



世界卫生组织

为完成在处理人际暴力尤其是对妇女和女童
以及儿童的暴力方面增强卫生系统的作用
全球行动计划的制定工作而举行的
会员国正式会议

A/VIO/INF./1

2015 年 10 月 20 日

日内瓦，2015 年 11 月 2-4 日

**在处理人际暴力尤其是对妇女和女童
以及儿童的暴力方面增强卫生系统的作用
全球行动计划**

**2015 年 8 月 31 日编写的载有全球行动计划初稿的
第二份讨论文件**

第 1 节：引言

1.1 范围

1. 2014 年 5 月第六十七届世界卫生大会通过了 WHA67.15 号决议，题为“加强卫生系统在应对尤其针对妇女和女童以及针对儿童的暴力问题方面的作用”¹。该决议要求总干事“根据当前世卫组织相关工作，在会员国充分参与下，并与联合国各组织合作，制定一份**全球行动计划**草案以便在国家多部门应对框架内加强卫生系统的作用以解决人际暴力，尤其是针对妇女和女童以及针对儿童的暴力，特别是适当重视卫生系统的作用”。

2. WHA67.15 号决议确定了全球行动计划的范围。全球行动计划的特别焦点是处理对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力，同时还提出针对各类人际暴力的共同行动。考虑到在冲突等人道主义危机环境中对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力问题更为严重，全球行动计划也处理了这些环境中存在的这类暴力问题。

3. 各种形式人际暴力都会导致不良健康结果，卫生系统应处理所有这些暴力。但特别需要注重处理对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力。某些类型的暴力源于社会认可的性别不平等和歧视现象，因此，尽管这些行为违反了女性人权，仍在社会上大行其道，使女性深受其害。结果，女性遭受羞辱和歧视，而这些暴力行为却往往不为人所知。很多时候，卫生机构以及其它机构反应迟缓，未能及时识别和应对这类暴力，或未能提供服务，或能力有限。过去，对妇女和女童的暴力行为在很大程度上未被纳入国家和国际统计及监控系统，直到最近情况才有所改观。在全球范围内，现已出现强大的政治动力，要求在卫生和发展议程中处理对妇女和女童的暴力行为，这为卫生系统进一步认识和应对此问题提供了机会(1)²。

4. 对包括青少年在内的儿童的暴力行为很普遍，侵犯了儿童人权。它造成终身影响，如健康不良，有害健康行为，遭受暴力并随后实施暴力等。在许多国家，暴力往往被视为一种可接受的管教孩子方式。对儿童的暴力往往不为外人所知，受虐儿童很少能够获得他们所需要的规划和服务。目前越来越多的人在关注对儿童的暴力问题，因此，可以利用这一机会提高认识和加强卫生系统的应对行动。

5. 显然应由各国政府负责处理人际暴力问题。处理这种暴力需要采取**多部门应对**行动，卫生部门需与其它部门并肩合作。作为联合国系统内卫生领域牵头机构，世卫组

¹ 见：http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_ACONF1Rev1-en.pdf。

² 2014 年国际人口与发展会议对行动纲领 20 年实施情况的审查结果表明了这一点。共有 176 个会员国参加了审查工作，其中 90% 的会员国强调它们将对妇女的暴力作为一项重点问题(1)。

织从公共卫生角度出发，制定了供各国政府执行的这一全球行动计划，其中特别侧重卫生系统的作用。

6. 卫生服务是处理人际暴力特别是对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力的一个合适切入点。与未遭暴力的妇女相比，遭受暴力的妇女可能会较多使用卫生服务，但她们很少会明确透露暴力是问题的根源⁽²⁾。卫生人员往往是暴力行为幸存者/受害者最先接触的专业人员，但他们往往并不知道背后的暴力行为。受虐儿童也经常接受卫生服务，但卫生人员并不知道其问题是暴力所致。因此，行动计划的重点是，确定**卫生系统**能够在与其它部门合作并在不影响多部门应对重要性的情况下开展什么工作。

7. 全球行动计划基于证据、最佳做法和世卫组织现有的技术指导。它提出了国家可以采取的用于加强卫生系统的一套实际行动，以解决人际暴力特别是对妇女和女童以及儿童的暴力问题。

8. 过去二十年期间，我们进一步获得了关于某些类型对妇女和女童的暴力行为发生率的证据。我们最近还积累了对儿童的暴力行为发生率证据。但仍然缺乏各种暴力行为许多方面的证据，处理这些暴力的研究和计划工作仍处于起步阶段。另外，用于解决对妇女和女童的暴力问题的政策和计划与用于解决对儿童的暴力问题的政策和计划已发展成为独立的领域。在卫生系统层面，伤害管理、创伤护理和精神卫生服务适用于所有形式的暴力，但需要采取特别干预措施减轻妇女和女童因遭受暴力而在性和生殖健康领域受到的影响。考虑到妇女和女童以及儿童遭受的暴力的隐秘性，卫生人员需要获得专门培训，了解如何识别这些问题。因此，针对不同形式的暴力，全球行动计划提供了不同性质的指导。

9. 全球行动计划参照了世界卫生大会的其它几项有关决议、全球行动计划和战略，并考虑到了世卫组织的其它工作（见附件 2-5）。它还考虑到了整个联合国系统为处理暴力问题、特别是对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力问题的其它许多努力。这包括联合国大会、安全理事会和人权理事会等机构通过的有关条约和公约、决议及宣言等。全球行动计划还与可持续发展目标和 2015 年后议程提出的一些总目标和具体目标保持一致（见附件 6）。

10. 全球行动计划并不是一项面面俱到的多部门计划或联合国全系统计划。本计划涉及世卫组织的特定职权，重点是卫生系统在多部门应对行动中发挥的作用。同时，本计划也认识到联合国各组织在协调和领导更广泛的多部门工作以处理暴力问题特别是对妇女和女童以及儿童的暴力方面不同的作用和职权。

1.2 全球概况 (另见附件 7 和 8)

规模

11. 暴力行为影响数以百万计人的生活。非致命的暴力可能会造成长期影响。死亡仅占人际暴力造成的卫生负担和社会负担的一小部分。妇女、儿童和老人过多承受了暴力带来的非致命的身体、性和心理后果(3)。图 1 汇总了生命历程中一些常见种类暴力问题严重程度的数据。

12. 对妇女的暴力。妇女在其生命不同阶段遭受不同形式基于性别的暴力（即源于性别不平等的暴力）。这包括但不限于下列各项¹：

- 亲密伴侣和其他家庭成员施加的暴力(4)；
- 非配偶（如熟人、朋友和陌生人）的性暴力（包括强奸）；
- 出于性剥削和经济剥削等目的贩卖妇女；
- 杀害妇女，包括亲密伴侣杀害妇女（即由目前或从前的伴侣谋杀妇女），因荣誉或嫁妆引起的谋杀，非伴侣从事的专门针对妇女的谋杀，或包含性暴力的谋杀(5)；
- 泼硫酸毁容；
- 在校园、工作场所和公共场所的性骚扰以及通过互联网或社交媒体性骚扰越来越多。

13. 在所有环境中，亲密伴侣暴力和性暴力很普遍，这也是全世界妇女遭受的最常见的暴力形式。老年妇女也遭到亲密伴侣暴力和性暴力以及一些特定形式的虐待。但关于虐待老人问题的数据，特别是在低收入和中等收入国家中，非常有限(6)。

14. 对女童的暴力。包括少女在内，女童面临下列各种形式的虐童行为，并面临因性别不平等和歧视引起的特定形式的暴力和有害习俗。其中包括：

¹ 尤其参见《消除对妇女的暴力行为宣言》。纽约：联合国大会；1993年。联合国文件。A/RES/48/104 (39)。

- 切割女性生殖器，这主要集中在非洲和中东地区大约 29 个国家中，但其它国家也存在这一现象(7)；
- 在南亚和中亚以及非洲撒哈拉以南等地区童婚、早婚和强迫婚姻发生率和增长率较高(8)；
- 与男童相比，女童较易遭受性虐待和被逼卖淫(9, 10)。

15. 对儿童的暴力。它影响包括青少年在内的 0-18 岁男童和女童，其中包括：

- 儿童受到被其信任的和有权威的成人虐待，这可能包括身体虐待（包括体罚）、性虐待、情感虐待以及漠视；
- 主要发生在青少年之间的青少年同伴暴力¹，如欺凌、打斗、性虐待以及关系/约会暴力。

16. 各种形式人际暴力的交汇和联系。虐待儿童和亲密伴侣对妇女的暴力行为可以发生在同一个家庭。虐待儿童加剧了以后遭遇或从事亲密伴侣暴力和对妇女的性暴力以及在儿童和青少年中欺凌和打斗的风险。为努力处理对妇女和儿童的暴力问题，需要考虑到不同形式暴力的交叉因素。虐待儿童以及青少年间和儿童间暴力是以后某些形式少年和青年暴力以及其它形式暴力的前兆。

17. 某些环境的特别脆弱性。在冲突期间和其它人道主义危机和流离失所环境下，对妇女和女童以及儿童的暴力更为严重。

18. 在某些机构中特易受害。在监狱、青少年看守所、精神病院、残疾人护理机构以及老人院等机构中，暴力问题也较严重。对妇女的暴力行为还可能发生在卫生系统内，特别是在提供性与生殖卫生服务的环境中（如轻视和虐待妊娠妇女以及强迫绝育等）(11, 12)。卫生工作者本人也可在家中、社区和工作场所遭受暴力。

19. 某些人群的特别脆弱性。由于受到社会排斥、被边缘化和遭到多重歧视，某些人群较易接触或遭到各类暴力。这类人群有：残疾人（包括精神病人），土著，少数民族和少数种族，性工作者，性少数人群，艾滋病毒感染者，移民，以及来自最贫穷家庭的人。

¹ 世卫组织将少年和青年暴力定义为在家庭之外儿童、青少年和年轻成人之间的暴力，涵盖 10 岁至 29 岁人群。全球计划将此暴力纳入对 18 岁以下儿童的暴力范畴。

健康后果

20. 数以百万计的接触或遭到暴力的妇女、女童、儿童和青少年受到一系列短期和长期的影响(13-15)。这些影响包括、但不限于身体伤害（世界各地有数以百万计遭到身体伤害者接受医院急救服务），精神卫生问题（如抑郁症、焦虑症和创伤后应激障碍），自杀，残疾，以及罹患高血压和心血管疾病等非传染性疾病较高风险。

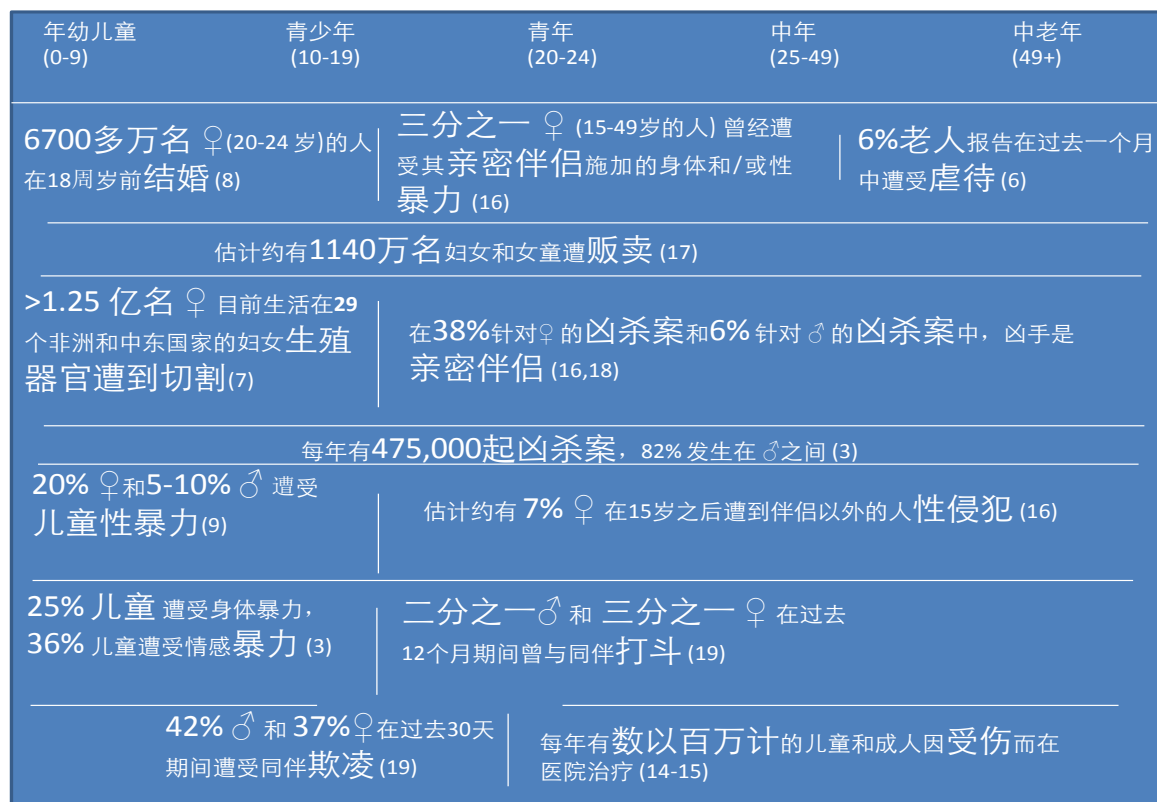
21. 此外，遭受暴力的妇女和女童还面临性和生殖卫生问题，包括意外妊娠、孕产妇和新生儿健康不良、性传播感染、艾滋病毒和妇科问题。亲密伴侣对妇女的暴力往往在妊娠期开始或延续，导致流产、早产和低出生体重等问题(16)。

22. 另外，遭受暴力的个人，特别是儿童，倾向于从事有害健康的行为，如吸烟、酗酒、吸毒和从事不安全性行为，这对终生健康造成了不良后果。暴力还影响生产力，对幸存者/受害者、其家庭及整个社会造成了严重的人员和经济代价。（更多信息见附件 7）

风险因素和保护因素以及决定因素

23. 没有任何单一因素能够解释不同形式暴力的受害或加害风险为何增加或一些国家和社区暴力问题为何比其它国家和社区更为普遍。无论是加害，还是受害，都涉及个人、关系、社区和社会层面的多种风险因素。对妇女和女童的暴力，以及对儿童的暴力，都有需要特别关注的独特风险因素。附件 8 进一步概述了这些风险。另外，有些风险因素/决定因素横贯各种形式的人际暴力。这些常见的基本风险因素/决定因素包括：性别不平等，失业，男子气概规范，贫困和经济不平等，社区内高犯罪率，枪支泛滥，易获酒精饮料，毒品交易，执法不力等。处理这些常见的风险因素/决定因素能够加强处理每一类暴力的专门计划。可以酌情制定联合计划，以增强协同作用和效益。

图 1. 生命历程中人际暴力尤其是对妇女和女童以及儿童的暴力问题严重程度 (3, 6, 7, 9, 10, 14-19)



国家取得的进展和存在的差距

24. 各国卫生系统在采取反暴力行动的准备工作和能力方面处于不同阶段。

25. 已有处理一些形式暴力的法律,但执法不力。大多数国家报告说¹,它们已制定了相关法律,惩处至少一些形式的暴力,包括一些形式的对妇女和女童的暴力(如家庭暴力和强奸)以及对儿童的暴力。但很少有国家充分落实了关于处理这些和其它形式暴力的法律(3)。

26. 没有为国家处理暴力计划和政策配置适当资金。大多数国家报告说,已有国家多部门处理对妇女的暴力和对儿童的一些形式暴力(虐待儿童)问题的计划(3)。但多数国家未划拨专用于处理对妇女的暴力问题预算(20)。

¹ 这是在编写《2014年全球预防暴力状况报告》(3)过程中133个国家提供的调查结果。

27. 部门间协调不足。各部门在处理各种形式暴力行为方面协调不足，卫生系统内部在协调不同规划和服务方面也较薄弱。在许多国家，卫生部很少参与跨部门处理各类暴力的协调机制(3)。

28. 很少有妇女和儿童在遭受暴力后获得服务。证据显示，遭受暴力的妇女大多(55%-95%)不透露或不寻求任何类型的医疗、法律或警察服务(4)。另外，即使在高收入国家，也只是一小部分受虐儿童(0.3%-10%)引起儿童保护机构的注意(21, 22)。

29. 幸存者/受害者所需服务的覆盖面和质量有限且不均衡。只有一半国家报告说有保护和支持暴力幸存者/受害者服务。三分之二的国家称提供了专门处理性暴力问题的医疗和法律服务，但这些服务往往集中在少数城市，而且向妇女和女童提供的服务质量和机会存在缺陷(3)。所提供的服务往往支离破碎，过于分散，且缺乏资源。这些服务没有被纳入卫生系统。妇女和女童往往需到不同机构求助，因此，需要花费很多资金和等待很长时间(20)。大多数国家报告说已有儿童保护服务以及虐待儿童案件的识别和转呈系统，但很少有具体规程。另外，在大多数低收入和中等收入国家，用于治疗往往因青少年暴力(例如枪击、刀刺、殴打和烧伤)造成的严重伤害的院前服务和急救服务很不发达。很少国家(不到一半国家)称已有暴力幸存者/受害者精神卫生服务(3)。

30. 训练有素且有觉悟的卫生人员人数有限。在大多数国家中，卫生保健人员缺乏有关技能或培训，因此无法适当处理对妇女和女童以及儿童的暴力问题(20, 23)。卫生工作者常常随波逐流，容忍对妇女和女童的暴力(20)。研究结果表明，存在对寻求生殖卫生服务的妇女不尊重和虐待行为(11, 12)。卫生工作者并不总是尊重幸存者/受害者的自主性、安全性和保密性。无论是对妇女的暴力，还是对儿童的暴力，都未能被有系统地纳入护理、医疗及其他卫生专业人员(20)的课程中。

31. 大规模预防规划的覆盖面有限。没有几个国家有系统实施了大规模预防各类暴力规划(3)。

32. 民间社会发挥关键作用。在解决对妇女和女童的暴力问题方面出现了全球政治动力，这是与民间社团尤其是妇女组织的积极倡导分不开的(24)。这些社团和组织经常与卫生部、当地卫生部门及社会服务机构一道提供服务和实施预防规划。

33. 现有数据和信息有限。有近 100 个国家提供了亲密伴侣对妇女的暴力问题人口调查数据，但很少有国家提供对妇女和女童的性暴力及其它形式暴力的数据。尤其是缺乏在冲突期间此类暴力数据或老年妇女(16)、性少数人群(25)、移民、流离失所者或土著居

民遭受暴力情况。另外，很少国家报告日益加剧的虐待儿童或其它形式对儿童的暴力行为的人口数据。还需要开展监测和评价工作，更严格测试可能有效的干预措施(3)。

1.3 全球计划的程序和路线图

34. 全球行动计划草案考虑到了与世卫组织所有六个区域的会员国、民间社团、联合国机构和其它国际合作伙伴的磋商结果（程序详见附件 9）。为进一步征求意见，还在网上公布了本草案。将向 2016 年世界卫生大会提交全球行动计划最终稿。本文件的结构如下：

1. **第 1 节：**介绍和概述本计划的范围。
2. **第 2 节：**概述本计划的**愿景、宗旨、目标、战略方向和指导原则**。
3. **第 3 节：**概述**会员国、国家合作伙伴和国际合作伙伴以及世卫组织的行动**：
该节分为以下三小节：
 - **A 小节重点阐述对妇女和女童的暴力。**该小节阐述特别针对或严重影响女童的特定形式的暴力，而 B 小节阐述对男女儿童的各种暴力。
 - **B 小节重点阐述对儿童的暴力。**它包括虐待儿童以及男、女青少年同伴暴力，这类暴力行为是今后一些形式暴力行为的前兆。
 - **C 小节重点阐述处理各类暴力的行动。**这包括针对 A 和 B 小节所述暴力形式以及其它形式人际暴力（如青少年暴力和虐待老人）的行动。
4. **第 4 节：**概述**监督和问责框架**，包括报告机制以及全球拟议指标和目标。
5. **附件**包括术语、有关决议和议定文件的链接以及秘书处的详细工作。

第2节：愿景、宗旨、具体目标、战略方向和指导原则

本节围绕卫生系统在国家多部门应对工作中的作用，阐述有关愿景、宗旨、具体目标、战略方向和指导原则。它还重点阐述了各利益攸关方在实施本计划方面的作用。

专栏 1：在多部门应对行动中卫生系统的作用

1. 卫生系统可以在预防和应对一切形式暴力方面发挥作用。鉴于对妇女和儿童的暴力行为的隐秘性，卫生系统尤其可以在预防和应对此种暴力方面发挥作用。卫生系统的作用是：

- 倡导从公共卫生角度看待问题；
- 识别暴力受害者，在卫生服务各级为他们提供全面的卫生服务（即初级卫生保健和转诊服务）；
- 作为全民预防和健康促进活动的一部分，制定、评估和实施暴力预防规划；
- 记录问题的严重程度和原因及其造成的健康和其它后果。

2. 然而，单靠卫生系统并不能妥善预防和应对暴力。暴力问题的许多风险因素和决定因素超越卫生系统的范围。因此，根据“将卫生纳入所有政策”的方针(26)，卫生系统必须与其它一些部门（例如警察和司法部门、社会服务机构、教育部门、儿童保护机构以及性别平等机制或增强妇女地位机制等）积极互动。作为多部门综合预防工作的一部分，卫生系统可以：

- 与其它部门一道推动处理暴力的危险因素和决定因素；
- 通过强有力的转诊/转呈机制等，协助暴力受害者获得多部门服务；
- 协助制定多部门预防暴力政策和规划；
- 支持其它部门测试和评估干预措施。

资料来源：(26)

2.1. 愿景

1. 全世界所有人免遭一切形式的暴力和歧视；其健康和福祉获得保护和促进；其人权充分实现，男女地位平等。

2.2. 宗旨

2. 卫生系统能在各种环境下提供服务，并能促进和保护每个人的健康和福祉，特别是保护那些遭受暴力或受到暴力影响或面临暴力风险的妇女、女童以及儿童的健康和福祉。

2.3. 具体目标

3. 具体目标是：

- 通过提供全面的卫生服务和促进获得多部门服务，减轻人际暴力、特别是对妇女和女童以及儿童的暴力问题造成的健康和其它不良后果；
- 预防人际暴力，特别是对妇女和女童以及儿童的暴力。

2.4. 战略方向

4. 为实现这些目标，提出了四大战略方向，确定了全球计划赋予卫生系统的任务，并决定从公共卫生角度处理人际暴力，特别是对妇女和女童以及儿童的暴力。这四个战略方向是：

1. 加强卫生系统在处理暴力领域的领导和管理作用

- 这一战略方向涉及以下行动：在卫生系统内并跨越不同部门开展宣传工作；制定政策；筹集资金，包括划拨预算；监管；监督有关政策和规划的实施工作并对之问责；加强多部门的协调努力。

2. 加强卫生服务供应及卫生工作者应对暴力的能力

- 这一战略方向涉及以下行动：改进卫生服务基础设施、转诊、卫生服务的可及性、可接受性、可得性和质量；服务一体化；改进产品；开展卫生人力培训和监督工作。

3. 加强规划制定工作，以防暴力

- 这一战略方向既包括卫生系统可以通过健康促进工作直接实施的预防暴力行动，又包括通过开展多部门工作协助预防暴力的行动（见专栏 1）。

4. 提高暴力问题信息和证据的质量

- 这一战略方向涉及以下行动：流行病学、社会科学和干预措施研究；包括通过卫生信息系统完善监测工作；监测和评估规划。

2.5. 指导原则

5. 下表 1 列明本行动计划的 10 项指导原则。

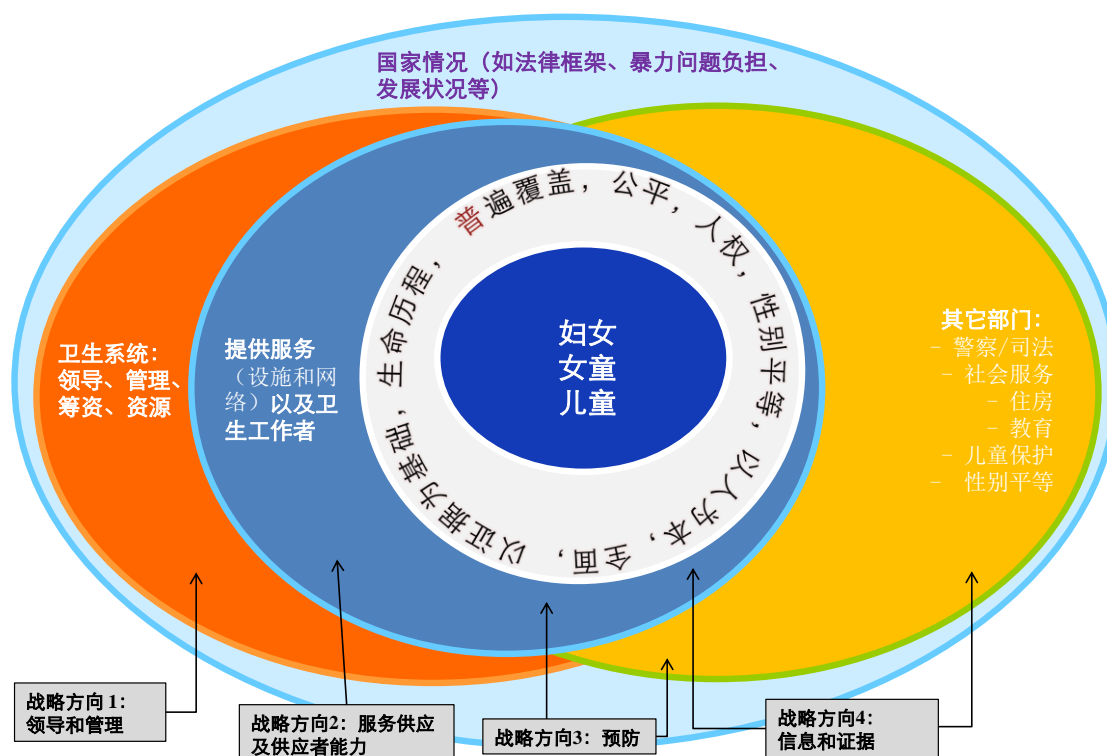
表 1：本行动计划的指导原则和实施工作概要

| | 指导原则 | 这意味着，预防和 处理 人际暴力、尤其是对妇女和女童以及儿童的 暴力问题法律、政策、规划和服务应该： |
|----|--------|---|
| 1 | 生命历程角度 | 处理引发暴力的风险因素和决定因素，在生命历程早期注重幸存者/受害者的健康和社会需求，尤其是重视儿童需求，并注重在生命历程所有其它阶段（即青少年期、成年期和老龄期）的需求。 |
| 2 | 循证做法 | 根据现有最佳科学证据采取行动，同时按照具体情况调整干预措施。 |
| 3. | 人权 | 根据国际人权准则和标准，尊重、保护和实现人权，其中包括妇女、女童以及儿童的人权。 |
| 4. | 性别平等 | 作为造成暴力、尤其是对妇女和女童的暴力的主要基本因素，处理性别不平等和性别歧视问题： (1) 挑战男女不平等的权力关系以及将男性置于主导地位和将女性置于从属地位的社会文化规范； (b) 促进男性参与预防工作，一道共同努力增强女性地位。 |
| 5. | 社会生态角度 | 处理在社会生态框架多个层面（即个人、关系、社区和社会层面）存在的风险因素和决定因素。 |
| 6. | 全民健康覆盖 | 向所有需要的人提供良好的基本服务，避免因病致贫（即提供适当的财务保障）。 |
| 7. | 卫生平等 | 除了注重全民健康覆盖外，特别重视那些被边缘化的、面临多重形式歧视并较易受到暴力侵害和较难获得服务的人群的需求。 |
| 8. | 服务以人为本 | 围绕幸存者的需要提供医疗和服务：尊重其自主权，使其能够就其获得的医疗服务作出充分、自由和知情的决定；尊重其人格尊严，既不指责、也不歧视其遭受暴力的经历；向其提供信息和咨询服务，使其能够作出明智的决定；并增强其安全，确保在提供医疗服务方面的隐私权和机密性。 |

| | | |
|-----|---------|---|
| 9. | 社区参与 | 注重社区的需求；确保社区充分和平等地参与；通过促进参与，增强社区掌控权；与民间社会组织建立伙伴关系；并加强在确定可持续解决办法方面的能力。 |
| 10. | 多部门综合应对 | 根据国家的具体情况，建立和加强卫生部门与其它部门之间，以及公共部门与私营部门（包括营利性和非营利性的服务提供者、民间团体、专业协会及其它利益攸关方）之间的伙伴关系和协调。 |

6. 图 2 概述了在多部门广泛应对人际暴力（尤其是对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力）中卫生系统的作用(27)。它列明了各项指导原则，并显示了四个战略方向与卫生系统应对及多部门应对之间的关系。如图 2 所示，关于卫生系统的领导和管理（即战略方向 1）以及卫生服务供应和卫生工作者的能力（即战略方向 2）的行动是卫生系统的核心行动，需要与其它部门（如警察、司法、社会服务、儿童保护和教育部门以及争取性别平等的机构）互动。在预防领域（即战略方向 3），需要开展多部门行动，卫生系统需要在此方面作出重大贡献。在通过研究、监测和评估工作获得信息和证据方面（即战略方向 4），也需要开展多部门行动，并需要卫生系统做出巨大贡献，而且往往需要卫生系统发挥主导作用。

图 2：在围绕本计划的战略方向采取多部门应对行动中卫生系统的作用(27)



本图参照了世卫组织以人为本的综合卫生服务全球战略

2.6. 时间框架

7. 本全球行动计划的时间跨度为 15 年，即于 2030 年到期，这与可持续发展目标实施期限一致。许多国家开始认识到并采用公共卫生方法处理暴力，尤其是对妇女和女童的暴力以及对儿童的暴力。卫生部开始在向幸存者/受害者提供服务和促进预防方面发挥更大的作用。但预防和应对暴力需要社会发生巨变，因此，加强卫生系统处理暴力的作用、承诺和能力是一个长期过程。

2.7. 会员国、国家合作伙伴和国际合作伙伴的作用

8. 下一节（即第 3 节）所述行动应主要由会员国负责，特别应由中央及地区或州政府¹负责。在其它相关部委密切合作下，卫生部需要承担领导作用，负责指导本计划的实施工作。政府最高层需要就实施本计划作出政治承诺。作为利益攸关方，国家合作伙伴和国际合作伙伴需要与公共部门卫生规划和服务机构合作或平行开展活动，发挥重要的实施作用。这些合作伙伴包括：私营部门营利性和非营利性服务机构；民间团体（如妇女组织、青年组织、社区组织、国际非政府组织等）；国会议员；卫生和医疗专业社团；联合国和多边组织；双边机构；学术研究机构等。还包括人道主义系统中国际和国家机构、社团和组织。

9. 会员国、国家合作伙伴和国际合作伙伴的作用往往重叠，可以涵盖以下领域的多项行动：领导和管理；卫生服务供应和卫生工作者能力建设；预防；信息和证据的生成。例如，在许多国家卫生系统中，庞大的私营部门负责实施预防规划和提供卫生服务。另外，卫生和医学专业社团也可协助开展能力建设、宣传和政策制定工作。民间社团是极为重要的合作伙伴，有助于开展宣传，提高认识，动员社区力量，支持政府制定政策、加强能力和提供服务。一些联合国机构和组织参与制定规范和标准，支持执行与本全球行动计划有关的规划和行动（见附件 6）。作为国家级实施全球行动计划的一部分，需要评估和澄清各合作伙伴的作用、责任和分工。

2.8. 世卫组织秘书处的作用

10. 过去 20 年来，世卫组织秘书处积极从事预防人际暴力工作，尤其是预防和处理对妇女的暴力和对儿童的暴力问题。秘书处将在处理不同形式暴力领域取得的进展的基础上，按照世卫组织的职权范围，继续收集证据，制定指南和其它规范工具，并促进实施全球行动计划。秘书处还将继续与会员国合作，提高它们对预防和处理暴力、尤其是对妇女和女童以及儿童的暴力的认识，并帮助它们应用世卫组织的工具和指南，以加强本国的政策和规划（关于世卫组织在处理暴力方面的努力和工具及指南，见附件 4-5）。秘书处参与了与本全球行动计划相关的联合国及其它机构间的一些合作处理暴力机制和行动（见附件 6）。

¹ 在实行联邦制或政府权力分散的许多国家中，地区或州可能负责设计和执行与卫生和卫生系统有关的法律、政策、规划和服务。

第 3 节：会员国、国家合作伙伴和国际合作伙伴以及世卫组织秘书处的行动

本节阐述会员国、国家合作伙伴和国际合作伙伴以及世卫组织秘书处可以采取的广泛循证行动，行动重点是：对妇女和女童的暴力（第 3 节 A 小节），对儿童的暴力（第 3 节 B 小节），并有助于处理各种形式人际暴力的交叉行动（第 3 节 C 小节）。

1. 各国卫生系统的能力和应对各种暴力行为的方式进展不一，且到位程度不同。这是一项全球计划，反映的是全球该领域的总体状态。这需要区域和国家灵活运用。国家应考虑根据可持续发展目标以及本国作出的其它国际承诺，调整和实施本项全球计划。
2. 为确定本计划所列各项行动的实施重点，国家将需要考虑到：现有的数据和知识；不同形式暴力、尤其是对妇女和女童以及儿童的暴力问题的规模和卫生负担；用于处理不同类型暴力的现有行动；法律和政策框架；卫生系统处理暴力行为的准备工作和能力。国家需要逐渐加大行动力度，大幅增强卫生系统的应对能力。

A. 对妇女和女童的暴力

本节涵盖卫生系统处理和预防对妇女和女童的暴力问题的一整套核心行动，其中涉及：

- 创建有利的法律和卫生政策环境，促进性别平等和人权，提高妇女和女童的地位；
- 提供全面和良好的服务，特别是性和生殖卫生服务；
- 实行循证预防规划，促进建立平等的和非暴力的性别规范和关系；
- 提高证据质量，收集在例行监测以及卫生和犯罪统计中往往反映不出的多种形式对妇女和女童的暴力行为以及有害习俗的数据。

需要处理对妇女和女童的各种形式的暴力行为。各国应优先处理与其本国情况最相关的特定形式的暴力。本计划侧重于采取行动处理全球各地妇女最常遇到的并普遍存在的亲密伴侣暴力和性暴力问题。本节还重点阐述和涵盖性别不平等导致的尤其对女童特定形式的暴力或有害习俗（例如性暴力），或者在全球卫生和发展议程中获得高度重视的女童特有问题（童婚、早婚和强迫婚姻以及切割女性生殖器）。第3节B小节阐述了男女儿童均遭受的多种暴力问题。

战略方向 1：加强卫生系统在处理暴力领域的领导和管理作用

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

1. 增强政治意愿，公开承诺将处理和应对对妇女和女童的一切形式暴力行为的可接受性，主张结束所有有害妇女和女童的习俗（包括切割女性生殖器和将其医学化以及童婚、早婚和强迫婚姻），并促进性别平等。
2. 确保为预防和处理对妇女和女童的暴力行为妥善分配预算或资源。
3. 促进根据国际人权标准修订和执行法律、政策和条例，例如：将各种形式的对妇女和女童的暴力定为刑事犯罪行为；制止所有的有害习俗和对妇女和女童的歧视；促进性别平等和妇女权力，包括在继承法和家庭法领域促进性别平等和妇女权力。

世卫组织秘书处

1. 加强世卫组织的领导作用、政治意愿和资源配置，并将处理对妇女和女童的暴力工作纳入全球有关卫生规划（例如孕产妇和儿童健康、性和生殖卫生、青少年健康、非传染性疾病、老龄化、精神卫生、应对人道主义危机等规划）。
2. 提高关于对妇女和女童的暴力问题的认识，在证据基础上向高级别政策制定者讲解此问题的性质、健康和其它后果、风险和根源因素，并需将其纳入卫生政策、计划和规划以及人道主义危机应对工作，包括纳入卫生组群的工作。

4. 在卫生部设置一个专门单位或指定一个联络点负责处理对妇女的暴力行为，并确保在尤其关于性和生殖卫生、艾滋病毒、孕产妇和儿童健康、青少年健康、精神卫生、健康老龄化和人道主义应急准备和行动的卫生政策、法规、计划、规划和预算中，列明应处理对妇女和女童的暴力行为和有害习俗(28, 29)¹。必须促进妇女组织和幸存者参与制定计划和政策，并应特别关注面临各种形式歧视和被边缘化的妇女和女童的需求。

5. 加强卫生系统与其它部门的协调，在警察和司法、住房和社会服务、妇女事务和儿童保护等多个部门中大力处理对妇女和女童的暴力行为。

6. 加强卫生系统在以下方面的问责制(1)处理卫生工作者在工作场所遭受的暴力问题；(2)特别是在生殖卫生服务领域，处理卫生工作者虐待和凌辱妇女和女童问题。

- 建立监督机制，监测卫生政策、规划和计划中确定的处理对妇女和女童的暴力问题行动的实施情况；
- 制定政策处理卫生工作者在工作场所遭受暴力问题；
- 制定卫生工作者行为守则以及保密反馈机制和申诉程序，以处理卫生工作者虐待和凌辱妇女和女童问题。

3. 促进卫生部及卫生系统中其它相关利益攸关方为处理对妇女和女童的暴力问题提供更多的人力和财力。

4. 提供技术支持并开展能力建设，将处理对妇女和女童的暴力问题措施纳入孕产妇和儿童健康、性与生殖卫生、艾滋病毒、精神卫生和应急工作等一切相关卫生规划、计划和政策中。

5. 开发并支持向政策制定者和管理者传播有关工具，以便设计和管理对妇女和女童的暴力问题的处理规划和服务。

6. 支持和促进联合国在全球和国家层面努力协调卫生系统处理对妇女和女童的暴力问题，包括参与联合国对妇女和女童的暴力问题开展的联合行动（见附件5）。

¹ 履行在《阿布贾宣言》中和在釜山作出的承诺，包括跟踪为争取性别平等和提高妇女地位划拨资金情况。

战略方向 2：加强卫生服务供应及卫生工作者/卫生服务提供者应对暴力的能力

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

7. 在世卫组织指南和工具的基础上，制定或更新关于识别、临床护理、支持和转呈遭受暴力的妇女的指南、规程和/或标准操作程序(30, 31)。
8. 向遭受暴力（包括在人道主义危机环境中遭受暴力的）所有妇女和女童提供全面服务，其中应包括：提供一线支持，治疗伤痛，性与生殖卫生和精神卫生服务，强奸后护理服务（包括紧急避孕），依照国家法律提供安全堕胎转诊服务，预防性传染病和艾滋病毒，接种乙肝疫苗(30-33)；提供有关服务，处理生殖器遭切割的妇女和女童的健康后果；社区了解卫生服务机会和及时获得卫生服务（特别是强奸后护理服务）的必要性。
9. 改善获得服务的机会，将遭受亲密伴侣暴力和性暴力的妇女的识别和照护工作纳入以下现有的规划和最低限度的配套服务：性与生殖卫生；孕产妇和儿童健康；青少年健康；精神卫生；老人例行检查和医疗服务；人道主义危机应对工作。在世卫组织指南和工具的基础上(30, 34)，通过提供医疗和法律服务等，促进获得多部门服务（如警察、司法、住房、社会及儿童保护等服务），并确保面临多重形式歧视的人能够获得具有敏感度的服务。
10. 改进服务问责制和卫生服务的质量：消除卫生工作场所的歧视和暴力现象；促进提供面向妇女的卫生服务；提供具有性别敏感度、尊重和增进妇女人权的的服务，并处理妇女和女童尤其在生殖卫生服务领域遭受卫生工作者虐待和凌辱的问题。
 - 制定卫生工作者行为政策守则以及保密反馈机制和申诉程序，以处理卫生工作者虐待和凌辱妇女和女童问题。
11. 在世卫组织指南和工具的基础上(30, 31)，将识别和处理对妇女和女童的暴力和有害习俗的内容纳入（医疗、护理和助产）卫生工作者/提供者（包括人道主义环境中的卫生工作者/提供者）岗前和在职培训课程。

世卫组织秘书处

7. 向卫生部和其它合作伙伴提供技术合作，制定或更新旨在处理对妇女和女童的暴力问题的指南/规程/标准操作程序，其中应借鉴或灵活应用世卫组织指南和工具(30, 31)。
8. 制定或更新和传播关于处理性暴力行为（包括在冲突环境中性暴力行为）的循证指南和工具，并处理切割女性生殖器造成的健康问题。
9. 将处理对妇女和女童的暴力问题服务纳入最低限度卫生服务范畴，包括将其纳入性和生殖卫生、孕产妇、儿童和青少年健康、精神卫生等领域的全民健康覆盖范围，包括在人道主义环境中。
10. 开发和支持运用工具监测和评估用于处理对妇女和女童的暴力问题卫生服务的质量。
11. 就如何处理对妇女和女童的暴力问题，制定并传播用于卫生服务提供者岗前和在职培训的示范课程。
12. 确定可以支持会员国制定和开展卫生工作者/提供者培训课程的一组专家，以培训卫生工作者/提供者如何处理对妇女和女童的暴力问题。

战略方向 3: 加强规划制定工作, 以防暴力

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

12. 制定、测试和实施/扩大可以通过卫生系统提供的预防/减少对妇女和女童的暴力问题规划。

- 支持关于处理亲密伴侣暴力问题的规划, 关注受到此种暴力影响的儿童的需求, 并进一步与儿童和青少年卫生规划挂钩。
- 处理与亲密伴侣暴力有关的因素, 如有害使用酒精、物质滥用和产妇抑郁症。
- 在社区卫生工作者开展的旨在改变行为的宣传活动和健康促进活动中, 宣讲平等的和非暴力的性别规范, 并提倡两厢情愿的和相互尊重的性关系。

13. 支持或合作制定、测试和实施对妇女和女童的暴力问题预防规划, 反对有害的性别规范(即那些主张男性主导女性、歧视幸存者以及纵容或对妇女和女童的暴力或将其正常化的规范; 或那些使得对妇女和女童的歧视和有害习俗长期延续的规范), 例如促进男性与女性一道推动变革, 倡导性别平等和自愿的性关系。

14. 协助其它部门制定循证预防干预政策和规划, 并协助制定供民间社会实行的政策和规划, 包括促进教育部门实行全面的性教育项目, 并促进采取措施改善妇女的生计和经济状况。

世卫组织秘书处

13. 制订或确定、评估和传播对妇女和女童的暴力问题预防干预循证措施, 其中包括促进平等的性别规范和挑战有害习俗的措施, 以及可以由卫生系统通过孕产妇、性和生殖卫生、精神卫生、艾滋病毒和青少年卫生规划和服务而实行的措施。

14. 制订建议, 说明如何向那些已被确认遭受亲密伴侣暴力的妇女的子女提供支持。

15. 支持会员国努力制定预防干预措施, 处理对妇女和女童的暴力问题风险因素和决定因素, 尤其是制定措施促进性别平等和解决性别规范问题。

| 战略方向 4: 提高暴力问题信息和证据的质量 | |
|--|--|
| 会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴 | 世卫组织秘书处 |
| <p>15. 通过在卫生信息和监测系统中收集关于对妇女和女童的暴力指标和数据以及重视向妇女和女童提供有关规划和服务, 加强对各种年龄女性的暴力问题统计数据例行报告。</p> <p>16. 根据所提出的用于实现可持续发展目标的对妇女和女童的暴力问题指标¹, 支持参照最近(即过去 5 年)的人口调查结果来确定在生命历程中对妇女(包括少女和老年妇女)的暴力行为和有害习俗流程度度的基线。</p> <p>17. 在定期开展的人口和卫生调查或其它人口卫生调查中, 使用相关调查单元, 例行收集关于对各种年龄女性的暴力问题数据。</p> <p>18. 开展或支持分析和使用对妇女和女童的暴力问题和有害习俗的数据, 按年龄、种族、社会经济状况及教育状况等编列数据。</p> <p>19. 开展或支持研究, 制定、试用、评估和实施/扩大可由卫生系统执行的预防和/或处理对妇女和女童的暴力问题措施。</p> <p>20. 促进非政府组织、研究人员和其它部门作出努力: 研究在对妇女和女童的暴力和有害习俗问题上存在的重大知识缺口; 制定、试用和评估用于处理对妇女和女童的暴力问题干预措施。</p> | <p>16. 开发和传播统一的指标和衡量工具, 支持国家通过常规卫生信息和监测系统, 以保密和安全方式收集关于对妇女和女童的暴力问题标准化信息。</p> <p>17. 与希望开展对妇女的暴力问题人口调查的会员国、尤其是那些采用世卫组织调查方法的会员国开展技术合作(4)。</p> <p>18. 与会员国开展技术合作, 并支持合作伙伴建立能力, 使其能够分析妇女和女童的暴力及有害习俗问题数据并能够使用这些数据制定政策、规划和计划。</p> <p>19. 定期更新对妇女的暴力行为发生率估算值。</p> <p>20. 支持会员国试用和评估卫生系统采取的对妇女和女童的暴力问题干预措施。</p> <p>21. 开展和支持研究工作, 进一步了解卫生系统内虐待和凌辱妇女情况。</p> <p>22. 汇总证据和传播成功经验, 包括在预防和/或处理对妇女和女童的暴力方面最佳做法。</p> <p>23. 加强民间社团、研究机构和规划执行机构研究对妇女和女童的暴力问题的能力, 包括加强在道德和安全方面的研究能力, 并更严格地进行评估。</p> |

¹ 包括针对可持续发展目标 5.2 and 5.3 所提出的有关指标。

B. 对儿童的暴力

本节讨论儿童和 18 岁以下青少年间的暴力。对于 0 岁至大约 14 岁的儿童，此种暴力主要是父母和其他有权威者虐待儿童（即身体、性和情感虐待及漠视），而从大约 14 岁起，除了虐待儿童外，同伴暴力变得非常普遍。本节还论述儿童在机构中遭受暴力的问题。

曾遭受虐待的儿童今后卷入青少年同伴暴力的可能性较高，在成年后可能会进一步施暴和受害。虽然本节仅限于阐述儿童期和青春期暴力问题，但所列的许多行动也有助于预防成年后的暴力行为。

战略方向 1: 加强卫生系统在处理暴力领域的领导和管理作用

世卫组织秘书处

1. 将处理虐待儿童问题战略纳入儿童早期发育及孕产妇和儿童卫生规划，并将处理同伴暴力纳入儿童和青少年健康、学校卫生规划、教育设施、青少年发展计划以及青少年司法系统。
2. 推动法律和政策改革，确保它们符合国际人权标准(35)，并在所有环境中，特别是在家庭、学校、社区、寄宿式护理设施和拘留所中，执行现有法律和政策，防止包括体罚在内的对儿童和青少年的暴力行为。
3. 使决策者和公众认识到虐待儿童对终生健康造成的后果，这一风险因素可能会助长受虐儿童今后介入其它形式的暴力（如青少年暴力和亲密伴侣暴力），并认识到青少年同伴暴力造成的高凶杀率和非致命暴力伤害率。
4. 按性别和年龄制定和调整绩效和问责衡量指标，以监测卫生系统对儿童和青少年的暴力问题处理情况。
5. 确保在国家相关计划和政策中为预防和处理对儿童和青少年的暴力行为妥善分配预算或资源。
6. 在卫生部设置一个专门单位或联络点处理对儿童的暴力问题。

世卫组织秘书处

1. 使高层政策制定者和决策者进一步认识到虐待儿童和同伴暴力造成的健康、社会和经济后果以及在卫生和其它部门中更加重视这些后果的必要性，并进一步认识到开展预防和应对工作的重要性。
2. 提供技术援助，协助制定和实施国家处理对儿童和青少年的暴力问题行动计划。
3. 提供技术支持，增强卫生部应对虐待儿童和同伴暴力的能力。

| 战略方向 2：加强卫生服务供应及卫生工作者/卫生服务提供者应对暴力的能力 | |
|---|---|
| 会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴 | 世卫组织秘书处 |
| <p>7. 将识别受虐儿童及同伴暴力受害者程序和具有性别敏感度的病例管理程序纳入向母亲和婴儿、儿童、青少年提供的常规卫生服务。应针对儿童的发育阶段提供服务，并应考虑到儿童尚在演变中的能力和偏好。</p> <p>8. 向卫生人员提供培训，使其认识到和处理可能会导致今后暴力行为的儿童和青少年问题，例如严重的行为问题，品行障碍，幼年酗酒和吸毒等。儿童和青少年也许因过去受害经历而出现的行为问题可能会被误诊为多动症、对立违抗和品行障碍等，卫生人员必须警惕这些可能性。</p> <p>9. 加强卫生部门有关机构以及警察、教育和社会服务等相关部门中个人和机构照顾受到暴力伤害的儿童和青少年的能力。</p> <p>10. 将识别和照护受虐儿童和同伴暴力受害者的内容纳入本国所有卫生专业人员的基本训练和进修课程，并为从业人员制定高质量的标准和法规。</p> <p>11. 确保国家指南和规程与世卫组织关于向受虐儿童及同伴暴力受害者提供服务的指南和其它有关循证指南保持一致。</p> | <p>4. 制定和传播关于受虐儿童及同伴暴力受害者临床管理和卫生服务的循证指南和标准操作程序。</p> <p>5. 与卫生部和/或其它相关部委开展技术合作，根据国家的具体情况调整世卫组织关于向受虐儿童及同伴暴力受害者提供服务的规范性指导。</p> |

战略方向 3: 加强规划制定工作, 以防暴力

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

12. 加强卫生系统有关机构以及警察、教育和社会服务等相关部门中个人和机构预防虐待儿童及同伴暴力的能力。
13. 制定、测试和实施预防虐待儿童行为循证干预措施, 尤其是可以通过卫生系统实施的家访和育儿支持等规划, 并确保这些规划满足脆弱人群(如残疾儿童)的预防需求。
14. 倡导和支持其它部门制定并执行儿童和青少年援助规划, 协助他们掌握生活和社会技能, 解决问题, 控制怒气和情绪, 维持积极的关系, 以防同伴暴力。
15. 将预防虐待儿童干预措施纳入儿童早期发展规划和将预防同伴暴力的干预措施纳入青少年发展规划、精神卫生规划和学校卫生服务, 并监测其有效性。

世卫组织秘书处

6. 汇总和传播有助于预防虐待儿童和同伴暴力问题的信息。
7. 与会员国开展技术合作, 通过评估国家为执行和扩大预防努力而开展的准备工作等, 加强会员国在设计、实施和评估预防虐待儿童和同伴暴力的政策和规划方面的能力。
8. 制定、测试和推广在低收入和中等收入国家中实行的负担得起的预防虐待儿童和同伴暴力的规划。

战略方向 4: 提高暴力问题信息和证据的质量

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

16. 定期收集和通报通过人口调查、常规监测和行政管理数据系统获得的全国按性别和年龄分类的对儿童和青少年的暴力问题数据。
17. 研究预防虐待儿童和同伴暴力规划的有效性, 并研究受害者援助服务。
18. 加强国家研究能力, 进一步研究对儿童和青少年的暴力行为所涉各方面问题(包括此种暴力行为的规模、后果和经济代价)以及有效的预防和应对措施。
19. 支持开展实施研究, 包括针对卫生部门干预措施和服务进行研究, 以扩大有效的处理虐待儿童和同伴暴力问题干预措施。

世卫组织秘书处

9. 确定同伴暴力的标准定义, 统一关于虐待儿童和同伴暴力流行率的确定方法, 并促进其使用。
10. 与会员国开展技术合作, 评估卫生部门及多部门为预防和处理对儿童和青少年的暴力问题采取的干预措施。
11. 与会员国开展技术合作, 加强其研究对儿童和青少年的暴力行为所涉各方面问题的能力, 并将对儿童和青少年的暴力问题指标纳入常规监测系统。
12. 制定以安全和符合伦理道德的方式收集儿童遭受暴力问题数据的指导意见。
13. 制定儿童遭受暴力问题研究议程。

C. 各种形式的人际暴力：交叉行动

本节阐述用于处理所有形式人际暴力（特别是对妇女和女童的暴力、对儿童的暴力、青少年暴力和虐待老人）的通用或交叉行动。它们涉及对妇女和女童的暴力与对儿童的暴力之间的联系，有助于增强针对不同类型人际暴力采取的各项行动的协同效应。这些行动包括：

- 加强共同的服务需求；
- 通过处理共同的风险因素，加强预防规划，以减少一切形式的暴力行为；
- 加强数据收集机制。

战略方向 1：加强卫生系统在处理暴力领域的领导和管理作用

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

1. 使政策制定者认识到需要采取以下行动：(a)从公共卫生角度预防和应对暴力；(b)处理生命历程不同阶段发生的暴力；(c)处理不同形式暴力行为背后的共同风险因素和决定因素；(d)加强卫生服务机构向幸存者/受害者提供有效卫生服务的能力。
2. 促进修订法律、政策和条例，使其符合国际人权标准，并开展实施工作，处理造成一些类型暴力的共同风险因素或原因及决定因素，例如：促进性别平等；预防酗酒和吸毒；减少枪支泛滥程度；保障受教育的机会，确保男、女青少年接受中等教育；降低贫困集中度。
3. 将暴力预防和应对工作纳入卫生政策、规划、计划和预算，并加强卫生系统在国家多部门应对有关形式暴力的行动计划中发挥的作用。
4. 确保国家和次国家卫生部门联络点积极参与多部门协调暴力问题应对机制，加强卫生部门与其它部门（特别是从事促进性别平等/增强妇女地位、儿童保护、教育、社会福利和刑事司法工作的部门）之间的协调。
5. 制定和实施绩效和问责衡量指标，以监测卫生系统处理暴力问题工作的绩效。

世卫组织秘书处

1. 继续制定关于采取全面政策处理生命历程中暴力和伤害问题的指导意见。
2. 通过传播所收集的各类暴力的共同风险因素证据，支持会员国和其它相关合作伙伴开展宣传工作。
3. 继续监督各国处理暴力努力，包括定期更新对妇女的暴力问题全球和区域估算、全球暴力状况报告和其它相关情况。
4. 与卫生部及其它相关部委（例如负责从事性别平等/增强妇女地位、儿童保护、教育、刑事司法和社会福利的部委）开展技术合作，以加强卫生部门与负责制定和实施多部门预防暴力行动计划和政策的其它部门之间的联系。
5. 强化处理暴力问题与处理交叉问题之间的联系，特别是在精神卫生领域。

战略方向 2: 加强卫生服务供应及卫生工作者/卫生服务提供者应对暴力的能力

会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴

6. 加强卫生服务，特别是院前服务和紧急医疗服务，并确保所有暴力受害者获得良好的、且负担得起的卫生服务。
7. 加强社会服务部门和一般卫生服务部门中提供的精神卫生服务，包括增加精神卫生服务人员队伍及其提供这些服务的能力，根据世卫组织精神卫生差距行动指南和工具，解决暴力造成的广泛心理和精神卫生后果(36)。
8. 处理不同形式暴力的交汇问题。例如，评估已被发现遭受亲密伴侣暴力的妇女的子女境况以及受虐儿童的母亲和兄弟姐妹境况，并提供心理和其它必要的支持和转介服务。
9. 使卫生工作者认识到暴力与其它健康风险行为和问题（如酗酒、吸毒、吸烟和不安全性行为）之间的相互影响。
10. 加强民间社团和社区领袖的参与，并与之建立合作伙伴关系，促进社区进一步认识到暴力对健康造成的后果、可获得的服务和及时寻求卫生服务的重要性。
11. 找出并处理那些阻碍暴力幸存者获得服务（包括根据全民健康覆盖计划获得服务）的因素，提高服务质量，监测和评估在向幸存者提供高质量卫生服务方面的进展情况。

世卫组织秘书处

6. 与会员国开展技术合作，包括通过传播世卫组织现有指南和工具并视需要制定关于处理共同风险因素和其它交叉问题的进一步指导意见，加强会员国卫生系统应对暴力工作。
7. 支持向卫生工作者和政策制定者（即提供者和管理者）提供有关课程，使其了解和处理各类暴力的交汇和交叉问题。

| 战略方向 3: 加强规划制定工作, 以防暴力 | |
|--|--|
| 会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴 | 世卫组织秘书处 |
| <p>12. 使卫生工作者/提供者、政策制定者、其它部门的工作人员以及一般公众进一步了解暴力对健康造成的负担、其长期后果和社会代价以及预防发生暴力的重要性。</p> <p>13. 进一步促进加强在卫生系统内以及与其它部门一道对循证预防暴力规划进行投资, 以处理共同的风险因素, 如性别不平等、失业、男子气概规范、贫困、经济不平等、社区高犯罪率、枪支泛滥、很易获得酒精饮料、毒品交易以及执法不力等。</p> <p>14. 增加在设计、实施和评估循证预防暴力规划方面的人员和机构能力, 重点处理与各种形式暴力有关的共同风险因素。</p> <p>15. 在卫生系统内实施和监督针对共同风险因素的预防措施, 例如旨在减少酗酒和吸毒并促进心理健康的措施。</p> | <p>8. 收集并传播有效预防暴力政策和规划的信息, 包括维持关于有效预防各类暴力规划的一个全球信息数据库。</p> <p>9. 与会员国开展技术合作, 以协助加强人员和机构在设计、实施和评估共同风险因素的应对政策和规划方面的能力, 以防暴力。</p> <p>10. 与联合国合作伙伴和其它有关机构合作开发、传播和实施可以防止不同形式人际暴力的政策和规划。</p> |

| 战略方向 4: 提高暴力问题信息和证据的质量 | |
|---|---|
| 会员国以及国家合作伙伴和国际合作伙伴 | 世卫组织秘书处 |
| <p>16. 改善生命登记、卫生信息以及例行的伤害处理和监测系统的能力, 使其能更好地使用有关国际疾病分类编码记录和汇编由卫生工作者处理的凶杀及暴力造成的伤害事件的标准统计数据, 确保这些数据按性别和年龄分列, 包括列明加害者与受害者之间的关系。</p> <p>17. 加强尤其是低收入和中等收入国家研究人员就所有形式暴力及其交叉问题、对社会造成的代价以及较少探究的暴力类型(如虐待老人)进行研究的能力。</p> <p>18. 支持研究和扩大与实施各类暴力相关的风险因素的证据基础。</p> | <p>11. 包括通过定期更新研究成果等, 支持研究和扩大关于暴力所涉各个方面以及预防和应对工作的证据基础。</p> <p>12. 开发和传播标准化的工具和指标, 以便收集和编列不同形式暴力行为的统计数据。</p> |

第 4 节：问责和监测框架

本节阐述全球行动计划实施工作的监测和问责框架。它提出了用于监测行动计划全球实施进展的指标以及 15 年后（即 2030 年）应实现的具体目标。

1. 此框架与可持续发展目标中提出的具体目标和结果指标相一致（见附件 6）。鉴于本计划的范围是卫生系统的行动，拟议指标列明了卫生系统的具体贡献，同时也认识到实现可持续发展目标和成果指标需要多部门努力。
2. 监测和问责框架与国家预防、调查并按照本国法律惩处暴力伤害个人行为的尽职义务相一致，无论这些暴力行为由国家所为还是个人所为。尽职标准包括履行保护义务，提供卫生保健服务、法律援助、住所和咨询服务等(37-39)。
3. 所提出的指标用于促进全球报告工作。会员国需要对照监测和信息需求，监测本国卫生系统处理暴力尤其是对妇女和女童以及儿童的暴力情况。会员国可能需要在现有的计划、政策和规划的基础上，并在灵活调整本计划所列各项行动的情况下，制定或更新本国指标。
4. 这些拟议指标和目标是自愿性和全球性的。由于各国卫生系统在处理暴力特别是对妇女和女童以及儿童的暴力方面准备水平不一，不一定能期望会员国实现所有具体目标，但它们可以在不同程度上促进实现总体目标和具体目标。
5. 在全球行动计划执行阶段初期，将确定基线、衡量方法和数据收集方法。世卫组织秘书处将根据基线信息提出中期基准和里程碑。
6. 拟议的报告框架是，每五年向世界卫生大会报告情况，以评估在实现全球目标方面的进展。报告进展情况还有助于确定差距和挑战，并交流在实施本计划方面的最佳做法和国家经验。这样做的目的是强化现有系统（如规划预算成果框架和指标），而不是创立新的或平行的报告系统。
7. 秘书处的作用是：(1)确定并发展国家级监测指标；(2)制定全球目标的衡量基线，并提出中期里程碑或基准；(3)制定标准化的数据收集和分析工具，以监测全球进展；(4)定期编写全球进展报告，对照基准衡量会员国进展情况，确定存在的差距和面临的挑战，并分享最佳实践和国家经验；(5)应会员国的要求，向其提供指导、技术支持和培训，加强国家信息系统，以便获得指标数据和监测进展情况。

表 2: 指标和全球目标概述

| | 指标 | 基线 (2016 年) | 2030 年达标的 会员国数目以及 占 194 个会员国的 百分比 | 说明/假设 |
|--|---|----------------|--|--|
| A. 对妇女和女童的暴力 | | | | |
| <p>战略方向 1: 加强卫生系统在处理暴力领域的领导和管理作用。成果: 有利于处理儿童遭受暴力问题的政策环境。</p> <p>相关的可持续发展目标 (见附件6): 3.7 — 确保每个人都能获得性和生殖卫生服务, 做到国家战略和规划中有生殖卫生的内容; 3.8 — 实现全民健康覆盖, 包括获得高质量的基本卫生保健服务; 5.2 — 消除对妇女和女童的一切形式暴力; 5.3 — 消除一切形式有害习俗; 5.6 — 确保普遍享有性和生殖卫生权以及生殖权。</p> | | | | |
| A 1.1 | 按世卫组织指南(30)处理亲密伴侣暴力问题的服务和强奸后综合护理服务已被列为基本卫生服务和/或性和生殖卫生服务内容的会员国数目 | 尚无 | 95(50%) | <p>会员国已将按世卫组织指南(30)处理亲密伴侣暴力问题的服务和强奸后综合护理服务作为基本卫生服务和/或性和生殖卫生服务 (即生殖、孕产妇、新生儿、儿童和青少年卫生服务) 内容 (是/否)。</p> <p>为落实关于造福所有妇女和儿童及青少年的战略而提供的一整套服务涵盖对妇女和女童的暴力问题。</p> <p>核实方法: 将需要确定基线和核实方法。</p> |
| <p>战略方向 2: 加强卫生服务供应及卫生工作者/提供者应对暴力的能力。成果: 提供了高质量的综合卫生服务, 并且卫生工作者掌握技术, 能够满足遭受暴力的妇女和女童的需求。</p> <p>相关的可持续发展目标: 3.3 — 结束艾滋病流行; 3.4 — 减少非传染性疾病死亡率, 促进精神健康; 3.5 — 预防和治疗滥用物质行为, 包括滥用麻醉药品和酗酒行为; 3.7 — 确保每个人都能获得性和生殖卫生服务, 做到国家战略和规划中有生殖卫生的内容; 3.8 — 实现全民健康覆盖, 包括获得高质量的基本卫生保健服务; 5.2 — 消除对妇女和女童的一切形式暴力; 5.6 — 确保普遍享有性和生殖卫生权以及生殖权。</p> | | | | |
| A 2.1 | 按国际人权标准和世卫组织指南(30)已制定或更新关于本国卫生系统处理妇女遭受亲密伴侣暴力和/或性暴力问题的指南或规程或标准操作程序的会员国数目 | 尚无 | 95 (50%) | <p>会员国已有国家指南或规程或标准操作程序确定卫生系统如何按世卫组织指南(30)和国际人权标准处理亲密伴侣暴力和/或性暴力问题 (是/否)。</p> <p>核实方法: 审查国家规程或标准操作程序或指南的内容。卫生系统应对工作规程/指南应至少包含以下内容: 鉴定亲密伴侣暴力; 给予一线支持; 提供强奸后综合护理服务; (直接或通过转诊) 提供精神卫生服务; 将受害妇女转至其需要的其它服务部门。</p> |

| | 指标 | 基线 (2016年) | 2030年达标的 会员国数目以及 占194个会员国的 百分比 | 说明/假设 |
|---|--|---------------|---|---|
| A 2.2. | 至少有 50%的紧急医疗设施按世卫组织指南(30)提供强奸后综合护理服务的会员国数目 | 尚无 | 95 (50%) | 会员国至少有一半的紧急医疗设施提供强奸后综合护理服务（是/否）。 核实方法：世卫组织在报告卫生部门艾滋病毒应对工作进展时阐述强奸后综合护理服务提供情况。根据世卫组织指南(30)，强奸后护理包括：一线支持，紧急避孕，依照适用法律转诊之后安全堕胎，按照适用的规程针对艾滋病毒和/或性传播疾病采取暴露后预防措施，接种乙肝疫苗。 |
| <p>战略方向 3：加强规划制定工作，以防暴力。成果：开展了循证规划制定工作，以防对妇女和女童的暴力。</p> <p>相关的可持续发展目标：5.2 — 消除对妇女和女童的一切形式暴力；5.3 — 消除一切形式有害习俗；16.1 — 在全世界大幅减少一切形式的暴力，降低相关的死亡率；16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。</p> | | | | |
| A 3.1 | 已有一项国家多部门（包括卫生系统）处理对妇女和女童的暴力问题计划并且在该计划中提出至少一项预防对妇女和女童的暴力问题战略的会员国数目 | 尚无 | 60 (30%) | 会员国已有一项国家多部门处理对妇女和女童的暴力问题计划，其中列明卫生系统的行动，并确定至少一项预防战略/干预措施（是/否）。 核实方法：审查国家多部门处理对妇女和女童的暴力问题行动计划。预防战略可以包括以下一项或多项干预措施：促进尽早识别遭受伴侣暴力的妇女和接触暴力的儿童，提供心理支持和适当转介服务，以减少今后暴力；解决那些助长对妇女和女童的暴力以及纵容此种暴力并将其正常化的社会习俗；培养儿童和青少年的社会和情感技能，建立相互尊重、两厢情愿和非暴力的关系；增强妇女和女童的能力和培养其自我效能感；从法律和政策角度处理问题（如促进性别平等，减少酗酒等）。 |

| | 指标 | 基线 (2016 年) | 2030 年达标的 会员国数目以及 占 194 个会员国的 百分比 | 说明/假设 |
|---|--|----------------|--|---|
| <p>战略方向 4: 提高暴力问题信息和证据的质量。成果: 据以制定对妇女和女童的暴力问题政策、规划和计划的证据获得加强。</p> <p>相关的可持续发展目标: 5.2 — 消除对妇女和女童的一切形式暴力; 5.3 — 消除一切形式有害习俗; 16.1 — 在全世界大幅减少一切形式的暴力, 降低相关的死亡率; 16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。</p> | | | | |
| A 4.1. | 在过去 5 年内已围绕对妇女的暴力问题开展了一项以人群为基础的、具有全国代表性的研究/调查或在其它以人群为基础的人口或卫生调查中列有对妇女的暴力问题调查单元的会员国数目 | 80 (40%) | 150 (80%) | <p>会员国在过去 5 年内已围绕对妇女的暴力问题开展了一项具有全国代表性的调查或在以人群为基础的人口和卫生调查或其它种类卫生调查中列有对妇女的暴力问题调查单元 (是/否)。</p> <p>核实方法: 为估算对妇女的暴力问题流行率, 世卫组织设有并定期更新来自国家人口调查的亲密伴侣暴力和非伴侣性暴力的流行率数据库。世卫组织于 2013 年根据 80 多个国家的调查结果估算了全球和区域妇女遭受暴力问题数据, 此后又开展了 20 多次人口调查。需要评估有多少会员国在过去 5 年期间进行了调查。</p> |
| B. 对儿童的暴力 | | | | |
| <p>战略方向 1: 加强卫生系统在处理暴力领域的领导和管理作用。成果: 有利于处理儿童遭受暴力问题的政策环境。</p> <p>相关的可持续发展目标: 3.5 — 预防和治疗滥用物质行为, 包括滥用麻醉药品和酗酒行为; 4.2 — 获得高质量的儿童早期发展、保育和学前教育; 4a — 没有暴力的并具有包容性的学习环境; 5.3 — 消除一切形式有害习俗; 16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。</p> | | | | |
| B 1.1. | 在本国卫生计划和/或政策中确定采取行动处理对儿童的暴力问题的会员国数目 | 尚无 | 150 (80%) | <p>不仅在总目标或具体目标中提及对儿童的暴力问题, 还在业务计划中列明具体行动 (是/否)。</p> <p>核实方法: 将通过审查世卫组织卫生计划和政策数据库中最新/现行的国家卫生政策和计划情况予以核实。</p> <p>对于联邦制国家, 将需要列明该国大多数州/省的计划。计划和政策可以包括儿童和青少年健康和精神卫生领域的一般卫生计划或具体计划。</p> |

| | 指标 | 基线 (2016 年) | 2030 年达标的 会员国数目以及 占 194 个会员国的 百分比 | 说明/假设 |
|--|--|---------------------------|--|---|
| <p>战略方向 2：加强卫生服务供应及卫生工作者/提供者应对暴力的能力。成果：提供了高质量的综合卫生服务，并且卫生工作者掌握技术，能够满足遭受暴力的儿童和青少年的需求。</p> <p>相关的可持续发展目标：3.4 — 减少非传染性疾病死亡率，促进精神健康；3.5 — 预防和治疗滥用物质行为，包括滥用麻醉药品和酗酒行为；3.8 — 实现全民健康覆盖，包括获得高质量的基本卫生保健服务；16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。</p> | | | | |
| B.2.1. | 根据国际人权标准已制定或更新关于本国卫生系统照护受虐儿童的指南或规程或标准操作程序的会员国数目 | 尚无 | 150 (80%) | <p>会员国有符合国际人权标准的关于本国卫生领域照护受虐儿童的指南或规程或标准操作程序（是/否）。</p> <p>核实方法是（根据正在拟订的世卫组织虐待儿童问题指南）审查国家规程、标准操作程序或指南的内容。</p> |
| <p>战略方向 3：加强规划制定工作，以防暴力。成果：开展了循证规划制定工作，以防对儿童的暴力。</p> <p>相关的可持续发展目标：16.1 — 在全世界大幅减少一切形式的暴力，降低相关的死亡率；16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。</p> | | | | |
| B.3.1 | 报告大规模实施 8 项循证干预措施中至少 4 项措施以防儿童遭受暴力的会员国数目 | 65(33%) | 130 (66%) | <p>会员国报告大规模实施 8 项循证干预措施中至少 4 项措施以防儿童遭受暴力。8 项循证干预措施是：(1)家访；(2)育儿教育；(3)预防儿童遭受性虐待；(4)学前培养；(5)生活技能/社会发展规划；(6)预防欺凌行为；(7)辅导；(8)校外规划。</p> <p>核实方法：采用世卫组织全球预防暴力状况报告中确定的方法。</p> |
| <p>战略方向 4：提高暴力问题信息和证据的质量。成果：据以制定对儿童的暴力问题政策、规划和计划的证据获得加强。</p> <p>相关的可持续发展目标：16.1 — 在全世界大幅减少一切形式的暴力，降低相关的死亡率；16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。(30)</p> | | | | |
| B.4.1. | 在过去 8 年内已围绕虐待儿童问题开展了一项具有全国代表性的调查或在其它家庭调查（例如多指标类集调查）中列有虐待儿童问题的会员国数目 | 联合国儿童基金会收集了 60 个国家的 数据 | 130 (66%) | <p>会员国报告在过去 8 年内围绕虐待儿童问题开展了一项人口调查（例如儿童遭受暴力专题调查）或在其它家庭调查（例如多指标类集调查）中列有虐待儿童问题（是/否）。</p> <p>核实方法：世卫组织全球预防暴力状况报告。2014 年，在 133 个回复的国家中，41% 的国家报称进行了调查。但未估算过去 8 年期间进行调查的国家占比。</p> |

| | 指标 | 基线 (2016 年) | 2030 年达标的 会员国数目以及 占 194 个会员国的 百分比 | 说明/假设 |
|--|-----------------------|----------------|--|--|
| C. 各种形式的人际暴力：交叉行动 | | | | |
| <p>战略方向 4：提高暴力问题信息和证据的质量。</p> <p>相关的可持续发展目标：5.2 — 消除对妇女和女童的一切形式暴力；16.1 — 在全世界大幅减少一切形式的暴力，降低相关的死亡率；16.2 — 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑。</p> | | | | |
| C 4.1 | 生命登记系统列有可用的凶杀数据的会员国数目 | 78 (40%) | 117 (60%) | <p>《2014 年世卫组织全球预防暴力状况报告》采用了世卫组织死亡率数据库中的信息，认为高达 60% 的国家生命登记系统没有可用的凶杀数据。可用数据的标准是，生命登记数据的完整度必须至少达到 70%，可被列为意向不明的伤害事件不超过 30%，凶杀定义必须与《国际疾病分类》第 10 次修订本中的 X85-Y09 编码以及《国际疾病分类》第 9 次修订本中的 E960-E969 编码保持一致。数据应按年龄和性别分类，并应列明受害者与加害者之间的关系。</p> <p>核实方法：世卫组织死亡率数据库，有可用的凶杀数据的国家数目。</p> |

附件

附件 1: 主要术语汇编

(按英文字母顺序)

青少年被联合国定为 10 岁至 19 岁的人。可分为青少年早期 (10-14 岁) 和青少年后期 (15-19 岁)¹。

童婚、早婚和强迫婚姻是指“至少一方当事人是儿童[18 岁以下的人]的婚姻”。它还“指在结婚前或结婚时达到成人年龄的国家涉及 18 岁以下的人的婚姻。早婚也可指配偶双方均已 18 岁或以上, 但其它因素使他们尚未准备好同意结婚, 如他们的身体、情感、性和心理发育水平, 或缺乏关于个人生活选择的信息”。此外, 还指“一方或双方当事人没有自由和充分同意和/或一方或双方当事人不能结束婚姻或离婚的任何婚姻, 包括由于胁迫或强大的社会或家庭压力”²。

虐待儿童“是对 18 岁以下儿童的虐待和忽视行为。它包括在一种责任、信任或有影响力的亲密关系中的各种身体和/或情感虐待、性虐待、忽视、疏忽、商业或其它剥削, 这给儿童健康、生存、发展或尊严造成了实际伤害或潜在伤害”³。

儿童性虐待“的定义是, 儿童参与其无法完全理解的、不能给予知情同意的、或从发育角度尚未做好准备的、或违背法律或社会禁忌的性活动。对儿童性虐待者可以是成人, 也可以是其他儿童, 这些人凭借自己的年龄或发展阶段处于对受害者负责、被其信任或对其有影响力的地位”⁴。

综合卫生服务是“通过管理卫生服务, 使人们能够通过卫生系统各级和各服务点, 按照其在生命历程中的需求, 获得连贯一致的健康促进、疾病预防、诊断、治疗、疾病管理、康复和姑息治疗服务”⁵。

¹ 联合国儿童基金会 (儿基会)。《青春期是机遇期: 2011 年世界儿童状况》, 2011 年 2 月, ISBN: 978-92-806-4555-2 (http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf, 2015 年 8 月 6 日访问)。

² 联合国大会。《预防和消除童婚、早婚和强迫婚姻》。联合国人权事务高级专员办事处的报告。2014 年。A/HRC/26/22 (http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session26/Documents/A-HRC-26-22_en.doc, 2015 年 8 月 13 日访问)。

³ 世界卫生组织 (世卫组织), 《2014 年全球预防暴力状况报告》, 2014 年。(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf?ua=1&ua=1)。

⁴ 世卫组织和国际防止儿童虐待与忽视协会。《预防虐待儿童: 采取行动和收集证据指南》。世界卫生组织: 日内瓦, 2006 年。(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf)。

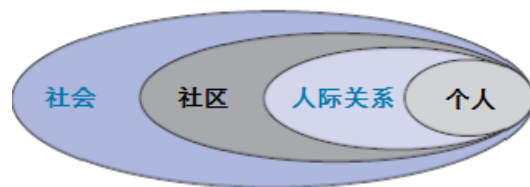
⁵ 《加强卫生系统专题术语汇编》。世界卫生组织。(http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf)。

全面的性教育是“在校内或校外以权利为基础和以性别为重点的方式开展的性教育。此种教育是教学课程的一部分，目的是使儿童和青少年在其情感和社会发展过程中具备有关知识、技能、态度和价值观，能够积极看待本人的性特征”¹。

体罚是“任何运用体力施加的处罚，且不论程度多轻都旨在造成某种程度的痛苦或不适。大部分情况下是用手或某一器具——鞭子、棍棒、皮带、鞋、木勺等（‘拍打’、‘打耳光’、‘打屁股’）打儿童。但是，这也可涉及例如，踢打、摇晃或扔掷儿童；抓、捏、咬、抓头发或抓耳朵，强迫儿童做不舒服的姿势、烙烫、辱骂或强迫吞咽（例如，用肥皂清洗儿童的嘴，或强迫儿童吞咽辛辣作料）”²。

社会生态学模式有助于理解暴力，它涵盖以下层面的风险因素：**(a)**个人层面（例如个人特点和个人历史因素）；**(b)**人际关系（家庭状况和家庭特点）；**(c)**社区（例如社区规范、贫困水平和犯罪率）；**(d)**社会（例如社会规范以及法律和政策及其实施状况）³。

用于理解暴力的社会生态学模式



虐待老人是指，“在任何理应相互信任的关系中，导致老人受到伤害或痛苦的单次或重复行为，或缺乏适当行动。虐待老人包括身体、性、心理、情感、财务和物质虐待；遗弃；忽视；以及严重缺少尊严和尊重”⁴。

杀戮女性是指，“因为是女性而予以谋杀，无论是发生在家庭中、同居伴侣关系中或任何其它人际关系中，还是由社区中的任何人谋杀，或是由国家或其代理人谋杀或获得国家或其代理人默许”⁵。

基于性别的对妇女的暴力是指“因为是女性而对之施加暴力，或女性受害比例特大。它包括施加身体的、心理的或性的伤害或痛苦、威胁施加这类行动、压制和其它剥夺自由行动”⁶。

¹ 《联合国人口基金关于开展全面的性教育的业务指导意见。重视人权和性别》。联合国人口基金：纽约，2014年。（http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf，2015年8月13日访问）。

² 《儿童权利公约》。第8号一般性评论。2006年。CRC/C/GC/8（https://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/documents/docs/GRC-C-GC-8_EN.pdf，2015年8月13日访问）。

³ 《世界暴力与卫生报告》。日内瓦：世界卫生组织；2002年。（http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf）。

⁴ 虐待老人。第357号实况报道。2014年（<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>）。

⁵ 《拉丁美洲调查杀戮妇女行为示范议定书》。联合国妇女署和人权署，2015年。（<http://lac.unwomen.org/~media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/latinamericanprotocolforinvestigationoffemicide.pdf>，2015年8月19日访问）。

⁶ 《消除对妇女一切形式歧视公约》。第19号一般性建议（1992年）（<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>）。

性别不平等和歧视是指“基于性别而作的任何区别、排斥或限制，其影响或其目的均足以妨碍或否认妇女不论已婚未婚在男女平等的基础上认识、享有或行使在政治、经济、社会、文化、公民或任何其它方面的人权和基本自由”¹。

性别平等“是指男女权利、责任和机会的平等。平等并不意味着男女完全一样，而是指男女的权利、责任和机会不取决于个人是否生为男性或女性。性别平等蕴含考虑到女性和男性的利益、需求和重点，同时确认各组女性和男性的多样性。性别平等并非‘女性问题’，它事关两性，男性和女性均应充分参与处理这一问题。男女平等既被视为一项人权问题，又被视为以人为本的可持续发展的一项先决条件和指标”²。性别不平等则指缺乏此种权利、责任和机会。

有害习俗是性别不平等以及歧视性的社会、文化和宗教规范及传统造成的结果，涉及妇女在家庭、社区和社会中的地位，意在控制妇女的自由，包括控制其性欲。有些文化规范和习俗赋予妇女权利，增进妇女人权。但有许多文化规范和习俗常被用作对妇女的暴力理由。世界各地女性一生中可能会遭受各种各样的“有害习俗”，例如杀害女婴、童婚、因嫁妆引起的暴力、切割女性生殖器、所谓的“名誉”犯罪、虐待寡妇、怂恿妇女自杀、将少女敬奉给寺庙、限制第二个女儿结婚的权利、限制孕妇的饮食、强迫进食和营养禁忌、与已故丈夫的兄弟结婚和保留捉巫风俗等³。

卫生部门“由以下几部分组成：有组织的公共卫生服务和私人卫生服务（包括健康促进、疾病预防以及诊断、治疗和保健服务）以及卫生署、卫生部、与卫生相关的非政府组织和社区团体、专业协会等执行的各项政策和进行的各种活动”⁴。

卫生系统是指“（一）主要用于促进、恢复和/或维持健康的所有活动；（二）按照既定政策汇集人员、机构和资源，改善其目标人群的健康，同时通过开展主要用于改善健康状况的各种活动满足人们的合理期望，使其避免不健康造成的代价”⁵。

卫生工作者是指“从事主要旨在增进健康行动的所有人员”⁶。

¹ 《消除对妇女一切形式歧视公约》。第 1 条。1979 年。（<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#article1>）。

² 联合国性别问题和提高妇女地位特别顾问办公室。《将性别问题纳入主流：促进性别平等战略》。2001 年。（<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf>）。

³ 《针对有害妇女习俗开展立法工作的良好做法》。联合国提高妇女地位司与联合国非洲经济委员会举行的专家小组会议的报告，埃塞俄比亚的斯亚贝巴，2009 年 5 月 26 至 29 日。（http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Report%20EGM%20harmful%20practices.pdf）。

⁴ 《健康促进术语汇编》。世界卫生组织：日内瓦，1998 年。WHO/HPR/HEP/98.1（<http://www.who.int/entity/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>）。

⁵ 世卫组织。《加强卫生系统专题术语汇编》。2011 年。（http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf，2015 年 8 月 19 日访问）。

⁶ 《2006 年世界卫生报告：通力合作，增进健康》。世界卫生组织：日内瓦。（<http://www.who.int/entity/whr/2006/chapter1/en/index.html>）。

人际暴力被世卫组织定义为“蓄意地运用躯体的力量或权力，对自身、他人、群体或社会进行威胁或伤害，造成或极有可能造成损伤、死亡、精神伤害、发育障碍或权益的剥夺”¹。它包括生命历程中多种形式的暴力，例如虐待儿童、对青少年的暴力、对妇女的暴力（例如亲密伴侣暴力和性暴力）、虐待老人以及在学校、工作场所、监狱和养老院等机构环境中的暴力。

亲密伴侣暴力“是指亲密伴侣或前伴侣的行为导致身体、性或心理伤害，包括身体侵犯、强迫性行为、心理虐待和控制行为”²。

亲密伴侣指丈夫、同居伴侣、男友或情人、前夫、前伴侣、前男友或前情人。在不同的地点和研究中，亲密伴侣的定义有所不同。它包括婚姻等正式的伴侣关系，也包括同居、恋爱关系和未婚性关系等非正式的伴侣关系。在一些地方，亲密伴侣通常结婚，而在其它地方，伴侣关系往往没有那么正式³。

生命历程角度是指“了解生命的早期影响如何作为风险因素影响以后阶段与健康相关的行为或健康问题。”“采用生命历程视角有助于识别暴力的早期风险因素和确定开展一级预防工作的最佳时机”⁴。

多部门应对“涵盖政府机构和民间社会，涉及跨部门协调各种资源和行动。”“在协调一致的框架下提供幸存者所需要的广泛卫生保健、保护和司法服务，这些服务无法由单一部门或采取单项干预措施提供。综合处理方法有助于：加强宣传力度；建立跨部门长期合作；改善服务和预防工作的效率和覆盖面；并最大限度地利用现有的专业技术、资源和投资处理有关问题”⁵。

初级卫生保健“是基于切实可行、学术上可靠而又为社会所接受的方式与技术之上的主要的卫生保健，通过群众中个人及家庭的参与，并在本着自力更生及自决精神而发展的各个阶段上群众及国家能以维持的费用而使之遍及所有人等。它既是国家卫生体制的一个组成部分、一个功能的中心和活动的焦点，也是群众社会及经济总体发

¹ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. 《世界暴力与卫生报告》。日内瓦：世界卫生组织；2002年。（http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf）。

² 世卫组织。《对妇女的性暴力。对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力》。世界卫生组织：日内瓦，2014年。（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112325/1/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?ua=1）。

³ 《应对针对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力：世卫组织临床和政策指南》。日内瓦：世界卫生组织；2013年。（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf，2015年8月19日访问）。

⁴ 《防止对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力：采取行动并产生证据》。日内瓦：世界卫生组织；2010年。（http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf）。

⁵ 确保全面多部门政策和国家行动计划。联合国妇女署虚拟知识中心发起制止对妇女和女童的暴力行为（<http://www.endvawnow.org/en/articles/316-ensuring-holistic-multisectoral-policies-and-national-plans-of-actions-.html>）。

展的一个组成部分。它是个人、家庭、群众与国家保健系统接触的第一环，能使卫生保健尽可能接近于人民居住及工作场所；它还是卫生保健持续进程的起始一级”¹。

预防暴力的公共卫生方法是指采取以下四个步骤：确定和监督问题；确定风险因素和保护因素；制定和测试预防和应对战略；并支持广泛采用²。

关系/约会暴力或青少年约会暴力“是一种亲密伴侣暴力。它发生在关系亲密的两人之间。在性质上，约会暴力可以是肢体、情感或性暴力。”“约会暴力可以当面发生，也可以通过电子手段，例如不断发短信或在网上公布伴侣的性行为照片”³。

性暴力“是在任何地点发生的由任何人强行施加的任何性行为、性行为企图或其它针对他人性特征的强迫行为，而不论该行为人与受害人的关系如何。它包括强奸，即使用身体暴力强迫或其它强制方式，用阴茎、身体的其它部位或物体强行插入阴部或肛门”⁴。

幸存者/受害者是指遭受暴力或受暴力影响的人。处理对妇女的暴力问题的人士往往倾向于使用“幸存者”一词，意在强调受到暴力影响的妇女具有能动性，在暴力面前不仅是被动的“受害者”。而刑法中使用“受害者”一词。本文件交替使用这两个用语。

弱势群体是因受社会排斥、边缘化和多种形式歧视而很可能会接触或遭受各类暴力的人群。这些人群包括：残疾人，包括精神病患者；土著以及少数民族人群和少数种族人群；性工作者；性少数人群；艾滋病毒感染者；移民；以及来自最贫穷家庭的人。

对儿童的暴力定义是对 18 岁以下男童或女童的任何暴力行为。因此，它包括**虐待儿童**，并与**青少年暴力**重叠。虐待儿童和青少年暴力行为是最常见形式。

对妇女的暴力（VAW）定义是“对妇女造成或可能造成身心方面或性方面的伤害或痛苦的任何基于性别的暴力行为，包括威胁进行这类行为、强迫或任意剥夺自由，而不论其发生在公共生活还是私人生活中”。它包括但并不限于下列各项：“在家庭内发生的身心方面和性方面的暴力行为，包括殴打、家庭中对女童的性凌虐、因嫁妆

¹ 《阿拉木图宣言》。国际初级卫生保健会议，苏联阿拉木图，1978 年 9 月 6 日至 12 日。世界卫生组织：日内瓦，1978 年。（www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf）。

² Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. 《世界暴力与卫生报告》。日内瓦：世界卫生组织；2002 年。（http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf）。

³ 《了解青少年约会暴力，2014 年实况报道》。美国疾病控制中心。（<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>，2015 年 8 月 10 日访问）。

⁴ 世卫组织。《对妇女的性暴力。对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力》。世界卫生组织：日内瓦，2014 年。（http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112325/1/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?ua=1）。

引起的暴力行为、配偶强奸、切割女性生殖器和其它有害于妇女的传统习俗、非配偶的暴力行为和与剥削有关的暴力行为；在社会上发生的身心方面和性方面的暴力行为，包括强奸、性凌虐、在工作场所、教育机构和其它场所的性骚扰和恫吓、贩卖妇女和强迫卖淫；国家所做或纵容发生的身心方面和性方面的暴力行为，无论其在何处发生”¹。

对妇女和女童的暴力（VAWG）涵盖以上定义的对妇女的暴力行为，并包括对女童的暴力行为。对女童的暴力是指女童因为女童身份并源于性别不平等而遭受的暴力（例如有害习俗、早婚、童婚或强迫婚姻等）。它强调了性别不平等和歧视女性加剧妇女和女童在生命历程中遭受暴力的风险。

少年和青年暴力是“10岁至29岁的人之间发生的暴力”²。它包括各类身体和/或情感虐待，通常发生在家庭之外。有害行为可能始于童年，持续至成年期。一些暴力行为（如猛击）可能导致严重伤害或死亡。而欺凌、拍打或敲击等其它一些暴力行为则可能更多导致的是情感伤害，而不是身体伤害。

¹ 联合国大会。《消除对妇女的暴力行为宣言》。A/RES/48/104。1993年。（<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>，2015年8月6日访问）。

² 《2014年全球预防暴力状况报告》。日内瓦：世界卫生组织；2014年。（http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/）。

附件 2: 有关决议、议定结论、一般性评论和文书条款

世界卫生大会和执行委员会的决议:

- WHA49.25 (1996) 宣布暴力是全世界一项主要的公共卫生问题¹;
- WHA50.19 (1997) 要求基于科学数据制定一项行动计划, 从公共卫生角度预防暴力²;
- EB95.R17 (1995) 阐述了应急行动和人道主义行动, 其中要求世卫组织处理集体暴力环境对健康造成的影响³;
- WHA56.24 (2003) 要求实施世卫组织 2002 年《世界暴力与卫生报告》提出的各项建议⁴;
- WHA57.12 (2004) 通过了全球生殖卫生战略, 其中强调对妇女的暴力是性别不平等的主要形式之一, 需要解决这一问题, 以实现性和生殖卫生目标⁵;
- WHA60.25 (2007) 关于将性别分析和行动纳入世卫组织工作的全球战略⁶;
- WHA61.16 (2008) 要求消除切割女性生殖器现象, 敦促国家增进健康, 包括改善性和生殖健康, 并向遭受此种暴力的妇女和女童提供协助⁷;
- WHA63.13 (2010) 批准了减少有害使用酒精的全球战略⁸;
- WHA66.8 (2013) 通过了 2013-2020 年精神卫生综合行动计划⁹;
- WHA66.9 (2013) 呼吁制定世卫组织 2014–2021 年全球残疾问题行动计划: 增进所有残疾人的健康^{10,11}。

¹ 见: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf。

² 见: http://www.who.int/substance_abuse/en/WHA50.19.pdf。

³ 见: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/C.L.3.1995.pdf>。

⁴ 见: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf。

⁵ 见: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf。

⁶ 见: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R25-en.pdf。

⁷ 见: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_resolution_61.16.pdf。

⁸ 见: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-en.pdf。

⁹ 见: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf。

¹⁰ 见: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R9-en.pdf。

¹¹ 见: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-en.pdf。

决议和议定文件

- 联合国大会关于处理对妇女暴力问题的会议¹
 - 67/144 (2012) 号决议, 加紧努力消除一切形式的暴力侵害妇女行为²;
 - 69/147 (2014) 号决议, 加紧努力消除一切形式的暴力侵害妇女和女童行为³;
- 妇女地位委员会
 - CSW 57 号商定结论, 2013 年⁴;
 - CSW 51 号商定结论, 2011 年⁵;
 - CSW 42 号商定结论, 1998 年⁶;
- 国际人口与发展会议 (国际人口与发展会议行动纲领, 1994 年)⁷
 - 用于进一步实施国际人口与发展会议行动纲领的主要行动 (2014 年)⁸;
 - 2000/1 号决议, 人口、性别与发展 (2000 年)⁹;
 - 2005/2 号决议, 通过全面实施国际人口与发展会议行动纲领, 促进实现国际议定发展目标, 包括实现《联合国千年宣言》所载的各项目标 (2005 年)¹⁰;
 - 2006/2 号决议, 国际移徙与发展 (2006 年)¹¹;
 - 2009/1 号决议, 通过实施国际人口与发展会议行动纲领, 促进实现国际议定发展目标, 包括实现千年发展目标 (2009 年)¹²;
 - 2010/1 号决议, 健康、发病率、死亡率与发展 (2010 年)¹³;

¹ 见: <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-work-ga.htm>。

² 见: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/144&Lang=E。

³ 见: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/147。

⁴ 见: <http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/57/csw57-agreedconclusions-a4-en.pdf>。

⁵ 见: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/51/csw51_e_final.pdf。

⁶ 见: http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/42/csw42_i_e_final.pdf。

⁷ 见: <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>。

⁸ 见: <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>。

⁹ 见: http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/33/CPD33_Res2000-1.pdf。

¹⁰ 见: http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/38/CPD38_Res2005-2.pdf。

¹¹ 见: http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/39/CPD39_Res2006-2.pdf。

¹² 见: http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42_Res2009-1.pdf。

¹³ 见: http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/43/CPD43_Res2010-1.pdf。

- 2011/1 号决议，生育率、生殖卫生与发展（2011 年）¹；
- 2012/1 号决议，青少年与青年（2012 年）²；
- 2014/1 号决议，评估国际人口与发展会议行动纲领的实施状况（2014 年）³；
- 联合国安全理事会
 - 1325（2000）号决议⁴；
 - 妇女、和平与安全问题的决议⁵；
 - 65/277（2011）号决议，关于艾滋病毒和艾滋病问题的政治宣言：加大行动力度，消除艾滋病毒和艾滋病⁶；
- 《北京宣言》和行动纲要（1995 年）⁷；
- 人权理事会
 - 7/24 号决议，消除对妇女的暴力（2008 年）⁸；
 - 23/25 号决议，加紧努力消除对妇女的一切形式暴力行为：防止和应对强奸及其它形式性暴力⁹。

联合国文件和文书：

- 《世界人权宣言》（1948 年）¹⁰；
- 《公民权利和政治权利国际公约》（1966 年）¹¹；
- 《经济、社会及文化权利国际公约》（1966 年）¹²；

¹ 见：http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/CPD44_Res2011-1b.pdf。

² 见：http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2012/country/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf。

³ 见：http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2014/documents/CPD47_Resolution_2014_1.pdf。

⁴ 见：[http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1325\(2000\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1325(2000))。

⁵ 见：<http://www.un.org/en/peacekeeping/issues/women/wps.shtml>。

⁶ 见：http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf。

⁷ 见：<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>。

⁸ 见：http://ap.ohchr.org/Documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_7_24.pdf。

⁹ 见：http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/23/L.28。

¹⁰ 见：<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Introduction.aspx>。

¹¹ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>。

¹² 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>。

- 《关于婚姻的同意、结婚最低年龄和婚姻登记的公约》（1962年）¹；
- 《消除对妇女一切形式歧视公约》（CEDAW，1979年）²；
- 《消除对妇女一切形式歧视公约任择议定书》（1999年）³；
- 《在非常状态和武装冲突中保护妇女和儿童宣言》（1974年）⁴；
- 《联合国打击跨国有组织犯罪公约关于防止、禁止和惩治贩运人口特别是妇女和儿童行为的补充议定书》（2000年）⁵；
- 人权与贩运人口问题建议原则和准则（2002年）⁶；
- 《禁止贩卖人口及取缔意图营利使人卖淫的公约》（1949年）⁷；
- 《消除对妇女的暴力行为宣言》（A/RES/48/104，1993年）⁸；
- 《关于战时保护平民之日内瓦公约》（1949年）⁹；
- 《1949年8月12日日内瓦四公约关于保护非国际性武装冲突受难者的附加议定书》（第二议定书）（1977年）¹⁰；
- 《儿童权利公约》（CRC，1989年）¹¹
 - 第十九条：儿童免受一切形式暴力的权利（CRC/C/GC/13，2011年）是指18岁以下男童和女童有权免受一切形式的暴力。
 - 第二十四条：儿童有权享有可达到的最高标准的健康（CRC/C/GC/15，2013年）明确指享有不受暴力伤害的自由。

¹ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/MinimumAgeForMarriage.aspx>。

² 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>。

³ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OPCEDAW.aspx>。

⁴ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfWomenAndChildren.aspx>。

⁵ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolTraffickingInPersons.aspx>。

⁶ 见：<http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=E/2002/68/Add.1&Lang=E>。

⁷ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/TrafficInPersons.aspx>。

⁸ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>。

⁹ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfCivilianPersons.aspx>。

¹⁰ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolII.aspx>。

¹¹ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>。

联合国一般性评论和建议：

- 《消除对妇女一切形式歧视公约》（1979年）¹
 - 第24号一般性建议（1999年）²；
 - 第12号一般性建议（1989年）³；
 - 第19号一般性建议（1992年）⁴；
- 《儿童权利公约》
 - 第13号一般性评论（2011年）⁵；
- 经济、社会和文化权利委员会
 - 第十二条，第14号一般性评论（2000年）⁶。

区域文书：

- 《欧洲委员会预防和打击暴力侵害妇女行为及家庭暴力公约》（《伊斯坦布尔公约》）（2011年）⁷；
- 《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》（2003年）⁸；
- 《美洲防止、惩罚和根除对妇女暴力行为公约》（《贝伦杜帕拉公约》，1994年）⁹；
- 《东盟地区消除对妇女的暴力行为宣言》（2004年）¹⁰；
- 《2011-2020年阿拉伯制止对妇女的暴力战略》（2011年）¹¹。

¹ 见：<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>。

² 见：<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>。

³ 见：<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom12>。

⁴ 见：<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>。

⁵ 见：http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=en。

⁶ 见：[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)。

⁷ 见：<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%20210%20English.pdf>。

⁸ 见：http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf。

⁹ 见：<http://www.oas.org/juridico/english/treaties/a-61.html>。

¹⁰ 见：<http://www.asean.org/communities/asean-political-security-community/item/declaration-on-the-elimination-of-violence-against-women-in-the-asean-region-2>。

¹¹ 见：<http://www.arabwomen.org/Content/Publications/VAWENG.pdf>。

附件 3：世卫组织秘书处有关工作详情

1. 世卫组织秘书处制定了若干指导文件和设计了一些工具，包括编写了培训课程，并在若干文件中汇总了有关证据，以处理人际暴力问题。详见附件 4。
2. 在查明卫生系统在处理**对妇女和女童的暴力**问题上的缺陷后，世卫组织秘书处正多方面弥补这些缺口。为了向那些希望开展对妇女的暴力问题调查的国家提供支持，世卫组织开发并提供了调查工具和方法，以供开展多国妇女健康和妇女在家中遭受暴力问题研究。此项研究被视为衡量妇女遭受暴力问题严重程度的基准(4)。秘书处还在大约 80 个国家亲密伴侣暴力和性暴力流行率数据的基础上，汇集并公布了全球和区域妇女遭受暴力的估算数据(3)。这些数据存于世卫组织全球卫生观察站供查阅¹，并将定期更新。秘书处公布了若干指南和工具，列明了有效的预防干预措施，并指导国家加强卫生系统处理对妇女的暴力问题工作，包括处理人道主义环境下性暴力问题和向幸存者提供精神卫生保健服务（见附件 4）。秘书处正支持各国卫生部加强本国从公共卫生角度预防和**处理对妇女的暴力问题**能力，并正协助国家制定和/或更新本国卫生部门处理对**妇女和女童的暴力问题**规程/指南。关于人道主义环境，秘书处通过发挥其作为全球卫生部门牵头机构的作用，支持人道主义系统采用有关工具处理这一问题。
3. 世卫组织秘书处收集**虐待儿童**问题数据，汇总有效防止虐待儿童措施情况，并广泛传播有关证据。世卫组织于 2006 年公布了《预防虐待儿童：采取行动和收集证据指南》²。该指南已成为政策制定者和从业者重要的参考材料。世卫组织还设计了用于衡量包括遭受虐待在内的童年不良经历（ACES）的一份国际调查问卷，并在十几个国家进行了此项调查。秘书处正在测试一套低成本的预防儿童遭受虐待的育儿方案。它开发了一个预防虐待儿童专题短期课程，用于在众多国家向政策制定者和从业者提供培训。它还支持国家制定防止虐待儿童政策和有效的干预措施，其中包括帮助国家评估本国在制定和扩大预防规划方面的准备程度。
4. 世卫组织秘书处与教科文组织联合发表了关于如何在校内增进健康和**处理暴力问题**的指导意见。世卫组织秘书处还在美国疾病控制和预防中心合作下，协调开展全球学生健康调查（GSHS）。它与一些低收入和中等收入国家合作，协助它们采取全面对策处理人际暴力，主要重点是处理**青少年暴力**问题。它目前正在审查有关证据，以查明如何有效预防青少年暴力。

¹ 见：<http://apps.who.int/gho/data/node.main.SEXVIOLENCE>。

² 见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf。

5. 世卫组织针对**虐待老人**问题开展工作，促进使用循证方法，以便更好地了解这一问题的程度、原因和后果，查明可以有效预防此种暴力的措施，并减轻受害者受到的伤害。

6. 世卫组织秘书处建立或参与各种合作伙伴关系和行动，例如性暴力研究计划、“为女童团结起来”伙伴关系、联合国制止冲突中性暴力行动以及防止暴力联盟等（见附件5）。

附件 4：世卫组织秘书处的有关出版物清单

对妇女和女童的暴力

- 《为遭受亲密伴侣暴力和性暴力的妇女提供卫生保健》（2014 年）¹
- 《暴力对待妇女行为的全球及区域概况：亲密伴侣暴力和非伴侣性暴力的发生率和健康影响》（2013 年）²
- 《世卫组织应对亲密伴侣暴力和性暴力的临床和政策指南》（2013 年）³
- 《拉丁美洲和加勒比地区妇女遭受暴力情况：对 12 国人口数据的比较分析》（泛美卫生组织，2013 年）⁴
- 2012 年关于向性暴力幸存者提供精神卫生及心理社会支持的三份出版物（2012 年）⁵
- 《防止对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力：采取行动并产生证据》（伦敦卫生和热带医学学院，2010 年）⁶
- 《世卫组织多国妇女健康和妇女在家中遭受暴力问题研究：结果报告》（2005 年）⁷
- 《强奸幸存者的临床管理》（2004 年）⁸
- 《性暴力受害者的医疗和法律照护指南》（2003 年）⁹
- 《电子学习课程：人道主义环境中强奸幸存者的临床管理》（世卫组织、联合国人口基金和联合国难民署，2009 年）¹⁰
- 《预防暴力和伤害短期课程：预防对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力》¹¹

¹ 见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf。

² 见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf。

³ 见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf。

⁴ 见：http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175&Itemid=1519&lang=en。

⁵ 见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75175/1/WHO_RHR_HRP_12.16_eng.pdf; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75177/1/WHO_RHR_HRP_12.17_eng.pdf; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75179/1/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf。

⁶ 见：http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf。

⁷ 见：http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/。

⁸ 见：http://www.who.int/hac/network/interagency/news/manual_rape_survivors/en/。

⁹ 见：<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>。

¹⁰ 见：<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>。

¹¹ 见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/intimate_partner_violence/en/。

虐待儿童

- 《欧洲预防虐待儿童报告》（世卫组织欧洲办事处，2013年）¹
- 《预防虐待儿童：采取行动和收集证据指南》（世卫组织和国际防止儿童虐待与忽视协会，2006年）²
- 《预防暴力和伤害短期课程：预防虐待儿童》³

人际暴力

- 《全球预防暴力状况报告》（2014年）⁴
- 《预防暴力：证据》（2010年）⁵
- 《预防伤害和暴力：供各国卫生部使用的指南》（2007年）⁶
- 《制定预防伤害和暴力的政策》（2006年）⁷
- 《开展伤害和暴力专题社区调查指南》（2004年）⁸
- 《基本创伤医疗指南》（2004年）⁹
- 《预防暴力：实施世界暴力与卫生报告各项建议的指导意见》（2004年）¹⁰
- 《世界暴力与卫生报告》（2002年）¹¹

青少年暴力

- 《预防青少年暴力：证据概要》¹²
- 《欧洲预防青少年暴力和青少年使用刀具犯罪报告》（世卫组织欧洲办事处，2010年）¹³

¹ 见：http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf。

² 见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/。

³ 见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/child_maltreatment/en/。

⁴ 见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/。

⁵ 见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77936/1/9789241500845_eng.pdf。

⁶ 见：http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254_eng.pdf。

⁷ 见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf。

⁸ 见：<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>。

⁹ 见：<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>。

¹⁰ 见：<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>。

¹¹ 见：http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/。

¹² 截至2015年9月22日，见：http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1。

¹³ 见：http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf。

虐待老人

- 《欧洲预防虐待老人报告》¹
- 《全球应对虐待老人和忽视问题。基本卫生保健领域能力建设》（2008年）²
- 《遗漏的呼声：老年人如何看待虐待老人问题》。八国（阿根廷、奥地利、巴西、加拿大、印度、肯尼亚、黎巴嫩和瑞典）研究报告³

¹ 见：http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf。

² 见：http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf。

³ 见：http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/。

附件 5: 世卫组织秘书处参与反暴力伙伴关系和行动

制止对妇女和女童的暴力问题基本服务计划是由联合国妇女署和人口基金主持的一项联合国合作行动，世卫组织、联合国开发计划署和禁毒办合作开展各方面有关活动。世卫组织是卫生领域的合作伙伴。它协助制定了卫生领域处理对妇女的暴力行为的指南和工具，将根据该项计划应用这些指南和工具。

性暴力研究计划(SVRI)是一个网络，致力于促进重视将性暴力作为一项公共卫生问题，并致力于发展、支持和增强该领域的研究能力。世卫组织是这项计划的一个创始机构，在最初三年为其秘书处提供东道服务。在竞标后，秘书处后来转至南非医学研究理事会。世卫组织仍是协调小组成员，现任联合主席。

“为女童团结起来” (TfG)是一个全球性的公-私伙伴关系，致力于消除对儿童的暴力行为，重点是消除对女童的性暴力。合作伙伴有：五个联合国机构（联合国儿童基金会、联合国艾滋病规划署、联合国妇女署、世界卫生组织和联合国人口基金），美国政府，加拿大政府，以及私营部门。这一伙伴关系支持在一些国家开展基于人口的对儿童的暴力问题调查（VACS），汇集全面的暴力问题规模和后果数据，以协助国家今后制定政策。

联合国制止冲突中性暴力行动调动 13 个联合国机构的力量，以便更有力和更一致地应对冲突中的性暴力问题。在这项联合国行动中，世卫组织负责提供知识支柱，通过收集证据和给予规范性指导，协助开展这项行动。

防止暴力联盟(VPA)是由世卫组织会员国、国际机构和民间社团组成的防止人际暴力网络。参与方采用循证公共卫生措施处理暴力的各项风险因素，并促进多部门合作。

附件 6：全球计划与可持续发展目标及具体目标的联系

| 可持续发展目标 | 内容 | 与行动计划的联系 |
|--|--|---|
| 目标 3：让不同年龄段的所有人都过上健康的生活，促进他们的福祉 | | |
| 目标 3.4 | 到2030年时，通过预防与治疗，将非传染性疾病导致的过早死亡减少三分之一，促进精神健康与福祉 | 增进精神健康和幸福以及提供精神卫生保健对于预防和应对各种形式人际暴力尤其是对妇女和女童以及儿童的暴力问题极为重要。 |
| 目标 3.5 | 进一步预防和治疗滥用物质行为，包括滥用麻醉药品和酗酒行为 | 酗酒是大多数形式人际暴力的一项风险因素，因此，预防酗酒将有助于防止暴力。接触亲密伴侣暴力和对妇女的性暴力以及虐待儿童和青少年暴力行为会增加吸毒和酗酒的可能性，因此预防此种暴力行为也有助于减少吸毒和酗酒。 |
| 目标 3.7 | 到2030年时，每个人都能获得性和生殖卫生服务，包括获得计划生育、信息和教育服务，做到国家战略和规划中有生殖卫生的内容 | 认识到暴力侵害妇女和女童行为对性和生殖健康造成的后果，本计划建议将生殖卫生服务作为处理暴力侵害妇女服务的关键切入点，并将对妇女的暴力问题纳入国家生殖卫生战略和规划。 |
| 目标 3.8 | 实现全民健康覆盖，包括提供财务风险保护，每个人都可以获得高质量的基本卫生保健服务，并获得安全、有效、高质量和价廉的基本药品和疫苗 | 全民健康覆盖原则是向人际暴力幸存者/受害者尤其是受害妇女和女童提供卫生服务的一项重要指导原则，重点是处理这种暴力对健康造成的后果提供资金保障和高质量的基本服务。 |
| 目标 4：提供包容和公平的高质教育，让全民终身享有学习机会 | | |
| 目标 4.2 | 到2030年时，确保所有男女儿童都能获得高质量的儿童早期发展、保育和学前教育，为接受初等教育做好准备 | 高质量的儿童早期发展、保育和学前教育有助于防止男女儿童今后介入暴力。 |
| 目标 4a | 建立和改善顾及儿童、残疾和性别因素的教育设施，为所有人提供一个安全、没有暴力、包容和有效的学习环境 | 在教育设施中，男女儿童有可能遭受同伴暴力（如打斗和欺凌等），教学人员有时使用暴力手段惩罚和控制学生。 |

| | | |
|---|--|---|
| 目标 5: 实现性别平等, 增强所有妇女和女童的地位 | | |
| 目标 5.2 | 消除公共和私人领域中针对所有妇女和女童的一切形式暴力, 包括贩运、性剥削和其它形式的剥削 | 本计划确认卫生系统需要与其它部门一道采用公共卫生方法处理对妇女和女童的暴力行为。这包括开展循证行动, 促进在卫生系统以及其它部门中开展预防工作。 |
| 目标 5.3 | 消除童婚、早婚和逼婚以及切割女性生殖器官等一切有害习俗 | 本计划将童婚、早婚和逼婚以及切割女性生殖器官列为有害妇女和女童的习俗, 卫生系统需要重点予以处理和预防。 |
| 目标 5.6 | 根据《国际人口与发展会议行动纲领》、《北京行动纲要》及历次审查会议成果文件商定的结果, 确保普遍享有性和生殖卫生权以及生殖权 | 本计划确认, 促进包括性和生殖卫生权在内的所有人权是预防和处理对妇女和女童的暴力行为的关键, 它扩展了《国际人口与发展会议行动纲领》和《北京行动纲要》所列的对妇女的暴力问题行动。 |
| 目标 11: 建设包容、安全、有韧性的可持续城市和人类住区 | | |
| 目标 11.7 | 到2030年时, 让所有人, 尤其是妇女、儿童、老年人和残疾人, 都有安全、包容、无障碍的绿色公共空间 | 本计划确认尤其是妇女和女童在公共空间遭受暴力(包括性骚扰)的风险。 |
| 目标 16: 创建和平和包容的社会以促进可持续发展, 让所有人都能诉诸司法, 在各级建立有效、可问责和包容的机构 | | |
| 目标 16.1 | 在全世界大幅减少一切形式的暴力, 降低相关的死亡率 | 本计划努力加强卫生系统在减少人际暴力方面的关键作用, 并减轻此种暴力造成的健康和其它不良后果, 重点是深受此种暴力影响的女性和儿童人群。 |
| 目标 16.2 | 制止虐待、剥削、贩运儿童行为和对儿童实施的所有形式暴力和酷刑 | 本计划除了重点处理对妇女的暴力外, 还重点将对儿童的暴力作为另一主要暴力形式。本计划认识到, 女童面临某些特定形式的暴力, 例如被贩运供性剥削。 |
| 目标 16.3 | 在国家和国际各级促进法治, 让所有人平等享有诉诸司法的机会 | 本计划要求采取行动, 加强卫生部门与警察/司法部门之间的联系, 特别是通过提供法医证据大力支持暴力幸存者(特别是妇女和女童)享有诉诸司法的机会。 |

附件 7：暴力造成的健康后果概述

| 遭受暴力的人群和暴力类型 | 健康以及社会和经济后果 |
|-----------------------|---|
| 1. 遭受暴力的所有人群 | <ul style="list-style-type: none"> • 身体伤害 • 精神卫生问题（例如抑郁、焦虑、创伤后应激障碍等） • ↑自杀 • ↑罹患非传染性疾病的风险 • 有害健康行为（如酗酒和吸毒、吸烟、自我伤害以及高风险性行为） • ↓生产力 • 对幸存者、家人和社会造成的人员和经济代价 |
| 2. 妇女和女童 ¹ | 除以上 1 所列后果外，还造成性和生殖卫生问题(3)，包括意外怀孕、性传播疾病和艾滋病毒、流产（包括自然流产和堕胎）、低出生体重儿、早产、创伤性妇科瘘、慢性疼痛综合征。 |
| a. 亲密伴侣暴力 | <ul style="list-style-type: none"> • 2X↑堕胎 • 1.5X↑性传播疾病和艾滋病毒 • 41%↑早产 • 16%↑低出生体重儿 • ↑婴儿死亡率 • 存在发育和行为问题的儿童 |
| b. 切割女性生殖器 | <ul style="list-style-type: none"> • ↑难产及围产儿死亡率 • 感染 • 囊肿和脓肿 • 瘘 • 心理和精神卫生问题 • 性功能障碍 |
| c. 早婚 | <ul style="list-style-type: none"> • 早孕以及↑围产期和孕产妇死亡率和发病率风险 • ↓女童接受教育的机会以及谋生技能 • 社会隔离 |
| 3. 儿童（包括青少年） | <ul style="list-style-type: none"> • ↑有害健康行为 • ↑精神和其它健康问题 • ↓受教育程度和未来就业前景 • 暴力循环代际延续 — 即 • ↑女童后来成为亲密伴侣暴力或性剥削和贩卖行为受害者的可能性 • ↑男童今后成为加害者或受害者的可能性 • 青少年暴力↑今后成为其它形式暴力的受害者和加害者 |

¹ 世界卫生组织（世卫组织），伦敦卫生和热带医学学院，南非医学研究理事会，2013 年。《暴力对待妇女行为的全球及区域概况：亲密伴侣暴力和非伴侣性暴力的发生率和健康影响》。日内瓦：世界卫生组织；2013 年。

附件 8: 各类人际暴力的受害和加害风险因素、保护因素和决定因素概要¹

| 人群和暴力类型 | 受害的风险因素和保护因素 | 加害的风险因素和保护因素 |
|---|---|--|
| 1. 各类人际暴力共有的社区和社会因素 (人道主义危机(包括冲突)可能会加剧这些因素) | <ul style="list-style-type: none"> • 性别不平等(例如有害的男子气概规范) • 社区高暴力和犯罪率 • 贫困 • 失业 • 毒品、酒精(例如有众多酒精销售点)和武器(如枪支和刀具)泛滥 • 对暴力行为执法不力 | |
| 2. 妇女和女童 | 性别不平等和歧视是造成对妇女和女性的各类暴力行为的根源因素 | |
| 亲密伴侣暴力 | <ul style="list-style-type: none"> • 童年曾遭受虐待² • 在儿童期接触(目睹)亲密伴侣暴力 • 受教育水平中等以下 • 精神障碍和其它残疾 • 伴侣酗酒 • 男性控制/支配女性 • 使用暴力惩戒违背现行性别规范的妇女的可接受性 • 妇女缺乏就业机会 • 歧视性法律(如土地和财产所有权, 结婚, 离婚, 未成年子女的监护权) | <ul style="list-style-type: none"> • 童年曾遭受虐待或忽视 • 在儿童期接触(目睹)亲密伴侣暴力 • 受教育水平低 • 抑郁 • 酗酒 • 控制行为 • 在态度上不太尊重性别平等 • 与伴侣经常争吵 • 认为性生活是应享的权利(曾有性交易和多个性伴) • 卷入家庭之外的暴力 |
| 3. 儿童(包括青少年) | | |
| 虐待儿童 | <ul style="list-style-type: none"> • 年幼儿童 • 特殊需求儿童照护人员工作负荷沉重 | <ul style="list-style-type: none"> • 父母年纪较轻 • 子女众多 • 对儿童发育缺乏认识 • 缺乏育儿技巧 • 赞成严厉惩戒措施 • 家长在童年时曾遭虐待 • 家中照护人员与儿童无血缘关系 • 酗酒和吸毒 • 护理人员患精神病 • 父母与子女关系不佳(如缺乏亲情, 家庭生活混乱) • 家中亲密伴侣暴力 |

¹ Heise LL and Kotsadam. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3(6): e332-e340.

² 以黑体显示的因素具有统计显著性, 或最能说明各地区不同的伴侣暴力发生率。

| | | |
|-----------------------|--|--|
| 青少年间同伴暴力 (欺凌, 打斗等) | | <ul style="list-style-type: none">• 一些风险因素与虐待儿童的风险因素相似• 行为问题• 有反社会的同伴• 酗酒和吸毒• 有参与暴力史 |
|-----------------------|--|--|

附件 9. 制定全球行动计划的时间安排和程序

全球行动计划制定程序如下：

1. 世卫组织秘书处设立了一个内部核心工作小组，以主持、协调和拟订全球行动计划草案，并协助开展磋商工作。
2. 于 2015 年 3 月编写了第一份讨论文件，在此基础上起草了全球行动计划预稿。第一份讨论文件反映了核心工作小组成员、世卫组织其它有关部门的代表以及世卫组织所有六个区域的顾问们的意见。
3. 就预稿征求了各方意见。会员国卫生部及其它相关部委（如负责性别、司法和儿童发展事务的部委）、民间社团、专业协会以及联合国合作伙伴和其它双边和多边机构提供了反馈意见。协商程序是：
 - a. 在区域级与会员国磋商：泛美卫生组织（2015 年 2 月）；西太平洋区域和东南亚区域办事处（2015 年 4 月）；东地中海区域办事处（2015 年 4 月）；欧洲区域办事处（2015 年 5 月）；非洲区域办事处（2015 年 7 月）。参与者：多数会员国（即卫生部和其它相关部委）；一些专家及联合国机构；
 - b. 网络磋商：2015 年 4 月至 6 月 4 日 - 收到 50 份反馈意见，其中 15 份来自会员国；
 - c. 非正式磋商：与非政府组织、学术专家及联合国合作伙伴进行了非正式磋商（2015 年 6 月 3 日），共有 55 个参与方；
 - d. 会员国非正式吹风会：日内瓦常驻团的代表（2015 年 6 月 4 日）。
4. 根据这些磋商结果修订了预稿，于 2015 年 8 月编写了关于全球行动计划第一份草案的第二份讨论稿（即本文件）。
5. 此外，为支持各区域委员会在 2015 年 9 月至 10 月期间开展讨论，分发了第一份草案的附加说明提纲。
6. 第一份草案将在网上公布，以供网络磋商（2015 年 9 月至 10 月），并将在 2015 年 11 月举行的一次会议上提交会员国，以供达成最终协议。
7. 将编写全球行动计划修订草案（即第三份草案），然后于 2016 年 1 月提交执行委员会，供 2016 年 5 月世界卫生大会进一步核可和批准。

参考文献

1. Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General. United Nations, 2014.
2. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine*. 2010;70:1011-8.
3. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization, 2014.
4. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
5. Understanding and addressing violence against women. Information Sheets: Femicide. . In: WHO, editor. Geneva: WHO; 2012.
6. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age ageing*. 2008;37(2):151-60.
7. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva: WHO, 2013.
8. Marrying too young: end child marriage. New York: United Nations Population Fund, 2012.
9. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, MJ B-K. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
10. UNODC. Global report on trafficking in persons 2012. United Nations, 2012 Contract No.: Sales No. E. 13.IV.1.
11. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 2015;12(6).
12. WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, et al. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2014.
13. Gawryszewski VP, da Silva MM, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, et al. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*. 2008;24(6):400-8.
14. Injury prevention and control: data and statistics (WISQARSTM) Atlanta (GA): United States: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2014 [20 August 2014]. Available from: <http://www.cdc.gov/injury/WISQARS/>.
15. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman N, Matzopoulos R, Zargarán E, Cinnamon J, et al. Trauma surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *Jama Surgery*. 2014;149(6):549-56.
16. World Health Organization (WHO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.
17. Beletsky L TR, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: The case for Kyrgyzstan's Instruction 417. *Health and Human Rights*. 2012;14(2):34-48.
18. Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65.
19. Global school-based health survey (GSHS) [Internet]. Available from: <http://www.who.int/chp/gshs/en/>.
20. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health system response to violence against women. *The Lancet* 2014;385(9977):1567-79.

21. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Child maltreatment 2: recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
22. Finkelhor D, Lannen P, Quayle E. Optimus Study: A cross-national research initiative on protecting children and youth. Synthesis. Zurich: 2011.
23. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva: World Health Organization; 2007.
24. Htun M, Weldon SL. The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975–2005. *American Political Science Review*. 2012;106(03):548-69.
25. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO, 2015.
26. The world health report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
27. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization, 2015.
28. Abuja Declaration, (2001).
29. OECD. Busan partnership for effective development cooperation. Busan: Organization for Economic Cooperation and Development, 2011.
30. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013.
31. World Health Organization (WHO), UN Women, United Nations Population Fund. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version). Geneva: World Health Organization; 2013.
32. WHO, UNFPA, UNHCR. Reproductive health in refugee situations: An Inter-agency Field Manual. Geneva: UNHCR; 1999.
33. Guidelines for gender-based violence interventions in humanitarian settings: focusing on prevention of and response to sexual violence in emergencies. . New York: IASC Taskforce on Gender and Humanitarian Assistance; 2005.
34. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
35. Convention of the Rights of the Child. General comment no. 13, (2011).
36. WHO. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
37. General Comment No. 31: The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant., CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004).
38. General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties. , CAT/C/GC/2 (2008).
39. Declaration on the elimination of violence against women. New York: United Nations General Assembly, UN Doc. A/RES/48/104 (1993).

= = =