

《机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南》反映了世界范围内多家机构和工作者的远见卓识，并就人道主义紧急情况发生期间，如何采取适当应对措施向组织和个人提供了价值重大的信息。

具体的行动表提供了精神卫生和社会心理支持方面的有益指导，涵盖如下方面：

- 协调
- 评估、监管和评价
- 保护和人权标准
- 人力资源
- 社区动员和支持
- 医疗服务
- 教育
- 信息传播
- 食品安全和营养
- 住所和地址规划
- 供水和卫生

本《指南》包括一个干预措施汇总表，用以指导紧急情况规划、紧急情况早期所采取的行动以及在复原和善后阶段所需的综合应对措施。本汇总表作为有价值的工具，适用于协调、合作和倡导工作。它提供了一个框架，便于人们勾勒紧急情况期间首要应对措施执行的程度如何。

本《指南》附有配套光盘。光盘包括全部《指南》以及资源文档的电子版。

本《指南》由机构间常设委员会(机构间常委会)出版，它为人道主义行动者在紧急情况下如何采取有效应对措施提供了有益的机构间、部门间指导和工具。

# 机构间常设委员会 紧急情况下 精神卫生和社会心理 支持指南



机构间常委会紧急情况下  
精神卫生和社会心理支持指南

## 机构间常设委员会 2007 年

机构间常设委员会(机构间常委会)于 1992 年建立,当时建立这个常委会是为了响应第 46 届(联合国)大会 182 号决议,该决议的内容是呼吁各国在提供人道主义援助方面加强合作。根据该项决议,机构间常委会是帮助做出机构间决策,以应对复杂紧急状况和自然灾害的主要机制。它由许多联合国和非联合国所属的人道主义组织负责人构成,进一步了解机构间常委会的情况,请登陆 <http://www.humanitarianinfo.org/iasc>

本机构间常委会出版物有各语种版本,可从机构间常委会网址  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> 获取

封面图片:

国际援救委员会

建议引用:

机构间常设委员会(机构间常委会) [2007 年]。机构间常委会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南。日内瓦:机构间常委会。

请您将改进本出版物的反馈或建议发送到:

[IASCmhps@who.int](mailto:IASCmhps@who.int) 或 [IASCmhps@interaction.org](mailto:IASCmhps@interaction.org)。

# 前言

机构间常设委员会(机构间常委会)发行本《指南》是为了使人道主义行动者们能策划、建立并协调一系列最低限度的多部门应对措施,在紧急情况发生时,保护并改善人们的精神卫生和社会心理健康。

受紧急情况影响的人往往会遭受巨大的困扰。紧急状况发生期间及之后,人道主义行动者在保护和改善人们的精神卫生和社会心理健康方面,越来越多地发挥出积极作用。但在组织协调上还存在一个明显差距,即没有建立起一个多部门、机构间的网络结构,因此难以进行有效协调,无法做到识别有用做法,标示出有潜在危害的做法,并阐明各种不同的精神卫生和社会心理支持方式如何能够互补。

针对紧急情况下最迫切的精神卫生和社会心理问题,本《指南》提供了如何促进协调配合方面的基本建议。

感谢机构间常委会紧急情况下精神卫生和社会心理支持工作队成员,特别是感谢工作队共同主席、世界卫生组织和国际行动,感谢他们在这一重要人道主义援助领域,就采取最低限度的应对措施达成了跨机构的一致意见。

我呼吁所有参与人道主义援助的机构和工作人员执行本《指南》。

Kasidis Rochanakorn

机构间常设委员会工作组主席  
日内瓦人道协调厅主任

## 鸣谢

机构间常设委员会紧急情况下精神卫生和社会心理支持工作队再次感谢所有在本《指南》编写过程中提供协助的人。以下机构均是工作队成员,并参与制定《指南》,在此对他们表示特别感谢:

反饥饿行动组织(ACF)

国际行动(共同主席),通过以下组织进行协作:

- 美国红十字会(ARC)
- 基督教儿童基金会(CCF)
- 国际天主教移徙委员会(ICMC)
- 国际医疗团(IMC 医疗团)
- 国际援救委员会(IRC 援救委员会)
- 国际美慈组织
- 美国救助儿童会(SC-USA)

机构间紧急教育网(INEE)

国际志愿机构理事会(ICVA 志愿机构理事会),  
通过以下组织进行协作:

- 援助行动国际
- 奥地利援外社
- HealthNet-TPO (HealthNet-TPO 健康网)
- 世界医师协会(MDM-Spain)
- 荷兰无国界医生组织(MSF-Holland)
- 英国乐施会
- 难民教育信托基金会(RET)
- 英国救助儿童会(SC-UK)

红十字会与红新月会国际联合会(IFRC)  
国际移民组织(IOM 移民组织)  
人道主义事务协调厅(OCHA 人道协调厅)  
联合国儿童基金会(UNICEF 儿童基金会)  
联合国难民事务高级专员(UNHCR 难民专员)  
联合国人口基金(UNFPA 人口基金)  
世界食品计划署(WFP 食品计划署)  
世界卫生组织(WHO 世卫组织)(共同主席)

世卫组织心理卫生和药物滥用部(利用意大利政府提供资金)和基督教儿童基金为促进项目开展提供大量人力,并因此受到广泛赞誉。

来自以下组织的评论员对之前的干预措施汇总表和/或行动表进行了评论,工作队对他们表示感谢:

非政府组织:阿加汉发展组织;心大星基金会;奥地利红十字会;基本需求组织;美国援外社;阿富汗儿童基金;瑞典教会援助社;教会世界服务社;社区与家庭服务国际;世界难民儿童组织、世界基金会、全球社会心理倡议;国际残疾协会;海丁顿学会;人权观察;防残倡议基金会;国际突发事件应激反应基金会;酷刑受害者国际康复理事会;耶稣会难民服务社;瑞士无国界医生组织;西班牙无国界医生组织;挪威难民理事会;巴勒斯坦红新月会;受援助者组织;恰帕斯计划;世界心理学家组织;印度尼西亚 PULIH 基金会;国际难民协会;果阿桑迦中心;南非创伤性应激反应研究所;STEPS 协商社会;坦噶尼喀基督教难民服务社;地球社基金会;战争与儿童基金会;土耳其红新月会;荷兰战争儿童组织。

大学:比尔宰特大学;波士顿大学;哥伦比亚大学;哈佛大学;约翰·霍普金斯大学;卡罗林斯卡研究所;俄亥俄州肯特大学;伦敦金斯学院;伦敦热带卫生和医药学院;诺森比亚大学;波莫那学院;圣何塞州立大学;纽约州立大学;健康科学统一

服务大学;科伦坡大学;日内瓦大学;贾夫纳大学;隆德大学;马里兰大学;墨尔本大学;新南威尔士大学;牛津大学;宾夕法尼亚大学;南达科他大学;西西尼大学;菲律宾大学;维多利亚大学;阿姆斯特丹自由大学;瓦格宁根大学。

其他(如专业协会、政府机构、财团、网络):美国精神病学协会;美国心理学协会;亚洲减低危害网络;加拿大武装力量心理健康服务;机体与心理治疗急救科——巴黎医疗急救部门;圣安娜医疗中心,(美国)疾病防治中心(CDC);斯里兰卡人道主义机构联盟;早期儿童护理和发展协商小组;墨尔本公共事业部;欧洲心理学家协会联合会;联合国食品及农业组织(粮农组织);希腊心理健康中心;机构间常委会早期发现组;机构间常委会卫生组;机构间常委会难民营协调与管理组;伊比利亚-美国教育、科学与技术生态-生物伦理学网络;儿童与青少年心理健康国际联盟与学校;国际儿童和青少年精神病治疗及有关专业协会;国际创伤性应激反应研究学会;干预:武装冲突地区心理健康、社会心理工作与咨询国际杂志;红树林社会心理支持与协调股;伊朗卫生部;斯里兰卡卫生部;心理学家促进社会责任协会;社会心理工作小组;联合国教育、科学及文化组织(教科文组织);美国国际开发署;世界社会心理康复协会;世界心理卫生联合会;世界职业病治疗人员联合会;世界精神病学协会。

本《指南》由国际援救委员会组织设计印刷,联合国儿童基金会出资付梓,工作队在此表示感谢。

## Acknowledgements for Chinese version

### 中文版鸣谢

The Chinese version of the Inter-agency Standing Committee (IASC) Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings was initially translated by UNICEF and WHO. Iris Chi, of the University of Southern California and The International Association of Schools of Social Work (IASSW), provided an early translation as well as a review of the early draft. The technical review and publishing process has been coordinated by International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) East Asia Delegation Sichuan Earthquake Operation. Special thanks to the following individuals who have contributed to the final document: Dr. Jeyathesan Kulasingam, Health & Psychosocial Support Programme delegate from IFRC Sichuan Earthquake Operation, Professor Angie Yuen, President IASSW, Lena Dominelli, Board Member IASSW, Dr. Sheng Li, Institute of Mental Health, Peking University, Dr. He Xiaolin, psychological volunteer of Red Cross Society of China, Yunnan Branch and Yunnan Provincial Mental Health Centre.

《机构间常委会紧急情况下精神卫生和社会心理支持指南》的中文版由联合国儿童基金会和世界卫生组织翻译,南加州大学的 Iris Chi 和国际学校社会工作协会亦对本书进行了初步的翻译和审校。红十字会与红新月会国际联合会东亚地区代表处四川地震援建办公室主持协调了本书的技术审校。特别感谢国际联合会卫生与社会心理支持项目代表 Jeyathesan Kulasingam 医生,国际学校社会工作协会主席 Angie Yuen 教授,国际学校社会工作协会董事会成员 Lena Dominelli, 北京大学精神卫生研究所胜利医生,云南省红十字会心理志愿者云南省心理卫生中心何小林博士。

In addition to contributions by the parties and individuals listed above, thanks are also due to the following individuals who are Red Cross staff or volunteers:

除上述组织和个人的贡献外,本手册的校对还得到下列红十字会员工和志愿者的贡献,在此表示感谢:

Lin Dan 林丹, Martha Chiu 李梅晓, Yang Xue 杨雪, Zhang Lin 张琳, Liu Qi 刘淇, Cao Yiwen 曹意文



# 目录

前言	iii
鸣谢	iv
<b>第一章 概述</b>	<b>1</b>
背景	1
紧急情况对精神卫生和社会心理的影响	2
《指南》	5
如何使用本《指南》	8
核心原则	9
常见问题	16
<b>第二章 干预措施汇总表</b>	<b>20</b>
<b>第三章 最低应对措施行动表</b>	<b>30</b>
<b>协调</b>	
行动表 1.1 建立精神卫生和社会心理支持的部门间协调	33
<b>评估、监测和评估</b>	
行动表 2.1 开展对精神卫生和社会心理问题的评估	38
行动表 2.2 建立参与式监测和评估体系	46
<b>保护和人权标准</b>	
行动表 3.1 在精神卫生和社会心理支持中运用人权框架	50
行动表 3.2 通过社会保护识别、监测、预防和应对保护工作中的威胁和 失败	55
行动表 3.3 通过法律保护识别、监测、预防和应对保护工作中的威胁和 虐待	63

## 人力资源

行动表 4.1 确定并招募工作人员,并吸纳了解当地文化的志愿者	70
行动表 4.2 强制执行工作人员行为准则和伦理指南	75
行动表 4.3 为援助工作者提供精神卫生与社会心理支持的介绍与培训	80
行动表 4.4 预防并应对工作人员和志愿者在精神卫生和社会心理健康 上出现的问题	86

## 社区动员与支持

行动表 5.1 为社区动员、社区对应急反应的主导与控制提供条件	92
行动表 5.2 促进社区自助和社会支持	99
行动表 5.3 为开展适宜的集体文化、精神和宗教治疗实践提供条件	105
行动表 5.4 促进对年幼儿童(0-8岁)及其照料者的支持	109

## 健康服务

行动表 6.1 在提供普通卫生服务时考虑特定的心理和社会性因素	115
行动表 6.2 为患有严重精神障碍的人提供照料	122
行动表 6.3 为机构中严重精神障碍患者和其他精神和神经残疾的人提 供保护和照料	131
行动表 6.4 了解当地的、本土的和传统的卫生体系,并在适当的时候与 之合作	135
行动表 6.5 尽可能减少酒精和其他物质滥用带来的伤害	141

## 教育

行动表 7.1 加强安全和支持性教育的可及性	147
------------------------	-----

## 信息传播

行动表 8.1 向受影响人群提供关于紧急情况、救援措施及合法权利的 相关信息	156
---	-----

行动表 8.2 提供获取有关积极应对措施信息的渠道 162

## **食品安全和营养**

行动表 9.1 在提供食品和营养支持时考虑具体的社会和心理因素(安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助) 167

## **住所和场地规划**

行动表 10.1 在以协调方式进行场地规划和住所提供时需要考虑的具体的社会因素(安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助) 173

## **水和卫生设备**

行动表 11.1 在水和卫生的提供中需要考虑的具体的社会因素(所有人都能够以安全和符合文化习惯的方式有尊严地获取) 179



# 第一章 概述

## 背景

武装冲突和自然灾害往往给受害人群带来巨大心理和社会困扰。紧急情况所带来的心理和社会影响不仅在短期内可能非常严重,而且也会危害受影响人群长期的精神卫生和社会心理健康。这些影响可能还会威胁和平、人权和发展。因此,紧急情况中的一项首要任务就是保护并增强受影响人群的精神卫生和社会心理健康。这需要各国政府和非政府人道主义机构协调一致,共同努力。

然而,在组织协调上存在着明显差距,即没有建立起一个多部门、机构间的网络结构,因此难以进行有效协调,无法做到确认有用做法,标示出有潜在危害的做法,并阐明各种不同的精神卫生和社会心理支持方式如何能够互补。本文献试图弥合这一差距。

本《指南》体现了来自不同地域、不同学科和不同部门的救援者的反思,同时反映了他们对什么是良好救援行动的看法趋于一致。这些反思背后的核心观点是,在紧急情况的早期,社会支持对于保护和促进受影响人群的精神卫生和社会心理健康发挥着至为关键的作用。此外,《指南》推荐了经选择的应对具体问题的特定心理和精神专业性干预方法。

本文件中使用的复合术语“精神卫生和社会心理支持”描述的是为了保护 and 促进社会心理健康以及预防或治疗精神障碍,所采用的任何形式的当地支持或外部支持。尽管“精神卫生”和“社会心理支持”这两个术语紧密相关且意义上有重叠,但很多援助工作人员认为它们是两种不同而有互补性的方法。

卫生部门以外的援助机构经常谈论社会心理健康支持。卫生部门机构则经常谈论精神卫生,不过在以往还会运用“社会心理康复”和“社会心理治疗”来描述针对精神障碍患者所采取的非生物学的干预措施。对这些术语的确切

的定义,不同援助机构、不同学科以及不同国家,甚至同一组织内部都会有所不同。由于本报告述及的是部门间、机构间的指南,“精神卫生和社会心理支持(MHPSS)”这个复合术语旨在涵盖尽可能多的行动者,并强调在提供适当支持的过程中采取多样化且互补的措施。

紧急情况中什么是最有效的精神卫生和社会心理支持,这方面的科学证据还非常缺乏。这一领域的大多数研究通常是在紧急情况结束几个月或几年后才着手开展。随着这一新领域的不断发展,研究基础也会增加,同时救援者的现场经验也会增加。为了吸纳新的观念和做法,本出版物应该定期更新。

## 紧急情况对精神卫生和社会心理的影响

### 问题

紧急情况通常会造个人、家庭、社区和社会层面的广泛问题。在各个层面,紧急情况往往会削弱保护支持体系,增加各种问题的风险,而且可能会加剧先前存在的社会不公平和不平等问题。例如,洪水等自然灾害会让贫困人群遭受更大的灾难,因为他们可能生活在相对更为危险的地区。

紧急情况下的精神卫生和社会心理问题密切相关,这些问题的性质可能主要涉及社会范畴或心理范畴。社会范畴中的重要问题包括:

- 先前存在的社会问题(紧急情况前已经存在的问题),(例如极端贫困;属于受歧视或被边缘化的社会群体;政治压迫);
- 紧急情况所引发的社会问题(例如,家庭成员分离;社会网络的破坏;社区结构、资源和以及人们之间的信任遭到破坏;基于性别的暴力的增加);以及
- 人道主义援助引起的社会问题(例如,破坏社区结构或传统的支持机制);

同样,心理范畴的重要问题包括:

- 先前存在的问题(例如,严重的精神障碍;酒精滥用);
- 紧急情况所引发的问题(例如,悲伤、非病理性的应激、抑郁和焦虑障碍,包括创伤后应激障碍);
- 人道主义援助相关的问题(例如,由于缺乏食品分配信息而导致的焦虑)。

因此,紧急情况下的精神卫生和社会心理问题远远超出了创伤后应激障碍所涵盖的内容。

## 高危人群

并非所有的人在紧急情况下会发生严重的心理问题。很多人表现出自愈能力,即在逆境中较好地应对局面的能力。人们遭遇不幸时是出现心理问题还是显示出自愈能力,这其中有很多相互作用的社会、心理和生物学因素。

根据紧急事件的具体情况,一些特殊群体更有可能出现社会和/或心理问题。总体而言,尽管受紧急情况影响的人群都应该获得多种形式的支持,但规划良好的项目还应当包括专门针对高危人群提供相关支持,而且在每一个具体紧急事件中,都需要明确哪些是高危人群(见第三章,行动表 2.1)。

基于危机的不同性质,人群中的任何亚群体都可能有潜在的危险。下列人群是在各种紧急情况下更易出现各种问题的群体:

- 妇女(例如孕妇、母亲、单亲母亲、寡妇,还包括某些文化群落中的未婚成年女子和青春期女孩);
- 男子(例如,前士兵、失去维持家人生计手段的闲散男子、面临监禁、绑架或暴力袭击危险的年轻男子);
- 儿童(包括新生儿至 18 周岁的年轻人),例如失散和无人陪伴的儿童(包括孤儿)、武装力量和武装部队招募和使用的儿童、被拐卖的儿童、违法儿童、从事危险劳动的儿童、流浪儿童以及营养不良和关注不足的儿童;
- 老人(特别是那些失去了作为照顾者的家人的老人);
- 极端贫困人群;
- 难民,境内异地安置的人和处于非正常状况下的移民(特别是那些没有身



份证明的被拐卖的妇女和儿童)；

- 暴露于极端应激事件和创伤的人(例如,失去至亲的人或失去赖以维持生存的所有物品的人、强奸和酷刑的幸存者、暴行的目击者等)；
- 社区中原本有严重的躯体、神经或精神残疾或障碍的人；
- 生活在救治或救助机构中的人(孤儿、老人、患有神经系统或精神残疾或精神障碍的人)；
- 遭受严重社会歧视的群体(例如,印度种姓制度中的贱民、商业性工作者、患有严重精神障碍的人、性暴力中的幸存者)；
- 面临特定人权侵犯风险的人(例如,政治活动家、少数民族或语言上的少数群体、生活在救助机构或被监禁的人、人权已遭侵犯的人)；

了解如下内容非常重要：

- 上文提到的各群体内部及各群体之间存在的危险、问题和资源差别很大；
- 高危群体中的哪些人可以较好地应对面临的状况；
- 有些群体(例如士兵)可能同时在某些方面面临更大的危险(物质滥用),而在其他方面面临相对较小的危险(如饥饿)；
- 有些群体可能在某个紧急情况中面临危险,但却在另一个突发事件中处于相对优势地位；
- 当一个群体面临危险时,其他群体通常也会面临危险(环球项目,2004年)。

识别面临“危险”的人群,并不意味着他们就是被动的受害者。尽管处于危险中的人们需要支持,但是他们常常可以借助自身的能力和社会网络来支撑各自的家庭,并积极地参与社会、宗教和政治生活。

## 资源

紧急情况下受影响的群体拥有支持精神卫生和社会心理健康的资源。这些可获得的资源,其性质和范围随年龄、性别、社会文化背景和紧急情况环境

而有所不同。精神卫生和社会心理健康工作中通常出现的问题是忽视了这些群体所拥有的资源,而仅仅强调受影响群体的脆弱、困扰和病症。

实际上,受影响的个人拥有自身的资源,例如解决问题、沟通和商讨的技巧以及谋生的技能。潜在的有利的社会资源包括家庭、地方政府官员、社区领导、传统治疗师(存在于很多社会中)、社区卫生员、教师、妇女团体、青年俱乐部、社区规划小组等等。受影响的社区还可能拥有一些经济资源,例如存款、土地、庄稼和牲畜;诸如学校和教师等教育资源;卫生服务点和卫生医疗人员等卫生医疗资源。重要的宗教和精神资源包括宗教领袖、当地土医生、祷告和祭祀、以及包括葬礼仪式在内的文化习俗。

规划适当的紧急情况应对措施时,很重要的一点是要了解当地资源的性质,弄清楚它们是有利资源还是有害资源,以及人们能在多大程度上利用这些资源。实际上,一些本土实践,从一些特定的传统文化习俗到一些已有的看护机构中的照料方式,可能会带来损害和违反人权原则(见行动表 5.3、6.3 和 6.4)。

## 《指南》

### 《指南》的目的

本《指南》的首要目的是使人道主义行动者和社区能够规划、建立并协调一系列的多部门最低应对措施,以保护并改善紧急情况下人们的精神卫生和社会心理健康。**《指南》的重点是执行最低应对措施。这些措施是在紧急情况下必须尽快执行的至关重要且高度优先的措施。**最低应对措施必须在第一时间内执行,而且它们是需要采取的后续综合性应对措施的基础(包括稳定期和早期重建期采取的措施)。

为了配合最低应对措施,本《指南》还列出了灾难紧急阶段之前和之后可以采取的精神卫生和社会心理支持具体策略。紧急情况之前(备灾)和之后

(综合应对)的措施为最低应对措施设定了背景,并强调最低应对措施仅仅是更为全面的综合支持的出发点(见第二章)。

尽管本《指南》是针对低收入和中等收入国家(机构间常委会的成员机构预期开展工作的地方)撰写的,但其总体框架和很多内容也适用于高收入国家发生的大规模紧急情况。

## 目标受众

本《指南》是为所有人道主义行为者使用而设计的,包括以社区为基础的组织、政府部门、联合国组织、非政府组织以及在地区、国家和国际水平的紧急情况下发挥作用的捐助机构。

本《指南》并非为特定机构或项目而撰写。**要执行《指南》的内容,需要所有人道主义行动者的广泛合作:任何一个社区或机构都没有在紧急情况下执行所有最低应对措施的能力。**所有的人道主义行动者都应该获得这份《指南》,以共同组织必要的支持行动。社区和地方政府在紧急情况各个阶段的积极参与非常重要,因为他们能够促进协调一致且富有成效的行动,增强紧急情况下当地的应对能力和可持续性。为促进当地行动者最大程度地参与,本《指南》应被翻译成相应的当地语言。

本《指南》并非只为精神卫生和社会心理工作者而撰写。《指南》中的很多行动表列出了核心人道主义领域相关的社会支持,例如灾难管理、人权、保护、普通健康、教育、水和环境卫生、食品安全和营养、住所、难民营管理、社区发展和大众媒体。心理健康的专业人士很少在这些领域开展工作,但是他们需要运用本《指南》与社区和其他领域的同事共同开展宣传,以确保采取适当措施解决影响精神卫生和社会心理健康的社会危险因素。不过,需要注意的是,《指南》中所描述的心理和精神科支持的临床措施与特别措施应当在精神卫生专家的指导下开展。

## 《指南》概览

机构间常委会撰写的这本《指南》的结构与该委员会先前撰写的两份文献的结构一致：《紧急情况中艾滋病毒/艾滋病的应对措施》（机构间常委会，2003年）以及《人道主义危机中针对基于性别的暴力的应对措施》（机构间常委会，2005年）。这三份机构间常委会文献都包括一个汇总表，它详细介绍了紧急情况不同阶段各方行动者应当采取的措施，还包括一系列行动表，介绍如何执行汇总表中一栏所确认的最低应对措施。本《指南》包括 25 个行动表（见第三章）。

干预措施汇总表（见第二章）列出了旨在保护和增强精神卫生和社会心理健康的重要应对措施和支持措施。汇总表的三个栏目概述如下内容：

- 紧急情况发生之前应采取的准备措施；
- 紧急情况急性阶段应采取的最低应对措施；
- 一旦最低应对措施到位之后应采取的综合性应对措施。通常来讲，在紧急情况稳定期或早期重建期采取综合性应对措施。

这些行动表强调了采取多部门协调一致行动的重要性。每个行动表都包括一个（超级）链接，以斜体字标示，将这个行动表与其他领域和部门的行动表相连。

每个行动表都包括背景介绍、主要行动描述、选定的过程指标范例、以往紧急情况中所采取的良好行动范例，以及提供进一步信息的资源材料清单。几乎所有列出的资源材料都能在因特网上获得，这些材料也包括在附送的光盘中。

## 如何使用本《指南》

在紧急情况中要逐页读完本文献或许不可能。您可以挑选与您的职责和能力最相关的内容进行阅读。一个好办法是从浏览汇总表开始,重点关注中间最低应对措施的专栏,搜寻与您最相关的内容,并直接阅读相应的行动表。需要记住,不要期望任何机构能够单独执行《指南》中的所有内容。

本《指南》旨在加强所有行动者在紧急情况中的人道主义应对措施,这些措施包括紧急情况前的准备工作,应对项目在规划、执行和评估过程中的各个步骤。这些对于加强协调和宣传工作是特别有用的工具。

### 协 调

援助协调是紧急情况中最重要且最具挑战性的任务。本文献为开展协调工作提供了详细指导(见行动表 1.1),而且在其他两个方面是十分有用的协调工具。首先,它呼吁在最初开始动员采取应对措施时就需要建立精神卫生和社会心理支持的跨领域的核心协调小组。这样做的理由是,卫生部门之内和之外的精神卫生和社会心理支持措施是相互加强且彼此促进的(尽管以往卫生部门和保护部门分别组织采取支持措施)。正因为每一个对对方来说都是至关重要的,它们之间的相互协调显得非常重要。如果尚未建立协调机构或精神卫生和社会心理两个领域各有各的协调小组,则可以运用本《指南》倡导建立一个跨领域的小组来协调精神卫生和社会心理支持措施。

第二,本《指南》(特别是汇总表)为评估特定社区在何种程度上实施了最低应对措施提供了参照点。汇总表中任何没有得到实施的内容都可能是目前需要解决的缺陷或不足。从这个角度来看,汇总表为协调小组提供了有用的指导。

## 倡导加强支持

作为宣传倡导工具,本《指南》在倡导特定应对措施方面发挥了重要作用。因其反映了各机构间协调一致的见解以及世界范围内无数实际工作者的观点,本《指南》得到了很多人道主义机构和行动者的支持。因此,它成为了重视目前差距和促进使用推荐的应对措施(例如,最低优先应对措施)的宣传工具,即便发生紧急情况时也是如此。例如,当非参与性的项目建立后,可以运用本《指南》告知项目利益相关者采用参与式方式将带来更多的益处。同样,如果年幼儿童处于危险境地但却不能获得支持时,可以运用行动表 5.4 来宣传适当的幼儿早期发展支持方法。

与合作伙伴共同建立适当的精神卫生和社会心理支持是倡导中非常重要的内容。与合作伙伴的对话,无论是非政府组织、政府或是联合国工作人员,将有助于引导其采取报告中描述的措施。本《指南》也将有助于其他方式的倡导。例如,在汇总表中纳入综合性应对措施栏将促进长期规划的倡导(例如,在受到关注的某国卫生系统中发展精神卫生服务)。

然而,不能机械照搬本《指南》中的内容。尽管汇总表的建议在很多紧急情况中都是需要采取的最低应对措施,但仍需要就当地情况做具体分析,更精确地识别出最迫切的需求和具体的首要行动,从而指导采取与社会文化相适应的措施。

本《指南》并未给出实施的细节,但它列出了需要采取的主要行动,并附有简短解释和执行方面进一步的参考资料。

## 核心原则

### 1. 人权和平等

人道主义行为者应当促进受紧急情况影响的个体的人权,并保护那些人

权可能被侵犯的个人和群体。人道主义行动者还应促进平等和非歧视。这意味着人道主义行为者的目的是实现精神卫生和社会心理支持可获得性和可及性方面的最大公平,使所有受影响的人群,无论性别、年龄、语言群体、种族和地域,根据识别出的需求,都能平等地获得上述支持。

## 2. 参与

人道主义行动需要促进当地受影响人群的最大程度参与。在绝大多数紧急情况中,很多人展示了充分的自愈能力,积极参与救助和重建工作。许多主要的精神卫生和社会心理支持是来自受影响社区自身而非外部机构。受影响社区包括异地安置的群体和接待社区的群体,而且通常情况下会有很多可能存在竞争的群体组成。参与能够帮助各个群体保持或恢复对影响他们生活的决策的控制,并帮助确立当地主人翁意识,这对于促进项目质量、公平和可持续性非常重要。从紧急情况的最初阶段开始,当地人群就应当最大程度地参与援助行动的干预前评估、设计、执行、监督和干预后评估。

## 3. 不伤害

人道主义援助是帮助紧急情况中受影响群体的重要方式,但援助有时会带来无意的伤害(Anderson,1999年)。精神卫生和社会心理支持工作可能会导致伤害,这是因为它处理的问题都非常敏感。另外,相比其他领域,该领域的研究实证亦十分缺乏。人道主义工作者可以通过各种方式减少伤害,例如:

- 参与协调小组的工作以向他人学习,尽可能避免应对措施中的重复和漏洞;
- 在获得充分信息的基础上制定干预措施(见行动表 2.1);
- 开展评估工作,对监督检查和外部评价持开放的态度;
- 建立对干预地区的文化敏感性和能力;
- 了解最新干预措施有效性的证据基础;以及
- 理解并不断反思普遍的人权、外部人群和受紧急情况影响人群之间的权力

关系,以及参与式方法的价值。

#### 4. 利用可获得的资源和能力

如前所述,所有受紧急情况影响的群体都拥有支持精神卫生和社会心理健康的资源。需要记住的一条主要原则是,甚至是在紧急情况的早期阶段,建立当地能力,支持自助,以及充分利用现有资源。外部力量推动和执行的项目常常会导致“水土不服”的精神卫生和社会心理支持,而且这些项目经常缺乏可持续性。在可能的情况下,需要着力加强政府和民间社会的能力。在金字塔图表的每一层(见图1),重要任务包括识别、动员并加强个人、家庭、社区和社会的相关技能和能力。

#### 5. 整合的支持体系

最大程度的实现活动和项目的整合。过多的独立服务项目,例如,仅仅针对强奸幸存者的支持项目,或仅运用单一治疗手段如创伤后应激障碍的项目,会造成整个支持体系的高度分化。将活动纳入到更广的体系(例如,现有的社区支持机制、正式和非正式的教育体系、普通卫生服务、普通精神卫生服务,以及社会服务等)可能会使更多的人受益,而且活动常常会更有持续性,并会减少给特定群体带来的耻辱感。

#### 6. 多层次支持

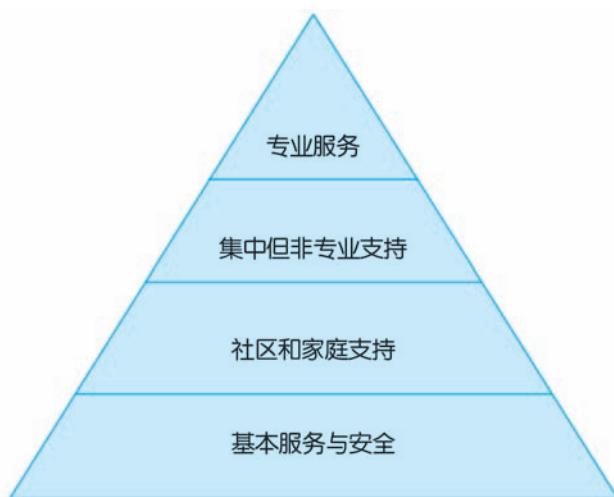
在紧急情况中,人们往往受到不同方面的影响,因而需要不同类型的支持。组织精神卫生和社会心理支持的关键在于建立多级且相互补充的支持体系,从而满足不同群体的需求。图1的金字塔对此作出了描述。金字塔的各层都非常重要,各层的支持活动最好能同时开展。

**一、基本服务与安全。**应通过(重新)建立安全且充分的治理以及提供基本服务(食物、住所、水、基本医疗保健、传染性疾病的控制)来保护所有人的福



祉。在大部分紧急情况下,食品、卫生和住房部门的专家负责提供基本服务。为满足人们对基本服务和安全的需求,精神卫生和社会心理支持方面的干预措施可能包括:向公众宣传这些服务已由相应机构提供;关注并记录这些服务对精神卫生和社会心理支持的影响;对人道主义行动者施加影响,使他们以促进精神卫生和社会心理支持的方式来提供上述服务。应通过参与式、安全且适当的方式提供基本服务,以保护当地人的尊严,加强当地的社会支持,并动员社区网络(见行动表 5.1)。

图1. 紧急情况下精神卫生和社会心理支持干预金字塔 下文将对金字塔的每个层次进行描述。



**二、社区和家庭支持。**在紧急情况下,一小部分人在获得帮助知道如何获取主要的社区和家庭支持后,他们就能够维持自身的精神卫生和社会心理健康。金字塔第二层代表的是针对这一特定群体的应对措施。在大部分紧急情况下,由于损失、流离失所、家庭失散、社区内的恐惧与不信任情绪,家庭和社区网络往往会受到严重破坏。而且,即便家庭和社区网络在紧急情况下能够保持完好,为紧急情况中的人们提供帮助以使其了解如何获得更大的社区和家

庭支持仍有益处。这一层次中有效的应对措施包括寻找失踪家庭和重聚、协助哀悼和集体治疗仪式、向大众宣传建设性的应对方法、支持性养育项目、正式和非正式的教育活动、生计活动,以及激活社会网络的措施,例如通过妇女团体和年轻人俱乐部。

**三、集中但非专业支持。**第三层代表着更少一部分人所必须的额外支持,这种支持是由经过培训并在督导下的工作人员进行的重点的个人、家庭或团体干预。(这些工作人员可能并未经过多年的专业照顾训练)。例如,性暴力中的幸存者可能同时需要社区工作人员的心理支持和生活支持。金字塔的这一层还包括主要基层卫生保健工作者提供的心理急救和基本精神卫生服务。

**四、专业服务。**在紧急情况中,仍然有一小部分人即使获得了上述所有支持,但仍然觉得无法承受困扰,或者难以应对基本日常生活。金字塔的顶层代表的就是针对这一小部分人需要采取的额外措施。这些措施应当包括向患有严重精神障碍的人提供心理方面和精神科的支持,在他们需求超过现有的初级或普通卫生服务时。当问题出现需要向专业服务机构转介(如果存在的话);或者启动对初级或普通卫生保健人员的长期培训和督导。尽管需要专业服务的人所占的比例非常小,但在大多数大型灾难中,这部分人的总数也在数千。

紧急情况各自具有的独特性以及各地不同的文化和社会历史背景,使人们很难确认广泛适用的良好应对措施。然而,许多紧急情况的经验表明,有些措施和行为是值得借鉴的,而其他一些做法需要尽力避免。下面我们分别列出了这两方面的一些措施以供参考。

值得借鉴的措施	尽力避免的措施
建立一个协调精神卫生和社会心理支持的全面协调小组。	在精神卫生和社会心理支持方面,避免建立互不沟通,互不协调的各自独立的小组。
支持协调行动,参与协调会议,通过对其他人的工作进行补充增添新的价值。	避免闷头孤立地工作,不注意与他人工作的协调衔接。
收集分析信息,以确定是否需要采取应对措施,如果需要的话,采取怎样的应对措施。	避免进行重复性评估或不经批判地接受原始数据。
调整评估工具以适应当地的具体需要。	避免使用未在遭受紧急情况的地方进行过效度检验的评估工具。
认识到紧急情况给人们带来了不同的影响。恢复力好的人能很好地应对紧急情况,而有些人可能会受到严重影响并可能需要专业的支持。	不要假设所有人在紧急情况中都受到了创伤,也不要认为那些看起来能较好应对紧急情况的人不需要任何支持。
用地方方言提问;要以让人感觉安全且具有支持性的态度提问,并尊重隐私。	不要重复进行评估;不要提出令人困扰的问题后不给与后续支持。
注意性别差异。	不要认为紧急情况以相同的方式影响了男性和女性;不要认为针对男性的应对措施对女性也具有同样的帮助或女性也同样适用。
招募工作人员和志愿者时需要核查相关的背景资料,为来自当地社区或受影响社区的人新工作人员或志愿者中进行能力培训。	避免招募行为严重削弱现有的当地结构。
在精神卫生和社会心理支持的培训结束之后,提供后续的督导和监测,确保干预措施能够得到正确的执行。	如果希望人们能掌握复杂的心理干预措施,则需避免孤立的一次性培训或短暂的培训结束之后没有后续跟进。
推动社区拥有、社区管理和运营项目的开发。	不要采用慈善模式,把社区中的人仅当作服务受益者对待。
加强地方能力、支持自我救助能力,同时增强受影响社区已拥有的资源。	避免组织的支持活动破坏或忽视了地方的责任和能力。

值得借鉴的措施	尽力避免的措施
学习当地文化习俗,并在恰当时运用文化习俗和土方法为当地群众提供支持。	不要假设所有的当地文化习俗都很有帮助,也不要假设所有当地人对特定文化习俗都持支持的态度。
适当地运用外来措施和方法。	不要假设国外措施一定比本国措施好,也不要将国外措施强加给本地的人,从而导致当地的支持性措施和信念边缘化。
加强政府能力,将针对紧急情况幸存者的精神卫生服务纳入到普通性的医疗服务中,并在可能的情况下,纳入到社区精神卫生服务之中。	不要针对特定人群创造提供平行的精神卫生服务。
为暴露于极端应激源后的急性应激人群后组织一系列的支持,包括心理紧急援助。	不要把普通人群中开展的一次性且单一的心理晤谈(debriefing)当作冲突和自然灾害之后的早期干预措施。
为初级/普通卫生保健工作者提供如何正确开处方和基本心理支持的培训和督导。	未受培训、无督导情况下不得开精神活性药物处方或提供心理支持。
使用该国基本药品清单中的常见药。	不要引入在当地没有得到广泛使用的新药。
为严重受影响人群建立有效转介和支持体系。	在尚不能提供合适和可及的服务时,不要对精神障碍患者进行筛查。
为可能被送到机构治疗的患者开发本地适宜的照顾方式。	不要将患者集中到机构收治,除非就获得基本照料和保护而言,机构是眼前无可争议地的最后选择。
让机构负责交流的官员促进与受影响人群和外部世界的双向交流。	不要让机构负责交流的官员仅仅保持与外部世界的沟通。
利用媒体等渠道提供准确信息,从而帮助减少压力并使人们能够获得人道主义服务。	避免媒体报道过分渲染人们的困扰或报道使人们处于危险之中。
将社会心理支持的概念和措施纳入人道主义救援的各个部门。	在缺乏多部门应对机制时,不要仅仅只关注医疗措施。

## 常见问题

### 1. 什么是精神卫生和社会心理支持？

在本《指南》中,精神卫生和社会心理支持(MHPSS)这一复合术语是指,旨在保护和促进社会心理健康,预防或治疗精神障碍的所有形式的本土的或外部的支持。

### 2. 为什么《指南》运用了“精神卫生”和“社会心理支持”这两个在意思上有重叠的术语？

对很多援助人员来说,这两个紧密联系的术语体现的是两个不同且相互补充的做法。卫生部门以外的援助机构经常谈论对社会心理健康的支持。卫生部门机构则经常谈论精神卫生,不过在以往还会运用“社会心理康复”和“社会心理治疗”来描述针对精神障碍患者所采取的非生物性干预措施。不同的机构、不同的专业人士以及不同的国家对这些专业术语有不同的定义。

### 3. 本《指南》是否只为精神卫生专业人员撰写？

不是的。本《指南》为不同部门的行动者保护和促进精神卫生和社会心理健康提供指导。然而,其中一些行动表中包含的临床干预措施只能在精神卫生专业人员的指导下才能得以实施。

### 4. 为什么本《指南》涵盖了传统考虑范围以外或精神卫生专业以外的其他部门？

更多的机构达成共识,认为社会心理支持需要人道主义行动所有部门的参与,因为援助的提供方式(例如,是否关注人们的尊严)将影响目标人群的社会心理健康。在控制死亡率的多部门努力中,同样应采取人道主义的援助

方式。事实上,影响死亡率的不仅仅是免疫运动和卫生保健,负责水、环境卫生、营养、食品安全和住所的其他部门所采取的措施,对死亡率也有很大的影响。同样,当避难所十分拥挤,卫生设施使妇女面临性暴力威胁的时候,人们的社会心理健康肯定会受到严重影响。

## 5. 本《指南》主要关注的是紧急情况中需要采取的最低应对措施,但是什么是紧急情况,什么是最低应对措施?

机构间常设委员会的年度联合呼吁程序文件([www.reliefweb.int](http://www.reliefweb.int))中列举了该委员会认为属于紧急情况的各种情况。这包括由于武装冲突和自然灾害(包括食品危机)所造成的大量人口面临死亡、巨大困扰或丧失尊严的紧急情况。

最低应对措施是指,在紧急情况中必须尽快执行的、至关重要且最为首要的措施。在采取综合性应对措施之前,需要确保受影响的人群至少获得了最低应对措施所提供的帮助。

## 6. 本《指南》涵盖的内容非常广泛。任何一个人道主义行动者(机构、社区)都能够执行《指南》中介绍的所有措施吗?在每一次紧急情况中是否都需要执行所有行动表中列举的措施?

任何单一的社区或机构都没有能力在紧急情况中执行所有必要的最低应对措施。本《指南》并非针对单一的社区或项目。《指南》是为不同机构之间采取协调措施而撰写。而且,《指南》描述的最低应对措施在绝大多数紧急情况(而非所有紧急情况)中采取的最低应对措施。具体状况分析对于确定当地需要采取哪些优先措施,以及何时采取措施在何时采取何种措施具有十分重要的意义。

## 7. 为何在执行措施方面没有具体的时间表?

尽管一些灾难所带来的人道主义后果在某种程度上是可以预料的(例如,

地震和龙卷风),但是很多紧急情况,如因武装冲突引发的事件,是不可预测的,因此不可能对此确定具体的行动时间表。此外,很多复杂的紧急情况往往持续数年时间。

## 8. 受紧急情况影响的个人、团体或社区在执行本《指南》的过程中能够发挥怎样的作用?

尽管本文献是援助组织从人道主义援助的角度所撰写的,但是受紧急情况影响的人群应当在可能范围内最大程度地参与所有援助活动的设计和执行,并尽可能发挥领导作用(见行动表 5.1 和 5.2)。因此,本《指南》应当被翻译成相关的地方语言。

## 9. 为何本《指南》没有特别关注创伤性应激和创伤后应激障碍?

人们在紧急情况中经历的社会和心理问题类型极其不同(见第 2 页的“问题”这一节)。如果只关注创伤性应激,就有可能忽视很多其他重要的精神卫生和社会心理问题。对于关注创伤性应激的利弊,不同的机构和专家对此持有不同看法。本《指南》旨在介绍紧急情况中建议采取的最低应对措施平衡方法。《指南》包括不同社区工作者为急性创伤困扰的人提供的心理紧急援助(见行动表 4.3、4.4、5.2 和 6.1),以及受训的专业医疗人员在督导下为患有严重精神障碍的人(包括严重的创伤后应激障碍)提供的照顾(见行动表 6.2)。

## 10. 本文献是否为最低应对措施设定了标准? 本《指南》与《环球手册》之间存在怎样的联系?

本文献概述了最低应对措施指南,但没有就最低应对措施设立标准。然而,这份报告与环球项目(Sphere Project, 2004 年)中确定的标准一致。执行这份《指南》将有可能促进《环球手册》中相关标准的实现,包括精神卫生和社会心理健康标准。

## 11. 这份机构间常委会部门间的指南与机构间常委会的分组措施之间存在着怎样的联系？

机构间常委会的分组措施是该委员会旨在增强各部门协调和整体绩效而倡导的新机制。在紧急情况下任何需要的时候,建立小组可以帮助弥补援助中存在的漏洞(见 <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/Cluster>)。机构间常委会的下列分组与这本《精神卫生和社会心理支持指南》密切相关,包括难民营协调和难民营管理、早期康复、教育、应急避难所、卫生、营养、保护,以及水、个人卫生和环境卫生。

在紧急情况下,各组应负责执行本《指南》中明确的在其特定领域所需采取的干预措施。而且,发生大规模灾难时,需要建立一个机构间且跨部门的精神卫生和社会心理支持协调小组,并确保遵守这本《指南》所概述的措施(见 [关于采取协调措施的行动表 1.1](#))。

## 12. 机构间常委会是怎样一个机构？

联合国大会所建立的机构间常设委员会(机构间常务委员会)是主要人道主义机构(联合国各相关机构、红十字会和红新月会,以及非政府人道主义机构)行政首长在行动协调、政策制定以及决策方面开展活动的论坛。欲了解更多信息,请登陆:<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/about/default.asp>

## 参考文献

1. Anderson, M. (1999年),《不要带来伤害: 援助如何能促进和平 - 或战争》,Boulder, CO: Lynne Rienner。
2. 机构间常委会 (2003年),《紧急情况中艾滋病毒/艾滋病应对措施指南》,日内瓦,机构间常委会。  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. 机构间常委会 (2005年),《人道主义危机中基于性别的暴力应对措施指南》,日内瓦,机构间常委会。  
[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/lfgender\\_GBVGuidelines2005.pdf](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/lfgender_GBVGuidelines2005.pdf)
4. 环球项目 (2004年),《人道主义宪章和灾难应对中的最低标准》,日内瓦,环球项目。  
<http://www.sphereproject.org/handbook/>



## 第二章

# 干预措施汇总表

本章介绍紧急情况下保护和促进精神卫生和社会心理支持的主要行动指南(见下文的汇总表和海报资料)。干预措施汇总表共 11 行,概述了人道主义行动的相关功能和领域。考虑到阅读上的连贯性与可读性,干预措施汇总表整合了一些跨部门的功能、核心的精神卫生和社会心理支持领域,以及特定部门中从社会角度考虑应注意的问题。此外,干预措施汇总表中的三列分别介绍了应对措施的类型。

## 1. 准备应对紧急情况

干预措施汇总表左边的一栏,总结了准备应对紧急情况时推荐采取的行动。实施这些行动应当能够促进最低应对措施快速执行。

## 2. 最低应对措施

干预措施汇总表在中间一栏描述了在紧急情况中需要采取的措施。最低应对措施是指在紧急情况中必须尽快执行的最为首要的措施。最低应对措施可以被看成是紧急情况中受影响人群有权利享有的最低支持。针对干预措施汇总表中列出的每一项行动,第三章中都附有相应的行动表,对该行动中所包括的最低应对措施进行详细说明。

## 3. 综合性应对措施

干预措施汇总表中右边的栏目概要介绍了值得采取的主要综合性应对措施。在考虑采取综合性应对措施之前,需要确保绝大部分社区已经参与执行当地确定的最低应对措施或正在接受最低应对措施所提供的帮助。综合性应对措施通常在稳定阶段和紧急情况结束后重建的早期阶段开始。

## 紧急情况中的精神卫生和社会心理支持干预措施汇总表

功能或领域	应对紧急情况的准备
<b>A 部分: 不同领域的共同功能</b>	
<b>1. 协调</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 确认具备资格的组织 and 可资利用的个人</li><li>• 制定机构和机构间行动的国家政策与计划, 以协调紧急情况中需采取的精神卫生和社会心理支持</li><li>• 决定当地、地区、国家和国际层面的协调机制、作用和责任</li><li>• 确定紧急情况中各个地区、各个机构针对精神卫生和社会心理支持的焦点问题</li><li>• 为精神卫生和社会心理支持工作筹资, 包括为这项工作的协调筹资</li><li>• 将精神卫生和社会心理支持的考虑纳入各个部门应对紧急情况的准备计划</li><li>• 在人道主义行动的各个阶段倡导精神卫生和社会心理支持</li></ul>
<b>2. 干预前评估、 监督和干预 后评估</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 构建干预前评估、监督和干预后评估精神卫生和社会心理支持的能力</li><li>• 回顾并整理有关各社区的能力和脆弱性的资料信息</li><li>• 评估各个组织在紧急情况中精神卫生和社会心理支持方面的应对能力</li><li>• 制定与文化相适应的机构间使用的紧急情况快速评估方案和工具</li><li>• 校对整理并传播评估信息和工具</li><li>• 开发或调试用于监测和评估的策略、指标和工具</li><li>• 回顾既往精神卫生和社会心理支持方面的应对措施, 确认哪些是好的做法, 有哪些挑战和差距</li></ul>
<b>3. 保护和人权 标准</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 促进人权、国际人道主义法以及相关的良好做法</li><li>• 回顾与人权保护有关的现有政策和法律</li><li>• 建立相关机制, 监督、报告并纠正侵犯人权的情况</li><li>• 与处于危机中的人一道工作, 以明确需要优先采取的措施, 并发展保护安全的能力和策略</li><li>• 对武装力量进行有关国际保护标准的培训</li><li>• 实施防止暴力的策略, 包括以性别为基础的暴力</li><li>• 在政治暴力事件中, 促进各敌对党派间外部监督协议的缔结以保护平民</li><li>• 促进国际人权/人道主义法律文书的批准并支持执行这些法律</li><li>• 促进相关国内法的批准和执行, 以支持人权/人道主义标准</li></ul>

## 最低应对措施

(在紧急情况中采取的措施,同时也是综合性应对措施的重要组成部分)

## 综合性应对措施

(在紧急情况的稳定期和早期重建阶段采取的措施)

1.1 建立部门间的精神卫生和社会心理支持协调	<ul style="list-style-type: none"><li>• 建立可持续协调架构,将政府和民间社会利益相关者都纳入在内</li><li>• 制定机构间的战略计划,并促进精神卫生和社会心理支持项目的合作规划与筹资</li><li>• 增强人道主义行为者之间的信息分享</li><li>• 将紧急情况中的精神卫生和社会心理支持措施与进一步发展的行动联系在一起</li><li>• 将精神卫生和社会心理支持措施纳入国家的政策、规划和项目,并确保这些项目能够利用现有的政策、规划和能力</li></ul>
2.1 评估精神卫生和社会心理问题 2.2 启动参与式监测与评估系统	<ul style="list-style-type: none"><li>• 定期进行评估,并在适当的情况下开展深入的状况分析</li><li>• 根据预先设定的指标监测并评估与计划活动相关的项目</li><li>• 监测并评估这份指南中所确定的精神卫生和社会心理支持活动</li><li>• 将干预前评估、监测与干预后评估活动中获得的结果与经验教训进行公布</li><li>• 制定过渡阶段精神卫生和社会心理支持的机构间指标</li></ul>
3.1 通过精神卫生和社会心理支持工作体现人权框架 3.2 通过社会保护识别、监测、预防和应对人权保护上的威胁和失败 3.3 通过法律保护识别、监测、预防和应对人权保护上的威胁和滥用	<ul style="list-style-type: none"><li>• 针对违反人权和人权法律的情况,增加国家在这方面的能力,以增进识别、监测、报告、预防及改正问题。</li><li>• 加强侵犯人权中的问责制</li><li>• 加强社会保护能力</li><li>• 在对有特殊需求的人群(高危人群)进行服务时,回顾数据并重视差距</li><li>• 对包括武装部队和司法体系在内的各部门人员进行有关人权保护的培训,并将其制度化</li><li>• 支持受暴力影响的人群以安全的方式重新融入社区</li><li>• 限制难民营中酒精的获得</li><li>• 采取行动预防人口拐卖</li><li>• 为侵犯人权事件中的受害者和家人,以及目击者(包括审判目击者)提供适当的心理、社会、经济、教育和医疗支持</li></ul>

4. 人力资源
- 了解现有人力资源以及培训资源,包括当地人群中蕴含的能力和资源
  - 让大家意识到,需要一些了解当地文化和语言的工作人员
  - 对所有工作人员进行国际保护标准和行为准则的培训
  - 对不同部门的工作人员进行培训,让他们了解如何根据本《指南》将精神卫生和社会心理支持纳入紧急情况下的应对工作
  - 拓展在紧急情况中能够提供精神卫生和社会心理支持的受训工作人员库
  - 鼓励教育机构将精神卫生和社会心理支持培训纳入相关专业计划
  - 在世界范围内将精神卫生和社会心理支持纳入有关准备应对紧急情况的课程
  - 制定组织的政策和计划,以预防和处理人道主义工作人员在精神卫生和社会心理支持中遇到的问题
  - 制定相关的组织政策以充分保证现场工作人员的安全和应有的保障
- 

B 部分:精神卫生和社会心理支持的核心领域

---

5. 社区动员和支持
- 进行参与式计划和当地社区的背景分析(当前状况、资源、机构、服务和措施)
  - 开展风险分析,制定社区应对计划,包括早期预警体系,并加强当地在执行计划方面的能力
  - 建立相应机制动员内部的精神卫生和社会心理支持资源,并整合外部资源
  - 培训和督导现有的社区工作人员提供恰当的紧急情况下精神卫生和社会心理支持
  - 开展社区拥有、社区自主管理的社会支持活动
  - 制定紧急情况下保护和支持早期童年发展的社区计划
-

## 最低应对措施

(在紧急情况中采取的措施,同时也是综合性应对措施的重要组成部分)

## 综合性应对措施

(在紧急情况的稳定期和早期重建阶段采取的措施)

- 4.1 确定并招募工作人员,并吸纳了解当地文化的志愿者
- 4.2 强制执行工作人员行为准则和伦理指南
- 4.3 为援助工作人员组织精神卫生和社会心理支持的介绍和培训
- 4.4 预防和处理工作人员和志愿者在精神卫生和社会心理方面遇到的问题

- 明确当地工作人员所需具备的重要的能力
- 对行为准则和伦理标准,要制度化、监督并强制执行,必要时强化这方面的工作
- 弄清已经接受了哪些培训和督导,这些工作开展的程度和分布情况
- 拓展培训和督导,通过在机构中确立培训制度以加强可持续性能力
- 回顾工作人员对精神卫生和社会心理支持问题的反应,以及工作人员和志愿者在执行精神卫生和社会心理支持政策上的依从性

- 5.1 为社区动员、社区对应急反应的主导与控制
- 5.2 促进社区自助和社会支持
- 5.3 为开展适宜的集体文化、精神和宗教治疗实践提供条件
- 5.4 促进对年幼儿童(0-8岁)及其照顾者的支持

- 加强应对措施的社区所有权
- 稳定群众的生活,支持社区发展和经济发展,使他们主动提出的方案付诸实施
- 为受害者和幸存者提供合适的场所,以开展适当讨论相关责任机构需要解决的赔偿问题(经济赔偿、司法赔偿和象征性赔偿)
- 协助留下历史记录,记载社区是如何处理这种紧急情况的
- 回顾社区资源的动员过程,协助提高其社会支持及自助行动的质量,并促进其推广
- 加强精神卫生和社会心理支持体系,包括转介机制
- 避免将儿童送孤儿院和管护机构,探索去机构化方法,促进以社区为基础的替代性照料
- 采取措施帮助曾被武装部队和武装团体征募的儿童重新融入社区
- 以尊重当地文化的合适方式挖掘集体墓地,并向死难者的亲友提供支持
- 组织针对有益文化习俗和有害文化习俗的讨论
- 强化能力建设,为年幼儿童及其照顾者提供高质量照顾

- 6. 卫生服务**
- 加强国家卫生体系的能力,以便紧急情况下提供精神卫生和社会心理支持
  - 规划现有的正式及非正式的资源 and 医疗措施
  - 促进包括重要心理健康数据的卫生信息体系的建立,并使该体系能提供分年龄和分性别的数据
  - 培训工作人员,如何为性暴力和其他暴力的幸存者提供与文化相适应的临床照顾
  - 为卫生工作人员介绍心理紧急援助
  - 使国家基本药物清单与世界卫生组织确定的基本药物模板单一致,并准备紧急情况中所需的基本精神药物
  - 为各机构制定紧急情况的应对预案
  - 制定相关战略,以减少针对患有心理疾病和/或精神残疾人群的歧视和羞辱
  - 加强能力,预防和重视与酒精和其他物质滥用相关的伤害

- 7. 教育**
- 规划现有的正式和非正式的教育实践的资源
  - 帮助已经失去教育机会的成人以及男孩女孩们确定教育程度和职业选择
  - 运用参与式方法,在基本的社会心理支持、儿童权利、参与式方法、积极的管教和行为准则等方面的为教师提供培训,并对其进行督导
  - 加强国家教育体系的能力,以便在紧急情况中采取以学校为基础的精神卫生和社会心理支持措施
  - 为学校建立普通危机和社会心理危机应对方案
  - 加强应对紧急情况的的教育,将紧急情况中重要的保护问题纳入学校课程

- 8. 信息传播**
- 规划现有的与信息相关的资源,并了解资源中存在的不足
  - 教育工作者,使其了解信息集中需注意的伦理问题
  - 使不同的目标听众都能获得相关信息
  - 准备“风险沟通”战略,以确保在紧急情况中能够发布重要的信息
  - 发布信息,指导如何在紧急情况中预防家庭失散等问题
  - 反对媒体利用一些伤害性的图片或发布不适当的信息
  - 让主要的利益相关者参与制定、测试和发布有关积极应对措施的信息
-

<b>最低应对措施</b> (在紧急情况中采取的措施,同时也是综合性应对措施的组成部分)	<b>综合性应对措施</b> (在紧急情况的稳定期和早期重建阶段采取的措施)
6.1 在提供普通卫生服务时考虑特定的心理和社会性因素 6.2 为患有严重精神障碍的人提供照料 6.3 为机构中严重精神障碍患者和其他精神和神经残疾的人提供保护和照料 6.4 了解当地的、本土的和传统的卫生体系,并在适当时与之合作 6.5 尽可能减少与酒精和其他物质滥用相关的伤害	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在适当的时候启动对精神卫生政策和立法的更新修订</li> <li>• 通过普通卫生保健服务和以社区为基础的精神卫生服务,为紧急情况相关的多种精神障碍和先前已经存在的精神障碍提供精神卫生服务</li> <li>• 努力确保新建立的精神卫生的可持续性</li> <li>• 适当情况下,继续增进与当地治疗体系的的合作关系</li> <li>• 对精神科机构中的患者,促进以社区为基础的照顾,并促进恰当的替代性居住安排</li> <li>• 定期评估精神卫生服务的可获得性和质量</li> <li>• 进一步加大努力,预防与酒精和其他物质滥用相关的伤害</li> </ul>
7.1 加强安全教育及支持性教育的可及性	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 扩展青春期男孩和女孩的受教育机会,包括职业培训,同时开始提供成人扫盲课程</li> <li>• 确保教育课程对文化、多样性和性别问题的敏感性</li> <li>• 监测和提高教育质量</li> <li>• 扩大女孩和男孩接受教育的机会,开始成人扫盲课程</li> <li>• 提供生活基本需要以及其他必要的支持,确保接受教育,防止辍学</li> <li>• 在正规和非正规的教育场所,拓展社会心理支持的能力</li> <li>• 加强预防和应对校园暴力和其他虐待、欺凌事件</li> <li>• 在教育中纳入维护和平以及生活技能的内容</li> </ul>
8.1 为受影响的人群提供紧急情况、救援努力和法律权利方面的信息 8.2 提供获取有关积极应对措施的信息的渠道	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 支持可靠和便于获取准确信息的体系</li> <li>• 在信息核查和信息发布中加强社区参与</li> <li>• 持续提供接触获取援助信息的机会</li> <li>• 组织宣传活动,让人们更多地了解如何支持患有精神卫生和社会心理问题的人</li> <li>• 监测并评估宣传资料的使用情况</li> </ul>



---

C 部分:部门领域中从社会角度的考虑

---

9. 食品安全和营养
- 评估人群此前的烹饪习惯、饮食观念和食用的主要食物
  - 监测影响儿童心理发育的主要微量元素的获得情况
  - 根据具体需要计划和制定基于平等原则的食品分配方案
- 
10. 地点和住所规划
- 弄清住所和地址规划方面的现有资源、存在的不足、采取的措施以及高危群体
  - 对所选地址的安全性和适当性进行参与式评估
  - 考虑安全、尊严、隐私和赋予力量的基础上,计划在紧急情况中为所有人提供住所(适当地锁定高危人群)
  - 做出计划以预防人们被长期安置在帐篷中
  - 规划安置住所的供暖(涉及严寒气候的紧急情况)
- 
11. 水和环境卫生
- 弄清水和环境卫生方面的现有资源、存在的不足和高危人群
  - 以有助于安全、维护尊严、保护隐私和非暴力解决问题的方式,计划为所有人提供水和环境卫生服务(适当锁定高危人群)
-

### 最低应对措施

(在紧急情况中采取的措施,同时也是综合性应对措施的重要组成部分)

### 综合性应对措施

(在紧急情况稳定期和早期重建阶段采取的措施)

<p>9.1 在提供食品和营养支持时考虑具体的社会和心理因素(安全、有尊严的、文化上和社会上适合的援助)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 对食品安全和营养提供方面的社会和心理考虑进行回顾并开展定期评估</li><li>• 鼓励和支持食品方面的自给自足</li></ul>
<p>10.1 在以协调方式进行场地规划和住所提供时需要考虑的具体的社会因素(安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 在住所和场地规划中对社会考虑进行回顾和定期评估</li><li>• 强调土地分配和土地权利立法中的公平性</li><li>• 加强社区和政府能力,将社会考虑纳入长期的地点和住所规划</li></ul>
<p>11.1 在水和卫生的提供中需要考虑的具体的社会因素(所有人都能够以安全和符合文化习惯的方式有尊严地获取)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 就提供水和环境卫生过程中的社会和心理考虑进行回顾,并开展定期评估</li><li>• 加强社区和政府能力,将社会视角的考虑纳入长期的水及环境卫生支持中</li></ul>

### 第三章

# 最低应对措施行动表

本章的内容是紧急情况中最低应对措施的行动表。第二章干预措施汇总表中间一栏所列出的每一项行动在本章都会有一个具体的行动表与之对应。

功能或领域	行动表标题
A 部分:不同领域的共同功能	
1. 协调	1.1 建立部门间的精神卫生和社会心理支持协调
2. 评估、监督和评价	2.1 评估精神卫生和社会心理问题
	2.2 启动参与式监测与评价系统
3. 保护和人权标准	3.1 通过精神卫生和社会心理支持工作体现人权框架的实施
	3.2 通过社会保护识别、监测、预防和应对人权保护上的威胁和失败
	3.3 提供法律保护识别、监测、预防和应对人权保护上的威胁和滥用
4. 人力资源	4.1 确定并招募工作人员,并吸纳了解当地文化的志愿者
	4.2 强制执行工作人员行为准则和伦理指南
	4.3 为援助工作人员组织精神卫生和社会心理支持的介绍和培训
	4.4 预防和处理工作人员和志愿者在精神卫生和社会心理支持方面遇到的问题
B 部分:精神卫生和社会心理支持的核心领域	
5. 社区动员和支持	5.1 为社区动员、社区对应急反应的主导与控制提供条件
	5.2 促进社区自助和社会支持
	5.3 为开展适宜的集体文化、精神和宗教性治疗措施提供条件
	5.4 促进对年幼儿童(0-8岁)及其照顾者的支持

功能或领域	行动表标题
6. 卫生服务	<p>6.1 在提供普通卫生服务时考虑特定的心理和社会性因素</p> <p>6.2 为患有严重精神障碍的人提供获得照料的机会</p> <p>6.3 为机构中严重精神障碍患者和其他精神和神经残疾者提供保护和照料</p> <p>6.4 了解当地的、本土的和传统的卫生体系,并在适当的时候与之合作</p> <p>6.5 尽可能减少与酒精和其他物质滥用带来的伤害</p>
7. 教育	7.1 加强安全教育及支持性教育的可及性
8. 信息传播	<p>8.1 向受影响人群提供关于紧急情况、救援措施及合法权利的相关信息</p> <p>8.2 提供获取有关积极应对措施的信息的渠道</p>
<b>C 部分:部门领域中从社会角度的考虑</b>	
9. 食品安全和营养	9.1 在提供食品和营养支持时考虑具体的社会和心理因素(安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助)
10. 地点和住所规划	10.1 在以协调方式进行场地规划和住所提供时需要考虑的具体的社会因素(安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助)
11. 水和环境卫生	11.1 在水和卫生的提供中需要考虑的具体的社会因素(所有人都能够以安全和符合文化习惯的方式有尊严地获取)

## 行动表 1.1

### 建立精神卫生和社会心理支持的部门间协调

功能:协调

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

有效的精神卫生和社会心理支持项目需要不同行动者之间的部门间协调,因为人道主义救援中的所有行动者都负有促进精神卫生和社会心理健康的责任。协调精神卫生和社会心理支持方面的工作需要卫生、教育、保护和社会服务等部门,和受影响社区的代表的参与。还必须吸纳食品、安全、住所以及水、环境卫生等部门。

协调有助于确保(a)人道主义救援的所有方面都以有利于精神卫生和社会心理健康的方式得以施行;(b)具体的精神卫生和社会心理支持包含在人道主义应对措施内。为实现这一目标,精神卫生和社会心理支持的行动者必须就总体战略和工作分工达成一致以向所有受紧急情况影响的社区提供平等的支持。若协调不力,将影响项目的有效性和效率,甚至给项目带来不利或有害的影响。

目前尚存在一些主要困难阻碍了适当的协调工作。缩小“精神卫生”项目和“社会心理”项目(通常前者与卫生部门相关,后者与保护部门相关)之间的差距在很多紧急情况下是一个重要挑战。在一些引人注目的紧急情况救援中,大量人道主义行为者的参与使得协调则更具挑战性。受影响的人群可能会受到外部行动者的巨大影响,而当地在精神卫生和社会心理支持方面的作用很可能被边缘化或减损。促进对精神卫生和社会心理支持观点各异的行动者(例如,各国政府、捐助方、国际组织、地方社区和非政府组织)达成一致认识,确保及时解决共同面临的问题,对于促进有意义的协调至关重要。

#### 主要行动

##### 1. 激活或建立精神卫生和社会心理支持的部门间协调小组。

- 组建协调精神卫生和社会心理支持活动的小组,并共同制定计划以明确需要采取的措施以及相关的负责机构。制定精神卫生和社会心理支持的部

部门间单一协调小组,吸纳传统上与卫生部门和保护部门都有关联的行动者是非常值得推崇的做法。这也是减少工作中的条块分割,确保综合性的解决精神卫生和社会心理支持工作的各个方面问题(从以社区为本的社会支持到对严重的精神障碍的临床治疗)的最有效的方式。但是,建立次一级协调小组关注于特定问题的解决(例如,学校中的社会心理支持或卫生服务中的精神卫生服务)也是有益的。精神卫生和社会心理支持协调小组应当与所有相关部门或机构间常委会下相协调,以确保开展的活动能够促进精神卫生和社会心理健康,以及相关的活动能够被机构间常委会所采纳。

- 在精神卫生和社会心理支持的协调小组中纳入主要政府部门(例如卫生、社会福利、教育部)、联合国机构和非政府组织的代表。吸纳其他积极参与精神卫生和社会心理支持的组织,例如政府部委、专业协会和大学、宗教组织或以社区为基础的组织、国际红十字与红新月运动。在各个层面的协调活动中应积极征询并吸取社区的建议。
- 利用现有的协调小组。如果尚不存在协调小组,应建立临时小组负责协调。精神卫生和社会心理支持协调小组需要与机构间常委会下的保护和卫生组协调,并在适当的情况下与其他国家协调机制配合,包括相关网站(例如,人道主义信息中心,[www.humanitarianinfo.org](http://www.humanitarianinfo.org))。
- 在国家和地区层面建立精神卫生和社会心理支持协调小组,同时鼓励国际组织之间的信息交流。国家层面和地方层面的协调小组之间的交流至关重要,它们各自的职能要有清楚界定。
- 精神卫生和社会心理支持协调小组在可能的情况下应当由一个或多个国家级组织领导,由国际机构提供适当的技术支持。领导机构应当具备在精神卫生和社会心理支持领域的丰富知识,并熟悉包容性强的协调过程(例如,避免由某一种方式或某一部门支配或造成武装冲突的局面;主要行动者认为协调方式公正不倚)。
- 努力缩小协调小组成员之间的权力差异,并促进非主流的或权力相对较小的团体的参与(例如,通过使用当地语言、考虑会议安排和地点)。

- 所有组织都有责任协调其应对措施（不违背“不伤害”原则）。各组织应努力确保自己在协调小组中的代表有权利、知识和技巧积极有效地参与协调。

## 2. 协调项目规划和执行。

- 协调小组负责协调与本指南中内容相关的项目的规划与执行。这包括确保精神卫生和社会心理支持的最低应对措施能够在当地得到适当执行，而且为受紧急情况影响的社区提供平等且及时的帮助。
- 协助跨部门和机构间的精神卫生和社会心理支持战略规划过程，包括：
  - 协调评估和交流评估结果（见行动表 2.1）；
  - 确定各方一致同意的项目以及优先工作的地域；
  - 确定并解决应对措施中存在的不足；
  - 确保行动者之间的工作分工；
  - 促进机构间在共同行动中的合作（例如转介机制或共同培训）；
  - 协调在紧急情况的受影响人群中发布有关紧急情况、救援工作、法律权利和自我照料的信息（见行动表 8.1 和 8.2）；
  - 整理并分享机构所采取的措施、有关资料以及获得的经验教训；
  - 开展监测评估，并交流评估结果（见行动表 2.2）。在适宜的情况下应制定机构间的战略规划。

## 3. 开发并印发指南，协调宣传倡导。

- 精神卫生和社会心理支持协调小组应当在改编本指南和其他相关指南以符合当地背景方面起主导作用。在必要时开发精神卫生和社会心理支持的补充性指南和政策。这一过程应当尽可能多地纳入相关机构和群体。建立相关机制以确保各方对指南和政策的广泛认识和承诺（例如，精神卫生和社会心理支持工作的国家部门和组织正式采用）。
- 协调小组应对精神卫生和社会心理支持宣传倡导进行协调。主要的最低



行为措施包括:(1) 明确哪些因素对精神卫生和社会心理支持产生最大影响,哪些因素最有可能通过宣传倡导被改变,然后就主要的宣传倡导内容达成一致;(2) 确定主要的利益相关者,包括政府、武装军队、媒体、捐助方、非政府组织、政策制定者和其他协调机构,并针对各个利益相关者制定主要宣传内容;(3) 由各个机构决定在宣传倡导中的作用和责任。

#### 4. 募集资金。

- 协调筹资活动,包括确保精神卫生和社会心理支持被适当地包括在联合申请程序之中,包括为协调活动找出并募集资金,对捐助方进行联合的宣传。

### 主要资源

1. 失散和孤身儿童问题机构间工作组(2005年):《受海啸影响的儿童的社会心理关爱和保护:机构间指导原则》。

<http://www.iicrd.org/cap/node/view/383>

2. The Mangrove:《社会心理支持和协调单位》,Batticaloa,斯里兰卡。

<http://www.themangrove.blogspot.com/>

3. 社会心理和心理健康协调,《政府间专家最终报告会议》附录 V,雅加达,2005年4月4-5。

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)

4.《巴勒斯坦社会心理干预措施行为指南》,2001年10月4日。

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)

5. 世界卫生组织(2003年),《紧急情况中的心理健康:受极端压力事件影响人群的社会心理健康》,日内瓦:世界卫生组织。

[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/640.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf)

---

### 过程指标范例

- 在地方和国家层面建立精神卫生和社会心理支持协调小组,纳入包括卫生、保护和教育等不同部门的行动参与者。

### 范例:印度尼西亚,亚齐省,2005 年

- 在 2004 年 12 月印度洋海啸后的人道主义救援中,亚齐省的卫生部门在两个联合国机构的联合支持下与精神卫生和社会心理支持相关的所有工作相协调。
- 建立了亚齐省机构间社会心理工作组。在社会、卫生和保护部门工作的 60 多个机构参加工作组每周召开的会议。社会心理工作组向卫生和儿童保护协调组汇报工作。
- 亚齐省机构间社会心理工作组起草了“印度尼西亚亚齐省社会心理项目原则”。该文件得到了广泛推广和使用。

## 行动表 2.1

### 开展对精神卫生和社会心理问题的评估

功能:干预前评估、监测和干预后评估

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

紧急情况下对精神卫生和社会心理支持的评估提供(a)对紧急情况现状的了解;(b)对威胁精神卫生和社会心理健康的因素以及现有能力的分析;(c)对相关资源的分析,并在咨询利益相关者之后确定是否需要采取应对措施,如果需要,确定应对措施的性质<sup>①</sup>。

评估精神卫生和社会心理问题,需要记录人们在紧急情况中的经历,他们如何应对以及这些行动如何影响他们的精神卫生和社会心理健康。评估还需包括个人、社区和组织如何应对紧急情况。还需对资源、需求和存在的问题进行评估。资源包括个人所具备的应对技巧/生活技能、社会支持机制、社区行动、政府和非政府组织的能力。最重要的是了解如何支持受影响的人群使其更有建设性地应对精神和心理支持方面的需求。评估也必须是持续性信息收集与信息分析的组成部分,而这一过程需要与主要的利益相关者,尤其是受影响的社区合作进行,目的在于改进项目。

#### 主要行动

##### 1. 确保评估过程中的协调。

- 与其他组织协调开展社会心理和精神卫生问题评估。协调性评估有助于确保资源的使用效率,最为准确和全面的了解精神卫生和社会心理支持状况,并避免对受影响人群承担进行重复性评估。
- 各个组织应该首先明确已经进行了哪些评估,并对已有信息进行回顾(例如,进行文献回顾、与其他组织访谈、分析国家现有的状况信息,例如相关民族志资料和精神卫生体系数据)。在必要时,需设计进一步的实地评估计划。

---

<sup>①</sup> 定义基于环球手册(2004年)

- 各个组织应该告知协调小组(见行动表 1.1),他们正在对哪些问题进行评估,在哪里进行和如何进行的,同时应做好准备在必要时对评估做出调整,并分享相关信息。
- 在大多数紧急情况下,不同的组织(政府部门、联合国机构、非政府组织等)会在广阔的地域收集精神卫生和社会心理支持各个方面的信息(见第 40–41 页的表格)。协调小组应该帮助明确哪些机构在哪里,以及收集哪方面的信息,同时尽可能确保收集到受影响地区所有在表格中列出的信息。协调小组需要支持信息收集以一种适当且协调的方式进行(例如,使主要的信息收集工具标准化)。这些评估的信息应该定期得以校对和分析,同时所有参与的组织中分享这些信息。
- 在社区服务、保护、卫生、教育、住所、食物、水和环境卫生等部门开展的评估中需要考虑特定的社会性因素(见每一部门的相关行动表)。

## 2. 收集和分析与精神卫生和社会心理支持相关的主要信息。

下表列出了从事精神卫生和社会心理支持工作的组织需要获得的主要信息(注意:不同组织重点关注与其工作特别相关的特定领域)。

- 评估时,在可能的情况下应当收集按性别、年龄和地域分列的信息。这包括了解社区中的高危群体及其特殊需求和能力。第一章描述了通常更容易面临风险的群体。
- 了解受影响人群中不同亚群体的需求和资源,包括面临困扰但应对良好的人和那些由于严重精神障碍而无法维持正常功能的人。

信息类型	包括
<p>相关人口和背景信息</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人口总数以及处于危险境地的特定群体的人口总数(如必要,了解他们所在的位置)(见第一章)</li> <li>• 死亡率以及造成死亡的因素(威胁)</li> <li>• 基本生理需求(食物、住所、水和环境卫生以及医疗服务)和获得教育的机会</li> <li>• 侵犯人权和保护性框架(见行动表 3.1、3.2 和 3.3)</li> <li>• 社会、政治、宗教和经济方面的结构和动态特征(例如,安全和冲突问题,包括社区中的民族、宗教、阶级和性别冲突问题)</li> <li>• 生计活动和日常社区生活的改变</li> <li>• 有关文化资源、习俗、文化作用和态度方面的基本信息(包括哀悼方式,人们对精神障碍、基于性别的暴力以及求助行为的态度)</li> </ul>
<p>紧急情况中的体验</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人们在紧急情况中的体验(人们对紧急情况及其重要性、导致的原因和预计产生的影响的看法)</li> </ul>
<p>精神卫生和社会心理问题</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 心理困扰和社会困扰的表现,包括行为和情感问题(例如,攻击行为、离群索居、睡眠问题),以及困扰的地方性表述</li> <li>• 日常功能受损的迹象</li> <li>• 社会团结和支持机制受到破坏(例如,社会支持形式遭到破坏、家庭冲突、暴力、共同的价值观受到破坏)</li> <li>• 严重精神障碍患者的信息(例如,通过卫生服务信息系统获得)(详见行动表 6.2)</li> </ul>
<p>精神卫生和社会心理健康的现有资源</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 人们自助和帮助他人的方式,例如,应对措施与治疗方式(例如,宗教和政治信仰、寻求家人和朋友的支持)</li> <li>• 人们以往应对逆境的方式</li> <li>• 社会支持类型(识别社区中有经验且值得信赖的帮助人员),和促进社区团结的要素(例如,正常社区活动的延续、共同决策机制、不同年龄辈份人之间的对话/尊重,对处于边缘化和高危群体提供帮助)</li> </ul>

信息类型	包括
组织能力和活动	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 教育和社会服务中的社会心理支持项目的结构、地点、工作人员和资源,以及紧急情况对服务的影响</li> <li>• 卫生部门精神卫生服务的结构、地点、工作人员和资源(包括政策、医药用品的可获性、初级卫生服务和精神病医院的作用等……见世界卫生组织心理健康资料集&lt;含192个国家的基线数据&gt;),以及紧急情况对服务的影响</li> <li>• 了解社区行动者(例如,社区工作者、宗教领袖或顾问)的社会心理工作技能</li> <li>• 了解潜在的合作者以及以往精神卫生和社会心理支持培训的范围、内容和质量</li> <li>• 了解紧急情况下精神卫生和社会心理支持项目</li> </ul>
项目需求与机会	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 不同利益相关者的建议</li> <li>• 这份指南中列出的各种主要行动在多大程度上得到了执行</li> <li>• 卫生、社会、教育、社区和宗教部门内部和这些部门之间转介机制的功能状况</li> </ul>

### 3. 运用符合伦理的和适当的参与式方式开展评估。

- **参与** 评估必须尽可能采取参与的方式与各利益相关者合作开展,包括政府、非政府组织、社区和宗教组织以及受影响的人群。参与式评估是与受影响人群展开对话的第一步。如果操作得当,不仅可以提供信息,而且还可能通过合作识别存在的问题、可利用的资源以及解决问题的潜在方法(见行动表 5.1 和 5.2)帮助受影响人群控制他们的现状。向参与者征求关于评估结果和评估过程的反馈意见。受影响人群也应参与界定什么是健康和困扰状态。
- **包容性** 评估需要让不同的群体参与,包括儿童、年轻人、女性、男性、老年人以及不同宗教、文化和社会经济背景的人。同时还需要社区领袖、教育者、卫生和社区工作者的参与,纠正,而非加强对特定群体的排斥。

- **分析** 评估应分析现状以确定需要优先采取行动的地方,而并非只是收集和汇报信息。
- **对冲突的注意** 在冲突情况下开展评估,评估员需要清楚了解卷入冲突的团体以及他们的机制。必须注意确保公正和独立性,避免激发社会紧张和冲突或危害社区成员或工作人员。在某些情况下不宜进行参与式评估,因为询问的问题可能会危害评估员或评估对象。
- **文化适宜性** 评估方法(包括评估指标和工具)应当具有文化上的敏感性并适宜于当地背景。评估团队应包括熟悉当地情况且能够获得评估对象的信任,同时尊重当地的文化传统和习俗。评估中必须避免使用在当地文化中会导致污名和耻感的术语。
- **伦理原则** 尊重访谈对象的隐私、保密性和他们的最大利益。根据“不伤害”原则,必须注意避免在评估中提出不切实际的要求(例如,访谈对象理解评估员可能不会返回如果他们没有得到资助的话)。应避免提出冒犯性问题。评估组织应尽最大努力确保社区成员完全是在自愿基础上参与评估。与儿童或其他有特殊需求的群体(例如,性暴力的幸存者)访谈的评估员应具备适当的技能和经验。在可能的情况下,应对需求精神卫生和社会心理服务的评估对象提供支持。
- **评估团队** 评估员应当接受上述伦理准则的培训,并应掌握基本的访谈和良好的人际沟通技能。确保评估团队中男女比例的适度均衡,团队成员需具备精神卫生和社会心理支持和当地背景的知识。
- **数据收集方法** 相关数据收集的定性方法包括文献回顾、小组活动(例如,焦点小组讨论)、主要信息人访谈、观察和实地考察。定量方法,例如简短的问卷,对卫生体系中现有信息进行分析等同样是有用的。尽可能运用多种数据收集方法对数据进行交叉检查与信息效度分析。关于评估紧急情况所引发的精神障碍比例分布的调查(精神病流行病学调查)具有挑战性,需要大量资源,而且常常具有争议性,所以这些调查超出了最低应对措施的范围(见第 45 页)。运用现有文献资料中的数据进行大致推断是有用的替

代方法(见行动表 6.2 以了解类似预测的范例)。

- **动态和时效性** 评估必须足够迅速的开展,从而使评估结果能够在紧急情况的项目规划中得到有效利用。通常采取动态的、分阶段的评估过程是恰当的,例如分为两个阶段:

(1) 初始(快速)评估主要关注了解受紧急情况影响人群的经历和目前状况,以及社区和组织能力以及项目中存在的不足。通常需要在 1-2 个星期内进行。

(2) 详细评估:随着紧急情况的发展,对上文表中所列各种问题进行深入细致的评估。

#### 4. 校对并发布评估结果。

- 评估机构应当及时与社区、协调小组和其他相关组织分享评估结果。涉及到隐私的信息、能够识别出个体和特定社区的信息、以及可能危害受影响人群和工作人员的信息不得公开发布。这类信息只能在保护受影响人群或工作人员的前提下与相关行动者分享。
- 协调小组应纪录、校对、回顾评估结果,并将其发布给所有的利益相关者(例如,将评估结果在因特网上公布并在社区举行意见反馈讨论会)。
- 精神卫生和社会心理支持的行动者应当将评估结果作为项目规划、监测和评估的资源 and 指南(见行动表 2.2)。

### 主要资源

1. 教堂共同行动联盟, Lutherhjälpen, 挪威教堂援助和基督教教会救灾服务(2005 年),《社会心理支持需求的社区评估》,第六章,“以社区为基础的社会心理服务:协助者指南”。  
[http://www.svenskkyrkan.se/trot/lutherhjälpen/psychosocialservices/pdf/psychosocialservic es.pdf](http://www.svenskkyrkan.se/trot/lutherhjälpen/psychosocialservices/pdf/psychosocialservic%20es.pdf)
2. 人道主义行动中的问责制和绩效的积极学习网络(2003 年),《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践者手册》。第三章,“评估”。  
[http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs\\_handbook/gs\\_handbook.pdf](http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf)
3. Bolton P. (2001 年),《创伤所致精神疾病的跨文化评估(第三阶段)》,CERTI, 约翰霍普金斯大学,世界



宣明会。

<http://www.certf.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>

4. 无国界医生(2005年),《实地评估》,第一章第三部分,“心理健康指南:在大规模暴力地区执行精神卫生项目的指南”。

[http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF\\_mentalhealthguidelines.pdf](http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf)

5. Silove D., Manicavasagar V., Baker K., Mausiri M., Soares M., de Carvalho F., Soares A. 和 Fonseca Amiral Z. (2004年),《武装冲突后东帝汶紧急心理健康服务中首批工作人员的社会风险指数:探索性调查》。澳大利亚和新西兰精神病期刊,38:929-32。

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)

6. 环球项目(2004年),《人道主义宪章和灾害应对最低标准》。“最初评估”,第29-33页。

<http://www.sphereproject.org/handbook/>

7. 联合国儿童基金会东亚和太平洋地区区域办公室和地区紧急情况社会心理支持网络(2005年),《紧急情况中儿童及社区社会心理评估指南》。

<http://www.crin.org/docs/Handbook%20new%20update.pdf>

8. 世界卫生组织(2005年),《心理健康指南》

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence](http://www.who.int/mental_health/evidence)

---

## 过程指标范例

- 各组织在设计分析评估工作时应充分考虑其他组织已经收集的信息,并在这些信息的基础上制定评估计划。
- 校对并发布各组织关于精神卫生和社会心理支持问题(见第36-37页的表)的评估信息(例如,通过协调小组开展信息校对和发布)。

---

## 精神障碍和困扰的流行病学调查

通过在人群中进行流行病学调查,(a)可以了解不同精神障碍的人口比率以及心理困扰的各种表现;(b)同时了解与之相关的风险因素(例如,身为女性)、保护性因素(例如,有工作)、服务的利用率以及影响求

助行为的因素。这类调查如能得到很好开展,将有助于项目的规划和倡导,促进项目信息资料库的完善,同时推进这一领域的科学知识。另外,如果多次开展这类调查,这些调查信息将能够帮助监测大部分人群是否已经自然康复(在未采取计划的干预措施情况下的自然康复)。然而,开展具有信度和富有成效的紧急情况下的流行病调查还面临诸多挑战。到目前为止,绝大多数的这类流行病学调查未能成功区分精神障碍与非病理性困扰。这类调查所使用的工具通常只适合非紧急情况状态下寻求帮助的临床病人。对这些病人而言,困扰表现是心理疾病的表征,而对紧急情况中普通的社区百姓而言,困扰表现却并非与心理疾病密切相连。由于调查工具上的缺陷,很多类似的调查得出的结果往往高估了精神障碍发生的比例,错误地认为心理和精神科照料将使很大比例的受影响人群受益。此外,以往绝大多数调查中使用的工具不适用于当地的文化背景,这导致人们很难确切地解释调查的结果。

经验表明,迅速开展良好的精神病学调查,并使之在紧急情况中对项目产生充分影响,这需要相当丰富的专业知识。尽管良好的精神病学调查可能是综合应对措施的重要组成部分,但这些调查远远超出了最低应对措施的范畴。在这份指南中,最低应对措施是指紧急情况中必须尽快执行的至关重要且最为首要的措施(见第一章)。

在紧急情况影响的背景下开展精神障碍的流行病学调查时,需要特别注意(a)使调查工具适用于当地具体情况(见上文“主要资源”第3项),(b)并评估与严重精神病问题相关的指标(例如,自杀倾向;无力照顾自己和家人以维系生存;怪异行为;对他人造成危险;制定有关日常功能严重受损的当地指标:见“主要资源”第5项)。

## 行动表 2.2

### 建立参与式监测和评估体系

功能:干预前评估、监测和干预后评估

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

干预前评估、规划、监测与干预后评估是同一项目周期的组成部分。紧急情况中的监测包括系统地收集和分析相关信息,为目前和潜在的人道主义行动决策提供信息。评估是指分析目前行动以及已完成行动的相关性和有效性。简言之,紧急情况中开展监测评估工作是为了了解援助的执行情况和产生的影响,并据此在变化的环境中指导项目进一步完善,从而改善人道主义行动。

监测评估需要采取参与式方式(见下文“主要资源”)。这意味着受影响社区需要在最大可能的程度上参与监测评价工作的各个方面,包括讨论监测评估的结果和影响([行动表 5.1](#) 描述了不同程度的社区参与)。

行动表 2.1 着重讨论了评估,并描述了在最初评估阶段需要收集哪种信息。行动表 2.2 主要探讨随后的监测评估活动。

#### 主要行动

##### 1. 根据明确的目标和活动,确定一组监测指标。

- 指标的准备选择取决于项目目的以及紧急情况中什么是重要且可行的行动。
- 过程指标、满意度指标和效果指标需要与预先设定的目标一致。
  - 过程指标描述的是各种活动,它涵盖了服务和项目的质量、数量、覆盖范围和使用情况(例如,举办的有关自我救助会议的数量)。
  - 满意度指标描述的是受影响人群对行动的满意度。(例如,对行动表达消极、中立和积极观点的人数)。满意度指标可以被看成是过程指标的子类型指标。
  - 效果指标描述的是根据预先确定的目标,衡量的人们生活的变化。这些指标旨在描述干预措施在多大程度上成功或失败。尽管特定的效果指

标在大多数情况下都具有意义(例如,日常功能运作的水平),然而确定社会心理项目中“成功”的定义还需要与受影响人群进行参与式讨论。

尽管过程指标和满意度指标是汲取经验的有效工具,但效果指标为指导行动提供了最强有力的数据。

- 在紧急情况中收集指标信息,不仅能为最低应对措施(例如,这份指南中列出的措施)提供基线数据,还能为长期、综合性的人道主义行动提供信息。
- 指标必须 SMART(具体、可衡量、可实现、具有相关性且有时限性)。
- 通常只有一小部分指标能够被衡量。因此,指标选择的原则是“少而精”。确定的指标需要容易被衡量,而且确保衡量的工作不会影响团队和社区的日常工作。
- 指标数据应尽可能按年龄、性别、地点分列。

## 2. 在确保伦理准则和适当参与的基础上进行评估。

- 衡量监测和评估的原则与衡量项目前评估的原则是相同的。请参阅行动表 2.1 中的主要行动 3,以详细了解与参与、包容性、分析、冲突情况、文化适宜性、伦理原则、评估团队和数据收集方法,包括精神疾病的流行病学调查。
- 为监测和评估干预措施,应当在干预之前和之后对指标进行衡量,以了解干预措施是否带来了变化。然而,更为深入的衡量在于了解干预措施是否从根本上导致了变化。这样的衡量可能超出了最低应对措施的范围。在这份指南中,最低应对措施是指紧急情况中必须尽快执行的至关重要且最为首要的措施。
- 定量数据需要与定性数据相补充(例如,人们对干预措施的体会方面的证据)。

## 3. 利用监测进行反思、学习和改变。

- 应当定期收集指标数据。指标数据的收集在紧急情况中开始启动,并在随

后的几个月和几年中继续进行。例如,如果在紧急情况中开展了某一特定类型的评估与分析,这一评估分析过程可以每隔一定时间重复进行(例如,每隔 6 个月、12 个月或 18 个月),从而调查变化的情况,并帮助利益相关者再度思考需采取的行动。

- 监测与评估的主要结果应当发布给所有的利益相关者,这包括政府、协调机构和受影响人群。有关信息应当以可获得的方式发布给受影响人群(例如,采用地方语言发布信息,并确保文化程度不高的人能够理解发布的信息)。
- 为促进反思、学习和改变,参与性对话是有用的回溯和反思手段,以了解数据意味着什么,以及如何从学的经验调整行动。

## 主要资源

1. 国际行动援助,《对脆弱性的参与式分析:实地工作人员的阶梯式指南》。  
<http://www.acionaid.org.uk/wps/content/documents/PVA%20final.pdf>
2. 人道主义行动中问责制和绩效的积极学习网络(ALNAP),第六章,“监测”;第七章:“评估”。《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践工作者手册》,第 193–227 页。  
<http://www.globalstudy participation.org/index.htm>
3. Bolton P. 和 Tang A. M. (2002 年)。“跨文化功能性评估的一个替代方法”,《社会精神病学和精神性流行病》。37:537–43  
[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)
4. Bragin M. (2005 年)。“社会心理项目的社区参与评估工具:执行指南”。《干预措施:国际心理健康期刊,武装冲突地区的社会心理工作与咨询》3,3–24。  
[http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03\\_24%20Bragin%20.pdf](http://www.interventionjournal.com/downloads/31pdf/03_24%20Bragin%20.pdf)
5. Cohen R. N (2004 年),《寻找失踪家庭研究简介:早期儿童发展项目开展寻找失踪家庭研究指南(中英文双语版本)》,伯纳德·范李尔基金会。  
[http://www.bernardvanleer.org/publications/Browse\\_by\\_series/publications\\_results?getSerie=Books%20and%20Monographs](http://www.bernardvanleer.org/publications/Browse_by_series/publications_results?getSerie=Books%20and%20Monographs)
6. 国际环境和发展学会(环发学会),《参与式学习和行动》(并参见注解)  
[http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla\\_notes/backissues.html](http://www.iied.org/NR/agbioliv/pla_notes/backissues.html) (请特别关注注解第 31 和 42 条,这涉及 PRA 监测评估)。

7. 社会心理工作小组(2005年),“思考如何确定社会心理项目的目标和指标”,

[http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWG\\_OI\\_.pdf](http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/PWG_OI_.pdf)

8. Perez-Sales P. (2006年),《对经验的重新思考:精神卫生和社会心理项目评估——方法和技巧》(西班牙语)。 [www.psicosocial.net](http://www.psicosocial.net)

---

## 过程指标范例

- 为精神卫生和社会心理支持项目确定 SMART 过程指标和效果指标。
- 对指标进行适当的定期评估。
- 包括受影响群体在内的主要利益相关者需要被全面纳入监测评估过程,包括纳入对监测评估的结果及影响的讨论。

---

### 范例:萨尔瓦多,2001年

- 当地政府、来自当地大学的社会心理小组以及一个国际非政府组织,在聚集了 12,000 名受地震影响人群的安置营地,建立了监测评估体系。
- 该监测评估系收集了有关相互支持、团结、安全、领导力、决策过程、更新信息的获得、对地方政府的态度、就业、活动正常化、对社区凝聚力以及对未来的看法的定性和定量信息。监测评价体系中包括基线调查,以及 3 个月内在 75 个帐篷中随机进行的抽查。每次抽查都由 5 名志愿者在 24 小时内收集有关信息。
- 3 个月后,监测评估体系发现相互支持和团结程度大幅度下降,并继而采取了适当的措施(例如,重新安排帐篷和炊具的发放,以及重新安排集体活动)。3 个月后,调查表明人们对领导力和决策过程的信心增强,这说明状况得到了扭转。

## 行动表 3.1

### 在精神卫生和社会心理支持中运用人权框架

功能:保护和人权标准

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在大多数紧急情况中侵犯人权的情况是普遍存在的。紧急情况的许多特征,例如流离失所、家庭和社会结构的瓦解、人道主义救助的缺乏、传统价值体系的侵蚀、暴力事件的猖獗,政府无作为、问责制的缺失、医疗卫生服务的无法获及都伴随着对人权的侵犯。对国际人权标准的漠视通常是武装冲突的根源和结果。同样,人权侵犯和政府的不作为还可能加剧自然灾害所带来的影响。第一章概述了紧急情况中可能更容易面临风险的群体,这些群体还包括由于政治原因而面临威胁的人。这些人的权利更有可能遭受侵犯,他们也面临更多来自情感压力、社会心理问题和精神障碍上的危险。

在紧急情况中,促进精神卫生和社会心理健康与保护和促进人权密切相关。倡导人权标准的执行,例如健康权、教育权、免受歧视的权利,将有助于创建保护性环境,支持社会保护(见行动表 3.2)和法律保护(见行动表 3.3)措施。推行国际人权标准为问责制奠定了基础,并有助于采取措施终止歧视、虐待或暴力。促进和保护人权方面的措施将减少受紧急情况影响人群所面临的危险。

同时,人道主义援助将帮助人们实现自身拥有的多种权利,并能减少对人权的侵犯。例如,帮助处于危险境地的群体获得住房、水和卫生将增加他们获得分配食物的机会,改善他们的健康状况,并减少他们遭遇歧视和虐待的风险。此外,为女童和妇女提供社会心理支持,包括生活技能和维持生计的支持,可以减少她们为求生存而被迫采取如卖淫这样会给她们带来其他人权侵犯风险的无奈之策。然而,在向弱势群体提供支持时,必须注意避免这种单独针对他们的救助给他们带来的羞耻感。

由于促进人权与促进精神卫生和社会心理健康的紧密关系,精神卫生和社会心理工作者因而肩负着双重责任。首先,如下文主要行动 1-3 所指出的,他们需要确保精神卫生和社会心理项目支持人权。其次,如下文主要行动 4-

5 所指出的,他们应当承担所有人道主义工作者,无论哪个部门,应承担的责任,以促进人权和保护处于危险中的人免受虐待和剥削。

## 主要行动

### 1. 倡导紧急情况中所有形式的精神卫生和社会心理支持都遵从国际人权标准。

- 在精神卫生和社会心理支持中促进服务的包容性和无歧视性,避免在不必要的情况下将精神障碍患者送进治疗看护机构,尊重思想、道德和宗教的自由。
- 帮助接受精神卫生和社会心理支持的人了解他们的权利。
- 任何时候都尊重幸存者的隐私权,以及在知情状况下做决定的权利,包括拒绝接受治疗的权力。
- 将侵犯人权事件中的幸存者纳入范围更广泛的项目中,使其避免污名化。

### 2. 实施促进和保护人权的精神卫生和社会心理支持。

- 将人权作为制定、实施、监测和评估紧急情况下精神卫生和社会心理项目不可分割的维度,这对于被认为处于危险中的人尤应如此。在社会心理项目中纳入人权视角。
- 与不同层面(家庭、社区、地方或国家层面的非政府组织及政府机构)的利益相关者一起工作以确保他们理解其职责。
- 在适当的情况下,将人权讨论作为动员社区的方式来帮助社区倡导自己的权利,同时加强社区的社会支持(见第 54 页的范例)。
- 分析项目对当前或(潜在的)未来侵犯人权事件的影响。
- 在适当的情况下考虑与人权组织分享从项目中获得的信息。这包括分享幸存者自愿或匿名提供的证词以用于倡导。考虑受益人群、当地和国际工作人员所面临的风险,并严格遵守隐私、数据保护、保密和知情同意等方面的标准至关重要。



### 3. 将人权和保护作为一个重点纳入到给所有相关工作人员的培训中。

- 为所有部门中的当地和国际人道主义工作者、之前存在的卫生和社会服务部门的工作人员、以及包括警察和军队在内的政府官员提供这方面的培训。
- 将受影响人群的基本权利作为工作人员行为准则培训的核心内容(见行动表 4.2)。
- 将侵犯人权对幸存者的社会心理影响纳入到人权机构的工作人员培训以及政府官员的培训中。强调需要掌握适当的访谈技巧,尊重幸存者并能够考虑紧急情况给他们带来的心理影响。
- 与人权机构一同倡导幸存者对社会心理支持的需求,并为幸存者提供有关信息,使其了解可获得的支持。

### 4. 在人道主义和已有的服务背景下建立有关虐待和剥削的监测与汇报机制。

- 尤其关注面临最大风险的人群。
- 参见行动表 4.2 以获得相关指导。

### 5. 倡导并为国家在使相关的国内立法、政策和项目与国际标准一致上提供具体建议,同时促进政府部门(机构、警察、军队等)遵从这些标准。

- 在紧急情况应尽快开展倡导工作,同时需要考虑采取措施预防暴力和虐待,并确保侵犯权利事件中的问责。促进实施维护真理、正义和赔偿的政策。倡导内容可能包括:
  - 停止对医院、学校和市场的袭击;
  - 结束对少数群体的歧视;
  - 防止儿童被征募到武装部队或武装团体;
  - 释放武装团体或非法监禁中的儿童;
  - 预防和应对性暴力(包括性剥削和人口贩卖);
  - 协助获得人道主义支持和康复。

考虑如何在国际层面或通过媒体向相关各方提出议题以对不遵从或严重侵犯人权的行为作出最佳的回应,须平衡任何干预都会带来的潜在影响和对受益人群、当地和国际工作人员的危险。

## 主要资源

### 相关的世界人权文书

1. 有关世界人权文书的全文及其批准状况的信息可通过

[www.ohchr.org/english/law/index.htm](http://www.ohchr.org/english/law/index.htm) 了解。该网站包括如下人权文书:

- 联合国《经济、社会、文化权利国际公约》(1966年)
- 联合国《公民和政治权利国际公约》(1966年)
- 《经济、社会、文化权利委员会第14号普通性意见:享有能达到的最高健康标准的权利》(2000年5月,E/C.12/2000/4,经济、社会、文化权利委员会于2000年7月4日修订)
- 《保护精神病患者和改善精神保健的原则》(1991年)
- 《日内瓦公约》(1949年)和该公约的附加议定书(红十字国际委员会,1977年)
- 《国际刑事法院罗马规约》(1998年)
- 联合国《儿童权利公约》(1989年)和该公约的附加议定书(2000年)
- 联合国《关于难民地位的公约》(1951年)
- 《消除一切形式种族歧视国际公约》(1965年)
- 联合国《消除对妇女一切形式歧视公约》(1979年)和该公约的附加议定书(1999年)指南和手册

### 指南和手册

2. 大赦国际,国际人权标准和组织,《运动手册》第六章,

[www.amnesty.org/resources/pdf/campaigning-manual/chapter6.pdf](http://www.amnesty.org/resources/pdf/campaigning-manual/chapter6.pdf).

(手册全文见下面网站: <http://web.amnesty.org/pages/campaigning-manual-eng> )。

3. 卫生和 인권信息 <http://www.hhri.org>

4. 人道主义事务协调厅(即将出版),《制定人道主义宣传战略和行动计划:分步行动手册》。

5. Slim H. 和 Bonwick A. (2005年),《保护:积极学习网络人道主义机构指南》

[http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/protection/alnqap\\_protection\\_guide.pdf](http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/protection/alnqap_protection_guide.pdf)

6. Tearfund,《制定标准:非政府组织开展儿童保护的一个常见方法》

<http://tilz.tearfund.org/webdocs/Tilz/Topics/Child%20Protection%20Policy.pdf>

7. 联合国《关于国内异地安置问题的指导原则》,(1998年)。

<http://www.unhcr.ch/html/menu/2/7/b/principles.htm>

8. 联合国儿童基金会和制止利用儿童兵联盟(2003年),《儿童卷入武装冲突的任择议定书指南》, [http://www.unicef.org/publications/files/option\\_protocol\\_conflict.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/option_protocol_conflict.pdf)
9. 联合国儿童基金会,“人道主义行动的原则性做法”,网络学习课程, [www.unicef.org/paith](http://www.unicef.org/paith)

---

## 过程指标范例

- 精神卫生和社会心理项目遵从国际人权标准,而且项目设计考虑保护人群免受暴力、虐待和剥削。
- 为精神卫生和社会心理项目中工作人员的培训中包含了人权的内容。
- 建立了监测和汇报平民遭受虐待和剥削案例的适当机制。

---

### 范例:巴勒斯坦被占领土,2000年

- 当巴勒斯坦年轻人的受教育权、健康权、参与权与免遭暴力的保护权以及其他权利在持续进行的冲突中受到破坏时,某联合国机构支持举办一系列工作坊,让年轻人讨论他们在社区中的作用。
- 很多年轻人深感无助,有些年轻人认为暴力是唯一选择,但有些年轻人认为应通过非暴力方式保护自身权利。
- 这些年轻人同意借助年轻人论坛向巴勒斯坦的决策者们倡导自身的权利;利用媒体宣传他们的处境、权利以及他们认为需要采取的措施;作为接受过培训的志愿者在医疗机构中工作;为年幼的儿童组织娱乐活动;以及建立同伴支持体系。
- 这些项目为年轻人如何为社区做出贡献以及如何维护自身权利提供了多种切实的选择。增强了使命感以及社区中的团结与希望,并促进年轻人作为建设性且受人尊敬的行为榜样为社区做出贡献。

## 行动表 3.2

### 通过社会保护识别、监测、预防和应对保护工作中的威胁和失败

功能:保护和人权标准

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在紧急情况中,人员保护面临的威胁与精神卫生和社会心理健康之间存在复杂的相互关系。幸存者经常说他们面临的压力来自袭击、迫害、被迫流离失所、性别为基础的暴力、与家人失散或家庭成员被绑架、极端贫困、剥削和虐待的威胁。这些保护问题会给受影响人群带来直接困扰,并可能阻碍社会网络和社区认同感的重建,而社会网络和社区认同感是促进社会心理健康的重要因素。紧急情况可能加剧受影响人群中的权力差异,加剧已经被边缘化人群的脆弱性。

如果不关注保护问题,精神卫生和社会心理支持可能只会形成对紧急情况后果的关注,而忽视深层的和持续的原因。因此,促进保护性的环境是社会心理支持的重要组成部分。精神卫生和社会心理问题还能帮助应对保护中的威胁。例如,失去家人的儿童以及面临流落街头,遭受剥削,或在一些紧急情况中加入武装军队的日益严重的风险而感到极度压抑的儿童。此外,患有严重精神疾病的人可能会在四处游荡时受到其他大多数人能够避免的灾难的危害。

保护还需要建立法律和社会机制。法律保护需要应用国际人权文书(见行动表 3.1)、国际法和国内法(见行动表 3.3)。社会保护是本行动表的重点,它是通过激发并加强能够减少风险和满足短期需求的社会网络和社区机制来实现的。保护是国家、受影响人群以及人道主义机构的共同责任(见《国际红十字与红新月运动以及非政府组织在救灾过程中的行为准则》)。

人道主义工作者,无论他们是来自受影响人群内部,或是来自外部机构,都能够通过各种方式来促进保护。很关键的一步是在各个重要的领域提供援助(见行动表 9.1、10.1 和 11.1),从而帮助弱势群体、恢复人们的尊严,帮助重建社会网络。很多最有效的社会保护在当地人群自行组织以解决保护过程中的威胁的时候得以实现,地方人群也因此建立了赋权感并建立可持续的保护

机制的可能性。这些非专业人员开展的工作由保护专家思考设计。例如,有经验的儿童保护工作者应该解决特别弱势儿童面临的困难,而且专业的保护工作者还应帮助当地建立在保护工作中的能力。本行动表旨在为非专业人士和专业人士提供参考借鉴。

## 主要行动

### 1. 通过专业性的保护分析,明确是否需要收集相关信息以了解保护工作中存在的威胁,并明确如何收集这些信息以及何时收集这些信息。

很多保护分析活动应当由具备专业特长和了解当地状况的保护专家来执行。非专业人士应当避免对敏感问题的分析,例如,强奸、酷刑或监禁。然而,非专业人士也可以发挥自己的作用。例如,教育工作者应当了解儿童面临的保护风险以及如何让儿童能获得安全的教育。为了确保成功,非专业人员的工作需要建立在专业工作人员作的基础上:

- 了解已经被确认的保护风险;
- 在开展社会保护活动之前与保护专家交谈;
- 了解可以通过哪些渠道汇报保护中存在的问题;
- 分析在询问问题时可能给访问人员、受访者、援助工作人员和当地人群带来的危险;
  - 从安全角度考虑,可以问哪些问题?
  - 在什么时间和什么地点提问是安全的?
  - 如何避免带来伤害。

在与酷刑幸存者面谈时,询问是否面谈会给幸存者的其他家人带来危险;了解谁能比较安全地与幸存者进行面谈;进行面谈的合适时间和地点;了解幸存者在接受面谈之后可能遭遇报复的风险。

### 2. 对保护工作中存在的风险和保护能力进行多部门参与式评估。

- 对保护中需要注意的问题进行状况分析:

- 参见行动表 2.1 以了解如何运用符合伦理且适当的参与式方法进行评估
- 在团队中纳入受影响群体中受过培训且曾获得支持的成员,只要他们持有中立的态度,而且他们的参与不会危害团队中其他所有人的安全
- 明确人们是否能接受与个人讨论敏感的保护问题或在小组中讨论此类问题
- 了解不同场所和地点(例如,安置营地、人们汲水和拾柴时沿着行进的道路、非正规教育场所、市场)面临的威胁,例如基于性别的暴力、对平民的袭击、被迫异地安置、绑架、征募未成年人、人群拐卖、剥削、危险劳动、地雷、感染艾滋病毒/艾滋病、忽视在机构中接受照顾的人。然而,避免采取列清单的分析方法,因为这可能会让分析人员忽视其他或新出现的保护危险。
- 注意避免带来伤害,可以询问如下问题:
  - 导致暴力的因素有哪些,谁是暴力的制造者?
  - 暴力的施与者是否仍然存在,他们是否正在威胁当地居民以及提供保护的人们?
  - 是否已经出现家庭分离? 家庭分离状况是否仍然发生?
  - 失散儿童和孤身儿童在哪里?
  - 老人和残疾人现在处境如何?
  - 生活在提供照料机构中以及在医院接受治疗的人目前状况如何?
  - 目前安全和保护工作中存在哪些问题?
- 分析当地在人员保护工作中的能力,可以询问如下问题:
  - 社区以往是如何应对类似目前面临的保护威胁的? 目前社区采取了怎样的应对措施?
  - 危机给曾经发挥积极作用的保护体系和应对机制带来了怎样的影响?
  - (哪些群体是通常提供保护的群体?
  - 一些通常被认为发挥保护作用的资源——例如,警察、士兵或维和部队,或学校,是否给保护工作带来了威胁?

- 在可能的情况下收集按年龄、性别分列的数据。
- 编写有关知情同意,以及保密信息的记录、储存和分享的议定书和指南。
- 让所有部门和部门间的评估团队和协调小组认识到保护工作中存在的问题。

### 3. 建立社会保护机制并使其更好地发挥作用,在需要时建立地方保护能力。

- 在适当情况下,动员现有或曾经参与组织社区层面照顾和保护的人参与保护工作,并确保妇女和其他主要风险群体的代表参与保护工作。
- 让当地群众更加了解如何汇报违反保护的事件。
- 在可行情况下建立一个保护工作小组负责执行现有的保护措施。在保护工作中纳入不同的行为者(包括人权组织)并使小组成为负责保护人道主义行为者的协调机构开展工作。保护工作小组协助监测和应对保护工作中的问题,该小组亦可在乡村、安置营地或更广的地域建立。保护工作小组应当拥有明确的职能,例如解决保护工作中存在的问题,或分享良好的做法。
- 必要时组织保护专家开展培训,从而提高保护工作小组的能力。在培训中纳入如何帮助患有心理残疾的人应对风险的内容。
- 在可能情况下,将保护工作小组与附近地区的其他保护机制相联系,从而建立促进风险信息分享的地区保护网络。
- 将提供教育作为一种保护措施(见行动表 7.1),同时确保教育人员了解如何使教育保持安全。

### 4. 监测保护工作中存在的威胁,与相关机构和利益相关者分享信息。

- 跟踪保护工作中存在的威胁,以及不同场所中(例如,学校和市场)存在的威胁在本质、强度、类型和重点方面发生的变化。
- 通过保护工作小组和其他积极参与保护工作的组织,与利益相关者定期分享信息,并建立一个中心数据库,使各个机构都能获得数据库中的信息,同

时使数据库提供按年龄和性别分列的数据。

- 建立有关保护工作中存在的威胁以及安全问题的信息交流地点(见行动表 8.1),从而使受影响人群和各机构中的工作人员能够拥有信息提供的平台,以减少谣言的产生。
- 信息共享须遵守保护工作小组确定的指南,同时确保私密性的信息能够得到保护。

## 5. 通过采取适当的社区主导的行动,有效地应对保护工作中存在的威胁。

- 需要向受影响社区咨询,并在可能情况下让受影响社区参与干预措施的决定。
- 学习并推动社区应对保护威胁的良好举措,并在适当情况下,推广社区(或社区的某个特定部分)自己制定的保护战略。
- 组织适当的社会保护应对措施,例如:
  - 组建安全空间(见行动表 5.1),方便儿童玩耍,并使成人能在此讨论如何采取措施加强保护,促进福祉;
  - 建立针对失散儿童的确认、记录、寻找、家庭重聚和临时照顾安排体系(见下文主要资源中列出的《机构间孤身和失散儿童的指导原则》);
  - 在安全地点、安全中心或指定地点为极度脆弱的个人和家庭提供应急支持;
  - 促进地方的解决冲突程序;
  - 促进当地程序以帮助面临最大风险的人群(见行动表 5.2);
  - 在适当情况下,提供小额赠款以减轻受影响人群面临的威胁,促进人们的福祉;
  - 支持当地行动,以减少地雷、未爆炸的弹药和未加盖的水井所带来的威胁;
  - 防止外部群体带走孤儿、单身年轻女子和其他面临危险的个人;
- 支持遭受严重心理困扰的虐待幸存者(见行动表 5.2 和 6.1);



- 避免将特定群体分离出来特殊处理,除非这对避免进一步伤害是至关重要的;
- 一体化的支持将帮助减少歧视,并促进社会联系的建立。例如,向妇女群体而不是向遭遇强奸的妇女群体提供帮助;
- 将保护纳入到所有部门的人道主义救助中,这包括:
  - 在食品分发后对食品援助进行监测,以确保食品援助能够惠及儿童和其他需要食品的人;
  - 对住所项目进行监测,以确保需要特殊救助的群体能够获得支持,得到充分住所;
  - 确保卫生设施靠近人们的住宅区,卫生设施里有照明设备而且符合妇女儿童的安全需要;
  - 在适宜情况下,针对基于性别的暴力行为制定部门间战略。

## 6. 通过综合利用项目和宣传倡导以预防保护工作中的威胁。

- 执行人道主义工作者的行为准则,保护儿童和预防性剥削和虐待(见行动表 4.2);
- 与当地人和相关的协调小组共同制定倡导战略,以解决如下重要问题:
  - 采取措施保护当地人的人身安全;
  - 需要长期且具有灵活性的资金以应对复杂和不断变化的威胁;
  - 为孤儿院和护理机构中的儿童确定适当的护理安排。
- 建立相关程序,从而使媒体能够获得风险人群的信息,同时认识到媒体的关注可能导致(a)对曾经入伍的儿童兵或强奸幸存者的报复性攻击;(b)保密性遭破坏后面临的压力、对受害者进行反复询问或提出不适宜的问题;(c)由于被单独隔离而导致的耻感。
- 提供人们能够理解的信息,并使他们能够在获得信息的基础上就主要的保护问题做出决策(见行动表 8.1)。

## 主要资源

1. 人道主义行动中问责制和绩效的积极学习网络(ALNAP)(2005年),《保护:人道主义机构的积极学习网络指南》。<http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
  2. 机构间常委会(2002年),《促进保护:通过人道主义行动开展权利保护》。  
<http://www.icva.ch/files/gstree.pdf>
  3. 机构间常委会(2005年),《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》,日内瓦,机构间常委会。  
[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff\\_gender/gbv.asp](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff_gender/gbv.asp)
  4. 机构间常委会(2006年),《保护受自然灾害影响的人群:机构间常委设会人权和自然灾害操作指南》。  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/IASC%20Operational%20Guide%20lines%20final.pdf>
  5. 红十字国际委员会、国际援救委员会、英国救助儿童会、联合国儿童基金会、联合国人权高专办和世界展望国际组织(2004年),《孤身和失散儿童问题机构间指导原则》,英国救助儿童会。  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
  6. 红十字会与红新月会国际联合会和红十字国际委员会(1994年),《救灾过程中国际红十字会、红新月运动以及非政府组织的行为准则》。<http://www.ifrc.org/publicat/conduct/index.asp>
  7. InterAction(2004年),《确保保护的首要地位:将保护和人道主义救助相结合》。  
[http://www.interaction.org/campaign/protection\\_paper.html](http://www.interaction.org/campaign/protection_paper.html)
  8. 人道主义事务协调厅(即将出版),《制定人道主义宣传战略和行动计划:分步行动手册》。
  9. 联合国人权高专办,《安置营地和住处的操作性保护:保护难民和其他危险人群的良好措施参考指南》  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=448d6c122>
  10. 联合国儿童基金会,《新闻工作者的道德准则》。[www.unicef.org/ceecis/media\\_1482.html](http://www.unicef.org/ceecis/media_1482.html)
- 

## 过程指标范例

- 人道主义工作者需要清楚地了解他们有责任汇报侵犯人权事件,并知道如何汇报。
- 在安置营地、村庄和定居地区,需要建立一个地方保护小组或相关机制,负责保护工作中的监测、汇报和行动。
- 需要采取措施保护最脆弱的群体,包括患有慢性精神疾病的人。

### 范例:塞拉利昂,2002 年

- 经过十年内战,被武装军队绑架和遭受性剥削的女孩经常会遭受羞辱和骚扰,或在回村的路上遭遇袭击。
- 某国际非政府组织通过开展社区对话,让当地人了解女孩是出于被迫而做了一些不正确的事情,而且她们在战争中受到了很大程度的伤害。
- 当地村庄组织了促进女童福祉委员会,并规定骚扰和虐待女孩将面临罚款。
- 这一社区保护机制极大地减少了虐待女童的状况,并对女童重新融入公众生活提供了支持。

## 行动表 3.3

### 通过法律保护识别、监测、预防和应对保护工作中的威胁和虐待

功能:保护和人权标准

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

很多紧急情况会破坏法律与社会秩序,使人们在国际和国内法律体系中受保护的权利更容易受到侵害。在武装冲突中,侵犯人权的事件非常普遍,而且侵犯者往往逍遥法外,因此人们害怕报告发生的罪行,担心如果报案的话会遭到攻击。这样的状况会导致人们尊严的丧失,使人们感到无法控制自己的生活及周围的环境。因此,法律保护对于促进精神卫生和社会心理健康非常重要。

法律保护是指运用国际人道主义法和国际人权法提供保护。国际人道主义法和国际人权法规定了所有人享有的权利,并明确了针对处于危险境地的群体所必需采取的保护措施(见第一章)。根据国际法的规定,国家负有保护其领土上人民的首要责任。因此,国内的成文法和习惯法应当作为法律保护的基础,并与国际法标准保持一致。当国内法体系无力或无法为其公民提供法律保护时,必须努力确保根据已经确定的国际标准提供法律保护,并认识到这些国际标准是紧急情况中国际社会必须执行的最低适用标准。在紧急情况的最初阶段就应当开始采取法律保护措施。这项工作的参与人员应了解此项工作的敏感性,并认真思考工作所带来的相对风险和益处。

安全、尊严和完整性是国际人道主义法和国际人权法中的基本概念,而且也是促进社会心理健康中的基本概念。通过保护人们免遭伤害,增强人们的尊严、自我价值和安全感,以及加强社会责任和行动中的问责制,法律保护能够促进精神卫生和社会心理健康。然而,如果忽视了社会心理考虑,法律保护可能会带来伤害。例如,酷刑和强奸的幸存者常常因法律程序感觉受到责备和羞辱。因此,实施法律保护,并使其能促进社会心理健康,这一点非常重要。

为了实现法律保护,需建立地方、国家、区域和国际层面的合作关系。在合作伙伴关系中,不同的行为者能够发挥至关重要的作用。尽管大部分的法律保护工作需要由专业人员执行,但所有参与人道主义救助的工作人员都有

责任支持适当的法律保护。

## 主要行动

1. 确认保护工作中的主要威胁,了解现有保护机制的状况,特别是面临更大危险的群体。
  - 使面临危险的人群(见第一章)参与评估分析(见行动表 2.1),从而确定主要的保护风险;人们预防和应对风险的技巧和能力;人们是否能从地方保护机制中受益,以及地方保护机制对不同群体进行保护的能力;以及需要提供哪些额外的支持(见行动表 3.2)。
  - 考虑评估给受影响人群带来的潜在伤害,并分析潜在的风险和益处。
2. 让受影响的人群能够更加清楚地了解他们所享有的法律权利,以及采用文化上适宜的沟通方式,以最安全的可能的的方式维护自身权利的能力(见行动表 8.1)。

采取的行动包括:

- 与社区领导和相关地方官员(例如,律师、安置营地的领导人、警察等)一道在社区开展动员和培训,从而使社区成员了解他们享有的权利以及如何以安全方式实现这些权利。最为首要的问题包括获得人道主义援助的权利,对危险群体的特殊保护,汇报机制以及危险群体面临的潜在风险。其中的行动包括:
- 以社会能够接受的方式(例如,考虑年龄和不同性别群体的作用,适当的交流工具)组织有关权利的小组讨论。
- 在食品发放地、诊所、学校等公共场所提供适合年龄和性别的有关信息。
- 促进法律机制的运用,以确保人们能够获得人道主义服务和人道主义物品,并确保建立投诉体系,处理人们就权利受到损害、无法自由和安全地获得服务和物品的投诉。

### 3. 支持相关机制,对违反法律标准的状况进行监测、报告并采取应对措施。

- 明确对违反法律标准的事件进行报告的适当时间和方式,认识到在某些情况下,包括警察在内的官方机制是适当的报告途径,但在其他状况下,向警察报告可能会有造成伤害的风险。
- 人道主义行为者应当向适当的机构(例如人权委员会或保护中心)报告人们无法享受权利的事件,例如无法获得人道主义救助,并努力寻求帮助以明确可能采取的行动。
- 分享信息时必须尊重人们的隐私,并尽可能减少报复和烙印化行为。
- 利用国家和国际机制(例如,安全理事会关于武装冲突中受影响儿童的第1612号决议)。

### 4. 倡导遵守国际法,以及与国际标准一致的国家法律和习惯法。

采取的行动可能包括:

- 确定并发布旨在保护危险人群的国际法律框架信息(见行动表 4.2);
- 参与并支持公共教育活动,消除特定形式的虐待,例如非法监禁和驱逐、基于性别的暴力或征募儿童兵;
- 努力使国家和当地的法律结构能够通过与警察、司法机关和军队工作人员共同开展的能力建设来提供充分的法律保护;
- 开展法律宣传活动,让人们了解紧急情况中常见的错误做法,例如紧急情况中不正当的领养,将弱势群体放在护理机构中,拐卖妇女和儿童。这些措施可能破坏受影响人群的社会结构。

### 5. 以促进社会心理健康、尊严和尊重的方式开展法律保护。

重要步骤包括:

- 对准备报告其权利受到侵犯的幸存者,以及对寻求保护和解决途径的幸存者提供帮助,使其充分了解行动的后果,从而确保他们能在知情情况下采

取行动；

- 避免过分关注特殊幸存者而使他们被边缘化,特别是当他们的经历很可能引起社会耻感。
- 确定并支持相关机制以确保制止逍遥法外,使犯法者能被绳之以法。需要认识到惩罚性司法并不总是考虑社区层面的“治疗”的需要,也不总是支持以社区为基础、遵守国际法律标准且推动宽恕与妥协的恢复性司法体系(例如,安全的释放儿童兵和其他脆弱的武装人员、寻人和家庭重聚、促进相关人员重新融入社区或社会)。
- 对法律体系中的工作人员(例如,律师、法官、律师专职助手和法庭辩护律师)进行培训,帮助他们了解自己的工作会对受影响人群的社会心理健康产生怎样的影响。重要内容包括:
  - 法律程序对幸存者的社会心理健康可能带来的潜在积极和消极的影响,强调运用促进安全、尊严和正直的方法;
  - 与目击者和幸存者进行面谈时注意采用敏感且适当的技巧;面谈时需考虑他们的年龄、性别及其经历给他们带来的社会心理影响;
  - 保密性对于幸存者安全和福祉的重要性(例如,信息储存和管理,不公开的法庭审判等);
  - 有关不同群体社会心理健康的主要法律保护问题的意义。内容包括:
    - 通过法律程序确定失踪人员的命运,这对于人们处理哀伤情绪非常重要;
    - 遵照习惯法中规定的责任程序,因为这些程序对于社区接受武装部队招募的儿童非常重要;
    - 了解遗产和土地权如何为寡妇和儿童提供重要的经济支持,如何帮助他们自力更生,增强他们应对不利处境的复原力。
- 将患有严重精神障碍的人从法律体系向适当的社会与健康服务体系转移。
- 以一种尊重隐私、尊严与完整性并避免进一步产生困扰的方式开展宣传与

倡议工作。公开显示幸存者的面孔,甚至是就人道主义援助相关信息进行交流都是侮辱人格的做法。避免展示过分渲染困扰或幸存者明显遭受困扰的画面,亦不可展示让幸存者受伤感加重的画面(见行动表 8.1)。

## 6. 以互补形式提供社会心理支持与法律保护。

有效措施如下:

- 为目击者和想要报告受侵犯事件或寻求法律支持的人找到适合的社会心理支持;
- 就如何协助幸存者完成司法及配套程序(例如,医疗检查、尸体发掘检验、死者身份确认等)对社会支持工作者进行引导;
- 为目击者、被告和其他涉及法律程序的人建立支持团队和确定儿童护理选择;
- 确定在必要时如何转介到专业的精神卫生和社会心理支持与服务部门;
- 意识到向正在接受社会心理和精神康复的人进行法律保护转介的必要性。例如,性暴力幸存者通常会接受药物与社会心理支持,但仍可能继续处于/感觉自身处于危险之中,如果知道侵犯者不会受到惩罚,她们就无法完全恢复;
- 在指导、培训精神卫生与社会心理支持时(见行动表 4.1),要加入法律保护方面的重要信息,帮助工作者了解在遇到需要法律保护的人(包括适当的转介)时要做什么,不要做什么。

## 主要资源

### 指南和手册

1. 援助行动社(2001年)。《对权利的学习——第三单元:紧急情况下的法律与权利》。  
<http://www.reliefweb.int/library/library/actionaid-rights-2001.htm>
2. 人道主义行动中问责制和绩效积极学习网络(2005年)。《保护:人道主义行动中问责制和绩效积极学习网络人道主义紧急情况指南》。  
[www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm](http://www.odi.org.uk/alnap/publications/protection/index.htm)



3. 综合区域信息网（2006 年）。《无法纪世界中的正义：新国际法下的权利和调解》（第一部分和第二部分）。

<http://www.irinnews.org/webspecials/RightsAndReconciliation/default.asp>

4. 保证儿童安全（2006 年）。《制定保护儿童的国际标准》。

<http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>

5. 联合国儿童基金会（2003 年）。《技术说明：对在不稳定形势下进行规划的特殊考虑》。

[http://www.unicef.org/protection/files/Tech\\_Notes\\_chap\\_14\\_Psychosocial\\_Dev.pdf](http://www.unicef.org/protection/files/Tech_Notes_chap_14_Psychosocial_Dev.pdf)

### 人权监测与行动团体

大赦国际

<http://www.amnesty.org>

人权观察

<http://www.hrw.org>

美洲人权委员会

<http://www.cidh.org/DefaultE.htm>

### 主要国际法律文书

主要国际法律文书名单请见行动表 3.1。

---

### 过程指标范例

- 识别了法律保护的重要漏洞并制定相应行动计划予以修补；
- 社会心理、精神卫生和法律保护工作者的介绍/培训工作包括法律保护和心理健康方面的信息，以及两者之间的联系；
- 遭受人权侵犯的幸存者可从法律保护工作者和精神卫生与社会心理支持专业人士处得到援助，两者互为补充。

### 范例:刚果民主共和国

- 在南、北基伍省,性暴力仍四处蔓延,幸存者多被家人和所在社区排斥。
- 为幸存者提供社会心理援助的国际和当地非政府组织与人权组织紧密合作,分享案件类型和数量等信息,并让社区对性暴力案件的社会心理影响、妇女的权利和强奸案中缉拿元凶的必要性有所认识。
- 鼓励幸存者和社区以一种安全、适当的方式报告案件,所用方式需得到社会心理学工作者的认可,确认其遵守了保密和知情同意这两大法则,此外,要以一种积极的态度进行询问。
- 在全国范围内,各个机构共同倡议修改有关性暴力的法律,使其更好地保护幸存者。

## 行动表 4.1

### 确定并招募工作人员,并吸纳了解当地文化的志愿者

功能:人力资源

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

与当地受影响的人群相比,国际工作人员和志愿者可能有着多种多样的地域、经济与文化背景,在观念和价值观上亦可能存在诸多不同。然而,他们应尊重当地文化和价值观;并能够调整自身技能适应当地环境。如果人道主义工作者的无法在技术上胜任或无法应对紧急情况援助工作中的预期压力,那么,他们的到来只会加剧受影响人群的困扰。当地工作人员和志愿者可能对当地的文化传统了如指掌,但巨大的社会-文化差异仍然可能存在,例如,城乡人群和不同种族之间的差异。

《援助工作人员管理与支持良好行为准则》为在人道主义和发展机构中工作的工作人员的管理和支持提供了全面的指导原则。正如《良好行为准则》所述,招募的目标就是,在正确的时间、正确的地点找到正确的人(即工作人员和志愿者)。但是在大多数紧急情况中,这是一个极大的挑战,而且在招募当地工作人员时竞争是常见的。下文描述的主要行动,就如何在危机形势下,为保护和受紧急情况影响人群的精神卫生和健康招募工作者提供了详细指导。

#### 主要行动:

##### 1. 选派知识渊博、有责任感的人执行招募任务。

所选派的招募人员应当:

- 接受过人力资源管理培训(根据《援助工作人员良好行为准则》);
- 知悉人道主义救援工作的预期压力以及舒缓压力的政策和措施(见行动表 4.4);
- 了解高危和高压任务的最低健康和精神卫生要求(基于机构自身以及同行的经验);
- 根据实际情况,意识到基于民族、种族或国家认同的潜在冲突。

## 2. 运用招募与筛选原则。

筛选过程必须公平、透明,并始终确保最适合、最有能力的人员得到录用。

- 遵循已详细列明如何招募、筛选工作人员和志愿者的书面招募程序;
- 致力于吸引最大范围内的合格候选人;
- 减少人才从当地向国际机构流失。国际机构应(a)与当地机构联手合作执行一系列重大援助任务,减少从国际机构聘用大量工作人员的必要性;(b)避免提供过高的工资,吸引当地工作人员离开已在该地区展开工作的机构。
- 做好相应文件记录,并告知候选者是否已通过筛选。如候选者要求,向其提供反馈意见。

## 3. 平衡招募过程中的性别比例,并吸纳主要的文化和少数民族的代表。

精神卫生与社会支持项目需要社区的投入与参与。社区中男性与女性通常有不同的需求。为评估两者间的需求差异,男性与女性通常由与之性别相同的工作者分别进行访谈。这样可以就与性别相关的和个人化问题的讨论更开诚布公。同样,从主要的文化和种族群体中招募代表可以协助这些群体的投入与参与。

## 4. 确立志愿者工作条款和条件。

与志愿者一起工作提供社会心理支持时,招募机构需清楚阐明对志愿者的期望。同样,亦需清楚阐明有关志愿者报酬、权利、培训、监督、管理和提供支持的政策。如可能,志愿者应由在管理志愿者方面经验丰富的机构进行招募与支持。

## 5. 在招募国内和国际工作人员(包括短期咨询师、翻译、实习生和志愿者)时,应核查推荐信息和专业能力。

- 联系推荐人进行明确 / 核查：
  - 候选者的优势与劣势；
  - 候选者承受高压环境的能力
  - 候选者对自己的描述是否属实；
  - 候选者适应、尊重当地文化的能力；
  - 候选者无虐待儿童的记录(尤其是涉及与儿童接触的工作)；
- 在招募专业人士时,核查其正式的资格证明(如可能,检查专业培训结业证明、专业机构会员证明)。
- 如果时间允许,核查其犯罪记录。需要考虑到如下情况：
  - 在政府迫害的局势中,人们虽未犯下任何罪行,但仍可能会有曾被逮捕的记录；
  - 不可聘用曾经参与过任何一种暴力行为的人。可考虑对前士兵破例,目的在于帮助他们重新融入社会。

## 6. 聘用对当地文化和行为模式有了解和认知的工作人员。

临床或其他任何人际社会心理支持任务应当主要由当地工作人员执行,他们会讲当地方言,对紧急情况的社会和文化反应有着深入的理解。

## 7. 认真评估国外精神卫生专业人士(非从属于任何机构)的援助申请。

有意前来提供援助的国外精神卫生专业人士(非从属于任何机构)必须满足以下标准,否则不鼓励其前往受灾地区:

- 他们此前曾在紧急情况环境中工作过；
- 他们此前曾在不同于本国社会文化背景的环境中工作过；
- 他们基本胜任本指南中谈及的部分干预方法；
- 他们对社区心理或公共健康原则有一定了解；
- 他们有国内或在该国开展工作的国际知名机构的书面邀请函；
- 他们受邀前来为之工作的机构有望在紧急情况所在地区持续存在；

- 他们工作的重点不是亲自实施干预措施(如临床工作),而是从宏观层面上向援助项目提供支持,包括向本地工作人员传授技能,这样,本地工作人员就可实施干预和支持。

## 主要资源

1. 心大星基金会(2005年)。《解决人道主义工作者面临的压力:良好做法指南》。  
<http://www.antaesfoundation.org/download/Managing%20Stress%20in%20Humanitarian%20Aid%20Workers%20-%20Guidelines%20for%20Good%20Practice.pdf>
  2. 机构间常委会(2005年)。《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》,行动表4.1:按照防止性剥削和性虐待的方式招募工作人员,第50-52页。日内瓦:机构间常委会。  
[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/fgender\\_GBVGuidelines2005.pdf](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/fgender_GBVGuidelines2005.pdf)
  3. 红十字与红新月联合会(1999年)《自愿政策:执行指南》日内瓦:红十字与红新月联合会。  
[http://www.ifrc.org/cgi/pdf\\_pubsvol.pl?volpol\\_impl.pdf](http://www.ifrc.org/cgi/pdf_pubsvol.pl?volpol_impl.pdf)
  4. 乐施会(2004年)《人道主义工作者招募》。  
[http://www.oxfam.org.uk/what\\_we\\_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm](http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/links/0404humanitarian.htm)
  5. 受援助者组织(2003年)。《管理和支持援助工作者良好做法准则》。  
<http://www.peopleinaid.org/pool/files/code/code-en.pdf>
- 

## 过程指标范例

- 机构推行人力资源书面政策,上面详细列明了与招募步骤和聘用条款相关的种种措施。
- 机构在招募过程中实现男女和少数群体的平衡。
- 机构应拒绝不符合上述重要标准的国外精神卫生专业人士的援助。
- 临床或其他人际间的社会心理支持任务主要由熟悉当地文化的本国工作人员完成。

### 范例:斯里兰卡 2005 年

- 2004 年 12 月海啸之后,多个国家的国家红十字会和红新月会与斯里兰卡国家红十字会联手合作,大量启用当地的志愿者。
- 各国的国家红十字会和红新月会合作为斯里兰卡国家红十字会开发了共同的社会心理支持框架。
- 所有参加本次援助活动的相关工作人员和志愿者都根据类似原则进行了培训,包括如何利用文化资源提供社区支持。由于聘用、培训工作人员和志愿者时投入了大量人力物力,现在,该国对以社区为基础的社会心理救援工作的积极作用有了更深刻的理解。

## 行动表 4.2

### 强制执行工作人员行为准则和伦理指南

功能:人力资源

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

紧急情况中,众多受影响人群依赖于人道主义援助满足其基本需求。这种依赖,加上被损坏或摧毁的保护体系(例如家庭网络),导致援助服务的提供方和接受方之间内在的权力不平等关系。由此,受影响人群遭受虐待和剥削的可能性较高;而发现并报告该类虐待事件的机会却少之又少。所有人道主义机构必须明确地认识、考虑和解决人道主义援助工作者带来伤害的潜在危险,无论是通过滥用自身权力还是由于某项干预造成的意外后果。

为减少伤害,人道主义工作者应遵守工作人员行为标准,尤其是《关于防止性剥削和性虐待的特别措施的秘书长公报》。该公报适用于联合国全体工作人员,包括单独管理的机构与项目、维和人员以及与联合国合作项目的所有机构的工作人员。越来越多的捐赠人要求援助机构执行这些措施。

此外,《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》概述了各种旨在促进非政府人道主义机构所倡导的独立性、有效性和影响力的方法和行为标准。到 2007 年,该《行为准则》已获得 405 个组织的认可。

伦理标准等更为宽泛的规范工作人员行为的问题需要得到各个部门的一致同意、清晰阐述与执行。所有干预行动都必须从一开始就对造成无意但客观存在的伤害的可能性进行考虑与权衡。例如数据收集,它对于设计和开发有效的服务至关重要,但亦需要认真权衡它对于个人和社区的利与弊。在与处于危险境地的人群(例如儿童和年轻人)一起工作时,如何不提高期望值,如何将伤害降到最低,如何取得知情同意,如何处理和存贮保密性数据,如何额外增派保卫人员,对上述问题进行考虑是任何一项评估、监督或研究至关重要的第一步。

行为准则或议定的伦理标准本身并不能阻止虐待或剥削。问责制要求所有工作人员和社区知悉各项标准,理解内在关联性和适用性。必须建立起支持和保护投诉者和投诉机制的机构文化,通过这些机制,人们,包括最偏远地



区的人和/或弱势群体(通常大多数处于遭受虐待的危险中)能够秘密的述说自己的困扰。

需要及时建立具体的调查程序,需要有能够以敏锐而严谨的方式进行调查的工作人员;此外,还需要及时建立体系,就何时采取法律行动比较安全和适合提供建议,并对采取法律行动与犯罪嫌疑人抗争的个体提供支持。在此过程中,该体系需考虑这类事件中每个人需要的安全与保护:受害人、控诉者、目击者、投诉案件的调查人与被调查人,犯罪嫌疑人。

## 主要行动

1. 在机构内部建立行为准则,体现人道主义救援工作者广泛认可的行为标准。
2. 对无论是原有工作人员还是新进人员,要告知、定期提醒所有人道主义救援工作者有关部门行为准则和伦理指南基础上的最低行为标准。这适用于所有援助工作者、国际和国内工作人员、志愿者、咨询师以及从受影响人群中招募进来的人员。告知援助工作者工作职责时,不可仅靠书面形式,还需采取面对面谈话形式,确保工作者完全理解并允许其提问。
3. 建立已达成一致的机构间机制(如联合国秘书长提出的“联络人网络”),确保行为准则得以遵守。这一机制应做到:
  - 信息与经验教训共享,以提高单一体系的运作水平;
  - 共同向社区发布有关行为准则的信息;
  - 协调其他行动,如工作人员培训、监督机制、调查程序等,预防并应对性剥削与性暴力现象;
  - 建立体系,当一项对不端行为的指控牵涉到多个组织的工作人员时,或被指控的个人和/或组织无法立即得到确认时,该体系可以恰当的应对。

#### 4. 建立便利、安全、可信赖的投诉机制：

- 做出保密承诺；
- 对年龄、性别、文化问题有敏感意识；
- 将幸存者的安全和健康作为首要考虑事项；
- 向受害人/幸存者转介合适、安全的服务，包括药物、法律服务和社会心理支持；
- 维护控诉者的保密权。

#### 5. 让社区知悉行为标准与伦理指南，并告知他们可以在保密情况下采取何种方式、向何人述说他们的困扰。

#### 6. 确保所有工作人员理解这一点，即，所有问题一经提出就必须报告。他们的职责是报告潜在的侵犯行为，而不是去调查这些指控。

#### 7. 使用符合标准的调查提案，如《机构间常委会投诉与调查程序示范》（见“主要资源”）。

#### 8. 对确认违反行为准则或伦理指南的工作人员给予适当的违纪处理。

#### 9. 对犯罪嫌疑人在东道国或其本国发生的行为构成犯罪时，应采取协商一致的应对措施。作为最低应对措施，不可采取任何妨碍法律诉讼程序的行政举措，除非这些案例很难会有公正或人性化的诉讼程序。

#### 10. 保留已发现有违反行为规范的工作人员的书面记录，以提高此后转介/招募核查的效率。

## 主要资源

1. 地平线,人口理事会,影响,国际家庭保健组织(2005年)。《在国际环境下收集儿童和青少年信息的伦理学方法》。  
[www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/childrenethics.pdf)
  2. 机构间常委会(2004年)。《投诉查询表范本(性剥削和性虐待)》。  
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001187>
  3. 机构间常委会(2004年)。《社区情况表范本》。  
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001186>
  4. 机构间常委会(2004年)。《性剥削和性虐待国内联系人职责范围》。  
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001185>
  5. 机构间常委会(2004年)。《性剥削和性虐待国内网络职责范围》。  
<http://www.icva.ch/cgi-bin/browse.pl?doc=doc00001184>
  6. 国际志愿机构理事会(即将出版)。建设更安全的组织。日内瓦:国际志愿机构理事会。
  7. 《红十字与红新月联合会,国际红十字和红新月运动及非政府组织救灾行为守则》。  
[www.IFRC.org/PUBLICAT/conduct/code.asp](http://www.IFRC.org/PUBLICAT/conduct/code.asp)
  8. 保护儿童安全(2006年)。《制定保护儿童的国际标准》。  
<http://www.keepingchildrensafe.org.uk/>
  9. 联合国(2003年)。《秘书长公报:免遭性剥削和性虐待特别保护措施》。(ST/SGB/2003/13)。  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/SGBulletin.pdf>
  10. 联合国(2004年)。《免遭性剥削和性虐待特别保护措施:秘书长报告》(A/58/777)。  
<http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/58/777>
- 

## 过程指标范例

- 每一机构要及时建立体系,告知全体工作人员预期行为的最低标准。
- 人道主义援助工作者所服务的社区应被告知这些标准,以及如何能够安全地就潜在侵犯问题提出质疑。
- 在合理的时间框架内,各机构要指派经过培训、可以使用的工作人员就所宣称的侵犯事件进行调查。

### 范例:肯尼亚,2003 年

- 在卡库马工作的各机构议定了一项适用于所有工作人员的共同行为准则。
- 通过一系列渠道,包括录像节目,各社区都接到了有关这些标准的信息。
- 就如何调查有关行为不端的指控进行了跨机构的培训。

## 行动表 4.3

### 为援助工作者提供精神卫生与社会心理支持的介绍与培训

功能:人力资源

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在紧急情况中,国内和国际援助工作者在提供精神卫生与社会心理支持(MHPSS)服务方面扮演着重要角色。为了扮演这样的角色,所有的工作者须具备必要的知识和技能。培训应该让工作人员掌握需求评估中排在首要位置的紧急情况应对措施(见行动表 1.1 和 2.1)。

尽管不同紧急情况的培训内容相似之处,但必须根据每种情境中的文化、需求和能力进行调整,不可对每一种紧急情况进行机械式套用。可根据紧急情况的具体情境以及援助工作者的能力,决定谁来参加培训,学习模式、内容和方法。缺乏正确态度与积极性的工作人员,如果引导与培训不足,会对他们所要援助的人群产生负面作用。

通过短期介绍与培训研讨会,以及后续不间断的支持与督导来组织重要的教学活动。研讨会应突出实践指导,侧重于应对紧急情况时所需的基本技能、知识、伦理和指南。研讨会需具备较强的参与性,适应当地文化和社会环境,并运用特定的学习模式,在其中,参与人员既是学习者,又是施教者。

#### 主要行动

##### 1. 制定一个具有战略性的、全面的、及时的、可行的培训计划。

所有致力于精神卫生与社会心理支持的伙伴机构都要做出这样的计划。培训计划需体现出伙伴机构间的协作与融合,并遵循问题与资源总体快速评估基础上编写的指南(见行动表 1.1 和 2.1)。

##### 2. 挑选有能力、有积极性的培训员。

优先录用有培训经验和/或对受影响地区比较了解的当地培训员或协同培训员,只要他们必要的知识和技能。培训员的挑选有几条重要标准,包括:

- 文化敏感度,对当地文化观念、习俗、社会支持体系有基本了解;
- 情绪稳定性;
- 对精神卫生与社会心理支持紧急情况应对,包括整合的和合作的应对方式的价值有较好的了解;
- 在此前的紧急情况中曾现场提供社会心理支持服务;
- 对如何教学有较好的了解,这种教学应该可以带来迅速可行的精神卫生与社会心理支持干预。

### 3. 运用学习方法使所学知识得到迅速并实际的运用。

- 运用参与式教学模式(例如,角色表演、对话、戏剧、分小组解决问题等)吸引学员的积极参与;
- 运用学习模式让参与人员既是学习者,又是施教者;
- 使用当地语言进行培训,如不可行,则提供翻译;
- 根据当地条件选用语音/视频/参考资料(例如,如果当地没有通电,则应避免使用幻灯片课件);
- 在教室中进行理论学习和最初的技能实践(例如角色表演等);
- 在受紧急情况影响或与之相似的地区进行实地手把手的操作技能培训;
- 发布语言通俗易懂的书面参考材料,包括附有具体操作指南的手册(若有);
- 完成培训即时评估(由培训师、学员和受助人群共同完成),旨在从已学课程中受益。

### 4. 将参与培训者的学习需求与适合的学习模式相搭配。

**短期介绍型研讨会**(半天或全天研讨会)应向工作在紧急情况各个应对层面上的人及时提供与社会心理需求、问题和现有资源相关的基础的、重要的、功能性的知识与技能。引导型研讨会最好在工作人员开始执行任务前举办。

可能的参与者包括所有部门的全体援助工作人员(特别是社会服务、卫生、教育、保护与紧急情况应对部门)。包括来自人道主义组织和政府的有偿和无偿工作的本国和国际工作人员。此类研讨会也可以包括选举或自愿推举的男性、女性和年轻的社区领导人,其中包括宗族、宗教、部落和少数民族领导人,具体可视情况而定。

**培训型研讨会。**建议为专业从事精神卫生与社会心理支持的工作人员提供更为广泛的知识与技能(见第一章图1中金字塔最上面两层)。

- 培训型研讨会的时间长短和内容视参加培训者的需要和能力而定。经验不足的工作人员需要接受更长时间的培训。
- 研讨会的时间不可与紧急情况应对任务相冲突。
- 建议使用简短和连贯的累积式学习模式,原因有二:(a)这让工作人员不用长时间远离工作岗位;(b)工作人员在培训课程之间可进行技能操练。每一培训模块仅需几小时或几天(视具体情况而定),之后在支持与督导下开展实地练习,几天或几周后再继续介绍下一个新的模块。
- 在培训型研讨会之后,应始终有实地支持和/或督导(见下文主要行动7)。

## 5. 直接根据紧急情况的预期应对措施来准备介绍型和培训型研讨会

**短期介绍型研讨会**的内容可以包括:

- 安全和保障程序回顾;
- 工作者应对与工作相关问题的方法(见行动表4.4);
- 行为准则和其他伦理考虑因素(见行动表4.2);
- 人权以及建立在人权基础上的人道主义援助方法(见全球计划的《人道主义宪章》和行动表3.1);
- 在救援活动中,赋予当地人权力并吸引他们参与的重要性(见行动表5.1);
- 基本了解紧急情况对人们的精神卫生和社会心理健康产生的影响(见第一章);
- 心理急救技巧(见行动表6.1);

- 提高受影响人群尊严的方法,吸取此前紧急情况救援中的经验教训;
- 当地社会文化和历史背景知识,包括:
  - 基本了解受影响人群面临的危机及他们对此的(各种)看法;
  - 有关文化态度、习俗和社会组织体系,以及有效、有害的传统习俗、礼仪和应对策略方面的基本知识;
  - 有关工作者的哪些行为会冒犯当地文化的基本知识;
- 现有转介资源信息(如,寻找失踪家庭、健康与保护服务,传统社区支持,法律服务等等);
- 有关如何参与相关的跨机构协作的信息。

**培训型研讨会**的内容可以包括:

- 介绍型研讨会涵盖的所有信息;
- 紧急情况中个体、家庭和社区社会心理和精神卫生的评估技能;
- 基于学员的现有水平、背景和文化,可快速教授和已知的在相关情境下有效的紧急情况社会心理与精神卫生应对技巧;
- 执行干预任务需要的知识和技能,包括:(a)部分最低应对措施;(b)经评估确定为必须执行的任务(见行动表 2.1)。这适用于对以下人员的培训:
  - 健康工作者(见行动表 5.4、6.1、6.2、6.3、6.4 和 6.5);
  - 保护工作者(见行动表 3.2、3.3 和 5.4);
  - 正式与非正式社区工作者(见行动表 5.1、5.2、5.3 和 5.4);
  - 教师(见行动表 7.1)

## 6. 考虑发展“培训师资培训员(ToT)项目”为培训准备师资培训员。

培训师资培训员项目为未来的培训员提供培训以使他们可以完全胜任培训的工作。这个项目为短期介绍型和研讨型培训的培养培训员。此外,培训师资培训员项目亦可培养向大规模人群传递信息的培训员。培训师资培训员项目必须经过认真规划,并由经验丰富、技能全面的培训师执教。培训员项目,



尤其是涉及到 1) 毫无培训经验的未来培训师; 2) 培训经验有限的未来培训师, 如果准备不足, 则可能失败, 并会对精神卫生与社会心理支持产生不好甚至有害的影响。因此, 师资培训师接受培训之后, 需对未来的培训师及其学员提供跟进支持, 确保培训的准确性和救援的质量。

#### 7. 任何培训结束后, 建立一套后续体系, 为所有受训者提供监测、支持、反馈和督导, 具体视情况而定。

督导对于确保培训内容真正用于实践至关重要。很多培训项目之所以失败, 原因就在于培训后的后续跟进不足。所有的培训型研讨会结束后, 都应继续提供持续的监测和后续培训、实地支持、反馈和/或督导。这些后续跟进活动应在培训开始前就进行妥善规划。后续跟进可以由培训师完成, 亦可由经验丰富的专业人士、受过较好培训的同事、同僚或相关专业机构(若有的话)完成。对于实地工作的新人而言, 密切督导显得尤为重要。

#### 8. 对引导与培训进行记录与评价, 与合作伙伴共享, 进一步提高未来的应对水准。

### 主要资源

1. Baron N. (2006 年)“培训师培训师”: 在受战争影响的国家培养心理和心理健康干预培训师的全球性办法。《干预: 武装冲突地区心理健康、社会心理工作与咨询国际杂志》, 4, 109-126。  
<http://www.interventionjournal.com/index1.html>
2. Jensen S. B. 和 Baron N. (2003 年)。“早期干预技术能力培训计划”。选自:《重建创伤后早期干预》编辑: rner R. 和 Schnyder U. 牛津: 牛津大学出版社。  
[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)
3. 社会心理工作小组 (2006 年)。各组织培训手册光盘。  
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/>
4. 环球项目(2003 年)。《人道主义宪章: 灾难应变的人道主义宪章和最低标准》日内瓦: 环球项目。  
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. Van der Veer G. (2006 年)。“培训武装冲突地区顾问和社会心理工作者培训师: 一些基本原则”。《干

预：武装冲突地区心理健康、社会心理工作与咨询国际杂志》，4, 97-108。

<http://www.interventionjournal.com/index1.html>

6. Weine S. 等。(2002 年)。《临床及社区创伤群体精神卫生和社会心理干预国际培训提纲》。

[http://www.who.int/mental\\_health/resources/training\\_guidelines\\_for\\_trauma\\_interventions.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/training_guidelines_for_trauma_interventions.pdf)

---

## 过程指标范例

- 培训研讨会的内容取决于需求评估结果。
- 各个部门的援助工作者可参加短期和相关的介绍型研讨会,学习心理健康与社会心理支持方面重要的功能性知识与技能。
- 培训师此前具备相关领域的知识与技能。
- 培训结束后有实地支持与监督的跟进。

---

### 范例:斯里兰卡,2005 年

- 当地一家有着悠久历史的非政府组织此前一直向受战争影响的人群提供社会心理支持,现在,它暂时将工作重心转向了支持海啸幸存者方面。
  - 这家非政府组织安排了数场短期的以行动为导向的研讨会,向社会心理实地工作者传授重要技能,以更好地为身受海啸引发的精神卫生与社会心理问题困扰的人提供支持;此外,研讨会亦讲解了切实可行的干预方法。
  - 研讨会结束后,该机构通过已有的每周督导体系开展后续工作。
-

## 行动表 4.4

### 预防并应对工作人员和志愿者在精神卫生和社会心理健康上出现的问题

功能:人力资源

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在紧急情况下,工作人员经常长时间在压力大、安全保障低的环境下工作。许多援助工作者都面临管理与机构支持不足的问题,他们通常将此视为他们最大的压力来源。此外,面对恐惧、危险和人类的困扰,需要大量的情感投入,这也潜在影响了付酬或志愿工作的援助者的精神健康,无论他们来自受灾国还是外国。

向在危机环境中工作的工作人员提供支持,以减少潜在的社会心理问题,这是让工作人员面临极端危机的机构的道义和职责。为了让组织有效运作,管理者需要保证工作人员的健康。对机构的所有工作人员,在工作的任何阶段都需有一套系统化和整合的方法提供关怀,以保持工作人员的良好状态和机构的有效运转。

本行动表中的“工作人员”指的是国内和国际的正式(付薪)工作人员和志愿者,包括附属于某一救援机构的司机和翻译。支持措施原则上对于国内和国际工作人员应是平等的,然而,两者间仍存在一定的结构差异。

例如,国内工作人员通常是从受灾地区招募进来的,更有可能经历极端压力的事件或环境。此外,如果形势恶化,他们及其家人通常无法离开受灾地区,而国际援助工作者恰好相反,他们可以轻松撤离受灾地区。另一方面,对于国际工作者来说,特定的应激源来自远离他们的基础支持、文化冲突、适应恶劣的生活环境等。而这些以及其他的差异,经常被工作人员支持体系忽略或未予解决。人道主义机构应努力改进对其工作人员的支持工作,并减少针对国内和国际工作人员“内外有别”的支持措施。

#### 主要行动

1. 确保针对特定紧急情况有一套保护和改善工作人员健康的具体方案。
  - 尽管大多数机构都有一套紧急情况下工作人员福利政策,但针对每个特定

的紧急情况,它们亦需要有一套具体的工作人员支持计划。计划中列明的活动事项应包含在紧急情况总预算内,并与下文列出的几点保持一致。

## 2. 帮助工作人员做好工作和应对紧急情况的准备。

- 确保国内和国际工作人员接收到以下信息:(a)他们的工作内容(见下文主要行动 4);(b)环境和安全现状,以及这些状况未来可能的变化。向国际工作人员(适当时亦可向国内工作人员)提供当地的社会文化和历史背景知识,具体包括:
  - 有关危机的背景知识以及受影响人群的世界观;
  - 有关当地文化态度、习俗和社会组织体系的基本知识;
  - 有关工作人员的哪些行为可能会冒犯当地文化的基本信息;
- 确保所有工作人员接受足够的安全及保障方面的培训。
- 确保向所有工作人员简要介绍不同压力的识别、(包括,但不限于创伤性压力)压力管理技巧,以及已有的工作人员社会心理支持的机构政策。
- 确保有经验丰富的现场管理人员到位。

## 3. 营造一个健康的工作环境。

- 实施机构的工作人员支持政策,包括“休养恢复”(R&R)条款。若所处环境无法为工作人员提供业余活动,则考虑创造更多的“休养恢复”机会。
- 确保为工作人员提供适宜的食物和卫生环境,充分考虑他们的宗教信仰和文化。
- 促进过度和不健康的生活行为的改变,如工作人员酗酒等。
- 努力提供居住方面的私人空间(例如,如果可能的话,提供分开的工作和居住场所)。
- 规定工作时间,监测超时加班情况。尽力做好工作人员的工作分配。如果某一紧急情况开始的几周内必须每周 7 天,每天 24 小时不间断工作,那么就应考虑轮班制。尽可能每 8 小时轮一次班,如果条件不允许,则每一班

的时间不可超过 12 小时。在紧急情况条件下,采用 12 小时轮班制持续一到两周是可以接受的,但最好在每 5 天的休息计划中额外增加半天休息时间。天气越热/越冷,或者压力越大,就越需要更多的休息时间。

- 协助工作人员与其家庭及已有的支持机制之间的沟通和交流。

#### 4. 解决与工作相关的潜在应激源。

- 确保工作描述清晰、及时更新：
  - 定义目标与活动；
  - 与工作人员一起确认他们的角色和任务；
  - 确保管理与沟通渠道清晰透明。
- 每日就安全状况和该情境中产生的其他潜在应力来源进行评价。
- 确保工作人员有充足的安全保障供给(防弹背心、信息设备等等)。
- 确保工作人员(国内、国际、管理高层、低层)在接受危险任务时能够进行平等的个人决定。不可强迫国内工作人员接受一些国际工作人员不允许或不愿接受的危险任务。
- 定期组织工作人员或工作团队会议,或基本情况介绍会。
- 确保心理健康与社会心理支持工作人员有足够的、符合当地文化的技术督导(例如临床督导)([见行动表 4.3](#))。
- 团队建设,加快国内与国际工作人员的融合,解决团队内部争端及其他负面问题。
- 确保后勤支援与物品供给。
- 确保管理高层定期访视实地项目。

#### 5. 确保工作人员获得卫生保健和社会心理支持。

- 培训部分工作人员提供同伴支持,包括普通压力管理与基础心理急救(PFA)(有关“心理急救”的详细描述可[见行动表 6.1](#))。
- 为无法离开紧急情况所在地区的国内工作人员组织符合当地文化习俗的

精神卫生(包括精神科的)支持、社会心理支持和身体医疗保健。

- 确保有备援专家处理工作人员的紧急精神科主诉(如自杀的念头、精神病、影响日常运作的重度抑郁和急性焦虑反应,情绪严重失控等)。需要注意对污名的担心可能影响工作人员接受精神健康帮助并进行相应自我调整的意愿(例如,国际工作人员可能会担心如果寻求帮助会被遣送回国)。
- 确保为工作人员提供接种疫苗、抗疟疾疫苗等预防性疫苗、安全套和(适当时)暴露后预防性疫苗,并确保工作人员有足够的药物治疗各种常见疾病。
- 确保医疗(包括精神卫生)撤离或转介程序到位,包括分派接受过医疗培训的工作人员陪同撤离者。

#### 6. 对亲身经历或目击过极端事件(危机事件,潜在的创伤性事件)的工作人员提供支持。

- 对所有危机事件的幸存者立即进行基础心理急救(PFA)(有关“心理急救”的详细描述可[见行动表 6.1](#))。作为心理急救的一部分,评估并满足幸存者的基本需求和担忧。尽管应该为幸存者提供一起分享的机会,但绝不可强迫他们详细描述事件过程或强迫他们分享或聆听其他幸存者的经历。应讨论现有(积极与消极)的应对方法,明确反对使用酒和药物作为解决方法的做法,因为幸存者成瘾的风险通常会增高。
- 提供适当的自我保健材料([行动表 8.2](#)中就如何开发出适应当地文化的材料提供了指南)。这些材料应包括工作人员福利专员/精神卫生专家的联系方式,以备幸存者寻求帮助。
- 如果幸存者有非常严重的急性困扰以至于限制其基本功能(或者被判定对自身或他人构成危险),那么他们必须停止工作,由接受过急性创伤应激治疗培训的精神卫生专家予以即时诊治。必要时需指派专人陪同进行医疗撤离。
- 确保精神卫生专家在危险事件后一至三个月内与所有在事件中幸存的国内和国际工作人员(包括翻译、司机、志愿者等)进行交流。专家应对幸存

者的功能和感受进行评估,并对长时间仍未痊愈的有明显问题的工作人员进行临床治疗转介。

## 7. 任务/任期结束后提供支持。

- 高级管理人员接受工作人员的述职并进行工作评估。
- 工作人员应接受全面健康检查,包括压力回顾与评估。
- 根据工作人员要求为其提供员工支持机制。
- 提供简短的信息资料,帮助人们了解和管理压力。材料应包括最新的精神卫生专家转介名单以及获得同伴支持的机会。

## 主要资源

1. 无边界行动(2004年)。对救援工作者、管理者和工人家庭压力管理资源的网站。  
<http://www.psychosocial.org>
2. 心大星基金会(2005年)。对人道主义工作者的压力管理。《良好做法指南》,阿姆斯特丹:心大星基金会。[www.antaesfoundation.org](http://www.antaesfoundation.org)
3. 海丁顿学会(2005年)。《有关理解和处理人道主义工作中压力的资源和免费在线培训示范》。  
<http://www.headington-institute.org>
4. McFarlane C. (2004年)。“对人道主义救助工作者的调整”。《澳大利亚灾难与创伤研究期刊》。ISSN号: 1174-4707, 2004年第1卷。  
<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2004-1/mcfarlane.htm>
5. 国家儿童创伤性应激反应网络与创伤后应激障碍国家中心(2006年)。《心理急救:外勤业务指南》(第二版)。[http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA\\_2ndEditionwithappendices.pdf](http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf)  
(该版本是专门针对西方灾难环境而编写的,可能会有所局限。《指南》供事先受过培训的心理健康专家使用,因此描述的是一种心理急救的高级形式。)
6. 受援助者组织(2003年)。《管理和支持援助工作者良好做法准则》。

---

## 过程指标范例

- 机构备有有基金保证的计划,保护和提高紧急情况中工作人员的健康。
- 在紧急事件中幸存的援助工作者可立即得到社会心理急救。
- 在紧急事件中幸存的援助工作者应在事件发生后一至三个月内接受精神卫生问题的系统化筛查,必要时安排恰当的支持服务。

---

### 范例:某国,1999 年

- 在一起涉及某一国际非政府组织工作人员的人质事件后,所有的国内和国际工作人员收到了一份行动报告,以及在任何有需要之时,如何从国内或国外的医生或心理健康工作者那里得到支持。
- 事件发生后的一段日子里,一位员工心理咨询师组织了两场会议,与工作人员讨论他们的应对措施。针对一位极度焦虑的工作人员,该机构安排了护理(和因病撤离)。
- 一个月后,一位接受过培训的志愿者与所有国内和国际工作人员逐个进行了交流,检查他们的现状是否良好,并在必要时安排支持工作。



## 行动表 5.1

### 为社区动员、社区对应急反应的主导与控制提供条件

领域:社区动员与支持

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

受影响人群对紧急情况救援和应对的过程应当尽可能的主导与控制,并且,他们自身的支持结构,包括当地的政府结构应当尽量得以利用。在这个指南中,“社区动员”指的是社区内外所做的种种努力,让社区成员(团体、家庭、亲戚、同辈、邻居或其他有共同利益的人)参与到影响他们自身及未来的所有讨论、决策与行动中来。人们的参与度越高,就越可能更为乐观,更有能力应对困难,更加积极地参与生活与社区的重建工作。在每个阶段,援助工作都应当支持社区参与,用当地人民已经在做的事帮助他们自己,避免代替当地人民做他们自己可以做的事情。

社区参与的程度不尽相同:

- 社区在很大程度上控制了救助程序并决定了对于救助的回应,而政府和非政府组织则提供直接宣传与支持。
- 在与许多政府和非政府组织及社区行动者合作时,社区或其代表成员在所有重大决策和行动上扮演着平等的合作伙伴的角色。
- 所有重大决策均需要咨询社区或其代表成员的意见。
- 社区扮演着执行者的角色(例如,支持食物分发或自助行动),而重大决策则由政府和非政府组织做出。
- 社区成员不参与设计环节,并且,只是最小程度地参与施行救援的活动。

## 社区动员的关键步骤

- 社区成员认识到他们面临着共同的问题,如能携手合作,会取得更好的效果(例如,“我们需要互相支持,共度难关”)。
- 在上述认知基础上,培养责任感和主人翁感(“这是我们共同的事,我们要采取一点行动”)。
- 识别社区内部资源、知识、个人技术与才能(“谁可以做,或者谁已经在做了,做什么;我们有什么资源;我们还能做些什么”)。
- 明确首要问题(“我们真正担忧的是……”)。
- 社区成员利用内部资源计划和管理各项活动。
- 社区成员能力增强,使行动的效果持续并增强。

摘自 Donahus 和 Williamson(1999 年)《进行社区动员,减少艾滋病毒/艾滋病影响》,难民儿童和孤儿基金。

要注意的一点是,社区可能会有很多小群体,他们有不同的需求,并常常会在争取影响力和权力上相互竞争。协助真正的社区参与需要了解当地的权力结构和社区争端类型,应与不同的小群体一起合作,而避免赋予某个特定群体更多的权力。

当地局势的政治和紧要性方面决定了社区参与的最佳程度。在非常紧急或危险的情况下,可以几乎不用社区内部资源来提供服务。如果没有注意到犯罪者与受害者身份的重叠,那么,社区参与可能会导致恐怖与杀戮(例如,1994 年大湖区难民营危机时发生的情况)。然而,在大多数情况下,较高参与度是可能和必要的。过去的经验告诉我们,社区成员中有相当数量的人能够很好的承担组织援助任务的领导角色,并且,绝大多数人都能为实施救援活动出一份力。尽管外部援助机构经常会说,他们没有时间与当地人对话,但是,与当地人交谈,向当地人学习是他们的职责,而且他们通常是有充裕的时间来做这件事情的。

无论如何,需要采取一种批判性的路径。外部救援程序通常会迫使社区遵循援助机构的议程安排。这是一个问题,尤其是当外部机构的工作方式与内部社区不协调的时候。例如,2004年南亚地区海啸后一年,斯里兰卡北部一个由50户组成的社区接受了挨家挨户的社会心理调查,调查显示,有27家不同的非政府组织曾提供了帮助。一位受访者声称:“我们这里从来没有领导,大多数人都是亲戚关系。如果有人遇到问题,邻居们就会前来帮忙。但现在有人像领导一样和我们讨论捐赠的事。亲戚们再也不互相帮助了。”

这个例子表明,如果外部机构按照自己的行动议程提供援助,却缺乏与该社区的深入交流或了解,社区参与度越高反而越有害。要让社区自己组织救援应对,而不可强迫社区执行外部机构的议程表,这一点尤为重要。

## 主要行动

### 1. 协调社区动员活动。

- 积极寻找现有的社区动员程序并与之协调,(见行动表 1.1)。当地人群通常会有正式或非正式的领导,并且,也可以利用社区组织结构来进行协调,但是,必须要确保特定人群未被排除在外;
- 当地方政府提供支持性的服务时,与政府合作共事非常重要

### 2. 尽早评估政治、社会和安全环境。

在回顾和收集有关当前情境的总体信息(见行动表 2.1)以外,还需要:

- 观察并与一定数量的受影响社区的群众代表进行非正式交谈;
- 找到重要的男性和女性信息提供者(例如领导、教师、治疗师等),并与之交谈,分享以下方面的信息:(a)社区权力、组织机构和决策程序;(b)需要遵守哪些文化规则;(c)社区动员过程中要留意的困难与危险。

### 3. 与不同的重要的信息提供者,以及正式和非正式群体进行交谈,了解当地人如何组织,以及各个机构如何参与援助行动。

社区内有很多利益、权力不尽相同的小团体,在社区动员的整个过程中,都需将这些不同的小群体考虑在内。通常比较行之有效的做法是,与这些根据宗教或种族、政治亲缘、性别和年龄、种姓和社会经济等级等进行分类的小群体单独会面。向他们询问以下问题:

- 在此前的紧急情况中,当地人如何应对危机?
- 现在大家以何种方式互帮互助?
- 这里的人如何参与紧急情况救助?
- 哪些关键人物或团体可以帮助组织卫生支持、避难房屋支持,等等?
- 难民营或村庄的每一块区域如何被划地为营?
- 如果采用此前已有的结构和决策程序是否会有帮助? 如果是,如何能让住在难民营的人组织起来(例如,按村庄或宗族)?
- 如果资源或设施引发了争端,社区应如何减少这些争端? 解决程序又是什么?

#### 4. 促进边缘人群的参与。

- 注意权力和社会不公正问题;
- 将处于社会边缘的人纳入救援的计划与实施过程中;
- 发起讨论,商讨如何赋予社会边缘群体权利,预防或减少污名或歧视感;
- 如有可能,讨论时要注意到现有的权力结构,包括当地政府结构;
- 将年轻人吸纳进来,他们通常被视为问题团体,然而,在紧急应对时,他们常常是宝贵的资源,因为他们通常可以快速地、创造性地适应不断变化的环境。

#### 5. 尽早创建安全和足够的空间,为讨论计划、发布信息提供支持。

- 安全空间,无论是室内或是室外的,都可以让各团体会面,讨论如何参与紧急应对以及如何开展自助活动(见行动表 5.2)或宗教、文化活动(见行动表 5.3)。安全空间亦可用于保护和支持儿童(见行动表 3.2 和 5.4),开

展学习活动(见行动表 7.1),以及与社区成员就重要信息进行沟通(见行动表 8.1 和 8.2)。

## 6. 推动社区动员过程。

- 在安全条件允许的情况下,组织就危机发生的社会、政治与经济背景和原因进行讨论。提供目的感和意义感可成为社会心理支持的一大来源。
- 为包括关键行为者、社区小团体或社区整体的集体反思创建条件:
  - 目前已经认识到的脆弱之处,以及未来可能出现的脆弱之处;
  - 能够激活并进一步拓展的才能和能力;
  - 社区群体发现的恢复力的潜在来源;
  - 曾帮助社区成员在过去成功应对悲剧、暴力和损失的机制;
  - 可以参与援助进程的机构(如当地的女性团体、青年团体或专业人士、劳工组织或政治组织);
  - 其他社区是如何成功应对危机的。
- 参与型动员过程的核心活动之一是帮助人们在“社区过去有什么”、“社区成员现在处在什么位置”,“他们想要发展到什么位置”与“实现这一目标所需的方法和途径”之间建立关联。协助这一进程需要为人们以一种非指令的和尽可能非侵扰的方式实现目标创造条件。如果需要,组织那些能促进富有成效的对话与交流的活动(例如,基于大众教育方法)是有帮助的。如条件允许,这些反思的过程应当被录音,以便与其它从事社区动员的机构共享。
- 上述的反思过程应当带来对紧急救援“行动计划”的讨论,考虑公认的首要任务及行动的可行性,讨论需要协调哪些活动并进行职责分工。此外,行动计划还应对长期蓝图做出预见,预先明确可取得“累累硕果”的行动。计划应清楚阐明该行动是社区自身还是外部行动者(如国家)的责任。如果是社区自身的责任,那么就要做出社区行动计划;如果是外部行动者的责任,则要做出一份社区支持计划。

## 主要资源

1. 儿童权利行动,《社区动员》。[http://www.savethechildren.net/arc/files/f\\_commmob.pdf](http://www.savethechildren.net/arc/files/f_commmob.pdf)
  2. 人道主义行动中问责制和绩效积极学习网络(2003年)。《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践者手册》。  
[http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs\\_handbook/gs\\_handbook.pdf](http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf) (英语);  
<http://www.psicosocial.net> (西班牙语)
  3. Donahue J. 和 Williamson J. (1999年)。《减轻艾滋病毒/艾滋病影响的社区动员。失所儿童和孤儿基金》[http://pdf.dec.org/pdf\\_docs/pnacj024.pdf](http://pdf.dec.org/pdf_docs/pnacj024.pdf)
  4. 挪威难民理事会/难民营管理计划(2004年,于2007年修订)。《难民营管理工具箱》  
<http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
  5. 区域社会心理支持倡议(向受艾滋病、贫穷和冲突困扰的儿童提供区域社会心理支持的倡议)(2006年)。《生命之旅——支持儿童社会研讨会》。<http://www.repssi.org/home.asp?pid=43>
  6. Segerstr. m E. (2001年)。《“社区参与”难民体验》,牛津难民研究中心。  
[http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp\\_tre/student/commpart/com\\_int.htm](http://earlybird.qeh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/commpart/com_int.htm)
  7. 环球项目(2004年)。《灾难应变的人道主义宪章和最低标准,共同标准1:参与》,第28–29页。日内瓦: 环球项目。<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
  8. 难民专员办事处(2002年)。《收容所规划指南》(社区参与和社区组织部分内容)。  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/openssl.pdf?tbl=PARTNERS&id=3c4595a64> (英语);[http://www.acnur.org/index.php?id\\_pag=792](http://www.acnur.org/index.php?id_pag=792) (西班牙语)
  9. 难民专员办事处(2006年)。《业务参与式评估手册》。  
<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/450e963f2.html>
- 

## 过程指标范例

- 安全空间已经建立,并且用于举行计划讨论会及共享信息。
- 当地人群就如何组织、执行紧急应对措施定期召开会议。
- 当地的男性、女性和年轻人(包括社会边缘群体在内)参与到紧急情况的重  
大决策制定。

### 范例:墨西哥,1985 年

- 1985 年,在墨西哥城发生了一场毁灭性大地震之后——此前在那里已经有很多强大的社区组织——当地社区的人们组织了紧急情况救援工作。
- 当地人民完成了大部分清洁工作、食物及其他物资的分发工作,搭建了临时住所,并设计了新的居住区。
- 当地的紧急应对演变成了一项社会性运动,5 年来一直在为人们提供支持。
- 地震后 3-5 年内进行的研究表明,精神卫生问题并没有出现增长。

## 行动表 5.2

### 促进社区自助和社会支持

功能:社会动员与支持

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

所有社区内在都蕴含着有效的、自然产生的社会心理支持和应对危机的能力与自愈能力。几乎所有受紧急情况影响的群体包括提供社会心理支持的人在内都需要他人帮助的时候。在家庭和社区中,要尽早采取措施激发和增强当地支持,鼓励社区自助精神。

自助的方法至关重要,原因在于,在极端事件发生后,拥有对生活的一部分控制权,将有助于人们的精神卫生和社会心理健康。受影响群体通常都归属于正式或非正式的组织结构,因此他们能够借助这些组织调整自我来满足集体的需求。即便这些结构受损,仍然可以被重新激活,而作为紧急情况有效应对措施的一部分发挥作用。加强和建设当地已有的支持体系和结构,可以促进本地拥有的、可持续的、符合当地文化特色的社区应对措施产生。这个方法中,外部机构所扮演的角色更多的是提供社会心理支持,在当地现有资源基础上建造社会心理支持能力,而不是提供直接的服务。

促进社区社会支持与自助需要一定的敏感度和批判性思维。社区通常包含为数众多且相互竞争的亚群体,他们的行动议程和权力水平各不相同。有一点非常重要:避免给与某些特定的亚群体过多关注而使其他群体边缘化,尽力将那些通常在群体活动中被遗忘的边缘人纳入其中。

#### 主要行动

##### 1. 识别当地社区的人力资源。

这类资源包括有声望的长者、社区领导人(包括当地政府领导人)、传统治疗师、宗教领袖/团体、教师、健康和精神卫生工作者、社会工作者、青年和女性团体、邻里团体、工会领导和商业领袖等。询问社区成员在遇到危机时通常会向谁求助,进而画出当地资源的地图,这是一项有价值的策略(见行动表 2.1)。某些人名或群体可能会被重复提及,这说明他们是受影响人群中的潜在



帮助者。

- 与这些潜在帮助者,包括那些被边缘化的人见面交谈,询问他们是否愿意提供帮助。
- 识别出紧急情况前已在运作,并且能够重新恢复满足即时需要的社会群体或机制。这可能包括集体工作团体、自助团体、滚动储蓄信贷团体、丧葬社团、青年与女性团体。

## 2. 通过参与式乡村评估和其他参与式方法,协助社区确认优先行动。

- 明确现有的可立即启动或强化的非专业或专业支持。
- 推动对于过去、现在与未来的集体性反思过程,从而制定规划。评估过去存在但在紧急情况中被毁的各项支持措施,人们可以选择重新启动其中有用的支持措施。憧憬几年后他们期望达到的情景,他们可以放眼未来,并采取措施实现愿景。
- 与重要人物或社区团体讨论:
  - 重新启动那些曾经致力于对抗危机的机构,也许会有帮助;
  - 帮助社区成员在过去应对悲剧、暴力或损失的各种机制(如仪式、节日、女性讨论组等等);
  - 眼前的局势如何破坏了社会网络和应对机制;
  - 人们在危机中受到了怎样的影响;
  - 在实现未来愿景的过程中,人们首先要解决的问题是什么;
  - 人们要想实现他们的优先目标,需要采取什么行动;
  - 是否有组织在他们的及邻里社区有过成功经验;
- 与其他协作团体分享这一过程的结果(见行动表 1.1 和 2.1)。

## 3. 支持社区活动,积极鼓励那些旨在为所有受紧急情况影响的社区成员,包括身处最危险境地的人们提供家庭与社区支持的活动。

- 确定受影响人群中哪些人已经在开展自助或互助的活动,并寻找方法支援

他们的活动。例如,如果当地人正在组织教育活动,但需要纸和写字工具等基本资源,那就为他们提供所需材料(同时要意识到这种援助可能会产生依赖性)来支持他们的活动。定期询问怎样能够为当地的活动提供帮助。

- 酌情支持在参与性评估中由社区成员提议的社区活动。
- 适当情况下鼓励组建小组,尤其是在原有小组基础上组建,以开展各种自助和规划活动。

#### 4. 鼓励、支持其他各种旨在为所有受紧急情况影响的社区成员,尤其是身处最危险境地的人们提供家庭与社区支持的活动。

除了支持社区自身发起的活动,亦可考虑其他一些相关活动。协助社区在以下方面的行动:(a)挑选哪项活动需要支持;(b)设计、执行、监测挑选出的活动;(c)支持和协助转介程序。下表中是可以实行的相关活动的例子。

#### 为所有受紧急情况影响的社区成员,尤其是身处最危险境地的人们提供家庭与社区支持的活动的范例

- 组织有关社区如何帮助评估中挑选出的处境危险、需要保护与支持的群体的小组讨论(见行动表 2.1);
- 社区儿童保护委员会识别处境危险的儿童,监测其风险,在可能的情况下进行干预,适当时将案例汇报至保护部门或社区服务部门(见行动表 3.2);
- 尽最大可能为失散儿童组织有条理的、有监督机制的家庭寄养,而不是安置在孤儿院(见行动表 3.2);
- 为所有年龄群体开展寻找失踪家庭与家庭重聚服务(见行动表 3.2);
- 保护流浪儿童和那些此前与军队和武装团体有关联的儿童,并帮助他们融入社区;

- 有助于将孤立个体(孤儿、寡妇、鳏夫、老人、有严重精神障碍或精神残疾的人或没有家庭的人)重新纳入社会网络的活动
- 在适当的地方,建立女性支持与活动小组;
- 支持性的养育计划;
- 运动、青年俱乐部和其他休闲活动,例如,针对那些处在物质滥用或其他社会和行为问题的危险之中的青少年
- 为所有人重新组织正常的文化与宗教活动(见行动表 5.3);
- 持续进行的针对社区成员的精神卫生与社会心理健康问题的小组讨论;
- 打造连接受影响社区与援助机构、政府以及多种服务的关系网;
- 集体治疗行为(见行动表 5.3);
- 其他协助社区成员掌控或重新掌控自己生活的活动;
- 推行非暴力处理争端的活动,如讨论、戏剧和歌曲、对立双方成员共同参与的集体活动,等等;
- 针对儿童和青少年的结构性活动(包括在儿童友好中心进行的非正式教育;见行动表 7.1);
- 让人们了解实时情况、服务、失踪人员、安全等信息(见行动表 8.1);
- 让人们获得住所与其他基本服务(见行动表 9.1、10.1 和 11.1)。

#### 5. 在合适的地方提供短期参与式培训课程(见行动表 4.3),并提供后续支持。

在当地支持体系不完善或过于弱小无法实现特定目标的地方,一种可能行之有效的做法是培训社区工作者,包括志愿者,完成以下任务:

- 了解那些状态不佳的社区成员的特殊需要,并相应提供支持;
- 用符合当地文化特色的方式开发并提供支持;
- 提供基础支持,例如,为遭受极端压力而感到剧烈困扰的人提供心理急救

(见行动表 6.1);

- 创建亲子小组进行讨论,并为低龄儿童提供激励(见行动表 5.4);
- 在合适的时候帮助家庭制定解决问题的方案,并提供育儿知识;
- 发现、保护失散儿童,确保对他们的照顾;
- 邀请残疾人参与到各种活动中;
- 为性别为基础暴力的幸存者提供支持;
- 帮助那些与军队和武装团体有关联的男孩、女孩重获自由,并帮助他/她们重新融入社会;
- 创建自助群体;
- 鼓励年轻人参与下列活动:积极领导力、组织青年俱乐部、体育活动、解决争端的对话、生育健康教育及其他生活技能培训等;
- 组织成年人和青少年参加一些具体的、目的性强的、利益共享的活动,如修建/安排住所,组织寻找失踪家庭、分发食物、做饭、环境卫生、疫苗注射、给儿童讲课等;
- 在适当和可能的时候,将受影响人群转介至相关的法律、卫生、生计、营养和社会服务部门。

## 6. 在必要的时候,代表被边缘化的以及面临危险的人向社区内外发出倡议。

通常情况下,那些在紧急情况之前已被边缘化的人极少得到关注,在危机发生期间与发生后,他们也一直处于被忽视和得不到帮助的状态中。人道主义工作者解决这一问题的办法是,将自己的工作与社会公正联系起来,代表被忽视群体发出呼吁,让边缘群体能够有效维护自身权益。

## 主要资源

1. 机构间常委会(2005年)。《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》。日内瓦:机构间常委会。[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/figender\\_GBVGuidelines2005.pdf](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/figender_GBVGuidelines2005.pdf)
2. 红十字会与红新月会国际联合会(2003年)。“促进社区自助”,摘自《社区心理支持:培训手册》,第57-65页。日内瓦:红十字会与红新月会国际联合会。英语、阿拉伯语、法语和西班牙语版本均可在以下

下网站找到: <http://psp.drk.dk/sw2995.asp>

3. 挪威难民理事会/难民营管理计划(2004年,于2007年修订)。《难民营管理工具包》。  
<http://www.flyktninghjelpen.no/?did=9072071>
4. Pretty J. N. 和 Vodouhê D. S. (1997年)。“实行快速或共同参与的农村评估”。粮农组织:纽约。  
<http://www.fao.org/docrep/W5830E/w5830e08.htm>
5. 难民研究中心和联合国儿童基金会(2002年)。“满足儿童及所在家庭和社区的需求”,摘自《帮助不稳定情况下儿童——社会心理干预的原则与概念》(草案),第47-79页。  
<http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Docman/Documents/1Disaster-general/WorkWithChild.UnstableSitua.pdf>
6. 区域社会心理支持倡议(向受艾滋病、贫穷和冲突困扰的儿童提供区域社会心理支持的倡议)(2006年)。《生命之旅》(意识与行动研讨会)。  
<http://www.repsi.org/>
7. 救助儿童会(1996年)。《促进遭受武装冲突和失所困扰儿童的社会心理健康:原则与方法》。  
<http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psychosocwellbeing2.pdf>

---

## 过程指标范例

- 采取了发现、激发并强化当地资源的措施以支持精神卫生与社会心理健康;
- 社区程序与活动吸纳了处在最危险境地的人,并为他们提供支持;
- 必要时,提供短期培训,培养当地支持能力。

---

### 范例:波斯尼亚,20世纪90年代

- 在波斯尼亚,20世纪90年代战争结束后,许多在经历了强奸、丧亲悲剧的农村女性需要社会心理支持,但由于感到耻辱而不愿与心理学家或精神科医师交谈。
- 妇女们延续战前就存在的一种做法,她们聚集在编织小组里,一起织毛衣、喝咖啡,同时相互支持。
- 外部机构起到了协助作用,他们提供小额基金购买羊毛并提供转介支持。

## 行动表 5.3

### 为开展适宜的集体文化、精神和宗教治疗实践提供条件

领域:社区动员与支持

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在紧急情况中,需要及时的注意人们可能会经历集体性的文化、心灵与宗教的压力。不了解当地文化的外部援助者,通常会从个体现象与反应方面加以考虑,例如抑郁、创伤性压力等;然而,许多幸存者,尤其是在非西方社会,他们经历的苦难是在心灵、宗教、家庭或社区层面上。

当无法埋葬死者尸体,或者因为缺乏经济资源或私人场地,无法按照当地文化习俗举办葬礼时,幸存者可能感到极度困扰。同样,人们可能会因为无法参加正常的宗教、精神或文化活动而承受巨大的压力。本行动表主要讲述如何为那些不一定主动寻求照顾的人群提供社区宗教与文化(包括心灵)支持;而行动表 6.4 则主要讲述如何为寻求帮助的个体和家庭提供传统的关爱。

解决这种性质的集体压力,需要开展适当的文化、心灵和宗教实践。举办葬礼可缓解苦痛,让人们能够吊唁与默哀。在有些情况下,清洁仪式以及治疗仪式有助于人们的恢复和再次融入社会。对于虔诚的人群,信仰或祈祷行为能够在困难环境中为他们提供支持和生存的意义。理解并在适当时支持文化治疗实践可以改善许多幸存者的社会心理状况;另一方面,无视这些治疗措施,对有效的文化应对措施置之不理,则会延长苦痛,并带来潜在的伤害。在很多情况下,联合宗教领袖、利用宗教资源是紧急社会心理支持的重要一环。

对于非当地的援助工作者而言,与当地宗教或文化打交道是一项挑战,因为他们需要以完全不同的世界观来考虑问题。由于某些地方实践或行为会产生负面影响(例如,在灵性和宗教被政治化的地方),因此,人道主义工作者应进行批判性思考,只有当地这些做法符合国际人权标准时才可予以支持。

#### 主要行动

1. 接触当地宗教、精神领袖以及其他文化向导,了解他们对人们所受到的影响,以及哪些行为可以对受影响人群提供支持的看法。

有效措施如下：

- 回顾已有的评估结果(见行动表 2.1),避免重复提问;
- 最好由与当地宗教和精神领袖属于同一种族或宗教团体的人进行访谈,以更好地了解这些宗教和精神领袖的看法(见下文主要行动 3)。由于在受影响人群中可能存在不同的团体和宗教取向,因此,了解所有主要的宗教团体或取向是重要的。向这些宗教和精神领袖那里寻求帮助以重点了解心灵和宗教问题能够指导如何利用援助来支持当地资源和改善受影响人群的身心健康和福祉。

## 2. 注意道德敏感性。

必要时,聘用一位有经验的翻译,用当地语言工作,问一些文化向导(熟知当地文化的人)认为合适的问题。幸存者可能很难与外来人员分享宗教或灵性方面的信息,尤其是在他们的宗教信仰和/或种族身份受到攻击的种族屠杀和武装冲突时期。

经验表明,如果人道主义工作者表现出尊重,并清楚讲明他们的目的是学习如何更好地支持受影响人群以及避免有害的行动,那么,与宗教和精神领袖进行交谈还是有可能的。在很多紧急情况下,宗教和精神领袖一直是重要的合作伙伴,教导人道主义工作者如何支持受影响人群。此外,人道主义工作者需要保持道德敏感性,因为有些精神、文化和宗教行为(例如,寡妇献祭等)会带来伤害。保持批判性思维是重要的,只有当文化、宗教与精神行为符合国际人权标准时才可予以支持。媒体对这些地方行为的报道可能会产生问题,只有在取得相关社区成员的完全同意后才可进行。

## 3. 了解文化、宗教和精神支持以及应对机制。

一旦友好关系得以建立,询问以下问题:

- 你们认为这次紧急事件在精神层面的原因和影响是什么?
- 人们在文化或心灵层面受到了怎样的影响?

- 当有人去世时,什么事情是应该顺理成章发生的?
- 有没有可以举办或开展的仪式或文化行为,有的话,什么是比较合适的时间?
- 谁能够就如何举办这些仪式、以及如何主持葬礼提供最佳指导?
- 在社区中,谁会从洁净或治疗仪式中受益匪浅,为什么?
- 你愿意为在本地区工作的国际工作者就如何在精神层面支持受影响人群以及如何避免精神伤害提供建议吗?

如果可行,可以多次拜访,以建立信任和了解更多关于宗教和文化行为的知识。此外,如果可能的话,与当地人类学家或其他熟知当地文化与实践的文化向导就所收集到的信息进行探讨,以确认信息的真实性。

#### 4. 在部门和协调会议上发布从人道主义工作者处收集来的信息。

利用部门间精神卫生与社会心理支持协作会议以及其他渠道,与不同部门分享收集到的信息,提高大家对文化和宗教问题与行为的关注。指出随随便便的非仪式性的集体埋葬,以及分发在宗教上具有冒犯性的食物或其它材料等做法带来的潜在危害。

#### 5. 为实施适当的治疗实践创造条件。

人道主义工作者的职责是协助实施那些受影响人群认为重要,同时符合国际人权标准的实践行为。

主要步骤如下:

- 与选举出来的领袖一起研究如何开展适当的行动;
- 找出开展这些行动的障碍(例如,缺乏资源);
- 清除障碍(例如,为各种仪式提供空间和资源,如,为前来参加葬礼的客人提供食物以及葬礼需要的材料);
- 适当时,接受现有的混合式(如,地方的与西方式的)行为。



## 主要资源

1. 泛美卫生组织/世卫组织（2004年）。“社会文化方面”，摘自：《灾难地区尸体处理》，第85-106页。华盛顿：泛美卫生组织。  
<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf>
2. 社会心理工作小组（2003年）。《复杂紧急状况下社会心理干预：基本概念》。  
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/Conceptual%20Framework.pdf>
3. 环球项目（2004年）。《灾难应变的人道主义宪章和最低标准：精神和社会健康》，第291-293页。日内瓦：环球项目。  
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>

---

## 过程指标范例

- 了解当地的文化、宗教和精神支持形式，并与人道主义工作者共享信息。
- 开展适当行动的障碍已经被发现、清除或减少
- 采取措施开展那些受影响人群认为重要并符合国际人权标准的实践行动。

---

### 范例：安哥拉，1996年

- 一位曾当过士兵的男孩说，他感到压力很大、很害怕，因为被他杀死的那个人的灵魂总在夜里惊扰他。这个问题是社区性的，因为他的家人和社区认为他中了邪，并且担心，如果不让他得到洁净，他会遭到灵魂的报复。
- 人道主义工作者咨询了当地的治疗师，治疗师说，他们可以通过驱邪仪式赶走愤怒的灵魂，这个男孩也说他也想要这么做。
- 一个国际性非政府组织提供了作为祭品的必需食品和动物，治疗师实施了驱邪仪式，据称这可以净化这个男孩并保护整个社区。此后，这个男孩和社区人群的状况都得到了改善。

## 行动表 5.4

### 促进对年幼儿童(0-8岁)及其照料者的支持

领域:社区动员与支持

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

幼年早期(0-8岁)是人的一生中身体、认知、情感和社会能力发展最重要的阶段。在这个阶段,大脑发育非常迅速,其发育程度取决于是否得到了足够的保护、刺激和有效照料。早丧(例如,父亲或母亲去世)、亲眼看到躯体暴力或性暴力,以及其他困扰事件会破坏联结,影响社会与情感的长期健康发展。然而,大多数儿童都能从这种经历中恢复,尤其是当他们得到适当照料与支持的时候。

在紧急情况中,年幼儿童的健康很大程度上取决于他们的家庭和社区环境。如果年幼儿童的母亲或照料者被压垮、筋疲力尽或精神不振,在身体上和情感上无法提供有效照顾、日常关照与支持,儿童的健康会大受影响。与父母失散的儿童可能会接受临时性的照顾,但照料质量差强人意。在社区中,由于医疗服务中断、营养不足以及其它安全威胁,父母与儿童都可能面临危险。

在紧急情况下,应当协调幼年早期项目(见行动表 1.1)并提供适当的评估(见行动表 2.1)数据,包括预计的 8 岁以下儿童的数量和年龄、孕妇数量和产妇数量。幼年早期发展项目应支持家庭和其他照料者关爱年幼儿童。项目活动包括为年幼儿童活动提供激励,促进基本营养获取(在食物极为短缺的情况下),确保儿童得到保护,增进婴幼儿与照料者之间的感情。这些活动的目的在于满足儿童的核心需求,在安全的、受到保护的和有组织的环境中,减少紧急情况导致的困扰,并同时为提供照料者提供救助与支持。

#### 主要行动

##### 1. 让儿童始终与他们的母亲、父亲、家人或其他熟悉的照料者在一起。

(a) 避免失散。在可能出现人口迁徙的紧急情况中,协助社区和家庭制定符合当地文化的、适合的方法以避免失散。

- 首要措施就是,让母乳喂养的母亲与幼儿始终在一起;

- 教大一点的孩子唱歌,歌词中包含他们的姓氏、村庄和联系信息;
- 一直跟着孩子,尽量避免失散。

(b) 让儿童与父母团聚(见行动表 3.2)。如果儿童失散,则要:

- 联络恰当的家庭团聚组织;
- 促进寻找失踪家庭与团聚。失散儿童一经找到就马上记录日期和地点,从儿童自身收集信息,根据年龄使用适当的方法,例如让他们画出他们曾居住的地方,或者让他们自我介绍。
- 让儿童保留自己的衣服,这是辨认、找回失散儿童的重要方法之一。

(c) 做好轮流照顾的安排。在危机和紧急情况中,如果没有其他照顾的选择,就需要安排临时的照料中心保护失散儿童,直至找到长期的解决方案。在等待与家庭团聚的过程中,失散儿童可以寄养在能够提供适当照料和保护的个人或家庭那里。孤儿院通常提供不了适当的支持,应作为最后选择。

- 根据“在当地文化环境下,哪种做法符合儿童的最佳利益”的理念做出照顾安排。
- 尽可能让孩子呆在扩展家庭和/或社区中,避免兄弟姐妹之间的分离。
- 尽可能只安排一个持续性的寄养家庭,避免不断更换。
- 对于失去母亲或与父母失散的新生儿,应满足他们对于食物、衣服和照顾的基本需求,记住,在有些文化中女婴更易被忽视。
- 如果儿童已经被安置在孤儿院或其他机构,则应进行快速评估,明确他们的状况,采取可能措施推动“幼儿发展(ECD)”行动。

## 2. 推动母乳喂养的持续。

母乳喂养是促进婴幼儿身体、心理和认知发育的最好方法。母乳喂养有助于婴幼儿的认知发育,安抚他们的情绪,增强母婴之间的情感,此外,母乳易准备、零花费且通常非常安全(有关安全问题说明可见下文“主要资源”中联合国儿童基金会(儿童基金会)2002年的《母乳喂养与艾滋病病毒/艾滋病指南》)。

- 通过个人支持和社区对话,鼓励母乳喂养。
- 向产妇(和亲戚)提供有关新生儿照料的咨询,包括单独的母乳喂养、把宝宝裹起来保暖、推迟洗浴、卫生等。
- 避免定期分发婴幼儿配方奶粉,因为这会打击母乳喂养的积极性。
- 将辅食添加作为孕妇和哺乳妇女的首要事宜。
- 避免向母亲们就母乳喂养过度施压。拒绝进行母乳喂养,很难或无法进行母乳喂养的母亲应得到适当的支持。

### 3. 为玩耍、养育和社会支持创造便利条件。

紧急情况期间,应提供各种各样的早期幼儿发展活动。这些活动包括父母教育、家庭参观、共同照料儿童和社区玩乐小组、“安全空间”、玩具馆、在安全场所的非正式父母聚会等(见行动表 5.1)。

- 根据当地条件组织活动,提供尽情玩耍、激励和社交的机会,这些都有助于减少危机情境带来的负面心理影响。
- 根据儿童的年龄、性别和文化安排相应的活动。为将困扰降至最低,孩子需要一种日常的感受,并需要参加一些正常化的能反映他们日常生活的活动(例如,来自游牧背景的、从未上过学的孩子可能会觉得正式的学校教育既不正常又不舒服)。在项目计划和执行过程中,利用与文化适宜的发展里程碑性事件,例如“成年礼仪式”,可能要比西方发展模式更适合当地。
- 在安全场所开展专门支持低龄儿童的活动(见行动表 5.1 和 7.1)。如果条件允许,则根据儿童的年龄/发展阶段粗略划分活动小组:0-12/18 个月(尚不会讲话和走路),12/18 个月-3 岁,3-6 岁。(针对 6-8 岁儿童的活动见行动表 7.1)。培训父母、兄弟姐妹、祖父母和年轻人与现有援助工作者一起合作,并将所学的如何帮助低龄儿童健康成长的知识带回家教给家人。在安全场所中,考虑招募可信赖的年长与年轻女性担任志愿者。
- 考虑使用大家熟悉的、游戏、歌曲和舞蹈以及自家制作的玩具,这些在紧急情况中最为实用;

- 在所有低龄儿童服务地点,例如治疗性喂养项目的实施地、医院、诊所,以及食物与非食物用品分发区辟出一块场地,供照料者/儿童玩耍与互动。
- 在受暴力影响的社区,为年幼儿童举办各项推动社区建设与非暴力的活动;
- 在社区层面的关爱行动、游戏和社会支持中,应将特殊需要的儿童纳入。
- 关于在食物短缺的危机中激励年幼儿童的特别指南,见“主要资源”中世界卫生组织(2006年)的参考文件。

#### 4. 对照料者的照顾。

在紧急情况下,组织能够让年幼儿童的照料者们可以在一起探讨过去、现在与未来,分享问题解决方法,就如何有效照料孩子彼此支持的会议是非常重要的。

- 在安全场所(见行动表 5.1 和 7.1),组织互助小组,让父母/母亲们讨论各自面临的问题。
- 建议父母不要当着孩子的面详细讨论恐怖事件。
- 在家庭及其年幼儿童的小组活动期间,父母可以从其他父母与小孩的互动中学习。当积极的亲子互动出现时,要立刻指出,并鼓励其他父母以相似的方式与子女互动。
- 帮助父母和照料者理解危机之后他们在孩子身上看到的变化。向他们解释孩子对他人的恐惧增加、社会退缩,与其他孩子打架次数增多等行为都是对压力的正常反应,而并不是照料者的问题。
- 与父母和照料者分享以下信息:如何发现问题、如何为孩子的社会心理状况提供支持,包括如何通过不断的管教和设定限度来控制、规范、改变孩子的攻击性行为。
- 指出对于儿童压力的有害应对措施,例如,殴打、遗弃或羞辱,建议父母和社区领导采取替代性策略;

- 由于有严重的精神卫生问题而无法照看自己小孩的父母应及时被转介,从卫生服务工作人员(如果接受过精神卫生培训;见行动表 6.2)处得到适当的支持。严重的抑郁尤其影响照顾孩子的能力。

## 主要资源

1. 范李尔基金会(2005年)。《早期孩童时代问题》第104卷:“紧急状况后对幼小儿童的应对措施”。  
[http://www.bernardvanleer.org/publication\\_store/publication\\_store\\_publications/Early\\_Childhood\\_Matters\\_104/file](http://www.bernardvanleer.org/publication_store/publication_store_publications/Early_Childhood_Matters_104/file)
2. 早期儿童保育与开发咨询小组(1996年)。《儿童是和平地带:帮助受武装暴力困扰的儿童》。  
[http://www.ecdgroup.com/docs/Children\\_as\\_Zones\\_of\\_Peace;\\_Working\\_with\\_Children\\_Affected\\_by\\_Armed\\_Violence-13\\_05\\_2001-13\\_53\\_24.pdf](http://www.ecdgroup.com/docs/Children_as_Zones_of_Peace;_Working_with_Children_Affected_by_Armed_Violence-13_05_2001-13_53_24.pdf)
3. 紧急情况下营养网在线(2006年)。《紧急情况下婴儿喂养》。  
<http://www.enonline.net/ife/index.html>
4. 南非人类科学研究理事会。社会心理支持资源: Davids D.(西方基金会),《情绪行为手册》  
[http://www.hsrc.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other\\_resources.html](http://www.hsrc.ac.za/research/programmes/CYFD/unicef/other_resources.html)
5. 红十字委员会、国际红十字会、英国救助儿童会、儿童基金会、难民专员办事处及世界展望国际组织(2004年)。《机构间孤身和失散儿童问题指导原则》,英国救助儿童会。  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/protect/openssl.pdf?tbl=PROTECTION&id=4098b3172>
6. 信息报告/约翰霍普金斯大学彭博公共卫生学院(2006年)。《母乳喂养问题解答:提供者指南》。  
<http://www.infoforhealth.org/infoforeports/breastfeeding/inforpt5.pdf>
7. 英国救助儿童会(2006年)。《紧急情况下幼儿发展指南——巴尔干》。  
<http://www.savethechildren.org.uk/scuk/jsp/resources/details.jsp?id=4174&group=resources&section=policy&subsection=details&pagelang=en>
8. 教科文组织和国际教育规划研究所(2006年)。《教育计划手册:紧急情况与重建》。  
<http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/guidebook.htm>
9. 儿童基金会和 Macksoud M.(2000年)。《帮助儿童克服战争压力:家长和教师用书》。  
[http://www.unicef.org/publications/files/Helping\\_Children\\_Cope\\_with\\_the\\_Stresses\\_of\\_War.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Helping_Children_Cope_with_the_Stresses_of_War.pdf)
10. 儿童基金会(2002年)。《艾滋病毒和婴儿喂养》。  
[http://www.unicef.org/publications/files/pub\\_hiv\\_infantfeeding\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/pub_hiv_infantfeeding_en.pdf)
11. 世卫组织(2006年)。《严重缺粮儿童的精神卫生和社会心理状况》。日内瓦:世卫组织。  
[http://www.who.int/nmh/publications/msd\\_MHChildFSS9.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf)

12. 难民妇女和儿童问题妇女委员会(2005年),《将紧急生产护理纳入人道主义方案的实地指南》。

[http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC\\_ffg.pdf](http://www.womenscommission.org/pdf/EmOC_ffg.pdf)

---

## 过程指标范例

- 《机构间孤身和失散儿童的指导原则》得以实施。
- 为年幼女孩和男孩(0-8岁)及其照料者组织了早期幼儿发展(ECD)活动。
- 推广母乳喂养。
- 照料者在安全场所见面,讨论他们各自面临的挑战,并相互支持。

---

### 范例:安哥拉,1999-2000年

- 境内异地安置活动营中的年幼儿童基本没有什么可参与的活动,父母也几乎不花时间与年幼子女玩耍互动。
- 在找到当地人经常寻求关于年幼儿童的建议和帮助的长者之后,一个国际性非政府组织为他们提供培训,教他们如何根据年龄和性别组织适当的活动,这些活动能够提供激励,并促进积极的社会互动。
- 尽管没有学校或其他中心,当地参与者在树荫底下开展活动,鼓励母亲们参加到活动中来,并对需要特别帮助的儿童提供转介。这些活动让数千位母亲和儿童受益。

## 行动表 6.1

### 在提供普通卫生服务时考虑特定的心理和社会性因素

领域:健康服务

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在大多数紧急情况中,心理健康与社会心理支持(MHPSS)同普通性卫生保健服务之间存在裂隙。然而,卫生保健服务的提供方式通常会影响紧急情况幸存者的社会心理健康。热情与充满关爱的照顾有助于保护幸存者的社会心理健康,而不尊重的治疗方式或沟通不足则会对幸存者的尊严构成威胁,导致他们不敢寻求卫生保健服务,从而破坏治疗机制,影响疾病,包括艾滋病毒/艾滋病等对生命构成威胁的疾病的的治疗。身体和心理健康问题经常同时出现,这在紧急情况幸存者中尤为如此。大家通常会忽视社会、心理与身体健康之间强有力的内在联系,而只是急着去组织和提供卫生保健服务。

通常普通卫生保健服务的场所,例如初级卫生保健(初级保健)场所,通常是心理健康与社会心理问题的首要求助联络点。普通卫生保健服务提供者在治疗患病或受伤的幸存者,尤其是治疗那些遭受酷刑或强奸等侵犯人权暴行的人时,经常会发现他们还存在着情绪问题。为遭受急性心理压力的人提供的一些心理支持形式(即,非常基础的心理急救)并不需要很复杂的知识,即便从未接受过精神卫生培训的工作人员亦可轻松学会。

本行动表的主要内容是,在紧急情况中,如何在普通卫生服务中考虑特定的心理和社会性因素。行动表 6.2 则主要讲述在紧急情况中如何为患有严重精神障碍的人提供照料。下文的主要行动既适用于紧急情况前已有的保健服务,也适用于与紧急情况相关的保健服务。

#### 主要行动

##### 1. 在提供普通性卫生服务时考虑特定的社会性因素。

根据环球健康最低标准——救助生命、维护尊严,制定出公正、适合、可获得的卫生保健服务。下文的社会性考虑因素运用于:

- 在紧急情况卫生保健服务的设计、执行、监测与评价中,使受影响男性、女



性人群的参与最大化(相应指南可见“主要资源”中的积极学习网络参考,以及行动表 2.1、2.2、5.1)。

- 在社区的安全步行范围内设立新的服务点,最大化提供卫生保健服务。要平衡保健服务工作人员中的性别比例,并将重要的少数团体和语言团体的代表吸纳进来,最大化为幸存者提供卫生保健服务。必要时使用翻译人员。
- 保护、重视病人的下述权利:
  - 药物和手术治疗前,取得幸存者(无论男性还是女性)的知情同意(如果紧急事件卫生服务提供者是一名国际工作人员的话,那么清楚解释治疗步骤尤为重要,因为国际工作人员的治疗手法可能会有不同);
  - 隐私权(尽可能保护病人隐私,例如,在咨询区域拉起帘子);
  - 对与病人健康状态相关的信息予以保密。涉及到人权侵犯(如酷刑、强奸)数据时尤需谨慎。
- 使用符合世界卫生组织《基本药物示范目录》的基本药物,促进“可承担、可持续”的治疗。尽可能使用当地的普通品牌的药物。
- 记录、分析健康信息系统中按性别、分年龄分列的数据。
- 向受影响人群讲解与紧急情况相关的重要保健信息(见行动表 8.1)。

## 2. 提供出生和死亡证明(需要时)。

死亡证明对于幸存家庭成员的各种请求权(包括遗产继承请求权)非常重要。出生证明通常对个人身份证明与市民身份申请至关重要,凭此享受各类政府服务(如教育等),防止非法收养、强制充军和拐卖。如果常规机构无法提供这些文件,则应由卫生工作者提供。

## 3. 促成向保健体系之外的重要资源转介,包括:

- 当地可获得的社会服务与支持,以及社区的保护机制(见行动表 3.2、3.3、5.2);

- 适当时,为侵犯人权事件幸存者提供法律支持和/或作证服务;
- 寻找失踪家庭的机构,帮助人们寻找失散的亲戚。

#### 4. 向普通卫生保健工作者和精神卫生工作者介绍紧急情况卫生保健中的心理要素。

这类介绍活动的组织可见行动表 4.3。为国内和国际健康工作者举办半天或一天(推荐)介绍引导型研讨会。要考虑到以下内容:

- 心理教育和普通信息,包括:
  - 以尊重的态度治疗灾难事件幸存者、维护他们尊严的重要性;
  - 紧急情况对精神卫生和社会心理影响方面的基本信息(见第一章),包括对当地紧急情况社会心理应对措施的理解;
  - 从当地精神卫生与社会心理评估中得出的重要结论(见行动表 2.1);
  - 避免不恰当的病理化/社会问题医疗化(例如,将非病理压力与需要临床治疗和/或转介的精神障碍区分开来);
  - 了解该地区现有的精神卫生服务,以便为严重精神障碍的人提供适当的转介(见行动表 6.2);
  - 了解当地现有社会支持和社区保护机制,以便提供适当的转介(见行动表 5.2 和 3.2);
- 与病人交流,清楚、准确地告知健康状况以及家庭随访等相关服务方面的信息。以一种支持的方式进行沟通,需对以下内容有所了解:
  - 主动倾听;
  - 如何以支持的方式通知坏消息;
  - 如何应对愤怒、非常焦虑、自杀、精神病性或社会退缩的病人;
  - 对极为隐私、极易情绪化的事件(如性暴力),共担其困扰时,如何应对。
- 如何通过帮助大家阐明各自问题,共同商讨应对方法,明确备选方案,评估这些方案的价值和后果来支持问题管理与赋权;
- 基本压力管理技巧,包括当地(传统的)放松技巧;

- 在排除躯体原因后,对医学无法解释的问题进行非药物管理与转介(见“主要资源”中研发论坛参考资料)。

## 5. 为极端应激源(亦称作创伤性应激源)幸存者提供心理支持。

- 为大部分暴露于极端应激事件后遭受急性心理困扰的个体提供无需药物的支持是最好的方法。所有的援助工作者,尤其是卫生工作者应提供非常基本的心理急救(PFA)。心理急救通常被误认为是临床或紧急情况心理干预。事实上,它指的是为一个遭遇压力、需要支持的同胞提供的人性化、支持性的应对行动。心理急救与心理晤谈大相径庭,因为它并不需涉及对导致压力的事件进行讨论。心理急救包括:
  - 保护受影响人群不再受到伤害(有时,非常抑郁的人可能会做出让他们受到潜在伤害的决定)。适当时,告知幸存者他们有权拒绝与(其他)援助工作者或记者讨论事件过程;
  - 为幸存者提供讲述事件的机会,但不可让幸存者有压力。如果幸存者不愿意讲,要予以尊重,亦不可逼迫幸存者提供更多信息;
  - 以一种全盘接纳、不做评论的方式耐心倾听;
  - 感情表达要真挚;
  - 明确基本需求并确保满足这些需求;
  - 向人们询问有无问题,如有,应尽力解决;
  - 不鼓励负面的处理方式(尤其反对用酒和其他物质来处理问题,向他们阐明,遭受严重压力的人出现物质滥用问题的机率要高很多);
  - 鼓励大家参与正常的日常活动,采用积极的处理方式(例如,符合当地文化习俗的放松方法,寻求有益的文化和精神支持);
  - 鼓励但不强迫一个或多个家庭成员或朋友的陪同;
  - 适当时,提供可寻找进一步支持的机会;
  - 适当时,转介至当地的支持机制(见行动表 5.2)或接受过培训的临床医生。

- 少数案例中,当严重的急性应激限制了基本功能的发挥时,就可能需要进行临床治疗(相关指南可见“主要资源”中《没有精神病医生怎么办》,将病人转介至一位接受过“救助精神障碍者”的相关培训和督导的临床医生(见行动表 6.2)。临床治疗应与(其他)正式或非正式支持一起提供(见行动表 5.2)。
- 多数紧急情况下,在对急性应激进行临床治疗时,医生通常会大量开出苯二氮卓类药物(一种安眠药)。在很短时间内就临床问题(如严重失眠)开出这类药物可能是比较适当的,然而必须要谨慎开药,因为服用苯二氮卓类药物有时会快速产生依赖,尤其是那些极度抑郁的人。此外,很多专家都认为苯二氮卓类药物可能会减缓遭遇紧急情况之后的恢复进程。
- 大多数情况下,无需外部干预,急性应激会随着时间逐步自然减弱。然而,在少数案例中,一种慢性心境障碍或焦虑障碍(包括创伤后应激障碍)会逐渐形成。如果紊乱比较严重,作为紧急情况最低应对措施的一部分,由接受过培训的临床医生予以治疗(见行动表 6.2)。如果紊乱不严重(例如,患者的身体机能处于运作状态,并能忍受困扰),可作为综合援助应对措施的一部分,接受适当的照顾。适当时,可由经过培训、接受临床督导的社区卫生工作者(例如,社会工作者、顾问)提供支持。

## 6. 在初级卫生保健场所收集心理健康方面的数据。

所有初级卫生保健工作人员应当使用简单清楚的分类型将精神卫生问题在患病资料中记录下来(详细指南可见行动表 6.2 中主要行动 1)。

### 主要资源

1. 人道主义行动中问责制和积极动态学习网络(2003 年)。《参与和健康方案》,摘自《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践者手册》,第 315–330 页。  
<http://www.globalstudy participation.org/index.htm>
2. 研究与开发论坛(2006 年)《对患有医学无法解释症状的病人的管理:指南海报》,科伦坡:研究与开发论坛。<http://www.irdsrilanka.org/joomla/>

3. 无国界医生组织(2005年)。《心理健康指南》。阿姆斯特丹:无国界医生组织。  
[http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF\\_mentalhealthguidelines.pdf](http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf)
  4. 国家儿童创伤性应激反应网络与创伤后应激障碍国家中心(2006年)。《心理急救:实地业务指南》(第二版)。[http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA\\_2ndEditionwithappendices.pdf](http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/PFA_2ndEditionwithappendices.pdf)  
(该版本是专门针对西方灾难环境而编写的,可能会有所局限。《指南》供事先受过培训的心理健康专家使用,因此描述的是一种心理急救的高级形式。)
  5. Patel V. (2003年)。《没有精神病医生的地方:心理健康护理手册》皇家精神科医学院。  
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
  6. 环球项目(2004年)。《灾难应变的人道主义宪章和最低标准》。卫生服务最低标准,第249-312页。  
日内瓦:环球项目。<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
  7. 世卫组织/难民专员办事处/人口基金(2004年)。《对强奸幸存者的临床管理:制定难民和国内异地安置者程序》(修订版)。日内瓦:世卫组织/难民专员办事处。  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical\\_mngt\\_survivors\\_of\\_rape/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/)
- 

## 过程指标范例

- 普通卫生工作人员知道如何通过保护病人的知情同意权、保密权、隐私权保护和促进病人获得尊严的权利。
- 作为卫生保健工作的一部分,普通卫生工作人员能够给病人进行心理急救。
- 普通卫生工作人员作出合适的转介至(a)卫生体系之外的社区社会支持;(b)卫生服务机构中接受过培训和临床督导的社区工作者(支持工作者、咨询人员);(c)接受过精神卫生问题临床治疗培训与督导的临床医生。

### 范例:马其顿,1999 年

- 大量科索沃难民被安置在临时难民营中。社区卫生员就如何(从医学和社会角度)发现弱势病人以及如何转诊接受了简短的培训。培训包括压力管理的基本知识。
- 社区卫生员在紧急情况下初级卫生保健机构的工作受到专家的督导。这些社区卫生员是从当地和难民中招募来的,负责监测、识别难民营中的弱势群体,将这些人转介至医疗和社会机构,对医疗/精神卫生案例进行跟进,并为新来的人提供信息。
- 精神卫生服务(精神病的和急性的危机心理支持)附属于初级卫生保健服务,并由初级保健工作人员进行转介。紧急情况稳定后,社区卫生员接受密集的培训与督导,成为临时难民营的咨询人员。

## 行动表 6.2

### 为患有严重精神障碍的人提供照料

领域: 卫生服务

阶段: 最低应对措施阶段

#### 背景

世界十大致残疾病中,精神障碍占据其中四个,但是精神卫生却是卫生保健领域中资源最为缺乏的领域之一。即使在正常时期,也几乎没有国家能满足临床精神卫生需要,紧急情况下无疑更为糟糕。中、低收入国家的精神卫生服务多以大城市的医院为依托,所覆盖的人群有限。

据估计,患严重精神障碍(如精神病、具有严重致残的表现心境障碍和焦虑障碍)的人数在紧急情况中平均增加 1% 以上,超过预测基准线 2 至 3 个百分点。除此之外,轻、中度精神障碍患者群,包括大多数心境障碍和焦虑障碍患者(如创伤后应激障碍)可能增加 5-10%,超过 10% 的预测基准线(世界卫生组织,2005 年)。多数情况下,许多(但并非全部)轻、中度精神障碍患者随着时间的推移能自然康复(即不需要外界干预而痊愈)。

本行动表介绍了照顾严重精神障碍患者所必需的人道主义最低应对措施。虽然所用的语句主要涉及照顾严重精神障碍患者,但要注意所推荐的行动中,有许多同样适用于照顾某些国家中部分神经疾病患者,在这些国家中,照顾此类患者是精神卫生工作人员的职责。

本行动表中所涉及的严重精神障碍患者可能是在紧急情况之前患病的,也可能是由紧急情况引起的,而且包括以下情况:

- 各种精神病;
- 具严重致残的表现心境障碍和焦虑障碍(包括具有严重致残表现的创伤后应激障碍 PTSD);
- 因饮酒和服用其他精神活性物质所致的严重精神障碍(见行动表 6.5 中的与物质使用有关的问题指南);
- 青少年中严重的行为和情绪障碍;
- 先前已经存在的严重的发育性疾病;

- 神经精神疾病,包括癫痫、谵妄、痴呆以及由脑外伤或有毒物质、感染、代谢性疾病、肿瘤和变性疾病;
- 任何严重的其他心理健康问题,包括(a)由地方定义,并不适合既定的国际分类系统的严重障碍(见行动表 6.4);以及(b)通常与精神障碍相联系的危险行为(如自杀情绪和自伤行为)。

精神障碍患者最初可能会因为医学上无法解释的躯体主诉到初级卫生保健机构寻求帮助。但严重患者却因为被孤立、耻感、恐惧、自我忽视、残疾或就医渠道而根本无法就医。这些患者更加脆弱,一是因为他们自身所患的严重疾病,二是因为紧急情况可能会剥夺他们此前赖以生存的社会支持。正常时候,患者家庭会因为照顾患者而承受压力并蒙羞;出现居住环境改变的紧急情况更加大了个别患者被抛弃的风险。但是,一旦发现了这些患者,就可能立即采取措施提供保护和救济,并为其现有照顾人提供帮助。应该优先考虑那些处于重大生存风险的患者,以及那些尊严和人权被践踏或者缺乏社会支持或者家庭成员疲于应付生计的患者。

对严重精神障碍患者进行支持和治疗通常需要将生物学、社会学和心理干预三者相结合。要通过人员培训和监督管理避免出现治疗不足和治疗过度的情况。通常情况下,由灾难引起的但临床症状不明显的人群不应接受药物治疗;相反,心理救援(见行动表 6.1)以及个人和团体的社会支持(见行动表 5.2)却能取得良好效果。此外,有些精神障碍患者单凭实用的心理学干预就能取得很好的治疗效果,除非这种干预无效,否则不应当使用药物治疗。

下面概述的行动是满足紧急情况中严重精神障碍患者所必需的最低应对措施,但它们也可为全面应对措施奠定基础。它们主要针对的是地方卫生当局、地方医务工作者以及地方和国际医疗组织。如果在开始阶段当地没有基本的医疗设施或医疗能力,外界组织应该提供应急精神卫生服务。但是,建立医疗服务时不应该取代现有的非正式治疗和处理手段以及社会性手段,而应该使这些手段今后能与官方提供的卫生服务相结合。



## 主要行动

1. **评估。**确定已进行了哪些评估,获得了什么信息。如有需要,设计进一步的评估方案。关于评估方法和评估目标的指导方针,见行动表 2.1。该评估表与本评估表密切相关,尤其重要的是以下几点:

- 确定卫生部门中现有的精神卫生结构、位置、人员和资源(包括政策、药物治疗的可及性以及初级医疗和精神病院的作用等)及相关的社会服务(世界各国精神卫生资源请见世界卫生组织《心理卫生地图册》);
- 确定紧急情况对现有医疗服务的影响;
- 确定地方当局和团体是否打算满足受到紧急情况影响的严重精神障碍患者的需要,确定可以做什么及可能需要什么支持;
- 通过以下方式确定需要帮助的严重精神障碍患者:
  - 请求所有官方与民间的相关机构以及社团领导人,在遇到或被告知有人看起来意识模糊、定向障碍、思想奇特、行为古怪或者看起来不能照顾自己时,告知医疗人员,并将此类人登记在册;
  - 拜访传统医疗人员并在适当时与其合作。他们通常都熟知患者的地址并可以向外地医疗人员提供文化信息(见行动表 6.4);
  - 拜访任何正规或非正规机构以评估其需要,确保就医患者的基本权利(见行动表 6.3);
  - 向本国和国际初级保健人员传授整理初级保健档案的知识,使用简单、不需要太多指导和易于识别的分类。例如,普通初级医疗工作者在使用下列四个类目时几乎不需要额外培训:
    - 医学上无法解释的躯体主诉
    - 严重情绪困扰(如严重悲伤或应激的征象)
    - 严重异常行为(在初级保健表格中以当地能理解的术语表示“疯狂”)
    - 酒精和物质滥用。
- 与精神卫生和社会心理合作机构(见行动表 1.1 和 2.1)以及整个卫生部门

## 分享评估结果

### 2. 确保在所有的应急药箱配备充足的治疗精神病的必备药品。

- 根据世界卫生组织《基本药物示范目录》，应急药箱中应至少备有一份普通抗精神病药、一份抗帕金森药（以应对潜在的锥体外系副作用）、一份抗惊厥/抗癫痫药、一份抗抑郁药和一份抗焦虑药（用于治疗严重的物质滥用和惊厥），所有药品均为片剂。
- 机构间共用应急药箱（世界卫生组织，2006年）内没有抗精神病药片剂、抗焦虑药片剂、抗帕金森药以及抗抑郁药。如果使用此类医疗箱时，必须在当地采购或从国外进口上述四种药。
- 总的来说，推荐使用世界卫生组织《基本药物示范目录》中的普通药品，这些药品与新研制的品牌药品效果相当，价格却便宜得多，因而能促进项目的长期开展。

### 3. 确保应急初级卫生保健小队中至少有一名成员能提供一线精神卫生医疗。

为实现此目标，可采取以下机制：

- 本国或国际心理健康专业人员加入官方和/或民间初级卫生保健小队。国际工作者需要适应当地文化和条件（见行动表 4.3 和 6.1），并且应该与有能力的译员合作；
- 培训和督导当地初级卫生保健工作人员将精神卫生保健（包括合理使用治疗精神科疾病的药物）与正常实践相结合，并有专门时间从事精神卫生保健（见下文的主要行动 4 及行动表 4.3）；
- 培训和督导当地初级卫生保健小队的一名成员（一名医生或护士）随其他初级卫生保健服务一起开展专职精神卫生保健（见下文的主要行动 4 及行动表 4.3）。

### 4. 在对严重精神障碍者的一线医疗中培训和指导可用的初级卫生保健人员

(另见行动表 4.3)。

- 培训内容应该包括理论和实践两部分,可以由与当地卫生当局合作的国内或国际精神卫生监督人在发生紧急情况时进行培训。作为更全面应对措施的一部分,在紧急情况结束后,培训也应该继续。培训内容应该包括行动表 6.1 的主要行动 4 中所述的所有技能以及:
  - 自尊并尊重所有接受服务和照顾患者的人;
  - 心理状态检查;
  - 对本行动表中背景一节中所列的严重精神障碍者的识别和一线管理;
  - 上述指导方针和条约草案的规定(见主要资源);
  - 时间管理技巧,重点是如何将精神卫生工作与正常临床工作相结合;
  - 类似《没有精神科医生怎么办》中记述的简单实用的心理调节方法(见主要资源);
  - 正确记录临床档案。因为患者可能居无定所,所以可能的话应该向照顾患者的人提供档案复印件,便于以后查阅病历;
  - 保守机密。出于保护原因而必须公开机密时,处理好监护和法医学上的问题并通知接受服务的患者及其监护人;
  - 安排好适当的路线向社区支持转送患者(见行动表 5.2 和 6.4),如果存在第二、第三服务且可以到达,也要安排好至第二、第三服务的路线。
- 经授权可以在受影响国家使用药物治疗患者的工作人员应具备以下处方实践:
  - 按照《精神疗法必备药品》的指导,合理使用应急医疗箱中治疗精神病的必备药品并应符合《没有精神科医生怎么办》的规定(见主要资源);
  - 如何促进慢性精神障碍者(如慢性精神病、癫痫)长期、持续使用处方药;
  - 如何通过开展非药理学策略进行压力管理,对由灾难引起的非病态精神痛苦的人群(见行动表 6.1)避免用药物治疗;
  - 如何避免用安慰剂治疗医学上无法解释的躯体主诉;
  - 了解苯二氮卓的风险及益处,特别是因长期用药产生的依赖风险;

- 如何将不必要的多重药物治疗降至最低。
- 对于被监护人用铁链锁住或限制人身自由的严重精神障碍者的管理和支持涉及以下步骤：
  - 首先,提供最基本的精神科治疗方法和社会关爱,例如,提供适当的药物、家庭教育和支持。
  - 提高人道生存条件。
  - 其次,考虑恢复病人自由。但对极少数有暴力行为病史的患者,在恢复病人自由之前要保证其他人的基本安全。

## 5. 避免初级卫生保健人员过度参加多重不同的培训课程。

- 学员应该花时间将精神卫生培训与日常实践相结合,以能提供精神卫生保健服务。
- 学员在未计划好如何将所学技能综合运用之前,不应该接受各种各样的技能培训(如精神卫生、肺结核、疟疾和艾滋病咨询)。
- 短期的理论培训远远不够,而且可能导致有害的干预。必须始终接受广泛的在职督导(见行动表 4.3 及第 131 页范例)。

## 6. 合理设置附加精神卫生保健点。

根据普通公共卫生标准(如人口覆盖范围、预计接受服务的严重精神障碍者数量和服务潜在的持续性)确定在何处进行精神卫生保健。移动初级卫生保健或社区精神卫生医疗小队可以作为一种有效方式,在某一地区内的不同地点设立应急医疗。合理的医疗点范例如下:

- 急诊室;
- 二级和三级机构门诊室;
- 精神卫生接待中心;
- 有大量因紧急情况而住院的病人的普通医院病房;
- 上门诊治(包括去帐篷、收容中心、临时住房或其他临时住所拜访);

- 学校及儿童密集的地方。

7. 尽力避免针对特定症状(如伤后应激障碍)或少数人群(如寡妇)的重复心理健康服务。这会导致片面的服务且不能持续发展,并会继续忽视并不符合特定症状或群体的人群。对于符合条件的人群,则无异于为他们贴上标签,加重了他们的耻辱感。但这并不排除面向广泛人群的外展项目(如学校中为孩子们设立的诊所),这时外展项目是综合服务的一部分。

8. 告知人们可以向精神卫生保健寻求帮助。

- 使用相关的信息源(如广播)作广告(见行动表 8.1)。
- 确保已通过敏感的方式向公众传达了所有信息,不会使人们将正常行为和压力下的反应视为精神障碍。
- 告知社区领导人有精神卫生保健可供选择,如果适宜的话,也告知当地警方。

9. 与当地社区组织合作,发现、拜访并帮助严重精神障碍者(见行动表 5.2 和 6.4)。

10. 参与机构之间的精神卫生合作(见行动表 1.1)。参与精神卫生服务的长期战略规划。紧急情况是精神卫生改革的常见催化剂,可出现快速发展。

## 主要资源

1. 研究与开发论坛(2006年)。《对患有医学无法解释症状的病人的管理:指南海报》。科伦坡:研究与开发论坛。<http://www.irdsri Lanka.org/joomla/>
2. 无国界医生组织(2005年)。“个人治疗与支持”,摘自《心理健康指南》,第40-51页。阿姆斯特丹:无国界医生组织。  
[http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF\\_mentalhealthguidelines.pdf](http://www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealthguidelines.pdf)
3. Patel V. (2003年)。《没有精神病医生怎么办:心理健康护理手册》,皇家精神科医学院。

<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>

4. 世卫组织（1993年），《精神病治疗中使用的主要药物》。  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO\\_MNH\\_MND\\_93.27.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_MND_93.27.pdf)
  5. 世卫组织/难民专员办事处（1996年）。“普通精神障碍”。摘自《难民心理健康》，第39–61页。日内瓦：世卫组织/难民专员办事处。<http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
  6. 世卫组织（1998年）。《精神障碍初级护理：世卫组织教育方案》。日内瓦：世卫组织。  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_MSA\\_MNHIEAC\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf)
  7. 世卫组织（2001年）。《心理健康初级护理服务有效性：发展中国家的观点》。日内瓦：世卫组织。  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/50.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/50.pdf)
  8. 世卫组织（2003年）。《紧急情况下的心理健康：遭受极度应激源人口的心理健康和社交状况》。日内瓦：世卫组织。[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/640.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf)
  9. 世卫组织（2005年a）。《对亚洲遭遇海啸人口的心理援助》。  
[http://www.who.int/mental\\_health/resources/tsunami/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/resources/tsunami/en/index.html)
  10. 世卫组织（2005年b）。《心理健康图集》。日内瓦：世卫组织。  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/)
  11. 世卫组织（2005年c）。《基本药物示范目录》。日内瓦：世卫组织。  
[www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/)
  12. 世卫组织（2006年）。《机构间急救包：供一万人使用约三个月的药物和医疗设备》。日内瓦：世卫组织。<http://www.who.int/medicines/publications/mrhealthkit.pdf>
- 

## 过程指标范例

- 接受培训和督导的初级卫生保健人员人数，培训小时数，在职督导时间。
  - 采购的各类治疗精神疾病的基本药品（抗精神病药、抗帕金森症药、抗抑郁药、抗焦虑药和抗癫痫药）以及建立的可持续的供应线。
  - 在初级卫生保健诊所和其他精神卫生服务部见到的精神卫生问题的数量和类型。
  - 转介至专门精神卫生保健的病人数量。
- 
-

### 范例:印尼,亚齐省,2005 年

- 一个国际非政府组织在与有关当局、协调机构以及本国和国际组织商议后,率先在初级卫生保健领域开展了应急精神卫生服务。
- 在固定和移动诊所工作的国内初级保健人员接受了精神卫生培训和督导。每个初级卫生保健小队都配备了一名经培训和督导的本国护士以开展精神卫生服务。工作人员需要 6 个月的培训才能在无人督导的情况下工作。在灾难的紧急救援阶段过后,培训和督导持续了一年。
- 该非政府组织之后参与了亚齐省的精神卫生战略规划。之后,该省的精神卫生战略采用了初级卫生保健机构配有培训过的精神卫生护士的模式。

## 行动表 6.3

### 为机构中严重精神障碍患者和其他精神和神经残疾的人提供保护和照料

领域:健康服务

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

生活在收容机构的人是社会中最脆弱的人群之一,他们在紧急情况中尤其容易受到伤害。紧急情况的混乱环境加重了他们的脆弱性。在自然灾害或冲突事件的影响下,他们可能会被收容机构工作人员抛弃而处于无保护的状态。

严重的精神障碍通常会遭遇污名和偏见,继而导致忽视、抛弃和人权侵害。生活在收容机构中也阻隔了病人得到潜在的家庭保护和支持,而这些可能是在紧急情况中生存的基本条件。收容机构内的一些严重精神障碍者过于依赖制度化护理,很难在紧急情况中另觅他处。完全依赖于这种照顾可能会使其进一步产生焦虑、激越或完全的社会退缩。因为难于对紧急情况下快速变化的环境做出充分反应,这些患者的自我保护和生存机制将会受到限制。

当地专业人员只要有可能就应该领导应急应对措施。必须以保护和重建灾前医疗为干预重点。基本的照顾和尊严包括适当的衣服、食品、避难所、卫生设施、身体照顾和基本治疗(包括药物治疗和心理支持)。需要注意的是,有些灾前照顾水平已降至医疗和人权标准以下。这种情况下,应急干预不应该集中在重建灾前照顾,而应以满足精神卫生保健的普通最低标准和实践。紧急情况最困难时期一结束,多数国家都会采取健全的干预措施,包括开展社区心理健康服务。

本行动表以在紧急情况下精神病院中精神障碍病人的需要为重点。但是也要注意,通常这些机构不但收容严重精神障碍者,也经常收容其他慢性和严重精神及神经残疾的人,本行动表也同样适用于这些人。此外,这个行动表中的许多需求和推荐行动适用于监狱、社会福利机构和其他机构,包括传统治疗师开办的机构中的严重精神障碍患者或其他精神和神经残疾患者(另见行动表 6.4)。



## 主要行动

1. 确保至少有一家卫生机构承担持续照料和保护精神病院病人的职责。
  - 主要的职责在于政府,但是当应对出现缺口时,精神卫生和社会心理支持协调小组(见行动表 1.1)以及卫生协调小组/健康组应该帮助确定这样的一家卫生机构。
  - 收容机构的应急行动计划应该符合主要行动 2-4。如果未能在紧急情况前制定这些计划,那么在合适情况下在紧急情况期间制定。
2. 如果精神病院工作人员已经放弃工作,动员社区和卫生系统人力资源为被放弃的严重精神障碍病人提供照料。在病人条件许可时,应该在精神病院外对其提供照料。
  - 与社区领导人协商社区提供支持性和保护性网络的责任。可以动员的群体有:
    - 卫生专业人员,如有可能,精神卫生专业人员;
    - 适当时,当地的非对抗疗法卫生保健人员(如宗教领袖、传统治疗师:见行动表 6.4);
    - 社会工作者和其他以社区为本的组织(如妇女团体、精神卫生消费者组织);
    - 家庭成员。
  - 提供有关约束条约的规范使用、危机(包括敌对行为)管理、持续照料和促进病人自我管理的简单方法的基础培训。
  - 确保对发动的人员进行密切持续的督导,并为他们提供基本照料和如何稳定他们自身情绪的信息(见行动表 8.2)。
3. 保护住院精神病人的生命和尊严。
  - 保护病人免受自我伤害或遭受他人(如访客、工作人员、其他病人、抢劫者

和交战各派)虐待。对性暴力、虐待、剥削(如拐卖、强迫劳动)和其他侵犯人权的问题(见行动表 3.1 和 3.3)予以解决。

- 确保病人的基本物质需要得到满足。这些需要包括饮用水、个人卫生、充足食物、住所和卫生设施,以及身体疾病得以治疗。
- 监测病人的总体健康状态,执行或加强人权监督。这个工作须由外部评审机构(如可能的话)、人权组织或保护专家来完成。
- 确保为机构内外的病人制定了逃生和疏散计划,并对工作人员进行逃生和疏散程序培训。如果机构内有上锁的设施或密室,应该分级掌管钥匙,以确保在任何时间都能将锁打开。
- 如果发生疏散,尽量让病人与其家庭在一起。如果做不到,应该告知病人家属和照料者病人的疏散去处。做好疏散记录。

#### 4. 在紧急情况期间保证基本的健康和精神卫生照料。

- 定期进行医学(身体和精神)检查。
- 对身体疾病提供治疗。
- 提供持续的基本精神卫生照料:
  - 在紧急情况期间,始终确保必要的药物(包括精神活性药物)数量充足。突然中断精神药物的使用不但有害而且危险。通过定期(至少每星期一次)评估药物处方确保合理用药。
  - 确保储存药品的安全。
  - 协助病人尽可能获得社会心理支持。
  - 尽管强烈不鼓励躯体约束和隔离,但这些情况在许多精神病院还是频繁出现。制定一个对频繁检查、喂养、治疗以及定期评估隔离必要性的管理规程。

## 主要资源

1. 世界卫生组织(2003年)。《冲突地区的监护医院》。日内瓦:世界卫生组织。

<http://www.who.int/mediacentre/background/2003/back4/en/print.html>

2. 世卫组织 (2003 - 2006 年)。《世卫组织心理健康政策和服务指南》。日内瓦:世卫组织。[http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/en/)。(该指南描述的是紧急状况发生后的综合措施,详情请见“组织心理健康服务”单元。)

[http://www.who.int/mental\\_health/resources/en/Organization.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf)

3. 世卫组织/红十字委员会 (2005 年)。《监狱中的心理健康状况:信息介绍》。日内瓦:世卫组织/红十字委员会。[http://www.who.int/mental\\_health/policy/mh\\_in\\_prison.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf)

---

## 过程指标范例

- 精神病院中病人的基本物质需求能够持续性的满足。
- 精神病院中病人继续接受基本的医疗和精神卫生保健。
- 监测和尊重精神病院中病人的权利。
- 建立了适当的逃生和应急计划。

---

### 范例:塞拉利昂,1999 年

- 在一场冲突中,一家精神病院除两名护士外,所有的工作人员都已离开。医院建筑物部分受损,病人在社区内四处游荡,有些病人晚上返回睡觉。一些病人被利用穿越冲突前线跑腿和偷运食品。
- 社区领导人聚集在一起讨论当前问题。社区同意在那两名留下的精神病院护士的指导下帮助确认病人。并定期向社区和精神病院提供食物。
- 一个国际非政府医疗组织协助对病人进行医学筛查,并保证药品供应。
- 病人的家属被要求在精神病院护士和非政府组织医疗工作人员的指导下协助支持病人的治疗。
- 精神病院进行了一些基本的重建并准备了应急计划,以防遭到之后的攻击。

## 行动表 6.4

### 了解当地的、本土的和传统的卫生体系,并在适当的时候与之合作

领域:健康服务

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

对抗治疗的精神卫生保健(此处指西方传统的生物医学精神卫生关怀)倾向于以医院、诊所以及越来越多的社区为中心。提供这种保健服务的是受过医学、行为科学以及正式精神治疗和社会工作培训的工作人员。然而,所有社会都有非对抗治疗的卫生保健体系,例如,当地的、非正式的、传统的、原住民的、辅助性的或替代性治疗的卫生保健体系,这些体系可能起到巨大的作用。例如,在印度,传统的治疗体系 Ayurveda,即印度草药医学广受欢迎,并且发展成熟(包括培训行医者的医学院校),而在南非,传统的治疗师也具有合法地位。西方社会的许多人使用辅助疗法,包括非正统的精神治疗和其他治疗方法(如针灸、顺势疗法、信念疗法和各种自我治疗方法),尽管这些疗法缺乏科学依据。在许多低收入国家的农村地区,非正式的、传统的治疗体系可能是治疗疾病的主要方法。

即使在能够提供对抗治疗服务的地方,当地居民也可能更愿意求助于本地的传统疗法治疗精神和身体疾病。这些治疗方法可能更便宜、更简单易行,更能被社会接受,受到的偏见也更少,有些情况下,也可能更加有效。传统疗法对疾病的病因和症状后果的解释也更为当地人所理解。这些治疗方法包括宗教领袖通过祷告或诵经进行治疗;宗教社区许可的专业治疗师也使用类似方法,或者由专业治疗师使用符合当地文化的手段进行治疗。后者可能包括使用草药或其他天然物质,按摩或其他身体推拿方式,宗教仪式和/或巫术,以及与精灵相关的仪式。

有些宗教领袖可能不批准或明令禁止此类活动,然而,这些本地治疗师却常常很受欢迎,有时还能成功。在有些文化中,这种信仰和活动与某种主要宗教的信仰和活动相混合。此外,地方药店可能同时配发对症药物和本土药物。有些宗教团体也可能提供以信念为基础的治疗。

需要注意的是,有些传统治疗活动是有害的。这些活动可能包括提供虚

假信息、鞭打、长期禁食、刀割、长期人身拘禁或者涉及驱除社区“女巫”的社会清洁仪式。此外,有些仪式花费极高,过去有些治疗者利用紧急情况劝诱他人改变宗教信仰,剥削弱势群体。这些情况下需要做的事情是针对这些有害的活动找到有效和富有建设性的方法,只要这些方法在紧急情况中是切实可行的。在支持或与传统清洁仪式或治疗活动合作之前,确定这些活动涉及的内容,并判断它们是有益的、有害的、亦或是中性的,是至关重要的问题。

无论传统治疗方法在临床上是否有效,与传统治疗师的对话都可以产生积极结果,例如:

- 加深对受影响人群情感困扰和精神疾病的表达和传递方式的了解(见行动表 2.1),更加全面的了解受影响人群的困扰类型和程度;
- 改善转诊体系;
- 与人们经常求助的治疗师保持良好关系;
- 加深对受益人精神世界、心理世界和社会世界的了解;
- 提高幸存者对新服务的认可和接受程度;
- 识别潜在的合作机会,继而增加当地群众可以利用的潜在有效的治疗方法的数量;
- 建立更适合当地文化的对抗治疗服务;
- 提供监测并处理传统医疗体系中人权虐待的潜在机会

有些传统治疗师可能寻求在身体上和形式上与对抗疗法人员保持一定“距离”,拒绝与他们合作。同时,对抗疗法人员可能对传统治疗师冷淡或充满敌意,或者忽视他们的存在。虽然有时保持一定距离不失为最好的选择,但本行动表中列出的主要行动有助于在不同治疗体系间架起建设性的桥梁

## 主要行动

### 1. 评估了解保健服务。

识别当地主要的治疗体系和它们在社区中的重要性,认可度和角色作用。但是社区成员可能不会即刻和主动的提供这些信息,特别当人们害怕外来人

员的非难,或者将当地治疗活动视为秘密的,只能由社区许可人员从事时。国际和国内的“外来者”需要采取一种非评判性的、尊敬的方式表达了解当地宗教和精神信仰,以及与当地治疗体系可能性合作的兴趣。外来人员在任何时候均不得利用紧急情况宣传自身宗教和精神信仰。

- 询问当地社区的男女代表,在遇到困难时去哪儿以及向谁求助。
- 询问初级卫生保健工作者和助产士当地的传统治疗体系。
- 查访当地药房,评估当地可用的药品和方剂,以及配分药品的方式。
- 询问在医疗点就医的人如何看待他们的疾病的性质和原因,以及他们是否还向其他人寻求帮助。
- 询问当地宗教领袖是否提供医疗服务,以及社区中还有谁提供这样的服务。
- 询问上述提及的人中是否有人愿意提供当地治疗师的介绍并召开会议。
- 请记住,非正式治疗体系可能不止一种,而某种体系中的行医者可能并不承认或谈论其他体系中的行医者。
- 注意,当地治疗师可能会争夺“患者”,或者就适当的治疗方法互相之间发生冲突。这意味着上述过程需要经常重复。
- 与当地的人类学家/社会学家/熟知当地信仰和风俗的人交谈,并阅读有关文献。
- 注意观察,请求观看治疗过程,参观当地用于治疗的神殿或宗教场所。当地可能有制度化治疗的非正式体系,包括那些监管病人的机构(见行动表 6.3)。
- 参观从事治疗活动的礼拜场所,参加礼拜。
- 与患者讨论他们对生病和治疗过程的理解。
- 确定传统治疗采用的方法是否可能有害或不可接受。
- 与合作团体分享评估结果(见行动表 1.1 和 2.1)。

## 2. 学习所在国制定的与传统治疗师有关的政策。

认识到:

- 有些政府和/或卫生当局不赞成或禁止卫生保健工作者与传统治疗师合作；
- 而有些政府鼓励合作并没有为传统治疗师提供正规培训、研究和评估传统医学的专门部门。这样的部门可作为有用资源。

### 3. 与确定的传统治疗师和睦相处。

- 拜访传统治疗师,最好有可信任的中间人(以前的患者、富有同情心的宗教领袖、当地政要如市长,或者朋友)的陪同。
- 做自我介绍,解释自己的角色及帮助社区的打算。
- 尊重当地治疗师的地位,询问对方是否可以解释他们的工作,以及紧急情况对工作的影响(如患者人数是否增加,是否因缺乏必需品或设施损坏而增加了工作难度?)。有些治疗师可能不太愿意透露治疗方法的细节,所以需要时间建立信任。
- 在适当的时候,强调建立合作关系以及相互交流的兴趣。

### 4. 鼓励当地治疗师参加信息分享会及培训。

- 邀请当地治疗师参加社区信息分享会和培训。
- 考虑让当地治疗师在培训中发挥作用,例如,让他们解释对病因的理解或对疾病的定义。当他们的理解与参加应急求援的当地和国际组织的方法有冲突时,了解当地治疗师的模式对于良好的病人照料仍旧必不可少,因为这可以加深患者对自身疾病的了解。
- 尽力使双方在某些方面达成一致,讨论互相转诊患者的可能性(见下文主要行动 5)。
- 需要认识到,在许多国家,很多传统治疗师可能不会读写。

### 5. 如果可能,开展合作服务。

- 下列情况下,开展积极合作(区别于上文所述的简单的信息交换)是有用

的:

- 传统治疗体系在多数居民中发挥着重要作用;
- 该体系并不是有害的。(但当体系有害时,仍有必要进行建设性对话,以达到教育和转变的目的)
- 有效的合作形式包括:
  - 邀请对方参加会诊;
  - 相互转诊(例如紧张、焦虑、丧亲、转化反应和生存压力等问题可能更适合由传统治疗师治疗,而对抗疗法的医师更擅长治疗严重精神障碍者和癫痫);
  - 联合评估;
  - 联合诊所;
  - 分享治疗经验:例如,传统治疗师可能愿意学习如何监控精神疾病患者的长期用药,以及为接受传统治疗的患者提供住所。而传统的放松方法和按摩也可以融入对抗疗法中。

## 主要资源

1. 世界土著研究中心。 [www.cwis.org](http://www.cwis.org)
2. 《国际精神病学》,2005年第8卷,第2-9页。传统精神病药物主题论文。  
<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ip8.pdf>
3. 救助儿童会(2006年)。《刚果民主共和国童巫造成的现象:城市文化中的社会清洗、宗教商业和难以孕育后代》。  
[http://www.savethechildren.org.uk/scuk\\_cache/scuk/cache/cmsattach/3894\\_DRCWitches1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach/3894_DRCWitches1.pdf)
4. 世卫组织/难民专员办事处(1996年)。《传统药物和传统医师》,第89-99页,《难民心理健康》。日内瓦:世卫组织/难民专员办事处。<http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. 世卫组织(2003年)。《传统药物:概况介绍》。  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
6. 世卫组织(2006年)。《传统药物》。<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/index.html>



---

## 过程指标范例

- 对当地主要的医疗系统进行了评估,并且与相关救援协调机构分享了评估结果。
- 非对抗疗法的医师在精神卫生培训会议中发挥作用(在适合当地环境的时候)。
- 参加精神卫生培训的非对症疗法医师人数。

---

### 范例:东乍得,2005-2006年

- 一个提供精神卫生保健的国际非政府组织在难民营中与来自达尔富尔的传统医师一同工作。
- 非政府组织成员与传统医师会谈,会谈中,传统医师考察了该组织的可信度。接下来,传统医师首先指出,由于缺少祈祷书和草药他们的工作开展有困难;其次,他们指出了被锁链锁住的严重精神疾病患者所在的位置;再次,他们介绍了对患有情绪问题和精神疾病患者的分类和干预措施;最后,他们指出,多数难民同时寻求传统疗法和对症疗法的帮助。
- 组织了培训研讨会,在会上交流知识和技能。在6个月中,传统医师定期与非政府组织工作人员会谈,就以下内容互相交换看法:女性割礼、禁食的医疗作用、营养和母乳喂养、情绪紧张、外伤及伤后反应、严重精神障碍、学习障碍及癫痫。

## 行动表 6.5

### 尽可能减少酒精和其他药物滥用带来的伤害

领域:健康服务

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

冲突和自然灾害造成的局面会使人们经历因酒精和其他物质滥用(AO-SU)引起的严重问题。这些问题包括长期的保护问题、社会心理问题、精神卫生问题、医学问题和社会经济问题。

- 受紧急情况影响的人群在尝试应对压力时,酒精和其他物质滥用增多,这可能会导致有害性使用或形成依赖。
- 出现以下情况时,社区将很难从紧急情况的影响中恢复:
  - 酒精和其他物质滥用抑制了个体和社区处理问题的能力;
  - 家庭和社区有限的资源都花费在酒精和其他物质滥用上;
  - 酒精和其他药物物质通常与暴力、剥削、忽视儿童和其他对保护的威胁相联系。
- 酒精和其他物质滥用与危害健康的行为相联系,例如醉酒时发生的不安全性行为会增加艾滋病毒和其他性传播疾病传播的风险。共用注射用具是传播艾滋病毒和其他经血液传播的病毒性疾病的。
- 紧急情况会中断药物供应及灾前对酒精和其他物质滥用问题的治疗,造成物质依赖人员突然出现戒断。有时,对存在酒精依赖的患者来说,这种突然戒断可以是致命的。此外,缺少常用药品,人们就转而使用注射类药品作为更有效的药品施用手段,这会助长注射药剂的危险使用行为。

酒精和其他物质滥用带来的相关危害正日渐成为重要的公共卫生和保护问题,在紧急情况下,需要多部门共同做出反应。

#### 主要行动

##### 1. 进行快速评估。

- 协调评估行动。回顾现有的酒精和其他物质滥用的信息,确定一个或多个负责机构,根据需求进一步设计和开展参与式快速评估(见行动表 1.1 和

2.1)。

- 作为进一步评估的组成部分,识别经常使用的物质及其使用带来的危害,增加或限制这些危害的因素,以及紧急情况对物质供应、用具和干预治疗的影响(见第 145–146 页框内文字)
- 定期重新评估。酒精和其他物质滥用问题会随时间发生改变,也会随成瘾物质的可获得性和/或经济状况而改变。
- 与有关合作团体共享评估结果。

## 2. 预防酒精和其他物质滥用和形成的依赖。

- 熟悉所有评估信息(另见行动表 2.1),提倡多部门共同实施应对措施——如干预措施表要点所述(第二章)——缓解导致有害使用和形成依赖的潜在压力。
- 提倡或推动教育和娱乐活动,尽快恢复与酒精无关的创收活动(见行动表 1.1、5.2 和 7.1)。
- 动员社区中的参与酒精和其他物质滥用问题预防和应对工作的男性和女性(见行动表 5.1 和 5.2),以及已存在的自助团体和由曾经的依赖者组成的协会。
- 对卫生工作者、教师、社区工作者和其他人员进行以下方面的培训和督导:
  - 早期检测和所谓的简短干预(见主要资源 6 和 9),以识别和激励面临有害用药和依赖危险的人以达到减少酒精和其他物质滥用的目的。
  - 采取非医疗方法来应对处理急性心理困扰(心理急救:见行动表 6.1)
- 培训和督导卫生工作者进行:
  - 合理处方的苯二氮卓和(如果市场有供应且负担得起的)不会成瘾的替代药物;
  - 检测危险的、有害的和依赖性的酒精和物质使用;
  - 识别、处理和转诊严重精神障碍患者,这些人是酒精和其他物质滥用的高危人群。(见行动表 6.2)。

- 在为卫生工作者和其他工作人员提供压力管理培训时讨论酒精和其他物质滥用(见行动表 4.4 和下文提到的自救策略的主要资源)。
- 培训和督导社区工作者识别和锁定高危人群(如暴力犯罪的幸存者和成瘾者的家属),以提供额外支持,但要避免重复服务(见行动表 4.3 和 5.2)。

### 3. 推动干预措施,降低社区危害。

- 确保以文化敏感方式使酒精和其他物质滥用多发地(如售酒点)的人们了解使用安全套的途径和信息(见《机构间常委会紧急情况中艾滋病毒/艾滋病干预指导方针》)。
- 倡议相关当局和社区团体,重新安排酒售点,以最大限度地减少对社区的破坏。
- 向目标人群提供减少风险的信息(如关于注射药物的使用、酒精的使用或不安全性行为)。
- 如果评估报告指出,确保注射药物者能使用安全注射用具并对进行正确处理。
- 适当时为社区男性和女性领导人召开酒精和其他物质滥用和提高降低危害意识的会议。例如,有些地方为减少酗酒危害而采取的干预措施包括为当地酿酒业传授安全蒸馏的方法,限制售酒时间,营业时间需要缴费,以及同意在售酒和饮酒的地方禁止使用武器。

### 4. 戒断和其他急性问题的管理。

- 根据评估所见,为诊所和医院制定戒断、中毒、用药过量和其他常见症状的管理方案。
- 培训和督导卫生工作者处理和转诊戒断和其他急性症状,以及为酒精戒断人员提供充足药物,包括苯二氮卓。社区机构应该为社区工作人员对常见急性戒断症状的识别、初步处理和转诊进行培训和督导。
- 在鸦片依赖泛滥的地区,考虑进行低毒性的药物替代治疗(如使用美沙酮)

或丁丙诺啡)。

- 尽快恢复灾前的替代疗法。

## 酒精和其他物质滥用的评

关于评估方法指南,见行动表 2.1 和下文的主要资源。相关数据包括:

### A. 关联因素以及获得酒精和其他物质的可能性。

- 紧急情况前关于酒精和其他物质滥用的文化规范以及社区的解决此类问题的方式(针对外来人口和当地人口,男性和女性)。
- 所有可获得的酒精和其他物质滥用的基线调查数据,以及与之有关的心理、社会 and 医学问题,包括艾滋病毒的流行情况的调查数据。
- 相关的规章制度和立法框架。

### B. 酒精和其他物质滥用的当前的模式和趋势。

- 绝大多数常用的精神活性药物的可获得性和大致价格,其他供给链的信息,包括因紧急情况中断供应的信息。
- 按照亚群体(如年龄、性别、职业(如农民、退伍士兵、性工作者)、种族、宗教)划分所用物质和施用方式(包括改变施用方式,如由吸食改为注射,以及引入新物质)。

### C. 酒精和其他物质滥用相关问题。

- 与之相关的社会心理和精神卫生问题(如基于性别的暴力或其他暴力、自杀、儿童虐待或忽视;由物质滥用引起或加剧的精神和行为问题;歧视,犯罪)。
- 与之相关的高风险行为(如不安全性行为和/或注射行为)。
- 与之相关的医学问题(如艾滋病毒和其他血液病毒传播、用药过量、戒断综合征,特别是有生命危险的酒精戒断)。

- 社会经济问题(如出售必需食品和非食品物资的家庭,毒品/酒类走私,与毒品有关的性交易)。

#### D. 现有资源(另见行动表 2.1)

- 卫生、社会心理和社区服务(包括针对酒精和药物滥用的服务,危害降低行动和自助团体以及由以前酒精和药物滥用人员组成的协会,如有的话)。记录因紧急情况引起的服务中断情况。
- 基本服务包括提供食品、水和避难所。
- 发挥功能的社区和文化机构。
- 为处于与酒精和其他药物滥用相关的暴力危险中的人而设的安全场所(如有的话)。
- 家庭和社区对药物依赖人员的照顾(如有的话)。
- 教育、娱乐和就业机会(如有的话)。

## 主要资源

1. Costigan G., Crofts N. 和 Reid G. (2003 年)。《减少亚洲药物相关危害手册》。墨尔本: 减少危害中心。  
[http://www.rararchives.org/harm\\_red\\_man.pdf](http://www.rararchives.org/harm_red_man.pdf)
2. 机构间常设委员会(2003 年)。《紧急情况下艾滋病毒/艾滋病干预措施指南》。7.3: 提供避孕套并建立避孕套供应机制;7.5: 确保注射毒品使用者得到适当护理,第 68–70 页,第 76–79 页。日内瓦: 机构间常委会。  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. Patel V. (2003 年)。《没有精神病医生的地方,心理健康护理手册》。皇家精神科医学院。  
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>
4. 世卫组织/难民专员办事处(1996 年)。《酒精和其他药品问题》,摘自《难民心理健康》,第 101–109 页,日内瓦: 世卫组织/难民专员办事处。  
<http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
5. 世卫组织(1998 年)。《对注射毒品使用者的快速评估和应对措施指南》。日内瓦: 世卫组织。  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf)
6. 世卫组织(2001 年)。《对危险和有害饮酒的简要干预: 初级护理使用手册》。日内瓦: 世卫组织。  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01\\_6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01_6b.pdf)

7. 世卫组织(2001年)。《人们对自身药物依赖性的认知:神话与现实》。日内瓦:世卫组织。  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/about/en/dependence\\_myths&facts.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/about/en/dependence_myths&facts.pdf)
  8. 世卫组织(2002年)。《性相关快速评估和应对措施指南:精神作用药物使用和性危险行为快速评估和应对措施指南》。日内瓦:世卫组织。[http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex\\_rar.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/docs/sex_rar.pdf)
  9. 世卫组织(2003年)。《简要药物使用干预:初级护理使用手册》,实地试验草案,1.1版。日内瓦:世卫组织。[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_Brief\\_Intervention\\_for\\_Substance\\_Use.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf)
  10. 世卫组织(2003年)。《酒精、吸烟和使用药物筛选检验(ASSIST):初级护理使用指南》,实地试验草案,1.1版。日内瓦:世卫组织。  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_The\\_ASSIST\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf)
  11. 世卫组织(2003年)。《减少或停止使用毒品的自助战略:指南》。实地试验草案,1.1版。日内瓦:世卫组织。[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/Draft\\_Substance\\_Use\\_Guide.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf)
- 

## 过程指标范例

- 近期开展了有关酒精和药物滥用危害的评估。
- 在酒精和药物滥用人群聚集的地方避孕套能够可持续性的获取。
- 接受过酒精和药物滥用简短干预培训的卫生工作者的预计比例。

---

### 范例:伊朗巴姆,2003-2004年

- 在一个吸食鸦片泛滥的地区发生了地震。政府立即非正式地与该国所有医院联系,指示他们对转移出来的幸存的吸毒成瘾者在临床诊治时实行替代疗法。
  - 十天之后,应卫生部的请求,伊朗研究人员进行了一次药物使用评估。
  - 该评估证实,地震破坏了大批吸毒成瘾者的药物供应链,触发了戒断过程。
  - 按照卫生机构标准治疗协议提供了阿片依赖者疼痛管理、戒断过程的临床管理以及低剂量替代疗法。
-

## 行动表 7.1

### 加强安全和支持性教育的可及性

领域:教育

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

紧急状态下,教育是社会心理干预的一个关键手段。教育可以为学习者提供一个安全、稳定的环境,并通过开展结构性的、适宜的和支持性的活动来帮助学习者恢复正常的状态,尊严和希望。许多儿童和父母认为接受教育是成功童年的基础。精心设计的教育活动可以通过传递关键的生存信息和自我保护的方法,以及支持当地群众应对紧急情况的策略来帮助受影响群众应对目前的局面。同样重要的问题是即刻开始或恢复非正规和正规教育活动,优先考虑所有儿童和青少年的安全和健康问题,包括那些处在日益增加的风险中的(见第一章)或者有特殊教育需求的儿童和青少年。

教育的缺失通常是学习者及其家庭面临的最大的压力之一,因为他们将教育视为通向美好未来的重要途径。教育可以成为帮助社区居民重新构建他们的生活的重要工具。在一个支持性的环境中接受正规和非正规教育能够培养学习者的智力和情感能力,在与同伴和教育者的互动中社会性支持能够得以提供,同时加强学习者的控制感和自我价值感。此外,教育还可以培养学习者的生活技能,增强其应对能力,并有助于其未来就业和减轻家庭经济压力。所有紧急状态下的教育行动应该致力于实现《机构间紧急教育网关于在紧急情况下、长期危机中和早期重建时开展教育的最低标准》(见主要资源)。

教育者——无论是正规课堂授课的老师还是非正规教育中的辅导员以及其他教育活动中的协助者——对支持学习者的精神卫生和社会心理健康起着至关重要的作用。但教育者往往面临着和学习者一样的问题和挑战,包括他们自身在紧急状况时产生的精神卫生和社会心理问题。对教育者提供培训、督导和支持能够让他们明确其在提升学习者的身心健康和福祉中的作用,并且帮助他们在紧急状态中保护和促进儿童、青少年和成年学习者的发展。



## 主要行动

### 1. 倡导安全的学习环境。

教育亦发挥着重要的保护作用。教育能够在非暴力的环境中传播有关保护的信息和技能。即刻可以采取的行动举措如下：

- 评估正规教育和非正规教育的需求和能力需要考虑相关的保护事宜，和如何融合、支持地方资源。正规教育和非正规教育应该互相补充、相得益彰，在可能的情况下应该携手同时工作。
- 最大限度的动员受影响社区群众，特别是家长和相关教育部门（如：在可能的情况下邀请教育部的官员）参与到教育项目的评估、规划、执行、监测和评估。
- 评估学习场所的地点和设计、教学楼或者学校的安全。
  - 学校校址远离军事地带或军事设施；
  - 学校校址靠近居民中心；
  - 在安全的地点设立独立的男女厕所。
- 监测学习场所/学校内及附近的安全状况（例如：在学校确定一位专职负责人），并且在学习者受武装冲突威胁时及时反应。
- 确保学习场所/学校周边的治安：
  - 向武装力量倡导避免将学习场所/学校锁定为军事目标和征兵地点。
  - 禁止在学习场所/学校展开武装行动。
  - 为儿童出入学校或参加外地举行的教育活动时提供陪同人员。
- 确定针对保护问题的，来自教育系统外部（例如：武装冲突）和内部（例如：欺负弱者、体罚）的主要威胁：
  - 确定来自教育系统内部针对保护问题的主要威胁，例如基于性别的暴力，儿童雇佣兵或校园暴力；
  - 将预防和应对上述情况及其他保护事宜融入教学过程中（例如，与父母分离的儿童以及社区为本的保护措施：见行动表 3.2）

- 建立个体儿童的教育/保护监测机制,以识别面临危险或正在遭受威胁的学习者,并提供保护。
- 使用机构间《人道主义危机中针对基于性别的暴力干预措施指南》预防发生在学习场所和学校内及附近的基于性别的暴力。
- 迅速启动非官方的教育模式,例如儿童/青少年友好中心,或者以社区为本的非正式教育小组。在正规教育体系尚在重建或恢复过程中时,社区群众、人道主义救援人员和教育工作者能够帮助组织非正规的教育活动,即使没有物质设施,例如:实际存在的中心。儿童友好中心的工作人员应该具有很强的交流能力、活跃的教学方法并具备丰富的非正规教育或社区工作的经验。在这种特殊情况下是否具备正规教育背景并不重要。

## 2. 让正规教育和非正规教育更具有支持性和相关性。

在紧急状况下,支持性的和相关性的教育不仅能够增进学习者的精神卫生和社会心理健康,同时也会促进学习者的有效学习。

- 教育对在紧急状况引发的学习者情感、认知和社会需求及能力方面的问题能做出灵活且迅速的反应。例如:如果学习者很难集中精神,那么及时缩短活动时间;制定弹性课程表,如提供灵活的课堂时间或者轮班制以避免给学习者、教育工作者及其家庭带来不适当的压力;调整考试时间以给予学习者额外的时间做准备。
- 教育要能够帮助儿童恢复结构性、可预见性和正常状态;为儿童创造表达、选择、社会交往和支持的机会;并且培养儿童素质和生活技能。例如:制定活动时间表并张贴在学习场所醒目的地方;避免惩罚因为心理问题而在课堂上表现不好的学习者;开展合作性的而非竞赛性的游戏;鼓励积极的,富于表达的教学方法;利用当地可获得的材料开展适合当地文化习俗的活动,如:游戏、歌曲、舞蹈及戏曲。
- 提供生活技能培训并分享有关紧急情况的信息。生活技能培训的教学内容一定要突出并适应紧急救援特点,它包括卫生宣教、非暴力冲突的解决

办法、交流技巧、预防基于性别的暴力、预防性传播疾病(如艾滋病)、防雷或防爆等相关的知识以及事态发展的信息通报(如:地震、武装冲突等)。生活技能培训的内容和引导应该根据风险评估和优先考虑的需求来制定。

- 学习活动应采用参与式方法,鼓励社区代表和学习者参与其中。而青少年的参与对开展低龄儿童活动尤有价值。同伴教育模式同样是不错的考虑。
- 教育可以作为社区动员的一种机制(见行动表 5.1)。不仅要鼓励家长参与教学的管理,而且要动员社区参与教育设施的重建(无论是临时性建筑还是永久性建筑)。邀请儿童/青少年/社区代表参加社区每周例会,协助组织适合当地文化习俗,并充分利用地方性知识和技能的活动。
- 确保各级教育协调部门或工作组充分考虑精神卫生和社会心理健康问题。指定专人负责将精神卫生和社会心理健康协调小组(见行动表 1.1)与教育协调机制相联系。
- 儿童/青少年友好中心能够为儿童及青少年提供学习生活技能和参与活动和培训的机会,例如:课外教育、职业培训、艺术、文化和环境教育活动和/或体育运动。
- 支持诸如成人教育、扫盲、职业培训等非正规教育形式,为学习者提供适应现在和未来的经济发展并与就业息息相关的技能。对于 15 岁以下的儿童,非正规教育应是辅助性的,而不能替代正规教育。
- 在某些情况下,使用食品换教育的模式有助于促进人们的精神卫生和社会心理健康。在教育场合发放食品(当场食用或带回家的口粮)是一种提高入学率和巩固率的非常有效的策略,而这种行为本身也对增进精神卫生和社会心理健康不无裨益(见行动表 9.1)。此外,食品换教育能够通过提高学习者注意力,减少社会的“贫”“富”差异而使学习者的社会心理健康得以直接改善。值得一提的是,在教育场合提供食品或喂养的项目只有在保障其实施的高效性的情况下才能施行,并且这个项目不能损害学习者的营养状况,也不能严重破坏社会传统(例如:当地普遍认同的观点是只有家庭才能提供孩子适当的营养)。

### 3. 增强人人享有教育的机会。

- 要迅速提高接受正规教育和非正规教育的机会有可能需要采取创新和灵活的方法,如:在安全程度允许的前提下开办学校、实行双轨制或使用临时安全场所。
- 对受紧急状况影响的人群采取临时放宽入学条件和灵活入学的办法,因为他们可能没有公民证件、出生证、身份证或学校档案。取消对受紧急状况影响的儿童和青少年入学的年龄限制。
- 满足特殊学习者的特殊需求,例如:为未成年母亲或需要照顾幼小兄弟姐妹的学习者提供托管中心服务;为有其他特殊需求的学习者提供学习材料。
- 为不同类型的儿童群体提供可及的和适宜的教育场所,尤其是那些被边缘化的儿童(如:残疾儿童、贫困儿童或少数民族儿童)。为青少年这一特殊群体设计单独的活动,因为他们经常得不到足够的关注。
- 在条件允许的情况下,为曾经丧失教育机会的大龄儿童开设补习班和速成班等(如:那些以前参与武装组织的儿童)。
- 在条件允许的情况下,社区、教育部门和人道主义工作者联手开展倡导重返学校的运动,促进面向所有儿童和青少年的教育机会。

### 4. 鼓励教育工作者做好准备为促进学习者社会心理健康提供支持。

教育工作者为学习者提供社会心理支持可以通过改进与学习者互动的方式,为学习者创建一个表达自己情感和经历的安全和支持性的环境,以及在教学活动中融入相关的结构性的社会心理活动来实现。然而,要注意的是不要尝试提供治疗,因为那需要专业的技术。另外,为教育工作者提供支持,促进其自身的社会心理健康,是为学习者提供支持的关键。

- 改进与学习者互动的方式,可以通过:
  - 在教学活动中加入有关紧急情况的主题;

- 在课堂中分析某些异常行为的原因(如:攻击行为);
- 帮助学习者彼此理解、互相帮助。
- 为教育工作者提供继续学习的机会,与工作相关的培训以及紧急状况下的专业支持,而不是一次性的或者没有后续支持的短期培训(见行动表 4.3)。主题可以包括:
  - 鼓励社区参与并创建安全的、保护性的学习环境;
  - 困难的经历和遭遇对不同年龄的男童和女童的社会心理健康和适应力的影响;社会心理支持的伦理标准等(见行动表 4.2);
  - 与紧急状况有关的生活技能培训(见上文提过的主要行动 2);
  - 积极的课堂管理方法,解释为什么不该进行体罚,并介绍具体的替代暴力的手段;
  - 如何积极应对学习者的问题,如:愤怒、恐惧和悲伤;
  - 如何开展分组活动,如:艺术、文化娱乐活动、体育运动、游戏及能力建设;
  - 如何与儿童家长和社区一起工作;
  - 如何使用转介机制为那些已经出现严重精神卫生和社会心理问题的学习者提供额外帮助(见下文主要行动部分 5);
  - 如何在教育工作者的工作中开发可行的社会心理支持工作方案;
  - 帮助教育工作者在紧急状况中以及之后更好地应对生活中的问题,包括处理自身压力,解决问题的技巧,为他们提供来自领导及同事间的支持。
- 参与式教学方法必须融入当地环境和文化特点之中。确保教育工作者有机会分享本土的儿童发展的知识和经验及其援助实践,并实践新的方法和技能。定期评估培训是否适宜和实用。应向教育工作者提供持续的支持,包括专业的督导和教材。
- 为教育工作者启动现有的社会心理支持。例如:将教育工作者集中在一起由一位有经验的协助者引导他们讲述自己的过去、现在及未来。还可以建立社区支持机制帮助教育工作者应对危机。

## 5. 加强教育体系的能力建设帮助学习者走出社会心理和精神卫生问题的阴影。

- 加强教育机构的能力建设,向经历了特殊精神卫生和社会心理问题的学习者提供支持:
  - 指定联络人对个别儿童进行监测和随访;
  - 如果学校有心理咨询师,及时为其提供应对紧急状况下相关问题的培训。
- 帮助学校工作人员,包括行政人员、咨询师、教师和卫生人员理解如何将出现严重精神卫生和社会心理问题的儿童(其中包括不是受紧急状况直接影响,而可能之前就有问题的儿童)转介到社区里能够提供合适的精神卫生,社会服务和社会心理支持的地方(见行动表 5.2),或者必要的情况下转介到相关的卫生服务机构(见行动表 6.2,包括转介严重精神卫生疾病的标准)。确保学习者、家长和社区成员理解如何使用转介制度。

## 主要资源

1. 人道主义行动中问责制和绩效积极学习网络(2003年)。《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践者手册》,第12章“参与和教育”第331-342页。  
<http://www.globalstudyparticipation.org/index.htm>
2. Annan J., Castelli L., Devreux A. 和 Locatelli E. (2003年)。《教师培训手册》。  
<http://www.forcedmigration.org/psychosocial/papers/WiderPapers/Widerpapers.htm>
3. Crisp J., Talbot C. 和 Cipollone D. (eds.) (2001年)。《为未来学习:发展中国家的难民教育》。  
日内瓦:难民专员办事处。<http://www.unhcr.org/pubs/epau/learningfuture/prelims.pdf>
4. 丹麦红十字会协会(2004年)。《学校社会心理支持方案基本框架:方案启动指导方针》。  
<http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/2Children-armed/PSPC.Final.Report.pdf>
5. 机构间常委会(2005年)。《人道主义危机中针对基于性别的暴力应对措施指南》。  
[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff\\_gender/gbv.asp](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff_gender/gbv.asp)
6. 机构间紧急教育网(2004年)。《机构间紧急教育网关于在紧急情况下、长期危机中和早期建设时开展

- 教育的最低标准》。[http://www.ineesite.org/minimum\\_standards/MSEE\\_report.pdf](http://www.ineesite.org/minimum_standards/MSEE_report.pdf)
7. 机构间紧急教育网(2005年)。《促进机构间紧急教育网良好作法指南—教育内容与方法》。<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1238>, 及以下链接:  
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1134>  
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1137>  
<http://www.ineesite.org/page.asp?pid=1146>
8. Macksoud M. (1993年)。《帮助儿童克服战争压力:家长和教师用书》,儿童基金会。  
[http://www.unicef.org/publications/index\\_4398.html](http://www.unicef.org/publications/index_4398.html)
9. Nicolai S. (2003年)。《紧急情况下的教育:开展和管理紧急情况下教育的各种措施》英国救助儿童会。[http://www.ineesite.org/core\\_references/EducationEmertoolkit.pdf](http://www.ineesite.org/core_references/EducationEmertoolkit.pdf)
10. 救助儿童会(1996年)。《遭受武装冲突和失所困扰儿童的社会心理安宁:原则与方法》。日内瓦。  
<http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/emergencies-protection/psy-chos-ocwellbeing2.pdf>
11. Sinclair M. (2002年)。《紧急情况发生时及之后的教育规划》教科文组织:国际教育规划研究所。  
[http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency\\_4.htm](http://www.unesco.org/iiep/eng/focus/emergency/emergency_4.htm)
- 

## 过程指标范例

- 获得正式教育的人所占百分比。
- 非正式教育场所向不同年龄段的男孩和女孩开放。
- 接受过如何支持学习者社会心理健康培训和正在接受后续支持的教师所占百分比。
- 教师和其他教育工作者将有严重精神卫生和社会心理问题的儿童转介到提供专业服务或支持的机构。

### 范例:被占巴勒斯坦领土,2001年

- 为应对阿克萨起义,巴勒斯坦儿童行动计划(由本土非政府组织和国际非政府组织组成)与国家国际组织协调提供安全和支持性的正式和非正式教育。
- 各组织开展了重返学校运动,并对夏令营和儿童及青年友好中心提供支持。教育过程也因为为儿童和青年提供更多的表达机会和有关保护的生活技能的学习,而变得更具有保护性、相关性和支持性。
- 教育者接受了解理解和回应学习者的情感和行为需求的培训;针对青少年引入了青年导师项目;同时在学校中开设了结构性的社会心理课程。



## 行动表 8.1

### 向受影响人群提供关于紧急情况、救援措施及合法权利的相关信息

领域: 信息传播

阶段: 最低应对措施阶段

#### 背景

在紧急状况下,除了生命和健康受到威胁外,真实和公正也面临挑战。紧急情况会使正常的信息和信息渠道变得不稳定。基础信息设施遭到破坏,即使有幸保留下来,也可能被别有用心的人所利用,例如:散播恐慌的谣言或仇恨言论,抑或篡改事实掩盖渎职。

谣言,以及可靠的、准确的信息的缺失逐渐成为在受影响人群中造成焦虑的首要因素,并由此带来混乱与不安。此外,权利的知识的缺乏会导致剥削的产生。在适当的时候接受适当的信息是应对这种情况的方法。一个负责任的信息机制应该在事件发生前向大众发布这些有价值的信息。

信息和信息系统可以被用来帮助社区成员在恢复重建进程中发挥作用,从而成为积极的幸存者而非被动的受害者。先进的信息信息技术和传统意义上的交流与娱乐方式(如素描、唱歌及游戏等)相结合,可以在传播有关幸存者权利和权益方面发挥至关重要的作用。此外,关于救援措施和无家可归者的所在地的准确信息可以使失散的家庭重聚。

除了下文描述的具体行动外,在紧急状况下,通过透明度、问责制和参与性确保良好治理,将有助于保持信息传播渠道的通畅。

#### 主要行动

##### 1. 协助成立信息工作组。

- 如果常规的信息系统(即:人员及基础设施)不能充分运转,那么,就应当帮助当地组建应急信息工作组,提供紧急救助知识、救援措施及合法权利等相关信息,并增强社会边缘人群和被遗忘人群的声音。工作组可以由当地媒体组织、社区领导、救助机构、政府部门,或者其他参与紧急救援的组织组成。在传播服务信息的过程中,受影响社区自身的成员可能起到非常重要的作用。

## 2. 定期进行情况评估,找出主要的缺失信息和主要的需要传播的信息。

- 研究现有的评估报告以及这些评估报告强调的挑战(见行动表 2.1)。
- 分析谁在控制信息渠道,并探究是否有某些群体以比日程表超前的方式传播信息
- 必要的话,就以下问题进行进一步的评估:
  - 哪些社区/团体的人员在行动? 哪些已经停止?
  - 哪些人群处于危险中:是通常被认做弱势群体的那些人吗?(见第一章)还是出现了新的人群?
  - 有关于失去行动能力的幸存者的报告吗? 如果有,确定他们所处的位置和现有的反应力。
  - 人们可以在什么地方安全住下? 哪些地方是危险的?
  - 如果人们可以获得精神卫生和社会心理的支持体系,那么,谁正在提供这些支持? 哪个组织活跃在这个区域? 他们是否覆盖了所有受灾的社区和全部人群? 有没有发现社区中的哪个部门被遗漏?
  - 有没有机会将信息和信息活动与其他正在进行的救援活动结合起来?
  - 在人群中,男性、女性、儿童和青少年的文化水平如何?
  - 哪些幸存的信息渠道还是畅通的? 哪种渠道在目前状况下对紧急信息、救援措施及合法权益的相关信息传播最为有效?
  - 哪些人群得不到媒体的信息?
  - 哪些群体由于残疾而得不到媒体信息(如:视障或听力障碍)? 需要采取什么措施让这些群体也能得到信息?
- 每天收集、汇总相关信息。信息涵盖的内容有:
  - 救济物资的可获性和安全性;
  - 停火协议、安全区和其他和平倡议;
  - 频繁发生的紧急事件(如:暴力事件或地震余震);
  - 不同人道主义服务机构的地点和性质;

- 安全场所的地点(见行动表 5.1)与可以获得的服务(见行动表 5.1、5.2、5.4 和 7.1);
- 评估与救助监管的主要结果;
- 政治领袖和人道主义协调机构所作出的重要决定;
- 权利和权益(如:无家可归者能够获得的大米数量,土地权利等)。
- 监测中央政府或地方政府发布的相关信息,尤其是有关救助包的信息。
- 询问人群中的不同利益相关人,包括救援工作人员,哪些信息的缺失最需要填补(如:缺少关于服务、权益及家庭成员的所在地的知识和信息,等等)。与幸存者一起确定哪些主要信息需要进行传播,以及通过何种方式进行传播,并预选考虑到可能产生的公众影响力。
- 及时识别需要被公布于众的恶意中伤的媒体或滥用信息的行为。这些行为包括:
  - 散布片面的/仇恨的信息;
  - 对受影响人群讲述的情感经历进行攻击性的询问;
  - 未能让那些被问及在灾难中所受情感创伤的人得到社会心理的帮助;
  - 以不适宜的方式进行采访,从而使被采访者蒙受污名;
  - 使用幸存者的形象、姓名或其他可以辨认身份的信息时,未经本人知情同意,或者可能给幸存者带来危险。
- 及时识别良好的媒体做法,如:
  - 邀请有经验的人道主义工作人员(在精神卫生和社会心理健康领域)通过媒体给予救援建议;
  - 通过新闻发布会,给予具体建议。

### 3. 制定信息与行动计划。

- 在制定信息与行动计划的过程中,最大程度的动员社区参与。
- 开发一个填补已经发现的信息漏洞和传播有价值信息的系统。
- 传授给当地媒体识别潜在的有帮助和有害的行为,以及如何避免后者的知

识。

- 尊重保密和知情同意原则。

#### 4. 为受影响人群创造接受与传播可信赖的信息的渠道。

- 在受影响人群中找到在社区信息传播上具有影响力的人物。
- 制作媒体和传播信息簿,其中包括:
  - 当地媒体一览表,以及报道卫生、儿童和人权领域的主要媒体记者的姓名和具体联系方式;
  - 报道紧急救灾领域的记者的姓名和具体联系方式一览表;
  - 在不同人道主义机构中工作的信息宣传人员一览表。
- 信息组可以创造可以使用当地语言传播信息的不同渠道。这需要与当地广播站谈妥播放时间,或者在主要道路交叉口、其他公共场所、学校、救援营地和公厕设立告示牌。
- 在没有新闻媒体的情况下,考虑采取创新的机制,例如分发收音机。
- 在每个信息传播环节都要邀请当地人参与,并确保信息是感同身受的(能够理解幸存者的现状)、不复杂的(当地 12 岁左右的儿童能够理解为宜)。
- 组织新闻发布会,通告未来几天中的详细人道主义救援计划,如:活动的时间、地点、组织者等。
- 通过组织媒体交流会和实地参观,确保当地媒体不必要的重复播放已发生的可怕灾难的镜头(如:频繁出现最悲惨的灾难时刻的影像资料)。鼓励新闻机构和记者避免不必要的使用可能让观看者感到极度压抑的图像。此外,鼓励媒体作宣传时,除了处在绝望中的人的图像和故事,还应印制或播放幸存者积极恢复家园的坚强和乐观的图像和故事。
- 当地媒体要从不同角度的报道提高关注度,例如:不同维度的精神卫生和社会心理支持;幸存者自我康复的故事;处于危险之中的群众积极参与家园重建的信息,以及积极应对的榜样等。
- 向幸存者宣传权利和权益知识,例如:残疾人保护法、公共卫生法、重建用

地的权益、救助包等。

- 考虑准备关于人道主义救助国际标准的信息,例如:《全球最低标准》。
- 考虑帮助人们获取信息的措施(例如:收音机用电池、设立街道报刊宣传公告栏)。

## 5. 确保不同机构的信息人员之间的协调合作。

协调合作对于下列工作是至关重要的:

- 确保给受影响人群的信息是一致的;
- 协助开发机构间信息平台(如:公告牌),有利于幸存者获得必要的援助信息,包括积极应对的方法的信息(见行动表 8.2)。

## 主要资源

1. 国际援助行动社(即将出版),《精神问题:紧急情况下的社会心理应对措施》(视频)。
2. 机构间常委会(2003年)。《紧急情况下艾滋病病毒/艾滋病应对措施指南》。行动表 9.1: 提供有关艾滋病病毒/艾滋病预防和护理的信息,第 91–94 页。日内瓦:机构间常委会。  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/FinalGuidelines17Nov2003.pdf>
3. 人道协调厅(即将出版)。《制定人道主义倡导战略和行动计划:分步手册》
4. 联合国秘书长海啸灾后复苏问题特使办事处(2006年)。《知情权:亚齐和斯里兰卡公共信息和问责制面临的挑战》。纽约:联合国。[http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The\\_Right\\_to\\_Know.pdf](http://www.tsunamispecialenvoy.org/pdf/The_Right_to_Know.pdf)
5. 环球项目(2004年)。《灾难应变的人道主义宪章和最低标准》日内瓦:环球项目。  
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
6. 儿童基金会(2005年)。《新闻工作者道德指导方针:儿童道德报道原则》。  
[http://www.unicef.org/ceecis/media\\_1482.html](http://www.unicef.org/ceecis/media_1482.html)
7. 儿童基金会(2005年)。《媒体和儿童权利》(第二版)。纽约:儿童基金会。  
[http://www.unicef.org/ceecis/The\\_Media\\_and\\_Children\\_Rights\\_2005.pdf](http://www.unicef.org/ceecis/The_Media_and_Children_Rights_2005.pdf)

---

## 过程指标范例

- 开展评估以确定受影响人群是否获得紧急状况、救助措施及其合法权利的主要信息。

- 如果主要信息有缺失,相关信息的传播应使不同群体都能够容易获得并理解。

#### 范例:印度古吉拉特地震,2001年

- 印度本土和国际非政府组织与当地社会行动团体一起开展了“知晓你的权利”运动。他们汇总了所有政府命令,阐述了法律专用术语,并将各种资料翻译成简洁的、用当地语言写成的信息册。这些信息提供了有关主要权益的问题和答案,并对如何享受这些权利进行指导。
- 社区志愿者上演了有关幸存者权利的街道剧。每次演出之后在幸存者中分发申请表,申请人在整个申请程序中都有志愿者提供帮助,直至他们享受到这些权益。
- 建立了人民法庭,使幸存者能够宣泄不满,并向他们宣传关于权益的知识。

## 行动表 8.2

### 提供获取有关积极应对措施的渠道

领域:信息传播

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

在紧急状况下,大多数人都会经历心理困扰(例如:强烈的悲痛、悲伤、恐惧或愤怒)。大多数情况下,绝大多数受影响的人会渐渐好转,特别是当他们采取了有助于减压的措施——例如,积极的应对方法——并且当他们还获得了来自家庭和社区的支持的时候。获得关于紧急情况、救援措施和合法权利(见行动表 8.1)的恰当的信息,并且掌握积极应对的措施是有助于应对的。

传播与文化相适应的教育信息也是一种鼓励积极应对灾难的有用方法。这些信息的目的是让个体、家庭和社区更好的了解绝大多数人在极端压力下倾向表现出的反应,并能有效的注意到他们自身及其他人的社会心理需求。通过印制宣传材料或收音机传播积极应对方法的信息是紧急情况干预中最常用的方法之一,并且这些方法能够将信息传递给绝大多数受灾人群。

#### 主要行动

##### 1. 确认有哪些是受灾难影响人群中已有的关于积极应对方法的信息。

- 与所有相关组织协调以确定(a)是否有现成的适合当地文化的积极应对方法的信息;(b)这些信息在当地人群中知晓的程度。下文中的主要行动 2 中会提供指导,以确定现有信息是否适用。

##### 2. 如果没有现成的积极应对措施方面的信息,则需要开发文化适宜的有关积极应对措施的信息。

- 与其他组织一起协调计划开发有关积极应对方法的信息。确保信息简单明了、前后一致,以避免混乱。尽最大可能就信息内容和责任划分(例如传播)达成机构间的共识。
- 在编写适宜的材料时,识别个体和社区在面对严重压力(如强奸)时预计会出现的反应范围,并认识到当地文化中特有的应对方式(如:祈祷或面对难

关时举行的仪式)非常重要。为了避免重复评估,需要回顾现有评估的结果(见行动表 2.1、5.2、5.3 和 6.4)。知识上的缺口可以通过访问“地方通”(如:当地的人类学家)或者进行焦点小组访谈得到弥合。在焦点小组的人员选择上,要使社区中不同的年龄、性别的群体都有所代表。通常要求男女小组分开进行,这样可以倾听来自不同角度的声音。

- 找到能够跨越文化界限的积极应对方法是非常重要的,如:
  - 获得社会支持
  - 提供一天的固定安排
  - 放松法
  - 娱乐活动
  - 坦然面对灾难(可能需要一个可以信赖的人陪伴左右),以便恢复对日常生活的控制力
- 通过参考其他组织印制的自我照料信息范例,或组织应对良好的社区成员展开焦点小组讨论,工作人员要使自己熟悉有效的应对方法。有时候,提供一些如何帮助他人的信息也是有效的,因为这可以鼓励受影响人群照顾他人,从而间接地照顾自己。
- 下表中对为大众提供关于积极应对方法的信息时“值得借鉴的做法”与“尽力避免的做法”提供了具体指导:



值得借鉴的措施	尽力避免的措施
使用简单直白的语言。投入必需的时间和精力,确保概念表述在当地情境中具有意义,并且能够被当地 12 岁的儿童理解。如果口语表达更清楚,采用口语。(如:使用“应对”这个词的当地表达)。	不要使用复杂的或专业的语言(如:心理学/精神病学方面的词汇)。
聚焦社区确定的优先领域,并要保证信息简短、针对性强和具体。	不要一下子纳入太多信息,因为这样容易造成群众的混乱。
向群众讲明:在紧急事件之后感到悲伤是很正常的;经历过灾难的人们也会注意到自己感情、行为和想法的变化。强调:这是对于不同寻常的事件的正常的、可以理解的反应。	给普通群众的宣传材料(例如,用于医疗机构之外的材料)*中不要长篇累牍地罗列精神病学上的症状。
强调积极的应对措施、注重解决问题的方案,以及对恢复的积极期待。警告人们避免有害的应对措施(如:过度饮酒)。致力于将社区、家庭和个人纳入到应对策略中来。	不要在给普通群众的宣传材料中强调心理的脆弱性。*
告诉人们,大多数人在几周或几月内感觉会越来越越好。如果他们的悲伤在几周内没有减轻,或者更加剧烈,那么,他们就需要寻求现有社区支持或专业帮助(只有在这些帮助可以获得的情况下,才提供这项建议)。提供人们应该如何和在哪里获得这些服务的信息	不要列出具体的康复时间表(如:你会在三周内好起来)。如果条件不具备,就不要提出有关寻求专业支持的建议。
请当地社区人员审核任何已有的材料。确保材料翻译的准确性。	不要用不常见的书面语言逐字翻译文字材料。最好找到某种非文字的形式(如:图片、绘画、歌曲、舞蹈等等)或使用全国通用的书面语言,至少保证每个家庭有一个人能看懂。

\* 这些“尽力避免的做法”指的是医疗机构以外普通民众的自我照顾材料。为医疗保健机构内部明确诊断患有精神障碍的人所编写的材料中,列举症状并解释原因通常是适宜的,也是治疗的一部分。

### 3. 对信息做出调整以满足人群中不同亚群体的特殊需要。

- 人群组成中的不同亚群体可能也有其特别的应对方式,这些应对方式与普通人群的应对方式有所不同。为这些亚群体(如男人、女人和(其他)面临风险的亚群体:见第一章)酌情制定特别的有关积极应对机制的信息。需要特别关注“儿童的应对方法”和“青少年的应对方法”,注意在青少年的应对方法中,饮酒或吸毒等短期应对方法可能会造成长期伤害。

### 4. 制定并执行有效的信息传播战略。

- 虽然印刷材料(传单和海报)是传播信息的最常见方式,其他方式,如广播、电视、图画/图片、歌曲、话剧或街头电影院可能更为有效。与社区和宗教领袖共同研讨发布非书面信息的方式。最适宜的发布形式取决于受众群体、识字率和文化背景。举例来说,非书面材料(如描写众所周知角色的漫画书,戏剧)在与儿童的交流中或许更加有效。将传递相同信息的各种传播形式结合在一起,可以最大限度的扩大信息在总人口中的覆盖范围。
- 请求许可,将书面宣传材料复印件张贴在教堂、清真寺、学校、诊所等社区设施以及营地的布告栏上。将材料放置在人们能够获取,同时又保持一定的隐私的地方将大有裨益。
- 一些非政府组织发现,在为人们提供材料/传单的同时与他们交谈,这比仅仅将材料留下供人们取阅更为有效,因为人们常常不会阅读这些材料。
- 如有可能,把书面宣传材料的副本传到网上。尽管大多数灾难幸存者都无法上网,但这种方式能够使宣传材料在不同组织间共享,这反过来可以扩大传播(另见行动表 8.1)。

## 主要资源

1. 美国红十字会(2004年)。《从危机到复兴,通往弹性之路:口袋书》。美国红十字会社会心理小组,新德里。

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)

2. 国际天主教迁移委员会( ICMC)(2005 年)。Setelah Musibah(灾难后)。ICMC,印度尼西亚。

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)

3. 世界卫生组织(2005 年)。《帮助家庭应对压力的一些策略》。卫生组织,巴基斯坦。

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/mh\\_key\\_res/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/mh_key_res/en/index.html)

---

## 过程指标范例

- 传播的自我照料信息强调积极的应对方法。
- 可以获取传播信息的预计人口比例。
- 传播的信息在文化上是适宜的,并能被大多数人理解。

---

### 范例:印度尼西亚亚齐省,2005 年

- 在回顾了现有的自我照顾材料后,一家国际非政府组织的当地工作人员接受了培训,组织焦点小组访谈,确定人们正在经历什么困扰(常见反应),以及人们习惯进行什么活动来应对这种压力。
- 与一名艺术家签约绘制亚齐省人民身着当地服饰的图画,描绘该社区能够识别和认同的概念。另一组图画描绘了借助深呼吸来放松的技巧。
- 社区集会时,例如,在清真寺晚间祈祷之后,向集会人群解释手册内容并分发手册。此外,还向其他组织发放了手册,而这些组织又在其干预项目中将手册发放给人们。
- 通过社会心理协调小组,一些相关机构联合撰写新闻信息以反映海啸影响社区以及当地民间社会的期待和关注点。一家草根非政府组织接受了资助和督导将这个工作可持续的进行下去。

## 行动表 9.1

### 在提供食品和营养支持时考虑具体的社会和心理因素 (安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助)

领域:食品安全和营养

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

很多紧急情况下,饥饿和食品匮乏给受影响人群带来严重压力,并损害他们的社会心理健康。反之,紧急状况所带来的社会心理效应也有损于食品安全和营养状况。了解社会心理健康和食品/营养安全之间的相互作用(见下表),可使人道主义援助人员在提高食品援助和营养支持项目的质量和效果的同时维护人们的尊严。而忽视这种相互作用则会导致问题,例如在项目中出现:要求人们排队数小时领取食品,以非人道的方式对待领取者,被动的消费者,或者在发放食品过程中或前后创造制造暴力的条件。

#### 与食品援助相关的社会和心理因素表:

与食品援助相关的因素	效果类型和范例
与食品安全和营养状况相关的普通社会因素(包括先前存在的因素)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 将特定人群边缘化,降低他们获取稀缺资源的机会</li><li>• 饮食和营养的社会文化因素(饮食信仰和习惯:吃何种食物;如何耕种、收获、准备、供给和进食;文化禁忌)</li></ul>
与紧急情况相关的对食品安全和营养状况产生影响的的社会和心理因素	<ul style="list-style-type: none"><li>• 破坏性别、家庭和家庭成员角色(如养家糊口的人的死亡)</li><li>• 干扰或破坏正式和非正式的社区领导力量(如有能力组织救援的社区头领的死亡)</li><li>• 破坏帮助危险人群的非正式社会网络(如向卧床不起者提供照顾的志愿者)</li><li>• 缺乏安全保障(如攻击拾取木柴的妇女)</li><li>• 降低个人向受养人提供食物的能力(如由于严重的抑郁症)</li><li>• 防止或阻碍个人获取食物的严重困扰?(如由于严重的精神或神经障碍)</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 导致个人或群体不能获取食物的恐惧感(如由于信息错误、政治迫害或与紧急情况相关的超自然信仰)</li> <li>• 失去食欲(如由于失去家庭成员而导致的极度悲伤)</li> </ul>
<b>饥饿和食品不安全对心理和社会心理健康产生的影响</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 严重的精神或认知能力障碍,特别是对幼童的影响(如由于慢性营养不良,缺乏社会/情感刺激)</li> <li>• 不良的应对策略(如售卖重要资产,出卖肉体换取食物,让孩子辍学、抛弃较弱的家庭成员如孩子)</li> <li>• 破坏法律和秩序(如因为争夺资源而战)</li> <li>• 失去对未来的憧憬和看法(如处于持久的武装冲突情况中)</li> <li>• 感觉无助或想要放弃(如丧失生计)</li> <li>• 攻击行为(如在配给或分发食物时,认为自己遭遇不公正的情形)</li> </ul>

《环球手册》概述了紧急情况下,关于食品安全、营养和食品援助方面的总体标准。以下描述的重要行动为与实施这些标准相关的社会和心理考虑因素提供了指导。

## 主要行动

### 1. 评估与食品安全、营养和食品援助相关的社会心理因素。

- 审查有关食品、营养、心理健康和社会心理支持方面的现有评估数据(见行动表 2.1)。如有必要,着手发起与食品和营养支持相关的关键社会和心理因素的进一步评估(见上表)。
- 食品和营养评估报告应当与相关协调小组共享,并且应当指出:
  - 食品不安全/营养不良是如何影响心理和社会心理健康的,程度怎样,以及心理问题对食品问题的影响(另见危险群体全球普通营养支持标准 2 以及食品安全和营养全球评估和分析标准 1-2);

- 在计划、执行和跟进食品援助和营养干预时应当考虑哪些心理和社会文化因素。

## 2. 在计划、分配和跟进食品援助时保障参与的最大化。

- 在评估、计划、分配和跟进期间让目标社区能够广泛且有意义的参与进来（见行动表 5.1）。
- 让高危群体、被边缘化的群体和不被关注的群体尽量参与进来（见第一章）。
- 在食品援助的各个阶段，都应优先保障妇女的参与。在多数社会中，妇女是家中食品的管理者，她们既保证了食品满足家中所有人的需要，同时也避免引发不良后果。
- 考虑通过食品援助创造和/或重新恢复非正式社会保护网络，例如通过志愿者提供家庭护理来分配定额的食物（见行动表 3.2）。

## 3. 在实施食品援助的过程中安全和保护得以充分保障。

- 对食品由于政治意图而被误用，或者分配使得特定人群被边缘化或冲突增加的风险予以特别关注。
- 避免因计划不当，登记程序不完整以及未能共享信息而可能造成的紧张局面以及在一些情况下导致的暴力或动乱。
- 采取所有可行的措施来避免食品援助误用和滥用，包括援助工作者或类似职位的人员通过食品换取性交易（见《机构间常设委员会关于人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》行动表 4.2 和行动表 6.1）。

## 4. 用文化适宜的方式实施食品援助以保护主要利益相关者的身份、人格完整和尊严。

- 尊重与食物和食物烹饪相关的宗教和文化习惯，这些习惯必须以尊重人类权利并有助于恢复人的身份、人格完整和尊严为前提。

- 避免歧视,认识到地方文化规范和传统可能歧视特定的群体,例如妇女。食品援助计划者有责任识别歧视,并保证食品援助分配给所有的目标领取者。
- 提供合适的、可接受的食物,以及任何可能具有特殊文化意义的调味品和厨具(见全球食品援助计划标准 1-2)。
- 以恰当的方式共享重要的信息(见行动表 8.1)。如果领取者对分配的食物不熟悉,提供正确烹饪的说明。

## 5. 与医疗机构和其他支持结构合作以便转诊

- 利用食品和营养项目作为可能的切入点,以识别亟需社会或心理支持的个人或群体。
- 有关食品危机中幼儿激励的具体指导,见主要资源项下的世卫组织(2006)参考文献。
- 确保食品援助和营养项目工作人员知晓往哪里以及怎样转介处于极度社会困境或心理困扰的人。
- 让受影响人群和食品援助人员认识到特定微量营养素缺乏会损伤儿童认知发展以及胎儿发育。
- 帮助食品援助和营养工作人员了解严重营养不良的医学含义。
- 识别健康风险,把处于中度或严重营养不良危险的人员转诊至特殊机构(分别转诊至补充性或治疗性喂养中心;见全球纠正营养不良标准 1-3;以及行动表 5.4)。
- 在预防微量营养素缺乏方面给予怀孕和哺乳期妇女特别关注。
- 考虑引入学校喂养项目的潜在适用性,以解决儿童营养不良风险(见行动表 7.1)。

## 6. 鼓励社区讨论长期食品安全计划

由于食品援助仅是推进食品安全和营养的一种方式,可以考虑以下的替

换方式:

- 指导开展现金援助、以工代赈和创收的活动;
- 社区主导的食品和生计保障项目减少无助感和放弃,并使社区参与到社会经济重建工作中来。

## 主要资源

1. 人道主义行动中问责制和绩效的积极学习网络(2003年)“参与与食品安全”《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践者手册》,第 231–275 页。  
<http://www.alnap.org/publications/protection/index.htm>
  2. Engle P. (1999年)。“护理实践和护理资源在儿童生存、成长和发展中的作用:南亚和东南亚”《亚洲发展年鉴》第 17 卷 1、2 号,第 132–167 页。  
<http://www.adb.org/Documents/Periodicals/ADR/pdf/ADR-Vol17-Engle.pdf>
  3. 机构间常设委员会(2005年),《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》。行动表 6.1:执行安全的食品安全和营养项目,第 50–52 页。日内瓦:机构间常设委员会。  
[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff\\_gender/gbv.asp](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff_gender/gbv.asp)
  4. 环球项目(2004年),《人道主义宪章和灾难应对中的最低标准》,食品安全、营养和食品援助中的最低标准,第 103–203 页。日内瓦:环球项目。  
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
  5. 世卫组织(2006年)。《在严重食品短缺情形下儿童的心理和社会心理健康》。日内瓦:世卫组织。[http://www.who.int/nmh/publications/msd\\_MHChildFSS9.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf)
- 

## 过程指标范例

- 在食品援助和营养评估,以及项目计划中,包括社会和心理维度。
- 已建立用以报告和应对与食品援助和营养相关的保障问题的有效的机制。
- 食品援助协调员与社会心理协调机制相衔接,在救援现场传播相关信息方面扮演积极角色。



### 范例:阿富汗,2002 年

- 一家国际非政府组织向 1 万名受战争影响的寡妇提供了食品援助。其中的一些寡妇患有抑郁症等严重的心理问题,因此无法作为家里面唯一的养家糊口的人发挥作用。
- 该非政府组织与另一家专门的心理咨询机构合作,将严重受影响的妇女转诊,并继续把这些妇女纳入食品援助计划中。
- 受影响人群代表参与食品分配的计划与监测之中,能够帮助对项目做出调整以促进当地居民的尊严和认同。

## 行动表 10.1

### 在以协调方式进行场地规划和住所提供时需要考虑的具体的社会因素(安全、有尊严的、文化上和社会上合适的援助)

领域:避难所和场地规划

阶段:最低应对措施阶段

#### 背景

紧急情况下,提供安全且足够的避难所可以挽救生命、降低发病率,并使人们避免产生过多压力而能够有尊严的生活。受紧急情况影响的人们参与关于避难所和场地规划的决策可以降低在许多营地或避难所地区所见到的人们的无助感,并增进人们的福祉(见行动表 5.1),并有助于保证所有家庭成员住进符合其文化习俗的避难所。妇女参与到紧急情况下临时住所的规划和设计中确保性别需要、隐私和保护得以关注至关重要。另外,流离失所的难民的参与也会促进其自立更生,培养社区精神,并鼓励设备和基础设施的地方性管理。

紧急情况下应当考虑多种不同的避难所和灾民棚选择。对包括自我安置的灾民棚在内的选址和设计规划的决定都将对保护和人道主义援助的提供产生长期影响。虽然灾民棚或集体安置点经常是唯一选择,在一些情形中,流离失所的难民也可能被安置到提供住所和社会支持的当地家庭里。在寄住家庭提供的服务得到了增强的情况下,这是一个有用的选择。

场地和避难所的组织会对人们的福祉产生重大影响,而这种影响通常会被灾民棚和其他地方常见的过度拥挤和缺少隐私而削弱。当人们与他们的家庭/社区相分离,或者被迫与素不相识、操不同语言或者让人心生恐惧和疑虑的人一起生活,就会引发精神卫生和社会心理问题。面临同样风险的是老人、单身妇女、残疾人和儿童当家的家庭,因为这些人没有能力修建、租赁或保护其住所。难民之间或者难民与接待社区之间因为争夺空间或水等资源而发生的冲突也经常是一个大问题,规划场地时必须将这些潜在风险降到最低限度。

《环球手册》概述了紧急情况中有关避难所和居留地的重要指导和总体标准。下文列出的主要行动,对实现这些标准相关的社会因素给出了指导。

## 主要行动

### 1. 运用参与式方式,鼓励妇女和处于风险中的人群参与到评估、规划和执行中。

- 与最大范围的受影响人群,包括那些面临特殊风险的人(见第一章)一起开展参与式评估(见行动表 2.1)。
- 初期评估应关注于核心问题,例如文化习俗上对住所的要求;在哪里烹饪,室内烹饪的通风问题;隐私问题和与邻居住所的距离;行动不便人群上厕所的问题;如果在室内开展创收活动采光的问题等。
- 为社区的每个人找到解决住所问题的最佳方案以减少居民的潜在压力和忧虑。
- 组织力量对没有能力自建住所的人提供帮助。

### 2. 挑选安全的场所并确保与常住居民的冲突降至最低限度。

- 咨询当地政府和相邻社区,保证所选土地尚未被所在社区用于放牧或种植庄稼,并了解其他土地使用问题。
- 确保住地的选择和确定过程中进行环境调查。这个调查应分析该区域的自然资源基础并且为适当的环境管理提供指导。忽视这样的调查和分析,可能会导致环境恶化,以及由于缺乏用来食用、饮用和烹饪的自然资源而产生的压力。调查还有助于分析常住居民在获取这些资源方面是否存在危险。
- 尤其需要向妇女咨询有关隐私和安全事宜,包括是否能够安全和适宜的获取做饭和取暖的当地资源(如木柴),以及厕所的位置(见《机构间常设委员会人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》以获指导)。如果必须提供集中式烹饪设施,应选择距离住所较近的地方。
- 挑选和规划能够适宜和安全的获取公共服务的住所(如医疗设施、食品发

放点、取水点、市场、学校、礼拜堂、社区中心、燃料来源、娱乐区和固体废物处理地)。

### 3. 在场所设计和实施中纳入公共安全空间。

开发提供心理安慰,并能开展社会、文化、宗教和教育活动(见行动表 5.1 和 3.2)和传播信息(见行动表 8.1)的公共安全空间。这些安全空间应该包括供儿童相聚和一起玩耍的儿童友好中心(见行动表 5.4 和 7.1)。

### 4. 开发和使用有效的文档记录和登记系统。

所有相关行动者应当同意使用共同的登记和个人文档记录系统,以协助场所规划人员设计布局和住所,同时保护资料的机密性。这个文档记录系统应当提供按年龄和性别分类的资料。

### 5. 以非歧视的方式分配住所和土地。

- 了解受影响人群的多样性(年龄群、性别、民族等),以适宜的方式满足各群体的需求。
- 保证分配给所有家庭和住户的住所和土地都以非歧视方式进行,而没有基于种族、性别、语言、宗教、政治或其他偏见、民族或社会出身、财产、出生或其他情况而产生的歧视。

### 6. 最大限度的保障隐私,以及活动和提供社会支持的便利。

- 尽量提供适合全家居住的避难所,以最大限度的保障隐私,并提高可见度和活动的方便。在大型的集中安置避难所,需要通过分隔空间来提高隐私和降低噪声。
- 确保人们可以在集中避难所内或家庭住所周边轻松活动,而不会侵犯他人隐私或形成干扰。
- 在可能情况下尽量避免将希望与其家庭、村庄、宗教或民族团体住在一起

的人分离出来。

- 让重聚家庭住在一起。
- 协助为孤立和脆弱的精神障碍患者或残疾人士提供避难所。

#### 7. 在避难所和场所安排上把握灵活性和保护之间的平衡。

- 认识到在某些情况中难民营是必要的选择；但是，异地安置者经常更愿意和其接待家庭住在临时住所里，或者有时他们可能会选择旅馆、学校或其他可用的公共建筑。
- 让人们尽可能自主选择其住所安排、邻居和生活区域。这有助于人们按照他们自己的目标、文化和价值观来生活，并获得对生活的控制感和生存机会，而所有这些都将对人们的社会心理健康提供支持。
- 如果有更为安全的选择，则提醒人们避免住在不安全的地方。

#### 8. 避免异地安置的难民产生依赖，促进可持续性的解决方案。

- 只有在绝对必要时才建立大规模或半永久性难民营，并保证在可能的情况下，难民营的位置在确保安全和与难民原居住地的距离间达到适当的平衡。
- 使用居民熟悉且在当地即可获取的建筑材料以便他们自己可以维修，并避免对外部援助的依赖，因为这能够避免产生压力。
- 鼓励异地安置的难民早日重返家园并得以重新安置，因为这是一个可持续性的解决方案，并对希望重返家园并能够这样做的家庭提供支持。
- 确保服务不仅在难民营得以提供，在返回地区同样能够提供服务。
- 注意保证社会支持网络的完整。

### 主要资源

1. 人道主义行动中问责制和绩效的积极学习网络(2003年)。“参与式生境和住所方案”。《人道主义行动中受危机影响人群的参与：实践者手册》，第 295–314 页。

[http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs\\_handbook/gs\\_handbook.pdf](http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/gs_handbook/gs_handbook.pdf)

2. 机构间常设委员会(2005年),《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》。行动表 7.1、7.2 和 7.3:定居点和住所,第 53–60 页。日内瓦:机构间常设委员会。  
[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff\\_gender/gbv.asp](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff_gender/gbv.asp)
  3. 环球项目(2004年),《人道主义宪章和灾难应对中的最低标准》,住所、定居点和非食品项目中的最低标准,第 203–249 页。日内瓦:环球项目。  
<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
  4. 联合国人类住区中心(2003年)。《将性别观点纳入联合国人类住区中心实地方案主流的工具包》。  
[http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1267\\_94527\\_Iraq\\_Gender.pdf](http://www.unhabitat.org/downloads/docs/1267_94527_Iraq_Gender.pdf)
  5. 《难民署关于紧急情况的手册》(2000年)。第 1 章。  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=3bb2fa26b>
  6. 《难民署环境指南》(2005年)。www.unhcr.org/environment
  7. 《难民署关于参与式评估行动的工具》(2006年)。  
<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.html?tbl=PUBL&id=450e963f2>
  8. 难民妇女和儿童问题妇女委员会(2006年)。《木柴之外:燃料替代品和针对失所妇女和女童的保护策略》。<http://www.womenscommission.org/pdf/fuel.pdf>
- 

## 过程指标范例

- 当地人,尤其是妇女参与住所的设计和布局,并参与选择建筑材料。
- 无力自建住所的人获得修建房屋的支持。
- 住所修建的方式要充分保障隐私,并尽量减少过度拥挤。

### 范例:利比里亚,2004 年和东帝汶,2006 年

- 在东帝汶(2006 年),利比里亚(2004 年)和其他一些紧急情况下,通过在公共区域周边将 10-20 个家庭避难所分组呈 U 型排列,从而提高了异地安置人群的隐私。
- 为了增进隐私,避难所互相呈对角设计。没有一个避难所的前门正对另一住所的前门,并且没有一个避难所挡住了另一避难所的直接视线。每个避难所均朝向一个公共区域。这个公共区域设有烹调 and 娱乐区域,还保留了树木以乘凉和保护环境和净化社区。
- 每个避难所均有一片私人的后院用于储存、洗涤、种菜、做饭等。取水点和厕所靠近避难所,并保证从公共区域可以看到,这样可以预防性别为基础的暴力。

## 行动表 11.1

在水和卫生的提供中需要考虑的具体的社会因素(所有人都能够以安全和符合文化习惯的方式有尊严地获取)

领域:水和卫生设备

阶段:最低应对措施阶段

### 背景

在紧急情况下,提供清洁饮用水以及安全、符合当地文化习惯的卫生设施至关重要,这不仅是为了生存,也是为了维护尊严。人道主义援助的方式会对受影响人群产生重大影响。当地人的参与有助于培养社区凝聚力,并能够让人们重获控制感。

水和卫生设施提供方式的不同对人的精神卫生和社会心理健康有着改善或者损害的不同效果。在某些紧急情况下,光照不足和不能上锁的厕所成为了性别为基础的暴力例如强奸的发生地;而在其他某些紧急情况中,对水源的争夺成为压力的主要原因之一。与供水和卫生相关的部分压力有其文化根源。例如,在阿富汗,女童和妇女报告说没有独立的女厕所是导致她们焦虑的主要原因,因为身体任何部位的暴露都会受到惩罚,并使其家庭蒙羞。

《环球手册》概述了发生紧急情况时,提供供水和卫生的总体标准。下文列出的主要行动为实现这些标准需要考虑的社会因素提供了指导。

### 主要行动

#### 1. 在供水、卫生和卫生宣传的评估中纳入社会和文化视角。

在许多国家,严格的文化规范和禁忌影响厕所的使用和粪便的处理。无视文化规范会导致所修的厕所或取水点永远得不到利用。在某些情况中,取水点或厕所未被利用归因于它们可能曾被用来处理尸体。对社会和文化规范的关注,将有助于最大程度地降低因为适应陌生环境和日常生活方式的改变而引发的压力。因此,评估小组不仅应当具备必需的供水和卫生专业技术,还应当熟悉紧急情况应对中的社会心理问题。

#### 2. 在评估、规划和执行中保证社区参与,尤其是妇女和其他面临风险的人的参与。



- 让受影响人群尤其是妇女、残疾人和老人参与到有关厕所选址和设计的决策中,并且在可能的情况下,参与到关于取水点和洗澡设施的选址和设计决策中。由于这些设施的提供有速度的要求,上述建议有可能只能部分实现,但是向社区咨询应当成为一项规范而非特例。
- 成立供水和卫生监管机构。一个行之有效的方式是推动建立由社区推选出的当地人组成的吸纳了所有受影响人群代表的,并且性别比例平衡的供水委员会。
- 鼓励供水委员会(a)以恢复受影响人群尊严的方式提供水和卫生设备;(b)降低对援助机构的依赖程度;以及(c)创造对项目的归属感,这将有助于对设备的合理使用和维护。仔细评估在当地背景下对供水委员会的激励措施和用户收费,记住二者均有潜在的优点和缺点。

### 3. 促进所有供水和卫生活动的安全和受到保护。

- 确保有足够的取水点靠近所有住所,并且所有住户包括弱势群体,如行动受限者都能够取水。
- 尽量减少取水的等待时间而不与人们的主要活动,如儿童上学相冲突。
- 确保所有厕所和洗澡场所的安全以及在可能的情况下确保光照充足。提供男女保安、手电筒或照明灯都是促进安全的简单易行的方式。
- 确保所有厕所和洗澡场所都是私密和符合当地文化习惯的,所有的井都有井盖而不会对儿童构成危险。

### 4. 采用建设性的方式预防和管理冲突。

- 在有大量流离失所者涌入的时候,采取措施避免减少对接待社区的水的供应以及随之而来的资源紧张。
- 要求供水委员会或其他社区团体制定预防和管理冲突体系,例如家庭轮流取水时间,从而预防发生在取水点的冲突。
- 通过鼓励冲突方合作修建一个共有水井的方式,尽力减少临近居住的异地

安置群体之间或者异地安置者与永久居民间的冲突。

## 5. 促进个人和社区卫生。

- 帮助妇女获取月经布或其他物品(缺乏这类物品会带来极大压力)以及用来晾晒这些物品的合适地方。向妇女咨询有关修建专门清洗月经布场所的需要,并对其设计提供技术援助。如果现有供水设施不能支持清洗,则应提供替代卫生物品(见《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》行动表 7.4 以获指导)。
- 鼓励社区开展卫生运动,并宣传基础卫生知识。
- 根据妇女、男人和儿童包括残疾人和老人的建议分发肥皂和其他卫生用品。
- 发动开展有趣和互动的有关供水和卫生的儿童集体活动,如在饭前集体洗手。这些活动可以在仍在运作的学校或儿童友好中心开展。

## 6. 促进社区对供水和卫生设施的监管,并提供反馈意见。

- 促进社区能够监测和跟踪设施的安全性,并能够对社区关注的问题进行识别和做出应对。确保利益相关者向供水委员会或其他相关负责机构报告问题或关注事宜的反馈机制的存在。这个机制还可以用来与受影响人群对他们期待何种设施和服务进行沟通。
- 监测地点和设施是清洁且维护良好的,因为拥有清洁的设施有助于维护利益相关者的尊严。
- 向包括儿童和面临风险的人在内的受影响人群(见第一章)询问他们对供水和卫生设施可及其质量的看法,以及他们关心的问题和建议。

## 主要资源

1. 人道主义行动中问责制和绩效的积极学习网络(2003年)。“参与和供水/卫生方案”。《人道主义行动中受危机影响人群的参与:实践者手册》,第 275–294 页。

<http://www.odi.org.uk/ALNAP/publications/protection/gshandbook/gshandbook.pdf> 这些地方使妇

女能够在安全的环境中面对面地交谈,充分考虑到了文化规范。

2. 机构间常设委员会(2005年)。《人道主义状况下基于性别的暴力干预措施指南》。行。妇女表示这在很大程度上减少了由于居住在失所人群营地而产生的压力和焦虑。动表 7.4: 向妇女和女童提供卫生物品,第 61 页。日内瓦:机构间常设委员会。

[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff\\_gender/gbv.asp](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/ff_gender/gbv.asp)

3. Jones H. 和 Reed B. (2005 年)。《使残疾人和其他弱势群体获取水和卫生设备》。  
<http://wedc.lboro.ac.uk/publications/details.php?book=1%2084380%20079%209>
4. 环球项目(2004年)。《人道主义宪章和灾难应对中的最低标准》,供水、个人卫生和环境促进中的最低标准,第 51-102 页。日内瓦:环球项目。<http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm>
5. 难民署(2000年)《关于紧急情况的手册》。<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/3bb2fa26b.pdf>
6. 威斯康星大学,《紧急情况安置项目》(1996年)。议题 14-环境卫生:供水、环境卫生、个人卫生和载体管理。<http://dmc.engr.wisc.edu/es96/Environhealth.html>

---

## 过程指标范例

- 在月度焦点小组讨论中,超过 2/3 的妇女对所提供的卫生设备的安全性和隐私程度表示满意。
- 成立了吸纳男性和女性成员的供水委员会,并定期召开会议。
- 在本地社区和异地安置社区之间,未有发生冲突的报告。

---

### 范例:巴基斯坦,2005 年

- 2005 年在对西北边界省的地震救援期间,一家国际非政府组织为妇女建造了有特别遮蔽的场所,在那里,她们可以去厕所、洗澡和给孩子洗澡、洗衣服和洗月经布,而不会被外人看到。
- 这些场所考虑了当地的文化习俗,而使女性能够在安全的环境下见面和交谈。
- 妇女们说这极大地降低了她们生活在异地安置营中的压力和焦虑。