

H.E.L.P.

人道援助管理领域的公共卫生课程

皮埃尔·佩兰 博士



ICRC

H.E.L.P.

人道援助管理领域的 公共卫生课程



ICRC

红十字国际委员会东亚地区代表处

北京市建国门外大街9号齐家园外交公寓3-2

邮编: 100600

电话: +86 10 8532 3290 传真: +86 10 6532 0633

电子邮件: beijing.bej@icrc.org 网址: www.icrc.org

2009年9月

H.E.L.P.: 紧急状况下的公共卫生

ISBN 2-88145-116-0

© International Committee of the Red Cross
Geneva, 2001

目 录

序言	V
导论	VII
第1单元： 计划	1
第2单元： 食物与营养	47
第3单元： 环境	131
第4单元： 传染病	217
第5单元： 内外科治疗	283
第6单元： 卫生保健体系	345
第7单元： 流行病学	359
第8单元： 从应急到发展	435
第9单元： 保护武装冲突受害者	459
第10单元： 总结与结论	513
第11单元： 甲国/乙国	603
第12单元： 课程的组织	759
参考文献	775

序言

红十字国际委员会(ICRC)于1986年创设了“紧急情况下的公共卫生(HELP)”课程。在那时,开设课程的目的是为了向医疗保健专业人士传授为武装冲突局势受害者——特别是人数众多时——提供有效援助所需的技能。而现在这一目标比以往更具现实意义了。人道干涉变得更加复杂,而实施人道干涉的制约因素也越来越难以克服。因此对人道工作者的培训仍然是重中之重。

当然,在武装冲突局势下,援助是人道干涉的重要方面。然而,关键问题是,援助应与保护受害者以及使他们能够重新自给自足联系在一起。HELP课程通过建立这些联系,让学员得以了解涉及受害者所有需求的人道战略,同时最大限度地维护他们的尊严。

ICRC从一开始就向所有在人道危机中提供援助之机构——特别是红十字会和红新月会——的专业人员开设HELP课程。因此,ICRC的目的并不仅仅是设法分享其经验,更是为了解相同行动原则的各机构间能在这一领域开展有效合作奠定基础。

鉴于高校表现出了对于人道问题的浓厚兴趣,ICRC力求在学术界——特别是公共卫生学校——推广HELP课程。目前,大约有10所院校在该课程的行政和教学领域与ICRC直接开展合作。其中几所高校已经将该课程的内容纳入了他们现有的课程设置。HELP课程即以这种方式在教育层面帮助有关人道援助的教学实现规范化。

该手册详细讲述了HELP课程的所有目标。一个由卫生保健专家和学院行政人员组成的专家组还将定期对手册进行更新。

我为ICRC工作组在此方面的杰出工作感到自豪,我希望HELP课程能继续反映受害者的需求,从而继续对适当培训卫生保健人员做出贡献。

雅各布·克伦贝格尔
红十字国际委员会主席
瑞士日内瓦

导 论

导 论

在红十字国际委员会、日内瓦大学和世界卫生组织的联合倡议下，为期三周的第一期“紧急情况下的公共卫生(HELP)”课程于1986年在日内瓦举行。课程的目的是向参加大规模援助行动的人提供一些有关公共卫生的知识技能，让他们能够规划连贯、适当的救济行动。本课程更多是强调决策过程，而非实际的技术层面。

自1986年，就已确定了课程的三个战略定位。第一是下放开课权，在拉丁美洲、亚洲、东欧和非洲开展救济行动附近的地区举办课程。第二是采用一种系统政策，即首先设法与可开设该课程国家的公共卫生学校合作，让这些学校最终有能力接手HELP课程的组织工作，并将课程内容融入到标准的课程设置中，这一政策还有助于增强学术界整体上对人道问题的敏感度。第三个战略是针对在人道行动领域有丰富经验，但在卫生领域没有经过专业培训的人开设课程。这一措施使以下两个方面成为可能，即：拓宽有关人道援助的论述；以及向“非专业人士”提供为更好地理解卫生行动所需的知识，从而有助于在这一领域构建更加完整的跨学科方法。

因为红十字国际委员会是本课程的主要协调人，所以武装冲突局势中受害者的需求是关注的重点。不过，本课程讲授的知识技能也可适用于其他紧急情况。课程内容分为以下几个单元：

- 一般管理原则
- 食物与营养
- 水与环境卫生
- 传染病防控
- 战伤受害者的管理
- 卫生保健机构的组织
- 紧急情况下流行病学的适用
- 紧急事件与发展的联系
- 国际人道法在卫生领域的作用
- 小结与结论

一般管理原则：

紧急情况的多样性和复杂性要求找到一种解决卫生问题的合理方式。在这一过程中，一般管理原则将适用于以下方面：

- 识别卫生问题
- 明确武装冲突局势下的制约因素
- 确定优先顺序
- 确定目标和战略
- 采取实现目标所需的措施
- 从成本效益和对目标人口健康状况的影响两方面评估结果

食物与营养

在紧急情况下，这一领域通常会呈现重大问题。对食物体系进行整体评估势在必行。

需求与制约因素的评估、设计周详的项目、项目的实施及适当的监督系统等因素对于任何重新获得食物资源的战略而言，都是必不可少的。

课程强调以下几点：

- 评估食物需求、数据收集、人体测量学及识别弱势群体。
- 组织方法及食物项目的实施和监督。
- 食品分配的组织 and 营养康复中心的管理。

水与环境卫生：

环境管理在紧急情况下绝对是当务之急，紧急情况下卫生条件不稳定，特别是在过度拥挤的情况下，导致风险增加。

课程包括：

- 评估环境问题（水、住所、能源等）的方法

- 重新获得洁净水的技巧
- 向受害者提供符合要求住房的措施
- 传染病带菌者的控制

课程强调环境卫生措施影响健康的方式。

传染病防控：

在紧急情况下，特别是当卫生条件不稳定，居民住在一起、拥挤不堪时，控制传染性疾病是一个重要的问题。

课程包括以下几方面内容：

- 控制重大传染性疾病（腹泻类疾病、霍乱、肺结核、麻疹、肠内寄生虫等）的战略
- 在因灾难局势而条件有限的情况下，如有可能的话，开展包括环境卫生、健康教育、社会参与及预防性和治疗性医疗处理在内的项目。

战伤受害者的管理：

战伤的护理包括以下几个阶段：急救措施、入院前护理、后送、外科治疗和康复。

本单元将探讨：

- 每个阶段的重要性，指出高质量急救对降低战伤病人死亡率的影响
- 战伤外科的一般原则
- 与武器控制问题的联系

卫生保健机构的组织：

灾难常常会对医疗救助提出非常高的要求，完全超出现有设施的能力。HELP课程涉及紧急情况下医疗机构的一般组织工作，探讨了不同的行动类型。

- 组建新的医疗机构（医院、诊所、流动医疗队等）
- 疗程的标准化及选择对症的关键药物

重点在于紧急情况下的初级卫生保健作用。

紧急情况下流行病学的适用：

流行病学在紧急情况下尤其重要，最初会在识别健康问题和分析可能的解决方案方面发挥重要作用。在人道行动期间，流行病学监控还使得根据需要修改原始战略成为可能。

课程将学习以下这些基本的流行病学工具：

- 选择健康指标
- 取样技巧
- 数据采集方法
- 数据分析

将专门安排一段时间学习EPIINFO程序，以便对采集的数据进行电脑化管理。

紧急事件与发展的联系：

紧急情况必须从发展的全方位视角进行分析，鉴于此，课程设法：

- 找到人类、社会、经济和生态的薄弱点
- 实施旨在防止新的灾难，或者至少限制其负面影响的措施

国际人道法在卫生领域的作用：

在武装冲突局势下必须保护人们。

课程将讨论以下几点：

- 国际人道法的基本原则：《日内瓦公约》及其《附加议定书》

- 识别处于危险中的群体：流离失所者、人质、在敌对环境下被孤立的种族和宗教少数团体
- 让国家或当地政府负责保护受害者获得基本服务
- 保护住在特别危险地区的居民
- 把某些区域或建筑物设为中立区，以便在相对安全的条件下为受害者提供援助
- 卫生保健人员的权利和义务

小结与结论

最后一个单元涉及人道救济的普遍问题，例如：

- 援助对冲突演化的影响
- 卫生保健人员的作用，特别是在武器及其对健康的影响方面
- 评估人道援助的影响
- 各种人道机构之间的协作及它们与政治机构之间的关系

本单元将帮助学员在包括政治环境的全球背景下确定人道援助的方向。

课程中包括的材料取自红十字国际委员会1996年出版的《战争与公共卫生》，教学方法以解决问题为基础。鉴于此目的，课程计划者开发了一种模拟练习，呈现了居民在武装冲突局势下可能面临的大部分健康问题。学员可以学到有关正确分析问题，提出适合实际情况解决方案所需的知识。每个单元相应分为三类教学目标，每个目标包括：

- 概述
- 确定目标所属的类别，也就是：
 - “框架”——界定单元的框架和范围；
 - “知识技能”——向学员提供在前面界定的框架内开展工作所必需的知识；
 - “实践”——给学员寓学于用的机会；

- 向学员阐释教学目标
- 该目标使用的教学方法
- 预计学习时间
- 用于小结的参考图表
- 与后面目标的联系

每一单元结束时，授课者都会根据自己的经验描述真实情况，再与学员一起进行分析。

学员可以使用一些参考著作，帮助解决问题，如果可能的话，与互联网上的数据库建立链接。

课程材料的主体构成了一系列互相关联的教育目标。本手册可以帮助学员了解选择教育目标及其顺序的内在逻辑。

学完每个单元后，学员都应采用以下几个标准来评估课程：提供的材料在多大程度上符合他们的预期；使用的教学媒介质量如何；以及授课者的积极性和可信度如何。课程结束时还要对单元的选择、顺序安排以及给出的相对侧重点进行另外一项更加全面的评估。

学员的成绩可以用以下几种方式进行评估：

- 用选择题来检验他们学过的东西。
- 评估他们在特定情况下做出正确决定的能力，要求他们就模拟练习撰写小结报告，分析问题，提出解决方案。
- 根据他们参与讨论的情况及在各自小组作为团队一分子的能力评估他们的表现。

本手册旨在帮助HELP课程的授课者理解课程的基本原理、教学目标和教学方法。我们希望这一课程能有助于他们了解组成救济行动因素的复杂构成，并同时加入他们的见解。该课程还为负责定期调整课程目标，以反映紧急情况下公共卫生新发展的的工作小组提供了讨论的基础。

计划

目标一览表

- 概述整个课程期间适用的计划流程
- 描述初始评估的基本原则
- 确立设定优先顺序的方法
- 将总目标分解成各个具体目标
- 确立划分具体任务责任的方法，从而准确确定必须调动的资源
- 界定策略的概念，这对指导行动至关重要
- 界定评估和监控的概念

计划流程概述

1. 概述

尽管在紧急情况下，尤其是在武装冲突期间，许多因素都无法控制，但每次救济行动都应尽可能严格地按计划执行。这样才能为所采取的行动提供一个合理的框架。

计划的顺序如下：

- 界定存在的问题；
- 确定优先顺序；
- 决定目标；
- 研发策略；
- 调配资源；
- 监督和评估结果。

这些阶段也可以归纳为三个步骤：

- 初始评估，在此阶段选择应优先解决的问题；
- 项目设计，包括确定目标、研发策略和调配资源；
- 结果评估。

我们并不认为本课程中提出的计划流程比其它的更严密，但其优点是简洁明了并且很适于解决卫生问题。

2. 类别

框架：概述适用于整个课程的计划流程。

3. 教学目标

用词语、句子或图表来描述“计划”一词对你意味着什么。

4. 教学方法

给各组布置题目，后者在集体讨论时做出回答。

5. 教学时间

总时间：30分钟

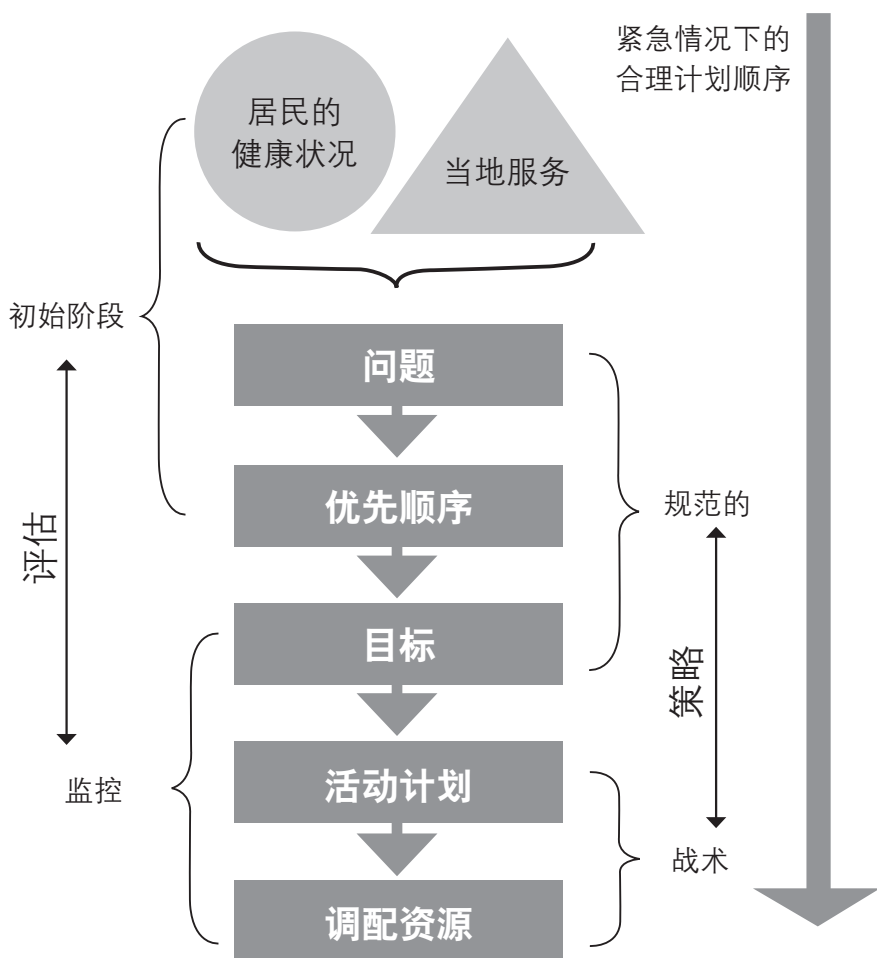
- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：计划流程概要，以线性形式表现计划的顺序，帮助学员理解各个步骤间的逻辑发展关系
- 图表二：计划概要：对项目进行循环演示，强调评估和监督阶段与项目各目标之间的联系
- 图表三：计划概要：简化版

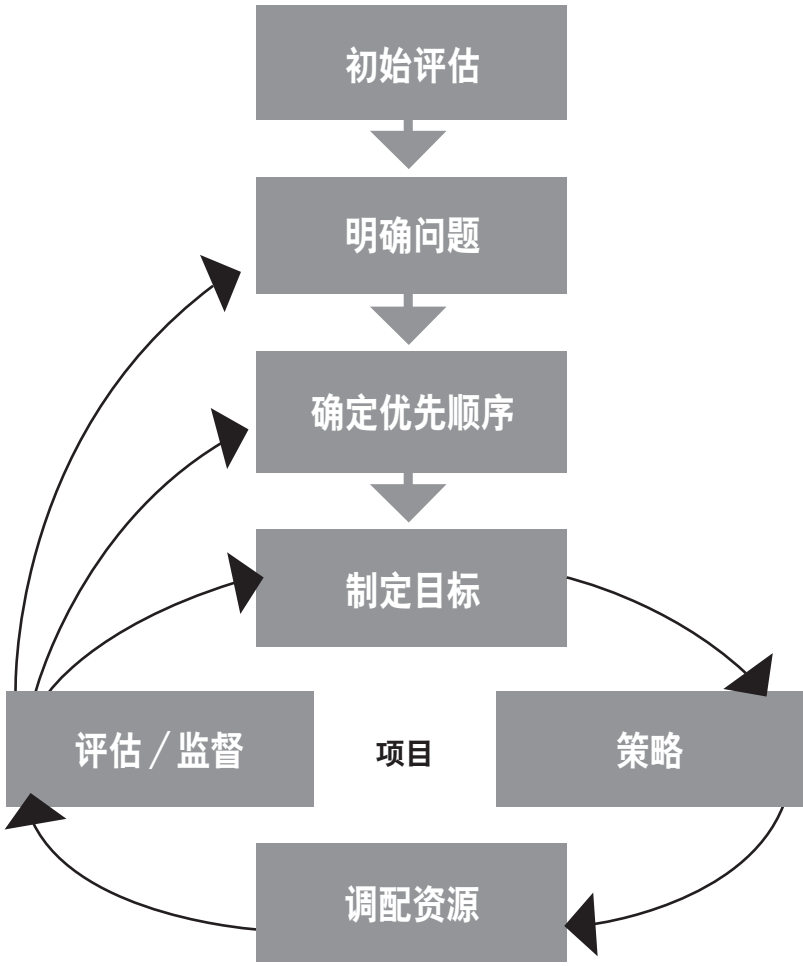
图表一

计划流程概要



图表二

计划概要



图表三

计划概要 简化版



初始评估的基本原则

1. 概述

紧急情况是指居民的基本需求，尤其是健康和安全领域的基本需求，与为满足这些需求可以获得的服务之间出现不平衡所造成的结果。

传统上将初始评估描述为相关情况的“快照”，而这一“快照”包括以下三方面内容：

- 评估居民需求与在这一方面可以获得的服务之间目前存在的不平衡状况；
- 调查引起冲突的直接原因（冲突、居民流离失所）和根本原因（社会不平等、种族关系紧张、领土要求）。
- 寻找关于冲突潜在发展的信息（程度、持续时间、长期政治影响）。

这一方法很重要，因为这三个方面对于提出问题，特别是做出正确的决定必不可少。如果我们不知道这种状态会持续多久，又怎能计划救济行动？如果我们不了解导致需要与服务之间出现不平衡的机制，又怎能做出正确的决定？

初始评估的另外一个重要部分就是找到有可能阻碍干预的制约因素。必须界定和分析（影响接触受害者的）后勤和（特别是）政治制约因素。

与基于标准化清单将初始评估限制在收集数据（主要是定量数据）方面的传统方法不同，这里所倡导的方法为所收集到的数据提供了一个分析框架，在其中可以将需求与服务之间目前存在的不平衡状况同危机之前的平衡程度或者公认的参照条件进行比较。不过，如果这种比较是基于具体标准，那么必须考虑到当地的社会经济情况。

2. 类别

知识技能：描述初始评估的基本原则。

3. 教学目标

制定特定局势中的初始评估计划。

4. 教学方法

给各组分配任务，后者以德耳塔国练习题为例，在集体讨论时做出回答。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

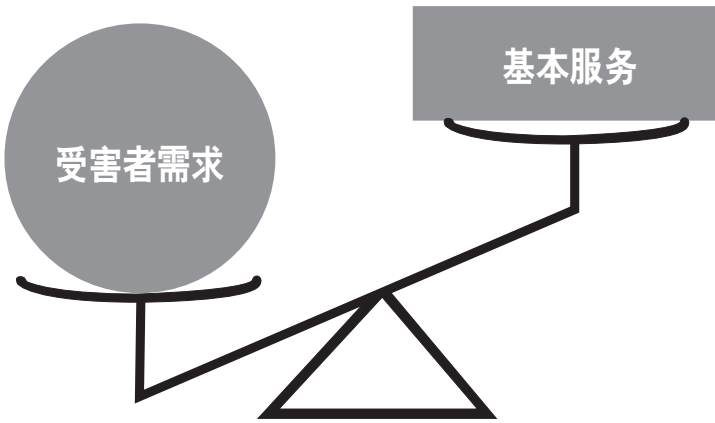
- 图表一：受害者需求与可获得服务之间的不平衡的概念
- 图表二：危机期间的不平衡：界定初始评估的主要组成部分，提出需求与服务之间的不平衡导致问题出现的观点。它还显示了不同因素是如何对所识别出的问题产生影响的。这些问题可能发展的方式是初始评估的第四个组成部分
- 图表三：与需求和服务之间的不平衡有关的卫生问题实例
- 图表四：不同部门对需求 / 服务不平衡的影响

与后面目标的联系

本目标旨在帮助学员理解卫生问题（营养不良、结核、战争伤害）与当地服务机构无力解决这些问题之间的不平衡关系的含义。下一步将确定优先顺序。

图表一

受害者需求与可获得服务之间 不平衡的概念



需求增加与以下问题有关：

- 人口增加
- 卫生条件导致发病率增加

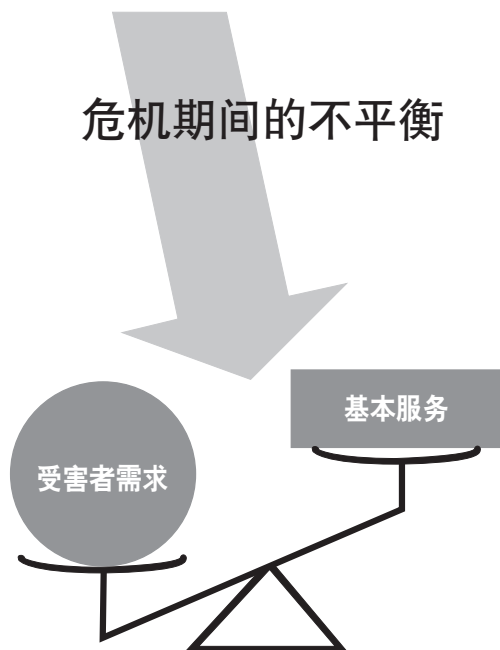
新的需求出现，如需要治疗战争伤害

服务的有效性降低：

- 财力不足
- 员工因为安全原因放弃设施
- 组织混乱

医疗设施遭到破坏

图表二



原因

直接原因易于识别：战争、干旱等。

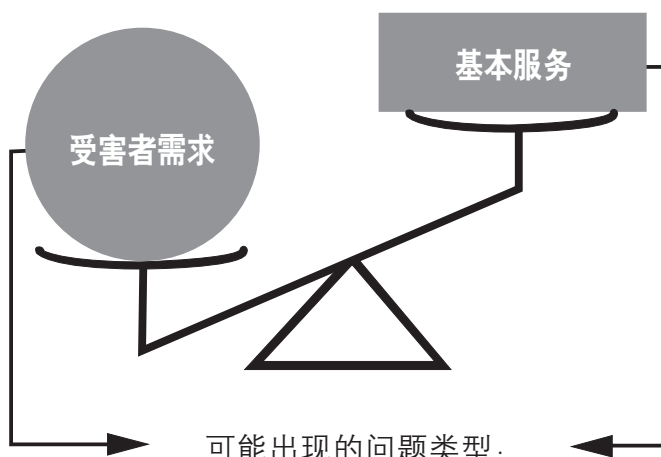
根本原因是发展不充分、种族关系紧张、歧视等。

演变

局势的演变取决于解决武装冲突的政治决心、根除危机根本原因的意愿、联合国调停的可能性及国际社会的反应等。

图表三

与需求和服务之间 不平衡有关的卫生问题实例

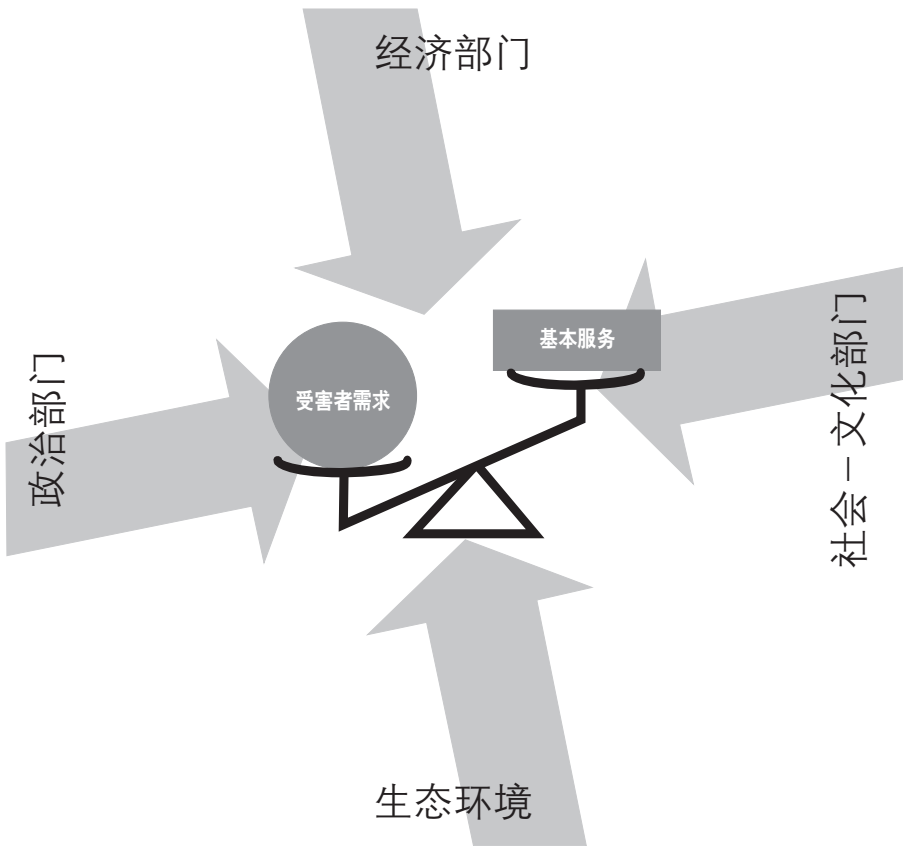


可能出现的问题类型:

- 伤者得不到治疗
- 伤者无法使用现有医疗设施
- 伤者得不到充分护理
- 居民无法获得洁净水

图表四

不同部门对需求 / 服务不平衡的影响



确定优先顺序

1. 概述

确定优先顺序可以分为两步：

- 第一步是基于下列因素，找到一种确定优先顺序的简单方法：
 - 所遇到的卫生问题的大小，用受影响人数、发病率、死亡率及对公众健康的影响来表示。
 - 干预的可行性，亦即确实存在适于解决所识别出的问题的技术方案，并且不存在可能妨碍该方案实施的制约因素。
- 第二步是检验将这种方法应用于武装冲突的可行性，因为在这种局势下很多因素都无法分析（例如，受影响人数或者那些妨碍实施起初似乎适当的技术方案的制约因素的潜在发展）。

尽管存在这些与武装冲突有关的制约因素，但这种方法在说明卫生问题的大小及其解决的可行性方面仍然具有优势。不过，也不是必须将因为客观制约因素而无法立即实施解决方案的卫生问题排除在外。如果技术性行动不可能，那么采取诸如同当局就接触受害者进行谈判等措施就成为当务之急。在其它情况下，可以将寻找替代技术方案作为目标。

2. 类别

知识技能：找到一种确定优先顺序的方法。

3. 教学目标

明确在确定卫生问题方面的优先顺序时应当考虑的标准。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：根据卫生问题的范围和严重程度界定问题的大小
- 图表二：武装冲突中可能对卫生问题解决方案的数量和有效性构成限制的潜在制约因素
- 图表三：确定优先顺序：将图表一所界定的卫生问题的大小与图表二中的潜在制约因素相权衡，从而确定采取行动的可行性

与后面目标的联系

下一个主题是确定目标。

图表一

根据卫生问题的范围和 严重程度界定问题的大小

(+++++ 非常重要 + 可以忽略)

卫生问题 (列举)	卫生问题的 范围 (受影响人数, 传染率)	卫生问题的 严重程度 (基于发病率和 死亡率)	总计 (卫生问题的 总体重要性)
麻疹			
结核			
疥疮			
其它			

图表二

武装冲突中的潜在制约因素

1. 政治制约因素

- 不安全
- 冲突各方的结构性瓦解
- 受害者的流动
- 假情报

2. 后勤制约因素

- 运输迟滞
- 行政手续
- 储存问题
- 交通问题

3. 技术制约因素

- 在紧急情况下通常的技术方案不可行
- 当地卫生服务状况恶化

图表三

确定优先顺序

根据三个标准分析优先顺序：

1. 图表一中所界定的卫生问题的大小
2. 制约因素
3. 考虑到紧急情况下的制约因素，有效的技术方案是否可行

问题类型	问题大小	制约因素	可能解决方案的技术可行性	总计	要采取的行动

界定目标和活动

1. 概述

第一步是区分“目标”和“目的”。目的是总体说明我们设法完成什么，例如“改善健康状况”。界定目标是构建行动计划的第一步，一般包括四个要素：

- 有关卫生问题的表述
- 确定目标群体
- 量化预期成果
- 取得这些成果的期限

如此精确地界定目标与武装冲突中的不确定因素是否相容，产生这样的怀疑合情合理。尽管陈述问题非常简单，但确定目标人群（由于人口的移动）和量化结果（使用什么参考基准？）却要困难得多。

尽管如此，每个卫生项目开始时都必须制定目标，即使其必须随着局势发展加以调整。如果无法确立目标，那么就要考虑设立一个卫生项目实际上是否现实。在这种情况下，明智的选择可能是重新考虑该卫生问题的优先地位及其解决的可行性——一个很可能一开始就被高估了因素。

目标可分为几个层面：

- 总体目标，界定行动的整体意图——例如，在三个月内将特定人群的营养不良率从20%降低至5%。本目标并未说明采取何种方式来取得预期成果。
- 中间目标，帮助界定将要采取的策略。例如，可以致力于影响腹泻性疾病的发病率、卫生教育或者获得食物的机会。
- 具体目标或操作目标，明确所采取行动的类型。这是最具体的层面，在这一层面，救济管理人员决定他们实际上将要做什么。例如，他们可以选择通过改善供水、修建厕所等行动减少腹泻性疾病的发生。

将一个目标分解为越来越详细和具体的要素，可以将重点引到诸如挖水井和建厕所等实际活动上来。可以将活动界定为集中人力、物力和财力的产物。这似乎很明显，可以直接根据总体目标来计划活动。不过，将总体目标分解为更为具体的要素这一智力练习有着如下几个优点：

- 有机会审查所有可能的干预手段；相反，如果一开始就确定某一类型的活动，计划者就可能冒险选择那些自己最熟悉、但不一定是在给定情况下最适当的干预手段。
- 挑选出来的所有活动都能够同卫生目标相联系，从而在通常都会跨越数个活动领域的卫生项目内部保持统一。
- 允许对起初用以挑选活动的方法在其后进行调整。这在人员变动剧烈的紧急情况下是一个重要因素。

总之，授课者必须强调将总体目标逐步分解为更简单、更具体的要素的好处，即使是在武装冲突中——在那种情况下，关于局势如何发展的不确定性可能会使得这一步骤完全成为理论练习，而没有任何实际效果。

2. 类别

知识技能：将总体目标分解为具体目标。

3. 教学目标

界定一个目标，并将总体目标分解为具体目标。

4. 教学方法

给各组分配任务，要求其以丁国练习题中的总体目标为例进行阐述。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：目标的特点
- 图表二：总体目标、中间目标和具体目标
- 图表三：具体目标的特点
- 图表四：将总体目标分解为具体目标和活动

与后面目标的联系

下一节讲述任务的概念。

图表一

目标的特点

目标应当包括：

1. 对卫生问题的陈述。
2. 对干预计划的目标人群的界定
3. 对干预的预期成果的陈述。
4. 估计达到预期成果所必需的时间。

图表二

总体目标、中间目标和具体目标

- 总体目标：
“改善健康状况”等。
- 中间目标：
“减少腹泻性疾病的发生”等。
- 具体目标：
“改善供水”等。

对具体目标的描述可以引导界定为实现这些目标所必须开展的具体活动。

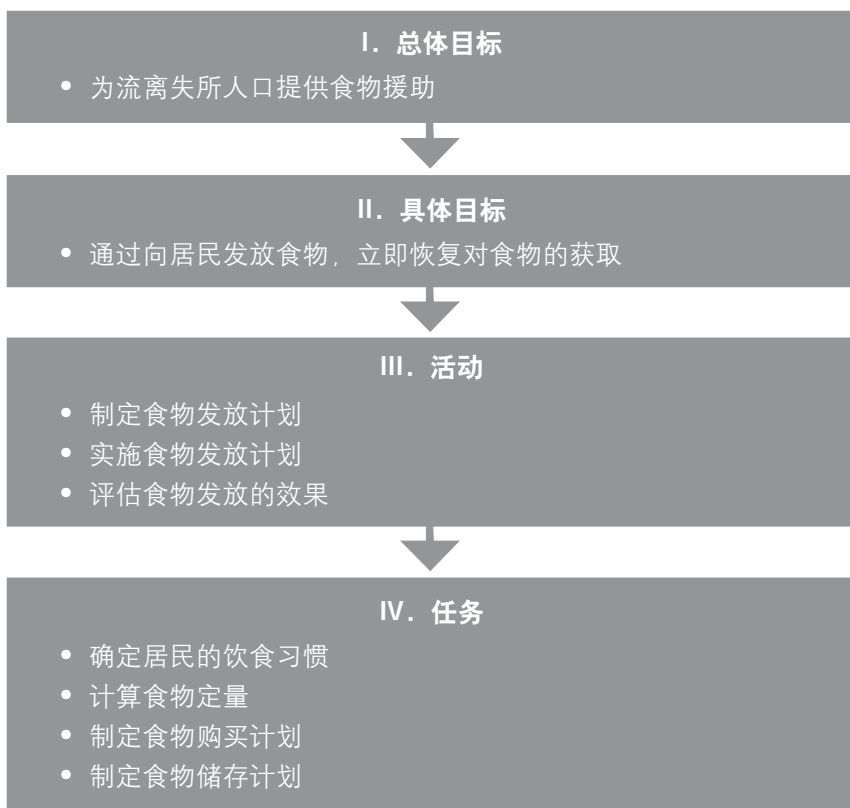
图表三

具体目标的特点

- S 具体、简单
- M 可衡量
- A 准确
- R 现实
- T 有时间限制
(在一定期限内实现)

图表四

将总体目标分解为具体目标和活动



界定任务

1. 概述

挑选出来实现健康目标的活动必须被进而分解为任务。例如，制定食物储存计划就将涉及诸如选择储存地点、测量将要使用的储存区域的容量、评估建筑结构等任务。

简而言之，界定任务就是具体说明必须做什么。

在紧急情况下，同在正常情况下一样，通常是根据经验将活动分解为任务。不过，对任务进行正式说明有几个优点。一方面，它可以防止在干预的不同层面重复相同的任务；另一方面，它迫使救济管理人员合乎逻辑地展开行动。例如，如果尚未确定食物发放频率，就无法挑选储存地点。界定任务还使得赋予某人执行某项具体任务的明确职责成为可能。

界定任务与调配资源之间的关系显而易见。在前一个例子中，救济管理人员确切地知道需要什么类型的储存空间。同样，一旦计算出了食物定量，那么必须调动什么种类的食物就很清楚了。

在上面这个例子中，如果为食物发放、营养康复计划和医院病人的食物计划分别计算出了具体的食物定量，那么管理人员就能确切地知道所需食物资源的种类和数量。

2. 类别

知识技能：为具体任务制定准确的职责分工计划，从而能够对所需资源进行精确计算。

3. 教学目标

将你所选择的活动分解为任务。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：将活动分解为任务
- 图表二：任务与所需资源之间的关系

与后面目标的联系

下一个目标涉及策略的概念。这一概念可以首先被应用于资源调动，然后被应用于活动和目标。

图表一

将活动分解为任务

活动

- 确定儿童人口的营养不良率。

任务

- 测量儿童
- 为儿童称重
- 同母亲交谈
- 其它任务

图表二

任务与所需资源之间的关系

任务

- 测量儿童

需要的资源

- 测量儿童的人员
- 测量器具
- 用于记录结果的笔记本和书写工具
- 其它

策略的概念

1. 概述

策略的概念可以应用于三个方面：

- 当应用于总体目标时，策略意味着根据在武装冲突中活动的机构的相对优先地位和职责，通过选择干预领域，确定行动的主要定位；
- 当应用于活动时，策略是指确定项目将要包括的活动及其开展顺序；
- 当应用于资源时，策略涉及选择有用的资源并决定其调动顺序。

在武装冲突中，确定策略是必不可少的步骤，因为不断变化的情况要求经常调整策略——主要不是在基本保持不变的总体定位这一层面，而是在选择活动和调配资源这一层面。因此，确定策略——以及确定随着干预进程而必须做出的调整——对于监控和理解干预的发展至关重要。在紧急局势的制约因素当中构建策略是一个复杂的任务，但它不应掩盖这一事实，即策略本身不是目的，而是实现目标的手段。

2. 类别

知识技能：使用策略这一概念，作为管理行动的一个基本要素。

3. 教学目标

在给定情况下制定策略。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

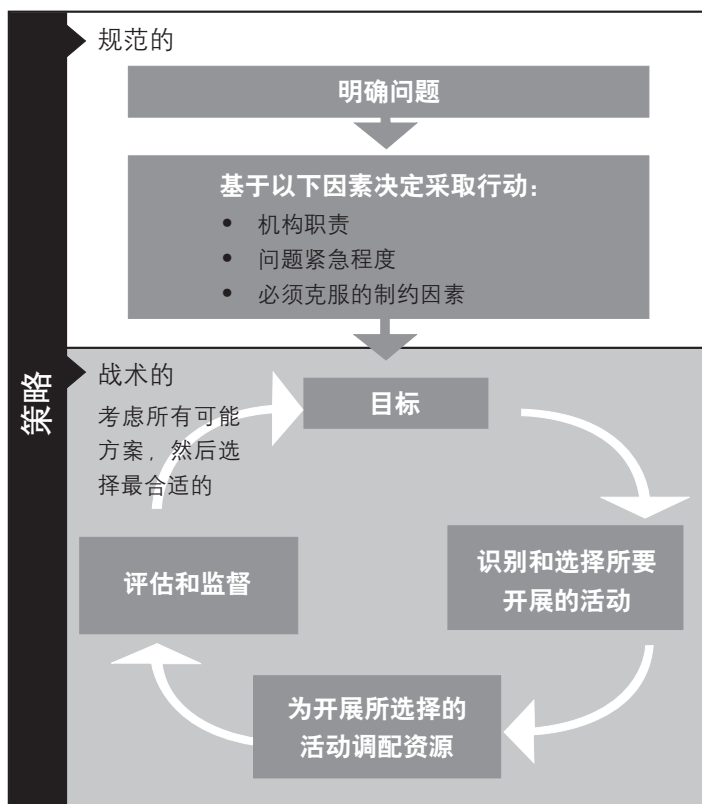
- 图表一：规范性策略和战术性策略

与后面目标的联系

对策略的发展加以监控具有重要意义，这一观点引入了评估和流行病学监测的概念。

图表一

规范性策略和战术性策略



评估和流行病学监测

1. 概述

紧急行动对受害者的影响未受评估，从这个意义上来讲，紧急行动被“低估”了。可以从两个方面分析评估的概念：

- 根据评估类型：
 - 一种评估方法是拍摄局势的连续“快照”，以便将其相互比较，并同初始评估所拍摄的首张“快照”进行比较。这将显示行动目标是否已经实现。
 - 第二种方法是通过定期采集指标的方式来系统性地监控局势。这种监测形式特别适于监控卫生问题的发展及救济项目的运行，例如定期监控营养不良率、住院人数和市场价格等。

这两种形式的评估互为补充。

- 根据计划周期。在这个周期的每一点上，必须询问下列问题：
- **调配资源：**
 - 从质量和数量上来讲资源是否适当？
 - 资源是否准时到达？
- **活动：**
 - 活动量如何——例如，医疗咨询的数量、外科措施的数量、食物配给的发放数量？
 - 活动与所确立的目标是否一致？
- **目标：**
 - 目标是否实现？
- **问题：**
 - 在初始评估时确定的卫生问题仍是当务之急吗？
 - 问题的性质是否已经改变？

要回答这些问题，不仅要建立流行病学系统来采集数据，还必须从一开始就对问题、优先顺序、目标和策略加以界定，从而为判断所取得的成果提供依据。

关于评估与计划之间的本质联系，还应当再提及三点。在合理的计划框架中这种联系是非常清楚的。

- 监控指标和界定目标之间有所关联。对目标的界定表明存在有待解决的卫生问题，而这些问题则是明确那些将会反映项目影响的指标的基础。具体目标常常会包括诸如营养不良率和腹泻性疾病发生率等概念，而这些概念实际上就是可以用于监测系统的指标。
- 评估必须同决策进程结合起来。评估的最终目的是为决策提供基础。
 - 应当修改计划吗？
 - 应当终止活动或计划吗？
 - 应当修改策略吗？
- 监控和评估系统必须与干预项目同时进行规划：
 - 如果已经制定了食物发放计划，那么该如何衡量其效果？
 - 如果要实施免疫计划，那么该如何衡量其效果和覆盖范围？

最后，授课者必须强调，如今来自捐赠者的压力日益体现在其希望看到人道行动对受害者所产生的影响，而不仅仅体现在财务方面。

经常有观点认为，建立监控系统会转移本可以更好地用于其它活动的人力资源。授课者必须强调，如果某个行动不合标准或者是一个糟糕策略的一部分，并且无法分析这一局势，那么受害者就会受苦。绝不能认为监控系统浪费了资源。

2. 类别

知识技能：界定评估和监控的概念。

3. 教学目标

描述紧急情况下评估和流行病学监测的概念，为支持在人道行动一开始就建立监控系统提供论据。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：50分钟

- 20分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：评估和监控的定义
- 图表二：流行病学项目
- 图表三：监控和评估的作用
- 图表四：评估与计划周期
- 图表五：逻辑框架

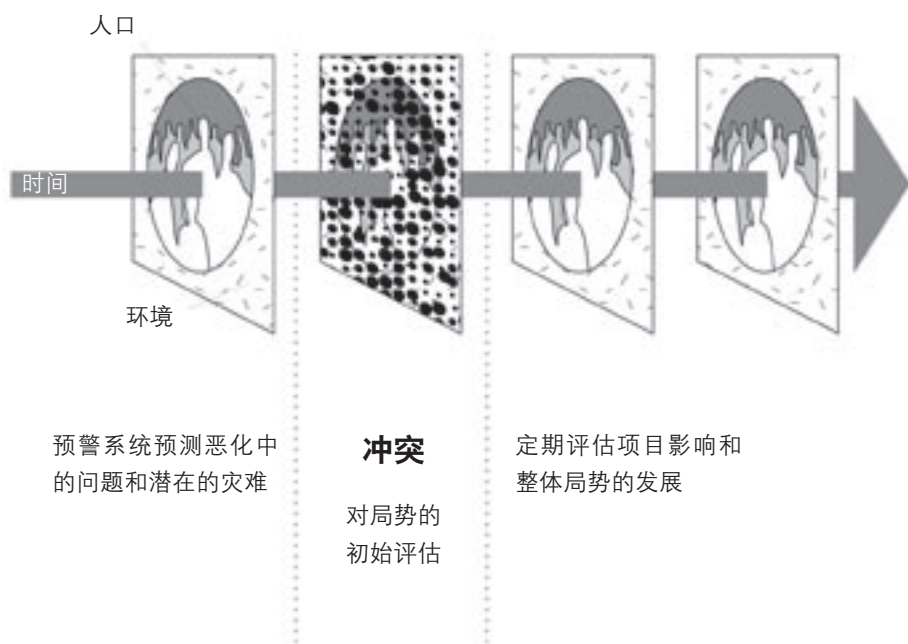
与后面目标的联系

监控和评估是计划流程的最后一个阶段。此时授课者要询问学员，对于在本单元所学习的任何内容，是否还需要再说明一下。授课者必须强调，希望学员能把这里学到的计划流程应用到接下来的单元中。因此，重要的是所有人都理解该原则和术语。

图表一

评估和监测的定义

对特定指标的例行监测是
监控局势和项目运行的一种手段



图表二

流行病学项目

- 预警系统
- 初始评估
- 监测
- 特别评估
- 流行病调查

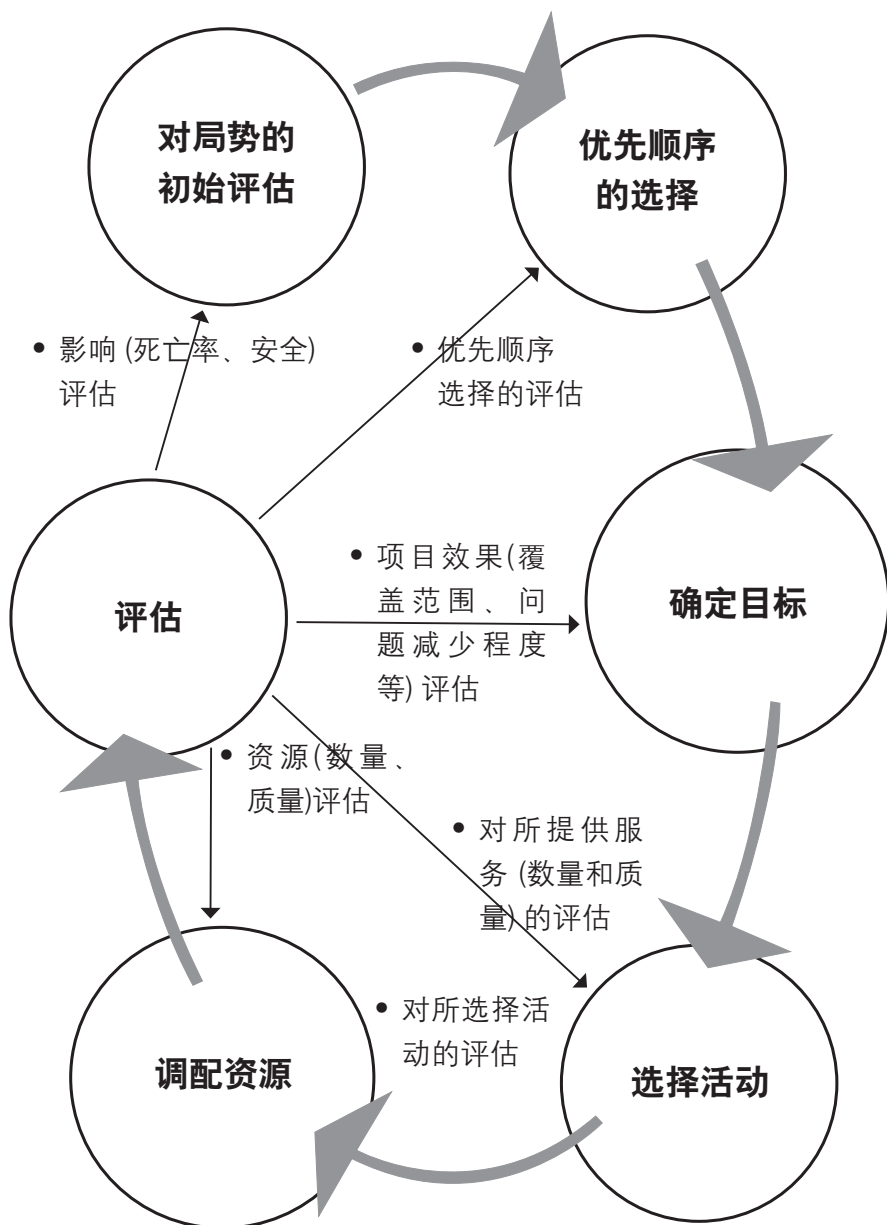
图表三

监控和评估的作用

1. 定期收集数据，为以下方面提供客观依据：
 - 界定趋势
 - 侦测流行病
 - 重新定位项目
 - 终止项目
2. 对局势进行整体评估，以便同初始局势进行比较。

图表四

评估与计划周期



图表五

逻辑框架

计划	指标	可能的分析层次(适当性、有效性、效率、影响、连贯性等)	评估指标的数据来源	评估方法	背景性解释(妨碍行动的制约因素)
	↓	↓	↓	↓	↓
局势					
总体目标					
策略定位					
具体目标					
活动					
资源					

保护和援助因国内动荡的 影响而受苦的人口： 以丁国萨克利 / 阿博沙为例

介绍

丁国是非洲大陆的第三大国，全国有200个部落，估计总共5780万人口。

1990年4月，当权政府开始政治改革进程，目前仍未结束。尽管经济危机和中央政权不稳定还没有导致国家全面出现暴力，但已经有很多迹象表明安全形势越来越差（首都和其它地方出现劫掠现象，不同团体之间冲突不断）。

阿博沙 (Absha) (该国西南部一省份) 的局势，特别是不同团体之间的冲突已经吸引了国际社会的注意。1992年，自殖民时期就移居阿博沙，开采该地区矿产资源的萨卡人 (Saika) 与现在希望从当地丰富的资源中获益的本地塔坎干人 (Takanganese) 之间冲突频繁发生。阿博沙地区的内部动荡使得很多人无家可归。大约6.5万人，大部分是世代居住在阿博沙的萨卡人成为塔坎干人暴力的目标，最终不得不逃离家园。尽管许多人希望回到家乡，但大多数人意识到自己别无选择，只能乘5天火车，前往萨卡地区。

1月份，第一起骚乱开始于麦如格努 (Merugonu)，导致3人死亡，几十人受伤。大约500人在火车站避难，希望可以乘火车离开该地区，不过大约十天后，他们同意返回家乡。

1992年1月至9月，零星的冲突导致许多人迁往火车站和矿业公司周围，据记录出现了一些伤害事件。

9月14和15日，萨克利 (Sakili) 的严重事故导致24人死亡，还有70人受伤，数百座家园遭到破坏和劫掠，大批人流涌向军营和火车站附近。尽管也有一些塔坎干人也受到影响，但大多数受害者还是萨卡人。

鉴于局势不断恶化，国际社会已经决定派遣一个小组去评估局势。

你是国际医疗队的一员，接受了 评估局势的任务

这个练习的第一个目标是
通过列举下列项目来准备你的评估：

- 你希望收集的一些主要数据。
- 为了找到这些数据，你希望参考的一些来源。

萨克利受害者的情况

1. 情况概述

1.1 基本数据

1.1.1 受害者的分类

受害者可以分为四类：

- 火车站周围 (海关大楼、帐篷或者车站) 的萨卡人：30,000。
- 多多少少有适当容身之所 (学校、矿业公司 [矿业出口公司] [Minex Co.]) 的萨卡人：5,469。
- 与家人在市镇避难的萨卡人：23,299。
- 在冲突中家园被毁的塔坎干人：大约3,000。

1.1.2 死亡率

萨卡人记录了死亡数字，我们对一开始报告的精确数字表示怀疑，但是，再次与教堂提供的数字进行比较之后，我们认为这些数字相对来说是准确的。

下表表明了1万人每天死亡率的变化情况：

萨克利：

1万人每天的死亡率

星期	1992年8月	1992年9月
1	1: 1.2	1.4
2	1.1	1.7
3	1	2.1
4	1.2	1.6

星期	1	2	3	4	5	6	7	8
总死亡人数	200	100	97	62	58	60	95	95
不足1岁	100	32	35	28	31	40	47	51
1至5岁	62	30	32	22	19	14	23	18
5岁以上	38	38	30	12	8	6	25	26

从上表可以看出，死亡的绝大部分是5岁以下儿童。

这就是最初来自萨卡，住在萨克利的那部分受到影响的人口的死亡率，死亡的主要原因是8月底的麻疹和9月份的腹泻流行。

1.2 食物和营养数据

1.2.1 营养情况

整体的营养评估表明，5岁以下儿童的营养不良率是20%（也就是在标准体重身高比的80%以下），其中恶性营养不良率2%（也就是在标准体重身高比的70%以下，且/或具有恶性营养不良症状）。

在火车站周围居住的家庭中，5岁以下儿童的营养不良率是30%（其中恶性营养不良率8%）。

1.2.2 食物情况

我们可以把居民划分为两组：

1.2.2.1 居住在火车站的居民

对这组居民的食物和资金来源进行分析发现：

- 他们的资金来源非常有限，主要来自：

- 出售家具和个人物品；
- 矿业出口公司和阿博沙铁路公司 (ARC) 的工资：总共7000家庭中有800个家庭。
- 他们的食物来源也很有限：
 - 自从8月份的事件发生之后，萨卡人在当地创建了一个小型市场。
 - 这组居民中大约10%在矿业出口公司工作。该公司有一个普遍规则，那就是为其雇员提供食物，但这至多也只能覆盖他们基本食物需求的20—30%。当地机构为每个家庭发放有限或零星的1公斤食物。
 - 去农村地区寻找食物不安全。

1.2.2.2 其它居民

另外这一组居民主要由那些与矿业公司 (矿业出口公司) 和阿博沙铁路公司有关联的家庭构成。他们居住的卫生条件较好，有些人从公司领取工资和食物补助。其它人则靠与他们一起居住的家人帮助。这组居民有一定的食物和资金来源，但是能够维持的期限不长，数量也不足以满足需求。

1.3 环境

居住在车站周围的人的情况与居住在难民营里人相似，我们必须考虑到以下因素：

• 住所：

住所由当地提供的材料 (木头、麻袋和塑料挡板) 搭建。

• 营地布局：

营地数目众多，而且紧挨在一起 (过于拥挤)，雨季一来就会出现问題。

通往营地的道路状况良好，但是营地内部没有真正的交通设施。营地的大小约为400×300米。

• 水：

主要水源是市政供水系统 (水源是离镇子5公里远的一条河流)。车站本身有5个水龙头。营地有两个私有的手摇泵井可供流离失所者使用。

质量：

据当局称，水处理厂对水进行了氯化。不过，氯经常供应不上。井水的质量未经评估。

数量：

据当局称，市政供水系统每天向营地提供90立方米的水。

• 粪便：

已经挖掘了50个厕所。

1.4 发病率

疾病的分布模式很典型，腹泻性疾病 (30%)、疟疾引起的高烧 (20%)、皮肤感染 (8%) 和急性呼吸道传染病 (12%) 的比率很高。诊断出了许多例肺结核，最近有几起麻疹病例记录在案。

1.5 医务所的活动

卫生当局于9月10日在营地开设了一个医务所 (大部分有关发病率的数据都是在那里采集的)。

医疗人员都是萨卡裔，其中包括1名医生、2名护士和4名保健员。他们每天上午7时至下午5时接诊病人。晚上，患有严重疾病的病人无法转移到医院；实际上，因为镇子里晚上的局势很不安全，人们根本不敢出去。每天医务所平均接诊210起新病例。

1.6 公共卫生活动

公共卫生教育项目已经设立，重点特别放在废物处理和水的使用方面。

红十字提出了家访计划，把病例转往医务所。在同一领域，萨卡志愿者为老年人设立了援助计划。

1.7 医院

需要住院治疗的人中大部分是营养不良、高烧和患有腹泻性疾病的儿童。

医院专门为流离失所者留出一个特别病房，把他们与塔坎干病人分开。这个病房有36张床位，每周可以接收20位病人。

根据这些数据，要求学员：

- 明确卫生问题
- 确定优先顺序
- 制定总体目标和具体目标
- 将具体目标落实为活动，将活动细化为任务

2. 分析局势潜在发展的因素

2.1 萨克利到图姆维的交通

因为巴什库 (Bashiku) 到图姆维 (Tumwe) 之间每个月只有一班火车，因此人们实质上被困在车站及其周围。当火车每个月到达萨克利车站的时候，已经坐满了来自巴什库的乘客。尽管如此，一般仍有几百人努力挤上火车，开始了前往图姆维的五天旅程。

2.2 维兹科尔的局势

9月份的第三周，维兹科尔 (Wizekol) 爆发骚乱，导致3,000名萨卡人聚集在那里的火车站。

2.3 图姆维的局势

1992年1至8月，预计到达图姆维的人数是8,000。大多数人来自阿博沙省，他们流离失所，先滞留在图姆维市的营地里，然后靠各自的方式前往最后的目的地。

图姆维营地的人口

1992年8月中旬至9月底，
估计每周图姆维营地的人口为：

星期	1992年8月	1992年9月
1	—	3,000
2	—	2,700
3	2,400	3,250
4	2,600	3,500

- **居住条件:**

前几个月向流离失所者提供了集体住所，但是随着营地人口的增加，只能发放塑料挡板搭建帐篷。

- **食物情况:**

定期组织了食物发放，食物主要包括白面。因为营养不良率很高(超过12%的儿童)，所以也向体重身高比不足70%和75%的儿童提供了额外配给。

- **发病率:**

1992年8月，急性腹泻大流行，这很可能源自维兹科尔，那里发现了同样的病状，引起很多成人和儿童死亡。在雨季(8、9月份)，疟疾是死亡的主要病因。图姆维营地的死亡率甚至高于萨克利的死亡率。

2.4 国家的政治局势

国家的政治局势很不稳定，总体上来说有朝着无政府状态发展的趋势。

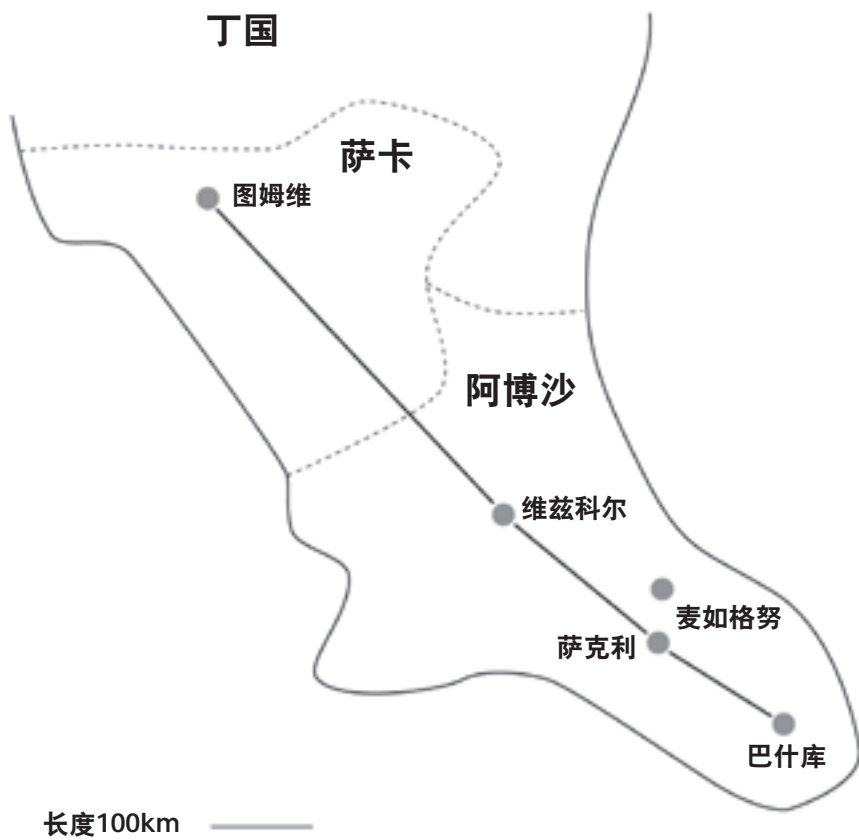
2.5 国际形势

国际社会很关心这一局势，但鉴于以下两个原因并未将此作为当务之急：

- 国际政治形势非常紧张，其它一些严重的武装冲突吸引了公众的注意。
- 前几年丁国也出现过类似的紧张局势，人道行动介入，但未能解决问题。

利用这些事实，要求学员计划他们的长期策略。

图表一



图表二



2

单元

食物与营养

目标一览表

- 用图表描绘食物供应链
- 知道如何识别农业生产和食物分配中断的情形
- 知道如何认识到食物资源获取途径中断的情形
- 懂得快速评估程序的重要性在于，它是理解农村人口面对紧急情况下农业—食物和社会体系的剧变所作反应的一种手段
- 分析家庭的食物消费情况
- 知道如何识别和衡量营养不良，以及如何找到足够的基本事实来制定策略。本目标将使学员得以练习其在前面所学到的技能，以便今后在这一领域应用
- 建立一个框架，在其中学习对于制定食物分配计划有用的技能
- 知道用于确定适当食物定量的标准
- 规划特定人群的食物分配和营养康复项目
- 能够说出人口普查的必备要素
- 知道何种信息是确定减少居民营养不良状况的最佳策略所必需的
- 知道何种信息是规划食物分配监测体系所必需的
- 掌握对于理解同食物分配有关的后勤要求而言必不可少的事实
- 掌握用于界定营养恢复项目和旨在恢复脆弱人群的食物资源获取的项目之间的必要互动的策略工具
- 研究组建营养康复中心的一般原则

食物供应链概述

1. 概述

总的来说，食物供应链包含几个环节：农业资源的生产、向食物产品的转化、在市场上的分配、家庭对食物资源的获取、食物在家庭内的分配以及对食物的生物利用。食物供应链发挥作用的方式将决定居民的营养状况，更具体地说是决定儿童的营养状况；而营养状况进而来又将决定健康状况。

武装冲突会影响这一食物供应链的所有或部分环节。因此，这一领域内的人道行动策略必须考虑到食物供应链的所有环节，这就必须努力打破完全依靠测量营养不良率来制定紧急食物策略的普遍习惯。如果将营养领域扩大到包括食物供应链这一概念，那么就有可能或多或少地将这一链条的不同环节纳入策略，因为所采取的行动位于链条越上端，预防效果就越好。

食物供应链不是一个孤立的概念。例如，由于对食物的生物利用同传染病的发生相联系，所以食物供应链同传染病防控项目紧密相关。

2. 类别

框架：用图表描绘食物供应链。

3. 教学目标

描述一条与你所选择的人口类型（农村、城市和半游牧等）相关的食物供应链。

4. 教学方法

给各组分配任务，要求其将结果写在幻灯片上，在集体讨论环节进行发言和讨论。

5. 教学时间

总时间：35分钟

- 15分钟分组讨论
- 20分钟全班讨论

6. 小结

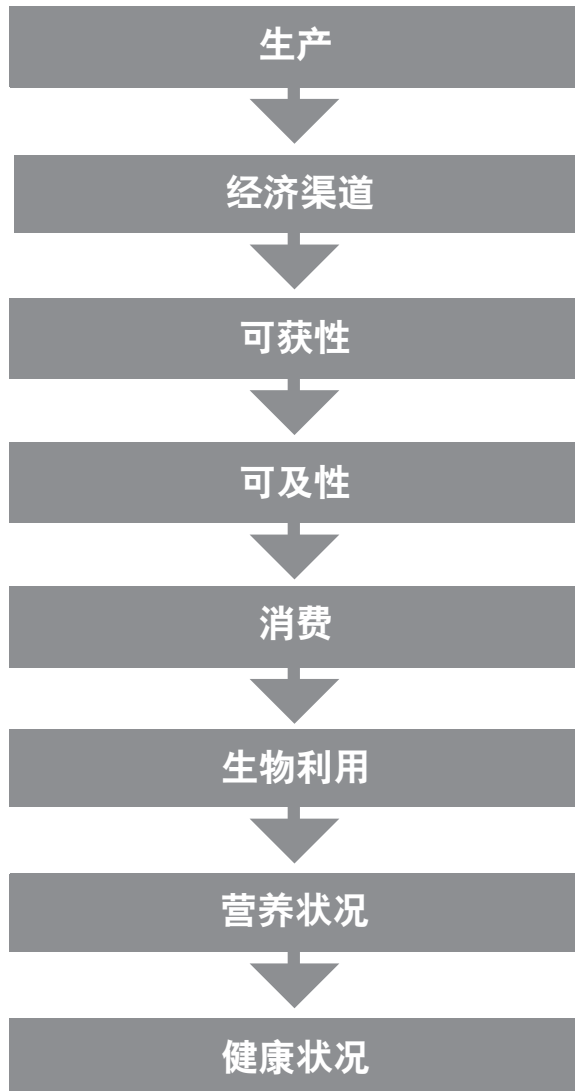
- 图表一：食物供应链
食物供应链的简单线性版本，没有伸向对其有所影响的其他系统的分支——例如，影响食物的生物利用和食品生产的传染病防控系统。
- 图表二：食物供应链和宏观经济
界定生产、经济渠道和食物资源的可获性。
- 图表三：人道援助对食物供应链的影响
- 图表四：食物资源的可及性
- 图表五：食物消费(包括喂养儿童)的定义
- 图表六：对食物的生物利用的定义
- 图表七：营养状况和健康状况
- 图表八：营养状况作为深层混乱的一个指标；这种混乱可能只限于食物供应链的一个环节，并且可能需要作出与食物并不直接相关的回应，如影响生物利用和传染病防控的措施。
- 图表九：食物供应链与各个体系

与后面目标的联系

我们从对食物供应链的概述开始，对于按顺序评估其各个环节及在各个层面规划适当行动所需的主要知识技能加以研究。

图表一

食物供应链



图表二

食物供应链和宏观经济

农业生产：

- 农事分析
- 气候分析
- 农业实践分析
- 农业体系分析
- 进口分析

经济渠道：

- 交通系统分析
- 市场价格分析
- 食物库存分析

食物资源的可获性：

- 直接环境中食物资源的可获性 (数量和质量)

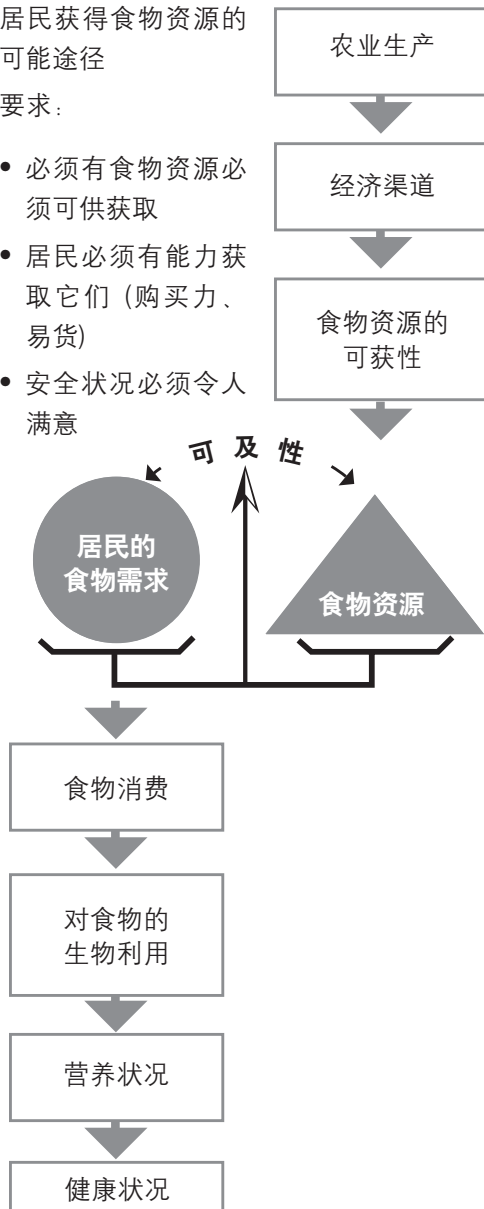
图表三

食物资源的可及性

居民获得食物资源的
可能途径

要求：

- 必须有食物资源必须可供获取
- 居民必须有能力获取它们（购买力、易货）
- 安全状况必须令人满意



图表四

食物消费的定义

家庭内食物消费研究

- 食物资源的种类和数量
- 制作方式
- 用餐次数
- 家庭内的食物分配

婴儿喂养研究

- 母乳喂养
- 断奶
- 幼童的喂养

图表五

对食物的生物利用的定义

食物吸收可能会受到下列因素影响：

- 腹泻性疾病
- 肠道寄生虫

与卫生体系其它要素的联系：

- 环境卫生
- 传染病防控

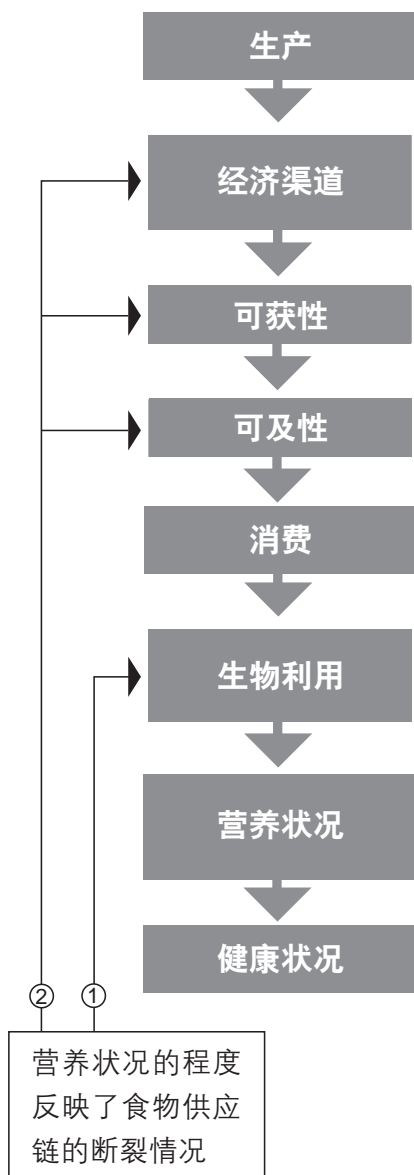
图表六

营养状况 / 健康状况

1. 营养状况可以客观地衡量。
2. 死亡率以指数方式同营养不良率紧密相关。
3. 传染风险同营养不良率密切相关。
4. 营养不良可能是迟到的食物供应链断裂信号，但也可能同传染有关。

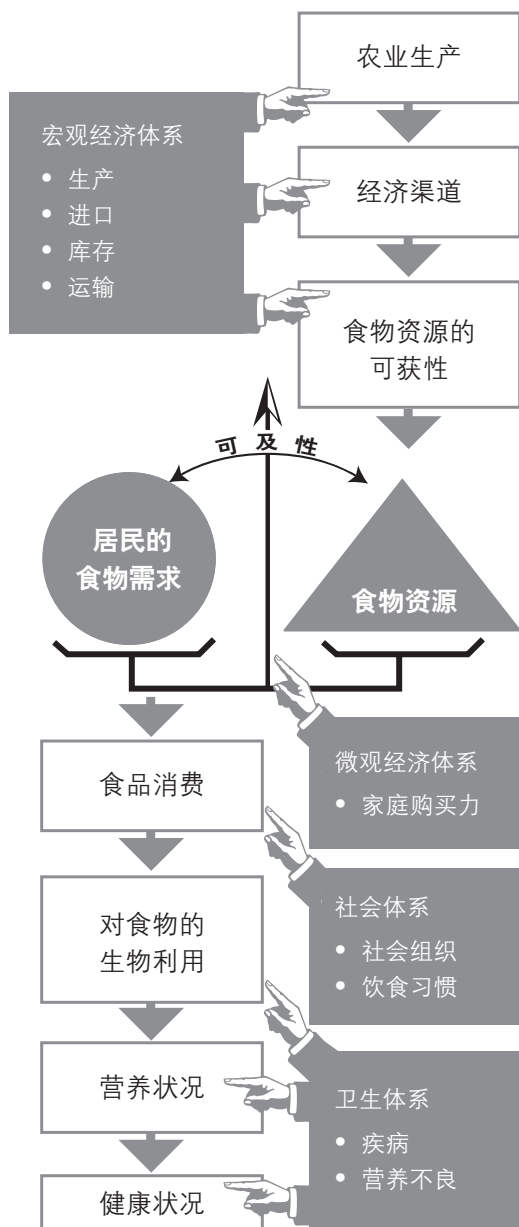
图表七

营养状况：深层问题的指标



图表八

食物供应链与各个体系



农业生产和 食品分配的中断

1. 概述

本目标不是旨在向学员传授设立农业生产项目所需的技能，而是要帮助他们意识到，武装冲突会导致农业生产中断，而有时候一些简单措施就可以对此加以矫正。本节还将讨论农产品加工为食品这一过程中断的情况。

本目标具有双重性：

1. 确定用于评估武装冲突之后农产品生产和加工中断情况的基本指标：

- 对农田的使用机会
- 对农业生产资料——种子、化肥、燃料、农具——的使用机会
- 人力的可获性
- 工厂的破坏情况
- 工厂的零部件和燃料短缺情况

2. 强调有助于弥补农业生产不足和促进向生存型经济过渡的补偿机制的重要性。

可以用同样的方式研究同通过经济体系分配农产品和食品相联系的问题。例如，武装冲突会破坏交通，引起供应短缺，从而导致价格上涨。

2. 类别

知识技能：识别农业生产和食物分配中断情形的能力。

3. 教学目标

确定可以用于评估农业生产和食物分配中断情况的指标。

4. 教学方法

集体讨论：

- 农业生产的中断情况
- 食品分配的中断情况

5. 教学时间

总时间：25分钟

6. 小结

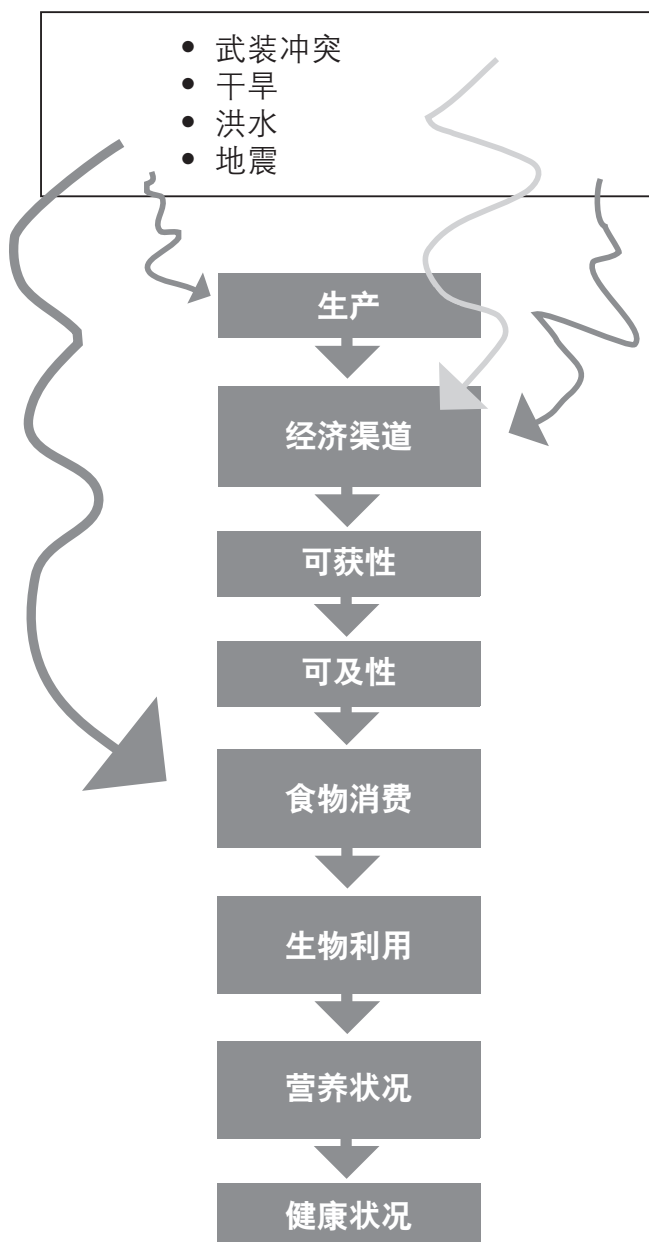
- 图表一：食物供应链的断裂
- 图表二：武装冲突期间导致农业生产中断的因素
- 图表三：武装冲突期间导致食物资源分配中断的因素

与下一目标的联系

农产品—食品生产、加工和分配的中断会对最脆弱的社会—经济团体获得食物资源的机会产生影响。

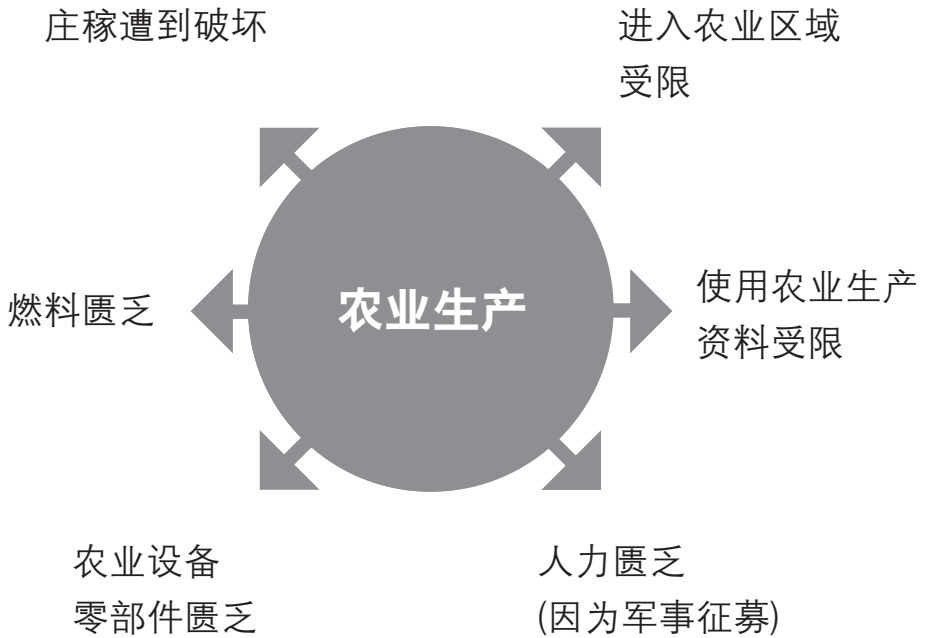
图表一

食物供应链的断裂



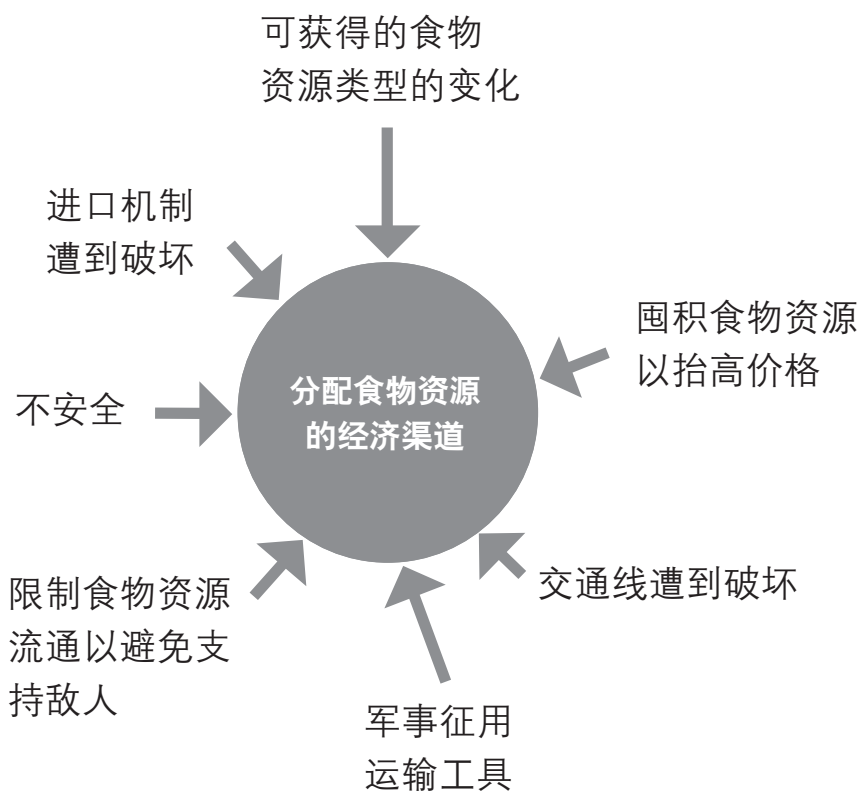
图表二

武装冲突期间导致 农业生产中断的因素



图表三

武装冲突期间导致 食物资源分配中断的因素



识别食物资源 获取过程中断的情形

1. 概述

前面提到的食品生产和分配中断的情形，会对最弱势群体获取食物资源产生影响。弱势群体通常是指儿童、孕妇、哺乳期妇女及病人，而现在这种观点则提供了一个不同的视角：一个群体的脆弱性不仅指生理功能，还与经济、种族和政治标准息息相关。

市场价格的上涨剥夺了最贫穷的个人对食物资源的获取，迫使他们要么卖掉牲畜或珠宝，要么迁往更为合适的地区。食物资源的获取也可能会受到种族出身或政治系属的影响。

要查明阻碍食物资源获取的因素，就必须通过与受影响的人交谈来寻找指标——这些指标通常都难以量化。在这一过程中，必须作一个优秀的倾听者，熟悉社会文化和政治环境。

对普通食物资源的获取受到限制会触发补偿机制——居民搜出通常不会消费的食物，这些食物来自那些只有在通常食物来源不足或耗尽的紧急情况下才会用到的来源。居民改变食物资源获取策略的能力将取决于其生活方式以及对通常食物资源的获取受阻这一风险的准备程度。例如，农村居民可能没有城市居民那么脆弱，因为后者的补偿机制更为有限。

评估食物资源获取情况的最常见方式是基于同这些局势中的受害者的访谈进行定性评估。

2. 类别

知识技能：辨识食物资源获取过程中断情形的能力。

3. 教学目标

明确可用于评估特定人群食物资源获取情况的指标。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：25分钟

- 10分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

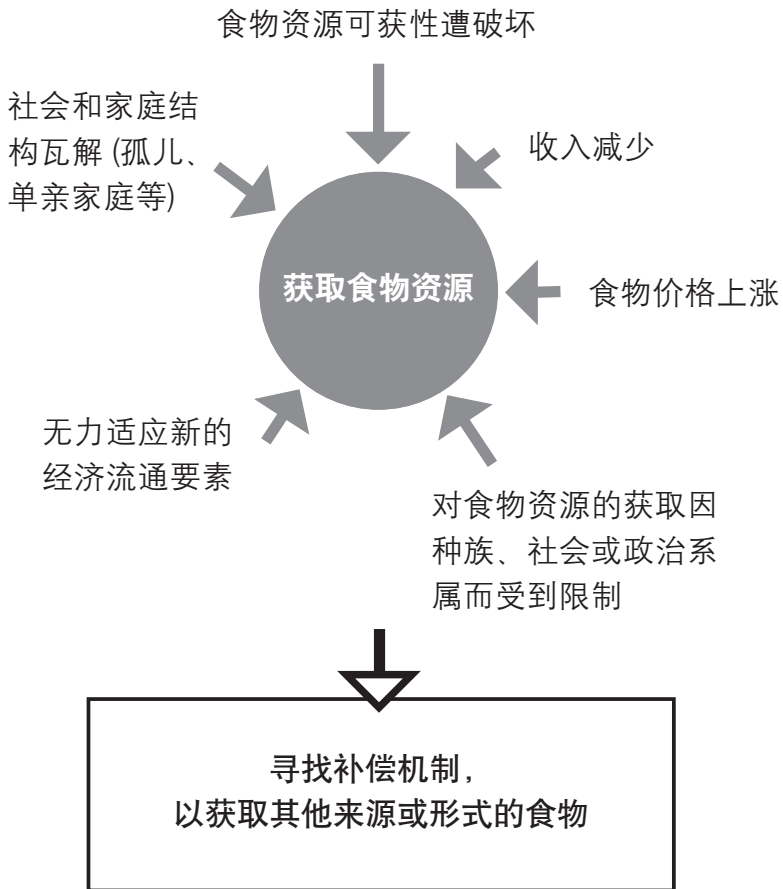
- 图表一：导致食物资源获取过程中断的因素

与后面目标的联系

下一个目标介绍快速评估程序的概念。

图表一

导致食物资源获取过程中断的因素



快速评估程序

1. 概述

快速评估程序属于定性评估方法，该方法在想要获取社会、人类学或微观经济信息时尤为有用。这些程序无需对整个人口进行系统抽样，因为它们所调查的是因为能够提供所需信息而被挑选出来的特定焦点群体。这些焦点群体可能是居民中有特定身份的人，如村领导、卫生保健人员、妇联等。

这些程序的好处是提供了一种从少量人员处收集信息的快速方法，而无需进行覆盖大量人员的大规模调查。快速评估程序的基础是同焦点群体的非正式会面、对社区关键答复人的访谈或者是发放给这些答复人的调查问卷。很显然这种方法具有一定风险，特别是因为焦点群体或答复人“挑选”过程中所固有的自然偏见使得结果可能反映不了特定局势中所有受影响者的真实情况。通过快速评估程序收集的数据可能必须经由更加直接的方法确认。

快速评估程序对于收集有关特定人群的农业—食物体系的信息非常有用。它为这些体系提供了一种微观经济机制和社会机制的视角，并可以帮助理解居民对于战争所致变化的反应。

2. 类别

知识技能：认识到快速评估程序对于理解居民面对紧急情况下农业—食物和社会体系的剧变所作反应的重要性。

3. 教学目标

界定快速评估程序。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

- 图表一：快速评估程序：原则

与后面目标的联系

快速评估程序既可以应用于食品与营养领域，也可以应用于其它领域。它们对于在战争局势中收集安全问题数据同样有用。

图表一

快速评估程序

原则

- 定性评估方法
- 访谈
- 焦点群体
- 挑选受访者时存在偏见的风险
- 通过比较不同的信息来源确认数据

家庭单位内食物消费的中断

1. 概述

家庭内的食物消费不仅受到前面已经提到的中断情况的影响，还受到家庭单位固有因素的影响。必须广义地理解家庭单位，因为在许多社会中家庭包括大家庭乃至整个部族。

可以用许多方式对食物消费进行评估，包括直接观察、口头询问关于过去24个小时或前一周所吃食物的情况、以及对家庭内用餐内容系统记录的调查。其它间接方法是基于对食物粪便的分析。

选择何种食物进行消费取决于文化习惯和可获取的食物资源。营养价值则取决于食物的性质及其制作方法，尤其是烹饪方法。

在紧急情况下，消费受到获得食物资源及制作食物所需能源的机会的影响。

个体食物消费取决于教育水平（特别是在喂养儿童方面）及单个家庭内各成员间社会关系的性质。例如，在有些情况下，一定的家庭等级决定了每个个体获得食物的权利。这一因素在武装冲突中被根本改变，因为后者会对传统社会关系形成挑战。

所有这些因素都会帮助塑造不仅专属于特定人群，还专属于这些人群所生活的特定环境的食物消费模式。

食物消费分析还涉及技术性考虑。基本上，在评估了每个家庭成员所消费的食物类型和数量后，还需要确定这种消费是否足以维持令人满意的营养水平。为此需要两种知识技能：

- 了解主要食物的营养价值，并能看懂提供这种信息的表格
- 根据以下参数了解个体营养需求：年龄、性别、活动、生理状况（怀孕、哺乳、发育）。

2. 类别

知识技能：分析一个家庭的食物消费情况。

3. 教学目标

要分析一个家庭的食物消费情况，你会寻找什么数据？

4. 教学方法

给各组分任务，要求其将讨论结果写在幻灯片上。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

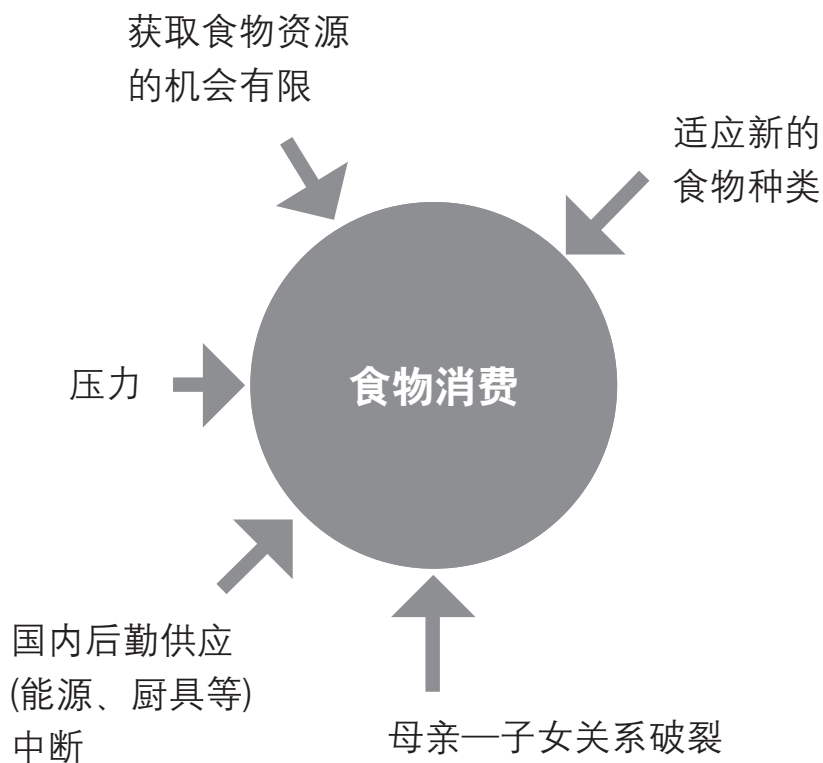
- 图表一：导致家庭食物消费中断的因素
- 图表二：家庭食物消费评估
- 图表三：常见食品的蛋白质和卡路里含量
- 图表四：基于年龄和生理参数的能量需求

与后面目标的联系

充足的食物消费并不必然意味着营养状况良好。疾病等因素可能会阻碍食物吸收。

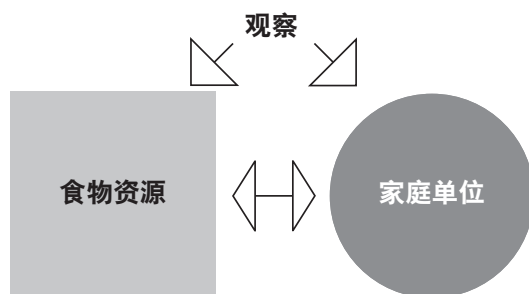
图表一

导致家庭食物消费中断的因素



图表二

家庭食物消费评估



- 家庭单位概述：人数、年龄等
- 食物资源的类型
- 食物资源的来源
- 家庭层面的策略
- 食物制作
- 用餐次数
- 家庭内不同成员的食物分配
- 对所消费食物对家庭内各成员特定营养需求的满足程度的评估

图表三

常见食品的蛋白质和 卡路里含量 (每100克)

		能量 (千卡)	蛋白质 (克)
谷物	米饭	350	7
	玉米	360	9
	小麦	350	11
	粟	350	10
豆类	豆子	330	21
	小扁豆	340	20
	豌豆	340	25
	落花生	550	23
脂肪和油类	黄油	680	0
	植物油	900	0
含淀粉的 块茎	木薯	150	1

图表四

能量需求

1. 简化公式

- | | |
|------|------------------|
| • 儿童 | 100千卡 / 千克 / 天 |
| • 成人 | 30-40千卡 / 千克 / 天 |

2. 按年龄

	千卡 / 千克 / 天
• 0-1岁	820
• 1-3岁	1,360
• 4-6岁	1,830
• 7-9岁	2,190
• 10-14岁	2,600

成年男性

一般活跃	3,000
------	-------

成年女性

一般活跃	2,200
• 孕期	+ 350
• 哺乳期	+ 750

改编自 C·德古耶特、J·希曼和 U·盖谢尔：
《人口众多地区的营养应急管理》（世界卫生组织，1978 年）

营养不良研究

1. 概述

本目标旨在让学员获得以下方面的基础知识：

- 营养不良的类型
- 衡量居民营养状况的方法
- 营养不良的原因
- 营养不良个体可能的营养康复策略

在界定营养不良时，授课者必须讨论不同类型的营养不良：消瘦、夸休可尔症和发育障碍。必须澄清急性和慢性营养不良的概念，以及可能引起其中一种或另一种的因素。除此之外，授课者还必须界定维生素缺乏，特别是在紧急情况下最常见的维生素缺乏情况，如维生素A、B1和C的缺乏。

所有评估居民营养状况的方法都是基于人体测量。授课者应该解释为何选择儿童进行人体测量。接下来，学员要研究不同测量体系及其各自的优缺点。应急行动通常聚焦于急性营养不良。授课者要解释将急性营养不良划归中度或重度的标准。

分析营养不良的原因对于确定最适当的行动类型有所帮助。问题可能在于获取食物的机会，但也可能是诸如麻疹流行或不卫生环境等公共卫生问题的结果。

营养康复涉及对这些原因的处理。对于中度营养不良，可以在基本食物定量基础上添加干粮干粮。对于重度营养不良，则最好是建立一个营养康复中心，该中心根据需要及当地制约因素，可以白天或全天开放。不管是哪种情况，授课者必须强调，除非家庭单位在营养康复项目结束后能够获得食物资源（不管是靠自己还是靠食物分配），满足其基本营养需求，否则营养康复项目就毫无意义。

2. 类别

知识技能：诊断和衡量营养不良的能力，以及制定策略的基本技能。

3. 教学目标

界定营养不良的不同形式以及在紧急情况下衡量营养不良的方法。

在紧急情况下可以使用什么策略来降低营养不良率？

4. 教学方法

给各组分配任务，要求其将讨论结果写在幻灯片上。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：营养不良的类型 (授课者应该给出各种形式营养不良的确切定义)
- 图表二：评估营养状况的人体测量方法
- 图表三：紧急情况下选择人体测量评估方法的标准
- 图表四：人体测量评估结果演示 (百分位和Z分法)
- 图表五：身体质量指数的截止点
- 图表六：基于上臂周径对营养不良进行的分类
- 图表七：基于体重身高比对营养不良进行的分类
- 图表八：基于身高别臂围测量对营养不良进行的分类
- 图表九：战争、干旱和火山爆发对食物供应链产生的若干影响
- 图表十：评估食物供应链的指标和方法 (应该强调的是，人体测量指标只是评估特定食物和营养状况的众多指标中的一种)

与后面目标的联系

目前学员已经掌握了识别居民的食物和营养问题以及制定行动目标和实施策略所需的大多数技能。

图表一

营养不良的类型

蛋白质—能量营养不良

- 消瘦
- 夸休可尔症
- 发育障碍
- 急性营养不良
- 慢性营养不良

维生素缺乏

- A
- B1
- C

微量元素

- 铁 (贫血)

图表二

营养状况评估

人体测量方法

- | | |
|------------------------|-----------|
| • 体重 / 身高 | • 身高 / 年龄 |
| • 上臂周径 | • 体重 / 年龄 |
| • 上臂周径 / 身高
(身高别臂围) | • 身体质量指数 |

图表三

紧急情况下选择人体测量 评估方法的标准

- 与测量内容的相关性：急性营养不良
- 方法的可靠性：

上臂周径 / 身高	+++
体重 / 年龄?	+
- 简化：上臂周径 / 身高
- 速度
- 居民的接受程度
- 居民团体：

身体质量指数方法可以应用于成人

图表四

人体测量评估结果演示

▶ Z分法：

用参考值(平均值)的标准偏差数表示人体测量数据

▶ 百分比：

用特定身高的标准体重百分比表示实际体重

图表五

身体质量指数的截止点

	男性	女性
«A»: 正常营养状况	25 – 20.1	23.8 – 18.5
«B»: 中度营养不良	20 – 16	18.4 – 16
«C»: 重度营养不良	< 16	< 16

图表六

基于上臂周径 对营养不良进行的分类

上臂周径	儿童的营养状况
< 135 mm	有营养不良的风险
< 125 mm	中度营养不良
< 110 mm	重度营养不良, 死亡风险高

图表七

基于身高别体重 对营养不良进行的分类

% 体重 / 身高	不浮肿	浮肿
$\geq 70\%$ - $< 80\%$	中度营养不良	重度营养不良 夸休可尔症
$< 70\%$	重度营养不良 消瘦	重度营养不良 消瘦 - 夸休可尔症
$\geq -2 SD$	正常	重度营养不良 夸休可尔症
$< -2 SD$	中度营养不良	重度营养不良 夸休可尔症
$< -3 SD$	重度营养不良 消瘦	重度营养不良 消瘦 - 夸休可尔症

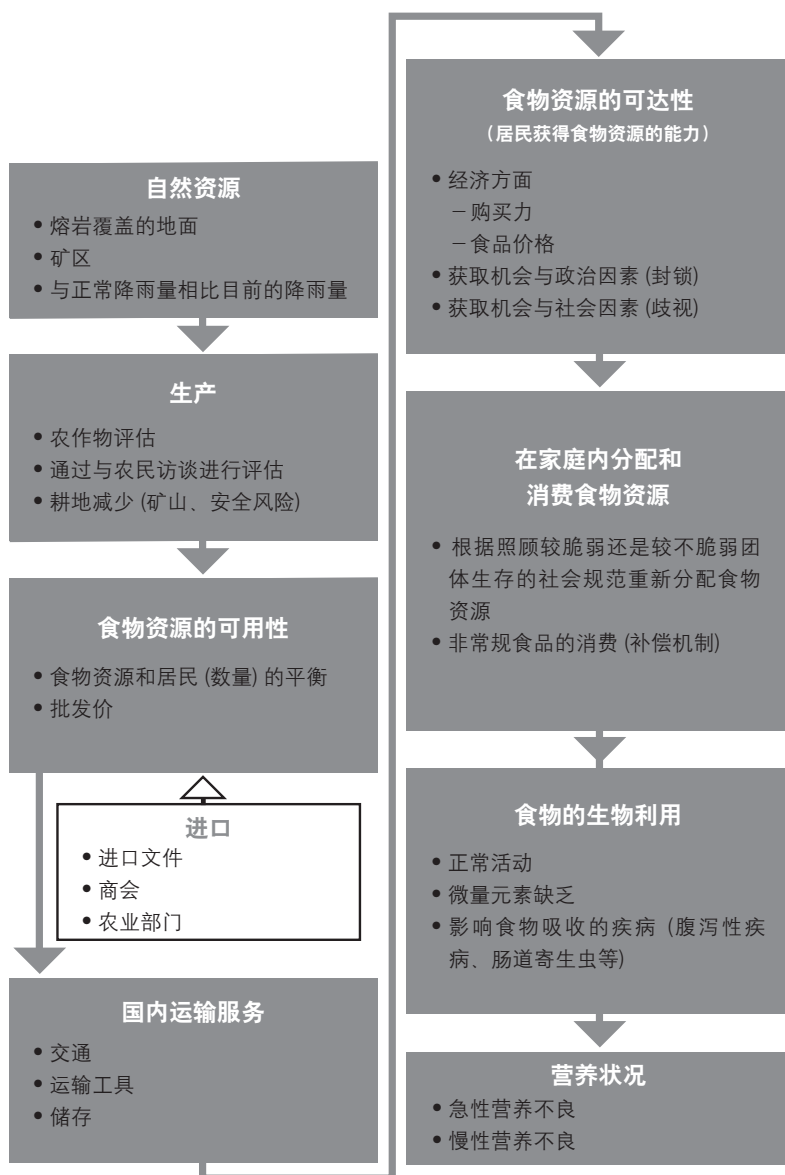
图表八

基于身高别臂围测量进行的分类

- A: 营养状况良好 $\geq 85\%$
 B: 中度营养不良 $< 85\%$ 和 $\geq 75\%$
 C: 重度营养不良 $< 75\%$

图表九

战争、干旱和火山爆发造成的若干影响



图表十

评估食物供应链的指标和方法

指标示例

- 方法

农业生产

- 与农民访谈
- 卫星图像

可获得食物的数量

- 与农民访谈 (家庭的食物库存)
- 与当局会谈
农业部 / 港务管理部门 / 世界粮食计划署 / 联合国粮农组织

主要食品价格、收入、迁移

- 市场价格评估
- 快速估价评估

家庭食物消费

- 家庭内评估
 - 24小时饮食史
 - 全天观察
- 市场评估
 - 出售人道救济定量

腹泻性疾病、麻疹和寄生虫感染流行

- 通过卫生中心评估家庭层面的发病率

营养不良

- 体重 / 身高
- 上臂周径 / 身高
- 死亡率

为不同居民群体确定 农业—食品政策

1. 概述

学员必须为甲—乙国模拟练习中所描述的受武装冲突影响的各种不同居民群体制定农业—食品和营养计划。为此目的他们将会使用前面学到的计划程序。这意味着他们必须：

- 找出每个居民群体在获取食物资源方面的问题
- 明确潜在干预行动的优先顺序和制约因素
- 为每个居民群体确立目标和策略

2. 类别

实践：本目标给学员提供了一次使用已学技能的机会，这正是他们今后在这一领域所需要做的。

3. 教学目标

在甲—乙国模拟练习中，你必须根据本单元第一个目标的说明，识别在食物供应链主要环节存在问题的所有居民群体。这些问题可能与农业生产、食品分配与储存以及获取食物的机会有关——简而言之，就是营养不良问题。你不应局限于已有问题，而是要把眼光放得更远，预测可能伴随武装冲突而来的问题。

第二，你必须依据问题的严重程度和紧急程度以及可能采取的干预行动的可行性，决定优先考虑哪个居民群体。因此，你必须研究可以预见到的制约因素。

最后，你必须制定一个行动策略，列出你计划设立的具体项目。

4. 教学方法

学员在各自组内完成所分配的任务。但是，整个过程将分为两部分：

1. 首先，要求各组列举受冲突影响的每个居民群体所面临的问题，然后在集体讨论环节提交。
2. 利用这一预备材料，每个组将被随机分配一个不同的居民群体。然后，每个组为分配给自己的居民确立目标和策略。

注意：显然，为了某个居民群体的利益而采取的具体行动会影响其他团体。必须敦促学员协调他们的策略。例如，众所周知，食品分配会吸引居民群体，其结果可能是妨碍旨在让居民留在家园的农业重建项目。

5. 教学时间

总时间：180分钟

- 明确最紧迫的问题：90分钟
 - 60分钟分组讨论
 - 30分钟集体总结
- 目标和干预策略：90分钟
 - 60分钟分组讨论
 - 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：需要详细研究的两个项目
- 图表二：伽马省地图
- 图表三：西省地图
- 图表四：埃普西隆区地图
- 图表五：阿瓦雷营地图

在黑板上总结各组提议的目标和策略。

与后面目标的联系

在这一节，学员已经总结了一个复杂局势并界定了干预类型。现在他们将集中于对两类项目的研究：

- 食品分配
- 营养康复项目

选择这些项目的原因是卫生保健人员经常面临规划这些项目的任务。

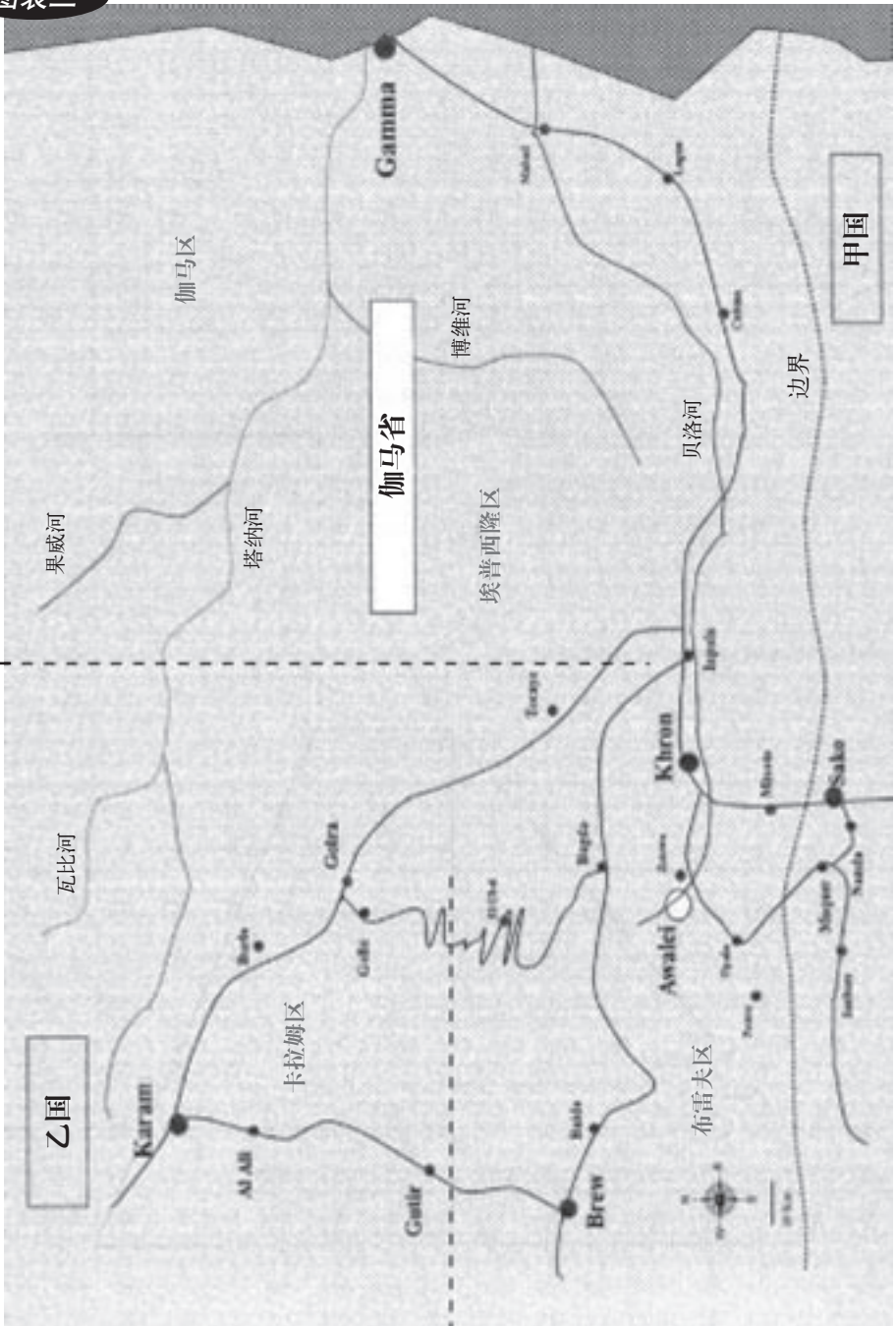
图表一

需要详细研究的两个项目

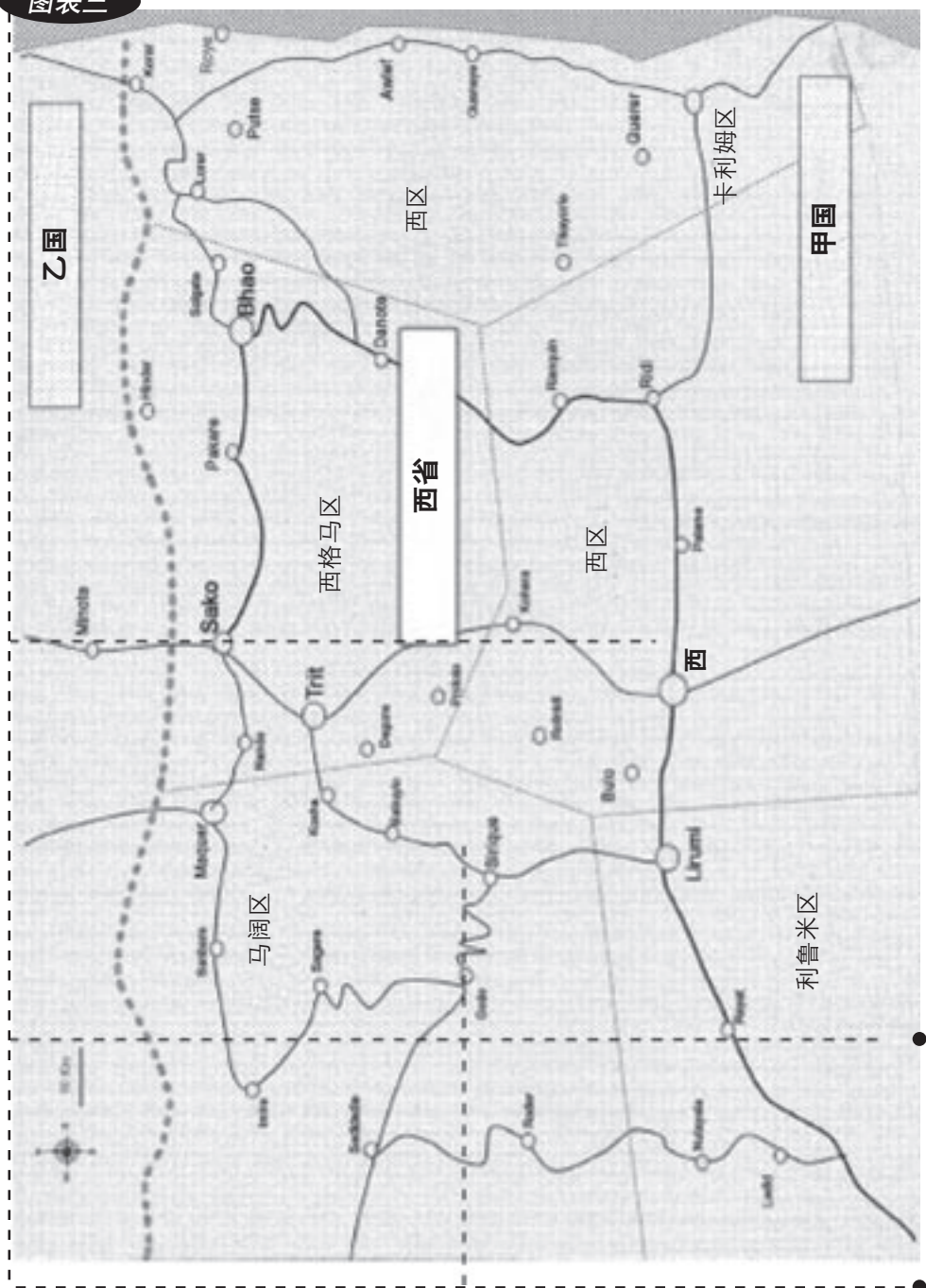
- 食品分配

- 营养康复

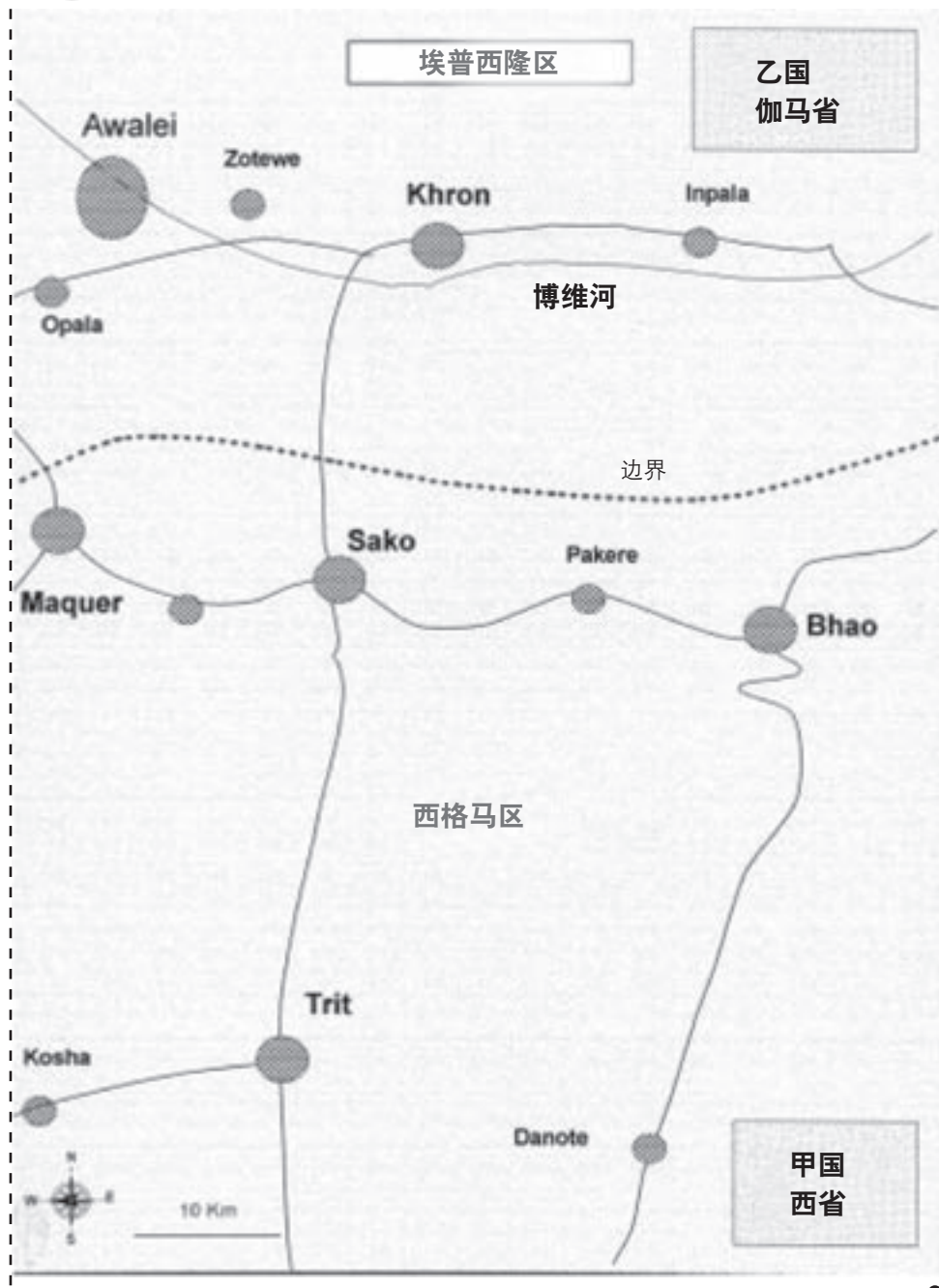
图表二



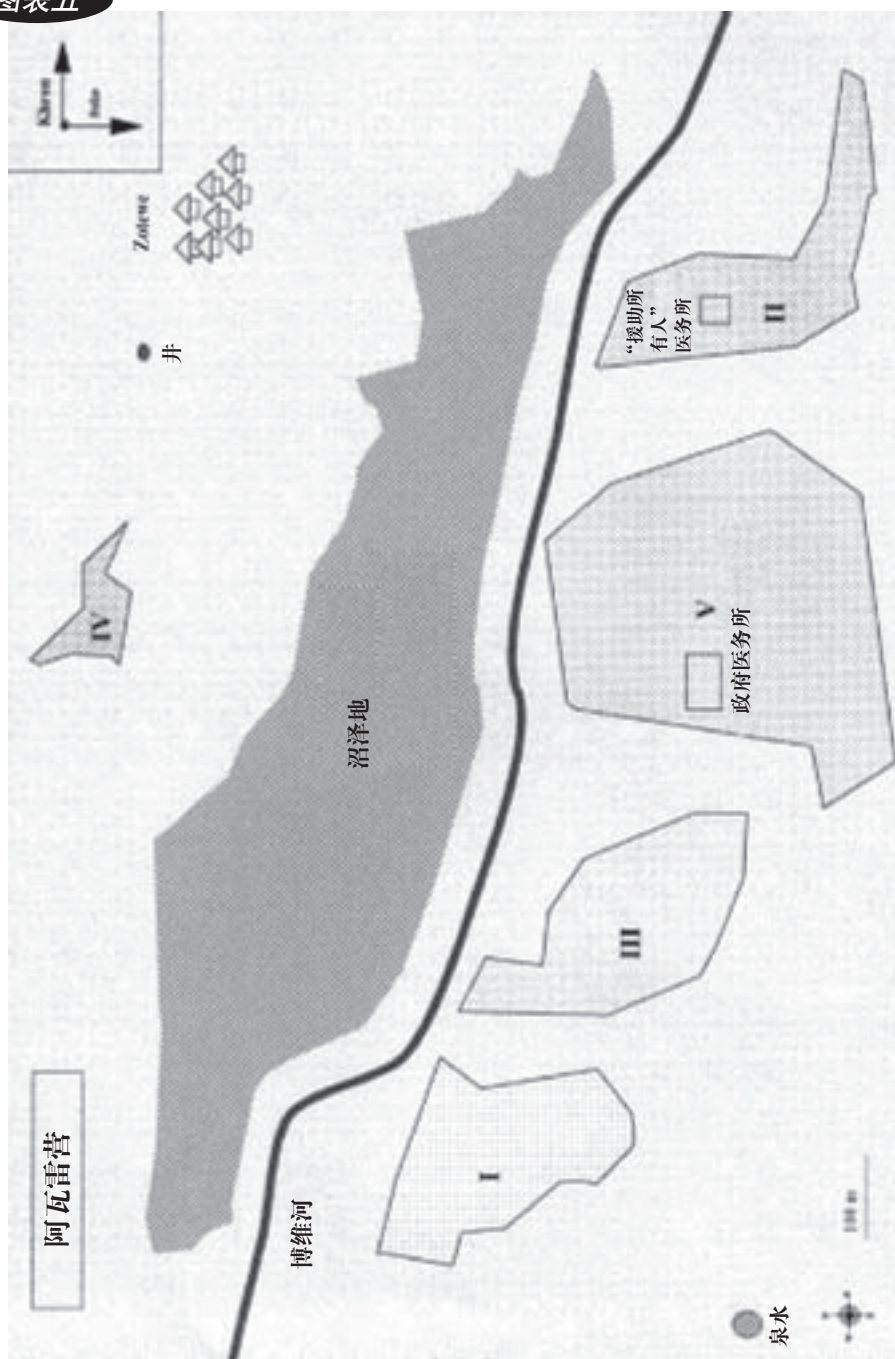
图表三



图表四



图表五



制定食品分配计划的原则

1. 概述

我们已经看到，决定进行食品分配是个复杂的过程，必须考虑到武装冲突对整个食物供应链的影响。决策标准不仅与营养状况有关，还涉及到当地农业潜力，通过替代方式保证获得本地食物资源的可能性，当前局势的潜在发展，以及如强制执行国际人道法来保护生产资料（如果它们因为安全原因而无法获得）的可能性。考虑到这些因素，决策者就能避开两大陷阱：

- 等到营养不良率非常高了才决定组织食品分配。更为可取的是预防性措施，即在获取通常食物资源受限时就应做出干预决定
- 在错误的时间和地点发放食物。这一步有可能影响到当地农作物，从而大大降低其市场价值，破坏当地经济稳定

一旦做出组织食品分配的决定，就必须注意不要造成依赖性，即降低受益人恢复其正常活动的动力。这一点对于农村居民来说尤其适用，尽管同样的问题也存在于依靠工资生活的城镇居民。

按照逻辑顺序，组织食品分配的步骤如下：

- 确认社会文化饮食习惯。一般而言，这一信息已经在调查家庭食物消费情况时获得
- 确定食物定量
- 列举受益人
- 选择食物并确定受益人数量，从而确定必须运来的食品数量
- 确定分配策略
- 运输和储存准备发放给受益人的食品
- 建立食品发放点
- 组织食品分配

- 设立食品分配监测项目
- 计划食品分配的替代方式

2. 类别

框架：构建一个框架，用以研究制定食品分配计划所需的技能。

3. 教学目标

界定有助于确定制定食品分配计划所需技能的概念性框架。

4. 教学方法

集体讨论。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

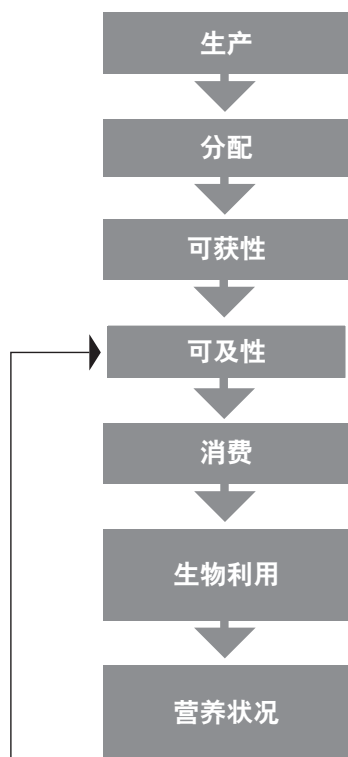
- 图表一：食品分配在食物供应链中的位置（必须强调的是，食品分配只是一个治标不治本的临时措施）
- 图表二：食品分配开始之前需要考虑的因素
- 图表三：制定食品分配计划所应遵循的实用原则
- 图表四：规划食品分配的后勤保障

与后面目标的联系

后面的目标将研究制定食品分配计划的主要步骤。

图表一

食品分配在食物供应链中的位置



食物资源的分配。食品分配是恢复食物资源获取的临时策略，直至：

1. 社会经济体系的重建使得重新确立对食物资源的正常获取成为可能；
2. 通过建立补偿机制，提供获取食物的其他手段，居民适应了局势。

图表二

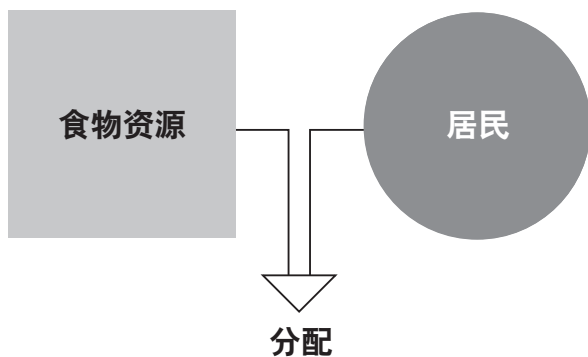
食品分配开始之前 需要考虑的因素

1. 研究反映食物供应链状况的各种指标，而不只是依赖营养不良率；
2. 提前评估潜在的经济、社会和政治影响，并制定计划将这些影响最小化。

图表三

制定食品分配计划 所应遵循的实用原则

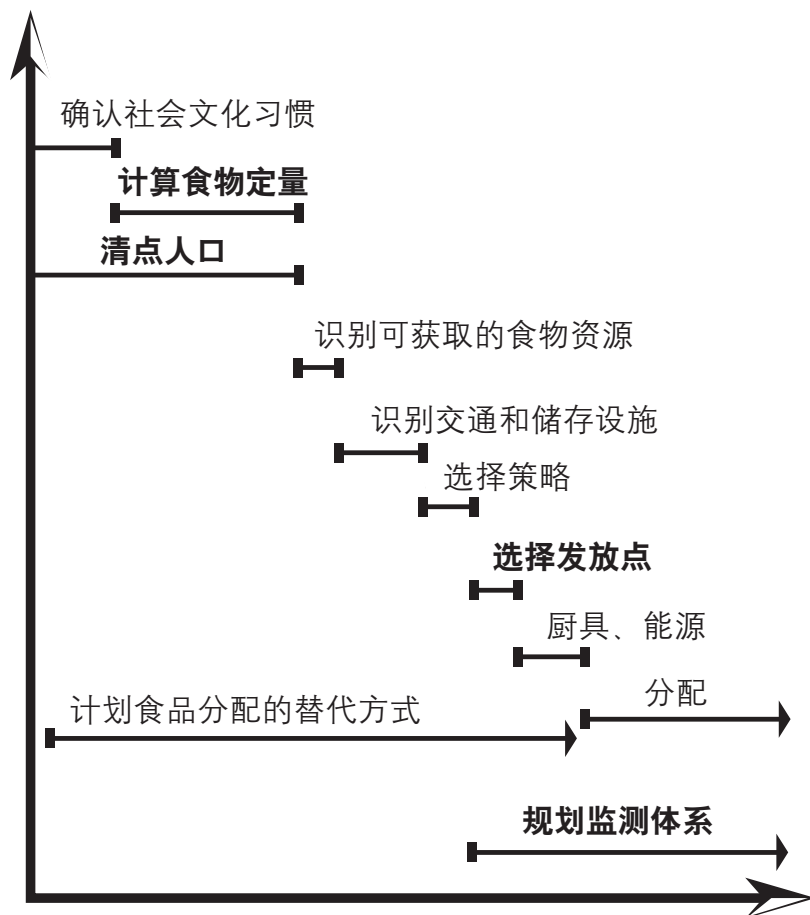
- 食物资源
- 必需食物的数量
- 交通设施
- 储存设施
- 社会文化习惯
- 清点人口
- 确定食物定量



- 策略选择
 - 干粮 v. 膳食
 - 营地 v. 回家
 - 频率：周、月
- 建立发放点
- 提供厨具和能源
- 计划食品分配的替代方式
- 建立监测系统

图表四

规划食品分配的后勤保障



确定食物定量

1. 概述

确定食物定量构成时必须考虑若干因素，主要包括：

- 社会文化习惯：食品分配的目的不是改变居民的饮食习惯
- 紧急情况下的后勤要求：在保存和分配食物无比困难的情况下试图分配新鲜食物是不现实的
- 经济因素：分配出去的食物在当地市场上具有一定经济价值，受益人可能为了购买其它商品而出卖部分食物。除此之外还必须考虑到食品分配对当地食品价格、贸易机制和当地食物库存管理的潜在影响。
- 政治因素：食品分配会吸引当地武装团体和政治力量的注意，必须注意不让援助食品激起那些有权力通过掠夺和禁运等手段予以挪用者的贪欲
- 所选食品的营养价值：所分配的食品必须满足各种不同受益人群的能量和蛋白质需求
- 中度营养不良者、孕妇和哺乳期妇女的个人需求：他们的补充需求必须包括在基本定量中

在制定食物定量计划时必须考虑到所有这些因素。诚然，从严格的营养角度来说，最重要的是食物的营养价值和文化可接受度。不过，后勤、经济和政治因素在组织和实施食品分配中也发挥着重要作用。

2. 类别

知识技能：了解确定适当食物定量时所涉及的因素。

3. 教学目标

识别确定应急分配食物定量时所涉及的因素。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

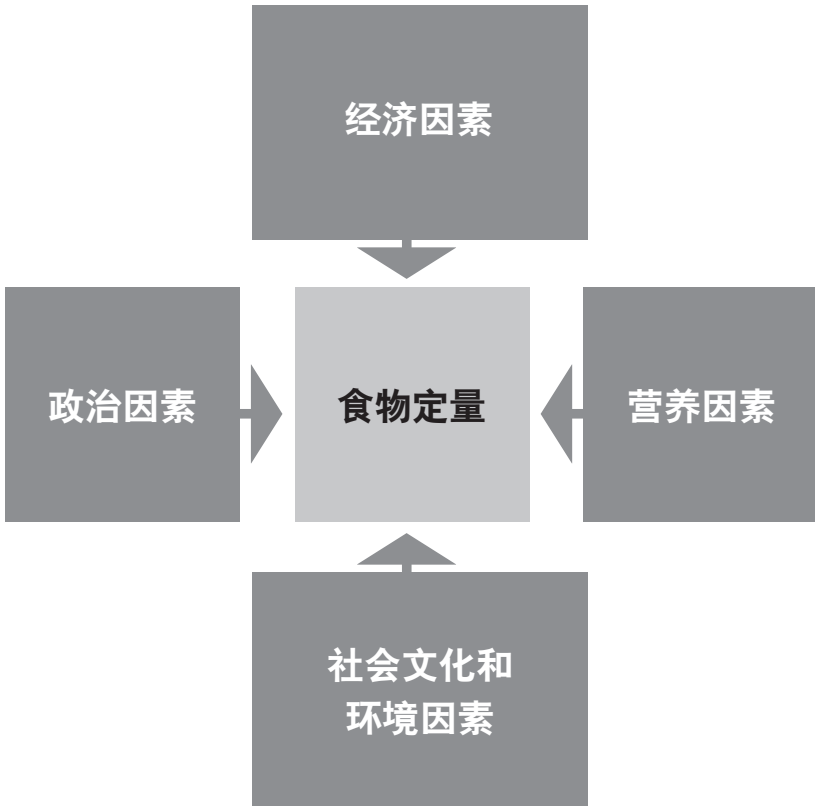
- 图表一：设计食物定量时所要考虑的一般因素
- 图表二：设计食物定量时所要考虑的营养因素
- 图表三：社会文化、经济和政治因素

与后面目标的联系

设计食物定量时需要挑选容易分发的食物，以便受益人有最佳机会获得它们。下一个目标将解释如何量化所需食物资源，以满足特定人群的食物需求。

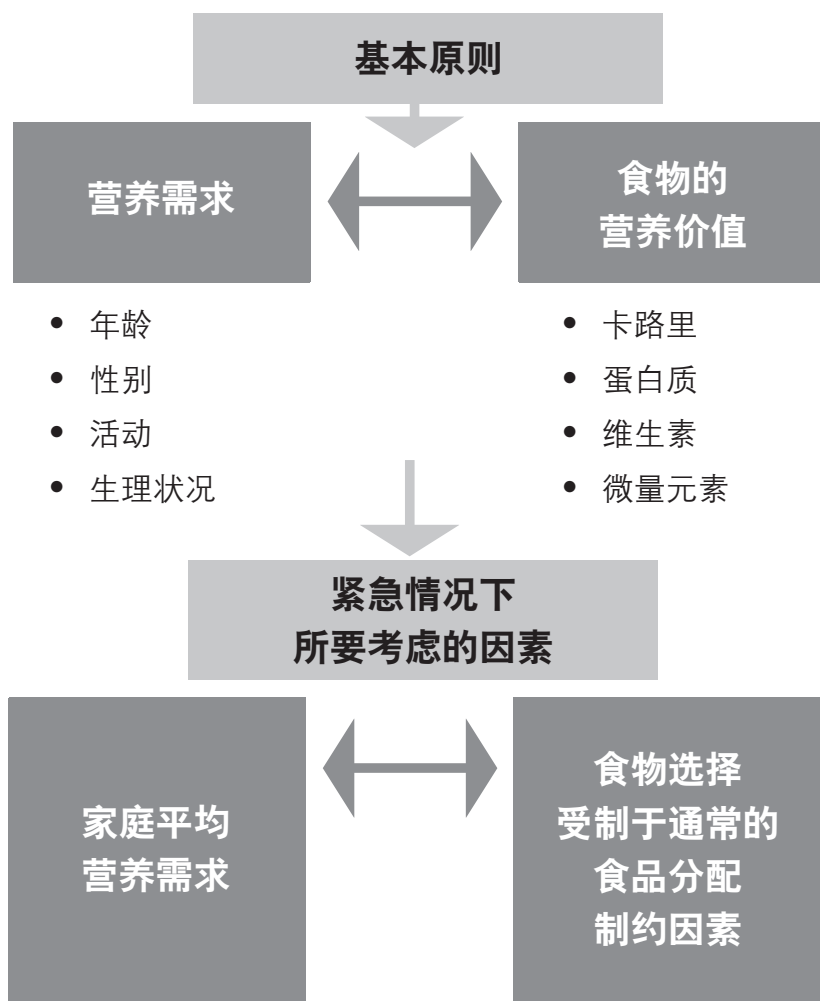
图表一

设计食物定量时 所要考虑的一般因素



图表二

设计食物定量时 所要考虑的营养因素



图表三

社会文化、经济和政治因素

社会文化因素：

- 饮食习惯
- 食物制作方式

经济因素：

所分配食物在当地市场上的价值

政治因素：

食品分配引来武装团体的风险：

- 取决于食物类型
- 取决于分配方式
 - } 干粮
 - } 膳食

进行人口普查

1. 概述

食物选择和食物定量计算决定着给受益人所提供的东西，而清点受益人的数目则构成计划所需食物资源总量的第二阶段。

在紧急情况下进行人口普查是个棘手的任务，原因如下：

- 有时候，由于冲突受害者分散在生活方式未受影响的居民当中，因此难以找到这些实际上是在遭受缺乏食物之苦的人
- 因为安全状况不佳，居民可能会迁移、逃难或者流离失所
- 可能无法接触冲突地带的潜在受害者
- 食品分配可能会吸引那些虽未受紧急局势影响但仍希望从援助中受益的居民群体
- 由于对个人或家庭重复登记，或者基于家长的陈述而夸大记录了每个家庭的人数，因此受益人的人数膨胀

必须遵循一定的规则：

- 所有调查同时进行，从而避免人口在调查间隙迁移的问题；这意味着将所有受益人在同一时间集中到同一地点
- 向每个家庭提供一张登记卡，注明姓名、地址及家庭成员人数
- 向熟悉所涉居民并能对其施加影响的本地当局寻求协助

2. 类别

知识技能：具备进行人口普查的必备知识。

3. 教学目标

在进行人口普查时应当避免的错误和应当遵循的规则是什么？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：在紧急情况下进行人口普查所面临的困难
- 图表二：进行普查时应当遵循的一些规则

与后面目标的联系

在这个阶段，我们已经决定了分配什么并列出了接受人名单。下个阶段是选择食品分配策略。

图表一

进行普查

紧急情况下的困难

1. 识别对食物资源缺乏尤为脆弱的居民群体
2. 人口不稳定
3. 食品分配所产生的吸引力

图表二

普查

需要遵循的一些规则

1. 所有调查同时进行
2. 登记受益人
3. 向本地当局寻求援助

恢复居民群体 营养水平的主要策略

1. 概述

需要解释一下本节的标题。这里的重点不是个体营养康复的方法，而是降低某个居民群体营养不良率的策略。在讨论营养康复计划本身之前，应当说明两点：

首先，必须明确营养不良的原因：

- 缺乏食物
- 有害健康的环境
- 社会文化因素
- 政治因素(压迫、不安全)
- 发病率(腹泻性疾病、麻疹等)

在武装冲突中，诸多作用因素通常交织在一起，因此减少营养不良就需要采用多学科方法。

其次，当营养不良的主要原因是缺乏食物时，必须明确的是，减少营养不良的必备项目是集中于向所涉居民群体提供基本的食物资源，然后才谈得上具体的营养康复项目。

营养康复项目是基于以下两个可能策略中的其中一个：

以作为食品分配体系一部分而发放的干粮的形式，或者以在膳食中心向受益人提供膳食的方式，向营养不良个体提供食物。

两个策略都有各自的优缺点。干粮的一个优点是会同家庭传统饮食习惯相冲突，并能被包括在基本救济定量中。因此，实施该项目无需进行太多额外工作。这种方法也不会影响到家庭生活，这与在膳食中心进行补充喂养形成鲜明对比；后者要求营养不良儿童每天前往中心或者住在那里(取决于中心的类型)，并且通常由母

亲陪伴，结果对家庭生活，特别是日常家务和对其他孩子的照顾造成严重影响。理论上干粮可以满足营养不良患者的全部需求，但专门化中心所提供的覆盖面却常常是有限的。然而，如果向营养不良的受益人提供的补充食物定量被包括在基本定量中，就可能存在食物不是由所希望的人而是由整个家庭消费的风险。显然，这一方法要求对居民中的营养不良个体进行严密监测，一般用于中度营养不良患者，即身高别体重在80%以上(Z分为负2分)。

在紧急情况下，应选择干粮方式作为中度营养不良康复的策略。此外，鉴于特定居民群体——孕妇和哺乳期妇女(定量需求)和幼童(定性需求)——的额外营养需求，还可以考虑增加基本应急定量，以满足不仅是营养不良个体，还有通常所认为的“脆弱”群体的需求。不过，这种策略也有其局限性，因为它只能满足中度营养不良患者的需求。因此，如果局势涉及大量重度营养不良患者(身高别体重低于80%)，就必须考虑建立专门化中心。

这种中心可以分为两类：

- 营养康复中心(补充膳食中心)每天开放，治疗身高别体重在80%和70%(Z分为负2至负3分)之间的人。受益人在这里一天进食二至四次，晚上回家过夜；
- 二十四小时营养康复中心(治疗性膳食中心)，治疗身高别体重低于参考值70%(Z分为负3分)或有水肿(夸休可尔症)症状的人。受益人在这里每24小时进食六至八次。

营养不良标准并非制定营养康复项目计划时唯一的考虑因素。学员还应懂得，诸如安全和营养不良患者总人数等也是制定营养策略时必不可少的考虑因素。如果有非常多——比如说几百名——Z分不足负3分的儿童，那么恐怕就不可能建立足够多的治疗性膳食中心来全部接纳他们。在这种情况下，更明智的作法是投资于所需人手更少但却能覆盖所有营养不良儿童的设施。

我们在学习本目标的过程中会提及Z分法，但不会实际研究，因为流行病学单元将对其加以详细讨论。在这里，授课者将仅仅指出Z分法同身高别臂围和身高别体重之间的关系。

最后，应当强调基础护理——特别是免疫和医疗护理——在营养不良管理方面的作用。免疫和医疗护理的细节将在后面的目标中学习。

2. 类别

知识技能：用于确定降低居民营养不良率最佳策略的基本信息。

3. 教学目标

以下两种降低营养不良率方法的优缺点是什么？

- 向居民群体分配特定食物
- 在专门化中心为营养不良患者提供膳食。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 10分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

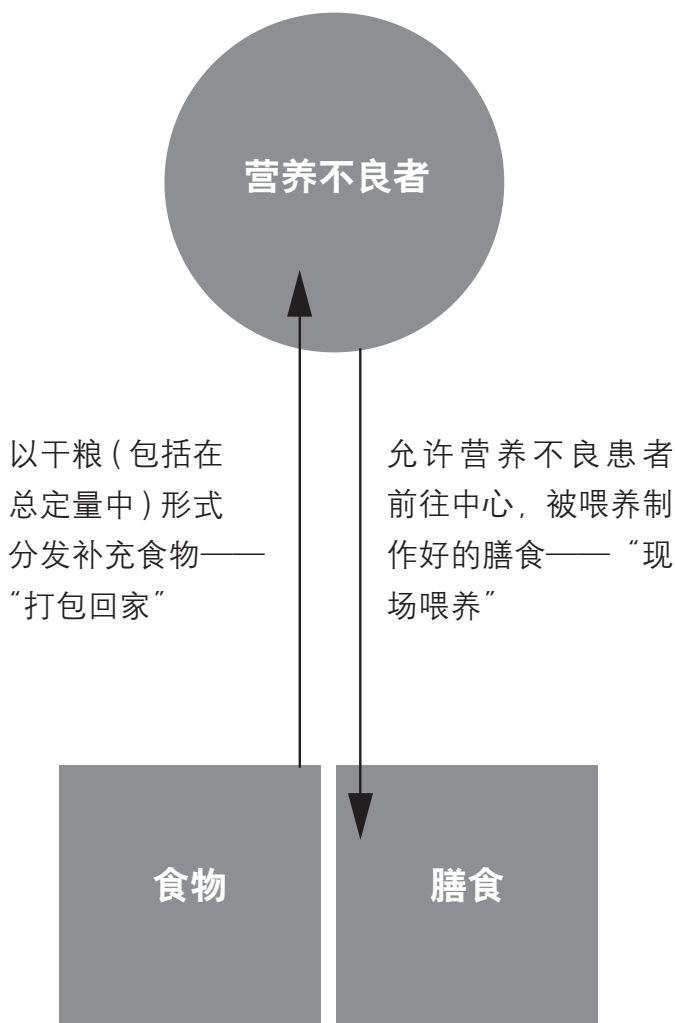
- 图表一：应该给营养不良患者食物带回家还是在专门化中心为其提供膳食？
- 图表二：在策略间作出选择的标准
- 图表三：营养康复中心的类型

与后面目标的联系

在本节，学员已经学会界定特定局势中的具体策略。下一目标将为他们提供理解个体层面上的营养康复基本内容所需要的知识技能。

图表一

应该给营养不良患者 食物带回家还是 在专门化中心为其提供膳食？



图表二

决策标准

在策略间作出
选择的标准

- 营养不良的严重程度
- 营养不良的范围 (受影响人数)
- 设施建设的后期保障
- 营养康复中心造成的社会混乱
- 每个策略的预期影响

图表三

营养康复中心的类型

餐数

2



在白天分配膳食

3



没有住宿基础设施

4



5

在24小时时间段内
分配膳食

6



需要住宿基础设施。

8



规划食物分配监控体系

1. 概述

通过人为恢复特定居民群体对食物资源的获取，食品分配在食物供应链中有一席之地。监控体系必须能够回答以下问题：

- 受益人是否正在收到食物定量？
- 他们收到的定量能否满足其营养需求？
- 营养不良率是否已经降到初始目标中所设定的限度？
- 分发出去的食品是否大量出现在当地市场？
- 食品分配是否正在对当地市场价格产生影响？
- 农业生产是否已经恢复？
- 通常的食品分配渠道是否畅通？

为回答这些问题而需监控的指标不应仅限于人体测量（营养不良率）和后勤（根据受益人数分配的定量数）指标，还应包括市场价格和当地资源的变化。最后一点尤其重要，因为这是有关项目管理——即调整食物定量（例如，如果受益人重新获得一定量食物的独立使用权，可以将定量减少一半），或者在人道机构分发的食物大量出现在市场上时，对定量进行限制或改进登记系统——的决策的基础。最后，这一信息将通过确保受益人具有可靠的替代方案（在食物分配的同时有成功的农业重建项目，或者建立了其它机制来恢复对食物的获取），影响关于能否安全终止食品分配的决策。

学员必须理解通过建立监控体系来评估项目对受益人的影响——包括可能产生的不利影响，如引来其它居民群体，因为食物救济产生物资过剩而导致当地产品价格暴跌等——的重要性。

2. 类别

知识技能：规划食品分配监控体系所需的基础知识。

3. 教学目标

列举可以用于监控食品分配项目的指标。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

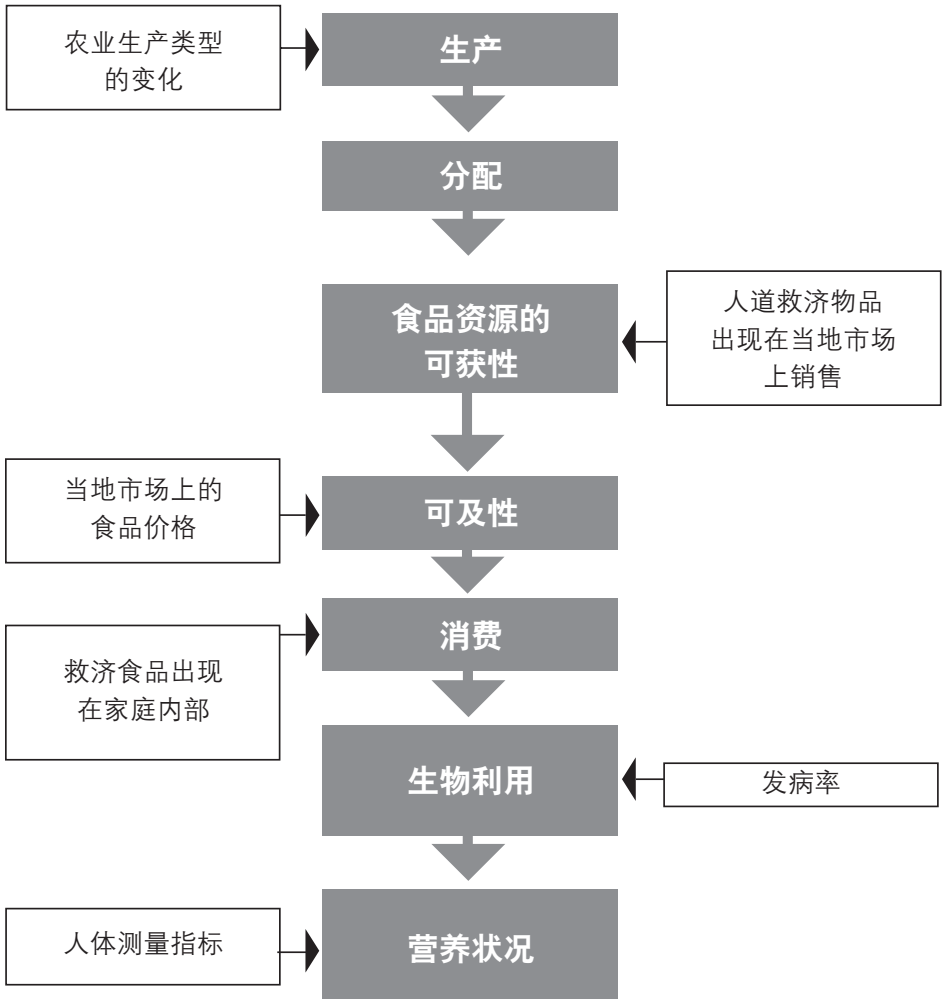
- 图表一：与食物供应链的不同环节相联系的指标
- 图表二：要求学员记住所学到的用于监控食品分配的指标，因为在流行病学单元中还会再次用到这些指标

与后面目标的联系

本目标的学习成果将在流行病学单元加以回顾，并同其他单元——环境、传染病、卫生服务——中所述指标的相关材料结合起来。

图表一

用于监控食品分配的指标



图表二

监测体系的建立将在传染病学
单元学习

记住所学到的与食物供应链有
关的指标

食品运输、储存和分配的后勤学意义

1. 概述

干粮（谷物、豆类、食用油）因其营养价值和易于处理而被用于食品分配。学员应该知道一个月食物定量的平均重量（16–18公斤）及一吨食物所占的体积（两立方米）。

储存设施所处地点取决于以下几个因素：

- 接近食物供应源
- 安全
- 接近分发点

关于储存，学员应该知道：

- 仓库建筑的主要原则：必要的表层、高度、通风、建筑材料、抵御恶劣天气的能力和防盗措施等
- 食物的实际储存规则
- 保持物资状况良好的规则——尤其是必须采取的防虫措施

关于交通，学员应当了解主要交通工具——卡车和飞机——的运载能力。

如果可能的话，食品援助应在靠近受益人居住地的地方分发。这样可以让他们免于长途跋涉，因为他们通常没有交通工具。除此之外，这一策略还能保证居民留在靠近他们生产资料的地方，从而有利于恢复正常活动（重建）。相反，如果在离受益人居住地很远的地方分发食物，那么往往需要在分发点建立营地，从而导致重建更加困难。

食品可以用不同的方式分发。可以基于家庭人数，以散货形式向家长分配基本定量的组成食品，也可以用家庭包裹的形式向受益人发放食品定量。

一旦确定了策略，分发场所必须：

- 随时可为运输所及
- 为受益人和人道工作者提供安全的环境
- 足够容纳大量受益人——人数随着武装冲突进一步发展还有可能增加

场所的布局应该考虑到分配期间的用水需求和万一的急救需求。尽管如此，必须不惜任何代价避免建立固定设施，因为那将会鼓励受益人在此形成永久性营地。

2. 类别

知识技能：基本理解食品分发在后勤方面的要求。

3. 教学目标

掌握进行组织有序的食品分配所需遵循的主要后勤规则。

4. 教学方法

直接向学员提供信息。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：后勤因素(食物选择、定量、运输、储存)
- 图表二：食品分配策略
- 图表三：食品分配场所的组织

与后面目标的联系

下一个目标将在食品分配项目与营养康复项目之间建立联系。

图表一

后勤因素

食物选择：

谷物

豆类

食用油

每人每天的食物定量示例：

谷物 = 400 克

豆类 = 100 克 至 550 g

食用油 = 50 克

运输：

类型

局限性

船

(时间)

飞机

(成本)

卡车

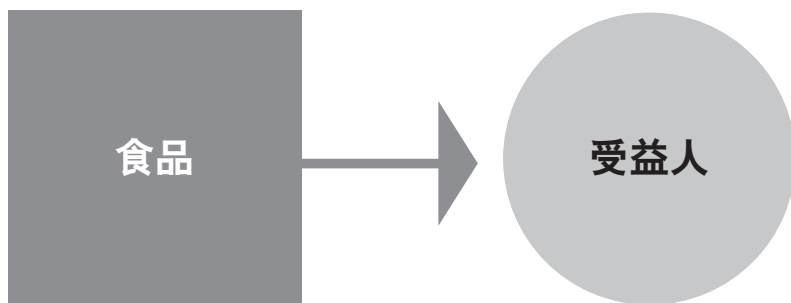
(距离)

储存：

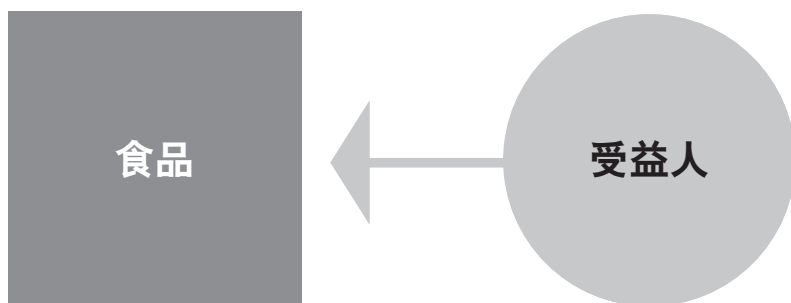
1吨 = 2立方米

图表二

食品分配策略



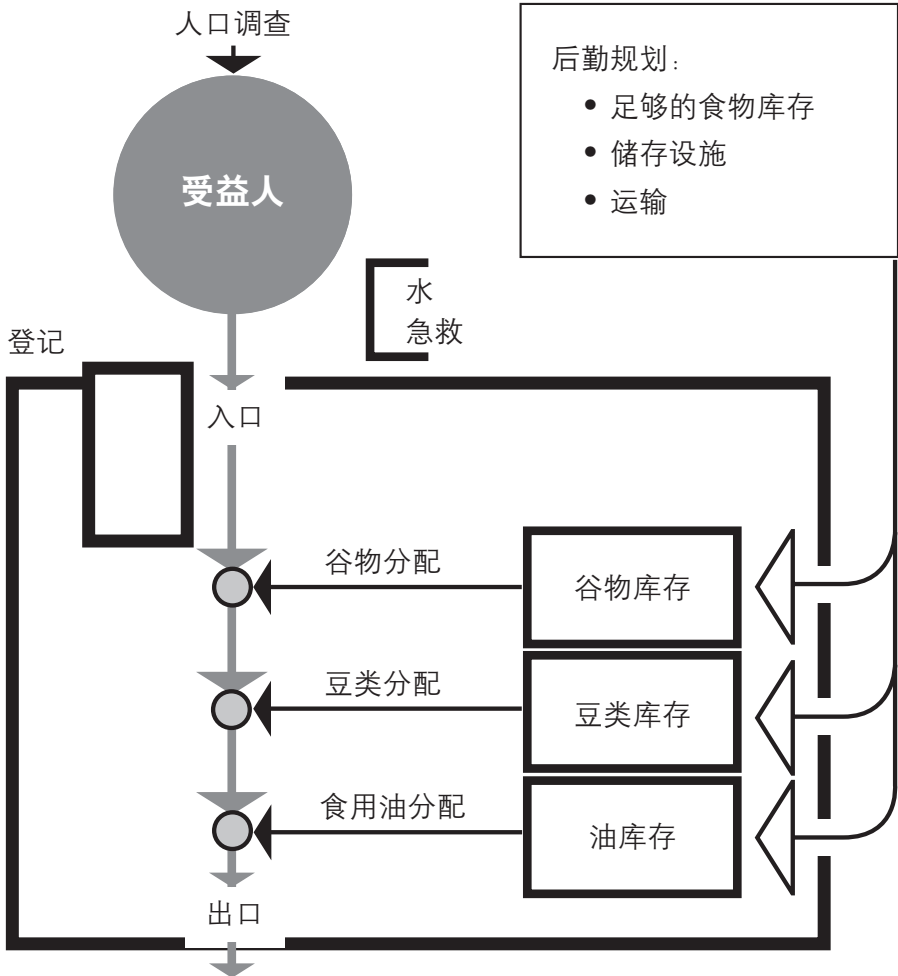
在尽可能靠近
受益人居住地的
地方发放食物



让受益人来
集中分配点

图表三

食品分配场所的组织



食品分配和营养康复项目之间的联系

1. 概述

营养康复项目必须同包括食品分配在内的旨在恢复对食物资源之获取的项目相联系。援助营养不良患者是合情合理的，但如果这么做只是为了让他们重返一个无法获取食物资源的体系，那就不合情理了。两种类型的项目互为补充，但在紧急情况下，必须将优先权给予那些为所有被划归脆弱群体的居民提供食物资源的项目。

2. 类别

知识技能：用于界定营养康复项目和旨在恢复脆弱居民对食物资源之获取的项目之间的互补联系的策略。

3. 教学目标

营养康复项目和食品分配之间的关系是什么？

4. 教学方法

向全体学员分配任务。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

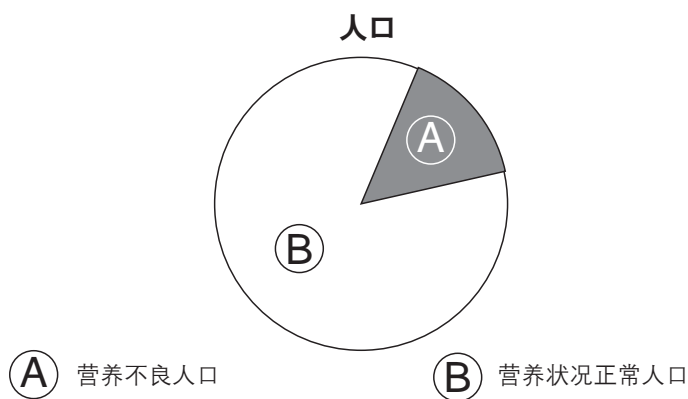
- 图表一：食物定量分配与营养康复项目之间的的互补关系
- 图表二：两种项目在人口正常分布情况下的互补关系

与后面目标的联系

后面的目标涉及营养康复。

图表一

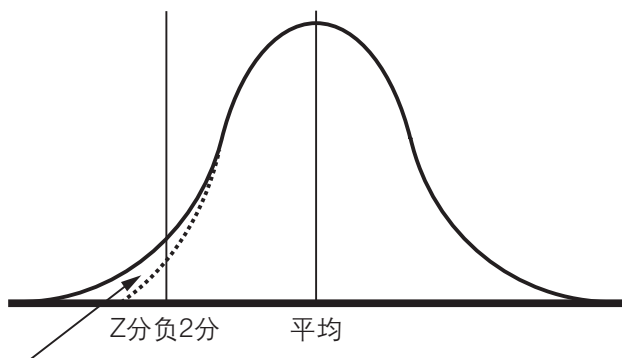
食物定量分配与营养康复项目 之间的互补关系



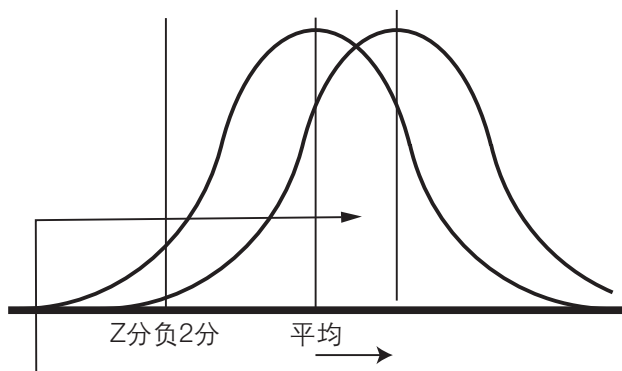
1. 没有得到面向一般居民的食品分配工作支持的营养康复项目：B类人口中出现营养不良。
2. 没有得到营养康复项目支持的食品分配项目：B类人口营养状况稳定；A类人口中中度营养不良患者有所好转，对重度营养不良患者无甚影响。
3. 营养康复项目与食品分配并举：B类人口营养状况稳定，A类人口状况好转。

图表二

两种项目在人口正常分布情况下的互补关系



营养康复的效果：Z分低于负2分的主体的营养状况好转



食品分配对一般居民的影响：提高全体人口的平均营养水平

组织营养康复中心的原则

1. 概述

接收儿童接收进入营养康复中心的依据是人体测量标准。不过，那些营养状况模棱两可，但又表现出诸如医疗或社会问题（孤儿、无人陪伴儿童等）等相关风险因素的儿童也有资格进入这样的中心。

关于营养康复中心的任何计划都必须为以下四类活动做好准备：

- 喂养：重度营养不良儿童的喂养必须遵守严格的规则。最初几天，每天每公斤体重的喂养量不应超过100千卡和3克蛋白质，然后逐步增加，直至达到每天每公斤体重的200千卡和5克蛋白质。在这一阶段，重度营养不良儿童每天每公斤体重可以增加10到20克，而中度营养不良儿童则可增加5到10克。儿童每天的用餐数取决于营养不良的严重程度和营养状况恢复程度；喂养方式会逐步修改，直至在该儿童离开前夕接近正常饮食。在这里我们不会详细解释如何制作高能牛奶（牛奶、糖和油），后者的制法在学员可以拿到的营养手册上都有。学员如果实际需要制定营养康复项目计划，可以参阅这些手册。
- 预防：
 - 预防麻疹对所有儿童来说都是必要的（在营养康复中心发生麻疹流行将是真正的灾难）
 - 让所有儿童系统性服用维生素A。六个月以上儿童的推荐剂量为20万国际单位，六个月以下儿童则为5万国际单位
 - 给所有一岁以上儿童系统性服用甲苯咪唑
 - 预防体温过低的措施（毯子、对母亲进行指导）
 - 提供饮用水
 - 卫生：干净的建筑、适当的食物处理和储存方法、人员卫生
- 医疗护理：
 - 治疗常见医疗问题：腹泻性疾病、高烧、贫血、呼吸道感染和皮肤感染

- 提供必备药物
- 流行病学监测：
 - 从儿童进入中心之时起到离开之时止，对每名儿童进行个别监测。应当记录身高别体重、相关医疗问题、社会情况、合规情况（就日托中心而言）以及营养康复方面的进展
 - 在整体层面会监测各种不同变量，包括中心的接收人数、死亡人数、平均停留时间、每天到场的儿童人数以及未能完成营养康复项目的儿童人数

学员将不会被要求设计营养康复中心。以医务所为例的医疗设施结构将在内科和外科护理单元中研究。

2. 类别

知识技能：掌握组织营养康复中心的一般原则。

3. 教学目标

列举营养康复中心运行所必不可少的活动：接收标准的界定、食谱的拟订、膳食的组织、流行病学监测。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：营养康复中心的活动

- 图表二：营养不良患者的营养需求
- 图表三：用于营养康复的食品
- 图表四：营养康复中心的膳食
- 图表五：营养康复中心的公共卫生活动
- 图表六：营养康复中心的医疗活动
- 图表七：流行病学活动：个体监测
- 图表八：流行病学活动：项目监控

与后面目标的联系

在下一目标中，学员将被要求在组织食品和营养援助项目方面进行实际决策，从而必须应用所学到的知识技能。

图表一

营养康复中心的活动

- 营养活动
- 公共卫生活动
- 医疗活动
- 流行病学活动

图表二

营养不良患者的营养需求

第一周:

每天每公斤体重100千卡 + 3克蛋白质

随后:

每天每公斤体重200千卡 + 5克蛋白质

接下来:

胃口大开时按需求给食

图表三

用于营养康复的食品

1. 高能牛奶

奶粉	80克}		1,000千卡
油	60克}	=	和
糖	50克}		30克蛋白质
足够的水, 总体积为1升			
100毫升 = 100千卡 + 3克蛋白质			

2. 谷类调合物, 原料如下:

玉米大豆奶粉

小麦大豆奶粉

奶粉、油、糖

100毫升 = 100-150千卡 + 4克蛋白质

3. 正常饮食

* 母乳在整个营养康复过程中必不可少

图表四

营养康复中心的膳食

星期

1. 高能牛奶
 - 根据营养不良的程度每天6到8餐
 - 重度营养不良患者夜间加餐
2. 高能牛奶 }
谷类调合物 }
3. } 谷类调合物
} 高能牛奶
4. } 以家庭喂养
} 为基础的膳食
5. } 家庭膳食

离开中心的标准： < 体重增加超过 85%
恢复正常饮食

图表五

营养康复中心的公共卫生活动

- 维生素A：预防剂量20万国际单位（每3个月）
- 甲苯咪唑：一次剂量200毫克（1岁以上儿童）
- 若对于儿童的免疫状况有任何不确定之处，则针对麻疹及扩大免疫计划所包括的其它疾病进行免疫
- 对儿童的照顾者（母亲）进行卫生教育

图表六

营养康复中心的医疗活动

- 维生素缺乏症的治疗：
 - A：20万国际单位（第一、二、七天）
 - E：前三天肌肉注射200毫克，接下来每天口服250毫克
- 贫血的治疗：
 - 叶酸：每天5毫克，2个星期后开始补铁。
- 脱水 / 腹泻：口服补液盐
- 感染：抗生素治疗——例如针对肺部感染
- 肠道寄生虫：系统性服用200毫克甲苯咪唑。
- 体温过低：母亲、毯子
- 皮肤病（疥疮、感染）：局部治疗

图表七

流行病学措施：个体监测

之前：

- 选择（身高别体重和临床检查）
- 登记（姓名、身高别体重、临床检查、日期等）

期间：

- 体重监测
- 临床和治疗监测
- 喂养体制监控：餐数

之后：

- 家庭内监控

图表八

流行病学活动：项目监控

营养活动的监控

- 接收人数
- 到场儿童人数
- “缺席”人数
- 死亡人数
- 送往医院的人数
- 离开人数

公共卫生活动的监控

- 接种、卫生教育

医疗活动的监控

- 病状分布情况

为特定人群制定 食品和营养策略

1. 概述

学员将在模拟练习的框架中应用此前学到的知识技能。

2. 类别

实践：为特定人群的制定食品分配和营养康复项目计划。

3. 教学目标

在甲—乙国模拟练习的框架中，为难民营居民制定食品和营养援助项目计划。必须覆盖项目的所有方面：

食品分配：

- 确定受益人数量
- 确定食物定量
- 计划行动的后勤环节
- 组织分配场所
- 制定分配组织计划
- 规划食品分配监测体系

营养康复：

- 选择策略
- 识别和挑选受益人
- 建立所需的任何设施
- 安排对项目的营养康复情况进行流行病学监测。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论各组制定的计划。

5. 教学时间

总时间：120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结

6. 小结

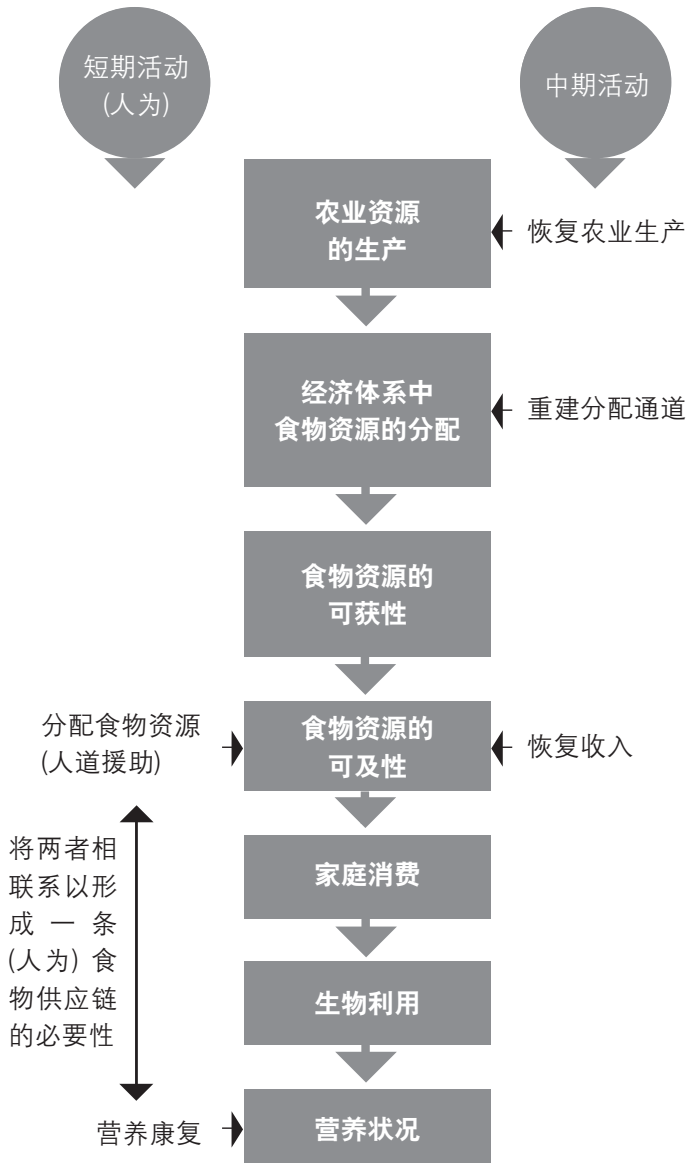
授课者应该已经研究了甲乙国模拟练习中的食品和营养康复项目并为其制定了计划，并将在集体讨论阶段对各组提交的报告进行评论。

图表一

在总结这一单元时，授课者要介绍一些具体案例，以强调课程中学到的原则。所选择的例子应当能够说明对食品获取问题的评估过程，提供在食物供应链的不同层面进行干预的蓝图，以及展示这些干预行动的成果。授课者最好能使用自己亲身经历过的事例。

图表二

人道援助对食物供应链的影响



环境

目标一览表

- 明确人与环境的相互作用，以及武装冲突对这种作用的破坏
- 了解为难民营选址的原则
- 了解水传播疾病的分类
- 了解紧急情况下居民生活用水的推荐用量和质量
- 掌握供水系统的构成
- 掌握水源的各种类型
- 了解如何计算某地雨水可储量
- 掌握理解水井如何工作的五种知识技能
- 明确用地表水作水源的优缺点
- 了解天然泉水如何发挥作用
- 了解在武装冲突中选择水源所要考虑的因素
- 了解在哪些情况下需要蓄水，以及各种可行的蓄水方式
- 制定一份水泵申请计划
- 了解各种水处理方法
- 了解输水系统的特点
- 设计一个供水系统
- 明确学习粪便处理方法的背景原因
- 掌握一种给储存和处理粪便的不同方式分类的简单方法
- 描述几种主要旱厕的运转方式
- 了解主要的传染病病媒及其防控措施
- 了解垃圾处理方法
- 了解居住条件对健康的影响
- 设计建立足够的住所及粪便和垃圾控制系统

人与环境相互作用的概念

1. 概述

人类与环境之间的关系可以用一个示意图来归纳：一方面，来自环境中的各种物质（例如水、食物、能量、生产原料，以及用于建造住所的材料等）是人类维持生命与健康所必需的；另一方面，人类向环境排放废物（包括粪便、垃圾和废水等）。这二者可能会形成一个恶性循环——例如，粪便会污染水源，导致传染病病媒的滋生等。这些因素之间的相互作用受地理和气候条件的影响，也取决于当地的发展水平。

紧急情况下，人与环境之间的平衡会被严重破坏。例如恶劣环境下过度拥挤的居住条件（这是流徙群体的特点）会导致疾病大规模爆发，环境污染不断加重、濒临失控，继而造成更高的发病率。

在这个层面上，学员必须清楚环境与健康之间的联系：例如改善供水质量有助于降低腹泻性疾病及营养不良的发生率，治理粪便可以减少口线虫病（钩虫病）等疾病的发生。关于卫生措施对患病率的影响，尤其是对水、粪便和病媒的治理办法，将在后面各节详细叙述。

2. 类别

框架：明确人群与所在环境的相互作用，以及武装冲突对此造成的破坏。

3. 教学目标

用图或文字表述人群与环境间正常存在的相互作用，以及武装冲突对此可能造成的破坏。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

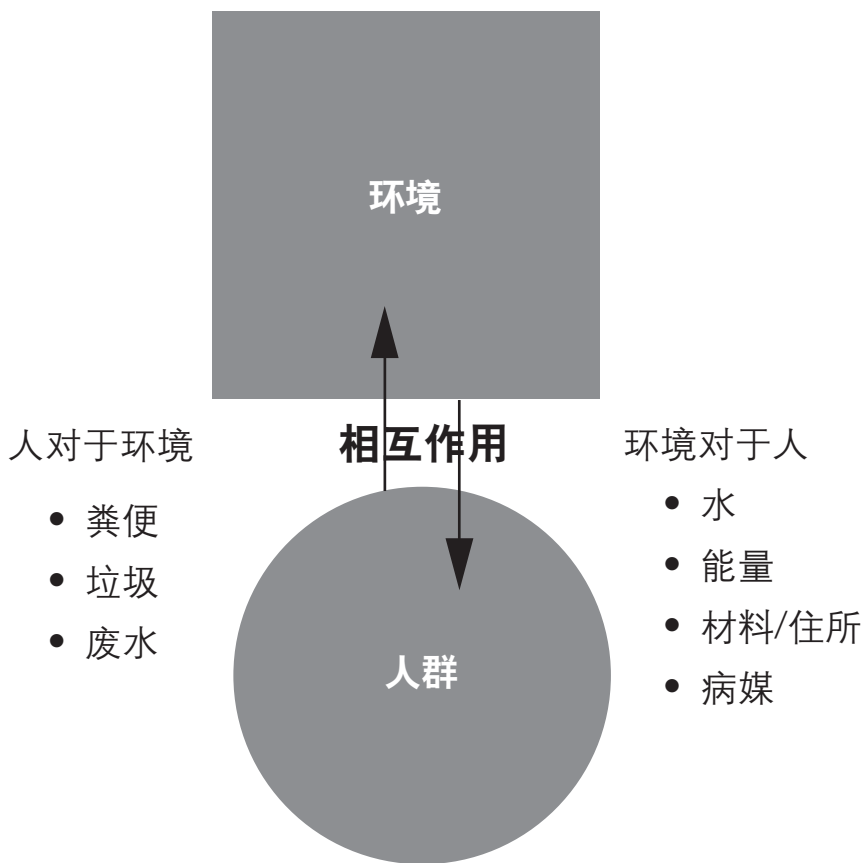
- 图表一：人与环境相互作用的概念
- 图表二：传染病的传播方式
- 图表三：危机时期破坏人群与环境相互关系的因素

与后面目标的联系

这一节介绍了“环境”单元的主要内容，包括关于难民营选址、水、粪便、垃圾、病媒、能量供应和住所的问题。

图表一

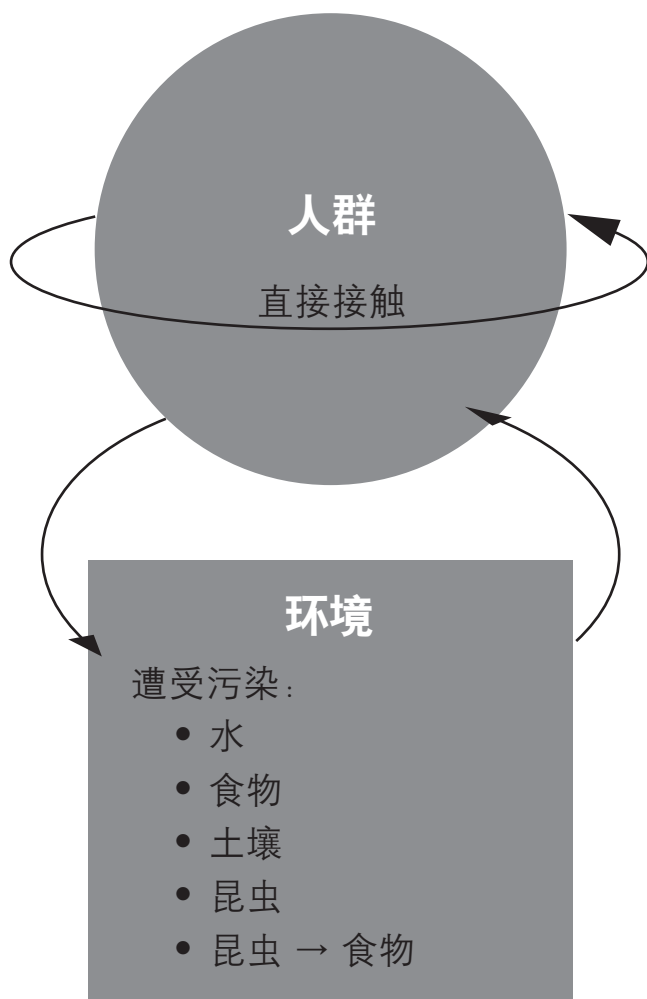
人与环境相互作用的概念



这一相互作用取决于很多因素，包括气候、地理和生态特征，发展水平以及教育状况等。

图表二

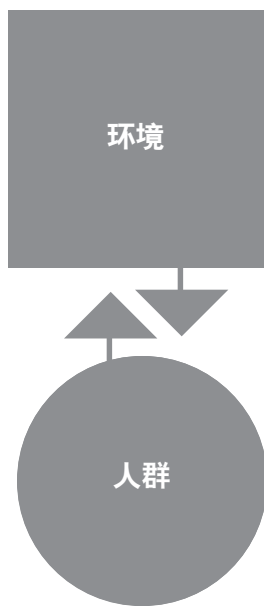
传染病的传播方式



图表三

危机时期破坏人与环境 相互关系的因素

- 环境资源遭到破坏或污染
- 环境尚未作好接纳人类的准备
- 过度使用环境资源
- 获取环境资源受到限制(水)
- 人口过剩



为难民营选址

1. 概述

人道组织很少介入为流离失所者选择容身之所的工作。这通常属于政治决定，由东道国政府做出。如果有可能进行选择，那么应满足以下标准：

- 保证人群安全
- 有水可用
- 有通讯线路
- 有足够的居住空间，以防过度拥挤
- 没有已知或潜在的环境威胁（例如洪水，或是对健康有害的环境）
- 有开展农业和小手工业等活动的可能

在与当局谈判时，面对东道国政府出于政治考虑提出的主张，救援人员必须指出，不恰当的地点会危害流离失所者的健康。重要的一点是，学员必须能够从技术方面对选择某一特定地点加以论证支持，这样他们才能在同政治当局谈判时扮演好自己的角色。

2. 类别

知识技能：关于难民营选址标准的知识。

3. 教学目标

以重要性为序，列出为流离失所者选择营地地点时所要考虑的标准。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：为难民营选址时所要考虑的标准

与后面目标的联系

有水可用是为难民营选址时必须考虑的因素。水将是后面目标的讨论主题。

图表一

为难民营选址时所要考虑的标准

- 有水可用
- 安全性
- 有食物来源
- 有通信线路
- 没有自然危险 (洪水)
- 有益健康
- 天然排水的可能性
- 同当地居民达成一致

主要的水传播疾病的分类

1. 概述

很多疾病都能通过水传播，尤其是：

- 通过水中微生物传播的疾病：腹泻性疾病、霍乱、伤寒、阿米巴病等。
- 与缺水相伴的个人卫生情况差所导致的疾病：疥疮、皮肤感染、沙眼等。
- 通过水生中间宿主传播的疾病：血吸虫病。
- 水生病媒携带的疾病：疟疾、黄热病、登革热等

这一分类使得学员对于直接受供水项目影响的常见传染病有一个总体了解。

2. 类别

知识技能：熟悉水传播疾病的分类。

3. 教学目标

根据疾病与水的关系而非病原体的种类给传染病分类。

4. 教学方法

集体讨论。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：根据疾病与水的关系给传染病分类

与后面目标的联系

为了减少这些疾病的传播，需要有令人满意的供水。那么怎么算是“令人满意”呢？

图表一

根据疾病与水的关系给传染病分类

- 饮用被污染的水：
 - 霍乱
 - 阿米巴病
- 缺水导致个人卫生情况差：
 - 疥疮
 - 沙眼
- 接触水中携带病原体的中间宿主：
 - 血吸虫病
- 传染病病媒在水中发育生长：
 - 疟疾
 - 黄热病
- 上述原因共同作用：
 - 阿米巴病：水污染以及个人卫生状况差

供水标准

1. 概述

明确水对于维系生命和预防疾病的重要性。现有的关于水质和水量的推荐标准也应适用于灾民；在紧急情况下修建供水系统时，这些标准可作为参考。

水量:

没有水无以维系生命。供水不足会增加患病率——例如腹泻性疾病，因为缺水会早成卫生条件恶劣，扩大病原体的传播。同样，沙眼的发病率也会因此增加。正常情况下，每人每天需要20升水维持健康；在某些特殊情况下，当供水特别短缺时，这一限量可降到5升。但是，必须把目标定为20升，并且要尽一切努力克服困难。在营养康复中心，推荐的用水量是每个儿童20-30升，而在医院里，定量应为每个病人100-200升。

水质:

水的微生物学质量是影响公共卫生的关键因素，它代表水中不存在病原体。水的微生物学质量通过检查大肠杆菌含量来测定。大肠杆菌的存在说明有粪便污染。紧急情况下，根据经验，如果培养24小时后(42°)大肠杆菌菌落数超过10，则应在用水前加以处理。

化学污染也是需要考虑的因素，尤其是在工业污染现象非常普遍的东欧国家；而武装冲突恰恰会迫使人群向城市地区迁移。化学污染的治理在技术上非常困难。紧急情况下，可能需要利用未被污染的水源提供生活用水，或者把人群转移到未遭受污染的地区。

混浊恶臭的水质很难让人接受，因此水的外观和气味也必须予以考虑。

学员应牢记这一原则：

大量相对洁净的水(0-10个大肠杆菌)优于少量极其干净的水(0个大肠杆菌)。

2. 类别

知识技能：熟悉紧急情况下人群用水的水质和水量的推荐标准。

3. 教学目标

紧急情况下可以接受的人群用水质量标准是什么？

4. 教学方法

向各组提问，并总结大家的自发回答。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

- 图表一：供水建议 (简化版)
- 图表二：供水建议 (完整版)

与后面目标的联系

此前的目标讲述水对于公共卫生的重要性 (疾病预防)，并推荐了相应措施，以确保在局势不稳定时供水仍能实现其维系健康的目的。后面的目标将从技术方面介绍如何建造有效的供水系统。

图表一

供水建议

(简化版)

重视水质的同时优先考虑水量

供水量:

- 15-20 升/人天

水质:

- 0-10 个大肠杆菌/100 ml
- 遵循关于有毒物质处理的建议

$$Q > q$$

图表二

供水建议

(完整版)

供水量:

- 20 升/人天

水质:

- 物理特性:

- 外观
- 气味
- 味道

- 微生物学特性:

- 0-10 个大肠杆菌/100 ml

- 化学特性:

- 砷 < 0.05/mg/l
- 氟化物 < 1.5 mg/l
- 氰化物 < 0.1 mg/l
- 汞 < 0.001 mg/l
- 铅 < 0.05 mg/l

供水系统的组成

1. 概述

本节的学习目的是掌握供水系统的各个组成部分:

- 水源
- 储存
- 输送
- 使用
 - 人类生活用水
 - 其他用途
- 废水与剩余水的处理。

在这一阶段,学员将被要求识别这些组成部分。必须强调一点,即供水系统对健康的影响取决于各组成部分的表现。如果在供应(符合上述推荐标准的)洁净水后,居民仍继续从其惯于使用的、可能遭受污染的水源中取水,那么洁净水对健康的益处就显现不出了。

2. 类别

框架:供水系统的组成。

3. 教学目标

明确供水系统的意义。

4. 教学方法

给各组分配任务。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

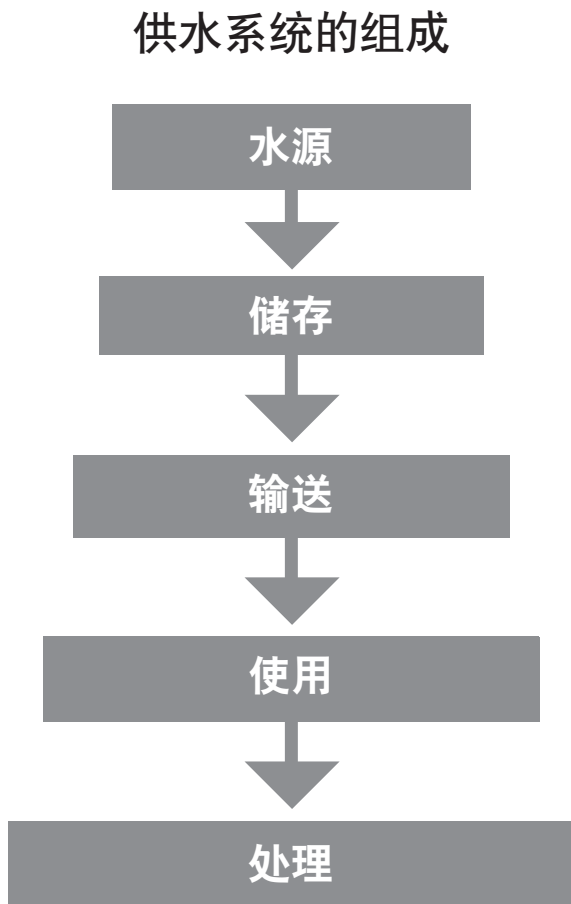
6. 小结

- 图表一：供水系统的组成部分
- 图表二：供水系统的组成部分及其与工程的关系

与后面目标的联系

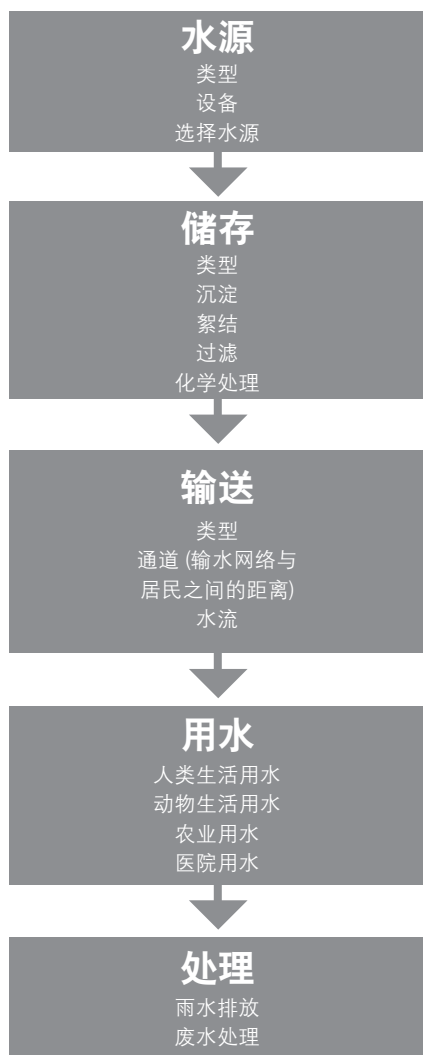
在本目标之后，将讨论供水系统的各组织部分，以及使其各就各位所需的技术手段。

图表一



图表二

供水系统的组成部分 及其与工程的关系



主要水源

1. 概述

有四种主要水源

- 雨水:可用水量取决于天气与季节(随时间变化),但水质令人满意,无需处理。因此雨水可作为永久性供水系统的补充。
- 地表水(河流、湖泊):可用水量通常较多,但是往往已被污染。
- 泉水:水流量很大程度上取决于泉涌的力量。如果泉眼没有被粪便污染,水质通常令人满意。
- 地下水:可以安全使用,水量取决于地形和气候。抽取地下水需要钻井并为其修建基础设施。除非地下水本身受到污染,否则水质都能令人满意。

2. 类别

知识技能:关于各种水源的知识。

3. 教学目标

列出各种水源,并一一注明无需技术行动即可获得的水质和水量。

4. 教学方法

给全体学员布置任务。

5. 教学时间

总时间:20分钟

6. 小结

- 图表一:水源
- 图表二:供水点评估
- 图表三:供水点评估(续)
- 图表四:水源选择标准

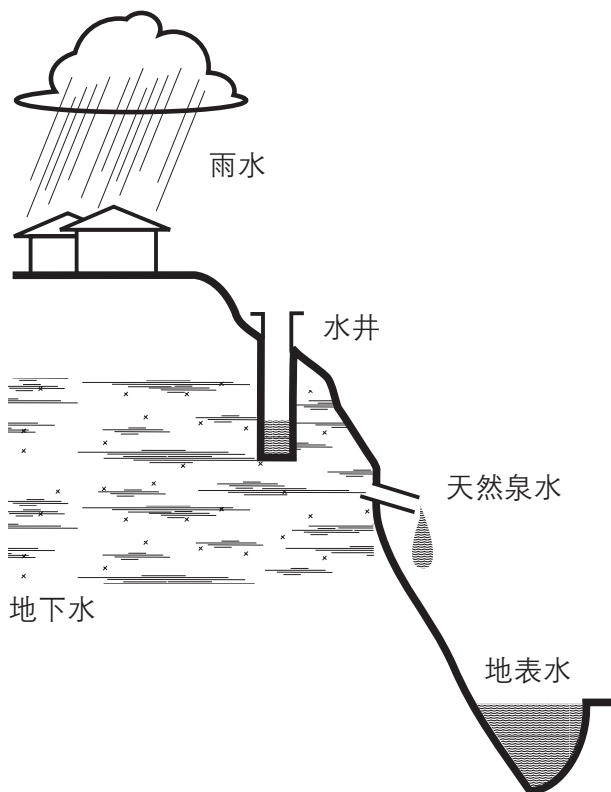
与后面目标的联系

水源开发会带来具体的技术问题，有些容易解决有些则很复杂。以下几节将讨论同水源有关的工程问题，主要包括：

- 雨水收集方法
- 开发并保护天然泉水
- 钻井
- 抽取井水或地表水

图表一

水源



图表二

供水点评估

(红十字国际委员会评估表)

一、地点

市、村
地区
省

二、供水点的类型

a) 泉水:

- 大致流量
- 开发
- 保护

b) 水井:

- 手挖/手工钻井/机械钻井
- 建造年代
- 深度
- 当前水位(从地表算起)

向使用者询问以下问题:

- 迄今最高水位/时间
- 迄今最低水位/时间
- 每日抽水量
- 保护措施(如井盖、石板等)
- 土壤类型(粘土、砂土、腐殖质、砂砾等)
- 土壤蓄水层的特性(含水层)

图表三

(红十字国际委员会评估表——续)

c) 地表水:

- 描述 (溪水、河水、湖水等)
- 是否全年使用 (旱季)?
- 估计每日抽水量

三、设备

a) 水泵: 手动泵或机械泵

- 类型
- 品牌
- 安装年代
- 最大流量
- 浸没时的水深

b) 储水箱:

- 容积
- 与供水点之间的距离
- 供水点与储水箱海拔高度的差距

c) 管道:

- 材料
- 直径
- 状况

四、使用

- 用水人数
- 等待时间
- 水质: 气味/味道/颜色

五、备注

图表四

水源选择标准

水量

- 当前可供水量
- 水量随时间变化程度 (旱季)

水质

- 当前水质
- 受污染的可能性

开发所需技术

- 所需技术类型
 - 开发
 - 维护
- 当地人的接纳程度

可及性

- 地理的
- 社会的
- 财政的 (是否收费?)
- 在冲突地区是否可以安全取水

收集雨水

1. 概述

从坚固屋顶表面很容易采集雨水(例如金属棚顶、瓦顶等);这类屋顶只需配上排水槽就可以把雨水输送到蓄水池。用当地通常降雨量乘以屋顶表面积即可估算所能收集到的雨水量。但是,由于天气情况不稳定,这个量实际很难确定。

2. 类别

知识技能:计算在某一地区所能收集到的雨水量。

3. 教学目标

了解估算降雨量所需的各项数据。

4. 教学方法

在集体讨论时给全体学员布置任务。

5. 教学时间

总时间: 10分钟

- 10分钟集体讨论

6. 小结

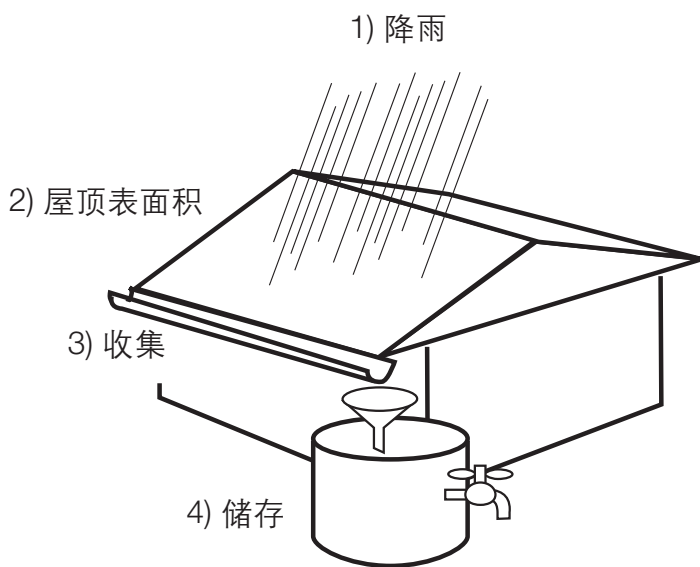
- 图表一: 雨水收集与降雨量估算标准

与后面目标的联系

考虑到依靠降雨供水的不可靠性,必须同时寻找其他水源。

图表一

雨水收集与降雨量估算标准



降雨量 × 表面积 = 可收集的降水量

储水量 = 能够使用的水量

供水无规律，依靠天气条件

天然泉水

1. 概述

天然泉水是从地下自然流出的泉水，通常是重力作用的结果。为了消除地表水的常见缺点，必须保护好泉水的源头（泉眼）。我们工作的目的应当是增强水在各个地质岩层的过滤。可以在泉眼和输水系统的起始点之间加入砂砾层，以强化自然过滤过程。泉水的高处必须用篱笆围住，以防动物粪便污染泉水。

2. 类别

知识技能：了解天然泉水及其发挥作用的方式。

3. 教学目标

学习天然泉水如何发挥作用。

4. 教学方法

讲授与讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

- 图表一：泉水如何发挥作用 (1)
- 图表二：泉水如何发挥作用 (2)
- 图表三：泉水——优势与劣势
- 图表四：开发天然泉水的主要步骤

与后面目标的联系

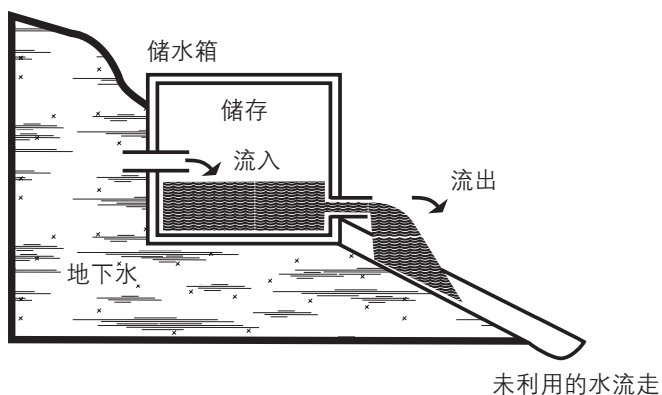
通过地质层天然过滤这一原理也适用于水井，下一目标将对此加以探讨。

图表一

天然泉水

泉水如何发挥作用 (1)

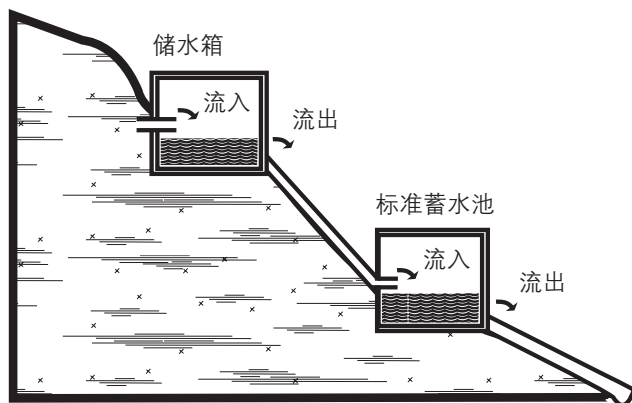
保护泉水的高处地区



图表二

天然泉水

泉水如何发挥作用 (2)



图表三

天然泉水——优势与劣势

优势：

1. 容易开发且花费少
2. 容易维护

劣势：

出水量有限。

图表四

开发天然泉水的主要步骤

- 定位泉眼 (泉水冒出的地方)
- 建造过滤系统 (天然或人工)
- 保护泉水周边地区，防止污染
- 建造输水系统
- 建造排水系统以便水能流出
- 建立维护与监测系统

水井

1. 概述

本目标分为六个部分:

- 掌握学习水井工作原理及评价方法所需要的所有技术。应当记住的内容包括：通过井壁过滤水的原理、钻井方法、水泵的种类、保护水井的措施及评估水井运转状况的指标。
- 井壁过滤水的原理:

地下水进入水井之前通过地质层过滤。水通过土壤层过滤后，细菌学质量令人满意，无需再作处理。

- 钻井:

手工挖掘的水井和机械方法（机械钻井机）钻出的水井有所不同：通常手工挖掘的水井直径较宽（1-2米），深度从数米到数十米不等。严格地说，管道井的直径较小（20-30厘米）。这种井的深度可能超过100米，打井所需设备相对简单（钻孔机），有时也可能用到复杂设备（如机械钻井平台车）。选择建造什么样的水井主要取决于土壤特性、地下水位、当地人打井的经验以及当前可供选择的方法。

- 保护水井:

一旦水井建成，井水就应视为地表水。必须覆盖井口并保护其周边地面，防止水从地表渗入（雨水、从井中取水时溅出的水）污染井水，因为这些水可能已被污染（例如带有粪便成分）。相应地，井口应当用混凝土板覆盖，水井周边方圆1-2米要用围栏保护。

为了保护水井，还应在远离厕所的位置挖井，以免井水遭到污染。水井距厕所的距离取决于土壤的地质学特性，但至少应达到30米。

- 水泵:

一旦装好井盖（用于保护水井），就需要用水泵取水。水泵分手动泵和机械泵两种，每种又分抽吸泵和汽缸压力泵。

- 手动泵与机械泵的比较:

这两种泵的选择取决于多种因素:

- 理想流量: 手动泵的汲水量每小时限于700-900升;
- 当地生活习惯;
- 维护水井的难易程度: 机械泵需要燃料用于发电和日常维护。

- 抽吸泵与汽缸压力泵:

这两种泵的区别在于活塞的位置不同。抽吸泵的活塞在泵的井外部分, 把水“吸”出来; 而汽缸压力泵的活塞则位于泵的井下部分, 把水从井里推出来。

选择哪一种水泵取决于井下水位。如果水位位于水泵井外部分以下超过七米, 就不能使用抽吸泵(根据物理原理)。这个限制还必须把泵水时水位的变化考虑在内。汽缸压力泵可以在任何情况下使用, 无论水位高低。潜水泵是汽缸压力泵的一个特殊类型, 这种泵在使用时全部沉入水下。潜水泵是一种电动泵, 通常依靠水井旁的发电机供电。但是, 目前的发展趋势是利用太阳能供能发电, 这种技术不仅可靠而且无需使用燃料。因为在武装冲突中, 燃料可能会被偷走, 用于军事目的。

汽缸压力泵的维护工作比较复杂, 必须把泵从水井上拆卸下来。

- 评估水井的运转情况:

评价一口水井需要两类数据:

- 描述性资料: 水泵的类型、发电机的类型、围栏的状况、水位深度, 以及水井的深度。
- 动力学数据: 再充能力, 即水井在抽至半干后重新恢复水位所需时间。通过测量此数据可以评估水井的潜在储水量及水位的季节性变化(估算全年出水量)。

学员应熟悉各项检查评估内容。

2. 类别

知识技能: 用于理解水井工作方式的五项知识技能。

3. 教学目标

本目标将集中于五项理解和评估水井工作情况所需的知识技能：

- 水通过井壁过滤的原理
- 主要的钻井方法
- 水井的保护
- 水泵的主要分类
- 评估水井的运转状况。

4. 教学方法

讨论并向全体学员放映教学幻灯片。

5. 教学时间

总时间：40分钟

6. 小结

- 图表一：总框架：水井的理论结构图
- 图表二：正确的挖井方式
- 图表三：自然过滤与人工过滤
- 图表四：水井的保护（横截图）
- 图表五：水井的保护（鸟瞰图）
- 图表六：水泵—工作原理
- 图表七：水泵—机械装置
- 图表八：评估一口水井

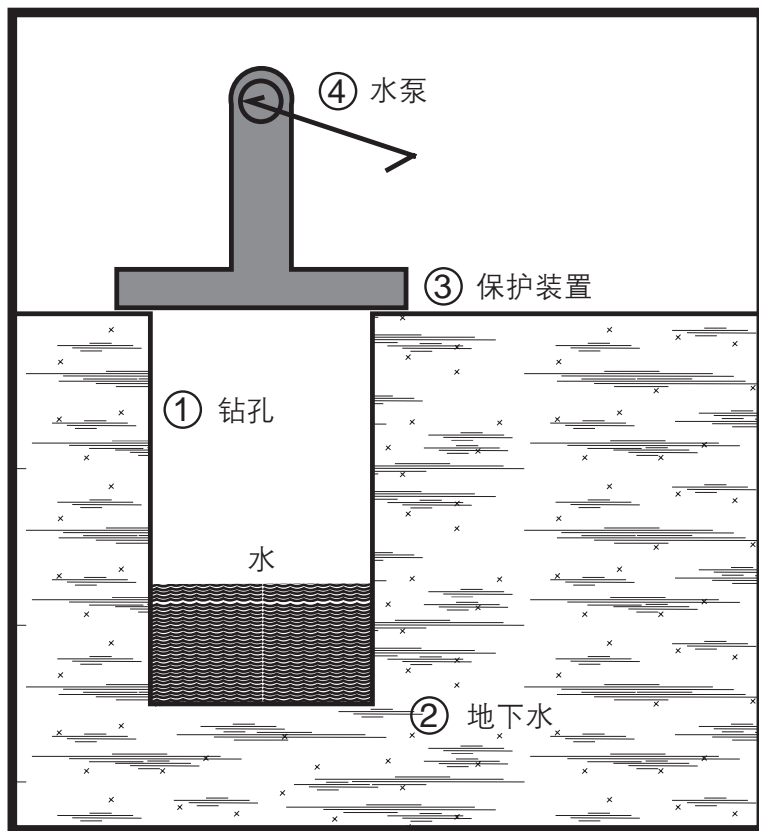
与后面目标的联系

下一目标将讨论选择合适水泵时需要考虑的因素。

图表一

水井

理论结构图



图表二

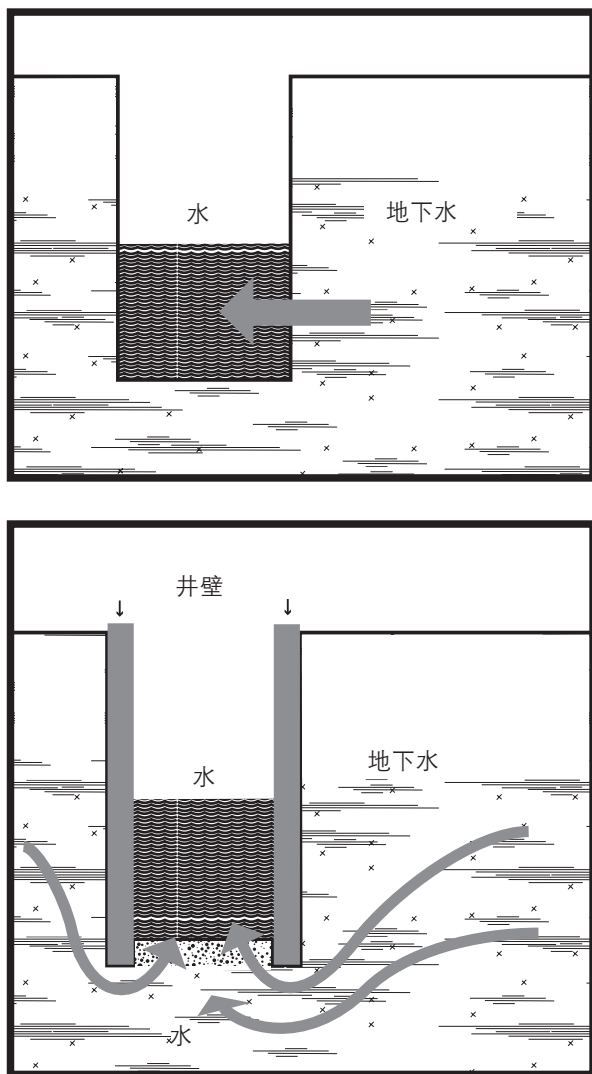
正确的挖井方式

		挖井方式	
		手工方法	机械化方法
方法	挖掘	① 手工挖掘	③ 机械挖掘机
	钻井	② 螺旋钻钻孔	④ 机械钻孔

- ① 1. 最常用的方法——便于采用。
- ② 2. 水井的表面积和深度有限。
- ③ 3. 速度是这一方法相比方法①的唯一优势。
- ④ 4. 机械钻孔允许深挖井，因而打出的水量充足，而且水质更有保障。但是需要机械化设备。

图表三

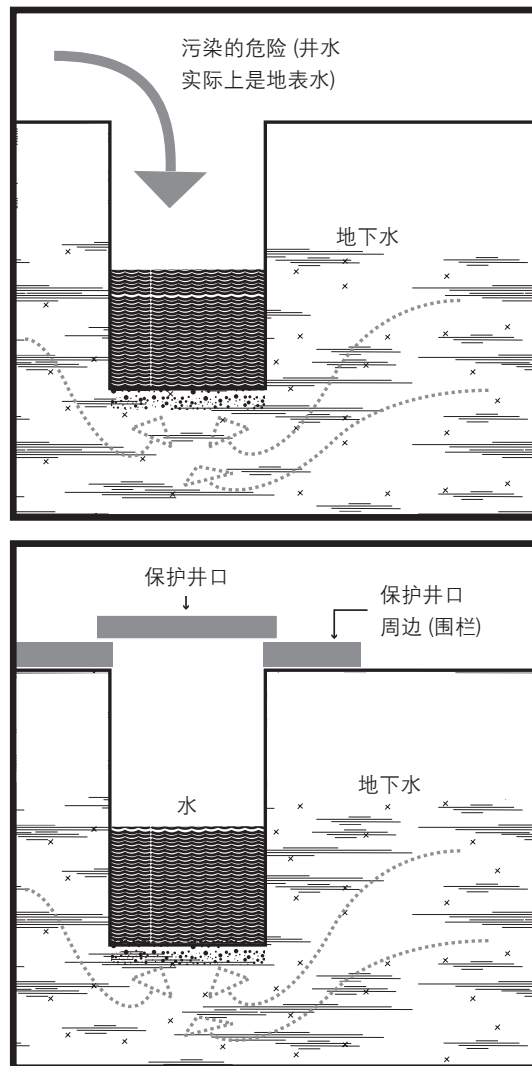
自然过滤与人工过滤



图表四

水井的保护

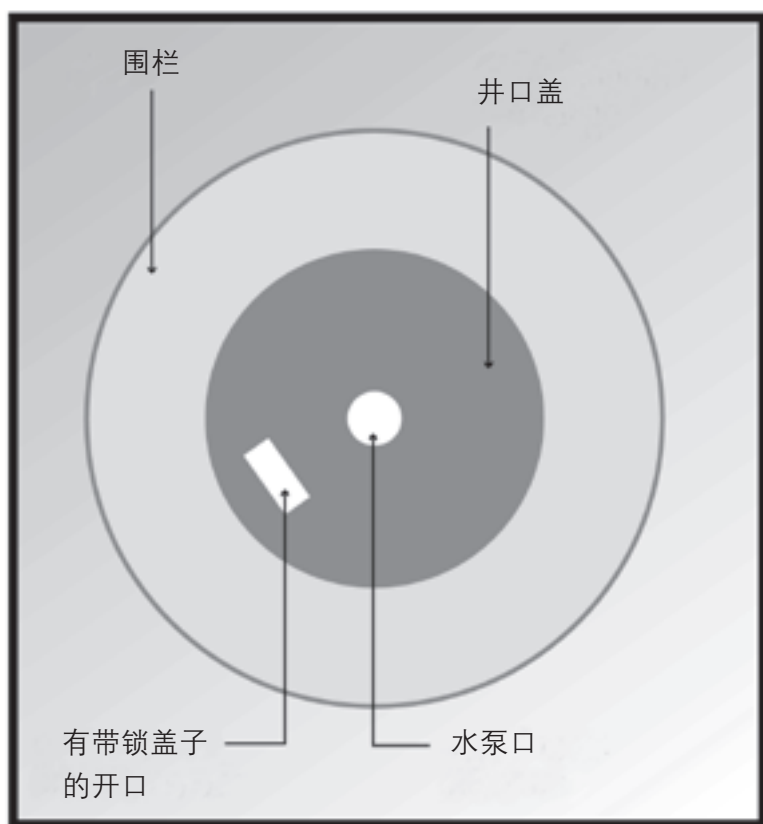
(横截图)



图表五

水井的保护

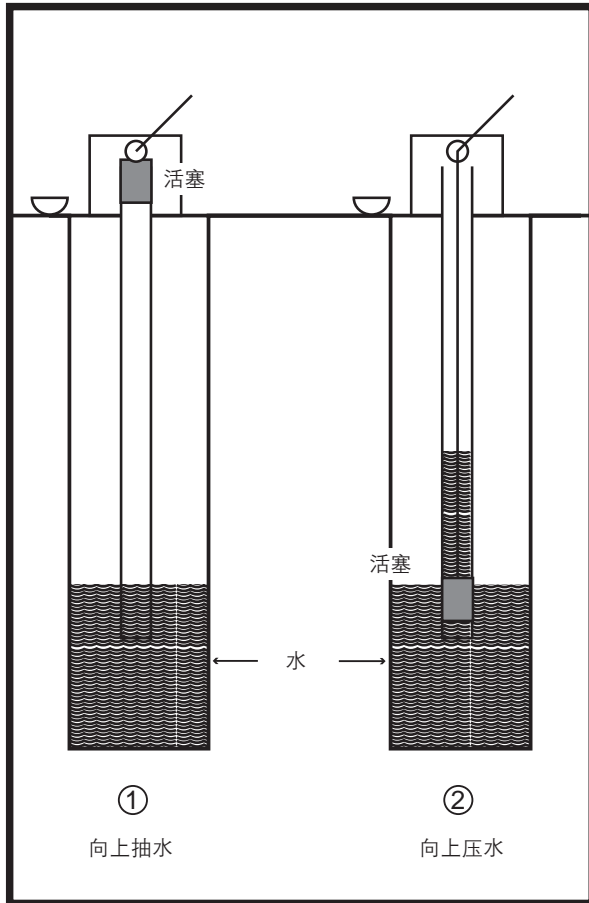
(鸟瞰图)



图表六

水泵

运转原理



如果水位距井口小于七米则原理①可发挥作用。

图表七

水泵

机械装置：手动装置与 机械化装置比较

手动水泵的特点

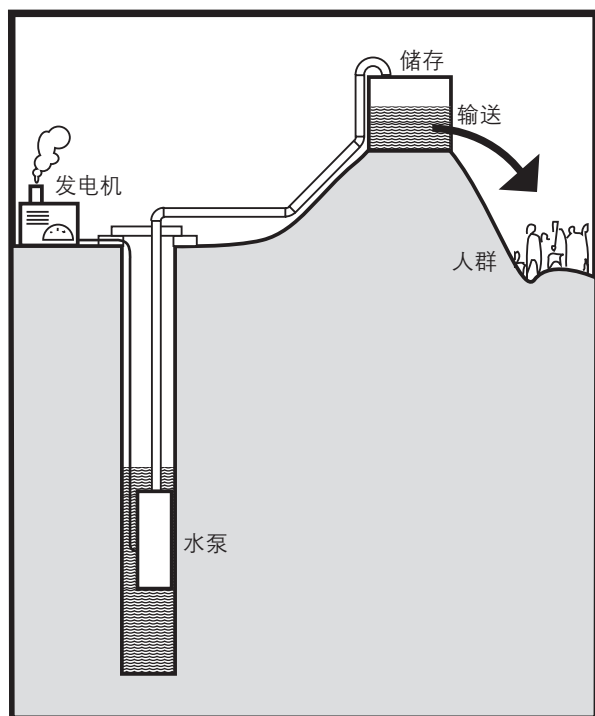
- 价格低
- 易修理
- 维护费用低
- 无须外接能源

机械化水泵的特点

- 出水量大，适合人口密集区
- 不具备手动泵所具有的任何优点

图表八

评估一口水井



- 地形情况
- 水井的具体情况 (井深、建造年代)
- 水位变化情况
- 人口统计 (数量)
- 水泵的具体情况 (类型、功能)
- 储水系统的具体情况

水泵的选择

1. 概述

水泵的选择取决于以下因素：

- 水必须被“提升”到的高度，包括水位与地面之间的距离，以及地面与储水处之间的距离。估算时还必须考虑系统本身的能量损耗（管道损耗能），泵水时的水位变化，以及水位的季节性变化。
- 理想的日出水量（水源的选择本身反映了理想出水量和可能出水量之间的关系）。水泵必须足以支持这个量。
- 该地区通常使用的水泵类型（尽量避免安装不熟悉的设备）
- 水井的直径

有专门表格用于帮助在这些参数的基础上选择水泵。必须强调一线卫生保健人员的作用；他们应当能够向工程人员提供所有这些信息，后者再据此选择合适的水泵。

2. 类别

知识技能：制定一份水泵申请计划。

3. 教学目标

给工程人员发一份传真，申请为水井安装水泵，并提供相关参数。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：选择水泵的标准
- 图表二：水泵的选择 (功率)

与后面目标的联系

本目标总结了与水井有关的各项技术问题。井水和泉水本质上都是流至地表的地下水。下一目标将讨论地表水使用过程中所涉及到的问题。

图表一

选择水泵的标准

		机械原理	
		手动	机械化
运转原理	抽		
	压		

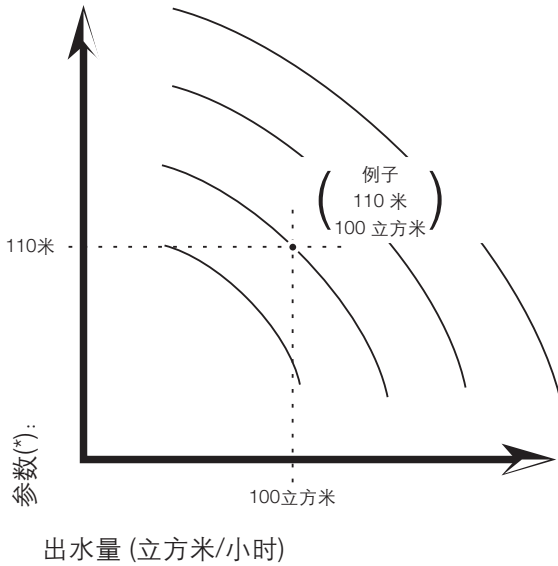
水泵的选择取决于：

- 出水量
- 水位与地面的距离 (7米)
- 井深：如果井深超过50-60米，则不能使用手动泵
- 获取能源的常规途径 (在武装冲突中能源的获取往往成问题)
- 花费
- 该地区常用的设备

图表二

水泵的选择

(功率)



(*) 参数:

- 水进入水泵的位置与储水水位之间的高度差
- 能量损耗 (距离、摩擦)

地表水

1. 概述

既然原则上认为地表水都存在细菌污染，那么就必須做好对其进行储存和处理的准备。地表水的优势是，尽管也可能存在季节性变化，但水量通常较大（河流、湖泊）。另外，地表水可以直接取用。可以从河底的地质层取水，这样既不需处理又可以最大程度地减少有机污染。这种取水方式需要在河床下挖一个洞穴。这个洞穴所蓄集的水都会经过周围地质层过滤。但是在紧急情况下，最好的办法是直接泵出河水，然后再作处理。

所使用的水泵与井泵相同。泵的类型取决于地表水和蓄水池海拔高度的差距。

2. 类别

知识技能：了解用地表水作水源的优缺点。

3. 教学目标

列出用地表水作为供水来源的优缺点。

4. 教学方法

讨论并辩论。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

- 图表一：地表水

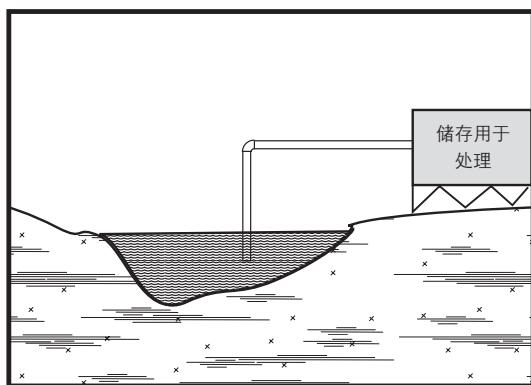
与下一目标的联系

现在我们已经了解了各种水源的类型，下一步要学习选择水源的原则。

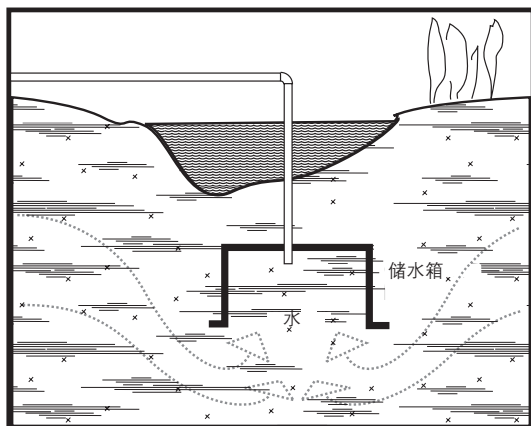
图表一

地表水

地表水顾名思义必须被视为有污染



可以在河床下寻找水源



水源的选择

1. 概述

本目标要求使用此前学到的几种知识技能。水源的选择主要取决于以下标准：

• 技术标准：

- 估计供水量和可靠性。水源的供水能力要与人群需要量相适应，应按照每人每天20升水的参考值来估算
- 水源开发工作的估计时间、难度和花费
- 水源同供水系统其他组成部分的整合情况——储水（经处理或不经处理）需求、输水网络（规模、自流）及水的使用（水源能否被当地文化所接受）

• 政治标准：

- 能够安全取水（是否在冲突地区）
- 水源长期可靠（与冲突各方谈判）

所有因素都会影响到水源的选择。一定要让学员理解，技术标准只是选择水源时需要考虑的一个方面。能否安全取水以及水源与整个供水系统的整合同样非常重要。这个问题可以参考国际人道法关于保护必需品的规定。

2. 类别

知识技能：了解在武装冲突中选择水源时需要考虑的因素。

3. 教学目标

描述在武装冲突中选择水源时需要考虑的因素。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 选择水源的标准
- 图表二: 根据开发水源所需技术来选择水源

与后面目标的联系

本目标提供了一个机会, 用于确认学员是否已经掌握了相关技能, 能够根据水源性质确定是否需要使用水泵及/或处理水。同时, 它还引出了后面关于水的储存和处理的目标。

图表一

选择水源的标准

- 出水量
- 水源的规律性 (季节)
- 开发水源所需工作:

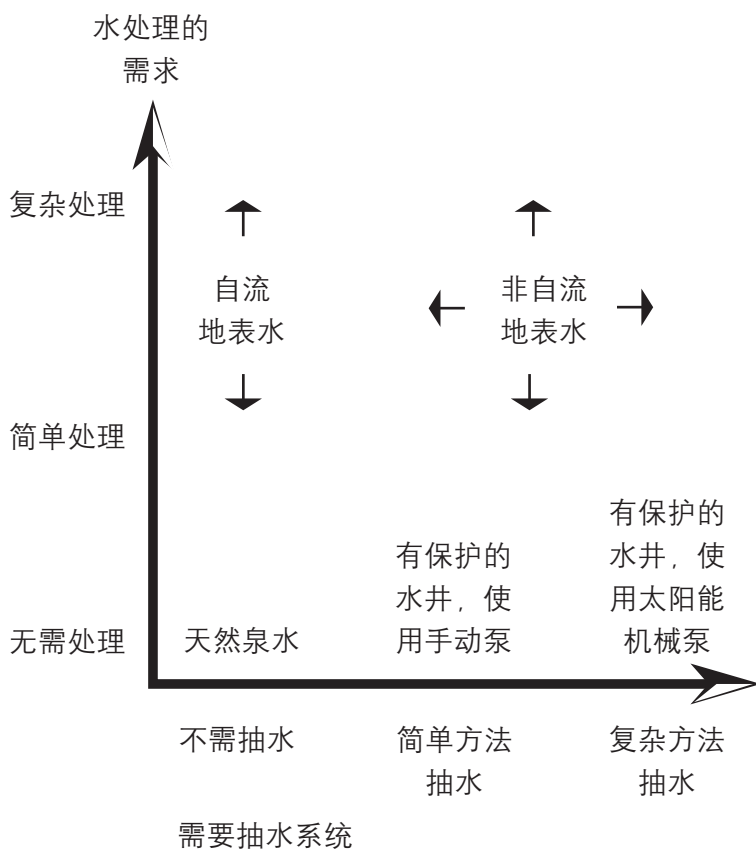
地表水 = 泵水、储存和处理

水井 = 泵水, 可能需要储存, 无需处理

天然泉水 = 无需泵水, 可能需要储存, 无需处理

图表二

根据开发水源 所需技术来选择水源



水的储存

1. 概述

根据水的来源可以判断其是否能够饮用。如果水来自受保护的水源，例如水井，并且用水需求很大（成百上千人），那么就需要储存一定数量的水，作为向输水系统供水的储备，从而使得水泵无需24小时不间断运转。对于出水量低的天然泉水，由于只能供应少数人使用，可能需要建立储水系统以确保一定储量。

需要建造储水系统的另一个原因是水需要处理，例如在水源是河流时。下一节我们将学习水的处理。

可采用的储水装置包括：

- 混凝土水箱：建造需要较长时间，并且需要专业建造知识
- 即拆即装的钢制水箱（OXFAM套装），具有一系列优点：可以成套运输、便于安装、有各种型号、很容易买到。在紧急状况下，如果当地没有其他解决办法，那么可以选择这种储水箱。
- 可折叠式水箱（水囊）：除了需要一个支撑平台以防被粗糙地面划破之外，不需要任何特殊装置。但是，与另外两种选择相比，这种水箱的恢复性差一些。

通过输水系统，水从水源流出注入储水装置。输水系统可以是固定的（管道系统）或移动的（水罐车）。用卡车运水的花费最高，因此应当作为最后选择。尽管水罐车本身就是储水装置，但是必须建造固定的水箱，以便水罐车能够迅速注水，从而在水源和储水点之间往返更多趟。在紧急状况下，可折叠式水箱（水囊）常常被作为临时的快速解决方案，之后则被钢制或其它坚固水箱代替。注意，可折叠式水箱可以安放在普通卡车的车斗内，作为水罐车使用。

2. 类别

知识技能：了解必须使用储水设施的原因，以及各种类型的储水系统。

3. 教学目标

决定是否需要储水的标准是什么？

4. 教学方法

给各组分配任务，之后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

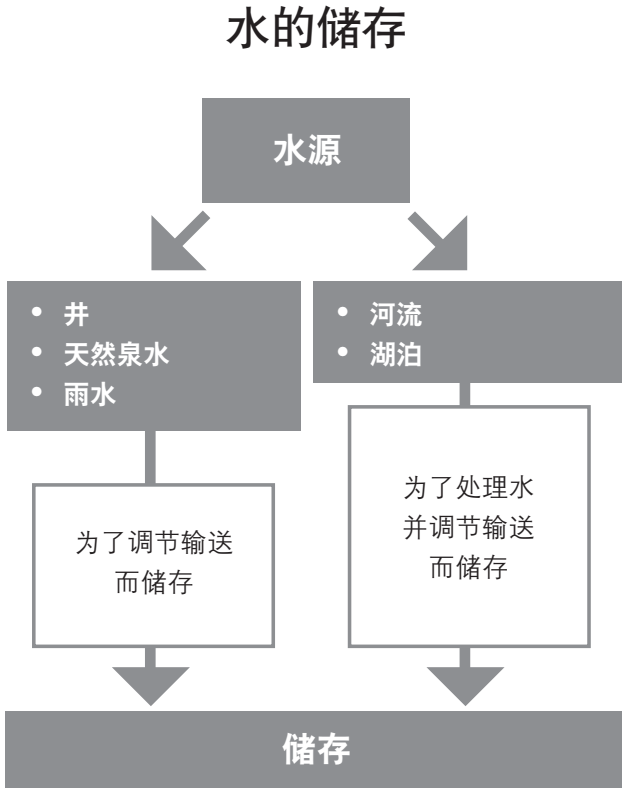
6. 小结

- 图表一：储水的原则

与后面目标的联系

储水的原因之一是水需要处理，而这是下一目标所要讨论的内容。

图表一



储水装置的类型：

- 金属水箱
- 混凝土水箱
- 可折叠(橡胶)水箱
- OXFAM水箱套装
- 用于运输的水罐车(可移动储水装置)

储存：

水处理的第一步

- 处理方法(血吸虫病)
- 简单处理(沉淀)

水的处理

1. 概述

可以使用如下几种方法将水质提高到此前已经提及的参考水平，这些方法常常被联合使用：

- 储水过程本身就可以减少某些传染病的传播（例如血吸虫病），降低有机物含量，从而使化学处理效果更好。
- 慢沙滤是一种可靠且便宜的处理方式，无需化学处理即可获得优质水。这种方法可以在家庭内使用，也可用于更大的范围，例如为难民营提供洁净水。原理很简单。非饮用水（例如地表水）从两米高的沙层表面灌入，颗粒物即可经沙砾和菌层（去污层）滤出。这个去污菌层位于沙滤表面下几厘米处，可以破坏水中的微生物。
- 化学处理：
 - 凝结与絮结过程通常利用铝盐一类物质使有机颗粒凝结成块，形成沉淀。这样处理不仅能令水清澈，还能在后期提高氯剂的净水效果。
 - 通常使用氯化物作消毒剂（漂白剂，次氯酸钙等）。原理很简单。为达到灭菌效果，必须在水中添加浓度足够高的氯离子，并保持30分钟。氯离子的浓度应为0.5毫克/升水（0.5百万分比浓度，即ppm）。在水中，氯元素会与有机颗粒结合并中和，因此利用沉淀、絮结或过滤的方法减少有机物质的含量就具有重要意义。剩余氯离子的测定方法同游泳池水的检测方式一样，都是利用比色法原理。

这些方法是紧急情况最常使用的方法。但是，由于发达城市地区的冲突次数不断增多，救援人员可能会面临重建水处理站的问题，而这需要非常复杂的技术。但这一过程将不会在此讨论。

在紧急状况下，因为常常缺少能源，因此把水烧开饮用是不现实的。

2. 类别

知识技能：熟悉各种水处理方法。

3. 教学目标

分析各种水处理方法的作用方式。

4. 教学方法

发言 (辩论)。

5. 教学时间

总时间：40分钟

6. 小结

- 图表一：改善水质的方法
- 图表二：慢沙滤
- 图表三：絮结和沉淀
- 图表四：氯元素如何发挥作用
- 图表五：氯的杀菌作用

与后面目标的联系

在这一阶段，学员已经掌握了获得足够数量洁净水所需的所有信息。下一步是输送水。

图表一

改善水质的方法

储存与沉淀:

- 减少血吸虫病
- 沉淀有机物质

慢沙滤:

- 过滤的物理作用
- 对病原菌的杀灭作用

化学处理:

- 用铝盐产生絮结
- 用氯离子消毒

煮沸:

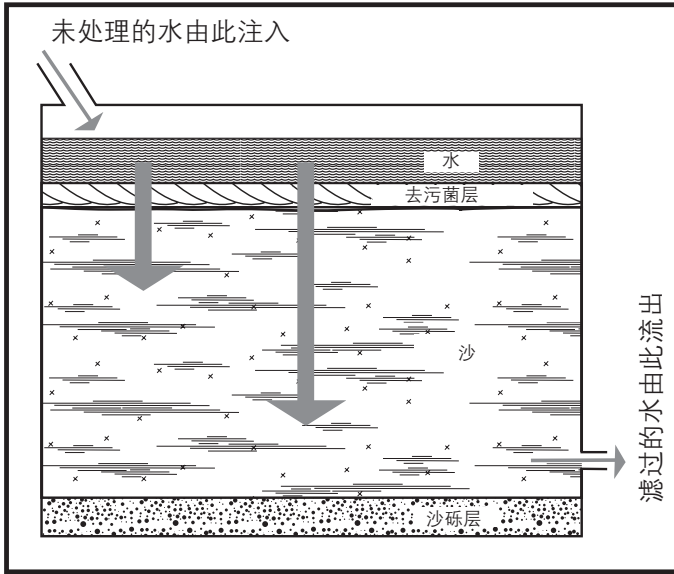
- 杀灭病原菌

紫外线照射:

- 杀灭病原菌

图表二

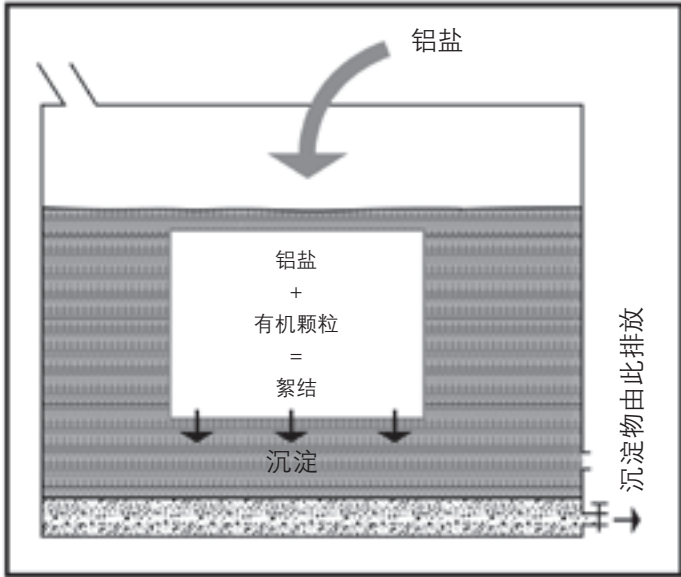
慢沙滤



- 沙滤层表面去污菌层的生物学作用起主要作用
- 物理过滤的作用要次要的多

图表三

絮结和沉淀

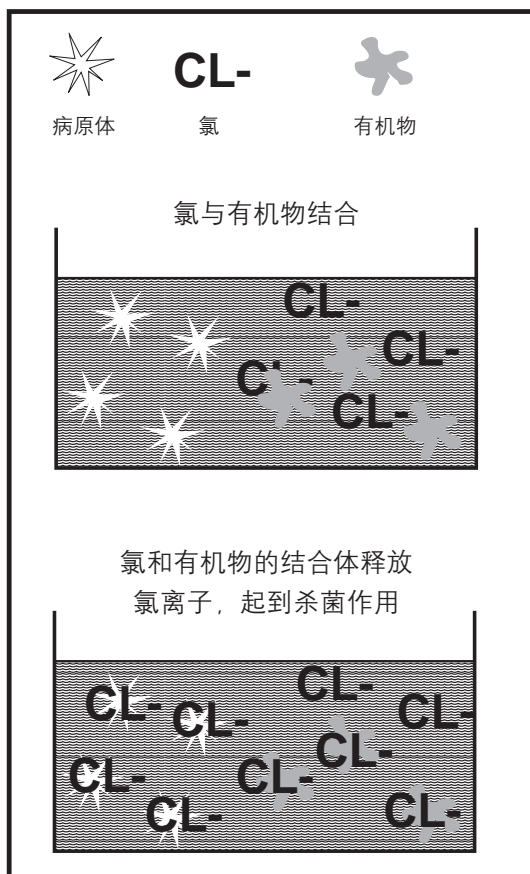


- 絮结作用并不能杀菌，但能减少有机物的含量，从而提高氯剂的杀菌效果。

图表四

氯的消毒作用

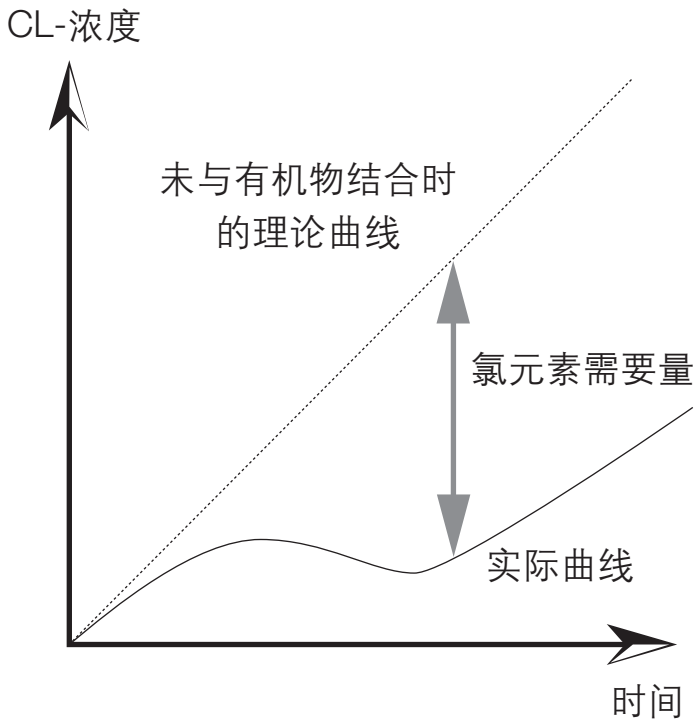
氯与有机物结合



图表五

氯离子

起到杀菌效果的氯离子浓度：
0.5毫克/升



输水系统及 影响用水的因素

1. 概述

现在已经可以获得足量洁净水，下一步是要让居民易于取水。由于以下两个原因，这个问题非常重要：

- 一般来说，水的使用直接取决于取水的便利程度。因此，如果供水系统想要对健康有积极影响，取水通道就是需要考虑的重要因素。
- 在冲突状态下，取水可能十分困难。尤其是当水源距离遥远（取水的路途可能十分危险）或位于危险地带（例如存在地雷）时。

有些情况下，如果人数不多且住在水源附近，则可能不需要输水系统。这种情况下，可以直接从水井或泉水中取水。

但是，如果水源距离遥远并且/或者人数众多，就必须考虑安装输水系统。此时应当优先考虑重力供水系统，即把储水装置（水箱）安放在海拔高于用水人群居住区的地方。这一高度可以通过自然（山坡）或人工（水塔）方法来实现。这两种情况都需要使用水泵。必须建造一个输水系统和水箱连接；分支管道的数量和布局取决于人群的分布和社会组织结构，以及资金情况。难民营的输水系统必须有足够多的分支管道，以免供水点等候行列过长。对于使用复杂供水系统的城区居民而言，冲突的影响日趋显著。这类系统遭到破坏后会出现一系列技术问题，包括重建泵站和生活用水处理厂，以及输水系统。

水的使用取决于以下因素：

- 供水点和居民点的距离
- 社会文化习惯
- 安全性

显然，在规划输水系统时必须将所有这些因素都考虑在内。输水网络应当便利取水，但不应鼓励超过供水能力的消费水平。

学员们必须认识到，水项目对于健康的影响取决于供水系统所有组成部分的质量。因此，我们不能只是简单地修缮其中某一部分而不考虑其它。

另一个需要考虑的因素是，即便向各家各户提供了洁净水，也不能保证水在使用时是干净的。储存在家中的水可能会被接触过粪便的手污染。举个例子，极少量含有志贺氏菌的粪便就足以污染水质。因此，在供水系统的每一个环节，个人卫生和健康教育都是非常重要的因素。

2. 类别

知识技能：熟悉输水系统的特点。

3. 教学目标

列举输水系统的主要特点和影响用水的因素。

4. 教学方法

给分组布置任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

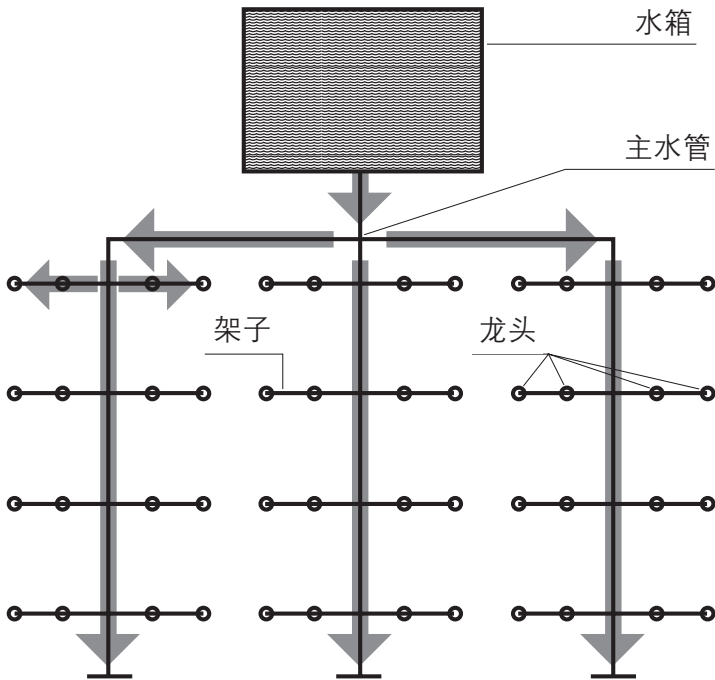
- 图表一：输水网络示意图
- 图表二：用水时个人卫生的重要性

与后面目标的联系

学员已经掌握规划供水系统所需的所有必要知识技能。

图表一

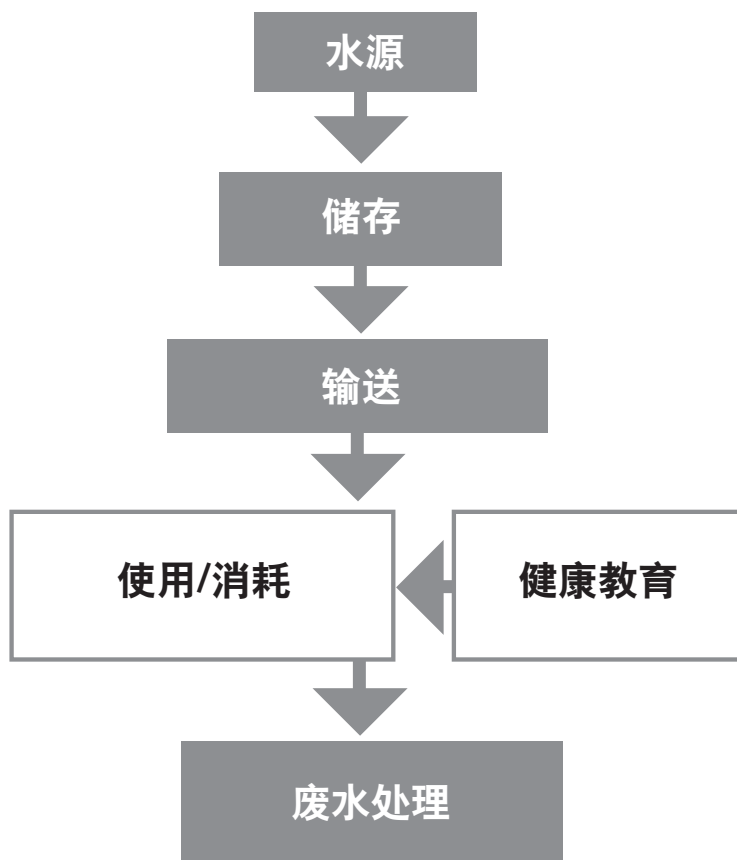
输水系统示意图



- 每40-50户共用一个龙头
- 水的消耗量随居住区与供水点距离的减少而增加
- 必须考虑安全因素

图表二

用水时个人卫生的重要性



为特定人群规划供水系统

1. 概述

利用已学到的技能，学员可以为刚刚到达新环境的难民营居民规划一个供水系统。他们必须：

- 利用发病率和社​​会文化习惯等资料分析与用水相关的问题
- 分析当地的供水潜力
- 根据所要供应的水的质和量设定目标
- 制定短期和长期策略
 - 选择水源
 - 处理方法 (如有必要)
 - 储水系统
 - 输水系统
- 建立一套评估体系，用以分析供水网络的运转及其对健康的影响 (选择健康指标)

2. 类别

实践：规划一个供水系统。

3. 教学目标

在模拟练习中为阿瓦雷营规划一个供水系统。你必须完成规划工作所需的全部步骤：分析现存的水问题，设定目标，选择策略，计划为实施已确定采取的措施所需的资源，最后还要设建一个监控体系。

4. 教学方法

基于甲—乙国模拟练习进行分组讨论，然后各组在集体总结阶段报告其工作成果。授课者应当总结自己为这个具体案例所推荐的策略。

5. 教学时间

总时间: 90分钟

- 60分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

对这一案例中的材料的小结将基于授课者对局势的分析。授课者应当已经在模拟练习中介绍和解释了供水问题，并分析了可能采取的供水策略。

与后面目标的联系

建造供水系统时必须考虑环境卫生措施，如废水处理，以避免诸如供水受污染等问题。

健康与粪便风险

1. 概述

在涉及大量人口的紧急情况下，过度拥挤会大大增加粪便污染人群、水和一般环境的风险。

这一问题可以概括如下：

- 一个人每天大约产生毛重50-200克的粪便，这意味着每年的总量为0.06立方米。粪便中可能含有大量病原体，例如脊髓灰质炎病毒和肝炎病毒、霍乱弧菌、沙门氏菌、志贺氏杆菌、阿米巴原虫、钩虫卵等。儿童粪便中病原体的含量高于成人。
- 病原体通过多种途径传播——人直接接触粪便，食入被粪便污染的水或食物，或者通过接触带菌病媒间接传播。在满足两个条件时，感染风险高：人口过度拥挤且缺少防止粪便在环境中散布的措施。尽管还存在其他因素，如所涉人口的社会文化习俗，但粪便风险主要取决于上述两个条件的结合。

这一单元将分析可用于将粪便风险最小化的技术措施。首先将学习主要的储粪方法，然后讨论在特定紧急情况下选择合适方法的原则，最后还要指明用于评估所选方法有效性的措施。在传染病单元，我们将更深入地研究相关社会问题和健康教育方法。

2. 类别

框架：界定用于学习粪便处理方法的框架。

3. 教学目标

能够通过粪便传播的主要疾病及其主要传播方式有哪些？

界定粪便风险的概念。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

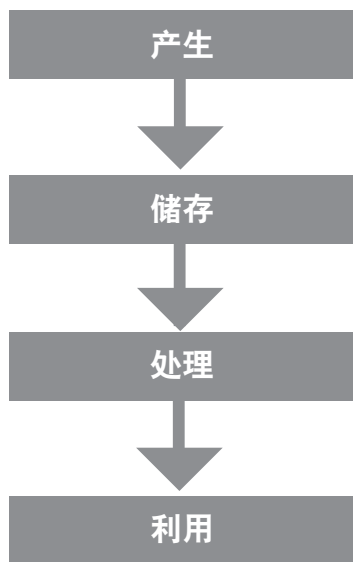
- 图表一: 人类排泄物“链条”
- 图表二: 粪便风险: 产生和传播中的因素

与后面目标的联系

本目标界定了用于学习粪便处理方法及其如何降低粪便风险的总体框架。下一目标将集中于在该框架中所界定的不同步骤。

图表一

人类排泄物“链条”



图表二

粪便风险

产生

- 每天产生毛重150-200克的粪便
- 粪便中可能含有多种病原体：
 - 沙门氏菌 (10^6 /克)
 - 霍乱弧菌 (10^6 /克)
 - 病毒 (脊髓灰质炎病毒 10^6 /克)
 - 阿米巴原虫 (10^4 /克)
 - 其他
- 儿童粪便中的病原体含量比成人更高

传播途径:

- 直接接触
- 受污染的水
- 受污染的食物
- 粪便
- 苍蝇

人群

粪便的储存和处理

1. 概述

本节的主要目的是教给学员一个用以迅速选定粪便储存和处理方式的简单方法。可以根据以下两个标准来进行选择：

- 粪便是储存在其产生的地方(例如排便处)还是其他地方
- 粪便是在干燥还是潮湿条件下储存

在粪便产生处，若要在干燥条件下储存粪便，就需要建一个排便区以及各种形式的旱厕。

若要在粪便产生处以潮湿条件储存粪便，则可使用化粪池和有冲水设备的厕所。

在粪便产生处以外的地方以潮湿条件储存粪便，需要有主排水系统。

最后一种方法是用桶运送。在家中排泄后，用桶收集粪便，运送到中心处理站。这通常是在干燥条件下。

授课者应当简要描述各种方法的技术特点。他(她)不必深入讲述施工技术，而应教给学员各种方法的操作原则和技术局限性。

教学重点是旱厕，这是绝大多数紧急情况下唯一可行的粪便处理方法。

2. 类别

知识技能：掌握给各种储存和处理粪便的方式分类的简单方法。

3. 教学目标

储存和处理粪便的主要可行方法有哪些？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论，最后讲解各种方法的技术原理。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 10分钟分组讨论
- 15分钟集体总结
- 35分钟讲解技术原理

6. 小结

- 图表一: 储存和处理粪便的各种方法
- 图表二: 影响粪便处理方法选择的因素

与后面目标的联系

下一目标将涉及旱厕的建造和运作。

图表一

储存和处理粪便的各种方法

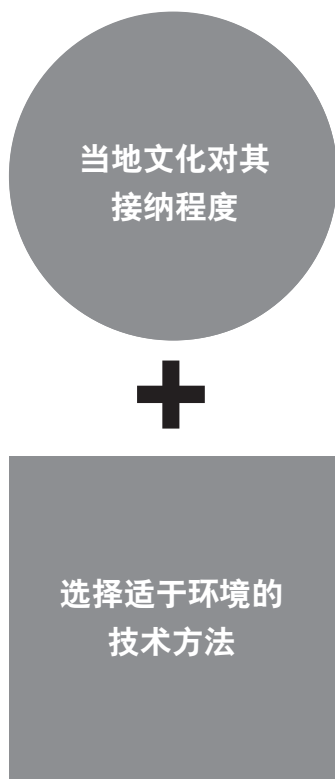
		储存	
		在排便处	在排便处以外的地方
储存/处理环境	干燥条件	① 旱厕	③ 粪桶
	潮湿条件	② 化粪池	④ 下水道

紧急情况下，旱厕是最好的选择：

- 无需用水 (①, ②)
- 无需粪便处理 (③)
- 方法简单 (④)

图表二

影响粪便处理方法选择的因素



厕所

1. 概述

本节将描述典型的旱厕结构，并解释如何建造：尺寸，结构，以及为避免污染需要与水源保持的距离。之后会概述几种主要的旱厕类型：简单型，双坑位堆肥型和通风型（以防滋生苍蝇）。

在探讨促进厕所使用的措施时必须强调文化因素，尤其是在希望采取的粪便处理方法不为相关人群所习惯时。

2. 类别

知识技能：说明主要旱厕类型发挥作用的方式。

3. 教学目标

描述建造旱厕时需要考虑的因素。

4. 教学方法

集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

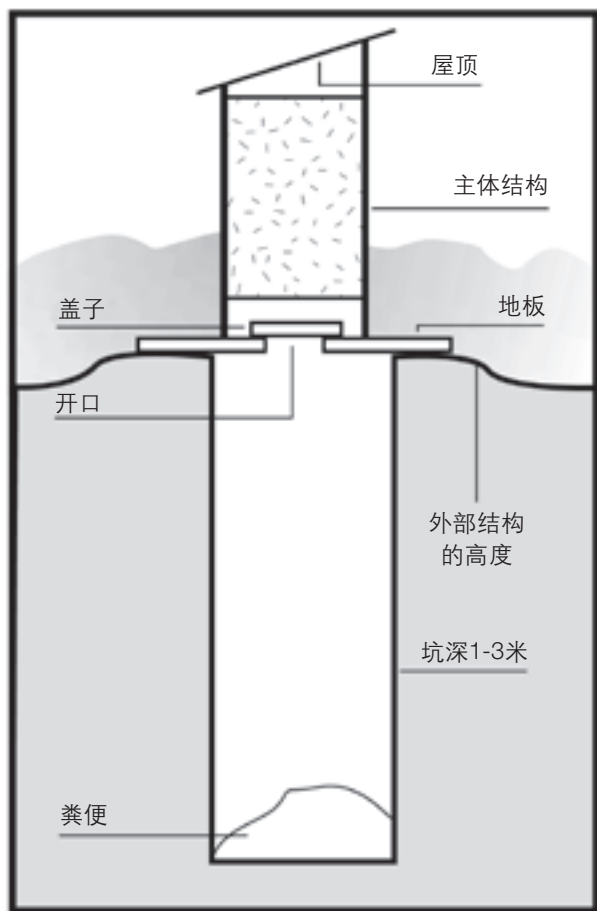
- 图表一：厕所：如何发挥作用？
- 图表二：VIP 厕所
- 图表三：较复杂厕所的例子

与后面目标的联系

厕所中蝇虫滋生的问题可作为下一目标的导言，这涉及垃圾的收集和处理。垃圾也是造成传染病病媒繁殖滋生，导致严重卫生问题的隐患。

图表一

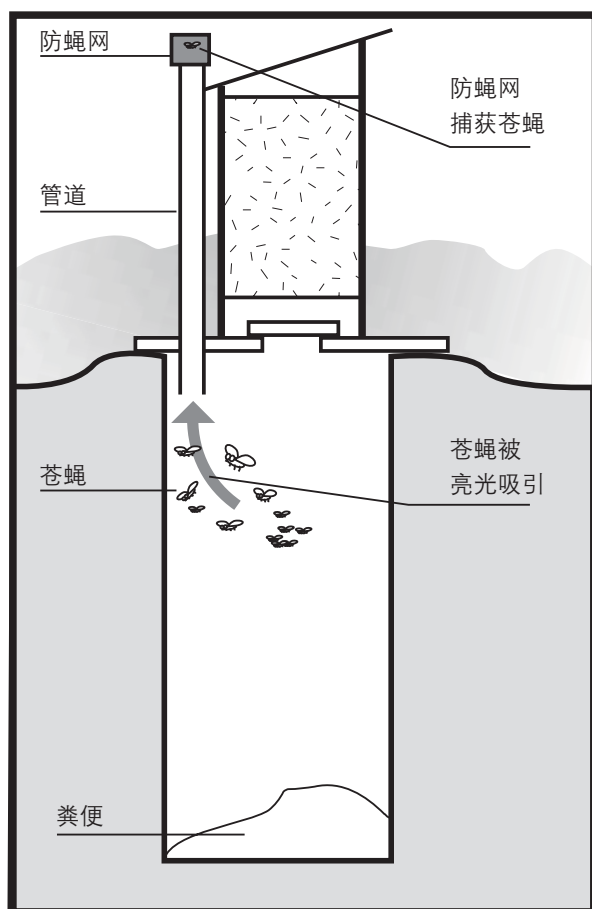
厕所： 如何发挥作用？



图表二

厕所

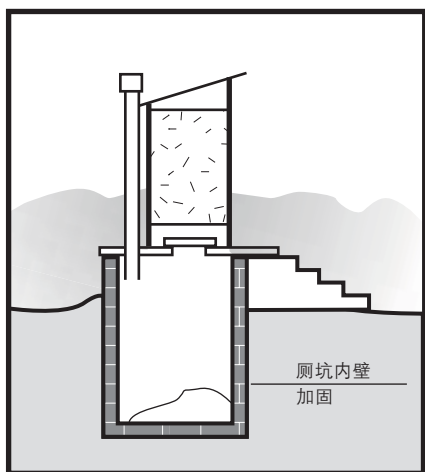
VIP厕所



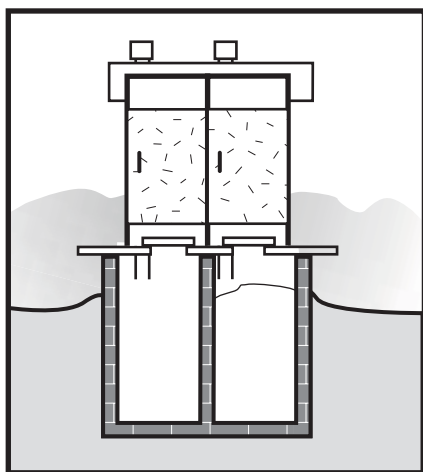
图表三

厕所：

两例技术上
更为复杂的厕所



如果地下水有被粪便污染的可能，那么就需要建造这类厕所。



双坑位厕所

两个厕位交替使用。一侧装满后封闭6个月到1年。之后可将粪便清空用作肥料。在一侧封闭期间，使用另一侧。

传染病病媒

1. 概述

本节学习的第一步是列出常见的传染病病媒。尽管在紧急情况下，病媒种类并不会发生变化，但恶劣卫生条件(这是紧急情况下的典型现象)会导致病媒数量增加。

第二步是分析控制传染病病媒的可行方式：

- 源头控制
- 减少传播
- 减少病媒数量

防控方法可以归为以下两类：

- 物理方法：排水系统、蚊帐、捕蝇器
- 化学方法：杀幼虫剂、杀虫剂、灭鼠剂等。

2. 类别

知识技能：熟悉常见传染病病媒及其防控方法。

3. 教学目标

列举常见传染病病媒及其防控方法。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

- 图表一：常见传染病病媒
- 图表二：疟蚊与疟疾
- 图表三：苍蝇与腹泻性疾病
- 图表四：控制病媒的方法

与后面目标的联系

下一目标将涉及垃圾处理问题，这与病媒控制有着明显联系。实际上，任何病媒控制项目都包括垃圾处理方法。

图表一

常见传染病病媒

病媒	→	传染病举例
1. 蚊子	→	疟疾 黄热病
2. 苍蝇	→	腹泻性疾病 沙眼 椎虫病(舌蝇)
3. 虱子	→	斑疹伤寒
4. 老鼠	→	钩端螺旋体病
5. 跳蚤	→	鼠疫
6. 虱子	→	脑炎

图表二

疟蚊 (蚊子) 与疟疾

疟蚊的滋生:

源头 → 死水

疟蚊滋生的环境:

- 雨季
- 排水不畅

导致疟蚊带菌的原因:

叮咬患病个体

疾病的传播:

被携带病原菌的疟蚊叮咬

图表三

苍蝇与腹泻性疾病

1. 利于苍蝇滋生的条件:

- 卫生条件差
- 卫生设施差

2. 苍蝇接触粪便后带菌

3. 携带病原体的苍蝇通过接触食物传播 腹泻性疾病

图表四

控制病媒的方法

控制病媒是预防传染病的主要方法之一。

该方法在两个层面发挥作用：

减少病媒繁殖，通过：

- 排水
- 使用杀虫剂
- 使用杀幼虫剂
- 捕杀病媒

减少健康人接触病媒的机会：

- 蚊帐
- 驱蚊药
- 尽量用衣物遮盖皮肤

垃圾处理方法

1. 概述

固体废物(垃圾)处理不当会导致传染病病媒滋生，造成公共卫生问题。

我们已经学习了几种常见的传染病病媒。垃圾为蚊蝇和(特别是)老鼠提供了繁殖地。尤其值得一提的是，疟蚊会繁殖在盛水的旧罐头或其他容器里。

从技术上讲，有两种垃圾处理方式：

- 焚化：焚烧所有可以焚烧的垃圾
- 掩埋：掩埋不能焚烧的垃圾。

在病媒生长中期直接在垃圾上喷洒杀虫剂并不可行。

2. 类别

知识技能：了解垃圾处理方法。

3. 教学目标

列举在垃圾中繁殖的几种常见传染病病媒，并提出垃圾处理方案。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：垃圾处理方法

与后面目标的联系

处理垃圾与粪便的卫生设施的布局同住所的布局——具体而言，住所同供水点、厕所及垃圾坑或垃圾桶之间的距离——密切相关。下一目标将集中于住所的短期和中期的问题，其中会对卫生因素给予应有的考虑。

图表一

垃圾处理方法

- 焚化

- 掩埋

居住条件与卫生的关系

1. 概述

应从两个层面分析居住条件的作用：住所本身及其周边卫生设施。居住条件对卫生的影响往往被忽视，但实际上住所在不只一个方面起着重要作用：

- 营养。寒冷环境会增加能量需求——某些条件下可能超过三分之一。
- 传染病的播散。在集体住所中，数百人挤在一处，疥疮、结核、麻疹等疾病的传播危险是显而易见的。
- 住所还有着重要的社会作用，有助于为那些尚未从匆忙迁移的打击中恢复的人重新营造良好的社会气氛。

在援助流离失所者的行动开始之初，救援人员会发放塑料布用以临时遮蔽，直到相对固定的设施建立起来：帐篷或就地取材建造的住所。建议在政治局势稳定之前不要急于推出最终解决方案。应当提及一些标准，例如营地的最小人均面积——30平方米。

住所的另一个重要问题是能源。能源是煮饭、取暖以及可能的公共区域照明所必需的。在紧急情况下木材是最方便快捷的能源，但为了避免砍伐森林，这充其量只能作为临时措施，必须尽快代之以其他能源，如电力、木炭、太阳能等。授课者应举例说明节约能源的一些简单方法，如节能炉。

厕所的建造、供水点的分布、垃圾收集点的建立以及房屋的布局都必须纳入整体计划，该计划包括诸如每个厕所的人数和每个供水点的人数等参数。

2. 类别

知识技能：了解居住条件对卫生的影响。

3. 教学目标

描述健康的居住条件对身体的好处。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

6. 小结

- 图表一：居住条件与卫生: 住所空间不足相联系的风险
- 图表二：改善居住条件的可行措施
- 图表三：选择能源
- 图表四：节能炉

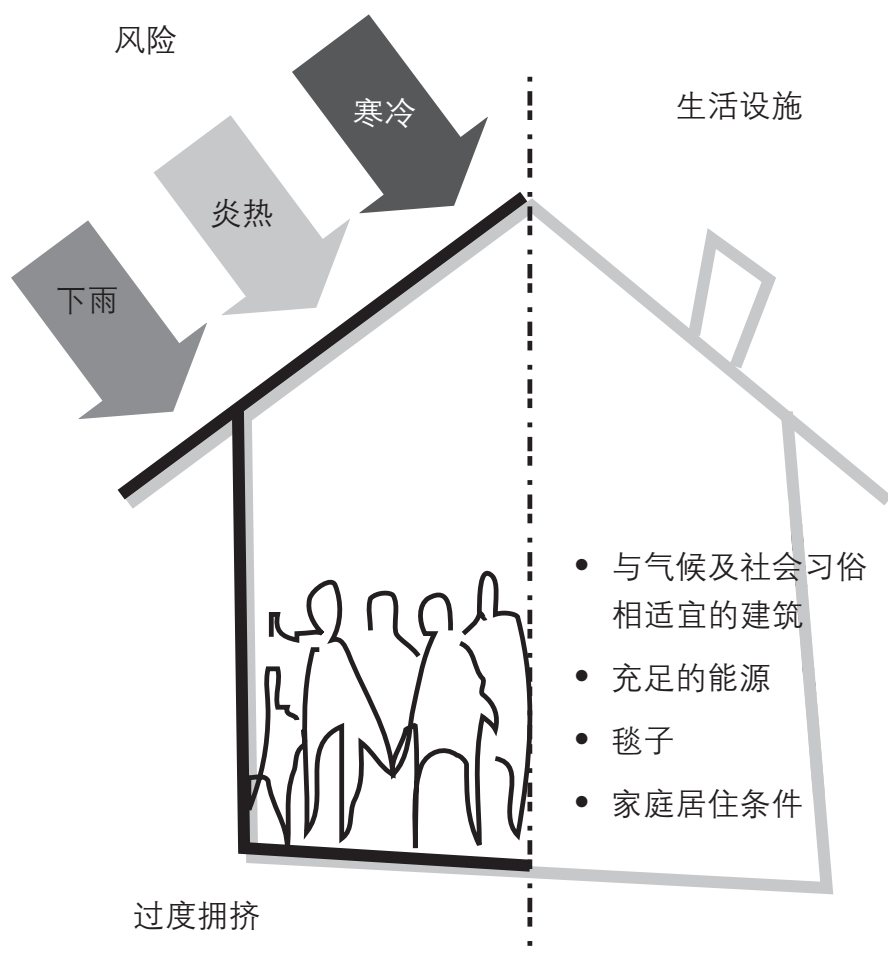
与后面目标的联系

学员们现在已经为下一目标做好准备，在那里他们必须将所学到的处理粪便和垃圾以及组织住所的知识技能付诸实践。

图表一

居住条件与卫生:

与住所空间不足相联系的风险



图表二

改善居住条件的可行措施

住所的类型:

- 紧急避难处 (塑料布)
- 临时住所
 - 帐篷
 - 就地取材建造的住所
- 在有重建计划的前提下, 提供永久性住房

选择住房形式时需要考虑的因素:

- 对即时解决方案的需求
- 气候
- 花费
- 社会习俗
- 局势可能的演变

图表三

选择能源

能源

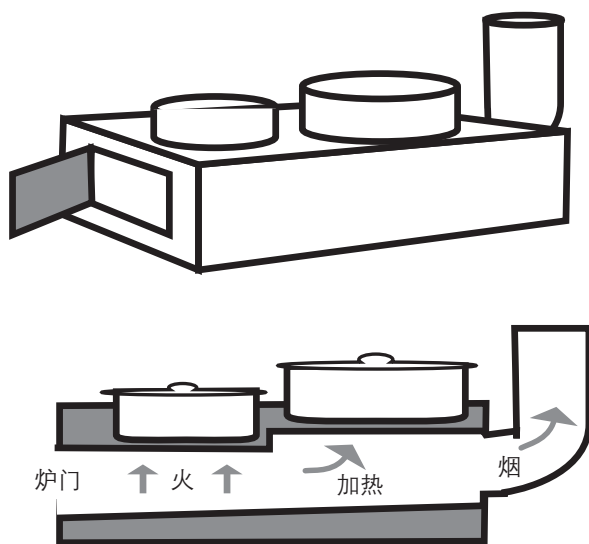
- 木材
- 木炭
- 煤油
- 天然气
- 电力
- 太阳能

选择标准

- 可获性
- 习俗
- 花费
- 风险

图表四

节能炉



根据已知情况规划粪便和垃圾处理系统

1. 概述

本目标将使学员有机会规划粪便和垃圾处理系统，并提出短期和中期的充足住房方案。

2. 类别

实践：规划充足住房以及粪便与垃圾处理系统。

3. 教学目标

根据甲—乙国模拟练习中阿瓦雷营的相关数据，规划充足的住所以及粪便和垃圾处理系统。

4. 教学方法

给各组分配任务。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

授课者分析局势，并在此基础上加以总结。

与后面目标的联系

一般说来，以环境为中心的卫生措施是被包含在传染病防控项目之中的。在下一单元（传染病）的导言部分会再次提及它们，标题是“初级预防”。

图表一

授课者应当举出涉及供水和环境卫生的干预行动的具体实例。

传 染 病

目标一览表

- 概述传染病的自然史
- 界定采取治疗和一级、二级或三级预防措施的地区
- 列举紧急情况下常见的传染病，以及促使其流行或加重的因素
- 了解扩大免疫计划的主要原理
- 了解紧急情况下化学预防和集体治疗在防控特定传染病方面的局限性
- 了解紧急情况下短期治疗的优势
- 认识紧急情况下健康教育的重要性和局限性，并了解实施健康教育的步骤
- 了解设计调查问卷来估算儿童死亡率的主要原则
- 了解流行性脑脊髓膜炎的主要临床表现和治疗方法
- 了解结核的主要临床表现和治疗方法
- 了解腹泻性疾病和霍乱的主要临床表现和治疗方法
- 了解疟疾的主要临床表现和治疗方法
- 了解志贺氏菌痢的主要临床表现和治疗方法
- 了解麻疹的主要临床表现和治疗方法
- 了解钩虫病（口线虫病）的主要临床表现和治疗方法
- 了解黄热病、白喉、疥疮、沙眼的主要临床表现和治疗方法
- 利用已学到的方法建立常见传染病的优先级
- 根据已知情况制定麻疹防控计划
- 根据已知情况制定疟疾防控计划
- 根据已知情况制定防控结核的计划
- 根据已知情况制定腹泻性疾病防控计划
- 根据已知情况制定流行性脑脊髓膜炎防控计划
- 根据已知情况制定钩虫病防控计划

传染性疾病的自然史

1. 概述

传染性疾病的自然史是这一单元的基础，学员必须完全掌握这些内容。自然史实际上是指人和微生物（病毒、细菌或寄生虫）接触后发生的一系列事件。根据病原体的致病性和人的易感性不同，所造成的反应可能会从生物学表现到轻、中、重度临床症状不同。最后一个阶段可能是痊愈、留下后遗症、治愈后持续携带病原体，乃至死亡。病人患病后可能产生完全或部分免疫。

2. 类别

框架：概述传染性疾病的自然史。

3. 教学目标

绘制传染性疾病的自然史示意图。

4. 教学方法

分组讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

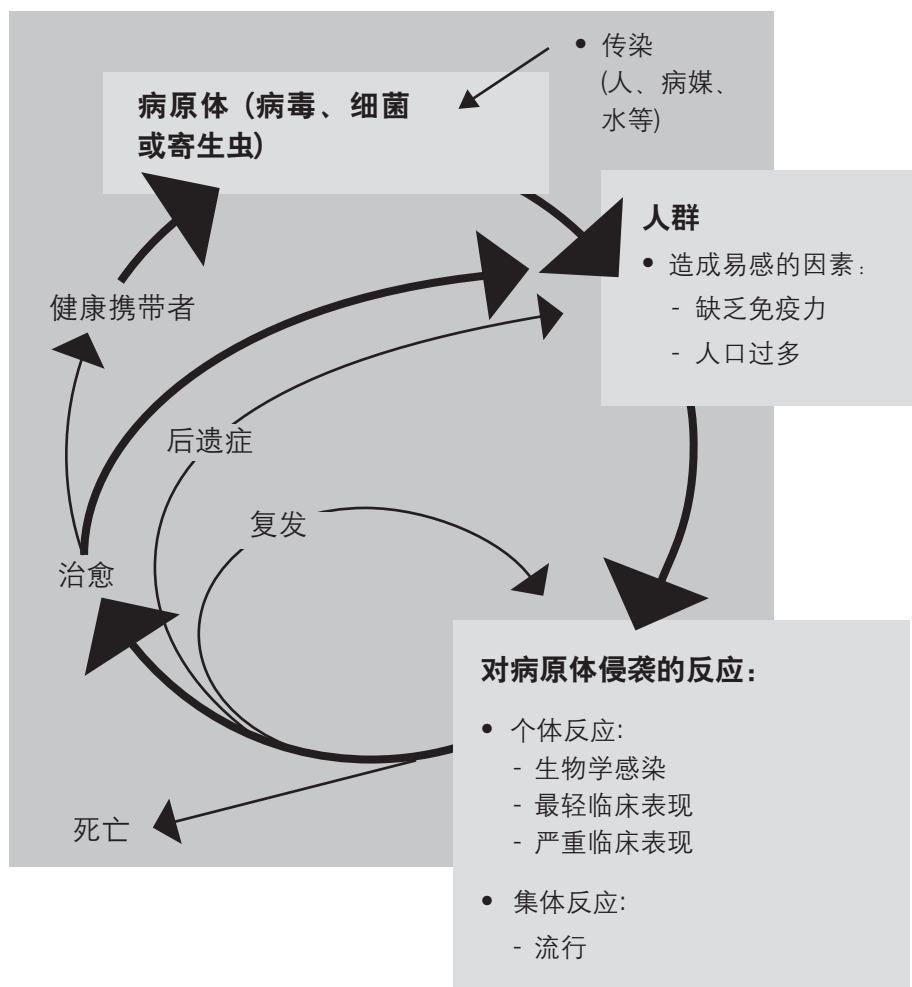
- 图表一：传染性疾病的自然史示意图

与后面目标的联系

可以根据这个示意图来明确干预的主要等级。

图表一

传染性疾病的自然史



传染病预防的等级

1. 概述

从前一目标所描述的传染病自然史开始，学员将探讨预防的不同等级这一概念。例如，卫生措施与环境措施的目的是减少潜在的环境危害：人类的粪便越少微生物就越少，更充足的供水意味着能够减少微生物的扩散，等等。显然，这些措施属于初级干预措施，即预防疾病。在这一等级上，免疫计划也是疾病的预防措施之一，这种方法可以改善个体的免疫状况。

授课者可以腹泻为例来解释：采用早期治疗可以阻止腹泻发展成更严重的疾病，这属于二级预防。治疗的概念可以独立存在，也可以归为二级预防的范畴，因为它可以防范更严重的疾病和死亡。

最后，三级预防是指治疗传染病的后遗症——如脊髓灰质炎引起的偏瘫、麻疹导致的营养不良等。

这些不同等级干预措施的相应内容会直接体现在传染病自然史的示意图中。

2. 类别

框架：掌握治疗以及一、二、三级预防的相应内容。

3. 教学目标

从学习传染病的自然史开始，明确主要的几种干预等级——治疗、一、二、三级预防——并能够分别举出实例。

4. 教学方法

分组讨论，然后集体总结。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

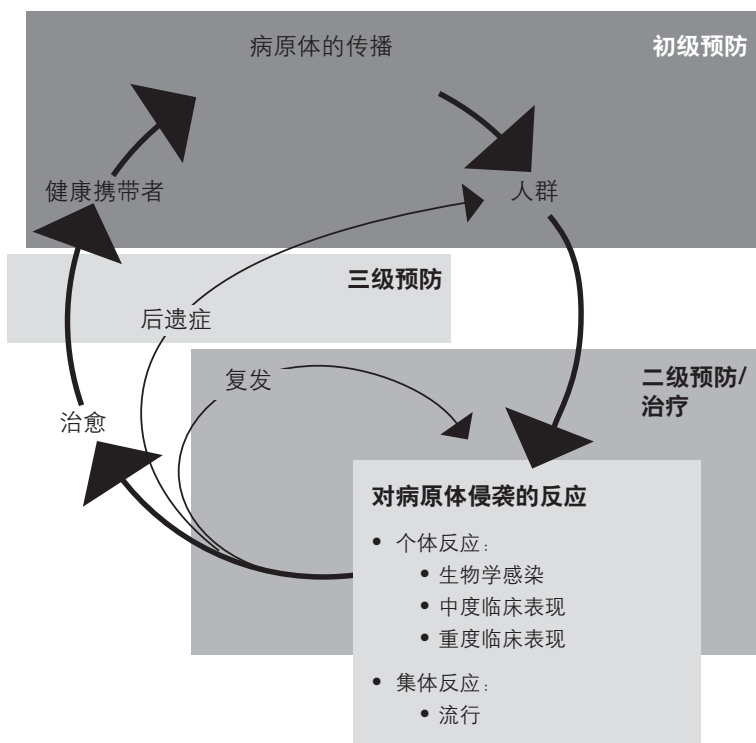
- 图表一：传染病预防的不同等级

与后面目标的联系

一旦界定了这一单元的基本框架，下一步就是识别紧急情况下的常见传染病。

图表一

传染病预防的不同等级



紧急情况下的常见传染病及相关危险因素

1. 概述

提到紧急情况往往让人联想到传染病，媒体不可能报道战争或地震却不提及瘟疫的危险。如果不及时采取适当的预防措施，那么大批人群迁移势必使得各种传染病迅速大量增多，例如麻疹、腹泻、肺部感染等。

造成传染病发病增加的原因是显而易见的：

- 流离失所者接触到新的病原体
- 过度拥挤造成传染机率增加
- 卫生条件恶劣导致病媒数量增加
- 营养不良发病率上升使得传染病患病增多
- 基本的治疗和预防措施可能遭到破坏或者完全停顿下来（例如战争使免疫接种活动全部终止）
- 水源可能遭到污染
- 流离失所者中儿童比例通常较高

由于能收治严重病例的医疗结构遭到破坏，传染病造成的死亡率随之升高。

在流离失所者和过度拥挤监狱中常见的疾病有以下几种：

- 麻疹
- 腹泻性疾病（包括霍乱和痢疾）
- 急性呼吸道感染（肺炎）
- 疟疾
- 流行型脑脊髓膜炎
- 结核
- 肠道寄生虫

- 皮肤感染 (疥疮)
- 艾滋病

2. 类别

知识技能： 列举紧急情况下的常见传染病，以及促使其流行和恶化的因素。

3. 教学目标

列举紧急情况下的常见传染病，以及促使其流行和恶化的因素。

4. 教学方法

分组讨论，然后集体总结。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 紧急情况下的常见传染病
- 图表二: 紧急情况导致传染病发病增多的因素

与后面目标的联系

通过把紧急情况下的常见传染病同前面学到的不同预防等级（初级、二级和三级）联系起来，我们就能列出建立传染病防控项目所需的基本方法：

- 扩大免疫计划
- 化学预防和集体治疗
- 短期治疗
- 健康教育

- 设计调查问卷
- 流行性脑脊髓膜炎诊治
- 结核诊治
- 腹泻性疾病和霍乱诊治
- 疟疾诊治
- 志贺氏菌痢诊治
- 麻疹诊治
- 钩虫病诊治
- 黄热病、白喉、疥疮和沙眼诊治

图表一

紧急情况下的常见传染病

- 麻疹
- 腹泻性疾病 (包括霍乱)
- 疟疾
- 急性呼吸道感染
- 结核
- 流行性脑脊髓膜炎
- 肠道寄生虫
- 艾滋病
- 皮肤感染 (疥疮)

图表二

紧急情况下 导致传染病发病增多的原因

- 流离失所者或当地人接触到新的病原体
- 疲劳
- 缺乏免疫力
- 过度拥挤
- 儿童比例高
- 没有环境卫生措施
- 病媒数量增多
- 没有个人卫生措施
- 用水不足
- 用水不洁净
- 营养不良率高
- 没有预防性卫生措施 (如免疫接种)
- 基本卫生服务设施缺乏或遭到破坏
- 家庭结构解体

扩大免疫计划

1. 概述

在实践练习中，学员将必须就免疫接种计划的建立和实际组织做出决定。本目标将介绍扩大免疫计划组织工作的以下重要方面：

- 扩大免疫计划所涉及的疾病
- 疫苗的特点（类型、储存条件等）。重点推荐施沃茨抗原作为麻疹疫苗
- 在危机来临之前判断免疫计划是否奏效的原则。有必要获得关于免疫接种覆盖充足（这意味着覆盖难民营中95%以上的易感区域）的正式证明
- 确定目标人群年龄段。根据紧急情况下的特殊条件，授课者要特别强调6个月到12岁的儿童需注射麻疹疫苗，并说明对于6-9个月的婴儿，施沃茨疫苗应注射两次。鉴于流离失所者和难民中感染的危险因素极多，应当放宽各种疫苗注射的年龄段
- 组织一次包括数种不同疫苗（麻疹、脊髓灰质炎、破伤风、白喉、百日咳等）在内的扩大免疫计划的工作量并不比只用一种疫苗（通常是优先级最高的麻疹疫苗）的免疫接种活动更大。但是，不论是哪种情况，接种麻疹疫苗都绝对是必不可少的
- 疫苗接种活动成功的关键在于对居民进行教育
- 必须深入理解低温运输的概念。授课者要介绍储存运输疫苗的几种常用低温运输设备（冰库、冷藏箱或者冰盒等），并且要特别向学员解释如何使用低温监测卡。这种卡和疫苗放在一起，当储存温度超过最大值时会变色
- 评估免疫接种活动的效果。要着重讲解疫苗的接种覆盖面和疫苗效果。
- 建立一个监测机制来观察免疫接种活动的效果是必不可少的。根据在所接诊的病例，通过计算接种后的发病比例来判断免疫接种的效果。另外，还应当给学员们介绍各种疫苗的血清学效力（血清转化率）的概念。
- 将集体免疫接种活动同常规扩大免疫计划相联系的重要性。

所有这些信息都是计划免疫接种活动所必不可少的。

2. 类别

知识技能：掌握扩大免疫计划的主要内容。

3. 教学目标

说明扩大免疫计划各主要方面的重要性。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

- 图表一：扩大免疫计划所涉及的传染病
- 图表二：几种常用疫苗的特点
- 图表三：扩大免疫计划的免疫接种时间表
- 图表四：麻疹疫苗接种年龄组
- 图表五：计算疫苗效力的公式
- 图表六：图示接受不同等级免疫接种的儿童中发病比例的变化
- 图表七：低温运输系统

与后面目标的联系

免疫接种活动的实际组织将在稍后的目标（实践）中讨论。

图表一

扩大免疫计划 所涉及的传染病

1.
 - 麻疹
 - 脊髓灰质炎
 - 破伤风
 - 白喉
 - 百日咳
2.
 - 结核 (发病率高的国家)
 - 乙肝 (1997年扩大免疫计划)
 - 黄热病 (该病流行的国家)

图表二

几种常见疫苗的特点

疾病	疫苗	疫苗性质	形式	剂量和 用药方式	热稳定性	效力	
结核	卡介苗	减毒牛 分支杆菌	冻干	I/D1次	干燥状态下 稳定性中 等, 稀释状 态下稳定 性低	肺结核 0-80% 结核性脑膜 炎和粟粒性 结核 75-86%	不详
白喉	白喉类毒素	类毒素	液体	I/M3次	高	>87%	5年
破伤风	破伤风 类毒素	类毒素	液体	I/M3次	高	>95%	5年
百日咳	百日咳疫苗	灭活全细胞 型百日咳 疫苗	液体	I/M3次	中等	约80%	不详
脊髓灰质炎	脊髓灰质炎 疫苗	减活肝炎 病毒	液体	口服4次	低	在工业化国家>90%; 炎热地区 72-98%	如果使用野 生型疫苗可 以保持终生
麻疹	麻疹疫苗	减活肝炎 病毒	冻干	S/C1次	干燥状态下 稳定性中 等, 稀释状 态下稳定 性低	12个月婴儿 >90% 9个月婴儿 >85%	如果使用野 生型疫苗可 以保持终生
黄热病	黄热病疫苗	减活肝炎 病毒	冻干	S/C1次	干燥状态下 稳定性中 等, 稀释状 态下稳定 性低	疫苗血清转 化率>92%	10年 (可延长)
乙肝	乙肝疫苗	肝表面抗原	液体	I/M3次	高	75-95%	>10年

I/D: 皮内注射 * I/M: 肌肉注射 * S/C: 皮下注射

来源: 《免疫接种政策》
WHO/EPI/GEN/95.03 (1995)

图表三

扩大免疫计划的免疫接种时间表

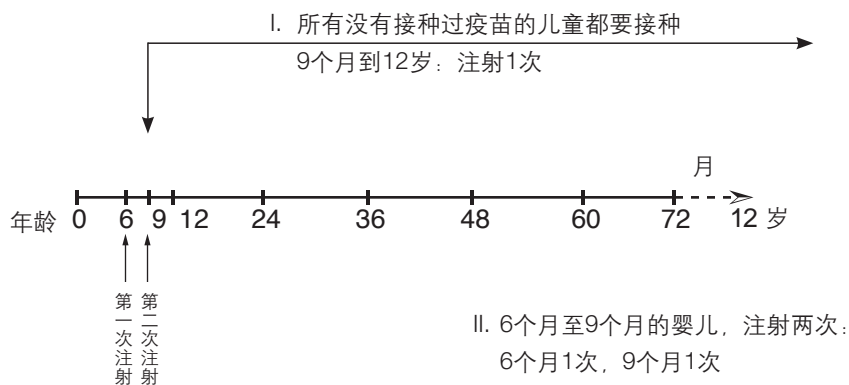
年龄	疫苗	乙肝	
		A计划	B计划
出生时	卡介苗、口服脊髓灰质炎减毒活疫苗0	乙肝疫苗1	
6周	百白破疫苗1、口服脊髓灰质炎减毒活疫苗1	乙肝疫苗2	乙肝疫苗1
10周	百白破疫苗2、口服脊髓灰质炎减毒活疫苗2	乙肝疫苗2	
14周	百白破疫苗3、口服脊髓灰质炎减毒活疫苗3	乙肝疫苗3	乙肝疫苗3
9个月	麻疹疫苗和黄热病*疫苗		

来源:《疫苗接种政策》
WHO/EPI/GEN/95.03 (1995)

*在黄热病流行的国家具有危险

图表四

麻疹疫苗接种年龄段



图表五

计算疫苗效力的公式

$$PCV = \frac{PPV - (PPV \times VE)}{1 - (PPV \times VE)}$$

PCV = 接种疫苗后患病的比例

PPV = 人群接种疫苗的比例

VE = 疫苗效力

图表六

假定有10万名儿童
接受不同等级的免疫注射，
其发病比例的变化如图所示

儿童总数	接种	
	40%	80%
	100,000	100,000
未注射疫苗的儿童	60,000	20,000
未注射疫苗儿童中的麻疹患者数	30,000	10,000
注射疫苗的儿童	40,000	80,000
注射疫苗儿童中的麻疹患者数	2,000	4,000
患儿总数	32,000	14,000
接种疫苗的患儿比例	6.7%	4.0%

假定：

未接种疫苗儿童的麻疹患病率：每年50%

接种疫苗儿童的麻疹患病率：每年5% (疫苗效力=90%)

来源：《疫苗接种政策》，
WHO/EPI/GEN/95.03 (1995)

图表七

低温运输系统

需要冷冻的体积：

一名儿童所需的扩大免疫计划疫苗连包装共有30毫升，这需要：

- 冰盒中的36毫升空间
- 冰柜中的60毫升空间
- 冷库中的120毫升空间

运输的特点：

- 运输体积
- 运输时间
- 预计疫苗接种时间

为低温运输选择设备组合：

- 冷库
- 冰柜类型 (电，气，油)
- 冰盒

温度监控

集体化学预防与集体治疗

1. 概述

化学预防是指给健康人群服药以预防某些疾病。它适用于一系列疾病(疟疾、流行性脑脊髓膜炎、血吸虫病)的预防,其预防效果视具体情况而定。例如,在对普通抗疟药耐药的地区,化学预防可能会造成新的耐药,继而导致严重问题,并为免疫接种的后勤组织工作带来麻烦。授课者在教学时应强调这类免疫计划的实施难度和费用。

如果化学预防在正常情况下都难以实施,那么在紧急情况下只会更加困难。如果能找到在当地有效的常见抗疟药,那么就只针对疟疾患者或特定情况下的特定人群(中晚期孕妇或3个月到5岁的儿童)才考虑采用化学预防。对于流行性脑脊髓膜炎,可以考虑给患者的密切接触者采用化学预防。但是必须牢记,化学预防很少适用于紧急状况,而对于防控霍乱流行则完全不适用。

集体治疗是针对感染或可能感染患者的系统性治疗,也包括对健康携带者的治疗。实际工作中,如果不作系统检查,很难分辨健康携带者和未感染者,因此同一社区内的所有人都要接受治疗。这在紧急情况下其实很难实现。在一些肠道寄生虫泛滥的社区,有必要在卫生措施发挥作用之前进行集体治疗。

一般来说,在紧急情况下采用化学预防和集体治疗防控传染病并不恰当,因为其效果不确定,实施困难且价格昂贵,而且由于人群流动性大会产生很多问题。

2. 类别

知识技能:掌握紧急情况下化学预防和集体治疗在防控特定传染病方面的局限性。

3. 教学目标

明确“化学预防”和“集体治疗”的含义,并指出这些措施在用于紧急情况下防控传染病方面的局限性。

4. 教学方法

分组讨论，然后集体总结。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：限制集体化学预防与集体治疗可行性的因素

与后面目标的联系

在本目标中所学到的内容将通过模拟练习被应用于传染病防控的学习。

图表一

限制集体化学预防与 集体治疗可行性的因素

- 诱发耐药的可能性
- 需要定期重复用药时 (疟疾)，化学预防难以实施
- 如果没有配套卫生措施，集体治疗的效果将仅限于中期 (钩虫病)
- 人群流动性大

短期与长期治疗各自的优势

1. 概述

不应将短期治疗视为“廉价”治疗。例如，结核的短期治疗已经证明比长期治疗有效得多。无论如何都不能从个案治疗结果必然得出有关疗效差异的结论。流行性脑脊髓膜炎的短期治疗是单次肌肉注射氯霉素，这种疗法十分有效，但是经典治疗需用静脉点滴抗生素数天。考虑到患者的依从性差，而在长期治疗中依从性会更差，这个问题最好是从公共卫生的角度处理。另外一个重要事实是，短期治疗可以减轻医疗机构的工作负担——这在疾病流行或冲突爆发的危机时期是不容忽视的。两种治疗方案的相对花费也应当简单提及。费用的分析不仅要考虑药品本身的花费，还要考虑到上述各种情况。结核的短期治疗在两到三周内即可使患者的痰培养转阴，从而更迅速地遏制疾病传播。为医疗机构减轻负担的问题也必须在计算短期治疗费用时考虑。在涉及流离失所者的场合，减少劳动能力丧失不是那么重要。

可以选择短期或长期治疗方案的几种常见疾病包括：

- 结核
- 流行性脑脊髓膜炎
- 阿米巴病
- 血吸虫病

2. 类别

知识技能：熟悉紧急情况下短期治疗的优势。

3. 教学目标

列举紧急情况下短期治疗的优势。

4. 教学方法

给全组布置任务。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一：紧急情况下短期治疗的优势

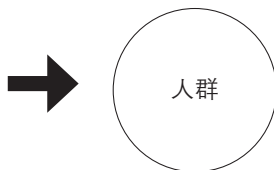
与后面目标的联系

本目标提出了病人依从性的问题。健康教育是提高患者依从性的方式之一。

图表一

紧急情况下短期治疗的优势

- 过度拥挤
- 大批患者
- 人群流动



尽管有这些不利条件，但治疗应尽量在以下因素之间取得平衡：

- 疗效
- 病人的依从性
- 治愈每个患者的花费
- 医疗机构的工作负担
- 把负面作用 (如诱发抗生素耐药) 降至最低

制定健康教育计划

1. 概述

当然，健康教育并不只同传染病有关。但是，传染病是进入这一主题的“直通车”。健康教育的目的是鼓励有益健康的行为。在正常情况下，要试图说服大众或某个群体根据其卫生问题改变日常行为习惯。在紧急情况下，健康教育变得更为复杂，因为问题的严重性要求人们迅速改变日常行为，而且往往是在新环境中。这或许也是鼓励人们养成新习惯的一个好理由。

健康教育计划包括以下几步：

- 请社区居民判断自己面临的卫生问题
- 与社区居民一起，通过观察、访谈和研读文件，分析其对于这些问题的通常反应
- 制定一个健康教育计划：
 - 与社区居民一起确定优先顺序和目标
 - 帮助社区居民选择最适于解决其卫生问题的办法，在此期间既要考虑到所想取得的效果，又要考虑到当地的制约因素（花费、对于行为矫正的社会认知）
 - 识别并寻找采取已经决定的措施所需要的资源
 - 评估所取得的成果。

对社区卫生工作者的培训应当着眼于社区基本问题，重在实践而非理论。对他们的指导应当主要基于任务练习，这些任务是未来的社区卫生工作者在日常工作过程中必须承担的。

2. 类别

知识技能：认识到紧急情况下健康教育的重要性和局限性，并熟悉实施健康教育计划的步骤。

3. 教学目标

界定健康教育，明确实施健康教育计划的步骤。概述紧急情况下健康教育的重要性和局限性。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 开展健康教育计划

与后面目标的联系

这一知识将被应用于有关厕所使用问题的模拟练习。

图表一

开展健康教育计划

- 社区明确其卫生问题
- 研究为应对这些问题所做出的行为: 它们是否需要修正?
- 确定健康教育计划的目标
- 确定能为社区所接受的行为修正措施
- 实施这些措施
- 评估成果

设计调查问卷确定 儿童死亡的主要原因

1. 概述

可以根据医务所和医院的数据统计儿童死亡率。但是，这些数据无法涵盖在家中死亡的病例。在紧急情况下，很难通过行政管理部门——比如通过查阅死亡登记簿——获得信息。因此，有必要在社区内开展直接调查。

口头死因调查建立在询问死者母亲的基础上，问题包括她们自己的孩子在某段时间内的死亡人数和原因。

调查问卷必须：

- 考虑到方言问题，尤其是用于描述疾病的词句
- 根据回答者所记得的重要事件来界定所调查的时间阶段，因为每个人的时间概念不尽相同
- 不过于结构复杂。询问过多关于死亡环境的细节是没有意义的；由于对问题存在不同理解，这些细节很难解释清楚。

可以根据快速评估程序将调查问卷分发给焦点群体，但对于这一方法在获得代表整个人群的观点方面的局限性要有恰当认识。如果时间和资源允许，最好是正确抽样后再作调查。应当告知学员，抽样方法将会在后面的流行病学单元讲到。

2. 类别

知识技能：熟悉通过设计调查问卷来评估人群中儿童死亡率的基本规则。

3. 教学目标

界定通过设计调查问卷来评估人群中儿童死亡率的基本规则。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 设计调查问卷时需要考虑的问题

与后面目标的联系

这一知识技能将被应用于有关阿瓦雷营儿童死亡率研究的模拟练习。

图表一

设计调查问卷时需要考虑的问题

- 当地方言
- 调查所需时间
- 问卷结构
- 挑选回答者

流行性脑脊髓膜炎的主要临床表现和治疗方法

1. 概述

本目标旨在通过传授必要的临床和治疗知识，帮助学员理解流行性脑脊髓膜炎防控计划的整体架构。

临床表现

流行性脑脊髓膜炎是由脑膜炎奈瑟球菌引起的；后者是一种革兰氏阴性双球菌，包括A、B、C三个血清型。典型的临床表现包括：

- 发热
- 颈部僵直
- 头疼
- 呕吐

儿童的临床表现往往不明显，不一定有颈部僵直的表现。严重病例可能有爆发性紫癜、昏迷或惊厥。

诊断主要是基于脑脊液（腰穿）检查发现脑膜炎球菌。在疾病流行时，一旦确诊第一个病例，其他有相同脑膜炎临床症状的患者就不必再做细菌学检查，仅靠临床症状即可诊断。

治疗

在紧急情况下，流行性脑脊髓膜炎的推荐疗法是肌肉注射氯霉素油悬浮液，48小时后再注射一次。

2. 类别

知识技能：熟悉流行性脑脊髓膜炎的主要临床表现及治疗方法。

3. 教学目标

讲授流行性脑脊髓膜炎的主要临床表现及治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 流行性脑脊髓膜炎

与后面目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

图表一

流行性脑脊髓膜炎

1. 病原菌:

革兰氏阴性双球菌：
脑膜炎奈瑟球菌。A、B、C三个血清型

2. 传染途径:

宿主：人
通过人与人之间直接飞沫传播
平均潜伏期 3-4天。

3. 临床表现:

发热
呕吐
头疼
颈部僵直
并发症：

- 败血症
- 紫癜
- 血管内凝血

4. 诊断:

- 血培养
- 脑脊液检查

5. 防控措施:

治疗：抗生素
初级预防：给高危人群接种疫苗
二级预防：追踪患者的接触者
对患者的接触者进行预防性抗生素治疗

6. 流行病学:

全球均有发病
大范围流行常见于撒哈拉以南非洲国家（“脑膜炎地带”）。儿童以及群居的青壮年是患病高危人群。

结核的主要临床表现和治疗方法

1. 概述

本目标旨在通过传授必要的临床和治疗知识，帮助学员理解结核防控计划的整体架构。

结核有肺内和肺外表现（骨骼、肾、脾、腹膜、脑膜等）。授课者首先要讲解结核的传播形式，然后将授从结核菌感染到结核的变化过程。鉴于肺结核是最常见且具有传染性的结核形式，因此本单元仅学习肺结核的临床表现和治疗方法。

临床表现

肺结核主要有以下临床表现：

- 持续咳嗽至少3周
- 可能咳血（痰中带血）
- 消瘦
- 低热（38° C）
- 发汗
- 无力

如果上述症状中部分表现明显，则应作痰液检查寻找结核分支杆菌。抗酸染色后直接在显微镜下检查。检查目的是寻找痰培养阳性的患者；这不仅是为了治疗，也是为了降低结核分支杆菌在患者周围人群中传播的危险（治疗的一级预防效果）。感染肺结核的患者可分为4类：

- I类：新发病例，痰培养阳性
- II类：复发或治疗失败患者，痰培养阳性
- III类：患者感染结核，但痰培养阴性

- IV类：慢性患者——痰培养阳性并已接受抗结核治疗。其中大部分感染耐药结核。

治疗方法

治疗结核的常用药物包括：

- 异烟肼 (H)
- 利福平(R)
- 乙胺丁醇 (E)
- 链霉素 (S)
- 吡嗪酰胺 (Z)

以下三点对于了解治疗方案非常重要：

- 目前认为短期治疗 (6-8个月) 效果更好，推荐取代长期治疗 (15-18个月)。短期抗结核治疗方案包括两个阶段：
 - 2个月强化治疗
 - 4-6个月巩固治疗
- 实施直接观察治疗非常必要
- 治疗方案取决于患者类型：

I类: H2R2Z2E2orS2 + H4R4

II类: H3R3Z3E3S3 + H5R5E5

III类: H2R2Z2 + H2-6R2-6

IV类: 除非使用二线药，否则治疗效果很差。

最后应当告诉学员，艾滋病病毒感染者患结核的机率很高。

2. 类别

知识技能：熟悉结核的主要临床表现及治疗方法。

3. 教学目标

讲授结核的主要临床表现及治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 结核

与后面目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

图表一

结核

1. 致病菌:

抗酸杆菌: 结核分支杆菌

2. 传染途径:

宿主: 人

空气传播。传染的危险性主要取决于分支杆菌在空气中的浓度。

免疫系统健全的患者患结核的风险很低。

3. 临床表现:

肺结核

渐进性起病:

- 不适
- 低热
- 盗汗
- 消瘦
- 咳嗽

一旦发病, 可有咳血症状。

4. 诊断:

痰液化验查找结核杆菌 (活动性结核)

肺部X光 (紧急情况下不可行)

5. 防控措施:

治疗: 6-9个月, 4种抗生素治疗2个月, 之后2种抗生素治疗4-7个月。耐药性日益常见。

直接观察治疗

初级预防: 1岁以下儿童接种卡介苗可预防结核性脑膜炎和急性粟粒性结核。

化学预防: 针对已感染但尚未发病的患者。

治疗痰培养阳性的患者可降低传染率, 因此这种治疗可作为社区初级预防措施。

二级预防: 早期诊断和治疗新发病例。

6. 流行病学:

全球性疾病。诱发因素包括:

- 贫困
- 人口密度过大
- 免疫力低下 (例如艾滋病病毒感染者)

腹泻性疾病和霍乱的主要临床表现和治疗方法

1. 概述

腹泻是儿童最常见的死亡原因之一。霍乱是腹泻性疾病中特殊的一种。

临床表现

必须询问腹泻患者或患儿母亲以下几个问题:

- 大便的性状: 水样便、带血和粘液 (说明是菌痢)
- 每天大便的次数
- 每次腹泻间隔的时间。

医务人员做临床检查时必须首先观察是否有脱水的症状:

- 淡漠
- 皮肤皱缩
- 双眼凹陷
- 舌苔干燥。

治疗方法

最有效的治疗方法是预防或治疗脱水。实际上导致死亡的原因很可能是脱水。

对于单纯腹泻的患者 (没有脱水症状), 应当要求患儿母亲给孩子补充液体 (可以口服补液盐溶液), 同时继续正常喂食或母乳喂养。

如果出现脱水征, 必须用口服补液盐补液。腹泻时必须自始至终维持补液。

对于急性腹泻伴随严重脱水征的病例, 必须静脉点滴乳酸林格氏液。如果患儿情况允许, 口服补液治疗应继续维持。

对于某些特殊病因导致的腹泻病例, 如志贺氏菌痢、阿米巴病、贾第鞭毛虫病和霍乱, 除补水外还需要适当采用抗生素治疗。

霍乱

霍乱是霍乱弧菌引起的一种特殊的腹泻性疾病（O1血清群的两个生物型：古典生物型及埃尔托生物型，及新型的O139血清群）。霍乱导致的腹泻表现为大量水样便，会迅速造成严重脱水、酸中毒以及低钾血症。通常还伴有严重呕吐。

治疗首先是用口服补液盐补液。如果患者不能或无法（例如处于昏迷状态）摄入足量液体，那么必须用乳酸林格氏液静脉补液。需要每天静脉滴注8-12升乳酸林格氏液。

抗生素治疗有助于减少排便量并缩短霍乱弧菌排出的时间。推荐使用的抗生素是强力霉素。磺胺类药物已失效，不应再使用。

防控霍乱流行的原则会在流行病学单元谈到。

2. 类别

知识技能：熟悉腹泻性疾病和霍乱的主要临床表现和治疗方法。

3. 教学目标

讲授腹泻性疾病和霍乱病例的主要临床表现及治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：霍乱

与后面目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

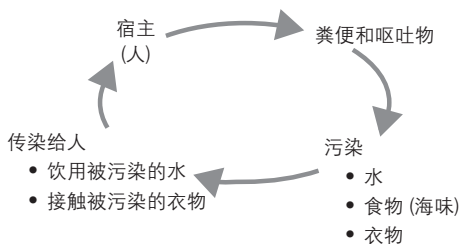
图表一

霍乱

1. 致病菌:

- 霍乱弧菌
- O1血清型的三个血清型 (小川、稻叶、彦岛) 可分为两个生物型 (古典型和埃尔托型)
 - 在印度新发现的血清群: O139

2. 传染途径:



3. 病理生理学:

霍乱弧菌分泌的毒素作用于肠道粘膜，致使其过度分泌，造成腹泻（淘米水样便）和呕吐。

4. 临床表现:

- 不受控制的大量腹泻，淘米水样便
- 呕吐
- 脱水
- 酸中毒
- 休克

注意：很多感染者没有临床症状

5. 诊断:

- 检查粪便中的霍乱弧菌

6. 防控措施:

- 治疗：
- 补水
 - 抗生素

- 初级预防：
- 个人卫生
 - 洁净水
 - 恰当处理液态废物
 - 食品卫生
 - 恰当处理患者的粪便

注意：尚无有效疫苗

二级预防：早期诊治

疟疾的主要临床表现和 治疗方法

1. 概述

本目标旨在通过传授必要的临床和治疗知识，帮助学员理解疟疾防控计划的整体架构。这一主题的学习方法将基于传染病的自然史。

- 通过疟蚊传播：要指明同前一单元讲述的病媒控制措施之间的联系。
- 免疫的概念：强调一旦疾病停止传播，免疫力的暂时性。
- 主要临床表现：发热、寒颤等。
- 没有实验室时难以确诊：临床症状作为诊断依据的敏感性与特异性。
- 由寄生虫种属（恶性疟原虫导致脑型疟疾）、患者年龄（儿童）、生理状态（孕妇）或者并发症（贫血、肾功能不全、肺水肿、黑水热等）导致的某些严重临床表现。
- 实验室检查：血涂片——薄涂片和厚涂片。
- 疟疾的治疗需强调以下几点：
 - 主要的抗疟疾药：氯喹、奎宁、甲氟奎、抗叶酸剂、瑞香素（磺胺和乙胺嘧啶复合制剂、抗生素、青蒿素）和生殖母细胞杀伤剂
 - 抗疟药耐药问题：耐药类型（R1、R2、R3）及耐药问题在世界上的发展
 - 不同耐药区域的推荐疗法
 - 预防法在紧急情况下的局限性
 - 环境措施（病媒控制）和个人保护措施（蚊帐、驱蚊剂）
 - 介绍疫苗的研制和第一批临床试验的结果

2. 类别

知识技能：熟悉疟疾的主要临床表现和治疗方法。

3. 教学目标

讲授疟疾的主要临床表现及治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 疟疾

与后面目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

图表一

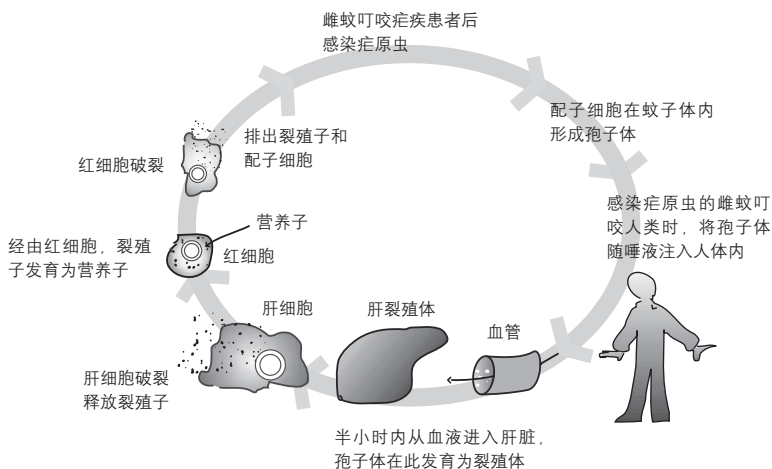
疟疾

1. 致病微生物:

有四种疟原虫寄生于人体:

- 恶性疟原虫
- 三日疟原虫
- 间日疟原虫
- 蛋形疟原虫

2. 生活史:



3. 病理生理学:

裂殖体破裂后色素释放入血导致发热。

恶性疟原虫在血中浓度增高导致(脑和肾脏的)微循环问题。

4. 临床表现:

- 4.1 恶性疟原虫:
- 潜伏期1-2周
 - 高热
 - 寒颤、出汗

严重的表现: 脑型疟疾——高热昏迷

- 4.2 间日疟原虫:
- 潜伏期10-20天
 - 发热
 - 头痛、全身痛

5. 诊断:

血中查到寄生虫(血涂片检查——薄涂片和厚涂片)

6. 防控措施:

治疗: 抗疟药(氯喹、奎宁、甲氟奎、青蒿素)

初级预防: 蚊帐、驱蚊剂、灭蚊

志贺氏菌痢的主要 临床表现和治疗方法

1. 概述

志贺氏菌痢由革兰氏阴性杆菌（志贺氏菌）引起。这种菌侵犯肠道内壁，导致肠壁微小囊肿、出血和粘膜损伤。其宿主是人。它既可以通过带菌者直接传播也可以通过污染的水和食物间接传播。必须记住的一点是，少量菌即可致病并导致大范围流行。

志贺氏菌痢的特点是腹泻，粪便中带有粘液、脓液和血，伴有发热和腹痛。一岁以下儿童患病死亡率很高。

治疗方法包括：

- 腹泻的常规治疗：补液。
- 抗生素治疗：在有可能发生耐药的地区应先检查耐药等级，以便选择最有效的抗生素：萘啶酮酸、环丙沙星等。

预防措施主要是环境卫生措施：正确处理粪便、供应洁净水、健康教育。

2. 类别

知识技能：熟悉志贺氏菌痢的主要临床表现和治疗方法。

3. 教学目标

讲授志贺氏菌痢的主要临床表现和治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：10分钟

6. 小结

- 图表一：志贺氏菌痢

与后面目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

图表一

志贺氏菌痢

(细菌性痢疾)

1. 致病菌：

志贺氏菌：革兰氏阴性杆菌，包括四个亚型。

2. 生活史：

宿主：人。

通过带菌者直接传播也可以通过污染的水和食物间接传播

3. 病理生理学：

侵犯肠道粘膜造成微囊肿、出血和肠壁细胞的破坏。

4. 临床表现：

腹泻，伴有发热和腹痛

5. 诊断：

大便培养：抗生素耐药。

6. 防控措施：

治疗：

- 补液
- 抗生素

初级预防：

- 卫生措施(水、食物、个人卫生)

麻疹的主要临床表现和 治疗方法

1. 概述

本目标旨在通过传授必要的临床和治疗知识，帮助学员理解麻疹防控计划的整体架构。这一主题的学习方法将基于传染病的自然史。

- 空气传播：过度拥挤的结果
- 免疫：易感人群的概念—主要是6个月到5岁的儿童，但在某些情况下，这个范围可能扩大至14岁。需要指出的是，由于6-9个月大母乳喂养的儿童可以通过母乳获得抗体，因此9个月之后有必要第二次注射疫苗。
- 临床表现：发热、麻疹样皮疹、咳嗽、红眼、柯氏结节
- 麻疹的治疗：
 - 常规治疗：补水、正确喂养、降温、良好个人卫生
 - 预防感染性并发症，如肺部和耳鼻喉的感染
 - 维生素A治疗(20万国际单位)
- 防疫中心发布通知，报告人群中或医院内发现的麻疹病例及其免疫状况，以便评估之前免疫计划的效果。

2. 类别

知识技能：熟悉麻疹的主要临床表现和治疗方法。

3. 教学目标

讲授麻疹的主要临床表现及治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 麻疹

与下一目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

图表一

麻疹

1. 致病微生物:

麻疹病毒

2. 生活史:

宿主: 人

人与人之间直接飞沫传播

潜伏期10天

3. 临床表现:

发热、黏膜疹、咳嗽、鼻炎、结膜炎、柯氏结节。弥漫性斑丘疹。

并发症:

- 耳部感染
- 肺炎
- 脑炎
- 营养不良
- 维生素A缺乏

4. 诊断:

根据临床表现诊断

5. 防控措施

治疗:

- 症状
- 维生素A
- 抗生素预防法

初级预防:

- 免疫接种

钩虫病的主要临床表现和 治疗方法

1. 概述

本目标旨在是以钩虫病为代表，讲授肠道寄生虫病的主要临床表现和治疗方法，帮助学员理解肠道寄生虫病防控计划的整体架构。

有两种钩虫，即十二指肠钩口线虫和美洲板口线虫。它们吸附在肠道粘膜上，以从肠壁绒毛中吸血为生。其宿主的失血量取决于钩虫的类型（十二指肠钩口线虫的嗜血能力是美洲板口线虫的10倍）及其活动范围。

临床表现

感染初期主要表现为肠道症状，包括上腹痛、恶心呕吐和腹泻。

肠道失血会造成贫血，症状可能会非常严重。

治疗方法

推荐的治疗药物是阿苯达唑：单剂400毫克可以治愈80%的患者，3剂200毫克连续服用3天可以治愈全部患者。甲苯达唑每日100毫克服用3天也非常有效。

贫血可用铁剂治疗。

2. 类别

知识技能：熟悉钩虫病的主要临床表现和治疗方法。

3. 教学目标

讲授钩虫病的主要临床表现及治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：钩虫病

与后面目标的联系

本目标中所学到的内容将用于模拟练习。

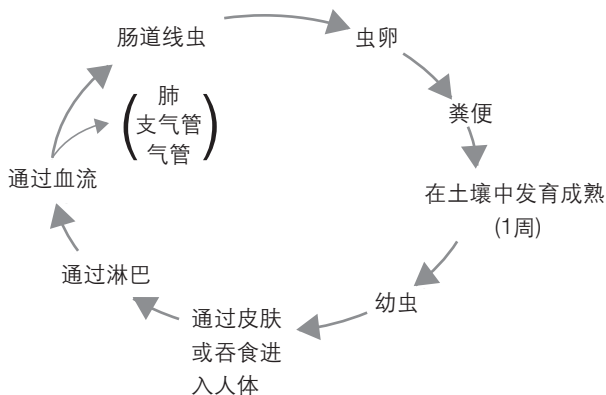
图表一

钩虫病

1. 致病微生物:

- 线虫
- 美洲板口线虫
 - 十二指肠钩口线虫

2. 生活史:



3. 病理生理学:

肠道粘膜破损

4. 临床表现:

- 肺部症状 (咳嗽、肺浸润)
- 微小出血 → 贫血
- 发育延迟和体重增长停滞 (慢性感染)

5. 诊断:

- 检查粪便中的虫卵

6. 防控措施:

治疗: 阿苯达唑

初级预防:

- 厕所
- 穿鞋

二级预防:

- 早期诊断和治疗
- 集体治疗

三级预防: 治疗贫血

黄热病、白喉、疥螨和沙眼的主要临床表现和治疗方法

1. 概述

本节的目的是向学员介绍一些其他类型传染病的临床表现和治疗方法，但在模拟练习中不会用这些疾病来阐明防控计划。

2. 类别

知识技能：熟悉黄热病、白喉、疥螨和沙眼的主要临床表现和治疗方法。

3. 教学目标

讲授黄热病、白喉、疥螨和沙眼的主要临床表现和治疗方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：10分钟

6. 小结

- 图表一：黄热病
- 图表二：白喉
- 图表三：疥螨
- 图表四：沙眼

与后面目标的联系

这里提供的材料将有助于讨论授课者根据本人经历介绍的防控计划实例。

图表一

黄热病

- 1. 致病微生物:**
黄热病病毒
- 2. 生活史:**
宿主: 灵长类
通过蚊子传播 (伊蚊)。
- 3. 临床表现:**
发热、头疼、肌肉疼、蛋白尿、肾功能不足、黄疸、出血
- 4. 诊断:**
血清学诊断。
- 5. 防控措施:**
治疗:
 - 根据症状初级预防:
 - 免疫接种 (10 年)
 - 灭蚊

图表二

白喉

- 1. 致病微生物:**
革兰氏阳性需氧杆菌: 白喉杆菌
- 2. 生活史:**
宿主: 人
通过患者或携带者直接传播
潜伏期2-5天
- 3. 临床表现:**
咽喉部白喉, 在咽喉部形成白膜。
心内膜炎
中毒性并发症 (心肌炎)。
- 4. 诊断:**
用特殊培养基检测白喉杆菌
- 5. 防控措施:**
治疗: 抗生素、抗毒素。
初级预防: 免疫接种
二级预防: 患者隔离

图表三

疥疮

- 1. 致病微生物:**
螨：人疥螨
- 2. 生活史:**
宿主：人
通过接触疥螨大批滋生的床褥直接传播
- 3. 临床表现:**
皮肤症状 (丘疹、皮肤内隧道)，可影响指蹼、生殖器和屈肌表面皮肤
并发症：多重感染
- 4. 诊断:** 临床表现
- 5. 防控措施:**
治疗：杀螨剂
初级预防：个人卫生 (水)
二级预防：早期追踪接触者
- 6. 流行病学:**
全球性疾病，各年龄段均可感染

图表四

沙眼

- 1. 致病微生物:**
沙眼衣原体
- 2. 生活史:**
宿主：人
人与人之间直接接触传播，或通过中间宿主苍蝇传播
- 3. 临床表现:**
滤泡性结膜炎
反复感染导致角膜疤痕性损伤
- 4. 诊断:** 临床表现
- 5. 防控措施:**
治疗：抗生素。
初级预防：个人卫生 (水非常重要)
- 6. 流行病学**
常见于非洲和中东地区

根据已知情况 设定传染病优先级

1. 概述

要求学员根据从模拟练习中获得的数据，确定传染病的优先级。他们需要应用在第一单元学到的计划方法，首先确定问题的严重性（病死率、发病率、发病人数等），然而确认制定有效计划加以应对的可行性。

模拟练习中遇到的传染病主要有：

- 腹泻性疾病（包括少数霍乱病例）
- 麻疹
- 结核
- 流行性脑脊髓膜炎(两例)
- 肠道寄生虫
- 疥疮
- 呼吸系统感染
- 疟疾
- 艾滋病

学员已经获得足够多的关于传染病以及可能的干预方法的信息，能够解决这一实际问题。

2. 类别

实践：利用所学到的计划方法设定上述常见传染病的优先级。

3. 教学大纲

在甲—乙国模拟练习中，通过确定各种传染病的严重程度（病死率、发病率、发病人数等）和可能采取的行动，为其设定优先顺序。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后在集体总结阶段要求其用幻灯片展示讨论结果。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

授课者必须提前准备好作业的答案，用来与学员制定的计划作比较。

- 图表一：后面练习中将要涉及的六种疾病

与后面目标的联系

学员将被要求针对六种传染病制定干预计划，但它们并不必然反映任何特定优先顺序。选择这些疾病的目的是让学员有范围较广的决策机会。

图表一

将在模拟练习中 制定防控计划的六种疾病：

- 麻疹
- 疟疾
- 结核
- 腹泻性疾病
- 流行性脑脊髓膜炎
- 钩虫病

根据已知情况制定麻疹防控计划

1. 概述

制定麻疹防控计划必须考虑到各种方案在技术方面的局限性、后勤供应的限制、文化背景、政治环境，以及某些特殊环境下接触人群的难度。计划须遵循第一单元中讲授的程序：

- 目标
- 策略
- 必要资源
- 所获效果的评估方法

各组学员在制定策略时必须参考传染病的自然史，确定其想要在各个等级——初级和二级预防、治疗、三级预防——上采取的措施。

初级预防措施是显而易见的：免疫接种。不过，各组必须做出诸多决定：

- 应当对哪些年龄段实施免疫接种？
- 应当使用哪种疫苗？
- 应当遵循什么样的总体策略？针对麻疹这一种传染病免疫接种，还是在针对多种疾病的扩大免疫计划中加入麻疹免疫接种？

在麻疹免疫接种计划的目标中必须明确说明所想达到的覆盖率。实际策略必须审查所有选定的活动：

- 通知社区
- 培训将要执行计划的工作人员
- 安排低温运输疫苗
- 建立评估体系，专注于检查发现免疫接种活动后出现的麻疹病例

- 用常规扩大免疫计划跟进集体免疫接种活动，给达到接种年龄的儿童或是新来的流离失所者注射疫苗

各组必须强调给营养恢复中心的所有儿童立即进行系统性免疫接种的重要性。

防控计划还必须为医院内可能出现的麻疹病例做好准备：

- 预防细菌感染性并发症(选择抗生素)
- 维生素A的治疗剂量
- 基本卫生保健和恰当的喂养与补水

这类防控计划是各种措施的结合。除开展计划中的各项工作之外，各组学员还必须能够解释为什么选择某一项措施而不采用其它备选方案。

如果时间允许，学员还应估算执行计划所需的资源数量。为此，必须明确当地医疗资源(人员和疫苗)的计划用途。

2. 类别

实践：根据已知情况制定麻疹防控计划。

3. 教学大纲

为阿瓦雷营制定一个麻疹防控计划。

4. 教学方法

每个组必须为两种疾病制定防控计划。尽管只要求各组展示其中一个计划，但是对另一个计划的准备工作有助于学员参与讨论其他组所展示的结果。

5. 教学时间

总时间：120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结阶段发言

6. 小结

授课者应事先准备好一份麻疹防控计划，用来同学员的计划作对比。他（她）将要求其它组（尤其是把麻疹作为第二疾病的组）对发言组所提交的行动计划做出评论。然后授课者将加以评论并分享其相关个人经验。

与后面目标的联系

在这一计划中，小组提到在医务所治疗患者和医院收治严重病人的必要性。这一主题将会在关于在卫生机构中规划病人护理体系一节（在内外科治疗单元中）再次涉及。

根据已知情况制定 疟疾防控计划

1. 概述

制定疟疾防控计划必须考虑到各种方案在技术方面的局限性、后勤供应限制、文化背景、政治环境，以及在某些特殊环境下接触人群的难度。制定的计划须遵循第一单元中讲授的程序。

- 目标
- 策略
- 必要的资源
- 所获效果的评估方法

各组学员在制定策略时必须参考传染病的自然史，确定其想要在各个等级——初级和二级预防、治疗、三级预防——上采取的措施。

这里的初级预防就是环境卫生措施：病媒控制、排水系统、蚊帐和驱蚊剂

疟疾的二级预防和治疗涉及建立一个有效的早期防治系统。为此，学员必须学会如何构建这样一个系统，例如由谁来筛查病例，谁负责治疗，以及采取何种治疗方案。另外，尽管不需要涉及治疗方案的具体细节，但必须确定严重病例的处理原则。

除了开展计划中的各项工作之外，学员还必须能够解释为什么选择某一项措施而不采用其它备选方案，例如集体化学预防。

如果时间允许，学员还应估算执行计划所需的资源数量。

2. 类别

实践：根据已知情况制定一个疟疾防控计划。

3. 教学大纲

为模拟练习中的阿瓦雷营制定一个疟疾防控计划。

4. 教学方法

每个组必须为两种疾病制定防控计划。尽管只要求各组展示其中一个计划，但是对另一个计划的准备工作有助于学员参与讨论其他组所展示的结果。

5. 教学时间

总时间: 120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结阶段发言

6. 小结

授课者应事先准备好一份疟疾防控计划，用来同学员的计划作对比。他（她）将要求其它组（尤其是把疟疾作为第二疾病的组）对发言组所提交的行动计划做出评论。然后授课者将加以评论并分享其相关个人经验。

与后面目标的联系

在这一计划中，小组提到在医务所治疗患者和医院收治严重病人的必要性。这一主题将会在关于在卫生机构中规划病人护理体系一节（在内外科治疗单元中）再次涉及。

根据已知情况制定 结核防控计划

1. 概述

制定结核防控计划必须考虑到各种方案在技术方面的局限性、后勤供应的限制、文化背景、政治环境，以及在某些特殊环境下接触人群的难度。制定的计划须遵循第一单元中讲授的程序。

- 目标
- 策略
- 必要资源
- 所获效果的评估方法

各组学员在制定策略时必须参考传染病的自然史，确定其想要在各个等级——初级和二级预防、治疗、三级预防——上采取的措施。

接种卡介苗并不是行之有效的方法，因为它只能预防严重结核（粟粒性结核和结核性脑膜炎）以及一岁以下儿童罹患结核。防止居住区过度拥挤可降低结核杆菌从结核患者向周围人群播散的机率。

首先要确诊并治疗痰培养阳性的患者。这项工作包括以下几个步骤：

- 确定患者具有结核的临床表现。必须在两个方案之间做出选择：主动筛查（医务人员主动到社区中去筛查病例）和被动筛查（医务人员对主动到医院就诊的患者作出诊断）。推荐第二种方式。但是，一旦有确诊病例，医务人员必须筛查其生活圈内的成员
- 检查患者痰液中的结核杆菌，建立细菌学证据。
- 根据世界卫生组织推荐的患者分类方法开展治疗（新发病例、复发病例、治疗失败的患者和慢性患者）
- 治疗后随访以便能发现复发病例

在制定这类计划之前，各组必须先了解结核防控工作中不可避免的制约因素。首先，必须了解化验室的状况，因为计划受益人的选择将完全取决于化验结果。放射科检查不适用于确定应将哪些患者纳入计划。必须保证患者能够坚持治疗（6-8周），因为患者的依从性是治愈的关键。授课者应针对开展直接观察治疗的必要性发表意见。在局势不稳定的情况下（例如战争），这种做法很难实现。最后，计划实施者必须确保计划运行所需的资源能够到位。如果由于缺乏医疗用品而不得不停止治疗，将会是重大的专业错误。学员在决定是否要制定结核治疗计划时必须考虑到所有这些因素。

除了开展计划中的各项工作之外，学员还必须能够解释为什么选择某一项措施而不采用其它备选方案，例如集体化学预防。

如果时间允许，学员还应当估算执行计划所需的资源数量。

2. 类别

实践：根据已知情况制定一个结核防控计划。

3. 教学大纲

证明开展一场抗结核活动的可取性或不可取性。如果可取，则制定结核防控计划。

4. 教学方法

每个组必须为两种疾病制定防控计划。尽管只要求各组展示其中一个计划，但是对另一个计划的准备工作有助于学员参与讨论其他组所展示的结果。

5. 教学时间

总时间：120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结阶段发言

6. 小结

授课者应事先准备好一份结核防控计划，用来同学员的计划作对比。他（她）将要求其它组（尤其是把结核作为第二疾病的组）对发言组所提交的行动计划做出评论。然后授课者将加以评论并分享其相关个人经验。

与后面目标的联系

在这一计划中，小组提到在医务所治疗患者和医院收治严重病人的必要性。这一主题将会在关于在卫生机构中规划病人护理体系一节（在内外科治疗单元中）再次涉及。

根据已知情况制定 腹泻性疾病防控计划

1. 概述

制定腹泻性疾病的防控计划必须考虑到各种方案在技术方面的局限性、后勤供应的限制、文化背景、政治环境，以及在某些特殊环境下接触人群的难度。制定的计划须遵循第一单元中讲授的程序。

- 目标
- 策略
- 必要资源
- 所获效果的评估方法

各组学员在制定策略时必须参考传染病的自然史，确定其想要在各个等级——初级和二级预防、治疗、三级预防——上采取的措施。

这里的初级预防就是环境卫生措施：确保有充足供水、正确处理粪便以及健康教育。

二级预防包括早期治疗腹泻病例以防脱水加重。各组必须想办法确保补液药品到位：向所有家庭发放口服补液盐水袋或口服补液盐粉末，或者也可以把所有口服补液盐存放在医院内，一对一地交给患者。

必须制定针对严重病例的治疗方案（选择针对特殊病原体的抗生素，例如志贺氏杆菌，并准备好为严重病例静脉补液）

除了开展计划中的各项工作之外，学员还必须能够解释为什么选择某一项措施而不采用其它备选方案。

如果时间允许，学员还应当估算执行计划所需的资源数量。

2. 类别

实践：根据已知情况制定一个腹泻性疾病防控计划。

3. 教学大纲

制定一个腹泻性疾病防控计划。

4. 教学方法

每个组必须为两种疾病制定防控计划。尽管只要求各组展示其中一个计划，但是对另一个计划的准备工作有助于学员参与讨论其他组所展示的结果。

5. 教学时间

总时间：120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结阶段发言

6. 小结

授课者应事先准备好一份腹泻性疾病防控计划，用来同学员的计划作对比。他（她）将要求其它组（尤其是把腹泻性疾病作为第二疾病的组）对发言组所提交的行动计划做出评论。然后授课者将加以评论并分享其相关个人经验。在医务所治疗患者和医院收治严重病人。

与后面目标的联系

在这一计划中，小组提到在医务所治疗患者和医院收治严重病人的必要性。这一主题将会在关于在卫生机构中规划病人护理体系一节（在內外科治疗单元中）再次涉及。

根据已知情况制定 流行性脑脊髓膜炎 防控计划

1. 概述

制定流行性脑脊髓膜炎防控计划必须考虑到各种方案在技术方面的局限性、后勤供应的限制、文化背景、政治环境，以及在某些特殊环境下接触人群的难度。制定的计划须遵循第一单元中讲授的程序。

- 目标
- 策略
- 必要资源
- 所获效果的评估方法

各组学员在制定策略时必须参考传染病的自然史，确定其想要在各个等级——初级和二级预防、治疗、三级预防——上采取的措施。

相关的预防措施包括：

- 免疫接种。因为儿童接种流行性脑脊髓膜炎疫苗后的免疫时间有限，因此在非流行时期不必常规接种。但是在高危流行地区，有必要考虑在流行季节来临之前开展免疫接种工作。只要免疫计划能够迅速启动，就应当在流行之初接种疫苗——这意味着疫苗和受过培训的医务人员应当能够随时到位。为了达到效果，免疫接种工作必须在流行刚刚开始时开展。因此，必须有高质量的传染病监测体系，能够从一开始就发现疾病并提供细菌学证据。可以根据连续两周内病例的增长数为免疫预防工作的启动制定一个标准。根据经验，发病数量加倍是为1-25岁人群接种疫苗的指征。
- 集体化学预防是无法实现的。

紧急情况下，人员和空间都非常有限，因此治疗流行性脑脊髓膜炎的方案是用氯霉素油溶液单次肌肉注射。48小时后可以再注射一次。

除了开展计划中的各项工作之外，学员还必须能够解释为什么选择某一项措施而不采用其它备选方案，例如集体化学预防。

如果时间允许，学员还应估算执行计划所需的资源数量。

2. 类别

实践：根据已知情况制定一个流行性脑脊髓膜炎防控计划。

3. 教学大纲

制定一个流行性脑脊髓膜炎防控计划。

4. 教学方法

每个组必须为两种疾病制定防控计划。尽管只要求各组展示其中一个计划，但是对另一个计划的准备工作有助于学员参与讨论其他组所展示的结果。

5. 教学时间

总时间：120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结阶段发言

6. 小结

授课者应事先准备好一份流行性脑脊髓膜炎防控计划，用来同学员的计划作对比。他（她）将要求其它组（尤其是把流行性脑脊髓膜炎作为第二疾病的组）对发言组所提交的行动计划做出评论。然后授课者将加以评论并分享其相关个人经验。在医务所治疗患者和医院收治严重病人。

与后面目标的联系

在这一计划中，小组提到在医务所治疗患者和医院收治严重病人的必要性。这一主题将会在关于在卫生机构中规划病人护理体系一节（在內外科治疗单元中）再次涉及。

根据已知情况制定钩虫病防控计划

1. 概述

制定钩虫病防控计划必须考虑到各种方案在技术方面的局限性、后勤供应的限制、文化背景、政治环境，以及在某些特殊环境下接触人群的难度。制定的计划须遵循第一单元中讲授的程序。

- 目标
- 策略
- 必要资源
- 所获效果的方法

各组学员在制定策略时必须参考传染病的自然史，确定其想要在各个等级——初级和二级预防、治疗、三级预防——上采取的措施。

初级预防主要是基于环境卫生措施，尤其是恰当处理粪便。

医务所内治疗钩虫病的方法比较简单：一剂阿苯达唑或甲苯咪唑。然而，难以根据临床症状做出准确诊断。在疾病流行区，贫血是钩虫病全身性治疗的指征。只有在特殊地区才考虑集体治疗，作为环境卫生措施起效前（其效果通常会滞后）的权宜之计。

除了开展计划中的各项工作外，学员还必须能够解释为什么选择某一项措施而不采用其它备选方案，例如集体治疗。

如果时间允许，学员还应当估算执行计划所需的资源数量。

2. 类别

实践：根据已知情况制定一个钩虫病防控计划。

3. 教学大纲

制定一个钩虫病防控计划。

4. 教学方法

每个组必须为两种疾病制定防控计划。尽管只要求各组展示其中一个计划，但是对另一个计划的准备工作有助于学员参与讨论其他组所展示的结果。

5. 教学时间

总时间: 120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结阶段发言

6. 小结

授课者应事先准备好一份钩虫病防控计划，用来同学员的计划作对比。他（她）将要求其它组（尤其是把钩虫病作为第二疾病的组）对发言组所提交的行动计划做出评论。然后授课者将加以评论并分享其相关个人经验。在医务所治疗患者和医院收治严重病人。

与后面目标的联系

在这一计划中，小组提到在医务所治疗患者和医院收治严重病人的必要性。这一主题将会在关于在卫生机构中规划病人护理体系一节（在内外科治疗单元中）再次涉及。

5

单元

内外科治疗

目标一览表

- 明确内外科治疗的概念，以及治疗系统正常运转所依赖的主要原则
- 利用卫生保健机构的概念框架，识别评估卫生保健机构的不同等级
- 根据已知人数计算所需医疗咨询数量、住院人数和病床数
- 明确医疗咨询的步骤及其与标准化程序之间的联系
- 制定工作步骤帮助社区卫生工作者诊断病人
- 了解一种评价卫生保健人员绩效的方法
- 掌握两种估算医疗机构所需药品数量的方法
- 制定用于判断是否要在当地设施之外另行建立卫生保健机构的标准
- 根据对将要实施的行动和任务的分析，确定医务所的建筑设计的
- 明确为战争伤员提供治疗的步骤
- 明确急救计划的主要特点
- 了解外科治疗的主要原则
- 明确评估现有外科设施是否足以承担战争伤员治疗任务的基本原则
- 了解战时外科治疗的基本原则
- 理解术后治疗和康复治疗在整个伤员治疗过程中的重要性
- 根据已知情况制定伤员救治计划
- 了解武装冲突中受害者遭受心理创伤的原因并制定对策

明确内外科治疗的不同等级

1. 概述

人们倾向于把内外科治疗和卫生保健机构联系起来，尽管在此等设施之外——例如在家中或战场上——也可以进行这些治疗。初级卫生保健涵盖很多内容，包括由社区自行承担的基本医疗服务。针对战争伤员急救的当前研究表明其对于伤员的存活十分重要。

因此，要区分内外科治疗的三个基本等级：

- 初级治疗：由社区、社区卫生工作者、急救人员和战斗人员（急救）在现场进行治疗。
- 二级治疗：由专业医生在医务所或卫生中心提供的治疗。在这个等级，治疗主要是在救护车内进行；对于那些尽管伤情不很复杂但需要再观察几天的伤员，也偶尔会在医院进行治疗。
- 三级治疗：由具有高度专业化技能的医生在医院里进行治疗。

尽管还可以列出一些过渡等级，但在紧急情况下上述分类方法已足以让学员了解应当如何结合不同等级的治疗。

所有等级的治疗都有一些共同的基本原则：

- 分散化。许多内外科治疗都可由社区、急救人员和社区卫生工作者在外围进行，但其必须为此接受培训。
- 专业化。治疗等级越高，越需要培训医务人员应对日益复杂的病例
- 任务。在每个等级上都必须明确所要完成的任务。
- 内外科问题。当然，所明确的任务必须同人群中普遍存在的内外科问题相对应。在流离失所者中，主要医疗问题要么不专属于任何特定区域（腹泻性疾病、肺部感染、麻疹、皮肤感染），要么专属于某些地区（疟疾、血吸虫病）。除此之外，还必须考虑到他们在经历武装冲突折磨（包括自愿或被迫迁移，以及

强奸、酷刑等不人道待遇) 之后出现的心理问题。对于这类引发心理创伤的情况, 必须由受过培训的专业人员来处理。

- 技术的应用。这一点并不取决于卫生专业人员所能处理的病例的复杂程度, 而是取决于任务难度是否与负责人员的能力相匹配。必须根据这个原则来分配任务。复杂的病例应该交给受过训练的医生处理。相反, 如果有社区卫生工作者却让医生来处理疥疮就是完全没有意义的, 说明技术资源分配不当。
- 不同等级治疗的结合。明确不同等级治疗的职责范围, 可以避免二级或三级治疗因其下级治疗未能完成任务而穷于应付。为此, 必须明确规定每个等级所需完成的任务, 以及将病例从一级转往另一级的标准化程序。鉴于卫生设施的容量有限, 如果伤病员人数众多, 那么上述转移程序必须遵循治疗分类法规则, 以确保尽可能多的病人得到治疗。
- 治疗链。无论对于战争伤员还是其他患者, 治疗链都是相同的。所适用的规则都是从初级治疗或急救开始, 然后视患者情况需要, 转入更高一级治疗。
- 获得治疗的机会。在武装冲突中, 获得治疗的机会常常被各种因素复杂化, 例如安全没有保障, 对特定政治、种族或宗教群体的歧视, 或者受害者因赤贫而无法承担所需费用。

2. 类别

框架: 界定内外科治疗等级的概念, 并明确医疗系统恰当运转所必不可少的基本原则。

3. 教学目标

界定内外科治疗等级的概念, 并明确医疗系统恰当运转所必不可少的基本原则。

4. 教学方法

给各组分配任务, 然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

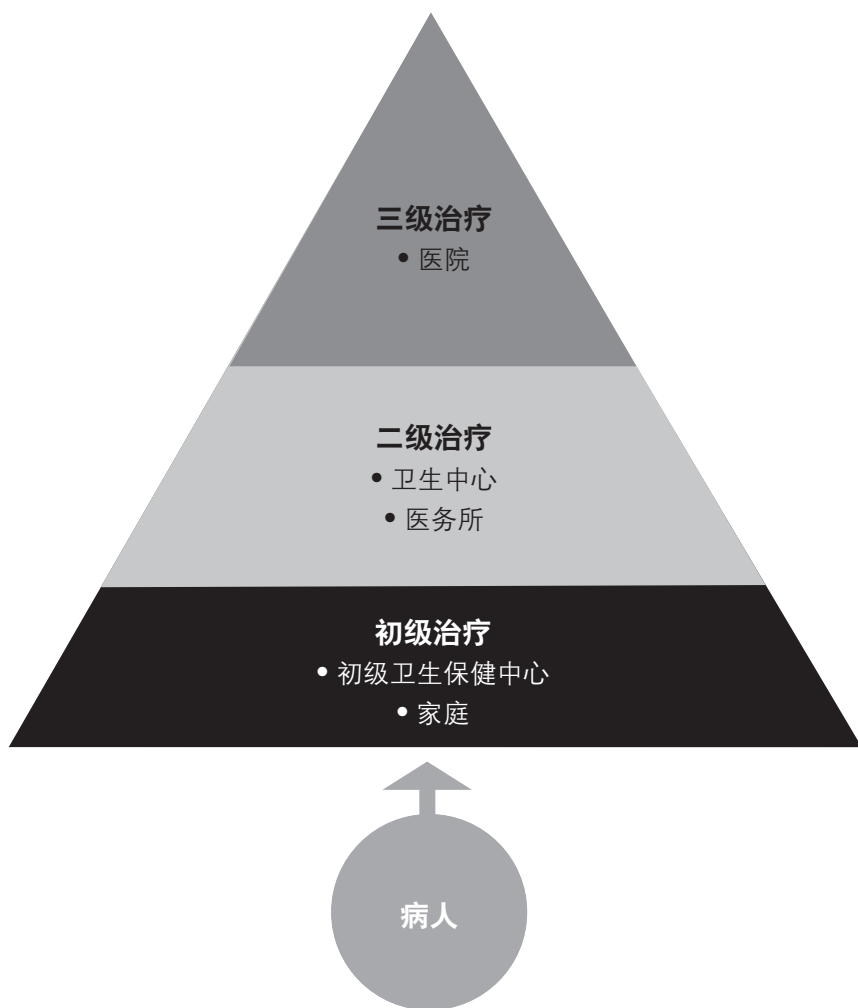
- 图表一：结构
- 图表二：任务
- 图表三：技能
- 图表四：技术资源分散化
- 图表五：打破系统平衡的因素

与后面目标的联系

本目标为识别制定内外科治疗计划所需的知识技能提供了背景知识。初级治疗将在卫生保健体系单元中有关初级卫生保健的部分加以学习。

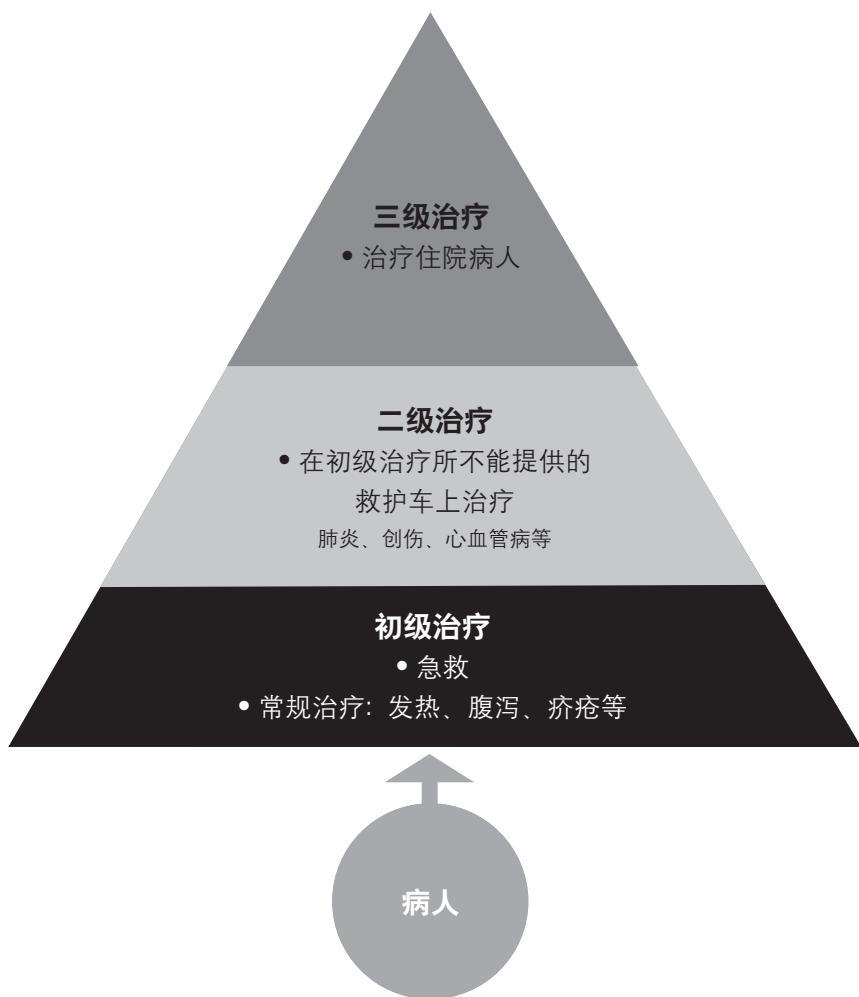
图表一

内外科治疗 (结构)

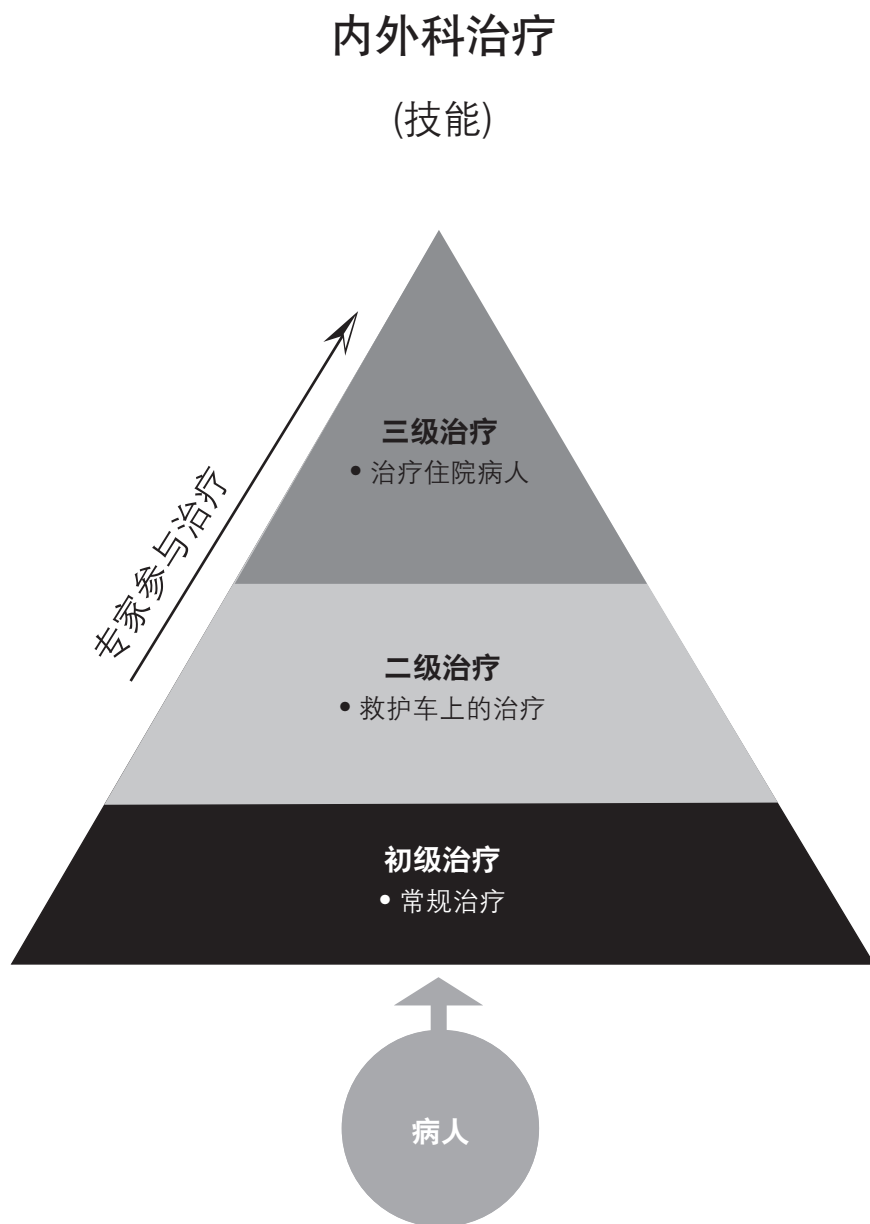


图表二

内外科治疗 (任务)

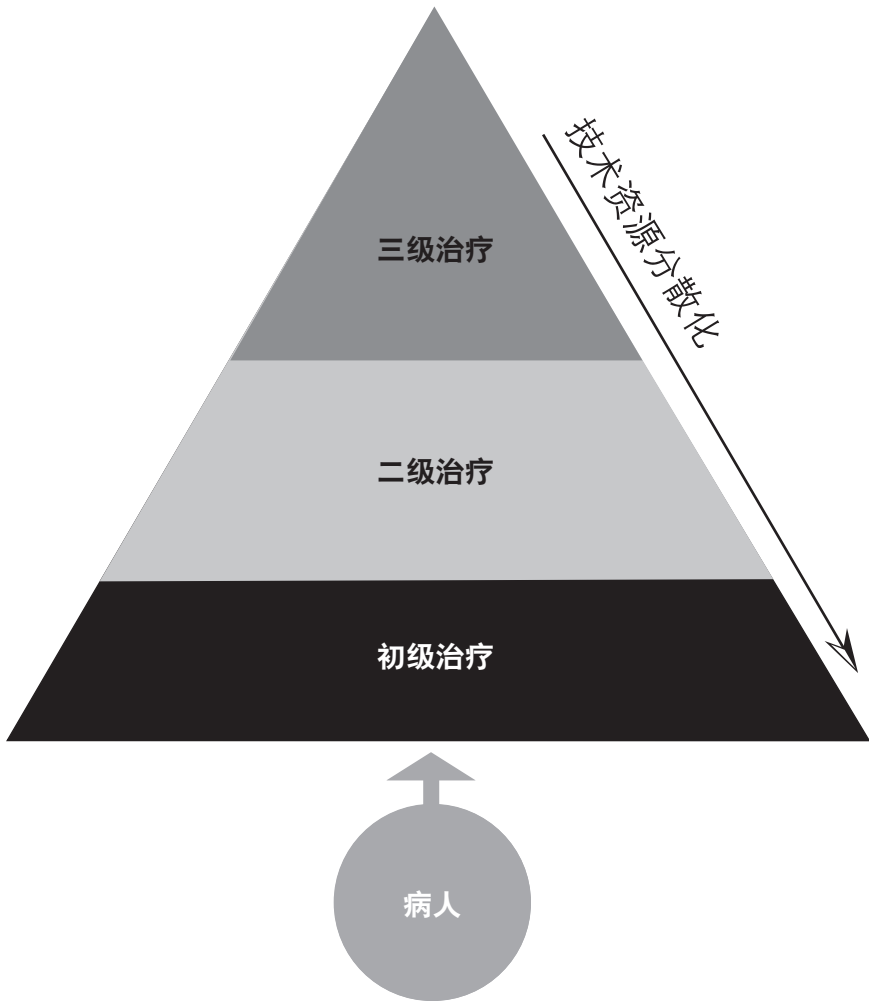


图表三



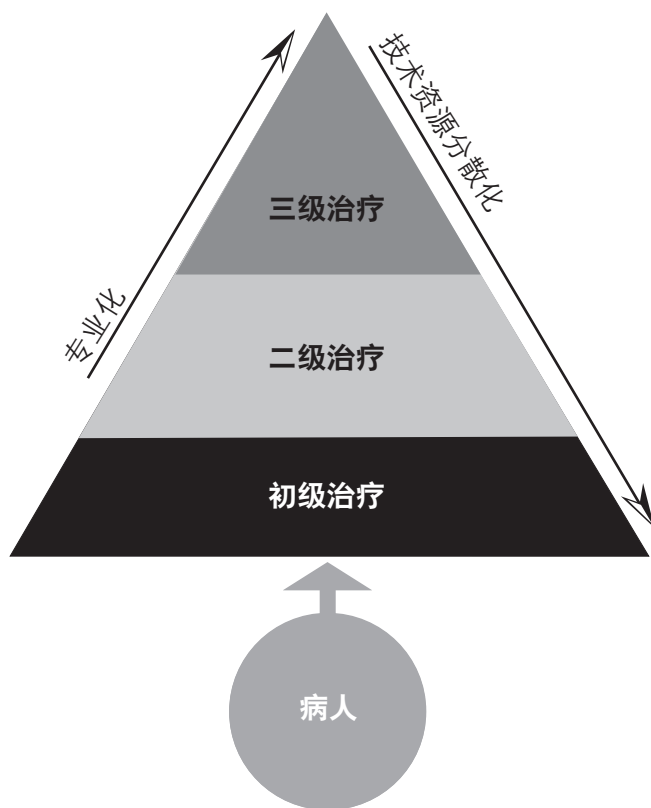
图表四

内外科治疗的等级 (技术资源分散化)



图表五

打破医疗系统平衡的因素



紧急情况下打破医疗系统平衡的因素：

- 病人数量过多 (一开始)
- 缺少卫生保健人员
- 卫生保健设施遭毁或受损
- 无法获得治疗机会

卫生保健机构

1. 概述

卫生保健机构的定义包括以下七个方面：

- 患者在此接受治疗
- 卫生保健人员在其间工作
- 永久性医疗设备
- 药品及其他可供物资
- 卫生基础设施（水、电、厨房、厕所等）
- 建筑物
- 管理部门

无论是初级卫生保健中心所还是医院都应具备这些因素，但具体内容会随情况不同而有显著变化。它们将为理解卫生设施的基本评估原则提供基础。在很多紧急场合，人道人员都需要评估现有卫生设施，以确定需要提供多少应急支持。有两个层面的评估是必不可少的：

- 定量评估，针对上述七个因素中的每一个分别进行：
 - 按照年龄和病状归类的入院病人数
 - 卫生保健人员数量
 - 现有药品的性质和数量
 - 医疗设备的状况
 - 建筑物的数量和状况
 - 卫生基础设施的状况
 - 行政管理因素：工资、统计数据

- 定性评估，检查七个因素之间的相互关系，以判断所提供服务的质量：
 - 建筑物的空间是否足以舒适地容纳所有病人？
 - 卫生保健人员是否有足够能力处理所面对的医疗问题（这一点很重要，比如是否要由战地经验极少的外科医生来处理战争伤员）？
 - 卫生保健人员是否遵循卫生部、世界卫生组织或红十字国际委员会的诊疗建议？
 - 现有药品是否能保质保量地满足患者需求？
 - 医务人员会不会操作现有医疗设备（X光机和化验设备等）并恰当利用检查结果？
 - 卫生基础设施能否应付患者人数的增长？
 - 行政管理系统是否包括病人登记？卫生保健人员的工资是否按时支付？有无医疗统计数据？

定量评估意味着不多不少地清点现有资源这相对容易。相反，定性评估的某些方面则非常主观。避开这一难题的一个办法是以标准程序作参照，分析卫生保健人员的绩效。为了全面评估治疗质量，必须选择某些一般性指标，例如外科病房中破腹手术后的死亡率，或者综合那些能够推断出外科设施对有利于降低死亡率的因素——如全天24小时供电、严格的麻醉规程、术后持续治疗和监护。

很多手册都列举了应当收集的数据。重点应该是通过分析这些数据，对于特定卫生保健机构的服务质量获得尽可能客观的看法。

2. 类别

知识技能：利用卫生保健机构的概念框架，识别评估卫生保健机构的不同等级。

3. 教学目标

什么是卫生保健机构？其评估程序如何？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：50分钟

- 30分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

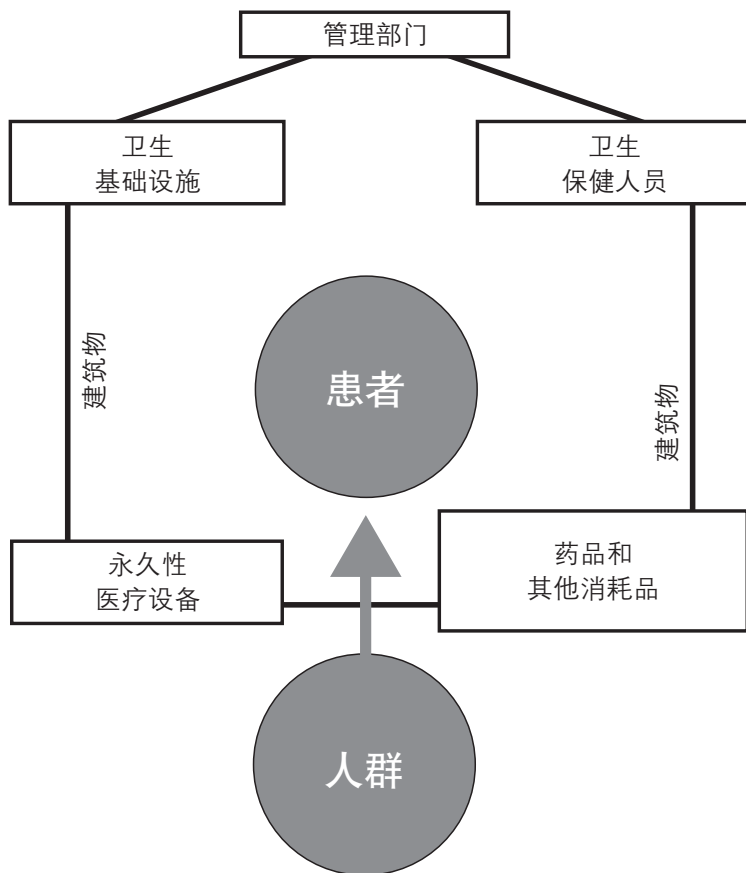
- 图表一：卫生保健机构示意图
- 图表二：治疗链
- 图表三：用于评估和规划卫生保健机构的知识技能

与后面目标的联系

下两个将介绍用于评估卫生保健人员绩效和分析人群药物需求情况的具体方法。

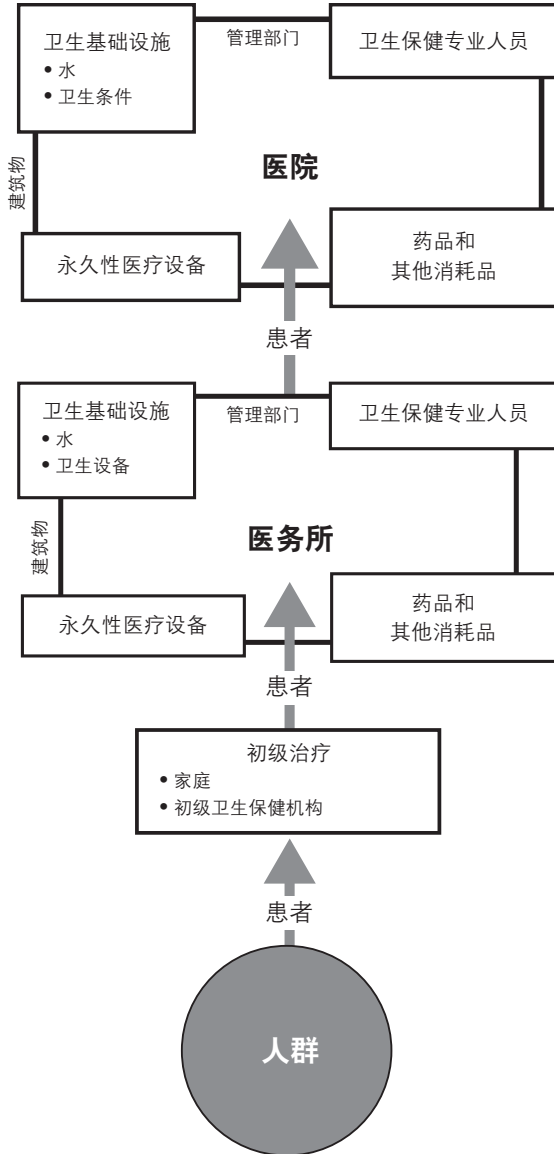
图表一

卫生保健机构示意图



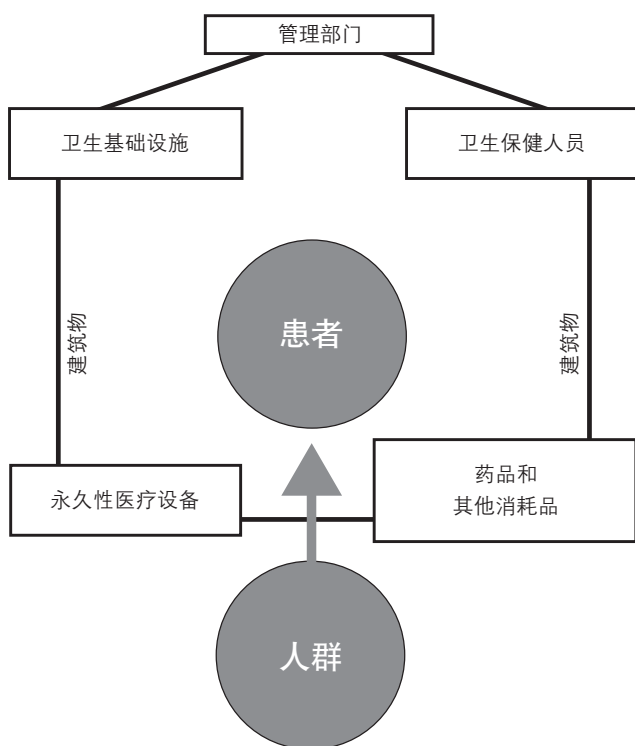
图表二

治疗链



图表三

规划和评估医疗机构 需要哪些知识技能？



1. 有可能使用该设施的患者数量 (人口、局势)
2. 患者与卫生保健人员之间的互动 (例如医疗咨询)
3. 标准化的概念
4. 标准化体检: 标准规则
5. 必备药品
6. 分析卫生保健人员的绩效
7. 建筑
8. 医疗管理

评估刚刚到达指定地点的流离失所者中的潜在病人数量

1. 概述

在紧急情况下用定量方法解决医疗问题，对于规划应急所需资源而言必不可少。然而，以下因素使定量分析变得困难：

- 人口流动及人口计数中的波动 (流离失所者)
- 预防措施：顾名思义它能减少病人数量，而同样也能减轻卫生保健机构的负担
- 局势造成的压力 (不安全以及对于未来的不确定)：它会造成心理问题

尽管存在这些复杂因素，但仍然需要进行一些基本计算来规划卫生保健机构 (设施数量、药品供应量、卫生保健人员数量)。有三项评估尤为重要，其中之一是为流离失所者安排的门诊咨询量。作为初始评估，我们可以设想局势正常时的每年人均咨询量为两次。这一平均值考虑到了人群与卫生保健中心的相对地理距离，以及年龄和性别等因素。相比正常局势，可以预期流离失所人口的咨询量会翻倍，原因如下：

- 使用卫生保健设施更容易。通常，医务所都建在难民营内。
- 人们的空闲时间更多。流离失所者没有工作，尽管有时候需要花时间从事维生所需的活动：取水、排队等候发放食物等。
- 流离失所者在到达难民营之前可能已经数月得不到治疗，或者已经因为预防服务机构条件恶化而受苦，导致他们中间重病发生率很高。

因此，预计5万流离失所者每天需要大约500次咨询，相当于总人数的1%。同样地，每1000人中将有40人需要在年内住院。这个数字是根据发展中国家的平均住院率计算的。尽管紧急情况下一定会有大量患者需要住院，但由于医疗资源有限，实际上只有那些特别严重的患者才能入院治疗。因此这个计算是合理的。对于5万人而言，这意味着每天大约有5名患者需要住院治疗，占到寻求医疗帮助的患者数量的1%。

基于这些估算，我们可以计算出所需的病床数量。首先我们要估计平均住院时间——例如7天。根据这两个数字（需要住院的患者人数和平均住院时间）就有可能估算出需要住院的患者人数——就算50个床位吧，这可以为季节变化、疾病流行等因素留出余地。这意味着每1000人需要1张病床。

授课者必须解释这些计算方法。

2. 类别

知识技能：根据已知人数计算所需医疗咨询量、住院人数和病床数。

3. 教学目标

估算5万流离失所者所需的医疗咨询量，住院人数和病床数。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：确定病人数量

与后面目标的联系

已经确定了需要从卫生保健机构寻求帮助的病人数量。下一目标将帮助学员规划卫生保健机构的整体结构。

图表一

可能需要使用 卫生保健设施的病人数量

1%	总人口的1%需要门诊治疗
1%	门诊患者中1%需要住院治疗
1/1000	所需病床数为每1000人1张 (疾病流行时除外)

医疗咨询的组成部分及标准化的概念

1. 概述

医疗咨询可以分解为一系列连续步骤，需要卫生保健人员综合展现出技术能力、人际关系能力和智识能力。

- 接待患者
- 患者病史
- 临床检查
- 诊断或诊断性定位
- 决定要做什么（治疗、不治疗、转移、进一步检查）
- 进行治疗
- 对治疗的依从性
- 患者随访

所有这些步骤都可以分解为更为精确的人物。例如，在患者说明为何就诊后，卫生保健人员必须就其主诉询问一系列问题。临床检查必须遵循严格的顺序。一旦做出诊断，必须要有一个主要基于治疗方案的标准程序可循，进而又要有标准的药品清单。

这就导致了将医疗咨询的所有步骤标准化的想法，这是所有医疗单位恰当运转所必不可少的概念。在紧急情况下，卫生保健人员迅速更替并不罕见，而每个新团队都可能会有自己的治疗方法，例如使用新的药品。“标准化”管理不应当把医患之间的人际关系排除在外。而且，标准化使得处于同一治疗等级上的卫生保健机构之间得以有效协调，从而避免不同组织的医务所之间相互竞争，导致过度治疗。

2. 类别

知识技能：明确医疗咨询的步骤及其与标准化程序之间的联系。

3. 教学目标

明确医疗咨询的步骤并为其归纳出标准化程序。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

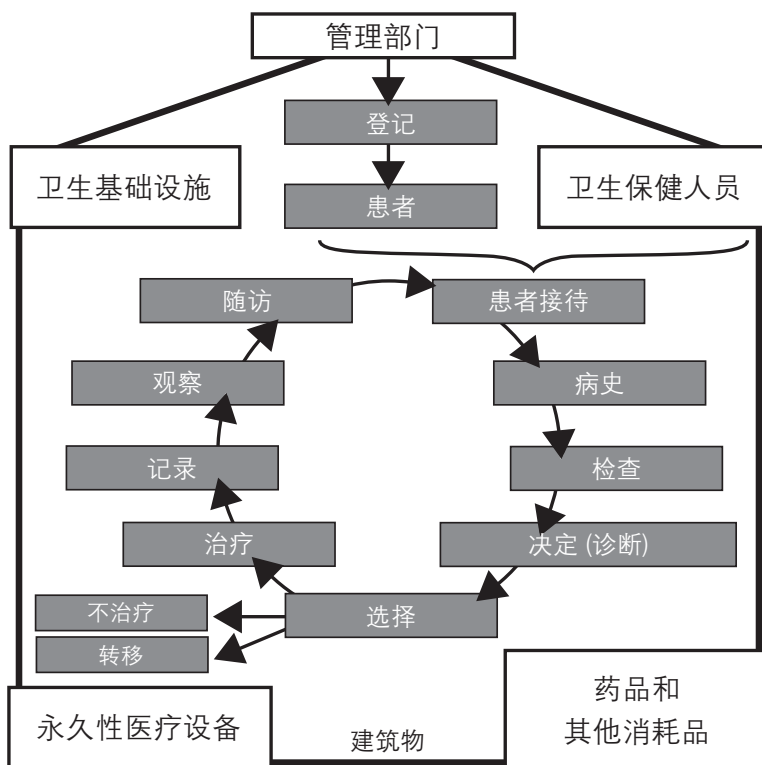
- 图表一：医疗咨询的概念
- 图表二：标准化的概念

与后面目标的联系

下一目标将介绍评估卫生保健人员工作的方法。任务标准化为这种评估提供了参考标准。

图表一

医疗咨询的概念



图表二

标准化的概念

例子:

- 标准化临床检查 (标准规则)
- 必备药品
- 治疗方案
- 病人在不同治疗等级间转移程序的标准化
- 标准化适用于医疗咨询的所有步骤

构建标准规则

1. 概述

社区卫生工作者的工作主要是预防，包括免疫接种、水和环境卫生、营养状况等。治疗活动虽然也是他们工作的一部分，但程度非常有限。

诊断规程是社区卫生工作者从事治疗活动时特别重要的工具。医疗手册通常从疾病名称开始，然后描述其症状。而这里的顺序恰恰相反：我们从症状开始，寻找最有可能的病理；随着症状的逐渐增加，做出一系列连续诊断。最好是从最重要疾病的最有代表性的症状开始。

授课者应当强调，标准规则使得我们可以采用标准化诊断方法。

2. 类别

知识技能：构建有助于社区卫生工作者做出诊断的标准规则。

3. 教学目标

基于你所选择的两个症状构建标准规则。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：50分钟

- 20分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：构建标准规则所需遵循的原则

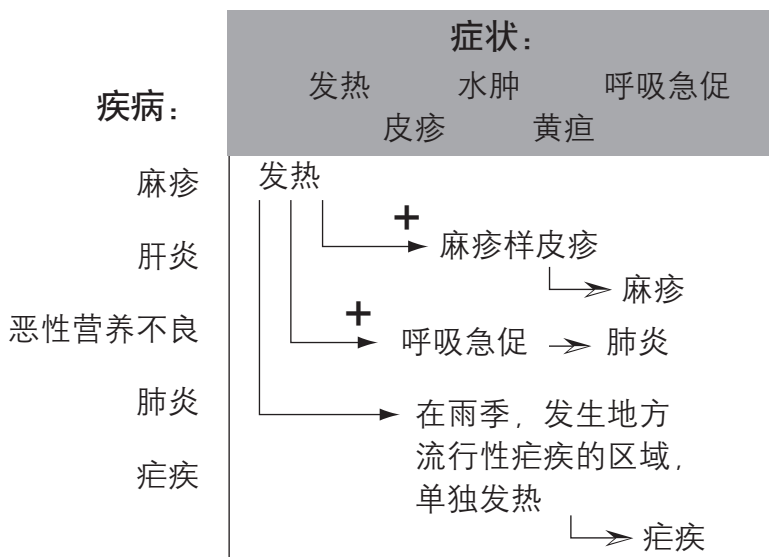
与后面目标的联系

标准规则构成卫生保健人员在工作中必须适用的参考标准。这些标准是评估其绩效的重要因素。

图表一

构建标准规则所需遵循的原则

标准规则的构建是基于症状。选择一种症状，并逐步加上更多症状或临床表现。在每一个阶段选择最合理的诊断。



评估卫生保健人员的绩效

1. 概述

这类评估的目的并不是对卫生保健人员的工作质量做价值判断，而是了解专业方面的不足以便弥补。标准化的诊断与治疗程序为判断卫生保健人员在多大程度上按照既定标准完成了任务提供了客观参考。这也为卫生保健人员的绩效档案提供了基础，并明确了需要培训的领域。

对于评估可以用标准加以衡量的简单的临床与治疗工作而言，这个方法行之有效。此种评估针对的是所提供的服务的质量（产出），而不是这些服务对健康的实际影响（结果）。

2. 类别

知识技能：掌握一种评估卫生保健人员绩效的方法。

3. 教学目标

说明如何应用一种评估卫生保健人员绩效的方法。

4. 教学方法

集体问答。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：分析提供医疗咨询的卫生保健人员的绩效

与后面目标的联系

这里所学到的内容将用于评估阿瓦雷营两个医务所的服务质量。

图表一

分析提供医疗咨询的 卫生保健人员的绩效

绩效标准	绩效，基于事先确定的 客观标准评分				
	5	4	3	2	1
• 与患者交流的能力	X				
• 患者病史的相关性			X		
• 诊断的有效性		X			
• 治疗的适当性				X	
• 转院的适当性			X		
• 病人随访的适当性				X	

↓

设定一个可接受的绩效水平
将有助于明确哪些方面需要改进

估算卫生保健机构的药品需求量

1. 概述

应卫生保健机构请求提供的药品的人道机构常常面临估算这些设施的药品需求量的问题。有两种方法可用于确定任何特定设施的需求量：

- 由卫生保健机构的管理部门根据用量计算需求量。参考标准是该设施的通常用药量。
- 基于发病率和标准治疗方法，通过分析当前医疗问题和标准解决方案来评估需求量。这种情况下的参考标准是所需治疗的疾病的标准化用药量。

第二种方法在紧急情况下最为常用，因为当地此前的用药量在设立新设施应急的场合没有参考价值，在流离失所者大量涌入的情况下也缺乏意义。

这些方法仅用于估算特定情况下所需药品的数量，而不能用于评估药品的用途（定性评估，属于绩效评估范畴）。

2. 类别

知识技能：掌握估算卫生保健机构药品需求量的两种方法。

3. 教学目标

你如何估算卫生保健机构的药品需求量？

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：估算卫生保健机构药品需求量的方法
- 图表二：基于发病率和标准治疗方法估算药品需求量

与后面目标的联系

这一知识技能必须同另外两个结合使用：一是治疗方案，以便确定治疗不同疾病所需的药品数量；二是根据已知人口估算病人数量的方法。两者均已讨论过。

这些目标都与现有医疗卫生设施有关。然而，在紧急情况下常常出现另外一个问题：是否应当建造新设施？

图表一

估算卫生保健机构药品 需求量的方法

基于用量

参考标准：所涉卫生保健机构的通常用药量

基于发病率和标准治疗方法

参考标准：标准化用量

图表二

基于发病率和标准治疗方法 估算药品需求量

以1万人为例：

发病率：

	儿童	成人
疟疾病例数	—	—
腹泻性疾病病例数	—	—
呼吸道感染病例数	—	—
皮肤感染病例数	—	—

标准治疗方法：

呼吸道感染： 完成整个疗程所需的青霉素片剂总量

疟疾： 完成整个疗程所需的氯喹 (或其他药品) 总量

发病率 × 标准治疗方法

=

估计用药量

决定是否是否为流离失所者 建造新的卫生保健设施的标准

1. 概述

可能出现两种与流离失所者的医疗问题相关的情况：

- 当地已有卫生保健设施可供难民使用。在这种情况下，对卫生保健设施的能力进行定量和定性评估，将有助于确定其能够在多大程度上承担难民涌入所产生的额外工作负担。必须考虑如何弥补卫生保健设施的定量及/或定性缺陷：培训卫生保健人员、提供药品、增加新的人手。这一策略必须考虑到以下几个因素：
 - 提供对于当地社会经济情况而言过于先进的治疗所带来的风险
 - 造成医疗机构完全依赖于国际援助，而负责该机构的地方当局放弃责任的风险
 - 过多的当地资源转移到流离失所者身上，造成当地居民损失的风险
 - 国际援助给“慢性”资源不足的当地卫生保健设施带来的好处；在这方面，援助有助于发展进程
 - 给当地医务人员带来的好处；他们在处理病情时从外来专家那里学到技术，从而可以为将来的紧急情况作好更充分的准备
- 当地有卫生保健设施，但是大量的需求使得救援管理者必须考虑建造一个独立设施。这一策略必须考虑到以下几点：
 - 两家卫生保健机构之间可能存在竞争，尤其是因为其中一家是在国际援助下新建的，可能比当地设施拥有更多资源。当地居民可能会被吸引到新设施
 - 如果需求量大，那么独立设施的效率更高
 - 在建造独立设施的同时支持当地设施的可能性。不过，这会造成当地对国际援助的依赖

- 当地居民可能会认为自己的卫生保健资源被流离失所者占用
- 没有当地设施，除了建造新设施别无选择。这种情况下必须尽力做到以下几点：
 - 将医务所分散在难民营各处
 - 将诊疗程序标准化，以消除不同设施间的竞争
 - 从流离失所者中招收工作人员
 - 避免从当地卫生保健体系中挖走卫生保健人员，以免削弱当地设施的能力

2. 类别

知识技能：掌握是否要在当地现有设施之外建造新设施的判断标准。

3. 教学目标

列举支持和反对在当地现有设施之外建造新设施的论据。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

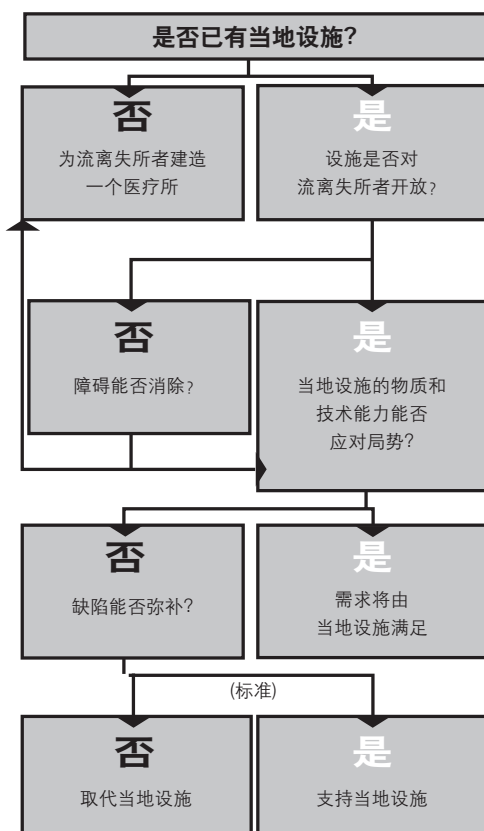
- 图表一：决定是否要为流离失所者建造医务所的流程图
- 图表二：支持 v. 取代

与后面目标的联系

如果必须建造新设施，学员就需要学习如何规划该设施。下一目标集中于建造医务所的例子。

图表一

决定是否要为流离失所者 建造医务所的流程图



图表二

支持 v. 取代

选择策略时所要考虑的标准

- 地方当局的态度
- 当地居民的态度
- 短期效果
- 长期效果
- 对设施管理的控制
- 财务考虑
- 所需医疗
- 所需专业知识的程度
- 竞争的风险
- 对当地设施管理的控制 (腐败)

医务所的建筑设计

1. 概述

尽管医务人员不负责建造卫生保健设施，但他们应当参与其建筑设计。要围绕卫生保健设施的具体用途来规划。这与已经讨论过的标准化诊疗程序的概念是一致的。因此，为了建造医务所，应当列出将要在其中开展的活动：

- 患者接待(等待区、登记处、初始治疗分类等)
- 患者体检(单人诊室、成人与儿童或男性与女性的诊室分开)
- 检查(化验及其它)
- 严重病例的观察(白天留观室)
- 药品的发放(发放点)
- 外伤治疗(包扎室)
- 医务所内的患者流量
- 药品及医疗物资的储存
- 卫生基础设施(供水、厕所、焚尸炉等)
- 管理部门

必须明确与各项一般活动相对应的具体任务。例如，体检包括的步骤如下：

- 患者必须能够躺在检查床上(检查床)
- 卫生保健人员必须能在检查床旁活动(检查床周围空间)
- 卫生保健人员必须能够伸手拿到其基本检查设备(橱柜或架子距检查床一臂之遥)
- 卫生保健人员必须能够洗手(诊室内有盥洗槽)
- 卫生保健人员必须能够坐在桌旁写医嘱，患者必须能坐在他对面(一张桌子两把椅子)

这一程序还便于确定卫生保健人员需要哪些设备，以及需要多大空间来舒适地工作（一张检查床有190厘米×60厘米宽，一张桌子有90厘米×90厘米宽，等等）

2. 类别

知识技能：根据将要开展的工作与活动设计一个医务所。

3. 教学目标

你认为在设计医务所时哪些因素是重要的？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

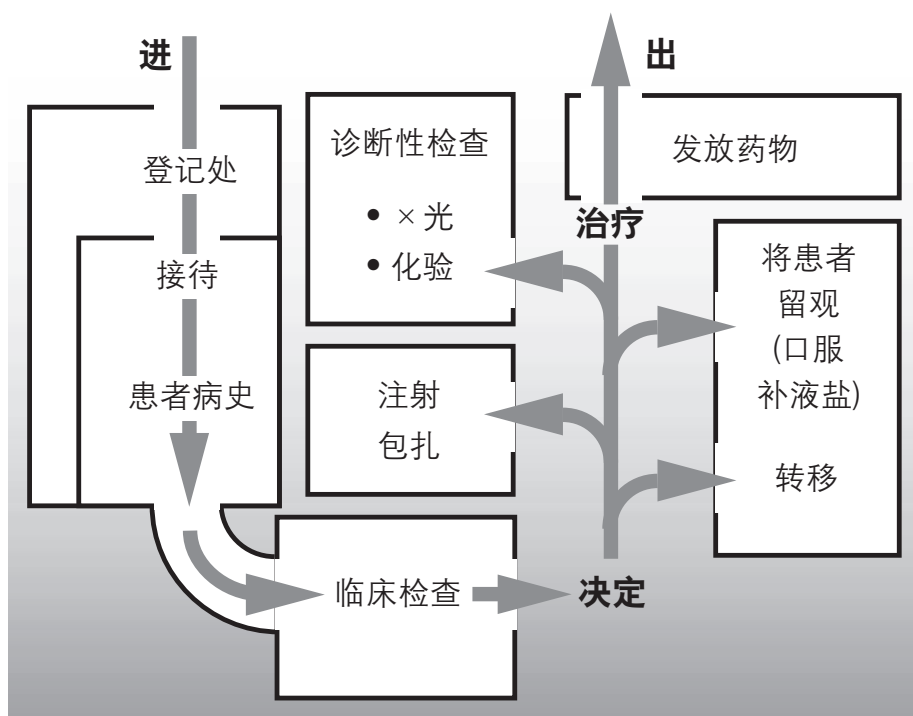
- 图表一：医务所内的活动
- 图表二：临床检查所需空间

与后面目标的联系

学员已经学到在特定情况下（模拟练习）规划治疗系统所需的全部知识技能。

图表一

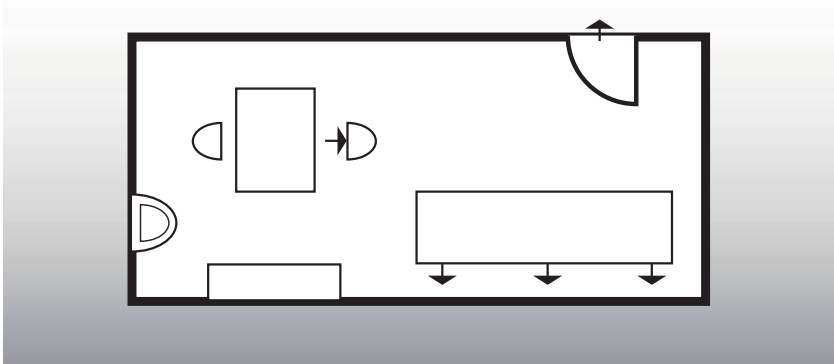
医务所内的活动



图表二

临床检查所需空间

任务	组织	物资	尺寸(厘米)	空间(厘米)	
接待	患者坐下	椅子	30 × 30	80 × 80	
患者病史	卫生保健专业人员 必须能够书写	桌子	100 × 60	150 × 110	
		椅子	30 × 30	80 × 80	
临床检查	患者能够躺下， 卫生保健专业人员必须 能够走到检查床的两侧	检查床	200 × 40	300 × 140	
		够得着医疗用品	橱柜	100 × 30	150 × 30
		卫生保健专业人员 必须能洗手	洗手池 (脸盆)	40 × 30	90 × 30



战争伤员治疗等级的概念

1. 概述

此前界定的医疗等级的概念也可以应用于战争伤员的管理。

- 初级：伤员和急救者（战斗员、急救工作者、卫生保健专业人员等）首次接触
- 二级治疗：伤员被送往的首个卫生保健机构（急救站、医务所、卫生中心、先遣依医疗站等），伤员的状况将在此得到稳定（如果在初级阶段没有这样做）。正是在这里决定是将伤员留观，送回家中，还是转移去做手术。这一等级的设施没有实施手术所需的技能或架构。
- 三级治疗：有能力根据伤员状况需要实施手术的外科设施。
- 能够视情况需要将伤员从一个等级转移到另一个等级的疏散系统。
- 这三个等级之间可以任何方式组合。
- 可能会用直升机把伤员直接从受伤的地方（一级治疗）转移到外科治疗点（三级治疗）
- 在其他情况下，伤员在被转移到二级治疗中心接受基本治疗之前可能没有接受任何急救。
- 还有一种可能是伤员被送到医院接受手术，可是该医院没有能力实施适当手术。

本目标的目的是帮助学员识别治疗的等级。授课者必须强调在不同治疗等级之间保持连续性（治疗链）的重要意义。

本目标的另一个重要部分是突出卫生保健对于提高存活率的作用。据估计，60%至65%的伤员可以在不接受治疗的情况下存活。急救和外科手术能将这一比率提高5%至15%。

2. 类别

框架：界定战争伤员的治疗阶段。

3. 教学目标

界定战争伤员的主要治疗阶段，并指出那些你认为对其存活最为关键的阶段。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 伤员的治疗等级
- 图表二: 存活率
- 图表三: 存活质量

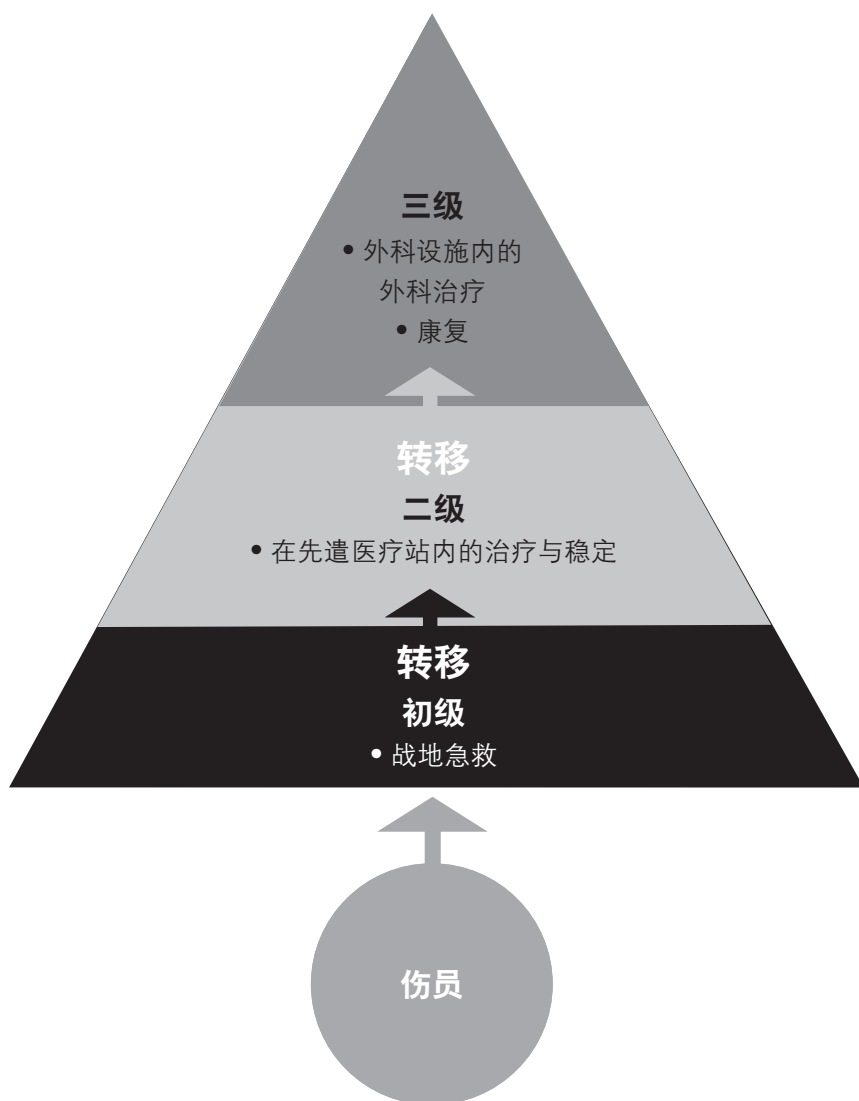
与后面目标的联系

授课者应当介绍将要在后面的目标中讨论的知识技能:

- 急救对于生存曲线的影响
- 治疗分类法的概念
- 外科单位中伤员治疗的管理
- 战伤手术的规则

图表一

战争伤员的治疗等级



图表二

生存率

(战争伤员)

- 60%至65%的战争伤员无需手术即可存活
- 急救和手术能将存活率提高5%至15%
- 急救和外科治疗对于存活率的影响难以分别确定
- 即便没有后续外科治疗，急救也是一种选择
- 急救项目的成功取决于冲突前的充分准备
- 3%的战争伤员得益于外科治疗

来源：红十字国际委员会，外科小组

图表三

存活质量

(战争伤员)

- 例如，采取适当急救措施防止出现骨感染(骨髓炎)
- 外科治疗的质量：
 - 战士手术专业知识
 - 足够的设施
- 康复的质量和随访

急救项目的特点

1. 概述

在治疗链的初级和二级治疗均可进行急救

几个因素在这方面具有重要意义:

- 由于急救通常在冲突地区附近进行，因此伤员和急救工作者安全至关重要
- 在此应当提到红十字标志的保护性作用以及急救工作者的中立和公正性，尽管这些内容在国际人道法单元还会具体谈到
- 急救项目成功的关键是应急预案：物资供应必须备好，交通工具随时待命，等等。
- 取决于医务人员的技术水平和装备，急救措施可以在初级或二级治疗中采用：
 - 把伤员放置在正确姿势
 - 使用加压包扎
 - 骨折制动
 - 确保空气流通
 - 静脉点滴
 - 使用抗生素
- 如果现场没有条件，则把伤员转移到急救中心作进一步治疗。急救中心将把伤员按照伤情分类

2. 类别

知识技能：识别急救项目的主要特点。

3. 教学目标

武装冲突中急救项目的特点是什么？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 急救

与后面目标的联系

将伤员从一个治疗等级转往另一个必须遵循精确的规则——外科治疗分类法规则。

图表一

急救

- 安全
 - 急救者
 - 伤员
- 住所
- 治疗
 - 呼吸
 - 止血
- 包扎
- 骨折固定
- 静脉点滴
- 抗生素
- 缓解疼痛
- 注射破伤风针
- 转移

外科伤员鉴别分类

1. 概述

在紧急情况下，伤员数量和伤情严重性所造成的工作负担超出外科设施的承受能力。外科伤员鉴别分类就是将伤员分类，为将其转移到更高治疗等级做好准备，在此过程中考虑到伤员状况及外科设施的容纳和治疗能力。一般来说，应当先转移情况紧急需要立刻手术的伤员和那些生存希望大的伤员，情况稳定可以等待的伤员则等到处理完紧急情况再转移。轻伤员不应转往外科设施——至少不应一开始就转移——以免使已经承受压力的外科设施不堪重。同样，生存希望渺茫的伤员也不应优先转移。

必须记住以下几点：

- 外科伤员鉴别分类必须由有经验且有决定权的医务人员负责
- 外科伤员鉴别分类是一个连续的过程，必须考虑到伤情的变化（伤员的情况可能迅速从“不急”恶化为“紧急”）
- 负责给伤员分类的团队必须了解分类原则
- 由于局势危险或是后勤无法保障，红十字国际委员会转移伤员的行动经常延迟，因此造成“自然分类”：重伤员在被送往急救站之前已经死亡
- 在把伤员送往外科设施之前必须先评估后者的物质和技术能力
- 对外科设施的评估是一个连续的过程，必须贯穿危机始终，因为容纳能力会随着伤员的到来而发生变化
- 急救站和外科设施之间的通讯系统必不可少。外科设施必须了解急救站伤员数量和伤情的变化，而急救站则必须了解外科设施目前的容纳能力，以便在转移过程中做出适当调整。

本课程并不涉及外科伤员鉴别分类法的临床细节。这是一项专业技能，几乎没有学员有机会实践。不过，学员应当了解其目的和一般原则。

2. 类别

知识技能：掌握外科伤员鉴别分类的一般原则。

3. 教学目标

界定外科伤员鉴别分类。

4. 教学方法

在给全班布置任务之后，授课者要从外科伤员鉴别分类的定义扩展到其一般原则，强调对外科设施容纳能力和治疗能力的评估。

5. 教学时间

总时间：60分钟

6. 小结

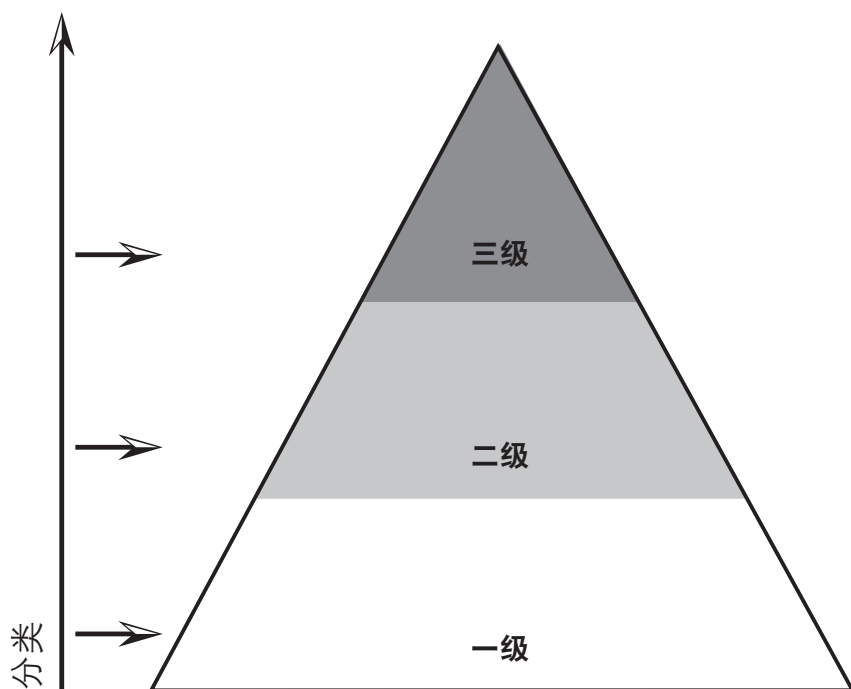
- 图表一：外科伤员鉴别分类的概念
- 图表二：外科伤员鉴别分类的构成
- 图表三：类别
- 图表四：反应参数

与后面目标的联系

已经提到对外科设施的技术水平和容纳能力进行评估的必要性。那将是下一个目标的内容。

图表一

外科伤员鉴别分类 (定义)



- 为了最大多数伤员的利益最合理地利用医疗资源
- 是一个连续过程，保证能够不断确立接受治疗的优先顺序并在不同治疗等级之间进行转移

图表二

外科伤员鉴别分类

(构成)

为将来的紧急情况做准备：

- 确立程序：
 - 类别
 - 明确分配职责
- 培训

紧急情况下的表现：

- 严格遵守规则和程序

紧急情况之后的讨论：

- 分析伤员鉴别分类
- 所得出的结论

图表三

外科伤员鉴别分类

(类别)

- 优先接受手术
- 无需手术
- 可以等待做手术

图表四

反应参数

1. 评估局势
 - 局势概述
 - 安全性
 - 伤员数量和伤情分类
2. 危机管理
 - 管理层级
 - 职责分配
3. 聚集受害者
 - 搜寻和救援行动
 - 治疗分类
 - 转移至先遣医疗站
 - 先遣医疗站:
 - 建立与基础设施
 - 继续伤员鉴别分类
 - 稳定化
 - 收治住院
 - 容纳能力
 - 技术水平
4. 监管
 - 监控医疗设施的可获性
 - 监控运输的可获性
 - 遵循伤员转移的优先顺序
5. 危机后管理
 - 创伤后应激障碍
 - 应急反应分析

外科设施评估

1. 概述

前面介绍的用于界定卫生保健机构的一般框架也适用于外科单位。授课者应设法说明以下几点：

- 武装冲突期间使用外科设施的机会：安全性、公正性、当局态度
- 外科设施的定量分析（容纳能力）
 - 卫生保健人员数量、卫生基础设施、内外科设备、药品、包扎用品等
- 定性分析
 - 外科人员的能力（实施开腹手术所需要的技术、动员起来的人员、了解职业道德准则）

应当对不同指标的概念加以讨论：有电、开腹手术后的死亡率、伴有持续监护的术后治疗。

本目标应当教给卫生保健人员相关知识技能，使其能够评估现有外科设施是否有能力为战争伤员提供适当的治疗，进而使其得以确定该设施能够在多大程度上有助于：

- 应对定量缺陷——例如缺少人员或物资
- 应对定性缺陷——例如忽视战伤手术规则或者缺乏战争伤员管理的组织框架

2. 类别

知识技能：识别评估现有外科设施的基本原则，以确定其能够在多大程度上承担战争伤员救治任务。

3. 教学目标

对于有可能接收战争伤员的现有外科设施，你首先要评估的是什么？

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

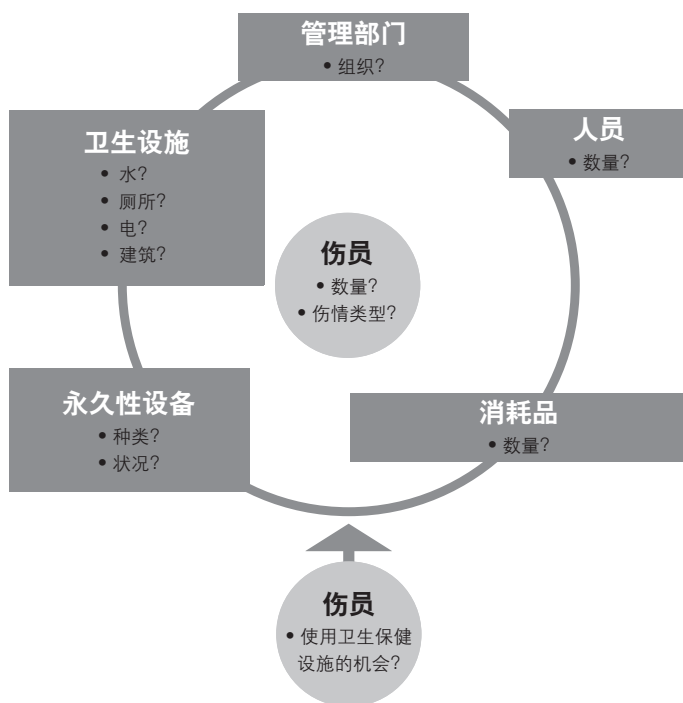
- 图表一：外科设施的定量评估
- 图表二：外科设施的定性评估
- 图表三：用于评估外科设施的八项基本标准

与后面目标的联系

评估外科设施包括评估其人员对于战伤手术规则——这是下一目标的内容——的了解。

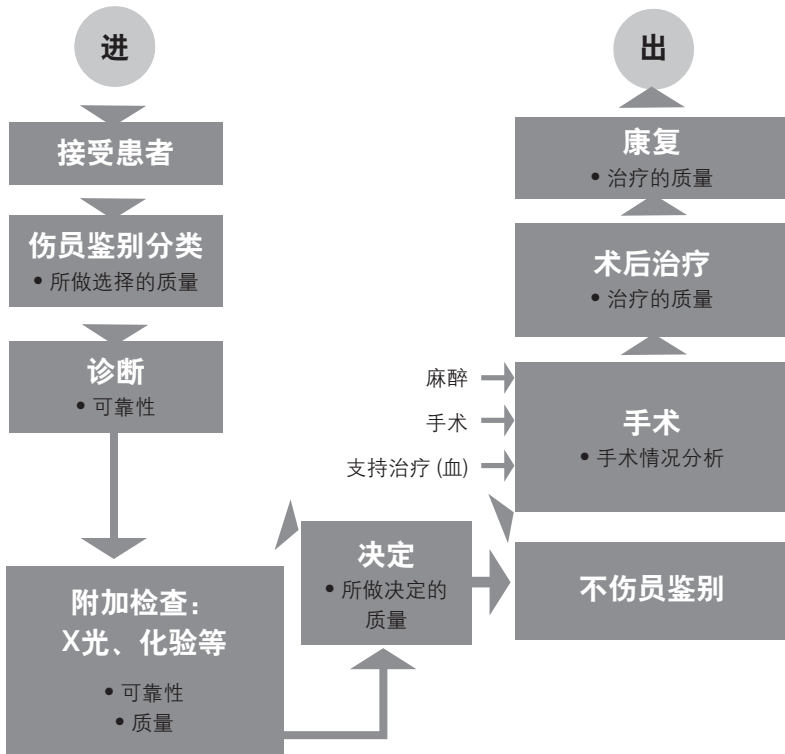
图表一

外科设施的定量评估



图表二

外科设施的定性评估



图表三

用于评估外科设施的 八项基本标准

1. 有无接收记录或正规的病人接收和登记手续?
2. 有无专人负责医院或接收部门, 控制一个用于评估病人并决定将其送往病房或手术室的系统?
3. 有无准确的手术记录?
4. 有无一个管理病人的静脉用液和药品的简便可行的系统?
5. 医院是否安全 (距离战场足够远等)?
6. 开腹手术是否在有训练有素的麻醉师实施全身放松麻醉 (包括气管内插管) 的情况下安全进行, 患者是否在明亮房间内接受静脉点滴的同时受到24小时监护?
7. 能否在24小时内完成5台以上符合上述条件的开腹手术?
8. 病人是否借助拐杖行走 (否: 病人床边有无拐杖?)

如果未能满足这些标准, 说明该设施不具备为战争伤员提供外科治疗的技术能力或容纳能力。

来源: 改编自罗宾·库普兰德: 红十字国际委员会, 外科小组

战伤手术的规则

1. 概述

下列规则将使得卫生保健人员能够对外科设施进行评估，确定战伤手术原则是否得到应用——例如：

- 切开伤口移除所有坏死组织
- 保持伤口开放
- 延迟一级缝合策略得到遵守
- 对所有伤员全身使用抗生素

本学习目标并不旨在向学员传授具体手术技能，而是要让他们对这些不多的规则更加敏感。确定战伤手术原则是否得到应用，是外科设施评估的一个重要方面。

2. 类别

知识技能：了解战伤手术的基本规则。

3. 教学目标

举出战伤手术规则的一些例子。

4. 教学方法

说明性讲授。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

- 图表一：战伤手术的基本规则

与后面目标的联系

外科治疗并不仅限于实际外科手术。为保证伤员最大限度地存活和恢复功能，外科手术之后必须要有恰当的术后治疗和理疗。

图表一

战伤手术的基本规则

- 切开伤口
- 开放伤口
- 延迟一级缝合
- 使用抗生素
- 不要过于频繁地更换敷料

来源：红十字国际委员会，外科小组

术后治疗与康复治疗

1. 概述

必须强调术后治疗对于伤员存活的重要性。如果病人由于缺少恰当的术后治疗而死亡，那么成功的手术也就失去了意义。因此，治疗链的概念并不仅限于手术环节，还要延伸到术后治疗，包括理疗。

为了尽量恢复功能，理疗是十分必要的治疗环节。对于安装假肢的患者，这项治疗也非常重要。战争中的肢体伤可能导致截肢。康复治疗能够帮助安装假肢的截肢患者重新融入社会经济生活。

这种重新融入标志着伤员治疗的结束。授课者应当强调，同其他任何链条一样，治疗链的强度取决于其最薄弱的环节。

2. 类别

知识技能：掌握术后治疗和康复治疗在整个伤员治疗过程中的重要性。

3. 教学目标

术后治疗的主要好处是什么？

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：术后治疗
- 图表二：康复治疗

与下一目标的联系

这节内容完成后，学员将学会如何在已知情况下为战争伤员制定治疗计划。

图表一

术后治疗

- 术后24小时密集监护

< 存活

- 整个住院期间的护理
(抗生素、喂食等。)

< 存活质量

图表二

康复治疗

- 外科康复治疗:

< 生活质量

- 社会经济康复治疗:

< 生活质量

根据已知情况为 战争伤员制定治疗计划

1. 概述

授课者会给学员们练习的机会，让他们实践所学到的技能。这个练习应当包括急救和之后的治疗分类。最后，学员们会面对一个抉择的机会，决定是否利用当地现有的外科设施治疗伤员。他们将决定是强化现有设施和建造独立设施。

个案研究可以从甲—乙国模拟练习中选取，也可以综合所学内容专门设计。另一个选择是使用“Lokichokio”案。授课者可以借集体总结的机会回顾学员尚未充分掌握的任何知识技能。

2. 类别

时间：根据已知情况为战争伤员制定一个治疗计划。

3. 教学目标

在甲—乙国模拟练习的框架中为战争伤员制定一个治疗计划。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：90分钟

- 30分钟分组讨论
- 60分钟集体总结

与后面目标的联系

战争不仅会造成身体伤害，还会带来心理创伤。后者是下一目标的内容。

心理问题

1. 概述

本目标的目的是介绍关于武装冲突受害者所遭受的心理问题的一些概念。与这些问题中的一些问题相关的临床方面内容不在讨论之列。

人道组织倾向于优先考虑受害者的生理(人道援助)和安全(保护)需求。在红十字国际委员会职责范围内的受害者,作为创伤的直接受害者或目击者,尤其容易出现创伤所带来的心理问题。战争在这方面的影响已经开始受到认真关注。任何人群中都存在特别脆弱的群体。例如,儿童的健康成长需要安全稳定的条件,而这些条件在战争时期往往遭到破坏。

不仅要考虑到战争对个体心理的影响,还要考虑到其对个人与遭受战争创伤的社会的融合情况的影响。

本学习目标可以分解为两部分:

对个体的影响

可能造成个体心理失衡的因素有:

- 个人生理需求(食物、水、治疗)得不到满足、家庭瓦解、不安全感、危险、酷刑、亲友亡故、亲历屠杀、性暴力、监禁、失业、遭受歧视等。

心理问题可以有不同程度的表现:精神打击、精神创伤和精神疾病。在儿童中,这些问题可能表现为文化身份丧失、学习困难、内向、对人类困难反应淡漠,以及其他症状。

必须根据当地的社会文化习俗来治疗心理问题。最好的办法是帮助医务人员培养对此类问题的敏感度以便发现问题,并培训当地人员来加以处理。必需注意不要将心理援助过度医疗化。要记住治疗分为三个等级:

- 精神疾病需要心理治疗
- 保持心理健康需要心理支持
- 心理发展取决于教育

促进心理健康的一个可能策略是将其纳入初级卫生保健之中。

对社会的影响

个人在社会中的融合被战争对该社会造成的剧变所破坏。例如，经济体系的崩溃导致生存斗争、失业、社会地位巨变（出现新的社会阶层）、学校关闭（通过教育帮助孩子融入社会的过程停顿），以及无法开展文化和宗教活动。所有这些因素都对个人融入社会造成不利影响。

有很多活动可以开展。总的说来，社会必须重建其正常功能：鼓励经济活动、维持教育活动、开展社会活动，等等。

由于难民营的社会结构是人为地，因此难民和流离失所者存在非常严重的社会问题。

总之，个人心理失衡以及社会融合的正常条件被破坏会导致出现心理问题。及早意识到这些问题并采取补救措施，可以在一定程度上重获社会稳定。

2. 类别

框架：明确导致武装冲突受害者心理问题的原因和应对策略。

3. 教学目标

导致武装冲突受害者产生心理问题的原因是什么？可以采取哪些策略来加以应对？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：对个人的心理影响
- 图表二：社会融合的中断
- 图表三：治疗等级

与后面目标的联系

内外科治疗单元到此结束。

图表一

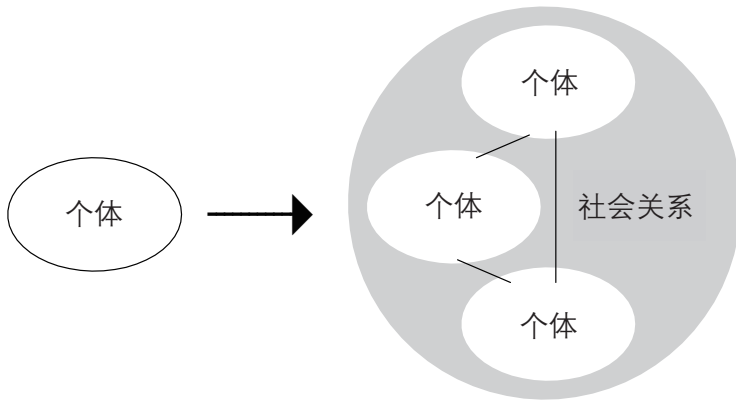
对个人的心理影响

- 不安全感
- 危险
- 家庭瓦解
- 酷刑
- 亲友亡故
- 暴力
- 性侵犯
- 监禁
- 歧视
- 其他



图表二

社会融合的中段



对社会关系的影响

- 生存斗争
- 种族仇恨加剧
- 社会阶层巨变
- 学校关闭导致社会融合丧失
- 不安全和失业导致社会倒退
- 其他

图表三

治疗等级

心理疾病



心理治疗
(根据当地文化环境
提供的治疗)

心理健康



心理支持
(纳入初级卫生保健)

智力发展



教育

6

单元

卫生保健体系

目标一览表

- 明确紧急情况下的卫生保健体系的概念
- 根据已知情况设计卫生保健体系

紧急情况下的 卫生保健体系的概念

1. 概述

本目标是课程的转折点。在此之前，学习目标都与特定单元相联系：食物与营养、环境卫生、传染病防控以及内外科治疗。而从现在开始，目标将涉及到所有学习过的单元，背景是紧急状况下的卫生保健体系。

紧急情况下的卫生保健体系可以用以下两种方式来描述：

- 简化版，在其中各组成部分排列成金字塔
 - 底座由食物、水和环境卫生构成
 - 中部是预防性卫生保健措施：免疫接种和传染病防控治
 - 顶端是治疗活动

这一模型清楚表明，如果没有坚实的底座，人群的健康状况将会恶化，而基本生存要素（水和食物）、预防措施和治疗措施必须共同作用。

- 详细版，在其中各单元的主要内容平行排列。这样，食物链及其所有环节就排列在供水链旁边，而后者又排在粪便处理链旁边，接下来是传染病防控措施和有着不同等级的内外科治疗链。将针对这些链条上各个环节的应急活动一一列出，使得我们能够全面了解人为创造的卫生保健体系，或者是为现有卫生保健体系的一个或多个组成部分所提供的支持——例如为外科设施提供药品，伴之以供水项目和食品生产援助。

授课者必须强调这些组成部分之间的相互作用：供水会影响到营养状况，健康教育会影响到传染病防控等。最后，授课者还应提到卫生保健体系的一些综合性功能——那些决定其工作方向和组织结构的功能：流行病学、制定计划、人员培训、法律保护（国际人道法）以及培养社区职责。

2. 类别

框架：界定紧急情况下的卫生保健体系的概念。

3. 教学目标

界定紧急情况下的卫生保健体系的概念。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

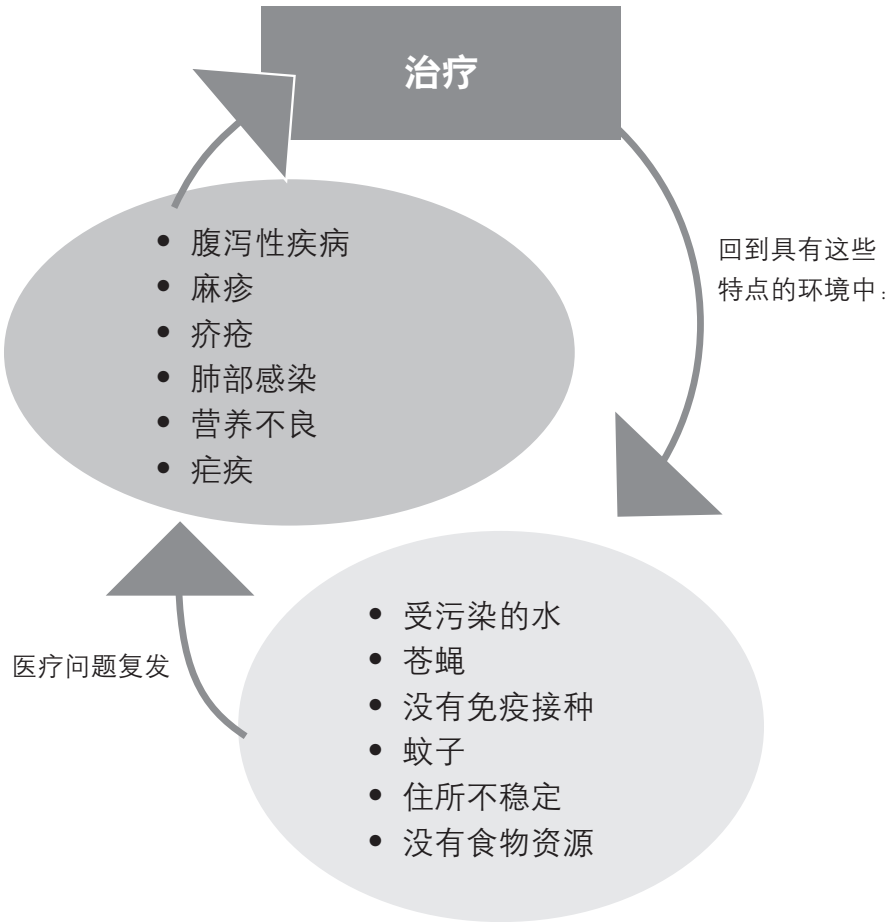
- 图表一：缺乏预防措施支持导致医疗恶性循环
- 图表二：基础薄弱的卫生保健金字塔
- 图表三：卫生保健金字塔
- 图表四：卫生保健体系
- 图表五：紧急状况下的卫生保健体系(组织结构)
- 图表六：初级卫生保健的概念
- 图表七：初级卫生保健: 必要内容
- 图表八：初级卫生保健的标准是否适用于紧急情况下的卫生保健工作?
- 图表九：不同情况下的初级卫生保健
- 图表十：卫生保健体系如何发挥作用：综合性功能地例子

与后面目标的联系

下一目标将集中于根据初级卫生保健策略构建卫生保健体系。

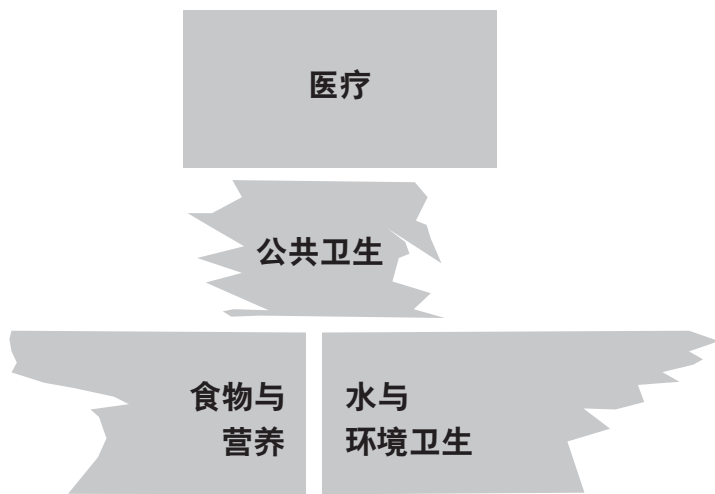
图表一

缺乏预防措施支持 导致医疗恶性循环



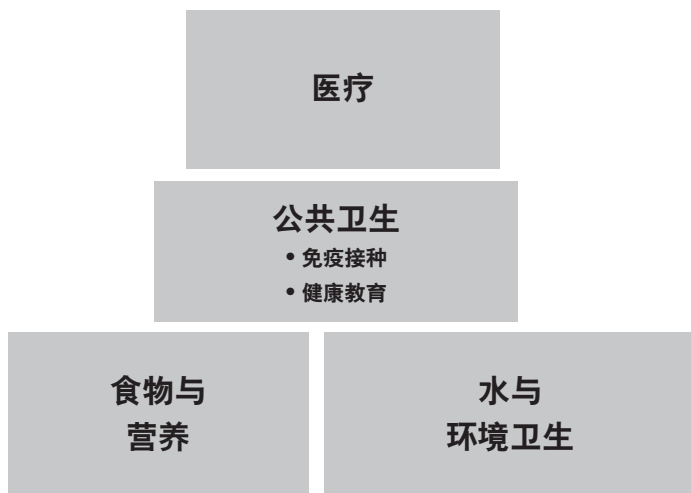
图表二

基础薄弱的卫生保健金字塔



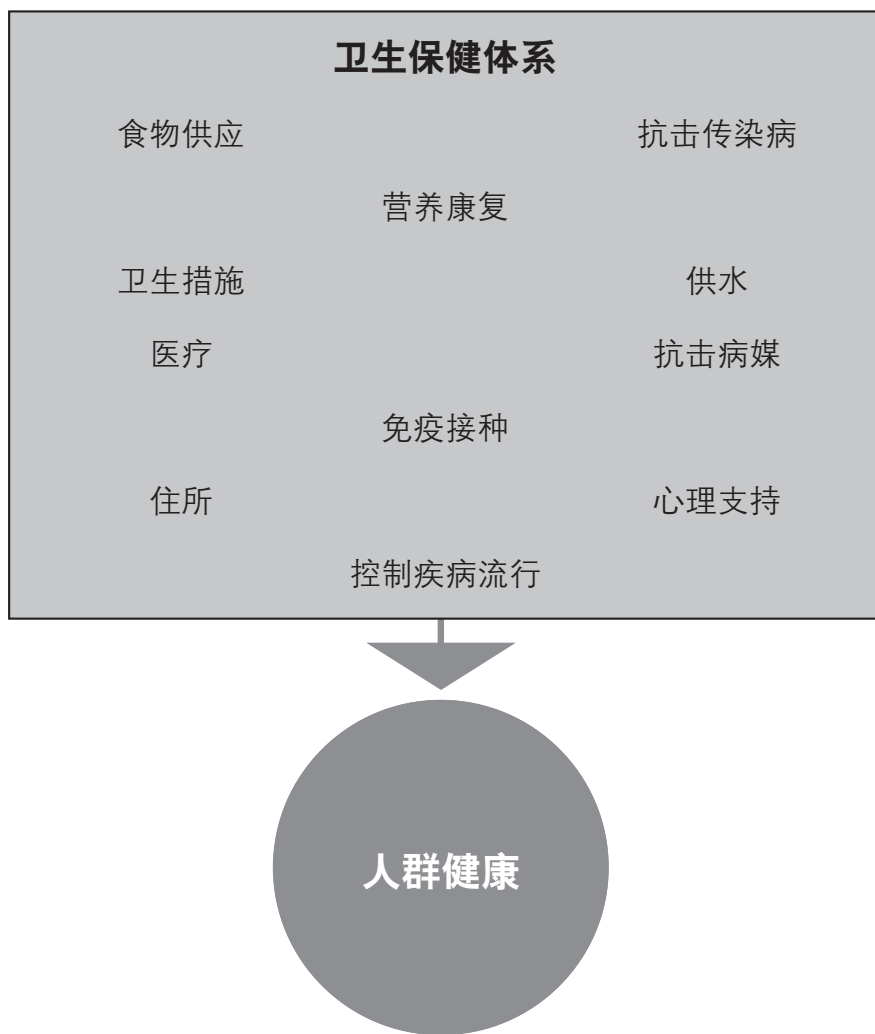
图表三

卫生保健金字塔



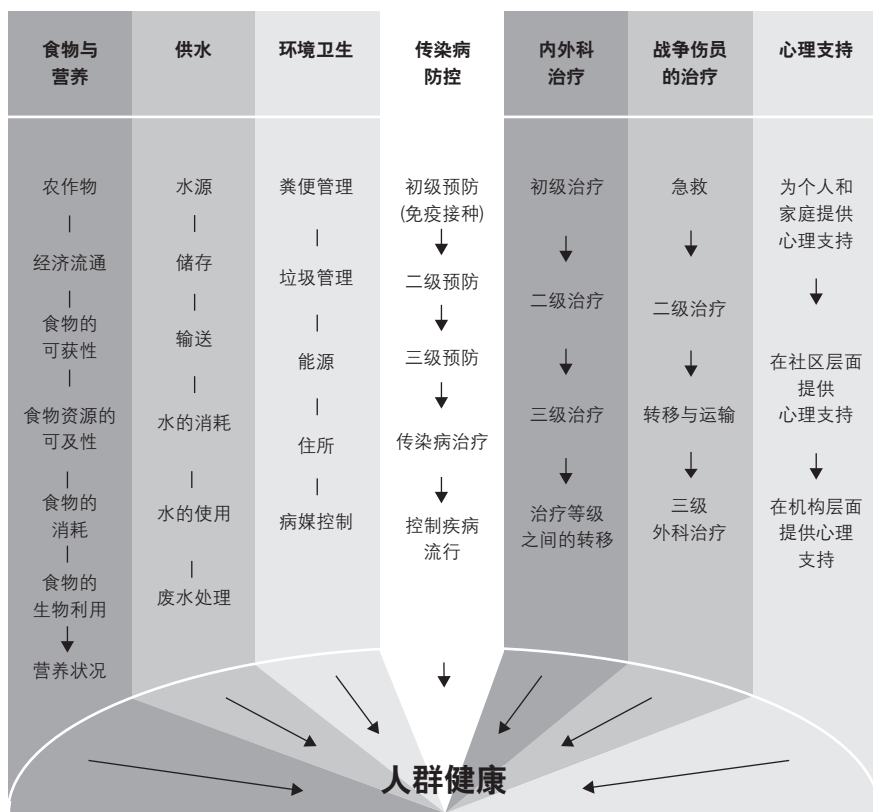
图表四

卫生保健体系



图表五

紧急情况下的卫生保健体系 (组织结构)



图表六

初级卫生保健的概念

初级卫生保健同基于下列因素的
卫生保健体系相对应：

- 社区的接纳程度
- 公认的具体基础
- 对整个社区开放
- 社区参与
- 覆盖花费
- 同卫生保健体系的所有组成部分相协调
- 与社会—经济发展相融合

图表七

初级卫生保健：必要内容

- 健康教育
- 免疫接种 (扩大免疫计划)
- 提倡良好营养
- 地方流行防控
- 洁净水供应
- 常见疾病的治疗
- 环境卫生
- 必需药品的供应
- 包括生育控制在内的
母婴福利

图表八

初级卫生保健标准 是否适用于紧急情况下的 卫生保健工作?

- 可及性
- 可接纳性
- 活动之间的协调
- 可持续性
- 预防和治疗措施之间的平衡
- 决定与职责
- 花费
- 覆盖花费
- 社区参与
- 纳入一般卫生保健体系
- 与社会—经济发展相融合

图表九

不同情况下的初级卫生保健

标准	正常情况下	难民	流离失所者	居民 (武装冲突)	居民 (自然灾害)
可获得性	取决于分散化	是	是	?	是
可接受性	如果社区参与, 是	?	?	?	?
活动之间的协调	是	取决于所涉机构	取决于所涉机构	取决于所涉机构	取决于所涉机构
可持续性	如果花费被覆盖, 是	否	?	是?	是
预防与治疗措施之间的平衡	是	是	是	是	是
决定与职责	<ul style="list-style-type: none"> • 社区 • 当局 	<ul style="list-style-type: none"> • 机构 • 国家当局 	<ul style="list-style-type: none"> • 机构 • 地方当局 	<ul style="list-style-type: none"> • 机构 • 社区 • 地方当局 	<ul style="list-style-type: none"> • 机构 • 社区 • 地方当局
社区参与	是	?	?	是	是
花费	根据社区的资源	+++	+++	+++	+++
覆盖花费	是	否	否	否/是 (冲突之后)	否/是 (灾害之后)
纳入卫生保健体系	是	是	是	是	是
与社会-经济发展相融合	是	否	?	是	是

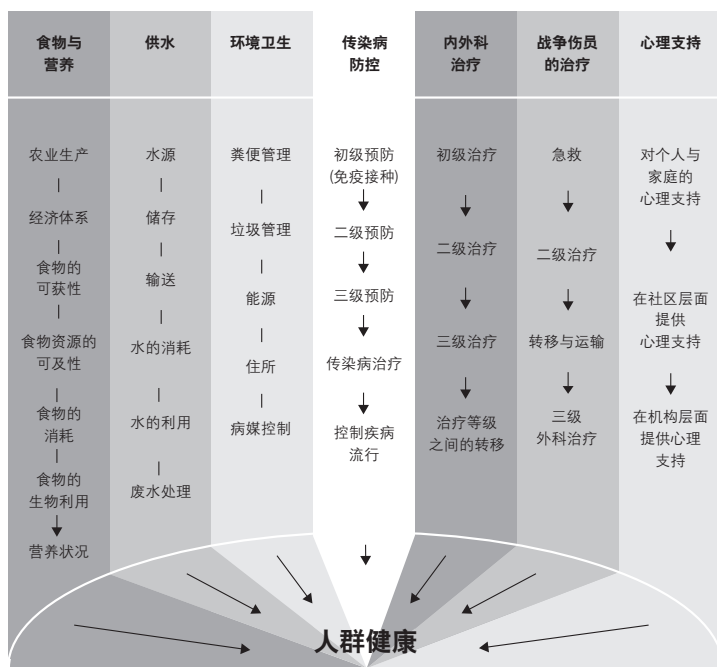
图表十

卫生保健体系如何发挥作用

综合性功能地例子

法律保护
(国际人道法)

制定计划



人员培训

将职责
委托给社区

监测/评估 (流行病学)

根据已知情况设计 卫生保健体系

1. 概述

利用前一目标中所描述的表格，授课者将要求学员为甲-乙国模拟练习中的阿瓦雷营设计一个卫生保健体系。学员必须写下他们为该体系各组成部分所计划开展的活动，目标是获得对难民营活动的全面看法。

学员将参考其在此前不同单元学习过程中所制作的幻灯片。

2. 类别

实践：根据已知情况设计一个卫生保健体系。

3. 教学目标

把你为甲-乙国模拟练习中的阿瓦雷营居民所计划的所有活动写在此前描述的表格中。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：50分钟

- 30分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

学员分组讨论后要展示他们的计划表。

与下一目标的联系

这份概要图表展示了在模拟练习中为保持健康所要开展的各种活动。这是我们进入集中讨论流行病学的下一单元的跳板。

流行病学的目的是评估卫生问题的严重程度、分布范围和决定因素。同时，它还确定解决卫生问题的最佳策略提供理论基础。流行病学的另外一个目的是描述疾病的转归，并评估医疗机构的工作方式。此外，在需要采取补救措施改进项目运行时，流行病学可以提供便利。

卫生保健体系模型，通过提供关于不同卫生保健活动及其相互作用的总体看法，可以成为流行病学——特别是指标选择和信息来源——的起点。

流行病学

目标一览表

- 明确流行病学在紧急情况下的作用
- 识别建立监测系统所需的基本的流行病学知识技能
- 界定指标的概念，并了解指标的特点以及这些指标的测量方法的特点
- 识别流行病学数据的可能来源，并列举选择数据来源的标准
- 在两个实例中应用易感性、特异性和阳性预测值的概念
- 界定横断面研究、病例对照研究和队列研究的概念
- 用EPIINFO设计一个调查问卷，并生成数据文件
- 利用EPIINFO计算事件发生频率并生成图表
- 界定并计算算数平均值、平均差、方差和标准差
- 用率来表示结果，并掌握相对危险度和归因危险度的概念
- 了解各种抽样方法
- 利用公式和EPIINFO计算样本量
- 了解如何做整群抽样
- 了解方差检验和Student's T检验背后的统计学原理
- 了解在紧急情况下，根据流行病学调查结果下结论的基本原则
- 在甲-乙国模拟练习中为阿瓦雷营设计一个流行病学监测系统
- 识别流行病调查的主要步骤
- 规划控制霍乱流行的措施

流行病学在紧急情况下的作用

1. 概述

流行病学的作用将根据与紧急情况相关的流行病学项目来界定：

- 新局势的初始评估：局势出现之初的“快照”
- 流行病学监测：对特定情况下所开展活动的定期监测
- 临时评估：当前局势的“快照”，用于同初始“快照”对比
- 预警系统：建立监测系统，发现即将到来的紧急情况，以便采取预防措施或做好准备
- 在紧急情况下调查流行病

因为学员在整个模拟练习过程中已经做过不同的初始评估，所以授课者只需简要回顾在计划单元所学到的评估基本原则。

预警系统的作用是预报及/或预防来势缓慢的自然灾害（例如干旱）。这一系统在探知武装冲突中的紧急情况迹象方面的效果并不好。在受害者已经身处困境之前，人道机构通常并不接触他们，尽管在局势已经受到监控的情况下本可以采取预防措施。

在模拟练习中的分组讨论环节已经提及流行病学监测，但未做深入探讨。这种监测是武装冲突中人道行动的薄弱环节，部分是因为在这种情况下难以定期收集数据，并且卫生保健人员不理解对卫生行动进行流行病学监测的重要性。有令人满意的流行病学监测的区域之一是难民和流离失所者营地，因为这里相对稳定，并且容易获得数据。

流行病调查也是流行病学的一个重要部分。紧急情况往往会引发流行病。

因此，流行病学是一个广阔的领域。一开始，教学目标是向学员传授将流行病学应用于这些不同方面所必需的基本知识技能。之后，这些知识技能将被用于流行病学监测和流行病调查。

2. 类别

框架：明确流行病学在紧急情况下的作用。

3. 教学目标

说明流行病学在紧急情况下可能发挥的作用。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体总结。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

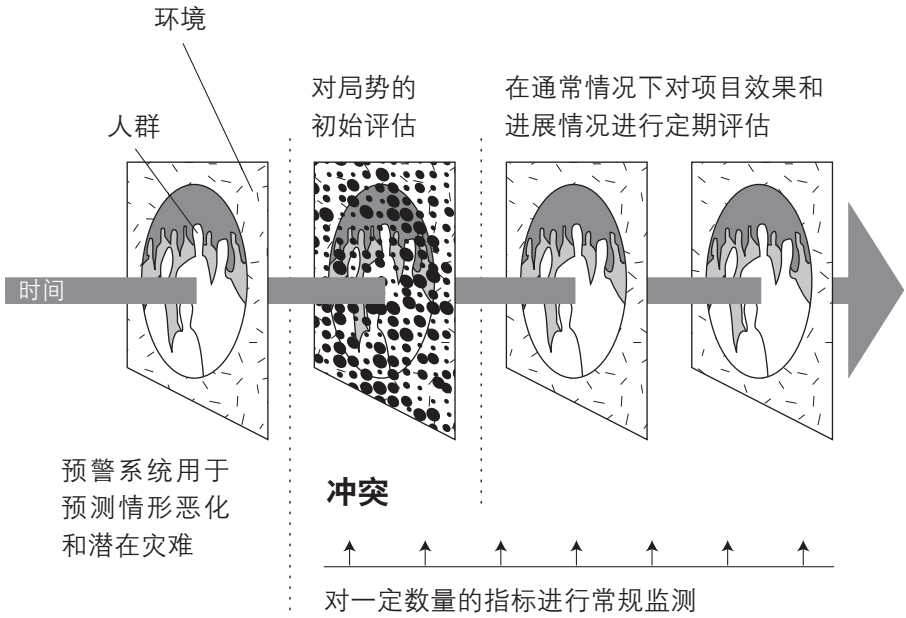
- 图表一：流行病学项目
- 图表二：流行病学流程
- 图表三：流行病学分类
- 图表四：描述性流行病学

与后面目标的联系

下一目标涉及流行病学知识技能的选择

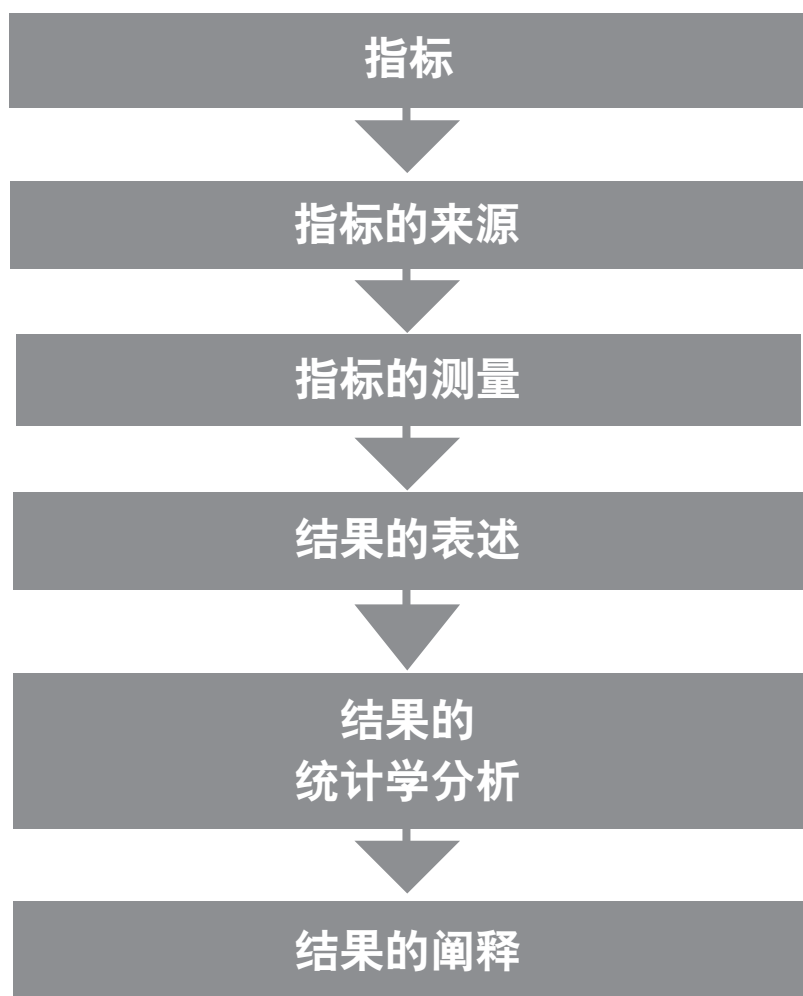
图表一

流行病学项目



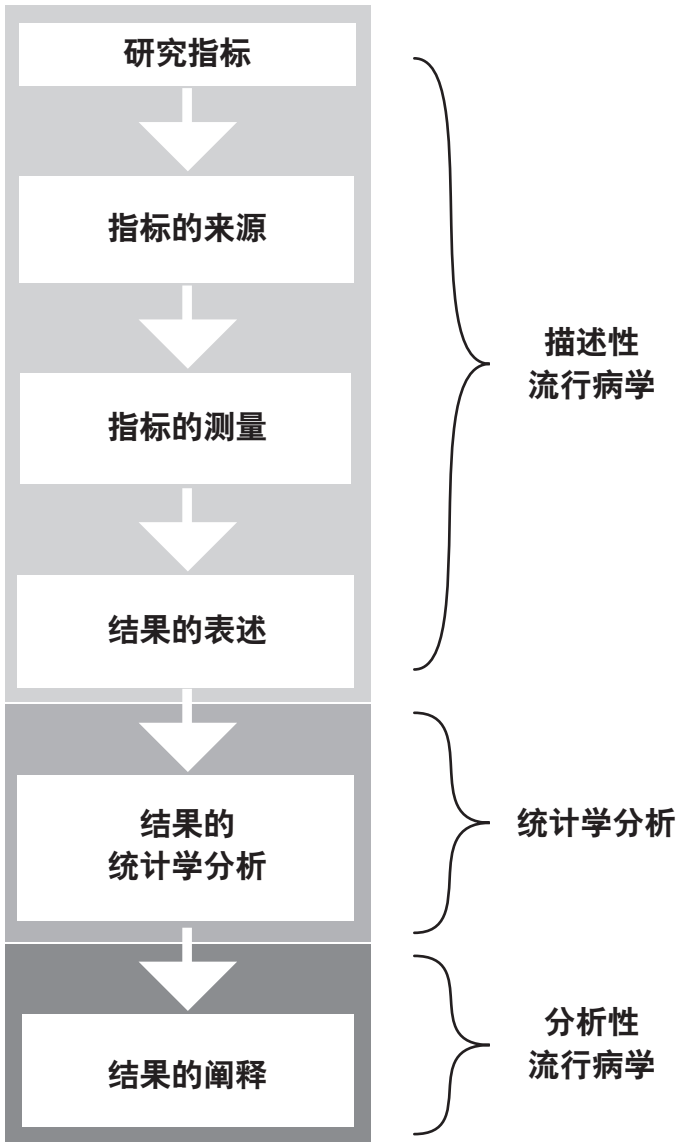
图表二

流行病学流程



图表三

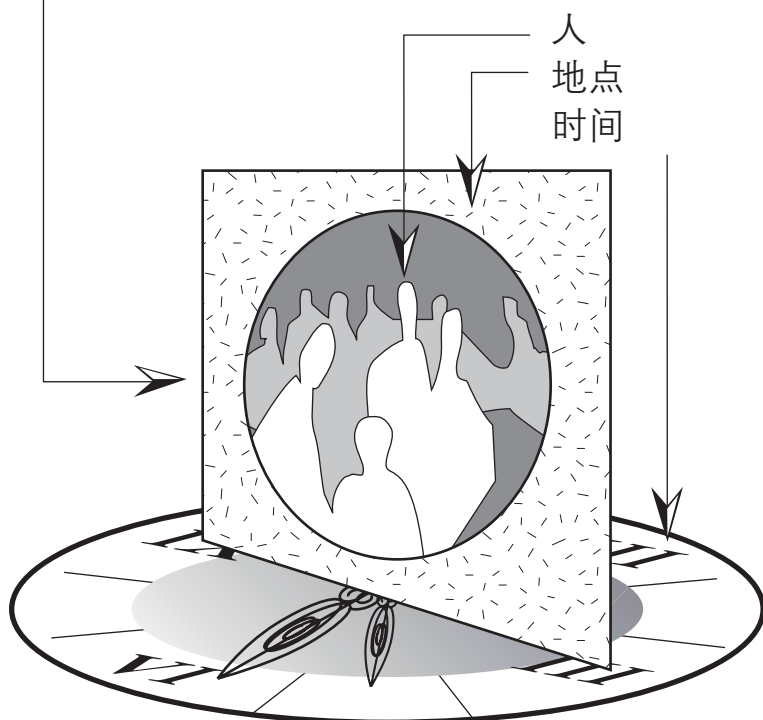
流行病学分类



图表四

描述性流行病学： 卫生问题

- 频率
- 根据以下因素分布：



流行病学知识技能

1. 概述

授课者将用一个监测系统作为参考框架，来讲解流行病学的知识技能，这个框架将包括以下内容：

- 指标的选择
- 指标的收集
- 指标的统计学分析
- 指标的阐释
- 基于该阐释作出决定

与这些不同步骤相对应的知识技能如下：

- 选择指标
 - 界定指标
 - 患病率与发病率
 - 指标的特点
 - 用于测量指标的检验方法的特点(成本、可信度、可接受度、敏感性与特异性)
- 搜集指标
 - 选择数据来源
 - 抽样方法
 - 确定样本量
- 表述数据
 - 率
 - 频率
 - 随人、时间和空间的分布
 - 相关危险度
 - 制作表格
 - 用图表示结果
- 数据的统计学分析
 - 集中趋势指数

- 离散指数 (方差、标准差)
- 方差检验
- T检验
- 阐释结果
 - 变量
 - 指标和操作性目标
 - 个案控制

这是一项艰巨的研究计划；如果学员不太了解流行病学，那么授课者应当集中讲授如何选择指标和数据源，以及如何处理数据，而省略统计学分析部分。

第一步至关重要。如果所选择的指标没有相关性，或者信息来源不可靠，那么对数据的统计学处理就会导致错误的阐释。相反，如果恰当地收集了合适的指标，但一线卫生保健人员无法进行所需的统计学分析，那么他们可以把数据发给专家代为分析。

2. 类别

框架: 识别建立监测系统所需的流行病学基本知识技能。

3. 教学目标

明确建立监测系统所需的知识技能。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

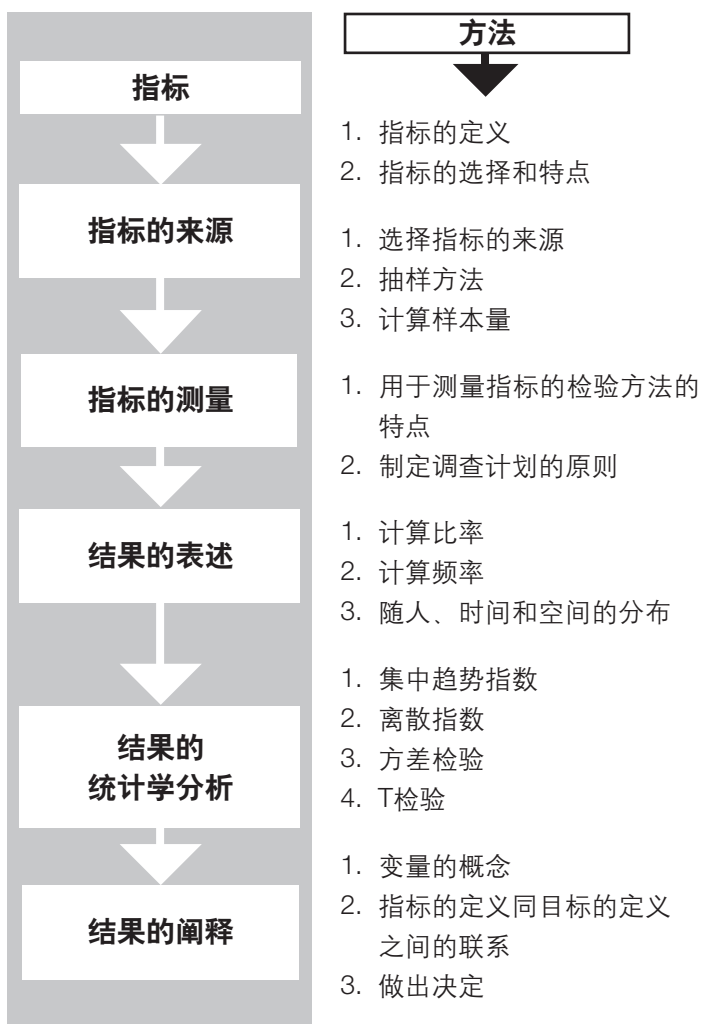
- 图表一: 流行病学流程中所需的知识技能

与后面目标的联系

首先需要学习的知识技能是指标。

图表一

流行病学流程中所需的 知识技能



指标

1. 概述

指标用于描述局势，在一段时间内对其反复测量可以揭示该局势中的变化和趋势。因此指标必须是可测量的，并且能够多次测量。

指标的类型：

- **影响指标。**这类指标根据死亡率、发病率或营养状况来描述健康状况。称其为影响指标是因为它们能够反映某一措施对人群健康状况的影响。当然，这种指标只能说明一部分情况，因为它们通常是定量指标；为了更加全面地了解人群健康状况，我们可能需要测量其他指标，例如生理健康指标。另外，不能把指标所反映的变化直接归因于行动的效果。对指标所提供的数据的分析必须将影响健康的多种变量考虑在内。
- **服务指标。**这类指标是用来量化服务的——例如，食物定量的发放数量、所做医疗咨询的数量、住院病人数量等。这类指标无法说明服务的质量——病人是否受到良好照顾？食物分配是否公平？测量医务所卫生保健人员的绩效可以提供服务质量指标，测量食物分配受益人的满意度也是如此。
- **资源供应指标。**例如，这将包括所分配食物的总量、送往医务所的药品量、在医院工作的卫生保健人员数量等。这些指标同服务质量或其对患者健康状况的影响都没有关系。

授课者要强调卫生保健人员在选择各级指标时所起的作用，以及那些反映服务质量及其对健康状况的影响的指标的重要性——但要指出，由于影响健康状况的因素众多，这些因素往往难以分析。

发病率指标可以测量某一特定时刻或时期的患病人数（患病率），或者测量同一时间段内新发病例的数量（发病率）。

变量：

假设我们要测量6个月内的营养不良率。反复测量表明在此期间营养不良率从15%降至5%。这能够归功于这段时间的食物分配工作吗？不能，除非我们了解更多的信息，例如：

- 食物分配的质量
- 所分配食物资源的数量
- 死亡率——营养不良率降低可能实际上是因为死亡率升高了
- 总人口：营养不良率的降低可能是大批人迁走而只留下健康人的结果

因此，分析任何一个指标都要同相关变量结合起来。实际上，这些变量应当与指标本身同时识别和测量。

指标必须具备以下特点：

- 相关：指标实际上的确是在测量我们想要测量的东西——例如在紧急情况下，我们想要测量的是急性营养不良率而不是慢性营养不良率。
- 精确定义：如果不精确定义，那么不同来源的数据就没有可比性，之后也就无法根据这些数据进行全面分析（或者能够分析，但却是错的！）
- 可测量：指标必须是可测量的，亦即存在检验方法对其准确测量
- 敏感：指标对测量对象的变化必须敏感

用于测量指标的检验方法的特点：

- 代表性：检验方法实际测量的东西同所寻求的东西一致
- 有效性：有效性有两个衡量标准：敏感性和特异性
- 适用性：在紧急情况下，尽管存在时间、渠道和人群接受度方面的制约因素，检验仍有可能进行
- 标准化：检验方法必须足够简单，以便任何人都可以用完全相同的方式进行

指标与操作性目标：

授课者必须提醒学员，操作性目标包括对问题的陈述、对所寻求的结果的量化、获取结果所需时间，以及这些目标所针对的群体或服务。指标必须涵盖这些数据——也就是说，它必须被选来反映在确定目标时所识别出的卫生问题，被应用于同样的群体，并在预定的时间框架内被测量。

2. 类别

知识技能：界定指标的概念，了解指标及用于测量指标的检验方法的特点。

3. 教学目标

界定指标的概念。

列举指标的特点。

列举用于测量指标的检验方法的特点。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 20分钟分组讨论
- 40分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：指标
- 图表二：指标的特点
- 图表三：用于测量指标的检验方法的特点

与后面目标的联系

学员已经对指标有了总体了解。下一目标涉及检验方法的敏感性、特异性和预测价值。

图表一

指标

- 指标的类型：
 - 输入指标 (资源)
 - 输出指标 (服务)
 - 结果指标 (问题)
 - 影响指标 (健康状况)
- 复杂程度随等级而升高

输入 → 输出
+ +++

- 指标与目标的确定
- 指标与变量
- 指标的特点

图表二

指标的特点

- 相关
- 可测量
- 定义精确
- 敏感

图表三

紧急情况下的检验方法或 数据收集方法的特点

一般特点:

- 代表性
- 有效性
- 可靠性

紧急情况下的特殊特点:

- 适用性
 - 快速
 - 简便
 - 可复制
- 可接受性
 - 对人群而言
 - 对当局而言

数据来源

1. 概述

一旦我们确定了所要使用的指标，就必须确定可以在哪里、用什么方式、以何种速度来有效率地收集它们。在武装冲突中，无法接触到所有的信息来源，有时必需依赖不那么可靠的间接来源。这就产生了不得不基于质量不高的数据做决定的风险。

数据来源：

- 受害者：应直接在人群中测量营养状况。如果测量到卫生机构就诊的儿童的营养状况，会产生偏差，因为有大量营养不良儿童被领到医院就诊
- 卫生机构：医院和卫生保健中心可以提供关于发病率和具体死亡原因的数据
- 当地市场：食品价格是监控食物分配的一项指标，相关信息可以在当地市场上收集
- 行政管理部门：如果还在正常运转，政府机构能够提供关于死亡率和人口普查的数据

数据来源的选择是基于：

- 数据来源对于所要测量的指标的相关性
- 数据获取的连续性：在武装冲突中，接触数据来源常常是困难、无规律甚至危险的。
- 可靠性：这取决于卫生保健人员或其他人员依照既定标准和频率收集数据的积极性，而这种积极性又取决于对数据收集与决策之间联系的理解。对于提供信息的数据源应当做出反馈，这对于保持他们的积极性至关重要。另外需要强调的一点是，数据必须始终可靠（连贯性）

2. 类别

知识技能：识别数据来源，并列举选择信息来源的标准。

3. 教学目标

主要数据来源有哪些？在一个数据来源中应该寻找那些特征？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：数据来源

与后面目标的联系

要想提供必要数据，指标必须接受检验。下一目标将集中讨论需要在这些检验中寻找的特点。

图表一

数据来源

来源：

- 人群
- 卫生保健机构
- 当地市场
- 政府部门

选择标准：

- 来源对所选指标的相
关性
- 可及性
- 可靠性

检验的敏感性、特异性和阳性预测值

1. 概述

本目标旨在解释检验的敏感性、特异性和阳性预测值等概念。

检验的敏感性是指其所识别出的阳性个案的比例（检查出的阳性病例数与实际阳性病例数之间的比值）。

检验的特异性是指其所识别出的阴性病例的比例（检查出的阴性病例数与实际阴性病例数之间的比值）。

阳性预测值是指检验结果呈阳性的个体实际患病的可能性。

2. 类别

知识技能：在两个实例中应用敏感性、特异性和阳性预测值的概念。

3. 教学目标

在下面两个实例中界定敏感性、特异性和阳性预测值的概念。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：检验敏感性和特异性的原则

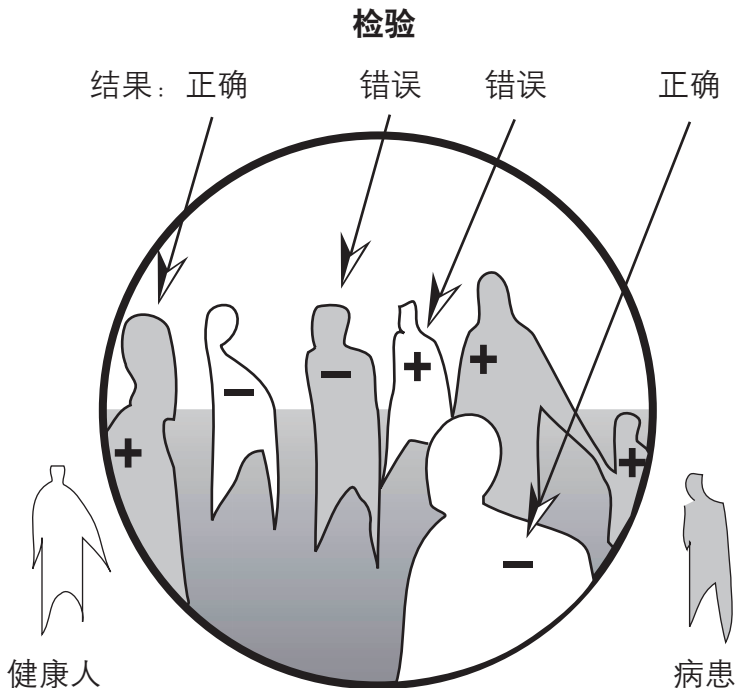
- 图表二: 敏感性、特异性和阳性预测值的定义
- 图表三: 计算敏感性、特异性和阳性预测值
- 图表四: 针对脑膜炎应用敏感性、特异性和阳性预测值
- 图表五: 针对疟疾应用敏感性、特异性和阳性预测值
- 图表六: 针对菌痢应用敏感性、特异性和阳性预测值

与后面目标的联系

流行病学研究有各种方法。下一目标将简要介绍这些方法。

图表一

检验敏感性和特异性的原则



该检验方法能在多大程度上区分病患 (敏感性) 和健康人 (特异性)?

图表二

敏感性、特异性和 阳性预测值的定义

被检测人群的实际状况^①：

		疾病		
		是	否	
用于发现疾病的检验方法 ^②	+	真阳性	假阳性	阳性预测值
	-	真阴性	假阴性	
		敏感性	特异性	

$$\text{敏感性} = \frac{\text{检查出的真阳性病例数}}{\text{真阳性病例总数}}$$

$$\text{特异性} = \frac{\text{检查出的真阴性病例数}}{\text{真阴性病例总数}}$$

$$\text{阳性预测值} = \frac{\text{检查出的真阳性病例数}}{\text{阳性检验次数}}$$

① 人群的实际情况可以通过更加精确的检验来测量

② 用于紧急情况的大多数测量方法的敏感性、特异性和PPV是已知的

图表三

计算敏感性、特异性和 阳性预测值

		疾病	
		+	-
检验	+	68	18
	-	12	202

计算：
 敏感性
 特异性
 阳性预测值

图表四

针对脑膜炎应用敏感性、 特异性和阳性预测值

脑膜炎		细菌学诊断	
		+	-
临床定义	+	45	30
	-	5	20
发热 + 头疼 + 颈部僵直 + 脑脊液混浊	+	40	2
	-	10	48

图表五

针对疟疾应用敏感性、 特异性和阳性预测值

疟疾		实验室检查	
		+	-
临床定义	+	90	80
	-	10	70
发热 > 38.5° 头疼	+	80	30
	-	20	120

图表六

针对菌痢应用敏感性、 特异性和阳性预测值

菌痢		患者粪便中检查出细菌	
		+	-
临床定义 腹泻、血样便和 发热	+	80	50
	-	20	50
腹泻、粪便中 实际带血和发热	+	70	2
	-	30	98

横断面研究、病例对照研究和队列研究

1. 概述

流行病学研究有以下几种方法：

- 横断面研究
 - 病例对照研究
 - 队列研究
- 横断面研究是紧急情况下常用的方法。这种方法能够反映某一特定时刻的真实情况。首次研究是对紧急情况的初始评估，其后的横断面研究基本上是旨在监控局势发展的临时评估。横断面研究的优势如下：
- 快速提供信息，反映某一时刻的情况
 - 易于开展（如果能够保证接触到人群的话）
 - 迅速说明当前卫生问题及其分布情况
- 病例对照研究用于比较两组人群，其中一组具有某些特征（例如营养不良），而另一组没有。对两组的情况进行回顾性研究，以确定造成所涉特征的因素。例如，如果在冲突不太严重的地区某些村落受到武装冲突的直接影响，而另外一些村落未受影响，则此方法可用于评估冲突原因对这些村庄的影响。但是，由于人群迁移、死亡、当地管理部门（例如卫生服务机构）解体等原因，可能难以获得所有这些信息。
- 队列研究是研究卫生问题与其可能原因之间关系的前瞻性研究。在实际工作中，研究者追踪在某一时间段内暴露于危险因素的人群，以调查这些人是否患上被认为与危险因素相关的疾病。在紧急情况下，这种方法很少用于建立疾病和可能原因之间的关系。研究人员会追踪调查一组患者或营养不良儿童的情况以确定治疗是否有效，但是这种做法不能称之为队列研究，而只能算是监测项

目中监控过程的一部分。队列研究的优势是可以确定疾病和潜在原因之间的关系（在所用抽样方法的统计学局限性内）。但是，这类研究需要一段时间才能得到结果，而在此期间一部分研究对象可能会失访。这是紧急情况下面临的主要问题。

2. 类别

知识技能：界定横断面研究、病例对照研究和队列研究的定义。

3. 教学目标

界定横断面研究、病例对照研究和队列研究。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

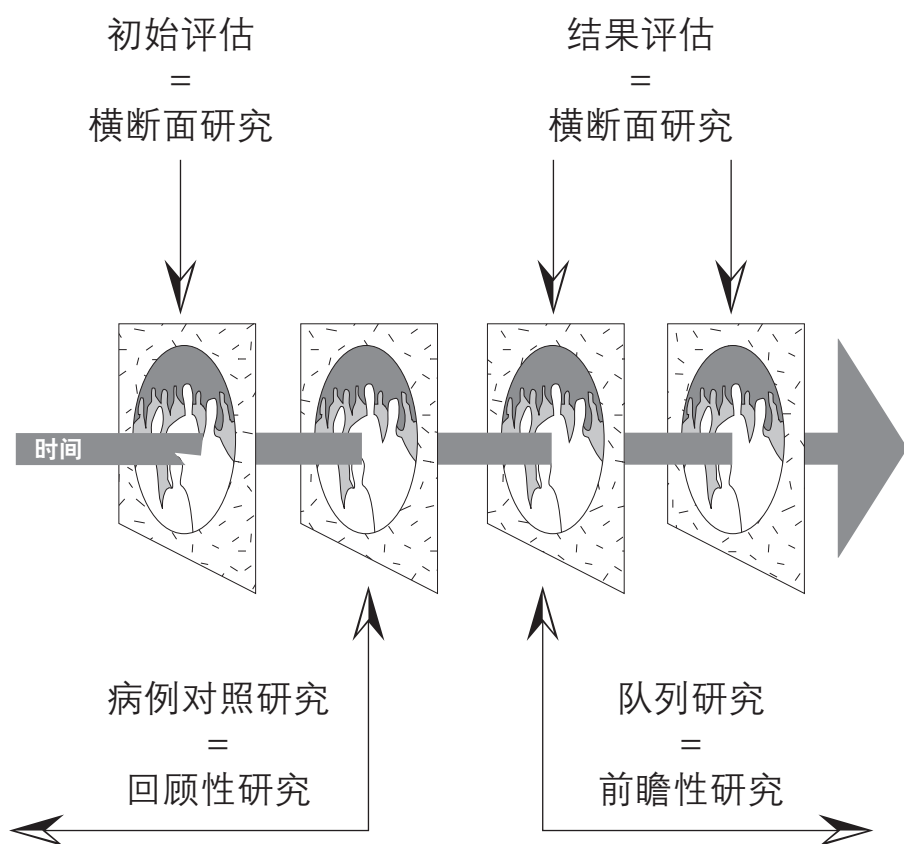
- 图表一：横断面研究、病例对照研究和队列研究

与后面目标的联系

为了获得人群健康状况和当地机构工作能力的信息，这些研究都需要用到调查问卷。下一节的目标就是学习如何利用计算机设计调查问卷。

图表一

横断面研究、 病例对照研究和队列研究



用EPIINFO设计表格 并生成文件

1. 概述

用于记录定量数据的表格非常容易设计，并且可以直接输入电脑。但是，对于反映定性数据的问题，清晰的表述是十分重要的。

可能出现的问题有：

- 有倾向性的问题对回答造成影响
- 回答者不愿回答有关安全的问题
- 问题中有回答者无法理解的词语、表述方法或句子结构

以阿瓦雷营中死亡率的粗略统计为例，调查问卷应当探寻以下信息：

- 姓名
- 年龄
- 性别
- 原居住地
- 在难民营中居留的时间
- 死因
- 家人数量

一旦设计好问卷，学员就要把在阿瓦雷营收集到的数据填入表格。

2. 类别

知识技能：用EPIINFO设计调查问卷并生成文件。

3. 教学目标

用EPIINFO设计调查问卷并输入与阿瓦雷营死亡率相关的数据。

4. 教学方法

给学员分派实践工作。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

6. 小结

- 图表一：用EPIINFO设计一份调查问卷
- 图表二：在问卷中填入数据

与后面目标的联系

一旦数据收集完毕，学员们就要将其“依次”填入图表。这项内容将在下一目标中讲述（可以将涉及EPIINFO的任务集中在一起布置）。

图表一

用EPIINFO设计一份调查问卷

- 姓名 <字母>
- 年龄 <数字>
- 性别 <大写字母: M或 F>
- 原居住地 <大写字母>
- 到达时间 <日期>
- 死因 <字母>
- 在难民营中居住时间 <数字>

用EPIINFO计算频率和 绘制图表

1. 概述

数据的分布有三个重要参数：时间、空间和人。EPIINFO用年龄、性别、地点和日期来区分数据。应当要求学员利用EPIINFO的分析功能计算频率，并利用调查问卷所得数据来绘制图表。

2. 类别

知识技能：利用EPIINFO计算频率并绘制图表。

3. 教学目标

利用来自此前EPIINFO所设计的调查问卷的参数，计算频率并绘制图表。

4. 教学方法

给学员分派实践工作。

5. 教学时间

总时间：30分钟

6. 小结

- 图表一：用EPIINFO计算频率并绘制图表

与后面目标的联系

用这种方法归纳数据可以迅速获得视觉印象。但是，对数据的阐释需要用到统计学分析以及因果分析。后面的目标涉及数据的统计学分析（可以将所有使用EPIINFO的实践任务集中在一起布置）。

图表一

用EPIINFO计算频率 并绘制图表

- 根据性别计算频率
- 根据年龄计算频率
- 计算平均停留时间
- 按字母顺序排列姓名

数据的正态分布 (高斯曲线)

1. 概述

为了表示一个变量的分布规律，我们把各个变量值标记在线图的X轴上，而相应的发生频率标记在Y轴上。正态分布图的特点是：

- 应用其算术平均值来阐释结果，表示集中趋势
- 是对称分布图，变量值在算术平均值两侧对称分布，与后者的差称为标准差
- 68%的变量值分布在标准差+1和-1之间，96%的变量值分布在标准差+2和-2之间

集中趋势的测量方法：

- 算术平均值或均值：所有变量值总合除以变量数
- 中位数：这个值在物理意义上处于所有变量值的正中间
- 众数：所有变量值中发生频率最高的值。

算术平均值是测量集中趋势的最常用方法。

离散度的测量方法：

- 平均差：各偏差量的总和（不考虑正负）除以观察点的数量
- 方差：各偏差量平方的总和除以观察点的数量
- 标准差：方差的平方根

这些指数用于表示既定人群中某一变量值的变化。

2. 类别

界定并计算算术平均值、平均差、方差和标准差。

3. 教学目标

界定算术平均值、平均差、方差和标准差的概念。

根据一组数值计算这些参数。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 数据的正态分布
- 图表二: 计算算术平均值、中位数、众数、平均差、方差和标准差

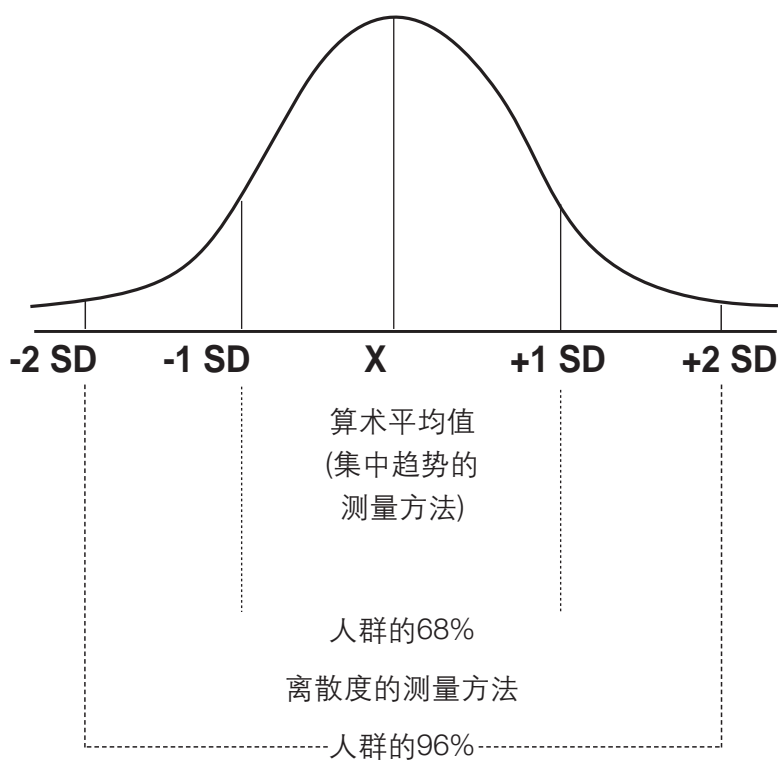
与后面目标的联系

这一知识技能还将用于界定对抽样调查所得结果进行统计学解释的基本原则。

图表一

数据的正态分布

(高斯曲线)



(SD=标准差)

图表二

集中趋势的测量方法

五岁男童的体重

21.8
20.3
20.1
20.1
19.9
19.7
19.2
18.7
18.7
18.7
18.1
17.9
17.3
16.5
15.2
14.1

计算：

- 算术平均值
- 中位数
- 众数
- 平均差
- 方差
- 标准差

率、相对危险度和归因危险度

1. 概述

为了在两组人群间比较某一特定变量，必须用率的形式来表示数据。率的特点是有分子（各个人群中观察到的病例数）和分母（各个人群中的有风险个体总数）。根据实际情况，率以百分比、千分比或十万分比的形式来表示。例如，结核的发病率通常用每十万人中的新发病例数来表示。在紧急情况下，死亡率用每天每一万人中的死亡数量来粗略表示。对于某一变量，用固定的分母来表示率可以快速比较来自两个人群的数据。

相度危险度是指同一变量在暴露于某一危险因素的人群中的值和在未暴露人群中的值之比。

归因危险度是指同一变量在暴露于某一危险因素的人群中的值和在未暴露人群中的值之差。

2. 类别

知识技能：用率表示数据，并界定相对危险度和归因危险度。

3. 教学目标

界定发病率和死亡率的概念。

计算某一人群中的相对危险度。

计算某一人群中的归因危险度。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 率的实例
- 图表二: 比值比
- 图表三: 相对危险度和归因危险度
- 图表四: 发病率和患病率的定义
- 图表五: 计算发病率和患病率
- 图表六: 患病率、发病率和病程之间的关系

与后面目标的联系

通常我们不会收集整个人群的数据,而是只抽取其中一部分作为样本。下一目标将介绍抽样方法及如何确定样本量。

图表一

率的实例

死亡率:

- 死亡率的粗略计算
例如: 2/10,000/天
- 计算某一年龄段的死亡率
例如: 五岁以下儿童的死亡率; 婴儿(一岁以下)的死亡率
这些通常用每千人来表示

- 某种死因导致的死亡率
例如肺炎

发病率:

- 发病率
- 患病率

图表二

比值比

估算相对危险度

		营养不良	
		+	-
菌痢	+	50 <i>a</i>	102 <i>b</i>
	-	46 <i>c</i>	409 <i>d</i>

$$\text{比值比} = \frac{ad}{bc}$$

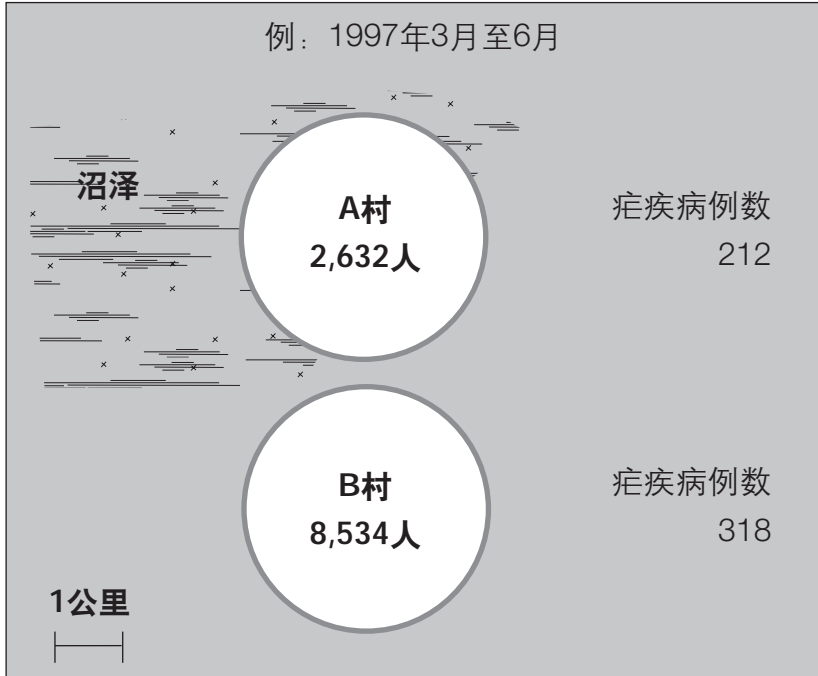
(比值比= 4.3)

图表三

相对危险度和归因危险度

$$\text{相对危险度} = \frac{\text{暴露于某一危险因素的人群中的发病率}}{\text{未暴露于某一危险因素的人群中的发病率}}$$

$$\text{归因危险度} = \text{暴露于某一危险因素的人群中的发病率} - \text{未暴露于某一危险因素的人群中的发病率}$$



图表四

患病率与发病率

患病率:

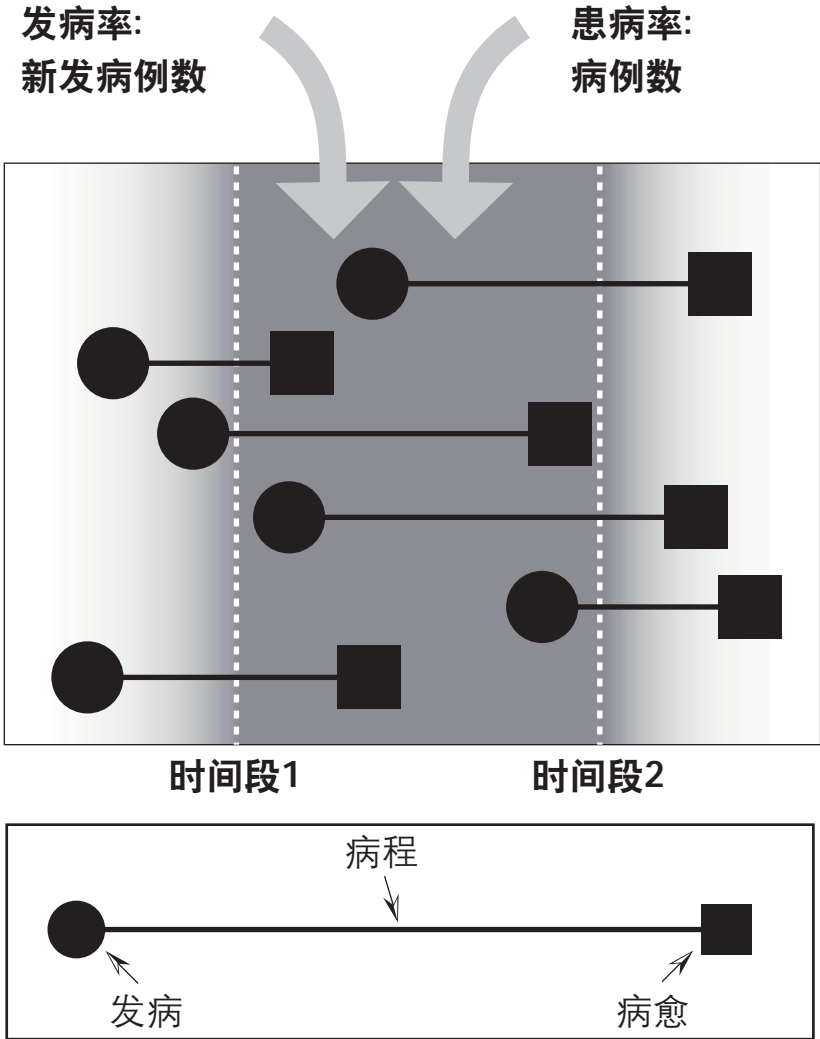
特定时刻人群中的病例数

发病率:

特定时间段内的新发病例数

图表五

特定时间段内的发病率和患病率



图表六

患病率、发病率和 病程之间的关系

$$P = I \times D$$

练习：

- 医院每月收治12例矿伤患者，平均住院6周。
这些伤员要占多少个床位？
- 在一个抗结核项目中，目前有200名患者，治疗时间为9个月。
这个项目每年接收多少新发病例？
- 一个营养康复中心可容纳800名儿童，每周收治65个新病例。
这个中心的平均停留时间是多少？

文献来源：E. Brenner, *Help*.

抽样方法

1. 概述

从整个人群中收集数据需要大量的时间、人力和财力投入。因此，通常采用的方法是抽取一定人数作为样本来研究。

以下几种方法均可行：

- 简单随机抽样：从人群中随机抽取研究对象，每个人被抽到的机会都是均等的
- 分层随机抽样：研究对象人群按照某些特点分成几组（例如地理位置、社会环境等），在各组中简单随机抽样。
- 系统抽样：每隔一定间隔抽取一个样本（例如每5个人），人群中每个人被抽到的机率不同。
- 分组抽样：随机选一组人，这组人中每个个体都要调查
- 这些方法都需要一个抽样范围：所有个体的名单、所有住宅的名单（随机和系统抽样）或者人群的累积名单（分组抽样）。

选择哪一种方法取决于：

- 所需精确程度：简单随机抽样所获数据比分组抽样更具代表性。
- 人群的地理分布：对于分散在很多村落的居民，分组抽样更为可行；而在难民营中，系统抽样更为可取。
- 花费。分组抽样比简单随机抽样的花费低。
- 接触人群的机会

2. 类别

知识技能：了解各种抽样方法。

3. 教学目标

列举各种抽样方法及其相对优势。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间: 20分钟

6. 小结

- 图表一: 抽样方法

与后面目标的联系

下一目标将集中介绍如何确定样本量。

图表一

抽样方法

- 简单随机抽样
- 分层随机抽样
- 系统抽样
- 分组抽样

计算样本量

1. 概述

计算样本量涉及一些复杂的概念。首先必须提到三个基本原则：

- 在单一人群中，抽取一系列同量样本计算出的平均值与真实平均值（假如对人群中所有个体进行测量所能获得的平均值）相同；
- 根据这一系列同量样本得出的平均值曲线就是正态分布曲线；
- 根据这一系列同量样本得出的平均值分布中的标准差被称为标准误。

如前所述。96%的变量值都分布在标准差+2和-2之间。以此类推，我们可以说来自单一人群的同量样本中，96%处于标准误+2到-2之间。反过来说，从特定人群中任意抽样，都有96%的机率落入标准误+2到-2之间（一般惯例是假定样本值有95%的机率落在标准误+1.96到-1.96之间）。95%这个百分比代表样本值落入标准误 ± 1.96 间区域的可能性。如果我们希望把这个比率增加到99%，就需要把标准误 ± 2.58 作为界限。这个区间叫做可信区间。当然，如果只抽一个样本，我们就无法知道可信区间的界限在哪里。这就是为什么在计算样本量时我们必须确定区间的范围；区间越大，样本准确性就越低，反之亦然。为了提高准确度（准确性是指根据样本算出的值和真实平均值相差不大），必须增加样本量。必须在准确度和样本量之间找到一个折衷方案。最后一个要考虑的参数是所选因素的估算值：对于无限大的人群而言，是指其中具备这一因素的那部分人；对于平均值而言，是指估算标准差。

由此得出以下公式：

对于无限大人群：样本量 = $Z^2 \times pq/D^2$ ，这里：

- $Z = 1.96$ (可信度为95%)
- $p =$ 部分值
- $q = 1-p$
- $D =$ 精确度

对于平均值: 样本量 = $Z^2 \times SD/D^2$, 这里:

- $Z = 1.96$ (可信度为95%)
- $SD =$ 估算标准差
- $D =$ 期望精确度

因此, 样本量由可信度和所欲可信区间决定。

一旦获得一个结果, 我们可以倒过来推算可信区间:

- 标准误=标准差 / 样本量的平方根。
- 可信度95%的可信区间= 平均值 ± 1.96 标准误。

这些关于如何确定样本量的讲解都非常简单。授课者不需要讲授任何复杂的统计学观点, 因为这一节的目的只是为了说明抽样的基本统计学原理。最后, 授课者还应当向学员演示如何用EPIINFO计算样本量。

2. 类别

知识技能: 先用公式再用EPIINFO计算样本量。

3. 教学目标

先用统计学公式再用EPIINFO计算给定值的样本量。

4. 教学方法

解释样本量计算公式。

根据给定值分组计算几个样本量, 达到所希望的精确度和比例。

这里的EPIINFO练习可以同需要用到EPIINFO的其他任务合并。

5. 教学时间

总时间: 60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 计算样本量: 基本概念
- 图表二: 估算所要测量的因素值以计算样本量
- 图表三: 计算样本量的基本原则
- 图表四: 计算简单随机抽样法所需样本量的公式

与后面目标的联系

这些公式都用于计算简单随机抽样的样本量。下一目标将介绍如何计算分组抽样的样本量。

图表一

计算样本量

基本概念:

- 可信度 (与标准误相关)
- 可信区间
- 精确度
- 所要测量的因素的估算值

图表二

估算所要测量的 因素值以计算样本量

p = 因素值

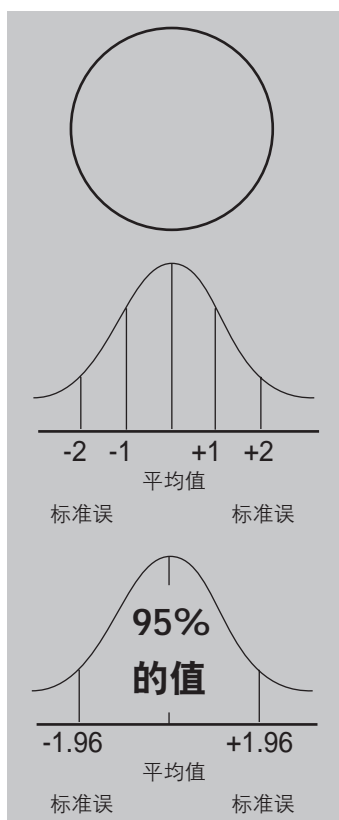
q = $1-p$

p	q	p×q
0.1	0.9	0.09
0.2	0.8	0.16
0.3	0.7	0.21
0.4	0.6	0.24
0.5	0.5	0.25
0.6	0.4	0.24
0.7	0.3	0.21
0.8	0.2	0.16
0.9	0.1	0.09

如果拿不准就用50%，
这样算出的样本量会尽可能的大。

图表三

计算样本量的基本原则



同一人群中重复抽样所得平均值等于真实平均值

连续抽样所得的值按正态曲线分布，其同真实平均值之差为标准误

从同一人群中连续抽样，其95%的值落在标准误+1.96和-1.96之间

图表四

计算简单随机抽样法 所需样本量的公式

患病率估算值 (如果拿不准就用50%，这样算出的样本量会尽可能的大)

样本量

$q = 1 - p$

$$N = Z^2 \frac{pq}{D^2}$$

可容忍的误差范围
(期望精确度)

$Z = 1.96$ (对于可信度95%而言)

分组抽样

1. 概述

分组抽样包括以下几个步骤：

- 用与简单随机抽样相同的公式计算样本量， $N = Z^2 \times pq/D^2$ ，所得结果乘以2（这一步非常必要，因为分组抽样没有简单随机抽样精确）
- 确定分组数——至少30组，可以更多
- 用样本量除以分组数，求得每一组的样本量。
- 组的定位：
 - 准备一个抽样框架——亦即所涉地点及其各自人口数的清单——并制作一个关于这些人口的累积清单
 - 用总人口除以分组数，求得抽样区间
 - 选取一个比抽样区间小的随机数
 - 将这个随机数应用于累积人口清单，找到第一组
 - 把抽样区间和随机数相加，找到第二组，然后继续加上抽样区间，找到后续的组，直到清单末尾。

分组抽样通常用于确定免疫接种范围。它还可以用于测量分散人群中的营养不良率。它的主要劣势是需要有一个人口清单来构建抽样框架。

2. 类别

知识技能：分组抽样的技巧。

3. 教学目标

根据已知情况实施分组抽样。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后解释方法。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 15分钟分组讨论
- 25分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：分组抽样的准备
- 图表二：确定组的地理位置
- 图表三：分组抽样：组的定位

与后面目标的联系

抽样所得结果是对真实值的估算，后者需要测量整个人群才能获得。我们在比较来自两组人群的两个样本的结果时，实际上是在比较两个估算值，而并不能确定二者是相同还是不同。误差风险可以用统计学检验方法来计算。后面的目标会简要讨论这些检验方法。

图表一

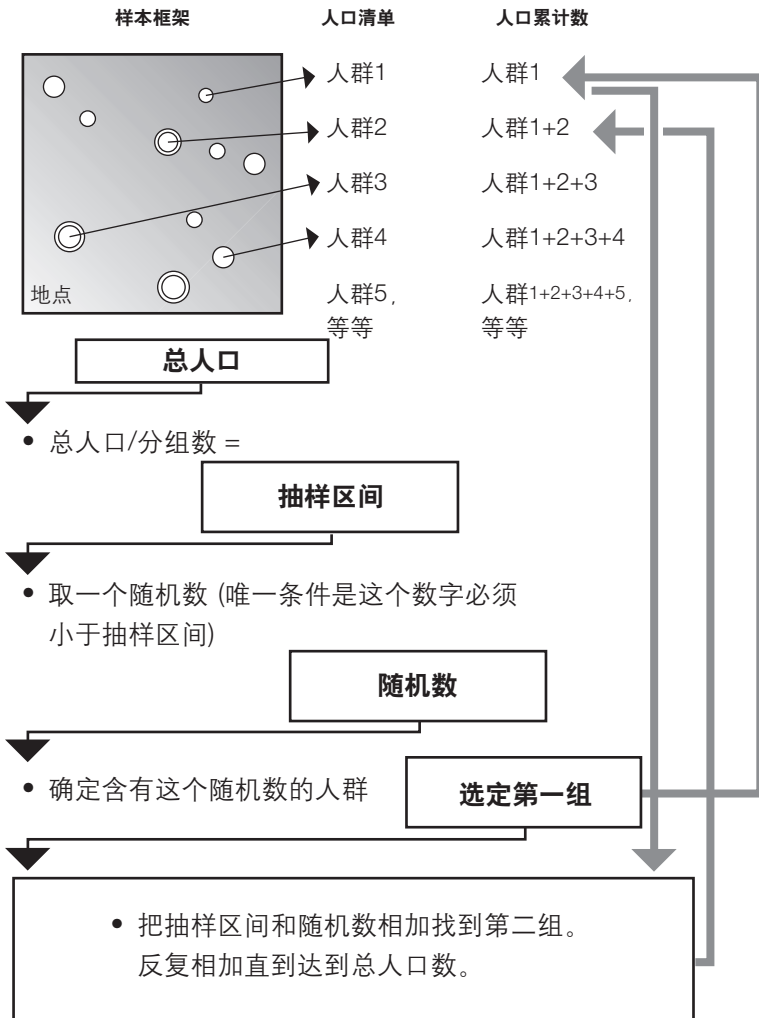
抽样的准备

1. 用与随机抽样相同的公式确定样本量：
$$N = (Z^2 \times pq) / D^2$$

记住：结果必须乘以2!
2. 确定分组数——必须大于30
3. 用总样本量除以分组数，求得每组的样本量
4. 确定各组的地理位置

图表二

确定组的地理位置



图表三

分组抽样

组的定位

地点	居民数量
地点 1:	562
地点 2:	1,066
地点 3:	973
地点 4:	5,272
地点 5:	197
地点 6:	428
地点 7:	912
地点 8:	1,088
地点 9:	3,227
地点 10:	56
地点 11:	512
地点 12:	493
地点 13:	182
地点 14:	217
地点 15:	342
地点 16:	228
地点 17:	128
地点 18:	4,235
地点 19:	3,520
地点 20:	636
地点 21:	488
地点 22:	152
地点 23:	1,037
地点 24:	137
地点 25:	112

统计学检验方法

1. 概述

抽样所得结果是实际值的估算，如果能调查整个群体则可得到真实值。我们在比较来自两组人群的两个样本的结果时，实际上是在比较估计值，无法确定二者是相同还是不同。

统计学检验方法可以用来计算误差风险。这些检验方法的基本原理如下：

- 零假设是指假设两个群体完全相同。统计学检验的目的是证明这个假设正确或是错误。如果正确，说明两个群体之间没有差别，或者所观察到的细微差别是抽样过程造成的。如果错误，则说明两个群体之间实际存在差别
- I型和II型误差：在零假设正确时予以排除构成I型误差，而在零假设错误时予以接受则构成II型误差。统计学检验的目的是测算产生这种或那种误差的可能性。实践中，这些检验方法主要是测算产生I型误差的可能性
- P值代表如果我们愿意接受的I型误差风险程度。通常认为风险低于5%是可以接受的 ($p=0.05$)。也就是说，为了排除零假设，“所观察到的差异是由抽样程序造成的”这一几率必须低于5%。如果p值高于0.05，我们说零假设错误就必定会产生II型误差。II型误差取决于样本量、显著程度 (I型误差的可能性) 以及所选因素在两个人群中的差异量。检验效力 (亦即不产生II型误差的可能性) 用 $1-\beta$ 值来界定。
- 方差检验是测量观察值和理论值 (假如被测人群完全相同可获得的值) 之间的差异。具体方法如下：
 - 计算各分组中观察值与理论值的差别： $(O-T)^2/T$
 - 把各组所得差值相加，求得卡方值
 - 参考卡方表，根据卡方值和表的自由度 (列数-1) × (行数-1) 确定I型误差的可能性
 - 如果可能性小于0.05，则两组间的差异有显著意义。

- Student's T检验则是比较两组抽样所得的平均值，方法是确立两个平均值间的差异与差异标准误的比值。后者可通过计算标准差的平方和的开方，再除以样本量来计算。

学员应使用EPIINFO来练习。

对流行病学的统计学内容的学习应仅限于基本概念。授课者必须提醒学员，学习目标是建立监测系统，其中最初的步骤，即选择指标和信息来源，是一线人员应当优先进行的工作。后期完全可以请一位统计学家对数据作统计学分析——但要避免因第一次提供的数据不相关或不可靠而需要请统计学家去收集第二批数据。

2. 类别

知识技能：了解方差检验和Student's T 检验的统计学原理。

3. 教学目标

解释方差检验和Student's T检验的统计学原理。

4. 教学方法

解释两个检验方法的基本原理并做应用练习。

5. 教学时间

总时间：40分钟

6. 小结

- 图表一：统计学检验(概念)
- 图表二：方差检验

与后面目标的联系

统计学分析可以说明，例如，两个群体间营养不良发病率的差异具有显著意

义。但是，分析不应到此为止。在决定采取行动之前必须发现造成差异的原因。下一目标将会讲解阐释结果和决策过程之间的联系。

图表一

统计学检验

(概念)

- 零假设
- I型和II型误差
- P值
- 方差检验
- 学生T检验

图表二

方差检验

	A村	B村	
患疟疾	87* (58)**	115 (140)	202
未患疟疾	1,678 (1,694)	4,127 (4,072)	5,805
	1,765	4,242	6,007

* 观察值

** 期望值

结果的阐释与决策过程

1. 概述

在阐释任何数据之前，必须证实研究的可靠性——所用方法、数据来源的可靠性、统计学分析的价值。对数据的阐释是基于一系列考虑：

- 确立卫生问题与其可能原因之间的联系。
 - 在初始评估时寻找造成卫生问题的原因并非不言自明；正如我们已经看到的，初始评估是横断面研究，所得到的是某一特定时刻的局势快照。正因为如此，在初始评估过程中询问导致当前局势的因素才具有重要意义。当然，无法进行严格的回顾性调查，因为那将旷日持久；但是至少可以收集必要的信息，以支持应否及如何开展某项行动的决定。对数据的多元分析有助于进一步寻找原因。因此，分析营养不良率不能仅仅基于获取食物的机会，还要考虑到传染病（麻疹、腹泻）的患病率；对腹泻性疾病率的分析则要考虑供水情况，等等。
 - 授课者要强调利用类似情况的重要性，了解这些情况可能有助于做出正确决定。这凸显了保持和分享“人道行动记忆”的必要性。
 - 如果有监测项目，就更容易把卫生问题及其原因联系起来。但是，很少利用队列研究确立疾病与危险因素之间的正式联系。
- 预测未来的发展趋势。这可能是紧急情况下最困难的任务之一。关于是否及如何采取行动的决定必须为局势的可能变化留出余地。因此，必须将营养不良率作为潜在农作物收获的一个函数加以分析。如果我们知道有农作物即将要收割，那么就不必分配食品。最大的决策障碍是政治局势的发展，因为无法预测冲突会持续多久。
- 妨碍行动的因素。分析潜在制约因素是决定如何行动的重要组成部分。当局势不安全时，有时必须救助于大型后勤资源（飞机）。接触受害者方面的困难也使得有必要采取特定策略。
- 反馈。如果根据某些信息做出了决策，应当知会信息提供者

2. 类别

知识技能：了解在紧急情况下，根据流行病学研究结果进行决策的基本原则。

3. 教学目标

明确在紧急情况下，根据流行病学研究结果进行决策的基本原则。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：结果的阐释：营养不良率
- 图表二：阐释结果时所选指标的意义：以发病率为例
- 图表三：决定
- 图表四：可靠数据的重要性
- 图表五：流行病学方法在武装冲突中有助于提高决策质量
- 图表六：初始评估：局势的三维快照

与后面目标的联系

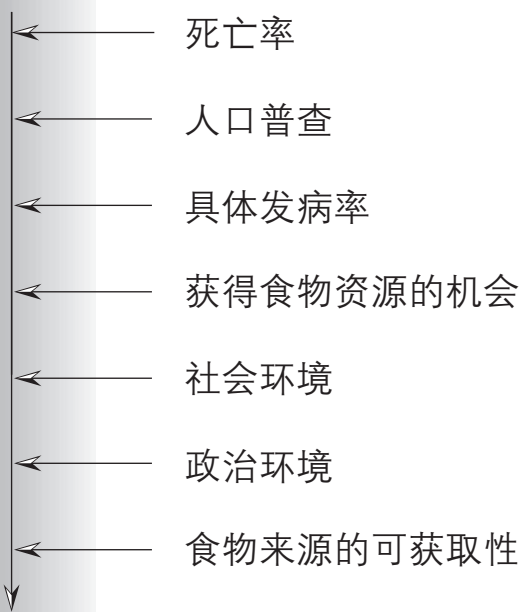
这是关于流行病学知识技能的最后一个目标。后面的目标将讲述如何在流行病学项目中实际应用这些知识技能。

图表一

结果的阐释

营养不良率

营养不良率的阐释：

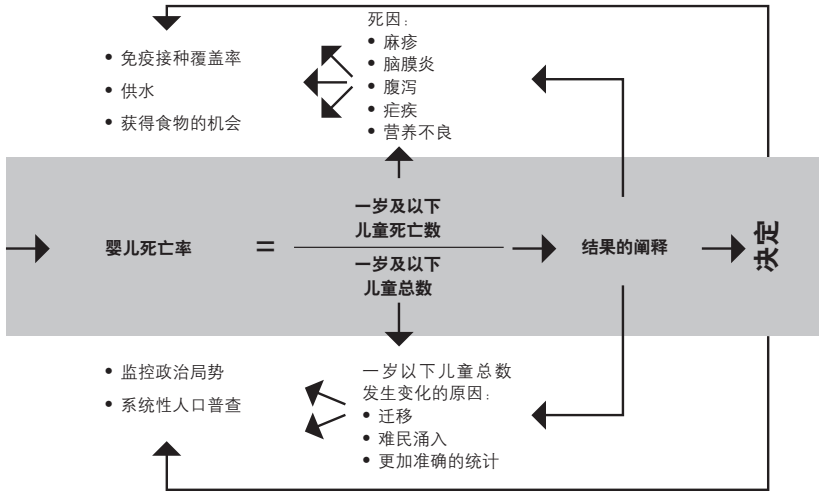


决策：

- 行动？
- 何种行动？

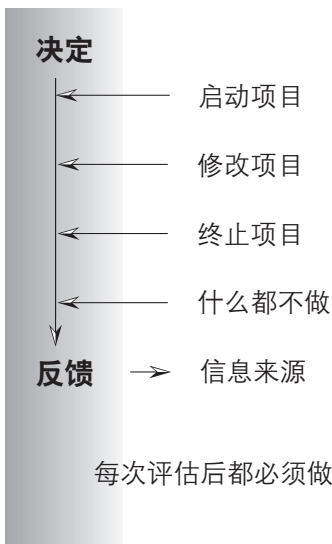
图表二

阐释结果时所选指标的意义 以死亡率为例



图表三

决定



图表四

可靠数据的重要性

不可靠的数据



不可靠的决定

在冲突期间收集的数据的可靠性不能保证，因为：

- 主要的信息来源（医院、流离失所者）解体
- 当地行政管理体系恶化
- 有时还会有系统性的情报造假

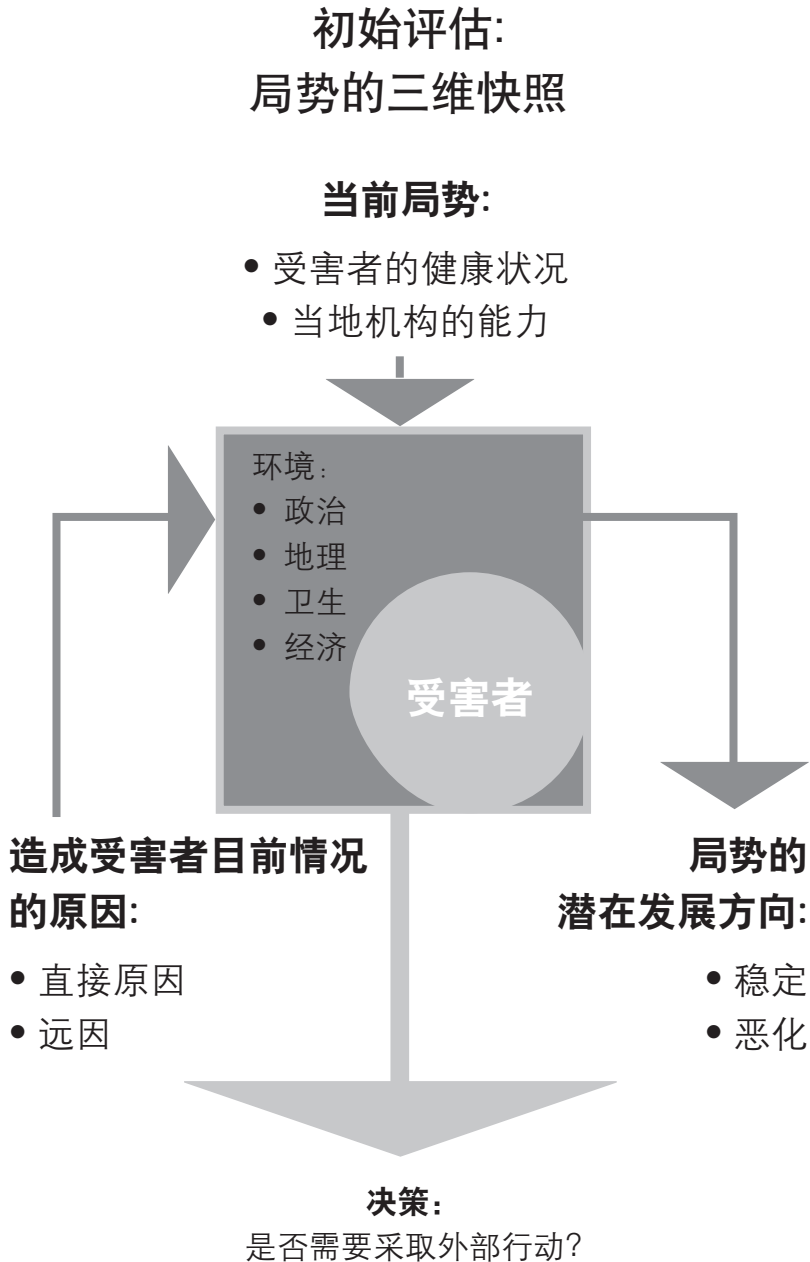
必须做出的决定在计划实施的可能性方面常常是有风险的，因此在所欲达到的结果方面也是有风险的。

图表五

流行病学方法在武装冲突中 有助于提高决策质量

1. 针对卫生问题的定量和定性方法有助于确立明确的优先级。
2. 针对卫生问题的分析性方法有助于识别其原因，从而便于采取预防措施。
3. 对卫生问题的持续分析有助于监控其发展，从而衡量人道行动的效果。
4. 针对武装冲突的系统性流行病学方法为比较分析和作出一般性结论奠定基础。

图表六



根据已知情况建立一个流行病学监测系统

1. 概述

监测系统需要定期收集数据，以便评估趋势。必须考虑以下因素：

- 基于其共同操作性目标的相关性选择指标。这些目标可能涉及卫生问题或者卫生机构的运作。课程协调人应当从一开始就强调，各组必须保留其幻灯片的，特别是那些列有在模拟练习中制作的各单元目标的幻灯片。这是选择指标一个依据。对于每一个指标，学员都需要识别那些将用于阐释指标的变量。在模拟练习中所制定的总体行动计划将帮助进行这一识别。最后，学员还可以参考书中列出的标准
- 为收集指标选择信息来源：学员必须识别这些来源并分析它们的可靠性以及同所选指标的相关性
- 确定数据收集方法。可能需要向卫生机构发放表格以收集发病率数据，或者在人群中反复进行人体学测量。学员需要为此设计调查问卷和制定工作规程（应于何时测量变量、样本应当有多大、应当使用何种人体学测量方法、应当检查哪个年龄段，等等）。
- 数据集中化：谁负责收集调查问卷，送到哪里？谁负责协调反复评估所获数据？谁负责整理数据？以何种形式？目的何在？为谁整理？
- 统计学分析：谁来做？
- 数据阐释：谁来做？
- 决策：应当将数据交给谁来做决定？
- 反馈：如何将所做出的决定通知最初提供信息的人？

学员必须确定一个结构，使得数据可以从其来源处传递给决策者，然后再反馈给信息提供者。他们还必须提供有关这一结构在各个阶段如何发挥作用的实际细节。

2. 类别

实践：在甲-乙国模拟练习中为阿瓦雷营设计一个流行病学监测系统。

3. 教学目标

在甲-乙国模拟练习中为阿瓦雷营构建一个流行病学监测系统。你将需要用到你所学习过的各单元制作的目标一览表，这将帮助你为监测系统选取指标。不要忘了识别变量，它们将使你得以阐释所选指标的变化。你必须确定一个结构，使得信息可以从其来源传递给决策者。在每个阶段，描述你将要用到的资源：调查问卷、工作人员、计算机设备。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：120分钟

- 60分钟分组讨论
- 60分钟集体总结

6. 小结

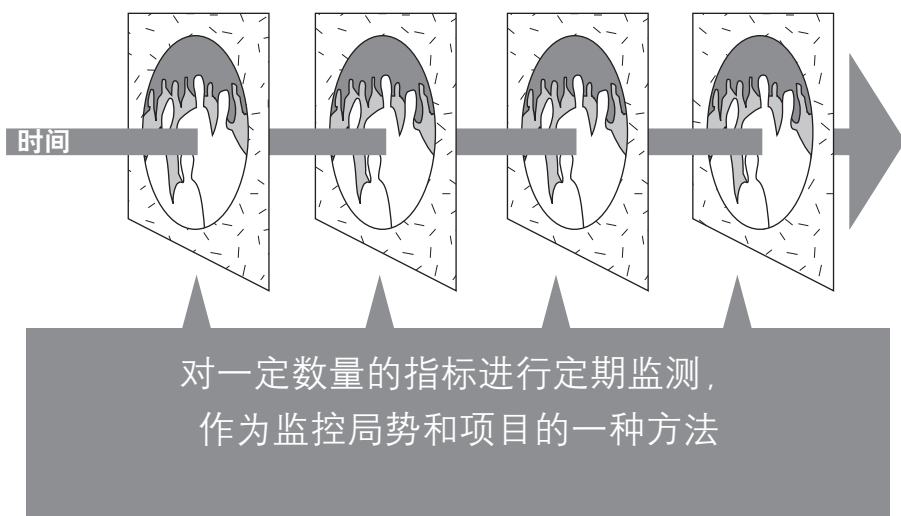
- 图表一：流行病学监测
- 图表二：为流行病学监测选取指标

与后面目标的联系

监测系统还旨在发现流行病。后面的目标将讨论流行病的应对问题。

图表一

流行病学监测



规划一个流行病学监测系统涉及到：

- 选取指标
- 选择指标来源
- 确立指标收集方法
- 表述结果
- 分析结果
- 分发结果
- 根据结果做出决定

图表二

为流行病学监测选取指标

在选取指标时必须考虑以下三种因素：

1. 技术因素：

- 指标的相关性：测量的是什么？项目运行情况、健康状况等等
- 数据来源的可靠性
- 系统性收集数据的可能性

2. 协调

- 在初始评估时明确同指标的联系
- 同操作性目标的联系
- 将人道行动中的不同的人或不同团体收集的指标标准化

3. 政治因素：

- 信息来源能否免费提供所需数据？
- 能够保证定期获得数据？

应对流行病的策略

1. 概述

流行的定义是某种疾病患病人数在某一地区异常增长。其警报信号可能是当地人群自发报告，也可能是来自医疗机构的警报或是来源不详的传闻。无论消息来源是什么，针对这样的信号必须采取三类行动：

- 流行病学行动
 - 证实传闻，建立诊断。一些发热导致死亡的病例并不足以证明脑膜炎是死因；同样，成人死于腹泻也不足以说明霍乱爆发。这些症状固然提供了诊断的方向，但是必须根据对可疑病例的检查和微生物学化验（例如在脑脊液中寻找脑膜炎球菌，或者在粪便中检查霍乱弧菌）才能确诊。
 - 在做出诊断后，确认流行实际发生——也就是说，确认病例数高于通常水平。这需要使用主动筛查系统
 - 注意患者的特点（疾病在不同人群中的分布情况）
 - 绘制流行病发病率曲线，按日或周将所有病例标注在柱状图上（用以体现病例在时间的分布）
 - 在地图上标明所有的病例（病例在空间上的分布）
 - 明确流行源。这需要借助先前收集的数据，找到特定区域内的第一组病例（例如，霍乱病例可能和特定供水点或食品市场有联系）。如果横断面研究的结果不足以说明问题，那么可能需要开展病例对照研究以确定流行源。
 - 一旦发现病例标注在地图上，以便追踪流行病的播散情况
 - 建立报告系统
- 治疗行动。一旦做出诊断，就必须：
 - 确定合适的治疗方案。可能需要检测抗生素耐药的情况，例如对于志贺氏菌痢流行而言。一次流行可能波及数百人，所以必须尽快找到有效治疗方案。
 - 根据之前对潜在耐药性的检验，确定治疗方案，并明确典型的临床表现；

每一个有此表现的患者都要接受治疗。当疾病大规模爆发时，往往无法给每个患者都进行微生物学检验。

- 为卫生机构提供物资 (药品、注射液等)
- 确保卫生服务机构实施上述治疗方案
- 搜索病例并提供早期治疗 (这样做可以有效降低死亡率)，确保所有人都能享受到医疗服务
- 在卫生机构中建立报告系统。
- 治疗行动不仅对接受治疗的患者重要，对其他人也重要，因为当后者看到遭受疾病折磨的患者得到治疗，会更加愿意接受旨在控制流行的预防措施。
- 预防行动
 - 环境卫生措施 (霍乱)
 - 免疫接种 (流行型脑脊髓膜炎)
 - 健康教育 (霍乱)

2. 类别

知识技能：识别流行病调查的主要阶段。

3. 教学目标

界定流行病调查的主要阶段。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：40分钟

- 20分钟分组讨论
- 20分钟集体总结

6. 小结

- 图表一: 应对流行
- 图表二: 调查流行: 识别疾病
- 图表三: 调查流行: 确定“典型”病例
- 图表四: 确定“典型”病例: 敏感性和特异性
- 图表五: 调查流行: 确认流行
- 图表六: 调查流行: 监测系统

与后面目标的联系

在传染病单元和治疗单元(治疗规程), 我们已经深入学习了开展治疗和预防工作所需的知识技能。下一目标将以霍乱的流行为例, 集中介绍流行病学方面的内容。

图表一

应对流行

- 证实传闻: 识别所涉疾病(实验室检查)
- 确定“典型”病例(临床症状)
- 确认流行
- 建立监测系统
- 确定防控措施并加以实施
 - 治疗
 - 预防措施
- 同当局和媒体保持公开对话

图表二

调查流行

识别疾病

临床诊断

+

实验室检查证实

图表三

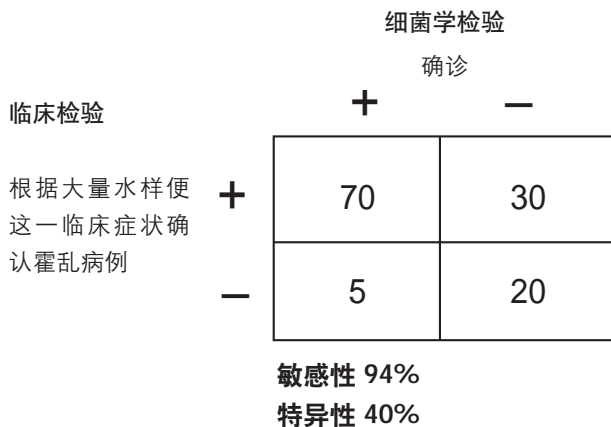
调查流行：

确定“典型”病例

1. 证实确实存在传染病病例，如脑膜炎、霍乱和麻疹。
传闻不应成为实施一整套紧急措施的依据，对脑膜炎和霍乱等疾病而言应当取得细菌学方面的确认。
2. 在适时记录的病例同流行的发端之间建立联系。可能会存在这样的情况：有很多零星病例，但不能确认流行。
3. 一旦这些病例被记录在案并确认了流行特征，其后的病例就将完全依据临床标准来诊断和治疗。

图表四

确定“典型”病例： 敏感性和特异性

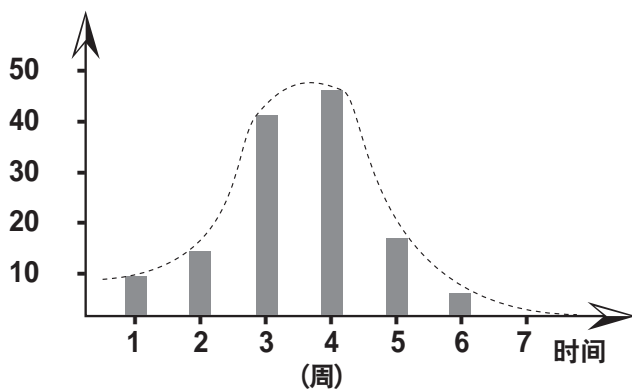


图表五

调查流行：确认

发病率：在某时间段内人群发病的比例

流行曲线
病例数



图表六

调查流行

监测系统

- 详细记录所有病例：年龄、性别、发病时间、发现地点等
- 对治疗和疾病转归加以监控
 - 病程
 - 死亡率
- 表述数据：
 - 表格
 - 线图
 - 地图
- 阐释数据
- 公布

控制霍乱的流行

1. 概述

本目标的目的是：

- 证实确实存在霍乱流行
 - 确认病例（粪便检查证实存在霍乱弧菌）
 - 确认流行
- 识别流行源（病例对照研究）
- 提出治疗方案
- 提出预防措施
 - 环境卫生
 - 健康教育
- 陈述不进行免疫接种和隔离免疫的理由
- 建立监测系统。

2. 类别

实践：规划控制霍乱流行的措施。

3. 教学目标

以甲-乙国模拟练习为例，规划霍乱防控措施。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

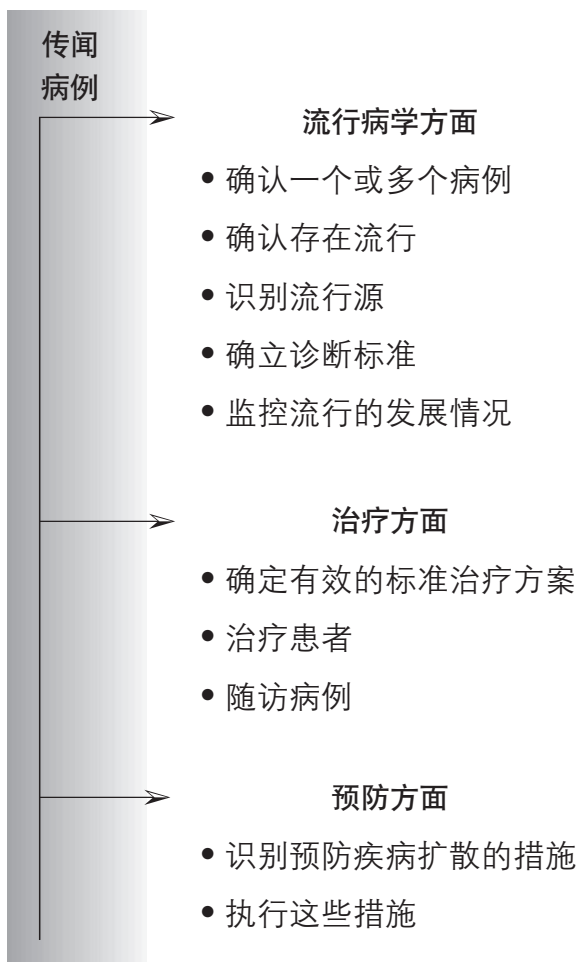
- 图表一：调查流行

与后面目标的联系

在流行病学单元我们有机会回顾卫生保健体系的若干方面。在迄今为止学习的所有单元中均已选取了监控指标。本目标是流行病学单元的结尾。

图表一

调查流行



8

单元

从应急到发展

目标一览表

- 界定发展的概念范畴
- 界定不同类型的脆弱性
- 判断社区内能够推动发展的几种主要能力
- 说明在干旱条件下，营养不良是多种因素相互作用造成的结果，与不同程度的脆弱性有关
- 明确专门针对紧急情况的措施和可供中期达到自给自足的措施
- 描述自然灾害后由紧急情况向发展状态的转变
- 明确武装冲突局势减弱时所进行的应急和发展行动

发展的概念

1. 概述

试图定义什么是发展可能太过专横。授课者应当准备一个关于发展的概念范畴，作为各种不同解释的基础。

授课者可以从这样一个观念开始：每个社会都随着时间和环境的变迁而演变。这一演变是政治、经济、社会和文化体系等社会成份之间持续相互作用的结果。经济成份往往被视为关键因素，因为没有经济增长就不可能有发展。然而，如果经济增长所产生的资源得不到公平分配，富人和最贫困人群之间的社会分化就会加剧。必须在极端自由主义和系统规划之间求得平衡。社会部门要想发展，必须依赖于经济。免费获得医疗和教育并不意味着这些服务没有成本。在经济成份中，用于再分配于社会部门的份额和再投资于经济成份的份额之间必须求得平衡。生态成份对于经济成份的发展有着巨大影响，在某些方面对于社会部门也是如此。政治部门可具有从独裁到最彻底无政府状态的各种形式。民主是这两个极端之间的妥协。

社会的发展程度是其自身体系间相互作用的结果，所有社会成员在这些体系中都有其恰当的位置。然而，还有一个因素也必须加入这些社会体系的相互作用中。各国的经济成份通过国际贸易联系在一起，正如传媒的激增已经影响到文化成份一样。在政治成份中也存在着民主化的趋势。因此，社会内部的发展不只是该社会自身体系间相互平衡的结果；它还取决于该社会同国际体系间的相互作用（全球化）。发展过程是一个持续演化的动态概念。因此，可以将发展定义为一个特定的机会，它尊重每个个体的权利，人们可以做出适合自己的经济、社会、文化和政治选择。尊重人权是发展的基础，这意味着对于一定人群，应当在集体权利和个人权利之间保持合理平衡。

根据定义，平衡是一个暂时的状态，而发展则可视为一个难以实现的计划，会被战争和自然灾害的侵扰所动摇、损害或摧毁。地震和洪水主要影响经济体系。而战争可悲的特征则在于，它侵袭几乎所有体系，损害和摧毁经济成份、社会结构、社会建构和政治体系。战争是发展的对立面。

同自然灾害一样，战争首先打击最为脆弱的人群和社会体系中最脆弱的成分。可以用一个简单定律来解释这一观念，即各种（战争或自然灾害的）侵袭都集中于脆弱点，对人群、体系以及这些体系之间的相互作用施加影响。

基于这一定律，可以界定对不同层面的可能的干预措施：

- 防范生态现象（干旱）；
- 预报地震和火山爆发；
- 降低脆弱性（将影响最小化）；
- 为灾难应对做准备；
- 恢复；
- 重建。

人道行动同发展之间的联系取决于在恢复和重建中所采取的战略。事实上，如果将发展（也就是让体系更适合抵御有害现象并同人们的要求更为合拍）的可能性建立在现有能力的基础上，那么它会更易为人们所接受并且会更加有效。

总之，授课者必须强调这一事实，即教学目标不是给“发展”下一个准确的定义，而是提出一个概念范畴，在其中每个人都能找到他（或她）自己的定义。本大纲为一简单定律奠定了基础，这个定律把各种形式的弱点及有害现象对社会的影响结合起来，并为一些不同层面的可能的干预措施提出建议。

本单元将以自然灾害为例，概括性研究其同发展之间的联系。但是，本单元所提出的知识技能，特别是对各种类型脆弱性及其隐含意义的定义，完全适用于武装冲突。

2. 类别

框架：界定发展的概念范畴。

3. 教学目标

“发展”一词对你而言意味着什么？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：发展：概念（1）
- 图表二：发展：概念（2）

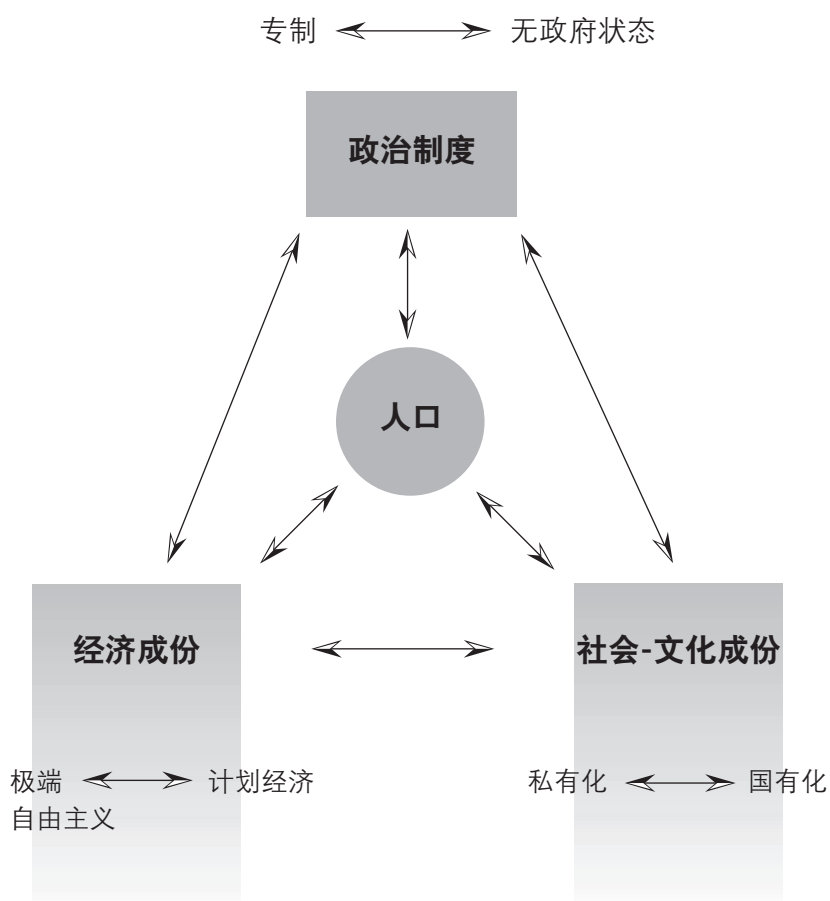
与下一目标的联系

利用这个概念范畴，学员将学会如何界定并识别遭受自然灾害攻击的不同类型的脆弱性。

图表一

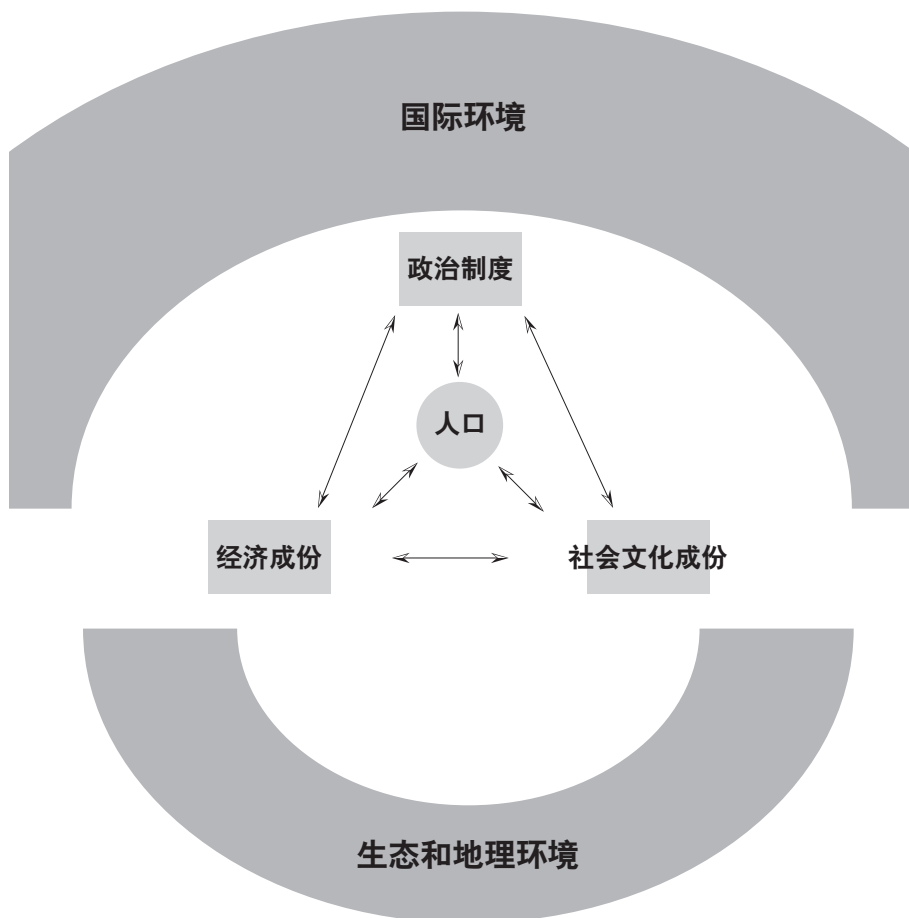
发展

(概念1)



图表二

发展 (概念2)



脆弱性

1. 概述

脆弱性是关于发展的总体概念范畴的一部分：

- 传统上把儿童和老人等人群视为弱势群体。另外，我们还应当把一些更为广泛的社会成份包括在内，这些成份是指在危机时期迅速变得一贫如洗的社会群体，危机中这些人的常用谋生手段被剥夺，却没有资金或食物储备来帮助他们应对。在这种危机下，将重织或摧毁社会建构。
 - 经济体系对于危机而言或多或少是脆弱的。以农业经济为基础的体系依赖于气候条件、生产类型和国际国内环境来保障农民谋生所需的资源。城市经济体系更为复杂，因此更容易受到诸如通讯线路断绝、经济体系瓦解等灾害性事故的影响。
 - 社会体系在危机中是脆弱的。不仅社会基础设施（医院、学校等）会遭到地震、洪水、火山爆发等灾难的破坏，而且由于缺乏财政手段或人力资源，社会部门的行动也会在在危机期间中断。
 - 政治体系本身有时也受到挑战——例如，在随干旱而来的饥荒之后。
 - 生态环境也是脆弱的；地表腐蚀和森林采伐往往是农业生产赤字的开始。
- 危机会打击人群和体系的所有脆弱点，最终引发灾难。

2. 类别

知识技能：界定不同种类的脆弱性。

3. 教学目标

使用之前确定的发展的概念范畴，解释不同种类的脆弱性，并举出例子。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

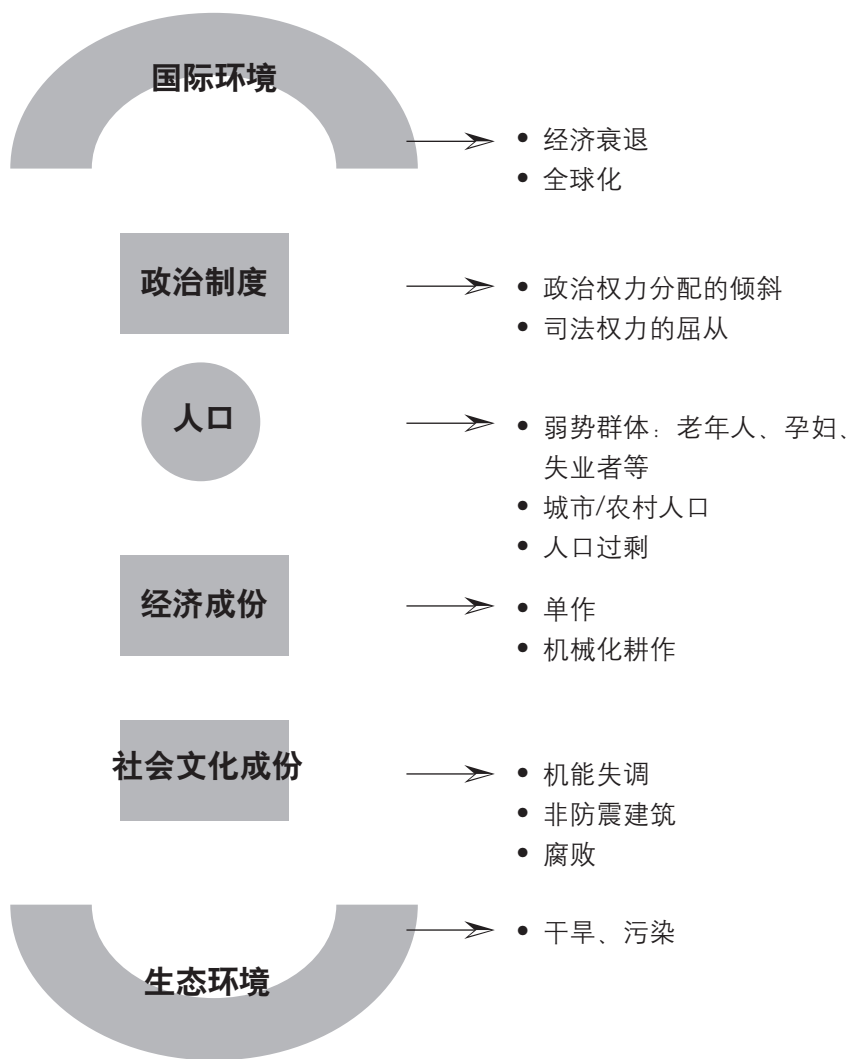
- 图表一：脆弱性的实例

与下一目标的联系

下一节将说明不同种类的脆弱性之间如何相互作用，导致需要人道干预的人类灾难。

图表一

脆弱性的实例



不同种类脆弱性之间的相互作用

1. 概述

上述对脆弱性的攻击存在一个逻辑顺序。授课者将以干旱为例来说明这样一系列灾难可能会如何发生：

- 生态灾难：缺雨，不蓄水（地表腐蚀、森林采伐）。
- 农业灾难：农业减产。
- 食物灾难：可获得的食物资源减少。
- 社会灾难：社会最弱势群体获得食物的途径受限，这些人群迁移到城市中心。
- 个人灾难：对个人身体的伤害，尤其是那些最脆弱者（儿童）成为营养不良的受害者。

这一途径将各种脆弱性联系在一起，并且充分说明了干预时仅处理灾难最终后果（这里是营养不良）而不考虑灾难背后原因的危险性。

应当在这里指出人道干预同发展行动之间的联系，特别是处理灾难后果与同步制定行动计划以降低脆弱性之间的联系。预防营养不良反复出现的工作包括对生态、经济和社会体系的干预。

人道灾难凸显了社会的脆弱之处，使得人们能够明确那些需要努力发展以防将来发生灾祸的领域。

2. 类别

知识技能：说明营养不良是一系列社会反应的后果，其中干旱在各个层面上对脆弱性产生影响。

3. 教学目标

以干旱为例，说明它能够导致营养灾难，描述在不同层面上影响脆弱性的各种类型攻击间的相互作用。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

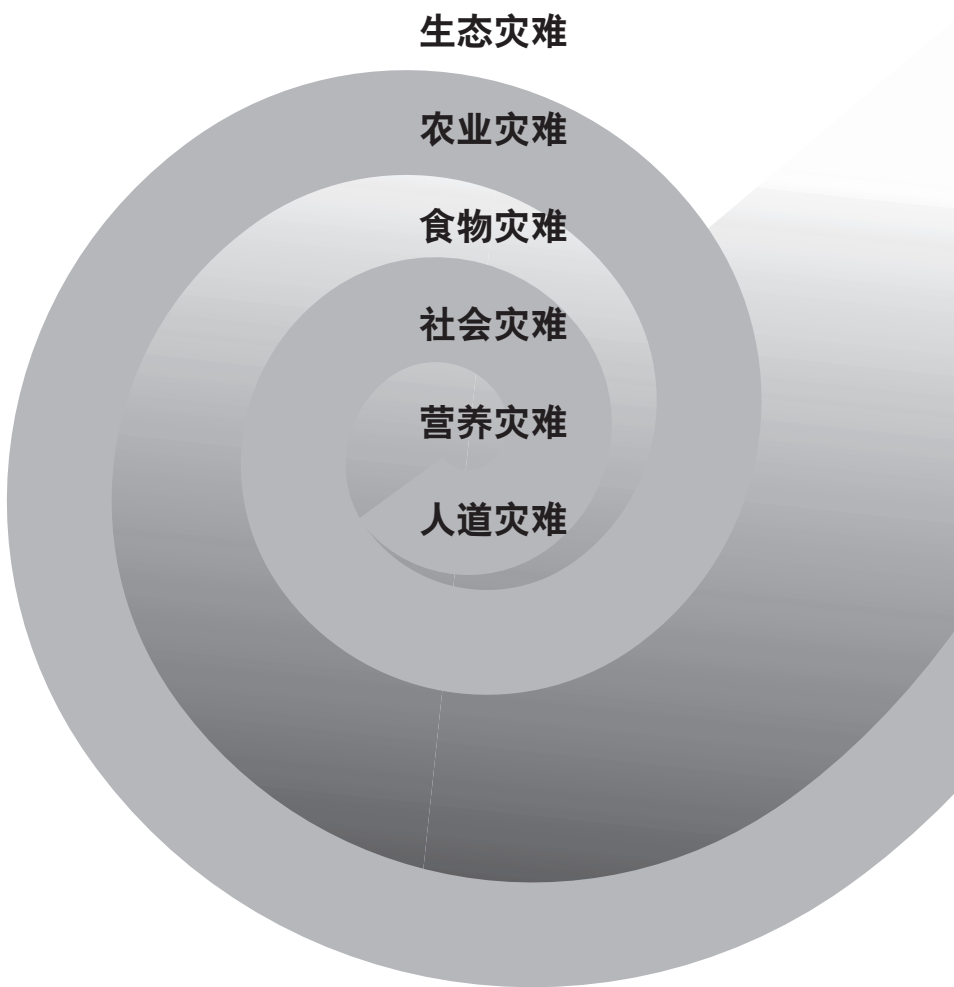
- 图表一：灾难的螺旋型上升模式：干旱

与下一目标的联系

危机期间暴露出的脆弱之处使我们得以查明体制的弱点。在试图消除这些弱点时，应当注重当地的能力。

图表一

灾难的螺旋型上升模式



能力的概念

1. 概述

降低脆弱性以防新的危机是向发展迈出的一步。这一步包括为实现不同体系及相关人群间的新平衡创造条件。发展行动必须集中于人的发展，并且必须由人们自己来计划和实施。为此目的，发展应当基于社区内现有的能力。这些能力包括：

- 社会层面——强有力的社会结构、高水平的专业训练（例如，在卫生领域）。
- 经济层面——有效率的经济基础设施（通讯、工业网络等）、农业多样化。
- 政治层面——政治体系结构井井有条，能够通过民主手段来确定并维护社会与经济政策。
- 生态层面——丰富的潜在自然资源。
- 文化层面——对文化环境的高度认同，转化为对发展模式的共同观点。

通过依赖当地的能力并保持长期存在，救援机构将得以从应急和恢复行动进一步转变，成为发展过程的一部分。

2. 类别

知识技能：判断社区内的主要几种能力，这些能力能够为启动发展过程提供基础。

3. 教学目标

基于发展的概念范畴判断几种主要能力。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

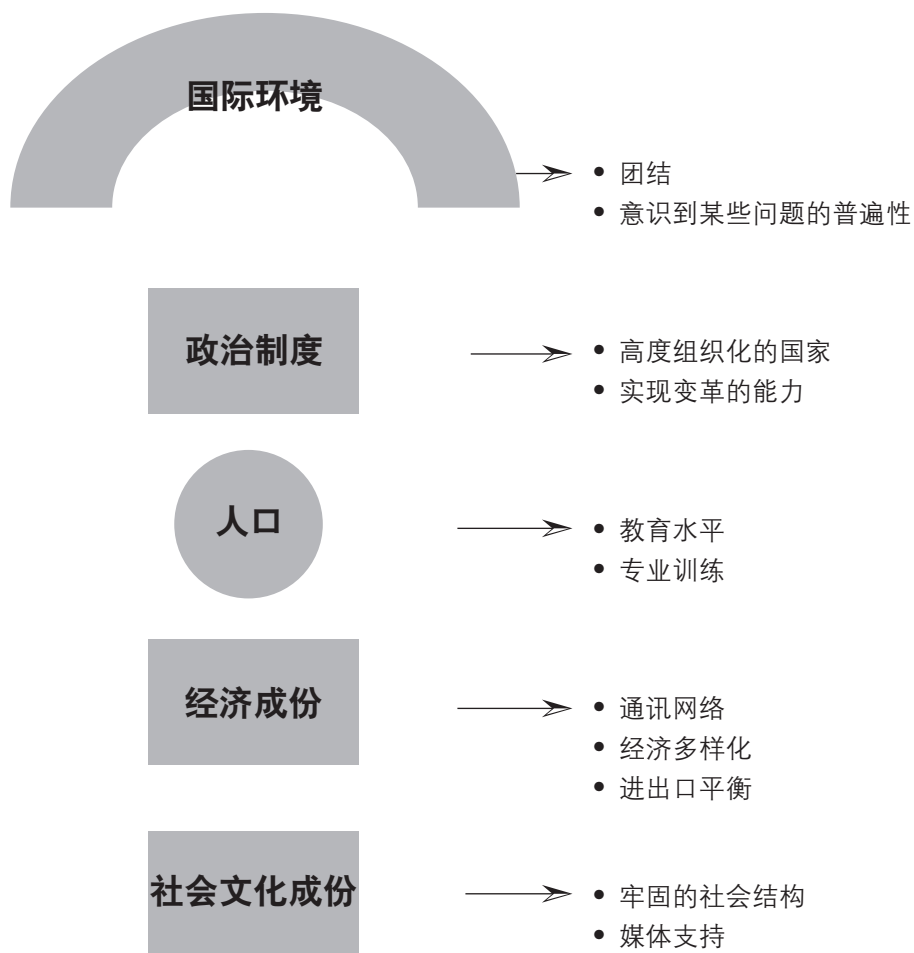
- 图表一：能力
- 图表二：通过建设当地能力打破脆弱性链条
- 图表三：能力的改进和强化：向发展前进

与下一目标的联系

通过建设当地能力减低脆弱性，是任何发展过程的基础。然而，在紧急情况下，救援机构往往满足于立竿见影却无长期效果的措施。

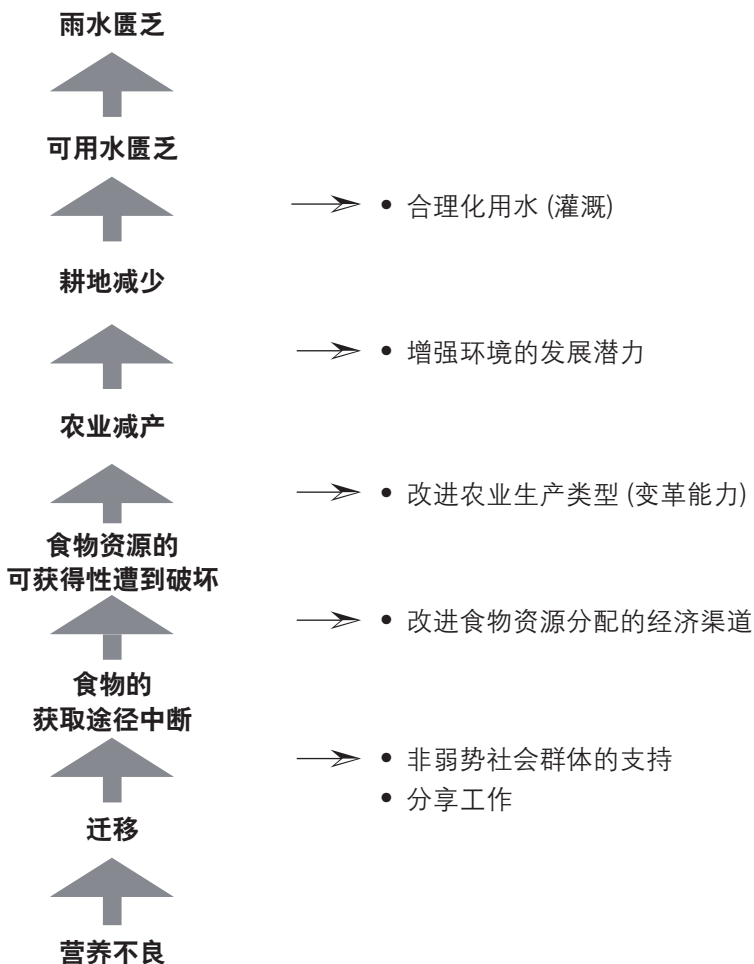
图表一

能力



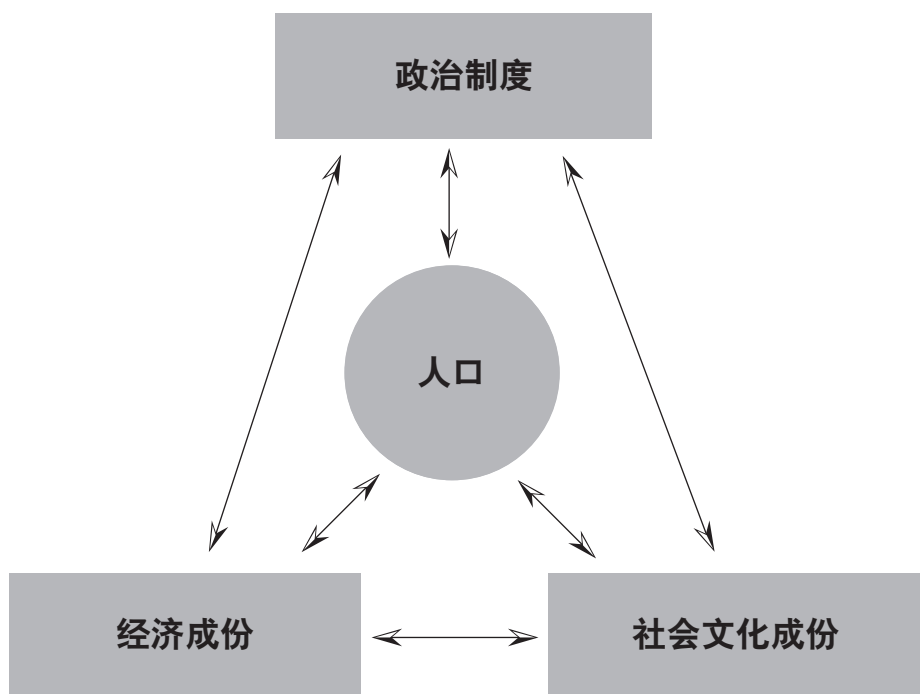
图表二

通过当地的能力建设 打破脆弱性链条



图表三

能力的改进和强化： 向发展前进



能力的增强创造出新的动力，带来新的平衡。

从紧急情况造成的人为卫生保健体系向自给自足的卫生保健体系转变

1. 概述

在危机期间容易形成一个完全人为的卫生保健体系。食物分配取代当地生产，食品补给中心接替家庭的职责，接纳生理虚弱者，按需开展的大规模免疫接种行动取代了扩大免疫计划，临时住所（帐篷）代替永久性住宅，广泛分发基本药品，免费提供医疗服务，从附近的地方机构中高价招募当地职员，来自国外的援助工作者提供医疗服务。

如果救援机构从一开始就考虑用一些可行的方案取代这些专门应对紧急情况的措施——例如，恢复农业行动、支持当地赔偿机制、开发创收行动、培训当地职员、建立自我管理型药房等——那么上述人为的卫生保健体系就更容易发展为能够自主运行的体系。在这里，我们假定人道机构已经对当地的能力做出判断，并愿意长期提供充分支持，以确保卫生保健系统能够向地方化管理转变。

2. 类别

知识技能：识别专门应对紧急情况的措施和那些能够使体系在中期而向自给自足转变的措施。

3. 教学目标

利用关于卫生保健体系的概念范畴，识别专门应对紧急情况的措施和能够使体系在中期而向自给自足转变的措施。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：卫生保健体系——发展

与下一目标的联系

这些知识技能将帮助学员策划两个从应急措施向发展行动转变的实例。

图表一

卫生保健体系

发展

食物和营养	供水	环境卫生	传染病的防控	内外科治疗	战争伤的处理	心理支持
农业生产	资源	人类排泄物的处理	初级预防(免疫)	初级医疗	急救	对个人和家庭的心理支持
经济流通	存储	垃圾处理	二级预防	二级医疗	二级治疗	
食物的可获得性	分配	能源	三级预防	三级医疗	疏散与运输	社区层面的心理支持
食物资源的可及性	水消耗	住处	传染病治疗			
食物消耗	用水	病媒的控制	传染病的防控	不同层级间的转移	三级外科治疗	制度层面的心理支持
食物的生物学利用	废液处理					
营养状况						

居民健康

使用上述图表，填入具体措施的例子：

- 应急措施
- 长期发展措施

在自然灾害后 从应急向发展转变

1. 概述

学员将把他们已经学到的知识技能应用于两种自然灾害：干旱和火山爆发。

2. 类别

实践：策划在火山爆发或干旱后从应急措施向发展行动的转变。

3. 教学目标

使用火山爆发或干旱的例子，策划从应急措施向发展行动的转变。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。每组可以选择两个仿真练习中的一个。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

与下一目标的联系

下一目标是研究在武装冲突局势下从应急向发展的转变。

应急—发展连续体与武装冲突局势

1. 概述

我们已经看到，从应急措施向发展行动的转变建立在利用当地能力的基础上，这种转变的目的是消除危机期间暴露出的脆弱领域。但不幸的是，在战争局势中，破坏的当地能力常常是军事战略的一部分。这些战略可能包括：

- 通过使用地雷破坏农业潜力；
- 破坏卫生保健措施；
- 人口迁移；
- 威胁医务人员，强迫其离开卫生保健机构。

因此，战争会破坏当地能力，使得“连续体”更加难以为继。人力资源逃离，设施遭到破坏，社会服务（特别是教育）停止运作，等等。

国际人道法旨在保护武装冲突中的受害者。通过限制作战手段，它还有助于保护那些更直接定针对恢复、重建和发展的能力。

在冲突期间对能力和脆弱点的判断，为制定干预策略提供了基础，此策略以三条已确立的主线为导向：

- 将职责移交主管当局；
- 扶持当地的能力；
- 取代当地的能力。

前两个导向将最终指引发展过程。

2. 类别

框架：紧随武装冲突而来的应急和发展行动。

3. 教学目标

在武装冲突中,有哪些制约因素会限制在解决紧急情况的同时促进发展的方法?

4. 教学方法

集体讨论。

5. 教学时间

总时间: 15分钟

与下一目标的联系

这一节提出了应急干预中的“连续性”概念。这是人道干预管理的最后一个方面。下一单元将把人道干预放在武装冲突的实际环境中讨论。

保护武装冲突受害者

目标一览表

- 界定国际人道法的概念
- 了解国际人道法的法律基础（日内瓦法）
- 界定国际人道法在卫生领域适用的语境
- 向学员介绍《日内瓦公约》所规定的、关于保护卫生保健系统和武装冲突受害者的国际人道法规则
- 向学员介绍两个《附加议定书》所规定的、关于保护卫生保健系统和武装冲突受害者的国际人道法规则
- 了解国际红十字与红新月运动的组成部分
- 了解红十字国际委员会得以接触武装冲突受害者的方法
- 界定红十字和红新月标志的象征意义
- 分析红十字国际委员会代表武装冲突中被拘留者所采取的方法
- 了解关于保护伤员的基本规则
- 了解关于保护难民和流离失所者的基本规则
- 熟悉人权法基本文件
- 了解国际人道法与人权法之间的本质区别
- 了解海牙法的一些基本规则

武装冲突与国际人道法

1. 概述

武装冲突并非不期而至。分析表明，在引发冲突的直接因素之外，还存在其他更深刻的原因，如领土要求、社会—经济不平等、经济利益、政治意识形态、民族主义萌芽、少数民族斗争、种族主义和武器扩散等。对这些更深刻原因的处理从本质上讲是政治问题，需要同时促进发展、强化人权。武装冲突的解决也是政治问题，需要采取外交、经济和军事措施。

授课者应当提及诉诸战争权，并对《联合国宪章》第七章及安理会的角色加以评论。

在努力实现冲突的政治解决并处理其原因的同时，还必须采取措施将武装冲突的后果最小化。希望限制战争的后果并不意味着承认战争作为原则，而是意识到尽管有维护和平的努力但战争仍现实存在，因而采取的一种务实方法。

国际人道法是旨在限制冲突暴力并保护冲突受害者的一套规则。它寻求解决战争期间出现的人道问题（战时法），其适用的有效性取决于直接接触受害者的可能性。为此目的，必须严守中立，否则冲突当事方将不会愿意允许人道组织接触受害者。相应地，人道组织不能在任何冲突中站队。对受害者保持中立是人道救济另一项必不可少的原则。最后，政治不结盟是界定任何人道行动的优先次序时一个至关重要的条件。

学员在理解下面这两点时常常存在困难：

- 人道行动应对的是冲突的后果；
- 国际人道法的目的是限制战争的后果。

学生倾向于认为国际人道法应当在解决冲突中发挥作用。当然，通过在冲突中保留人道的一席之地，人道行动可能有助于恢复和平，但其主要目的是保护武装冲突受害者。授课者在此应当说明，武装冲突法有两个分支：

- 战争法（海牙法）：包括限制作战手段的规则；
- 国际人道法（日内瓦法）：包括给予武装冲突受害者保护和限制作战手段的规则。

2. 类别

框架：界定国际人道法的概念。

3. 教学目标

界定国际人道法的概念。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

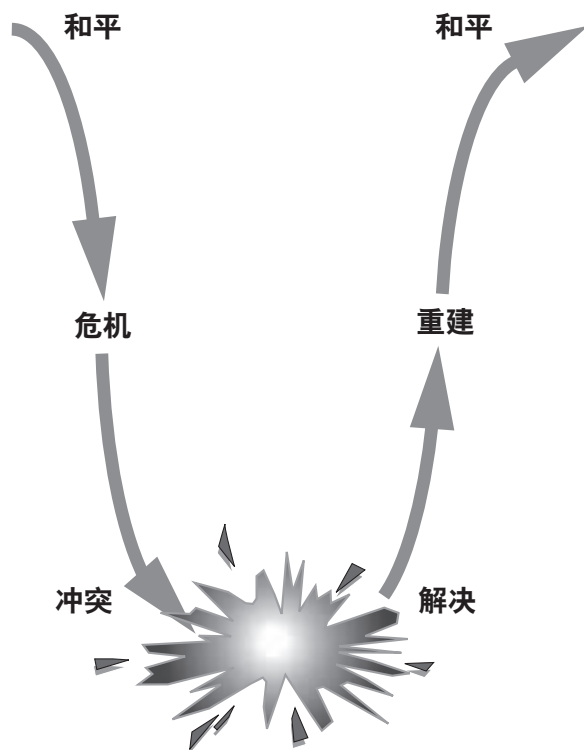
- 图表一：透视武装冲突的发展
- 图表二：联合国术语
- 图表三：《联合国宪章》：第七章
- 图表四：武装冲突的原因
- 图表五：武装冲突即将发生的征兆
- 图表六：至少发生过一次主要武装冲突之地点的地区分布
- 图表七：武装冲突的后果（1）
- 图表八：武装冲突的后果（2）
- 图表九：国际人道法的定义（1）
- 图表十：国际人道法的定义（2）
- 图表十一：国际人道法的两类行动

与以后目标的联系

下一目标将涉及日内瓦法。

图表一

透视武装冲突的发展



图表二

联合国术语

1. 缔造和平

主要通过《联合国宪章》第六章（争端之和平解决）中规定的外交手段，旨在促使敌对当事方实现和解的过程。

2. 维持和平

在取得交战方或争端当事方同意的情况下，通过部署联合国维和部队、军队、警察部队、观察员或联合国文职官员，确立联合国的中立存在。三个原则是必不可少的：当事方同意、中立以及除自卫外禁止使用武力。

3. 执行和平

安理会根据第七章之规定发起的，旨在终止威胁国际和平与安全、破坏和平或侵略行为的集体强制行动。军事和非军事强制手段包括：经济制裁（禁运）、封锁、武力示威、军事行动等。

4. 建设和平

为界定和创造在冲突之后巩固和平所需的必要条件并支持所需的必要结构而展开的一系列行动，目标是防止战火重燃，并消除导致冲突的任何结构性原因（经济和社会因素）。

图表三

《联合国宪章》：第七章

第39条

安全理事会应断定任何和平之威胁、和平之破坏、或侵略行为之是否存在，并应作成建议或抉择依第四十一条及第四十二条规定之办法，以维持或恢复国际和平及安全。

第40条

为防止情势之恶化，安全理事会在依第三十九条规定作成建议或决定办法以前，得促请关系当事国遵行安全理事会所认为必要或合宜之临时办法，此项临时办法并不妨碍关系当事国之权利、要求、或立场。安全理事会对于不遵行此项临时办法之情形，应予适当注意。

第41条

安全理事会得决定所应采武力以外之办法，以实施其决议，并得促请联合国会员国执行此项办法。此项办法得包括经济关系、铁路、海运、航空、邮、电、无线电、及其他交通工具、之局部或全部停止，以及外交关系之断绝。

第42条

安全理事会如认第四十一条所规定之办法为不足或已经证明为不足时，得采取必要之空海陆军行动，以维持或恢复国际和平及安全。此项行动得包括联合国会员国之空海陆军示威、封锁、及其他军事举动。

图表四

武装冲突的原因

直接原因

- 社会－经济不平等
- 领土主张
- 国家结构瓦解
- 种族冲突
- 部族冲突
- 政治敌对
- 侵犯人权
- 其他因素

长期原因

- 全球环境恶化
- 争夺原材料
- 争夺水权
- 以暴力为基础之文化的散播
- 武器贸易的扩张
- 其他因素

图表五

武装冲突即将发生的征兆

- 武器在该国扩散
- 国家宣布进入紧急状态
- 压制公民权利
- 集会自由
- 新闻自由
- 煽动暴力和仇恨的宣传(媒体的作用)
- 人口迁移
- 任意逮捕

图表六

至少发生过一次 重大武装冲突之地点的地区分布， 1989—1998年

(因战斗而死亡的人数至少为1000人)

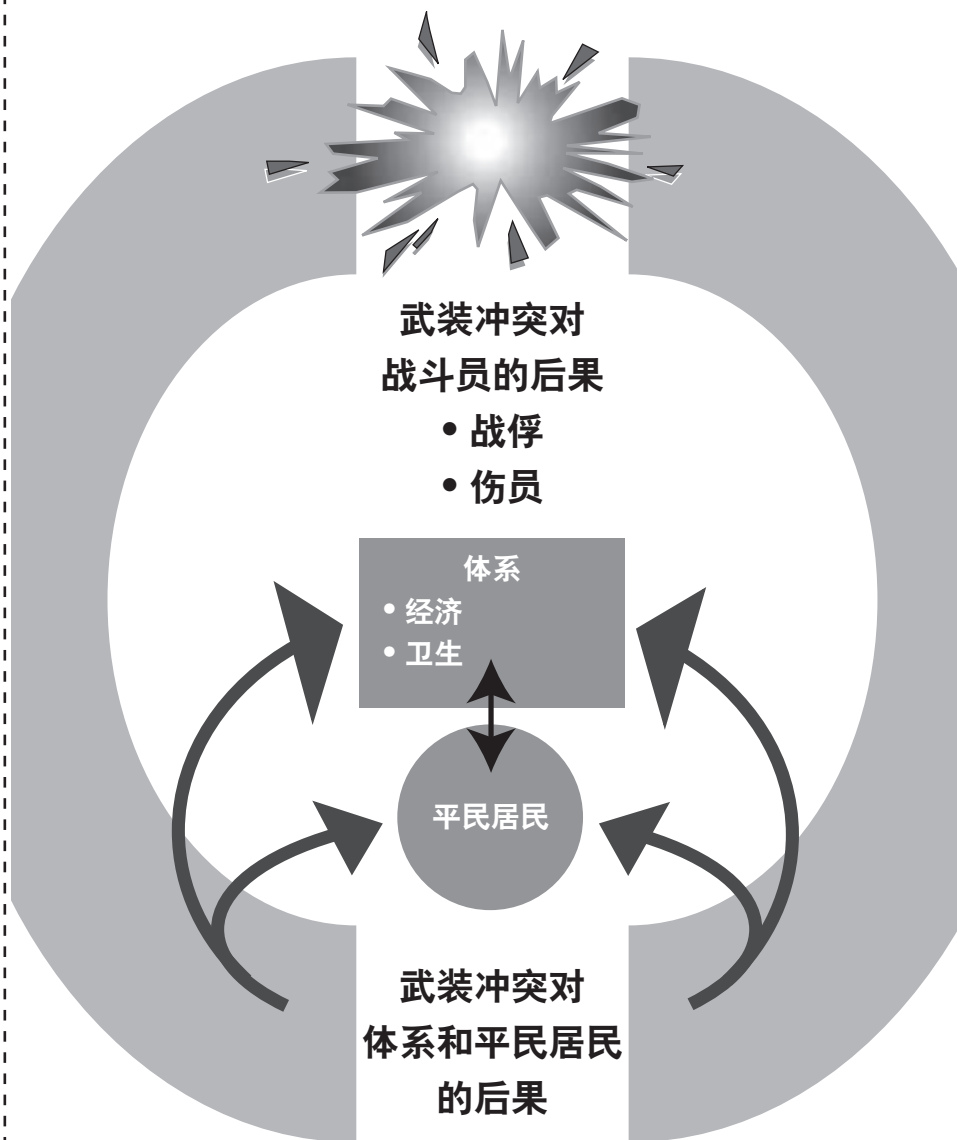
地区	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
非洲	9	10	10	7	7	6	6	5	8	11
亚洲	11	10	8	11	9	9	9	10	9	8
中、南美洲	5	5	4	3	3	3	3	3	2	2
欧洲	1	1	2	4	5	4	3	2	1	1
中东	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4
总计	31	31	29	29	28	27	25	24	24	26

资料来源：乌普萨拉冲突数据计划

图表七

武装冲突的后果

(1)



图表八

武装冲突的后果 (2)

对受害者的后果

- 人口流离失所
- 伤害
- 骚扰
- 饥荒
- 失踪
- 即决审判
- 监禁
- 家人离散
- 种族清洗
- 种族灭绝

对体系的后果

- 毁坏庄稼
- 毁坏医院
- 压制司法结构
- 社会结构恶化
- 毁坏房屋

图表九

国际人道法的定义 (1)

国际人道法，又称武装冲突法或战争法，它包括了在发生武装冲突时，设法对没有或不再参与敌对行动的人提供保护，并对所使用的作战方法和手段加以限制的一系列规则。

资料来源：红十字国际委员会《国际人道法问答》

图表十

国际人道法的定义 (2)

国际人道法有两个不同分支：

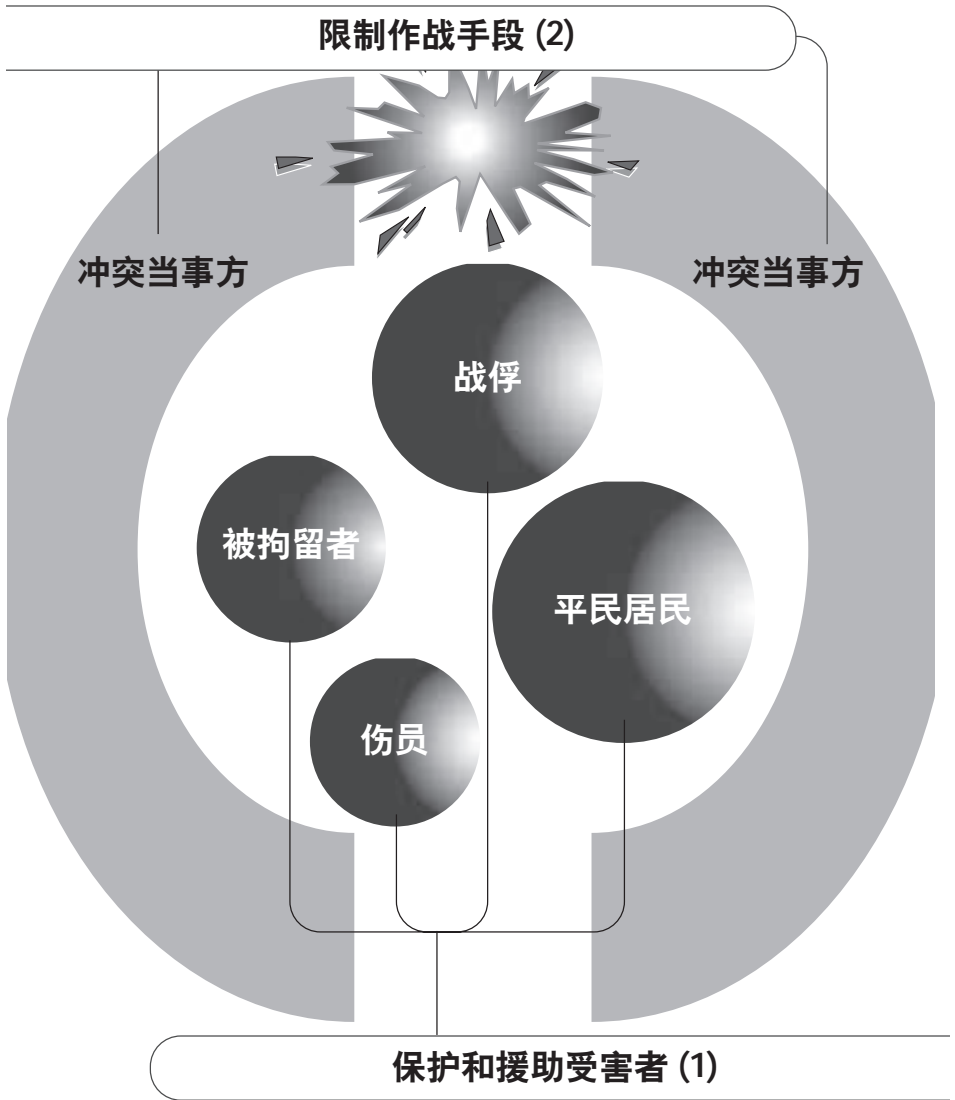
- 日内瓦法，或严格意义上的人道法，旨在对没有或不再参与战斗的军事人员，或未实际卷入敌对行动的人（特别是平民）提供保护；
- 海牙法，或战争法，确立了交战各方在开展军事行动过程中的权利和义务，并对伤害敌人的手段加以限制。

但是，国际人道法的这两个分支并不是完全分离的，因为海牙法的某些规则是为了保护冲突受害者，而日内瓦法某些规则的效果是限制交战方在敌对行动期间能够采取的行动。随着将国际人道法这两个分支加融合起来的1977年《附加议定书》的通过，现在这一区分仅具有历史和教学价值。

资料来源：红十字国际委员会《国际人道法问答》

图表十一

国际人道法的路径行动



日内瓦法

1. 概述

日内瓦法，或严格意义上的人道法，是由1949年四个《日内瓦公约》及其1977年的两个《附加议定书》组成，其任务是保护武装冲突受害者。

为了说明每个公约的具体特点，授课者可以使用一个时间表作为参考框架：

- 在索尔费里诺战役发生后，伤员无人照料，导致通过了最初的1864年《改善战地武装部队伤者境遇的日内瓦公约》
- 利萨战役及遇船难的战斗员的命运导致通过了1899年《改善海上武装部队伤者病者及遇船难者境遇的日内瓦第二公约》
- 第一次世界大战及产生的大量战俘导致通过了1929年《关于战俘待遇的日内瓦第三公约》
- 第二次世界大战造成了大量平民受害者，导致通过了1949年《关于战时保护平民的日内瓦第四公约》
- 更好地保护国际性武装冲突受害者尤其是平民居民的需要，导致通过了1977年《日内瓦公约第一附加议定书》
- 非国际性武装冲突的激增致使出现了大量受害者，导致通过了1977年《日内瓦公约第二附加议定书》。

授课者应当提及以下几点：

- 国际人道法是国际公法发展最完备的分支之一
- 国际人道法包括600个保护武装冲突受害者的条款，以及同样多的限制作战手段的规则
- 国际人道法对由四个《日内瓦公约》和《第一附加议定书》调整的国际性武装冲突与由日内瓦四公约之共同第3条和《第二附加议定书》调整的非国际性武装冲突加以区分。

2. 类别

知识技能：了解国际人道法的法律基础（日内瓦法）。

3. 教学目标

武装冲突受害者有哪些主要类别？

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：国际人道法：历史
- 图表二：《日内瓦公约》及其《附加议定书》：适用领域

与以后目标的联系

下一目标涉及国际人道法在卫生领域的适用。

图表一

国际人道法：历史

- | | | | |
|-------------|------------|-------------------------|------------|
| • 索尔费里诺战役 | 1859年 | • 第二次世界大战 | 1939-1945年 |
| • 《日内瓦第一公约》 | 1864年 | • 《日内瓦第四公约》 | 1949年 |
| • 利萨战役 | 1866年 | • 对四个《日内瓦公约》
的修订 | 1949年 |
| • 《日内瓦第二公约》 | 1899年 | • 《日内瓦公约》的两个
《附加议定书》 | 1977年 |
| • 第一次世界大战 | 1914-1918年 | | |
| • 《日内瓦第三公约》 | 1929年 | | |

事实在先，立法在后。

图表二

《日内瓦公约》及其《附加议定书》： 适用领域

国际性武装冲突

- 《日内瓦公约》
- 《第一附加议定书》

非国际性武装冲突

- 《日内瓦公约》共同第3条
- 《第二附加议定书》

国际人道法在 卫生领域的适用

1. 概述

本节的目的是界定国际人道法规则在卫生领域适用的框架。特别是，授课者应尽量将国际人道法单元同本课程的一般情形相结合；为此目的，可以使用前述“卫生保健系统”的大纲作为参考框架，我们将学习以下两方面的国际人道法规则：

- 对受害者的一般保护
- 对卫生保健系统的保护。

例如，对受害者的一般保护包括对他们的生命、身心健康、人类尊严、家庭完整、行动自由以及受到公平正规审判之权利的保护。它意味着保护人们免于失踪、任意逮捕、酷刑、不人道和有辱人格的待遇、骚扰、强制转移、家庭分离、强制征募儿童入伍等。

对卫生保健系统的保护在于保护对于生存、卫生保健服务（医院、公共卫生服务）和医疗人员所不可或缺的物体。

这两个方面是相互联系的。如果卫生保健系统得不到保护，那么受害者很快就会遭受痛苦——例如，被拘留者在不卫生的环境中逐渐衰弱。另一个例子是，人们因无法获得水和食物等必需品而被迫逃离家园。

2. 类别

框架：界定将国际人道法适用于卫生领域的情形。

3. 教学目标

让学员给保护武装冲突受害者，尤其是在卫生领域保护武装冲突受害者下一个定义。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：国际人道法在卫生领域的适用：保护的概念
- 图表二：在武装冲突中保护受害者和卫生保健系统

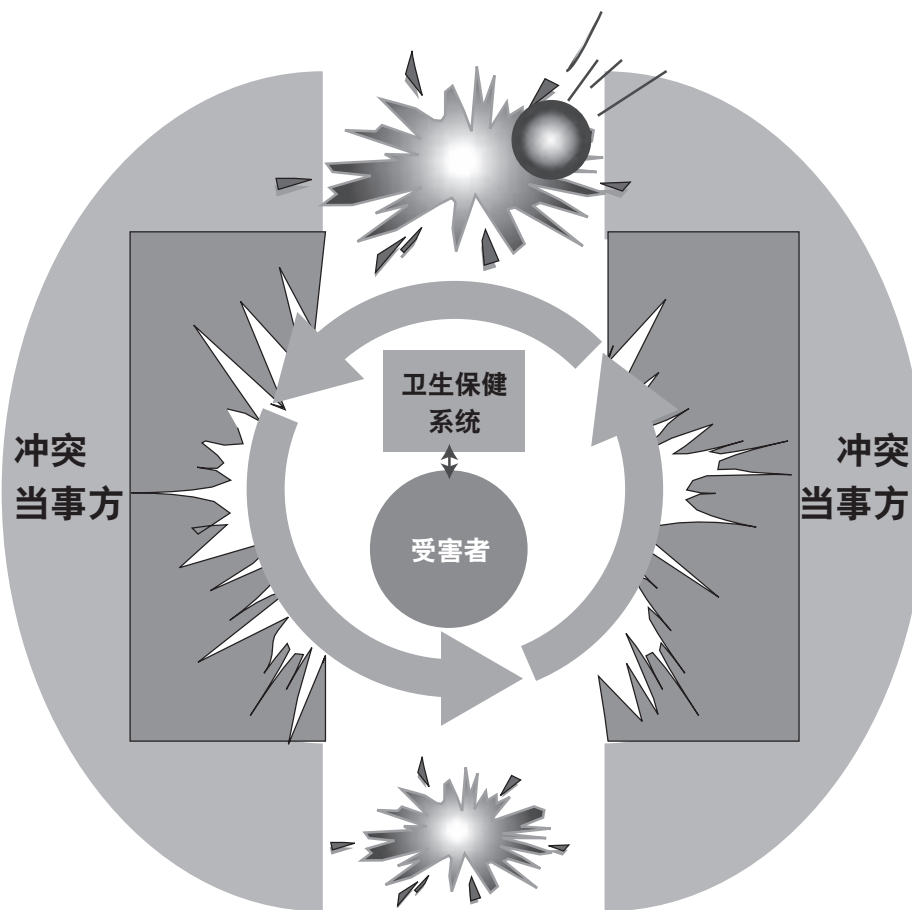
与以后目标的联系

下一目标将涉及基于《日内瓦公约》规则而对武装冲突受害者和卫生保健系统的一般保护。

图表一

国际人道法在卫生领域的适用

保护的概念



图表二

在武装冲突中保护受害者和 卫生保健系统

对卫生保健系统的保护：规则列举

《日内瓦第三公约》第 26 条	为战俘提供食物
《日内瓦第三公约》第 29-32 条	对战俘的卫生与医疗照顾
《日内瓦第四公约》第 23 条	平民居民所需食物、医疗物资和衣物的运送
《日内瓦第四公约》第 18 条	对医院的保护
《第一附加议定书》第 71 条	对救济行动参加人员的保护
《第一附加议定书》第 54 条	对平民居民生存所不可缺少之物体的保护
《第一附加议定书》第 55 条	对自然环境的保护
《第二附加议定书》第 11 条	对医疗队和医疗运输工具的保护
《第二附加议定书》第 10 条	对医疗职责的一般保护
《第二附加议定书》第 14 条	对平民居民生存所不可缺少之物体的保护
《第二附加议定书》第 15 条	对含有危险力量的工程和装置的保护

对受害者的保护：规则列举

日内瓦四公约之共同第 3 条

《第二附加议定书》第 13 条	对平民居民的保护
《第二附加议定书》第 7 条	对伤者、病者和遇船难者的保护
《第一附加议定书》第 51 条	对平民居民的保护
《第二附加议定书》第 4 条	基本保证
《第二附加议定书》第 5 条	被剥夺自由的人

武装冲突受害者及其卫生保健系统的基本规则： 《日内瓦公约》

1. 概述

首先，授课者将列举《日内瓦公约》保护武装冲突受害者的规则：

- 伤者

四个《日内瓦公约》之共同第3条

《第一公约》第7条：权利不得放弃

《第一公约》第13条：受保护人员的定义

《第一公约》第15条：搜寻伤亡人员及其撤离

- 遇船难者

四个《日内瓦公约》共同第3条

《第二公约》第7条：权利不得放弃

《第二公约》第13条：受保护人员的定义

《第二公约》第18条：在战斗后搜寻伤亡人员

- 战俘

四个《日内瓦公约》之共同第3条

《第三公约》第4条：战俘的定义

《第三公约》第7条：权利不得放弃

《第三公约》第12、13、14、15、16条：对战俘的一般保护

《第三公约》第18条：战俘的财产

《第三公约》第20条：撤离战俘的条件

- 平民居民

四个《日内瓦公约》之共同第 3 条

《第四公约》第 4 条：受保护人员的定义

《第四公约》第 8 条：权利不得放弃

然后，授课者将使用同样的方法指出《日内瓦公约》中关于保护卫生保健系统的基本规则。必须在广义上理解卫生保健系统，即在食物、卫生设施、公共卫生和医疗等方面。

- 伤者

《第一公约》第 19 条：对医疗队和医疗所的保护

《第一公约》第 24 条：对常任医疗人员的保护

- 遇船难者

《第二公约》第 22 条：对医院船的保护

《第二公约》第 23 条：对医疗所的保护

《第二公约》第 36 条：对医院船人员的保护

- 战俘

《第三公约》第 25 条：住宿条件的界定

《第三公约》第 26 条：食物条件的界定

《第三公约》第 29 条：卫生措施

《第三公约》第 30 条：医疗照顾

《第三公约》第 33 条：被留用的医疗和宗教人员的权利和特权

- 平民居民

《第四公约》第 18 条：对医院的保护

《第四公约》第 20 条：对医院人员的保护

《第四公约》第 55 条：为占领地居民提供物资

《第四公约》第 91 条：对被拘禁者的医疗照顾

还可以举出很多其他例子。必须记住，目标在于让学员在一定程度上意识到国际人道法的存在及其适用方法，而不是使其成为这一领域的专家。授课者应当强调共同第3条，该条总结了赋予武装冲突受害者的一般保护。

2. 类别

知识技能：了解涉及保护武装冲突受害者及其所依赖的卫生保健系统的国际人道法规则，特别是《日内瓦公约》中确定的规则。

3. 教学目标

我们将找出《日内瓦公约》所阐明的、保证对武装冲突受害者及其所依赖的卫生保健系统之保护的许多国际人道法规则。下一节的目标相同，但侧重于《日内瓦公约》两个《附加议定书》中所包含的国际人道法规则。

4. 教学方法

讲授。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：对受害者的保护
- 图表二：对战俘和伤员卫生保健系统的保护（《日内瓦公约》）
- 图表三：对平民卫生保健系统的保护（《日内瓦公约》）
- 图表四：共同第3条：微型公约

与以后目标的联系

下一目标将使用同一方法分析《日内瓦公约》的两个《附加议定书》。

图表一

《日内瓦公约》中保护 武装冲突受害者的基本规则

伤员

(规则例举)

- 第 3 条
- 《第一公约》第 7 条 权利不得放弃
- 《第一公约》第 13 条 受保护人员的定义
- 《第一公约》第 15 条 搜寻伤亡人员及其撤离

战俘

(规则例举)

- 第 3 条
- 《第二公约》第 7 条 权利不得放弃
- 《第三公约》第 13 条 受保护人员的定义
- 《第三公约》第 18 条 战俘撤离的条件

平民居民

- 第 3 条
- 《第四公约》第 4 条 受保护人员的定义
- 《第四公约》第 8 条 权利不得放弃

图表二

《日内瓦公约》中保护 卫生保健系统的基本规则

伤员的卫生保健系统

- 《第一公约》第 19 条 对医疗队和医疗所的保护
- 《第一公约》第 24 条 对固定医务人员的保护

战俘的卫生保健系统

- 《第三公约》第 25 条 住宿条件的界定
- 《第三公约》第 26 条 食物条件的界定
- 《第三公约》第 29 条 卫生措施
- 《第三公约》第 30 条 医疗照顾

图表三

《日内瓦公约》中保护 卫生保健系统的基本规则

平民居民的卫生保健系统

- 《第四公约》第 18 条 对医院的保护
- 《第四公约》第 20 条 对医院人员的保护
- 《第四公约》第 55 条 为占领地居民提供物资
- 《第四公约》第 91 条 对被拘禁者的医疗照顾

图表四

共同第3条：微型公约

在一缔约国之领土内发生非国际性的武装冲突之场合，冲突之各方最低限度应遵守下列规定：

1. 不实际参加战事之人员，包括放下武器之武装部队人员及因病、伤、拘留、或其它原因而失去战斗力之人员在内，在一切情况下应予以人道待遇，不得基于种族、肤色、宗教或信仰、性别、出身或财力或其它类似标准而有所歧视。

因此，对于上述人员，不论何时何地，不得有下列行为：

- a) 对生命与人身施以暴力，特别如各种谋杀、残伤肢体、虐待及酷刑；
 - b) 作为人质；
 - c) 损害个人尊严，特别如侮辱与降低身份的待遇；
 - d) 未经具有文明人类所认为必需之司法保障的正规组织之法庭之宣判，而遽行判罪及执行死刑。
2. 伤者、病者应予收集与照顾。

公正的人道团体，如红十字国际委员会，得向冲突之各方提供服务。

冲突之各方应进而努力，以特别协定之方式，使本公约之其他规定得全部或部分发生效力。

上述规定之适用不影响冲突各方之法律地位。

保护武装冲突受害者及其 卫生保健系统的基本规则： 1977年《第一附加议定书》和 《第二附加议定书》

1. 概述

这一主题将按照与前一主题相同的方法处理，让学员在两个《附加议定书》中寻找关于保护受害者及其卫生保健体系的规则。因为课程主要涉及平民居民，学习可以仅限于这一类受害者。希望学员能掌握上一节所找出的《日内瓦公约》的条款，并在此基础上，加上他们自己从《附加议定书》中所选出的其他条款——例如：

《第一附加议定书》：

第 50 条：平民和平民居民的定义

第 51 条：对平民居民的保护

第 54 条：对平民居民生存所不可缺少的物体的保护

第 55 条：对自然环境的保护

《第二附加议定书》：

第 4 条：基本保证

第 13 条：对平民居民的保护

第 14 条：对平民居民生存所不可缺少的物体的保护

第 17 条：对强迫平民迁移的禁止

第 18 条：受援助权

在这一目标的最后，学员应当有一份代表受害者和卫生保健系统的图表，体现出保证对受害者及卫生保健系统不同组成部分之保护的国际人道法主要条款。

2. 类别

知识技能：了解两个《附加议定书》中所包含的、保证对平民居民和卫生保健系统之保护的主要国际人道法规则。

3. 教学目标

使用卫生保健系统的大纲作为基础，找出两个《附加议定书》中保证对受害者及其卫生保健系统之保护的主要国际人道法规则。

4. 教学方法

给各小组分配任务。每个组将必须找出并在卫生保健系统图表的相应空格中写下它们认为能提供最佳保护的条款。

5. 教学时间

总时间：60 分钟

- 30 分钟分组讨论
- 30 分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：保护平民居民及其卫生保健系统的基本规则：《第一附加议定书》
- 图表二：保护平民居民及其卫生保健系统的基本规则：《第二附加议定书》

与以后目标的联系

有保护受害者及其卫生保健系统的规则。在实践中，有必要执行这些规则。其后目标将涵盖这些国际人道法规则的适用模式。

图表一

《第一附加议定书》中保护平民居民及其卫生保健系统的基本规则

- 第50条 平民和平民居民的定义
- 第51条 对平民居民的保护
- 第54条 对平民居民生存所必不可少的物体的保护
- 第55条 对自然环境的保护

图表二

《第二附加议定书》中保护平民居民及其卫生保健系统的基本规则

- 第4条 基本保证
- 第13条 对平民居民的保护
- 第14条 对平民居民生存所必不可少的物体的保护
- 第17条 禁止强迫平民迁移
- 第18条 受援助权

国际红十字与红新月运动

1. 概述

“红十字国际委员会、红十字会与红新月会国际联合会，与国家红十字会或红新月会联合组成国际红十字与红新月运动。这些组织原则上每四年与《日内瓦公约》各缔约国代表举行一届红十字与红新月国际大会。

“红十字国际委员会：红十字国际委员会是一个独立的人道组织，是运动的创始者。它在发生武装冲突或动乱时担任中立的调解者，它基于其自身的倡议权或《日内瓦公约》及其《附加议定书》，努力保护和援助国际或非国际性武装冲突受害者以及那些受内乱或紧张局势影响的人。

“各国红会：每个国家红会都在其本国担任公共当局在人道领域的助手。它的主要任务是在冲突时期为军队医疗服务提供支持。为此，它必须在和平时期做好准备。此外，每个国内红会都可以根据《基本原则》开展特别活动（采血、培训急救人员和护士、管理诊所或医院、以及向残疾人、青年人和老年人提供援助等）。

“联合会：红十字会与红新月会国际联合会支持各国红会为最易受伤害者开展人道活动。它通过协调灾难情况下的国际救济行动和鼓励发展援助活动，努力防止和减轻人们的痛苦。”

资料来源：《红十字国际委员会—问答篇》

授课者将强调红十字国际委员会在国际红十字与红新月运动中的角色，特别是其承认新国家红会的职责。还应提及《运动章程》，它明确了运动各组成部分的职责。授课者最后将简要概括《塞维利亚协议》，它界定了红十字国际委员会、联合会及各国红会各自的任务。

2. 类别

知识技能：熟悉国际红十字与红新月运动的各组成部分。

3. 教学目标

国际红十字与红新月运动的组成部分有哪些？

4. 教学方法

讲授。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

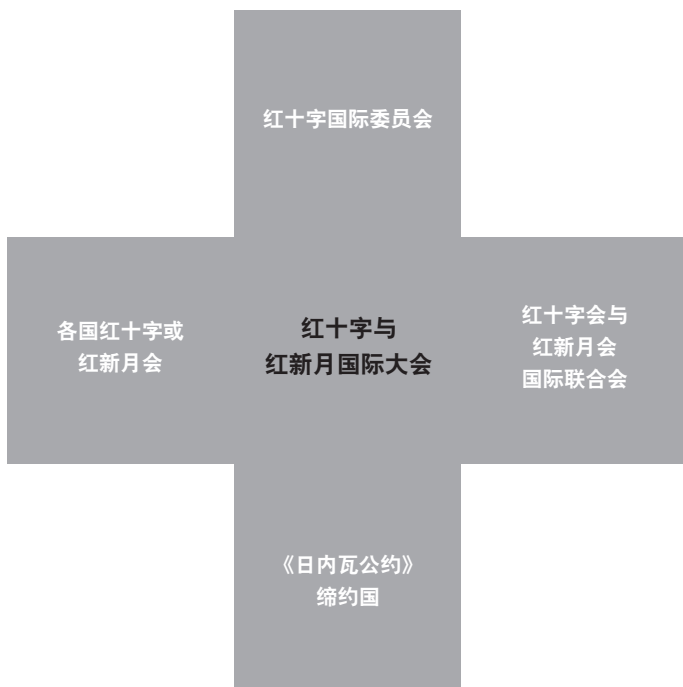
- 图表一：红十字与红新月国际大会
- 图表二：《国际红十字与红新月运动基本原则》

与以后目标的联系

这一目标将红十字国际委员会置于国际红十字与红新月运动内部，从而促进大家理解它在武装冲突局势中的保护行动。了解该行动即是下一个目标。

图表一

红十字与红新月国际大会



图表二

国际红十字与红新月运动基本原则

- 人道
- 公正
- 中立
- 独立
- 志愿服务
- 统一
- 普遍

红十字国际委员会与接触武装冲突受害者

1. 概述

学员已经看到，国际人道法保证对武装冲突受害者的一般保护。更具体地说，他们已经学习了适用于卫生领域的规则。

缔约国承诺尊重和确保尊重《日内瓦公约》（共同第1条）。实践中，有必要确认这些规则确实为冲突当事方所尊重。因此，直接接触受害者是必不可少的。为能够接触到受害者，红十字国际委员会把同冲突当事方的谈判放在首要地位，目的在于说服它们给予红十字国际委员会代表无阻碍接触受害者的权利，以便评估其处境，并在必要时代表其采取适当措施。红十字国际委员会的这一活动是基于《日内瓦公约》及其《第一议定书》（第81条第1款）所赋予的倡议权。在非国际性武装冲突局势中，红十字国际委员会可以根据《日内瓦公约》之共同第3条提供服务。

《日内瓦公约》及其《附加议定书》构成了红十字国际委员会行动的公约基础。在尚未达到武装冲突强度的暴力局势中，红十字国际委员会的行动是基于赋予其人道倡议权的《运动章程》。这是其行动的法律基础。

谈判是红十字国际委员会所选择的战略。如果当事方在冲突爆发前已经了解国际人道法及其适用模式，那么谈判将更容易进行。授课者在此应当提及在和平时期、在冲突发生前传播国际人道法的重要性。这种教育活动不仅在武装部队中开展，还在中小学里开展。在年轻人中传播国际人道法可以被视为一项发展活动，目的不仅在于防止冲突中的潜在暴力，还在于一般性地减少暴力。

如果冲突当事方已经熟悉人道机构所采取的策略，那么谈判将更有可能取得成功。关于这些机构在冲突局势中工作方法的透明度至关重要。例如，冲突当事方知道红十字国际委员会对于其在此类局势中的见闻一向持谨慎态度，这使得红十字国际委员会更有机会接触到受害者。然而，不应将这一政策视为是对冲突当事方违反国际人道法行为的认同。在严重违法的情况下，红十字国际委员会保留诉诸国际舆论的权利。

人道机构所使用的策略将在关于协调的章节中讨论；本节的目的主要是表明国际人道法作为红十字国际委员会行动基础的重要性。

2. 类别

知识技能：了解红十字国际委员会和接触武装冲突受害者的问题。

3. 教学目标

获得接触武装冲突受害者权利的可能战略有哪些？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：接触武装冲突受害者权

与以后目标的联系

在就接触问题进行谈判后，下一目标将讨论红十字标志，特别是其保护作用。

图表一

接触武装冲突受害者

- 公约基础
- 谈判
- 法律基础
- 传播

红十字、红新月与红水晶标志

1. 概述

红十字标志在1863年国际大会上被采纳为伤兵救护协会的特殊标志。1876年，奥斯曼帝国决定使用红新月代替红十字。2005年《第三附加议定书》确立了一个新增标志——红水晶，作为一个与红十字和红新月并列的特殊标志。

关于标志的用途，需要注意两个概念：

- 保护性用途。这是标志的本质意义所在。在冲突时期，标志是《日内瓦公约》所赋予之保护的可见形式。它向战斗员表明，下面这些受到《日内瓦公约》及其《附加议定书》的保护：
 - 人员（各国红会志愿者、医疗人员、红十字国际委员会代表等）
 - 医疗单位（医院、急救站等）
 - 运输工具

为维持这一保护功能，必须确保标志不被用于不当目的（侵犯），更不必说用于背信弃义的目的，例如保护运送军需品或战斗员的车辆。这些滥用行为被视为战争罪。

当用于保护目的时，标志通常使用大尺寸。

- 识别性用途。在和平时期，标志表明佩戴标志的人员或载有标志的物体同国际红十字与红新月运动有联系。当用于此种目的时，标志使用小尺寸。

2. 类别

知识技能：了解红十字标志的两项基本作用。

3. 教学目标

红十字标志对你而言代表什么？

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：15分钟

6. 小结

- 图表一：标志的用途
- 图表二：武装冲突时期的用途
- 图表三：标志的滥用

与以后目标的联系

其后目标将涵盖与保护特定类别受害者有关的某些基本点。

图表一

标志的用途

标志的保护性用途

《日内瓦公约》所赋予的保护

标志的识别性用途

在战争时期与和平时期，表明人员或物体同国际红十字与红新月运动有联系。

图表二

武装冲突时期的用途

在武装冲突时期，只有下列机构可以使用保护性标志：

- 武装部队的医疗服务机构
- 民用医院和其他医疗单位
- 各国红十字会与红新月会（在一定条件下）
- 其他志愿救济协会（在一定条件下）

红十字国际委员会任何时候均有权将标志用于保护性和识别性目的。

图表三

标志的滥用

- 模仿
 - 侵占
 - 背信弃义
-
- 在战争时期滥用作为保护手段的标志，会破坏国际人道法所确立的整个保护体系。
 - 滥用作为识别手段的标志，会有损其在公众眼中的重要性，从而削弱其在战时的保护力量。

资料来源：红十字国际委员会《国际人道法问答》

在武装冲突中保护被拘留者： 红十字国际委员会的方法

1. 概述

被拘留者面临遭受虐待或酷刑、失踪或得不到所需食物的风险更大。对他们的保护取决于红十字国际委员会能够接触到他们并为其登记。这种登记不能被视为一种管理措施，而是一种保护手段。一旦被拘留者被登记，红十字国际委员会在其后的探视中就可以请求会见记录在案的个体，从而降低其失踪的风险。这是假定红十字国际委员会已经同当局谈判，获准多次探视、探视所有被拘留者并访问所有拘留场所。红十字国际委员会还通过谈判，要求在无目击者的情况下单独会见被拘留者，以便被拘留者能够对红十字国际委员会代表畅所欲言，无论是虐待及酷刑的指控、卫生顾虑还是家庭纠纷。

红十字国际委员会为其探视设定了四个必要条件。必须允许其代表：

- 探视所有被拘留者
- 探视监禁被拘留者的所有场所
- 重复探视被拘留者
- 在无目击者的情况下会见被拘留者

对被拘留者提供的援助是基于此前已经界定的一般原则：

- 评估卫生问题，以及监狱系统应对这些问题的能力；
- 界定行动战略——鼓励当局承担责任、建议、支持卫生保健系统、取代卫生保健系统。

红十字国际委员会的使命是保护和帮助因为政治原因而被拘留的人。为此目的，红十字国际委员会始终设法通过与当局谈判探视条件，得以直接接触这些人。为增加在这些谈判中成功的机会，红十字国际委员会不去探究这些人被拘留的原因；但这并不意味着红十字国际委员会赞成因政治原因实施拘留的原则。

在探视政治犯期间，红十字国际委员会也接触刑事犯。当这些罪犯的处境特别不安全时，红十字国际委员会可以考虑其问题，并提出一种涵盖“所有被拘留者”的方法。应当强调这一方法的局限，因为红十字国际委员会不可能对整个国家的监狱机构负责。

授课者将举出几个实例。

2. 类别

知识技能：熟悉红十字国际委员会在武装冲突中援助被拘留者的方法。

3. 教学目标

为确保在武装冲突中保护被拘留者，红十字国际委员会应遵循何种规则？

4. 教学方法

讲座。

5. 教学时间

总时间：10分钟

6. 小结

- 图表一：红十字国际委员会保护政治犯的策略

与以后目标的联系

保护武装冲突受害者的第二个例子将是对伤员的保护。

图表一

红十字国际委员会 保护政治犯的战略

- 政治犯

- 探视条件
 - 探视所有被拘留者
 - 探视所有拘留场所
 - 重复探视被拘留者
 - 无目击者的会见

- 干预战略
 - 将责任移交当局
 - 支持卫生保健系统
 - 取代卫生保健系统

- “所有被拘留者”方法
 - 人道必要性
 - 局限

保护战争伤员

1. 概述

关于救援战争伤员的严格意义上的外科方面已经在内外科治疗单元中有所讨论。对伤员的保护是一个涉及整个卫生保健链条的概念。我们已经涉及到急救对于战伤存活率的重要性。因此，必须尽快到达受伤人员身边。实践中，卫生保健人员必须从当局获得保证，允许其将服务延伸至伤员。在将伤员撤往卫生保健中心的过程中，必须确保对受伤人员的保护。因此，红十字国际委员会对于这种撤离有如下规则：

- 促进对于伤员的尊重，尤其是那些落入敌手的伤员（传播国际人道法）
- 对后送伤员至卫生保健中心提供保护——于尊重伤员运送规则相关的原则：
 - 救护车和车辆标有红十字标志
 - 救护车中不允许有武器（伤员及其随行士兵必须放弃武器）。
- 保护卫生保健场所
- 保护卫生保健中心中的伤员，尤其是当来自不同民族或政治群体的伤员在同一场所住院治疗时。

必须保证给予所有伤员基于需要而非种族、宗教或政治见解的入院治疗权利。在住院期间必须确保给予其保护，特别是当救治场所是由伤员敌对方负责。

2. 类别

知识技能：了解保护伤员的基本规则。

3. 教学目标

在武装冲突期间负责照顾伤员：你会采取何种措施确保对他们的保护？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：保护战争伤员

与以后目标的联系

下一类需要保护的武装冲突受害者是难民。

图表一

保护战争伤员

- 传播国际人道法
- 运送伤员的规则
- 保护卫生保健场所
- 保护卫生保健场所中的伤员

国际人道法与人口流离失所

1. 概述

• 防止流离失所

人口流离失所通常与死亡率——尤其是儿童死亡率——的大幅攀升和巨大的身心痛苦相伴。国际人道法规则保证尊重那些没有参加冲突的人，而遵守这些规则是防止此种流离失所最有效的手段。只有确保对个人的保护，才有可能让他们留在惯常居住区域。因此，在制定军事战略时，应考虑与冲突各方进行谈判的重要意义，从而实现对平民居民的尊重。

• 难民

必须对几类难民加以区分：

- 1951年《难民公约》和1967年《议定书》所界定的难民，即畏惧因其种族、政治见解或宗教而遭人身迫害的难民。这些难民主要由难民事务高级专员负责。必须强调“不推回”原则。（禁止将难民驱逐至其可能遭受危险的领土）。
- 因武装冲突或国内暴力局势而生活在其本国之外的人——也就是说，因为局势而非身为迫害对象而逃离的人。在这些局势中，红十字国际委员会和难民事务高级专员分担职责。当东道国同难民的国籍国交战，以及当难民面临严重安全风险时，红十字国际委员会有着直接职责。
- 个案——例如，在国际性武装冲突期间，一国国民在逃离战斗时进入敌国领土。同1951年《联合国关于难民地位的公约》或1969年《非洲统一组织公约》不同，国际人道法对于难民的保护并不基于法律定义。但是，它含有适用于难民的一般规则——例如，关于作战方式的规则，以及四个《日内瓦公约》中关于来自敌国之难民的条款。《日内瓦第四公约》（第45条第4段）也承认“不推回”原则。

• 流离失所者

作为武装冲突或国内暴力的受害者而在其本国内流离失所的人是红十字国际委员会工作的重点。国际人道法适用于所有这些局势。

对流离失所者的保护受《日内瓦公约》及其《附加议定书》所规定的大量规则调整。授课者应当举出一些可适用规则的例子：共同第3条、关于保护对平民居民生存所不可缺少之物体的《第二附加议定书》第14条、关于禁止强迫平民迁移的《第二附加议定书》第17条。这些规则的目的不仅在于当人们流离失所时保护他们，更在于通过保证他们在原居住地受到保护而防止流离失所。

2. 类别

知识技能：了解关于保护难民和流离失所者的基本规则。

3. 教学目标

国际人道法关于确保对流离失所者和难民之保护的规则有哪些？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：保护难民和流离失所者
- 图表二：关于难民的国际法

与以后目标的联系

下面的目标将重点讨论对人们提供保护的其他法律文件。

图表一

保护难民和流离失所者

- 防止流离失所
- 难民
 - 1951年《联合国公约》
 - 国际人道法规则
- 流离失所者
 - 国际人道法规则
 - 例子:
 - 共同第3条
 - 《第二附加议定书》第 14 条
 - 《第二附加议定书》第 17 条
 - 国际人道法在防止流离失所方面的作用

图表二

关于难民的国际法

- 1951年《联合国关于难民地位的公约》
- 1967年《关于难民地位的议定书》
- 《非洲统一组织公约》
- 1984年《关于难民的卡塔赫纳宣言》
- 联合国大会通过的决议

人权法

1. 概述

简要概述与人权法有关的文件就足够了。授课者可以提及：

一般性公约：

- 《世界人权宣言》（1789 年）
- 《联合国宪章》（1949 年）
- 《公民权利和政治权利国际公约》（1966 年）
- 《经济、社会和文化权利国际公约》（1966 年）
- 《德黑兰宣言》（1968 年）

关于特定人群的公约：

- 《联合国关于难民地位的公约》（1951 年）
- 《儿童权利宣言》（1959 年）

关于特定主题的公约：

- 《世界消灭饥饿和营养不良宣言》（1974 年）
- 《保护人人不受酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格待遇或处罚宣言》（1975 年）
- 《关于医务人员、特别是医生在保护被监禁和拘留的人不受酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚方面的任务的医疗道德原则》（1982 年）
- 《司法机构独立基本原则》（1985 年）

地区机构制定的公约：

- 《人的权利和义务美洲宣言》（1948 年）
- 《欧洲人权公约》（1950 年）
- 《非洲人权和民族权宪章》（1981 年）

2. 类别

知识技能：了解人权法基本公约。

3. 教学目标

能说出人权法主要公约的名称。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30 分钟

- 15 分钟分组讨论
- 15 分钟集体总结

6. 总结

- 图表一：关于人权法的公约

与以后目标的联系

目前已经学习了国际人道法和人权法的基本规则。下一目标是分析二者间的差异。

图表一

关于人权法的公约

- 一般性公约
- 关于特定人群的公约
- 关于特定主题的公约
- 地区机构制定的公约

国际人道法与人权法

1. 概述

国际人道法与人权法有着相同的目的，即保证人人享受应有的无歧视的尊重。它们的差异在于：

- 国际人道法仅适用于武装冲突局势，而人权法适用于各种情形。
- 国际人道法保护武装冲突受害者的基本权利，而人权法则保护一整套权利，其范围从基本权利（核心人权）到更具一般性的权利，例如发展权。这样，人权法对基本权利所给予的保护就会失去效力。
- 国际人道法规则非常详细，并且非常严格地规定了冲突各方的职责。人权法没有这种精确性。
- 除了那些被包括在人权“核心”中的权利，克减在人权法中是可能的。它们在国际人道法中则不可能。而且，受害者不得放弃其权利——旨在防止受害者在胁迫下放弃其权利的规定。

授课者必须强调集中于在武装冲突局势中根据具体规则保护基本权利的国际人道法的力量。

2. 类别

知识技能：了解国际人道法和人权法的本质差异。

3. 教学目标

国际人道法和人权法的本质差异何在？

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：国际人道法与人权法
- 图表二：保护个人的其他法律手段

与以后目标的联系

国际人道法在保护武装冲突受害者方面的作用包括确立关于作战方式的规则。

图表一

国际人道法与人权法

- 国际人道法与人权法：适用领域
- 国际人道法与人权法：受保护的权利
- 国际人道法的精确性
- 人权法的克减

图表二

保护个人的其他法律文件

- 国内权利
- 地区公约和宪章
- 习惯法
- 国际红十字与红新月运动法定规则

海牙法

1. 概述

海牙法包含限制作战手段的规定。例如：

- 1868年《禁止在战争中使用某些爆炸性弹丸的圣彼得堡宣言》
- 1925年6月17日《战争中禁用窒息性气体、毒气体或其它气体及细菌作战方法的日内瓦议定书》
- 1976年12月10日《禁止为军事或任何其它敌对目的使用改变环境的技术的公约》
- 1980年《禁止或限制使用某些可被认为具有过分伤害力或滥杀滥伤作用的常规武器公约》

目标不在于给学员列举所有的海牙法规则，而在于让他们知到并非所有的作战手段都是被允许的。

2. 类别

知识技能：了解海牙法的一些基本规则。

3. 教学目标

你希望运用哪些规则去限制作战的后果？

4. 教学方法

在集体讨论时给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：20分钟

6. 小结

- 图表一：海牙法规则例举
- 图表二：国际人道法时间表
- 图表三：国际人道法的发展

与以后目标的联系

所有这些法律要素都有助于界定卫生保健人员具体职责的内容。这一点将在最后的总结中、在名为“卫生保健专业人员在救援和保护武装冲突受害者方面的作用和职责”的目标中提及。

图表一

海牙法规则例举

- 《圣彼得堡宣言》
- 1925年6月17日《日内瓦议定书》
- 1976年《禁止改变环境技术公约》
- 1980年《禁止或限制使用某些常规武器公约》

图表二

国际人道法时间表

- 1864 《改善战地武装部队伤者境遇的日内瓦公约》
- 1868 《禁止在战争中使用某些爆炸性弹丸的圣彼得堡宣言》
- 1899 《海牙陆战法规和惯例公约》及《关于 1864 年日内瓦公约的原则适用于海战的公约》
- 1906 对 1864 年《日内瓦公约》的修订和扩展
- 1907 对 1899 年《海牙公约》的修订及新公约的制定
- 1925 《战争中禁用窒息性气体、毒气体或其它气体及细菌作战方法的日内瓦议定书》
- 1929 两个《日内瓦公约》
- 对 1906 年《日内瓦公约》的修订和扩展
 - 《关于战俘待遇的日内瓦公约》(新)
- 1949 四个《日内瓦公约》
- I 《改善战地武装部队伤者病者境遇的第一公约》
 - II 《改善海上武装部队伤者病者及遇船难者境遇的第二公约》
 - III 《关于战俘待遇的第三公约》
 - IV 《关于战时保护平民的第四公约》(新)
- 1954 《关于发生武装冲突时保护文化财产的公约》
- 1972 《禁止细菌(生物)及毒素武器的发展、生产及储积以及销毁这类武器的公约》
- 1977 1949 年四个《日内瓦公约》的两个《附加议定书》，强化对国际(《第一附加议定书》)和非国际(《第二附加议定书》)武装冲突受害者的保护
- 1980 《禁止或限制使用某些可被认为具有过分伤害力或滥杀滥伤作用的常规武器公约》。该公约包括：
- 《关于无法检测的碎片的议定书一》
 - 《禁止或限制使用地雷(水雷)、饵雷和其他装置的议定书二》
 - 《禁止或限制使用燃烧武器的议定书三》
- 1993 《关于禁止发展、生产、储存和使用化学武器及销毁此种武器的公约》
- 1995 《关于激光致盲武器的议定书》(1980 年公约议定书四)(新)
- 1996 《禁止或限制使用地雷、诱杀装置和其他装置的修正议定书》(1980 年公约修正的第二号议定书)
- 1997 《关于禁止使用、储存、生产和转让杀伤人员地雷及销毁此种地雷的公约》

图表三

国际人道法的发展

- 对健康的关注构成了国际人道法某些方面——特别是以下两个公约——发展的基础：
- 1995年10月维也纳大会通过的《关于激光致盲武器的议定书》
- 1997年在渥太华签署的《关于禁止使用、储存、生产和转让杀伤人员地雷及销毁此种地雷的公约》

总结与结论

目标一览表

- 明确人道行动的大体背景
- 判断人道救援中影响冲突的因素，并利用它制定提供人道救援的战略选择
- 识别人道行动评估的不同层级
- 明确在制定卫生保健计划时，各个阶段应提出的道德问题
- 确定医务人员在武装冲突局势中的角色和职责
- 了解如何协调人道行动

构建整体框架

1. 概述

这一节的目的是在其政治环境下构建一个引导人道行动的整体框架。为实现此目的，授课者应当从冲突的演变讲起：

- 稳定的局势
- 危机因素
- 危机
- 武装冲突
- 冲突的解决
- 重建
- 稳定的局势。

在此应当区分这两个层面：

- 武装冲突后果的人道管理
- 武装冲突的政治管理。

人道行动主要关注武装冲突的人道后果。应当记住，人道行动的目标是公平地满足受害者的需求。这意味着人道工作者必须能够接触到受害者。取得接触的方法之一是同冲突各方谈判（这是红十字国际委员会的战略）。在谈判过程中，红十字国际委员会特别依赖于国际人道法的章程以及人道、公正和中立原则。中立是与冲突各方相比而言，而公正则关注受害者。

人道行动包括两个必不可少的方面：对受害者的援助和保护。尽管人道行动处理的是武装冲突的人道后果，但它也必须设法通过采取预防性措施将这些后果最小化，从而减少冲突对受害者的影响。在这方面，应急行动类似于发展计划，旨在减少可能导致危机和冲突的不稳定因素。这种预防性措施必须与预防武装冲突本身的措施相区分，后者是政治管理问题。

对冲突的政治管理包括解决冲突的政治措施，如强制性外交和使用军事力量推行和平。为防止局势从危机发展为冲突，预防性外交和维和部队扮演着必不可少的角色。这些政治行动处理的是冲突后果及其直接政治原因。但是，还必须考虑到冲突的更深层原因：不发达、社会不平等、种族关系紧张、不宽容、领土争端等等。在这个更为广泛的层面，必须考虑所有同发展有关的行动：经济发展、教育、民主化、促进人权，等等。

有许多机构参与这些行动。它们中，有的只承担人道职责（红十字国际委员会），有的则发挥政治作用（国家）。联合国既承担人道职责（安全理事会），又通过其专门机构（联合国难民署、世界卫生组织、联合国儿童基金会）的调停工作发挥人道作用。

概括武装冲突中政治和人道管理所涉及的所有行动，连同参与其中的各个机构，给我们提供了一个整体参考框架，有助于我们解决以下常见问题：

- 援助对冲突局势演变的影响
- 对行动的评估
- 医务人员角色和职责
- 道德与卫生保健行动
- 人道机构之间的协调

2. 类别

框架：明确人道行动的大体背景。

3. 教学目标

界定一个框架，能够将人道与武装冲突局势的政治管理结合起来。

4. 教学方法

给各组分配任务，然后集体讨论。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

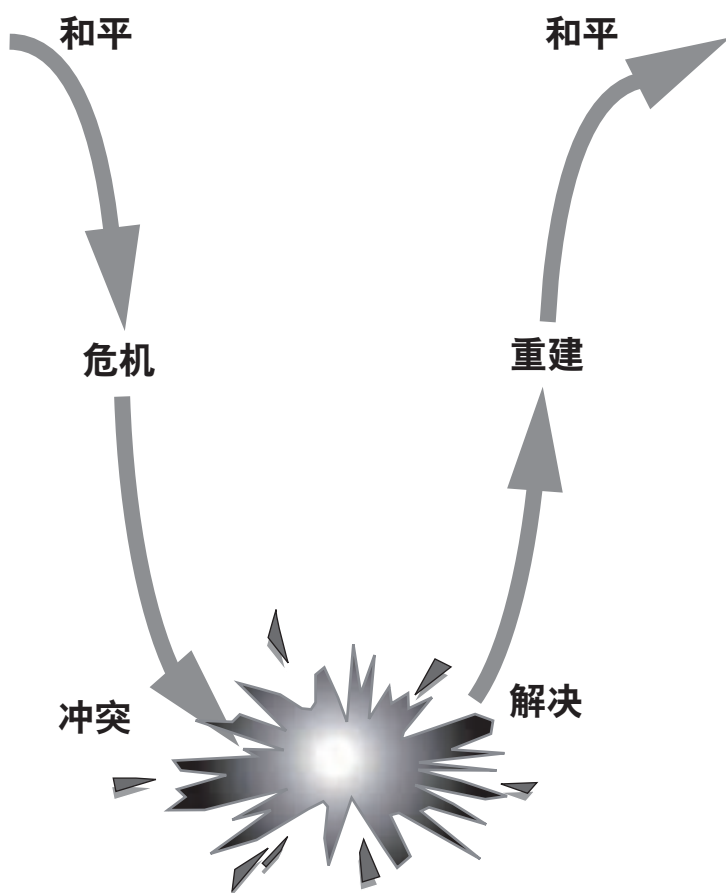
- 图表一：武装冲突的局势演变
- 图表二：武装冲突的人道后果
- 图表三：人道问题的应对
- 图表四：人道行动
- 图表五：对作战方式的干预
- 图表六：武装冲突的原因
- 图表七：武装冲突原因解析
- 图表八：问题的各个环节
- 图表九：应对的等级
- 图表十：人道局势中的主要角色
- 图表十一：政治机构与人道机构
- 图表十二：政治因素在人道干预中的含义

与下一目标的联系

下一节将提出第一个常见问题：援助对冲突发展的影响。

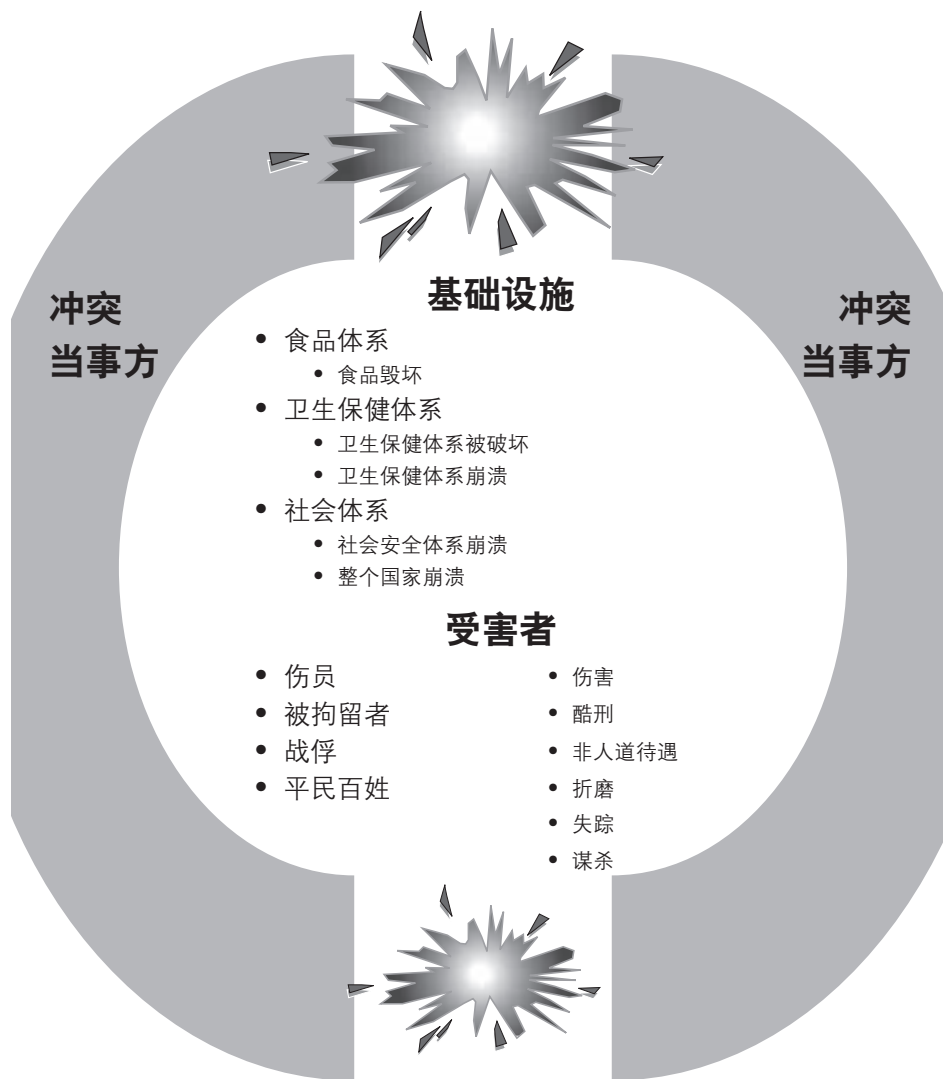
图表一

武装冲突的局势演变



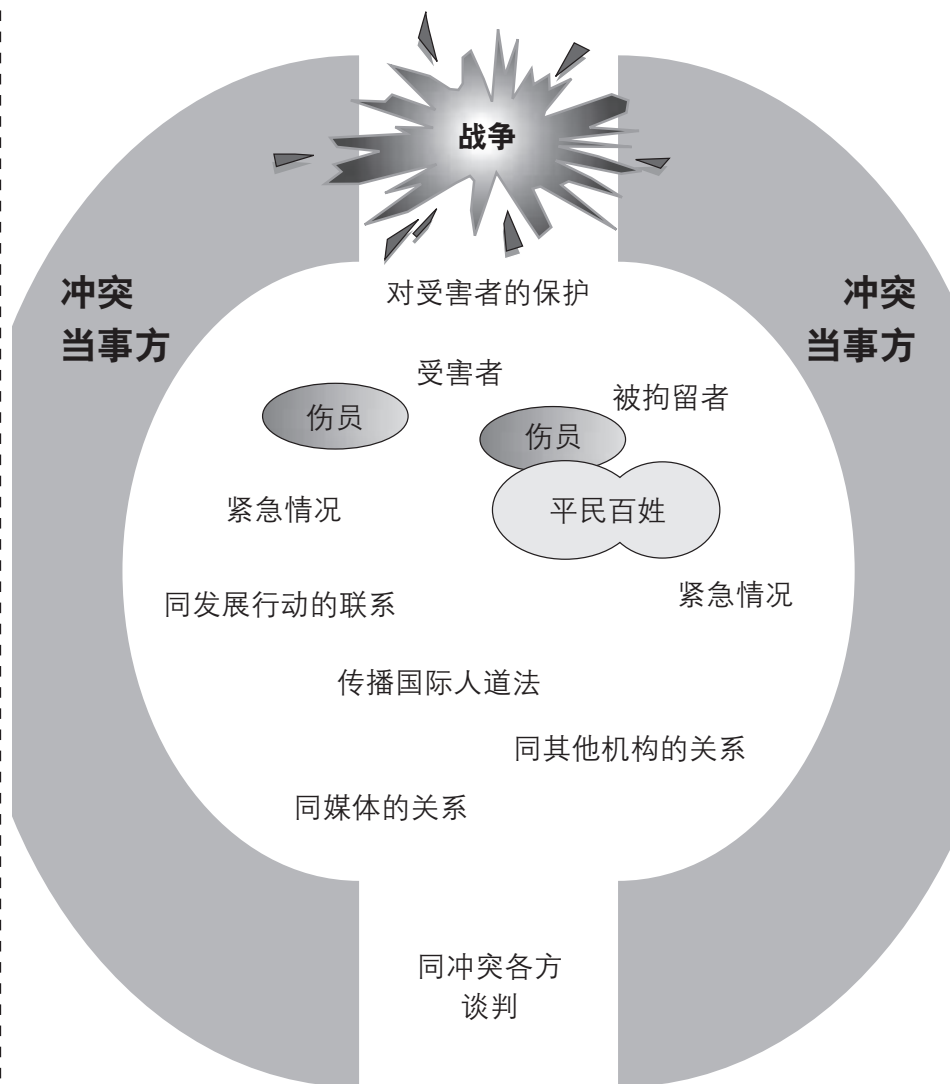
图表二

武装冲突的人道后果

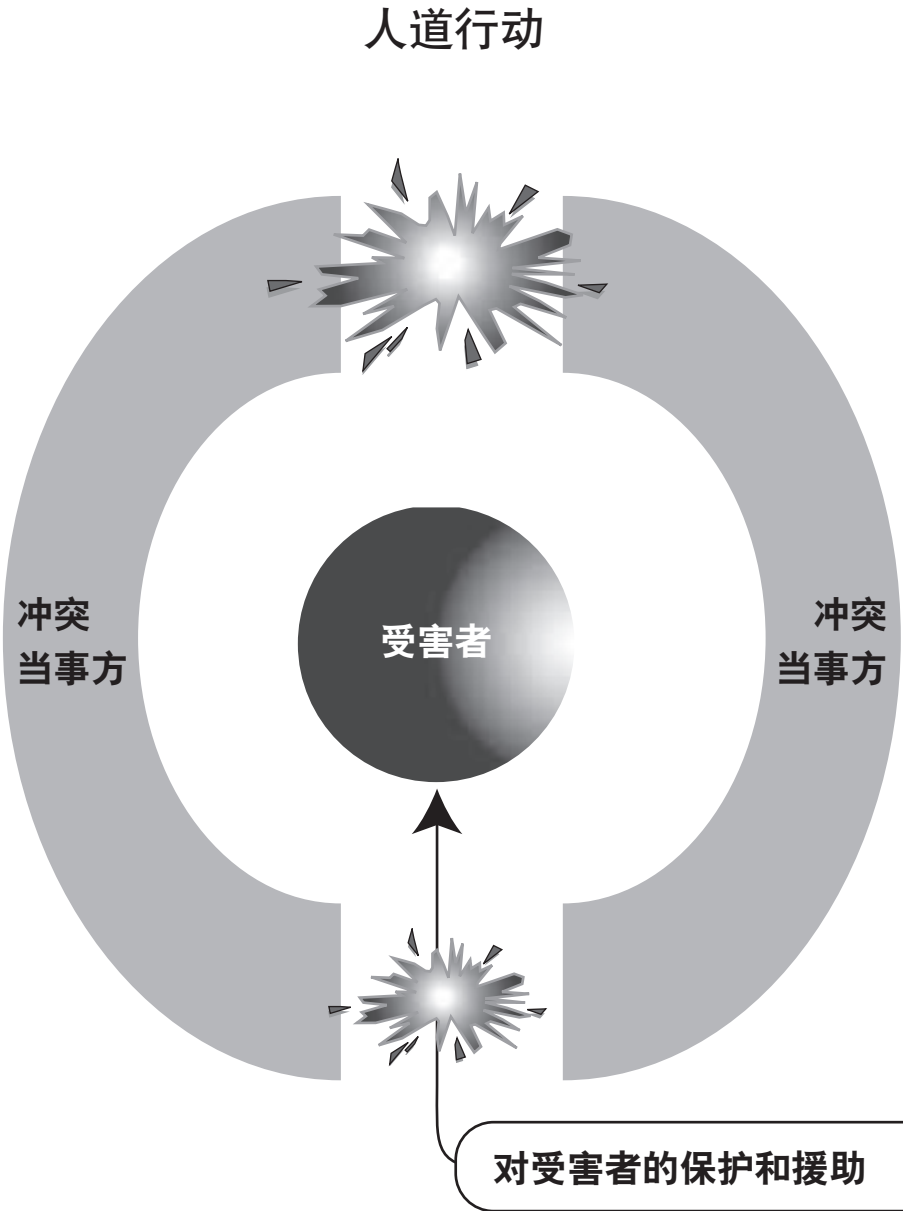


图表三

人道问题的应对

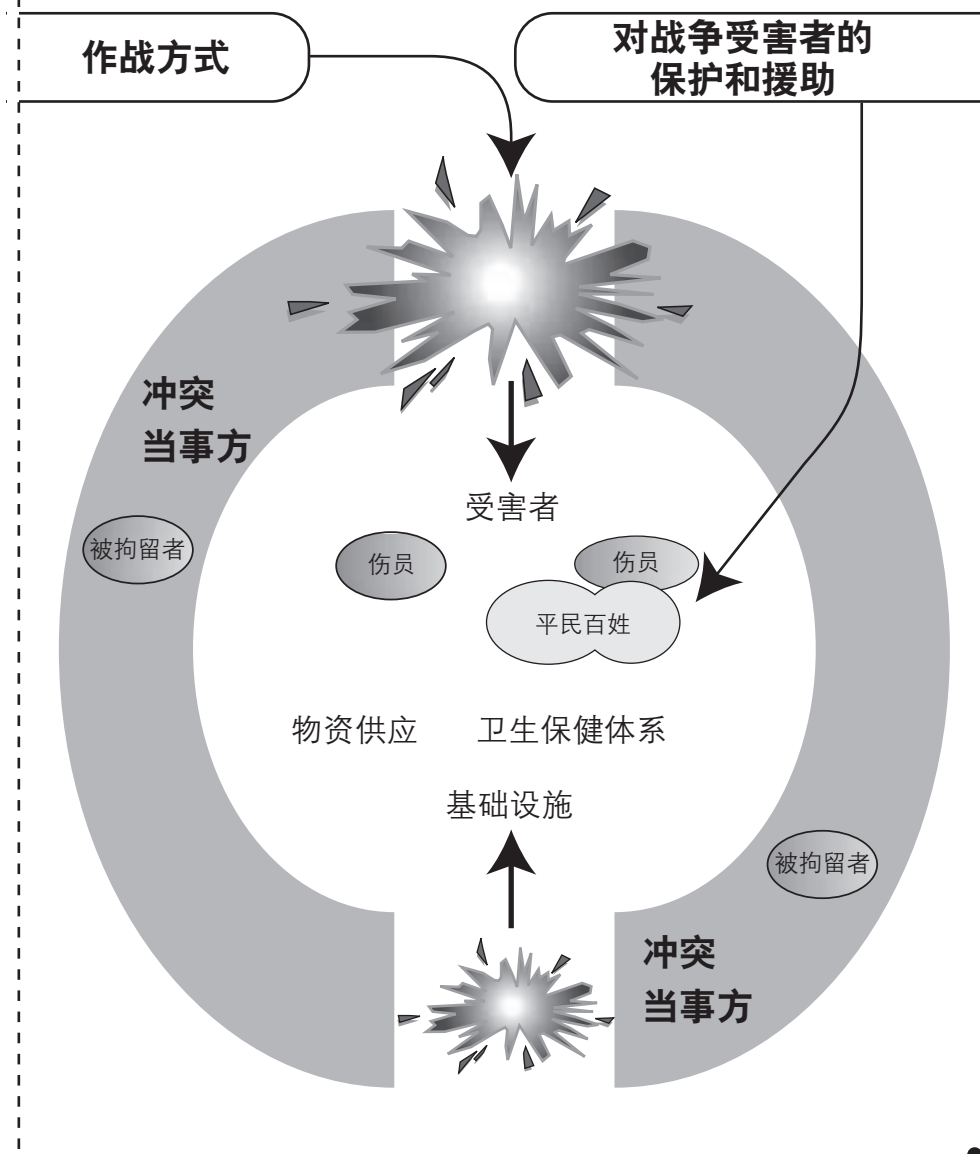


图表四



图表五

对作战方式的干预

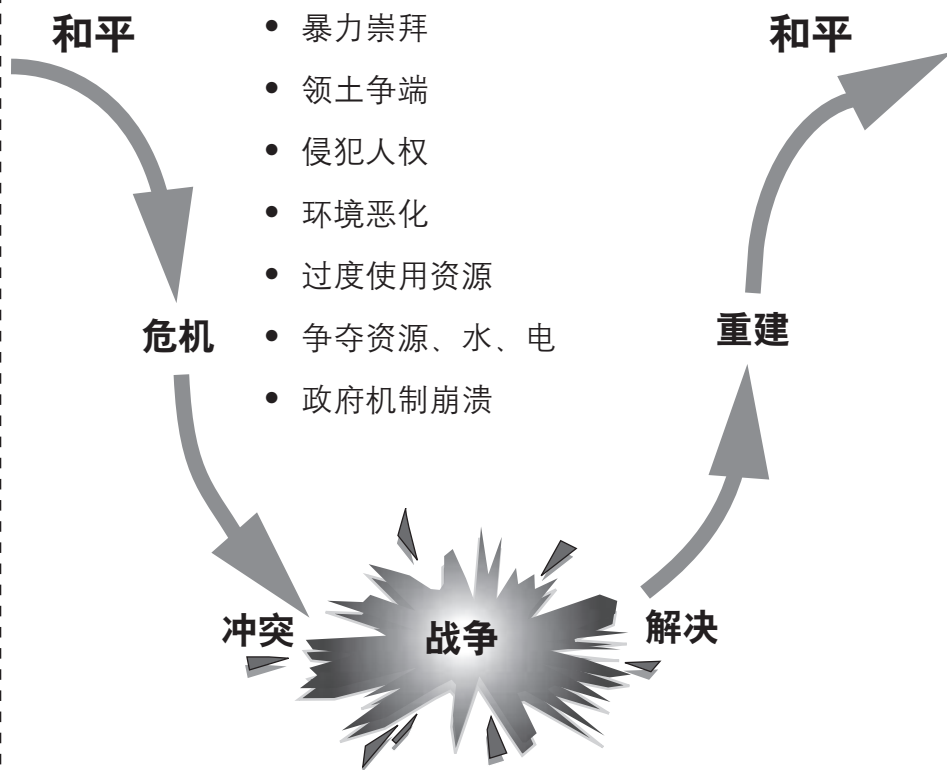


图表六

武装冲突的原因

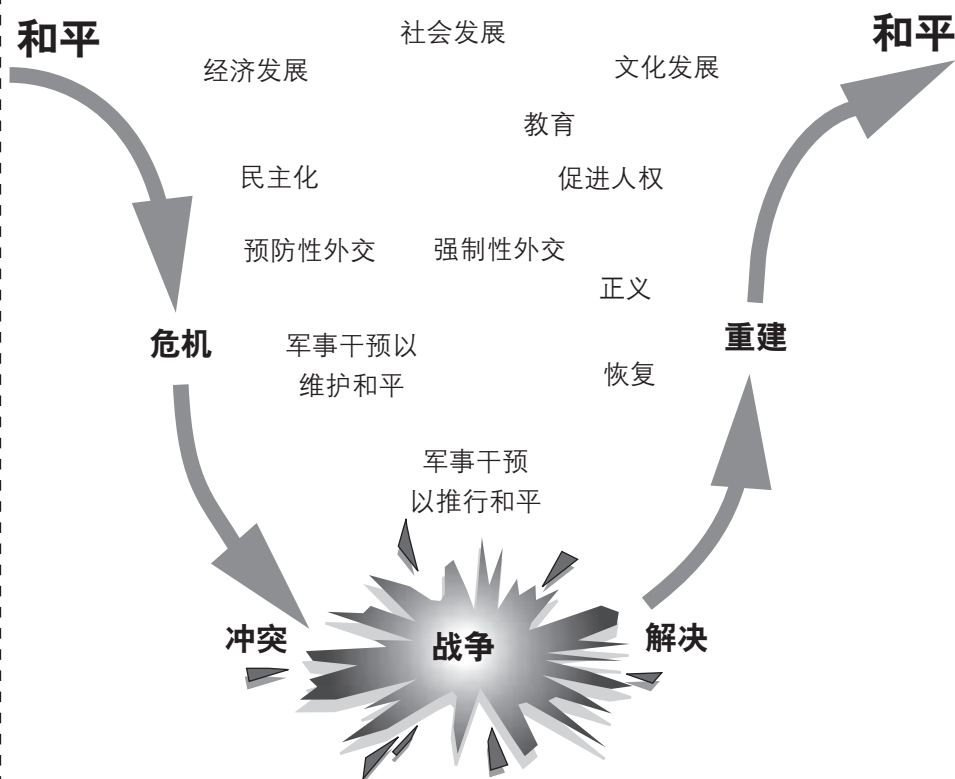
导致不稳定的因素

- 社会经济不平等
- 武器交易：小口径和大口径武器
- 歧视
- 暴力崇拜
- 领土争端
- 侵犯人权
- 环境恶化
- 过度使用资源
- 争夺资源、水、电
- 政府机制崩溃



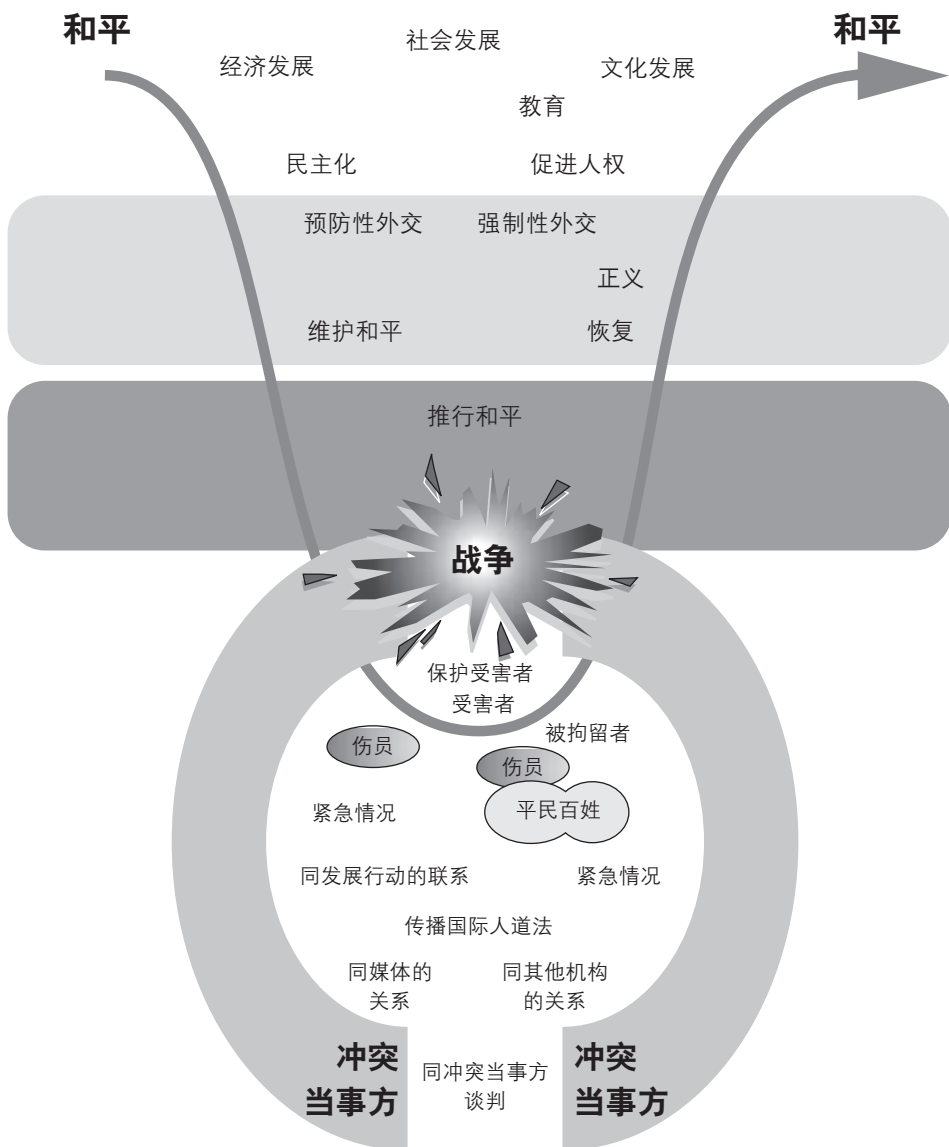
图表七

武装冲突原因解析



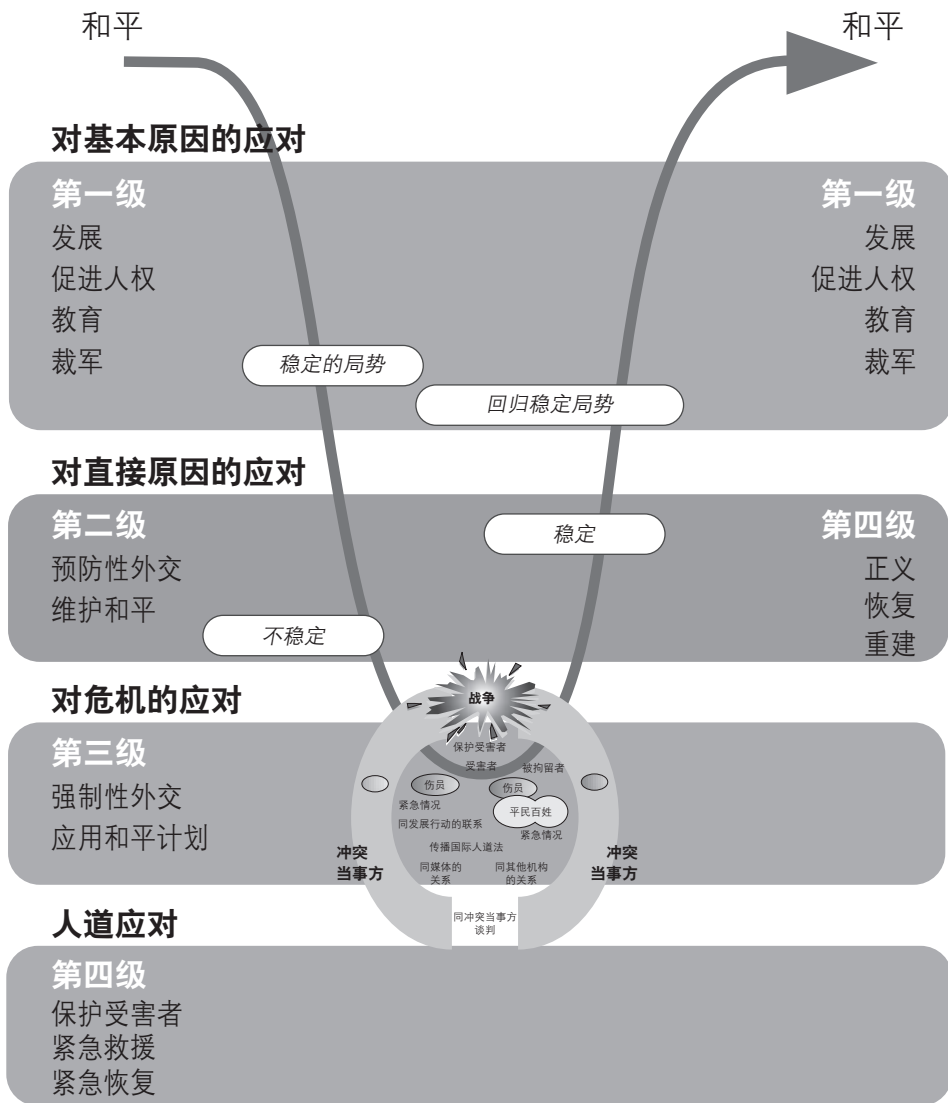
图表八

问题的各个环节



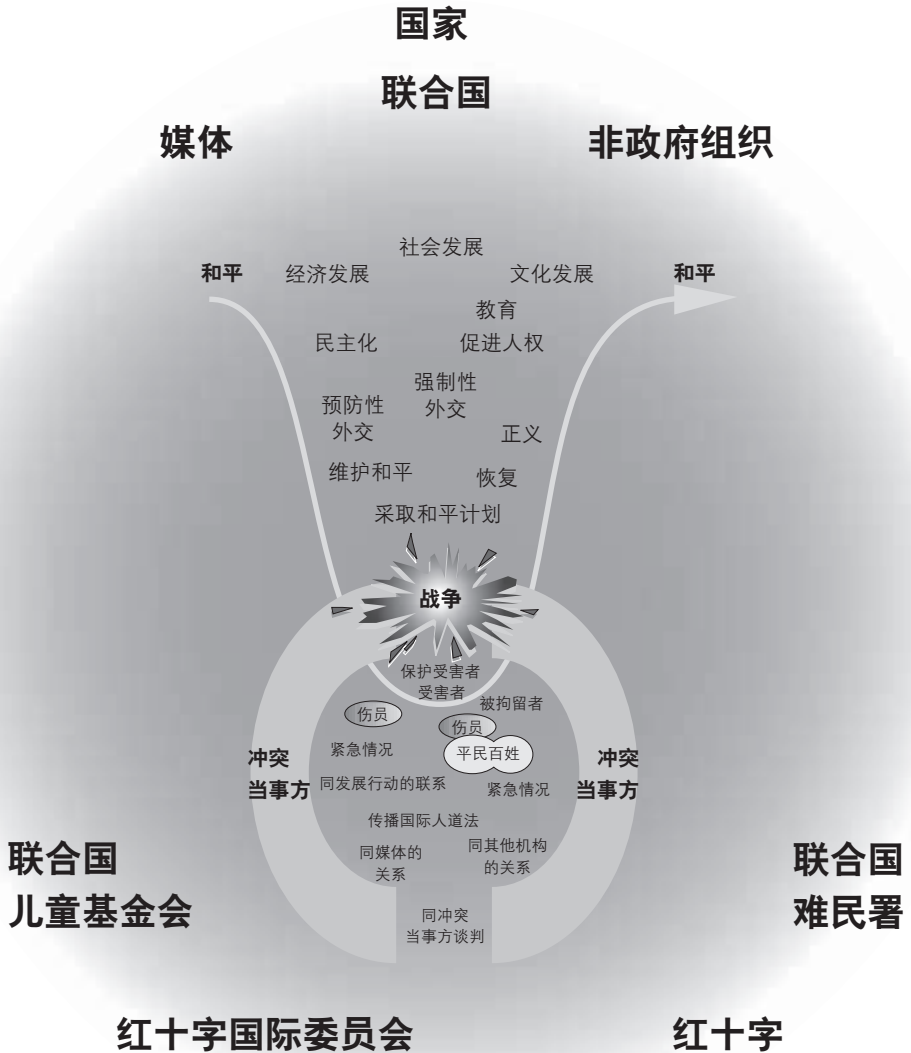
图表九

应对的等级



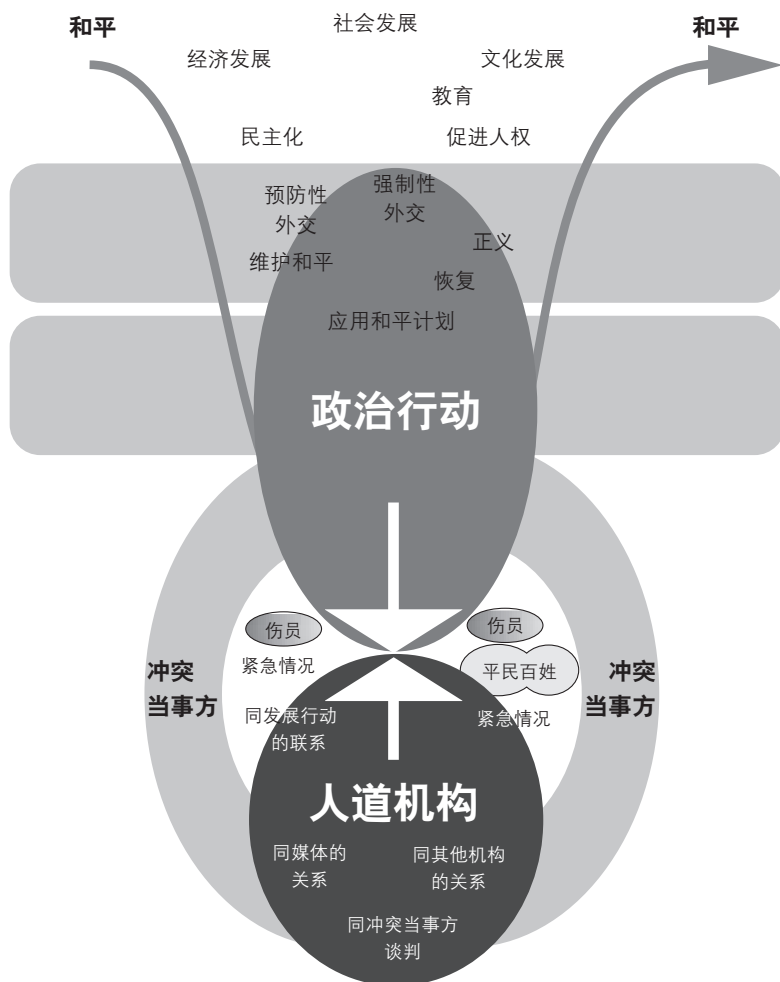
图表十

人道局势中的主要角色



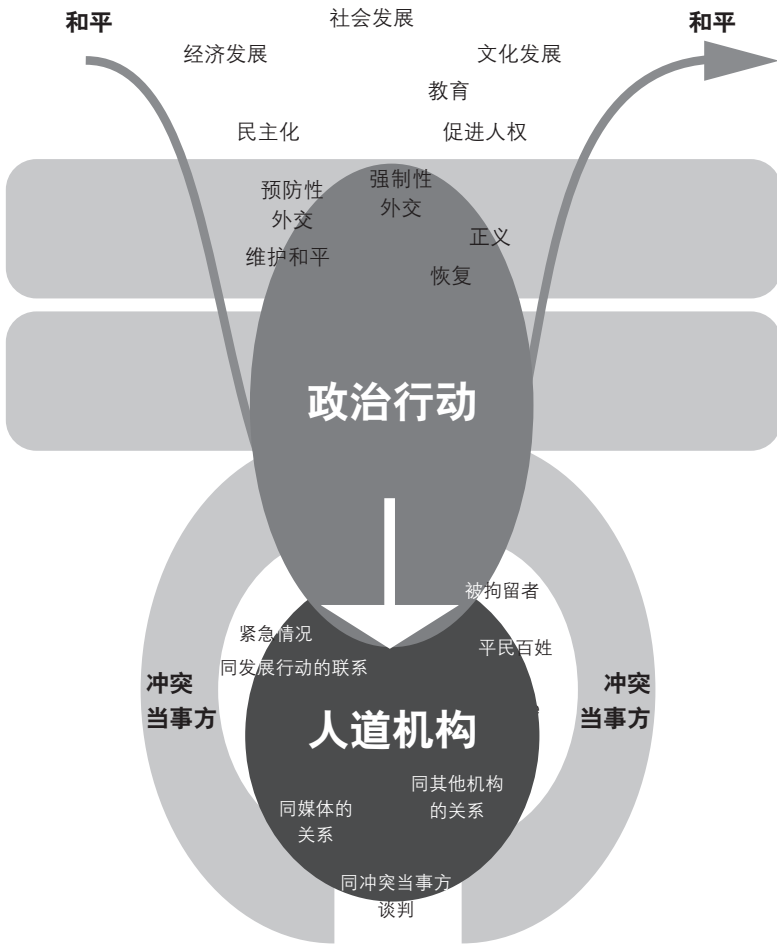
图表十一

政治机构与人道机构



图表十二

政治因素在人道干预中的含义



这种战略的风险？

援助对冲突发展的影响

1. 概述

前一个目标已经明确了人道援助的作用，特别是在卫生方面。首先，学员要分析计划不周的人道援助的负面效果：从受害者处转移责任、吸引来并非行动目标的人群、人为改变生活方式等。

人道援助对冲突发展的影响可以从以下两个方面加以分析：

- 对冲突暴力程度的影响。人道援助可能会增加暴力程度（折磨接受援助的受害者、对人道救援车队的攻击等），但也可能有助于降低暴力程度。提供援助的人道机构有能力判断保护需求，并减少违反国际人道法的行为。授课者应当强调对武装冲突受害者的援助和保护的正互补性质。
- 对武装冲突持续时间的影响。显然，援助工作监控不力，会造成其中部分被当事方转而用于冲突，有可能延长冲突时间。另一方面，在某些局势中，援助可能促使冲突各方恢复对话，从而有助于缩短冲突时间。

授课者将分析各种看待人道援助的可能角度，并要求学员论证其所选策略是正确的。可供选择的策略包括：

- 停止所有形式的援助。
- 只有在国际人道法得到尊重时才提供援助。
- 在武装冲突各方之间平等分配援助。
- 用军事手段保护和/或提供人道援助。
- 基于对受害者需求的分析，改进人道机构所遵循的策略。

授课者将讨论红十字国际委员会的方案。该方案的基础是：对受害者需求的分析、不歧视、援助和保护间的联系、直接接触受害者、支持补偿机制，以及恢复自给自足。

2. 类别

知识技能：了解人道援助中影响冲突发展的因素，并利用这一知识来判断人道援助的正确策略。

3. 教学目标

明确人道援助中影响冲突发展的因素，并根据这些因素提出人道援助的正确策略。

4. 教学方法

集体讨论。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 30分钟分组讨论
- 30分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：人道援助的作用
- 图表二：人道援助对武装冲突局势演变的影响
- 图表三：人道援助对武装冲突持续时间的影响
- 图表四：人道援助对冲突暴力程度的影响
- 图表五：人道援助策略
- 图表六：红十字国际委员会的人道援助策略。

与下一目标的联系

人道援助对冲突局势演变的影响强调(如有必要)评估人道干预作用的重要性。

图表一

人道援助的作用

积极作用

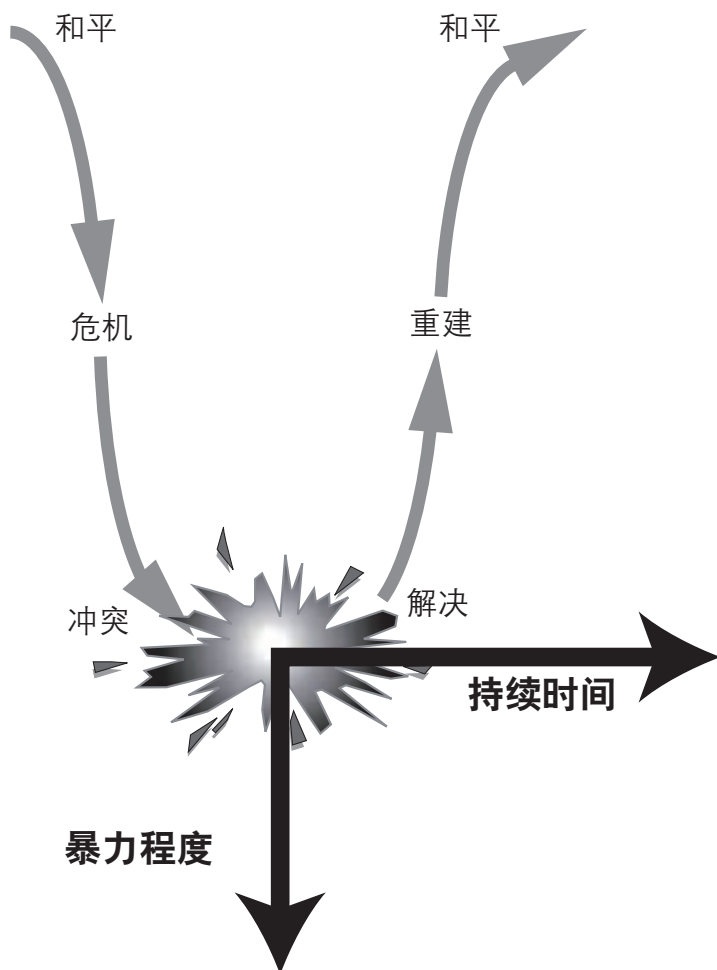
- 挽救生命
- 减轻痛苦
- 有助于保护受害者
- 恢复地方体制

消极作用

- 转移受害者的责任
- 改变行为和习惯
- 吸引受害者
- 有助于支持政治体制
- 助长战争行动

图表二

人道援助对武装冲突局势演变的影响



图表三

人道援助对武装冲突 持续时间的影响

延长冲突时间，通过：

- 维持“可接受的”暴力程度
- 延迟冲突的政治解决

缩短冲突时间，通过：

- 促成冲突各方恢复对话

图表四

人道援助对武装冲突 暴力程度的影响

提高暴力程度，因为：

- 援助被用于购买武器
- 接受援助者受到武装团体侵扰
- 受援助居民成为武装团体用来设法勒索更多援助的人质

降低暴力程度，因为：

- 援助者在场有助于保护受害者
- 同缺乏食物、水和卫生保健有关的非直接暴力减少

图表五

人道援助策略

- 不提供援助
- 以对国际人道法的尊重为援助的前提
- 冲突各方平等分配援助
- 用军事手段保护人道援助
- 改进基于红十字原则的经典策略

图表六

红十字国际委员会的人道援助策略

- 原则
 - 公正
 - 中立
 - 独立
- 援助与保护之间的联系
- 直接接触受害者
- 支持补偿机制
- 恢复自给自足

评估人道行动

1. 概述

本节的目的是说明评估人道行动的必要性，并为界定各种评估提供方法。

人道行动评估的目标是：

- 促进对正在执行的行动的严格管理
- 从已完成行动中得出结论
- 针对一些尚未找到令人满意的解决方案的具体问题给予实用的回应
- 促进人员培训的发展。

用于界定各种评估方法的知识技能

首先，授课者将回顾计划过程的各个阶段：

- 初步评估
- 明确问题
- 确定目标
- 策划行动
- 调动资源
- 评估结果

对于涉及资源、行动和目标的阶段，要求学员提供指标的实例，而授课者在此前应已回顾用于判断指标质量的标准（SMART原则）。

其次，授课者将描述评估的标准：

- 对行动的描述
- 对程序的遵守
- 有效性
- 效率
- 一致性
- 相关性
- 可持续性

- 影响

第三步是用简单的图表说明计划和评估方法（参见图表四）。要求学员在表中填写评估的实例。例子可以来自其自身经历或模拟练习。

利用这一图表，授课者将激励学员讨论对评估的潜在抵触；这种抵触源自担心行动被削弱、武装冲突局势所造成的制约、资源匮乏、缺乏专业意见，等等。

最后，应当强调：

- 在策划行动的同时就必须对评估结果做好准备
- 评估对于改进干预政策必不可少
- 评估使得改进正在执行的干预措施成为可能。

2. 类别

知识技能：将计划过程与不同等级的结果评估相互联系的能力。

3. 教学目标

明确评价人道概念的目的，并在自身经历（或模拟练习）的基础上，举出评估的实例。

4. 教学方法

给全班布置任务。授课者将在计划过程的适当阶段举出合适的例子，并界定这些例子的评估等级，从而重构图表四所总结的内容。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 20分钟分组讨论
- 40分钟集体总结

6. 小结

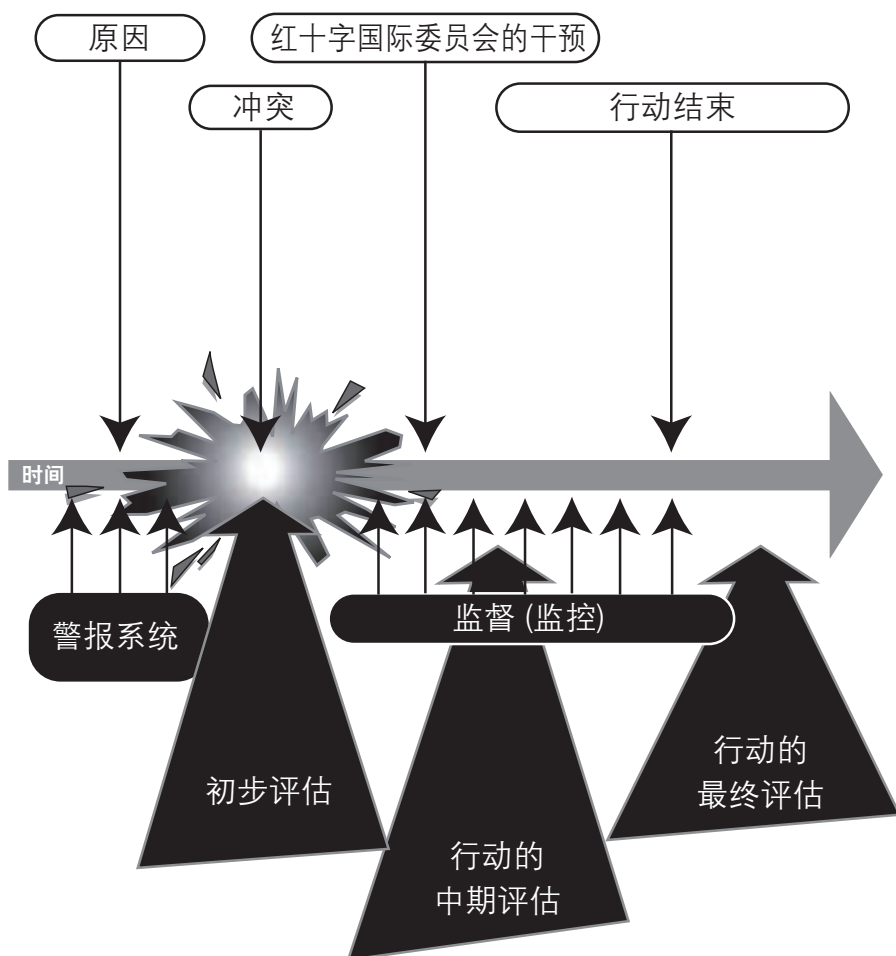
- 图表一：人道行动评估的作用
- 图表二：计划过程的阶段
- 图表三：评估的等级
- 图表四：计划阶段和评估等级的结合
- 图表五：逻辑框架：计划和评估手段

与下一目标的联系

结果评估可以改进对于人道危机处理政策的定义，并形成关于干预工作到规范的建议，冲突各方都应遵守这一建议。这是下一节的话题。

图表一

人道行动评估的作用



图表二

计划过程

- 对局势的初步评估
- 行动的一般目标
- 战略定位
- 具体目标
- 行动和任务
- 资源

图表三

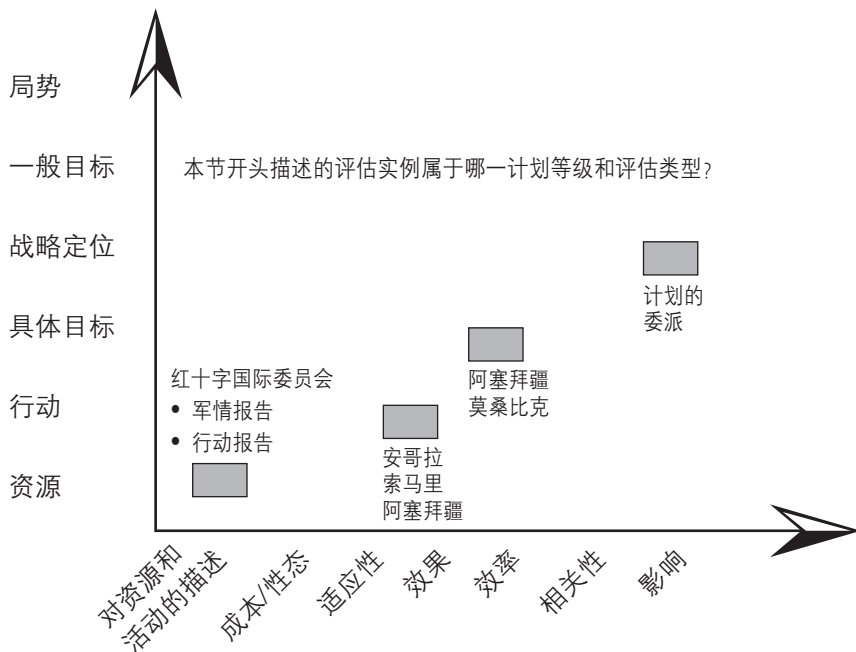
评估的等级

- 对资源和行动的描述
- 成本/性态
- 适应性
- 效果
- 效率
- 相关性
- 可持续性
- 影响

图表四

计划阶段和评估等级的结合

计划的阶段



评估的类型

红十字国际委员会文件
• 军情报告
• 年度行动报告
= 对所调配资源和行动的描述

安哥拉:
对医疗咨询质量的评估
= 审查是否符合特定标准

索马里:
评估传播计划
= 适应性研究

莫桑比克:
评估红十字国际委员会所开展的免疫计划
= 审查免疫覆盖范围

阿塞拜疆:
评估结核病防控计划
• 痊愈病人百分比
• 采用全程督导化疗
• 抗药性研究
= 有效性审查
• 适应性审查

评估计划的委派、战略定位
• 审查相关性
• 审查一致性

图表五

逻辑框架

计划和评估手段

计划	指标	可能的分析等级 (相关性、效果、效率、影响、一致性等)	用于评估指标的数据资源	评估方法	阐释背景 (实施人道行动的制约因素)
	↓	↓	↓	↓	↓
局势					
一般目标					
战略地位					
具体目标					
行动					
资源					

道德与卫生保健行动

1. 概述

在武装冲突中开展的人道行动存在诸多隐患：

- 失去对援助的控制，帮助战斗人员而非受害者；
- 为接触到受害者而付费，帮助战斗人员以便其允许人道援助通过；
- 使受害者完全依赖于人道援助，而不致定可持续解决方案；
- 通过援助受害者，助长对经济和社会体系的破坏；
- 在不适当情况下引入不适当技术；
- 在当地居民和流离失所者之间制造紧张关系；
- 割裂援助与保护——帮助受害者，而对严重违反国际人道法的行为视而不见。

在人道行动期间，有关人员并非总能明确人道伦理的界限。他们当然会记住主要原则，但实际应用时其界定常常存在问题。为了给学员提供一些指引，授课者将回顾计划大纲，并要求他们判断每个计划阶段可能出现的道德问题。

初步评估——初步评估的目的是明确当地的服务是否足以满足居民的基本需求。对这一评估结果的解释将产生以下两个层面的问题：

- a) 受害者需求。这一概念的解释不仅取决于对卫生问题的专业分析，还取决于受害者的文化背景。在一个社会中不可缺少的东西在另一个社会中未必如此。同样，人道行动是在各种不同社会文化环境中开展的。在欠发达国家，不可缺少的概念同必要需求的概念是一致的。相反，在必要需求得以满足的发达国家，受害者会说起那些在外人看来并非不可缺少，但对他们而言却是不可缺少的需求。
- b) 当地服务。要确定特定局势下的服务数量是否足够是可能的，但确定服务质量是否恰当则棘手得多。可以将所提供的服务同公认的参考标准相比较，但这些标准必须根据当地习惯和社会经济水平加以解释。在一个环境中可接受的东西

在另一个环境中未必如此。实际上，在一个特定情况下，服务在哪方面应视为不妥，需要采取措施加以改进或替换？

确定目标——目标包含四个要素：

- a) 健康问题。学员已经学习过一些必须询问的问题，用以明确相对于其他更为重要的健康问题
- b) 预期结果的量化——期待的水平是什么？
 - 恢复通常情况，风险是使受害者保持在不合格生活标准上；
 - 更高水平，风险是造成对外国援助的依赖。
- c) 目标群体：
 - 谁来决定哪个群体优先：机构，受害者自己，还是捐赠者？
 - 如果目标群体同武装团体（我们当然不希望后者受益于人道援助）相互混杂，无法准确辨别，应当怎么做？
- d) 期限：
 - 分配给人道行动的期限应当取决于必须解决的具体问题，或者确定行动期限时还应考虑与发展计划建立联系所需要的时间？

确定战略：

- 计划的选择应根据受害者的需求，还是根据其媒体能见度？
- 受害者参与计划的选择吗？

调动资源：

- 所调动的资源合适吗？（换言之，药品没有过期，医务人员是否受过培训并有可靠的专业经验等等。）
- 支付给当地人员的工资是否应高于当地平均水平，以便吸引那些足够了解社会文化环境的人——即使这样做的风险是使得那些当地工作人员告急，而这些人当地服务机构正常运转不可缺少的？

流行病学监测：

- 是否已提供用于评估人道行动的手段？
- 根据流行病学监测结果，所作决定是否适当？

2. 类别

框架：明确在卫生保健项目的各个不同规划阶段必须询问的道德问题。

3. 教学目标

明确在卫生保健项目的各个不同规划阶段必须询问的道德问题。

4. 教学方法

每个小组学习规划过程的某一个阶段，然后全体学员一起将各阶段汇总。

5. 教学时间

总时间：60分钟

- 20分钟分组讨论
- 40分钟集体总结，将学习规划过程不同阶段的成果汇总

6. 小结

- 图表一：道德与计划：初步评估
- 图表二：道德与计划：确定目标
- 图表三：道德与计划：制定战略

与下一目标的联系

在讨论完人道干预的技术、法律和道德方面后，下一步是明确医务人员在武装冲突中的角色与职责。

图表一

道德与计划

初步评估

- 阐释受害者需求的概念
- 解释当地服务的质量：何种标准？
- 如果我们知道将不会有后续措施，还应当进行评估吗？

图表二

道德与计划

确定目标

- 以重建冲突前的局面为目标，还是有更高的目标？
- 确定优先群体的标准是什么？

图表三

道德与计划

确定战略

- 当受害群体处于武装团体控制之下时的做法
- 当项目（例如：针对结核病的项目）启动需要某些目前并不具备的条件时的做法
- 行动的选择是根据受害者需求还是根据行动的能见度？
- 受害者在何种程度上参与决策？
- 提供直接援助还是敦促当局承担职责？

医务人员在援助和保护武装冲突受害者方面的角色与职责

1. 概述

一开始就必须强调援助行动与保护行动之间的紧密联系。红十字国际委员会对于冲突受害者采取综合性方法；在其中，通过确保获得食物、水和卫生保健来满足生理需求，同对人类尊严、人身安全和家庭单位的尊重结合在一起。

建立在与受害者直接接触基础之上的红十字国际委员会战略，使得红十字国际委员会代表有机会判断受害者的援助与保护需求。

在这方面，因为医务人员同居民定期接触，并具有专业技能，因而具有特权地位。这一地位赋予其特殊责任，不仅要根据公认标准适当履行其专业职责，还要处理那些他们所负责的受害者的保护问题。

医务人员见证了违反国际人道法行为这一事实，使其不仅对受害者承担责任，还对外部世界承担责任。但是，授课者应当说明对媒体、对政府以及更普遍地，对公民社会所作证言的力量和局限。协调个人道德、医疗道德以及医务人员所供职组织的机构战略并非总是轻而易举。红十字国际委员会将其战略建立在与受害者的接触的基础之上，借此它对同冲突各方的谈判给予优先考虑，这限制了它向外部世界作证的可能性——尽管在大规模和反复侵犯人道法的情况下并不排除这种可能。

以保护为导向的干预措施还涉及卫生保健体系。授课者应当回顾保护医院、医务人员，及生存必需品的法规。

医务人员还有责任为国际人道法的发展和应出力。一个可以引用的例子是地雷，在其中的手术难题最终引出了禁止杀伤人员地雷条约。

医务人员有责任对其组织施加影响，促使其尊重道德因素。

2. 类别

知识技能：熟悉医务人员在武装冲突局势中的角色与职责。

3. 教学目标

明确医务人员在武装冲突中的角色与职责。

4. 教学方法

给全班布置任务。

5. 教学时间

总时间：30分钟

- 15分钟分组讨论
- 15分钟集体总结

6. 小结

- 图表一：首要职责：提供治疗
- 图表二：卫生的定义（世界卫生组织）
- 图表三：医务人员的角色
- 图表四：武装冲突给个人与群体造成的后果
- 图表五：武装冲突中卫生的定义（红十字国际委员会）
- 图表六：医务人员在保护方面扮演的角色
- 图表七：医务人员与国际人道法
- 图表八：面对违反国际人道法行为时医务人员的道德问题
- 图表九：医务人员与对抗方式
- 图表十：杀伤人员地雷：从概念到作用
- 图表十一：完全禁止杀伤人员地雷的策略
- 图表十二：禁止杀伤人员地雷
- 图表十三：维也纳会议在激光武器方面的成果

与下一目标的联系

显而易见，医务人员在武装冲突中扮演援助和保护受害者的角色。他们供职的人道组织有其自己的人道援助使命和战略。本单元的最后一个目标将强调人道行动的协调问题。

图表一

医务人员的首要角色： 提供治疗



图表二

卫生的定义

(世界卫生组织)

卫生是指在身体、精神和社会方面都完全康乐的状态，而不仅仅是指没有疾病或衰弱。

图表三

医务人员的角色

- 治疗伤病员
- 预防疾病
- 维护健康

图表四

武装冲突给个人与群体造成的后果

- 谋杀
- 酷刑
- 虐待
- 强奸
- 强迫入伍
- 劫持人质
- 任意拘留
- 丧失司法保证
- 骚扰
- 报复
- 不分皂白的攻击
- 大批人群离去
- 剥夺生存手段
- 家庭破碎
- 监禁
- 种族清洗
- 驱逐出境
- 种族灭绝

图表五

武装冲突中卫生的定义 (红十字国际委员会)

在武装冲突局势中，安全是促进和维护卫生所不可或缺的要素。

安全意味着受害者基本需求始终得以满足，其基本权利得到尊重。

图表六

医务人员在保护方面所起的作用

1. 治疗伤病员
2. 预防疾病
3. 维护卫生
4. 保护受害者

图表七

医务人员与国际人道法

医务人员必须代表武装冲突受害者，将行动策略与国际人道法规则相结合，以确保对受害者自身及其生存必不可少物体的保护。

图表八

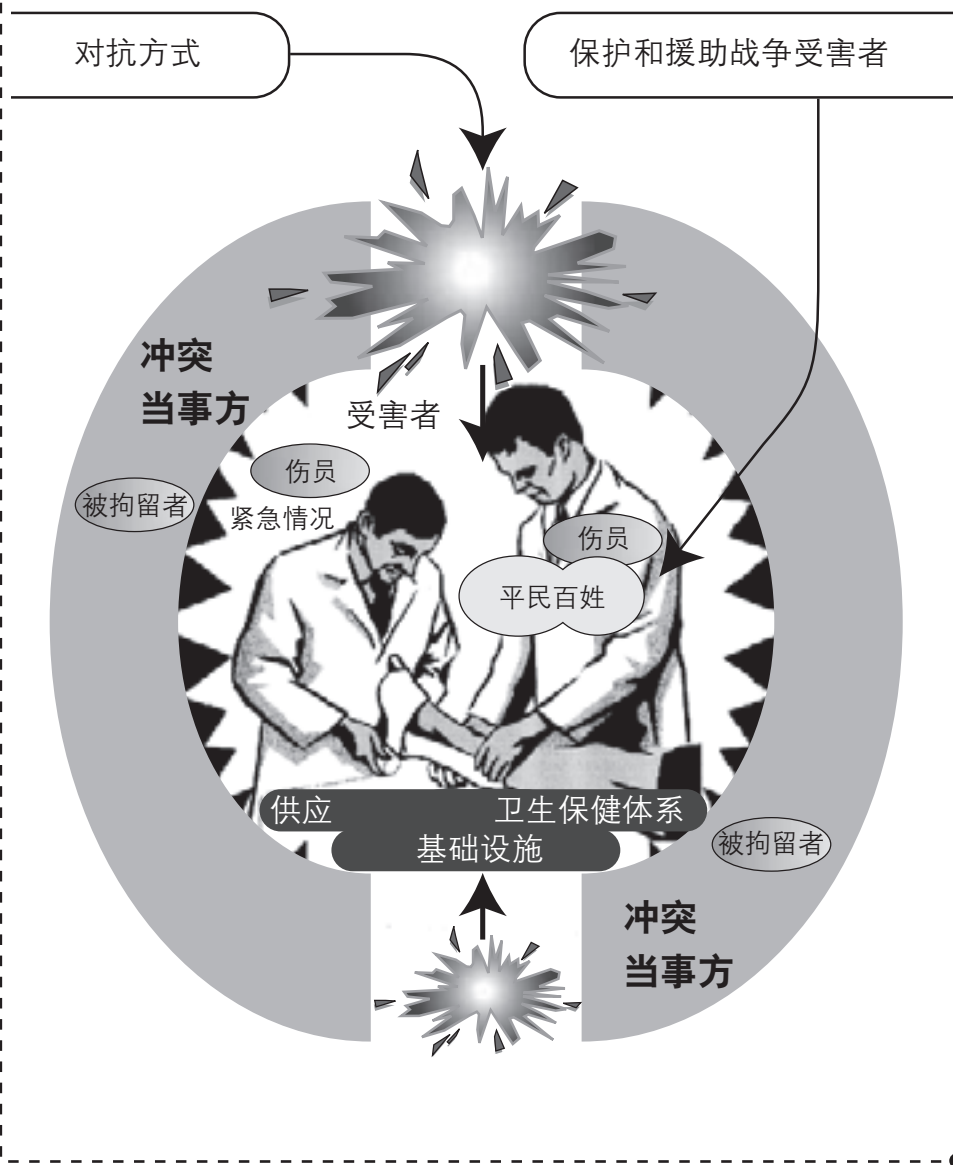
面对违反国际人道法行为时 医务人员的道德问题： 应采取何种态度？

- 就终止这些违法行为，同那些直接或在等级体系内对违法行为负责的人讨论并谈判。
- 谴责那些对违反国际人道法行为负有责任的人。



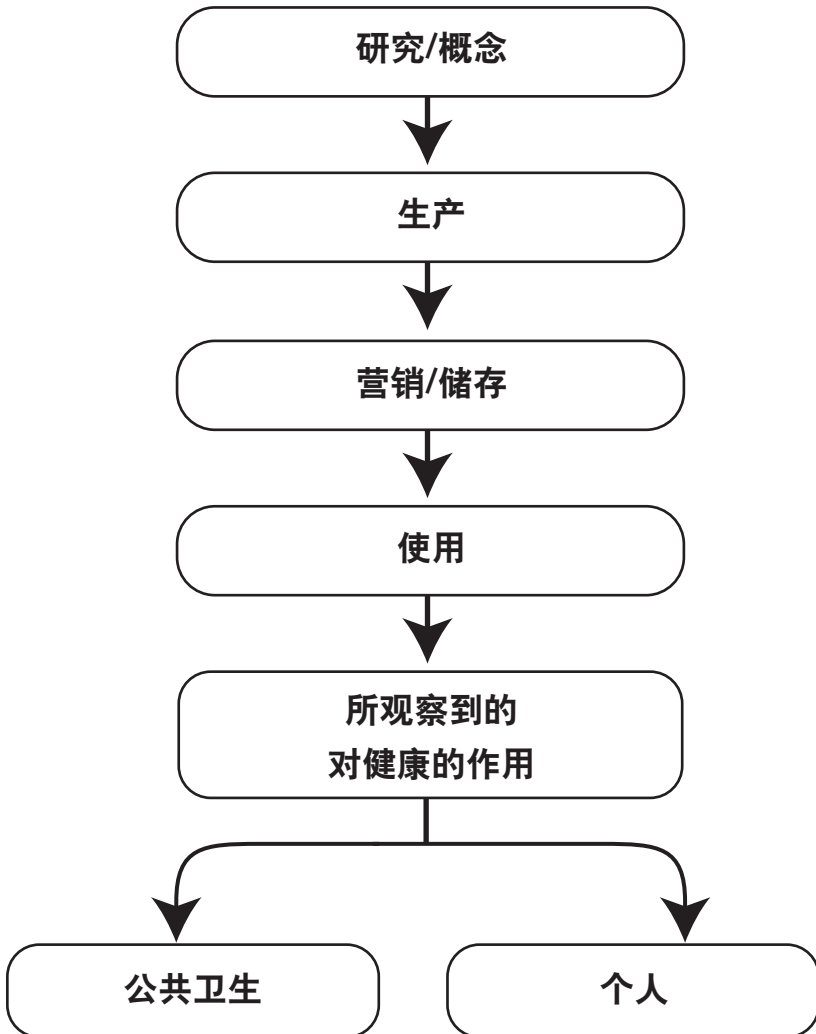
图表九

医务人员与对抗方式



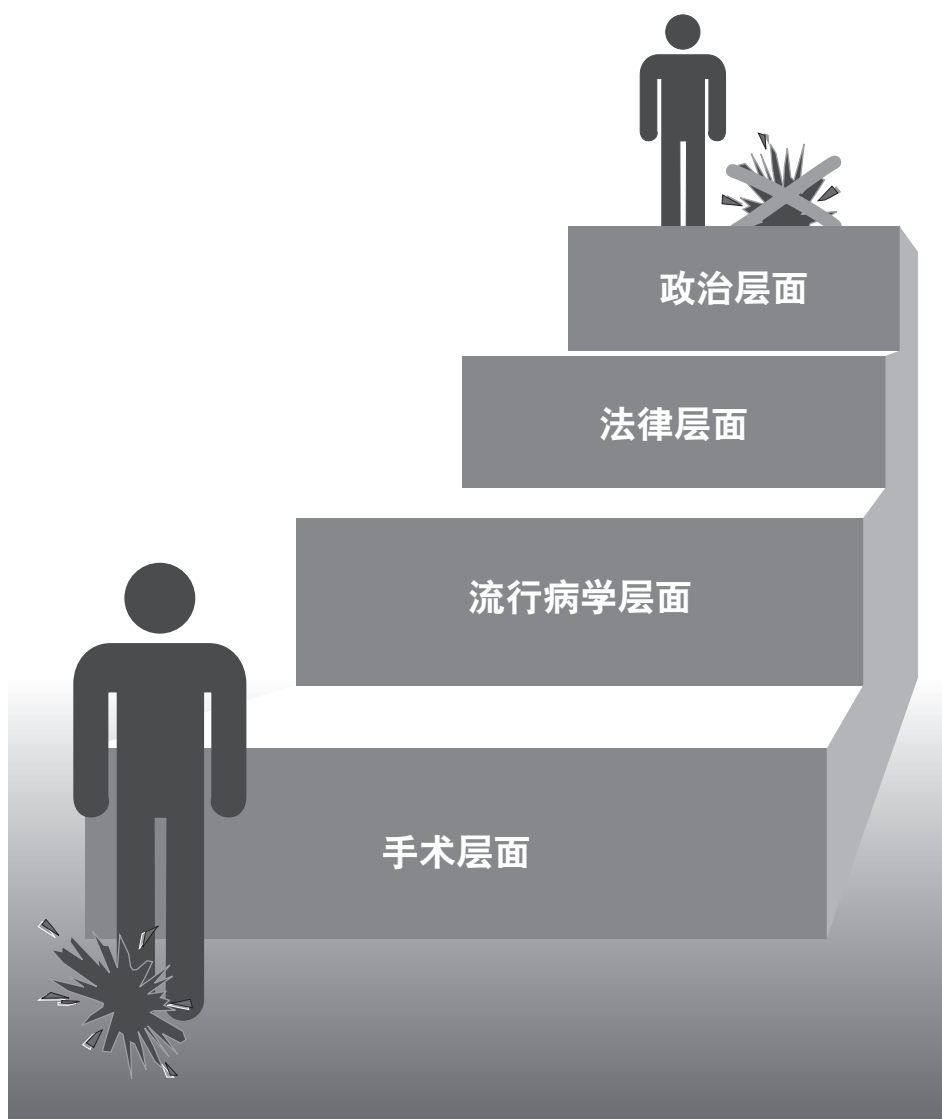
图表十

杀伤人员地雷：从概念到作用



图表十一

完全禁止杀伤人员地雷的战略



图表十二

禁止杀伤人员地雷

- 争取全面禁止杀伤人员地雷的国际战略大会，渥太华（1996年10月）
- 布鲁塞尔国际大会（1997年6月）
- 地雷外交大会，奥斯陆（1997年9月）
通过《关于禁止使用、储存、生产和转让杀伤人员地雷及销毁此种地雷的公约》（《渥太华条约》）

第1条第1段：

“1. 每一缔约国承诺在任何情况下，决不：

- (a) 使用杀伤人员地雷；
- (b) 发展、生产、以其他方式获取、储存、保留或者直接或间接向任何人转让杀伤人员地雷；
- (c) 以任何方式协助，鼓励或诱使任何人从事本公约禁止缔约国从事的任何活动。”

- 渥太华大会（1997年12月）
《渥太华条约》开放供签署。
已有121个国家签署。

图表十三

激光致盲武器

问题:

使用此种武器会造成永久失明。

1995年9月，1980年《禁止或限制使用某些常规武器公约》缔约国审查大会在维也纳通过了《关于激光致盲武器的议定书》(议定书四)

“第1条:

禁止使用专门设计以对未用增视器材状态下的视觉器官，即对裸眼或戴有视力矫正装置的眼睛，造成永久失明为唯一战斗功能或战斗功能之一的激光武器。”

(1995年10月13日通过)

协调人道行动

1. 概述

人道行动的协调是一个反复出现的问题，尚未找到令人满意的答案。不过，授课者不应将此教学目标变成一个没有真正内容的无组织论坛。

应遵循的规则是从最简单到最复杂。授课者应当首先卫生保健行动的背景下分析协调问题，然后将主题扩展至所有人道行动，最后提出人道行动与解决武装冲突相结合的问题。

在上述每个层面上，都必须问三个问题：

- 我们想要协调什么？
- 参与者是否愿意介入协调过程？
- 确保某种协调形式的方法是什么？

1.1. 卫生领域的协调

应当协调什么？

这个问题引出人道行动的定义，该行动旨在保护和援助武装冲突受害者的。

因此，必须要求学员利用基本要素重行规划一个人道行动。例如，在卫生领域，这些要素与一整套行动相对应，如营养恢复、药品分配、对医院的支持、免疫接种、水资源开发等。

让我们回到卫生保健体系的整体范畴，以便明确应当协调什么。

第一个方面是协调源自同一个项目的行动（垂直协调）。一个有用的例子是食物链；如果没有协调，食物分配可能会使恢复农业生产的努力白费。另一个例子是营养恢复，它必须与保证家庭获得食物资源的措施相协调。

第二个方面是协调旨在影响健康的垂直项目（水平协调）。应当提醒学员注意供水和环境卫生项目同传染病防控计划之间的相互联系。

因为协调的这两个方面已经在卫生保健体系单元加以说明，所以无须详细展开。

应当协调谁？

武装冲突中的卫生保健行动涉及众多机构，包括相关国家卫生部、国内非政府组织、国际非政府组织、联合国人道组织和红十字国际委员会。

一般规则是，大家都承认需要协调，但谁都不想被协调。这一领域发生的事件也许更多的是对话与合作的结果，而不是有组织的协调工作的结果，这些工作都是从卫生保健体系的特定角度出发的。

在设定目标时，每个机构都倾向于独立地界定并开展行动。然而，在实际开始一个行动之前，各主要机构会在一定程度上交换他们在特定局势中的意图。尽管这种非正式机制并不能完全防止令人无奈的重复行动，但它的的确能减少其数量。

在卫生保健和救援行动的框架内，机构之间存在一些协调，表现为交换物资、借用后勤手段以及提供服务——例如，如果红十字国际委员会的食品供给不足，它可以向世界粮食计划署借取。

哪些手段可用于协调？

在卫生领域，计划与流行病学是两种为协调提供坚实基础的工具。一个例子是明确清晰的目标，它可以准确揭示每个机构在特定局势中想要做什么。另一个例子是流行病学监测，它使得卫生服务方面的缺口更容易被查明，也更容易向机构提出弥补这些缺口的解决方案。

这一领域的各个机构通过组织会议来交换卫生信息。这些会议使得人人都有机会了解各种卫生保健机构正在计划或实施何种行动。

还要提及的一点是为将来危机做准备的协调工作——重点是设备标准化、行动政策和培训的工作。例如，工程师定期开会，将人道行动所使用的医疗设备标准化，以便利日后的设备借用和交换。同样地，在培训领域，各种不同人道机构开设的课程中都会告知所有医务人员某些基本权限。

这样，协调的概念就为卫生保健行动所涉及的所有机构在原则上（即使不是在实践中）承认和接受。任务的分配经常取决于特定机构的使命或者公认的专业技能。然而，国家级的协调机构几乎无法来执行决定——由此出现的景象就是机构提出行动建议却无法实施，或是提出不契合总体计划的行动建议。

1.2. 协调与各种人道问题相联系的动作

应当协调什么？

此前已经提及保护武装冲突受害者的问题，以及实施国际人道法（它防止居民被迫流离失所、对医院提供保护等）在卫生方面的意义

援助行动与保护行动之间的联系已在前一个关于医务人员职责的目标中详细讨论——他们必须致力于维护其所负责之受害者的健康和尊严。援助和保护之间必不可少的相互联系必须作为每个人道机构战略的一部分。我们已经看到，医务人员的职责之一就是影响机构在这方面的政策。

然而，在人道机构内部，援助行动与保护行动之间的协调并非总是轻而易举，有时还会使医务人员陷入道德困境。毕竟，救援行动必须要能接触到受害者。但若在开展卫生保健行动的环境中反复出现严重违反国际人道法的行为，且没有任何结束的迹象，那么继续进行救援行动就可能被视为对那些将违法行为永久化者的背书。甚至更严重的是，如果援助不受监控，其中一些被挪用，那它就会为那些故意违反国际人道法的武装团体提供实际支持。

为应对这一局面，机构必须制定各种不同的干预政策。在此可以提及红十字国际委员会有关谴责大规模违反国际人道法行为的原则。

针对受害者问题的整体方案可能会在各个机构内部造成协调困难；可以设想在试图协调有着不同使命和战略的若干人道机构时所遇到的问题。可以引用红十字国际委员会和大赦国际作为例子：红十字国际委员会优先考虑谈判，而大赦国际的战略是公开谴责违法行为。

另一个应当予以分析的方面是定义为应急措施的行动与那些被视为发展活动的行动间的联系，这是针对武装冲突受害者问题的整体方案的一部分。对受害者的直接援助可能会鼓励依赖性，从而干扰旨在发展当地能力的计划。在策划应急行动，尤其是那些旨在恢复国内体制的行动时，必须对其在中期内实现自给自足的潜力有所考虑。

应当协调谁？

在特定情况下，所涉及的人道机构数量往往很多，而使命、目标、战略和可用资源方面的差异使得问题更加复杂。

在此，授课者应当提及采取常用方案（武装冲突受害者、总体需求、援助和保护、长期和短期）的几家人道机构，如红十字国际委员会，以及工作重点更为具体的机构，如卫生方面的无国界医生、难民和流离失所者方面的联合国难民署、食品方面的世界粮食计划署、被拘留者方面的大赦国际、儿童方面的联合国儿童基金会等。

为协调之目的有哪些手段可供使用？

在这一领域，人道机构有其自己的协调机制——主要是会议，人道行动者在会上就其行动和未来计划交换信息。然而，由于种种原因，这些机制对于各种机构所做的决定影响甚微：

- 没有任何机构有确保进行协调的正式使命；
- 某些机构无法在根据其他机构的标准所确定的范围内行动；
- 机构希望在行动和筹资行动方面保持独立；
- 有公开冲突的机构之间难以协调。

除了在行动领域的这种有限协调之外，还可以在某些人道机构集团内看到协调机制。1997年12月的《塞维利亚协议》界定了红十字与红新月运动的不同组成部分的职责。联合国难民署同东道国政府协调有益于难民的行动，并已同非政府组织签订了一份框架协议（《行动伙伴关系》），界定在联合干预行动中的各自职责。联合国的人道事务由联合国人道事务协调办公室加以协调，后者负责有关人道问题的政策、联合国政治机构的动员以及人道干预的协调。在国际层面，由7个联合国机构同客座组织（红十字国际委员会、红十字会与红新月会联合会、互动组织和国际志愿机构理事会）组成的机构间常务委员会每两年举行一次会议，制定共同人道政策，就不同成员各自的行动交换信息，并解决争议。然而，它与其说是协调人道行动的实际机制，不如说是一个供对话之用的论坛，因为它既无权执行决定，也无权发起联合筹资请求以便之后在不同人道机构之间分配资金。

《国际红十字与红新月运动和非政府组织行动守则》是一份确认人道机构同意适用基本人道原则的文件。在这方面，它为实现人道机构间的更紧密结合提供了可能。

只要使命和干预战略不同，人道机构间任何真正的协调在现实中就都是不可能实现的。而且，这一原则实际上并非可取的目标，因为有些人道机构并不独立于政

治机构。最后，机构间协调将面临这样的风险，即人道目标屈从于解决武装冲突过程中所涉及到的政治目标。

1.3 人道机构与其他利益相关机构之间的关系

应当协调什么？

在此阶段，应当谈及武装冲突在其中发展的一般环境，而救援行动的主要类型应当同发展的阶段相联系。授课者可以描述：

- 旨在解决武装冲突根本原因的发展行动（促进人权、减少社会经济不平等、受教育权等）；
- 旨在防止危机演变为武装冲突的行动（预防性外交、派驻联合国观察员、使用维和部队、武器禁运等）及在危机期间设法将潜在冲突的人道后果最小化的行动（传播国际人道法原则、向人道机构示警等）；
- 在冲突期间，旨在解决冲突（预防性外交、恢复和平部队等）和限制其人道后果（受害者援助和保护）的行动；
- 在冲突之后促进恢复及经济、社会、司法重建的行动；
- 最后我们回到发展行动。

所有这些行动都可以从两个角度加以分析：

- 应急行动 v. 发展行动；
- 人道行动 v. 政治行动。

尽管难以在如此多种多样的行动之间实现任何真正的协调，但可以采取措施防止其相互干扰。例如，必须防止专门同紧急情况相联系的措施破坏发展计划（食品援助不应危机农业发展计划），而人道行动不得助长暴力或损害可能的政治解决方案（例如通过挪用人道援助）。

类似的问题是政治行动使得人道问题增多，例如经济制裁使得最脆弱人口群体的处境恶化。

人道措施对政治行动可能产生的积极影响也应当加以分析。人道问题的解决有助于降低仇恨和暴力程度，从而有助于恢复持久和平。在被不安全和侵犯国际人道法行为统治的失控局势中，可以提出下面这个问题：

人道组织何时应当承认其无能为力，并要求政治机构介入，以便恢复一点安全？

这个问题会引发其他问题：

- 用什么标准来将一个局势定义为人道组织无法管理的局势？
- 谁有权确定局势已经变得让人道组织无法管理：人道机构、政治机构还是两者一起？

基本上，所有机构都希望恢复和平，并且知道政治行动和人道行动都有助于实现这一目标。然而，将这两类行动混为一体可能会危及人道行动的基本原则：公正、中立和独立。

应当协调谁？

仍然是以冲突演变的基本大纲为参考，授课者应当要求学员把在各个等级上确定的行动同所涉机构的职责（基于其使命）相联系。

然后，要研究两个问题：

- 不同机构的职责发生重叠的领域；
- 不同实体（人道机构、捐赠者、联合国难民署、非政府组织、联合国、国家、欧安组织、北约组织等）之间可能的联系。

取决于具体情况，这种联系可能会强化不同机构的行动——例如在下列领域：

- 使得公众对于人道问题的原因变得敏感（人道机构与媒体）；
- 对干预的财政支持（人道机构与捐赠者）；
- 外交干预和人道行动（人道机构与国家）。

然而，它们也可能会是有害的：

- 对机构的武装护送导致丧失中立性（人道机构与军队）；
- 利用媒体为作为组织的人道机构吸引更多公众注意（人道组织与媒体）；
- 使人道目标屈从于政治目标（人道机构与捐赠国）。

理想状况是政治机构和人道机构完全在其各自职责范围内行动，并将其行动结合为一个连贯的整体。人道机构对政治领域的侵蚀或者政治机构对人道领域的侵蚀通常是操作性受到限制的结果：

- 缺乏对受害者的接触导致人道机构采取政治立场；
- 媒体要求政治机构进行干预的压力导致它们在不可能进行政治干预时在人道领域采取行动；
- 捐赠者对人道机构施加财政压力，要求采取特定的干预行动，这些行动并不必然符合受害者的真正需求，而是符合政治行动者的能见度需求。

以下悖论必须以某种方式得到解决：在概念上，两类行动是相互依赖的，但在实践中，它们的实施必须分开。在冲突阶段，中立原则对于人道机构而言必不可少，这种分离具有重要意义。这就是为什么涉及由单一机构来确定目标的集中化协调并不必然可取。我们所追求的可能充其量是一个对话空间，以及在某些情况下的相互磋商。

应当说，政治机构（安理会）和人道机构（联合国难民署、联合国儿童基金会、世界卫生组织）共存于联合国之内的这一事实，使联合国根据一个连贯的整体计划管理所有这些行动成为可能。然而，这一局面也暗示了这样一个风险，即人道目标将与更宽泛的、政治性的目标相结合。

为实现最低限度的相互磋商有哪些措施可供采取？

在这一领域，为了实现计划进行或正在进行的干预措施相互通知的目标，所有相关当事方之间的对话必不可少。

人道机构与政治机构之间进行更为一般的对话的机会也是存在的。在红十字国际委员会，人道外交的目标是为该组织同联合国机构、非政府组织及政治机构之间的关系提供连贯性。将红十字与红新月运动的组成部分集合起来的红十字与红新月运动大会，是人道行动者和政治行动者全面遭遇的一个例子。

此外，政治机构和人道机构之间定期举行以问题为导向的会议——例如红十字国际委员会组织的沃尔夫斯堡会议。

2. 类别

小结：协调人道行动。

3. 教学目标

本目标分为三部分。针对每个部分，学员将被问道三个问题：

- 在卫生领域的协调：
 - 应当协调什么？
 - 应当协调谁？
 - 为协调之目的有哪些方法可供使用？
- 与人道问题相联系的所有行动的协调：
 - 应当协调什么？
 - 应当协调谁？
 - 为协调之目的有哪些方法可供使用？
- 人道机构与其他武装冲突所涉机构之间的关系：
 - 应当协调什么？
 - 应当协调谁？
 - 为确保最低限度的相互磋商有哪些措施可供采取？

4. 教学方法

分组讨论，在每组问题之后进行集体总结。

5. 教学时间

总时间：180分钟

- 30分钟（每组问题）分组讨论
- 30分钟（每组问题）集体总结

6. 小结

- 图表一：协调（以卫生保健行动作为起点）
- 图表二：机构间关系的类型
- 图表三：卫生保健体系的范畴
- 图表四：包括机构在内的卫生保健体系的范畴
- 图表五：卫生保健行动的协调
- 图表六：限制卫生领域有效协调的因素
- 图表七：可以做些什么来改进卫生保健行动的协调？
- 图表八：援助与保护：协调
- 图表九：援助与保护：行动者
- 图表十：行动者之间的关系：以红十字国际委员会为例
- 图表十一：限制人道援助协调的因素
- 图表十二：可以做些什么来改进人道援助协调？
- 图表十三：人道行动与冲突解决行动
- 图表十四：人道机构与政治机构
- 图表十五：在武装冲突常见情况下的机构间关系：以红十字国际委员会为例
- 图表十六：限制人道行动与政治行动间协调的因素
- 图表十七：可以做些什么来改进人道行动与政治行动之间的相互关系？
- 图表十八：政治领域与人道领域
- 图表十九：一类机构介入另一类机构的领域
- 图表二十：行动者各不相同
- 图表二十一：北约
- 图表二十二：联合国

- 图表二十三：联合国大会
- 图表二十四：联合国安理会
- 图表二十五：安理会在海湾战争期间的干预
- 图表二十六：经社理事会
- 图表二十七：联合国儿童基金会
- 图表二十八：世界医生组织
- 图表二十九：无国界医生组织
- 图表三十：乐施会
- 图表三十一：联合国开发计划署
- 图表三十二：世界银行
- 图表三十三：人权委员会
- 图表三十四：红十字国际委员会
- 图表三十五：红十字会与红新月会国际联合会
- 图表三十六：各国红十字会与红新月会
- 图表三十七：人权事务协调办公室
- 图表三十八：机构间常务委员会
- 图表三十九：联合国难民署
- 图表四十：世界卫生组织
- 图表四十一：欧安组织

图表一

协调

(以卫生保健行动作为起点)

1. 卫生保健行动的协调
 - 如何?
 - 什么?
 - 谁?
 - 如何?
2. 人道援助的协调
 - 什么?
 - 谁?
3. 协调所有与战争有关的行动
 - 什么?
 - 谁?
 - 如何?

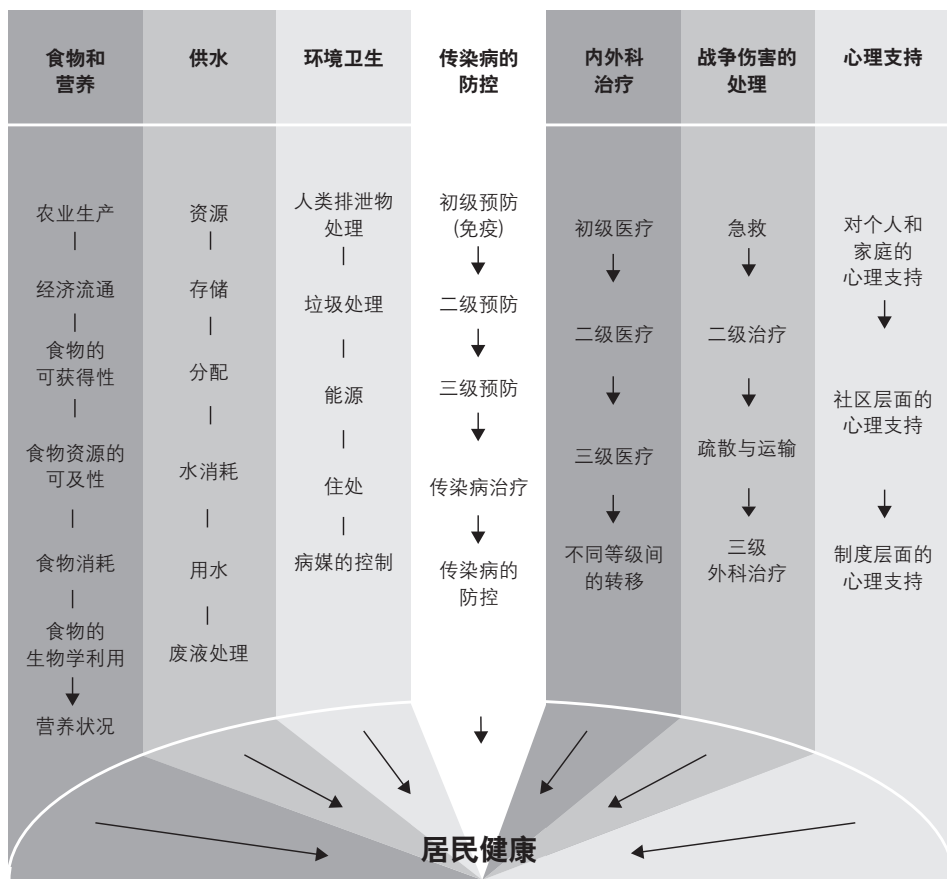
图表二

机构间关系的类型

- 集中
- 混淆
- 磋商
- 协商
- 协调
- 合作
- 帮助
- 强迫
- 竞争
- 对峙
- 冲突

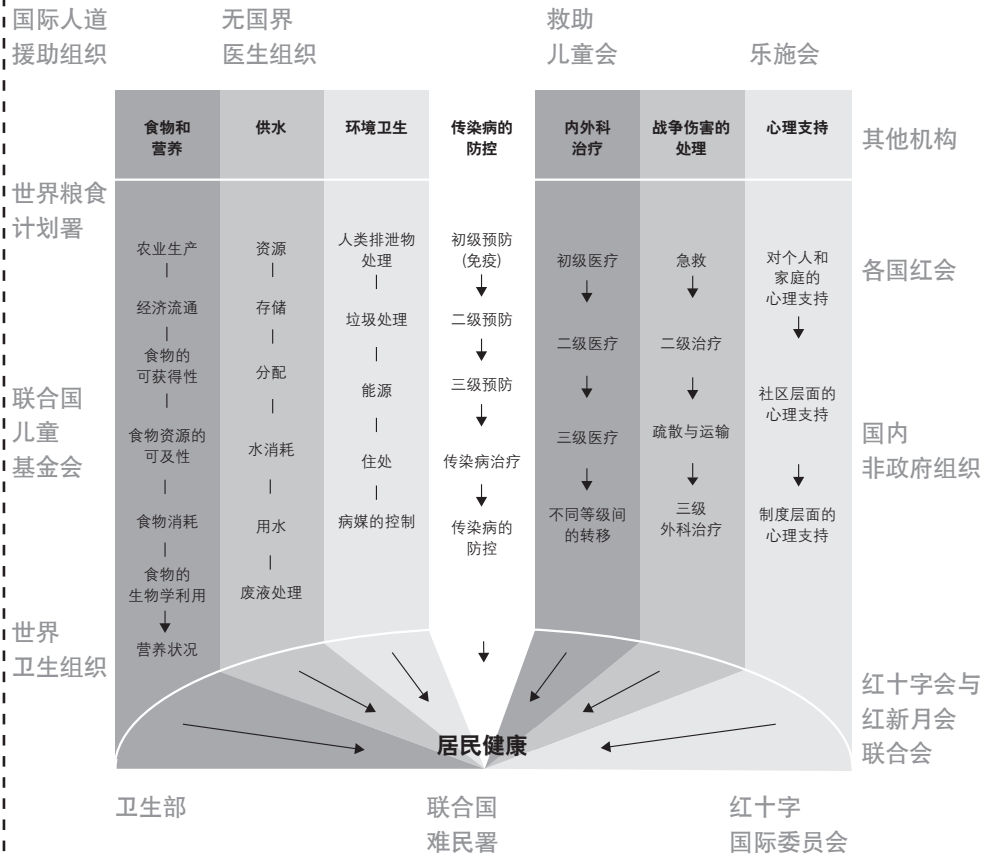
图表三

卫生保健体系的范畴



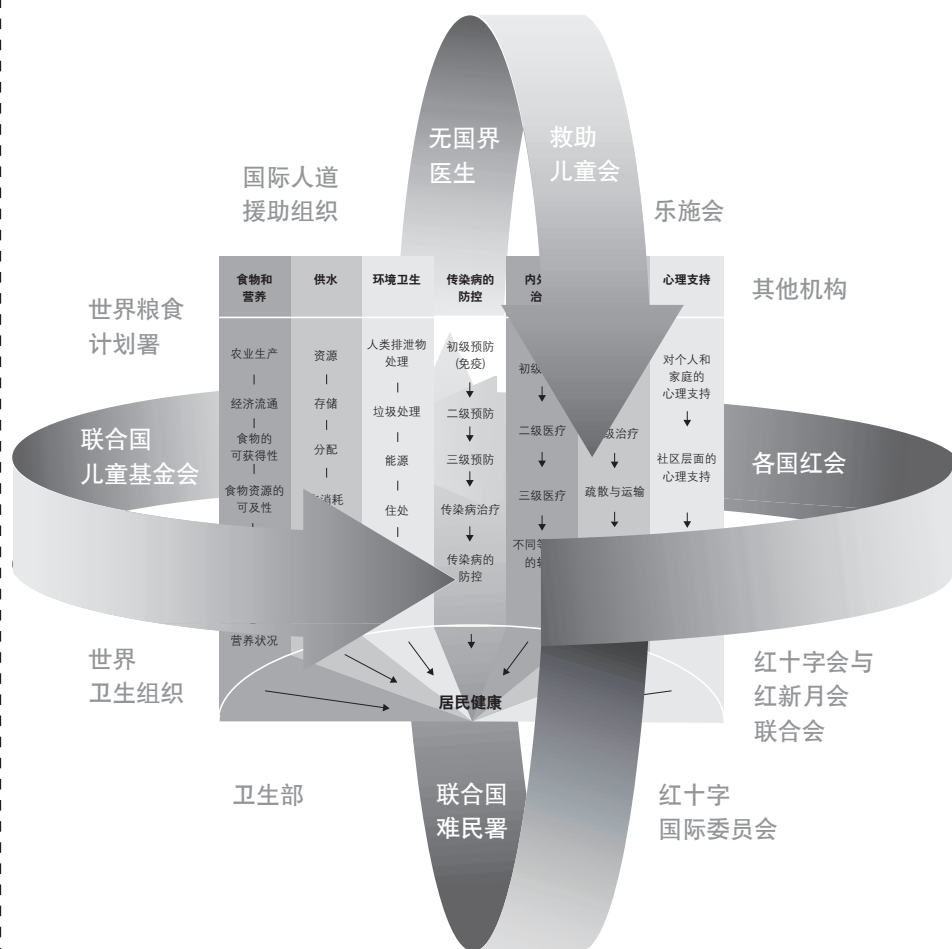
图表四

包括机构在内的 卫生保健体系的范畴



图表五

卫生保健行动的协调



图表六

限制卫生领域有效协调的因素

- 以部门为基础的方案
- 机构间竞争
- 选择性计划
- 缺乏标准化
(卫生政策、设备)
- 给予高“能见度”行动
优先地位
- 注意力集中于短期影响
- 机构不具备必要能力，
缺乏可信度

图表七

可以做些什么来 改进卫生保健行动的协调

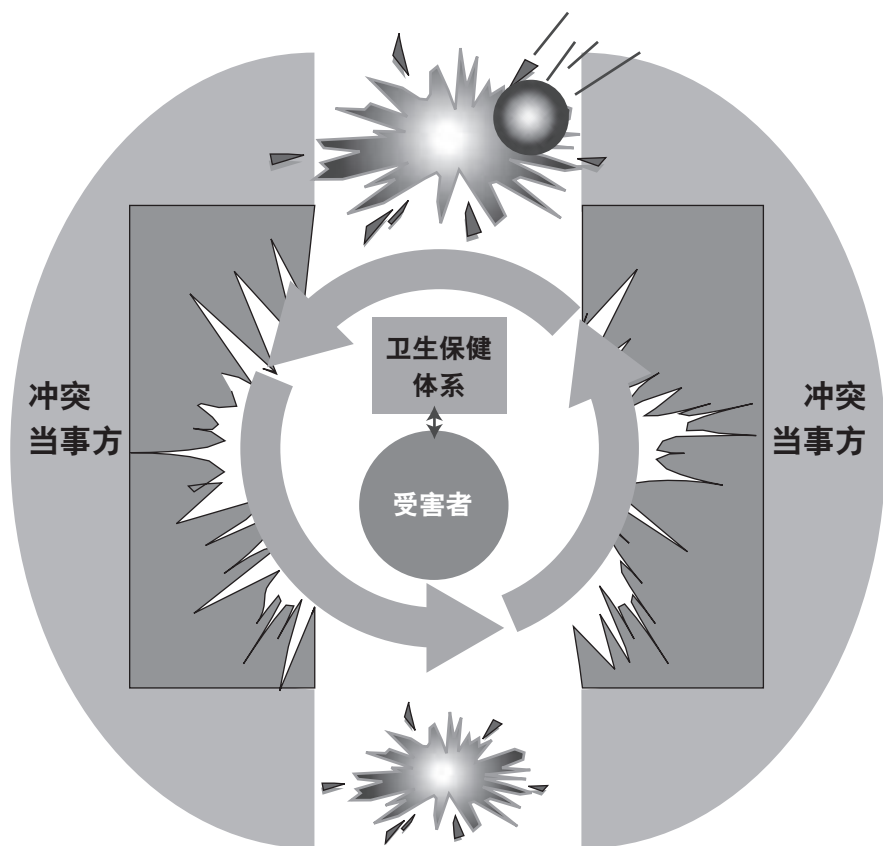
从最简单到最难：

- 开发用于分析普遍问题
和战略的工具
- 多机构联合评估
- 联合筹资
- 多学科评估
- 给予一个组织授权
- 总部和现场之间更好地
进行沟通

图表八

援助和保护：

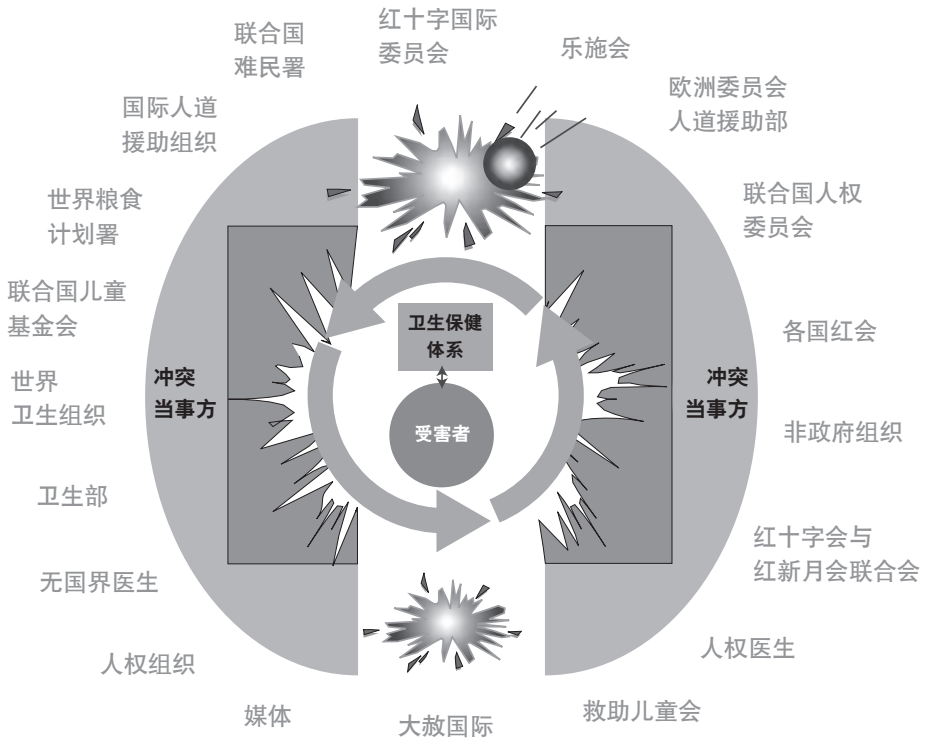
协调



图表九

援助和保护：

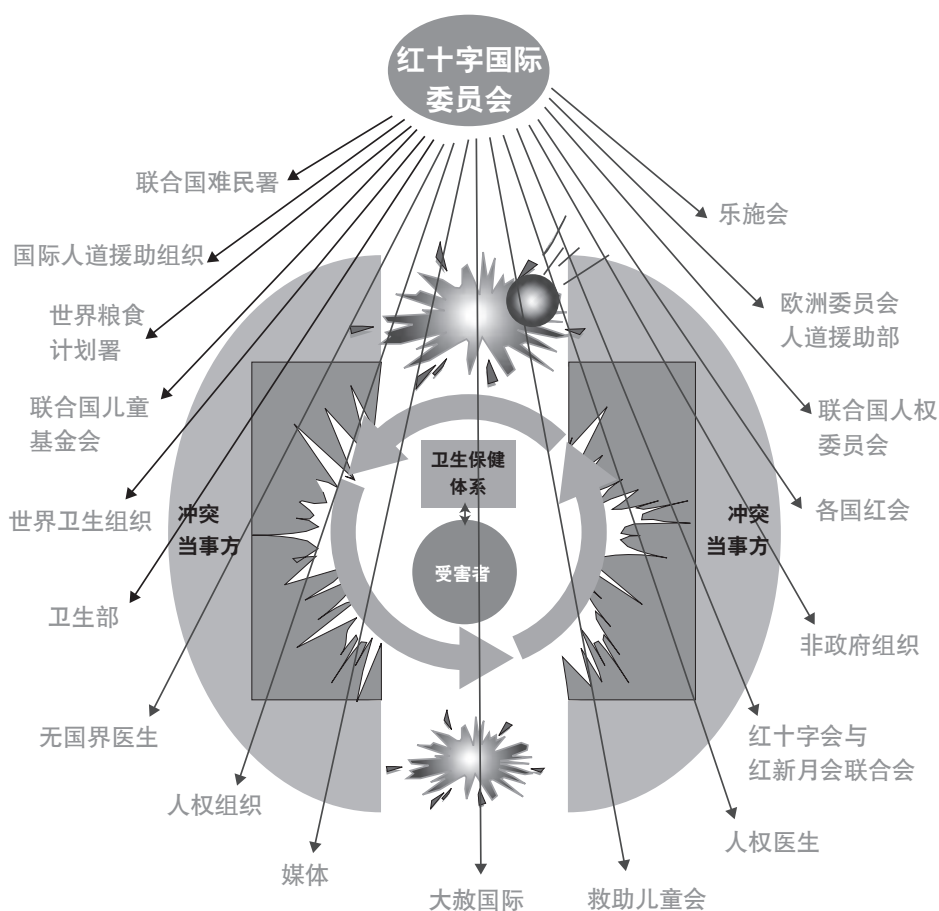
行动者



图表十

机构间关系：

以红十字国际委员会为例



图表十一

限制人道援助协调的因素

- 捐赠者也是人道机构
- 对需求的选择性观点
- 不同战略 (慎重谈判 v. 公开谴责)
- 援助战略与保护战略之间的冲突
- 战略有所冲突的机构之间难以协调
- 竞争财政资源
- 竞争媒体关注

图表十二

可以做些什么 来改进人道援助协调？

可能的做法

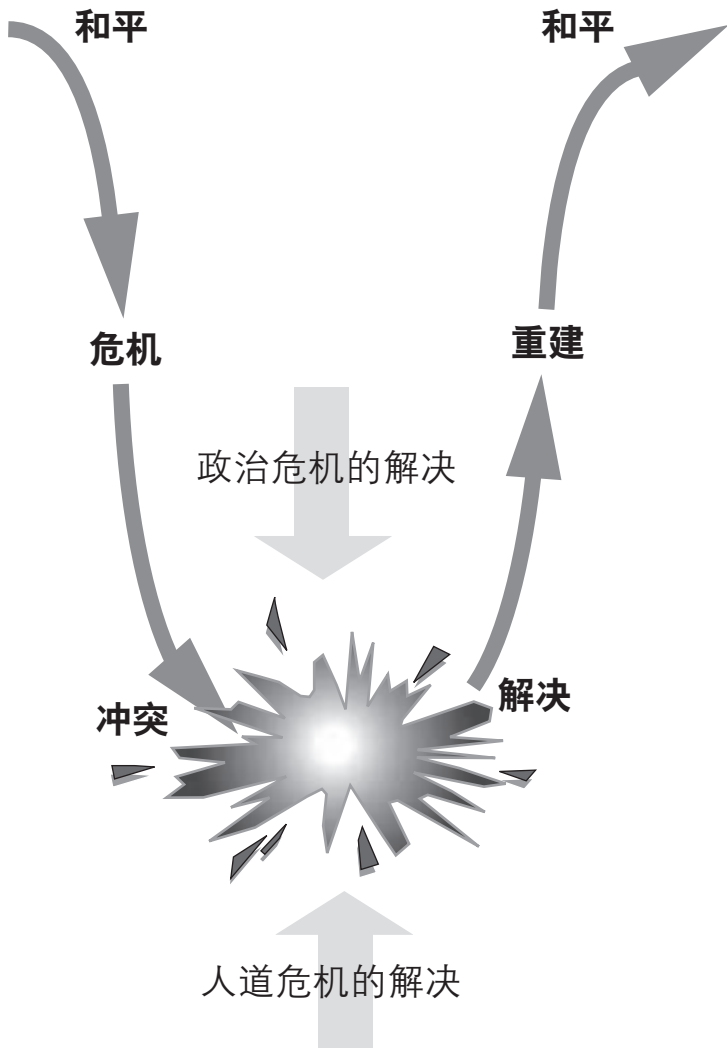
- 促进对于各种不同战略优缺点的更深入理解
- 不同机构之间签订合作协议——例如：
 - 红十字与红新月运动《塞维利亚协议》
 - 联合国难民署与非政府组织之间的《行动伙伴关系》
- 在每个机构集团内建立协调机制，例如：
 - 人道事务协调办公室
 - 国际志愿组织理事会
- 在机构集团之间建立协调机制，例如：
 - 机构间常务委员会
- 真正的协调要求：
 - 联合评估
 - 计划共享
 - 联合筹资请求

是否现实？

是否可取？

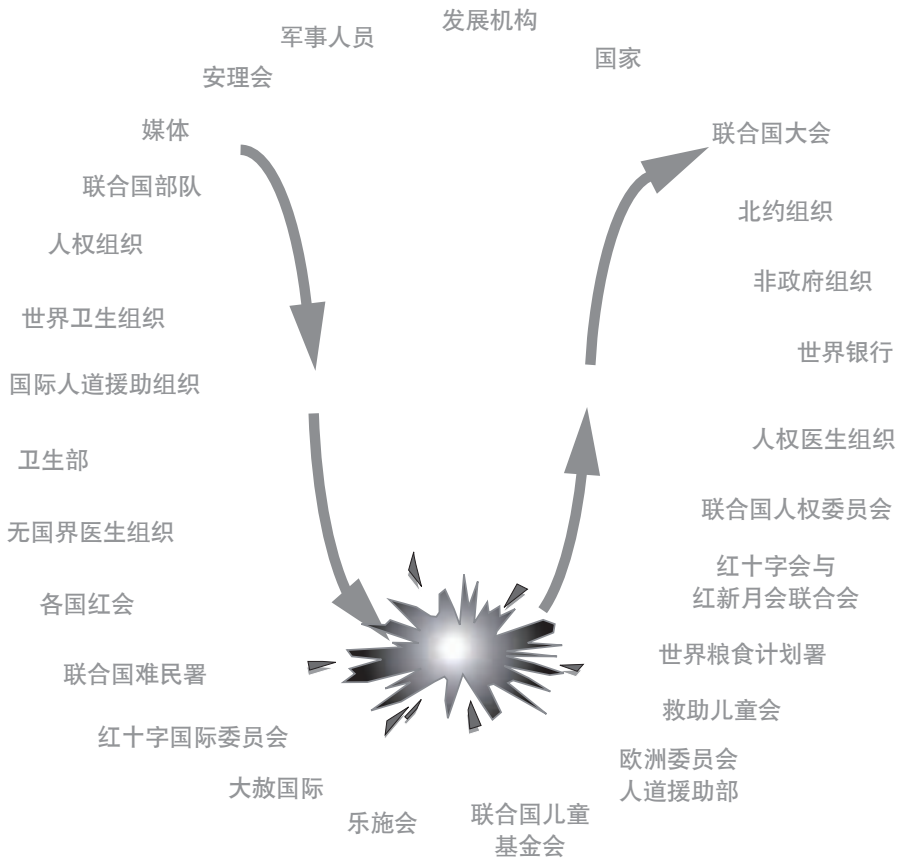
图表十三

人道行动与冲突解决行动



图表十四

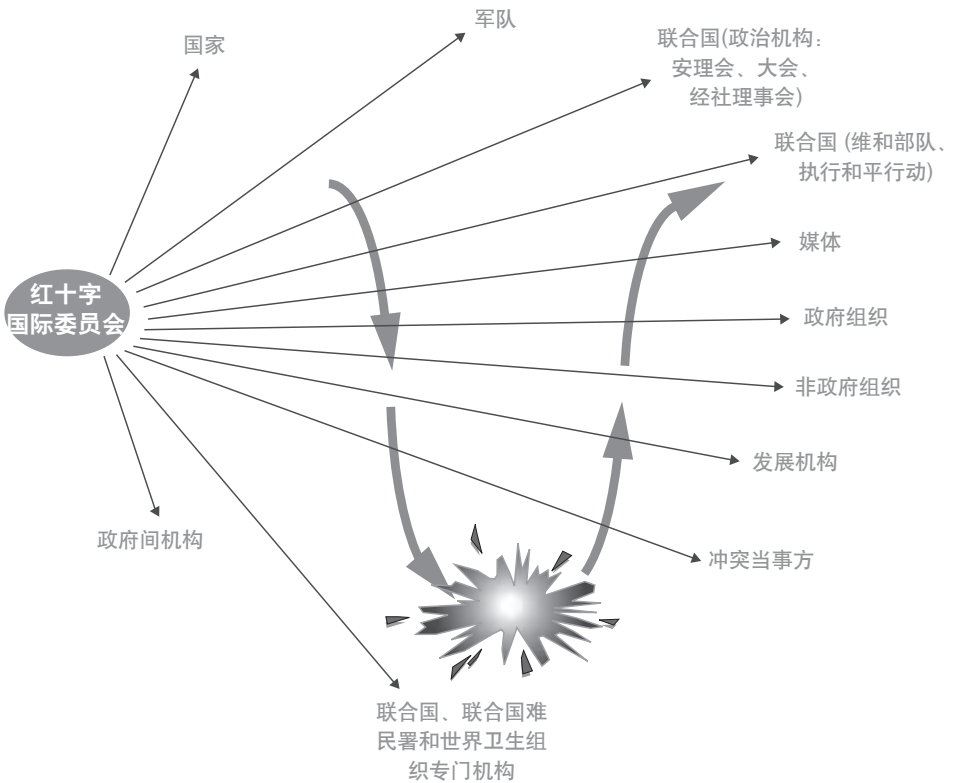
人道机构与政治机构



图表十五

在武装冲突常见情况下的 机构间关系

以红十字国际委员会为例



图表十六

限制人道行动与 政治行动间协调的因素

- 人道机构的独立性
- 基于严格中立的人道战略
- 手段选择有限 (禁运、军事手段)
- 使人道行动受限的不安全性
- 人道目标代替政治目标
- 人道行动对冲突发展的影响

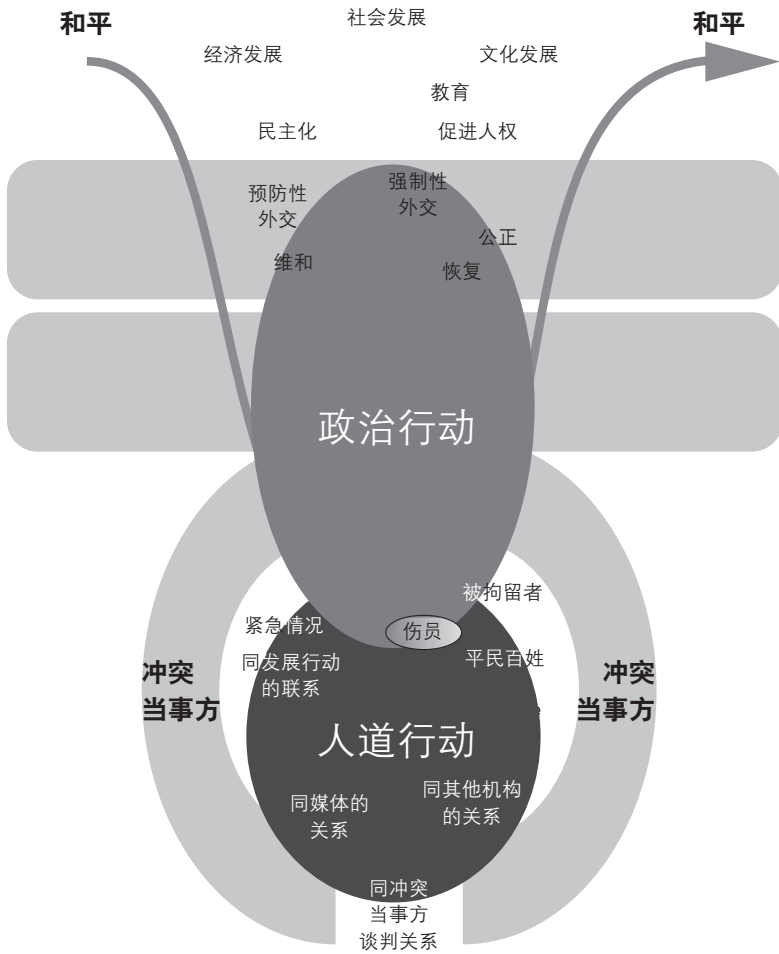
图表十七

可以做些什么来改进人道行动与 政治行动之间的相互关系?

- 更深入地理解使命
- 促进外交
- 参加既包括人道机构也包括政治机构的论坛
- 红十字与红新月运动国际大会

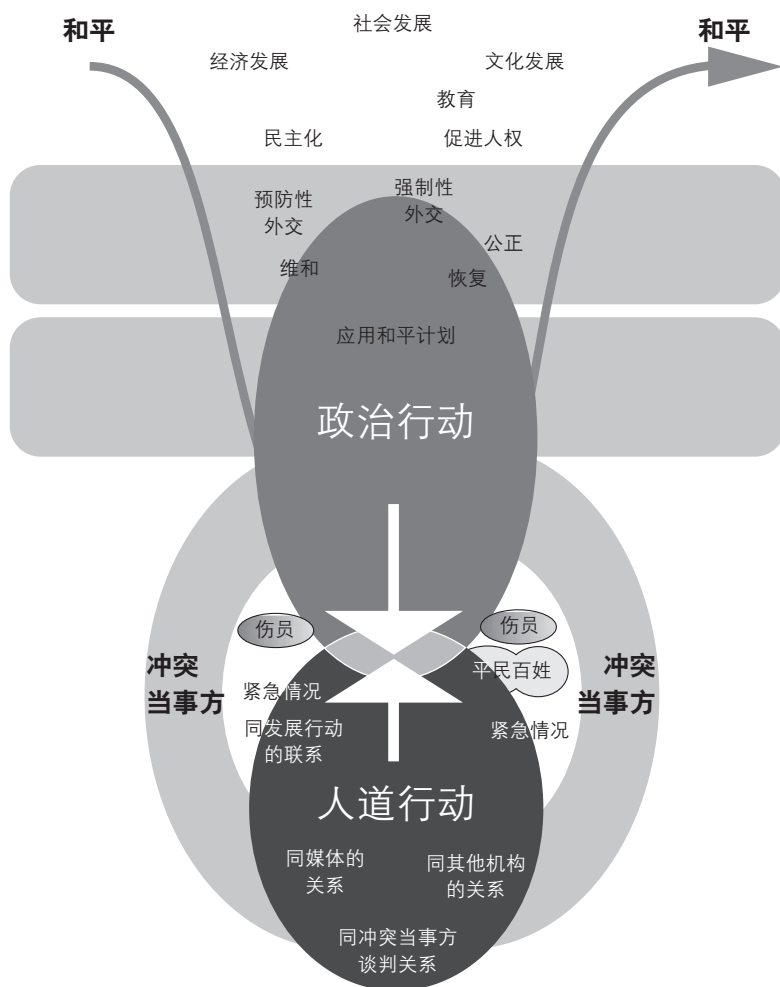
图表十八

政治领域与人道领域



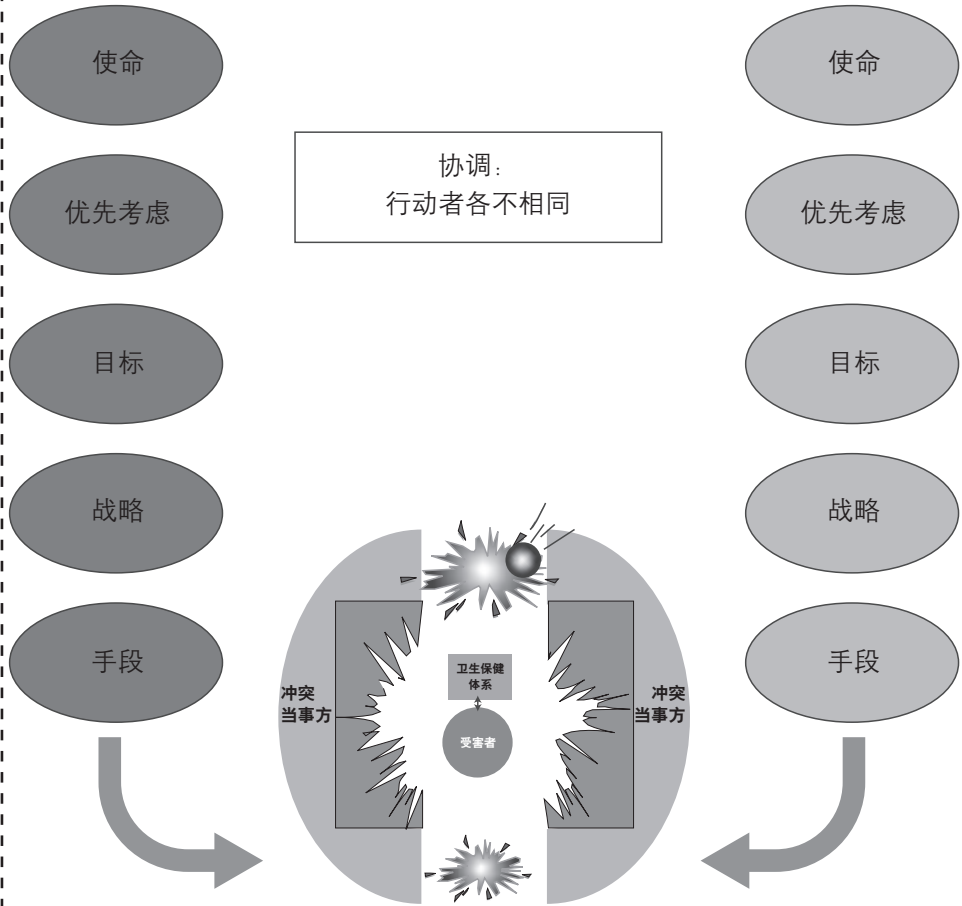
图表十九

一类机构介入 另一类机构的领域



图表二十

行动者各不相同



图表二十一

北约

北大西洋公约组织

历史： 《北大西洋公约》签署于 1949 年。

使命： 《公约》创设了一个政治和军事防御联盟，以防止对其成员国

的侵略。

结构： 在北大西洋理事会管辖下的由 16 个成员国组成的文职

部门

在军事委员会管辖下的军事部门监督各种不同军事单位

欧洲一大西洋伙伴关系理事会是同中、东欧国家之间的

对话合作框架

“和平伙伴关系”的目标是促进同非成员国（瑞士、瑞典）

之间的对话与合作

行动：

- 评估军事需求。

- 协调武器控制政策。

- 同中、东欧伙伴国建立合作关系。

- 在使命框架内进行动员，以维持和重建和平。

- 在冲突局势中调查事实。

图表二十二

联合国

组织介绍

历史：《莫斯科宣言》(1943年10月30日)表达了创设一个国际组织的想法，认识到：

“有必要在实际可行的最早日期设立一个一般国际组织，以所有热爱和平国家主权平等之原则为基础，成员资格向所有这些国家开放，无论大小，以维护国际和平与安全。”

在1945年6月26日旧金山会议上签署了《联合国宪章》。

使命：“我联合国人民同兹决心

- 欲免后世再遭今代人类两度身历惨不堪言之战祸，
- 重申基本人权，人格尊严与价值，以及男女与大小各国平等权利之信念，
- 创造适当环境，俾克维持正义，尊重由条约与国际法其他渊源而起之义务，久而弗懈，
- 促成大自由中之社会进步及较善之民生……。”

《联合国宪章》序言

- 目标：**
- 维持国际和平及安全。
 - 发展国际间以尊重人民平等权利及自决原则为根据之友好关系。
 - 发展经济、社会、智力和人道领域的国际合作。
 - 促进对于人权及基本自由的尊重。

图表二十三

联合国 大会

- 由所有成员国组成。
- 举行会议 (定期会议、特别会议、紧急特别会议)。
- 以下列形式运作：
 - 全体会议
 - 委员会 (6个)
 - (1) 裁军与国际安全委员会
 - 具体政治问题
 - (2) 经济和金融委员会
 - (3) 社会、人道和文化委员会
 - (4) 特别政治和非殖民化委员会
 - (5) 行政和预算委员会
 - (6) 法律委员会
- 通过决议 (决定、建议)。

图表二十四

联合国 安全理事会

安全理事会由15个成员国组成：

- 5个常任理事国
- 10个非常任理事国

主席职位每月按照字母顺序在成员国之间轮换。

常任理事国可以行使否决权。

安全理事会的目标是维持国际和平与安全：

- 调查争端 (第34条)。
- 就争端解决提出建议 (第36和38条)。
- 武器管制 (第26条)。
- 就威胁和平之情形提出建议 (第39条)。
- 要求实施经济制裁及其他不包含武力之使用的措施 (第41条)。
- 要求进行武装干预 (第42条)。

图表二十五

安理会的干预

海湾战争期间

- 1990年8月2日** 第660号决议谴责入侵，要求伊拉克部队立即撤离。
- 1990年8月6日** 第661号决议强制实施经济制裁，并设立了制裁委员会。
- 1990年8月25日** 第665号决议实施海上封锁。
- 1990年9月25日** 第670号决议实施空中封锁。
- 1990年11月20日** 第678号决议授权采取任何必要手段恢复和平。
- 1991年1月16日** 安理会授权科威特联军进行武装干预，标志着沙漠风暴行动的开始。
- 1991年2月26日** 伊拉克请求停火。
- 1991年4月3日** 第687号决议确立停火条件。

图表二十六

经社理事会

经济与社会理事会

结构： 经社理事会由按照地理配额选出的54个成员国组成。

经社理事会每年举行一次会议。

决定由出席国多数票做出。

- 行动：**
- 促进经济和社会发展。
 - 促进经济、社会、文化和教育领域的国际合作。
 - 促进对人权和基本自由的尊重。

图表二十七

联合国儿童基金会

历史: 联合国大会第57号决议 (1946年) 设立了联合国儿童基金会, 作为向战争中国家儿童提供援助的临时机构。

联合国大会第802号决议 (1953年) 使其成为永久机构, 并扩大了其职权范围。

使命: 帮助各国, 特别是发展中国家, 向儿童提供永久卫生服务。

1996年, 联合国儿童基金会执行委员会扩大了该组织的职权范围, 特别是将促进儿童权利包括在内。

结构: 执行委员会有36个成员国, 每年举行数次会议。执行委员会成员按照地理份额招收。

行动:

- 促进儿童权利。
- 动用物资, 向发展中国家提供援助。
- 回应紧急局势中的儿童受保护需求。

图表二十八

世界卫生组织

历史： 组织于1980年创立。

使命： 世界卫生组织的行動的基本原则可以概括为如下格言：

“医治，作证，支持人权”

结构： 国际秘书处位于巴黎。

各国分部的结构是自治的。

行动： 世界卫生组织的部门主要集中于卫生领域。世界医生既介入紧急局势，也介入诸如恢复及卫生相关发展等长期行动。

世界卫生组织在发达和发展中国家代表脆弱人群行事。

世界卫生组织对于侵犯人权行为采取公开立场。

图表二十九

无国界医生组织

- 历史:** 组织于1971年创立于巴黎。
- 使命:** 无国界医生组织的行动基于界定其活动背景和形式的宪章：
“以普遍医疗道德及受人道援助权之名义的中立和公正。”
- 结构:** 无国界医生组织由数个分部组成，每个分部由一名主席和一名总经理负责。国际理事会每三个月举行一次会议。
- 行动:** 无国界医生组织在紧急局势（自然灾害、传染病、武装冲突）中行动。主要介入卫生事务，同时也发展恢复计划。
无国界医生组织在人权领域非常活跃，在人权遭到侵犯时采取公开立场。

图表三十

乐施会

- 历史:** 乐施会始于1942年的牛津饥荒救援委员会。
- 使命:** 行动哲学已经从应急行动发展为长期计划，并强调加强当地能力。
- 战略:** 乐施会同政府当局密切合作，以便加强当地能力。这一方法同积极支持并行。
- 行动:** 乐施会在紧急局势中工作，特别是集中于水和卫生项目。

图表三十一

联合国开发计划署

历史： 联合国开发计划署于1966年由联合国大会第2029号决议设立。

使命： 对各国实现可持续人类发展的努力提供援助。

结构： 联合国开发计划署处于联合国经济与社会理事会的管辖之下。

执行委员会确定一般政策，批准援助请求。

由按照地理份额选择的36个成员国组成。

联合国开发计划署同世界银行、国际劳工组织、世界卫生组织、联合国粮农组织等合作。

行动：

- 帮助各国加强其能力。
- 实施发展计划消除贫困、创造就业机会、保护和恢复环境。

图表三十二

世界银行

世界银行包括：

- 国际复兴开发银行
- 国际开发协会
- 国际金融公司
- 多边投资担保机构

历史： 1944年布雷顿森林会议后成立，1946年开始运作。

使命： 在国际层面促进金融交流，为在第二次世界大战中遭破坏国家的重建提供资金。

结构： 理事会包括每个成员国的一名理事。每年同国际货币基金组织理事会举行一次会议，并有22名执行董事。

1977年世界银行设立了一个旨在干预冲突后局势的部门。

行动：

- 向生产项目贷款。
- 为经济改革 (结构调整) 提供资金。

图表三十三

人权委员会

历史： 人权委员会于1946年由联合国经济与社会理事会第5、9号决议设立。

使命： 保护和促进人权。

结构： 委员会有48个成员国（最初为18个），由经济和社会理事会按照地理份额选出，任期3年。

委员会设立了若干子机构，如防止歧视和保护少数民族分委员会。

行动： • 确定标准：

建议、人权报告、妇女地位、信息自由、保护少数民族、防止歧视等。

• 监督程序：

审查个人来文（申诉）的“1503程序”。

由特别报告员分析某个局势或问题。

图表三十四

红十字国际委员会*

- 历史：**
- 1859年：索尔费里诺
 - 1863年：国际伤兵救护委员会
 - 1864年：第一个《日内瓦公约》
 - 1880年：红十字国际委员会
- 使命：**保护和援助战争受害者。
- 结构：**委员会由25名委员组成，以大会形式决定一般政策。红十字国际委员会由一个4人董事会领导。
- 行动：**
- 保护和援助战争受害者。
 - 促进、发展和监督国际人道法适用。
 - 维持和传播红十字与红新月运动基本原则。
 - 承认新的国家红会。

* 红十字国际委员会的任务已经在第9单元
“保护武装冲突受害者”中提及

图表三十五

红十字会与红新月会国际联合会

- 历史：** 1919年国际大会后设立了红十字会联盟。
1991年成为联合会。
- 使命：** 鼓励和支持成员国红会的人道行动。
- 结构：** 每两年举行一次大会，在其中每个红会均可投票。大会选举主席，任期4年。
联合会常设秘书处位于日内瓦。
- 行动：**
- 发展各国红会。
 - 在自然灾害和传染病局势中进行干预，为武装冲突国流落在外的难民提供支持。

图表三十六

各国红十字会与红新月会

- 历史：** 创立之初是为了向治疗伤病士兵的军事医疗服务提供援助。今天它们从事很多活动。
- 使命：** 援助和保护弱势群体。
- 结构：** 每个国家红会在其本国都是唯一的，由一名主席和一名秘书长负责。
- 行动：**
- 援助弱势群体(儿童、老年人、残疾人等)
 - 培训(急救人员、护士等)
 - 建立卫生保健中心(医院、诊所)
 - 救灾

图表三十七

人道事务协调办公室

历史: 创立于1977年，取代人道事务部。

使命: 在联合国内部协调人道事务。

结构: 由人道事务副秘书长负责。

两个办公室: 纽约和日内瓦。

行动:

- 制定应对所有人道问题的政策
- 代表人道事业动员政治部门 (安理会)
- 通过同机构间常务委员会之间的磋商协调紧急人道干预行动

图表三十八

机构间常务委员会

历史： 创立于1992年 (大会第46/182号决议)。

使命： 协调人道援助。

结构： 组成：

- 7个联合国机构：人道事务协调办公室、联合国难民署、联合国儿童基金会、世界粮食计划署、联合国开发计划署、世界卫生组织及联合国粮农组织
- 客座组织：红十字国际委员会、联合会、互动组织、国际志愿机构理事会
- 会议：一年两次

行动：

- 制定共同人道政策
- 在联合国机构间分配职责
- 在机构间常务委员会之外促进人道行动原则
- 识别职权范围与行动能力之间的缺口
- 解决机构间争端

图表三十九

联合国难民署

历史： 联合国大会于1949年任命难民高级专员。《联合国难民署章程》于1951年通过。

使命： 为难民提供国际保护，给予物质援助，并为其问题找到持久解决方案。

结构： 执行委员会每年10月在日内瓦举行会议，有53个成员。

行动： 保护和援助世界各地的难民和流离失所者。

图表四十

世界卫生组织

- 历史:** 创立于1948年。
- 使命:** 使所有人得以达到尽可能高的健康水平。
- 结构:** 世界卫生大会每年5月在日内瓦万国宫举行。大会选举总干事。
执行委员会由32个成员组成,每年在日内瓦举行两次会议。
- 行动:**
- 为政府的卫生政策提供援助
 - 在卫生领域拟议国际公约
 - 在世界范围内监控卫生和疾病趋势
 - 推广应急标准
 - 促进卫生领域的科学合作

图表四十一

欧洲安全与合作组织

- 历史:** 创立于1970年,原为欧洲安全与合作大会,1994年成为欧洲安全与合作组织。
- 使命:** 为东—西欧对话和谈判提供论坛。
- 结构:** 欧安组织现有55个成员国。
成员国国家元首或政府首脑峰会每两年举行一次。
欧安组织部长理事会由外交部长组成,是核心决策机构。
常设理事会位于维也纳,由成员国代表团团长组成,每周举行会议。
- 行动:**
- 通过决议,要求在武装冲突局势中尊重国际人道法
 - 在武器控制、预防性外交、人权、选举监督和经济安全等领域开展行动

甲国/乙国

内容提要

- 正在发生什么
关于甲国冲突及乙国反应的背景知识
- 关于乙国的信息
乙国：背景
乙国：食物、营养和农业
乙国：地理、经济和社会数据
 交通和通讯
乙国：卫生体系和规划
 卫生监控数据
 来自伽马省的医院信息
乙国：水和公共卫生
- 阿瓦雷营难民
阿瓦雷营的卫生服务
阿瓦雷营的食物和营养
阿瓦雷营的环境卫生
阿瓦雷营：一般难民问题
- 地图
区域及地方地图

关于甲国/乙国各方面紧急情况的信息是根据常见主题分组，在章节之间存在相当程度的重叠。尽管这些信息可能看起来零散且不完整，但在战区局势中，应急计划往往必须根据甚至比此处更加匮乏的信息来设计。

甲国/乙国

导论

甲国有着不幸的种族紧张关系史。来自该国东部的库洛罗斯人传统上占据国家民主党关键职位，后者已经控制甲国政府多年。少数民族佐瓦拉族日益相信，给甲国的外部发展援助被优先输往了库洛罗斯本族地区。在过去两年中，一场干旱肆虐了该国东北部，这是大部分佐瓦拉人的家园。佐瓦拉人相信，在此期间国民政府几乎没有采取任何措施来缓解农作物歉收和被迫出售牲畜所带来的饥饿和痛苦。

三年前（1996年），反对团体佐瓦拉民主联盟（佐民联）成立，以抗议东北地区被边缘化。1999年初，佐瓦拉人的怨恨加深，在基镇爆发了骚乱。两个星期后，该镇被佐民联武装派别佐瓦拉解放运动（佐解运）夺取。不久以后，叛乱者被甲国军队赶走。佐解运转而在西格玛地区作战，并攻占了那里的特里特镇。据一位在斯德哥尔摩的佐解运发言人在英国广播公司的节目中称，1999年11月初他们发起进攻，夺取了鲍镇。激烈的战斗已经迫使人数不明的甲国平民越境进入乙国。甲国政府试图贬低佐解运的领土要求的重要性，坚称其很快就将重新确立对其领土的控制，平民也很快就将能够平安返回家园。

在边境的乙国一侧，在伽马省定居的平民使得资源远远供不应求。无力满足其需求的乙国政府已经请求国际援助。与此同时，乙国政府正试图在甲国冲突双方之间进行调停。

佐瓦拉难民的到来使得该国的国内政治复杂化了。在阿贝边境的两侧都有佐瓦拉人，过去已有人号召建立独立的佐瓦拉国。目前乙国已经从军事统治转变为由国家革命委员会（革委会）控制的实质上的一党制国家。

尽管总统和他的很多部长都是佐瓦拉人，但乙国真正的权力由军方掌握，后者传统上来自乙国的其他种族群体。尽管总统据说愿意对甲国难民采取更为支持性的姿态，但政府担心这样做会给甲国军队提供对已逃往乙国的佐解运同情者展开作战行动的借口，并招致甲国对乙国国内正在出现的佐瓦拉不满情绪提供武装支持的风险。威廉·扎特曼教授在最近英国广播公司的采访中说，这方面的任何建议都必定会促成乙国军队的又一次政变。他表示，这会导致战事大大升级，因为古老的领土要求和过往的不公行为（真实的和想像的）会复活。

与此同时，在乙国伽马省，大多数难民都已定居在伽马区靠近阿瓦雷村的地区，离最近的克隆镇22公里，离甲国边界34公里。这一地区是为那些来自甲国的、在埃普西隆地区没有家人可供相随定居的人选取的。一些消息人士称在埃普西隆区自主定居的人口有2万，而另一些官员给出的数字则高得多。更多的难民则似乎已经定居在伽马省伽马区的阿瓦雷，尽管他们尚未被逐一清点。据新近成立的省难民事务办公室称，每天有多达3000名难民进入该地区。

难民们住在用草、树枝和香蕉叶搭成的棚子里。做饭用的燃料是一个问题。尽管大多数难民已经定居在阿瓦雷地区，但有一些还生活在靠近佐韦泰村的地方。他们从博维河取水，但这一水源也成问题。据报道，难民的卫生条件不佳。同当地社区的关系迄今为止还不是主要问题，但有迹象显示麻烦可能正在到来。尽管难民们随身携带了一些食物，但已经吃完。社区和乙国各种不同组织已经努力提供帮助，但这显然不够。尽管尚未完成任何调查，但看起来营养不良可能是个大问题。这一问题与伽马省的慢性营养不良问题有何不同也还不为人知。

该省的卫生问题包括许多常见的地方性和流行性传染病，如恶性疟疾、霍乱、麻疹、结核病、艾滋病、脑膜炎、腹泻、呼吸道感染和皮肤病。社区瓦解所带来的创伤现在已经随着战争伤员的涌入而加剧。

产科并发症是常见病；尽管没有确切的产妇死亡率，但相信会很高。

伽马省的卫生服务包括伽马省市的一家省医院和布雷夫、克隆和塔克里的一些较小的医院。克隆的医院是离得最近的一家，迄今为止似乎也是受难民涌入和服务需求增加的影响最大的一家。伽马省的三个区周围分散着一些卫生保健中心和医疗站。社区卫生工作者正在培训中，但人数不足。几个组织正在开始为难民提供有限的卫生服务。药品和物资的重大短缺已经隐约可见。

这一地区的运输依靠公路、铁路和航空。所有这些手段都在不同时候、以不同方式存在问题。克隆周围的公路易遭洪灾，通往一些地区的道路可能会中断数日。

你的工作

你的职责首先是作为紧急需求评估团队的一分子。之后你的角色将发生变化，你将必须就援助的组织工作采取措施并做出决定。需要什么援助？如何利用乙国或难民中的现有资源最好地提供这种援助？必须从国外带来什么？

甲国——乙国模拟练习包含进行人道援助决策和设定优先顺序所需的很多信息。在下文中，它将以从许多消息来源处收集而来、但已经按主题归类的零碎信息的形式呈现。有些信息之间明显冲突，关键事实常常缺失。同在许多真实生活场景中一样，手头永远没有足够的信息，让你在做决定时确信自己做出了正确选择。一开始信息看上去不连贯，在很多情况下是无关的。但随着模拟练习的继续，片断将会开始汇聚，有着众多需求的难民人口和受干旱与饥荒困扰的当地居民的图景将会出现。

紧急情况错综复杂，有许多因素影响居民的应对方式。不考虑到这些，就会导致对所提供援助之类型和计划之实施方式的严重误判。

甲国：背景信息

第1001号	日期：1999年12月13日	甲国
来源：	日内瓦，记者报道（法新社）	

法新社——阿贝边境总体局势新快讯

甲国北部的战斗使得许多平民集中在阿贝边境附近。据乙国消息人士称，平民们已经越过边界，在乙国领土上聚集。

过去有数个因素助长了甲国不同种族群体间紧张关系的发展。首先，政府关键职位传统上被来自该国东部的库洛罗斯族成员占据。他们被指控将该国资源用于其本地区的发展，而不是考虑国家整体的发展需求。其次，在过去两年中一场干旱席卷了佐瓦拉族生活所在的该国东北部。政府被指控无视干旱，不采取措施减轻居民遭受的苦难。

一个名为佐解运的反对团体于1997年在基省创立。直至最近，它完全是一个政治团体，对政府态度进行畅所欲言的批评。

从1999年开始，随着政府日益忽视受影响群体，怨恨不断加深，酿成了当年11月初的基镇骚乱。两周后，佐解运控制了该镇。12月初，佐解运叛乱分子被政府武装部队逐回，逃往西格玛地区，集中在被其控制的特里特镇周围。目前鲍镇周围正在进行激烈的战斗。一些消息人士称鲍镇目前处于佐解运控制之下，但甲国政府已发表声明称其自己的武装部队控制着该镇。

甲国政府从甲国首都拉姆达发表了这一声明：“政府武装部队控制着基省大部分地区，局势将很快恢复正常。逃亡乙国的人口不久以后就将能够平安返回甲国。甲国政府将不会容忍乙国政府对甲国内政的任何干涉，对佐解运的任何支持都将被视为针对甲国的侵略行为。”

第1002号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

甲国的地理

东部：沿海地区（首都拉姆达位于海岸）。

南部：山岭地区，最高点海拔3000米（1万英尺）。

中部：海拔1000至1500米的高原。

西部和西北部：名为达尼卡尔的沙漠。

北部：位于东部海岸和西部达尼卡尔沙漠之间的山岭地区。

国土总面积90万平方公里。

第1003号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

甲国的政治局势*

甲国的政治权力由国家民主党（国民党）掌握，其成员主要来自库洛罗斯族和卡尼安卡族。在一波迅速的经济发展的之后，国民党在1992年至1996年间控制着整个国家。人均国民生产总值从1992年的500美元增加到1996年的840美元。在上一次大选（1995年）中，只有国民党候选人被允许竞选公职。1996年，反对团体佐民联在该国北部和东部建立。佐民联得到了国民党政府的容忍，但从未被正式承认。

第1004号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

* 截至1996年1月1日。

甲国的种族群体

在此对甲国的种族群体按地理分布及其占全国人口的比例分类：

- 库洛罗斯族：沿海地区（52%）
- 多科莱族：南部山区（10%）
- 尼松凯族：东南部（3.5%）
- 卡尼安卡族：中部高原（29%）
- 贡拉尼族：西部和西北部；主要生活在达尼卡尔沙漠的游牧民（1.5%）
- 佐瓦拉族：北部（4%）

第1005号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

人口统计——甲国

1998年甲国总人口为2180万（根据1995年人口普查估算）。年龄分布如下：

- 0—4岁： 18%
- 5—14岁： 26%
- 15—64岁： 53%
- 65岁以上： 3%
- 城镇人口： 15%
- 农村人口： 85%

过去数年中，人口日益从农村地区迁往经济增长和新就业机会集中的城镇地区。

- 人口密度：每平方公里22人。

- 城镇人口年均增长率：7%。
- 出生时预期寿命：男性：44.3岁；女性：47.5岁。
- 婴儿死亡率（1岁以下）：每1000名活产婴儿102人。
- 儿童死亡率（5岁以下）：每1000人212人。
- 总死亡率：每1000人23人
- 出生率：每1000人51人。

第1006号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

卫生体系：甲国

该国主要的卫生问题是结核病、腹泻性疾病、急性呼吸道感染、疟疾和麻疹。卫生保健设施（医院、卫生保健中心和诊所）集中在城镇以及半数人口生活所在的沿海地区。根据1995年的数字，该国有：

- 50所医院（7200张病床）
- 200个卫生保健中心
- 2300个乡村卫生站

医务人员：

- 450名医生
- 2900名护士
- 7700名卫生保健辅助人员

医生主要在城镇，而卫生保健辅助人员包括1990年以来所培训的社区卫生保健工作者。

卫生保健体系跨越公共和私人部门。在公共卫生保健体系中，55%为住院设施，48%为移动设施；卫生保健免费。私人部门包括医生自己经营的设施和传教团或非营利组织经营的设施，所收取的费用相应不同。有些设施是由企业为其雇员和受养人的利益而经营的。

第1007号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	华盛顿特区，《世界银行世界发展报告》，1998年	

甲国的主要资源

农业是该国的主要经济资源，85%的人口从事自给自足的耕作。主要作物是高粱、黍、玉米、豆类和各种水果（芒果、番木瓜、柑橘、香蕉）。不过，多数农业部门集中在沿海地区和中部高原。南部和东南部森林密布。北部是热带大草原，牛和山羊是最重要的食物资源，尽管农民也种植少量的黍和高粱。在西北部，游牧民们几乎完全依靠牛生活。

过去10年中，北部开凿了大量水井，使得牛群数量增加，刺激了兽医服务的扩展。受永久水源吸引，游牧民们已经开始在钻孔周围更为长期地定居，尽管卫生和贸易基础设施仍然不足。牲畜在某些地区的高度集中已经导致牧区退化。这一点在达尼卡尔沙漠附近的半干旱地区尤为明显，游牧民在旱季时将牧群驱赶到那里。

过去四年来，该国的大部分资源来自沿海地区。一个农业发展计划已经实施，咖啡、茶和蔬菜的产量在此期间增加一倍以上。捕鱼行动也有所增加，并在首都拉姆达建成了一家罐头厂，使得该国可以将其很大一部分产量出口。

第1008号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

甲国的宗教

伊斯兰教是该国国教，85%的人口为穆斯林。在南部，多科莱族保持着他们的泛灵论传统。在大城镇可以发现少量基督教小团体。

第1009号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	《时代世界地图集》，1998年	

甲国的气候

甲国有两个主要季节：10月到3月的雨季和4月到9月的旱季。沿海地区降水量可观（1500毫米），而半干旱地区的降水量在500毫米到700毫米之间（1986年至1997年间平均）。过去两年，半干旱地区的降水量低于平均数，导致农业严重减产。

第1010号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	华盛顿特区，世界银行，1998年	

甲国的国家预算

当地货币为阿尔法，1996年贬值为1美元兑3阿尔法。1996年政府总预算为270亿阿尔法。政府优先考虑国防部、工业部、农业部和贸易部，卫生部获得的国家预算不足2%。尽管政府愿意重新定位卫生体系，重点发展初级卫生保健，但已为此拨付的财政资源寥寥无几。

第1011号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

甲国的交通网络

- 铁路：拉姆达-基、拉姆达-诺玛和凯索（1米宽轨道）
- 公路：在拉姆达-诺玛和凯索与拉姆达-基之间为硬路面公路。良好的非硬路面公路网络覆盖该国大部分地区。
- 机场：国际机场位于拉姆达，地区机场位于基和诺玛。

第1012号	日期: 1999年12月14日	甲国
来源:	日内瓦, 甲国驻日内瓦外交使团代表	

记者采访一位甲国外交使团代表

甲国驻日内瓦外交使团的一位代表在一次记者采访中承认该国北部存在安全问题, 但称甲国政府已经采取措施控制局势。尽管他理解人道机构的角色, 但觉得它们没有理由卷入局势之中。他不能发放进入该国的签证; 人道机构必须向内政部长书面申请进入该国的许可, 并且所发放的任何签证均不包括在该国北部旅行的权利。红十字国际委员会要求该代表向其政府转交委员会就甲国签证的正式请求。

甲国当前局势

第1013号	日期：1999年12月15日	甲国/乙国
来源：	日内瓦，路透社办公室	

日内瓦路透社提供的信息

路透社日内瓦办公室确认了乙国政府关于每天正有数千名甲国难民进入乙国伽马省的声明。据报道，战斗仍在具有战略地位的鲍镇周围继续，而该镇显然仍被政府军控制。此外，可靠报道显示特里特镇在1999年12月12日至13日夜间被游击队夺取，尽管甲国政府对此予以否认。

第1014号	日期：1999年12月15日	甲国/乙国
来源：	伦敦，英国广播公司简·斯坦利在乙国的报道	

来自英国广播公司晚间新闻报道的信息

基镇仍在正得到空中支持的政府军控制之中。过去两周在鲍镇及其周围已经进行了数次战斗。来自鲍的难民称鲍的医院里满是伤员，可能已经接收了多达300人。

第1015号	日期：1999年1月15日	甲国
来源：	萨科，佐解运代表	

萨科的局势

乙国军事当局的许可使得越界进入甲国访问萨科和特里特成为可能。萨科的局势如下：首先，萨科是佐解运的军营，大量佐解运武装士兵四处走动，还能看到少量装载游击队部队的卡车。在城镇附近（500米外）有一个供前往乙国的平民使用的小型临时难民营。在调查当时，临时难民营中大约有300名平民。平民通常在萨科只停留两三天，然后继续前往乙国；但也有一些人已经在萨科临时难民营住了几个星期，期盼局势变得足够平静，让他们得以重返家园。萨科及其周边局势平静；事实上，由于牢牢控制在佐解运手中，那里并没有战斗。

据萨科军事指挥官称，鲍镇已被佐解运完全包围，很快就将落入其手。平民们听到谣传说，佐解运正在策划一场新的攻势，目的是夺取甲国省府基的控制权。基镇周围的所有公路均已被佐解运占领，只有基和拉姆达之间的公路还在政府军控制之中。据认为，在鲍陷落后，佐解运可能会向海岸方向推进，以获得去往东面海洋的通道。

第1016号	日期：1999年1月15日	甲国
来源：	萨科，佐解运随军护士	

在萨科的人们的健康状况

一名佐解运随军护士为萨科的军事和平民居民提供照顾。他在伤兵疏散前对其进行急救。多数轻伤员被送往特里特，那儿的卫生保健中心正在正常运作；而重伤员则被疏散到乙国（主要是克隆）的医院。

他还照料来到卫生保健中心的平民病人；最常见的疾病是腹泻、营养不良、皮肤感染和呼吸道疾病。许多儿童上周出现了麻疹迹象，但总体健康状况良好，他们对他们并不担心。导致死亡的似乎主要是腹泻性疾病（两周前两名成人死于严重腹泻）和营养不良。

平民随身携带的食物寥寥无几，而佐解运也没有食物可供分配。这名护士请求人道机构评估团队向佐解运提供食物，以便其可以进而将食物提供给平民。

第1017号	日期：1999年1月16日	甲国
来源：	梅莱尔，佐解运代表	

梅莱尔的局势——甲国

梅莱尔是位于萨科和特里特之间的小村庄。在冲突之前，它有2500名居民；现在，据佐解运提供的信息，村里只剩下几百人。大多数居民已经向西或向北逃往乙国。大多数房屋被遗弃。医务室、学校和其他公共建筑被洗劫一空。

第1018号	日期：1999年1月16日	甲国
来源：	西拉莱，佐解运部队代表	

西拉莱的局势

西拉莱是一个有850名居民的小村庄。现在，几乎全部平民百姓都已逃离，村里只剩下几个佐解运士兵。

第1019号	日期：1999年1月18日	甲国
来源：	特里特，佐解运部队代表	

特里特的局势

在冲突之前，特里特是一个有1.5万名居民的城市。现在估计城中只剩6000到7000人，城市也在冲突中严重受损。许多房屋被毁，墙壁上满是子弹和迫击炮留下的疤痕。城中有佐解运战士，住在被平民遗弃的私人房屋中。

特里特有着重要的战略地位，因为它控制着鲍和基之间的公路。政府军如果要去往鲍，必须经过特里特；经过达诺泰的道路要难走得更多，而且政府军也没有空降鲍所需的资源。尽管如此，佐解运代表仍然认为政府部队不会进攻特里特，因为佐解运控制着通往基的公路。

第1020号	日期：1999年1月18日	甲国
来源：	特里特，特里特医院医生	

特里特的卫生保健状况

在冲突之前，特里特医院有4栋楼，80个床位，为3.5万名居民提供服务。医院在当前冲突中严重受损。一栋楼被毁，其余的被洗劫一空。医疗行动现在集中在被暂时修复的两栋楼中。来自佐解运的两名医生目前在医院工作，一名治疗军事人员（他有过一些手术经验），另一名照料平民百姓（他以前是首都一家主要大学医院的内科医生）。

在英国广播公司访问当日，特里特医院中有23名伤员，其中大多数受到子弹或地雷造成的四肢伤。因为没有床位，他们睡在地板上的席子上。包扎物大多不干净，医生也没有进行手术，因为他既没有手术设备也没有麻醉药品。有的病人在进行抗生素（青霉素）静脉输液。

伤员中有的从萨科疏散而来，其他的则是直接来到特里特。重伤员已经被转移到萨科，打算从那里送往乙国。不过，一些已经转移到萨科并准备疏散到乙国的伤员上周又被送回了特里特。

大约有30名平民在第二栋楼里住院，包括18名患有麻疹、腹泻脱水和肺部感染等疾病的儿童。一名麻疹儿童患有严重的眼部感染。两名成人和一名儿童有浅表战争伤。病人躺在地板上，因为医院的病床被偷走了。

医生抱怨缺乏设备和药品。而且，他们没有食物提供给病人。水是从附近的一条小河打来；医院里的钻孔无法使用，因为水泵在战斗中被打坏了。

医生认为如果有必要的设备和物资，他们能够处理特里特医院所接收的大部分伤病人员。

第1021号	日期：1999年1月18日	甲国
来源：	特里特，当地居民代表	

特里特当地居民信息

特里特大多数平民百姓已经逃离，那些留在城里的人尽其可能地生存。佐解运允许平民自由流动，通往周围田野的通道也是安全的，尽管在数周前的战斗期间埋设了少量地雷。残留的牛群（大约200头）喂养在城镇附近的田野上。

商业行动萎缩殆尽。平民和军事人员都没有什么购买力，商品几乎没有存货，也无法从基获得新的补给。市政管理机构已经被一个佐解运管理机构取代，后者的主要工作是应对从基涌入的流离失所者。据报道在特里特有3000名流离失所者。尽管他们中大多数继续往北前往阿贝边界，但也有一些人怀着等局势平静下来后重返其村庄的希望留在了特里特。

军事和平民居民之间关系良好。管理机构已经请求评估团队向特里特提供紧急援助。

第1022号	日期：1999年1月18日	甲国
来源：	特里特，当地居民代表	

特里特营养状况评估

对两组儿童样本进行了人体测量，一组来自流离失所者，另一组来自当地居民。

	第一组 (居民)	第二组 (流离失所者)
样本大小	123	98
身高别体重90%以上	56%	43%
身高别体重80%-90%	32%	32%
身高别体重80%以下	10%	20%
恶性营养不良	2%	5%
维生素A缺乏	1%	3%

第1023号	日期：1999年12月14日	甲国
来源：	日内瓦，世界卫生组织腹泻性疾病处代表	

霍乱目前在甲国北部流行

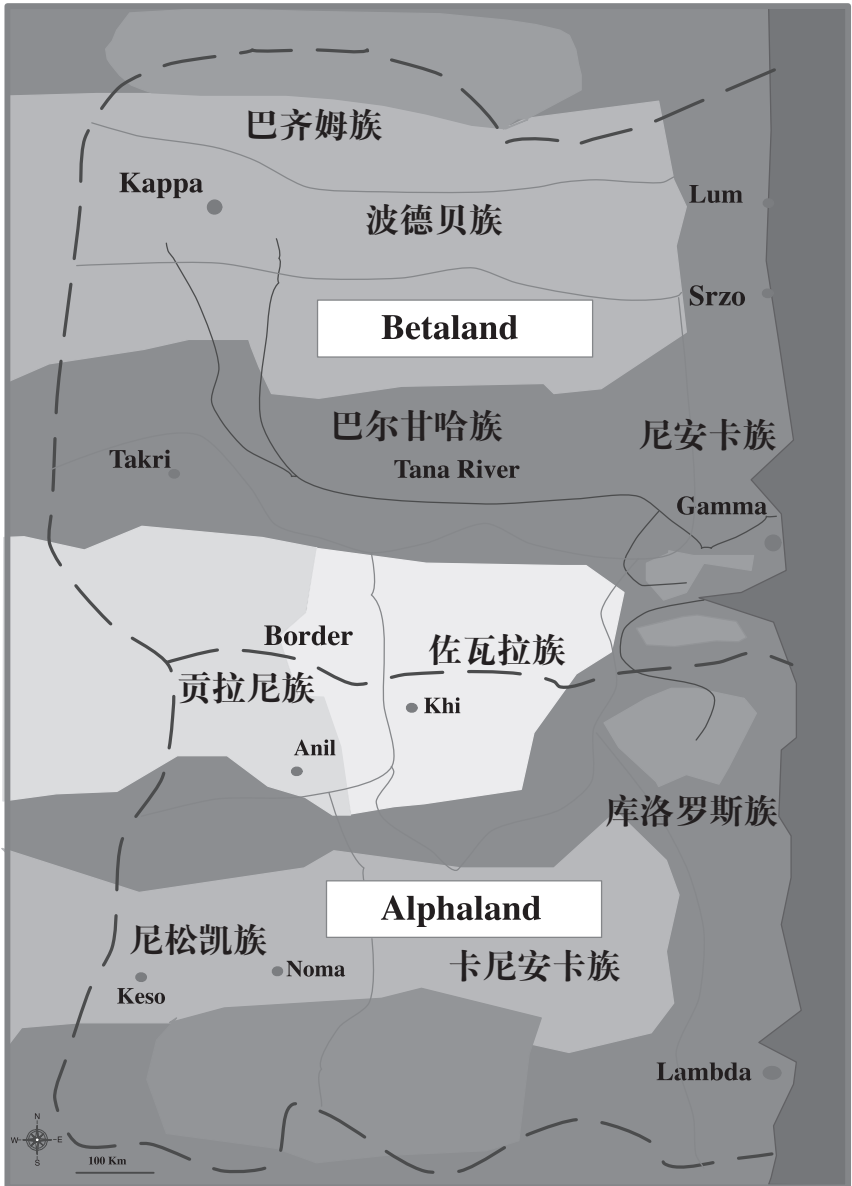
霍乱成为甲国地方病已经多年，尤其是在该国北部。最近一次严重爆发是在5年前，有600人患病，约70人死亡。

图表一



图表二

种族地理分布图



图表三

地形图



乙国——背景信息

第1024号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	华盛顿，国务院国别概况：乙国，1997年	

政治局势

自非殖民地化以来，该国政府建立在宪法基础上，后者规定所有党派都是国家政治生活的一部分。从1968年到1995年，乙国由一连串文职政府治理，其间的经济和社会稳定为政治共识提供了基础。1995年，部分反映趋缓的国际经济，部分反映乙国日益加深的社会不平等，经济开始显现一些走弱的迹象。

1993年，军方攫取了政治权力，声称目标是减少该国的社会不平等。1993年至1996年，它在紧急状态下统治该国，其间取消了宪法保障，并宣布既有政党为非法。从1996年起，唯一获准的政党是军方创立的国家革命委员会（革委会）。

1996年，乙国在各捐赠国的压力下组织了选举，但只有革委会被允许推荐候选人。一个文职政府在选举后宣誓就职，但实际上被军方控制。

1996年，政府开始采取措施，将经济自由化。国际货币基金组织和世界银行已经鼓励乙国进行结构性改革。

共和国总统是佐瓦拉人，大部分部长也来自该部族。政府在自己糟糕的经济表现和军方的严密控制之间左右为难，在设定国家的优先考虑事项时选择有限。迄今为止佐解运是除官方政党之外唯一被容忍的政党。

甲国局势已经成为乙国政府担忧的一个来源。过去，该国南部（达尼卡尔和埃普西隆地区）多少是自治的，用了很长时间才将中央行政管理加诸该地区。甲国北部目前的事件引发了这样的担忧，即乙国南部可能会鼓动公众要求更多自治。佐瓦拉人生活在边境两侧，而且自甲国冲突爆发以来，要求建立包括阿贝两国佐瓦拉人在内的自治领土的压力日益增大。如果这一要求被宣布，武装部队有可能会重新对

该国实施全面控制。消息灵通人士称共和国总统愿意援助来自甲国的难民，但担心冲突波及乙国，潜在地使甲国武装部队在乙国领土上卷入冲突。这样一种局势将很可能导致政府倒台、新的军事政变以及战争。

当前政治局势概述

第1025号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	巴黎，法新社记者快讯	

关于阿贝边境总体局势的最初概括

乙国内政部长今日早间发表了如下声明：“已有数十万难民逃离甲国，在乙国寻求避难。乙国政府恳请国际社会给予支持，向这些战争受难者提供援助。政府还向冲突双方提议斡旋，以便达成政治解决方案。”

第1026号	日期：1999年12月15日	乙国
来源：	日内瓦，联合国难民署驻日内瓦代表	

联合国难民署在乙国的行动

联合国难民密切跟进在乙国发生的事件。迄今为止，乙国政府尚未代表来自甲国的难民要求其进行干预。联合国难民署在两国均无常驻代表，但已要求其驻邻国佐玛国的代表前往乙国，讨论同政府当局合作保护难民的问题。

第1027号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	日内瓦，乙国外交使团代表	

来自乙国驻日内瓦外交使团的新闻稿

乙国常驻日内瓦外交使团秘书确认了该国政府关于阿贝边境局势的声明。除了局势非常紧张，每天都有新的难民到达乙国以外，他没有更多信息要补充。他说他的政府愿意帮助逃入乙国的平民百姓。他确认甲国政府已经警告乙国政府不要采取任何干预行动，并在今天早上召回了其驻卡帕大使。他强调对希望援助在乙国的难民的人道机构表示欢迎，条件是标准移民规章得到尊重。

第1028号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	《时代世界地图集》，1998年	

乙国的地理

该国分为四部分：

1. 北部和中部地区：海拔1000至1500米的高原，陡然止于沙漠。
2. 东部：沿海地区
3. 南部：被连绵山脉同海岸分开的半沙漠地区。
4. 西南部：沙漠地区（达尼卡尔）。

国土总面积为79.2万平方公里。

中部地区主要是热带大草原。沿海地区为狭长带状，土地肥沃，降水丰富，精耕细作。这一地区，特别是塔纳河三角洲，提供了供国内使用和出口的大部分农产品。北部是广阔的森林。

第1029号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	华盛顿特区，国务院国别档案：乙国，1997年	

乙国——种族划分

- 巴尔甘哈族生活在中部高原和半沙漠地区，占总人口的16%。
- 波德贝族主要生活在中部高原，占总人口的22%。
- 巴齐姆族生活在北方，占总人口的7%。
- 尼安卡族生活在沿海地区，是最大的部族，占总人口的48%。
- 贡拉尼族是生活在达尼卡尔沙漠的游牧民，占总人口的2%。
- 佐瓦拉族生活在南部半沙漠地区，占总人口的5%。

第1030号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	罗马，世界粮食计划署：《世界农业状况》，1998年	

乙国的农业

1. 耕作和畜牧是高原上的主要农业行动。自给自足的耕作是主体，大型商业农场寥寥无几。主要作物是玉米、豆类、黍、甜土豆和蔬菜。一些地区出产棕榈油。牛提供肉和奶，并用于田间劳动。咖啡是较晚引进的作物，主要用于出口。在芬以南已经建起了大量咖啡种植园。
2. 在沿海平原，农民们传统上保持着以耕地轮作为基础的自给自足农业经济。口粮作物包括玉米、木薯、甘薯、椰子、香蕉和棕榈油，但这些作物现在也在大批量生产，以满足城镇日益增长的需求。在过去几年中，已有大片土地被政府征收来种植供出口的商业作物，主要是香蕉以及更近以来的甘蔗。农民们被组织进合作社。在斯罗已经开办了一座大型糖厂，是同一家跨国公司的合资企业。三角洲地区种植水稻，主要用于出口。
3. 半沙漠地区人丁稀少。人口数量稳定，居住在小村庄里，靠自给自足的耕作养活自己。主要作物是黍、鸡嘴豆、芝麻和花生。此外村民还饲养少量牛、山羊和绵羊。
4. 在达尼卡尔，牧牛是主要行动。在城镇和村庄周围有一些农业生产。传统上，佐瓦拉人和贡拉尼游牧民之间关系良好；后者在东部牧场旱季枯竭时把牛赶到佐瓦拉村庄。佐瓦拉人居住在沙漠和海岸之间，扮演着商人的重要角色。布雷夫一直是一个重要的市场（对于沿海地区和甲国）。

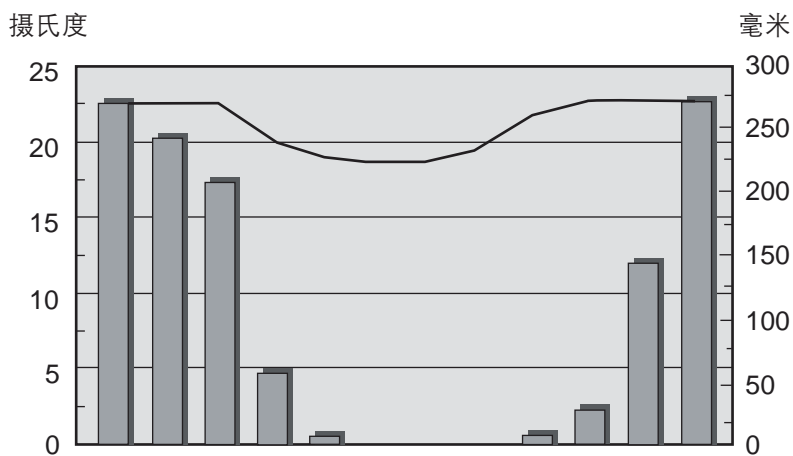
第1031号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	《时代世界地图集》，1997年	

乙国的气候

乙国有两个季节：11月到4月的雨季和5月到10月的旱季。

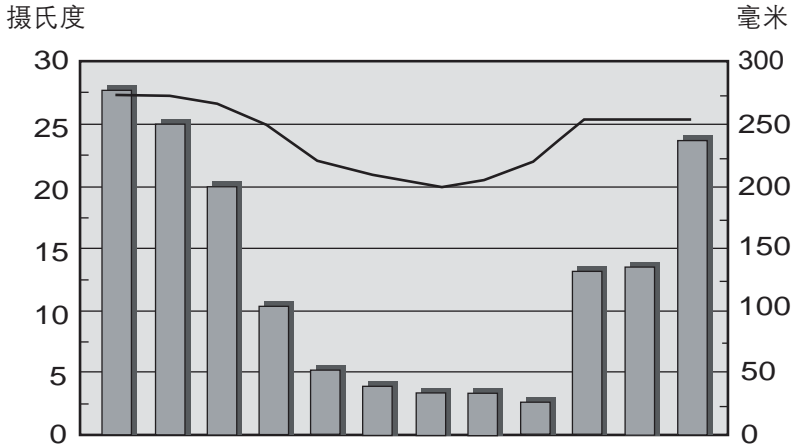
达尼卡尔的年降水量不足200毫米，平均气温36摄氏度。

平原地区



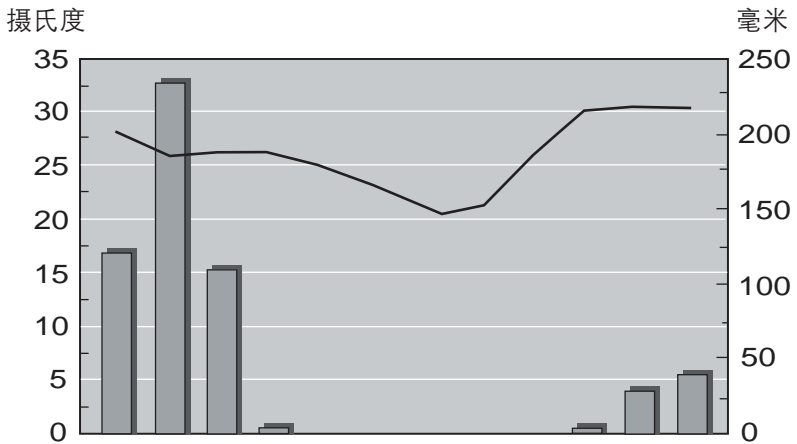
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
平均气温	-	22	22	22	20	18	16	16	17	21	23	23	23
降雨量	■	266	243	213	55	5	0	0	5	30	149	270	

沿海地区



	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
平均气温	-	27	27	26	25	22	21	20	21	22	26	26	26
降雨量	■	276	248	200	106	56	33	30	27	20	132	134	233

半沙漠地区



	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
平均气温	-	28	26	27	27	25	22	21	23	27	30	31	31
降雨量	■	124	236	109	5	0	0	0	0	0	3	27	38

第1032号	日期: 1999年12月14日	乙国
来源:	日内瓦, 《联合国统计年鉴》, 1998年	

乙国人口统计

总人口: 1120万, 根据1992年全国人口普查估算。

主要人口中心:

- 卡帕 (首都), 45万
- 斯罗: 21万
- 卢姆: 6.5万
- 伽马省: 12.2万
- 塔克里: 2.5万

城镇人口在过去10年间大大增加。

城镇和农村人口分布: 城市10%, 农村90%。

由于农村地区恶劣的经济条件和缺乏发展, 过去10年间农村加速向城镇移民。

人口的地理分布:

	沿海地区	高原	半沙漠地区	达尼卡尔
人口	560万	470万	65万	25万
面积	15万平方公里	28.6万平方公里	15.6万平方公里	20万平方公里
密度	每平方公里37人	每平方公里16.4人	每平方公里4人	每平方公里1人

总人口密度: 每平方公里14人

人口年龄分布：

- 0至4岁：20%
- 5至14岁：27%
- 15至64岁：50%
- 64岁以上：3%

出生时预期寿命： 男性：49岁；女性：52岁

婴儿死亡率： 110 (每1000名活产婴儿)

儿童死亡率 (5岁以下)： 160 (每1000人)

年均人口增长率： 2.6%

人口翻倍时间： 27 年

第1033号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	伦敦，《经济学家》，“新兴市场指标：乙国：1998年”	

乙国的经济

1998年，国民生产总值估计为24亿美元。由于该国及地区经济衰退，国民生产总值已经下滑数年。

国民生产总值	1998	1998	1999 (估)
(10亿美元)	2.85	2.74	2.40

人均国民生产总值从1997年的269美元下降到1998年的214美元。

第1034号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	华盛顿特区，国务院国别档案：乙国，1997年	

乙国的工业

从卡帕到斯罗的铁路的修建使得商用农业的发展成为可能。主要作物是棉花和咖啡，为许多地区创造了现金经济。村庄种植的棉花被本地工厂购买，最大的两家位于卡帕和芬。它们满足本地需求，同时有大量剩余可供出口。沿海捕鱼，尽管一般为小规模原始作业，是另一种主要活动。卢姆已经设立了一个捕鱼项目，那里的一家工厂目前正在生产鱼罐头和鱼干，目的是增加出口。许多小渔村也有干鱼加工设施。

第1035号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	伦敦，《经济学家》，“新兴市场指标：乙国：1998年”	

乙国的经济

尽管发展私人投资是趋势所在，但国家仍然在经济中存在，主要是在工业领域。国家还继续对供本地——尤其是城镇地区——消费的主粮的生产给予大量补贴。

第1036号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	纽约，《联合国开发计划署开发计划年报》，1997年	

乙国的发展政策

过去10年来，乙国政府重点发展农村合作社，改进农村农业生产。尽管它意识到这些努力取得了可观成果，但这一方法显然没有实现其所有目标。该国从1992年开始采用新方法鼓励发展大型商用农业项目，通常采取乙国公司同国际投资者设立合资企业的方式。这一举措使得大片土地对外开放，也导致了农业工人迁移。关于这一政策对农村社区家庭的破坏效果的担忧日益增加，工人被鼓励同家人在新的农业地区定居。

第1037号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

乙国的宗教

大部分人口，很可能多达70%到80%，认为自己是穆斯林。许多人还将伊斯兰教的某些方面融入其本土宗教实践中。占支配地位的伊斯兰教派别是逊尼派的马克里特教派。其余人口大多信仰传统的泛灵论（该国北部），另有5%到10%为基督徒（南部）。

第1038号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	华盛顿特区，国务院国别档案：乙国，1997年	

乙国的交通方式

- **铁路：**从卡帕到斯罗的铁路长600公里；到伽马省的延长线尚未竣工。两个城市之间每周有两班旅客列车，途中时间为15小时。货运列车每天运行，是将食物从沿海运往首都、将木材运出北部森林以及将矿石运往斯罗出口的主要手段。列车以集装箱或标准货运车厢的方式从斯罗运输大部分进口物品。
- **航空：**卡帕有一个国际机场，每天有数班飞机飞往欧洲及邻国主要城市。斯罗、伽马省和塔克里都有沥青或混凝土跑道的机场。有许多未经铺设的小型跑道遍布该国。
- **公路：**主要城镇之间的公路网情况良好，卡帕和斯罗、斯罗和伽马省、伽马省和塔克里以及斯罗和卢姆之间都有硬路面公路。连结小城镇和村庄的公路大多未经铺设，在雨季一般无法通行。

第1039号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	日内瓦，《联合国统计年鉴》，1998年	

乙国：一般卫生信息

该国的主要卫生问题是疟疾、腹泻性疾病、麻疹、急性呼吸道感染、营养不良、结核病和血吸虫病（裂体吸虫病）。艾滋病病毒（HIV）/艾滋病（AIDS）是新出现的问题。它有时通过低劣的供血和注射方法传播，但主要是通过异性性行为传播。

卫生体系分为公共和私人部门。公共医疗原则上免费，但根据1998年引入的成本分担方案病人要负担药物和检查的部分成本。在城镇地区有很多个体医生开设的收费私人诊所。在城市和农村，特别是农村，都有传教士组织经营的医院，一般只收取适度费用。

乙国的300名医生中有250人在城镇地区执业。护理人员（1400名护士）的分布与此类似，因为雇佣大部分护士的大医院都在城镇地区。医疗辅助人员在该国提供很多治疗服务，他们所接受的培训重点是对农村卫生保健中心的管理。他们的人数大约有300人，但有留在城镇卫生保健中心接替那些转向私人执业的医生的倾向。

20世纪80年代初，卫生部配合世界卫生组织的“全民健康”战略，启动了一个培训初级卫生保健工作者的大型计划。迄今为止培训的2000名初级卫生保健工作者（PHCW）大部分留在了农村地区。他们受到地区医疗官员或地区初级卫生保健督察的监督。

在乙国政府预算中，分配给卫生部的比例平均为4.5%。

第1040号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	日内瓦，世界卫生组织疟疾控制计划	

疟疾在乙国

1997年在斯罗地区*开展了一项为期30天的疟疾在体研究，以确定对氯喹的耐药程度。一组病人的血液恶性疟原虫化验呈阳性，但没有疟疾的临床表现，用氯喹（每公斤体重25毫克）治疗3天。在这些人有75%对氯喹敏感，12%显示R1耐药，8%显示R2耐药，5%显示R3耐药。

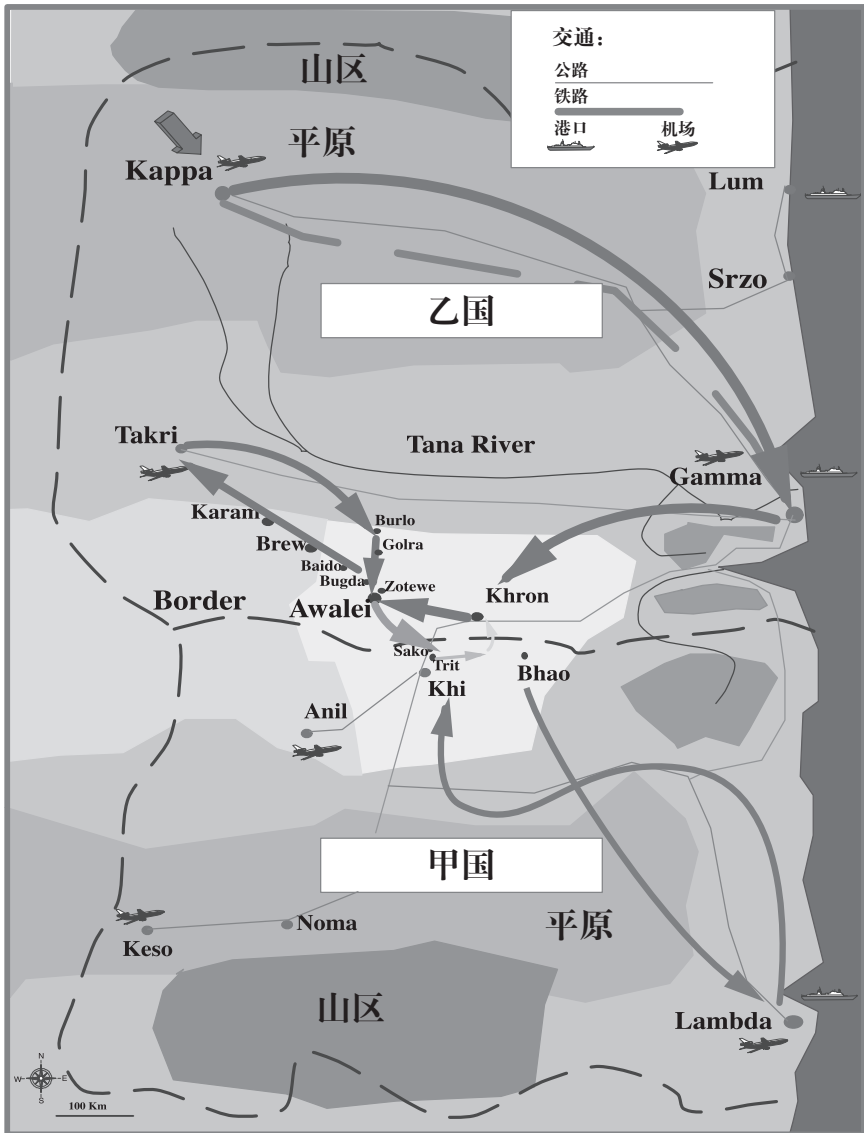
另一组病人的血液恶性疟原虫化验呈阳性，并有疟疾的临床表现，也用氯喹（每公斤体重25毫克）治疗3天。在这一组中，45%对氯喹敏感，30%显示R1耐药，15%显示R2耐药，10%显示R3耐药。

过去两年中，有关对凡西达抗疟药（磺胺乙嘧啶）开始出现耐药的个案报告日益常见，但尚未进行任何研究。甲氟喹现在已经变得普及，但迄今为止尚未有耐药性报告。

*《世界卫生组织公告》78（1997）：第234-236页。

图表四

对伽马、克隆、阿瓦雷、布雷夫、塔克里、萨科和特里特进行评估的地理规划



图表五

来自卡帕的信息



第1041号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	日内瓦，世界卫生组织，卫生服务强化部	

乙国的卫生体系

乙国的卫生问题同该地区其他国家相似。政府是《阿拉木图宣言》签署国，卫生部也已同来自世界卫生组织的技术顾问一起，开始实施一项根据初级卫生保健原则重新定位其卫生服务的战略。

免疫计划已经得到加强，完全免疫覆盖率（12至23个月）在城镇地区已经提高到50%，但在农村地区仍然偏低（20%到30%）。1997至1998年的全国免疫率估计为麻疹38%，儿麻46%，百白破51%。

	城镇	农村
可获得洁净水	60%	12%
有厕所使用	50%	17%

儿童的主要死亡原因为腹泻、急性呼吸道感染、疟疾和麻疹。23%的儿童存在消瘦（年龄别体重），47%存在发育迟缓（身高别体重）。1996年的婴儿死亡率估计为154，儿童死亡率232。*在成人中（基于医院数据），艾滋病、结核病、各种癌症、怀孕相关问题以及交通事故是主要死亡原因。艾滋病流行率估计为城镇地区22%（基于产前诊所的调查），农村地区9%。

* 1998 联合国儿童基金会：《世界儿童现状》，1998年。

第1042号	日期：1999年12月14日	乙国
来源：	日内瓦，联合国儿童基金会代表	

乙国的水工程

联合国儿童基金会已经在卡帕以南地区启动一个重要的水项目。该项目旨在为生活在农村地区的5万人提供洁净水。联合国儿童基金会在乙国有一名代表，并主办多个项目。

来自卡帕的信息

第1043号	日期: 1999年12月16日	乙国
来源:	卡帕, 内政部常务秘书	

对内政部常务秘书的采访

问: 边境的局势如何?

答: 我们非常关心甲国边境的局势。我们担心游击战可能会在这一地区扩散, 而拉姆达当局继续错误地指责我们在我国领土内窝藏武装团体。这一紧张局势, 连同甲国的煽动性声明, 增大了两国武装部队间爆发冲突的风险。

问: 你认为这种局势会长时间持续吗? .

答: 这很难说, 但你知道西格玛地区的政治局势已经紧张了很长一段时间, 而且我看不出它能如何得到迅速解决。但是, 我国政府准备对任何导向各方均可接受的公正解决方案的谈判进程提供帮助。

问: 每天有多少难民越过边界?

答: 根据我们手头的最新信息, 12月份的头一周内每天有大约1万名难民到来, 但自那以后新难民的数量有所减少。

问: 有多少人生活在西格玛地区?

答: 大约150万。

问: 如果难民继续涌入, 贵国政府将持何种立场?

答: 截至目前我国政府的政策是接收所有难民, 但如果他们的数量继续像最近这样迅速增加, 那么我们可能不得不改变政策。

问: 如何改变?

答: 我们将在整个边界巡逻, 并将难民限制在有限的几个地区。

问：媒体和人道机构需要特别许可才能进入边境地区吗？

答：为了进入边境本身，他们需要。我的办公室将向人道机构发放边境地区旅行许可，但它们最好联系伽马省军事当局获得最终授权。

(秘书建议乘飞机前往伽马省，并在那里联系省长；后者将向救援团体提供车辆。此外，内政部将派一个代表随团队前往伽马省。)

第1044号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，联合国难民署代表	

在卡帕会见联合国难民署代表

联合国难民署代表的工作地点是在一个长期存在难民问题的邻国。1999年7月，当第一批难民到达乙国时，他对该国进行了首次访问。但他们主要是由居住在埃普西隆的亲戚照料，被认为几乎不需要外部援助。当时他任命了一名当地代表来跟进局势。

在获悉来自甲国的大量难民已经进入乙国后，联合国难民署代表于4天前抵达卡帕。他已经接触了局势涉及的各个不同政府部门。两天前，他在阿瓦雷地区花了一天时间访问新难民群体集中的地点。他估计目前难民营中大约有4万名难民，另有约2万人自主定居在埃普西隆。

他认为他们的处境不稳定，尤其是那些难民营中的难民。联合国难民署已经采取措施向难民提供援助。将要采取的措施包括：

- 难民将由联合国难民署进行登记。
- 联合国难民署已经要求政府援助难民。已经商定，一个政府医疗队将开始在难民营工作，食物由政府分配；分散在埃普西隆周围的自主定居难民也将被允许获得医疗服务。

第1045号	日期: 1999年12月18日	乙国
来源:	卡帕, 国防部常务秘书	

国防部提供的信息

国防部常务秘书称, 鉴于两国间爆发冲突的潜在风险, 国防部正在密切跟进局势。常务秘书回忆说, 甲国政府已经发表声明称, 乙国的任何干预行动都将被视为针对甲国的侵略行为。乙国政府不想对佐解运提供任何支持, 但乐于为甲国平民百姓提供援助, 希望这种援助不会被视为对甲国内政的干涉。目前边境对来自甲国的平民百姓开放, 但不对佐解运成员开放。然而, 如果涌入的难民人数继续迅速增加, 政府可能会选择关闭边界, 以避免埃普西隆地区出现安全问题。国防部不反对人道机构进入边境地区。

第1046号	日期: 1999年12月18日	乙国
来源:	卡帕, 内政部常务秘书	

政府关于进入难民地区的规章

所有非公民进入该省均受到限制。必须获得访问伽马省的特别许可。在伽马省, 必须从国防部另行获得许可才能进入埃普西隆区。边境被军队严密控制, 禁止从陆路前往甲国。

第1047号	日期: 1999年12月23日	乙国
来源:	卡帕, 红十字国际委员会代表	

红十字国际委员会的职责: 访问在卡帕的卫生部

红十字国际委员会告知卫生部常务秘书, 红十字国际委员会希望同乙国红新月会(BRCS)合作, 评估伽马省局势。红十字国际委员会尤其关注战争伤员、战俘和平民百姓。红十字国际委员会已从内政部获得许可, 进入该省及前往问题显得尤为严重的克隆。

第1048号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，红十字国际委员会代表	

红十字国际委员会的任务

在访问伽马省卫生局期间，代表告知当局，红十字国际委员会有确保战争伤员获得医疗照顾的职责。他指出，联合国难民署的职责是保护和援助难民，而红十字国际委员会则援助所有战争受害者，包括受到影响的平民百姓。

第1049号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，农业部代表	

发展政策：乙国的农业

1. 政府发展政策

该国在独立后并未马上为自治做好准备，而是用了数年时间才开始形成明确的长期发展政策。大家认识到，发展是避免债务增长和依赖外国的唯一希望。以下目标因此被从备选方案中挑选出来：

1. 通过种植经济作物和扩大木材开采的农业计划，发展沿海平原。
2. 在佐瓦拉地区推广花生种植。这将给该地区带来财富，进一步刺激发展。

几年以后，当游牧民要求对其居住的沙漠和半沙漠地区提供发展援助时，政府意识到为寻找新牧场而进行的持续移民正在带来问题，于是着手实施一项钻井计划，以支持边际土地上的牛牧场。这一计划的目标是将游牧民的移动限制在更小的地区，同时增加城镇地区的肉类供应；该目标已部分实现。

2. 沿海平原开发

沿海平原的发展是优先考虑事项，而斯罗以北是实施发展计划最多的地区。这里的行动集中在采伐成熟硬木和推广香蕉、甘蔗、棉花、棕榈油等经济作物。这意

意味着将铁路沿海岸向北延伸；该工程将主要为佐瓦拉和贡拉尼工人提供季节性就业。新的铁路修建和木材采伐工作正由总部设在英国的隆罗公司牵头组成的财团进行。财团中的跨国公司为农作物加工厂和经济作物开发提供资金支持。但是，营销工作由乙国政府通过一个营销委员会负责，其贷款担保取决于国际市场价格。该国大部分发展资源被分配到沿海平原。

3. 高原开发

在殖民时代，来自高原矿产资源的预期收入被寄予厚望。这些希望推动了铁路的建设，以及作为铁路线上一站的卡帕城的建立。然而很快就显而易见的是，矿产资源的品质低于预期，而卡帕事实上变成了这条线的终点。由于卡帕是殖民地行政中心，工业围绕其发展。当独立到来时，卡帕成为新政府首都的恰当地点。

自那以后，卡帕的规模扩大了很多。移民到这个城市的主要是佐瓦拉人和贡拉尼人，他们在家境艰难时加入那里的非正规部门。为控制移民，政府大力补贴卡帕的谷类价格，从而刺激了大规模黑市的形成，以及在政府无法控制谷类价格的受干旱影响的地区出现大规模投机活动。

开发高原的努力大多失败；只有在卡帕到斯罗的铁路沿线，咖啡和棉花等经济作物才获得了成功。

4. 佐瓦拉的发展

连续10年好得出奇的气候条件，以及高于平均水平的降水，使得当地居民在政府和外国投资者的帮助下加强了边际土地上的花生种植。国际商品市场上的高价进一步鼓励了这一趋势。与此同时，沙漠边缘的优质牧地甚至变得比以前更少。政府在此看到了在该地区发展水井网络和建立牛牧场试点，以便使游牧民定居的机会。

在埃普西隆区，政府已经着手开发小块水浇地，用于种植蛋白质含量更高的谷类，以解决该国的蛋白质营养不良问题。作为试点，新的高蛋白谷类的种子已经在埃普西隆和高原上的一些地方分发。

第1050号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部营养局局长	

乙国的营养政策

1. 国家一级的营养监测

乙国的营养监测体系以在卫生保健中心进行的人体测量为基础。社区卫生工作者主要通过人体测量收集数据，并用戈麦斯分类体系归类。这是一个新的计划，用了很长时间才得以建立。数据收集的时间还不够长，不足以进行纵向研究，卫生数据局也没有分析现有数据所需的设施。但是，对1997年的数据进行了试点研究。

据营养局称，根据戈麦斯分类法并使用NCHS参考标准，全国总体营养状况为：20%为0级（营养正常）；62.5%为I级（轻度营养不良）；15%为II级（中度营养不良）；2.5%为III级（严重营养不良）。夸休可尔症一般被认为是沿海地区和佐瓦拉部族中的常见病。贫血十分常见，但其实际流行程度难以估计，因为在缺少化验设施的情况下卫生工作者没有标准化的评估方法。根据1996年在佐瓦拉部族进行的调查，维生素A缺乏症在6岁以下儿童中的流行率是5%。毕脱斑被用作诊断标准。

2. 营养不良儿童喂养计划

- II级和III级营养不良的6岁以下儿童免费治疗。
- 三级营养不良儿童进入就近医院接受住院治疗。
- 二级营养不良儿童每周6天获得牛奶定量。牛奶由50克奶粉和250毫升水配成。但是，供给不足以覆盖全国。
- 营养不良情况由妇幼保健临床系统查明。无法获得关于该计划目前覆盖程度的统计数据。

3. 营养教育与断奶产品计划

公共卫生工作者负责教育母亲如何喂养孩子。政府已经指定一家食品工厂生产以添加了豆粉和干脱脂乳并强化了维生素和矿物质的谷类为基础的断奶混合物。这一名为“营养堡垒”的产品价廉味美，是一场遍及乙国全境的大型营销行动的核心。因为人们不熟悉的新产品，所以出现了一些问题。应当鼓励母亲们购买这一产品，而不是那些质量更差并且更昂贵的进口婴儿配方奶粉。对公共卫生工作者实施了营养教育培训计划，以便让他们充分了解可获得的食物以及预防营养不良的手段。

4. 同农业部合作的计划

为改善人口整体营养状况，农业部已经同国际组织合作，在埃普西隆边缘靠近塔纳河的一小片灌溉地区培育了一种蛋白质含量和产量都更高的碾碎干小麦。该计划的目标是在埃普西隆区消灭夸休可尔症，并帮助佐瓦拉部族在10年内实现农业生产自给自足。改进品种的一些种子已经在埃普西隆区和高原上免费分发。在达尼卡尔区已经建设了许多牧场，帮助游牧民定居，并向大城市供应肉类。

第1051号	日期：1999年12月18日	乙国
来源：	卡帕，乙国国家营养研究所代表	

乙国本地居民的饮食习惯

居民的饮食偏好随种族群体而有所不同。

- 自耕农的主食是黍和高粱。其他食物包括花生、豆类和豌豆，以及各种水果及其他应季蔬菜。对大米和小麦的食用有限。有时吃肉。沿海地区大量食用干鱼和熏鱼。
- 游牧民的生活基本上依靠牛奶，辅以谷类（高粱），尤其是在旱季。不经常吃肉——每月大概一到两次。糖、大米、海枣、茶、咖啡和黄油通过以物易物获取。自耕农的食物缺口在等待新收成的雨季到来，而游牧民的食物缺口则在牛奶产量下降的旱季到来。

第1052号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	卡帕，国家营养研究所代表	

在卡帕的国家营养研究所代表提供的信息

乙国蛋白质—能量营养不足的程度

营养不良是乙国的地方性问题。据估计，半数人口卡路里摄入量不足。主要原因有：一些地区的市场上缺少食物，产量低，价格高，大部分人口收入低，饮食习惯，家庭一级的营养教育水平低（断奶），以及种子和肥料高价。

家庭一级的食物存储设施低劣。在农村地区，估计有25%到35%的食物因错误存储而流失。

卫生保健中心开展的研究表明，5岁以下儿童中有65%营养不良，其中25%严重营养不良（标准年龄别体重的70%以下）。在全体居民中进行的研究表明，10%到20%（随地区不同）的儿童营养不良（标准年龄别体重的80%以下）。

严重营养不良儿童恢复计划已经在卫生保健中心开展。中心向营养不良儿童的家庭分发“帕帕”（一种本地制造的强化食品）。然而，这一计划只覆盖了卡帕的20%。

在与干旱条件有关的紧急局势中，营养恢复中心在非政府组织的援助下设立。

高儿童死亡率同该国高程度的营养不良有关。

其他营养问题：

维生素A缺乏：

1993年，在沙漠地区（达尼卡尔和西埃普西隆）开展的研究表明，临床维生素A缺乏（毕脱斑）的流行程度为2.5%。另一项研究表明，农村地区40%儿童的血液维生素含量不足每升100微克。

一个以分发20万国际单位（IU）维生素A胶囊为基础的预防计划已经通过卫生保健中心实施，但截至目前仅覆盖了目标人口的10%。

贫血:

贫血是孕妇的主要问题。据估计有20%的孕妇血红蛋白浓度低于每分升9克。

第1053号	日期: 1999年12月18日	乙国
来源:	卡帕, 社会事务部代表	

乙国的住房偏好

农村地区自耕农最常见的住房是锥状屋顶的圆形“图库尔”，由木柱、玉米秆、麦秆以及茅草顶或波纹铁片建成。通常的农村定居模式是被耕地环绕的分散家宅。游牧民住在可折叠的便携式小屋中，由弯成穹形框架的刺槐树枝搭成，覆以草席。城市住房各有不同，但大部分房屋是由窑烧砖或水泥砖建成，并有波纹铁屋顶。

第1054号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	卡帕, 建筑工程与供应部代表	

建筑材料的可获取情况

最常见的建筑材料在该国都可获得。在斯罗有一个水泥厂，但产量不能满足该国需求，因此必须从周边国家进口一些水泥。建筑用石头和沙子在全国各地都可获得。北方有丰富的木材，但很大一部分用于出口。木材在南方价格昂贵。波纹金属片是进口的，有几种厚度可供选择，几乎总是可以获得。胶合板和木工板在斯罗制造。在全国各地都能找到工匠，其技能根据所接受的技术培训评级。

第1055号	日期: 1999年12月17日	乙国
来源:	卡帕, 运输部常务秘书	

乙国的运输

常务秘书称卡帕和伽马省之间的交通非常良好。尽管经公路需要24小时才能到达伽马省，但乘飞机只需两个小时。目前每周只有两个航班。燃料在该国受到限

制，所有燃料都是通过斯罗港进口。燃料定量许可由内政部发出。目前的燃料价格为每升2贝塔。

1. 通讯系统

- 邮政服务总体良好，但国内投递常常缓慢。
- 多数城市和城镇之间有电话连接。主要人口中心现在有爱立信数字直拨系统。
- 多数邮局有传真机。
- 只有卡帕有电子邮件服务。信息每周两到三次从伦敦下载到卡帕。

2. 运输系统

铁路

乙国是铁路系统的正式所有者，但从斯罗到北方的新线路除外，后者由开发财团经营。线路修理和维护良好，但列车维护和更换总体不佳。货车在卡帕和斯罗以及斯罗和伽马省之间每天双向开行。

载重量

网络超负荷运行，运输迟滞时间很长（一到两个月），但有时可以付费获得更快服务。连接首都和港口的列车最大载重量为50节运货车厢，每节车厢载重40吨。斯罗到伽马省的列车通常有20到30节运货车厢，每节车厢载重40吨。运输成本为每吨每百公里400贝塔。

公路运输

有两家主要运输公司，一家在卡帕，另一家在斯罗。两家公司总共有约80辆卡车。公路运输面临两个阻碍：故障频繁，零部件极难找到，并且燃料匮乏。但全国燃料短缺时，只有额外付费才有可能进行公路运输——这意味着它只对那些有能力支付这种非正式征税的人开放。运输公司还不得不为其保护者的个人利益服务。价格非常多变，取决于需求、想要运输货物的人以及货物必须被送达的地点。比如，成本可能会从每吨每百公里100贝塔到每吨每百公里350贝塔——在燃料稀缺时甚至更高——不等。

航空运输

国家航空公司主要运输旅客，有两架波音737飞机和两架维克斯子爵型涡轮螺旋桨飞机。国内航空货运总量可以忽略不计。有法国航空、英国航空、荷兰航空和其他某国的定期国际航班到卡帕，全部都运输货物。货运飞机，主要是DC-3、D-6和C-130，在该地区可以获得。

第1056号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，民航局信息官	

卡帕机场

卡帕机场是该国主要机场，承担大部分国际航运任务。

跑道特征：

海拔：	1041米
平均气温(摄氏)：	21度
坡度：	1.09%
长度：	3000米
机型：	各种型号，包括DC10、B747、AB340-400、C5A和安-124
燃料辛烷：	100/JA1
表面：	柏油路和混凝土
替代机场：	拉姆达(甲国)、博瑙罗(巴萨姆国)
设备：	ILS、DME、VOR、NDB、LSA(07)、LVA、LR、LTX、LB、LO、MD、MC、MT、MTD、MS、MTX、MO、L4、L5、L9

关于该机场的更新信息可以在《国际诺塔姆周刊》、《国际航班手册》和国际民航组织关于该地区的《空中导航计划》的最新版本中找到。

第1057号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，民航局信息官	

空中交通

省府同首都之间空中交通密集。卡帕和伽马省之间每周有两个商业航班（贝塔航空），卡帕和塔克里之间每周有三个航班。在卡帕，可以从贝塔卢克航空运输公司（座右铭：下次用贝塔卢克）租用小飞机。

第1058号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，乙国港口局信息官	

斯罗港

斯罗港特征如下：

入口深度：	11-16.5米	托盘：	1万
码头：	5	集装箱存储：	4万平方米
码头边深度：	8米	燃料：	可获得
码头边最大安全吃水深度：	10米	饮用水：	可获得
移动起重机：	35 MT、55 MT	小修：	设施有限
集装箱起重机：	1 (max. 12 MT)	拖曳：	必需
叉车：	24	引航：	必需

第1059号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，乙国港口局信息官	

伽马省港

伽马省港特征如下:

入口深度:	7.62米
码头边深度:	3.66米
最大吃水深度:	3.3米
最大船长:	167.5米
通过船只齿轮装卸	
小修:	可以
拖曳:	必需
引航:	必需

第1060号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	卡帕, 乙国港口局信息官	

卢姆港

卢姆港特征如下:

一个码头, 73米长, 4.3米宽

小修:	可以
拖曳:	无
引航:	必需

注意: 在北风和西北风时靠港可能有危险。

第1061号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	卡帕, 乙国港口局信息官	

港口设施

乙国港口局允许为运送人道援助使用该国港口，但强调人道物资需要办理通常海关手续，并且港口的仓储能力非常有限。

第1062号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，通讯部代表	

关于电话和广播的信息

据国际电信联盟称（1997），该国自1984年以来就有电视播送能力，但只有一个频道，由政府控制（乙国天线）。

两个广播电台均由政府控制。

电话

邮政和电信公司（贝塔特尔）在该国不同地区保有3万条用户线路。卡帕有5台自动交换机，伽马省有1台，都有数字切换功能。在各个城镇有70台人工交换机。从卡帕和斯罗可以直接拨打国际长途；从其他地方拨打的电话需要国际操作员的协助。在卡帕可以使用手机，首都之外则没有信号。

传真

传真服务在商业中心非常普及。只要有电话服务的地方，每个邮局都有传真服务。

电报

尽管电报设施的使用已不如以往广泛，但仍有800个用户。

电子邮件

几家商业公司最近开始在卡帕和斯罗提供电子邮件服务。

无线电通讯

乙国红新月会拥有一个联系首都卡帕和外省主要城市的短波无线电系统，但传送经常中断。必须从通讯部和内政部获得建立无线电系统的授权。乙国军方限制在边境附近敏感地区使用无线电发报机。

第1063号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，运输部代表	

克隆和阿瓦雷之间的公路

在雨季，克隆和阿瓦雷之间的公路被博维河的高水位切断，但一次只持续三到四天。

第1064号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	卡帕，运输部代表	

乙国的水路

塔纳河是主要河流，在普瑞（Puri）和伽马省之间全年均可通航，但只有吃水浅的船只（1-2米）才能通过。

第1065号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，乙国卫生部总干事	

乙国卫生部总干事提供的卫生信息

乙国卫生政策的主要内容可以总结如下。在1992年以前，政府的卫生政策集中于医疗和急救，目标是在每个省建立一家中心转诊医院（省医院），并且每个区至少一家医院。政府的计划还要求在每个居民超过5000人的村庄建立有医生和护士的医务室。尽管允许私人执业，但私人医生寥寥无几，并且主要在首都。公共卫生项目被组织为针对具体疾病的安排，目标是在国家层面控制结核病、麻风病、血吸虫病和疟疾等地方病。每个项目都有自己的预算和行政支持，以及自己的卫生工作

者。卡帕的大学医院负责为该国培训新的医生和护士。医疗助理和护理辅助人员则在省一级培训。

因为缺少资金，也因为未能增加对卫生设施的获取度，这一政策在改善卫生状况方面没有达到预期效果。

从1992年开始，依赖于乡村卫生工作者的初级卫生保健计划被给予全力支持。他们由传统的政治和卫生当局经当地居民同意，从村民中招收，并接受两个月的培训。他们的职责是促进婴儿卫生改善、良好营养和在家健康分娩，以及诊断和治疗常见疾病。他们的报酬由社区采用任何最为适当的方式支付——这常常意味着由村民为乡村卫生工作者耕种土地。

然而，这一计划从未真正成功。大多数乡村卫生工作者被其他卫生工作者忽视。计划作为一个整体从未得到很好的组织或策划。在一些村庄，乡村卫生工作者变成了“医生”，常常出售其药物和治疗服务；而在另一些村庄他或她则被其他村民忽视，得不到所需支持。乡村卫生工作者计划仍在进行中，但尚未全面实施。未来5年的国家预算将涵盖3000名乡村卫生工作者的培训，但培训本身则是各个省的责任。此外，对于如何向他们付费——换言之，他们将作为卫生体系的全职雇员，还是由村民以实物支付报酬——尚未达成令人满意的一致意见。

第1066号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，乙国卫生部总干事	

乙国卫生体系结构

卫生体系的结构

卫生部（卡帕）

省卫生局

省卫生局（由省卫生官领导）包括以下部门：

- 公共卫生处，负责公共卫生计划、扩大免疫计划（EPI）、初级卫生保健、结核病/麻风病防控等。

- 卫生服务处，负责医院和卫生保健中心。
- 培训处，负责对卫生助手、护理辅助人员和初级卫生保健工作者的培训进行监督。
- 药品和医疗物资处。
- 行政服务处，有人力、信息系统、设备及省区服务融资等科室。

区卫生局

一个区的卫生服务由两人管理，一名负责公共卫生服务（包括卫生保健中心和医务室）的区卫生官和一名负责区医院的医疗主管。区卫生官及其职员负责监督医疗助理和护理辅助人员，以及医务室和急救站的乡村卫生工作者。区卫生官还负责那些处理扩大免疫计划、疟疾和结核病的流动团队。大多数卫生保健中心由护士或医疗助理管理，医务室则由医疗助理或护理辅助人员管理。他们为门诊病人和住院病人（在卫生保健中心的情况下）提供预防性和治疗性卫生服务。初级卫生保健工作者本应由负责就近卫生设施的卫生工作者监督，但这种监督一般都不存在。

第1067号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部总干事	

关于乙国卫生教育计划的信息

医生：6年高等教育，并在卡帕或斯罗医院任医师1年。除了那些大城市中为数不多但不断增加的私人执业者以外，医生不在比医院低级的地方工作。

登记护士/助产士：3年。主要定位于以医院为基础的护理工作，包括1年助产学。

注册护士/助产士：2年前开设了一门特别公共卫生培训课程。位于卡帕的乙国大学1989年开设了为期4年的护理学学士学位课程，1992年启动了护理学硕士学位课程。

初级卫生保健工作者：6周：2周理论课，通常在省府进行，然后是4周实践工作（在卫生保健中心）。已经以世界卫生组织出版的《初级卫生保健中心》为基础编写了一本全国性参考手册。

医疗助理：在政府或教会医院开办的6所学校之一接受3年高等教育。医疗助理有资格在诊所和医务室诊治常见疾病，并在没有直接医疗监督的情况下实施免疫计划。他们还可以对不复杂疾病进行住院治疗。

第1068号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部总干事	

卫生服务的成本

一般卫生预算：

1. 国家卫生预算：乙国政府年度预算的4.5%。
2. 没有国家卫生保险体系，但在商业领域有一些私人体系。在最近的卫生部门改革之后，住院、门诊服务和处方药需要患者负担部分费用，具体比例由每个机构根据当地政策确定。
3. 一些医生和护士在正规工作时间以外提供私人服务。有一些全职私人执业者，特别是在卡帕。
4. 包括抗生素在内的大多数药物都可以在药店和公开市场买到。近年来，一些假药问题已经引起卫生部注意。

治疗费：

腹泻性疾病：一包口服补液盐 (ORS) 的费用为0.4美元，而一次住院静脉补液的价钱可能达到15美元。

疟疾：急性疟疾氯喹治疗一疗程的费用为0.4美元，而一疗程甲氟喹的费用为6.7美元。

麻疹：一名儿童的免疫费用为1.25美元 (全部费用)，而麻疹并发症儿童住院治疗的费用可能达到15美元。

结核病：治疗一例结核病的费用估计为145美元。

药费（模糊药品公司）

氯喹:	15美元 (1000片)
甲苯咪唑:	4.5美元 (1000片)
凡西达:	45美元 (1000片)
阿苯哒唑 (Albendazole):	18美元 (250片)
噻嘧啶 (Pyrantel Pamoate):	7.50美元 (1000片)
复方磺胺甲恶唑 (Co-trimoxazole):	14美元 (500片)
奎宁:	12美元 (100小瓶)
氯霉素:	7美元 (500片)
阿莫西林:	37美元 (500片)

第1069号	日期: 1999年12月16日	乙国
来源:	卡帕, 卫生部总干事	

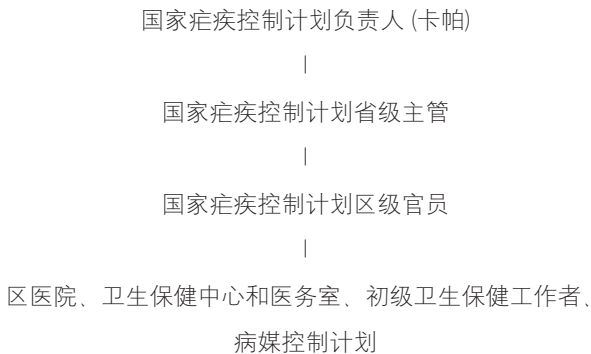
卫生体系内药品分配的组织

- 药品分配结构：国家中心药店——省中心药店——省药店——区医院——卫生保健中心——医务室——卫生站
- 卫生部在卡帕的总部每年确定将送往省卫生部门的药品和医疗设备的数量。各省负责将物资派送到医院和重要卫生保健中心。药品由卫生保健中心在区卫生局的监督下分发到乡村卫生站。卫生站收不到所需药品是很经常的事。一些地方的居民组织了循环药品基金（巴马科行动）来购买最基本的药品。
- 口服补液盐、阿司匹林和青霉素在卡帕当地配制。
- 在大城市有少量私人药店。
- 因为担心造成短缺，人道机构在当地市场购买药品必须获得批准。目前人道机构被鼓励直接进口医疗物资，同时遵守国家关于基本药物的政策。

第1070号	日期: 1999年12月16日	乙国
来源:	卡帕, 卫生部疟疾控制计划主管	

乙国的疟疾控制计划

国家疟疾控制计划 (NMCP) 创建于20世纪60年代初。当时人们认为可以通过各种防控手段 (病媒的控制和化学预防) 最终根除疟疾。然而, 数十年以后, 鉴于蚊子, 尤其是作为主要种类的冈比亚按蚊 (*Anopheles gambiae*) 和不吉按蚊 (*A. funestus*) 对广泛使用的滴滴涕耐药, 有必要审查最初的战略。另外变得显而易见的是, 恶性疟原虫对常规一线治疗药物氯喹的耐药日益严重。该计划结构如下:



第1071号	日期: 1999年12月16日	乙国
来源:	卡帕, 卫生部疟疾控制计划主管	

疟疾控制战略

为国家控制计划设定了两个目标:

1. 降低疟疾相关死亡率
2. 减少疟疾传播

为降低死亡率, 卫生部正在卫生所这一级推广经改进的病例管理方式。尽管世界卫生组织和其他国际机构施加压力, 鼓励在家有效地治疗疟疾 (尤其是对儿童), 并让药品可以在杂货店买到, 但这一想法遭到乙国医疗协会的抵制。过去三年间已经开始推广经过杀虫剂处理的蚊帐, 但这一行动只覆盖该国的一小部分地区, 而且完全依靠捐赠人资助。乙国控制疟疾的常规手段之一是在房屋内部喷洒杀虫剂——

最初是滴滴涕，现在是拟除虫菊酯。理论上，对杀虫剂耐药情况有定期监测。鼓励社区清除住所附近的灌木，填平雨水积聚的区域，以消除蚊虫滋生地。

第1072号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部疟疾控制计划主管	

乙国的疟疾治疗

疟疾：治疗政策

尽管在一些地方（斯罗）已经注意到对氯喹的耐药，但推荐治疗方案仍然如下：

- 氯喹：600毫克基础量，6小时后300毫克，以后3天每天300毫克。
- 如果氯喹治疗无效，那么急性疟疾（恶性疟原虫）应当用磺胺和乙嘧啶（凡西达或磺胺乙嘧啶）治疗——立即服用3片。
- 脑型疟疾和重症疟疾应当静脉注射奎宁治疗。
- 甲氟喹只有在省级医院和大城市的私人药店才能获得。

第1073号		乙国
来源：	卡帕，卫生部艾滋病病毒控制计划主管	

乙国国家艾滋病病毒计划

乙国的艾滋病病毒控制计划强调行为修正——通过倡导安全卫生实践的和社会营销安全套——以及与国际组织和研究艾滋病和艾滋病病毒的科学组织的合作。艾滋病病毒控制计划中的一个主要部分集中在设计一个全国性中小学课程，讲授自尊、谈判技能和人类性行为，包括艾滋病病毒、艾滋病和其他性传播感染。该课程的一部分已经开设，但其他部分则在学校受到忽视，因为授课者们对内容感到不舒

服。主管称对艾滋病病毒/艾滋病和性传播感染的意识度在乙国已经显著提高，但是行为改变方面的证据则不那么明显。许多非政府组织最近已经在乙国启动艾滋病控制计划。初始措施之一是在往来于伽马省和卡帕之间的卡车司机中间分发避孕套。

乙国所有医院均可获得使用干血斑检测法的艾滋病病毒诊断工具包，一些大医院还有酶联免疫吸附测定（ELISA）设备。主管承认物流方面有时不够理想，试剂和工具包在中心药店中放到过期，而一些私人卫生所却完全没有这些物资。卫生部的政策是在乙国不得使用重复使用型注射器和针头，但主管承认大多数卫生所被迫将其一次性注射器和针头煮沸或消毒后重复使用。

在美国国际开发署的帮助下，目前在乙国的多数大城市都社会营销避孕套。

第1074号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部艾滋病控制计划主管	

乙国的艾滋病病毒流行情况

在世界卫生组织的帮助下，已经完成了一份全国艾滋病病毒流行情况评估图。这些数据在很大程度上是基于产前诊所的血清阳性率研究。在主要城市卡帕和伽马省，血清阳性率在过去3年中大约每年增加3%，现在据估计为18%。在塔克里的数字是15%，而在沿海城市斯罗和卢姆则分别为19%和22%。在主要公路沿线的小城镇，血清阳性率一直在15%以上。在远离主要公路的地区，数字有所下降；而在只通土路的边远地区，阳性率是1%到2%。总的来说，估计有11%的乙国人口受感染。乙国居民普遍认为，罹患该病的大多是来自甲国的移民，而传染上这一疾病的乙国人肯定是因为接触了移民。

二级医院和转诊医院的数字表明，大约40%的病房病人和5%的儿科病房儿童为艾滋病病毒阳性。结果取决于所处地点，农村医院和一级医院的数字多少要低一些。在所有取样的结核病房，艾滋病病毒流行率超过50%。

第1075号	日期: 1999年12月16日	乙国
来源:	卡帕, 卫生部腹泻性疾病控制计划主管	

乙国的腹泻性疾病控制计划

在乙国, 腹泻性疾病是学龄前儿童的一个主要死亡原因。1992年, 卫生部制订了一个旨在降低儿童死亡率和发病率的行动计划。强调两点:

- 要广泛使用口服补液疗法。
- 要能更为广泛地获取洁净水, 尤其是在农村地区。

决定采取以下措施:

- 通过妇幼保健计划可获得大量口服补液盐。
- 对乡村卫生工作者的培训将强调口服补液疗法的重要性。
- 卫生部将向国家洁净水工程提供支持。

第1076号	日期: 1999年12月16日	乙国
来源:	卡帕, 卫生部结核病控制计划主管	

乙国的结核病控制计划

1990年前, 国家结核病控制计划 (NTBP) 的项目以咨询和培训的方式在省、区卫生体系中发挥作用。尽管有这些教育活动, 但实践中并无规范化诊断标准, 治疗方法也没有标准化。卡介苗免疫接种没有成为扩大免疫计划的常规部分。

在伽马省, 结核病例由医疗助理和护理人员诊断, 医生治疗。病人通常是以门诊方式治疗, 但重症病人可能会在结核病房接受一到两个月的住院治疗 (伽马医院有50个床位, 布雷夫卫生保健中心有15个床位)。要求门诊病人在首次治疗后每两个月回来一次, 领取后两个月的用药。并不令人惊讶的是, 治疗完成率不高, 在许多地区低于40%。那时最经常开的药是链霉素、异烟肼和氨硫脲。

1990年以来的政策是让疑似结核病患者转诊到区或省医院。一旦确诊, 病人将住院两个月, 接受异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和乙胺丁醇这四种药物的强化治疗。

两个月结束后他们将出院，但继续在当地卫生保健中心的指导下接受六个月的异烟肼和利福平治疗。

1998年直接督导短程化疗（DOTS）在数省启动。尽管现在是一项国家政策，但它尚未在全国范围内应用。仍需要大量培训，尤其是在卫生保健中心一级。世界卫生组织乙国办事处正在鼓励NTBP项目经理们考虑使用社区监测员作为治疗督导，以便结核病患者无需每天前往卫生保健中心接受治疗监测。不过，乙国尚未尝试这一方法。

药物由NTBP项目通过中心药店提供。主管承认，结核病药物在省、区一级经常断货。该国最近的治疗完成率为45%；他没有埃普西隆区的具体数字。

尽管有结核病信息系统，但记录显然并非最新，并且有25%的结核病治疗设施不能定期向国家办公室提供信息。

第1077号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部常务秘书	

卫生部常务秘书提供的关于目前边境局势的信息

问：先生，已有多少难民到达边境？

答：很多很多——大多数定居在克隆附近。

问：离克隆多远？

答：大约5英里。

问：他们的健康状况如何？

答：非常差。他们营养不良，很多人生病，并且城里的医院看上去人满为患。

问：难民中最常见的医疗问题是什么？

答：疟疾、结核病、血吸虫病、腹泻性疾病、肺炎以及各种寄生虫感染都是常见病。

问：有伤员吗？

答：有，他们也在伽马省住院。

问：在伽马省可以获得何种医疗服务？

答：伽马省是一个由以下三个区组成的省的首府：伽马、埃普西隆和塔克里。省医院位于伽马省，在其他城镇和乡村有卫生保健中心和医务室。

问：伽马省有多少人口？

答：据估计大约有80万，但多数居民住在沿海地区。

问：难民的食物状况如何？

答：难民随身携带的食物寥寥无几。他们可以在伽马省的市场上买到一些，但不够每个人吃的。

问：在难民有任何疾病爆发吗？

答：我已被告知有多起麻疹和脑膜炎。这对我们的居民而言也是一个危险。我已经要求负责伽马省的卫生官员采取一切必要措施防止这些疾病扩散。

问：伽马省居民同难民之间的关系如何？

答：甲国难民是佐瓦拉族，我国这一地区的居民来自同一部族。事实上，住在甲国西格玛地区的甲国人经常到埃普西隆区进行贸易，埃普西隆区的居民也经常越界进入西格玛地区。

第1078号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，卫生部结核病控制计划主管	

中心药店的药价

异烟肼	100毫克片剂	1000片12.5贝塔
	300毫克片剂	1000片23贝塔
利福平	150毫克片剂	100片30贝塔
	300毫克片剂	100片50贝塔
吡嗪酰胺	500毫克片剂	1000片190贝塔
乙胺丁醇	100毫克片剂	1000片45贝塔
	400毫克片剂	1000片125贝塔

第1079号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，卫生部扩大免疫计划主管	

乙国的扩大免疫计划

1989年，政府决定在全国范围内实施扩大免疫计划。计划于1991年开始实施。免疫时间表如下：

- **卡介苗**：出生时，1次。
- **百白破**：从三个月时开始，每4周一次，共3次。
- **儿麻**：从三个月时开始，每4周一次，共3次。
- **麻疹**：九个月时，1次。
- **破伤风**：对育龄妇女和孕妇，每4周一次，共2次；以后每次怀孕期间一次。

这一全国扩大免疫计划的目标是在4年内将麻疹、新生儿破伤风和小儿麻痹症的发病率降低一半。

第1080号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，卫生部扩大免疫计划主管	

疫苗在乙国的可获取情况

疫苗通过联合国儿童基金会进口，然后存放在卡帕的中心药店。通常，冷链在原产国到卡帕机场、中心药店、省机场、省药店，最后再到扩大免疫计划团队的过程中有效发挥作用。

尽管伽马省的疫苗供应足以满足该省通常的扩大免疫计划行动，但在将疫苗分配给各个扩大免疫计划团队方面常常存在缺口。另外，设备维护（冰柜修理、冷箱的充足供应）既困难又耗时。疫苗接种在卫生保健中心进行；在边远地区，有时会由省卫生局派出流动团队，开展群众免疫运动。运输常常成问题，因为计划车辆经常被用于其他目的，从而无法在扩大免疫计划服务需要时获得。燃料和维护问题也日益突出。

第1081号	日期: 1999年12月17日	乙国
来源:	卡帕, 卫生部扩大免疫计划主管	

群众免疫运动

该国从1997年开始为百白破、儿麻（使用口服儿麻疫苗）和麻疹组织“全国免疫日”群众免疫运动。在这一运动开始后，麻疹免疫覆盖率据估计从35%上升至55%，而完全免疫覆盖率（年龄12个月至24个月）从35%上升至65%。然而，该运动之后没有对扩大免疫计划常规服务方面采取任何改进措施。此外，省和区卫生局抱怨全国免疫日给它们自己的基础设施和资源带来的巨大需求压力——它们几乎没有因此从卫生部得到任何额外支持。

第1082号	日期: 1999年12月17日	乙国
来源:	卡帕, 不稳定时期援助组织 (APT) 代表	

APT代表提供的信息

该组织已在该国存在1年。它的职责是满足从农村地区迁移到卡帕周围地区（在那里移民集中在非正式定居点里）的人口的医疗需求。APT管理着两个卫生保健中心，并以人员和设备的形式向其他几个中心提供支持。该组织有六名在乙国工作的外籍雇员，其中三名医生，三名护士。

第1083号	日期: 1999年12月17日	乙国
来源:	卡帕, 主教理事会【Episcopal Council】（乙国基督教教会的协调机构）	

主教理事会的职责

主教理事会在全国各地均有代表，是乙国基督教教会各种发展行动的协调机构。尽管主教理事会并不定位于紧急局势，但它已经向其伽马省办公室送去200公斤药品和5000条毯子，用于分发给难民。目前英国的索尔兹伯里和温彻斯特主教教区正在准备发出援助呼吁。

第1084号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，国家慈善服务处代表	

国家慈善服务处在难民援助方面的职责

该组织在卡帕郊区从事社会工作。代表认为国家慈善服务处应当援助难民，并愿意提供一些救援援助（食物、药品等）。

第1085号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，农业部代表	

水资源开发政策

水资源开发局从1992年开始隶属于农业部。它有两项职责：（1）在农业地区开发一个灌溉网络；（2）改善农村人口对获取洁净水的途径。

第1086号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	卡帕，水资源开发工程 (WDP) 代表	

关于乙国水资源开发工程的信息

WDP是一个由政府主办的、负责向该国主要城镇供水的组织。只有10%的乙国乡村可以获得受保护水资源。WDP有大量设备是由政府利用来自联合国儿童基金会的资金提供的。

第1087号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	卡帕，WDP代表	

克隆的供水状况

克隆镇的供水系统从城南1.5公里外的博维河取水。水被注入比该镇位置更高的水库。抽水系统有两个部分，一个从河里抽水，另一个将水注入水库。抽水系统位于城市西部。

第1088号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	卡帕，WDP代表	

古蒂尔水工程

在卫生部协助下，在一个当地初级卫生保健工程的框架内，WDP已经在古蒂尔建成了一口井。之所以选择古蒂尔村，是基于如下理由：

- 强有力的社区参与
- 该地区的地质特征
- 将水工程同初级卫生保健计划相结合
- 工程受益人为数众多

该地区有1326名居民（1997年），其中500人住在这口井800米以内。这口井深15米，宽2米，年均容量20立方米。井壁为混凝土，井口有混凝土挡板保护。水泵为手压泵（印度马克2号）。潜在供水量为每天10立方米，足够供周围居民之用。为满足方圆3公里以内的全体居民的需要，必须安装一台同水库（将建在村子北边的山坡上）相连的机动泵。对这一提议的评估将在近期作为世界银行农村开发第二工程的一部分来进行。该村认为，在往西1.5公里处再挖一口井是更好的解决方案，需要村里提供的“免费”劳动也更少。

第1089号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	卡帕，WDP代表	

关于布尔洛水系统的信息

这一工程于1997年交办并启动，目标是保护一眼目前供400人用水的泉水。WDP已经提供了必要设备(水泥、水管、工具)，社区提供了人力。维护工作由社区成员经WDP培训后进行。

第1090号	日期：1999年12月16日	乙国
来源：	卡帕，卫生部营养局局长	

难民人口的营养状况

营养局没有关于难民营养状况的确切数字。局长已经要求其在伽马省的相应官员调查这一人群的食品情况。截至目前她尚未得到任何信息。不过，据她从其他渠道听到的消息，难民据报道营养状况不佳，大量儿童营养不良。

第1091号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	卡帕，农业部代表	

乙国的粮库

该国有数个存放应急食物的仓库。尽管这些食物主要用于当地居民，但政府愿意借给人道机构，为期三个月；后者必须在三个月内以同类食物补充当地仓库。

该国主要仓库有：

地点	容量(吨)	库存	日期
卡帕	5000	3245	1997年10月7日
卡帕	2500	1276	1997年2月23日
斯罗	7000	1100	1998年3月24日
卢姆	2500	?	?
伽马	6000	1345	1997年7月12日

属于私人组织的其他仓库有：

塔克里	6000	4300	1998年10月10日
克隆	200	40	1998年12月21日

第1092号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，农业部水资源局代表	

难民的水资源

据水资源开发局称，难民获得洁净水应当不成问题。阿瓦雷营的居民能够去到博维河，后者可以提供足够数量的水。住在埃普西隆区村庄中的难民能够使用同当地居民同样的水源。

第1093号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	卡帕，联合国儿童基金会代表	

从联合国儿童基金会可获得的物资

联合国儿童基金会愿意为建造难民营供水系统提供设备（水泵、水管、水箱、混凝土、过滤和沉淀设备等）。

第1094号	日期：1999年12月17日	乙国
来源：	卡帕，农业部常务秘书	

难民对当地农业体系的影响

同农业部常务秘书的谈话摘要

问：难民已经定居的地区是易干旱地区。您不认为难民涌入所带来的需求会很快超出该地区的资源吗？

答：过去两年来我们非常关注干旱问题，但这不是一个新问题。在过去10年间，居住在达尼卡尔地区的贡拉尼人增加了他们的牲畜数量。与此同时，佐瓦拉人将田地向西拓展，在边际土地上种植花生，而这些土地传统上是同游牧民共享的。在干旱前，在有定期良好降水的年份，这是可能的。但是，干旱已经在两个群体间制造了紧张关系。过去两年里贡拉尼人因为干旱失去了他们的牛群，而不得不到埃普西隆和沿海平原寻找工作。

问：但已经为埃普西隆区制定了一个发展计划，不是吗？

答：是的。事实上有两个计划，一个是开发布雷夫以西的牧地，另一个是埃普西隆东部的农业开发。这些计划被安排在5年内完成，但缺乏财政资源已经造成了实施迟延。

问：显然，随着甲国难民造成的人口增加，局势将进一步恶化，而这些计划最终可能会作用有限。

答：这就是为什么我们正试图将难民聚集在伽马省附近的一个难民营中。但他们中很多人更愿意同他们在埃普西隆的亲戚住在一起。

问：为什么是伽马省？它离难民穿越边界的地方很远。

答：在伽马省有大量的水，而且我们认为在那里也更容易援助那些试图在卡帕和斯罗避难的难民。我们将尽量避免让他们定居在埃普西隆，因为在那里更难提供援助，并且他们可能会对脆弱环境造成更大影响。

问：有可能通过斯罗运送国外援助吗？

答：是的，很有可能，而且还可能获得一些在斯罗和伽马省之间的本地食物。

问：您提到伽马省有大量的水；它的来源是什么？

答：城市供水是从塔纳河汲取。即使是在旱季也有足够的水，而且难民营的位置离河很近。

问：政府有没有可以提供给难民的食物库存？

答：是的，在斯罗有一些。目前我无法告诉你可以提供多少吨。我知道一些食物已经运往伽马省，并由政府分配给了伽马省难民营的难民。

第1095号	日期: 1999年12月18日	乙国
来源:	卡帕, 非政府组织“生存”的代表	

非政府组织“生存”的计划

“生存”是一个专长于回应紧急局势的非政府组织。它是一个国际组织，总部在奥斯陆，在许多国家有分部。一名在卡帕工作的“生存”代表正在伽马省访问。

“生存”想要在阿瓦雷营中组织食物分配和设立医务室。这只是驻卡帕代表的评估任务，尚未制定任何行动计划。

第1096号	日期: 1999年12月18日	乙国
来源:	卡帕, 乙国红新月会代表	

乙国红新月会代表提供的信息

乙国内政部已经要求乙国红新月会协调难民救援工作。第一个团队已于两天前离开伽马省前往阿瓦雷营，携带有2500条毯子、50顶帐篷和15吨高粱。乙国红新月会已经联系了联合国儿童基金会和几个非政府组织，请求援助。

第1097号	日期: 1999年12月18日	乙国
来源:	卡帕, 社会事务部代表	

社会事务部在援助难民人口方面的职责

社会事务部寻求应对最脆弱人群的基本需求：孤儿、城镇地区贫困家庭等。该部的职责有限，因此无法提供难民援助。

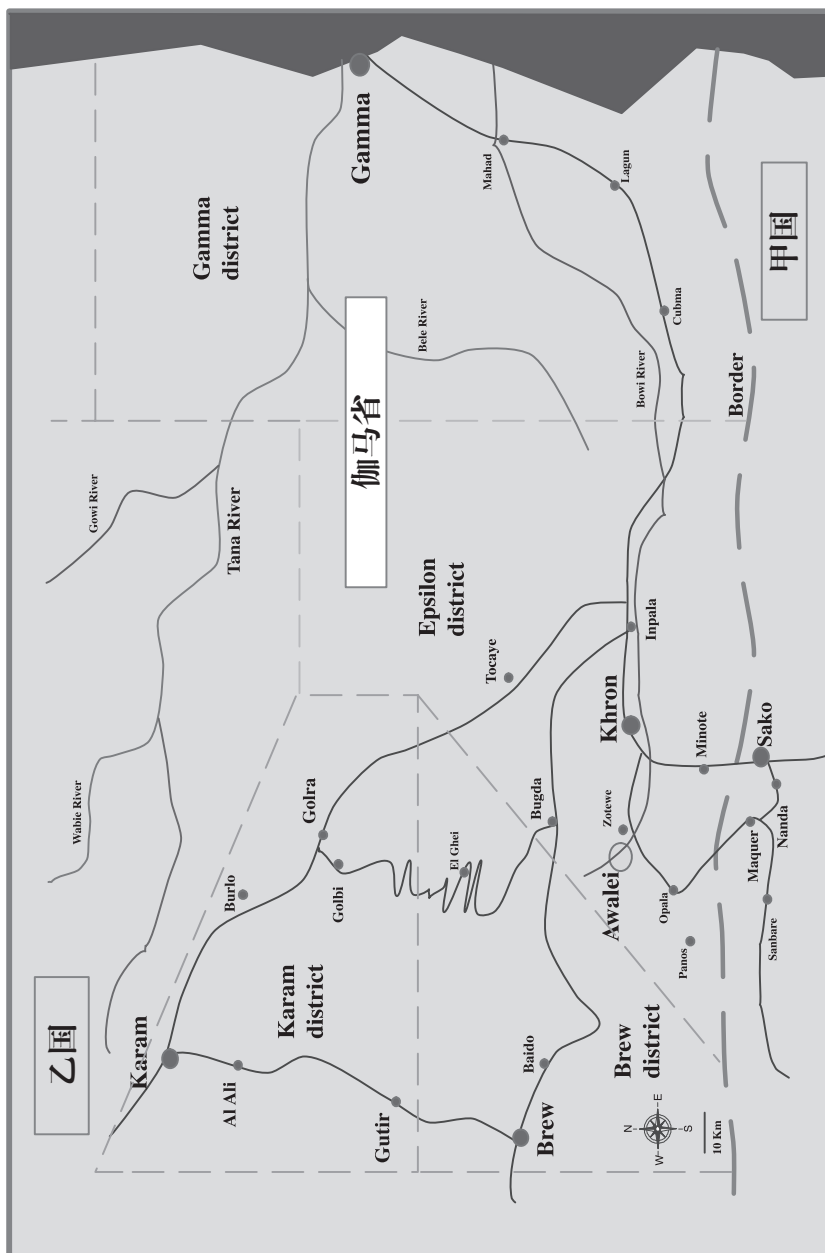
图表六

来自伽马的信息：伽马省的省府



图表七

伽马省



来自伽马省的信息

第1098号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，伽马省省长	

伽马省省长提供的信息

问：通常有多少人生活在伽马省？

答：伽马镇本身有12万人，伽马区有90万人。埃普西隆区有10万人。

问：您知道有多少人生活在西格玛区吗？

答：很可能有20万人左右。

问：在达尼卡尔沙漠呢？

答：我们认为大约有50万游牧民生活在甲国和乙国，但这只是估计。

问：您知道每天有多少难民到来吗？

答：根据我们的报告，每天平均有1000到2000人越过边界。

问：第一批难民来到乙国是在什么时候？

答：第一群人在1999年7月到达，自那以后他们就定期到来。开头只是常规来回穿越边界的人流增加，而且人们同他们在乙国这边的亲戚住在一起。但过去一个月里我们已经接收到没有家人可供一起生活的人，因为他们来自西格玛以南很远的地区；我们不得不将这些人转移到阿瓦雷营。

问：难民营是一个月前设立的？

答：是的，它的人口持续增长了两到三周。在过去几周内新来者的数量有所下降。过去一周每天只有50到100人被收入难民营。

问：其他所有人都定居在埃普西隆吗？

答：是的，但上周穿越边界的人显然不是很多。

问：为什么？

答：也许西格玛内部的战斗正在增强，平民无法到达边界；或者也许局势已经平静下来，他们更愿意留在自己的村子里。

问：但是西格玛的干旱非常严重，即使在军事局势平静下来以后人们可能仍然想要过来。

答：谁也不知道会发生什么，所以我们最好做好接收大量难民的准备。

问：您是否认为难民的存在会加深佐瓦拉和贡拉尼种族群体之间的敌对？

答：由于干旱和放牧问题，最近有一些困难。军方已经加强了对整个地区的控制，以防止爆发任何暴力行动。

第1099号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，省难民事务局代表	

省难民事务局提供的信息

同政府10月份任命的伽马省难民安置主管的谈话摘要：

问：您能向我们介绍一下伽马省难民局势的总体情况吗？

答：嗯，我刚刚结束对这整个地区的短期访问回来。事实上有两个问题。第一个问题是在克隆附近的难民营（阿瓦雷）。它是在一个半月以前为在埃普西隆地区没有可供一起生活的亲戚的西格玛难民开设的。那时的迁入率高达每天3000人，那也正是设立难民营的原因所在。任命了一名难民营主管，定期进行人口普查。根据上周的数字，营内有3.5万人。上周有3500名新来者被登记。

问：登记程序是怎样的？

答：对每个新入营者，我们记录下家长姓名、家庭成员人数、每个成员的年龄和原住村。

问：进行任何医疗筛查吗？

答：一开始我们无法进行任何筛查，因为我们没有人手。三周前开始进行筛查，那时伽马省卫生官设法派出了一支医疗队到难民营。他们开始向难民营人口提供医疗援助，并筛查新来者。

问：他们已经注意到的主要健康问题是什么？

答：我还没有收到他们的报告，但我知道营养不良、结核病、腹泻性疾病和胸腔感染是最常见的疾病。

问：除了阿瓦雷，第二个问题是什么？

答：在埃普西隆区有一大群难民。他们的人数难以估计，因为他们分散在当地居民中间。我要求每个地区主管联系他们区的首领和村长，询问有多少难民住在他们村里。我可以给你一份调查结果。

问：我们已经得到消息，通常生活在达尼卡尔的游牧民若干年前开始在埃普西隆西部定居。对此您能给我们一些信息吗？

答：是的，游牧民在布雷夫和卡拉姆周围定居，但说不好有多少。

问：政府目前对游牧民的态度如何？

答：我们尽可能帮助他们，但埃普西隆的机会相当有限，他们中有很多已经迁往卡帕和斯罗。

问：但是难民无法在卡帕和斯罗定居。您对以后到来的难民有何计划？

答：难民流正在减少。我穿过边界去了萨科，一个位于克隆以南甲国一侧的小难民营，同一名佐解运代表讨论了这个问题。他告诉我他们正在尽量将居民控制在西格玛省之内，但他们需要某种形式的援助，如食物或医疗照顾，来帮助西格玛省的流离失所者。

问：还有多少人仍然生活在西格玛？

答：我连一个粗略的估计都没有。但显然，如果人们留在边境的甲国一侧，那将减轻对我国资源的压力。

第1100号	日期: 1999年1月24日	乙国
来源:	伽马省, 农业部代表	

卡拉姆开发工程——历史

埃普西隆区已经遭受了一连串旱灾。1988年和1995年, 该地区的严重干旱导致成千上万农村居民迁往大城市, 希望在那里找到生存所需的食物。尽管食物援助混乱无序, 但很多人在危机过后仍然留在了城里, 希望在工厂找到永久工作。

为了在将来避免这些灾害, 为该地区制定了农业恢复和发展计划, 并在卡拉姆附近开展了试点研究。计划的目标是:

- 减少向城镇移民
- 降低发病率和死亡率
- 提高食物可获取度
- 增加家庭收入
- 提高农业产量
- 保持生态平衡

试点地区的人口为1.2万, 生活面积为400平方公里。

第1101号	日期: 1999年1月24日	乙国
来源:	伽马省, 农业部代表	

土地可获取情况

每个家庭得到0.46公顷农业用地和1公顷放牧用地。自给自足生活的最低标准是1.5公顷耕地和9公顷牧地。

第1102号	日期: 1999年1月24日	乙国
来源:	伽马省, 农业部代表	

试点项目所在地区居民的资源

大多数居民靠自给自足耕作为生，只有不到15%的家庭依靠其他经济活动谋生。居民的主要资源是农业、牲畜、食品援助和贸易。

第1103号	日期：1999年1月24日	乙国
来源：	伽马省，农业部代表	

市场在试点项目地区的作用

市场对当地经济具有重要意义。它对于产品交换必不可少，并且给自耕农提供了获得现金的机会。该地区有12个主要市场，没有任何村庄距离其中一个超过3到6小时的路程。最常见的商品是农具、牲畜、食物（谷类）、木材、炊具、衣服和工具。

农民面临的主要问题是价格高、市场距离远、对其产品的需求不足，以及缺少现金。传统的财富积聚方式是饲养牲畜，在正常时期可以轻松出售。然而，现在由于饲料缺乏和疾病蔓延，牲畜市场已经遭到严重破坏。为解决这一问题，人们必须使其财富积聚方式多样化。不过要做到这一点，牧民必须：

- 发展交换机制
- 获得进入市场的机会
- 增加现金收入
- 使收入来源多样化

第1104号	日期：1999年1月24日	乙国
来源：	伽马省，农业部代表	

试点项目所在地区的农业相关问题

1999年，处于耕作中的土地减少了34%，食物产量减少了73%。原因是：

1. **缺乏耕作手段：**牛在农业中扮演重要角色。它们在干旱时期难以饲养，农民常常被迫将之低价出售以购买食物。由于游牧民从达尼卡尔边远地区来到埃普西隆放牧牛群，这一问题进一步恶化。其结果是两个社区之间的关系相当敌对。

2. **种子：**饥荒导致种子粮被吃掉，造成来年种子匮乏。
3. **杀虫剂、肥料：**害虫使庄稼损失尤为惨重，不管是在收获前还是储藏后。肥料价格非常高，大多数自耕农负担不起。
4. **水：**水不足以供灌溉之用，因为水坝寥寥无几，无法形成雨水储备能力。
5. **土地：**耕地的缺乏显而易见。
6. **粮食产量：**每公顷产量非常低，平均为每公顷736公斤。干旱时期粮食产量可能会低至每公顷200公斤。目前的农业开发工程希望通过实现以下目标，增加粮食产量：
 - 增加每公顷产量
 - 改进耕作技术
 - 增加肥料的使用
 - 增加杀虫剂的使用
 - 提高种子质量

第1105号	日期：1999年1月24日	乙国
来源：	伽马省，农业部代表	

试点项目所在地区的牲畜饲养相关问题

牲畜是自耕农重要的食物和收入来源。奶牛、绵羊、骆驼和家禽在干旱中损失惨重，数量大大减少。驴子更为耐旱，当地人即使在迁移到城镇时也带着他们的驴子。

改良牲畜饲养法尚未在该地区推广。考虑到所投入的劳力，肉、奶、蛋的产量远低于其应达到的产量。牲畜饲养的破坏作用（过度放牧和土壤侵蚀）比建设作用更明显。放牧体系是基于利用土地放牧的传统社会共识，而非基于任何科学的考虑。

牲畜饲养工程的目标是：

- 提高畜产品产量
- 降低畜病的流行

- 改良牲畜饲养方法
- 改进放牧习惯
- 提高放牧质量

第1106号	日期：1999年1月24日	乙国
来源：	伽马省，农业部代表	

试点项目所在地区与水资源相关的问题

已经在该地区开展了一项彻底的水资源调查。主要调查结果如下：

1. 天然蓄水不佳的主要原因是：

- 土壤侵蚀
- 由于以下原因缺少植被：
 - 大量牲畜
 - 森林采伐
 - 忽视资源管理技巧

2. 缺乏人工蓄水设施的主要原因是：

- 缺乏技术
- 缺少材料（水管、水泥等）

工程的目标是：

- 通过小水坝发展蓄水能力
- 减少土壤侵蚀
- 增加重新造林，尤其是在山的坡面
- 开发新的蓄水手段
- 在上述地区发展当地的技术和能力

第1107号	日期: 1999年1月24日	乙国
来源:	伽马省, 农业部代表	

该地区的卫生问题

现有卫生问题源自数个因素:

1. 水质: 一项研究表明, 人类用水来源如下:

- 54%来自泉水
- 25%来自河水
- 12%来自池塘
- 9%来自手挖井

83%的被调查者认为他们所使用的水是清洁的。

2. 生活条件: 住房条件恶劣, 多数情况下人畜近距离住在一起。只有2%的房屋有厕所。

3. 卫生: 免疫覆盖率很低; 12个月到23个月的儿童中只有不到20%接种了全部三次百白破疫苗。母亲的卫生意识程度低。消瘦型和发育迟缓型营养不良在当地很普遍。

农业项目的卫生相关目标是:

- 增加获得洁净水的途径
- 推广厕所的建造和使用
- 提高免疫覆盖率
- 减少营养不良
- 改善住房条件

第1108号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	伽马省，内政部代表	

乙国的粮食储备

该国有应急粮食储备，但可用于援助行动的数量不好估计。当局已经表示，乙国红新月会可以使用这些储备供应难民，条件是在三个月内补足。

第1109号	日期：1999年12月18日	乙国
来源：	伽马省，伽马省卫生局营养学家	

评估伽马省居民的营养状况

埃普西隆区：

1997年10月底到11月中，在难民定居的埃普西隆区进行了一次营养状况评估。6岁以下儿童的评估结果如下：

- 23%的儿童在理想身高别体重的80%到90%之间
- 12%低于身高别体重的80%
- 团队还评估了一个在布雷夫市场卖牛的游牧民群体中的儿童。在这个样本中：
 - 42%的儿童在身高别体重的80%到90%之间
 - 19%低于身高别体重的80%

第1110号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，伽马省政府代表	

伽马省人口统计

该省总人口90.5万，分布如下：

- 伽马区 50万

• 埃普西隆区 20.5万

• 达尼卡尔区 20万

主要城镇为:

• 伽马 12万

• 克隆 1.2万

• 布雷夫 3.2万

• 卡拉姆 1.28万

• 塔克里 2.5万

埃普西隆区分为四个行政区划:

• 戈尔拉 4.965万

• 布雷夫 6.45万

• 克隆 7.07万

• 卡拉姆 3.95万

目前没有难民人口的确切数字，但估计总数在9万左右。

第1111号	日期: 1999年12月17日	乙国
来源:	伽马省, 伽马省机场民航处负责官员	

伽马机场

跑道特征:

海拔: 345米

平均气温(摄氏): 28度

长度: 1800米

机型: 最大限度波音727

燃料补给: 无

设备: MD、MC、MT、L4、NDB、LR、LB、LO、L9、目视飞行规则

第1112号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，扩大免疫计划伽马省代表	

伽马省的扩大免疫计划

同伽马省扩大免疫计划团队负责人的会谈报告

1998年，扩大免疫计划团队必须应付很多后勤问题。扩大免疫计划车辆多次出故障，常常数周不能使用。此外，由于难以从卡帕的中心药店获得疫苗补给，团队无法遵守《省年度工作计划》所制定的时间表，尽管据报道联合国儿童基金会向中心药店提供的疫苗足以满足该国需求。如果能够获得必要支持（汽油、疫苗等），扩大免疫计划团队愿意向难民提供援助。省卫生局长也深信，扩大免疫计划团队应当为难民免疫，以便将当地居民中爆发疾病的风险降到最低。

第1113号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，扩大免疫计划伽马省代表	

伽马省的扩大免疫计划行动

麻疹免疫

年份	伽马镇	伽马区	埃普西隆区	达尼卡尔
1995	2,300	5,000	550	0
1996	2,500	5,500	780	0
1997	2,400	5,000	620	0
1998	2,100	4,500	520	0
总计	9,300	20,000	2,470	0

结核病免疫 (卡介苗)

年份	伽马镇	伽马区	埃普西隆区	达尼卡尔
1995	2,100	3,250	420	0
1996	1,850	4,220	528	0
1997	1,720	2,850	615	0
1998	1,510	2,720	412	0
总计	7,180	13,040	1,975	0

儿麻免疫 (脊髓灰质炎疫苗)

年份	伽马镇			伽马区			埃普西隆区		达尼卡尔	
	第一次	第二次	第三次	第一次	第二次	第三次	第一次	第二次	第三次	任何
1995	2,900	1,870	1,240	5,480	3,230	2,430	730	230	70	0
1996	3,200	2,450	1,450	5,700	3,300	2,200	880	340	90	0
1997	2,800	1,950	1,520	5,200	3,200	1,900	690	320	70	0
1998	2,700	1,840	1,320	4,950	3,100	1,850	750	180	60	0
总计	11,700	8,100	5,530	19,480	12,830	8,380	3,050	1,070	290	0

第1114号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 扩大免疫计划伽马省代表	

伽马省的扩大免疫计划行动 (各地行动的周数)

地点	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
伽马镇	-	xx	-	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	-
伽马区	x	x	x	x	x	-	x	-	x	x	x	-
埃普西隆	x	x	x	-	x	x	x	x	-	-	x	-
达尼卡尔	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

X=1周行动

第1115号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，省卫生官	

伽马省的卫生状况

问：截至目前已有多少难民来到贵省？

答：大约有10万名难民，其中6万集中在伽马省附近一个我们划给他们的区域。其余4万分散在埃普西隆区，主要是在布雷夫镇周围，大多数人住在亲戚那里。但我们相信很快就会有更多新难民到来。

问：您预计还会再来多少？

答：不好说，但肯定还会有几十万。

问：边界附近有战斗吗？

答：据我们的报告没有。多数战斗发生在西格玛地区内部。一些伤员来到边界，我们设法将他们疏散到伽马省的医院。

问：平民还是军事人员？

答：都有。

问：难民人口中的主要医疗问题是什么？

答：嗯，已经数起脑膜炎被报告，有两人已经住院。

问：确诊了吗？

答：都是流行性脑脊髓膜炎，其中两人来自伽马省附近的难民营。

问：已经做了哪些工作来防止爆发？

答：目前我们没有流脑疫苗。我已经请求在卡帕的卫生部为我们提供10万份疫苗作为应急配给。

问：省扩大免疫计划是否运行良好？

答：是的，我们正在将计划推广至全省，由所有的卫生所和一个流动医疗队提供儿童免疫。我们的常规供应来源是卡帕的中心药店。

问：难民的营养状况如何？

答：看起来不是太糟糕。由于干旱，难民很长一段时间以来在其本国缺少食物。在去往边境的几个星期里他们几乎无法获得食物。

问：营养不良率是多少？

答：我不知道确切数字。一个克隆来的护士已经被派往难民营做调查。

问：您还注意到什么别的健康问题？

答：疟疾是伽马区的地方病。

问：有哪些种类？

答：恶性疟疾，最近在斯罗的调查表明其耐药程度很高。如果我想起当时是如何处理这些研究报告的话，我会给你它们的副本。这么多的报告，这么短的时间！

问：难民的用水和卫生状况如何？

答：博维河有充足的水，但我们对难民营恶劣的卫生状况感到担心。在埃普西隆，难民很快将会面临用水的大问题，因为该地区已经受到干旱影响，而且难民还把他们的牲畜带来了。

问：有足够的医疗人员来照料难民吗？

答：没有。我们有一个来自克隆的区卫生队在难民营工作，还有一个非政府组织在营里设立了医务室。但这显然不够。

伽马省的医疗设施

	床位	医生	护士	HA	VHW	设备	护士/助产士
省医院, 1 A	500	10	50	80	0	X光、化验室	40护/10助
区医院, 3 B	100	2(F)	9	10	0	X光、化验室	7护/2助
卫生保健中心, 4 C	40	1(G)	19	19	0	四个基本化验室	8护/4助
医务室, 21 D	0	0	10	40	0		
卫生站, 200 E	0	0	0	0	200		
总计	640	13	88	149	200		55护/16助

- A: 伽马镇
 B: 布雷夫、克隆和卡拉姆的区医院
 C: 埃普西隆和达尼卡尔各1个(克隆和卡拉姆), 伽马区2个(一个在北部, 一个在南部)
 D: 伽马区12个, 埃普西隆6个(村1, 2, 3, 4, 5, 戈尔拉), 达尼卡尔3个(村1, 2, 塔克里)
 E: 伽马区100个, 埃普西隆30个, 达尼卡尔70个
 F: 伽马区北部的卫生保健中心(计划设立一家区医院)

HA: 医疗助理

VHW: 乡村卫生工作者

注: 塔克里有一家教会医院, 有2名医生、3名外籍护士、20名医院培训的本地护士、30名辅助人员、200个床位、1间麻风病房和1间结核病房。

第1116号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	伽马省, 伽马省卫生官员	

伽马省的卫生服务

医院:

伽马省: 省医院有500个床位, 内设内科、外科、儿科、妇产科和传染科。有10名医生、50名护士和80名医疗辅助人员。有放射和化验设施可供使用。

布雷夫: 120个床位, 可以提供基本的内科、外科和妇产科服务。外科重症病人则送往伽马医院或塔克里。有3名医生、8名护士和14名医疗辅助人员。有放射和化验设施可供使用。

克隆: 50个床位的小医院, 有2名医生、5名护士和12名辅助人员。有一个小化验室和一部X光机, 有电时使用。

塔克里: 塔克里教会医院有200个床位, 有2名医生、1名外科医生和20名护士(其中5名为外籍)。它提供内科、外科、妇产科和结核病治疗服务, 有化验室和X光设备。

卫生保健中心:

该省有21个卫生保健中心, 伽马区12个, 埃普西隆区六个, 达尼卡尔三个。每

个卫生保健中心均由一名护士或医疗助理负责，并由一名经常在附近医院工作的医生监督。

卫生站：

100个小卫生站遍布全省，主要是在小村庄。每个卫生站均由一名初级卫生保健工作者负责。

第1117号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，省疟疾控制计划主管	

伽马省的疟疾控制计划

1998年，该省的卫生所共治疗19.5万名疟疾患者。共化验了3.8万份血涂片，其中57%呈阳性（80%为恶性疟原虫）。大多数化验在伽马区的卫生所内进行。该省其余地方的化验室设备有限，并且经常缺少试剂。卫生部已经将治疗方法标准化。

第1118号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，省病媒控制计划主管	

疟疾控制计划中的病媒控制部分

病媒控制计划：1997年在伽马省北部的研究发现

耐药：	滴滴涕	狄氏剂	敌敌畏	胺菊酯
冈比亚按蚊	是	是	是	是
不吉按蚊	否	是	是	是
法鲁按蚊	是	是	是	是

尚未开展进一步研究来评估杀虫剂耐药的地理分布，但已经确立了以下政策：

- 在沿海地区，用敌敌畏喷洒房屋内部是常规做法。
- 在疟疾不太流行的该国其他地区，用滞留喷洒方式使用狄氏剂。

第1119号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，省腹泻性疾病控制计划主管	

伽马省的腹泻性疾病控制计划

伽马省腹泻性疾病控制计划在1998年至1999年期间的行动：

1. 优先考虑伽马镇及其郊区，主要因为这里是人口稠密地区。
 - 教母亲用口服补液盐治疗轻微和严重腹泻；1998年在妇幼保健计划中通过医务室和初级卫生保健工作者分发了15万包口服补液盐。
 - 伽马镇的供水得到改善；截至1998年底，80%的城镇居民用上了自来水。
2. 该省其他地区在控制腹泻性疾病方面几乎无所作为。水资源局在埃普西隆区实施了几个工程，主要是挖掘和保护水井。初级卫生保健工作者推广了一个口服补液疗法计划，但对腹泻性疾病的发病率影响甚微，部分原因是公众没有完全接受。事实上，母亲们学习了如何用普通的盐和糖配制口服补液溶液，但是这种治疗方法与传统信仰相悖。此外，乙国大学开展的研究表明，在接受指导后几个月，母亲们就不再按指示行事，溶液中盐放得过多而糖放得不够。已有关于制定流动上门服务计划的讨论；由乙国大学和卫生部发起的一个研究小组正在考察这一方法。
3. 1998年和1999年初，由于缺少财政支持，水资源开发局的活动持续减少。分配给该局的预算大部分被投入埃普西隆区东北部的一个灌溉工程，而与水质改善和保护有关的措施处于低优先级。

第1120号	日期：1999年12月18日	乙国
来源：	伽马省，省扩大免疫计划经理	

疫苗在伽马省的可获取情况

扩大免疫计划在伽马省的疫苗储备如下：

- 麻疹：23,000

- 卡介苗：5,000
- 百白破：12,000
- 口服儿麻疫苗：15,000

第1121号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，伽马省扩大免疫计划代表	

麻疹在伽马省的流行情况

1999年，在拉贡地区爆发了麻疹。56名1到3岁儿童因为麻疹相关并发症在伽马医院住院。此前，扩大免疫计划显然已经完全覆盖了拉贡地区，因此这次流行对疫苗的有效性提出了质疑。对56名住院儿童的免疫状况评估显示，只有49名儿童接受了免疫接种，其中28名是在集体免疫运动期间接种的疫苗。调查显示，集体免疫运动期间该地区正爆发洪水，扩大免疫计划的车辆在拉贡西边的公路上受阻4天。在此期间，扩大免疫计划团队帮助当地居民应对洪水造成的后果。在车上放了4天的疫苗很可能被不小心用在了集体免疫运动中，虽然未能找到这批疫苗的监控卡。其余21名儿童中，12名没有接种麻疹疫苗，八名很可能是在九个月时或之前接种的。还有一名儿童的免疫状况无法确定。

第1122号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，省腹泻性疾病计划主管	

伽马省的一次霍乱爆发

1998年的霍乱流行：

1998年11月，埃普西隆区爆发了霍乱。该地区这些年来屡有霍乱散发病例，但这是5年来第一次严重爆发。在这次爆发中，有335个临床病例经克隆和布雷夫医院化验室确诊。123名病人的菌株在伽马医院和卡帕的大学教学医院被进一步检查。在这123份菌株中都确认有霍乱弧菌，并且均为埃尔托生物型。临床确诊为霍乱的335名病人中有20人死亡(6%)。在家死亡的人数估计为30%到50%。

第1123号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，伽马省结核病控制计划主管	

伽马省的结核病控制计划

1993年之前，结核病控制计划由一个流动医疗队开展，他们使用便携式X病例；疑似兵力转入附近医院作进一步检查。现在这一方案已遭放弃，主要原因是成本高而效果差；不过设备仍然可以使用，医疗队也可以在任何必要的时候重组。

结核病控制政策如下：

1. 在卫生保健中心进行筛查，发现临床征兆。
2. 将疑似病例转到有X光和化验设施的医院。
3. 治疗那些痰标本抗酸杆菌阳性或有X光下可见病灶的病例。卫生部已经将治疗标准化。
4. 预防：1岁以下儿童全部接种卡介苗。

第1124号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	伽马省，伽马省结核病控制计划主管	

结核病控制计划在伽马省的行动

1. 痰标本化验

	总计	阳性	阴性
1995年	490	120	370
1996年	665	175	490
1997年	950	270	680
1998年	975	740	235

2. X光化验

	总计	阳性	阴性
1995年	789	234	555
1996年	870	89	781
1997年	679	76	603
1998年	546	97	449

第1125号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	伽马省, 伽马省结核病控制计划主管	

结核病人的地理分布

年份	伽马	埃普西隆	达尼卡尔	总计
1995年	87	27	6	120
1996年	108	51	16	175
1997年	102	107	61	270
1998年	128	85	22	235
总计	425	270	105	800

对800个病例的研究表明, 272名病人没有完成治疗: 伽马125人, 埃普西隆91人, 达尼卡尔56人。此外, 完成治疗的病人中有12%在两年后复发。

第1126号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	伽马省, 伽马省结核病控制计划主管	

结核病在伽马省的流行情况

在该省开展的一项研究表明, 痰标本阳性结核病例的流行情况如下:

伽马区: 200/100,000

埃普西隆区： 250/100,000

达尼卡尔区： 350/100,000

第1127号	日期：1999年12月18日	乙国
来源：	伽马省，伽马省卫生保健中心医生	

伽马卫生保健中心掌管医生提供的信息

在伽马镇有两个医务室，各有两名合格护士。来自医院的一名医生每周往返两次，每个医务室的工作人员还包括两名医疗辅助人员和五名助手。药品和设备通过伽马医院药房获得。

1999年11月份的行动：

- 新门诊病人来访数：2200
- 主要诊断结果：
 - 疟疾：30%
 - 腹泻：15%
 - 上呼吸道感染：20%
 - 下呼吸道感染：5%
 - 肠内寄生虫：8%
 - 皮肤感染：3%
 - 耳炎：5%
 - 其他：14%
 - 疑似艾滋病病毒感染：12名病人

每个诊所均提供预防保健服务，包括妇幼保健、扩大免疫计划和计划生育。

第1128号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	伽马省, 伽马省疟疾控制计划主管	

伽马省疟疾检测结果

三个地区的血涂片:

	伽马	埃普西隆	达尼卡尔
涂片总数	34,000	3,000	1,000
阳性涂片	24,437	1,728	28,700
恶性疟原虫阳性	21,260	55,200	9,200
间日疟原虫阳性	3,177	1,176	19,500

来自伽马省的医院信息

第1129号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

访问伽马医院

伽马医院有500个床位, 内设儿科、内科、外科、产科和结核科。员工包括10名医生、50名合格护士、80名医疗和护理助手以及120名服务人员(清洁工、厨师等)。

物资: 提供了药品和设备清单。因为卫生所开始将甲国难民转到医院, 所以需求有所上升, 必需药品经常断货。

食物: 自从新病人(难民)涌入以来, 食物供应已经不足。

水: 医院用水来自市政供水系统。最近没有断水, 但有时会一天停水数小时。

电: 市发电站负责供电, 但医院自备发电机, 以防停电。

第1130号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

伽马医院的行动

在11月期间，入院人数有所增加：

- 内科 412
- 儿科 621
- 外科 132
- 妇产科 72
- 传染病 34（包括18起新发结核病例）
- 总计： 1271

在11月期间，入院难民相对较少（67人），但在12月的头两周内有112名难民住进医院病房。主要住院原因有：

- 儿科：腹泻脱水、肺炎、麻疹、疟疾。
- 内科：疟疾、血吸虫病、结核病、艾滋病、心力衰竭、呼吸道疾病、慢性疾病
- 外科：包括骨折在内的外伤、胰腺炎、尿道结石、疝气、前列腺肥大、伤寒导致的肠道穿孔。
- 妇产科：子宫肌瘤、卵巢囊肿、宫颈癌、宫外孕破裂、难产及其他分娩并发症。

随着难民的到来，外科人员已经开始照料很多战争伤员。他们中没有任何人在这方面经验。此外，伤员的突然涌入带来了医院内部的组织问题。上周有23名伤员同时来到医院。

第1131号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，伽马医院医疗主管	

伽马医院的放射科

医院有两部运转正常的多用途X光机，并有合格的操作人员（一名技师和两名助手）。多数常规化验都可以进行。胶片长期短缺，但目前供应充足。

第1132号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

伽马医院的化验室

医院化验室由三名合格化验师和六名实验室助理组成。涉及血清、生物化学、寄生虫、微生物和血库作业的多数常规化验均可进行, 包括艾滋病病毒化验。

第1133号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

内科的行动

有两间急症病房, 各有65个床位。人员包括2名医生、12名护士、14名医疗和护理助手以及15名辅助人员。1999年11月份新接收412名病人, 其中9名为难民。

11月份的主要住院原因有:

- 非重症疟疾, 82人
- 脑型疟疾, 45人 (9人死亡)
- 肺炎, 34人 (3人死亡)
- 艾滋病, 30人
- 肠阿米巴病, 20人
- 哮喘, 20人 (1人死亡)
- 登革热, 16人
- 不明原因发热, 14人
- 肝炎 (甲肝或乙肝), 13人 (1人死亡)
- 伤寒, 12人 (2人死亡)
- 充血性心力衰竭, 5人 (2人死亡)
- 胸膜炎, 5人

- 胃溃疡, 4人
 - 胃癌, 3人 (1人死亡)
 - 肝阿米巴病, 3人 (1人死亡)
 - 病毒性脑炎, 3人
 - 严重贫血, 3人 (1人死亡)
 - 肾盂肾炎, 3人
 - 蛇咬伤, 3人 (1人死亡)
 - 周围神经病 (维生素B缺乏), 2人
 - 内脏利什曼病, 1人 (来自该国北部)
 - 足分枝菌病, 1人
 - 脓性肌炎, 1人
 - 急性淋巴管炎, 1人
 - 埃及血吸虫感染, 1人 (来自沿海地区)
 - 性传播疾病, 9人
 - 带状疱疹, 8人
- 死亡人数: 22人

第1134号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

儿科的行动

儿科有两间病房, 共140个床位。人员包括3名医生、14名护士、16名医疗和护理助手以及20名辅助人员。1999年11月份的接收人数为621人。

- *疟疾, 189人 (70人为脑型疟疾; 30人死亡)
- 营养不良, 50人 (5人死亡)
- *脱水, 45人 (13人死亡)

- 肺炎, 35人 (3人死亡)
- *重症麻疹, 30人 (11人死亡)
- 支气管炎, 24人 (2人死亡)
- 痢疾, 20人
- *贫血, 19人 (6人死亡)
- *不明原因发热, 17人 (1人死亡)
- 锥虫病, 12人
- 百日咳, 5人 (1人死亡)
- 急性风湿热, 3人
- 脑膜炎, 3人 (1人死亡)
- 新生儿破伤风, 1人 (1人死亡)
- 淋巴结核, 2人
- 急性小儿麻痹症, 1人

11月份有22名难民儿童被收入儿科, 而在12月份的头两周内有61名难民儿童入院。

* 被诊断出这些疾病的儿童多数伴有中度或严重营养不良。

第1135号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

妇产科的行动

妇产科有1名产科医生和1名妇科医生、10名助产士、14名医疗或护理助手以及5名辅助人员。产科病房有60个床位, 1999年11月份基于如下原因接收了72名病人:

- 正常分娩, 42人 (出生婴儿平均体重2.1公斤)
- 自然流产, 9人
- 分娩死亡, 6人

- 臀位分娩，3人
- 产后出血，2人
- 先兆子痫，2人

妇科病房有15个床位，1999年11月份基于如下原因新接收了6名病人：

- 输卵管炎，3人（淋病1人）
- 子宫癌，2人
- 宫外孕破裂，5人

11月份，有两名难民被收入妇产科，而在12月份的头两周内又有12名被接收。

第1136号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，伽马医院医疗主管	

外科的行动

外科病房有80个床位，人员有3名外科医生、7名护士、18名医疗或护理助手以及10名辅助人员。手术室和中心消毒物资科有其自己的工作人员。医院有四个手术室，两大两小。医院只有两个腹部手术包、三个剖腹产手术包和四个小手术包。手术室满负荷运行的话每月可以做120个大手术。1998年平均为每月95个。

直到1999年9月，该科尚能应付局势。然而，上个月外科病人数量急剧增长，主要是来自甲国的战争伤员。有的伤员是用救护车从克隆卫生保健中心运来，但多数是被军队带来的。在1999年11月期间，有122名病人被收入外科病房——90名乙国平民，32名甲国战争伤员。在1999年12月的头两周内，病房接收了85名乙国平民和33名甲国战争伤员。

自从难民开始逃离甲国以来，总共已经接收了65名战争伤员，包括34例复杂性（开放性）肢体骨折、9例软组织感染、6例胸部损伤、12例腹部损伤和4例头部损伤。病人数量通常超过可用床位数。这个只有80个床位的病房的每日统计结果常常是105人或更多。不需要外科重症监护的病人已经被转移到内科病房。该科日益缺少设备，尤其是骨科设备、抗生素、缝线和麻醉药品。

第1137号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

伽马医院的血库

医院血库的献血者主要是患者家属, 此外还有一些志愿者 (占总数12%)。所有血液均经过疟疾、梅毒和艾滋病病毒化验。医院平均每月使用100袋血。过去两周内, 越来越难以为病人找到血液, 尤其是为战争伤员, 因为后者一般没有家人陪同来院。

第1138号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

传染科的行动

传染科病房有结核病房和隔离病房两种, 共50个床位。人员包括1名医生、3名护士、5名医疗或护理助手以及5名辅助人员。

- 结核病房有45个床位。

11月份接收了6名患者。

12月份的头两周内接收了8位患者, 其中3名为难民。

1999年上半年期间收集的数据表明, 58%的肺结核患者为艾滋病病毒阳性, 76%的肺外结核病患者也是如此。

- 隔离病房有五个房间。

11月份接收了5名病人, 分别为狂犬病 (1人)、志贺氏细菌性痢疾 (2人) 和伤寒 (2人)。

12月份接收了7名病人, 分别为脑膜炎 (4人)、肝炎 (2人) 和志贺氏细菌性痢疾 (1人)。

第1139号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，伽马医院医疗主管	

伽马医院11月和12月的床位占用数

科室	床位数	11月占用率	12月占用率
内科	130	88%	92%
外科	80	85%	115%
儿科	140	102%	128%
妇产科	60	75%	82%
传染科	50	84%	92%

第1140号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，伽马医院医疗主管	

伽马医院的药品和设备供应

乙国的医疗供应体系高度集中化。各省卫生局基于区卫生官员（他们已经确定了各个卫生所的需求）的请求，每三个月向卡帕的中心药店提出申请。此后，中心药店在30至90天内发出库存药品和设备。然而，收到的数量常常少于省卫生局订购的数量。药品先从省卫生局分配到各区，然后再到医院和卫生保健中心。从卡帕来的最近一批药物是在三个月前收到的。到来的难民对卫生服务的需求已使医疗物资的消耗比通常更快。在伽马医院和区医院都尤为短缺的是抗生素、麻醉药品、绷带、X光胶片和化验室试剂。

第1141号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，伽马医院医疗主管	

伽马医院的药品短缺

在过去三个月内，医院来自中心药店的药品供应日益不足。过去三个月内的下列药品出现了断货。

第1142号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

疫苗和血清的可获取情况

卡介苗	注射
百白破疫苗	注射
白喉—破伤风疫苗	注射
麻疹疫苗	注射
小儿麻痹症减毒活疫苗	口服溶液
破伤风疫苗	注射
脑膜炎疫苗	注射
狂犬病疫苗	注射
抗狂犬病超免疫血清	注射
抗蛇毒血清	注射

没有足够疫苗来满足目前扩大免疫计划的需求。如果要为难民组织疫苗接种运动, 必须获得额外供应, 很可能需要从乙国以外购进。

第1143号	日期: 1999年12月19日	乙国
来源:	伽马省, 伽马医院医疗主管	

治疗结核病和麻风病的药品

下列药品只供专科病房使用。如果需要, 只有通过特别申请才能获得。

氯苯吩嗪胶囊, 100毫克	异烟肼片, 100-300毫克
氨苯砜片, 50毫克、100毫克	吡嗪酰胺片, 500毫克
丙硫异烟胺片, 125毫克	利福平片, 150-300毫克
乙胺丁醇片, 100-500毫克	链霉素注射瓶, 1克

第1144号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，省水资源开发工程局 (WDPO)	

伽马省的水获取情况

在伽马省，水资源局负责：

- 确保向伽马省供应洁净水。包括抽水、絮凝、沉淀和氯化过程。
- 在伽马省其他城镇和乡村发展和改善供水。
- 作为农业部工程的一部分，使用塔纳河水开发灌溉项目。

然而，水资源局的大多数努力投向了伽马镇自身和灌溉项目。城内只有25%的房屋直接与供水系统连接，其他房屋则依赖公共竖管。阿瓦雷地区水资源丰富，地下水位也高。难民定居在博维河附近，该河在各个季节都能提供充足的水。WDPO有专门的钻孔设备，还有储备充足的手压泵，均由联合国儿童基金会捐赠。

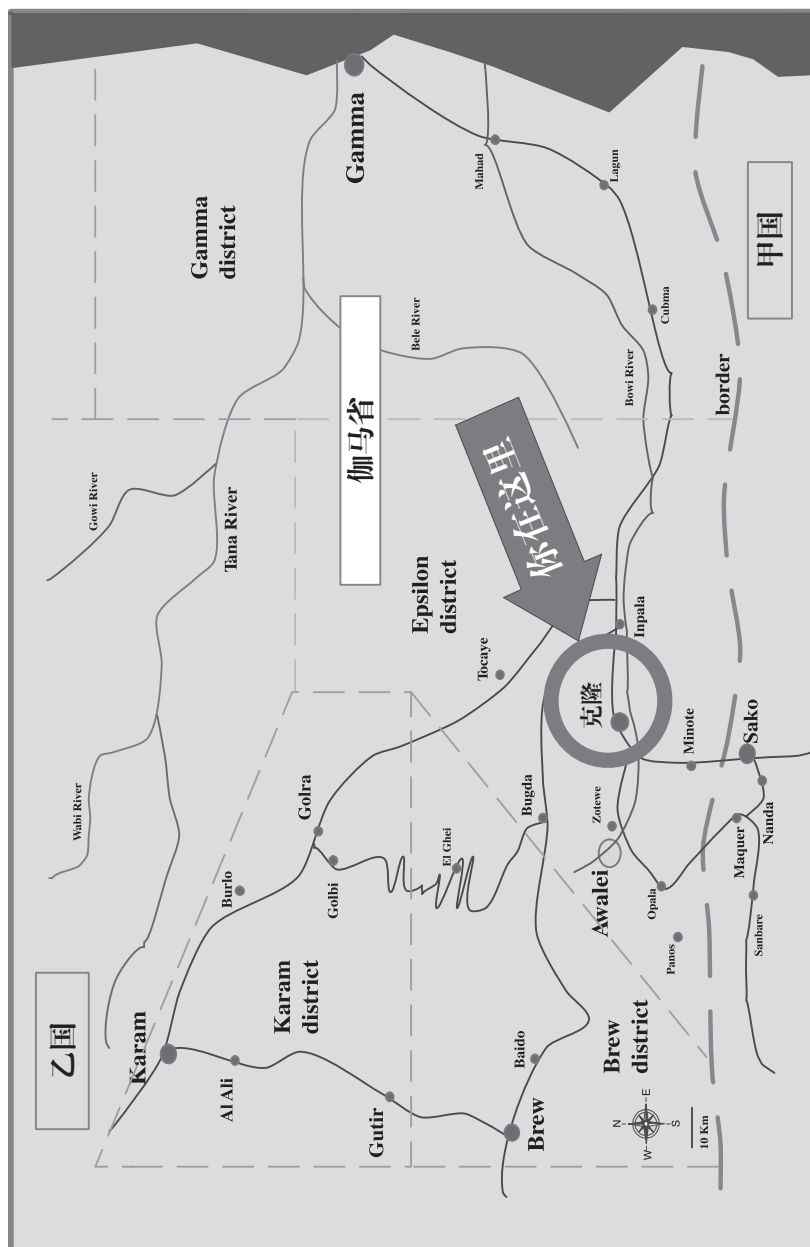
第1145号	日期：1999年12月19日	乙国
来源：	伽马省，乙国红新月会代表	

来自红新月会一名代表的信息

乙国红新月会的当地分会包括两名在乙国红新月会办事处全职工作的雇员——一名有行政工作背景，另一名有10年的护士经验——和60名全部接受过急救培训的志愿者。迄今为止，它向难民提供的唯一援助是分发了2000条毯子和20吨食品。如果卡帕的总部能够提供额外的物资和资金，乙国红新月会当地分会愿意给予进一步援助。

图表八

来自克隆的信息



来自克隆的信息

第1146号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，农业部代表	

克隆当地居民的生存策略

在饥荒时，人们会采取一些策略，以便渡过难关。传统上，当地居民的灾害策略包括以下应急措施：

1. 迁移到埃普西隆以外寻找工作，主要是在伽马镇周围。
2. 从富裕家庭借钱。
3. 出售他们的牲畜（绵羊、山羊、奶牛、小鸡、驴子）。

然而，当前的危机如此严重，以至于人们往往采取更加极端的措施，包括减少食物消耗和暂时迁走最脆弱的家庭。

第1147号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，农业部驻克隆代表	

困难时期家庭内的社会变化

在埃普西隆区进行的营养调查发现，重要的社会变化正在发生。老年人往往离开自己家，同已婚子女住在一起。这一做法增加了新合并家庭的可用资产。

与此同时，食物分配在家庭内部越来越成问题。儿童、孕妇和哺乳母亲可以得到比其他家庭成员更多或更好的食物，或者食物会优先提供给创造收入的家庭成员。很可能是因为目前普遍存在的艰苦条件，过去六个月里结婚的人少了很多，尤其是在农村地区。

当家庭消耗完他们的正常食物供应后，他们往往转向“饥荒食物”：可食用植物、根、浆果以及野生蔬菜和水果。这些食物一般同粗粮混合，充当每天唯一的口粮。

第1148号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	克隆, 农业部驻克隆代表	

困难时期的家庭间交流

最近对一些挑选出的埃普西隆农村家庭进行的调查发现, 很多自耕农前往北部和西部, 寻找能够帮助他们及其家人的亲戚。在这种困难时期, 交流和其他“交易”常常在乙国进行。

第1149号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	克隆, 克隆公共电力公司代表	

关于克隆镇电力的信息

该镇的柴油发电站建于10年前, 负荷为5000千瓦。电网供应镇中心、医院、学校、机场、镇议会行政办公室以及镇中心附近的住宅和商店。发电站需要的燃料必须由卡车运进。

第1150号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	克隆, 劳动部地区代表	

劳动部地区代表提供的信息

该省洪水频发, 尤其是在博维河上的马哈德镇周围。在雨季, 伽马省和克隆之间的公路经常会数日无法通行。

克隆镇南部有时受到洪水影响。这一地区的建筑质量低劣, 在上一次发生于1996年的洪水中房屋毁坏严重。曾经制定了一个恢复计划, 但由于缺少资金从未付诸实施。

第1151号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	克隆, 克隆机场民航处负责官员	

克隆机场

跑道特征：

海拔：	1329米
气温：	24 度
长度：	1300米
机型：	最大限度C-130
非硬路面：	—
燃料补给：	无

第1152号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	克隆，克隆机场民航处负责官员	

克隆的跑道

克隆机场的跑道不是硬路面，因此飞机在雨季并非总能降落。

第1153号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院医生	

乙国初级卫生保健工作者所使用的药品

初级卫生保健工作者的任务之一是处理腹泻、呼吸道感染、发烧和结膜炎等常见医疗问题。为此目的，他们被授权使用下列药品和物资：

- 阿司匹林，300毫克
- 复方磺胺甲恶唑片，250毫克
- 氯喹片，150毫克
- 氯喹浆
- 甲苯咪唑片，100毫克
- 硫酸亚铁+叶酸，60+25毫克

- 氧化铝片
- 四环素眼膏
- 龙胆紫
- 敷料
- 棉花
- 绷带

第1154号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院负责医生	

埃普西隆区的疟疾控制计划

疟疾控制计划在该区运行不佳。因为缺少蚊帐和杀虫剂, 推广使用杀虫剂浸泡过的蚊帐的活动已经暂时停止。在有可能持续获得足够资源之前, 这位医生并不主张推广这种方法。该区的一些产前诊所仍在力求为孕妇提供氯喹预防药。医生怀疑很多拿到药片的人实际上并没有吃。

第1155号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院院长	

培训初级卫生保健工作者

埃普西隆区最早开始培训初级卫生保健工作者的地区之一。目前该区有20个配备有初级卫生保健工作者的卫生站。初级卫生保健工作者培训课程为期三个月, 在课程结束时参训人员应当能够:

- 为儿童称重
- 向母亲提供营养建议
- 识别营养不良患者并将他们转往医院

- 提供关于正确用水的建议
- 帮助社区保护水资源
- 帮助社区修建厕所
- 当克隆派出扩大免疫计划团队时，帮助社区为免疫运动做好准备
- 识别流行病（脑膜炎、麻疹）
- 治疗腹泻、呼吸道感染、疟疾、皮肤感染、结膜炎和肠内寄生虫。

院长希望“儿童疾病整合管理计划”的社区组成部分能够很快落实。他认为这将是一个非常有助于在社区层面改善健康的方案。

第1156号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，克隆医院医生	

克隆医院5岁以下儿童诊所中的营养不良率

于1998年11月至1999年11月间给在该诊所诊治的儿童称重，结果如下：

月份	儿童人数	营养不良人数 (低于年龄别体重80%)
11月	552	147
12月	645	147
1月	1102	256
2月	879	212
3月	906	226
4月	752	194
5月	763	276
6月	841	260
7月	758	190
8月	842	246
9月	705	154
10月	627	113
11月	584	147

第1157号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	克隆, 克隆扩大免疫计划经理	

在克隆可获得的扩大免疫计划设备

有一个运行于110V/60HZ 的285 L/10 CFT电冰箱, 带40升冷冻室, 联合国儿童基金会编码11 402 10 (1995)。有六个4.35升的无冰袋便携式冷箱和一个1.7升有冰袋冷箱。手头有25套冰袋。还有四个大冷箱, 净疫苗容量21升 (联合国儿童基金会编码11 850 52)。这些设备在外界温度不超过32摄氏度时可以将温度保持在10摄氏度以下174小时, 或者在外界温度达到43摄氏度时可以保持安全温度132小时。还有3000个两立方厘米注射器和4000个针头。

第1158号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院负责医生	

克隆医院的结核病

疑似结核病例被转到医院, 在那里做痰化验和胸部X光检查。确诊病例根据卫生部颁布的常规疗法进行治疗, 包括两个月住院治疗 and 六个月门诊治疗。目前有56名患者在该院接受结核病治疗, 包括38名肺结核患者。其中, 21人根据痰阳性确诊, 17人根据X光检查结果确诊。在18名肺外结核患者中, 14人为艾滋病病毒阳性。

出院后, 结核病患者被转回原来的卫生保健中心。这位医生不知道这些人中有多少实际上完成了治疗。住在克隆的患者由该院进行回访, 医生怀疑他们中是否有一半以上完成了治疗。他见到很多第二次甚至第三次来接受结核病治疗的。该院尚未启动直接督导短程化疗计划。

第1159号	日期: 1999年12月22日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院医生	

克隆医院的脑膜炎病例

病例1: 8岁儿童，18公斤，于12月15日由伽马省难民营医务室转至该院。他同父母、三个兄弟（2岁、5岁和10岁）和姑妈一起住在一个棚屋中。他们于9月底从西格玛地区来到难民营。病征出现在11月8日。早晨他感到头痛，还有点发烧。他收到并服用了100毫克的奎宁片（12日3片，13日2片）。但病情日益恶化，因此被转到该院。

在医院：体温40度，伴有僵直和头痛。病人呕吐，脾脏轻微扩大，颈部僵直，出现克尼格式征。疟疾涂片阳性，脑脊髓液浑浊，第三天的化验报告显示有A群脑膜炎奈瑟菌生长。

采取的治疗方法是每天2克氯霉素，5天静脉注射，然后5天口服。还给病人开了3天的奎宁静脉点滴，每天360毫克，然后是2片凡西达。他在住院第11天出院。据国家基准实验室称，A群最为流行，但C群在伽马省存在，很可能也存在于柯里省。

病例2: 6岁女童，于12月18日由伽马省难民营医务室转至该院。她跟母亲及两个兄弟住在一起，同病例1相隔两个棚屋。他们11月20日从西格玛地区来到难民营。发病是在12月10日。她在睡前感觉乏力和发热。11日早晨她出现昏迷和皮疹。

入院时，出现脑膜炎球菌血症典型的紫癜皮疹。疟疾涂片阴性。脑脊髓液浑浊，培养中长出脑膜炎奈瑟菌。治疗立即开始，但病人于入院当晚死亡。

第1160号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，克隆医院医生	

克隆医院的志贺氏细菌性痢疾

该地区过去两个月内记录的出血性腹泻病例数量有所增加，但其中实际转入该院的患者寥寥无几。这位医生认为村子里已经有很多人死亡。他提到，来到医院的那些人对复方磺胺甲恶唑和阿莫西林治疗的反应看起来不像过去几年那么迅速。由于没有细菌科，该院无法进行药敏分析。

第1161号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，克隆医院医生	

克隆的性传播疾病

据克隆医院的这位医生称，性传播疾病在克隆已经成了一个问题，特别是近年以来。在这位医生看来，医院记录表明，在案门诊病人中确诊为性传播疾病的比例在过去两年内显著上升。他认为，这部分是因为在准备越界前往甲国的途中，在此停留过夜的卡车数量有所增加。起初最常见的表现是尿道分泌物，但大约一年前开始出现软性下疳和梅毒等溃烂性疾病。他还说，很可能大多数患有性传播疾病的人不来就诊，但却在城里接受治疗——或者是自我治疗，或者是，他相信，接受那些在旁边开性病诊所的医院工作人员的治疗。他还怀疑所使用的药物是从医院窃取的，但它们也可能来自其他渠道，因为药品在克隆的市场上很容易买到。

他说他确实对艾滋病病毒很担心。迄今为止他见到过的新艾滋病病例大多数发生于带状疱疹或肺外结核病患者。他还想知道他去年见到的一些对抗生素没有反应的成人脑膜炎病例的情况。他没有对那些病人做艾滋病病毒化验，因为当时化验包短缺，他把它们留起来供产科急诊血液化验之用。

第1162号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，克隆医院医生	

克隆医院的卫生信息系统

克隆医院负责收集和整合来自埃普西隆地区卫生保健中心的数据，并将它们发送给区医疗官。在经她审查之后，数据被转发给省医疗官。医院这么做是因为区医疗官缺乏必要的文职人员。克隆的这位医生担心他们现在每月报告的数字并不包括来自难民营的所有信息。以克隆医院工作人员在卫生部卫生保健中心提供的服务为例，所做记录就不一致。这位医生一直将这些数字包括在医院的门诊部数据中，因为所提供的药品和服务是医院的资源。他认为乙国信息系统没有准确反映难民可能患有的疾病。此外，来自向难民提供服务的其他团体的数据没有纳入在区信息系统之内。他已经同他们讨论了这一问题，但他们的回答是他们太忙于应付难民的其他需求，没工夫给区里“填写那些愚蠢的表格”。

第1163号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，克隆医院医生	

克隆医院的食物

在访问医院期间，一名病人告知评估团队，医院里的食物不够供应病人一日三餐，并且质量很差。

第1164号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，克隆医院院长	

克隆医院门诊部的结构

克隆医院有一个服务于该镇居民的门诊部。它附属于医院，因此从区卫生保健中心转到医院的病人在入院之前要先通过门诊部。

门诊部分为四个部分：

1. 成年病人由一名合格的护士负责（每天100至150人咨询）。
2. 妇幼保健科由一名儿科护士（每天70至80名儿童）和一名助产士（每天20至25位母亲）负责。
3. 敷药和注射由一名辅助人员负责。
4. 在医生处接受医疗咨询的每天有30至40人，多数是由医院其他科室或区卫生保健中心转来的。

药品本应以成本分摊方式付费，但事实上由于药品短缺，所开的药大部分都是在镇上的药店购买。

第1165号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

药品申请已提交省卫生局

克隆医院的负责医生已经向省卫生局申请特别调拨一批药品。难民的到来已经迅速耗尽他平时的药品配额，医院严重缺少一下药品：

- 抗生素（注射）

- 输液，特别是乳酸林格液
- 氯喹
- 凡西达
- 可注射奎宁
- 绷带

此外，由于没有足够床位容纳所有入院病人，他还请求增加20张病床。截至目前，由于“援助所有人”（ATA）卫生组提供了以下药品，他尚能应付新增需求：

- | | |
|-----------------|------|
| • 氨苄西林注射剂，1克 | 300 |
| • 氨苄西林片，250毫克 | 2000 |
| • 普鲁卡因青霉素，1个毫单位 | 200 |
| • 庆大霉素，75毫克 | 100 |
| • 红霉素，250毫克 | 500 |
| • 甲氟喹 | 500 |
| • 克他命小瓶 | 50 |

第1166号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院向阿瓦雷 ATA卫生组提出的药品请求

由于其数日前向省卫生局提出的药品申请没有得到回应，克隆医院的这位医生正在向ATA卫生组书面申请下列药物：

- | | |
|--------------|--------|
| • 甲硝哒唑，250毫克 | 20,000 |
| • 苜青霉素，3个毫单位 | 2,000 |
| • 氯霉素，1克 | 1,000 |

- | | |
|---------------|--------|
| • 氯唑西林片，500毫克 | 10,000 |
| • 磺胺嘧啶-乙嘧啶 | 5,000 |
| • 安定注射剂，10毫克 | 200 |
| • 右旋糖酐，500毫升 | 100 |
| • 5%葡萄糖 | 100 |
| • 乳酸林格液 | 200 |
| • 生理盐水 | 100 |
| • 1%利多卡因，50毫升 | 20 |
| • 奎宁注射剂，600毫升 | 100 |

他认为ATA应当对医院提供支持，因为难民营的很多难民在克隆住院。

第1167号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆扩大免疫计划经理	

疫苗在克隆的可获取情况

负责埃普西隆区扩大免疫计划的人在克隆工作。她愿意帮助难民，在阿瓦雷营开展一次免疫运动。团队可以由以前曾在扩大免疫计划运动中工作过的克隆医院卫生人员组成。不幸的是，扩大免疫计划没有能开的机动车。该院唯一能开的一辆车要用于运送病人，因为医院的救护车几个月前就坏了。扩大免疫计划在该院有一台冰箱和一个便携式冷箱。目前扩大免疫计划有下列疫苗库存：

- | | |
|---------------|------|
| • 麻疹： | 200剂 |
| • 卡介苗： | 80 |
| • 百白破： | 300 |
| • 儿麻(口服儿麻疫苗)： | 400 |

已经向省卫生部订购脑膜炎疫苗，但不会很快收到疫苗，因为省卫生官必须首先从卡帕的卫生部获得关于非常规疫苗的授权。

第1168号	日期: 1999年12月23日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院负责医生	

克隆医院的设施

克隆医院拥有65个床位, 有五栋主要建筑及其他附属设施:

- 一栋容纳医院行政办公室, X光室和化验室, 门诊部以及药品、物资和设备储藏室的建筑
- 一个容纳内科病房和外科病房的病房区
- 一个容纳儿科病房和产科病房的病房区
- 一个小的传染病隔离区
- 一个手术室和一个消毒物资部
- 第一栋建筑的附属结构, 容纳厨房和食物储藏设施
- 一个车库和车间
- 一台供柴油发电机使用的柴油机和供医院水塔使用的水泵
- 医院工作人员住在附近的乙国政府住宅区

这些建筑为混凝土结构, 波纹铁屋顶。容纳儿科和产科病房的建筑状况不佳。屋顶在三年前的一场暴风雨中受损, 一直没有被妥善修复。去年的大雨使其进一步受损。

第一栋建筑的附属结构很小(3×4米); 厨房的地板覆盖沙砾, 储藏区不能防鼠。医院周围有一圈围墙。医院同克隆的供水系统连接, 但在医院围区内有一个5立方米的蓄水池, 以备市政停水时之用。电力由服务于克隆镇的柴油发电站供应。由于发电站机械故障, 供电经常中断。医院有一台40千瓦发电机, 但六个月前坏掉了。已经向在伽马省的劳动部办公室请求修理, 但该部的技工认为无法修复。病人及其家人使用位于医院围区远端的坑厕。

第1169号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院提供的服务

医院负责处理在其服务区域内生活的7万人的需求。只有简单病例才能在克隆住院，严重病例和需要专门检测的病例则转去伽马省。

1998年11月以来的入院数为：

1998	11月	258	
	12月	194	
1999	1月	222	
	2月	194	
	3月	172	
	4月	175	
	5月	212	
	6月	206	
	7月	215	
	8月	201	
	9月	210	
	10月	187	
	11月	337	145名难民
	12月	335	229名难民

第1170号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

从克隆转往伽马医院的病人

1999年10月 (25名病人，括号中为年龄)

- 急腹症 (49)

- 心力衰竭 (72)
- 宫外孕 (24)
- 发热抽搐 (2)
- 阑尾炎 (6)
- 乳癌 (52)
- 风湿热 (15)
- 头部损伤 (31)
- 难产 (29)
- 呼吸窘迫 (1)
- 胃病检查 (45)
- 子宫癌 (42)
- 慢性头痛 (检查) (54)
- 头部损伤 (12)
- 阑尾炎 (5)
- 心力衰竭 (67)
- 精神失常 (34)
- 子宫出血 (22)
- 左腿开放性骨折 (24)
- 甲状腺肿 (34)
- 排尿困难 (56)
- 股骨折 (67)
- 不育 (检查) (32)
- 胃溃疡 (59)
- 白内障 (72)

1999年11月：

57名病人被转到伽马医院 (是前一个月的两倍还多)：

- 外科：战争伤员18例，其他12例
- 内科：15例
- 儿科：12例

还有其他很多病人因为克隆容纳不下而不得不送往伽马医院。此外，几名12月5日到达克隆的伤员不得被疏散到布雷夫和塔克里的医院，因为高水位造成克隆和伽马省间的公路无法通行。

第1171号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院的门诊人数

		成人	5岁以下儿童
1998	11月	2,532	1,186
	12月	2,678	975
1999	1月	2,234	1,047
	2月	2,456	1,289
	3月	2,678	1,345
	4月	2,387	1,276
	5月	2,217	1,123
	6月	2,291	1,086
	7月	1,876	876
	8月	765	721
	9月	1,657	865
	10月	1,874	987
	11月	2,987	1,456

12月头两周内的咨询人数为5岁以下儿童734人，5岁以上病人1530人。

第1172号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院负责医生	

克隆医院的床位占用率 (12月24日)

12月24日的住院人数为112人, 分布如下:

内科	21
外科	29
儿科	42
妇产科	10
<hr/>	
总计	112

占用率为187%。

第1173号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	克隆, 克隆医院负责医生	

克隆医院的主要住院原因

1999年12月, 有下列病人在克隆医院看病。一些人被接收入院, 其他人被直接转到伽马省、塔克里和布雷夫的医院。

战争伤员

弹伤:

- 上肢: 6
- 下肢: 7
- 腹部: 4
- 胸腔: 3
- 多损伤: 5

地雷伤:

- 上肢: 2
- 下肢: 11
- 腹部 1

榴霰弹伤:

- 上肢: 2
- 下肢: 3
- 腹部: 2
- 胸腔: 1
- 多损伤: 7

目前该院有11名战争伤员，其他所有人都已被转到以下医院:

伽马省: 18 布雷夫: 7 塔克里: 11

一些轻微伤员已被送回阿瓦雷营。

外科病例 (与战争无关的)

12月份有7人入院:

- 2人仍在医院
- 5人被转往伽马医院

内科病例

1999年12月有多名脑型疟疾、急性呼吸道感染和严重贫血患者住院。总共接收了12人 (其中两人被转往伽马医院)。

儿科病例

疟疾、脑膜炎、脱水和肺炎是最常见的住院原因。有26名病人被接收 (3人被转往伽马省)。目前儿科病房是最为繁忙的部门，共有42名儿童住院。

妇产科病例

12月份有9名病人入院，其中3人仍在住院中。

第1174号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院的死亡情况

12月头两周，有15名病人在医院死亡。死亡原因为：

- 脑膜炎（6岁） 1
- 脑型疟疾 5
- 肺炎 3
- 脱水 4
- 不明原因 2

死者中80%为儿童。

第1175号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院化验室

克隆医院化验室有基本设备，技师可以做下列化验：

- 疟疾血涂片
- 血细胞计数
- 血型鉴定及交叉配血
- 血色素/血球容积
- 尿检
- 大便检查（寄生虫）
- 艾滋病病毒

- 血糖（血糖仪）

分光光度计过去四个月里一直无法正常使用。

第1176号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院的放射设备

放射设备非常基础，只有一台可以拍胸片、四肢和腹片的30毫安机器。此外，X光胶片短缺，有时化学药品也短缺。已经向省卫生官多次提出请求，但截至目前没有得到任何答复。

第1177号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

与战争伤员的存在有关的问题

1. 运输：

在将伤员从难民营疏散到克隆医院并进而到伽马省、布雷夫和塔克里医院过程中的最大问题是缺少运输工具。克隆医院只有一辆救护车，目前不能正常运行。只有一辆扩大免疫计划车辆可以用于运送伤员及其他病人。基本上，病人和伤员是靠自己（卡车、轿车、步行等）来医院。ATA卫生保健中心卫生组可以用自己的车辆运送一些病人。

2. 医院容量：

克隆医院人满为患，所有科室的床位占用率都超过100%。医院难以接收新病人，甚至当地居民就医也有困难。

3. 政府态度：

乙国政府对大量伤员在该省各个医院的存在感到担心。由于大多数伤员都或多或少同佐解运有关，它担心甲国政府会将提供医疗服务视为乙国政府对佐解运的直

接支持。另一方面，它又受到在该地区工作的所有人道组织的压力，要保持在政府医院的开放就医。

第1178号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	克隆，克隆医院院长	

克隆医院的工作人员

医院的专业人员包括1名医生、3名医疗助理、18名护士（其中1名为公共卫生护士）、16名护理辅助人员、一名化验技师和一名X光技师。

第1179号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

难民营的医院

克隆医院的这位医生对日益增多的难民进入克隆医院感到担心，并认为必须马上找到解决办法，因为他相信他的员工和医院的设施已经无法应付局面。在他看来，有两个解决方案：增加克隆医院的容量，或者在难民营建一座野战医院。他更倾向于第二个方案，因为它可以将难民患者同当地社区患者隔离开来，从而避免潜在问题。他已就此同区和省卫生官讨论，但截至目前尚未得到确定答复。

第1180号	日期：1999年12月29日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

克隆医院的营养不良儿童

1999年12月29日，有32名儿童在克隆医院住院，其中21名患有严重营养不良。儿科病房无法接收更多儿童，因为占用率已远超200%。另外，医院也没有足够的设备和人手来照顾这么多的营养不良儿童。

第1181号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，水资源开发工程师代表	

阿瓦雷的水资源

博维河从不干涸，但水位在旱季可能会下降多达20厘米。河流宽度在5米到20米之间变化。可用水量足以满足当地居民和难民的用水需求。

在佐韦泰村附近有一口井，是村民在20年前挖掘的。1993年，在对当地水资源的总体评估期间，WDP技师对这口井做了评估。他们估计这口井：

- 雨季可蓄水21立方米
- 旱季可蓄水11立方米
- 深20米

过去一年中的井水水位记录如下：

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
水位(米)	11.0	12.0	12.0	11.0	10.0	9.0	8.0	7.0	6.0	7.0	8.0	10.0

当时对井水所作的细菌学研究表明，井水几乎完全不含大肠菌群。不过，1998年以来未再对井水做过化验。该地区的地下水位一般低于地面10米。当地的地质构造使得掘井不太困难。很多地方的岩石层非常薄。

第1182号	日期：1999年12月28日	乙国
来源：	克隆，克隆水厂经理	

克隆的水厂

克隆水厂缺氧，无法对该镇用水进行适当处理。

第1183号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

难民营的卫生人员

在克隆卫生当局提出请求后，省卫生官已要求从伽马医院派一名医生、两名护士和五名辅助人员前往阿瓦雷难民营的卫生部卫生保健中心，以便让克隆医院的工作人员重返本职。

第1184号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	克隆，克隆医院负责医生	

传统药物在难民营中的使用

传统药物被埃普西隆当地居民广泛使用。因为两个社群属于同一种族文化，几乎可以肯定难民营中也有传统治疗师在进行治疗。

第1185号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	克隆，乙国主教理事会克隆代表	

克隆仓库的容量

乙国主教理事会在克隆拥有的仓库容量为200立方米（ $10 \times 5 \times 4$ ）。主教理事会在卡帕的总部最近送来80吨食品，其中部分已经由乙国红新月会分发给难民。主教理事会打算在该国北方购买食品，运到南方。食品将由乙国红新月会分发，因为主教理事会没有人手来组织分发。它计划在未来几周内运送1200吨食品到受难民影响的地区。

第1186号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	克隆，农业部克隆粮库经理	

克隆仓库的粮食库存评估

1999年1月3日的库存如下：

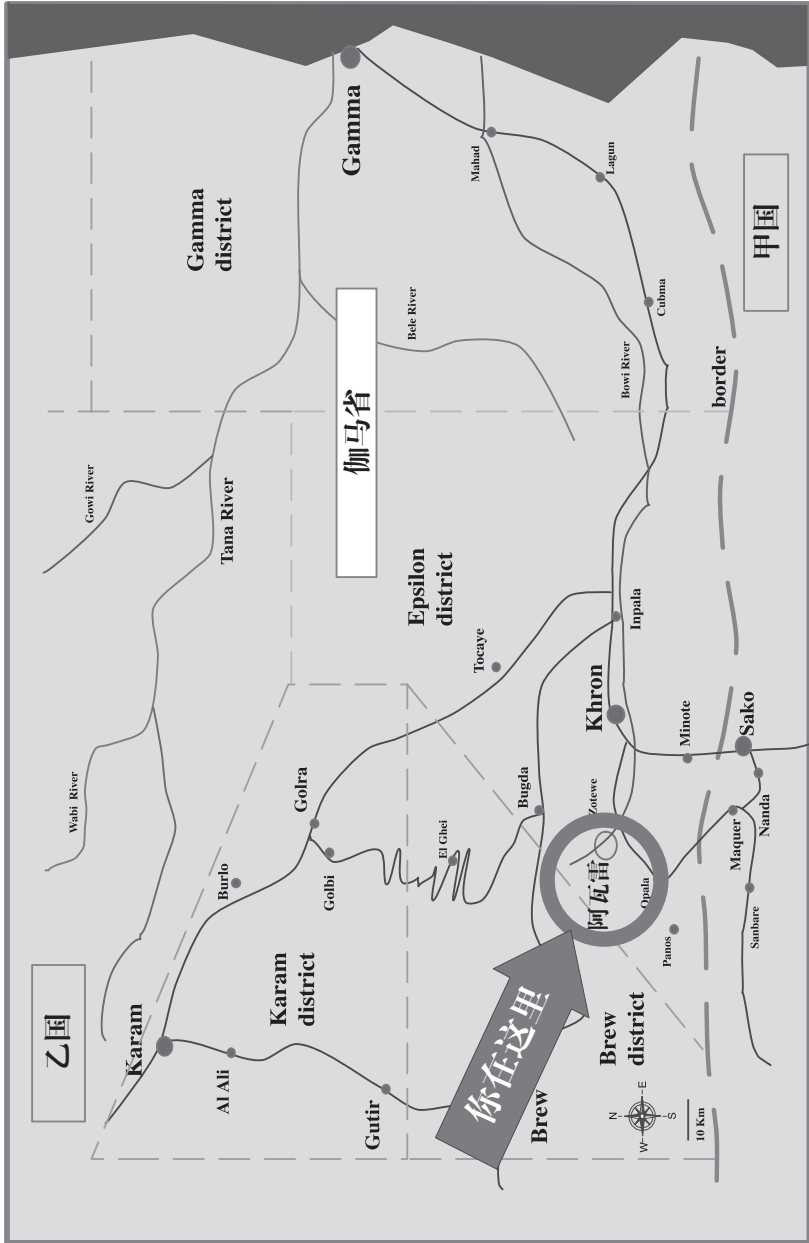
黍： 158.5 吨

花生： 30.5 吨

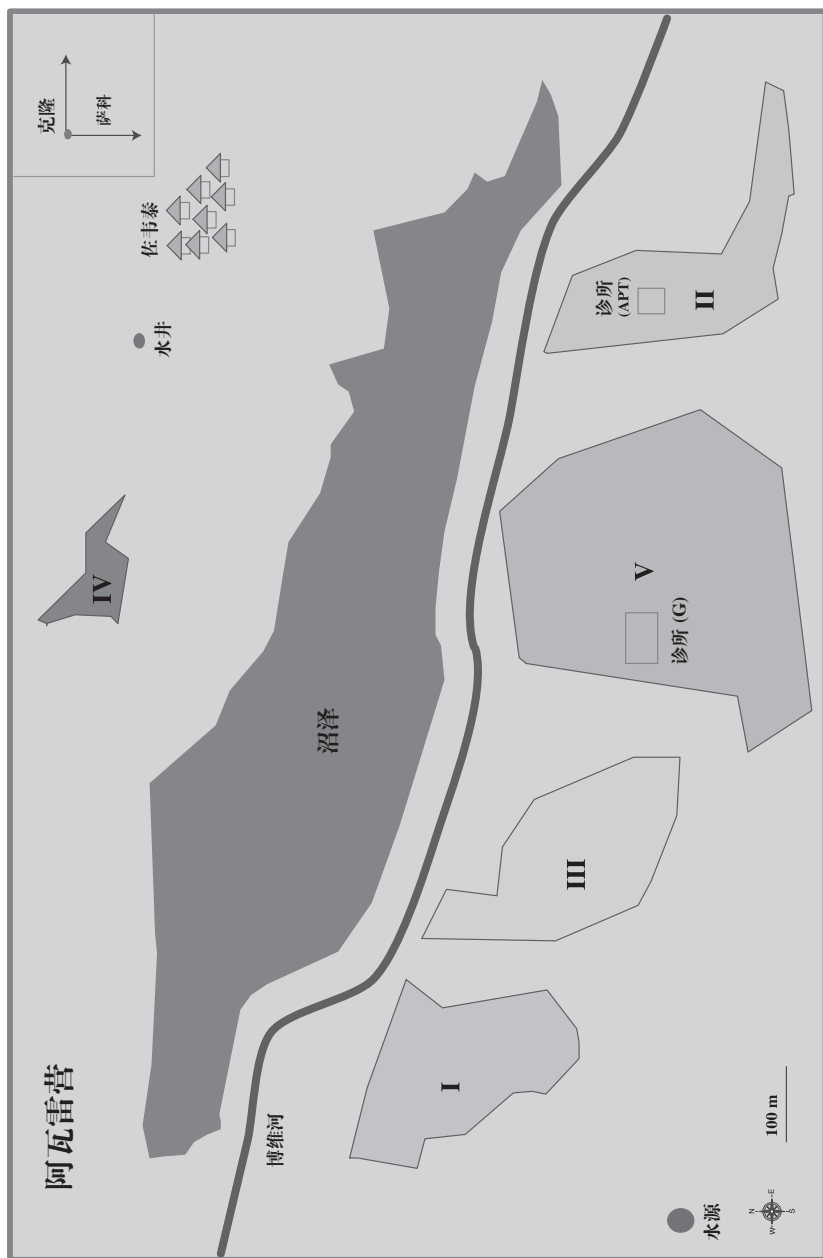
油： 11吨

图表九

来自阿瓦雷的信息



图表十



来自阿瓦雷的信息

第1187号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	阿瓦雷，省驻阿瓦雷营难民事务代表	

克隆的水罐车

克隆镇有一辆容量为8立方米的WDP水罐车，可用于为难民营中的难民运水。

第1188号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，传统治疗者	

阿瓦雷营中的传统治疗者

同难民营中的传统治疗者进行交谈已经是可能的，但需要一些时间来建立起足够的信任。不过，一名自己就是难民的护士解释说，所提供的大多数治疗是针对发烧、咳嗽、头痛、腹痛、停经和心理问题。

常见疗法有放血、外敷药膏（油、黄油）和吞咽根、草药和树皮的各种混合物。

第1189号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，对阿瓦雷营一群难民母亲的访谈	

一群母亲谈到当地对疟疾的治疗

当儿童患上疟疾时，传统的治疗方法是吞咽香料。此外，不让儿童吃母乳或者喝牛奶，直到疟疾停止。在被访谈的12位母亲中，只有一位听说过口服补液疗法。当疟疾伴有腹痛时，传统治疗者会在疼痛部分放血。

第1190号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，评估团队	

口服补液疗法在难民营卫生部卫生保健中心的应用

母亲们没有得到关于如何对疟疾儿童使用口服补液盐的适当指导。在指导时，医务人员没有提及混合口服补液盐所应用的水的质和量。

第1191号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营评估团队	

阿瓦雷营的免疫工作

截至目前，尚未在难民营中开展免疫运动。克隆医院没有足够的疫苗，针头和注射器短缺，而且现有冷链没有能力负担额外的疫苗储存。

第1192号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营评估团队	

阿瓦雷营卫生部卫生保健中心的组织情况

卫生保健中心是一个木质结构、茅草屋顶的大棚屋（10×5米）。屋内有数个房间，分别用于咨询、包扎/注射和治疗。人员、设备和物资由克隆医院提供。可供使用的医疗设备非常基础，包括一个听诊器、一个血压计以及敷药用的一把镊子和一套剪刀。

在诊所门口有一名警卫，每次放进两到三名病人。病人通常要在门外等几个小时才能进去。医疗助理全天工作，每天看200到250名病人。他问每名病人来访的目的，并在必要时做快速体检，但通常是基于其描述的症状做出诊断。没有常规治疗方法。支气管炎患者可能会拿到青霉素、复方磺胺甲恶唑或四环素。所开药品写在一张纸上，交给负责药房的辅助人员。每名病人都在初访时拿到整个疗程的用药。

乙国红新月会每周从克隆医院送来一批药品。医院送来的药品在数量和种类上都有限，不能满足众多病人的医疗需求。ATA卫生保健中心的医生从ATA诊所帮助分担一些药品。

卫生保健中心没有档案系统。护士在日志中记下诊断和每名病人的年龄，但没有时间建立个人档案。药品和物资库存管理不善，没有关于库存变化的永久档案。

卫生保健中心的用水直接从河里汲取，存在一个200升的桶内。护士已经申请用于给水消毒的药片，但迄今为止尚未从医院收到任何药片。

没有厕所，没有电。注射器和针头在一个架在炭火上的高压锅里煮沸。

第1193号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营评估团队	

难民营的ATA卫生保健中心——一般观察

卫生保健中心是一顶帐篷，分为三个部分：咨询室，有一张检查桌，一张普通桌，两把椅子；包扎和注射室；药品分发室。有体检所需的基本医疗设备（听诊器、血压计、耳镜/检眼镜、计时器），还有做简单化验的设备（显微镜、离心机、试剂）。但是，这些设备目前尚未投入使用，因为技师还没来。

卫生保健中心有一台25千瓦的便携式发电机，用于夜间照明和为一个便携式小电动消毒器供电。

卫生保健中心的用水是从河里汲取，储存在五个100升塑料桶里，使用前经过氯片处理。

入口处有一名医疗助理，同一名翻译一起工作，对伤员进行分类。护士将根据症状表现，自行开药或者将病人送到医生那里做进一步检查。医生也同一名翻译一起工作。他仔细检查每个病人，设法每天看大约40人。没有针对具体疾病的常规治疗方案。

在诊所早晚时段之间，医疗助理进行敷药和注射。

第1194号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，ATA卫生保健中心医疗助理	

送来ATA卫生保健中心的腭裂病例

ATA卫生保健中心的医疗助理对克隆医院的医生非常愤怒；她转给他一名3岁的腭裂病人，请求将其撤离至省医院或卡帕的大学教学医院做手术。两周后这名病人被从克隆送回，带着医生的一封信，称目前无法为他做任何事情。ATA医疗助理说她将直接联系乙国红新月会或卫生部，以便这名病人能前往卡帕——甚至在必要时到国外——接受适当的手术。

第1195号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营评估团队	

儿童卫生

难民营中的儿童大多显得不干净，其中很多人似乎还患有皮肤感染。看起来几乎所有人都有绦虫，一些人有疥疮，还有许多人有热带溃疡。

第1196号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营ATA卫生保健中心医疗助理	

肠道寄生虫流行情况调查

难民营ATA卫生保健中心的医疗助理在克隆医院化验室的协助下，对ATA卫生保健中心就诊病人中的肠道寄生虫流行情况做了研究。供化验了120份大便标本，其中60%的结果为肠道寄生虫阳性。

- 钩虫： 57%
- 蛔虫： 20%
- 鞭虫： 13%
- 蛲虫： 1%
- 贾第虫 7%
- 线虫： 2%

鉴于这些结果，他想在难民营内组织一次化学疗法群众运动，分发单剂量甲苯咪唑。

第1197号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营卫生部卫生保健中心医疗助理	

来自卫生部卫生保健中心的卫生统计数据

共有1600名病人在难民营内的卫生部卫生保健中心看病。那些因为相同问题再次到来的人没有被单独计算。病例的分布如下：

- 疟疾：480 (30%)
- 发热：200 (12.5%)
- 腹泻：152 (9.5%)
- 支气管炎：129 (8%)
- 结核病：32 (2%)
- 腹痛：300 (19%)
- 头痛：79 (5%)
- 皮肤感染：102 (6.4%)
- 肠道寄生虫：80 (5%)
- 尿道感染：51 (3.2%)
- 口腔问题：63 (4%)
- 伤员：43
- 转往医院：56

第1198号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	阿瓦雷，ATA卫生保健中心医生	

难民营的疟疾预防

在难民营采取的唯一疟疾预防措施是向孕妇分发氯喹片。

第1199号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营卫生部卫生保健中心医疗助理	

脑膜炎病例的随访

难民营中发现两名脑膜炎病人, 在将其转往克隆医院后, 没有采取任何随访措施。医疗助理没有关于病原菌的任何信息, 他担心难民营其他居民可能是携带者。他认为脑膜炎的爆发条件可能已经成熟。

第1200号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营卫生部卫生保健中心	

卫生部卫生保健中心的医疗助理操劳过度

医疗助理抱怨说他有太多工作要做。他从早上7点工作到晚上7点。在他关门时仍有病人等着看病。他已经要求克隆医院的医生向卫生保健中心增派人手。他还抱怨说很多病人两个卫生保健中心都用, 为同样的卫生问题从一个看到另一个。他认为ATA卫生保健中心的治疗质量更高, 这让来卫生部卫生保健中心的病人对医务人员感到愤怒。

第1201号	日期: 1999年12月24日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营卫生部卫生保健中心	

难民营中的结核病

14名疑似结核病患者已经被送往医院接受检查。在这14名病人中, 3人检查结果为阴性, 并已被送回难民营。克隆的公共卫生护士写来一封短信, 称有8名病人的痰

化验为抗酸杆菌阳性，并要求难民营医疗助理联系其家人进行随访。不幸的是，这名医疗助理不知道这些家人住在哪里，也没有时间离开卫生保健中心去难民营里找他们。

第1202号	日期：1999年12月24日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营ATA卫生保健中心医生	

ATA卫生保健中心对结核病患者的治疗

ATA卫生保健中心的医生已经开始用链霉素（两个月）、异烟肼（八个月）、利福平（两个月）和吡嗪酰胺（八个月）治疗结核病患者。他认为这种治疗方法优于卫生部所使用的方法。

第1203号	日期：1999年1月4日	乙国
来源：	阿瓦雷，评估团队	

阿瓦雷营儿童的免疫状况

根据评估团队所做的粗略估计，大约15%的5岁以下儿童接受了完全免疫，25%接受了某些免疫。随身携带儿童免疫档案的家庭寥寥无几。

第1204号	日期：1999年1月4日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营评估团队	

难民营母亲中的卫生教育

根据评估团队所做估计，只有20%的母亲想得起关于儿童卫生的七个要点中的任何一个。

第1205号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	阿瓦雷, 乙国红新月会代表	

乙国红新月会在难民营内进行的食物分配

乙国红新月会于1999年12月15日到达, 带来两卡车共20吨食物。这些食物打算分配给2区新来的难民。因为此前未做人口普查, 难民委员会代表被要求识别新来者, 并将其送到食物分配区。分发工作于早上9点在卫生部卫生保健中心附近开始。每个家庭可以获得25公斤高粱、4公斤豌豆和1公斤奶粉, 无论家中有多少人。家长的名字被记录在一张纸上。数千名难民迅速聚拢在分发点周围, 分发工作在混乱中结束。截至目前, 乙国红新月会已经向难民营送去40吨食物。

第1206号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷卫生部卫生保健中心护士	

难民儿童的营养状况

卫生部卫生保健中心已经开业两个月。在此期间, 共有1456名儿童接受治疗。他们中有20%严重营养不良。他们的营养状况是基于临床标准作出的评估, 因为医疗助理没有时间或设备进行人体测量。

第1207号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营ATA卫生保健中心医生	

阿瓦雷营儿童的营养状况

ATA卫生保健中心于两个月前开业。自那以来已对428名儿童称重, 其中36%表现为严重营养不良(低于身高别体重80%)。

第1208号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	阿瓦雷，食物评估团队	

难民的食物储备

据认为半数难民家庭随身携带有一些食物储备，但数量非常有限，不能长久满足基本营养需求。在一些棚屋中，团队发现有乙国红新月会10天前分配的食物。

第1209号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营营养恢复中心护士	

难民营营养恢复中心的组织情况

一个名为“给所有人食物”的非政府组织在难民营内设立了一个食物供给中心。它于1999年11月28日开业，是一个木质结构、茅草屋顶的建筑。它的面积为10×8米，有一个同主建筑分开的厨房。所提供的食物包括饼干和添加维生素A的强化牛奶。每餐平均能够提供300千卡热量。来到中心的儿童通常是由难民营两个卫生保健中心中的一个转来，但也有些是直接由他们的母亲带来。是否接收要基于人体测量结果；只有低于身高别体重80%的儿童才被接收。每天提供两餐（早上和下午），母亲则在早上得到一餐。在接收时每名儿童会得到一条毯子和一块香皂。

一名护士负责中心的医疗监督。她提供基本卫生保健，并在必要时将儿童转到两个卫生保健中心中的一个。她已经要求卫生保健中心人员为食品供给中心内的儿童免疫，但截至目前还什么都没做。

第1210号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	阿瓦雷，乙国红新月会驻克隆代表	

乙国红新月会分配的食物定量

乙国红新月会已经着手分配的食物定量如下：

- 每人每天200克黍

- 每人每天60克花生

不幸的是，分配并不定期，并且由于克隆仓库的粮食库存不足，尚不能保证上述数量的分配。目前乙国红新月会手头有8吨黍和2吨花生。

第1211号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营养恢复中心负责人	

难民营食品供给中心的行动

开业头四周的接收数字如下：

第一周：58

第二周：116

第三周：127

第四周：142

在1999年1月3日评估团队访问中心时，那里有367名儿童。

第1212号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	阿瓦雷，省难民事务办公室代表	

难民营的住房情况

房屋不大，10到15平方米，用当地材料（木柱、草席和茅草屋顶）建成。近旁没有水，也几乎不存在厕所设施。在屋外敞开的木柴炉子上做饭。大多数家庭没有毯子和炊具。炉子在难民营中炸裂过不止一次，毁坏了很多房屋，还有一名儿童严重烧伤。她被送往伽马医院，等待接受皮肤移植。

第1213号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷难民营行政官	

难民营缺乏卫生措施

难民营行政官解释说：“难民没有使用厕所或者正确处理固体排泄物的习惯。”难民委员会的一名代表解释说：“我们不想现在挖厕所，因为我们也许很快就会回到甲国的家里。”

第1214号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	阿瓦雷，ATA代表	

难民营的水质

ATA代表担心难民营的水质。在ATA卫生保健中心，他见到许多腹泻病例。他认为难民带来的牲畜正在严重污染博维河。明天他将同难民营行政官会面，讨论将牲畜同居民分隔并将其留在营外的可能性。

第1215号	日期：1999年12月21日	乙国
来源：	阿瓦雷，采访一名难民	

采访一名曾从事水井建造工作的难民

在难民营中有一名在甲国建造水井的难民。他受雇于联合国儿童基金会在甲国主办的水资源管理项目。如果能够获得必要设备，他愿意帮助在难民营中建造水井。他说很多难民将会同他一起工作，条件是给他们食物作报酬。

第1216号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	阿瓦雷，ATA卫生保健中心医生	

难民营使用属于佐特维村的水井

医生相信如果安装一台电泵，佐特维井的水可以供整个难民营使用。之后可以通过输水网送水，可以在整个难民营里迅速铺设这样一个输水网。

第1217号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营评估团队	

难民营附近的水资源

难民营东北面1公里外的一座小山旁有一眼泉水。它的出水量约为每分钟12升, 被附近生活的村民使用。泉水没有被保护, 直接流入河里。

第1218号	日期: 1999年12月27日	乙国
来源:	阿瓦雷, 评估团队	

对佐特维井的再注满能力的评估

一个专家已经测试了佐特维井的再注满能力, 发现出水量大约为每分钟15升。

第1219号	日期: 1999年12月23日	乙国
来源:	阿瓦雷, 劳动与供应部驻克隆代表	

评估克隆与阿瓦雷之间的公路状况

难民营通过一条小的尘土辅路同克隆—阿瓦雷主路相连。大雨过后, 卡车沿辅路到达难民营会有一些困难。此外, 克隆—阿瓦雷主路经常在一个名叫瓦基的地方中断, 那里的一座小桥在大雨期间会被涨水淹没。

第1220号	日期: 1999年12月21日	乙国
来源:	阿瓦雷, 省难民事务办公室难民营行政官	

难民营的生活条件

行政官系由省长任命, 在难民营中代表乙国政府。他已经在难民营待了两周, 并提供了如下信息:

地点：

难民营在从边界通往克隆的公路附近（离克隆22公里，离边界34公里）。它位于博维河的两岸，分为五个区。4区位于佐韦泰村附近。离它最近的村庄是有750名居民的阿瓦雷。该地点是乙国省政府基于如下几个理由选定的：

- 它靠近水资源（博维河）；
- 它离边界足够远，可以防止同佐解运接触，以免被甲国政府误解；
- 它离克隆足够远，可以避免众多难民在该镇定居。

人口普查：

目前难以确知营内有多少难民。据行政官称大约有8万难民，但一些难民首领提供的名单上的数字为12.389万。

水资源：

博维河流经难民营。一年的这个时候河里有大量的水。许多房屋都建在离河岸很近的地方。一些家庭直接从河里打水，另一些则从房屋旁边的小池塘里打水。有盛水容器的家庭寥寥无几。

地形：

难民营俯瞰博维河谷。4区在右岸，其余四个区在左岸。1、2、3、5区的面积都在800×300米左右，但4区的面积约为100×100米。

房屋：

难民们住在用当地材料（墙用席子和木柱，屋顶用草）搭成的棚屋中。红新月会送来了一些帐篷。从旁边紧挨着的林地可以找到做燃料用的木头，尽管当地居民对难民大量使用木柴感到担心。

食物资源：

难民随身携带的食物寥寥无几，而且大部分已经吃掉。各种不同机构已经在多个场合分配了食物，但定量并不够（每人每天约150克谷类、30克豆类和50克奶粉）。

只有4区和2区得到了食物援助。难民买不起阿瓦雷当地市场上的食物。附近几乎没有适合种植的土地。

组织:

分区多多少少是同难民的来源地相对应。已经设立了一个难民委员会，有来自每个区的代表。他们由各区难民非正式地选出。委员会的职责主要是同当地政府和人道机构代表讨论难民营的实际组织。房屋的分布没有基于任何特定顺序或任何特定计划。由于各区的发展是自发的，所以没有规划道路和市场区域。

卫生:

难民的卫生状况恶劣。儿童们营养不良，许多难民存在腹泻、发烧、皮肤感染和咳嗽等健康问题。难民营内已经设立了两个卫生保健中心：一个由卫生部开办，人手来自克隆医院；另一个由ATA开办。严重病例被疏散到克隆医院。

卫生设施:

难民营缺少卫生设施。人类排泄物和固体排泄物在难民营及其附近的草地和树林里到处都是。

牲畜:

一些家庭带来了他们的牲畜。母牛、驴子（用来运木柴）、绵羊和山羊在难民营里都有。据估计大约有200至300头母牛、20头驴子和几百只绵羊。

第1221号	日期: 1999年12月23日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营难民代表	

来自一群难民的抱怨

难民最经常的抱怨之一，是他们未能参与决策过程，决定他们将要获得的援助和未来的安排。他们想要在难民营内负责组织和分配救济援助。例如，他们相信他们组织食物分配的方法可以避免乙国红新月会分配食物过程中出现的混乱。

第1222号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营周围村庄的代表	

当地居民对难民的态度

当地居民欢迎难民，并赞同政府的政策。然而，生活在难民营周围的家庭担心同难民之间可能的资源竞争。例如，一些难民已经开始未经社区首领许可就在难民营周围开垦园地。克隆当地政府已经要求难民暂时不要开垦园地。做燃料用的木头是当地社区的另一个担心。这方面的消费量很大，当地市场上的木柴价格已经开始上涨。佐韦泰的水井已经不能同时满足当地居民和难民人口的需求。在克隆，自难民抵达以来，门诊咨询的等候时间已经翻倍。阿瓦雷社区首领认为，两个社区之间迟早会出问题。

第1223号	日期：1999年12月23日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷村村长	

难民对阿瓦雷村的影响

阿瓦雷村村长对难民的到来感到担忧。他们中有些人已经开始开垦属于当地居民的土地，并且去阿瓦雷医务室看病，以致当地居民的等候时间比以前长了许多。他们在该地区的停留每天都在推高当地市场上的商品价格。起初分配给难民的药品、毯子和食物现在被发现在市场上出售。当地居民担心新的疾病可能会传染给村民，因为已经知道很多难民都有病。他们尤为担心脑膜炎和艾滋病。村长还提到说难民营很可能被淹掉，因为该地区在雨季易遭洪水。

第1224号	日期：1999年12月28日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营一名难民	

对阿瓦雷营难民的深度访谈

评估团队已经同一个便利样本中的难民进行许多深度访谈。以下叙述代表了很多人的情况：

“我是 10 天前(1998 年 12 月 17 日)同家人一起来到难民营的。我来自特里特(离阿瓦雷 60 公里)。城里发生激烈战斗后我同家人一起逃掉了。我在离特里特不远的地方待了几天,等着看情况是否会好一点。但随着战斗继续进行,我决定来乙国避难。”

他接着说,在路上,他和家人在萨科待了两天,然后听从佐解运的建议来到阿瓦雷营。他说特里特有很多伤员,城市被飞机用炸弹和火箭弹反复攻击。此外,城市还遭到重炮轰击。

在特里特,他在一家卫生保健中心当护士。尽管城市处于佐解运的控制之下,缺乏药品和设备,他仍在工作。

第1225号	日期: 1999年12月28日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营一名难民	

对阿瓦雷营中一名来自洛吉耶的难民的深度访谈

家主是一名妇女,同她的两个孩子和父母一起来到难民营。她的丈夫留在了他们的村子洛吉耶。两个月前在洛吉耶及其周围爆发了激烈战斗。她决定离开那里,直接去了克隆。阿瓦雷营建好后,乙国当局把她从克隆送到这里。她从乙国红新月会收到的食物寥寥无几。她的父亲会尽快返回甲国,而根据局势,这个家庭随后也将返回。她对于局势是否会在近期改善感到相当悲观。

第1226号	日期: 1999年12月28日	乙国
来源:	阿瓦雷, 阿瓦雷营一名难民	

对阿瓦雷营中一名来自帕凯雷的难民的深度访谈

接受采访的难民来自萨科附近的帕凯雷,是那里的一名劳工。他同家人一起穿过萨科,在那里待了两天。佐解运想征召他的儿子入伍。他决定连夜离开萨科,来到乙国。他是第一批到营的难民,并认为自己很幸运,在难民营旁边的一个农场有些活干。

第1227号	日期：1999年12月28日	乙国
来源：	阿瓦雷，一名难民	

对一名来自鲍的难民的访谈

过去三个月来鲍镇一直是激烈战斗的中心。该镇本身一直牢牢控制在政府军手中。镇附近（东面3公里）有一条小跑道，也在政府军控制之下，被军用飞机用于运进军事物资和援军。平民百姓无法出城，因此几乎无法获得平常的食物供应。但是，士兵允许一些人把他们的牲畜带到紧邻该镇的周围地区放牧。在此过程中已有数人被城外的交叉火力打死。

在这名难民于一个月前离开时，市场已经空了，医院里完全没有药品。该镇的供水系统已经停止运行，人们直接从河里取水，经常是冒着相当大的人身危险。夜间从城里溜出，穿过前线到达乙国，也有相当大的危险。没有多少人愿意冒这样的险。

第1228号	日期：1999年12月28日	乙国
来源：	阿瓦雷，一名难民	

对一名来自马凯尔的难民的访谈

这个家庭此前住在离甲国西格玛区的马凯尔12公里远的一个农场。过去几年间气候条件恶化，去年特里特西北方向的地区出现了严重干旱。在1995年的严重干旱后，为该地区设计了一个发展项目，但项目管理不佳，未能达到合理的农业产量。今年10月份没有雨水，11月份也寥寥无几，因此庄稼今年几乎肯定会再次歉收。此外，在西格玛地区到处寻找食物已经越来越困难。由于有战斗，基镇、特里特镇和利鲁米镇已经不容易进入。基于对这些不同原因的综合考虑，这名难民决定离开甲国到乙国避难。他说他打算战斗进行多久就留在这里多久，如果冲突旷日持久的话还可能会永远留下来。

第1229号	日期：1999年12月28日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营难民	

对营内一群难民的访谈

在省难民当局的请求下，难民已经在营内组织了一个难民委员会，代表他们的利益面向难民营当局和在营内工作的各个非政府组织。难民委员会已经找出营内的一些问题：

短期：一个主要问题是食物和医疗服务的获取。许多家庭没有存粮；很大一部分难民患有疾病，但由于诊所前的长时间等候和拥挤难以获得医疗服务。难民们希望在营内建一座医院。目前用水充足，但难民对旱季感到担忧。

长期：尽管难民不打算留在乙国，想要很快回家，但他们希望获准开始从事自行创收活动，如园地、商店、饭馆、自行车和收音机修理等。

第1230号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营评估团队	

评估团队在难民营进行的人口普查

评估团队已经开展了一个快速调查来估计人口规模。由于不可能逐个清点难民，团队基于棚屋数量和住在每个棚屋中的平均人数做了估计。从难民营旁边的一座小山上，可以俯瞰难民营并清点棚屋；然后，基于随机选出的100个棚屋样本估计每个棚屋的人数。

结果为：

区	棚屋	每个棚屋人数	难民总数
1	2,200	6.04	13,000
2	1,600	5.77	9,000
3	1,280	6.23	8,000
4	1,120	6.29	7,000
5	840	6.22	5,300
总计：	7,040		42,300

第1231号	日期：1999年12月30日	乙国
来源：	阿瓦雷，对一名难民的访谈	

一名孤儿

在评估期间，一名妇女带来一名11岁左右无人陪伴的儿童。他来自穆巴伊奥，在来乙国的路上，在迪洪附近失去了双亲。这名妇女说她会暂时照顾他，但必须找到一个解决方案，因为她无法长期照管；她的资源不足，而且有自己的家人要照顾。

第1232号	日期：1999年12月30日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营一名难民	

一名失踪人员

一名妇女请求评估团队查询关于他丈夫的情况，后者在这个家庭穿越前线时在鲍失踪。他们在遇到交叉火力时分开。她三周前来到难民营，一直没有她丈夫的消息。

第1233号	日期：1999年12月30日	乙国
来源：	阿瓦雷，阿瓦雷营一名难民	

一名难民请求打听关于他受伤的儿子消息

一名难民请求评估团队帮他找到他的儿子；后者在鲍受伤，设法穿越前线到达萨科，从那里被疏散到了克隆医院。克隆医院的医生告诉他，他的儿子已经被转移到塔克里。他已经三个星期没有他的消息了。

第1234号	日期：1999年1月8日	乙国
来源：	塔克里，埃普西隆区行政官	

图表十一

来自拜多、布雷夫、卡拉姆、塔克里、布尔罗和戈尔拉的信息



埃普西隆区的食物资源

埃普西隆的食物资源相当有限。在过去三年中，持续干旱已经大大减少了该地区的农业产量。看起来当地居民已越来越难以应付局面。还有余粮的家庭寥寥无几。当地经济表现出遭受干旱破坏的初期征兆。当地市场上的谷类价格持续上涨，而牲畜价格则低于同期正常价格。迄今为止雨水仍未达到正常水平，人们担心庄稼会再次歉收。在中央平原和卡拉姆以西实施的开发工程所出产的粮食无法填补该地区因持续干旱所致的粮食缺口。

第1235号	日期：1999年1月8日	乙国
来源：	塔克里，埃普西隆区行政官	

埃普西隆的农业生产

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
黍	G	G	G	H							S	S
高粱								S	G	G	G	H
芝麻	G	G	H	H				S	S	S	S	S
豌豆	H	H	H	H	H	H		S	S	G	G	G
花生	G	H	H						S	S	G	G

S = 播种 G = 生长 H = 收获

第1236号	日期：1999年12月27日	乙国
来源：	塔克里，塔克里机场民航处负责官员	

塔克里机场

跑道特征：

海拔：	897米
平均气温：	34度
长度：	1400米
机型：	最大限度C46或C-130
燃料补给：	无
设备：	MD、MC、MT、目视飞行规则

第1237号	日期: 1999年1月8日	乙国
来源:	塔克里, 塔克里医院医生	

塔克里医院

塔克里是达尼卡尔区的主要城镇, 有约2.5万名居民。全区估计有20万居民。官方说法是该区没有难民。

卫生服务:

该镇有一家医院, 两个医务室。

医院设施:

塔克里医院有200个床位, 提供医疗服务(内科、外科、儿童、妇产科)。技术支持服务非常好。化验室可以做细菌和生化化验、电解、ELISA法艾滋病病毒检测以及所有寄生虫病检测。医院还有一个运转良好的血库。放射科有三台正常运行的X光机, 还有三个手术室。

人员:

- 3名医生 (1名外科医生)
- 20名护士
- 32名辅助人员
- 5名技师

行动:

截至目前医院已经接收了17名战争伤员 (其中11名是从克隆医院转来):

1999年12月12日: 8

1999年12月15日: 6

1999年12月18日: 3

医院目前正在适应局面，并且有能力接收更多伤员。不过，一旦可以出院，伤员将必须被以某种方式转移到克隆或甲国，而医院却没有所需的必要运输手段。

第1238号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	塔克里，农业部塔克里粮库经理	

塔克里仓库粮食库存评估

黍： 5,831吨

花生： 104吨

油： 65吨

(其他)

第1239号	日期: 1999年12月28日	乙国
来源:	布格达, 布格达医务室护士	

根据布格达医务室档案评估难民涌入的影响

据这名护士称, 难民的到来对他的医务室只有最低限度的影响。大多数在埃普西隆的难民分散在该区各处, 同亲戚住在一起。他听说已经在阿瓦雷附近建了一座难民营。据他所知, 在布格达大约有100名难民。截至目前他尚未发现两个社区之间存在问题。

第1240号	日期: 1999年1月4日	乙国
来源:	戈尔拉, 戈尔拉医务室护士	

戈尔拉医务室

戈尔拉是一个有5000名居民的小镇。医务室所服务的人口大约有1.2万人。在该镇及其周围有500到600名难民。医务室位于镇中心, 是一个小的混凝土建筑, 分为四个房间。一名护士负责该医务室, 一名辅助人员负责包扎和注射, 另一名辅助人员负责预防(该镇的妇幼保健和公共卫生工作)。每天平均看45名病人。

第1241号	日期: 1999年1月3日	乙国
来源:	布尔洛, 布尔洛卫生站医务工作者	

布尔洛卫生站

布尔洛是一个有600名居民(周围地区还有1200人)的村庄。它是初级卫生保健工作者计划所选取的试点村之一。卫生站是一栋小建筑, 分为两个部分。没有自来水, 没有电。附近建了一个厕所。一名初级卫生保健工作者在站里兼职工作(一周三次, 每次半天)。他每个工作日看大约五个病人, 还在村里巡视, 查看水资源并同母亲们讨论卫生问题。

第1242号	日期：1999年1月5日	乙国
来源：	卡拉姆，卡拉姆医务室护士	

卡拉姆卫生保健中心

卡拉姆卫生保健中心为2.5万人提供服务。它有两栋建筑。一栋是医务室，分为四个房间：一间咨询室，一间包扎和注射室，一等候诊室，以及一间妇幼保健诊室。另一栋建筑分为两部分，一部分供住院病人（10个床位）使用，另一部分供行政管理和储存之用。用水来自市政供水系统，后者从离城两公里远的一口深井抽水。卫生保健中心有可以正常使用的冲水马桶。电力由镇里的柴油发电站供应。卫生保健中心没有备用发电机。注射器、针头和手术设备由一台电动消毒器消毒。

第1243号	日期：1999年1月4日	乙国
来源：	拜多，拜多医务室医疗助理	

拜多医务室

拜多有6000名居民，其中2034人住在镇上。有230名难民，大部分住在镇上。医务室是一栋小建筑，分为咨询、包扎和注射、等候及行政管理等独立区域。用水来自围区内的一口井。工作人员包括一名护士和两名医疗辅助人员。

这名护士每天平均看30到40人。她还参与预防工作：免疫、计划生育以及偶尔家访，通常同一名医疗辅助人员一起。

第1244号	日期：1999年1月5日	乙国
来源：	布雷夫，布雷夫医院医生	

布雷夫医院

布雷夫镇有1.5万人。整个服务区域内有3.5万人。据估计该地区有4000到5000名难民，其中许多住在布雷夫镇周围，因为在那里更容易找到工作。

卫生设施：医院有120个床位，分为五个病房：

- 内科： 40个
- 外科： 30个
- 儿科： 30个
- 妇产科： 10个
- 传染科： 10个

支持医院的服务包括：

- 来自该镇主管道的供水
- 市政电网供电和一台60千瓦的备用发电机
- 卫生设施：冲水马桶（不能正常使用）
- 可做基本化验的化验室
- 放射科：两台运转正常的X光机

人员：

- 2名医生（1名外科医生）
- 18名护士（1名麻醉师）
- 14名辅助人员
- 3名技师

行动：

医院的工作量自难民到达以来有所增加，但医院正在适应局面。外科病房受影响最大，因为11月份以来已有15名战争伤员入院（其中7人是从克隆疏散到布雷夫的）。过去一周内外科的工作量增加了3倍。医院的药品、设备和食物短缺，已经从伽马省订购了补充物资。

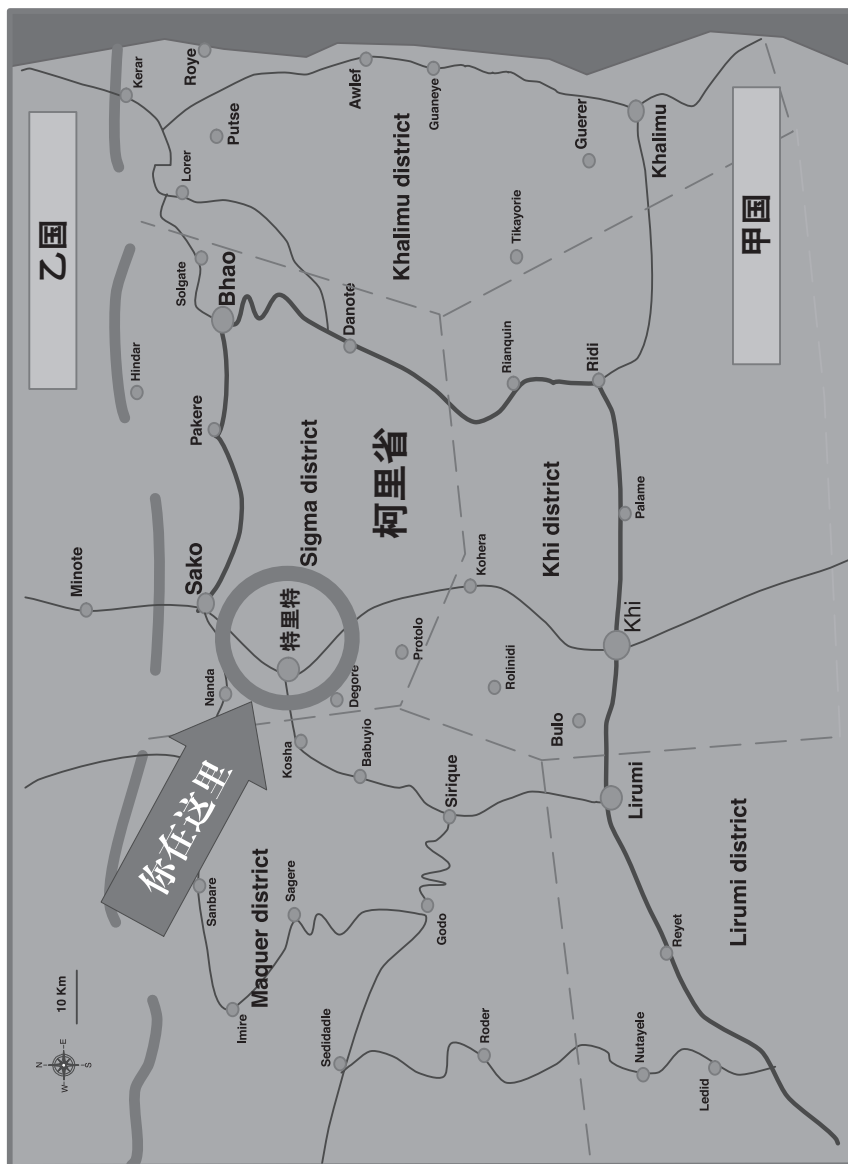
第1245号	日期：1999年1月3日	乙国
来源：	佐特维，佐特维村村长	

佐特维村的人

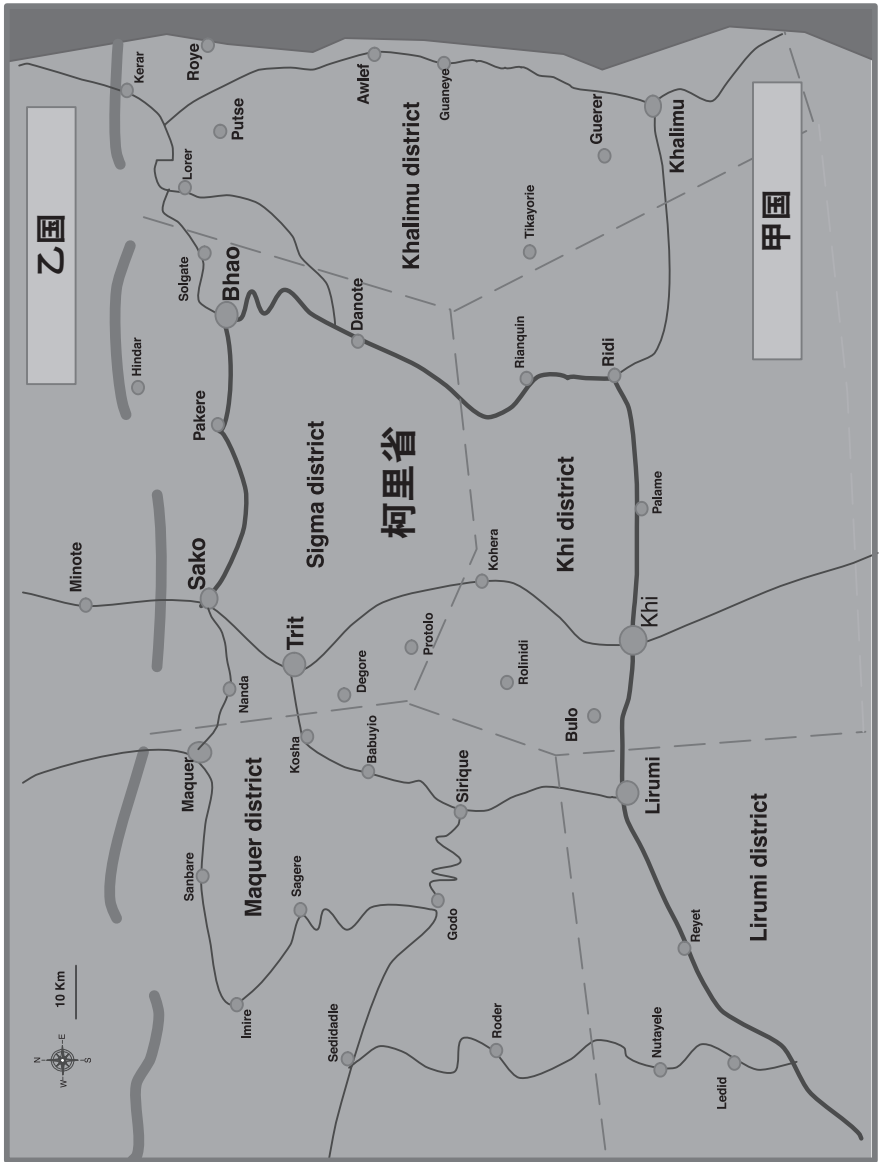
佐特维村有180名居民。难民的到来已经给村民带来了很多问题，包括难民侵占他们的土地做园地，使用并因此污染了他们的水井，以及从他们的市场上购买食物以致耗尽可用资源并推高价格等。

图表十二

来自甲国萨科、梅莱尔和 特里特地区的信息

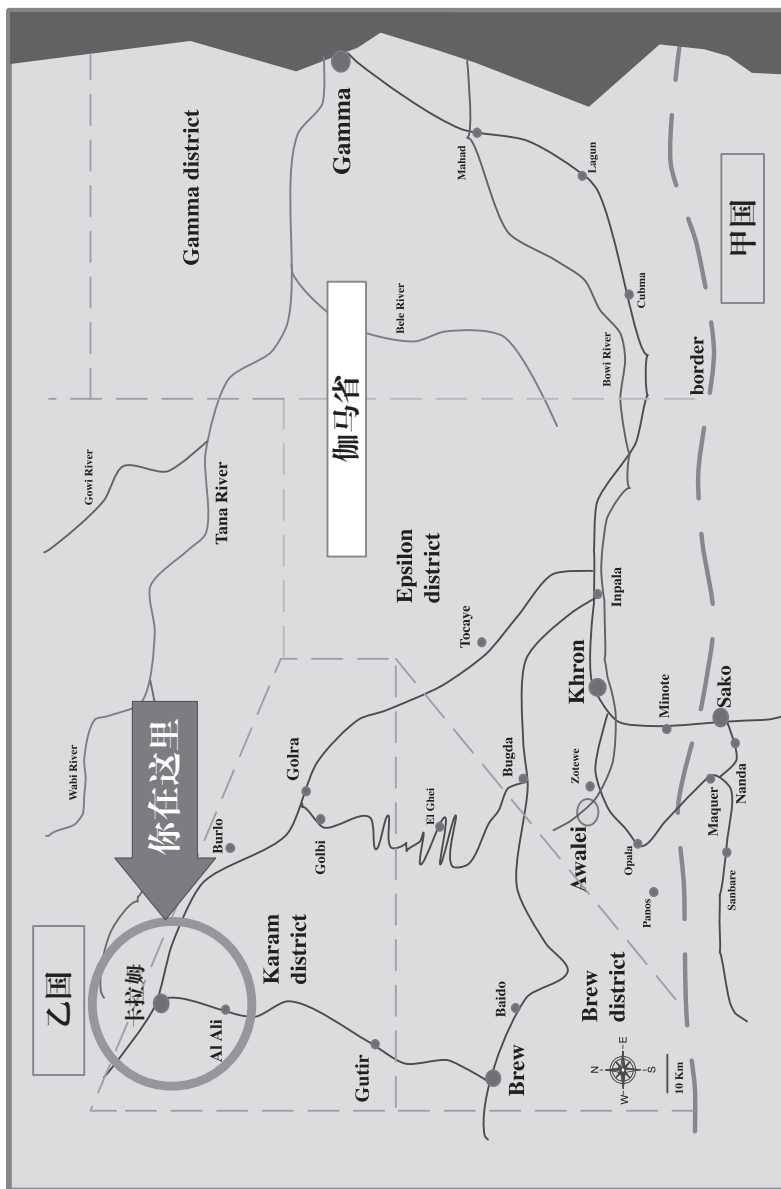


图表十三



图表十四

有关卡拉姆发展项目的信息



课程的组织

学员的选择

1. 所面向的申请者类型

学员必须在卫生领域接受过培训 (医生、护士、营养师、卫生工程师等)。那些虽然未在卫生领域接受过专门培训,但却对救济行动有很好了解的申请者 (农学家、人类学家、经济学家、法学家等) 也在考虑之列。

2. 课程的宣传

应当通过以下方式对课程进行尽可能广泛的宣传:

- 传单, 内容包括:
 - 关于课程地点和日期的详细信息;
 - 课程内容概述;
 - 课程教学方法概述;
 - 寄往红十字国际委员会的报名表 (背面)

该传单应当通过各国红十字会和红新月会、联合国系统 (特别是世界卫生组织) 及主要志愿者机构广为散发。

- 展示手册首页内容的海报;
- 红十字国际委员会网站发布的公告。

3. 报名

一旦收到报名表, 就要向申请者寄送一份完整的报名文件, 要求其提供关于所受培训、本领域经验及参加课程动机的详细信息。

这些报名文件将为从申请者者选出25名学员提供依据。

4. 录取标准

录取基于：

- 教育培训
- 紧急行动经验
- 将来在紧急救济领域可能肩负的职责
- 与人道援助行动开展地区和国家的联系。

还要考虑学员的国别平衡问题，特别是工业化国家与发展中国家的平衡问题。

选好学员之后，将通知每位申请者，并要求入选者确认参加课程。一些未入选的人将被列入等待名单，顶替那些最终不能上课的入选者。

课程报名申请表

(手册最后一页)

报名表

(请用大写字母书写)

姓: _____

名: _____

职业: _____

单位: _____

地址: _____

传真: _____

国籍: _____

收到本表后, 我们会寄给你一份完整的报名文件,
作为选择学员的依据。

报名表应寄往以下地址:

International Committee of the Red Cross

H.E.L.P. 99—Geneva

19, avenue de la Paix

CH-1202 Geneva

Tel.: +41-22-730-2223

Fax: +41-22-733-9674

E-mail: ideslarzes.gva@icrc.org

报名文件

(第1页)

日内瓦H.E.L.P.课程报名表

(请用大写字母书写)

照片

姓：_____ 名：_____

出生日期：_____ (月) / _____ (日) / _____ (年)

性别：男 女

国籍：_____

地址：_____

传真：_____ 电话：_____

电子邮箱：_____

雇主地址：_____

资助费/报名费支付者：_____

法语程度：

优秀

良好

一般

差

报名文件

(第2页)

受教育经历:

(按时间顺序列出你在医疗及卫生相关领域获得的文凭及参加过的培训课程)

工作经历:

(简述你与本课程相关的所有专业经历, 从最近的开始)

参加本课程的原因:

(简述你希望从本课程中学到什么, 以及学完后你打算做什么)

报名文件

(第3页)

概括最能表明你所参与行动类型的一线经历。

必须提供曾与你共事的两个人所写的推荐信(推荐信可以另行寄送)。

日期: ____ (月) / ____ (日) / ____ (年) 签名: _____

我们将在课程开始前两个月录取学员。但在名额未满时也会考虑迟交的申请。

请将报名文件寄到以下地址:

International Committee of the Red Cross

19, avenue de la Paix

CH-1202 Geneva

Fax: ++41 22 733 96 74

E-mail: ideslarzes.gva@icrc.org

课程管理

1. 中心

上课和住宿地点最好在一起，以方便“上课时间”之外的小组讨论。

2. 位置

本课程应该在足够五个小组分别学习讨论的房间内进行。应该检测各项设备(视频、计算机、幻灯机等)运行是否正常。

3. 设备

后附课程所需的标准设备清单，可以根据需要进行修改。特别需要指出的事，网络接入已经被证明是有用的，这样学员就能与课程中心之外的专家进行交流，并且有可能通过互联网询问具体问题并得到答案。

设备应该包括高射投影机、录像机、幻灯机、计算机和打印机。

4. 授课者

授课者的作用是：

- 帮助学员学习解决紧急情况下卫生问题的技巧，例如：
 - 界定营养需求
 - 界定食物链
 - 确立环境与健康的联系
- 帮助学员解决模拟练习中出现的卫生问题：
 - 分析食物策略
 - 参与水供应系统的开发
 - 对传染病防控项目进行评价

- 评估伤员类别
- 描述和讨论自己及学员的经历。

授课者必须具备丰富的知识和经验，但是必须避免那些将课程作为炫耀场所的“主角”型作法。

一个好的授课者应该做到在小组讨论阶段在场协助学员，在集体讨论阶段准确地总结相关材料并举例说明在该领域所经历过的类似问题——而不是进行权威说教。

5. 小组

25名学员将分成5组，每组5人。应该基于以下标准在各组间均匀分配学员：

- 学员的背景：不应出现像一组医生、一组护士这样的情况。
- 学员的国籍：应当将不同国籍的学员混编。
- 工作单位：不应出现像红十字国际委员会小组、联合国难民事务高级专员署小组这样的情况。

通常到了第二天，学员掌握了所使用的教学方法，开始掌握模拟练习，相互之间也熟悉起来，此时小组的活力很快就显现出来了。因为学员的背景各不相同，所以应当鼓励他们表达各种观点。小组必须能够得出所有成员都能接受的结论，但在集体讨论时应当提供阐述不同意见或分歧的机会。

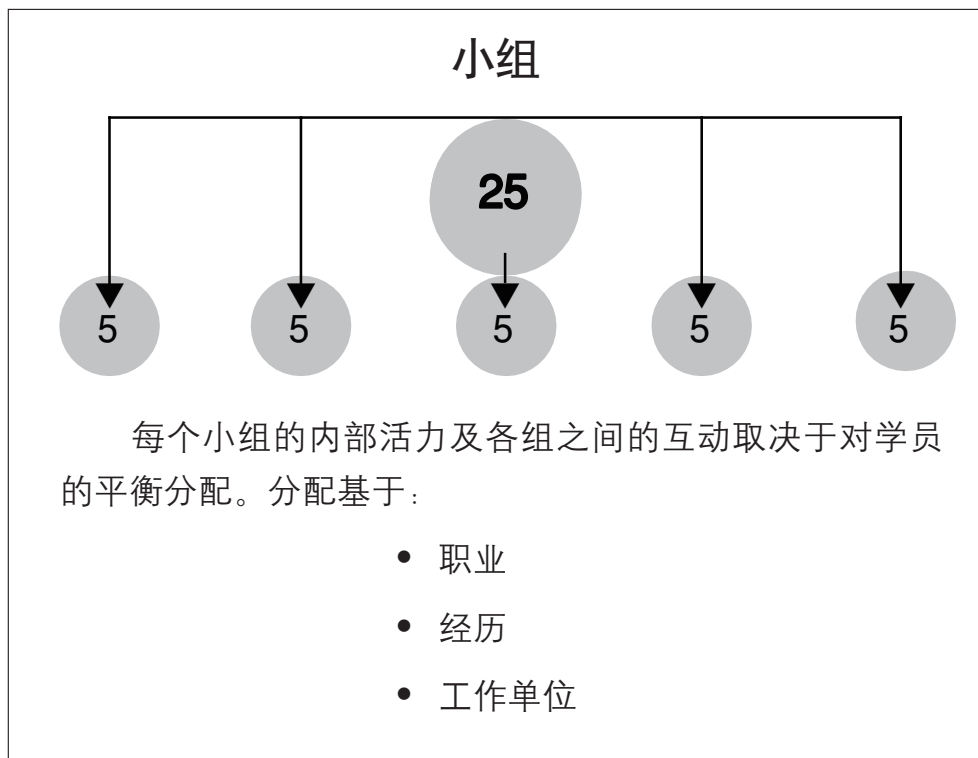
除非小组根本无法正常工作，否则不应在课程期间改变其人员组成。

6. 模拟练习的使用

总的来说，模拟练习中的人群混合了难民、流离失所者和当地居民，面临在灾难情况下通常会遇到的医疗问题。

数据库中包含了关于局势的基本信息：

- 政治背景；
- 该国经济和社会情况；
- 该国基础设施的情况；



- 同国家和地方领导人的会谈；
- 地图。

单个模拟练习的好处是使学员能够处理一个具备真实生活所有复杂因素的局势。相反，涉及某个紧急情况的不同方面的个案简史则容易限制这种局势所涉的不同因素之间产生互动的可能性。

授课者必须在课程开始前研读模拟练习。取决于各个小组的进展情况，可以适当增加一些信息。

7. 时间的利用

课程为期三周。应当尽量给不同单元分配相同时间，同时也要保持足够的灵活性，对学员特别感兴趣的主题多加关注。如果有外请授课者，那么有必要进行一定程度的日程安排，但在每个单元内时间表仍应非常灵活，随时可以进行修改。

如果课程是在住处进行，那么学员应当有权选择在固定时间之外学习。一般来说，各组碰头详细研究模拟练习，准备将要在课程结束时提交的报告。这意味着教室特别需要保持昼夜开放。

大约一周半过后，为避免单调，应该尽量安排一些课外活动。例如，有时可以考虑组织实地考察，如：

- 探访灾害现场（菲律宾的火山）
- 探访流离失所者营地

可行的时间表				
	星期一	星期二	星期三	星期四
第一周	4月19日	4月20日	4月21日	4月22日
	管理基础知识	模拟练习入门 食物与营养	食物与营养	水和住所
第二周	4月26日	4月27日	4月28日	4月29日
	传染病	传染病	卫生保健服务	卫生保健服务
第三周	5月3日	5月4日	5月5日	5月6日
	流行病学监测	流行病学监测	国际人道法入门	关于协调工作的 伦理规范

8. 参考资料

为了帮助学员解决问题，需要有多种参考资料可供使用：

- 课程开始之前分发参考资料：

尽管合理，但实践中这种做法已被证明并不是很有效。在课程开始前就收到一系列文件供阅读的申请者大多不看。必须说句公道话，那就是他们大多有着繁忙的职业工作，没有太多时间准备课程。

- 课程期间手头的资料:

关于紧急情况下的卫生保健的文献很多,可以分为下面几类:

- 基础教科书:《战争与公共卫生》(红十字国际委员会)

- 参考资料:

- 最常用的大众手册,如:

- 《应急援助》(联合国儿童基金会)

- 《应急手册》(联合国难民事务高级专员署)

- 专门手册,如:

- 《战地外科手术》(红十字国际委员会)

- 《地区卫生管理流行病学手册》(J·P·沃恩和R·H·莫若)

- 专业期刊:许多期刊定期发表同本课程有关的文章,如:

- 《灾害》

- 《柳叶刀》

- 《世界卫生组织公告》

- 《卫生计划与政策》

- 视听资料:

视频和幻灯演示日益普及。这样的材料有些可以让学员在“课余时间”观看,而另外一些则可用于每次集体讨论结束时的主题总结。尽管如此,还是应当避免让课程变成“电影节”。

设备

- 25个桌签
- 25个文件夹
- 25个活页封面
- 30个便签簿
- 30支钢笔
- 30支橡皮头铅笔
- 25支记号笔 (荧光黄)
- 5卷带胶带座的透明胶带
- 3卷双面胶
- 5个计算器
- 5把剪刀
- 5把尺子
- 2个订书机和备用订书钉
- 1个起钉器
- 2个纸张打孔机 (一个为大号)
- 2个卷笔刀
- 25个塑料书皮
- 25支黑色标记笔
- 五套用于白板书写的四色白板笔
- 一盒大纸夹
- 一瓶涂改液
- 三盒幻灯片
- 三套用于高射投影仪的标记笔
- 10盒磁盘 (用于EPIINFO)
- 一本法英词典
- 一本最新电话号码簿
- 一本红十字国际委员会的内部电话名单
- 一盘红十字国际委员会磁带
- 一盒橡皮筋
- 25个红十字国际委员会塑料袋
- 一个红十字国际委员会印章和红印泥

课程评估

1. 学员对课程的评估

必须对课程进行评估，以确定课程内容、教学方法、参考资料和授课者是否达到学员预期。

每个单元结束时，会向学员发放评估表，以便他们对该单元进行评估和评论。这些表格随后将被逐单元分析，而在课程结束时所有评论将被汇总，形成学员对课程的总体评估。

课程结束时还会发放一份更加详细的表格，以调查：

- 课程总体长度是否令人满意；
- 各单元分配的时间是否适当；
- 所选择的单个模拟练习是否符合学员预期；
- 授课人员是否称职（参与积极程度、经验等方面）。

2. 对学员所学到的技能进行评估

通过以下三种方式对学员的收获进行评估：

- 课程开始和结束时让学员各做一次由100道多选题组成的测试，以确定他们的学习收获。
- 要求每个小组撰写一份关于模拟练习的完整报告，在报告中学员必须：
 - 识别卫生问题；
 - 确立优先顺序和目标；
 - 规划项目，包括评估项目。

本报告能够证明学员总结紧急情况 and 提出应对方法的能力。

- 最后，要求学员撰写一篇关于在课后执行的任务的论文，该论文应当反映课程所讲授的某些规划技能。如果有可能，可以安排共同主办课程的大学通过颁发证书的方式承认这项工作，条件是论文满足必要标准。这一成果可以根据以下标准进行评估：
- 应该基于在课后开展的工作
- 应该能够反映课上所讲授的技能：计划和流行病学方法
- 应该用分析的方式展示结果
- 应该包括讨论的成分
- 应该有相关参考书目

结论

在设计HELP/SOS课程时，我们试图在内容方面做到尽可能详尽，在教学方法方面做到尽可能有效。

等到很多学员有机会实地测试他们的知识之后，时间将说明这一课程的真正价值。有鉴于此，有必要同参加过本课程的人员保持联系，分享他们的经验，充实课程内容。

另外一个强化本课程的方法就是加强运作机构与高校界之间的联系。必须在紧急情况下加以解决的卫生问题之间互动日益复杂，有时需要经过认真设计的技术解决方案，而大学可以帮助找出这样的方案。

由课程协调员(红十字国际委员会和学术机构)，外勤人员以及代表红十字国际委员会、学术机构和人道机构的专家组成学术委员会，每两年对课程内容和教学方法进行一次全面审查。

参考文献

公共卫生

BRAVEMAN P. A., TARIMO E., *Screening in primary health care*, WHO, Geneva, 1994.

FORBES Martin S., *Refugee women*, Zed Book Ltd., 1991.

GUILBERT J. J., *Educational handbook for health personnel*, WHO, Geneva, revised and updated, 1998.

KATZ F. M., SNOW R., *Assessing health workers' performances*, WHO, Geneva, 1980.

MSF, *Refugee health: An approach to emergency situations*, 1997.

NOJI Eric, *The public health consequences of disasters*, Oxford University Press, 1997. "Public health impact of Rwanda refugee crisis: What happened in Goma, Zaire, in July 1994?", *The Lancet*, 1995, 345: 339-344.

PALMER Celia, "Reproductive health for displaced populations in emergencies", RRN Network Paper, 1998.

PERRIN Pierre, *War and public health, Handbook on war and public health*, ICRC, 1996.

PROTHERO M. R., "Forced movements of population and health hazards in tropical Africa", *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23: 657-664.

SIMMONDS S., VAUGHAN P., GUNN W., *Refugee community health care*, Oxford University Press, 1986.

SUMMERFIELD Derek, "The impact of war and atrocity on civilian populations: Basic principles for NGO interventions and a critique of psychosocial trauma projects", ODI, Network Paper, 1995.

TELFORD John, "Counting and identification of beneficiary populations in emergency operations: Registration and its alternatives", *RRN Good Practice Review*, September 1997.

UNHCR, *Reproductive health in refugee situations: An inter-agency field manual*, Geneva, 1995.

UNICEF, *Assisting in emergencies*, 1986.

WHO, *The community health worker: Working guide*, Geneva, 1987.

Mental health of refugees, 1996.

计划

CHALINDER Andrew, "Temporary human settlement planning for displaced populations", *RRN Good Practice Review*, No. 6, January 1998.

REINKE W. A., *Health planning, qualitative aspects and quantitative techniques*, John Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, 1972.

食物与营养

- BEGHIN I., CAP M., DUJARDIN B.**, *A guide to nutritional assessment*, WHO, Geneva 1988.
- BOUDREAU Tanya**, “The food economy approach: A framework for understanding rural livelihoods”, RRN Network Paper No. 26, May 1998.
- CDC**, “Famine-affected, refugee, and displaced populations: Recommendations for public health issues”, *MMWR*, 24 July 1992, Vol. 41, No. RR-13.
- CEKAN J.**, “Seasonal coping strategies in central Mali: Five villages during the ‘Soudure’”, *Disasters*, Vol. 16-1: 66-73.
- CEKAN Jindra, MacNEIL Amy, LOEGERING Steve**, “Monetisation: Linkage to food security”, ODI Network Paper No. 17, November 1996.
- DeMAYER E. M.**, *Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care*, WHO, Geneva, 1989.
- HARRISON G. A.**, *Famine*, Oxford University Press, 1988.
- ILSI** (International Life Sciences Institute), Nutrition Foundation, Washington, 1990.
- JASPARS Susanne, YOUNG Helen**, “General food distribution in emergencies from nutritional needs to political priorities”, *ODI, Good Practice Review*, No. 3, 1996.
- MACFARLANE S. B. J.**, “Error in calculating weight-for-height”, *Disasters*, Vol. 19, No. 1; 37-49.
- MESFIN W. M.**, *Rural vulnerability to famine in Ethiopia: 1958-1977*, Vikas, 1984.
- MOUREY A.**, *Food security in armed conflicts: The ICRC's approach and experience*, November 1996.
- MSF**, *Nutrition guidelines*, 1st Edition, 1995.
- OXFAM**, *Practical guide to selective feeding programmes*, 1984.
- RAHMATO D.**, “Peasant survival strategies in Ethiopia”, *Disasters*, Vol. 12-4: 326-344. Household Food Economy Analysis, Kakuma Refugee Camp, Kenya, Save the Children Fund, UK: 1-4.
- “Assessments of mortality, morbidity and nutritional status in Somalia during the 1991-92 famine”, *JAMA*, 1994, 272: 371-376.
- “Acute malnutrition and high childhood mortality related to diarrhea: Lessons from the 1991 Kurdish refugee crisis”, *JAMA*, 1993, 270: 587-590.
- “Is mid-upper-arm circumference a useful tool for screening in emergency settings?”, *The Lancet*, 1995, 245: 631-633.
- “Access to basic food supplies”, in UNICEF, *Assisting in emergencies*, pp. 163-176.
- “A case study of Somali refugees in Hartisheik camp, eastern Ethiopia: Health and nutrition profile, July 1988-June 1990”, *Journal of Refugee Studies*, 1992, 5: 313-326.
- “Famine-affected populations”, *MMWR RR-13*, pp. 3-16, 44-50.
- “Factors associated with anemia in refugee children”, *J. Nutrition*, 1997; 127: 2194-98.
- “The need for adult therapeutic care in emergency feeding programs”, *JAMA*, 1993.
- “Impact of food delays on refugees”, *Field Exchange*, 1997; 2: 10-11.

- “Supplementary feeding programme: Current guidelines”, *Field Exchange*, 1997, 2: 10-11.
- “Treatment of severe child malnutrition in refugee camps”, *European Journal of Clinical Nutrition*, 1993, 47: 750-754.
- REED B. A., HABICHT J. P.**, “Sales of food aid as sign of distress, not excess”, *The Lancet* 1998, 351: 128-130.
- REFUGEE POLICY GROUP**, *Mitigating micronutrient malnutrition in humanitarian crises*, June 1995.
- SEN Amartya**, *Poverty and famines. An essay on entitlement and deprivation*, Clarendon Press Oxford.
- SHOHAM J., CLAY E.**, “The role of socio-economic data in food needs assessment and monitoring”, *Disasters*, Vol. 13-1: 44-72.
- STEPHENSON R. S., ROMANOVSKY P. C.**, “Problems of beneficiary registration in food emergency operations”, *Disasters*, 1987 (11/03); 163-172.
- SUERTENS C., DEDEURWAERDER M.**, “Food availability in the refugee camp of Kahindo, Goma, Zaire, November 1994”, *MSF-B Medical News*, 1994, Vol. 3-5: 16-22.
- WHO**, *Management of severe malnutrition: A manual for physicians and other senior health workers*, Geneva, 1999.
- YOUNG H., JASPAR S.**, “Nutrition, disease and death in times of famine”, *Disasters*, 1995, 19-2: 94-109.
- “Nutritional assessments, food security and famine”, *Disasters*, 1995, 19-1: 26-36.

水与环境卫生

- CAIMCROSS S., FEACHEM R.**, *Environmental health engineering in the tropics*, Wiley, 1993.
- CHALINDER A.**, “Water and sanitation in emergencies”, *ODI — RRN Good Practice Review*, No. 1, June 1994.
- DAVIS J., LAMBERT R.**, *Engineering in emergencies — A practical guide for relief workers*, IT Publications, 1995.
- MICUTA W.**, *Modern stoves for all*, Bellerice Foundation, 1985.
- MSF**, *Public health engineering in emergency situation*, First Edition, 1994.
- NEMBRINI P. G., CONTI R.**, “Water for Mogadishu: Water supply in a war-torn town”, *Bull. Appl. Geol.*, 2/2 December. 1997, 151-165.
- ROBERTS L., CHARTIER Y., MALENGA G., TOOLE M., ROLKA H.**, *Keeping clean water clean in a Malawi refugee camp: A randomized intervention trial*, CDC Atlanta, 1995.
- THOMSON M. C.**, “Disease prevention through vector control”, *OXFAM Practical Health Guide* No. 10, 1995.
- UNHCR**, *Handbook on the use of disinfection in refugee situations*, Geneva, 1997.
- Vector and pest control in refugee situations*, Geneva, April 1997.
- Water manual for refugees' situations*, Geneva, 1992.

传染性疾病

BISE G., CONINX R., “Epidemic typhus in a prison in Burundi”, *Transaction of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91: 133-134.

BRES P., *Public health action in emergencies caused by epidemics*, WHO, Geneva, 1986.

CONINX R., DUPUY C., HERMANN C., CRUZ PIRES RIBEIRO G., MARGOT M., LUCIC K., “Vaccination of the civilian population in a country at war: It can be done; it can also be evaluated. The ICRC experience in Mozambique”, *Journal of Tropical Pediatrics*, 1998, Vol 00; 1-3.

ELIAS C. J., ALEXANDER B. H., SOKLY T., “Infectious disease control in a long-term refugee camp: The role of epidemiologic surveillance and investigation”, *American Journal of Public Health*, 1990, Vol. 80, No. 7, 824-828.

HAELTERMAN E., BOELAERT M., SUETENS C., BLOK L., HENKENS M., TOOLE M. J., “Impact of a mass vaccination campaign against a meningitis epidemic in a refugee camp”, *Tropical Medicine and International Health*, 1996, Vol. 1, No. 3: 385-392.

HALLAM A., “Evaluating humanitarian assistance programmes in complex emergencies”, *RRN Good Practice Review*, No. 7, September 1998.

ICRC/WHO, *Guidelines for the control of tuberculosis in prisons*, Geneva, 1998.

KESSLER C., CONNOLLY M., LEVY M., CHAULET P., *Tuberculosis control in refugees and displaced persons*, WHO/TB/1996, 209.

PAWLOWSKI Z. S., SCHAD G. A., STOTT G. J., *Hookworm infection and anemia*, WHO, Geneva, 1991.

SIDDIQUE A. K., AKRAM K., ZAMAN K., MUTSUDDY P., EUSOF A., SACK R. B., “Vibrio cholerae 0139: How great is the threat of a pandemic?”, *Tropical Medicine and International Health*, 1996, Vol. 1, No. 3: 393-398.

VARAINE F., CAUGANT D. A., RIOU J. Y., KONDE K., SOGA G., NSHIMIRIMANA D., MUHIRWA G., OTT D., HØIBY E. A., FERMON F., MOREN A., “Meningitis outbreaks and vaccination strategy”, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91: 3-7.

VEEKEN H., RITMEIJER K., HAUSMAN B., “Priority during a meningitis epidemic: Vaccination or treatment?”, *WHO Bulletin*, 1998, Vol. 76: 135-141.

WHO, *Guidelines for cholera control*.

Guidelines for the management of drug-resistant tuberculosis, Geneva, 1997.

Guidelines for the management of drug-resistant tuberculosis, Geneva, 1998.

Immunization policy, WHO/EPI/GEN/95.03, Rev. 1.

Malaria control among refugees and displaced populations.

Parasitic diseases in water resources development. The need for intersectoral negotiation, Geneva, 1993.

The management of bloody diarrhoea in young children, WHO/CDD/1994. 49.

“Why treatment centres failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire”, *The Lancet*, 1995, 345: 359-361.

Tuberculosis control in refugee situations, Geneva, 1997.

YODER P. S., HORNİK R. C., “Symptoms and perceived severity of illness as predictive of treatment for diarrhea in six Asian and African sites”, *Soc. Sci. Med.*, 1996, Vol. 43, No. 4: 429-439.

医疗与手术治疗

AMELOOT L., “About the stress management”, *MSF-B Contact* 55, 1998: 9-13.

BERCKMANS P., DAWANS V., SCHMETS G., VANDENBERGH D., AUTIER P., “Inappropriate drug-donation practices in Bosnia and Herzegovina, 1992 to 1996”, *The New England Journal of Medicine*, 1997, Vol. 337, No. 25: 1842-1845.

BOWYER G., W., “Afghan war-wounded: Application of the Red Cross wound classification”, *The Journal of Trauma*, 1995, Vol. 38(1): 64-67.

BOWYER G. W., STEWART M. P. M., RYAN J. M., “Gulf war wounds: Application of the Red Cross wound classification”, *Injury*, 1993, 24(9): 597-600.

BURKLE F. M., *Disaster medicine*, Medical Examination Publishing Co., Inc., 1984.

COUPLAND R. M., *The Red Cross wound classification*, ICRC, Geneva, 1991.

“Hand grenade injuries among civilians”, *JAMA*, 1993, 270: 24-626.

“The effects of weapons: Surgical challenge and medical dilemma”, *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 1996, 41: 65-71.

Amputation for war wounds, ICRC, Geneva, 1992.

War wounds of limbs: Surgical management, Butterworth-Heinemann, Oxford, 1993.

“Weapons intended to blind” (Editorial), *The Lancet*, 17 December 1994, Vol. 344: 1649-1650.

COUPLAND R. M., HOIKKA V., SJOEKLINT O. G., CUENOD P., CAUDERAY G. C., DOSWALD-BECK L., “Assessment of bullet disruption in armed conflicts”, *The Lancet*, 4 January 1992, 339: 35-37.

COUPLAND R. M., PARKER P. J., GRAY R. C., “Triage of war wounded: The experience of the International Committee of the Red Cross”, *Injury*, 1992, 23(8): 507-510.

CRAIG G., “Treating the Afghan war-wounded”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1993, Vol. 86: 404-405.

ESSEX B. J., “Diagnostic pathways in clinical medicine”, *Medicine in the Tropics*, Churchill Livingstone, 1980.

HAYWARD-KARLSSON J., JEFFERY S., KERR A., SCHMIDT H., *Hospital for war-wounded — A practical guide for setting up and running a surgical hospital in an area of armed conflict*, ICRC, 1998.

JEFFERY S. J., “Antipersonnel mines: Who are the victims?”, *J Accid Emerg Med*; 1996, 13: 343-346.

KLECZKOWSKI B. M., PIBOULEAU R., *Approaches to planning and design of health facilities in developing areas*, Volume 1, Offset Publication No. 29, WHO, Geneva, 1976.

Approaches to planning and design of health facilities in developing areas, Volume 2, Offset Publication No. 37, WHO, Geneva, 1977.

Approaches to planning and design of health facilities in developing areas, Volume 3, Offset Publication No. 45, WHO, Geneva, 1979.

Approaches to planning and design of health facilities in developing areas, Volume 4, Offset Publication No. 72, WHO, Geneva, 1983.

Housing Research and Development Unit, University of Nairobi, *Design for medical buildings — A manual for the planning and building of health care facilities under conditions of limited resources*, Nairobi, 1988.

MSF, *Clinical guidelines, diagnostic and treatment manual*, 4th Ed., 1999.

PAINE L. H. W., SIEM TJAM F., *Hospitals and the health care revolution*, WHO, Geneva 1988.

ROWLEY D. I., *War wounds with fractures: A guide to surgical management*, ICRC, 1996.

WHO, *District hospitals: Guidelines for development*, Geneva, 1992.

Guidelines for the management of hospital outpatient services, Government of Kenya, Ministry of Health, 1982.

Guidelines for drug donations, revised, 1999.

The new emergency health kit.

The use of essential drugs, Geneva, 1998.

The hospital in rural and urban districts, Geneva, 1992.

卫生保健体系

AMONOO-LARTSON R., EBRAHIM G. J., LOVEL H. J., RANKEN J. P., *District health care. Challenges for planning, organisation and evaluation in developing countries*, MacMillan Press, 1984.

CRIEL B., MACQ J., BOSSYNS P., HONGORO C., “A coverage plan for health centres in Murewa district in Zimbabwe: An example of action research”, *Tropical Medicine and International Health*, 1996, Vol. 1, No. 5: 699-709.

GOYENS P., PORIGNON D., SORON GANE E. M., TONGLET R., HENNART P., VISH L., “Humanitarian aid and health services in eastern Kivu, Zaire: Collaboration or competition?”, *Journal of Refugee Studies*, 1996, Vol. 9, No. 3: 268-280.

WHO, *Health system decentralization: Concepts, issues and country experience*, Geneva, 1990.

The role of the hospital in the district: Delivering or supporting primary health care, Geneva, 1990.

流行病学

LWANGA S. K., CHO-YOOK TYE, *Teaching health statistics*, WHO, Geneva, 1986.

MITCHELL J., SLIM H., “Listening to rural people in Africa: The semi-structured interview in rapid rural appraisal”, *Disasters*, Vol. 15, No. 1: 68-72.

MOREN A. et al., “Practical field epidemiology to investigate a cholera outbreak in a Mozambican refugee camp in Malawi, 1988”, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1991, 94: 1-7.

“Infectious disease surveillance during emergency relief to Buthanese refugees in Nepal”, *JAMA*, 1994; 272: 377-381.

“Morbidity and mortality surveillance in Rwandan refugees—Burundi and Zaire, 1994”, *MMWR*, 1996; 45: 104.

“Surveillance and control of meningococcal meningitis epidemics in refugee populations”, *WHO Bulletin*, 1990, 58: 587-596.

PAGE R., TIMMRECK T., *Basic epidemiological methods and biostatistics: A practical handbook*, Ed. Jones and Bartlett, London, 1995.

WARD Patrick, RIMMER Martin, “Cibler les pauvres dans le nord de l’Irak: Le rôle des méthodes de recherche formelles et informelles dans les opérations d’aide d’urgence”, *ODI*, Dossier Thématique No. 8, April 1995.

应急与发展

HENDRICKSON Dylan, “Humanitarian action in protracted crises: The new relief agenda and its limits”, *ODI*, RRN Network Paper No. 25, April 1998.

ICRC, *Beyond survival: Agricultural and veterinary rehabilitation*.

MacNAIR Rebecca, “Room for improvement: The management and support of relief workers”, *ODI*, RRN Network Paper No. 10, September 1995.

MACRAE Joanna, “Dilemmas of post-conflict transition: Lessons from the health sector”, *ODI*, RRN Network Paper No. 12, September 1995.

SHARP Kay, “Between relief and development: Targeting food aid for disaster prevention in Ethiopia”, *ODI*, RRN Network Paper No. 27, September 1998.

国际人道法

BACCINO-STRADA A., *Manual on the rights and duties of medical personnel in armed conflicts*, ICRC, 1982.

BAUDET-SAULNIER F., *Dictionnaire pratique du droit humanitaire*, La Découverte, 1998.

DUNANT Henry, *A memory of Solferino*, ICRC, 1986.

ICRC, *Answers to your questions*, Geneva, 1997.

Banning anti-personnel mines: The Ottawa treaty explained, ICRC, 1997.

Getting to know the ICRC, Geneva, 1997.

“Internally displaced persons”, Geneva Symposium, 23-25 October 1995.

“International humanitarian law and protection”, Report of the workshop, Geneva, 18-29 November 1986.

“Protection towards professional standards”, Report of the workshop, Geneva, 17-19 March 1998.

Rules for behaviour in combat, ICRC, 1985.

Summary of the Geneva Conventions of 12 August 1949 and their Additional Protocols.

The Additional Protocols to the Geneva Conventions of 12 August 1949, 1977.

The emblem.

The fundamental principles of the Red Cross and Red Crescent, Geneva, 1996.

The Geneva Conventions of 12 August 1949.

The SIRUS Project, Geneva, 1997.

VON FLUE C., LAVOYER J. P., “Comment les ONG peuvent-elles contribuer à promouvoir le droit humanitaire international?”, *RRN/ODI Journal*, 1997.

武装冲突

BAUWENS W., REYCHLER L., *The art of conflict prevention*, Brassey's, 1994.

BOUTROS Boutros Ghali, *An agenda for peace*, United Nations, 1992.

DUFFIELD M., “War and famine in Africa”, OXFAM Research Paper No. 5, 1991.

MACRAE J., ZWI A., FORSYTHE V., *Post-conflict rehabilitation: Preliminary issue for consideration by the health sector*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health, 1996.

PERRIN Pierre, “Effects of conflicts and security crisis on humanitarian actions”, *Final report of the research project on a study on the health and prospective medical assistance for affected persons*, Tokyo, 1996.

“Impact de l'assistance humanitaire sur l'évolution des conflit”, *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, No. 830, June 1998, pp. 343-358.

国际关系

DEWITT D., HAGLUND D., KIRTON J., *Building a new global order*, Oxford University Press, 1993.

协调

BENNETT J., *NGO coordination at field level*, ICVA, 1994.

ODI, “Recent changes in the international relief system”, Briefing Paper, January 1993, 1-4.

VAN BRABANT Konenrad, “The coordination of humanitarian action: The case of Sri Lanka”, RRN Network Paper No. 23, December 1997.

道德伦理

FORSYTHE D., “Choice more ethical than legal: The International Committee of the Red Cross”, *Ethics & International Affairs*, Vol. 7, 1993.

MACRAE J., “The origins of unease: Setting the context of current ethical debate”, Background paper for the Forum on Ethics and Humanitarian Aid, Dublin, 9 September 1996.

MINEAR L., WEISS T., *Principes humanitaires et dilemmes lors des opérations en zones de conflits armés*, UNDP-DHA, 1994.

Humanitarian charter and minimum standards in disaster response, Sphere Project, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 1998.

Code of conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and non-governmental organizations (NGOs) in disaster relief.

SLIM H., “Doing the right thing: Relief agencies, moral dilemmas and moral responsibility in political emergencies and war”, *Studies on emergencies and disaster relief*, 1997.

常见问题

CAHILL K., *A framework for survival: Health human rights and humanitarian assistance in conflicts and disasters*, 1993.

“Civilians in war”, XXVIth International Conference of the Red Cross and Red Crescent, 1995.

CRAMER M., *The true cost of conflict*, Earthscan Publications, 1994.

“Humanitarian aid to Somalia”, Evaluation report, Netherlands Development Cooperation, 1994.

The international response to conflict and genocide: Lessons from the Rwanda experience, Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, March 1996.

ICRC, *Landmines must be stopped!*, Geneva, 1999 1998.

ICRC action on behalf of prisoners, Geneva, May 1998.

“Humanitarian values and response to crisis”, XXVIth International Conference of the Red Cross and Red Crescent, 1995.

ZOLBERG A. R., SUHRKE A., AGUAYO S., *Escape from violence, conflict and the refugee crisis in the developing world*, Oxford University Press, 1989.

使命

红十字国际委员会是一个公正、中立和独立的组织，其特有的人道使命是保护战争和国内暴力事件受难者的生命与尊严，并向他们提供援助。该组织负责指导和协调国际红十字与红新月运动在武装冲突局势下开展的救济行动。它还致力于通过促进和巩固人道法与普遍人道原则的方式预防苦难的发生。红十字国际委员会创立于1863年，它是国际红十字与红新月运动的发起者。

对于面对紧迫的大规模平民迁移、拥挤的监狱以及大量人员伤亡的医务人员而言，针对武装冲突受害者开展卫生保健项目常常是一种挑战。要应对武装冲突所造成的种种制约——特别是危险的状况和难于接触到那些急需帮助的人——也不是一件简单的事情。

H.E.L.P.课程将这一挑战作为公共卫生问题加以解决。课程分为数个单元，分别探讨：食物与营养、水与环境卫生、传染病防控、建设卫生保健机构、建立卫生保健体系、流行病学、紧急行动与发展工作间的联系以及实施国际人道法以保护战争受害者。

本手册详细阐述了课程的所有教学目标。所有目标均按照逻辑顺序排列，每个目标都与下一目标具有关联性。这使授课者能够全方位了解课程，理解所使用的教学方法，从而使其授课更为有效。

本手册由一组专家进行定期审查，检验课程的所有目标，并根据教学手段以及公共卫生发展策略的最新进展来评估其适用性。专家们还将确保课程的整体连贯性，使其适合解决一线工作中遇到的实际问题。



ICRC