



世界卫生组织

行动意图系列

区域性思考

与有非传染性疾病和精神卫生问题的人举办的非正式区域磋商所作分析





世界卫生组织

行动意图系列

行动意图系列

与有非传染性疾病和精神卫生问题的人举办的非正式区域磋商所作分析

行动意图系列：区域性思考。与有非传染性疾病和精神卫生问题的人举办的非正式区域磋商所作分析 [Intention to action series: regional reflections. Analysis from informal regional consultations with people living with noncommunicable diseases and mental health conditions]

(行动意图系列)

ISBN 978-92-4-007175-9 (网络版)

ISBN 978-92-4-007176-6 (印刷版)

© 世界卫生组织 2023年

保留部分版权。本作品可在知识共享署名——非商业性使用——相同方式共享3.0政府间组织 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>) 许可协议下使用。

根据该许可协议条款，可为非商业目的复制、重新分发和改写本作品，但须按以下说明妥善引用。在对本作品进行任何使用时，均不得暗示世卫组织认可任何特定组织、产品或服务。不允许使用世卫组织的标识。如果改写本作品，则必须根据相同或同等的知识共享许可协议对改写后的作品发放许可。如果对本作品进行翻译，则应与建议的引用格式一道添加下述免责声明：“本译文不由世界卫生组织（世卫组织）翻译，世卫组织不对此译文的内容或准确性负责。原始英文版本为应遵守的正本”。

与许可协议下出现的争端有关的任何调解应根据世界知识产权组织调解规则进行 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)。

建议的引用格式。 行动意图系列：区域性思考。与有非传染性疾病和精神卫生问题的人举办的非正式区域磋商所作分析 [Intention to action series: regional reflections. Analysis from informal regional consultations with people living with noncommunicable diseases and mental health conditions]。日内瓦：世界卫生组织；2023年 (行动意图系列)。许可协议：CC BY-NC-SA 3.0 IGO。

在版编目 (CIP) 数据。 在版编目数据可查阅<http://apps.who.int/iris/>。

销售、版权和许可。 购买世卫组织出版物，参见<http://apps.who.int/bookorders>。提交商业使用请求和查询版权及许可情况，参见<https://www.who.int/zh/copyright>。

第三方材料。 如果希望重新使用本作品中属于第三方的材料，如表格、图形或图像等，应自行决定这种重新使用是否需要获得许可，并相应从版权所有方获取这一许可。因侵犯本作品中任何属于第三方所有的内容而导致的索赔风险完全由使用者承担。

一般免责声明。 本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世卫组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

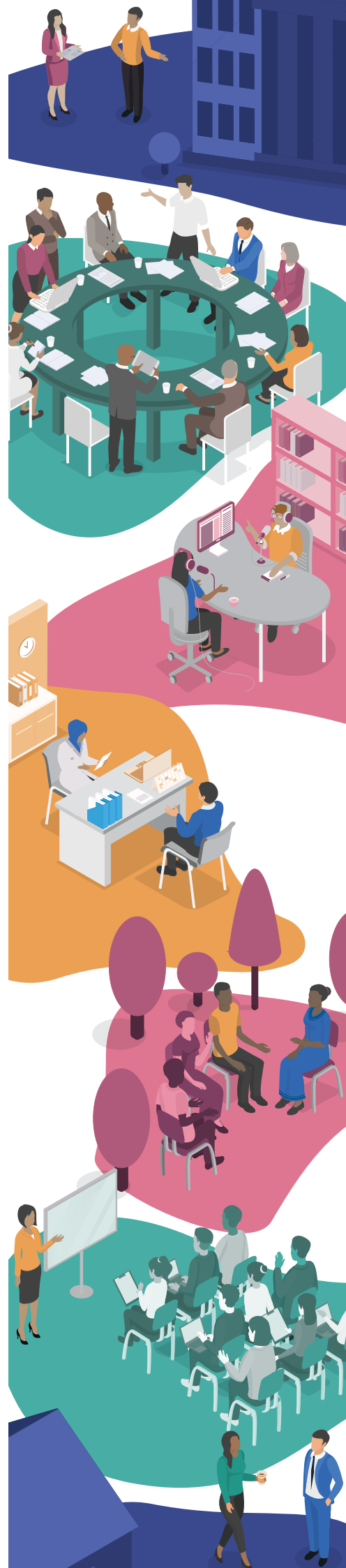
凡提及某些公司或某些制造商的产品时，并不意味着它们已为世卫组织所认可或推荐，或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外，凡专利产品名称均冠以大写字母，以示区别。

世卫组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是，已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世卫组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

设计：Inis Communication

目录

致谢	iv
缩略语	v
引言	1
背景介绍	1
区域和国家观点	1
本报告的目的	2
方法	3
参与者的招募和遴选	3
主要见解——不同区域的相似之处	5
切实参与的原则和促进因素	5
招募合作者并使其参与进来	11
有生活经验个人的能力建设	12
其他区域重点	15
非洲区域	15
美洲区域——加勒比和北美	18
美洲区域——拉丁美洲	20
东南亚区域	22
欧洲区域	24
东地中海区域	26
西太平洋区域——柬埔寨、马来西亚、菲律宾	29
下一步工作	32
参考文献	33



致谢

世界卫生组织（世卫组织）感谢所有为编写本报告作出贡献的人，以及所有通过本报告所依据的非正式磋商分享其时间、经验和专门知识的有生活经验的个人。世卫组织特别感谢世卫组织所有六个区域办事处共同主办非正式磋商，也感谢世卫组织所有国家办事处和会员国代表为各项讨论和产出作出贡献。此外，我们还感谢Danielle Agnello就共同设计过程提出见解，并支持对磋商产出进行初步分析。

世卫组织全球非传染性疾病预防平台内的世卫组织预防控制非传染性疾病预防全球协调机制在平台主任Svetlana Akselrod和全球协调机制负责人Guy Fones的领导下，对报告编写工作进行了监督。Jack Fisher是技术负责人，负责管理和协调这项活动及预防控制非传染性疾病预防全球协调机制的相关工作流程。

撰稿人：Jack Fisher和Yvonne Arivalagan

数据收集和分析：Jack Fisher、Danielle Agnello、Yvonne Arivalagan和Ida Ahmadpour。

编辑审查：

世卫组织总部：

Svetlana Akselrod, Darryl Barrett, Shelly Chadha, Daniel Hugh Chisholm, Alarcos Cieza, Laura Garcia Diaz, Nathalie Drew Bold, Tarun Dua, James Elliott, Guy Fones, Michelle Funk, Martyna Hogendorf, Daniel Hunt, Andre Ilbawi, Zsuzsanna Jakab, Kaloyan Kamenov, Devora Kestel, Ruediger Krech, Gergana Manolova, Bente Mikkelsen, Diogo Neves, Emma Pearce, Sarah Rylance, Katrin Seeher, Roberta Ortiz Sequeira, Chiara Servili, Samuel Sieber和Slim Slama。

世卫组织区域办事处：

Nisreen Abdel Latif, Florence Kamayonza Baingana, Nino Berdzuli, Joao Breda, Andrea Bruni, Claudina Cayetano, Jean-Marie Dangou, Issimouha Dille Mahamadou, Rolando Enrique Domingo, Dalia Elasi, Hicham El Berri, Wafaa Elsayy, Njinembo Nayeu Esther, Jill Farrington, Carina Ferreira-Borges, Margarida Brito Goncalves, Jennifer Hall, Asmus Hammerich, Anselm Hennis, Benido Impouma, Pradeep Joshi, Ratnasabapathipillai Kesavan, Maria Lasiera Losada, Ledia Lazeri, Silvana Luciani, Lamia Mahmoud, William Kiberenge Maina, Yuka Makino, Joseph Kibachio Mwangi, Elick Narayan, Leendert Nederveen, Sakuya Oka, Renato Oliveira e Souza, Chidinma Abigail Opoko, Bakano Otto, Razia Pendse, Pyi Pyi Phyoo, Daria Podchinenova, Nasim Pourghazian, Nivo Ramanandraibe Ravosson Ratsimbazafy, Sofia Ribeiro, Khalid Saeed, Binta Sako, Joseph Saysay, Shamila Sharma, Ana Maria Tijerino Inestroza, Florian Tille, Huong Tran, Elena Tsoyi和Cherian Varghese。

生活经验非正式磋商小组成员：

Ad Adams Ebenezer、Peace Ahadji、Sana Ajmal、Amira Ali El Jamal、Monika Arora、Karen Athié、Mark Barone、Randa Bashir、Jamal Belkhadir、Krystal Boyea、Mahamane Cissé、Phil Collis、Paul T Conway、Sera Davidow、Helena Davies、Ratna Devi、Dahariana Evertsz、Ghaisani Fadiana、Cyrine Farhat、Mary Galbraith、Daniel Gallego、Anu Gomanju、Pilar Gomez、Max Groenhardt、Bruno Helman、Hatoun Hibrawi、Allison Ibrahim、Nora Ionita Moldoveanu、Hussain Jafri、Bilqis Jubari、Godfrey Kagaayi、Olga Kalina、Odireleng Kasale、Lea Kilenga Bey、Heather Koga、Nupur Lalvani、Cajsa Lindberg、Ibrahima Madougou Moubarak、Syed Mahbul Alam、Eleni Misganaw、George Msengi、Edith Mukantwari、Maia Olsen、Lion Osarenkhoe Ethel Chima-Nwogwugwu、Ian Patton、Guha Pradeepa、Johanna Ralston、Daniela Rojas Jiménez、Alafia Samuels、Elena Shelestova、Lindokuhle Sibiyi、Agus Sugianto、Liliana Tieri、Desiree O Vlekken和Stéphane Waha。

缩略语

CSO	民间社会组织
GCM/NCDs	预防控制非传染性疾​​病全球协调机制
NCDs	非传染性疾​​病
NGO	非政府组织
WHO	世界卫生组织 (世卫组织)



引言

背景介绍

2019年，74%的死亡由非传染性疾病造成(1)，八分之一的人有精神障碍(2)。应对这些相互关联的流行病是一项挑战，需采取持续的多层次和多利益攸关方办法。

这些相互关联的流行病已不再被认为主要是高收入人群面临的挑战，众所周知，目前，它们已跨越所有收入群体。2019年，超过四分之三（77%）的非传染性疾病死亡和77%的自杀发生在低收入和中等收入国家(3-5)。此外，2019年，非传染性疾病导致的30至69岁人口过早死亡中，有86%发生在低收入和中等收入国家，这主要由人口结构趋势和健康转型造成(1, 6)。对于同时患有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的个人（以下称“有生活经验的个人”），短期和长期影响往往都极为严重，不仅是对个人，对其照护者、家庭和社区亦是如此。

COVID-19大流行继续破坏卫生系统有效响应有生活经验个人的能力，加剧与健康有关的个人和社会影响，并暴露了世界各地深刻的社会不平等和支离破碎的卫生系统。已有健康问题的存在大大增加了罹患COVID-19重症的风险，并伴有更高的死亡率(7-12)。在COVID-19大流行第一年，全球焦虑症和抑郁症的患病率也提高了25%，一系列短期和长期压力源，包括隔离、病毒对健康的影响、对财务和就业保障的担忧以及精神卫生服务受到的干扰，都是促进因素(13)。

区域和国家观点

全球公共卫生主要利益攸关方需采取新的合作形式，制定有效的、适合具体情况的方法，加大行动力度，以应对非传染性疾病和精神卫生带来的复杂挑战。这就要求摒弃“一刀切”的干预措施和战略，转而采取包含了自下而上的跨部门共同创造过程的干预措施和战略，纳入各种观点、经验和专门知识，以更好地了解 and 解决健康问题的根源和决定因素。对于了解当前各项规划、政策和服务所面临的障碍以及确定解决方案而言，来自不同地理、文化、政治、经济、社会 and 宗教背景、在健康问题方面有生活经验的个人是非常宝贵的。

在共同创造规划、政策和服务的过程中融入生活经验，可促使在国家和区域层面采取更具包容性和更可持续的干预措施。这些努力终将改善健康结果。

学习世卫组织各区域办事处与有生活经验个人的切实参与有关的观点、经验和倡议，为支持实现这些目标提供了一个实用而宝贵的切入点。区域和国家观点也有助于了解切实参与的主要原则、定义和促进因素的背景，并提出了与有生活经验个人切实参与非传染性疾病和精神卫生议程这一概念的重要细微差别。

本报告的目的

本报告是行动意图系列的第二份出版物，该系列资源旨在加强关于切实参与所产生的影响的有限证据基础，并解决缺少切实参与标准实施方法的问题。行动意图系列旨在提供一个平台，让有生活经验的个人以及组织和机构倡导者可以通过该平台，分享与该跨领域议程有关的解决方案、挑战和有前景的做法，进而实现这一目标。行动意图系列还旨在为2025年第四次联合国非传染性疾病高级别会议和实现2030年联合国可持续发展目标提供强有力的叙事、灵感和证据。

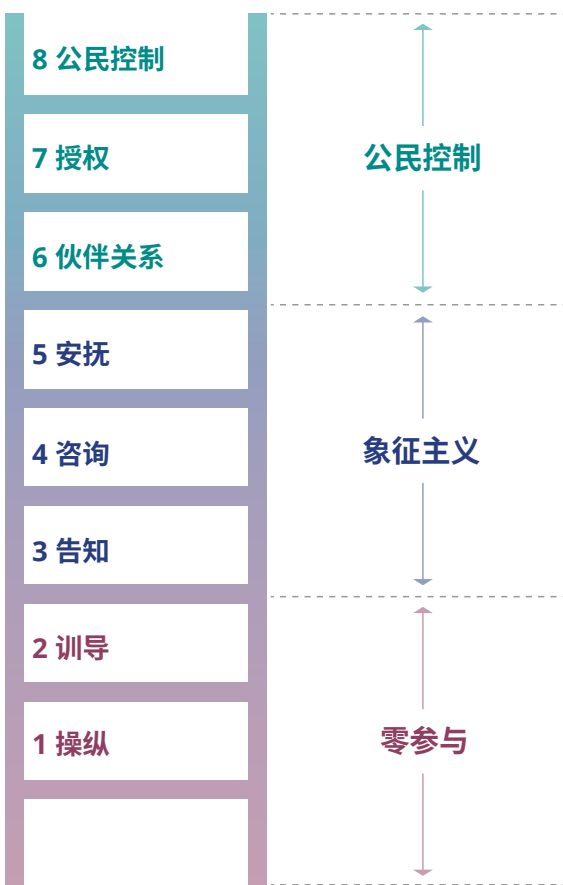
为此，本报告载列了非洲区域、加勒比和北美、拉丁美洲、东南亚区域、欧洲区域、东地中海区域的非正式区域磋商以及西太平洋区域的三个论坛所作的分析⁽¹⁴⁾。

本报告针对有生活经验个人的切实参与问题，分析了世卫组织六个区域的总体相似性、区域性细微差别和所提重点事项。它概述了从区域和国家层面确定的重点和实施差距中得出的主要经验教训，这些经验教训将为共同创造和实施《世卫组织非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病患者切实参与框架》（在本报告中称为“世卫组织框架”）提供参考。该世卫组织框架将为世卫组织和世卫组织会员国提供战略愿景、原则、指导和行动，以支持将有生活经验个人的切实参与付诸落实。

方法

2022年2月至5月期间，预防控制非传染性疾病全球协调机制与世卫组织所有六个区域办事处合作，共同主持了与有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病生活经验的个人的非正式磋商。

图1. 阿恩斯坦阶梯，概述公民参与程度



这些磋商所采用的方法系基于2020年12月与非传染性疾病患者举行的世卫组织全球非正式磋商和2021年3月与糖尿病患者举行的非正式磋商。这些磋商的原则之一，就是有生活经验的个人应共同设计并引领磋商进程，同时，所有参与者都能够作出贡献(15)。这些磋商的目的是促进参与式方法，由此脱离

阿恩斯坦参与阶梯的“象征主义”部分（特别是第4级——咨询，通常包括态度调查、社区会议和公众查询），达到第6级——伙伴关系，通过公民和掌权人之间的谈判重新分配权力（见图1）。

为实现这一目标，采取了强有力的参与式方法，包括在整个活动的共同设计和实施过程中，由有生活经验的个人与世卫组织共同承担规划和决策责任。

参与者的招募和遴选

预防控制非传染性疾病全球协调机制经与世卫组织各区域办事处协商，制作了一份意向书表格，邀请有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病生活经验的个人自我提名或提名他人。该表格对生活经历、地理、性别、年龄和语言偏好进行评估，并提供了一个评论框，邀请大家分享对世卫组织秘书处的期望或提出任何问题。已与各区域和国家网络并直接与会员国和联合国机构分享该意向书。与世卫组织有正式关系的组织、全球协调机制参与者和其他相关民间社会行为者也通过各种外部网络表达了意向。所有出席磋商的非国家行为者（非政府组织、学术界和独立机构）都必须根据符合世卫组织《与非国家行为者交往的框架》的强制性尽职调查程序，填写一份利益申报表。

共同设计磋商活动

为确保有生活经验的个人参与到磋商的筹备阶段，邀请了一个由来自各区域的10-15名有生活经验个人组成的非正式磋商小组来共同设计此次活动。这其中包括区域办事处确定的个人和/或世卫组织全球协调机制先前曾在一系列活动（包括磋商、焦点小组讨论和讲习班）中接触过的个人。组织团队已将以下因素作为遴选标准的一部分：生活经验、居住地、性别、年龄和认同自己来自被边缘化的社区。非正式磋商小组的反馈意见有助于确定活动的议程、结构和信息传递方式，以及提名个人担任联合主席、发言人和主持人等职务。

形式和产出

由参与者主导的虚拟磋商为期一至两天不等，每天持续三至四个小时。有生活经验的个人会以联合主席、发言人、参与者和/或主持人等身份，主持讨论。活动包括一系列专家的专题介绍和分组会议，皆旨在鼓励参与者对各种专题进行分析。这些专题侧重于切实参与的主要定义、原则和促进因素，以及旨在将切实参与付诸落实的各种战略，如能力建设、宣传和伙伴关系。此外，还举办了“传递麦克风”会议，以支持开放的论坛氛

围，方便个人分享一些未必与正式议程专题相关的观点。世卫组织报告员对每场会议都做了详细记录，而后，再由组织团队进行收集和审查。

西太平洋区域的论坛系与世卫组织西太平洋区域办事处共同领导，该办事处直接与柬埔寨、马来西亚和菲律宾的国家办事处进行了专门接触。每个国家都举办了一场时长三小时的论坛，有10至15名有生活经验的个人参加。论坛的参与者是一些个人或代表，来自有非传染性疾病生活经验的个人组成的组织团体，代表了不同的健康问题和社会经济背景。除了收集区域和国家一级的见解和切实参与方法外，西太平洋区域的论坛还旨在听取和分享个人在社区一级获得促进性、预防性和治疗性服务方面的经验。世卫组织区域和国家办事处工作人员为相关讨论提供便利并做了记录。

磋商和论坛中提出的重要见解会被提炼为区域成果报告。利用专题分析，对所有成果报告中的证据进行整合，并将其归为几个类别。这种方法突显了所有区域数据的许多总体相似之处，本报告对这些相似之处进行了总结。此外，对每个区域各自见解的频率和独特性的分析则强调了本报告所概述的主要区域重点和细微差别。

主要见解——不同区域的相似之处

下文所述主要见解已成为世卫组织所有区域的共同主题。切实参与的多项原则以及非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病生活经验的方方面面均已跨越国界和文化，这使得各区域存在诸多相似之处。同时，这些相似之处并不否认每个区域所特有的细微差别和重点（见“其他区域重点”一节）。总体而言，所有区域之间的高度相似之处为制定一个世卫组织全球综合框架提供了充足的理由，该框架应允许调整和实施各种方法，以适应每个区域的具体情况。



切实参与的原则和促进因素

1. 包容性

世界各地的非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病相关生活经验往往会因为健康问题的一系列社会决定因素而变得复杂。有生活经验的个人会因其社会经济地位、族

裔、性别认同、性取向、残疾、年龄、国籍、移民身份和/或其他权力动态而遭受边缘化和排斥。这些可能会导致有生活经验的个人遇到系统性和结构性的歧视、创伤和污名化，并与社区和社会脱节。

想要让有生活经验的个人切实参与进来，就必须创造能够包容并欢迎所有人的安全空间。参与者特别指出，各国被边缘化的社区包括生活在农村地区的人、土著居民、少数民族、儿童和老年人。因此，要实现包容性，就必须以有尊严、尊重人、共情和协作的方式，让被边缘化的群体参与进来。

包容性原则还扩展适用于有生活经验个人身边的支持性群体，特别是他们的家人、照护者、同伴、卫生保健服务提供者以及宗教和社区领袖。这是因为有生活经验的个人往往依赖这些群体提供的支持来管理其健康问题。因此，在共同创造、共同制定和共同实施任何公共卫生干预措施时，都必须将有生活经验个人身边的社区网络纳入进来，以便各种非传染性疾病和精神卫生政策、服务和规划能够成功适应具体情况。



✓ “给予”被边缘化的群体“一席之地”

参与者们重新定义了“占有一席之地”这句格言，并强调需要“给予”服务不足的社区“一席之地”。政策制定者、卫生保健服务提供者、非政府组织、宣传团体和其他利益攸关方应前往这些群体居住的地方，特别是农村或偏远地区，与其进行接触。此外，还应采用以社区为中心的方法，让被边缘化的社区参与进来。由于社区领袖及当地的同伴互助小组和网络对当地社区内部的各种网络有一个直接的了解，他们在确定和邀请有生活经验的个人，特别是那些有被边缘化经验的个人参加培训课程和活动方面发挥着关键作用。这种“第一英里”方法确保在参与工作中，将首先接触代表性不足的个人，而且，参与既不是象征性的，也不存在造成进一步排斥或伤害的风险。为促进卫生干预措施和参与工作的包容性、代表性和公平性，还应调整数据登记、收集和记录制度，以支持切实参与。这不仅涉及非传染性疾病、精



神卫生问题和神经系统疾病发病率和流行率的数据收集，还涉及按年龄、性别、社会经济地位和合并症等关键指标进行数据分类的能力。

✓ 信息的可获取性

卫生信息和资源应具有相关性，易于获得，可及且为所有有生活经验的个人，特别是被边缘化的社区所理解。这包括将各种资源数字化，以便在大流行后日益虚拟化的环境中使用，还包括提供非数字化资源，如印刷版的报告和小册子，以及适合具体环境的信息形式。这将确保参与工作始终可以包容那些健康和数字素养较低且互联网接入有限的社区。书面和数字资源应便于用户使用，并为视力或听力受损者提供无障碍文本、字幕和说明。所用语言应做到简单明了，适合具体环境，无专门术语，并尽可能地使用当地语言和/或提供翻译服务。

2. 减少污名化

污名化为有生活经验的个人获得健康和福祉带来了多重阻碍。它碍于这些人寻求所需护理，也有碍于他们获得和维持有效的治疗。污名化会使他们在社会上“隐形”，或者“曝光过度”，由此，他们将在更大程度上被视为有健康问题的人，而不是具有广泛属性和经历的人。一些人指出，污名化助长了根深蒂固的、严重的、创伤性治疗方式，这比疾病本身更难应付。很大程度而言，这种污名化在制度上和社会上都是根深蒂固，这可归因于多种复杂的结构和行为因素，而且，对有精神卫生问题的人而言，污名化问题尤为普遍。

▶ 行动领域

✔ 语言和素养

可以通过开展与非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的风险因素、决定因素和症状有关的教育活动，提高个人、社区和组织健康素养，以此，从某种程度上确保一个无污名化的环境。这方面工作还包括关于污名化负面影响的教育，这不仅是为了有生活经验的个人，也是为了家庭成员、照护者、卫生保健服务提供者、教育工作者以及社区或同侪领袖。在涉及有生活经验的个人时使用能增强权能和使人有尊严的语言非常重要，提高并增进公众对生活经验的概念、切实参与和健康问题的认识亦是如此。

应避免使用的术语	替代术语
“患者”/“受试者”/ “病例”	个人姓名/头衔(如X先生、Y博士)/“个人”/“者”
“坚持”/“遵守”/“承诺”	“一致性”
“精神病”/“疯子”	“精神卫生问题”
“受害者”/ “患……病”/“受染”	“有”/“被诊断为”/ “正在接受……治疗”

✔ 政策和立法

此外，还需要有明确的、得到妥善实施的政策和立法工具来减少污名化。可对国家反歧视法律和政策进行审查，并在必要时加以扩展，以涵盖有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的个人。保护有生活经验个人权利的法律可以教导相关利益攸关方，使其了解人权和尊严，从而也有助于解决污名化问题。法律还可以为家人、卫生保健专业人员和其他相关利益攸关方提供防污名化战略和适当沟通方面的指导，并鼓励监管机构

污名化可呈现出多种形式，例如，**将责任归咎于**有生活经验的个人，并暗示他们应对自身疾病“负责”或“负有责任”。责任归因(16)指公共卫生领域的一种现象，即认为责任在个人，个人应改变其行为，而非对更广泛的健康问题的社会经济、商业或环境决定因素问责。患有2型糖尿病的人经常会听到一种说法，即他们的病情是由不健康饮食造成的，而未被归因于缺乏负担得起的健康食品或支持身体活动的安全环境。由此，他们在接受治疗时，往往会得不到尊重或不被同情。

污名化还可以表现为有生活经验个人所遭受的**非人化待遇**或**过度医疗**，特别是在卫生机构。当卫生保健专业人员主要依据症状或健康问题来对待有生活经验的个人，而非将其视为一个有自身情况、挑战和目标的个人时，就会出现这种情况。这会助长卫生保健环境中的歧视行为，削弱卫生保健服务提供者与有生活经验个人之间的交往，导致对治疗和随访的投入减少，并最终导致健康结果变差。正如一次区域磋商中的某位参与者所言：

“医院常称我为‘脑瘤患者’。我不再是‘Emma’其人。我就等同于我的脑瘤。这让我感到自己很渺小，很无能；也使我想要与卫生保健专业人员一起探讨和合作，以改善这种情况。”

—— Emma Skoglund，抗癌倡导者，瑞典

对卫生保健专业人员进行问责。在艾滋病毒/艾滋病等其他卫生领域适用反歧视法可为这方面工作提供有益经验。

即使能得到有效实施，仅靠反歧视法也是不够的。个人可能不会因受到歧视而寻求帮助，因为他们担心在披露自身状况后，会遭遇污名化，这也称“避免标签化”⁽¹⁷⁾。为取得最佳结果，反歧视法必须辅之以反污名化运动，消除污名化的诸多结构和行为因素。我们必须做到这些，以超越立法范畴，提高对非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的真正病因和风险因素的认识，进而消除误解和错误信息。

3. 将权力重新分配给有生活经验的个人

在全球公共卫生领域的传统参与环境中，权力的天平通常会偏向于当权者，如政府、医疗或法律专业人员、政府间组织和私营部门。有生活经验的个人、被边缘化的社区和民间社会团体往往会被忽视，无法切实参与这些空间。包容性可能只是象征性的，例如，在做出某项决定后，才告知、咨询或安抚有生活经验的个人，或是通过设计，确保他们的投票只能产生有限影响。因此，想让有生活经验的个人切实参与进来，就必须对权力进行公平的重新分配，由传统的权力经纪人手中转移到有生活经验的个人手中，确保这些空间始终是支持性的、安全的，且包容所有相关观点。

行动领域

✓ 将生活经验视为专门知识

有生活经验的个人是经验专家，因此，生活经验也是一种专门知识。正如医生、律师和政策制定者拥有各自领域的专门知识一样，有生活经验的个人在对其健康问题的了解、治疗方法和护理决策方面亦是如此。强制要求让有生活经验的个人参与进来的正式书面政策、标准操作程序和规程有助于加强和规范他们作为专家的作用和合法性，并在努力促进切实参与的过程中建立一致性。可对卫生保健服务提供者、政策制定者、资助者、保险公司和其他传统权力经纪人进行进一步的教育和宣传，以使其将有生活经验的个人视为合作伙伴，而非“患者”或被动接受服务的人。

当我们将有生活经验的个人作为专家对待并给予尊严和尊重时，切实参与也可被进一步理解为知识、技能，甚至是观点和分歧的双向互动交流。有生活经验的个人可以提供他们的专门知识，支持相关公共卫生干预措施



的制定、情境化和实施，同时，支持建立新的框架、机制和规划，落实切实参与工作。作为回报，应向他们提供有关其健康问题的信息，支持其获得护理，并对其进行培训，以使其能为了自己及所属群体，更好地开展宣传工作。

✔ 补偿有生活经验的个人

重视有生活经验个人的一个具体表现，就是给予其专门知识、努力和时间以经济补偿。例如，有生活经验的个人常被要求花费宝贵的时间来筹备各种活动和在活动中发言，但他们却很少因为参与这些活动而获得报酬，其他没有生活经验的专业人员和专家则会因为类似参与行为获得报酬。因此，以与其他类型专家相称的费率来补偿生活经验发言人和贡献者，对于重新定位和重新分配权力至关重要。这也将传递出一种信号，即他们的生活经验和其他专业经验一样有价值。消除经济障碍，如旷工时间、交通和/或育儿费用，也可使有生活经验的个人能够以一种可自我维持的方式，继续从事他们的重要工作和进行宣传。

4. 持续不断的参与

让有生活经验的个人参与进来不能是一次性事件，不能是“勾选活动”，也不能只在符合特定需求时进行。相反，参与必须是标准化的，并植根于整个过程，从诊断开始，并通过共同创造和共同实施相关政策、规划和服务得以延伸。要做到这一点，就必须提供一个支持性的、有组织的环境，使有生活经验个人的参与成为支撑共同创造过程的一项核心原则。

需要有具体机制来确保各种参与形式的有效性和持续性。这其中包括从法律上将生活经验的个人强制纳入相关进程、明确的政策以及法规和激励措施，以便在参与过程中为政策制定者、卫生保健服务提供者和其他主要利益攸关方提供指导。需要有充足的资金和时间来确保承诺，同时，确保对各种机制进行监管和审计，以保证积极、有效的实施。本报告中“有生活经验个人的能力建设”这一小节针对如何利用有生活经验个人的关键知识、技能和资源，在实践中确保持续不断的参与，提出了更多的见解和建议。

5. 情境化——当地语言、文化和习俗

让有生活经验的个人切实参与进来的方法必须考虑到当地环境、语言、文化和习俗，以做到有效且可持续。通常情况下，全球主流语言如英语的使用会阻碍一些国家情境化术语的发展，由此进一步阻碍当地健康素养的提升。考虑到文化和社会背景、宗教信仰、个人主义或公共社会结构及所用语言且文化上适当的参与方法将更有可能得到目标人群的认同，促成更好的健康结果。

▶ 行动领域

✔ 情境化或调整指南

任何关于切实参与的全球、区域或国家框架、行动计划或政策都应适应当地环境。这包括提供一份情境化或调整指南，供当地立法者、卫生保健专业人员、教育工作者、社区领袖和有生活经验的个人使用。指南应考虑到各种因素，如需参与进来的主要当地利益攸关方、资源可得性以及当地的卫生系统安排。此外，还应提供当地语言和方言版本的指南，以便利知识转让和实施。

✔ 顾及多样性和交叉性

在让包括有生活经验个人在内的一群不同合作者参与进来时，必须考虑到交叉性。这指的是个人身份的方方面面系以不同方式相结合，以形成各种类型的权力和特权——如一个人的性别、种姓、性取向、族裔、宗教、职业、社会经济地位、健康状况和残疾。这些因素的组合还决定了有健康问题个人的生活经验以及相关的社会污名化和歧视。承认这些经验的交叉点和层次，可以帮助决策者了解阻碍获得健康和福祉的复杂因素和潜在环境障碍，并最终共同创造出适应多种经验的解决方案(15)。

6. 政治承诺

必须通过各级别的政府承诺和支持，保障有生活经验个人的切实参与和参与权。在第七十五届世界卫生大会上，世卫组织会员国认识到，让有非传染性疾病生活经验的个人

切实参与进来是共同制定卫生干预措施的一个关键要素(18)。最高级别的政治承诺可向政府和社会的其他部门发出强烈信号，并激励所有利益攸关方，确保将切实参与纳入国家政策和法律。政治承诺对于确保切实参与倡议获得充足资源，并具有包容性、响应性、可持续性和实现正式制度化也至关重要。

▶ 行动领域

✔ 法律授权

各国政府和决策者在国家和国家以下各级作出的承诺、决议或行动呼吁必须得到立法的支持，以强制要求将有生活经验的个人包括在内。如前所述，这方面工作还应包括特别注重接触和支持被边缘化的群体。卫生部可以以身作则，授权有生活经验的个人参与共同创建公共卫生干预措施，雇用他们共同制定国家卫生计划，并促进采取多部门方法，推动切实参与。

✔ 问责制

为确保有效和透明的政治和法律授权，促进切实参与，必须制定各种战略和保障措施，尽量减少各级的欺诈和权力滥用行为。建立各种机制或工作小组以根据透明指标监测进展并对实施者进行问责也至关重要。可通过建立参与性治理机制来支持这方面工作，这类机制将包含来自多个部门并具有明确作用和职责的利益攸关方，以及有生活经验的个人和民间社会组织。



招募合作者并使其参与进来

需参与进来的主要利益攸关方

在共同创建公共卫生干预措施过程中招募利益攸关方有两个目的(19)。首先，是确保参与共同创造的个人能够代表最终用户，以便该群体能够有效利用成果，并将成果扩展到人口层面。第二，是确保能代表来自相关利益攸关方群体的所有必要专门知识。这包括确定重要特征，以涵盖一系列相关专门知识、观点和作用。所有利益攸关方都可以在评估干预措施的过程和结果方面发挥作用，从而实现公共卫生工作的持续学习、调整和改进。

根据这种方法，参与者确定以下利益攸关方群体为需参与进来的重要合作伙伴：

1. 社区

“社区”是一个广义的术语，包括与有生活经验个人有着更密切、更频繁的支持性互动的个人。这其中包括家庭成员、同伴、（正式和非正式）照护者以及社区内公认的、受人尊重的领袖，如宗教领袖、传统统治者及意见或思想领袖。

2. 教育工作者

参与者强调，“教育工作者”在提高认识、了解关于非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的健康素养需求以及推动采用循证方法处理非传染性疾病和精神卫生问题方面发挥着关键作用。这其中包括小学、中学和高等教育机构中从教师和研究人員到课程规划人员、行政人员及员工的各类利益攸关方。



3. 政策制定者

“政策制定者”指各级政府官员，从当地立法者和地方代表到议员和国家主管部门。此外，还应包括来自不同部门的政策制定者，如卫生、劳动、食品、性别和相关多部门委员会。重要的是，律师和法官等法律专业人员也被确定为更广泛的政策和决策领域的关键利益攸关方。

4. 卫生保健专业人员

“卫生保健专业人员”包括卫生人力中的各类成员，如照护者、咨询员、社会工作者、一线卫生工作者、护士、医生、专家和医院行政人员。该术语还包括制药和保险公司、卫生技术人员以及专业医疗机构和学会。

5. 组织

参与者在“组织”这一总称下确定了多个由个人组成的民间、专业和行业集体。其中包括来自卫生、制药、农业、食品、运输、青年、文化、体育和媒体等主要部门的非政府组织、民间社会组织和专业协会。



有生活经验个人的能力建设

有生活经验个人的能力建设已成为所有区域磋商中一个有力的一贯性主题。参与者强调，他们渴望学习，也渴望教育和培训有生活经验的个人并增强其权能，以便能更好地宣传他们自己及其社区。这也将有助于世卫组织和会员国在持续不断的切实参与过程中纠正权力不平衡和支持所有主要利益攸关方，以期改善健康结果。

1. 供资

在没有供资的情况下，有生活经验的个人和代表他们的组织可能会无法有效且持续地发挥作用。加大对代表有生活经验个人的组织和协会的资助对于维持他们的工作至关重要：例如，通过雇用工作人员、增加培训和其他能力建设举措的数量、扩大宣传、提供更好的资源、获得新的空间和支付运营成本。

2. 了解（卫生）政策决策过程

必须对有生活经验的个人进行培训，教导其如何在政治和卫生保健决策过程中更有效地开展工作。这包括了解有生活经验的个人可用的基于权利的方法，并能够理解和审查非

传染性疾病和精神卫生政策、框架、立法和法律文件，以及所有这些是如何制定的。此外，还应对有生活经验的个人进行培训，使其了解各自国家有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的一系列政策方案，这将使他们能够更好地组织宣传工作，实现更强有力的政策和健康结果。

3. 利益攸关方参与

了解需参与进来的适当合作伙伴以及如何使其参与进来可以改善和加强宣传工作。这其中包括政府、卫生保健、宣传媒介、学术界、民间社会组织和私营部门等主要部门的关键决策者，以及政治和全球公共卫生相互关联的本质。为放大他们的声音，让其参与适当领域并被倾听，可对有生活经验的个人进行培训，使其了解如何以战略性的方式与利益攸关方接触，以及如何建立跨部门伙伴关系和关键联盟，以维持他们的事业。

世卫组织可以发挥管理作用，将各国政府与有生活经验的个人联系起来，并可通过使政府、有生活经验个人、民间社会组织和非政府组织的联席会议正常化，为切实参与制定一个全球标准。为弥合从国家到地方的差距，会员国和世卫组织还可向民间社会组织和非政府组织提供更多关于正式参与机制的信息以及与政策制定者接触的机会。这其中还应包括当地非政府组织或民间社会组织参与国际或国家政策环境所需的信息或文件。各国政府和各组织内部归口单位的简介和联系信息可在网上提供，以方便获取。

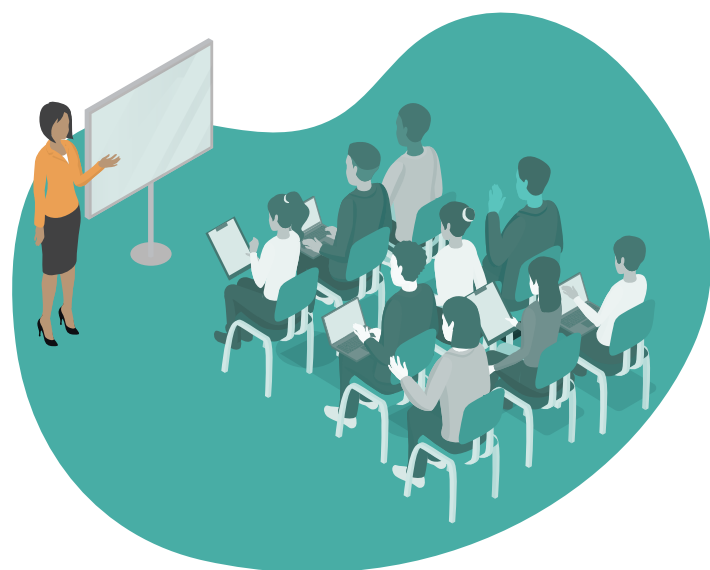
4. 直接、有说服力的沟通技巧

为了成功地使世卫组织和会员国等利益攸关方参与进来，参与者强调建立信任和有说服力的沟通技巧至关重要。这方面的例子包括公开演讲、编写个人或公共叙事以及使用个性化方法，如在有证据和数据支持的情况下以有效方式讲述故事。其他直接且有说服力的沟通方法包括社交媒体营销以加强与目标受众的接触、政策拟订以及通过给编辑写信等方式与传统媒体机构接触。

5. 研究和培训机会

对研究方法有一个基本的了解可以使有生活经验的个人能够更好地识别和使用经验证据来支持其宣传工作。代表有生活经验个人的组织或协会可与学者和研究人员合作，帮助个人掌握必要的研究技能。更广泛而言，政府和学术机构应围绕非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病相关生活经验，提供获得资助的研究机会，以增加有关该专题的证据并加深对专题的理解。

必须分享从研究、磋商和参与机会中得出的各种结论、有前景的做法和成果，以使更多



有生活经验的个人和合作伙伴能够获取相关内容。任何有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的研究传播倡议均须将通过数字和非数字渠道共享开源信息作为一个重点，以确保可得性。

6. 合作平台

必须创立更多公共空间和平台，以促进有生活经验个人与卫生和公共政策领域主要利益攸关方之间的合作和思想交流。这方面的例子包括支持小组、专题论坛和委员会、公开听证会和网络。各种平台还须为有生活经验的个人提供机会，保证他们能参与进来。

需建立专门的教育平台，培养有生活经验个人的能力，并使其掌握必要技能，以进一步发挥他们作为倡导者和拥护者的作用。可利用这类平台对有生活经验的个人进行研究、沟通和宣传技能方面的培训，并教导其如何理解卫生保健和政治制度及从中找到正确方向。

其他区域重点

虽然就切实参与工作的主要领域而言，各区域有很强的一致性，但参与者也强调了各区域内部的重点事项和细微差别。这些适合区域背景的重点事项涉及切实参与工作的各个方面，从原则和促进因素到需参与进来的主要利益攸关方群体，体现了各区域所独有的机遇和挑战。

非洲区域



招募合作者并使其参与进来

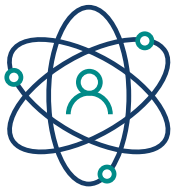
1. 传统领袖

作为许多社区社会价值观的守护者，让传统领袖、精神领袖和宗教领袖参与有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的决策至关重要。传统治疗师、马拉波特、拜物

教徒和传统医学领域的其他行为者也被强调为关键利益攸关方。他们与社区有着密切的联系，对与卫生保健有关的当地习俗和惯例有深刻的了解。与此同时，许多传统领袖可能也会使一些有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的神话和误解长久存续，由此对社区造成有害后果。通过健康素养培训消除其中一些偏见后，许多传统领袖在其社区成员心目中的正统性已使他们成为重要合作伙伴，可参与减少污名化和提高认识工作。

2. 被边缘化的群体——境内流离失所者、难民和无证移民

有参与者指出，境内流离失所者和难民是国内最脆弱的群体。2021年，约有3000万境内流离失所者、难民和寻求庇护者生活在非洲区域(20)。有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的人往往无法获得基本服务和治疗，这加剧了他们面临的健康挑战。因此，必须考虑到这一群体并让其代表参与有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的决策过程，而且，为促进切实参与，应提供必要的翻译。



切实参与的促进因素

▶ 行动领域

1. 开展教育和提高社区认识，减少污名化

除上文概述的诸多原因和影响外，在一些社区，污名化还会导致抛弃家庭或配偶的行为，这给本就脆弱的群体如妇女和儿童带来了进一步的不确定性。许多有精神卫生问题的个人及其家庭成员在求助和进入卫生机构之前，还会寻求精神支持。因此，对家人及其精神领袖开展教育，使其了解非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病会带来哪些影响，了解现有哪些护理服务以及需要哪些护理服务来改善其生活质量至关重要。需

要与社区领袖和媒体伙伴一起，进一步努力提高社区认识，减少对农村和城市地区有生活经验个人的污名化和歧视。

2. 提高有生活经验个人的认识及其可见度

有生活经验的个人必须站在宣传工作的最前沿，包括能够公开分享他们的故事，以提高可见度，提升认识。有生活经验的个人在教育家人和社区，使其了解非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病方面发挥着重要作用。卫生保健服务提供者也须参与进来，提高认识，并支持有生活经验的个人开展社区教育工作。

由于对区域内被忽视和代表性不足的疾病（如镰状细胞病和威尔逊氏病）知之甚少，也应将与这些疾病有关的健康素养纳入更广泛的非传染性疾病议程，以防止误诊、健康结果欠佳和可预防的死亡。让有被忽视疾病的个人参与进来，是确保决策空间能包容和代表更广泛有生活经验个人的关键。

3. 提升符合具体情况的当地解决方案

当地挑战需要当地解决方案。区域内旨在应对非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的战略、创新和计划，包括为促进有生活经验个人的切实参与而作出的努力，必须做到本地化并符合具体情况。应以当地语言和方言制定进一步计划，而非照搬或引进“西方”或“北半球”的解决方案。有生活经验的个人在参与时，必须有背景意识和整体意识，考虑到非洲区域丰富的文化、宗教和社会多样性在其生活中的多种表现。

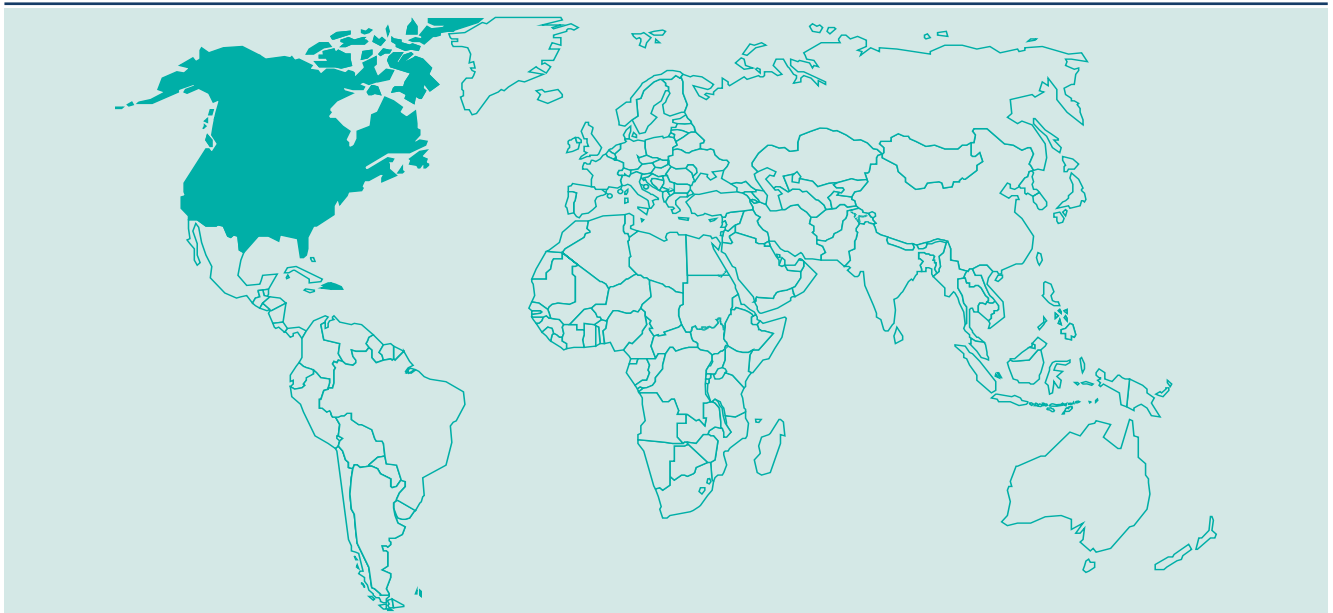
本区域非传染性疾病和精神卫生规划和服务的资金也应从非洲的公司或组织处获得，而非取自捐助国和慈善机构。资金应由政府机构和当地非政府组织以透明方式进行分配。非洲国家必须将非洲的声音纳入主流并加以扶持，以便在全球舞台上发声，实现全球卫生的去殖民化。

4. 与其他卫生领域交叉学习

从本区域以往应对其他疾病（如艾滋病毒和艾滋病、疟疾和结核病）的规划中学习成功经验和失败教训，可以为我们提供宝贵信息，说明在非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病方面，还有哪些可以改进的地方。艾滋病毒和艾滋病感染者在获得卫生服务过程中所经受的社会污名化和障碍揭示了为有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病并面临类似挑战的个人提供支持的有效方法。

政策制定者和从业人员如能了解其他疾病规划以何种方式加强了基层的初级卫生保健，必能从中获益。这包括从艾滋病毒和艾滋病以及其他传染病综合规划中学习，以及如何将这种模式扩展适用于整合非传染性疾病服务。例如，让感染艾滋病毒的妇女参与制定母乳喂养指南彻底改变了该区域对科学指导的理解。这可为有生活经验个人的切实参与提供诸多有益应用。

美洲区域——加勒比和北美



招募合作者并使其参与进来

1. 传统社区领袖

宗教领袖和精神领袖、农村社区领袖以及长者等知识和智慧的文化遗产人已被确定为共同创造非传染性疾病和精神卫生干预措施时应参与进来的重要合作伙伴。参与者强调，必须加强精神领袖、医学界和社会服务之间的联系，为有生活经验的个人提供更全面的支持和护理。

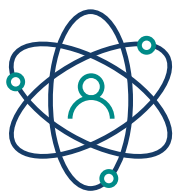
2. 被边缘化的群体——土著居民、移民社区和无家可归者

决不能再将本区域有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的土著居民、移民社区（包括第一代移民）和无证人口排除在决策圈之外。在美利坚合众国（美国）范围内采用的“同伴支持”的概念决不能忘记那些使移民社区、土著群体和有色人种长期面临各种不平等的历史差异。相反，决策圈应该包容那些持续遭受系统性边缘化的群体。对这些人负有护理责任的组织，包括宗教组织和非营利组织，也应被纳入决策圈，以便利用其专门知识，为正在进行的护理相关审议工作提供信息。

无家可归者(26)不太可能有能力寻求他们所需的护理，却更有可能存在健康或精神卫生状况欠佳的情况，包括物质滥用障碍。无家可归者也不太可能得到适当的护理、治疗和支持，许多人反而会被定罪和被监禁在长期收容机构中。

3. 将儿童纳入非传染性疾病和精神卫生议程

儿童可能在出生时即患有和/或会罹患非传染性疾病如糖尿病，并从很小的时候就经历精神卫生问题或神经系统疾病，如癫痫、发育障碍、抑郁、焦虑和行为障碍(27)。在世界范围内，有10%的儿童和青少年患有精神障碍，但其中的大多数并未——或未能获得支持以——寻求帮助或接受治疗。忽视儿童精神卫生问题的后果会延伸到成年期，并限制他们过上充实生活的机会。为了让儿童切实参与进来，需要营造安全和支持性的环境，包括在学校环境中开展提高认识活动，以及有提供支持的成年人，确保他们的声音能被听到和理解。此外，还应提供儿童友好型信息材料和资源，如信息游戏工具包，并由经过适当培训且业务熟练的专业人员征求他们的意见。更广范围的政策制定工作还应将儿童和青年人口视为非传染性疾病和精神卫生应对工作中的重要利益攸关方。



切实参与的促进因素

▶ 行动领域

1. 选择权

为了将权力重新分配给有生活经验的个人，必须允许他们掌管自己的护理事宜和选择他们希望的生活方式。这就要求采取一种以人

为本的方法，为有生活经验的个人提供一系列基于需求且文化上适当的护理方案，供其做出明智决定。必须给予有生活经验的个人以支持并增强其权能，使其拥有自主权并能够做出健康的选择。

2. 消除影响健康的历史障碍

健康问题的社会决定因素必定包含了造成各种健康问题的历史和结构性障碍。健康结果和预期寿命方面的种族差异植根于历史上的不平等，这些不平等还将继续使一些社区处于不利地位。例如，就一系列健康问题（包括糖尿病、高血压、癌症、肥胖症、哮喘、心血管疾病和肾病）而言，美国少数种族和少数民族群体的患病率和死亡率都较高(28, 29)。在研究和制定公共卫生干预措施的过程中，必须将种族、族裔和被边缘化个人的生活经历等因素纳入进来。

3. 语言和沟通的大众化

不平衡的权力结构往往会通过所用语言或术语，以隐晦方式长久存续。例如，“权力”一词可被视为家长式作风，因为其隐含意义即有权代表他人作出决定。卫生保健机构或决策工作所用的语言和术语应易于为所有利益攸关方所理解和使用。开放沟通策略下，所有利益攸关方都可分享其经验，如大众传播平台和各国政府进行的正式接触。此类策略也是一种绝佳的调平器，有助于各种经验和问题的大众化。

美洲区域——拉丁美洲



招募合作者并使其参与进来

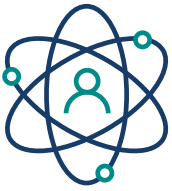
1. 被边缘化和污名化的群体

切实参与工作决不能落下被污名化的弱势群体。有物质滥用障碍的个人、无家可归者或触犯法律的儿童和青年不太可能有能力寻求和获得他们所需的护理，反而更有可能出现健康状况欠佳的情况。物质滥用障碍等问题往往会被视为刑事司法事项，而非公共卫生问题，从而导致使用者的进一步边缘化，并形成惩罚的恶性循环。切实参与可以促进采取更全面的公共卫生方法，为被污名化的弱势群体提供支持。

2. 将青年纳入非传染性疾病和精神卫生议程

由于许多拉丁美洲国家都是年轻的民主国家，作为活动家和未来领袖，青年所扮演的角色有着特殊重要的意义。青年需要对其社区和国家有归属感和主人翁意识，以对公共政策产生影响。青年领袖计划等倡议可促进青年人的公民参与，使其掌握领导技能，并能够与立法者一起，共同制定政策和法律。在这方面，可以将“赋权阶梯”法(30)作为一个有用的参考，该方法已被用于培训有1型糖尿病的年轻人，以使其以领导者和变革者的身份，在社区或社会上发挥积极作用。

与此同时，年轻人仍在不断错过一些重要的卫生干预措施。自杀是拉丁美洲10-19岁人口死亡的主要原因之一(31)，由于COVID-19大流行的发生，这种状况有所加剧。必须加强该区域的社区精神卫生服务，确保为年轻人提供支持。



切实参与的促进因素

▶ 行动领域

1. 满足有生活经验个人的基本需求

该区域的低收入人群往往更容易受到风险因素的影响，而且，他们受非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的影响最为严重。在不承认、不解决有生活经验个人所面临的非常真实且严峻的贫困障碍的情况下让其参与磋商或论坛可能会被视为表面文章或空头支票。为了更好地支持有生活经验的个人，必须首先承认并满足其基本需求，如住房、食物和获得公共服务的机会。

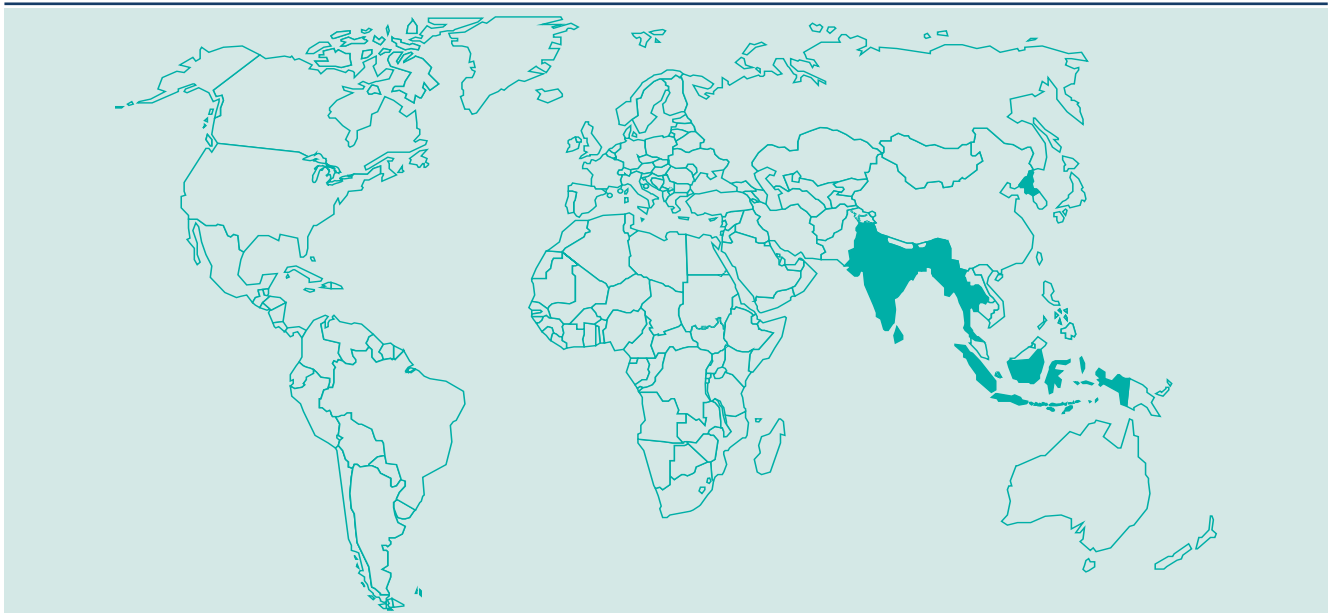


开展能力建设，促进切实参与

1. 泛美卫生组织在社区

在社区一级，泛美卫生组织/世卫组织美洲区域办事处应享有更高的知名度和存在感，宣传和推动其任务使命，并提供资源和支持。泛美卫生组织/世卫组织美洲区域办事处还可加强各国卫生部和地方政府的管理工作，以改善对非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的管理，并增进与有生活经验个人的接触。例如，哥伦比亚最近颁布了“综合卫生保健路径”，该模式促进从治疗到预防的转变，并承认个人、家庭和社区在维持和恢复健康方面发挥着积极作用⁽³²⁾。泛美卫生组织/世卫组织美洲区域办事处可就该计划中与切实参与有关的方面提供支持和资源，其中包括要求各国政府在计划和实施其政策和规划的过程中为有生活经验的个人提供一席之地。

东南亚区域



招募合作者并使其参与进来

1. 被边缘化的群体——高危社区

在就非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病作出决策时，必须让生活在农村地区的人、土著居民和少数民族等高危社区参与进来。来自这些大型社区的个人受到非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的影响尤为严重。

2. 被边缘化的群体——老年人、儿童和青少年

参与者强调，老年人、儿童和青少年在虚拟磋商中的代表性不足。东南亚区域是许多快速老龄化国家的所在地，为使该区域的老年人能够切实参与有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的决策过程，必须前往他们居住的地方，在当地环境中与这些老年人进行接触。该区域5.33亿年轻人中，许多人都无法获得非传染性疾病或精神卫生服务和治疗。由于儿童和青少年中经常出现诊断不足的情况，应从学校开始，开展有关非传染性疾病和精神卫生的宣传和提高认识活动。早期干预规划还可促进改善年轻人的长期健康结果并使其更具可持续性。在让年轻人参与进来的过程中，父母、照护者和教师是主要合作伙伴，他们可为年轻人提供必要知识，使其掌握为有生活经验个人作宣传的相关技能。



开展能力建设，促进切实参与

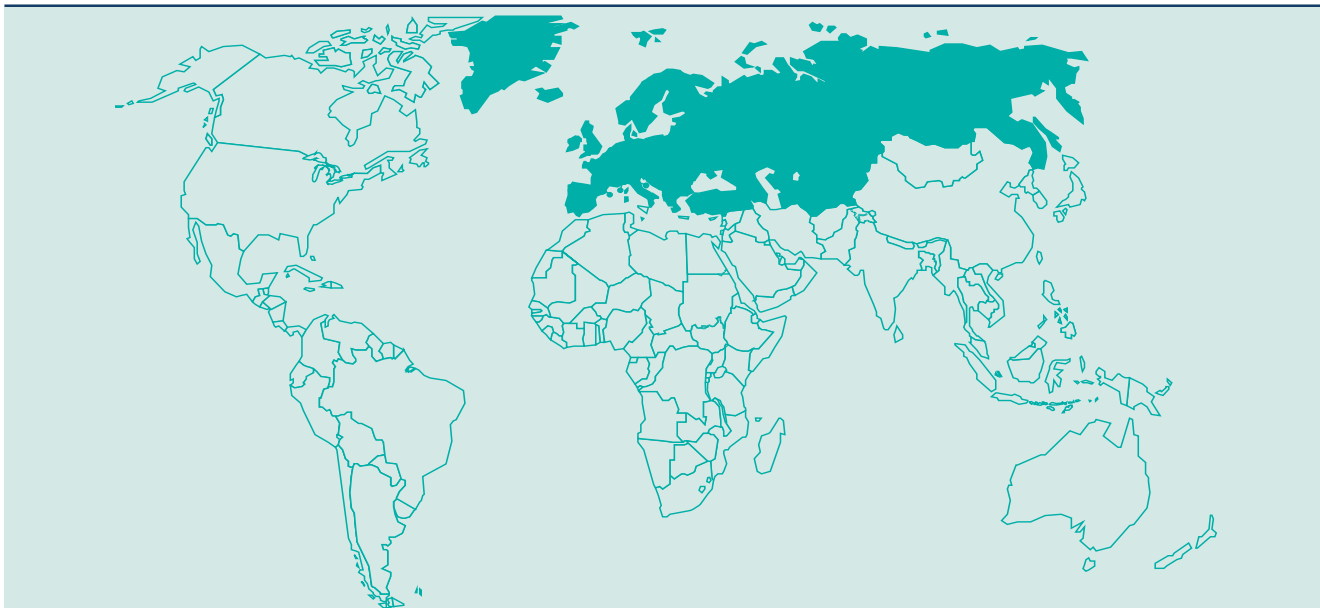
1. 向其他部门学习并与其开展合作

切实参与在该区域还不是很普遍，民间社会组织和非政府组织主要通过开展教育和宣传获得，重点关注减少风险因素和早期诊断(33)。该区域各部门之间的合作也很薄弱。在不同程度上落实了切实参与的重点卫生领域包括烟草控制（印度烟草受害者之声）、儿童癌症（印度儿童癌症协会）和精神卫生（印度尼西亚精神分裂症护理社区）。此外，作为2021年世界糖尿病日的一部分，世卫组织东南亚区域办事处和东南亚区域非传染性疾病预防联盟共同主办了一场关于有糖尿病和非传染性疾病预防者的切实参与的糖尿病专题小组讨论。可将这些领域的切实参与工作作为一个起点，在该区域的各种非传染性疾病预防和精神卫生倡议中分享各种共同之处并整合从中汲取的经验教训，同时，加强各部门的联盟与合作，以促进能力建设。

2. 让有生活经验的个人发挥领袖和榜样的作用

有生活经验的个人可以成为其他一些生活在类似社会、经济或文化环境中并有类似健康问题的人的榜样，从而打破壁垒，进入卫生和政策决策空间，并解决该群体面临的污名化和歧视问题。要想使有生活经验的个人真正实现从认识到参与的转变，除必须为其提供支持外，还须增强其权能、捍卫其权利并进行相关培训，以使其能就这些问题作出自主决策。此外，还应使他们有机会成为社区的领导者，特别是有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的儿童和青少年的领导者。例如，激励有生活经验的个人分享他们的故事是东南亚区域非传染性疾病预防联盟的主要能力建设重点之一，同时，还要为他们提供身体和精神支持、正式培训以及在医学协会等机构担任领导角色的机会。

欧洲区域



切实参与的各项原则

1. 切实参与是一项基本要求

切实参与不应以“善意”的形式出现，“善意”即一种认可或仁慈的行为，往往以施主和受援者之间隐藏的权力失衡为前提。相反，让有生活经验的个人切实参与进来现已被视为对世卫组织和会员国的一项基本强制性要求。这是一项基于参与权的义务，必须利用政治承诺和法律保障，加以贯彻落实。

2. 人本主义健康结果

人本主义健康结果包括生活质量、福祉、精神和社会健康。我们很少会像对待健康问题的临床或经济结果一样，重视人本主义健康结果并进行衡量。例如，《全球疾病负担》(24)主要通过丧失生命年和残疾生命年等指标来记录过早死亡和残疾情况。为了全面了解非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病如何影响有生活经验的个人，必须将健康问题的人本主义方面纳入对疾病影响的更广泛衡量当中。人本主义和生活质量指标体现了个人在有健康问题情况下的身体和情感功能，也反映了生活中非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病复杂、多维的方面。这将给予有生活经验的个人以进一步的尊重和更多尊严，而不仅仅是将其作为“患者”。

3. 接受，而不仅仅是认识

有关非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的宣传运动有助于加深对这些健康问题的了解。然而，重要的是，应由有生活经验的个人来设计宣传运动，以避免有关这些健康问题的定型观念、偏见和病理化。从自闭症社区汲取的经验表明，需要超越认识，迈向接受。自闭症接受度指认识到自闭症人群的基本人权的同时，承认他们的行为差异。该项原则构成了自闭症社区中一些人倾向于使用“身份优先”语言（自闭症患者）而非“人格优先”语言（有自闭症的人）的基础。更广泛而言，这也强调了必须倾听有生活经验个人的声音并使其参与进来，以避免有害做法长久存续。



招募合作者并使其参与进来

1. 边缘化群体——有代表性不足的非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的个人

在参与工作中，有许多非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病，如哮喘、自闭症、双相情感障碍、痴呆症和其他神经系统疾病代表性不足，给参与造成了额外障碍。应招募有代表性不足的疾病（如失语症和认知障碍）的个人并为其提供支持，如经济援助和额外设施，以使其能够参与进来。此外，他们的照护者或家庭成员也应有效方式参与进来，以便学习他们的经验，并给予其时间和专门知识以补偿。



切实参与的促进因素

▶ 行动领域

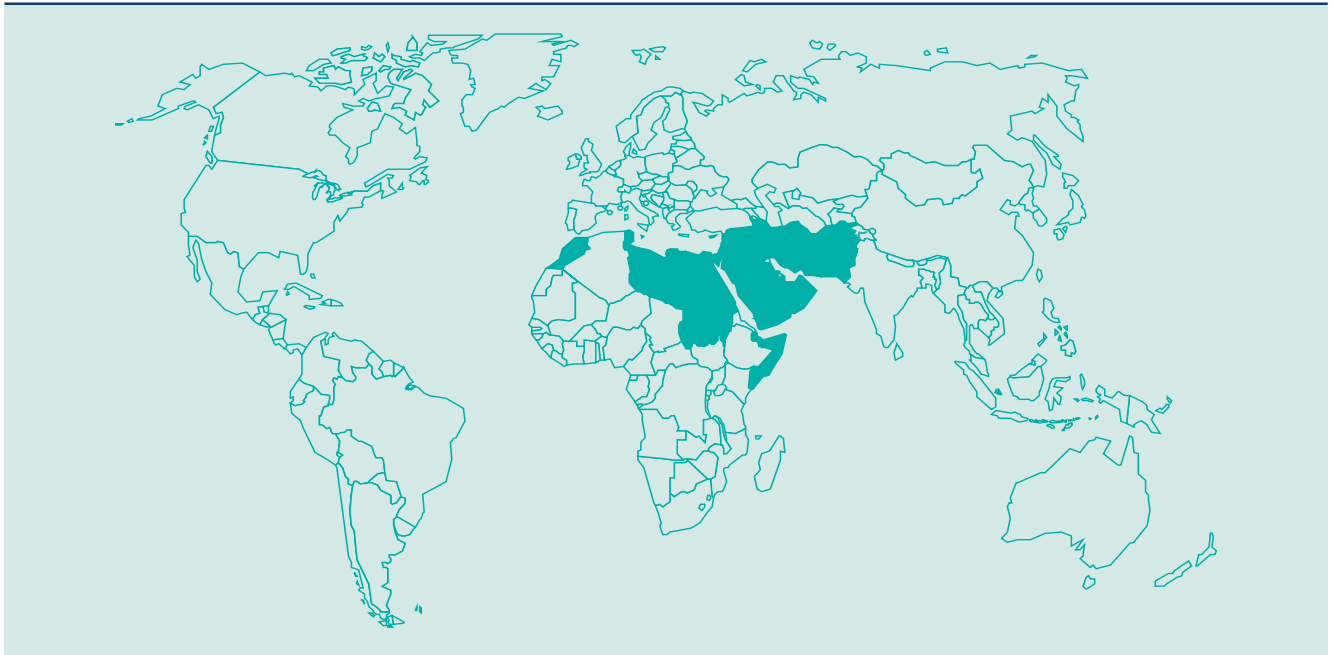
1. 解决卫生保健中的职业倦怠问题

许多卫生保健服务提供者都会因为工作时间长、工作环境压力大而感到倦怠。在COVID-19大流行期间，卫生保健领域的职业倦怠现象尤为突出，这也是卫生保健系统和卫生人力的价值被低估且投资不足等深层次问题的一个表现。作为一种公认的安全风险，职业倦怠已成为欧洲加强国家卫生系统和卫生安全工作的一个当务之急(25)。为了卫生保健专业人员的福祉，必须充分解决职业倦怠问题，因为他们是让有生活经验的个人切实参与进来并为其提供支持的关键伙伴。

2. 积极倾听

必须对卫生保健服务提供者进行培训，以积极有效地听取有生活经验个人的意见。他们应该询问并倾听个人的需求和生活经验，这样可以避免严重的误诊和用药错误，还可揭示出若非如此便可能会被忽视的有关个人病情的重要细节。积极倾听是沟通、政策制定和其他决策领域的一项重要技巧，可确保以包容和尊重人的方式，让有生活经验的个人参与进来。

东地中海区域



切实参与的各项原则

1. 减少污名化

有生活经验特别是精神卫生问题方面的生活经验的个人所经历的污名化可能会给他们带来深刻的创伤，并对其福祉造成伤害。就精神卫生问题而言，该区域有着深厚的文化背景、深刻的理解和认识，而这可能也是一个触发因素，使得亟需解决污名化问题。卫生保健专业人员也有可能通过给有抑郁症、痴呆症或阿尔茨海默病等精神卫生问题的个人贴上标签并使其负面属性长久化，加剧对个人的污名化，进而导致对这些疾病的诊断不足和/或治疗不力。



招募合作者并使其参与进来

1. 边缘化群体——境内流离失所者、难民和无证移民

有参与者指出，境内流离失所者、难民和无证移民是国内的最脆弱群体。东地中海区域收容的难民占全世界难民总数的三分之二（1670万）(21)。在过去几十年间，该区域的境内流离失所者人数也在稳步增长，2020年，已增至1950万(22)。该区域的22个国家中，有一半还在经历长期突发事件。突发事件的不利影响，包括对卫生和社会护理系统的不利影响，加剧了这些人面临的健康问题。经历过突发事件的人中，有超过五分之一患有抑郁、焦虑和创伤后应激障碍。

因此，这一群体的代表是了解有非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的境内流离失所者、难民和无证移民所面临的复杂挑战以及改善其治疗和护理的关键。

2. 老年人

老年人，尤其是有阿尔茨海默病或痴呆症等神经系统疾病的老年人，尽管拥有丰富的知识和经验，有时却会被视为负担。这会导致虐待老人以及缺少经济支持、食物、衣服和其他必需品。年轻人向城市迁移也使得许多老年人被迫独自生活，没有照护者或各种资源予以支持。留下来的照护者则发现自己资源有限，捉襟见肘，没有任何喘息的机会。我们不仅须前往老年人所在的地方为他们提供帮助，在共同创建相关政策、规划或服务时，还须让他们作为重要利益攸关方参与进来。

3. 宗教领袖

在该区域的许多社区，宗教领袖都备受尊重。他们被视为重要利益攸关方，可作为发言人参与健康促进工作和反污名化运动。可鼓励宗教领袖掌管并进一步参与该区域非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病相关政策、指南和/或运动的制定。



切实参与的促进因素

▶ 行动领域

1. 把讲故事作为一种宣传工具

以有效的方式讲故事是一种传统而有力的工具，可借以向更广泛的受众传达生活经验，也可消除植根于文化的、对非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的污名化。参与者指出，应鼓励并支持有生活经验的个人讲述他们自己的故事，直接影响立法者并促进政府内部的态度转变。此外，还应将关于生活经验的故事运用于各种参与性活动，如各种区域运动和国家卫生日，并通过社交媒体、电视、剧院和文学作品等给予支持。

2. 促进自下而上的参与型参与模式

在该区域，处于传统等级制度或权力结构顶端的个人往往并不了解广大民众和社区所面临的挑战，但他们却掌握着决策权。需要采用各种参与方法和模式，揭示权力天平的失衡问题，并促进自下而上的参与式方法，以将权力重新分配给有生活经验的个人。可以通过组建集体和联盟来放大有生活经验个人的权力和声音，同时，须提供资金并进行能力建设，以支持这些集体和联盟。世卫组织东地中海区域办事处和非传染性疾病联盟共

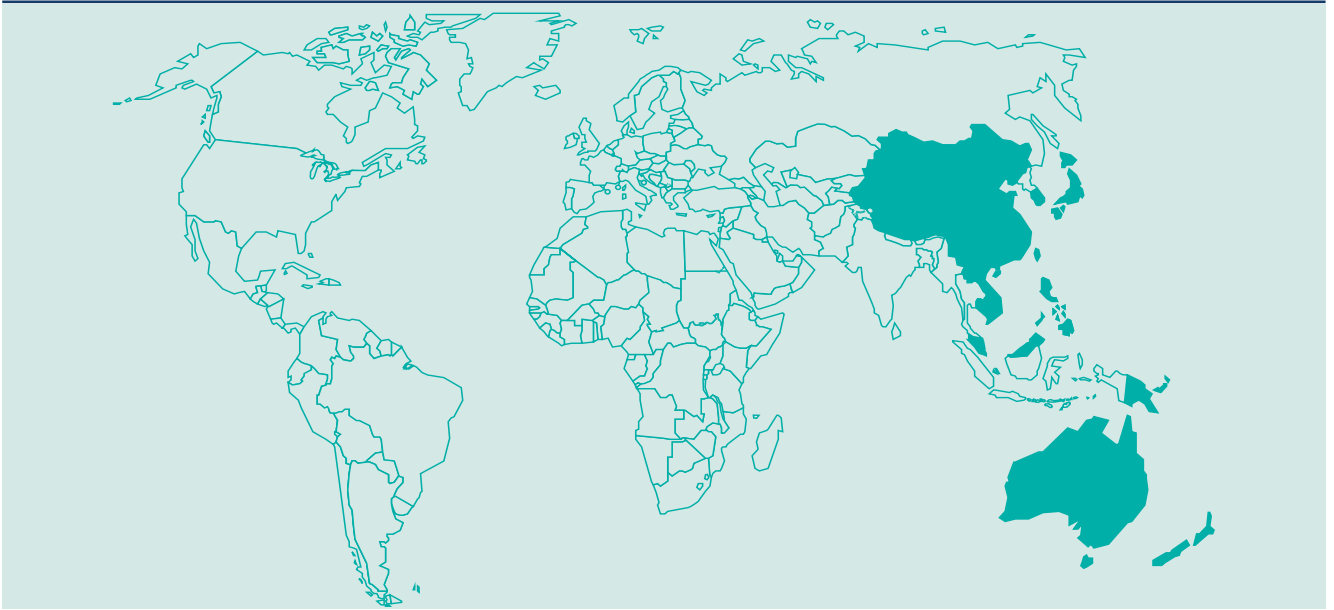
同主办的一次区域会议便体现了这一点，会议建议通过建立联盟来支持非传染性疾民间社会组织。东地中海非传染性疾联盟还主办了一个系列网络研讨会，主要邀请有生活经验的演讲者，强调以人为本的非传染性疾和精神卫生应对措施至关重要，而且，有必要放大有生活经验个人的声音。

3. 提高精神卫生问题的可见度和文化接受度

在有精神卫生问题的个人能够切实参与之前，必须提高该区域对精神卫生的认识和相关健康素养。这就要求在学校和大学提供精神卫生课程，并面向所有服务提供者，特别是初级保健一级的服务提供者。由于儿童和青少年中经常出现诊断不足的情况，还应提高家长对精神卫生问题的认识。

卫生系统应优先考虑精神卫生服务并为其分配更多资源，在整个生命历程中提供负担得起的综合护理包，包括早期筛查和非药物干预。世卫组织扩大东地中海区域精神卫生行动区域框架(23)建议向有精神卫生问题的个人及其家人提供获得自助和社区干预措施的机会。这些都是摒弃古老的制度化背景，转变对精神卫生的认知，并在社区中提高精神卫生问题可见度和接受度的重要途径。

西太平洋区域——柬埔寨、马来西亚、菲律宾



有生活经验的个人面临的健康障碍

1. 令人望而却步的卫生保健费用

由于诊断程序、药物和治疗费用高昂，许多人都无法获得基本卫生保健服务。在该区域，高昂的间接费用，如前往卫生机构的交通费用，也是一个额外障碍。这打消了許多人寻求治疗的念头，导致诊断不足，并引致重症，甚至是死于可预防的原因。

各国政府必须在世卫组织的指导和支持下，确定更具可负担性的非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病筛查、诊断和治疗技术，并建立基本药物的集中采购机制，以降低成本。应扩大国家保险计划，以涵盖对更

广泛的非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病的诊断和定期检测。应增加卫生支出，加快实施全民健康覆盖。

2. 护理系统不完善

在这三个国家，医院会提供一些非传染性疾病和精神卫生服务，但在初级保健和社区护理机构中，此类服务却较为少见。所提供的许多卫生服务彼此孤立，而且，往往是针对某一组或一小组健康问题。应扩大初级保健部门的能力，并加强卫生保健系统中各种初级、二级和三级服务的整合，以促进保健的连续性。卫生保健导航员可就转诊路径、经济援助来源和其他重要信息为有生活经验的个人提供进一步支持。

一些健康问题的用药和治疗也受到了严重限制。在菲律宾，就糖尿病患者而言，面向当地人口中糖尿病患者的胰岛素供应并不充足。1型糖尿病儿童由于未被视为重点对象，可用的治疗方法极少。这导致其有赖国际非

政府组织来获取胰岛素，损害了该国卫生保健系统的自力更生和可持续性。

3. 健康素养水平低下

对非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病——包括风险因素、病因、症状、治疗方案和副作用——的了解不足会限制求医行为，加深对这些健康问题的常见误解，并助长污名化。从长远看，面向有生活经验个人、社区和卫生服务提供者的健康素养规划及教育和提高认识运动对于消除这些障碍和改善健康结果至关重要。

健康素养工作还应适应当地语言和方言、规范和习惯，以提高相关性、接受度和长期可持续性。例如，关于健康饮食的教育活动应考虑到并纳入当地的健康食品偏好，以便个人和家庭更容易将此类知识融入日常实践。



加强有生活经验个人的切实参与

行动领域

1. 正式的综合参与模式

应有生活经验个人的参与正规化，并由政策制定者、卫生保健服务提供者和相关协会提供机构支持。支持小组应定期举行结构化会议，并附以明确的议程、角色、责任和参与规则。在这些形式的参与活动中，必须将家属参与作为一项核心原则和一个核心组成部分。所有与健康有关的治理平台都必须保证有生活经验个人的代表性。必须对各种参与活动进行记录和存档，并有明确的后续行动和行动计划。

2. 多层次利益攸关方参与

各国政府和非国家行为者，如由有生活经验个人组成的非政府组织和协会，应加强合作，共同创建政策、规划和服务。应进一步加强国家、国家以下各级和基层网络之间的联系，以支持为落实切实参与而作出的努力。从柬埔寨艾滋病毒感染者网络身上可以

学到许多经验教训。该网络致力于通过让艾滋病毒感染者和受艾滋病毒影响者切实参与制定政策、计划和规划，加强国家和基层艾滋病毒应对工作之间的政策协同作用。自2001年7月成立以来，该网络一直在与包括

政府和联合国机构、地方和国际非政府组织及社区组织在内的各种利益攸关方合作。它与19个省的多个网络合作，为近1000个艾滋病毒感染者和受艾滋病毒影响者自助小组提供了支持(34)。



下一步工作

这份报告表明，世卫组织所有区域为实现有生活经验个人的切实参与而划定的重点领域和采取的重点行动具有高度一致性。对区域磋商进行的分析提供了大量的见解、证据和专门知识，所有这些都将被纳入《世卫组织非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病患者切实参与框架》。

该报告还强调了世卫组织各区域的一些细微差别和所提重点事项，概述了实施差距、实施世卫组织框架需考虑的因素、特定区域和国家重点及与其他卫生活动和议程保持一致的机会。

该世卫组织框架是一个强有力的信号，表明了世卫组织对这一专题的承诺，包括动员高级别政治承诺和支持。此外，还需采取进一步措施，制定其他方法，支持在实施过程中进一步调整该世卫组织框架并使其符合具体情况——包括寻找机会，使其与区域和国家背景下的现有框架、行动计划和其他相关倡

议保持一致并加以整合。在资源有限的全球卫生环境中，考虑到落实切实参与的最终目标，即纳入非传染性疾病、精神卫生问题和神经系统疾病相关生活经验这一交叉视角，这一点尤为重要。此外，与区域和国家倡议和重点保持一致不仅可以确保该框架的背景相关性，还可以提高其应用的效率和可持续性。

最后，世卫组织六个区域仍可进一步利用作为本报告的基础而举办的包容性非正式磋商和焦点小组讨论，特别是为了使来自边缘化群体的个人未来能够更容易地参与进来。随后，随着这项工作继续进展，获得知名度并与有生活经验的个人建立了信任，将有机会与世卫组织、会员国、民间社会组织和有生活经历的个人中的实施者和倡导者一起，引入新的声音和观点。

参考文献

1. 《2019年全球卫生估计：2000-2019年按死因、年龄、性别、国家和区域分列的死亡数据》。日内瓦：世界卫生组织；2020年 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gho-leading-causes-of-death>, 2022年12月7日访问)。
2. 《世界精神卫生报告：向所有人享有精神卫生服务转型》。日内瓦：世界卫生组织；2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>, 2022年12月3日访问)。
3. Gowshall M, Taylor-Robinson SD. The increasing prevalence of non-communicable diseases in low-middle-income countries: the view from Malawi. *International Journal of General Medicine*. 2018;11:255-264 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29988742/>, 2022年12月3日访问)。
4. 《2019年全球自杀状况》。日内瓦：世界卫生组织；2021年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, 2022年12月3日访问)。
5. 自杀[实况报道]。日内瓦：世界卫生组织；2021年 (<https://www.who.int/zh/news-room/factsheets/detail/suicide>, 2022年12月3日访问)。
6. 全球卫生观察站[在线数据库]。可持续发展目标具体目标3.4：非传染性疾病和精神卫生。日内瓦：世界卫生组织；2021年 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health, 2022年12月3日访问)。
7. COVID-19大流行期间非传染性疾病服务提供情况快速评估。日内瓦：世界卫生组织；2021年 (<https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>, 2022年12月3日访问)。
8. Sawadogo W, Tsegaye M, Gizaw A, Adera T. Overweight and obesity as risk factors for COVID-19-associated hospitalisations and death: systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutrition, Prevention and Health*. 2022;195(1):10-18 (<https://doi.org/10.1136/bmjnph-2021-000375>, 2022年12月3日访问)。
9. Kastora S, Patel M, Carter B, Delibegovic M, Myint PK. Impact of diabetes on COVID-19 mortality and hospital outcomes from a global perspective: an umbrella systematic review and meta-analysis. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*. 2022;5(3):e00338 (<https://doi.org/10.1002/edm2.338>, 2022年12月3日访问)。
10. Szarpak L, Mierzejewska M, Jurek J, Kochanowska A, Gasecka A, Truszewski Z et al. Effect of coronary artery disease on COVID-19 – prognosis and risk assessment: a systematic review and meta-analysis. *Biology*. 2022;11(2):221 (<https://doi.org/10.3390%2Fbiology11020221>, 2022年12月3日访问)。
11. Singh D, Mathioudakis A, Higham A. Chronic obstructive pulmonary disease and COVID-19: interrelationships. *Current Opinion in Pulmonary Medicine Index*. 2022;28(2):76-83 (<https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000834>, 2022年12月3日访问)。
12. Patanavanich R, Siripoon T, Amponnavarat S, Glantz SA. Active smokers are at higher risk of COVID-19 death: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2022 (<https://doi.org/10.1093/ntr/ntac085>, 2022年12月3日访问)。
13. COVID-19大流行促使全球焦虑和抑郁患病率增加25%[新闻稿]。日内瓦；世界卫生组织；2022年 (<https://www.who.int/zh/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>, 2022年12月3日访问)。
14. 非传染性疾病患者论坛，虚拟会议，2022年5月9日至11日：会议报告。世界卫生组织西太平洋区域办事处；2022年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/362312>, 2022年12月3日访问)。
15. 没有参与就没有收益：为非传染性疾病患者切实参与创造机会。会议报告。日内瓦：世界卫生组织；2021年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340737>, 2022年12月3日访问)。
16. Weiner B. *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York; Guilford Press; 1995 (<https://psycnet.apa.org/record/1995-98708-000>, 2022年12月3日访问)。
17. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*. 2004;59(7):614 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15491256/>, 2022年12月3日访问)。
18. 第七十五届世界卫生大会，日内瓦，2022年4月27日。临时议程项目14.1。联大预防和控制非传

- 染性疾病问题第三次高级别会议政治宣言的后续行动。日内瓦：世界卫生组织；2022年 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add8-ch.pdf, 2022年12月3日访问)。
19. Leask CF, Sandlund M, Skelton DA, Altenburg TM, Cardon G, Chinapaw MJ et al. Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. *Research Involvement and Engagement*. 2021;5(1):1–6 (<https://researchinvolvement.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40900-018-0136-9>, 2022年12月3日访问)。
 20. 难民数据查找器[在线数据库]。日内瓦：联合国难民事务高级专员；2022年 (<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=75qlv3>, 2022年12月3日访问)。
 21. Al-Mandhari A, Ardalan A, Mataria A, Rifaey T, Hajjeh R. Refugee and migrant health strategy for the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2021;27(12):1129–1131. (<https://doi.org/10.26719/2021.27.12.1129>, 2022年12月3日访问)。
 22. Saleh S, Ibrahim S, Diab JL, Osman M. Integrating refugees into national health systems amid political and economic constraints in the Eastern Mediterranean Region: approaches from Lebanon and Jordan. *Journal of Global Health*. 2022;12:03008 (<https://jogh.org/2022/jogh-12-03008>, 2022年12月3日访问)。
 23. 扩大东地中海区域精神卫生行动的区域框架。世界卫生组织东地中海区域办事处；2016年。 (https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18700.pdf, 2022年12月3日访问)。
 24. Global Burden of Disease [website]. Seattle, Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation;2022 (<https://www.healthdata.org/gbd/2019>, 2022年12月3日访问)。
 25. 世卫组织欧洲区域主任Hans Henri P Kluge博士在世卫组织欧洲区域委员会第七十届会议上的发言，世界卫生组织欧洲区域办事处；2022年 (<https://www.who.int/europe/news/item/14-09-2020-statement-by-dr-hans-henri-p-kluge-who-regional-director-for-europe-to-the-70th-session-of-the-who-regional-committee-for-europe>, 2022年12月3日访问)。
 26. Springer S. Homelessness: a proposal for a global definition and classification. *Habitat International*. 2000;24(4):475–84 ([https://doi.org/10.1016/S0197-3975\(00\)00010-2](https://doi.org/10.1016/S0197-3975(00)00010-2), 2022年12月3日访问)。
 27. 改善儿童和青少年的精神卫生和大脑健康。日内瓦：世界卫生组织；2022年 (<https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>, 2022年12月3日访问)。
 28. Racism and health. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/minorityhealth/racism-disparities/index.html>, 2022年12月3日访问)。
 29. Chronic kidney disease in the United States. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2021年 (<https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/ckd-national-facts.html>, 2022年12月3日访问)。
 30. Ugliara Barone MT, Chaluppe M, Ripoli P, Patricio BT, Lima BL, Galastri LL et al. the empowerment ladder: understanding transition across leadership stages in individuals with type 1 diabetes and other noncommunicable diseases. *Health Education Journal*. 2021;80(4):451–60 (<https://doi.org/10.1177/0017896920983837>, 2022年12月3日访问)。
 31. Young people in the Americas continue to miss out on vital health interventions [press release]. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2019 (https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15496:young-people-in-the-americas-continue-to-miss-out-on-vital-health-interventions&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0, 2022年12月3日访问)。
 32. New comprehensive healthcare pathways will revolutionize the system [press release]. Bogotá; Ministry of Health and Social Protection; 2022 (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/New-Comprehensive-Healthcare-Pathways-Will-Revolutionize-the-System.aspx>, 2022年12月3日访问)。
 33. 关于加强非传染性疾病民间社会组织的东南亚区域会议报告。新德里：世界卫生组织东南亚区域办事处；2015年 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206290>, 2022年12月3日访问)。
 34. Cambodian People Living With HIV AIDS Network [online database]. Phnom Penh; Cooperation Committee for Cambodia; 2017 (<https://www.ccc-cambodia.org/en/ngodb/ngo-information/171>, 2022年12月3日访问)。



可持续发展
目标

9789240071759



9 789240 071759