

INSPIRE

消除针对儿童的暴力行为的七项策略



INSPIRE: 消除针对儿童的暴力行为的七项策略执行概要
[INSPIRE: seven strategies for ending violence against children]

ISBN 978-92-4-556535-2

© 世界卫生组织2017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。

建议的引用格式。INSPIRE: 消除针对儿童的暴力行为的七项策略执行概要 [INSPIRE: seven strategies for ending violence against children] 日内瓦: 世界卫生组织; 2017 年许可协议: 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<http://www.who.int/about/licensing>。

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。

印刷地点:

INSPIRE

消除针对儿童的暴力行为的七项策略

Implementation and enforcement of laws
(落实和执行法律)



Norms and values
(规范和价值观)



Safe environments
(安全的环境)



Parent and caregiver support
(支持父母和照护者)



Income and economic strengthening
(改善收入和经济状况)



Response and support services
(应对和支持服务)



Education and life skills
(教育和生活技能)



致谢

《INSPIRE: 消除针对儿童的暴力行为的七项策略》有赖于来自所有核心机构的技术专家以及其他许多伙伴的贡献。

Alexander Butchart (世卫组织) 和Susan Hillis (美国疾控中心) 协调并执笔本文件, 文件起草过程中获得Angela Burton的协助, 后者还编辑并校对了对本文件。Etienne Krug (世卫组织) 提供了总体战略方向。此外:

- 美国疾控中心提供了来自James Mercy和Linda Dahlberg的意见;
- 终止针对儿童的暴力全球伙伴关系通过Barbara Ammirati、Susan Bissell和David Steven发表意见;
- Janet Saul发表了美国总统防治艾滋病紧急救援计划的意见;
- Michele Moloney-Kitts和Rebecca Gordon提供了“为女童团结起来”全球伙伴关系的意见;
- 联合国儿童基金会高级顾问Theresa Kilbane、儿基会儿童保护部门Jeanette Trang以及来自儿基会儿童保护、沟通促发展、残疾、儿童早期发育、教育、性别、卫生、社会包容及数据和分析部门的技术人员提供了相关行业评论。
- Anna Giudice Saget、Giulia Melotti、Kobie Mulligan和Sven Pfeiffer提供了联合国毒品和犯罪问题办公室的意见;
- Gretchen Bachmann和John Williamson提供了美国国际开发署的意见。
- 世卫组织/泛美卫生组织由Betzabe Butron、Alessandra Guedes、Alison Harvey、Constanza Hege、Berit Kieselbach、Marcelo Korc和Christopher Mikton提供意见, 并获得Claire Scheurer的行政支持;
- 世界银行的贡献来自Diana Arango和Andres Villaveces。

还要感谢橡树基金会的Kathleen Cravero、Florence Bruce和Brigette Delay促进民间社会组织对文件及其实施影响进行审查。感谢以下组织在本次审查过程中提供评论意见: 非洲儿童政策论坛、儿童与暴力评价挑战基金、儿童权利论坛、危机中的儿童保护网络、国际终止亚洲旅游业内童妓运动、消除女性生殖器切割欧盟网络、欧洲儿童网络、“女童不当新娘”组织、终止体罚儿童全球行动、Promundo组织、救助儿童会、SOS儿童村和世界宣明会。

世卫组织谨代表所有参与机构感谢美国疾控中心为拟定和出版本文件提供的慷慨资助。

缩略语

CDC: 美国疾控中心

CRC: 《儿童权利公约》

End Violence Against Children: 终止针对儿童的暴力全球伙伴关系

PAHO: 泛美卫生组织

PEPFAR: 美国总统防治艾滋病紧急救援计划

TfG: “为女童团结起来” 全球伙伴关系

UNICEF: 联合国儿童基金会

UNODC: 联合国毒品和犯罪问题办公室

USAID: 美国国际开发署

WHO: 世界卫生组织

目录

序言	7
INSPIRE概述	8
INSPIRE愿景	9
INSPIRE合作	9
消除针对儿童的暴力行为是当务之急	10
针对儿童的暴力行为的规模	12
定义针对儿童的暴力行为	14
针对儿童的暴力行为的类型	14
针对儿童的暴力行为的后果和成本	15
针对儿童的暴力行为的根本原因	16
针对儿童的暴力行为可以预防	18
INSPIRE策略的组成部分	20
INSPIRE策略的实施	26
INSPIRE策略和方法	28
Implementation and enforcement of laws (落实和执行法律)	30
法律禁止父母、教师或其他照护者对儿童施以暴力惩罚	32
法律对向儿童施以性侵犯和剥削的行为定罪	34
法律防止酗酒	34
法律限制青少年获取枪支和其它武器	35
Norms and values (规范和价值观)	36
改变遵循限制性和有害的性别和社会规范的做法	38
开展社区动员规划	40
鼓励旁观者进行干预	40
Safe environments (安全的环境)	42
瞄准“热点”减少暴力	44
阻止暴力蔓延	46
改善建筑环境	46
Parent and caregiver support (支持父母和照护者)	48
通过家访提供支持	50
在社区中开展小组活动提供父母培训和支持	52
父母支持和培训成为综合性规划的组成部分	53

Income and economic strengthening (改善收入和经济状况)	54
现金转移支付	56
集体储蓄和贷款结合性别平等培训	58
小额信贷结合性别规范培训	58
Response and support services (应对和支持服务)	60
咨询和治疗措施	62
筛查结合干预措施	64
刑事司法制度中对少年犯的治疗方案	65
涉及社会福利机构的寄养措施	65
Education and life skills (教育和生活技能)	66
提高幼儿园、小学和中学的入学率	68
建设安全有利的学校环境	68
加强儿童对性侵犯和自我保护办法的了解	70
生活和社会技能培训	71
青少年的亲密伴侣暴力预防规划	72
INSPIRE: 交叉活动	74
交叉活动1: 多部门行动和协调	75
交叉活动2: 监督和评估	78
监督	78
评估	81
关于实施的考虑	82
建立国家承诺	84
评估需求	84
选择干预措施	85
根据本地情况调整干预措施	86
制定中央和地方政府的行动计划	86
估算费用	88
确定可持续的财政支持来源	89
开发并管理人力资源	89
实施、监督和评估	90
结束语	92
附件A: 术语汇编	94
参考文献	96



序言

消除针对儿童的暴力行为：紧急行动呼吁书

想象一下，你早上起来看到这样的头条新闻：科学家发现一种新的疾病，全世界每年高达 10 亿儿童罹患此病，并且因此终生面临更高的精神疾病和焦虑障碍、心脏病、糖尿病和癌症等慢性病、艾滋病等传染病以及犯罪和滥用药物等社会问题的风险。如果我们得了这种病，该怎么办？

真相是，确实存在这样一种“疾病”，那就是针对儿童的暴力行为。我们要做的第一件事是收集现有证据并立刻采取有效、可持续的行动预防此类暴力。

我们正在认识和预防针对 18 岁以下儿童的暴力行为方面快速取得进展。需要做出更多投资以增加我们对于预防针对儿童的暴力行为的最佳措施的认识。但也已有足够证据支持我们采取措施阻止暴力行为并建设儿童可以茁壮成长的安全、稳定、有益的环境。

越来越多证据表明，针对儿童的暴力行为是可以预防的；而且公众越来越形成再也不能容忍这种暴力行为的共识。本文件所述七项基于证据的策略正建立在上述证据和共识的基础上。这一揽子策略有助于整合多部门努力，使人们认识到，虽然一国内部和各国之间程度有所不同，但针对儿童的暴力行为无处不在，没有哪个社会例外。这些策略将鼓励人们更深入参与预防针对儿童的暴力行为并在发生这种暴力行为时处理其有害后果。

这一揽子策略的基础是，《儿童权利公约》承认所有儿童有权免受各种形式的暴力侵害。针对儿童的暴力行为对公共卫生和发展有着广泛而代价高昂的影响，这些策略旨在处理这些影响，是促进实现可持续发展目标具体目标 16.2 (消除各种形式针对儿童的暴力行为) 的基本工具。这些策略还有助于实现有关贫困、卫生、教育、性别平等、安全环境和正义的可持续发展目标 1、3、4、5、10、11 和 16。

我们有机会和责任预防暴力、保护儿童并对低收入、中等收入和高收入国家面临的广泛卫生、社会和经济挑战产生积极影响。如果全球社会现在就共同采取明智行动，就可以预防针对儿童的暴力行为。这一揽子策略涵盖实现该目的的基于证据的措施。

陈冯富珍
世卫组织总干事

Michele Moloney-Kitts
“为女童团结起来”倡议主任

Thomas Frieden
美国疾控中心主任

Anthony Lake
联合国儿童基金会执行主任

Susan Bissell
终止针对儿童的暴力全球伙伴关系主任

Yury Fedotov
联合国毒品和犯罪问题办公室执行主任

Carissa Etienne
泛美卫生组织主任

Gayle Smith
美国国际开发署署长

Deborah Birx
美国总统防治艾滋病紧急救援计划全球艾滋病协调员

Laura Tuck
世界银行负责可持续发展事务的副行长



INSPIRE: 概述

INSPIRE*是一份基于证据的资源，供从政府到基层、从民间社会到私营部门致力于预防和应对针对儿童和青少年的暴力行为的人使用。它包括一套根据最佳可获得证据确定的策略，旨在帮助各国和社区更加关注最有可能减少针对儿童的暴力行为的预防规划和服务。这七项策略是：落实和执行法律；规范和价值观；安全的环境；支持父母和照护者；改善收入和经济状况；应对和支持服务；教育和生活技能。此外，INSPIRE还包括两类交叉活动，这两类活动合起来有助于促进七项策略之间的联系，加强七项策略并评估落实工作的进展。

* 在英文版中，INSPIRE这个词是在比喻的意义上使用的，表示“让某人觉得他们想做某事，而且能够做得到”。INSPIRE这个词的每个字母代表七项策略之一：I为实施和执法；N为规范和价值；S为安全环境；P为支持父母和照护者；I为提升收入和经济；R为应对和支持服务；E为教育和生活技能。

将七项INSPIRE策略纳入全面多部门计划实施并充分利用其协同作用，这样才能产生最大效果，因为这七项策略本身就是相互促进的，需要综合使用。虽然许多国家的利益攸关方正在努力消除针对儿童的暴力行为，相关努力并不总能得到良好协调和支持，而且也很少有措施得到大规模实施。因此，协调机制至关重要，因为没有哪一个部门能够独自实施所有干预措施，也没有哪个政府能够独自处理本国儿童面临的日益增加的目前已经跨越国界的这一威胁。因此，落实一揽子措施的努力应鼓励一国内部和国家之间的合作和相互学习。

INSPIRE: 愿景

INSPIRE的愿景是，在民间社会和社区的强有力参与下，全世界各国政府实施预防和应对针对所有儿童和青少年的暴力行为的干预措施，帮助儿童和青少年实现自己的全部潜能，并监测实施情况。

根据《儿童权利公约》，缔约国有义务采取所有适当立法、行政、社会和教育措施保护儿童在父母、法定监护人或任何其它照护者照护下免遭任何形式的暴力行为。INSPIRE强化该公约所提供的保护。它体现了处理针对儿童的暴力行为造成的巨大公共卫生和社会负担的迫切需要。

INSPIRE旨在帮助各国和社区实现 2030 年可持续发展目标的关键重点。2016-2030 年，联合国会员国将使用

这一套新的目标指导本国的工作重点。处理针对儿童的暴力行为的可持续发展目标具体目标包括具体目标 16.2 “消除对儿童的虐待、剥削、贩卖和各种形式的暴力和酷刑”、具体目标 5.2 “在公共和私人空间消除各种形式的针对妇女和女童的暴力行为，包括贩卖以及性和其它形式的剥削”和具体目标 16.1 “在全世界各地显著减少各种形式的暴力行为并降低相关死亡率”。

此外，七项INSPIRE策略与旨在实现若干其它处理针对儿童的暴力行为的危险因素的可持续发展目标的活动相互支持、相互促进，包括有关贫困、卫生、性别平等、教育、安全的环境和正义的目标，因此要在开展相关规划时将预防针对儿童的暴力行为的措施也包括在内。

INSPIRE: 合作

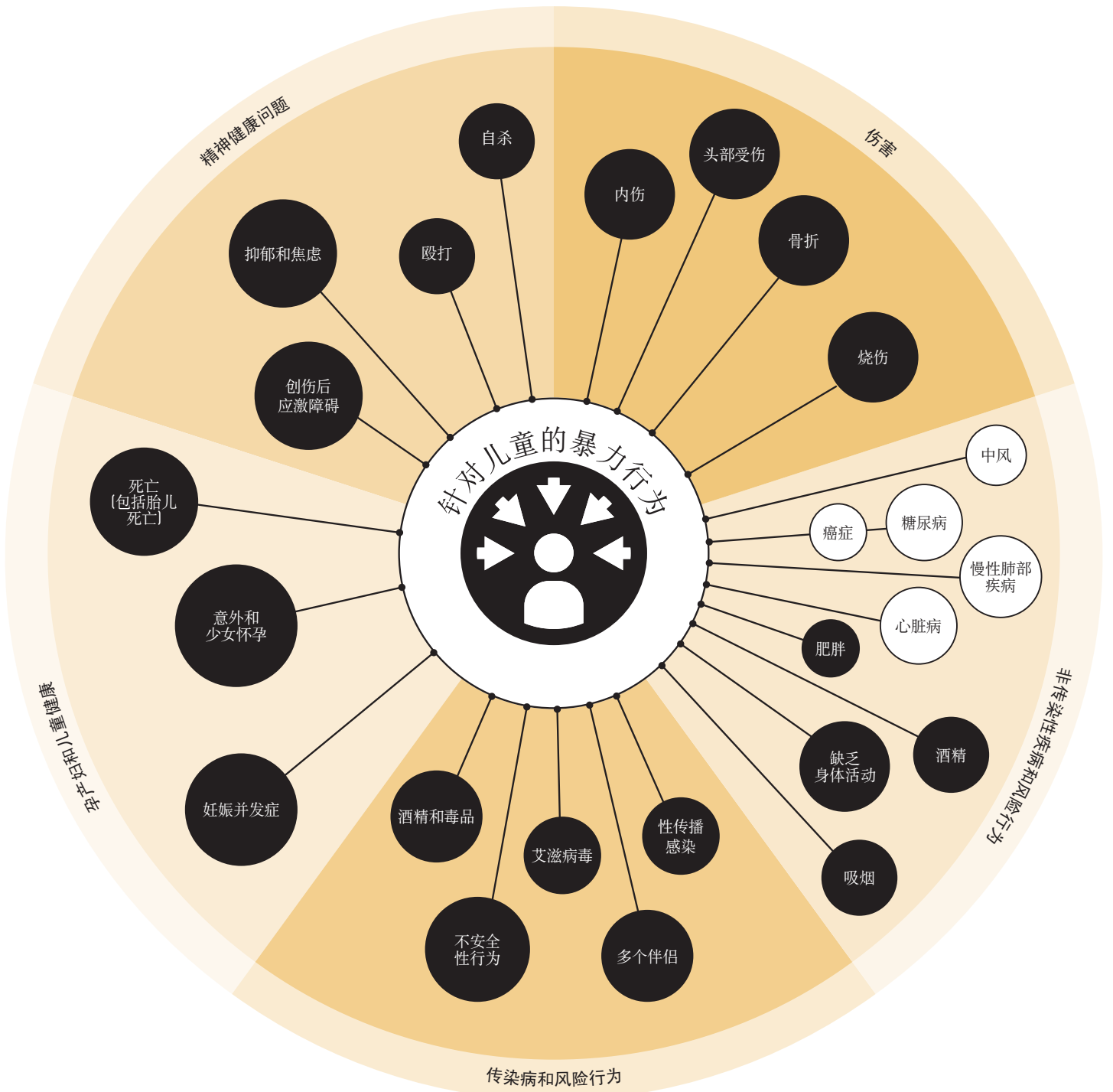
世界卫生组织与美国疾控中心、终结针对儿童的暴力全球伙伴关系、泛美卫生组织、美国总统防治艾滋病紧急救援计划、“为女童团结起来”倡议、联合国儿童基金会、联合国毒品和犯罪问题办公室、美国国际开发署和世界银行合作启动了制定一揽子INSPIRE措施的工作。长期以来，这些机构致力于采用始终如一的基于证据的方法预防针对儿童的暴力行为。



消除针对儿童的 暴力行为是 当务之急

儿童和青少年是我们社会中最弱势的成员。针对他们的暴力行为会造成可怕影响并导致广泛的卫生和社会问题 (图 1)。不过，通过处理其根源和危险因素，大部分这种暴力行为都是可以预测、可以预防的。

图1：针对儿童的暴力行为的潜在健康后果



针对儿童的暴力行为的规模

对 96 个国家有关针对儿童的暴力行为流行率的具有国家代表性的调查数据的分析显示，全球有 10 亿儿童在过去一年经历过情感、身体或性暴力，占全部 2-17 岁儿童的一半 [2]。

针对儿童的暴力行为虽然流行率很高，但却往往隐蔽，不为人所知或得不到充分报告。有很多文献记录了其隐蔽性特征 [3] 例如，一份对全球数据进行的荟萃分析表明，儿童自我报告的性侵犯比官方报告数字高 30 倍，儿童自我报告遭身体摧残的数字比官方报告数字高 75 倍 [4, 5]。

女童在性暴力面前尤为脆弱。例如，女童遭到性侵犯的终生患病率为 18%，男童为 8% [4]。对女童施加性暴力的犯罪者主要是男性。女童也更可能经历来自亲密伴侣的（性和/或身体）暴力、熟人或陌生人强奸、童婚或早婚或强迫婚姻、为性剥削和童工目的的贩卖以及生殖器切割。这种暴力在很多环境下都会发生，包括那些女童本应获得安全和滋养的地方，例如家里、上下学路上和学校、社区，以及在人道主义突发事件、流离失所或冲突后环境中。

男童更可能成为凶杀的受害者和加害者，而且通常涉及枪支和刀具等武器 [7]。



全球每三位15-19岁少女
中差不多就有一位
(8400万人) 曾遭到
丈夫或伴侣的情感、
身体和/或性暴力。

凶杀是青少年五大死因之一，其中男童占凶杀受害者和加害者的 80%以上。此外，因青少年暴力行为而受伤的人数是凶杀的数百倍，而且受害者绝大多数为男性。男孩也更可能成为打架和攻击行为的受害者和加害者 (7)。

女童和男童遭到暴力且没有获得支持和服务的问题流行率高。这描绘出一幅儿童生活在暴力影响下的图景，令人警醒。在许多国家，问题的真实规模被大大低估。部分原因是，估算流行率的基础是来自卫生或司法系统使用的行政数据，而非国家调查数据。还有一部分原因是，人们 (包括儿童) 广泛把暴力看成一种社会规范而非需要注意的问题。此外，报告暴力的女童和男童往往被污名化，或者不被相信，也不会采取行动。虽然暴力行为可能是隐藏的，但其后果最终会显现 (8)，让儿童和成年人、社区和国家付出普遍、长久而昂贵的代价。

2012年，凶杀导致
95,000名20岁以下
儿童和青少年死亡，
每五位凶杀受害者中
就有一位是
青少年儿童 (6)



定义针对儿童的暴力行为

本文件对儿童的定义是所有 18 岁以下的人，因此针对儿童的暴力行为即指针对 18 岁以下的人的暴力行为。世界卫生组织对暴力的定义是“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”^[9]。此，暴力不仅限于造成身体伤害的行为。其后果也远远超出死亡和伤害，还可能包括传染病和非传染性疾病、心理伤害、危险行为、学业和职业成就低以及参与犯罪。

针对儿童的暴力行为的类型

大部分针对儿童的暴力行为涉及可能发生在儿童发育不同阶段的六种主要类型的人际间暴力行为^a中的至少一种(图 2)^[9]:

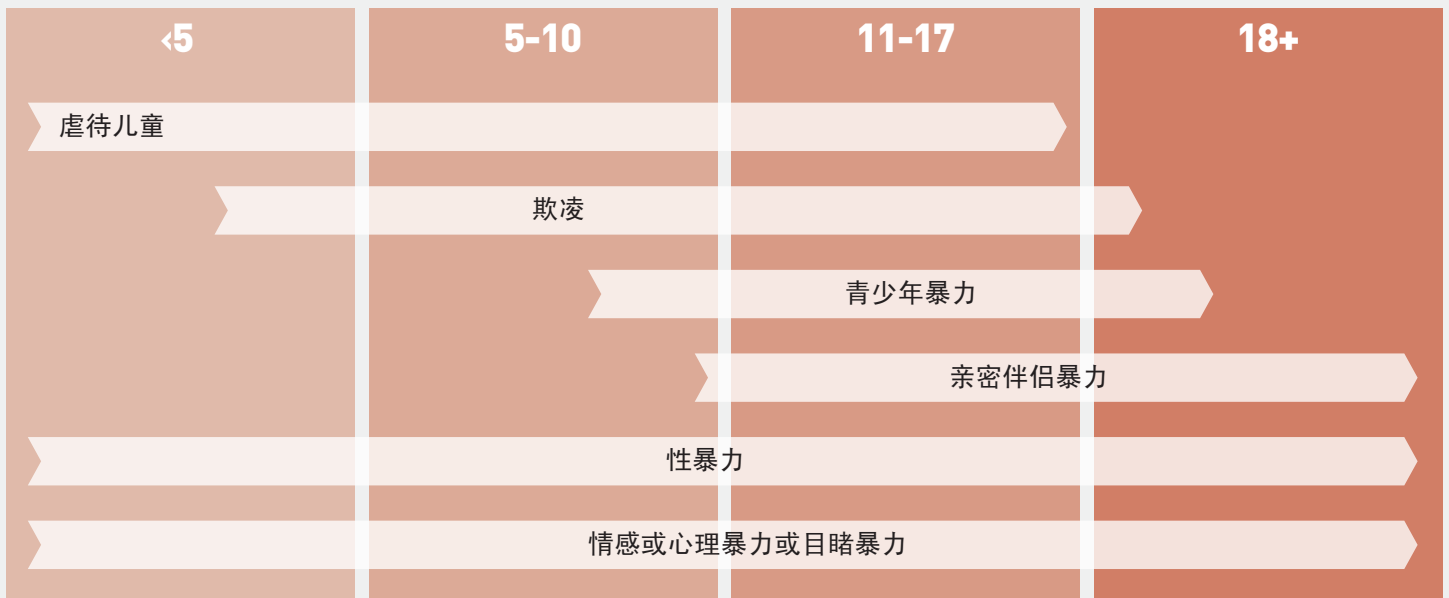
- 虐待 (包括体罚) 涉及身体、性和心理/情感暴力，以及父母、照护者和其它权威人物对婴儿、儿童和青少年的忽视，往往发生在家里但也会在学校和孤儿院等环境下发生。
- 欺凌 (包括网络欺凌) 是指并非兄弟姐妹也和受害者之间不存在浪漫关系的一个儿童或一群儿童对受害者的攻击行为。它涉及反复发生的身体、心理或社会伤害，往往发生在学校里、其它儿童聚集地点及网络上。
- 青少年暴力集中发生在 10-29 岁的人之间，通常发生在包括熟人和陌生人的社区环境下。包括使用或不使用武器 (例如枪支和刀具) 的对受害者身体的攻击，而且可能涉及团伙暴力。
- 亲密伴侣暴力 (或家庭暴力) 涉及亲密伴侣或前伴侣的

暴力行为。虽然男性也会成为受害者，亲密伴侣暴力对女性的影响特别大。它往往发生在童婚、早婚或强迫婚姻中的女童身上。对于存在男女朋友关系但未结婚的青少年，这种暴力行为又称作“约会暴力”。

- 性暴力包括未经同意的既遂或未遂性行为；未经同意的不涉及接触但具备性本质的行为 (例如窥阴或性骚扰)；对不能表示同意或拒绝的人进行的性交易行为以及在线性剥削。
- 情感或心理暴力和目睹暴力包括限制儿童的行动、诋毁、嘲弄、威胁和恐吓、歧视、排斥和其它非身体形式的敌意对待。目睹暴力涉及迫使儿童观看暴力行为或是儿童意外目睹两人或多人之间的暴力行为。

当这种暴力行为发生在女童或男童身上的原因是由于他们的生物学性别或者性别认同，则也构成基于性别的暴力。

图2：不同年龄组面临的不同类型的暴力行为



^a 儿童也可能受到另外两种本套一揽子策略所不包括的暴力类型：自我指向性暴力行为 (包括自杀行为和自虐) 和由大群人实施的集体暴力 (例如战争和恐怖主义)。此外，INSPIRE 也不明确考虑人口贩卖问题，该危险因素在某些环境下会增加发生针对儿童的暴力行为的可能性。最后，本文件也不包括女性生殖器切割，该领域已存在综合指导文件。例如 <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/> 和 http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who_rhr_10-9_en.pdf。

针对儿童的暴力行为的后果和成本

针对儿童的暴力行为的直接和长期公共卫生后果和经济成本会从根基上破坏教育、卫生和儿童福祉领域的投资，侵蚀未来世代的生产能力。幼年接触暴力会损坏大脑发育，破坏神经系统的其它部分以及内分泌、循环、肌肉骨骼、生殖、呼吸和免疫系统，并产生终生影响⁽⁸⁾。力的证据表明，儿童期暴力增加伤害、艾滋病毒和其它性传播感染、精神卫生问题、认知发展迟缓、学业表现不佳和辍学、早孕、生殖健康问题以及传染病和非传染性疾病⁽¹⁰⁻³⁰⁾。

正如已经估算过此类暴力行为的财政后果的国家和区域的数据显示，针对儿童的暴力行为的影响是巨大的。仅在美国，与2008年一年发生的虐待儿童新案例有关的终生经济负担总额就高达1240亿美元，而且，如果把其它类型的暴力行为（例如青少年暴力）也考虑进来，相关费用还要更高^(31、32)。在东亚和太平洋区域，据估计，仅虐待儿童行为的少数健康后果的经济成本就在该区域年度国内生产总值的1.4%到2.5%之间⁽³³⁾。

针对儿童的暴力行为的根源

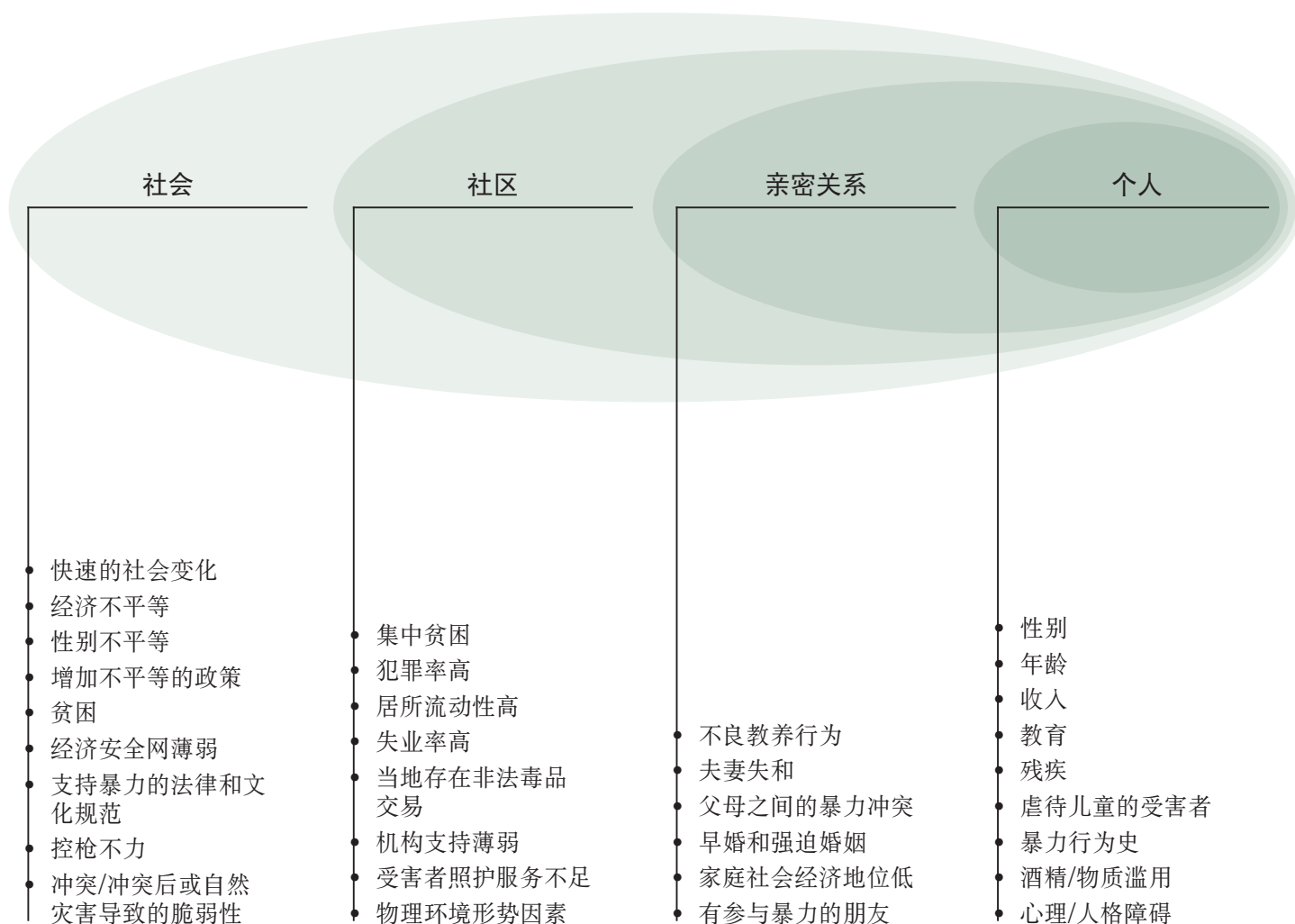
使儿童和青少年（特别是女童）易受暴力影响（并使男童和男人更有可能实施此类暴力）的一个重要因素是社会对迫害女童以及对男童和成年男性行凶的容忍。这种虐待和剥削往往被看做是正常的，也不在社区控制范围之内。这种普遍看法加上羞辱、恐惧和认为不会有人帮助的想法导致把这种暴力行为报告权威部门的情况很少。此外，人们往往责怪暴力的受害者。社会对暴力总体上持容忍态度，对亲密伴侣暴力和性暴力尤为如此。这种容忍来自妇女和儿童在许多社会中的地位低这一事实以及围绕性别和男性气概的文化规范。因此，改变与男性对女童和妇女身体的权利及对后者行为的控制有关的性别规范，是实现性别平等、减少针对女童的暴力行为、开展预防活动和处理具体的护理和支持需求的关键

暴力行为还植根于一系列其它社会、经济和文化因素，这些因素影响社区、家庭、亲密关系和儿童经历日常生活的方式。如下社会生态模型描述这种个人、亲密关系、社区和社会因素之间的相互作用（图 3）^[9]。

- 个人层面的风险因素包括生物学和个人经历，例如性别、年龄、教育、收入、残疾、大脑或认知发育受损、心理障碍、有害使用酒精、滥用药物以及攻击或虐待史。
- 亲密关系层面的风险因素包括缺乏情感纽带、不良教养行为、家庭功能失调和家庭分离、与犯罪同龄人交往、目睹对自己母亲或继母的暴力行为以及早婚或强迫婚姻。
- 社区层面的风险因素包括学校、工作场所和邻里环境特征如何增加暴力风险，包括贫困、人口密度高、流动人口、社会凝聚力低、周围环境不安全、犯罪率高和当地存在毒品交易。
- 社会层面的风险因素包括法律和社会规范创造出鼓励暴力或使暴力正常化的环境，包括维系经济、性别或社会不平等的经济、教育和社会政策；没有社会保护或社会保护不足；冲突、冲突后或自然灾害导致的社会脆弱性；治理不善和执法不力。

不同层面各种因素的互动与单个层面上相关因素的影响同样重要 [9]。如，纵向研究显示，与妊娠和分娩有关的综合征似乎能够预测虐待儿童和青少年暴力行为，特别是家庭内部同时存在不良教养行为等其它问题时，这或许是因为与妊娠和分娩有关的综合征会导致神经损伤及社会心理或人格障碍 [个人风险因素] (34)。家庭功能失调和社区内的社会凝聚力低等若干其它常见风险因素也使一些儿童和其它儿童相比面临更大风险。而且，随着战争、大规模难民流、经济移民、气候灾害和疾病疫情等人道主义危机的发生，比以往更多儿童更易于遭到各种形式的暴力。

图3：认识并预防针对儿童的暴力行为的社会生态模型



来源: [9]

虽然一些规划和政策涉及到不同形式的暴力行为，重要的是，要认识到这些不同形式的暴力行为相互关联且有共同的根源。由于存在共同的根源，它们往往同时发生，一种暴力行为会导致另一种暴力行为。例如，虐待儿童行为的受害者之后更可能成为性暴力、青少年暴力、自我指向性暴力和亲密伴侣暴力的受害者或加害者。目睹母亲或继母遭受亲密伴侣暴力的儿童也更可能在以后经历此类暴力，他们可能成为受害者也可能成为加害者 [35-36]。因此，有效处理这些根本原因的规划很有可能减少多种形式针对儿童的暴力行为。

针对儿童的暴力行为 可以预防

针对儿童的暴力行为是一种多方面问题，包括个人、亲密关系、社区和社会层面的原因，因此必须同处处理多个层面的问题。社会生态模型在这方面有助于实现双重目的，该模型中的每个层面都代表一个预防暴力的风险和机会共存的维度。

因此，处理针对儿童的暴力行为涉及采取措施，以：

- 建设安全、可持续、能够滋养儿童的家庭环境，为面临暴力风险的家庭提供专业化帮助和支持；
- 通过物理上的改变改变不安全的环境；
- 减少公共场所（例如学校和其它年轻人聚集的场所）的风险因素，以减少暴力威胁；
- 处理亲密关系、家里、学校和工作场所中的性别不平等；
- 改变支持使用暴力的文化态度和实践；
- 确保法律禁止各种形式针对儿童的暴力行为并限制年轻人获得有害产品，例如酒精和枪支；
- 为受暴力影响儿童提供高质量应对服务；
- 消除促进暴力的文化、社会和经济不平等，缩小贫富差距，确保公平获得商品、服务和机会；
- 协调在预防和应对针对儿童的暴力行为方面可以发挥作用的多个部门的行动。

如以下章节所述，七项INSPIRE策略涵盖所有这些预防和应对针对儿童和青少年的暴力行为的关键切入点。





INSPIRE

策略的组成部分

INSPIRE系列措施包括七项策略，它们共同构成消除针对儿童的暴力行为工作的总体框架。每个策略均包括一个重要目标、实施该策略的理由、该策略有助于实现并得到其支持的可持续发展目标具体目标16.2以外的具体目标、该策略对预防针对儿童的暴力行为有哪些潜在影响、促进该策略的具体方法（包括规划、实践和政策）以及支持这些方法的证据。

选定这七项策略的基础是INSPIRE项目参与机构已经发布的基于研究的指导文件存在大量相同内容。它们处理四个相互关联的风险层面（个人、亲密关系、社区、社会）上针对儿童的暴力行为的风险因素和保护因素。大部分策略已证明对多种不同类型的暴力行为有预防效果，而且在精神卫生、教育和减少犯罪等领域也有好处。此外，INSPIRE还包括两类交叉活动，两类活动结合起来有助于联系和加强七项策略并评估其进展。



选择标准

每项INSPIRE策略包括一种或多种基于证据的方法(表 1)。这里举例的方法并不是各项策略所涵盖的所有基于证据的政策、规划和做法，而只是说明哪些做法已经证明有助于减少儿童成为暴力行为的受害者或加害者，有助于改变产生此类暴力行为的风险因素或是有助于减少其直接和长期后果。在实践中，INSPIRE策略和方法是否有效将取决于实施质量和特征。示范干预措施均为有效、有希望或是慎重的做法。



示范干预措施标准

有效的干预措施满足以下至少一项标准:

- 至少有两项使用随机对照试验和/或高质量准实验涉及的高质量或中等质量影响研究发现该措施对一种或多种针对儿童的暴力行为领域 (虐待、欺凌、青少年暴力、亲密伴侣暴力^b和性暴力) 能产生在统计学上具有显著性的有利影响;
- 对多个干预措施的评估结果进行的高质量荟萃分析和系统评价认为应推荐该措施。

有希望的干预措施:

- 至少有一项使用随机对照试验和/或高质量准实验涉及的高质量或中等质量影响研究发现该措施对一种或多种针对儿童的暴力行为领域 (虐待、欺凌、青少年暴力、亲密伴侣暴力和性暴力) 能产生在统计学上具有显著性的有利影响; 或者
- 至少有一项使用随机对照试验和/或高质量准实验涉及的高质量或中等质量影响研究发现该措施对一种或多种针对儿童的暴力行为的风险因素或保护因素领域 (例如教育成就、正面育儿技巧、父母和孩子之间就避免接触暴力的有效策略进行沟通、父母加强监护) 能产生在统计学上具有显著性的有利影响。

本套技术策略中包含的慎重做法满足以下至少一项标准:

- 全球条约或决议已确定该措施对于减少针对儿童的暴力行为至关重要;
- 已有定性研究或观察研究证明该干预措施能够有效地减少针对儿童的暴力行为。

两类交叉活动是多部门行动和协调以及监测和评估, 它们是基于证据的多部门干预措施的必然要求 (37)。

INSPIRE策略尽可能选择了已经在资源缺乏环境下实施并评估过的干预措施。如果实例来自高收入环境, 则选择了那些看起来在减少针对儿童的暴力行为方面特别有效而且很可能可以在不同文化环境下都取得成功的干预措施。INSPIRE的一揽子措施也提供机会, 以增加有关七项策略在目前相对研究较少的环境下的有效性的研究。因此, 预计将随着新证据的出现对INSPIRE进行定期更新。

^b 有证据显示, 儿童接触到针对其母亲/继母的暴力行为可能在某些情况下导致其面临未来卷入暴力的更高风险 (例如35-36)。因此, 减少亲密伴侣暴力既是一个目标, 也是减少针对儿童的暴力行为的手段。

表1：防止和应对针对0-18岁儿童的暴力行为的INSPIRE策略、方法和部门

策略	方法	部门	交叉活动
 <p>Implementation and enforcement of laws (落实和执行法律)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 法律禁止父母、教师或其他照护者对儿童施以暴力惩罚 • 法律对向儿童施以性虐待和剥削的行为定罪 • 法律防止酗酒 • 法律限制青少年获取枪支和其它武器 	<p>司法部门</p>	<p>多部门行动和协调</p>
 <p>Norms and values (规范和价值观)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 改变遵循限制性和有害的性别和社会规范的做法 • 开展社区动员规划 • 鼓励旁观者进行干预 	<p>卫生、教育和社会福利部门</p>	
 <p>Safe environments (安全的环境)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 瞄准“热点”减少暴力 • 阻止暴力蔓延 • 改善建筑环境 	<p>内务、计划部门</p>	
 <p>Parent and caregiver support (支持父母和照护者)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 通过家访提供支持 • 在社区中开展小组活动 • 开展综合性规划 	<p>社会福利、卫生部门</p>	
 <p>Income and economic strengthening (改善收入和经济状况)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 现金转移支付 • 集体储蓄和贷款结合性别平等培训 • 小额信贷结合性别规范培训 	<p>财政、劳动部门</p>	
 <p>Response and support services (应对和支持服务)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 咨询和治疗措施 • 筛查结合干预措施 • 刑事司法制度中对少年犯的治疗方案 • 涉及社会福利机构的寄养措施 	<p>卫生、司法、社会福利部门</p>	
 <p>Education and life skills (教育和生活技能)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 提高幼儿园、小学和中学的入学率 • 建设安全有利的学校环境 • 加强儿童对性虐待和自我保护办法的了解 • 生活和社会技能培训 • 青少年的亲密伴侣暴力预防规划 	<p>教育部门</p>	





INSPIRE 实施

INSPIRE的焦点是各国可以采取哪些措施预防和应对针对儿童的暴力行为。随后的INSPIRE材料将详细阐明如何实施一揽子措施的内容，包括监测这七项策略实施情况和影响的指标^c。同时，《INSPIRE: 消除针对儿童的暴力行为的七项策略》在文末就关于实施的考虑提供了一般性指导，可用于帮助促进朝消除针对儿童的暴力行为目标取得进展。

^c 正在拟定这些INSPIRE支持材料。我们希望在2016年底前发布指标清单，在2017年发布一套实施手册（一本针对INSPIRE整体，然后每个策略一本）和研究手册。

INSPIRE策略在冲突、冲突后和其它人道主义环境下的适用

七项INSPIRE策略均可适用于受到冲突或自然灾害影响的环境，这一揽子措施也包括已经证明在这种形势下有效的若干干预措施。但是，正如处理吸烟、吸毒和过度使用酒精、精神卫生、犯罪和道路交通伤害等其它社会问题的策略一样，这些策略能否成功实施要看具体策略及其实施背景。原则上，鉴于实施这些策略并不需要具备完整的社会体系和运转

良好的治理结构，通过完备的独立规划所实施的干预措施在任何情况下都可以使用，其中包括育儿规划、生活技能培训规划以及为暴力受害者提供的服务。相反，如果冲突或自然灾害破坏或严重侵蚀了警察和司法部门，就很难实施需要具备运转良好的警察和司法系统的干预措施。



INSPIRE

策略和方法



Implementation and enforcement of laws
(落实和执行法律)

30



Norms and values
(规范和价值观)

36



Safe environments
(安全的环境)

42



Parent and caregiver support
(支持父母和照护者)

48



Income and economic strengthening
(改善收入和经济状况)

54



Response and support services
(应对和支持服务)

60



Education and life skills
(教育和生活技能)

66



Implementation and enforcement of laws (落实和执行法律)

目标：确保落实和执行法律以防止暴力行为，减少过量饮酒并限制青少年获取枪支和其它武器。



理由:

制定并加强保护儿童和青少年的法律和政策，并采取措
施落实这些法律保护，是预防针对儿童的暴力行为的慎
重措施。立法禁止暴力惩罚和性侵犯儿童等行为有多方
面好处。首先，立法可以告诉全社会暴力行为是错的，
因而有助于消除容忍暴力的通行规范。其次，法律可以
追究加害者的责任。第三，法律和政策也可以通过减少
酒精滥用和限制青少年获取枪支和其它武器减少针对儿
童的暴力行为的重要风险因素。该策略促进实现可持续
发展目标具体目标 3.5、5.c 和 16.3，并得到这些目标相
关活动的支持:

- 可持续发展目标具体目标 3.5: 加强预防和治疗物质滥用，包括滥用毒品和有害使用酒精。
- 可持续发展目标具体目标 5.c: 通过并加强健全政策和可执行法律，在各个层面促进性别平等并赋权所有妇女和女童。
- 可持续发展目标具体目标 16.3: 在各国和国际层面促进法治，确保所有人平等获得正义。

落实并执行减少针对儿童的暴力行为的法律的潜在影响:

- 减少父母、照护者和权威人物对儿童的身体暴力
- 减少对儿童的性侵犯，包括强迫或压力下的性行为、违背本人意愿的性尝试和违背本人意愿的性触摸
- 减少对儿童的性剥削，包括贩卖、色情作品和卖淫
- 减少过度酒精消费和酗酒
- 减少与枪支有关的死亡和非致命伤害
- 增加反对体罚儿童的社会规范和态度
- 增加反对儿童性侵犯和性剥削的社会规范和态度
- 增加支持性别平等的社会规范和态度



方法

本策略包括两类法律。一类是缔约方根据联合国《儿童权利公约》有义务落实的法律或措施，该公约要求缔约方采取所有适当立法、行政、社会和教育措施保护儿童在父母、法定监护人或任何照护儿童者的照护下免遭任何形式的暴力 [38]。《儿童权利公约》还包括保护儿童免遭残酷、不人道或有辱人格的待遇或惩罚和死刑，并免受性侵犯和剥削。另外一类法律应限制青少年获得和误用酒精和枪支，从而处理成为暴力行为受害者或加害者的重要风险因素。此外，有关难民的法律以及将童婚、强迫劳动、贩卖儿童、儿童色情和有害做法入刑的法律也有助于减少针对儿童的暴力行为。

禁止父母、教师或其他照护者体罚儿童的法律

证据：观察研究显示，这类法律可以减少对儿童的体罚，深化对体罚儿童的负面影响的认知，并改变对体罚的态度 [39-41]。有一项研究比较了五个欧洲国家，其中三国禁止体罚、两国未禁止。研究显示，在法律禁止体罚的国家，几乎所有形式的体罚都用得比未禁止体罚的国家少 [42]。此外，禁止体罚的国家对体罚的接受程度更低 [43]。一份系统评价也显示，24个国家立法限制体罚，与全社会减少支持和使用体罚作为教育儿童的方法密切相关 [43]。截至2016年，已有近50个国家禁止对儿童任何形式的暴力惩罚，还有52个国家承诺进行类似立法 [44]。



反体罚法和行动 (瑞典)

1979年，瑞典议会通过《儿童和父母法》修订案，禁止对儿童进行任何形式的体罚或其它情感虐待。这使瑞典成为世界上第一个明确禁止父母在育儿中使用体罚或任何其它羞辱的国家。

虽然《**儿童和父母法**》并无惩罚条款，但符合攻击的法律定义的行为属《刑法》管辖范围。瑞典《刑法》规定，给他人造成身体伤害、疾病或痛苦或使他人处于无力或无助状态者应因其攻击行为判处最多两年有期徒刑。如情节较轻，应判处加害

者罚金或最高六个月有期徒刑。如情节特别严重，可判处最高十年有期徒刑 (45)。

儿童因而获得与成人一样的保护自己免受暴力和其它羞辱性对待的权利。该法律修订案和瑞典开展的全国性教育行动实际上是之前几十年工作 (包括禁止校内体罚) 的结果。瑞典的努力对儿童生活产生了显著、重大影响: 35年间，被打儿童数量从占全部儿童的90%下降到约10% (45)。支持体罚的父母所占比例也从一半以上下降到仅10% (45)。



将性侵犯和剥削儿童确定为犯罪的法律

证据：《儿童权利公约》确定了可以纳入或体现在国内法中的有关性侵犯和剥削的原则。大部分国家都有此类法律，但其效力取决于法律对儿童和对儿童的性侵犯和剥削的定义，还取决于法律在多大程度上得到执行。例如，虽然几乎所有国家都有法律禁止法定强奸，但只有不到三分之二的国家全面执行了相关法律。禁止不涉及强奸的接触性暴力和非接触性暴力的法律执行就更为罕见 (1)。

防止酒精滥用的法律

证据：过量饮酒已被证明是大部分类型针对儿童和儿童之间的暴力行为的风险因素，包括虐待儿童、男女青少年之间的身体和性暴力以及亲密伴侣暴力 (34)。据估计，全球 15-19 岁青少年中，17%的男性和 6%的女性过量饮酒 (过去一个月曾至少一次饮用过 60 克或以上纯酒精) (46)。因此，限制儿童获得酒精及防止成人和儿童酒精滥用的法律和政策可以在防止针对儿童的暴力行为方面发挥重要作用。

对 1950 至 2015 年间发表的科学研究进行的审查表明，提高酒类价格、限制销售日期和限制酒类售卖点聚集均可大大减少人际间暴力的发生 (47)。该审查进一步指出，即使是最简单的政策变化，例如将酒类价格提高 1%、售酒地点营业时间缩短一小时、限制酒类售卖点密度，都可以大幅度减少暴力。此外，设定买酒的最低年龄限制可以有效地减少青少年酒精消费 (48)，而提高最低法定饮酒年龄也更有可能是防止青少年饮酒 (49)。大部分国家的法律规定可以合法购酒的最低年龄是 18 岁，但是各国对此类限制的执行情况差异很大 (46)。

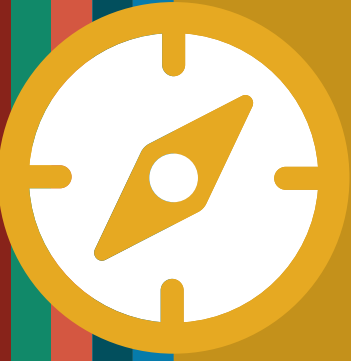


限制青少年获得枪支和其它武器的法律

证据：各国对可以使用、拥有和购买枪支的最低法定年龄的规定各有不同，不过大部分将其设定为 18 岁。最近一份系统评价 (50) 分析了旨在减少非法拥有和携带枪支的干预措施，发现警察针对非法携带枪支问题进行巡逻这一措施可以预防枪支犯罪 (包括谋杀、枪击、持枪抢劫和持枪袭击)。

儿童取得预防法 (如儿童取得未安全保存的枪支，则枪主负有责任) 等其它干预措施也与减少与涉枪伤害有关。例如，根据来自美国 11 个州 (其中 7 个在 1988 到 2003 年之间通过了含有儿童取得预防法内容的法律) 的数据进行的一份纵向研究发现，儿童取得预防法与减少 18 岁以下儿童之间的非致命枪伤有关。但是，大部分伤害是意外伤害，与青少年凶杀和其它暴力结局有关的研究结论则是不连贯的、薄弱的 (51)。

有关全世界其它法律和政策 (例如校内零容忍政策、持枪许可条件、打断社区内部和社区之间的非法武器流通等) 的证据是混杂的 (52)。但是，南非最近一项研究发现，从 2001 年到 2005 年，收紧持枪许可条件和减少枪支流通在五个主要城市挽救了约 4585 人的生命 (其中最大幅度的变化发生在 15-29 岁的男性中) (53)。因此，针对青少年获得枪支的策略很有希望，不过还需要开展更多研究，以确定防止青少年非法拥有、携带和使用枪支的最有效方式。



Norms and values (规范和价值观)

目标：加强有助于为所有儿童和青少年营建非暴力、相互尊重和男女平等的积极有益关系的规范和价值观。



理由：

改变社会态度和规范是防止针对儿童的暴力行为的重要组成部分 (6)。要做到这一点，往往需要改变根深蒂固的社会文化规范和行为，特别是那种关于某些形式的暴力行为不仅正常而且有时候情有可原的想法 (54)。这方面的例子包括：因为人们认为体罚合法所以教师可以打学生；因为男童和男人感到自己拥有性权利，所以女童被迫接受性行为；童婚或打妻子被认为是正常的；年长男性迫使年轻男孩加入团伙暴力，作为一种“成年仪式”；女童和男童因为害怕污名和羞辱而不敢报告暴力行为。

因此，改变态度和社会规范的策略是INSPIRE一揽子措施的重要组成部分。而且，虽然难以评估，但看起来社区或小团体层面改变规范的活动和立法或生活技能培训等做法结合起来实施最为有效。

本策略促进实现可持续发展目标具体目标 4.7 和 5.1 的活动，并得到这些目标相关活动的支持：

- 可持续发展目标具体目标 4.7：到 2030 年，确保所有学习者获得促进可持续发展的知识和技能，包括通过教育促进可持续发展和可持续生活方式、人权、性别平等、促进和平和非暴力文化、全球公民、对文化多样性和文化对可持续发展的贡献的认识。
- 可持续发展目标具体目标 5.1：消除任何地方对任何妇女和女童的任何形式的歧视。

改变规范和价值观对减少针对儿童的暴力行为的潜在影响：

- 降低对侵害妇女儿童暴力行为的接受程度
- 减少早婚和强迫婚姻现象
- 形成支持性别平等和两性分工平等的观念
- 形成支持父母非暴力管教方法的态度
- 加强对侵害亲密伴侣和儿童的虐待行为的认识
- 加强旁观者干预以防止对亲密伴侣和儿童的暴力行为
- 减少亲密伴侣或父母施加的身体或性暴力



方法

对改变可能有害的育儿和性别规范的规划和政策的评估发现，存在一些有希望的方法，包括不再遵循有害的性别和社会规范、动员社区和旁观者干预。在得到大众媒体/社会动员行动和支持性服务支持的情况下，这些方法成功地鼓励更多人报告暴力行为，并且推动制定了新的法律和政策，使某些形式的暴力行为成为该受惩处的违法行为 (54)。

不再遵循限制性和有害的性别和社会规范

证据：开展针对成年男女以及少男少女的小组项目可以产生重大的预防暴力成果 (55-59)。研究发现，参加**友谊**项目的印度男性实施亲密伴侣暴力的情况下降了 20%-30% (59)，参加美国“**辅导男孩成长为男人**”项目的男性参与者在接受该干预措施之后 24 个月内实施身体或性方面的亲密伴侣暴力的情况减少了 38% (59, 60)。该项目为高中体育教练提供所需资源，帮助促进运动员之间相互尊重并帮助防止亲密关系中的虐待、骚扰和性攻击等行为。项目的其它重大成果还包括提高了旁观者进行干预的意愿。该项目已经在全美、印度和南非实施。

在尼泊尔，“**选择**”课程激励 10-14 岁少男少女讨论并思考与权力和性别有关的话题。一项病例对照研究显示，参加“**选择**”课程拓宽了儿童对性别角色的认知，包括妇女作为工资收入者和男性作为育儿者的情况。该课程可能也有助于参与者认识到性骚扰和戏弄不符合“性别框框”的男童是不合适的 (61)。



消除童婚： 对23个项目的研究

童婚是针对妇女和女童的亲密伴侣暴力、分娩时死亡和非致命妊娠相关并发症 (62)、婴儿死亡 (63) 和低出生体重 (64) 的风险因素。童婚对女童的影响特别大，她们比男童更有可能在儿童期就被结婚 (65,66)。据估计，全世界有超过 6000 万 20-24 岁女性在 18 岁之前结婚 (67)。童婚现象的程度在不同区域之间差异很大，其中西非童婚率最高，其后依次为南亚、北非和中东，以及拉丁美洲 (68)。

国际妇女研究中心 2011 年进行的审查 (69) 指出，过去十年间，针对童婚的干预措施数量有所增加，但很少对这些措施进行系统评估。审查人员分析了 23 个存在某种形式评估的规划，发现很少有项目专门针对童婚问题，大部分还包括实现其它有关青少年

的健康、福利或赋权目标。评估过的童婚相关项目主要集中在南亚，特别是孟加拉和印度。非洲和中东国家也对证据基础有所贡献，例如埃塞俄比亚和埃及 (70)。

在防止童婚的五个核心策略中，上述项目一般选用其中一种或一种以上策略。这五个核心策略是：用信息、技能和支持网络赋权女童；教育和动员父母和社区成员；使女童更方便地获得高质量学校教育；为女童及其家庭提供经济支持和激励措施；建设促进性的法律和政策框架。审查发现，大部分评估的设计比较薄弱，但仍然明确揭示，最有力、最一贯的减少童婚措施就是促进女童获得信息、技能和网络再加上进行社区动员 (69)。



社区动员规划

证据：乌干达的“**现在!**”行动是一个强有力的例子，说明可以通过基于社区的方法推动改变规范，防止针对妇女的暴力行为 (71)。在男性和女性参加该规划的社区，妇女经历的身体上的亲密伴侣暴力行为减少了 52%，而且社会对暴力的接受程度明显下降。对于确实经历了亲密伴侣暴力的妇女而言，适当的社区应对工作大大增加，后续研究表明这对儿童有三重好处 (见框 1)。

南非采取的“**灵魂之城**”措施，通过电视、小册子和电台以寓教于乐的方式使 86%、25%和 65%的受众获得有关家庭暴力的信息。评估发现，在公众接触“灵魂之城”关于家庭暴力的第四辑信息和人们更了解支持服务之间存在明显关联：41%的被调查者表示知道“灵魂之城”项目建立了帮助热线 (74)。该干预措施还导致态度变化，不同意家庭暴力是私事的被调查者增加了 10%。在这一干预措施下，还发展了一个针对 8-12 岁儿童的多媒体项目，名为“**灵魂密友**”，提供包含可能救命信息的电视、电台和互动节目内容给进入性活跃期之前的儿童，其中包括如何应对欺凌、种族主义、暴力、性和艾滋病毒/艾滋病 (75)。

旁观者干预

证据：试验性评估显示，“**让旁观者参与进来**”和肯塔基大学**绿点**暴力预防项目等规划赋权年轻人干预并防止针对约会伴侣和熟人的暴力行为 (76, 77)。和对照校园 (56%) 相比，参加干预项目的学生 (46%) (过去一学年的) 人际间暴力受害率要低 17%。性侵害、性骚扰、跟踪和亲密伴侣心理暴力等类型的暴力行为发生率在开展干预项目的校园也低于对照组 (78)。值得注意的是，和未开展该项目的大学相比，在开展绿点项目的大学里，男生和女生报告的受害率都降低了，而且男性的加害率也降低了。



框1

现在！ (乌干达)

“现在！”项目由“高声呼吁”组织设计，由家庭暴力预防中心在乌干达坎帕拉实施。其思路是支持整个社区分阶段发生改变，最终改变个体态度、社区规范和结构。

首先，选择并培训社区积极分子，其实他们都是愿意发挥作用防止暴力行为的普通人。警察、卫生保健提供者、机构领导人、地方政府领导人和文化领袖也接受培训，包括参与讨论“权力”的概念。在培训中向社区积极分子介绍对于权力的新思考方式并鼓励他们思考自身生活和社区中与性别有关的权力不平衡，然后支持社区积极分子引导社区进行同样的批判式思考，不仅反思男性和女性如何误用权力（给自己的亲密关系和社区造成后果），而且反思人们该如何积极利用自己的权力在个体和社区层面促进变化。

在 18-49 岁男女参加随机对照“现在！”社区项目试验的社区，妇女经历的身体上的亲密伴侣暴力减少了 52%，而且男性和女性对暴力的社会接受程度都降低了 [71-72]。一项后续研究调查了该项目对儿童经历暴力行为现象的影响，发现该项目确实在三个主要方面发挥了作用。第一，定量数据显示，亲密伴侣暴力的减少使儿童在家里目睹亲密伴侣暴力的流行率降低了 64%。第二，定性数据显示，经历亲密伴侣暴力减少的妇女的育儿和管教方法也有所改变，因而改善了父母子女关系（而且一些父母甚至完全拒绝再把暴力惩罚作为管教孩子的方法）。第三，一些参与者报告自己曾站出来阻止针对儿童的暴力行为 [73]。



Safe environments (安全的环境)

目标：保证和维持街道以及儿童和青少年聚集和逗留的其它环境的安全



理由：

建设并保持安全的社区环境是促进减少针对儿童的暴力行为的有希望策略，它关注社区而不是家庭和学校环境，因为后两者相关内容包括在“支持父母和照护者”及“教育和生活技能”两项策略中。安全的环境策略专注于改变社区的社会和实际环境（而不是处于该环境中的个人），以培育积极行为并吓阻有害行为。目前，支持在社区层面采取干预措施防止暴力的证据基础一般并未按年龄分解相关保护性影响的大小；因此，为本策略的目的，我们假设有效的基于社区的措施对儿童、青少年和成年人都有好处。

本策略促进实现可持续发展目标具体目标 11.1 和 11.7 的活动，并得到这些目标相关活动的支持：

- 可持续发展目标具体目标 11.1：到 2030 年，确保所有人能够获得适当、安全且可负担的住房和基本服务，并改造贫民窟。
- 可持续发展目标具体目标 11.7：到 2030 年，使所有人都能获得安全、包容、无障碍的绿色和公共空间，特别是妇女、儿童、老年人和残疾人。

安全的环境对减少针对儿童的暴力行为的潜在影响

- 减少与殴打有关的伤害
- 增强在社区走动的安全性



方法

证据显示，促进建设并保持安全环境的方法包括采取有针对性的干预措施处理社区暴力“热点”、阻断暴力蔓延和改善建成环境。另外，重要的是确保临时和另类医疗设施、孤儿院、派出所和拘留所等机构对儿童而言是安全的。保护青少年加害者十分重要。虽然在INSPIRE范围之外，立法、政策和规划有必要确保被剥夺自由的儿童能够利用公平、有效、对儿童敏感而且推动对被指称犯罪的儿童采取监外执行措施的司法系统 [79]。

通过处理热点减少暴力行为

证据：来自巴西 [80]、加拿大 [81]、南非 [82] 和美国 [83] 的研究显示，许多例青少年暴力发生在一些具体地点（例如街道上、俱乐部和酒吧）。因此，如果能够系统地针对这些“热点”采取预防措施，则可以减少暴力行为（见框 2）。对有关在热点地区开展警务活动对财产犯罪、暴力犯罪和混乱的 10 项随机对照试验研究进行的系统评价发现，这种措施可以显著减少暴力行为。重要的是，该系统评价也对犯罪和暴力行为转向临近地方的可能性因素进行了对照。审查还评估了热点警务策略与问题导向的警务策略相结合的做法，认为将两种方法结合起来可以最大程度地在总体上减少犯罪和暴力 [84]。



框2

卡迪夫模式 (威尔士)

预防暴力的**卡迪夫模式** [86] 涉及收集威尔士卡迪夫各医院急诊中心治疗的暴力相关伤害的人员、事件、时间、地点和发生方式相关数据，并将这些与警方记录的暴力相关事件数据相结合。结合卫生和警务部门数据，可以更精确地预测未来暴力行为的发生模式并判别发生暴力的热点。该数据被用于设计并

指导警务和其它干预措施，包括：

- 开展有针对性的警务工作，根据暴力在特定热点发生的时间和地点部署警力；
- 针对获得销售酒类许可且发生过暴力事件的建筑物采取措施；

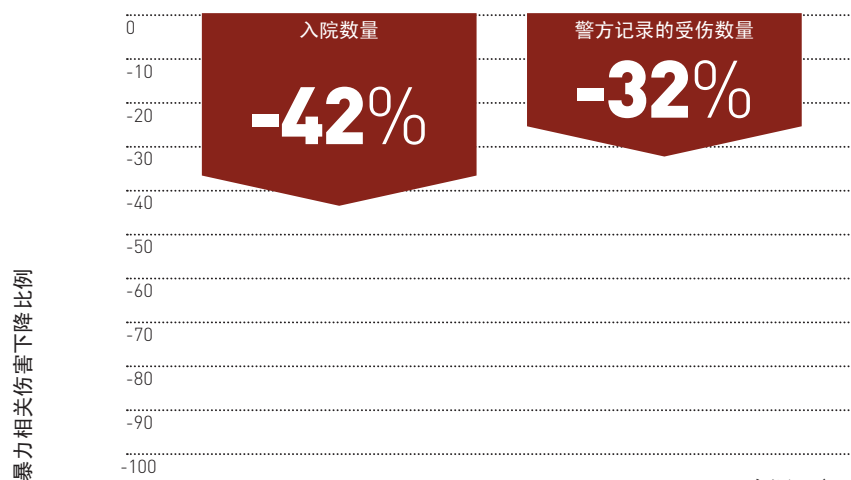


- 为酒类销售许可申请和申诉的审批提供信息
- 制定策略减少与具体武器类型有关的风险 (例如强制使用塑料杯、减少酒瓶用量等);
- 为其它公共卫生和社会策略提供参考, 例如药物和酒精服务。

对卡迪夫模式进行了评估, 分析了它对急诊中心接诊暴力相关伤害和向警方报告的暴力事件的影响, 并将

其与未采用这种数据共享方法的其它类似应该城市进行了对比。评估发现, 该策略导致入院数量比对照城市低 42%, 警方记录的受伤数量比对照城市低 32% (图 5)。虽然该措施并非专门针对儿童, 但鉴于卡迪夫发生的暴力相关伤害涉及青少年的比例很高, 毫无疑问该方法也减少了青少年之间的暴力行为。根据一项有关卡迪夫模式的成本效益的分析, 2007 年暴力的经济和社会成本下降了 690 万英镑 (86)。

图5: 实施卡迪夫模式后暴力相关伤害减少情况



来源: [85]



阻断暴力的蔓延

证据: 根据在芝加哥、巴尔的摩、布鲁克林和纽约市进行的多项准实验评估 [87-90]，在全面实施“治愈暴力”项目的社区，发生的枪击、杀人和报复杀人事件更少，暴力行为减少 20-70%。“治愈暴力”项目采用通常用于阻断疾病疫情的公共卫生方法。它将暴力视作一种流行病，阻断其流行需要开展三方面工作：一是阻断其在社区的传播；二是防治其在社区内的蔓延；三是改变维持暴力传播的社区规范或条件。“治愈暴力”项目的目的是使面临很高涉枪暴力风险的邻里社区更为安全，它特别有效地减少了社区热点场所的枪支暴力。具体而言，该项目请经过培训的高风险人员作为工作人员与面临风险的青少年保持联系以发现并阻止冲突，进行服务转介并改变社区对能否接受暴力的看法。一项评估发现，该模式可以在短期和长期大大减少项目参加者和社区青少年对使用暴力的接受程度 [态度和规范变化]。和对照社区相比，项目实施 6 个月和 17 个月 after，实施项目社区的青少年明显更不支持将暴力作为解决争议的方式 [88]。2016 年，8 个国家的 22 个城市正在采用“治愈暴力”项目的模式 [见<http://cureviolence.org/resources/cure-violence-resources/>。]

改善建成环境

证据: 在高收入和一些低收入和中等收入国家，环境设计预防犯罪领域正在产生证据，表明通过改变实体环境的设计预防暴力犯罪的干预措施很有希望。环境设计预防犯罪的共同特征包括：建筑设计使人们更容易看清四周环境并采取行动避免可能的威胁，有助于控制建筑入口，促进主人翁意识和鼓励亲社会行为。这方面的例子包括但不限于景观设计、保留并维护绿色空间、空地绿化、照明、修复废弃建筑物、安全而便捷的交通以及确保儿童上学路上安全 [91]。

对哥伦比亚一个此类规划进行了评估。2014 年，麦德林市政府建设了免费公交系统，把各个孤立的低收入贫民窟与新建公园、图书馆和市中心的社区中心连接起来。市政府一边进行以交通为导向的开发，一边投资建设邻里社区的基础设施。该干预措施并未在所有邻里社区实施，因而使我们有机会通过非随机“自然”试验检验这些变化对暴力行为的影响。对公共交通项目完成前后实施干预措施的社区和对照社区的暴力率进行了评估，调查样本量为干预社区 225 人、未采取干预措施的对照社区 241 人 [92]。调查显示，该干预措施与邻里暴力的显著下降有关。从 2003 年到 2008 年，干预社区杀人事件的下降幅度比对照社区高 66%，报告的暴力事件下降幅度比后者高 74% [92]。干预社区居民也更愿意依靠警察。虽然该项目对暴力率的影响并未按年龄分解，鉴于干预地区 40% 居民的年龄在 12 至 20 岁之间，而且较年长少男的凶杀风险较高，很可能青少年是从该干预措施中获益的。





Parent and caregiver support (支持父母和照护者)

目标：减少粗暴的育儿做法并建立积极的父母子女关系



理由：

帮助父母和照护者理解非暴力正面管教对儿童发展的重要性和亲密、有效的父母子女沟通的重要性，可以减少粗暴的育儿做法，创造积极的父母子女互动并促进和增加父母或其他照护者与儿童之间的亲密关系——所有这些都助于防止针对儿童的暴力行为。支持家庭、父母和照护者学会正面育儿可以防止儿童同家庭分离、家庭中发生虐待儿童或是儿童目睹针对自己母亲或继母的亲密伴侣暴力，以及预防儿童和青少年中间的暴力行为(93-95)。对这些项目的评估显示，这种预防措施比支付针对儿童的暴力行为造成的后果的费用要低(96)。

该策略促进实现可持续发展目标具体目标 1.3、3.2 和 4.2 的活动，并得到这些目标相关活动的支持：

- 可持续发展目标具体目标 1.3：实施适合本国国情的社会保护制度和措施，包括最低额^d，到 2030 年实现对大部分穷人和弱势人群的覆盖。
- 可持续发展目标具体目标 3.2：到 2030 年，消除可预防的新生儿和五岁以下儿童死亡，所有国家都努力将新生儿死亡率至少降到每千例活产 12 例，五岁以下儿童死亡率至少降到每千例活产 25 例。
- 可持续发展目标具体目标 4.2：到 2030 年，确保所有女童和男童都有机会获得高质量的幼儿期发展、护理和学前教育，以便为接受小学教育做好准备。

支持父母和照护者的措施对减少针对儿童的暴力行为的潜在影响：

- 减少已证实的虐待儿童案件数量以及转交儿童保护机构的案件数量
- 减少虐待性、消极的或粗暴的育儿做法，特别是在管教方面
- 减少欺凌和被欺凌现象
- 减少伴侣或同伴施加的身体、情感或性暴力行为的受害者数量
- 减少青春期的侵犯和违法行为
- 增加父母子女间的积极互动
- 增加父母对儿童和青少年安全的监督

^d 例如，确保获得基本卫生保健和收入保障的国家基本社会保障制度。



方法

可以根据所处理的暴力行为类型、儿童年龄或政策和规划实施的方式确定不同的支持父母和照护者的方法。证据显示，多种不同的支持方式均有效，包括家访、在社区环境下开展小组培训和支持以及将育儿纳入全面干预措施。

通过家访支持父母

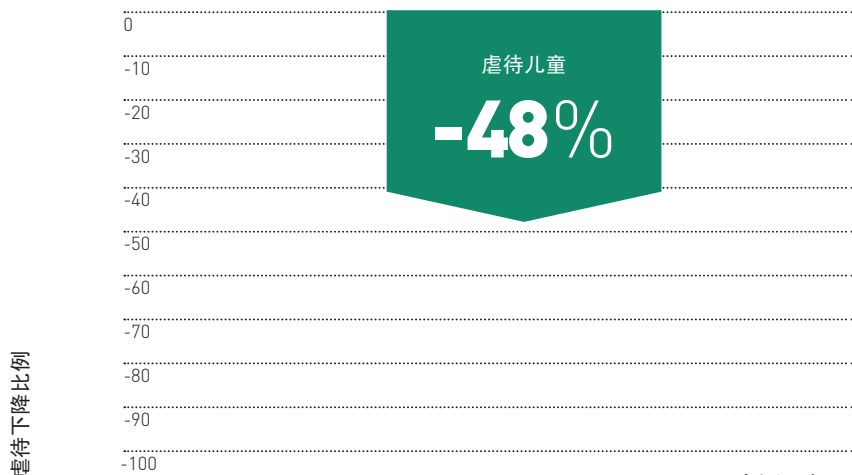
证据：有关家访规划有效性的证据非常强有力（不过几乎所有被审查的研究均来自高收入国家）。例如，对 20 项有关美国开展的家访规划的研究进行的系统评价认为，这些规划大大减少了虐待儿童现象 (97)⁶。

研究最为充分的例子是**护士——家庭伙伴关系**项目。该项目始于 1977 年，目的是通过将家庭与卫生和社会服务联系起来促进安全的家庭环境，鼓励父母胜任照护工作和改善为家庭提供的实质性支持。该模式的核心是，从儿童出生后直到两岁，注册护士对初为人母的年轻、低收入母亲进行家访。几十年间开展的护士——家庭伙伴关系项目三项随机对照试验记录了一些长期积极成果，包括改善孕期保健、减少儿童期伤害、减少意外怀孕和增加母亲就业 (98)。对第一个试验的 15 年回访显示，和未接受家访的家庭相比，接受家访家庭虐待和忽视儿童的情况减少了 48% (图 6) (99)。此外，该项目也具有成本效益：成本效益分析发现，该项目节约的钱是项目支出的四倍 (100)。护士——家庭伙伴关系的方法现在正在全美推广，也在澳大利亚、加拿大、荷兰、英国和其它国家实施。

⁶ 不是所有的家访项目都同样有效。大部分审查认为，在个别项目层面，一些项目效果不大或没有效果，另外一些项目则效果明显。这些不一致可能反应了各种家访模式之间巨大的内容和关注点差异。例如，有些项目由专业护士实施，有些则使用经过培训的非专业人员；有些项目实施干预措施的时间长达数年，有些则涉及在短时间内实施多项干预措施。



图6: 护士——家庭伙伴关系项目实施15年随访显示的虐待儿童现象减少情况



来源: (101)

如需更多信息, 见

http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.aspx

一项 2013 年的系统评价研究了相关项目在低收入和中等收入国家提高正面育儿技能和减少粗暴和虐待性育儿的有效性 (102)。虽然特别缜密的研究并不多, 但仍有两个质量最高的大规模试验的结论显示, 育儿方面的措施是可行的, 并且能够有效改善父母子女之间的互动并增加父母的儿童发育知识。例如, 1998 年, 南非开普敦开展了一个家访项目, 由经过培训的已经当了母亲的非专业工作者对贫困社区的新妈妈进行平均 16 次家访。随机试验评估发现, 在项目完成 12 个月后, 家访对母婴关系产生了显著积极影响, 并帮助婴儿在依恋关系中感到安全; 而我们知道, 这些因素有助于保护儿童免遭虐待, 对儿童发展也有积极作用 (103)。



在社区环境下以小组方式培训和支持父母

证据：有关以小组方式提供育儿培训和支持的证据很有希望。**采取行动反对暴力组织开展的安全养育孩子**倡议在美国至少 10 个州及一些低收入和中等收入国家实施，有效地减少了粗暴管教，减少幅度高达 50% (104)。同时，由初级卫生保健提供者在卫生中心向带孩子来接受常规免疫接种的父母提供培训和支持的 **SOS!** 项目也在一些低收入和中等收入国家显著减少了虐待性或疏忽育儿 (102)。

在冲突后环境和流离失所人群中开展的育儿项目也已经证明是有效的。对于在缅甸和泰国边境的缅甸移民和流离失所家庭中开展的项目 (105) 及在利比里亚农村非常贫困的社区开展的项目 (106)，通过随机对照试验，**国际救援委员会**显示，分小组育儿培训规划加上少量家访能够减少粗暴的身体和心理惩罚，增加使用正面策略管理儿童行为，并提高照护者和儿童互动关系的质量。

父母/家庭要紧！项目的干预措施关注父母，旨在促进正面育儿做法，促进父母子女就有关性、性别、减少性风险、预防艾滋病、身体和情感暴力以及性侵犯等问题进行有效沟通。该项目旨在使父母意识到自己在青春期子女生活中的重要作用，加强正面育儿技能，并为与子女就与性有关的问题进行沟通做好准备 (6)。

项目为 9-12 岁儿童的父母和照护者提供以社区为基础的分组培训机会。目前，在美国疾病控制中心和美国总统防治艾滋病紧急救援计划支持下，该项目正在 8 个非洲国家进行。2013 年，之前包含五节课的“家庭要紧”课程又增加了有关儿童性侵犯的第六个模块。该模块的目的是提高父母对儿童性侵犯的意识，使他们知道如何帮助预防和应对儿童性侵犯 (6)。

“父母/家庭要紧”项目的材料已经翻译成 15 种语言。考试前后的评估结果显示，接受培训的父母大大扩展了和青春期子女就性和减少性风险进行沟通的知识、技巧和自信。对肯尼亚“父母/家庭要紧”项目的评估显示，父母和子女都报告围绕性和性风险相关话题增加了父母监督和改善了双方沟通。评估还显示，该干预措施深受社区好评。迄今，“父母/家庭要紧”项目已经为 40 多万个家庭提供了培训，90% 的参与者全程参加所有课程 (6)。



促进终生健康的育儿 (南非)

在南非，“促进终生健康的育儿”规划针对资源缺乏环境开发、检验并广泛传播以证据为基础的可负担分组育儿培训项目 (107)。规划主要针对防止虐待儿童和预防其它形式的暴力行为，例如青少年暴力和亲密伴侣暴力。该规划包括针对婴幼儿 (孕晚期至婴儿 6 个月)、更大些的幼儿 (14-16 个月)、儿童 (2-9 岁) 和少年 (10-17 岁) 的项目。所有原型项目均以共同的社会学习原则为基础，其中包括习得行为建模、管教前的正面育儿技巧、正面强化以促进良好行为、给予正面指导、忽略负面的寻求注意行为和以非暴力方式设置限制。

目前已经存在初步证据，表明南非这些原型项目是有效的 (103, 108)。例如，有机构对东开普敦省城乡地区开展的“促进终生健康的育儿”规划少年项目进行了大型随机对照试验，其初步结论是，和对照组相比，身体虐待按照照护者说法减少 44%按少年说法减少 48%，情感虐待按照照护者说法减少 61%按少年说法减少 28%；和对照组相比，正面育儿做法在照护者和少年干预组都增加了，前者增加幅度为 17%，后者为 7% (Cluver L, 牛津大学，未发表的数据，2016 年 3 月 8 日)。现在民主刚果共和国、萨尔瓦多、肯尼亚、莱索托、菲律宾、南苏丹和坦桑尼亚等其它低收入和中等收入国家正在本国调整和测试“促进终生健康的育儿”规划。

作为全面规划的一部分支持和培训父母

证据：全面规划针对弱势家庭，例如少女妈妈家庭或低收入家庭。此类规划通常在社区里的卫生中心、学校或邻里中心提供，一般包括提供家庭支持、学前教育、儿童保育和卫生服务。这些规划旨在减少儿童遭遇暴力的危险因素，例如早期破坏性和攻击行为、认知和社交情感技能受损、缺乏社会支持和教养不足等。包含育儿内容的规划一般关注的是建设积极的社交情感技能 (例如美国的**积极行动规划**) 或是更具体地关注防止同龄人暴力或伙伴暴力 (例如芬兰和至少 15 个其它国家的KiVa项目和美国的**家庭促进安全约会项目**)。这些规划与一些显著减少有关，例如暴力行为减少 20-60%，欺凌减少 20%，约会身体虐待受害减少 70% (109-112)。



Income and economic strengthening

(改善收入和经济状况)

目标：改善家庭的经济保障和稳定性，由此减少亲密伴侣暴力和虐待儿童行为



理由:

改善收入和经济状况的干预措施可以减少虐待儿童和亲密伴侣暴力，因而降低儿童目睹此类暴力和承担其后果的可能性（包括儿童自身成为暴力受害者或加害者的可能性），从而使儿童受益。此外，扩大妇女获得经济资源的机会有助于改善家庭经济状况，防止对儿童的虐待或疏忽。例如，它使妇女能够更多投资于孩子的教育，从而提高就读率——这也是一个针对儿童的暴力行为的保护性因素。

本策略促进实现可持续发展目标具体目标 1.3、1.4、5.2、5.3 和 10.2 的活动，并得到这些目标相关活动的支持。

- 可持续发展目标具体目标 1.3：实施适合本国国情的社会保护制度和措施，包括最低额，到 2030 年实现对大部分穷人和弱势人群的覆盖。
- 可持续发展目标具体目标 1.4：到 2030 年，确保所有男人和妇女，特别是穷人和弱势群体，拥有获得自然资源的平等权利和机会。
- 可持续发展目标具体目标 5.2：消除公共和私人领域对妇女和女童的任何形式的暴力行为，包括贩卖、性及其它形式的剥削。
- 可持续发展目标具体目标 5.3：消除所有有害实践，例如童婚、早婚、强迫婚姻和女性生殖器切割。
- 可持续发展目标具体目标 10.2：到 2030 年，赋权所有人，促进对所有人的社会、经济和政治包容，而不论其年龄、性别、残疾与否、种族、民族、来源、宗教信仰和经济或其它状况。

在经济上赋权家庭对减少针对儿童的暴力行为的潜在影响:

- 减少父母或其他照护者对儿童施加的身体暴力
- 减少亲密伴侣的暴力行为
- 减少在家中目睹亲密伴侣暴力行为的儿童数量
- 减少少女的早婚和强迫婚姻现象
- 加强反对亲密伴侣暴力的社会规范和态度



方法

对有关改善收入和经济状况措施的证据进行了审查，发现这方面存在一些有希望的方法，包括现金转移支付以及将性别公平培训与社区储蓄和贷款小组或小额信贷结合起来的措施 [113]。

现金转移支付

证据：自 2000 年代中以来，低收入和中等收入国家政府已经越来越多投资于现金转移支付项目，即增加弱势家庭收入使之更有能力获得卫生和教育服务的直接、定期现金支付 [114]。给妇女现金转移支付并将该措施与父母培训结合起来，可以改善父母监督，减少虐待儿童行为并增加亲社会行为，这些效果也有助于促进青春期少男的社会接受度和友谊 [115-117]。

但是，也有证据显示，如果没有配套的社会和行为干预措施，给少女的现金转移支付有可能增加其被性骚扰的风险。一项研究 [118] 揭示，虽然获得储蓄账户的少女拥有了更多经济资产，她们也更可能面临男性的性接触和骚扰。重要的是，这提示我们，增加经济实力的措施必须同时与加强社会资产（包括社交网络和生殖健康知识）的措施相结合，以避免少女面临更多性暴力风险。

墨西哥实施的**机遇**项目向家庭提供有条件现金转移支付，以改善教育、健康和营养。该转移支付要求相关家庭满足特定条件，例如确保孩子上学。对项目的评估提供了明确证据，显示这些措施确实导致保护儿童免遭青少年暴力的多个因素增加，例如入学人数增加、在校年限延长、辍学率下降以及酒精消费减少 [119]。

已经证明现金转移支付可以改善父母监督，将虐待儿童行为减少 10%，将儿童侵略性行为减少 10%，并且特别有助于增加青春期男孩的亲社会行为 [115-117]。在（美国加利福尼亚州和威斯康辛州进行的）三项随机对照试验中，现金转移支付措施和其它支持措施（例如健康保险、育儿补贴或儿童保护服务）相结合，再加上帮助获得高中证书、找工作或提供就业培训，确实改善了积极育儿 [115、116、120]。现金转移支付也可以帮助女童和男童继续上学，并能够减少儿童目睹的亲密伴侣暴力行为，进而减少儿童本人以后成为暴力受害者或加害者的可能性 [121、122]。



现金转移支付帮助减少 儿童性侵犯和剥削 (肯尼亚、赞比亚、津巴布韦、 马拉维、坦桑尼亚)

现金转移支付正在非洲各国政府的社会保护战略中成为越来越受欢迎的工具。它直接处理贫困和获得教育面临的障碍等结构性因素并间接减少性别不平等，有潜力减少对儿童和青少年进行性侵犯和剥削的风险。

通过进行影响评价，**转移支付项目**已经建立证据基础，显示八个非洲国家政府开展的大规模社会现金转移支付项目对一系列福利、经济和儿童保护成果

产生了积极影响。其工作与政府规划制定和结构有关，为各国设计和扩大相关规划提供了参考信息。新出现证据显示，**津巴布韦的统一社会现金转移支付项目**降低了青少年经历强迫性行为的可能性，而**马拉维的社会现金转移支付项目**推迟了青少年的首次性行为。

如需更多信息，见
<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>。



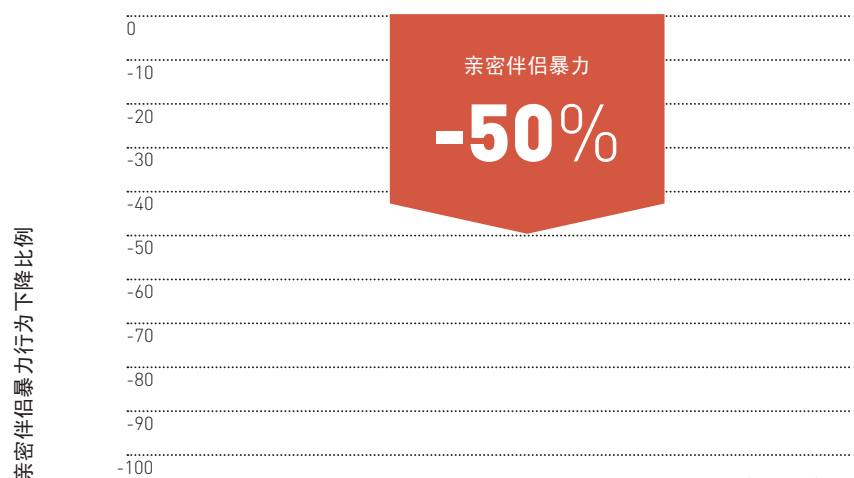
小组储蓄和贷款协会加上性别规范/公平培训

证据：在科特迪瓦，一项随机对照试验评估了一个小组储蓄贷款项目，该项目内容还包括就公平的性别角色和规范开展小组讨论，小组成员男女都有。研究发现，和仅参加小组储蓄活动的人相比，与男性伴侣一同参加 (75%以上干预讨论会) 的女性有一半以上报告称过去一年遭到的亲密伴侣暴力减少了 (123)。这种减少应该也可以减少儿童目睹家庭暴力行为，而这正是之后成为受害者或加害者的一个重要危险因素。

但是，虽然该项目明显减少了针对成年后结婚的妇女的暴力行为，对少女新娘却没有效果 (124)。因此，在决定采取此类干预措施之前，需要仔细考虑项目将如何影响某些特定群体的暴力风险。

小额信贷加上性别规范/公平培训

图4：430位接受“小额信贷和性别公平干预”项目的妇女经历的亲密伴侣暴力减少情况



来源：(128)

证据：在南非农村，试验性评估显示，通过名为通过小额信贷措施促进援助和性别公平的与艾滋病毒感染、性别规范、家庭暴力和性教育相结合的小额信贷项目，参加干预的妇女经历的身体和/或性暴力比对照组低 50% (图 4) (125-127)。



青少年赋权和生计 (阿富汗和乌干达)

青少年赋权和生计项目为成千上万 14 至 20 岁少女提供获得更好生活的机会，做法是提供辅导、生活技能培训和小额信贷培训。这个项目率先由国际发展组织孟加拉乡村发展委员会在孟加拉实施，之后在阿富汗和乌干达等国实施。青少年赋权和生计项目与大部分技能培训项目之间有两点主要差别：该项目将生活和生计技能结合起来，通过财政赋权加强社会赋权；培训通过青少年俱乐部而不是学校提供。俱乐部帮助联系学生和辍学者，并且为少女们提供一个她们觉得足够安全可以分小组讨论问题并且可以在没有家庭和男性中心社会压力的情况下发展社交网络的空间 (6)。

项目活动由同伴导师牵头，教育少女她们的权利，帮助她们解决冲突，就健康和性别问题（包括性和生殖健康）向她们提供培训。少女们可以学到继续求学和避免早婚早孕的重要性。同伴导师还会辅导少女们基本的金融知识，告诉她们如何挣钱和储蓄，并且对她们进行谋生技能、商业计划制定和预算管理培训，使她们建立自信和企业家思维方式 (6)。

已经有人对青少年赋权和生计项目进行了缜密检验，并发现其对少女生活有积极影响。2014 年，世界银行对乌干达的青少年赋权和生计项目进行了评估，该国是全世界青年妇女失业率最高的国家之一，少女怀孕率达 10-12%。评估发现，（和未参加项目的少女相比，）青少年赋权和生计项目的参与者：

- 少女怀孕率低 26%，安全套使用率上升了 28%；
- 早婚/过早同居现象下降 58%；
- 报告发生违背本人意愿的性行为情况减少 50%。

此外，青少年赋权和生计项目参加者开展产生收入的活动增加了 72%，而且几乎全部是自主创业。值得注意的是，评估发现，青少年赋权和生计项目参加者在校注册入学率未下降。事实上，之前曾辍学的少女可能更想重返学校。这显示，通过职业和生活技能培训赋权少女与她们愿意投资于正式教育之间存在正相关 (129、130)。



Response and support services *(应对和支持服务)*

目标：向所有有需要的儿童扩大提供优质的卫生、社会福利和刑事司法支持服务（包括举报暴力行为）以减少暴力的长期影响。



理由:

在考虑提供下文描述的更专业的咨询和社会服务之前，必须首先具备基本卫生服务，例如针对暴力相关伤害的急诊服务和性暴力受害者的临床诊疗，包括如有必要为强奸受害者提供暴露后的艾滋病毒预防治疗。现在已经有关于急诊的指导文件 (131) 和关于性暴力受害者临床诊疗的指导文件 (132)。

在已经有这些基本服务的地方，向针对儿童的暴力行为的受害者和加害者提供咨询和社会服务可以帮助打破儿童生活中的暴力循环，帮助他们更好地处理这些经历带来的健康和卫生后果 (包括创伤症状) 并康复 (133)。但是，在低收入和中等收入环境下，暴力受害儿童接受健康和社会福利服务的比例很低。例如，根据在柬埔寨、海地、肯尼亚、马拉维、斯威士兰、坦桑尼亚和津巴布韦进行的调查，只有不到 10% 经历性暴力的儿童得到了服务 (134)。

要提高得到应对和支持服务的儿童所占比例，就要建立有效的关注儿童的服务和机制，供儿童寻求帮助、支持和护理并报告暴力事件。其中可以包括提供咨询和转介儿童保护服务，例如警方、卫生保健提供者和社会福利工作者，以及在必要时协助获得临时住宿地点 (6)。刑事

司法系统内为少年犯提供治疗服务也可以减少这些人再度发生暴力行为的可能性，这也是有关在预防犯罪和刑事司法领域消除针对儿童的暴力行为的联合国示范策略和实际措施中提出的措施 (135)。这些服务的有效性有赖于相关保护、安全、社会福利、卫生和其它服务提供者和政府主管部门在收到转介和请求时采取行动。此外，必须有得到政府支持的机制，这些机制应当安全、对儿童需求敏感、广为人知、便于利用且为儿童保密，其工作人员应得到专门培训，而且儿童可以向这些人员报告暴力事件。虽然尚无证据表明帮助热线的有效性，但有些社区开通了帮助热线，使受害儿童及其家庭报告暴力事件和寻求信息和援助的努力更为简单 (6)。

该策略促进实现可持续发展目标具体目标 3.8 和 16.3 的活动，并得到这些目标相关活动的支持：

- 可持续发展目标具体目标 3.8：实现全民健康覆盖，包括使所有人都获得财政风险保护、获得高质量基本卫生保健服务和获得安全、有效、高质量、可负担的基本药物和疫苗。
- 可持续发展目标具体目标 16.3：在国家 and 国际层面促进法治，确保所有人拥有获得正义的平等机会。

提供临床、治疗和刑事司法支持服务对减少针对儿童的暴力威胁的潜在影响

- 减少短期内同类型暴力事件的复发率
- 减少创伤症状 (例如创伤后应激障碍、抑郁、焦虑等)
- 减少性传播感染和不良生殖卫生后果
- 减少短期内以及以后生活中成为暴力受害者或施加者的可能性



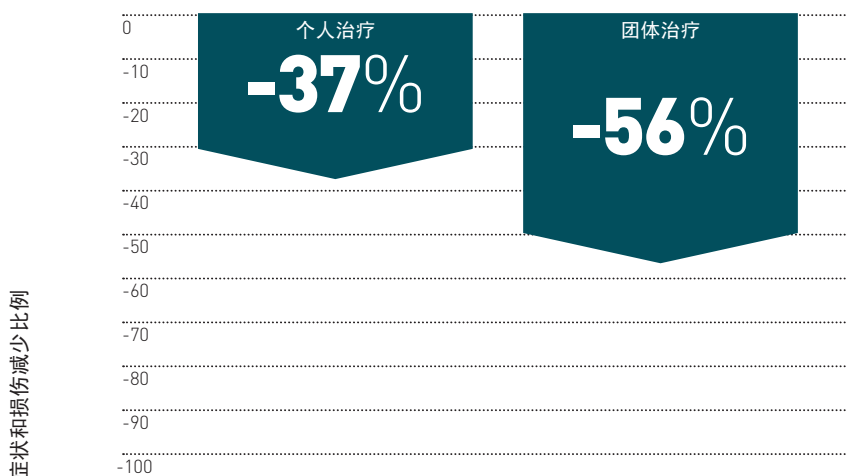
方法

根据对治疗、临床、刑事司法和儿童保护服务的审查，有证据表明，有些服务可以有效地减少针对儿童的暴力行为的卫生和社会影响，另外一些服务则在这方面很有希望。提供服务的方法非常广泛，其中包括治疗方法（例如认知行为疗法）；将虐待儿童或伴侣暴力行为与支持小组、庇护所和病例管理、强奸后健康服务等干预措施联系起来；为少年犯提供治疗规划；促进包括社会福利服务在内的综合服务（136、137）。

咨询和治疗方法

证据：为个人和团体提供聚焦创伤的认知行为疗法可以有效减少经历暴力的儿童和青少年的创伤症状和长期负面心理和情感后果，对参加治疗的个人而言减少幅度可达37%，对团体而言减少56%（图7）（133、138）。这包括虐待儿童行为和各种形式青少年暴力行为（包括打架和性侵犯）的受害者。一组研究人员发现，在低收入国家通过经过培训的非专业卫生工作者为脆弱儿童和年轻妇女提供聚焦创伤的认知行为治疗使可行的（139、140）。

图7：11项聚焦创伤的认知行为疗法试验揭示的创伤症状和功能损伤减少情况



来源：(133)



使用聚集创伤的认知行为疗法受暴力和其它厄运影响的儿童 (赞比亚)

在赞比亚卢萨卡，从五个社区征集了 257 名经历过至少一年创伤事件 (包括虐待和剥削) 并报告出现明显创伤相关症状 (例如创伤后应激障碍) 的 5-18 岁儿童。这些儿童被随机分配到两个组，一组接受 10-16 节聚集创伤的认知行为疗法干预，另一组为对照组，接受提供为孤儿和弱势儿童的“常规治疗”。常规治疗包括社会心理咨询、同伴教育、支持小组以及检测并治疗艾滋病毒/艾滋病。重要的是，聚集创伤的认知行为治疗由经过培训并接受监督的非专业咨询师进行，而不是精神科专科医生。研究发现，接受常规治疗的小组的创伤症状减少 21%，与此相比，干预组减少 82%；干预组的功能损伤减少 89%，对照组减少 68%。

聚集创伤的认证行为疗法明显比常规治疗更为有效 (140)。考虑到在大多数低收入环境下不大可能有足够资源征聘精神科专科医生或是为非专业工作人员提供处理创伤影响的多种方法培训，这些研究结论尤为重要 (141)。



筛查与干预措施相结合

证据：培训卫生专业人员判别可能的暴力暴露或暴力风险可以帮助他们尽早提供一系列可能的干预措施。处理虐童行为危险因素的一个模式是“**每个儿童都享有安全环境**”项目模式，该项目培训儿科初级卫生保健提供者判别父母是否存在抑郁、物质滥用、亲密伴侣暴力和应激反应，治疗存在这些问题的父母并/或介绍其转诊。在美国低收入城市社区的随机对照试验显示，实施该措施后，儿童保护服务报告量降低 31%，儿童病例记录的与疏忽有关的问题减少，母亲自我报告的严重身体伤害减少 [142]。

根据世卫组织的建议，不对亲密伴侣暴力和家庭暴力进行“普遍筛查”或“常规问询”（即在所有卫生保健接触中问妇女问题）。但是，卫生保健提供者在评估可能由亲密伴侣暴力导致或因这种暴力而复杂化的状况时应询问发生亲密伴侣暴力的情况 [132]。因此，**美国预防医学工作组**建议，对育龄妇女的亲密伴侣暴力筛查应与一种干预措施（例如强调安全行为和社区资源信息的咨询）相结合。该工作组报告，这些措施

可以共同产生适当净效益，因此可以被认为是有效的 [143]。来自随机对照试验的证据支持针对育龄妇女的各种干预措施，包括咨询、家访、信息宣传单、转介社区服务和辅导式支持。根据干预措施的类型，这些服务可由医生、护士、社会工作者、导师或社区工作者提供。亲密伴侣暴力行为筛查与提供各种服务渠道信息相结合直接有助于保护在亲密伴侣关系中遭受暴力的少女。此类筛查也有助于保护幼儿免于间接接触家庭暴力，因为这种接触会增加之后成为暴力受害者或加害者的风险。

在另外一项随机试验中，排查孕妇或幼儿的母亲是否遭到亲密伴侣暴力并提供行为咨询使亲密伴侣暴力复发情况减少了 50%，而且带来了更好的生育结果 [144]。**夏威夷健康启动项目**将亲密伴侣暴力行为排查和家访措施结合起来，减少了虐待儿童和亲密伴侣暴力行为。也是一种有希望的干预措施。对该项目的评估显示，半专业人员对高风险母亲进行家访有效地减少了亲密伴侣暴力（减少 15%）和虐待儿童行为（减少 40%） [145、146]。



针对刑事司法系统中少年犯的治疗规划

证据: 若干系统评价发现, 针对刑事司法系统中的青少年罪犯 (包括已定罪的暴力犯罪者) 的治疗规划能够有效地防治少年犯再度犯罪, 不论男女。此外, 咨询和技能培训 (包括认知行为方法) 等干预措施比基于控制和强迫策略的措施 (例如监测、威胁和纪律处罚) 更有效 (147)。

一项研究 (148) 发现, 针对被监禁的严重或慢性少年犯的规划可以普遍减少再度犯罪, 特别是再度发生严重暴力犯罪。对关押在少管所的青少年实施侧重认知和认知行为干预措施特别有效, 因而该研究认为, 治疗这一人群会产生社会效益, 特别是因为暴力犯罪青少年成为常习犯的风险很大。对有关欧洲少年犯治疗规划效果的研究进行的系统评价 (149) 得出了类似结论。最好的规划将重新犯罪率降低了 16%。

促进包括社会福利服务在内的综合服务干预措施

证据: 在许多国家, 被虐待儿童、被虐待风险高的儿童和其他弱势儿童 (例如残疾儿童) 往往被带到家庭之外养育, 包括替代家庭 (包括寄养家庭或亲属家庭) 或机构 (例如孤儿院、特殊群体之家或居民区治疗中心)。孤儿院安置仍是养育需要安全的家庭护理的儿童的方法, 全世界有至少 2 百万儿童生活在孤儿院 (150)。有研究对生活在孤儿院的儿童和生活在高质量寄养家庭的儿童进行了对比, 发现高质量寄养家庭有助于保护儿童免受福利机构生活对大脑功能、认知发育和社会情感健康状况的父母影响 (151)。因此, 帮助暴力受害儿童留在安全家庭内的方法最符合相关儿童利益。

来自最近一项审查的证据显示, 在减少虐待儿童现象方面, 特定类型的寄养可能比传统寄养方案更为有效, 包括强化寄养 (例如为相关工作人员提供更好的培训或是能够更便利地获得服务); 寄养措施结合持续不断的培训支持和/或指导; 在亲属家寄养, 即把无法在家生活的儿童安置在家里的亲戚或朋友家 (152)。许多国家, 特别是高收入国家, 已经制定倾向于亲属寄养的政策。一份高质量系统评价 (153) 指出, 亲属家寄养的儿童可能在行为发展、精神健康以及与寄养家庭关系的稳定性和质量等方面好于接受传统寄养的儿童。



Education and life skills (教育和生活技能)

目标：增加儿童对更有效和性别平等的教育、社会情感学习以及生活技能培训的获取，并确保学校环境是安全和有利的



理由:

促进男女童教育的成就一般用入学率和出勤率衡量。这方面的进步有助于保护儿童，使之不成为某些类型暴力的受害者或加害者，包括儿童期性暴力、青少年暴力、伴侣暴力和童婚。这些进步还保护儿童，使之不遭到某些暴力行为的后果，包括艾滋病毒感染、性传播感染和意外怀孕 (154、155)。

学校提供重要空间，使儿童、教师和教育工作者可以习得有助于防止校内和社区内暴力的亲社会行为。生活技能培训可以加强他们的沟通、管理冲突和解决问题的技能并协助他们发展积极的同伴关系，从而防止针对儿童的暴力行为。虽然学校是提供生活技能培训的特别重要场所，但这些项目也可以在非正式环境下开展，例如社区中心（为未入学儿童组织活动）和难民营。此类项目通常可以持续多年，每次活动包括 20-150 节课。许多规划包括针对不同年龄组的模块，例如分别针对学前儿童、幼儿园儿童、小学生和中学生的模块。

本策略促进实现可持续发展目标具体目标 4.4、4.7、4.a 和 5.1 的活动，并得到这些目标相关活动的支持：

- 可持续发展目标具体目标 4.4：到 2030 年，大幅度增加具备就业、体面工作和创业的相关技能（包括技术和职业技能）的青少年和成年人数量。
- 可持续发展目标具体目标 4.7：到 2030 年，确保所有学习者获得促进可持续发展所需的知识和技能，包括通过教育促进可持续发展和可持续生活方式、人权、性别平等、促进和平和非暴力文化、全球公民精神和对文化多样性和文化对可持续发展的贡献的认识。
- 可持续发展目标具体目标 4.a：建设并升级对儿童、残疾和性别问题敏感的教育设施，为所有人提供安全、非暴力、包容、有效的学习环境。
- 可持续发展目标具体目标 5.1：消除任何地方针对任何妇女和女童的任何形式的歧视。

教育和生活技能措施对减少针对儿童的暴力行为的影响

- 提高学校出勤率和学习成绩
- 减少童婚
- 减少性攻击
- 减少亲密伴侣施加和遭受的身体和性暴力行为
- 赋权少男少女，加强其对亲密伴侣暴力的认识并保护自己免于这种暴力
- 减少侵犯和暴力行为
- 减少毒品使用和过量饮酒
- 减少欺凌行为



方法

有证据显示，在该策略下，存在一系列有效方法，包括提高各级学校入学率；建立安全、有利的学校环境；增加儿童有关面对暴力时的自我保护的知识和技能；生活和社交技能培训；青少年亲密伴侣暴力预防规划。教会儿童和青少年如何处理和管理风险和挑战而不诉诸暴力的生活和社交技能，对于减少校内和社区内暴力至关重要。

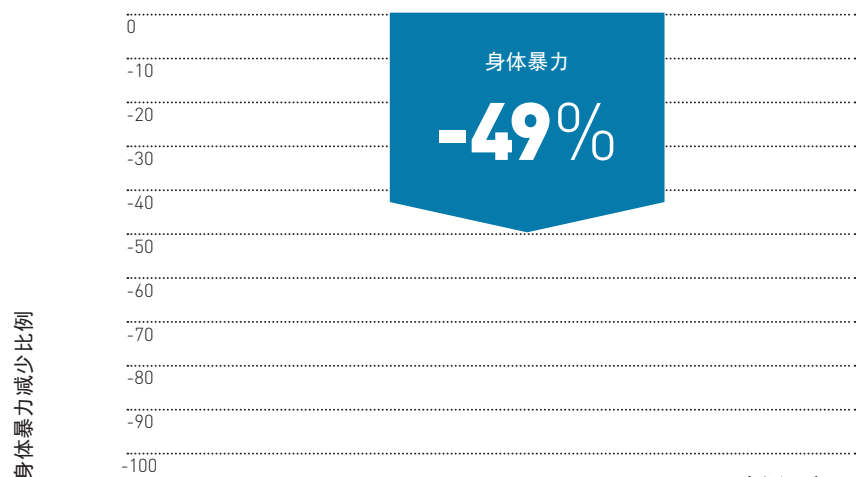
提高学前教育、小学和中学的入学率

证据：对津巴布韦一项为孤女提供学校支持的干预措施进行的试验评价显示，收到费用、学校用品、校服及健康和卫生物资的人的辍学率下降了 82%，早婚率下降了 63% (154)。基于学校的早期教育项目使参加项目年轻人因暴力被捕情况减少了 30% 多，例如美国芝加哥实施的**儿童和父母中心项目**，该项目支持三岁儿童接受学前教育并持续提供教育和育儿支持直到九岁 (155)。

建立安全、有利的学校环境

证据：乌干达非政府组织“**高声呼吁**”开发的好学校工具包旨在减少学校工作人员对 11-14 岁儿童实施暴力行为，做法是建设积极的校内环境以及在学生、同龄人和权威人物之间建立积极关系。该工具包在乌干达卢韦罗区 42 个学校进行了随机测试，结果显示它能够有效地减少学校职工对儿童实施的暴力行为 (图 8)。未发现与该干预措施有关的不良事件，不过由于在后续调查中披露的信息，434 名儿童被介绍给儿童保护服务机构 (156)。哥伦比亚实施的和平教室项目采用了类似的全面方法，也显著减少了暴力和攻击行为 (157)。

图8：实施好学校工具包后过去一周学校职工实施身体暴力行为的减少情况



来源：(156)



安全和促进性学校环境项目 (克罗地亚)

克罗地亚的**安全和促进性学校环境**项目由联合国儿童基金会驻克罗地亚办事处和克罗地亚科学、教育和体育部及教育和教师培训机构联合实施。该项目有两个组成部分。其一是“停止儿童中的暴力行为”公共宣传行动，目的是促进社会变化，做法是提高有关身体和言语暴力的意识，其中特别关注校内同伴暴力、攻击和欺凌行为。其二是在校内实施减少校内同伴暴力行为并强化安全和促进性学校环境的措施，并让儿童参与到学校阻止暴力的决策和活动中来。

由于实施了该项目，从2003年到2011年，克罗地亚37%小学的暴力行为减半。在该阶段内，301所学校（大部分是小学）实施了该项目，其中163所学校赢得“无暴力学校”称号，而且85所学校在参加项目三年

后重获该称号。2005年、2008年和2012年对该项目进行了评估。其中2008年评估显示：

- 频繁欺凌的发生率从10%减半为5%；
- 欺凌他人的儿童占比从13%下降为3%；
- 55%以上儿童表示自己在学校总能感到安全。

据儿童报告，63%的老师能够随时干预阻止校内的同伴暴力行为。与此相比，2004年被调查儿童仅报告30%的老师会干预。2005年评估还显示，公众强烈支持该项目（92%被调查者）并且认为该项目格外积极（56%被调查者打了最高分）。鉴于克罗地亚的实施结果，联合国儿童基金会和民间社会团体在保加利亚、哈萨克斯坦、黑山、塞尔维亚和斯洛文尼亚启动了无暴力学校项目。

如需更多有关安全和促进性学校环境项目的信息，见
http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_6_12_2_final.pdf。



在赞比亚，人们认识到，孤儿和弱势儿童获得社会心理支持的需求没有在学校得到很好的满足，因而实施了**社会心理护理、支持和保护教师文凭项目** (158)。这个持续 15 个月的远程教育项目为教师提供加强学校环境、培育社会心理支持和促进学校社区关系的知识和技能。各模块的主题包括了解自我保健和教师自身社会心理健康的重要性；丰富并建设安全、公平的学校环境；发展更强大、更积极的校内（例如师生关系和教师之间的关系）及学校社区关系。2013-2014 年对 325 名教师和 1378 名学生的随机对照试验表明，该项目可以有效地使学生在校内感到更受尊重；使学校更安全、校方更愿意应对性侵犯问题并为此寻求帮助；减少学生卷入身体和情感欺凌行为。试验还发现，该项目可以增加教师的自我情感保健并改善其对教室和学校安全的认知 (158)。

使儿童获得更多有关如何保护自己不受性侵犯的知识

证据：虽然使儿童获得更多有关如何保护自己不受性侵犯的知识的项目可能在任何环境下实施，但是，迄今评估过的大部分项目都是在学校里实施的，内容是给儿童讲解身体所有权、好触摸和坏触摸的差别，以及如何识别性侵犯、如何说不及如何向自己信赖的成年人说明发生的情况。对这些项目进行的诸多审查认为，这些项目可以有效地加强防止此类侵犯的保护性因素（例如有关性侵犯和保护行为的知识），但对这些项目能否减少实际发生的性侵犯还需进行更多研究 (159)。证据还显示，需要认识到性别和社会规范在实施性侵犯中发挥的作用，也需要采用整个学校参与的方法，包括确保制定包容、公平的学校政策和方案；联系学校领导人；发展对社会和性别规范和不平等敏感的课程和教学方法 (6)。

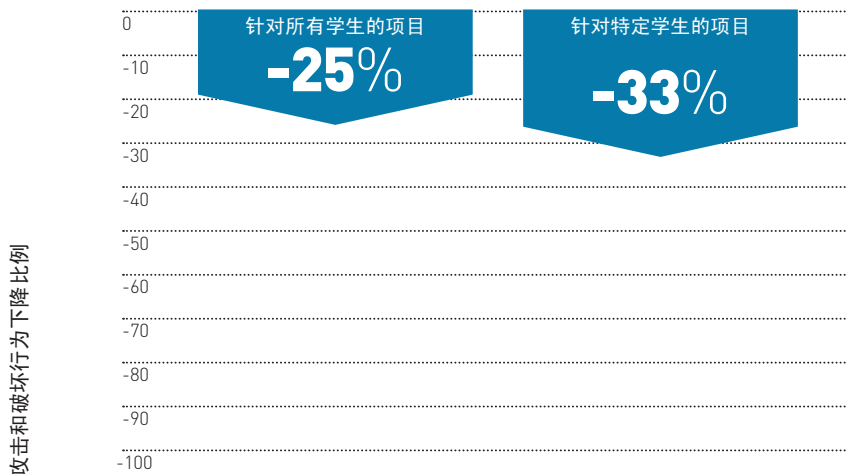
在肯尼亚内罗毕，“**不就是不**”**培训项目**赋权少女，提高她们的自尊并教给她们自卫方法，以减少其遭到性暴力的风险。对该项目的审查发现，干预组报告性暴力的可能性显著上升 (34%)，而且性攻击率出现 38% 的年度下降 (160、161)。调整该项目并在其它环境下实施时，应注意必须具备有力的评估功能，以确保相关调整安全、有效。



生活和社交技能培训

证据：对 249 项有关在学校开展的生活技能及社交和情感培训项目（大部分发生在美国）的研究进行了分析，评估了它们对攻击和破坏行为（包括打架、打人、欺凌^e、言语冲突和破坏）的影响。分析显示，针对所有学生实施项目时，可以将此类问题减少 25%；针对选定的高风险学生实施项目时，可以将此类问题减少 33%（图 9）；其中男生和女生从中平等获益（162）。

图9：249个生活技能和社交情感培训项目减少学校环境下攻击和破坏行为的情况



美国社区预防工作组还发现有力证据，表明普遍在学校实施生活技能项目可以平均将从学前教育到十二年级（包括 17-18 岁青少年）儿童中的暴力行为减少 15%。在一项集群随机对照试验中，**积极行动项目**实施三年后，参加项目的学生的暴力行为减少 36%，欺凌行为减少 41%（163）。

^e 对2011年在三个非洲国家（博茨瓦纳、加纳和南非）进行的国际数学和科学趋势研究和国际阅读素养进步研究的数据进行了分析，显示欺凌是造成学业表现差的主要原因之一。见（164）。



“共创成长路”青少年培育计划 (中国)

为处理中国香港特别行政区有关精神卫生问题、药物滥用、自杀、校园暴力及家庭破裂对青少年的影响等关切，来自**五所香港本地大学**的研究人员组成了一个研究团队。该团队的目标是发展一个具有普遍意义的多年期项目，促进青少年正面发展。项目名称是“共创成长路”青少年培育计划 [165]。

该计划包括一个针对 12-14 岁男少女的青少年发展项目和针对各年级社会心理需求更高的学生的专门培训项目。培训的目的是加强与健康成人和益友的联系及抗逆能力；加强社交、情感、认知和行为能力；提升自我效能感和促进亲社会行为和规范。该计划增加了证明发展，减少了物质滥用、攻击、打架和其它不良行为 [165]。

青少年亲密伴侣暴力行为预防项目

证据：在美国北卡罗来纳州，对以预防未结婚但有男女朋友的青少年发生亲密伴侣暴力行为的**安全约会**项目进行了集群随机试验，发现参加项目一个月的 12-14 岁男少女的社会心理、身体和性暴力加害行为分别减少 25%、60%和 60%。该项目还与同伴暴力和携带武器行为的减少有关 [166]。而且，项目实施四年后，曾参加该项目者自我报告的身体和亲密伴侣暴力行为的加害和受害情况显著减少 [167]。对大学生和运动员参加减少性暴力项目的若干研究表明，参加项目者明显更不赞同约会暴力 [168、169]。“**真正的同意**”是一个针对男大学生的网络互动干预项目，目的是减少性暴力的加害行为。对该项目的评估表明，参加项目之后六个月内自我报告的加害行为显著减少 [169]。



踏脚石项目 (南非)

设计“踏脚石”项目的初衷是预防艾滋病，做法是提供生活技能培训。后来发现该项目能够有效地在15-26岁青少年男女中减少亲密伴侣之间的身体和性暴力。已经对该项目进行了严格评估并在全球实施^[170]。项目通过角色扮演和戏剧鼓励参与者反思自己的态度和行为。项目思路是发展更加牢固、平等的伴侣关系改善性健康，内容涵盖基于性别的暴力、就艾滋病问题进行沟通、亲密关系技巧和自信等。

不少国家已经对项目进行了评估，其中最全面的研究是在南非东开普省进行的一项针对15-26岁男女参与者的随机对照试验。试验结果显示，在实施干预措施之后两年，男童和成年男性的暴力和剥削行为有所减少。和基线相比，参加项目者卷入亲密伴侣暴力^[171]、强奸^[172]和性交易^[173]行为的情况减少了。

在其它国家对踏脚石项目进行的较小规模评估也显示男性实施亲密伴侣暴力行为案例减少^[174、175]。参加项目之后一年男性暴力行为发生率下降，之后两年男性暴力行为发生率继续下降，显示随着时间推移这种积极的行为变化得到加强。此外，定性研究显示，踏脚石项目告诉参加者如何减少自己感染艾滋病毒的风险，鼓励他们以更开放态度谈论艾滋病毒问题并分享相关信息，进而使参加者的态度发生改变，特别是青年男性。在实施项目过程中，参加者获得了一般生活技能，使其中许多男性成为更好的伴侣、朋友、家人和公民^[176]。

如需更多信息，见艾滋病毒预防和干预措施规划评估：
<http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf>。



INSPIRE

交叉活动

交叉活动1： 多部门行动和协调

实施本文件的一揽子措施需要多方面参与：负责教育、卫生、司法和社会福利的中央和地方政府主管部门；私营部门；专业协会、宗教组织、学术机构、基金会等民间社会组织。这些利益攸关方相互合作，可以减少针对儿童的暴力行为在个人、家庭、社区和社会层面的危险因素的负面影响，并支持为儿童和家庭建设安全、稳定和有滋养的相互关系和环境。

因此，开展基于证据的项目和服务取决于以上各部门的支持系统的实力（及其是否准备好处理针对儿童的暴力行为问题），再加上确保多部门协调的有效机制。

各部门的贡献

每个部门在实施INSPIRE策略方面可以发挥的具体作用在各国之间有所不同，各部门在促进实施工作方面的就绪程度也不一样。不过，最有可能在各个领域牵头实施七项策略的部门是：

- **落实和执行法律**：省级和国家级立法机构负责起草、制定和执行法律。
- **规范和价值观**：负责性别平等、妇女和儿童发展的部委，同时所有部门均可以发挥作用确保其实施。
- **安全的环境**：负责内政和计划的部委以及地方各级政府和主管部门。
- **支持父母和照护者**：公共卫生和社会福利系统。
- **改善收入和经济状况**：负责财政、劳动和经济发展的部委。
- **应对和支持服务**：卫生保健和社会福利部门。影响少年犯、受害者和证人的干预措施一般由司法或公安部门牵头实施。
- **教育和生活技能**：教育主管部门。

这些部门以综合方式开展合作，其整体努力可以处理针对儿童的暴力行为在个人、家庭、社区和社会层面的危险因素的负面影响，并支持为儿童和家庭建设安全、稳定和有滋养的相互关系和环境。

除正式政府部门的贡献外，基于社区的儿童保护机制也越来越常见，但对于其能否有效防止针对儿童的暴力行为仍缺乏很好的评估（见框3）。

框3

基于社区的儿童保护机制

基于社区的儿童保护机制是全世界紧急状况、过渡和发展环境下处理儿童保护问题的一线机制。最近进行的一次机构间审查⁽¹⁷⁷⁾注意到，动员基层组织已成为一种常见的规划应对措施，特别是在受武装冲突或流离失所影响的地方。在地方和中央政府不能或不愿满足儿童获得护理和保护的权利的地方，国际机构支持基于社区的儿童保护机制。

但是，目前还没有有关这些机制的有效性、成本、是否适合推广和是否可持续的有力证据。这就会妨碍问责，也很难确定哪些做法有效、很难为采用相关机制者拟定适当的机构间指导文件，很难统一相关做法并提高其质量。

这也使人很难获得资金支持儿童保护和儿童健康，有效宣传推动政府增加对儿童保护制度的投资，或是鼓励政策领导人推广最有效的做法和政策。

机构间审查列出了要克服哪些挑战才能扩大基于社区的儿童保护机制的贡献，首先是有必要对基于社区的儿童保护团体的行动如何影响保护儿童工作和儿童健康定期进行系统的、在伦理上合适的评估，从而加强证据基础⁽¹⁷⁷⁾。本文件一揽子措施中的若干干预措施曾在基于社区的儿童保护系统可能可以运转良好的环境下实施，整体一揽子措施也可以根据这些系统的具体情况进行调整。

每个部门及其相关系统的主要作用是支持个人、家庭和社区，使父母、同伴和权威人物（例如老师）能够提供使儿童实现自己发展潜力所需的滋养、稳定和安全。

各部门的次要作用还在于应对实际发生的针对儿童的暴力行为案例，确保受害者安全和支持受害者，减轻暴力的影响并防止暴力再度发生。各国对这两个职能的关注程度可能有所不同，但是普遍认为，最好的做法在于强调预防措施而不是惩罚措施。

在会员国请求下，若干联合国机构已经发展了相关资源和国际商定的标准，以建立各具体政府部门预防和应对暴力行为的能力。例如，联合国毒品和犯罪问题办公室拟定的《联合国预防犯罪和刑事司法领域消除针对儿童的暴力行为的策略和实用措施范本》和世卫组织《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在多部门应对行动中的作用全球行动计划》。此类政策文件呼吁会员国采取具体行动，确保相关部门能够系统地处理针对儿童的暴力行为问题，其中强调实施有证据支持的预防和应对策略。

尚缺乏联合国政策指导文件的部门可以以这些文件为基础编写类似指导文件，以加强自身能力。一旦各具体部门建立了强大的基础，有效的协调机制将促进整合多部门行动，使之能够更有效地防止针对儿童的暴力行为。

协调机制

虽然许多国家的利益攸关方都在开展工作消除针对儿童的暴力行为，它们的努力并不总能得到良好协调和支持，而且也很少有措施得到大规模实施。因此，协调机制至关重要，因为没有哪个部门能单独实施全部一揽子措施，也没有哪个政府能够单独处理现在已经超越国家边界的日益增长的对儿童的威胁。因此，实施一揽子措施的努力应鼓励各国内部和国家之间的合作和学习。

国家机制

最终协调机制在于政府，应建立或加强领导和协调预防应对暴力行为的机制（包括重要法治机构）。应审查各部门之间交流信息的制度，看它们在多大程度上关注防止暴力和优化提供应对服务的方式。理想上，这些机制应成为定期召集的各相关部门代表论坛，各方可以讨论有关暴力问题的最新可获得数据，以判别新出现问题（及其潜在风险因素），进而及时采取适当干预措施（1）。

国际机制

国际上存在若干论坛和伙伴关系，供各国共同探索可以消除针对儿童的暴力行为的最有效策略。其中包括隔年举办的全球预防暴力运动里程碑会议，会上审查暴力预防科学水平及其被各国采用情况并制定促进采用相关科学研究结果的策略（178）。另外一个例子是美国国家科学院的全球预防暴力论坛。该论坛由美国国家科学院卫生和医学学部召集，已经就预防和应对针对儿童的暴力行为领域的最新科学发展发布多份重要报告（179）。此外，“为女童团结起来”行动是一个伙伴关系，它召集五个联合国机构、多个美国政府机构、加拿大政府、私营部门和伙伴国政府促进采用由数据驱动的多部门方法预防和应对暴力，现在22个国家开展工作。最后，终止针对儿童的暴力全球伙伴关系是一个总体倡议，它把一些单独的机制团结在消除针对儿童的暴力行为这一共同目标下（见框4）。

框4

终止针对儿童的暴力全球伙伴关系

作为可持续发展目标的一部分，联合国大会已做出消除针对儿童的暴力行为的全球承诺。终止针对儿童的暴力全球伙伴关系将帮助落实这一承诺，并已决定将INSPIRE一揽子措施作为支持各国行动的基本工具。伙伴关系将支持在政府部门内部和之间（例如教育、卫生、司法和社会福利）以及在其它社区内开展工作预防和应对暴力问题的人，不论是联合国和世行等国际机构，还是发展机构、非政府组织、宗教组织、私营部门、慈善机构、基金会、研究人员、学术界还是儿童自身。伙伴关系将利用各参与伙伴的专业知识和影响范围，支持各国和地方工作，以落实和推广能够有效预防暴力的策略，监测其有效性并扩大证据基础。

交叉活动2: 监测和评估

各国和社区需要准确衡量针对儿童的暴力行为水平，以便就策略和干预措施制定计划，测量其影响并持续改进，从而确保取得成功。

监测

可利用监测系统提供有关针对儿童的暴力行为的规模和形势的数据，跟踪相关活动实施情况并评估其影响。监测也有助于指导改进策略、弥补不足和促进持续关注预防。为此，来自各国以人权为基础的调查和以设施为基础的行政系统（例如医院）的关于针对儿童的暴力行为的数据必不可少。同样重要的是，所有预防暴力的利益攸关方均应能轻易获得这些数据，包括中央政府、省市主管部门以及社区级别的利益攸关方。

调查数据和行政数据各有其独特优势和局限性，两者结合使用可以直接促进对问题的评估和监测，因为把这两种数据结合起来可以：

- 提供对该问题的定量认识，包括按性别、年龄和其它标准分解的数据，可供一系列相关团体和部门通用；
- 提供有关地方、省市和国家层面不同类型暴力行为的发生率、原因和后果的持续和系统数据；
- 提供有关针对儿童的暴力行为的地理分布的总体情况，从而有助于为未来儿童保护服务和其它受害者支持服务机构设点做出计划；
- 促进及早判别正在出现的趋势和问题领域，以便尽快采取适当干预措施；
- 就面临经历或实施针对儿童的暴力行为的重点高风险人群提出建议，就处理相关危险因素的重点提出建议；
- 就实施建议活动的进展或延迟向利益攸关方提供信息；
- 确定随着时间推移暴力行为及其相关危险因素流行率发生了什么变化；
- 提供评估预防工作影响的手段。

任何监测系统都应使用科学有效的标准化方法收集和分析数据。汇编不同部门数据的案例管理系统也有助于跟踪转诊路径是否及在多大程度上发挥作用，并发现各部门内部和之间的年龄差距、需求和趋势。数据收集应确保采集对暴力脆弱性可能有影响的性别、年龄、残疾和其它特征数据。

调查数据

许多国家没有足够的行政数据系统 [1、180、181]，仅有一小部分针对儿童的暴力行为被报告给官方，例如报告给教育、卫生、司法或社会福利系统。因此，一般认为，通过各种具有国家代表性的调查 [例如全国针对儿童的暴力行为调查^f、全球学校学生健康调查、人口与健康调查或是多指标调查] 所获得的自我报告是衡量问题规模、发现弱势群体和测量进展程度的更可靠标准 [182、183、184、185]。各种类型的以人群为基础的调查虽然目的和方法不同，但都可以为提高对针对儿童的暴力行为的理解做出重要贡献。

这些数据对监测实现重要联合国公约和世卫组织决议提出的处理针对儿童的暴力行为的目标的进展情况特别有用 [9]。随着各国开始跟踪落实可持续发展目标情况，

这些数据也可用于监测落实可持续发展目标的工作如何在总体上推动与针对儿童的暴力行为有关的指标变化。以上调查提供基线数据，可以为采取哪些行动加强预防针对儿童的暴力行为提供参考。例如，如框 5 所述，针对儿童的暴力行为调查数据已经推动了影响卫生、法律、教育、社会服务及经济部门的政策改革。应定期开展此类调查，以便确保监测进展和针对儿童暴力行为的趋势变化 [186]。

虽然调查对于获得有关针对儿童的暴力行为的规模和特征 的准确估算数据必不可少，并且有助于与被调查者直接联系，但它们只能提供很少有关具体政策的深入信息。要获得这种信息，就需要有行政数据。

^f 针对儿童的暴力行为调查得到美国疾控中心、“为女童团结起来”行动和联合国儿童基金会的联合支持。针对儿童的暴力行为调查测量针对女童和男童的身体、情感和性暴力，判别危险因素、保护因素、健康后果、使用服务情况和寻求帮助时存在哪些障碍。

将国家调查数据与暴力预防和应对活动联系起来

在“为女童团结起来”伙伴关系内部，实施针对儿童的暴力行为调查的国家得到支持，努力将本国数据与有效的多部门预防和应对行动联系起来。由相关部委和民间社会团体组成的工作组牵头，柬埔寨、海地、肯尼亚、马拉维、斯威士兰、坦桑尼亚和津巴布韦等国利用本国针对儿童的暴力行为调查数据和进程推动落实各项INSPIRE策略。

- 柬埔寨使用调查数据提出了涉及包括各部委和政府机构在内的 11 个部门的一揽子应对措施，通过妇女事务部实施了促进行为和社会规范变化的项目，加强了妇女事务部、司法部和警察部门之间的协调，实施并加强了防止针对儿童的暴力行为的政策。
- 海地使用调查数据加强了改变造成并延续针对儿童的暴力行为的社会规范的政策和规划，加强了通过辨别、护理和支持受害者减少和应对暴力行为的政策和规划，还加强了跨领域监测和监督系统。
- 肯尼亚使用调查数据加强了针对家庭的正面育儿和性暴力预防培训，扩大了通过一站式中心提供的多部门强奸后服务，建立了国家性暴力监测和评估框架。
- 马拉维使用调查数据增加了政府在培训照护者/父母与孩子建立安全、稳定、有滋养的关系方面的投资，增加了政府在提高儿童和青少年生活技能方面的投资，扩大了对响应儿童需求的服务的获得和意识，制定了处理有害性别规范的政策和规划。
- 斯威士兰利用调查数据推动就亲密伴侣暴力和性暴力立法，建立了对儿童友好的法庭和警察部门，获得了资源用于在全国范围内通过电台开展暴力预防教育行动，通过制定新指南和建立一站式中心加强了全面的强奸后服务，并且获得了资源用于建设并运行跟踪暴力案例的国家数据系统。
- 坦桑尼亚利用调查数据启动了旨在消除针对儿童的暴力行为的经过成本核算的四年期国家行动计划。该计划的亮点包括发展并扩大地区级的儿童保护系统，制定有关教师行为准则的教育政策，加强对性暴力受害者的临床服务，为地方政府开展儿童保护制定预算指南。
- 津巴布韦利用调查数据制定了管理性侵犯和暴力的全面指南，包括社区、家庭和个人层面的医疗、法律、咨询和社会服务；建立了女童赋权框架，其中列出了保护和赋权女童和年轻妇女的全国具体目标、总体目标和负责部门；14 个地区实施了为街头儿童寻找临时寄养家庭的政策。

行政数据

行政数据体系通常包括用于管理公共规划或机构常规收集的记录或报告，因而可以作为廉价的数据来源。这对决策者特别有用，他们需要这些信息以了解哪些相关官员或机构有与处理针对儿童和青少年的暴力行为有关的知识或活动。

行政数据帮助决策者了解针对儿童的暴力行为案例是否被学校教师、警察、医生或社会工作者注意到，以及这些专业人员遇到相关案例时采取了哪些行动。此外，卫生设施和警方的报告有时并不一致，比如有关虐待儿童或强奸案例数量的报告，这也会提出有关如何处理此类事件的问题。

也许有些官员遇到的案例较少是因为他们缺乏相关意识或培训，也有一些官员遇到案例但并未采取行动预防或应对。即使是训练有素的官员也有可能本人就相信与儿童发育、性别和暴力有关的有害社会规范，这可能导致获得护理的儿童再度受害。另外一种情况是，最好由医生或警察处理的侵犯案例主要还是被教师注意到，而且并未转介或报告。

根据这种类型的信息，项目管理人员和决策者可以制定具体计划，以改变做法，培训官员，开展提高意识和改变社会规范的活动，并且改革相关制度，以便更好地预防和应对针对儿童和青少年的暴力行为。随着决策者做出改变，提供培训和提高意识，他们需要重新评估行政数据体系能否提供判断改革是否见效的证据。

对于导致死亡的针对儿童的暴力行为的极端案例，有一类行政数据非常有用，就是通过生命记录和死亡证明收集的数据⁽¹⁾。目前，基于人权的调查或是基于服务的案例行政数据体系尚不能方便地提供与暴力有关的儿童和青少年死亡数据及虐待、疏忽和攻击导致的儿童死亡数据。此类死亡只能通过基于设施的死亡监测系统获得可靠测量，这种设施可能存在于不同地点，包括医院、警察部门和太平间⁽¹⁸⁷⁾。但是，许多国家仍然缺乏运转良好的意外伤害和死亡数据登记系统。此外，确定儿童死因可能也颇具挑战。

考虑到暴力行为的大量漏报，开展定性工作，更好地理解儿童、父母、照护者和其它重要社区影响者的角度，对于确保所有规划满足社区需求至关重要。

评估

评估为决策者和公共卫生官员提供关键信息，使之了解为预防或应对针对儿童的暴力行为而设计的规划和政策是否正在产生预期影响 (188)。迄今，有关能够有效减少针对儿童的暴力行为并减轻其后果的干预措施的证据大多来自高收入国家进行的评估。但是，为制定这些INSPIRE策略，在引用证据时突出了来自低收入和中等收入国家的越来越多的证据 (189)。

全世界 80% 儿童生活在低收入和中等收入国家，目前在这些国家进行的研究较少，时间间隔也比较远。INSPIRE 带来前所未有的机会，可以增加对七项策略在这些国家的有效性的研究数量。以证据为基础预防针对儿童的暴力行为是一个新领域，即使在高收入国家也是如此。正如本文件介绍项目所显示的那样，这一领域前景广泛，但在低收入和中等收入国家实施的历史还很短。例如，在 2007 至 2013 年发表的全部有关虐待儿童和青少年暴力行为预防措施结果评估研究中，只有 9% 有关虐待儿童的研究和 6% 有关青少年暴力的研究涉及低收入和重点收入国家的预防项目 (189)。

考虑到低收入和中等收入国家针对儿童的暴力行为的规模以及这些环境下缺乏资源的现实，确保投入的资源确实能够成功地预防此类暴力尤为重要。因此，随着INSPIRE策略得到推广，产生更多有关哪些措施有效的高质量证据至关重要。在大规模实施这些策略的同时，也要开展较大规模的评估，以避免浪费稀缺资源，扩大现有规划的影响并增加实现可持续发展目标具体目标 16.2 (在 15 年内消除针对儿童的暴力行为) 的宏伟计划的机会。

除评估结果外，也需要对扩大和保持有效规划的努力进行成本效益研究和评估。最后，也需评估协调实施INSPIRE一揽子技术措施多部门行动的综合效果。



关于实施的考虑

INSPIRE一揽子措施并不是要作为一个新的项目实施。相反，它意味着一种可以复兴、聚集并扩大现有多部门努力以预防和应对针对儿童的暴力行为的方式。任何实施INSPIRE的努力均应努力确保相关部门采取渐进或并行的方法在七项策略中的每一项下均选择至少一个措施实施（最好是大规模实施），因为这些策略的设计就是一道发挥作用并且相互促进的。

协调实施本文件中的策略将有助于确保每个国家都具备一套核心的有效方法和强有力的政策和法律。INSPIRE文件系从全球角度编写，为使其产生实效，必须确定各国的具体目标、策略和活动，以根据明确时间表启动全国性项目。因此，每个国家都要根据本国具体情况调整一揽子措施的内容，并根据本国自身的情况实施。

图10：调整和实施INSPIRE的九个步骤



多个国家已经开始制定计划并开展工作预防和应对针对儿童的暴力行为，其中许多计划包括一些INSPIRE要素。根据这些国家的经验以及制定了INSPIRE的核心机构的专业知识，落实这一揽子措施的基本步骤见图 10 并摘要阐述如下。本节仅作为总体指南。更详细的“如何”将INSPIRE作为一个整体实施的手册以及关于每项策略的手册将于 2017 年发布。

这些步骤不必严格按顺序实施，其中多个步骤可以同时进行。

建设国家承诺

为确保活动长期可持续并促进多部门协作，一个必要的第一步是建立对INSPIRE目标、策略和干预措施的国家承诺。这就需要提升所有利益攸关方针对儿童的暴力行为问题的规模和后果以及基于证据的解决方案的认识。它还意味着团结重要行动者和机构在制定和实施国家规划的过程中发挥作用。高级别政治领导人及早参与到这项工作中来有助于促进国家政策框架和行动计划制定。

重要的是确保在所有参与实施的部门内部实现协作和沟通。可以利用INSPIRE一揽子措施激励决策者、管理人员和规划工作人员开展对话，并确定需要解决哪些政策问题。例如，对于不同部门在其中发挥作用的司法和监管框架，哪些法律规定中央和地方政府哪个级别的哪个机构该做什么。

许多国家已经建立由各部委以及专业协会、大学、研究机构和民间社会组织代表组成的工作组，确保国家对这些进程的持续承诺。建立专门工作组负责启动并监督实施INSPIRE，有助于通过制定和实施国家计划保持住相关势头，并协调不同行动者的投入和活动。

相关工作与相关领域业已存在的国家行动计划、策略和干预措施相统一或配套也很重要，包括正在进行的预防和减少女性生殖器切割、童婚和早婚和基于性别的暴力行为及艾滋病毒/艾滋病防治规划和其它卫生干预措施（例如免疫接种行动）的工作。此类努力能够确保在可能的情况下扩大成果，有效利用有限资源并避免重复工作。这也有助于确保儿童保护、性别和暴力问题主流化，从而扩大INSPIRE策略的范围和影响。

评估需求

制定国家行动计划的关键一步是评估现行与消除针对儿童的暴力行为有关的政策、法律、预防规划、服务和基础设施状况。在评估需求时，应考虑当前的国家框架是否体现了考虑生命全程并且对性别问题敏感的方法，是否涵盖男童和女童的不同风险。此外，评估现行政策、规划和实践时，在酌情将面临风险最大群体确定为重点的同时，必须考虑预防规划和服务能否让所有儿童都享受到，不论其年龄、性别、性别认同、语言、宗教、残疾和经济状况如何。

专业的评估，例如机构调查或就绪程度评估（见框6），帮助决策者收集来自与儿童打交道的社区和政府组织（例如学校、执法机构、医院、精神卫生机构、家庭服务机构、非政府组织和儿童保护机构）的定性和定量数据 [190]。一些国家偶尔开展机构调查，其它国家每年定期收集这种评估数据。

预防工作就绪程度评估

对于刚开始处理针对儿童的暴力行为或者不确定本国是否准备好实施INSPIRE一揽子措施的各国政府而言，就绪程度评估可能特别有用。预防虐待儿童工作就绪程度评估方法有助于评估一个国家、省份或社区在多大程度上已经准备好大规模实施预防儿童期暴力问题的规划 [191]。巴西、前南斯拉夫共和国马其顿、马来西亚、沙特阿拉伯和南非已经采用了就绪程度评估方法，该方法或对已经完成一次针对儿童的暴力行为调查的国家特别重要。预防虐待儿童工作就绪程度评估模型包括重要行动者对虐待儿童问题的态度和知识、是否存在有关虐待儿童及其预防的科学数据、是否愿意采取行动处理该问题以及是否具备用于帮助防止虐待儿童的非物质（例如法律、政策、人力、技术和社会资源）和物质（例如基础设施、机构机制和财政）资源。

评估进程本身就是一个提升意识和为资源分配提供信息的有力工具。迄今，几乎所有国家发现的主要不足包括：缺少具备实施基于证据的虐待儿童行为预防和应对规划的技能、知识和专长的专业人员以及培训这些人员的机构；资金、基础设施和设备不足；极为缺乏对预防规划结果的评估；缺乏全国性侵犯儿童问题流行率调查 [192]。虽然预防虐待儿童工作就绪程度评估关注的是虐待儿童问题，但也可以很容易地调整该方法，用于评估青少年暴力行为预防工作的就绪程度。

选择干预措施

每个处理针对儿童的暴力行为的社区、国家、政府部门和非政府组织都要考虑自身社会和文化背景选择对相关人群和环境最有用的干预措施。因此，中央和地方的决策者和从业人员最适合评估相关环境和公民的需求和优势，并以此为基础决定哪些INSPIRE措施的组合最适合本地情况。

选择实施哪些干预措施需要对以下因素有深入认识：

- 哪些类型的暴力行为影响哪些儿童？暴力行为发生的时间和地点。
- 助长针对儿童的暴力行为的因素。
- 现有的处理针对儿童的暴力行为的法律、政策和规划。
- 判断哪些INSPIRE措施可以弥补当前法律、政策和规划的不足和弱点。
- 政府和非政府组织实施干预措施的能力。

这些信息需要从多个来源整理汇编。如果一个国家最近刚完成全国性的针对儿童的暴力行为调查并且/或者有关于针对儿童的致命和非致命暴力行为的高质量行政数据，那就应该已经收集到了大部分信息。如果没有这样的调查，就需要从各种研究报告、官方统计和其它能找到的数量来源收集信息，分析信息并利用这些信息确定存在的问题。

根据本地情况调整 干预措施

通常需要根据本地情况对选定的干预措施进行调整，同时保留使该干预措施有效的那些基本特征 [193]。这被称为确保规划的保真度 [194]。要做到这一点，需要考虑以下步骤：

- (通常从规划制定者那里) 获得原始规划材料。
- 制作规划逻辑模型，显示规划目标和组成部分与目标人群发生预期变化之间的因果关系。
- 确定规划的核心组成部分；如这方面内容尚不存在，则需确定其最佳做法有哪些特征。这通常需要仔细阅读相关科学文献。
- 判别原有规划模型和新背景情况之间存在哪些不匹配，并对其进行归类。
- 如有必要，应调整原有规划，以满足新背景下的需求，同时确保其保真。
- 应修订原始规划材料，以减少不符合本地情况的现象 [193]。

对于打印材料和培训规划，例如用于加强育儿和编写生活技能培训手册的材料，研究发现，有几种类型的规划调整一般可以接受，还有一些调整方法风险较大或不可接受 [194]。

可以接受的调整包括：

- 将材料翻译成本地语言并修改词汇表；
- 修改使用的图片，使图片中的儿童和成人与目标受众一致；
- 替换文化指引；
- 根据本地规范改变活动的一些方面，例如身体接触；
- 补充基于本地证据的内容，以增加材料的相关性和对参加者的吸引力。

有风险和通常不可接受的调整包括：

- 缩短参加者参加项目的时间，例如减少或缩短课时；
- 删除必须习得的关键信息或技能；
- 去掉话题；
- 改变理论方法；
- 试图用未经充分培训的工作人员或志愿者实施项目；
- 使用低于推荐数量的工作人员。

制定中央和地方政府 行动计划

确定差距和选定干预措施后，就应该确定国家行动计划的要素了，包括选择总体和具体目标即确定对规划实施情况进行监测的适当指标。每份国家行动计划均应包括促进以下工作的活动：

- 加强落实预防规划和提供应对服务、物资和设备的基础设施；
- 开发和管理人力资源；
- 信息共享、教育和沟通以及社会动员；
- 对实现国家行动计划目标的进展情况进行整体评估和监测。

所有利益攸关方均应支持该计划。可以召开全国性研讨会促进该进程。

通常，为消除针对儿童的暴力行为的国家规划制定战略计划的工作应在中央政府层面进行，由明确负有协调多部门工作组职责的部门牵头。但是，一些大国须采用足够灵活的设计，使计划实施能够放权到省、市、县、村各级，从而使干预措施能够真正影响到所有有需要的人。

要成功实施策略，就要建立国家协调机制，并正式授权其发展、协调和建设实施计划所需的全国性和地方基础设施。计划在省市级实施时，也需要同样类型的协调。正如俄罗斯联邦圣彼得堡成功实施的INSPIRE类型干预规划所示，在指定部委内设有计划和政策制定部门而且具备地方上的实施和执法部门的国家和/或城市很适合开展暴力预防活动（见框 7）。

框 7

预防针对儿童的暴力行为及其危险因素 （俄罗斯联邦圣彼得堡）

2006 年，圣彼得堡对 15-19 岁街头青少年进行了一次调查。调查显示，他们中存在高比例的身体或性侵犯（38%）、无家可归（24%）、孤儿状态（父母一方或双方死亡）（43%）、当前未在校就读（84%）、终生用性换取商品（10%）、终生注射吸毒（51%）和艾滋病毒感染（37%）经历。对此，市政府与当地非政府组织合作制定了全面的五年期多部门计划。该计划包括改善社会和卫生服务以及加强司法和教育部门的应对。

为评估多部门应对措施落实情况及其对危险因素和艾滋病毒感染流行率的影响，2012 年对 15-19 岁街头儿童新队列重复了之前的调查。到 2012 年，重要危险因素流行率已大幅度下降，包括身体或性侵犯（26%）、无家可归（4%）、孤儿状态（36%）、当前未在校就读（8%）、终生用性换取商品（4%）、终生注射吸毒（15%）。重要的是，艾滋病毒感染流行率下降了 73%，只有 10% 街头青少年感染艾滋病毒。

街头青少年中艾滋病毒流行的减少很可能是因为实施了该计划。这种减少支持采用多部门方法改善面临风险家庭和青少年的生活。在圣彼得堡，实施这种多部门方法还伴随着减少家庭贫困、加强家庭、改变法律和改善服务的措施。圣彼得堡模式是发现并起诉虐待儿童案例同时为受害者提供必要保护。这个模式已经得到全国性认可。市政府发展起来的服务系统继续为面临风险的家庭和儿童提供支持 [195]。

要成功实施消除针对儿童的暴力行为的政策，还需要获得政府高级别官员和具备计划和实施专业知识的技术专家和人员的支持。在中央和地方建立具有强大人员配备的规划，可以发挥高度有效的领导作用，并协调有关法律问题、执法、强化经济、提供社会服务和进行规划管理等问题。

国家行动计划将描述实施INSPIRE的整体战略方法。但是，大部分实际干预措施必须在地方政府或社区层面落实，因而应在更详细的实施计划中加以描述。也许不大可能在所有行政区划内同时开展所计划的行动。因此，应确定针对全国的目标并采用分阶段实施的方法。

在每个国家内，计划制定人员应进行需求评估，发现各地存在的差距并据此制定详细实施计划。在此过程中，可以采用上文所述预防工作就绪程度评估（见框6）方法。详细实施计划应包括时间表并标明相互关联，即准确指出每项活动将在什么时间由谁实施。它还应包括与全国整体监测挂钩的地区级监测和评估机制。

估计费用

收集并分析有关INSPIRE策略实施成本的数据可以帮助计划制定者和管理者开发业务上可行、可持续的全国性或地方性一揽子措施。可以利用费用信息确定干预措施是否可负担，也有助于与其它干预措施的费用进行比较。除估算总资金需求外，成本分析还有助于考虑人员部署和物资、设备和其它投入的效率。

成本一般按投入归类，总体上分为**资本成本**和**经常性成本**两类。对于INSPIRE一揽子措施而言：

- **资本成本**可能包括只发生一次或很少发生的项目管理和交付人员培训活动费用以及在社区动员规划中开展提升意识活动以改变价值观和规范的费用。此外，旨在改善建成环境的干预措施可能会有很高的资本成本，不过这种费用不大可能仅为防止针对儿童的暴力行为的目的支出。
- **经常性成本**包括工作人员工资和社会保险、在岗培训等定期培训费用、建筑物和车辆的运行和维护费用、社会动员工作的运行成本和与提供应对服务有关的物资。

目前正在开发成本核算模型，将用于协助估算实施INSPIRE干预措施的费用。

确定可持续的财政支持来源

近年来，越来越多国家、国际和双边机构开始在最需求的国家提供资金，支持旨在预防和应对针对儿童的暴力行为的活动。但是，和为其它卫生和发展项目提供的支持相比，此类支持的力度仍不算大。鉴于已经通过有关消除针对儿童的暴力行为的可持续发展目标具体目标 16.2，预计这方面的支持将会增加。虽然外部支持很受欢迎，但挑战仍然在于促进国家层面的适当协调并确保实施的活动是长期可持续的。

在制定国家行动计划时，各国可以使用INSPIRE一揽子措施促进内部利益攸关方（包括本国政府部门、非政府组织、宗教组织、学术机构、私营部门和民间社会）和外部利益攸关方（包括但不限于双边和多边伙伴、国际非政府组织和参与预防和应对针对儿童的暴力行为的全球企业）进行更好的协调。与感兴趣的捐助方和技术支持机构进行初步磋商可以促进合作并加强国家计划制定过程，也有助于避免重复和资源浪费。因此，确定财政支持来源工作的首要步骤之一就是由适当机构召集国内外感兴趣各方的会议。

开发和管理人力资源

有效的、人员配备适当的暴力预防规划可以领导实施减少针对儿童的暴力行为的影响的干预措施。在财政资源有限的小国，一个工作人员或可承担多项职责。实施INSPIRE干预措施所需具体技能取决于现有国家和地方能力和需求，可能包括高层和中层管理技能、监督技能和一线职工处理以下问题的能力：

- 多部门协调和落实；
- 规划设计、实施和管理；
- 收集和评估数据及加强监测系统；
- 社会和经济强化；
- 使环境对儿童安全；
- 数据收集、监测和评估；
- 问责机制；
- 法律和政策问题。

直接负责交付预防规划和应对服务的管理者和职工应得到适当培训、部署和支持。在人力资源开发需求基础上，上岗和在岗培训项目的现有课程、教学材料及教师/培训师等应尽可能反映最新情况，以体现实施活动所需的知识和技能。培训和再培训应在每个参与实施INSPIRE的部门的人力资源开发背景下进行。

实施、监测和评估

实施INSPIRE一揽子策略应包括建立机制通过持续收集和分析数据促进监测。监测应当是收集并分析有关INSPIRE一揽子措施实施情况信息的持续进程。它应该报告定期评估是否按计划开展了活动以及用什么方式开展的活动，以便讨论并处理问题。监测工作应跟踪计划活动的进展情况，发现问题，向管理者和工作人员提供反馈意见以及在问题导致延期前解决问题。应立即处理和分析数据。分析结果应转交给处于采取行动地位的人。

监测INSPIRE策略实施情况意味着要通过一套具体指标展示采用七项策略情况及实施结果。为此，目前正在开发用于跟踪每项INSPIRE策略实施程度的**进程指标**和评估每项策略对针对儿童的暴力行为流行率的影响的**成果指标**。

进程指标可包括过去六个月得到育儿支持的初为父母者所占比例，或是过去一年13-15岁得到生活技能教育的在校生所占比例。

成果指标可包括具有全国代表性的人口调查结果中的针对儿童的暴力行为流行率测量结果。例如，这方面可能包括过去一年或一个月卷入欺凌或打架的13-15岁在校生所占比例（来自世卫组织和美国疾控中心合作开展的全球学校学生健康调查），或是已经得到批准的可持续发展目标具体目标16.2的指标，即过去一年内遭到任何体罚和暴力管教的1-17岁儿童所占百分比和报告在18岁之前受到过性暴力侵害的18-24岁青年男女所占百分比。在改进监测和评估系统过程中，这些指标应按照性别和年龄组、残疾及其它个人背景特征分解数据。





结束语

每个儿童都有权享有免于暴力的生活。但是，仍然有太多儿童继续遭受暴力行为的负面影响，而得不到本可引导其走向康复的支持或服务。政策制定者和其他决策者有权力改变这种状况。七项INSPIRE策略为决策者和重要行动者提供采取行动并且现在就采取行动的工具。

现在有更多有关哪些措施可以预防和应对暴力行为的证据。这使我们有责任在我们的家庭、社区或全世界采用相关经验教训。我们可以也应该利用现存的丰富研究成果和业已得到证明的干预措施制定并实施暴力预防和应对策略，使不可见变得可见，消除针对儿童的暴力行为。同时，需要作出更大努力，继续加强有关哪些措施可以预防和应对暴力行为的证据。

针对儿童的暴力行为是可以预防的，而我们正在打造实现变化的势头。联合国已经呼吁采取对各国都有意义的行动：消除针对儿童的暴力行为。联合国会员国也受到《儿童权利公约》的约束。现在已经有了相关框架和承诺，INSPIRE策略可以帮助想要利用最佳可获得证据的国家履行这些承诺。

这些策略跨越卫生、社会福利、教育、财政和司法领域。每项策略都得到来自高收入国家的强有力或有希望证据的支持，同时也有越来越多证据表明这些策略在低收入和中等收入国家也有用。INSPIRE的设计初衷包括让监测和评估工作在实施和改进这套一揽子措施过程中发挥重要作用。拟定了这一揽子措施的十个机构认识到，所有INSPIRE策略都是成功预防和应对针对儿童的暴力行为的努力的关键组成部分。

一个国家地位的真正本质在于它如何照料本国儿童。儿童受到伤害，我们整个社会遭受损失。当我们团结起来消除儿童生命中的暴力行为，我们也成为最好的自己。这些策略是加快朝消除针对儿童的暴力行为取得进展的最佳方式。让我们尽快落实。



课余托管计划延长成人监管时间，以提高儿童的学业成绩并改善学校参与，做法是在正常在校时间之外支持学生的学习并提供康体活动。

改变社会和文化性别规范和价值观的目的是改变定义了妇女和男性“适当”行为的社会预期，例如认为男性有权控制女性的规范和使妇女和女童易于遭到男性的身体、情感和性暴力的规范。

童婚、早婚和强迫婚姻指至少一方年龄不足 18 岁的婚姻，其中包括那些发生在法定成年年龄更早或者结婚即认定成年的国家的一方不满 18 岁的婚姻。早婚还指配偶双方均已达到或超过 18 岁但存在其它因素导致其并未准备好同意结婚的情况，例如其身体、情感、性和社会心理发育水平，或者其缺乏关于自己生活选择的信息。此外还包括任何未得到一方或双方充分和自由的同意的婚姻以及一方，或双方不能结束或摆脱的婚姻，包括在威胁或是巨大社会或家庭压力下缔结的婚姻。

虐待儿童指虐待和疏忽 18 岁以下儿童。它包括在责任、托管或权力关系下发生的导致儿童健康、生存、发育或尊严受到实际或潜在危害的各种形式身体和/或情感虐待、性侵犯、疏忽、疏于照顾及商业或其它剥削。

儿童保护服务调查虐待儿童案例，确定、评估并向儿童和家庭提供服务，以保护儿童并防止进一步虐待，同时尽可能维护家庭。有时，此类服务也可能采用其它名称，以反映更加以家庭（而不是儿童）为中心的做法，例如“儿童和家庭服务”“儿童福利服务”或“社会服务”。

认知行为疗法是一种面向目标的短期治疗方法。它强调影响动机和行为的思想和态度的作用。它促进以务实方法解决问题。其目标是改变人们面临的困境背后的思想或行为模式。它集中关注一个人的想法、信念和态度如何影响其行为，从而改变其态度和行为。

集体暴力指认为自己属于同一团体——不论该团体是临时的还是更具备长期特征——的人对另一团体或另一些个人工具性应用暴力以实现政治、经济或社会目标的行为。

社区警务策略的目的是建立警方和社区的伙伴关系，并通过警方和社区之间的积极伙伴关系寻找对社区需求反应灵敏的解决问题方法。

团伙暴力指任何身份认同包括非法活动的持久性街头团体的一个或一组成员或认同该团体者蓄意使用暴力的行为。

性别规范指定义了妇女和男性“适当”行为的社会预期。女性和男性、儿童和成人的不同角色和行为受到社会内性别规范的塑造和强化。

人际间暴力指一个人或一组人蓄意对另外一个人或一组人威胁或实际使用身体力量进而导致或很可能导致受伤、死亡、社会心理损害、发育不良或剥夺的行为。

亲密伴侣暴力指亲密关系内导致关系当事方遭到身体、性或社会心理伤害的行为，包括身体攻击、性胁迫、社会心理虐待和控制行为。

生活技能/社会发展规划旨在帮助儿童和青少年控制怒气、解决冲突并发展必要的社交技能以便在不使用暴力的情况下解决人际间问题，通常在学校环境下实施。

针对性暴力受害者的医疗和法律服务为受害者即时提供医疗和社会心理诊疗服务及法律建议，收集医学和法律证据支持受害者的叙述并帮助发现加害者。

与性别平等培训相结合的小额信贷项目旨在使生活在最贫困社区的女性受益。它把提供小额信贷（为低收入个人提供的金融服务）与培训和技能发展课程相结合，该课程针对男女两性，内容涵盖性别角色和规范、文化信仰、沟通和亲密伴侣暴力等。

问题导向的警务活动将日常警务活动与犯罪学理论和研究相结合，以加强预防并减少犯罪和混乱。该做法强调使用系统的数据分析和评估方法。

随机对照试验是一种科学试验类型。在试验中，研究对象被随机分配到某个正在研究的不同干预措施的小组和/或不采取干预措施的对照组。随机分配发生在已经对研究对象是否符合参加条件进行了评估并征聘了研究对象之后但在开始实施要研究的干预措施之前。

自我指向性暴力行为是一个人对自己施加的暴力行为，分为自杀行为和自虐行为两类。

性暴力是指在任何环境下(包括在家和在工作场所)由任何人(不论其与受害者存在什么关系)强迫发生的针对一个人的“性”的任何性行为、企图获得性行为的尝试、违背本人意愿的性评论或挑逗，或买卖行为。通常区分三种类型的性暴力：涉及性交的性暴力(即强奸)、接触性暴力(例如违背本人意愿的触摸，但不包括性交)和非接触性暴力(例如性暴力威胁、露阴癖和言语性骚扰)。

暴力行为指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。

青少年暴力指涉及 10-29 岁人员的暴力行为。

1. WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079.
3. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
4. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16:79–101.
5. Stoltenborgh MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013;48:81–94.
6. Ending violence against children: six strategies for action. New York: UNICEF; 2014.
7. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245–58.
9. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Anderson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyper-endemic countries of southern Africa. *AIDS*. 2008;22:S73–86.
11. Baral SC, Beyrer K, Muessig T, Poteat AL, Wirtz MR, Decker et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2012;12:538–49.
12. Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence characteristics and mental health consequences. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010;4:356–62.
13. Devries KC, Watts M, Yoshihama L, Kiss LB, Schraiber N, Deyessa et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011;13:79–86.
14. Dietz PM, Spitz AM, Anda D, Williamson F, McMahon PM Santelli JS et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA*. 1999;282:1359–64.
15. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson F, Giles WH. Childhood abuse household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 286:3089–96.
16. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90:139G–149G.
17. García-Moreno C, Riecher-Rössler A, editors. Key issues in mental health. *Violence against Women and Mental Health*. 2013;178: Basel Switzerland: Karger.
18. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000;106(1):E11.
19. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy long-term psychosocial outcomes and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113(2):320–27.
20. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010;376:41–8.
21. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197:378–85.
22. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2010;2012380 (9859): 2095–128.
23. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with

- antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS & Behavior*. 2012a;16:2160–70.
24. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS & Behavior*. 2012b;16:2091–100.
 25. Mbagaya C, Oburu P, Bakermans-Kranenburg MJ. Child physical abuse and neglect in Kenya Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence psychopathological sequelae and mediation by PTSS. *International Journal of Psychology*. 2013;48:95–107.
 26. Norton R, Kobusingy O. Injuries. *New England Journal of Medicine*. 2013;368:1723–30.
 27. Reza A, Breiding MJ, Gulaid G, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*. 2009;373:1966–72.
 28. Silverman JG, Michele R, Decker MR, Heather L, McCauley MS, Katelyn P et al. A regional assessment of sex trafficking and STI/HIV in Southeast Asia: connections between sexual exploitation violence and sexual risk. Colombo Sri Lanka: UNDP Regional Center in Colombo; 2009 <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv aids/ English/SexTrafficking.pdf>.
 29. Tharp AT, Degue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence & Abuse*. 2012;14 (2):133–67.
 30. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight obesity and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*. 2002;26:1075–82.
 31. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*. 2012;36:156–65.
 32. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2016 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>).
 33. Fang X, Fry D, Brown D, Mercy J, Dunne M, Butchart A, Corso P, Maynzyukh K, Dzhygyrh Y, Chen Y, McCoy A, Swales D. The burden of child maltreatment in the East Asia and Western Pacific region. *Child Abuse and Neglect*. 2015; 42:146–62.
 34. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2006.
 35. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UN Volunteers. 2013.
 36. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
 37. Frieden TR. Six components necessary for effective public health programme implementation. *American Journal of Public Health*. 2014;104:17–22. doi:10.2105/AJPH.2013.301608.
 38. UN Resolution A/RES/69/194 Part one (I) Ensuring the prohibition by law of all forms of violence against children. 2014.
 39. Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: trends and psychosocial concomitants. *Aggressive Behavior*. 2014;9999:1–14.
 40. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24:8,1027–35.
 41. Sariola H. Attitudes to disciplinary violence. Finland: Central Union for Child Welfare; 2012.
 42. Bussmann K, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, editors. *Global pathways to abolishing physical punishment*. New York: Routledge; 2011:299–322.
 43. Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. *Child Abuse Review*. 2010;19, 229–47.
 44. End Corporal Punishment [website]. London (<http://www.endcorporalpunishment.org/>, accessed 20 May 2016).
 45. Never violence – 30 years on from Sweden’s abolition of corporal punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden; 2009, pp.3.
 46. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
 47. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Frontiers in Public Health*. 2015;253:1–11.

48. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*. 2005;29:255–62.
49. Wechsler H, Nelson TF. Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal drinking age decrease drinking and related consequences among youths? *American Journal of Public Health*. 2010;100:986–92. doi: 10.2105/AJPH.2009.178004.
50. Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(11):1024–31. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2116.
51. DeSimone J, Markowitz S, Xu J. Child access prevention laws and nonfatal gun injuries. *Southern Economic Journal*. 2013;80(1):5–25.
52. Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? *Epidemiologic Review*. 2016;38: 140–157.
53. Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and nonfirearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. *American Journal of Public Health*. 2014;104(3):455–60.
54. UNICEF Strategic Plan, 2014–2017. New York: UNICEF; 2014 p.6.
55. Dworkin S, Hatcher A, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antiviolenace program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. *Men & Masculinities*. 2012;16:181–2.
56. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behavior in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2008;10:1–11.
57. Paine K, Hart G, Jawo M, Ceesay S, Jallow M, Morison L et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*. 2002;1:41–52.
58. Skevington S, Sovetkina E, Gillison F. “A systematic review to quantitatively evaluate ‘Stepping Stones’ : a participatory community-based HIV/AIDS prevention intervention. *AIDS & Behavior*. 2013;17:1025–39.
59. Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh A K, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council; 2008.
60. Miller E, Tancredit D, McCauley H, Decker M, Virata M, Anderson H et al. Coaching Boys into Men: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health*. 2012;51:5,431–8.
61. Lundgren R, Beckman M, Prasad Chaurasiya S, Subhedi B, Brad Kerner Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviours among very young adolescents in Nepal, *Gender & Development*, 2013;21:1,127–145.
62. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Global Health*. 2014;2(3):e155–64. doi:10.1016/S2214-109X(13)70179-7.
63. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Geneva: World Health Organization; 2008 (WHO Fact Sheet WHO/MPS/08.14).
64. WHO Guidelines. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
65. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer? Washington, DC: Improving Women’ s Health Worldwide; 2004.
66. Early marriage: a harmful traditional practice: a statistical exploration. New York: UNICEF; 2005.
67. Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York: UNICEF; 2007.
68. Clifton D, Frost A. World’ s Women and Girls 2011 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2011.
69. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington DC: International Center for Research on Women; 2011.
70. Pulerwitz J, Martin S, Mehta M, Castillo T, Kidanu A, Verani F et al. Promoting gender equity for HIV and violence prevention: results from the Male Norms Initiative evaluation in Ethiopia. Washington, DC: PATH; 2010.
71. Raising Voices: Preventing Violence against Women and Children [website Kampala, Uganda (www.raisingvoices.org, accessed 22 May 2016)].

72. Watts C, Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*. 2014;12:122.
73. Kyegombe N, Abramsky T, Devries K et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children’ s exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. *Child Abuse & Neglect*. 2015;50:128–140.
74. Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City’ s fourth series. Elsevier: *Social Science & Medicine*. 2005;61:2434–2445.
75. Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 (<http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport-2008/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluation-report-2008>).
76. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. *Journal of Community Psychology*. 2007;35:463–81.
77. Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. 2014. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. *Violence against Women*. 2015;21:12,1507–27.
78. Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 [e-pub ahead of print].
79. UN Resolution A/RES/69/194 (model strategies), 2014.
80. Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. *International Journal of Health Geography*. 2009;27;8,66. doi: 10.1186/1476-072X-8-66.
81. Bell N, Schuurman N, Hameed SM. A multilevel analysis of the socio-spatial pattern of assault injuries in greater Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*. 2009 Jan–Feb;100(1):73–7.
82. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman S, Matzopoulos R, Zargarani 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):549–556. doi:10.1001/jamasurg.2013.5267.
83. Wiebe DJ, Richmond TS, Guo W, Allison PD, Hollander JE, Nance ML et al. Mapping activity patterns to quantify risk of violent assault in urban environments. *Epidemiology*. 2016; 27(1):32–41.
84. Braga A, Papachristos A, Hureau, D. Hotspots policing effects on crime. *Campbell Systematic Reviews*. 2012;8.
85. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymized information sharing and use in health service, police and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *British Medical Journal*. 2011;342:d3313.
86. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon TR. An economic evaluation of anonymised information sharing in a partnership between health services, police and local government for preventing violence-related injury. *Injury Prevention*. 2014;20:108–14.
87. Skogan W, Harnett SM, Bump N, DuBois J. Evaluation of CeaseFire-Chicago. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research; 2009.
88. Webster D.W, Whitehill JM, Vernick JS, Parker EM. Evaluation of Baltimore’ s Safe Streets Program: effects on attitudes, participants’ experiences, and gun violence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2012.
89. Picard-Fritsche S, Cerniglia L. Testing a public health approach to gun violence. New York: Center for Court Innovation; 2013.
90. Henry D, Knoblauch S, Sigurvinsdottir R. The effect of intensive ceasefire intervention on crime in four Chicago police beats: quantitative assessment. Chicago, IL: Robert R. McCormick Foundation; 2014.
91. Cassidy T, Inglis G, Wiysonge C, Matzopoulos R. A systematic review of the effects of poverty de-concentration and urban upgrading on youth violence. *Health & Place*. 2014;26:78–87.
92. Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. *American Journal of Epidemiology*. 2012;15;175(10):1045–53. doi: 10.1093/aje/kwr428. Epub 2012 Apr 2.
93. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*.

- 2007;318:829–52.
94. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:8, 637–43.
 95. Olds DL, Kitzman HL, Cole RE, Hanks CA, Arcoletto KJ, Anson EA et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164:5,419–24.
 96. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, 2006. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf).
 97. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;28:11–39.
 98. Research trials and outcomes. Denver: Nurse-Family Partnership; July 2014, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Research_Outcomes_2014.aspx).
 99. Evidentiary foundations of Nurse-Family Partnership. Denver: Nurse-Family Partnership; 2011, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.asp).
 100. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promises. 2005. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005.
 101. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children’s criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1998;14;280(14):1238–44.
 102. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prevention Science*. 2013;14(4):352–63. doi: 10.1007/s11121-012-0314-1.
 103. Cooper P J, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2009;338:b974.
 104. Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. *Children & Youth Services Review*. 2014;39:20–4.
 105. Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014.
 106. Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia. New York: International Rescue Committee; 2014.
 107. Cluver L, Lachman J, Ward CL, Gardner F, Peterson T, Hutchings et al. Development of a parenting support programme to prevent abuse of adolescents in South Africa: findings from a pilot pre-post study. *Research on Social Work Practice*; (in press).
 108. Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book-sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(8),865–873.
 109. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *American Journal of Public Health*. 2009;99:8,1438–45.
 110. Washburn I, Acock A, Vuchinich S, Snyder F, Li K, Ji P et al. Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: findings from three randomized trials. *Prevention Science*. 2011;12:3,314–23.
 111. Kärnä A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program: grades 4–6. *Child Development*. 2011;82:1,311–30.
 112. Salmivalli C, Poskiparta E. KiVa anti-bullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. *International Journal of Conflict & Violence*. 2012;6:2,294–301.
 113. Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington DC: The U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); July 2012.
 114. Cash transfers literature review. London: UK Department for International Development; 2011.
 115. Cancian M, Yang M, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. *Social Service Review*. 2013;87(3):417–37.

116. Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five year results of a program to reduce poverty and reform welfare. New York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2003.
117. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics*. 2009;123:e630-7.
118. Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Nairobi, Kenya: Population Council; 2014.
119. Bobonis G, Castro R. Public transfers and domestic violence. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2013;5(1):179-205.
120. Eldred C, Zaslow M. Parenting behavior in a sample of young mothers in poverty: results of the New Chance observational study. New York: Manpower Development Research Corporation; 1998.
121. Child Protection in Crisis Network's Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The impacts of economic strengthening programs on children. New York: Colombia University and Women's Refugee Commission; 2011.
122. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development*. 2009;21: 577-602.
123. Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Cote d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. *BMC International Health and Human Rights*. 2013;13(1):46.
124. Falb KL, Annan J, Kpebo D, Cole H, Willie T, Xuan Z, Raj A, Gupta J. Differential impacts of an intimate partner violence prevention program based on child marriage status in rural Côte d'Ivoire. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Nov;57(5):553-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.08.001. Epub 2015 Sep 12.
125. Jan J, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy and Planning* 2011;26:366-72.
126. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: A cluster randomised trial. *Lancet*. 2006;368 (9551):1973-83.
127. Pronyk PM, Hargreaves JR, Morduch J. Microfinance programs and better health: prospects for sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2007;298:16,1925-27.
128. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JDH, Pronyk P. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*. 2007;97:10:1794-1802.
129. Bandiera O et al. Women's Empowerment in Action: Evidence from a randomized control trial in Africa. 2014 (<http://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/ELA.pdf>, accessed 21 May 2016).
130. Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations. Washington DC: World Bank; 2014 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037_20140502121541/rendered/PDF/878540Bri0enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf, accessed 21 May 2016).
131. Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization; 2009.
132. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
133. Wethington HR et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;35:3,287-313.
134. Sumner SA, Mercy JA; Saul J; Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services — seven countries, 2007-2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. June 5, 2015;64(21);565-569..
135. United Nations Model Strategies and Practical Measures on the Elimination of Violence against Children in the Field of Crime Prevention and Criminal Justice. New York: United Nations; 2015.
136. United Nations General Assembly, Guidelines for the Alternative Care of Children. United Nations General Assembly 64th Session, February 2010 (http://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf).

137. Pinheiro P. World report on violence against children. New York: United Nations; 2006:21.
138. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, Martin R, Ollendick TH. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 1347–55.
139. Bass, J. K., J. Annan, S. Mclvor Murray, D. Kaysen, S. Griffiths, T. Cetinoglu, et al. 2013. “Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence.” *New England Journal of Medicine* 368 (23): 2182–91.
140. Murray LK, Skavenski S, Kane JC, Mayeya J, Dorsey S, Cohen JA et al. Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. Published online June 29, 2015. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580.
141. Ventevogel P, Spiegel P. Psychological treatments for orphans and vulnerable children affected by traumatic events and chronic adversity in Sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2015; 314:5,511–512.
142. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):858–64. doi: 10.1542/peds.2008-1376.
143. Moyer VA and U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*. 2013;158:6,478–86.
144. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized, controlled trial. *Obstetrics & Gynaecology*. 2010;115:273–83.
145. Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010;164:1,16–23.
146. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28:6,597–622.
147. Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. *Victims and offenders*. 2009;4:2,124–147.
148. Garrido et al. Garrido V, Morales LA. Serious (violent or chronic) juvenile offenders: a systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. *Campbell Systematic Reviews* 2007:7.
149. Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*. 2013 ;9:1,19–43.
150. UNICEF [website]. Progress for Children 2009 (http://www.unicef.org/publications/index_50921.html, accessed 20 May 2016)
151. Bick J, Zhu T, Stamoulis C, Fox N, Zenah C, Nelson C. A randomized clinical trial of foster care as an Intervention for early institutionalization: long term Improvements in white matter microstructure. *Journal of the American Medical Association*. *Pediatrics*. 2015 Mar; 169(3): 211–219.
152. MacMillan HL, Wathen CN. Research brief: Interventions to prevent child maltreatment. London, Ontario: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network; 2014.
153. Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014:1.
154. Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. *American Journal of Public Health*. 2011;101:1082–88. doi:10.2105/AJPH.2010.300042.
155. Reynolds AJ, Temple JA, Ou S, Arteaga IA, White B. School-based early childhood education and well-being: effects by timing, dosage, and subgroups. *Science*. 2011;333:360–364.
156. Devries K et al. The Good School Toolkit for reducing physical violence from school staff to primary school students: a cluster-randomized controlled trial in Uganda. *The Lancet Global Health*. 2015;3:7,e378–e386.
157. Chaux E. Classrooms in peace: a multicomponent program for the promotion of peaceful relationships and citizenship competencies. *Conflict Resolution Quarterly*. 2007;25:1,79–86.
158. Kaljee L, Zhang L, Langhaug L, Munjile L, Tembo S, Menon A et al. A randomized control trial for the teachers’ diploma programme on psychosocial care, support and protection in Zambian government primary schools. *Psychology, Health & Medicine*. 2016;10:1–12. doi:10.1080/1354850

- 6.2016.1153682.
159. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:353–361. doi:10.2471/BLT.08.057075.
 160. Adolescent Girls’ Empowerment Program. Zambia: Population Council; 2014 (<http://www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-empowerment-program>).
 161. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, Gitau C, Paiva L, Mulinge M et al. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. *Pediatrics*. 2014;133:5: e1226–32. doi: 10.1542/peds.2013-3414.
 162. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;33:2:S130–S143.
 163. Hahn RA, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M et al. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *American Journal of Preventative Medicine*. 2007;33(2S):S114–29.
 164. Kibriya S et al. The effects of school-related gender-based violence on academic performance: Evidence from Botswana, Ghana, and South Africa. Washington DC: USAID and the Center on Conflict and Development; 2016.
 165. Shek DTL, Ma CMS. Impact of project P.A.T.H.S. on adolescent developmental outcomes in China, Hong Kong SAR: findings based on seven waves of data. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2012;24(3):231–244.
 166. Foshee VA, Reyes LM, Agnew-Brune CB, Simon TR, Vagi KJ, Lee RD et al. The effects of the evidence-based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. *Prevention Science*. 2014;15(6):907–916. doi: 10.1007/s11121-014-0472-4.
 167. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program ‘Safe Dates’ using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*. 2005;6:245–57.
 168. Holcomb DR, Savage MP, Seehafer R, Waalkes DM. A mixed-gender date rape prevention intervention targeting freshmen college athletes. *College Student Journal*. 2002;36:2, 165–79.
 169. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A web-based sexual violence bystander intervention for male college students: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(9):e203.
 170. According to Stepping Stones’ website, Stepping Stones is being used in an ever-growing number of countries across the globe. (<http://www.stepsstonesfeedback.org/resources/5/CountriesfromSTEPPINGSTONESREVIEWOFREVIEWS2006Wallace.pdf>).
 171. Dunkle K et al. Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young young men in the rural Eastern Cape. *AIDS*. 2006;20,2107–2114.
 172. Jewkes R et al. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. *Social Science Medicine*. 2006;63,2949–2961.
 173. Dunkle K et al. Transactional sex and economic exchange with partners among young South African men in the rural Eastern Cape: prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. *Social Science Medicine*. 2007;65;1235–1248.
 174. Jewkes R, Cornwall A. Stepping Stones: A training manual for sexual and reproductive health, communication and relationship skills, South African adaptation. Pretoria: Medical Research Council and PPASA; 1998.
 175. Shaw M. Before we were sleeping but now we are awake: the Stepping Stones workshop programme in the Gambia. In: Cornwall A, Welbo A, editors. *Realising rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being*. London: Zed Books; 2002.
 176. Jewkes R et al. Policy brief: evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention. Cape Town: Medical Research Council of South Africa; 2007, pp.4 (<http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf>).
 177. Save the Children UK. What are we learning about protecting children in the community? An inter-agency review of evidence on community-based child protection mechanisms. Executive summary. London: Save the Children UK; 2009.
 178. 7th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/7th_milestones_meeting/en/, accessed 20 May 2016).
 179. Institute of Medicine. 2011. Preventing violence against women and children: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press
 180. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.

181. Dahlberg LL, Krug EG. 2002. Violence: A global public health problem. In: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002.
182. CDC, Interuniversity Institute for Research and Development (INURED), and the Comité de Coordination. Violence against children in Haiti: findings from a national survey, 2012. Port-au-Prince, Haiti: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
183. UNICEF, CDC, and the Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009. Dar es Salaam, Tanzania: UNICEF Tanzania; 2011.
184. UNICEF, CDC, and Kenya National Bureau of Statistics (KNBS). Violence against children in Kenya: findings from a national survey, 2010. Nairobi, Kenya: UNICEF Kenya; 2012.
185. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT), UNICEF, and the Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation (CCORE). National Baseline Survey on life experiences of adolescents in Zimbabwe, 2011. Harare, Zimbabwe: ZIMSTAT; 2013.
186. Chiang LF, Kress H, Sumner SA, Gleckel J, Kawemama P, Gordon RN. Violence Against Children Surveys (VACS): towards a global surveillance system. *Injury Prevention*. 2016;22 Suppl 1:i17-i22. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041820.
187. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012.
188. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.
189. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Butchart A, Dahlberg LL, Mercy JA. Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2014;19 (6):655–662.2014.
190. Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2015.
191. Mikton C, Mehra R, Butchart A, Addis D et al. A multidimensional model for child maltreatment prevention readiness in low- and middle-income countries. *Journal of Community Psychology*. 2011;39:7, 826–843.
192. Mikton C, Power M, Ralevac Makoae M, Al Eissae M, Cheah I, Cardia N, Chooh C, Almuneef M. The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37:12,1237–1251.
193. Card JJ, Solomon J, Cunningham SD. How to adapt effective programs for use in new contexts. *Health Promotion Practice*. 2011;12:1,25–35.
194. O’ Connor C, Small SA, Cooney SM. Program fidelity and adaptation: meeting local needs without compromising program effectiveness. What works, Wisconsin – research to practice series, Issue 4, April 2007, Wisconsin: University of Wisconsin Madison and University of Wisconsin Extension Program; 2007.
195. Kornilova MS, Batluk JV, Yorick RV, Baughman AL, Hillis SK, Vitek CR. Decline in HIV seroprevalence in street youth 2006-2012, St. Petersburg, Russia: Moving towards an HIV-free generation, in press 2016, *AIDS & Behavior*.





世界卫生组织

世界卫生组织非传染性疾病、
残疾、暴力和伤害预防管理司

地址: 20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

电话: +41-22-791-2064
电子邮件: violenceprevention@who.int

请在如下地址下载本文件:
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire



9 789245 565352