世界卫生组织

第七十届世界卫生大会 **A70/28**

临时议程项目 **15.2** **2017 年 4 月 3 日**

公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案

总干事的报告

1. 2016 年 6 月，执行委员会在 EB139(1)号决定中要求总干事在会员国的充分参与下并与其它相关利益攸关方合作，制定含有清晰目标和具体目标的公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案，并通过执行委员会第 140 届会议提交第七十届世界卫生大会审议。本报告附件中载有涵盖 2017-2025 年的行动计划草案。

2. 2017 年 1 月，执行委员会第 140 届会议注意到本报告，并通过了 EB140(7)号决定。

协商过程

3. 在 2016 年 6 月，秘书处发起了以下协商过程，以便促进制定行动计划草案：

- 在 2016 年 7 月和 8 月与各区域办事处和世卫组织总部各相关部门开展内部协商，支持制定了公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划零草案；

- 从 2016 年 9 月 5 日到 10 月 15 日，举行了以网络为基础的磋商，征求会员国和非国家行为者对载有全球行动计划零草案的世卫组织讨论文件（2016 年 9 月 5 日版）的意见；同时，还在不同会议上出现机会时，向会员国及其它相关利益攸关方分发和提交了零草案；

- 2016 年 10 月 10 日，在世卫组织总部召开了会员国及其它相关利益攸关方的一次非正式协商会。

4. 协商过程后，收到了 79 个会员国和 34 个其它相关利益攸关方对零草案的书面和口头反馈意见。总体上，所有利益攸关方认为零草案是全面和有用的，并满足了一定的需要。收到了关于愿景、目标、行动领域、指标和具体目标的一些具体建议，在修订草案的过程中考虑了这些建议并酌情采取了行动。

背景、框架和协同作用

5. 公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案在概念和战略方面与世界卫生大会通过或认可的其它全球行动计划和战略具有密切的联系并以其作为基础，其中包括：《世卫组织 2013-2020 年精神卫生综合行动计划》[1]；《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》[2]；《世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划》[3]；《2016-2020 年老龄化与健康全球战略和行动计划》[4]；以及《卫生人力资源全球战略》[5]。本行动计划草案还参考了区域的行动计划，包括《世卫组织/泛美卫生组织 2015-2019 年老年痴呆症战略和行动计划》[6]。

6. 本行动计划草案建立在 2012 年世卫组织与国际阿尔茨海默氏病协会联合发表的关于痴呆作为一个公共卫生重点的报告[7]以及抗痴呆症全球行动首届部长级会议（日内瓦，2015 年 3 月 16 日和 17 日）[8]结果的基础上。它也与世卫组织全球痴呆症观察站的目标相一致，该观察站是目前正在建设中的监测和交流知识的平台，其目的除其它外，是为了加强与治疗和护理痴呆症相关的卫生系统与政策。

7. 遵照各国家和政府首脑于 2015 年 9 月在联合国大会上作出的承诺，即 2030 年可持续发展议程不会丢下任何人[9]，行动计划草案也对全球可持续发展目标以及联大关于确保让所有人平等和有尊严地充分发挥自己潜能的决心作出反响。《2030 可持续发展议程中的健康促进上海宣言》[10]也提供了发挥协同作用的机会。此外，在《残疾人权利公约》中，缔约国承诺制定、实施和监测促进和保护残疾人权利的政策、战略、立法及其它措施。根据《残疾人权利公约》，本计划草案包括适用于痴呆症患者的行动。

[1] 可自 http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[2] 可自 http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[3] 可自 http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[4] 可自 http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[5] 可自 http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[6] 可自 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087%3A2015-54th-directing-council&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=41537&lang=en 获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[7] 可自 http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。
[8] 见 http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/ministerial_conference_2015_report/en/和 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/action-on-dementia/en/（2017 年 3 月 8 日访问）。
[9] 联合国大会第 70/1 号决议。
[10] 在第九届全球健康促进大会上（中国上海，2016 年 11 月 21-24 日）由与会人员通过；见 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/（2017 年 3 月 8 日访问）。

行动计划草案的总体结构

8. 在范围上，行动计划草案是全球性的，是通过与世卫组织会员国、联合国系统各组织、包括非政府组织、私立部门实体、慈善基金会和学术机构在内的非国家行为者以及痴呆症患者、其护理者和家人协商制定的。根据 2030 年可持续发展议程，采用了综合性和多部门的方法，包括卫生部门和社会部门协调的服务，重点为促进痴呆症患者的福祉以及整体健康、预防、治疗、康复和护理。

9. 计划草案为会员国、秘书处以及国际、区域和国家级伙伴规定了明确的行动，并提出了可以用于评价实施、进展和影响总体程度的主要指标和全球目标。

10. 全球行动计划草案旨在提供指导，根据全民健康覆盖的原则和现有国家精神卫生、老龄化、非传染性疾病和残疾行动计划，制定和实施痴呆症方面的政策。行动计划草案旨在针对所有资源环境，处理卫生、社会及其它部门的应对行动以及促进和预防战略。

卫生大会的行动

11. 请卫生大会通过执行委员会在决定 EB140(7)中建议的决定草案。

附件

2017-2025 年公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案

全球形势概览

1. 痴呆症是若干疾病的统称，多数为渐进性的疾病，影响记忆力、其它认知能力和行为，并严重干扰一个人维持日常生活活动的能力。阿尔茨海默氏病是痴呆症最常见的形式，可能占病例数的 60-70%。其它主要形式包括血管性痴呆、路易体痴呆和一组导致额颞叶痴呆的疾病。不同形式的痴呆之间界限并不分明，混合形式的痴呆常同时存在。

2. 在 2015 年，全世界有 4700 万痴呆症患者（约占世界老年人口的 5%）。预计患者人数将在 2030 年增加到 7500 万人，到 2050 年增加到 1.32 亿人。据最近的审查估计，全球每年有近 990 万新增病例，相当于每 3 秒钟就有一例新增病例。近 60%的痴呆症患者目前生活在低收入和中等收入国家，而且多数新增病例（71%）预计将出现在这些国家[1,2]。

3. 至关重要的是，虽然年龄是形成痴呆的最重要已知风险因素，但痴呆并不是老龄化不可避免的后果。此外，痴呆症并不单纯影响老年人，因为有多达 9%的病例在年轻时患上痴呆症（即在 65 岁之前出现症状）[3]。有些研究表明，认知障碍的形成与其它非传染性疾病共同具备的生活方式相关风险因素之间存在关联。这些风险因素包括缺乏身体活动、肥胖症、饮食不平衡、使用烟草、有害使用酒精、糖尿病以及中年期高血压等。痴呆症较为特有的其它可能可以改变的风险因素包括中年期抑郁症、受教育程度较低、与社会隔离以及缺乏认知活动。此外，存在不可改变的基因风险因素，会使一个人罹患痴呆症的风险加大[4]。还有证据显示，罹患痴呆症的妇女在总体上比男人要多[3]。

[1] 世界卫生组织。痴呆症的流行病学和影响：现状和未来趋势。日内瓦；世界卫生组织，2015 年，文件 WHO/MSD/MER/15.3，可自 http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf 获取，2017 年 3 月 8 日访问）。

[2] Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu Yutzu, Prina M。2015 年世界阿尔茨海默氏病报告。痴呆症的全球影响：流行率、发病率、费用和趋势分析。伦敦：国际阿尔茨海默氏病协会，2015 年。

[3] 国际阿尔茨海默氏病协会和世卫组织。痴呆症：一项公共卫生重点。日内瓦：世界卫生组织；2012 年（http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/，2017 年 3 月 8 日访问）。

[4] Loy CT, Schofield PR, Turner AM, Kwok JBJ。痴呆症的基因问题。《柳叶刀》，2014 年，383(9919):828-40. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60630-3。

4. 痴呆症是世界各地老年人残疾和依赖他人的一个主要原因，不但对个人，而且对其护理者、家庭、社区和社会都造成显著影响。痴呆症占非传染性疾病导致的残疾调整生命年的 11.9%[1]。鉴于全球预期寿命的提高，预计该数字还将进一步上升。

5. 痴呆症导致政府、社区、家庭和个人承担的费用增加，并造成经济生产力的损失。

- 在 2015 年，痴呆症的费用[2]估计达 8180 亿美元，相当于全球各国国内生产总值的 1.1%，范围从低收入和中等收入国家的 0.2%到高收入国家的 1.4%。到 2030 年，全世界痴呆症患者的护理费用估计将达 2 万亿美元，这可能会破坏全球社会和经济发展并使卫生和社会服务设施，尤其包括长期护理系统，不堪重负[3]。

- 痴呆症患者及其家庭面临卫生保健和社会护理以及减少或失去收入造成的巨大经济影响。在高收入国家，与痴呆症有关的费用由非正规护理费（45%）和社会护理费（40%）分摊。对比之下，在低收入和中等收入国家，社会护理费（15%）与非正规护理费相比微不足道 [3]。在低收入和中等收入国家，痴呆症病例数预计将过多地增长，这将进一步加剧国家以及人群之间的不平等。

6. 目前，痴呆症的预防、治疗和护理需求与这些服务的实际提供之间存在巨大差距。世界各地对痴呆症都诊断不足，而且如果做出诊断，通常已是病程较晚阶段。痴呆症患者的长期护理途径（从诊断到生命终结），如果不是完全没有，也常常是零散的。对痴呆症常常缺乏认识和了解，从而造成歧视以及诊断和护理方面的障碍。痴呆症患者在社区和护理院常常被剥夺人权。此外，痴呆症患者并不总能参与决策程序，他们的意愿和护理选择也常常被忽视。

7. 据世卫组织和世界银行估计，到 2030 年全球将需要 4000 万新的卫生保健和社会护理岗位并需要增加约 1800 万卫生工作者，主要是在资源匮乏的环境中，以便实现范围广泛的必要卫生服务的高度和有效覆盖。在应对痴呆症问题方面，扩大具有适当技能组合的卫生保健和社会护理工作队伍以及可得的干预措施和服务，对预防、诊断、治疗和护理痴呆症患者将是至关重要的。

---

[1] Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M。2014 年世界阿尔茨海默氏病报告。痴呆症以及减少风险：保护性因素和可变风险因素分析。伦敦：国际阿尔茨海默氏病协会，2014 年（http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf，2017 年 3 月 8 日访问)。

[2] 医疗和社会护理直接费用以及非正规护理的费用。

[3] Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu Yutzu, Prina M。2015 年世界阿尔茨海默氏病报告。痴呆症的全球影响。流行率、发病率、费用和趋势分析。伦敦：国际阿尔茨海默氏病协会，2015 年。

愿景、目标和交叉原则

愿景

8. 行动计划草案的愿景是建设一个可以预防痴呆症的世界，痴呆症患者及其护理者都能过上好日子并得到必要的关爱和支持以便有尊严、受尊重、自主和平等地发挥其潜能。

目标

9. 公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案的目标是要改善痴呆症患者、其护理者和家人的生活，同时减轻痴呆症对他们以及社区和国家的影响。

交叉原则

10. 行动计划草案以下述**七项交叉原则**为基础。

(a) **痴呆症患者的人权。**根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书，各项政策、计划、立法、规划、干预措施和行动应当对痴呆症患者的需求、期望和人权保持敏感。

(b) **增强痴呆症患者及其护理者的权能和参与。**应当增强痴呆症患者、其护理者和代表他们的组织的权能并使他们参与痴呆症的宣传、政策、计划制定、立法、服务提供、监测和研究。

(c) **为痴呆症减少风险和进行护理方面基于证据的做法。**基于科学证据和/或最佳做法，必须制定为痴呆症减少风险和进行护理方面的战略和做法，这些战略和做法应当以人为本，经济有效，可持续和可负担，并考虑到公共卫生原则和文化因素。

(d) **公共卫生领域应对痴呆症方面的多部门合作。**要全面和协调地应对痴呆症，就需要所有利益攸关方之间的合作以便加强预防，减少风险，并改进诊断、治疗和护理。要实现这种合作，就要求在政府层面上由卫生（包括使现有非传染性疾病、精神卫生和老龄化工作统一方向）、社会服务、教育、就业、司法和住房等方面的所有相关公立部门以及民间社会和私立部门相关实体的伙伴关系一起参与工作。

(e) **针对痴呆症的全民健康和社会护理覆盖。**设计和实施达到全民健康覆盖的卫生规划，必须包括经济风险保护，并确保所有痴呆症患者及其护理者都必须能够公平地获得范围广泛的宣传、预防、诊断和护理服务，包括姑息疗法、康复和社会支持。

(f) **公平性。**公共卫生领域应对痴呆症的所有工作都必须支持性别平等，对性别问题敏感，并考虑到每个国家特有的所有脆弱状况，同时与 2030 年可持续发展议程保持一致，其中认识到必须加强脆弱人群的权能，其中包括残疾人、老年人和移民。

(g) **适当注意痴呆症的预防、治疗和护理。**实现该重点的步骤包括利用现有知识和经验来改进预防，减少风险，加强对痴呆症患者及其护理者的关爱和支持，并产生新的知识，争取发现改变疾病的治疗或治愈方法、减少风险的有效干预措施和创新的护理模式。

为会员国、秘书处以及国际、区域和国家伙伴建议的行动和目标

11. 有效实施公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案，将需要会员国、秘书处以及国际、区域、国家和亚国家伙伴采取行动。根据国情，这些伙伴包括，但不局限于：

- 开发机构，包括国际多边机构（例如经合组织、联合国各开发机构和世界银行）、区域机构（例如区域开发银行）、亚区域政府间机构和双边发展援助机构；
- 学术和研究机构，包括世卫组织精神卫生、老龄化、残疾、人权和健康问题社会决定因素合作中心网络及其它相关网络；
- 民间社会，包括痴呆症患者、其护理者、家人、代表他们的协会以及其它相关组织；
- 私立部门、健康保险公司和媒体。

12. 这四类团体的作用常常重叠并可包括管理、卫生保健和社会护理服务、痴呆症的宣传与预防以及信息、证据和研究方面跨领域的众多行动。以国家为基础评估不同伙伴的需求和能力，对明确利益攸关方团体的作用和行动将是至关重要的。

13. 全球行动计划草案规定了全球应当实现的目标。每个会员国考虑到本国国情，在全球目标的指导下规定本国的目标。每个会员国也将决定如何把这些全球目标调整用于国家的计划、程序（包括数据收集系统）、政策和战略。

14. 行动计划草案认识到每个会员国在这些行动领域开展实施工作时面临特定的挑战，因此建议了一系列行动，每个会员国将需要根据国情调整使用。

行动领域

15. 计划草案由**七个行动领域**组成，这些领域构成作为基础的结构框架：

1. 把痴呆症作为一项公共卫生优先重点
2. 对痴呆症的认识和关心程度
3. 减少痴呆症风险
4. 痴呆症的诊断、治疗、护理和支持
5. 对痴呆症护理人员的支持
6. 痴呆症方面的信息系统
7. 痴呆症研究与创新

行动领域 1：把痴呆症作为一项公共卫生优先重点

16. 鉴于直接或间接受痴呆症影响的人口范围以及该病的复杂性，需要就痴呆症提出整个政府和众多利益攸关方广泛参与的公共卫生方针。该方针将促使卫生保健和社会护理系统（公立和私立部门）及其它政府部门作出全面反应，调动痴呆症患者、其护理者及其它相关利益攸关方和合作伙伴的参与。

17. **理由。**通过综合性的多部门举措制定和协调政策、立法、计划、框架和综合护理规划，将在每个国家的背景下支持承认和处理痴呆症患者复杂的需求。这种举措符合全民健康覆盖的原则以及《残疾人权利公约》中概述的标准。

18. **全球目标 1**：到 2025 年，75%的国家将已制定或更新国家痴呆症政策、战略、计划或框架，可以是独立的，或者纳入其它政策/计划[1]。

为会员国建议的行动

19. 制定、加强和实施国家和/或亚国家痴呆症应对战略、政策、计划或框架，无论是作为独立的文书或者纳入为非传染性疾病、精神卫生、老龄化和残疾计划的其它行动（或同等情况）。应当与痴呆症患者及其它相关利益攸关方协商，在这些工作中考虑到痴呆症患者的公平待遇、尊严和人权，并支持护理人员的需求。

20. 根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书的目标，促进对痴呆症患者人权的保护、他们的意愿和选择以及相关立法的实施情况进行监测的机制。这些机制包括法律能力、自我决定、辅助决策，授权委托以及在卫生机构和社区中保护避免遭受剥削和虐待等方面概念的保障措施。

21. 在卫生部（或对等机构）内设立一个负责痴呆症问题的归口联络点、单位或功能性部门或者负责非传染性疾病、精神卫生或老龄化问题的实体内的一个协调机制，以便确保可持续的资金供应，在制定痴呆症战略计划、开展实施、多部门合作机制、服务评价、监测和报告方面有明确的责任分工。

22. 调拨与确认的服务需求相对称的可持续财力资源以及实施国家痴呆症计划和行动所需的人力及其它资源，并建立机制追踪痴呆症在卫生部门、社会部门以及教育和就业等其它相关部门中的开支情况。

为秘书处建议的行动

23. 向会员国提供技术支持、工具和指导，并加强以下方面的国家能力；

- 在制定、加强和实施以证据为基础的国家和/或亚国家痴呆症应对战略或计划以及相关的多部门资源计划、预算和开支跟踪方面，卫生部及其它相关部门的领导作用；

[1] 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

- 支持国家和国际伙伴并建立或加强国家参考中心、世卫组织合作中心和分享知识的网络，评价和实施符合会员国需求和能力的以证据为基础的方案，并评估痴呆症公共政策对健康的影响；

- 在痴呆症规划与涉及非传染性疾病、老龄化、精神卫生和卫生系统的规划之间以及与服务的提供和程序之间进行协调，确保最大程度的协同作用以及现有资源和新资源的最佳使用。

24. 汇总和分享涉及痴呆症的现有政策文件的知识和最佳做法，包括根据《残疾人权利公约》及其它国际和区域人权文书监测人权保护和法规实施情况的行为守则和机制。

25. 在国际、区域和国家层面上促进和支持与国家的合作和伙伴关系，开展多部门行动应对痴呆症，并与全民健康覆盖的原则达成一致。合作和伙伴关系应当包括所有相关部门：卫生、司法和社会服务部门、民间社会、痴呆症患者、护理人员和家庭成员以及联合国系统各组织、联合国机构间团体和政府间组织。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

26. 创建和加强痴呆症患者、其家人和护理人员的协会与组织，并促使它们与现有的残疾人（或其它）组织合作，作为痴呆症预防和治疗工作中的伙伴。

27. 在改革与痴呆症相关的卫生和社会法律、政策、战略、计划和规划方面，动员和积极参与代表痴呆症患者、其护理者、卫生工作者和政府当局的各协会之间的对话，并明确重视痴呆症患者及其护理者的人权以及他们的权能、参与和融入。

28. 支持制定和运用国家痴呆症政策、立法、战略和计划，并支持确立痴呆症患者及其护理者的正式作用和权威，以便影响痴呆症相关政策、法律和服务的设计、计划和实施过程。

行动领域 2：对痴呆症的认识和关心程度

29. 有一种常见的错误见解，认为痴呆症是老龄化自然和不可避免的部分，而不是一种疾病过程，从而造成阻碍诊断和护理的障碍。缺乏认识还会引起对罹患痴呆症的恐惧，并导致污名和歧视。此外，痴呆症患者在社区和护理院常常被剥夺人权。

30. 痴呆症宣传规划应当促进对痴呆症以及作为临床疾病的各种亚类有准确的认识，减少与痴呆症相关的污名和歧视，教育人们了解痴呆症患者的人权和《残疾人权利公约》，增强一般民众识别痴呆症早期症状和体征的能力，并加强公众对痴呆症相关风险因素的了解，从而促进所有人健康的生活方式以及减少风险的行为。

31. 关心痴呆症问题的社会具备包容和方便生活的社区环境，为所有人提供健康、参与和安全的最佳机会，以便确保痴呆症患者、其护理者和家人的生活质量与尊严。关心痴呆症行动的共同主要方面包括保障痴呆症患者的人权，应对与痴呆症相关的污名，促进痴呆症患者更大程度地参与社会，以及支持痴呆症患者的家人和护理者。与关心痴呆症的概念有密切关联的是，社会也要关爱老年人。关爱老年人和痴呆症患者的行动都应当考虑到，相当多的老年人独居，而且有时非常孤独。

32. 针对文化背景和社区特定需求的痴呆症宣传运动和关心痴呆症的规划，可以促进强化卫生和社会方面的结果，反映痴呆症患者的意愿和选择，并为痴呆症患者、其护理者和更广泛的社区提高生活质量。

33. **理由。**通过提高公众对痴呆症的认识、接受程度和了解并促进关心痴呆症的社会环境，痴呆症患者能够参与社区活动并通过改进社会参与达到最高程度的自主性。

34. **全球目标 2.1**：到 2025 年，100%的国家将至少有一项正常运转的痴呆症问题公众认识宣传运动，以便形成包容痴呆症的社会[1]。

35. **全球目标 2.2**：到 2025 年，50%的国家将至少有一项关心痴呆症的行动，以便形成包容痴呆症的社会[1]。

为会员国建议的行动

36. 与痴呆症患者、其护理者和代表他们的组织、媒体及其它相关利益攸关方合作，组织国家和地方上针对特定社区和文化的公共卫生宣传运动和提高认识的运动。这种合作行动将提高一般公众对痴呆症的准确了解，减少污名，破除迷信，促进尽早诊断，并强调需要采取性别和文化方面适当的应对措施，承认痴呆症患者的人权并尊重他们的自主性。

[1] 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

37. 支持改变社会和建筑环境的所有方面，包括提供设施、物品和服务，以便使环境对老年人和痴呆症患者更加包容和方便，并以符合痴呆症患者及其护理者的需求以及促进参与、安全性和包容性的方式促进尊重和接受。

38. 制定适合相关环境的规划，使社区以及公立和私立部门了解痴呆症患者及其护理者的经历，从而鼓励关心痴呆症的态度。把不同的社区群体和利益攸关方群体作为目标，包括但不局限于：学校的学生和老师、警察、救护人员、消防员、交通服务、财政服务及其他公共服务提供者、教育和宗教组织以及志愿者。

为秘书处建议的行动

39. 向会员国提供技术支持并加强以下方面的全球、区域和国家能力：

- 把痴呆症患者、其护理者以及代表他们的组织包括在世卫组织自身程序内以及与他们有关问题的决策中，并让他们参与决策；

- 在提高认识和减少对痴呆症患者污名和歧视方面，选择、形成、实施和传播最佳做法。

40. 在世卫组织关爱老人城市和社区的全球网络及其专门网站的基础上[1]，通过记录和评价关心痴呆症的现有行动，整合关心痴呆症的行动并创建联系，以便发现证据说明在不同背景下有哪些措施能发挥作用，并传播这种信息。

41. 促进认识和了解痴呆症、痴呆症患者的人权以及家人和/或其他护理者的作用，并维持和加强与代表痴呆症患者及其护理者的组织的伙伴关系。

42. 为会员国制定指导，说明如何实施、监测和评价关心痴呆症的行动。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

43. 鼓励所有利益攸关方参与以下方面：

- 提高对痴呆症社会和经济方面影响程度的认识；

- 在制定和加强服务支持痴呆症患者自主性的各方面工作中包括痴呆症患者、其护理者和家庭；

[1] https://extranet.who.int/agefriendlyworld/（2017 年 3 月 8 日访问）。

- 保护和促进痴呆症患者的人权，并支持其护理者和家庭；
- 纠正脆弱人群中的不公平现象。

44. 确保更广泛社区的活动中包括痴呆症患者，并通过强化他们的自主性来促进文化、社会和民事参与。

45. 共同制定和实施一切有关规划，提高关于痴呆症的认识并使社区更加关心和包容痴呆症问题。

行动领域 3：减少痴呆症风险

46. 越来越多的证据表明，痴呆症与非传染性疾病和生活方式相关风险因素之间存在相互关系。这些风险因素包括缺乏身体活动、肥胖症、饮食不平衡、使用烟草、有害使用酒精、糖尿病以及中年期高血压。此外，其它可能可以改变的风险因素是痴呆症更为特有的，包括与社会隔离、受教育程度较低、缺少认知活动以及中年期抑郁症。从儿童期开始并延伸到整个生命，降低个体和人群与这些可能可以改变的风险因素接触的程度，可以加强个体和人群的能力，以便做出更健康的选择并采用有利于健康的生活方式。

47. 日益增长的共识是，以下措施具有保护作用并可以减少认知能力下降和出现痴呆症的风险：增加身体活动，预防和减少肥胖症，促进平衡和健康的饮食，戒除使用烟草和有害使用酒精，社会参与，促进激发认知能力的活动和学习，以及预防和管理糖尿病、高血压和抑郁症，尤其是在中年期。

48. **理由。**通过提高卫生保健和社会护理专业人员的能力以便向一般大众提供以证据为基础、多部门、性别和文化方面适当的干预措施，并对痴呆症与其它非传染性疾病共同的可变风险因素开展教育和积极的管理，就可以减少形成痴呆症的风险或者延迟其发展。

49. **全球目标 3：**在减少风险方面已实现《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》和今后任何修订案中规定的相关全球目标，并作了报告[1]。

[1] 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划，可自 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf 获取（2017 年 3 月 8 日访问）。

为会员国建议的行动

50. 促进身体活动、健康和平衡的饮食，在相关部门中把痴呆症与减少非传染性疾病风险和健康促进的其它规划、政策和宣传运动结合起来。具体行动包括根据平衡预防与护理的原则，管理肥胖症患者的体重，戒除使用烟草和有害使用酒精，接受正式教育以及开展有益心理健康的活动和终身的社会参与。

51. 尤其在初级卫生保健系统内，为卫生专业人员制定、提供和促进以证据为基础并对年龄、性别、残疾和文化敏感的干预措施及培训，以便在开展减少风险的咨询活动时改进这些人员的知识和做法，并积极管理痴呆症可变风险因素。随着出现新的科学证据，要作为常规更新这些干预措施。

为秘书处建议的行动

52. 与 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划规定的行动相联系，在以下方面提供技术支持并加强全球、区域和国家能力：

- 提高对痴呆症与其它非传染性疾病之间联系的认识；
- 把减少和控制痴呆症可变风险因素纳入国家卫生计划制定程序和发展议程；
- 支持形成和实施用于减少痴呆症风险的多部门循证干预措施。

53. 加强证据基础并分享和传播证据，以便通过提供关于痴呆症风险因素普遍性和减少风险因素后果的现有证据数据库，支持减少可能可以改变的痴呆症风险因素的政策干预措施。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

54. 鼓励所有利益攸关方参与以下活动：

- 在国家、区域和国际层面上促进对年龄具有包容性、注重性别平等和以公平性为基础的人口健康战略并使其主流化，支持包括痴呆症患者及其护理者和家人在内的所有人采用有益身心健康和积极参与社交的生活方式；

- 采取已表明能够尤其在中年期减少痴呆症风险的特定行动；
- 通过诸如交流关于以证据为基础的最佳做法的信息和传播研究结果等方法，支持国家预防和控制非传染性疾病的整体工作，尤其是涉及痴呆症的工作。

行动领域 4：痴呆症的诊断、治疗、护理和支持

55. 在后期，痴呆症涉及复杂的需求以及高度的依赖性和病态，需要一系列卫生保健和社会护理，包括长期护理服务。而且，较不容易诊断出痴呆症患者的合并症并得到管理这些合并症所需的护理和支持，但如不进行治疗，可以造成加速恶化。他们需要的服务包括病例发现、诊断、治疗（包括药物和社会心理治疗）、康复、姑息疗法/临终护理及其它支持，例如家政服务、交通、食品以及提供包括有意义活动的日常安排。

56. 应当增强痴呆症患者的权能，使他们能够生活在社区中，并按自己的意愿和选择接受护理。为了确保痴呆症患者能够保持与其基本权利、基本自由和人的尊严相符的身体功能水平，他们需要以人为本、可获得和可负担的综合卫生保健与社会护理，包括长期护理。长期护理涵盖所有活动，无论是由卫生、社会或姑息护理服务提供的，还是关心痴呆症的环境产生的。姑息护理是痴呆症患者连续护理的一个核心组成部分，从诊断开始，直到生命终结以及家人和护理者的居丧阶段。姑息护理为痴呆症患者及其护理者提供身体、社会心理和精神支持，包括支持事先制定护理计划。

57. 在组织和发展卫生保健和社会护理方面，包括痴呆症的长期护理系统，行动计划草案提出了一些原则。在从诊断到生命终结的连续过程中提供可持续的护理，需要：及时的诊断，把痴呆症治疗和护理纳入初级保健，不同服务提供者和各级系统之间卫生保健和社会护理（包括长期护理）的协调连续性，以及有偿和无偿护理人员之间的多学科协作和积极合作。制定计划应对人道主义突发事件和从中恢复时，必须确保广泛地为痴呆症患者提供个别支持和社区社会心理支持。

58. 需要经过充分训练和合格的人力来提供这些干预措施。从最初出现痴呆症症状直到生命结束时，不同护理提供者，众多部门和各级系统之间护理的连续性以及有偿和无偿护理人员之间的积极合作是至关重要的。在痴呆症患者生活的所有环境中，包括住所、社区、辅助生活设施和养老院，直到医院和安养院，都需要基于证据和以人为本的综合护理。工作队伍和服务设施的技能和能力常常面临痴呆症患者复杂需求的挑战。

59. **理由。**可以通过在文化方面适当、以人为本、以社区为基础的综合卫生保健、社会心理护理、长期护理和支持，以及在适当时，家人和护理人员的努力，满足痴呆症患者的需求和选择，并尊重他们从诊断直到生命终结的自主性。

60. **全球目标 4**：到 2025 年，在至少 50%的国家中，痴呆症患者的估计人数中最少有 50%得到诊断[1,2]。

为会员国建议的行动

61. 制定有效和协调的痴呆症患者护理途径，并将其纳入卫生保健和社会护理系统（包括长期护理），以便在需要时提供以人为本的综合护理。这种途径应当提供优质护理和管理，把众多服务结合成一个无缝的整体，其中包括初级卫生保健、家庭护理、长期护理、专科医疗、康复和姑息治疗服务、家政服务、食品和交通服务、其它社会福利服务以及有意义的活动，从而加强痴呆症患者的能力和身体功能。

62. 加强卫生工作队伍中一般和专科人员的知识和技能，以便提供以证据为基础、在文化方面适当以及注重人权的卫生保健和社会护理，包括痴呆症患者的长期护理服务。（机制可以包括与管制机构等重要利益攸关方合作，在本科生和研究生医学和辅助医疗培训中以及所有卫生保健和社会护理专业人员的继续培训规划中教授痴呆症诊断、治疗和护理方面的核心能力。）要为这些专业人员的在职培训专门制定预算和提供资源，或者在特定的规划中包括此类预算和资源。

63. 通过以下方面提高临终护理的质量：把晚期痴呆症视为需要姑息疗法的病症；促进关于为所有痴呆症患者事先计划护理的认识，以便记录他们在临终时的意愿；使用有效的临终途径，确保痴呆症患者的价值观和选择得到尊重，并在他们选中的地方接受护理；以及为卫生保健专业人员和姑息疗法专家提供培训。

64. 要有条理地把护理场所从医院转向以社区为基础的护理环境以及以社区为基础的多学科网络，该网络融合社会和卫生系统并提供高质量的护理和以证据为基础的干预措施。

65. 加强获取一系列以人为本、注重性别平等、在文化方面适当和有针对性的服务，包括与当地非政府组织及其它利益攸关方联络，以便提供信息，增强痴呆症患者的权能，使他们做出关于自身护理的知情选择和决定。从最初出现症状直到生命终结时，尊重他们的权利和选择，并在痴呆症患者、其家人、护理者和服务提供者之间促进积极合作。

[1] 得到诊断的所有患者都应在诊断后获得适当的卫生保健和社会护理

[2] 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

为秘书处建议的行动

66. 向会员国提供技术支持，记录和分享以证据为基础的服务提供和护理协调方面的最佳做法，并支持会员国根据全民健康覆盖的原则发展痴呆症护理途径。

67. 为现场卫生保健和社会护理工作者制定和实施指南、工具和培训材料，例如涵盖痴呆症方面核心能力的示范培训课程。支持会员国制定痴呆症人力资源战略，包括确认卫生保健和社会护理工作者的空白、具体需求和培训要求，以及关于从诊断直到生命终结提供以人为本的综合长期护理的本科生和研究生教育。

68. 提供指导，加强实施世卫组织精神卫生差距行动规划[1]中关于痴呆症的部分，以便强化现有人力资源和培训更多的人员，并加强通过初级卫生保健提供高质量护理和以证据为基础的干预措施的能力。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

69. 支持痴呆症患者及其家人和护理者，例如通过制定痴呆症和现有服务方面以证据为基础并方便使用的信息和培训工具以便及时进行诊断和强化持续提供长期护理，或者通过设立全国求助热线以及在地方层面上提供信息和意见的网站。

70. 支持培训卫生保健和社会护理人员，为痴呆症患者提供以证据为基础的治疗和护理，具体做法是发展与需求相关的培训，支持教学机构修订课程的内容以便对痴呆症给予更高的重视，并确保痴呆症患者酌情参与制定和提供教育与培训。

71. 促进以社区为基础的康复，作为推动和支持痴呆症患者保护自身自主性和权利的有效战略，并确保痴呆症患者在关于诊断、治疗和护理的所有讨论中保持核心地位。

行动领域 5：对痴呆症护理人员的支持

72. 可以根据与痴呆症患者的关系和护理贡献界定护理人员。许多痴呆症护理者是亲属或远房亲戚，但好友、邻居和有偿业余工作者或志愿者也可以履行护理责任。护理人员参与为痴呆症患者提供“亲自动手”的护理和支持，或者在组织其他人提供护理方面发挥显著作用。护理者常常与痴呆症患者很熟悉，因此很可能具备对该痴呆症患者的了解和

[1] 见 http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/（2017 年 3 月 8 日访问）。

信息，而这种了解和信息对制定以需求为基础的有效个性化治疗和护理计划是至关重要的。因此，护理人员应当被视为在所有环境中根据痴呆症患者的意愿和需求计划和提供护理方面必不可少的伙伴。

73. 应当注意到，作为痴呆症患者的护理者，可能会影响该护理者的身心健康以及福祉和社会关系。卫生系统必须考虑两方面的问题，即痴呆症患者需要其他人提供的大量帮助，以及对护理者和家人的显著影响，包括经济影响。护理者应当能够获得针对他们需求的支持和服务，以便有效应对和管理护理角色在身心和社会方面的压力。

74. **理由。**为护理人员创建和实施提供多部门护理、支持和服务的手段，将有助于满足护理人员的需求，并防止他们的身心健康和社会福祉出现下降。

75. **全球目标 5：**到 2025 年，75%的国家为痴呆症患者的护理人员和家人提供支持和培训规划[1]。

为会员国建议的行动

76. 提供以证据为基础和便于获得的信息、培训规划、喘息式服务以及专门针对护理人员需求的其它资源，以便提高知识和护理技能，例如应对挑战性的行为，使痴呆症患者能够在社区中生活，并防止护理人员出现压力和健康问题。

77. 为卫生保健和社会护理人员提供培训规划，以便发现和减少护理人员的压力并避免造成身心疲惫。

78. 在就业等方面，形成或加强对护理人员的保护，例如社会福利和残疾人福利、反对歧视的政策和立法等，并在超出他们护理作用之外的所有环境中为他们提供支持。

79. 使护理人员参与制定护理计划，并重视痴呆症患者及其家庭的意愿和选择。

为秘书处建议的行动

80. 关于护理人员在痴呆症患者生活中的重要性，形成证据并进行陈述，同时承认对妇女造成过大的影响，并向会员国提供技术支持，监测支持护理者的服务可得性方面的趋

[1] 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

势。采用多部门的方法，支持会员国为护理者形成以证据为基础的信息、培训规划和喘息式服务，并促进对结果的衡量。

81. 通过把因特网与移动电话技术等信息和通讯技术（例如世卫组织的 iSupport[1]）用于教育、技能培训和社会支持，促进获得以证据为基础和可负担的资源，使护理人员能够提高知识和护理技能，减轻情感压力并改进应对能力、自我效能和健康。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

82. 提高对护理者和家人在痴呆症患者生活中的参与及其结果的认识，保护他们避免歧视，以注重性别平等的方式支持他们继续提供护理的能力，并增强护理者的权能，使他们有机会发展自我宣传技能以便应对获取卫生保健和社会护理（包括长期护理服务）方面的具体挑战。

83. 协助开展适当的培训规划：使护理者和家庭在痴呆症整个进程中强化知识和护理技能；并采取以人为本的方法促进痴呆症患者的尊严和福祉。

行动领域 6：痴呆症方面的信息系统

84. 在人口层面上对一套痴呆症核心指标进行系统的常规监测，可以提供必要的数据以便指导以证据为基础的行动，改进服务并衡量实现国家痴呆症政策的进展情况。通过建设和/或加强痴呆症信息系统，就能够改进痴呆症患者、其护理者和家人的功能轨迹。但是，这将需要在遵守现有管制框架的同时，在痴呆症患者每次接触卫生保健和社会护理系统时对卫生和行政数据进行的常规收集、记录、联系和分类共享方面做出显著改变。

85. **理由。**系统地监测和评价卫生保健和社会护理系统的使用情况，可以提供最佳可得证据，用于制定政策和提供服务，还可以在从减少风险到生命终结的连续过程中改进预防并为痴呆症患者加强护理的可得性和协调。

86. **全球目标 6：**到 2025 年，50%的国家通过本国卫生和社会信息系统，每两年作为常规收集一系列痴呆症核心指标的数据[2]。

[1] 世卫组织 iSupport：供痴呆症患者护理人员使用的电子规划（http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en/，2017 年 3 月 8 日访问）。

[2] 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

为会员国建议的行动

87. 按需要发展、实施和改进国家监测和监督系统，包括纳入现有卫生信息系统的登记册，以便提高关于痴呆症的高质量和多部门信息的可得性。促进获得卫生保健和社会护理数据并调查汇总国家和区域层面上现有的服务设施和资源，以便在从减少风险到生命终结的连续护理过程中改进服务的提供和覆盖面。

88. 在衡量、收集和分享痴呆症卫生保健和社会护理数据方面，更新或创建支持性的政策或立法，并作为常规将该信息纳入国家卫生信息系统，以便促进关于痴呆症的常规报告。

89. 收集和使用关于本国痴呆症方面流行病学、护理和资源状况的必要数据，以便实施相关的政策和计划。

为秘书处建议的行动

90. 在会员国采取以下行动时，向它们提供技术支持：

- 发展和/或改革国家数据收集系统，包括卫生信息系统，以便加强痴呆症方面的多部门数据收集；

- 制定目标和指标，其中考虑到国家情况，但又与全球监测框架的指标和目标尽可能密切地达成一致，从而为系统收集、分析和使用痴呆症特定数据开展国家能力建设并提供资源。

91. 根据本行动计划制定一套核心指标，并在收集信息和促进使用这些数据来监测结果方面提供指导、培训和技术帮助。世卫组织全球痴呆症观察站提供了机制以便系统地监测和促进使用这些核心指标产生的数据，形成了一个数据和知识交流平台以便支持以证据为基础的服务计划，分享最佳做法，并加强痴呆症方面的政策以及卫生保健和社会护理系统。

92. 通过全球痴呆症观察站，向会员国提供技术支持，产生和提供信息，以便按需要监测全球、区域和国家目标。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

93. 向会员国和秘书处提供支持，制定工具并加强监测和信息系统的能力，以便收集关于痴呆症核心指标的数据，监测痴呆症患者、护理人员和家庭的卫生保健和社会护理以及支持性服务的使用情况，并促进对长期趋势的评估。

94. 倡导使痴呆症患者及其家人和护理者参与创建、收集、分析和利用痴呆症方面的数据。

行动领域 7：痴呆症研究与创新

95. 要降低痴呆症发病率并改善痴呆症患者的生活，研究和创新以及将结果转化为日常实践就是至关重要的。不仅必须为痴呆症方面的研究和创新提供资金和适当的基础设施，而且必须有机制协助在调查研究中适当征召痴呆症患者、其家人和护理者。痴呆症的研究与开发成本比其它治疗领域更高，因为成功率较低，研发时间较长，而且试验参与率较低；这种不利情况使该领域内的投资缺乏动力。需要开展研究，找到治愈痴呆症的方法，但也同样需要在预防、减少风险、诊断、治疗和护理方面，包括在社会科学、公共卫生和实施研究方面，开展研究。

96. 为了实施全球痴呆症研究议程，会员国之间以及与有关利益攸关方的协作，尤其是侧重于北南、南南和三角的合作，将在改进痴呆症患者的预防、诊断、治疗和护理方面加大全球有效进展的可能性。

97. 对痴呆症的预防、减少风险、早期诊断、治疗、护理和支持方面的创新卫生技术，出现了日益增长的关注和要求。这些创新的目的是改进知识、技能和应对机制，从而便利和支持痴呆症患者及其护理者的日常生活，并同时以基于证据并对年龄、性别和文化敏感的方式尤其满足确定的需求。

98. **理由。**成功实施与确定的研究重点相一致的痴呆症研究以及社会和技术创新，可以加大为痴呆症患者改进预防、诊断、治疗和护理方面有效进展的可能性。

99. **全球目标 7：**在 2017 年至 2025 年，全球痴呆症研究成果增加一倍[1]。

[1] 全球目标的指标和核实手段载于本附件的附录。

为会员国建议的行动

100. 与学术和研究机构合作，制定、实施和监测实现国家预防、诊断、治疗和护理痴呆症患者的研究议程；这项工作可以是独立的，或者纳入注重于在支持政策或实践的证据方面填补空白的相关研究规划。加强研究能力，在包括痴呆症患者在内的所有相关利益攸关方的参与下，开展国家痴呆症研究重点方面的学术合作。相关步骤可以包括：改进痴呆症和相关领域内的研究基础设施，加强研究人员开展高质量研究的能力，以及建立痴呆症研究方面的杰出中心。

101. 作为国家痴呆症应对工作的一个组成部分，增加用于痴呆症研究和创新卫生技术的投资并改进研究管理。尤其是，调拨预算用于促进以下项目：支持国家和国际合作研究；促进共享和公开提供研究数据；产生知识说明如何把已经了解到的痴呆症情况转变为行动；以及支持留住研究人才。

102. 促进发展技术创新，在设计和评价方面符合痴呆症患者、其护理者或面临罹患痴呆症风险者的身心和社会需求；这些创新包括但不局限于诊断、疾病监测和评估、辅助技术、药品、新的护理模式或预测/建模技术。

103. 根据国家对研究的伦理要求，促进公平的机会和可能性，使痴呆症患者及其护理者能够成为与他们有关的临床和社会研究的一部分。

为秘书处建议的行动

104. 制定全球研究议程并与会员国合作，通过把痴呆症研究纳入国家和亚国家痴呆症相关政策和计划，在该领域内加强和建设能力。倡导增加投资，用于生物医学和社会科学领域内的痴呆症研究、能力、方法与合作，其中包括通过世卫组织合作中心、世卫组织所有区域的国家以及民间社会组织的网络。

105. 使相关利益攸关方，包括痴呆症患者及其组织，参与制定和促进全球痴呆症研究规划，促进全球研究合作网络，并开展与疾病负担、减少痴呆症风险、治疗、护理、政策和服务评价等方面相关的多部门研究。通过系统地调查汇总国家研究投资情况和研究成果，促进国际合作和国家间交流研究技术专长、政策和实践。

106. 支持把技术创新纳入国家和亚国家关于痴呆症的政策与计划，并向会员国提供技术支持，发展和加强提供辅助技术和创新技术，以便最大程度地加强痴呆症患者的身体功能，尤其是在资源匮乏的环境中。

为国际、区域和国家伙伴建议的行动

107. 酌情支持会员国和秘书处，具体做法为合作确定痴呆症研究重点，促进增加政府投资，动员和增加财政支持，并以通俗易懂的语言向决策者、公众、痴呆症患者、其护理者和家人传播研究结果。

108. 倡导由痴呆症患者及其护理者参与新技术的应用研究、临床试验和评价，其中考虑到痴呆症患者及其护理者的不同生理情况、需求和选择。

109. 协助实施和评价创新的技术、基于社区的服务提供结构以及新的痴呆症护理概念。促进使用信息和通讯技术来改进规划的实施、健康结果、健康促进、监测以及报告和监督系统，并酌情传播痴呆症领域内关于可负担、经济有效、可持续和高质量的干预措施、最佳做法以及经验教训的信息。

110. 以可持续和具有成本效益的方式，在涉及痴呆症预防、减少风险、治疗和护理的所有方面加强国家的研究、开发和创新能力，其中包括加强机构能力以及创建研究奖学金和资助金。

附录

衡量实现公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划草案所规定目标进展情况的指标和核实手段

指标提供了措施，以便满足会员国为充分监测痴呆症政策和规划进展情况和结果所需的一系列信息和报告需求。由于目标是自愿采用和全球性的，并不一定期望每个会员国实现所有具体目标，但可以共同做出努力，在不同程度上实现这些目标。计划草案的行动领域 6 规定，秘书处将应要求在制定收集痴呆症指标数据的国家信息系统方面向会员国提供指导、培训和技术支持。世卫组织全球痴呆症观察站提供了机制，通过交换数据和知识的平台监测和便利数据的使用，以便支持制定以证据为基础的服务计划，共享最佳做法，并加强痴呆症方面的政策以及卫生保健和长期护理系统。目的是要利用现有信息系统，而不是创建新的或平行的系统。在全球行动计划实施阶段早期，将确立每项目标的基线。

行动领域 1：把痴呆症作为一项公共卫生优先重点	
全球目标	到 2025 年，75%的国家将已制定或更新国家痴呆症政策、战略、计划或框架，可以是独立的，或者纳入其它政策/计划。
指标	具备正常运转的国家痴呆症政策、战略、计划或框架，可以是专门针对痴呆症的独立文书，或者把痴呆症问题纳入其它相关政策、计划或战略（其中可以涉及精神卫生、老龄化、非传染性疾病和残疾等） 对联邦制国家，指标将是国内 50%或以上的州或省具备痴呆症政策或计划。
核实手段	是否实际存在政策或计划，其中包括由会员国根据国情调整的一系列拟议交叉原则和领域
备注/假设/理由	痴呆症政策或计划可以是独立的，或者纳入其它卫生、老龄化或残疾政策或计划。“正常运转”系指国家政策、战略、计划或框架在国内正在得到使用和实施，并为其规定了资金、资源和指令以便予以实施。 存在已达 10 年以上的许多政策和计划可能无法反映在治疗和护理痴呆症患者方面以证据为基础的做法和国际人权标准的最近事态发展。痴呆症护理的主要原则将与本计划草案的交叉原则和行动相一致。

行动领域 2：对痴呆症的认识和关心程度	
全球目标	**2.1** 到 2025 年，100%的国家将至少有一项正常运转的痴呆症问题公众认识宣传运动，以便形成包容痴呆症的社会。 **2.2** 到 2025 年，50%的国家将至少有一项关心痴呆症的行动，以便形成包容痴呆症的社会。
指标	**2.1** 过去一年中/在最近的调查阶段期间，具备至少一项大众媒体痴呆症宣传规划/运动（在全国范围的电视、广播、印刷媒体和/或广告牌上至少开展三周） **2.2** 具备至少一项关心痴呆症的行动和/或特别针对痴呆症问题的关爱老人行动，以便到 2025 年形成包容痴呆症的社会
核实手段	按项目逐个描述目前已实施的痴呆症宣传运动和关心痴呆症/老龄化问题行动的清单
备注/假设/理由	提高认识以及改变社会和实体环境，都很重要。通过宣传运动在个体基础上提高认识，并不一定能够像旨在改变实体和社会环境的规划那样产生更高程度的社会融入。 宣传运动可以而且最好应当涵盖人口层面上的全民战略（例如抵制痴呆症污名和歧视的大众媒体宣传运动）以及针对当地确定的脆弱人群的战略（例如老年人、妇女、受教育程度较低者以及吸烟者和少数民族等高危人群）。宣传运动的重点包括：促进对痴呆症及其作为临床疾病的各种亚类的准确了解，减少与痴呆症相关的污名和歧视，提高关于痴呆症患者人权和《残疾人权利公约》的知识，增强一般民众识别痴呆症早期症状和体征的能力，并加强公众对痴呆症相关风险因素的了解，从而促进所有人健康的生活方式以及减少风险的行为。 媒体在促进知识、舆论和行为方面具有重要作用，而且在对痴呆症的认识和了解方面可以对个人和决策者产生极为有力的影响。因此，大众媒体痴呆症宣传运动应当成为提高痴呆症认识的一个重要组成部分。 “关心痴呆症”的社会应当具有包容和方便生活的社区环境，为所有人的健康、参与和安全提供最佳机会，以便确保痴呆症患者及其家人和护理者的生活质量与尊严。关心痴呆症的各种行动共有的重要方面包括：保障痴呆症患者的人权，应对相关的污名，促进痴呆症患者及其护理者更大程度地参与社会，以及支持痴呆症患者在其社区中继续享受独立和充实的生活并为其护理者或家人提供支持。选择范围广泛的指标（即具备至少一项关心痴呆症的行动），是为了使范围广泛的结果尽可能扩大影响。成功实施关心痴呆症的行动，需要政府、民间社会和私立部门参与的多部门做法。

行动领域 3：减少痴呆症风险	
全球目标	实现《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》和今后任何修订案中规定并与其相符的相关全球目标。
指标	• 身体活动不足流行率相对减少 10% • 15 岁及以上人群目前使用烟草流行率相对减少 30% • 根据国情酌情将有害使用酒精至少相对减少 10% • 遏制糖尿病和肥胖的上升趋势 • 根据国家具体情况，使血压升高患病率相对减少 25%或者控制血压升高患病率 • 心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病的总死亡率相对降低 25% 以上是《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》[1]附录 2 中目前规定的指标
核实手段	根据《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的规定向世卫组织进行报告
备注/假设/理由	日益增长的共识是，以下措施具有保护作用并可以减少认知能力下降和出现痴呆症的风险：减少缺乏身体活动和肥胖的情况，戒除使用烟草和有害使用酒精，预防和管理糖尿病与高血压。 在《2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划》的九项全球自愿目标中，已确定有六项能够对减少痴呆症风险产生积极影响。

[1] 可自 http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/获取（2017 年 3 月 8 日访问）。

行动领域 4：痴呆症的诊断、治疗、护理和支持	
全球目标	到 2025 年，在至少 50%的国家中，痴呆症患者的估计人数中最少有 50%得到诊断。
指标	人口中利用卫生保健和／或社会护理系统并被诊断为痴呆症（所有病因）的痴呆症患者人数
核实手段	分子：一个国家中就诊并被诊断为痴呆症的痴呆症患者人数 分母：作为全球痴呆症观察站一部分由世卫组织计算，一个国家中以人口为基础估计的痴呆症患病率
备注/假设/理由	数据可以源自行政来源、电子档案和登记册。这将是一种相对的全球综合措施。 得到诊断的所有人都应当接受适当的护理以及卫生保健和社会护理服务的支持。

行动领域 5：对痴呆症护理人员的支持	
全球目标	到 2025 年，75%的国家为痴呆症患者的护理人员和家人提供支持和培训规划。
指标	为护理人员至少提供一项正常运转的国家支持或培训规划或者多项亚国家规划
核实手段	为护理人员目前实施的规划清单
备注/假设/理由	正常运转的规划界定为具有专门的财力和人力资源、实施计划和得到记录的进展或影响证据。 为护理人员提供的规划或支持类型可以包括喘息机会、咨询以及关于护理技能、非语言沟通和发展患者与护理者的关系等主题的教育培训。 对联邦制国家，指标将是国内 50%或以上的州或省具备至少一项覆盖全部地域的全省或全州性服务或规划。

行动领域 6：痴呆症方面的信息系统	
全球目标	到 2025 年，50%的国家通过本国卫生和社会信息系统，作为常规收集一系列痴呆症核心指标的数据，并每两年进行报告。
指标	作为常规收集已确认和商定的一套痴呆症核心指标，每两年进行报告（是 / 否）
核实手段	向全球痴呆症观察站进行常规报告并每两年提交一套痴呆症核心指标的数据
备注/假设/理由	痴呆症核心指标包括与本行动计划特定目标相关的指标，以及关于卫生和社会系统政策与资源的其它必要指标。数据必须按性别和年龄分类。在必要时，还可以开展调查来补充常规信息系统的数据。作为全球痴呆症观察站活动的一部分，可以从会员国收集一套痴呆症核心指标的数据，秘书处将就此向国家提供意见。

行动领域 7：痴呆症研究与创新	
全球目标	在 2017 年至 2025 年，全球痴呆症研究成果增加一倍。
指标	已发表的痴呆症研究文章数量（界定为在有索引并经同行审评的刊物中发表的研究文章）
核实手段	按来源国分类，每两年集中开展文献搜索
备注/假设/理由	本指标衡量与痴呆症相关的研究成果，界定为在有索引并经同行审评的刊物上发表的国家研究结果。 世卫组织将在全球和区域的基础上（作为世卫组织全球痴呆症观察站工作的一部分）收集、分析和报告数据。

与其它全球行动计划、战略和规划的联系[1]

- 联大关于预防和控制非传染性疾病问题高级别会议的政治宣言，可自：http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1 获取
- 2013-2020 年精神卫生综合行动计划，可自：http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/获取
- 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病全球行动计划，可自 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf 获取
- 世卫组织 2014-2021 年全球残疾问题行动计划，可自：http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/获取
- 泛美卫生组织。老年痴呆症战略和行动计划，可自：http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31496&Itemid=270&lang=en 获取
- 老龄化与健康全球战略和行动计划（2016-2020 年），可自：http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/获取
- 可持续发展目标，可自：http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/en/获取
- 世卫组织。衡量城市关爱老人的程度：核心指标使用指南，可自：http://www.who.int/kobe_centre/publications/AFC_guide/en/获取

与公共卫生领域应对痴呆症全球行动计划相联系的其它文件清单[1]

- 世卫组织。精神卫生差距行动规划，痴呆症诊断，可自：http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/q6/en/获取
- 世卫组织 iSupport：供痴呆症患者护理人员使用的电子规划，可自：http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en/获取
- 世卫组织。2014 年精神卫生地图集，可自：http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/获取

[1] 所有网站均于 2017 年 3 月 8 日访问。

- 世卫组织精神卫生系统评估文书，版本 2.2，可自：http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/获取
- 世卫组织。服务可得性和准备情况评估，可自：http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/获取
- 世卫组织有质量的权利工具包，可自：http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/获取
- 世卫组织。全球关爱老人城市：指南（2007 年），可自：http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf 获取
- 世卫组织。烟草使用知识概要：烟草使用与痴呆症，可自：http://www.who.int/tobacco/publications/mental_health/dementia_tks_14_1/en/获取
- 世卫组织老龄化人口创新问题全球论坛的报告（日本神户，2013 年 12 月 10-12 日和 2015 年 10 月 7-9 日），可自：http://www.who.int/kobe_centre/publications/GFIAP_report.pdf 和 http://www.who.int/kobe_centre/ageing/innovation-forum/gfiap2_report/en/和 http://www.who.int/kobe_centre/publications/gfiap_report/en/获取
- 世卫组织。2015 年关于老龄化与健康的全球报告，可自：http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/获取

= = =