于调整和改进 WASH 设施和服务的人数占比

本地环境未受人类和动物粪便污染



指引

了解和管理 WASH 的风险：在危机初始阶段，对 WASH 的风险进行排序，并减少可能存在的挑战。要重点关注安全用水、排泄物管理和洗手，因这三个方面对预防疾病传播有最大的影响。评估 WASH 相关的公共卫生风险和降低这些风险的措施，需要了解：

- WASH 设施和服务当前的使用状况；
- 基本家庭卫生用品的获取状况 ⊕ 见 “卫生促进标准 1.2 和 1.3”；
- 当前的应对策略、本地习俗和信念；
- 社区中的社会结构和权力关系；

- 人们获取医疗卫生服务的地方（包括传统行医者、药房、诊所）；
- WASH 基础设施操作和维护的负责人；
- 与 WASH 相关的疾病监控数据；
- 受影响人群在社会、身体和沟通等方面获得 WASH 设施和服务的障碍，尤其是妇女和女童、老年人和残障人士；
- 收入水平差异；
- 疾病的环境条件和季节性趋势。

要维持受影响人群的推动力，行为改变和做法需要简单易行，卫生设施也应方便所有用户使用，要安全、清洁，让对方受到尊重和符合当地文化。将男性和女性都纳入卫生促进活动中，因男性对卫生方面的积极支持对家庭行为产生决定性的影响。

社区动员：使用现有架构，确保男人和女人平等地获得有偿或自愿的参与机会。受人尊敬的社区领袖和信仰领袖、外展工作人员和获得信任的本地行动者（如妇女或青年团体）有助于动员和开展预防行动。

每 1000 人配有两名外展工作人员是普遍做法。外展工作人员和志愿者应具备良好的沟通技巧，能够与当地社区建立相互尊重关系，并对当地的需求和关注有充分的了解。如有需要，应通过当地协调平台确定外展工作者的激励措施，以促进公平和避免服务中断。

社区卫生工作人员在职能上可能与 WASH 外展工作者类似，但两者的责任不同⊕见“卫生系统标准 1.2：医疗服务工作队伍”。

与儿童合作：儿童可以促进朋辈和家庭的健康行为。教育或社会服务部门可以寻找机会，在学校、居家护理和儿童当家的家庭以及流浪儿童中做卫生宣传，让儿童参与卫生信息的开发⊕见《紧急情况下的机构间教育网络（IN-EE）手册》和《人道主义行动中儿童保护的最低标准（CPMS）手册》。

沟通渠道和方法：通过多种形式（书面、图像、音频）和语言提供信息，尽可能广泛地传播信息。编制适合儿童和残障人士的信息，并进行测试，确保不同年龄、性别、教育水平和语言的人群均能理解这些信息。

社区层面的对话有利于解决问题和开展行动计划。大众媒体能在更大范围内强化一般性的信息。如果针对特定目标群体，这两种方法都是有效的。与目标群体共同设计合适的反馈机制并监测其有效性。向社区传达反馈意见并鼓励他们给予回应⊕见“人道主义核心标准承诺 5”。

用肥皂洗手是预防腹泻疾病传播的重要方法。洗手设施需要正常提供水、肥皂和安全排水。将洗手设施放在接触食物（食用、准备食物或喂养儿童）前和接触排泄物（如厕或清理孩子肛门）后方便洗手的位置⊕见“供水标准 2.2：

水质”。

厕所使用的推广：人们是否可以广泛使用排泄物处理设施和用品，是卫生促进人员面临的一个关键问题。人们使用厕所的主要障碍除了对卫生和气味的关注以外，还包括出现尴尬的情况、文化的禁忌、实际的距离以及对隐私和安全问题的关注⊕见“排泄物管理标准 3.2：厕所的获取和使用”。

安全收集、运输和储存饮用水是降低污染风险的关键。家庭需要使用单独的容器来收集和储存饮用水⊕见“卫生促进标准 1.2”和“供水标准 2.1 和 2.2”。

流动人群：通过暂时随行或在休息区会面的方式寻找机会接触流动人群。使用广播、短信、社交媒体群组 and 免费热线等沟通渠道向其提供卫生信息并征求反馈。设计包括手机或太阳能充电器在内的“家庭用品”包来支援传播卫生信息，也能帮助流动人群与家人沟通，获取信息并提供反馈。

卫生促进标准 1.2：

卫生用品的识别、获取和使用

受影响人群可获得和使用合适的用品，保障其卫生、健康、尊严和福祉。

关键行动

1 识别个人、家庭和社区所需的基本卫生用品。

- 考虑男性和女性、老年人、儿童和残障人士的不同需求。
- 识别并提供额外用于维护环境卫生的公共物品，例如固体垃圾容器和清洁设备。

2 及时提供基本用品。

- 在当地、区域或国际市场评估是否可获得这些基本物品。

3 协同受影响人群、地方政府和其他行动者就受影响人群如何收集或购买卫生用品进行规划。

- 提供有关现金援助和/或卫生用品发放时间、地点、内容和目标领取人的信息。
- 就提供现金援助和/或卫生用品与其他领域进行协调，并确定分发机制。

4 收集受影响人群对所选卫生用品是否合适的反馈，以及他们对取得卫生用品的机制是否满意。



关键指标

所有受影响家庭都获得了最低数量的基本卫生用品：

- 每户两个盛水容器（10–20 升；一个用于取水，一个用于存水）；
- 每人每月 250 克沐浴皂；
- 每人每月 200 克洗衣皂；
- 洗手处提供肥皂和水（一个共用厕所一个洗手处或一个家庭一个洗手处）；
- 用于处理儿童粪便的便盆、铲子或尿布。

**获得卫生用品后，报告或被观察到定期使用这些用品的受影响人群占比
用于购买非常需要的卫生用品费用占家庭收入的比例**

指引

识别基本用品：根据文化和当地情况来配置卫生用品和卫生包。初始阶段优先考虑基本用品（如肥皂、盛水容器、月经和失禁用品），其他有需求的用品（如梳子、洗发水、牙膏、牙刷）可随后再考虑。部分群体可能会有特定要求⊕见“指引-高危群体”（见下文）。

盛水容器：使用 10–20 升盛水容器，用于收集和储存饮用水和生活用水。容器的大小和类型应适合经常取水人的年龄和承受能力。

容器应带有盖子，也应保持清洁和盖好。盛水容器的颈口应窄小或装上水龙头，确保安全收集、储存和使用饮用水。

如果供水是间歇性的，则向受影响人群提供更大的盛水容器。在城市或集中供水的环境下，家中的存水应能满足两次供水之间的正常使用（包括相关情况下的使用高峰期）。

高危群体：由于年龄、健康状况、残障、行动能力或失禁等不同的情况，一些人需要不同或更多的个人卫生用品。残障人士或有行动障碍的人士可能需要额外的用品，包括额外的肥皂、失禁用品、盛水容器、便盆、坐便椅或床垫用塑料膜。用尊重受影响人群或其照护者的方式，了解他们是否需要帮忙收集和处理排泄物，以及如何为他们提供最合适的支持。

卫生用品的市场为本项目规划：在可能的情况下，提供卫生用品时应尽可能支持当地市场（例如，提供现金、代金券或改善仓库基础设施）。市场评估和家庭收入分析（包括不同性别角色在家庭支出中的决策）应放在卫生用品获取和使用的计划中。监测市场是否在提供所需数量和质量的的产品，并在必要时进行调整⊕见“通过市场提供援助”。

分发：在组织卫生用品的分发时，应优先考虑受影响人群的安全和保障^④见“保护原则1”。

建立专门的分发团队。提前通知受影响人群分发时间、地点、物品清单和受益标准。反对歧视或侮辱，必要时把用品直接分发到户或通过独立的站队分发，识别并解决受影响人群到达分发地点或分发机制的障碍，特别是妇女和女童、老年人和残障人士所面临的障碍。

补充消耗品：确保可靠和定期的消耗品（如肥皂、月经和失禁用品）供应。

联合分发的协调：计划共同开展社区咨询，了解需求和各领域的应对机制。这样做不但可方便目标人群和节省各技术领域的时间和金钱，也可同时解决多个需求。确保各户将发放的所有用品安全带回家。

流动人群：对于流动人群，确保卫生用品的可携带性（如旅行装肥皂）。让人们选择他们想要的用品，而不是直接发放标准的用品包。针对流动人群建立收集和处理包装废物的系统。

卫生促进标准 1.3： 经期卫生管理与失禁

月经年龄段的妇女和女孩，以及有失禁问题的男性和女性，均有权使用可保障其尊严和福祉的卫生产品和“供水、环境卫生和卫生促进”设施。

关键行动

- 1 了解有关经期卫生管理和失禁管理的做法、社会习惯和误区，并对卫生用品和设施进行调整。
- 2 咨询妇女、女童和失禁患者对设施（厕所、洗浴、洗衣、排泄物处理和供水）设计、选址和管理的意见。
- 3 提供适当的经期卫生管理用品和失禁用品、肥皂（用于洗澡、洗衣和洗手）以及其他卫生用品。
 - 关于用品分发，分发地点应分开，以确保领用者的尊严得到维护，减少其耻辱感，需就他们不熟悉的用品展示正确的使用方法。

关键指标

可获得合适的经期卫生管理用品的月经年龄段的妇女和女孩占比
对经期卫生管理用品和设施满意的领用者占比



使用适当的失禁用品和设施的失禁患者占比
对失禁用品和设施感到满意的领用者占比

指引

危机中经期卫生管理和失禁问题的解决：成功管理经期卫生和失禁问题能帮助人们有尊严地生活，参与到日常活动之中。除了提供获得卫生用品的途径外，询问使用者对家庭、公共设施和机构（如学校）处理机制的看法非常重要。应改造厕所设施，并为洗衣和干衣设施提供空间 ④见 “排泄物管理标准 3.1 和 3.2”。

有关月经的禁忌：月经观念、习惯和禁忌是影响响应措施成功与否的关键因素。尽管在危机初始或紧急阶段调查这些因素不太可能，但也应尽快了解。

失禁：在某些情况下，“失禁”可能不是一个广泛使用的术语，纵使在医学专业也是如此。失禁是一个复杂的健康和社会问题，在人无法控制尿液或粪便的排泄时发生。它会导致高度的耻辱感、社会孤立感和压力，并让人无法获得服务、教育和工作机会。因为许多人选择不告诉别人，所以患病率看起来很低，但事实上可能有很多人失禁问题，这些人包括：

- 老年人；
- 残障人士和有行动障碍的人；
- 生育过的女性，其中生育过的女孩有瘘管患病高风险；
- 慢性疾病患者，例如哮喘、糖尿病、中风或癌症患者；
- 经历过性暴力或生殖器被割除的女童和妇女；
- 动过手术的人，例如前列腺切除；
- 更年期女性；
- 心理受冲突或受灾害影响的幼儿和儿童。

在紧急情况下，失禁问题的卫生管理不善可能是疾病传播的主要来源。患者获得更多的水和肥皂是至关重要的。失禁患者及其照顾者每人需要的肥皂和水是其他人的五倍。失禁和行动不便的人需要咨询健康或残障方面的专家，以了解如何预防和管理可能致命的感染和褥疮。

用品和设施：与受影响人群讨论相关方案，了解他们在以下方面的偏好：一次性或可重复使用的用品；家庭、学校、医疗中心和公共设施的废物处理机制；洗衣和干衣设施；厕所和洗浴设施。由于用品类型和数量可能会随时间推移而变化，因此要考虑特定年龄的习惯和偏好，并对不熟悉的用品的使用方法进行演示。

应为大便失禁和小便失禁患者，以及患有不同程度失禁的人群提供不同类型

的护垫。尺寸对安全使用很重要。应提供多种尺寸和类型的大小便失禁护垫。考虑将厕所安置在失禁患者附近。如果他们能迅速上厕所，有些人可能可以防止失禁的问题。此外，可能还需要提供坐便椅、便盆和/或尿壶。

最低限度的供应品：针对经期卫生管理和失禁：

- 使用专用带盖的容器存放被污染的布料和储存护垫或布料；
- 晾衣绳和晾衣桩。

针对经期卫生：

- 根据妇女和女孩的偏好，提供脱脂棉材料（每年 4 平方米）、一次性卫生巾（每月 15 片）或可重复使用的月经带（每年 6 个）；
- 内裤（每年 6 条）；
- 额外的肥皂（每月 250 克）⊕见“卫生促进标准 1.2：卫生用品的识别、获取和使用”。

失禁用品的提供取决于失禁的严重程度和类型，以及患者的偏好。建议最低供应数量为：

- 柔性脱脂棉材料（每年 8 平方米）、一次性失禁护垫（每月 150 片）或可重复使用的失禁用内裤（每年 12 条）；
- 内裤（每年 12 条）；
- 额外的肥皂（每月 500 克用于洗浴，500 克用于洗衣）；
- 两个可水洗防漏床垫保护套；
- 额外的盛水容器；
- 漂白剂或类似的消毒清洁产品（每年 3 升非稀释产品）；
- 便盆和尿壶（男用和女用）、坐便椅（视情况）。

消耗品补给：规划相关物品的补给方式和时间。可随时间采取现金援助和实物发放的方式。探索通过小企业供应材料或让人们自行制作保护材料⊕见“通过市场提供援助”。

学校、安全空间和学习中心：对学校和安全场所内“供水、环境卫生和卫生促进”的支持应考虑 WASH 基础设施和教师培训。设施应具有可分离的废弃物处理装置，容器应带盖且附有收集和处理系统或连接厕所和焚化炉的滑槽。分别设置维护良好且男女分开的“供水、环境卫生和卫生促进”设施，并安装用于放置经期卫生用品的挂钩和架子。

鼓励教师将经期卫生管理的教育纳入标准课程。在以下方面对教师进行培训：

- 支持女孩养成经期卫生习惯；
- 在学校备有经期卫生用品；



- 对因危机而受到心理影响并出现失禁的学生给予支持⊕见《紧急情况下的机构间教育网络（INEE）手册》。

住所：协同负责住所的技术领域，确保在家庭或公共住所有足够的隐私来处理经期和失禁的卫生。这可能包括使用隐私屏风或用于更衣的单独空间。

流动人群：在流动人群经过供应点时，为其提供经期卫生和失禁管理用品。

2. 供水

水量不足和水质不佳是危机中造成大多数公共卫生问题的根本原因。危机中可能没有足够的水来满足基本需求，因此为受影响人群提供可维持其生存的安全饮用水至关重要。首要的工作是提供足够的水，即使水质一般。在满足水量和水质的最低标准前，这样做可能是必要的。

由于冲突、自然灾害或缺乏功能性维护机制，水龙头、水井和管道经常破损失修。在冲突中，剥夺取水的机会可能会被冲突各方有意用作一种战略，这在国际人道法中是严令禁止的。

咨询社区成员和利益相关者，了解他们如何使用和获取水，是否存在获取的限制，以及这些限制是否会随季节变化。

供水标准 2.1： 取水和水量

人们都能够公平、可负担地获取足量 and 安全的用水，以满足他们的饮用和家庭用水需求。

关键行动

- 1 在确定最合适的地下水源或地表水源时，应考虑潜在的环境影响。
 - 考虑供水和需求的季节性变化，以及获取饮用水、家庭和生计用水的机制。
 - 了解不同的水源、供应者和经营者，以及社区和家庭内是如何取到水的。
- 2 确定所需要的水量和输水系统。
 - 协同利益相关者一起选取供水点，以确保所有社区成员能够安全和公平地取到水。
 - 建立责任明确的运营和维护系统，并考虑未来的需求，以实现可持续的供应。
- 3 确保家庭和公共洗涤、淋浴和烹饪区以及洗手设施中有合适的排水系统。
 - 寻找重复使用水的机会，例如菜园、制砖或灌溉。



关键指标

每户用于饮用和家庭卫生的平均用水量

- 每人每天最少 15 升
- 根据当地情况和响应阶段确定用水量

供水设施最大使用人数

- 每 250 人用一个水龙头（基于每分钟 7.5 升的流量）
- 每 500 人用一个手动泵（基于每分钟 17 升的流量）
- 每 400 人用一个开放式水井（基于每分钟 12.5 升的流量）
- 每 100 人用一个洗衣设施
- 每 50 人用一个洗浴设施

用于购买饮用水和家庭卫生用水的费用占家庭收入的比例

- 目标为 5% 或以下

知悉下次取水地点和时间的目标家庭占比

所有家庭到最近供水点的距离

- 不多于 500 米

取水的轮候时间

- 不多于 30 分钟

没有积水的公共配水点占比

具备功能性和问责性管理制度的供水系统或设施的占比

指引

水源的选择应考虑：

- 是否有可用、安全、就近和供水量持续充足的水资源；
- 是否需要水处理，水处理是否可行，在集体还是家庭层面处理；
- 是否存在影响水源控制的社会、政治或法律等因素，这些因素可能会引起争议，特别是在冲突期间。

在危机的初始阶段，为满足生存需求，往往需要综合使用多种方法和水源。虽然地表水源需要经过更多处理，但可能是最快的解决方案。地下水源和使用地心引力供水的泉水更为理想，这类水源所需的处理较少，利用地心引力输水也不需要泵送。定期监测所有水源，避免过度开采⊕见“住所和安置标

准 2：选址和安置规划”。

需求：饮用、个人卫生和家庭用水量取决于响应行动所处的情境和阶段。影响因素包括灾前用水量和用水习惯、储粪池的设计和卫生习惯等^④见“卫生促进标准 1.1——了解和管理 WASH 的风险”和“排泄物管理标准 3.2”。

提供每人每天最少 15 升的用水已是一贯做法，这不是一个最高标准，也不一定符合所有的情境和响应阶段。例如，这一标准对于可能要流离失所多年的人就不太适合。在旱灾的紧急阶段，短时间内提供每人每天 7.5 升的水可能是合适的。在城市里针对中等收入人士，为他们提供每人每天 50 升的水则可能是维持健康和尊严的最低可接受量。

不同供水量的结果应根据“供水、环境卫生和卫生促进”相关疾病的患病率和死亡率来评估。与其他“供水、环境卫生和卫生促进”行动者就当地的用水量进行协调，设定普遍接受的最小值。制定有关人类、牲畜、公共机构和其他用途的用水量指引^④见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1 至 2.1.4”和“供水、环境卫生和卫生促进附录 3”。关于紧急情况下牲畜的需水量^④见《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》。

需求	需水量（升/人/天）	基于以下情况进行调整
生存需求：水摄入量 （饮水和食物）	2.5 – 3	气候和个人生理需求
个人卫生	2 – 6	社会和文化习惯
基本煮食	3 – 6	食物类型、社会和文化习惯
总基本用水	7.5 – 15	

最低基本生存用水需求：用水需求因人而异，特别是残障人士或行动障碍者，以及有不同宗教习俗的群体会有所不同。

测量：请勿简单地按照服务人口数量计划供水量。相比计算送水车、泵送或手压泵的供水量，以入户调查、观察和社区小组讨论的形式收集用水和耗水数据会更加有效。使用家庭报告对供水系统报告进行三角验证。

取水和平等：供水点包括公共洗浴、煮食、洗衣设施和厕所，以及公共机构（如学校）或医疗设施等。

最低需水量目标（参见上述关键指标）是假设供水点大约每天不间断地供水 8 个小时。当无法保证最低供水量或公平取水时，请谨慎使用这个目标。

供水和环境卫生响应措施应公平地解决本地和转移人群的用水需求，避免造成紧张和冲突。



设计时，应考虑不同年龄和性别的人群，以及残障人士或行动障碍者的不同需求。将供水点设置在距离住户足够近的地方，以降低保护方面的风险。

通知受影响人群预期供水的时间和地点、他们享有公平分配的权利以及如何给予反馈。

往返和轮候时间：往返和轮候时间过多表明供水点数量不足或水源出水量不足。这种情况可导致个人用水量减少和不受保护的地表水源消耗增加，进而减少接受教育或创收活动的时间。轮候时间还影响取水点发生暴力的风险⊕见“保护原则1”和“人道主义核心标准承诺1”。

合适的盛水容器：⊕见“卫生促进标准1.2：卫生用品的识别、获取和使用”。当使用家庭式水处理和安全储存（HWTSS）设施时，请调整容器的数量和尺寸。例如，凝结、絮凝和杀菌过程需要两个水桶、一块过滤布和一个搅拌器。

以市场为基础的供水项目手法：分析危机前后家庭如何获取水和盛水容器。这种简单的市场评估能帮助我们在短期和长期内提供可持续的供水方案。综合使用给予家庭现金援助、补助和对小贩和供应商进行技术能力建设或其他方法，确定如何使用、支持和开发供水市场。按时追踪家庭支出和月度市场价格（水、燃料），并将这些趋势用于项目设计的调整⊕见“通过市场提供援助”。

支付：购水的成本不应超过家庭收入的3%–5%。了解家庭在危机期间如何承担更高的成本，并采取措施消除消极的应对机制⊕见“保护原则1”。确保以透明的方式管理财务系统。

供水系统和基础设施的管理：协同社区和其他利益相关者，确定供水点的选址、设计和使用（短期和长期计划）。这包括洗浴、烹饪和洗衣设施、厕所以及公共机构（如学校）、市场和医疗设施等。利用反馈来调整和改善供水设施的使用。

考虑以前和当前的用水治理架构，人们对供水和环境卫生服务的支付能力和意愿，以及成本回收机制。在供水系统中，可考虑能提供较长期储蓄或规模经济的资本投资。对比各种替代方案，如太阳能泵或使用水车的自来水系统，特别是在长期危机下的城市地区和集中安置点。

通过“供水、环境卫生和卫生促进”委员会或与私营企业或公共部门的合作，为群众提供运营和维护水系统的方法。

瓶装水使用：由于运输、成本、质量和产生废弃物的原因，净化水相比瓶装水更具成本效益、更为合适和在技术上更稳妥。然而，短期供水（例如，针对流动人群）的情况除外。应建立适当的塑料废弃物管理机制。

洗衣、洗涤和洗浴设施：如果家庭没有独自的淋浴设施，则应提供男女分开的洗浴设施，保证安全、隐私和尊严。

咨询使用者，尤其是妇女、女孩和残障人士，以确定洗浴设施的位置、设计和安全性。应考虑在特定情况下，如对疥疮的处理和气候变化期间，提供用于洗浴和洗衣的热水。

供水点、洗衣区、洗浴设施和洗手处的排水：在建设和修复配水点和用水点时，应确保废水不会构成健康危害或成为病媒的滋生温床。与安置点规划人员、住所的技术领域专家和当地市政进行协调，制订整体的排水计划。

设计“供水、环境卫生和卫生促进”系统和基础设施时，应符合排水的要求，例如，水龙头的压力等级，供水点和洗衣房的大小，以及水龙头到盛水容器底部的高度均应合适⊕见“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。

供水标准 2.2：

水质

水质符合饮用标准，口感正常，可用于饮用和烹饪、个人和家庭卫生，不会对健康造成风险。

关键行动

- 1 识别与可用的水相关的公共卫生风险以及降低风险最合适的方法。
 - 保护水源并定期对水源和供水点展开卫生调查。
- 2 确定最合适的方法来确保饮用水安全。
 - 水处理方案包括大批量的水处理和分配、家庭层面的安全取水和储存，或家庭式的水处理和安全储存。
- 3 最大限度地减少用水处水质在输水后受到的污染。
 - 为家庭配备用于收集和储存饮用水的安全容器，提供安全获取饮用水的方法。
 - 测量输水点和用水点的水质参数 [余氯 (FRC) 和大肠杆菌群形成单位 (CFU)]。



关键指标

从受保护水源处取得饮用水的受影响人群占比

全时间将水安全地储存在干净的有盖容器的受观察家庭占比

符合最低水质标准的水占测试水的比例

- 供水点（未氯化的水）每 100 毫升低于 10 CFU
- 供水点（氯化的水） $\geq 0.2 - 0.5 \text{ mg/FRC}$
- 浊度小于 5 NTU

指引

维护安全的供水链：与水相关的疾病会对供水链的完整性构成威胁。阻断粪口传播的措施包括控制排泄物、遮盖食物、适时洗手以及安全收集和储存水
④见“卫生促进标准 1.1”、“排泄物管理标准 3.2”和“附录 2：F 图”。

针对从水源到饮用水储存容器这一供水链的风险评估，包括：

1. 供水点的卫生调查；
2. 观察人们是否使用单独的容器收集和储存水；
3. 观察饮用水容器是否干净、加盖；
4. 水质测试。

当用水存在较高风险时，可在不需要大量人力进行家庭水质测试的情况下，通过上述措施看出明显的风险。

卫生调查将评估供水点中可能构成公共卫生风险的状况和做法。供水点的构造、排水、围挡、排便习惯和固体垃圾处理的习惯都会被视作可能的污染源。这项调查还将对家庭盛水容器进行检查。

水质：当尝试一个新水源时，要测试水的物理、细菌和化学参数，时间应选在当地季节性变化前后。请勿忽视可能导致长期健康问题的化学参数（如氟化物和砷水平）的分析。

排泄物中的大肠菌群（99% 以上为大肠杆菌）代表水被人畜排泄物污染的水平 and 出现其他有害病原体的情况。如果水里存在任何大肠杆菌，应对水质进行处理。即便没有发现大肠杆菌，水也很容易在没有消毒剂残留的时候再次受污染。

水中加氯以后（在分发或家庭式处理之前），应入户抽检余氯（FRC）值，并在需要时进行水处理。供水频率、温度和储水时长都会影响 FRC 的测量（氯消耗）。

推广已受保护的水源：由于口感、距离和社交的便利性，人们可能更青睐不受保护的水源，例如河流、湖泊和不受保护的水井。了解它们并通过信息和开展活动来推广已受保护的水源。

口感良好的饮用水：如果安全的饮用水口感不好（人们不大习惯由盐度、硫化氢或氯含量造成的口感），则使用者可能会选择饮用口感好但来自不安全水源的水。通过社区参与和卫生活动来推广安全饮用水。

水消毒：如果存在重大的水源污染风险或输水后受污染风险，应通过消毒剂（如氯）残留的方式净化水质。此类风险取决于人口密度、排泄物管理方法、个人卫生习惯和腹泻疾病的患病率。浑浊度应低于5 NTU，如果高于该值，则在水处理前培训使用者自行把水过滤、沉淀和倒出，以便降低浑浊度。如果没有替代方案，可考虑短期内两次加氯消毒。要注意氯的消耗量取决于储存的时长和温度的范围，因此要同时考虑剂量和接触时间这两个因素⊕见“附录6：家庭用水处理和储存决策树”。

水量与水质对比：如果无法同时满足水量和水质的最低标准，则应优先考虑水量。即便水质中等，也可用于防止脱水、降低应激反应和预防腹泻疾病。

输水后期污染：供水点的安全供水在收集、储存和汲取饮用水过程中会受到污染。通过安全的取水和储水措施将这种污染降至最低。定期清洁住户或安置点的储水池，并为社区提供同类培训⊕见“卫生促进标准 1.1 和 1.2”。

家庭式水处理和安全储存（HWTSS）：当集中式的水处理系统无法使用时，选择家庭式水处理和安全储存方案。选择 HWTSS 方案可减少腹泻和提高家用储水中的微生物质量安全。该方案包括煮沸、氯化、太阳能消毒、陶瓷过滤、慢砂过滤、滤膜过滤、絮凝和杀菌消毒。与其他部门确定家庭烧开水对燃料的需求和获取。在发生灾害和流行病时，避免引入人们不熟悉的水处理方案。HWTSS 方案的有效应用需定期跟进、支援和监测，这是将 HWTSS 方案用作替代性水处理方案的先决条件⊕见“附录6：家庭用水处理和储存决策树”。

公共机构用水的水质：使用氯或其他残留消毒剂净化学校、医院、健康中心和喂养中心的所有供水⊕见“附录3：最低用水量：生存数据和用水需求的量化”。

化学和放射性污染：如果根据水文地质记录、工业或军事活动常识观察，认为水源可能存在化学性或放射性卫生风险，则需要开展化学分析。在决定是否长期使用有可能已受污染的水源之前，应首先全面分析对健康的影响，并与当地政府确认。



3. 排泄物管理

不受人类排泄物污染的环境（包括自然环境以及生活、学习和工作环境）对人的尊严、安全、健康和福祉至关重要。妥善的排泄物管理是“供水、环境卫生和卫生促进”这一技术领域的优先事项。在危机情况下，它与安全供水同样重要。

所有人均应获得合适、安全、清洁和可靠的厕所。在有尊严的情况下上厕所是一件高度个人的事情。合适性取决于使用者的文化习俗、日常礼俗和习惯、观念以及过往是否使用过卫生设施。不受包藏的排便可对人类健康构成重大风险，特别是在人口密度较高的地区、流离失所人群所在的地区和潮湿的环境中。

“供水、环境卫生和卫生促进”这一领域使用不同的术语来定义排泄物管理设施。在本手册中，“厕所”是指第一时间控制排泄物以及在人和废物之间创建第一道屏障的设施或设备^①见“附录 2：F 图”。整本手册所提到的“厕所”，英文原文使用“toilet”代替“latrine”。

包藏人类粪便远离受影响人群能减少直接和间接的疾病传播途径，为与排泄物相关的疾病设置第一道屏障^①见“附录 2：F 图”。排泄物储存措施应与收集、运输、处理和清理措施相结合，以最大限度地降低公共卫生风险和环境影响。

生活、学习和工作环境中出现人类排泄物可显示出保护方面的问题。人们可能会觉得使用设施时不安全，特别是在人口密集的地区。

本章将“人类排泄物”定义为从人体内排出的废物，特别是大便、尿液和处理月经所产生的废物。本章中的标准涵盖了从初始控制到最终处理的整个排泄物链。

排泄物管理标准 3.1：

免遭人类排泄物污染的环境

安全地在地控制所有的排泄物，避免自然、生活、工作和公共环境受到污染。

关键行动

- 1 在新建的集体安置点或严重受损的基础设施附近修建厕所，以便能立即控制排泄物。

- 2 立即对所有受粪便污染的生活、学习和工作空间或地表水源进行清理净化。
- 3 根据对附近地表水或地下水源潜在污染进行的风险评估，设计和建造所有排泄物管理设施。
 - 评估当地的地形、土壤条件以及地下水和地表水（包括季节变化）情况，以避免水源污染，并提供可选的技术方案。
- 4 妥善包藏和清理儿童和婴儿的粪便。
- 5 所有排泄物管理设施的设计和建造，均应最大限度地减少病媒接触排泄物的途径。

关键指标

在人们生活、学习和工作环境中不出现人类的粪便

所有排泄物储存设施都妥当选址，并与所有地表或地下水源保持适当的距离

指引

阶段划分：危机发生后，应立即将在户外随地排便作为紧急事项来控制。设置排便区域、场地和建造公共厕所，并开展切实的卫生促进行动。防止靠近所有水源（不管是否为饮用水）、储水和水处理设施进行排便。请勿在安置点的上坡或逆风处设置排便区域，亦不要沿公共道路、在公共设施（尤其是卫生和营养设施）或食物储存和准备区附近设置排便区域。

开展卫生促进活动，鼓励安全弃置排泄物，并营造对厕所的需求。

当城市地区出现危机时，应评估现有污水系统的受损程度。考虑安装移动厕所，或选用可定期清淤的化粪池或排泄物收集池。

与水源的距离：确保控制设施（沟槽式公共厕所、坑式厕所、水冲洗厕所、化粪池、渗水坑）中的排泄物不会污染水源。虽然排泄物造成的污染不会直接造成公共健康问题（除非水源已被污染），但必须避免环境被破坏。

在可能的情况下，进行土壤渗透性的测试，确定废物在土壤中移动的速度（渗透速率）。使用此方法来确定排泄物储存设施和水源之间的最小距离。渗透速率取决于土壤饱和的程度、水源是否被抽取以及排泄物的性质（越流质的排泄物渗透速度越快）。

如果无法开展土壤渗透性的测试，则控制设施和水源之间的距离至少保持 30 米，粪坑底部应至少高出地下水位 1.5 米。土壤为裂缝性岩石和石灰岩时，则



供水、环境卫生和卫生促进

应加大距离；土壤为细土时，则可缩减距离。

在高地下水位或洪水情况下，排泄物储存的基础设施应防水，以便最大限度地减少地下水污染。另一个可能性是建造抬高式的厕所或化粪池，以便储存排泄物，防止污染环境。防止化粪池中的污水或渗漏污染地表水或地下水源。

如果怀疑出现污染状况，应立即寻找并控制污染源，并启动水处理措施。部分水污染物可使用净化处理方法处理（如加氯），但需要确定和控制污染物的来源（如硝酸盐）。例如，高铁血红蛋白血症是一种急性却可治愈的病症，是由饮用水中的硝酸盐含量高导致的④见“供水标准 2.2：水质”。

包藏儿童的粪便：婴儿和儿童的排泄物通常比成人的粪便更加危险。儿童中因排泄物引起的感染较多，在儿童身体中可能尚未出现抗体。为婴儿父母和看护人提供有关妥善清理婴儿粪便、洗衣规范以及使用尿布（尿片）、尿壶或便盆的信息，帮助他们安全地处理排泄物。

排泄物管理标准 3.2：

厕所的获取和使用

受影响人群有充足、适当且可接受的厕所，厕所能够方便人们随时快速、安全和有保障地前往使用。

关键行动

- 1 确定最合适的厕所技术方案。
 - 设计和建造厕所，以最大限度地减少对使用者和维护工作人员在安全上的威胁，特别是对妇女和女孩、儿童、老年人和残障人士。
 - 在合适的情况下把公共或男女共用的厕所按性别和年龄进行分隔。
- 2 根据公共卫生风险、文化习惯、取水和储水的情况来量化受影响人群对厕所的需求。
- 3 向利益相关者的代表咨询公共或共用厕所的选址、设计和建造问题。
 - 按照受影响人群的年龄、性别和残障状况，以及考虑到行动障碍者、艾滋病毒感染者、失禁患者和性少数等群体，来设计他们前往厕所的途径和对厕所的使用。
 - 所有公共厕所的选址要靠近住户，让他们既可以安全地前往厕所，又能与厕所保持足够距离，不会因过于靠近厕所而被排斥。
- 4 在厕所内提供适当的清洗和烘干设施或经期和失禁的卫生清理用品。

5 确保厕所技术方案中的用水需求能切实可行地得到满足。

- 包括为肥皂洗手、肛门清洁、冲水厕所或卫生密封结构（如选用）提供足够的供水。

关键指标

共用厕所的比例

- 每 20 人最少有 1 个共用厕所

住所与共用厕所之间的距离

- 不超过 50 米

设有内锁和充足照明的厕所占比

妇女和女童认为安全的厕所占比

对日常使用的厕所附设的经期卫生处理方案满意的妇女和女童占比

指引

什么是足够、合适和可接受的？ 厕所类型的选择取决于响应阶段、目标用户的偏好、现有的基础设施状况、是否可冲水和提供水封装置、土壤构成以及可用的建设材料。

一般而言，符合以下条件即表示厕所数量足够、合适且可接受：

- 所有人群可安全用上，包括儿童、老年人、孕妇和残障人士；
- 选址可最大限度地降低对使用者的安全威胁，特别是对妇女和女童，还有其他需要特殊保护的人群；
- 距离住所不超过 50 米；
- 按照使用者期望提供隐私保护；
- 易于使用和保持清洁（即一般来说，干净的厕所使用率会更高）；
- 对环境不构成危害；
- 为不同的使用者提供足够的空间；
- 设有内锁；
- 方便用水洗手、清洁肛门和冲水；
- 容许有尊严地清洁、晾晒和弃置女性经期卫生用品、儿童和成人失禁用品；
- 最大限度地减少蚊蝇滋生；
- 最大限度地消除气味。



为慢性疾病（如艾滋病毒）患者提供方便其前往的厕所，这类群体通常患有慢性腹泻且行动不便。

对厕所的使用情况和人们认为厕所达到他们需要的占比进行监测。通过这一信息，了解哪些群体对厕所感到不满意以及如何改善。按照受影响人群的年龄、性别和残障状况，以及考虑到行动障碍者、艾滋病毒感染者、失禁患者和性少数等群体，来提供厕所设施。

无障碍性：所选的厕所技术方案应尊重所有人群的权利，包括残障人士能安全地前往卫生设施。可能需要为儿童、老年人和残障人士或失禁患者建造、改装或购买无障碍厕所或为现有厕所添加设施。还应提供单一通道和不分性别的厕所，带有斜坡或与地面水平一致的入口，同时提高上盖结构内的无障碍性，这样的厕所应确保**最少每 250 人有 1 个**。

安全和有保障性的设施：不合适的厕所选址更容易让女性遭受袭击，尤其是在晚上。确保所有高危群体在白天和晚上都能安全地使用厕所，包括妇女、女孩和男孩、老年人及其他需特定关注的人群。提供足够的照明设施，并考虑为高危群体提供手电筒。询问社区如何提高它们的安全性，特别是那些风险最高的社区。此外还要就安全问题咨询学校、卫生中心和诊所、儿童友好空间、市场和营养喂养中心的意见。

在很多情况下，男性会控制妇女和儿童的行为。因此，要注意仅对妇女和儿童就安全和确保尊严的 WASH 设施进行咨询是不够的。应了解社会阶层和权力关系，积极与决策者接洽，以强化妇女和儿童安全地使用厕所和淋浴的权利。

公共设施的照明不仅能改善通往设施的状况，还能吸引人们将照明用于其他目的。协同社区寻找降低风险的其他方法，特别是那些面临安全威胁风险最大的社区。

量化厕所的要求：考虑如何根据实际情况调整厕所的要求，以反映危机前后的生活环境、公共区域中的需求以及任何特定公共卫生风险的变化。在突发灾害的第一阶段，**公共厕所是即时的解决方案，最低配置比例为每 50 人 1 个厕所**，这比例必须尽快提高。**最低的中期配置比例为每 20 人 1 个厕所**，女厕和男厕的比例为 3:1。关于规划的数据和厕所数量^④见“附录 4”。

家用、共用或公用？家庭厕所是保障使用者安全、便利和尊严最好的选择，并可明确所有权和维护责任之间的连接。有时候，一小群住户可能会习惯共用设施。设计和建造公共或共用厕所的目的是保证将来能用上家庭厕所。例如，如果在安置点预留卫生通道，就可以在靠近住所的地方建造公共设施，然后在预算允许的情况下建造家庭设施。卫生通道也可确保人员对设施进行

淤、维护和撤除。

部分公共或集体空间也需要设置公用厕所，例如，卫生设施、市场、喂养中心、学习区域以及接待或行政区域④见“附录4：最低厕所数量：社区、公共场所和公共机构”。

在快速响应行动中建造的公共卫生设施有特定的操作和维护要求。可以与社区达成一致意见，把付费的厕所清洁服务定为临时措施，还应有明确的停止服务安排。

水和肛门清洁用品：在设计设施时，要确保提供足够的水、卫生纸或其他肛门清洁用品。咨询使用者，以了解最适合他们的清洁用品，确保清洁用品的安全弃置和供应的可持续性。

洗手：确保卫生设施可供洗手，包括使用者在如厕后、为排便后的儿童清理肛门以及在就餐和准备食物前，有水和肥皂（或灰粉等替代品）用于洗手。

经期卫生管理：厕所应配备合适的容器，用于弃置经期用品，以防止排污管道堵塞或粪坑或化粪池淤时出现问题。就厕所的设计问题咨询妇女和女童，为其提供清洗和晾晒的区域和用水。

排泄物管理标准 3.3：

排泄物收集、运输、处理和弃置的管理和维护

安全管理和维护排泄物管理设施、基础设施和系统，确保服务的提供，最大限度地减少对周边环境的影响。

关键行动

- 1 通过与负责排泄物管理的地方政府合作，建立与当地系统一致的排泄物收集、运输、处理和弃置系统。
 - 应用现有的国家标准，确保现有系统中的新增负荷不会对环境或社区产生不利影响。
 - 就居住区外用于排泄物处理和弃置的场地与当地政府和土地所有者达成共识。
- 2 明确短期和长期的厕所管理系统，特别是底层结构（粪坑、化粪池、渗水坑）。
 - 设计和确定底层结构的尺寸，确保所有排泄物可被安全地储存以及粪坑可被淤。
 - 设立明确和负责的角色和职责，并为未来的运营和维护确定资金来源。



- 3 安全地清理排泄物储存设施，同时顾及收集排泄物的工作人员和他们周围的人。
- 4 确保人们获得建造、清洁、维修和维护厕所所需的信息、方法、工具和材料。
 - 开展有关厕所使用、清洁和维护的卫生促进活动。
- 5 确保可用的水源能满足排泄物运送所需的水，且不会对这些水源造成过大的压力。

关键指标

所有人类排泄物均以不危害公共卫生和环境的方式弃置

指引

清淤是指将（未经处理或部分处理的）排泄物从粪坑或粪池中移除并转移至居民区外的处理和弃置设施中。

如果需要清淤，必须从一开始就明确操作和维护流程以及预算。

若脏水或生活废水混入人类排泄物，都应视为污水。除非安置点附近有现成的污水处理系统，否则生活废水中不容许混入人类排泄物。处理污水比处理生活废水成本更高、难度更大。

规划：在初始阶段，应以每人每天 1–2 升排泄物制订计划，长期计划基于每人每年 40–90 升排泄物量来制订；排泄物在分解后体积会减小。实际体积取决于厕所是否冲水、是否使用物品或水清洁肛门和厕所，以及使用者的日常膳食状况。由于水量增加意味着更多的清淤，因此应确保家庭清洁、煮饭用水、洗衣和洗澡后的水不会进入排泄物储存设施。在粪坑顶部预留 0.5 米用于回填。

关于特定的公共卫生情况（如霍乱暴发）⊕见“供水、环境卫生和卫生促进标准 6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”。

当地市场：适当的时候，应使用当地可用的材料和劳动力来建造厕所，这样可提高当地对设施使用和维护的参与性。

艰难环境中的排泄物储存：发生洪水或城市危机时，提供合适的排泄物储存设施会特别困难。在这些情况下，可考虑使用抬高式厕所、粪尿分集式厕所、污水储存池，以及配有适当收集和弃置系统的一次性塑料袋。同时，开展卫

生促进活动来支持这些措施的实施。

排泄物作为资源：排泄物也是一种潜在的资源。现有技术有能力将处理过的淤渣转化为能源（如可燃砖或沼气）。生态卫生系统或堆肥过程可从人类排泄物和有机厨余垃圾中回收有机组分和养分。由此产生的堆肥可用作家庭菜园的土壤改良剂或肥料。



4. 病媒控制

病媒是一种带病媒介，为病源进入人体提供途径。在很多人道主义环境中，病媒传播性疾病是致病和致死的主要原因。虽然大多数病媒为昆虫，如蚊子、苍蝇和虱子，但啮齿类动物也可能是病媒。部分病媒的叮咬还会造成疼痛。病媒可能表明存在固体垃圾、排水或排泄物管理、选址不当或更广泛的安全和保障问题。

病媒传播性疾病可能会很复杂，解决此类问题或许需要专业建议。但是，仍然有一些简单有效的方法可以预防这类疾病的传播。

病媒控制计划所瞄准的病媒有误，使用了无效的方法，或者瞄准的病媒正确，但地点或时间有误，都可能造成计划无效。控制措施必须有针对性，以病媒的生命周期和生态特征为基础。

控制计划应旨在降低病媒种群密度，减少病媒繁殖场所，并减少人类与病媒的接触。在制订控制计划时，要参考现有研究，并向国家和国际卫生组织寻求专业意见。另外，应针对当地的疾病模式、繁殖场所、病媒数量和患病率在季节中的变化等，征求当地意见。

本节中标准的重点在于减少和消除产生问题的病媒，以预防病媒传播性疾病和减少损害。病媒控制需要多个技术领域的合作[⊕]见“住所和安置标准 2”、“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1”和“食物援助标准 6.2”。

病媒控制标准 4.1： 安置点的病媒控制

在受影响人群生活的环境中，病媒的繁殖和觅食场所已被锁定，从而降低病媒相关问题带来的风险。

关键行动

- 1 评估划定地区中病媒传播性疾病的风险。
 - 确定该地区的患病率是否高于世界卫生组织（WHO）的标准或国家对该疾病已制定的规范。
 - 基于当地对关键病媒的知识和经验，了解潜在的病媒繁殖场所（特别是觅食场所）和生命周期。
- 2 保持人道主义病媒控制行动与当地病媒控制计划或系统以及国家指南、

计划或政策一致。

3 根据对病媒生命周期的了解，确定是否需要在家以外施用化学或非化学的病媒控制措施。

- 向受影响人群通报对病媒进行化学控制的潜在风险以及实施化学措施的时间表。
- 对所有处理化学品的人员进行培训，并为其配备个人防护装备和衣服。

关键指标

在已识别的病媒繁殖场所中，生命周期已被破坏的病媒繁殖场所占比

指引

集中安置点：要最大限度地避免受影响人群暴露在病媒传播性疾病的风险中，安置点的选址非常重要。这应该是选址时的关键因素之一。例如，为了控制疟疾，应将集中安置点建立在沼泽地或湖泊等大型繁殖地点的逆风方向 1–2 公里，同时要确保还有其他可用的清洁水源。应考虑新的安置点是否会影响问题病媒在邻近的原社区出现 ⊕ 见“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。

评估风险因素：制定病媒控制行动的决策时，要以潜在疾病和其他风险以及病媒传播性疾病问题的流行病学和临床证据的评估作为基础。审查划定区域内前两年的疑似病例和确诊病例。其他的风险影响因素还包括：

- 受影响人群的免疫状况，包括以往接触病媒导致的疾病、营养及其他方面的压力；
- 受影响人群在流离失所期间从非疾病流行区域转移至流行区域；
- 病媒和人类的病原体类型和患病率；
- 病媒的种类、数量、习性和生态特点（季节性、繁殖地点）以及这些因素之间的潜在互动；
- 因距离、安置方式、住所类型、现有的个人防护和防避措施导致接触病媒的频率增加。

移除或改造病媒繁殖和觅食地点：很多“供水、环境卫生和卫生促进”的活动会对病媒繁殖和觅食地点产生重大影响，包括：

- 消除供水点、洗浴区和洗衣区周围的积水或潮湿地区；
- 妥善管理固体垃圾在家庭层面、收集和运输过程中以及在处理和弃置点的储存；
- 为储水容器提供盖子；



供水、环境卫生和卫生促进

- 管理排泄物；
- 清洁厕所地板和上部结构，防止出现病媒；
- 密封坑式厕所，确保无粪便进入环境，病媒也无法进入厕所；
- 开展总体清洁的卫生促进项目；
- 遮盖水井和/或投放杀幼虫剂，如在登革热流行区。

传染疾病的三种主要蚊子种类为：

- 库蚊（丝虫病和西尼罗河病毒），在有机物质丰富的死水中繁殖，如在厕所中；
- 疟蚊（疟疾和丝虫病），在污染较轻的地表水中繁殖，如水坑、流速缓慢的溪流和水井；
- 伊蚊（登革热、黄热病、基孔肯雅病毒和寨卡病毒），在水容器中繁殖，如在瓶子、水桶和轮胎中。

生物和非化学控制措施：生物控制措施是指引入生物捕食、寄生，对抗或减少已瞄准的病媒种群数量。例如，灭蚊鱼和淡水甲壳类动物可捕食伊蚊（登革热的病媒）。其中最好的一个措施是使用沃尔巴克氏体（*Wolbachia*）内的共生菌，它一直被用于减少登革热病毒的传播。过去的实践证明，生物控制措施在一些环境中有效，也有证据指出其在大范围内也有效。

尽管生物控制措施可避免对环境造成化学污染，但也存在操作的限制和不希望出现的生态后果。生物控制的方法仅对幼蚊有效，且通常只能在大型混凝土或釉面黏土储水池或井中使用。当地社区是否愿意将生物引入储水池也很关键。当发放这些生物和对储水池进行监测和补充时，在有需要的情况下最好让社区一起参与。

环境工程的响应行动：可减少病媒繁殖的几种基本环境工程措施包括：

- 妥善弃置人畜排泄物、正常运作的厕所，并能确保坑式厕所的坑位始终有盖子遮盖；
- 妥善弃置固体垃圾，以控制昆虫和啮齿类动物的繁殖；
- 确保安置点排水良好；
- 通过排干明渠和池塘周围的积水并清理附近的植被来控制蚊子繁殖。

这类措施会降低部分病媒的种群密度，但可能无法对安置点内或附近的所有病媒繁殖、觅食和栖息地产生足够的影响，即便是实施时间拉长也无法实现。如果出现这种情况，可考虑使用本地的化学控制措施或个人保护措施。在感染区喷洒药物可减少蝇类成虫的数量，防止腹泻流行；或者在流行期最大限度地减轻患病负担。室内滞留喷洒可降低传播疟疾或登革热的蚊子成虫密度。有毒诱饵可减少啮齿类动物的数量。

国家和国际协议：针对病媒控制的化学品选择和使用，以及人员防护和培训要求，世界卫生组织已发布明确的国际协议和规范。病媒控制措施主要解决两个原则性问题：功效和安全。如果有关化学品选择的国家规范不符合国际标准，则应与相关的国家主管部门进行协商，并说服其同意遵守国际标准。

为化学品处理人员提供培训、防护服和洗浴设施，以及通过限制他们接触化学品的时长来保护其健康。

疟疾治疗的协调工作：在实施疟疾病媒控制措施的同时，还要开展早期诊断和疟疾治疗的活动④见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1：预防”。

病媒控制标准 4.2：

控制病媒的家庭和个人行动

所有受影响人群均掌握保护自己 and 家人的知识和方法，避免病媒给自己和家人的健康或福祉带来重大风险。

关键行动

- 1 评估家庭中目前的病媒预防和遏制措施，作为整个卫生促进项目的组成部分。
 - 识别阻碍采取更有效行动和激励措施的因素。
- 2 开展参与式和易于理解的意识提升活动，向人群介绍问题病媒、高风险传播病毒的时间和地点以及预防措施。
 - 跟进高风险群体的情况。
- 3 对相关和有效预防措施开展本地市场评估。
 - 考虑加强市场，为预防措施提供可持续的供应来源。
 - 如果当地市场无法满足需求，则与社区、地方政府和其他技术领域合作制订病媒控制物品的采购、分配和实施计划。
- 4 培训社区对问题病媒和病媒控制计划进行监测、通报和反馈。



关键指标

可正确描述病媒传播模式和有效的家庭病媒控制措施的受影响人群占比
采取适当行动保护自己免受病媒传播疾病侵害的人口占比
为储存的食物提供充分保护的家庭占比

指引

疟疾预防的个人措施：及时、系统的保护措施有助于预防疟疾，例如，防虫帐篷、窗帘和蚊帐。长效防虫网还可以预防身体和头部被虱子、跳蚤、蜱虫、蟑螂和臭虫侵扰。还可以使用其他防护方法来防蚊，例如，长袖衣服、家用熏剂、蚊香、喷雾剂和驱虫剂。推荐风险性最高的人群使用此类方法，例如，5岁以下的儿童、免疫缺陷人群和孕妇。

高危群体：社区的某些人群比其他人群更容易受到病媒传播性疾病的影响，特别是婴幼儿、老年人、残障人士、病人、孕妇和哺乳期妇女。应识别高风险群体，并采取具体措施来降低风险。注意防止出现歧视性行为。

社会动员和沟通：要减少病媒幼虫栖息场所和成虫种群，个人和社区都需要改变其行为。应利用各种不同的渠道，将社会动员和传播活动充分纳入病媒预防和控制工作中。

针对其他病媒的个人保护措施：预防虱子最有效的方法包括良好的个人卫生和衣物、被褥定期清洗。通过个人护理（洒粉）、彻底洗涤或灭虱活动来控制虫害。为安置点的新来人群制订并使用处理方案。清洁的家居环境、有效的废物弃置以及妥善存放生熟食都能有效预防老鼠、其他啮齿类动物和昆虫（如蟑螂）进入房屋或住所⊕见“卫生促进标准 1.1：卫生促进”。

5. 固体垃圾管理

固体垃圾管理是指处理和弃置有机和无机固体废物的过程，包括：

- 规划固体废物管理系统；
- 从源头上对废物进行处理、分离、储存、分类；
- 转移到收集点；
- 运输和最终弃置、重用、再利用或回收。

家庭、公共机构或社区都会产生可能有害或无害的垃圾，包括医疗垃圾。由于固体垃圾是昆虫、啮齿类动物和其他病媒滋生的温床，管理不当会引起公共卫生风险⊕见“病媒控制标准 4.1：安置点的病媒控制”。未经处理的垃圾会污染地表水和地下水。儿童可能会在管理不善的固体垃圾中玩耍，并因此有受伤或患病的风险。靠拾荒赚钱的拾荒者有可能因此受伤或感染疾病。

固体废物可堵塞排水系统，造成地表水滞留和污染，并因此为病媒创造繁殖地或引起其他公共卫生风险。

这些标准不包括化学废水或渗滤污水的处理或弃置。有关有害垃圾处理的建议⊕见“参考资料和延伸阅读”。有关医疗垃圾⊕见“供水、环境卫生和卫生促进标准 6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”。

固体垃圾管理标准 5.1： 免受固体垃圾污染的环境

安全地储存固体垃圾，以避免对自然、生活、学习、工作和社区环境造成污染。



关键行动

- 1 根据公共卫生风险、对家庭和公共机构产生的垃圾进行的评估，以及现有做法，制订固体垃圾的弃置计划。
 - 评估当地重用、再利用、回收或堆肥的能力。
 - 了解女人、男人、女童和男童在固体垃圾管理中的角色，以避免产生额外的保护风险。
- 2 协同当地政府和服务提供商，确保现有系统和基础设施不会超过其承受能力，特别是在城市地区。

供水、环境卫生和卫生促进

- 确保所有人都可以使用新的和现有的非原地处理和弃置设施。
- 制定一个能尽快遵守当地卫生标准或固体废物管理政策的时间表。

3 定期或有针对性地组织固体垃圾清理活动，并确保所需的基础设施到位以支持活动进行。

4 为收集和处理固体垃圾的人员以及参与固体垃圾重用或再利用的人员提供防护服和免疫措施。

5 确保垃圾处理场地适当、数量充足和得到安全管理。

- 使用安全且适当的垃圾处理和弃置方法，包括掩埋、妥善地填埋和焚烧。
- 管理垃圾处理场地，防止或最大限度地降低保护方面的风险，特别是对儿童的风险。

6 协同负责食物和家居用品分发的机构，最大限度地减少包装材料和减轻固体垃圾负担。

关键指标

特定的社区或集体公共垃圾收集点周边没有堆积固体垃圾

指引

流动人群会丢弃重物或不再需要的物品。在物资分发点产生的固体垃圾可能会增加流动群体与原社区的紧张关系。如果分发的家居用品与实际需求不符，则会造成固体垃圾数量增加。而这些固体垃圾的材料可能与本地垃圾的材料不同，因此可能需要使用不同的方法处理或弃置。

城市地区：城市的固体垃圾管理设施可与其他服务系统整合。协同当地政府和现有系统共同应对额外的固体垃圾负担。

垃圾处理人员的保护：为参与固体废物管理的所有人提供防护服，至少要提供手套。理想情况下还要提供靴子和防护面具。在必要时为他们接种破伤风和乙型肝炎疫苗。确保提供洗手和洗脸所需的肥皂和水。培训和告诉工作人员正确的垃圾运输和弃置方法，以及不正确处理会引发的风险⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1：预防”。

垃圾处理人员可能会被认为是肮脏或贫穷的，可通过社区咨询来改变这种态度。确保垃圾处理人员有合适的设备保持自身清洁，这样也可以起到一定的作用。

集体安置点和农村地区：在集体安置点和低人口密度的地区，家用的固体垃圾弃置方式也许可行，甚至建议使用这种方法。根据对家庭规模和废物流的评估，决定家用固体垃圾掩埋或燃烧坑的大小。应妥善围挡家庭燃烧坑，防止儿童和牲畜进入，理想情况下，应至少距离住所 15 米。

初始阶段，在社区或集体垃圾收集点为每 40 户提供一个 100 升的垃圾箱。长期则应为每 10 户提供一个垃圾箱，因为家庭产生的垃圾量会随时间而增加。同时，每 1,000 人应配备一支由 2.5 人组成的维护团队。

重用、再利用和回收：除非会造成重大公共卫生风险，否则应鼓励社区重新使用、再利用和回收固体垃圾。应考虑垃圾回收带来的小型商业机会或额外收入，以及家庭或公共区域对有机废物进行堆肥的可能性。

固体垃圾管理标准 5.2：

家庭和个人安全管理固体垃圾的行动

受影响人群能安全地收集固体垃圾并可以在家自行处理。

关键行动

- 1 为家庭提供便利、大小足够且有盖的家居垃圾储存箱，或者为小型住户群提供垃圾箱。
 - 考虑家庭对再利用和回收型垃圾箱数量和大小的偏好。
- 2 社区公共垃圾收集点有明确标记和围挡，方便家庭每天弃置垃圾。
- 3 建立从指定的公共收集点定期清除生活垃圾和其他垃圾的系统。
- 4 确保用于填埋或燃烧家庭和公共固体垃圾的坑得到安全管理。



关键指标

住所到指定的邻里或公共固体垃圾收集点的距离在可接受的范围内的家庭占比
感到有合适且数量充足的垃圾储存设施的家庭占比

指引

规划：固体垃圾的数量取决于受影响人群获取和烹饪食物的方式，以及家庭内或附近的活动类型。垃圾数量的变化可以是季节性的，往往也能反映出物资发放或市场的时间性。假设每人每天产生 0.5 千克的固体垃圾，按照通常固

体垃圾的密度 200 – 400 kg/m³ 计算，相当于每人每天产生 1 – 3 升固体垃圾。

**固体垃圾管理标准 5.3：
社区层面的固体垃圾管理系统**

指定的公共垃圾收集点不会超出负荷，垃圾的最终处理或弃置方法是安全和可靠的。

关键行动

- 1 确保学校和学习场所、儿童友好空间和行政办公点等公共机构设置合适和充足的垃圾存放点，以存放自身产生的垃圾。这些垃圾点应被清楚地标明。
- 2 提供有明确标记和围挡的储存设施来存放公用区域产生的垃圾，特别是在正规或非正规市集、转运中心和登记中心。

关键指标

配有合适、数量足够的垃圾储存设施的学校和学习中心占比

配有合适、数量足够的垃圾储存设施的公共市集占比

固体垃圾坑或焚化炉得到安全管理的学校、学习中心、公共市集和其他公共机构占比

指引

市场垃圾：因为公共区域往往对固体垃圾管理缺乏指定所有权和责任，因此需要特别关注市场的固体垃圾管理。多数市场垃圾的处理方法与生活固体垃圾一样。

屠宰场垃圾：确保屠宰过程干净卫生并符合当地法律要求。屠宰场和鱼市产生的大部分固体垃圾均可作为生活垃圾处理，但应特别注意液体废物的处理。如果合适的话，应将此类垃圾弃置于与屠宰场或鱼类加工厂相邻的有遮盖的垃圾坑中。血水和其他废液经沟渠流入垃圾坑，沟渠需用盖板遮盖，以减少昆虫进入。应提供清洁所需的用水。

6. 疫情和医疗卫生环境中的“供水、环境卫生和卫生促进”

供水、环境卫生和卫生促进（WASH）和医疗卫生行动者的目的都是降低公共卫生风险、预防疾病传播和控制疫情暴发。为了降低社区和医疗卫生环境中的公共卫生风险，需要与政府机构和这两个技术领域的合作伙伴密切配合。本标准以 WASH 标准 1–5 和“医疗卫生”章节为基础。应完整参考这些章节，用来指导所有技术干预。

感染预防和控制（IPC）是所有情况下疾病预防和疫情响应的关键活动。这对患者、医护人员和社区都至关重要。医疗机构有责任确保医疗卫生环境符合最低标准，但这通常需要 WASH 行动者的结构性合作和支持。

在社区和医疗卫生环境中，良好且一致的 WASH 规范可减少传染病的传播，有助于控制疫情。在本标准中，最低限度的行动适用于持续的响应工作，也突出了在疫情暴发时加大响应规模的不同方面。

社区为本的疫情响应

要响应 WASH 的各个部分不一定切实可行，应聚焦在最紧迫的公共卫生风险上，并与社区建立信任和责任。根据流行病学的调查结果、风险因素的评估、传播途径（特别是粪口传播以外的途径）的分析、各类干预措施的预期影响以及可用的资源来确定响应措施的优先顺序。

要防止疫情传播，社区参与始终是疫情响应措施的关键要素。现有的社区观念和信念能为响应措施提供支持或造成阻碍，因此了解并处理这些观念和信念非常重要。为防止疫情传播，可能还需要改变部分社会规范。例如，协同社区共同寻找可以代替握手的其他问候方式。

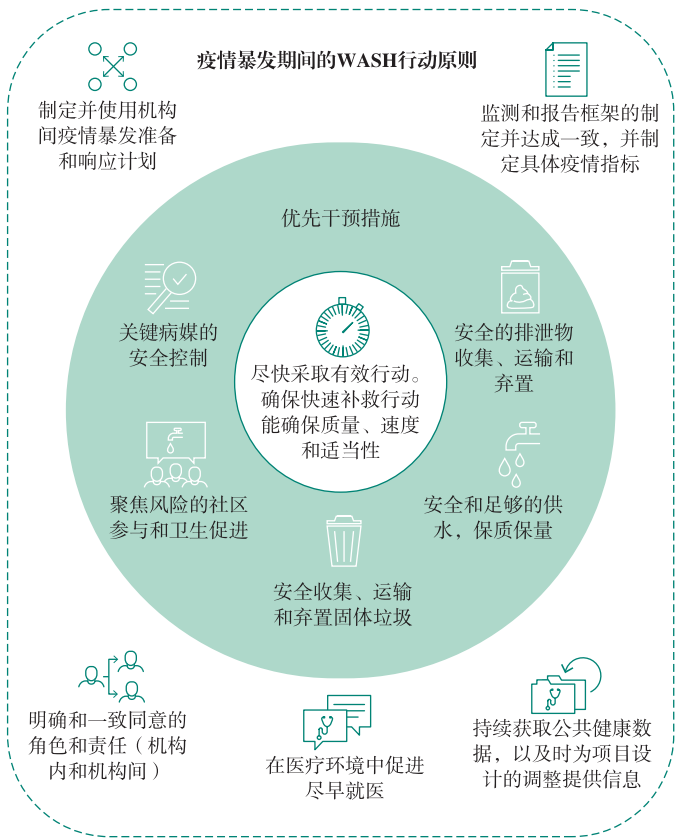
鼓励受影响社区开展特定的疾病预防和治疗活动，包括使用蚊帐预防疟疾，或服用补液盐和锌（针对儿童）治疗腹泻。

社区外展人员开展查找活跃性病例或相关任务前必须接受培训。将所有数据并入整体疫情调查和响应计划中。快速追踪疫情蔓延情况和受影响人群对开展及时响应至关重要，在通用系统中纳入综合数据可防止重复计算或错过关键区域
⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.4：疫情暴发预防和响应”。

由于新出现的疾病具有不同的风险和影响，因此在所有疫情暴发期间应始终遵守最新的技术指导。针对特定疾病的感染预防和控制需有广泛性的指导，



这种指导必须被优先考虑遵守⊕见下文中的“参考资料”。本标准提供了至少要考虑的问题，并描述了 WASH 和医疗卫生领域之间的合作。下图为疫情暴发期间关键的社区 WASH 行动概述⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1 至 2.1.4”。



疫情暴发期间社区的WASH 行动原则（图 5）

标准 6：

医疗卫生环境中的“供水、环境卫生和卫生促进”

所有医疗卫生环境应维持最低限度的 WASH 感染预防和控制标准，包括疫情暴发期间。

关键行动

1 提供适合医疗卫生环境所需的稳定供水，确保水质和水量足够。

- 至少储存 48 小时的安全用水（0.5mg/l 游离余氯），确保可持续供应。
- **疫情暴发：**根据疾病类型、风险和需求，增加水量并调整氯溶液。

2 提供足够的排泄物弃置设施来控制疫情传播。

- 为行动不便的群体提供坐便椅和马桶作为临时厕所。
- 用水和清洁剂清洗卫生设施（厕所、淋浴、洗涤区）。避免在厕所中使用强力清洁剂。
- **疫情暴发：**为医疗环境中的各个区域提供排泄物弃置设施。
- **疫情暴发：**针对特定疾病调整用品，例如，霍乱病人的床具以及排泄物或呕吐物的专用桶。
- **疫情暴发：**确定排泄物设施和设备清洁、撤离和清运所需的任何额外预防措施。

3 为医护人员、患者和访客提供足够的清洁材料和设备以保持卫生。

- 为重要的洗手处提供安全供水、肥皂或速干手消毒剂。洗手后自然风干或使用“一次性”毛巾擦干。
- **疫情暴发：**在每个区域都提供洗手站。
- **疫情暴发：**增加额外的个人卫生措施，例如，在穿脱个人防护装备（PPE）之前，将氯用于浴足或喷洒（视疾病而定）和洗手。
- **疫情暴发：**在出院前为患者提供特定的卫生用品和培训。

4 保持清洁卫生的环境。

- 每天用水和清洁剂清洁地板和水平工作台面。
- 使用浓度为 0.2% 的氯溶液清洁和消毒可能会受到污染的表面。
- 每次使用前，视风险情况对可重复使用的医疗设备进行清洁、消毒或灭菌。
- 如果床单上有明显污渍，浸泡后使用浓度为 0.1% 的氯溶液进行消毒；对手术室的所有床单消毒。
- **疫情暴发：**清洁地板和脏污表面时，提高消毒剂的浓度。考虑建立专用的床单消毒机制。

5 正确处理和弃置垃圾。

- 使用三桶分类法对医疗垃圾实施就地分离。
- 为所有医务人员提供垃圾分类和管理培训。



供水、环境卫生和卫生促进

- 确保专职团队在收集、处理和弃置垃圾时穿戴个人防护装备（最少需配备手套和靴子）。
- **疫情暴发：**基于疾病类型使用全套个人防护装备，增加垃圾处理预防措施。

6 确保所有医护人员、患者和护理人员使用适当的个人防护装备。

- 根据接触方式和隔离预防措施类别提供个人防护装备。
- 培训医护人员、病患和其他人员选择、使用和移除个人防护装备。
- **疫情暴发：**评估预期的接触方式，并根据传播类型调整个人防护装备。

7 根据公共卫生习惯，采用确保尊严、符合本地文化和安全的方法管理和埋葬死者。

- 考虑当地传统以及是否需要确定死者身份，并将其交还家属。
- **疫情暴发：**如果常用办法不安全，应与社区商定替代方案。
- **疫情暴发：**为执行埋葬任务的团队提供培训，并配备合适的个人防护装备。

关键指标

所有医护人员在每次接触病患前后都使用肥皂或酒精清洁手部

所有患者和护理人员在处理食物或进食之前或便后都洗手

所有洗手处都提供肥皂或速干手消毒剂（或在疫情暴发时提供浓度为 0.05% 的氯溶液）

洗手处的数量

- 最低标准：每 10 名住院病人配备 1 个洗手处

供水点的饮用水质

- 最低标准：0.5 – 1mg/FRC

可用的安全用水量

- 最低标准：门诊病人每人每天 5 升
- 最低标准：在霍乱治疗中心，每名患者每天 60 升
- 最低标准：在病毒性出血热治疗中心，每名患者每天 300 – 400 升

无障碍厕所的数量

- 最低标准：门诊部设置 4 个（男、女、儿童和医护人员分开）
- 最低标准：每 20 名住院病人配备 1 个（男、女、儿童和医护人员分开）

指引

感染预防和控制的项目手法对所有医疗环境都至关重要，包括救护车和社区健康项目。它要求对标准预防措施、传播预防措施和临床无菌技术制定指南。各医疗机构均应有专门的感染预防和控制团队，并对医疗工作者进行培训。监控系统应监测感染和细菌耐药性。医疗机构应配置合适的人员和适当的工作量，一张病床应仅能容纳一位患者。医疗服务应在安全、妥当的环境中提供，并配备足够的 WASH 基础设施和设备，以维持安全的卫生习惯⊕见“卫生系统标准 1.1 和 1.2”。

水量和水质：在计算所需的水量时，请参考附录 3 中的数据并根据情况进行调整⊕见“附录 3：最低用水量”。流动诊所旨在提供与门诊病人享有的 WASH 标准相同的服务，包括提供安全水源和厕所。确保各设施至少有 48 小时的供应量（和储存）。对于埃博拉和霍乱等疫情，允许有 72 小时的供应储备。有关社区 WASH 项目的基础⊕见“供水标准 2.1 和 2.2”。

下表为医疗机构中不同用途所需的氯溶液浓度。

氯溶液	医疗机构的活动
0.05%	洗手 洗衣（清洁后）
0.2%（霍乱） 0.5%（埃博拉）	清洁后擦拭水平工作台面（仅适用于霍乱） 清洁物料、围裙、靴子、炊具和餐具 漂洗便盆、马桶 清洁被体液污染的表面 清洁尸体（埃博拉）
2%	清洁尸体（霍乱） 放入排泄物和呕吐桶（霍乱）
1%	氯化水母溶液

排泄物管理：有关排泄物管理的总体指导，⊕见“排泄物管理标准 3.1 至 3.3”，以及有关资料的具体信息，见“卫生促进标准 1.3：经期卫生管理与失禁”。

提供的厕所设施要在技术上可行，在文化上符合当地习俗。厕所可单独上锁且光线良好，有足够的空间，护理人员可协助患者如厕。所有卫生设施（厕所、淋浴、洗涤区）应使用水和清洁剂清洁。由于强力消毒剂会破坏某些病原体的自然生物降解过程，因此要避免在厕所内使用（尤其是化粪池）。



供水、环境卫生和卫生促进

疫情暴发期间，在清洁、丢弃或疏通排泄物设施和设备时，要加强预防措施（例如，清洁用氯溶液，处理用生石灰或氯）。

灰水：至少使用隔油池和渗水坑处理灰水。确保有围挡，防止他人乱动。

医疗垃圾中会含有艾滋病毒和乙型肝炎等传染性生物体，会造成土壤和水源污染。最少应使用三桶分类法就地尽快收集和分离这类垃圾：

类型	示例	垃圾箱颜色/标签
普通垃圾 无害	废纸	黑色
废弃的尖锐物， 有害，有传染性	针头、手术刀、输液器、碎玻璃、空瓶	黄色，标上“尖锐物”字样，防漏、防刺穿
并不尖锐的物品 有害，有传染性	被体液污染的用品，如拭子、敷料、缝合线、实验室培养物	黄色，贴上标签，防漏

可能还需要进一步的分离，包括病理（人体组织）、药物和化学（实验室试剂）垃圾。每天至少清理一次医疗区的分类垃圾，如有高度传染性垃圾，则应立即清理。使用手推车沿固定路线将垃圾运至指定区域，公众不得擅自入内。垃圾箱、手推车和储存区必须定期消毒。为所有医疗垃圾处理人员接种乙型肝炎和破伤风疫苗。

使用现有设施处理和弃置垃圾：

类型	处理和弃置方法
普通	回收、燃烧或掩埋 市政垃圾填埋场
废弃尖锐物	尖锐物弃坑 密封并入垃圾填埋场 焚烧（非药瓶）后埋入灰坑（因为锐利可能不会钝化，请谨慎操作）
传染性垃圾 （非尖锐物）	掩埋坑（用生石灰覆盖垃圾） 焚烧后埋入灰坑 高压灭菌或化学处理
病理垃圾	取决于社会文化规范： 掩埋坑（如胎盘坑）或掩埋点 火化

续表

类型	处理和弃置方法
药物垃圾	遵循国家指南（如可能）或返还供应商 密封后弃置于垃圾填埋场 送入专门的焚化炉（>1200 摄氏度）
化学垃圾	遵循国家指南（如可能）或返还供应商 少量时可焚烧或密封 送入处理厂或回转炉

焚化炉的温度应超过 900 摄氏度，配置双室。劣质的焚化炉会产生有毒排放物和空气污染物，且无法完全消毒。所有垃圾坑和焚化炉均应按现行国家和国际标准建造，妥善运行、维护和弃置。

个人防护装备必须符合感染预防和控制协议，确保患者、家庭和员工不会面临后续风险。

评估预期的传播途径（飞沫、空气、接触或触摸）和疾病传播类型。使用大小合适、耐用且恰当的设备（如抗流体设备）。

基本个人防护设备可阻隔血液、体液、分泌物或排泄物接触佩戴或穿戴者。它应包含：接触传染性材料时使用的手套；口罩、护目镜或防护罩等面部防护用品，用于防止飞溅、飞沫或喷射。根据疾病传播类型的不同，可能还需要佩戴或穿戴其他个人防护设备（或延长佩戴或穿戴个人防护设备的时间）：接触（如接触病患时穿长褂和戴手套）；液滴（距离病患 1 米以内时佩戴医用口罩）；以及空气传播性疾病（佩戴颗粒物防护口罩）。

在换衣区入口处将一次性个人防护设备丢入垃圾桶（如 220 升的桶）。收集垃圾桶并送至指定的垃圾管理区。将可重复使用的个人防护设备（如重型手套和护目镜）放入浓度为 0.5% 的氯溶液桶中。妥当清洁、清洗、修理和储存。

在除去个人防护设备过程中，各个步骤均需配备浓度为 0.5% 的氯溶液用于洗手。在除去个人防护设备的最后一步，应单独提供浓度为 0.05% 的氯溶液洗手台。

尸体管理：提倡使用安全、确保尊严和符合当地文化习俗的方式埋葬死者，包括确认所有死者的身份。允许受影响家庭认领自己的家庭成员并举行葬礼。请勿随便将尸体丢入集体埋葬地。集体埋葬可能会妨碍出具合法索赔所需的死亡证明。埋葬暴力受害者时应考虑可能涉及的法律问题^④见“卫生系统标准 1.1：卫生服务提供”。

根据疾病的病原体及其传播途径，疫情暴发期间可能需要采取特殊的预防措



施，如使用氯溶液对尸体消毒。虽然尸体清洁和护理仪式可能会增加疾病传播的可能性，但不尊重当地文化习俗可能会导致人们秘密举行葬礼而不汇报。

医护人员和埋葬团队应始终佩戴个人防护装备。为社区中负责埋葬的工作人员提供社会心理服务。协同社区负责人防止他人歧视负责埋葬的工作人员。

停用：与社区、地方政府和人道主义行动者商议，确定在响应计划期间停用临时医疗设施的安排。

附录 1

供水、环境卫生和卫生促进 初始需求评估清单

本问题清单主要用于评估需求、识别资源和描述当地状况。这些问题不包括需要哪些外部资源补充现时和当地可用的资源。

概况

- 受影响人数是多少？分布在什么地方？请根据他们的性别、年龄、残障等状况对数据进行细分。
- 人们可能会怎样迁移？这会给受影响人群和潜在的响应行动带来什么安全隐患？
- 目前存在、流行或可能出现哪些与 WASH 有关的疾病？
- 哪些主要人员是需咨询或联络的？
- 谁是脆弱人群？为什么？
- 是否所有人群都能平等使用现有的设施，包括公共场所、医疗中心和学校？
- 妇女、女童、男童和男性以及高危群体有什么特殊的安全风险？
- 受影响人群在危机前的用水、环境卫生和个人卫生习惯是怎样的？
- 正式与非正式的权力架构（如社区领袖、长者、妇女小组）是怎样的？
- 在家庭与社区内是如何做决策的？
- 是否有本地市场？危机发生前和期间可从市场上接触到哪些 WASH 商品和服务？
- 人们可获得现金或贷款吗？
- 在收成期间，哪些季节性变化可能限制或增加劳动力的需求？请举例说明。
- 联络与合作的主要机构有哪些？
- 当地的合作伙伴有哪些（如在 WASH 和社区参与方面具有相似能力的民间社会团体）？

卫生促进

- 危机发生前，当地人的用水、环境卫生和个人卫生习惯是怎样的？
- 当前哪些习惯对人们的健康构成危害？哪些人群有这些习惯，为什么？
- 谁仍然使用正面的个人卫生行为？是什么推动或激励他们这样做？



- 对建议的行为改变有什么好处或坏处？
- 现有的正式和非正式的沟通和外展渠道有哪些（如社区健康工作人员、传统的接生员和治疗人员、俱乐部、合作社、教会、清真寺等）？
- 该地区有哪些大众媒体（如广播、电视、视频、报纸）？
- 本地有哪些媒体机构和/或非政府组织（NGO）？
- 哪些人群应作为目标人群（如母亲、儿童、社区领袖、宗教领袖）？
- 有哪些外展系统的类型（如社区卫生志愿者、工作人员或促进者，学校健身俱乐部，WASH 委员会）可在当地情境下开展即时和中期的动员工作？
- 卫生促进工作人员和社区外展人员有哪些学习需求？
- 有哪些可用的非食品物资？基于需求和偏好，有什么非食品物资是最急需的？
- 人们能去哪里的市场购买基本卫生用品？市场是否因危机而发生了改变（成本、多样性和质量）？
- 家庭如何获得基本卫生用品？谁来决定购买哪些商品和先买哪些商品？
- 医疗环境中的卫生措施是否行之有效（疫情期间尤为重要）？
- 女性在经期对卫生措施的需求和习惯是什么？
- 失禁患者的需求和习惯是什么？

供水

- 目前有哪些水源，现有的使用者是谁？
- 每人每天能获得多少用水？
- 每天或每周的供水频率如何？
- 目前的水源能满足所有群体的短期和长期需求吗？
- 取水点离村民居住的地方近吗？是否安全？
- 目前供水是否可靠？可维持多久？
- 村民是否有足够数量、大小和类型合适的容器用于取水和储水？
- 水源是否被污染或有被污染（微生物、化学、放射性）的风险？
- 目前有什么水处理系统？是否需要进行水处理？水处理是否可能？哪种处理是必需的？
- 是否需要消毒？社区是否存在因水的口感或因氯和气味不佳而无法接受的问题？
- 附近是否有替代性水源？
- 在取水、储水和用水上，社区有什么习俗和传统习惯？
- 对使用可用的供水水源，是否存在什么障碍？
- 如果水源不足，是否可能进行人员迁移？
- 如果水源不足，有哪些替代方案？

- 是否存在与个人卫生有关的传统观念和做法（如海地霍乱疫情暴发时，该病与伏都教文化有关）？这些观念和做法有用还是有害？
- 与供水有关的关键卫生问题是什么？
- 人们是否买水？如果买水，买水的地点、成本和用途是什么？该途径是否发生了改变（成本、质量和定期供水）？
- 人们有卫生用水的方法吗？
- 供水点、洗衣区和洗浴区是否排水良好？
- 土壤条件是否适合供水点、洗衣区和洗浴区的废水就近或非就近排出？是否开展过土壤渗透试验？
- 在农村村民需要紧急搬迁时，牲畜常用水源有哪些？
- 可能采取的供水干预措施、抽取和水源使用，是否会对环境产生影响？
- 目前使用水源的其他人有哪些？如果新增使用人口，是否会有冲突的风险？
- 有哪些与私营企业和/或公共部门合作供水的机会？存在哪些可影响响应分析和建议的瓶颈和机会？
- 有什么操作和维护职责是必需的？短期和长期内实现它们的能力有哪些？谁应该对它们负责？
- 是否存在现有或潜在收回运营和维护成本的财务机制或系统？
- 接收难民的社区如何获得水源并确保使用时的安全？

排泄物处理

- 环境是否不受粪便污染？
- 如果存在户外排便，是否有指定的排便区域？
- 现时是否有厕所设施？如果有，是否使用过？数量是否足够？是否能成功运作？是否可扩建或调整？
- 设施是否安全且保证使用者的尊严：照明良好，配有锁和隐私屏障？人群是否白天和晚上都能使用厕所设施？如果晚上无法使用，有什么替代性方案？
- 接收难民的社区的排泄物管理习惯是什么？
- 目前的排便习惯是否会对供水（地表水或地下水）、生活区域以及整体的环境造成威胁？
- 在厕所设计中，是否需要考虑任何社会、文化规范？
- 当地人是否熟悉厕所的设计、构造和用法？
- 当地有什么材料可以用来建厕所？
- 当地是否接受并实行堆肥？
- 儿童从多大年纪开始使用厕所？
- 婴幼儿的粪便怎么处理？



- 当地的地形坡度如何？
- 地下水位是多少？
- 土壤条件是否适合进行就地排泄物处理？
- 目前的排泄物处理方法是否会助长病媒滋生？
- 是否提供如厕后清洗肛门的用品或清水？当地人一般会如何处理这些用品？
- 当地人在排便后、食物准备时和进食前会洗手吗？厕所旁边或家庭内是否有肥皂或其他清洁用品？
- 当地妇女如何处理月经？是否有合适的用品或设施供妇女使用？
- 医疗机构是否有专为残障人士、艾滋病毒感染者、失禁患者或行动不便的人群设置的卫生设施或设备？
- 是否评估了环境因素，例如，对建筑用的沙子和砾石等原材料的抽取，以及保护环境免受排泄物污染。
- 社区中是否有熟练的技术工人，如泥瓦匠、木匠和杂工？
- 是否有坑道排空机器或清淤车？当前收集的排泄物垃圾是否得到妥善和安全的处理？
- 管理排泄物的适当策略（包括控制、清空、处理和弃置）是什么？

病媒传播性疾病

- 病媒传播性疾病的风险是什么？有多严重？
- 当地病媒的日常或季节性繁殖、栖息和觅食模式是什么？
- 当地是否存在与病媒和病媒传播性疾病相关的传统观念和习俗（如认为脏水导致疟疾的观念）？此类观念或习俗有用还是有害？
- 如果病媒传播性疾病的风险高，那么有风险的人群是否可获得个人保护？
- 是否可以改变当地的环境（特别是通过排污、清理间隙、排泄物处理、固体垃圾处理等），以防止病媒滋生？
- 是否需要通过化学方法控制病媒？关于化学方法控制病媒，有什么现成的项目、规定和资源？
- 有什么信息和安全预防措施需要提供给当地家庭？

固体废物管理

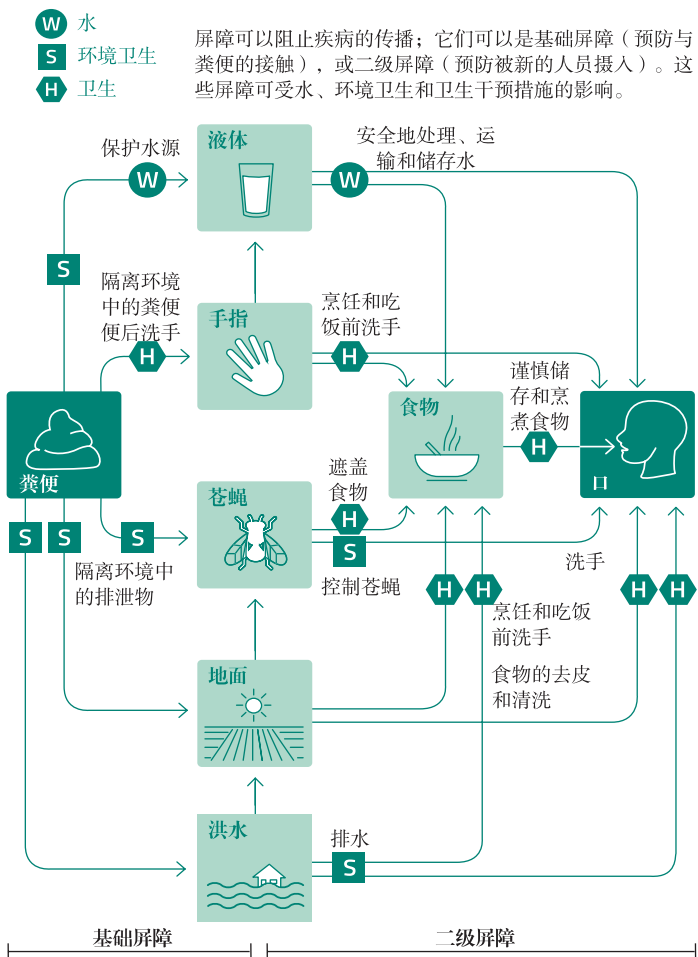
- 积存的固体垃圾是否造成了问题？
- 当地人如何弃置垃圾？固体垃圾的类型是什么，数量有多少？
- 固体垃圾能否就地弃置，还是需要收集和运到其他地方弃置？
- 受影响人群弃置固体垃圾的通常习惯是什么（如堆肥和/或倒入垃圾坑、收集系统、垃圾桶）？
- 当地有没有医疗设施和活动所产生的垃圾？是如何弃置的？谁负责弃置？

- 当地人一次性卫生用品（如儿童尿布、经期卫生用品和失禁用品）的弃置场所在哪里？他们的弃置是否谨慎有效？
- 目前的固体垃圾弃置方法对环境有什么影响？
- 私营企业和公共部门有哪些固体垃圾管理能力？



附录 2

F 图：腹泻病的粪口传播



5 Fs 事项：粪便、液体、手指、苍蝇、食物（图6）（原文：faeces , fluids , fingers , flies , food）

来源：用水、工程和发展中心（WEDC）

附录 3

最低用水量:生存数据和用水需求的量化

生存需求: 水摄入量 (饮用和食物)	每人每天 2.5 – 3 升 (依据气候和个人生理需求)
基本卫生习惯	每人每天 2 – 6 升 (依据社会和文化规范)
基本烹饪需求	每人每天 3 – 6 升 (依据食物类型、社会和文化规范)
医疗中心和医院	门诊病人每人 5 升 住院病人每人每天 40 – 60 升 每次手术干预措施和分娩 100 升 洗衣、设备、冲水厕所等可能需要额外的水量
霍乱治疗中心	病患每人每天 60 升 护理员每人每天 15 升
病毒性出血热治疗中心	病患每人每天 300 – 400 升
治疗性供餐中心	住院病人每人每天 30 升 护理员每人每天 15 升
不经常使用的移动诊所	病患每人每天 1 升
经常使用的移动诊所	病患每人每天 5 升
口服补液点 (ORP)	病患每人每天 10 升
收容/运送中心	对于停留超过一天的人, 每人每天 15 升 只在白天停留的人, 每人每天 3 升
学校	小学生每人每天 3 升, 用于饮用和洗手 (不包括厕所用水: 见以下“公共厕所”项)
清真寺	每人每天 2 – 5 升, 用于清洁和饮用
公共厕所	每人每天 1 – 2 升, 用于洗手 每立方米每天 2 – 8 升, 用于厕所清洁
所有冲水厕所	每人每天 20 – 40 升, 用于与下水道相连的传统冲水厕所 每人每天 3 – 5 升, 用于冲洗厕所
肛门清洗	每人每天 1 – 2 升
牲畜	大中型牲畜, 每只每天 20 – 30 升 小型牲畜, 每只每天 5 升



附录 4

最低厕所数量：社区、公共场所和公共机构

地点	短期	中长期
社区	50 个人 1 个厕所（公共）	20 个人 1 个厕所（家庭共享） 5 个人或 1 个家庭 1 个厕所
市集区域	50 个摊档 1 个厕所	20 个摊档 1 个厕所
医院/医疗中心	20 个床位或 50 个门诊病人 1 个厕所	10 个床位或 20 个门诊病人 1 个厕所
供餐中心	50 名成人 1 个厕所 20 名儿童 1 个厕所	20 名成人 1 个厕所 10 名儿童 1 个厕所
收容/运送中心	50 个人 1 个厕所 蹲位按男女比例 1:3	
学校	30 名女孩一个厕所 60 名男孩一个厕所	30 名女童 1 个厕所 60 名男童 1 个厕所
办公室		20 名员工 1 个厕所

资料来源：改编自Harvey, Baghri and Reed (2002)

注：如情况允许，从一开始就应建造家庭共享厕所，或更为理想的情况是建造家庭厕所，以提高人群接受度和拥有感，开展符合当地文化习俗的环境卫生干预措施。

注：在社区，应提供同样数量的洗浴设施，设置比例与厕所相同，按照每 50 人（短期）或每 20 人（长期）为一组提供。

附录 5

与水 and 环境卫生相关的疾病

1. 与水相关的感染的环境分类

类别	感染	病原体
1) 粪口（水或水洗传播性 疾病） a) 腹泻和痢疾	阿米巴痢疾 小袋虫病 弯曲杆菌肠炎 霍乱 隐孢子虫病 大肠杆菌腹泻 贾第虫病 轮状病毒腹泻 沙门氏菌病 志贺氏菌 耶尔森氏鼠疫杆菌肠道病	原生动 原生动 细菌 细菌 原生动 细菌 原生动 病毒 细菌 细菌 细菌
b) 伤寒	伤寒 副伤寒 小儿麻痹症 甲型肝炎 钩端螺旋体病 蛔虫病 鞭虫病	细菌 细菌 病毒 病毒 螺旋菌 寄生虫 寄生虫
2) 水洗性 a) 皮肤和眼睛感染	传染性皮肤病 传染性眼病	多种因素 多种因素
b) 其他	虱传发疹伤寒 虱传回归热	立克次氏体 螺旋菌
3) 水源性 a) 皮肤渗透	血吸虫病	寄生虫



续表

类别	感染	病原体
b) 摄入	麦地那龙线虫 支睾吸虫病 裂头绦虫病 肺吸虫病 其他	寄生虫 寄生虫 寄生虫 寄生虫 寄生虫
4) 与水相关的昆虫病媒		
a) 在近水处叮咬	昏睡病	原生动物
b) 在水中繁殖	丝虫病 疟疾 河盲症 蚊媒病毒 黄热病 登革热 其他	寄生虫 原生动物 寄生虫 病毒 病毒 病毒

资料来源：ACF：风险人群的水、环境卫生和个人卫生，附录 5，第675 页

2. 与排泄物相关的感染的环境分类

类别	感染	病原体	主要传染机制	主要控制措施 (工程措施用斜体表示)
1) 粪口 (非细菌性) 非潜伏， 低感染剂量	脊髓灰质炎 甲型肝炎 轮状病毒腹泻 阿米巴痢疾 贾第虫病 小袋虫病 蛲虫病 膜壳绦虫病	病毒 病毒 病毒 原生动物 原生动物 原生动物 寄生虫 寄生虫	人与人接触 家庭污染	供应生活用水 改善居住条件 提供厕所 卫生教育
2) 粪口 (细菌性) 非潜伏， 中等或高感 染剂量 半持久性， 可繁殖	腹泻和痢疾 弯曲杆菌肠炎 霍乱 大肠杆菌腹泻 沙门氏菌病 志贺氏菌 耶尔森氏鼠疫 肠道发烧 伤寒症 副伤寒	细菌 细菌 细菌 细菌 细菌 细菌 细菌 细菌 细菌 细菌	人与人接触 家庭污染 水污染 农作物污染	供应生活用水 改善居住条件 提供厕所 再利用或排放前对排泄物 进行处理 卫生教育

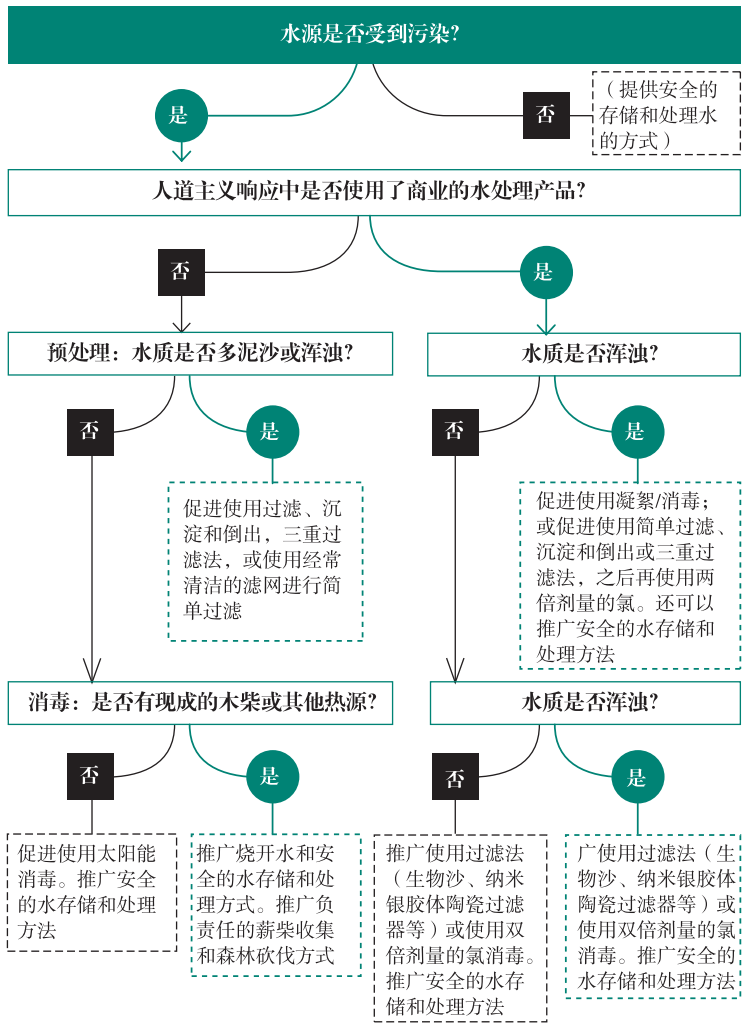
续表

类别	感染	病原体	主要传染机制	主要控制措施 (工程措施用斜体表示)
3) 土源性寄生虫 潜伏, 无中间宿主	蛔虫病 (蛔虫) 鞭虫病 (鞭虫) 钩虫 粪圆线虫病	寄生虫 寄生虫 寄生虫 寄生虫	庭院污染 公共排便区 地面污染 农作物污染	提供地板清洁的厕所 土地利用前对排泄物进行处理
4) 牛猪肉绦虫 潜伏, 牛猪为中间 宿主	绦虫病	寄生虫	庭院污染 田地污染 饲料污染	提供厕所 土地利用前对排泄物进行处理 煮熟食用并检查肉类
5) 水源性寄 生虫 潜伏, 中间 宿主水生	血吸虫病 支睾吸虫病 裂头绦虫病 肺吸虫病	寄生虫 寄生虫 寄生虫 寄生虫	水污染	提供厕所 排放前对排泄物进行处理 控制牲畜感染 煮熟食用
6) 与排泄物相 关的昆虫病 媒	丝虫病 (由库 蚊传播) 感染, 感染分为 1 - 4 类感染, 特别是 I 和 II 型感染, 可能由苍蝇和蟑 螂传播	寄生虫 多种因素	昆虫在各种受 排泄物污染的 地方繁殖	确定和消除潜在的繁殖 地点 使用蚊帐



附录 6

家庭用水处理和储存决策树



资料来源：摘自《国际红十字会与红新月会（IFRC）（2008）应急时期家庭用水处理与安全储存手册》

参考资料和延伸阅读

一般性用水权利

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org

WASH 对健康的影响

Bartram, J. Cairncross, S. “Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health.” *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises*. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O. M. Benova, L. et al. “Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework.” *Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252 –67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. “Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis.” *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42 –52. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. “Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review.” *PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. “Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low-and middle-income settings: systematic review and meta-regression.” *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

有效的 WASH 规划

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies (2nd ed)*. ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low-and middle-income countries: a systematic review.



供水、环境卫生和卫生促进

<https://www.developmentbookshelf.com>

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010.

<http://refbooks.msf.org>

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005.

www.actionaid.org

保护和 WASH

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. Violence, *Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit-Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services*. WaterAid/SHARE, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac>

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.cbm.org>

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org

Jones, H. E. Reed, R. *Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility*. Loughborough University, UK, 2005. wedc-knowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <http://cpwg.net>

卫生促进和行为改变

Curtis, V. Cairncross, S. “Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review.” *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275 –81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. *Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low-and middle income countries. A mixed method systematic review*. Systematic Review 36. International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O’Reilly, M. *Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development*. ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M. C. Stocks, M. E. et al. “Hygiene and health: systematic review of hand-washing practices worldwide and update of health effects.” *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906 –16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation; Assessment and Programme Design. WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. <http://wash-cluster.net>

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Rabie, T. Curtis, V. “*Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review.*” *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258 –67.

Watson, J. A. Ensink, J. H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. “*Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low-and middle-income countries.*” *Trop Med Int Health*, 2017.

经期卫生

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners*. WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. A *Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response*. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

失禁

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J. F. Kett, M. “*Water and sanitation issues for persons with disabilities in low-and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development.*” *Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617 –27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, B. et al. “*Taking stock: Incompetent at incontinence-why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?*” *Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

排泄物管理

Clasen, T. F. Bostoen, K. Schmidt, W. P. Boisson, S. Fung, I. C. Jenkins, M. W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. “*Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea.*” *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M. C. Garn, J. V. Sclar, G. D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K. T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A. G. Grimes, J. E. T. Rehfuess, E. A. Clasen, T. F. “*The impact of sanitation on infectious disease and nutritional sta-*



tus :A systematic review and meta-analysis. ” *Int J Hyg Environ Health*, vol. 220 , 2017 , pp. 928 – 49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies*. German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag) , Berlin , Germany , 2018.

Graham, J. P. Polizzotto, M. L. “ *Pit latrines and their impacts on groundwater quality :A systematic review.* ” *Environmental Health Perspectives*, vol. 121 , 2013.
<http://hsrc.himmelfarb.gwu>

Harvey, P. , *Excreta Disposal in Emergencies ; A Field Manual*. An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3. 4. WHO. www.who.int

水处理

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. “ *Chlorination of drinking water in emergencies : a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed.* ” *Waterlines*, vol. 36 , no. 1 , 2017. <https://www.developmentbookshelf.com>

Lantagne, D. S. Clasen, T. F. “ *Point-of-use water treatment in emergencies.* ” *Waterlines*, vol. 31 , no. 1 – 2 , 2012.

Lantagne, D. S. Clasen, T. F. “ *Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response ; Case study results from Nepal , Indonesia , Kenya , and Haiti.* ” *Environmental Science and Technology*, vol. 46 , no. 20 , 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A. J. Lantagne, D. “ *Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti.* ” *Journal of Water , Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6 , no. 1 , 2016.

水质

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. “ *Fecal Contamination of Drinking-Water in Low-and Middle-Income Countries ; A Systematic Review and Meta-Analysis.* ” *PLoS Med*, vol. 11 , 2014 , e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. “ *Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries : a systematic review.* ” PubMed, 2015.

病媒控制

Dengue : Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C. J. Reed, R. A. *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wedc-knowledge.lboro.ac>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies : An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. *Disease Prevention Through Vector Control : Guidelines for Relief Organisations*. Oxfam GB, 1995. <https://policy-practice.oxfam.org>

Vector Control : Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya : Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. <http://washcluster.net>

固体垃圾管理

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eccentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7 : Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int

疫情暴发环境中的 WASH

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. “Water, sanitation, and hygiene in emergencies : summary review and recommendations for further research.” *Waterlines*, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. <http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH : A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. <https://policy-practice.oxfam.org>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary : Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. “Innovative WASH Interventions to



Prevent Cholera. ” *WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Taylor, D. L. Kahawita, T. M. Cairncross, S. Ensink, J. H. “*The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review.*” *PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi:10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme.* Oxfam GB, 2017. <https://policy-practice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J. A. Joseph, M. L. Gallandat, K. Lantagne, D. “*Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence.*” *Waterlines*, vol. 37, no. 1, pp. 5 –30. <https://www.developmentbookshelf.com>

感染预防和控制

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Laundries for Newbies. MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. <https://www.icrc.org>

Medical Waste Management. ICRC, 2011. <https://www.icrc.org>

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014.

www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. <http://icrcndresourcecentre.org>

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

WASH 和营养

Altmann, M. et al. “Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster-randomized controlled trial in Chad.” *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005 – 12. <https://www.ajtmh.org>

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. <https://www.actionagainsthunger.org>

Null, C. et al. (2018) “Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial.” *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329. <https://www.sciencedirect.com>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

WASH' NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH、现金和市场

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

延伸阅读

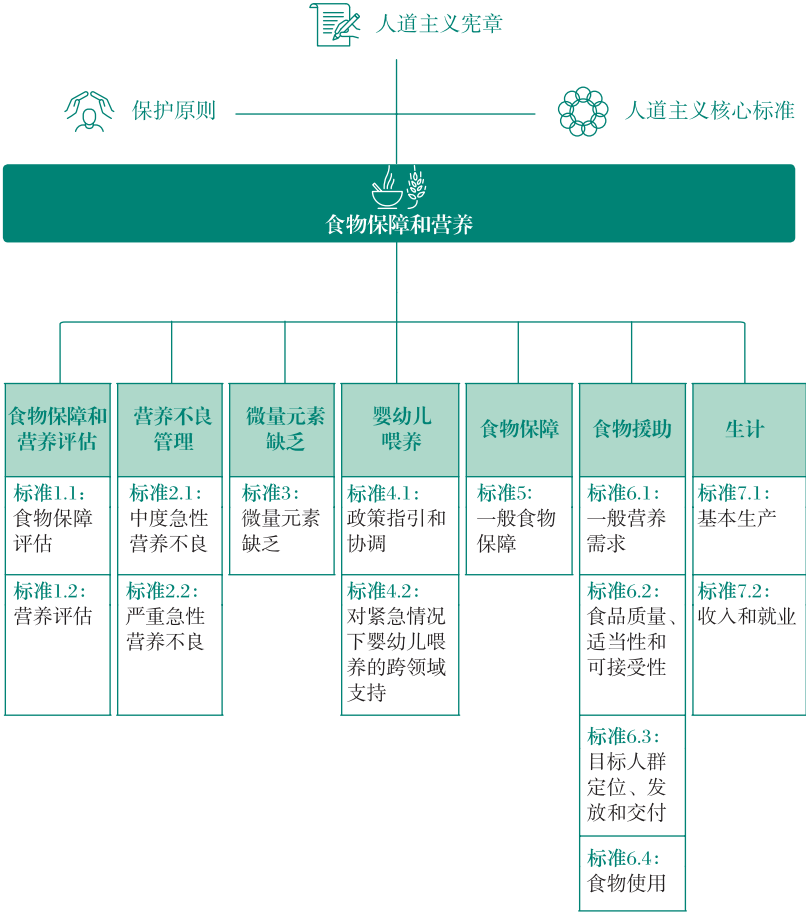
延伸阅读建议请点击

www.spherestandards.org/handbook/online-resources





食物保障和营养



附录 1 食物保障和生计评估清单

附录 2 种子安全评估清单

附录 3 营养评估清单

附录 4 急性营养不良的界定

附录 5 公共卫生层面微量元素缺乏的测量方法

附录 6 营养需求

目 录

食物保障和营养的基本概念.....	158
1. 食物保障和营养评估	162
2. 营养不良管理	169
3. 微量元素缺乏	178
4. 婴幼儿喂养	181
5. 食物保障	188
6. 食物援助	192
7. 生计	204
附录 1：食物保障和生计评估清单	211
附录 2：种子安全评估清单	213
附录 3：营养评估清单	215
附录 4：急性营养不良的界定	217
附录 5：公共卫生层面微量元素缺乏的衡量方法	220
附录 6：营养需求	223
参考资料和延伸阅读	225



食物保障和营养的基本概念

每个人都有免于饥饿和获得足够食物的权利

环球计划中食物保障和营养的最低标准具体体现了受影响人群在人道主义环境中获得足够食物的权利。这些标准建基于“人道主义宪章”所声明的信念、原则、义务和权利，包括获得有尊严地生活的权利、获得保护和安全的权利以及接受基于需求的人道主义援助的权利。

有关“人道主义宪章”的关键法律和政策文件列表，以及可供人道主义工作者参考的注释^④见“附录1”。

营养不足降低了人们遭受危机后的恢复能力。它会损害人们的认知功能，降低人们对疾病的免疫力，增加人们患上慢性疾病的概率，限制人们的生计机会并降低他们参与社区的能力。营养不足也削弱了灾后的复原力，并可能增加人们对持续支持的依赖。

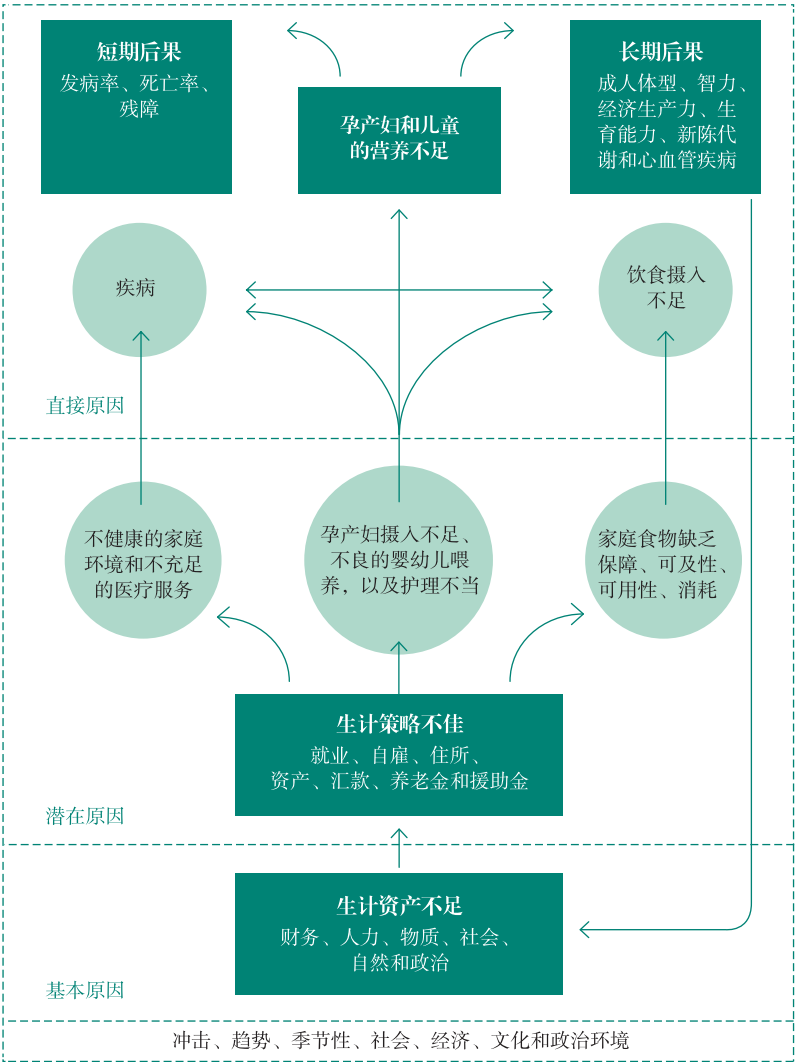
营养不足的成因复杂

造成营养不足的直接原因是食物摄入不足和反复患病^④见“图7”，而根本原因是家庭中的食物缺乏保障、不良的喂养和护理习惯、不健康的家庭环境和不完善的医疗卫生服务。

这些根本原因是相互关联的。尽管食物缺乏保障是营养不良的一个原因，但单单提供食物援助并不可能持久地解决营养不良的问题，除非其他原因能同时得到解决。因此，对食物和营养问题的响应应与“供水、环境卫生和卫生促进”、“住所和安置”以及“医疗卫生”方面的响应措施同时协调进行。例如，在制作营养丰富的食物以及采取安全的喂养方法时，人们需要充足且水质合格的饮用水。卫生设施的设立有助于降低疾病暴发的风险，完善的住所可让人们得到烹饪设施，也能免受极端天气的影响，因而可进一步降低疾病的风险。当人们获得良好的医疗卫生服务时，他们的营养状况也可能得到改善。这反过来也可提高他们寻找生计机会的能力。

对根本原因的控制能预防和减少营养不足的状况。由于生计资产能加强人们控制其他造成营养不足的潜在原因的能力，因此保留人们生计资产对控制营养不足的状况非常重要。生计资产包括设备和机器、原材料、土地、知识和进入运转良好的市场的机会。无论营养不良的比率高低，食物保障和营养的响应应有助于保护和发展这些生计资产，从而支持不同的生计策略。

危机发生后，社会、经济、文化和政治方面的变化都将影响家庭的应对策略，及其对生计或生计资产的获得。稳定这些外部因素将有助于增加收入机会，并最终减少人们受营养不足的影响。



食物保障和营养：营养不足的原因（图7）



在城市地区开展工作迎来特殊的挑战

日益城市化为食物保障和营养这一领域带来新的挑战。虽然在城市中可能会增加就业和创收的机会，但随着城市人口的增加，其对那些地区的住房和服务需求也在增加。在许多情况下，现有的土地利用规划政策和策略无法满足意料之外的需求。贫民窟出现过度拥挤、空气污染、垃圾管理不善以及缺乏卫生设施等情况，都增加了人们患上急性疾病的机会。这会降低人们抓住生计机会的能力，也常触发导致营养不足的成因。

一些群体特别容易营养不良

制订恰当的食物响应方案，需要充分了解孕妇和哺乳期妇女、婴儿和儿童、老年人和残障人士的独特营养需要。在家庭层面对食物保障情况做出改善，还需要了解家庭里不同的分工。例如，妇女通常在计划和准备家里的食物上发挥更大的作用。

数据应至少按性别、年龄和残障状况进行细分，这是非常重要的。它可显示谁需要什么样的食物、谁可能缺少重要的营养元素。食物发放后的监测以同样的方式对数据进行分类，以确保项目干预公平地为人们提供足够和适当的食物和营养。

营养不足的预防与急性营养不良的治疗一样重要。食物保障和营养干预措施可决定短期内营养和健康状况，以及长期的生存和福祉。

这些最低标准不应单独实施

本章中的最低标准反映了获得食物权的核心内容，可为全球逐步实现这项权利做出贡献。

获得充足食物的权利与获得水和环境卫生、健康、住所的权利相结合。一个领域最低标准的实现进展会影响其他领域的进展。因此，有效的响应行动需要与其他领域、地方政府和其他人道主义组织密切协调合作。这有助于确保需求获得满足，不同技术领域的响应工作不出现重复，并优化食物保障和营养响应措施的质量。本手册中各个章节的相互参照也表明了各领域之间的潜在关联。

举个例子，如果营养需求没有得到满足，那么人们面对疾病的脆弱性会增加，对“供水、环境卫生和卫生促进”的需求也会更大。对于艾滋病病毒流行的人群，或老年人和残障人士占很大比例的人群同样适用。在这种情况下，医疗卫生的资源也需要调整。根据各领域之间共享的信息来决定优先事项，并随着形势的发展进行不断的回顾审查。

如果国家标准低于全球计划的最低标准，人道主义机构应与政府合作，逐步

提高这些标准。

国际法特别保护获得充足食物的权利

国际法保护人们免于饥饿和获得充足食物的权利。应确保人们随时都可通过物质和经济途径来获得充足的食物。当个人或群体无法获得足够的食物时，包括难民和国内流离失所者，国家有义务确保人们在一般情况下或危机发生时享有这项权利^④见“附录 1”。

受影响国如果资源不足，可以请求国际援助。在申请国际援助时，应：

- 尊重人们现时获得足够食物的机会，并允许他们继续获得；
- 确保机构或个人不得剥夺人们获得足够食物的权利，从而保障人们获得足够食物的权利，保障人们有途径获得充足的食物，确保没有机构或个人剥夺或阻断这类途径；
- 通过向人们提供其所需资源，积极保障他们的生计和食物。

《日内瓦公约》严禁将断绝平民食物作为战争的手段。公约还禁止攻击、破坏和移除农作物、牲畜、食物、灌溉工程、饮用水和供水设施以及生产食物的农业区，或使之失效。

在占领情况下，国际人道法要求占领方确保为人们提供足够的食物，包括当占领区内的食物不足时，为其进口物资。

与保护原则和人道主义核心标准的关联

如果食物和营养援助处理不当，有可能导致严重的侵权，特别是让项目参与者受到剥削或侵犯。项目必须与受影响人群共同设计，并以符合他们的安全、尊严和诚信的方式实施。需要对工作人员和资源进行适当的管理和强有力的监督，所有参与援助项目的人员须严格遵守并执行行为准则。与受影响人群建立明确的反馈机制，并对其提出的任何问题迅速做出反应。援助人员应接受儿童保障方面的培训，并知道如何使用转介系统处理暴力、侵犯或剥削等方面的可疑个案，包括对儿童的暴力、侵犯或剥削^④见“保护原则 1”和“人道主义核心标准承诺 5”。

在所有情况下，特别是在冲突环境中，应认真评估军民之间的合作与协调，如后勤支持等^④见“什么是环球计划？”和“保护原则”。

在应用最低标准时，“人道主义核心标准”中的九项承诺应视为一个负责任的食物保障和营养项目的基础。



1. 食物保障和营养评估

食物保障和营养方面的评估需要在整个危机响应的周期内进行。评估反映了情境的演化，有助于响应行动进行适当调整。在理想情况下，食物保障和营养评估应同时进行，这是为了识别出人们无法获得足够营养以及食物供给、获得和使用上的障碍。食物保障和营养的联合评估可以提高成本效益，并将营养与食物保障的项目规划相联系。

评估应遵循广泛接受的原则，使用国际通行的方法，并在人道主义机构和政府之间保持公正、具有代表性和协调性的立场。各个评估必须是互补、一致和可比较的。利益相关者必须就合适的方法达成一致。它应该包括所有类型的受影响人群，并关注高风险的群体。对大规模的危机和覆盖面较广的地理区域的评估适宜跨领域进行。

食物保障和营养评估的目标可包含：

- 了解形势、当前的需求以及如何满足这些需求；
- 估算需要受助的人数；
- 识别风险最高的群体；及/或
- 提供基线以监测人道主义响应带来的影响。

评估可以在危机的不同阶段进行。例如：

- 在灾后两至三天内进行初始评估，以尽快启动食物援助的发放；
- 在灾后两到三周内进行快速评估，需依靠假设和预估为项目设计提供基础；
- 如果情况在恶化或需要更多信息来制订恢复计划，在3-12个月内进行详细评估。

详细的**食物保障评估**应识别出生计策略、生计资产和应对策略，还应看到危机给这些方面带来的变化以及对家庭食物保障方面带来的影响。详细的评估也应识别出如何最好地保护和促进这些生计策略，让食物得到保障。

详细的**营养评估**涉及收集和分析代表性的数据，以确定急性营养不良率、婴幼儿喂养和其他照看的情况。这些数据加上对营养不良其他根本原因的分析，以及对健康和食物保障的评估分析，构成了营养状况因果分析。这对营养项目的计划、实施和监测很有帮助。

在城市和农村，市场在食物保障和营养方面发挥着举足轻重的作用。所有评估均应对照“市场分析的最低标准（MISMA）”及/或“经济恢复最低标准

(MERS)”中的评估和分析标准对市场进行分析⊕见“通过市场提供援助”。

以下食物保障和营养评估标准以“人道主义核心标准”承诺1为基础，为受影响人群设计适当的食物保障和营养响应⊕见“附录1、2、3”以及《紧急状况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》的评估清单。

食物保障和营养评估标准 1.1:

食物保障评估

当人们面临食物保障的风险时，进行评估以确定食物缺乏保障的程度、最受影响的人群和最合适的响应行动。

关键行动

- 1 在初始阶段和危机期间收集和分析有关食物保障的信息。
 - 包括分析与食物保障相关的关键问题，如环境恶化、安全和市场准入等。
- 2 分析食物保障对受影响人群营养状况的影响。
 - 包括对营养不良的根本原因进行评估，包括缺乏照看、不健康的家庭环境、缺乏医疗卫生服务或社会保障系统。
 - 在城市的环境中收集数据要更加频繁，因为在城市中的情况会比在农村的环境中变化更快，也更难观察。
- 3 识别有助于拯救生命、保护和促进生计的响应行动方案。
 - 包括市场评估以及政府和其他行动者回应需求的能力。
- 4 分析可用的烹饪资源和方法，包括炉灶和燃料的类型以及可用的锅和器具。
 - 分析人们在危机发生前获得和储存食物的方式、煮食燃料、收入状况以及他们现在的应对方式。
 - 关注妇女和女孩的权利及其保护方面的需求，收集燃料和准备食物通常都是由她们负责。



关键指标

用标准化的规程分析食物保障、生计和应对策略

分析性报告的占比（分析性报告综合了各项调查发现，要包含评估方法和评估时遇到的限制）

指引

危机发生前的数据与地理信息系统数据相结合，可以为危机的潜在影响提供一个概括的情况。然而，把这些数据充分分类并为城市状况提供一个清楚的图画不太可能。

评估来源、工具和信息系统：信息来源包括对农作物的评估、卫星图像、家庭评估、焦点小组访谈和与关键信息人访谈。有用的工具包括用于快速衡量家庭食物保障的“食物消耗评分”（Food Consumption Score）、“家庭饮食多样化评分”（Household Dietary Diversity Score）和“缩减应对策略指数”（Reduced Coping Strategies Index）。目前有许多地方和区域性的食物保障信息系统，包括饥荒早期预警系统。在可能的情况下，使用综合食物保障阶段分类（Integrated Food Security Phase Classification），并使用标准化规程对所关注地区缺乏食物保障的严重性和原因进行分类。食物保障项目的设计应利用评估结果，形成明确的响应分析，并在此基础上进行项目设计。

环境恶化可能会导致食物缺乏保障，而食物缺乏保障也能造成环境恶化。例如，捡柴和生产传统煤炭用来生火做饭甚至售卖挣钱也会导致森林被砍伐。响应行动应支持食物保障，同时也要限制其对环境造成的负面影响。

高风险群体：按性别、年龄、残障状况、财富和其他相关因素对数据进行分类。女性和男性在确保家庭营养健康方面可能有不同的作用。如有必要，请分别对男性和女性就食物保障、食物准备和家庭资源相关的习惯进行咨询。要注意在家庭内部对食物援助的分配中，老年人和残障人士可能会被排除在外。

数据细分应包括女孩和男孩，尤其是儿童当家的家庭、分离或无人陪伴的儿童、残障儿童以及非典型看护状态下的儿童。留心处于不同危机环境下的孩子，如在传染病暴发期间，要将观察中的儿童、接受临时照顾的儿童，以及治疗中心的儿童都包含在内，而在冲突环境中，还应包括遣散中心的儿童。

应对策略：考虑不同类型应对策略的有效性和所有的负面影响。一些应对策略，如土地出售、整个家庭的迁移或森林砍伐，可能会永久地破坏未来的食物保障。妇女、女孩和男孩所使用或被强迫使用的一些应对策略可能会损害他们的身心健康和社会融合。这些应对策略包括为了生存或挣钱而进行性交易、为收取聘礼而让女儿出嫁、让妇女和女孩吃得最晚最少、童工、高风险移民、贩卖和拐卖儿童。

间接量度：食物消耗反映出家庭中个人的能量和营养摄入。在初始评估期间，量度实际能量和营养摄入是不切实际的，因此要使用间接性指标。例如，个

人或家庭的食物种类、数目和给定时间段内的消费频率均能反映出受影响人群的饮食多样性。要衡量食物保障水平，每天进餐次数的变化和饮食多样性的变化都不失为很好的间接性指标，尤其是将其与家庭的社会经济状况相结合时。

量度食物消耗模式的工具包括“家庭饮食多样化评分”（Household Dietary Diversity Score）、“家庭食物缺乏保障的获取情况分级表”（Household Food Insecurity Access Scale）和“食物消耗评分”（Food Consumption Score）。“家庭饥饿状况分级表”（Household Hunger Scale）是食物缺乏保障的另一良好间接性指标。诸如“食物消耗评分”等常用指标可能无法充分反映城市环境中食物缺乏保障的状况。用各种应对策略对选定的措施进行三角测量，以了解食物获取方面的不同限制。

“食物支出占比”（Food Expenditure Share）及其既定的门限值可能过于复杂，无法在城市家庭中实施。这是因为可能同时有几个人负责食物篮，或有些家庭成员的食物来自家庭以外，以及可能有多人为家庭提供收入。

市场分析和饮食成本：获取市场准入、金融资本、生计和经济脆弱性的相关信息。这些因素与商品价格、赚取收入的机会和工资水平有关，都会影响到食物保障。正规和非正规市场系统都可以通过提供种子和工具等生产性物资来保障生计④见“食物保障和营养——生计标准 7.1 和 7.2”。

将市场分析纳入初始和后续环境评估中。市场分析应评估当地市场是否能够支持营养需求，并通过制定食品的最低成本和价格来满足典型家庭的营养需求④见“通过市场提供援助”。

以市场为基础的响应行动在农村地区日益增多，在城市已被普遍使用。他们使用供应商、市场场地、当地食物产品和运输服务来满足受影响人群的需求。因此，了解风险群体进入市场的途径非常重要④见《市场分析最低标准（MISMA）手册》。



食物保障和营养评估标准 1.2：

营养评估

营养评估使用已被接受的方法来确定营养不足的类型、程度和范围，以及风险最高的人群和适当的响应措施。

关键行动

- 1 汇总危机发生前的信息并进行初步评估，以确定营养状况的性质和严重程度。

- 评估国家和地方以及其他营养行动者，了解其领导或支持响应行动的能力。
- 2 进行快速上臂中部臂围（MUAC）筛查和紧急情况下婴幼儿喂养（IYCF-E）评估，以评估危机发生时的营养状况。
- 3 确定最需要营养支持的群体。
 - 通过一手或二手资料收集有关营养不足原因的信息，包括社区的观念和意见。
 - 与社区交流，确定高危群体，关注年龄、性别、残障状况、慢性病或其他因素。
- 4 基于对当地和紧急状况的理解，确定适当的响应。
 - 确定情况是稳定还是在恶化，评估营养状况的长期趋势，而不是某一特定时间内营养不良率。
 - 同时考虑预防和治疗方案。

关键指标

使用标准化方案评估营养不良并确定原因
包含评估方法和局限的评估报告占比

指引

情景信息：有关营养不良原因的信息可以从一手和二手资料中收集，包括健康和营养概况、研究报告、预警信息、卫生设施记录、食物保障报告和其他资料。例如：

- 人口统计学健康调查；
 - 多指标组群调查；
 - 国家营养信息数据库；
 - 其他国家健康和营养调查；
 - 国家营养监测系统；
 - 现有营养不良管理计划的使用率和覆盖率；
 - 艾滋病病毒感染率、发病率和死亡率数据，包含高风险或高负担群体
- ⊕见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准 2.3.3：艾滋病毒”。

地方机构和社区本身应尽可能积极参与评估、解释调查结果和参与制订响应计划。

快速响应：在危机的第一阶段，关于一般食物分配或营养不良的即时治疗决定，应基于快速评估、初步调查结果和现有的响应能力。深入分析应在稍后阶段进行，最紧急的响应行动不应被拖延。

分析范围：如果发现信息缺口，或需要更多信息来设计项目、衡量项目成果，或用于倡导工作，需要进行深入评估。确定是否需要对整个人群进行定性或定量评估，以了解人体测量状况、微量元素状况、婴幼儿喂养、孕产妇护理以及营养不足的潜在决定因素。应与医疗卫生、“供水、环境卫生和卫生促进”和食物保障等技术领域对评估方案的设计进行协调，并为评估做准备。

人体测量调查：这些调查用于检查身体的比例，并为慢性和急性营养不良率的估算提供参考。这些调查可以基于随机抽样或特定筛选。调查应根据世界卫生组织标准报告身高体重比 Z 值。将测量报告的身高体重比 Z 值，与国家卫生统计中心（NCHS）参考报告中的调查值进行比较，还应包括由上臂中部臂围数据测量的消瘦和严重消瘦程度。最被广泛接受的做法是评估 6–59 月龄儿童的营养不良水平，作为整个人群的代表。然而，如果有其他面临较大营养风险的群体，也考虑将他们纳入评估⊕见“附录 4：急性营养不良的界定”。

设定营养不良性水肿的发生率，并分别记录。报告营养不良率的置信区间并确保调查质量。使用现有工具，例如标准化救援和过渡的监测和评估（SMART）方法手册、对难民人口进行的“标准化扩大营养调查”（Standardised Expanded Nutrition Survey）、紧急营养评估软件，或流行病预防和监测系统软件。

婴幼儿喂养评估：评估紧急情况下婴幼儿喂养的需求和优先事项，并监测采取人道主义行动和不采取人道主义行动对婴幼儿喂养习惯的影响。危机发生前的数据可为早期决策提供信息。与其他领域合作，将紧急情况下婴幼儿喂养的问题纳入其他领域的评估，并利用现有的跨领域数据为评估提供信息⊕见“附录 3：营养评估清单”。

评估信息应包括可用的母乳喂养咨询师和训练有素的医务工作者数量，以及其他支持性服务和服务提供者的能力。对于更深入的评估，则随机抽样、系统抽样或分组抽样调查。调查既可以通过紧急情况下婴儿喂养调查单独进行，也可以采用综合调查方式进行。然而，综合调查的样本量可能有限，因而会降低调查的代表性。

其他指标：进行营养状况的总体评估时，可仔细考虑附加的信息。这些信息包括免疫和营养项目覆盖率，特别是麻疹，维生素 A、碘或其他微量元素缺乏症，疾病发病率和就医行为。在可能的情况下，也可以考虑婴儿和 5 岁以下儿童的粗死亡率和死亡原因。



营养不足水平的解读：对参考人群的规模和密度、死亡率和发病率进行详细分析，以确定是否需要营养不足水平进行干预。还需要有健康状况、季节波动、紧急情况下婴幼儿喂养指标、危机前营养不良水平、严重急性营养不良在全球急性营养不良情况中的比例，以及微量元素缺乏水平等信息^④见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.2：新生儿和儿童疾病管理”和“附录 5：公共卫生层面微量元素缺乏的测量方法”。

多项互补性信息系统的结合可能是一个最具成本效益的监测趋势的方式。恰当的决策模型和方法应当综合考虑食物保障、生计和营养等若干变量^④见“食物保障和营养评估标准 1.1：食物保障评估”。

2. 营养不良管理

预防和治疗营养不良是人道主义危机中需要考虑的重要因素。慢性营养不良是可以预防的，但没有足够证据表明慢性营养不良可以逆转或治疗。相反，危机期间可能引发的急性营养不良可以用正确的营养响应行动进行预防和治疗。

营养响应行动是降低受影响人群发病率和死亡率的关键。但是，他们需要了解营养不良复杂的根本成因。跨领域的工作方法对于应对所有成因及其之间的相互作用至关重要。

中度急性营养不良的管理：在危机中，补充供餐往往是预防和治疗中度急性营养不良的主要策略。

两种类型的补充供餐非常常见，分别是用于预防的全面补充供餐，以及针对中度急性营养不良和预防严重急性营养不良的补充供餐。每一种方案的使用都取决于急性营养不良的程度、弱势群体以及急性营养不良加重的风险。

在食物严重缺乏时，或在需要对中度急性营养不良的状况扩大干预的情况下，建议进行地毯式全面补充供餐，同时还应配合针对受影响家庭的一般食物发放工作。全面补充供餐没有明确的影响指标，但对供餐项目的覆盖面、执行程度、可接受性和所提供的食物配给进行监测都是非常重要的。管理中度急性营养不良的指标主要参阅有针对性的补充供餐。

有针对性的补充供餐的主要目的是防止中度营养不良变为严重营养不良，并使患有营养不良的人群获得康复。这些类型的方案通常为患有中度营养不良的人群、孕妇和哺乳期妇女以及其他高危人群提供普通食物配给外的食品补充。

严重急性营养不良的管理：有多种方法用于治疗性护理。在条件允许的情况下，首选以社区为本的急性营养不良管理，包括：

- 对患有严重急性营养不良并发症的人群进行住院治疗；
- 对患有严重急性营养不良的所有6月龄以下婴儿进行住院治疗；
- 为患有严重急性营养不良但没有出现并发症的人群提供门诊护理；
- 社区外展；
- 针对中度急性营养不良人群的其他具体服务或方案。

应对严重急性营养不良的方案需要配合补充供餐和社区动员，以支持社区外展、主动发现病例、转介和跟进。



营养不良管理标准 2.1:
中度急性营养不良
预防和处理中度急性营养不良。

关键行动

- 1 从项目起始，就干预措施的启动和退出建立明确的、协商一致的策略、目标和标准。
- 2 从项目起始，就通过社区参与，最大限度地扩大中度急性营养不良干预措施的覆盖面。
 - 与社区利益相关者合作，识别脆弱个体和家庭。
- 3 根据国家和国际公认的人体测量标准，制定病人准入和退出治疗的规章。
 - 在报告绩效指标时，明确退出治疗的标准。
 - 调查无法治疗、治疗无效或死亡增加的原因并采取行动。
- 4 将中度急性营养不良的管理、严重急性营养不良的管理和现有的医疗服务相结合。
- 5 除非有明确的就地供餐理由，否则应提供家用的干粮或合适的即食型辅助食品。
 - 每周或每两周提供一次食物配给。在确定食物配给的规模和分量时，应考虑家庭的组成和规模、家庭里食物是否得到保障以及分享的可能性。
 - 提供制备和储存补餐的卫生知识，以及明确的食用方法和时间。
- 6 强调保护、支持和推动母乳喂养、补充供餐和卫生。
 - 提供清楚的信息，说明为了母亲和儿童的身心健康，6 月龄以下儿童全母乳喂养以及 6–24 月龄儿童继续母乳喂养的重要性。
 - 不论母亲营养状况如何，都应为 6 月龄以下严重营养不良婴儿的哺乳期母亲提供补充供餐。

关键指标

能够在一天往返步程内（包括治疗时间）到达指定的干粮补充供餐点的目标人口占比

- >90%

能够在一小时内获得在地服务的目标人口占比

- >90%

可获得治疗服务的中度急性营养不良病例占比（覆盖率）

- 在农村地区超过 50%
- 在城市地区超过 70%
- 在正规集中安置营地超过 90%

因死亡、康复或无法治疗而退出补充供餐项目的人数比例

- 死亡：<3%
- 康复：>75%
- 无法治疗：<15%

指引

项目设计：项目设计应以现有医疗卫生系统能力为基础，并考虑获得医疗卫生设施、人口地理分布和安全等情况。保持住院和门诊治疗护理、产前护理、疟疾预防、儿童疾病和筛查、艾滋病毒和结核病护理以及包括食物、现金或代金券使用在内的食物保障方案互相结合。

补充供餐并不是要取代日常饮食，而是要补充饮食。补充供餐项目应为跨领域工作手法中的一部分，应与互补性服务（如供水、环境卫生和卫生促进，医疗卫生，婴幼儿喂养和一般食物发放等）一同设计，这是非常重要的。评估补餐食品在国内或国际市场上的供应，并将潜在的渠道制约因素纳入项目设计^④见“通过市场提供援助”。

预防或治疗：采取全面的方法预防营养不良，或采取有针对性的方法进行治疗。这样的决定取决于：

- 急性营养不良程度和受急性营养不良影响的人数；
- 发病率增加的风险；
- 食物保障的风险；
- 流离失所的人口和密度；
- 使用人体测量标准筛选和监测受影响人群的能力；
- 可用资源以及是否可接触到受影响人群。

有针对性地补充供餐通常需要更多的时间和精力来筛查和监测患有急性营养不良的人群，但它需要的专门食物资源较少。普遍性的补充供餐通常不需要特别多具备专业知识的工作人员，但需要更多专门的食物资源。



有效的社区动员：社区动员和参与将提高人们对项目及其有效性的理解。与目标人群合作，一起决定在哪里设立供餐地点，并考虑到达地点有困难的风险群体。共享清晰和全面的信息，为使用通俗易懂的语言和不同动员形式（如音频、视频和书面等）提供支持。

覆盖率是指接受治疗的人数占需要治疗总人数的比例。覆盖率可能会受到以下因素的影响：

- 项目的可接受性，包括项目地点的位置和是否便利；
- 安全状况；
- 物资发放频率；
- 等待时间；
- 动员、家访和筛查的程度；
- 是否有男性和女性营养工作人员；
- 受益对象纳入标准和覆盖面的一致性；
- 照顾者识别营养不良症状的能力。

覆盖率的评估方法成本高昂，需要经过专门培训的工作人员。如果覆盖率的调查不可行，请在决定替代方法时参考国家指引。使用常规项目数据，如筛查、转介和接受治疗的数据来估计覆盖率。

除非项目地区发生重大变化，如人口流动或出现新的治疗产品或方案，否则没有必要定期对覆盖率进行评估。

接受治疗标准应与国家和国际指引保持一致。如对于6月龄以下婴儿和人体测量状况难以确定的人，应考虑其临床状况和哺乳状况^⑤见“附录4：急性营养不良的界定”和“参考文献和延伸阅读”。

艾滋病毒阳性（或疑似艾滋病毒阳性）或患有结核病或其他慢性病的人群不应受到歧视。如果他们符合准入标准，应享有平等的护理机会。有些人群并不符合急性营养不良的人体测量标准，但也可以从补充供餐中受益。例如艾滋病毒携带者、结核病或其他慢性病患者、已结束医疗护理但需要康复支持以防复发的患者，以及残障人士。

不符合准入标准的艾滋病毒携带者往往需要营养支持。在危机中，最好在严重急性营养不良的治疗范围之外提供这种支持。向这些个人及其家庭提供一系列服务，包括社区和家庭护理、结核病治疗中心和预防母婴传播的项目。

退出治疗的标准和监测：退出治疗的人群包括已康复、已死亡、无法治疗或无法康复的个人。转介到补充服务（例如医疗卫生）的人群尚未结束治疗，将继续治疗或稍后返回治疗。不应计入被转移到其他地址或尚未结束治疗的人群。

如果有个体在完成康复护理后加入营养项目，须单独分类和列入报告，以避免产生结果偏差。如果有个体因残障、腭裂或手术等其他因素而产生急性营养不良，应将其纳入项目报告。调查性别因素对获得治疗、无法治疗和康复有怎样的影响。

退出治疗的统计方法如下：

- 因康复而不再接受治疗的人数比例 = $\text{康复人数} / \text{不再接受治疗的总人数} \times 100\%$
- 因死亡而不再接受治疗的人数比例 = $\text{死亡人数} / \text{不再接受治疗的总人数} \times 100\%$
- 因无法治疗而不再接受治疗的人数比例 = $\text{无法治疗的人数} / \text{不再接受治疗的总人数} \times 100\%$
- 因无法康复而不再接受治疗的人数比例 = $\text{无法康复的人数} / \text{不再接受治疗的总人数} \times 100\%$

除上述指标外，监测系统还应包括：

- 人群的参与；
- 项目的可接受性（无法治疗率和覆盖率可以作为衡量这一点的间接测定指标）；
- 食物的数量和质量；
- 覆盖率；
- 转至其他项目的原因（特别是营养状况恶化成严重急性营养不良的儿童）；
- 接受治疗的人数。

考虑外部因素，例如：

- 发病模式；
- 人口营养不足的程度；
- 家庭和人口中食物缺乏保障的程度；
- 可为人口提供的补充干预措施（包括一般食物援助或同等方案）；
- 现有系统提供服务的能力。

与医疗卫生和其他领域的结合：有针对性地补充供餐和普遍性地补充供餐都可以作为提供补充服务的平台。在许多情况下，用于预防的普遍性补充供餐可以支持危机响应。例如，它可以通过开展人口普查登记、社区筛查和转介，为严重急性营养不良和中度急性营养不良管理提供接触目标人群的机会。它还提供儿童生存干预措施，例如：

- 驱虫药；
- 维生素 A 补充剂；



- 铁和叶酸与疟疾筛查和治疗相结合；
- 锌治疗腹泻；
- 免疫接种。

⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1 至 2.1.4”和“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.1 和 2.2.2”。

具有高度脆弱性的人群，例如艾滋病毒感染率高发地区人群以及行动或就餐困难的人群，可能需要通过项目调整来满足其需求。这可能包括调整补充食物配给的质量和数量⊕见“婴幼儿喂养标准 4.1”。

营养不良管理标准 2.2： 严重急性营养不良

严重急性营养不良得到治疗。

关键行动

- 1 从项目起始，就为启动和退出干预措施建立明确的、商定的策略、目标和标准。
 - 包括充足的人员配备和相关的能力、专业知识和技能。
- 2 严重急性营养不良的管理包含住院治疗、门诊治疗、转介和社区动员等部分。
- 3 根据国家和国际公认的严重急性营养不良管理指引提供营养和保健。
- 4 确保退出治疗的标准中，包括人体测量指标和其他指标。
- 5 调查无法治疗、治疗无效或死亡增加的原因并采取行动。
- 6 保护、支持和促进母乳喂养、补充供餐、卫生宣传以及良好的母子互动。
 - 提供清楚的信息，说明为了母亲和儿童的身心健康，6 月龄以下儿童全母乳喂养以及 6–24 月龄儿童继续接受母乳喂养的重要性。

关键指标

能够在一天的往返步程（包括治疗时间）内到达指定项目站点的目标人口占比

- >90%

可获得治疗服务的严重急性营养不良病例占比（覆盖率）

- 在农村地区超过 50%
- 在城市地区超过 70%
- 在正规集中安置区超过 90%

因死亡、康复或无法治疗而退出治疗的人数比例

- 死亡：<10%
- 康复：>75%
- 无法治疗：<15%

指引

项目组成部分：可直接提供或通过转介提供住院治疗。项目应为没有并发症的儿童提供分流的门诊治疗，而门诊地点应靠近目标人群，以减少带年幼儿童步行往返的风险和费用，以及进一步流离失所的风险⊕见“*儿童健康标准 2.2.2：新生儿和儿童疾病的管理*”。

将项目与其他相关服务相结合，例如：

- 补充供餐；
- 艾滋病毒和结核病网络；
- 康复；
- 基本医疗服务；
- 食物保障项目，包括食物或现金援助。

覆盖率：严重急性营养不良和中度急性营养不良的覆盖率评估方法是类似的⊕见“*营养不良管理标准 2.1：中度急性营养不良*”。

接受治疗标准应符合国家和国际指引。如 6 月龄以下婴儿和人体测量状况难以确定人群的准入标准还应包含临床和母乳喂养状况⊕见“*附录 4：急性营养不良的界定*”和“*参考文献和延伸阅读*”。

艾滋病毒阳性（或疑似艾滋病毒阳性）或患有结核病或其他慢性病的人群不应受到歧视。如果他们符合准入标准，应获得平等的治疗机会。一些不符合急性营养不良人体测量标准的人群也许可从补充供餐中受益，如残障人士、艾滋病毒携带者、结核病或其他慢性病患者或退出治疗后为避免复发而需要康复支持的人群。如果这些人群不符合人体测量标准，则对监测和报告系统进行调整。

不符合准入标准的艾滋病毒携带者往往需要营养支持，而在危机状况下，这类支持最好在严重急性营养不良的治疗范围之外提供，并向这些人群及其家



人提供一系列服务，包括社区和家庭护理、结核病治疗中心和预防母婴传播计划。

退出治疗的标准和康复：退出治疗的人必须没有出现并发症。此外，他们应已恢复食欲，并且在没有营养不良性水肿的情况下，实现并保持适当的体重增加（例如，连续两次称重）。对于出现或没有出现营养不良性水肿的个人，要分别计算平均体重增加情况。母乳喂养对6月龄以下的婴儿以及6–24月龄儿童尤为重要，需要对非母乳喂养的婴儿密切关注。为避免退出治疗过早带来的相关风险，须遵守退出治疗的标准。

急性营养不良社区管理指引规定了平均治疗时间，旨在缩短恢复期。平均治疗时间的计算取决于具体情况，请遵守现行的国家指引。患有艾滋病毒、结核病和其他慢性病的人群中可能出现一些营养不良治疗无效的情况。与医疗卫生服务机构以及其他社会和社区支持服务机构合作，为这些人群确定长期治疗方案④见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准2.3.3：艾滋病毒”。

管理严重急性营养不良的绩效指标：退出治疗的严重急性营养不良患者由四类人群组成，包括康复人群、死亡人群、无法治疗人群和无法康复人群④见“营养不良管理标准2.1：中度急性营养不良”。

管理严重急性营养不良的绩效指标应结合住院和门诊治疗结果，不能重复计算转介病患。如果无法做到这一点，请调整对结果比率的解读。例如，如果只提供门诊治疗，项目应该会有更好的表现。当只提供住院治疗时，项目应该着眼于综合治疗的结果。

被转介至其他服务（例如医疗服务）的个人尚未完成治疗。在评估门诊治疗的绩效时，为了准确地提供项目绩效，应对转介到住院治疗的个案进行报告。

绩效指标不应纳入艾滋病毒的临床复杂性。艾滋病毒的临床复杂性会影响死亡率。在这种情况下，对项目绩效情况的解读必须考虑到这一点。

当监测绩效时，除了退出治疗的指标外，还应审查新接入院的治疗（性别、年龄、残障），治疗中儿童人数和覆盖率的分类数据。调查并记录重新接受治疗、临床状态恶化、退出治疗和无法治疗的病患比例和原因。根据使用的指引调整这些定义。

医疗投入：按照国家或国际指引，所有严重急性营养不良计划应包括系统性治疗。至关重要的是，它们应包含有效的转介机制，以管理结核病和艾滋病等潜在疾病。在艾滋病毒感染率较高的地区，营养不良方案应考虑采取旨在避免艾滋病毒传播并支持孕产妇和儿童生存的干预措施。在艾滋病毒感染较为普遍的环境中（艾滋病毒患病率超过1%），应对营养不良儿童进行检查，确定他们的艾滋病毒感染状况，以及是否需要抗逆转录病毒治疗（ART）。

母乳喂养支持：住院婴儿的母亲需要有技巧的母乳喂养支持，这也是婴儿营养康复的一部分。这对6月龄以下的儿童和残障母亲尤为重要。提供足够的时间和资源，例如指定私密的母乳喂养区，以便开展有针对性的母乳喂养支持和同伴支持。严重营养不良的6月龄以下婴儿的哺乳期母亲应该获得补充食物配给，不论其营养状况如何。如果这些母亲符合严重急性营养不良的人体测量标准，则应让她们接受治疗。

社会心理支持：在严重急性营养不良患儿的康复期间，通过游戏对孩子进行情感和身体刺激非常重要。它还能促进依恋和积极的亲子情感。这类儿童的看护人通常需要社会和心理支持才能带孩子接受治疗。有些母亲可能需要额外的支持让他们接受围产期抑郁症的心理健康护理服务，如通过社区动员计划来提供支持。创造条件让所有严重营养不良患儿的看护人在治疗期间能够喂养和照顾孩子；为其提供建议、示范以及健康和营养信息。注意治疗对看护人及孩子的兄弟姐妹的影响，确保有足够的育儿安排，避免家庭分离，最大限度地减少社会心理痛苦，并尽最大可能提高治疗配合度。

与其他行动者的关联：与儿童保护和性别暴力领域的合作伙伴进行协调，建立转介途径和信息共享方案。培训营养工作人员如何为遭受身体、性或情感暴力、剥削或侵犯的儿童的书护人提供支持性的和保密的转介服务。



3. 微量元素缺乏

微量元素缺乏是许多国家社会经济发展的制约因素，对人们的健康、学习能力和生产力有很大的影响，也会导致贫困、营养不良和发育迟缓的恶性循环，对已处于弱勢的群体造成影响。

在许多情况下，微量元素缺乏很难被识别。虽然严重微量元素缺乏的临床症状可能易于诊断，但对人群健康和生存构成更大负担的可能是亚临床微量元素缺乏。因此可以想象，危机将加剧人口中任何现有的微量元素缺乏情况，应使用覆盖面广的干预措施和个体化治疗来解决微量元素缺乏的情况。

可通过三种方法控制微量元素缺乏：

- **补充：**提供高度可吸收的微量元素通常可以最快地控制个体或目标人群的微量元素状况。此类例子包括通过给孕妇补充铁和叶酸，以及给 5 岁以下儿童补充维生素 A 来治疗贫血的微量元素补充项目。
- **强化：**微量元素强化食品是控制微量元素缺乏的有效策略。此类例子包括碘盐、微量元素粉末或维生素 A 强化植物油。
- **食物为本的方法：**预防微量元素缺乏所需的维生素和矿物质存在于各种食物中。政策和项目应确保全年的食物消耗提供足够品种、数量和有质量保证、富含微量元素的食物。

虽然这三种方法都可用于危机响应，但最常见和最广泛使用的是“补充”。

微量元素缺乏标准 3：

微量元素缺乏

微量元素缺乏的问题得到解决。

关键行动

- 1 收集危机发生前当地情况的信息，以确定最常见的微量元素缺乏问题。
- 2 向医疗卫生工作人员提供有关识别和治疗微量元素缺乏症的培训。
- 3 制定应对微量元素缺乏风险的程序。
- 4 将微量元素响应措施与公共卫生响应相结合，以减少与危机相关的疾病，如利用维生素 A 控制麻疹、利用锌控制腹泻。

关键指标

不出现坏血病、糙皮病、脚气或核黄素缺乏的病例

- ⊕见“附录 5：公共卫生层面微量元素缺乏的测量方法”中按年龄组和整个群体来关注公共卫生的重要性
- 使用国家或特定环境的指标（如有）

干眼症、贫血和碘缺乏的比率对公共卫生不构成重大影响

- ⊕见“附录 5：公共卫生层面微量元素缺乏的测量方法”中按年龄组和整个群体来关注公共卫生的重要性
- 使用国家或特定环境的指标（如有）

指引

诊断临床微量元素缺乏：临床微量元素缺乏症应由合格的医务人员进行诊断。当这些微量元素缺乏的临床指标纳入健康或营养监测系统时，应培训工作人员开展基本评估并做出相应的转介。诊断标准通常是不确定的；在危机中，应通过营养补充的效果确定诊断标准。

亚临床微量元素缺乏症是指那些没有严重到出现可辨认症状的微量元素缺乏症。然而，它们可能会带来不良的健康后果。要鉴定症状，需要专门的生化检查，而贫血是一个例外，贫血的基本测试在现场就可以轻松进行。

间接指标可用于评估微量元素缺乏的风险，并确定何时需要补充或改善饮食摄入量。间接评估涉及估算人口的营养素摄入量并推断微量元素缺乏的风险。为此，请查看受影响人群如何获得食物、有哪些食物可以取得和如何使用这些食物等状况，并评估食物配给数量是否充足。

预防：预防微量元素缺乏的策略见下文第 6 节（⊕见“食物援助标准 6.1：一般营养要求”）。疾病控制对于预防微量元素缺乏症非常关键。急性呼吸道感染、麻疹、疟疾和腹泻等寄生虫感染是消耗人体微量元素储备的疾病。治疗前的准备包括制定诊断标准和治疗指南，以及积极的病例发现系统⊕见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.1 和 2.2.2”。

微量元素缺乏症的治疗：病例发现和治疗应在医疗卫生系统和供餐项目内开展。如果微量元素缺乏率超过公共卫生门限值，则适宜用补充剂对人群进行全面治疗。坏血病（维生素 C 缺乏症）、糙皮病（烟酸缺乏症）、脚气病（硫胺素缺乏症）和核黄素缺乏症是微量元素缺乏引起的最常见的疾病⊕见“附录 5：公共卫生层面微量元素缺乏的测量方法”。



控制微量元素缺乏症的公共卫生措施包括：

- 为 6 – 59 月龄儿童提供补充维生素 A 的疫苗接种；
- 为 12 – 59 月龄的所有儿童驱虫；
- 在食品供应中加入碘盐和其他强化商品，如维生素 A 和维生素 D 强化植物油，并提供微量元素粉或碘油补充剂；
- 为 6 – 59 月龄儿童提供含铁的多种微量元素产品；
- 为孕妇和哺乳期妇女提供含铁的日常多种微量元素补充剂，包括叶酸。

如果无法提供含铁的多种微量元素产品，请向孕妇和分娩不超过 45 天的妇女提供铁和叶酸的日常补充剂。

使用按性别分类的间接指标评估受影响人群微量元素缺乏的风险，并确定是否需要改善饮食摄入量或使用补充剂。例如，维生素 A 缺乏症的间接指标可能包括出生体重轻、消瘦或发育迟缓⊕见“食物保障和营养评估标准 1.2：营养评估”。

4. 婴幼儿喂养

适当和及时地提供紧急情况下婴幼儿喂养（IYCF-E）的支持可挽救生命并保护儿童的营养、健康和发育，而不适当的婴幼儿喂养方法会增加营养不良、疾病和死亡的威胁，并破坏孕产妇的健康，在危机的状况下更会增加这些风险。某些婴幼儿会特别脆弱，其中包括：

- 低体重新生儿；
- 失散和无人陪伴的儿童；
- 抑郁母亲的婴儿和孩子；
- 2 岁以下没有母乳喂养的儿童；
- 艾滋病毒中度或高度流行人群中的婴幼儿；
- 残障儿童，特别是那些有喂养困难的残障儿童；
- 患急性营养不良、发育迟缓或微量元素缺乏的婴幼儿。

紧急情况下婴幼儿喂养是保护和支持母乳或非母乳喂养的婴儿和 0–23 月龄幼儿营养需求的行动和干预措施。优先干预措施包括：

- 母乳喂养的保护和支持；
- 适当和安全的补充供餐；
- 对无法进行母乳喂养的婴儿进行人工喂养管理。

为孕妇和哺乳期妇女提供支持对其子女的福祉非常重要。“纯母乳喂养”是指婴儿除接受母乳之外不接受任何其他液体，除必要的微量元素补充剂或药物外，不接受任何其他固体食物。纯母乳喂养可保证 6 月龄前婴儿的食物和液体安全，并提供主动的免疫保护。母乳喂养能确保婴儿最佳的大脑发育，并持续保护较大婴儿和儿童的健康，特别是在缺乏“供水、环境卫生和卫生促进”条件的情况下。母乳喂养还可以延后月经的到来和预防乳腺癌，以保护孕产妇的健康，也可通过增强依恋关系和反应度来促进母亲和幼儿的心理健康。

本节中的主要行动反映紧急情况下婴幼儿喂养操作指引（下称“操作指引”）。操作指引是一个机构间工作小组的工作成果，其目的是确保在紧急情况下为婴幼儿喂养和国际母乳替代品销售守则（统称为“守则”）提供简明实用的指引。

婴幼儿喂养标准 4.1：

政策指引和协调

通过政策指引和协调确保安全、及时和适当的婴幼儿喂养。



关键行动

- 1 在危机协调机制内，建立紧急情况下婴幼儿喂养的协调机制，并确保跨领域的合作。
 - 尽可能地假设政府是协调机关。
- 2 在相关的国家和人道主义机构的灾前准备政策指引中纳入操作指引的规范。
 - 在没有政策的情况下，与当地政府合作制定指引和联合声明。
 - 在可能的情况下，加强国家相关政策。
- 3 在所有响应级别中，为紧急情况下婴幼儿喂养提供良好、协调一致、及时的沟通。
 - 尽快通知人道主义机构、资助者和媒体有关紧急情况下婴幼儿喂养的任何政策和做法。
 - 与受影响人群就可用服务、紧急情况下婴幼儿喂养的实践和反馈机制进行沟通。
- 4 避免接受或募集母乳替代品（BMS）、其他液态奶制品、奶瓶和奶嘴的捐赠。
 - 对已经到位的捐赠品应由指定机构根据“操作指引”和“守则”进行管理。
 - 确保严格锁定目标对象和使用、采购、管理和发放母乳替代品。这必须以需求和风险评估、数据分析和技术指引为基础。

关键指标

采用已反映操作指引规定的紧急情况下婴幼儿喂养政策占比

没有违反“守则”的报告

及时处理母乳替代品、其他液态奶制品、奶瓶和奶嘴的违规捐赠占比

指引

与受影响人群、响应工作者和媒体沟通：向不同的受助群体和公众传播可用的服务和婴幼儿喂养的健康做法时，需要根据他们的情况调整信息的内容。在制作相关信息时，需考虑为看护人提供支持，这些看护人包括祖父母、单亲父母、由儿童当家的家庭或兄弟姐妹，或残障人士的看护人，以及感染艾

滋病毒的人群。

母乳替代品国际营销守则：该守则通过确保母乳替代品的安全使用为人工喂养的婴儿提供保护。这一守则基于公正、准确的信息并适用于所有情况。它应该在危机前的准备阶段纳入法规，并在危机响应期间执行。在没有国家立法的情况下，至少应执行守则的条款。

该守则不限制受影响人群获得母乳替代品、奶瓶或奶嘴，也不禁止他们使用，只限制这些用品的营销、采购和发放。危机中常见的违反守则行为源于标签和无针对性发放等问题。在危机期间应进行监督，并向联合国儿童基金会、世界卫生组织和地方政府上报任何违反守则的行为。

如有标准指标应加以使用，如没有标准指标，根据当地情况制定指标。考虑干预行动的时间框架，设定紧急情况下婴幼儿喂养的阶段性目标，以确定进度和要达成的成果。鼓励在实施项目的合作伙伴之间和调查中使用一致的紧急情况下婴幼儿喂养指标。将重复评估或部分基线评估作为监测紧急情况下婴幼儿喂养干预措施的一部分。

人工喂养：所有母乳替代品必须符合国际食品法典和守则。获得充足的“供水、环境卫生和卫生促进”服务对于最大限度地降低紧急情况下人工喂养的风险至关重要。母乳替代品的发放系统将取决于当地的具体情况，包括干预措施的规模。婴儿配方奶粉和其他一般母乳替代品不得纳入普遍食品发放的范围。不要将已风干的液态奶制品和液态奶作为单一物资发放。在指定的紧急情况下婴幼儿喂养协调机构的指引下，选用人工喂养的指示和管理应符合“操作指引”和“守则”。

婴幼儿喂养标准 4.2：

对紧急情况下婴幼儿喂养的跨领域支持

婴幼儿的母亲和看护人可获得及时和适当的喂养支持。这些支持可把风险降至最低，也具当地文化敏感度，并能使营养、健康和生存达至最佳结果。



关键行动

- 1 优先让孕妇和哺乳期妇女获取食物、现金或代金券以及其他支持性的干预措施。
- 2 为孕妇和哺乳母亲提供技术性母乳喂养咨询。
- 3 为所有新生儿的母亲提供早期纯母乳喂养支持。
 - 在产科服务中提供纯母乳喂养的简易指引。

- 保护、促进和支持 0–5 月龄婴儿的纯母乳喂养，并继续 6 月龄至 2 岁儿童的母乳喂养。
 - 如果 0–5 月龄婴儿接受了混合喂养，则为他们提供过渡到纯母乳喂养的支持。
- 4 为需要人工喂养的婴儿母亲和看护人提供适当的母乳替代品、喂养设备和相关支持。
- 针对未接受过母乳喂养的婴儿，探索母乳喂养和乳母喂养的安全性和可行性。在这种情况下，应考虑文化背景和可用的服务。
 - 如果母乳替代品是唯一可接受的选择，则应提供烹饪和喂养设备、“供水、环境卫生和卫生促进”以及医疗卫生方面的基本组合服务。
- 5 对辅助食品提供及时、安全、充分和适当的支持。
- 评估家庭食品是否适合作为儿童的辅助食品，并就补充供餐提供针对当地情况的建议和支持。
 - 确保有需要家庭获得喂养设备和烹饪用品，还应考虑有喂养困难的儿童。
- 6 向特别脆弱的婴幼儿提供喂养支持。
- 支持营养项目中婴儿的激发活动和儿童早期发展的护理方法。
- 7 提供必要的微量元素补充剂。
- 无论孕妇和哺乳期妇女是否食用强化食品，为她们提供日常补充剂，包括每日一次的所需多种微量元素，以保护母亲的营养储备和母乳含量。
 - 如已提供铁和叶酸补充剂，则继续提供。

关键指标

获得技术咨询的母乳喂养的母亲占比

能够获得符合规范和适当的母乳替代品供应以及给需要人工喂养的婴儿相关支持的看护人占比

为 6–23 月龄儿童提供及时、适当、营养充足和安全辅食的看护人占比

指引

紧急情况下婴幼儿喂养评估和监测：评估紧急情况下婴幼儿喂养响应的需求和优先事项，并监测紧急情况下婴幼儿喂养干预措施的影响 ⊕ 见“食物保障和营养评估标准 1.2：营养评估”。

跨领域的合作：确定和支持紧急情况下婴幼儿喂养各领域的切入点包括：

- 产前和产后护理；
- 免疫接种点；
- 生长监测；
- 儿童早期发展；
- 艾滋病治疗服务（包括预防母婴传播）；
- 急性营养不良的治疗；
- 社区健康、精神健康和心理支持；
- “供水、环境卫生和卫生促进”服务；
- 工作场所；
- 农业技术推广工作。

目标群体：5岁以下儿童的所有评估和项目数据应按性别和0-5月龄、6-11月龄、12-23月龄和24-59月龄分类。建议从24月龄开始按残障情况分类。

确定并建立服务以满足残障儿童、失散和无人陪伴的婴幼儿的营养和护理需求。把失散和无人陪伴的儿童转介给负责儿童保护的合作伙伴。确定孕妇和哺乳期妇女的比例。

考虑艾滋病毒中度或高度流行地区的人群、失散和无人陪伴的儿童、低体重新生婴儿、残障儿童和喂养困难的儿童、未被母乳喂养的2岁以下儿童，以及严重营养不良的儿童。请注意，患有抑郁症的母亲的孩子往往有较高的营养不良风险。

孕妇和哺乳期妇女：在食品、现金或代金券援助项目中，如果孕妇和哺乳期妇女的需求未能获得满足，则应针对孕妇和哺乳期妇女使用强化食品。根据世界卫生组织的建议，应提供微量元素补充剂。

为忧伤的母亲提供社会心理支持，包括必要时转介精神健康服务。安排身体有残障的母亲获得适当的支持。在集中安置区和其他集体环境中为母乳喂养创造安全的场所，例如带有纯母乳喂养区的婴儿友好空间。

母乳喂养的婴儿：在计划和资源分配时，应允许在困难的情况下给予技术性哺乳喂养支持。这些困难情况包括患有急性营养不良的0-6月龄婴儿、惯常使用混合喂养的人群以及在艾滋病毒环境中的婴儿喂养。

非母乳喂养的婴儿：在所有危机中，保护非母乳喂养的婴幼儿，并满足其营养需求。非母乳喂养的后果因孩子的年龄而异，最小的孩子最容易感染传染病，他们的健康取决于有适当的母乳替代品、燃料、设备，以及供水、环境卫生和卫生促进条件。

婴儿配方奶粉和其他母乳替代品：婴儿配方奶粉是适合0-5月龄婴儿的母乳



替代品。要优先考虑液态的即用型婴儿配方奶，因为它不需要制备，并且比婴儿配方奶粉的安全风险更低。

喂养器具的卫生、适当使用和谨慎储存对于即用型婴儿配方奶至关重要。即用型婴儿配方奶比较重，因此运输和储存会更为昂贵。6月龄以上的儿童使用替代液体奶，包括来自牛、山羊、绵羊、骆驼或水牛的巴氏杀菌全脂奶、超高温灭菌液体奶、发酵液态奶或酸奶。

6月龄以上的儿童是否使用婴儿配方奶粉，取决于危机发生前的习惯、可用的资源、替代性液体奶的来源、补充食品的充足性和人道主义机构的政策。而使用母乳替代品的做法可能是短期或长期的，不需要为6月龄以上的儿童提供后续型、成长型液体奶和幼儿液体奶。

符合资格的卫生或营养工作人员可通过个案评估、跟进和支持来确定婴儿配方奶粉的需求。如果无法进行个案评估，请咨询协调机构和技术性人道主义机构，以获得有关评估和目标标准的建议。提供婴儿配方奶粉直到其获得母乳喂养或至少长大至6月龄。为需要的儿童提供母乳替代品时，不要无意中鼓励母乳喂养的母亲也使用母乳替代品。

不要用奶瓶，它们很难清洗。鼓励用杯子喂养并提供支持。

保持对个人和人群发病率的监测，特别是针对腹泻。

补充供餐是在单靠母乳无法满足婴儿的营养需求时，在母乳之外添加其他食物和液体辅食的一个过程。无论补充食品和液体辅食是工业生产还是当地制备，都应向6-23月龄儿童提供。

已有的和现有的营养缺口是决定使用哪些补充食品支持方案的关键，其他考虑因素还包括受影响家庭可否负担和取得营养饮食、食物供应的季节性以及在当地可否取得优质辅食。辅食响应方案包括：

- 现金援助，以购买当地可获得的强化食品和营养丰富的食品；
- 发放营养丰富的家庭食物或强化食品；
- 为6-23月龄儿童提供含多种微量元素的强化食品；
- 使用微量元素补充剂（如微量元素粉末或其他补充剂）进行家庭强化治疗；
- 生计项目；
- 社会保障项目。

给予现金援助的同时，考虑培训或宣传，以确保受影响人群了解如何使用现金实现最佳营养结果。

补充微量元素：未接受强化食品的6-59月龄儿童可能需要多种微量元素补充

剂以满足营养需求。推荐使用维生素 A 补充剂。在疟疾流行地区，应提供任何形式的补铁剂，包括微量元素粉末，并始终与疟疾诊断、预防和治疗策略相结合。疟疾预防策略的例子有提供经杀虫剂处理的蚊帐和病媒控制方案、及时诊断疟疾疾病，以及进行有效的抗疟疾药物治疗。不要为无法获得疟疾预防策略的儿童提供补铁剂。根据最新指引，为孕妇和哺乳期妇女提供铁和叶酸或多种微量元素补充剂。

艾滋病毒和婴儿喂养：应支持感染艾滋病毒的母亲在接受抗逆转录病毒治疗时，至少坚持 12–24 个月或更长时间的母乳喂养。如果没有抗逆转录病毒药物，选择给婴儿提供最大限度免于感染艾滋病毒并存活策略。这意味着要平衡艾滋病毒传播与非艾滋病毒导致儿童死亡的风险。相应的，为母亲和看护人提供支持。优先加速抗逆转录病毒药物的获取 ⊕ 见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准 2.3.3：艾滋病毒”。

为未感染艾滋病毒的母乳喂养的母亲和乳母，以及艾滋病毒感染状况不明的人提供咨询，建议在婴儿出生后的前 6 个月进行纯母乳喂养。之后，在继续母乳喂养的同时引入辅食，直到孩子长至 24 月龄或更大。已接受替代喂养的婴儿需要紧急识别和支持。

参看现有的国家和地方政策，并评估这些政策是否符合世界卫生组织的最新建议。要确定政策是否适合新的危机情况，需考虑感染非艾滋病毒传染病的风险变化、紧急情况可能持续的时间、替代喂养是否可行以及抗逆转录病毒药物是否供应。可能需要发布更新后的临时指引并将其向母亲和看护人传播。

性别暴力、儿童保护和营养：性别暴力、社会性别不平等和营养往往是相互关联的。家庭暴力可能会对妇女及其子女的健康和福祉构成威胁。营养工作人员应为看护人或受到性别暴力或侵犯的儿童提供支持性和保密性的转介。其他可整合的要素包括咨询、建立关爱妇女和儿童的治疗场所、定期监测无法治疗和未能治愈的情况。要考虑把处理性别暴力个案的专业人员和儿童保护个案工作者作为营养工作人员的一部分 ⊕ 见“保护原则 3 和 4”。

公共卫生紧急事件：在公共卫生危机中，采取措施防止任何健康和喂养支持服务的中断，确保持续的家庭食物保障和生计，并通过母乳喂养最大限度地减少疾病传播风险，并尽量减少产妇疾病和死亡。参考世界卫生组织对霍乱、埃博拉和寨卡病毒的指引。



5. 食物保障

当所有人都能从实质上和经济上获得充足、安全和营养丰富的食物，其饮食需求和食物偏好都能得到满足，并过着积极健康的生活时，这就意味着达到食物保障目的。

食物保障受到宏观经济、社会政治和环境因素的影响。国家和国际政策、程序或制度可以影响受影响人群获得营养充足的食物。气候变化导致的当地环境恶化，日益变化的极端天气也会对食物保障构成影响。

在人道主义危机中，食物保障响应行动的目的应为满足短期的需求，并尽量避免受影响人群采取具潜在破坏性的应对策略。随着时间的推移，响应行动应有利于保护和恢复生计、稳定或创造就业机会以及恢复长期食物保障，不应应对自然资源和环境产生负面影响。

家庭食物缺乏保障是营养不良的四个根本原因之一。其他原因还包括不良的喂养和护理方式、不健康的家庭环境和不完善的医疗卫生服务。

本节的标准对满足一般人群和营养风险高的人群（例如 5 岁以下儿童、艾滋病病毒携带者或艾滋病患者、老年人、慢性病患者和残障人士）食物需求的资源做出了考虑。

如果一般人群的食物需求得不到满足，治疗营养不良的响应工作的效果也会受到影响。如果从营养不良中恢复的人群不能维持足够的食物摄入量，他们的身体状况将再度恶化。

选择最有效的危机响应方案，需按性别分类彻底分析不同的需求、家庭偏好、成本效率和效益、保护风险和季节性变化。还应确定所需食物的具体类型和数量，以及发放食物的最佳方式。

食物是弱势家庭的主要支出。现金援助可以使接受援助的人群更好地管理其总体资源，尽管这取决于现金援助额度。协同分析和设定项目目标能对目标人群设定、现金援助额度和任何相关潜在条件提供指导。

食物保障响应行动应逐步通过市场开展工作或以支持当地市场为目标。关于地方、国家或区域采购的决定应基于对市场的了解，包括市场和金融服务提供者。以市场为本的方案，例如资助商家补充货品，也可以支持市场 [见](#) “通过市场提供援助”和《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

食物保障标准 5：

一般食物保障

人们获得食物援助，以确保他们的生存、维护他们的尊严、防止他们资产的损失，并建立他们的复原力。

关键行动

- 1 根据食物保障评估的数据，设计满足当前需求的响应行动，并采取措施支持、保护、促进和恢复食物保障。
 - 考虑通过实物和现金援助方案满足食物篮的需要。
- 2 尽早制定所有食物保障项目的过渡和退出策略。
 - 将项目与其他领域的响应工作相结合。
- 3 保证受助人群有机会获得必要的知识、技能和服务，以应对和支持他们的生计。
- 4 保护、维护和恢复自然环境，免其进一步恶化。
 - 考虑烹饪燃料对环境造成的影响。
 - 考虑不会造成森林砍伐或土壤侵蚀的生计策略。
- 5 监测不同群体和个人对人道主义食物保障干预措施的接受程度和获取途径。
- 6 确保设计响应行动时咨询接受食物援助的人群，并对其待以尊重和尊严。
 - 建立反馈机制。



关键指标

具有可接受的食物消耗评分的目标家庭占比

- >35%；如果提供了油和糖，>42%

具有可接受的饮食多样性评分的目标家庭占比

- 经常食用超过 5 种食物

具有可接受的应对策略指数的目标家庭占比

因未被有尊严地对待而提出投诉或给予负面反馈的受助人群占比

- 定期监测所有的投诉，并迅速做出回应

指引

当地情况：监测更宏观的食物保障情况，以评估响应行动的持续相关性。确定何时退出活动以及何时引入修改措施或新项目，并明确有无倡导需要。

在城市中，应采取措施把家庭食品支出指标本土化，特别是在密集的低收入居住区。例如，在城市环境中，食品支出占比及其已建立的门限值可能不太准确，因为非食品支出（如租金和取暖）相对较高。

过渡和退出策略：项目一开始就制定好退出和过渡策略。在结束项目或进行过渡之前，应该有改善的证据，或者其他行动者可以承担责任。就食物援助而言，这可能意味着要了解现有的或计划的社会保护或长期社会保障系统。

食物援助计划可以与社会保护系统协调，或为未来建立这样的系统奠定基础。人道主义机构还可以通过长期缺乏食物保障的分析，对解决长期缺乏食物保障问题的系统进行倡导⊕见《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

高危人群：通过社区为本的风险评估和其他参与式监测，对抗任何危及特定群体或个人的模式。例如，发放燃料及/或节省燃料的炉灶可降低妇女和女孩遭受身体和性侵犯的风险。特别对于弱势家庭或个人，如妇女和儿童当家的家庭或残障人士家庭，补充现金援助可以降低性剥削和童工的风险。

社区支持体系：与使用者一起设计社区的支持架构，让支持架构得到合适和充分的维护，在项目结束后更有可能被保留下来。在设计过程中，应考虑弱势群体的需求。例如，失散或无人陪伴的女孩和男孩可能会错过针对家庭放牧的信息和所提供的技能发展机会⊕见“人道主义核心标准承诺4”。

生计支持：⊕见“食物保障和营养——生计标准 7.1 和 7.2”，《经济恢复最低标准（MERS）手册》和《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》。

对环境造成的影响：居住在集中安置区的人群需要烹饪燃料，这可能会加速当地的森林砍伐。应考虑发放燃料、高效炉灶和替代能源等方案。考虑使用特别有助于环境可持续的商品和服务代金券，为环境带来潜在效益。寻找机会以改变过往可能导致环境恶化的食物和烹饪习俗。考虑气候变化趋势。优先考虑短期内提供救济的活动，并降低发生中长期危机的风险。例如，在干旱期间，停止放牧可减轻对当地牧场的压力⊕见“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

可及性和可接受性：人们更愿意参与既容易接触，活动内容又可接受的项目。

对所有受影响人群采用参与式设计，确保所有人都能不受歧视地全面覆盖。尽管一些食物保障响应的目标群体是经济活跃度高的人群，但响应工作应该能惠及所有人。为帮助风险群体克服困难，应积极与他们合作，设计活动并建立适当的支持性机制。



6. 食物援助

当无法获得充足、符合质量的食物或获取食物的途径不足，而无法防止过高的死亡率、发病率或营养不良时，需要提供食物援助。食物援助的响应行动包括加强食物供应和获取、提高营养意识以及改善喂养方法等人道主义响应行动，也应包括保护和加强受影响人群的生计，响应方式则包括食品发放、现金援助、生产和对市场的支持。满足眼前的需求是危机初发时的优先事项，与此同时，响应行动也应维护和保护资产、帮助恢复因危机而损失的资产以及增强人们对未来威胁的复原力。

食物援助也可用于防止人们采取消极的应对机制，如出售生产性资产、过度开发或破坏自然资源、积累债务。

许多工具可在食物援助项目中使用，包括：

- 一般食物发放（提供食品、用于购买食物的现金援助）；
- 全面补充供餐计划；
- 有针对性的补充供餐计划；
- 提供相关服务和投入，包括技能或知识传递。

一般食物发放向最需要食物的人群提供支持。当接受援助的人群可通过其他方式生产或获得食物时，应中止发放，中止前可能需要过渡安排，包括有条件的现金援助或生计支持。

除了一般食物配给之外，有特定营养需求的人群可能需要补充食品。这包括6-59月龄儿童、老年人、残障人士、艾滋病毒感染者以及孕妇或哺乳期妇女。在许多情况下，补充供餐可挽救生命。仅在人们没有工具为自己烹饪时，才进行就地供餐。就地供餐一般在危机刚发生后、人口流动期间或不安全的状况下把食物配给带回家有风险的时候提供。虽然在学校里也可以把食物配给发放给孩子带回家，但就地供餐也适用于学校紧急供餐。应考虑到不上学的孩子将无法获得这些发放，为这些儿童制定发放机制。

食物援助需要良好的供应链管理和物流能力，以有效管理商品。

任何现金交付系统都需要健全和负责任的管理，并进行系统性的监控^④见“通过市场提供援助”。

食物援助标准 6.1：

一般营养需求

满足受影响人群的基本营养需求，包括最脆弱群体。

关键行动

- 1 衡量获得足够数量食物的水平和食物质量。
 - 频繁地评估食物的可获得水平，以确定此水平是稳定还是可能下降。
 - 评估受影响人群进入市场的机会。
- 2 设计食品和现金援助，以满足能量、蛋白质、脂肪和微量元素的初始规划需求标准。
 - 计划食物配给量，以弥补营养需求与人们能自给营养之间的差异。
- 3 保护、促进并支持受影响人群获得营养食品和营养支持。
 - 确保 6 – 24 月龄儿童能够获得辅食，孕妇和哺乳期妇女可以获得额外的营养支持。
 - 确保慢性病患者、艾滋病毒感染者和结核病患者、老年人和残障人士的家庭有适当的营养食品和充足的营养支持。

关键指标

5 岁以下儿童营养不良的发病率按性别细分，24 月龄以上儿童营养不良的发病率按残障状况细分

- 使用世界卫生组织分类系统（MAD、MDD – W）
- 关于残障状况的分类，请使用联合国儿童基金会/华盛顿团队有关儿童机能的模块

具有可接受的食物消耗评分的目标家庭占比

- >35%；如果提供了油和糖，>42%

具有可接受的饮食多样性评分的目标家庭占比

- 经常食用超过 5 种食物

达到最低食物能量需求（每人每天 2,100 大卡）和建议的每日微量元素摄入量的目标家庭占比



指引

监测获得食物的情况：应考虑不同的变化因素，包括食物保障水平、市场准入、生计、健康和营养。这有助于确定情况是稳定还是恶化，以及是否有必

要进行食物干预。使用替代性指标，如食物消耗评分或饮食多样性工具。

各种形式的援助：使用适当的援助形式（现金、代金券或实物）或多种形式组合使用以确保食物保障。在使用现金援助的情况下，考虑补充食品或辅食的发放以满足特定群体的需求。考虑市场是否能满足特定的营养需求，并使用具体方法，包括“健康饮食的最低成本”评估工具。

食物配给和营养质量的设计：有许多食物配给的规划工具，例如 NutVal。计划一般食物配给⊕见“附录 6：营养需求”。如果食物配给被设计为提供所需的所有能量，那么它必须包含所有足够分量的营养素。如果食物配给仅提供所需的部分能量，则可在以下两种方法中择其一进行设计：

- 如果还不清楚人群可获得的其他食物的营养成分，配给的食物应提供均衡的营养成分，营养成分的占比应与配给食物的能量成分相称。
- 如果已清楚人群可获得的其他食物的营养成分，则将食物配给设计为提供食物以补充营养缺口。

以下对人群最低营养需求的估计，应用于规划一般食物配给并根据具体情况进行调整。

- 每人每天 2,100 大卡，蛋白质占总能量的 10%–12%，脂肪占 17% ⊕见“附录 6：营养需求”以了解详情。

在食物种类有限的情况下，确保食物配给有足够营养成分可能会比较困难。考虑让受影响人群获得碘盐、烟酸、硫胺素和核黄素。提高食物配给营养质量的方法包括强化主食（包含强化混合食品），以及鼓励使用代金券购买当地生产的新鲜食品。考虑使用补充产品，如脂类食品、高营养食品、即食食品，或多种微量元素片剂或粉末。提供紧急情况下婴幼儿喂养信息，以确保促进最佳母乳喂养和补充供餐的实践⊕见“婴幼儿喂养标准 4.1 和 4.2”。

在计划食物配给时，请咨询社区，以考虑当地情况和文化偏好。如果燃料稀少，选择不需要煮很久的食物。每当配给量发生变化时，应尽早与整个社区分享信息，以尽量减少怨气，并降低妇女遭受家庭暴力的风险，因为她们可能会因配给量减少而受到指责。从一开始就清楚地就退出计划进行沟通，管理好社区的期望，减少焦虑并能让受助家庭做出相关决策。

与医疗卫生项目结合：食物援助可以防止受影响人群的营养状况恶化，特别是与公共卫生措施相结合，可以预防麻疹、疟疾和寄生虫感染等疾病⊕见“卫生系统标准 1.1：卫生服务提供”和“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1：预防”。

监测食品的使用：食物援助的关键指标是衡量食物的获取，但不是量化食物的使用。直接测量营养摄入是不现实的，间接测量是很好的替代方法。使用各种来源的信息，包括家庭的食品供应和使用，评估当地市场的食品价格、

供应和烹饪燃料。其他的选择还包括检查食物援助发放计划和记录，评估野生食物占比，以及进行食物保障评估。

高危人群：在制定食物援助的受助标准时，应咨询不同的人群，以确定任何可能被忽视的特定需求。在一般食物配给中，应包括适当和可接受的食物，如为幼儿（6–59 月龄）提供强化混合食物。需要关注的特定人群包括老年人、艾滋病病毒感染者、残障人士和看护人。

老年人：慢性病、残障、孤立、家庭人口众多、寒冷天气和贫困，可减少获得食物的机会并增加营养需求。老年人应该能够轻松获得和转移食物。食物应易于制备和食用，并应满足老年人的额外蛋白质和微量元素需求。

艾滋病病毒感染者：艾滋病病毒感染者患营养不良的风险很高。这是由一些因素所致，如减少食物摄取量、营养吸收不良、新陈代谢的变化，以及慢性感染和疾病。艾滋病病毒感染者的能量需求随感染阶段而变化。碾磨和强化食品，或提供强化、混合或特殊食品补充剂是使其获得适当饮食的可行策略。在某些情况下，可以增加食物的总体配给。如果可以的话，转介营养不良的艾滋病病毒感染者，让其获得有针对性的供餐。

残障人士（包括有精神障碍人士），在危机中可能特别容易与直系亲属和平常的看护人分离。他们还可能面临歧视。应通过确保其获取食物、获取高能量和营养丰富的食物以及提供喂养支持的机制来降低这些风险。这可能包括提供手动搅拌器、勺子和吸管，或建立家庭访问或外展系统。此外，考虑到残障儿童入学的可能性较小，他们可能会错过以学校为本的食物项目。

看护人：支持照顾弱势群体的人非常重要。看护人和他们照顾的人群可能面临特殊的营养障碍。例如，他们可能没有多少时间来获取食物，因为他们生病或需要照顾病人。他们可能更需要维持卫生习惯。由于治疗或葬礼的费用支出，他们可能很少有资产来换取食物。他们可能会面临社会歧视，也较少能获得社区支持。应利用现有的社交网络培训选定的人员，为看护人提供支持。



食物援助标准 6.2：

食品质量、适当性和可接受性

所提供的食品具有适当的质量，是可接受的并且可以被有效地使用。

关键行动

1 选择符合东道国国家标准和其他国际公认的质量标准的食品。

- 对食物库存进行随机抽样检验。

- 在计划使用进口食品时，了解并遵守有关接收和使用转基因食品的国家法规。

2 选择合适的食品包装。

- 用格式易读和当地语言书写的标签，包括生产日期、原产国、食品有效期或最佳食用期、营养分析和烹饪说明，尤其是对于不太熟悉或不常用的食品。

3 评估可供使用的水、燃料、炉具和食物储存设施。

- 当危机阻碍人们获得烹饪设施时，需提供即食食物。

4 提供全谷类食物时，提供适当的碾磨和加工设施。

- 使用现金或代金券以支付接收者的碾磨成本，或者提供额外的谷物或碾磨设备（这种方法不建议使用）。

5 在适当的条件下运输和储存食物。

- 遵循储存管理标准，系统检查食品质量。
- 用统一的单位测量数量，并避免在项目期间更改单位和测量程序。

关键指标

反映收到的食物质量适当且符合当地偏好的受影响人群占比

反映获得食物的机制适当的受影响人群占比

反映收到的食品很容易制备和储存的家庭占比

对食品质量做出投诉或负面反馈的受助者占比

- 所有投诉均定期监测，并迅速做出回应

项目报告反映食物损失的占比

- 目标为总吨数 < 0.2%

指引

食品质量：食品必须符合东道国政府的食品标准，还必须符合国际食品法典委员会关于质量、包装、标签和适用性的标准。如果食品质量不符合预期用途要求，则不适合使用。即使它适合人类食用也不行。例如，如果面粉的质量无法满足在家庭中烘焙的要求，即使它是可安全食用的，也不能使用。当地购买和进口的食品必须附有植物检疫证书或其他检验证书。熏蒸灭虫应使

用适当的产品并遵循严格的程序进行。确保独立质量检验员检查大批量货物，并在质量存在疑问或争议时使用独立的质量检验员。

确保东道国政府尽可能多参与。从供应商证书、质量控制检验报告、包装标签和仓库报告中，获取每批食品的期限和质量信息。建立由相关机构颁发的分析证书（CoA）的数据库，以证明产品的质量和纯度。

评估地方、国家或国际市场食物商品的供应情况。如果食物援助来自当地，应是可持续的，不会进一步让当地的自然资源更加紧张或扭曲市场。在项目规划时，应将潜在的食品供应的制约因素考虑其中。

食品包装：食物损失可能在仓库和最终发放点发生。食品损失可能由发放过程中的包装不当造成。食品包装应牢固，应便于处理、储存和发放，应方便老年人、儿童和残障人士领取。如有可能，包装应便于直接发放，无须重新测量或重新包装。

食品包装不应带有任何政治或宗教动机或分裂性质的信息。

包装不应构成危害，人道主义机构有责任防止环境被发放的物资或用现金和代金券购买的物品包装污染。尽可能使用最少的包装（尽可能是可生物降解的）和当地适当的材料。如有可能，应通过促进与当地政府和包装材料制造商的合作来实现。提供可重复使用、回收或再利用的食品容器。以防止环境恶化的方式处理废弃包装。即用型食品包装（如铝箔包装纸）可能需要特殊控制以便安全处理。

如果出现垃圾，定期组织社区清洁活动。这些活动应该作为社区动员和意识提升活动的一部分，而不是采用以工代赈的方式④见“供水、环境卫生和卫生促进——固体废物管理标准 5.1 至 5.3”。

食物选择：虽然营养价值是提供食物援助的首要考虑因素，但物资应为接收者所熟悉。它们还应符合当地的宗教和传统文化，包括孕妇或哺乳期妇女的任何食物忌口。咨询妇女和女孩对食物的选择，因为在许多情况下，她们是主要负责准备食物的人。为祖父母、独自当家的男性，以及在没有支持的情况下抚养兄弟姐妹的青年提供支持，因为他们对食物的获取可能存在风险。

在城市中，家庭可能获得比农村更多样化的食物，但饮食的质量可能受到限制，需要不同的营养支持。

婴儿喂养：捐赠或补贴的婴儿配方奶粉、奶粉、液态奶或液态奶制品不应作为一般食品单独发放，也不应在补充供餐中作为可带回家的物品发放④见“婴幼儿喂养标准 4.2”。

全麦谷物：在有家庭研磨传统的地方或当地有磨坊的地方发放全麦谷物。全



麦谷物比其替代品具有更长的保质期，并且可能对项目参与者具有更高的营养价值。

提供低萃取商业碾磨设备，去除导致酸败的细菌、油和酶。低萃取商业碾磨大大延长了保质期，但也降低了蛋白质含量。碾磨的整粒玉米的保质期仅为6–8周，因此应在食用前不久进行碾磨。磨碎的谷物通常需要较少的烹饪时间。碾磨有时可使妇女或女孩暴露在更大的受剥削风险中。与妇女和女孩一起确定风险和解决方案，例如为由女性经营的磨坊提供支持。

食品储存和制备：应根据家庭储存能力选择提供的食物。确保接受援助的人群了解如何避免与食物制备相关的公共卫生风险。提供节能炉灶或替代燃料，以尽量减少环境恶化。

储存区域应干燥卫生、受到充分保护，以免受天气影响、不受化学污染或其他污染。保护储存区域，防止昆虫和啮齿类动物等有害生物。在适当情况下，请卫生部官员验证供应商和贸易商提供的食品质量。

食物援助标准 6.3：

目标人群定位、发放和交付

食物援助的目标人群定位和发放是充分互动、及时、透明和安全的。

关键行动

- 1 根据需求和与利益相关群体的磋商，识别并确定食物援助的接收者。
 - 提供清晰和公开的目标群体选定方法细节，使接收者和非接收者群体都能接受，以避免造成紧张和伤害。
 - 在可行的情况下，立即启动正式的家庭登记，让他们领取食物，并在必要时进行更新。
- 2 设计高效、公平、安心、安全、可获取和有效的食品发放方法或直接现金/代金券交付机制。
 - 咨询包括青少年在内的女性和男性，并促进潜在弱势或边缘群体的参与。
- 3 在接收者可达、安全且最方便前往的地点设立发放和交付地点。
 - 最大限度地降低人群前往发放点的风险，定期监控发放点或安全状况的变化。
- 4 提前向接收者提供有关发放计划和时间表、食物配给质量和数量的详细信息，如果给予现金或代金券，应说明预期涵盖的内容。

- 安排发放时，应尊重人们出行和工作时间，并在适当时优先考虑风险群体。
- 在发放之前，与社区一起建立反馈机制。

关键指标

目标人群定位时，把人群纳入和排除的定位错误降至最低

- 目标 < 10%

从住所到最终发放点或市场（如果是代金券或现金）的距离

- 目标 < 5 公里

受助人群反映在步行往返途中和项目现场遇到安全问题的占比（受助人群需按性别、年龄和残障状况细分）

反映与发放或交付有关的性剥削或滥用权力的个案数量

跟进与发放或交付有关的性剥削或滥用权力的个案占比

- 100%

正确使用食物援助权利的目标家庭占比

- 目标：> 50% 的目标家庭

指引

目标人群定位：确保定位工具和方法符合当地需要。定位应该适用于整个干预周期，而不仅仅是初始阶段。要在排除错误（可能危及生命）和包含错误（可能具有破坏性或浪费性）之间找到平衡是很复杂的。在快速发生的危机中，比起排除错误，包含错误会更容易接受。如在危机中，所有家庭都遭受了类似损失，或由于无法获得数据而无法进行详细目标人群的定位评估，普遍地进行食物发放可能更合适。

6-59 月龄儿童、孕妇和哺乳期妇女、艾滋病感染者和其他弱势群体可能成为补充食品的目标人群，或者可将其与营养治疗和预防策略相结合。对于艾滋病感染者，应增加他们每日卡路里的摄入量，并支持他们坚持抗逆转录病毒治疗。

任何有针对性的项目均应小心，避免造成羞辱和歧视。例如，艾滋病感染者可以作为“慢性病患者”的一分子来安排发放，并由护理和治疗他们的健康中心发放。艾滋病感染者名单应永不公开或分享。在大多数情况下，社



区领袖不应成为艾滋病感染者定位的媒介。

目标人群定位的中介人/委员会：与社区中受影响人群建立直接联系，尽可能避免社区“守关人”。建立目标人群定位委员会，并包含以下群体的代表：

- 妇女和女孩、男人和男孩、老年人和残障人士；
- 当地选出的委员会、妇女团体和人道主义机构；
- 当地和国际非政府机构；
- 青年组织；
- 当地政府机构。

登记过程：在集中安置区登记可能有些困难，特别是在流离失所者没有身份证件的情况下。地方政府和社区的住户名单经过独立评估证明其准确性和公正性后，也许会用得上。鼓励受影响妇女参与设计登记程序。将风险较高的个人纳入发放名单，特别是行动不便的人。

如果在危机的初始阶段无法登记，请在情况稳定后尽快完成登记。为所有受影响人群，包括妇女、女孩、老年人和残障人士，建立一个他们都能使用的反馈机制。妇女有权以自己的名义进行登记。在可能的情况下，如有必要，请分别咨询男人和妇女，了解谁应该亲自领取援助或代表家庭获得现金援助。该咨询应该以风险评估为基础。

为单身男性或女性当家的家庭、儿童和青年当家的家庭，以及失散和无人陪伴的儿童提供特殊服务，以便他们能够安全地代表其家庭领取援助。在发放点附近建立儿童保育点，使单亲家庭和有小孩的妇女领取援助时，有人帮忙看管孩子。在有一夫多妻制家庭的情况下，应将每个妻子和她的孩子视为一个单独的家庭。

“干粮”发放：一般的食物发放通常只提供干粮，然后人们在家中烹饪。接收者可能包括个人或家庭食物配给卡的持有者、一组家庭的代表、传统领袖和女性领袖，或基于社区定位发放的领袖。发放频率应考虑所配给的食物重量和接收者将其安全带回家的方式。可能需要为老年人、孕妇和哺乳期妇女、失散和无人陪伴的儿童以及残障人士提供具体支持，以确保他们能够获得和保留其应得物资。考虑让其他社区成员帮助他们，或者更频繁地发放较少分量的食物。

“熟食”发放：在特殊情况下，如突发危机刚开始时，熟食或即食食品可作为一般食品发放。考虑到人们在流动或携带食物回家时，食物会使领取人处于被盗、暴力、侵犯或剥削的风险中，因此这时提供即食食品是适当的。在紧急情况下，可将学校供餐和针对教育工作人员的食物激励措施作为发放机制。

发放点：在建立发放点时，请考虑地形和尝试合理地提供其他支持资源的攫

取，如清洁和安全的水、厕所、健康服务、有遮盖的地方和庇护场所，以及儿童和妇女的安全空间。为了尽量减少任何对平民造成的风险，让他们安全地获得援助，必须考虑武装检查站和军事活动的情况。来往发放点的道路应明确标记，可供社区其他成员进入和经常使用，还应考虑运输救援物品的可行性和成本⑤见“保护原则2”。

制定不同的发放方式，以便接触那些离发放点较远或有功能性障碍的人群。在危机中，是否获得发放往往是被边缘化和被排斥群体出现焦虑的源头，须在公共机构中向这部分人群提供直接发放。

计划发放时间：计划发放的时间，让人们在白天前往发放点和回到家，避免产生过夜停留的需要，因为这会产生额外的风险。也应最大限度地减少对日常活动的干扰。考虑为有风险的群体建立快速或优先通道，并配备一个有社会工作者的服务台，可由工作人员登记无人陪伴和失散儿童。应通过广泛的传播方式，预先提供有关发放和发放时间表的信息。

食物、代金券和现金发放期间的安全：采取措施将参与发放人员的风险降至最低。这包括适当的人群控制、受过训练的工作人员对发放的监督，以及受影响人群自己来保护发放点。如果有必要，让当地警察参与，通知警官食物援助的目标。在发放点仔细规划场地布局，让老年人、残障人士和有功能性障碍的人群得到安全和便利。告知所有食物发放团队对其适当行为的期望，包括对性剥削和性侵犯的处罚。让女性护卫人员参与监督食品的卸载、登记、发放和发放后的监测⑥见“人道主义核心标准承诺7”。

提供信息：在发放点，为无法阅读或有交流困难的人提供他们可接受的语言和格式，醒目地显示食物配给信息。通过印刷品、音频、短信和语音信息告知人们：

- 食物配给计划，包括配给的数量和类型，或现金/代金券价值及预期涵盖的内容；
- 早前的计划（时间、数量、物品、其他）出现变化的原因；
- 发放计划；
- 食物的营养水平及在需要的情况下保护营养价值的特别注意事项；
- 安全处理和使用食品的要求；
- 最适当使用儿童食品的特定信息；
- 获取更多信息或提供反馈的途径。

对于现金援助，援助价值应包含在食物配给信息中。信息可以在分发点提供，或显示在兑换现金或兑换代金券的地方，又或使用当地语言制作传单提供给人们。



提供的食物出现变化：由于缺乏可用的食物、资金或其他原因，食物配给量或援助金额可能会发生变化。发生这种情况时，请通过发放委员会、社区领导和代表机构将这些变化传达给领取人。应在发放之前制定联合行动。发放委员会应告知人们出现的变化、变化的原因以及恢复正常食物配给的日期和计划。方案包括：

- 减少所有接收者的食物配给；
- 为弱势群体提供足量的食物配给，减少一般人群的食物配给；
- 推迟发放（作为最后的手段）。

发放和交付的监测：通过随机称家庭领到的供餐重量，对食物进行定期检测，以衡量发放的准确性和公平性。访谈领取人并确保访谈样本包括相同数量的女性和男性，包括青少年、残障人士和老年人。由至少一名男性和一名女性组成的访谈团队进行随机访问，可有助于确定食物配给的可接受性和实用性，也可识别符合选择标准但未获得食物援助的人群。此类访谈还可以识别从其他地方收到的食物及其来源和使用情况，以及可能出现的武力占有、强行招募或性剥削或其他剥削情况[⊕]见“通过市场提供援助”。

食物援助标准 6.4：

食物使用

食物的储存、制备和食用在家庭和社区层面都是安全和适当的。

关键行动

- 1 确保接受援助的人群不会因为不适当的食品处理或制备而面临安全风险。
 - 告知人群食品卫生的重要性，并促进养成食品处理中的良好卫生习惯。
 - 当提供熟食时，要培训员工安全储存、处理和制备食物，以及不当行为可能对健康造成的危害。
- 2 在食品储存、制备、烹饪和食用方面，咨询并建议接受援助的人群。
- 3 确保家庭可以安全地获得适当的炊具、燃料、节能炉灶、清洁水和卫生物品。
- 4 确保那些无法自己准备食物或自己进食的人群可以在可能和适当的情况下，找到能够为他们提供支持的看护人。
- 5 监测食物资源如何在家庭中使用。

关键指标

因食物发放而遭受健康危害的病例数

能够安全地储存和制备食物的家庭占比

能够描述三条或以上卫生意识信息的目标家庭占比

反映可获得适当炊具、燃料、饮用水和卫生用品的目标家庭占比

指引

食物卫生：危机可能会扰乱人们的正常卫生习惯。促进适应当地条件和疾病模式的食物卫生习惯。强调避免水污染、控制害虫和在处理食物前务必洗手的重要性。告知食物领取人有关在家庭安全储存食物的信息^④见“供水、环境卫生和卫生促进”中的“卫生促进标准”。

食品加工和储存：获得食品加工设施，如谷物碾磨机，使人们能够以自己选择的方式制备食物，节省时间以进行其他生产活动。在提供易腐坏食品的地方，应考虑储存这些食品的适当设施，如水密容器、冷却器和冷冻柜。热、冷和潮湿影响易腐坏食品的储存。

在储存、烹饪和喂养方面，可能需要帮助的个人包括幼儿、老年人、残障人士和艾滋病毒感染者。对于难以向其家属提供食物的人群，例如残障父母，则可能需要外展方案或额外支持。

家庭内食物使用的监测：人道主义机构应监测和评估家庭内食物的使用，以及是否适当和充足。在家庭层面，食品可按预期食用，也可用于交易或交换。交换的目标可能是获取其他更受欢迎的食品、非食品物资或支付学费或医疗费。家中分配的评估还应按性别、年龄和残障分类来监测食物的使用情况。

使用现金和代金券：当家庭收到现金或代金券时，对恐慌性购买物资的风险进行管理非常重要。在发放前、发放中和发放后，均应让交易商和领用人群做好准备。例如，考虑是否在每个月内都发放食物，或者在一个月内错开发放是否更好。在适当的时候，代金券可以在每周以可兑换的小面额发行。同样的原则应适用于可通过自动柜员机或其他形式的数字或人工付款等形式兑换的现金。



7. 生计

人们保护生计的能力直接关系到他们在危机中的脆弱性。了解人们在危机发生前、中、后的脆弱性，可让我们更容易提供适当的援助，并确定社区可如何恢复和改善其生计。

危机会破坏许多人赖以维生的因素。受危机影响的人群可能会失去工作或不得不放弃他们的土地或水源。在冲突或自然灾害期间，资产也可能被毁坏、污染或被盗，市场可能会停止运转。

在危机的初始阶段，当务之急是要满足基本生存需要。然而，随着时间的推移，恢复支持生计的系统、技术和能力也将有助于人们有尊严地恢复他们的生活。促进难民的生计往往会带来独特的挑战，例如受限于庇护国的营地或限制性法律和政策框架。

生产食物的人们需要获得可支持生产的土地、水、牲畜、服务和市场。他们应该有继续生产而不会影响到其他资源、人员或系统的方法④见《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》。

在城市地区，危机对生计的影响可能与农村地区不同。家庭构成、技能、残障状况和教育水平将决定人们在不同经济活动中的参与程度。一般而言，较贫困的城市人口的生计应对策略要少于农村地区。例如，在一些国家，他们无法获得土地来种植食物。

将那些失去生计的人群和能给创造新机会带来影响的人群聚集在一起，将有助于确定生计响应的优先事项。这应基于对劳动力、服务和相关产品市场的分析。所有生计干预措施都应考虑如何使用及/或支持当地市场④见《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

生计标准 7.1:

基本生产

基本生产机制获得保护和支持。

关键行动

1 为农民提供生产投入及/或资产。

- 如果市场运作正常且可以在支持下恢复，优先考虑使用现金或代金券，

使农民能够灵活选择他们想要的投入、种子、鱼类或牲畜物种。

- 危机后引入新技术的条件是这些技术已经过测试或能适应类似环境。
- 2 提供当地可接受、符合适当的质量标准，并准时用于最佳季节的投入。
 - 支持适合当地的、已在使用的和即将到来的季节有需求的牲畜投入和作物品种。
- 3 确保投入和服务不会增加接收者的脆弱性或在社区内造成冲突。
 - 评估对稀缺自然资源（如土地或水）的潜在竞争、对现有社会网络的潜在破坏性。
- 4 让受影响的男性和女性平等参与基本生产响应行动的规划、决策、实施和监测。
- 5 培训从事作物种植、渔业、水产养殖、林业和畜牧业可持续生产和管理实践的生产者。
- 6 评估市场并刺激对当地生产的作物、蔬菜和其他农产品的需求。

关键指标

与正常年份相比，目标人群的生产变化（食物或收入来源）占比

反映可获得适当储存设施的家庭占比

因项目干预措施而改善前往正常营运市场通道的目标家庭占比

指引

生产策略：生产策略必须具备在环境中发展和取得成功的合理机会。这可能取决于许多因素，包括对以下资源的获取：

- 充足的自然资源、劳动力、农业投入和金融资本；
- 适应当地环境的优质种子品种；
- 代表主要食物保障资产的牲畜 ⊕ 见《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》；

此外，生产策略还必须考虑现有的生计技能、社区偏好、物理环境和规模扩大的潜力。

促进当地多样化的生计活动，同时防止过度使用自然资源。环境破坏不仅会增加危机的风险，还会加剧社区之间的紧张关系。生计干预措施应尽可能促



进气候变化的适应性，例如选择适应不同环境的种子品种。

防止生计项目出现童工问题。要注意生计项目给儿童带来的间接影响，例如失学，因为他们需要在家长工作的时候支持家庭。

能源：考虑机械化的劳动、食品加工、通信、冷链食品保鲜和高效燃烧设备的能源需求。

改进：考虑引进改良的作物品种、牲畜或鱼类品种、新工具、肥料或创新管理做法。以维持危机前模式及/或连接国家发展计划的基础来加强食物生产。

新技术：生产者和当地消费者在采用新技术之前，必须了解并接受新技术对当地生产系统、文化习俗和自然环境的影响。在引入新技术时，提供适当的社区咨询、信息和培训。确保面临歧视风险的群体（包括妇女、老年人、少数民族和残障人士）也能获得。如有可能，与生计专家和政府部门协调。确保能持续提供技术支持、对未来技术的可及性，并评估其商业上的可行性。

现金援助或贷款：可使用这些方式用于种子和牲畜交易会。了解所选方法给人们的营养状况带来的潜在影响，考虑是否允许人们自己生产营养丰富的食物，或者是否提供现金来购买食物。评估使用现金援助投入生产的可行性，其中考虑货物供应、市场准入以及是否存在安全、可负担和具性别敏感度的现金援助机制④见《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》和《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

季节性和价格波动：提供农业投入和兽医服务，以配合相关的农业和畜牧业季节。例如，在种植季节前提供种子和工具。干旱期间，应在牲畜死亡率过高之前停止放牧。恢复放牧应该在恢复的可能性很高时开始，例如在下一个雨季之后。必要时，提供食物援助以保护种子和投入。确保投入顾及包括妇女和残障人士在内的各种群体的不同能力、需求和风险。极端季节价格波动会对贫穷的农业生产者产生不利影响，因为他们通常在收获后便立刻出售其农产品，而当时的价格最低。这些波动也会对干旱期间必须出售牲畜的牲畜所有者产生负面影响。相反，可支配收入有限的消费者无法负担对食物储备进行投资的风险。他们只能小额而频繁地购买。因此，即使在价格高涨时，例如在干旱期间，他们也要购买食物。关于牲畜指引④见《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》。

种子：农民和当地农业专家应批准特定品种。种子要适应当地的农业生态和农民自身的管理条件。它们还应具有抗病能力，并可承受气候变化带来的潜在恶劣天气条件。应测试来自该地区以外的种子质量，检测它们是否适合当地条件。在任何与种子有关的干预措施中，应为农民提供多种作物和品种。这能够使他们制定出最适合他们的特定农业系统。例如，种植玉米的农民可

能更喜欢杂交种子，而非地方品种。遵守有关杂交种子的政府政策。未经地方政府的批准，不要发放转基因种子。如果向农民提供转基因种子，请告知农民。当农民使用代金券或参加种子交易会时，鼓励他们从当地正规供应商处购买种子。农民可能更喜欢适应当地环境的传统品种。这些种子肯定会以较低的价格提供，这意味着他们可以以相同价值的代金券获得更多种子。

社区的紧张局势和安全风险：当生产需要改变对现有自然资源的获取时，流离失所者和当地人口之间或受影响社区之间的紧张关系可能会出现。对水或土地的竞争可能导致其使用受到限制。如果长期缺乏重要的自然资源，基本食物生产就不可行。如果某些人口（如失去土地的人口）无法获得资源，也是不可行的。提供免费投入还可能会破坏传统的社会支持，损害再分配机制或影响私营企业运营商，还可能会造成紧张局势，并减少未来投入的获得⊕见“保护原则1”。

供应链：利用现有的、当地的、可验证的供应链获取食物生产的投入和服务，例如兽医服务和种子。为支持当地私营企业，使用现金或代金券等机制将初级生产者直接与供应商关联。在设计当地采购系统时，应考虑是否有适当的投入和供应商增加供应的能力。评估通胀风险和投入质量的可持续性。监测并减轻响应行动带来的负面影响，包括大批购买和发放本地食品对市场价格造成的影响。考虑当地食品购买和进口对当地经济的影响。在与私营企业合作时，确定并解决性别不平等问题，并公平分享所有利润⊕见《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

监测生产者是否如预期实际使用了所提供的投入。根据绩效、可接受性和生产者偏好来评估投入的质量。评估项目如何影响家庭的食物供应。例如，考虑储存、消费、交易或赠送的食品数量和质量。如果该项目旨在增加某种食品类型（动物或鱼类产品或富含蛋白质的豆类）的产量，则应调查家庭对这些产品的使用情况。包括分析这些产品对不同家庭成员（如妇女、儿童、老年人和残障人士）的益处。

收获后的储存：很大一部分作物在收获后会因为损失（估计平均为30%）而无法使用。通过管理作物的处理、储存、加工、包装、运输、营销和其他收成后的活动，支持受影响人群将损失降至最低。建议并使他们能够储存他们的收成，以避免真菌产生水分和黄曲霉毒素。使他们能够处理作物，尤其是谷物。



生计标准 7.2： 收入和就业

创收和就业是可行的生计策略，女性和男性可以平等获得适当赚取收入的机会。

关键行动

- 1 基于具性别敏感度的市场评估，做出有关创收活动的决策。
 - 确保参与创收不会破坏儿童保育或其他照顾责任，从而降低营养不良和其他公共卫生风险。
 - 了解社区成员的劳动价格以及政府针对非技术性和技术性工作的最低工资。
- 2 基于参与式分析选择付款方式（实物、现金、代金券、食品或混合方式）。
 - 了解当地的能力、有关安全和保护的利益、即时需求、公平获取的机会、现有市场体系和受影响人群的偏好。
- 3 根据工作类型、地方规则、生计恢复目标和该地区现行核准的支付水平来确定报酬标准。
 - 考虑社会保障措施，如为无法参与工作项目的家庭提供无条件现金和食物援助。
- 4 采用和维护包容、安全的工作环境。
 - 监控工作场所性骚扰、歧视、剥削和侵犯的风险，并迅速对投诉做出回应。
- 5 促进与私营企业和其他利益相关方的伙伴关系，以创造可持续的就业机会。
 - 公平提供资金资源，以促进生计恢复。
- 6 尽可能选择对环境敏感的创收方案。

关键指标

在规定期限内净收入提高的目标人口占比

获得信贷的家庭占比

使创收活动多样化的目标人口占比

在规定期限（6–12 个月）内，在可持续生计活动中就业的目标人口（或自营职业者）占比

在体力和经济上能够进入正常运行市场及/或获得其他生计支持服务（正式或

非正式)的受影响人群占比

指引

分析：具社会性别敏感度的劳动力和市场分析，是明确活动、促进恢复和复原力以及行动结果持续的基础。理解家庭角色和责任对于解决任何机会成本都至关重要，例如照顾子女或老年人，或获得其他服务，如教育或医疗卫生。

使用现有的工具理解市场和经济体系。食物保障响应须基于危机前后的市场功能，及其在改善贫困人口生活条件方面的潜力。讨论针对目标群体中的高危人群（如青年、残障人士、孕妇或老年人）的替代方案或适应方案，分析他们的技能、经验和能力、潜在风险和缓解策略。考察家庭成员是否通常为了季节性工作而流动。了解不同受影响人群在被限制进入市场和获得生计机会方面的不同，并支持他们获取机会。

社会保障措施：有些女人和男人可能无法参加创收活动，例如老年夫妇。危机或许会使其他人因为责任或健康状况改变而无法参与就业。短期社会保障措施可应对此类情况，并与现有的国家社会保障体系相结合，在需要时推荐新的社会保障措施。提供社会保障措施必须支持资源的公平发放，确保妇女和女孩在适当情况下直接获得资源。同时，与社会保障获得者合作，寻找方法，帮助他们过渡到安全和可持续的创收活动中。只要有可能，现金为本的响应须与现有的社会保障项目相结合，作为可持续性和社会保护策略的一部分。

报酬：在实施任何提供报酬的工作项目之前，应进行市场分析。报酬可以是现金或食品，也可以是现金和食品的组合。应确保能够满足食物缺乏保障家庭的需求。对项目目标、人道主义机构对工作人员的期望、工作的条件以及付款金额和流程进行宣传。

将报酬作为人们改善自身状况的奖励，而非社区任何工作的补偿。应考虑人们的购买需求，以及提供现金或食物来创造家庭收入以满足基本需求的影响，需求包括学校教育、医疗卫生和社会义务等。根据具体情况决定报酬的类型和水平。监督以确保所有男性和女性同工同酬，并且不存在对特定群体的歧视。

如果以实物的方式作为报酬，应考虑转售货品的价值对当地市场的影响。新的创收活动应增强而不是取代现有的收入来源。支付不应当地劳动力市场产生负面影响，例如造成工资上涨、劳动力转移到其他活动或破坏基本公共服务。

购买力：提供现金可能对当地经济产生积极的倍增效应，但也可能导致关键



商品的本地价格高涨。食物发放也会影响受益人群的购买力。与特定食物或食物组合相关的购买力会影响领取人的家庭是否食用或出售该食物。有些商品（如油）比其他商品（如混合食品）更容易卖个好价钱。在评估食品发放方案的广泛影响时，应了解家庭食品的出售和购买情况。

工作安全：使用实用程序将公共卫生风险或治疗伤害降至最低。例如，在必要时提供培训、防护服和急救包。尽量减少感染传染病和艾滋病毒的风险。建立通往工地的安全通道，如果路线照明不够，为工人提供手电筒。使用铃铛、口哨和广播警告威胁。鼓励团体出行，避免天黑后出行。确保所有参与者都了解紧急程序并可以访问早期预警系统。应平等保护妇女和女孩，并应对工作场所的任何歧视性规范进行处理。

管理家庭责任：定期与受影响人群（包括女性和男性）交谈，了解他们在创收、以工作换现金机会以及其他家庭需求方面的偏好和优先事项。讨论由于传统性别角色的变化、女性对资产的更多控制而导致的工作量和家庭紧张局势的加剧。

以工代赈活动的时间表应考虑男性和女性的身体状况和日常生活，并且应是文化上适当的。例如，应考虑祷告时间和公众假期。工作时间不应不合理地占用人们的时间。项目不应将家庭资源从现有的生产活动中转移出去，也不应对获取其他就业或教育产生不利影响。参与创收应尊重有关最低雇用年龄的国家法律。通常的规定是不得低于完成义务教育的年龄。如果有小孩的看护人参加该项目，建议在工作地点提供有适当财政拨款支持的托儿设施。

环境管理：通过食品和工作换现金项目，支持人们参与环保活动，如植树、营地清理和环境恢复。尽管这些活动是暂时的，但会增加人们对周围环境的参与。

考虑工作环境的可达性和安全性。确保要清除的任何杂物不含有害物质。工作换现金方案不应涉及工业或废物管理场所的任何清理工作。

促进将生产环境可持续建筑材料作为创收活动，并提供相关的职业培训。培训人员并鼓励将可生物降解的废物进行堆肥处理，用作肥料。

私营企业：私营企业可以在促进生计保护和恢复方面发挥重要作用。尽可能建立伙伴关系以创造就业机会。这些伙伴关系也有助于建立和发展微型、中小型企业。商业和技术孵化器可以为知识转移提供金融资本和机会④见《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

附录 1

食物保障和生计评估清单

在进行食物保障评估时，依据生计来源和策略，通常把受影响群体划分成不同的生计群体，其中可能还包括基于财富和阶层的人口细分。将当前形势与危机前食物保障历史进行比较很重要，可把“正常年份平均水平”作为基准。在评估中需要考虑男性和女性的特定角色、缺陷及其对家庭食物保障的影响。

下面清单上所列的问题涵盖了食物保障评估所需考虑的因素。

生计群体的食物保障

- 受影响人群中的一些群体是否具有相同的生计策略？如何根据他们的生计或收入来源对其进行分类？

灾前食物保障（基线）

- 灾前各生计群体如何获取食物或收入？近几年某个普通年份里，他们的生计来源是什么？
- 在正常年份的不同季节和不同地点，他们的生计来源有何变化？（针对这种情况，创建季节性日历或许有帮助。）
- 是否所有群体都能获得足够且质量合格的食物，以确保营养充足？
- 所有群体是否都是通过无害的方式赚取足够的收入来满足他们的基本需求？考虑食品、教育、医疗卫生、肥皂和其他家居用品、衣服以及种子和工具等生产性投入。（最后两个问题能表明是否存在长期性的问题。现有问题可能受危机影响而恶化。响应行动会受相关问题的影响，确定问题是长期的还是急性的。）
- 回顾过去五年或十年，食物保障每年是如何变化的？（针对这种情况，创建一个食物保障的时间表或历史记录或许有帮助。）
- 不同的生计群体拥有何种类型的资产、储蓄或其他储备（例如，食物储备、现金储蓄、牲畜、投资、信贷和债主不明的债务等）？
- 一周或一个月内，家庭开支主要有哪些方面，每一项开支占总开支的比例是多少？
- 家庭中谁负责现金的管理？现金主要花在哪些方面？
- 最近获取基本物资的集市是否方便？从距离、安全性、易移动性、市场信息的获取和交通等因素考虑。
- 生活必需品（包括食物）的供应情况和价格如何？



- 危机前，基本需求（食品、农业投入、医疗卫生等）和收入来源（经济作物、牲畜、工资等）的平均交易情况如何？

灾害期间的食物保障

- 灾害如何影响各生计群体的食物和收入来源？
- 针对不同群体，灾害如何影响季节性的食物保障模式？
- 灾害通过何种方式影响市场的准入、市场供应以及生活必需品的价格？
- 不同的生计群体采取的不同的灾害应对策略是什么？人员的分配情况如何？这与灾前的状况有何不同？
- 哪个群体或哪部分人口受影响最严重？
- 从中、短期来看，应对策略对人们的财务和其他资产有什么影响？
- 对于所有生计群体和高风险群体，应对策略对他们的健康、福祉和尊严有什么影响？应对策略也会有风险吗？

附录 2

种子安全评估清单

下面是种子安全评估样题：种子安全评估应考虑关于杂交和转基因品种的国家法例。

危机前种子安全（基线）

- 最重要的农作物有哪些？其用途有哪些——农民是自己消费还是通过销售获取收入，或者两者都有？这些作物是四季性作物吗？在困难时期，哪些作物可能变得很重要？
- 通常农民如何获取这些作物的种子或其他种植材料？需考虑所有的渠道。
- 各种主要农作物的播种参数是什么？一般种植面积有多大？播种量是多少？倍增比率是多少（收获的种子或谷物与种植种子的比例）？
- 特定作物有重要或首选的品种（适应当地气候的品种）吗？
- 哪种生产投入对于特定作物或品种至关重要？
- 家庭中谁负责作物各个生产阶段和后期生产阶段的决策制定、作物管理和作物产品的处理？

危机后种子安全

- 从受助者的角度看，与农业相关的干预措施可行吗？
- 哪种作物受危机的影响最大？应该关注这些作物吗？为何或者为何不？
- 农民很自信地认为当前的状况足够稳定、安全，可确保他们能成功地进行农作物的耕作、收获、销售或自我消费吗？
- 他们都能充分使用土地或其他生产资料（如肥料、工具和役畜）吗？
- 他们准备重新投入农业生产吗？

种子供应和需求评估：家庭存货

- 家庭生产的种子足够播种吗？这里包括农民自家收获的种子和可通过社会网络（例如邻居）获得的种子。
- 农民仍想种植这种作物吗？这种作物适应当地的环境吗？现在对此种作物仍有需求吗？
- 农民自己生产的品种仍适合在下个季度种植吗？种子的质量是否能够满足农民的惯用标准？

种子供应和需求评估：当地市场

- 针对危机带来的巨大影响，市场还能正常运行吗？（仍有集市日吗？农民



能够进行自由运输和买卖吗?)

- 当前可获得的种子或谷物量可与之前正常情况下同一时期的产量相媲美吗?
- 农民能在市场上购买到适合生长的作物和品种吗?
- 当前种子或谷物的市场价格与之前同一时期的价格是否相差无几? 如果有价格差异, 会给农民带来困扰吗?

种子供应和需求评估: 正规部门

- 正规部门提供的作物和品种适合特定的受影响地区吗? 有无证据显示农民会使用它们?
- 正规部门提供的种子能否满足危机引发的需求? 如果不能, 它能在多大程度上满足农民的需求?

附录 3

营养评估清单

下面是评估样题，这些问题是基于营养不足的根本原因而设计出来的，用于评估营养不足的潜在原因、营养风险等级以及可能的响应措施[⊕]见“图 7：食物保障和营养：营养不足的原因”。这些信息可以通过多种渠道收集，收集它们需要使用各种评估工具，包括关键知情人访谈、观察和二手资料审查。

应急备用情况

从受影响人群中，可以获取哪些有关营养不良的性质、规模和原因等方面的信息？[⊕]见“食物保障和营养评估标准 1.1”。

当前营养不足的风险

与食物短缺相关的营养不足风险有哪些？

[⊕]见“附录 1：食物保障和生计评估清单”。

与婴幼儿喂养和护理方式相关的营养不足风险是什么？

- 在工作和社会环境上有变化吗（由于人口流动、流离失所或武装冲突等因素），家庭中的角色和职责受到影响了吗？
- 普通家庭的成员有变化吗？有大量失散儿童吗？
- 正常的抚养环境被破坏了吗（例如，由于流离失所）？二级看护人、食品或水的获取是否受到影响？
- 有非母乳喂养的婴儿吗？有人工喂养的婴儿吗？
- 是否有任何证据或迹象表明危机中婴儿喂养率在下降？特别是是否出现初始母乳喂养率或纯母乳喂养率下降？人工喂养率和/或非母乳喂养的婴儿比率是否有所提高？
- 有适合孩子年龄、营养充足且安全的补充食品提供给孩子吗？提供食品的方法是否卫生？
- 是否有任何证据或迹象表明那些以采购或捐赠方式获得的母乳替代品（如婴幼儿配方奶粉）、其他乳制品和奶瓶、奶嘴等被普遍分配？
- 在牧民社区，牧群是否已经远离孩子很久？正常获取牛奶的方式发生变化了吗？
- 从家庭层面来讲，艾滋病毒是否影响到孩子的喂养？
- 一般食物配给是否适合老年人和喂养困难人士的需要？评估其能量组成



和微量元素含量。评估食品的可接受性（口感、可咀嚼性和可消化性）。

与糟糕的公共卫生相关的营养不足的风险是什么？

- 有任何可能影响营养状况的流行病暴发的报告吗（如麻疹或急性腹泻等）？这些流行病有暴发的风险吗？⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1”。
- 预计麻疹接种疫苗能覆盖多少受影响人群？⊕见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.1”。
- 维生素 A 通常与麻疹接种疫苗一起提供吗？预计维生素 A 供应能覆盖多少受影响人群？
- 有任何关于死亡率的评估吗（粗死亡率或 5 岁以下儿童死亡率）？估算情况如何？评估采用了何种方法？⊕见“医疗卫生的基本概念”。
- 环境温度是否有或将会有骤降，是否会导致急性呼吸道感染在受影响人群中流行，或受影响人群对能源需求增加？
- 艾滋病毒感染率是否很高？
- 人群是否已经因为贫困或疾病而容易出现营养不足？
- 居住环境是否拥挤？患结核病的风险或结核病发病率是否很高？
- 是否有糖尿病、关节炎、心血管疾病和贫血等非传染性疾病的报告？
- 疟疾的发病率是否很高？
- 人们是否长时间滞留在水中、身着湿衣服或身处其他恶劣的环境中？

可通过哪些当地正式和非正式机构，获得潜在的干预措施？

- 该国的卫生部、宗教组织、社区支持团体、母乳喂养支持团体或非政府组织等长期或短期在当地开展工作的组织机构都拥有哪些能力？
- 当地已有的个人、非政府机构、政府组织、联合国机构和宗教组织开展的营养干预措施和以社区为基础的支持有哪些？营养政策（包括过去的、正在进行的和已失效的政策）、规划的长期营养响应措施和正在被执行或规划的用以应对当前形势的项目有哪些？

附录 4

急性营养不良的界定

在处理重大营养不良紧急状况时，需要将 6 月龄以下婴儿、孕妇、哺乳期妇女、儿童、青少年、成年人或老年人纳入营养评估或营养项目的考虑范围内。

6 月龄以下婴儿

由于对这一年龄段群体的研究还在进行中，目前对其进行评估和管理的实证基础还很有限。大多数指导方针建议采用与 6–59 月龄儿童相同的严重婴幼儿营养不良的案例标准（现在不推荐对 6 月龄以下婴儿进行上臂中部臂围测量）。诊断标准主要针对婴儿当前的尺寸而非对后期成长进行评估。

自从由美国国家卫生统计中心的成长标准改为 2006 年世界卫生组织的成长标准后，6 月龄以下婴儿消瘦情况更为突出。这可能导致更多婴儿需要喂养计划或让看护人开始担心靠纯母乳喂养是否足够。重要的是，应从下列方面进行评估和考虑：

- 婴儿的纵向生长——尽管有些婴儿的身躯娇小，但其成长势头是否良好（一些婴儿可能出生体重较轻，但后来可能会迎头赶上）？
- 婴儿喂养——是否纯母乳喂养？
- 临床症状——婴儿是否患有并发症或出现其他医疗状况？这些并发症或疾病是否可治愈或会让其处于高风险中？
- 母体因素——例如，母亲是否缺少家庭支持或感到心情沮丧？优先安排高风险婴儿住院治疗，接受治疗性供餐。

6–59 月龄儿童

下表显示了 6–59 月龄儿童不同营养不良级别的常用指标。身高体重比应该按照 2006 年世界卫生组织儿童成长标准计算。身高体重比 Z 值（根据世界卫生组织标准）是报告“人体测量”调查结果的首选指标。上臂中部臂围是急性营养不良的独立衡量标准，也是预测死亡率的最佳因素之一。上臂中部臂围值偏低的情况也需调查，以预测补充供餐和医疗卫生计划的病例数。衡量严重急性营养不良的常用临界值是小于 11.5 厘米，衡量中度急性营养不良的常用临界值是 11.5–12.5 厘米（不包括 12.5 厘米）。上臂中部臂围也经常作为两级筛选过程的一部分，但会采用一个更高的临界值。它不可以在“人体测量”调查中单独使用，但是可以作为喂养计划的唯一接纳标准。



	全球急性营养不良	中度急性营养不良	严重急性营养不良
6 – 59 月龄儿童	身高体重比 Z 值 < -2 和/或 上臂中部臂围 < 12.5 厘米 和/或 营养不良性水肿	-3 < 身高体重比 Z 值 < -2 和/或 上臂中部臂围 11.5 – 12.5 厘米	身高体重比 Z 值 < -3 和/或 上臂中部臂围 < 11.5 厘米 和/或 营养不良性水肿
老年人	上臂中部臂围 21 厘米	上臂中部臂围 18.5 – 21 厘米	上臂中部臂围 18.5 厘米
孕妇和哺乳期 妇女	上臂中部臂围 < 23 厘米 (在某些情况下可以大于 21 厘米)	上臂中部臂围 18.5 – 22.9 厘米	上臂中部臂围 < 18.5 厘米
成年人（包括 艾滋病患者或 结核病患者）	身体质量指数 < 18.5	身体质量指数 16 – 18.5	身体质量指数 < 16

5 – 19 岁儿童

建议使用 2007 年世界卫生组织成长标准来确定 5 – 19 岁儿童和青少年的营养状况。这些成长参考数据曲线是依据 1977 年国家卫生统计中心/世界卫生组织的标准修改的，同时也符合世界卫生组织 6 – 59 月龄儿童的成长标准以及针对成年人的推荐临界值。对于儿童和青少年，尤其是在艾滋病毒环境下，需要考虑进行上臂中部臂围测量。这是一个持续发展的技术领域，所以需要参考最新的指引和技术更新文件。

成年人（20 – 59 岁）

对于成年人急性营养不良，还没有统一的定义，但是有证据表明严重急性营养不良的身体质量指数临界值可能小于 16，轻度和中度急性营养不良的身体质量指数临界值可能小于 18.5。成年人营养不良调查旨在收集重量、身高、坐高和上臂中部臂围测量数据。这些数据可以用来计算身体质量指数。身体质量指数应仅针对 Cormic 指数（坐高与站高比）进行调整，以对不同人群进行比较。这种调整可以大幅度地改变明显的成人营养不良率，具有重要纲领性意义。通常要对上臂中部臂围进行测量，如果需要立即得出结果或资源十分有限，可以仅仅针对上臂中部臂围进行调查。

由于缺乏验证过的功能结果数据和基准，对“人体测量”结果的阐释往往很复杂。必须基于详细的情景信息阐释这些结果^④见“参考资料和延伸阅读”的评估指引内容。

对于个人营养保健准入和免除资格的筛选标准，应从“人体测量”指标、临床症状（尤其是身体虚弱程度和近期体重下降情况）和社会因素（食物的可获得性、是否有看护人和避难所等）方面进行综合考虑。应注意除了营养不良之外还有很多原因可以引起成人水肿，临床医生应对成人水肿进行评估以排除其他原因。考虑到已知的身高质量指数缺陷、上臂中部臂围信息的缺乏和执行计划对指标使用的影响相关信息的缺乏，个别机构应制定用以确定保健资格的指标。这是一个持续发展的领域，所以需要参考最新的指引和技术更新文件。

上臂中部臂围可能被用于筛选孕妇是否营养不良，例如，它将作为喂养计划准入的标准。考虑到孕妇的额外营养需求，她们可能比其他群体存在更大的风险。怀孕阶段上臂中部臂围变化不明显。上臂中部臂围小于 20.7 厘米（严重风险）和小于 23 厘米（中度风险）表明胎儿存在生长迟缓的风险。建议风险临界点范围是 21 – 23 厘米，此值因国家而异。在紧急情况下，建议妇女风险评估临界点小于 21 厘米。

老年人

目前对于老年人营养不良还没有统一的定义，但是这个群体在紧急情况下可能有营养不良的风险。世界卫生组织建议的成年人身体质量指数临界值同样适用于 60 – 69 岁及以上的老年人。然而，由于脊柱弯曲（驼背）和椎骨受压，测量的精度会受影响。可以用臂展或单臂长代替身高，但是用以计算身高的倍增因子因群体而异。目测评估是必要的。上臂中部臂围可能是衡量老年人营养不良的一个有效指标，但是对于合适的临界点目前仍在研究中。

残障人士

由于目前没有专门针对残障人士的测量指导方针，因此残障人士在“人体测量”调查中往往被忽视。有必要进行目测评估，因为在某些情况下，上臂肌肉可能在协助被测量者移动时变得很强壮，这时上臂中部臂围测量结果可能会出现误差。可采用不需要量度身高的方法，包括身体其他部分的长度，比如臂展、单臂长或小腿长度。针对不适宜用标准体重、身高和上臂中部臂围测量的残障人士，需要依据最新的研究确定最合适的测量方法。



附录 5

公共卫生层面微量元素缺乏的测量方法

应对临床微量元素缺乏症患者进行紧急治疗。微量元素缺乏症的临床病例通常反映了整个群体潜在的微量元素缺乏问题。针对整个群体的微量元素缺乏症，制定测量方法并对症状进行分类至关重要。

生化检验可为微量元素的测量提供客观指标。然而，收集生化检验样本通常会面临物流、员工培训、冷藏链和合格率等方面的挑战。有时生化测量的效果无法达到要求的敏感性和针对性。就急性营养不良来说，在一天中的不同时间和一年中的不同季节收集的样品可能会不同。良好的质量控制对评估至关重要，因此在选择实验室进行样品测试时应考虑质量控制问题。

在评估微量元素状况时，应考虑两种可能性：微量元素的过量摄入和缺乏。尤其为受影响人群提供多种高强化产品或补充剂来帮助补充微量元素时，应特别注意。

微量元素缺乏会对老年人的身心健康、免疫系统及其功能造成严重后果。

下表是对公共卫生层面微量元素缺乏症采用不同指标进行的分类。有关生化测试和公共卫生门限值，请参考最新文献或寻求专家建议。

微量元素缺乏指标	适用年龄段	公共卫生问题定义	
		严重性	发病率（%）
缺乏维生素 A			
夜盲症（XN）	24－71 月龄儿童	轻度	0≤1
		中度	1≤5
		严重	>5
毕特氏斑（X1B）	6－71 月龄儿童	未标明	>0.5
角膜干燥/溃疡/角膜软化（X2，X3A，X3B）	6－71 月龄儿童	未标明	>0.01
角膜瘢痕（XS）	6－71 月龄儿童	未标明	>0.05
血清视黄醇 （≤0.7 μmol/l）	6－71 月龄儿童	轻度	2≤10
		中度	10≤20
		严重	>20

续表

微量元素缺乏指标	适用年龄段	公共卫生问题定义	
		严重性	发病率（%）
碘缺乏			
甲状腺肿 （可见且可触知的）	学龄儿童	轻度	5.0－19.9
		中度	20.0－29.9
		严重	≥30.0
尿碘浓度（mg/l）	学龄儿童	过度摄入	>300
		适度摄入	100－199
		轻度缺乏	50－99
		中度缺乏	20－49
		严重缺乏	<20
铁缺乏			
贫血（未怀孕妇女血红蛋白<12.0g/dl，6－59月龄儿童<11.0g/dl）	妇女，6－59月龄儿童	低	5－20
		中	20－40
		高	>40
脚气病			
临床症状	全部人口	轻度	1例，且<1%
		中度	1－4
		严重	≥5
饮食摄入量 （<0.33mg/1,000kCal）	全部人口	轻度	<5
		中度	5－19
		严重	20－49
婴儿死亡率	2－5月龄婴儿	轻度	比率无增长
		中度	比率稍微有增长
		严重	比率有显著增长
糙皮病			
调查年龄组中临床症状 （皮炎）	全部人口或15岁以上女性	轻度	≥1例，且<1%
		中度	1－4
		严重	≥5



续表

微量元素缺乏指标	适用年龄段	公共卫生问题定义	
		严重性	发病率（ % ）
糙皮病			
日常饮食中摄取的烟酸当量 (小于 5 毫克/天)	全部人口或 15 岁以上女性	轻度	5 – 19
		中度	20 – 49
		严重	≥50
坏血病			
临床症状	全部人口	轻度	1 例，且 <1%
		中度	1 – 4
		严重	≥5

附录 6

营养需求

可将下面的表格用于在危机初始阶段制订计划。按下面表格中的最低营养需求，评估一般食物配给的配比是否适宜。它并不用于评估补充品或治疗性供餐食物配给，也不用于结核病或艾滋病患者等特定人群的供餐（看其是否营养充足）。

营养	人口最低需求
能量	2,100kCal（大卡）
蛋白质	53g（总能量的 10%）
脂肪	40g（总能量的 17%）
维生素 A	550 μ g 视黄醇活性当量（RTE）
维生素 D	6.1 μ g
维生素 E	8.0mg α -生育酚当物（alpha TE）
维生素 K	48.2 μ g
维生素 B1（硫胺）	1.1mg
维生素 B2（核黄素）	1.1mg
维生素 B3（烟酸）	13.8mg 烟酸当物（NE）
维生素 B6（吡哆醇）	1.2mg
维生素 B12（钴胺素）	2.2 μ g
叶酸	363 μ g 膳食叶酸当量（DFE）
泛酸	4.6mg
维生素 C	41.6mg
铁	32mg
碘	138 μ g
锌	12.4mg
铜	1.1mg
硒	27.6 μ g



续表

营养	人口最低需求
钙	989mg
镁	201mg

信息来源：营养参考摄入量源自联合国粮农组织（FAO）/世界卫生组织（WHO）（2004），“人类营养中的维生素和矿物质需求”（第二版），该营养参考摄入量已被用于除铜以外所有维生素和矿物质需求的计算。对铜元素的需求源自世界卫生组织（1996），“微量元素对人类营养与健康关系”。

这些人口最低需求考虑到了所有年龄组和不同性别的需求。因此，它们并非针对任何单个年龄组或性别群体，并且不可作为个体的需求。它们基于假定的人口统计概况、环境温度和人们的活动水平计算得出。孕妇和哺乳期妇女的额外需求也纳入了考虑范围。

除了能量和铜之外，均为营养参考摄入量（RNI）。

联合国粮农组织和世界卫生组织网站提供有关大量和微量元素的最新情况和进一步研究。

需按下列因素调整受影响人群的能量需求（上调或下调）：

- 人口结构，尤其是5岁以下儿童、女性、老年人、青少年所占的比例。
- 成人平均体重和实际、通常或理想的体重。
- 维持生产生活的活动等级——如果活动等级超过轻度（即 $1.6 \times$ 基础代谢率），需求会增加。
- 平均环境温度、住所和保暖能力（如果周围平均温度低于 20°C ，需求会增加）。
- 群体的营养和健康状况（如果受影响人群营养不良且需要额外的营养来弥补生长所需，需求将会增加。艾滋病发病率会影响人口的平均需求水平。根据环境分析和当前的国际建议，调整一般供餐的配给量以满足这些需求）。

有关计算调整的指引⊕见联合国难民署、联合国儿童基金会、世界粮食计划署和世界卫生组织（2002），《紧急情况下的食物和营养需求》以及世界粮食计划署（2001），《食物和营养手册》。

如果这类信息不能通过评估获得，应使用上表中的数字作为最低衡量标准。

要了解按性别、年龄和其他所需标准细分的人口结构，请使用国家基线数据或参考《世界人口展望》：<https://esa.un.org/unpd/wpp/>

参考资料和延伸阅读

一般性

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012.
<http://documents.wfp.org>

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking*. Humanitarian Policy Group, 2010.

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs*. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.
<https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017.
www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework*. International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>



Safe Fuel and Energy Issues : Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy , 2014. www.safefuelandenergy.org

The Right to Adequate Food (Article 11 :12/05/99. E/C 12/1999/5 , CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

评估

RAM-OP : Rapid Assessment Method for Older People. www.helppage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>

营养

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings , Food and Nutrition Technical Assistance , technical note no. 7*. FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. *The Minimum Cost of Diet : Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations*. Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards , Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

急性营养不良的管理

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition : global and regional exposures and health consequences. The Lancet*, vol. 371 , no. 9608 , 2008 , pp. 243 – 260. <https://doi.org>

参与式方法

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work*. ALNAP, 2014.

婴幼儿喂养

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies ;Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. <https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies ; Why , What and How? UNICEF & WHO Joint statement , 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. <https://www.enonline.net>

儿童

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

食物保障

Coping Strategies Index ; CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming*. World Food Programme, 2015. <http://documents.wfp.org>

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3*. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. <http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food ; Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access ; Indicator Guide, Version 2*. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note : Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis



食物保障和营养

(FCS-N). WFP, 2015. <https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. <http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

食品援助

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. <https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. <https://documents.wfp.org>

种子干预措施

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

市场和现金援助(CBA)

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

社会性别

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian

Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

残障人士

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF. <http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

生计

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

环境

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs*. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

延伸阅读

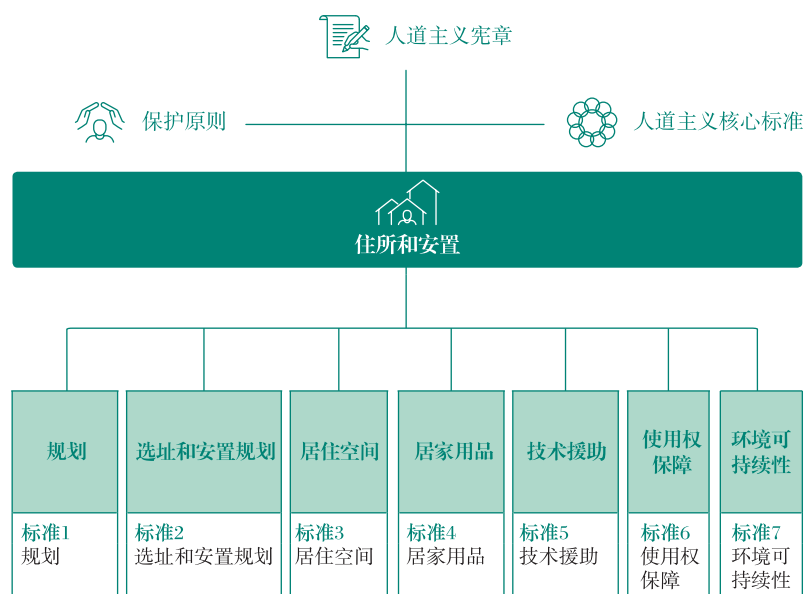
延伸阅读建议, 请浏览

www.spherestandards.org/handbook/online-resources





住所和安置



附录 1	住所和安置评估清单
附录 2	安置情境说明
附录 3	安置情境的其他特点
附录 4	援助方案
附录 5	实施方案
附录 6	与安置情境有关的潜在援助和实施方案（线上）

目 录

住所和安置的基本概念.....	234
1. 规划	239
2. 选址和安置规划	242
3. 居住空间	247
4. 居家用品	251
5. 技术援助	254
6. 使用权保障	258
7. 环境可持续性	261
附录 1：住所和安置评估清单	264
附录 2：安置情境说明	268
附录 3：安置情境的其他特点	270
附录 4：援助方案	272
附录 5：实施方案	275
附录 6：与安置情境有关的潜在援助和实施方案（线上）	
参考资料和延伸阅读.....	276



住所和安置的基本概念

每个人都有权利享有合适的居所

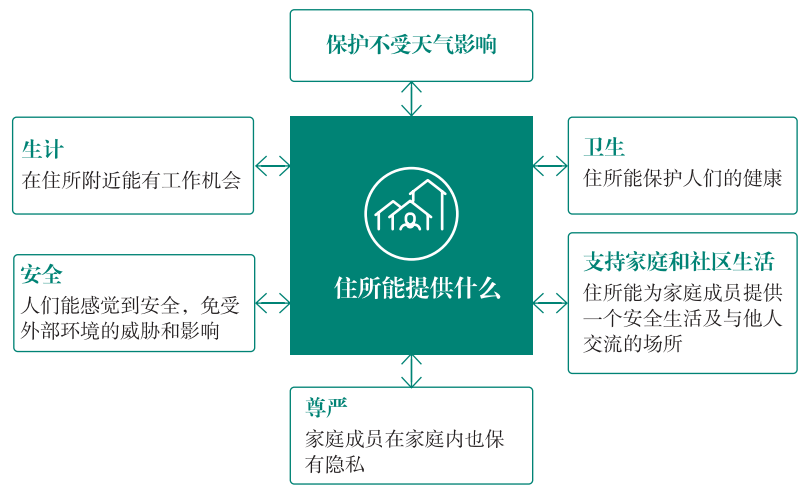
环球计划住所和安置的最低标准是受影响人群在人道主义情境下享有合适居所权利的具体表现。该标准建基于“人道主义宪章”中的信念、原则、义务和更广泛的权利。这些权利包括有尊严地生活的权利、获得保护与安全的权利，以及有权利获得基于需求的人道主义援助。

建构“人道主义宪章”的关键法律和政策文件清单列在附录 1 内，人道主义工作者可参考其中的注解。

住所和安置是相互关联的，需要将这二者作为一个整体来考虑。“住所”是指住户的居住空间，包括日常生活所需的必要物品。“安置”是指人群和社区较广泛的生活地点。

住所和安置响应旨在为人们提供安全的生活环境

在危机的初始阶段，及时提供住所和安置的支持可拯救生命。除了为人们提供居住空间，保护他们不受天气影响以外，住所还应能促进健康、支持家庭和社区生活，并为人们提供尊严、安全和获得生计的途径⊕见“图8”。



住所能提供什么？（图 8）

部分合适的应急住所的功能。住所项目应支持家庭满足这些需求。

历年来，人们流离失所的平均时间持续增加。由于流离失所持续数年甚至数十年之久，住所和安置地点以及所在街区和社区的规划对于帮助受影响人群维持有尊严的生活以及恢复正常生活都至关重要。

住所和安置援助应支持和利用现有受影响家庭、社区、民间团体和政府的优势。这能增加制定本土化策略的机会，以促进受影响人群的自给自足和自我管理。安全感、社区和社会凝聚力是开展灾后恢复工作的基础。

住所和安置的响应方案不限于提供硬件、物品或建造住所。此类响应方案还包括为保障土地，以及获得住所、房屋或居家用品提供支持，这类支持涵盖了技术援助和质量保证，能增强受影响人群的能力，动员他们恢复得更美好和安全。了解针对土地和财产的国家法律体制至关重要。另外，了解用于身份确认的国家难民法及相关程序也不可或缺。

无论提供何种形式的支持，重要的是要始终尊重现有的社区结构并促进社会凝聚力。

每个家庭和社区都需要不同程度和类型的支持。保障土地使用权和充分的公民身份证明文件是获得安全住所的基本条件。然而，在冲突环境下或有关土地使用权的问题未得到解决的地方，对住所的支持可能会格外复杂^④见“住所和安置标准 6：使用权保障”。

在安置规划中，越来越需要考虑长期迁移和灾后恢复。迁移会给当前有限的资源带来压力，并造成与周边原住社区的紧张局势。高质量的项目规划应包括认知、防止以及减轻负面的环境影响。如环境问题没有考虑进去，住所和安置项目可能最终会缺乏效率，因短期结果会产生新的问题并需要后续投入^④见“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

城市环境中的住所和安置响应需要特定专业知识

由于高人口密度、基础设施需求、政府规定以及社区内社会多样性等因素，在城市地区为人们提供援助会较为复杂。在危机发生期间和结束以后，与高流动人群沟通并向其提供帮助会较为困难，尤其是当他们正寻找足够的生活空间时。如技术上较为复杂的基础设施（如高层建筑）受到影响，人道主义机构还需要与多位业主、租客或非正式住客一起，制定复杂的租用协议。

在城市里工作需要具备城市规划和设计的专业知识，并了解与住房、土地和财产有关的权利、法规和政策，而且对当地住房和金融市场的深入了解也非常重要。要为民间团体和私营企业的参与做好准备，私营企业能在提供可持续的市场为本的解决方案方面发挥重要作用。响应行动应建基于当地习俗和服务，并且应避免建立截然不同的架构。在安置点、街区或区域层面制定整



体响应行动，有助于可持续地为城市地区的受影响人群提供福祉⊕见“通过市场提供援助”。

应考虑危机结束后各种安置情境

受影响人群寻找住所的地点和方式，取决于他们停留在当地的能力或流动到其他地方的需求。对危机结束后的情况进行系统性的考虑，是规划住所和安置援助的第一步。了解适合流离失所者，受到直接影响但留在原住处的人，或间接受影响者的不同援助方法至关重要⊕见“图9”。



灾后安置情境（图9）

如条件许可，人们可能会选择以业主的身份或租赁的方式留在原居地或非正式地占有住所或土地。向留在原住处的家庭提供支持包括修缮或重建其现有住所。

流离失所的人群可能会在当地分散居住、迁移至本国其他地方或穿越边境进入其他国家。在此类情况下，他们很有可能会租房居住、自我安顿下来或寄居在他人家中。一些流离失所的家庭可能会选择集中居住、住在规划好的集中安置点或未经规划的住所。

通过上述各种安置情境来认识危机有助于制定援助策略，包括根据受影响人群的特定类别选择最有效、最合适的援助类型和方法。对危机的理解还能推动灾后恢复并在理想的情况下产出可持续方案。本章的标准和附录遵循以上逻辑，应一起使用⊕见“附录 2：安置情境说明”和“附录 3：安置情境的其他特点”。

最低标准不应单独使用

本章中的各项最低标准反映了享有适当住所这项权利的核心内容，并推动这一权利在全球逐渐实现。

适当住所权与用水与环境卫生权、食物和健康权相互关联。环球计划最低标准某一领域取得的进展将直接影响其他领域的进展。应与其他领域密切协调和配合，让响应行动更为有效。与当地有关部门和其他响应机构进行协调也将有助于确保满足人们的需要，避免重复劳动，并使食物保障和营养响应行动达致最佳效果。贯穿本手册的交叉引用体现了各个部分的潜在关联。

例如，集中安置点内应有充足的供水和卫生设施，以确保受影响人群的健康和尊严。必要的烹饪和餐饮用具以及煮食燃料，可让人们通过食物援助满足营养需求。

如相关国家标准低于环球计划的最低标准，人道主义机构应与当地政府合作逐步提高相关标准。

国际法明确保护享有适当住所的权利

国际法保护每个人都享有适当住所的权利。这项权利是指人们有权居住安全、和平和被尊重的地方。该权利包括人们有选择住所的自由、有获得使用权保障的权利。它强调“保护原则”，例如保护人们不会遭遇被迫迁移。当个人或群体（包括难民和在国内流离失所的人群）在危机或非危机期间无法享有适当住所时，各国义务确保上述人员享有适当住所的权利⊕见“附录 1：环球计划的法律基础”。

“适当”的意思是住所不仅仅是由四面墙和屋顶围合而成的地方，还强调安置



工作的视角、文化认同和在住所响应行动中可用的相关服务。“适当”的住所或其他形式的住所应提供使用权保障并应做到：

- 可负担，容许住户获得有尊严的生活所必需的物品和服务；
- 宜居，提供安全、受保护且充足的居住空间，安全的饮用水，足够的供水、环境卫生和卫生促进设施，以及食物制备和储存设施；
- 文化上可接受；
- 便利和可用，包括针对行动不便人士；
- 所在位置应能获得生计机会和基本的社区服务。

与保护原则和人道主义核心标准的关联

各种危机会加剧已有的不平等状况。因此，提供公正、因地制宜的援助非常重要，尤其是对那些无法依靠自身力量从危机中恢复正常生活的人[⊕]见“保护原则2”。

由于身体、文化、经济或社会障碍等原因，一些人可能在获取住所和安置援助方面有困难。了解并回应这些原因，工作人员应注意：

- **个人的法律地位**（例如难民、境内流离失所者、无国籍者、移民、寻求庇护者、流离失所者或没有土地者，以及其他被剥夺公民权利和无法获得公共服务或社会保障的人群）；
- **面临特殊保护风险的人以及面临歧视和社会排斥风险的群体，其风险源于：**
 - 他们的种族、国籍、种姓、原居民群体、宗教或政治立场；
 - 其土地使用权状况、流离失所状况、非正式定居者状况或租户状况；
 - 居住地难以到达，位于危险地区、不安全地区、城市安置点或非正式安置点；
 - 其脆弱性和社会地位[⊕]见“什么是环球计划？”和“保护原则”。

援助人员应接受儿童保障方面的培训并了解如何使用转介系统，为疑似遭受暴力、侵犯或剥削的人士（包括儿童）提供转介服务。

在运用最低标准时，应将“人道主义核心标准”中的九项承诺视为提供负责任、可靠的住所和安置项目的基础。

1. 规划

规划对地区、国家、机构或社区层面的响应行动取得最佳的效果非常关键。了解危机前后的情况将有助于评估危机对人们生活条件造成的直接和间接影响以及任何有关社会、经济和政治的影响等。识别需求并制订合适的响应方案，是提供良好规划、协调一致的住所和安置响应行动的基础。

住所和安置标准 1:

规划

良好规划、协调一致的住所和安置干预措施能确保受影响人群的安全和福祉，并可促进受影响人群的灾后恢复。

关键行动

- 1 与受影响人群、国家和地方政府一起，评估有关住所和安置方面的需求和能力。
 - 评估与危机前环境不同的变化，识别流离失所人群和非流离失所人群的即时需求和能力，并考虑高风险人群的特殊需求。
 - 识别当地住房和土地租赁市场内适合居住和可占用土地、建筑物、公寓和房间的可用性。
- 2 与利益相关方一起，找出最有效、最合适的援助方案以及提供援助的方式。
- 3 与相关部门和受影响的社群协调，共同制订住所和安置计划。
 - 根据受影响人群和相关部门的需求和优先事项制订援助计划。
 - 优化成本效益、技术质量、速度和时间、实施规模以及可推广性。

关键指标

住所和安置计划满足目标人群的基本需求，而这些需求是与相关群体和机构达成共识的

反映住所和安置援助计划能满足其需求和优先事项，并且认为有助于形成更持久解决方案的受影响人群占比



指引

前期评估：在评估时，应查看危机发生后住所和安置状况的变化，并从一开始就将潜在的保护风险考虑在内，包括对原社区观念的了解、通往安置点的相关风险和获得各种服务的安全途径或被驱逐的风险。

要考虑危机对人们的生活状况产生的直接和间接影响，包括社会、经济和政治影响。

危机会以多种方式影响人们，因此不同人群会对住所和安置有不同的需求，要与取得住所有特殊困难的群体一起工作，例如残障人士、女性当家的家庭、老年人、少数民族或小语种使用者等^④见“附录 1：住所和安置评估清单”、“保护原则 2”和“人道主义核心标准承诺 4”。

援助和实施方案：根据当地情况、能力、可用资源、安置情境和响应阶段来选择最有效的方案。其他需考虑的因素包括位置、房屋类型（包括当地建筑技术）、土地使用权、市场和法律体制等。如有可能，应优先考虑让人们回到其原居所（或原住地）。帮助无法或不愿回到其原居所的人群获得符合其需求的方案^④见“附录 2 至 6”。

制定能满足当下需求的时间表，考虑效率、技术质量、实施规模、当地能力以及可复制性等因素，探索可提高社区长期恢复能力和复原力以应对将来危机的方案。

可考虑用不同的方法实施所选方案，包括组合使用下列方法：

- 经济支持；
- 物资援助；
- 承包工程/委托劳动；
- 技术援助/质量保证支持；
- 能力建设。

应随情况变化，对所选方案的组合情况进行适时回顾和调整。

流离失所的人群：流离失所的人群除了对住所有即时需求外，还需要具体的支援，以在了解住所解决方案后做出决定。这些支持包括流离失所者是否可返回原居地和返回的时间、如何融入安置点的生活或是否需要在另一个地方重新安置等。

非流离失所的住户需要获得支持，以返回其原来生活的状况，并应获得适当的住所援助。如重建工作耗时较长或者人们处在不安全的环境中，应探索采用临时措施，例如向接待受影响人群的家庭提供援助、租金援助或使用临时

或过渡性的住所。如危机导致安全环境改变，则可能需要重新安置。

接待受影响人群的社区也会受到危机的影响，因为它们要共享其公共或私人空间，包括共享医疗卫生中心或学校等服务设施，或担任接待受影响人群的家庭等。还可能出现与流离失所的人群在工作岗位、服务、基础设施和各种资源上实际或感知上的竞争。解决方案应考虑公平且有针对性的支持措施，并确保此类措施不会给社区造成额外的风险或威胁^④见“保护原则1”。

市场分析：了解当地、全国和区域周边市场，对提供优质住所计划非常关键。这将帮助有关人员选择住所计划方案，并获得租赁及其他与安置相关的服务信息^④见“通过市场提供援助”，《市场分析最低标准（MISMA）手册》和《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

瓦砾清理：在灾后应立即启动瓦砾处理工作。瓦砾可被重新利用、回收或进行分离、收集和/或处理等操作。这可以为以工代赈项目提供机会。关键问题包括瓦砾中是否存在人员尸体、结构危险的地点以及危险物料。清理瓦砾可能需要专业知识和设备，因此必须与其他领域的专业人士进行详细的规划^④见“住所和安置标准7：环境可持续性”、“医疗卫生标准”和“供水、环境卫生和卫生促进标准”。

生计机会：安置方案的确定，与受影响人群在危机出现之前的生计，以及他们在危机发生后的生计机会相关。受影响人群选择在哪里居住，受土地可用性、耕作和放牧的安全性、能否进入市场以及其他就业机会等因素影响，哪怕是暂时居住的^④见“食物保障和营养——生计标准7.1和7.2”，《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》和《经济恢复最低标准（MERS）手册》。

返回原居地：绝大多数受危机影响的人群希望返回原居地和住所。受影响人群应能决定是否需要修缮其住所或对现有住所进行扩建改造。返回原居地可对公共应对策略有帮助，也可保留已建立的安置模式和基础设施。修缮或重建学校、供水系统、诊所或市场等公共基础设施，对帮助流离失所人群返回家园也至关重要。一些情况可能会阻碍或延迟受影响人群返回家园，例如出于安全方面的考虑、武装人员占领财产或土地、持续的暴力冲突、种族或宗教关系紧张、遭到迫害的恐惧、有地雷或未爆炸弹药等。不完善或带有歧视的土地和财产法例或约定俗成的习惯，有可能会阻碍女性当家的家庭、危机中变成寡妇或孤儿的人，或残障人士重返家园。没有能力重建家园的流离失所人群也可能阻拦他们返回。



2. 选址和安置规划

选址和安置规划应有助于建立安全、可接受、便利的居住空间，这种空间可提供基本的服务、生计以及连接更广泛网络的机会。

住所和安置标准 2： 选址和安置规划

住所和安置点应位于安全区域，能提供充足的空间、基本服务和生计。

关键行动

- 1 在现有规划流程 and 规定内开展工作，并与接待受影响人群的社区和相关
部门达成一致意见。
 - 将新安置点设置在与实际和潜在威胁保持安全距离的位置，并将现有危险的风险降至最小。
 - 考虑安置点的预期使用期限，以确定应扩大或开展哪些基本服务。
- 2 让多元的利益相关者，包括受影响人群中的不同群体，参与选址和安置
规划。
 - 确定可能会影响选址或场地布局的因素，需考虑到性别、年龄、残障状况、种族或语言认同、社会性别角色以及责任等。
 - 在城市的环境里，按照地理位置和区域划分的方式开展工作，以更好地了解社区动态。
- 3 确保受影响人群能够获得基本服务和设施，包括生计的机会。
 - 协同其他领域共同确定基本服务和设施可接受的距离，以及安全步行或通过交通工具前往的方案。
 - 与服务供应商协调，在原来没有基本服务和生计机会的地区优先考虑提供基本服务和生计机会。
- 4 对土地使用进行规划，以便在整个安置过程中为所有功能性设施提供充
分的空间，确保所有住所和服务的可及性，以及有足够的安全措施。
 - 包括对共享的资源进行规划，例如供水和卫生设施、公共烹饪设施、儿

童友好空间、聚会场所、宗教用途设施以及食品发放点等。

- 确保安置点内基本服务的布局符合有关安全、保护和尊严的标准。

5 在选址和设置安置点时，应对雨水或洪水的排放进行规划。

- 提供合适的排水设施，以确保所有居民区和服务区无积水以及雨水沟内畅通。
- 应对病媒繁殖场所进行预测和管理。

关键指标

位于没有或甚少有自然或人为威胁、风险和危险地点的住所和/或安置场所占比

在可接受的时间或距离范围内能安全获得基本服务的住所和/或安置场所占比

接受安置援助并对其住所或安置点感到安全的受影响人口占比

为符合当地习惯的个人或集体户外活动提供充分可用面积的安置点占比

- 营地形式的安置点应确保每人至少拥有 45 平方米的空间，包括家用园地。
- 如公共服务是在已规划的安置点外提供，则最少保证每人占地面积 30 平方米，包括家用园地。
- 居住空间和住所与占地的面积最小比率为 1:2，并且应尽快扩大至 1:3 或更高比率。

指引

规划流程和原则：政府或地方部门通常会在危机发生之后采用涉及禁止建筑区、安全区或缓冲区的新政策。应倡导风险导向的规划和合适的援助方案。“禁止建筑区”不代表“无援助区”，也不应推迟住所或安置的响应行动。

了解土地或财产的使用权状况 ⊕ 见“住所和安置标准 6：使用权保障”。

让受影响人群参与居住空间的计算和组织，以支持现有的社会和文化活动。另外，在设计和实施住所和安置规划时，应让女性及其他高风险群体参与进来。

基本服务和设施：重返家园的人群以及居住在临时安置地或安置点的人群需要安全和公平地获得基本服务和设施，如：

- 供水、环境卫生和卫生促进方面的设施 ⊕ 见“供水、环境卫生和卫生促进”中的“供水标准”；



- 公共和家庭照明方案；
- 食品储存和加工设施（包括炉灶和燃料）⊕见“食物保障和营养评估标准 1.1”和“食品援助标准 6.4”；
- 医疗卫生设施⊕见“卫生系统标准 1.1：卫生服务提供”；
- 固体废物弃置⊕见“供水、环境卫生和卫生促进”中“固体垃圾管理标准”；
- 学校⊕见《紧急情况下的机构间教育网络（INEE）手册》；
- 社交设施，例如敬拜场所、集会场所和娱乐区等；
- 符合文化习俗的葬礼和相关仪式的场所；
- 安置家畜的场所（与居住区之间应有充分间隔）⊕见《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》。

临时安置点的场地规划：应按照城市设计和城镇规划原则进行场地布局，并设置入口、十字路口和公共空间等连接环节。通过自然地理、社会、环境和经济因素对上述连接环节进行了解，并由它们构成新安置点的空间规划。安置规划应支持现有的社会网络并提供形成新网络的机会，推动社会安全和安定，促进受影响人群进行自我管理。

临时安置点的场地规划应确保住户的隐私和尊严。每个家庭的住所入口应面向公共或遮挡区域而非与其他住所入口相对。应为潜在的弱势群体提供安全的居住区，应避免将其集中安置，因为这样会增加他们的脆弱性。将家庭、延伸至核心家庭以外的大家庭和具有相似背景的群体组到一起，以保持他们的社会联系。另外，还应考虑不同年龄、性别和残障状况人群的需求、偏好和习惯等。

规划或自行搭建的安置点占地面积：对于集中规划的安置点，应确保每人至少拥有 45 平方米的空间，包括家用园地在内。安置点中应包括道路、通道、室外烹饪区域或公共烹饪区域、教育和娱乐区、医疗卫生设施、卫生设备、防火带、行政机构、储水区、场地排水系统、宗教设施、食品发放区、市场、仓库和某些家庭使用的少量菜园（不包括重要的农业活动或牲畜饲养）等空间。如在规划安置点之外有现成或额外设施可提供公共服务，则每人的最小占地面积应为 30 平方米。如无法确保规定的最小占地面积，则应积极减少高密度居住造成的影响。安置点规划还应将人口变化纳入考虑范围。

如在城区操作，则应利用现有服务和住宅。应确保各个住户之间的间隔和隐私，并为所需的设施预留空间。

住所的占地面积：住所与占地面积的比率建议为 1:2 或 1:3，以便为住户基本的室外活动提供必要空间。不过，接近 1:4 或 1:5 的比率会更为理想。这个比率还应考虑文化和社会习惯以及可用的实际空间。

雨水和洪水的排放设施：较差的雨水和洪水排放设施会严重限制人们的居住

空间、出行和获得的服务。一般来说，选址和基础设施的设定可决定大型排水系统的性质。应避免将安置点选在洪泛区上，因为这样会降低安全性，尤其是在拥挤或密闭空间内。水流入并停滞在人们居住、学习和工作的环境，将对人们的卫生、尊严和福祉造成较大威胁。

应保护厕所和污水管免受洪水的影响，避免结构性的破坏和泄漏。由排水不良导致的公共健康威胁，主要是接触受污染的水会增加腹泻疾病的传染性。

不受控制的流水还会损害其他基础设施、住宅和财物，限制人们开展生计活动并造成压力。另外，较差的排水系统还为病菌繁殖创造了条件④见“供水、环境卫生和卫生促进——病媒控制标准 4.1 和 4.2”。

可及性：应考虑当地路况及其与运输枢纽的距离，以便为供应赈灾物资提供便利。赈灾物资的供应须避免对当地道路基础设施造成损坏。还应考虑季节性限制、危险和安全风险。安置点场地、主要仓库和食品发放点必须有能够令重型卡车全天候顺畅通行的道路。其他设施应该有能让小型货车通行的道路。应在安置点内提供安全道路和小路以及通往各个住宅和公共设施的全天候通道。此外，还应考虑有行动或出行障碍人群的需求。

消防安全：场地规划应考虑消防风险评估结果。应在集中安置点已建设地区每隔 300 米设立一个 30 米长的防火带。建筑物之间的间隔应至少为 2 米，如可保证为建筑物高度的两倍则更为理想，以防止坍塌的建筑压到相邻建筑物。

应考虑当地烹饪和取暖习惯（例如炉灶类型和期望的地点）。应考虑提供安全炉灶和消防设备，并为居民提供相关意识培训。应优先考虑防火的建筑材料和居家用品。另外，还应将防火、消防管理和疏散计划等内容告知相关居民（包括行动或出行不便的人）。

减少犯罪：安置点的设计应有助于减少犯罪和性别暴力。应考虑住所、建筑物和相关设施的位置和可及性、夜间照明、从住所至卫生间和沐浴区的距离，以及对视线可及的范围进行被动监控。另外，用作集体中心的建筑物必须提供备用逃生路线。

不断变化的威胁与风险：随着情况不断变化，应定期对环境、危险和风险进行评估，包括季节性灾害、安全情况变化、冲突发生前或发生期间遗留在现场的未爆炸军火，或人口变化导致的各种结果等。

集体中心和社区基础设施的安全：技术专家应评估被危机影响的居住区内的社区建筑、集体中心或其他建筑物的结构稳定性。另外，还应考虑实际和潜在的安全或健康风险。

生计支持：应考虑危机前的经济活动和危机后可能的生计机会。应确定可用于种植和放牧的土地，或者从事市场经营和/或就业机会的可能性。住所和安置响



应行动可为当地提供就业机会，例如在提供技术援助、供应物资和劳动力市场等方面。应利用培训和教育项目，在给定时间范围内提升当地能力以取得成果⊕见“住所和安置标准 5”和“食物保障和营养——生计标准 7.1 和 7.2”。

运营和维护：制订运营和维护计划，以确保各种设施、服务和公用事业（例如水、环境卫生、排水、废物处理和学校）有效运转。此类计划的关键内容应包括社区参与、建立用户群、界定角色和职责、制订成本回收或成本分担计划。

场地停用和移交：适当的环境恢复措施可改善临时安置点及周围环境的自然恢复能力。有关场地应制订停用计划，最好是在干预措施的设计阶段就制订好⊕见“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

培训当地人群可持续的土地管理技术，确保安置场地和当地环境的恢复。如有可能，利用当地劳动力开展清除和停用活动。

3. 居住空间

居住空间对于人们的福祉至关重要，这是人们的核心需求。人们也有权利享有家庭居住的地方、对居住空间感到安全和在这一空间开展各种基本的家庭活动。

住所和安置标准 3:

居住空间

人们可获得安全和足够的居住空间，可有尊严地开展基本的家庭和生计活动。

关键行动

- 1 确保每个受影响家庭都有足够的居住空间进行基本的家庭活动。
 - 为家庭内各成员提供可满足其不同需求的居住空间，满足他们睡眠、烹饪和用餐的需求，并尊重当地的文化和生活方式。
 - 为住户及其家庭财物提供基本的房顶和墙体，为其提供人身安全、尊严、隐私并保护他们免受天气的影响。
 - 提供充分的照明条件、通风和温暖。
- 2 确保居住空间周围的空间能够支持使用者安全地进行基本的活动。
 - 包括适当的烹饪、卫生、洗衣、沐浴、生计活动、社交和游乐区域。
- 3 应尽力使用文化社会可接受和环境可持续的住所方案、建筑技术和材料。

关键指标

在住所内及周围拥有足够居住空间开展日常活动的受影响人群占比

- 每人至少 3.5 平方米的居住空间（不包括烹饪区、沐浴区和卫生设施）
- 在寒冷天气或城市中，每人 4.5 – 5.5 平方米居住空间，包括内部烹饪区、沐浴和/或卫生设施
- 内部层高应至少为 2 米（炎热气候地区为 2.6 米）

达到技术和绩效要求并合适当地文化的住所占比

接受住所援助并感到安全的人口占比



指引

居住空间：居住空间应足够人们开展睡眠、烹饪和进餐、洗漱、穿衣、存放食物和水，以及保护家庭财物和其他重要资产等日常活动。居住空间还应按照有关的文化和社会规范，确保不同性别、年龄和一个住户内各个小家庭的隐私和间隔^④见“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。

应考虑家庭成员聚集，照顾幼儿、儿童和伤病人士所需的居住空间。应注意居住空间在白天和夜晚的不同用途，并规划好门窗和隔断的位置，以便最大限度地利用内部空间及其与厨房或游乐区等邻近的外部区域。

为让人们有尊严地开展上述活动，住所需要有封闭的空间（墙体、门窗和屋顶）和足够的场地使用面积。应避免过于拥挤或增加疾病风险。居住空间减少将导致保护工作的风险增加、安全和隐私受到影响。

居住空间的最低标准应能体现文化和社会规范、环境、响应阶段以及国家有关部门或人道主义响应领域的指导方针。应仔细考虑最低居住空间（每人 3.5 平方米，寒冷天气情况下每人 4.5 平方米）的潜在影响，并与合作伙伴在任何情况下达成共识，尽快为所有人提供最低标准的居住空间。

如有必要，应尽快行动和挽救生命，应在初始援助中选择其一尽早实施：

- 为最低标准的居住空间提供屋顶，然后提供墙体和门窗等；
- 搭建占地面积较小的住所，后期再增加占地面积。

在一些情况下，居住标准可能会受实地情况限制。这些情况包括狭窄的安置点、人口稠密的城市环境或极端天气情况下缺乏现成的住所材料等。最少的居住空间在紧急情况、临时情况或采用过渡性住所方案的情况下适用。如需延长居住期限，必须重新计算可居住空间。在恢复阶段，必须考虑可接受的当地标准和退出策略。

在确定援助类型时，应尽可能地让受影响社区和家庭参与其中。与需要长时间待在有遮盖居住空间内的人群和有出行障碍的人群进行沟通。应确保此类居住空间可方便残障人士及其共同居住者的出入。残障人士，尤其是心智障碍者，可能需要额外的空间。

文化习俗、安全和隐私：应尊重受影响人群现有的惯例和习俗，以及这些方面对内部设置（帘子、墙体）的需求有何影响。例如，将居所设计成一个可容纳人口较多的大家庭或一个家族内不同小家庭睡觉的场所。

集体住所设计周详、照明充分、个人和居住区域隔开，可为个人提供隐私和尊严。

在集体住所内，应允许具有相同特征的群体共享空间。例如，某些性少数的人更愿意与朋辈居住，多于与他们的家人同住。

保护：应确保住所内有多条应急通道，并且内部空间与公共区域相通。确保工作人员了解如何为家庭暴力或侵犯、暴力、剥削和疏忽儿童等提出保护方面的关注。妇女、女孩和有个人卫生需要的人通常需要额外的空间 ④ 见“WASH 标准 1.3：经期卫生管理与失禁”。

如使用临时集体住所，则应采取具体措施防止性剥削和性暴力。应与社区成员一起，了解并解决此类风险，并通过立即或可行的行动建立一个强有力的投诉机制。

心理方面的注意事项：住所的布局和设计应包含开放的公共居住空间，以增加社交活动。

在温暖和潮湿的气候环境中，应设计并调整住所，以获得最好的通风条件，尽最大可能减少阳光直射。较高的天花板有助于空气流通。在户外出口处设置顶棚，可减少阳光直射和雨水的影响。可考虑使用户外有遮挡的空间进行食品制作和烹饪，并与其他活动分隔开。除了易受狂风影响的地点外，其余地点的屋顶应设置为方便排水的坡形，并设置较大的悬垂排水槽。应选用木材等具有较低热容量的轻型建筑材料。应增高地板，以防止水进入有遮盖的生活区 ④ 见“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。

在炎热和干燥的气候环境中，重型建筑材料（例如泥土或石头）可确保稳定的温度舒适度，适合昼夜温差变化较大的天气。或者，可选用具有充分隔热效果的轻型建筑材料。应注意在有地震风险的地区对重型建筑的结构设计。如有可能和合适，可提供有遮阴和通风良好的地点。如果仅有塑料布或帐篷，则应提供双层屋顶，确保两层之间的通风以降低热辐射聚集。门窗的方向应避开主要的热风方向。内部地板应铺至外部墙体，不留任何缝隙，以防止尘土和病媒入侵。

冷气候环境：较低的屋顶可最大限度地减少需要采暖的室内空间。如需要白天长时间待在住所内，则应选用具有较高热容量的厚实建筑材料。如仅在夜晚使用住所，则选用具有低热容量和良好保温效果的轻型建筑材料。应尽最大可能减少空气流动，尤其是门窗周围部分，以确保个人舒适度，为小型取暖器或炉灶提供充分的通风。

充分的通风有助于保持健康的室内环境、防止冷凝、减少传染病的传播，还可减少室内炉灶所产生烟雾的影响，从而避免呼吸道感染和眼部不适。如有可能，可考虑自然通风。



病媒控制：低洼地区、瓦砾和空置建筑可为带来公众健康风险的病媒提供滋生的环境。对于公共安置点，选址时积极采取措施降低病媒风险是减少媒介传染病影响的关键[⊕]见“供水、环境卫生和卫生促进——病媒控制标准 4.2：控制病媒的家庭和个人行动”。

4. 居家用品

居家用品的援助可帮助恢复和维持健康、尊严和安全，并支持人们在家内外进行日常活动。这项标准涉及睡眠、食品制作和储存、饮食、保暖、照明和服装等方面的用品。“供水、环境卫生和卫生促进”一章对蚊帐、水桶、储水用品和卫生用品等进行了详细的说明。

住所和安置标准 4:

居家用品

居家用品援助可帮助恢复和维持健康、尊严和安全，并支持人们在家内外进行日常活动。

关键行动

- 1 评估并确保家庭获得帮助他们恢复和维持基本家庭活动的用品。
 - 根据年龄、性别、残障状况、社会和文化习惯以及家庭规模等因素考虑不同的需求。
 - 应优先提供家庭活动、个人穿着、个人卫生等方面的用品，以及用于维护安全与健康的用品。
- 2 应决定如何有效、适当地提供居家用品援助。
 - 了解现金或代金券在当地能够买到什么用品，以及在当地、区域或国际层面又能采购哪些物品作为援助。
 - 应考虑这些用品包装或运输引起的环境问题。
- 3 监测居家用品的存货数量、质量和使用情况，可根据需要进行调整。
 - 如果向外迁移需要延长，应制订补充计划。
 - 监测所选市场，了解用品的价格、质量和是否足够。随情况变化而调整援助的方式。



关键指标

人们拥有足够和质量合适的衣物

- 每人至少应有两套全套的衣物，衣服应合尺寸和当地文化，并且适合季

节和天气变化需要，可满足大多数特殊需求

人们拥有足够和品质合适的用品，在私密的环境下睡得安全 and 健康

- 每人至少应有一张毛毯和一套床上用品（地毯、床垫、被单）。如在寒冷气候中，还应配备额外的毛毯/地面保暖材料
- 如有需要，还应配备经过杀虫处理的长效蚊帐

人们拥有足够和品质合适的用品，用来制作、享用和储存食物

- 每个家庭或者每四到五个人配备：两个有把手和盖子的家用烹饪锅、一个用于食品制作或上菜的盆子、一把厨刀、两把上菜用的勺子
- 每人：一个菜盘、一套餐具、一个饮杯

拥有足够、安全和可负担的电源来保暖、制作食物和提供照明等的受影响人口占比

因使用炉灶、储存或寻找燃料发生事故的次数

- 建立基础线，并把初始进度设置为 0

指引

基本的居家用品应质量达标、数量足够，能满足下列需求：

- 睡眠、保暖和个人衣着；
- 储水、食品制作和储存、饮食；
- 照明；
- 烹饪、烧水和加热，包括燃料或能源 ⊕ 见“食物保障和营养标准 5：一般食物保障”；
- 卫生（包括经期卫生或失禁用品） ⊕ 见“供水、环境卫生和卫生促进——卫生促进标准 1.2 和 1.3”；
- 防止病媒，如蚊帐 ⊕ 见“供水、环境卫生和卫生促进——病媒控制标准 4.2”；
- 消防和烟雾安全。

挑选合适的居家用品：整体计划中应包括提供居家用品。在确定此类用品的类型、数量和质量时，应优先考虑具有拯救生命功能的用品。挑选时考虑：

- 个人、家庭和社区层面的基本日常活动；
- 文化习俗、合适性和传统；
- 安全性和易于使用（应具有最低限度的用法说明或技术指导）；
- 耐用性、消耗率以及是否需要补充；
- 当前的居住条件和安排；

- 当地是否有提供；
- 妇女、女孩、男人、男孩、婴幼儿、老年人、残障人士以及其他弱势群体等受影响人群的具体需求；
- 所选用品的环境影响⊕见“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

安全：所有塑料制品应由食品级的塑料制作。所有金属制品应为不锈钢或搪瓷材料。

应确保炉灶与住所内其他物件之间的安全间隔。应将室内炉灶放置在不易燃的地方。在烟道周围安装不易燃的套筒，由此可将烟气排至室外。不要在入口附近放置炉灶，确保炉灶使用期间人员的安全出入。燃料应与炉灶保持一定的安全距离，应将煤油等液体燃料放置在儿童和幼儿无法触及的地方。

热舒适是指人体冷暖舒适度，有衣遮体并感觉干燥。衣服、毛毯和床上用品可为个人提供舒适感。睡垫、小型取暖器和冷却器可创造合适的居住条件。应在个人和家庭层面考虑所有可行的措施，以防止体温过低或中暑。

可负担的燃料和家用能源供应：燃料和其他能源是保证照明、烹饪、保暖和通信等需求必不可少的要素。收集并支付燃料或能源的费用属于经常性开支，必须进行相应的规划。应推广节能的烹饪方法，包括使用节能炉灶、柴火储备、用火管理、食品制作技术以及搭伙做饭等。应咨询受影响人群和社区，了解获取燃料的地点和方式，以使用个人安全和环境可持续的方式解决燃料问题。

人工照明应按需要为受影响人群提供，以确保无全面照明的安置点内外的个人安全。除火柴和蜡烛之外，还应考虑使用发光二极管（LEDs）和太阳能电池板等节能的人工照明方法。

以市场为本的居家用品方案：居家用品的市场评估应作为整体市场系统评估的一部分。如有可能，应从当地市场采购居家用品。应把这些用品的支出作为分析整体家庭开支模式的一部分。应随时间对此类物品进行监测和调整⊕见“通过市场提供援助”。

分发：应咨询当地有关部门和受影响人群，制定有效且公平的发放方法。应确保弱势个人或家庭被考虑在内并且获得有关信息和分配物资。应谨慎选择分发地点，考虑步行距离、地形以及运输住所配套用品等大宗货物的可行性。可考虑使用集装箱储存和运输个人和家庭用物品。

分发后的监测：应评估分发过程和居家用品的适宜性。如某些物品未被利用或被拿到市场出售或者获取这些物品的时间出现延迟，则应对相关流程或产品进行调整。应注意的是，需求会随时间变化，项目应适应此类变化。



5. 技术援助

技术援助是住所和安置响应行动中不可分割的一部分。它可支持受影响人群的自我恢复，并能改善其住所和安置点的质量与安全。让受影响家庭或社区积极参与其住所的选择、住房设计、场地布局 and 材料，以及监督或实施住所与其他建筑物的修建是必不可少的工作。

住所和安置标准 5： 技术援助

人们能够及时地获得适当的技术援助。

关键行动

- 1 了解危机前的规划和建筑方法、可用材料、专门技术和能力。
 - 与受影响人群、当地建筑专业人士和地方政府协商，以便就建筑方法和材料等事宜达成一致，并确保质量而找到所需的专门技术。
- 2 让受影响人群、当地政府和当地专业人士积极参与修建过程，并为他们提供相应的支持。
 - 应遵守适用的规划、建筑法规、材料规范和质量标准，使住所、安置点和家庭干预措施达到预期寿命。
 - 应优化建筑方法并为当地提供生计机会。
- 3 应提倡使用更加安全的建筑方法，以满足当前的住所需求并减少今后的风险。
 - 针对受损或毁坏的房屋或住所，应识别其结构性风险和危害、损毁原因或今后可能出现的问题。
 - 如有可能，学习当地建筑方法和技术并做出改进和创新；进行有效的知识传递，以推广合适的建筑方法。
- 4 确保人们获得足够的技术援助。
 - 应考虑使用专门技术的需求、如何遵守有关建筑法规和标准，以及如何提高受影响人群的技术能力。
 - 应注意那些能力或机会不足的人，让其能以安全且技术可行的方式从事

与建筑相关的活动，或者与他们协商，让其入住目前安全且可靠的建筑。

5 针对材料、财务、劳动力、技术援助，建立适当的项目管理制度，并建立具有规管性审批条件的流程，确保有高质量的成果。

- 应遵循合适的招投标、采购、合同、建筑管理流程和行为准则。
- 鼓励使用当地可获取、可持续和常用的技术、工具和材料，并且雇用当地劳动力以便维护和升级此类住所。

关键指标

地方政府参与制定建筑标准和建筑活动监测的项目占比

能展示受影响人群积极参与的建筑活动占比

根据当地情况和危害以及相关安全建筑方法建造、维修、翻新、改良或维护的住所占比

反映已获得合适的技术援助和指导的家庭占比

指引

受影响人群的参与：应以现有的当地惯例让受影响人群参与有关住所和建筑的活动。培训项目和学徒计划可为受影响人群（直接受影响人群和原社区）在建筑期间的活动提供最大限度的参与机会。应为女性和残障人士提供参与机会。不能承担体力劳动的人可为从事建筑工作的人提供场地监控、库存控制、行政支持、照看儿童或准备食品等工作。应注意的是，受影响人群可能会存在时间冲突的限制，志愿性质的社区劳动力队伍或有合同关系的劳动力可为个别家庭提供建筑上的支持，尤其是那些女性、儿童、老年人或残障人士当家的家庭。这类援助非常重要，因为这些群体在寻求建筑援助时可能会遭受性剥削的风险。

让年轻人参与建筑活动：参与建筑项目可为年轻人提供有用的技能、自信、自尊并增进其与社区的关系。

应确保不让未到法定工作年龄的儿童参与住所建设或以工代赈项目。介于法定工作年龄（通常为 14–15 岁）和 18 岁之间的儿童应以适合其年龄和发育阶段的方式参与相关工作。应确保他们的参与符合有关国家的法律规定。应采取有效措施确保国际标准和国家劳动法得到有效贯彻，从而避免危险和童工现象。应将涉嫌童工的问题或疑问反馈给儿童保护专业人士或社会机构④ 见《人道主义行动中儿童保护的最低标准（CPMS）手册》。



专业技术：应为受影响人群提供关于场地和空间规划、当地建筑技术、灾情评估、拆除和瓦砾清理、施工、场地管理、现有建筑存量评估，以及使用权保障等问题的建议。这可确保住所符合既定标准。了解材料和劳动力市场，以及相关法律和行政支持也会大有帮助④见“住所和安置标准 6：使用权保障”。

遵守建筑法规：应明确当地或全国性建筑法规是否贯彻或实施。如未贯彻，倡导使用并遵守此类法规。此类法规应能反映当地住房文化、天气状况、资源、建筑和维护能力、可及性和可负担性。应确保住所项目能够令各家庭达到或逐步实现既定标准和规范，尤其是通过以现金为基础的援助以达到相关住所要求的项目。如没有现有标准，应与地方政府和利益相关者（可能的话应包括受影响人群）合作设立最低标准，确保符合安全和性能要求。

加强技术能力：通过向受影响人群、地方政府、当地建设专业人士、熟练和非熟练劳动力、房东、法律专家以及法律合作伙伴提供培训，增强社区的建设能力。

在易遭受季节性或周期性灾害的地方，让技术专家、有合适的解决方案或知晓最佳实践方式的本地专家参与其中。他们能够提供设计和建筑方法并帮助制订改进方案。

材料采购：在可以快速提供合适的建筑材料的地方，受影响人群可自行建造住所。此类住所解决方案可包含不同的部件或预先准备好的成套工具包以及合适的施工工具。快速市场评估和分析以及环境影响评估应成为材料选择的依据。

从当地采购材料可能会给当地经济、劳动力或自然环境带来影响。在一些情况下，可能无法从当地获取足够的优质材料。因此，可使用替代性材料或生产工艺或商业住所系统，但需要考虑使用与当地文化不符的材料带来的影响。应避免使用通过剥削当地工人或儿童而制成的材料。

安全的公共建筑：修建或维修学校和健康中心等临时或永久公共建筑，以确保它们不会造成公众健康风险并且能够抵御灾害。此类设施应符合相关建筑标准和审批手续。应确保所有使用者安全地享用，包括行动不便人士和有沟通障碍的人（如有可能，与代表残障人士的机构协作）。在维修或建造此类建筑物时，应与当地政府协商。还应制定可负担的运营和维护策略。

采购和施工管理：应制定包括开工日期和完工日期、安置流离失所人群的日期和期限在内的关键目标时间表。无论这项施工是由业主还是承包商管理，此要求同样适用。时间表应注明季节性天气预计开始的日期，并包含针对意外事件的应急计划。应建立施工管理和监测系统，用于管理材料、劳动力和场地监督。这个体系应涉及施工过程中的供货、采购、运输、处理和行政等

内容。

应尽可能地雇用当地劳动力，以加强他们的技能并支持受影响人群的生计。另外，应雇用专业人员（例如工程师、建筑师、城市设计师、合同经理或律师）处理特殊工作。

应确保环境问题得以解决。在确认可以取得的回收材料及其质量的情况下，促进使用社会可接受的方式回收材料并对其进行再利用^④见“住所和安置标准 7：环境可持续性”。

改良和维护：初始的住所响应行动通常仅提供最低标准的遮盖或封闭式居住空间。然而，此类初始施工方法和材料应能够让居住家庭维护、改建或扩建其住所，以符合其长期需求。如有可能，应使用当地可获取、熟悉、价格合适的工具和材料进行有关改建。

公共工具：应制定使用、维护和安全储存公共或共享工具和材料的程序。



6. 使用权保障

使用权保障是指无论是居住在公共安置点、非正式安置点、原有社区，还是返回原址，人们在家中都不用担心被迫迁移。它是拥有适当住所和诸多其他人权的基础。在人道主义的情景中，渐进或逐步增加的方法可能是最合适的。这种方法认可流离失所人群在不同居住环境下应能获得支持以改善其居住条件。这种方法并不意味着要优先向业主提供援助，也不代表永久使用或拥有。为了设计符合大多数弱势群体和缺乏使用权保障人群的方案，参与住所工作的行动者创造了有关“足够保障”的概念。关于尽职调查和“足够保障”的概念^④见“Payne and Durand-Lasserve (2012)”。

住所和安置标准 6： 使用权保障

受影响人群就其住所和安置方案享有使用权保障。

关键行动

- 1 对项目的设计和实施开展尽职调查。
 - 考虑到当地情况和限制条件，尽可能获取更多关于使用权的明确的法律依据（“充分保障”方法）。
 - 与地方政府、法律专业人士和跨领域论坛协作。
- 2 了解相关法律框架和现场的实际情况。
 - 为危机发生后各种住所和安置方案制定使用权系统和安排；识别此类方案给高风险群体带来的影响。
 - 与地方政府一起了解哪些规定将会或不会实施以及相关时间框架。
 - 了解如何管理权属关系和解决争论，以及危机开始以来的变化。
- 3 了解使用权系统及其安排和实施如何影响高风险群体的使用权保障。
 - 将使用权保障列为脆弱性的指标之一。
 - 了解参与项目的人群所需的文件，应注意最脆弱的群体可能没有或无法获得此类文件。
 - 确保响应行动不会向自用业主或永久业权倾斜。
- 4 实施住所和安置项目，以支持使用权保障。

- 利用本地专门技术，确保项目适应不同的使用权类型，尤其是针对弱势群体的项目。
- 确保使用权协议等相关文件被合理地制定并能如实反映相关各方的权利。
- 降低住所项目在社区内部或在周围社区可能造成或加剧紧张关系的风险。

5 支持针对被迫迁移而提供的保护。

- 如出现迫迁或相关风险，提供转介服务，找出住所的替代方案和其他领域的援助。
- 提供调解纠纷的协助。

关键指标

至少在特定的援助项目期间，对所选的住所和安置形式，具有使用权保障的住所受助者占比

对所选的住所方案，获得合适的使用权保障协议的住所受助者占比

独自或通过转介、法律服务和/或争议解决机制处理住所保障问题的受助者占比

- ⊕ 见“保护原则 4”。

指引

使用权是群体或个人之间通过成文法或约定俗成、非正式或宗教安排建立的有关住房和土地的关系。使用权系统决定了谁能够使用哪些资源、使用期限和条件等。使用权有多种形式，包括完全拥有、正式租赁、紧急住所安置以及占用土地用于非正式安置等。无论哪种形式，所有人均有享有住房、土地和财产的权利。境内流离失所者通常住在非正式安置点内，他们可能没有合法占有土地的权利，但依然有获得足够住所的权利，并能获得免受从家园被迫迁移的保护。为确定是否具备适当的使用权保障，应了解使用权文件等资料，并使用尽职调查等方法。

使用权保障是每个人享有适当住所权利不可分割的一部分，可为人们提供法律保护，保护他们不被迫迁移、遭受骚扰和其他威胁，也帮助人们以安全、和平和有尊严的方式居住和生活。所有人都应获得一定程度的使用权保障，包括女性在内。了解包括争议解决机制在内的使用权关系管理和实践方式，以及灾后它们的变化至关重要。用于评估使用权保障的数据包括争议数量、迫迁比率和使用权保障认知等。



递加的使用权：增强使用权保障的最有效方法之一，是建基于现存享有一定程度社会合法性的使用权系统之上^④见 “*UN Habitat and GLTN Social Tenure Domain Model, and Payne and Durand-Lasserve (2012)*”。

城区中的注意事项：大部分流离失所者居住在非正式安置点或租赁的住所内，没有正式的拥有权、租赁和/或使用协议。因此，强行迫迁的风险、各种与剥削和骚扰相关的行为成为其生活的典型特点。针对城区的住所和安置援助方案应考虑复杂的使用权情况，应考虑针对租客、非正式定居者、非法占屋者和其他群体采用渐进使用权的方法。

无害：在一些情况下，人道主义住所的干预措施可能会导致弱势群体被驱逐。在其他情况下，强调使用权保障问题则可能会增加弱势群体被驱逐的风险。尽职调查的方法可确定不同群体面临的使用权保障风险。在使用权保障风险较为严重的情况下，不采取任何措施也许是最佳的方案。

驱逐的常见触发条件：多种复杂因素会导致出现驱逐的风险，此类风险也会导致剥削和滥用。它们包括：

- 由于工作权利等生计限制而无力支付租金；
- 未与房东签订书面租赁协议，使相关人群无法应对价格上涨和驱逐；
- 与房东出现争议；
- 对受影响人群的歧视；
- 对改善居住环境的限制，特别是因不断遭受被驱逐风险而违反建筑许可的情况；
- 可建房地区的用户或使用者无法在民政部门将其情况合法化；
- 根据习惯法或宗教框架进行的房产交易不被成文法认可，反之亦然；
- 针对女性的触发条件：离婚、亲密伴侣对其施暴或其他形式的家庭暴力，或其丈夫亡故；
- 缺少针对女性（她们的证明文件可能会被包含在其父亲或丈夫的证明文件中）、其他被边缘化或遭迫害群体的民法类证明文件。

驱逐和重新安置：重新安置措施应符合人权法，以保障居民遭遇自然灾害、环境危害时的健康与安全，或保护重要的环境资源。实际上，在无真正风险或可使用其他方案的情况下，以保护公众健康和安全或环境为由而滥用有关规定以使驱逐行为合法化的做法是违反国际人权法的。

7. 环境可持续性

环境可持续性强调负责任的项目运作，在满足当前需求的同时，而不会牺牲后代满足其需求的能力。短期内忽视环境问题，将危害恢复工作、让现有问题恶化或引发新的问题④见“保护原则1”和“人道主义核心标准承诺3和9”。

住所和安置标准 7:

环境可持续性

住所和安置援助可最大限度地降低项目对自然环境造成的负面影响。

关键行动

- 1 在所有住所和安置规划中纳入环境影响评估和管理的内容。
 - 评估危机的环境影响、环境风险和脆弱性，以便将住所和安置措施的负面影响降至最小。
 - 在实施和监控流程中加入环境管理计划。
- 2 在可行方案中选择最具可持续性的材料和技术。
 - 优选不会耗尽当地自然资源或造成长期自然环境损害的材料和技术。
 - 对包括瓦砾在内的可用材料进行抢救、重复利用、回收或再利用。
- 3 在所有安置点以安全、及时、具文化敏感性和环境可持续的方式管理固体废物。
 - 与“供水、环境卫生和卫生促进”、医疗卫生、公用工程以及其他相关部门、私营企业和其他利益相关者进行协调，以建立或重建可持续的废物管理方法。
- 4 建立、恢复和推广安全、可靠、可负担以及环保的能源供应系统。
 - 确定当前能源供应系统是否会对自然资源、环境、卫生和安全等造成负面的影响。
 - 确保新制订或改进的能源供应方案符合用户需求，并根据需要提供培训及后续跟进。
- 5 保护、恢复和改善项目实施场地（例如临时安置点）使用中和使用后的生态价值。



- 评估每个场地的环境基线状况和可用的当地自然资源，并确定各种环境危害，包括因之前商业或工业使用所导致的危害。
- 清除相关区域内即时和明显的危害并修复严重的环境退化问题，同时确保将移除自然植被的影响和对自然排水的影响保持在最低限度。
- 让场地保持当地群众能够即时利用的状态；如有可能，使其状态比之前更佳。

关键指标

先开展环境评估，再进行住所和安置活动占比

已实施的环境管理和监控计划建议的数量

使用低碳排放建筑材料和采购方法的住所建筑物占比

场地上重复利用或回收的固体废物占比

- 目标为体积 > 70%

环境状况比灾前更好的临时安置点占比

指引

环境影响评估包括三个要素：在开展评估时对当地环境基线的描述，对即将开展的活动及其对环境潜在威胁的理解，以及对威胁发生后果的认识。

咨询合适的环境机构对环境影响评估也许会有帮助。环境影响评估应考虑的关键点包括：

- 灾前获取和使用当地自然资源的方法，包括燃料、建筑材料、水源和废物处理；
- 可在当地获取自然资源的程度以及危机对此类资源的影响；
- 可能会影响响应行动可持续性，并改善其整体有效性和效率的社会、经济和文化问题（包括社会性别角色）。

采集材料：采集水、木材、沙、土和草，以及烧制砖块和屋顶瓦片所用的燃料时，应注意它们对环境的影响。应推动人们通过多种来源获取材料、重复利用回收材料和生产替代性材料。重新造林是生产可持续性建筑材料的明智之选。避免使用通过剥削成人和儿童而生产的材料⊕见“通过市场提供援助”。

选址：应将环境评估结果作为选址参考因素之一。例如，将安置点选在靠近现有基础设施的地方，减少建设新基础设施造成的环境影响。还应考虑与气候有关的风险⊕见“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。

侵蚀：保持树木和其他植被，以使土壤稳定，将树荫面积最大化，并将气候的影响降至最低。利用各种设施的自然形态将侵蚀和洪水的可能性降至最低，包括公路、人行路和排水系统等。如有必要，可修建排水沟、道边的排水管道或在路堤植树以防止土壤流失。如坡度大于5%，应使用工程技术防止出现较大的侵蚀。

瓦砾管理和废物的重用或再利用：在灾后应立即规划瓦砾管理，推动对瓦砾废物的重用、再利用，或安全处置。

在人道主义环境中，固体废物有被重用或再利用的潜力。人道主义环境中的废物重用是系统化的固体废物管理策略的一部分，取决于当地处置废物的态度以及邻近企业购买废物的意愿。人道主义环境为人们以创新方式重用废物提供了机会⊕见“供水、环境卫生和卫生促进——排泄物管理标准 3.1”和“供水、环境卫生和卫生促进——固体垃圾管理标准 5.1 和 5.3”。

能源：在处理能源消耗时，应考虑气候、可用的自然资源、室内和室外污染、健康影响、安全以及用户偏好。如有可能，项目应降低家庭的能源需求。节能设计、使用被动式方法在建筑物里取暖或降温，以及使用太阳能灯等节能的居家用品，能够降低家庭支出、减少环境影响⊕见“食物保障和营养标准 5：一般食物保障”。

应确定能源供应受损导致的公众风险，例如电力线受损、丙烷或燃油储存罐泄漏。协调当地政府和能源供应商，共同恢复并维持能源服务。补贴或其他激励措施可成为确保安全、减少污染或自然资源需求的选择。

自然资源管理：如自然资源不足够支持居住人口大规模增长，则有必要制订资源管理计划。如有必要，可咨询外部专家。资源管理计划可建议人们使用外来燃料供应，开展放牧、农业生产以及其他依靠自然资源产生收入的活动。与不太容易管理或监控的小型、分散的定居点相比，大型、管理有序的定居点环境的可持续性可能会更好。然而，大型公共安置点给附近原有社区带来的压力可能会比小型、分散的安置点更大。住所这一领域的行动者应始终考虑相关干预措施对原住人口的自然资源需求所造成的影响⊕见“人道主义核心标准承诺 9”和《紧急情况下的牲畜指导方针和标准（LEGS）手册》。

城市和农村情景：与城市居民相比，农村人口通常对其所处环境中的自然资源更为依赖。然而，城市地区会吸收周边大范围地区的大量自然资源，例如木材、沙、水泥、砖块和其他自然建筑材料。如在城市或其他大型住所项目中使用大量建筑材料，使项目的影响远超项目实施区域范围，则应谨慎做出决定。



附录 1

住所和安置评估清单

此清单作为一个指引，能够确保获取必要的信息，以帮助制定灾后住所和安置响应行动。该列表所列问题并非强制性的，可以根据具体情况进行使用和调整。

有关灾害潜在原因、安全局势、迁移人群和原有人口的基本统计，以及咨询和接触的关键人物等方面的信息应分开获取。

评估和协调

- 有关当地政府和人道主义机构是否已建立协调机制？
- 从受影响人群中可获取什么样的基线数据？已知灾害、住所和安置风险及脆弱性有哪些？
- 是否有用于支撑响应行动的应急计划？
- 已有哪些初始评估信息？
- 是否已计划开展跨机构和/或多领域的评估？此评估中是否包含住所、安置和居家用品的相关内容？

人口统计

- 通常一个家庭由多少人组成？
- 有多少受影响人群处于不同的家庭类型中？考虑没有与家人同住的群体，如无人照看的儿童、人数特别多或特别少的家庭，或其他类型的家庭。根据情况，按性别、年龄、残障状况、种族、语言或宗教归属等对受影响人群进行分类。
- 有多少受影响家庭缺乏足够的住所？这些家庭分布在哪些区域？
- 按性别、年龄和残障状况划分，有多少非家庭成员没有或缺乏足够的住所？他们分布在哪些区域？
- 有多少缺乏足够住所的受影响家庭还未迁移，并可在原住所上获得援助？
- 有多少缺乏足够住所的受影响家庭已经迁移并需要寄宿家庭或临时安置点提供住所援助？
- 按性别和年龄划分，有多少人无法获得公共机构提供的服务，如学校、诊所和社区中心等？

风险

- 缺乏足够的住所对生命、健康和安全造成的直接威胁有哪些？有多少人

处于这种风险中？

- 缺乏足够的住所对生命、健康和安全造成的其他威胁有哪些？
- 使用权制度、安排和实施是如何影响脆弱和边远人群的使用保障的？
- 由于缺乏充足的住所，弱势群体包括妇女、儿童、无人照看的未成年人、残障人士或慢性病患者受到哪些风险的威胁？其原因是什么？
- 迁移人群的出现对原有人口有什么影响？
- 受影响人群间有哪些潜在冲突风险或歧视，尤其是针对妇女和女孩的？

资源和限制

- 受影响人群可用于满足部分或全部紧急住所需求的材料、经济和人力资源有哪些？
- 用于满足紧急住所需求（包括临时集体安置点）的土地可获得性、所有权和使用权存在哪些问题？
- 原有人口在迁移人群寄宿在他们家里或周边地方时，会面临哪些潜在问题？
- 使用现有的、可获得的且未受灾害影响的建筑作为迁移人群暂时居住地的机会因素和限制都有哪些？
- 可获得空地的地形和环境是否适合用作受影响人群暂时居住地？
- 在制订住所方案时，当地政府的监管要求和限制条件是什么？

材料、设计和建造

- 迄今为止，受影响人群或其他参与者提供了哪些初步的住所方案或材料？
- 从废墟中可以回收哪些材料用于住所重建？
- 受影响人群都有哪些典型的建筑习惯？建筑框架、屋顶和外墙分别用什么材料？
- 受影响人群关于设计或材料的替代方案，哪些是可以获得的、熟悉的或可接受的替代方案？
- 住所方案应具备哪些设计特点，以确保受影响人群可安全快速获得并使用？
- 确定的住所方案如何能尽量减小未来风险和脆弱性？
- 住所都是如何建造的，由谁来建？
- 建筑材料通常如何获得，由谁来获取？
- 如何对妇女、青少年、残障人士和老年人进行培训，或帮助他们参与住所建造活动？有哪些限制因素？
- 对于缺乏能力或机会搭建住所的个人或家庭，是否需要提供额外的援助，包括提供志愿者、合同工或技术援助？



家庭和生计活动

- 受影响人群在住所里或其周围都会开展哪些家庭和生计支持活动？最后提供的空间 and 设计如何满足这些活动的需求？
- 凭借相关材料的选购以及住所和安置点的建造，可提供哪些合法并支持环境可持续发展的就业机会来维持生计？

基本服务和公共设施

- 现有饮用水的可获得性和个人卫生状况如何？在满足预期环境卫生需求方面，存在哪些可能性和限制？
- 现有的公共机构（包括诊所、学校、礼拜场所等）有哪些？获取这些机构的服务存在哪些限制和机会？
- 将被用作迁移人群住所的公共建筑尤其是学校恢复至原来用途的流程是什么，时间表的安排会是怎样的？

原住民社区和环境影响

- 原住民社区关注的问题是什么？
- 将受影响人群安置在原住民社区或临时安置点，有哪些组织上的和实质上的限制？
- 从当地获取建筑材料时，应考虑哪些环境问题？
- 迁移人群对燃料、卫生、废物处理和放牧等的需求应考虑哪些环境问题？

居家物品需求

- 受影响人群急需的非食物物品有哪些？
- 是否所有所需的非食物物品都可从当地获得？
- 使用现金或代用券是否可行？
- 住所配套物品是否需技术援助作为补充？

衣物和床上用品

- 女性、男性、儿童、婴儿、孕妇、哺乳期妇女、残障人士和老年人通常用什么类型的衣物、毯子和被褥？是否有社会和文化方面的因素？
- 所有年龄段的女性和男性、儿童和婴儿有多少需要衣物、毯子或被褥，以保护他们不受气候的影响并确保其健康、尊严和福祉？
- 如果获得充足的衣物、毯子或被褥的需求无法得到满足，受影响人群的生命、健康和人身安全会有哪些潜在风险？
- 需要采取哪些病媒控制措施（尤其是提供蚊帐），以确保受影响人群家庭的健康和福祉？

厨具和餐具、炉灶和燃料

- 一个家庭在灾前通常能获得哪些厨具和餐具？
- 有多少家庭不能获得充足的厨具和餐具？
- 受影响人群在灾前如何烹制食物和取暖？他们一般在哪里烹制食物？
- 受影响人群在灾前使用哪种燃料烹制食物和取暖？他们可从哪里获得这类燃料？
- 有多少家庭的炉灶没有用于烹制食物和取暖？原因是什么？
- 有多少家庭无法获得充足的燃料用于烹制食物和取暖？
- 对于受影响人群和邻近人群来说，要获得充足的燃料，有哪些机会和限制（尤其是自然环境因素）？
- 前往采集充足的燃料供应，对受影响人群（尤其是所有年龄段的女性）有什么影响？
- 对于厨具和餐具，有哪些文化因素需要考虑？

工具和设备

- 受影响家庭可获得哪些基本工具，用于修复、建造或维护住所？
- 哪些生计支持活动涉及使用基本工具建造、维护住所并清理瓦砾？
- 需要提供哪些培训或意识提升活动，以帮助相关人员安全地使用工具？



附录 2

安置情境说明

不同安置情境的设定可对受影响人群在何处和如何生活等方面的信息进行初步分类。通过安置情境的设定了解相关危机，将有助于规划援助策略。了解更多额外信息可帮助制订详细规划^④见“附录 3：安置情境的其他特点”。

人群	安置情境	说明	示例
非迁移人群	自有房屋或土地	居住者拥有其房产和或土地（正式或非正式所有权），或与他人共同拥有此类房产和/或土地	房屋、公寓和土地
	租赁房屋或土地	在与私立或公共所有者达成书面或口头协议后，个人或家庭能够以特定的价格在特定期限内使用房屋或土地，不涉及所有权的转让	
	非正式占有的房屋或土地	在未获得业主或指定代表的明确同意下，占有或使用相关房产和/或土地	空置房屋、公寓和空地
分散的流离失所的人群	租赁安排	个人或家庭能够以特定的价格在特定期限内使用房屋或土地，不涉及所有权的转让。其依据为与私人或公共所有者达成书面或口头协议。通过个人、集体筹资，或政府或人道主义机构的补贴进行此类安排	现有住宅内的房屋、公寓和土地
流离失所的家庭	寄宿安排	原住人口为流离失所者或个别家庭提供住所	已被使用或由宿主提供的房屋、公寓和土地
	自主安排	流离失所的家庭自主安置在一个地方，没有与相关方（业主、当地政府、人道主义机构和/或寄宿家庭）达成过任何协议	空房、空置公寓、闲置土地和路边
集体安置	集体住所	多个家庭在已有的设施或建筑物内居住。大家可以共同使用有关的基础设施和基本服务	公共建筑，疏散、接收和过渡中心，废弃建筑，公司大院和未完工的建筑

续表

人群	安置情境	说明	示例
集体安置	规划的安置点	专门为流离失所人群建立的安置点，有专人对其场地布局进行计划和管理，另外还有相应的基础设施、设备和服务	由政府、联合国、非政府组织或民间团体管理的正式安置点。包括过渡/接收中心或疏散场所
	未经规划的安置点	多个家庭自发、共同在某地点安顿下来，形成一处新的安置点。各家或整个群体与土地所有者达成了租赁协议。这种情况通常没有与相关方（业主、当地政府、人道主义机构和/或宿主）达成任何一致。另外，现场基本没有经规划提供的基本服务	非正式场所或定居点



附录 3

安置情境的其他特点

下表列出了安置情境在⊕“附录2：安置情境说明”之外的其他特点。请使用此表更详细地理解危机，以制订更为详尽的规划。

注：对特点的选择和他们的定义会根据情景而有所不同，应根据相关指引来看。并可根据具体情况创建其他的特点。

类别	示例	备注
流离失所人群的类型	难民、寻求庇护者、境内流离失所者、返回的难民、返回的境内流离失所者、其他相关人员（如移民）	⊕见《人道主义概况支持指引》(www.humanitarianresponse.info)
间接受受影响人群	已有人群、原社区人群	原社区人群通常会受到直接受影响人群的影响，例如与他们共享学校等公共服务等，或原有居民成为寄宿家庭
地理环境	城区、城市边缘地区、乡村	城市边缘地区：介于城区和乡村地区之间的区域
破坏程度	无破坏、部分破坏、完全破坏	在对破坏程度进行分类时，应告知在该房屋或住所内居住是否安全
持续时间/阶段	短期、中期、长期、永久紧急、过渡、恢复、持续	此类术语的定义因情况而异，应在响应级别上设定
使用权体系	法定、习惯、宗教和混合式	非正式土地或房屋安排包括正规和非正规占屋、合法土地上的无授权部分，以及各种非官方的租赁安排。在某些情况下，同一地块上可同时出现多种使用权，各方有权享有某些权利
房屋使用权形式	所有权、使用权、租赁和集体所有	
土地使用权形式	私立、公共、集体、开放式、国有/公立	

续表

类别	示例	备注
住所类型	帐篷、住所、过渡性住所、核心避难所、房屋、公寓、大型单位内的租赁空间、车库、小型面包车、集装箱	⊕见“附录 4：援助方案”
场地管理	现场管理、远程或电话管理、自主管理、无管理	现场管理：土地所有者没有意见，获得当地政府授权 远程或电话管理：在一个团队管理多个场地时使用 自主管理：由社区领袖体系或内部委员会进行管理



附录 4

援助方案

可对特定情况下的援助方案进行组合，以满足受影响人群的需求。应考虑每种方案的优劣势，以制订出最合适的方案。

援助方案	说明
居家用品	⊕见“住所和安置标准 4：居家用品”。
住所装备	用于创造和改善居住空间的建材、工具和装置。应考虑是否提供杆子和钉子等结构性材料，或者各家自备此类材料。考虑是否需要额外说明、指导、教育或意识提升。
住所工具箱	用于创造和改善居住空间和安置点的施工工具和硬件。
帐篷	便携式预制住所，含遮盖和架构。
返回和过渡性支持	针对选择返回原址或迁入新址的受影响人群的支持。此类支持包括各种服务，例如提供交通安排、交通费或交通票券，或者工具、材料和
维修	维修是指将受损或老化的建筑物恢复至合理的使用状态，使其达到所需的标准和规格。如某些建筑物仅有较小的破损，则无须进行大型翻修。对于流离失所者，则有必要维修集体中心或升级学校等现有建筑以便多人居住。
改装	对建筑物进行改装涉及强化和/或改造建筑物结构。其目的是增加安全性，使建筑物拥有更强的抗灾能力。除了维修外，因灾受损的建筑物还可能需要改装。对于流离失所者，如寄宿家庭的房屋处于危险之中，则有必要进行翻新。
原社区援助	如不能返回原址，受影响人群通常与家人、朋友或有历史、宗教或其他联系的团体待在一起。向为受影响人群提供住所的寄宿社区提供支持，包括扩大或改造原社区的住所，或者提供日常管理所需的财务和物质支持。
租赁援助	向租赁住所和土地的受影响家庭提供的援助包括经济支持、支持他们获得有关物业的合理协议或建议。租金是持续性支出，因此需要制定退出策略，提倡尽早自给自足或开展生计活动⊕见“住所和安置标准 3：居住空间”和“标准 6：使用权保障”。（注意：租赁支持可能会向原社区人群提供现金或者有可能会拖累市场并引起通货膨胀。）

续表

援助方案	说明
住所	一旦下一阶段的住所方案确定，短期的住所就应立即搬离。通常此类住所是在经费有限的时候建造的。
过渡性住所	此类住所为搬入永久性建筑物之前利用相关材料和技术快速搭建的住所，应可升级、可重复使用、可转售以及可从临时用地迁移至永久性位置。
核心住所	规划、设计并最终将建成永久房屋组成部分的住宅单位，但是不会建成永久房屋。核心住所的家庭可通过自己的方式和资源对其进行扩建。这种住所旨在创建配备有供水、卫生设施以及必要的居家用品的包含一个或两个房间的安全、足够的居住空间 ^④ 见“住所和安置标准 3：居住空间”和“标准 4：居家用品”。
再建/重建	拆除并重新建设无法维修的建筑物。
信息中心	信息中心向受影响人群提供建议和指导。通过当地中心提供的消息，可阐明人们的权利并就援助、方案和返程提供建议；说明土地、赔偿获取、技术忠告和援助、返址、融合以及搬迁的有关信息；并提供反馈的渠道以及寻求包括仲裁和法律援助在内的解决办法。
法律和行政意见	提供法律和行政意见，以帮助受影响人群了解他们的权利并获得免费或优惠的行政支持。应特别注意最为弱势群体的需求。
保障使用权	为受影响人群获得房屋和/或土地使用权提供支持，保护他们不被迫迁移、遭受骚扰和其他威胁，确保他们能享受安全、平和、有尊严的生活 ^④ 见“住所和安置标准 6：使用权保障”。
基础设施和安置规划	基础设施和安置规划支持是用于改善社区服务并支持可持续过渡性安置点和重建方案的规划。基础设施和安置规划支持可分为两类：主要由住所领域协调的支持以及主要由其他领域协调的支持。
集体住所支持	现有建筑可用作集体中心或疏散中心并能快速提供住所。它们可以是学校、社区建筑、有顶盖的运动场、宗教设施或空置房产。为了达到居住要求，可能需要对此类建筑进行改造或升级 ^④ 见“住所和安置标准 3：居住空间”。在使用学校建筑安置受影响人群时，应立即确定并利用备选建筑物，以便尽早让学校恢复教学 ^④ 见“集体中心指南”和《紧急情况下的机构间教育网络（INEE）手册》。
管理安置点和集体中心	^④ 见“集体中心指南”。
瓦砾清除和尸体管理	清除瓦砾有助于改善公众安全，并能快速接触到受影响人群。还应考虑环境影响 ^④ 见“住所和安置标准 2 和 7”。 应以合适的方式确认并处置死者 ^④ 见“医疗卫生标准 1.1”和“供水、环境卫生和卫生促进标准 6”。



续表

援助方案	说明
恢复和/或安装 共用基础设施	恢复或建设供水、卫生、公路、排水、桥梁和电力等基础设施⊕见“供水、环境卫生和卫生促进”一章相关指引，以及“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。
恢复和/或建设 社区设施	教育： 学校、适合儿童的场所、安全的游乐区⊕见《紧急情况下的机构间教育网络（INEE）手册》； 卫生服务： 健康中心和医院⊕见“卫生系统标准 1.1：卫生服务提供”； 安全： 派出所或社区值班室； 公共活动： 进行决策、娱乐、礼拜的集会场所，以及储存燃油、烹饪设施的地方和固体废物处置的地方； 经济活动： 市场、土地和牲畜用的空间，生计和商业用的空间。
城市/乡村规划 和分区	在灾后重新规划居住区域时，应让当地有关部门和城市规划人员参与，以便让有关规定和所有利益相关者的利益都能得到尊重⊕见“住所和安置标准 2：选址和安置规划”。
搬迁	搬迁是指在不同地点重建某个家庭或某个社区的房屋、资产和公共基础设施的过程。

附录 5

实施方案

援助交付方法会影响交付的质量、时间、规模和成本。基于对当地市场的了解（包括商品、劳务和租赁价格等）选择实施方案以支持经济复苏^④见“通过市场提供援助”。应考虑所选的实施方案对参与度、拥有感、社会性别动态、社会凝聚力和谋生机会的影响。

实施方案	说明
技术援助和质量保证	技术援助是所有住所和安置响应行动不可或缺的一部分 ^④ 见“住所和安置标准 5：技术援助”。
财务支持	通过财务支持，各家庭和社区可以获得商品或服务或者其住所和安置需求得到满足。可根据任务风险程度和复杂性，结合技术援助和能力建设提供财务支持。市场主导的转让包括下列方案： 有条件的现金转移：在满足某些特定条件时有作用，如分期付款系统。 限制用途的现金或代金券：对特定商品或参与的供应商有用。 无条件的、无限制的，或多用途的。 可及的财务服务，例如参与储蓄小组、贷款、小额贷款、保险和担保等。 ^④见“通过市场提供援助”。
实物支持	如当地市场不能提供具有足够品质和数量的货物或者不能及时提供此类货物时，先采购再将货物直接分发给受影响家庭也是一种选择 ^④ 见“通过市场提供援助”。
委托劳务和承包	通过业主驱动、承包商驱动或中介驱动的模式，委托或承包劳务以实现住所和安置的目标 ^④ 见“住所和安置标准 5：技术援助”。
能力建设	技能提升和培训可帮助利益相关者（个人或集体）提升危机响应能力，并为他们提供共同开发和实施建筑标准和规范的机会，应对共同的挑战并开发应对工具^④见“住所和安置标准 5：技术援助”。 成功的能力建设可让专家专注于监督当地利益相关者的活动，并向更多人提供援助。

请访问 www.spherestandards.org/handbook/online-resources，了解更多与安置情境有关的援助和实施方案列表。



参考资料和延伸阅读

国际法律文件

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No.4:The Right to Adequate Housing (Art.11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7:The right to adequate housing (Art.11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons*. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

一般性

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014. <https://docs.unocha.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education : Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies[INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC , 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA , 2015. <https://www.unocha.org>

安置情境

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre , 2010. <http://shelterprojects.org>

临时集体安置

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM , 2010. <https://www.globalccmc-cluster.org>

现金、代金券、市场评估/障碍

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC , 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

社会性别和性别暴力

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC) , 2015. Part 3 , section 11 : Shelter , Settlement and Recovery. <https://gbvguidelines.org>

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC , 2017. <https://reliefweb.int>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC , 2014. www.ifrc.org

儿童保护

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action ; Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action , Global Protection Cluster , 2012. <http://cpwg.net>

学校和公共建筑

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE , 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

城市环境

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters : Challenges to Housing Responses.



住所和安置

IDMC, 2015. [www. internal-displacement. org](http://www.internal-displacement.org)

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. [http://shelterprojects. org](http://shelterprojects.org)

使用权保障

Land Rights and Shelter ; The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013.
[www. sheltercluster. org](http://www.sheltercluster.org)

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On ; Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges*. 2012. [www. ohchr. org](http://www.ohchr.org)

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. [www. ifrc. org](http://www.ifrc.org)

Securing Tenure in Shelter Operations ; Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. [https://www. sheltercluster. org](https://www.sheltercluster.org)

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev. 1). OHCHR and UN Habitat, 2014. [www. ohchr. org](http://www.ohchr.org)

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev. 1). OHCHR and UN Habitat, 2015. [www. ohchr. org](http://www.ohchr.org)

延伸阅读

延伸阅读建议, 请浏览

[www. spherestandards. org/handbook/online-resources](http://www.spherestandards.org/handbook/online-resources)



医疗卫生



卫生系统	基本医疗服务						
	传染病	儿童健康	性健康和生殖健康	外伤和创伤护理	精神健康	非传染性疾病	舒缓治疗
标准1.1 卫生服务提供	标准2.1.1 预防	标准2.2.1 可用疫苗预防的疾病	标准2.3.1 生殖、孕产妇和新生儿的医疗卫生	标准2.4 外伤和创伤护理	标准2.5 精神健康护理	标准2.6 非传染性疾病的护理	标准2.7 舒缓治疗
标准1.2 医疗服务工作队伍	标准2.1.2 疫情监测、暴发检测和早期应对	标准2.2.2 新生儿和儿童疾病管理	标准2.3.2 性暴力和强奸的临床管理				
标准1.3 基本药物和医疗器械	标准2.1.3 诊断和病例管理		标准2.3.3 艾滋病毒				
标准1.4 医疗筹资	标准2.1.4 疫情暴发预防和响应						
标准1.5 医疗信息							

附录 1	医疗评估清单
附录 2	每周采样检测报告表
附录 3	计算关键医疗指标的公式
附录 4	中毒

目 录

医疗卫生的基本概念..... 282

1. 卫生系统 286

2. 基本医疗服务 299

 2.1 传染病 299

 2.2 儿童健康 309

 2.3 性健康和生殖健康 314

 2.4 外伤和创伤护理 321

 2.5 精神健康 324

 2.6 非传染性疾病 328

 2.7 舒缓治疗 330

附录 1：医疗评估清单 333

附录 2：每周采样检测报告表 335

附录 3：计算关键医疗指标的公式 340

附录 4：中毒 342

参考资料和延伸阅读..... 344



医疗卫生的基本概念

人人都有权获得及时和适当的医疗卫生服务

全球计划中有关医疗卫生的最低标准是人道主义援助下医疗卫生权利的具体体现。这些标准建基于“人道主义宪章”所声明的信念、原则、责任和权利。这些权利包括有尊严地生活、获得保护和安全，以及根据需要获得人道主义援助。

制定“人道主义宪章”时所使用的主要法律和政策文件列表，提供了相关注解供人道主义工作者参考⊕见“附录 1：全球计划的法律基础”。

在危机中，医疗卫生的目标是减少发病率和死亡率高发的情况

人道主义危机会对受影响人群的健康和福祉产生重大影响。在灾害初始阶段，获取能拯救生命的医疗卫生对于人们至关重要。医疗卫生还包括在应急响应的任何阶段采取的健康促进、预防、治疗、康复和临终关怀。

危机对公共卫生的影响既可以是直接的（造成伤亡），也可能是间接的（生活条件的改变、被迫流离失所、缺乏法律保护或获得医疗卫生服务的机会减少）。

拥挤或不足的住所、恶劣的环境卫生状况、供水不足或水质欠佳，以及食物保障情形恶化，都会增加营养不良和传染病暴发的风险。极端的压力因素也会诱发精神健康问题。不健全的社会支持机制和自助系统会产生消极的应对机制，减少寻求帮助的行为。缩减医疗服务、中断药物供应会扰乱正在进行的治疗，如对孕产妇的保健，对艾滋病、糖尿病和精神健康问题的治疗。

在危机期间，卫生响应的主要目标是预防并减少死亡率和发病率高发的情况。死亡率和发病率的模式和医疗卫生需求，会因危机种类和程度的不同而有所不同。

监测和评估危机严重程度最有用的指标是粗死亡率（CMR）和更为敏感的 5 岁以下儿童死亡率（U5CMR）。如出现基准率两倍或更高的情况，则表明发生了重大公共卫生紧急情况，需要立即做出回应⊕见“附录 3：计算关键医疗指标的公式”。

在缺乏已知基准率的情况下，应采用以下紧急门限值：

- $CMR > 1/10,000/\text{天}$
- $U5CMR > 2/10,000/\text{天}$

紧急门限值须在国家层面制定。然而，如果 U5CMR 基准率已经超过紧急门限

值，那么等其翻倍时才行动就是不道德的。

支持并发展现有的卫生系统

卫生系统可逐步实现人们在危机和恢复期间的健康权，因此考虑如何支持现有的系统非常重要。雇用人员（国家和国际层面）将对国家卫生系统产生短期和长期的影响。经分析，精心策划的卫生干预措施可强化现有的卫生系统，及其未来的恢复和发展。

在危机的第一阶段，要优先开展有针对性的卫生状况响应和多部门的快速评估。信息不全和地区偏远不应妨碍公共卫生决策的及时性。全面的评估亦应尽快开展。

城市危机需要采取不同的卫生响应方法

城市响应须考虑人口密度、已有的环境政策、社会结构和现有的社会服务。识别处于风险中或无法获得医疗卫生服务的人群并非易事，需求规模会很快超过可提供的服务。到城镇寻求避难的人们很少会知道现有的卫生服务或获得这些服务的途径，更可能增加传染病的风险。外展活动可帮助人们应对新的城市压力，如缺乏足够的临时住房、食品、医疗卫生服务、工作或社会支援网络等。

谣言和错误信息会在城市迅速传播。利用技术以即时提供有关医疗卫生和医疗卫生服务的准确信息。在城市中，二级和三级医疗卫生服务的提供者往往更为活跃，因此应加强他们提供基础医疗卫生服务的能力，亦应将他们纳入传染病的早期预警和响应体系，并加强他们提供常规专业服务的能力。

这些最低标准不应被单独使用

本章中的最低标准反映出人们享有完善的医疗卫生服务权利的核心内容，并积极推动这一权利在全球范围内逐步实现。这项权利与获取水、环境卫生、食物和住所的权利紧密相关。是否实现环球计划中一个领域的最低标准会影响实现其他领域最低标准的进度，应与其他领域密切协调和配合。

与地方政府和其他响应机构进行协调，确保受影响人群的需求得到满足，避免重复工作，使医疗卫生响应的质量得到优化。医疗卫生服务行动者之间的协调对公正地满足需求十分重要，也可确保那些难以接触、面临危险或被边缘化的人群获得医疗照顾。整本手册中的交叉引用也表明了各章节之间的潜在关联。

如国家标准低于环球计划的最低标准，应与该国政府合作，逐步提高标准。

应根据各领域之间共享的可靠信息确定优次缓急，并根据灾情的发展进行回顾。



国际法明确保护医疗卫生的权利

医疗卫生服务的提供必须是无歧视的，且易于获得，即确保其可用性、可接受性、可负担性和质量。各国负有义务在危机期间保证这项权利^④见“附录1：环球计划的法律基础”。

只有在以下情况下，医疗卫生的权利才得以确保：

- 人群受到保护；
- 负责卫生系统的专业人士接受过良好训练，并坚持普遍认可的道德原则和专业标准；
- 卫生系统符合环球计划最低标准要求；
- 国家能够并愿意建立和维持可保证医疗卫生服务安全和稳定的条件。

对医疗卫生人员、卫生设施和医疗运输工作的攻击、威胁及其他暴力阻碍是违反国际人道法的行为。对此的保护源自尊重和保护伤病员的基本义务。

人道主义机构应该慎重考虑所有威胁的性质及其应对方式。例如，应对国民军攻击的方式与应对当地社区威胁的方式不同^④见以下“保护医疗卫生服务的注意事项”。

保护原则与人道主义核心标准之间的关联

医疗卫生行动者必须人道地照顾伤病员，根据需要提供公正无私的照顾。保密性、数据保护和隐私的保障，对保护个人免受暴力、侵犯和其他问题的侵害至关重要。

医务人员往往是个人受侵犯案件中的第一反应人员。这些侵犯包括性别暴力、侵犯和忽略儿童等。培训员工使用保密通信和转介系统，识别个案，并将其转介至社会福利行动者或保护工作行动者。对于那些需要紧急医疗卫生服务却又无人陪伴或与家人失散的儿童，因缺乏法定监护人的同意，保护工作面临特殊性挑战。如有可能，与儿童和相关地方政府协商。生存权和医疗卫生权对满足儿童的最大利益至关重要，甚至比同意权更重要。决策须对当地情况和文化风俗保持敏感度。对无人陪伴的儿童进行国际紧急医疗运送、转诊和转移，国际上要求严格的文件记录、应用保护原则和地方政府的参与。

在海上或伤病员登陆后马上提供医疗卫生服务的情况与日俱增，包括在国际海域内。这为保护工作带来了特殊的挑战和政治复杂性，需要谨慎地规划、准备，以及缓解风险。

在冲突中，应仔细评估军民合作。军队和武装组织可以成为重要的医疗卫生服务提供者，甚至可向平民提供服务。人道主义机构在万不得已的情况下才使用军队的力量，如使用基础设施恢复卫生设施的电力供应、提供物流援助（如运

送医疗物资)、紧急医疗撤离等。然而,在依赖军队的力量前,应考虑在当地取得医疗卫生服务的情况,以及对中立和公正原则的理解⊕见“人道主义宪章”和“什么是环球计划?”部分中的“有国内或国际军事力量的情况”。

在使用最低标准时,应尊重“人道主义核心标准”中的九项承诺。在医疗卫生服务的响应期间,必须建立反馈机制⊕见“人道主义核心标准承诺5”。

保护医疗卫生服务的注意事项

防止针对医疗设施、救护车和医护人员的袭击,需要国际、国家和社区各级的持续努力。各类威胁的性质因情景而异,均应予以处理和报告。为保护卫生服务,卫生行动者应在其工作中和支持卫生部或其他相关方时考虑以下事项。

在所有紧急情况下,尤其是冲突期间,卫生行动者须保持中立和公正,并依照这些原则行事,因为冲突各方、社区或患者可能无法很好地理解这一点。

在提供紧急的救生医疗服务时,遵循人道主义原则,根据需要提供公正的医疗服务。促进中立原则,无差别地照顾伤病人员,确保患者安全,并对医疗信息和个人资料保密。

获得当地社区、官员和冲突各方的接受,有助于保护医疗卫生服务。卫生行动者既应教育周围的人,也应保持公正和中立的原则。医疗机构的护理标准、服务质量和地点(例如,如果位置靠近军营)都会对这些感受造成影响。

医疗设施通常实行“禁止携带武器”的政策,要求将武器放在设施或救护车外。这能提升环境的中立性,帮助缓和设施内的紧张局势或冲突,并且可以防止设施本身成为目标。

采取物理性安全措施,保护设施和员工免受危害。同时,也要了解这些安全措施将如何影响公众对医疗设施的理解和接受程度。

人道主义机构必须考虑其形象及其带来的风险和益处,以及如何影响社区的信任和接受程度。在某些救援活动中保持低调(例如,不在资产或所在地张贴标志)是合适的;而在其他活动中,在资产或所在地展示出大型标志可能更好。



1. 卫生系统

运作良好的卫生系统可以应对危机中的所有医疗卫生需求。就算在大规模卫生危机（如埃博拉疫情暴发）发生期间，其他医疗卫生服务也可以继续开展。例如，容易处理的疾病仍能获得治疗，妇幼初级保健方案也可继续开展，以减少死亡率和发病率高发的情况。所有致力于促进、恢复或维护健康的行动者能推动整个卫生系统的运行。卫生系统涵盖了所有的层面，从国家、区域、行政地区、社区到家庭的照顾者，以及军队和私营企业。

在危机中，卫生系统和医疗卫生服务的提供常常会被削弱，这种情况甚至在医疗卫生需求增加之前就已发生。医护人员流失、医疗物资中断或基础设施受损等情况可能会出现，因此，了解危机对卫生系统的影响，对判断人道主义回应的优先缓急非常重要。

人道主义行动者很少会选择在原本没有卫生系统的地点开展紧急工作。而在卫生系统薄弱的情况下，还需要对其进行加强或开发（例如，通过转诊途径，或对卫生信息进行整理和分析）。

本章中的标准涉及一个运作良好的卫生系统应有的五个核心范畴：

- 提供优质的医疗服务；
- 训练有素和积极进取的卫生工作队伍；
- 适当的药品供应、管理和使用，以及诊断材料和技术；
- 合适的医疗筹资；
- 良好的卫生信息和分析。

这些因素在许多方面相互影响。例如，医疗工作者不足或基本药物缺乏将影响服务的提供。

要确保公正地处理需求，领导和协调必不可少。卫生方面的回应一般由卫生部（MoH）负责领导和协调，也会要求其他卫生行动者提供支持。有时，卫生部会缺乏能力或意愿有效和公正地担负这个领导和协调的角色，其他组织应承担起这个职责。如果卫生部不是所有国内的地区都能进入或被接受，人道主义行动者应设法支持其他已获当地接受的体系，特别是在危急情况下。要谨慎厘定与非国家层面的行动者和其他各方合作的方式，并了解他们为受影响人群提供或协调医疗服务的能力。

虽然服务受影响人群非常重要，但合作时必须对人道主义原则有清楚的了解，以及考虑对公正和中立援助原则的影响。协调国家到社区层面的医疗卫生服

务和各个领域（如“供水、环境卫生和卫生促进”、营养和教育等），还需协调有关精神健康和社会心理支持、性别暴力、艾滋病毒携带者等的跨部门技术工作团队。

卫生系统标准 1.1：

卫生服务提供

人们可获得优质、安全、有效且以患者为中心的综合医疗卫生服务。

关键行动

- 1 在卫生体系的不同级别提供足够且适当的医疗卫生服务。
 - 在危急情况发生时，根据危机类型、流行病学资料和卫生系统能力，优先考虑国家级或最接近紧急情况的业务级别的卫生服务。
 - 确定在不同级别（家庭、社区、卫生设施和医院）提供不同类型的护理。
- 2 建立或加强分诊机制和转诊系统。
 - 在冲突情况下，在医疗机构或项目地点执行分诊协议，以便将那些需要立即被关注的患者识别出来，并在转诊和运送至他处做进一步治疗前，进行快速处理或稳定病情的工作。
 - 确保在不同级别的护理和服务之间进行有效的转诊，包括受保护和安全的紧急运送服务，如营养或儿童保护等不同领域之间进行转诊。
- 3 采取或使用标准化的医疗护理服务流程、病例管理方案和合理的用药规范。
 - 使用国家标准，包括基本药物清单，并根据灾区情况进行调整。
 - 如果国家的指导方针已经过时或无法获得，请使用国际指导原则。
- 4 提供的医疗卫生服务能确保患者的尊严、隐私、数据保密性、安全和知情同意权得到保障。
 - 确保患者的安全和隐私，使每位患者都能获得照顾，包括艾滋病毒或性病等会使人蒙羞的疾病患者。
- 5 提供安全的医疗卫生服务，预防伤害、不良医疗事件或侵犯发生。
 - 实施用于不良医疗事件的通报和回顾系统。
 - 制定政策以通报侵犯或性暴力事件。
- 6 在所有医疗卫生工作的环境中，使用适当的感染预防和控制措施，包括



“供水、环境卫生和卫生促进”最低标准和医疗废物处理机制。

- 在霍乱或埃博拉等疾病暴发期间，向世界卫生组织（WHO）、联合国儿童基金会（UNICEF）和无国界医生组织（MSF）等专业机构寻求综合性指导。

7 基于良好的公共卫生做法，以安全、尊重死者、符合当地文化的方式处置和埋葬尸体。

关键指标

从住所步行 1 小时即可获得基础医疗卫生服务的人口占比

- 不少于 80%

能提供优质医疗服务的医疗机构占比

- 不少于 80%

每 10,000 人配备的住院病床数（不含产科病床）

- 不少于 18 床

需要转诊至高一级医疗卫生服务的人口占比

在充足的时间内被转诊的患者占比

指引

医疗卫生服务是否被使用取决于其可用性，包括实际距离、可接受性和可负担性。

可用性：医疗卫生服务可以通过社区医疗设施、流动医疗设施和固定医疗设施的搭配来提供。每种方式的数量、类型和位置均依据具体情况而各不相同。对固定医疗设施所计划覆盖范围的广泛性指导原则是：

- 每 10,000 人使用一个医疗设施；
- 每 250,000 人使用一个乡镇医院或乡村医院。

然而，这样并不能确保在所有环境中都有足够的医疗卫生服务覆盖。在农村地区，更好的目标可能是每 5 万人拥有一个医疗设施，同时配有社区病例管理项目和流动诊所。在城市地区，二级医疗设施可能是首个被使用的服务点，因此可为 10,000 以上的人口提供基础医疗卫生服务。

在紧急情况下，提供医疗卫生服务的附加应变能力至关重要。应避免重复现有服务导致的资源浪费，以及减少人们对现有设施的信任度。当临时设施关

闭后，人们应能有信心地回到原有设施寻求医治。

对服务的使用率进行监测。较低的使用率可能反映出医疗服务的质量偏低，或存在直接或间接的费用障碍、对其他服务的偏好、对人口数量的高估或其他使用问题。偏高的使用率则可能表明已出现公共卫生问题或低估了目标人口，也可能表明其他地方出现了使用问题。所有数据都应按性别、年龄、残障状况、民族和其他可能与背景相关的因素来分析。使用率的计算^④见“附录 3”。

可接受性：与社区的所有组别协商，以确定并处理社区不同人群和冲突各方（特别是处于危险中的群体）获得服务的障碍。针对女性、男性、儿童，以及会与艾滋病毒携带者或艾滋病高危人群、残障人士以及老年人进行咨询，以理解他们的就医行为。让人们参与医疗卫生服务的设计，将有助于提高患者的参与度，并提高医疗护理的及时性。

可负担性：^④见“卫生系统标准 1.4：医疗筹资”。

社区级别的护理：基础医疗卫生服务包括家庭和社区内的护理。人们可通过社区卫生工作人员（CHWs）或志愿者、同伴教育者等途径，获得基础医疗卫生服务，或与村卫生委员会合作，以增加患者和社区的参与度。护理范围可从预防项目到健康促进或病例管理，具体应视当地情况而定。所有项目都应和最接近的基础医疗卫生服务设施建立联系，以确保综合护理、临床监督和项目监测能确实执行。如果社区卫生工作人员正对急性营养不良进行筛查，如有需要，应转诊至能够提供营养服务的医疗机构或地点^④见“食物保障和营养评估标准 1.2：营养评估”。服务应与其他部门的社区项目（如“供水、环境卫生和卫生促进”和营养）相结合^④见“供水、环境卫生和卫生促进的卫生促进标准 1.1”和“食物保障和营养——营养不良管理标准 2.1”。

紧急转诊系统：这是一个预先设定、安全和受保护的运输机制，应提供一星期全天候 24 小时服务。转诊人员和接收患者的医疗服务提供者之间应有临床交接。

患者权利：医疗卫生设施和服务的设计，应确保患者的隐私和保密性，例如设置单独的咨询室。在医疗程序或手术治疗之前，应寻求患者或监护人的知情同意。处理好任何可能影响知情同意和安全的特殊因素，包括年龄、性别、残障状况、语言或种族等。尽早建立患者反馈机制。保护患者资料^④见“卫生系统标准 1.5：医疗信息”。

适当和安全的设施：采用合理的药物使用协议，进行药品和设备安全管理^④见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”。

确保在任何时候，包括在紧急情况下，都有合适的医疗设施。确保有助于咨



询的私人空间、有序的患者流动、病床间距1米、通风设备、医院设有无菌室（室内）、关键设备有充足的能源供应，以及充足的“供水、环境卫生和卫生促进”设施。在疾病暴发期间，应对包括分诊区、观察区和隔离区等在内的基础设施的要求和指引进行检视。

制定措施，确保卫生设施在洪水或冲突等危机期间安全、受保护和可被使用。

感染预防和控制是在所有环境下预防疾病和细菌耐药性的关键。即使是在没有发生危机的环境下，全球仍有12%的患者在接受医疗卫生服务后出现感染，而50%的术后感染均对常用的抗生素具有耐药性。

预防和控制感染的核心组成部分包括指导原则的制定和实施（关于标准预防措施、传染病预防措施和临床无菌技术），在每个环境中都设有一个感染预防和控制团队，培训医疗卫生服务工作人员，监测项目，并将与医疗卫生服务相关的感染和细菌耐药性检测纳入监测系统内。医疗卫生服务的设置应配备适当的工作人员和工作量、床位（每张床不得超过一名患者），建立完备的环境，并保持安全的卫生习惯⊕见“卫生系统标准1.2：医疗服务工作队伍”，⊕见“供水、环境卫生和卫生促进”中“适当和安全的设施”部分，⊕见“WASH标准6：医疗卫生工作环境下的供水、环境卫生和卫生促进”。

标准预防措施是预防和控制感染措施的一部分，包括：

- **预防尖锐物品造成的伤害：**谨慎处理针头、手术刀和其他利器，如清洗使用过的器械或丢弃用过的针头时。任何遭受尖锐物品损伤的人都应在72小时内接受艾滋病毒的接触后预防措施（PEP）治疗⊕见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准2.3.3：艾滋病毒”。
- **个人防护装备（PPE）的使用：**根据风险和需要执行的任务，提供适当的个人防护装备。评估预期接触病原体的媒介（例如，飞溅、喷雾、接触或触摸）和疾病传播的途径、个人防护装备的耐久性和合宜性（如防流体或防渗透材料）以及装备的状况。另外，根据传播途径，还要使用额外的个人防护装备：接触（例如长袍或手套），飞沫（在患者1米范围内佩戴外科口罩）或空气传播（防尘口罩）⊕见“WASH标准6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”。
- 其他措施还包括手部卫生、医疗废物管理、保持环境清洁、清洁医疗设备、呼吸和咳嗽卫生，以及理解无菌原则⊕见“WASH标准6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”。

不良事件：在全球，有10%的医院患者遭受不良事件（甚至不是处于人道主义危机环境）的伤害。这些不良事件主要来自不安全的外科手术、用药错误和与医疗卫生服务相关的感染。应在每个医疗机构建立不良事件登记册，并对其进行审计以促进学习。

遗体处理：应尊重当地的习俗和信仰方式，妥善处理尸体，确认死者身份，并将遗体归还给其家人。不论死亡是由传染病、自然灾害、冲突还是大规模屠杀等原因造成的，尸体的处理都要与卫生、“供水、环境卫生和卫生促进”、法律、保护和法医等领域进行协调。

尸体很少会带来即时性的卫生风险。但因某些疾病（例如霍乱或埃博拉病毒）而死亡的患者，需要进行特殊处理。收集尸体时，可能需要使用个人防护用品，收集、运输和储存所用的相关设备，并做好文字记录等^④见“WASH 标准 6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”。

卫生系统标准 1.2：

医疗服务工作队伍

人们在各个级别的医疗卫生服务中，均可获得具备充足技能的卫生工作人员的服务。

关键行动

- 1 根据国家分类标准，检视现有人员的程度和分配，以确定服务的差距和不足。
 - 按职能和工作地点追踪每 1,000 人配置的医务人员数量。
- 2 依据国家标准或国际指引对医务人员进行岗位培训。
 - 认识到在紧急情况下，医务人员可能要承担更多的职责，并且需要培训和支持。
 - 在人员流动率高的地方推动进修培训。
- 3 支持医务人员在安全的环境中工作。
 - 实施并倡导所有可能的措施，确保卫生人员在冲突中的安全。
 - 为临床医务人员提供乙型肝炎和破伤风的职业健康培训和免疫接种。
 - 提供足够的预防和控制感染措施及个人防护用品，以履行医务人员的职责。
- 4 制定激励和薪酬策略，尽量收窄卫生部和其他医疗服务提供者之间的薪酬差异，减少人员的不公平分配。
- 5 在当地和全国范围内与卫生部和其他相关机构分享医疗工作人员数据和准备工作信息。
 - 留意在冲突期间医疗工作者的转移和撤离情况。



关键指标

每 1,000 人需配备的社区卫生工作人员数量

- 至少配备 1–2 名社区卫生工作人员

由熟练接生人员（医生、护士、助产士）接生的人口占比

- 不少于 80%

每 10,000 人需配备的熟练接生人员（医生、护士、助产士）数

- 每 10,000 人至少配备 23 名

所有从事临床工作的医务人员都接受过临床操作规程和病例管理方面的培训

指引

医务人员的足够程度：医务人员包括医生、护士、助产士、临床医师或医师助理、实验室技术人员、药剂师、社区卫生工作人员，以及相关管理和支援人员。医务人员的人数和配置应符合人口和服务需要。人员不足会导致工作负担过重和医疗服务不安全。应将现有医护人员整合到应急响应工作中。

在招聘和培训本地医务人员时，应遵循国家指南（如果没有国家指南，则遵循国际准则）。海外医务人员的招募应遵循国家和卫生部的规定（例如，应具备相关资质，特别是与临床操作相关的资质）。

应考虑照顾那些难以到达的农村和城市地区的群众，包括靠近冲突地区群众的卫生需求。医务人员必须为所有种族、语言和具有不同隶属关系的人群提供医疗服务。招募和培训较低级别的医务人员，以开展社区外展、流动医疗队或卫生站的病例管理，并建立强有力的转诊机制。在条件艰苦的地区，还需要采取相应的激励措施。

社区卫生工作人员（CHWs）：通过社区卫生工作人员（包括志愿者）开展的社区项目，可以增加难以触及人群接受服务的机会，包括被边缘化或被歧视的人群。如果不同社区存在地理限制或接受性方面的问题，一名社区卫生工作人员实际上可能只能服务 300 人而非 500 人。

社区卫生工作人员的工作各有不同。他们可接受急救或病例管理培训，或者进行健康筛查。他们必须与最近的医疗机构保持联系，以确保能有适当的监管和综合护理。紧急情况解除以后，社区卫生工作人员通常不会被归入卫生系统中。在某些情况下，社区卫生工作人员通常只在乡村环境下工作，因此在城市发生危机时，可能需要其他的模式来应对。

可接受性：满足人们的社会文化期望可提升患者的参与度。医务人员的构成应能反映人口的多样性，包括不同社会经济状况、种族、语言和性取向的人员，并且应保持适当的性别平衡。

质量：各医疗机构必须培训并监督员工，以确保他们获得最新的知识，掌握安全的操作方式。确保培训项目与（用于紧急情况的）国家指南或通用的国际指引保持一致。

培训应包括以下方面：

- 临床操作规章和病例管理；
- 标准操作流程（如感染预防和控制、医疗垃圾的管理）；
- 安全保卫工作（适应不同的风险等级）；
- 行为准则（如医学伦理、患者权利、人道主义原则、儿童保护、防止性剥削和性侵犯）^④见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准 2.3.2：性暴力和强奸的临床管理”。

常规监管和质量监督能促进良好的实践。一次性培训课程并不足以确保良好的质量。应与卫生部分享曾接受有关培训人员的记录，包括培训内容、培训者和培训的时间地点等信息。

卫生系统标准 1.3： 基本药物和医疗器械

人们可以获得安全、有效和质量可靠的基本药物和医疗器械。

关键行动

- 1 建立优质医疗卫生服务的标准化基本医药和医疗器械清单。
 - 在应急响应初期即检视现有国家基本药物和医疗器械清单，并根据紧急情况进行调整。
 - 要特别关注那些受管制且需要特别宣传正确使用方法的药品。
- 2 建立有效的管理系统，确保安全的基本药物和医疗器械的可用性。
 - 包括疫苗的运输、储存和冷冻链，以及血液制品的收集和储存。
- 3 接受药物和医疗器械捐赠，前提是它们必须遵循国际公认的指引。

关键指标

基本药物缺失的天数



- 每 30 天内不多于 4 天

具备基本药物的医疗设施占比

- 不少于 80%

具备功能性基础医疗器械的医疗设施占比

- 不少于 80%

所有发给病人的药品都在有效期内

指引

基本药物管理：基本药物包括用药、疫苗和血液制品。良好的药物管理应确保药物的可用性，同时禁止使用不安全或过期药物。主要的管理环节是选择、预测、采购、储存和发放。

药品选择应基于国家基本药物清单，倡导缩小药品选择的差距，如用于下列范畴的药物：非传染性疾病、生殖健康、舒缓治疗和手术的疼痛缓解、麻醉、心理健康和管制药品（见下文）或其他。

预测应基于消耗、发病率数据和对当地情况的分析进行。如果出现当地制造业受到影响、仓库受损或国际采购延误等情况，国家药品供应可能会出现中断。

采购方法应遵循国家法律、海关规定和国际采购的质保机制。如发生延误，应倡导采用改进的机制（通过卫生部、牵头机构、国家灾害管理局或人道主义协调员）。如果这些系统不存在，应采购在有效期内、以该国及医务人员使用的语言标写说明的预审合格产品。

储存：药品在整个供应周期内，均应安全储存。不同产品的储存要求各异。药品不应直接放置在地板上。确保为过期物品（上锁）、易燃产品（通风良好，有防火保护）、管制药品（附加安全措施）和需要冷链或温度控制的产品提供单独的储存空间。

发放：建立从中央库存到卫生服务机构的安全、受保护、可预测和有记录的运输机制。合作伙伴可以使用推动式（自动供应）或拉动式（按需供应）系统。

过期药的安全处置：防止污染环境或危害人体健康。遵守国家法规（适用于紧急情况）或国际指引。超高温焚烧成本高昂，而医药储存只能是短期的解决方式⊕见“WASH 标准 6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”。

基础医疗器械：按照国家或国际标准，为各级医疗设施确定并采购必要的设备和器械（包括实验室试剂、大型机器）。采购应包含残障人士使用的辅助装置。确保设备的安全使用，提供定期维护和在地备件供应（最好在使用地就有）。安全处置退役设备。对于丢失的辅助设备重新发放或更换，并提供清晰的使用和保养信息。有关合适的尺寸、配件、使用和保养，请参阅康复服务。避免一次性分发。

预先通过审定的工具包在危机早期阶段或灾前准备的预先部署时非常有用。它们含有预先通过审定的基本药物和医疗器械，并根据医疗干预的不同而有所不同。世界卫生组织是机构间应急医疗工具包、非传染性疾病工具包以及管理腹泻、创伤和其他疾病工具包的主要提供者。联合国人口基金会（UNFPA）是性与生殖健康工具包的主要提供者。

管制药物：用于止痛、心理健康和产后出血的药品通常受到管制。由于 80% 的低收入国家无法获得足够的止痛药物，因此应倡导卫生部和政府共同努力，改善管制药物的可用性。

血液制品：如有的话，与国家输血服务部门协调。只采集志愿者的血液。对所有血液制品进行血型分析和兼容性测试，并必须进行 HIV、乙肝、丙肝和梅毒测试。安全储存和分发血液制品。培训临床工作人员合理使用血液和血液制品。

卫生系统标准 1.4：

医疗筹资

在灾害时期，人们可获得免费的、重点的医疗卫生服务。

关键行动

- 1 在通过政府系统收取用户费用的地区，安排废除或暂停收费。
- 2 减少获得和使用服务的间接成本或其他经济障碍。

关键指标

提供免费优质医疗卫生服务（包括咨询、治疗、检查和提供药物）的医疗机构占比

- 目标为 100%

在获取或使用医疗服务时，不直接支付医疗费用（包括咨询、治疗、检查和提供药物）的人数占比



- 目标为 100%

指引

使用者付费：在紧急情况期间，要求支付服务费用会妨碍人们获取医疗卫生服务，甚至会阻止人们寻求医疗卫生服务。

政府医疗卫生服务机构暂停收费必然会带来政府的财政压力。可考虑向卫生部或其他责任医疗机构，提供医务人员薪金和奖励、额外的药品、医疗器械和辅助器械的支援。如停收用户费是临时的，请确保用户能获得暂停的时间和原因等明确信息，并对其可及性和服务质量进行监测。

间接费用：通过在社区内提供充足的服务、使用已制定好的运输和转诊机制，可将间接费用降至最低。

现金援助：《2030 年全民健康覆盖》的目标指出，人们应在不产生过度经济困难的情况下接受医疗卫生。截至本版本手册出版时，还没有明确的证据表明，在人道主义情况下使用现金援助能够对卫生回应行动产生积极影响^④见“什么是环球计划？”包括“通过市场提供援助”。

在以下情况下，经验表明在医疗卫生响应行动中，使用现金援助可能会有所帮助：

- 紧急情况已经被稳定下来；
- 能预计的服务需要支持，如产前护理或慢性疾病管理；
- 存在积极的就医行为和很高的需求；
- 其他重要的家庭需求已经得到满足，如食物和住所。

卫生系统标准 1.5：

医疗信息

收集、分析和使用相关公共卫生数据，为医疗卫生服务工作提供指导。

关键行动

- 1 加强或建立医疗信息系统，为开展有效和公正的医疗卫生响应工作提供充分、准确和最新的信息。
- 确保医疗信息系统涵盖所有的利益相关者，易于实施，容易收集、分析和解读信息，为响应行动提供指导。

- 2 加强或建立疾病“早期预警、警报和响应”（EWAR）机制，以应对需要立即响应的所有危险情况。
 - 根据流行病学风险概况和紧急情况，确定要包含哪些重点疾病和事件。
 - 综合考虑指标并以证据为本。
- 3 商定并使用通用的操作数据和定义。
 - 考虑分母数据，如人口、家庭规模和年龄段。
 - 建立行政区域和地理代码。
- 4 在使用卫生信息时，所有卫生工作的行动者均采用经大家同意的标准操作程序。
- 5 确保使用数据保护机制，以保证个人、报告单位和/或人群的权利和安全。
- 6 支持主要行动者及时并定期向所有利益相关方汇编、分析、解读和发送卫生信息，并指导卫生项目的决策。
 - 包括卫生服务的覆盖和使用，以及对流行病学数据的分析和解读。

关键指标

按时完整地上报“早期预警、警报和响应”（EWAR）和监测报告的占比

- 不低于 80%

领导卫生工作的行动者提交的医疗信息报告频率

- 不少于每月一次

指引

医疗信息系统：运作良好的医疗信息系统能确保可靠和及时的信息制定、分析和发送，并把这些信息用在决定健康的因素、卫生系统绩效和健康状况上。数据可以是定性或定量的，并可以通过多种途径收集，如人口普查、人口动态登记、人口调查、感知需求调查、个人记录和卫生机构报告（如医疗管理信息系统）。它应具备足够的灵活性，整合和反映预期以外的挑战，如突发事件、卫生系统或服务的全面破坏等。这些信息有助于识别卫生系统各个层级的问题和需求。

通过进一步评估或调查，收集缺失的信息。考虑受影响人口的跨境流动，以



及所需或可用的信息。要定期分析卫生人员的工种和工作地点。

卫生管理信息系统（HMIS）或常规报告使用由卫生设施产出的卫生信息来评估医疗卫生服务的绩效。卫生管理信息系统监测具体干预措施的交付、疾病的治疗和资源的运用（如示踪剂的可用性、人力资源和使用率的数据）。

健康监控是指对健康数据进行持续、系统化的收集、分析和解读。疾病监控针对不同疾病及其发展模式进行监测，通常通过医疗管理信息系统报告呈现监测结果。

早期预警、警报和响应（EWAR）是常规健康监控系统的一部分，负责监测所有需要立即响应的公共卫生事件，并发出警报，如化学中毒或易造成流行病的疾病⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.2：疫情监测、暴发检测和早期应对”。

标准操作程序：建立通用定义，以及一个能跨越地理、护理层级和不同卫生行动者的信息传递方法。至少在以下方面达成一致：

- 病例定义；
- 针对监测内容的指标；
- 报告单位（如流动诊所、户外医院、卫生站）；
- 报告途径；
- 数据提交、分析和报告的频率。

数据分类：卫生信息数据应按性别、年龄、残障状况、流离失所者和接受难民所在地人口、当地情况（例如营地/非营地情况）和行政级别（地区、片区）进行分解，以指导决策的制定并找出高危群体面对的不公正现象。

用预警、警报和响应（EWAR）系统，对5岁以下儿童和5岁以上儿童的死亡率和发病率数据进行分解，目的是快速生成警报。因此，稍微不够详细的数据也可接受。进行疫情调查、接触者追踪、个案数据表制作和进一步监测疾病趋势工作，均必须有分解数据。

数据管理、安全和保密：采取充分的预防措施，保护个人和数据的安全。未经病人同意，医务人员不得与任何没有直接参与病人护理的人士分享该病人的信息，特别考虑有智力、精神或感官障碍的人群，因为他们的知情同意能力可能会受到影响。应了解，许多患有艾滋病等疾病的人可能还未向其家人透露他们的健康状况，也应谨慎处理有关折磨或其他侵犯人权行为（包括性侵犯）所造成伤害的数据。如果获得患者的知情同意，可以考虑将这些信息传递给合适的行动者或机构处理⊕见“保护原则 1”和“人道主义核心标准承诺 4”。

对医疗卫生服务的威胁：对医疗卫生工作者的威胁，或任何涉及他们的暴力事件，均应使用通用的地方和国家机制进行上报⊕见“医疗卫生的基本概念”（上文）和“参考文献和延伸阅读”（下文）。

2. 基本医疗服务

基本医疗服务解决的是导致受影响人群死亡和发病的各主要原因。与卫生部门和其他官方的卫生行动者协调，就何时何地优先提供哪些服务达成一致。协商应以实际环境、风险评估和现有证据为基础。

受影响人群将会出现新的、各不相同的需求，并且这些需求也在不断变化。人们可能面临过度拥挤、多次流离失所、营养不良、缺水或持续的冲突。年龄、性别、残障状况、艾滋病状况、语言或种族身份等都可能进一步影响他们的需求，并可能成为其获得护理的重大障碍。另外，还应考虑那些生活在缺医少药或偏远地区人群的需求。

与卫生部和其他卫生行动者就重点医疗服务达成一致，关注最可能发生并导致最大发病率和死亡率的风险。医疗项目应提供适当、有效的护理，同时考虑当地情况、后勤和所需资源。重点医疗服务可能会随当地情况的改善或进一步恶化而改变，应根据可获得的信息和情况的变化定期进行协商和调整。

一旦死亡率下降或情况稳定，更全面的医疗服务即具备可行性。在危机长期持续的情况下，可能需要在国家层面确定一套基本的医疗卫生服务方案。

本节概述应急响应关键领域中的基本医疗服务：传染病、儿童健康、性健康和生殖健康、外伤和创伤护理、精神健康、非传染性疾病，以及舒缓治疗。

2.1 传染病

无论是自然灾害、冲突还是饥荒造成的人道主义危机，都往往会提高因传染病而导致的发病率和死亡率。人们搬入拥挤的集中安置点或避难所，意味着腹泻和麻疹等疾病会很容易传播。卫生设施的损坏或缺乏清洁用水，意味着通过水和病媒传播的疾病会迅速蔓延。受影响人群的免疫力下降会导致疾病的易感性增加。卫生系统的破坏则可能会中断长期治疗，例如艾滋病毒和结核病（TB）的常规免疫，以及呼吸道感染等简单病症的治疗。

急性呼吸道感染、腹泻、麻疹和疟疾仍然是受影响人群中发病率最高的疾病。急性营养不良会使这些疾病恶化，特别是对于5岁以下儿童和老年人。

在危机中，医疗卫生的目标是从一开始就预防传染病，管理所有病例，并确保在疾病暴发时能迅速做出适当的反应。应对传染病的干预措施应包括预防、监控、疫情检测、诊断和病例管理，以及疫情响应。



传染病标准 2.1.1:

预防

人们可获得有关医疗卫生和预防传染病的信息。

关键行动

- 1 确定受影响人口中发生传染病的风险。
 - 检视现有的医疗信息（如果有的话）、监控数据，以及营养、安全饮用水、环境卫生状况。
 - 对受影响人群进行风险评估，包括当地领袖和专业医务人员。
- 2 与其他部门合作，制定一般性的预防措施，并在社区层面制定综合健康促进项目。
 - 处理社区内影响健康行为特有的恐惧、谣言和普遍观念。
 - 与其他实施外展工作的人员如卫生推广人员或社区营养工作人员进行沟通，以确保传递的信息一致。
- 3 实施预防接种措施以预防疾病。
 - 根据风险、可行性和当地情况，确定是否需要开展针对特定传染病的疫苗接种活动。
 - 尽快恢复已有免疫计划的常规疫苗接种。
- 4 根据需要实施针对具体疾病的预防措施。
 - 提供并确保所有疟疾区域的住院患者均使用长效防虫蚊帐（LLINs）。
- 5 根据风险，在各级医疗卫生服务机构实施感染预防和控制措施 ⊕ 见“WASH 标准 6：医疗卫生环境中的‘供水、环境卫生和卫生促进’”中“卫生系统标准 1.1”和 WASH 支持。

关键指标

采用健康教育活动和信息传播中推广的关键行为的人数占比

反馈已接收传染病相关风险和预防措施適切信息的受影响家庭占比

能描述三种预防传染病方式的受影响家庭占比

所有疟疾区域的住院患者都使用长效防虫蚊帐

与危机前水平相比，重大传染病的发病率保持稳定或没有上升

指引

风险评估：对受影响人群、当地领袖和专业医务人员进行风险评估。分析具体情景和环境带来的风险，如拥挤的集中安置点和城市地区等。积极考虑不同人群的特殊致病原因、低免疫力或其他风险。

部门间的预防措施：制定一般性预防措施，例如适当的卫生、废物处理、安全和充足的供水和病媒管理。充足的住所、住所之间的间隔，以及通风都有助于减少传播。纯母乳喂养和获得足够的营养有助于改善健康状况[⊕]见“人道主义核心标准承诺 3”、“WASH 卫生促进标准 1.1”、“WASH 供水标准 2.1 和 2.2”、“WASH 固体垃圾管理标准 5.1 至 5.3”、“住所和安置标准 2”和“食品保障和营养——婴幼儿喂养标准 4.1 和 4.2”。

健康促进：让社区以老年人、残障人士、妇女和儿童可以明白的格式和语言提供信息。需花时间对有关敏感议题的消息进行分析和验证。

疫苗接种：实施疫苗接种活动的决定因素有三个：

- **评估一般性风险因素**，如营养不良、慢性疾病的高额负担、过度拥挤、“供水、环境卫生和卫生促进”条件不足，以及特定疾病风险（如地理、气候、季节和人口免疫力）。
- **开展活动的可行性**，应基于对疫苗特性的评估，包括可用性、有效性、安全性、单抗原或多抗原、口服或注射和稳定性等方面。考虑操作性因素，如接触受众的途径、时间限制、运输、材料要求、成本和获得知情同意的能力。
- **总体环境**，包括伦理和实际的限制条件，如社区的反对、资源缺乏造成的不公平、政治或安全限制，或对疫苗接种者已知的威胁。

[⊕]见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.1：可用疫苗预防的疾病”和《严重人道主义危机中的疫苗接种：决策框架》（世界卫生组织，2017），此框架涵盖了霍乱、脑膜炎、麻疹和轮状病毒等 23 种抗原。

预防疟疾：在具有中度和高度疟疾传染性的地区，向严重营养不良的人群和家庭、孕妇、5 岁以下儿童、无人陪伴的儿童和艾滋病病毒携带者提供长效防虫蚊帐。优先向补充喂养计划涉及的人群、有 5 岁以下儿童的家庭和孕妇的家庭提供。根据国家法规和耐药模式向孕妇提供化学预防。在营养不良高发和麻疹死亡率高的地区，考虑有针对性地开展季节性疟疾药物预防。

伊蚊传播疾病：登革热、基孔肯雅热、寨卡病毒，以及黄热病均通过伊蚊传播。应通过综合病媒控制预防疾病。个人应穿衣服以防止被叮咬，家庭应使用干净的水和良好的废物管理方法，或者给白天睡觉的幼儿和婴儿使用驱虫



剂或长效防虫蚊帐⊕见 “WASH 病媒控制标准 4.2：控制病媒的家庭和个人行动”。

**传染病标准 2.1.2：
疫情监测、暴发检测和早期应对**

监控和报告系统提供早期疫情监测和早期应对措施。

关键行动

- 1 加强或建立针对具体情景中疾病的“预警、警报和响应”（EWAR）机制。
 - 根据流行病学风险，决定机制应包含的重点疾病和事件。
 - 对各级医疗服务工作者进行培训，加强其对重要疾病，以及通报卫生部门和生成警报机制的了解。
 - 每周向所有利益相关方发布“预警、警报和响应”（EWAR）报告，以便其采取必要的行动。
- 2 建立疫情调查小组。
 - 确保警报发出后能迅速采取行动。
 - 在团队无法接触到受影响人群的情况下（如在冲突活跃的地区），启动远程调查。
- 3 确保样本可接受快速诊断测试或实验室检测，以确认疫情是否暴发⊕见 “基本医疗服务——传染病标准 2.1.3：诊断和病例管理”。

关键指标

在 24 小时内上报的警报占比

- 90%

在 24 小时内得到核实的警报占比

- 90%

在 24 小时内对已核实的警报进行调查的占比

- 90%

指引

预警、警报和响应（EWAR）：与所有利益相关方，包括卫生部、合作伙伴

和社区协调，加强或建立一个能代表受影响人群的预警监测和响应系统④见“卫生系统标准 1.5：医疗信息”。该系统应该能掌握谣言、不寻常事件，以及社区的报告。

监控和预警：与合作伙伴一起强化预警、警报和响应系统，并就报告单位、数据流、报告工具、数据分析工具、病例定义和报告频率达成共识。

警报生成和报告：警报是指一些不寻常的卫生事件，可能预示着疫情的早期暴发。针对每种疾病设立警报警戒线，并尽快做出报告。使用医务人员的即时事件申报机制或对指标为本的报告（每周或更频繁地）进行分析。立即记录所有警报，并将其转发给疫情调查组核实。

警报核实：在 24 小时内对警报信息进行核实。可以通过电话等远程方式进行验证，也可根据症状、发病日期、地点、性别、年龄、健康状况和鉴别诊断进行进一步的数据和病例分析。

疫情暴发检测：一旦警报得到核实，应在 24 小时内进行现场调查。确保工作队有足够的技能核实警报、进行实地调查、检测疑似疫情并采集实验室样本。调查将确认疫情是否已达到流行的门限值，或确定警报是否仅反映零星病例或季节性高峰。

检视案例、取样并进行风险评估。可能的结果是：

- 非事实病例；
- 病例得以确认，但非疫情暴发；
- 病例得以确认，并怀疑或确认疫情暴发。

有些疫情只能通过实验室分析来确认；然而，即使是疑似疫情，也需要立即采取行动。

警报和疫情门限值

	警报门限值	疫情门限值
霍乱	出现 2 例 2 岁及以上人员急性水泻和严重脱水，或在一周内同一地区出现 2 例 2 岁及以上人员死于急性水泻 出现 1 例 5 岁及以上人员死于严重急性水泻 出现 1 例急性水泻，并在一个地区进行快速诊断检测后呈霍乱阳性	1 例确诊病例
疟疾	依据当地情况，在国家层面判断	依据当地情况，在国家层面判断
麻疹	1 例	在国家层面判断



续表

	警报门限值	疫情门限值
脑膜炎	一周内出现 2 例（人口 <3 万人） 一周内出现 3 例（人口在 3 万 -10 万人）	一周内出现 5 例（人口 <3 万人） 一周内每 10 万人中出现 10 例（人口在 3 万 -10 万人） 一个难民营中一周内确诊 2 例
病毒性出血热	1 例	1 例
黄热病	1 例	1 例

疫情调查和早期应对：如果疫情得到确认或被怀疑，则应进一步调查。确定成因或来源、受影响的人群、传播方式和高风险人群，以便采取适当的控制措施。

开展描述性流行病学调查，包括：

- 病例、死亡和人员、发病时间和地点，绘制流行曲线和标点地图；
- 制作病例列表，跟踪每个病例并分析疫情程度，例如住院次数、并发症、病死率；
- 根据约定的人口数据计算罹患率。

建立一个解读感染风险和疾病的假设。考虑病原体、来源和传播途径。

对假设进行评估，并商定疫情病例的定义。这个定义可能比用于监控的案例定义更具体。一旦实验室调查通过多种来源确认了疫情，就应循疫情案例定义；没有必要再继续收集样品。

及时并定期传播和更新调查结果。尽快实施基于人口的控制措施。

所有这些活动可同时开展，特别是在疫情持续暴发期间⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.4：疫情暴发预防和响应”。

**传染病标准 2.1.3：
诊断和病例管理**

针对最影响发病率和死亡率的传染病，人们能获得有效的诊断和治疗。

关键行动

- 1

发布明确的信息，鼓励人们在出现发烧、咳嗽和腹泻等症状时寻求治疗。

- 使用容易理解的方式和语言开发书面材料、无线电广播节目或手机短信。

2 使用经批准的标准病例管理方案提供医疗卫生服务。

- 考虑实施基于社区的病例管理，如对疟疾、腹泻和肺炎病例的管理。
- 将严重病例转诊至更高级别的护理或隔离。

3 提供足够的实验室和诊断能力、供应和质量保证。

- 落实病原体快速诊断测试或实验室测试的应用，及其所需的医疗保健水平（例如，社区中的快速诊断测试）。

4 确保需要长期护理的传染病（如结核病和艾滋病）患者的治疗不会中断。

- 只有在达到公认标准后，才引进结核病控制方案。
- 与艾滋病项目协调，确保为艾滋病毒、结核病双重感染患者提供医疗服务。

关键指标

对受影响人群的特定疾病使用标准化治疗方案的健康中心占比

- 通过月度记录回顾，对趋势进行监控

使用商定方案中的诊断方法确认的疑似病例占比

指引

治疗方案：治疗方案应包括全套的诊断、治疗和转诊。如果在危机中没有这样的全套方案，则应使用国际指引。了解当地的耐药性模式（还需考虑人口流离失所的因素），特别是针对疟疾、结核病和伤寒等疾病。要关注临床高风险人群，如2岁以下儿童、孕妇、老年人、艾滋病毒携带者和严重营养不良的儿童，他们对一些传染病有较高的患病风险。

急性呼吸道感染：在灾害中，过度拥挤、室内烟雾和通风不良、营养不良和/或维生素A缺乏等，都会增加人们的脆弱性。要通过及时识别、口服抗生素和转诊重症病例等途径，降低病死率。

腹泻和血性腹泻：通过提高家庭、社区或初级医疗卫生服务机构口服补液治疗和补锌的可及性和使用率，来控制死亡率。可在社区口服补液点进行治疗。

社区病例管理：疟疾、肺炎或腹泻患者可以由经过培训的社区卫生工作人员进行治疗。确保所有治疗项目都与距离最近的医疗机构连接起来，并受其监督。确保所有人都可公平和公正地获取这些治疗服务。



实验室检测：建立国家、区域或国际性实验室检测机构的转诊网络，以检测标本。确保对疟疾、霍乱和登革热进行快速诊断检测，以及血红蛋白水平的检测。为样本提供适当的运送培养基（如适用霍乱菌增殖的 Cary-Blair 氏运送培养基），以检测其他病原体。

为医护人员提供诊断方法、质量保证、采样、运输和资料记录等相关培训。为国家、区域或国际性的基准实验室制订最终测试方案。最终测试应包括标本培养，黄热病、病毒性出血热和肝炎的血清学和抗原（RNA）测试。建立病原体特别是病毒性出血热、鼠疫或类似疾病病原体的安全运输机制。要空运样本时，应考虑相关的航空规定。

结核病（TB）的控制会因与日俱增的耐药性而复杂化。如要制订相关方案，必须确保至少在 12 – 15 个月内能够持续接触到患者并为其提供医疗服务。目前已确认耐药性结核病（对两种核心抗结核药物——异烟肼和利福平产生耐药性）和广泛耐药性结核病（对四种核心抗结核药物产生耐药性）。这两种类型的结核病都需要为长期、更昂贵和更复杂的治疗。在危机中，通常很难进行必要的诊断和敏感性测试，来确保正确选择和使用结核病药物。

**传染病标准 2.1.4：
疫情暴发预防和响应**

对疫情做好充分准备并及时有效地加以控制。

关键行动

- 1
- 与所有利益相关方和部门合作，制订和宣传综合的疫情预防和响应计划。
- 重点培训高风险领域的关键医务人员。
 - 在易暴发传染病和交通受限的地区，预先配置基本药物、医疗器械、快速检测工具、个人防护用品和工具包（如霍乱和腹泻病）。
- 2
- 一旦发现疫情，立即执行针对疾病的控制措施。
- 确定开展有针对性的疫苗接种活动的必要性。
 - 扩大感染预防和控制的措施，包括为霍乱、戊型肝炎或其他疫病提供隔离区域。
- 3
- 创建并协调针对疫情的后勤和响应能力。
- 确保运输和储存药品和物资的能力，包括疫苗的冷冻链。
 - 提高医疗设施的接纳能力，如搭建霍乱或脑膜炎帐篷等。
 - 确保到当地、国家和国际级别实验室进行样品测试的通道和运输机制。

4 根据需要与其他部门进行协调，如儿童保护等。

关键指标

高风险地区卫生人员接受疫情应对计划和方案培训的比例

病死率降至可接受的水平

- 霍乱 <1%
- 脑膜炎 <15%
- 戊型肝炎：一般人群 <4%，孕晚期孕妇 10%–50%
- 白喉（呼吸系统） <5%–10%
- 百日咳：1 岁儿童 <4%，1–4 岁儿童 <1%
- 登革热 <1%

指引

疫情暴发准备和响应计划：与卫生合作伙伴、卫生部、社区成员和领导共同制订这一计划。另外，“供水、环境卫生和卫生促进”（WASH）、营养、住房和教育的合作伙伴，东道国政府，监狱和军队（如相关）等也应参与其中。确保应对疫情的行动不会影响其他主要的医疗卫生服务。

计划应规定：

- 国家、地方和社区层面的疫情响应协调机制；
- 社区动员和风险沟通机制；
- 加强“预警、警报和响应”（EWAR）系统：疾病监控、疫情监测、疫情（流行病学）调查；
- 病例管理；
- 针对疾病和环境的控制措施；
- 跨部门措施；
- 用于实验室样本的安全运输和转诊路径方案；
- 用于扩大不同级别护理服务的应急计划，包括在治疗中心建立隔离区；
- 对疫情控制团队能力和快速反应医护人员的要求；
- 确保基本药物、疫苗、医疗器械、实验室用品和医疗人员个人防护用品的可及性，包括国际采购（例如，全球疫苗储备）。

疫情控制有赖于充分的风险沟通和专门的疫情控制小组。全面控制疫情，使其不扩散到新地区，并减少发生疫情地区的新病例数。这需要疫情控制小组积极发现病例、及时诊断，进行病例管理。根据需要提供隔离区（例如针对



霍乱或戊型肝炎的隔离区)。加强病媒控制以减少接触感染,使用长效防虫蚊帐,并改善卫生行为。

疫苗接种活动

脑膜炎: A、C、W 和 Y 血清型可在危机中引发疫情。针对 A 和 C 型的疫苗可用于预防传染病,不建议在危机时进行常规免疫接种,而针对 C 和 W 血清型的免疫接种也没有可能。应根据已知的罹患率,对特定年龄组或 6 个月至 30 岁年龄组进行目标人群免疫接种。如需进行腰椎穿刺以明确诊断,应建立明确的病例定义。

病毒性出血热: 对病毒性出血热(如埃博拉或拉萨热)的管理和诊断应基于严格的国家和国际准则。这包括有关新疫苗和创新治疗方法的方案。在这些疾病暴发期间,有效的社区参与至关重要。

黄热病: 一旦在安置点和原有人口中有一例确诊病例,建议立刻进行大规模疫苗接种。同时应实施伊蚊病媒控制措施,并对病例严格隔离。

脊髓灰质炎: 脊髓灰质炎被列入世界卫生组织扩大免疫规划(EPI)。在疫情的最初阶段,应重新开始接种疫苗。如果发现脊髓灰质炎病例,应启动大规模疫苗接种。

霍乱: 应提供明确的治疗和疫情暴发控制方案,并在各部门之间进行协调。根据世界卫生组织框架和现有的霍乱控制补充策略要求,使用霍乱疫苗。

甲型和戊型肝炎: 甲型和戊型肝炎是一种重大风险,尤其是在难民营。通过改善卫生条件和提供安全饮用水,进行疾病预防,控制疫情的暴发。

麻疹: ☉见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.1: 可用疫苗预防的疾病”。

百日咳或白喉: 百日咳通常暴发于迁移人群中。由于年长接种者对全细胞白喉、百日咳和破伤风(DTP)疫苗可能出现不良反应,因此使用疫苗接种来应对百日咳暴发时,要分外小心。通过以往疫情暴发,可找出常规免疫接种的缺口。病例管理包括病例的抗生素治疗,以及针对有婴儿或孕妇家庭的早期预防性治疗。白喉疫情少有暴发,但在拥挤的环境下,白喉对于免疫力低下的人群始终是一种威胁。在集中安置区进行大规模白喉疫苗接种,三次分段的接种是需要的。病例管理包括抗毒素和抗生素的使用。

病死率: 特定疾病的可接受病死率(CFR)因环境和现有免疫力的不同而异。应尽可能降低病死率。高病死率可能反映出适当的医疗保健服务缺乏可及性、延迟就医和延误病例管理,或人口中存在其他严重的疾病,或医疗卫生服务质量不佳。应时常监测病死率,如果高于预期,应立即采取纠正行动。

儿童照顾: 在疾病暴发期间,在设计和实施规划时,应将儿童作为一个特定

群体来考虑。应在医疗卫生部门和儿童保护部门之间进行协调和转介。降低儿童与父母分离的风险。这类风险可能会由父母的患病和死亡造成，也可能由项目设计导致。重点防止家庭分离，确保父母或子女同意接受治疗。采取措施确保教育设施保持开放，注意采取必要的控制措施和卫生教育。

2.2 儿童健康

在危机期间，儿童面临感染、疾病以及其他健康和生命风险的概率会比以往更高。不仅他们的生活条件会恶化，而且其免疫接种方案会被中断。无人陪伴和失散儿童的风险则更高。

儿童健康方面的响应措施需要以儿童为重点并且协调一致。起初，响应措施会专注于救生服务，但最终干预措施必须减轻他们的痛苦，促进他们的成长和发展。儿童健康干预措施必须用以应对引起发病和死亡的主要成因。在全球范围内，这些成因包括急性呼吸道感染、腹泻、麻疹、疟疾、营养不良和导致新生儿发病和死亡的原因。

儿童健康标准 2.2.1： 可用疫苗预防的疾病

6 月龄至 15 岁儿童在危机期间可获得疾病免疫接种和日常的“扩大免疫规划”（EPI）服务。

关键行动

- 1 确定接种疫苗的必要性，以及应对紧急情况的适当方法。
 - 以风险评估（例如人口、季节）、接种的可行性（包括多种剂量的需求、可及性），以及环境（例如安全性、竞争性需求）为依据。由于危机会不断发展，应持续开展此类评估⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1：预防”。
- 2 当评估麻疹覆盖率低于 90% 或未知时，无论麻疹疫苗接种史如何，都要为 6 月龄至 15 岁儿童开展大规模麻疹疫苗接种。
 - 为 6–59 月龄儿童提供维生素 A。
 - 确保所有接种疫苗的 6–9 月龄婴儿在 9 个月时进行麻疹疫苗二次接种。
- 3 尽快重新建立“扩大免疫规划”（EPI）。
 - 初级医疗服务机构或流动医疗团队或外展系统，对那些可用疫苗预防的疾病，应保证每月至少 20 天可提供国家疫苗接种计划。



- 4 筛查儿童在医疗服务机构或流动诊所接种疫苗的情况，并进行必要的疫苗补种。

关键指标

在接种麻疹疫苗后，接受二次疫苗接种的 6 月龄至 15 岁儿童占比

- >95%

在接种麻疹疫苗后，接受适当剂量维生素 A 补充的 6–59 月龄儿童占比

- >95%

已接种三种不同剂量 DPT（白喉、百日咳和破伤风）疫苗的 12 月龄儿童占比

- >90%

每月至少提供 20 天基本“扩大免疫规划”(EPI) 服务的初级医疗机构占比

指引

疫苗接种：疫苗对控制严重危机中的疾病死亡率至关重要。国家指南可能不包括紧急情况或跨境人员，因此应立即确定所需疫苗并制订包括采购程序在内的实施计划④见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1”中的“风险评估和疫苗接种决定指南”和“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”中有关疫苗采购和储存的内容。

麻疹疫苗接种：麻疹免疫是危机中应优先考虑的一项医疗干预措施。

- **覆盖范围：**审查迁移人口和原有人口的覆盖数据，以评估常规麻疹免疫接种覆盖率或麻疹疫苗接种活动的覆盖率在过去三年是否高于 90%。如果疫苗接种覆盖率低于 90% 或覆盖率未知或对其存疑，应开展麻疹接种活动。同时补充维生素 A，确保至少对 95% 的 6 月龄至 15 岁迁移人口进行疫苗接种。
- **年龄范围：**一些大年龄儿童可能错过之前的常规疫苗接种、麻疹接种并未患有麻疹。这些儿童仍有患上麻疹的风险，并可能成为更高风险死于该疾病婴幼儿的传染源。因此，应给 15 岁以内的青少年接种疫苗。如果情况不允许，则优先考虑 6–59 月龄儿童。
- **重复接种：**所有 9 月龄至 15 岁儿童都应接种两次麻疹疫苗，这是国家标准免疫规划项目的一部分。已接种麻疹疫苗的 6–9 月龄儿童（例如，在紧急情况下）应根据国家时间表（在高风险地区通常为 9–15 个月）的

建议年龄接受另外两次疫苗接种。

脊髓灰质炎：根据《严重人道主义危机中的疫苗接种：决策框架》，在脊髓灰质炎疫区或设立脊髓灰质炎根除计划的地区开展脊髓灰质炎疫苗接种活动⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.1：预防”。

国家“扩大免疫规划”(EPI)计划：迅速重建“扩大免疫规划”，以保护儿童免受麻疹、白喉和百日咳的侵袭，并降低呼吸道感染的风险。国家“扩大免疫规划”可能需要补充疫苗⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.4：疫情暴发预防和响应”。

疫苗安全：始终确保疫苗的安全性。按照制造商的说明进行储存和冷藏⊕见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”。

知情同意：接种疫苗前，应获得父母或监护人的知情同意，包括告知其潜在风险和副作用等。

儿童健康标准 2.2.2： 新生儿和儿童疾病管理

降低新生儿疾病和儿童疾病的发病率和死亡率，儿童应获得优先的医疗服务。

关键行动

- 1 在不同级别的医疗设施、流动诊所或社区项目中提供适当的医疗服务。
 - 使用《在人道主义危机环境下的新生儿健康》中有关新生儿基本护理的指引⊕见“参考文献”。
 - 采用社区患者综合管理 (iCCM) 和儿童患者综合管理 (IMCI)。
- 2 为所有患病新生儿和儿童提供护理的医疗机构，建立一套标准化的评估和分类系统。
 - 确保有危险迹象的儿童（无法喝水或吃母乳、呕吐、抽搐、昏睡或无意识）得到及时治疗。
 - 在风险增加的情况下，加入对创伤和化学中毒的评估。
- 3 在各级医疗护理中，针对常见的儿童疾病提供适当的剂量和基本的药物。
- 4 对儿童的成长和营养状况进行筛查。
 - 将所有营养不良的儿童转介至营养服务机构。
 - 为患有严重急性营养不良并发症的儿童提供医疗机构的治疗。



- 5 在出现疾病暴发高风险的情况下，建立适当的病例管理方案，用于治疗儿童疾病和可用疫苗预防的疾病，如白喉和百日咳等。
 - 尽可能使用现有方案。
 - 6 设计健康教育信息，鼓励家庭参与健康行为和疾病预防实践。
 - 提倡健康行为，如纯母乳喂养、婴儿喂养、洗手、婴儿保暖等，并鼓励儿童早期发展。
 - 7 设计健康教育信息，鼓励人们在儿童和新生儿出现发烧、咳嗽或腹泻等疾病时，寻求早期治疗。
 - 采取措施帮助那些没有大人或父母照看的儿童。
 - 8 识别残障或发育迟缓的儿童。
 - 提供护理建议并转介至照顾或康复服务。
-

关键指标

5 岁以下儿童粗死亡率

- 每天每万人中死亡人数少于 2 人 ⊕ 计算方法见“附录 3”

及时向所有 5 岁以下患有疟疾的儿童提供有效的抗疟疾治疗

- 症状出现 24 小时内
- 5 岁以下严重急性营养不良儿童除外

及时向所有 5 岁以下腹泻儿童提供口服补液盐和补锌药品

- 症状出现 24 小时内

及时向所有 5 岁以下患有肺炎的儿童提供适当的治疗

- 症状出现 24 小时内
-

指引

基本新生儿护理：为所有新生儿提供专业护理（最好是在医疗机构中）⊕ 见《怀孕和分娩综合管理》（IMPAC）和《在人道主义危机环境下的新生儿健康》的指导原则。无论新生儿出生时是否得到专业护理，新生儿的基本护理都包括：

- 保温护理（延迟沐浴，保持宝宝干爽温暖，与宝宝有皮肤的接触）；
- 预防感染（促进清洁分娩、洗手、清洁脐带，对皮肤和眼部进行护理）；

- 喂养支持（即时纯母乳喂养，保留初乳）；
- 监测（评估是否出现感染的危险迹象或可能需要转诊的情况）；
- 产后护理（出生后第一周在家中或家附近提供产后护理，产后 24 小时是产后护理访视的最关键时刻；争取在新生儿出生一周内进行三次家访）。

儿童患者综合管理（IMCI）的重点是为 5 岁以下儿童提供基础的医疗卫生。在建立儿童患者综合管理后，将临床指南纳入标准方案，并对医疗健康专业人员进行适当的培训。

社区患者综合管理（iCCM）是在有限的医疗资源下，为人群提供及时有效的管理，如疟疾、肺炎和腹泻治疗等，尤其要关注 5 岁以下儿童。

腹泻管理：用低浓度口服补液盐和锌补充剂治疗腹泻患儿。锌可缩短腹泻的持续时间，低浓度口服补液盐可防止脱水。应鼓励护理人员在患儿发病期间继续或增加母乳喂养，并在之后增加喂养量。

肺炎的治疗：如果孩子咳嗽，应对患儿进行呼吸频率、呼吸困难以及胸部凹陷状况的评估。如果存在上述症状，应使用适量的口服抗生素治疗。应优先治疗出现危险迹象或患有严重肺炎的儿童。

呼吸加快的比率在各个年龄段各有不同：

出生到 2 月龄：>60 次/分钟	12 月龄：>50 次/分钟
1 - 5 岁：>40 次/分钟	5 岁以上：>20 次/分钟

艾滋病毒：艾滋病毒感染率超过 1% 时，应对所有患严重急性营养不良的儿童进行检测。面临艾滋病毒感染风险幼儿的母亲和照顾者需要适当的支持和建议⊕见“食物保障和营养标准”。

喂养失散儿童：为分居或无人陪伴的儿童安排有监督的喂养。

儿童保护问题：利用常规医疗服务，识别对儿童的忽视、侵犯和剥削。将个案转介至儿童保护机构。应将身份和性别敏感的病例管理程序纳入母婴、儿童和青少年的常规卫生服务中。

营养转介：⊕见“食物保障和营养标准 3：微量元素缺乏”和“营养不良管理标准 2.2：严重急性营养不良”。

家居空气污染：考虑提供替代炉灶，以减少烟雾及其引起的呼吸道疾病⊕见“住所和安置标准 3：居住空间”和“标准 4：居家用品”。

中毒：⊕见“附录 4”。



2.3 性健康和生殖健康

从危机发生时起，就必须提供关键的性健康和生殖健康救生护理措施。应尽快提供综合性的服务。

这些关键的服务是综合医疗卫生响应的重要组成部分，同时辅以生殖保健包的使用⊕见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”。

全面的性健康和生殖健康服务，涉及升级现有的服务、补充缺失的服务和提高服务质量。了解医疗卫生系统的架构将有助于确定其支持途径⊕见“卫生系统标准 1.1 至 1.5”。

所有个人，包括身处人道主义危机环境中的个人，都有权享有性健康和生殖健康。性健康和生殖健康服务必须尊重社区的文化背景和宗教信仰，还应符合公认的国际人权标准。无论其性取向或性别认同如何，都要对青少年、老年人、残障人士和高危人群的需求保持敏感。

紧急情况会增加性暴力的风险，包括性剥削和性侵犯。所有行动者应与保护部门密切协调，共同努力预防和响应。以安全和符合道德的方式进行信息编辑。仅根据商定的方案进行数据共享⊕见“保护原则”和“卫生系统标准 1.5：医疗信息”。

性健康和生殖健康标准 2.3.1： 生殖、孕产妇和新生儿的医疗卫生

人们可获得医疗卫生和计划生育服务，以预防出现过高的孕产妇和新生儿发病率 and 死亡率。

关键行动

- 1 确保能全天候提供清洁和安全分娩、基本的新生儿护理、紧急产科保健和新生儿护理服务。
 - 建立一个从社区到医疗机构或医院，并全天候保持沟通和运输的转诊系统。
- 2 在无法确保提供技术熟练的医疗服务提供者和医疗机构时，为所有明显怀孕的妇女提供清洁的接生包。
- 3 咨询社区，了解当地对避孕方法的偏好、做法和态度。
 - 分别组织男性、女性和青春期的男孩和女孩进行私下的讨论。

4 根据需求，在医疗机构选择私密和保密的环境，提供一系列长效可逆的避孕方法和短效避孕方法。

- 提供强调知情选择和有效性的咨询服务。

关键指标

全天候为紧急情况下的产科和新生儿患者提供专业护理服务

- 每 50 万人至少有 5 个提供基本的紧急产科和新生儿护理服务的医疗机构
- 每 50 万人至少有 1 个提供综合的紧急产科和新生儿护理服务的医疗机构

由专业技术人员助产的出生人口占比

- 最低目标：80%

可用于产科和新生儿紧急情况的转诊系统

- 每周 7 天每天 24 小时全天候提供

剖宫产占医疗机构分娩总数的比例

- 目标：5%–15%

在危机暴发后的 3–6 个月内，所有初级卫生服务中心应上报至少 4 种避孕方法的可行性

指引

紧急产科和新生儿护理：孕妇大约占全部人口的 4%，其中约有 15% 的孕妇在怀孕阶段或分娩时会遇上不可预测的产科并发症，这类孕妇需要紧急产科护理。大约 5%–15% 的孕妇在分娩时需要通过外科手术完成，如剖宫产。全球有 9%–15% 的新生儿需要用于挽救生命的急救护理。大约 5%–10% 的新生儿在出生时不能自主呼吸，需接受刺激，其中约半数的新生儿需要进行复苏。不能呼吸的主要原因包括早产和急产导致的重度窒息④见“基本医疗服务——儿童健康标准 2.2.2：新生儿和儿童疾病管理”。

基本的紧急产科护理和新生儿护理包括胃肠外抗生素、胃肠外子宫收缩剂（肠外缩宫素、米索前列醇）、胃肠外抗癫痫药物（硫酸镁）、使用适当的设备移除流产后的残留物质、手动清除胎盘、阴道助产（真空吸引），以及孕产妇和新生儿复苏。

综合紧急产科保健和新生儿护理包括上述所有措施，以及全身麻醉下的手术（剖宫产和剖宫手术），以及采取标准预防措施的、合理安全的输血。流产后



护理是一项挽救生命的干预措施，是产科和新生儿紧急护理的一部分，其目的是减少流产（自然流产）和不安全流产并发症造成的死亡和痛苦。治疗措施包括处理出血（可能通过手术干预）和败血症，并提供破伤风预防。

最重要的是，基本的和综合的紧急产科和新生儿护理服务随时可以使用。

转诊系统应确保母婴在需要时可以被转诊，且母婴可以往返于提供基本紧急产科保健和新生儿护理服务的主要医疗机构和提供全面紧急产科保健和新生儿护理服务的医院之间。

计划生育：与社区中的不同群体接触，了解其偏好和文化态度。确保社区了解获取避孕措施的地点和方式。以多种形式和语言分析信息，以确保信息明确易懂。让社区领导参与计生信息的传播。

由了解客户偏好、文化和背景，且受过培训的医疗服务工作者提供避孕咨询。咨询应强调保密和隐私，尊重当事人的意愿和知情选择权，了解医疗和非医疗手段的有效性、可能出现的副作用、管理方法和后续行动，并提供必要的移除指导。

应立即提供一系列不同类型的避孕措施，以满足预期的需求。医疗服务提供者应接受培训，学习如何移除长效可逆避孕措施。

其他服务：尽快开展其他孕产妇和新生儿护理，包括产前和产后护理。

与其他部门协调：与营养部门协调，确保孕妇和哺乳期妇女在适当情况下获得营养服务，例如有针对性的补充喂养[⊕]见“食物保障和营养——营养不良管理标准 2.1 和 2.2”。

性健康和生殖健康标准 2.3.2：

性暴力和强奸的临床管理

确保人们获得安全医疗卫生服务的权利，并回应性暴力幸存者的需求。

关键行动

- 1 确定一家领导机构，以协调多部门，降低性暴力风险，确保转介，并为幸存者提供全面支持。
 - 与其他部门协调，加强预防和应对。
- 2 告知社区可获得的相关服务以及遭受性暴力后立即寻求医疗援助的重要性。
 - 尽快提供艾滋病病毒接触后预防措施（接触后 72 小时内）。

- 在 120 小时内提供紧急避孕服务。

3 在医疗机构内建立安全空间，接收性暴力幸存者，并提供临床护理和转诊服务。

- 展示并使用明确的方案和患者权利清单。
- 对医护人员进行支持性沟通、保密、保护幸存者信息和数据的培训。

4 为性暴力幸存者提供临床护理，或将其转介至其他支持性服务。

- 确保针对危及生命、复杂或严重的疾病有转介机制。
- 建立健康、法律、保护、安全、社会心理和社区服务之间的转介机制。

关键指标

所有医疗机构都应配备训练有素的工作人员、足够的物资和设备，可根据国家或国际方案为强奸幸存者提供临床管理服务

所有性暴力事件的幸存者都表示，他们接受安全和保密方式下的医疗保健服务

所有符合条件的性暴力幸存者都可获得以下服务

- 事件或接触发生后 72 小时内的接触后预防措施
- 事件或接触发生后 120 小时内的紧急避孕

指引

性暴力和强奸的预防需要所有部门都采取行动。有关医疗设施安全保障措施和提供安全护理的进一步信息，⊕见“WASH 供水标准 2.1”⊕见“WASH 排泄物管理标准 3.2”⊕见“食物保障和营养——食物援助标准 6.3”和“生计标准 7.2”，“住所和安置标准 2 和 3”⊕见“保护原则 1”和“人道主义核心标准承诺 4 和 8”⊕见“卫生系统标准 1.1 至 1.3”。

所有初级医疗卫生设施和流动医疗队均必须提供临床护理，包括精神健康和幸存者转诊服务⊕见“卫生系统标准 1.2”和“基本医疗服务标准 2.5——精神健康”。临床护理包含配备训练有素的工作人员，为所有儿童、成人和老年人提供以下方面及时、保密的治疗和咨询：

- 紧急避孕；
- 在法律允许的范围内，提供妊娠检测、妊娠选择和安全流产转诊；
- 性病的推断性治疗；
- 接触后预防措施，以防止艾滋病毒传播⊕见“性健康和生殖健康标准 2.3.3：艾滋病毒”；



- 乙型肝炎预防；
- 伤口护理和破伤风预防；
- 其他服务的转介，例如其他健康、心理、法律和社会服务。

确保配备性别均等且精通当地和病人语言的医护人员，并指导男女陪护人员和口译人员提供非歧视和无偏见的服务。培训医护人员针对性暴力幸存者的临床护理，重点关注支持性沟通、病史和检查、治疗和咨询。在可行和有需要的情况下，提供有关法医学系统和法医学证据收集的培训。

性暴力的儿童幸存者：儿童应由曾经接受儿童强奸后管理培训的医疗卫生工作人员照顾。允许孩子选择医护人员的性别。在所有情况下，均应迅速让专业的保护人员参与进来。

社区参与：与患者和社区合作，提高护理的可及性和可接受性，并在整个危机期间提供预防方案。确保保密的反馈机制和迅速回应。社区参与应涉及妇女、男性、青春期的男孩女孩，以及高危人群，如残障人士和性少数人群。

法律框架：了解国家医疗法律体系和与性暴力相关的法律。应把所有可限制患者向医务人员披露信息的保密性、强制性报告法告知患者。这可能会影响他们继续寻求护理的决定，但必须予以尊重。

在许多国家，人工流产在强奸等情况下是合法的。在此类情况下，应为受害者提供所需服务或转介，不得有歧视。

尽管解决性暴力非常重要，但同时，亲密伴侣暴力、童婚和强迫婚姻以及女性割礼等性别暴力仍然普遍存在，并且在危机期间呈上升趋势，对需要特别救助的受害者个人的健康造成许多严重的影响（身体、性、心理）。其他国际准则日益认识到不仅仅是性暴力，越来越多其他形式的性别暴力及其对人们健康的影响也不容忽视^①见《IASC 人道主义行动性别暴力干预整合指南》。

性健康和生殖健康标准 2.3.3：

艾滋病毒

人们可以获得预防艾滋病毒传播的医疗服务，并降低因其导致的发病率和死亡率。

关键行动

- 1 建立并遵循安全和合理使用输血的标准预防措施和程序。
- 2 向所有已经使用抗逆转录病毒疗法的人员提供此疗法，包括正接受母婴传播预防的妇女。

- 积极追踪艾滋病病毒携带者，并继续对其进行治疗。
- 3 提供带润滑液的男用安全套，以及已经被大众接受的女用安全套^①。
 - 与社区领袖和受影响人群合作，了解当地使用情况，提高接受度，确保安全套的分发符合当地文化规范。
- 4 在艾滋病病毒感染率超过 1% 的地区，为所有孕妇提供检测服务。
- 5 在性暴力接触和职业性接触艾滋病病毒后 72 小时内，尽早为幸存者启动接触后预防措施。
- 6 提供复方新诺明预防疗法，为以下人员提供机会性感染的预防措施：
 - 艾滋病病毒携带者；
 - 艾滋病病毒呈阳性的母亲所生的 4–6 周婴儿，持续供药直至排除艾滋病病毒感染。
- 7 确保初级医疗机构拥有抗菌药物，并为患有性传播感染症状的患者提供对症处理。

关键指标

所有输血要接受筛查，以免产生输血后感染，包括艾滋病病毒感染

之前接受并继续接受抗逆转录病毒治疗的人数占比

- 90%

在艾滋病发病率超过 1% 的地区，接受医疗服务并进行艾滋病病毒检测的妇女占比

- 90%

面临艾滋病病毒感染风险而向卫生机构报告的个人，在接触病毒后 72 小时内接受接触后预防措施的人数占比

- 100%

感染艾滋病病毒并接受复方新诺明预防治疗的 4–6 周婴儿占比

- 95%

指引

无论当地艾滋病病毒感染状况如何，上述关键行动都适用于所有人道主义危机。

^① 国际慈善社及其成员不提倡使用或分发任何形式的人工节育物品。



让受影响的社区和关键人群（医护人员、社区领袖、妇女、性少数群体、残疾人士）参与提供艾滋病相关服务，确保他们知道可在哪里获得抗逆转录病毒药物。如果已经有人接触过艾滋病患者，请征询他们的意见并让他们参与方案的设计和执行。

在同伴群体间以社区主导的形式分发避孕套，这一方法十分有用。关键人群和青少年通常知道他们的同伴聚集在哪里，志愿者可以分配给其同伴。以符合关键人群文化规范的方式，宣传正确使用和处理用过的避孕套的信息。向社区、援助机构工作人员、穿制服的工作人员、援助人员车辆的司机和其他人员提供避孕套。

输血：⊕见“卫生系统标准 1.1 和 1.3”。

接触后的护理和治疗应包含咨询、艾滋病毒暴露风险评估、知情同意、病源评估，以及提供抗逆转录病毒药物。然而，不能将接触后预防措施提供给艾滋病毒检测呈阳性的患者。虽然建议在启动接触后预防措施之前进行咨询和测试，但如果不具备可行性，不可延迟启动接触后预防措施⊕见“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准 2.3.2：性暴力和强奸的临床管理”。

危机中与艾滋病相关的综合活动：尽快开展以下活动：

艾滋病意识：向公众，特别是高危人群，提供预防艾滋病和其他性病的信息。

艾滋病预防：向高危人群提供降低危害的服务，例如为静脉吸毒者提供无菌注射工具和阿片类药物替代疗法⊕见“基本医疗服务标准 2.5——精神健康”。

艾滋病咨询和检测：提供（或重建）与抗逆转录病毒疗法启动相关的咨询和检测服务。艾滋病毒优先检测群体为孕妇及其伴侣、处于艾滋病毒感染率高于 1% 的地区且患有严重急性营养不良的儿童，以及其他高危人群。

羞耻感和歧视：确保策略和方案不会增加社区人群的羞耻感。对羞耻感指数高和存在歧视行为的地区，应积极减少那里羞辱和歧视的情况。

抗逆转录病毒疗法干预措施：应尽快将抗逆转录病毒疗法扩大到所有需要的人群，而不仅仅是那些之前已接受过此疗法的人。

预防母婴传播：为孕妇及其伴侣提供测试，并提供早期婴儿艾滋病毒诊断。为艾滋病毒检测呈阳性或新感染艾滋病毒的女性提供抗逆转录病毒疗法。将艾滋病毒检测呈阳性的婴儿转介至儿科艾滋病服务。特别向患有艾滋病的母亲提供婴儿喂养指导，并支持她们持续喂养和遵从指导⊕见“食物保障和营养——婴幼儿喂养标准 4.1 和 4.2”。

对艾滋病和结核病双重感染的医疗服务：为艾滋病毒感染者提供结核病筛查

和转诊服务。为已参加治疗方案的人提供结核病治疗⊕见“基本医疗服务——传染病标准 2.1.3：诊断和病例管理”。在结核病和艾滋病高发的环境中，建立结核病和艾滋病毒检测服务，并在医疗环境中进行结核病感染控制。

2.4 外伤和创伤护理

在任何危机中，发病率和死亡率高发的原因可来自外伤。当地卫生系统的应对能力可能会无法满足激增的创伤护理服务需求。为降低外伤带来的影响和卫生系统崩溃的风险，应提供系统的分诊和大规模伤亡管理，以及基本的急诊治疗、安全的手术和康复的护理服务。本节讨论卫生系统对身体伤害的应对工作。有关中毒、精神健康和性暴力的具体指导可查看其他章节⊕见“附录 4：中毒”、“基本医疗服务标准 2.5——精神健康”和“基本医疗服务——性健康和生殖健康标准 2.3.2：性暴力和强奸的临床管理”。

外伤和创伤护理标准 2.4： 外伤和创伤护理

在危机期间，人们可获得安全有效的创伤护理，以预防可避免的死亡、发病、痛苦和残疾。

关键行动

- 1 在各级医疗服务机构，为所有患者提供创伤护理。
 - 在医疗机构之间，以及受影响社区和医疗机构之间建立快速安全的转诊系统。
 - 如果受影响人群无法在固定地点的医疗机构获得护理，则应建立流动诊所或临时医院。
- 2 确保医护人员具备处理外伤的技能和知识。
 - 包括所有级别的第一反应人，以及提供决定性手术和麻醉护理的医务人员。
- 3 建立或加强分诊、外伤和创伤护理的标准化方案。
 - 包括针对儿童保护、性暴力幸存者以及需要精神健康和社会心理支持人群的转介系统。
- 4 为有外伤风险、有开放性伤口的受伤人员以及参与救援和清理工作的人员提供破伤风预防。



- 5 确保提供外伤和创伤护理的所有设施（包括临时医院）均符合最低安全和管理标准。
- 6 确保伤者及时获得康复服务、优先的辅助器具和行动辅具。
 - 确保轮椅、拐杖等辅助器具或其他行动辅具可以在当地维修。
- 7 确保及时提供精神健康服务和社会心理支持。
- 8 建立或加强包括外伤和创伤数据在内的医疗信息系统。
 - 优先处理基本的临床文件，如所有外伤病人的医疗记录。
 - 使用标准定义将外伤整合到医疗信息系统数据集中。

关键指标

已制订灾害响应计划（包括大规模伤亡管理）并常规审查和演练的医疗卫生机构占比

具备处理严重外伤方案（包括正式的分诊工具）的医疗卫生机构占比

具备接受过处理严重外伤基本培训工作人员的医疗卫生机构占比

能根据现有数据，实施质量改进措施以降低基准发病率和死亡率的医疗卫生机构占比

指引

培训和技能提升：外伤和创伤护理的培训和技能提升应包括：

- 为参与和协调救援的工作人员提供大规模伤亡管理培训；
- 基本急救；
- 现场和医疗机构的标准化分类；
- 早期识别、恢复、伤口处理、镇痛和及时的社会心理支持。

标准化方案应已备好或按以下内容制订：

- 针对常规和激增情况，按严重程度进行的分诊系统，包括评估、优先级判定、基本复苏和紧急转诊标准；
- 最近的医疗设施的前线急救护理；
- 紧急情况和进一步护理的转诊，包括手术、术后护理和康复。

最低安全和质量标准：即使在已经提供针对急性事件或持续冲突的外伤护理的医疗机构中，也必须确保最低标准。应涉及的领域包括：

- 安全合理地使用药物、器械和血液制品，包括供应链；
- 预防和控制感染；
- 为照明、通信和操作基本医疗设备（紧急复苏设备、灭菌高压锅）供应充足的电力；
- 医疗废弃物管理。

社区为本的急救：如果能以安全和系统的方式施行及时和适当的急救，非专业人员也可以挽救生命。所有急救人员都应该对受伤者使用标准化的处理方法。因此基本的伤口处理培训（如清洗和敷料等）至关重要。

社区急救包括家庭和社区一级的急救，以及指导人们何时何地寻求医疗帮助。提高对具体情境中特定风险的意识，比如在救援过程中基础设施不稳定或存在受伤风险等。

分诊是根据病人受伤的严重程度和对护理的需求对病人进行分类的过程。分诊可确定哪些患者最能从直接医疗干预中受益。现有的分诊系统有多个，其中被广泛使用的一个系统是用五色分类法分诊：红色代表最高优先级别的病人，黄色代表中等优先级别的病人，绿色代表较低优先级别的病人，蓝色代表超出设施的技术能力或需要舒缓治疗的病人，灰色则代表已故的伤员。

一线专业急救护理：医生等较高层次的医护人员，应该熟练掌握系统的治疗重症和外伤患者的方法④见《红十字会与红新月会国际联合会（IFRC）国际急救和复苏指南》中的ABCDE方法。初步的复苏和挽救生命的干预措施，如液体和抗生素注射、控制出血和气胸治疗，都可以在将患者转移到高级服务接受进一步治疗前在多种环境中进行。

麻醉、创伤和外科手术：急诊、手术和康复护理只能由具备适当专业知识的医疗机构实施。医疗服务提供者应在其专业执业范围内采取行动，并有足够的资源支持其活动。护理不当或不充分可能会造成更多伤害。在没有适当的术前和术后护理以及持续康复的情况下实施手术，可能会导致患者的功能无法恢复。

临时医院：可能需要使用临时野外医院，特别是在紧急危机中，应与卫生部或牵头机构及其他医疗卫生行动者进行协调。护理的标准和安全性应符合国家和国际标准④见“参考资料”以获得进一步指导。

康复和重返社会：早期康复可以增加伤者的幸存机会，使医疗和外科干预效果达到最佳，并提高伤者的生活质量。拥有住院能力的医疗队伍必须能提供早期康复。绘制现有康复能力和转诊路径图，了解现有社会福利系统和现金援助之间的联系。与当地康复中心或社区康复组织建立联系，以便提供持续的治疗。



出院前，应考虑外伤患者的持续需求，包括之前已经残障的患者。确保提供医疗和康复随访、病人和护理人员教育、基本辅助器具（如拐杖或轮椅）、精神健康和社会心理支持以及其他基本服务。建立多学科护理计划和团队，包括身体康复专家、擅长精神健康和社会心理支持的工作人员。入院伊始，就应为那些经历过生活巨变的外伤患者提供精神健康和社会心理支持。与持续的支持服务建立联系非常重要⊕见“基本医疗服务标准 2.5——精神健康”。

特殊治疗——止痛治疗：外伤后良好的止痛治疗可降低形成肺炎和深静脉血栓的风险，并有助于患者开始物理治疗。它能减少生理应激反应，降低心血管疾病发病率，并能减少心理压力。创伤引起的剧烈疼痛应遵照世界卫生组织制定的疼痛梯度原则进行治疗。神经损伤引起的神经性疼痛可能从一开始就存在，应予以适当治疗⊕见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”和“基本医疗服务标准 2.7——舒缓治疗”⊕见“世界卫生组织疼痛梯度原则”。

特殊治疗——伤口处理：在大多数危机中，许多患者在受伤6个多小时以后才能得到护理。延迟护理极大地增加了伤口感染和由此引起的死亡风险。医疗工作者必须知道处理伤口（包括烧伤）、预防和治疗感染的各种方案，无论是急性感染还是迟发性感染。这些方案包括提供适当的抗生素，手术清除异物和坏死组织，以及伤口护理。

破伤风：在突发性自然灾害中，破伤风的风险相对较高。给有开放性伤口的人接种含破伤风类毒素疫苗（DT 或 Td - 白喉和破伤风疫苗 - 或 DPT，根据年龄和疫苗接种史选择）。伤口被弄脏或受严重污染的患者如果没有接种过破伤风疫苗，应该接种一剂破伤风免疫球蛋白（TIG）。

2.5 精神健康

在人道主义危机中，成年人、青少年和儿童的精神健康和心理问题都很普遍。危机导致的极端压力因素会使人们面临的社会、行为、心理和精神问题风险增加。精神健康和心理支持涉及多部门的行动。这一标准着重阐述医务人员的行动⊕见“人道主义核心标准”和“保护原则”中有关跨部门心理干预的更多信息。

精神健康标准 2.5： 精神健康护理

所有年龄的人群都可以获得解决精神健康问题和相关功能障碍的医疗服务。

关键行动

1 协调跨部门的精神健康和心理支持。

- 可由医疗卫生组织和人道主义保护组织共同牵头，建立一个跨部门的精神健康和社会心理问题技术工作组。

2 基于明确的需求和资源制定项目。

- 分析现有的精神健康系统、员工能力以及其他资源或服务。
- 开展需求评估，谨记精神健康状况可能之前就存在，或由危机引起，或两者兼而有之。

3 与社区成员（包括被边缘化人群）合作，加强社区自助和社会支持。

- 促进社区对话，探讨如何通过协作解决问题，充分利用社区智慧、经验和资源。
- 保留或支持重新启动原有的支援机制，例如针对妇女、青年和艾滋病毒携带者的支援机制。

4 培训工作人员和志愿者如何进行心理急救。

- 运用心理急救原则处理由潜在创伤性事件导致的急性应急反应。

5 让每家医疗机构都能提供基本的临床精神医疗卫生服务。

- 为一般的医护人员组织简要的培训，督导他们评估和处理重点的精神和健康问题。
- 在精神健康专家、一般医疗服务提供者、社区支持和其他服务之间建立转介机制。

6 尽可能为受到长期痛苦折磨的人提供心理干预。

- 在可行的情况下，为非专业人员提供培训和督导。

7 保障社区、医院和医疗机构中患有严重精神健康问题人群的权利。

- 从危机初期开始，定期访问精神病医院和患有严重精神问题人群的住所。
- 处理医疗机构中的忽视和侵犯问题，并组织相关护理工作。

8 尽量减少与酒精和毒品相关的危害。

- 培训员工开展精神问题检测和基本干预、减少伤害，以及酒精和毒品的戒断和中毒处理。

9 在早期康复计划和长期危机期间，采取措施建立可持续的精神健康系统。



关键指标

在二级医疗服务机构中，具备训练有素的和接受督导的工作人员处理精神健康问题的机构占比

在基础医疗服务机构中，在管理精神健康问题方面，具备训练有素的和接受督导的工作人员和系统的机构占比；

参加社区自助和社会支持活动的人数

接受精神健康护理的医疗卫生服务使用者占比

接受过精神健康问题护理，并报告其功能改善、症状减轻的患者占比

在过去 30 天内，无法提供基本精神科药物的天数

- 少于 4 天

指引

多层面的支持：危机会以不同的方式影响人们，因此需要不同类型的支持。组织精神健康和社会心理支持的关键，是建立一个满足不同需求的多层次互补支持系统，如图 10 所示。这个金字塔显示出不同行动之间相互补充的方式。金字塔的每一层都很重要，理想情况是在各个层面同时实施。



多层次服务和支持系统金字塔（图 10）

资料来源：IASC 紧急情况下精神健康和社会心理支持参考小组（2010 年）

评估：在任何危机中，出现精神健康问题的比例都很高。流行病学研究对于开展服务并非必不可少。可采用快速参与式方法，并在可能的情况下，将精神健康纳入其他评估。不要将评估仅局限在某一临床问题上。

社区自助和支持：鼓励社区医疗卫生工作人员、社区领袖和志愿者帮助社区成员，包括被边缘化人群，增加其自助能力和对他们的社会支持。活动可以

包含为社区开展对话提供安全的空间和条件。

心理急救：应向那些暴露在潜在创伤性事件（如身体或性暴力、目睹暴行和遭受重大伤害等）的人群提供心理急救服务。这不是临床干预，而是应对痛苦的基本的、人道的和支持性的回应工作。它包括仔细倾听、评估并确保基本需求得到满足、鼓励社会支持并保护他们免受进一步的伤害。它是非介入式的，不会强迫人们谈论他们的痛苦。经过简短的培训，社区领袖、医务人员和其他参与人道主义救援的人员可为处于困境的人们提供心理急救。尽管心理急救服务应广泛提供，但精神健康和心理支持的总体回应不应仅限于心理急救工作。

单次的心理情况汇报是指鼓励人们简短但系统地叙述在最近的压力事件中经历到的一些观念、想法和情绪反应，鼓励他们宣泄。它基本是无效的，不应被使用。

其他心理干预措施：非专业医疗工作者在接受培训后，在监督和指导下，可以为抑郁、焦虑和创伤后应激障碍者提供心理干预。这包括认知行为疗法或人际关系疗法。

临床精神健康服务：向所有卫生工作人员和志愿者介绍可用的精神健康服务。根据基于证据的方案培训医疗服务提供者。在可能的情况下，应在基础医疗服务中增加一名精神健康专业人员，如精神科护士。安排用于开展咨询的私人空间^④见《精神健康差距行动规划（mhGAP）人道主义干预指导》。

在紧急情况中，最常见的需要医疗服务的病症是精神病、抑郁症、神经疾病和癫痫症。特别需要关注产妇精神健康，因为它会对照顾儿童产生影响。

将精神健康问题纳入健康信息系统^④见“附录2：每周采样检测报告表”。

基本精神药物：不间断地组织供应基本精神药物，确保每个治疗类别（抗精神病药、抗抑郁药、抗焦虑药、抗癫痫药和抗精神病药物副作用药物）至少有一种^④见《机构间应急医疗工具包》中所建议的精神药物和“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”。

保护精神健康问题人群的权利：在人道主义危机期间，患有严重精神健康问题的人群极易出现被侵犯、忽视、遗弃和缺乏住房、食物或医疗照顾等侵犯人权的风险。至少指定一家机构来满足医疗机构内精神健康问题人群的需求。

过渡到危机发生后：人道主义危机增加了许多精神健康问题的长期发病率，因此，制订在受影响地区持续增加治疗覆盖率的计划非常重要。这包括加强现有的国家精神健康系统，并促进被边缘化群体（包括难民）融入这些系统。有短期紧急资金支持的示范项目可以进行概念性验证和创造动力，为精神健康系统的发展吸引更多的支持和资金。



2.6 非传染性疾病

全球预期寿命不断延长，加上抽烟和不健康饮食等行为风险因素，使人道主义危机中的非传染性疾病（NCD）更需要关注。非传染性疾病造成的死亡约有 80% 发生在低收入或中等收入国家，而危机加剧了这种情况。

在平均 1 万名成年人中，可能有 1500 – 3000 人患有高血压，500 – 2000 人患有糖尿病。在平常，每 90 天内就有 3 – 8 例急性心脏病发作。

疾病会有所不同，但通常都包括糖尿病、心血管疾病（包括高血压、心力衰竭、中风）、慢性肾病、慢性肺病（如哮喘和慢性阻塞性肺病），以及癌症。

初步的应对措施应是控制急性并发症，避免治疗中断，然后采取更全面的方案。

精神和舒缓治疗的问题在 ⊕ “基本医疗服务标准 2.5 —— 精神健康” 和 “2.7 —— 舒缓治疗” 两节中进行专门阐述。

非传染性疾病标准 2.6:

非传染性疾病的护理

人们可获得急性并发症的预防方案、诊断和基本治疗，以及非传染性疾病的长期治疗。

关键行动

- 1 确定非传染性疾病的医疗需求并分析危机前的服务可及性。
 - 确定有优先需求的群体，包括有危及生命的并发症风险的群体，如胰岛素依赖型糖尿病或严重哮喘。
- 2 以拯救生命和减轻痛苦为优选顺序，实施分阶段的方案。
 - 确保被诊断有危及生命并发症（如严重哮喘发作、糖尿病酮症酸中毒）的患者获得适当的治疗。如果无法提供适当的治疗，则应提供舒缓治疗和支持性的治疗。
 - 避免危机前确诊的患者因为危机而突然中断治疗。
- 3 将非传染性疾病护理纳入各级卫生系统。
 - 建立在二级或三级医疗机构管理急性并发症和复杂病例，以及舒缓治疗和支持性治疗的转诊系统。
 - 根据需要，转介患者获得营养或食物保障的响应支持。

4 制订传染性疾病预防计划。

- 将基本药物和用品纳入预先准备好的或应急的紧急医疗物资中。
- 为个别患者准备备用药物供应，并说明在发生危机时应在何处获得紧急护理。

关键指标

提供优先非传染性疾病护理的基础医疗卫生服务设施占比；

在过去 30 天内，无法提供非传染性疾病基本药物的天数

- 不到 4 天

在过去 30 天内，无法提供（或无法正常运行）非传染性疾病基本设备的天数

- 不到 4 天

所有提供非传染性疾病治疗的医务人员都接受过非传染性疾病管理培训

指引

为识别重点的非传染性疾病而开展的需求和风险评估：根据情景和紧急阶段进行设计。这可能涉及审查记录、使用危机前的数据，以及使用横断面调查法进行住户调查或流行病学评估。收集有关特定的非传染性疾病流行和发病率的数据，并识别生命攸关的需求或有严重症状的情况。

分析危机前服务的可及性和使用情况，特别是对于癌症或慢性肾病等复杂病例，以评估在当前背景下的预期和卫生系统的能力。中长期目标是支持并恢复此类服务。

复杂的治疗需求：如果可能的话，为有肾脏透析、放疗和化疗等复杂需求的患者提供持续的护理。提供明确且方便了解的转诊途径信息。如果可以，还应提供舒缓治疗支持④见“基本医疗服务标准 2.7——舒缓治疗”。

将非传染性疾病护理纳入卫生系统：依据国家标准（如果没有国家标准，则根据国际应急指导），在基础医疗层面，为非传染性疾病提供基本治疗。

与社区一起，加强早期检测和转诊。将社区卫生工作人员纳入初级医疗卫生机构，并与社区领袖、传统治疗师和私营企业合作。外展服务可为隔离人群提供非传染性疾病的医疗卫生服务。

调整现有的医疗信息系统以应对危机环境，或者开发新的信息系统，纳入主要非传染性疾病的监测数据，如高血压、糖尿病、哮喘、慢性阻塞性肺疾病、



缺血性心脏病和癫痫⊕见“卫生系统标准 1.5：医疗信息”和“附录 2”。

药物和医疗器械：审查国家基本药物和医疗器械清单，包括技术和核心实验室测试，以便对非传染性疾病进行管理。关注基础医疗卫生服务⊕见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”。如有必要，应倡导按照有关非传染性疾病的国际指引和应急指南，将关键的基本药物和医疗器械纳入其中。在适当的护理层级上，提供基本药物和医疗器械。在危机早期阶段，非传染性疾病工具包可与机构间应急医疗卫生工具包一起使用，以增加基本药物和医疗器械的可及性。请勿使用这些工具包提供长期服务。

培训：培训各级临床工作人员对非传染性疾病病例的管理，并培训所有工作人员对非传染性疾病进行首要处理的工作，包括转诊标准操作流程⊕见“卫生系统标准 1.2：医疗服务工作队伍”。

健康促进和教育：提供有关非传染性疾病服务和获得此类服务的途径信息。应确保包括老年人和残障人士在内的所有人都能获得这类信息，以推动健康行为，改变危险因素，改善自我保健和坚持治疗。例如，健康的行为包括规律的身体锻炼或减少烟酒消费。与社区各个部门合作，制作信息和制定发布策略，使其适合于不同年龄、性别和文化。根据环境采取预防和控制策略，应考虑到各种限制因素，如有限的食物供应或过度拥挤等状况。

预防和准备计划：将非传染性疾病管理纳入国家灾害和应急计划，确保针对不同类型的医疗设施（例如小型医疗中心或设有透析部门的大型医院），有不同的计划。处于不稳定或容易发生灾害环境中的健康中心，应准备好提供非传染性疾病服务。

建立针对患者复杂病情和关键需求的登记表，并创建标准化的操作规程，以便在发生危机时为患者提供转诊服务。

2.7 舒缓治疗

舒缓治疗是指与临终关怀相关的痛苦和压力进行预防和缓解。它包括识别、评估和治疗疼痛以及其他生理、心理、社会和精神需求。它仅根据患者或其家属的要求，对生理、心理和精神护理进行整合，并为患者及其家庭和照顾者提供支持。无论原因如何，都应提供这种临终关怀。

舒缓治疗标准 2.7：

舒缓治疗

人们可获得缓解疼痛和痛苦的舒缓治疗和临终关怀。最大限度地提升患者的舒适度、尊严和生活质量，并为其家庭成员提供支持。

关键行动

- 1 制定指引和政策以保持舒缓治疗的一致性。
 - 包括医疗机构控制疼痛和症状的国家或国际指引。
 - 依据患者的医疗状况、预后，以及资源的可及性，制定分诊指南。
- 2 制订护理计划，为面临死亡的患者提供舒缓治疗。
 - 最少应确保在紧急情况下为患者减轻痛苦并保证其有尊严地死亡。
 - 了解患者或家属对情况的理解程度，以及他们的担忧、价值观和文化信仰。
- 3 将舒缓治疗纳入各级卫生系统。
 - 建立强大的转诊网络，以提供持续的支持和关怀。
 - 优先考虑包括家庭护理在内的以社区为主的管理。
- 4 培训医护人员提供舒缓治疗，包括疼痛和症状控制，以及精神健康和社会心理支持。
 - 符合国家标准，或在无国家标准时达到国际标准要求。
- 5 提供必要的医疗物资和设备。
 - 库存舒缓药物和适当的医疗设备，如医疗机构使用的失禁垫和导尿管。
 - 应了解可能会导致基本药物供应延迟的药物管制法规。
- 6 与当地系统和网络合作，在社区和家庭为患者及其家人、护理人员提供支持。
 - 提供家庭护理所需用品，如失禁垫、导尿管和敷料包。

关键指标

过去 30 天内，无法提供舒缓治疗药物的天数

- 不到 4 天

在每个医疗卫生中心、医院、流动诊所和临时医院接受过基本疼痛和症状控制或舒缓治疗培训的工作人员占比

由卫生系统确诊的需要并已接受临终关怀的患者占比



指引

人道主义医疗卫生行动者应了解并尊重当地做出医疗决策的方式，以及与疾病、痛苦、临终和死亡有关的价值观。减轻痛苦是很重要的，临终患者应接受以安慰为主的护理，不论他们的疾病是由致命的伤害、传染病，还是任何其他原因引起。

制订护理计划：确定相关患者并尊重他们对其护理做出知情决定的权利。提供不带任何偏见的信息并考虑患者的需求和期望。护理计划应获得患者同意并以其选择为基础。应提供精神健康和心理支持。

药物供应：机构间应急医疗卫生包（IEHK）的基本和补充模块以及基本药物清单中均包含一些用于舒缓治疗的药物，如止痛药。机构间紧急医疗卫生包在危机的早期阶段很有用，但不适合长期持续的情况，这需要建立更持续的系统⊕ 见“卫生系统标准 1.3：基本药物和医疗器械”和“参考资料和延伸阅读”。

家庭、社区和社会支持：与其他部门协调，就为患者及其家属提供综合支持的转诊途径达成一致。应包括利用国家社会和福利系统或机构提供住房、卫生包、现金援助、精神健康、社会心理支持，以及法律援助等，以确保满足患者及其家属基本的日常需求。

与相关部门协调追踪离散家庭，以便患者能与他们沟通。

与现有的社区护理网络合作，他们通常会有训练有素的家庭护理服务人员和社区社会心理工作者，可为患者及其家人提供额外的支持，并在必要时帮助提供家庭护理（例如对艾滋病毒感染者的家庭护理）。

精神支持：所有支持均应基于患者或其家属的要求。与当地宗教领袖合作，找出与病人有相同信念或信仰的精神照顾提供者。这些提供者可以作为患者、护理人员和人道主义行动者的资源。

应培训当地宗教领袖，使其了解为有严重健康问题的患者提供社会心理支持的关键原则。

在卫生系统和精神领袖之间，建立可靠的双边转介机制，以便在患者、照顾者、家庭成员提出转介需求时得以安排。

根据国家或国际指引，与当地社区合作，确保以安全和有尊严的方式进行遗体安葬⊕ 见“卫生系统标准 1.1：卫生服务提供”。

附录 1

医疗评估清单

灾前准备

- 获取有关受影响人群的可用信息。
- 获取受灾地区可用的地图、航空照片或卫星图像，以及地理信息系统（GIS）数据。
- 获取人口统计、行政管理和健康数据。

安全性和可及性

- 确定现有持续的自然或人为灾害。
- 确定整体的安全形势，包括是否存在武装力量。
- 确定人道主义机构可帮助受影响人群。

人口分布和社会结构

- 确定受影响人群的总规模，并按年龄、性别和残障状况对人口进行分类。
- 确定高危人群，如妇女、儿童、老年人、残障人士和艾滋病毒携带者或被边缘化人群。
- 确定平均的家庭规模，并估算以女性或儿童为户主的家庭数量。
- 确定现有的社会结构和性别规范，包括权力地位和/或在社区和家庭中的影响力。

健康状况的背景信息

- 明确灾害发生前受灾地区已存在的健康问题。
- 明确难民原籍国或国内流离失所者原籍地区之前就存在的健康问题。
- 明确现有的健康风险，如可能会暴发的传染病。
- 明确先前和现有获得医疗卫生服务的障碍、社会规范和观念，包括积极的和有害的做法。
- 明确灾前的医疗卫生服务来源。
- 分析卫生系统的各个方面及其表现⊕见“卫生系统标准 1.1 至 1.5”。

死亡率

- 计算粗死亡率。
- 计算特定年龄段的死亡率（如 5 岁以下儿童死亡率）。
- 计算特定原因造成的死亡率。



医疗卫生

- 计算死因构成比例。

发病率

- 明确影响公共健康的主要疾病的发病率。
- 如果可能，明确不同年龄和性别主要疾病的发病率。

可用资源

- 明确受灾国家卫生部的能力。
- 明确国家医疗卫生机构的状况，包括按所提供的护理类型划分医疗机构的数量、基础设施的破坏程度和使用情况。
- 明确现有医护人员数量和技能状况。
- 明确可用的医疗卫生预算和融资机制。
- 明确现有公共医疗卫生项目的能力和功能状态，比如免疫接种扩展项目。
- 明确标准化协议、基本药物、医疗器械和设备以及后勤系统的可及性。
- 明确现有转诊系统的状态。
- 明确医疗卫生设施感染预防和控制标准。
- 明确现有医疗信息系统的状态。

其他相关技术领域的数据

- 营养状况。
- 环境和“供水、环境卫生和卫生促进”的状况。
- 食物组合和食物保障。
- 住所——住所质量。
- 教育——健康和卫生教育。

附录 2

每周采样检测报告表

2.1 死亡率监测表（合计）

地点：_____

从周一：_____至周日：_____

本周开始时的总人口：_____

本周出生人数：_____本周死亡人数：_____

本周迁入人数（如适用）：_____本周迁出人数：_____

本周结束时的总人数：_____5 岁以下儿童人数：_____

	<5 岁		≥5 岁		总计
	男性	女性	男性	女性	
直接原因					
急性下呼吸道感染					
霍乱（疑似病情）					
腹泻—粪便带血					
腹泻—粪便水样					
外伤—非意外					
疟疾					
产妇死亡—直接					
麻疹					
脑膜炎（疑似病情）					
新生儿（0–28 天）					
其他					
未知					
按年龄和性别总计					
根本原因					
艾滋病（疑似病情）					
营养不良					
产妇死亡—间接					
非传染性疾病 （指出具体疾病）					
其他					
按年龄和性别总计					

- * 当死亡人数较多且因时间限制无法收集死者更详细的信息时使用此表。
- 可根据实际情况和流行病传播方式，添加其他死因。
 - 可以针对年龄做进一步划分（0–11 月龄、1–4 岁、5–14 岁、15–49 岁、50–59 岁、60–69 岁、70–79 岁、80 岁及以上）。
 - 死亡人数报告除了由医疗机构提供外，也包括当地领袖和宗教领袖、社区工作者、妇女团体、转诊医院提供的死亡人数报告。
 - 可能的话，应在表格背面提供诊断标准。



2.2 死亡率监测表（个人记录）

地点： _____

从周一： _____ 至周日： _____

本周开始时的总人口： _____

本周出生人数： _____ 本周死亡人数： _____

本周迁入人数（如适用）： _____ 本周迁出人数： _____

本周结束时的总人数： _____ 5岁以下儿童人数： _____

序号	性别（男/女）	年龄（天/月/岁）	直接原因											根本原因							
			急性下呼吸道感染	霍乱（疑似病情）	腹泻—粪便带血	腹泻—粪便水样	外伤—非意外	疟疾	产妇死亡—直接	麻疹	脑膜炎（疑似病情）	新生儿（0—28天）	非传染性疾病（指出具体疾病）	其他（指出具体疾病）	未知	艾滋病（疑似病情）	营养不良	产妇死亡—间接	其他（指出具体疾病）	日期（年/月/日）	具体位置（如街区号）
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

* 当有足够时间记录个人死亡相关数据时使用本表，本表支持按年龄、地点和设施使用率进行分析。

· 报告频率（每天或每周）取决于死亡人数。

· 可根据情况添加其他死亡原因。

· 死亡人数报告除了由医疗机构提供外，也包括当地领袖和宗教领袖、社区工作者、妇女团体、转诊医院提供的死亡人数报告。

· 可能的话，应在表格的背面提供诊断标准。

· 可针对年龄做进一步划分（0—11 月龄、1—4 岁、5—14 岁、15—49 岁、50—59 岁、60 岁及以上）。

2.3 采样早期预警、警报和响应情况报告表

在灾害发生的紧急阶段，且公众健康风险（如外伤、中毒或传染性疾病）很高时使用此表。

从周一： _____ 至周日： _____

城镇/村庄/安置点/集中安置点： _____

省份： _____ 地区： _____
分区： _____ 安置点名称： _____
· 住院部 · 门诊部 · 医疗中心 · 流动诊所
提供支持机构： _____
报告人员和联系电话： _____
总人口： _____ 5 岁以下儿童人数： _____

A. 每周汇总数据

新病例	发病率		死亡率		总计
	5 岁以下	5 岁及以上	5 岁以下	5 岁及以上	
总住院人数					
总死亡人数					
急性呼吸道感染					
急性水泻					
急性出血性腹泻					
疟疾—疑似/确诊病例					
麻疹					
脑膜炎—疑似病例					
急性出血热综合征					
急性黄疸综合征					
急性弛缓性麻痹（AFP）					
破伤风					
其他发烧超过 38.5°C 的情况					
创伤					
化学品中毒					
其他					
总计					

- 可以提供多次诊断，最重要的诊断应该被记录下来。每个病例应只记录一次。
- 仅包括在监测周内发现的病例数（或死亡人数）。
- 如果在监测周内没有出现表格中列出的综合症相关病例或死亡，输入“0”。
- 死亡个案只应在死亡数据部分而不是发病数据部分进行报告。
- 用于监测每种情形的诊断标准应放在本表格的背面。
- 根据流行病和疾病的风险评估可增加或减少发病原因。
- 预警监测的目的在于对需要立即响应的公共健康事件进行早期监测。
- 应通过调查（发病率）而不是监测（发病率）获取营养不良等疾病的相关数据。

B. 疫情暴发预警

当发现有以下疑似病例时，请通过短信或电话 _____ 或邮件 _____ 告知我们详细的时间、地点、病例数和死亡数：霍乱、志贺氏菌病、麻疹、脊髓灰



质炎、伤寒、破伤风、甲肝或戊肝、登革热、脑膜炎、白喉、百日咳、出血热、外伤和化学品中毒。（该疾病清单视该国疾病流行的具体情况而定。）

2.4 日常采样卫生管理信息系统（HMIS）监测报告表

地点: _____
从周一: _____ 至周日: _____
本周/月开始时的总人口: _____
本周/月出生人数: _____ 本周/月死亡人数: _____
本周/月迁入人数（如适用）: _____
本周/月迁出人数: _____
本周/月结束时的总人口: _____
5岁以下儿童人数: _____

发病率	5岁以下 (新增病例)			5岁及以上 (新增病例)			总计	反复发作 的病例	
	男	女	总数	男	女	总数		新增病例	总数
诊断									
急性呼吸道感染									
急性水泻									
急性出血性腹泻									
疟疾—疑似/确诊病例									
麻疹									
脑膜炎—疑似病例									
急性出血热综合征									
急性黄疸综合征									
急性弛缓性麻痹（AFP）									
破伤风									
其他发烧超过 38.5°C 的情况									
HIV/AIDS									
眼科疾病									
皮肤病									
急性营养不良									
性传播感染									
生殖器溃疡性疾病									
男性尿道分泌物病征									
阴道分泌物									
盆腔炎性疾病									
新生儿结膜炎									
先天性梅毒									

续表

发病率	5 岁以下 (新增病例)			5 岁及以上 (新增病例)			总计	反复发作 的病例	
	男	女	总数	男	女	总数		新增病例	总数
非传染性疾病									
高血压									
缺血性心脏病									
糖尿病									
哮喘									
慢性阻塞性肺病									
癫痫									
其他慢性非传染性疾病									
精神健康									
酒精或其他物质使用障碍									
智力和发展障碍									
精神障碍（包括双向情感障碍）									
痴呆或精神错乱									
中重度情绪障碍/抑郁									
医学上无法解释的躯体疾病									
自残（包括自杀企图）									
其他心理问题									
外伤									
严重头部/脊柱损伤									
外伤									
严重躯干损伤									
严重肢体损伤									
中度外伤									
轻度外伤									
总计									

年龄可做进一步划分（例如0-11 月龄、1-4 岁、5-14 岁、15-49 岁、50-59 岁、60 岁及以上）



附录 3

计算关键医疗指标的公式

粗死亡率（CMR）

定义：总体人口的死亡率，包括所有年龄段的男性和女性。

公式：

$$\frac{\text{计算时期内的总死亡人数}}{\text{计算时期中期的高风险人口数量} \times \text{计算时期的天数}} \times 10,000 \text{ 人} = \text{死亡人数}/10,000 \text{ 人/天}$$

5 岁以下儿童死亡率（U5MR）

定义：人口中 5 岁以下儿童的死亡率。

公式：

$$\frac{\text{计算时期内 5 岁以下儿童总死亡人数}}{\text{5 岁以下儿童总人数} \times \text{计算时期的天数}} \times 10,000 \text{ 人} = \text{死亡人数}/10,000 \text{ 名 5 岁以下儿童/天}$$

发病率

定义：在一定时期内处于风险中的人群新增病例数量。

公式：

$$\frac{\text{计算时期内特定疾病的新增病例数}}{\text{处于患病风险的人口数量} \times \text{计算时期的月数}} \times 1,000 \text{ 人} = \text{特定疾病新增病例数}/1,000 \text{ 人/月}$$

病死率（CFR）

定义：某种疾病导致的死亡人数与患有该疾病人数的比例。

公式：

$$\frac{\text{计算时期内某种疾病导致的死亡人数}}{\text{计算时期内的患病人数}} \times 100 = x\%$$

医疗机构使用率

定义：每人每年使用门诊的次数。如果可以，应区分新增和以前使用门诊的个案，并且使用**新增使用次数**计算医疗机构使用率。然而，要区分新增的和以前的个案通常比较困难，所以在危机期间要时常采用总使用量计算医疗机构使用率。

公式：

$$\frac{\text{一周内总使用次数}}{\text{总人口}} \times 52 \text{ 周} = \text{使用次数/人/年}$$

每位临床医师每天问诊次数

定义：每位临床医师平均每天诊疗的病人数（包括新病例和反复病例）。

公式：

$$\frac{\text{一周内的总问诊次数}}{\text{医疗机构内全职等效（FTE*）的临床医师人数}} / \text{每周医疗机构运营天数}$$

*FTE 指医疗机构内全职等效临床医师的人数。例如，如果门诊部有6 名临床医师，但是其中两人是半全职人员，那么全职等效临床医师人数=4 名全职人员+2 名半全职人员=5 名全职等效临床医师。



附录 4

中毒

当人们通过口、鼻、皮肤、眼睛、耳朵或摄入接触有毒化学物质时，可能会中毒。儿童呼吸频率更快，相对体重下具有较大体表面积，具有更多渗透性皮肤，并且更接近于地面，所以具有更高的风险。接触有毒物质会影响儿童发育，包括导致发育迟缓和阻碍营养吸收，并可能导致疾病或死亡。

初步管理

在向医疗机构陈述时，如果患者有接触或暴露于化学物质的迹象和症状，应采取下列措施：

- 对医护人员采取预防措施，包括穿戴适当的个人防护装备（PPE）；
- 分诊患者；
- 实施拯救生命的干预措施；
- 净化（例如，移除患者的衣服，或用肥皂水冲洗受污染的身体部分），最好在医疗机构外面进行，以防止进一步的暴露；
- 遵循进一步的治疗方案，包括支持性治疗。

治疗方案

以下方案可能因国家而异。通常，需要提供解毒剂和支持性治疗（例如辅助呼吸）。

接触有毒化学物质导致的症状和可用的治疗方法

有毒化学物质分类	常见的暴露症状	解毒剂 (各国指南会有所不同)
神经毒剂，如沙林、塔崩或 VX	瞳孔缩小；视野模糊；头痛；大量分泌物；胸闷和呼吸困难；恶心；呕吐；腹泻；肌肉抽搐；痉挛；丧失意识	阿托品肟（pralidoxime, obidoxime）、苯二氮卓类药物（针对抽搐症状）
芥子气等糜烂性毒剂	流泪；刺眼；结膜炎；角膜损伤；皮肤发红、起水泡并且疼痛；呼吸困难	支持性治疗 +/- 硫代硫酸钠，例如，眼部冲洗，局部抗生素，皮肤清洗，支气管扩张剂，严重情况下使用硫代硫酸钠

续表

有毒化学物质分类	常见的暴露症状	解毒剂 (各国指南会有所不同)
氰化物	喘不过气；窒息；痉挛；思维混乱；恶心	亚硝酸戊酯（急救） 硫代硫酸钠和亚硝酸钠，或同时使用 4DMAP/羟钴胺素/二钴乙酯
失能性毒剂， 如 BZ	口干和皮肤干燥；心动过速；意识障碍；妄想；幻觉；高热；动作不协调；瞳孔散大	毒扁豆碱
催泪弹和防暴剂	粘膜刺痛和灼热；流泪；流涎；流鼻涕；胸闷；头痛；恶心	主要为支持性治疗 主要为支持性治疗
氯	眼睛发红，流泪；鼻子或咽喉刺激；咳嗽；窒息或窒息感觉；气短；气喘；声音沙哑，肺部水肿	N 乙酰半胱氨酸（NAC）
铊（老鼠药）	腹痛；恶心；呕吐，腹泻；便秘；痉挛，精神错乱；抑郁症；毛发脱落；疼痛的周围神经病变和远端运动肌无力；动作失调；神经系统识别障碍	普鲁士蓝
铅	厌食；呕吐；便秘；腹痛；面色苍白；注意力不集中；软弱无力；外周神经麻痹	螯合物
有机磷酸酯类（包括一些杀虫剂和神经性毒气）	流涎；流泪；大小便失禁；胃痉挛；呕吐	阿托品肼（pralidoxime, obidoxime）

摘自世界卫生组织《突发事件环境健康指引》



参考资料和延伸阅读

医疗卫生和人权

The Right to Health; Fact Sheet No. 31. OHCHR and WHO, 2008.

<http://www.ohchr.org>

民间组织与军方协调

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. <http://www.unocha.org>

保护和国际人道法

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015. <https://www.icrc.org>

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014.

<http://www.mrmtools.org>

协调

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. <http://www.who.int>

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

突发事件中的医疗卫生

Blanchet, K et al. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises*. The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks*. The Lancet, 2010. <http://www.thelancet.com>

临床指南

Clinical Guidelines-Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

卫生系统

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone*. Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com>

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfgproject.org

Parpia et al. *Effects of Response to 2014 –2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22*. CDC, 2016. <https://wwwnc.cdc.gov>

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. <http://www.euro.who.int>



安全

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. <http://www.who.int>

感染预防和控制

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008.

<http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009.

<http://oops.msf.org>

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. <https://www.cdc.gov>

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999. <http://apps.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. <http://www.who.int>

医疗服务工作队伍

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. <http://www.who.int>

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. <http://www.ilo.org>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010.
<http://www.who.int>

Working together for health. World Health Report 2006. WHO, 2006.
<http://www.who.int>

药品

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org>

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Model Formulary for children. WHO, 2010. <http://apps.who.int>

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. <http://www.who.int>

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10000 People for Approximately Three Months. WHO, 2017.

医疗器械(包括辅助器具在内)

Core Medical Equipment. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO. <http://www.who.int>

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008. <http://www.who.int>

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016.
<http://www.who.int>

管控药物

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012.
<http://www.who.int>

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Med-



ical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36 –37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. <http://www.who.int>

血液制品

Blood safety and availability. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. <http://apps.who.int>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. <http://www.who.int>

医疗筹资

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. <http://apps.who.int>

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

医疗信息

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011. <https://interagencystandingcommittee.org>

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

医疗卫生服务需求评估和医疗护理服务的优先

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Global Health Observatory Data Repository : Crude birth and death rate by country. World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

传染病预防

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>

Vaccination in Acute Humanitarian Crises : A Framework for Decision Making. WHO, 2017. <http://www.who.int>

传染病（特定疾病）

Dengue : Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control ; New Edition. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency : Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. <http://refbooks.msf.org>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. <http://apps.who.int>

疫情暴发检测和早期应对

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. <http://www.who.int>

“Early warning, alert and response (EWAR) : a key area for countries preparedness for Health Emergencies.” WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO.



<http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. <http://apps.who.int>

Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. <http://www.who.int>

疫情暴发预防和响应

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. <http://www.who.int>

儿童和新生儿健康

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. <http://iawg.net>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>

性健康和生殖健康

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009. <http://iawg.net>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011. <http://iawg.net>

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IAWG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. <http://www.who.int>

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015. <http://who.int>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations; A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. <http://iawg.net>

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015. <http://www.who.int>

性暴力和强奸的临床管理

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. <https://www.unicef.org>

Clinical Management of Rape Survivors; Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp. 44 –47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors; E-Learning. WHO 2009. <http://apps.who.int>

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. <http://www.who.int>

艾滋病毒

Consolidated Guidelines on the Use of ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection; Recommendations for a public health approach-Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. <http://www.unaids.org>

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org>



Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003.
www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. <http://www.who.int>

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015. <http://iawg.net>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. <http://www.who.int>

外伤和创伤护理

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. <https://eccguidelines.heart.org>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. <https://shop.icrc.org>

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

Disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017.
<http://ifrc-ecbhfa.org>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016.
<https://extranet.who.int>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge

and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC. <http://www.who.int>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. <https://cprguidelines.eu>

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. <http://www.who.int>

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

精神健康

A faith-sensitive approach in humanitarian response : Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources ; Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Building back better : sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>



mhGAP Humanitarian Intervention Guide ;Clinical Management of Mental , Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Problem Management Plus (PM +); Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Psychological First Aid ;Guide for Field Workers. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. <http://www.who.int>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies ; What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. <http://www.who.int>

非传染性疾病

Disaster Risk Management for Health ; Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Boule, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises*. PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010 ; a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. The Lancet, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. <http://www.who.int>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies*. The Lancet, 2016. <http://www.thelancet.com>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. <http://www.who.int>

舒缓治疗

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012.
<https://interagencystandingcommittee.org>

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016.
<http://apps.who.int>

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings.
IASC, 2007. <http://www.who.int>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for
Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce
Resources*. Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitari-
an crises: always something to offer*. The Lancet, 2017. <http://www.thelancet.com>

*Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective
programmes*. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psy-
chosocial programming in post conflict settings*. War Trauma Foundation, 2013.
<https://www.interventionjournal.com>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of
short-term medical missions in Nicaragua*. Global public health, NCBI, 2016.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

*19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 22, Medicines for pain and
palliative care*. WHO, 2015. <http://www.who.int>

中毒

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015.
<http://www.who.int>

延伸阅读

延伸阅读资料, 请浏览

www.spherestandards.org/handbook/online-resources





目 录

附录 1：环球计划的法律基础 360

附录 2：国际红十字与红新月运动和非政府组织灾难救济行为准则 371

附录 3：缩略语与首字母缩写词 377

附录 1

环球计划的法律基础

“人道主义宪章”提出了国际法中共同的人道主义行动信念和原则，也提出了不同灾害或冲突情况下的人道主义责任。以下是附有注释的关键文件，包括跟国际人权法、国际人道法、难民法和人道主义行动最相关的国际法律文件。这些国际法并不试图取代地区法律。在环球计划网站 www.spherestandards.org 内有更多资源和网址帮助我们实施这些法律的指引、原则、标准和框架。文件中一些需要解释的内容、新添加的内容或与灾害或冲突有关的特定章节，会附有注解。

《环球计划手册》体现了国际法律框架的部分具体关注事项，一般包括个人安全和有尊严的权利，不受歧视的自由，获得用水和环境卫生、住所、食物保障和营养、医疗卫生的权利。这些权利在个别国际公约中有详细说明，也被包括在有关公民与政治权利或经济、社会与文化权利等人权条约内。

附录内的文件按主题分为四个类别：

1. **人权、保护和脆弱性**
2. **武装冲突和人道主义援助**
3. **难民和境内流离失所者**
4. **灾害和人道主义援助**
5. **备灾和灾后响应阶段的人道主义政策框架，有关权利、保护和脆弱性的指引和原则** www.spherestandards.org/handbook/online-resources

为了确定上述类别的每个文件状况清晰，将它们区分为：a) 条约和习惯法，b) 其他正式采纳的联合国/跨政府指引和原则。

1. 有关人权、保护和脆弱性的国际条约

下列文件主要涉及有明确的人权内容的世界条约和宣言。一些有关年龄（儿童和老年人）、性别和残障人士的文件也包括在内，因为这些人群在灾害或冲突中是最脆弱的人群。

1.1 有关人权、保护和脆弱性的条约和惯例法

人权条约法适用于有关条约缔约国，但惯例法（如禁止酷刑）适用于所有国家。除了以下两种特殊情况外，人权法在任何时候都适用：

- 在宣布国家处于紧急情况期间，一些公民权利和政治权利可能会被中止，这符合《公民权利和政治权利国际公约》第四条（见“克减”）；
- 在武装冲突期间，如果有任何与人权法相悖的地方，应首先遵循国际人道法。

1.1.1 世界人权

《世界人权宣言》（1948）（UDHR）是 1948 年 12 月 10 日联合国大会通过的第 217 A（Ⅲ）号决议。www.un.org

评价：1948 年联合国大会上宣布的《世界人权宣言》提出了受保护的人类的基本权利。虽然《世界人权宣言》不是一个条约，但它被普遍接受并成为国际惯例法的一部分。序言中第一句介绍了作为人权基础的人类“固有尊严”的概念，并且在第一条中声明“人人生而自由，在尊严和权利上一律平等”。

《公民权利和政治权利国际公约》（1966）（ICCPR）是 1966 年 12 月 16 日联合国大会通过的第 2200A（XXI）号决议，并于 1976 年 3 月 23 日被编入联合国条约集 999 卷第 171 页、1057 卷第 407 页且正式生效。www.ohchr.org

《旨在废除死刑的〈公民权利和政治权利国际公约〉第二项任择议定书》（1989）是 1989 年 12 月 15 日联合国大会通过的第 44/128 号决议，并于 1991 年 7 月 11 日被编入联合国条约集 1642 卷第 414 页且正式生效。www.ohchr.org

评价：《公民权利和政治权利国际公约》的缔约国必须尊重和保证在其领土内或在其管辖下所有个人的权利，同时也应认识到“人民”自决的权利和男女平等的权利。有些权利（标有星号）即使在国家进入最严重的紧急状况时也不会被中止。

ICCPR 权利：生存权*；禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇*；禁止奴役*；禁止任意逮捕或拘留；在拘留期间确保基本人权和尊严；不因违反合约而被监禁*；迁徙和居住的自由；仅允许合法驱逐外国人；法律面前人人平等、公平审判和刑事审判中的无罪推定；没有追溯力的刑事罪行*；法律面前获取平等的认可*；私生活；思想自由、宗教和良知*；自由发表意见、言论及和平集会；结社自由；婚姻和家庭生活的权利；儿童保护；选举权和参与公共事务的权利；少数民族享有自己文化、宗教和语言的权利*。

《经济、社会和文化权利国际公约》(1966)(ICESCR) 是 1966 年 12 月 16 日联合国大会通过的第 2200A (XXI) 号决议，并于 1976 年 1 月 3 日被编入联合国条约集 993 卷第 3 页且正式生效。www.ohchr.org

评价：缔约国同意尽最大努力“逐步实现”公约权利，男女将平等地享有这些权利。

ICESCR 权利：工作权；得到公正报酬的权利；参加工会的权利；取得社会保障/保险的权利；家庭生活的权利，包括保护分娩后的母亲和儿童免受剥削；获取包括食物、衣服和住房在内的适当生活水准的权利；获取身体和心理健康的权利；受教育权；参加文化生活和享受科学和文化进步带来的益处的权利。

《消除一切形式种族歧视公约》(1969)(ICERD) 是 1965 年 12 月 21 日联合国大会通过的第 2106 (XX) 号决议，并于 1969 年 1 月 4 日被编入联合国条约集 660 卷第 195 页且正式生效。www.ohchr.org

《消除对妇女一切形式歧视公约》(1979)(CEDAW) 是 1979 年 12 月 18 日联合国大会通过的第 34/180 号决议，并于 1981 年 9 月 3 日被编入联合国条约集 1249 卷第 13 页且正式生效。www.ohchr.org

《儿童权利公约》(1989)(CRC) 是 1989 年 11 月 20 日联合国大会通过的第 44/25 号决议，并于 1990 年 9 月 2 日被编入联合国条约集 1577 卷第 3 页且正式生效。www.ohchr.org

《〈儿童权利公约〉关于儿童卷入武装冲突问题的任择议定书》(2000) 是 2000 年 5 月 25 日联合国大会通过的第 A/RES/54/263 号决议，并于 2002 年 2 月 12 日被编入联合国条约集 2173 卷第 222 页且正式生效。www.ohchr.org

《〈儿童权利公约〉关于买卖儿童、儿童卖淫和儿童色情制品问题的任择议定书》(2000) 是 2000 年 5 月 25 日联合国大会通过的第 A/RES/54/263 号决议，并于 2002 年 1 月 18 日被编入联合国条约集 2171 卷第 227 页且正式生效。www.ohchr.org

评价：《儿童权利公约》在各个国家得到应用。它重申了儿童的基本人权并明确了儿童何时需要特殊保护（例如当其与家人失散时）。该协议要求缔约国针对特定儿童保护问题采取积极行动。

《**残疾人权利公约**》（2006）（CRPD）是 2006 年 12 月 13 日联合国大会通过的第 A/RES/61/106 号决议，并于 2008 年 5 月 3 日被编入联合国条约库第四章第 15 页。www.ohchr.org

评价：《残疾人权利公约》确保在所有人权条约下残障人士权利得以实现，以及增强人们关于残障人士获取非歧视性服务和设施的意识，还特别提到“风险和人道主义紧急情况”（第 11 条）。

1.1.2 种族灭绝、酷刑和其他滥用权利的犯罪行为

《**防止和惩治灭绝种族罪公约**》（1948）是 1948 年 12 月 9 日联合国大会通过的第 260（Ⅲ）号决议，并于 1951 年 1 月 12 日被编入联合国条约集 78 卷第 277 页且正式生效。www.ohchr.org

《**禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约**》（1984）是 1984 年 12 月 10 日联合国大会通过的第 39/46 号决议，并于 1987 年 6 月 26 日被编入联合国条约集 1465 卷第 85 页且正式生效。www.ohchr.org

评价：此公约拥有众多的缔约国。作为国际惯例法的一部分，禁止酷刑现今也逐步得到公认。任何公共紧急事件或战争都不能成为实施酷刑的借口。在人们有合理理由相信其返回某区域后可能有遭受酷刑的危险时，国家应禁止向该区域遣返（驱回）任何人。

《**国际刑事法院罗马规约**》（1998）于 1998 年 7 月 17 日在罗马举行的外交会议上通过，并在 2002 年 7 月 1 日被编入联合国条约集 2187 卷第 3 页且正式生效。www.icrc.org

评价：该规约第 9 条（犯罪要件）于 2002 年在国际刑事法院（ICC）上通过。此规约详细描述了战争罪、危害人类罪和种族灭绝罪，从而编纂出国际惯例刑法的大部分内容。国际刑事法庭可以调查联合国安理会提及的相关事件并对其进行起诉（即使被告人国籍国不是本条约的缔约国），也可以对于本条约缔约国国民或其所在地区内涉嫌犯下罪行的人进行调查和起诉。

1.2 联合国和其他政府间正式通过的关于人权、保护和脆弱性的原则和方针

《**马德里老龄问题国际行动计划**》（2002）于 2002 年在马德里召开的第二届联

附 录

联合国世界高龄会议中通过，并且援引自 1982 年 12 月 3 日联合国大会第 37/51 号决议。www.ohchr.org

《联合国老年人原则》（1991）是 1991 年 12 月 16 日联合国大会上通过的第 46/91 号决议。www.ohchr.org

2. 武装冲突的国际条约、国际人道法和人道主义援助

2.1 有关武装冲突的条约和惯例法、国际人道法和人道主义援助

国际人道法（IHL）指定了暴力冲突转变为“武装冲突”的临界值，因此这个特殊法律制度得以运用。红十字国际委员会（ICRC）是国际人道法条约的官方资料库，并在其网站（www.icrc.org）上提供了更多信息和资源，包括《日内瓦公约》及其附加议定书的官方评论、《习惯国际人道法研究》的规则。

2.1.1 国际人道法核心条约

日内瓦四公约（1949）

日内瓦四公约关于保护国际性武装冲突受难者的附加议定书（1977）（第一议定书）

日内瓦四公约关于保护非国际性武装冲突受难者的附加议定书（1977）（第二议定书）www.icrc.org

评价：日内瓦四公约——所有国家都签署了这份公约并且该公约作为惯例法的一部分被普遍接受——关注于对战地武装部队伤病者的保护和治疗（日内瓦第一公约），对海上武装部队伤病者的保护和治疗（日内瓦第二公约），对战俘的处理（日内瓦第三公约），以及在武装冲突期间保护平民（日内瓦第四公约）。除了公约中的第三条是所有关注非国际性冲突公约的共同之处，以及现在在非国际性冲突中被视为惯例法的一些其他因素之外，这些公约主要适用于国际性武装冲突。1977 年的两项附加议定书是对公约的进一步补充，尤其是对战士的定义以及对非国际性冲突的编纂。但有很多国家没有同意这两项附加议定书。

2.1.2 关于受限武器、地雷以及有关文化财产的条约

除了上述“日内瓦公约”外，还有针对武装冲突的“海牙公约”。这包括保护文化财产的公约，以及很多关于受限制或违禁武器的公约。这些武器包括有毒气体和其他生化武器、肆意的或造成不必要伤害的常规武器，以及具有杀伤性的地雷和集束弹药。www.icrc.org

2.1.3 习惯国际人道法

习惯国际人道法是指各国通过相关声明、政策和实践所接受的武装冲突法。不管这些国家是否同意了国际人道法条约，习惯国际人道法都将作为适用于

所有国家的习惯性规则。现在还没有统一的惯用规则列表，但下面的研究给出了最权威的解释。

习惯国际人道法（CIHL）研究，ICRC，Henckaerts, J-M. and Doswald-Beck, L.，剑桥大学出版社，剑桥 & 纽约，2005. [www. icrc. org](http://www.icrc.org)

评价：该研究几乎涵盖了武装冲突法的所有范围。它列出了 161 项具体的规则，且指出各项规则是否适用于国际武装冲突及/或非国际性武装冲突。虽然一些法律评论员对该研究所采取的方法持批判态度，但是这项习惯性国际人道法研究经过十多年的集思广益和严谨钻研，成为举世公认的对习惯性规则的权威解释。

2.2 联合国和其他政府间正式通过的关于武装冲突、国际人道法和人道主义援助的原则和方针

联合国安理会关于保护的“备忘录”（2002），2003 年修订版（S/PRST/2003/27）。[undocs. org](http://undocs.org)

评价：此文件并非对各国都有约束力，但它是联合国安理会用于维和和处理冲突紧急情况的指导性文件，这是联合国各机构和机构间常设委员会（IASC）共同磋商的结果。

联合国安理会关于武装冲突中性暴力和女性的决议，尤其是首批决议中有关女性、和平和安全的第 1325（2000）号，是关注武装冲突情况中暴力侵害女性的里程碑，以及随后的第 1820（2008）号、第 1888（2009）号和第 1889（2009）号决议，可在以下网站按年份和编号查询联合国安理会所有的决议：[www. un. org](http://www.un.org)

3. 有关难民和境内流离失所者 (IDPs) 的国际条约

3.1 有关难民和境内流离失所者的条约

除了国际条约，这部分还包括两项非洲联盟（前非洲统一组织）条约，它们开拓了该领域的先河。

《难民地位公约》（1951）（修订本），于 1951 年 7 月 2–25 日在日内瓦举行的联合国关于难民和无国籍人士地位的全权代表会议上通过，并于 1954 年 4 月 22 日被编入联合国条约集 189 卷第 137 页且正式生效。www.unhcr.org

《有关难民地位的议定书》（1967），是 1966 年 12 月 16 日联合国大会通过的第 2198（XXI）号决议，并被编入联合国条约集 606 卷第 267 页。www.unhcr.org

评价：作为第一个关于难民的国际协议，该公约将难民定义为“由于害怕因种族、宗教、国籍、属于某一社会团体或政见不同等原因遭受迫害而逃亡他国，并且不能或因害怕被迫害不愿接受自己国家的保护或返回祖国……”

《非洲统一组织关于非洲难民问题特定方面的公约》（1969），于 1969 年 9 月 10 日在亚的斯亚贝巴举行的非洲统一组织国家元首和政府首脑会议第六届常会上通过。www.unhcr.org

评价：该公约在 1951 年《难民地位公约》基础上，将难民定义扩展为包括“由于迫害、外来侵略、占领、外国统治或发生严重扰乱公共秩序的事件，而被迫离开家园的人”。它还承认非政府组织为迫害的元凶，且不需要难民证明其与将来可能面对迫害有直接关联。

《关于保护和救助非洲流离失所者的非洲联盟公约》（坎帕拉公约）（2009），于 2009 年 10 月 22 日在乌干达坎帕拉举行的非洲联盟难民问题特别首脑会议上通过，且于 2012 年 12 月 6 日正式生效。au.int/en/treaties/African-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

评价：这是首个关于境内流离失所者（IDPs）的多边公约。

3.2 联合国和其他政府间正式通过的关于难民和境内流离失所者的原则和方针

《关于境内流离失所问题的指导原则》（1998），2005 年 9 月在纽约举行的由

附 录

国家元首和政府首脑参加的世界峰会上通过的联合国大会 60/L.1（132，UN Doc. A/60/L.1）号决议承认此文件为“保护境内流离失所者的重要国际框架”。www.ohchr.org

评价：这些原则基于国际人道主义和人权法及类似的难民法，旨在作为国际标准指导各国政府、国际组织和其他相关行动者为境内流离失所者提供援助和保护。

4. 有关灾害和人道主义援助的国际条约

4.1 有关灾害和人道主义援助的条约

《联合国人员和有关人员安全公约》(1994)，是 1994 年 12 月 9 日联合国大会通过的第 49/59 号决议，并于 1999 年 1 月 15 日被编入联合国条约集 2051 卷第 363 页且正式生效

《联合国人员和有关人员安全公约任择议定书》(2005)，是 2005 年 12 月 8 日联合国大会通过的第 A/60/42 号决议，并于 2010 年 8 月 19 日被编入联合国条约集 2689 卷第 59 页且正式生效。www.un.org

评价：在公约中，保护适用范围仅限于联合国维和行动，除非联合国宣布有“特殊风险”——一个不切实际的要求。本议定书修正了公约中这一主要缺陷，并向联合国所有行动提供法律保护，从紧急人道援助到构建和平以及人道援助、政治援助、发展援助的交付。

《为减灾救灾行动提供电讯资源的坦佩雷公约》(1998)，经 1998 年有关紧急电讯服务的多国会议批准，并于 2005 年 1 月 8 日被编入联合国条约集 2296 卷第 5 页且正式生效。www.itu.int

《联合国气候变化框架公约》(1992) (UNFCCC)，于 1992 年 6 月 4 - 14 日在里约热内卢举行的联合国环境与发展会议上通过的，在 1992 年 12 月 22 日举行的联合国大会上通过第 47/195 号决议得到再次认可，并于 1994 年 3 月 21 日被编入联合国条约集 1771 卷第 107 页。unfccc.int

- 《联合国气候变化框架公约的京都议定书》(1997)，于 1997 年 12 月 11 日在日本京都召开的框架公约第三次缔约方大会上通过，并于 2005 年 2 月 16 日被编入联合国条约集 2303 卷第 148 页且正式生效。unfccc.int
- 《巴黎条约》(2015) 于 2015 年 12 月在法国巴黎的气候变化框架公约缔约方会议 (COP - 21) 第 21 节通过，并于 2016 年 11 月正式生效。unfccc.int

评价：《联合国气候变化框架公约》和《京都议定书》缓解了以下两种迫切需求：一是实施适应气候变化和降低风险的策略；二是提升有关地方政府的处理能力和抗灾能力，尤其是在自然灾害多发国家。它强调了减灾战略和风险管理，特别是针对气候变化的减灾战略和风险管理。

4.2 联合国和其他政府间正式通过的关于灾害和人道主义援助的原则和方针

《关于加强联合国人道主义紧急援助的协调》及其附录和指导原则，是 1991 年 12 月 19 日举行的联合国大会上通过的第 46/182 号决议。www.unocha.org

评价：随后创建了联合国人道主义事务部门，该部门在 1998 年更名为联合国人道主义事务协调办公室（OCHA）。

《2015–2030 年仙台减少灾害风险框架》（《仙台框架》）。www.unisdr.org

评价：《仙台框架》是“兵庫行动框架（HFA）2005–2015：建立国家和社区的抗灾能力”的后继工具。《仙台框架》于 2015 年在第三届联合国世界减少灾害风险大会上通过，获得联合国大会（第 69/283 号决议）认可，以及联合国减少灾害风险办公室（UNISDR）的支持。它是一项为期 15 年的没有强制性和约束力的协议，目标是大幅减少灾害风险以及生命、生计和健康的损失。

《国内便利和管理国际救灾和初期恢复援助工作导则》，（IDRL 指南）2007，在第 30 届红十字与红新月国际大会（包括日内瓦公约各国缔约方）上通过。www.ifrc.org

附录 2

国际红十字与红新月运动和非政府组织 灾难救济行为准则

由红十字会与红新月会国际联合会暨红十字国际委员会共同编制^①

目的

此一行为准则旨在捍卫行为标准；准则和操作细节无关，并非说明如何计算食物配额或设置难民营，相反，其目的是确保由非政府组织及国际红十字与红新月运动从事的灾难应变方案质量，希望维持高标准的独立、有效和影响力。这是一份自愿性准则，由愿意接受本项准则的组织实行，以维护行为准则中的标准。

在武装冲突事件中，现有的行为准则要在国际人道法下诠释与应用。

以下会先说明行为准则，另外附带三项附录，阐述我们希望见到当地政府、捐赠方政府以及跨政府国际组织创造出来的工作环境，以强化提供人道救援协助的效果。

定义

非政府组织 (NGOs)：非政府组织在此指称其设立独立于当地国家政府的国家性和国际性组织。

非政府人道机构：在本文件中，非政府人道机构 (Non-Governmental Humanitarian Agencies, NGHAs) 一词，包含国际红十字与红新月运动 (包括红十字国际委员会、红十字会与红新月会国际联合会及其作为成员的国家协会) 以及上述定义的非政府组织，并特别指称参与灾难救援的非政府人道机构。

跨政府国际组织：跨政府国际组织 (Inter-Governmental Organisations, IGOs)

^① 赞助单位：国际明爱会*、天主教救援会 (Catholic Relief Services)、红十字会与红新月会国际联合会*、国际拯救儿童联盟 (International Save the Children Alliance)*、世界信义会联合会 (Lutheran World Federation)*、乐施会*、普世教会协会 (The World Council of Churches)*、红十字国际委员会 (* 为人道救援响应指导委员会) 之会员。

指称由两个或以上政府组成的组织，因此，其内涵包括联合国机构和区域性组织。

灾难：灾难是指导致生命损失、为人们带来伤痛与压力以及大规模物质损失的悲惨事件。

行为准则

国际红十字与红新月运动和非政府组织灾难救济行为准则

1. 人道使命优先

获得和提供人道援助的权利，是每个国家每位人民都应享有的基本人道主义准则。身为国际社群的一分子，我们体认自己有责任在必要时提供人道救援协助。因此，在实现此项责任时，我们必须在未受阻碍的情况下接触到灾民，本项需求在本质上非常重要。我们之所以要针对灾难采取应变措施，主要的动机是要为最无法承受灾难后果的灾民减轻痛苦。当我们提供人道救援协助时，这并非党派或政治行动，也不应以此种眼光看待人道救援行动。

2. 提供救援时不问接受者的种族、信仰或国籍，也没有任何不当的分类；援助的优先级仅以需求为衡量基准

可能的话，我们会以对灾难受害者需求的全面评估，以及当地已经具备、可以满足此等需求的能力为基准，提供救援协助。在整体的救援方案中，会反映出相称性的考虑。只要发现有人受苦，就要减轻其痛苦；在任何一国角落里的生命，都和其他地方一样珍贵。因此，在提供的救援协助中，会反映出我们想要把痛苦减轻到什么程度。在执行救援时，我们体认到妇女在受灾社群中扮演的重要角色，我们保证救援方案会支持妇女的角色，绝对不会有所压制。在执行这类通用、公平且独立的政策时，要能发挥效果，唯有仰赖我们和伙伴都获得必要的资源，从而提供公平的救援，并让所有灾民都能获得平等的援助。

3. 救援不可作为推动特定政治或宗教观点的途径

提供人道救援时，将以个人、家庭和社群的需要为基础。尽管非政府人道机构有权利支持特定的政治或宗教意见，但我们坚称，救援不可以取决于接受者是否接受这些意见。我们不会将承诺、救援提供和物资分发系于是否赞同或接受特定的政治或宗教信念。

4. 我们尽力不成为政府外交政策的工具

非政府人道机构是行事完全独立于政府的机构，因此，我们建构自己的政策和执行策略，而且除了和我们的独立政策正好相符的之外，我们不会执行任

何政府政策。我们绝不会有意（或无意）让自己、我们的员工遭人利用，为政府或其他单位收集除了纯粹人道之外的任何政治、军事或经济敏感信息，我们也不会为捐赠方政府执行外交政策。我们将会使用获得的协助来因应需求，而且这些协助背后的动机不可为捐赠方必须处理剩余物资，也不可带有任何捐赠单位的政治利益。我们重视并鼓励感兴趣的各方人士自愿提供劳力和金钱，以支持我们的工作，并且认可这类志愿行动的独立性。为了保障我们的独立性，我们将会避免仰赖单一资金来源。

5. 我们尊重文化和习俗

我们努力尊重工作所在地的社群、国家文化、架构和习俗。

6. 我们会尽力利用当地能力来建立灾难应变方案

所有人和社群都拥有强势和弱势之处，就算在灾难中亦如此。可能的话，我们会通过聘用当地人员、购买当地物资以及和当地企业进行交易来强化这些能力。可能的话，我们会以当地非政府人道机构为伙伴，在规划和执行上一同合作，并在适当时与当地政府组织合作。我们会将紧急应变方案的沟通协调调为高优先项目。在最直接参与救援行动的国家内，这一部分做得最好；同时，其中应纳入联合国相关机构的代表。

7. 应设法让接受者参与救援行动的管理

不应强迫灾民接受灾难应变救援协助。目标接受者若能参与救援方案的设计、管理与执行，救灾和持续重建工作可以达到最佳效果。在救灾和重建方案中，我们会努力达成全社区参与。

8. 救援行动必须努力降低未来面对灾难时的脆弱性，同时满足基本需求

不管是正面还是负面，所有救援行动都会影响长期发展前景。我们体认这一点，将会尽力执行能有效降低受助者未来面临灾难时的脆弱性，同时有助于创造持久生活形态的救援方案。在设计与管理救援方案时，我们将会特别注意环境方面的考虑。我们也会努力尽量降低人道救援行动的负面冲击，设法避免让受助者长期仰赖外界援助。

9. 我们将会对协助对象和捐赠资源对象担负起责任

我们的角色，通常是灾难期间希望提供协助者和需要协助者之间的制度性联结。因此，我们对双方均担负责任。我们和捐赠者、受助者之间的往来关系，应反映出公开、透明的态度。我们认同必须报告我们的活动，而且必须从财务和效果两个方面进行。我们认可有责任确保援助物资的分发获得适当的监督，并要定期评估灾难援助造成的冲击。我们也会设法以公开的方式报告工

作效果，以及限制或强化该项效果的因素。我们的方案会以高标准的专业态度和专业基础知识为基础，以尽量避免浪费珍贵资源。

10. 在信息传播、宣传和广告活动中，我们将灾民视为有尊严的个人，而非无助的对象

在行动中，不可失去对灾民的尊重，应将灾民视为对等伙伴。在我们的公开信息中，应描绘灾难情境的客观影响，强调灾民的能力与渴望，而非他们的弱势与恐惧。虽然我们会与媒体合作，加强公众响应，但我们会坚守一个原则，不让公关活动的内外部需求凌驾于尽量发挥整体救灾成效的原则。如果媒体曝光会损害提供给接受对象的服务，或损害我们工作人员和灾民的安全，我们将不会和其他灾难应变机构互相竞争媒体曝光率。

工作环境

我们单方面同意努力遵守上述行为准则，以下所述的指标性指导方针，则说明我们希望看到捐赠方政府、当地政府以及其他跨政府国际组织（主要是联合国机构）创造出来的工作环境，以强化提供人道主义机构参与灾难应变行动时的效果。

以下所述指导方针仅作为指导用；这些指导方针并无法律效力，我们也并未期待政府或跨政府国际组织透过签署任何文件表示他们接受这些方针；当然，这可能是未来努力的目标。这些指导方针呈现的是一种开放与合作的精神，可以让伙伴了解我们希望和他们建立的理想关系。

附录 1：对受灾国政府的建议

1. 政府应认可并尊重非政府人道机构独立、人道且公正的救援行动

非政府人道机构是独立机构，当地政府应尊重其独立性与公正性。

2. 当地政府应协助灾民快速获得非政府人道机构的协助

如果非政府人道机构完全遵循人道主义原则，应有权快速且公正地接触到灾民，以提供人道援助。这是当地政府的责任，也是施行主权责任的一部分。当地政府不可阻断这类援助，应接受非政府人道机构公正且不带政治立场的行动。当地政府应促使救灾人员快速进入工作地点，特别是应放弃转机要求、出入境签证，或应安排迅速核准这一类要求。在紧急灾难救援期间，当地政府应向运送国际救援必需品与人员的飞机发放过境飞行和降落许可。

3. 在灾难期间，政府应促使救援物资和信息及时流通

购买后带入该国的救援必需品与设备，必须仅用于减轻人类痛苦的目标，不可用于商业利益或收利。一般而言，这类必需品应获得免费且不受限的通关

待遇，不应受限于产地证明书或领事发票、进口及/或出口执照以及其他限制，或受限于进口税赋、落地费用或港口费等。

暂时进口必要的救援设备，如车辆、轻型飞机和电信设备，接受国当地政府应暂时取消取得执照或登记的要求，以利通关。同样，在救援行动終了时，政府不应限制救援设备再度运出。

为了加强灾难时的沟通，应鼓励当地政府指定某些无线电频道，让救难组织可以用来进行国内和国际通信，以利于灾难期间的沟通；同时，要在灾难前就让灾难应变社群知道这些频率。政府应授权给救援人员，让他们能使用各种必要的通信方式，以进行救援行动。

4. 政府应设法提供经沟通协调后的灾难讯息和规划服务

灾难救援工作的整体规划和沟通协调，最终是当地政府的责任。如果非政府人道机构能获得各种相关信息，包括救援需求、政府规划与执行救援工作的系统以及可能遭遇的潜在安全风险，将大幅提升规划和沟通协调的效率。

应敦促政府为非政府人道机构提供此类信息。为了促进有效的沟通协调，并有效率地善用救援工作，应敦促当地政府在灾难前事先指定单一联络窗口，以供远道而来的非政府人道机构和政府单位联系。

5. 在武装冲突事件中的灾难救援

在武装冲突事件中，救援行动由相关的国际人道法律条文规范。

附录 2：对捐赠方政府的建议

1. 捐赠方政府应认可非政府人道机构独立、人道与公正的行动

非政府人道机构是独立单位，捐赠方政府应尊重其独立性和公正性。捐赠方政府不可利用非政府人道机构促成任何政治或意识形态目的。

2. 捐赠方政府应提供能保证独立运作的资金

非政府人道机构接受捐赠方政府资金和物资协助的前提是捐赠方政府认同行动是人道且独立的；当这些机构把援助资金和物资给予灾民时，也持同样的精神。

3. 捐赠方政府应运用其影响力，协助非政府人道机构接触灾民

捐赠方政府应该承担一定程度的责任，以让非政府人道机构工作人员安全和自由地进入受灾地点。

附录 3：对跨政府国际组织的建议

1. 跨政府国际组织应认可当地或外国非政府人道机构，将其视为重要伙伴

非政府人道机构愿意与联合国、其他政府间国际机构合作，以让灾难应变行动发挥更大效果。非政府人道机构进行合作时秉持的是合作精神，尊重所有伙伴的整体性与独立性；政府间国际机构也必须尊重非政府人道机构的独立性与公正性。联合国机构在准备救援方案时，应征询非政府人道机构。

2. 跨政府国际组织要协助当地政府，为国际和当地灾难救援工作提供整体的沟通协调架构

非政府人道机构通常并未获得授权，无法为需要国际应变方案协助的灾难提供整体的沟通协调架构；此一责任落在当地政府和相关的联合国单位身上。必须敦促这些单位及时且有效地提供本项服务，以服务受灾国家，以及国家和国际灾难应变社群。在任何情况下，非政府人道机构都应尽全力，确定就自身的服务内涵进行有效的沟通协调。

在武装冲突事件中，救援行动由相关的国际人道法律条文规范。

3. 跨政府国际组织应将联合国组织提供的安全保护扩大到非政府人道机构

任何地区对跨政府国际组织提供安保服务时，该组织在当地行动的非政府人道机构伙伴如也提出安保请求，那么也要向该伙伴提供安保服务。

4. 跨政府国际组织为非政府人道机构提供相关信息的程度，应与为联合国组织提供的一样

应敦促跨政府国际组织分享信息，和正在运作的非政府人道机构伙伴共享所有关于执行有效灾难应变方案的讯息。

附录 3

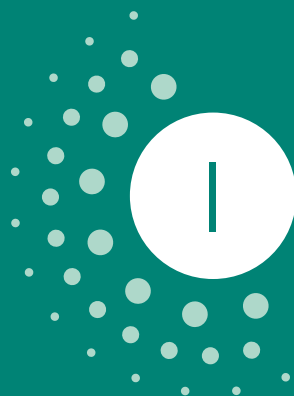
缩略语与首字母缩写词

ART	anti-retroviral therapy 抗逆转录病毒治疗
BMI	body mass index 身体质量指数
CBA	cash-based assistance 现金援助
CDC	Centers for Disease Control and Prevention 疾病控制和预防中心
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability 人道主义质量与责任核心标准
CHW	community health worker 社区卫生工作人员
cm	centimetre 厘米
CMR	crude mortality rate 粗死亡率
CPMS	Child Protection Minimum Standards 儿童保护最低标准
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities 残疾人权利公约
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus 白喉、百日咳和破伤风
EPI	Expanded Programme on Immunization 扩大免疫规划
EWAR	Early warning alert and response 早期预警、警报和响应
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance 食物和营养技术援助
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations 联合国粮农组织
FRC	free residual chlorine 游离余氯
GBV	gender-based violence 性暴力
HMIS	health management information system 卫生管理信息系统
HWTSS	household-level water treatment and safe storage 家庭式水处理和安全储存
IASC	Inter-agency standing committee 机构间常设委员会
iCCM	Integrated Community Case Management 社区患者综合管理
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights 公民权利和政治权利国际公约
ICRC	International Committee of the Red Cross 红十字国际委员会
IDP	internally displaced person 境内流离失所者
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 红十字会与红新月会国际联合会
IHL	international humanitarian law 国际人道主义法

附 录

IMCI	integrated management of childhood illness 儿童患者综合管理
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies 紧急情况下的机构间教育网络
IPC	infection prevention and control 感染预防和控制
IYCF	infant and young child feeding 婴幼儿喂养
km	kilometre 公里
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards 紧急情况下的牲畜指导方针和标准
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex 性少数群体（女同、男同、双性恋、跨性别、酷儿、双性人等）
LLIN	long-lasting insecticide-treated net 长效防虫蚊帐
MAM	moderate acute malnutrition 中度急性营养不良
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning 监测、评估、责任和信和学习
MERS	Minimum Economic Recovery Standards 经济恢复最低标准
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis 市场分析最低标准
MOH	ministry of health 卫生部
MSF	<i>Médecins sans Frontières</i> (Doctors without Borders) 无国界医生组织
MUAC	mid upper arm circumference 上臂中部臂围
NCDs	non-communicable diseases 非传染性疾病
NGO	non-governmental organisation 非政府组织
NTU	nephelometric turbidity units 散射浊度单位
OAU	Organization of African Unity (now African Union) 非洲统一组织（现称“非洲联盟”）
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs 联合国人道主义事务协调办公室
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 联合国人权事务高级专员办事处
PEP	post-exposure prophylaxis 接触后预防措施
PPE	personal protective equipment 个人防护装备
RNI	reference nutrient intakes 营养参考摄入量
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network) 小型企业教育与推广（网络）
STIs	sexually transmitted infections 性传播感染
TB	tuberculosis 结核病
U5CMR	under-5 crude mortality rate 5岁以下儿童死亡率

UN	United Nations 联合国
UNFPA	United Nations Population Fund 联合国人口基金会
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency) 联合国难民事务高级专员办事处 (联合国难民署)
UNICEF	United Nations Children's Fund 联合国儿童基金会
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion 供水、环境卫生和卫生促进
WFH	weight for height 身高体重比
WFP	World Food Programme 世界食物计划署
WHO	World Health Organization 世界卫生组织



索引

索引

- 2030 年全民健康覆盖 Universal Health Coverage 2030 296
- ART (抗逆转录病毒疗法干预) ART interventions 320
- ARV (抗逆转录病毒干预) ARV interventions 320
- CHS 另见人道主义质量与责任核心标准
- EWAR 另见早期预警、警报和响应
- F 图 F diagram 140
- HMIS 另见卫生管理信息系统
- ICCM 另见社区患者综合管理
- IDPs 另见境内流离失所者
- IGOs 另见跨政府国际机构
- IYCF-E 评估 IYCF-E assessment 166
- MEAL 另见监测、评估、责任和学习
- NGHAs 另见非政府人道机构
- NGOs 另见非政府组织
- PPE 另见个人防护装备
- WASH 另见供水、环境卫生和卫生促进
- TB 另见结核病
- 二画**
- 人力资源系统 human resources systems 56
- 人工喂养, 婴幼儿 artificial feeding, infants and young children 183, 184
- 人工照明 artificial lighting 253
- 人们 people 另见儿童; 另见老年人; 另见残障人士; 另见婴幼儿; 另见流动人群
- 定义 definition 10
- 精神健康状况下的权利 rights of, with mental health conditions 327
- 人权 human rights
- 方针 guidelines 363
- 条约和惯例法 treaties and customary laws 361
- 人体测量 anthropometric surveys 167
- 人类排泄物 human excreta 另见排泄物管理
- 定义 definition 110
- 人道主义机构 humanitarian organisations
- 申诉机制 complaint mechanisms 64
- 创新政策 innovation policies 71
- 决策 decision-making 58
- 约束 constraints 68
- 知识管理 knowledge management 73
- 学习 learning 71
- 监测 monitoring 56
- 预防负面影响的政策 policies to prevent negative effects 61
- 人道主义质量与责任核心标准 Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)
- 工作人员 staff members 73
- 与及时性和适当医疗卫生权利的关联 links to right to timely and appropriate healthcare 284
- 与用水和环境卫生权利的联系 links to right to water and sanitation 92
- 与适当住所权利的关联 links to right on adequate shelter 237
- 申诉机制 complaints mechanisms 64
- 协调与补充性 coordination and complementarity 68
- 有效性和及时性 effectiveness and timeliness 56
- 当地能力和负面影响 local capacities and negative effects 58
- 沟通、参与和反馈 communication, participation and feedback 62
- 学习和创新政策 learning and innovation policies 71

索引

适当性和相关性 appropriateness and relevance 53
食物保障和营养 food security and nutrition 158
结构 structure 52
简介 general 5, 52
人道主义响应 humanitarian response
及时性timeliness 56, 82
互补性 complementarity 68
反馈 feedback 64
公正 impartiality 40, 54
以人为本 people-centred 84
申诉 complaints 65
协调 coordination 68
当地能力 local capacities 59, 373
负面影响 negative effects 59
军队 military forces 17, 70
沟通 communication 62
宗教 religion 372
实际的工作环境 operational setting 15
参与 participation 62, 64
政治 politics 372
相关性 relevance 53
适当性 appropriateness 53, 81
独立于政府 independence from governments 372
效率 effectiveness 56, 83
人道主义宪章 Humanitarian Charter
承诺 commitment 31
通用原则 common principles 29
概述 overview 28
简介 general 5, 360
人道主义援助 humanitarian assistance
方针 guidelines 370
安全 safety 38
条约 treaties 369
现金援助 cash-based assistance 21
获得 access 40
获得的权利 right to receive 29, 371
儿童 children 另见医疗卫生; 另见婴幼儿

人工喂养 feeding, artificial 181, 183
失散 separated 313
医疗卫生 healthcare 309
供水、环境卫生和卫生促进 WASH 90
性别暴力 gender-based violence 187
性暴力 sexual violence 318
参考资料/延伸阅读 references/further reading 83
保护 protection 12, 313
疫苗接种 vaccination 309, 310
疾病 illnesses 311
营养不良 malnutrition 216
喂养 feeding 181, 313
粪便 faeces 112
儿童患者综合管理 Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) 313

三画

工作人员 staff members
支持 support for 73
行为和准则 behaviour and codes of conduct 68
技能发展 skills development 76
志愿者 volunteers 75
利益冲突 conflicts of interest 80
政策 policies 75, 76
施加性剥削和侵犯 sexual exploitation and abuse by 61
施加剥削和侵犯 exploitation and abuse by 60
能力 competencies 76, 77
福祉 well-being 78, 77
口感, 水 palatability, water 109
个人防护装备 personal protective equipment (PPE) 133, 290
及时和适当医疗卫生权 right to timely and appropriate healthcare
与人道主义核心标准的关联 links to Core Humanitarian Standard 284
与国际法的关联 links to international law

- 284
- 与保护原则的关联 links to Protection Principles 284
- 尸体管理 dead management 133, 291
- 卫生 hygiene 另见卫生促进
- 用品 items 97
- 经期 menstrual 99, 115, 149
- 食物 food 203
- 卫生系统 health systems 另见医疗卫生
- 支持和发展 support and development 283
- 公共卫生数据 public health data 296
- 医务工作者 healthcare workers 291
- 医疗卫生服务提供 health care delivery 287
- 非传染性疾病护理 NCD care 329
- 食物援助 food assistance 192
- 基本药物和医疗器械 essential medicines and medical devices 293
- 筹资 financing 295
- 简介 general 286
- 卫生促进 hygiene promotion
- 卫生用品 hygiene items 97
- 失禁 incontinence 99
- 参考资料/延伸阅读 references/further reading 147
- 经期卫生 menstrual hygiene 99
- 清单 checklist 135
- 概述 overview 94
- 卫生管理信息系统 health management information systems (HMIS) 298
- 四画**
- 无害概念 do no harm concept 260
- 支持 support 另见社区支持
- 工作人员 staff members 73
- 心理社会学 psychosocial 14, 178
- 当地行动者 local actors 15
- 国内行动者 national actors 15
- 法律 legal 43
- 婴幼儿喂养 infant and young child feeding 181
- 舒缓治疗 palliative care 330
- 不良事件 adverse events 290
- 互补性 complementarity 68
- 瓦砾清除 debris removal 240
- 止痛治疗 pain control 324
- 日常膳食成本 cost of diet 165
- 中毒 poisoning 342
- 水 water
- 口感 palatability 109
- 处理 treatment 150
- 发放后污染 post-delivery contamination 109
- 污染 contamination 109
- 来源选择 source selection 104
- 系统和基础设施 systems and infrastructure 106
- 供应 supply 144
- 质量 quality 107, 131, 150
- 往返和轮候时间 round-trip and queuing time 106
- 受保护来源 protected source 108
- 测量 measurement 105
- 获得 access 103
- 瓶装/处理 bottled/treated 106
- 消毒 disinfection 109
- 容器 containers 98, 106
- 氯溶液 chlorine solutions 131
- 储存 storage 97, 106, 109
- 粪便物质 faecal material 111
- 感染 infections 147
- 数量 quantities 105, 131, 141
- 水和环境卫生权 right to water and sanitation 90
- 与人道主义核心标准的关联 links to Core Humanitarian Standard 93
- 与其他权利的关联 linked to other rights 92
- 与保护原则的关联 links to Protection Principles 93
- 国际法 international law 92
- 参考资料/延伸阅读 reference/further reading 147

气候, 居住空间 climate, living spaces 249
长期危机 protracted crises 16
反馈 feedback
 人道主义响应 humanitarian response 62
 机构职责 organisational responsibilities 6
分发 distribution
 干粮 dry rations 200
 计划发放时间 scheduling 201
 发放点 points 200
 信息 information 201
 食物 food 198, 202
 家居用品 household items 253
 基本药物 essential medicines 294
 期间的安全 safety during 195
 熟食 wet rations 200
分诊 triage 323
公正, 人道主义响应 impartiality, humanitarian response 40, 55, 371
公共工具 communal tools 25
公共卫生风险, WASH 相关 public health risks, WASH 90
公共安置点 communal settlements
 固体垃圾管理 solid waste management 126
 病媒控制 vector control 119
 简介 general 17
公共设施 communal facilities 243, 266
公共厕所 communal toilets 114
风险 risks
 安全 security 207
 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 95
 病媒控制 vector control 119
 营养不足 undernutrition 215
风险评估, 疾病预防 risk assessments, disease prevention 301
文化/习俗 culture/customs 248, 373
文化财产 cultural properties 365
计划生育 family planning 316
心理干预 psychological interventions 327
心理健康 mental health
 社会心理支持 psychosocial support 14, 178

参考资料/延伸阅读 references/further reading 47

概述 overview 324

五画

艾滋病 AIDS 另见 HIV/AIDS

艾滋病毒/艾滋病 HIV/AIDS

 儿童 children 314

 保护风险 protection risks 14

 食物援助 food assistance 195

 营养不良管理 malnutrition management 169

 婴儿喂养 infant feeding 187

 概述 overview 318

本地能力 local capacities 58, 373

本地领袖 local leadership 59, 60

可接受性 acceptability

 医护人员 healthcare workers 292

 食物保障 food security 190

东道国社区 host communities 241

东道国政府 host governments 69, 374

申诉 complaints 67

申诉人 complainants 67

生计 livelihoods

 安置点 settlements 247, 266

 收入和就业 income and employment 207

 初级生产 primary production 204

 清单 checklist 211

 简介 general 204

生殖健康 reproductive health 另见性健康和

 生殖健康

失散儿童 separated children 313

失禁 incontinence 99, 149

白喉 diphtheria 308

外伤 injuries

 由尖锐的物品造成 from sharps 290

 和创伤护理 and trauma care 321

外科手术护理 surgical care 323

市场分析 market analysis

 参考资料/延伸阅读 references/further reading 25

响应分析 response analysis 19
 食物保障评估 food security assessment 165
 市场为本的项目手法 market-based programming
 卫生用品 hygiene items 97
 水 water 106
 参考资料/延伸阅读 references/further reading 25
 家居用品 household items 253
 简介 general 9, 21
 市场垃圾 market waste 126
 司法系统 justice systems 43
 发病率 morbidity rates 334
 母乳替代品 breastmilk substitutes 185
 母乳替代品国际营销守则 International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes 182
 母乳喂养 breastfeeding 178, 185
 母婴传播, 艾滋病毒 mother-to-child transmission, HIV 332
 幼儿 young children 另见婴幼儿

六画

刑事滥用权利 criminal abuse of rights 363
 老年人 older people
 延伸阅读 further reading 47
 保护 protection 12
 食物援助 food assistance 195
 营养不良 malnutrition 219
 扩大免疫规划 Expanded Programme on Immunization (EPI) 309, 311
 地雷 landmines 47, 365
 共同学习 collaborative learning 73
 机构 organizations 另见人道主义机构
 机构职责 organisational responsibilities
 人道主义响应的负面影响 negative effects of humanitarian response 60
 工作人员 staff members 75
 反馈 feedback 64
 申诉 complaints 66

有效性和及时性 effectiveness and timeliness 56
 合作 collaboration 69
 沟通 communication 63
 学习政策 learning policies 73
 适当性和相关性的人道主义响应 appropriateness and relevance humanitarian response 53
 信息 information 63
 监测 monitoring 81
 资源管理 resources management 80
 权利 rights
 同谋违反 complicity in violation 39
 争取 claiming 43
 保障 safeguarding 38
 患者 patients 289
 过渡策略 transition strategies
 食物保障 food security 190
 简介 general 60
 协调 coordination
 人道主义响应 humanitarian response 68
 合作伙伴机构 partner organisations 71
 军民 civil-military 17, 70
 参考资料/延伸阅读 references/further reading 83
 联合分发 joint distributions 99
 跨领域 cross-sectoral 70
 有尊严地生活的权利 right to life with dignity 29
 百日咳 pertussis 308
 死亡率 mortality rates 349 另见粗死亡率;
 另见早期预警、警报和响应
 死亡率监测 mortality surveillance 335
 成年人 adults 另见人们
 营养不良 malnutrition 218
 当地行动者, 支持 local actors, support 15
 早期预警、警报和响应 Early Warning Alert and Response (EWAR) 298, 302, 349
 同伴标准 companion standards 7
 同谋、侵犯权利 complicity, violation of

- rights 39
- 回收, 废物 recycling, waste 125, 262
- 传染性疾病 communicable diseases
 - 诊断和病例管理 diagnosis and case management 304
 - 疫情监测、暴发检测和早期应对 surveillance, outbreak detection and early response 302
 - 疫情暴发预防和响应 outbreak preparedness and response 306
 - 预防 prevention 300
 - 简介 general 299
- 传播 Communications
 - 机构职责 organisational responsibilities 63
 - 伦理 ethical 63, 65
 - 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 96
 - 病媒控制 vector control 122
 - 喂养习惯 feeding practices 182
 - 简介 general 62, 63
- 伤口管理 wound management 324
- 伤害 harm 另见无害概念
 - 避免 avoid of exposure 38
- 自然资源 natural resources 263
- 伊蚊传播疾病 aedes mosquito-transmitted diseases 301
- 血液制品 blood products 295
- 行为准则 Code of Conduct
 - 核心原则 Core Principles 5, 372
 - 概述 overview 371
- 全麦谷物 wholegrain cereals 197
- 合作 collaboration 69, 73, 185
- 合作伙伴机构 partner organisations 71
- 创伤 traumas 另见外伤
- 危机前数据, 食物保障 pre-crisis data, food security
 - 评估 assessment 164
- 负面影响 negative effects
 - 人道主义响应 humanitarian response 60
 - 滥用 abuse 61
- 交付 delivery 另见分发
- 食物 food 198, 202
- 交流 Communication 另见信息
- 产科 obstetrics 315
- 关键行动 key actions 6
- 关键指标 key indicators 6
- 污染, 水 contamination, water 109
- 安全 safety 另见保障
 - 人道主义援助 humanitarian assistance 39
 - 工作 work 210
 - 水链 water chain 108
 - 分发 distributions 101, 200
 - 公共建筑 public buildings 256
 - 火 fire 245
 - 创伤护理 trauma care 323
 - 安置点 settlements 234, 244
 - 医护人员 healthcare workers 298
 - 医疗设施 healthcare facilities 289
 - 厕所 toilets 112
 - 居住空间 living spaces 249
 - 疫苗 vaccines 311
 - 家居用品 household items 253
- 安全, 权利 security, right 30
- 安全网措施, 生计相关 safety-net measures, livelihoods 209
- 安置地点 site
 - 规划 planning 238
 - 选择 selection 119, 262
- 安置点/住所 settlements/shelter
 - 可及性 access 245
 - 生计 livelihoods 241, 245, 266
 - 场地规划 site planning 244
 - 场地停用和移交 decommissioning and handover 246
- 安全 safety 234, 245
- 技术援助 technical assistance 254
- 环境 environment 261
- 表面面积 surface areas 244
- 规划 planning 239, 242
- 使用期 tenure 258
- 实施方案 implementation options 240, 275

- 居住空间 living space 247
- 居家用品 household items 251
- 城市地区 urban areas 235
- 选址 site selection 119, 262
- 热舒适 thermal comfort 253
- 消防安全 fire safety 245
- 能源供应 energy supply 253
- 基本服务和设施 essential services and facilities 243
- 基本概念 key concepts 234
- 营运和维护 operation and maintenance 246
- 减少犯罪 crime reduction 245
- 清单 checklist 264
- 援助方案 assistance options 272
- 安置情境 settlement scenarios
 - 危机后 post-crisis 236
 - 说明 descriptions 268
 - 特性 characteristics 270
- 军队 military forces 17, 70
- 农村 rural areas 263
- 设施 facilities 另见厕所
 - 公用 communal 243, 266
 - 失禁 incontinence 100
 - 洗浴 washing/bathing 107
- 寻求庇护或庇护所的权利 right to seek asylum or sanctuary 30
- 妇女、孕妇和母乳喂养 women, pregnant and breastfeeding 185
- 妇幼保健 maternal care 315
- 七画**
 - 抗逆转录病毒疗法干预 ART interventions 320
 - 抗逆转录病毒治疗 anti-retroviral therapies 320
 - 护理计划 care plans 332
 - 志愿者 volunteers 75
 - 报酬 payments 209
 - 医疗工作者 healthcare workers 302, 310 另见社区卫生工作人员 (CHWs)
 - 医疗卫生 healthcare 另见卫生系统
 - 儿童 children 309
 - 与其他权利的关联 linked to other rights 283
 - 可接受性 acceptability 289
 - 外伤和创伤护理 injury and trauma care 321
 - 非传染性疾病 non-communicable diseases 328
 - 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 127
 - 服务提供 delivery 287
 - 废物 waste 131
 - 性健康和生殖健康 sexual and reproductive health 316
 - 保护的注意事项 special considerations to protect 285
 - 基本服务 essential 299
 - 基本概念 essential concepts 282
 - 清单 checklist 333
 - 舒缓治疗 palliative care 330
 - 筹资 financing 295
 - 精神健康 mental health 324
 - 医疗信息系统 health information systems 297
 - 医疗器械 medical devices 293, 295, 330
 - 时效性 timeliness 56
 - 财政援助, 食物生产相关 financial assistance, food production 206
 - 利益相关者 stakeholders 另见东道国政府; 另见人道主义机构标准
 - 看护人, 食物援助 caregivers, food assistance 195
 - 私营企业 private sector
 - 人道主义响应 humanitarian response 70
 - 生计保护 livelihood protection 210
 - 住所 shelter 另见安置点/住所
 - 住房、土地和产权 housing, land and property rights 47
 - 返回原居地, 流离失所者 return, displaced people 241
 - 肝炎 hepatitis 308
 - 免于饥饿的权利 right to be free from hunger 158
 - 饮用水 drinking water 97
 - 应对策略 coping strategies 164

索引

弃置 disposal
 废物 waste 124
 药物 medicines 295
 排泄物 excreta 116, 134
间接量度, 食物保障评估 proxy measures, food security assessment 164
快速响应, 营养评估 rapid responses nutrition assessment 167
灾害信息与规划服务 disaster information and planning service 375
灾难 disasters
 方针 guidelines 370
 条约 treaties 369
 定义 definition 372
证明文件 documentation 43
评估 assessments
 住所和安置规划 shelter and settlement planning 240
 非传染性疾病 NCDs 329
 参考资料/延伸阅读 references/further reading 82
 心理健康状况 mental health conditions 326
评估 evaluation
 参考资料/延伸阅读 references/further reading 84
 最低标准 Minimum Standards 9
补充, 微量元素 supplementation, micronutrients 178
补充喂养方案 supplementary feeding programmes 173
补给 supplies
 失禁 incontinence 100
 经期卫生 menstrual hygiene 101
社区 communities
 申诉机制 complaints mechanisms 67
 固体垃圾管理 solid waste management 126
 复原力 resilience 60
 急救 first aid 323
 紧张局势 tensions 207
社区卫生工作人员 community health work-

ers (CHWs) 304, 318 另见医疗工作者
社区支持 community support
 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 90
 结构 structures 190
 精神健康 mental health 326
社区参与 community engagement
 医疗卫生 health care 289
 环境管理 environmental management 210
 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 90
 性暴力 sexual violence 318
 保护机制 protection mechanisms 39, 41
 疫情应对 outbreak response 127
 病媒控制 vector control 122
 营养不良 malnutrition 172
社区患者综合管理 Integrated Community Case Management (IMCI) 313
社会心理支持 psychosocial support 14, 177
社会性别 gender 13, 83
诊断 diagnosing
 传染病 communicable diseases 304
 微量营养素缺乏 micronutrient deficiencies 179
驱逐 evictions 260

八画

环球计划 Sphere 4, 360
环球计划手册 Sphere Handbook
 章节 chapters 4
 简介 general 4
环境 environment
 人道主义响应 humanitarian response 18, 61
 自然资源 natural resources 79, 80
 安置点/住所 settlements/shelter 270
 参考资料/延伸阅读 reference/further reading 83
 食物安全 food security 167, 190
 原住群体 host population 266
 病媒控制 vector control 120
武装冲突 armed conflicts

- 方针 guidelines 366
- 条约和惯例法 treaties and customary laws 365
- 法律规定 legal provision 30
- 救灾 disaster relief 375
- 青年, 建筑活动 youths, construction activities 263
- 责信 accountability
 - 参考资料/延伸阅读 references/further reading 81
 - 最低标准 Minimum Standards 9
 - 简介 general 388
- 现金援助 cash-based assistance
 - 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 156
 - 参考资料/延伸阅读 references/further reading 25, 82
 - 清单 checklist 21
 - 简介 general 9
- 规划 planning
 - 住所和安置 shelter and settlement 246
 - 位置和安置 location and settlement 249
 - 固体垃圾管理 solid waste management 126
- 垃圾处理人员 waste handlers 124
- 厕所 toilets
 - 公共 communal 118
 - 相关词汇的使用 use of word 113
 - 获得 access 115
 - 家庭 household 118
 - 推广 promotion 99
 - 数量 quantities 146
- 非传染性疾病 non-communicable diseases (NCDs) 342
- 非政府人道机构 non-governmental humanitarian agencies (NGHAs)
 - 定义 definition 371
 - 简介 general 389, 390
- 非政府机构 non-governmental organisations (NGOs) 371
- 非流离失所家庭 non-displaced households 247
- 国内行动者, 支持 national actors, support 15
- 国际人道法 international humanitarian law
 - 方针 guidelines 366
 - 条约 treaties 365
- 国际法 international law 另见 国际人道法
- 及时适当医疗卫生权 right to timely and appropriate healthcare 284
- 水和环境卫生权 right to water and sanitation 92
- 获得适当住所的权利 right to adequate shelter 237
- 固体垃圾管理 solid waste management
 - 社区 community level 126
 - 参考资料/延伸阅读 reference/further reading 151
- 家庭和个人行为 household and personal actions 125
- 清单 checklist 137
- 概述 overview 123
- 呼吸道感染 respiratory infections 305
- 购买力 purchasing powers 217
- 制备/加工, 食品 preparation/processing, food 203
- 知识管理 knowledge management 76
- 知情同意 informed consent 65
- 物流 logistics 25
- 供水、环境卫生和卫生促进 Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion (WASH)
 - 卫生促进 hygiene promotion 94
 - 风险 risks 95
 - 方法 approaches 92
 - 对健康的影响 impact on health 147
 - 医疗卫生 health care 128
- 现金援助 cash-based assistance 153
- 固体垃圾管理 solid waste management 124
- 供水 water supply 103
- 项目规划 programming 147
- 保护 protection 148
- 病媒控制 vector control 118
- 排泄物管理 excreta control 111
- 基本概念 essential concepts 90

索引

- 营养 nutrition 153
 - 清单 checklist 135
 - 供应链管理 supply chain management 22, 25
 - 使用期 Tenure
 - 安全 security 258
 - 定义 definition 259
 - 质量 quality
 - 水 water 107, 135
 - 医护人员 healthcare workers 304
 - 食物 food 195
 - 营养 nutrition 199
 - 采购, 基本药物 procurement, essential medicines 294
 - 受限制武器 restricted weapons 365
 - 受益人, 参与 beneficiaries, involvement 373
 - 受援国政府 recipient governments 另见东道国政府
 - 肺炎 pneumonia 313
 - 疟疾 malaria
 - 治疗 treatment 124
 - 预防 prevention 122, 314
 - 废物 waste 另见排泄物管理; 另见市场垃圾; 另见固体垃圾管理
 - 回收 recycling 262
 - 重用 reuse 262
 - 屠宰场 abattoir 130
 - 法律支持 legal support 43
 - 法律框架, 性暴力 legal frameworks, sexual violence 318
 - 法律基础, 环球计划 legal foundation, Sphere 360
 - 治疗 treatment
 - 水处理 water 153
 - 疟疾 malaria 121
 - 营养不良 malnutrition 174
 - 微量元素缺乏 micronutrient deficiencies 179
 - 治疗方案 treatment protocol 305
 - 治疗需求, 复杂的 treatment needs, complex 329
 - 性少数人群 LGBTQI people 14
 - 性别暴力 gender-based violence
 - 延伸阅读 further reading 47
 - 参考资料/延伸阅读 references/further reading 83
 - 简介 general 13
 - 性健康和生殖健康 sexual and reproductive health
 - 艾滋病毒 HIV 318
 - 性暴力 sexual violence 316
 - 简介 general 314
 - 性剥削和性侵犯 sexual exploitation and abuse (SEA)
 - 工作人员施加 by staff members 61
 - 申诉机制 complaint mechanisms 66, 67
 - 性暴力 sexual violence 316
 - 学习 learning
 - 人道主义机构 humanitarian organisations 72, 91
 - 合作 collaboration 73
 - 学校, WASH 相关 schools, WASH 101
 - 宗教 religion
 - 人道主义响应 humanitarian response 372
 - 舒缓治疗 palliative care 330
 - 审计 auditing 84
 - 空气污染 air pollution 327
 - 实物赠品 gifts-in-kind 79
 - 实施 implementation
 - 住所和安置点 shelter and settlement 240
 - 现金援助 cash-based assistance 21
 - 供应链管理 supply chain management 22
 - 实验室检测 laboratory testing 306
 - 建筑, 住所 construction, shelters 262
 - 建筑材料 building materials 264
 - 建筑规范 building codes 264
 - 居住空间 living spaces 247
 - 居家用品 household items 251
 - 人工照明 artificial lighting 253
 - 分发 distribution 253
 - 清单 checklist 266
- 参与 participation

- 人道主义响应 humanitarian response 62, 64
 临时住房建设 shelter construction 255
 经期卫生 menstrual hygiene 99, 115, 149
- ## 九画
- 项目设计 programme design 另见市场为本的项目手法
 现金援助 cash-based assistance 21
 供应链管理 supply chain management 22
 营养不良管理 malnutrition management 171, 175
 最低标准 Minimum Standards 9
 城市地区 urban areas
 卫生响应 health responses 293
 自然资源 natural resources 273
 安置和住所 settlement and shelter 241
 固体垃圾管理 solid waste management 124
 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 93
 挑战 challenges 17, 162
 政府 governments 另见东道国政府; 另见捐助国政府
 政治 politics 372
 指引 guidance notes 7
 药物, 管制 drugs, controlled 295
 药品 medicines
 药物供应 availability 332
 基本 essential 293, 330
 精神药物 psychotropic 327
 标准 standards 另见最低标准
 与其他标准的关联 links with other standards 7
 结构 structure 6
 残障人士 disabled persons 另见残障人士
 残障人士 persons with disabilities
 参考资料/延伸阅读 references/further reading 47, 83
 保护 protection 13
 食物援助 food assistance 195
 营养不良界定 malnutrition measuring 219
 临时医院 field hospitals 323
 临终关怀 end of life care 另见舒缓治疗
 响应分析 response analysis 19
 选择, 基本药物 selection, essential medicines 294
 种子 seeds 2, 213
 种族灭绝, 条约 genocide, treaties 363
 重用 reuse
 固体垃圾 solid waste 125
 废物 waste 262
 重新融入社会, 患者 social reintegration, patients 323
 保护 protection
 儿童 children 12, 327
 艾滋病毒/艾滋病患者 HIV/AIDS patients 15
 老年人 older people 13
 机制 mechanisms 40, 42
 权利 right 30
 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 148
 性少数人群 LGBTQI people 14
 居住空间 living spaces 249
 参考资料/延伸阅读 references/further reading 47, 84
 残障人士 persons with disabilities 14
 活动 activities 37
 保护工作专业标准 Professional Standards for Protection Work 45
 保护和安全权 right to protection and security 30
 保护原则 Protection Principles
 与及时和适当权利相关的医疗卫生 links to right to timely and appropriate healthcare 294
 与水 and 卫生权的联系 links to right to water and sanitation 95
 与适当住所权相关 links to rights to adequate shelter 237
 应用 application 37
 食物保障与营养 food security and nutrition 163

索引

- 简介 general 5, 36
- 保密 confidentiality 66, 310
- 保障 safeguarding
 - 个人信息 personal information 61, 62
 - 权利 rights 38
 - 尊严 dignity 38
- 信息 information 另见传播
 - 个人 personal 61, 62
 - 无障碍 accessibility 43
 - 分享 sharing 65, 71, 73
 - 分类 disaggregation 10, 56, 310
 - 分配 distributions 201
 - 公共卫生 public health 308
 - 机构职责 organisational responsibilities 64
 - 保密 confidentiality 66, 310
 - 流程 flow 389
 - 营养评估 nutrition assessment 169
 - 敏感度 sensitivity 40, 43
- 信息系统 information systems
 - 卫生管理 health management 297, 338
 - 健康 health 297
 - 营养与食物保障 nutrition and food security 164
- 侵犯 abuse 60 另见性别暴力; 另见保护;
另见性剥削和性侵犯
- 侵犯, 监测 violations, monitoring 42
- 侵蚀 erosion 263
- 食物 food
 - 卫生 hygiene 203
 - 分发 distributions 198, 202
 - 包装 packaging 202
 - 交付 deliveries 198, 202
 - 使用 use 194, 202, 203
 - 质量 quality 195
 - 选择 choices 203
 - 获得 access 199
 - 配给 rations 199, 200
 - 准备/处理 preparation/processing 204, 209
 - 储存 storage 203, 215
- 食物生产 food production
 - 价格浮动 price fluctuations 206
 - 财政援助 financial assistance 206
 - 季节性 seasonality 206
 - 供应链 supply chains 207
 - 监测 monitoring 207
 - 能量 energy 206
 - 策略 strategies 205
- 食物保障 food security
 - 与其他权利的关联 linked to other rights 160
 - 可接受性 acceptability 190
 - 评估 assessments 163, 164
 - 基本概念 essential concepts 158
 - 清单 checklist 211
 - 简介 general 188
- 食物援助 food assistance
 - 现金和代金券 cash and vouchers 201
 - 营养需求 nutrition requirements 192
 - 瞄准 targeting 198
 - 简介 general 192
- 急救 first aid 323, 341
- 疫苗接种 Vaccination
 - 儿童 children 309, 310
 - 倡导活动 Campaigns 313, 320
 - 婴幼儿 infants and young children 309, 310
- 疫情 outbreaks of diseases
 - 门限值 thresholds 303
 - 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 154
 - 响应 responses 127
 - 调查 investigations 303
 - 控制 control 307
 - 检测 detection 302
 - 警报 alerts 350
- 首字母缩写词 acronyms 377
- 洗手 handwashing 99, 118
- 洗浴设施 bathing facilities 107
- 洗涤设施 washing facilities 107
- 退出治疗标准, 营养不良管理 discharge
criteria, malnutrition management 176
- 退出策略 exit strategies
 - 食物保障 food security 190

简介 general 59, 60

结核病 tuberculosis (TB) 306

十画

捐助国政府 donor governments 375

热舒适性 thermal comfort 253

获得 access

人道主义援助 humanitarian assistance 40

水 water 103

司法系统 justice systems 43

安置点/住所 settlements/shelter 245

厕所 toilets 112

法律支持 legal support 43

食物 food 193

获得充足食物权 right to adequate food 158, 161

获得适当住所权 right to adequate shelter

与人道主义核心标准的关联 links to Core Humanitarian Standard 238

与其他权利的关联 links to other rights 237

与国际法的关联 links to international law 237

与保护原则的关联 links to Protection Principle 238

简介 general 234

配给 rations 199, 200

监测 monitoring

机构职责 organisational responsibilities 85

现金援助 cash-based assistance 23

供应链管理 supply chain management 25

参考资料/延伸阅读 references/further reading 84

侵犯 violations 42

食物发放 food distributions 211

食物交付 food delivery 211

食物使用 food use 194, 203

食物获取 food access 199

营养不良管理 malnutrition management 173

最低标准 Minimum Standards 9

简介 general 59

监测、评估、责任和信和学习 monitoring, e-

valuation, accountability and learning (MEAL) 9

透明度 transparency 80

健康指标 health indicators 340

健康监控系统 health surveillance systems 298

脆弱性 vulnerabilities 10, 55, 373

脑膜炎 meningitis 308

高危人群, 病媒控制 high-risk groups, vector control 122

高危人群 at-risk groups

卫生促进 hygiene promotion 98

食物援助 food assistance 190

食品安全 food security 164, 195

病死率 CFR (case fatality rates) 307, 308, 341

病毒性出血热 viral haemorrhagic fever 308

病媒控制 vector control

生物和非化学控制 biological and non-chemical control 120

安置点 settlement level 118

环境工程措施 environmental engineering measures 120

国家和国际议定书 national and international protocols 121

疟疾治疗 malaria treatment 121

参考资料/延伸阅读 reference/further reading 151

家庭和个人层面 household and personal level 121

清单 checklist 138

滋生环境 living spaces 250

简介 general 118

疾病 diseases 另见 艾滋病毒/艾滋病; 另见 感染; 另见 疫情

与水 and 卫生相关 water-and sanitation-related 143

可传染 communicable 299

白喉 diphtheria 308

百日咳 pertussis 308

伊蚊传播 aedes mosquito-transmitted 301

肝炎 hepatitis 308

非传染性 non-communicable 328
肺炎 pneumonia 313
结核病 tuberculosis 306
脑膜炎 meningitis 308
病毒性出血热 viral haemorrhagic fever 308
脊髓灰质炎 polio 308, 311
黄热病 yellow fever 308
麻疹 measles 310
粪口传播 faecal-oral transmission 140
腹泻 diarrhoea 140, 305, 313
脊髓灰质炎 polio 308, 311
资源 resources 另见自然资源
排泄物 excreta 117
管理 management 77
瓶装水 bottled water 106
递加的使用期 incremental tenure 260
消防安全 fire safety 245
消毒, 水 disinfection, water 109
消耗 consumption
能量 energy 262
流动人群 people on the move
固体垃圾产生 solid waste generation 124
供水、环境卫生和卫生促进 WASH 97
流离失所者 displaced people 240 另见境内
流离失所者
流程, 救灾物资/信息 flow, relief goods/
information 374
家庭内食物使用 intra-house food use 203
家庭式用水处理和安全储存 household-level water treatment and safe storage
(HWTSS) 109, 146
家庭厕所 household toilets 114
家庭职责 family duties 210
家庭职责 household duties 210
剥削 exploitation 60 另见性剥削和性侵犯
弱势群体 vulnerable groups
参考资料/延伸阅读 references/further reading 25
营养不良 undernutrition 160
通风 ventilation 249

通过资格预审的套件 prequalified kits 295
能量 energy
供应 supply 253
食物生产 food production 206
消耗 consumption 262
难民 refugees
条约 treaties 367
预防 prevention 另见疫苗接种
风险评估 risk assessments 301
艾滋病毒 HIV 320
传染病 communicable diseases 300
疟疾 malaria 122, 301
营养不良 malnutrition 171
感染 infections 131, 152, 290
微量营养素缺乏 micronutrient deficiencies
179
预测, 基本药物 forecasting, essential medicines 294

十一画

排水 drainage
废水 waste water 107
降雨和洪水 rainfall and floodwater 244
排泄物管理 excreta management
收集、运输、弃置和处理 collection, transport, disposal and treatment 116
阶段 phasing 111
厕所的获得和使用 access to and use of toilets 112
参考资料/延伸阅读 reference/further reading 147
清单 checklist 137
简介 general 110, 131
排雷行动 mine actions 47
接受人道主义援助的权利 right to receive humanitarian assistance 29, 40, 372
接受治疗标准 admission criteria
营养不良管理 malnutrition management
172, 175
喂养计划 feeding programmes 217

- 基本服务 essential services 243, 266
 - 基本药物 essential medicines 294
 - 黄热病 yellow fever 308
 - 营地 Camps 另见公共安置点
 - 营养 nutrition 另见营养不良
 - 评估 assessment 162, 166, 215
 - 供水、环境卫生和卫生促进 WASH 5
 - 质量 quality 195
 - 要求 requirements 196, 223
 - 基本概念 essential concepts 88
 - 营养不足 undernutrition 另见营养不良
 - 水平的解读 interpreting levels of 168
 - 风险 risks 219
 - 原因 causes 158
 - 脆弱群体 vulnerable groups 160
 - 营养不良 malnutrition 另见营养; 另见营养不足
 - 界定 measuring 217
 - 简介 general 169
 - 管理 managing 169, 170, 174
 - 营养手册 nutrition manuals 244
 - 患者 patients
 - 不良事件 adverse events 290
 - 权利 rights 287
 - 重返社会 social reintegration 323
 - 康复 rehabilitation 323
 - 婴儿配方奶粉 infant formula 185
 - 婴儿喂养 infant feeding
 - 人工 artificial 184
 - 艾滋病毒 HIV 187
 - 母乳喂养 breastfeeding 177
 - 补充 complementary 186
 - 营养不良测量 malnutrition measuring 217
 - 概述 overview 181
 - 跨领域支持 multi-sectorial support 183
 - 婴幼儿 infants and young children 另见婴儿
 - 喂养
 - 疫苗接种 vaccination 309, 310
 - 疾病 illnesses 311
 - 粪便 faeces 112
 - 减少犯罪 crime reduction 245
 - 麻疹 measles 310
 - 麻醉 anaesthesia 323
 - 康复, 患者 rehabilitation, patients 323
 - 粗死亡率 crude mortality rates (CMR) 282, 312, 341
 - 清单 checklists
 - 卫生促进 hygiene promotion 135
 - 生计 livelihoods 211
 - 固体垃圾管理 solid waste management 138
 - 供水 water supply 136
 - 种子安全评估 seed security assessment 213
 - 食物保障 food security 211
 - 病媒控制 vector control 138
 - 营养评估 nutrition assessment 215
 - 简介, WASH 相关 WASH general 135
 - 清淤 desludging 116
 - 屠宰场垃圾 abattoir waste 126
 - 隐私 privacy 248
 - 绩效指标, 营养不良管理 performance indicators, malnutrition management 176
- ## 十二画
- 援助工作者 aid workers 另见工作人员; 另见社区卫生工作人员 (CHWs); 另见医疗工作者
 - 欺诈 fraud 80
 - 联合分发 joint distributions 99
 - 最低标准 Minimum Standards
 - 免于饥饿的权利 right to be free from hunger 158
 - 评估与分析 assessment and analysis 8
 - 使用 implementation 4
 - 项目设计 programme design 9
 - 获得充足食物的权利 right to adequate food 158
 - 根据情境使用 use in context 7
 - 监测、评估、责任和信 MEAL 9
 - 策略发展 strategy development 9
 - 简介 general 61

索引

量 quantities

水 water 141

厕所 toilets 105, 131, 142

喂养评估 feeding assessments 184

锁定目标人群, 食物援助 Targeting, food assistance 199

氯溶液 chlorine solutions 129

策略 strategies 另见退出策略; 另见过渡策略; 另见应对策略

发展 development 9

储存 storage

水 water 97, 106, 109

食物 food 203, 207

舒缓治疗 palliative care 330

粪口传播, 疾病 faecal-oral transmission, diseases 140

尊严 dignity

权 right to 29

保障 safeguarding 38, 374

强化, 食品 fortification, food products 178

强奸 rape 318

登记流程, 食物援助 registration processes, food assistance 200

十三画

感染 infections 另见结核病

呼吸 respiratory 290

感染预防和控制 infection prevention and control (IPC) 127, 133, 290

输血 blood transfusions 295

跨政府国际机构 inter-governmental organizations (IGOs)

定义 definition 371

建议 recommendations 390

微量营养素 micronutrients

缺乏 deficiencies 178, 186, 220

腹泻 diarrhoea 88

新生儿护理 newborn care 312, 314

数据 data 另见信息

数据分类 disaggregation of data 10, 56, 298

十四画

境内流离失所者 internally displaced persons (IDPs)

方针 guidelines 367

条约 treaties on 367

酷刑 torture 363

管制药物 controlled drugs 295

管理 management 另见供应链管理; 另见知识管理; 另见尸体管理; 另见排泄物管理; 另见固体垃圾管理; 另见营养不良管理; 另见伤口管理

腐败 corruption 61

精神药物 psychotropic medicines 327

缩略语 abbreviations 363

十六画

霍乱 cholera 308

燃料 fuel 253

《环球计划手册》提供基本原则方法，以提高人道救援工作的质量和公众问责性。手册切实体现“环球计划”的核心信念，即所有受灾害或冲突影响的人群享有尊严生活及获得人道主义援助的权利。

本手册以“人道主义宪章”为基石，并以“保护原则”和“人道主义核心标准”为所有领域的援助基础。技术标准章节概述了人道救援的优次，以确保涵盖拯救生命的四个关键领域，包括：供水、环境卫生和卫生促进，食物保障和营养，住所和安置，以及医疗卫生。

可量度的最低标准体现了人道救援工作需要实现的目标，以确保受影响人群在其意愿被尊重、其尊严得到维护的前提下，生命得到保障、生计得以恢复。关键行动、指标和指引提供了在不同环境下应用这些标准的方法，而各章节相互联结，相得益彰。

《环球计划手册》的优点为它适用于任何人道主义环境，适应不断变化的人道救援需求，并以其广受性，为所有人道主义情景中的工作者提供一套共同语言，达至更高质量和责信。



 spherestandards.org
 www.facebook.com/SphereNGO
 www.twitter.com/spherepro

“人道主义标准伙伴关系”结合各方标准，并以证据、专家意见和最佳实践，提高人道救援的质量和责信。