环球计划

人道主义宪章与人道救援响应最低标准

2011 年版

环球计划

人道主义宪章与人道救援响应最低标准

出版方：
环球计划
环球计划 2011 版权所有

电子邮件：info@sphereproject.org

网址：www.sphereproject.org

1997 年，由众多人道主义民间组织（NGO）及红十字和红新月运动提出的环球计划，为人道救援响应的核心领域制定了一整套的环球最低标准，即环球计划手册。本手册旨在改善灾难和冲突中的人道救援响应质量并加强人道救援系统对灾民救援情况的问责。《人道主义宪章与人道救援响应最低标准》结合了众人、众机构的经验。因此，本手册不应被视为独家观点。

第一版试用版：1998 年
第一版最终版：2000 年
第二版：2004 年
第三版：2011 年

ISBN 978-1-908176-00-4

大英图书馆和美国国会图书馆收录了本手册。

保留所有权利。该材料受版权法保护，出于非营利性的教育目的可以免费复制，但不得转售。对于所有此类用途，需在获得正式许可后使用；一般很快就获批出。对于其他用途的复制或用於其他出版，或用于翻译或改编，必须事先获得版权所有者的书面许可，并可能需要付费。

本手册由 Practical Action Publishing 出版公司及其全球代理、代表分发，用于环球计划。

地　址：Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology and Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, CV23 9QZ, United Kingdom
电话：+44 (0) 1926 634501；传真：+44 (0) 1926 634502；电子邮件：sphere@practicalaction.org.uk

网址：www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing（英国公司注册号：1159018）是 Practical Action 组织全资拥有的出版公司，其运营的唯一目的是支持所属慈善组织的目标。

设计单位：messaggio studios Metz-Tessy, France

印刷单位：Hobbs the Printer, Southampton, United Kingdom

MIX Paper from responsible sources FSC® C015185

前言

最新版的环球计划手册“人道主义宪章与人道救援响应最低标准”是众多机构合作的产物。

人道主义宪章与人道救援响应最低标准体现了各机构改善其援助效果及接受利益相关群体问责的决心，有助于形成一个实用的问责框架。

当然，人道主义宪章与人道救援响应最低标准并不能阻止人道主义危机的发生，也不能消除人类的苦难，但可以为受灾人群提供更大的援助，极大改善受灾人群的生活。

环球计划标准源自二十世纪九十年代后期，由一众人道主义民间组织、红十字和红新月运动共同制定。时至二十一世纪的今天，环球计划标准已经成为人道救援响应的公认标准。

因此，我们一定要衷心感谢对本标准作出贡献的所有个人和团体。

Ton van Zutphen
环球计划董事长

John Damerell
项目经理

简体中文翻译版序言

环球计划于 1997 年开展，直至 2000 年，《环球计划 – 人道主义宪章与人道救援响应最低标准》第一版手册正式在全球发行。

第三个版本在 2011 年诞生了。 超过 80 个国家 400 个组织参与到环球计划手册的制定当中，经过多年来人道救援工作经验的累积，手册得到进一步优化，反映出人道救援响应中有共性的最低标准。

世界上，多个政府及非政府组织积极参与到海外及本土的人道救援工作当中，各个组织及单位有不同的背景和工作手法，然而在人道救援中最为重要的是受灾人群是否得到应有的权利。

环球计划倡议所有人道救援响应须确保受灾害或冲突影响的人群获得有尊严的基本生活条件，以及接受人道援助的权利；也要采取一切可能的措施，以减轻灾害或冲突对其所引发的伤害。环球计划对人道救援响应的最低标准不设有一套监管机制，执行与否源于人道工作者的自发性实践，以及对受灾人群权益的重视与关注。环球计划中的最低指标反映的不是刚性指标，而是为受灾人群争取应有的尊严和权利，作为人道救援响应的一员，皆有义务尽力达致环球计划的标准。

手册大致可分为三个部份，包括为环球计划提供道德和法律基础的人道主义宪章、贯彻整个响应规划和情境的保护原则和核心标准，以及实际救援工作中四个技术范畴的最低标准，分别是 1) 供水、环境卫生与卫生促进；2) 粮食保障与营养；3) 住所、安置与非粮食物品；及 4) 卫生行动。通过争取实现这些最低标准，人道主义机构可以确保受灾人群得到应有的权利和向受灾人群问责。

乐施会负责环球计划手册 2011 年版本的简体中文翻译工作。乐施会是一个国际发展及人道救援的非政府机构，自 1987 年开始在中国内地开展多个发展及灾害管理的项目，至今已 25 个年头了。乐施会一直参与制定及修订环球计划手册的过程，并承诺在人道救援响应中遵循环球计划的最低标准，希望透过翻译此手册，让中国内地政府及非政府组织中每一个参与人道救援工作的人员，可以一起实践环球计划的人道救援最低标准，分享环球计划的愿景，在人道救援响应里确保受灾人群应有的尊严和权益。

余志稳

香港乐施会总裁

2012 年 12 月

鸣谢

环球计划的修订经过了广泛的咨询过程，很多人也参与进来，名字不能一一尽录。环球计划在此鸣谢乐意参与的个人和机构以及他们所付出的贡献。

环球计划手册修订的过程是由技术性章节和跨领域主题网络的联系人小组所领导，另由针对近年出现的问题所成立的顾问组提供支持。根据不同的情况，环球计划从人道救援机构借用或是直接聘用这些专家。顾问带领手册的全面修订过程，当中涉及不少新工作。下面是顾问名单：

人道主义宪章：James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) and Yvonne Klynman (IFRC)

保护原则：Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) and Claudine Haenni Dale

核心标准：PetaSandison and Sara Davidson

技术性章节

- **供水，环境卫生和卫生促进**：NegaBazezewLegesse (Oxfam GB)
- **粮食保障和营养**：
  - 营养：Susan Thurstans (Save the Children UK)
  - 粮食保障与生计：DevrigVelly (Action contre la Faim)
  - 粮食援助： Paul Turnbull (WFP) and Walter Middleton (World Vision International)
- **住所，安置和非粮食物品**：Graham Saunders (IFRC)
- **卫生行动**:MesfinTeklu (World Vision International)

跨领域主题

- **儿童** : Monica Blomström and Mari Mörth (both Save the Children Sweden)
- **老人** : Jo Wells (HelpAge International)
- **残障人士** : Maria Kett (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- **社会性别** :Siobhán Foran (IASC GenCap Project)
- **心理社会学的议题** : Mark van Ommeren (WHO) and Mike Wessells (Columbia University)
- **艾滋病病毒和艾滋病** : Paul Spiegel (UNHCR)
- **环境，气候变化和灾害风险降低** : Anita van Breda (WWF) and Nigel Timmins (Christian Aid)

环球计划联合标准

- **教育** : Jennifer Hofmann and TzvetomiraLaub (both INEE)
- **畜牧** : Cathy Watson (LEGS)
- **经济恢复** : Tracy Gerstle and Laura Meissner (both SEEP network)

顾问

- **早期恢复** : Maria Olga Gonzalez (UNDP-BCPR)
- **集中安置住所的协作和管理** : Gillian Dunn (IRC)
- **现金援助项目** : Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership network)

除此之外 , 很多人士也被咨询有关民事军事的联系，冲突的敏感性和城市的环境。

工作小组和**参考小组**的建立目的是支持各领域联系人的工作。环球计划鸣谢所有人的贡献，尽管没有一一列出他们每个人的名字。然而，所有工作小组和参考小组的成员名单可于环球计划的官网找到 : www.sphereproject.org。

编辑 : Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson

修订工作坊的协作者 : Raja Jarrah

监督与评估专家 : Claudia Schneider, SKAT

环球计划董事局 *（截至 2010 年 12 月 31 日）*

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) * CARE International (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (Simon Eccleshall) * The Lutheran World Federation (LWF) (RudelmarBueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan International (Unni Krishnan) * Save the Children Alliance (Annie Foster) * Sphere India (N.M. Prusty) * The Salvation Army (Raelton Gibbs) * World Vision International (Ton van Zutphen)

资助人

除了上列董事局各组织的贡献以外，以下组织为手册修订过程提供资助：

Australian Agency for International Development (AusAID) * European Community Humanitarian Office (ECHO) * German Ministry of Foreign Affairs * Spanish Ministry of Foreign Affairs * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Kingdom Department for International Development (DFID) * United States Department of State Bureau of Refugees and Migration (US-PRM) * United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA)

环球计划员工团队

项目经理：John Damerell

培训和学习管理：Verónica Foubert

推广和物资管理：Aninia Nadig

培训和推广支援：Cécilia Furtade

行政和财务：Lydia Beauquis

在手册修订过程的各阶段提供额外支援的团队：Alison Joyner, Hani Eskandar and Laura Lopez

目录

前言 …… iii

简体中文翻译版序言 …… iv

鸣谢 …… vi

什么是环球计划？ …… 3

人道主义宪章 …… 19

保护原则 …… 25

核心标准 …… 49

供水、环境卫生及卫生促进的最低标准 …… 79

粮食保障和营养的最低标准 …… 139

住所、安置及非粮食物品的最低标准 …… 239

卫生行动的最低标准 …… 287

附录 …… 355

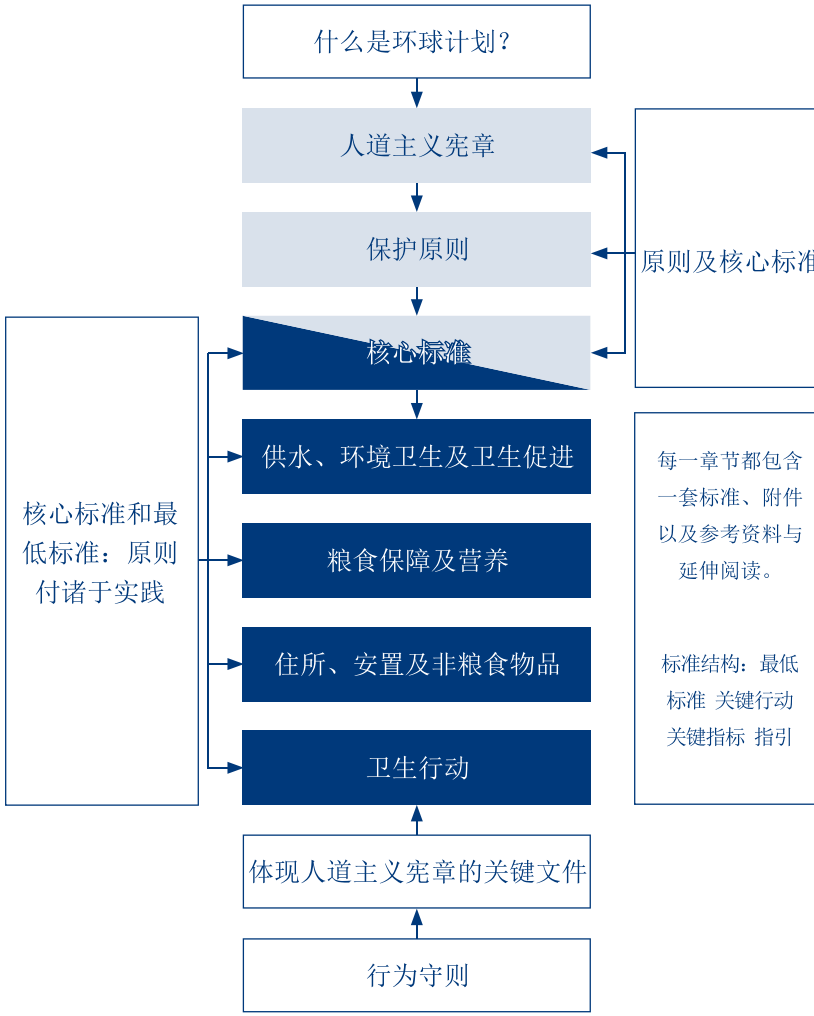
附录 1 体现人道主义宪章的关键文件 …… 356

附录 2 国际红十字会与红新月运动和非政府组织灾害救援行为守则 …… 368

附录 3 缩写语和首字母缩略词 …… 376

索引 …… 381

手册


什么是环球计划？
人道主义宪章
保护原则
核心标准
原则及核心标准
供水、环境卫生及卫生促进
粮食保障及营养
住所、安置及非粮食物品
卫生行动
核心标准和最低标准：原则付诸于实践
每一章节都包含一套标准、附件以及参考资料与延伸阅读。
标准结构：最低标准 关键行动 关键指标 指引
体现人道主义宪章的关键文件
行为守则

什么是环球计划?

什么是环球计划?

环球计划及环球计划手册因指导人道救援响应的质量和问责而众所周知。然而，环球计划源于何处？该计划的理念和实施方法是什么？本手册是怎么构想出来以及为什么有这构想？它在更广泛的人道主义行动领域的地位是什么？什么人应在什么时候使用该计划？本章尽量就以上关键问题提供解答。此外，本章详细描述了手册的结构并解释手册的使用方法以及您或您的组织如何能遵守环球计划最低标准。

环球计划理念：有尊严生活的权利

环球计划（Sphere）在 1997 年由众多人道主义民间组织、国际红十字会及红新月运动联合发起。本计划目的是提高人道主义机构在灾害响应行动中的质量并对行动负责。环球计划建立在**两个核心信念**之上，首先，受灾人群有尊严生活的权利，因此也有获得援助的权利；其次，应采取一切可能的措施，减轻人们因灾害和冲突所带来的痛苦。

为了支持以上两点信念，环球计划使用人道主义宪章作为框架并制定了一整套用于重要生命救援领域的**最低标准**。这些最低标准可以在本手册的四个技术性章节中体现：供水、环境卫生及卫生促进；粮食保障及营养；住所、安置及非粮食物品；以及卫生行动。**核心标准**是有关项目过程的标准，适用于这四个章节。

这些最低标准拥有充分依据，代表整个人道救援响应领域在最佳实践方面达成的共识。每个标准通过阐述关键行动、关键指标、指引（见下章节“如何使用标准”），为如何达致各标准提供了指导。

最低标准描述了任何人道救援响应中都应达到的效果，使得受灾人群在稳定的环境下生存及得到恢复，并拥有尊严。**把受灾人群包括在咨询过程中**，是环球计划理念的核心。环球计划因此也成为其中第一个被认定为**质量和问责**的行动。

人道主义宪章和最低标准还以**手册**的形式出版，您现在阅读的是本手册的最新版本。环球计划手册的设计目的是实现人道救援响应过程中的规划、实施、监控和评估等程序。同时，本手册还是一个寻求人道救援空间及请当局提供资源的有效倡导工具。此外，手册对制定备灾活动和应急计划十分有用，而捐赠者也越来越多的要求在报告中体现这些标准。

手册并非归单个组织所有，它是整个人道主义领域普遍接受的标准。目前，本手册已成为国际认可的一套通用人道救援响应标准，并可用作各机构间交流与合作的工具。

本手册于 2000 年首次出版，于 2003 年修订，并于 2009 年至 2010 年再次修订。每一次修订，我们都向包括政府和联合国在内的众多机构、组织和个人征求意见。

环球计划手册的主要用户是人道救援响应的规划、管理以及实施的工作人员，包括本地、国家、国际人道主义机构的员工和志愿者。进行筹资和建议项目时，也时常参考最低标准。

我们也鼓励其他的参与者，如政府及地方当局、军方或私营企业等使用环球计划手册。本手册不仅可用于指导其本职工作，还可以帮助他们了解与其合作的人道主义机构的行动标准。

手册：环球计划价值观的体现

本手册所体现的环球计划目标，是把人道救援响应工作跟以权为本的参与式方法紧扣在一起。

人道主义宪章、保护原则以及核心标准

人道主义宪章、保护原则以及核心标准把环球计划基于权利、以人为本的方针与人道救援响应连接起来。以上的原则和标准的焦点，是说明受难人群、本地或国家当局都参与在人道救援响应工作所有阶段的重要性。在本手册的开头，保护原则和核心标准已经整合，避免在各个技术章节重复。环球计划的使用者（包括某一特定领域的专家）必须将它们视为各章节中不可或缺的一部分。

本手册以人道主义宪章为蓝本（在 356 页的附录 1 中随附关键法律和政策文件的描述列表）。人道主义宪章为保护原则、核心标准与最低标准提供道德和法律背景，从而为其正确解读和实施奠定了基础。人道主义宪章是人道主义机构已确立的合法权利、义务以及共同理念、承诺的声明，并归纳为一套共性的原则、权利以及责任规定。宪章以人文主义和人道救援必要性的原则为基础，包括有尊严生活的权利、获得人道援助的权利以及获得保护和安全保障的权利。宪章也侧重各机构向受影响人群问责的重要。核心标准和最低标准是说明这些原则和责任在实际应用的意义。

人道主义宪章解释了为什么援助和保护是人道主义行动的关键支柱。为了进一步促进人道主义行动在保护方面的工作，本手册还提供了一套**保护原则**，把宪章中概述的多个法律原则和权利转化成战略和行动，从保护的角度投入到人道主义实践过程中去。保护是人道主义行动的核心组成部分，保护原则表明所有人道主义机构都有责任确保其行为切实关注了受害人群在冲突或灾害发生时所面临较严重的威胁。

所有人道主义机构需确保：其行动不会为受灾人群带来进一步的伤害（保护原则 1）；其行动尤其惠及最受影响和最弱势的人群（保护原则 2）；保护受灾人群免受暴力和其他践踏人权行为的迫害（保护原则 3）；以及帮助受灾人群从伤害中恢复（保护原则 4）。人道主义机构保护工作的角色和责任一般次于国家或其他相关当局的法律责任，保护工作通常包括提醒这些职权机构履行其相应的责任。

核心标准是首套为其他标准奠定基础的最低标准。这些标准描述了在人道救援响应中采取的步骤和方法，如何成为达到有效响应的根本关键。对受灾害和冲突影响人群自身能力与积极参与程度的关注、对需求和情境全面的分析和理解、不同机构间有效的协调、对持续改善响应能力的承诺、经过良好训练的救援人员是实现这些技术标准的关键。

在本手册的开头，保护原则和核心标准已经一并列出，在技术章节将不再重复。它们是所有人道救援活动的基础，**必须与技术章节结合使用**。这些原则和标准从对受灾人救援的问责性和确保救援质量的精神出发，对实现技术标准至关重要。

四个技术章节阐述的核心标准和最低标准

核心标准和最低标准涵盖了项目规划方法以及四方面拯救生命的行动：供水、环境卫生及卫生促进；粮食保障及营养；住所、安置及非粮食物品；以及卫生行动。

如何使用标准

核心标准和最低标准都以特定格式阐述。开头把最低标准概括说明；然后列出关键行动、指标和指引。

首先列明**最低标准**。各标准都是从“受灾人群有尊严生活的权利”这一原则中衍生而来。这些标准都是定性标准。它们明确了该范畴在人道救援响应需达到的最低水平，所指范围是全球性，并适用于所有灾害情况。所以，这部分的阐述比较概括。

第二，列出切实可行的**关键行动**，以达至最低标准。若干行动并不适用于所有情境，而工作人员可选择相关行动并策划其他可达至标准的行动。

然后，用**关键指标**作为“信号”来判断是否达到标准的。这是就关键行动的过程和结果进行量度和交流的一种方法。关键指标与最低标准有关联，而与关键行动没有关联。

最后，**指引**中包括在实施关键行动并达到关键指标的过程中，根据各情境考虑的因素。指引为解决实际难题提供指导，为优次的设定和跨领域主题提供基准或建议。指引中还可能涵盖了与标准、行动或指标有关的重要问题，并描述了目前已知的难题、争议或差距。然而，该指引并**没有**为**如何**落实一个特定行动提供指导。

每个章节的简要介绍陈述了主要的相关问题。阐述最低标准的技术章节进一步罗列了如评估清单、公式、表格和报表样式等附件。每章结尾都提供参考资料和延伸阅读建议。另外，本手册每章节的详细词汇表可以在环球计划网站（www.sphereproject.org）查看。

本手册所有章节互有关联。在某一领域描述的标准，经常需要与其他领域的标准互相参照。因此，本手册中包含了大量的交叉引用。

符合环球计划的最低标准

环球计划手册是关于救援质量和问责的自愿行为准则和自我规范工具，因此环球计划没有实行任何遵约机制，也没有“签约”环球计划、成为环球计划会员或任何资格认证程序。所以，环球计划出版不规定强制要求遵守的手册，以此来鼓励更多人士使用本手册。

手册中并没有对提供某些服务的方法提供实践指导（如关键行动中明确了采取何种行动可以达到标准，而未指出行动的具体方法）。相反，它解释了**采用什么样的适当措施**才可以确保受灾人群有尊严生活。因此，每个救援实施机构可以自主选择一个体系来确保达到环球计划的最低标准。有些机构使用内部机制，有些则选择同行监督的方法。而一些机构网络使用环球计划来评估他们集体响应特定紧急情况的工作。

遵守环球计划标准并不意味着达到所有的标准和指标。各机构达到标准的程度是由一系列因素决定，有些是不可控的。有时，无法接触受灾人群、缺少与当局的合作或特别严重的安全问题都将导致机构无法达到标准。

如果在受灾前，受灾人群的整体生活水平已经明显低于最低标准，那么救援机构可能因没有足够的援助资源而达不到最低标准。在这种情况下，为所有受灾人群提供基础设施会比仅仅使一小部分灾民达到最低标准更重要。

有时，最低标准会比灾区周围的人群的日常生活水平还高。这时，最低标准对受灾人群仍然适用。但这也可能表明救援机构需要向灾区周围的人群提供支援并与社区领导对话。适当可行的行动需要视乎灾区情境而定。

如果人道主义机构在一些情况不能达到标准，应该采取以下措施：

- 在报告中（评估、评价等）描述相关环球计划指标与实践中达成的指标之间的差距
- 解释出现这种情况的原因，并提出改善方案
- 评估对受灾人群造成的负面影响
- 采取合适的缓解措施来减轻这些影响带来的危害

通过以上步骤，即使救援机构未能达到本手册规定的要求，仍然可以证明他们遵循了环球计划的理念和最低标准。

环球计划在人道主义行动范围内的运用

环球计划手册是应用于所有国家各种情境的人道救援响应，包括自然灾害、冲突、缓发和突发性事件、农村和城市环境以及复杂的政治突发事件。“灾害”囊括了以上所有情形，在一些特定情况下，会使用“冲突”。“人群”是指个人、家庭、社区以及更广泛的群体。因此，本手册普遍使用“受灾人群”来表示需要救援的人群。

何时使用本手册

环球最低标准关注**人道救援响应**的期间，涵盖针对受灾人群紧急生存需要而作出的行动。人道救援响应的期间可以是几天、几周、几月、甚至几年，尤其是在救

援情境涉及持久的不安全因素及人口迁移的情况。因此，不可能设定运用环球标准的特定期间。

然而，本手册在更宽广的**人道主义行动**领域有独到之处，即不仅仅提供短期救济，还实施了备灾、人道救援响应及早期恢复等一系列活动。作为一个参考工具，本手册可以在备灾阶段及早期恢复阶段使用，在这两个阶段最终构建人道救援响应的概念框架，但在实际操作中，两个阶段应该同时考虑。

备灾要求各参与者，包括政府、人道主义机构、当地民间社会组织、社区和个人，必须有能力、关系和相关知识且能有效地准备和响应灾害和冲突。在响应前和响应期间，参与者就应该开始采取可以改善防灾工作和降低未来风险的措施。至少要为将来发生灾害时能达到环球计划最低标准而做好准备工作。

早期恢复是短期救援后同时引导至长期恢复的过程。如果从人道救援响应一开始就按照预期进行并朝着早期恢复的方向发展，这样就会达到最佳效果。基于早期恢复的重要性，本手册在适当的位置作出引文。

人道主义领域的发展及其对环球计划的影响

过去几年，随着自然灾害和冲突以及人道主义工作性质的改变，人道主义领域及其他相关领域有多方面发展。在本手册修订阶段纳入考虑的有以下几个方面的发展：

- 加大了对当地和国家人道救援响应的理念上和执行上的关注，并意识到必须咨询受灾人群；另外，受灾国家和国家机构、体系的响应能力必须加强。
- 更积极对人道主义行动进行问责，尤其向受灾人群问责，而且更积极的协调，包括在机构间常设委员会（IASC）下的人道主义改革进程（群集方法）。
- 增加了对保护问题和响应的关注。
- 加强意识到气候变化引发的灾害可能导致大范围人口强制迁移，以及认识到

环境恶化会增加脆弱性。

- 认识到城市贫困人口在持续增长以及他们特有的脆弱性,特别是在货币经济、与社区的融合以及生存空间等相关方面。
- 采取了新的救援措施，如发放现金和代用券 , 以及在当地采购替代运输人道救援物资。
- 进一步确认灾害风险降低既是一个专门领域，又是一种工作手法。
- 与过去比较 , 军方现今更多的参与人道救援工作所以军民之间在人道救援的合作中需要具体的指引和合作策略。
- 私营企业更多的参与到人道救援中，因此也需要类似于军民合作的指引和合作策略。

环球计划将这些发展适当地纳入本手册，特别是现金发放、早期恢复以及军民关系等**近年出现的议题**。

进行人道救援响应时对情境的认知

有效的人道救援响应需基于全面的、适切当地情况的研究（评估、监测和评价），来**分析各个情境下受灾人群的需求、脆弱性和能力**。

本质上说，本手册有助识别不同的情境并据此采取不同的响应方案：本手册指导工作人员在具体的情境或环境中思考如何达到通用的标准，并特别关注灾民的脆弱性和能力。

受灾人群中并不是所有个人都对资源和权力都享有相同的控制权。人们因其种族、宗教和政治立场不同，所受的影响也不同。人口迁移可能会导致正常状态无受灾风险的人群增加脆弱性。妇女、儿童、老人、残疾人、艾滋病病毒感染者可能由于其体质、文化及 / 或社交障碍而得不到必要的援助或意见不被重视。经验表明，如果把这些人都列在“脆弱人群”清单中，人道救援干预工作会变得分散和低效益。即使在一个特定的危机，这样的处理方式也会导致重叠的脆弱性以及随着时间改

变的脆弱性质被忽略。

在进行救济和恢复工作时，必须考虑未来可能出现的隐患或脆弱性，以构建更加安全的社区、达到更强的抗逆力。全球多个地方，气候变化已经开始对各种风险造成影响。对隐患、脆弱性、能力的传统知识须整合对未来气候风险的评估。

为了确保每个独特的灾害情形和针对受灾人群的脆弱性和能力的公义，本手册还提及了许多**跨领域的主题**。其中**关于儿童**、**社会性别**、**老年人**、**艾滋病病毒 / 艾滋病**、**残疾人**和**社会心理**支持用于处理个人或者小团体的脆弱性。而**灾难风险降低**（包括**气候变化**）和**环境**主题涉及影响整个受灾人群的脆弱性问题。本节简介的结尾之后将更详细地阐述各个主题。

与其他人道主义标准的关联

为了将环球计划手册限定在一个篇幅合理的单个文件内，我们重点关注了人道救援响应的四个基本领域。许多跟人道救援响应相关的并属有效的人道救援响应部分的领域已经制定它们自己的标准。这些标准已经涵盖在一系列的**环球计划联合标准**中并分别出版。这些标准与环球计划一样，都是按照严格的要求和协商进程制定而出，有《“跨机构紧急情况下的教育网络”（INEE）教育最低标准：备灾、响应、恢复》；《“小型企业教育和推广”（SEEP）网络的危机后经济恢复最低标准 》；《紧急情况下牲畜指导方针和标准》（LEGS）。

紧急情况下的教育，可以维持并拯救生命。在安全的环境中提供教育，可以使人们保持平静的心态，获得心理支持以及保障人群免受迫害和伤害。它还可以用来传达安全信息、求生技巧以及重要的健康卫生信息。《INEE 教育最低标准：备灾、响应、恢复》于 2004 年首次出版、于 2010 年更新，并于 2008 年成为环球计划手册的联合标准。此标准提供了一个框架来确保教育与健康、供水、环境卫生、卫生促进、住所以及保护的紧密联系，并增强防灾和响应教育的安全、

质量以及问责。

《SEEP 网络的危机后经济恢复最低标准》和《紧急情况下牲畜指导方针和标准》分别包括了小型企业发展和牲畜的救援标准。这两套标准预计在 2011 年成为环球计划的联合标准。

这些联合标准与本手册结合使用，可以提高对受灾害和冲突影响的人群的援助水平。INEE、SEEP 以及 LEGS 标准的相关指导已经在手册中整合并交叉引用在整个手册中。

机构、联盟、网络已经建立了其他的标准和守则以满足特定的运作需求，例如特定机构权责、技术专业知识或现有指引没有涵盖的范畴。相关标准会在本手册的各技术章节进行引用。

环球计划是领域内一系列关于**质量和问责**行动的一部分，并与“应急能力建设（ECB）项目”以及“人道主义问责性伙伴关系（HAP）”有着紧密的工作关系。ECB 项目制定了 Good Enough Guide 指引，而 HAP 涉及了人道主义问责和质量管理标准的遵守问题。与环球计划有关的其他质量和问责行动的组织有：People In Aid、Groupe URD (Urgence, Réhabilitation, Développement)、Coordination Sud 以及 the Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action（ALNAP）。

手册之外

环球计划最常用的主要工具就是本手册。同时，您也可以登录环球计划的网站（www.sphereproject.org）来查看本手册的电子版，在该网站上您还可以看到本手册现有版本的最新动态和更新以及其他资源。

本手册已经被翻译成多种语言，并附有多种培训以及推广材料。工作人员经常根据经验将这些培训和材料运用到本土情境中。这就证明了应用环球计划群体实践的活力，正是这个非正式的、没有紧密联系的、不断扩大的工作人员网络使得环球计划的精神经久不衰。环球计划建立在提高人道救援响应的基础上，旨在保障受灾害或冲突影响人群的权利、满足他们的需要并对他们负责。从发起以来，环球计划取得了很大的进步，但仅仅依靠本手册并不能达到这样的效果，其中还有您的鼎力相助。

跨领域主题概述

本手册中的跨领域主题主要涉及灾害响应的特指范畴并解决个人、团体或普遍脆弱性问题。本章节对每个主题都进行了详细描述。

儿童：必须采用特殊措施以确保所有的儿童免遭伤害并让他们公平的获得基础服务。儿童通常占受灾人口的较大部份。因此尤为重要的是，不仅要在紧急事件评估和规划时关注他们的看法和经历，同时这些看法和经历也会影响人道主义服务的提供以及相关的检测和评价。儿童和年轻人在某些情况容易受到其脆弱性带来的伤害和影响，例如营养不良、剥削、诱拐、强征入伍或参与战争、性暴力、缺乏机会参与决策等情况，《儿童权利公约》中明确规定，儿童是指18 岁以下的任何人。文化或社会情境不同，对儿童的定义也会不同。因此，必须进行一个关于“受灾人群如何定义当中的儿童”的全面分析以确保所有的儿童和年轻人都获得人道援助。

灾害风险降低：本主题包含概念與實踐，通过系统性的工作，分析和管理灾害的成因，这些工作包括减少面临灾害的风险、降低人员和财产的脆弱性、有效的土地和环境管理以及加强对灾害事件的预防工作。这些灾害事件包括风暴、洪水、旱灾及海平面上升等自然灾害。这些现象主要由全球气候变化引起，逐渐呈现出多样化并越发严重。

环境：环境被理解成影响受灾人群和当地人群生活和生计的物理、化学、生物元素和过程。环境提供维持个人生存并保证生活质量的自然资源。要保持环境的基本功能，则应对其进行保护和管理。最低标准满足了防止过度开发、污染、环境条件恶化的需求，旨在保障环境的维持生命功能，降低风险和脆弱性，并尝试引入加强生态系统自我修复适应性的机制。

社会性别：社会性别是指人们在同一种情况下基于他们性别的不同而有着不一样经历的事实。性别是指男性和女性的生理属性。性别是自然的、与生俱来的，一般情况下是不变的、带普遍性的。

在很多人权文件中已经明确规定：男女享有同等的权利，这些文件同时也是人道主义宪章的基础。女性和男性同等有权获得人道援助和保护，其人格尊严应得到同等的尊重并享有平等的地位，包括有资格做出选择、有同等的机会实现选择、有同等的能力影响行动结果。如果人道救援响应是基于对各个年龄段的男人、女人、男孩、女孩的不同需求、脆弱性、利益、能力、应对策略的理解，并且区分灾难或冲突对他们的影响，则其效果会更加明显。通过社会性别分析，便可以理解男女在角色、工作量、资源的获得及控制、决策权和技能培养机会上的差异和不公平。“社会性别”这一主题与其他跨领域主题有交叉的部分。均等和公正的人道救援目标是致力于实现男女平等以及确保公平的结果。从历史角度来看，相对于男人和男孩，女人和女孩则处于弱势的地位，其个人需求及环境需求亟需得到满足，从而驱动了对两性关系的关注。然而，人道救援群体逐渐意识到需要了解男人和男孩在危机中面临的问题。

艾滋病病毒和艾滋病：了解在特定人道主义情境下的艾滋病病毒感染率有助于认知脆弱性和风险及制定有效响应措施。除了对易感染艾滋的人群（例如：男性與男性进行性行為、静脉注射吸毒者以及性工作者）采取特定的措施，使其免受忽视、歧视和暴力以外，还需关注其他弱势人群，如难民、移民、青年和单亲妈妈。大规模人口迁移将会导致家庭成员的分离、社区凝聚力的下降、社会行为和性行为规范的破坏，从而导致艾滋病病毒破坏力和危害程度剧增。妇女和儿童可能会遭受武装组织的性暴力和性侵犯，因此更易感染艾滋病病毒。在人道主义紧急事件中，人们可能无法获得艾滋病病毒救援，例如预防计划，因此可能会出现抗逆转录病毒治疗（ART）和肺结核（TB）治疗的中断以及伺

机性感染的预防和治疗的中断。

艾滋病病毒感染者（PLHIV）常常会遭受歧视和侮辱，因此，应捍卫其隐私并适时给予保护。本手册中概述的相关领域活动应根据艾滋病病毒感染率和情境，提供合适的艾滋病病毒干预政策，减少艾滋病病毒的脆弱性和风险。

老年人：根据联合国的规定，老年人是指 60 岁以上的人群。但是在不同的情境下，老年人的定义也会有所不同。老年人通常是发展中国家中最贫穷的人群，在最易受灾难或冲突伤害的人群中占有很大比例并持续增长（例如，在世界范围，80 岁以上的人群人口增长速度最快），然而，在灾害和冲突管理中，老年人经常被忽视。生活上的孤立和身体上的缺陷等因素通常使老年人在灾害和冲突中更易受到伤害。伴随的原因还有生计策略、家庭和社区支持结构的破坏、慢性疾病和行动障碍以及持续衰退的精神健康。因此，需采取专门的措施以辨别并找到困于家中的老年人及以老年人为首的家庭。老年人对救援和灾后恢复同样也具有关键作用。他们在照顾儿童、管理资源、增加收入等方面发挥着重要的作用。同时，他们还有社区应对策略的知识和经验，有助于保持其文化和社会认同感。

残疾人：根据世界卫生组织（WHO）的估算，残疾人已经占世界总人口（包括老年人和儿童）的 7% 到 10%。灾害和冲突将会导致更多的伤残发生。联合国残疾人权利公约（CRPD）将“残疾”定义为一个不断演变的概念，残疾是由以下两点原因相互作用造成的：1、残疾人自身的伤残（包括身体上、感官上、智力上或心理上的缺陷）；2、妨碍他们与健全人一样充分切实地参与社会活动的偏见及环境障碍。正是这些障碍妨碍了残疾人充分、有意图地参加或受益于人道援助计划。新的残疾人权利公约（第十一条）特别提及了在冲突和紧急情况下残疾人的安全及其保护。

在灾害发生时，残疾人将会面对更严重的危险。而在救援和恢复工作中，他们又经常被排除在外。这种排斥行为使得人们难以有效利用并参与标准的灾害支持服务。至关重要的是，残疾人涵盖了儿童和老人等各类群体，而他们的需求无法通过“一刀切”的方法得以满足。因此，进行人道救援响应时，必须考虑到针对不同类型不同程度伤残者采用不同的能力、技巧、资源以及知识。同时，需谨记社区中的残疾人普通人的需求相同。另外，有些残疾人可能会有一些特殊的需求，如更换辅助用具或其他用具、获得康复服务。此外，在采取针对残疾人的措施时，应避免使其与家庭、社区网络分离。最后，如果在人道救援响应中没有考虑残疾人的权益，那么就会错失为所有受灾人群重建家园的机会。因此，必须将残疾人纳入救济和恢复工作中的各个方面，所以既需要针对主流人群的主要人道救援响应也需要针对特殊人群的专门响应。

社会心理支持：灾害中的脆弱性和苦难主要源于灾害所造成的复杂的情感、社会、身体和精神影响。这些影响一般较为普遍，随着时间会慢慢消失。但是，有必要在当地开展合适的精神健康和社会心理支持活动以增强受灾人群自助、应对以及恢复的能力。如果在最早适合救援时，受灾人群就投入到灾难响应的指导和实施工作中，那么人道主义行动的效果就会大大提升。在每个人道主义领域，因救援管理所产生的心理影响都会对受灾人群起到积极或消极的作用。救援应该以充满同情的方式实施：充分考虑受灾人群的尊严、通过让灾民参加有意义的救援活动提高其自信心、尊重灾民的宗教和文化习惯并加强其生存能力，以增强灾民整体的幸福感。

参考资料：

联合国儿童权利公约：www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

联合国残疾人权利公约：www.un.org/ disabilities/

世界卫生组织残疾人法案：www.who.int/disabilities/en/

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以及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灾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管理灾害、冲突响应的原则（包括响应行动者的角色和责任）达成共识。

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。

人道主义宪章

我们的信念

1. 人道主义宪章表达了人道救援机构共同的信念，即受灾人群有权得到保护和援助，从而为灾民有尊严生活创造了条件。我们相信人道主义宪章中描述的原则是通用的，适用于所有的受灾人群以及那些试图援助灾民或为他们提供保障的慈善人士。这些原则基本上都源于**人道**的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**人道救援必须履行的规则**：必须采取行动以预防或减轻灾难或冲突对人类造成的苦难，没有其他东西凌驾于这个原则。

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灾人群。我们敦促包括政府组织和私营企业在内参与人道救援活动的所有行动者，以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，通过灾民自身的努力以及社区和当地机构的支持，受灾人群的基本需求即可得到满足。我们认识到受灾国家在为灾民提供及时援助方面所扮演的角色及承担的责任，应由受灾国家采取措施以保护、保障受灾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。在支持公共机构的救援工作上，国家红十字会或红新月会以及其他的民间社团工作者具有不可缺的角色。在国家力所不及的地方，我们就需要借助更大范围内的国际社会的力量，包括政府和区域性组织的捐助，以帮助受灾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，我们深悉我们所扮演的角色与受灾人群的需求和能力以及受灾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）未能完全履行他们的责任，或者可能他们不愿意履行责任。为了尽量达到宪章中规定的人道救援规则和其他原则的要求，我们将会支持相关机构的工作以保护和援助受灾人群。我们呼吁所有国家及非国家性的人道主义行动者尊重救援机构公正的、独立的以及无党派的救援工作，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得他们可以及时地接触受灾人群。

共通原则、权利和义务

4. 我们根据人道主义原则以及人道救援规则提供人道主义服务，以保障包括男人、女人、男孩、女孩在内的受灾人群的权利。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：

- **有尊严生活的权利**
- **获得人道援助的权利**
- **受到保护和保障的权利**

这些权利虽未在国际法中明确列出，但却概括了一系列的既定合法权利并为人道救援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，规定了受灾人群**具有尊严生活的权利**。生存权是指在面临威胁时人们为了维持生活而寻求援助的权利。生存权的隐含意思是，不应阻碍或阻挠保障生命的援助。尊严并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灾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。此项权利包括了享有适当的生活水平的权利，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，特别是在涉及到为受灾人群提供援助的条款时。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**公平**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、残疾、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. **受到保障和保护的权利**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。受灾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无家可归者的保护。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。在 1949 年的“日内瓦”公约及 1977 年的“附加协议”中特别规定了国际和非国际党派的义务。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都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。受灾人群经常会被迫背井离乡以寻求安全以及谋生手段。1951 年通过的《关于难民地位的公约》（修订版）以及其他国际性和区域性公约为那些无法从其国籍国或居住国得到保护而被迫流亡到他国寻求安全庇护的人群提供基本的保障措施。其中，最重要是**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《国内流离失所问题指导原则》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. 我们本着以受灾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以及被社会排斥的人群。我们将努力支持当地工作，对灾难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. 我们意识到了尝试提供人道援助有时会产生超出预期的不利影响。通过与灾区的社团以及当局合作，我们试图尽量减少人道主义行动对当地的社会以及环境产

生的负面影响。对于武装冲突，我们意识到提供人道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以及《国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救援行为守则》（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援助的经验，环球计划的核心标准及最低标准为本宪章中的共通原则提供了要领。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，采用环球计划的核心标准和最低标准作为行动准则。

12. 通过坚持核心标准和最低标准，我们承诺将尽一切努力确保受灾人群有尊严地、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、粮食、营养、住所以及卫生行动。为此，我们呼吁各个国家和其他各方履行对受灾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，确保我们的人道救援响应工作更有效、更合适、更负责，详见最低标准与核心标准。我们特别承诺会与受灾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

如何使用本章

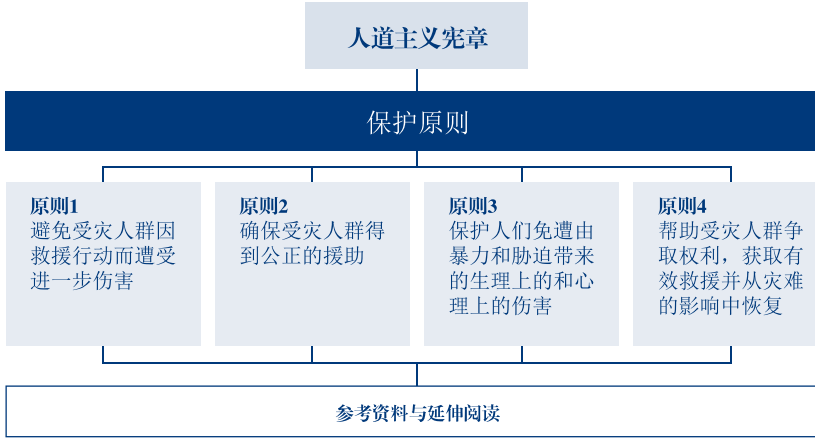
人道主义行动由两大支柱组成：保护和援助。本手册的大部分章节，尤其是技术性章节都在阐述“援助”，而本章节则重点关注“保护”。“保护”依据人道主义宪章，提及了人道主义机构应如何帮助那些遭到暴力、胁迫威胁的人群。一般来说，保护原则关注人道主义机构在确保本宪章中所阐明的权利（包括接受救援的权利）受到尊重和切实履行所扮演的角色。

本章节分为两个部分：

- 第一部分为**简介**。介绍中说明了人道救援响应工作中涉及的所有个人和团体的普遍责任，即保护受灾群众并尊重他们的权利。
- 第二部分为四项**保护原则**。这些保护原则对人道主义行动予以支持，其中包含了人道救援响应情境中的基本保护要素。每一项保护原则都附有指引，以进一步阐明人道主义机构在保护工作中所扮演的角色。参考部分包括了更多专业保护领域的其他标准和材料。

目录

简介 …… 29
保护原则 …… 33
参考资料和延伸阅读 …… 44


人道主义宪章
保护原则
原则1
避免受灾人群因救援行动而遭受进一步伤害
原则2
确保受灾人群得到公正的援助
原则3
保护人们免遭由暴力和胁迫带来的生理上的和心理上的伤害
原则4
帮助受灾人群争取权利，获取有效救援并从灾难的影响中恢复
参考资料与延伸阅读

简介

保护和人道救援响应

“保护”关注受灾害或武装冲突人群的安全、尊严以及权利的影响。人道主义宪章总结了人道救援响应工作中涉及的最基本权利。而本章主要关注在人道主义实践中如何从保护的角度来保障这些权利，具体说是人道主义机构如何使受灾人群免受进一步伤害以及如何帮助灾民获得更多的安全和保障措施。

本文阐述的核心人道主义保护涉及到保护灾民免遭各种胁迫和暴力侵害，并保障他们有尊严生活的权利免遭剥夺。

由此引出了适用于所有人道主义行动的**四项基本保护原则**：

1. 避免人们因救援行动而遭受进一步伤害；
2. 确保人们按照需求比例得到公正的援助，免遭歧视；
3. 使人们免遭暴力和胁迫造成的生理上和精神上的伤害；
4. 帮助人们争取权利，获得有效的支援并从剥削或侵犯的影响中恢复过来。

在人道救援响应的情境中，上述四项原则体现了在冲突或灾害中受灾人群普遍面临的严重威胁。而“指引”部分则阐述了人道救援机构的有关责任和选择以及所要满足的特别保护需求。

这些保护原则源于人道主义宪章所阐述的权利，即有尊严生活的权利、获得人道援助的权利、获得安全和保障的权利。

认识保护原则

以下是对保护原则的简短解释：

原则一（避免造成伤害）提及一些可能由人道救援响应导致或加剧的保护问题。根据人道主义宪章中的规定，参与人道救援响应的个人或团体必须竭尽全力地避免救援工作对受灾人群造成进一步伤害。例如，在不安全区域为流离失所人群建造住所。

原则二（确保获得公正的援助）通过设定责任来保障所有受灾人群都能获得人道援助，特别是那些最易受到伤害或者面临政治或其他排斥的人群。需重点关注的保护问题是：受灾人群无法获取必要援助。这一问题可能包括（但不限于）人道主义机构无法顺利提供援助的情况。

原则三（保护受灾人群免遭暴力对待）关注保护灾民免遭暴力对待以及保护他们免遭强迫或诱导而做出违背自己意愿的事情。例如，参加战斗、被迫迁移、控制行动自由或受到有辱人格的对待或惩罚。同时，本原则还关注如何预防或减轻受灾人群所遭受的生理和心理伤害，包括悲观情绪的蔓延以及恐慌情绪的散播。

原则四（协助难民争取权利、获取支援及从剥削或侵犯中恢复）提及了人道主义机构在帮助受灾人群争取权利和获取支援（如法律援助、财产赔偿或归还）时所扮演的角色。本章节还涉及到帮助人们克服强奸的影响。一般来说是帮助人们克服迫害的影响，从生理上、心理上、社会上、经济上的创伤恢复过来。

四个保护原则與指引結合，阐述了人道主义机构可以和应该采取什么样的行动来保护受灾人群。但需要注意的是，人道主义机构所扮演的角色及其责任一般都是次要的。根据人道主义宪章，人道主义机构所扮演的角色应体现其与受灾国或其他相关当局（如冲突中实际占领或控制受灾地区的一方）的主要责任的密切联系。上述当局对占领或控制地区人民负有法律责任，具体来说，是确保武装冲突中的

平民安全的责任。

归根结底，应由相关当局采取行动或限制措施来保障受灾人群的安全。而人道主义机构的主要角色就是敦促和劝说当局采取相应措施，并在当局没能履行责任时，协助受灾人群应对灾害或冲突造成的不良后果。

落实保护原则

为了达到本手册的标准，即使保护原则中没有明确阐述保护任务或专业保护能力，**所有**人道主义机构都以保护原则为指导来开展工作。

这些保护原则也并非“绝对”：周围环境可能会制约人道主义机构对保护原则的落实程度。尤其是原则三的有关规定可能超出了人道主义机构的能力范围。然而，这些原则却反映了需要普遍关注的并能始终引导救援行动的人道主义理念。

针对弱势群体，很多人道主义机构都具有保护任务或扮演着特定角色。其中有些机构会建立了单独的计划或者项目，也有些机构将专人和专家组成“保护小组”或“保护部门”来执行保护活动。2011 年，全球保护群组（Global Protection Cluster）引入了保护协调结构，此结构主要侧重于关注以下特定领域：

- 儿童保护
- 性别暴力
- 房屋、土地以及财产
- 排雷行动
- 法治和正义

上述列表阐述了保护在一些特定领域的运用。然而，该列表并不全面，并没有包括需要关注的其他特定保护问题。

除环球计划之外，针对上述及其他保护方面的主题，例如针对平民、国内流离失

所人群或受自然灾害影响人群的保护问题，已制定了特定标准和指引等举措。这些举措会在本章节最后的“参考资料和延伸阅读”部分列出，而本章节只是对这些标准的补充。

保护活动的不同模式

即使保护活动的模式不同，上述四项保护原则仍适用于专门保护活动及一般人道主义行动。所有人道主义机构的相关保护工作均可按照下述三种模式进行分类，这三种活动模式相互依存并且可以同时进行。

- ***预防法：*****预防生理威胁以及权利侵害**的发生或降低受灾人群陷入威胁或迫害的风险。预防威胁的保护措施还包括努力营造有利的环境，并依据国际法，尊重各年龄段男性和女性的权利。
- ***响应法：***通过应对暴力及其他权利侵害事件来**制止正在发生的侵害**。
- ***弥补法：***通过补偿和复康去**弥补**受灾人群现在及以往所受的侵害，具体做法是提供医疗保健、社会心理支持、法律援助或者其他服务与支持，并帮助受灾人群获取补偿以及争取权利。

倡导（无论是公共倡导还是私人倡导）是联系这三种活动模式的普通要素。受灾人群面临的威胁主要来自于地方当局有意的决策、行动或政策，因此，很多相关保护响应工作的内容就是尝试改变这种的行动和政策。而人道主义机构和其他人权组织的倡导，可以促使这种行动和政策的改变。另外，人道主义机构很可能在揭发迫害与保持现状之间难以抉择，这些难以抉择的问题可能会对机构是否针对一个既定的问题发起倡导以及如何发起倡导产生影响。

一般情况下，只有依据可信的证据、利益相关群体分析以及深入的情境分析的倡议，才可被当局接受。因此，倡议与核心标准（见 61 页，核心标准 3）中的评估标准是相互关联的。下述指引明确表明，对于可以判定信息来源的证词等证据应高度保密，这些信息可能会将证人置于危险的处境，因此，应对证人采取特殊保护（见 35 页，保护原则 1，指引 8）。

保护原则

保护原则 1：避免受灾人群因救援行动而遭受进一步伤害 .

参与人道救援响应的个人或团体要采取相应措施以避免或最大限度减少因其干预所造成的不利影响，特别是会增加受灾人群面临危险或权利侵害的风险。

这些保护原则包括以下要素：

- 人道援助的形式以及提供援助的环境不应使受灾人群进一步受到物理灾害、暴力对待或其他权利侵害。
- 采用的援助和保护措施不会削弱受灾人群的自我保护能力。
- 人道主义机构应管理敏感信息，做到不危及信息提供者或那些通过信息被辨认出身份者的安全。

指引

评估人道主义行动的**情境并预计行动结果**以确保受灾人群的安全和福祉

1. ***避免千篇一律地处理***权利被侵犯的问题。有些情况很难作出判断和选择，例如，救援人员需要决定是否为那些不愿留在集中安置住所的人群提供援助。在这种情况下，必须要将个案分开处理。然而，随着时间的推移和情况的改变，应对此决定进行反复回顾。

2. ***清单：***在分析要采取什么行动时，在整个人道救援响应工作和特定行动中可以采用清单的形式定期反馈一些问题，包括但不限于以下问题：

- 我们的活动可以使受灾人群得到什么？
- 我们的活动对受灾人群的安全会造成哪些意外的不良后果？我们如何避免或最大程度降低这些后果的产生？
- 我们开展的活动是否考虑了受灾人群可能面临的保护威胁？我们的活动会破坏受灾人群为自救而做出的努力吗？
- 我们的活动有没有歧视一些人群或者使他们感到被歧视？这些活动会保护那些曾经遭到边缘化或歧视的人群的权利吗？
- 保护并促进这类群体的权利，会对社区内外的关系造成哪些影响？
- 我们的活动会加剧社区内或相邻社区间的隔阂吗？
- 我们的活动会不会使武装分子或其他行动者受益？
- 人道援助活动会不会被犯罪分子利用？

3. ***征询不同阶层***的受灾人群或组织的意见，获得他们的信任，以此来评估整个人道救援响应工作和特定活动的积极结果以及可能出现的消极后果。
4. ***提供援助的形式***可能会使受灾人民更容易受到伤害。例如，干粮等有价值物资可能会被抢劫从而使领取物资的灾民面临受伤害和被夺的风险。如果使用其他的援助形式（例如，在厨房或食物中心提供熟食），也会存在巨大的风险。因此，应询问受灾人群，使用他们认为可取的形式进行救援。
5. 对于受灾人群来说，***提供援助的环境***应尽可能的安全。确保需要援助的人群无需前往或途经危险区就可以得到援助。另外，为受灾人群建造的救援营地或其他住所应尽可能地安全，并应远离易遭到攻击或其他危险的地方。

受灾人群的自我保护

6. ***了解***受灾人群保护自己、家人以及社区的***方式***。支持社区采取自我救助措施（见 40 页，保护原则 3，指引 13、14）。人道主义机构的介入不得使受灾人群保护自己和他人的能力下降。这里的“介入”包括不影响受灾人群转移到安全的地方以及避免他们跟武装组织联系。

7. ***生存需求：***帮助受灾人群寻求可以满足其生存需求的安全生计手段，包括为灾民提供其日常生活所需的水、木柴或其他烹饪燃料等物资，使其无需冒险就可获得生活所需。对于老年人、妇女、儿童以及残疾人来说，这可能是一个特殊问题。

管理敏感信息

8. ***与保护工作相关的信息***可能带有敏感性。人道主义机构应该有明确的政策和程序来指导工作人员在成为知情人或目击证人时的行为，不散布并维护相关信息的保密性。工作人员应就目击的事实和情况采用适当的形式进行汇报。

9. ***转达敏感信息：***在“保护”的前题下，应考虑转达侵犯或侵权行为的相关信息给合适的行动者，这些行动者可能并非身处事发地区。

10. 应该有成文有关***转达敏感信息的规定***，规定中要包含事件报告或趋势分析。规定中应指明管理敏感信息的方法和转介敏感信息的条件。各人道救援响应机构应在征得相关个人的同意后使用这些信息。在转达敏感信息时，应避免将信息提供人或信息中牵涉人员置于危险之中。

11. ***关于特定权利被侵犯和滥用的信息***，只能在其使用目的明确后，以及所需信息内容的细节清晰后，信息才能被收集。此类保护信息应由有保护任务或具备所需能力、技能、体系以及协议的机构收集。收集信息前应征得知情人的同意。在任何情况下，只有征得知情者个人的同意才可与第三方共享相关信息。

12. 应评估***政府***或其他相关当局对于有关侵犯或侵权行为的信息的收集和使用***可能出现的反应***。人道主义机构可能需要权衡继续工作与使用信息之间的关系。不同的人道主义机构对此会有不同的选择。

保护原则 2：确保受灾人群得到公正的援助——按照需求比例以及免受歧视

受灾人群可根据需要不受歧视地获得人道援助。人道主义机构会在必要时毫无保留地为有救援需求的人群提供援助，以达到环球计划的标准。

本原则包括以下要素：

- 保证受灾人群的各方都能获得人道救援响应。
- 所有对受灾人群生活所需蓄意剥夺的做法都将被视为违反人道主义宪章中描述的相关条文和一般人道主义原则的行为。
- 根据需求为受灾人群提供帮助，不得出于其他理由而歧视他们。

指引

维护方式

1. ***在某些地方，受灾人群的基本需求得不到满足***，而相关当局本身无法为灾民提供必要的援助。在这种情况下，当局不应拒绝中立人道组织的援助。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的规定。

2. ***监督方式：*** 应谨慎监督受灾人群，特别是弱势群体获得人道救援响应的方式。

3. ***获得人道援助和获得行动自由***是密切相关的（见 39 页，保护原则 3，指引 7-9） 救援时应考虑到对检查站、封锁、地雷等障碍物的监测。在武装冲突中，冲突中的各方可能都会设立检查站，但是这些障碍设置不应以受灾人群的类别不同而区别对待，并且不可过分地阻碍灾民获得人道援助。另外，还应采取特别措施以确保偏远地区或交通不便地区的受灾人群获得同等的救援。

4. 应充分考虑情境、社会和文化条件以及社会行为，采取***特殊的措施帮助弱势群体获得救援***。这些措施应包括为受强奸、人口贩卖迫害的人群建立安

全空间，或落实有助于援助残疾人的措施。在采取上述措施时，应避免使以上人群受到羞辱（见 63-64 页，核心标准 3，指引 5、6）。

拒绝援助或拒绝保障灾民生存需求的问题

5. ***接受人道援助的权利***：根据人道主义宪章的规定，受灾人群有权获得人道援助。此项权利出自国际法中的法律规范和规则。更确切地说，国际人道法中包含了有关获得救援以及“保护平民赖以生存的物件”（1949 年日内瓦公约 1977 年附加条款 I、附加条款 II）的大量相关条款。因此，人道主义机构应考虑督促人们遵守相关法律（见 38、39 页，保护原则 3，指引 3-4）。

确保无歧视

6. ***公正***：人道主义机构应根据需求将需要援助的灾民放在首位，并按需求比例提供援助。这一公正原则是经《国际红十字会与红新月运动和非政府组织灾害救济行为守则》（见 368 页，附录 2；或 19 页，人道主义宪章）认可的。如果对特定人群（如难民营中流离失所的人群）的单一关注已经危害到其他受灾人群的利益，人道主义机构应尽快纠正这种做法。

7. ***受灾人群并不需要拥有特别的法律地位***才能获得人道救援并受到保护。

保护原则 3：保护人们免遭由暴力和胁迫带来的生理上和心理上的伤害

保护受灾人群避免遭到暴力侵害、因强迫或诱导而做出违背其意愿的行为和由此带来的恐惧感。

本原则包括以下要素：

- 采取一切合理措施来确保受灾人群不受暴力袭击的影响，包括应对威胁来源或帮助人们避免威胁。
- 采取一切合理措施来确保受灾人群不受胁迫，即受灾人群受强迫或诱导，用可能致使他们受到伤害或侵犯他们权利（如行动的自由）的方式，做出违背他们意志的行为。
- 支持受灾人群为保障自身安全、寻求保障以及保持尊严而做出的努力，包括社区自我救助机制。

指引

针对暴力、压迫的保护

1. 政府和其他相关当局应承担起***保护人们***远离生命安全威胁的***基本责任***（见 19 页，人道主义宪章）。在发生武装冲突时，冲突中的各方应该保护平民和那些已经投降的武装人员的安全。在分析受灾人群的风险和威胁情境时，人道主义机构应确定哪一方承担法律责任及 / 或具备提供保护的实际能力。

2. ***使其他威胁减至最少***：包括通过最大程度减少其他威胁的方法提供援助从而使受灾人群获得更多保障、加强人们的自救能力或采取措施（通过倡议或其他途径）使人们远离风险。

3. ***监督和报告***：人道主义机构应当履行监督、报告重大权利侵害事件的责任。还应提醒相关当局和行动者应尽其义务，为受灾人群谋求权利。人道主义机构可能采取不同模式的行动，包括外交、游说以及公共宣传。同时，这

些机构应严格遵守敏感信息的管理指引（见 33 页，保护原则 1）。

4. ***在武装冲突中***，人道主义机构应考虑监督学校和医院等国际人道法明确要保护的机构，并报告针对这些机构的一切攻击行为。人道主义机构还应努力降低冲突地区可能发生的绑架或强征入伍的风险和威胁。

5. ***在受灾人群遭到爆炸物威胁时***，人道主义机构应就地雷和未爆炸武器清除问题与相关政府当局以及专业机构进行协调。在武装冲突结束后受灾人群重返故乡时，此类威胁尤为严重。

6. ***政治的、执法的及军事的行动者***在保护人们免受迫害和侵害方面发挥着重大作用。而根本的核心保护问题最终需要在政治领域解决。安全和执法机构，例如警方和军事机构（包括维和部队），能够且应该在保障处于危险中的人群的人身安全方面发挥重要作用。此外，人道主义机构可对正在进行侵害的相关行动者发出警告。针对军事队伍、军队的指挥人员或这些军事行动的控制力量而言，当局的干涉是制止军事力量侵害的必要措施。

行动的自由

7. ***受灾人群不应被强制留在***或流放到他们不希望去的地方（例如难民营），限制其行动自由的其他不合理行为也应被制止。只有出现严重的安全或健康问题时才可以限制人群的行动自由以及选择住所的权利，应依据目标来确定此类限制的程度。无论何时，受灾群众都有权寻求庇护。

8. ***撤离***：只有在极端恶劣的环境下，即救援人员面对生命、安全、健康的严重威胁，且已无其他方式可以提供紧急援助和保护时，才可采取“撤离”这一特殊措施。

9. 不应该让受灾人群***停留在危险地区***，又或在他们未掌握那些危险地区所有信息和情况时，也不应鼓励他们重返或把他们重新安置在这些地区。

暴力、迫害引发的脆弱性

10. ***弱势人群***：应考虑个人、社会及情境因素以确认最易遭受风险和威胁的人群。针对面对特殊风险的人群应采取特殊措施，这些弱势人群包括妇女、小孩、被迫流离失所的人们、老年人、残疾人以及少数民族或少数宗教信仰者。

11. ***针对儿童的安全环境***：人道主义机构应为儿童提供安全环境。家庭和社区也应努力获得相关支持以保证儿童的安全。

12. ***儿童，特别是与家人分离的***或是没有成年人陪伴的儿童，可能在灾害或冲突中更易受到迫害或利用。人道主义机构应采取一切合理措施防止儿童被强征入伍。如果他们和武装力量有所牵连，应迅速开展营救工作并使他们重返社会。

13. ***妇女和女孩尤其会面对***与性别暴力有关的***风险***。保护这些人群时，人道主义机构应特别考虑采取相应措施减少可能出现的风险，包括人口贩卖、强迫卖淫、强奸以及家庭暴力。人道主义机构还应实施相关标准和运用相关工具来防止和根除性侵犯和性虐待事件。这些不愉快的事件可能会牵涉到有特定脆弱性的受灾人群，例如孤独无助的或身患残疾的妇女被迫通过性交易来换取人道援助。

社区为本的社会支持和自我救助

14. 应通过保持家庭完整、教授人们如何防止儿童与家人失散、改善对失散儿童的适当照顾以及组织针对失散儿童及其家人的搜寻和团聚活动，从而改善***家庭和社区的保护和社会心理支持机制***。如果可能，应尽量保证家庭的完整并使来自同一村落或支援网的人们居住在同一区域。

15. ***支持社区自助活动***：社区自助活动包括，妇女组解决性别暴力问题；青年组针对民生支援的合作；父母组支持与儿童积极互动并关心有特殊需求的婴幼儿及儿童的父母；青年组传播针对地雷等威胁的保护信息；社区组为失去伴侣的男女、老年人及残疾人提供援助。

保护原则 4：帮助人们争取权利，获得有效的支援并从剥削或侵犯的影响中恢复过来。

通过信息、证明文件、援助等支援方式帮助受灾人群争取他们的权利。通过合适的方法，帮助受灾人群从暴力和其他迫害造成的生理、心理以及社会的影响中恢复过来。

本原则包括以下要素：

- 帮助受灾人群维护他们的权利，从政府或其他地方获取支援，并为其提供与权利及有效援助有关的信息。
- 协助受灾人群获得行使其权利所需要的证明文件。
- 通过为受灾人群提供社区为本的或其他的社会心理支持，帮助他们做好灾后恢复工作。

指引

支持受灾人群维护他们的权利

1. ***政府和其他相关当局有责任***保证受灾人群的权利得到尊重和满足。无论是通过法律体系还是其他途径，人道主义机构都应支持受灾人群争取权利。

2. ***权利***：人道主义机构应让受灾人群了解他们在指定援助方案中以及受灾国法律规定中应享有的权利。同时，还应特别关注受灾人群的房屋权、土地权以及财产权的确立（重新确立）。

3. ***信息和咨询***：人道主义机构以及当局应使用灾民可以理解的语言或方式向受灾人群传递信息。此外，在做出影响受灾人群生活的决定时，应引入一个有意义的咨询过程以征询灾民的意见，从而避免额外风险（见 55 页，核心标准 1）。这也是帮助灾民维护权利的方法之一。

证明文件

4. ***保护文件或更换遗失文件***：人道主义机构应通过保护文件或更换遗失文件来协助受灾人群获得权利。一般来说，不论受灾人群是否持有特定的证明文件都应享受权利。但是为了使受灾人群获得充分的权利，通常需要如出生证明、结婚证、护照或地契等形式的证明文件或身份证明。在灾难发生后，具备财产证明文件是特别重要的。然而，在很多国家，所有权并没有通过权利证书进行认证，这种情况很可能导致争议的产生。因此，应当为死者出具死亡证明以避免为其亲属带来不必要的财产和法律问题。如果尸体没有得到适当处置，一般不开具死亡证明。另外，应避免随意处理遗体。

5. 由政府或相关当局颁发的***法律证明文件***不能与人道主义机构发布的文件（如注册文件、配给卡或运输凭证等）混淆。由当局发布的官方文件应注明哪些人群可以得到人道主义组织的援助。

获取救助

6. ***受灾人群有权***因其权利被侵犯而向政府和相关当局***寻求法律援助和其他支援***。这里的“支援”可包括对损失的补偿或对财产的赔偿。受灾人群同样有权要求将侵犯其权利的犯罪者绳之于法。这种做法十分有利于恢复受灾人群的信任并使其重拾信心。人道主义机构同样也能协助受灾人群获得公正的裁决或将侵权事件交给可以提供此类法律援助的机构处理。

7. ***医疗保健和康复支持*** 应在武装冲突、性别暴力或其他相关问题发生之后，帮助受灾人群获得适当的医疗保健和其他康复支持（见 316 页，基本卫生服务 - 传染病控制标准 3；321-323 页，基本卫生服务 - 儿童健康标准 1、2）。

8. 如果有非政府性来源***提供援助***，应适时帮助受灾人群识别并获取这种援助。

社区支持和社会心理支持

9. 应支持***积极的公共应对机制***，如符合当地文化的丧葬、宗教仪式和习俗以及无害的文化和社会习俗。

10. ***针对儿童的活动***：在适当的情况下，应采用非正式的方法鼓励社区为儿童开展有组织的、支持教育的保护性活动，如儿童友好空间。同时，应将自我救助活动纳入社区保护机制以改善灾民的社会心理健康。

11. ***协助组织***开展针对暴力幸存者***的适当社会心理支持活动***。确保幸存者参与到社区的社会网络以及自我救助活动。在开展社区为本的社会支持活动的同时，也应开展精神医疗保健活动。

12. ***综合支持体系***：致力于心理支持和精神健康的多个领域的相关机构应密切合作，建立一个综合的体系来帮助受灾人群（见 333 页，基本卫生服务 - 精神健康标准 1）。

13. ***临床支持***：建立临床支持机制，便于严重受灾人群的转诊治疗。

参考资料和延伸阅读

一般保护：背景和工具

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. www.icva.ch/doc00002448.pdf

Giossi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 or www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html

O'Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Insitute (ODI). London.

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009),

Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York. www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

保护中具体的标准

儿童

ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision (2004), Interagency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Geneva. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Paris. www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php

残障人士

Handicap International (2006), Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries.

Handicap International (2008), Toolkit on Protection of Persons with Disabilities.

性别暴力

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.

aspx?page=content-products-products&productcatid=3

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

住所，土地和财产权

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. "Pinheiro Principles". http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi. www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the 'Pinheiro Principles', IASC. Geneva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

国内流离失所者

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective

United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC. www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC. www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (2004), Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader. aspx?page=content-products-products&productcatid=10

IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ or www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

心理健康和社会心理支援

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloaderaspx?page=content-productsdefault

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

排雷行动

The International Mine Action Standards: www.mineactionstandards.org/imas.htm#english

老人

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO–HelpAge International. www.humanitarianinfo.org/ iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24

核心标准

如何使用本章

核心标准是适用于所有人道救援响应领域实施过程的基本标准。核心标准为本手册中所有标准的实施手法提供同一指向的参考点。因此，每个章节需与核心标准配套使用以达到其自身标准。

核心标准包含以下 6 条：

以人为本的人道救援响应

协调与合作

评估

设计和响应

表现、透明度和学习

救援人员的表现

每一条核心标准分以下部分进行阐释：

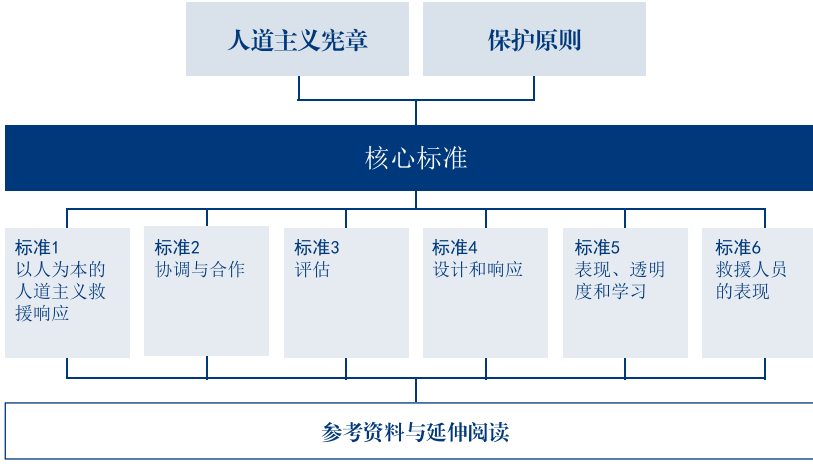
- **核心标准：**这些为定性标准，明确了人道救援响应所能达到的水平。
- **关键行动：**指为满足标准而建议的活动和投入。
- **关键指标：**是判断行动是否达标的“信号”。这是评估和链接关键行动流程及结果的方法；它们只与最低标准有关，和关键行动并不相关。
- **指引：**包括在不同情况下运用核心标准、关键行动和关键指标时应考虑的问题。“指引”可为实际难题的解决以及较重要主题和跨领域主题的基准或建议提供指导。“指引”中还可能包括了与标准、行动或指标相关的关键问题，并描述了目前存在的两难性、争议或跟现有知识的差距。

核心标准的关键指标可以满足使用者各种各样的应用和情境要求。应根据特定的情境和领域为每个指标确定可衡量的、有时限的规格。因此，使用者应根据自己的情况，在可行的情况下采用相应的指标。

在本章结尾会给出一个关于参考资料和延伸阅读的清单。

目录

简介 …… 53
核心标准 …… 55
参考资料和延伸阅读 …… 74


人道主义宪章
保护原则
核心标准
标准1
以人为本的人道主义救援响应
标准2
协调与合作
标准3
评估
标准4
设计和响应
标准5
表现、透明度和学习
标准6
救援人员的表现
参考资料与延伸阅读

简介

核心标准描述了达到环球计划中所有最低标准所需的步骤。这些步骤是环球计划人道主义宪章原则的实际体现，也是保障受灾人群有权获得援助的基础，这些援助可使他们生活有尊严。核心标准还定义了社区的、当地的、国家的或国际的人道主义机构应达到的最低响应级别（如关键指标中的“信号”指示）。

同时，这些核心标准可与其他关键问责措施相联系，从而促进问责的一致性并形成接受问责的公共承诺。例如，人道主义问责性伙伴关系 2010 年问责与质量管理标准”（HAP 2010 Standard in Accountability and Quality Management）以及核心标准都包含了互补性要求；救援人员的表现标准与“People In Aid 的最佳模式操作手册”(People In Aid's Code of Good Practice) 相一致；应急能力建设项目 (Emergency Capacity Building Project) 的指引“Good Enough Guide”、“救援、重建与发展小组的质量规则（Grope URD's Quality Compas）”以及“人道主义行动问责与表现主动学习网络”(ALNAP) 尤其为核心标准 1、5 提供基础；核心标准应与“跨机构紧急情况下的教育网络（INEE）的最低教育标准：备灾、响应、恢复”配套使用。

核心标准对所有领域的重要意义

核心标准 1 阐述了人道救援响应中不可或缺的要素：全年龄段受灾人群（包括男人、女人、男孩、女孩）的参与以及使他们有尊严生活的能力和对策。核心标准 2 描述了与参与中立人道主义行动的其他机构及政府机构合作并实施有效响应的需求。核心标准 3 描述了通过系统的评估来了解自然灾害、确定何人因何而受灾以及评估受灾人群的脆弱性和能力的需求。同时，核心标准也认识到理解政治、社会、经济、环境情境及更广泛人群的有关需求的重要性。

核心标准 4 规定，人道主义机构应根据对需求的公正评估来规划他们的响应工作，从而满足有关受灾人群和受灾国的情境、能力的未满足需求。

核心标准 5 的实现则需要人道主义机构不断检查其响应工作的有效性、质量和适当性。人道主义机构应根据受灾人群的反馈和监督信息来调整他们的策略，并分享他们的表现信息。这些机构应进行公正的评审和评估，并根据评估的结果改善他们的政策和做法。

核心标准 6 规定，在救援受灾人群时，人道主义机构有义务雇佣有相关知识技能、行为端正、态度良好的救援工作者，从而实施有效的人道救援响应。人道主义机构同样也有责任通过对救援工作者的有效管理以及身心健康支持，使得他们能够圆满地完成工作。

脆弱性

环球计划侧重于满足受灾人群的紧急生存需求。然而，对于可以减少未来风险和脆弱性、加强受灾人群能力和促进早期恢复的备灾方法，核心标准也同样支持。这些方法考虑了人道救援响应对自然环境以及更广泛情境的影响，与寄居人群及更广泛人群的需求紧密相关。

本手册中出现的“脆弱的”都是指那些易受自然的或人为的灾害或冲突影响的人群。由于生理的、社会的、环境的及政治因素的综合影响，人们在灾害中变得更为脆弱。某些受灾人群可能由于其种族、年龄、性别、自身的残疾、阶级或社会地位、政治立场或宗教信仰，而遭到社会的孤立。由于多种脆弱性和不稳定情境的影响，人群因不同原因在不同方面变得脆弱。弱势群体（例如那些受灾害影响的人群）具备管理能力以及从灾难中恢复的能力。在进行人道主义支持时，只有透彻了解弱势人群的能力以及困难，才能在响应中满足那些最需要帮助的人群的要求。

核心标准

核心标准 1：以人为本的人道救援响应

在人道救援响应的设计和方法里，使受灾人群有尊严生存的能力和策略是不可或缺的部分。

关键行动（结合指引阅读）

- 通过尽早找出社区群体和社交网络以及以社区为本和自救为基础来支持当地的能力建设（见指引 1）。
- 建立有系统和有透明度的机制，受灾人群可以通过这个机制定期反馈并影响项目（见指引 2）。
- 确保弱势群体在受灾人群的讨论中，代表比例得到平衡（见指引 3）。
- 通过受灾人群可理解的形式和语言向他们提供关于人道主义机构、人道主义项目以及人群应有的权利等信息（见指引 4）。
- 尽早向受灾人群提供用于社区会议及信息共享的安全合适场所（见指引 5）。
- 使受灾人群能够既方便又安全地对救援方案提出投诉；针对响应和支援行动建立及时而透明的程序（见指引 6）。
- 如果可行，应雇佣当地的劳动力、使用环保材料以及委托有社会责任感的企业开展救援工作，从而刺激当地的经济、促进恢复工作。
- 如果可能，设计方案应容纳并尊重当地人民所重视的具有积极意义的文化、精神和传统习俗（见指引 7）。
- 在响应期间，逐渐增加受灾人群对项目的决策权和所有权。

关键指标（结合指引阅读）

- 项目策略与社区为本的能力和举措明确相关。
- 以讨论如何组织或实施人道救援响应（见指引 1、2）。
- 在响应期间，受灾社区或当地部门所带领的自助行动数量得以增加（见指引 1）。
- 人道主义机构针对所提供援助的投诉进行调查，如合宜的情况下采取行动。

指引

1. ***当地灾民的能力：***受灾人群应学习并掌握与人道救援响应、灾害恢复有关的技能、知识以及能力。据《国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救援行为守则》（见 368 页，附录 2）的原则 6、7 所述，主动参与人道救援响应是保障受灾人群有尊严生活的权利的必要基础。通过开展自我帮助以及社区主导的举措，可以使受灾人群重获尊严以及一定程度的控制权，从而为他们带来心理和社会幸福感。通过大家庭、宗教网络以及宗教仪式、朋友、学校及社区活动，使受灾人群获得社会的、财政的、文化的及情感的支持，从而协助重建其个人和社区的自我尊重和认同、减少其脆弱性并提高其应变能力。人道主义机构应帮助当地受灾人群识别支援网络以及自我帮助群体，并在合宜的情况下恢复或重建这些网络或群体。受灾人群的参与程度及参与方式应由灾害发生的频度及其个人生理、社会、政治环境来决定。因此，应根据情境选择可以代表所有受灾人群参与度的指标。当地人群通常是灾害第一受影响的人群，而在早期阶段就让他们参与到响应工作中是可行的。在早期方案中，如果救援机构能够倾听、询问受灾人群并落实鼓励灾民加入救援的工作，后期方案中的响应质量会得到提升，社区管理也会大大加强。

2. 通过***反馈机制***，受灾人群可以对方案的规划及实施产生影响（见 HAP「参与」基准）。反馈机制包括就受灾人群代表进行“经验教训”方面的焦点小组访谈、调查、访问以及会议（见应急能力建设的工具“Good Enough Guide”和指引 3、4）。应将调查结果和救援机构对受灾人群的反馈回应与灾民系统地共享。

3. ***代表参与***：为达到平等参与的目的，必须了解并排除阻碍不同人群参与的因素。应采取措施确保所有受灾人群（男女老少）都能参加。此外，应竭力保证那些缺乏代表性的、边缘化的（因宗教或种族原因）及“被忽视的”（如

不便离家的或生活在机构中）人群的参与。同时，在合乎青少年和儿童的权益以及已采取措施确保其免受侵犯和伤害等两个大前题之下，他们的参与应该被鼓励。

4. ***共享信息***：对于针对受灾人群利益而采取的行动，灾民有权获得准确的最新信息。信息可以缓解人们的不安情绪，同时也是建立社区责任感以及社区归属感的必要条件。人道主义机构至少应提供关于本机构的任务及项目、受灾人群的权利以及何时何地获得援助的描述（见 HAP 的“共享信息”基准）。共享信息一般透过公告栏、公共会议、学校、报纸及无线电广播进行。这些信息应表现出对人们境况的理解。同时，应用当地的语言进行表述，并使用各种合适的媒体进行传播。这样，才能保证所有有关人群都能收到这些信息。例如，针对不识字的儿童和成年人，采用口语沟通或图片的方式传递信息；针对有视觉障碍的人士，使用简明易懂的语言（即当地 12 岁儿童可以理解的语言）撰写信息并采用大字体打印；作出适当的会议安排，以便老年人或有听觉障碍的人士能够清楚聆听。

5. ***安全而方便进出的空间***：将公共会议的举办场所安排在安全区域，并确保那些行动不便的人群（包括被习俗限制不能出现在公共场合的妇女）方便参与。同时，为儿童提供玩耍、学习、开展社交以及发展的“儿童友好”空间。

6. ***投诉***：受灾人群有权向人道主义机构投诉并寻求相应的响应（见 HAP 的“投诉处理”基准）。正式的投诉和申诉机制是构成受灾人群问责的重要组成部分，有助于受灾群众重新支配自己的生活。

7. ***符合文化的民俗***（如丧葬、宗教仪式以及其他习俗）是推动灾后受灾人群的认同性、尊严以及能力恢复的根本要素。然而，一些符合当地文化的习俗却违背人权（例如禁止女孩接受教育及女性割禮），不应支持。

核心标准 2：协调与合作

在人道救援响应的规划和实施过程中，跟参与公正的人道主义行动的相关当局、人道主义机构、民间社会组织的协调，共同致力于实现最高效、最有效、覆盖面最广的人道救援响应。

关键行动（结合指引阅读）

- 从发灾开始就参与一般层面以及任何适用领域层面的协调机制（见指引 1、2）。
- 清晰受灾国和其他协调团体（如有）的责任、目标以及所扮演的协调角色（见指引 3）。
- 为协调团体提供关于人道主义机构的任务、目标以及项目的信息。
- 采用便于人道主义机构惯用的形式，及时地与相关协调团体共享评估的信息（见 61 页，核心标准 3）。
- 将其他人道主义机构的项目信息用于地理区域和响应计划的分析和选择。
- 定期为协调团体更新救援进展，并报告重大延误以及机构的不足之处或备用的能力（见指引 4）。
- 通过与其他人道救援组织合作，加强对关键的共同人道主义关注点的倡导。
- 根据人道主义原则和目标，制定针对人道主义机构与非人道主义行动者合作的明确政策和行为规范。

关键指标（结合指引阅读）

- 应将关于项目计划和进度的评估报告及信息定期提交给相关的协调团体（见指引 4）。
- 在同一地理区域或领域内，各人道主义机构的活动不要重复。
- 应按照在协调会议中做出的承诺开展工作并及时报告工作情况。
- 在实施人道主义机构的响应工作时，应考虑其他人道主义机构、民间社会组织及相关当局的能力和政策。

指引

1. ***已作协调的响应***：要保证方案的适当覆盖度、及时性和质量需要多方行动。积极参与协调工作可以使协调领导者及时明确劳动分工和责任、了解需要共同达致的需求多大地被满足、减少工作的重复性并缩小救援覆盖范围及质量的差距。有些情况下，受灾人群可能需要重复提供相同的信息以满足不同评估团队的要求，而通过已协调的响应、机构间及时的评估以及信息共享，可以避免上述情况的发生，从而减轻灾民的负担。通过协作与在可行的情况下共享资源和设备，可以优化社区、社区的周边环境以及受灾国政府、捐助者、人道主义机构在面对不同任务和专业知识方面的能力。参加灾前协调机制有助于建立协调关系并加强响应时的协调。如果协调机制只针对国际机构，当地的民间社会组织和当局可能不会参加该机制。此外，在会议和其他共同交流活动中，应尊重并使用当地语言。同时，应识别出参与响应工作的民间社会行动者和网络，并鼓励他们和其他的当地、国际的人道救援组织的参与，而代表机构出席协调会议的员工应掌握有利于规划和决策的适当信息、技能以及权责。

2. ***常见的协调机制***包括会议机制和信息共享机制。其中，会议机制包括常规会议（针对所有项目）、单一领域会议（例如卫生）及跨领域会议（例如社会性别）。信息共享机制涉及评估和背景信息数据库等。通过跨领域会议，可以综合解决人们的整体需求，而不是单一需求（例如，人们的住房、供水、环境卫生、个人卫生和心理等相互关联的需求）。不同协调机制之间应共享相关信息，确保所有项目的综合协调。在所有协调情况中，协调机制的质量会影响机构的参与承诺：协调领导者必须确保会议和信息得到妥善管理、切实有效并以结果为导向。否则，参与机构应倡导并支持效果更好的机制。

3. ***协调角色***：受灾国有责任协调援助组织的人道救援响应工作，同时，人道主义机构也必须扮演支持受灾国协调工作的重要角色。然而，在某些情境

下，例如国家当局就是迫害和侵害的始作俑者或者他们提供的救援并不公\正，亦或受灾国家有心参与协调，但缺乏能力，这时，就需要替代性的协调机制。在这些情况下，协调会议应由地方当局与联合国及非政府组织分别或共同主导。现在，许多大范围的人道主义紧急事件通常都是通过“群集方式”解决的，即由一个领导机构领导、同一领域内的机构分组进行协调。

4. 如果信息易于使用（简洁明了、相关性强）、与其他机构的数据在技术上兼容且符合全球人道主义协议，***高效数据共享***将会得到加强（见 61 页，核心标准 3）。数据共享的精确频率是依据机构和情境而定的，但应保持其相关性。另外，还应该对敏感信息保密（见 61-65 页，核心标准 3、4）。

5. ***军队和私营企业***：私营企业的参与者以及国外、国内的军队逐渐成为救援工作的一部分，因而也影响着协调工作。军队可以提供安全、后勤、运输以及通讯等领域的专业知识和资源。然而，他们的行动可能会模糊人道援助目标与军事或政治目标的重要区别，在未来可能会造成安全风险。根据已认可的准则，与军队进行的任何联系都应服务于人道主义机构，并由人道主义机构领导。一些机构可能只会和军队进行最少的对话以确保救援效率（例如基本方案信息共享），而另外的机构可能与军队建立更密切的联系（例如使用军队资产）。任何与军事或政治目标的实际或可感知的联系都会妨碍人道主义机构的独立性、可信度、安全以及对受灾人群的援助。因此，在任何情况下，人道主义机构都必须明确地和军队划清界限以避免上述现象的发生。私营企业能够为人道主义机构带来商业效益以及补充性的专业知识和资源。与私营企业合作时，必须实现信息共享以避免工作的重复，同时也要提高人道主义的实践效果。私营企业与人道主义机构的伙伴合作必须严格遵守人道主义目标。

核心标准 3：评估

通过对情境、威胁受灾人群有尊严生活的风险以及对受灾人群和相关当局响应能力的系统评估，确定受灾人群的首要需求。

关键行动（结合指引阅读）

- 查找并使用影响人们在灾难中脆弱性的相关灾前信息，如当地人道救援能力、受灾人群和更广泛人群、情境以及其他已存在的因素（见指引 1）。
- 立即实施初始评估，依据灾前信息来评估灾难造成的情境变化并找出任何会导致或增加受灾人群脆弱性的新因素（见指引 2）。
- 尽快实施快速评估，并在时间和环境允许的情况下跟进后续的深入评估（见指引 3）。
- 应至少依据性别和年龄来分解受灾人群数据（见指引 4）。
- 聆听评估范围内受灾人群的心声，包括全年龄段的男性和女性、受灾难影响的女孩、男孩和其他弱势群体以及更广泛的受灾人群（见 57 页，核心标准 1；指引 5、6）。
- 如果可能，应参加多领域的、联合的或跨机构的评估。
- 使用多种模式系统地收集信息，推敲从多种源头和机构收集的信息，并将收集的信息成文（见指引 7）。
- 评估受灾人群的应对能力、技能、资源以及恢复策略（见指引 8）。
- 评估响应计划以及受灾国的能力。
- 评估灾难对个人和社区的社会心理幸福感的影响。
- 评估受灾人群及救援工作者现有的或潜在的安全问题，包括响应可能加剧冲突或使得受灾人群和寄居人群的关系紧张等潜在问题（见指引 9）。
- 使用其他人道主义机构可以理解的形式，及时地共享评估数据（见 60 页，核心标准 2；指引 4）。

关键指标（结合指引阅读）

- 评估需求应与受灾人群和受灾国的响应能力明确相连。
- 快速以及深入的评估报告应包含代表所有受灾人群（包括弱势人群、受灾地区周边的人群）的观点。
- 评估报告至少应包含根据性别和年龄分解的数据。
- 深入评估包含脆弱性、情境以及能力的信息和分析。
- 应使用大家认可的、广泛接受的评估形式。
- 应在快速评估之后，针对所选干预人群进行深入评估。

指引

1. ***灾前信息***：集合现有各方面的信息，对于初始、快速评估的意义重大。相当数量的信息是关于情境（例如政治的、社会的、经济的、安全、冲突及自然环境）和人群（例如性别、年龄、健康程度、文化、精神以及教育程度的人群）。信息的来源包括相关国家部门（例如卫生和人口普查数据）、学术或研究协会、社区组织以及当地的及国际的人道主义机构在灾前提供的数据。通过备灾和早期预警措施的实施、共享网络筹划的新发展、众包以及手机平台（例如 Ushahidi）的使用，也已经创建出相关信息的数据库。

2. ***初始评估***通常是在灾后第一时间进行的评估，并可能几乎完全基于二手信息以及已存在的信息。通过初始评估，可以传递紧急救援需求。因此，初始评估应立即进行和共享。

3. ***阶段性的评估***：评估是一个过程，而不是一个单独的事件。初始、快速评估可以为后续的深入评估提供依据，这些深入评估可以深化（但不重复）早期的评估结果。另外，需注意，对于个人和社区来说，关于性别暴力等敏感保护问题的重复评估却可以是弊大于利。

4. ***数据分解***：在初期就实现详细的数据分解几乎是不可能的，但是对于辨别所有年龄段儿童、成人的不同需求和权利来说是非常重要的。应尽快根据

年龄和性别进行进一步数据分解：0-5 岁的儿童男性 / 女性、6-12 岁男性 / 女性以及 13-17 岁男性 / 女性，之后每隔十岁分为一组，例如：50-59 岁男性 / 女性、60-69 岁男性 / 女性、70-79 男性 / 女性、80 岁以上男性 / 女性各分为一组。与卫生章节的生理年龄分组不同，这些分组是用于关注权利、社会和文化议题与年龄相关的差距。

5. ***代表性评估***：基于需求的评估覆盖所有受灾人群。同时，需额外付出努力来评估那些位于不易到达之处的人群，例如不在集中安置住所的灾民，即身处难以进入的地理区域或者生活在寄宿家庭的人群。这同样也适用于那些不容易接触到但常常处于危险中的人群，例如残疾人、老年人、不便外出的个人、可能会被招募为童子军或遭受性别暴力的儿童以及年轻人。主要信息的来源包括直接观察、专题小组讨论、调查以及与尽可能多的人和组别进行讨论（例如，地方当局、男性和女性社区领导、老年人、卫生服务人员、老师和其他教育人员、商人以及其他人道主义机构）。应注意，对于某些人群来说，在公开场合说话可能是困难的或危险的。同时，也应单独和儿童谈话，因为他们不情愿在大人面前说话，这样可能对儿童造成风险，而在大多数情况下，应单独询问妇女和女孩。从受迫害和侵害的人群中收集系统信息的救援工作者应具备必要的技能以及系统，从而确保收集工作的安全性和合适性。在冲突地区，信息可能被滥用，危及受灾人群的安全或危害机构的运作能力。只有征得灾民个人的同意，才能与其他人道主义机构或相关组织共享灾民信息（见 33 页，保护原则 1）。在第一时间评估所有受灾人群是不可能的，因此评估中未涉及的地区和组别应在评估报告中写明，并尽早返回。

6. ***评估脆弱性***：不同的人群和个人在灾后面临的危险也不相同。有些人可能因为个人因素，例如年龄（特别是非常年轻或非常老）和疾病（特别是艾滋病病毒感染者），而变得脆弱。如果仅因个人原因，还不足以造成风险的上升。应评估导致脆弱性的社会和环境因素，如歧视和边缘化（例如妇女和女孩的地位及权力低下）；社会孤立；环境退化；气候变迁；贫困；

缺少土地；治理不善；种族；阶级或社会地位；宗教或政治立场。在后续的深入评估中，应辨别潜在的未来危险，例如因环境退化（土壤侵蚀或森林滥伐）导致的风险类型变化以及气候和地质变化（如旋风、洪水、干旱、滑坡以及海平面上升）。

7. ***数据收集和清单***：应对包含人口流动和流动数量的评估信息进行反复调查和验证。如果可能，参考信息的来源应广泛。如果多领域的评估在初期无法实施，应额外注意评估它与其他单独领域、保护和跨领域评估的关系。应当注意分解的数据源和数据级以及一开始记录的 5 岁以下儿童的死亡率和发病率。很多评估清单都是基于认可的人道主义标准获得的（见一些技术章节附录的清单）。通过这些清单的使用，可以加强与其他机构数据的一致性并使数据便于被其他机构掌握，确保对所有关键领域都进行了检查以减少组织和个人的偏见。一个普通的机构间评估形式可能在灾前就已制定，也可能在响应中才被认可。在任何情况下，评估都应明确目标和方法，并能够生成关于危机对受灾人群影响的公正信息。应使用适合特定情境的定量及定性的混合方法。如果可能，评估团队应由男性、女性、一般工作人员以及专家组成，包括具备收集有社会性别敏感度的数据以及和儿童交流技能的人群。团队中的成员应通晓当地语言和熟悉当地位置，并可以使用当地文化可接受的方式与受灾人群进行交流。

8. ***评估能力***：社区具有应对和恢复能力（见 55 页，核心标准 1）。很多应对机制都是可持续的、有帮助的，但是有些机制却具有消极作用，具有潜在的长期不良后果，例如资产变卖和大量的酒水消费。在实施评估时，应区分可以加快恢复能力的积极策略并找出策略造成负面影响的原因。

9. ***评估安全***：对于受灾人群和寄居人群的安全和保障的评估，应贯穿整个评估过程，从而识别暴力的威胁和任何形式的胁迫以及践踏生存权或基本人权的行为（见 38 页，保护原则 3）。

10. ***共享评估***：评估报告可以为其他人道主义机构提供宝贵信息、创建基线数据并增加制定响应决策的透明性。无论单个机构的设计如何变化，评估报告都必须清楚简明，使用户可以确定优先采取的行动并描述他们证明数据可靠性的方法。如果需要，还可以使用评估报告进行对比分析。

核心标准 4：设计和响应

人道救援响应满足了受灾人群已评估的需求，这些需求是因应不同情境、所面临的风险、以及受灾人群和受灾国应对及恢复的能力。

关键行动（结合指引阅读）

- 应根据对需求、情境、面临的风险以及受灾人群能力的公正评估来进行方案设计（见 61 页，核心标准 3）。
- 设计的方案应满足受灾国或受灾人群自身目前或未来不能满足的需求(见指引 1)。
- 在灾难发生后的第一时间，优先解决跟基本、紧急生存需要有关的救援行动。
- 使用分解后的评估数据来分析灾难影响个人以及人群的方式，并设计出能够满足受灾人群特殊需求的方案。
- 设计响应计划，使得弱势群体能够完全享受到援助和保护服务（见指引 2）。
- 确保方案的设计与方法尊重受灾个人和人群各方面的尊严（见 57 页，核心标准 1；指引 3）。
- 分析所有增加人群脆弱性的情境因素，从而设计出能够逐渐降低他们脆弱性的方案（见 63 页，核心标准 3；指引 4）。
- 设计出合适的方案，从而将人群遭受危害、冲突加剧的风险降至最低。同时，方案还应避免产生不安全因素并减少受灾人群遭受侵害和迫害的几率（指引 5；见 33 页，保护原则 1）。
- 逐渐缩小评估环境与环球计划最低标准之间的差距，从而达到或超过环球计划的指标要求（见指引 6）。
- 设计可以促进早期恢复、减少风险并增强受灾人群防范能力、最小化或更

好应对未来危险影响的方案（见指引 7）。

- 持续调整方案，从而保持其相关性和适合性（见 68 页，核心标准 5）。
- 在方案实施的初期，应计划退出策略并与受灾人群沟通退出策略，以加强可持续性恢复。

关键指标（结合指引阅读）

- 方案设计是基于对特殊需求以及不同受灾人群所面临风险的分析。
- 方案设计应针对受灾人群的现实需求与他们自身或受灾国满足需求能力之间的差距。
- 方案设计根据情境、风险以及人群需求和能力的变化而修改。
- 项目设计包括为减少受灾人群对未来灾害的脆弱性以及增加他们管理和应对未来灾害能力所采取的行动。

指引

1. ***支持现有能力***：受灾国所扮演的主要角色及其承担的责任是为灾民提供及时救援和保护（见 20 页第 2 段，人道主义宪章）。如果受灾人群及 / 或受灾国没有足够的能力进行响应（特别是在响应的早期），或者受灾国或当局歧视某个群体及 / 或某个受灾地区的灾民，应实施干预行动。在任何情况下，都应根据受灾国对于所有受灾人群的救援能力和意图，决定人道救援响应的规模和类型。

2. ***获得援助***：对有需求的灾民提供无歧视的援助（见 36 页，保护原则 2）。通过为灾民提供及时的信息以及针对他们的特殊需求及文化和安全考虑（例如，在分发食物时，将老年人或带孩子的妇女单独分为一队）的设计，使灾民获得更多的援助并提升其利用援助和从援助中获益的能力。各年龄段的男性、女性、男孩及女孩参与设计可以使该能力得到增强。通过使用由社区广泛交流和理解以及系统性监督而设计出的目标条件和步骤，可以使灾民获得更多援助。技术章节阐述的行动通过缜密的设计（如定位区域内的安全设施等），可以促使灾民获得平等的救援。

3. ***有尊严生活的基础***：是受灾人群获得基本服务、保障以及人权得到尊重的保证（见 19 页，人道主义宪章）。同样地，人道救援的实施方法也极大地影响受灾人群的尊严和幸福感。因此，采用的方法应考虑每个人的内在价值、尊重他们的宗教文化认同、改善社区自救活动并鼓励积极的社会支持网络，从而有利于增强灾民的社会心理幸福感，同时也是使灾民有尊严生活的必要元素。

4. ***情境和脆弱性***：社会、政治、文化、经济、冲突以及自然环境要素会增加人们对灾难的脆弱性；情境的改变可能会增加弱势群体的数量（见 61 页，核心标准 3）。弱势群体可能同时面临众多风险（例如，身为边缘化族群一员的老年人）。应分析导致风险提高的个人、情境因素的综合影响，并设计方案来解决或减轻这些风险并满足弱势群体需求。

5. ***冲突敏感性***：人道援助可能会造成意想不到的负面影响。有价值的救援物资可能会增加受灾人群遭受侵害和迫害的危险，并导致援助中的竞争以及物资误用、滥用等情况的产生。饥荒可以是一种战争武器（例如，蓄意在一个地区减少人口或强制财产转移）。救援可能对更广泛的人群产生消极影响并放大男性和女性等不同人群间的不平等权利关系。然而，通过细致的分析和计划，可以降低援助加剧冲突和不安全情况（包括在自然灾害中出现的相关情况）的潜在可能性；通过设计确保公平的分配和公正的救援；通过尊重个人的保密信息，保护人们的安全和尊严。例如，艾滋病病毒感染者可能被污名化；也应保证人权侵犯事件中的幸存者的安全并为其提供保密援助（见 61 页，核心标准 3）。

6. ***符合环球计划的最低标准***：达到最低标准所花费的时间是由情境决定的：这个时间受地区灾前的资源、交通情况、不安全因素以及生活水平影响。如果对受灾人群的救援已经超过寄居人群及 / 或更广泛人群的生活水平，亦或是使寄居人群及 / 或更广泛人群的条件变差，形势就会变得紧张。在这种情况下为了最大程度缩小差距并降低风险，可以制定一些战略，例如减少响应工作对自然环境和经济的负面影响以及倡导提高寄居人群的生活水平。另外，应在可能的时

间和地点，扩大响应的实施范围，从而将寄居人群纳入响应工作。

7. ***早期恢复和风险降低***：应尽早采取一些措施，以加强当地能力、与当地资源的合作，并恢复服务、教育、市场以及生计机遇，从而促进经济的早期恢复以及在外部救援结束后，人群管理风险的能力（见 55 页，核心标准 1）。至少，人道救援响应需保证不伤害或危及未来一代的生活质量，或是无意中导致未来危害（例如，过度砍伐森林和使用自然资源）。当生命的即时威胁稳定后，应分析现有以及（多种）潜在的未来危害（如由气候变化造成的危害）。通过设计来降低未来的风险。例如，在响应工作中抓住机遇以致力于风险降低和“重建安全家园”，如：建立抗地震和飓风的房屋、保护可以抵御风暴潮的湿地以及在早期预报和备灾过程中支持相关政策的制定和由社区推动的举措。

核心标准 5：表现、透明度和学习

持续核查人道主义机构的表现，并与利益相关群体就该表现进行交流；项目因应机构表现作适当调整。

关键行动（结合指引阅读）

- 建立有系统而又简单、及时的参与式机制，以监督达致环球计划标准的进程以及方案规定的原则、产出和活动（见指引 1）。
- 建立基本机制，用于监督人道主义机构在其管理及质量控制体系方面的整体表现（见指引 2）。
- 监督人道救援响应的成果并在可行的情况下监督响应工作对受灾人群和更广泛人群的早期影响（见指引 3）
- 针对监督数据、不断变化的需求以及不断演变的情境，建立用于适应性项目策略的系统机制（见指引 4）。
- 在整个响应实施的过程中，进行定期的反思和学习。
- 按照方案规定的目标、原则以及被认可的最低标准，实施针对方案的最终

评估或其他形式的有目标性的学习回顾（见指引 5）。

- 在可行的情况下，参与共同的、跨机构的以及其他合作学习举措。
- 及时与受灾人群、相关当局以及协调小组共享监督成果，并在可行的情况下分享评估成果以及其他关键学习过程（见指引 6）。

关键指标（结合指引阅读）

- 项目应根据监测和学习所提供的信息进行调整。
- 监测和评估多种信息来源，包括响应工作所选定的代表人群以及寄居人群的观点（如果这两个人群不同）。
- 定期与响应工作锁定的人群、相关地方当局以及其他人道主义机构共享精确的、更新的、非机密的工作进度信息。
- 定期监督与所有环球计划核心标准、相关技术最低标准（及相关全球或机构表现标准）以及与关键利益相关群体共享的主要成果有关的表现（见指引 6）。
- 机构应依据已认可的评估实践标准，不断针对重大人道救援响应实践进行客观评估或学习回顾（见指引 6）。

指引

1. ***监督***：应将动机和结果进行比较。监督用于衡量项目目标和指标以及项目对脆弱性和情境的影响。监督信息用于指导项目修正、验证目标定位标准以及确定援助是否达到受灾人群的期望。同时，通过实施监督，让决策者响应社区反馈并确定出现的问题以及趋势。另外，监督也是机构提供和收集信息的时机。为了达到有效监督，应适当结合一定数量和质量的数据并保持数据的一致性，从而选用适合于特殊方案和情境的监督方法。监督信息的开放性和交流度（透明度）可以增加救援机构对受灾人群的问责性。由受灾人群自身实施的监督可以进一步增强信息的透明度和质量以及灾民对信息的所有权。通过明确数据的预期用途和使用者，可以确定收集什么样的数据以及数据如何展示。应以方便共享和决策的简短易理解的格式展示数据。

2. ***机构表现***：并不仅限于衡量机构方案成果。机构表现包括了人道主义机构

的整体功能，即机构在下述方面的进步：和其他组织的关系、对优良的人道主义实践的坚持、救援规范原则以及机构的效率和效力等。可使用救援、重建与发展小组的质量规则（Groupe URD's Quality Compas）等质量保证方法来评估机构的整体表现。

3. ***影响监督***：对影响（积极的、消极的、有意的或无意的短期到中期干预行动的广泛影响）的评估对于人道救援响应来说是可行的且重要的。对影响的评估是一个重要且新兴的领域，与特定的人道主义工作对人口和情境所发挥的作用息息相关，人口与情境本身非常复杂且互相关联。受灾人群最能判断他们生活的改变，因此，结果和影响评估必须包含受灾人群的反馈、对受灾人群心声开放式的倾听以及其他定性和定量的参与式手法。

4. ***保持关联性***：监督工作应定期检查方案是否与受灾人群保持关联。应根据评估结果对方案进行适当修改。

5. ***表现的核查方法***：不同的核查方法应适用于不同的表现、学习以及问责性的目的。可能使用多种方法，例如监督和评估、参与式影响评估和倾听练习、质量保证工具、审计以及内部学习和反思。在响应结束时通常要进行方案评估，提出针对组织政策和未来方案的建设性修改建议。在响应过程中，也可实施机构表现的监督以及“实时评估”以促成政策和实践的即时改变。评估通常由独立的外部评估者实施。然而，如果内部员工采用客观的方法，也可以进行方案的评估。这里所说的内部员工一般是指响应中未涉及的机构内工作人员。人道主义评估运用一套八维度的标准，被称作 DAC（发展援助委员会）标准：相关性、合适性、连通性、连贯性、覆盖性、效率性、有效性以及影响性。

6. ***适用于整个行业的表现***：通过与协调小组共享各机构达到环球计划最低标准的进度，可以支持响应范围内的监督并为行业内的表现数据创造一个宝贵的来源。

核心标准 6：救援人员的表现

人道主义机构应提供适当的管理、监督以及社会心理支持，从而使救援工作者具备良好的知识、技能、行为以及态度，有效地计划与实施人道救援响应工作。

关键行动（结合指引阅读）

- 应为管理者提供适当的领导能力培训、增加其对关键政策的熟悉度以及有效管理资源的能力（见指引 1）。
- 建立系统的、公平的、透明的招聘程序以吸引最多的合适应聘者（见指引 2）。
- 招募不同性别、种族、年龄以及社会背景的人员组成团队，这样，团队的多样性就可以适应当地的文化和情境。
- 为救援工作者（国家的和国际的工作人员、志愿者、顾问）提供充足及时的归纳信息、信息简述、简明扼要的报告要点以及最新的工作描述，让他们了解自己的责任、工作目标以及组织价值，并掌握关键政策及当地情况。
- 制定保障和撤离指引以及健康和安全政策，并在救援工作者与人道主义机构开展工作前，将这些指引政策简要地传授给他们。
- 确保救援工作者获得医疗保健和社会心理支持。
- 针对救援工作者制定个人行为准则，从而保护受灾人群免遭性侵犯、腐败、迫害以及其他侵犯人权行为的危害。同时，应将此准则告知受灾人群（见指引 3）。
- 提高对受灾人群文化的尊重（见指引 4）。
- 在确认救援工作人员存在违反机构行为准则的行为之后，应建立申诉程序并采取适当的纪律处分措施。
- 实施针对工作人员、志愿者的定期评估并提供与其工作目标、知识、技能、行为以及态度相关的表现反馈。
- 协助救援工作者管理他们的工作量并把压力降至最低（见指引 5）。
- 让工作人员和管理者共同寻求持续学习和发展的机会（见指引 6）。
- 为经历或目睹了惨痛事件的救援工作者提供适当的支持（见指引 7）。

关键指标（结合指引阅读）

- 通过对员工以及志愿者表现的审查，判断他们具有工作说明书描述于知识、技能、行为态度以及责任等方面的足够竞争力。
- 违反禁止腐败与滥用职权的行为准则的救援工作者得到正式处分。
- 人道主义机构政策和实践应能体现“People In Aid 的最佳模式操作手册”(People In Aid's Code of Good Practice) 中的原则或类似原则。
- 在灾难响应的过程中，救援工作者出现患病、受伤及与压力相关的健康问题几率保持稳定或有所下降。

指引

1. ***优秀的管理方法***：人员管理系统根据机构和情境而定，但管理者和监督者应熟悉“People In Aid 的最佳模式操作手册”（包括计划、招募、管理、学习和发展、合同结束时的过渡以及针对国际机构的部署方面的政策和指引）。

2. ***招募程序***应对所有工作人员和申请者开放并易于其理解。相关的透明度包括针对每个岗位的更新后相关工作描述的准备和共享，透明度对建立多样化及有竞争力的团队非常重要。现有团队可根据需要招募新成员，从而增加团队的合适性和多样性。快速的员工扩充可能招募到没有工作经验的人员，此时，需要有经验的员工对其进行帮助。

3. ***救援工作者***对管理和分配有价值救援物资的控制，使他们处于凌驾于受灾人群的权力位置，受灾人群是指那些依赖于援助且其保护性社会网络已经被扰乱或破坏的人群；然而，如果救援工作者不当使用这种权力，就会导致腐败和权力滥用。妇女、儿童以及残疾人是遭受性侵害的高危人群，因此，严禁以人道援助或保护为条件，向灾民换取性服务。同时，还应严禁人道救援响应相关的个人（援助工作者和军队、受灾国或私营企业人员）牵涉权力滥用、腐败或性侵犯等行为；严禁强迫成人或儿童劳动以及非法使用

毒品；严禁人道主义机构有关的个人（或团体）贩卖人道救援商品或服务。

4. ***救援工作者应尊重***受灾人群的价值观以及尊严并避免做出受灾地区文化无法接受的行为（例如不当着装）。

5. ***救援工作者经常***在危险和高压的环境下***长时间工作***。机构有责任关心救援工作者的健康。相关的举措包括提高工作者的幸福感并避免其长期劳累、受伤或患病。管理者应实施有效的安全管理、给予充分的休息和调养、积极支持合理的工作时间以及提供心理支持，让救援人员意识到危险并使其免受不必要的生理、心理健康威胁。管理者应以身作则，从而更好地履行其关心救援工作者的义务。救援工作者也需要对自身的健康、安全负责。

6. ***在灾害的初期阶段***，工作人员的能力发展可能会被限制。随着时间的流逝，通过表现审核以及员工、管理者的反馈，工作人员的学习和发展空间就会得到确认和支持。备灾工作同样也为确认和发展人道主义相关竞争力提供了机遇。

7. 对那些经历或目睹了惨痛事件的工作人员应立即采取***心理急救***（见 333 页，基本卫生服务 - 精神健康标准 1；参考资料和延伸阅读）。事后心理状况汇报收效甚微，不应提供。

参考资料和延伸阅读

信息来源

以人为本的人道救援回应

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing.Oxford. www.oxfam.org.uk/publications

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Geneva.www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

协调与合作

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva. www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach: http://oneresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York. http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – "Oslo Guidelines". Rev. 1.1. Geneva. http://ochaonline.un.org/cmcs

评估

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/ cluster%20 approach%20page ?/clusters%20page ?s ?/health%20cluster/RT/ IRA_Guidance_ Country%20Level_field_test.doc

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.ushahidi.com

设计与回应

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Early Recovery Tools and Guidance: http://oneresponse.info/GlobalClusters/ Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva. http://oneresponse.info/ crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_ mainstreaming_GN9.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

表现，透明度和学习

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Groupe URD (2009), Quality Compas. www.compasqualite.org/en/index/index.php

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

援助人员的表现

People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London. http://peopleinaid.org

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

延伸阅读

评估与回应

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

儿童

Action for the rights of children (ARC) (2009), www.arc-online.org/using/index.html

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva.

残障人士

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-

international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_ booklet_01.pdf

Women’s Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers. New York. www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

环境

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: www.reliefweb.int/ochaunep

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature (2005), UNHCR Environmental Guidelines. Geneva. www.unhcr.org/3b03b2a04.html

社会性别

Gender and Disaster Network: http://gdnonline.org

WFP (2009), WFP Gender Policy. www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

艾滋病病毒 / 艾滋病

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/page ?loader.aspx?page ?=content-products products&sel=9

老人

HelpAge International: www.helpage.org

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=24

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

表现，监督与评估

ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London. www.alnap.org

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version).London. www.alnap.org

Catley, A et al (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University. https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment

Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book. www.compasqualite.org/en/index/index.php

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: www.alnap.org

瞄准人群

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Geneva. www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_ Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf

供水、环境卫生及卫生促进的最低标准

如何使用本章

本章分为七大部分：

供水、环境卫生及卫生促进（WASH）

卫生促进

供水

粪便处理

病媒控制

固体垃圾管理

排水

保护原则和核心标准的使用必须和本章保持一致。

虽然最低标准的主要目的是明确应对灾害的人道救援响应，但是在备灾和过渡到恢复阶段的工作中，也应考虑这些最低标准。

每章节都包括以下内容：

- **最低标准：**本质上，这些标准是定性的，它们明确了人道救援响应中有关供水、环境卫生和卫生促进的活动应满足的最低标准。
- **关键行动：**指为满足标准而建议的活动和投入。
- **关键指标：**是判断行动是否达标的“信号”。这些关键指标提供了衡量、链接关键行动流程及结果的方法；它们只与最低标准有关，和关键行动并不相关。
- **指引：**这部分包括在不同情况下运用最低标准、关键行动和关键指标时应考虑的问题。“指引”对实际困难的处理提供了指导，对较重要的问题提供了基准或建议。“指引”还可能包含了与标准、行动或指标相关的关键问题，并描述了其两难性、争议或跟现有知识的差距。

如果本章所要求的关键指标和行动无法实现，应评估因此而对受灾人群产生的负面影响并采取适当的缓解措施。

此外，附录 1 提供需求评估清单；附录 2-6 是指引；然后有经过筛选的参考资料和延伸阅读清单，列出与本章相关的具体问题和一般问题的信息来源。

目录

简介 …… 83

1. 供水、环境卫生及卫生促进（WASH）…… 87

2. 卫生促进 …… 90

3. 供水 …… 96

4. 粪便处理 …… 106

5. 病媒控制 …… 112

6. 固体垃圾管理…… 118

7. 排水…… 122

附录 1:“供水、环境卫生及卫生促进”初始需求评估清单 …… 125

附录 2 机构及其他用途的最小用水量规划指引…… 128

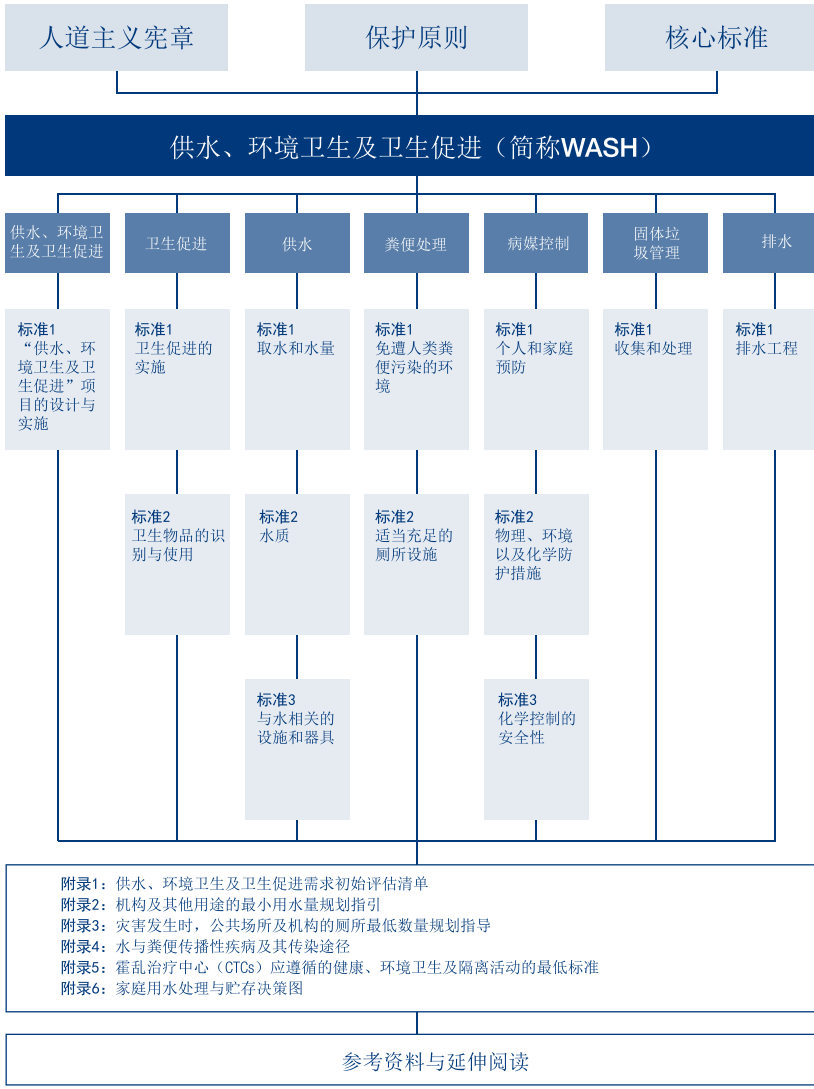
附录 3 灾害发生时，公共场所及机构的厕所最低数量规划指导 …… 129

附录 4 水与粪便传播性疾病及其传染途径…… 130

附录 5 霍乱治疗中心（CTCs）应遵循的健康、环境卫生及隔离活动的最低标准…… 131

附录 6 家庭用水处理与贮存决策图 …… 132

参考资料和延伸阅读 …… 133


人道主义宪章
保护原则
核心标准
供水、环境卫生及卫生促进（简称WASH）
供水、环境卫生及卫生促进
卫生促进
供水
粪便处理
病媒控制
固体垃圾管理
排水
标准1 “供水、环境卫生及卫生促进”项目的设计与实施
标准1 卫生促进的实施
标准1 取水和水量
标准1 免遭人类粪便污染的环境
标准1 个人和家庭预防
标准1 收集和处理
标准1 排水工程
标准2 卫生物品的识别与使用
标准2 水质
标准2 适当充足的厕所设施
标准2 物理、环境以及化学防护措施
标准3 与水相关的设施和器具
标准3 化学控制的安全性
附录1：供水、环境卫生及卫生促进需求初始评估清单
附录2：机构及其他用途的最小用水量规划指引
附录3：灾害发生时，公共场所及机构的厕所最低数量规划指导
附录4：水与粪便传播性疾病及其传染途径
附录5：霍乱治疗中心（CTCs）应遵循的健康、环境卫生及隔离活动的最低标准
附录6：家庭用水处理与贮存决策图
参考资料与延伸阅读

简介

与人道主义宪章和国际法的联系

“供水、环境卫生及卫生促进”（WASH）的最低标准实际地表达出人道主义机构的共同信念和承诺，也是人道主义宪章中所陈述，引导人道救援行动的共同原则、权利与义务。最低标准建基于人道主义原则，体现了国际法，隐含着维持生存和获得尊严的权利、保护和安全权以及根据需要获得人道援助的权利。可参考附录 1（见第 356 页）中有关人道主义宪章的关键法律和政策文件列表，该列表提供了相关注解供人道主义工作者参考。

尽管国家是上述权利的主要责任人，人道主义机构与受灾人群一起工作时，有责任贯彻上述理念。这些一般权利衍生出一些更具体的权利，包括构成核心标准基础的参与权、信息权和免受歧视的权利，还包括作为支持本手册核心标准和最低标准砥柱的供水、环境卫生、粮食、住所和健康等具体权利。

每个人都有获得饮用水及环境卫生的权利。这些权利已被国际法律文件认可，以及为个人和家庭提供充足、安全、可接受、身体上可及和可负担的用水和容易使用的卫生设施。充足而安全的饮用水在以下情况中至关重要：预防由脱水引起的死亡，降低患上跟水相关的传播性疾病的风险，提供个人及家庭对日常用水、烹饪以及卫生等需求。

水及环境卫生的权利与其他人权包括获得健康、住房和足够食物等权利是息息相关的。同样也是人类生存的基本保障之一。国家和非国家参与者都有责任确保水及环境卫生权利得以实现。例如，在武装冲突中，禁止袭击、毁坏、移除饮用水装置或灌溉工程或使其失效。

本章中的最低标准部分并没有全面地阐述水及环境卫生权利。然而，环球计划的标

准体现了水及环境卫生权利的核心内容，促进该权利逐渐在全球范围内得以实现。

在灾难中实施“供水、环境卫生及卫生促进”项目的重要性

水和环境卫生对于人们在灾难初始阶段的生存极为重要。处于初始阶段的受灾人群更易患病和死于疾病，而这种情况在很大程度上都与不良的卫生环境、不充足的供水和无法保持良好个人卫生有关。最需要关注的疾病是通过口腔与粪便途径传播的腹泻及其他传染性疾病（见附录 4：水传播性疾病与粪便传播性疾病及其传染途径）。水与环境卫生相关的疾病包括经由固体垃圾和水相关病媒传播的疾病。所有在环球计划手册中提到的“环境卫生”都是指粪便处理、病媒控制以及固体垃圾的处理和排水。

在灾难中的“供水、环境卫生及卫生促进”项目的主要目标，是通过推广以下活动，减少口腔与粪便途径传播的疾病的传播和接触携带病菌的病媒：

- 良好的个人卫生习惯
- 供应安全饮用水
- 减少环境卫生风险
- 保障人们可以健康地、有尊严地、舒适地和安全地生活的条件

仅是提供足够的供水和卫生设施，并不能保证这些设施得到最佳利用或可以发挥对公共健康的积极作用。为了最大程度让受灾人群在人道救援工作中获益，他们必须掌握预防水传播性和环境卫生相关疾病的资讯，知识和认知，以及让他们参与相关设施的设计与维护工作。

譬如在有难民或受灾群众被紧急转移的情况下，使用公共供水和卫生设施，会增加妇女和女孩在性暴力以及其他形式的社会性别暴力上的脆弱性。为了最大限度降低这些风险并提供一个更为有效的响应，应确保妇女参与制定供水和环境卫生计划。通过促进计划制定、决策和本地管理过程中的男女平等，可确保整个人群安全、便捷地获得合适的“供水、环境卫生及卫生促进”服务。

通过充分的灾前准备工作可以保障在公共健康方面获得更好的灾难响应。备灾是政府、人道主义机构、当地民间社会组织、社区和个人的能力、关系及知识等因素共同作用的结果，可以有效预测和应对即将来临的危险。备灾是基于对风险的分析，与早期预警系统紧密联系。备灾工作包括应急计划、设施及物资的储备、应急服务与备用安排、人员培训以及社区规划培训和演习。

与其他章节的联系

其他章节中的很多标准都与本章相关。一个领域的标准实现的进度会影响甚至决定其他领域的标准实现的进度。各领域间的紧密协调与合作对于制定有效的响应十分重要。只有通过与当地权力机关或其他响应机构的协调，才可确保满足受灾人群的需求、避免重复工作并使供水与环境卫生干预的措施达到最佳效果。

例如，对于营养没有达标的地区，提高供水与环境卫生标准的紧迫性更强，因为人们患病的可能性会大幅度增加。在艾滋病病毒和艾滋病盛行的地区或老年人、残疾人居多的地区，情况也同样如此。随着情况的变化，提供供水和卫生设施的先后顺序，应根据各部门间共享的合理信息来决定。同时，需要适时参考同级标准和补充标准。

与保护原则和核心标准的联系

为符合本手册的标准，即使人道主义机构没有明确的保护任务或专业保护，所有人道主义机构也应该以“保护”原则为指导。这些保护原则也并非是“绝对”的：周围环境可能限制了人道主义机构实现保护原则的多与少。然而，本原则却反映了普世性人道主义的关注，这关注应时时刻刻指导我们的行动。

核心标准是适用于所有人道救援领域的基本过程标准和人员标准。六大核心标准涵盖了以人为本的人道救援响应；协调与合作；评估；设计和响应；表现、透明度和学习；以及救援人员的执行力。它们还为本手册中所有其他标准的支持方法提供了一个单一参考点。因此，各技术章节均需与核心标准配套使用以实现其自身标准。特别是要确保响应的适宜性和质量，应最大限度地动员受灾人群（包括灾害中面临高风险的群体和个人）参与响应行动。

受灾人群的脆弱性和能力

阅读本节时需结合核心标准，本节是对核心标准的必要补充。

我们很需要明白，如果仅是年少，老年，妇女，残疾人或艾滋病病毒感染者等因素的单独影响，并不会给这些人群带来脆弱性，或陷入日趋增长的风险中。然而，这是各因素相互作用所带来的影响。例如，一位 70 多岁独居且身体欠佳的老人可能比一位年纪和身体状况相似，但生活在大家庭中，且有足够收入的老人要更有脆弱性。同样，一个三岁小女孩在无人照看的情况下，会比在有父母照顾的情况下更容易受到伤害。

执行“供水、环境卫生及卫生促进”标准和关键行动时，脆弱性和能力分析有助于确保灾害响应能帮助到有权不受歧视地获得援助且最需要救助的人群。因此要彻底了解当地的环境，以及特定危机对特定人群所带来的不同形式的影响，这影响是缘于他们灾前已存在的脆弱性（例如非常贫穷或受到歧视）、面临的各种跟‘保护’相关的威胁（例如性别暴力，包括性侵犯）、疾病发病率或患病率（例如艾滋病病毒或肺结核）和传染病的可能性（例如麻疹或霍乱）。灾害可能会加剧灾前已存在的不平衡现象。无论如何，对人们的应对策略、应变和恢复能力的支持是必不可少的。他们的知识、技能和应对策略应得到支持，他们获得社会、法律、金融和社会心理支持的权利也应得到提倡。在人们平等地获得这些服务的过程中，其身体、文化、经济和社会等方面所面临的障碍也应得到清除。

下列几点突出可确保所有弱势群体的权利和能力得到关注的一些关键领域：

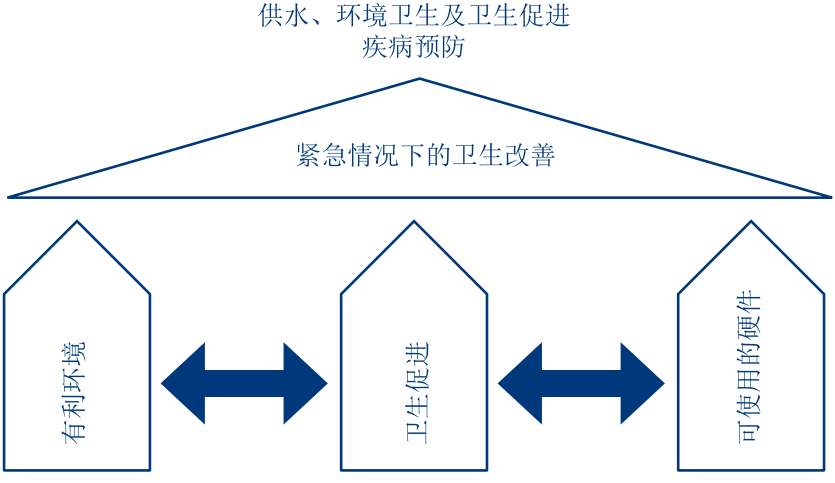
- 充分鼓励人们的参与，确保所有具代表性的群体都包括在内，尤其是那些容易被忽视的群体（例如，有沟通困难或行动不便的个人、生活在院舍的人、受歧视的年轻人和其他没充分被代表或没有代表的群体）。
- 在评估过程中按照性别和年龄（0-80 岁以上）进行数据分解，这是确保“供水、环境卫生及卫生促进”领域充分考虑到人口多样性的重要因素。
- 确保获得应享权益信息的权利能传达给社区所有成员。

最低标准

1. 供水、环境卫生及卫生促进（WASH）

如下表所示，促进个人及环境卫生，从而保护受灾人群的健康是所有“供水、环境卫生及卫生促进”项目的目标。为了制定有效的“供水、环境卫生及卫生促进”方案，必须保证人道主义机构与受灾人群之间的信息交流，从而明确关键的卫生问题、制定出符合当地文化的解决方案。同时还要充分利用所有供水和卫生设施，并将安全卫生切实纳入到实践中，使其促进公共健康的发展。

对于成功实施“供水、环境卫生及卫生促进”干预措施而言，卫生促进是至关重要的。卫生促进既有宏观意义上的重点也有微观意义上的重点。从宏观意义来讲，卫生促进是指对于各个环节中不可或缺的部分，主要体现在供水、粪便处理、病媒控制、固体垃圾管理和排水方面的指标上。从微观意义上说，卫生促进的重点浓缩为本章中的两大卫生促进标准，并与特殊卫生促进活动息息相关。



“供水、环境卫生及卫生促进”标准 1：“供水、环境卫生及卫生促进”项目的设计与实施

受灾人群的“供水、环境卫生及卫生促进”需求可得到满足，如果情况合宜，设施的使用者也应该参与设施的设计、管理和维护活动。

关键行动（结合指引阅读）

- 通过咨询受灾人群，以明确影响公共卫生的主要风险（见指引 1 以及 55-65 页，核心标准 1,3-4）。
- 根据受影响人群的需求优先次序来满足他们的公共卫生要求（见指引 1）。
- 对于所有“供水、环境卫生及卫生促进”项目活动所涉及的设施和促进方法，就其设计与可接受性而言，可以系统性地征求不同使用人群的反馈意见。（见 55-65 页，核心标准 1,3-4）

关键指标（结合指引阅读）

- 所有受灾人群在使用“供水、环境卫生及卫生促进”项目的相关资源和设施方面享有安全且公平的机会，并可以采取行动降低公共卫生的风险（见 94 页，卫生促进标准 2）。
- “供水、环境卫生及卫生促进”项目的所有工作人员应以尊重和清晰的方式与受灾人群进行沟通并公开地与其分享项目信息，另外，工作人员还应了解如何回答社区成员提出的与项目相关的问题。
- 所有人应在上厕所、或帮孩子清理肛门之后、以及在吃饭和准备饭菜前先洗手（见指引 6）。
- 所有使用者对“供水、环境卫生及卫生促进”项目的设计和实施感到满意，更好地维护和恢复使用者的尊严。

指引

1. ***评估需求***：评估时需要明确可能会加大脆弱性的危险行为，并预测“供水、

环境卫生及卫生促进”项目的设施供应和卫生促进活动成功的可能性。主要风险集中体现在以下几方面：使用设施时的人身安全；对边缘群体的歧视（这歧视会影响他们上厕所的可及性、使用和维护）；洗手用的肥皂或其他类似物品的缺乏；不卫生的集水和储水以及不卫生的食物储存与准备。

评估时应考虑到受灾人群可用的资源，如地方性的知识和习俗，从而加强评估活动的有效性、相关性和实用性。在评估的初始阶段及评估过程中，应找出哪些社会及文化习俗，可能有助于和 / 或妨碍受灾人群去遵守正确的卫生习惯。评估时应特别关注弱势群体的需求。若评估时无法征求弱势人群的意见，应在评估报告中明确表明并尽快解决。（见 61 页，核心标准 3）。

2. 卫生促进

卫生促进是一种经过规划的、系统的方法，帮助人们采取行动来预防和 / 或缓解跟供水、环境卫生及个人卫生相关的疾病。同时也为推进“供水、环境卫生及卫生促进”项目中的社区参与、问责以及监督提供了切实可用的方法。在卫生促进项目中，应结合受灾人群的知识、实践和资源，并根据目前的“供水、环境卫生及卫生促进”经验基础，来决定如何在最大程度上保障受灾人群的公众健康。

卫生促进项目包括了确保人们充分利用水、环境卫生及有利于健康的设施和服务，并对设施进行有效地操作和维护。卫生促进包含三大关键要素：

1. 相互分享信息和知识
2. 动员受灾社区
3. 提供基本物料和设施。

特别在灾难发生的时候，适当地进行社区动员是必要的。但是，动员必须侧重于鼓励人们采取行动保障自身的健康。促进活动应在合适的情况下，采用互动方式传播，而不仅仅是依赖大众传播方式。

卫生促进标准 1：卫生促进的实施

使所有年龄段的受灾男女和儿童都意识到公共卫生的主要风险，以及动员他们采取防止卫生条件恶化的行动，并充分维护和利用所提供的设施。

关键行动（结合指引阅读）

- 通过适当的大众传播途径，系统地提供个人卫生风险相关的信息和预防措施。（见指引 1-2）
- 明确那些有利于推动社区内不同社会群体的社会、文化或宗教的独特因素，并基于这些因素制定卫生促进沟通策略（见指引 2）。
- 在可行的时候，采取互动的方式交流卫生问题，确保与受灾人群的持续对

话和讨论（见指引 3）。

- 在与受灾社区的合作中，定期监督关键的卫生习惯和设施的使用（见指引 3 与核心标准 5；69-70 页，指引 1、3-5）。
- 与受灾人群和关键利益相关群体共同协商，制定适合社区动员者的条款和条件（见指引 5）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有的使用人群都能够描述并展示如何预防卫生条件恶化（见指引 1）。
- 正确地使用并定期维护所有的设施。
- 确保所有人在自己如厕后、清洗儿童下体后以及准备食物和进食前先洗手（见指引 6）。
- 所有卫生促进活动和信息都关注到关键行为和错误观念，而且这些活动和信息是面向所有使用人群（见指引 6）。
- 确保所有使用人群的代表都参与卫生促进工作的规划、培训、实施、监督和评估（见指引 1-6 与核心标准 1；56-57 页，指引 1-5）。
- 为婴幼儿护理人提供安全处理儿童粪便的方法（见 105 页，粪便处理标准 1；指引 6）。

指引

1. ***针对主要个人卫生风险和行为***：把通过评估不同人群**个人卫生**上的风险、任务以及责任所得的理解，应用于援助的规划和排序中，从而令人道主义行动者与受灾人群之间的信息交流更有针对性，并纠正错误观念（如有）。

2. ***覆盖所有类别的受灾人群***：在灾难的初始阶段，可能有须要依赖大众媒介来保证最多的人获得减少健康风险的重要知识。针对不同群组，可以通过相关沟通渠道提供不同的信息、教育和通讯材料，从而保障信息覆盖所有受灾人群。上述沟通渠道对于未受过教育、有沟通困难和 / 或没有收音机或电视机的人特别

重要。此外，流行媒介（戏剧、歌曲、街头剧、舞蹈等）的效果也颇为显着。应与教育机关进行协调，从而确定何时在学校开展卫生促进活动。

3. ***互动方式***：通过具有文化特色的参与式材料和方法，可以使受灾人群有机会规划、监督自身的健康改善状况。必要时，受灾人群还可以对项目提出建议或批评。卫生促进的规划应符合人文特点，并且由具有相关资质与技能的协作者执行，因为他们能够与和自己持不同信仰和习俗的人群合作（例如，在一些文化里，女人不可以与陌生男人说话）。

4. ***负担过重***：避免使所有受灾人群中的某一群体（例如女性）在卫生促进活动中或其管理活动中承担过多的责任。女性、男性和边缘群体均应享有参加培训和就业的福利。

5. ***适用于社区动员者的条款和条件***：外展工作和家访是一种潜在的、更为互动的方式，可以接触到大批人群，但是应提高相关工作者的协作能力。在集中安置住所里，每 1000 位受灾人群中应有两位卫生促进者 / 社区动员者。在符合国家相关法律的情况下，社区动员者也可以签订合同或者以自愿的方式进行日常工作。无论是有偿工作者还是志愿工作者都应与受灾人群、执行组织和不同群组商讨，避免造成紧张的局面及破坏已形成体系的可持续性。

6. ***激励不同群组采取行动***：人们必须意识到健康可能不是推动行为改变的最重要因素。相对于健康的体魄，隐私、安全、方便、宗教和文化规范方面的的遵守以及社会地位和尊严各方面的需求可能更具有驱动力。在设计促进活动时应充分考虑这些主要诱因，同时联合工程组，将这些诱因有效地纳入到设施的设计和选址工作中。此外，在设计促进活动时不仅要关注个人行为的改变，还要关注社会动员和群组合作。

卫生促进标准 2：卫生物品的识别与使用

受灾人群能够用上卫生物品，并参与到卫生物品的选择和推广卫生物品的使用，从而保障个人的卫生、健康、尊严和福祉。

关键行动（结合指引阅读）

- 就亟需的卫生物品，征求各年龄段男性、女性和儿童的意见（见指引 1、3-4）。
- 及时发放卫生物品，满足社区的紧急需求（见指引 2-3）。
- 执行卫生物品发放后的监督工作以便评估卫生物品的使用情况和受益人满意程度（见指引 3、5）。
- 调查并评估发放物品的替代品的使用，如现金、代用券和 / 或非粮食物品（NFI）（见 200 页，粮食保障 - 现金与代用券发放标准 1）。

关键指标（结合指引阅读）

- 男性、女性和儿童都可获得卫生物品并利用它们有效地维护自身的健康、尊严和福祉（见指引 1、7 和 9）。
- 在征求受灾人群的意见后，为月经年龄段内的所有妇女和女孩提供合适的经期卫生物品（见指引 5 和 8）。
- 对于不熟悉的卫生物品，所有男性、女性和儿童均可获得安全使用以及使用培训的信息（见指引 5）。
- 所有受灾人群都应了解非粮食物资的发放时间、位置、具体物品和目标群组等信息（见指引 3-5）。
- 安排非粮食物资时，将受灾人群和发放人员的安全放在首位（见保护原则 1，33-34 页，指引 1-3）。

指引

1. ***基本卫生物品***：最低标准包括盛水容器（水桶）、洗浴与洗衣用皂以及女性经期卫生物品。

基本卫生物品表

10-20 升盛水容器（用于运输）	每户一只
10-20 升盛水容器（用于存储）	每户一只
250 克沐浴香皂	每人每月一块
200 克洗衣肥皂	每人每月一块
合适的女性经期卫生物料，如耐洗棉质衣物。	每人一份

2. ***协调***：与临时住所群组和受灾人群讨论，是否需要提供未列入基本卫生物品的其他非粮食物品，例如毛毯（见 269 页，非粮食物品标准 1）。

3. ***卫生物品的及时发放***：为确保卫生物品的及时发放，有时候在未与受灾人群协商的情况下，可以先发放一些关键日用品（肥皂、水容器等）。有关物品的后期发放问题，应与受灾人群协商，征求他们的意见。

4. ***优先需求***：当人们的优先需求得不到满足时，他们可能会变卖所获取的物品。因此，发放计划物品时应充分考虑人们的生活所需。

5. ***适合性***：在确认发放物品时应谨慎，避免发放人们不熟悉而无法使用的物品，或可能导致错用的物品（如可能被误以为是食物的物品）。根据具体的文化特点或使用偏好情况，可用洗衣粉代替洗衣肥皂。

6. ***替换***：必要时，可以考虑可替换性的消耗品。

7. ***特殊需求***：有特殊需求的人群（如大小便失禁者或严重腹泻者）可能需要更多的肥皂等个人卫生物品。残疾人或需长期卧床的病人可能需要额外的便盆等物品。为了使用时的卫生，有些物品可能还需要改装（如带洞的凳子或大便座椅）。

8. ***经期卫生***：应考虑经期卫生物料的洗涤和弃置，并谨慎地提供。

9. ***额外物品***：根据社会和文化惯例，可能需要提供额外的个人卫生物品，但需视乎能否供应，这类物品（每人每月）可能包括：

- 75 毫升 /100 克的牙膏
- 一只牙刷
- 250 毫升洗发水
- 婴儿和儿童（2 岁以下）专用的 250 毫升护肤液
- 一把一次性剃须刀
- 处于经期年龄段妇女和女孩的内裤
- 一把毛刷和 / 或梳子
- 指甲刀
- 尿布（尿片）和尿壶（据每户需要而定）。

3. 供水

水对于生命、健康和人类尊严至关重要。在极端的环境下，供水不充足可能无法满足受灾人群的基本需求。在这种情况下，为灾民提供可维持其生存的安全饮用水是至关重要的。在大多数情况下，主要的健康问题是由于不良个人卫生（由供水不足引致）以及饮用受污染的水造成的。

供水标准 1：取水和水量

所有人都能安全地、公平地获得足量的水用于饮用、烹饪、个人和家庭卫生。公共供水点靠近居民区，才能满足居民最低的用水需求。

关键行动（结合指引阅读）

- 在寻找合适的水源时，要考虑到水量及环境对水源的影响（见指引 1）。
- 优先向受灾人群供水以满足其要求（见指引 2、4）。

关键指标（结合指引阅读）

- 平均每人每天至少获得 15 升水用于饮用、烹饪、和个人卫生（见指引 1-7）。
- 居住地离最近取水点的距离不超过 500 米（见指引 1、2、5、6）。
- 排队取水的等待时间不超过 30 分钟（见指引 6）。

指引

1. ***水源选择***：在选择水源时，应考虑以下因素：水源是否充足以及水源的可用性、邻近性和持续性；水源是否需要经过处理；水源的实际使用的可行性：包括对水源存在范围内的任何社会的、政治的及法律的因素的考虑。通常情况下，我们建议采用地下水及 / 或以坡度供水的泉源作为水源，因为这些水源较少处理和不用抽水。在灾难发生的初期，通常需要把水源与开采方法结合起来。需要定期监督所有水源以免过度开采。

2. ***需求***：家庭用水量是根据情境而定的，并且随气候、现有的环境卫生设施、人们的习惯、宗教和文化习俗、烹饪的食物以及着装等因素的变化而改变。一般情况下，住宅离水源越近，用水量就越大。如果可能，在生活水平较高的地方，用水标准可以超过每人每天 15 升。

维持基本生存的用水需求

生存需求：水摄取量（饮水和食物）	每天 2.5-3 升	依据气候和个人生理需求
基本卫生需求	每天 2-6 升	依据社会和文化习惯
基本烹饪需求	每天 3-6 升	依据食物类型以及社会和文化习惯
总用水需求	每天 7.5-15 升	

有关机构和其他用途最低用水量的指导，请参见附录 2：机构及其他用途的最小用水量规划指引。关于紧急牲畜用水需求，参见“牲畜紧急指导方针和标准”（见参考资料和延伸阅读）。

3. ***测量***：在收集用水数据时，与测量管道网或手泵的抽水量的方法相比较而言，家庭调查、观察以及社区决策小组等方法更为有效。

4. ***水量 / 覆盖***：当灾害发生时，在达到水质和水量的最低标准之前，即使水质一般，也应优先保证受灾人群可以公平地获得足够水量。由于面对灾难时，受灾人群对疾病会变得更脆弱。所以，即使取水和用水指标高于受灾人群或目标受灾人群的实际使用，也应贯彻落实这些指标。应特别关注艾滋病病毒感染者等有特殊健康状况的人群的额外用水需求果出现干旱，还应满足牲畜饮水和灌溉的用水要求。为了避免发生冲突，建议实施的用水和环境卫生覆盖项目范围可同时满足受灾人群和目标受灾人群的需求（见附录 2：机构及其他用途的最小用水量规划指引）。

5. ***一个水源的最大供水人数***：一个水源的最大供水人数是由该水源的出水量和水的利用率决定的。所采用的指导方针为：

每 250 人用一个水龙头	基于每个水龙头一分钟可以流出 7.5 升水
每 500 人用一台手泵	基于每个手泵一分钟可以流出 17 升水
每 400 人共享一口一人用的开放式水井	基于每口一人用的开放式水井一分钟可以提供 12.5 升水

上述指导方针是假设一个供水点一天大约开放 8 小时，并且在这段时间内，水是持续供应的。如果取水量大于指导方针中的数值，受灾人群每天的最低取水标准可超过 15 升。然而，要谨慎对待方针中的目标数值，因为达到它们并不意味着就能保证受灾人群可以获得最低量的用水或者公平取水。

6. ***排队时间***：若是排队时间过长则表明水的供应不足，这是由于供水点数量不足或水源出水量不足造成的。过长的排队时间会导致一些潜在的不良后果，包括：减少人均用水量、增加从未经保护的地表水源的用水量、减少取水者进行其他基本生存活动的时间。

7. ***取水和公平***：即使供水量能够满足人们的最低需求，仍需采用其他措施来保证所有群体能够公平地取水。此外，应排除种族和性别歧视等因素，将供水点设在能够方便所有人使用的地方。针对艾滋病病毒感染者、老年人、残疾人和儿童，可能要为其设计或提供适合他们使用的手泵或盛水容器。如果需定量供水或定时用泵抽水，应与妇女等用水者协商，然后有计划地供水。

供水标准 2：水质

水质符合饮用标准，口感正常，可用于烹饪、个人卫生和家庭卫生，不会对健康造成较大风险。

关键行动（结合指引阅读）

- 如果时间和条件允许，应开展快速环境卫生调查，并针对水源实施水安全计划（见指引 1、2）。
- 采取所有所需的保护措施，减少送水后期的污染（见指引 3、4；91 页，卫生促进标准 1）。
- 用管道供水或出现腹泻流行风险时，供水时都要经过消毒处理，从而使出水口每升水中的余氯不应该高于 0.5 毫克，浑浊度低于 5NTU。腹泻流行时，确保出水口每升水中的余氯高于 1 毫克（见指引 5-8）。
- 如果建议采用家庭用水处理，则要对家庭用水处理的方法进行了适当宣传、培训和监督（见指引 3、6）。

关键指标（结合指引阅读）

- 供水点 100 毫升水量中并没有检测出大肠杆菌 (见指引 2、4-7）。
- 所采用的家庭用水处理方法应能够有效改善含微生物的水质。针对这种方法应进行适当的培训、宣传及监督（见指引 3-6）。
- 短期使用化学（包括水处理化学物质的遗留物）或放射性污染水源后未见其对健康带来的负面影响，以及评估中显示产生这负面影响的可能性很低（见指引 7）。
- 相比其他可用水源，所有受灾人群应优先使用受保护的或经过处理的水源（见指引 3-6）。
- 未检测出水所引发或跟水相关的疾病（见指引 1-9）。

指引

1. ***环境卫生调查和水安全计划***：环境卫生调查是一项针对构成公共卫生风险的条件和习惯的评估。该调查包括对水的可能污染源的调查，例如，在运输中、在家中、如厕的习惯、在排水和固体废物处理所产生的污染。通过社区图这一有效方法，可以找出公共卫生的风险，并让社区参与其中，一起找出降低这些风险的办法。注意：即使动物粪便的有害性低于人类粪便，它仍可能包含微生物，例如隐孢子虫、贾第鞭毛虫、沙门氏菌、弯曲杆菌、杯状病毒等其他可能会导致人们腹泻的病菌，因此，动物的粪便也会导致重大的卫生风险。世界卫生组织（WHO）推荐使用水安全计划（WSP），这个整体方案涵盖了灾害识别、风险评估、改善 / 提升计划、控制措施和管理程序的监督（包括制定配套方案，见参考资料和延伸阅读）。

2. ***微生物学意义上的水质***：粪大肠杆菌（其中 99% 以上为大肠杆菌）是衡量水被人类和 / 或动物粪便污染以及有害病原体存在可能性的指标。如果水中有大肠杆菌，应进行水质处理。

3. ***推动水源保护***：仅仅为受灾人群提供受保护的或经过处理的水带来的成效并不大，倘若能让人们意识到这种做法对健康的好处，人们便会自发地采、用这种方法。受灾人群可能更偏向于使用未经保护的水源，例如河水、湖水、未经保护的井水，因为这些水口感好，水源又在附近，取水十分方便。在这种情况下，技术人员、卫生宣传员以及社区动员者需要了解这种偏好的成因，从而在宣传的信息和讨论中体现出成因分析观点。

4. ***送水后的污染***：即使供水点的水是安全的，在收集、存储以及运输过程中仍可能会再次受到污染从而引发重大卫生风险。为了使上述风险降至最低，可以采取下列步骤：改进取水和储水的习惯做法、将水分别装在多个干净的合适取水和储水容器中（见 103 页，供水标准 3）。此外，还应在用水点对水进行定期采样，从而监测水受到二次污染的程度。

5. ***水的消毒***：如果水源存在重大风险或受到二次污染，应使用残留的消毒剂（如氯）进行水处理。这一风险取决于受灾人群的安置情况，例如人口密度、粪便处置、环境卫生习惯以及腹泻类疾病的患病率。如果发生了腹泻病或存在该病的威胁，应对所有待分配的或放在家中的饮用水进行处理。对于将进行消毒的水，，其浑浊度应低于 5NTU。即使在短期紧急使用的情况，高浑浊度的水也可以在过滤后使用两倍剂量的氯进行消毒，直到浑浊度下降到一定水平（见附录 6：家庭用水处理与贮存决策树）。

6. ***家庭用水处理***：当无法使用中央水处理系统时，可以选择在家庭中采用“使用点的水处理” (PoUWT)。这方案可以减少腹泻的发病率并提高家庭存储水中的微生物安全性。使用点的水处理方案包括：沸腾、氯化、太阳杀菌、陶瓷过滤、慢砂滤以及絮凝 / 消毒。针对特殊情境采用哪种使用点的水处理方案取决于现有的供水和环境卫生条件、水质、文化可接受性以及使用点的水处理方案的实施可行性。一个成功的使用点的水处理方案应包括提供合适的材料及产品并为受益人提供合适的培训。在灾难中，应避免向灾民介绍未经测试的水处理方法。在存在预期风险的地区，应考虑预先添置使用点的水处理产品以促进快速响应工作的进行。如果在灾后仍需要使用水处理产品，应优先考虑使用当地的现有产品。为了确保使用点的水处理的有效使用，必须要进行定期的跟进、支持、监测，这也是采用它作为其中一种水处理方法的先决条件。

7. ***使用点的水处理中使用氯***：当没有可替代的水源时，可以使用双倍剂量的氯来净化高浑浊度的水源。但这种方式只适用于短期和在注入氯之前教授使用者通过过滤、沉淀以及倾析来降低浑浊度以后才能使用（见附录 6：家庭用水处理与贮存决策图）。

8. ***化学和放射性污染***：如果根据水文地质记录或者工业或军事活动常识观察

出水源可能存在化学性或放射性的卫生风险，应通过化学分析快速评估风险。然后，应做出可以平衡短期公共卫生风险和利益的决定。在决定是否长期使用有可能已受污染的水源之前，应首先彻底评估和分析该水源对健康的影响，作为决定的依据。

9. ***水的口感***：口感本身和健康并没有直接联系（例如：有点咸的水并不会产生卫生风险），但是如果安全饮用水的口感很差，人们可能会从不安全的水源取水而受到健康威胁。为了避免这种情况的发生，应采取健康促进措施以确保灾民只使用安全水源的水。

10. ***医疗中心的水质***：医院、医疗中心和哺喂中心的所有用水都应当使用氯或另一种残留消毒剂进行处理。如果在某些情况下，由于供水中断而要采取定量供应，应保持医疗中心内有足够的储水以确保正常用水的连续供应（见附录 2：机构及其他用途的最小用水量规划指导：霍乱治疗中心的有关健康、环境卫生及隔离活动最低标准）

供水标准 3：与水相关的设施和器具

群众有足够的设施和器具用于取水、储水，有足量的水用于饮用、烹饪、以及个人卫生，确保饮用水在使用前保持安全。

关键行动（结合指引阅读）

- 为受灾人群提供合适的取水和储水器具（见指引 1；94 页，卫生促进标准 2）。
- 积极鼓励所有受灾的个人和弱势人群参与供水点的选址和设计以及洗衣和沐浴设施的建造（见指引 2）。
- 应在用水分发点和社区洗衣设施处，配备私人洗衣池以及洗衣区，供妇女清洗及烘干内衣和月经卫生布料（见指引 2；94 页，卫生促进标准 3）。

关键指标（结合指引阅读）

- 每个家庭应至少有两个 10-20 升的清洁集水容器，一个用来存储，一个用来拿水（见指引 1 以及卫生促进标准 2；95 页，指引 1）。
- 取水和储水容器（水桶或其他储水工具）的颈部及 / 或顶盖要窄小，以便安全把水抽取和搬运。这些容器要被展示如何使用（见指引 1）。
- 每 100 人至少配有一个洗衣池；为妇女提供私人洗衣和沐浴区。同时，提供足够的水供洗衣和沐浴使用（见指引 2）。
- 无论何时，应确保家庭用水未受污染（见指引 1）。
- 用于取水、储水、沐浴、洗手以及洗衣的设施充足，能够使所有受灾人群感到满意。（见指引 2）。
- 确保对已安装的系统和设施定期进行维护。如果可能，让使用者也参与维护（见指引 3）。

指引

1. ***取水和储水***：人们需要用容器来取水、储水并将这些水用于饮用、烹饪、清洗和沐浴。这些容器应卫生、清洁、便于携带且在尺寸、形状以及设计等方面符合当地使用需求和习惯。儿童、残疾人、老年人以及艾滋病病毒阳性 / 艾滋病患者需要小型的或者经过特殊设计的储水容器。所需容器的容量取决于家庭的大小以及水资源可用量的一致性，例如，在能保证每日持续供水的情况下，可以为每个人提供一个大约 4 升的容器。进行安全取水、储水以及汲水的改善和监督工作，同时是与弱势人群（特别是妇女和儿童）讨论水污染问题的机会。

2. ***共用清洁和洗浴设施***：为受灾人群提供单独的洗浴空间，保护其隐私和尊严。如果不能为每个家庭都提供这样一个空间，可以为男性和女性提供一个集中的洗浴设施。如果没有肥皂，通常可以提供一些替代品，例如灰粉、干净的砂子、苏打或者其他可用来清洁及 / 或洗涤的物品。衣服清洗，特别

是儿童的衣服的清洗，是一项非常重要的清洁活动。烹饪器具和餐具同样也需要清洗。关于设施的数量、位置、设计、安全性、适应性以及方便性，应与使用者（特别是妇女、青春期女孩以及残疾人）进行协商后决定。其中，设施的位置应处在中心的、易于接近的、光线充足的、能见度良好的地区，从而确保使用者的安全。

3. ***供水系统的维护***：重要的是，让灾民意识到并使用一切必要手段以维护及维持已提供的供水系统。

4. 粪便处理

妥善处理人类粪便是阻断粪便传播性疾病的首道防线，有助于降低直接或间接传染的风险。因此，妥善处理粪便极其重要，在大多数灾害情况下，应该与提供安全饮用水一样，及时给予高度关注。在紧急灾害响应时，提供用于粪便无害化处理的适当设施，这关系到人们的尊严、安全、健康和福祉。

粪便处理标准 1：免遭人类粪便污染的环境

受灾人群的生活环境，以及具体的包括容身之所、食品生产区、公共中心以及饮用水源的周围环境，应免遭粪便的污染。

关键行动（结合指引阅读）

- 即时实施合适的粪便控制措施（见指引 1）。
- 针对安全的粪便处理和相关的卫生规范，与受灾人群进行快速协商（见卫生促进标准 1；92、93 页，指引 1-6）。
- 针对安全的粪便处理以及适当设施的使用，开展同步的卫生促进活动（见卫生促进标准 1；92、93 页，指引 1-6）。

关键指标（结合指引阅读）

- 受灾人群居住的环境应免遭人类粪便的污染（见指引 1-2）。
- 所有粪便控制措施，即沟槽式公共厕所、坑式厕所、水冲洗厕所，至少应距离地下水源 30 米。公厕或水冲洗厕所的粪坑底部至少应高于水位 1.5 米（见指引 3）。
- 在洪水或水位过高的情况下，应采取适当措施处理地下水源被粪便污染的问题（见指引 3）。
- 排便系统的泄漏或溢出不会污染地表水或浅层地下水（见指引 3）。
- 使用厕所时应尽可能保持厕所的卫生，儿童粪便应得到即时的、卫生的处

理（见指引 4）。

指引

1. ***安全的粪便处理***：安全的粪便处理旨在避免环境被没受控制的、分散的人类粪便所污染。在灾后以及在粪便处理的管理计划投入使用后，应立即考虑开展初步的清洁活动、划定并封锁排便区域以及进行公共厕所的选址和建造工作。粪便处理方案根据情况而定，分阶段性来处理当前的环境卫生问题是最有效的解决方案。同时，安全的粪便处理的活动实施应覆盖受灾人群中的所有群体。如果当地的受灾人群没有使用厕所的习惯，就有必要开展同步的卫生促进活动，从而鼓励受灾人群进行安全的粪便处理并提出建造更多厕所的需求。在城市地区，灾害可能会摧毁现有的排水系统。此时，应对具体情况进行评估，并考虑建造流动厕所或者使用可定时清淤的化粪池和 / 或粪便控制池。还应适当考虑池中污泥的清淤、搬运、运输以及最后处置。

2. ***排便区域***：在初始阶段，在可用的土地上，应该标识出排便区域及 / 或建造沟槽式厕所。这一措施奏效的前提是：排便区的选址得到了正确的管理和维护，且受灾人群已经了解使用这些设施的重要性以及这些设施的位置。

3. ***排便系统和水源之间的距离：***沟槽式或水冲洗厕所离水源至少 30 米，粪坑底部至少高于水面 1.5 米。如果两者之间存在裂缝性岩石或石灰岩，则需加长上述距离；如果两者之间的土质良好，则可减短上述距离。在一些灾害响应中，如果受灾人群没有直接饮用地下水，那么地下水污染问题可能不需要立即解决。反之，则应立即处理家庭用水和其他方面的用水（见供水标准 2；102 页，指引 6）。在洪水和高水位的环境中，可能需要建造加高的厕所或化粪池来存放粪便，从而防止粪便污染环境。此外，还必须确保化粪池的排水或溢出不会污染地表水及 / 或地下水源。

4. ***儿童粪便的控制***：特别注意儿童粪便的处理情况。通常情况下，儿童受粪

便传染的危害比成人更大（在儿童中，由粪便造成的疾病传播更为频繁，加上儿童本身可能缺乏免受感染的抗体）。应给父母和看护人提供下述信息：婴儿粪便的安全处理、洗衣规范、尿布（纸尿片）尿壶或粪坑的使用，以有效管理粪便弃置的安全。

粪便处理标准 2：适当充足的厕所设施

人们拥有数量充足的、适当的、可接受的厕所设施，离住所不太远，不论白天还是晚上，都可以随时快速、安全、有保障地使用厕所设施。

关键行动（结合指引阅读）

- 关于环境卫生设施的选址、设计和合适性，应征求所有使用人（特别是妇女以及行动不便的人）的意见并得到他们的认可（见指引 1-4；33-36 页，保护原则 1、2）。
- 为受灾人群提供建造、维护以及清洁厕所设施的方法、工具和材料（见指引 6-7）。
- 为洗手、冲水厕所及 / 或卫生密封机制提供足够的供水。另外，应在传统的坑式厕所中提供合适的如厕后清理肛门的物料（见指引 7、8）。

关键指标（结合指引阅读）

- 厕所的设计、建造和选址符合以下要求：
  - 厕所适合所有人群的安全使用，包括儿童、老年人、孕妇以及残疾人（见指引 1）。
  - 厕所的选址能让使用者在白天和晚上的安全风险降至最低，特别是妇女和女童（见指引 3、保护原则 1 以及 33、34 页指引 1-6）。
  - 厕所提供的私密性符合使用人的习俗（见指引 3）。
  - 易于保持清洁卫生，不会造成健康危害。根据情境，为厕所适当地提供水以供洗手和 / 或厕所冲洗（见指引 7、8）。

- 妇女可以在此处置月经卫生用品，并为妇女提供必要的私密空间以便清洗和晾干经期卫生用品（见指引 9）。
- 降低蚊蝇滋生繁殖（见指引 7）。
- 针对密封的、长期使用的厕所，应提供清淤、运输以及合适的处理机制，确保厕所的定时清空（见指引 11）。
- 在高水位或者发洪水的情况下，应确保粪坑的密封性，使其对地下水源和环境的污染降至最低（见指引 11）。

- 最多 20 个人使用一个厕所（见指引 1-4 以及附录 3：灾害发生时，公共场所及机构的厕所最低数量规划指导）。
- 在公共场所（如市场、发放中心、医疗中心、学校等）分别设立内部可以上锁的男女厕所（见指引 2 以及 33-36 页，保护原则 1、2）。
- 厕所与住所之间的距离不超过 50 米（见指引 5）。
- 厕所的使用按户安排，并且 / 或者男女分设（见指引 2-5）。
- 使得所有受灾人群都对协商进程、厕所设施满意 , 也能适当地使用厕所设施（见指引 1-10）。
- 受灾人群饭前便后以及准备食物前要洗手 (见指引 8)。

指引

1. ***得到认可的设施：***成功的粪便处理方案取决于对受灾人群各种需求的了解以及他们的参与。建造的厕所很可能无法满足所有人群的需要，可能还需要为儿童、老年人及残疾人等建造特殊厕所，例如，提供配有扶手、便盆、尿壶或马桶的厕所。采用哪种环境卫生设施取决于干预的时间、特定使用人的喜好以及文化习惯、已有的基础设施、水的可用性（用于冲水和密封）、土壤构成以及建造材料的可用性。下表列出了灾害响应不同阶段的粪便处理类型：

安全粪便处理的可能性选择

	安全粪便处理类型	*应用备注*
1	划定的排便区域（例如片状的区域）	第一阶段：在灾后的 2 到 3 天内，会有大批的受灾人群需要立即获得相关设施
2	沟槽式厕所	第一阶段：两个月内
3	简单的坑式厕所	从初期计划到长期使用
4	通风改良坑式（VIP）厕所	基于情境，用于中期到长期响应
5	粪尿分集式生态卫生（Ecosan）厕所	基于情境：为了应对高水位或洪水等情境，从初期或中期到长期使用
6	化粪池	中期到长期使用

2. ***公共厕所***：在公共场所，应根据规定的制度 , 适当地定期清洗厕所和维护。此外，应使用已分解的人口数据按照男女厕位 1:3 的原则来规划男女厕位。如果可能，还应在男厕所建小便池（见附录 3：灾害发生时，公共场所及机构的厕所最低数量规划指导）。

3. ***家庭厕所***：如果可能，家庭厕所是最理想的选择。家庭厕所的目标是最多 20 个人共用一个厕所。对于没有家庭厕所的地区，可以先让 50 人共用一个厕所，然后尽快减少人数，实现 20 人共用一个厕所。在有些情况下，有限的空间使这些指标不能得到满足。在这些情况下，应极力倡导更多额外的空间。但是，要牢记我们的主要目标，即保持环境免遭人类粪便污染。

4. ***共享设施***：针对共用的厕所选址、设计以及清洁、维护责任，应与相关家庭进行协商。通常情况下，干净的厕所使用频率会更高。此外，应竭力为患有慢性病的人群（如艾滋病病毒感染者）提供方便如厕的途径，因为他们经常腹泻而行动力又低下。

5. ***安全设施***：如果厕所的选址不佳，妇女和女孩在如厕时更易遭到袭击，特

别是在夜晚。因此，应确保妇女和女孩在使用厕所时的安全。如果可能，公共厕所应配备灯光；家庭厕所应配备手电筒。还应通过征询社区的意见，针对提高厕所使用者人身安全的方法。（见 33-36 页，保护原则 1、2）。

6. ***当地建筑材料和工具的使用***：强烈建议使用当地现有的材料建造公共厕所。应使受灾人群参与设施的使用和维护活动。此外，为受灾人群提供建造工具也有助于这一目标的实现。

7. ***水和肛门清洁用品***：应为配有冲水和 / 或封闭式卫生系统的厕所提供用水。对于传统的坑式厕所来说，可能需要提供厕纸或其他便后清洁肛门用品。此外，对于符合当地习俗的清洁用品和用品安全的处理方式，应与使用者协商。

8. ***洗手***：使用者应在自己如厕后、在儿童便后清理肛门以后，以及在就餐和准备食物前，用肥皂或替代品（如灰粉）洗手。为此，应在厕所附近设置一个可持续供水的水源。

9. ***月经***：处于月经年龄的妇女和女孩，包括上学的女孩，应得到可以吸收或处理经血的合适用品。应就符合习俗的处理对策征询妇女和女孩的意见。此外，厕所里还应提供对月经用品的合适处置或私人清洗设施（见健康卫生标准 2；95-96 页，指引 2-8）。

10. ***清淤***：清淤需在合适的时间，根据需求进行。建造厕所时就应考虑到厕所 / 化粪池以及粪坑的清淤问题（包括最终污水处理点的选址）。

11. ***艰难环境下的厕所***：在洪水或其他城市灾难发生时，通常很难提供合适的粪便处理设施。在这种情况下，可以考虑实施多种人类粪便控制机制，例如加高的厕所、粪尿分集式厕所、污水控制池以及使用配有合理收集和处置机制的临时一次性塑料袋。同时，应开展卫生促进活动来支持这些措施的实施。

5. 病媒控制

病媒是一种带病媒介。在灾害情况下，病媒传播的疾病是造成疾病和死亡的主要原因。蚊子是传播疟疾的病媒，会造成严重的发病率和死亡率。蚊子还传播其他疾病，如黄热病、登革热及出血热。不叮人或在人类住区密切的苍蝇，如家蝇、绿头蝇、麻蝇是传播腹泻的主要媒介。叮人的苍蝇、臭虫、跳蚤是一种有害的病媒，有些情况下还会传播伤寒、疥疮和鼠疫。扁虱传播回归热，体虱传播伤寒和回归热。老鼠传播细螺旋体病和沙门氏菌病等疾病，他们还可以成为跳蚤等其他病媒的寄主，跳蚤又可能传播拉沙热、鼠疫及其他传染病。

经过病媒传播的疾病可以通过多种办法控制，比如适当的选址、提供临时住所、适当的水供应、粪便处理、固体垃圾管理和排水系统、提供卫生服务（包括社区动员和健康宣传）、使用化学药品控制、家庭和个人防护和食品储存的有效防护等。虽然病媒传播性疾病通常比较复杂，需要由专家来诊断，但一旦确定疾病的传染途径，采取一些简单的措施就能有效预防疾病传播。

病媒控制标准 1：个人和家庭保护

对于会对受灾人群健康和福祉带来显著风险的疾病和有害病媒，所有受灾人群都掌握了相关的保护和预防知识。

关键行动（结合指引阅读）

- 针对处于病媒引起的疾病风险中的所有受影响人群，加强其对病媒相关的疾病发生的可能原因、疾病传播的模式及可能的预防办法的意识。（见指引 1-5）。
- 帮助受灾人群免受蚊子的危害，采取他们能用上的无害措施（例如蚊帐、防蚊液等），在蚊子叮人的主要时段避免被叮咬（见指引 3）。
- 尤其关注高危群体如孕妇、哺乳母亲、儿童、婴儿、老人、病人以及行动不便的人等的保护（见指引 3）。

- 受伤寒和回归热威胁的地方采取措施，控制体虱（见指引 4）。
- 定期清洗、晾晒被褥和衣物（见指引 4）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有受灾人群都能获得不利病媒生长或藏匿的住所，并有适当的病媒控制措施以作保护（见指引 3-5）。
- 受到病媒传播疾病风险影响的所有人都了解疾病传播的模式并且了解预防的办法（见指引 1-5）。
- 确保人们有效利用经杀虫剂处理的蚊帐（见指引 3）。
- 家中储存的食物得到保护，免受苍蝇、昆虫、啮齿类动物等病媒所污染。（见指引4）。

指引

1. ***找到病媒所致的疾病的风险所在***：任何病媒控制干预措施的决定，应依据对潜在疾病风险的评估以及病媒引发疾病问题的临床证据。影响风险的因素包括：
   - 受灾人群的免疫情况，包括早前接触的疾病、营养压力以及其他压力。人们（例如：难民、境内流离失所的人群）从非疾病流行区到流行区的移动通常是流行病的主要成因。
   - 病媒和人类中的病原体类型与普遍程度。
   - 病媒的种类、习性以及生态性。
   - 病媒的数量（季节、繁殖地点等）。
   - 与病媒接触的增加：接近病媒、安置方式、住所类型、现有个人保护和防避措施。

2. ***用于病媒控制项目的指标***：测量病媒控制活动影响的常用指标，为病媒传播疾病的发病率（来自流行病学数据、社区数据以及代用指标，需视乎响应工作）以及寄生虫数量（使用快速诊断器材或显微镜）。

3. ***个人疟疾保护措施***：如果某地有明显的疟疾风险，建议系统地、及时地提

供保护措施，如经杀虫剂处理过的材料（帐篷、窗帘以及蚊帐）。浸渍过的蚊帐还有其他优点——可以预防体虱、头虱、跳蚤、扁虱、蟑螂和臭虫。也可采用其他的保护措施，如穿长袖衣服、使用家用蒸熏剂、蚊香、喷雾剂和杀虫剂等来预防蚊虫叮咬。更重要的是，我们要确保使用者了解保护的重要性以及如何正确使用工具以保证保护措施的有效性。在资源稀缺的地方，保护措施应针对面临最大风险的个人和群体，例如五岁以下的儿童、免疫力缺失的人以及孕妇。

4. ***针对其他病媒的个人保护措施***：最有效的预防体虱的保护措施是保持良好的个人习惯以及定期清洗衣物及床上用品。通过个人治疗（搽粉）、大规模洗衣或者灭虱活动，或者当新一批无家可归人群定居某处时，通过治疗方案，都可以控制寄生虫侵害。通过保持清洁的家庭环境、妥当处理废品以及适当储存食物（烹饪过的和未烹饪的），可以预防老鼠、其他啮齿类动物、昆虫（例如蟑螂）进入房屋或住所。

5. ***水传播性疾病***：受灾人群应知晓他们所面临的卫生风险，也应避免进入存在感染疾病的水体，例如：血吸虫病、麦地那龙线虫病或钩端螺旋体病（由哺乳动物的尿液传播，特别是老鼠，见附录 4：水传播性与粪便传播性疾病及其传染途径）。人道主义机构需要与受灾人群合作，以便找到替代水源或确保所有可用的水都经过适当处理。

病媒控制标准 2：物理、环境以及化学防护措施

受灾人群不应安置在携带致病及有害病媒的环境中，如果可能，应将病媒数量控制在较低的水平。

关键行动（结合指引阅读）

- 将紧急转移的群众安置在最不受病媒（特别是蚊子）危害的地点（见指引 1）。

- 如可行，清除和 / 或整治病媒繁衍栖息地（见指引 2-4）。
- 存在风险或已经出现腹泻流行的时候，在人口稠密安置区加强灭蝇工作（见指引 2）。
- 向感染疟疾的病人提供转介机制，使他们得到早期诊断和治疗（见指引 5）。

关键指标：

- 蚊子的数量控制在较低水平，避免疾病快速传播和感染的风险（见指引 4）。
- 确保越来越少的人群受病媒相关健康问题的影响（见指引 1-5）。

指引

1. ***选址***是十分重要的，通过选址，可以最大程度降低病媒传播疾病对受灾人群的威胁。选址时，最大程度降低威胁是重要因素之一。例如，就疟疾控制而言，集中安置住所应建在繁衍地 1-2 公里外的逆风处，如沼泽或湖泊等在任何时候都可以提供干净水源的地方（见 256-257 页，住所和安置标准 2，指引 5-9）

2. ***环境和化学病媒控制***：可以采取基本环境工程措施来减少病媒繁殖的机会。这些措施包括妥善处理人畜粪便（见 105 页，“粪便处理”一节）；妥善处理垃圾从而控制苍蝇和啮齿类动物的滋生（见 117 页，“固体垃圾管理”一节）；排除积水、清除沟渠和池塘中多余的植被覆盖以控制蚊虫（见 121 页，“排水”一节）。这些优先使用的环境卫生措施将会影响一些病媒的密度。从长远看来，这些措施可能不会对病媒的聚居区或其附近的繁殖地、觅食地以及栖息地产生持续的影响。因此，需要采取局部化学控制措施或个人保护措施。例如，在已充斥病菌的空间中喷洒药品可能减少成虫的数量并预防流行性腹泻；如果在流行病爆发时使用，可以最大程度降低疾病带来的困扰。

3. ***设计响应***：如果病媒与病媒控制方案不匹配，或使用了无效的方法，亦或

是虽然针对了正确的病媒，然而时间和地点都欠妥，都可能导致病媒控制方案无效。在初期，控制方案就应该致力于达到以下目标：降低病媒的密度；减少人类同病媒的接触；减少病媒繁殖场所。若是病媒与病媒控制方案不匹配，执行这一方案执行可能会适得其反。在执行病媒控制方案时，应经过仔细研究并应经常向国家、国际性卫生组织中的专家征求意见。另外，应针对当地疾病类型、繁殖场所、病媒季节性数量变化以及发病率等，征求当地人群的意见。

4. ***蚊虫的环境控制***：环境控制的主要目的是消除蚊虫的繁殖场所。传播疾病的三种主要蚊虫包括：库蚊（传播丝虫病）、按蚊（传播疟疾、丝虫病）以及白纹伊蚊（传播黄热病和登革热）。库蚊在富含有机物的积水中繁殖，如厕所；按蚊通常在相对无污染的地表水中繁殖，如水坑、流速慢的溪流以及水井；伊蚊通常在盛水容器中繁殖，如瓶子、桶、轮胎等。蚊虫的环境控制范例包括：良好的排水；运作良好的通风改良坑（VIP）厕所；给坑式厕所的蹲坑以及水容器上盖；保证井口上盖及/或在其中投放杀幼虫剂（例如，在登革热流行的地方）。

5. ***疟疾治疗***：应在进行早期诊断和有效抗疟治疗的同时，实施可以降低蚊虫密度的疟疾控制策略，包括清除繁殖地、降低蚊虫每日存活率以及限制其叮咬人类。应当发起并持续进行治疗活动从而促进早期诊断和治疗。与通过集中卫生服务而找到的被动病例发现相比，受训延伸工作人员找到的主动病例和有效的抗疟治疗相结合的综合方案更有助于减少疟疾的危害（见 315 页，基本卫生服务 - 传染病控制标准 2，指引 3）。

病媒控制标准 3：化学控制的安全性

在使用化学控制病媒时，要保证员工、受灾群众以及当地环境得到充分的保护，避免产生抗药性。

关键行动（结合指引阅读）

- 通过接受培训，提供防护服和沐浴设施，以及限制处理化学品的时间，来保护化学操作的工作人员（见指引 1）。
- 社区了解化学控制药剂的潜在风险以及使用药剂的时间安排。按国际通用程序，在使用有毒化学品或杀虫剂的过程中及之后，为受灾人群提供保护（见指引 1）。

关键指标（结合指引阅读）

- 由病媒控制的化学品的质量、存储以及运输都符合国际标准和规范。因此，不应出现由于病媒控制化学药剂造成的不良反应上报或被检测到的情况（见指引 1）。
- 所有病媒控制化学品随时都可核查（见指引 1）。

指引

1. ***国家和国际协议***：应时刻遵守世界卫生组织出版的协议和规范。这些协议主要是针对病媒控制化学品的选择和应用，人们的保护和培训需求。病媒控制措施应遵循以下两条原则：功效和安全。如果国家的化学品选择规范达不到国际标准，即国家规范收效甚微或者导致了健康和安全问题，人道援助机构应询问或劝导相关国家当局，使其遵守国际标准。

6. 固体垃圾管理

固体垃圾管理指的是对一系列有机、有害的固体垃圾的管理步骤。如果有机固体垃圾得不到妥善处理，将会使受灾人群面临公共卫生危机并会对环境产生负面影响。同时，苍蝇和啮齿类动物会在固体垃圾上滋生繁殖（见 111 页，“病媒控制”一节），并且从混合的家庭、医疗以及工业垃圾中沥出的液体也会污染地表水源和地下水源。自然灾害之后留下的散落的、堆积的固体垃圾和瓦砾会污染环境，妨碍其他环境改善工作的开展。固体垃圾也经常阻塞排水渠道，造成污水滞留，从而引发环境卫生问题。那些从废弃物品中回收材料而获得微薄收入的拾荒者，也可能在拾荒时面对因接触混合的医疗垃圾和生活垃圾而感染生病的风险。

固体垃圾管理标准 1：收集和处理

受影响人群的生活环境未被固体垃圾（包括医疗垃圾）所污染，并制定了方便、有效地处理生活垃圾的措施。

关键行动（结合指引阅读）

- 受灾群众参与设计和实施固体垃圾处理方案（见指引 1）。
- 组织定期的固体垃圾清除活动（见指引 1）。
- 考虑垃圾回收潜在的小商机或增收机会（见指引 3）。
- 联合受灾人群，建立系统以确保生活垃圾装入垃圾桶，定期清运，在划定的场地焚烧或填埋处理；在整个链条中，单独处理医疗垃圾和其他有害垃圾（见指引 3）。
- 及时清运安置点的垃圾，避免垃圾成为影响健康的危害源（见指引 2-6）。
- 发生灾难时，若无法立即处理额外累积的垃圾，应为寄居家庭提供额外的垃圾存储或收集设施。
- 市场、鱼类加工和屠宰区等公共区域，有标识清楚、适当防护的垃圾坑、

垃圾桶或填埋区域（见指引 3-6）。

- 确保有成文的垃圾定期收集系统（见指引 3-6）。
- 固体垃圾的最终处理地点和方式不会影响当地和受灾群众的健康和环境（见指引 6-7）。
- 为负责固体垃圾收集和处理或者参与垃圾回收的人员提供合适的防护服，并为人員提供预防破伤风和乙肝的免疫药品（见指引 7）。
- 如果出现死亡，首先要尊重尸体并对其进行适当处理，並应联系责任机构和当局进行处理（见指引 8）。

关键指标（结合指引阅读）

- 每个家庭都能获得一个垃圾容器，该容器每周清空两次，而住户离社区垃圾场距离不超过 100 米（见指引 3）。
- 每天都应将安置点受灾人群产生的垃圾运出使其远离生活环境；至少每周两次将垃圾运出安置点（见指引 1-3）。
- 如果垃圾不能就地填埋，应安排每 10 户居民共用一个 100 升的垃圾桶（见指引 3）。
- 应针对固体垃圾提供及时、可控制的安全处理方式，从而尽量减少固体垃圾对环境的污染（见指引 4-6）。
- 应在卫生设施的范围内，利用正确地设计、建造以及使用的深坑或含深灰坑的焚烧炉对所有医疗垃圾（包括危险垃圾，如：玻璃、针头、敷料、药品等）进行隔离或单独处理（见指引 4-7）。

指引

1. ***规划和实施***：规划和实施固体垃圾的处理，应与受灾人群、相关机构和当局保持密切联系、适时协调。固体垃圾处理问题，在干预的初期就应开始规划和实施，否则固体垃圾问题会使受灾人群面临重大卫生风险。应根据情境，通过与受灾人群和负责的地方当局磋商，组织定期的垃圾清除活动。

2. ***垃圾的填埋***：如果垃圾是在家庭或者公共的坑中掩埋，应每日在上面覆盖、一层薄薄的土壤，防止如苍蝇和啮齿类动物的病媒在垃圾上繁殖。处理儿童的粪便和尿液后，应用泥土掩盖。应用篱笆将处理场地隔开，以防止意外事故的发生或防止儿童和动物进入。应当注意防止垃圾沥出液污染地下水。

3. ***垃圾种类和数量***：垃圾的组成和数量取决于经济活动的数量和类型、定居点的主食消耗、当地回收的做法及 / 或垃圾处理方式。若必要的话，应评估固体垃圾对人们健康影响的程度并采取合适措施。生活垃圾应收集在垃圾容器中，并在垃圾坑中焚毁或掩埋。如果无法为每个家庭都提供垃圾容器，应提供公共垃圾容器。在不会造成任何重大健康风险的前提下，鼓励社区内回收固体垃圾。应避免分发因包装或加工而产生大量固体垃圾的商品。

4. ***医疗垃圾***：如果医疗垃圾管理不善，会使受灾人群、医务人员、垃圾处理人员面临感染、中毒以及受伤的威胁。发生灾难时，最危险的垃圾是带有、传染病菌的利器或非利器（伤口敷料、止血带以及胎盘之类的有机物等）。应从源头开始对不同种类的垃圾进行分类处置。不含病菌的垃圾（如纸、塑料包装、食物垃圾等）可以像固体垃圾一样处理。受污染的利器，特别是用过的针头或注射器，应在使用后直接放入安全箱中。针对安全箱和其他带病菌的垃圾，可以采用就地掩埋或焚烧等其他安全方法（见 300 页，卫生体系标准 1，指引 11）。

5. ***集市垃圾***：处理大多数的集市垃圾时可以采取与生活垃圾同样的处理方法。对于屠宰场和鱼市的垃圾，可能需要采取特别的处理方法和措施，从而处理所产生的液体垃圾并确保屠宰活动是依照当地法律并在符合卫生条件的环境下进行的。可以在屠宰场或鱼类加工厂附近挖一个可覆盖的大坑，用于处理屠宰产生的垃圾。血液等屠宰产生的液体可以排放到盖着板盖的沟渠中（必须有助于减少苍蝇进入大坑），使其从屠宰场或鱼类加工厂流向大坑。同时，应使用水做清洁处理。

6. ***垃圾堆填及 / 或卫生掩埋***：应通过垃圾堆填或卫生掩埋来处理大量的垃圾。这种方法需要足够的空间和机械设备。正常情况下，应在每天结束时，在堆填的垃圾上覆盖一层土以防止病媒繁殖。

7. ***员工保护：***应为所有涉及收集、运输、处理、回收固体垃圾的员工提供防护服，至少应提供手套。较为理想的装备包括工装裤、靴子以及保护面具。如果需要，应提供针对破伤风和乙肝的免疫药物。同时，还应提供水和肥皂供员工清洗手和脸部。对于那些处理医疗垃圾的员工，应让他们了解正确的垃圾存储、运输和处理方法；另外，还需使其了解垃圾处理不当而造成的风险。

8. ***尸体的管理***：对于自然灾害中的尸体，应以一种合适的、尊重的方式进行管理及 / 或掩埋。这些尸体的处理通常是由搜索救援队与责任政府机构和当局协同进行。在处理死于传染病的人的尸体时，还需对尸体进行适当管理并与卫生机构磋商和协调（见 300 页，卫生体系标准 1，指引 12）。有关如何正确掩埋尸体的更多信息，请参见“参考资料与延伸阅读”一节。

7. 排水

安置点内或附近的地表水可能来自居民和供水点的废水、厕所或下水管道的渗水、雨水和洪水。地表水的主要危害是污染水源和生活环境，损坏厕所和住所，造成病媒滋生繁衍，并会产生溺水危险。而雨水和洪水则会损害安置点的排水系统，甚至会加剧污染。因此，需要实施一项合适的排水计划来降低受灾人群的潜在卫生风险。这项计划可以通过站点规划来解决雨水排放问题或采用小型现场排水系统进行废水处理。本章主要关注小型排水系统的问题和相关活动。一般情况下，应根据系统选址和发展状况，决定是否部署大型排水系统（见 256 页，住所和安置标准 2，指引 5）。

排水标准 1：排水工程

尽量减少人们生活环境中，因水蚀和积水而产生的健康和其他方面的危害，包括雨水、洪水、生活废水和医疗废水等。

关键行动（结合指引阅读）

- 提供合适的排水设施，从而使居住区和水分配点免遭积滞废水的污染，并保证雨水渠的清洁（见指引 1-2、4-5）。
- 针对如何处理排水问题，与受灾人群协商；如果需要时，提供数量充足的合适工具用于小型排水工程及工程维护（见指引 4）。
- 确保所有的供水点和洗手设施具备有效的排水系统，从而防止污泥淤积（见指引 2）。

关键指标（结合指引阅读）

- 供水点的排水设计、建造以及维护良好。包括盥洗沐浴区的废水以及取水点的废水排放通畅（见指引 2、4）。

- 排水不会污染地表水及 / 或地下水源（见指引 5）。
- 应保证住所、通道以及供水和卫生设施未被水淹没或侵蚀（见指引 2-4）。
- 没有因排水造成的侵蚀（见指引 5）。

指引

1.***选址和规划***：排水工程选址和安置点布局是解决排水问题最有效的方法（见 249-254 页，住所和安置标准 1-2）。

2.***废水***：当脏水或生活废水混入人类粪便后，应当被视为污水。除非安置点附近存在可用的污水处理系统，否则生活废水中不允许混入人类粪便。处理污水比处理生活废水代价更高、难度更大。如果可能，应鼓励在供水点、盥洗沐浴区建造可以小花园来充分利用废水。特别注意：应防止盥洗沐浴区排出废水，并污染水源。

3.***排水和粪便处理***：应特别注意，防止厕所和下水道废水泛滥，以避免结构性损坏和渗漏。

4.***宣传***：有必要让受灾人群参与到小型排水工程中，因为他们对当地的污水流向非常了解，并知道应在何处建沟渠。另外，如果他们了解了废水对身体健康的危害并能够参与到排水系统的建设中来，他们很可能会更加积极地参与后期的系统维护（见 111 页，“病媒控制”一节）。届时，可能需要为其提供技术支持和工具。

5.***就地处理***：在土壤条件允许的情况下，从供水点、盥洗区和洗手点排出的污水应得到就地处理，而不建议使用露天的沟渠将污水排往别处，因为沟渠本身难以维护并会经常堵塞。可以使用简单且成本较低的技术（如挖掘渗坑或种植香蕉树）就地处理废水。如果就地处理不可行，建议使用沟渠（不

建议使用管道）运送废水。设计沟渠时，应保证沟渠可在旱季清淤，在雨季排水。在坡度大于 5% 的地方，采用工程技术来预防过度侵蚀。同时，应仔细控制水处理过程中残留物的排放，从而确保污水不被人们使用，也不会污染地表水源或地下水源。

附录 1:

“供水、环境卫生及卫生促进”初始需求评估清单

这系列的问题是用于需求评估、找出本土资源和描述当地情况，并非用于找出即时和马上可用的外部资源。

1 概况

- 多少人受影响？他们在哪儿？根据性别、年龄、残疾等状况分解数据。
- 人们如何流动？对受影响人群和潜在的救援响应有什么安全隐患？
- 目前存在或潜在哪些有关水与环境卫生有关的疾病？这些问题的严重程度与预期变化是什么？
- 有什么主要人物可以去咨询或联络？
- 谁是脆弱人群？原因是什么？
- 是否各类人群都有平等机会去使用现有的设施包括公共场所、医疗设施和学校？
- 对于妇女、女童与脆弱人群有什么特殊的安全隐患？
- 正式与非正式的权力关系如何（社区领袖、长者、妇女小组…）？
- 在家庭与社区内如何做决策？

2 卫生促进

- 发灾前当地的用水和环境卫生习惯是怎样的？
- 有什么习惯对健康构成危害？哪些人有这些习惯和为什么？
- 谁仍然使用正确的个人卫生习惯？有什么有助于和推动这些人这样做？
- 这些改变当地习惯的提议带来哪些好处和坏处？
- 目前有什么现存正式和非正式的沟通渠道和提供信息者 (社区健康工作人员、传统的接生员、赤脚医生、社团组织、合作社、教会、清真寺等) ?

- 该区有哪些可接触到的大众传媒 (广播、电视、视频、报纸等等) ?
- 当地有什么本地的传播机构和 / 或非政府组织 (NGOs) ?
- 哪些人群需要被瞄准 (母亲、儿童、社区领袖、社区煮食人员等) ?
- 当地有什么外展体系种类 (志愿者、卫生所、委员会等) 为当地提供实时和中期的到点服务?
- 卫生服务工作人员和志愿者有哪些学习需要?
- 有什么非粮食物资是可被用上的? 基于需求和喜好,有什么非粮食物资是最紧急?
- 卫生场所内的个人卫生习惯是否做得到位 (在流行病期间尤为重要) ?

3 供水

- 目前有哪些水源和谁是使用者?
- 每人每天能获得多少水?
- 每天或每周可用的供水频率如何?
- 目前的水源能满足社区全体群众短期及长期的需求吗?
- 村民居住地方离取水地方的距离? 是否安全?
- 目前水供应是否可靠? 可以维持多久?
- 村民是否有足够合适（容量与类型）的器皿?
- 水源有否被污染或有可能受污染（微生物、化学、放射性）的风险?
- 目前有什么水处理系统、消毒正在使用? 水处理是否有需要? 是否可能? 需要什么处理?
- 就算供水没被污染，有否消毒需要 ?
- 社区有什么其他水源?
- 社区对于取水、储存与使用水，有什么习俗与传统习惯?
- 使用目前的供应有什么障碍?
- 如果水源不足，人群能否转移?
- 如果水源不足，能否采用运水车供应食水?
- 关于水供应有什么卫生问题?
- 人们是否有渠道去获得并使用洁净水?

- 在需要紧急搬迁的时候，牲畜的吃水问题如何解决？
- 会否有任何因供水的干预措施和水源的抽取和使用而引起对环境方面的影响？
- 有哪些其他的使用者会使用同一水源？如果有新的群体共享新水源，是否存在冲突的风险？

4 粪便处理

- 目前排便的习惯是怎样？如果是露天排便，是否有指定地点？那地点是否安全？
- 目前当地对粪便处理有什么信念和习惯，包括跟社会性别相关的习惯？
- 当地有什么粪便处理的设施？如果有，当地人是否习惯、足够和懂得使用？有没有需要改进或适应当地习惯的地方？
- 现在的排便习惯是否威胁到供水(地表水或地下水)或生活环境以及周遭环境？
- 当地人排便后和准备食物以及食用前是否有洗手的习惯？是否有肥皂或其他清洗物品供他们使用？
- 当地人是否熟悉建设和使用厕所？
- 当地有什么材料可以用来建厕所？
- 当地人是否准备好使用坑式厕所、便溺场所和壕沟厕所等？
- 当地是否有充足位置用来建坑式厕所、便溺场所和壕沟厕所等？
- 当地的地形坡度是怎样？
- 地下水位是多少？
- 土壤的条件是否合适成为就地的粪便处理场所？
- 目前的粪便处理安排有否助长病媒滋生？
- 有没有什么物品或清水供如厕后清洗肛门？当地人一般会如何弃置这些物品？
- 当地妇女如何处理月经相关事宜？那里是否有合宜的用品或设施提供给妇女？
- 当地有否专为残障人士或行动不便的人群而设的卫生设施或设备？
- 有什么周遭环境因素应该被评估？

5 病媒传播性疾病

- 当地人有什么病媒传播性疾病的风险和有多严重？

- 当地有什么跟病媒和病媒传播性疾病的传统信念和习惯 (如相信疟疾是由污水所导致) ？这些信念或习惯是有用或是造成危害的？？
- 如果病媒传播性疾病风险高，这些高危人群是否得到个别的保护？
- 是否可以改变当地的环境 (透过排水、清理间隙、粪便处理、废物处理等)，以防止病媒滋生？
- 是否有需要透过化学方法控制病媒？有什么现存的项目、规管和资源用于病媒控制和化学使用？
- 有什么信息和安全预防措施需要提供给当地家庭？

6 固体垃圾处理

- 积存的固体垃圾是否成问题？
- 当地人是如何弃置垃圾？所产生的固体垃圾的种类为何和数量是多少？
- 固体垃圾能否就地弃置或是需要收集和运到其他地方弃置？
- 一般来说，受影响人群对弃置固体垃圾的习惯是什么 (堆肥和 / 或垃圾坑、收集系统、垃圾桶等)？
- 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？
- 卫生巾在哪弃置？弃置是否谨慎和到位？
- 目前的固体垃圾弃置对环境有否带来影响？

7 排水

- 排水有否问题，如住所或厕所被水淹、病媒滋生场所、污水对居住范围或供水造成污染？
- 土壤是否易受水浸？
- 当地人有否方法去保护他们的居住地和厕所，免受洪水的威胁？
- 供水点和沐浴场所是否有良好排水？

附录 2

机构及其他用途的最小用水量规划指引

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 应为洗衣设备和冲水马桶等预备额外的水量。
霍乱治疗中心	病人每人每天 60 升 护理人员每人每天 15 升
治疗喂养中心	住院病人每人每天 30 升 护理人员每人每天 15 升
收容中心	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
冲洗马桶所用水	每人每天 20-40 升，用于与下水道相连的传统冲水马桶 每人每天 3-5 升，用于冲洗马桶
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 3

灾害发生后，公共场所及各类机构的最低厕所数量

机构	*短期*	*长期*
市场区域	50 个摊位一个厕所	20 个摊位一个厕所
医院 / 医疗中心	20 个床位或 50 个门诊病人一个厕所	10 个床位或 20 个门诊病人一个厕所
喂哺中心	50 个成人一个厕所；20 个儿童一个厕所	20 个成人一个厕所；10 个儿童一个厕所
收容中心	50 个人一个厕所；蹲位按男女比例 1:3	
学校	30 个女孩一个厕所；60 个男孩一个厕所	30 个女孩一个厕所；60 个男孩一个厕所
办公室		20 个员工一个厕所

参考资料：改编自 Harvey, Baghri and Reed (2002)

附录 4

水与粪便传播性疾病及其传染途径

水传播性或水洗性疾病	霍乱、志贺氏菌病、腹泻、沙门氏菌病等 伤寒、副伤寒等 阿米巴痢疾、贾第虫病 甲肝、小儿麻痹症、轮状病毒、腹泻	口腔与粪便传播的细菌性疾病 口腔与粪便传播的非细菌性疾病	水污染 糟糕的环境卫生 不良的个人卫生 粮食污染
水洗性或水缺乏性疾病	皮肤和眼部感染 虱传播伤寒和虱传播回归热		供水不足 不良的个人卫生
粪便相关的寄生虫	蛔虫、十二指肠虫、鞭虫等	土传播蠕虫	随地排便 土地污染
猪牛肉绦虫	绦虫病	人畜	半熟的肉 土地污染
水域性寄生虫	血吸虫；麦地那线虫、支睾吸虫等	长期处于带病菌的水中	水污染
水相关性昆虫病媒	疟疾、登革热、昏睡症、丝虫病等	蚊虫叮咬	在水边被叮咬 在水边繁殖
粪便相关性昆虫病媒	腹泻、痢疾	由苍蝇和蟑螂传播	污浊的环境

附录 5

霍乱治疗中心（CTCs）应遵循的健康、环境卫生及隔离活动的最低标准

所有卫生设施以及霍乱治疗中心必须遵守以下基本原则：

1. 隔离重病患者；
2. 收集所有的排泄物（粪便和呕吐物）；
3. 一位患者仅配一位护理人员；
4. 使用氯化水洗手；
5. 医疗机构的地板可以进行清洗消毒；
6. 人员离开霍乱治疗中心时，需要对其双脚进行消毒；
7. 受感染人群离开中心前，应对其衣服进行消毒（蒸煮或杀菌消毒）；
8. 定期清洗中心的地板和其他区域；
9. 分别为病人和护理人员提供厕所和沐浴区；
10. 在中心准备食物。如果食物是从外面带进来的，在治疗中心的入口处将食物从容器中取出，以防止使用后的容器将霍乱微生物（如弧菌）携带出中心；
11. 跟踪调查病人的家庭成员或亲属，确保患者亲属中没有霍乱病例；对病人的房屋进行消毒并宣传卫生信息；
12. 如果病人乘坐了公共交通工具，应对交通工具进行消毒；
13. 在隔离区，控制并处理雨水和废水的径流；
14. 处理隔离区产生的垃圾；

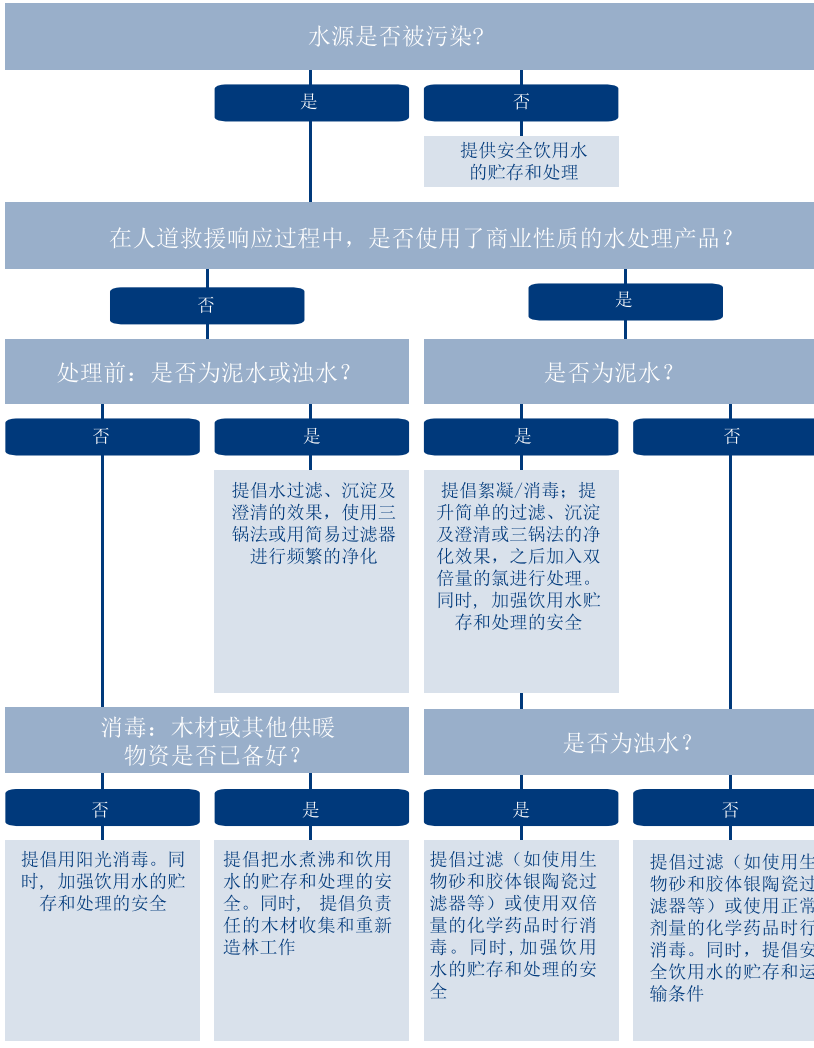
霍乱治疗中心的“氯”溶剂

不同氯含量（%）溶剂用途	*含量为 2% 的氯溶剂*	*含量为 0.2% 的氯溶剂*	*含量为 0.05% 的氯溶剂*
	用于处理垃圾、粪便以及尸体	用于清洁地板、物件和床上用品；用于洗脚、洗衣	用于洗手、清洁皮肤

注：由于光和热的因素会使溶剂的效果变弱，溶剂应每天制造。

附录 6

家庭用水处理与贮存参考图



参考资料：改编自红十字与红新月国际联合会（IFRC）（2008）应急时期家庭用水处理与安全贮存手册

参考资料和延伸阅读

信息来源

国际法律文件

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

一般性

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

Médecins sans Frontières (1994), Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition. Paris.

Walden, VM, O’Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming. Oxfam GB. Oxford. www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

环境卫生问卷

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

社会性别

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva. www.

humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20 approach%20 page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

卫生促进

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing. UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing. UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

供水

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. Paris. www.actioncontrelafaim.org/english/

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University. UK.

粮食保障中对水的需求

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAO Water: www.fao.org/nr/water/index.html

牲畜对水的需求

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing. UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

水质

World Health Organization (WHO) (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality. Third Edition. Geneva. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

用水安全计划

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

粪便处理

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual. WEDC, Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/

病媒控制

Hunter, P (1997), Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology. John Wiley & Sons Ltd. Chichester, UK.

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, UK.

Thomson, M (1995), Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB.

固体垃圾

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org

International Solid Waste Association: www.iswa.org

尸体处理

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No. 8. Geneva. http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_ notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

医疗垃圾

Prüss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Geneva.

排水

Environmental Protection Agency (EPA) (1980), Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems, Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati, USA.

延伸阅读

一般性

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva.

粪便处理

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design. WEDC, Loughborough University, UK.

病媒控制

UNHCR (1997), Vector and Pest Control in Refugee Situations. Geneva.

Warrell, D and Gilles, H (eds) (2002), Essential Malariology. Fourth Edition. Arnold. London.

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance. www.who.int.

尸体处理

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations. Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC. www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

医疗垃圾

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva.

WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

残障与一般脆弱性

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK. http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK. www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN1_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in

粮食保障和营养的最低标准

如何使用本章

本章分为四大部分：

粮食保障和营养评估

婴幼儿喂养

急性营养不良和微量元素缺乏管理

粮食保障

第四部分“粮食保障”可以分为三个小部分：粮食保障 - 粮食发放；粮食保障 - 现金和代用券发放；粮食保障 - 生计。

保护原则和核心标准的使用必须和本章保持一致。

虽然最低标准的主要目的是明确应对灾害的人道救援响应，但是在备灾和过渡到恢复阶段的工作中，也应考虑这些最低标准。

每部分都包括以下内容：

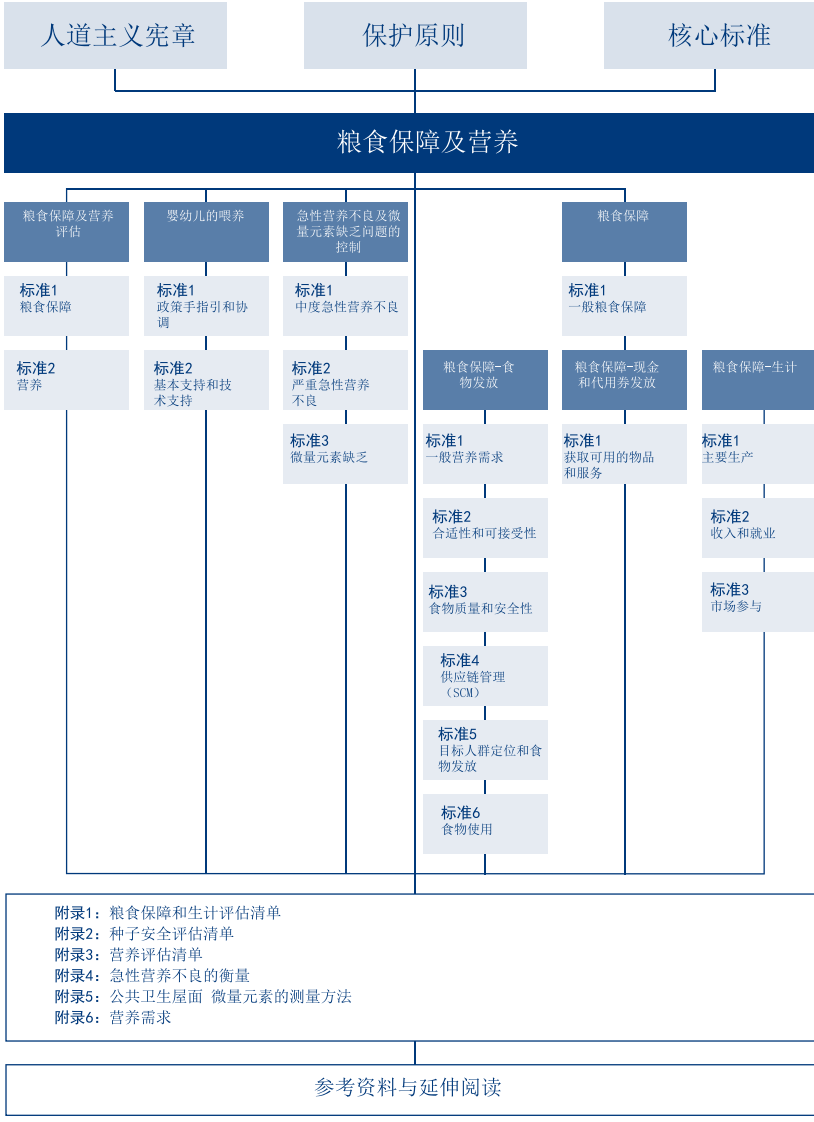
- **最低标准：**这些标准本质上是定性，明确了关于提供粮食和营养的人道救援响应所应达到的最低水平。
- **关键行动：**指为满足标准而建议的活动和投入。
- **关键指标：**是判断行动是否达标的“信号”。这是评估和链接关键行动流程及结果的方法；它们只与最低标准有关，和关键行动并不相关。
- **指引：**包括在不同情况下运用最低标准、关键行动和关键指标时应考虑的问题。“指引”可为实际难题的解决以及较重要主题和跨领域主题的基准或建议提供指导。“指引”中还可能包括了与标准、行动或指标相关的关键问题，并描述了目前存在的两难性、争议或跟现有知识的差距。

如果本章所要求的关键指标和行动无法实现，应评估因此而带来对受灾人群产生的负面影响并采取适当的缓解措施。

附录包括评估清单、检测急性营养不良，确定公共卫生意义上的微量元素缺乏和营养要求指引。同时给出了一份参考资料清单，列出原始资源和延伸阅读，表明了普通出版物和专门技术出版物中的信息来源。

目 录

简介 143
1. 粮食保障和营养评估 150
2. 婴幼儿喂养 158
3. 急性营养不良和微量元素缺乏管理 164
4. 粮食保障 175
4.1. 粮食保障 - 食物发放 179
4.2. 粮食保障 - 现金和代用券发放 200
4.3. 粮食保障 - 生计 205
附录 1. 粮食保障和生计评估清单 214
附录 2. 种子安全评估清单 216
附录 3. 营养评估清单 218
附录 4. 急性营养不良的衡量 220
附录 5 公共卫生层面微量元素的测量方法 224
附录 6. 营养需求 227
参考资料和延伸阅读 231


人道主义宪章
保护原则
核心标准
粮食保障及营养
粮食保障及营养评估
标准1 粮食保障
标准2 营养
婴幼儿的喂养
标准1 政策手指引和协调
标准2 基本支持和技术支持
急性营养不良及微量元素缺乏问题的控制
标准1 中度急性营养不良
标准2 严重急性营养不良
标准3 微量元素缺乏
粮食保障
标准1 一般粮食保障
粮食保障-食物发放
标准1 一般营养需求
标准2 合适性和可接受性
标准3 食物质量和安全性
标准4 供应链管理（SCM）
标准5 目标人群定位和食物发放
标准6 食物使用
粮食保障-现金和代用券发放
标准1 获取可用的物品和服务
粮食保障-生计
标准1 主要生产
标准2 收入和就业
标准3 市场参与
附录1：粮食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：急性营养不良的衡量
附录5：公共卫生屋面 微量元素的测量方法
附录6：营养需求
参考资料与延伸阅读

简介

与人道主义宪章和国际法的关联

粮食保障及营养的最低标准实际地表达出人道主义机构共同信念和承诺，也是人道主义宪章中所陈述，引导人道救援行动的共同原则、权利与义务。最低标准建基于人道原则，体现了国际法，隐含着维持生存和获得尊严的权利、保护和安全权以及根据需要获得人道援助的权利。可参考附录 1（见第 356 页）中有关人道主义宪章的关键法律和政策文件列表，该列表提供了相关注解供人道主义工作者参考。

尽管国家是上述权利的主要责任人，人道主义机构与受灾人群一起工作时，也要责任贯彻上述理念。这些一般权利衍生出一些更具体的权利，包括构成核心标准基础的参与权、信息权和免受歧视的权利，还包括作为本手册中核心标准和最低标准砥柱的供水、环境卫生、粮食、住所和健康等具体权利。

每个人都有获得充足食物的权利。该权利获得了国际法律文件的认证；此项权利同时还包括免于饥饿的权利。当个人或团体因不可控的因素，即使通过自己的努力也无法获得充足的食物时，其所在国有义务直接保障其权利的实现。为了使受灾人群获得食物的权利，要求受灾国履行以下义务：

- 为了保证受灾人群现有的获得充足食物的权利，受灾国政府应避免采取的措施妨碍受灾人群获得食物。
- 为了保护受灾人群，受灾国应采取措施避免企业或个人的行为妨碍他人获得充足食物的权利
- 如果要充分满足（促进）受灾人群的权利，受灾国必须积极开展活动，以加强受灾人群获得并利用资源的能力，从而保障他们的生计（包括粮食保障）。

在发生灾难的情况下，受灾国应为那些有需求的人群提供食物；如果受灾国自身资源有限，可以请求国际援助。同时，受灾国应保障国际援助的安全及其渠道的畅通。

日内瓦公约及其附加协议中，规定了在武装冲突和占领情况下人群获得食物的权利。严禁断绝平民口粮战争方式；严禁攻击、毁坏、移走粮食或生产粮食的农业区、农作物、牲畜、饮用水装置和供应设施以及灌溉工程或使之失效。国际人道法规定：当一个国家通过武力强行占领另一个国家时，如果被占领地区的资源不充足，则占领国必须确保被占领国人群有充足的食物并为其提供必要的物资。受灾国应采取一切手段确保难民和境内的流离失所者随时都能获得充足的食物。

本章节中的最低标准体现了食物权的核心内容且促进了该权利在全球范围内的逐步实现。

灾害中粮食保障和营养的重要性

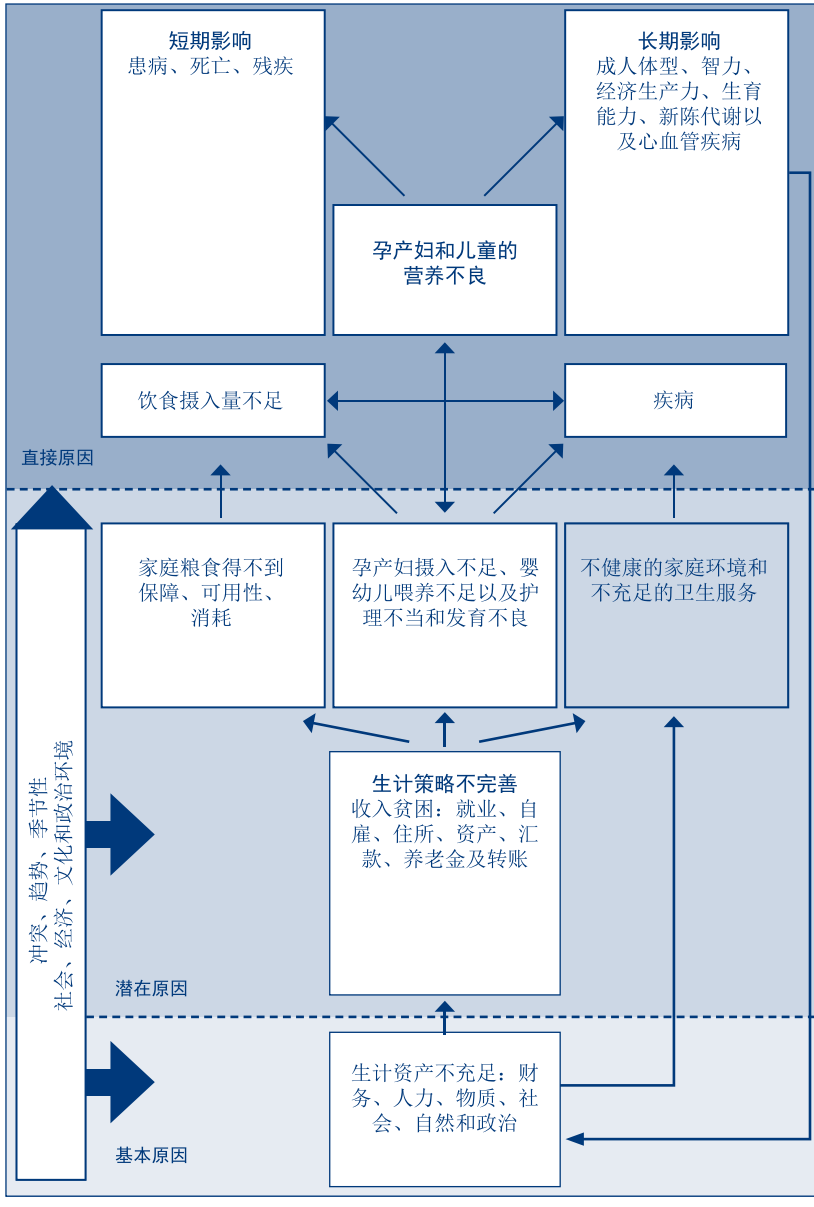
使受灾人群获得食物并维持其营养状况可以确保受灾人群在灾难中生存（见第 9 页，在人道主义行动范围内运用环球计划的地方）。发生灾难时，受灾人群通常已经患有慢性营养不足。营养不足是一个严重的公共健康问题，且是导致死亡的直接或间接原因。

营养不足的成因十分复杂。使用概念框架（见 146 页）进行分析，可以显示出导致营养不足的各因素之间的相互关系。营养不足的直接原因是疾病及 / 或食物的摄入不足，而出现此种现象的原因可能是：贫穷；家庭食物不足；缺乏家庭或社区关怀；饮用水水质差以及不良的个人卫生和环境卫生；无法获得充足的医疗保障。飓风、地震、洪水、冲突、干旱等灾害对营养不良有直接影响，也是造成营养不良的根本原因。而家庭或社区的脆弱性直接决定了灾民应对这些灾害的能力。应对相关风险的能力，很大程度上也取决于受灾地区家庭或社区的特点，特别是家庭和社区的现有资产及其应对策略和生计策略。

针对此章节，可使用以下定义：

- ***粮食保障***是指所有人群随时都可以通过人力、社会、经济等途径获得足够的、安全的以及有营养的食物，以满足他们的膳食要求和食物要求，从而使他们积极、健康地生活。粮食保障的定义包含了以下三点内容：
  - 可用性是指受灾地区中食物供应的数量、质量以及季节性。可用性包括了当地生产来源（农业、畜牧业、渔业、林业）以及通过贸易进口的食物（政府和机构的干涉会影响可用性）。而能够为人群供应食物的当地市场是保证可用性的决定因素。
  - 可及性是指家庭安全获得充足食物的能力，从而满足所有家庭成员的营养需求。可及性可以衡量家庭通过一切途径（家庭生产和储备；购买；交换；收取礼品；借贷；食物、现金和 / 或代用券发放）获得可用食物的能力。
  - 利用率是指家庭对其获得的食物的利用，包括家庭存储、加工和准备以及发放。利用率还表示个人营养吸收和新陈代谢的能力，而这一能力会受到疾病和营养不良的影响。
- ***生计***包括家庭用于保障生存和未来福祉的能力、资产（包括自然、物资和社会资源）以及活动；生计策略是指人们利用他们的资产赚取收入并实现其他生计目标的方法或活动；应对策略是一种因粮食得不到保障而采取的临时响应策略。如果一个家庭能够应对灾害并从灾害中恢复，且能维护或增强自身能力和生产性资产，那么这个家庭的生计就得到了保障。
- ***营养***是一个广义的概念，涉及人体对食物摄取、消化和吸收的过程，以满足成长发育、生殖、身体运动以及保持健康的需要。“营养不良”这一术语从技术上讲，包括了营养不足和营养过剩。营养不足包含一系列的情况，例如急性营养不良、慢性营养不良和微量元素缺乏。急性营养不良主要表现为消瘦（变得消瘦）及 / 或浮肿（水肿），而慢性营养不良则主要表现为发育迟缓（矮小）。发育迟缓和消瘦是发育不良的两种表现形式。在本章节中，所述营养不足以及营养不良重点针对急性营养不良。

营养不足成因的概念框架



该框架显示受灾人群所面临的危险是否由自然灾害和人为灾害的频率和严重性以及灾害对社会经济和地理的影响范围决定的。应对能力的决定因素包括：家庭的经济状况、人力、成员的身体状况、社会、自然和政治资产；家庭生产、收入和消费的水平；实现家庭收入来源与消费多元化，从而减轻风险影响的能力。

考虑到婴幼儿的脆弱性，应优先解决他们的营养问题。营养不足的预防与急性营养不良的治疗同等重要。粮食保障干预措施可以在短期内解决婴幼儿的营养和健康问题，而从长远看来，又能保证婴幼儿的生存和福祉。

在家庭食物的计划和准备方面，妇女发挥更大的作用。发生灾难时，家庭的生计策略可能会发生改变。认识到不同角色在家庭营养中所发挥的作用是改善家庭粮食保障的关键。为了实施适当的粮食响应，还必须考虑到孕妇、哺乳期妇女、幼儿、老年人以及残疾人的特殊营养需求。

通过更好的备灾，可以使粮食保障和营养获得更好的灾害响应效果。备灾是政府、人道主义机构、当地民间社会组织、社区和个人的能力、关系及知识等因素相互作用的结果，可以有效预测和应对可能的、即将来临的或现有的危险的影响。备灾同时也是基于对风险的分析，与早期预警系统紧密联系。备灾工作包括应急计划、设备及物资的储备、应急服务与备用安排、交流、信息管理及协调安排、人员培训及社区级规划、训练和演习。

本手册包括的针对灾难中粮食保障和营养的主要干预领域有：婴幼儿喂养；急性营养不良和微量元素缺乏管理；食物发放、现金和代用券发放；受灾人群生计。

与其他章节的关联

其他章节中的许多标准都与本章相关。一个领域的标准实现的进度会影响甚至决定其他领域的标准实现的进度。各领域间的紧密协调与合作对于规划有效的干预

十分重要。人道主义机构与地方当局、其他响应机构和社区组织之间进行密切配合，从而确保在进行人道救援响应时达到人道主义宪章和最低标准的要求；确保响应工作不重复；确保粮食保障和营养干预措施取得最佳效果。

在营养不足的概念框架中（见 146 页），确定了营养不良的根本原因，即不良的家庭环境以及不充足的卫生服务。防治营养不良的响应需要同时达到本章节和“供水、环境卫生及卫生促进”、“住所”和“卫生”其他三个章节中的最低标准要求。同时，该响应也需要达到核心标准和保护原则的要求。为了确保所有受灾人群获得粮食保障和营养，同时又要保障其生存并维护其尊严，仅达到手册中本章节的标准是不够的。

因此，还应积极参考其他章节中相关的具体标准或指引以及配套和补充标准。

与保护原则和核心标准的关联

为符合本手册的标准，即使人道主义机构没有明确的保护任务或专业保护，所有人道主义机构也应该以“保护”原则为指导。这些保护原则也并非是“绝对”的：周围环境可能限制了人道主义机构实现保护原则的多与少。然而，本原则却反映了普世性人道主义的关注，这关注应时时刻刻指导我们的行动。

核心标准是适用于所有人道救援领域的基本过程标准和人员标准。六大核心标准涵盖参与性、初始评估、响应、瞄准人群、监测、评估、救援人员表现、以及对救援人员的监督和支援。它们为本手册中所有标准的实施方法提供单一参考点。因此，各技术章节均需与核心标准配套使用以达到其自身标准。尤其是为确保响应的适切性和质量，应最大限度地动员受灾人群（包括灾害中面临高风险的群体和个人）的参与。

受灾人群的脆弱性和能力

阅读本节时需结合核心标准，且本节是对核心标准的补充。

我们很需要明白，如果仅是年少，老年，妇女，残疾人或艾滋病患者等因素的单独影响，并不会给这些人群带来脆弱性，或陷入日趋增长的风险中。反之，这是各因素相互作用所带来的影响。例如，一位 70 多岁独居且身体欠佳的老人可能比一位年纪和身体状况相似，但生活在大家庭中，且有足够收入的老人要更有脆弱性。同样，一个三岁小女孩在无人照看的情况下会比在有父母照顾的情况下更易受到伤害。

当实施粮食保障和营养标准以及关键行动时，脆弱性和能力分析有助于确保灾害响应能帮助到有权不受歧视地获得援助且最需要救助的人群。因此要彻底了解当地的环境，以及特定危机对特定人群所带来的不同形式的影响，这影响是缘于他们灾前已存在的脆弱性（例如非常贫穷或受到歧视）、面临的各种跟‘保护’相关的威胁（例如性别暴力，包括性侵犯）、疾病发病率或患病率（例如艾滋病病毒或肺结核）和传染病的可能性（例如麻疹或霍乱）。灾害可能会加剧灾前已存在的不平等现象。无论如何，对人们的应对策略、应变和恢复能力的支持是必不可少的。他们的知识、技能和应对策略应得到支持，他们获得社会、法律、金融和社会心理支持的权利也应得到提倡。在他们平等地获得这些服务的过程中，所面临的各种身体、文化、经济和社会障碍也应得到清除。

下列几点突出可确保所有弱势群体的权利和能力得到关注的一些关键领域：

- 充分鼓励人们的参与，确保所有具代表性的群体都包括在内，尤其是那些容易被忽视的群体（例如，有沟通困难或行动不便的个人、生活在院舍的人、受歧视的年轻人和其他没充分被代表或没有代表的群体）。
- 在评估过程中按照性别和年龄（0-80 岁以上）进行数据分解，这是确保粮食保障和营养领域充分考虑到人口多样性的重要因素。
- 确保获得应享权益信息的权利能传达给社区所有成员。

最低标准

1. 粮食保障和营养评估

在突发灾害或需要紧急救援时，可以通过多部门间的早期快速评估来决定是否需要立即救援。通过进行早期快速评估，可以及时、快速、清楚地获知特定环境的情况。有时，可能需要从更远、更深的层次上实施粮食保障及营养评估，此类评估属于深度评估，需要较长时间和资源。评估是一个持续的过程，特别是对旷日持久的危机进行的评估。同时，评估，作为响应管理工作的一部分，也应为目标人群锁定和决策制定提供依据。

理想情况下，粮食保障和营养评估应同时进行，并致力于找出妨碍受灾人群获得足够营养的因素以及提高食物可用性、可及性和最佳利用率的干预措施。评估清单请参见附录 1：粮食保障与生计评估清单；附录 2：种子安全评估清单；附录 3：营养评估清单。

本章两项粮食保障及营养评估标准是核心标准 3（见 61 页）的延伸，用于规划或倡导粮食保障和营养干预活动。

粮食保障及营养评估标准 1：

粮食保障

粮食保障出现危机时，通过可接受的方法进行评估，以了解粮食得不到保障的类型、等级和程度，从而找出受到影响最大的人群并确定最适合的响应行动。

关键行动（结合指引阅读）

- 评估报告中详细说明了评估采用的方法，该方法须符合广泛认同的原则（见指引 1）。

- 在评估的早期阶段，收集和分析信息（见指引 2）。
- 分析粮食得不到保障对受灾人群营养状况的影响（见指引 4）。
- 如果可能，建立针对当地能力的评估机制，包括正式和非正式的机构（见指引 9）。

关键指标（结合指引阅读）

- 应调查个人、家庭、社区的粮食保障及生计情况，从而指导干预措施（见指引 3-9）。
- 应将评估结果整合在一份分析报告中，该报告中还应包括针对最脆弱的个人和群体的行动的明确建议（见指引 1-10）。
- 响应基于受灾人群的迫切粮食需求而进行，但同时也应考虑对生计策略的保护和促进（见指引 10）。

指引

1. ***方法***：评估范围和采样程序是十分重要，哪怕这是非正式的进行。在进行粮食保障评估时，应明确其目标并使用国际可接受的方法。还应综合从不同的信息源（例如作物评估、卫星影像和家庭评估）获得的信息进行确认，从而得出一致的结论（见 61 页，核心标准 3；参考资料和延伸阅读）。

2. ***信息来源***：二手信息中应包含灾前情况。因为在保证家庭的营养健康时，男性和女性扮演着不同和互补的角色；所以尽可能就这些信息按性别进行分解（见 61 页，核心标准 3 以及附录 1：粮食保障及生计评估清单）。

3. ***食物可用性、可及性、消费和利用率***：（见 145 页，食物的可用性、可及性和利用率定义）。食物消费反映了家庭中个人的能量和营养摄入。然而，在这些评估中，精确测量每人摄入的实际能量和营养并不实际。通过对比灾前和灾后的进餐次数的变化，就可以简单直接地发现粮食保障的变化。个人或家庭消费的食物种类数以及既定参考时间段的消费频率即可反映受

灾人群膳食的多样性。这一数值是一个很好的代用指标，特别是当数值和家庭的政治经济情况、总食物能量的摄入以及膳食质量关联时。可以针对食物消费模式和问题可及性提供有力措施的工具包括季节历、家庭膳食多样化评分、家庭粮食得不到保障情况分级表或粮食消费评分。

4. ***粮食得不到保障以及营养状态***：粮食得不到保障是造成营养不足的三大根本原因之一。但是，它并非是造成营养不足的唯一原因。

5. ***情境***：粮食无法保障可能是由于更大范围内的宏观经济和结构性政治社会因素造成的，包括影响到受灾人群是否获得充足的营养食物以及造成当地环境破坏的国内和国际政策、程序或机构。一般被定义为长期粮食得不到保障，是指结构性的易受损所引致的长期情况，这情况可能因灾害影响而加重的。当地和区域的粮食保障信息系统（包括饥荒预警系统和综合性粮食保障阶段分类）是重要的信息分析机制。

6. ***响应分析***：根据受灾人群的生计、位置、市场体系、进入区域市场的方式、社会地位（包括性别和年龄）、一年中的时段、灾害的特性以及相关的响应等方面的变化，粮食保障策略也在不断变化。因此，评估应注重解决受灾人群在灾前如何获得食物和收入以及现在如何应对等问题。如果发现有流离失所的人群，应考虑对寄居人群采取粮食保障措施。同时，评估应分析市场、银行、金融机构或其他当地关于现金发放的机制以及食物供应链，还应分析这些要素所伴随的风险（见 33 页，保护原则 1）。此举将有利于评估现金或食物发放干预措施的可行性以及安全有效的发放机制的设计。

7. ***市场分析***应当成为早期和后续评估的一部分。对于市场的分析应包括价格趋势、基本商品和服务的可用性、灾害对市场结构的影响以及预计的恢复期。对市场能力的了解有助于在灾后提供就业岗位、食物、必要物料以及服务，从而有助于设计一个及时的、成本效益好的、合适的响应。这些响应措施

可以改善当地经济。市场体系不仅能够满足灾后的短期需求，还能够通过提供生产性资产（种子、工具等）以及保持就业需求来保障受灾人群的生计。如果可能，应设计方案以促进当地商品的销售（见 189 页，粮食保障 - 食品发放标准 4，指引 2-3；207 页，粮食保障—生计标准 1，指引 7；212 页，粮食保障—生计标准 3，指引 2）。

8. ***应对策略***：在进行评估和分析时，应考虑不同类型的应对策略以及何人将在何时应用策略、应对策略的效果如何和其负面影响的性质（如果有），建议使用工具包括应对策略索引等。策略虽然多样，但却是针对不同阶段进行应对。有些应对策略是常规的、正面并值得支持。其他策略（有时被称为危机策略）可能会对未来粮食保障造成永久的破坏，例如土地销售、整个家庭因危机转移或森林砍伐。而对妇女和女孩实施强制的应对政策，可能对她们的身心健康以及社会交往造成明显的负面影响。另外，应对策略也会影响环境，例如过度开发公共自然资源。因此，应通过分析，确定一个生计切入点，从而在探讨出无害的可选方案前，确定能够实现并支持粮食保障的最适当的综合响应（见 33-36 页，保护原则 1、2）。

9. ***针对脆弱性的参与式分析***：不同群体的女性、男性、合适的方组织以及机构等群体应有效地参与所有阶段的评估。应当根据当地的知识、需求和情境来制定方案。在评估中要考虑到在那些经常发生自然灾害或者受长期冲突侵害的地区可能配备了当地早期预警和紧急响应的系统、网络以及应急计划。鼓励妇女参与项目的计划和实施也很重要（见 36-41 页，保护原则 2-4）。

10. ***迫切需求和长期规划***：旨在满足迫切食物需求的干预措施包括食物、现金和代用券发放。这些措施可以单独使用，也可以和其他生计干预措施搭配使用。尽管满足迫切需求以及保护生产性资产是危机发生时首先应考虑的事宜，规划响应时仍应立足于长远考虑，包括意识到气候改变对退化环境、的恢复的影响。

粮食保障和营养评估标准 2：营养

人们面对营养不足风险加剧的地区，应通过国际认可的方法进行评估，以了解营养不足的类型、等级和程度，从而确定受影响最大的、处于最大风险中的人群以及提供适合的响应行动。

关键行动（结合指引阅读）

- 整理灾前以及初始评估的已有信息，从而突出营养情况的本质和严重性（见指引 1-6）。
- 确认那些最需要营养支持的人群以及潜在地影响营养状态的根本因素（见指引 1-2）。
- 决定是否需要针对不同人群进行定性或定量评估，从而更好地测量和理解“人体测量”状态、微量营养状态、婴幼儿喂养、产妇护理以及和营养不足有关的潜在决定因素（见指引 1-2）。
- 考虑当地社区以及当地其他利益相关群体对造成营养不足潜在原因的意见（见指引 7）。
- 指导及 / 或支援响应工作中包括国家和当地的能力评估（见指引 1、8）。
- 运用营养评估信息判断情况是否稳定或恶化（见指引 7-8）。

关键指标（结合指引阅读）

- 评估和分析方法（包括标准化指标）符合广泛认同的原则，且这些方法可同时用于“人体测量”和“非人体测量”评估（见指引 3-6）。
- 评估结果在分析报告中呈现，报告中应包括针对最脆弱的个人和群体的行动的明确建议（见指引 3-6）。

指引

1. ***情境信息***：可从一手或二手信息源收集营养不足的成因信息；这些信息源包括人群现在的健康和营养档案、研究报告、早期预警信息、医疗中心记录、

粮食保障报告以及社区团体。如果信息不适用于特殊领域的评估或潜在干预措施，应通过其他渠道获取信息，例如人口统计学健康调查、多指标聚类调查、其他国家健康和营养调查、世界卫生组织营养状况信息系统、世界卫生组织维生素和矿物质营养信息系统、复杂紧急数据库（CE-DAT）、危机中营养信息系统（NICS）、国家营养监测系统、以及现有方案中针对营养不良管理的认可率和覆盖范围。如果代表性数据是可用的，最好观察营养状态随着时间的推移而发生变化的趋势，而不是观察单一时间点的营养不良普遍性（见附录 3：营养评估清单）。应在更大范围的评估中考虑营养评估，特别是针对公共卫生和粮食保障的评估。应收集关于现有营养举措状况、这些举措的运行能力以及当地和国家的响应能力的信息，从而找出差距并指导响应。

2. ***分析范围***：若是发现了信息差距并需要进一步的信息来指导方案决策时，可以在初始评估（见 61 页，核心标准 3）后进行深入评估，以此来衡量方案的产出或作为倡导作用。深入营养调查包括众多可能的评估方法，包括“人体测量”调查、婴幼儿喂养评估、微量元素调查以及因果分析。同时，也可能使用营养监测和监督系统。

3. ***方法***：任何类型的营养评估都应：具备清晰的目标；运用国际认可的方法；确认具有营养脆弱性的个人；理解可能导致营养不足的因素。同时，应以透明的、合理的方式，在报告中及时地记录并展示评估和分析过程。评估方法必须公平公正、有代表性。在使用评估方法时，应与机构和政府进行良好协调，确保信息的互补性、一致性以及可比性。多机构评估可能更有利于评估大范围、多技术领域的广泛地理区域。

4. ***“人体测量”调查***：是基于随机抽样或详尽筛选的有代表性的跨领域调查。“人体测量”调查可用于评估慢性和急性营养不良的患病率，同时，应根据世界卫生组织标准，主要报告身高别体重 Z 值（见附录 4：急性营养不良的衡

量）。根据美国国家卫生统计中心（NCHS）参考资料，也可以通过报告身高别体重 Z 值与以往的调查相比较。“人体测量”调查还应包括测量中上臂围（MUAC）来确定消瘦和严重消瘦。对于营养性水肿，其评估和记录应分别进行。应报告营养不良患病率的置信区间并确保调查的质量。可以通过使用现有工具达到以上要求（例如标准化救援和过渡的监测和评估（SMART）、方法手册和工具或紧急营养评估软件和 EpiInfo 软件）。最广为接受的做法是评估 6-59 月龄儿童的营养不良级别，并根据这一评估结果推断整个人口的营养情况。然而，如果其他群体面临更大的营养威胁或已经受其影响，应考虑进行全面评估（见附录 4：急性营养不良的衡量）。

5. ***“非人体测量”指标***：附加信息对于“人体测量”是必不可少的。但当信息涉及到“人体测量”调查时，应谨慎考虑并限制信息的使用，以防止其降低调查的质量。这些”非人体测量”指标包括免疫覆盖率（特别是针对麻疹），维生素 A 补充、微量元素缺乏以及世界卫生组织婴幼儿喂养指标。在适当情况下，应测量 5 岁以下婴幼儿的大约死亡率。

6. ***微量元素缺乏***：如果受灾人群在灾前就一直缺少维生素 A、碘或锌等微量元素，抑或是处于缺铁性贫血状态，发生灾难时，这种情况还会加剧。在规划或分析评估时，应考虑可能爆发的糙皮病、脚气病、坏血病或其他因微量元素缺乏导致的疾病。如果医疗中心出现了微量元素缺乏的病例，可能是由于缺乏足够的饮食而造成的个别病例，也可能是受灾人群中的通病。

可以采取直接或间接的方法进行微量元素缺乏评估。间接评估包括：通过审查关于食物可及性、可用性和利用率（见 150 页，粮食保障和营养评估标准 1）的可用数据以及评估口粮充足率（见 180 页，粮食保障 - 食品发放标准 1），在人口层面上评估营养摄入量并推断可能发生的微量元素缺乏风险。在可行的情况下，直接评估包括：测量单个病人或人群样本的临床或亚临床缺乏情况。例如：在调查期间进行血红蛋白的测量，由此将贫血的患病率用作缺铁的代替测量结果。

7.***解读营养不足的级别***：在决定不同程度的营养不足是否需要干预措施时，需要参考人口规模和密度、发病率和死亡率，对情形进行详细分析（见 310 页，基本卫生服务标准 1，指引 3）。同时，也需要参考健康指标、季节性波动、婴幼儿喂养指标、灾前营养不足级别、微量元素缺乏级别（见附录 5：公共卫生意义上的微量元素缺乏测量）、严重急性营养不良占一般急性营养不良的比例以及其他影响营养不足的因素。结合补充信息系统这一方法可能是监测营养不良趋势的成本效益最佳的方法。如果可能，当地机构和受灾群应积极参加到监测活动、解读结果以及规划响应的工作。在运用决策模型和方法时，应考虑众多的变量，包括：粮食保障、生计、健康和营养（见 152 页，粮食保障和营养评估标准 1，指引 5）。

8.***决策***：针对营养不良制定管理响应决策时，应参考评估结果。在灾害的紧急期时，无需等待深入评估结果，可立即实施一般食物发放或其他预防性或即时性处理措施。对于已经进行的评估，其结果必须能够指导行动。应依据对概念框架中营养不足的理解，并根据营养评估和现有响应能力做出决策。

2. 婴幼儿喂养

不适当的婴幼儿喂养方法可能使婴幼儿更容易受到营养不良、疾病和死亡的威胁。而在灾害中，这种风险会加剧，而幼儿将会成为最脆弱的群体。通过纯母乳喂养可以最大程度地保证 24 个月以下婴幼儿的存活率并降低其发病率，其喂养方式如下：纯母乳喂养 6 个月，之后持续母乳喂养至 24 个月或更久， 6 个月后采用充足、合适、安全的辅食。

针对婴幼儿喂养（IYCF）采取了一些干预措施，用以保护母乳喂养和非母乳喂养婴幼儿并支持其营养需求。实施干预措施应首先关注对母乳喂养的保障和支持、将人工喂养的危险降至最低以及确保合适安全的补充喂养等问题。同时，应特别注意处于特殊境况的婴幼儿，比如感染艾滋病病毒的、无父母的、低出生体重的以及严重营养不良的婴幼儿。因此，对孕妇以及哺乳期妇女的营养、身体以及精神 的保护和支持是确保母子健康的关键因素。此外，还应考虑婴幼儿看护人（如婴幼儿的祖父母、单亲爸爸或兄弟姐妹）的特殊需求。及时地满足婴幼儿及其母亲的营养需求，需要各个领域的参与。婴幼儿喂养是本章中许多标准的重要组成部分，并将在其他章节中重复提及。

婴幼儿喂养标准 1：政策指引和协调

通过实施关键政策指引以及有效协调，确保受灾人群中的婴幼儿得到安全及适当的喂养。

关键行动（结合指引阅读）

- 严格遵守《在紧急情况下的婴幼儿喂养（IFE）操作指引》、《母乳替代品营销国际准则》以及后续的世界卫生大会（WHA）相关决议（统称为“守则”）（见指引 1、2）。
- 避免接受母乳代替品（BMS）、其他乳制品、奶瓶和奶嘴的捐赠（见指引 2）。

关键指标（结合指引阅读）

- 应该有成文的国家及 / 或机构政策，用于解决婴幼儿喂养问题并体现《在紧急情况下的婴幼儿喂养操作指导》（见指引 1）。
- 在紧急事件发生时，都应为婴幼儿喂养指定一个主要协调机构（见指引 1）。
- 应指定一个机构负责处理母乳代替品、其他乳制品、奶瓶和奶嘴的捐赠（见指引 2）。
- 应监督并上报违反守则的情况（见指引 1、2）。

指引

1. ***政策指引、协调以及交流***：将关键政策指引形成文件用以指导紧急方案（包括《在紧急情况下的婴幼儿喂养操作指导和守则》）。关于指引详情，请参见“参考资料和延伸阅读”一节。2010 年世界卫生大会通过的第 63.23 号决议，要求成员国在保证国家和国际性的备灾计划以及紧急响应时都遵守在《在紧急情况下的婴幼儿喂养操作指导》的规定。其中，备灾计划包括政策制定、“在紧急情况下的婴幼儿喂养”指导和培训、符合守则的母乳代替品和辅食来源的识别。在紧急情况发生时，都应为婴幼儿喂养指定一个主要的协调机构。在救援问责的过程中，对违反守则的行为进行监督

和上报非常重要。另外，与受灾人群保持清晰、持续的交流将会对响应产生重要影响。

2. ***奶及奶制品的处理***：奶及奶制品不得纳入普遍食品发放范围（见 186 页，粮食保障 - 食品发放标准 2，指引 5）。人工喂养的指标和管理应符合《在紧急情况下的婴幼儿喂养操作指导和守则》的规定，在理想情况下，还应在指定的婴幼儿喂养协调机构的指导下进行喂养。即使在紧急情况下，也不应寻求或接受母乳代替品、奶制品、奶瓶和奶嘴的捐赠。对于已就位的捐助物资应在指定机构的安排下进行存放，并由婴幼儿喂养协调机构负责管理。

婴幼儿喂养标准 2：基本和技术支持

婴幼儿的母亲和看护人应得到及时、合适的喂养支持，从而将风险降至最低并使婴儿的营养、健康和生存状态达到最佳。

关键行动（结合指引阅读）

- 实施综合性的跨领域干预措施，从而保护并支持安全合适的婴幼儿喂养（见指引 1）。
- 让孕妇和哺乳期妇女优先获得食物、现金及 / 或代用券以及其他支持性干预措施的支援（见指引 1）。
- 针对孕妇、哺乳期妇女以及 0-24 月龄儿童采取干预措施时，应结合技术性的母乳喂养咨询服务（见指引 2-7）。
- 应支持刚分娩母亲的早期纯母乳喂养（见指引 3）。
- 支持及时的、安全的、充足的以及合适的补充喂养（见指引 5）。
- 有些婴儿需要人工喂养，应为其母亲和看护人提供数量充足的合适的母乳代替品和其他相关支持（见指引 6）。
- 应特别考虑处于困境的婴幼儿（如孤儿、急性营养不良的儿童、低出生体重的婴儿以及感染艾滋病病毒的婴幼儿），并为其提供喂养支持（见指引 4-7）。

关键指标（结合指引阅读）

- 世界卫生组织针对婴幼儿的早期母乳喂养制定的标准指标为：在六个月内实行纯母乳喂养，并在 1-2 年内进行混合母乳喂养（见指引 2-3、5-6）。
- 对于 6-24 月龄儿童，其看护人应获得及时的、合适的、有充足营养的及安全的辅食（见指引 5、6）。
- 应针对哺乳期母亲，提供母乳喂养技术支持（见指引 1-3）。
- 对于需要人工喂养的婴儿，应为其提供符合守则的合适母乳代替品和其他相关支持（见指引 5）。

指引

1. 需要采取一些***简单措施和基本干预措施***，保护、支持婴幼儿喂养。在面对 0-24 月龄儿童的母乳喂养、补充喂养及 / 或人工喂养这些方面的困难时，应保持警惕，并对形成的问题报告进行调查。而对于非母乳喂养婴儿，应提供紧急援助。此外，应优先为母亲、看护人、孕妇以及哺乳期妇女提供援助，从而满足他们直接的基本需求。同时，对拥有 24 个月以下婴幼儿以及哺乳期母亲的家庭进行登记，并将这些家庭与粮食保障方案联系在一起以确保他们获得充足的食物。还应为母亲和看护人提供指定住所，让他们能够获得平等的、基本的婴幼儿喂养支持。而在一开始，就应将一些关键服务纳入母乳喂养支持措施中，例如生殖健康、基本卫生保健、心理服务以及选择性喂养方案。

2. ***孕妇和哺乳期妇女***：如果孕妇和哺乳期妇女摄入营养不足，可能会导致妊娠并发症、孕产妇死亡、婴儿出生体重低以及孕产妇营养状况下降（与母乳中某些营养成分过少有关）。而产妇的体重过低，与婴儿的体重过低密切相关，而低体重比的婴儿，这也是青春期妊娠的特征之一。不管孕妇以及哺乳期妇女是否接受了强化食品，她们都应接受能为她们提供每日所需微量元素的日常补给，从而保护其体质以及确保产奶量。如果已经为孕妇和哺乳期妇女提供了铁和叶酸等微量元素的补给，还应继续提供这种补给。

此外，她们在发放补给的 6 至 8 周之内还应收到维生素 A。关于微量元素补充的计量和时间，应根据国际方面的建议。有时，可能需要使其接受心理服务，尤其是针对精神受创的人群。对于婴儿出生体重低这一问题来说，虽然为青春期母亲提供营养支持很重要，但避免青春期女性怀孕才是重中之重。

3. ***早期纯母乳喂养***（出生后一个小时）是确保母婴健康的首要干预措施。而在婴儿出生后，持续不断的肌肤接触以及早期纯母乳喂养对低出生体重的婴儿及其母亲尤其有益（见 324 页，基本卫生服务 - 儿童健康标准 2，指引 1）。

4. ***母乳喂养***：纯母乳喂养要求婴儿除了必需的微量元素补给或药品之外，只摄入母乳，不摄入水分、其他液体或固体食物和饮品。通过纯母乳喂养，可以确保婴儿前六个月的食物和饮品安全，并为婴儿提供主动免疫保护。同时，还能为年龄稍大一些的婴幼儿，特别是处于缺水、环境卫生和个人卫生差等情境中的婴儿提供保护。所以，母乳喂养应持续到婴儿出生后 24 个月或更久。尽管紧急状况可能会削弱人们对母乳喂养的信心，但是婴幼儿的母亲、家庭、社区和卫生工作者仍需对母乳喂养恢复能力充满信心。在规划和资源分配时，应为下述面对更多困难的人群提供母乳喂养支持，包括高压人群以及 6 个月以下的严重营养不良婴儿（见 169 页，急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 2）、习惯混合喂养婴儿的人群以及艾滋病病毒蔓延环境下喂养婴儿的人群（见指引 7）。

5. ***补充喂养***是除了母乳之外，给予 6 个月或更大婴儿其他食物作为补充的过程（或为非母乳喂养婴儿提供合适的母乳代替品）。在补充喂养时期（6-24 个月），母乳喂养对于保障婴儿的食物和饮用安全，仍然具有重要意义。同时，应为非母乳喂养婴儿提供援助以弥补其营养不足。为了促进补充喂养，有必要将补充喂养与粮食保障方案联系在一起。在受灾人群主要依赖于食物援助的情况下，应在供应的一般口粮中加入合适的微量元素强化食品，而且可能需要全面提供补充食物。在补充喂养期间，为了应对不同的紧急情境，可能需要针对脂质营养补给的范围、使用以及持续时间制定明确的标准。

而即食治疗性食品并不在辅食的范围内。在发放辅食时，还应提供有关食品准备的实用指导以及示范。使用微量元素补充（包括维生素 A）时，应遵循最新建议。其中，铁元素补充可能有益于低出生体重的婴幼儿。如果受灾区疟疾流行，应针对当地的缺铁性贫血儿童，实施铁元素补充并采取合适的疟疾控制措施。

6. ***人工喂养***：需要具备专业知识的人对非母乳喂养婴儿进行早期确认和评估，从而找到合适的喂养方式。如果无法提供母乳喂养，则使用捐赠乳汁，尤其是奶妈的乳汁对于婴幼儿和低出生体重婴儿的喂养尤其有用。只有在必要的时候（婴儿 6 个月或者更大的时候），才需要进行人工喂养，进行人工喂养时，需要为母亲和看护人提供数量充足的合适母乳代替品以及相关基本支持（水、燃料、存储设施、生长检测、医疗保健以及时间）。同时，应改变 6 个月以内婴儿的混合喂养方式，即采取纯母乳喂养。不建议使用奶瓶，因为奶瓶不易清洁。为了支持母乳喂养，也需要制定人工喂养方案，该方案应包含使用标准指标监督社区婴幼儿喂养行为的内容。同时，应监测个人和群体的发病率，尤其侧重于腹泻的发病率。而对于 6 个月以下的非母乳喂养婴儿，则应考虑使用小剂量的补充性维生素 A。

7. ***艾滋病病毒和婴儿喂养***：某些婴儿的母亲是艾滋病病毒感染者，应选择最佳喂养方式，最大程度保证这些婴儿的存活。对于尚未确认是否感染艾滋病病毒或处于艾滋病病毒阴性的母亲，应给予支持，使她们按照一般婴幼儿喂养建议进行母乳喂养（见指引 3-5）。对于感染了艾滋病病毒的母亲，则通过抗逆转录病毒（ARV）药物干预与母乳喂养结合的方式来减少产后的艾滋病病毒传播。同时，应优先采取促进受灾人群获得抗逆转录病毒药物的措施（见 328 页，基本卫生服务 - 性别和生殖健康标准 2）。但是，在紧急情况下对婴幼儿采取替代喂养，风险更大。这就意味着，母乳喂养可以极大地提高母亲是艾滋病病毒感染者的婴儿的存活率以及感染艾滋病病毒的婴儿的存活率，包括还未提供抗逆转录病毒药物的情况。对于那些已确定进行替代喂养的婴儿，应采取紧急人工喂养援助（见指引 6）。

3. 急性营养不良和微量元素缺乏管理

急性营养不良和微量元素缺乏与受灾人群的发病和死亡风险增加相关。因此，当出现高患病率或风险时，有必要确保受灾人群获得治愈、预防营养不良的服务。如果没有通过其他干预措施解决营养不良的问题，健康、“供水、环境卫生及卫生促进”、食物发放以及粮食保障就无法得到支持，因此这些服务的效果会大打折扣。

中度急性营养不良可以通过诸多方法解决。在灾难情况下，补充供餐是预防和治疗中度急性营养不良以及防止严重急性营养不良的主要手段。在判断采取全面的还是有针对性的措施时，主要依据急性营养不良的级别、弱势人群以及急性营养不良病例有无增加的风险。急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 1 的指标主要适用于有针对性的补充供餐。若是全面补充供餐没有明确的衡量指标，对供餐的覆盖范围、可接受性和口粮供应的监督就尤其重要了。

严重急性营养不良可以通过各种途径的治疗护理解决。如果条件允许，首选的解决方法是社区为本的急性营养不良管理。严重急性营养不良的解决方案应包括社区动员（包括有效交流、主动病例发现、转介和跟进）、针对无并发症的严重急性营养不良的门诊治疗以及针对有并发症的病人或婴儿的住院治疗。

在很多情境下，微量元素缺乏症不易被识别。尽管早期可能会检测到微量元素缺乏的临床特征，但更大的危险来自于亚临床微量元素缺乏对受灾人群健康和生存的影响。当微量元素缺乏已经在受灾人群中盛行时，可以假设微量元素缺乏会因灾害而加剧。应使用针对整个人群的干预措施以及个体化治疗手段，解决微量元素缺乏问题。

急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 1：中度急性营养不良

中度急性营养不良的问题得到解决。

关键行动（结合指引阅读）

- 针对干预措施的实施和关闭，从一开始就建立明确的、协商一致的战略、目的以及条件（见指引 1）。
- 从一开始就将受灾人群纳入管理，从而使得最大范围的受灾人群都获得治疗（见指引 2；55 页，核心标准 1）。
- 根根据国际和国内认可的“人体测量”标准进行评估，由此决定病人的接受和脱离治疗（见指引 3-4、附录 4：急性营养不良测量以及附录 5：微量元素缺乏的公共健康意义的措施）。
- 如果可能，将中度急性营养不良的管理与严重急性营养不良的管理和现有卫生服务相联系（见指引 5、6）。
- 除非有明确的就地供餐理由，否则应提供干粮或合适的即食型辅助食品（见指引 8）。
- 调查造成治疗无法实施或者效果不佳的原因，并根据这些原因采取相应行动（见指引 5、6）。
- 在解决婴幼儿喂养问题时，侧重于保护、支持以及促进母乳喂养（见指引 7）。

关键指标（结合指引阅读）

以下指标主要适用于 6-59 月龄儿童，尽管项目中可能还包含其他指标。

- 应保证 90% 以上的目标人群可以在一天之内（包括治疗时间）步行往返其住所与干粮补充供餐项目指定的治疗站点，并可以在一小时内步行到达就地补充供餐项目指定的治疗站点（见指引 2）。
- 项目在农村地区的覆盖率应超过 50%、在城市地区的覆盖率应超过 70%、在集中安置住所的覆盖率应超过 90%（见指引 2）。
- 对于退出补充供餐方案的人群，其死亡率应小于 3%、康复率应大于 75%、治疗无法实施的概率应小于 15%（见指引 4）。

指引

1. ***项目设计***必须基于对营养情况的复杂性和动态性的理解。补充供餐可采用有针对性的或普遍性的方案。对于采取何种补充供餐方案，应依据急性营养不良的级别和病例数、急性营养不良病例增加的风险情况、使用“人体测量”标准筛查并监测病例数的能力、可用资源以及受灾人群对资源的可及性。有针对性的补充供餐一般需要花费更多的时间和精力来观察并监督个人的急性营养不良情况，但只需要较少的食物资源；而普遍性的补充供餐对于人力的需求一般较少，但需要更多的食物资源。通过有效的社区动员，将有助于受灾群众对项目的理解以及项目的有效性。设计项目时，应与医疗护理、卫生系统、艾滋病和肺结核网络以及粮食保障方案（包括食物、现金或代用券发放）相关联。同时，受灾人群也应参与到项目选点的决策。还应考虑那些很难进入项目选定的治疗站点的弱势人群。并且，从一开始就应考虑制定退出策略或长期支持计划。

2. ***覆盖率***是指实际接受治疗的人数占需要治疗的人数的比重。覆盖率的影响因素包括：项目的可接受性、项目指定的治疗站点的位置和可及性、安全情况、物资发放的频度、等待时间、服务质量、动员的程度、家访和筛查的程度、以及治疗站点的筛查和准入标准的调整。其中，治疗站点的位置应当靠近目标人群，从而降低受灾人群携婴幼儿长途跋涉的风险和花费以及人群流离失所的风险。根据所生成信息的可靠性和类型的不同，覆盖率的测量方法也不尽相同。因此，在汇报覆盖率时，必须阐明所采取的测量方法。至于在特定情境中应该采取何种测量方法，应参考现有指引。此外，应将覆盖率评估视为一种管理工具，可在紧急支援的整个过程中使用这一工具，而不是非得在最后阶段才使用。

3. ***接受治疗标准***：对于“人体测量”标准中测定为急性营养不良患者以外的其他人群，补充供餐对他们可能也有帮助，例如肺结核或艾滋病患者、为防止疾病复发而建议从医疗机构出院的个人、患有慢性病的个人或残疾

人。如果上述人群中包含了“人体测量”标准范围以外的个人，则需要对监督和上报机制进行调整。

4. ***脱离治疗的标准***应遵循国家或国际的指导方针；如果当地没有明确的国家指导方针，则应遵循国际指导方针；脱离治疗的标准也应在汇报表现指标时明确出来。（见指引 5）。

5. ***表现指标***与不再接受治疗（结束治疗）的人数是相关的。其中，不再接受治疗的人群主要由那些已康复的、死亡的、无法实施治疗的以及无法康复的人群组成。转介到补充服务（例如卫生服务）部门的个人并没有终止治疗，而是在后期继续或重新接受治疗。转移到其他站点的个人并没有终止治疗，不得将其纳入表现指标考核。表现相关指标如下所示：

因康复而不再接受治疗的人数比例 =

$$\frac{\text{康复的人数}}{\text{不再接受治疗的总人数}} \times 100\%$$

因死亡而不再接受治疗的人数比例 =

$$\frac{\text{死亡人数}}{\text{不再接受治疗的总人数}} \times 100\%$$

因治疗无法实施而不再接受治疗的人数比例 =

$$\frac{\text{无法实施治疗的人数}}{\text{不再接受治疗的总人数}} \times 100\%$$

因无法康复而不再接受治疗的人数比例 =

$$\frac{\text{无法康复的人数}}{\text{不再接受治疗的总人数}} \times 100\%$$

针对医疗机构批准可以离开的个人，应单独建立分类来进行汇报，以避免在恢复问题上，出现过于乐观的误差。急性营养不良儿童后续所出现的残疾、腭裂或外科问题，应记录在项目报告中。报告针对的核心人群是 6-59 月龄的婴幼儿。在分析表现时，除了上述指标之外，系统还应监督受灾人群对

于项目的参与度和接受度（可以通过实施对接受度的有效测量措施来实现无法对其实施治疗的人数以及项目覆盖率的统计）、供应食物的质量和数量、覆盖率、转至其他项目的原因（特别是针对那些营养状态恶化为严重急性营养不良的儿童）以及确诊的人数和正在接受治疗的人数。另外，还应考虑外部因素，例如发病类型、受灾人群的营养不良级别、家庭以及整体粮食保障级别、针对受灾人群的补充性干预措施（包括一般食品发放或相同的项目）以及现有系统的服务交付能力。同时，还应持续调查导致无法实施治疗和治疗效果不大的原因。

6. ***卫生投入和注意事项***：对于疾病的筛查和转诊来说，有针对性的补充供餐项目是很重要的。在补充供餐项目中，应考虑现有卫生服务的能力，并确保提供了驱虫剂、维生素 A 补充、铁和叶酸（用于疟疾筛查和治疗）、锌（用于治疗腹泻和加强免疫力）（见 314 页，基本卫生服务 - 传染病控制标准 2；321-323 页，基本卫生服务 - 儿童健康标准 1、2）。此外，在艾滋病病毒感染率高的地区，要实施艾滋病病毒检测和预防治疗并特别关注补充食物的质量和数量。

7. 对于 6 月龄以下患有急性营养不良的婴儿，***为其哺乳的母亲***无论营养状态如何，都应获得补充供餐。中度营养不良的母亲可以成功进行母乳喂养，但是需要适当的营养支持以保证母亲的营养状态。应为母亲提供补充喂养口粮、纯母乳喂养技巧支持和安全有效的营养补充喂养建议。如果需要，应针对 6 月龄以下患有急性营养不良的婴儿提供有技巧的母乳喂养支持以及住院治疗。

8. ***口粮***：相比就地供餐，每周或每两周提供一次干粮或即食型食物的效果更佳。然而，在决定干粮或食物的成分和分量时，应考虑家庭粮食保障以及分享的可能性。同时，还应提供下述信息，包括如何卫生地烹饪和存储补充食物、如何以及何时消费食物（见 198 页，食物发放标准 6，指引 1）以及 24 月龄以下儿童持续接受母乳喂养的重要性。针对弱势群体，如行动不便的人群，可能需要对方案进行适当修改从而满足他们的具体需求。

急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 2：严重急性营养不良

严重急性营养不良的问题得到解决。

关键行动（结合指引阅读）

- 从发灾就建立明确的、协定的标准，从而建立或加大对现有服务的支持或者决定是否按病患的比例减少或停止服务（见指引 1）。
- 针对严重营养不良的管理，在干预措施中纳入住院治疗、门诊治疗、转诊以及考虑流动人口的元素（见指引 2）。
- 从发灾就把受灾人群纳入管理，从而使得获得治疗的受灾人群范围最大化（见指引 1-3；55 页，核心标准 1）。
- 根据国内和国际普遍认可的、针对严重急性营养不良的管理指引，提供营养和医疗护理（见指引 4-8）。
- 确保脱离治疗的标准中，既包括“人体测量”指标，又包括”非人体测量”指标（见指引 6）。
- 调查造成无法实施治疗和治疗无效或死亡率上升的原因，并根据这些原因采取相应行动（见指引 6、7）。
- 在解决婴幼儿喂养问题时，侧重于保护、支持以及促进母乳喂养（见指引 9-10）。

关键指标（结合指引阅读）

虽然方案中可能还包含了其他指标，但下述这些指标主要适用于 6-59 月龄儿童：

- 应保证 90% 以上的目标人群可以在一天之内（包括治疗时间）步行往返于其住所与项目指定的治疗站点之间。
- 项目在农村地区的覆盖率应超过 50%、在城市地区的覆盖率应超过 70%、在集中安置点的覆盖率应超过 90%（见指引 3）。
- 对于不再接受医疗护理的人群，其死亡率应小于 10%、康复率应大于 75%、治疗无法实施的概率应小于 15%（见指引 6）。

指引

1. ***项目设计***：如果可能，设计的方案应依据并能够支持现有的卫生体系能力。为了确保对严重急性营养不良进行有效管理，还需提供额外支持。额外支持应根据医疗设施和社区的现有能力、受灾人群的人数和受灾地区地域广度以及安全状况而定。从一开始，就应针对紧急情况，在项目中设计退出战略或长期支援的计划。在制定项目终止或转换的标准时，应考虑能否可以将现有卫生体系能力和机遇整合到现有系统中。

2. ***项目组成部分***：严重急性营养不良管理项目应包括：住院治疗（针对有并发症的个人及 6 个月以下患有急性营养不良的婴儿）以及门诊治疗（针对无并发症的儿童）。其中，住院治疗可直接实施或通过转诊实施。为了找到导致营养不足的直接原因和根本原因，项目还应与其他服务的联系，例如补充供餐、艾滋病病毒和肺结核网络、主要卫生服务、以及包括食物、现金或代用券发放在内的粮食保障项目。同时，实施有效的社区动员，将有助于提高项目的接受性、可及性以及覆盖率。此外，门诊项目指定的治疗站点应当靠近目标人群，从而降低受灾人群携婴幼儿长途跋涉所面临的风险和花费以及人群流离失所的风险。

3. ***覆盖率***：与中度急性营养不良治疗一样，严重急性营养不良治疗的覆盖率受下述因素的影响：项目选点的可接受性、项目指定的治疗站点的位置、安全情况、物资发放的频度、等待时间、服务质量、动员的程度、家访和筛查的程度以及治疗站点的筛查和准入标准的调整。因所生成信息的可靠性和类型的不同，覆盖率的测量方法也不同。因此，在汇报覆盖率时，必须说明所采用的测量方法。关于在特定情境下采用何种测量方法，应参考现有指引（见 166 页，急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 1，指引 2）。

4. ***指引***：若受灾国有相关指引，则必须遵守该指引。如果受灾国没有相关指引，或国家的指引没能达到国际标准，则应采用国际的相关指引。关于国际公认的指引，请参见“参考资料和延伸阅读”一节。

5. 本标准的***接受治疗条件***与国际和国内的指引应保持一致（见附录 4：急性营养不良测量及其参考资料和延伸阅读）。对于 6 个月以下的婴儿以及“人体测量”标准很难界定的人群，其准入条件应包括考虑其临床状态和母乳喂养状态。对于经测试证实或疑似艾滋病病毒阳性的、患有肺结核的以及患有慢性病的人群，如果满足准入条件，也应公平的得到治疗。对于没有达到准入标准的艾滋病病毒感染者，通常需要对其进行营养支持，然而在灾害发生时，在严重急性营养不良的情境下，为其提供营养支持并不能达到最佳效果。为了援助上述人群及其家人，应采用一系列的服务，包括社区居家养老、肺结核治疗中心以及针对母婴传播疾病的预防项目。

6. ***脱离治疗的标准和恢复***：不再接受治疗的个人特征应为：无并发症、已恢复了食欲、已达到并保持合适的体重且无营养性水肿（已通过连续两次称体重等方式得到证实）。对于 6 个月以下的婴儿以及 0-24 月龄的儿童，保持其母乳喂养状态尤其重要。而对于母乳喂养婴儿，则需要紧密跟进。为了避免因过早脱离治疗而产生的风险，应遵循脱离治疗的标准。指引中定义了对于接受治疗的平均时长的限制，主要是为了避免恢复期延后。接受治疗的平均时长因使用的指导方针的不同而不同。因此，应根据国家情境和使用的指导方针对治疗的平均时长做出调整。此外，还应根据患者是否患有营养性水肿，对其平均体重增长率分别进行计算。如果有些营养不良患者同时感染艾滋病病毒、患有艾滋病或肺结核，营养不良的治疗可能对其无效。届时，应考虑选择长期治疗或护理与卫生服务以及其他社会和社区支持服务相结合的方式（见 328 页，基本卫生服务 - 性和生殖健康标准 2）。

7. 针对严重营养不良管理的***表现指标***应结合不重复计算（即除去两种治疗之间的转介病例）的门诊和临床治疗结果。如果这种方法不可行，对结果率的解读应作出相应的调整，例如，当单独实施门诊治疗时，项目应可以达到更好的指标；当单独实施住院治疗时，项目应可达到结合治疗的指标。不再接受严重急性营养不良治疗的人群包括：已康复的人群、死亡的病人、无法实施治疗的人群以及无法康复的人群（见 167 页，急性营养不良和微

量元素缺乏管理标准 1，指引 4）。对于转诊到其他服务（例如医疗服务）的个人，其治疗并没有终止。如果项目报告只针对门诊治疗，而在表现评估时出现了门诊治疗转为住院治疗的情况，须在报告中提及。如果相当比例的接受治疗患者都是艾滋病病毒患者，一些因素（如艾滋病病毒的临床复杂性）将会影响死亡率。即使表现指标没有针对情况作出调整，但在解读过程中，指标的作用仍然不可忽视。在监测表现时，除了评估不再接受治疗的指标，还应评估新准入患者的数量、就诊的儿童数量以及覆盖率。此外，应持续调查和记录导致病患再次接受治疗治疗、病情恶化、无法实施治疗和治疗无效的原因。相关定义应符合正在使用的指引。

8. ***卫生投入***：所有针对严重急性营养不良的管理项目都应包括：符合国家和国际指引的系统治疗以及针对潜在的疾病（如肺结核、艾滋病）管理所建立的转诊体系。此外，在艾滋病病毒流行的区域，制定治疗营养不良的策略时，应考虑采取可同时避免艾滋病病毒传播并确保母婴存活的干预措施。同时，还需要建立针对肺结核和艾滋病病毒的测试及治疗的转诊体系。

9. ***母乳喂养支持***：接受住院治疗的婴儿通常是病重的。应为婴儿（尤其是 6 月龄内的婴儿）的母亲提供有技巧的母乳喂养支持，这同样也是婴儿营养康复和恢复工作的一部分，但此措施同时也会耗费大量的时间和资源。在这种情况下，可以建立一个特殊区域，如母乳喂养区，从而提供有针对性的母乳喂养支持和相互支持。对于 6 月龄以内、身患严重营养不良的婴儿，不论其营养状况如何，都应该为其母亲提供补充口粮，直到婴儿达到了针对严重急性营养不良的“人体测量”标准。在这种情况下，这些婴儿应被获准接受治疗。

10. ***社会的及心理上的支持***：在康复期间，通过带领患有严重急性营养不良的儿童玩耍，可以使其获得生理上和情绪上的鼓励。为了使婴儿得到治疗，还应为其看护人提供社会及心理上的支持。为了达到这一目的，可以采用动员项目。动员项目应侧重于“鼓励”和“互动”，同时也可作为未来治

疗和预防残疾与认知障碍的手段（见 41 页，保护原则 4）。在治疗过程中，应对所有严重营养不良儿童的看护人提供建议、示范以及健康和营养信息，从而使他们可以更好地喂养和照顾儿童。

急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 3：微量元素缺乏

通过实施针对微量元素缺乏的干预措施以及公共卫生和其他营养干预措施，减少与紧急事件相关的常见疾病的发生并解决微量元素缺乏的问题。

关键行动（结合指引阅读）

- 对卫生服务人员进行培训，使其能够分辨和治疗微量元素缺乏症（间指引 1、2）。
- 针对可能为受灾人群带来风险的微量元素缺乏症的类型，制定有效响应程序（见指引 2）。

关键指标（结合指引阅读）

- 根据现有的最佳临床经验进行微量元素缺乏的治疗（见指引 1、2）。
- 应结合公共卫生干预措施，制定针对微量元素缺乏的相关干预措施，从而减少与紧急事件相关的常见疾病的发生，例如麻疹（缺乏维生素 A）以及腹泻（缺锌）（见指引 3、4）。

指引

1. ***针对临床微量元素缺乏的诊断和治疗***：通过简单的检查，即可诊断出临床微量元素缺乏症。虽然为确保评估的准确性而对卫生服务人员进行了相关培训，但微量元素缺乏症的临床指标仍需被纳入健康或营养监督体系。诊断标准通常是不确定的。紧急情况发生时，卫生服务人员只有通过对患者进行的检查，再根据营养补充的效果，才能确定诊断标准。微量元素治疗应涉及主动病例发现、被认可的诊断标准以及治疗指引的使用。在卫生系统和供餐项目中，应体现病例发现和治疗的要求（见 156 页，粮食保障和

营养评估标准 2，指引 6）。如果微量元素缺乏症的患病率已经超过了公共卫生标准的门限值（见附录 5：公共卫生意义上的微量元素缺乏测量），可通过补充微量元素的方法对受灾人群进行全面治疗。如果依赖食物援助的受灾人群无法从食物中获得适当的微量元素，就会导致坏血病（缺乏维生素 C）、糙皮病（缺乏烟酸）、脚气病（缺乏硫胺素）以及核黄素缺乏病（缺乏核黄素）等最常见流行病的产生。因此，应采取适用于针对人群的干预措施以及个人治疗项目来解决微量元素缺乏问题。

2. ***针对亚临床微量元素缺乏的诊断和治疗***：亚临床微量元素缺乏症会对健康造成不良的影响。但是，除非采取相对不易实施的生化检查方式，否则亚临床微量元素缺乏症无法被直接查出，但贫血症是一个意外情况，针对贫血症的生化检查，相对更易实施（见 156 页，粮食保障标准和营养评估标准 2，指引 6；附录 5：微量元素缺乏的公共健康意义的措施）。此外，可以使用间接指标评估受灾人群中的微量元素缺乏问题，并决定何时需要改善膳食摄入量或使用营养补充品（156 页，粮食保障和营养评估标准 2，指引 6；附录 5：微量元素缺乏的公共健康意义的措施）。

3. ***预防***：“粮食保障 - 粮食发放”一节简要描述了微量元素缺乏症的预防策略（见 180 页，粮食保障 - 粮食发放标准 1）。在预防过程中，同样需要采取疾病控制措施，包括针对急性呼吸感染、麻疹和寄生虫感染（例如疟疾、腹泻等消耗人体微量元素储备的疾病）等疾病的控制（见 321-323 页，基本卫生服务 - 儿童健康标准 1、2）。而治疗准备工作将涉及诊断标准的确立、治疗指引以及主动病例发现系统。

4. ***使用微量元素治疗常见疾病***：应将补充微量元素纳入一些疾病的预防和治疗工作中。微量元素补充包括维生素 A 的补充、麻疹疫苗的提供、以及指引中提到的用于治疗腹泻的锌片与口服补液盐（见 321-323 页，基本卫生服务 - 儿童健康标准 1、2；160 页，婴幼儿喂养标准 2）。

4. 粮食保障

粮食保障响应旨在满足受灾人群的短期需求、避免对受灾人群造成伤害、减少受灾人群对有潜在破坏性的应对策略的依赖。此外，粮食保障响应还应有助于长期粮食保障的恢复。

为保证评估的准确性，应检查响应方案的合适性和可行性（见 150 页，粮食安全和营养评估标准 1）。本章介绍的粮食保障响应可分为：一般粮食保障标准；食物发放；现金和代用券发放；生计响应。

如果灾民需要食物，应考虑采用合适的方法发放食物，同时，应选择合适的食物清单用于发放实物以及代用券。生计响应包括基本生产、收入和就业、以及与市场商品和服务的对接。

现金和代用券发放适用于粮食保障中（以及其他领域）一系列的商品和服务。在设计粮食保障干预措施时，对市场能力以及合适交付方式的了解十分重要。

粮食保障标准要求：提供足够的资源，从而满足普通群体以及处于营养风险的特定脆弱人群对食物的需求。除非满足了受灾人群的以上需求，否则针对营养不良治疗的效果都会大打折扣，因为从营养不良中恢复的灾民将会再次陷入食物不足的情境中，其营养状况也会再次变差。

通过实施目标人群定位、交付和发放措施，应可以降低内部和外部失误。包括由武装人员侵占食物、现金或其他救援物资的风险。此外，所实施的粮食保障措施不应加剧冲突。

粮食保障标准 1：一般粮食保障

人们有权获得人道主义粮食援助，从而保证他们的生存和维护尊严，尽可能防止其财产受侵蚀并建立他们的抗逆力。

关键行动（结合指引阅读）

- 设计早期响应方案，从而满足紧急需求（见指引 1）。
- 考虑采取措施，以支持、保护并推动粮食保障（见指引 2）。
- 根据合理的分析、响应的益处、相关的风险和花费、以及人们的应对策略来规划响应（见指引 3）。
- 应针对灾害响应制定过渡和退出策略，增强人们对这些策略的意识并适时加以应用（见指引 4）。
- 确保受益人获得合适的支持，包括为其提供必要知识、技能以及服务（见指引 5）。
- 保护和保存自然环境，使其免遭由所有响应带来的的进一步破坏（见指引 6）。
- 通过监测以判断不同人群和个人对干预措施的可及性和接受程度；确保所有受灾人群都能享受无歧视的粮食保障（见指引 7）。
- 通过评估以测量响应对当地经济、社会网络、生计以及自然环境产生的影响；确保评估成果的有效共享和应用，从而影响后续的干预措施（见指引 8）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有对于粮食保障有需求的受灾人群都获得援助，这些援助应能满足他们的基本需求、预防其资产受侵蚀、给予他们更多的机会并保证他们的尊严。
- 确保受灾家庭不采取消极应对措施（见指引 3）。
- 应基于全面的评估和分析，从而决定应选择现金发放、代用券发放还是二者结合的方式（见 200 页，粮食保障 - 现金和代用券发放标准 1）。

指引

1. ***优先采取生命保障的响应***：在应对紧急事件中粮食无法保障时，食物、现金或

代用券的发放（或者是三者的结合方案）是最常见的初始响应方式。同时，也应考虑其他形式的响应，包括食品补贴、临时的费用减免、就业方案制定、对对于生计和牲畜减少的生产支持、饲料供应以及市场支持。如果当地市场正常运行、可以进入并且没有通货膨胀的风险，这时，首先要做的是重建正规市场管理并刺激经济活动，从而提供工作岗位（见“市场和粮食保障干预措施”章节，参考资料和延伸阅读）。如果这些策略的确有利于支持生计、减少未来脆弱性以及保持受灾人群的尊严，采取这些策略要比简单的食物发放更合适。另外，人道主义机构还应考虑其他的援助方式，通过结合多种响应措施的方式，增加对受灾人群的投入并为其提供补充服务。

2. ***支持、保护并促进粮食保障***：包括一系列的响应和倡导措施。尽管，在灾难的初级阶段，首先要做的是解决受灾人群的燃眉之急并保护其生产性资产，在规划响应方案时，仍需要作长远考虑并结合其他领域的响应措施。在短期内，仅依靠受灾人群自己的生计策略是无法实现粮食保障的。然而，有助于粮食保障并能保证受灾人群尊严的现有策略应得到支持。通过实施粮食保障响应，应可以防止未来的财产流失、促进资产流失（由灾难造成的）的恢复并增加对未来威胁的防范。

3. ***应对策略所带来的风险***：利于粮食保障的、可保证受灾人群尊严的应对策略应得到支持。然而，应对策略可能增加救援成本，还可能引发风险，增加受灾人群的脆弱性（见 150 页，粮食保障和营养评估标准 1）。因此，需尽快认识到策略带来的风险，并采取早期干预措施从而避免受灾人群采取这样的策略。例如，通过发放木材及 / 或使用燃烧效率高的火炉，可以避免过度使用自然资源，同时还可避免在资源耗尽后，受灾人群向不安全的区域迁徙；通过现金补助，可以避免因灾害带来的恐慌而造成的财产和土地变卖（见 33 页，保护原则 1）。

4. 在响应的早期阶段（特别是当响应会产生长期影响时），就应考虑***退出和***

过渡策略。例如，如果免费提供本应收费的服务（如兽医服务），在之后就很难使之恢复成付费服务。在关闭项目或向新阶段过渡之前，应有证据证明方案已经发生作用或已有更合适的行动者接手。如果需要实行食物、现金及 / 或代用券发放，这就意味着，必须将发放措施和现有社会保护或长期安全网络系统进行关联，或对政府和捐助者进行相关倡导，从而建立体系以解决长期粮食不安全问题。

5. ***使受灾人群获得知识、技能和服务***：如果可能，应和使用者一起进行组织结构的设计和规划，从而使得组织结构的设计规划更加合理以及得到充足分的维护。一些个人可能有特定需求，例如，因艾滋病而成为孤儿的儿童可能会错过针对家庭提供的信息和技能培训，但是，可以通过适当的服务重新为其提供。

6. ***环境影响***：用于受灾人群（以及寄居人群）的生产和生计的自然资源基地应得到保护。在评估和规划任何响应时，应考虑其对环境的影响。例如，在集中安置点里居住的人群可能需要烹饪燃料，这就会加速当地的森林砍伐；如果为受灾人群发放需要长时间烹饪的食物，就会需要更多的烹饪燃料，从而对环境造成潜在影响（见 184 页，粮食安全 - 食物发放标准 2）。同样，也可通过响应改善退化的环境并使其恢复。例如，在干旱发生时，通过减少牲畜的方式减少牧草的需求压力，从而为存活的牲畜预留更多的牧草。如果可能，还应通过响应培养人群管理自然资源的能力（特别是供应投入时）。此外，应评估并采取措施缓和由响应造成或加剧的自然资源消耗问题以及由此引发的燃料冲突问题（见 33 页，保护原则 1）。

7. ***覆盖率、可及性和接受性***：在决定不同人群（尤其是弱势群体）对方案的参与程度之前，应对受益者及其特征进行评估，根据受益者的年龄和性别对受益者的数量进行估算并进行分类。在一定程度上，受灾人群对响应的参与程度是由他们对于活动的可及性和接受性决定的。即使有些粮食保障响应是针对从事经济的群体，该响应也不应歧视普通的群体，应确保弱势

群体能够参加响应并在响应中保护其家属（包括他们的孩子）。人群的参与程度也会受到一些条件的限制，包括工作能力下降、繁重的家务劳动、怀孕、对儿童的喂养和照顾以及疾病和残疾。为了规避这些限制条件，须在人群的能力范围内规划活动，或者是建立合适的支持体系。同时，应与各类灾民充分协商后，根据自主选择的原则，建立目标人群定位机制（见 36 页，保护原则 2）。

8. ***监测和评估***：有必要监测更广泛范围内的粮食保障情况，从而评估干预措施的持续关联性、决定何时停止具体活动、实施项目修改或引入新项目并确认倡导需求。应根据已建立的、由经济合作与发展组织（OECD）记录的开发援助委员会（DAC）标准进行评估。该评估主要用于测量：合适性、正确性、连贯性、覆盖性、效率、效果以及影响。

4.1. 粮食保障 – 食物发放

实施食物发放，旨在确保受灾人群可以安全地获得一定质量和数量的食物，并可以安全的方式准备并享用食物。

当经过评估确认需要实施食物发放时，就会引入一般（免费）食物发放。一般食物发放针对最需要食物的人群，直到受益人有能力通过其他途径生产或获取食物，一般食物发放才会终止。有时，受益人可能需要其他类型的援助以进行过渡，例如有条件的发放和生计响应。针对处于风险中的个人（例如 6-59 月龄的儿童、孕妇或哺乳期妇女），除了普通的口粮之外，还应提供补充供餐。在实施补充供餐时，应根据情境决定应采取全面补充供餐还是有针对性的补充供餐（见 165 页，急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 1）。

如果可能，在实施一般食物发放和补充供餐时，应提供（或发放）可以带回家的口粮。只有当受灾人群无法自己烹饪食物时，才提供就地供餐（比如灾难刚刚发生的时候或人口迁移期间），当发放可以带回家的口粮会使受益人遭受危险时或是实施紧急学校供餐（在学校发放可以带回家的口粮）时，也应采取就地供餐。

在响应期间，生命随时都会受到威胁，而食物发放也是灾害响应的主要工作之一，因此，受灾人群还需要强大的、负责的供应链管理（SCM）。应在各阶段监测交付和发放系统，包括社区级的监测。在监测过程中，通过有效交流而实现的透明度会发挥重大作用。此外，应宣传并与利益相关群体（包括受灾人群和当地机构）讨论阶段性评估的结果。

粮食保障 – 食物发放标准 1：

一般营养需求

确保满足受灾人群（包括高危人群）的营养需求。

关键行动（结合指引阅读）

- 根据获得保质保量的食物的不同水平，判断情况是否稳定或有恶化（见指引 1、4-5）。
- 根据对热量、蛋白质、脂肪和微量元素的早期规划标准要求以制定粮食发放，并根据当地情况进行调整（见关键指标、指引 2 和附录 6：营养需求）。
- 保证受灾人群获得合适的营养食物并保护、促进和支持对受灾人群的营养支持（见指引 3-8）。
- 保证 6-24 月龄儿童可以获得营养的、高热量密度的辅食；保证孕妇和哺乳期妇女可以获得额外营养支持（见指引 2）。
- 如果某个家庭中有成员患有慢性病（包括艾滋病）或者是有特定障碍或脆弱性，应保证这些家庭获得合适的营养食物以及足够的营养支持（见指引 6-8）。

关键指标（结合指引阅读）

- 应保证灾民可以获得满足其营养需求的多样食物资源，包括主食（谷物或薯类）、豆类（或畜产品）以及脂肪类食物（见指引 2-3、5）。
- 确保大多数家庭（90% 以上）可以获得加碘盐（见指引 2-4；附录 6：营养需求）。
- 主食是玉米或高粱的受灾人群应获得额外的烟碱酸资源（从豆类、坚果、

干鱼等食物中也可获得）（见指引 2-3；附录 5：微量元素缺乏的公共健康意义的措施；附录 6：营养需求）。

- 主食为精米的受灾人群应获得额外的硫胺素 (维生素 B1)（从豆类、坚果和鸡蛋也可获得）（见指引 2、3）。
- 如果人们依靠非常有限制的食物种类时，应获得额外的核黄素 (维生素 B2)（见指引 2、3）
- 没发生坏血病、蜀黍红斑、脚气病或维生素 B2 缺乏症（见指引 5 和附录 5：微量元素缺乏的公共健康意义的措施）。
- 维生素 A 缺乏症、缺铁性贫血以及碘缺乏症的发病率得到控制，不会发展成影响公共健康的问题（见指引 5 和附录 5：微量元素缺乏的公共健康意义的措施）。

指引

1. ***解读食物的可及性***：通过分析工具，例如食物消耗积分或饮食多样性工具，可以测量受灾人群对食物的可及性。此外，为了判断情况是否稳定或恶化以及是否需要采取食物干预措施，应采用综合考虑了一系列变量（包括粮食保障、市场准入、生计、健康与营养）的方案（见 150 页，粮食保障和营养评估标准 1）。

2. ***营养需求和口粮规划***：设计受灾人群的一般口粮时，需满足以下最低要求。针对不同人群，数值将有所调整，请见附录 6：营养需求。
   - 每人每天 2100 大卡
   - 热量的 10% 由蛋白质提供
   - 热量的 17% 由脂肪提供
   - 足够的微量元素摄入

   可使用口粮规划工具（例如 NutVal）来规划一般口粮。如果受灾人群不能自行获得食物，对其发放的干粮应能满足他们的所有营养需求。此外，还应针对受灾人群可获得食物的平均数量建立经过认可的估算体系（见 150

页，粮食保障和营养评估标准 1）。然后，通过规划口粮，弥补受灾人群的营养要求与他们实际可获得的营养之间的差距。因此，如果标准要求是每人每天获得 2100 大卡热量，而根据评估，目标人群平均每天可通过自身努力或借助自身资源获得 500 大卡热量，那么设计的口粮就应该提供为受灾人群每人每天提供 1600 大卡热量（2100-500=1600）。除了每日饮食中所含的热量之外，规划口粮时还应考虑蛋白质、脂肪、维生素以及矿物质等受灾人群所需的营养。

如果设计的口粮旨在满足饮食的所有热量需求，口粮中还必须包括足量的所有营养元素。如果设计的口粮旨在满足饮食的部分热量需求，那么设计口粮时，可以使用下述两种方法中的一种。如果**不能够明确**提供给受灾人群的其他食物的营养成分，设计口粮时，应在口粮中添加平衡的、与其热量成比例的营养成分。如果**能够明确**提供给受灾人群的其他食物的营养成分，设计口粮时，应旨在弥补这些食物中营养的缺失。在计划一般口粮的平均数据时，应考虑孕妇和哺乳期妇女的额外需求。在一般口粮中，应添加足够的、可以被儿童接受的食物，例如混合营养食物（见 160 页，婴幼儿喂养标准 2）。此外，在提供口粮时，应确保公平性，从而保证受灾程度类似的人群或其子人群获得相似的口粮。而且，规划者应意识到，为相邻社区提供不同级别的口粮会引起社区间的关系紧张。另外，摄取过多微量元素对身体产生危害。因此，如果有多种强化食物产品供应，在进行口粮设计时，应考虑这一方面。

3. ***预防急性营养不良和微量元素缺乏***：如果已达到食物的关键指标，就可预防普通群体营养状态的恶化，前提是已有足够的公共卫生措施可以预防疾病，如麻疹、疟疾以及寄生虫感染（见 312-314 页，基本卫生服务 - 传染病控制标准 1-2）。在食物品种有限的情况下，很难确保在食物援助口粮中提供足够的营养成分。可以提高口粮中营养质量的方法有：加强主要供给品的营养、在口粮中加入混合营养食物、加入从当地购买的商品从而提供

缺失的营养物质以及 / 或者提供营养补充品（例如含油脂的、营养丰富的即食型食物或含多种微量元素的片剂和粉末）。这些产品主要针对脆弱的人群，如 6-24 月龄或 6-59 月龄的儿童或者孕妇和哺乳期妇女。如果情况特殊，即受灾地区当地就可提供营养丰富的食物，可以考虑在一般口粮中增加食物的数量来促进食物交换。同时，需考虑这种做法带来的成本效益及其对市场的影响。其他可以预防微量元素缺乏的措施包括：采取粮食保障措施改善受灾人群对营养食物的可及性（见 150 页，粮食保障和营养评估标准 1；204-208 页，粮食保障 - 生计标准 1-2）。在运输、存储、加工和烹饪过程中，食物中所含的微量元素将会流失。因此，应考虑不同形态的维生素和矿物质的生物利用率。

4. ***监测口粮利用率***：关键指标只是针对食物的可及性问题，并没有将食物的利用率或营养元素的生物利用率量化。直接收集信息以测量受灾人群的营养摄入是不切实际的，但是，可以通过从不同来源收集的信息对利用率进行间接评估。这些来源包括对于家庭层面的食物可用性和使用的监测、对当地市场的食物价格和食物可用性的评估、对食物援助发放计划和记录的审查、对野生食物作用的评估、以及粮食保障评估的实施。有时，针对家庭的食物分配可能不公平，而不公平的分配尤其会对弱势群体产生影响，但这些方面的影响常常是无法衡量的。然而，通过合适的发放机制（见 192 页，粮食保障 - 食物发放标准 5）、食物选择以及与受灾人群的讨论，有助于改善针对家庭的食物分配（见 55 页，核心标准 1）。

5. 灾难发生时，***老年人***尤其会受到影响。有些风险因素会降低受灾人群对食物的可及性并提高其营养需求，这些因素包括：疾病和残疾、孤立、心理压力、家庭规模大、寒冷和贫穷。因此，应确保老年人可以轻松地获得食物（包括通过粮食发放的途径）。此外，为老年人提供的食物应易于准备和食用，并可以满足其额外的蛋白质和微量元素需求。

6. 由于受到众多因素的影响，***艾滋病病毒感染者***可能会面临更严重的营养不良风险，包括：由食欲不振或进食困难导致的食物摄入量下降；由腹泻、寄生虫或肠道细胞受损导致的营养吸收不良；新陈代谢改变；慢性的感染及疾病。随着病情的发展，艾滋病病毒感染者对于热量的需求也在增加。应确保艾滋病患者的营养状况良好并尽量保持其健康，以推迟艾滋病的发作。为了使艾滋病病毒感染者获得适当的饮食，可以为其提供碾磨成粉的食物或者强化食品，或者为其提供混合的、专业的食物补充剂。在一些情况下，可以提高食物供应的整体规模。另外，还应考虑为艾滋病病毒感染者提供抗逆转录病毒治疗，而为艾滋病病毒感染者提供起支持作用的营养有助于他们持续接受治疗。

7. ***残疾人***：灾难发生时，残疾人面临着与家人或通常看护他们的人失散的危险。另外，他们也会遭受歧视，从而影响他们获得食物。为了确认并减少这些风险，应在残疾人生理条件允许的条件下为其提供食物、建立喂养支持机制（例如提供勺子、吸管、建立家访或扩展机制）并确保其获得热量和营养丰富的食物。具体的营养风险包括：咀嚼和吞咽困难（导致食物摄取下降和窒息）；喂养时采用了不合适的位置或姿势；行动力低下对获取食物和阳光的影响（影响维生素 D 的状态）；便秘（可能影响脑瘫患者）。

8. ***看护人及其看护对象***会面临特定的营养相关的障碍，例如他们可能因疾病或照看病人而没有时间获得食物；他们的卫生习惯可能受到影响而急需维持；由于治疗或丧葬花费而缺少资产来换取食物；面临着社会的歧视；获得社区支持机制援助的能力降低。因此，重要的是支援看护人，避免其因照顾脆弱的个人而遭受伤害；为其提供的支援应可以解决其喂养、卫生、健康、心理支持和保护的问题。此外，可以使用现有的社会网络为受灾人群中选定的成员提供培训，从而使更多人承担起看护领域的责任（见 41 页，保护原则 4）。

粮食保障 – 食物发放标准 2：合适性和可接受性

提供给领取人的食用物资应合适并为他们所接受，使得这些物资可以有效率和有效地使用。

关键行动（结合指引阅读）

- 在评估和方案设计时，就食物物资的可接受性、熟悉度和合适性向受灾人群进行咨询，并确保咨询结果对食物选择决策起到指导作用（见指引 1）。
- 在选择食物品种时，评估受灾人群储存食物的能力、获得水和燃料的能力以及烹饪时间和食物的保温要求（见指引 2）。
- 当发放受灾人群不熟悉的食物时，应提供合适的食物准备说明，最好用当地语言撰写（见指引 1）。
- 如果发放的食物是全麦谷物，应确保食物领取人的家中备有谷物的碾磨 / 加工工具，如果没有，则为接受者提供相关的工具（见指引 3）。
- 确保受灾人群可以得到符合当地习俗的重要物资，包括调味品（见指引 4）。

关键指标（结合指引阅读）

- 在选择食物类物资时，确保项目决策是建立在所有目标人群都充分参与的基础上（见指引 1、4）。
- 在设计项目时，应使受灾人群获得水、烹饪燃料、食物加工设备（见指引 2、3）。
- 不应单独发放奶粉、液态奶或者奶制品（见指引 5）。

指引

1. ***熟悉度和接受度***：尽管，挑选食物清单时，首要考虑的是食物的营养价值，但所提供的食物应为领取人熟悉并且符合其宗教和文化的习惯，同时，也应注意孕妇和哺乳期妇女忌口的食物。弱势群体应参加选择食物的咨询会。如果发放受灾人群所不熟悉的食物，该食物应符合当地普遍口味。在评估报告和捐赠请求中，应对食物选择（食物发放中包括和不包括的食物）做

出解释。当灾难妨碍受灾人群使用烹饪设施时，应为其提供即食型食物（见160 页，婴幼儿喂养标准 2）。如果没有烹饪设施，而除了为受灾人群提供不熟悉的食物之外别无选择，这时，也可以考虑为其提供特殊的“紧急口粮”。

2. ***食物储藏和准备***：应根据人们储藏食物的能力，决定选择何种商品。关于用水需求，见 97 页供水标准 1。另外，需要进行燃料评估，以决定选择何种食物，并确保受益者能够获得足够的烹饪燃料，从而避免健康威胁并防止因过度收集木材作为燃料而导致的环境恶化和可能的安全风险（见 33 页，保护原则 1）。一般情况下，烹饪提供的食物时，不应花费过长的时间或使用过多的水。而烹饪碾碎成粉的谷物时，通常只需要较短的时间和较少的燃料。关于烹饪设备，见 197 页，粮食保障 - 食物发放标准 6；273-274 页，非食品物资标准 3-4。

3. ***食物加工***：对于领取人而言，全麦谷物有其优势：保质期更长、价值更高。在有家庭碾磨传统或当地有碾磨机的情况下，就可发放全麦谷物。此外，可为受灾人群提供低萃取率的商业碾磨设施：用于去除谷物中的芽、油脂以及酶（会导致酸败），从而极大地提高食品的保质期，但是同时，也会降低食物中的蛋白质含量。玉米是需要碾磨的谷物，但碾磨后的玉米只有6-8 周的保质期，因此，玉米应在食用之前的较短时期才进行碾磨。在引进以及发放全麦谷物时，应遵守相关的国家法律。可通过为领取人提供现金或代用券或者采用一些辅助的方式（如提供额外粮食或碾磨设备），以弥补其碾磨的花费。

4. ***符合当地习俗的重要物资***：有些符合当地习俗的重要调味品和其他食物类物资已成为日常饮食习惯中不可或缺的一部分（例如香料和茶），在评估时，应对其加以确定并决定受灾人群对这些物资的可及性。在设计受灾人群的食物清单时，应相应地考虑上述情况，特别是当受灾人群长期依赖于发放的口粮时。

5. ***牛奶***：一般食物发放或家庭补充喂养方案中不应包括单独发放免费的或补助性的婴儿配方奶粉、奶粉、液态奶或乳制品（包括用于制作奶茶的奶制品）的活动，因为无节制地食用会导致严重的健康问题。因此，针对牛奶的干预措施应符合“在紧急情况下的婴幼儿喂养”操作指引、母乳替代品营销国际准则以及后续的世界卫生大会相关决议（见 159-160 页，婴幼儿喂养标准 1-2）。

粮食保障 – 食物发放标准 3：食物质量和安全性

发放的粮食质量适当，适合人们食用。

关键行动（结合指引阅读）

- 选择的食物符合接收国的国家标准和其他国际认可的标准（见指引 1-2）。
- 在食物到期日前或最佳食用期内发放食物（见指引 1）。
- 就发放食物的质量询问领取人的意见，并针对出现的问题采取行动（见指引 3）。
- 选用的食品包装坚实，方便运输、储存、发放，不会对环境造成危害（见指引 4）。
- 食品包装的标签上印有合适的语言，包装食品上标示了生产日期、来源地、过期日期 (给潜在危险的食物)、以及营养成分列表（见指引 4）。
- 食物的运输和储存条件适当，在食物的储存管理中沿用最好的经验，对食物的质量进行了系统的检查（见指引 5）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有领取人收到的食物都应“符合目标”：出于安全考虑，食物不应对健康造成威胁；出于质量考虑，食物应符合质量规格并含有营养（见指引 1、2、4）。
- 通过问责监督，跟踪已收到的和已解决的受益者投诉（见指引 3）。

指引

1. ***食物质量***：提供的食物应在质量、包装、标签以及“符合用途”等方面符合受灾国政府的食物标准及 / 或食品法典标准。提供的食物应“适合人类食用”，

但也应“符合用途”。如果食物因质量原因，无法按预计的方式使用时，即使该食物适合人类食用，也应将其视为“不符合用途”（例如，即使有些面粉食用安全，但因其质量原因，不适合在家庭烘焙面包时使用）。在质量测试时，应根据选样计划进行选样，并由采购机构对样品进行系统地检测，从而确保其质量合适。如果需要，无论是当地购买的还是进口的食物，都应具备植物检疫证书或其他检测证书。针对存货，应采取随机抽样检测的方法。而进行烟熏消毒时，应使用合适的产品并遵守严格的工序。当大量食物牵涉到质量问题时，或对食物的质量存在疑惑或争论时，应由独立的质量检测员检测食物。另外，也可从供应商证书、质量控制检测报告、包装标签以及仓库报告中，获得食物试用期和质量的相关信息。对于不符合目标的食物，应谨慎处理（见 190 页，粮食保障 - 食物发放标准 4，指引 10）。

2. ***转基因食品***：应了解并遵守关于接收和使用转基因食品的国家规定。在进口转基因食品用作食物发放时，应考虑这些规定。

3. ***投诉和响应机制***：人道主义机构应确保已建立了针对食品质量和安全的、适当的投诉及响应机制，以接受食物领取人的问责（见 56 页，核心标准 1，指引 2）。

4. ***包装***：如果可能，包装过的食品应可直接发放，而不需要重新分份（例如用勺子舀）或再次包装：合适的包装大小，有助于确保满足食物标准。食物的包装上也不应含有政治或宗教煽动性的、国家分裂性质的信息。通过选择合适的包装（布袋和罐头）并对空包装进行管理，可以最大限度地降低这些包装对环境的危害。即食型食物的包装（例如锡箔包装），需要采取具体的控制措施进行安全处理。

5. ***食物的储藏区***应卫生干燥，适应气候条件的变化，未受到化学品或其他残留物的污染。另外，还需保证储藏区不受害虫（例如昆虫和老鼠）的侵害（见 188 页，粮食保障 - 食物发放标准 4；117 页，固体垃圾管理标准 1）。

粮食保障 – 粮食发放标准 4：供应链管理（SCM）

采用公正、透明、响应的体系管理好货品和附带成本。

关键行动（结合指引阅读）

- 尽可能利用当地的能力建立起良好协调的、高效的供应链管理体系（见指引 1-3）。
- 确保授予合同的程序透明、公平以及公开（见指引 1-2、4）。
- 与供应商和服务供应商建立良好的关系，并严格遵守道德规范（见指引 1-2、4-5）。
- 培训并监管所有与供应链相关的员工，以监测食物的质量和安全程序（见指引 5）。
- 建立合适的问责程序，包括实物盘点、报告和财务体系。（见指引 6-8）。
- 采取措施尽可能减少损失，包括防止偷盗，将所有损失记录在案（见指引 9-11）。
- 食物发放的流程得到监测和管理，避免出现任何干扰发放和中断发放的情况；定期向所有利益相关群体报告供应链运转情况的信息（见指引 12-13）。

关键指标（结合指引阅读）

- 食物可以到达预期的发放地点（见指引 1、7）。
- 从干预措施实施的初期，就建立并实施物资跟踪系统、库存清算和报告系统（见指引 7-8、11-13）。
- 在供应链管理评估报告中，应显示对当地供应链管理能力的评估、当地食物的可用性、以及当地的物流基础设施（见指引 2-3）。
- 供应链管理报告显示：
  - 在授予合同时，使用了透明、公平、公开的体制。
  - 对供应商 / 服务提供商表现的管理和报告。
  - 接受培训的供应链管理员工的数量和比例。
  - 文件的完整性和精确度。
  - 将损失降到最小，并使损失率保持在 2% 以下，在报告中记录了所有食物。
  - 定期对食物发放流程进行分析，并向利益相关群体报告食物发放流程

以及供应链的情况。

指引

1. ***供应链管理***是一种综合的物流配送流程。供应链管理的第一阶段是物资选择，包括物资来源、采购、质保、包装、装运、运输、仓储、库存管理以及保险。供应链管理需要各方的协调合作（见 58 页，核心标准 2）。此外，应通过管理和监督行为，确保物资安全到达发放点。但是，人道主义机构还要负责确保食物发放到目标受益人手中（见 192-197 页，粮食保障 - 食物发放标准 5-6）。

2. ***使用当地服务***：在从外部区域选择食物来源之前，应对当地能力的可用性和可靠性进行评估。必须注意，应确保从当地选择的食物供应源不会导致或加剧地区间的敌意并对社区产生危害。因此，可选择信誉良好的当地或地区运输商和货运代理人，因为他们对当地的法规、程序和设施有足够的了解，能够遵守受灾国法律并快速交货。在发生冲突的情况下，对于服务提供商的检测应格外严格。

3. ***当地食品供应源对应于进口***：应评估当地商品的可用性，并评估从当地食品供应源或通过进口途径获得的食物对当地生产和市场体系的影响，包括环境可持续性（见 150 页，粮食保障和营养评估标准 1；204-211 页，粮食保障 - 生计标准 1 和 3）。通过购买当地或本地区的食品刺激和支持市场；通过这种方法，可以激励农民生产更多的食品，有助于促进当地经济的发展。如果牵涉到多方组织，应尽可能地协调当地供应源。其他国内的物资供应源可能会包括：现有粮食方案中的贷款或再分配（可能需要签订捐赠协议）、国家的粮食储备或者来自商业供应商的贷款或交换物。

4. ***公正性***：为了避免粮食保障中徇私或贪污的发生，需要建立公平的、透明的合同程序。此外，应评估服务提供商的表现，并根据评估结果更新候选的服务提供商名单。

5.***技能和培训***：应当动员有经验的供应链管理实施者和方案管理者以建立供应链管理系统并培训员工。培训的相关专门知识包括：合同管理、运输和仓储管理、库存管理、渠道分析和信息管理、发货追踪以及进口管理。在实施培训时，让合作组织和服务提供商的员工也参加培训，并以当地语言进行培训。

6.***食物不可用于支付费用***：应避免使用食物支付物流业务的费用，例如在仓库和发放点的卸货。如果现金支付不可行而且食物已被用于付费，可以对发往发放点的食物数量做出调整，从而使得目标领取人可以收到原计划数量的食物。

7.***报告（包括物流产业集群和机构间报告）***：很多食物捐助者都有具体的报告要求，而供应链管理者应意识到这些要求并建立相应的机制来满足这些要求。同时，每天的管理需求包括迅速报告供应链出现的任何延迟或偏差。另外，还应以透明的方式将渠道信息和其他供应链管理报告共享。

8.***文件纪录***：应在接受、存储及 / 或派送货物时，提供足够的文件和表单（运货单、存货分类账以及报表等），从而形成一个成文的交易审计跟踪。

9.***仓储***：相比共用设施，食物专用仓库要更适合储存食物。如果使用共用设施，则可以通过后期的良好管理将风险降到最低。在选择仓库时，应确保仓库在之前没有存放过危险品，并确保没有污染的威胁。同时，应考虑下述因素：安全性、存货能力、交通便利、结构坚固（屋顶、墙面、门以及地板）、无洪水的威胁。

10.***对不适合人类食用物资的处置***：受损物资应由有资质的检验人员（例如食物安全专家和公共卫生实验室）进行检测，从而确定物资是否适合人类食用。应在食物产生健康危害之前，尽快做出处置。针对不合适食用的物资，有如下处置方式：作为饲料贩卖以及由相关当局认可并监督的掩埋或焚毁。

如果用作牲畜饲料，需获得相关证书，证明物资可以如此使用。不适合（人类或牲畜）食用的物资决不能再次进入人畜食物的供应链，而对这些物资的处置不应危害环境或污染水源。

11.***对供应链的威胁***：在发生武装冲突或普遍不安全的情况下，食物可能存在被武装分子抢掠或征用的风险，因此，必须针对运输途中和仓库储存的安全风险进行管理。在供应链的各阶段，物资都有可能被偷盗。所以，为了将上述风险降到最小，应在所有的物资储存点、移交点和发放点建立控制系统并进行监测。还可以通过内部控制系统进行责任分配，从而降低内部勾结的风险。此外，应定时检查库存从而侦查非法食物转移。另外，不仅应采取措施确保供应链的完整性，还应分析并消除更广泛的政治和安全影响，例如存货的转移可能使武装分子获益（见 33 页，保护原则）。

12.应定时进行***流程分析***，并与供应链中涉及的相关利益相关群体共享关于存货量、预计到货日期和发放日期的相关信息。应通过对库存量的跟踪和预测，及时定位预期存货不足和问题，从而找出解决方案。此外，通过合作者之间的信息共享，可以促进贷款的发放，防止供应渠道中断。如果存货资源不充足，供应渠道就会中断。如果出现这种情况，在根据可用资金规划资源（即选择购买何种食物）时，需要确定物资在食物清单中的优先顺序。另外，还应征询利益相关群体对解决方案的意见。可能的解决方案包括：降低受灾人群整体的食物供给规模；减少或停止供应受益人（在生理上或经济上）更容易获得的食物品种。

13.***提供信息***：应为相应利益相关群体（而非所有利益相关群体）提供相关信息，避免造成误解。此外，可以考虑使用当地的媒体、传统的新闻传播方式以及最新技术（例如手机文本信息、电子邮件），让当地官方和领取人了解物资交付相关信息。另外，还可以加强透明性。

粮食保障 – 粮食发放标准 5：目标人群定位和食物发放

有针对性的食物发放方法应具备响应性、及时性、透明度及安全性，并确保受灾人群的尊严和适合当地情况。

关键行动（结合指引阅读）

- 根据需求和咨询相应的利益相关群体的意见，找出目标领取人群。
- 在与合作组织、当地团体和领取人磋商后，设计有效而公平的食物发放方法以保障受灾人群的尊严。此外，在项目设计过程应鼓励妇女和残疾人、老年人以及行动不便人群代表积极参加（见指引 1-4）。
- 就发放地点的合理选址，征求当地利益相关群体的意见，以确保发放地点的位置容易到达并能保障领取人的人身安全（见指引 5-6）。
- 让领取人提前了解发放口粮的计划、质量及数量（见指引 7-8）。
- 监督并评估有针对性的食物发放的表现情况（见指引 9）。

关键指标（结合指引阅读）

- 目标人群定位的标准必须基于对受灾人群脆弱性的彻底分析（见指引 1）。
- 制定目标人群定位机制时，应与受灾人群协商一致（见指引 1-2）。
- 为行动不便的人群提供相关的可选发放模式（见指引 3-4）。
- 应确保领取人无需行走 10 公里以上就可到达发放点，即少于四小时的行走路程（见指引 5）。
- 在食物发放时，为受灾人群提供口粮配给卡，并在食物发放地点设横幅及 / 或路标（见指引 7-8）。
- 监督机制及 / 或受益人问责机制（见指引 9）跟踪：
  - 利益相关群体对发放方法的选择。
  - 提供给受益人的发放信息。
  - 受益人 / 食物领取人：实际获得食品的人群与计划获得食品的人群（时效性、数量和质量）。

指引

1. ***目标人群定位***：提供的食物应针对那些经评估确认最有需求的人群：紧急状态下粮食得不到保障的家庭和营养不良的个人（见 148 页，受灾人群的脆弱性和能力；150-154 页，营养评估标准 1-2）。目标人群定位应适用于整个干预措施，而不是只适用于干预措施的初期。然而，在外部失误（会危机生命的错误）与内部失误（会造成破坏或浪费的潜在错误）之间寻找平衡是非常复杂的；此外，减少错误也会增加成本。在紧急情况下，比起外部失误，内部失误更容易接受。在突发性灾难的情况下，即所有的家庭都蒙受了类似的损失，或因缺乏可及性导致具体的目标人群定位评估无法实施，这时，进行全面发放可能更合适。在选择牵涉定位的机构（或个人）时，应考虑机构的公正性、能力和问责性。这些机构可以是：当地的长者、地方选举的支援委员会、民间社会组织、当地非政府组织、当地政府机构或国际非政府组织。另外，应大力鼓励妇女团体参加到目标人群的定位工作中去。使用的定位方式要足够清晰并能够被领取人和非领取人群体接受，从而避免产生紧张和危害（见 57 页，核心标准 1，指引 3；36 页，保护原则 2）。

2. ***登记***：如果可行，应尽快对领取食物的受灾家庭进行正式登记，并根据需要进行更新。此外，获得关于受益人的信息对于以下几项工作十分重要：设计有效的发放系统（人口规模和人口状况都会影响实施食物发放的组织）；拟订受益人名单、计数单和口粮配给卡（如果发放了）；确认有具体需求的人群。在集中安置点中，登记措施通常很难实施，尤其是针对那些流离失所的人群，因为他们并没有身份证明文件（见 42 页，保护原则 4，指引 4-5）。因此，可以由地方当局给出名单或由社区列出家庭名单，但前提是这些名单必须首先经过独立评估证明其准确性和公正性。同时，应鼓励受灾人群中的妇女参与登记工作。另外，在指定发放名单时，机构应确保不遗漏一些弱势群体，特别是那些困居家中的人群。尽管在家庭登记时，登记的都是一家之主的姓名，但妇女也有权登记她们的名字，因为一般情况下，都是由妇女领用家庭级的食物发放。如果在灾难的初期，登记措施不能实施，应在局势稳定后进行实施；当长期需要

食物发放时，登记尤为重要。另外，还需针对登记程序建立一个投诉和响应机制（见 56-57 页，核心标准 1，指引 2、6）。

3. ***干粮的发放方法***：多数的发放方法随着时间而发生改变。通常情况下会对受益人发放干粮，然后由他们带回家自行烹饪。领取人可以是个人或家庭口粮配给卡的持有人、众多家庭的代表、传统的领导者或有针对性的社区发放的领导者。可根据当地情况选取最佳的领取人，如果当地情况发生改变，领取人可能也会发生改变。同时，必须谨慎评估通过代表或领导者领取发放而产生的风险。在选择领取人时，应考虑该选择对工作量的影响以及可能存在的暴力风险，包括家庭暴力（见 33-36 页，保护原则 1-2）。在确定发放的频度时，应考虑发放食物的重量以及受益人搬运食物的方式。对于残疾人和老人则需采取具体措施，以保障他们的权利：尽管其他社区成员可能会对他们施以援手，但仍建议 1-2 周发放一次食物，而不是一个月一次。在尝试定位弱势群体时，不应为该群体加上有侮辱性的名号，如果受灾人群中有大量艾滋病患者，这一问题尤为严重（见 41-43 页，保护原则 4，指引 1、9-11）。

4. ***“湿粮”的发放方法***：特殊情况下（如紧急情况的初始阶段），可以发放烹饪过的食物或者即食型食物。在一些情况下，例如灾民很忙碌时、灾民在处境极端不安全的情况下带食物回家可能会面临偷盗或暴力的风险、弱势群体受到高课税等措施的排挤、大范围人口迁移导致灾民失去资产（烹饪设备及 / 或燃料）或使得他们过分虚弱以至于不能自行烹饪、当地领导者会非法转移食物或出于环境考虑，提供即食型食物会更合适。在紧急情况下，可以将针对教育人员的学校供餐和食物激励政策作为发放机制（见《跨机构紧急情况下的教育网络（INEE）教育最低标准》。

5. ***发放点和可及性***：在建立发放点时，应考虑受灾人群的安全和方便，而不是物流机构的方便（见 39 页，保护原则 3，指引 6-9）。同时，也应考虑地形以及发放点距离其他支援点的距离（例如取水处、厕所、医疗服务处、阴凉处、住所以及妇女安全空间）。确定的发放点，应避免使受灾人群在

穿越军事或武装检查点或协商安全通道后，才可到达。在确定发放频度和发放点数量时，应考虑领取人到达发放点的时间以及运输物资的实际可行性和成本。领取人在往返发放点与其住所之间所花费的时间应少于一天；应针对那些不能前往发放点的或是被孤立的人（例如行动不便的个人），制定可选的发放方式。受灾人群的平均步行速度为 5 公里 / 小时，但是途径崎岖地形和斜坡时会放缓速度；由于受灾人群的年龄和行动力不同，所耗费的时间也不同。在灾难中，边缘化的和受排挤的人群面临的主要问题是其对发放食物的可及性。因此，应合理安排发放活动，从而将食物发放对每日正常活动的影响降到最小；发放的时间应合理安排，使得领取人能在白天往返发放点和住所，从而保证其安全；应避免使领取人在发放点过夜，因为这会产生额外的风险（见 33 页，保护原则 1）。

6. ***将安全风险降到最小***：食物发放会造成安全风险，包括食物转移和暴力侵害。同样，食物发放也会加剧紧张气氛。妇女、儿童、老年人和残疾人还面临着权利被侵犯的风险，因此，必须提前评估这些风险并采取措施将其影响降到最小。另外，应由受过培训的员工监督发放过程，并由受灾人群自己负责发放点的保安和监督工作。如果必要，应向当地警方求助，但他们应对粮食发放的目的足够了解。此外，通过精心规划发放点的布局，可以加强群众控制并降低安全风险。同时，也应采取具体措施预防、监控并应对性别暴力（包括与食物发放相关的性侵犯）。这些措施包括区分男性和女性，例如，通过设置物理障碍或男女分开提供食物发放；让所有的食物发放队伍了解关于性侵害的适当防范指导和处罚；让女性护卫者也参与监督食物的卸载、登记、发放以及后续发放（见指引 5；36 页，保护原则 2）。

7. ***信息传播***：应告知领取人如下信息：
   - 待发放的食物的数量和品种、以及实际实施与计划不同的原因；食物信息显示在发放站点的醒目位置，并能够使那些不识字或有交流障碍的人看懂（例如：使用当地语言撰写及 / 或通过画图显示及 / 或通过语音信息传递），从而使受灾人群了解自己的权利、

- 发放计划（发放日期、时间、位置、频度）以及任何计划变更。
- 食物的营养质量；如果需要，应根据领取人的要求，特别关注对食物营养价值的保护。
- 安全处理并使用食物的要求。
- 关于儿童适合食用的最佳食物的详细信息（见 159-160 页，婴幼儿喂养标准 1-2）。
- 领取人拥有合适方式以获得更多关于方案和投诉流程的信息。（见 57 页，核心标准 1，指引 4-6）。

8. ***方案变更***：当出现因食物不足而造成的食物清单或食物水平改变时，应通过发放委员会、社区领导以及代表组织，同领取人进行讨论。同时，应在开始发放前，制定一系列的行动。而发放委员会应将方案变更、变更原因以及何时恢复普通供给等信息告知受灾人群。对于方案的变更，可以考虑选取以下变更方法：
   - 减少对所有领取人发放的口粮（使得领取者公平共享物资或普遍降低食物清单中的食物数量）。
   - 为弱势群体提供充足的食物，但减少提供给普通群体的食物。
   - 将延迟发放作为最后的手段。

   如果现阶段无法按照计划的食物份额进行发放，也无需在随后的食物发放中弥补（即补充发放可能并不合适）。

9. 应在供应链的各阶段实施***监督和评估***以保证食物的食用目的 (见 68 页 , 核心标准 5）。在开始发放之前，检查发放点的安排是否就绪（例如：登记、安全、信息传播）。在发放时，应对向家庭发放的食物进行随机称重以保证发放食物的精确性和发放管理的公平性，同时还应该对领取人进行询问。通过随机访问受灾家庭，可以确定食物的可接受性和实用性，同时，有助于确定哪些人群满足食物发放标准却没有领取食物。另外，通过这种家访，还有可以发现是否有额外的食物提供、额外的食物从哪来、用途是什么、由谁提供（例如，食物可能来自于非法征用、强行征兵或剥削、性侵害）。

还应通过监测，分析食物发放对受益人安全的影响。同时，还应评估食物发放造成的更广泛影响，例如对农业周期、农业活动、市场情况以及农业投入有效性的影响。

粮食保障 – 粮食发放标准 6：食物使用

在家庭和社区层面，使粮食得到安全、适当地储存、准备和食用。

关键行动（结合指引阅读）

- 保护受益人免遭不恰当的食物处理或准备带来的危害（见指引 1）。
- 将有关饮食卫生重要性的信息告知食物领取人以及推广食物处理的卫生习惯（见指引 1-2）。
- 如果发放的是熟食，工作人员受到安全储存、处理、准备食物方面的培训，了解不当操作可能引起的健康隐患（见指引 1）。
- 就以下方面，咨询受益人（如有必要，可对受益人进行建议）：发放食物的储存、准备、烹饪和食用；有针对性的食物提供对弱势群体的影响；对出现问题的应对（见指引 1-2）。
- 确保受灾家庭可以获得合适的厨房用具、燃料、饮用水以及卫生用品（见指引 1-4）。
- 确保不能自主烹饪或进食的个人得到照顾者的帮助，及时为他们准备适当的食物，必要时帮助他们进食（见指引 5）。

关键指标（结合指引阅读）

- 发放的食物没有卫生风险。
- 受益人对良好的食物卫生重要性的意识得以提高（见指引 1-2）。
- 所有相关的员工接受关于食物处理的培训，以及不当操作可能引起的健康隐患（见指引 1）。
- 确保整个家庭可获得足够的、安全的食物准备材料和设备（见指引 3-4）。
- 有特殊援助需要的个人配有全面的照顾者（见指引 5）。

指引

1. ***食物卫生***：人们已养成的卫生习惯可能因灾害而破坏。因此，必须改善食物卫生，同时主动支持符合当地情况和灾害类型的措施，例如，强调在处理食物之前洗手、避免水污染以及采取除虫措施的重要性。此外，应告知食物领取人如何在家中安全地储存食物。同时，也应为看护人提供如何最佳使用家庭资源以喂养儿童的信息，以及安全的食物准备方法（见 91-94 页，卫生促进标准 1-2）。如果在一些区域已建立了社区厨房为受灾人群提供热餐，应特别注意厨房的选址：考虑选址的可接受性、安全性、卫生条件、烹饪用水和饮用水的充足性、以及就餐空间的大小。

2. ***信息来源***：需要建立一个机制用以共享信息和收集受益人（尤其是女性）的反馈（见 56-57 页，核心标准 1，指引 2、6）。关于食物说明的宣传地点，可以考虑学校和安全学习空间。此外，应为有不同交流需求的人群提供方便的交流形式和交流用图表（见 57 页，核心标准 1，指引 4）。

3. ***燃料、饮用水和家庭物资***：如果必要，应为受灾人群提供燃料，或者为其制定一个树木种植或砍伐的方案。同时，监督木柴（用于火炉以及烹饪燃料，见 274 页，非粮食物品标准 4）的主要收集者 - 妇女和儿童 - 的安全。关于水的可及性、质量、数量以及设施，见 97-103 页，供水标准 1-3；关于烹饪和食用器具以及水容器，见 273 页，非粮食物品标准 3。

4. ***对于食物加工设施***（例如谷类碾磨设施）的可及性，可以使人们按照自己的意愿进行食物准备，同时，也可以减少其他生产活动中耗费的时间。家庭中的食物加工，例如碾磨，可以节约烹饪中所需的时间、用水和燃料（见 185 页，粮食保障 - 粮食发放标准 2，指引 2）。

5. ***具体需求***：需要喂养援助的个人可能包括：幼儿、老年人、残疾人以及艾滋病病毒感染者（见 160 页，婴幼儿喂养标准 2；183 页，粮食保障 - 粮食发放标准 1，指引 5-7）。此外，还需要制定扩展方案或额外的支援及跟进，从而支持能力不足的人为其家属（例如，有精神疾病的父母）提供食物。

4.2. 粮食保障 – 现金和代用券的发放

现金和代用券发放代表两种不同形式的援助：现金发放可以为受灾人群提供金钱；代用券发放可以为人群提供购买券以购买定量的指定产品，例如食物（物资代用券）或固定的货币价值（价值代用券）。尽管它们的目的和设计不尽相同，现金和代用券发放都运用了同一市场为本的方法，即增强受益人的购买力。

通过实施现金和代用券发放，可以满足灾民基本的食物需求和非食物类物资需求，或者为其购买物资，从而使得受灾地区的经济复苏。在实施无条件的（或称为“无针对性的”或“普遍的”）现金补助时，没有对现金使用的条件进行限制。但是，如果已经通过评估确认了受灾人群的基本需求，现金补助应用来满足这些需求。如果需要，现金发放可以用于对生计和生产活动的支持。在紧急情况发生时，适合采用无条件的现金补助。而在领取人有特殊的现金使用需求（例如重建房屋、提供劳务、建立或重建生计及 / 或参加卫生服务）时，可以采用有条件的现金补助。可以使用代用券选购一系列事先约定的商品（例如食物、牲畜、种子、工具）或服务（例如谷物碾磨、交通运输、进入市场或售货摊、银行贷款）。代用券应具有现金价值或商品价值，经与指定的贸易商或服务提供商协商一致后，可以在选定的商店使用，或在交易集市使用。在制定代用券发放标准时，应参考领域内标准；例如，在制定食物代用券发放标准时，请参考 180-197 页，粮食保障 - 食物发放标准 1-3、6。

在选择合适的发放物时（如食物、现金或代用券），需要根据具体的情境进行分析，包括成本效益、第二市场影响、发放的灵活性、目标人群定位、以及不安全和腐败风险。

粮食保障 – 现金和代用券发放

标准 1：获取可用的物品和服务

发放现金和代用券是满足基本需求、保障和恢复生计的方法之一。

关键行动（结合指引阅读）

- 在评估、设计、执行、监测和评价过程中，征询受益人、社区代表及其他关键利益相关群体的意见，并使这些人参与其中（参见“指引 1,3,6-7”和第 55-61 页“核心标准 1-3”）。
- 评估并分析人们在当地市场购买所需物品是否比发放的替代物品更为划算，同时对市场链进行分析（参见“指引 2”）。
- 应根据最合适的发放机制、受灾人群的受益程度及当地经济状况，选择发放现金或代用券或二者同时发放（参见“指引 1–3,5–6”）。
- 采取措施降低由非法转移、不安全性、通货膨胀、有害使用及对弱势群体的负面影响引发的风险。应特别关注锁定目标人群的系统（参见“指引 4、7”）。
- 监测并评估现金和 / 或代用券是否适当地发放，及是否需要做出调整（参见“指引 8”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有目标人群从当地市场购买物品，以满足他们的部分或全部基本食物需求及其他生计需求（如生产性资产、健康、教育、交通、住所、运输）（参见“指引 1–2,8”）。
- 对所有目标人群，尤其是妇女和其他脆弱群体来说，现金和 / 或代用券是优先选择的发放形式（参见“指引 3–8”）。
- 发放现金和代用券不会产生反社会支出（参见“指引 4、8”）。
- 发放现金和代用券不会产生任何不安全因素（参见“指引 3–4、8”）。
- 当地经济灾后恢复工作得到支持（参见“指引 1–2、8”）。

指引

1. ***现金和代用券发放是一种手段***：发放现金和代用券是为了达到预期目标采取的措施，就其本身而言并非是一种干预措施。通过仔细的比较评估，确定发放现金及 / 或代用券是否合适，以及是否应该单独使用还是结合其他响应措施，如实物支持。可以在灾害各个阶段发放现金和代用券。通过制定的响应措施，不仅能够有效、快速地满足受灾人群基本生存需求和重建生计的需求，还能降低预期的风险。发放现金和代用券相比提供实物而言，可以给领取人提供更多选择并带来更多的尊严，且具有灵活性。发放现金和代用券也可以给当地经济带来积极的乘数效应，在评估时应考虑到这一点。现金和代用券可以做下列用途：
   - 现金补助——有条件或无条件地进行一次性或分期发放现金，以满足受灾人群的各种需求
   - 商品或不同价值的代用券——根据其面额使用发放的纸质或电子代用券交换特定物品或各种物品
   - 以工代赈——发放现金作为参与特定活动的报酬（通常是需体力劳动的活动）。

   当地利益相关群体，包括政府、当地机构、社区组织和代表、合作社、协会、地方团体和受益者，应参与相关的规划、执行和监测工作。这将有助于确保其相关性和可持续性。从设计阶段开始应与关键利益相关群体规划出一个退出策略。

2. ***对当地经济和市场体系的影响***：应分析灾害前后的情形以及市场的竞争力和整合程度，以进行市场评估，从而满足当前的需要。通过分析显示不同市场参与者所扮演的角色、商品可获得性及其价格（包括生计资产、住所材料、粮食和其他物品），季节性，以及弱势群体的生理、社会、和经济需求。当市场正常运转并可正常进入，而且粮食和其他基本物资供应充足且价格合理时，发放现金和代用券是合适的。现金和代用券发放可能会刺激当地经济朝着更快且更可持续恢复的方向发展。通过实施市场响应措施，可以

促进就地采购并更好地利用现有市场参与者的能力。在不适合发放现金和代用券的情境下，发放现金和代用券可能会扰乱市场，且可能带来负面影响，如通货膨胀。因此有必要进行市场监测，以了解现金和代用券发放对当地经济和人群产生的影响。

3. ***现金和代用券交付机制***：可以在当地银行、商店、贸易商、当地转账公司、汇款公司和邮局交付现金和代用券。可通过实物或相关技术，如移动银行和移动电话网络等进行交付。通过银行交付通常切实有效，但对于弱势人群其可及性较差。如果银行可及性较好，通过移动银行进行交付会是个更安全的选择。应通过实施对不同选择的评估以及对相关受助人的咨询，再基于评估和咨询的结果选择交付机制。还应考虑针对受助人的花费（银行费用、行程时间和成本、回收点时间）；针对组织的花费（供应商费用及生产准备成本、建立和管理的雇员时数、运输、安全、对受助人的教育和培训）；切实有效性（可靠性、顺应力、问责性、透明度、监测、灵活性、财政控制、财政安全、弱势人群的可及性）。有些方法可能看起来需要高成本，但可能是最合适的发放机制。

4. ***风险考虑***：发放的现金和代用券可能会导致物价上涨（使受灾人群和其他人购买力降低）；也可能会被用于反社会的目的（如酒精及 / 或烟草的滥用）；与实物资源相比，男女获取的现金金额也有差别。另外，在现金运输过程中，运送现金的工作人员和受灾人群可能面临安全风险（参见第 33 页“保护原则 1”），现金会增加定位受助人的难度，而发放的现金更有可能被贪污或被武装团体占有。然而，实物发放也存在风险（参见第 188-192 页“粮食保障——粮食发放标准 4-5”）。通过精心设计、深入的风险分析和良好的管理可以最大限度地减少现金和代用券发放中的风险。应通过基于证据的协商来制定决策：方案的规划不应受到无根据的恐惧的影响。

5. ***设置现金或代用券发放额度***：发放的额度因情境而异。应与其他机构协调进行计算，且应基于受灾人群优先级和需求、期望能从当地市场购买得到的关键物品的价格、其他已经及 / 或即将提供的援助、额外的相关花费（如

为行动不便之人提供相关援助）、付款的方法金额和频率、与季节性因素相关的开销、以及方案和发放的目标（如包括基本的食物需求或根据日劳动率提供就业岗位）。价格波动可能会降低现金和代用券发放预期应达到的效果。因此，预算需具灵活性，以便根据市场监测对调整发放的额度或增加某种物品的投放。

6. ***现金和代用券的发放选择***：发放选择取决于计划目标和当地情境。应采取多种方法相结合的方式，包括结合实物援助和根据季节性变化所采取的方法。相关机构应通过咨询找出受灾人群认为最合适的发放形式（参见第 208 页“粮食保障——生计标准 2”）。

7. ***现金和代用券发放计划如何瞄准人群***：同实物商品和服务一样，现金和代用券发放也存在巨大的挑战，但是由于现金和代用券的吸引力，需特别注意尽量减少外部和内部失误。通过直接瞄准（给受灾家庭或人群）或间接瞄准（如当地交易商或服务供应商），人们可以获得发放的现金和代用券。在不安全的情况下，可能需要采取间接瞄准方法（参见第 33 页“保护原则 1”）。相对于发放实物，由哪位家庭成员登记并接收现金或代用券的决策更受到性别的影响（参见第 192 页“粮食保障——粮食发放标准 5”）。在发放（如实物发放）过程中必须与利益相关群体相协调，包括提供现金发放的政府福利和社会保障计划。

8. ***监测现金和代用券发放***：需提供基线信息，且需对发放计划执行前、中、后各阶段进行监测，还应考虑现金和代金券给市场带来的直接和间接影响。应改变干预措施，以应对情境和市场情形的变化。监测应涵盖关键物品价格、当地经济的乘法效应以及价格波动等情况。关键问题包括：人们会用提供的现金和代用券用来购买什么？人们能够安全地获取和使用现金吗？现金和代用券会被挪用吗？现金或代用券使用方式会受到女性的影响吗？（参见第 68 页“核心标准 5”）

4.3. 粮食保障——生计

人们生计的恢复以及他们能否获取足够的粮食，取决于可获取的资源（或资产）以及这些资源受灾害的影响程度。这些资源包括金融资本（如现金、贷款、储蓄）；物质资本（房屋、机械）；自然资本（土地、水）；人力资本（劳动力、技能）；社会资本（社交网络、规范）；以及政治资本（影响力、政策）。对粮食生产者来说，他们能否获得生产用地以及他们是否拥有用于持续耕种的工具是关键。对于需要收入以购买食物的人群来说，他们能否获取招聘信息、市场和相关服务是关键。对于受灾人群来说，应优先考虑保护、恢复和开发相关资源，以确保其粮食安全和未来生计活动。

长期的政治不稳定、不安全以及冲突的威胁，可能会严重限制生计活动和市场的可及性。受灾家庭可能被逼远离家园并失去财产，而那些遗弃的财产可能遭受破坏或为武装分子所用。

以下三个标准涉及基本生产、收入和就业、以及市场的可及性，包括商品和服务。

粮食保障——生计标准 1：基本生产

基本生产机制得到保护并支持。

关键行动（结合指引阅读）

- 支持基本生产的干预措施建立在生计评估、情境分析以及对生产系统可行性所理解的基础上，包括所需投入、服务以及市场需求的可及性和可用性（参见“指引 1”）。
- 引进新技术的前提，是该技术对当地生产系统、文化习俗和自然环境所带来的影响，得到粮食生产者和当地消费者理解和接受（参见“指引 2”）。
- 为增强生产者在制定相关策略、管理生产和降低风险时的灵活性，向其提供多种生产投入或用以购买投入物资的现金。（参见“指引 3”）。

- 及时提供生产投入，确保物资是当地可接受，符合适当的质量规范（参见“指引4-5”）。
- 投入的物资和服务不会加剧脆弱性或增加风险，如过度使用有限的自然资源或破坏现有的社会网络（参见“指引 6”）。
- 尽可能对粮食生产者进行更好的管理培训（参见“指引 1-2,5-6”）。
- 尽可能在当地购买投入的物资和服务，除非这样做会对本地生产者、市场或消费者产生负面影响（参见“指引 7”）。
- 进行定期监测，以评估受益人是否合理使用了相关生产投入（参见“指引8”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 经需求评估的家庭都可获得符合农时的必要投入，保护并重新开始基本生产以尽快达到灾前水平（如灾前水平是合理）（参见“指引 1-6”）。
- 在操作可行的地区（或经评估后），为所有目标家庭提供与投入物资相应市值的现金或代用券，从而为这些家庭提供不同的维持生计的机会（参见“指引 3，5 和 7”）。

指引

1. ***基本生产的可行性***：为了确保其可行性，粮食生产策略必须能为粮食生产的充分的、持续的发展提供指引（参见参考资料和延伸阅读中的《牲畜紧急指导方针和标准》。这可能会受到下列因素的影响：
   - 对充足的自然资源的可及性（耕地、牧场、饲料、水、河流、湖泊、沿海水域等）。应保持生态平衡，不应在边缘地区过度开采、过度捕鱼或污染水源，尤其在城市周边区域
   - 技能和能力水平。对于病情严重或无法接受教育和培训的人群来说，他们的技能和能力水平可能会受到限制
   - 在现有生产模式下以及关键农业和水产活动中劳动力可用性
   - 对农业和水产生产所需投入的可用性和可及性。

   灾前的生产方式可能并不合理，倘若试图恢复到灾前那种水平，可能违背了“无害”原则（参见第 33 页“保护原则 1”）。

2. ***技术发展***：新技术可以包括改良的作物品种、牲畜或鱼群品种、新工具、化肥或创新管理方法。粮食生产活动应尽量在现有生产模式的基础上进行及 / 或遵循国家发展计划。新技术必须经过试验并被受益者接受之后，才能在灾后引进。在引进新技术的同时，应向相关社区进行咨询，提供相关信息、培训和其他配套服务。并尽可能与私人和公共推广机构以及投入供应商进行协调，以确保长期支持、技术的后续可及性以及其商用性。

3. ***多样性选择***：干预措施为生产者提供更多选择，包括提供现金或贷款以代替生产投入（或作为补偿），并可使用代用券进行种子和牲畜交易，这样，农民就可以选择他们所需的种子或家畜品种。生产支持活动应评估对营养方面的潜在影响，包括通过种植或售卖作物所得的现金以获取富含营养的食物。在旱灾的情况下，向牧民提供动物饲料比向人们发放食物更为有效。在当地商品的可获得性、市场可及性、安全且易负担的发放机制的可用性等基础上，评估向家庭发放现金以获取相关生产投入的可行性。

4. ***时效性和认同性***：生产投入物资包括种子、工具、化肥、畜牧、渔业设备、狩猎工具、贷款和信贷设施、市场信息和运输设施。为了代替实物投入，也可提供现金或代用券使人们可自行购买相关投入物资。安排好提供农业投入物资和兽医服务的时机，以同相关农业和畜牧业生产季节保持一致。例如，必须在种植季节前提供种子和工具，在旱季减少牲畜量，以避免大量牲畜死亡，并在确认气候条件开始好转时（如下一次降雨）可以再次增加牲畜量。

5. ***种子***：优先提供当地已经使用的作物和品种的种子，以便农民根据他们自己的标准来判断其品质。出售的种子应为下一季节最主要的作物。特殊品种应得到农民和当地农业专家的验证。种子至少应能适应当地农业生态环境且能满足农民自身管理条件，抗病虫且经受得住未来的气候变化等因素，如洪水、干旱或海平面上升。需充分测试外地物种的品质，并检查其是否符合当地条件。农民应能从任何和种子相关的干预措施中获得一系列作物，以便他们制定出最适合其耕作系统的策略。在农民非常熟悉杂交种子且有

相关种植经验时，杂交种子无疑是最合适的选择。但必须与相关人群协商后才能确定。如果在农民种植玉米时可以免费获得杂交种子，他们可能宁愿选择杂交种子而不是当地品种，因为购买当地品种，成本可能会更高。在发放种子前，应遵循政府有关杂交种子的政策。除非已经获得当地机构的批准，否则不应发放转基因（GMO）种子。但是，农民应意识到转基因种子也在援助的范围之内。

6. ***对农村生计的影响***：如果重要自然资源缺乏或特定人群无法获得这些资源（如无地者），主要粮食生产可能受阻（并且如果这些资源在灾前就一直在减少，主要粮食生产可能会长时间受阻）。如果发展那些需要持续从当地获取自然资源的生产，可能会加剧当地人群之间的紧张局势，而这反过来会影响到当地人群对水资源以及其他基本所需品的可及性。在提供相关资源时，无论是实物还是现金援助，都应小心谨慎，确保不会增加受助人的安全风险或导致冲突（参见第208页“粮食保障——生计标准2”和第200页“粮食保障——现金和代用券发放标准1”）。另外，免费提供相关投入物资可能破坏传统的社会支持和再分配机制，同时，还会造成私营企业的破产以及危及将来对投入物资的获得。

7. ***在当地采购投入物资***：粮食生产投入物资和服务，如兽医服务和种子供应，应通过现有合法的、验证过的供应系统获取。为了支持当地私营企业，应使用如现金或代用券发放机制，直接将生产者与供应商联系起来。在设计这种机制以推动本地采购系统时，应考虑到相关投入物资的可用性以及供应商增加供应的能力，还应考虑到通货膨胀风险（如稀缺物品价格的高涨）和投入物资的质量。只有在当地替代品不可行时，才直接采用进口的投入物资。

8. ***监测***：应对过程指标和粮食生产、加工和分销的结果进行评估，如种植面积、每公顷播种种子的数量、产量、以及牲畜繁殖数量。须明确生产者如何使用投入物资（即验证种子是否被种植，工具、化肥、网和渔具是否被按计划使用）或如何使用现金购买相关投入物资。从性能、可接受性以及生产

者的偏好等方面，评审投入物资的质量。评估应考虑该项目是如何影响家庭获取粮食，如家庭粮食库存，已消费的食品的数量和质量，或食品交易量或赠送的食品量。如果项目旨在增加特定食物的产量，如动物或鱼产品或富含蛋白质的豆类，应就家庭对这些产品的使用情况进行调查。

粮食保障——生计标准 2：收入和就业

当创收和受雇是可行的生计策略，妇女和男人要公平地获得适当赚取收入的机会。

关键行动（结合指引阅读）

- 有关创收活动的决策应建立在市场评估以及对家庭参与相关活动的能力的参与式分析的基础上（参见“指引 1-2”）。
- 报酬形式（现金、代用券、粮食或其中任何一种组合）应建立在对当地能力、即时需求、市场体系和受灾人群偏好的合理分析基础上（参见“指引 3”）。
- 报酬水平应建立在需求、生计恢复目标和当地劳工待遇的基础上(参见“指引4”)。
- 确保有到位的程序以提供安全和有保障的工作环境（参见“指引 5”）。
- 针对需要大量现金的项目，采取相应措施以避免现金被挪用及 / 或其他不安全因素的出现（参见“指引 6”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有目标人群通过他们自己的活动所获得的收入，以满足其基本和其他生计需求。
- 妇女和男人可公平地获得响应措施提供的受雇机会，且响应措施不会给当地市场或正常生计活动带来负面影响（参见“指引 7”）。
- 人们意识到并明白到获得工作报酬同样有助于实现家庭成员的粮食保障（参见“指引 8”）。

指引

1. ***举措的适宜性***：市场分析是判断和定义市场活动的依据。使用现有工具以了解市场和经济体系（参见参考资料和延伸阅读中的市场部分）。在项目

设计和活动确定中应最大限度地使用当地人力资源。应在目标群体内讨论适用于某些群体（如孕妇、残疾人或老年人）的替代方案。如果有大量的迁移人群（难民或境内流离失所者），应考虑为迁移人群和当地居民提供就业机会和技能支持。活动地点的选择应考虑到攻击威胁、安全风险（如雷区）和环境不适宜地区（如受污染的土地、地面下沉或受洪水的威胁、或过于陡峭）（参见第 33-38 页“保护原则 1-3”）。

2. ***对能力有限家庭发放的薪酬***：虽然很多家庭能够利用就业机会和创收活动，但是有些受灾家庭可能无法利用这些机会，或者需要很长一段时间才能获取足够的回报。应针对这些家庭采取安全措施，如无条件发放现金及 / 或粮食，还应制定计划与现有社会保障体系相结合或倡导在必要时建立新安全措施。

3. ***报酬的形式***：报酬可以以现金、粮食、或二者相结合的形式进行发放，且能确保满足粮食短缺家庭的需求。不同于社区工作的报酬，这些薪酬可能以激励的形式来帮助人们完成使其自身直接受益的任务。同时，应考虑到人们的购买需求以及提供的现金或粮食（用来满足人们的其他需求，如对学校、卫生服务的可及性和社会义务履行的需求）所产生的影响。考虑到以上因素，在处理现金和食物的可用性、对当地劳动力市场可能产生的影响以及报酬的形式和水平等问题时，应具体问题具体分析。

4. ***报酬***：虽然针对报酬水平的设置没有统一的标准，但是如果报酬是以实物的形式作为工资转付的话，应考虑到该实物在当地市场的再售价格（如粮食）。个人通过参与相关项目活动获得的净收入应比花费同样时间从事其他工作的收入高。这一原则也适用于通过工作获得食物、以工代赈活动、信贷和创业等情况。提供创收机会应扩大原有收入渠道，而不是替代。报酬水平不应给当地劳动力市场带来负面影响，如导致工资水平通胀、分流其他活动中的劳动力、或损害基本公共服务。

5. ***工作环境的风险***：应采取实用性的程序以最大限度地降低风险或治疗伤者，

如提供简报、防护服和急救箱，以避免高风险的工作环境。包括最大限度地降低接触艾滋病病毒的风险。应采取有关措施以增强工作过程中的安全，包括提供安全工作通道、照明、手电筒、早期预警系统（可能使用铃、哨子、收音机和其他设备）、以及安全规范（如应组团出行或避免天黑后出行）。应特别关注处于性侵犯风险中的妇女、女孩和其他人群。确保所有参与者都了解紧急程序，且能获得早期预警系统的保护（参见第 33-38 页“保护原则 1 和 3”）。

6. ***不安全和被挪用的风险***：处理发放食物或以工代赈的报酬时（如贷款或完工后的付款），项目工作人员以及领取人应注意规避相关风险。参见第 195 页“粮食保障——粮食发放标准 5，指引 6”和第 202 页“粮食保障——现金或代用券发放标准 1，指引 4”）。

7. ***照顾责任和生计***：在参与创收活动的同时，不应影响照看儿童或其他照顾责任，因为这可能增加患营养不良和其他健康问题的风险。项目可能需考虑雇佣相关护理人员或提供护理的设备。尽量不要增加人们的工作负担，尤其是妇女的。相关项目不应影响人们获得其他机会，如就业或教育机会，或从生产活动中转移出相关家庭资源。参与创收活动的人员应符合国家法律规定的最低就业年龄标准，通常不低于完成义务教育时的年龄。

8. ***报酬的使用***：不错的报酬意味着人们有能力购买绝大部分所需的生活物资。应明确现金或粮食发放的家庭管理（包括家庭内部分配和最终用途）情况，因为其分配方式会加剧或扩散现有紧张局势，且会不同程度地影响到家庭成员的粮食保障问题。创造收入和就业的响应措施通常有多个不同的粮食保障目标，包括社区层面上影响粮食保障的资源。例如，修复道路可以改善市场及医疗保健服务的可及性，而修复或建造集水和灌溉系统可以提高生产力。

粮食保障——生计标准 3：进入市场

受灾人群作为生产者、消费者和商人，获得市场商品和服务的安全得到保护和促进。

关键行动（结合指引阅读）

- 保护并加强生产者、消费者和商人进入到可负担的运营市场(参见“指引 1”)。
- 粮食保障和生计的响应，应建基于对当地市场的充分了解，包括当地市场是否正常运转或已被破坏，以及市场被强化的潜力（参见“指引 2”）。
- 对针对优化和政策改变的倡导，应建基于干预措施前的市场分析（参见“指引 3”）。
- 采取相关措施以促进和支持弱势群体的市场参与（参见“指引 4”）。
- 控制响应措施(包括粮食购买和发放)对当地市场产生的负面影响(参见“指引5”)。
- 将极端的季节性或其他异常价格波动对市场的负面影响降到最低(参见“指引6”)。

关键指标（结合指引阅读）

- 制定相关干预措施以支持市场恢复，包括直接干预或凭借现金及 / 或代用券项目推动当地商家。
- 在整个项目期间，所有目标人群都可以安全和获得市场商品、服务和体系。

指引

1. ***市场供求关系***：经济的市场参与性，受购买力、市场价格和可用性等因素的影响。负担能力取决于基本需求（粮食、基本农业投入物资，如种子、工具和医疗保健等）和收入来源（经济作物、牲畜、工资等）之间的交易条件。当交易情形恶化时，人们被迫出售资产 (通常以低价出售)，以购买满足基本需求的（高价）物品，这时就会发生资产流失。市场参与性也可能受到政治和安全环境以及文化或宗教因素的影响，后者可能限制某些群体的参与性，如少数民族。

2. ***市场分析***：应考虑所有受灾人群（包括弱势群体）对于运作的市场的可及性。

在采取以现金、代用券或粮食为报酬的或提供投入物资的响应措施之前，应对市场供应的商品进行适当的市场分析。

3. ***倡导***：市场在更宽泛的国家和全球经济体系运作，对当地的市场环境造成影响。例如，政府政策，包括定价和贸易政策，会影响到相关物品的市场接受治疗和可获得性。虽然在这个层面采取行动已超出救灾响应工作范围，但是也应对这些因素进行分析，以寻求跨机构的联合方法或倡导政府和其他组织进行改进（参见第 38 页“保护原则 3”）。

4. ***弱势人群***：分析弱势人群的脆弱性，以明确哪些人在市场可及性和生计机会受到限制。应确保残疾人、艾滋病病毒感染者（PLHIV）、老年人和兼负照顾别人责任的妇女对市场的可及性。

5. ***干预措施的影响***：本地采购粮食、种子或其他商品可能会导致当地通货膨胀，这对消费者不利但是对当地生产者有利。相反，进口粮食可能会使当地粮食价格下降，并抑制粮食生产，这也增加了粮食的不安全性因素。提供现金可能对当地经济有积极的乘数效应，但是也可能导致当地关键商品的通货膨胀。负责采购的人员应考虑并监测这些影响。当发放粮食作为支付报酬的一种形式时，可能会影响受益人的购买力。一些商品 (如食用油) 比其他商品 (混合食品) 更容易以理想的价格出售。给定的食物或食物清单食物的‘购买力’，会影响受益家庭决定把食物食用还是出售。了解当地家庭销售和采购情况对有关机构明确食物发放计划所带来的广泛影响，是非常重要的。

6. ***异常极端季节性价格波动***：可能迫使贫穷的农业生产者以低价出售其产品（通常刚好在收成后），或迫使牲畜所有者在干旱期间出售牲畜。相反，收入微小的消费者不能负担大批量的购买食物，只能小批量但频繁的和购买。因此，即使在价格很高昂的时候（如旱季），他们也被迫购买所需物品。通过采取某些措施可以最大限度地减少这些影响，如改善运输和储存系统；使粮食生产多元化；在关键时刻发放现金或粮食。

附录 1

粮食保障和生计评估清单

粮食保障评估通常依据获得收入或粮食的来源和策略，把受灾群体大致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。将当前形势与灾前粮食保障历史进行比较很重要，可把“正常年份平均水平”作为个基准。在评估中需要考虑男性和女性的特定角色、脆弱性及其对家庭粮食保障的影响。

以下清单所列的问题涵盖了粮食保障评估通常会考虑的广泛领域。

1. 生计群体的粮食保障

- 是否有些群体具有相同的生计策略？如何根据他们主要的粮食或收入来源对其进行分类？

2. 灾前粮食保障（基线）

- 灾前各生计群体如何获取粮食或收入？最近一个正常的年份里，他们的粮食和收入来源是什么？
- 在正常年份的不同季节里，粮食和收入来源有何变化？（创建农事历或有帮助）
- 回顾过去五或十年，粮食保障每年的变化趋势如何？（针对这种情况，创建一个关于丰年和歉年的时间表或历史记录或有帮助）
- 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，粮食储备、现金储蓄、牲畜、投资、信贷和未被追讨的债务等）？
- 一周或一月内，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？
- 家庭中谁负责管理现金和管理现金花在哪些方面？
- 到到达获取基本物品的最近集市是否方便？（从距离、安全、易移动性、市场信息可获得性和交通等因素考虑）

- 生活必需品（包括粮食）的可用性及价格如何？
- 在灾难发生之前，主要收入来源和粮食的一般交易情况如何？例如，收入与食物比例、牲畜与粮食比例等。

3. 灾害期间的粮食保障

- 灾害如何影响各生计群体的粮食和收入来源？
- 针对不同群体，灾害如何影响季节性的粮食保障模式？
- 灾害如何影响市场的参与、市场可及性以及生活必需品的价格？
- 针对不同的生计群体，有哪些应对策略、人员的分配情况如何？
- 与灾前的情况相比为何会有这种改变？
- 哪个群体或哪部分人口受灾最严重？
- 从中、短期来看，应对策略对人们的钱财和其他资产有什么影响？
- 针对所有生计群体和弱势群体，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

种子保障评估清单

下面是种子保障评估样题：

1. 灾前（基础线）

- 农民最重要的农作物有哪些？其用途有哪些——农民自己食用还是换取收益或者二者兼而有之？这些作物是四季性作物吗？在困难时期哪些次要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？（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？增殖比率是多少（收获的种子或谷物与种植种子的比率）？
- 有重要或首选品种的特定作物吗？
- 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？

2. 灾后

- 从受益人角度看，对农业相关的干预可行吗？
- 农民们是否有信心的认为当前形势的稳定和安全程度足以确保他们能够成功地进行农作物的耕作、收成、销售或自己食用吗？
- 他们能获取足够的土地或其他的生产器物吗（如肥料、工具和挽畜）？
- 他们准备重新投入农业生产吗？

3. 种子供应和需求评估：家庭存货

- 家庭生产的种子数量足够播种吗？这里包括农民自家收获的种子和可能通过社交网络（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正常标准？

4. 种子供应和需求评估：当地市场

- 针对灾害带来的巨大影响，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可与之前同一时期的价格相媲美吗？如果有价格差异，此价格幅度会给农民带来困扰吗？

5. 种子供应和需求评估：正规部门提供的种子

- 正规部门提供的作物和品种适合特定的受灾区吗？有无证据显示农民需要它们？
- 正规部门提供的种子数量可以满足援助的需求吗？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，旨在检测营养不良的根本原因、营养风险等级以及响应的可能性。这些问题是基于营养不良原因的概念框架设计出来的（参见第 146 页）。这些信息涉及范围可能很广，搜集这些信息需要使用各种评估工具，包括关键信息提供者访谈、观察和辅助数据审查（参见第 55-65 页“核心标准 1、3 和 4”）。

紧急事件前的情况

从受灾人群中可以获取哪些有关营养不良的性质、规模和原因等方面已存在的信息（参见第 154 页“粮食保障和营养评估标准 2”）？

当前营养不良的风险

1. 粮食短缺引发的营养不良风险——参见附录 1：粮食保障和生计评估清单。

2. 与婴幼儿喂养和护理做法相关的营养不良风险：
   - 在工作和社会模式上有变化吗（例如，由于迁徒、人口迁移或武装冲突造成的变化），家庭中的角色和职责发生变化了吗？
   - 普通家庭的组成成员有变化吗？有大量失散儿童吗？
   - 正常的抚养环境被破坏了吗（例如，通过人口迁移），对第二层看护人、儿童食品和水等的获取有影响吗？
   - 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在紧急情况中婴儿喂养率在下降，尤其是初始母乳喂养率或纯母乳喂养率有所下降，人工喂养率和 / 或非母乳喂养的婴儿比率有所增长？
   - 有适合孩子年龄、营养充足且安全的补充食品可以提供给孩子吗？提供食品的方法是否卫生？
   - 有任何证据或迹象表明那些购买的或以捐赠方式获得的婴幼儿配方奶粉、其他乳制品和奶瓶奶嘴等母乳替代品被普遍分配了吗？

- 在牧民社区，牧群是否已经远离孩子很久了？正常获取牛奶的方式已经发生变化了吗？
- 从家庭层面来讲，艾滋病病毒 / 艾滋病是否影响对孩子的照顾？

3. 与恶劣的公共卫生相关的营养不良风险（参见第 287 页“健康”章节）：
- 有任何关于死亡率的估计吗（粗死亡率或五岁以下儿童死亡率）？估计数字为何？采用了何种方法？（参见第 309 页“基本卫生服务标准 1”）
- 预计麻疹接种疫苗能覆盖多少受灾人口？（参见第 321 页“基本卫生服务—儿童健康标准 1”）
- 通常维生素 A 是与麻疹接种疫苗一起提供吗？预计维生素 A 供应能覆盖多少受灾人口？
- 有任何关于死亡率的评估吗（粗死亡率或五岁以下儿童死亡率）？评估采用了何种方法、评估结果如何？（参见第 309 页“基本卫生服务标准 1”）
- 周围温度是否或将会骤降，而可能导致急性呼吸道感染在受灾人群中流行或影响受灾人群对能源的需求？
- 艾滋病病毒感染率是否很高？
- 贫困或疾病是否很容易让人们营养不良？
- 居住环境是否拥挤？是否有患肺结核的风险或肺结核患病率很高？
- 疟疾的发病率是否很高？
- 人们是否长时间地驻留在水中、身着湿衣服或身处其他恶劣的环境中？

4. 有哪些当地正式和非正式机构可以引导潜在干预措施？
- 当地的卫生部、宗教组织、社区支持团体、母乳哺育支持团体或非政府组织等长期或短期存在的组织机构拥有哪些能力？
- 当哪些营养干预或社区支持措施已经由当地社区、个人、非政府组织、政府组织、联合国机构和宗教组织等组织并落实？有哪些营养政策（包括过去的、正在进行的和已失效的政策）、已规划的长期营养响应措施以及正在执行或规划的项目用以应对当前形势？

附录 4

急性营养不良的衡量

在处理重大营养不良紧急状况时，需要将 6 个月以下婴儿、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。

只有在下列条件下，才应该对 6-59 月龄儿童以外的年龄组进行调查：

- 彻彻底分析当前情形，包括营养不良的原因。只有分析结果表明幼儿的营养状况并不能反映总体人口的营养状况时，才对另一个年龄组进行营养状况调查
- 可借助专业技术以确保高质量的数据搜集、充分的分析、准确的结果描述和阐释
- 已经考虑把其他年龄组纳入调查所需的资源和 / 或机会成本都
- 已制定了清晰且纪录完整的调查目标

6 个月以下婴儿

虽然对这一年龄段的研究持续进行，但是目前对其进行评估和管理的证据基础仍然有限。大多数指引建议采用与 6-59 月龄儿童相同的严重婴幼儿营养不良诊断标准（中上臂围测量的方法除外，而且现在不建议对 6 个月以下婴儿采用这种测量方法）。接纳标准主要针对当前的尺寸而不是对后期成长的评估。从采用（美国）国家卫生统计中心 (NCHS) 的生长标准改为 2006 年世界卫生组织 (WHO) 的生长参考指数，导致 6 个月以下婴儿过于瘦弱的病例增加。对这种转变带来的影响，应加以关注和处理。潜在的问题包括更多婴儿需要纳入喂养计划、或看护人开始担心纯母乳喂养是否充足。从下列方面进行评估和考虑常非重要：

- 婴儿的纵向生长——尽管有些婴儿的身躯娇小，婴儿的纵向生长率是否良好（例如，一些婴儿可能出生体重较轻但后来迎头赶上）？
- 婴儿喂养方式——是否纯母乳喂养？
- 临床症状——婴儿是否患有并发症或其他医疗状况？这些并发症或医

疗状况是可以治愈还是会增加婴儿的风险？

- 母亲的因素——例如，母亲是否缺少家庭支援或心情沮丧？高风险的婴儿应优先安排接受住院的治疗性喂养方案。

6–59 月龄儿童

下表显示 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生长标准计算。身高体重比 Z 分数（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。中上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指标之一。中上臂围偏低的普遍性也需调查，以预测对补充喂养和治疗性的保健计划的需求数量。常用的临界值是小于 11.5 厘米的视为重度急性营养不良， 11.5 厘米至 12.5 厘米（不包括 12.5 厘米）的视为中度急性营养不良。中上臂围也经常采用一个更高的临界值作为两级筛选过程的一部分。它不应在“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*	*重度急性营养不良*
6.0-59.9 月龄儿童	身高体重比 Z 分数 <-2 和 / 或 中上臂围 <12.5 厘米 和 / 或 营养不良性水肿	身高体重比 Z 分数 -3 - < -2 和 / 或 中上臂围 11.5-< 12.5 厘米	身高体重比 Z 分数 <-3 和 / 或 中上臂围 <11.5 厘米 和 / 或 营养不良性水肿

5–19 岁儿童

建议使用 2007 世界卫生组织生长标准来确定 5-19 岁儿童的营养状况。这些生长参考数据曲线依据 1977 年（美国）国家卫生统计中心 / 世界卫生组织的标准进行重整，同时也符合世界卫生组织 6-59 月龄儿童的生长标准以及针对成年人的推荐临界值。对于较年长的儿童和青少年，尤其是在艾滋病病毒环境下，可以考虑进行中上臂围测量。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更

新的技术知识。

成年人（20–59.9 岁）

对于成年人急性营养不良还没有统一的定义，但是有证据显示重度急性营养不良的人体质量指数 (BMI) 临界值可能小于 16，且轻度和中度急性营养不良的人体质量指数 (BMI) 临界值可能小于 18.5。成年人营养不良调查旨在收集体重、身高、坐高和中上臂围测量的数据。这些数据可以用来计算身体质量指数。人体质量指数 (BMI) 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患病率，以及可能带来重要的与项目相关后果。通常要对中上臂围进行测量，如果即时需要结果或资源十分有限的话，调查可以仅仅进行中上臂围的测量。

由于缺乏验证过的功能结果数据和用以确定结果含义的基准，“人体测量”的结果必须辅以详细的情景信息来进行阐释。评估的指引可以查阅参考资料和延伸阅读部份。

对于个人是否需要接受营养保健治疗和免除治疗的筛选，应从“人体测量”指标、临床症状（尤其是身体虚弱程度和近期的体重下降情况）和社会因素（食物的可获得性、是否有看护人和往所等）方面的标准进行综合考虑。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。考虑到已知的人体质量指数缺点、中上臂围相关信息的缺乏和这对项目的影响，个别机构应自行制定用以确定保健治疗资格的指标。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更新的技术知识。

中上臂围可能被用于筛选孕妇是否营养不良，例如，作为喂养计划接受治疗的标准。考虑到她们的额外营养需求，孕妇可能比其他群体存在更大的风险。怀孕阶段中上臂围变化不明显。中上臂围小于 20.7 厘米（重度风险）和小于 23 厘米（中度风险）表明胎儿存在生长迟缓的风险。建议的风险临界点范围是 21 厘米到 23 厘米，

此值因国家而异。在紧急情况中，建议妇女风险评估临界点应小于 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。世界卫生组织建议成年人的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。可以采用臂展或单臂长代替身高，但是用以计算身高的乘法因数因群体而异。目测评估是必要的。中上臂围对衡量老年人营养不良可能是一个有效指标，但是关于合适临界点目前仍在研究中。

残疾人

由于目前没有专门针对残疾人的测量指导方针，因此残疾人在“人体测量”调查中往往被忽视。有必要进行目测评估，因为上臂肌肉可能为了帮助身体活动而变得强壮，这时中上臂围测量结果可能出现误导性。身高的标准测量可采用其它替代方法，包括长度、臂展、单臂长或小腿长度。针对不适用于标准体重、身高和中上臂围进行测量的残疾人，需要依据最新的研究来确定最适合的测量方法。

附录 5

公共卫生层面微量元素的测量方法

在检测到临床微量元素缺乏症时，应及时对患者进行治疗。微量元素缺乏症的临床个案病例通常反映了整个群体中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进行测量并分类，对规划和干预行动的监控是至关重要的。

生化试验的优点是为微量元素的状况提供客观测量指标。然而，生物试验样品的收集经常面临物流、员工培训、冷藏链甚至认受性等方面的挑战。但是，有时生化测量的效果并不明显，即缺乏敏感性和针对性。就急性营养不良来说，在同一天的不同时间以及季节收集的样品可能会不同。好的质量控制是基本的要求，因此在选择实验室进行样品测试时应必须考虑这个条件。

评估微量元素状况时，应同时留意微量元素过量摄入和缺乏的可能性。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。

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。

微量元素缺乏指标	适合进行普遍性调查的年龄段	公共卫生问题定义	
		严重性	患病率（%）
缺乏维生素 A			
夜盲症（XN）	24-71 月龄儿童	轻度	> 0 – < 1
		中度	≥ 1 – < 5
		重度	≥ 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 μ mol/L）	6-71 月龄儿童	轻度	≥ 2 – < 10
		中度	≥ 10 – < 20
		重度	≥ 20
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
		重度	≥ 30.0
尿碘浓度（mg/l）	学龄儿童	过度摄入	> 300[1]
		适度摄入	100 – 199[1]
		轻度缺乏	50 – 99[1]
		中度缺乏	20 – 49[1]
		重度缺乏	< 20[1]

微量元素缺乏指标	适合进行普遍性调查的年龄段	公共健康问题定义	
		严重性	患病率（%）
缺乏铁			
贫血（非怀孕妇女血红蛋白低于12.0 g/dl；6-59月龄儿童低于11.0 g/dl）	妇女和6-59月龄儿童	低	5 – 20
		中	20 – 40
		高	≥ 40
脚气病 [1]			
临床症状	整个群体	轻度	≥ 1 病例且 <1%
		中度	1 – 4
		重度	≥ 5
膳食摄入量（< 0.33 mg/1000 kcal）	整个群体	轻度	≥ 5
		中度	5 – 19
		重度	20 – 49
婴儿死亡率	2-5个月大的婴儿	轻度	比率无增长
		中度	比率稍微有增长
		重度	比率有显著增长
糙皮病 [1]			
受调查年龄组中的临床症状（皮炎）	整个群体或15岁以上女性	轻度	≥ 1 病例且 <1%
		中度	1 – 4
		重度	≥ 5
日常饮食中摄取的烟酸等价物（小于5毫克 / 天）	整个群体或15岁以上女性	轻度	5 – 19
		中度	20 – 49
		重度	≥ 50
坏血病 [1]			
临床症状	整个群体	轻度	≥ 1 病例且 <1%
		中度	1 – 4
		重度	≥ 5

1 *有关生化试验和公共卫生临界值信息，请查阅最新文献或征求专家建议。*

附录 6

营养需求

下面数字可以用于灾难初期的规划。按下页表格中提供的最低营养需求，来评估目标群体的食物供给是否充足。营养需求是基于假设的人口统计概况、环境温度和人们的活动水平来进行计算。孕妇和哺乳期妇女的额外需求也纳入了考虑范围。这些营养需求并不用于评估补充剂或治疗保健供给是否充足，也不用于评估针对肺结核或艾滋病患者等特定人群的供给是否充足。

使用下页表格中的营养需求之前需留意两个重点。首先，这些用于各个群体的平均人口最低需求已经把所有年龄组和不同性别的需求纳入在内。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。其次，营养需求是基于特定人口概况而制定。

营养	人口最低需求 [1]
能量	2,100 kcals
蛋白质	53 g (总能量的 10%)
脂肪	40 g (总能量的 17%)
维生素 A	550 μg RAE*
维生素 D	6.1 μg
维生素 E	8.0 mg alpha-TE*
维生素 K	48.2 μg
维生素 B1（硫胺）	1.1 mg
维生素 B2（核黄素）	1.1 mg
维生素 B3（烟酸）	13.8 mg NE
维生素 B6（吡哆醇）	1.2 mg
维生素 B12（钴胺素）	2.2 μg
叶酸	363 μg DFE*
泛酸	4.6 mg
维生素 C	41.6 mg
铁	32 mg
碘	138 μg
锌	12.4 mg
铜	1.1 mg
硒	27.6 μg
钙	989 mg
镁	201 mg

** Alpha-TE —阿尔法生育酚等价物*

RAE —视黄醇活性等价物

DFE —膳食叶酸等价物

1 除了能量和铜之外均为参考营养摄入量（RNI）。

参考文献：参考营养摄入量源自联合国粮食及农业组织 / 世界卫生组织（FAO/WHO）（2004），“人类营养中的维生素和矿物质需求。”第二版中，参考营养摄入量已被用作除铜以外的所有维生素和矿物质需求计算，因为对此铜的需求未被纳入联合国粮食及农业组织 / 世界卫生组织（2004）当中。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。”

下表列出了按年龄划分的全球平均人口结构的指标。但是要注意该指标因情形而异而且可能出现重大偏差。例如，在某些乡村，青年人外出打工，老年人需在家照顾孩子，导致老年人的人数不合比例地偏高。

群体	人口比率（%）
0-6 个月	1.32
7-11 个月	0.95
1-3 岁	6.58
4-6 岁	6.41
7-9 岁	6.37
10-18 岁女性	9.01
10-18 岁男性	9.52
19-50 岁女性	17.42
51-65 岁女性	4.72
19-65 岁男性	27.90
65 岁以上女性	2.62
65 岁以上男性	2.18
孕妇	2.40
哺乳期妇女	2.60

参考文献：联合国（2003），《世界人口前景：2002 年修订本》，“按年龄、性别和时间分别分列的 1950—2050 年期间世界人口分布情况”

需按下列因素调整特定群体的能量需求：

- 该群体的人口结构，尤其关注 5 岁以下儿童和女性所占的百分比
- 成人平均体重和实际、通常或理想的体重
- 维持具生产力生活的活动水平——如果活动水平超过轻度（即 1.6 x 基础代谢率），需求就会增加

- 环境平均温度、住所和保暖能力——如果环境平均温度低于 20℃，需将会增加
- 群体的营养和健康状况——如果受灾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。艾滋病病毒和艾滋病感染率可能影响人口平均需求（参见第 180 页粮食保障——粮食发放标准 1）。是否需要调整配给量以满足这些额外营养需求将取决于情势分析和当前国际建议。

如果这类信息不能通过评估来获得，上表中的数字应作为最低的营养需求。

参考资料与延伸阅读

信息来源

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access. Indicator Guide.Version 3.FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.ennonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS).Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (2001), The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, vol. 83, no. 844, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, P (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2.FANTA. Washington DC.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99.E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en/

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org

延伸阅读

评估参考资料

初始评估

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

粮食保障评估

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

FAO and WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome.

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.
WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

种子保障评估

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.
Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

生计评估

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI. London.
IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings.Version 1.1.Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

市场

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.
Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit.Practical action, Oxfam GB.

粮食消耗

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).
WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet.Rome.

参与式方法论

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.
CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-

step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.
Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

营养和粮食保障资讯系统

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net
Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp
Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual.Version 1.1.
Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org
Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2.ODI. London.

“人体测量”评估

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.
Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.
UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.
Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London
Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

微量元素评估

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.
Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

婴幼儿喂养评估

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data:

A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources

婴幼儿喂养

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.ennonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.ennonline.net/ife

UNICEF and WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva.

UNHCR (2009), Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.ennonline.net/ife

USAID, AED, FANTA, University of California DAVIS, International Food Policy Research Institute (IFPRI), UNICEF and WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding.Principles and recommendationsfor infant feeding inthe context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva.

粮食保障干预

一般性

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

人群瞄准和食物发放

Jaspars, S and Young, H (1995), General Food Distribution in Emergencies: from Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.

WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

供应链管理和食物质量和安全

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control: http://foodquality.wfp.org

WFP (2003), Food Storage Manual.Natural Resources Institute and WFP.Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International, Food Monitors Manual.

现金和代用券干预

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions.A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

种子干预

Catholic Relief Services (CRS) (2002), Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS, incollaboration with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS. Rome.

一般性紧急营养手册

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster’s Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris.

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies. Geneva.

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

脆弱性人群

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

HelpAge International (2001), Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. Nairobi. www.helpage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities.

Winstock, A (1994), The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children. Winslow Press. Bicester, UK.

急性营养不良管理

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices &programme outcomes.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

FANTA-2 (2008), Training guide for community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (forthcoming), Supplementary feeding minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition.A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

微量元素缺乏

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999),Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xeropthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

住所、安置及非粮食物品的最低标准

如何使用本章

本章分为两部分：

住所和安置

非粮食物品：衣物、床上用品和居家用品

这两部分提供在任何涉及迁移和非迁移人口的应急响应情景中使用的通用标准，包括在原住处建造临时或过渡性的个别家庭住所，或返回修复好的住所；暂时寄宿在接待家庭，及 / 或在规划的或自行安置的集中安置点、收容中心、中转或返回中心之类的临时住所。

保护原则和核心标准必须一致的和本章一起使用。

虽然最低标准旨在明确应对灾害的人道救援响应，但是在备灾和恢复重建活动中也应考虑到最低标准。

每部分分别包括以下内容：

- **最低标准：**这些标准本质上都是定性的，明确了人道救援响应所能达到的水平。
- **关键行动：**指为满足标准而建议的活动和投入。
- **关键指标：**是判断行动是否达标的“信号”。这些关键指标提供了衡量、链接关键行动流程及结果的方法；它们与最低标准互有关联，并不与关键行动关联。
- **指引：**这部分包括在不同情况下运用核心标准、关键行动和关键指标时应考虑的问题。“指引”为实际困难的解决提供了指导，对较重要的问题提供了基准或建议。“指引”中还可能包括了与标准、行动或指标相关的关键问题，并描述了目前存在的两难性、争议或现有知识欠缺的地方。

如果无法满足所需的关键行动和指标，应评估由此对受灾人群产生的负面影响并采取适当的缓解措施。

本章提供了一份需求评估清单，用于明确和监控响应行动过程中的最低标准应用；同时提供了参考资料和延伸阅读清单，清单中精选了实用的应用指引资料。

目 录

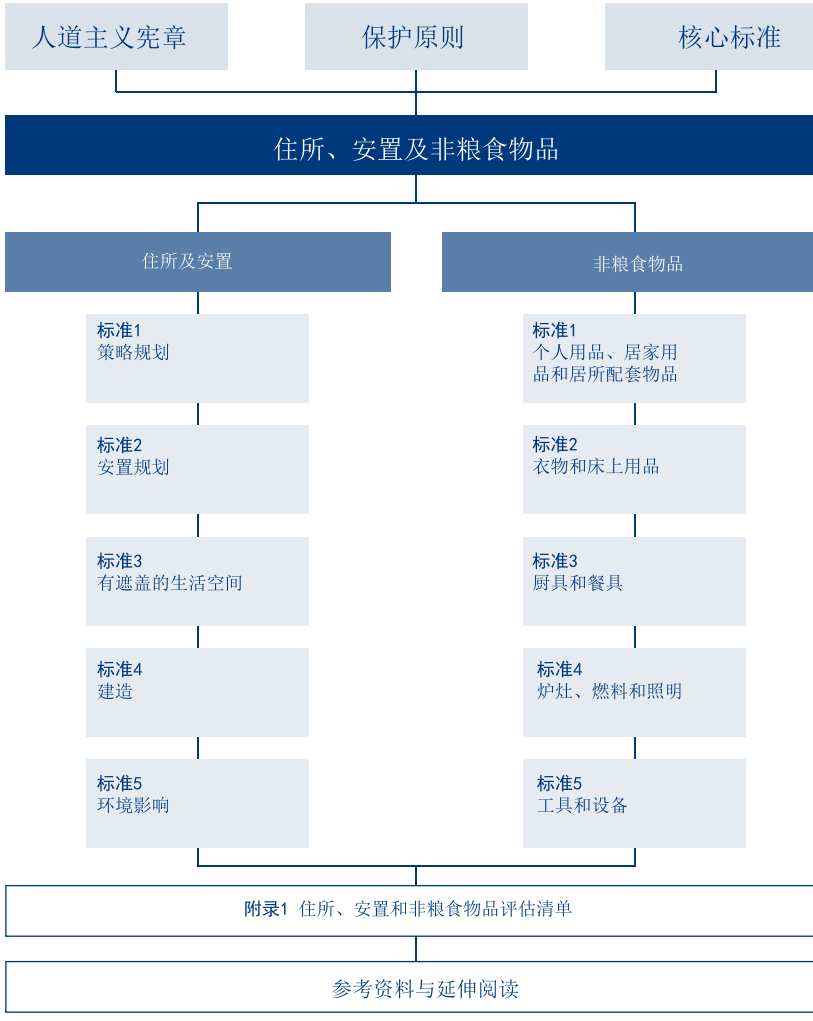
简介 243

1. 住所和安置 249

2. 非粮食物品：衣物、床上用品和居家用品 268

附录 1：住所、安置和非粮食物品评估清单 277

参考资料和延伸阅读 282


人道主义宪章
保护原则
核心标准
住所、安置及非粮食物品
住所及安置
非粮食物品
标准1
策略规划
标准2
安置规划
标准3
有遮盖的生活空间
标准4
建造
标准5
环境影响
标准1
个人用品、居家用品和居所配套物品
标准2
衣物和床上用品
标准3
厨具和餐具
标准4
炉灶、燃料和照明
标准5
工具和设备
附录1 住所、安置和非粮食物品评估清单
参考资料与延伸阅读

简介

与人道主义宪章和国际法的关联

住所、安置及非粮食物品的最低标准是对人道主义机构共同信念和承诺的具体表达，也是人道主义宪章所陈述，引导人道救援行动的共同原则、权利与义务。最低标准建基于人道主义原则，体现了国际法，隐含着维持生存和获得尊严的权利、保护和安全权以及根据需要获得人道援助的权利。可参考附录 1（见第 356 页）中有关人道主义宪章的关键法律和政策文件列表，该列表提供了相关注解供人道主义工作者参考。在人道主义行动中，住所、安置及非粮食物品是众所周知的术语，属于人权法规定的适量住房权范畴。

每个人都拥有适量的住房权。该权利在关键国际法律文件中得到认可（参见参考资料和延伸阅读：国际法律文件）。该权利包括拥有安全、和平和有尊严生活的权利，以及免被强迫驱逐和得到赔偿的权利。这些法律文件中，适量住房权的定义包括以下内容：

- 拥有足够的空间，且免遭寒冷、潮湿、炎热、降雨、风暴或其他对健康的威胁，也包括建筑结构和疾病传播媒介带来的威胁
- 获取相关服务、设备设施、材料和基础设施
- 可承受力、可居住性、交通便利性、地理位置和文化适宜性
- 可持续获取自然资源和共同资源；安全的饮用水；烹饪、取暖和照明所需的能源；卫生设备和洗涤设备；食品储藏途径；废物处理；场地排水系统和应急服务
- 适当的居住区且能提供安全的卫生服务、学校、儿童保育中心和其他社会设施，以及维持生计的机会
- 建筑材料以及与住房建设相关的政策能恰当地反映出住房的文化认同和多样性。

本章中的最低标准没有将以上适量的住房权的内容完整体现出来，而体现了适量的住房权的核心内容以及这一权利的实现方式。

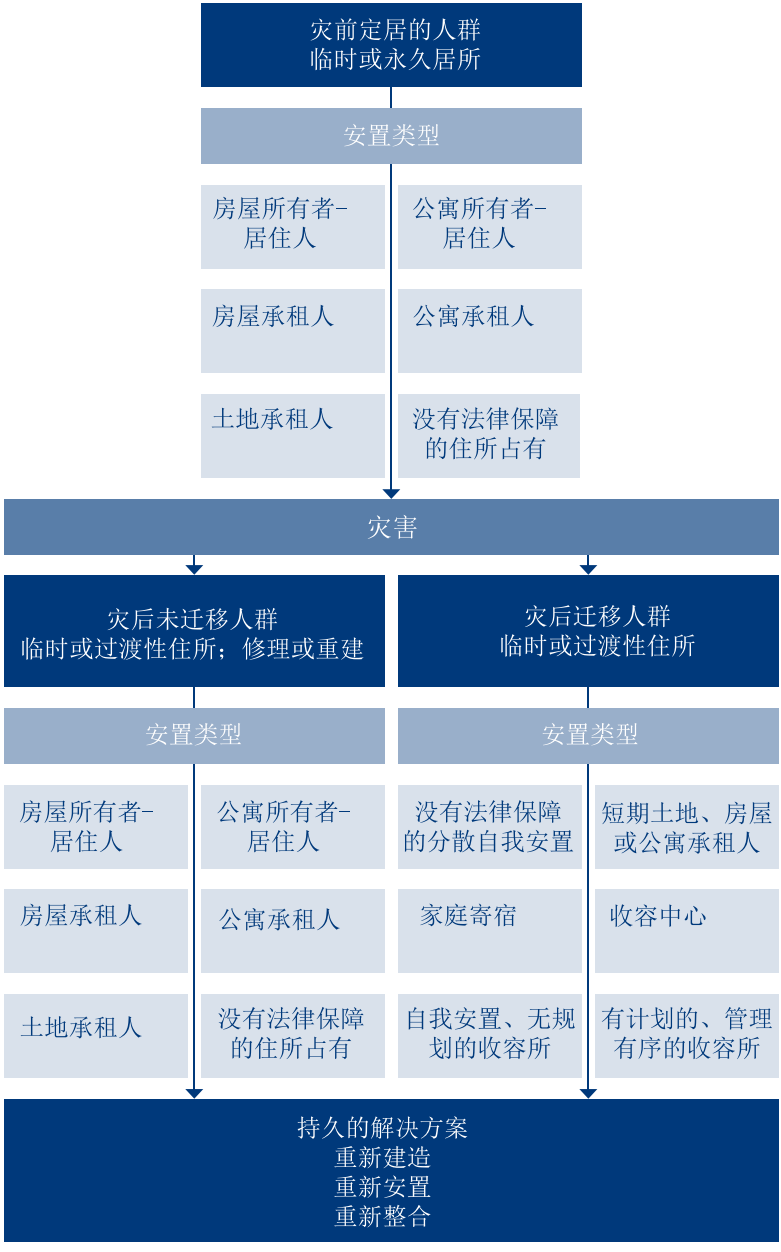
灾害中住所、安置及非粮食物品的重要性

在灾害初期，住所是受灾人群能否幸存的关键。此外，住所还能保护受灾人群的人身安全并使他们免受恶劣气候的影响，提高他们抵御疾病的能力。对于个人尊严来说，维持家庭和社区生活并使受灾人群从灾害影响中恢复过来同等重要。住所、安置及非粮食物品的响应措施应配合现有应对策略，并能够促进受灾人群的自给自足和自我管理能力。在不影响受灾人群或当地经济的前提下，应充分利用当地技术和资源。任何响应措施都应考虑已知的灾害风险，并尽量减少对自然生态环境造成长期不利影响，同时尽量协助受灾人群维持或建立生计活动的机会。

通过从受灾人群本身、生活空间、住所的搭建位置等方面满足相关需求，以确保住所的舒适性、使人们免受恶劣气候的影响、保护人们的人身安全和维护其尊严。同样，要满足这些需求，需要提供一套恰当的食品准备、烹调和食用方法，充足的衣物和床上用品，适当有遮盖的生活空间或住所，取暖通风的方法和基本服务。

受灾人群对住所、安置及非粮食物品的需求取决于灾害的类型和规模，以及人口迁移程度。制定响应措施时，应考虑迁移人群返回原住处和开始恢复过程的能力的愿望：对于不能或不愿返回原住所的人群，就需要采用临时或过渡性的住所和安置方案（见下图）。当地受灾情形也会影响相应措施的制定，包括受灾区域是在农村还是城市；当地的气候和环境条件；政治和安全局势；以及受灾人群去满足住所需要的能力。

住所和安置点选择以及响应情景



在极端的天气条件下，住所对于生存可能至关重要，但是由于受灾人群迁移别处而可能无法搭建合适的住所，因此需要快速部署住所的方案（如搭建简易帐篷）或在公共建筑内提供临时住宿。迁移人群可能被安排住在寄宿家庭、可能会安排一个家庭或和多个家庭住进现有的住所中，也可能会被暂时安置在规划好的集中安置点或收容中心。

应尽可能地帮助受灾人群修复或改造现有的住房或建造新的住房。援助方式主要有：提供合适的建筑材料、工具和设备、现金或代用券、技术指导、培训或这些方面的结合。对于在建筑工作缺乏能力或专业知识的受灾人群，应提供相应的支持或技术援助。同时，也应考虑灾害的间接影响人群的权利和需求，例如处于邻近地区接受受灾人群寄宿的人们。针对公共建筑尤其是学校用作临时公共住所的情况，应尽快计划和推行受灾人群的重新安置，以恢复正常的活动。

任何响应行动都应该考虑受灾人群搭建临时或永久性住所的能力和资源。住所响应措施应确保受灾人群可以对住所加以改良及 / 或将紧急住所过渡至持久住房。

同时，有可能需要修复受损公共建筑或提供临时建筑作为学校、医疗中心和其他公共设施。除了住所的需要，某些受灾人群可能还需要为生计资产（例如牲畜等）提供避难场所。响应应考虑到现有住所和安置点在位置、规划、设计和施工方面存在的风险和脆弱性，包括因灾害或气候变化导致住所状况恶化。关注安置方案和住所建设对环境的影响，对最大限度地减少灾害的长期影响也非常重要。

理想的备灾工作可以实现更好的住所、安置及非粮食物品响应效果。这样的备灾工作取决于政府、人道主义机构、当地民间社会组织、社区和个人对可能、即将来临或现有的危险进行预测和有效响应的能力、关系和知识。备灾工作建基于对风险的分析和预警系统的使用。

与其他章节的关联

其他章节中的许多标准都与本章有关。一个领域达致标准的进度通常会影响甚至决定其他领域达致标准的进度。要使干预措施有效，各领域之间必须加强协调与合作。例如，在住所援助区域需提供充足的水源和卫生设施以确保受灾人群的健康和尊严。同样，充足的住所供应有助于保证迁移人群的健康和福祉，而提供基本的厨具、餐具和烹饪燃料则可以保障受灾人群的粮食援助并且使他们的营养需求得到满足。必须与当地政府、其他响应机构、基于社区和代表组织进行密切配合，以确保受灾人群的需求得到满足，确保相互的援助行动没有重迭，且住所、安置及非粮食物品的干预措施的质量得到优化。

与保护原则和核心标准的关联

为符合本手册的标准，即使人道主义机构没有明确的“保护”任务，所有人道主义机构也应该以本手册的保护原则为指导。这些保护原则并非“绝对”：周围环境可能限制人道主义机构实现保护原则的程度。然而，本原则却反映了普世性人道主义的关注，这关注应时时刻刻指导我们的行动。

干预措施的制定和执行过程是其有效性的关键。六大核心标准反映基本的过程和人员相关的标准，涵盖参与性、初始评估、响应、瞄准人群、监测、评估、救援人员表现、以及对救援人员的监督和支持。它们为本手册中所有标准的实施方法提供单一参考点。因此，各技术章节均需与核心标准配套使用以达到其自身标准。尤其是为确保响应的适切性和质量，应最大限度地动员受灾人群（包括灾害中面临高风险的群体和个人）的参与。

受灾人群的脆弱性和能力

阅读本节时需结合核心标准，且本节是对核心标准的补充。

我们很需要明白，如果仅是年少，老年，妇女，残疾人或艾滋病病毒等单独因素，并不会给一个人带来脆弱性或日趋增长的风险。然而，各因素的相互作用就能带来脆弱性或风险。例如，一位 70 岁以上独居且身体欠佳的老人可能比一位年纪和身体状况相似，但生活在大家庭中，且有足够收入的老人要更有脆弱性。同样，一个三岁小女孩无人看管，会比有父母照顾的情况下更加脆弱。

当执行住所、安置及非粮食物品标准和关键行动时，脆弱性和能力分析有助于确保灾害响应能帮助到有权不受歧视地获得援助且最需要救助的人群。因此要彻底了解当地的环境，以及特定危机对特定人群所带来的不同形式的影响，这影响是缘于他们灾前已存在的脆弱性（例如非常贫穷或受到歧视）、面临的各种跟“保护”相关的威胁（例如性别暴力行为，包括性侵犯）、疾病发病率或患病率（例如艾滋病病毒或肺结核）和出现传染病的可能性（例如麻疹或霍乱）。灾害可能会加剧灾前已存在的不平等现象。无论如何，对人们的应对策略、抗御和恢复能力的支持是必不可少的。他们的知识、技能和应对策略应得到支持，他们获得社会、法律、财务和社会心理支持的权利也应得到提倡。人们要平等地获得这些服务时，其身体、文化、经济和社会等方面可能面临的障碍也应得到清除。

下列几点突出可确保所有弱势群体的权利和能力得到关注的一些关键领域：

- 充分鼓励人们的参与，确保所有具代表性的群体都包括在内，尤其是那些容易被忽视的群体（例如，有沟通困难或行动不便的个人、住在院舍的人、受歧视的年轻人和其他没充分被代表或没有代表的群体）。
- 在评估过程中按照性别和年龄（0-80 岁以上）进行数据分解——这是确保该领域或地区充分考虑到人口多样性的重要因素。
- 确保获得应享权益信息的权利能传达给社区所有成员。

最低标准

1. 住所和安置

应该帮助没有迁移的受灾人群在原住所搭建临时或过渡性质的家庭住所，或者提供用于修复或搭建合适住所的资源。可以根据援助力度、土地使用权或所有权、可获得的基本服务以及改善和扩建住房的机会等因素来决定给受灾群众提供临时性还是永久性的个别家庭住所。不能返回原住所的迁移人群通常更愿意跟他们的家庭成员或与他们享有共同历史、宗教或在其他关联的人住在一起，这些迁移人群应得到协助。当这么分散的安置不可行时，可在提供临时或过渡性的家庭住所的同时，也提供规划好或自行搭建的集中安置场地、或在作为收容中心的合适大型公共建筑中提供临时集体安置。

住所和安置标准 1：策略规划

住所和安置策略有助于对迁移和没有迁移的受灾人群的保障、安全、健康和福祉，并能够促进受灾地区的恢复和重建工作。

关键行动（结合指引阅读）

- 通过咨询相关当局和受灾群众，评估和分析受灾人群对住所和安置的需求（参见“指引 1”）。
- 与相关当局、响应机构和受灾人群协调，来制定住所和安置响应计划（应尽量包含早期恢复计划）（参见“指引 1”）。
- 优先考虑和支持受灾人群在可能的情况下返回原住所或原住址（参见“指引 2”）。
- 帮助那些不能或不愿返回原住所的受灾人群寄宿到其他家庭，或安置在临时集体安置点（参见“指引 3-4”）。
- 确保受灾群众可获得需要的非粮食物品、住所物品（例如帐篷或住所搭建工具）、建筑材料、现金、技术援助或信息或综合这些方面的支持（参见“指引 5-6”）。
- 确保住所或安置点与现有或潜在危险之间保持安全距离，并将现有危险带

来的风险降至最低（参见“指引 7”）。

- 确保灾害造成的瓦砾已经从重要地点清除，重要地点包括受损或毁坏的家园、临时集体安置点、必要的公共建筑和道路（参见“指引 8”）。
- 规划安全的用水和环境卫生服务、健康设施、学校、娱乐和礼拜场所，并规划和确保安全地获得用以延续或维持生计的土地、市场或服务（参见“指引 9-10”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 在所有响应机构协调下，受灾人群和相关部门同意相关的住所和安置方案能满足其基本需要（参见“指引 1”）。
- 所有临时住所和安置方案都是安全且足够的，并会一直被沿用直到出台了更持久的方案（参见“指引 2-10”）。

指引

1. ***评估、咨询和协调***：进行初步需求评估是至关重要的，这样一开始便能确定受灾人群的住所和安置需求、灾后风险、脆弱性和能力、恢复生产的可能性、以及对包括环境影响在内更多详细评估的需求。受灾人群（尤其是有特殊需求的弱势群体）与相关部门都应该参与此类评估。现有应急方案可用于响应活动。相关部门、人道主义机构和其他机构以及受影响的人群使用商定的协作机制以协调响应活动。应基于资源的可获得性、当地环境（包括季节性的天气模式）、保障、现有或新住所以及土地的可获得性制定响应规划（参见第 55-68 页“核心标准 1-5”，第 269-276 页“非粮食物品标准 1-5”，和附录 1：住所、安置及非粮食物品评估清单）。

2. ***返址***：大多数受灾人群都希望能够返回他们的原住地和原住所。由受灾人群决定的住所修复或改良方案，支持公共处理策略的制定，保留已建立的安置模式，且有助于现有基础设施的使用（参见第 55 页“核心标准 1”）。由于居民返回原住所可能受到推迟或阻碍，因此需要在其他地方进行临时安置。影响居民返回原住所的因素包括灾害的持续和安全方面的关注，其

中灾害持续的例子包括持续的洪水、山体滑坡或余震，安全方面的关注包括财产或土地的占用以及需要归还、持续暴力冲突、种族或宗教局势紧张、对迫害、地雷和未爆炸弹药的担忧。学校的重建对迁移人群返回原来住所来说也很重要。以女性为中心的家庭、灾害导致的寡妇、孤儿或残疾人可能受到土地以及财产方面不充足或带歧视性的法律或惯常程序的影响，以致返回原居住地时遭到阻碍。那些或缺乏能力进行重建活动的迁移人群在返回原住所问题上可能受阻或感到沮丧。

3. ***以家庭或社区为单位的寄居方式***：不能返回原住所的迁移人群通常更愿意跟他们的家庭成员或与他们享有共同历史、宗教或在其他关联的人住在一起（参见第 55 页“核心标准 1”）。对寄宿家庭的援助包括支持扩大或改善宿主现有的住所和设施以容纳更多迁移人群，或在寄宿家庭的庭院附近提供额外的住所。针对人口密度增加进行评估，并要评估以及缓和新增人口对社会公共设施、基础设施和自然资源的需求。

4. ***临时集体安置***：虽然规划的临时集中安置住所不是必然实施的响应行动，但是临时集中安置住所可以为不能或不愿返回原来住所的、或不愿寄宿在其他家庭的受灾人群提供食宿支持。该安置方案适用于人群面对的风险因为安全威胁而增加的地区，或水、食物和本地建筑材料等基本服务和资源受限地区。利用现有建筑作为收容中心可以为受灾人群提供快速和暂时保护以抵御天气的影响。这种用途的建筑物需重新布置或加以改良，例如为那些行动不便之人提供小隔间和坡道。很多国家都会预先确定公共建筑物并把它们作为收容中心，以此来应对已知类型的灾害，辅以管理和服务提供责任。尽管学校经常用来收容受灾人群，但还是需要找其他替代住所以使学校恢复正常的教学活动。临时集体安置点的规划需考虑到居住者的人身安全、隐私和尊严以及基础设施的可获得性。确保临时集中安置地不会成为攻击的目标，不会给附近的居民带来安全风险，不会破坏周围自然资源的可持续性。

5.***住所援助的类型***：可能需要提供不同类型的援助以满足受灾人群的住所需求。基本援助包括个人物品，例如衣物和床上用品；或普通家庭用品，例如炉灶和燃料。住所支持物品包括帐篷、塑料布和工具箱、建筑材料和使用可重复用于建造永久性住所材料搭建的临时或过渡性住所。还需要有自愿的或签订合同的劳动者或专业人士，而且在建筑技术方面应提供相关的技术指导。根据当地经济的运转情况，考虑使用现金或代用券来鼓励利用本地供应链和资源。现金也可以用来支付住房租金。通过查看集体活动中心或当地安置中心公布的信息，例如如何获取补助金、材料或住所相关的其他信息，可以对物品援助发挥辅助角色。

6.***过渡性的住所***：为受灾人群提供过渡性的住所，使其能够进行灾后住所重建，而这样的自我管理模式应该得到支持，所以提供过渡性住所本身是一种响应途径而不是响应阶段（参见第 55 页“核心标准 1”）。所采用的灾后住所解决方案如果可以反复使用于搭建永久性住所或从临时住所搬迁到永久性住所当中，该方案便能促进受灾人群向持久住所的过渡。对仍在原住所的非迁移受灾人群来说，过渡性住所是其基本家园，随着时间的推移，一旦条件允许，可以加以改良、扩建或重建。对迁移受灾人群来说，过渡性住所不单提供合适的住所，当受灾人群能够返回原住所或到其他地方重新定居时，过渡性住所更能拆卸并反复使用。若寄宿家庭隔壁能够建造住所时，可以为寄宿在其他家庭的受灾人群搭建过渡性住所。这样的过渡性住所结构可以在受灾人群能够返回原住所或其他地方进行定居时清除并反复使用。

7.***风险、脆弱性和灾害评估***：全面评估风险和脆弱性并定期进行核查（参见第 61 页“核心标准 3”）。评估覆盖区实际存在或潜在的安全威胁和由于年龄、性别、残疾、社会或经济状况、受灾人群对自然环境资源的依赖以及受灾人群和寄宿社区之间的关系所带来的特殊风险和脆弱性（参见第 38 页“保护原则 3”）。住所和安置方案应考虑到自然危机带来的风险，包括地震、火山、山体滑坡、洪涝或狂风等。安置点不应选在容易遭受疾病或

污染侵袭，或具有重大风险的地方。有潜在危险的材料或物品可能在自然灾害（地震、洪涝和台风）发生后被埋藏或暴露出来。以往或当前的冲突可能令地雷和未爆炸的弹药存留。受灾害影响的居住区建筑结构稳定性应该由技术专家进行评估。对于收容中心，应评估其现有建筑结构承受超额负载的能力和建筑结构如地板、内墙和屋顶等坍塌的风险。

8. ***瓦砾清理***：在自然灾害或冲突之后，当务之急是清理瓦砾以便提供住所并设立合适的安置地点。在灾害发生后，应立即启动瓦砾管理规划以确保瓦砾可以被回收或进行分离、收集及 / 或处理（参见第 265 页“住所和安置的标准 5”）。主要问题包括辨别尸体以及尸体处理方法、检索个人财产、地质结构危险地段和危险物、物品的取回以及可再利用或售卖物品的拥有权。清理瓦砾可以为以工代赈项目提供机遇，及 / 或需要专业人士和专业设备进行操作，另外也要考虑处置地点的使用、管理、所有权和环境影响等因素。

9. ***学校、卫生设施和社区基础设施***：应确保受灾人群可获得基本的服务，包括学校、卫生设施、安全休闲区和公共集会区。应利用现有或修复的基础服务设施，并根据需要提供额外的服务或设施。修复或建造公共建筑时，需要遵循新安置方案或相关监管程序，可能需要建造能够提供及时、短期设施服务的场所。使用临时或永久性住所提供的任何此类服务应达到商定的标准（参见第 89 页“供水、环境卫生及卫生促进”标准 1”，第 296 页“卫生系统标准 1”，以及在紧急情况下的机构间的网络教育最低标准：备灾、响应和恢复）。

10. ***生计支持***：应基于受灾人群灾前的经济活动和灾后维持生计的方式安置受灾人群（参见第 150-154 页“粮食保障和营养评估标准 1-2”和第 55 页“核心标准 1”）。还应考虑能否获得所需要的土地、开垦和放牧的权利、进行特定经济活动时能否获得所需要的市场和服务。

住所和安置标准 2：安置规划

返回原居地、寄居或临时集体安置规划有利于受灾人群安全和有保障地获得住宿和基本服务方面的支持。

关键行动（结合指引阅读）

- 识别并尽可能地使用已有的规划流程，这规划流程吸取了共同认可的最佳实践经验，最大限度地降低安置的风险和脆弱性（参见“指引 1”）。
- 确定住房、土地和财产的所有权及/或对建筑或地点的使用权（参见“指引 2”）。
- 确保能安全进入所有住所和安置地点并可获得基本服务（参见“指引 3-4”）。
- 利用现有的安置模式和地形特征最大限度地减少自然环境带来的负面影响（参见“指引 5”）。
- 让灾害人群参与临时集体安置规划，适切的以家庭、邻里或村庄为单位安置受灾人群（参见“指引 6”）。
- 对于临时规划的和自行搭建的集中安置住所，确保拥有足够的居住面积和足够的防火间距（参见“指引 7-8”）。
- 尽可能减少病媒的风险（参见“指引 9”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 通过商定的规划流程，咨询所有受住所援助群体关于住所或有盖范围的位置以及基本服务的获得，以及得到群体同意（参见“指引 1”）。
- 所有安置计划显示，住所、有盖范围以及基本服务的使用的风险和脆弱点已识别出来和得到降低。（参见“指引 2-9”）。

指引

1. ***规划流程***：应按灾害或危机类型、已识别的危险和对受灾人群产生的影响使用符合本地实际的规划方案。应采取适当措施以最大限度地降低安置风险及其脆弱性。在相关部门作出相关要求且不阻碍满足紧急住所和安置需

求的情况下，应遵循现有的规划条例。还应明确规划决策的长期影响，尤其是临时集中安置点的选址问题。

2. ***住房、土地、财产所有权、权利和使用权：***对于非迁移和迁移人群，需鉴定相关土地、住房或其他建筑的所有权和正式或通常的使用权持有者。这些问题通常会引起争议，尤其在没有保留相关记录或冲突可能已经影响所有权的情况。多住户的多用途住房或建筑将涉及共同或共享的所有权或占有权。应寻求弱势人群的土地或财产所有权证明，并对这些人提供支持，尤其是妇女、由灾难造成的寡妇或孤儿、残疾人、租户、社会救助对象和非正式移民。弄清正式、非正式或已明确的所有权或继承权，尤其针对灾后权利持有人或继承人可能已经死亡或已迁移的情况。给灾前没有正式权利的一些家庭提供群体土地所有权等有助于这种权利的逐步建立。提供住所援助也可以被视作或用作把土地所有权合法化，这可能避免人们宣称拥有土地而对人道主义行动造成抑制或阻碍。使用相关土地作为临时集体安置点时，应考虑其持有人或邻近社区对土地或自然环境资源的现有使用权（参见第 265 页“住所和安置标准 5”）。

3. ***基本服务和设施：***无论是返回原住所的受灾人群、寄宿或安排在临时集体安置点的受灾人群，全都需要安全、有保障并公正地获得基本服务。这些服务包括水、卫生设施、烹饪燃料或公共烹饪设备、医疗保健、固体废弃物处理、学校、社会设施、礼拜场所、聚会地点、包括儿童活动空间的休闲场所和牲畜棚（确保牲畜和居住区保持充足的距离）。为举办乎合文化习俗的墓葬和相关仪式提供足够的空间。在不会给邻近或居住社区带来负面影响的情况下，最大限度地使用现有或修复的设施。应考虑增加附加设施以满足目标人群尤其是弱势群体的需求。所提供的服务应反映受灾人群的社会结构和性别角色以及弱势群体的需求，例如确保行动不便之人可在合理的步行距离内获得相关服务，且在临时集体安置点提供安全的哺乳场所。应确保老年人、身体残疾人士和经常使用相关设施的人群对相关设施

有适当使用权。应根据需要在临时集体安置点提供行政办公室、储藏室、员工宿舍和隔离区（参见第 89 页““供水、环境卫生及卫生促进”标准 1”和第 296 页“卫生系统标准 1”）。

4. ***可及性***：应评估安置点的可接近性、当地路况以及赖以提供救援物品的交通枢纽的可接近性，并把季节限制、危险和安全风险考虑在内。对于临时集体安置点来说，应确保重型卡车在任何天气条件可以到达该安置地点、任何主要储存和粮食发放点。其他的设施应能让轻型车辆到达。应在安置点内提供道路和通道，让群众安全的、并在任何气候条件下能到达住所以及通往包括学校和医疗机构等公共机构。可根据需要提供人工照明。在临时集体安置点或收容中心，出入口应避免选择在分离区或屏蔽区，因为这样可能会给居住者的人身安全带来威胁。在收容中心应避免在出口处设置台阶或使地面崎岖不平，且应提供相应的楼梯扶手和坡道。对于行动不便的居住者，应安置在一楼接近出口或在可平坦地通往出口的位置。收容中心里的居住者应安置在离出口合理的距离内，至少有两个出口以提供可选择的逃生路线，且这些出口应清晰可见。

5. ***安置点选址和排水系统***：在安置点选址和规划临时集体安置点时，应评估地表水排水和由水洼或洪水带来的风险。除非安置点进行了广泛的排水和控制水土流失措施，否则坡度不应大于 5%；坡度一般应小于 1%，使排水畅通同时仍然可能需要排水设施以避免积水；安置点最低处应至少高于水表的最高估计水平 3 米；设置厕所和其他设备时要考虑地质情况（参见第 105-107 页“粪便处置标准 1-2”和第 121 页“排水标准 1”）。

6. ***临时集体安置点规划***：收容中心内空间分配和规划的临时集中安置点内家庭自留地应考虑现有社会的做法并共享资源的使用模式，这些资源包括水和卫生设施、公共厨房和食物分配等。邻近规划应支持现有社会网络，以促进安全和受灾人群的自我管理。规划的临时集中安置点的场地布局应保

证各个家庭的隐私和尊严，每个家庭住所入口应面向公共或屏蔽区域而不应和其他住所入口方向相反。应为包含大量单身成年人和无人照顾儿童的迁移人群提供安全、综合的生活区域。邻近规划的原则也适用于分散安置点，例如，不同家庭群体返回已确定的地理区域或寄宿家庭与另一个被寄宿家庭很接近（参见第 33 页“保护原则 1”）。

7. ***规划的临时或自行搭建安置点占地面积***：对于集中安置点形式的安置点，应确保每人至少拥有 45 平方米的空间，包括自留地。安置点中应包括必要的道路和通道、外部家庭烹饪区域或公共烹饪区域、教育设施和活动场所、卫生、消防隔离带、行政设施、蓄水池、物资分发点、市场、仓库以及给单个家庭提供的少量菜园。如果在规划安置点之外的现有或额外设施可以提供公共服务，每人的最小占地面积应为 30 平方米。区域规划还应考虑人口的变化。如果不能提供最低占地面积，应缓解高密度人群带来的影响，例如，确保各个家庭之间充足的分隔隐私，以及为所需设施预留空间等等。

8. ***消防安全***：评估消防风险以规划临时集体安置点和个体家庭住所组合。缓解措施应包括每隔 300 米便设立一个 30 米长的防火带，且在个体建筑或住所之间设立至少 2 米长（但是最好是建筑物高度的两倍）的空间以防止坍塌的建筑压到相邻建筑。整体安置点规划和家庭住所安全隔离计划应考虑到通常采用的烹饪习惯和火炉或取暖器（参见第 274 页“非粮食物品标准 4”）。

9. ***病媒传染风险***：低洼区域、灾害造成的瓦砾、空置建筑和挖坑，例如就地挖掘土被用于建设，可能给害虫提供繁殖地，害虫会给附近人群带来健康风险。对于临时集体安置点，减少受灾人群受病媒传播疾病影响的关键在于适当的选址和降低病媒传染风险（参见第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

住所和安置标准 3：有遮盖的生活空间

人们有足够的有遮盖生活空间，温度舒适、空气流通、以及免受气候影响，以确保他们的隐私、安全、健康和有利于他们开展基本的家庭和生计活动。

关键行动（结合指引阅读）

- 确保每个受影响家庭都有足够的有遮盖生活空间（参见“指引 1-2”）。
- 使不同性别之间、不同年龄群体之间、和同一住户而来自不同家庭之间，有所需要的安全分隔空间和隐私保障（参见“指引 3”）。
- 确保在有遮盖的生活空间或邻近区域可以开展基本家庭和生计活动（参见“指引 4”）。
- 鼓励使用的住所解决方案和材料为受灾群众所熟悉，并尽可能得到文化和社会的认可且利于环境的可持续性（参见“指引 5-6”）。
- 评估所有季节的特殊天气情况，确保住所内温度适宜，空气流通和能够提供保护（参见“指引 7-10”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有受影响的个人最初拥有不少于 3.5 平方米有遮盖的地面面积（参见“指引 1-2”）。
- 所有住所解决方案和材料达到商定的技术和性能标准，且从文化角度是可接受的（参见“指引 3-10”）。

指引

1. ***气候及影响***：在如果天气寒冷，为了保暖，家庭活动通常都在有遮盖的生活空间里进行，并且受灾人群可能大部分时间都会呆在家里。在城市环境中，因为可以使用的外部相邻空间较少，家庭活动通常在有遮盖的生活空间里进行。基于这些考虑因素，通常要为每人提供大于 3.5 平方米有遮盖的空间。地板到天花板的高度也是一个关键因素，在湿热气候条件下最好采

用较高的高度以利于空气流通，然而，在寒冷的气候条件下最好采用较低的高度以尽量减少需供暖的室内空间。室内地板到天花板最高点的高度应不小于 2 米。在温暖气候条件下，外部阴凉处可以用来准备和烹饪食物。住所解决方案可能必须适用于从寒冷冬夜到炎热夏天等的极端气候。如果不能提供搭建完整住所的所有材料，应优先考虑提供屋顶材料以搭建最低限度的有遮盖的生活空间。由于这样的住所或未能保障安全、隐私和尊严，以及免受气候影响，所以应尽快采取措施以满足这些需求（参见“指引 2”）。

2. ***周期***：灾后短期内，尤其是在极端气候条件且住所材料缺乏的地区，可允许每人低于 3.5 平方米有覆盖的生活空间以保障生命和提供足够短期的住所。在这种情况下，应尽快实现每人拥有 3.5 平方米有遮盖的生活空间，以最大限度地减少因生活空间不足对居住者的健康和福祉带来的负面影响。如果每人 3.5 平方米的目标无法实现，或超过了受灾人群或邻近人群一般的人均生活空间，缩减有覆盖的生活空间对尊严、健康和隐私的影响应予以关注。如果决定提供低于 3.5 平方米的人均住所面积，要加以阐明以及采取相应措施以缓解对受灾人群造成的负面影响。对于周期延长的情况，应采用临时或过渡住所解决方案以提供足够的、适应不同季节气候的、且适合多年居住的住所。经当地政府或其他机构同意的响应计划，应确保临时或过渡性住所不会用作永久性住房。

3. ***文化习俗、安全和隐私***：应根据当地使用有遮盖的生活空间的习惯（如对于大家庭的睡觉安排和住宿），来决定所需的有遮盖的生活空间。咨询的对象应包括弱势群体和照看弱势群体的人员。家庭住所内部应容许必要时把间隔细分。在集体安置点，组合相关家庭，妥善规划有遮盖的生活空间的通道以及提供用于分隔私人和家庭空间的材料，都有助于保障个人隐私和安全。在单个家庭住所和临时集体安置点，应凸显尽量减少拥挤度以及提供足够的生活空间并保障个人隐私所带来的社会心理益处（参见第 33 页“保护原则 1”）。

4. ***家庭和生计活动***：有遮盖的生活空间应该为下列活动提供空间：睡觉、盥洗、更衣；照料婴儿、儿童和病人或体弱者；储存食品和水、以及放置家庭物品和其他重要财产；需要时在室内烹饪和用餐；家庭成员集合。对于有遮盖生活空间的规划，尤其是出口和间隔离的位置，应该最大限度地使用内部空间和任何相邻的外部区域。

5. ***住所解决方案、材料和施工***：灾后如果当地没有住所支持的选择、住所数量不足或当地自然环境无法持续供应，应提供有既定规格的住所解决方案，例如家庭帐篷、住所搭建工具、材料包或活动板房。使用较厚实的建筑材料，如塑料布作为紧急住所援助项目的区域，应辅以绳索、工具、紧固件和用以支撑的材料，例如木杆或在当地采购用做框架的材料。任何这类材料或有既定规格的住所解决方案应达到公认的国家和国际规范和标准，且为受灾人群所接受。当只有部分建筑材料（例如塑料布）可以提供时，应评估并缓解采购其他所需材料（例如用做框架的木杆）对当地经济或自然环境造成的潜在影响。材料规格和技术的使用也需考虑到受灾人群维护和修复住所的技术和经济能力（参见第 276 页“非粮食物品标准 5”）。应进行定期检测，以确保住所的性能良好。

6. ***参与式设计***：所有受灾人群应尽可能地参与决定提供哪种类型住房援助。应优先听取那些在住所待时间较长的和对住所有特定关于可及性需求的人群的观点，相关规格应通过评估现有的典型住房而获得。应使这些家庭意识到“现代”建筑形式和材料的优缺点，尽管这些建筑形式和材料可能使其社会地位看似得到改善（参考第 55 页“核心标准 1”）。

7. ***温湿气候环境***：住所的面向和设计务求能提高通风性且尽量减少阳光直射。除了容易受狂风侵袭的区域以外，其他区域设计屋顶时，坡度设计要合理方便排出雨水并设有较大的悬垂结构。如果蓄热需求低，可以采用轻量建筑材料搭建住所。同时应采用活动地板以确保住所周围有充足的地面排水

系统，且降低水进入生活空间的风险。

8. ***干热气候环境***：应采用较为厚实的建筑材料搭建住所来确保蓄热性以减少昼夜温差对室内温度的影响，或采用轻量但有足够隔热功能的建筑材料搭建住所。有地震风险的地区，采用较为厚实的建筑材料搭建住所时应小心处理其结构的设计。如果只能使用塑料布或帐篷，应提供双层屋顶，确保两层之间的通风以降低热辐射增益。门窗的方向不应与盛行风方向一致，以最大限度地减少热风带来的热气和周围地面的热辐射。应在住所与外墙之间铺设地板，以最大限度地减少灰尘和病媒侵入。

9. ***冷气候环境***：对于人们整天待在室内的住所，应采用具有高蓄热性能的较为厚实建筑材料。对于人们仅在晚上留在室内的住所，可以采用具有低蓄热性能和持续保暖的轻量建筑材料。尽量减少空气流通，尤其在门窗处，以确保舒适度，然而取暖器或厨具火炉则要保持通风，且火炉或其他形式的取暖器需要与住所相配套。评估并缓解由使用火炉和取暖器带来的潜在火灾风险（参见第 274 页“非粮食物品标准 4”）。应在住所周围提供地表水排水系统，并且应最大限度地采用活动地板以降低雨水或融化的雪水进入有遮盖的生活空间的风险。应确保采用保暖地板和睡垫、床垫或加高的床，以最大限度地减少身体热量从地面流失（参见第 271 页“非粮食物品标准 2”）。

10. ***通风和病媒控制***：应保证单个家庭住所和公共建筑（如学校和医疗机构）的通风性，以维持住所内部环境的健康。尽量降低室内家用炉灶烟雾导致呼吸道感染和眼部疾病的风险，并降低肺结核等疾病通过飞沫传播的风险。病媒控制措施应考虑到迁移人群的建筑实践经验、住房模式以及建筑材料（参见第 312 页“基本卫生服务——传染病控制标准 1”和第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

住所和安置标准 4：建造

在合适的情况下，使用当地建筑安全的实践经验、材料、专家和能力，并最大程度上让受灾人群参与以及为当地提供生计机会。

关键行动（结合指引阅读）

- 使受灾人群、当地建筑专家和有关部门参与当地安全建筑实践，以最大限度地为当地生计提供机遇（参考“指引 1-3”）。
- 确保没有能力或机会进行建造相关活动的受灾人群能获得额外支持或资源（参见“指引 1-3”）。
- 通过采用合适的建造和材料规范，最大限度地减少建筑结构的风险和脆弱性（参见“指引 4-5”）。
- 确保材料和工程质量达到商定的标准（参见“指引 5-6”）。
- 通过适当的招标、采购和建造管理工作，对所提供的材料、劳动力和技术援助以及规章审批进行管理（参见“指引 7”）。
- 可使用从当地获得的工具和资源对单个家庭住所进行整修和改良（参见“指引 8”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有施工都符合共同认可的安全建筑习惯和标准（参见“指引 2-7”）。
- 建筑活动展示出受灾人群的参与，且应最大限度地为当地生计提供机会（参见“指引 1-2 和 8”）。

指引

1. ***受灾人群参与***：应结合住房和安置点规划、建造和维修的现有习惯，来安排住所和安置点建造过程中受灾人群的参与性。在建造过程中，应提供技能培训项目和学徒方案以尽量提高受灾人群的参与机会，尤其对缺乏所需建筑技能或经验的个人而言。鼓励所有年龄段的女性参与住所和建造相关

活动和培训。那些不能进行体力劳动或担任需要专业技术知识工作的人群可以进行现场监测和库存控制、照看儿童、以及为参与建造工作和提供行政支持的人群提供临时住宿或准备食物。还应考虑受灾人群对时间和人力资源的其他需求。以志愿者团队或签订合同形式参与建筑劳动的人群能补充单个家庭劳动力的不足。这种支持对于女性为户主的家庭来说是必须的，因为女性在寻求住所建造的支持时可能遭受因性别引致的剥削（参见第 55 页“核心标准 1”、第 36 页“保护原则 2”以及第 276 页“非粮食物品标准 5”）。行动不便人群、老年人和其他无法从事建造活动的人群可能也需要支持。

2. ***专业技术知识和经验***：应为受灾人群补充适当的技术设计、建造、和管理专业知识，以提高其技能和理解力，并提供已建立的技术和管理流程方面的经验参考（参见第 71 页“核心标准 6”）。在易受季节性或周期性灾害影响的区域，在设计和建造流程中应安排拥有当地解决方案的技术专家参与相关工作，或考虑采用认可的最佳做法。

3. ***材料和劳动力的来源***：快速提供建造住所需要的材料和工具 (分散或以预设的工具包方式提供)，使受灾人群能够自己建造住所。在可能的情况下，经过快速市场评估和分析，可以当地采购建筑材料、采用当地专业的建设技能和人力，以支持当地的生计。如果采用当地材料可能对当地经济或自然环境产生重大负面影响，则可以采取下列措施：使用多种来源；替代材料和生产过程；在区域或国际层面寻找材料；或采用专有住房系统（参见第 265 页“住所和安置标准 5”）。如能明确从损毁建筑得来的材料所有权，应鼓励重用旧材料。

4. ***防灾并降低风险***：建筑物的抗灾能力应能应对已知的气候条件和自然灾害，而且应考虑进行改造工程以应对气候变化给当地带来的影响。因应灾害的影响而考虑改变建筑标准和建筑做法，应通过与受灾人群和相关部门进行协商而实施。

5.***安全的公共建筑设计和建造***：应建造或修复临时和永久性公共建筑如学校和医疗机构等，使其具备抗灾能力且能确保所有人的安全和可及性。这些建筑应符合特定领域的建造标准和审批流程，包括确保行动不便、有视力或沟通障碍人群能够使用这些设施。应与相关部门进行协商，并按照商定的服务架构和可负担的维修策略，进行修复或建造这些建筑（参见《在紧急情况下的机构间的网络教育(INEE)的最低教育标准：备灾、响应和恢复》）。

6.***建造标准***：建造标准和指导方针应得到相关部门批准，以确保满足关键安全和性能需求。如果没有执行当地或国家建筑规范的区域，应遵守新增的合规，使其反映当地的住房文化、气候条件、资源、建设和维护能力、可及性和可负担性。

7.***采购和建造管理***：应制定施工进度表以安排相关工作。该进度表应包括几个关键事件：目标完工日期、根据具体的住所和安置解决方案对迁移人群的重新安置、以及为季节性气候的来袭做好准备。应针对材料、劳动力和现场监管，建立一套快速响应、有效且责任到位的供应链和施工管理系统。这套系统包括供货、采购、运输、处置和管理，囊括了从供货源头到各个施工现场整个流程（参见第 188 页“粮食保障——粮食发放标准 4”）。

8.***改善和维护***：最初的住房响应措施通常只提供一个最低限度的封闭空间和物质援助，受灾人群将需要寻求其他途径改变所提供封闭空间的格局并改善其舒适度。所采用的建筑形式和材料应使单个家庭能够使用当地现有的工具和材料，维护并可逐步调整或改善其住所，以满足他们的长期居住需求（参见第 276 页“非粮食物品标准 5”）。

住所和安置标准 5：对环境的影响

应尽量减少所采用的住所和安置解决方案、材料和建造技术对当地自然环境的不良影响。

关键行动（结合指引阅读）

- 评估并分析灾害对当地自然环境的不利影响以及环境风险和脆弱性（参见“指引 1”）。
- 规划受灾人群的临时或长期安置时，应考虑自然资源的承受能力（参见“指引 1-3”）。
- 管理当地自然环境资源，以满足受灾人群现在和未来的需求（参见“指引 1-3”）。
- 在建筑材料的生产和供应以及建造过程中，要最大限度地减少其对当地自然环境资源的不利影响（参见“指引 3-4”）。
- 尽可能保留树木和其他植被，以增加地表水储蓄、减少水土流失并提供绿荫（参见“指引 5”）。
- 临时集中安置点不再需要使用后，除非已有共识用作其他安排，否则要马上恢复该地的原来状况，（参见“指引 6”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有返回原住所、寄宿到其他家庭或临时集体安置的规划已最大限度地减少及 / 或减轻对自然环境的不利影响（参见“指引 1-6”）。
- 针对所有住所的施工过程和材料的选择已最大限度地减少及 / 或减轻对自然环境的不利影响（参见“指引 4”）。

指引

1. ***环境评估***：应评估灾害对自然环境造成的影响，以指导所需的响应和缓解行动。许多自然灾害（例如山体滑坡）都是由于对自然环境资源管理不当

所造成的，它们也可能由现有的环境风险或脆弱性造成的，例如低洼地区季节性的洪涝或缺乏可安全获取的自然资源。了解这些风险对安置的规划非常重要，同时也能确保应对这些已知的脆弱性（包括气候变化带来的影响）被纳入为响应工作的一部分。

2.***环境资源可持续性和管理***：在人群持续增长且所需的环境资源有限的区域，应尽量缓解这种对自然环境不可持续的需求。即使可获得所需的自然资源，也应加强临时集中安置点管理，以将对环境的破坏降至最低应提供并加强管理可持续性的外部供应，包括燃料、放牧、农业生产、以及其他依赖自然资源进行的生计支持活动。采用少量大型的安置点可能比采用大量的小型分散的安置点更有利于维护环境的可持续性，因为这些小型安置点不便于管理或监控。还需考虑对受灾人群提供住宿的人群及邻近灾区安置的人群对自然环境资源需求的影响。

3.***缓和对环境的长期影响***：应从各个规划层面来考虑到对自然环境资源的管理。如果为受灾人群提供住所会的需求因为要消耗当地环境资源而给自然环境带来重大负面影响，应辅以环境管理和修复活动使其对环境产生的长期影响降至最低。建议咨询相关环境机构。

4.***建筑材料采购***：应评估采购自然环境资源对环境产生的影响，例如水、建筑木材、沙子、泥土、草以及用于烧制砖瓦的燃料。确定其习惯用户、提取率和再生率、这些资源的所有权或控制权。采用替代或互补的供应来源，可支持当地经济并降低对当地自然环境的长期不利影响。应提倡使用多种来源和废品再利用、替代材料和生产过程（例如使用坚固的土块）。此举应与缓解措施相结合，例如补充种植。

5.***侵蚀***：在住所和安置解决方案的规划中，应保留树木和其他植被以加固土壤，并最大限度地增加树荫和降低各种气候条件下对土壤的侵蚀。对于道路、

通道和排水网络这些元素，应因应自然地形而建筑，以最大限度地降低土壤侵蚀和洪涝带来的影响。如果不可行，应通过提供挖掘的排水渠、地下管道排水或用土搭建堤坝，最大限度地减少水流的冲刷，从而遏制水土流失（参见第 121 页“排水标准 1”）。

6. ***移交***：采取适当的环境恢复措施，以加强临时集体安置点内部及周围自然环境的再生能力。任何集中安置点不再使用时应加以妥善管理，以确保清除所有不能被再利用或对自然环境有不利影响的材料或垃圾。

2. 非粮食物品：衣物、床上用品和居家用品

衣物、毯子和床上用品用于保暖、保持健康、保障隐私和尊严，以满足最基本的个人需求。需提供基本物资，使受灾群众可以进行如下活动：烹制并食用食品；保暖；满足个人卫生需求；建造、维护或修缮住所（参见第 94 页“卫生促进标准 2”和第 97 页“供水标准 1”）。

不论是能够返回原住所的、寄宿在其他家庭的或是住在临时集中安置点的受灾人群，他们对个人和家庭非粮食物品的需求必须得到评估和适当的满足。受灾害间接影响的人群（尤其是接待家庭）也可能需要非粮食物品援助以满足接待的额外负担或应对由灾害给当地经济和各种物资的获取带来的影响。

尽管发放非粮食物品是一种常见的救援响应行动，但也应考虑提供现金或代用券，让受灾群众自己从仍在运作的市场购买非粮食物品（参见第 200 页“粮食保障——现金和代用券发放标准 1”）。

对于个人或居家经常使用的物品，不用提供额外信息或使用说明。然而，对用于建造或修缮住所的物品，例如建筑材料、紧固件和工具，通常须提供技术指引，说明如何安全有效地使用这些物品。同样地，对满足个人卫生需求的物品应进行适当的卫生宣传活动（参见第 91-94 页“卫生促进标准 1-2”）。

非粮食物品标准 1：个人、一般居家和住所配套物品

受灾人群有足够的个人、一般居家和住所配套物品以保障他们的健康、尊严、安全和福祉。

关键行动（结合指引阅读）

- 评估受灾人群对非粮食物品的个别需求（参见“指引 1-2”和第 103 页“供水标准 3”）。
- 确定哪些非粮食物品是受灾人群可以通过所提供的现金或代用券援助在当地获取（参见“指引 3”）。
- 考虑救济包里所有非粮食物品的适宜性（参见“指引 4”）。
- 有序、透明且公正地分发所有非粮食物品（参见“指引 5”）。
- 在使用住所配套物品时按需要提供使用说明、技术指导或相关宣传（参见“指引 6”）。
- 为延长转移的受灾人群补充非粮食物品（参见“指引 7”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 对整个受灾人群评估出来的非粮食物品需求已得到满足（参见“指引 1-7”）。

指引

1. ***需求评估：*** 应对个人物品（包括衣物和个人卫生用品）、一般居家用品（包括食品储存和烹制用品）、住所支持物品（包括塑料布、绳索、工具或基本建筑材料）的个别需求进行评估。明确个别和公共需求之间的差别，尤其针对烹饪和燃料方面。还需明确哪些非粮食物品的需求可以通过从本地获取熟悉的产品得到满足。也应考虑把已迁移和正在迁移人群有关个人和家庭物品储存和运输的箱子或类似容器的需求，纳入非粮食物品援助的一部分。整体灾害响应计划需涵盖非粮食物品供应（参见第 55-61 页“核心标准 1-3”和第 249 页“住所和安置标准 1”）。

2. ***公共设施***：为学校和其他公共设施提供非粮食物品，以确保个人卫生、健康、支持食物准备和烹制等。确保受灾人群可获得或使用娱乐设施和学习资料。卫生和教育部门应密切配合，确保公共健康和卫生信息有利于非粮食物品的适当使用（参见第 91-94 页“卫生促进标准 1-2”和《在紧急情况下的机构间的网络教育：备灾、响应和恢复》）。

3. ***非粮食物品的获取***：灾害会影响到当地的经济和供应链，经常需要从外部获取非粮食物品并直接分发给个人、家庭或社区。初始需求评估中的快速市场分析可明确是否能从当地或邻近未受影响的区域获取常用的非粮食物品。在当地经济仍在运行的地区，或通过在供货源头或供应链管理给予特定援助使当地经济继续运行的地区，可提供现金及 / 或代用券使受灾人群按需要购买相关紧急物品（参见第 200 页“粮食保障——现金和代用券标准 1”）。此类援助规划应确保弱势群体也能获得公正的对待且所有救灾需求能得到满足。

4. ***救济包***：非粮食物品通常基于标准规格和内容进行打包并预先放入仓库中。家庭救济包中非粮食物品的数量和规格应参考如下因素：典型家庭中的人数、年龄、性别、有特定需求的人以及物品的文化可接受性。

5. ***物资发放***：与受灾人群协商，制定有效且公平的物资发放方式。受灾人群应获告知物资的发放和需要参与的登记或评估流程。应进行正式登记或分发领取券。确保弱势群体不被忽略并能获得关于物资发放的信息和发放的物资。应建立一个申诉流程，解决在登记或物资发放过程中可能存在的问题。向当地有关机构咨询关于最适合作为物资发放点的场所，以确保安全获取、接收非粮食物品，而且接收物品的人群能安全返回。还需考虑步行距离、地形、可行性及运输大宗物品（例如住所配套物品）的成本。对非粮食物品的发放和使用进行监督以评估发放流程和非粮食物品的充足性及适宜性（参见第 192 页“粮食保障——粮食发放标准 5”）。

6. ***宣传、使用说明和技术指导：***受灾人群应该不需要额外的指导都已熟悉个

人用品和居家用品。然而，针对住所配套物品，例如建筑材料、工具和紧固件，应提供相应的技术指导和使用说明（参见第 276 页“非粮食物品标准 5”）。救济包中可携带简单的示意图，用以阐述如何安全使用这些物品修复或搭建安全、合适的住所。受灾人群和当地建筑专家应参与现场宣传活动（例如，示范住所的修复或搭建），这样可以更好地理解所需的建造技术。须向参与建造活动的人群着重强调灾前住所在设计和建设上有哪些弱点可能导致房屋损毁或坍塌，以及当地发生灾难后仍然完好的建筑例子。

7. ***补给***：救济物资发放规划应考虑到消耗率、使用周期及受灾人群进行物资补给的能力。

非粮食物品标准 2：衣物和床上用品

受灾人群有足够的衣物、毯子和床上用品以保障他们的个人舒适度、尊严、健康和福祉。

关键行动（结合指引阅读）

- 明确所有年龄段妇女、女孩、男人和男孩，包括婴儿和脆弱群体或被边缘化的个体对衣物的需求；确保衣物大小合适、适合当地文化、当时季节和气候（参见“指引 1-5”）。
- 明确受灾人群对毯子和被褥的需求，确保温度舒适，以及有助于适当睡眠安排（参见“指引 2-5”）。
- 评估受灾人群对杀虫剂处理过的蚊帐的需求，并按需要提供这些蚊帐（参考第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有妇女、女孩、男人和男孩至少有两套的全套衣物，大小合适、并适合当地文化、当时季节和气候（参见“指引 1-5”）。
- 所有受灾人群获得一套床上用品，包括毯子、被褥、睡垫或床垫和经杀虫剂处理过的蚊帐 (如需要)，用于确保温度舒适和有助适当的睡眠安排（参

见“指引 2-5”和第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

指引

1. ***换洗衣物***：受灾人群应能获得足够的衣物作更换以确保他们的保暖、尊严、健康和福祉。这至少需要两套衣物，尤其是内衣，以便清洗。

2. ***适合性***：衣物（包括鞋袜）应大小合适、并符合当地文化和当时气候。给婴儿和两岁以下儿童除了提供合适的衣物外，还需给每人提供至少一条毯子。床上用品应符合当地文化且数量充足，以便在需要时可分床睡觉。

3. ***保暖性能***：应考虑衣物和床上用品的保暖性能，以及潮湿气候条件对其保暖性能的影响。提供一套衣物和床上用品，以确保满足所需的保暖需求。使用保暖睡垫或床垫防止与地面接触造成的热量流失，这会比提供额外的毯子更有效。

4. ***耐用性***：衣物和床上用品应足够的耐用，不易磨损以及可长期使用。

5. ***特殊需求***：那些高危人群应得到额外的衣物和床上用品。这类人群包括大小便失禁者、慢性病患者、孕妇和哺乳期妇女、老人和行动不便者。婴儿、儿童、行动不便者和老人更易流失热量；因此，需为他们提供额外的衣物、毯子等。考虑到老人、生病或身体虚弱之人行动不便，对他们应给予特别关注，例如为他们提供床垫或加高的床。

非粮食物品标准 3：厨具和餐具

受灾人群获得适合当地文化的用具，用作煮食、吃喝、准备和储存食物。

关键行动（结合指引阅读）

- 明确受灾人群对准备和储存食物以及用作煮食和吃喝的用具需求，并能用上这些适合当地文化的物品（参见“指引 1-2”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 每户家庭或 4-5 人组成的群体可获得两口带有手柄和锅盖的家庭型汤锅、一个盆子用作预备或盛食物、一把菜刀和两把勺子（参见“指引 1-2”）。
- 所有受灾群众都能获得一个盘子、一把勺子或其他餐具、一个杯子或高脚杯（参见“指引 1-2”）。

指引

1. ***适合性***：厨具和餐具的选择应符合当地的文化并应确保安全。在挑选这些物品时，应咨询妇女或通常监督食物准备的人。厨具的数量应基于当地的文化习俗，例如一个家庭中不同家庭群体之间需分开烹制食物，或在食物准备过程中需分开盛装。厨具和餐具的类型和大小应适合老人、残疾人和儿童使用。

2. ***材料***：所有塑料制品（桶、碗、油罐和储水容器等）由适合储存食品的塑料制成。金属制品（刀具、碗、盘和杯子等）必须是不锈钢或搪瓷。

非粮食物品标准 4：炉灶、燃料和照明

确保受灾人群获得安全、高效节能的炉灶和充足的燃料或生活能源，或公共烹饪设施。每户家庭可获得可持续使用的人工照明工具，以保障人身安全。

关键行动（结合指引阅读）

- 针对能确保受灾人群获得安全、高效节能的炉灶、燃料、生活能源或公共烹饪设施的目的，明确并满足家庭烹饪和供暖需求（参见“指引 1”）。
- 确保安全使用炉灶，并尽量降低火灾风险（参见“指引 2-3”）。
- 明确并优先使用具有环境和经济可持续性的燃料或生活能源资源（参见“指引 4”）。
- 确保通过安全的方式获取和存储燃料（参见“指引 5”）。
- 明确并满足家庭对可持续人工照明的需求，并使他们可获得火柴或其他点

燃燃料或蜡烛等物品（参见“指引 6”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 受灾人群能使用高效节能的炉灶，并能获得所需的燃料或生活能源供应（参见“指引 1-3”）。
- 没出现关于使用炉灶以及获取和储存燃料过程中对人造成伤害的报告（参见“指引 4-5”）。
- 受灾人群可获得安全、可持续的人工照明，并可获得火柴或其他点燃燃料或蜡烛等物品（参见“指引 6”）。

指引

1. ***炉灶***：炉灶的规格应基于当地实际情况。应提倡使用高效节能的烹饪方法，包括使用高效节能的炉灶、柴火制备、消防管理、食物准备及公用厨具等。在共享居住区，优先考虑提供公共或集中的烹饪设施而不是个别的家庭炉灶，以将火灾风险和室内烟雾污染降至最低（参见第 184 页“粮食保障——粮食发放标准 2”）。

2. ***通风***：为封闭区域内的炉灶安装合适的烟道，以安全地将废气或烟雾排出室外。使用气候防护型通道，确保有足够通风并将呼吸道问题的风险降至最低。

3. ***消防安全***：炉灶和住所物品之间应保持安全距离。内部炉灶应安置在非易燃的底座上，并在烟道外围包裹一层非易燃的套筒，确保将烟道伸到住所外部。并确保使用炉灶的安全可及性。

4. ***可持续燃料来源***：应加强对燃料的来源管理，尤其是提供寄宿的或邻近的社区也依赖这些燃料来源的地区。应补充燃料资源，确保持续供应，例如

建立薪材种植园以减少或停止在现有森林砍伐。在受灾人群接受的前提下，支持使用非传统燃料，例如用锯屑和其他有机物制成的煤球。

5.***收集和储存燃料***：向受灾人群，尤其是妇女和女孩咨询烹饪和取暖的燃料的收集地点和方法，以确保人身安全。还应解决某些弱势群体对于燃料收集的需求，例如以女性为户主的家庭、那些照顾慢性病患者的人群、运动不便或行动不便的人群。提倡使用较低劳动密集型的燃料，包括高效节能的炉灶和易于获取的燃料来源。燃料储存点应与炉灶保持安全距离，液体燃料（例如煤油）应储存在儿童和婴儿接触不到的地方。

6.***人工照明***：灯笼和蜡烛是为人熟悉且易于获取的照明工具，但是仍然应该评估使用时引起火灾的风险。在住所周围一般照明不可触及的地方，可提供其他类型的人工照明以确保人身安全。还应考虑使用高效节能的人工照明工具，例如发光二极管（LED）和产生局部电能的太阳能电池板。

非粮食物品标准 5：工具和设备

对于负责建造或维护住所或清理瓦砾的受灾人群，确保他们可获得必要的工具、设备和额外的培训。

关键行动（结合指引阅读）

- 明确并满足受灾人群用于建造或维护住所或公共设施以及清理瓦砾的工具和设备的需求（参见“指引 1-2”）。
- 确保公用的工具和设备的使用、维护和妥善保管机制得到普遍接受和理解（参见“指引 1-2”）。
- 必要时在工具使用、住所建造和维护、瓦砾清理过程中提供培训或指导（参见“指引 3”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有家庭或社区团体可以获得相关工具和设备，以安全地进行住所建造、维护或瓦砾清理（参见“指引 1-2”）。
- 所有家庭或社区团体能有途径参与安全使用工具和设备的培训和宣传（参见“指引3”）。

指引

1. ***常用工具包***：按照具体情况提供常用的工具和设备。应考虑提供多种设备，例如不同大小的钉子、镀锌电线和绳索、用于规划和测量的物品。提供公用的工具只限于用于公共建筑、所需期间有限或这类资源供应有限的情况。而且在发放这类工具之前，应同意共同使用、维护和妥善保管工具。

2. ***生计活动***：在可能的情况下，提供的工具应也能适合生计支持活动。应监督工具的使用，以避免对环境（例如对自然资源未经许可或非持续性的采伐等）和和工具的共享产生负面影响。

3. ***培训和技术援助***：应针对安全使用和维护工具和规划活动提供相关培训或宣传。应为以女性为户主的家庭和其他弱势人群提供来自大家庭成员、邻居或合同工的援助，以执行分派好的建造或维护任务（参见第 262 页“住所和安置标准 4—指引 1”）。

附录 1

住所、安置和非粮食物品评估清单

此清单作为一个指引，能够确保必要信息的获取，为制定相关灾后住所和安置响应措施奠定了基础。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。在此列表中可分别获取有关灾害潜在原因、安全局势、迁移人群和原有人口的基本人口统计以及咨询和接触的关键人物等方面的信息（参见第 61 页“核心标准 3”）。

1. 住所和安置

评估和协调

- 各有关当局和机构是否已建立起协调机制？
- 可获取有关受灾人群的基线数据有哪些？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？
- 已获得哪些初始评估信息？
- 是否已计划有一个跨机构及 / 或多领域评估？此评估中是否包含住所、安置和非粮食物品相关内容？

人口统计

- 通常一个家庭由多少人组成？
- 按性别和年龄划分，受灾人群中构不成典型家庭（例如无人照看的儿童）或尤其是典型家庭以外的少数群体家庭的人数有多少？
- 有多少受灾家庭缺乏足够的住所？这些家庭分布在哪些区域？
- 按性别和年龄划分，有多少非家庭成员没有或缺乏足够住所？这种情况发生在哪些区域？

- 有多少缺乏足够住所的受灾家庭没有迁移并可以在原住所为他们提供帮助？
- 有多少缺乏足够住所的受灾家庭已经迁移并需要寄宿在其他家庭或安置在临时集中安置点？
- 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的直接威胁有哪些？有多少人处于这种风险中？
- 由灾害或其他已知危险对住所供应造成的持续影响，对受灾人群的生命、健康和安全带来哪些潜在风险？
- 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、残疾人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？
- 受灾人群间的冲突或歧视会有哪些潜在风险？

资源和限制

- 受灾人群拥有哪些材料、财政和人力资源可以用来满足部分或全部紧急住所需求有？
- 要满足包括临时集体安置点的紧急住所需求所面对的土地可获得性、所有权和使用权方面存在哪些问题？
- 原有人口对于迁移人群可能寄宿在他们家里或周边地方面临哪些问题？
- 使用现有、可获得的且未受灾害影响的建筑作为迁移人群暂居用地的机会因素和限制有哪些？
- 使用可获得的空地作为受灾人群暂居用地的地形和环境适宜性有哪些？
- 当地政府条例有哪些关于设立住所的要求和限制？

材料、设计和建造

- 迄今为止，受灾人群或其他参与者提供了哪些初始住所方案或材料？
- 从损毁地点可以回收哪些材料用于重建？
- 受灾人群都有哪些典型的建筑做法？建筑框架、屋顶和外墙分别用什么材料？
- 受灾人群可获得哪些常用或可接受的替代设计或材料方案？
- 需具备哪些设计特点以确保受灾人群（尤其是行动不便者）可安全快速到达并使用住所方案？
- 确认的住所方案如何最大限度地减少未来风险和脆弱性？
- 住所都是由谁并如何建造的？
- 建筑材料都是由谁并如何获得的？
- 如何对妇女、青少年、残疾人和老人进行培训，或如何帮助参与住所建造活动？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

- 受灾人群在住所里或周围会开展哪些家庭和生计支持活动？最终提供的空间和设计如何满足开展这些活动需求？
- 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维持生计的机遇？

基本服务和公共设施

- 现有用作饮用和维护个人卫生的水的可获得性怎样？在满足预期卫生需求方面存在哪些可能性和限制？
- 现在提供的公共机构（包括诊所、学校、礼拜场所等）有哪些？对于获取这些机构服务方面存在哪些限制和机会？
- 如果公共建筑尤其是学校被用作迁移人群的临时住所时，将其恢复至原来

用途所需流程和时间表有哪些？

对接待社区和环境的影响

- 接待受灾人群寄宿的社区需关注什么问题？
- 对于将受灾人群安置在东道社区或临时安置点，需考虑到哪些组织上和实际规划的问题？
- 从当地采购建筑材料对当地环境产生哪些关注？
- 迁移人群对燃料、卫生、废物处理和放牧的需求对当地环境产生哪些关注？

2. 非粮食物品

非粮食物品需求

- 受灾人群亟须的非粮食物品有哪些？
- 任何需要的非粮食物品是否都可从当地获得？
- 使用现金或代用券是否可行？
- 针对所提供的住所配套物品，是否同时需要技术支持？

衣物和床上用品

- 妇女、男人、儿童、婴儿、孕妇、哺乳期妇女和老人通常使用什么类型的衣物、毯子和被褥？并有哪些社会和文化因素方面特别的考虑？
- 有多少男女、儿童和婴儿没有足够的衣物、毯子或被褥，以保护他们免受各种气候的负面影响并维护其健康、尊严和福祉？
- 从对充足的衣物、毯子或被褥需求来看，受灾人群的生命、健康和人身安全受到哪些潜在风险的威胁？
- 需要采取哪些病媒控制措施（尤其是提供蚊帐），以确保受灾人群的健康和福祉？

厨具和餐具、炉灶和燃料

- 灾前一个家庭通常拥有哪些厨具和餐具？
- 有多少家庭不能获得充足的厨具和餐具？
- 受灾人群在灾前是如何烹制食物和取暖？他们一般在哪烹制食物？
- 灾前受灾人群使用哪种燃料烹制食物和取暖？他们从哪可获得这类燃料？
- 有多少家庭没有用于烹制食物和取暖的炉灶？其原因是什么？
- 有多少家庭无法获得充足的用于烹制食物和取暖的燃料？
- 受灾和邻近人群要获得充足的燃料，需面对哪些机会和限制，尤其是对自然环境的关注？
- 获取充足的燃料供应对于受灾人群（尤其是所有年龄段的女性）有什么影响？
- 关于煮食和用餐应考虑哪些文化因素？

工具和设备

- 受灾家庭可获得哪些基本工具用于修复、建造或维护住所？
- 哪些生计支持活动也可以使用原来用作建造、维护住所并清理瓦砾的基本工具？
- 需要提供哪些培训或宣传以使相关人员安全使用工具？

参考资料和延伸阅读

国际法律文件

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1954); Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

一般情况

Corsellis, T and Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

Davis, J and Lambert, R (2002), Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. RedR/IT Publications. London.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010),

Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The ‘Pinheiro Principles’).

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

临时集中安置

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

环境

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/ partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

现金，代用券和市场评估

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

残障人士

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_ booklet_01.pdf

社会性别

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

心理支援

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

学校和公共建筑

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

非粮食物品和紧急物品

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009), Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheeting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.

卫生行动的最低标准

如何使用本章

本章分为两部分：

卫生体系

基本卫生服务

灾害响应行动当中的卫生服务框架，涵盖卫生服务的设计、执行、监控和评估。这是确保有效地进行确认和满足优先医疗需求的最佳方法。应始终强调例如支持国家和地方卫生体系、工具和方法的协调和标准化等原则。

保护原则和核心标准必须一致的和本章一起应用。

虽然最低标准主要用于明确应对灾害的人道救援响应，但是备灾工作也应考虑到最低标准。

每部分分别包括以下内容：

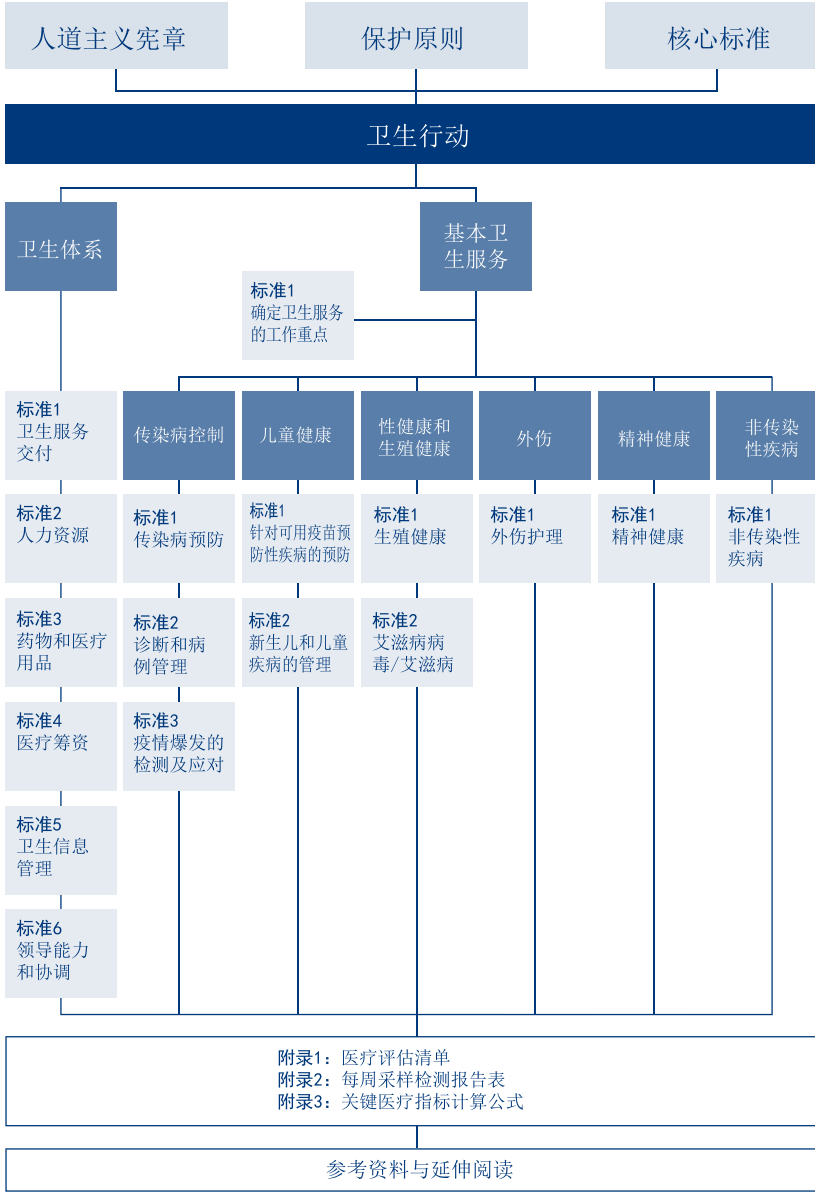
- **最低标准：**这些标准在本质上是定性，明确人道救援响当中的卫生服务应所能达到的水平。
- **关键行动：**指为满足标准而建议的活动和投入。
- **关键指标：**是判断行动是否达标的“信号”。这些关键指标提供了衡量、链接关键行动流程及结果的方法；它们与最低标准互有关联，并不与关键行动关联。
- **指引：**这部分包括在不同情况下运用核心标准、关键行动和关键指标时应考虑的问题。“指引”为解决实际的困难提供了指导，对较重要的问题提供了基准或建议。“指引”中还可能包括了与标准、行动或指标相关的关键问题，并描述了目前存在的两难性、争议或现有知识欠缺的地方。

如果无法满足所需的关键行动和指标，应评估由此对受灾人群产生的负面影响并采取适当的缓解措施。

本章末尾的附录包括卫生服务评估清单、采样检测报告表和关键医疗指标计算公式。还提供了“参考资料和延伸阅读”一节。

目 录

简介 …… 291
1. 卫生体系 …… 296
2. 基本卫生服务 …… 309
2.1. 基本卫生服务——传染病控制 …… 311
2.2. 基本卫生服务——儿童健康 …… 320
2.3. 基本卫生服务——性健康和生殖健康 …… 325
2.4. 基本卫生服务——外伤 …… 330
2.5. 基本卫生服务——精神健康 …… 332
2.6. 基本卫生服务——非传染性疾病 …… 334
附录 1：医疗评估清单 …… 337
附录 2：每周采样检测报告表 …… 339
附录 3：关键医疗指标计算公式 …… 345
参考资料和延伸阅读 …… 347


人道主义宪章
保护原则
核心标准
卫生行动
卫生体系
基本卫生服务
标准1 确定卫生服务的工作重点
标准1 卫生服务交付
传染病控制
儿童健康
性健康和生殖健康
外伤
精神健康
非传染性疾病
标准2 人力资源
标准1 传染病预防
标准1 针对可用疫苗预防性疾病的预防
标准1 生殖健康
标准1 外伤护理
标准1 精神健康
标准1 非传染性疾病
标准3 药物和医疗用品
标准2 诊断和病例管理
标准2 新生儿和儿童疾病的管理
标准2 艾滋病病毒/艾滋病
标准4 医疗筹资
标准3 疫情爆发的检测及应对
标准5 卫生信息管理
标准6 领导能力和协调
附录1：医疗评估清单
附录2：每周采样检测报告表
附录3：关键医疗指标计算公式
参考资料与延伸阅读

简介

与人道主义宪章和国际法的关联

卫生行动的最低标准是人道主义机构共同信念和承诺的具体表达，也是人道主义宪章中所陈述，引导人道救援行动应遵循的共同原则及权利与义务。这些原则建基于人道主义原则，体现在国际法当中，隐含着维持生存和获得尊严的权利、保护和安全权以及根据需要获得人道援助的权利。可参考附录 1（见第 356 页）中有关人道主义宪章的关键法律和政策文件列表，该列表提供了相关注解供人道主义工作者参考。

尽管国家是尊重上述权利的主要责任人，人道主义机构与受灾人群一起工作时 , 有责任贯彻上述理念。这些一般权利衍生出一些更具体的权利。这些具体权利包括参与权、信息权和免受歧视的权利。还包括作为这些权利和本手册最低标准砥柱的供水、粮食、住所和医疗等具体权利。

正如国际法律文件所规定，每个人都享有医疗权。只有当人们受到保护、负责卫生体系的专业人士得到良好培训并遵守普遍的道德原则和专业标准、设计的系统满足需求的最低标准、国家愿意且能够建立并保障其安全性和稳定性的条件时，公民的医疗权才能得到保障。在武装冲突中，平民医院和医疗建筑无论什么情况下都不能成为攻击对象，并且健康护理人员和医务人员都有被保护的权利。任何危及医疗机构中立立场的行动（例如携带武器）都要禁止。

本章中的最低标准没有将医疗权的内容完整表达出来。然而，环球计划标准体现了健康权的核心内容，尤其是在紧急情况下的健康权，这些标准有助于全球逐步实现这一权利。

灾害中卫生行动的重要性

在灾害初始阶段，获取医疗保健服务对于人们能否幸存至关重要。灾害通常给受灾人群的公共卫生和福祉带来重大影响。公共卫生的影响可以是直接的（例如暴力冲突造成死亡和受伤），也可以是间接的（例如传染病及 / 或营养不良患病率的上升）。这些对健康造成的间接影响通常也与供水不足或水质欠佳、卫生出现问题、卫生服务的毁坏或减少、粮食保障情形的恶化有关。由于缺乏安全保障，行动受限、人口迁移和生活条件恶化（拥挤和不足的住所）也会给人们的公共健康带来威胁。同时气候变化也无形中增加了脆弱性和风险。

针对人道主义危机的人道援助响应行动，其主要目标是预防并减少死亡率和患病率高发的情况。主要目的是将粗死亡率（CMR）和五岁以下儿童死亡率 (U5MR) 维持在或降低到低于灾前人口的基准率的两倍（参见第 311 页“分地区死亡率基本参考数据表”）。不同类型的灾害会造成不同规模和模式的死亡率和患病率（参见下页中“所选灾害对公共卫生的影响”），因此在不同类型和程度的灾害中受灾人群的医疗需求也不同。

卫生部门的主要任务是提供基本卫生服务，包括有效缓解健康风险的预防性和促进性干预措施。基本卫生服务是有效应对造成死亡率和患病率高发主因的首要医疗干预措施。基本卫生服务的实施必须辅以加强卫生体系的措施。响应灾害的医疗干预措施的规划、组织和交付的方法，可以增强或削弱现有卫生体系以及体系未来的恢复和发展。

需对现有卫生体系进行分析，以明确体系的性能水平，并确定卫生服务在交付和可获得性方面的主要制约因素。在灾害早期，可能提供不了完整的信息，并且有可能在缺乏相关数据的情况下需制定出相关公共卫生决策。应尽快进行多领域评估（参见第 61 页“核心标准 3”）。

良好的响应效果通过充分的备灾工作实现。备灾应基于对风险的分析，且与预警系统紧密联系。备灾工作包括应急规划、设备及物资的储备、应急服务与备用安排的建立及 / 或维护、沟通、信息管理和协调安排、人员培训、社区规划、操练和演习。建筑规范的强制执行可以极大地减少由地震引起的伤亡人数，及 / 或确保灾后医疗设施仍能正常工作。

所选灾害对公共卫生的影响

注意：即使对于特定类型的灾害，发病率和死亡率也因情况而异。

影响	*复杂的紧急情况*	*地震*	*狂风（无洪水）*	*洪水*	*洪水暴发 / 海啸*
死亡人数	很多	很多	少数	少数	很多
严重受伤人数	视不同情况而定	很多	中等级别	少数	少数
增加的传染病风险	高	视不同情况而定 *	低	视不同情况而定 *	视不同情况而定 *
粮食短缺	常见	几乎无	几乎无	视不同情况而定	常见
主要人口迁移	常见	几乎无（在重度受损的城区可能发生）	几乎无（在重度受损的城区可能发生）	常见	视不同情况而定

** 是指取决于灾后人群的迁移和生活环境*

文献来源：改编自《泛美卫生组织》，2000

与其他章节的关联

由于不同因素会对健康状况产生不同影响，所以其他章节的许多标准都与本章有关。一个领域的标准进度会影响甚至决定其他领域标准实现的进度。各领域间的紧密协调与合作对于制定有效的灾害响应行动十分重要。应与当地政府、其他响应机构和社区为本的组织进行密切配合，以确保受灾人群的需求得到满足，援助工作并没有重叠，资源使用得到优化，及卫生服务质量可靠。在相关的地方引用

了其他技术章节的具体标准或指引供参考。另外可以参考配套和补充标准。

与保护原则和核心标准的关联

为符合本手册的标准，即使人道主义机构没有明确的保护任务或专业保护，所有人道主义机构也应该以“保护”原则为指导。这些保护原则也并非是“绝对”的：周围环境可能限制了人道主义机构实现保护原则的多与少。然而，本原则却反映了普世性人道主义的关注，这关注应时时刻刻指导我们的行动。

核心标准是适用于所有人道救援领域的基本过程标准和人员标准。六大核心标准涵盖参与性、初始评估、响应、瞄准人群、监测、评估、救援人员表现、以及对救援人员的监督和支援。它们为本手册中所有标准的实施方法提供单一参考点。因此，各技术章节均需与核心标准配套使用以达到其自身标准。尤其是为确保响应的适切性和质量，应最大限度地动员受灾人群（包括灾害中面临高风险的群体和个人）的参与。

受灾人群的脆弱性和能力

阅读本节时需结合核心标准，且本节是对核心标准的补充。

我们很需要明白，如果仅是年少，老年，妇女，残疾人或艾滋病患者等因素的单独影响，并不会给这些人群带来脆弱性，或陷入日趋增长的风险中。然而，这是各因素相互作用所带来的影响。例如，一位 70 多岁独居且身体欠佳的老人可能比一位年纪和身体状况相似，但生活在大家庭中，且有足够收入的老人要更有脆弱性。同样，一个三岁小女孩在无人照看的情况下，会比在有父母照顾的情况下更容易受到伤害。

在执行卫生行动标准和关键行动时，脆弱性和能力分析有助于确保灾害响应能帮助到有权不受歧视地获得援助且最需要救助的人群。因此要彻底了解当地的环境，

以及特定危机对特定人群所带来的不同形式的影响，这影响是缘于他们灾前已存在的脆弱性（例如非常贫穷或受到歧视）、面临的各种跟“保护”相关的威胁（例如性别暴力行为，包括性侵犯）、疾病发病率或患病率（例如艾滋病病毒或肺结核）和出现传染病的可能性（例如麻疹或霍乱）。灾害可能会加剧灾前已存在的不平等现象。无论如何，对人们的应对策略、抗御和恢复能力的支持是必不可少的。他们的知识、技能和应对策略应得到支持，他们获得社会、法律、财务和社会心理支持的权利也应得到提倡。人们要平等地获得这些服务时，其身体、文化、经济和社会等方面可能面临的障碍也应得到清除。

下列几点突出可确保所有弱势群体的权利和能力得到关注的一些关键领域：

- 充分鼓励人们的参与，确保所有具代表性的群体都包括在内，尤其是那些容易被忽视的群体（例如，有沟通困难或行动不便的个人、住在院舍的人、受歧视的年轻人和其他没充分被代表或没有代表的群体）。
- 在评估过程中按照性别和年龄（0-80 岁以上）进行数据分解，这是确保卫生领域充分考虑到人口多样性的重要因素。
- 确保获得应享权益信息的权利能传达给社区所有成员。

最低标准

1. 卫生体系

世界卫生组织（WHO）将卫生体系定义为："提供卫生服务的所有组织、机构和资源"。它包括参与卫生服务的提供、筹资和管理的所有人员；参与影响健康决定因素行动的所有人员；以及提供直接卫生服务的人员。这包括各个层级的人员：中央、区域、地区、社区和家庭。

环球计划卫生体系标准根据世界卫生组织卫生体系框架而构成，此标准由六个构建模块组成：领导阶层、人力资源、药品和医疗用品、医疗筹资、卫生信息管理和服务交付。这些模块职能之间相互联系并产生互动，行动影响其中一个模块的话也可能对其他模块产生影响。这些卫生体系构建模块提供基本卫生服务所需的职能。在灾害响应期间，卫生干预措施的设计和实施应有助于卫生体系的加强。

卫生体系标准 1：卫生服务提供

人们可公平地获得有效、安全、优质的且遵从公认的协议和指引的标准化卫生服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 在卫生体系的适当级别提供卫生服务。这些级别包括家庭和社区、诊所或卫生站、医疗中心和医院（参见"指引 1"）。
- 根据国家标准和指南，针对最常见的疾病调整或建立标准化的病例管理协议（参见"指引 2"）。
- 建立或加强标准化的转诊系统并确保其适用于所有机构（参见"指引 1"）。
- 在所有医疗机构建立或加强标准化分诊系统，以确保急诊病人得到及时治疗。
- 在社区和医疗机构层面启动健康教育和宣传活动（参见"指引 3"）。

- 建立并遵循安全合理的血供应品和血制品使用的规定（参见“指引 5”）。
- 确保实验室服务在有需要时是开放和被使用（参见“指引 6”）。
- 避免建立替代性的或平行性的卫生服务，包括流动诊所和户外医院（参见“指引 7-8”）。
- 卫生服务的设计应确保尊重病人隐私、为病人保密并尊重知情同意的权利（参见“指引 9”）。
- 在医疗设施里实施合适的废物管理程序、安全防范措施和感染控制方法（参见“指引 10-11”和第 117 页“固体废弃物管理标准 1”）。
- 病人遗体以尊重死者尊严、尊重当地文化及保证公共卫生的方式处置（参见“指引 12”和第 120 页“固体废弃物管理标准 1—指引 8”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 设有足够的医疗设施，以满足所有受灾人群的基本医疗需求：
  - 每 10,000 人拥有一个基本医疗单位（在提供普遍卫生服务的区域，基本医疗单位是基本的医疗设施）
  - 每 50,000 人拥有一个医疗中心
  - 每 250,000 人拥有一个行政区医院或乡村医院
  - 每 10,000 人至少拥有 10 张供住院病人和供孕妇分娩使用的床（参见“指引 1”）。
- 所有受灾人群对于医疗设施的使用率为每人每年 2-4 次 (新病症)，农村和分散人口为每人每年多于 1 次 (新病症)（参见“指引 4”和“附录 3：关键医疗指标计算公式”）。

指引

1. ***护理规格：***根据医疗机构的规模和提供的服务内容，将医疗机构的护理规格进行分类。所需医疗机构的数量及其位置也因情况而异。卫生体系还必须制定一个持续性护理流程。最好的方法是建立一套有效的转诊系统，尤其是针对挽救生命的干预措施。转诊系统应提供全天候服务。

2.***国家标准和指引***：通常情况下，在执行灾害响应的区域，医疗机构应遵循国家医疗标准和指引，包括治疗方案和基本药物清单。当其过时或不反映实践依据时，应参考国际医疗标准，领导卫生响应工作的机构应积极配合卫生部（MOH）对相关标准进行更新。

3.***健康宣传***：应和当地医疗机构以及社区代表协商，启动有效的社区健康宣传计划，并确保社区代表的男女比例均衡。该计划需提供的信息应包括主要健康问题、健康风险、医疗卫生服务的可获得性和位置、保护并促进健康的行为、杜绝并阻止有害健康的行为。公共健康信息和材料应使用适当的语言和媒介，具备文化针对性并易于理解。学校和儿童活动的地方是宣传健康信息并将其传达给儿童和家长的重要场所（参见《在紧急情况下的机构间网络的教育（INEE）最低标准——可及性和学习环境标准 3》）。

4.***卫生服务使用率***：卫生服务的使用因情况而异，因此卫生服务使用率没有最低门限值。对于稳定而分散的农村人口，其使用率至少是每人每年 1 次。对于受灾人群，预计平均每人每年 2-4 次。如果其使用率低于预期，可能表明缺乏足够的卫生服务。如果其使用率高于预期，可能表明由于特定的公共卫生问题或对目标人群数量的低估导致过量使用。在分析使用率时，也应考虑到按性别、年龄、种族和残疾来分析其使用情况（参见“附录 3：关键医疗指标计算公式”）。

5.***安全输血***：所有行动应与国家输血服务（如有）相互协调。血液只能由自愿且无偿献血者提供。应制定良好的实验室管理规范，包括筛选血液有否可通过输血传播的传染病、血型分类、兼容性测试、血液成分的制成、血液制品的储存和运输。通过临床有效使用血液，包括使用替代品进行输液（晶体液和胶体液），以尽量减少不必要的输血。对临床工作人员进行培训，以确保安全的血液提供和有效的临床使用。

6.***实验室服务***：最常见的传染病可以临床诊断出来（例如腹泻、急性呼吸道

感染），或借助快速诊断测试或显微镜检查来诊断（例如疟疾）。实验室试验最能有效确认疑似疫情的原因、培养病菌及对抗生素的敏感性以帮助作出病例管理的决策（例如痢疾）、及选择用于大规模免疫接种的疫苗（例如脑膜炎球菌性脑膜炎）。另外，对于某些非传染性疾病（例如糖尿病）的诊断和治疗，实验室试验也是必不可少的。

7.***流动诊所***：在一些灾害中，被隔离的或流动人群只能获取到有限的卫生服务，为了满足这些人群对医疗保健服务的需求，可能需要建立流动诊所。如爆发疫情和出现大量病例（例如疟疾），流动诊所更起了关键作用，使病人获取更多治疗机会。只有在与领导卫生响应工作的机构和当地政府协商后，才能引入流动诊所（参见第 307 页“卫生体系标准 6”）。

8.***户外医院***：有时，当现有医院遭受严重损毁时，户外医院可能成为提供医疗保健服务的唯一途径。然而，为现有医院提供资源通常更能有效使医院重新运作以应对新增医疗需求。适当的建立野外医院以进行外伤的及时治疗（48 小时内），外伤、常规手术和产科急诊（第 3-15 天）的二级护理，或作为当地受损医院的临时替代机构直到其得以重建。由于户外医院非常受瞩目的，所以它的设立经常受到捐助政府的巨大政治压力。然而，重要的是基于需求和附加价值来决定是否设立户外医院。

9.***病人权利***：医疗设施和服务都应以保障病人隐私及保密性为原则进行设计。进行医疗程序或外科手术之前，应征求病人的同意（如果病人无能力做决定，可以征求其监护人的同意）。医务人员应明白病人有权利知道每次医疗程序或手术涉及哪些内容、预期效果、潜在风险、费用和耗时。

10.***医疗机构内感染控制及病人安全***：为了在灾害期间进行有效响应，应在整个国家和周边地区以及各医疗机构层面上执行持续感染预防和控制（IPC）计划。医疗机构层面上的感染预防和控制计划应包括：

- 明确的感染预防和控制策略（例如采取常规和额外的感染控制措施以规避潜在风险）
- 合格的专业技术人员（IPC 团队）应在明确的范围和责任内执行感染控制计划
- 检测传染病爆发的预警监测系统
- 制定预算用于应急响应相关活动（例如员工培训）和提供医疗物品
- 针对流行病制定的强化标准预防措施及其他的具体预防措施
- 行政控制（例如隔离政策）以及环境和工程控制（例如改善环境的通风性）
- 个人防护用品的使用
- 监测以及定期检视感染预防和控制的工作

11.***医疗垃圾***：由医疗设施产生的危险垃圾可以分为传染性的非尖利垃圾、尖锐垃圾和非传染性的一般垃圾。医疗垃圾管理不善可能使医务人员、清洁人员、垃圾处理人员、病人或社区的其他人感染上传染性疾病，如艾滋病病毒、乙肝和丙肝等。必须从垃圾源头进行隔离，直至最后根据垃圾类型进行处理，并在最后进行特殊处理，以最大限度地减少感染的风险。被分配进行医疗垃圾处理的人员应接受适当培训并穿戴防护用具（手套和靴子是最低要求）。垃圾应按类型进行分别处理：例如，应将传染性的非尖利垃圾和尖锐垃圾填埋在防护坑中或焚毁。

12. ***遗体处理***：当灾害导致大量死亡时，将需对大量尸体进行管理。进行集体埋葬大量尸体通常源自错误的观念，认为如果不及时埋葬或焚毁尸体会带来健康风险，然而，只有在少数的情况下（例如由霍乱或出血热导致的死亡），患者遗体确实使周围人群处于健康风险中且需采取特殊预防措施。尸体不应随意无礼地埋入集体埋葬点中。应让死者家人有机会确认死者身份并按照其当地文化举行葬礼。集体埋葬的方式可能会阻碍相关人员获得具有法律效应的死亡证明。当这些被掩埋的是暴力冲突的受害者时，应考虑法医取证问题（参见第 255 页“住所和安置标准 2——指引 3”）。

卫生体系标准 2：人力资源

卫生服务由受过专业培训、能胜任的、具备丰富的知识和技能的医疗工作队伍来提供，以满足人们的医疗需求。

关键行动（结合指引阅读）

- 检视医务人员的水平和能力作为卫生基础线评估的关键组成部分。
- 在可能的情况下，解决医务人员在数量上、技能和性别上及 / 或种族比例上不平衡的问题（参见“指引 1”）。
- 支持当地医务人员，并根据他们的能力将其完全整合到卫生服务团队当中（参见“指引 1”）。
- 确保每个医疗机构拥有足够的辅助工作人员。
- 针对临床医务人员使用临床治疗方案和指引进行培训（参见“指引 2”）。
- 定期向医务人员提供支持性的监督以确保其遵守相关标准和指引，包括提供反馈。
- 使培训计划规范化，并根据关键的医疗需求及能力差距优先安排培训。
- 经所有医疗机构一致同意及与国家卫生当局进行协作，确保所有医务人员能获得公平可靠的报酬。
- 确保为所有医务人员提供安全的工作环境，包括基本环境卫生和保护。

关键指标（结合指引阅读）

- 每 10,000 人至少需要 22 名合格的医务人员，包括医生、护士以及助产士（参见“指引 1”）：
  - 每 50,000 人至少需配备一名医生
  - 每 10,000 人至少需配备一名合格的护士
  - 每 10,000 人至少需配备一名助产士。
- 每 1,000 人至少需配备一名社区卫生工作人员（CHW），每 10 家访客需配备一名监管员以及一名高级监管员。
- 临床医师无需每天诊治超过 50 位病人。如果经常地超过这个门限值，就需雇佣额外的临床医务人员（参见“指引 1”和“附录 3：关键医疗指标计算公式”）。

指引

1. ***医务人员编制***：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持人员。对于医务人员的最佳编制并无统一的意见，并且这也因情况而异。

   然而，医务人员的分配与医疗干预措施覆盖范围之间存在关联。例如，一支医疗队中有一位女性医务人员或一位被边缘化的少数民族的代表会极大增加女性或少数民族获取卫生服务的机会。通过重新配置及 / 或雇佣医务人员到卫生服务与医疗需求之间存在巨大差距的地区，以解决医务人员配备不均问题（参见第 71 页“核心标准 6”）。

2. ***医务人员培训和监管***：医务人员应针对其职责范畴而接受适当培训、而且具备相关技能和得到支持性的监管。医疗机构有责任培训和监管相关医务人员，以确保他们能及时获得最新的知识。在医务人员没有接受持续教育或推出新方案的区域，应对医务人员优先进行培训和监管。应尽可能地使培训计划标准化，并根据通过监管确定的关键医疗需求和能力差距对培训计划进行优先安排。保存培训相关记录，包括培训内容、导师、时间和地点，并将这些记录提供给当地卫生部门的人力资源部门（参见第71页“核心标准6”）。

卫生体系标准 3：药物和医疗用品

人们可以持续获得基本药物和消耗品。

关键行动（结合指引阅读）

- 在早期救援响应中，检视受灾害影响的国家现有的基本药物清单以确定其适宜性（参见“指引 1”）。
- 制定并签署标准化的基本药物和医疗仪器清单，包括为满足医疗需求且与医务人员能力水平相称的物品（参见“指引 1-2”）。

- 建立或调整有效的药品管理系统（参见“指引 3”）。
- 确保可获得用于治疗常见疾病的基本药品。
- 只接受符合国际公认标准的捐赠药品。不使用不符合国际公认标准的捐赠药品并将其安全弃置。

关键指标（结合指引阅读）

- 没有任何医疗机构就所选定的基本药品和示踪剂产品的缺货时间超过一个星期（参见“指引 4”）。

指引

1. ***基本药品清单***：很多国家都已制定基本药品清单。必要时，在灾害响应早期咨询卫生主管部门审查该清单，以确定其适宜性。有时，需对基本药物清单进行更改，例如有证据表明对推荐的抗菌药物存在抗药性。没有更新清单时，应遵循世界卫生组织制定的标准，如世界卫生组织标准药物清单。标准预包装药物包的使用应只限于灾害的早期阶段。

2. ***医疗设备***：在定义不同医疗层级所必需的医疗设备时，需与相关人员的能力相联系并谨慎处理。

3. ***药品管理***：医疗机构需建立一套有效的药品管理系统。该系统旨在确保有效的、经济的且合理的使用优质药品、储存和适当处置过期药品。该系统的建立应基于药品管理周期的四要素：挑选、采购、发放和使用。

4. ***示踪剂产品***：这些产品包括所选的基本或关键药品清单，用以定期评估药品管理系统的运行情况。作为示踪剂产品的药品应与当地公共卫生重点工作有关，并能在任何医疗机构随时获得，例如阿莫西林和对乙酰氨基酚。

卫生体系标准 4：医疗筹资

在灾害中，人们可以获得免费的基本医疗保健服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 在灾害中，需确定并调动财政资源，为受灾人群提供免费的卫生服务（参见“指引 1”）。
- 在通过政府系统向患者收取费用的地区，在灾害响应期间安排废除或暂停收费（参见“指引 2”）。
- 为卫生系统提供财政和技术支持，以填补由废除及 / 或暂停收费导致的财政缺口及应对新增的卫生服务需求（参见“指引 1”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 灾害响应期间，所有政府和非政府组织机构为受灾人群提供免费的基本卫生服务。

指引

1. ***医疗筹资***：提供基本卫生服务的成本因情况而异，包括现有卫生体系、受灾人口、由受灾程度决定的具体医疗需求。根据世界卫生组织宏观经济与卫生委员会的相关规定，在低收入国家提供的最低基本卫生服务需花费至少每人每年 40 美元（2008 年数据）。在灾害情况下，提供卫生服务将比在稳定的情况下产生更高的成本。

2. ***医疗费***是指在卫生服务提供过程中受益者的直接付款。医疗费妨碍了人们获取相关医疗保健服务，即使在需要时，穷人和弱势群体也有可能选择不去求医。救援机构提供的服务和物品应免费发放给受灾人群，这是一个基本的人道主义原则。如果当地情况不允许，可以考虑向受灾人群提供现金及 / 或代用券，使他们能获得卫生服务（参见第 200 页“粮食保障——现金和

代用券发放标准 1”）。废除医疗费的同时应采取其他相应措施，以支持卫生体系弥补废除医疗收入所造成的损失并增加对卫生体系的使用（例如对医务人员的激励措施、提供额外的药品供应）。在废除医疗费后，应对卫生服务的可及性和质量进行监控。

卫生体系标准 5：卫生信息管理

卫生服务的设计和提供由相关公共卫生数据收集、分析、解读和使用所指导。

关键行动（结合指引阅读）

- 对使用现有卫生信息系统（HIS）、调整卫生信息系统或使用替代性质的卫生信息系统作出判断（参见“指引 1”）。
- 对不能从卫生信息系统得到的以及对优先卫生服务起关键作用的信息，在相关的时候进行评估和调查（参见“指引 2”）。
- 对于所有上报的疾病以及健康状况制定及 / 或采用标准化诊断标准，并确保其被所有机构使用。
- 针将针对检测疾病爆发的监测和预警（EWARN）系统设计作为卫生信息系统的一部分并尽可能地将这些系统建立在卫生信息系统的基础上（参见第 316 页“基本卫生服务——传染病控制标准 3”和“附录 2：每周采样检测报告表”）。
- 通过卫生信息系统确认并报告重要的疾病和医疗状况。
- 所有响应机构应达成一致并使用共同的指标，如人口数字（参见“指引 3”）。
- 医疗机构和其他机构应定期向相关主管部门提交监测数据以及其他卫生信息系统相关数据。报告的频率按情况和数据类型而定，例如每天、每周或每月一次。
- 使用其它来源的补充数据，例如调查数据，以对监测数据进行解读并指导决策制定（参见“指引 2”）。
- 采取适当措施保护数据以确保个人及 / 或群体的权利和安全（参见“指引 4”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有医疗机构应定期在报告期结束48小时内向主管机构提交卫生信息系统报告。
- 所有医疗机构应在易传染疾病发病 24 小时内报告相关病例（参见第 316 页“基本卫生服务——传染病控制标准 3”）。
- 主管机构制定一份全面的卫生信息报告，包括对流行病数据的分析和解读，以及提供卫生服务的覆盖范围和使用情况的报告。

指引

1. ***卫生信息系统***：应尽可能将监测系统建立在现有的卫生信息系统基础上。在某些灾害中，可能需要一个新的或类似的卫生信息系统，这可以通过评估现有卫生信息系统的性能和充足性以及当前灾害的信息需求而决定。在灾害响应中，医疗数据应包括但不限于以下几个方面：
   - 由医疗机构记录的包括 5 岁以下儿童的死亡人数
   - 死亡率比例
   - 特定原因死亡率
   - 最常见病变的发病率
   - 病变比例
   - 医疗设施使用率
   - 每位临床医师每天咨询次数

2. ***数据来源***：在解读和使用医疗设施数据时，应考虑到信息的来源及其局限性。在综合的卫生信息系统中有必要使用补充数据来制定决策，例如对疾病患病率的估计或是寻求健康相关行为的信息。其他数据来源如基于人口的调查、实验室报告、服务质量测量等有助于进行分析。调查和评估必须遵循国际公认质量标准、使用标准化工具和方案，并尽可能提交同行进行评审。

3. ***数据分解***：数据应按性别、年龄、个人以及受灾人群和原有人口的脆弱性、当地情况（例如扎营或不扎营的情况）进行分解，为决策制定提供切实可

行的指导。在紧急情况的早期阶段，对数据进行详细的分解可能存在困难。然而，应对 5 岁以下儿童的死亡率和发病率数据进行分解。在时间和条件允许的情况下，应进行更详细的分解，以帮助发现受不公正待遇的群体和弱势群体（参见第 61 页“核心标准 3”）。

4. ***保密性***：应采取适当的预防措施以保护个人和数据的安全。相关工作人员在没有得到病人允许的情况下，不得将病人信息透露给非直接照顾病人的人员。应特别考虑到智力、精神和感官上有障碍的人群，因为他们行使知情同意权的能力可能会受到影响。应谨慎处理那些因酷刑或包括性侵犯等违反人权的行为造成伤害的相关数据。如果个人给出了知情同意，可以考虑将其相关信息提交给适当人员或机构（参见第 296 页“卫生体系标准 1”和第 35 页“保护原则 1——指引 7—12”）。

有关死亡率、预警和发病率监测样表详情，参见“附录 2”。有关关键医疗指标计算公式详情，参见“附录 3”。

卫生体系标准 6：领导能力和协调

人们获得由各医疗机构和部门相互协调而提供的卫生服务，以达致最大效益。

关键行动（结合指引阅读）

- 确保卫生部代表领导了或至少尽可能地参与了卫生部门的协调行动。
- 当卫生部缺乏必要的能力或意愿在响应中提供领导时，必须找到另一个有能力的机构领导医疗部门之间的协调（参见“指引 1-2”）。
- 针对当地和外来医疗机构，在医疗部门内、医疗部门和其他部门之间以及相关跨领域主题小组间，定期召开中央和地方层面上的医疗协调会议（参见“指引 3”和第 58 页“核心标准 2”）。
- 确定并记录各个医疗机构的具体责任和能力，确保服务能覆盖到所有人群

（参见“指引 1”）。

- 当特定情况（例如针对疫情爆发的防范和响应措施，生殖健康）需要时，在卫生协调机制下建立工作组。
- 定期撰写并宣传更新信息和卫生部门公告。

关键指标（结合指引阅读）

- 在启动紧急响应时，主管机构已制定出卫生部门响应策略文件以将干预措施进行优先安排，并定义了主管机构和其他机构的角色（参见“指引 2”）。

指引

1. ***医疗主管机构***：作为医疗主管机构，卫生部应负责并领导各卫生部门开展救援行动。在某些情况下，卫生部可能缺乏能力或意愿不能有效公正地承担起领导角色，这时，则由将作为全球卫生机构的主管机构 - 世界卫生组织承担起这个重担。有时，当卫生部和世界卫生组织都缺乏能力时，可能需要其他机构进行协调活动。医疗主管机构应确保参与响应的卫生机构与当地卫生部门进行协调，并确保他们能足以承担起当地卫生体系的运作（参见第 58 页“核心标准 2”）。

2. ***卫生领域战略***：医疗主管机构的重要责任之一针是制定卫生领域紧急响应的总体策略。理想的情况下，应制定文件以规定卫生机关的重要职责和目标，并描述实现这些目标的策略。应与相关机构和社区代表进行协商来制定文件，以确保整个过程的包容性。

3. ***协调会议***：应以行动为导向，并提供一个论坛以共享信息，以识别和监控重点工作，制定和调整卫生战略，分配具体任务，并制定标准化方案和干预措施。应通过这些会议确保所有医疗合作伙伴使用共同的标准和其他相关数据、工具、指引和标准。在灾害初期更要频繁地举行协调会议。

2. 基本卫生服务

基本卫生服务是预防性和治疗性的卫生服务，可以满足受灾人群的健康需求。其内容包括采取最有效的措施以预防和减少由传染性和非传染性疾病、冲突和大规模伤亡事件导致发病率和死亡率高发的情况。灾害中，死亡率可能极高，并且对于设计合理的基本卫生服务来说，确认引起发病和死亡的主要原因很重要。卫生章节的这部分内容通过以下六个部分概述了基本卫生服务标准：传染性疾病控制；儿童健康；性健康和生殖健康；外伤；精神健康；以及非传染性疾病控制。

基本卫生服务标准 1：确定卫生服务的工作重点

所有人都可获得卫生服务，重点应对造成死亡率和发病率高发的原因。

关键行动（结合指引阅读）

- 与当地医疗机构协作，共同收集并分析健康问题和风险数据，以确定造成死亡率和发病率高发的主要原因（参见第 61 页“核心标准 3”）。
- 确认可能处于某种风险的弱势人群，例如妇女、儿童、老年人、残疾人等（参见第 36 页“保护原则 2”）。
- 与当地医疗机构协作，优先考虑并实行适当、可行且有效的卫生服务以降低超高的发病率和死亡率（参见“指引 1”）。
- 确认人们获取优先卫生服务所遇到的障碍，并对其制定切实可行的解决方案（参见“指引 2”）。
- 与其他所有部门及 / 或不同群体和跨领域主题小组之间协调落实优先卫生服务（参见第 58 页“核心标准 2”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 粗死亡率 (CMR) 等同或低于当地灾前记录的基础线率的两倍（参见“指引 3”）。
- 五岁以下儿童死亡率 (U5MR) 应等同或低于当地灾前记录的基础线率的两倍

（参见“指引 3”）。

指引

1. ***重点卫生服务***：是有效应对造成死亡率和发病率高发的原因的基本卫生服务。这些服务因情境而异，例如不同的灾害类型和影响。应尽量按照以证据为基础的原则提供重点卫生服务并能为公共健康带来益处。一旦死亡率降低到接近基线时，可以逐渐落实更加全面的卫生服务（参见第 65 页“核心标准 4”）。

2. ***卫生服务可及性***：应基于公平公正的原则，确保人们可根据需求公正地获得非歧视性的卫生服务。在实践中，应合理选择卫生服务点和安置医疗人员以确保最佳的服务可及性和覆盖。在规划卫生服务时，应考虑到弱势群体特殊的需求。人们在获取卫生服务时可能遇到来自生理、财政、行为及 / 或文化、及沟通方面的障碍。必须确认并克服人们获取重点卫生服务的障碍（参见第 61 页“核心标准 3”和第 36 页“保护原则 2”）。

3. ***粗死亡率和五岁以下儿童死亡率***：对于监测和评估紧急情况的严重性来说，粗死亡率是最有用的医疗指标。粗死亡率超过平时的两倍说明公共健康问题严重，需立即采取响应措施。当平时的粗死亡率未知或其数据有效性存在质疑时，医疗机构应确保粗死亡率在每天每万人低于 1 人。
   五岁以下儿童死亡率相对于粗死亡率来说是个更具针对性的指标。当平时的五岁以下儿童死亡率未知或其数据有效性存在质疑时，医疗机构应确保五岁以下儿童死亡率在每天每万人低于 2 人（参见“附录 3：关键医疗指标计算公式”）。

分地区死亡率基线参考数据

地区	*每天每万人粗死亡率*	*粗死亡率警戒线*	*五岁以下儿童每天每万人死亡率*	*五岁以下儿童死亡率警戒线*
非洲撒哈拉沙漠以南地区	0.41	0.8	1.07	2.1
中东和北非地区	0.16	0.3	0.27	0.5
南亚	0.22	0.4	0.46	0.9
东亚及太平洋地区	0.19	0.4	0.15	0.3
拉丁美洲和加勒比地区	0.16	0.3	0.15	0.3
中欧及东欧地区 / 独联体 *、波罗的海国家	0.33	0.7	0.14	0.3
工业化国家	0.25	0.5	0.03	0.1
发展中国家	0.22	0.4	0.44	0.9
最不发达国家	0.33	0.7	0.82	1.7
全球	0.25	0.5	0.40	0.8

** 是指独立国家联合体*

参考文献：联合国儿童基金会，《世界儿童状况报告 2009（数据来源于 2007 版）》

2.1. 基本卫生服务——传染病控制

综合性灾害情况下，由传染病引发的发病率和死亡率通常比单一灾害情况下要高。在很多受冲突影响的地区，60% 至 90% 的死亡与四种主要传染病有关，即急性呼吸道感染、腹泻、麻疹和疟疾。严重营养不良加剧了这些疾病的病发率，尤其是五岁以下儿童。传染病爆发很少与突发性的自然灾害相关联。突发性自然灾害情况下发生传染病流行主要源自人口迁移、人口过度拥挤、住所不足、饮用水不足和质量问题，以及卫生环境遭到破坏。

基本卫生服务——传染病控制

标准 1：传染病预防

人们获得最主要造成的超额发病率和死亡率的传染病预防信息和服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 与有关部门协调制定并实施一般性的预防措施（参见“指引 1”）。
- 基于当地流行病的情况针对疟疾、登革热以及其它通过病媒传播的疾病，实施适当的病媒控制方法（参见“指引 2-3”）。
- 执行针对特定疾病的预防措施，例如对麻疹进行大规模的接种疫苗（参见第 321 页“基本卫生服务——儿童健康标准 1”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 在不同情境下主要传染病的发病率保持稳定（没有增长）。

指引

1. ***一般性的预防措施***：包括良好的场地规划、提供清洁的水和合适的环境卫生、卫生设施、针对特定疾病的疫苗、安全充足的食品供应、人身保护及病媒控制、社区健康教育及社会动员。应与其他部门协调以制定这些干预措施，包括：
   - 住所——住所数量充足并且住所之间保持有足够的空间、通风良好、防虫且远离死水、靠近水源和卫生设施（参见第 249-258 页“住所和安置标准 1-3”和第 271 页“非粮食物品标准 2”）
   - 水、环境卫生、个人卫生——安全充足的水供应、充足的环境卫生设施以及个人卫生宣传（参见第 91-94 页“卫生促进标准 1-2”；第 97-103 页“水供应标准 1-3”；第 105-107 页“粪便处置标准 1-2”）
   - 环境卫生、废弃物安全管理和病媒控制（参见“指引 2-3”；第 262 页“住所和安置标准 4”；第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”；第 117 页“固体废弃物管理标准 1”；第 121 页“排水标准 1”）
   - 粮食保障、营养、食品援助——充足的食品以及营养不良的管理（参

见第 159-160 页“婴幼儿喂养标准 1-2”；第 165-173 页“急性营养不良和微量元素缺乏标准 1-3”；第 176 页“粮食保障标准 1”）

- 健康教育和社会动员——提供相关信息以确保有效执行上述预防措施。

2. ***疟疾预防***：根据疾病感染的风险、所处紧急情况的阶段及人口流动性、住所类型以及在疟疾流行地区病媒的特性，实施预防疟疾的措施。应基于相关昆虫学方面的评估和专业知识实施病媒控制措施，例如有效的杀虫剂室内残留喷洒（IRS）、长效防虫蚊帐（LLINs）的发放。为了使杀虫剂室内残留喷洒成为有效的社区控制措施，室内残留喷洒需要覆盖住所的 80% 的面积。长效防虫蚊帐为精选的标准蚊帐，提供长效人身保护。不推荐发放未经处理的蚊帐（参见第 271 页“非粮食物品标准 2”和第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

   根据所处灾害阶段和疟疾传播水平决定是否优先向高危人群发放长效防虫蚊帐。灾害初期，在疟疾高度和中度传播地区，应优先向医院病人、严重严重营养不良人士及其家庭成员、孕妇和两岁以下儿童发放长效防虫蚊帐。其次是参加补充喂养计划中的成员、五岁以下儿童、孕妇和两岁以下儿童的家庭成员。最后，整个处于风险中的人群都需要长效防虫蚊帐的保护。灾害初期，在疟疾低度传播地区，应在临床环境使用长效防虫蚊帐（例如，住宿式治疗哺喂中心和医院）。

3. ***登革热预防***：病媒（幼虫和成虫）控制是预防登革热的主要方法。登革热病媒控制应基于感染病例和病媒密集度分布的监测数据。需描准最具繁殖性的滋生地点，这些地点因地区而异。在城市地区，伊蚊滋生于储水容器中和其他人工储水用具中（如塑料杯、旧轮胎、破瓶、花盆等）。最有效的方式是定期排水并移除储水器以减少相关病媒滋生地数量。屋内储水应随时加盖并且每周清洗和擦拭储水容器。应为受灾人群提供带有盖子的储水容器。使用认可的杀幼虫剂来处理储水容器也能有效地清除幼虫。喷洒杀虫剂可以有效地减少成蚊数量。应对个人防护措施加以宣传（参见第 271 页“非粮食物品标准 2”和第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

基本卫生服务——传染病控制

标准 2：传染病诊断和病例管理

人们获得针对最主要造成可预防的发病率和死亡率高发的传染病的有效诊断及治疗。

关键行动（结合指引阅读）

- 开展公共卫生教育以鼓励人们在发烧、咳嗽、腹泻时尽早治疗。
- 基于实施的标准病例管理方案，或儿童期疾病综合管理（IMCI）和成人疾病综合管理（IMAI），及严重疾病管理转诊护理在所有基本卫生机构提供卫生服务（参见“指引 1”）。
- 为肺炎、疟疾、麻疹、脑膜炎、营养不良、登革热等疾病患者提供分诊、诊断、病例管理方案等初期治疗，并为相关人员提供关于治疗方案的培训（参见“指引 2-3”和第 323 页“基本卫生服务——儿童健康标准 2”）。
- 在满足认可标准的前提下才可以引入肺结核控制项目（参见“指引 4”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 已有现成用于诊断和治疗一般传染病的规范化病例管理方案并得到持续使用（参见“指引 1-3”和第 296 页“卫生体系标准 1”）。

指引

1. ***儿童期疾病综合管理（IMCI）和成人疾病综合管理（IMAI）***：通过早期精确的诊断和适当的治疗，可以降低传染性疾病的死亡率。对于按照疾病类型和严重性来分诊和将疾病分类以及协助管理适当治疗来说，儿童期疾病综合管理和成人疾病综合管理，或其他国家诊断算法的使用是很重要的。如出现危险症状，则需转诊到住院机构。标准化病例管理方案有助于适当诊断以及合理用药（参见第 323 页“基本卫生服务——儿童健康标准 2”）。

2.***肺炎***：降低肺炎死亡率关键是根据国家方案及时管理口服抗生素，如阿莫西林等。重度肺炎患者需要接受住院治疗和注射疗法。

3.***疟疾***：获得及时有效的治疗是成功控制疟疾的关键。在疟疾流行地区，制定规范程序以保证对发烧病例的早期诊断（24 小时内）和用高效一线药物治疗。青蒿素类复方疗法（ACTs）是用于治疗恶性疟疾的通用标准。药物的选择应与卫生主管部门协商并应遵循国家疟疾控制计划。采购药物应注意其质量。在开始治疗之前，用实验室测试来诊断疟疾较合适（快速诊断测试和显微镜检查） 然而，如果不能提供实验室诊断，也不应延误针对疟疾进行临床治疗。

4.***肺结核（TB）控制***：执行不力的肺结核控制计划会延长传染周期并会推动耐多种药物结核杆菌的传播，导致其弊大于利。在灾害期间，可以实现对单个结核病人的管理，而肺结核控制综合方案只有在达到公认的标准时才可以加以实施。这些标准包括机构的承诺和资源、至少保证 12-15 个月内人口的稳定性、可以提供一份良好的质量方案。当执行肺结核控制方案时，应结合国家相关方案并遵循直接观察治疗和短程策略。

在灾后的紧急阶段，对包括肺结核等慢性病治疗的中断以及缺乏后续对病人的跟进可能是个重大问题。所以紧急响应的医疗人员必须与已有的国家肺结核防治规划服务紧密结合。这将有助于确保那些在灾前正接受治疗的人们灾后继续接受治疗（参见第 336 页“基本卫生服务——非传染性疾病控制标准 1”）。

基本卫生服务——传染病控制标准 3：疫情爆发的预测及应对

对传染病的爆发进行及时有效的预备、检测、调查和控制。

关键行动（结合指引阅读）

检测

- 基于传染病综合风险评估建立一个疾病预警监测和响应系统已成为广义卫生信息系统的一部分（参见“指引 1”和第 305 页“卫生体系标准 5”）。
- 对相关医疗人员和社区卫生工作者进行培训，以预测和汇报潜在的传染病爆发的风险。
- 向当地人群提供有关流行病症状以及从何处获取救助等信息。

备灾

- 制定一份传染病爆发调查和响应计划（参见“指引 2”）。
- 确保用于调查和控制一般传染病爆发的方案（包括相关治疗方案）是可行的并已发放给相关人员。
- 确保备有重点疾病所需的基本物料储备或可以从预先确定的源头快速采购获得（参见“指引 3”）。
- 事先确定传染病人的隔离治疗区，如霍乱治疗中心。
- 指定一家实验室（无论是地方级、区域级、国家级或是另一国家的）来确定疾病的爆发（参见“指引 4”）。
- 确保现场有提取可能导致突然爆发的传染病毒样本的材料，并可以转送到实验室（参见“指引 5”）。

控制

- 按时间、地点、病例描述疫情，以便确定高危人群并采取适当控制措施（参见“指引 6-8”）。
- 根据不同疾病和环境制定的控制措施得到尽快实施（参见“指引 9”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 在灾害响应行动开始时，应提供或制定一份书面的疫情调查和响应计划。
- 卫生机构在检测疑似疫情的 24 小时内向卫生体系中适当的上一层级汇报。
- 卫生主管部门在收到通知 48 小时内启动针对流行疾病报告病例的调查。
- 个案死亡率应控制在可接受的范围内：
  - 霍乱——1% 或更小
  - 杆菌性痢疾——1% 或更小
  - 伤寒——1% 或更小
  - 脑膜炎——视情况而定，5%-15%
  - 疟疾——视情况而定，针对重症疟疾病人力求小于 5%
  - 麻疹——视情况而定，在受冲突影响的地区：2%-21%，力求小于 5%（参见“指引 10”）。

指引

1. ***用于传染病爆发预测的预警系统***：本系统的关键元素包括：
   - 执行伙伴网络
   - 如果可以的话覆盖所有医疗机构和社区
   - 针对所有潜在流行疾病的综合风险评估
   - 基于风险评估，指定每周检测的少数重点症状（10-12 个）和进行紧急预警报告的选定疾病（参见“附录 2：每周采样检测报告表”）
   - 针对标准检测表中每种疾病或症状的明确诊断标准
   - 为每种重点疾病或症状定义用于启动调查的预警阀值
   - 保持沟通以确保将正式或非正式警报（谣言、媒体报道等）快速通知到有关卫生部门
   - 用于记录和应对紧急警报的系统
   - 数据报告、录入标准数据库以及每周分析
   - 向所有合作伙伴反馈每周检测和紧急警报信息

- 定期监督以确保数据质量以及报告的及时性和完整性。
- 标准病例调查方案和表格
- 信息共享和启动疫情响应的标准流程。

2. ***疫情调查和控制计划***：相关准备工作需要所有利益相关者的参与。并需解决下列问题：
   - 疫情控制团队必须遵循的标准
   - 疫情控制团队的组成
   - 团队中组织和职位的具体角色和职责
   - 针对地方和国家层面上的咨询以及信息共享安排
   - 可获得用于调查和应对疫情所需的资源和设施
   - 所需基本药品、日常用品和诊断清单

3. ***物资储备***：现场储备应包括用于应对可能发生的疫情的材料。在某些情况下，可能需要一个预先打包的用于治愈腹泻或霍乱的医药箱。在现场储存某些物品例如脑膜炎疫苗可能是不可行的。对于这些物品，应预先确定迅速采购、发货及储存流程，以能快速获取。

4. ***参考实验室***：疑似疫情爆发期间，要确认诊断并建议进行大规模免疫接种（如脑膜炎），或在当地文化和药敏性测试可能影响病例管理决策（如痢疾）的地区，进行实验室测试是有用的做法。同时，应确定一家区域性或国际性的参考实验室，进行更复杂的测试，例如麻疹的血清学诊断、黄热病、登革热和病毒性出血热。

5. ***传输媒体和快速测试***：采样材料（如直肠拭子）和传输媒体（如霍乱、痢疾杆菌、大肠杆菌、沙门氏菌的 Cary-Blair 氏输送培养基）和冷链运输材料，可就地获取或容易获取。另外，可以进行快速测试，用于就地筛查包括疟疾和脑膜炎等传染性疾病。

6.***疫情爆发的调查***：疫情爆发调查的十大关键步骤：

1. 确立疫情爆发的发生
2. 确认诊断
3. 定义病例
4. 确认病例数
5. 根据时间、地点、病例描述疫情
6. 确定处于风险的人群
7. 制定假设以解释疾病及其爆发
8. 评估假设
9. 针对调查结果进行交流
10. 实施控制措施

这些步骤不必严格按照顺序来进行，且应尽快实施控制措施。

7.***疫情爆发的确认***：不是每次都能清晰直接的确定是否爆发疫情，且没有针对所有疾病爆发门限值的确切定义。虽然如此，下面列举了几种疾病的门限值：

- 单个病例可能表明疫情爆发：如霍乱、麻疹、黄热病、病毒性出血热
- 当由于疾病导致的病例或死亡数字超过当地通常预期或是过去每周平均数的两倍时，即表明有潜在疫情爆发迹象；痢疾——在非流行病地区和难民营，出现单个痢疾病例就应关注爆发疫情的可能性
- 疟疾——定义视情况而定；病例数字的增加比较规定地区规定人群在一年内该段时期预期的为高，表明可能会爆发疫情。如果没有历史数据，警报信号包括过去两周发烧病例被确诊为疟疾的比率明显上升，并且过去几周的死亡率呈上升趋势
- 脑膜炎——在脑膜炎流行地区，超过 3 万以上人口的疫情爆发门限值为 15 例 /10 万人 / 周；然而，在疫情爆发高风险地区（即三年以上没爆发相关疫情且疫苗接种率小于 80%），此门限值降低到 10 例 /10 万人 / 周。在人口不足 3 万的地区，如果一周出现 5 例病例或三周之内病例数增加一倍，则确定疫情爆发。在集中安置点里，如果一周出现

两例病例则表明疫情爆发。

- 登革热——在过去两周出现以下情况的发烧患者增加，包括患者免疫球蛋白 G（IgG）的含量增加（基于连续血清样本的配对测试），病情持续 3-5 天并且血小板数目减少（小于 20,000）。

8. ***疫情爆发响应***：疫情爆发响应关键内容包括协调、病例管理、监测和流行病调查、实验室、具体的预防措施（如根据疾病情况改善水和环境卫生）、风险沟通、社会动员、媒体关系和信息管理、物流以及保障。

9. ***控制措施***：必须专门制定控制措施以阻止导致疫情爆发的病媒传播。通常，可以用现有的病媒相关知识来指导制定特定情况合适控制措施。响应行动包括控制疾病源头及 / 或防止接触（如通过改善水源预防霍乱）、中断疾病传播及 / 或防止感染（如通过大规模疫苗接种以预防麻疹或使用长效防虫蚊帐预防疟疾）、改善疾病宿主体防御系统（如通过及时诊断和治疗或通过药物预防）（参见第 305 页“卫生体系标准 5”；第 97-100 页“供水标准 1-2”；第 91-94 页“卫生促进标准 1-2”；第 111-116 页“病媒控制标准 1-3”）。

10. ***个案死亡率***：由传染病引起的可接受个案死亡率（CFRs）因大体环境、卫生服务的可及性、病例管理的质量和速度而异。总的来说，应尽可能将个案死亡率降至最低。如果个案死亡率超过最低预期水平，应对控制措施进行紧急评估，并采取相应纠正措施以确保个案死亡率维持在可接受的水平。

2.2. 基本卫生服务——儿童健康

在紧急情况中，儿童患病率和死亡率容易增加。需要采取以儿童为重点的干预措施以解决他们的特殊健康需求。儿童健康干预措施必须用以应对引起超高患病率和死亡率的主要原因，这些原因包括急性呼吸道感染、腹泻、麻疹、营养不良以及新生儿。

基本卫生服务——儿童健康标准 1：可用疫苗预防的疾病预防

6 月龄至 15 岁儿童接种麻疹疫苗，并且一旦情形稳定，儿童可获得日常的“免疫扩展项目”（EPI）服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 开始执行灾害响应时，针对 9 月龄至 15 岁儿童的麻疹疫苗接种率进行估计，以明确疫情爆发的风险（参见“指引 1”）。
- 当麻疹疫苗接种率小于 90% 或未知时，应对 6 月龄至 15 岁儿童进行大规模麻疹疫苗接种，包括对 6 至 59 月龄儿童服用维生素 A 的管理（参见“指引 1-2”）。
- 确保所有接种疫苗的 6 至 9 月龄婴儿在满 9 个月时接受麻疹疫苗二次接种（参见“指引 3”）。
- 对于流动或迁移人口，建立一个持续的系统以确保至少 95% 新来到集中安置点或社区的 6 月龄至 15 岁儿童能接受麻疹疫苗。
- 一旦条件允许就重新建立“免疫扩展项目”（EPI），以使儿童具有对国家计划中列明的麻疹和其他疫苗可预防疾病的免疫（参见“指引 4”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 麻疹疫苗接种活动完成时：
  - 至少 95% 的 6 月龄至 15 岁儿童接种了麻疹疫苗
  - 至少 95% 的 6-59 月龄儿童服用了适量的维生素 A。
- 一旦常规的“免疫扩展项目”（EPI）服务重新建立起来，至少 90% 的 12 个月龄儿童已接种了三剂 DPT（白喉、百日咳和破伤风）疫苗，这是儿童具有完全免疫能力的替代性指标。

指引

1. ***麻疹疫苗接种率：***通过审查免疫接种覆盖数据，明确受灾人群的麻疹疫苗接种率。基于此次审查，确定常规麻疹疫苗接种率在过去五年是否大于

等于 90%，及 / 或在过去的 12 个月里进行的麻疹疫苗接种活动是否覆盖了 90% 或更多的 9 月龄至 5 岁儿童。如果麻疹疫苗接种率小于 90%、未明或对覆盖率的估计存疑，应假定疫苗接种率不足以预防疫情的爆发而进行疫苗接种。

2. ***适用麻疹疫苗的年龄范围***：一些年龄稍大的儿童可能错过之前的麻疹疫苗接种并未患有麻疹。这些儿童仍有患上麻疹的风险，并能成为一些处于更高风险死于该疾病的婴幼儿的传染源。这也是建议给 15 岁以内的青少年及儿童接种疫苗的原因。在资源有限的情况下，也许不能够给所有 6 月龄至 15 岁儿童接种疫苗。在这种情况下，应优先给 6-59 月龄儿童接种疫苗。不管他们之前是否处于免疫状态，应对所有目标年龄段的儿童接种麻疹疫苗。

3. ***6–9 个月龄婴儿的麻疹疫苗二次接种***：所有 6-9 月龄儿童在满 9 个月时应接受麻疹疫苗的二次接种，两次接种之间最少间隔一个月。

4. ***重新建立国家免疫扩展项目***：在准备大规模接种麻疹疫苗的同时，应与国家相关部门协调重新建立“免疫扩展项目”（EPI）。迅速重新建立 EPI 疫苗接种计划不仅可以保护儿童免受如麻疹、白喉、百日咳等疾病的直接侵袭，而且可以降低呼吸道感染的风险。

基本卫生服务——儿童健康标准 2：新生儿和儿童疾病的管理

儿童可以获得优先的卫生服务，这服务是为应对造成新生儿和儿童发病和死亡主要原因而设计。

关键行动（结合指引阅读）

- 设计健康教育信息以鼓励受灾人群在新生儿患有任何疾病（发烧、咳嗽、腹泻等）时寻求早期治疗。在健康教育信息设计过程中，应考虑到没有大人照顾的儿童（参见第 298 页“卫生体系标准 1——指引 3”）。
- 可能的话，按照妊娠和分娩综合管理（IMPAC）指引为所有新生儿提供基本的新生儿护理（参见“指引 1”）。
- 基于国家方案或儿童期疾病综合管理（IMCI）指引在基础医疗机构为儿童提供卫生服务，并为重病儿童提供住院治疗（参见“指引 2”）。
- 在所有为生病儿童提供护理的医疗机构建立一套规范化的紧急情况评估和分诊系统，以确保出现紧急症状的患者可以及时接受治疗（参见“指引 3”）。
- 对接受卫生服务的儿童的营养状况进行筛选并确保他们可得到相应的营养服务（参见第 165-173 页“急性营养不良和微量元素缺乏管理标准 1-3”）。
- 在白喉和百日咳等疾病爆发风险高的情况下，为此类疾病的治疗建立合适的病例管理方案（参见“指引 6”）。
- 为常见儿童疾病的治疗提供适当剂量和配方的基本药物。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有患有疟疾的 5 岁以下儿童在症状开始 24 小时内接受了有效的抗疟疾治疗（参见第 314 页“基本卫生服务——传染病控制标准 2”）。
- 所有患有腹泻的 5 岁以下儿童都已服用口服补液盐（ORS）以及补锌药品（参见“指引 3”）。
- 所有患有肺炎的 5 岁以下儿童都接受了适当的抗生素药物治疗（参见“指引 5”）。

指引

1. ***新生儿护理***：所有新生儿在出生时都应获得专业护理（最好在医疗机构里），保暖并获得早期和纯母乳喂养。针对任何问题尤其是喂养方面的困难对所有新生儿进行评估。应对所有生病的新生儿患上败血症和当地感染的可能性进行评估。

2. ***儿童期疾病综合管理（IMCI）***：儿童期疾病综合管理是一套针对儿童健康的综合管理办法，注重 5 岁以下儿童的基本层级护理。已经制定儿童期疾病综合管理和相应临床指引的国家，较合适的做法是将这些指引纳入标准化的方案并对专业医疗人士进行适当的培训。

3. ***分诊***：结合快速分诊和治疗时，可加强实施儿童期疾病综合管理 (IMCI) 和转诊治疗指引。分诊是根据病人的药物需求、资源可及性以及生存机会对病人进行优先级划分。应对参与患病儿童护理的临床工作人员进行紧急分诊工作、评估和治疗（ETAT）指引方面的培训，以便执行快速评估。

4. ***腹泻管理***：患有腹泻的儿童必须服用低浓度的口服补液盐和补锌药物。低浓度口服补液盐缩短了腹泻持续的时间并减少了对静脉注射液的需求。

5. ***肺炎管理***：对于患有咳嗽的儿童，应进行呼吸加快及 / 或呼吸困难且胸部凹陷方面的评估。那些患有呼吸加快及 / 或呼吸困难的儿童应服用合适的口服抗生素；而患有胸部凹陷症状的儿童应被及时送往医院接受治疗。

6. ***百日咳或白喉的爆发***：在迁移人群中爆发百日咳是常见的情况，但通常不会实施疫苗接种来应对，以避免老年人对全细胞 DPT（白喉、百日咳和破伤风）疫苗产生不良反应。然而一次疫情的爆发可以消除常规免疫接种的缺口。病例管理包括对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。白喉疫情少有爆发，但是在拥挤的环境下，白喉对于免疫力低的人群却始终是一个威胁。在集中安置点中，应进行三次大规模的疫苗接种活动以应对白喉疫情的爆发。病例管理也包括对抗毒素和抗生素的管理。

2.3. 基本卫生服务——性健康和生殖健康

所有人，包括生活在灾区的人们，都享有生殖健康的权利。为了行使这项权利，受灾人群必须获得全面的生殖健康信息和服务。应基于受灾人群的不同需求提供高质量的生殖健康服务。必须尊重整个群体的宗教信仰、伦理价值观、文化背景，同时应遵循公认的国际人权标准。

基本卫生服务——性健康和生殖健康标准 1：生殖健康

人们在紧急情况开始时可获得最基本初始服务包的主要生殖健康服务，并在局势稳定时获得全面生殖健康服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 在医疗部门或群体中确立一个生殖健康领导机构以便协调和实施最基本初始服务包，并确保生殖健康主管人员（由生殖健康领导机构指派）就位且在医疗机构或群体中发挥作用（参见“指引 1”）。
- 与其他相关部门或群体协调，执行相关措施以降低发生性暴力的风险（参见“指引 3”）。
- 确保针对性暴力的临床管理服务，包括精神健康、社会心理支持和法律援助（参见“指引 3”和第 37 页“保护原则 2——指引 7”）。
- 建立一套最低标准的艾滋病病毒预防、治疗、护理和支持服务以减少艾滋病病毒的传播（参见第 328 页“基本卫生服务——性健康和生殖健康标准 2”）。
- 确保人们可获得紧急分娩和新生儿护理的服务：
  - 在医疗中心——技术熟练的接生员以及正常分娩和紧急产科和新生儿并发症基本管理的用品；基本紧急产科保健和新生儿护理
  - 在转诊医院——技术熟练的医务人员以及产科和新生儿并发症综合管理的用品；全面紧急产科保健和新生儿护理
  - 建立一套用于管理产科和新生儿紧急情况的沟通和运输系统，这个系统从社区到医疗中心以及医疗中心和转诊医院之间全天候运行（参见“指引 4”）。

- 如不能提供熟练的医务人员和医疗机构服务，应向孕妇和接生员提供干净的接生包以便在家接生（参见“指引 4”）。
- 告诉受灾人群针对性暴力生还者的临床服务的好处以及可用性，以及怀孕和分娩遇上并发症时的紧急转诊制度（参见“指引 3-4”）。
- 确保常用避孕方法的可及性以满足需求（参见“指引 2”。
- 计划实行全面生殖健康服务，并尽快将其纳入基本医疗保健设施(参见“指引1”)。

关键指标（结合指引阅读）

- 基于国家或世界卫生组织（WHO）方案，所有医疗机构拥有训练有素的员工以及充足物资和设备以提供强奸幸存者的临床服务。
- 所有孕妇在妊娠晚期获得干净的接生包。
- 每50万人至少有四个提供基本紧急产科保健和新生儿护理服务的医疗机构。
- 每 50 万人至少有一个提供全面紧急产科保健和新生儿护理的医疗机构。
- 通过剖腹产分娩的比例不低于 5%或不超过 15%（参见“指引 4”）。

指引

1. ***最基本初始服务包***：最基本初始服务包定义了灾害中预防女性、男性和青少年出现生殖健康相关的发病和死亡的最重要的服务。它包括一组重点生殖健康服务配套，这些服务必须同时实施，以预防和管理性暴力的后果，减少艾滋病病毒的传播，防止产妇和新生儿发病率和死亡率高发情况的出现，及在局势稳定时开始规划全面的生殖健康服务。在紧急情况初期，在紧急情况初期，将优质全面的生殖健康活动纳入基本医疗保健设施的规划工作对于确保持续护理是必不可少的。全面的生殖健康护理涉及对现有服务的升级、增加遗漏的服务、和增强服务质量。

2. ***生殖健康用品***：应对最小初始服务包用品进行定购、发放和存储以避免延误把这些基本物品提供予群众。跨机构采用的紧急医疗包里面有用于病人接触后预防措施的少量药品、硫酸镁、助产护理工具和药物，但并不包括

所有最基本初始服务包的规定用品。跨机构生殖保健包由生殖健康跨机构工作小组在危机中制定，含有可供 3 个月内使用的药物和用品。

3. ***性暴力***：灾害响应中，所有相关工作人员应意识到性暴力的风险，包括人道主义者做的性侵犯和性虐待，且必须采取措施加以预防和应对。被报告事件集合的信息应安全合理的编辑和分享以助制定相应预防和响应行动。所有基础医疗机构应采取相关措施以援助幸存者，及提供专业的医务人员进行临床管理，其中包含紧急避孕、采取接触后预防措施以预防艾滋病病毒、性传播感染（性病）推断性治疗、外伤护理、破伤风预防、B 型肝炎预防。使用紧急避孕是个人选择，且只能由女性自身决定。应给女性提供公正的建议以使她们作出明智的决定。应支持性暴力幸存者寻求临床护理并提供给他们精神健康和社会心理支持。

   根据幸存者的要求，保护人员应提供保护和法律支持。所有的检查和治疗都应在获得幸存者的知情同意的情况下进行。在任何阶段都应坚持保密原则（参见第 307 页“卫生体系标准 5——指引 4”和第 35 页“保护原则 1——指引 7-12”）。

4. ***紧急产科和新生儿护理***：孕妇占有受灾人群约 4% 人口。约 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而需要紧急产科护理，并且 5%-15% 的孕妇在分娩时需要动外科手术，如剖腹产。为了避免并发症引起母婴的发病和死亡，应在所有主要医疗机构中安排技术熟练的接生员以提供分娩、基本紧急产科保健和新生儿复苏服务。

   基本紧急产科保健功能包括注射抗生素、子宫收缩药物（催产素）、抗癫痫药物（硫酸镁）、使用适当技术手动移除流产后的残留物质、手动清除胎盘、阴道助产（真空或产钳助产）及母婴复苏。全面紧急产科保健的功能包括所有基本紧急产科保健的干预措施、在全身麻醉下的手术（剖腹产手术，剖腹手术）、和合理安全的输血。

   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，以及前往提供全面紧急产科保健和新生儿护理服务的医院。

基本卫生服务——性健康和生殖健康标准 2：艾滋病病毒 / 艾滋病：

在灾害期间人们可获得最低标准的艾滋病病毒预防、治疗、护理和支持服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 针对所有医疗机构，制定标准预防措施和垃圾处理的安全流程（参见“指引 2”和第 299-300 页“卫生体系标准 1——指引 10-11”）。
- 树立并落实安全供血和合理使用输血的理念（参见“指引 2”和第 298 页“卫生体系标准 1——指引 5”）。
- 提供优质免费的男性和女性避孕套及使用指导。
- 确保医疗机构对所有受性传播感染的病人提供病症管理。
- 确保人们在可能接触艾滋病病毒后72小时内能获得接触后预防措施（参见“指引3”）。
- 以容易理解的方式向公众和高危人群（如性工作者）提供艾滋病病毒预防信息和教育。
- 通过提供避孕措施、干净安全的分娩服务（包括紧急产科护理）、和抗逆转录病毒药物以确保预防母婴传播艾滋病病毒（参见“指引 4”）。
- 为艾滋病病毒呈阳性母亲产下的婴儿提供治疗、护理和相关支持，包括婴儿喂养指导和咨询（参见 160 页“婴幼儿喂养标准 2”）。
- 确保艾滋病病毒感染者（PLHIV）可获得针对艾滋病病毒相关感染的卫生服务，包括复方新诺明预防。
- 确保之前在接受抗逆转录病毒治疗（ART）的人们能继续接受治疗（参见“指引4”）。
- 如有结核病项目的话，将艾滋病项目和结核病项目结合起来。
- 确保处于艾滋病感染高风险的人群可获取用于预防性传播艾滋病的干预措施，并为静脉吸毒者提供清洁的注射工具。
- 在灾后阶段启动扩大艾滋病病毒控制服务范围的计划（参见“指引 1”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 针对处于艾滋病病毒感染高风险的人群提供艾滋病病毒预防计划。
- 已检查出艾滋病病毒呈阳性的孕妇接受了预防母婴传播的抗逆转录病毒药物治疗。

- 筛选全部输血以防止由输血导致的感染，其中包括艾滋病病毒感染。
- 对潜在的接触艾滋病病毒的个人（医疗保健机构中职业性的接触以及非职业性的接触）在发病 72 小时内采取了接触后预防措施。
- 所有主要医疗机构拥有抗菌药物，给呈现性传播病症状的病人提供病症治疗。

指引

1. ***艾滋病病毒控制***：本标准的关键行动中阐述有关艾滋病病毒预防、治疗、护理、和支持的最低标准，包含医疗部门必须采取的一系列措施，以预防艾滋病病毒的传播、为艾滋病病毒感染者（PLHIV）提供护理并给予支持。

2. ***在医疗保健机构中预防艾滋病病毒的传播***：在灾害响应早期，应优先在医疗保健机构中（如医院、医疗诊所、疫苗接种场所）预防艾滋病病毒传播。必要的措施包括确保标准预防措施的应用，建立安全合理的输血惯例和正确处理医疗垃圾（参见第 298-300 页“卫生体系标准 1——指引 5，10-11”）。

3. ***接触后预防措施***：用于预防艾滋病病毒感染的接触后预防措施服务包括辅导、艾滋病病毒接触风险评估、知情同意、病源评估以及提供抗逆转录病毒（ARV）药物。然而，不能将接触后预防措施提供给艾滋病病毒呈阳性的人士；不应强制进行辅导和测试且在等待测试结果时也要及时提供接触后预防措施服务。

4. ***抗逆转录病毒药物***：在灾害情形下，提供抗逆转录病毒药物以针对预防母婴传播 (艾滋病病毒)，作为接触后预防措施和长期的抗逆转录病毒治疗是可行的。灾害响应期间应优先考虑让灾前接受抗逆转录病毒治疗的人群继续接受这项治疗之前接受抗逆转录病毒治疗的孕妇应继续接受抗逆转录病毒服务。根据国家方案应给已知艾滋病病毒呈阳性的孕妇针对预防母婴传播提供抗逆转录病毒服务。

注

国际明爱及其成员不提倡使用或分发任何形式的人工节育物品。

2.4 基本卫生服务——外伤

外伤通常是在发生如地震等严重自然灾害后导致超额死亡率和患病率高发的主因。很多严重自然灾害都伴随着大规模的人员伤亡，以致当地资源的常规程序不能满足大量病人的需求。由武力威胁导致的外伤通常也会引起复杂的紧急情况。例如武装冲突期间，绝大部分由外伤导致的死亡都发生在远离医疗机构的非安全区域，不能通过医疗护理减少避免创伤性死亡。需要采取保护平民的干预措施以防止这类死亡的发生（参见第 38-39 页“保护原则 3——指引 1-5”）。

基本卫生服务——外伤标准 1：外伤护理

灾害期间人们可获得有效的外伤护理以防止可避免的死亡、患病和残疾。

关键行动（结合指引阅读）

- 确保当地医疗工作者和协调医疗部门响应行动相关人员熟悉大规模人员伤亡管理（参见“指引 1”）。
- 在大规模人员伤亡事件中，建立一套带有评估、优先级判定、基本复苏和转诊指导的标准化分诊系统（参见“指引 1”）。
- 确保医务人员理解急救和基本复苏的基本原则和技巧（参见“指引 2”）。
- 确保当地医疗工作者熟悉伤口处理的核心原则（参见“指引 3”）。
- 为伤口被污染人群以及参与营救或清理行动的人员提供带有类毒素的破伤风疫苗（参见“指引 4”）。
- 为受伤病人建立标准化转诊方案，以使病人可获取进一步护理（包括手术和手术后护理）（参见“指引 5”）。
- 确保权威性创伤和外科手术服务以及后期康复服务，只是由拥有适当专业知识和资源的相关机构建立（参见“指引 5”）。
- 只要实际情况容许，就要确保受伤的病人和残疾人可获得标准的辅助装置和运动辅助工具（如轮椅、拐杖），并且这些设备可以在当地进行维修（参见“指引 6”）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有医疗机构拥有训练有素的医务人员和多人伤亡事故处理的体系。

指引

1. ***分诊***：分诊是根据病人受伤或病情严重性进行分类且根据资源可及性和病人生存机会适当安排优先治疗的一个流程。在大规模人员伤亡事件中，那些身受重伤或致命伤的伤者的治疗优先级可能会比生存机会更大的伤者更低。虽然没有标准化的分诊系统，但是世界各地采用的系统有几种。
   最常见的分类采用了四色码系统：红色信号代表高优先级；黄色信号代表中等优先级；绿色信号代表非卧床的病人；黑色信号代表已故的人员。

2. ***急救和基本医疗护理***：关键措施包括恢复和维持呼吸，这可能需要清理和保护呼吸道，并在必要时控制出血和进行静脉输液。这些措施可以在身受致命伤或重伤的伤员被送往转诊中心前帮助稳定他们的病情，并极大地增加了他们幸存的机会。其他非手术措施也同样重要，如清洁和包扎伤口，并提供抗生素和破伤风预防措施。

3. ***伤口处理***：在绝大多数灾害中，很多病人在受伤六小时以后才接受得到护理。延迟护理极大增加了伤口感染的风险和原本可防止的超高死亡率。因此，当地医疗工作者必须要熟悉相关的原则和方案，以防止并处理伤口感染，其中包括推迟的一期缝合、伤口清洗和手术清除异物和坏死组织。

4. ***破伤风***：在自然灾害突发的地区，通常会有大量伤员，人们患破伤风的风险相对来说会更高。虽然不建议大规模接种破伤风疫苗，但建议为那些伤口受污染以及参与救援或清理行动的人员接种含类毒素破伤风疫苗（DT 或 TD—白喉和破伤风疫苗—或白喉、百日咳和破伤风疫苗，根据人员年龄和疫苗接种史来选择）。如果伤口受污染的伤员之前没有接受破伤风疫苗接种，可以的话应注射破伤风免疫球蛋白（TIG）。

5. ***外伤和外科手术护理***：外伤外科护理和战伤外科护理可以提供生命保障和防止长期残疾情况的出现，但需要特殊的培训和资源，这些培训和资源只有少数机构才拥有。不恰当或不充分的手术可能会带来更多的伤害。此外，如果手术没有相应的紧急康复服务，可能会导致病人完全丧失恢复能力。因此，只有具有相关专业知识的组织和专业人士才能提供这些保障生命和避免导致残疾的服务。

6. ***外伤的术后康复***：早期康复服务能大大提高伤者幸存机会且能提高其生活质量。需要辅助设备（如假肢和移动设备）的病人也需要进行身体康复治疗。条件允许的话，与社区为本的康复计划合作，可以使伤员的术后护理和康复达到最佳效果。

2.5. 基本卫生服务——精神健康

在所有人道主义情境下都会出现精神健康和社会心理问题。由冲突及其他灾害引起的恐慌、损失、不确定性和其他压力因素使人们出现社会、行为、心理和精神问题的风险增加。精神健康和社会心理支持涉及多领域支持（参见下页的图“干预措施金字塔”）。这些支持措施需要协调执行，例如通过跨群组或跨领域工作小组进行协调。下列精神健康标准重点阐述了医务人员的行动。读者应结合第 55 页“核心标准 1”和第 38 页“保护原则 3”进行阅读。

基本卫生服务——精神健康标准 1：精神健康

人们可获得用以预防或减少精神健康问题以及相关功能受损问题的卫生服务。

关键行动（结合指引阅读）

- 确保基于明确的需求和资源来制定干预措施。
- 使社区成员（包括被边缘化人群）增强社区自助和社会支持（参见“指引 1”）。
- 确保社区工作者（包括志愿者以及卫生服务中心的工作人员）向面对巨大压力后处于极度悲痛的人们提供心理救助（参见“指引 2”）。
- 确保每个医疗机构至少有一位医务人员可以处理成人和儿童所患有的各种

各样严重的精神健康问题（参见“指引 3”）。

- 保障各机构接纳的患精神健康问题人群的安全、权利，关注其基本需求（参见“指引 4”）。
- 最大限度地降低由酒精和毒品引起的伤害。
- 在早期恢复过程中，启动制定可持续的社区精神健康系统计划（参见“指引 5”）。

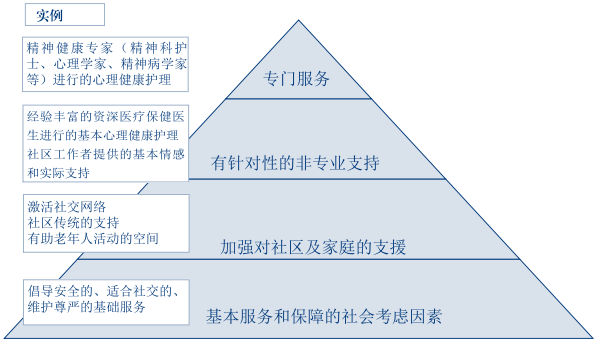
关键指标（结合指引阅读）

- 所有医疗机构拥有处理精神健康问题的体系和训练有素的医务人员。

指引

1. ***社区自助和社会支持***：社区自助和社会支持是整体精神健康和社会心理多部门支持的关键元素（见下图）（参见第 55 页“核心标准 1”；第 43 页“保护原则 4——指引 9-13”；第 40 页“保护原则 3——指引 15”）。医疗机构经常雇用或聘请社区工作人员和志愿者，以使包括被边缘化的人群在内的社区成员增强自助和社会支持能力。

干预措施金字塔



参考文献：关于心理健康和心理社会支持跨机构指导委员会参考小组，2010

2. ***心理急救***：根据心理急救原则对身受巨大压力（如创伤性事件）后产生严重焦虑者进行治疗是最佳方法，而这往往被误以为是一项临床干预行动。相反，它反映了向正在受苦和需要帮助的人群提供的人道救援响应。它包

括基本的、非介入式且具实用性的护理，侧重于倾听而非强制谈话，对需求和顾虑进行评估，确保基本需求得以满足，鼓励社区中重要人士给予支持，以及防止受到进一步的伤害。心理汇报（即倡导通过鼓励人们简短但系统地叙述他们在最近受压力事件中的观念、想法以及情绪反应进行公开讨论）是无效的，所以不应被采用。类似地，在治疗极度痛苦的患者时，应避免使用苯二酚，因为它们可能会干扰患者的自然恢复功能。

3. ***基本精神健康服务***：人们的精神健康问题可能是由紧急情况引起的，或是之前就有的，也可能两种兼备。患有严重精神健康问题的人群可通过卫生服务机构（如综合性医院、基本护理诊所等）获得以社区为本的社会支持以及临床护理服务。组织基本临床精神医疗保健服务，通常涉及为一般医务人员提供快速培训和监督，或增加一名精神健康专家到医疗诊所进行接诊。应提供基本的精神药品和抗癫痫药品。须保证危机前已正在接受精神健康治疗的个人可继续接受治疗。

4. ***各机构接纳的患有精神健康问题的人群***：须定期探访精神病院和接纳患有严重精神问题人群的住所，尤其是在危机出现的初期，因为此时他们被严重忽略或被虐待的风险非常高。整个危机期间，应确保其安全、基本物质需求（水、食物、住所、环境卫生、医疗护理）、人权监测、基本精神和心理护理。

5. ***早期恢复***：因为人道主义危机增加了多种精神相关问题的比率，所以需要启动相应计划以建立精神健康体系，并在受灾地区扩大有效精神健康治疗服务的覆盖范围（参见第 65 页“核心标准 4”）。

2.6. 基本卫生服务——非传染性疾病

在许多国家，包括低收入和中等收入国家，人口老龄化和寿命延长已将影响人类的疾病类型从传染性疾病转向非传染性疾病。因此，非传染性疾病在灾害环境下已日益成为主要的公共治疗问题。由于现有慢性病患者健康状况恶化引起日益增多的健康问题已成为很多灾害的共同特点。

基本卫生服务——非传染性疾病控制标准 1：非传染性疾病

有慢性健康问题人士可获得基本治疗，以降低由于健康状况恶化或急性并发症造成的发病率和死亡率。

关键行动（结合指引阅读）

- 评估非传染性疾病的发病率并整理成文，然后将这些数据汇报给灾害响应机构（参见“指引 1”）。
- 确认紧急情况发生前正在接受治疗的非传染性疾病患者，并确保他们可以得到继续治疗。应避免突然中断治疗。
- 确保患有威胁生命的非传染性疾病（如心脏病、严重高血压）急性并发症和病情恶化的人们和处于痛苦的个人（如处于癌症晚期遭受的痛苦）可以接受治疗。
- 在不能提供非传染性疾病治疗的情况下，建立一套关于转诊的标准操作流程。
- 确保通过基本医疗保健系统可以获得日常和持续非传染性疾病治疗所需的基本诊断设备、核心实验室测试、及药物。该药品必须是基本药物清单中的指定药品。
- 确保行动不便或有沟通困难的人群可获得辅助性设备（如助行器）。

关键指标（结合指引阅读）

- 所有初级医疗机构皆有将非传染性疾病患者转诊到二级和三级医疗机构的清晰的标准操作流程。
- 所有初级医疗机构皆有充足的药物，给紧急情况发生前正在接受治疗的非传染性疾病患者提供继续治疗。

指引

1. ***非传染性疾病***包括心脏病、中风、高血压、慢性肾功能衰竭、支气管哮喘、透析依赖慢性肾功能衰竭、胰岛素依赖型糖尿病和癫痫。紧急情况期间，慢性病患者的病情尤其容易加重或产生并发症，如二次感染，并且如果治疗中断的话患者就会处于风险当中。在人道救援响应环境下，临床治疗的

稳定和持续应是医疗部门响应行动的支柱。

非传染性疾病患者需要接受长期药物和跟踪治疗。使用基本药物清单中的药品并通过基本医疗保健系统，给非传染性疾病患者提供日常和持续的治疗。但通常不推荐在救灾工作期间引进新的治疗方案或计划以管理慢性病患者的健康状况，尤其如果该方案或计划在紧急阶段过后不太可能继续得以实施。

附录 1

医疗评估清单

准备

- 获取关于受灾人群的信息。
- 获取有用的地图和航拍照片。
- 获取人口统计及健康相关资料。

安全性和可及性

- 明确持续的自然或人为灾害。
- 明确整体的安全形势，包括是否有武装力量存在。
- 明确人道主义机构能够获取的有关受灾人群的信息。

人口统计和社会结构

- 明确受灾人口总规模，并按年龄和性别对人口进行细分。
- 确定高危人群，如妇女、儿童、老人、残疾人。
- 明确平均家庭规模，并评估以女性或儿童为户主的家庭数量。
- 明确现有的社会结构，包括权威人士及 / 或其影响。

医疗背景信息

- 确认受灾地区灾前已存在的健康问题。
- 确认难民来源国已存在的健康问题（包括境内迁移人口原居住地已存在的健康问题）。
- 确认现有的健康风险，如潜在的流行病。
- 确认现有的医疗保健资源。
- 分析卫生体系的性能。

死亡率

- 计算粗死亡率。
- 计算特定年龄段的死亡率（如五岁以下儿童死亡率）。
- 计算特定原因死亡率。
- 计算相对死亡率。

发病率

- 明确影响公共健康的主要疾病的患病率。
- 明确不同年龄和性别的主要疾病的患病率 (如果可能的话)。

可获取资源

- 明确受灾国卫生部的能力。
- 明确国家医疗机构相关状况，包括基于护理类型划分的医疗机构总数量、基础设施状况和可及性。
- 明确可用医务人员的数量及其技能。
- 明确可行的医疗预算和筹资机制。
- 明确现有公共健康方案的效力和运行状态，如扩大免疫计划。
- 明确标准化方案、基本药物、用品和物流系统的可用性。
- 明确现有转诊系统的状况。
- 明确医疗机构的环境卫生水平。
- 明确现有卫生信息系统的状况。

从其他相关部门得来的数据

- 营养状况
- 粮食和粮食保障
- 环境状况
- 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

死亡率监测表 1*

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（如果可以统计的话）：..... 本周迁出人数：.....

本周结束时的总人口：..... 五岁以下儿童人数：.....

	0-4 岁		5 岁以上		总计
直接原因	男性	女性	男性	女性	
急性下呼吸道感染					
霍乱（疑似病情）					
腹泻——粪便含有黏液脓血					
腹泻——粪便稀薄					
外伤——非意外导致的					
疟疾					
产妇死亡——直接死亡					
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——间接死亡					
非传染性疾病（指出具体的疾病）					
其他					
按年龄和性别总计					

** 当发生大规模死亡时且由于时间限制无法收集有关死者更详细的信息时使用此表。*

- 根据当地情境和流行病传播方式，可添加其他死因。

- 可以针对年龄做进一步分解（0-11 月龄、1-4 岁、5-14 岁、15-49 岁、50-59 岁、60-69 岁、70-79 岁、80 岁以上）。
- 死亡人数报告除了由医疗机构提供外，也包括当地领导者和宗教领导者、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。

死亡率监测表 2*

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（如果可以统计的话）：..... 本周迁出人数：.....

本周结束时的总人口：.....五岁以下儿童人数：.....

序号	性别（男，女）	年龄（天，月，年）	直接原因													根本原因						
			急性下呼吸道感染	霍乱（疑似病情）	腹泻——粪便含有黏液脓血	腹泻——粪便稀薄	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）	费传染性疾病（指出具体的疾病）	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）	死于医院或家里
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此表格；该表格支持按年龄进行分析，和按地点以及设施使用率进行疫情爆发调查。*

- 报告频率（每天或每周）取决于死亡人数。

- 按具体情形添加其他死因。

- 死亡人数报告除了由医疗机构提供外，也包括当地领导者和宗教领导者、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。

每周采样预警报告表 *

* 在灾害发生的紧急阶段且当患传染性疾病的风险很高时，使用本表

从周一：..... 至周日：.....

城镇 / 村庄 / 安置点 / 集中安置点：.....

省份：..... 地区：..... 分区：.....

地点名称：..... • 住院部 • 门诊部 • 医疗中心 • 流动诊所：

支持机构：..... 报告人员和联系电话：.....

总人口：..... 五岁以下儿童人数：.....

A. 每周收集数据

新病例：	发病率		死亡率		总计
	五岁以下	五岁及五岁以上	五岁以下	五岁及五岁以上	
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					
急性出血热综合症					
急性黄疸综合症					
急性弛缓性麻痹（AFP）					
破伤风					
其他发烧超过 38.5° C 的情况					
外伤 / 伤口					
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。
- 只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”。
- 死亡人数应只能依照死亡率部分的数据而不是发病率部分的数据进行报告。
- 用于监测每种情形的诊断标准应放在该表格的背面。
- 根据流行病和风险评估可增加或减少导致发病的原因。
- 预警监测的目的在于对流行性疾病进行早期检测。
- 如营养不良等疾病的相关数据应通过调查（患病率）而不是监测（发病率）获取。

B. 疫情爆发预警

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、小儿麻痹症、伤寒、破伤风、甲肝或戊肝、登革热、脑膜炎、白喉、百日咳、出血热

（该疾病清单视疾病流行国家的具体情况而定）。

日常采样发病率检测报告表 *

* 在紧急阶段之后，发病率监测范围可以从预警机制扩张至包含其他疾病、以及其他指标的监测

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（如果可以统计的话）：.....

本周 / 月迁出人数：.....

本周 / 月结束时的总人口：..... 五岁以下儿童人数：.....

发病率	五岁以下（新增病例）#			五岁及五岁以上（新增病例）			总计	反复发作的病例
诊断*	男性	女性	总人数	男性	女性	总人数	新个案	总人数
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								
急性出血热综合症								
急性黄疸综合症								
急性弛缓性麻痹								
破伤风								
其他发烧超过 38.5°C 的情况								
艾滋病——疑似病例***								
眼科疾病								
营养不良****								
外伤——意外导致的								
外伤——非意外导致的								
性传播感染								
生殖器溃疡病								
男性尿道分泌物								
阴道分泌物								
下腹部疼痛								
皮肤病								
非传染性疾病（如糖尿病）								
蠕虫								
其他疾病								
未知疾病								
总计								

** 可提供多次诊断：可根据具体情境和流行病传播方式添加或删减发病的原因。*
*** 急性呼吸道感染：在一些国家，该类疾病可分为上呼吸道感染和下呼吸道感染。*
**** 最好通过调查来评估艾滋病病毒和艾滋病患病率。*
***** 最好通过快速调查（中上臂围或体重比筛选）来评估营养不良患病率，因为通过监测只能发现前来寻求治疗的营养不良患者。*
 # 可以针对年龄进一步分解。

疫情爆发预警

任何时候当你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、痢疾 / 志贺氏菌病、麻疹、急性弛缓性麻痹、伤寒、破伤风、肝炎、登革热、脑膜炎、白喉、百日咳、出血热。

医疗机构访问人次	五岁以下			五岁及五岁以上			总计	
	男性	女性	总计	男性	女性	总计	男性	女性
总访问人次								

使用率：每人每年访问医疗机构的次数 = 一周内访问总次数 / 总人口 x 52 周

- 可以针对年龄做进一步分解（0-11 月龄、1-4 岁、5-14 岁、15-49 岁、50-59 岁、60 岁以上）。

每位临床医师巡诊次数：总访问次数（新增的和重复的访问）/ 医疗机构内全职等效临床医师人数 / 医疗机构一周的运营天数。

附录 3

关键医疗指标计算公式

粗死亡率（CMR）

定义：整个人口的死亡率，包括所有年龄段的男人和女人。

公式：

$$\frac{\text{一段时期内的总死亡人数}}{\text{中期面对风险的人口数量} \times \text{风险周期总天数}} \times 10{,}000\text{ 人} = \text{死亡人数 /10,000 人 / 天}$$

五岁以下儿童死亡率（U5MR）

定义：人口中五岁以下儿童的死亡率。

公式：

$$\frac{\text{一段时期内五岁以下儿童总死亡人数}}{\text{五岁以下儿童总人数} \times \text{周期总天数}} \times 10{,}000\text{ 人} = \text{死亡人数 /10,000 五岁以下儿童 / 天}$$

发病率

定义：在一定时期内处于患有某种疾病的风险人群中所出现的新增病例数量。

公式：

$$\frac{\text{一时期内特定疾病的新增病例数}}{\text{处于患病风险的人口数量} \times \text{周期内的月数}} \times 1{,}000\text{ 人} = \text{特定疾病新增病例数 /10,000 人 / 月}$$

病死率（CFR）

定义：因某种疾病导致的死亡人数与患有该疾病的人数的比例。

公式：

$$\frac{\text{某时期内因某种疾病导致的死亡人数}}{\text{该时期内的患病人数}} \times 100 = x\%$$

医疗机构使用率

定义：每人每年门诊次数。如果可以，应区分新症和旧症的访问，并且使用**新增访问**次数来计算医疗机构使用率。然而，要区分新增的和以前的访问通常比较困难，所以在灾害中时常采用总访问量来计算医疗机构的使用率。

公式：

$$\frac{\text{一周内总访问数}}{\text{总人口}} \times 52\text{ 周} = \text{访问数 / 人 / 年}$$

每位临床医师每天巡诊次数

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：

$$\frac{\text{一周内的总咨询次数}}{\text{医疗机构内全职等效（FTE*）临床医师人数}} \div \text{每周医疗机构运营天数}$$

** FTE 指的是在医疗机构内全职等效临床医师人数。例如，如果门诊部有六名临床医师，但是其中二人是半全职人员，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。*

参考资料和延伸阅读

信息来源

国际法律文件

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf

卫生体系

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public’s health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance.

Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (2008), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. http://helid.desastres.net/

传染病控制

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition.Geneva.

儿童健康

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2009), The State of the World’s Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

性健康和生殖健康

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_ 2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women’s Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. http://misp.rhrc.org/

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

外伤

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

心理健康

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva.
www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva.
www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

非传染疾病

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol. 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

延伸阅读

国际法律文件

Mann, J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

卫生体系

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

基本卫生服务

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.

SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR’s Priniciples and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

传染病控制

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson’s Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

儿童健康

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf

性与生殖健康

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations.

www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines
UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html
WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

外伤

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.
ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp
Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.
Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.
MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.
WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

心理健康

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/
WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

非传染性疾病

Fauci, AS et al (eds) (2008), Harrison’s Principles of Internal Medicine, 15th

edition. McGraw Hill Professional. New York.
Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.
Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.

附录

附录 1

体现人道主义宪章的关键文件

人道主义宪章提出了在灾害或冲突中有关人道主义行动和责任的共同信念和共性原则，并且这些共同信念和共性原则也体现了国际法中。下面带注解的关键文件列表包括与国际人权相关的最重要的国际法律文件、国际人道法（IHL）、难民法和人道主义行动。但是它并不代表区域性的法律法规和修订法案。该列表中还包括一些人道主义宪章中的其他指导方针、原则、标准和框架。在环球计划网站（www.sphereproject.org）可通过相关链接有选择地获取有关文件的更多资源。由于空间限制且这些文件是有关灾害或冲突的新增或特定部分，因此只为需要介绍或特别说明的文件提供注解。

按照不同主题，这些文件列在下列标题之下：

1. ***人权、保护和脆弱性***
2. ***武装冲突和人道援助***
3. ***难民和境内流离失所者（IDPs）***
4. ***灾害和人道援助***

为确保清楚地了解每个文件的状态，又将这些文件划分为以下子标题：

1. ***条约和惯例法（如适用）***
2. ***联合国和其他政府间正式通过的方针和原则***
3. ***人道主义政策框架、指导方针和原则***

1. 人权、保护和脆弱性

下列文件主要涉及世界条约和宣言中明确的人权。一些有关年龄（儿童和老人）、性别和残疾人的文件也包括在内，因为这些人群在灾害或冲突中是最脆弱的人群。

1.1. 人权、保护和脆弱性相关的条约和惯例法

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，一些受限的公民权利和政治权利可能被中止，这也符合公民权利和政治权利国际公约第四条（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（UDHR）》（1948）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/en/documents/udhr/index.shtml

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，在尊严及权利上一律平等。”

《公民权利和政治权利国际公约（ICCPR）》（1966）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 页以及 1057 卷第 407 页且正式生效。
www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

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 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。
www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm
“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的所有个人的权利，同时也应认识到“人民”自决的权利以及男女平等的权利。

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。

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；禁止因违反合约而监禁 *；自由迁徙和居住的自由；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 *。

《国际公约的经济、社会和文化权利（ICESCR）》（1966）是 1966 年 12 月 16 日联合国大会通过的 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。
www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

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。

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。

《反对任何形式的种族歧视（ICERD）》（1969）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。www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

《消除对妇女一切形式歧视公约（CEDAW）》（1979）是 1979 年 12 月 18 日联合国大会通过的 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。www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

《儿童权利公约（CRC）》（1989）是 1989 年 11 月 20 日联合国大会通过的 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。www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

《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 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。
www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

《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 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。
www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm

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（CRPD）》（2006）是 2006 年 12 月 13 日联合国大会通过的 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。
www2. ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

残疾人权利公约确保在所有人权条约下残疾人权利得以实现，以及增强人们关于残疾人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

《防止及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 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。www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

《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 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。
www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

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，国家人道主义宪章与人道救援响应最低标准应禁止向该区域遣返（驱回）任何人。

《国际刑事法院罗马规约》是 1998 年 7 月 17 的在罗马举行的外交会议上通过的，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/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument

规约第 9 条（犯罪要件）于 2002 年在国际刑事法庭（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，从而编纂出了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（即使被告人国籍所在的国家不是本条约的缔约国），对于本条约缔约国侨民或在其领土范围内犯下罪行也一样。

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 37/51 号决议。
www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

《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 46/91

号决议。www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

1.3. 有关人权、保护和脆弱性的人道主义政策框架、指导方针和原则

保护受灾人群：机构间常设委员会（IASC）有关人权和自然灾害问题操作指南（2006），机构间常设委员会。www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx

适用于自然灾害情况的国际法律和标准（IDLO 法律手册）（2009），国际发展法组织（IDLO）。www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

关于无成人陪伴的和失散儿童的机构间指导原则（2002），于 2009 年由红十字国际委员会（ICRC）、联合国难民事务高级专员（UNHCR）、联合国儿童基金会（UNICEF）、国际世界宣明会、英国救助儿童会、国际救援委员会联合制定。www.icrc. org

人道主义行动中的性别手册（2006），机构间常设委员会。www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader. aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh

紧急情况下的精神卫生和心理社会支持指南（2007），机构间常设委员会。www.humanitarianinfo.org/ iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

紧急情况、持续性危机以及早期重建期间的 INEE 最低教育标准（2007），2010 修订版，在紧急情况下的机构间的网络教育（INEE）（自 2008 年被正式确认为环球计划的配套标准）。www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

2. 武装冲突、国际人道法和人道援助

2.1. 有关武装冲突的条约和惯例法、国际人道法和人道援助

国际人道法（IHL）指定了暴力冲突转变成为“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、习惯性国际人道主义法律研究规则。

2.1.1. 核心国际人道法条约

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/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

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者病者的保护和治疗（日内瓦第一公约），对海上武装部队伤者病者的保护和治疗（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于非国际性冲突的公约的共同之处，以及现在在非国际性冲突中被视为惯例法的一些其他元素之外，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。但有很多国家都没有同意这两项附加议定书。

2.1.2. 关于受限或违禁武器的条约以及有关文化财产的条约

除了上述的“日内瓦公约”以外，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类型的公约，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/ihl.nsf）

2.1.3. 习惯性国际人道法

习惯性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，习惯性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。

习惯性国际人道法（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/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument）

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了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、国际人道法和人道援助的原则和方针

联合国安理会关于保护的“备忘录”（2002），2003 修订版（S/PRST/2003/27）.

www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

此文件不是一个对各国都有约束力的决议，但它是作为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。

联合国安理会关于在武装冲突中的性暴力和女性的决议，尤其是第 1820（2008）号，第 1888（2009）号和第 1889（2009）号决议

可在以下网站上按年份和编号查询所有的联合国安理会决议：

www.un.org/documents/scres.htm

2.3. 有关武装冲突、国际人道法和人道援助的人道主义政策框架、指导方针和原则

人道主义和人权行动者在武装冲突和其他暴力情形下开展保护工作的专业标准（2009），ICRC.（www.icrc.org）

3. 难民和境内流离失所者（IDPs）

联合国难民事务高级专员（UNHCR）——联合国难民署——具有特殊的法律授权以将难民保护在难民公约和议定书之下。联合国大会已授权与保护境内流离失所者的国家进行联络。更多相关信息请登录联合国难民事务高级专员网站进行获取。

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历史先河。

关于难民地位的公约（1951）（修订本），是 1951 年 7 月 2 日至 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的，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。

关于难民地位的议定书（1967），是 1966 年 12 月 16 日联合国大会通过的 2198（XXI）2 号决议，并被编入联合国条约集 606 卷第 267 页。（www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf）

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，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），是于 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的。（www.unhcr.org/45dc1a682.html）
该公约在 1951 年难民地位公约的基础上，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”。它还承认了非国家组织为迫害的元凶，且不需要难民证明其可能承受的风险。

《关于保护和救助非洲流离失所者的非洲公约》（坎帕拉公约）2009，是于 2009 年 10 月 22 日在乌干达坎帕拉举行的非盟难民问题特别首脑会议上通过的，且至

2010 年 10 月为止尚未生效。（www.unhcr.org/4ae9bede9.html）

这是首个关于境内流离失所者（IDPs）的多边公约。起初 17 个非盟成员国在 2009 年 10 月签署了该公约，但是要正式生效还需 15 个国家的正式加入 / 批准。

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），于 2005 年 9 月在纽约举行的由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.idpguidingprinciples.org/）

这些原则基于国际人道主义和人权法及类似的难民法，旨在作为一个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. 灾害和人道援助

4.1. 有关灾害和人道援助的条约

《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。（www.un.org/law/cod/safety.htm）

《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 日正式生效。（www.ocha.unog.ch/drptoolkit/PNormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions）

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，并向所有联合国行动提供法律保护，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。

《国际粮食援助公约》（1999），是 1995 年谷物贸易协定下一份单独的法律文件，且由粮食援助委员会通过国际谷物理事会（IGC）秘书处管理。

《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.unhcr.org/refworld/publisher,ICET98,,,41dec59d4,0.html）

《联合国气候变化框架公约（UNFCCC）》（1992），是 1992 年 6 月 4 日至 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。
http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

《联合国气候变化框架公约的京都议定书》（1997），是 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的，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。
http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/ items/1678.php

《联合国气候变化框架公约（UNFCCC）》和《京都议定书》关注以下两种迫切需求：一是实施适应气候变化和降低风险策略；二是提升有关地方当局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援助的原则和方针

《关于加强联合国人道主义紧急援助协调》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.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html）

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）。

《2005–2015 年兵库行动框架：增强国家和社区的抗灾能力》，是在 2005 年世界减灾大会上通过的。（www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm）
此文件为各国和人道主义机构提供了相关减灾策略，使他们能在实施紧急响应、恢复和备灾计划时结合减灾，将减灾与可持续发展相结合，并增强抗灾能力。

《国际救灾及灾后初期恢复的国内协助及管理准则（IDRL 指引）》（2007），是第 30 届红十字和红新月国际大会上通过的（参加者包括日内瓦公约的缔约国）。（www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp）

4.3. 有关灾害和人道援助的人道主义政策框架、指引和原则

国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救济行为守则（参见第 368 页“附录 2：行为守则”）。

国际红十字和红新月运动基本原则（1965），是在第 20 届国际红十字大会上通过的。
www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

“人道问责合作伙伴”有关人道主义问责的标准（2007），人道主义问责性伙伴关系（包括认证的国际人道主义领域的国际性自我监管机构）。（www.hapinternational.org）

人道主义捐助原则和良好做法（2003），经斯德哥尔摩会议上的捐助国、联合国机构、非政府组织、国际红十字和红新月运动批准，并由欧盟委员会和 16 个国家签署该协议。（www.goodhumanitariandonorship.org）

伙伴关系原则：2007 年的承诺，于 2007 年 7 月召开的全球人道主义平台会议上得到批准（联合国和非联合国人道主义组织之间的对话机制）。
www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

附录 2

行为守则

国际红十字与红新月运动和非政府组织灾害救援行为守则

由红十字与红新月国际联合会暨红十字国际委员会共同编制[1]

注释

*1 赞助单位：国际明爱会 *、天主教救援服务会（Catholic Relief Services）*、红十字会与红新月国际联合会 *、国际儿童救援组织（International Save the Children Alliance）*、世界信义会联会（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。*

目的

此一行为准则旨在捍卫我们的行为标准，并非跟操作细节有关，比如说怎样计算粮食配额或设置难民营。确切地说，这准则旨在灾害回应中维持非政府组织及国际红十字与红新月运动所追求的有关独立性、有效性与影响力的高标准。这是一份自愿性准则，由愿意接受本项准则的组织实行，以维护行为准则当中提到的标准。

在武装冲突事件中，现有的行为准则要在遵行国际人道法之下诠释与应用。

以下会先说明行为准则，另外还附带三项附录，阐述我们希望见到当地政府、捐赠方政府以及政府间国际组织之间创造出来的工作环境，以推动有效提供人道援助。

定义

非政府组织：非政府组织（NGOs）在此指独立于其成立当地国家政府的国家性及国际性组织。

非政府人道机构：在本项文件当中，非政府人道机构（Non-Governmental Humanitarian Agencies，简称 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、红十字与红新月国际联合会及其各国家红会）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。

政府间国际组织：政府间国际组织（Inter-Governmental Organisations，简称 IGOs）指称由两个或以上的政府组成的组织，因此，其内涵包括联合国机构以及区域性组织。

灾害：灾害是指导致生命损失、为人们带来伤痛与压力以及大规模物质损失的悲惨事件。

国际红十字和红新月运动和非政府组织灾害救援的行为守则

1. 人道使命优先

获得人道援助的权利，是每个国家每位人民都应享有的基本人道原则。身为国际社群的一份子，我们认可自己有责任在需要时提供人道援助。因此，在实现此项责任时，畅通无阻地接触到灾民具有其基本重要性。灾害响应的基本动机是要减轻最无法承受灾害所带来的压力的那些人群。当我们提供人道援助时，这并非党派或是政治行动，也不应以此种眼光来看待。

2. 提供援助时不管接收者的种族、信仰或国籍，也不作任何不当的区分，援助的优次仅以需求为衡量基准

可能的话，我们会根据对受灾者的需求和当地满足这些需求的能力作全面评估以提供救援协助。在我们整体救援方案当中，将会反映出均衡的考虑。当发现有人受痛苦时 , 痛苦必须得到减轻；在任何一国角落里的生命，都和其他地方一样宝贵。因此，当我们提供援助时，将反映出我们希望减轻多大程度上的痛苦。在实施此方法时，我们认识到妇女在受灾社群中扮演的重要角色，并保证在我们的援助中，她们的角色得到支持和不被剪除。在实施这种通用、公正且独立的政策时，要发挥效果只有靠我们以及伙伴获得所需的资源，以提供公平的救援，并让所有灾民都能获得平等的援助。

3. 援助不会用来推动特殊政治或宗教观点

人道救援援助将根据个人、家庭以及社群的需要来提供。尽管非政府人道救援机构有权利支持特定的政治或宗教意见，我们坚称援助不可取决于接受者是否听从这些意见。我们不会将承诺、提供援助以及分发物资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之外的机构，因此，我们建构自己的政策以及执行策略，除非政府政策和我们自身的政策正好相符，否则我们不会执行任何政府政策。我们绝不会有意（或无意）让我们自己或我们的员工，被利用为政府或其他非纯粹是人道救援的单位收集政治、军事或经济带有敏感性的信息，也不会为捐赠方政府执行外交政策。我们将会使用收到的援助响应需求，这些援助不会基于捐赠方需处理剩余物资的需要和个别捐赠人的政治利益而实施。我们重视和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，并且认可这类自发行动的独立性。为了保障我们的独立性，我们将会避免依赖单一资金来源。

5. 我们尊重文化和习俗

我们努力尊重工作所在地的社群及国家文化、架构与习俗。

6. 我们会尽力利用当地能力来建立灾害响应方案

所有人和社群都拥有能力以及脆弱性，就算在灾害中也如是。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作为伙伴，在规划与执行上一同合作，并在适当时跟当地政府组织合作。我们会将合宜的紧急响应协调列为高优先次序，这方面在那些最直接参与救援行动群体所关注的国家内做得最好，这协调也应包括联合国相关机构的代表。

7. 应设法让接收者参与救援的管理

不应强迫灾民接受灾害响应援助。目标接受者若能参与救援方案的设计、管理与执行，救灾以及持续重建工作可以达到最佳效果。在救灾以及重建方案当中，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

不管是正面或是负面，所有救援行动都会影响到长期发展前景。我们认可这一点，

将会尽力执行能有效降低受助者未来面临灾难时脆弱性、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依赖外界援助。

9. 我们会对我们要援助对象和那些我们接收资源的人问责

在灾害发生期间，我们通常扮演着那些渴望提供援助者以及需要协助者之间的组织性链接作用。因此，我们均向双方问责。我们和捐赠者与受助者之间的往来关系，应反映出公开和透明的态度。我们认同必须报告我们的活动，而且必须从财务面与效果面两方进行。我们认可有责任确保援助物资的分发获得适当的监督，并要针对灾害援助的影响作定期评估。我们也会设法以公开的方式汇报工作效果，以及限制或强化该项效果的因素。我们的方案将会以高标准的专业性与专业技能为基础，以尽量避免浪费珍贵资源。

10. 在信息传播、宣传以及广告活动中，我们将灾民视为有尊严的个人，而非无助的对象

在行动当中，不可失去对灾民的尊重，应将灾民视为对等伙伴。在我们的公开信息当中，应描绘灾害情况的客观影响，强调灾民的能力与渴望，而非他们的弱势与恐惧。虽然我们会因为要加强公众响应而和媒体进行合作，我们绝不会让公关活动的内、外部需求僭越要尽量发挥整体救援成效的原则。如果媒体曝光度将会损害提供给接受对象的服务，或是伤害我们工作人员和灾民的安全，我们将不会和其他灾害响应的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，而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、当地政府以及其他政府间国际组织（主要是联合国机构）创造出来的工作环境，以强化提供人道救援机构参与灾害应变行动时的效果。

以下所述指导方针仅作为指导之用；这些指导方针并无法律效力，我们也并未期待政府或政府间国际组织透过签署任何文件表达他们接受这些方针；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，让伙伴能了解我们希望和他们建立一种怎样的理想关系。

附录 I: 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的独立、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，以利提供人道援助。这是当地政府的责任，也是施行主权责任的一部份，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，特别是应豁免转机要求、出入境签证，或应安排迅速核可这一类要求。在紧急灾难救援期间，政府应针对国际救援必需品与人员的空中运输发出过境及降落许可。

3. 在灾难期间，政府应促使救援物资与信息及时流通

购买后带入该国的救援必需品与设备，必须仅用于减轻群众痛苦的目标，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，或是限于进口税赋、落地费用或港口费等。

暂时进口必要救援设备，如车辆、轻型飞机以及电讯设备，接受国政府应透过暂时豁免执照或登记的要求，以利通关。同样的，救援行动结束时，政府不应限制救援设备再度运出。

为了加强灾害时的通讯，应鼓励当地政府指定某些无线电频道，让救难组织可以

用作国内及国际通讯，进行灾害期间的通讯；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讯方式，以进行救援行动。

4. 政府应设法对灾害讯息以及规划服务的提供加以协调

灾害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，将会大幅提升规划及沟通协调的效率。所以，应敦促政府为非政府人道机构此类信息。

为了促进有效的沟通协调，并能有效率地利用救援工作，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之间进行联系。

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 II: 对于捐赠方政府的建议

1. 捐赠方政府应认可非政府人道机构的独立、人道与公正行动

非政府人道机构是独立单位，捐赠方政府应尊重其独立性及公正性。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与物质协助，与将这些资源交给灾民时的精神相同；这都是一种人道且独立的行动。执行救援行动最终是非政府人道机构的责任，会根据该机构的政策执行。

3. 捐赠方政府应运用其影响力，协助非政府人道机构接触到灾民

捐赠方政府应认可承担一定程度的责任以保障非政府人道机构人员能安全、自由地进入灾区的重要性。

附录 III: 对政府间国际组织的建议

1. 政府间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和联合国以及其他跨政府国际机构相互合作，好让灾难应变行动发挥更大效果。非政府人道机构从事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；跨政府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. 政府间国际组织要协助当地政府，为国际及当地灾难救援工作提供整体的沟通协调架构

非政府人道机构不是经常获得授权，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及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，非政府人道救援机构都应尽全力对所提供的服务进行有效的协调。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. 政府间国际组织应将为联合国组织提供的安全保护扩大到非政府人道机构

在有为政府间国际组织提供安全保护之地，必要时，此项服务应扩大至其正在运作的非政府人道机构伙伴。

4. 政府间国际组织为非政府人道机构提供的相关信息，程度应如同为联合国组织提供的信息

应敦促政府间国际组织分享信息，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信息。

附录 3

缩写词和首字母缩略词

ACT artemisinin-based combination therapy（青蒿素类复方疗法）

ALNAP Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action （人道行动责任与表现积极学习网）

ART anti-retroviral therapy （抗逆转录病毒治疗）

ARV anti-retroviral （抗逆转录病毒）

BCPR Bureau for Crisis Prevention and Recovery (UNDP) （联合国开发计划署危机预防及恢复局）

BEmOC basic emergency obstetric care （基本紧急产科保健）

BMI body mass index (身体质量指数)

BMS breastmilk substitutes (母乳代用品)

BTS blood transfusion service (输血服务)

CDC Centers for Disease Control and Prevention （疾控中心）

CE-DAT Complex Emergency Database （复杂紧急数据库）

CEDAW Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women 《消除对妇女一切形式歧视公约》

CEmOC comprehensive emergency obstetric care （全面紧急产科保健）

CFR case fatality rate （病死率）

CHW Community Health Worker （社区卫生工作员）

CIHL Customary International Humanitarian Law（习惯国际人道法）

cm centimetre （厘米）

CMR crude mortality rate （粗死亡率）

CRC Convention on the Rights of the Child 《儿童权利公约》，

CRPD Convention on the Rights of Persons with Disabilities《残疾人权利公约》

CRS Catholic Relief Services （天主教救济服务会）

CTC cholera treatment centre （霍乱治疗中心）

DAC Development Assistance Committee （发展援助委员会）

DPT diphtheria, pertussis and tetanus （白喉、百日咳、破伤风）

ECB Emergency Capacity Building (Project) （紧急救援能力建设（项目））
ENA Emergency Nutrition Assessment （紧急救援营养评估）
EPI Expanded Programme on Immunization （免疫扩展项目）
ETAT Emergency Triage, Assessment and Treatment（紧急救援工作，评估和治疗）
EWARN early warning （预警）
FANTA Food and Nutrition Technical Assistance （粮食和营养技术援助）
FAO Food and Agriculture Organization of the United Nations（联合国农粮署）
FTE full-time equivalent （全职）
GMO genetically modified organism （转基因）
HAP Humanitarian Accountability Partnership （人道主义责任伙伴关系）
HIS health information system （健康信息系统）
IASC Inter-Agency Standing Committee （机构间常设委员会）
ICC International Criminal Court （国际刑事法院）
ICCPR International Covenant on Civil and Political Rights （公民权利和政治权利国际公约）
ICERD International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 《消除一切形式的种族歧视国际公约》
ICESCR International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 《经济、社会、文化权力国际公约》
ICRC International Committee of the Red Cross （红十字国际委员会）
ICVA International Council of Voluntary Agencies （国际志愿者委员会）
IDLO International Development Law Organization （国际法律发展组织）
IDP internally displaced person （境内流离失所者）
IFE infant feeding in emergencies（紧急情况下的婴幼儿喂养）
IFPRI International Food Policy Research Institute （国际粮食政策研究所）
IFRC International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies （红十字与红新月国际联合会）
IGC International Grains Council （国际谷物理事会）
IHL international humanitarian law （国际人道法）
IMAI Integrated Management of Adult Illness （成人疾病综合管理）
IMCI Integrated Management of Childhood Illnesses （儿童期疾病综合管理）
IMPAC Integrated Management of Pregnancy and Childbirth （妊娠和分娩综合管理）

INEE Inter-Agency Network for Education in Emergencies （紧急情况下机构间的网络教育）
IPC infection prevention and control （感染的预防和控制））
IRC International Rescue Committee （国际救援委员会）
IRS indoor residual spraying （室内残留喷洒）
ISPO International Society for Prosthetics and Orthotics （国际矫形和假肢协会）
IYCF infant and young child feeding （婴幼儿喂养）
Km kilometer （公里）
LBW low birth weight （低出生体重）
LEDS light-emitting diodes （发光二极管）
LEGS Livestock Emergency Guidelines and Standards （牲畜紧急指引和标准）
LLIN long-lasting insecticide-treated net （长效经杀虫剂处理的蚊帐）
MISP Minimum Initial Service Package （最小初始服务包）
MOH Ministry of Health （卫生部）
MSF Médecins sans Frontières （无国界医生）
MUAC mid upper arm conference （中上臂围）
NCDs non-communicable diseases （非传染性疾病）
NCHS National Center for Health Statistics （国家卫生统计中心）
NFI non-food item （非粮食物品）
NGO non-governmental organisation （非政府组织）
NICS Nutrition in Crisis Information System （危机中的营养信息系统）
NRC Norwegian Refugee Council （挪威难民委员会）
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）
OECD Organisation for Economic Co-operation and Development （经济合作与发展组织）
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）
ORS oral rehydration salts （口服补液盐）
PAHO Pan American Health Organization （泛美卫生组织）

PEP post-exposure prophylaxis （接触后预防措施）
PLHIV people living with HIV （艾滋病病毒感染者）
PLWHA people living with HIV and AIDS （艾滋病患者）
PMTCT prevention of mother-to-child transmission (of HIV)
（艾滋病病毒母婴传播预防）
PoUWT point-of-use water treatment （使用水处理点）
Q&A quality and accountability （质量与问责）
RH reproductive health （生殖健康）
RNI reference nutrient intakes （参考性营养摄入量）
SCM supply chain management （供应链管理）
SEEP Small Enterprise Education and Promotion (Network)
（小型企业教育和推广（网络））
SKAT Swiss Centre for Appropriate Technology （瑞士适当技术中心）
SMART Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
（救援和过渡标准化监测和评估）
STIs sexually transmitted infections （性传播感染）
TB tuberculosis （肺结核）
TIG tetanus immune globulin （注射破伤风免疫球蛋白）
U5MR under-5 mortality rate （五岁以下儿童的死亡率））
UDHR Universal Declaration of Human Rights （世界人权宣言）
UN United Nations （联合国）
UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS （联合国艾滋病规划署）
UN-DDR United Nations Disarmament, Demobilization and Reintegration
（联合国裁军、复员和重返社会署）
UNDP United Nations Development Programme （联合国开发计划署）
UNFCCC United Nations Framework Convention on Climate Change
（联合国气候变化框架公约）
UNFPA United Nations Population Fund（联合国人口基金）
UN-Habitat United Nations Human Settlements Programme （联合国人居署）
UNHCR Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
（UN RefugeeAgency）
（联合国难民事务高级专员办事处（联合国难民机构））
UNICEF United Nations Children’s Fund （联合国儿童基金会）

UNISDR United Nations International Strategy for Disaster Reduction （联合国国际减灾战略）

USAID United States Agency for International Development （美国国际开发署）

VCA vulnerability and capacity analysis （脆弱性及能力分析）

VIP ventilated improved pit (latrine) (通风改良坑式厕所)

WASH water supply, sanitation and hygiene promotion （供水，环境卫生及卫生促进）

WEDC Water, Engineering and Development Centre （水、工程和开发中心）

WFH weight for height （身高体重比）

WFP World Food Programme （世界粮食计划署）

WHA World Health Assembly （世界卫生大会）

WHO World Health Organization （世界卫生组织）

WSP water safety plan （水安全计划）

索引

A

acute malnutrition 急性营养不良 见营养不良
accommodation 住宿 240, 246, 252, 254, 255, 256, 259, 260, 263, 274
accountability 问 责 ii, iii, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 24, 53, 57, 70, 74, 75, 76, 77, 91, 159, 187, 188, 192, 193, 202, 367, 377, 378, 379
administrative offices 行政办公室 256
aid agencies 援助机构 见人道注意机构
AIDS 艾滋病 见艾滋病病毒和艾滋病
aid worker 援助工作者 7, 50, 52, 53, 54, 61, 63, 71, 72, 73, 76, 86, 148, 236, 247, 294
anthropometric survey 人体检测调查 155, 156, 221, 223artifcial feeding 人工喂养 见喂养
assistance 援助 iii, vi, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 53, 56, 57, 60, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 75, 78, 83, 86, 92, 143, 144, 149, 150, 163, 175, 176, 179, 197, 198, 199, 202, 203, 231, 233, 236, 237, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 256, 260, 262, 263, 264, 268, 269, 270, 277, 279, 280, 281, 285, 291, 294, 299, 313, 325, 353, 356, 361, 363, 364, 365, 366, 369, 370, 371, 372, 373, 375, 378
assessment 评估 见初始评估，需求评估和风险评估

B

bathing 洗澡 见冲洗
bedding 睡 床 112, 113, 240, 241, 242, 244, 252, 268, 271, 272, 282
也见非粮食物品 (NFIs)
也见温度舒适
beriberi 脚气病 156, 173, 181
best practice 最佳实践 4, 173, 186, 254, 263
biological weapons 生化武器 362
birth attendents 接生员 125, 325, 326
也见妇女
boys 男孩 15, 21, 32, 53, 61, 66, 75, 130, 237, 271, 272, 286
也见儿童
Breastfeeding 母乳喂养 158, 160, 161, 162, 163, 165, 168, 169, 171, 172, 179, 180, 182, 185, 218, 219, 220, 221, 227, 229, 256, 324
breastmilk 母乳 159, 161, 162, 163, 219, 377
也见牛奶
也见补充性喂养
burial 葬礼 43, 57, 119, 120, 191, 255, 300
适合文化的葬礼 43, 255

C

camps 集中安置住所 33, 34, 37, 63, 114, 178, 193, 240, 245, 246, 249, 251, 254, 257, 285, 319
也见安置
也见住所
caregivers 照 顾 者 107, 158, 160, 161, 163, 172, 183, 184, 198, 218, 220, 222
case fatality rate 病死率 317, 319, 320, 347, 377
cash and voucher transfer 现金和代用券发放 11, 94, 140, 141, 142, 145, 147, 152, 153, 160, 166, 170, 175, 176, 178, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 210, 268, 304
也见食物发放
cash for work 以工代赈 201, 209, 210, 253
children 儿童 iv, v, vi, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 31, 35, 40, 42, 43, 45, 57, 63, 64, 66, 73, 76, 91, 92, 94, 96, 99, 104, 106, 107, 108, 110, 113, 119, 125, 130, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 178, 179, 180, 182, 185, 186, 195, 196, 198, 218, 219, 220, 221, 225, 226, 229, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 255, 257, 260, 272, 273, 275, 278, 279, 282, 284, 289, 290, 298, 306, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 320, 321, 322, 323, 324, 328, 329, 334, 338, 346, 349, 350, 352, 357, 358, 359, 361, 368, 377, 379, 380
也见婴儿
也见脆弱性人群
cholera 霍乱 81, 82, 86, 103, 129, 131, 132, 149, 248, 295, 300, 316, 317, 318, 319, 320, 341, 342, 343, 345, 352, 378
chronic diseases 慢性疾病 166, 315
chronic malnutrition 慢性营养不良 见营养不良
civil society organisations 民间组织 10, 58, 59, 85, 147, 193, 246

climate change 气候变化 v, 10, 11, 12, 14, 64, 68, 153, 206, 234, 246, 263, 266, 292, 365, 366, 380
clinicians 临床医生 222, 302, 306, 345, 347, 353
clothes 衣服 22, 98, 104, 112, 113, 116, 118, 120, 132, 210, 219, 229, 240, 241, 242, 244, 252, 268, 269, 271, 272, 282, 358
也见非粮食物品 (NFIs)
也见温度舒适
保护性衣服 116, 118, 120, 210
CMR 见 粗死亡率
Code of Conduct 行为守则 1, 2, 24, 37, 56, 72, 353, 366, 368, 369, 370
communicable disease 传染性疾病 42, 115, 120, 168, 182, 219, 261, 289, 290, 293, 299, 300, 305, 306, 309, 311, 312, 314, 315, 316, 319, 320, 323, 349, 352
也见疾病
也见非传染性疾病
community mapping 社区图 101
community mobilisation 社区动员 91, 92, 93, 101, 111, 164, 166, 170
Community health workers 社区卫生工作员 125, 301, 316, 377
conflict 冲突 ii, v, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 36, 38, 39, 40, 44, 45, 53, 54, 55, 62, 63, 65, 67, 75, 76, 83, 126, 144, 153, 175, 178, 189, 191, 204, 207, 218, 231, 233, 251, 253, 255, 279, 291, 309, 311, 317, 331, 333, 350, 351, 353, 356, 357, 359, 361, 362, 363, 369, 374, 376
construction materials 建设物料 109, 246, 250, 260, 265, 266, 271, 280, 281
cooking 煮食 34, 35, 83, 97, 98, 100, 103, 104, 113, 131, 178, 179, 182, 184, 185, 194, 197, 198, 242, 243, 244, 247, 255, 257, 259, 260, 261, 269, 270, 273, 274, 275, 282, 352
也见燃料
也见炉灶
也见煮食用具 see also utensils
coordination 协调 v, vi, 5, 7, 10, 11, 13, 24, 31, 39, 44, 50, 52, 53, 58, 59, 60, 69, 71, 74, 85, 93, 95, 118, 119, 120, 142, 147, 155, 159, 160, 188, 189, 190, 202, 203, 206, 233, 247, 249, 250, 278, 285, 288, 290, 293, 298, 307, 308, 309, 312, 320, 322, 325, 326, 331, 333, 366, 374, 375, 379
coping strategies 应对策略 15, 16, 86, 145, 149, 153, 175, 176, 177, 215, 231, 244, 248, 251, 295
core standard 核心标准 ii, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 20, 22, 24, 32, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 80, 82, 83, 85, 86, 89, 140, 142, 143, 148, 200, 218, 240, 242, 247, 250, 270, 288, 290, 294
也见人道注意宪章
也见最低标准
也见保护原则
crude mortality rate 粗死亡率 (CMR) 292, 310, 311, 339, 346, 377
也见五岁以下儿童死亡率 (U5MR)
Cultural practices 文化习俗 17, 96, 98, 204, 259, 272, 273

D

data 数据 35, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 87, 98, 109, 113, 124, 149, 155, 156, 218, 220, 221, 222, 232, 235, 248, 278, 292, 295, 305, 306, 307, 309, 311, 313, 318, 319, 322, 336, 338, 340, 342, 343, 351, 377
也见评价
也见监督
数据保密 35, 307
分解 61, 62, 63, 64, 65, 87, 109, 124, 149, 248, 278, 295, 306, 307
decision 决策 14, 15, 24, 56, 59, 70, 84, 150, 155, 157, 202, 216, 305, 306
dengue 登革热 111, 115, 131, 312, 313, 314, 318, 320, 343, 345
diagnosis 诊断 11, 113, 114, 115, 164, 173, 174, 290, 299, 314, 315, 318, 319, 320, 337, 343, 344, 354
也见疾病
diarrhoea 腹泻 84, 95, 100, 101, 102, 110, 111, 114, 115, 131, 163, 168, 173, 174, 183, 219, 299, 311, 314, 318, 320, 323, 324, 341, 342, 343, 344
diphtheria 白喉 321, 322, 323, 324, 332, 343, 345, 378
也见 DPT

disabled people see persons with disabilities 残障人士 见残障人士
disaster-affected people 受灾人们 ii, 53, 54, 56, 71, 84, 86, 98, 111, 114, 148, 176, 184, 202, 247, 262, 273, 294
disaster-affected population 受灾人群 5, 7, 9, 11, 30, 33, 55, 56, 61, 63, 65, 67, 71, 73, 83, 86, 88, 94, 106, 116, 121, 143, 148, 152, 166, 176, 178, 180, 192, 193, 198, 200, 202, 203, 208, 211, 247, 249, 250, 251, 254, 255, 258, 264, 265, 269, 271, 273, 274, 275, 278, 282, 291, 294, 297, 298, 304, 314, 327, 338
disaster preparedness 备灾 5, 10, 54, 62, 68, 73, 80, 140, 159, 240, 288
disaster resposne 灾害响应 4, 14, 17, 20, 72, 85, 86, 106, 109, 147, 149, 179, 201, 212, 246, 248, 270, 288, 293, 294, 296, 298, 303, 304, 306, 317, 321, 327, 329, 330, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376
disaster 灾害 ii, iii, v, vi, 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 37, 39, 40, 42, 44, 45, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 91, 92, 98, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 117, 118, 119, 120, 124, 125, 130, 136, 137, 140, 144, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 164, 165, 171, 176, 177, 179, 183, 185, 193, 194, 195, 198, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 212, 214, 215, 216, 217, 227, 233, 237, 240, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 259, 260, 263, 264, 265, 266, 268, 270, 271, 278, 279, 282, 284, 285, 286, 288, 292, 293, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 303, 304, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 315, 317, 321, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 338, 339, 347, 348, 349, 350, 351, 356, 357, 360, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 380
也见初始评估
也见城市灾害
disease 疾病 42, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 98, 100, 101, 105, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 120, 124, 127, 131, 136, 144, 145, 146, 149, 158, 166, 168, 173, 174, 182, 183, 198, 205, 206, 219, 234, 243, 244, 248, 253, 258, 261, 289, 290, 292, 293, 295, 296, 299, 300, 305, 306, 309, 311, 312, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 336, 337, 339, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 349, 351, 352, 354, 377, 379
也见传染性疾病
也见慢性疾病
也见粪便相关疾病
也见微量元素缺乏
也见病媒传播疾病
也见水传播疾病
displaced populations 紧急转移人群 114, 235, 244, 245, 246, 247, 249, 251, 252, 255, 257, 264, 269, 279, 280, 281, 284, 321, 349, 352, 353
disposal of dead bodies 尸体处理 118, 136
distribution systems 发放系统 179, 193
'do no harm' (principle)' 无害' (原则) 175, 205
DPT(diphtheria,pertussis and tetanus) (白百破) 321, 324, 332, 378
也见白喉
也见百日咳
也见破伤风
drainage 排水 80, 81, 82, 84, 88, 101, 106, 111, 114, 115, 117, 121, 122, 123, 127, 128, 136, 243, 256, 260, 261, 267, 313
也见地下水
也见污染
也见雨水
也见地表水
drought 干旱 99, 144, 178, 206, 212, 213
drugs 药物 15, 73, 118, 290, 296, 302, 303, 315, 328, 329, 330, 334, 348
也见基本药物
也见医疗用品
药物管理 303

E

early warning system 预警系统 85, 147, 152, 210, 234, 246, 292, 317
earthquake 地震 144, 251, 253, 293, 331
eating utensils 食用器具 见煮食器具

employment 雇佣 93, 142, 146, 152, 175, 177, 202, 204, 208, 209, 210
environmental impact 环境影响 76, 97, 178, 242, 246, 250, 253, 265, 266, 281, 285
EPI 见免疫扩展项目
erosion 侵蚀 64, 121, 122, 123, 176, 177, 211, 256, 265, 266, 267
  资产侵蚀 177, 211
essential health services 基本卫生服务见卫生服务
essential medicines 基本药物 298, 302, 303, 318, 323, 337, 339, 349
  也见药物
  也见医疗用品
evaluation 评估 v, 5, 8, 9, 11, 14, 46, 54, 69, 70, 75, 77, 78, 86, 92, 135, 148, 176, 178, 179, 190, 192, 196, 200, 207, 247, 251, 288, 294, 303, 310, 319, 320
  也见数据
  也见监督
excreta 粪便 80, 81, 82, 84, 88, 92, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 122, 126, 127, 132, 136, 137, 256, 312
  也见厕所
  也见废物处理
粪便处理 80, 81, 82, 84, 88, 92, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 122, 126, 127, 136, 137, 256, 312
excreta-related disease 粪便相关疾病 81, 82, 84, 105, 107, 113, 131
  也见疾病
Expanded Programme on Immunization 免疫扩展项目 (EPI) 321, 322, 378

F

faeco-oral diseases 粪便和口相关的疾病 见疾病
faecal contamination 粪便污染 105, 106
feeding 34, 103, 112, 115, 129, 130, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 173, 174, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 196, 197, 198, 218, 220, 221, 222, 231, 235, 236, 237, 238, 313, 324, 329, 378, 379
  也见补充性喂养
  也见营养不足
field hospitals 临时医院 297, 299
  也见健康中心
  也见医院
  也见流动诊所
first aid 急救 73, 76, 331, 332, 334, 335, 350
fixings 维修 见工具
file 档案 111, 112, 114, 115, 117, 119, 131
flooding 泛滥 117, 122, 128, 190, 209, 251, 253, 256, 266, 267, 293
floods 洪水 14, 64, 106, 108, 109, 110, 121, 122, 144, 206, 253, 293
food 粮食 iv, 1, 2, 4, 7, 22, 24, 34, 45, 66, 76, 83, 89, 92, 94, 95, 98, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 119, 126, 132, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 218, 219, 222, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 243, 244, 247, 251, 254, 256, 257, 259, 260, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 285, 291, 292, 293, 304, 312, 313, 336, 340, 352, 358, 365, 369, 378, 380
  也见煮食
  也见食物发放
  也见营养不良
  也见微量元素
  也见营养
  也见营养不足
  获得食物 144, 160, 179, 181, 183, 184, 198, 222
  食物准备 108, 126, 147, 197, 198, 259, 263, 270, 273, 274
  口粮 34, 165, 181, 182, 183, 186, 192, 369
  食物储存 89, 113, 185, 236, 243, 256, 260, 269
  转基因食品 187
food aid 食物援助 iv, 162, 182, 183, 233, 235, 365
food insecurity 粮食得不到保障 144, 145, 146,

150, 151, 152, 168, 177, 178, 203, 212, 231, 233, 234
food security 粮食保障 iv, 1, 2, 4, 7, 94, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 166, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 254, 264, 268, 270, 271, 275, 292, 304, 313, 340, 352
food security assessments 粮食保障评估 151, 183, 214, 232, 233
food transfers 食物发放 140, 141, 142, 147, 152, 153, 156, 160, 164, 168, 174, 175, 178, 179, 180, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 206, 209, 210, 213, 230, 264, 271, 275
也见现金和代用券发放
Freedom of movement 移动的自由 36, 38, 39, 358
fuel 燃料 35, 163, 178, 184, 185, 194, 197, 198, 233, 242, 247, 252, 255, 266, 269, 274, 275, 281, 282, 286
也见煮食
也见炉灶

G

gender-based violence 性别暴力 31, 40, 42, 45, 63, 84, 86, 149, 195, 235, 248, 295, 352
Geneva Conventions 日内瓦公约 22, 37, 144, 361, 362, 366
girls 女孩 15, 21, 32, 40, 53, 58, 61, 63, 64, 66, 75, 84, 86, 94, 96, 104, 107, 110, 124, 130, 149, 153, 210, 237, 248, 271, 272, 275, 286, 294
也见儿童
也见性别暴力
也见妇女
groundwater 地下水 98, 105, 106, 107, 108, 117, 119, 122, 123, 126, 127
也见排水
也见污染
也见雨水
也见水资源

H

hand washing 洗手 104, 107, 108, 110, 121, 122, 129
也见肥皂
也见冲洗
healthcare 健康照护 24, 32, 42, 43, 119, 137, 144, 161, 210, 211, 243, 246, 255, 256, 261, 264, 292, 297, 299, 300, 303, 304, 314, 316, 323, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 335, 337, 339
health centre 健康中心 103, 108, 124, 129, 154, 156, 296, 297, 325, 326, 343
也见临时医院
也见卫生人员
也见医院
也见流动诊所
health education 健康教育 12, 200, 270, 297, 312, 313, 314, 323, 340, 358
health facilities 卫生设备 118, 125, 132, 170, 250, 253, 281, 291, 293, 297, 299, 301, 303, 305, 306, 314, 317, 323, 324, 326, 327, 328, 331, 332, 334, 339, 341, 342, 345, 347, 348, 353
health impact 健康影响 292, 293
health services 卫生服务 42, 43, 73, 111, 115, 146, 148, 156, 162, 163, 165, 167, 168, 170, 171, 174, 182, 199, 209, 219, 250, 261, 288, 289, 290, 292, 294, 296, 297, 298, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 320, 321, 323, 325, 328, 331, 333, 334, 335, 336, 351
获得卫生服务 209, 292, 298, 304, 307, 309, 310, 333
基本卫生服务 42, 43, 73, 115, 156, 162, 163, 168, 171, 174, 182, 219, 261, 288, 289, 290, 292, 296, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 320, 321, 323, 325, 328, 331, 333, 336, 351
health workers 卫生人员 125, 162, 238, 301, 302, 303, 315, 316, 331, 349
hepatitis(A,B,C) 甲肝，乙肝，丙肝 118, 120, 131, 300, 327, 343, 345
HIS 见健康信息系统
HIV/AIDS 艾滋病病毒和艾滋病 v, 11, 12, 15, 16, 17, 64, 67, 77, 85, 86, 99, 104, 109, 134,

149, 160, 162, 163, 166, 168, 170, 171, 172, 178, 183, 194, 198, 210, 219, 221, 227, 230, 235, 236, 237, 248, 290, 294, 295, 300, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 337, 341, 342, 344, 349, 352, 353, 379, 380
也见艾滋病患者
hospitals 医 院 39, 103, 117, 129, 130, 291, 296, 297, 299, 313, 323, 324, 326, 328, 330, 335, 336, 341, 342, 349, 350, 353
也见临时医院
也见卫生人员
也见医院
也见流动诊所
host communities 寄宿社群 69, 253, 255, 281
host families 寄宿家庭 63, 118, 240, 246, 251, 257, 268, 279
household waste 住户废物 117, 119
也见废物管理
housing 住房 见住所
housing ownership 住房拥有权 见拥有权
human rights 人权 6, 15, 21, 22, 23, 32, 44, 46,

58, 65, 67, 71, 83, 243, 284, 285, 307, 325, 336, 348, 351, 356, 357, 359, 360, 363, 364, 379, 380
也见权利
humanitarian agencies 人道主义机构 5, 6, 9, 10, 20, 21, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 71, 83, 85, 143, 147, 148, 189, 243, 246, 247, 291, 294, 338, 366, 369
humanitarian aid 人道主义援助 6, 11, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 33, 36, 37, 40, 42, 67, 73, 75, 78, 83, 143, 176, 243, 291, 356, 361, 363, 365, 366, 369, 370, 372, 373
Humanitarian Chapter 人道主义宪章 ii, iii, iv, 1, 2, 4, 5, 6, 15, 19, 20, 24, 26, 28, 29, 36, 37, 38, 52, 53, 66, 67, 78, 82, 83, 142, 143, 238, 242, 243, 286, 290, 291, 356
也见核心标准
也见最低标准
也见保护原则
humanitarian crises 人道主义危机 iii, 292, 336, 351
hygiene promotion 卫生促进 iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 100, 102, 103, 105, 106, 110, 124, 125, 135, 198, 268, 270, 312, 320, 380
也见供水，环境卫生和卫生促进

I

IDP 见境内流离失所者
IMAI 见成人疾病综合管理
IMCI 见儿童期疾病综合管理
接种疫苗 118, 120, 156, 168, 299, 318, 322, 324, 332, 349
也见防疫
infants 婴儿 92, 96, 107, 112, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 168, 170, 171, 172, 174, 182, 185, 186, 196, 198, 218, 219, 220, 221, 226, 231, 232, 235, 260, 271, 272, 275, 282, 313, 321, 322, 324, 329, 378, 379
也见母乳喂养
也见儿童
也见弱势人群
Infectious diseases 传染性疾病 见传染性疾病
Initial assessment 初始评估 61, 62, 75, 81, 82, 86, 124, 148, 150, 154, 155, 232, 247, 250, 270, 278, 294
也见需求评估
也见风险评估
injury 外伤 23, 45, 72, 73, 119, 209, 289, 290, 292, 293, 299, 307, 309, 331, 332, 333, 341, 342, 343, 344, 350, 353
inpatient 住院病人 129, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 221, 297, 315, 343
也见出院病人
insects 昆虫 112, 113, 131, 188, 312
Integrated Management of Adult Illnesses 成人疾病综合管理 (IMAI) 314, 315, 378
Integrated Management of Childhood Illnesses 儿童期疾病综合管理 (IMCI) 314, 315, 323, 324, 349, 378
integration 综合 153, 201, 238, 327
internally displaced persons(IDP) 境内流离失所者 22, 23, 31, 46, 144, 209, 339, 350, 353, 356, 363, 364, 378
也见寄宿家庭
也见弱势人群

international law 国际法 20, 21, 22, 32, 36, 37, 39, 83, 143, 144, 243, 291, 356, 357, 359, 360, 361, 362, 363, 369, 374, 376, 377, 378

L

laboratory services 实验室服务 297, 299
laboratory testing 实验室测试 299, 318
land ownership 土地拥有权 见拥有权 see ownership
latrines 厕所 见厕所 latrines see toilets
laundry 洗衣间 95, 103, 104, 129
也见肥皂 see also soap
也见冲洗 see also washing
livelihoods 生计 iv, 14, 16, 40, 68, 95, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 157, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 189, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 232, 233, 243, 244, 246, 250, 254, 258, 260, 262, 263, 266, 276, 280, 281, 283
livestock 牲畜 v, 12, 98, 99, 126, 129, 135, 144, 145, 178, 199, 205, 206, 207, 211, 212, 214, 215, 231, 246, 255, 266, 379
local authorities 当局 5, 56, 60, 63, 69, 85, 119, 147, 193, 201, 207, 247, 259, 270, 293, 298, 299, 302, 308, 309
long-lasting insecticide-treated nets(LLINs) 长效经杀虫剂处理的蚊帐 313, 320
也见疟疾
也见蚊虫控制

M

malaria 疟疾 111, 113, 114, 115, 127, 131, 162, 168, 174, 182, 219, 299, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 319, 320, 323, 341, 342, 343, 344, 349
也见长效经杀虫剂处理的蚊帐 (LLINs)
也见蚊虫控制
疟疾预防 313
malnutrition 营养 14, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 155, 156, 157, 162, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 179, 182, 183, 220, 221, 222, 223, 224, 232, 234, 237, 238, 292, 311, 313, 314, 320, 323, 341, 342, 343, 344
也见喂养
也见微量元素缺乏
也见营养
也见补充性喂养
也见营养不足
market 市场 68, 108, 118, 119, 130, 142, 145, 152, 175, 177, 181, 182, 183, 189, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 233, 250, 254, 257, 263, 268, 270, 285
measles 麻疹 86, 149, 156, 173, 174, 182, 219, 248, 295, 311, 312, 314, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 341, 342, 343, 344, 345
也见接种疫苗
也见维生素 A
medical supplies 医疗用品 290, 296, 302
也见药物
也见基本药物
Medical waste 医疗废物 117, 118, 119, 120, 136, 137
也见废物管理
meningitis 脑炎 299, 314, 317, 318, 319, 341, 342, 343, 344, 345
也见免疫
也见接种疫苗
menstruation 月经 94, 95, 96, 108, 110, 127, 128
也见妇女
mental health 精神健康 16, 17, 43, 46, 47, 73, 74, 76, 158, 286, 289, 290, 309, 325, 327, 333, 334, 335, 336, 350, 353, 358, 361
micronutrient defciencies 微量元素缺乏 140, 141, 142, 145, 147, 156, 157, 162, 164, 165, 169, 170, 171, 173, 174, 179, 180, 181, 182, 224, 225, 234, 238, 313, 323
也见营养不良
也见补充性喂养
milk 牛奶 159, 160, 185, 186, 219
也见母乳
也见补充性喂养
minerals 矿物质 155, 181, 182, 228, 234, 238
Minimum Initial Service Package(MISP) 最基本初始服务包 325, 326, 327, 350, 379
minimum standard 最低标准 ii, iii, 1, 2, 4, 5, 6,

7, 8, 9, 10, 12, 14, 20, 22, 24, 44, 53, 66, 67, 69, 71, 78, 79, 80, 83, 84, 88, 98, 134, 139, 140, 143, 144, 148, 150, 194, 231, 238, 239, 240, 243, 244, 249, 253, 264, 270, 284, 286, 287, 288, 291, 296, 298, 348, 361
也见核心标准
也见人道主义宪章
也见保护原则
mobile clinics 流动诊所 297, 299
也见临时医院
也见健康中心
也见医院
monitoring 监 督 v, 5, 11, 14, 24, 36, 38, 39, 45, 46, 54, 67, 68, 69, 70, 71, 77, 86, 91, 92, 93, 94, 98, 100, 101, 102, 104, 148, 155, 156, 157, 159, 163, 164, 166, 167, 172, 176, 178, 179, 183, 187, 188, 189, 192, 195, 196, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 212, 224, 231, 233, 240, 247, 260, 263, 266, 270, 276, 288, 294, 300, 305, 307, 308, 310, 327, 344, 352, 372, 379
也见 数据
也见评估
morbidy data 发病率数据 306
也见粗死亡率
也见五岁以下儿童死亡率 (U5MR)
mortality data 死亡率数据 292, 311, 351
也见粗死亡率
也见五岁以下儿童死亡率 (U5MR)\
mosquito control 蚊虫控制 115
也见长效经杀虫剂处理的蚊帐 (LLINs)
也见疟疾

N

national authorities 国家当局 6, 21, 116, 301, 322, 374
natural hazards 自然灾害 253, 263
needs assessment 需求评估 54, 65, 75, 80, 81, 82, 89, 124, 240, 250, 269, 270
也见初始评估
也见风险评估
niacin 烟酸 173, 180, 226, 228
non-communicable disease 非传染性疾病 289, 290, 299, 309, 315, 336, 337, 341, 344, 351, 354, 379
也见传染性疾病
也见疾病
non-discrimination 不歧视 22, 37, 83, 143, 291, 359
non-food items(NFIs) 非粮食物品 1, 2, 4, 7, 94, 95, 125, 185, 198, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 250, 257, 260, 261, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 276, 278, 281, 286, 312, 313, 314, 379
也见睡床
也见衣服
non-refoulement 不驱回 23
nutrition 营 养 iv, 1, 2, 4, 7, 12, 24, 85, 112, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 189, 193, 196, 206, 212, 218, 219, 220, 221, 222, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 247, 254, 313, 323, 340, 352, 378, 379
也见食物
也见营养不良
也见微量元素缺乏
也见营养不足

O

oedema 水肿 145, 156, 171, 221, 222
older people 老人 v, 11, 12, 16, 17, 35, 40, 47, 57, 63, 66, 67, 77, 85, 99, 104, 107, 108, 112, 147, 183, 192, 194, 195, 198, 209, 212, 220, 223, 229, 237, 256, 263, 272, 273, 280, 282, 309, 338, 357
也见弱势人群
oral rehydration salts(ORS) 口服补液盐 174, 323, 324, 379
outpatient 出院病人 129, 130, 164, 169, 170, 171, 343, 347
也见住院病人
ownership 拥有权 8, 42, 56, 57, 70, 249, 253, 254, 255, 266, 279

P

parents 父母 40, 86, 107, 149, 198, 248, 294,

298
也见照顾者
pellagra 糙皮病 156, 173, 181, 238
people living with HIV(PLHIV) 艾滋病病毒感染者和艾滋病患者 11, 16, 64, 67, 99, 104, 166, 171, 180, 183, 194, 198, 212, 227, 237, 329, 379
也见艾滋病病毒和艾滋病
personal hygiene 个人卫生 94, 95, 96, 97, 103, 113, 131, 268, 269, 270, 281
persons with disabilities 残疾人士 v, 11, 12, 16, 17, 35, 37, 40, 45, 63, 73, 85, 95, 99, 104, 107, 108, 127, 147, 166, 183, 192, 194, 195, 198, 209, 212, 223, 251, 255, 273, 279, 280, 309, 332, 338, 359, 377
也见弱势人群
pertussis 百日咳 321, 322, 323, 324, 343, 345, 378
也见 DPT
planning 规划 5, 14, 56, 59, 66, 72, 84, 85, 92, 93, 95, 119, 121, 122, 147, 153, 156, 157, 162, 178, 180, 181, 182, 187, 195, 201, 202, 224, 227, 232, 242, 246, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 260, 265, 266, 271, 281, 293, 312, 327, 371, 374
play areas 玩耍区 253
pneumonia 肺炎 314, 315, 324
point-of-use water treatment(PoUWT) 使用点的水处理 102,379
也见供水
pollution 污染 14, 106, 117, 118, 122, 205, 275
也见地下水
也见雨水
也见 地表水
也见厕所
也见水源
pregnant women 孕妇 107, 113, 209, 222, 313, 324, 326, 327, 329, 330
也见弱势人群
也见妇女
发放包 326
principle of humanity 人道原则 6, 20, 21, 83, 143, 243, 291
privacy 隐私 93, 104, 108, 252, 257, 258, 259, 260, 268, 297, 299
也见住所
也见妇女
programme design 项目设计 65, 66, 82, 89, 137, 166, 170, 184, 185
property ownership 物业拥有权 见拥有权
Protection Principles 保护原则 iv, 1, 2, 6, 7, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 52, 80, 82, 85, 107, 108, 110, 140, 142, 148, 153, 194, 209, 210, 240, 242, 247, 288, 290, 294
也见核心标准
也见人道主义宪章
也见最低标准
psychosocial support 心理支援 12, 17, 32, 40, 41, 43, 46, 47, 71, 74, 86, 149, 172, 184, 248, 286, 295, 325, 327, 333, 335, 350, 361
public helath 公共卫生 84, 85, 88, 89, 91, 101, 102, 117, 124, 134, 137, 140, 141, 142, 144, 155, 157, 165, 173, 174, 180, 181, 182, 190, 219, 224, 225, 226, 270, 292, 293, 297, 298, 303, 305, 310, 314, 336, 339, 348, 349, 350, 351

Q

Quality and accountability 质量与问责 4, 5, 7, 8, 12, 13, 53, 74, 379
Quarantine areas 检疫区 256

R

rations 口粮 见食物，口粮
reconstruction 重建 134, 221, 231, 240, 245, 249, 251, 280, 284, 285, 348, 361
recovery period 恢复期 152, 171
refugees 难民 vi, 15, 21, 22, 23, 45, 46, 76, 84, 112, 137, 144, 209, 235, 284, 285, 319, 339, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 356, 361, 363, 364, 369, 379, 380
remuneration 报酬 208, 209, 210, 212, 301, 358
reproductive health 生殖健康 161, 163, 171, 289, 290, 307, 309, 325, 327, 328, 349, 350, 352, 379
riboflavin deficiency 维生素 B2 缺乏 181
rights 权利 ii, 4, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38,

39, 41, 42, 44, 45, 46, 53, 56, 57, 58, 63, 65, 67, 71, 76, 83, 84, 86, 87, 109, 110, 115, 134, 143, 144, 149, 176, 193, 231, 232, 243, 244, 246, 248, 249, 254, 255, 263, 284, 285, 291, 294, 295, 297, 299, 305, 307, 325, 334, 336, 348, 351, 356, 357, 358, 359, 360, 363, 364, 370, 373, 377, 378, 379, 380
也见人权
也见不歧视 see also non-discrimination
滥用权利 33, 359
侵犯权利 35, 38
risk assessment 风险评估 101, 156, 316, 317, 330, 343
也见初始评估
也见需求评估
rodents 啮齿动物 112, 113, 114, 117, 119, 188

S

safe drinking water 安全饮用水 84, 97, 243
也见污染
也见供水
sanitation 环境卫生 iv, 1, 2, 4, 7, 12, 24, 59, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 91, 98, 99, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 122, 124, 125, 127, 131, 132, 134, 135, 137, 144, 162, 243, 247, 250, 257, 281, 292, 311, 312, 313, 320, 336, 380
也见供水
也见供水 , 环境卫生及卫生促进
schools 学 校 39, 56, 57, 93, 108, 124, 129, 130, 179, 194, 198, 209, 210, 231, 236, 243, 246, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 261, 264, 270, 279, 281, 286, 298, 350, 351
SCM 见供应链管理
scurvy 坏血病 156, 173, 181, 238
security 安全 iv, 1, 2, 4, 6, 7, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 33, 34, 38, 39, 60, 62, 64, 67, 71, 73, 83, 84, 89, 94, 107, 124, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 166, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 218, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 243, 244, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 257, 259, 264, 268, 270, 271, 275, 278, 279, 291, 292, 304, 313, 320, 338, 340, 352, 358, 360, 363, 372, 374, 375, 376
seeds 种子 141, 142, 150, 152, 199, 206, 207, 211, 212, 216, 217, 233, 237
也见食物 , 转基因食品
settlement 安置 1, 2, 4, 7, 30, 34, 45, 101, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 121, 122, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 284, 285, 300, 312, 313, 343, 380
也见住所
集体安置 240, 249, 251, 255, 285
临时安置 240, 249, 251, 255, 285
severe malnutrition 严重营养不良 见营养不良
sexual abuse 性侵犯 71, 195
sexual exploitation 性剥削 40, 73, 86, 149, 195, 196, 248, 263, 295, 327
shelter 住所 1, 2, 4, 7, 12, 22, 24, 59, 83, 95, 111, 112, 113, 114, 121, 122, 143, 148, 161, 195, 200, 201, 222, 229, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 291, 292, 300, 311, 312, 313, 336, 340
也见集中安置住所
也见环境影响
也见拥有权
也见隐私
也见风险评估
也见安置
也见温度舒适
也见住所材料 201, 259, 260, 280
过渡性住所 244, 245, 249, 252, 259
通风 244, 258, 260, 261, 275, 300
soap 肥皂 89, 95, 104, 110, 120
也见洗手
也见洗衣间
也见冲洗

social networks 社会网络 43, 55, 67, 73, 176, 184, 203, 204, 217, 257, 335
solid waste management 固体垃圾管理　见废物处理
special needs 特殊需求　见弱势人群
stormwater 雨水 121, 122
　也见排水
　也见地下水
　也见污染
　也见地表水
stoves 炉灶 177, 198, 242, 252, 257, 261, 274, 275, 282
　也见煮食
　也见燃料
　也见煮食用具
subsistence needs 生存需要 35, 37
supplementary feeding 补充性喂养 164, 165, 166, 168, 170, 179, 186, 221, 238, 313
　也见母乳
　也见喂养
　也见营养不良
　也见微量元素缺乏
supply chain managemen 供应链管理 (SCM) 142, 179, 188, 189, 190, 236, 270, 379
surface water 地表水 106, 107, 115, 117, 121, 122, 256, 261
　也见排水 see also drainage
　也见地下水 see also groundwater
　也见污染 see also pollution
　也见雨水 see also stormwater

T

targeting 瞄准人群 17, 67, 69, 78, 86, 92, 142, 148, 150, 151, 154, 175, 178, 192, 193, 199, 200, 203, 227, 236, 247, 294, 309
tetanus 破伤风 118, 120, 321, 327, 331, 332, 333, 343, 344, 345, 378, 380
　也见 DPT
thermal comfort 温度舒适 244, 258, 268, 271, 272
　也见睡床 see also bedding
　也见衣服 see also clothing
thiamine 维生素 B1 173, 180, 238
toilets 厕　所 81, 82, 89, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 115, 121, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 194, 256, 332
　也见污染 see also pollution
　也见供水 see also water supply
tools 工具 5, 8, 10, 11, 13, 44, 45, 57, 70, 75, 107, 110, 113, 121, 122, 144, 152, 153, 156, 166, 181, 199, 201, 205, 206, 207, 208, 211, 218, 222, 223, 232, 242, 246, 260, 262, 263, 264, 268, 269, 271, 276, 277, 283, 285, 288, 306, 308, 350
　也见非粮食物资 (NFIs)
training 培训 vi, 13, 71, 78, 85, 92, 93, 94, 100, 102, 116, 147, 159, 173, 184, 190, 202, 205, 206, 224, 237, 238, 246, 262, 263, 276, 277, 283, 293, 300, 301, 302, 333, 335
Transfer 转移 见现金和代用券发放 , 食物发放
triage 分流 297, 314, 315, 323, 324, 331, 332, 378
tuberculosis 肺结核 16, 86, 149, 166, 248, 295, 314, 315, 329, 349, 380
typhoid 伤寒 131, 317, 343, 345

U

under-5 mortality rate 五岁以下儿童死亡率 (U5MR) 292, 310, 311, 339, 346, 380
　也见粗死亡率　(CMR)
undernutrition 营养不足 144, 145, 146, 147, 148, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 164, 168, 170, 210, 218, 219, 222, 231, 234
　也见喂养
　也见营养不良
　也见微量元素缺乏
　也见营养
　也见补充性喂养
urban disasters 城市灾害 106, 110
　也见灾害
utensils 煮食用品 104, 197, 198, 242, 247, 273, 282
　也见煮食
　也见炉灶

V

vaccination 接种疫苗 174, 219, 312, 319, 320, 321, 322, 324, 330, 332
　也见免疫

vector-borne disease 病媒传播疾病 111, 112, 113, 114, 127, 258, 312
也见疾病
也见水传播疾病

Vitamin A 维生素 A 156, 161, 162, 163, 168, 173, 174, 181, 219, 225, 228, 238, 321
Vitamin C 维生素 C 173, 228
Vitamin D 维生素 D 184, 228
Vouchers 代用券 见现金和代用券发放
vulnerable people 弱势人群 11, 34, 36, 39, 54, 55, 61, 65, 67, 87, 90, 103, 104, 124, 137, 149, 166, 168, 175, 178, 183, 185, 194, 197, 200, 201, 202, 211, 212, 215, 219, 237, 248, 250, 255, 256, 270, 275, 277, 279, 295, 304, 307, 309, 310
也见儿童 see also children
也见老人 see also older people
也见艾滋病病毒感染者 (PLHIV)
也见残疾人士
也见妇女
Vulnerability and capacity analysis 脆弱性与能力分析 75, 86, 149, 233, 248, 294, 380

W

WASH 见供水，环境卫生与卫生促进
wars 战争 见冲突
washing 冲 洗 95, 103, 104, 107, 108, 110, 113, 120, 121, 122, 129, 198, 243, 260
也见洗手
也见洗衣间
也见肥皂
waste management 废物处理 80, 81, 82, 88, 101, 111, 114, 117, 119, 120, 127, 137, 188, 297, 313
water-borne diseases 水传播疾病 113
也见疾病
也见病媒传播疾病 water collection points 储水点 122, 125
也见污染 see also pollution
也见安全饮用水
也见供水
water safety plan(WSP) 水安全计划 100, 101, 135, 380
water sources 水源 97, 98, 99, 100, 102, 105, 106, 110, 113, 114, 122, 125, 126, 135, 191, 320
也见污染
也见供水
water supply 供水 iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 111, 121, 124, 125, 126, 128, 135, 185, 198, 247, 268, 269, 312, 320, 380, 387, 390, 391, 392, 393, 394
也见使用点的水处理 (PoUWT)
也见安全饮用水
也见储水点
也见供水，环境卫生与卫生促进
Water supply, sanitation and hygiene promotion(WASH) 供水，环境卫生与卫生促进 iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 103, 108, 110, 124, 126, 132, 134, 135, 148, 164, 232, 253, 256, 380
women 妇女 11, 15, 16, 21, 32, 35, 40, 53, 57, 61, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 75, 76, 84, 91, 93, 94, 96, 99, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 113, 124, 127, 147, 151, 153, 158, 160, 161, 179, 180, 182, 185, 192, 193, 195, 198, 200, 202, 203, 208, 209, 210, 212, 214, 220, 222, 226, 227, 237, 255, 263, 271, 272, 273, 275, 279, 280, 282, 284, 286, 298, 302, 309, 313, 326, 327, 328, 329, 330, 338, 341, 342, 346, 350, 358, 363, 370, 377
也见性别暴力
也见孕妇
也见隐私
也见弱势人群
妇女参与 66, 84, 192

Y

young children 幼童 见儿童

浏览环球计划网页

www.sphereproject.org

订购环球计划手册请浏览

www.practicalactionpublishing.org/sphere

人道主义宪章与人道救援响应最低标准
有尊严生活的权利

环球计划是旨在制定及向全球推广对受灾人群困境响应的标准。

藉着这本手册，环球计划致力创建一个世界，使受灾人群生活得以重建、生计权利得以认可，声音得以倾听、尊严和安全得以保障。

这手册包括：

- 人道主义宪章：反映受灾人群权利的法律和道德原则
- 保护原则
- 核心标准与人道主义救援四个有关“拯救生命”关键范畴的最低标准：供水、环境卫生及卫生促进；粮食保障及营养；住所、安置及非粮食物资；卫生行动。这些标准描述了**在人道救援中有什么需要达成，让受灾人群在稳定的条件和有尊严地生存和恢复**。

环球计划手册由众多机构和个人所集体共有的，是大家在**灾害和冲突情况下提供人道主义救援的共同语言，以之共同努力迈向高质量以及高问责性的救援工作**。

环球计划有不少“联合标准”，为响应人道救援领域已演进的需求而开拓出更广泛的视野。

环球计划是在1997年由众多的人道主义非政府组织和红十字与红新月运动所发起的。

ISBN 978-1-908176-00-4