

پروژه‌ی اسفیر



منتشر
بشردوستانه و
حداقل استانی‌ها
در پاسخگویی‌های
بشردوستانه



شماره ۱۳۱

پروژه اسفیر

منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخگویی‌های بشردوستانه

نویسنده
پروژه اسفیر

ترجمه
کنسرسیوم بین المللی پناهندگان در ایران ، با همکاری سازمان
پناهندگی نیروژی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
و عزیز سمیعی

نشر چالش
تابستان ۱۳۹۳ / ۲۰۱۴

- شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۲۵۲۲-۶۷-۵ : شماره کتابشناسی ملی : ۳۵۳۶۸۸۰
- عنوان و نام پدیدآور : پروژه اسفیر؛ منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخگویی‌های بشردوستانه/نویسنده پروژه اسفیر؛ ترجمه کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان در ایران، با همکاری سازمان پناهندگی نروژی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران؛ [با همکاری] عزیز سمیعی.
- مشخصات نشر : تهران : چالش، ۱۳۹۳.
- مشخصات ظاهری : ۴۲۰ ص.: مصور(رنگی)، نمودار.
- یادداشت : عنوان اصلی: Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. , 3rd ed., 2011.
- موضوع : امداد رسانی -- استانداردها
- موضوع : امداد رسانی
- موضوع : اورژانس -- مدیریت -- استانداردها
- موضوع : مسوولیت حمایت (حقوق بین‌الملل)
- رده بندی دیویی : ۳۶۳/۳۴۸.۲۱۸
- رده بندی کنگره : HV۵۵۳/۴د۴ ۱۳۹۳
- شناسه افزوده : سمیعی، عزیز، ۱۳۲۸-، مترجم
- شناسه افزوده : پروژه اسفر
- شناسه افزوده : Sphere Project
- شناسه افزوده : کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان(ایران)
- شناسه افزوده : سازمان پناهندگی نروژی(ایران)
- شناسه افزوده : جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران
- وضعیت فهرست‌نویسی : فیبا



پروژه اسفیر؛ منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخگویی‌های

بشردوستانه

نویسنده: پروژه اسفیر

ترجمه: کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان در ایران، با همکاری سازمان پناهندگی نروژی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و عزیز سمیعی

اهدانندگان مالی: European Commission – Humanitarian Aid and Civil Protection Department and The Norwegian Ministry of Foreign Affairs (ECHO - NMFA)

ویراستار: زهرا تقی‌زاده علی‌اکبری
صفحه‌آرا: محبوبه اصغری‌پور

نوبت چاپ: تابستان ۱۳۹۳ / ۲۰۱۴

شمارگان: ۵۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۵۲۲-۶۷-۵

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: سازمان چاپ و نشر

نشانی: خیابان انقلاب، خیابان منیری جاوید، پلاک ۳۹، واحد ۶ تلفن: ۶۶۴۱۴۶۱۰

وبسایت ناشر: www.Chaleh.ir

این کتاب به صورت رایگان اهدا می‌شود.



پروژه اسفیر

منشور

بشر دوستانه و

حداقل استانداردها

در پاسخگویی‌های

بشر دوستانه



منتشر شده از سوی:

پروژه اسفیر

حقوق معنوی این اثر به پروژه اسفیر ۲۰۱۱ متعلق است.

آدرس ایمیل: info@sphereproject.org

تارنما: www.sphereproject.org

پروژه اسفیر در سال ۱۹۹۷، از سوی گروهی از سازمان‌های غیر دولتی (NGO) و جنبش صلیب سرخ و هلال احمر جهانی بنیان‌گذاری شد تا به تدوین مجموعه قوانینی جهان‌شمول از حداقل استانداردها در حوزه‌های خدمات بشردوستانه بپردازد؛ حاصل این کار انتشار کتاب راهنمای «اسفیر» بود. هدف این کتاب ارتقای کیفیت امداد رسانی بشردوستانه در شرایط ناگوار بلایا و اغتشاشات، و نیز افزایش مسئولیت‌پذیری انسانی در قبال این مردم گرفتار است. «منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در امداد رسانی بشردوستانه»، محصول تجربه جمعی افراد و سازمان‌های گوناگون است؛ بنابراین نباید آن را مبلغ هیچ سازمان خاصی دانست.

نخستین نسخه آزمایشی در سال ۱۹۹۸

نخستین نسخه نهایی در سال ۲۰۰۰

چاپ دوم در سال ۲۰۰۴

چاپ سوم در سال ۲۰۱۱

شابک: ۹۷۸-۱-۹۰۸۱۷۶-۰۰-۴

کاتالوگی از سابقه این نشریه در British library و کتابخانه کنگره آمریکا در دسترس است. همه حقوق این کتاب محفوظ است. این کتاب از اموال معنوی به شمار می‌رود، اما می‌توان آن را برای مقاصد آموزشی، و نه برای فروش، به‌رایگان و به هر طریقی تکثیر کرد؛ البته برای چنین مقاصدی کسب اجازه رسمی ضروری است، ولی این اجازه معمولاً بلافاصله داده می‌شود. برای تکثیر در سایر شرایط، ارسال به‌صورت برخط (online)، کاربرد در سایر نشریات، ترجمه و یا اقتباس، باید اجازه کتبی دارنده حق تألیف پیشاپیش کسب و احتمالاً مبلغی پرداخت شود.

طراحی اصلی از: Metz – Tessy, messaggio studios، فرانسه.

صفحه‌آرایی فارسی از: محبوبه اصغرپور، انتشارات ناب نگار، ایران.

نسخه فارسی کتاب راهنمای پروژه اسفیر از انتشارات چالش قابل تهیه است.

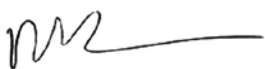
پیشگفتار

این آخرین چاپ از کتاب راهنمای «اسفیر، منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در امداد رسانی بشردوستانه»، دست آورد تشریک مساعی گسترده بین سازمان‌ها است.

«منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها» بازتابی است از تلاش چندین سازمان به منظور ارتقای وضعیت امداد رسانی و احساس مسئولیت در برابر مددجویان و نیز تعیین چارچوبی کاربردی برای انجام وظایف.

مسلم است که «منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها» نمی‌تواند مانع بروز فاجعه‌های انسانی و تحمیل مصیبت‌ها به انسان شود؛ اما می‌تواند با هدف بهبود زندگی مردم مصیبت‌زده، برای ارتقای وضعیت امداد رسانی به آنان، کوشش‌هایی کند.

استانداردهای اسفیر که ابتکار گروهی از سازمان‌های بشردوستانه غیر دولتی، جنبش صلیب سرخ و هلال احمر بود، از بدو پیدایش خود در اواخر دهه ۱۹۹۰ تا به امروز، به‌عنوان استانداردهای عملی امداد رسانی بشردوستانه به‌کار گرفته شده‌است.



تُن وان زودفن

رییس هیئت مدیره اسفیر



جان دامرل

مدیر پروژه

سپاسگزاری

سازمان کنسرسیوم جهانی پناهندگان در ایران (ICRI)، با همکاری و حمایت سازمان امور پناهندگی نیروی (NRC) و جامعه صلیب سرخ ایران (IRCS)، مفتخر است ترجمه فارسی «کتاب راهنمای اسفیر» را به جامعه فعالان امور بشردوستانه ارائه دهد.

این ترجمه که به بار نشستن آن، سال‌ها به طول انجامید، چالش‌های بسیاری را از سر گذرانده است. بر این باوریم که دستاورد نهایی این تلاش، به مثابه ابزاری ارزشمند در میان فعالان فارسی زبان امور بشردوستانه مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

به انجام رسیدن این پروژه، با یاری و حمایت بسیاری از افراد و سازمان‌هایی که با حسن نیت، زمان و تخصص خود را در اختیار آن قرار دادند، میسر شد. شایسته است مراتب سپاسگزاری ویژه‌ی خود را از مدیریت اداره کل امور اتباع خارجی و پناهندگان به خاطر حمایت‌های پایدار ایشان از سازمان‌های مردم‌نهاد بین‌المللی در ایران ابراز داریم. همچنین مایلیم از اعضای پیشین و کنونی سازمان‌های مردم‌نهاد که در طول این پروژه همراه ما بودند، دوستان و همکاران ما در کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (UNHCR)، برنامه جهانی غذا (WFP) و دفتر سازمان ملل در هماهنگی فعالیت‌های بشردوستانه (OCHA)، به خاطر همکاری و حمایت‌های ایشان قدردانی کنیم. نیز از گروه‌های اداری، ترجمه و ویرایش سازمان کنسرسیوم جهانی پناهندگان در ایران و سازمان امور پناهندگی نیروی، به خاطر پشتکار و شکیبایی آنان و دیپارتمان بین‌المللی جامعه صلیب سرخ ایران، به جهت مشاوره‌های ارزشمندشان در این پروژه خالصانه سپاسگزاریم.

در پایان لازم به ذکر است که در انجام این طرح، خود را مرهون حامیان مالی پروژه، وزارت امور خارجه نیرو و بخش کمک‌های بشردوستانه اتحادیه اروپا (ECHO) می‌دانیم. حمایت مستمر این نهادها از اجرای چنین طرح‌هایی در ایران، که موجب بهبود کیفیت فعالیت‌های بشردوستانه در چارچوب استانداردهای اسفیر می‌شوند، بس ستودنی است.

نازنین کاظمی

نماینده کشوری سازمان کنسرسیوم جهانی پناهندگان در ایران

Acknowledgement

The International Consortium for Refugees in Iran (ICRI), with cooperation and support from the Norwegian Refugee Council (NRC) and the Iranian Red Crescent Society, is pleased to present the Farsi translation of the Sphere Handbook to the humanitarian community.

This project has been years in the making and has faced many challenges, but we believe the final result will be used as a valuable tool for the Farsi speaking humanitarian sector.

This project would not have been possible without the support of many people and institutions that contributed their time, expertise and goodwill to this project. First and foremost, I would like to give a special thanks to the Bureau for Aliens & Foreign Immigrants' Affairs (BAFIA) for its continued support of the international NGO community in Iran, the past and present members of the NGO community who have stood by this project, as well as our friends and colleagues at the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), the World Food Programme (WFP) and the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) for their input and support. Additionally, the administrative, translation and editing teams of ICRI and NRC for their stamina and patience; the International Department of the Iranian Red Crescent Society for supporting and advising on the project; and last but not least, I wish to give a very special thanks to our donors, the Norwegian Ministry of Foreign Affairs (NMFA) and the Humanitarian Aid and Civil Protection Department of the European Commission (ECHO). Their continued support of humanitarian projects in Iran is much appreciated as we move forward with our next mission to have this handbook make a difference on a national scale.

Nazanin Kazemi
Country Representative
ICRI

تشکر و قدردانی

تجدید نظر در کتاب راهنمای اسفیر، فرایندی جامع است، با مشارکت و مشاوره افراد بسیاری در سراسر جهان که ذکر نام تک تک آنان مقدور نیست؛ بنابراین این پروژه مرهون مساعدت و تشویق افراد و سازمان‌هایی است که هر یک در به بار نشستن آن سهمی داشته‌اند.

فرایند تجدید نظر در کتاب راهنمای اسفیر، با راهنمایی گروهی از افراد مسئول در فصول فنی و ویرایش مطالب مترادف و حمایت افراد مرجع برای رسیدگی به مواردی ضروری، انجام گرفته است. همه این افراد، با توجه به سطح کار مورد نظر، از بخش‌های مرتبط جذب، جابه‌جا و یا مستقیماً استخدام شدند. چندین مشاور هم هدایت کلی این اثر را برعهده داشتند؛ این افراد، که البته برای امور دیگر هم نامشان ذکر شده، از این قرارند:

منشور بشردوستانه: جیمز دارسی، مری پیکارد، جیم بیشاپ (از Inter Action)، کلیر اسمیت (از Care International) و ایون کلینمان (از IFRC).

اصول حمایت: اد شِکنبرگ فان میروپ (از ICVA) و کلودینهای دِل.

استانداردهای کلیدی: پتا ساندیسون و سارا دیویدسون.

فصول فنی

- بهسازی منابع آب، فاضلاب و بهداشت: نگا بازرف لِگسه (اکسفام بریتانیای کبیر)
- امنیت غذا و تغذیه:
- تغذیه: سوزان ترستانس (Save The Children، بریتانیای کبیر)
- امنیت غذایی و تأمین هزینه‌های زندگی: دوریگ ولی (Action Contre la Faim)
- کمک غذایی: پال ترنبول (برنامه جهانی غذا) و والتر میدلتون (Word Vision International)
- مسکن، استقرار و اقلام غیر غذایی: گراهام ساندرز (IFRC)
- اقدامات بهداشتی: مسفین تِکلو (Word Vision International)

ویرایش مطالب مترادف

- کودکان: مونیکا بلومستروم و ماری مورث (هردو از Save The Children سوئد)
- سالمندان: جو ولز (Help Age International)
- افراد دچار معلولیت: ماریا کت (مرکز معلولیت و توسعه فراگیری معلولان Leonard Cheshire)
- جنسیت: سیوبهان فوران (پروژه IASC Gen Cap)
- موضوعات روانی-اجتماعی: مارک فان اومرن (سازمان بهداشت جهانی) و مایک وِسلز (دانشگاه کلمبیا)
- HIV و ایدز: پال اشیگل (کمیساریای عالی سازمان ملل برای پناهندگان)
- محیط زیست، تغییرات آب و هوا و کاهش خطرات بلاها: آنیتا فان برِدا (WWF) و نایجل تیمینیس (Christian Aid)

استاندارهای همراهی با اسفیر

- تعلیم و تربیت: جنیفر هوفمن و تزوتموریا لاثوب (هردو از INEE)
- تأمین هزینه‌های زندگی: کتی واتسون (LEGS)
- احیای اقتصادی: تریسی گِرستِل و لورا میسنِل (هردو از شبکه SEEP)

اشخاص مرجع

- احیای زودهنگام: ماریا اولگا گونزالس (برنامه عمران سازمان ملل متحد و BCPR)
 - هماهنگی و مدیریت اردوگاه‌ها: گیلیان دان (IRC)
 - برنامه‌ریزی برای انتقال وجوه نقد: نوپور کوکرتی (شبکه Cash Learning Partnership)
- به‌علاوه، با تعدادی از افراد نیز درخصوص مداخله غیر نظامی- نظامی، حساسیت در مقابل اغتشاشات و نهادهای شهری مشورت شد.
- برای حمایت از مسئولان اصلی پروژه در انجام کارهایشان، گروه‌های کاری و گروه‌های مرجع ایجاد گردید. پروژه اسفیر مرهون مساعدت همه این افراد و دیگر کسانی است که نامشان در اینجا ذکر نشده؛ اما فهرست کاملی از همه کارگروه‌ها و اعضای اصلی را می‌توان در تارنما یا وب‌سایت اسفیر به آدرس www.sphereproject.org یافت.

ویراستارها: فیل گرینی، سو فیفتر، دیوید ویلسون
گرداننده کارگاه تجدید نظر: راجا جراح
کارشناس نظارت و ارزیابی: کلاودیا اشناپدر، اس‌ک‌ای‌تی

هیئت مدیره اسفیر (در تاریخ ۱۳ دسامبر ۲۰۱۰)

Action by Churches Together (ACT) آلاینس (جان اندونا)، هیئت هماهنگ‌کننده برای
امدادرسانی به افغان‌ها (ACBAR) (لوران سیلار)، (ADH) Aktion Deutschland Hilft (مانوئلا
روسباخ)، Care International (اولیور برائونستفر)، کاریتاس بین‌الملل (Jan Weuts)، شورای
بین‌المللی آژانس‌های داوطلب (ICVA) (Ed Schenkenberg Van Mierop)، کمیته بین‌المللی
نجات (IRC) (گیلیان دان)، Inter Action (لیندا پوتیت)، Intermon Oxfam (النا اسکورتاتی)،
فدراسیون بین‌المللی سازمان‌های صلیب سرخ و هلال احمر (IFRC) (سیمون اکشلال)، فدراسیون
جهانی لوتران (LWF) (رودلمار بوئود فاریا)، گروه اقدام راهبردی برای پاسخگویی به فوریت‌ها
(پیجر یا PAGER) (Mia Vukojevic)، پلان اینترنشنال (اونی کریشنن)، ائتلاف «Save The
Children» (آنی فاستر)، اسفیر هندوستان (N.M. Prusty)، ارتش نجات (ریلتون گیسی)، Word
Vision International (تن فان زودفن)

حامیان مادی

بودجه بازنگری در کتاب راهنمای «اسفیر»، علاوه بر مساعدت سازمان‌های نام‌برده، از سوی
نهادهای زیر تأمین گردید:

آژانس استرالیایی توسعه بین‌المللی (آئوس اید)، دفتر بشردوستانه جامعه اروپا (مجمع اروپایی
یا ECHO)، وزارت امور خارجه آلمان، وزارت امور خارجه اسپانیا، آژانس سویسی توسعه و
همکاری (SDC)، اداره توسعه بین‌الملل پادشاهی انگلستان (DFID)، اداره حکومتی پناهندگان و
مهاجران ایالات متحده (USPRM)، دفتر توسعه بین‌الملل آژانس یاری‌رسانی در بلایای خارجی
ایالات متحده (US – OFDA)

تیم پروژه اسفیر

مدیر پروژه: جان دامرل

مدیریت آموزش و فراگیری: ورنیکا فوبر

مدیریت توسعه و مواد: آنینیا نادیک

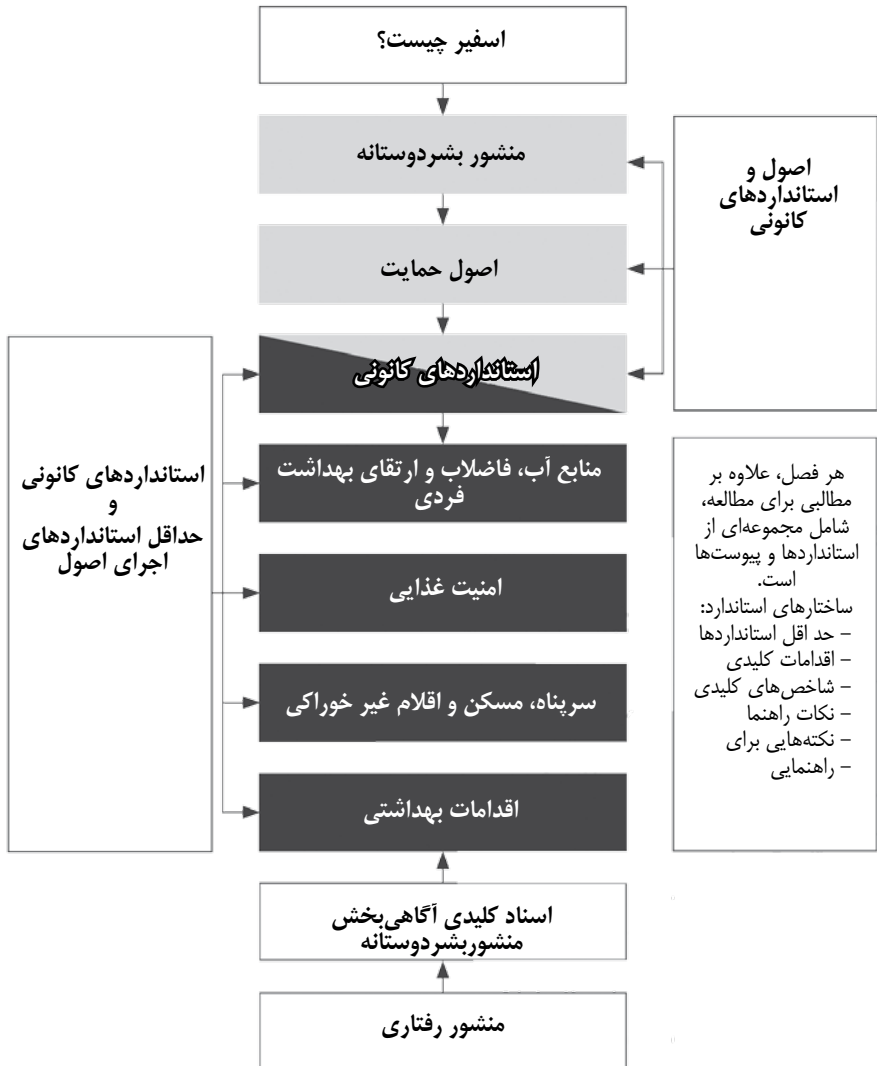
پشتیبانی آموزش و توسعه: سسیلیا فورتاده

امور اداری و مالی: لیدیا بیکویی

آلیسون جویئر، هانی اسکندر و لورا لویز نیز، در مراحل مختلف بازنگری در کتاب راهنما،
همکاری‌ها و مساعدت‌هایی داشته‌اند.

فهرست

پیشگفتار	۵
سیاسگزاری	و
تشکر و قدردانی	ح
اسفیر چیست؟	۳
منشور بشردوستانه	۱۹
اصول حمایت	۲۵
استانداردهای کانونی	۴۹
حداقل استانداردها برای منابع آب، فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی	۸۵
حداقل استانداردها در امنیت غذایی و تغذیه	۱۴۷
حداقل استانداردها برای سرپناه، اسکان و اقلام غیرخوراکی	۲۵۱
حداقل استانداردها برای اقدامات بهداشتی	۳۰۱
پیوست‌ها	۳۷۳
پیوست ۱. مدارک کلیدی که از منشور بشردوستانه آگاهی می‌دهند	۳۷۴
پیوست ۲: منشور رفتاری جنبش صلیب سرخ و هلال احمر جهانی و سازمان‌های غیردولتی (NGOها) در امداد رسانی‌های پس از بحران ...	۳۸۷
پیوست ۳: فهرست اختصارات	۳۹۶
فهرست اعلام	۴۰۵



اسفیر چیست؟



اسفیر چیست؟

پروژه اسفیر و کتاب راهنمای آن از لحاظ ارائه ملاحظات مربوط به کیفیت و توانایی پاسخ‌گویی به نیازمندی‌های بشردوستانه به‌خوبی شناخته شده‌است، اما منشأ و مبدأ پروژه اسفیر چیست؟ این کتاب راهنما چرا و چگونه به‌وجود آمد؟ جایگاه آن در اقدامات کلان بشردوستانه کجاست؟ چه کسی و چه زمانی باید آن را به‌کار برد؟ در این فصل تلاش شده ضمن تشریح جزییات و ساختار کتاب، به این پرسش‌های اساسی پاسخ داده‌شود که «فرد یا سازمان، به‌عنوان مخاطب این مجموعه، چگونه می‌تواند خود را با استانداردهای آن تطبیق دهد».

فلسفه پروژه اسفیر: حق زندگی با حفظ کرامت انسانی

گروهی از سازمان‌های غیردولتی (NGOها)، جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر در سال ۱۹۹۷ پروژه اسفیر را بنیان گذاردند. هدف آنان ارتقای کیفیت اقداماتشان در راستای پاسخ‌گویی به بحران‌ها و حوادث ناگوار و مسئولیت‌پذیری در آن موارد بود. آن‌ها مبنای فلسفه اسفیر را بر دو باور اصلی گذاشتند: نخست این‌که افراد آسیب‌دیده در وقایع و کشمکش‌ها حق زندگی با حفظ کرامت انسانی و بنابراین استحقاق به‌رمندی از مساعدت را دارند و دوم این‌که برای تسکین دردمندی‌های بشری ناشی از بلایا و بحران‌ها، باید همه قدم‌های ممکن را برداشت.

در راستای حمایت از این دو باور اصلی، در اسفیر چارچوبی برای منشور بشردوستانه، تعریف و مجموعه‌ای از حداقل استانداردها برای بخش‌های اصلی فعالیت‌های امداد و نجات تهیه و همین‌جا در چهار فصل تکنیکی این کتاب راهنما منعکس شده‌است: آب، فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی؛ امنیت غذایی و تغذیه؛ سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی و اقدامات بهداشتی. استانداردهای قانونی استانداردهایی کلی برای تمام فرایندها هستند و در همه فصل‌های فنی کاربرد دارند.

«حداقل استانداردها» مبتنی بر شواهد بهترین عملکردهای امدادی بشردوستانه در برابر بلایا و بیابانگر اتفاق نظر در عرصه همه بخش‌ها است. اقدامات کلیدی، شاخص‌های کلیدی و نکات راهنما (ذیل سرفصل «چگونه از استانداردها استفاده کنیم») با هر استاندارد آمده‌است و درخصوص چگونگی رعایت استانداردها رهنمودهایی به‌دست می‌دهد.

«حداقل استانداردها» شرایطی را توصیف می‌کند که باید در هریک از این امدادسانی‌ها وجود



داشته باشد تا مردم مصیبت زده، بتوانند با حفظ شأن و کرامت خود به زندگی ادامه دهند و در شرایطی پایدار اسکان یابند. در فرایند مشورتی فلسفه اسفیر برای آسیب دیدگان نیز جایگاهی تعیین شده است؛ از این رو، پروژه اسفیر اکنون، یکی از نخستین منابعی است که به مثابه الگوی ابتکارهای کیفیت و مسئولیت پذیری (Q&A) شناخته می شود.

«منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها» به صورت یک کتاب راهنما منتشر شده است و اکنون (ترجمه) آخرین ویرایش آن را مطالعه می کنید. این کتاب راهنما برای برنامه ریزی، اجرا، نظارت و حتی ارزیابی در حین امداد رسانی بشردوستانه طراحی شده است. به زعم مسئولان نیز این کتاب، ابزاری برای دفاع از فضای بشردوستانه و جذب منافع گروه شناخته می شود. علاوه بر این، شمول استانداردهای اسفیر، در پاسخگویی به بحران و طرح مشارکت خیرین برای تأمین نیازها و ارائه گزارش در حوادث ناگهانی، بسیار سودمند واقع می شود.

از آن جا که این کتاب راهنما متعلق به یک سازمان نیست، مجموعاً از مقبولیت گسترده ای برخوردار است و به یکی از معتبرترین مجموعه استانداردها در امداد رسانی بشردوستانه تبدیل و به صورت بین المللی پذیرفته شده است و همچنین، به مثابه ابزاری برای ارتباطات بین سازمانی و هماهنگی به کار می رود.

اسفیر نخستین بار در سال ۲۰۰۰ انتشار یافت؛ نخستین بار در سال ۲۰۰۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت و سپس در سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ مجدداً ویرایش شد. هم زمان با هریک از فرایندهای بازبینی، در همه بخش ها مشاوره هایی به عمل آمد که در آن گستره وسیعی از آژانس ها، سازمان ها و افراد مختلف، و نیز دولت ها و آژانس های سازمان ملل متحد مشارکت داشتند.

کاربران اصلی کتاب راهنمای اسفیر، مسئولان مربوط به برنامه ریزی، مدیریت و یا اجرای امداد رسانی بشردوستانه و همچنین کارکنان و داوطلبان سازمان های محلی، ملی و بین المللی هستند. از لحاظ تأمین بودجه و پیشنهاد پروژه نیز به طور مکرر به حداقل استانداردها مراجعه می شود.

فعالان دیگر، مانند مقامات دولتی و محلی، سازمان های نظامی یا بخش خصوصی نیز تشویق می شوند تا کتاب راهنمای اسفیر را به کار برند. این کتاب هم در هدایت اقدامات خود این فعالان و هم کمک به درک آنان از استانداردهای کاربردی آژانس های بشردوستانه - که با آنان همکاری می کنند -، می تواند مفید باشد.

کتاب راهنما: بازتابی از ارزش های اسفیر

ساختار کتاب راهنما بازتابی است از هدف اسفیر در ارائه پاسخ گویی مناسب، همراه با نگرشی مبتنی بر حقوق و مشارکت.

منشور بشردوستانه، اصول حمایت و استانداردهای کانونی

منشور بشردوستانه، اصول حمایت و استانداردهای اصلی، همه بر نگرش انسان‌محور و مبتنی بر حقوق کتاب اسفیر به امدادسانی بشردوستانه تأکید دارند. تمرکز این منشور در همه مراحل پاسخگویی، بر اهمیت دربرگرفتن گروه‌های آسیب‌دیده و مقامات ملی و محلی است. اصول حمایت و استانداردهای کانونی در آغاز کتاب در یک گروه قرار داده شد تا از تکرار آن‌ها در فصول فنی جلوگیری شود. کاربران اسفیر، از جمله کارشناسان هر حوزه خاص، باید آن را به‌عنوان بخشی جدانشدنی از این فصل‌ها در نظر بگیرند.

سنگ زیربنای کتاب راهنما، منشور بشردوستانه است (که در پیوست ۱ و صفحه ۳۵۴ با فهرستی مشروح از اسناد کلیدی حقوقی و راهبردی همراه شده‌است). این کتاب پس‌زمینه‌ای اخلاقی و حقوقی برای اصول حمایت و همچنین برای استانداردهای کانونی و حداقل استانداردها فراهم می‌نماید و از این طریق عرصه را برای تفسیر و اعمال درست آن‌ها مهیا می‌کند. این اثر، بیانیه‌ای است از حقوق و وظایف قانونی مرسوم، اعتقادات مشترک و تعهدات آژانس‌های بشردوستانه که همه در مجموعه‌ای از اصول، حقوق و وظایف مشترک گردآوری شده‌است. همه این موارد، که بر مبنای اصول انسانیت و الزامات بشردوستانه استوار است، شامل زندگی با حفظ کرامت انسانی، حق دریافت کمک‌های بشردوستانه و حق بهره‌مندی از حمایت و امنیت است. این منشور همچنین بر اهمیت پاسخگو بودن آژانس در برابر جوامع مصیبت‌زده تأکید دارد. استانداردهای کانونی و حداقل استانداردها تأییدی هستند بر معنی عملی این اصول و وظایف.

منشور بشردوستانه توضیح می‌دهد که چرا امداد و حمایت، هر دو از ستون‌های مهم اقدامات بشردوستانه به‌شمار می‌رود. برای افزایش بیشتر جنبه حمایت منشور، مجموعه‌ای از اصول حمایت در کتاب راهنما لحاظ شده‌است. این مجموعه تعدادی از اصول و استانداردهای مندرج در منشور را به راهبردها و اقداماتی تبدیل می‌کند که باید از دیدگاهی حمایتی الهام‌بخش اقدامات بشردوستانه باشد. حمایت، بخشی اصلی از اقدامات بشردوستانه است و برای تضمین رسیدگی آژانس‌ها به تهدیدهای جدی‌تر پیش روی مردم مصیبت‌زده در زمان بروز بلایا و اغتشاشات، مسئولیت همه آژانس‌های بشردوستانه را گوشزد می‌کند.

این آژانس‌ها باید اطمینان حاصل کنند که اقدامات آنان آسیب بیشتری به مردم مصیبت‌زده وارد نخواهد کرد (اصل یک حمایت)، منافع اقدامات آژانس به‌طور ویژه به مردمی می‌رسد که بیشترین آسیب را در حوادث دیده‌اند (اصل ۲ حمایت)، به حمایت از مردم آسیب‌پذیر در برابر خشونت و سایر موارد ظلم و بی‌قانونی می‌پردازند (اصل ۳ حمایت) و به مردم آسیب‌دیده از فجایع کمک می‌کنند تا از عوارض مورد سوءاستفاده قرارگرفتن‌ها، رهایی یابند (اصل ۴ حمایت). به‌طور کلی نقش و مسئولیت آژانس‌های بشردوستانه در عرصه حمایت، نسبت به مسئولیت حکومت‌ها یا سایر افراد و سازمان‌های مسئول، ثانویه است و اغلب شامل یادآوری این مسئولیت‌ها به مقامات می‌شود.



استانداردهای کانونی نخستین مجموعه حداقل استانداردها است و همه استانداردهای دیگر از آن تأثیر می‌پذیرد. این استانداردها به تشریح روندها و نگرش‌هایی می‌پردازد که در حین امداد رسانی برای تأثیر بیشتر این خدمات ضروری است. برای دستیابی به استانداردهای فنی، باید بر ظرفیت و مشارکت فعال کسانی که تحت تأثیر نزاع یا بلایی قرار می‌گیرند، تمرکز کرد و تحلیل و درکی همه‌جانبه از حادثه و نیازمندی‌ها به‌دست‌آورد، همچنین هماهنگی مؤثر میان آژانس‌ها، تعهد به ارتقای دائمی عملکرد و به‌کارگیری امدادگران بامهارت و بهره‌مند از حمایت ضروری است.

همان‌طور که گفته‌شد، اصول حمایت و استانداردهای کانونی هر دو در آغاز کتاب راهنما در یک قسمت گنجانده شده تا از تکرار آن‌ها در فصول فنی جلوگیری شود. این اصول بر همه فعالیت‌های بشردوستانه تأکید دارد و باید همراه با فصول فنی به‌کار گرفته شود. به‌منظور حفظ روحیه مسئولیت‌پذیری و کیفیت ارائه خدمات به گروه‌های آسیب‌دیده از بحران، رعایت این اصول در دستیابی به استانداردهای فنی اهمیت زیادی دارد.

استانداردهای کانونی و حداقل استانداردها در چهار فصل فنی

استانداردهای اصلی و حداقل استانداردها، نحوه انجام برنامه‌ریزی و چهار مجموعه فعالیتی مربوط به نجات زندگی را تحت پوشش قرار می‌دهد؛ یعنی: ۱. منابع آب، فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی؛ ۲. امنیت غذایی و تغذیه؛ ۳. سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی و ۴. اقدامات مربوط به حفظ سلامتی.

چگونگی کاربرد استانداردها

«استانداردهای کانونی و حداقل استانداردها» از یک الگوی خاص پیروی می‌کند. این فصل با یک اظهاریه عمومی و جهانی - یعنی حداقل استانداردها - آغاز و در ادامه با مجموعه‌ای از اقدامات و شاخص‌های کلیدی و نکات راهنما پیگیری می‌شود.

در نخستین گام، حداقل استانداردها تبیین می‌شود. هر استاندارد از این اصل مشتق می‌شود که مردم مصیبت‌زده حق دارند با حفظ کرامتشان زندگی کنند. این استانداردها از لحاظ ماهیت کیفی هستند و بر سطوح حداقلی که در امداد رسانی بشردوستانه باید رعایت شوند، تأکید دارند. چشم‌انداز آن‌ها جهانی است و در همه وضعیت‌های بحران کاربرد دارند؛ به همین دلیل این‌ها در گزاره‌های کلی صورت‌بندی شده‌اند.

سپس، برای دستیابی به حداقل استانداردها اقدامات عملی کلیدی پیشنهاد شده‌است. ممکن است، نتوان برخی اقدامات را در همه چارچوب‌ها به‌کاربرد. انتخاب فعالیت‌ها و طراحی اقدامات جایگزینی که منجر به رعایت استانداردها شود، به عهده فعالان امر است.

در گام بعدی مجموعه‌ای از شاخص‌های کلیدی آمده که به صورت «علائم»، نشان‌دهنده رعایت یا عدم رعایت یک استاندارد عمل می‌کند و برای محاسبه و ارتباط روندها و نتایج اقدامات کلیدی رهگشاست. شاخص‌های کلیدی به حداقل استانداردها مربوط است، نه به اقدامات کلیدی.

در بخش پایانی نیز، نکات راهنما آمده، که شامل مواردی است که محتوای خاصی را دربردارد و در هنگام انتخاب هدف برای اتخاذ اقدامات کلیدی و دستیابی به شاخص‌های کلیدی، باید در نظر گرفته شود. این‌ها شامل رهنمودها، محک‌ها و توصیه‌هایی است، برای مهار مشکلات عملی، درباره موضوعاتی که اولویت دارد. در ضمن ممکن است این‌ها شامل موضوعات مهم مرتبط با استانداردها، اقدامات و شاخص‌ها هم باشند و تنگناها، مناقشه‌ها یا بخش‌های مغفول دانش موجود را توضیح دهند؛ بنابراین نکات اصلی، شامل راهنمایی درباره چگونگی اجرای فعالیت‌های خاص نیست.

مقدمه‌های کوتاهی در هر فصل موضوعات عمده هر فصل را مشخص می‌کند. فصول «حداقل استانداردهای فنی»، پیوست‌هایی نیز دارد؛ از جمله: چک‌لیست یا فهرست‌های ارزیابی، فرمول‌ها، جدول‌ها و نمونه‌فرم‌های گزارش. هر فصل با ذکر منابع و پیشنهادهایی برای مطالعه بیشتر به پایان می‌رسد. در وب‌سایت یا تارنمای اسفیر برای هر فصل از کتاب راهنما، لغتنامه مفصلی وجود دارد www.sphereproject.org.

همه فصول با یکدیگر مرتبط اند. اغلب، استانداردهای تبیین‌شده در یک بخش را باید در پیوند با سایر استانداردها مشروح در بخش‌های دیگر مورد ملاحظه قرار داد؛ درنهایت کتاب راهنما شامل مراجع متعددی است که همه با هم مربوط اند.

تطابق با حداقل استانداردهای اسفیر

کتاب راهنمای اسفیر یک منشور داوطلبانه و سندی برای تنظیم کیفیت خودمسئولیت‌پذیری است و پروژه اسفیر سازوکاری ندارد که در آن برآورده کردن درخواستی مدیریت شود. چیزی به نام «ثبت نام»، عضویت یا هر فرایند اعتباربخشی دیگری در اسفیر نیست. هدف آگاهانه پروژه اسفیر این بوده است که کتاب راهنما شامل موارد تجویزی و یا الزامی نباشد تا برخورداری از آن به گسترده‌ترین شکل ممکن تشویق شود.

کتاب راهنما درباره چگونگی ارائه خدمات خاص، دستورالعملی ندارد (برای رسیدن به استانداردها، اقدامات کلیدی فعالیت‌هایی را توصیه می‌کند، اما چگونگی انجام آن‌ها را مشخص نمی‌کند)؛ در عوض توضیح می‌دهد که برای تضمین یک زندگی با حفظ کرامت و منزلت برای گروه‌های آسیب‌دیده از بحران، چه چیزهایی باید موجود باشد. لذا انتخاب برنامه مناسب برای تضمین تطابق با حداقل استانداردهای اسفیر به هر اژانس مجری کار مربوط است. برخی از اژانس‌ها از سازوکارهای داخلی استفاده کرده‌اند، درحالی‌که برخی دیگر، روش کار همتایانشان را هم از نظر



گذرانده‌اند.

برخی از آژانس‌ها برای ارزیابی امدادرسانی گروهی در بحران، به‌ویژه در بحران‌های خاص، اسفیر را به‌کاربرده‌اند. تطابق با اسفیر به‌معنی رعایت همه استانداردها و شاخص‌ها نیست. میزان رعایت استانداردها در هر آژانس به زنجیره‌ای از عوامل بستگی دارد که برخی خارج از حیطه کنترل آن‌ها است. گاهی مشکلات دسترسی به گروه‌های آسیب‌دیده با عدم همکاری مسئولین همراه و یا ناامنی شدید، باعث عدم رعایت استانداردها می‌شود.

اگر پیش از وقوع حادثه‌ای، شرایط زندگی جمعیتی به‌طرز چشمگیری پایین‌تر از حداقل استانداردها باشد، ممکن است آژانس‌ها برای رساندن آنان به حد استاندارد، منابع کافی نداشته باشند. در چنین شرایطی، فراهم کردن امکانات اساسی برای کل جمعیت مهم‌تر از رساندن تنها بخشی از جمعیت به سطح حداقل استانداردها است.

همچنین حداقل استانداردها گاهی می‌تواند فراتر از شرایط زندگی روزمره جمعیت پیرامون باشد. رعایت استانداردها برای گروه‌های آسیب‌دیده از بحران ضروری می‌نماید، اما ممکن است چنین شرایطی نشان‌دهنده لزوم اقدام برای حمایت از جمعیت‌های پیرامونی و گفتگو با سران آنان باشد. در هر حال، وضع موجود تعیین می‌کند که چه چیزی مناسب و امکان‌پذیر است.

در شرایطی که نمی‌شود استانداردها را رعایت کرد، آژانس‌های بشردوستانه باید:

- در گزارش (یا ارزیابی، برآورد، و غیره) خود فاصله بین شاخص‌های اسفیر و آنچه را که در عمل امکان‌پذیر است، توضیح دهند؛
 - دلایل آن و هرچه را که لازم است تغییر کند، تبیین کنند؛
 - اثرات منفی بر جمعیت آسیب‌دیده را مورد ارزیابی قرار دهند؛
 - اقدامات تسلی‌بخش لازم را برای کاستن از دردهای ناشی از آسیب‌ها به‌عمل آورند.
- آژانس‌ها با تعهد به اقدامات ذکرشده، نشان می‌دهند که حتی اگر نتوانند فلسفه اسفیر و حداقل استانداردها را آن‌گونه که در کتاب راهنما آمده رعایت کنند، خود را به آن نزدیک می‌کنند.

جایگاه اسفیر در اقدامات بشردوستانه

کتاب راهنمای اسفیر برای استفاده در طول امدادرسانی بشردوستانه در زنجیره‌ای از وضعیت‌ها، از جمله در بلایای طبیعی، نزاع‌ها، رویدادهایی که در محیط‌های زیست شهری و حومه شهری در آغاز آهسته یا سریع هستند و بحران‌های پیچیده سیاسی در همه کشورها طراحی شده‌است. واژه «بحران» در برگیرنده این وضعیت‌ها است و در هر جا که مناسب باشد واژه «اغتشاش» به‌کار می‌رود. «جمعیت» به افراد، خانواده‌ها، جوامع و گروه‌های بزرگتر اطلاق می‌شود. در نتیجه، ما در سراسر کتاب عبارت «جمعیت آسیب‌دیده از بحران» را به‌کار می‌بریم.

چه وقت از این کتاب راهنما استفاده کنیم؟

حداقل استانداردهای اسفیر با تمرکز بر امداد رسانی بشردوستانه، فعالیت‌هایی را تحت پوشش قرار می‌دهد که نیازهای اضطراری جمعیت‌های آسیب‌دیده از فجایع را رفع می‌کند. دامنه این فعالیت‌ها از چند روز یا چند هفته تا چندین ماه و به‌ویژه در موارد ناامنی‌های درازمدت و آوارگی‌ها، حتی چندین سال طول می‌کشد؛ لذا تعیین چارچوب زمانی دقیق برای تمرین بخشی استانداردهای اسفیر غیر ممکن است.

در هر حال، کتاب راهنما در حوزه گسترده امداد رسانی بشردوستانه جایگاه خاصی دارد که گستره آن فراتر از تأمین فوری اقلام امدادی است و طیفی از فعالیت‌ها را دربرمی‌گیرد که با آمادگی برای برابری با بحران آغاز می‌شود، و سپس به پاسخ‌گویی بشردوستانه می‌پردازد و سرانجام تا بازگشت فوری به وضعیت مناسب ادامه می‌یابد. کتاب راهنما به‌عنوان یک سند مرجع برای هر دو گروه آمادگی برای برابری با بحران و بازگشت سریع به وضعیت مناسب - که از لحاظ مفهومی «چارچوب» امداد رسانی بشردوستانه را تشکیل می‌دهند، اما درواقع باید هم‌زمان مد نظر باشند - مفید است.

آمادگی برای برابری با بحران نیازمند این است که دست‌اندرکاران - یعنی دولت، آژانس‌های بشردوستانه، سازمان‌های محلی جامعه مدنی، جوامع و افراد - ظرفیت‌ها، روابط و دانش آمادگی را داشته باشند و به‌طور مؤثر دربرابر بحران و یا وضعیت حاصل از اغتشاش پاسخ بدهند. این‌ها باید پیش‌تر و نیز در حین پاسخ‌گویی، دست به اقداماتی بزنند که آمادگی آن‌ها را افزایش و خطر احتمالی آینده را کاهش دهد. این‌ها دست کم باید برای رعایت حداقل استانداردهای اسفیر در زمان برابری با بلایا در آینده آمادگی داشته باشند.

بهبودبخشی فوری به اوضاع فرایندی است که در پی اقدامات امدادی می‌آید و چنان‌چه از آغاز هر پاسخ‌گویی بشردوستانه پیش‌بینی شده باشد، منجر به بهبودی درازمدت می‌شود. به‌دلیل اهمیت بهبودبخشی فوری به اوضاع، در سراسر کتاب راهنما و به هر شکلی که لازم بوده، به آن اشاره شده است.

تحولات در بخش بشردوستانه و معنی آن‌ها برای اسفیر

در طول چند سال گذشته چندین تحول در بخش بشردوستانه و سایر حوزه‌های مربوط پدیدار و موجب تغییراتی در ماهیت بحران و اغتشاشات و همچنین فعالیت بشردوستانه شده است. تحولاتی که در ضمن فرایند تجدید نظر در کتاب راهنما مورد ملاحظه قرار گرفت، عبارتند از:

- تمرکز فزاینده مفهومی و عملیاتی بر پاسخگویی‌های محلی و ملی با آگاهی از این نکته که خود جمعیت‌های آسیب‌دیده از فجایع هم باید مورد مشورت قرارگیرند و ظرفیت‌های پاسخ‌گویی حکومت‌ها، آژانس‌ها و نهادهایی که بحران بر آن‌ها اثر گذاشته است، تقویت



شود.

- مسئولیت‌پذیری در اقدامات بشردوستانه و به‌ویژه مسئولیت‌پذیری در برابر جمعیت‌های آسیب‌دیده، و نیز هماهنگی‌های قبلی، مثلاً در فرایند تجدید نظر بشردوستانه (نگرش گروهی) تحت همکاری‌ها و کمک‌های مالی کمیته دائمی بین آژانس‌ها (IASC).

- تمرکز بسیار بر موضوعات مربوط به حمایت و پاسخگویی‌ها.

- آگاهی لحظه‌به‌لحظه از مهاجرت‌های اجباری عظیم، به علت بحران‌های ناشی از تغییرات جوی و آگاهی از این نکته که وخامت وضعیت محیط زیست، آسیب‌پذیری را افزایش می‌دهد.

- آگاهی از این نکته که جمعیت‌های فقیر شهری به‌سرعت در حال افزایش‌اند و این افراد آسیب‌پذیری‌های خاصی دارند که به‌طور ویژه با پول، اقتصاد، وابستگی اقتصادی و فضای فیزیکی مرتبط است.

- نگرش‌های تازه به امداد، از قبیل انتقال وجوه نقد، حواله و خریدهای محلی به‌جای ارسال محموله‌های کالا در امدادرسانی‌ها؛

- توجه فزاینده به کاهش خطرات بحران‌ها، هم به‌عنوان یک بخش و هم یک نیاز؛

- افزایش دخالت نظامیان - یعنی مجموعه‌ای که امدادرسانی بشردوستانه در وهله اول برانگیزاننده آنان نیست و در دستور کارشان قرار ندارد-، در برخی امدادرسانی بشردوستانه که نیازمند تدوین قوانین و هماهنگی‌های راهبردی خاص برای گفتمان نظامی - غیر نظامی بشردوستانه است؛

- افزایش دخالت بخش خصوصی در امدادرسانی بشردوستانه، که نیازمند قوانین و راهبردهای مشابه گفتمان نظامی - غیر نظامی است.

پروژه اسفیر این تحولات و به‌ویژه موضوعات تازه‌تری مثل انتقال وجوه نقد و بهبود بخشی فوری به اوضاع و روابط نظامی - غیر نظامی را، به‌گونه‌ای مناسب در کتاب راهنما پوشش داده‌است.

درک شرایط در حین پاسخ‌گویی بشردوستانه

به منظور تحلیل نیازمندی‌ها و آسیب‌پذیری‌های مردم و ظرفیت‌های آنان در هر زمینه پاسخ‌گویی بشردوستانه مؤثر باید بر مبنای تشخیصی عقلانی (ارزیابی، نظارت و تخمین) باشد.

کتاب راهنما اساساً به‌عنوان سندی برای تشخیص زمینه‌های مختلف نیازمندی و تدوین برنامه برای پاسخ‌گویی بر اساس آن‌ها طراحی شده‌است؛ این کتاب مسئولان امور را در بازتاب الگوی ذهنیشان درخصوص دستیابی به استاندارد کاربردی در سطح جهانی و نیز در شرایط بغرنج راهنمایی می‌کند.

در میان گروه آسیب‌دیده از بحران، همه افراد به‌صورت یکسان بر منابع و قدرت کنترل ندارند، لذا مردم به طرق مختلف و بر مبنای وابستگی‌های قومی، مذهبی یا سیاسی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

آوارگی ممکن است افراد خاصی را که در وضعیت‌های متعارف، خطری تهدیدشان نمی‌کند، دچار آسیب کند. گاه ممکن است، زنان، کودکان، افراد سالمند، اشخاص معلول و یا کسانی که مبتلا به ویروس ایدز (HIV) هستند، به‌خاطر وجود موانع فیزیکی، فرهنگی و یا اجتماعی از دریافت کمک‌های حیاتی یا برخورداری از فرصت ابراز و بیان مشکلاتشان، محروم شوند. تجربه نشان داده است که رسیدگی به این افراد با تهیه فهرست بلندبالایی از «گروه‌های آسیب‌پذیر»، حتی در یک بحران خاص، به‌مرور منجر به اقدامات موازی و غیر مؤثر و نادیده‌گرفتن ماهیت متغیر آسیب‌پذیری‌ها شود.

در تلاش‌های امدادی و بهبودبخشی فوری به اوضاع، به‌منظور بازسازی ایمن‌تر و ارتقای مقاومت در جوامع، باید بحران‌ها و آسیب‌پذیری‌های احتمالی را هم در نظر گرفت. از مدتی پیش در بسیاری از نقاط جهان، تغییر شرایط اقلیمی، بر الگوهای خطرات تأثیر گذاشته‌است؛ دانش سنتی درباره بلایا، آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌ها، باید با ارزیابی خطراتی که در آینده شرایط اقلیمی را تهدید خواهد کرد، در هم آمیخته شود.

در این کتاب برای داشتن رفتاری مناسب با هر وضعیت بلاخیز و آسیب‌پذیری‌های خاص جمعیت گرفتار در آن، به موضوعاتی با مضامین مرتبط پرداخته شده‌است. این موضوعات شامل کودکان، جنسیت، سالمندان، HIV و ایدز، اشخاص دچار ناتوانی و حمایت روانی - اجتماعی از آسیب‌پذیری این افراد و زیرگروه‌هایشان می‌باشد. کاهش خطرات بحران‌ها (از جمله تغییرات آب‌وهوا و محیط زیست) به موضوعاتی از آسیب‌پذیری می‌پردازد که بر کل جمعیت آسیب‌دیده از فجایع اثر می‌گذارد. در پایان این مقدمه، هر موضوع به تفصیل توضیح داده شده‌است.

ارتباط با سایر استانداردهای بشردوستانه

به‌منظور حفظ کتاب راهنمای اسفیر در نسخه‌ای تک‌جلدی و اندازه‌ای قابل حمل، تمرکز بر چهار بخش اصلی امداد رسانی بشردوستانه باقی‌ماند. بسیاری از بخش‌های مربوط که در قسمتی از یک پاسخ‌گویی بشردوستانه مؤثرند، نیز استانداردهای خودشان را تعیین کرده‌اند. تعدادی از آن‌ها در مجموعه‌ای از استانداردهای همراه اسفیر آمده است که در نسخه‌های مجزا، اما با همان دقت و فرایند مشورت‌های اسفیر منتشر شده که عبارتند از: حداقل استانداردها برای آموزش در بحران‌ها، از شبکه آژانس‌های مرتبط برای آموزش (INEE)؛ حداقل استانداردها برای آموزش و پرورش: آمادگی، پاسخ‌گویی، بهبودی؛ حداقل استانداردهای شبکه برای آموزش سرمایه‌گذاری‌های کوچک و افزایش آن (SEEP)؛ حداقل استانداردهای شبکه برای بهبودی اقتصادی پس از بحران‌ها؛ و قوانین و استانداردهای نگهداری دام و طیور (LEGS).



آموزش در بحران‌ها می‌تواند هم باعث تداوم و هم حفظ زندگی شود. چنانچه آموزش در مکان‌های امن صورت بگیرد، احساس امنیت، پشتیبانی روانی و حمایت در مقابل بهره‌کشی و آسیب‌رسانی را منتقل می‌کند. ضمناً می‌تواند به‌عنوان تبادل پیام‌هایی درباره ایمنی، مهارت‌های زندگی و اطلاعات مهم سلامتی و بهداشتی به‌کار رود. حداقل استانداردهای INEE برای آموزش شامل آمادگی، پاسخ‌گویی، بهبودی، برای نخستین بار در سال ۲۰۰۴ منتشر و در سال ۲۰۱۰ به‌روزرسانی و در ۲۰۰۸ با استانداردهای اسفیر یکسان شد. این‌ها برای تضمین ارتباط خطیر آموزش و سلامتی، آب، کانال‌کشی برای آب‌های هرز و فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی، تغذیه، سرپناه و حمایت و همچنین برای ارتقای ایمنی، کیفیت و مسئولیت‌پذیری درآمادگی آموزشی و پاسخ‌گویی‌ها، چارچوبی را ارائه می‌کنند.

حداقل استانداردها برای بهبود اقتصاد پس از بحران و قوانین و استانداردهای محافظت از دام و طیور در بحران‌های شبکه SEEP، به‌ترتیب به سرمایه‌گذاری‌های کوچک و نگه‌داری دام و طیور پرداخته‌اند. پیش‌بینی‌ها این بوده است که این دو مجموعه از حداقل استانداردها در سال ۲۰۱۱ همسان اسفیر شود.

استفاده هم‌زمان از استانداردهای همسان با این کتاب راهنما، کیفیت کمک‌های ارائه‌شده به مردم آسیب‌دیده از بلایا یا اغتشاشات را بهتر می‌کند. راهنمودهای ارائه شده از سوی SEEP، INEE و LEGS نیز در سراسر این کتاب، مورد استفاده، مقابله و مقایسه قرار گرفته‌است.

آژانس‌ها، ائتلاف‌ها و شبکه‌ها نیز، استانداردها و منشورهای دیگری را تدوین کرده‌اند تا به رفع نیازمندی‌های خاص عملیاتی، از قبیل دستورالعمل‌ها و مهارت‌های فنی و یا رفع کمبودهای موجود در قوانین، بپردازند. در هر جای فصول فنی کتاب راهنما که نیاز بوده، به‌این استانداردها مراجعه شده‌است.

پروژه اسفیر بخشی از یک سلسله ابتکارات مربوط به کیفیت و مسئولیت‌پذیری در درون سازمان است که با پروژه Emergency Capacity Building (ظرفیت‌سازی برای بحران‌ها) یا ECB رابطه کاری نزدیکی دارد؛ پروژه اخیر تدوین‌کننده دو اثر «راهنمای نسبتاً خوب» (Good Enough Guide) و مشارکت مسئولیت‌پذیری بشردوستانه (Humanitarian Accountability Partnership) یا HAP است که با کاربرد استاندارد مسئولیت‌پذیری بشردوستانه و استاندارد مدیریت کیفیت خود، تطابق استانداردها را بررسی می‌کند. پرسش و پاسخ‌های ابتکاری دیگری که اسفیر مرتباً با آن‌ها سروکار دارد، عبارتند از: پرسش و پاسخ‌های «مردم در امداد رسانی‌ها» (People In Aid)، گروه اضطرار، بازپروری و توسعه (URD)، (Urgence, Rehabilitation, Development)، هماهنگی سود (SUD) (Coordination SUD) و شبکه فراگیری فعال برای مسئولیت‌پذیری و کار در اقدامات بشردوستانه (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action [ALNAP]).

ماورای کتاب راهنما

نخستین پروژه اسفیر که بیشترین کاربرد را دارد، همین کتاب راهنما است. این کتاب به‌صورت الکترونیک در وب‌سایت یا تارنمای اسفیر (www.sphereproject.org)، یعنی جایی که می‌توانید آخرین اخبار و به‌روزرسانیها درباره نسخه‌های موجود و سایر منابع را دنبال کنید، در دسترس است.

اسفیر به زبان‌های متعدد، همراه با مطالب مختلف آموزشی و آگاهی‌بخشی موجود است. این مطالب اغلب با استفاده از تجربه دست‌اندرکاران با چارچوب‌های محلی تطبیق داده شده‌اند. همین امر نشانگر شور و شوق خانواده اسفیر است، مجموعه‌ای گاه غیر رسمی، به‌زحمت مرتبط و شبکه‌ای در حال گسترش دائم و متشکل از فعالانی که روح اسفیر را زنده نگه‌می‌دارند. بنیان پروژه اسفیر بر این هدف نهاده شده‌است که به ارتقای وضعیت پاسخ‌گویی جهت رفع نیازمندی‌های بشردوستانه پرداخته‌شود تا مردم آسیب‌دیده از بحران‌ها به حقوق و رفع نیازمندی‌هایشان نائل شوند. هرچند پروژه اسفیر از زمان تکوین تا به‌حال پیشرفت‌های زیادی کرده‌است، اما هیچ کتاب راهنمایی نمی‌تواند به‌تنهایی چنین دست‌آوردی داشته‌باشد.



طرح موضوعات با مضامین مرتبط (Cross-cutting Issues)

موضوعات با مضامین مرتبط در این کتاب در پاسخگویی‌ها به بحران‌ها، بر حوزه‌های خاصی تمرکز می‌کنند و به موارد آسیب‌پذیری‌های فردی، گروهی یا عمومی می‌پردازد.

کودکان: باید اقدامات خاصی به عمل آید تا تضمین شود که همه کودکان از آسیب مصون خواهند بود و به‌طور برابر به همه خدمات اساسی دسترسی خواهند داشت، زیرا در اکثر مواقع، کودکان بخش بزرگتر جمعیت‌های آسیب‌دیده از فجایع را تشکیل می‌دهند، نه تنها سنجش نظرات آنان و آنچه بر آن‌ها گذشته، در ارزیابی بحران‌ها و برنامه‌ریزی‌ها اهمیت دارد، بلکه بر ارائه خدمات بشردوستانه و نظارت بر آن‌ها نیز تأثیرگذار است. کودکان و افراد جوان در وضعیت‌های بحرانی خاص، مانند سوء تغذیه، بهره‌کشی، آدم‌ربایی و استخدام در گروه‌های مسلح و نیروهای رزمی، خشونت‌های جنسی و عدم فرصت مشارکت در تصمیم‌گیری در برابر این بحران‌ها، آسیب‌پذیرترند. در «کنوانسیون حقوق کودک» آمده است که کودک، فردی است در سن زیر ۱۸ سال. این تعریف می‌تواند در چارچوب‌های اجتماعی - فرهنگی مختلف، متفاوت باشد. به‌منظور تضمین دستیابی کودکان و نوجوانان به امدادسانی بشردوستانه، باید تفسیر کاملی از تعریف کودک در یک جمعیت آسیب‌دیده صورت گیرد.

کاهش خطرات بحران‌ها: کاهش خطرات بحران‌ها از طریق تلاش‌های نظام‌مند برای تحلیل و مدیریت عوارض پیش‌بینی‌نشده وقایع، از جمله کمتر قرار گرفتن در برابر آسیب‌ها، کاهش آسیب‌پذیری‌های مردم و اموالشان، مدیریت هوشمندانه زمین و محیط زیست و آمادگی بهتر برای مقابله با حوادث ناگوار، تعریف شده‌است. چنین حوادث ناگواری عبارتند از: بلایای طبیعی مثل طوفان، سیل، خشک‌سالی و سونامی؛ آزان‌جاکه به‌نظر می‌رسد، این بلایا روزبه‌روز متنوع‌تر و جدی‌تر می‌شوند، بروز این پدیده‌ها را به تغییرات جوّی نسبت می‌دهند.

محیط زیست: محیط زیست شامل عناصر فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی (یا زیست‌شناختی) و فرایندهایی است که بر بلازدگان و زندگی و معیشت جوامع محلی، اثر می‌گذارد. محیط زیست، منابعی طبیعی را در دسترس مردم قرار می‌دهد که افراد را محافظت و به کیفیت زندگیشان کمک می‌کند. اگر عملکردهای اساسی تداوم یابد، باید از محیط زیست پاسداری کرد. حداقل استانداردها به نیازمندی‌هایی رسیدگی می‌کند که به بهره‌برداری‌های بیش از حد از محیط‌زیست، آلودگی و تخریب شرایط زیست‌محیطی مربوط و هدف آن عبارت است از: تداوم وظیفه حفظ محیط زیست، کاهش خطرات و آسیب‌پذیری‌های ناشی از آن و جستجوی سازوکارهایی برای محافظت از انعطاف‌پذیری نظام‌های طبیعی برای بازسازی خود.

جنسیت: جنسیت به بیان این واقعیت می‌پردازد که انسان‌ها به‌دلیل جنسیت خود وضعیت متفاوتی را تجربه می‌کنند. جنسیت یعنی ویژگی بیولوژیک زنان و مردان. طبیعی است که این امر در هنگام تولد (و حتی پیش از آن) تعیین می‌شود و بنابراین به‌طور کلی تغییرناپذیر و جهانی است.

در اصل حقوق برابر زنان و مردان در اسناد حقوق بشر، که مبنای منشور حقوق بشر را تشکیل می‌دهد، تصریح شده‌است، زنان و مردان از لحاظ دریافت کمک‌های بشردوستانه، برخورداری از حمایت، حرمت شأن و کرامت انسانی، برابری در احتساب ظرفیت‌های انسانی و ازجمله توان‌گزینش، فرصت برابر در گزینش‌ها، و برخورداری از سطح توان برابر برای شکوفایی استعدادهایشان، حقوق یکسان دارند. امدادسانی بشردوستانه زمانی مؤثرتر خواهد بود که بر مبنای درک نیازمندی‌ها، آسیب‌پذیری‌ها، علایق، ظرفیت‌ها و عملکرد زنان، مردان، دختران و پسران همه گروه‌های سنی برای مقابله با بحران‌ها و اثرات آن‌ها طرح‌ریزی شده‌باشد. درک این تفاوت‌ها و همچنین نابرابری‌های نقش زنان و مردان و فشار کاری آنان، دسترسی‌شان به منابع و کنترل آن، قدرت تصمیم‌گیری و فرصت‌های کسب مهارت برای این دو گروه، از طریق تحلیل جنسیت حاصل می‌شود. اهداف بشردوستانه نسبی و بی‌طرفانه به این معنی است که باید میان زنان و مردان منصفانه عمل کرد و به تضمین برابری‌شان توجه کرد؛ به‌لحاظ تاریخی توجه به روابط مبتنی بر جنسیت، از تمرکز بر نیازمندی‌ها و شرایط زنان و دختران نشأت می‌گیرد، زیرا زنان و دختران در مقایسه با مردان و پسران، نوعاً در وضعیت نامساعدتری به‌سر می‌پرند؛ اما امروزه جامعه انسانی اکثراً آن‌چه را که در وضعیت‌های بحرانی پیش روی مردان و پسران است، مورد شناسایی قرار می‌دهد.

ویروس HIV و ایدز: آگاهی از گسترش ویروس HIV در یک چارچوب بشردوستانه خاص برای درک آسیب‌ها، خطرها و برنامه‌ریزی پاسخی مؤثر، مهم است. علاوه بر گروه‌هایی که بیش از دیگران در معرض خطر قرار دارند (یعنی مردانی که با مردان مقاربت می‌کنند، معتادان تزریقی و کسانی که درآمدشان از طریق امور جنسی است)، و برای حمایت از خود در برابر نادیده‌گرفته‌شدن، تبعیض و خشونت، نیازمند مراقبت‌های خاص‌اند؛ در برخی از مناطق ممکن است گروه‌های آسیب‌پذیر دیگری، مثل پناهندگان، مهاجران، جوانان و مادران مجرد، نیز باشند. آوارگی‌های گروهی گاهی به افزایش آسیب‌پذیری ناشی از HIV و خطرات ناشی از جدایی اعضای خانواده و شکست قوانین و هنجارهای تنظیم‌کننده امور اجتماعی و جنسی منجر می‌شود؛ ممکن است از زنان و کودکان در گروه‌های مسلح بهره‌کشی شود و این افراد به‌خاطر خشونت‌های جنسی به‌طور مشخص در معرض آسیب‌پذیری از HIV و بهره‌کشی قرار گیرند؛ یا ممکن است مردم در فجایع انسانی دیگر به اقدامات درمانی برای HIV، از قبیل برنامه‌های پیشگیری و درمان با داروهای



موسوم به آنتی ریتروویال (ART)، درمان سل و پیشگیری و درمان سایر بیماری‌های عفونی همه‌گیر، دسترسی نداشته‌باشند.

کسانی که با ویروس HIV زندگی می‌کنند، اغلب از تبعیض و بدنامی هم رنج می‌برند؛ بنابراین باید به‌شدت به محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات مربوط به آن‌ها توجه و در مواقع لزوم از آنان حمایت شود. فعالیت‌های تخصصی نام‌برده در این کتاب راهنما، باید اقدامات مناسب برای مقابله با HIV را با توجه به شیوع و محل آن فراهم کند و مانع افزایش آسیب‌پذیری‌های مردم و خطر ابتلا به آن شود.

افراد سالمند: بنابر تعریف سازمان ملل، زنان و مردان سالمند عبارتند از کسانی که سن آنان بیش از ۶۰ سال است، اما تعریف «سالمند» می‌تواند در شرایط مختلف متغیر باشد. در کشورهای درحال توسعه، سالمندان از فقیرترین افراد به‌شمار می‌روند و هنگام بروز بحران‌ها و اغتشاشات، بخش بزرگ و فزاینده‌ای از شمار آسیب‌پذیرترین افراد آسیب‌دیده از فجایع و اغتشاشات را به خود اختصاص می‌دهند (برای مثال، تعداد افراد بالای ۸۰ سال، سریع‌ترین رشد را در میان گروه‌های سنی جهان دارد) و با این حال این افراد اغلب در مدیریت بلایا یا اغتشاشات نادیده گرفته می‌شوند. انزوای و ضعف جسمانی، همراه با ورود خسارت به ساختار سازوکارهای معیشتی، خانواده و حمایت اجتماعی، مسائل مزمن سلامتی، حرکتی و زوال سلامت عقل، از عوامل مهم تشدید آسیب‌پذیری سالمندان در بحران‌ها یا اغتشاشات است. برای شناسایی و دسترسی به افراد سالمند خانه‌نشین و اعضای خانوار تحت سرپرستی آنان، باید تلاش‌های خاصی کرد. ضمناً افراد سالمند سهمی اصلی در احیا و بازتوانی‌ها دارند. آن‌ها با مراقبت از کودکان، مدیریت منابع و درآمدزایی، نقشی حیاتی ایفا می‌کنند و دانش و تجربه انطباق با شرایط جامعه را دارند و به حفظ فرهنگ و هویت اجتماعی کمک می‌کنند.

افراد دچار ناتوانی (معلولان): سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین می‌زند که بین هفت تا ده درصد از جمعیت جهان، از جمله کودکان و سالمندان، ناتوانی‌هایی (معلولیت‌هایی) دارند. بلایا و اغتشاشات می‌تواند موارد آسیب‌رسانی و معلولیت‌های متعاقب آن را افزایش دهد. کنوانسیون حقوق معلولان سازمان ملل (CRPD)، ناتوانی را به‌عنوان مفهومی گسترده تعریف می‌کند که از تعامل بین اشخاص دچار آسیب (که ممکن است جسمانی، حسی، عقلانی یا روانی - اجتماعی باشد) و موانع رفتاری و محیطی - که مانع مشارکت کامل و مؤثر آنان در جامعه به‌طور برابر با دیگران است، حاصل می‌شود؛ بنابراین، وجود این موانع است که اشخاص دچار ناتوانی را از مشارکت کامل و با‌معنا در روند کلی برنامه‌های امداد رسانی بشردوستانه و یا از بهره‌مندی از این برنامه‌ها بازمی‌دارد. CRPD جدید بر ایمنی معلولان و حمایت از آنان در اغتشاشات و وضعیت‌های اضطراری، تأکید ویژه دارد (ماده ۱۱).

افراد دچار معلولیت با خطرات نامتناسبی مواجه‌اند و اغلب از فرایندهای امداد رسانی و بازتوانی حذف می‌شوند؛ چنین حذفی استفاده از خدمات حمایتی استاندارد بحران و مشارکت مؤثر در آن‌ها را، دشوارتر می‌کند. نکته مهم درباره آنان این است که افراد دچار معلولیت، جمعیت گوناگونی را دربرمی‌گیرد که شامل کودکان و سالمندانی می‌شود که نیازهای آنان نمی‌تواند به‌صورت یکنواخت و همراه با دیگران رفع شود؛ بنابراین در امداد رسانی بشردوستانه باید توانایی‌ها، مهارت‌ها، منابع و دانش افراد دچار انواع مختلف ناتوانی‌ها، مورد ملاحظه قرارگیرد. توجه به این نکته که افراد معلول هم، مثل سایر افراد جامعه خود نیازهایی اساسی دارند، مهم است. علاوه بر آن، هر اقدامی که برای افراد معلول صورت می‌گیرد، نباید منجر به جدایی آنان از کانون خانواده و جامعه ایشان شود. درنهایت، اگر حقوق افراد دچار ناتوانی در امداد رسانی بشردوستانه نادیده گرفته‌شود، فرصت عظیمی برای بازسازی جوامع از دست همه مردم می‌رود؛ بنابراین شامل کردن افراد معلول در همه جنبه‌های امداد و بازتوانی یا بازسازی ضرورت دارد. این امر نیازمند هر دو نوع پاسخ‌گویی کلی و هدف‌گذاری شده است.

حمایت روانی-اجتماعی: برخی از مهم‌ترین علل آسیب‌پذیری و صدمه در زمان روی‌دادن بلایا، ناشی از اثرات پیچیده عاطفی، اجتماعی، فیزیکی و روانی این وقایع است. بسیاری از این واکنش‌ها عادی است و با گذشت زمان می‌توان بر آن‌ها غلبه کرد. سازماندهی حمایت از سلامت فکری و روانی - که به‌صورت محلی امکان‌پذیر باشد و بتواند خودیاری و سازگاری و مقاومت را در میان جمعیت آسیب‌دیده رواج دهد -، ضروری است. اگر افراد آسیب‌دیده در سریع‌ترین زمان مناسب، در هدایت و اجرای برنامه پاسخ‌گویی به بحران دخالت داده‌شوند، اقدامات بشردوستانه تقویت خواهدشد. در هر بخش از فعالیت‌های بشردوستانه، شیوه اداره کمک‌ها تأثیری روانی-اجتماعی می‌گذارد که می‌تواند باعث حمایت از مردم آسیب‌دیده و یا لطمه زدن به آن‌ها شود. نحوه ارائه کمک‌ها باید با چنان اشتیاقی همراه باشد که شأن و کرامت افراد آسیب‌دیده از بلا را حفظ نماید و از طریق مشارکت پرمعنی آنان در امداد رسانی، در آنان ایجاد خودکفایی کند و حرمت اهمیت اعمال دینی و فرهنگی آنان نگه‌داشته شود و توانایی افراد آسیب‌دیده در بهزیستی کلی آنان تقویت شود.

مآخذ

کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل: www2.ohchr.org/English/law/crc.htm.

کنوانسیون حقوق معلولان سازمان ملل: www.un.org/disabilities.

سازمان بهداشت جهانی، درباره معلولیت‌ها: www.who.int/disabilities/en/.

منشور
بشر دوستانه



منشور بشردوستانه پس‌زمینه اخلاقی و حقوقی اصول حمایت و استانداردهای قانونی و حداقل استانداردها را، که در ادامه می‌آید، فراهم می‌کند. بخشی از آن بیان حقوق و وظایف و بخش دیگر آن، اعتقادات مشترک است.

منشور، از لحاظ حقوق و وظایف مشترک، اصولی از حقوق بنیانی را خلاصه می‌کند که بیشترین ثمره را در زمینه رفاه افراد آسیب‌دیده از بحران یا اغتشاشات دارد. درخصوص باورهای مشترک نیز می‌کوشد تا درباره اصول حاکم بر پاسخ‌گویی به بحران و اغتشاشات، مثلاً اصول مربوط به نقش و مسئولیت دست‌اندرکاران مختلف، درمیان آژانس‌های بشردوستانه توافقی برقرار کند.

متن منشور، مبنای تعهد آژانس‌های بشردوستانه‌ای است که اسفیر را تأیید می‌کنند و دعوتی است از همه کسانی که برای تحقق اصول مشترک منشور درگیر اقدامات بشردوستانه‌اند.

منشور بشردوستانه

باور ما

۱. منشور بشردوستانه این اعتقاد را سخ ما، به‌عنوان آژانس‌های بشردوستانه، را بیان می‌کند که همه افراد آسیب‌دیده از بحران و اغتشاشات، حق دارند از حمایت و کمک برای تضمین شرایط اولیه زندگی با حفظ شأن و کرامت خود برخوردار شوند. ما معتقدیم که اصول وصف‌شده در این منشور جهانی است و درباره: ۱. همه کسانی است که در هرجایی می‌توانند آسیب‌دیده از بحران یا اغتشاشات باشند و نیز ۲. همه کسانی که می‌کوشند در تأمین امنیت این افراد به آنان کمک کنند. این اصول در قوانین بین‌المللی منعکس شده‌اند، اما قدرت آن درنهایت از اصول اخلاقی انسانیت منشعب می‌شود که براساس آن همه انسان‌ها آزاد زاده می‌شوند و از لحاظ کرامت و حقوق برابرند. بر مبنای این اصل ما بر ضرورت تقدم بشردوستانه تصریح می‌کنیم: باید اقدامی به‌عمل آید تا از آلام ناشی از بحران یا اغتشاشات که انسان‌ها درگیر آنند، پیشگیری شود و یا این دردها کاهش یابد و هیچ چیز نباید این اصل را تحت‌الشعاع قرار دهد.

ما به‌عنوان آژانس‌های بشردوستانه محلی، ملی و بین‌المللی، در تلاش‌هایمان برای کمک و حمایت از کسانی که تحت تأثیر بلایا یا اغتشاشات قرار گرفته‌اند، متعهد ارتقاء اصول این منشور و وفاداری به آن و رعایت حداقل استانداردهای آن هستیم. ما از همه کسانی که دست‌اندرکار فعالیت‌های بشردوستانه‌اند، از جمله بخش‌های دولتی و خصوصی، دعوت می‌کنیم که اصول مشترک، حقوق و وظایفی را که به‌صورت بیانیه‌ای از باورهای مشترک بشردوستانه در ادامه آمده‌است، تأیید و پشتیبانی کنند.

نقش ما

۲. ما اعلام می‌کنیم که پیش از همه، نیازمندی‌های اولیه مردم آسیب‌دیده از بحران‌ها یا اغتشاشات،

از طریق تلاش‌های خود آنان و با پشتیبانی جامعه و نهادهای محلی قابل تأمین است.

ما نقش و مسئولیت اساسی دولت آسیب‌دیده را در تأمین به‌موقع کمک برای افراد آسیب‌دیده، تضمین حمایت و امنیت مردم و تأمین پشتیبانی برای التیام آنان، به رسمیت می‌شناسیم. ما معتقدیم که آمیزه‌ای از اقدامات رسمی و داوطلبانه برای پیشگیری و پاسخ‌گویی بسیار مهم است و با توجه به همین نکته، انجمن‌های ملی جنبش صلیب سرخ و هلال احمر و سایر دست‌اندرکاران جامعه مدنی، در حمایت از دولت، نقشی اساسی دارند که باید آن را ایفا کنند. اگر ظرفیت محلی رضایت‌بخش نباشد، ما بر نقش جامعه بزرگ‌تر بین‌المللی، مثلاً اهداکنندگان دولتی و سازمان‌های منطقه‌ای، در یاری‌رسانی به دولت‌ها برای انجام این مسئولیت تأکید می‌کنیم. ما نقش ویژه آژانس‌های مسئول سازمان ملل، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر را به رسمیت می‌شناسیم و از آن حمایت می‌کنیم.

۳. ما به‌عنوان آژانس‌های بشردوستانه، نقش خود را در رابطه با نیازمندی و ظرفیت جمعیت‌های آسیب‌دیده و مسئولیت دولت‌ها یا قدرت‌های حاکم، تفسیر می‌کنیم. نقش ما در گردآوری کمک‌ها بازگویی این حقیقت است که مسئولان اصلی، همیشه کاملاً قادر به ایفای این نقش نیستند، یا ممکن است تمایلی به چنین کاری نداشته باشند. ما تا جای ممکن، هم‌جهت با تأمین ضرورت‌های بشردوستانه و اصول مذکور در منشور، از تلاش‌های مقامات مسئول در حمایت و کمک به آسیب‌دیدگان، پشتیبانی خواهیم کرد. ما از همه دست‌اندرکاران دولتی و غیر دولتی می‌خواهیم که به نقش بی‌طرفانه، استقلال و عدم جانب‌داری آژانس‌های بشردوستانه احترام بگذارند و با حذف موانع حقوقی و عملی غیر ضروری، به ایمنی آنان کمک کنند و به آنان اجازه دسترسی به‌موقع و مداوم به افراد آسیب‌دیده را بدهند.

اصول، حقوق و وظایف مشترک

۴. ما، به‌عنوان آژانس‌های بشردوستانه، خدماتمان را براساس اصول انسانیت و ضرورت‌های انسانی، شناسایی حقوق همه مردم آسیب‌دیده از بحران و یا اغتشاش - برای همه زنان و مردان، پسران و دختران - ارائه می‌دهیم. این‌ها شامل حقوق مربوط به حمایت و کمکی است که در حقوق بین‌الملل بشردوستانه، حقوق بشر و حقوق پناهندگی منعکس شده‌است. برای مقاصد این منشور، ما این حقوق را در موارد زیر خلاصه می‌کنیم:

- حق زندگی با حفظ شأن و کرامت
- حق دریافت کمک‌های بشردوستانه
- حق بهره‌مندی از حمایت و امنیت

این حقوق در قوانین بین‌المللی با چنین عباراتی تنظیم نشده‌اند، حاوی یک سلسله از حقوق قانونی پذیرفته‌شده هستند و محتوای کامل‌تری به ضرورت امداد رسانی بشردوستانه می‌بخشند.

۵. حق زندگی با حفظ شأن و کرامت در پیش‌بینی‌های حقوق بین‌الملل و به‌طور خاص در مصوبات ناظر بر حق حیات، حق برخورداری از استاندارد مناسب زندگی و رهایی از شکنجه، ستم، رفتارهای تحقیرآمیز و تنبیه‌های غیر انسانی، منعکس شده‌است. حق حیات، وظیفه حفظ آن را در هر جا که مورد تهدید قرارگیرد، در پی دارد. عدم توقیف یا عقیم گذاشتن کمک‌های نجات‌بخش زندگی نیز در این معنی مستتر است. شأن و کرامت اثری بیش از رفاه مادی را به دنبال دارد؛ این حق، خواهان احترام به کلیت انسان، از جمله ارزش‌ها و اعتقادات فرد و جوامع آسیب‌دیده، و احترام به حقوق انسانی آنان، از جمله آزادی، آزادی وجدان و مناسک مذهبی است.

۶. حق دریافت کمک‌های بشردوستانه، امری ضروری برای حق زندگی با حفظ شأن و کرامت است. این مورد، شامل حق داشتن معیشتی با استاندارد مناسب، از جمله غذای کافی، آب، پوشاک، سرانه و ملزومات سلامتی است که در حقوق بین‌الملل به صراحت تضمین شده‌است. استانداردهای قانونی اسفیر و حداقل استانداردها، این حقوق را بازتاب می‌دهند و آن‌ها را، به‌ویژه در ارتباط با پیش‌بینی کمک به آسیب‌دیدگان، در عمل آشکار می‌کند. ما معتقدیم که مسئولان دولتی، آن‌جا که خودشان نمی‌توانند چنین کمک‌هایی را فراهم کنند، باید به دیگران اجازه دهند تا به انجام این خدمات مبادرت ورزند. هر نوع از این کمک‌ها باید مطابق با اصل بی‌طرفی، که لازم است صرفاً براساس نیاز و متناسب با آن باشد، صورت بگیرد. این عبارت، مبین اصل گسترده‌تر عدم تبعیض است؛ که نباید درباره هیچ‌کس در هیچ زمینه‌ای از وضعیتش، شامل سن، جنسیت، نژاد، رنگ، قومیت، گرایش جنسی، زبان، مذهب، ناتوانی، وضعیت بهداشتی، عقیده سیاسی و سایر عقاید، تبار ملی یا اجتماعی، تبعیض روا داشته‌شود.

۷. حق برخورداری از حمایت و امنیت در نکات تصریح‌شده قوانین بین‌المللی، قطعنامه‌های سازمان ملل و سایر سازمان‌های متشکل از دولت‌ها، در مسئولیت مقتدرانه دولت‌ها برای حمایت از تمام افراد درون حوزه قلمروشان ریشه دارد. حفظ امنیت مردم در وضعیت بحران یا اغتشاش، مثلاً حمایت پناهندگان و آوارگان داخلی، از موارد نگرانی خاص است. آن‌گونه که قانون تشخیص می‌دهد، برخی از افراد ممکن است در برابر سوءاستفاده و تبعیض شدید، به‌خاطر وضعیت‌های سنی، جنسی یا نژادی‌شان، به‌طرز خاصی آسیب‌پذیر و نیازمند اقدامات ویژه حمایتی و کمک باشند، در این شرایط اگر دولتی فاقد ظرفیت حمایت از این افراد باشد، ما معتقدیم که برای این رفع مشکل، باید در پی جلب کمک بین‌المللی بود.

در اینجا باید به قانون حمایت از غیر نظامیان و افراد آواره توجه خاصی کرد:

الف) در زمان اغتشاشات مسلحانه به‌طوری که در حقوق بین‌الملل بشردوستانه توصیف شده، برای حمایت و امدادسانی به کسانی که در اغتشاشات مسلحانه شرکت ندارند، پیش‌بینی‌های خاص حقوقی به‌عمل می‌آید. در کنوانسیون ۱۹۴۹ ژنو و پروتکل‌های ۱۹۷۷ الحاقی آن، به‌طور ویژه، برای هر دو طرف بین‌المللی و غیر بین‌المللی مسلحانه، وظایفی تعیین شده‌است. ما بر مصونیت کلی جمعیت غیر نظامی از حمله و انتقام‌جویی تأکید می‌کنیم و به‌خصوص بر اهمیت اصل تمایز میان نظامیان و غیر نظامیان و اهداف نظامی و غیر نظامی،

اصل نسبیّت در استفاده از زور و احتیاط در حمله، اصل خودداری از کاربرد سلاح‌هایی که توان سنجش و گزینش هدف را ندارند و یا بنابر ماهیتشان موجب جراحات یا دردهای بی‌مورد می‌شوند و درنهایت اصل صدور مجوز برای این‌که امداد بی‌طرفانه فراهم شود، صراحتاً تأکید می‌کنیم.

ب) حق تحصن و پناه‌جویی برای کسانی که با آزار یا خشونت مواجه می‌شوند، حقی حیاتی باقی می‌ماند. آنان که از بحران یا اغتشاش تأثیر می‌پذیرند، در جستجوی مأمن و وسایل لازم برای ادامه زندگی، اغلب مجبور به ترک خانه‌هایشان می‌شوند. پیش‌بینی‌های کنوانسیون ۱۹۵۱ مربوط به وضعیت پناهندگان (پس از اصلاح) و سایر پیمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای، برای کسانی که نمی‌توانند از حمایت یا سکونت در سایه دولت متبوع خودشان بهره‌مند باشند و مجبور به یافتن نقاطی امن در کشورهای دیگرند، ضمانت‌هایی را فراهم کرده‌است. عمده‌ترین این ضمانت‌ها، عدم بازگرداندن اجباری (non-refoulement) است: اصلی که براساس آن هیچ‌کس نباید به کشوری که زندگی، آزادی یا امنیت جسمانی او در آن، در معرض تهدید قرار گرفته و یا به جایی در آن، که احتمال مواجهه با شکنجه یا سایر ستم‌ها، رفتار غیرانسانی، تحقیر یا تنبیه برای او وجود دارد، بازگردانده شود. گستره این اصل، به‌طوری که در حقوق بشر بین‌الملل، در اصول راهنمای جابه‌جایی داخلی (آوارگی) ۱۹۹۸ و قانون منطقه‌ای و ملی مرتبط با آن به تفصیل شرح داده‌شده، شامل افراد آواره داخلی هم می‌شود و درباره آنان نیز صدق می‌کند.

تعهد ما

۸. ما خدماتمان را با این اعتقاد ارائه می‌دهیم که مردم بلادیده، در مرکز اقدامات بشردوستانه قراردارند و تشخیص می‌دهیم که مشارکت فعال آنان برای تمهید کمک از راه‌هایی که به بهترین شکل به نفع آنان است، مثلاً اشخاص آسیب‌پذیر و منزویان اجتماع، در درجه اول اهمیت قراردارد. ما می‌کوشیم، برای پیشگیری از بلایا و آمادگی و پاسخ‌گویی به آن‌ها و اثرات مخربشان، از تلاش‌های محلی حمایت و توان فعالان محلی را در همه رده‌ها تقویت کنیم.

۹. ما آگاهی داریم که تلاش برای فراهم‌سازی کمک‌های بشردوستانه، گاه اثرات نامساعد ناخواسته‌ای دارد. قصد ما، با همکاری جوامع و مسئولان آسیب‌دیده از بحران، کاهش هرگونه اثرات منفی اقدامات بشردوستانه است، ما تشخیص می‌دهیم که نحوه ارائه کمک‌های بشردوستانه، ممکن است غیر نظامیان را به‌صورت بالقوه نسبت به حملات آسیب‌پذیرتر کند و یا گاه برای یک یا بیش از یکی از طرفین مناقشات، مزایایی ناخواسته دربرداشته‌باشد، اما تا جایی که مطابقت با اصول مذکور در بالا حفظ شود، برای کاهش هر یک از این اثرات نامطلوب، متعهد خواهیم‌بود.

۱۰. ما طبق اصول اقدامات بشردوستانه مندرج در منشور و با راهنمایی مخصوص منشور رفتاری، به جنبش بین‌المللی صلیب سرخ، هلال احمر و سازمان‌های غیر دولتی (NGOها) در امدادسانی در وقایع ناگوار کمک خواهیم‌کرد.

۱۱. استانداردهای کانونی اسفیر و حداقل استانداردها، بر مبنای درک آژانس‌ها از حداقل نیازمندی‌های اساسی، برای زندگی با حفظ کرامت و تجربه آنان در تمهید کمک‌های بشردوستانه، ماهیتی عملی به اصول مشترک این منشور می‌دهد. با این حال، دست‌آوردهای استانداردها بستگی به سلسله عواملی دارد که اگرچه فراتر از توان کنترل ماست، خود را متعهد به تلاش برای دستیابی به کل آن‌ها خواهیم کرد و به این ترتیب از خود انتظار داریم که مسئول و پاسخ‌گوی عملکردمان باشیم. ما از همه فعالان، از جمله از دولت‌های آسیب‌دیده و اهداکننده کمک‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، عوامل بخش خصوصی و غیر دولتی دعوت می‌کنیم تا استانداردهای کانونی و حداقل استانداردهای اسفیر را به‌مثابه هنجارهای پذیرفته‌شده برگزینند.

۱۲. با وفاداری به استانداردهای کانونی و حداقل استانداردها، متعهد می‌شویم، بکوشیم تا مردم آسیب‌دیده از بحران یا اغتشاشات، دست کم از کمترین ضروریات زندگی با کرامت و امنیت، شامل آب کافی، کانال‌کشی بهداشتی برای آب‌های هرز، غذا، سرپناه و مراقبت‌های بهداشتی، برخوردار شوند. به این منظور، خواستار انجام تکالیف اخلاقی و قانونی دولت‌ها و سایر طرفین در قبال جمعیت‌های آسیب‌دیده خواهیم بود. ما به‌نوبه خود متقبل می‌شویم که از طریق ارزیابی و نظارت معقول بر شرایطی که در محل حادثه پیش می‌آید، شفافیت اطلاعات، تصمیم‌گیری، هماهنگی و همکاری‌های مؤثر با سایر عوامل در همه سطوح را بیشتر و مناسب‌تر کنیم؛ همان‌گونه که به تفصیل در استانداردهای کانونی و حداقل استانداردها آمده است. ما به‌ویژه به‌کار مشترک با جمعیت‌های آسیب‌دیده و تأکید بر مشارکت فعال آنان در پاسخگویی‌های مسئولانه متعهدیم و اعلام می‌کنیم که مسئولیت اصلی ما باید دربرابر کسانی باشد که به دنبال یاریشان هستیم.

اصول حمايت



چگونه از این فصل استفاده کنیم

اقدام بشردوستانه از دو ستون اصلی تشکیل شده است: حمایت و کمک. بیشتر این کتاب راهنما، به خصوص فصول فنی آن، مربوط به حوزه کمک است؛ هرچند این فصول بر حمایت تمرکز دارد. این بخش با مینا قراردادن منشور بشردوستانه به این پرسش پاسخ می‌دهد که «آژانس‌های بشردوستانه چگونه می‌توانند، از کسانی که با خشونت یا ستم مواجه شده‌اند، حمایت کنند؟» و به‌طور کلی، به نقش آژانس‌ها در تضمین حفظ حرمت کسانی که با تهدید روبه‌رو می‌شوند و چگونگی احقاق حقوق مشخص آنان در منشور، از جمله دسترسی‌شان به کمک‌ها، می‌پردازد.

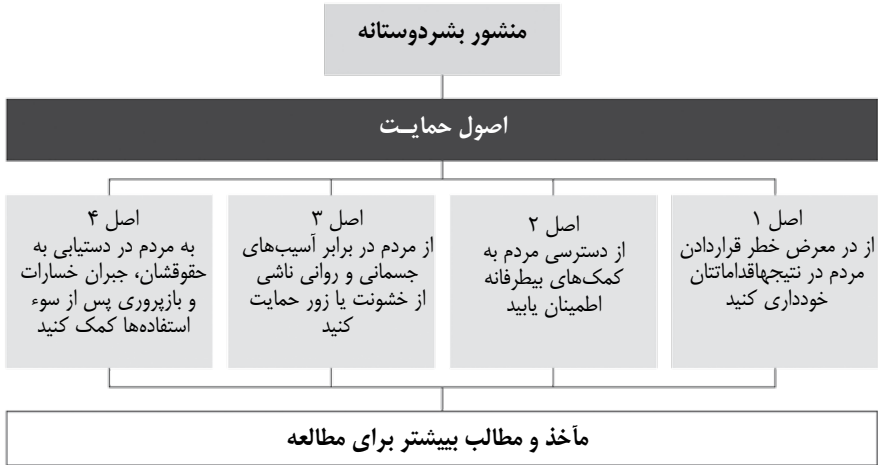
این فصل به دو قسمت تقسیم شده است:

- **یک مقدمه**، که مسئولیت‌های کلی همه کسانی را تبیین می‌کند که در راستای حمایت از جمعیت‌های آسیب‌دیده و تضمین احترام به حقوق افرادی که درگیر امدادرسانی بشردوستانه هستند، گام برمی‌دارند.
- **چهار اصل حمایت**، که به پشتیبانی از همه اقدامات بشردوستانه و اصول اولیه حمایت در چارچوب امدادرسانی بشردوستانه می‌پردازد. این موارد با نکات راهنمایی همراه است که درباره نقش آژانس‌های بشردوستانه در زمینه حمایت توضیحات بیشتری می‌دهد. یک بخش مرجع هم شامل سایر استانداردها و مطالب مربوط به حوزه‌های تخصصی‌تر حمایت وجود دارد.

فهرست مطالب

۲۹	 مقدمه
۳۳	 اصول حمایت
۴۴	 مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه





مقدمه

حمایت و پاسخ‌گویی بشردوستانه



حمایت به امنیت، حفظ کرامت و حقوق مردمی اطلاق می‌شود که بحران یا اغتشاشی مسلحانه بر آنان اثر می‌گذارد. منشور بشردوستانه برخی از اساسی‌ترین حقوق مطرح در امدادرسانی بشردوستانه را خلاصه کرده‌است. این منشور از منظر حمایتی به نحوه تأثیر این حقوق بر اقدامات بشردوستانه، و به‌ویژه، به نحوه پرهیز آژانس‌ها از قراردادن مردم مصیبت‌زده در برابر آسیب بیشتر و نیز، چگونگی کمک آن‌ها به مردم برای دستیابی به ایمنی بالاتر می‌پردازد.

نکات اصلی حمایت بشردوستانه در این چارچوب عبارتند از: مصونیت از خشونت و انواع سرکوب و ممانعت از محرومیت اجباری از عناصر زندگی با کرامت.

این نکات چهار اصل اساسی حمایت را مطرح می‌کند که بر اقدامات بشردوستانه تأثیر دارد:

۱. از قراردادن مردم در معرض آسیب‌های بیشتر ناشی از عملکردهای پرهیزید؛
۲. از دسترسی مردم به کمک‌های بی‌طرفانه متناسب با نیازهایشان، بدون اعمال تبعیض، اطمینان یابید؛
۳. از مردم در برابر آسیب‌های جسمانی و روانی ناشی از خشونت و زور حمایت کنید؛
۴. به مردم کمک کنید تا حقوقشان را بگیرند، به جبران خسارت دسترسی داشته‌باشند و بتوانند آثار مخرب سوءاستفاده‌ها را التیام بخشند.

در چارچوب پاسخ‌گویی بشردوستانه، این چهار اصل بازتاب‌دهنده تهدیدهای شدیدتری است که افراد معمولاً در زمان بروز اغتشاش یا بحران با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند. نکات راهنما به مسئولیت‌ها و گزینه‌های آژانس‌ها و همچنین ضرورت‌های خاص حمایت می‌پردازد.

چهار اصل حمایت از خلاصه حقوقی نیست می‌گیرد که در منشور بشردوستانه آمده است: حق زندگی با حفظ کرامت، حق دسترسی به کمک‌های بشردوستانه و حق برخورداری از حمایت و امنیت.

درک اصول حمایت

آنچه در ادامه می‌آید، رهنمودی کوتاه جهت تفسیر اصول حمایت است:

اصل ۱ (از ایجاد آسیب پرهیز کنید!) این اصل، نکاتی حمایتی را در نظر می‌گیرد که ممکن است، موجب تشدید آسیب در امداد رسانی بشردوستانه باشد. همان‌گونه که در منشور تصریح شده است، فعالان پاسخ‌گویی بشردوستانه، برای پرهیز از اقداماتی که مردم مصیبت‌زده را در برابر آسیب بیشتر قرار می‌دهد، مثل ساختن اردوگاه‌ها برای آوارگان در نقاط ناامن، باید تلاش کنند.

اصل ۲ (از دسترسی عادلانه به کمک‌ها اطمینان یابید!) این اصل مسئولیت تضمین بی‌طرفانه دسترسی به کمک‌ها را برای همه نیازمندان، به‌خصوص آسیب‌پذیرترین افراد یا آنان که به‌خاطر زمینه‌های سیاسی یا مسائل دیگر، با محرومیت روبه‌رو هستند، تبیین می‌کند. در زمینه حمایت، موانع دسترسی به کمک‌های فوری، نگرانی بزرگی است که می‌تواند شامل ممانعت از دسترسی به آژانس‌های بشردوستانه برای رساندن کمک باشد، اما محدود به آن نمی‌شود.

اصل ۳ (از مردم در برابر خشونت حمایت کنید!) این اصل به حمایت از مردم در برابر خشونت، زور و وادار کردن افراد به انجام عملی برخلاف میل ایشان، مانند به‌دست گرفتن اسلحه، اجبار به ترک جایی یا ممانعت از جابه‌جایی و مورد تحقیر قرار دادن یا تنبیه، می‌پردازد. همچنین این اصل درخصوص تسکین یا پیشگیری از دردهای جسمانی و روانی، مثل غلبه ترس و ایجاد عمدی رعب و وحشت است.

اصل ۴ (به گرفتن حق مردم، بهره‌مندی از امکانات بازپروری موجود و التیام یافتن پس از مورد سوءاستفاده قرارگرفتن کمک کنید!) اصل چهارم به نقش بشردوستانه آژانس‌ها در کمک به مردم آسیب‌دیده، برای استیفای حقوقشان و دسترسی آنان به بازتوانی‌هایی نظیر جبران حقوق، غرامت و استرداد اموال مربوط است. این اصل ضمناً شامل کمک به مردم در بهبود آثار تجاوز، و کلی‌تر از آن، آثار مورد سوءاستفاده قرارگرفتن‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی نیز می‌شود.

این چهار اصل حمایتی، همراه با نکات راهنما، آنچه را که آژانس‌های بشردوستانه می‌توانند و باید برای حمایت از جمعیت‌های آسیب‌دیده انجام دهند، توصیف می‌کند؛ اما توجه به این نکته ضروری است که نقش و مسئولیت آژانس‌ها در این چارچوب معمولاً ثانویه است. همان‌گونه که منشور تصریح می‌کند، چنین نقش‌هایی در وهله نخست بر عهده مسئولین دولتی و غیردولتی مربوط، از جمله طرفین اغتشاش که مناطقی را اشغال کرده‌اند یا در کنترل خود دارند، می‌باشد. این مقامات، مسئول رسمی و قانونی تأمین رفاه مردمی که در منطقه تحت کنترل‌شان ساکن‌اند، هستند و به‌عبارتی دیگر، در اغتشاشات نظامی، مسئول رسمی و قانونی امنیت افراد غیر نظامی می‌باشند.

در نهایت، همین مقامات‌اند که ابزار حصول اطمینان از امنیت جمعیت تحت آسیب را، با عملکرد یا عدم عملکرد خود در دست دارند؛ بنابراین نقش اصلی آژانس‌ها می‌تواند تشویق و ترغیب مقامات باشد و به مردم در رفع مشکلات و قصور مقامات در انجام وظایفشان، کمک کند.

به اجرا گذاشتن اصول حمایت

به منظور دستیابی به استانداردهای این کتاب راهنما، همه آژانس‌های بشردوستانه، حتی اگر قوانین حمایتی مشخص یا ظرفیت تخصصی برای حمایت نداشته باشند، باید با اصول حمایت هدایت شوند.

این اصول «مطلق» نیستند: شرایط می‌تواند گستره فعالیت آژانس‌ها را در پیروی از این اصول محدود کند. به خصوص ممکن است، جنبه‌هایی از اصل ۳ نتواند در محدوده ظرفیتی یک آژانس گنجانده شود. با این حال، اصول یادشده، مبین نگرانی‌های جهانی بشردوستانه‌ای است که همواره باید عملکردها را هدایت کند.

برخی از آژانس‌های بشردوستانه دارای دستورکارهای حمایتی یا نقش‌های خاصی هستند که شامل گروه‌های آسیب‌پذیر می‌شود. محدودی از این آژانس‌ها فعالیت‌های حمایتی خود را، با استفاده از منابع تخصصی و کارکنان متخصص، به صورت برنامه‌ها یا پروژه‌های مستقل، یا در چارچوب «خوشه‌های حمایتی»، یا پاسخگویی در «بخش حمایت»، در حوزه‌های زیر انجام می‌دهند:

● حمایت کودک

● خشونت‌های مبتنی بر جنسیت

● سرپناه، زمین و اموال

● عملیات جمع‌آوری و خنثی کردن مین

● حاکمیت قانون و عدالت

این فهرست، تعدادی از حوزه‌های خاص حمایت را نشان می‌دهد که البته جامع نیست و باید دانست که حوزه‌های خاص حمایتی بسیار دیگری هم وجود دارد.

استانداردها و راهنمایی‌های خاص دیگری نیز برای بسیاری از ابتکارات دیگر مستقل از اسفیر، زیر عناوین مختلف حمایت از افراد غیر نظامی و آوارگان در بحران، تدوین شده‌است که فهرست آن‌ها در «مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه» در انتهای همین فصل آمده و این فصل برای تکمیل این استانداردها طراحی شده‌است.

شیوه‌های مختلف عملکردهای حمایتی

چهار اصل حمایت درباره عملکردهای تخصصی این بخش نیز، به همان اندازه اقدامات کلی بشردوستانه کاربرد دارد، اگرچه این عملکردها گاه متفاوت است. گستره عملکردهای حمایتی همه

آژانس‌های بشردوستانه می‌تواند مطابق با سه شیوه عملکرد زیر باشد:

● **پیش‌گیرانه:** پیشگیری از وقوع تهدیدهای جسمی یا سوءاستفاده از حقوق؛ کاهش خطر قرار گرفتن در معرض آسیب یا کاهش آسیب‌پذیری نسبت به چنین خطرات و سوءاستفاده‌هایی. ضمناً پیشگیری از تهدیدها، شامل حمایت از شرایطی می‌شود که در آن حرمت زنان، مردان، دختران و پسران در همه سنین، مطابق حقوق بین‌المللی حفظ می‌شود.

● **پاسخ‌گویانه:** توقف خشونت‌های در حال وقوع با پاسخ‌گویی به حوادث خشونت‌آمیز و سایر موارد پامال‌شدن حقوق.

● **چاره‌گرانه:** یافتن راه چاره برای بهبود سوءاستفاده‌های فعلی یا گذشته، از طریق جبران یا بازتوانی با ارائه مراقبت‌های بهداشتی، حمایت روانی، کمک حقوقی یا سایر خدمات و پشتیبانی‌ها و کمک به جمعیت آسیب‌دیده برای دستیابی به راه‌های جبران خسارت و احقاق حقوقشان.

ارتقاء منافع گروه هدف، چه به صورت خصوصی و چه عمومی، عامل مشترکی است که این سه شیوه فعالیت را به هم می‌پیوندد. منشأ تهدید جمعیت‌های آسیب‌دیده، تصمیم‌ها، اعمال یا سیاست‌های اجباری است و بسیاری از پاسخگویی‌های حمایتی، به اقدام برای تغییر چنین رفتارها و سیاست‌هایی مربوط است. افزایش منافع گروه هدف از سوی آژانس‌های بشردوستانه و دیگران، از جمله سازمان‌های حقوق بشر، تلاش برای تأثیرگذاری بر چنین تغییری است. ممکن است با «طرح» موضوع سوءاستفاده، در حضور عملیاتی آژانس‌ها بحرانی پدیدآید و این وضعیت، عمل به توصیه‌های آنان برای رسیدگی به موضوع مفروض را تحت شعاع قرار دهد.

اگر افزایش منافع گروه هدف پیگیری شود، موفقیت آن به‌طور کلی به دستیابی به شواهد قابل اطمینان، تحلیل افراد بهره‌مند و شرایط بستگی خواهد داشت، لذا این امر با استانداردهای ارزیابی یادشده در استانداردهای اصلی مرتبط است (رک. استاندارد شماره ۳، ص ۶۲). آن‌گونه که نکات راهنمای زیر روشن می‌کند، هرگونه استفاده از شواهد، از قبیل اظهارات شهود که امکان شناسایی منبع اطلاعات را فراهم می‌کند، چون ممکن است افراد شاهد را در معرض خطر قرار دهد، بسیار بگرنج است و باید بانهایت دقت مراقب این موارد بود (رک. اصل شماره ۱ اصول حمایت، نکته راهنمای شماره ۸، ص ۳۵).

اصول حمایت

اصل شماره ۱ حمایت: از قراردادن مردم در معرض آسیب بیشتر ناشی از عملکردتان پرهیز کنید!

آنان که درگیر امداد رسانی بشردوستانه‌اند، برای پرهیز از تأثیرگذاری منفی ناشی از اقدامات خود و یا کاهش این اثرات، به‌ویژه قراردادن مردم در معرض خطر بیشتر یا سوءاستفاده از حقوقشان، اقدام می‌کنند.

این اصل شامل عناصر زیر است:

- شکل کمک بشردوستانه و محیطی که این کمک در آن ارائه می‌شود، طوری است که مردم را در معرض آسیب‌های بیشتر جسمانی، خشونت یا سایر موارد تعدی به حقوقشان، نمی‌گذارد؛
- تلاش‌های امدادی و حمایتی، ظرفیت مردم مصیبت‌زده را برای حمایت از خود، تحت‌الشعاع قرار نمی‌دهد؛
- آژانس‌های بشردوستانه اطلاعات را به‌نحوی اداره می‌کنند که امنیت اطلاعات‌دهندگان یا کسانی را که ممکن است قابل شناسایی باشند، به خطر نمی‌اندازد.

نکات راهنما

ارزیابی چارچوب و پیش‌بینی پیامدهای اقدامات بشردوستانه برای سلامتی و رفاه مردم آسیب‌دیده.

۱. از درگیری با دیگران در اموری که احتمال خطا وجود دارد، پرهیز کنید. گاهی باید در موارد دشوار تصمیم بگیریم و قضاوت کنیم، مثلاً در شرایطی که باید تصمیم گرفت: «آیا به افرادی که برخلاف اراده خودشان در اردوگاه‌ها زندانی شده‌اند، باید کمک کرد یا خیر؟» این مشکلات را باید به‌صورت موردی رفع کرد، اما با تغییر شرایط در طول زمان، دوباره باید آن‌ها را بررسی کرد.

۲. چک‌لیست: در هنگام تحلیل فعالیت‌ها به‌طور مرتب بر لیست غیر جامع پرسش‌های زیر، که در پاسخگویی‌های کلی بشردوستانه و اقدامات خاص می‌تواند به‌عنوان چک‌لیست به‌کار رود، تمرکز داشته‌باشید:

- با فعالیت‌های ما چه چیزی نصیب مردم آسیب‌دیده می‌شود؟
- نتیجه منفی فعالیت‌های ما بر امنیت مردم چیست و چگونه می‌توانیم این نتایج را به حداقل برسانیم؟
- آیا فعالیت‌ها، تهدیدهایی را که پیش روی حمایت از مردم مصیبت‌زده وجود دارد، مورد توجه قرار می‌دهد؟ آیا این تهدیدها، فعالیت‌های حمایتی مردم آسیب‌دیده از خودشان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد؟
- آیا اقدامات هیچ تبعیضی را به هیچ گروهی تحمیل نمی‌کند یا باعث نمی‌شود که چنین برداشتی شود؟ آیا فعالیت‌ها از حقوق مردمی که با گذشت زمان، به حاشیه رانده شده‌اند یا تبعیضی بر آن‌ها روا داشته‌شده، حمایت خواهد کرد؟
- برای حمایت و احیای حقوق گروه‌های آسیب‌دیده، اثراتی که بر روابط درون جامعه آنان و خارج از آن گذاشته می‌شود، چیست؟
- آیا فعالیت‌ها می‌تواند تمایزها و تضادهای درون جامعه مصیبت‌دیده و نیز بین این جامعه و جوامع اطراف آن را وخیم‌تر کند؟
- آیا اقدامات می‌تواند به‌طور غیر عمد باعث تقویت مواضع گروه‌های مسلح یا سایر فعالان شود؟

۳. در ارزیابی نتایج کلی (مثبت یا منفی) احتمالی پاسخ‌گویی و اقدامات خاص با بخش‌های مختلف جمعیت - یا سازمان‌های مورد اعتماد آن‌ها - مشورت کنید.

۴. شکل ارائه کمک‌ها می‌تواند مردم را در برابر حملات آسیب‌پذیرتر کند. برای مثال، جوامع آسیب‌پذیری که جیره شیر خشک می‌گیرند، ممکن است غارت شوند و به این ترتیب ذی‌نفعان در معرض خطر آسیب و محرومیت واقع شوند؛ برای ارائه کمک در این موارد که خطر بزرگی است، راهی جایگزین (مثل تهیه غذای پخته در آشپزخانه یا مراکز تغذیه) در نظر بگیرید. کمک به جوامع آسیب‌دیده باید به شیوه‌ای که خودشان ترجیح می‌دهند، باشد.

۵. محیطی که کمک در آن ارائه می‌شود، باید تا جای ممکن برای افراد مورد نظر ایمن باشد. مردم نیازمند نباید برای دسترسی به کمک مجبور باشند، از مسیرهای خطرناک عبور و یا به مناطق خطرناک سفر کنند. جایی که اردوگاه‌ها یا سایر محل‌های استقرار برپا شده‌اند، باید برای ساکنان آن، تاجای ممکن امن و دور از مناطق در معرض حمله یا سایر آسیب‌پذیری‌ها باشد.

حمایت خود جمعیت‌های آسیب‌دیده از خودشان

۶. ابزاری را که مردم می‌کوشند با استفاده از آن، از خود و جوامعشان حمایت کنند، درک کنید. از ابتکارات خودیاری جوامع پشتیبانی کنید (رک. اصل شماره ۳ حمایت، نکات راهنمای شماره ۱۳ و ۱۴، ص ۴۰). نحوه مداخله آژانس‌های بشردوستانه نباید شامل مصالحه با مردم، مثلاً برای انتقال به مناطق امن‌تر شود و باید از تماس با گروه‌های مسلح برای حمایت از این مردم و دیگران پرهیز شود.

۷. نیازهای ضروری: برای تداوم زندگی باید به مردم کمک شود تا گزینه‌های سالمی برای تأمین ضروریات زندگی خودشان بیابند. مثلاً می‌توان برای کمک به مردم، اقلامی چون آب، هیزم یا سایر سوخت‌های لازم برای پخت‌وپز را تهیه کرد تا این مردم وادار به سفرهای خطرناک برای رفع نیازمندی‌های روزانه خود نشوند. این موضوع به‌ویژه برای سالمندان، زنان، کودکان و معلولان مهم است.

مدیریت اطلاعات حساس

۸. اطلاعات مربوط به حمایت می‌تواند بفرنج باشد. آژانس‌های بشردوستانه باید برای راهنمایی کارکنانشان سیاست‌ها و روش‌های روشنی تدوین کرده باشند تا در صورت آگاهی از تعدی‌ها و یا شاهد امری بودن، از محرمانه ماندن اطلاعاتشان هم ایمنی داشته باشند. باید به کارکنان درباره گزارش‌دهی مناسب از وقایع و اغتشاشات که شاهد آن بوده‌اند، آموزش داد.

۹. ارجاع اطلاعات حساس: ارجاع گزارش‌های مربوط به سوءرفتارها به عوامل مربوط را در نظر داشته باشید. ممکن است این عوامل در مناطقی متفاوت از جایی باشند که این اطلاعات به‌دست آمده است.

۱۰. برای ارجاع اطلاعات حساس درخصوص سوء استفاده‌ها و پایمال شدن حقوق، باید سیاستی اتخاذ و با گزارش حوادث یا تحلیل روند همراه شود. این سیاست باید چگونگی مدیریت اطلاعات درخصوص سوء استفاده‌ها و پایمال شدن حقوق و شرایط رجوع به آن را مشخص کند. برای استفاده از این اطلاعات، آژانس‌ها تا باید رضایت خود افراد مربوط را جلب کنند؛ هرگونه ارجاع اطلاعات باید طوری باشد که منبع اطلاعات - فرد یا افرادی که به آنان مراجعه می‌شود-، با خطر مواجه نشوند.

۱۱. اطلاعات مربوط به سوء استفاده‌های خاص و تعدی به حقوق را آژانس‌ها، باید تنها در صورتی جمع‌آوری کنند که کاربرد آن روشن و جزییات لازم برای این کاربرد، تعریف شده باشد. این‌گونه اطلاعات مرتبط با حمایت، باید از سوی آژانس‌هایی به‌دست‌آید که کار حمایت در دستور کارشان است؛ یا ظرفیت، مهارت، سازوکار و قوانین لازم را دارا هستند. جمع‌آوری چنین اطلاعاتی باید به شرط رضایت آگاهانه باشد، و در همه موارد، رضایت فرد (یا افراد)

برای بیان اطلاعاتی که باید با شخص ثالث در میان گذاشته شود، ضروری است.

۱۲. واکنش احتمالی مسئولین دولت یا سایر مسئولان برای جمع‌آوری و استفاده از اطلاعات مربوط به سوءاستفاده‌ها باید ارزیابی شود. با توجه به لزوم استفاده از این اطلاعات، گاه نیاز به ادامه عملیات است. آژانس‌های مختلف بشردوستانه در این رابطه، ممکن است گزینه‌های مختلفی داشته باشند.

اصل شماره ۲ حمایت: از دسترسی مردم به کمک‌های بی‌طرفانه - متناسب با نیاز آنان و بدون تبعیض - اطمینان یابید.

مردم می‌توانند بنابر نیازشان و بدون تبعیض ناروا، به کمک‌های بشردوستانه دسترسی داشته باشند. نمی‌توان کمک‌ها را از مردم نیازمند دریغ داشت و برای رعایت استانداردهای اسفیر، دسترسی به آژانس‌ها در صورت نیاز ضروری است.

این اصل شامل عناصر زیر است:

- از دسترسی همه آسیب‌دیدگان به کمک‌های بشردوستانه اطمینان یابید.
- همان‌گونه که در منشور بشردوستانه توصیف شده است، بر مبنای قانون مربوط و اصول کلی بشردوستانه باید با هرگونه محرومیت عمدی بخش‌هایی از جمعیت از دسترسی به امکانات زندگی مبارزه کرد.
- افراد آسیب‌دیده بر اساس نیازهایشان، از حمایت برخوردار می‌شوند و در زمینه‌های دیگر نیز تبعیضی بر آن‌ها روا داشته نمی‌شود.

نکات راهنما

برقراری دسترسی

۱. در جایی که جمعیت آسیب‌دیده قادر به برآوردن نیازهای اساسی خود نیست و مسئولان امر نیز نمی‌توانند این نیازها را تأمین کنند، گروه اخیر نباید مانع امدادسانی سازمان‌های بی‌طرف در انجام این کار شود. چنین ممانعتی، به‌خصوص در اغتشاشات مسلحانه، می‌تواند ناقض حقوق بین‌المللی باشد.

۲. نظارت بر دسترسی: دسترسی جمعیت آسیب‌پذیر، به‌ویژه افراد آسیب‌دیده، به کمک‌های بشردوستانه را با دقت نظارت کنید.

۳. دسترسی به کمک‌های بشردوستانه و آزادی تردد: با یک‌دیگر کاملاً مرتبط است (رک. اصل شماره ۳ حمایت، نکات راهنمای ۷ تا ۹ ص ۳۹ و ۴۰). نظارت بر دسترسی باید موانعی نظیر نقاط ایست - بازرسی، محاصره‌ها یا زمین‌های مین‌گذاری شده را در نظر بگیرد. در وضعیت‌های اغتشاش مسلحانه، ممکن است طرفین ایستگاه‌های بازرسی دایر کنند، اما این موانع نباید موجب اعمال تبعیض میان مردم آسیب‌دیده شود یا دسترسی آن‌ها به کمک‌های اولیه را بیهوده نادیده بگیرد. باید کوشید تا دسترسی مردم آسیب‌دیده به‌طور برابر در مناطق دور و غیر قابل دسترس نیز تضمین شود.

۴. ضمن ارزیابی چارچوب‌ها برای سهولت در دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر، باید تمهیدات خاصی اندیشید، به این منظور باید اوضاع اجتماعی، فرهنگی و رفتاری جوامع مد نظر قرار گیرد. این اقدامات می‌تواند، ساخت مکان‌هایی امن برای مردمی که قربانی سوءاستفاده‌هایی مثل تجاوز یا قاچاق انسان بوده‌اند و یا ایجاد تسهیلاتی برای دسترسی معلولان را نیز شامل شود. در هر اقدام این‌چنینی باید از انگشت‌نما کردن این گروه‌ها پرهیز شود (رک. استاندارد کانونی ۳، نکات راهنمای ۵ و ۶، ص ۶۴ و ۶۵).

رسیدگی به محرومیت از کمک‌ها یا دسترسی به ضروریات زندگی

۵. حق دریافت کمک‌های بشردوستانه: همان‌گونه که در منشور بشردوستانه تصریح شده‌است، جمعیت آسیب‌دیده حق دریافت کمک‌های بشردوستانه را دارد. این حق از تعدادی قوانین و مقررات حقوقی منشعب می‌شود که بخشی از حقوق بین‌المللی هستند. حقوق بشردوستانه بین‌المللی مشخصاً دربرگیرنده پیش‌بینی‌هایی درباره دسترسی به کمک‌ها و «حمایت از اقلام ضروری زندگی غیر نظامیان» است (پروتکل‌های ۱۹۷۷ یک و دو الحاقی به کنوانسیون ژنو). آژانس‌های بشردوستانه ممکن است تشویق به احترام بیشتر به قوانین مربوط را مد نظر قرار دهند (رک. اصل ۳ حمایت، نکات راهنمای ۳ و ۴، ص ۳۹).

تضمین عدم تبعیض

۶. بی‌طرفی: آژانس‌های بشردوستانه باید مردم آسیب‌دیده را که می‌خواهند تنها براساس نیازشان به آن‌ها کمک شود، در اولویت قرار دهند و امدادها را متناسب با نیاز آنان کنند. این اصل بی‌طرفی در منشور رفتاری جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و NGOها در آمدادرسانی پس از بحران تأیید شده‌است (رک. پیوست ۲، ص ۳۵۷ و همچنین منشور بشردوستانه، ص ۱۹). اگر تمرکز انحصاری آژانس‌های بشردوستانه بر یک گروه خاص (از جمله مردم آواره ساکن اردوگاه‌ها) باعث صدمه‌دیدن گروه دیگری از جمعیت آسیب‌دیده شود، آژانس‌ها برای پرهیز از این آسیب، نباید چنین کاری کنند.

۷. لزومی ندارد که مردم آسیب‌دیده برای دریافت کمک بشردوستانه و مورد حمایت قرار

گرفتن، وضعیت حقوقی خاصی داشته باشند.

اصل شماره ۳ حمایت: از مردم در برابر آسیب‌های جسمانی و روانی ناشی از خشونت و سرکوب حمایت کنید!

مردم در برابر خشونت، زورگویی یا وادار شدن به عملی برخلاف اراده خود و نیز در برابر ترس از چنین سوءاستفاده‌هایی، حمایت می‌شوند.

این اصل شامل عناصر زیر است:

• برای اطمینان از این‌که مردم آسیب‌دیده در معرض حمله خشونت‌آمیز نخواهند بود، همه اقدامات منطقی را، چه از طریق مقابله با منبع خشونت و چه از راه کمک به مردم برای دوری از خطر، انجام دهید.

• برای اطمینان از این‌که مردم آسیب‌دیده، در معرض زورگویی نخواهند بود؛ یعنی به انجام عملی اجباری یا خلاف اراده خودشان از طریق‌هایی که ممکن است، باعث آسیب‌دیدن یا ضایع شدن حقوقشان (مثل حق آزادی تردد) شود، وادار نمی‌شوند، همه اقدامات منطقی را به‌عمل آورید.

• از اقدامات خود جمعیت برای حفظ سلامت، امنیت و کرامتشان، ازجمله با استفاده از سازوکارهای خودیاری، پشتیبانی کنید.

نکات راهنما

حمایت از خشونت و اجبار

۱. در مسئولیت حمایت از مردم در برابر تهدید زندگی و امنیت‌شان، تقدم با دولت‌ها و سایر مسئولان مربوط است (رک. منشور حقوق بشردوستانه، ص ۱۹). در زمان اغتشاشات مسلحانه، طرفین درگیر باید از جمعیت غیر نظامی و کسانی که تسلیم شده‌اند، حمایت کنند. در تحلیل وضعیت از نظر وجود خطرات و تهدیدها برای مردم، آژانس‌های بشردوستانه باید تعیین کنند که چه کسی مسئولیت قانونی یا ظرفیت عملی برای حمایت از مردم را برعهده دارد.

۲. کمک کنید تا سایر تهدیدها به حداقل برسد: این مورد شامل مہیای کمک‌ها از راهی است که بر امنیت مردم بیفزاید و تلاش‌های آنان را برای سالم ماندن یا کاهش رویارویی با خطر (از طریق افزایش منافع گروه هدف یا غیر آن) تسهیل کند.

۳. **نظارت و گزارش‌دهی:** آژانس‌های بشردوستانه باید مسئولیت نظارت و گزارش‌دهی را برعهده بگیرند و تخلفات عمده از حقوق را گزارش دهند. آن‌ها ضمناً باید مشاوره با مسئولین مربوط و مسئولیتشان را، که دفاع از حقوق جمعیت آسیب‌دیده است، به آنان یادآوری کنند. این آژانس‌ها با به یادداشتن رهنمودهای مربوط به مدیریت اطلاعات حساس (رک. اصل ۱ حمایت ص ۳۳)، می‌توانند از روش‌های مختلفی، مانند دیپلماسی، رایزنی و ترویج، در عمل استفاده کنند.

۴. **در زمان اغتشاشات مسلحانه،** آژانس‌های بشردوستانه باید نظارت بر نهادهایی را که به‌طور مشخص تحت حمایت حقوق بین‌الملل قراردارند، مثل مدارس و بیمارستان‌ها، عهده‌دار شوند و هرگونه حمله را به آن‌ها گزارش دهند. برای کاهش خطرات، آژانس‌ها باید موارد آدم‌ربایی یا کار اجباری را که گاه در محل تحت نظارتشان روی می‌دهد، گزارش کنند.

۵. **در جایی که مواد منفجره جمعیت آسیب‌دیده را تهدید می‌کند،** آژانس‌های بشردوستانه باید برای انتقال مین‌های زمینی و مهمات خنثی‌نشده، با مسئولین دولتی مربوط و آژانس‌های تخصصی هماهنگ کنند. این خطر به‌ویژه در شرایطی روی می‌دهد که جمعیت پس از اغتشاشات مسلحانه، به محل سکونتشان بازمی‌گردند.

۶. **دست‌اندرکاران سیاسی، مجریان قانون و نظامیان** نقش پراهمیتی را در حمایت از مردم در برابر سوءاستفاده و خشونت ایفا می‌کنند. راه حل مسائل زیربنایی را درنهایت در حوزه سیاسی، که اغلب در مرکز نگرانی‌های حمایتی است، می‌توان یافت. برای مثال، عوامل امنیتی و اعمال قانون، می‌توانند و باید نقش مهمی در تضمین امنیت جسمانی مردم در معرض خطر، ایفاکنند. سازمان‌ها می‌توانند به مقامات درخصوص نقض قوانین هشدار دهند. میانجی‌گری گروه‌های نظامی، افسران فرمانده آنان یا دیگرمسئولان این امر، می‌تواند گامی اساسی در توقف تخطی‌های گروه‌های مسلح باشد.

آزادی تردد

۷. **مردم نباید مجبور به ماندن در جایی و یا رفتن از محلی (مثلاً یک اردوگاه) برخلاف میلشان باشند،** هیچ محدودیت دیگری هم نباید بر آمدوشد آنان تحمیل شود. محدودیت در آزادی آمدوشد تنها باید زمانی تعیین شود که برای امنیت یا سلامتی، دلایلی جدی موجود، و محدودیت نیز باید متناسب با منظور باشد. مردم آسیب‌دیده از بحران یا اغتشاشات، در هر زمان حق پناهجویی خواهندداشت.

۸. **تخلیه‌ها:** آژانس‌های بشردوستانه تنها باید در شرایط بسیار ویژه، که راهی برای مهربای کمک اضطراری نیست و در صورت وجود نیز با تهدید شدید نسبت به زندگی، امنیت و سلامتی فردی همراه است، برای خروج او از محل اقدام کنند.

۹. برای باقی ماندن جمعیت‌های آسیب‌دیده در جایی خطرناک، نباید مشوقی ایجاد کرد و نیز وقتی آنان دسترسی کامل به همه اطلاعات مربوط به آن مناطق را ندارند، نباید بازگشت و اسکان مجدد آن‌ها را تشویق کرد.

آسیب‌پذیری‌های خاص نسبت به خشونت و کار اجباری

۱۰. مردم آسیب‌پذیر: برای شناختن افرادی که در برابر خطرات و تهدیدها بیشترین آسیب‌پذیری را دارند، باید به عوامل فردی، اجتماعی و محتوایی توجه خاصی کرد. ممکن است برای کسانی که با خطرات خاصی روبه‌رو هستند، از جمله زنان، کودکان، کسانی که به زور از محل زندگی خود رانده شده‌اند، سالمندان، افراد معلول و گروه‌های اقلیت دینی یا قومی، تمهیدات خاصی اندیشیده شود.

۱۱. محیط‌های امن برای کودکان: سازمان‌ها باید برای کودکان، محیط‌های امنی ایجاد کنند. خانواده‌ها و جوامع باید در تلاش برای حفظ و نگهداری کودکانشان در امنیت، حمایت شوند.

۱۲. کودکان، به‌خصوص زمانی که از خانواده‌هایشان جدا شده‌اند، یا فرد بالغی به همراه ندارند، در بحران یا اغتشاشات آسان‌تر مورد سوءاستفاده یا بهره‌کشی قرار می‌گیرند. سازمان‌ها باید همه اقدامات منطقی را برای پیشگیری از به‌کارگیری کودکان در گروه‌های مسلحانه، برای نجات فوری آنان و پیوستن مجددشان به خانواده، انجام دهند.

۱۳. زنان و دختران ممکن است با خطرات خاص خشونت‌های جنسی روبه‌رو باشند. سازمان‌های بشردوستانه هنگام کمک به حمایت از این گروه‌ها، باید بر اقداماتی تمرکز کنند که این خطرات احتمالی، از جمله قاچاق انسان، فحش‌ای اجباری، تجاوز یا خشونت‌های خانگی، را کاهش می‌دهد. این سازمان‌ها ضمناً باید استانداردها و ابزاری را به‌کارگیرند که از وقوع بهره‌کشی و سوءاستفاده جنسی جلوگیری و آن را ریشه‌کن کند. این اعمال اجباری، می‌تواند مردم دچار ناتوانی‌های خاص را، مثل زنان در حاشیه یا معلولی که مجبور به تجارت جنسی شده‌اند، از دریافت کمک‌های بشردوستانه محروم کند.

حمایت از خود و حمایت‌های اجتماعی جامعه‌محور

۱۴. سازوکارهای خانوادگی و اجتماعی حمایت و حمایت روانی-اجتماعی را باید، با درکنار هم نگاه داشتن خانواده‌ها، آموزش به مردم برای پیشگیری از جدایی کودکان از خانواده، تقویت مراقبت‌های مناسب برای کودکان جداشده از خانواده و ساماندهی برای ردیابی خانواده‌ها و فرایند بازگردانی کودکان و سایر اعضای خانواده به آنها، ایجاد کرد. تا آن‌جاکه ممکن است، باید خانواده‌ها را در کنار یک‌دیگر نگاه‌داشت و اجازه داد مردمی که از یک روستا یا گروه حمایتی خاص هستند، در همان محل خودشان زندگی کنند.

۱۵. حمایت از فعالیت‌های خودجوش: چنین فعالیت‌هایی، می‌تواند شامل گروه‌های ذیل باشد: زنانی که به خشونت‌های مبتنی بر جنسیت رسیدگی می‌کنند، گروه جوانانی که در زمینه امرار معاش همکاری می‌کنند، گروه‌هایی که با کودکان تعامل مثبت دارند و از والدین جوان و کودکانی که نیازمندی‌های خاصی دارند، مراقبت می‌کنند، گروه جوانانی که اطلاعات مربوط به تهدیداتی مثل مین‌های زمینی را گزارش می‌دهند و گروه‌های اجتماعی که به یاری زنان و مردانی که همسرشان را از دست داده‌اند، سالمندان و افراد معلول می‌پردازند.

اصل شماره ۴ حمایت: به احقاق حقوق مردم، با بازپروری پس از بحران و جبران خسارت کمک کنید!

به جمعیت آسیب‌دیده کمک می‌شود تا حقوقشان را از طریق کسب اطلاعات، جمع‌آوری مدارک و گرفتن کمک مطالبه کنند. از مردم به‌صورت مناسب حمایت می‌شود تا از درد و رنج‌های جسمانی، روانی-اجتماعی و اثرات اجتماعی خشونت و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن رها شوند.

این اصل شامل عناصر زیر است:

از مردم آسیب‌دیده حمایت کنید تا حقوقشان را با قاطعیت مطالبه کنند و از دولت یا سایر منابع، غرامت‌های خود را بگیرند، با آگاهی‌دادن درباره حق و حقوقشان و راه‌های درمانی در دسترسشان به آن‌ها کمک کنید.

به مردم آسیب‌دیده در جمع‌آوری اسنادی که برای اثبات حقوقشان لازم دارند، کمک کنید.

به مردم مصیبت‌دیده کمک کنید تا با تدارک حمایت‌های جامعه‌محور و سایر حمایت‌های روانی-اجتماعی به وضعیتشان بهبود بخشند.

نکات راهنما

حمایت از مردم آسیب‌دیده در مطالبه حقوقشان

۱. مسئولان دولتی و غیر دولتی ضامن حرمت و استیفای حقوق جمعیت آسیب‌دیده از فجایع‌اند. سازمان‌های بشردوستانه، چه از طریق نظام‌های قانونی و چه سایر راه‌ها، باید به حمایت از مردم آسیب‌دیده در مطالبه حقوقشان توجه کنند.

۲. موارد استحقاقی: آژانس‌ها باید مردم آسیب‌دیده از بحران را از حقوقشان، هم در قالب برنامه امدادرسانی و هم تحت قوانین کشور مورد آسیب، مطلع کنند. باید به بازگرداندن

حقوق مردم، درباره سرپناه، زمین و اموال توجه خاص کرد.

۳. **اطلاعات و مشاوره:** جمعیت آسیب‌دیده، باید از وجود مسئولین و سازمان‌های بشردوستانه به زبان و رفتاری که بتوانند درک کنند، مطلع شوند. آن‌ها باید در فرایند مشاوره‌های مهم، بدون قرارگرفتن در معرض خطر بیشتر، در تصمیم‌گیری اثرگذار بر زندگیشان دخالت داشته‌باشند (رک. استاندارد کانونی شماره ۱، ص ۵۶). این مورد هم، یکی از راه‌های کمک به آن‌ها در مطالبه حقوقشان است.

اسناد و مدارک

۴. **یافتن یا جایگزینی مدارک گمشده:** سازمان‌های بشردوستانه باید در تهیه مدارک گمشده - یا تهیه‌المثنی برای آن‌ها - و نیز دسترسی جمعیت آسیب‌دیده به حقوقشان، به آنان کمک کنند. مردم، صرف نظر از داشتن یا نداشتن مدارک خاص، به‌طور کلی، حقوقی دارند؛ اما معمولاً برای آگاهی از تمام موارد حقوقی‌شان، نوعی سند یا مدرک شناسایی، مثل گواهی تولد، سند ازدواج، گذرنامه یا بنچاق لازم است. پس از روی دادن بحران، داشتن اسناد مالکیت، اغلب اهمیت خاصی دارد؛ اما در تعدادی از کشورها، مالکیت به‌طور مشخص و با مدارک قانونی، مستند نمی‌شود و موضوع بحث و جدل است. به‌منظور پیشگیری از مسائل مالی و قانونی اداری و غیر ضروری بازماندگان، لازم است گواهی‌های مرگ هم تنظیم شود. معمولاً گاهی اجساد کسی را بدون برگزاری مراسمی دفن می‌کنند، در این موارد، گواهی مرگ صادر نمی‌شود و این کاری است که باید از آن پرهیز کرد.

۵. **اسناد و مدارک قانونی به رسمیت شناخته‌شدن از سوی دولت یا مسئولان مربوط با مدارک صادرشده از سوی سازمان‌های بشردوستانه، از قبیل کارتهای جیره یا کوپن‌های حمل و نقل، امکان‌پذیر نیست و واجد شرایط بودن اشخاص برای دریافت کمک از سازمان‌های بشردوستانه، با مدارک رسمی صادره از سوی مسئولان امور متفاوت است و نباید با هم مشتبه شوند.**

دسترسی به منابع جبران و غرامت

۶. **مردم استحقاق آن را دارند که از راه‌های قانونی و سایر راه‌ها، خواستار جبران حقوق پایمال‌شده خود، به کمک مسئولان دولتی یا سایر مسئولان مربوط شوند.** این مورد شامل جبران خسارات و پرداخت غرامت اموال نیز است. مردم حق دارند انتظار داشته‌باشند، مرتکبان تخطی‌ها در پیشگاه قانون حضور یابند. چنین کاری می‌تواند در بازگرداندن اعتماد و اطمینان به میان جمعیت‌های آسیب‌دیده، نقش عمده‌ای بازی کند. ممکن است آژانس‌های بشردوستانه بتوانند در دسترسی مردم آسیب‌دیده به قانون یا ارجاع موارد به آژانس‌هایی که چنین توانی را دارند، کمک کنند.

۷. **مراقبت‌های بهداشتی و حمایت برای بازتوانی:** پس از حملات، خشونت‌های مبتنی بر جنسیت و سایر مسائل وابسته بدان، باید به مردم کمک کرد تا به مراقبت‌های بهداشتی مناسب و بازتوانی دست‌یابند (رک). خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد شماره ۳، کنترل بیماری‌های همه‌گیر، ص ۳۳۱ و خدمات ضروری بهداشتی - استانداردهای ۱ و ۲، صص ۳۲۴ و ۳۲۹).

۸. **در صورت دسترسی به کمک‌های بازتوانی از سوی منابع غیر دولتی، در زمان مناسب باید برای شناسایی و دسترسی به چنین منابعی، به مردم کمک کرد.**

حمایت‌های جامعه‌محور و سایر حمایت‌های روانی-اجتماعی

۹. **سازوکارهای مثبت پرداختن به فعالیت‌های اجتماعی از قبیل تدفین‌های فرهنگی مناسب، مراسم و مناسک مذهبی و سایر رسوم اجتماعی غیر مضر، باید حمایت شوند.**

۱۰. **فعالیت برای کودکان:** باید جوامع را برای ساماندهی فعالیت‌های حمایتی و حمایت‌های آموزشی از کودکان، به تناسب و از راه‌های غیر رسمی، مثل ساختن فضاهای مناسب برای آنان، تشویق کرد. هدف سازوکارهای جامعه‌محور باید تقویت رفاه روانی-اجتماعی، مانند فعالیت‌های خودیاری باشد.

۱۱. **به ساماندهی حمایت روانی-اجتماعی بازماندگان خشونت‌ها کمک کنید.** اطمینان یابید که بازماندگان به شبکه‌های اجتماعی جامعه و فعالیت‌های خوداشتغالی دسترسی خواهند داشت. دسترسی به حمایت جامعه‌محور باید با دسترسی به مراقبت‌های بهداشت روانی کامل شود.

۱۲. **نظام حمایت یکپارچه:** آژانس‌هایی که در بخش‌های مختلف حمایت روانی-اجتماعی و مراقبت‌های بهداشت روان کار می‌کنند، باید در ساختن نظام یکپارچه حمایت از جمعیت آسیب‌دیده، همکاری کنند (رک). خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد شماره ۱ بهداشت روانی، ص ۳۴۹).

۱۳. **حمایت بالینی:** امکاناتی فراهم کنید تا افرادی که به شدت آسیب دیده‌اند، برای بهبودی به مراکز حمایت بالینی موجود اعزام شوند.

مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه

حمایت عمومی: زمینه‌ها و ابزارها

(۲۰۰۸)، حداقل استانداردهای آژانس‌ها برای ادغام حمایت در امدادسانی بشردوستانه - نسخه آزمایش میدانی^۱

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia. www.icva.ch/doc00002448.pdf

جیوسی گاوآرازسیو، اس (۲۰۰۱)، تقویت حمایت در جنگ - پژوهشی برای استانداردهای حرفه‌ای. 0783 Ref. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (IRIC) ژنو.

کمیته دائمی بین آژانس‌ها (IASC) (۲۰۰۲)، پرورش درخت اسکان - حمایت از حقوق با اقدامات بشردوستانه - برنامه‌ها و نحوه‌های انجام کار جمع‌آوری شده از مناطق. ژنو، www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (۲۰۱۰) قوانین عملیاتی و راهنما برای حمایت از افراد آسیب‌دیده از بلایای طبیعی. ICRC (۲۰۰۸)، تقویت حمایت از غیر نظامی‌ها در اغتشاشات مسلحانه و سایر وضعیت‌ها. ژنو www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC (۲۰۰۹)، استانداردهای حرفه‌ای برای کار حمایتی فعالان امور بشردوستانه و حقوق بشری در اغتشاشات مسلحانه و سایر وضعیت‌های اغتشاش. ژنو www.irc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0html

کالاها، اس و پانتولیانو، اس (۲۰۰۷) ادغام حمایت از غیر نظامی‌ها در امدادسانی بشردوستانه، گزارش HPG. 26 مؤسسه توسعه ماورای بحار (ODI). لندن.

اسلیم، اچ و بون ویک، ای (۲۰۰۵)، حمایت - یک راهنمای ALNEP برای آژانس‌های بشردوستانه. ODI. لندن.

www.alnap.org./initiatives/protection.aspx

1. Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response, Field Testing Version

دفتر سازمان ملل برای هماهنگی امور بشردوستانه (OCHA) (۲۰۰۹)، ایدِ مموآر: برای توجه به موضوعات مربوط به حمایت غیر نظامی‌ها. نیویورک

www.humansecuritygateway.com/showReord.php?RecordId=33206

استانداردهای خاص برای حمایت

کودکان

ICRC، کمیته بین‌المللی نجات، کودکان را حفظ کنید (Save the Children)، یونیسف، کمیساریای پناهندگان سازمان ملل و ورد ویتن (۲۰۰۴)، اصول راهنمای مشترک آژانس‌ها درباره کودکان بی‌سرپرست و جدانشده. ژنو:

www.icrc.org/eng/assets/files/icrc_002_1011.pdf

یونیسف (۲۰۰۷)، اصل و تعهدات حمایت از کودکان در برابر به‌کارگیری غیر قانونی یا استفاده در نیروها یا گروه‌های مسلح. پاریس.

www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html

خلع سلاح، پشتیبانی و اتحاد مجدد سازمان ملل، (۲۰۰۶) (UNDDR) استانداردهای یکپارچه خلع سلاح، پشتیبانی و اتحاد مجدد. نیویورک.

www.unddrs/05/20.php و www.unddr.org/iddrs/05/30.php

ناتوانی‌ها (معلولیت‌ها)

هندی‌کپ اینترنشنال (۲۰۰۶)، حمایت – موضوعاتی برای افراد دچار ناتوانی (معلولان) و جراحت.

هندی‌کپ اینترنشنال (۲۰۰۸)، جعبه‌ابزاری برای حمایت از معلولان.

خشونت‌های مبتنی بر جنسیت

IASC (۲۰۰۵)، قوانینی برای اقدامات سازمان‌های بشردوستانه درباره خشونت‌های جنسی، تمرکز بر پیشگیری از خشونت‌های جنسی و پاسخ‌گویی به آن در بحران‌ها. ژنو.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۲۰۰۷)، توصیه‌های اخلاقی و ایمنی برای پژوهش، مستندسازی و نظارت بر خشونت‌های جنسی در بحران‌ها. ژنو

www.who.int/gender/documents/violence/978924595681/en/index.html

حقوق مسکن، زمین و اموال

اصول مربوط به مسکن و حمایت از حفظ اموال برای پناهندگان و آوارگان. EC/N.4/SUB.2/ RES/2005/21. «اصول پینی پِرو» (Pinheiro Principles).

http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

، (Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster) (2010)

زمین و بلایای طبیعی، رهنمودهایی برای مسئولان. برنامه سازمان ملل برای سرپناه‌های انسانی (UN – Habitat) و سازمان خواروبار و کشاورزی سازمان ملل (FAO). نایروبی.

www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در امدادسانی بشردوستانه

کارگروه جهانی حمایت، مسکن، حوزه مسئولیت زمین و املاک (۲۰۰۹)، چک‌لیست خانه‌سازی، حقوق زمین و املاک و موضوعات وسیع‌تر زمین در طول زمان. آوارگی و رانده‌شدگی از بحران تا بازسازی.

[www.internaldisplacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20HLP%20and%20Landan%20Issues_Final2pdf](http://www.internaldisplacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20HLP%20and%20Landan%20Issues_Final2pdf)

مرکز نظارت بر آوارگی داخلی، فائو، اوپا، دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل، یو ان هیئات و کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (۲۰۰۷)، کتاب راهنما درباره مسکن و غرامت اموال پناهندگان و افراد آواره. اجرای «اصول پینی پِرو»، ISC، ژنو.

www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

آوارگان داخلی

بگ شا، اس و پال، دی (۲۰۰۴)، حمایت یا نادیده گرفتن؟ به‌سوی نگرش مؤثرتر سازمان ملل به حمایت از آوارگان داخلی – یک ارزیابی. پروژه بروکینگز – SAIS برای آوارگی‌های داخلی و UNOCHI، بخش آوارگی بین سازمان‌ها. واشینگتن دی سی.

www.brookings.edu/papers/20041123humanright_bagshaw.aspx

موسسه بروکینگز - پروژه آوارگی داخلی دانشگاه برن (۲۰۰۵)، رسیدگی به آوارگی داخلی: چارچوبی برای مسئولیت ملی. واشینگتن دی سی.

www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (2004)، اجرای نگرش همکاری در وضعیت‌های آوارگی داخلی: چارچوبی برای مسئولیت ملی، واشینگتن دی سی.

www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

کارگروه حمایت جهانی (۲۰۱۰)، کتاب راهنما برای حمایت از افراد آواره داخلی.

www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (۲۰۰۴)، اجرای نگرش همکاری در وضعیت‌های آوارگی داخلی - راهنمایی برای هماهنگ کننده‌های بشردوستانه و یا ساکن.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=contentproducts&productcatid=10

IASC (2010)، چارچوبی برای راه حل‌های پایدار برای افراد آواره داخلی.

www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل (۱۹۹۸)، اصول راهنمای سازمان ملل درباره آوارگی‌های داخلی

www.idpguidingprinciples.org/ و E/CN.4?1998/53/Add.2.

www.unhcr.org/Huridocda/Huridocda.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

سلامت فکری و حمایت روانی - اجتماعی

IASC (2007)، قوانین IASC درباره سلامت روانی و حمایت روانی-اجتماعی.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?paage=content-products-default

گروه مرجع IASC برای سلامت روان و حمایت روانی-اجتماعی (۲۰۱۰)، سلامت روان و حمایت روانی-اجتماعی (MHPSS) در امور اضطراری بشردوستانه: آنچه باید مدیران برنامه بدانند.

www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss

اقدامات مربوط به جمع‌آوری مین

استانداردهای ماین اکشن اینترنشنال

www.mineactionstandards.org/imas.html#english

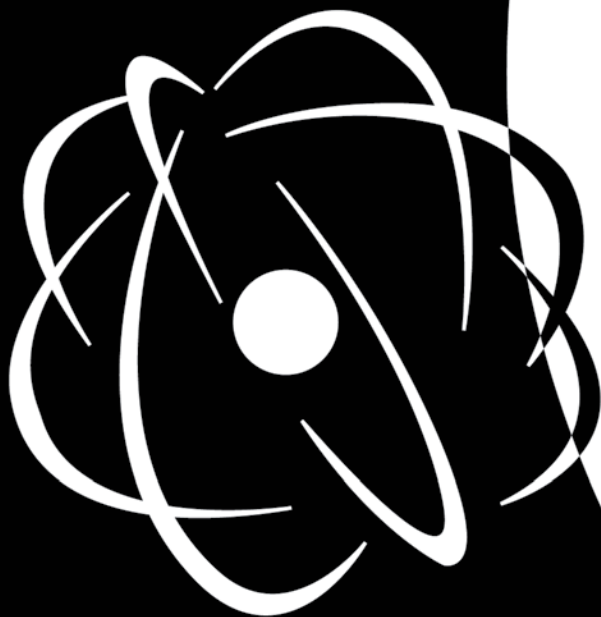
افراد سالمند

IASC (۲۰۰۸)، اقدامات بشردوستانه و سالمندان – خلاصه‌ای اساسی برای فعالان امور بشردوستانه.
سازمان بهداشت جهانی

WHO-HelpAge International.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=contentproducts&productcatid=24

استانداردهای کانونی



چگونه از این فصل استفاده کنیم؟

استانداردهای کانونی، استانداردهای ضروری فرایند مشترک همه بخش‌ها است. این استانداردها نقطه مرجع یگانه‌ای برای پیوند همه استانداردهای مذکور در این کتاب راهنما به دست می‌دهد. بنابراین، به منظور رعایت استانداردهای هر فصل، استفاده همزمان از استانداردهای کانونی ضروری است.

شش استاندارد کانونی وجود دارند:

امدادرسانی بشردوستانه مردم‌محور

هماهنگی و همکاری

ارزیابی

طراحی و پاسخ

اجرا، شفافیت و یادگیری

عملکرد امدادگر

ساختار هر استاندارد کانونی به شکل زیر است:

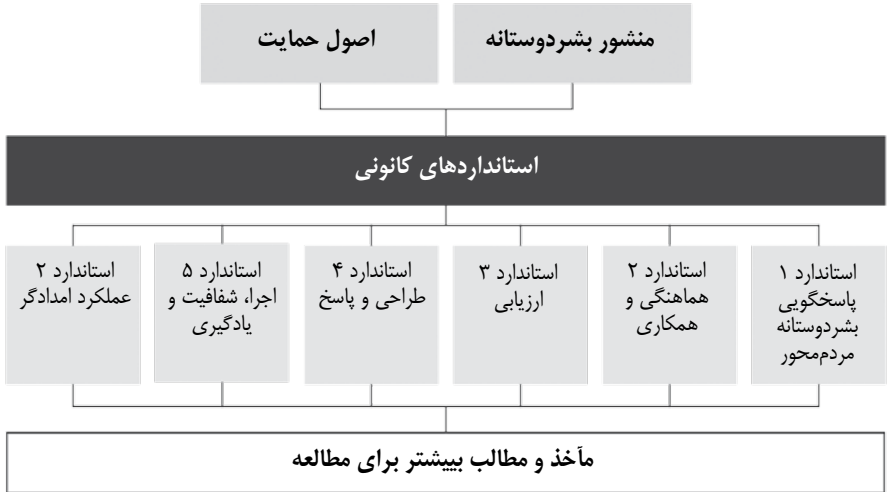
- **استاندارد کانونی:** درحقیقت کیفی است و سطحی را که در امدادرسانی بشردوستانه باید به آن رسید، تعیین می‌کند.
- **اقدامات کلیدی:** این مورد، فعالیت‌ها و اطلاعات پیشنهادی برای کمک به دستیابی به استانداردها است.
- **شاخص‌های کلیدی:** این‌ها «علائمی» هستند که استاندارد را نشان می‌دهند. از این راه می‌شود، برای اندازه‌گیری و ارتباط میان فرایندها و نتایج اقدامات کلیدی استفاده کرد؛ این شاخص‌ها با حداقل استانداردها مرتبط اند، نه با اقدامات کلیدی.
- **نکات راهنما:** شامل نکات خاص برای مراجعه، در هنگام کاربرد استانداردها و شاخص‌های کانونی در شرایط مختلف و رهنمودهایی برای رفع مشکلات عملی و محک‌ها و توصیه‌هایی برای موضوعات دارای اولویت هستند. این موارد احتمالاً موضوعات مهم مربوط به استانداردها، اقدامات، شاخص‌ها و دشواری، مناقشه یا خلأ در دانش هم دربرمی‌گیرد.
- **شاخص‌های کلیدی در چارچوب کاربردی، تنوع گسترده‌ای دارد. مشخصات «قابل اندازه‌گیری و زمانمند» هر شاخص از نظر محتوایی و کاربردی، کاملاً ویژه است؛ بنابراین بهره‌مندان در شرایط ویژه خود، باید به گونه‌ای مناسب این شاخص‌ها را به کار گیرند.**

در پایان این فصل لیستی از گلچین مرجع‌ها و مطالب بیشتر برای مطالعه گنجانده شده است

فهرست مطالب

۵۳	 مقدمه
۵۶	 استانداردهای کانونی
۷۷	 مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر





مقدمه

استانداردهای کانونی روندهایی را شرح می‌دهند که در دستیابی به همه حداقل استانداردهای اسفیر، اهمیت دارند. این استانداردها بیانگر اصول عملی منشور بشردوستانه اسفیر بوده و درخصوص حقوق افراد آسیب‌دیده از جنگ یا بلایای طبیعی، در بهره‌مندی از کمک‌هایی است که برای حمایت از زندگی با حفظ کرامت آنان در اختیارشان گذاشته می‌شود. استانداردهای کانونی (که با شاخص‌های کلیدی نشان داده شده)، نمایانگر کمترین سطح امدادسانی‌هایی است که باید از سوی سازمان‌های بشردوستانه به عمل آید، خواه این سازمان‌ها جامعه‌محور باشند و خواه محلی، ملی و یا بین‌المللی.

استانداردهای کانونی با سایر ابتکارات مربوط به امدادسانی مسئولانه نیز ارتباط دارد و به این ترتیب به انسجام و تقویت تعهد مشترک به امدادسانی مسئولانه، می‌افزاید. برای مثال استانداردهای ۲۰۱۰ مشارکت امدادسانی مسئولانه^۱ در این امر و «معیارهای مدیریت کیفیت»^۲ و «استانداردهای کانونی»^۳ دربردارنده الزامات تکمیلی یکدیگرند. استاندارد عملکرد امدادگران نیز با منشور «رفتار خوب مددسازان»^۴، همخوانی دارد. راهنمای نسبتاً خوب^۵، پروژه ظرفیت‌سازی برای بحران‌ها،^۶ Quality Compass گروه URD^۷ و شبکه فراگیری فعال برای امدادسانی و عملکرد مسئولانه در اقدامات بشردوستانه^۸، نگاه ویژه‌ای به استانداردهای شماره ۱ و ۵ دارند. استانداردهای کانونی همراه استانداردهای بنیادی اشاره‌شده در حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، امدادسانی و بازتوانی INEE یا شبکه سازمان‌های فعال، در کار آموزش در بحران‌ها^۹ است.

اهمیت استانداردهای کانونی برای تمام بخش‌ها

نخستین استاندارد کانونی مشخص می‌کند که مشارکت مردم آسیب‌دیده، اعم از زنان، مردان، دختران و پسران از همه سنین، و ظرفیت و راهبرد آنان برای زندگی با حفظ کرامت، از امدادسانی

1. Humanitarian Accountability Partnership (HAP)
2. Accountability and Quality Management benchmark
3. Aid's Code of Good Practice
4. The Good Enough Guide
5. Emergency Capacity Building (ECB) Project
6. Urgence, Réhabilitation, Développement
7. Active Learning Network for Accountability and Performance in the Humanitarian Action (ALNAP)
8. Foundational Standards in INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies)

بشردوستانه جدانشدنی است. استاندارد کانونی شماره ۲، بر امدادسانی مؤثر همراه با هماهنگی آژانس‌ها و مسئولان دولتی، که باید به صورت بی‌طرفانه اجرا شود، تأکید می‌کند.

استاندارد شماره ۳، به شرح اهمیت ارزیابی نظام‌مند لازم برای درک ماهیت بحران، شناسایی افراد آسیب‌دیده و ارزیابی آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های کنونی و آتی این مردم می‌پردازد. این استاندارد بر اهمیت درک نیازها در چارچوب‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی و فراگیری جمعیت بیشتر تأکید دارد.

آژانس‌های پیرو استاندارد کانونی شماره ۴، کمک‌هایشان را براساس یک برآورد منصفانه از نیازها، در چارچوب مردم و دولت دچار بلا، طراحی می‌کنند، به گونه‌ای که آنان بتوانند خود به رفع نیازهایشان بپردازند.

استاندارد کانونی شماره ۵، زمانی رعایت می‌شود که تأثیر، کیفیت و تناسب امدادسانی به نیازها پیوسته بررسی شود. سازمان‌ها راهبردهایشان را مطابق با اطلاعات حاصل از نظارت و بازخوردهای دریافت‌شده از مردم آسیب‌دیده تعیین می‌کنند و اطلاعات مربوط به عملکردشان را میان خود، به اشتراک می‌گذارند. این سازمان‌ها بر بررسی و ارزیابی بی‌طرفانه عملکرد خود سرمایه‌گذاری می‌کنند و از یافته‌هایشان برای بهبود سیاست‌ها و اقدامات خود بهره می‌گیرند.

استاندارد کانونی شماره ۶، مشخص می‌کند که آژانس‌های بشردوستانه، برای ارائه امدادسانی بشردوستانه مؤثر به مردم مصیبت‌زده، باید امدادگران دارای دانش، رفتار و برخورد مناسب را به‌کارگیرند؛ همین‌طور سازمان‌ها مسئول‌اند، از طریق مدیریت مؤثر، درقبال انجام وظایف مطلوب امدادگران، رفاه عاطفی و جسمانی آنان را تأمین کنند.

آسیب‌پذیری

تمرکز اسفیر بر رفع نیازهای فوری معیشتی مردمی است که تحت تأثیر بلا و یا اغتشاشات قرار گرفته‌اند. استانداردهای کانونی همچنین می‌تواند، حامی آمادگی برای رویارویی با بحران و راهبردهایی باشد که خطرات و آسیب‌پذیری‌های آتی را کاهش می‌دهد و به ظرفیت بازتوانی فوری می‌افزاید. در چنین نگرش‌هایی تأثیر امدادسانی‌ها بر محیط زیست و گستره‌های دیگر در نظر گرفته می‌شود، همچنین این نگرش‌ها، علاوه بر خود بلازدگان، با نیازهای کشور (یا دولت یا مسئولان) میزبان و برخی جمعیت‌های دیگر نیز، ارتباط بسیاری دارد.

در سراسر این کتاب راهنما، منظور از کلمه «آسیب‌پذیر» کسانی هستند که به‌طرزی خاص در معرض آسیب‌های ناشی از بلایای طبیعی، حوادث بشری و یا اغتشاشات هستند. مردم به‌خاطر آمیزه‌ای از عوامل فیزیکی، اجتماعی، محیطی و سیاسی آسیب‌پذیرتر شده‌اند و یا می‌شوند. گاه افراد به دلایل قومی، سنی، جنسی، ناتوانی، طبقاتی یا گروهی، وابستگی‌های سیاسی و یا مذهبی، از

جامعه طرد می‌شوند. به دلایل گوناگون، تلفیقی از آسیب‌پذیری‌ها و اثرات متغیر از راه‌های مختلف، به آسیب‌پذیری مردم دامن می‌زند. این مردم نیز، مثل همه مردمی که از بحران یا اغتشاشات تأثیر می‌پذیرند، ظرفیت‌های متنوعی برای مدیریت مشکلات و رهایی از آن‌ها دارند. برای امداد رسانی به افرادی که به کمک نیاز دارند، داشتن درکی درست از ظرفیت‌های افراد آسیب‌پذیر و موانعی که در راه دستیابی به حمایت‌های بشردوستانه سر راهشان قرار دارد، ضروری است.



استانداردهای کانونی

استاندارد کانونی شماره ۱: امداد رسانی بشردوستانه مردم‌محور

ظرفیت و راهبردهای مردم برای زندگی با حفظ کرامت، از طرح و روش امداد رسانی بشردوستانه جدایی‌ناپذیر است.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در اولین فرصت با شناسایی گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، از ظرفیت محلی حمایت کنید و ابتکارهای مردم‌محور و خودجوش را مبنای کارتان قرار دهید (رک. نکته راهنمای ۱).

سازوکارهایی نظام‌مند و شفاف ایجاد کنید تا مردم آسیب‌دیده بتوانند از طریق آن‌ها بازخوردهای منظمی ارائه دهند و بر برنامه‌ها تأثیر بگذارند (رک. نکته راهنمای ۲).

از نمایندگی برابر مردم آسیب‌دیده در بحث‌هایی که با شرکت این مردم برگزار می‌شود، اطمینان یابید.

به صورت‌های مختلف و زبان قابل فهم، درباره سازمان بشردوستانه، برنامه(های) آن و حقوق مردم، اطلاعاتی در اختیار مردم آسیب‌دیده قرار دهید (رک. نکته راهنمای ۴).

در اولین فرصت، دسترسی مردم آسیب‌دیده را به نقاط امن و مناسب محل زندگی‌شان و امکان تشکیل جلسه‌های اجتماعی و تبادل اطلاعات در میان‌شان فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

بگذارید مردم به راحتی و در امنیت کامل، انتقادات خود را از پروژه مطرح کنند و برای امداد رسانی و اقدامات بازسازی، رویه‌هایی شفاف در پیش بگیرید (رک. نکته راهنمای ۶).

برای سودرسانی به اقتصاد محلی و تقویت روند بهبود جامعه، هر جا ممکن است از نیروی کار محلی، مواد قابل جایگزینی در محیط زیست محل و کسب و کارهایی که از لحاظ اجتماعی، محلی به شمار می‌رود، استفاده کنید.

برای حفظ حرمت رسوم فرهنگی، عاطفی و سنتی، که مردم بومی آن‌ها را گرامی می‌دارند،

هرجا ممکن است، بستر را فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۷).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- راهبردهای پروژه به صراحت با ظرفیت‌های جامعه‌محور و ابتکارانی که به خرج می‌دهند، مرتبط است.
- مردم آسیب‌دیده جلسات سازماندهی و اجرای امدادرسانی را اداره و یا به‌صورت فعال در آن‌ها شرکت می‌کنند (رک. نکات راهنمای شماره ۱ و ۲).
- در طول دوره امدادرسانی، تعداد ابتکارهای خودجوش، تحت رهبری جامعه آسیب‌دیده و مسئولان محلی، افزایش می‌یابد (رک. نکته راهنمای ۱).
- آژانس‌ها برای شنیدن انتقادات مردم نسبت به امدادرسانی‌ها وقت صرف و به‌صورت مناسب اقدام می‌کنند.

نکات راهنما

۱. **ظرفیت محلی:** مردم آسیب‌دیده مهارت، دانش و ظرفیت‌هایی دارند و یا آن‌ها را کسب می‌کنند تا با بحران مقابله کنند و بر آن‌ها غلبه یابند. مشارکت فعال در امدادرسانی بشردوستانه مبنایی اساسی برای حق زندگی با کرامت مردم است که در اصول ۶ و ۷ منشور رفتاری جنبش بین‌المللی صلیب سرخ، هلال احمر و سازمانهای غیر دولتی (NGOها)، در امدادرسانی در زمان بحران بر آن تأکید شده است (رک. پیوست ۲، ص ۳۵۷). خودیاری و ابتکارهای جامعه‌محور، از طریق بازگرداندن کرامت و کنترل مشکلات جمعیت‌های آسیب‌دیده به بهداشت روانی و اجتماعی کمک می‌کنند. دسترسی به حمایت‌های اجتماعی، مالی، فرهنگی و عاطفی، از طریق رسوم و سنن خانوارها، گروه‌های مذهبی، دوستان، مدارس و فعالیت‌های اجتماعی، موجب بازگرداندن عزت نفس و ارتقاء هویت فردی و اجتماعی می‌شود و آسیب‌پذیری را کاهش و مقاومت را افزایش می‌دهد. برای شناسایی، و به‌تناسب، برای احیای شبکه‌های حمایتی و گروه‌های خودیاری، باید از مردم بومی حمایت کرد. میزان مشارکت مردم با میزان نزدیکی زمان وقوع بحران و شرایط فیزیکی، اجتماعی و سیاسی تعیین می‌شود. بنابراین؛ شاخص‌های مشارکت، باید با توجه به بافت موجود انتخاب شود و همه آسیب‌دیدگان را دربرگیرد. افراد بومی معمولاً نخستین کسانی هستند که واکنش نشان می‌دهند و حتی در همان آغاز امدادرسانی، همیشه در میان مردم سطحی از مشارکت وجود دارد. تلاش‌های آشکار برای شنیدن نظرات مردم، مشاوره با آنان و دخالت دادن ایشان در مراحل مقدماتی کار، در درازمدت باعث افزایش برابری و مدیریت اجتماعی در برنامه‌ریزی‌ها خواهد شد.

۲. سازوکارهای بازخورد برای همه مردم آسیب‌دیده، بستری فراهم می‌کند تا در طراحی و اجرای برنامه‌ها نقش داشته‌باشند (رک. محک «مشارکت» HAP). این سازوکارها عبارتند از: جلسات بحث گروهی، تحقیق، مصاحبه و جلسه‌هایی درباره «درس‌های آموخته» که با حضور نمایندگان از همه جمعیت‌های آسیب‌دیده تشکیل می‌شود (برای انتخاب ابزارها رک. «راهنمای نسبتاً خوب» ECB و نکات راهنمای شماره ۳ و ۴). نتایج اقدامات سازمان در امدادسانی به بازخورد، باید به‌طور پیوسته به اطلاع مردم آسیب‌دیده از فاجعه برسد.
۳. مشارکت نمایندگان: درک موانع مشارکت همه مردم و رفع آن‌ها به‌منظور همکاری برابر آنان در برنامه‌ها، حیاتی است. برای حصول اطمینان از مشارکت همه گروه‌های مردم آسیب‌دیده، اعم از پیر و جوان و مرد و زن، باید کوشید و برای حمایت از افرادی که به‌خوبی سرپرستی نشده و یا (مثلاً به دلیل مذهبی یا قومی) طرد شده‌اند، تلاش‌هایی ویژه کرد. نیز باید به مشارکت جوانان و کودکان، در موضوعات مربوط به خودشان، بها داد و بستری را فراهم کرد تا این اطمینان حاصل شود که دیگر در معرض آسیب و سوءاستفاده قرار نمی‌گیرند.
۴. اطلاع‌رسانی: مردم حق دارند که گزارش‌های دقیق و به‌روز اقدامات به‌عمل‌آمده را بدانند. این اطلاعات می‌تواند نگرانی‌ها را کاهش دهد و مبنایی اساسی برای مسئولیت و مالکیت مردم باشد. سازمان‌ها دست کم باید مردم را از مأموریت و برنامه (های) سازمان‌ها، حقوقشان، و این‌که کی و کجا می‌توانند به کمک‌ها دسترسی داشته‌باشند، مطلع کنند (رک. محک «اطلاع‌رسانی» HAP). روش‌های متعارف انتشار اطلاعات، شامل استفاده از تابلوهای اعلانات، جلسه‌های عمومی، مدارس، روزنامه‌ها و پخش برنامه‌های رادیویی است. این اطلاعات باید نمایشگر درک درست شرایط مردم باشد و از طریق رسانه‌های جمعی، به زبان محلی منتقل شود تا عموم افراد از آن آگاه شود؛ به‌طور مثال، برای کودکان و بزرگسالانی که سواد خواندن ندارند، از ارتباط کلامی یا عکس، و نیز هنگام تهیه اطلاعات به‌صورت چاپی برای افرادی که مشکل دید دارند، از حروف بزرگ و زبانی که پیچیده نباشد، استفاده کنید، (به‌طوری‌که برای افراد بومی ۱۲ ساله قابل درک باشد)، جلساتی برگزار کنید که سالمندان و یا کسانی که مشکلات شنوایی دارند نیز، متوجه مطالب شنوند.
۵. محل‌های امن و قابل دسترسی: جلسه‌های عمومی را در محل‌های امن برگزار کنید و اطمینان یابید، همه کسانی که مشکل تردد دارند، از جمله زنانی که هنجارهای فرهنگی حضورشان را در مجامع عمومی محدود می‌کند، به این امکان دسترسی خواهند داشت. برای بازی، آموزش و فعالیت‌های اجتماعی و پرورش کودکان، مکان‌هایی مناسب آن‌ها درست کنید.
۶. انتقادات: مردم حق دارند که به سازمان‌ها انتقاد و پاسخ مربوط به خودشان را دریافت کنند (رک. محک «رسیدگی به شکایات» HAP). سازوکارهای رسمی برای رسیدگی به شکایات و سهل‌انگاری‌ها، بخشی اساسی از مسئولیت آژانس‌ها در برابر مردم است و به آنان کمک

می‌کند تا کنترل مجدد زندگیشان را خود به‌دست گیرند.

۷. اقدامات فرهنگی مناسب، از قبیل مراسم تدفین و رسوم مذهبی، اغلب برای هویت، کرامت و ظرفیت تجدید قوا پس از بحران، عاملی اساسی به‌شمار می‌روند. برخی از رسومی که از نظر این جوامع پذیرفته شده، مغایر حقوق بشر است (از جمله منع تحصیل برای دختران و ختنه زنان) و نباید از آن‌ها حمایت کرد.

استاندارد کانونی شماره ۲: هماهنگی و همکاری

امدادرسانی بشردوستانه به بحران، با هماهنگی و همکاری مسئولان مربوط، آژانس‌های بشردوستانه و سازمان‌های جامعه مدنی، که برای نیل به حداکثر کارایی، حمایت و تأثیر با هم کار می‌کنند، به شکل اقدامات بی‌طرفانه بشردوستانه، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از همان آغاز در سازوکارهای کلی و هر هماهنگی مرتبط با بخش‌ها، شرکت داشته‌باشید (رک. نکات راهنمای شماره ۱ و ۲).
- از مسئولیت‌ها و اهداف دولت و سایر گروه‌های هماهنگ‌کننده در هر جا که هستند، باخبر باشید (رک. نکته شماره ۳).
- اطلاعات مربوط به مأموریت، اهداف و برنامه سازمان را در اختیار گروه‌های هماهنگی بگذارید.
- اطلاعات مربوط به ارزیابی‌ها را به‌موقع و به‌صورت فرم‌های آماده که قابل استفاده برای سایر سازمان‌های بشردوستانه باشد، در اختیار گروه‌های هماهنگ‌کننده مربوط بگذارید (رک. استاندارد کانونی شماره ۳، ص ۶۲).
- اطلاعات مربوط به برنامه‌های سایر سازمان‌های بشردوستانه را برای استفاده در تحلیل‌ها، انتخاب نقاط جغرافیایی و طرح‌های امدادرسانی به دست‌آورید.
- با ارائه گزارش‌های مربوط به تأخیرهای چشمگیر، کمبودها یا ظرفیت‌های اضافی سازمان، مرتباً گروه‌های تدارکات را باخبر کنید (رک. نکته راهنمای ۴).
- برای تقویت منافع گروه هدف، درباره نگرانی‌های عمده اقدامات، با سایر سازمان‌های بشردوستانه همکاری کنید.

برای همکاری سازمان با سایر سازمان‌های بشردوستانه، در زمینه ارتباط با فعالان غیر سازمانی دیگر، بر مبنای اصول و اهداف بشردوستانه، سیاست‌ها و اقدامات روشنی را تعریف کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

گزارش‌ها و اطلاعات ارزیابی و پیشرفت طرح‌ها، به‌طور مرتب، به گروه‌های هماهنگی مربوط ارائه می‌شود (رک. نکته راهنمای ۵).

در فعالیت‌های بشردوستانه آژانس‌های مختلف، در یک منطقه جغرافیایی یا در یک بخش، در اجرای فعالیت‌ها، دوباره‌کاری انجام نمی‌شود.

به تعهدات مورد توافق در جلسات هماهنگی، عمل و گزارش آن‌ها به‌صورت منظم ارائه می‌شود.

در امداد رسانی سازمان، به ظرفیت و راهبردهای سایر سازمان‌های بشردوستانه، سازمانهای جامعه مدنی و سایر مسئولان مربوط توجه می‌شود.

نکات راهنما

۱. پاسخ‌های هماهنگ‌شده: پوشش‌دهی مناسب برنامه، زمانبندی و کیفیت کارها، نیازمند کار گروهی است. مشارکت فعال در تلاش‌ها، امکان تقسیم به‌موقع و مشخص کار و مسئولیت، سنجش میزان رفع نیازها، با کار گروهی، کاهش دوباره‌کاری و برطرف کردن نقایص، همه این موارد، پوشش‌دهی و کیفیت مناسب را در گروه‌های هماهنگی تضمین می‌کند. امداد رسانی‌های هماهنگ، ارزیابی‌های به‌موقع میان سازمان‌ها و تبادل اطلاعات، مشکلات مردم آسیب‌دیده را، که احتمالاً رفعتشان به داشتن اطلاعات گروه‌های ارزیابی وابسته است، کم می‌کند. همکاری و، گاه، به اشتراک گذاشتن منابع و تجهیزات، ظرفیت گروه‌های مردم، همسایگان آن‌ها، دولت‌های میزبان، حامیان مالی و سازمان‌های بشردوستانه را که مأموریت‌ها و تخصص‌های گوناگونی دارند، بهبود می‌بخشد. مشارکت در سازوکارهای هماهنگی پیش از وقوع بحران، موجب برقراری روابط می‌شود و هماهنگی‌های ضمن امداد رسانی پس از وقوع آن را بهتر می‌کند. چنانچه به نظر برسد، سازوکارهای هماهنگی تنها به آژانس‌های بین‌المللی ربط دارد، ممکن است، سازمان‌های جامعه مدنی و مسئولان محلی مشارکت نکنند. در جلسات و سایر ارتباط‌های مشترک، به کاربرد زبان(های) محلی احترام بگذارید. همکاران جامعه مدنی و شبکه‌های محلی فعال در امداد رسانی را شناسایی و آنان و دیگر سازمان‌های بین‌المللی را به مشارکت تشویق کنید. افرادی که به نمایندگی از سازمان‌ها در جلسات هماهنگی شرکت دارند، باید برای کمک به برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری‌ها، اطلاعات، مهارت و اختیارات مناسبی داشته‌باشند.

۲. سازوکارهای متعارف هماهنگی شامل جلسات عمومی (برای همه برنامه‌ها)، تک‌بخشی (مثل بخش بهداشت) و چند بخشی (مثل موضوع جنسیت) و سازوکارهای تبادل اطلاعات (مثل پایگاه اطلاعات قوانین کار) است. به‌جای کار انفرادی، برقراری جلساتی که افرادی را از بخش‌های مختلف، دور هم جمع می‌کند، می‌تواند به رفع نیازهای مردم به‌طور کلی (مثل سرانه، کانال‌کشی برای آب‌های هرز و فاضلاب، بهداشت و همچنین نیازهای روانی مردم)، کمک بیشتری کند. برای حصول اطمینان از هماهنگی منسجم در تمام برنامه‌ها، باید اطلاعات مربوط، میان بخش‌های مختلف هماهنگی، منتشر شود: سرگروه‌های هماهنگی مسئول اند تا اطمینان حاصل کنند که جلسات و اطلاعات، به‌خوبی مدیریت می‌شود و مفید و نتیجه‌بخش است، در غیر این صورت، این آژانس‌ها باید برای ایجاد و حمایت از تشکیلات پیشرفته فعالیت کنند.

۳. نقش هماهنگ‌کنندگی: نقش هماهنگ‌کنندگی سازمان‌های امدادگر در امدادسانی بشردوستانه، از آن دولت دچار بحران است. سازمان‌های بشردوستانه باید با حمایت از وظیفه هماهنگ‌کنندگی دولت، نقشی اساسی ایفا کنند؛ اما در برخی شرایط، شاید سازوکارهای هماهنگی، جایگزین مناسب‌تری باشد؛ به‌طور مثال اگر احیاناً خود مقامات دولتی، عامل سوءاستفاده و خشونت‌ها باشند، یا کمک آن‌ها بی‌طرفانه نباشد و یا آن‌جا که دولت مایل به ایفای نقش هماهنگ‌کننده است، اما ظرفیت آن را ندارد؛ در چنین شرایطی جلسه‌های هماهنگی را می‌شود مستقل و یا به‌صورت مشترک با مقامات محلی و سازمان ملل یا سازمان‌های غیردولتی برگزار کرد. امروزه بسیاری از نشست‌های هماهنگی در مقیاس بزرگ را، تحت مدیریت یک سازمان، با «نگرش کار گروهی» و با گروه‌بندی سازمان‌هایی که در یک بخش فعالیت دارند، اداره می‌کنند.

۴. تبادل اطلاعات، در صورتی مؤثر خواهد بود که استفاده از آن، آسان (آشکار، مرتبط و مختصر) و مطابق با توافقاتی بشردوستانه جهانی باشد که از لحاظ فنی با اطلاعات سایر سازمان‌ها قابل مقایسه است (رک. استاندارد کانونی شماره ۳، ص ۶۲). توالی مرتب جلسه‌ها برای تبادل آگاهی‌ها، بستگی به سازمان و چارچوب کاری آن‌ها دارد، اما اطلاعاتی که مبادله می‌شود، باید مفید باشد. اطلاعات حساس باید محرمانه بماند (رک. استانداردهای کانونی شماره ۳ و ۴، ص ۶۲ تا ۶۷).

۵. نظامیان و بخش خصوصی: بخش خصوصی و نظامیان خارجی و داخلی، به‌طور روزافزونی مبدل به بخشی از نیروهای امدادی می‌شوند و به‌این ترتیب، بر تلاش‌های هماهنگی تأثیر می‌گذارند. نظامیان، مهارت‌ها و منابعی خاص و ازجمله امنیت، تدارکات یا لجستیک، وسایل حمل‌ونقل و ارتباطات را همراه خود می‌آورند، اما در هر حال فعالیت‌هایشان می‌تواند، تمایز مهم میان اهداف بشردوستانه و برنامه‌های کاری نظامی و سیاسی را کم‌رنگ و در آینده خطرات امنیتی ایجاد کند. هرگونه مشارکت با نظامیان، باید طبق قوانین تأییدشده، در خدمت و تحت هدایت سازمان‌های بشردوستانه باشد. برای حصول اطمینان از کارایی‌های

عملیاتی، ممکن است برخی از سازمان‌ها با نظامیان، حداقل مذاکرات را (ازجمله در زمینه تبادل اطلاعات اساسی مربوط به برنامه‌ها) داشته‌باشند، درحالی‌که ممکن است دیگران ارتباط‌های مؤثرتری (مثلاً برای استفاده از تجهیزات نظامی) برقرارکنند. در هر حال، سازمان‌های بشردوستانه باید از نظامیان تمایز آشکاری داشته‌باشند تا از سوءظن مشارکت در برنامه‌های نظامی و سیاسی، که استقلال، اعتبار، امنیت و دسترسی این سازمان‌ها به مردم آسیب‌دیده را تحت تأثیر قرارمی‌دهد، به‌دور بمانند. بخش خصوصی می‌تواند کارایی‌های تجارتي، مهارت‌های تکمیلی و منابعی را با خود، برای آژانس‌های بشردوستانه ایجادکند. تبادل اطلاعات برای پرهیز از دوباره‌کاری و تقویت روش‌های کاری بشردوستانه، ضروری است. مشارکت بشردوستانه بخش خصوصی، باید لزوماً برای مقاصد بشردوستانه باشد.

استاندارد کانونی شماره ۳: ارزیابی

اولویت‌های نیاز مردم آسیب‌دیده، از طریق برآورد منطقی شرایط، خطراتی که زندگی با کرامت مردم را تهدید می‌کند و ظرفیت مردم مصیبت‌زده و مسئولان مربوط برای امداد رسانی به بحران، مشخص می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

از ظرفیت امداد بشردوستانه محلی، مردم بلا دیده و سایر جمعیت‌ها، پیش از وقوع فاجعه در محل، شرایط و سایر عواملی که می‌تواند سازگاری مردم با فاجعه را افزایش دهد، آگاه شوید و آن‌ها را به‌کارگیرید (رک. نکات راهنمای شماره ۱ و ۲).

برای ارزیابی مقدماتی تغییر شرایط موجود و شناسایی هر عامل تازه‌ای که باعث ایجاد یا افزایش آسیب‌پذیری می‌شود، به‌سرعت روی اطلاعات پیش از بحران، تمرکز کنید (رک. نکته راهنمای شماره ۳).

در اولین فرصت، یک ارزیابی فوری و سپس تا جایی که زمان و شرایط اجازه می‌دهد، ارزیابی‌های عمیق‌تری به‌عمل آورید (رک. نکته راهنمای ۳).

اطلاعات جمعیتی را، دست کم بر حسب جنسیت و سن، تفکیک کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

در ارزیابی‌ها با همه گروه‌های مردم، اعم از زنان و مردان همه سنین، دختران و پسران، مردم آسیب‌دیده و همچنین سایر افراد، به‌گفت‌وگو بنشینید (رک. استانداردهای کانونی شماره ۵ و ۶).

هرجا ممکن بود، در ارزیابی‌های چندقسمتی، مشترک یا چند آژانسی شرکت کنید.

- اطلاعات خود را به طور منظم به وسیله مجموعه متنوعی از شیوه‌ها، جمع‌آوری کنید و سپس با اطلاعات سایر منابع و آژانس‌های دیگر، همه را به صورت سه یا چندبخشی دسته‌بندی و به همان صورت، به ثبت رسانید (رک. نکته راهنمای ۱).
- ظرفیت سازگاری با بحران، مهارت‌ها، منابع و راهبردهای ترمیم شرایط مردم آسیب‌دیده از فاجعه را ارزیابی کنید (رک. نکته راهنمای ۸).
- طرح‌های امداد رسانی و ظرفیت دولت را ارزیابی کنید.
- تأثیر روانی فاجعه را بر بهداشت روانی افراد و جمعیت‌ها ارزیابی کنید.
- نگرانی‌های موجود و بالقوه ایمنی را برای جمعیت آسیب‌دیده و امدادگران، مثل ظرفیت امداد رسانی به نزاع‌ها یا بروز اغتشاش میان مردم آسیب‌دیده و جمعیت میزبان، ارزیابی کنید (رک. نکته راهنمای ۹).
- داده‌های ارزیابی را به صورتی که برای دیگران هم قابل استفاده باشد، به موقع در دسترس سازمان‌های بشردوستانه دیگر بگذارید (رک. استاندارد کانونی شماره ۲، ص ۵۹ و نکته راهنمای ۱۰).



شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- نیازهای برآورده شده آشکارا با ظرفیت مردم آسیب‌دیده و دولت برای امداد رسانی مرتبط است.
- گزارش‌های ارزیابی فوری و عمیق، حاوی اطلاعاتی است که نمایانگر نظرات همه مردم، از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر و سایر جمعیت‌های اطراف است.
- اطلاعات گزارش‌های ارزیابی، دست کم برحسب جنسیت و سن تفکیک شده است.
- گزارش‌های ارزیابی عمیق‌تر، حاوی اطلاعات و تحلیل‌های مربوط به آسیب‌پذیری، شرایط موجود و ظرفیت‌ها است.
- اگر فرم‌های ارزیابی مورد توافق و حمایت گسترده قرار بگیرد، در عمل به کار گرفته می‌شود.
- پیرو ارزیابی‌های اولیه، بررسی عمیق‌تر جمعیت آسیب‌دیده، برای مشارکت انجام می‌شود.

نکات راهنما

۱. اطلاعات پیش از بحران: جمع‌آوری اطلاعات، که با همکاری گروهی صورت می‌گیرد،

برای ارزیابی‌های مقدماتی و فوری، بسیار باارزش است. تقریباً همیشه مقدار قابل توجهی اطلاعات درباره شرایط محل (ازجمله اطلاعات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، ایمنی، تنش‌ها و محیط طبیعی) و مردم (ازنظر جنس، سن، سلامتی، فرهنگ، روحیات و محیط آنان) وجود دارد. منابع این اطلاعات (مثلاً داده‌های مربوط به بهداشت و آمار) شامل وزارتخانه‌های دولتی، نهادهای دانشگاهی و پژوهشی، سازمان‌های مردمی و سازمان‌های بشردوستانه محلی و بین‌المللی حاضر در محل بحران است. آمادگی در برابر بلایا و ابتکارهای مربوط به هشدار سریع، پیشرفت‌های جدید در زمینه نقشه‌کشی‌های اینترنتی، مشاهده جابه‌جایی جمعی از طریق ماهواره^۱ و جمع‌آوری و ارسال اطلاعات با تلفن همراه (مثل اوشاهیدی^۲) نیز، به ایجاد پایگاه اطلاعات مطلوب منجر شده‌است.

۲. **گاه ارزیابی‌های مقدماتی**، که عموماً در ساعات اولیه بحران انجام می‌شود، به‌طور کلی براساس اطلاعات دست دوم و داده‌های از پیش موجود است؛ این ارزیابی‌ها می‌تواند برای رفع نیازهای امدادی فوری، اساسی باشد و نتایج آن‌ها را باید بلافاصله با دیگران در میان گذاشت.

۳. **ارزیابی‌های مرحله‌بندی‌شده**: ارزیابی یک روند است، نه یک اتفاق ساده. ارزیابی‌های مقدماتی و فوری، اساس ارزیابی‌های عمیق بعدی را تشکیل می‌دهد که یافته‌های پیشین را عمیق‌تر می‌کند، اما آن‌ها را تکرار نمی‌کند. باید دقت کرد که ارزیابی‌های تکراری درباره نگرانی‌های حمایتی، مثل خشونت‌های جنسی، برای جوامع و افراد بیشتر مضر است تا مفید.

۴. **تفکیک اطلاعات**: تفکیک اجزای داده‌ها در آغاز کار به‌ندرت ممکن است، اما برای تشخیص نیازهای مختلف و حقوق کودکان و بزرگسالان اهمیتی حیاتی دارد. در نخستین فرصت، این داده‌ها را براساس جنس و سن کودکان صفر تا ۵، ۶ تا ۱۲ و ۱۳ تا ۱۷ سال و پس از آن در رده‌های ده‌ساله، مثل ۵۰ تا ۵۹، ۶۰ تا ۶۹، ۷۰ تا ۷۹ و بالای ۸۰ ساله، در دو گروه مذکر و مؤنث، تفکیک کنید. برخلاف گروه‌بندی سنی و فیزیولوژیکی که در بخش بهداشت انجام می‌گیرد، در این گروه‌بندی‌ها به تفاوت‌های سنی در ارتباط با دیگر موضوعات حقوق جامعه و فرهنگ می‌پردازند.

۵. **ارزیابی‌های نمایانگر**: ارزیابی‌های «نیاز-محور»، همه جمعیت‌های آسیب‌دیده در بحران را دربرمی‌گیرد. برای بررسی شرایط مردم در مناطقی که دسترسی به آن‌ها دشوار است، مثل کسانی که در اردوگاه‌ها نیستند و در مناطق جغرافیایی دور از دسترس، ساکن‌اند و یا با خانواده‌های میزبان زندگی می‌کنند، باید تلاش‌هایی ویژه کرد. همین امر درباره کسان دیگری که از دسترس دور و بیشتر در معرض خطر هستند، مثل معلولان، سالمندان، افراد

1. Crowd-sourcing

۲. Ushahidi پروژه‌ای است که امکان جمع‌آوری اطلاعات بحران‌ها را، از طریق Crowd-sourcing، برای کاربران و به‌منظور ارسال با تلفن همراه فراهم می‌کند.

خانه‌نشین، کودکان و نوجوانان، که ممکن است به‌عنوان کودک سرباز به‌کارگرفته شوند و یا مورد سوءاستفاده‌های جنسی قرار گیرند، نیز صدق می‌کند. منابع اطلاعات اولیه عبارتند از: مشاهدات مستقیم، جلسه‌های بحث گروهی متمرکز، تحقیق و بحث با گروه گسترده‌ای از مردم و گروه‌ها (ازجمله مسئولان محلی، رهبران زن و مرد جامعه، مردان و زنان سالخورده، کارکنان بهداری‌ها، معلمان و دیگر کارکنان آموزشی، تجار و سایر سازمان‌های بشردوستانه). ممکن است، گفت‌وگوی صریح برای برخی افراد خطرناک باشد. با کودکان به‌طور خصوصی گفت‌وگو کنید، چون احتمالاً، نزد بزرگسالان حرف نزنند؛ در غیر این صورت ممکن است در معرض خطر قرار گیرند. در بسیاری از موارد با زنان و دختران نیز باید در فضاهای مجزا صحبت کرد. امدادگران مسئول جمع‌آوری اطلاعات منظم از کسانی که مورد سوءاستفاده یا خشونت قرار گرفته‌اند، باید مهارت کافی داشته‌باشند تا بتوانند کارشان را باایمنی و به‌درستی انجام بدهند. در مناطق اغشاش، ممکن است اطلاعات مورد سوءاستفاده قرارگیرد و مردم را با خطرات بیشتر روبه‌رو کند و بر توان عملیاتی یک سازمان تأثیر بگذارد. تنها با رضایت خود افراد، باید اطلاعات آن‌ها را با سازمان‌های بشردوستانه یا سازمان‌های دیگر مطرح کرد (رک. اصل حمایت شماره ۱، ص ۳۳). ارزیابی فوری همه بلازدگان ممکن نخواهد بود؛ مناطق یا گروه‌های محذوف را باید در گزارش‌ها مشخص و در سریع‌ترین فرصت ممکن به آن‌ها رجوع کرد.

۶. ارزیابی آسیب‌پذیری‌ها: خطراتی که مردم پس از بحران با آن مواجه می‌شوند، برای گروه‌ها و افراد مختلف متفاوت خواهد بود. ممکن است برخی افراد به دلایل فردی خود، مثل سن (خصوصاً افراد بسیار جوان و بسیار پیر) و بیماری (خصوصاً کسانی که با HIV و ایدز زندگی می‌کنند) آسیب‌پذیرتر باشند؛ اما عوامل فردی به‌صورت خودکار خطر را افزایش نمی‌دهد. باید عوامل اجتماعی و چارچوب‌های موجودی را ارزیابی کنید که آسیب‌پذیری‌هایی نظیر تبعیض و طردشدن را تشدید می‌کند (مانند مقام و منصب داشتن زنان، انزوای اجتماعی، تخریب محیط زیست، فقر، نداشتن توان اجاره‌نشینی، شیوه حکومتی ضعیف، قومیت، طبقه یا لایه اجتماعی خاص و وابستگی‌های مذهبی یا سیاسی). ارزیابی‌های عمیق‌تر بعدی، باید خطرات احتمالی آینده، شامل مشکلات تخریب محیط زیست (ازجمله فرسایش خاک یا تخریب جنگل‌ها) و تغییرات جوی و زمین‌شناسی (ازجمله طوفان، سیل، خشکسالی، رانش و مد آب دریاها) را مشخص کند.

۷. جمع‌آوری اطلاعات و تهیه فهرست‌ها: اطلاعات ارزیابی‌ها، ازجمله داده‌های جمعیتی و اعداد، باید با استفاده از چند منبع انجام و با هم مقایسه شوند، معتبر باشند و تا جایی که ممکن است، مستند به منابع بسیار باشند. اگر ارزیابی چندبخشی در آغاز کار میسر نبود، به ارتباط با بخش‌های منفرد دیگر، حمایت و ارزیابی‌های مقطعی توجه کنید. از همان آغاز باید بر منابع داده‌ها و موارد تفکیک، تمرکز و مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال را ثبت کرد. چک‌لیست‌های ارزیابی زیادی، که براساس استانداردهای بشردوستانه تهیه شده‌اند،

در دسترس است (رک). چک‌لیست‌هایی که در ضمایم برخی از فصول فنی وجود دارد). چک‌لیست‌ها به انسجام اطلاعات و دسترسی سایر سازمان‌ها، کمک می‌کنند، اطمینان می‌دهند که همه حوزه‌های اصلی ارزیابی شده‌اند و از گرایش‌های فردی و سازمانی می‌کاهند. یک فرم ارزیابی برای سازمان‌ها را می‌شود پیش از وقوع بحران‌ها، تنظیم یا ضمن امدادرسانی بر آن توافق کرد. در هر حال، ارزیابی‌ها باید روشنگر اهداف و روش‌هایی باشند که با مطالعه آن‌ها، اطلاعات بی‌طرفانه‌ای درباره تأثیر بحران افراد آسیب‌دیده، به‌دست می‌آید. باید از روش‌های تلفیقی کمی و کیفی، مناسب شرایط استفاده شود و تا جای ممکن گروه‌های ارزیابی را به‌صورت مختلط از زنان و مردان، فعالان عمومی و متخصصان، ازجمله کسانی که مهارت‌هایی در زمینه اطلاعات مربوط به جنسیت و ارتباط با کودکان دارند، تشکیل داد. این گروه‌ها باید شامل افرادی باشند که با زبان(ها) و مکان حادثه آشنایی دارند و می‌توانند با مردم بومی ارتباط برقرارکنند.

۸. **ارزیابی ظرفیت‌ها:** جوامع برای سازگاری با بحران‌ها و خروج از آن، ظرفیت‌هایی دارند (رک). استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶). بسیاری از راهکارهای سازگاری، پایدار و مفیدند، درحالی‌که روش‌های دیگر ممکن است، منفی و دارای نتایج زیانبار در درازمدت باشند، مثل فروش دارایی‌ها و یا مصرف شدید الکل. ارزیابی‌ها باید سیاست‌های مثبت در ارتقاء مقاومت و همچنین دلایل سیاست‌های منفی را مشخص کنند.

۹. **ارزیابی امنیت:** ایمنی جمعیت‌های آسیب‌دیده و میزبان، باید در همه ارزیابی‌های مقدماتی و بعدی مشخص شود تا از خطر خشونت و هرنوع سرکوب و محرومیت از زندگی یا حقوق اساسی انسانی جلوگیری شود (رک). اصل ۳ حمایت، ص ۳۸).

۱۰. **تبادل ارزیابی‌ها:** گزارش‌های ارزیابی، اطلاعات ارزشمندی را برای آژانس‌های بشردوستانه دیگر فراهم می‌کند، برای آغاز کار، داده‌هایی را به‌دست می‌دهد و بر شفافیت تصمیمات امدادرسانی می‌افزاید. صرف نظر از تفاوت‌های طرح هر آژانس، گزارش‌های ارزیابی باید مختصر و مفید باشد تا تشخیص اولویت‌های کاری را برای مسئولان میسر کند و قابل اعتماد و استناد بودن اطلاعات را تبیین کند و در صورت لزوم دربردارنده یک تحلیل مقایسه‌ای باشد.

استاندارد کانونی شماره ۴: طراحی و پاسخ

پاسخ بشردوستانه، نیازهای ارزیابی شده جمعیت های آسیب دیده را با توجه به شرایط، خطراتی که با آن روبه رو هستند و ظرفیت مردم و دولت آسیب دیده برای سازگاری با بحران و احیای پس از آن، برآورده می کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برنامه را براساس ارزیابی بی طرفانه نیازها، شرایط، خطرات پیش رو و ظرفیت جمعیت آسیب دیده، طراحی کنید (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲).
- برنامه را برای رفع نیازهایی که دولت یا جمعیت های آسیب دیده نمی توانند رفع کنند، طراحی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- اقدامات امدادی را، که به رفع نیازهای اساسی و اضطرابی زندگی بلافاصله پس از یک فاجعه مربوط است، در اولویت قرار دهید.
- با استفاده از اطلاعات تفکیک شده، نحوه تأثیرگذاری فاجعه بر افراد و گروه های مختلف را تحلیل و برنامه ای برای رفع نیازهای خاص آنان، طراحی کنید.
- امداد رسانی را طوری طراحی کنید که افراد آسیب پذیر، به کمک ها و خدمات حمایتی دسترسی کامل داشته باشند (رک. نکته راهنمای ۲).
- اطمینان یابید که طرح و نحوه اجرای برنامه از همه جنبه های حفظ کرامت افراد و جمعیت های آسیب دیده حمایت کند (رک. استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶ و نکته راهنمای ۳).
- با طراحی برنامه ای که به طور مداوم آسیب پذیری ها را کاهش دهد، همه عواملی که شرایط آسیب مردم را بیشتر می کند، تحلیل کنید (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲ و نکته راهنمای ۴).
- برای کاهش قرار گرفتن مردم در خطر، وخامت روند اغتشاش، ناامنی یا شرایط بهره کشی و سوء استفاده، برنامه ای طراحی کنید (رک. نکته راهنمای ۵ و اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).
- به تدریج فاصله میان شرایط ارزیابی شده و حداقل استانداردهای اسفیر را کم کنید تا به شاخص های اسفیر یا فراتر از آن ها برسید (رک. نکته راهنمای ۶).
- برنامه هایی را طراحی کنید که به احیای سریع کمک کند، خطر ها را کاهش دهد و به ظرفیت بلاذگران در پیشگیری از مشکلات آتی، به حداقل رساندن آن ها و تطابق بهتر با شرایط

بیافزاید (رک. نکته راهنمای ۷).

● برنامه را به‌طور پیوسته اعمال کنید تا انسجام و تناسب آن حفظ شود (رک. استاندارد کانونی ۵، ص ۷۰).

● احیای پایدار را با برنامه‌ریزی برای خروج از بحران و مطرح کردن سیاست‌های آن با بلازدگان، در مراحل نخست اجرای برنامه، بهبود بخشید.

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● اساس برنامه بر مبنای تحلیل نیاز گروه‌های مختلف مردم و خطرات خاصی است که پیش رویشان است.

● برنامه به فاصله میان نیازهای مردم و ظرفیت خود و دولتشان برای رفع آن‌ها می‌پردازد.

● در طراحی برنامه، برای ارائه تغییرات در وضع موجود، خطرهای، نیازها و ظرفیت‌های مردم مورد تجدید نظر قرار می‌گیرد.

● طرح برنامه شامل اقداماتی برای کاهش آسیب‌پذیری‌های مردم در برابر حوادث آینده و افزایش ظرفیت آنان برای مدیریت و سازگاری با آن حوادث است.

نکات راهنما

۱. حمایت از ظرفیت موجود: تمهید به‌موقع کمک و حمایت بحران‌زدگان، نخستین مسئولیت دولت است (رک. بند ۲ منشور بشردوستانه، ص ۲۰). اگر جمعیت بحران‌زده و یا دولت آنان، ظرفیت کافی برای امداد رسانی را (خصوصاً در مراحل اولیه) ندارند، یا اگر دولت یا مسئولان کنترل امور، مدام به‌نفع گروه یا مناطقی خاص تبعیض روا می‌دارند، اقدام کنید. در همه این حالت‌ها، ظرفیت و تمایلات دولت در برابر همه گروه‌های آسیب‌دیده بر میزان و نوع امداد رسانی بشردوستانه اثر می‌گذارد.

۲. دسترسی: کمک‌ها بدون تبعیض در اختیار نیازمندان قرار می‌گیرد (رک. اصل شماره ۲ حمایت، ص ۳۶). با اطلاع‌رسانی به‌موقع و با تهیه طرحی سازگار با نیازهای خاص، فرهنگ مردم و ملاحظات ایمنی، دسترسی مردم به کمک و توانشان برای بهره‌مندی از آن (مثل ایجاد صف‌های مجزا برای سالخوردگان یا زنان بچه‌دار در توزیع غذا)، افزایش می‌یابد. با مشارکت زنان، مردان، دختران و پسران همه سنین، در برنامه‌ریزی، این دسترسی بهتر می‌شود. با استفاده از ضوابط دقیق طراحی‌شده، تعیین هدف و روندهایی که به‌طور فراگیر در میان جامعه مطرح و مرتباً بر آن نظارت می‌شود، دسترسی افزایش می‌یابد. اقدامات مشروح

در فصول فنی، از طریق طرح‌های مورد نظر، مثل ایجاد امکانات در مناطق امن، دسترسی برابر را سهولت می‌بخشد.

۳. **هبنای زندگی با حفظ کرامت**، چیزی است که دسترسی به خدمات اساسی، امنیت و احترام به حقوق بشر را تضمین می‌کند (رک. منشور بشردوستانه، ص ۱۹). نحوه‌ای که امداد رسانی بشردوستانه به اجرا گذاشته می‌شود، به شدت بر کرامت و رفاه جمعیت‌های آسیب‌دیده اثر می‌گذارد. روش‌های آغاز اجرای برنامه‌ها به ارزش ذاتی افراد احترام می‌گذارد، هویت مذهبی و فرهنگی آنان را حمایت می‌کند، خودیاری مردم‌محور را رواج می‌دهد و شبکه‌های مثبت اجتماعی را تشویق می‌کند. همه این‌ها برای کمک به رفاه و از عناصر اساسی حق مردم برای بهره‌مندی از زندگی با کرامت است.

۴. **وضع موجود و آسیب‌پذیری**: عوامل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و زیست‌محیطی می‌تواند توان مردم را برای غلبه بر بحران افزایش دهد؛ درعین حال تغییرات در وضع موجود می‌تواند افراد دیگری را نیز آسیب‌پذیر کند (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲). افراد آسیب‌پذیر (مثل سالمندان و افراد طردشده از اجتماع)، ممکن است با تعدادی از عوامل به‌طور یک‌جا روبه‌رو شوند؛ تأثیر متقابل عوامل شخصی و محیطی که خطر را افزایش می‌دهد، باید تحلیل شود و برای کاستن از آن، برنامه‌ای طراحی و در جهت نیازهای مردم آسیب‌پذیر هدف‌گیری شوند.

۵. **حساسیت نسبت به تنش‌ها**: کمک‌های بشردوستانه می‌تواند به‌طور ناخواسته دارای اثراتی منفی باشد. منابع ارزشمند کمک ممکن است، به بهره‌کشی و سوءاستفاده دامن بزند و به کشمکش، استفاده نادرست یا حیف و میل اقلام کمکی منجر شود. قحطی می‌تواند حربه‌ای نظامی باشد (به‌طور مثال، برای تخلیه یک منطقه یا وادار کردن به انتقال دارایی‌ها). امداد ممکن است، به‌صورت منفی بر کل جمعیت اثر بگذارد و روابط نابرابر قدرت میان گروه‌های مختلف، از جمله میان مردان و زنان، را تشدید کند. تحلیل و طراحی دقیق برنامه، می‌تواند از ظرفیت کمک‌ها برای افزایش تنش و ناامنی (از جمله در زمان بلایای طبیعی) بکاهد. طرح‌ها باید طوری باشد که توزیع برابر و هدف‌گذاری بی‌طرفانه امداد رسانی تضمین شود. با احترام به اطلاعات محرمانه شخصی، از امنیت و کرامت مردم حمایت کنید. برای مثال، ممکن است کسانی که با HIV و ایدز زندگی می‌کنند، انگشت‌نما شوند؛ مساعدت به قربانیان نقض حقوق بشر، باید به‌طور تضمینی محرمانه باشد (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲).

۶. **رعایت حداقل استانداردهای اسفیر**: زمان صرف‌شده برای نیل به حداقل استانداردها، به شرایط موجود بستگی دارد؛ یعنی منابع، دسترسی، ناامنی و استانداردهای زندگی منطقه در زمان بروز فاجعه، بر آن اثر می‌گذارد. اگر امداد رسانی به مردم آسیب‌دیده، از استانداردهای مردم میزبان یا کل جمعیت تجاوز کند، تنش به‌وجود می‌آید و حتی ممکن است، اوضاع وخیم‌تر شود. سیاست‌هایی اتخاذ کنید تا ناهمگونی و خطر، برای مثال، از طریق کاهش

اثرات امدادرسانی به کل محیط طبیعی و اقتصاد، به حداقل برسد و استانداردهای جمعیت میزبان نیز رعایت شود. در صورت امکان، حیطه امدادرسانی‌ها را طوری افزایش دهید که جامعه میزبان را نیز دربرگیرد.

۷. **احیای فوری و کاهش خطر:** اقداماتی که در اولین فرصت برای تقویت ظرفیت محلی و کار با منابع آن، راه‌اندازی مجدد ادارات، آموزش و پرورش، بازارها و فرصت‌های شغلی صورت می‌گیرد، احیای اقتصاد و توانایی مردم برای مدیریت خطر در پایان کمک‌های خارجی را سرعت می‌بخشد. (رک. استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶). امدادرسانی بشردوستانه نباید دربرگیرنده کمترین خسارت یا مصالحه‌ای در کیفیت زندگی نسل‌های آینده باشد و به‌طور ناخواسته (به‌طور مثال، از طریق تخریب جنگل‌ها و استفاده بی‌رویه از منابع طبیعی) منجر به اتفاقات ناگوار در آینده شود. به‌محض این‌که جلوی تهدیدهای فوری گرفته‌شد، ناگواری‌های فعلی و (چندین حالت از) ناگواری‌های آتی را (مثل حوادث ناشی از تغییرات جوی) تحلیل کنید. برای کاهش خطرات آینده برنامه‌ریزی کنید؛ برای مثال، هنگام امدادرسانی، از فرصت برای سرمایه‌گذاری بر کاهش خطر و «آمادگی دوراندیشانه» استفاده کنید. مثال‌ها عبارتند از ساخت اماکن مقاوم در برابر زلزله و طوفان، حفاظت از تالاب‌هایی که سیلاب‌ها را جذب می‌کنند و حمایت از تدوین سیاست و ابتکارهای مردمی به‌منظور آمادگی برای هشدارهای فوری و بحران‌ها.

استاندارد کانونی شماره ۵: عملکرد، شفافیت و یادگیری

عملکرد آژانس‌های بشردوستانه به‌طور پیوسته، سنجیده و به دیگر همکاران مجری طرح، گزارش می‌شود؛ پروژه‌ها در پاسخ به عملکرد پذیرفته می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برای نظارت بر حرکت در راستای همه استانداردهای اسفیر و اصول مشخص برنامه، بازده و عملکردها، سازوکارهای نظام‌مند، اما ساده، زمان‌بندی‌شده و مشارکتی ایجاد کنید.
- برای نظارت بر عملکرد کلی سازمان، با توجه به نظام مدیریت و کنترل کیفیت سازمان، سازوکارهایی اساسی ایجاد کنید.
- به بازده و در صورت امکان، تأثیر سریع امدادرسانی بشردوستانه بر جمعیت آسیب‌دیده و دیگر گروه‌ها نظارت کنید (رک. نکته راهنمای ۳).
- برای مقبولیت سیاست‌های برنامه در پاسخ به اطلاعات نظارتی، نیازها و شرایط متغیر، سازوکارهای نظام‌مند ایجاد کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

- به صورت دوره‌ای در تمام مراحل امداد رسانی، تمرینات آموزشی برگزار و بر عملکردها تأمل کنید.
- برای آموزش برنامه، با توجه به اهداف مشخص آن و اصول حداقل استانداردهای توافق شده، یک ارزیابی نهایی یا به شکلی مروری از اهداف به عمل آورید (رک. نکته راهنمای شماره ۵).
- در صورت امکان در ابتکارهای آموزشی همگانی و مشترک میان سازمان‌ها شرکت کنید.
- نتایج نظارت و، به تناسب، نتایج ارزیابی و سایر روندهای اصلی آموزش را به موقع با جمعیت آسیب دیده، مسئولان مربوط و گروه‌های هماهنگی در میان بگذارید (رک. نکته راهنمای ۶).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برنامه‌ها در رابطه با نظارت و آموزش اطلاعات پذیرفته می‌شوند.
- منابع نظارت و ارزیابی، شامل نظر افراد نماینده در گروه هدف در امداد رسانی و همچنین خود جامعه میزبان، در صورت تفاوت، است.
- مسئولان مربوط و سایر سازمان‌های بشردوستانه، اطلاعات دقیق، به روز، و غیر محرمانه پیشرفت کار را به اطلاع مردم آسیب دیده می‌رسانند.
- به صورت منظم و با توجه به همه استانداردهای کلیدی و حداقل استانداردهای اسفیر (و استانداردهای جهانی یا سازمان)، نتایج اصلی عملکرد به اطلاع شرکای اجرایی اصلی می‌رسد (رک. نکته راهنمای ۶).
- سازمان‌ها مطابق با استانداردهای کار ارزیابی، به طور یک پارچه، هدف را ارزیابی یا برای داشتن عملکردی گسترده و بشردوستانه آن را بازبینی می‌کنند (رک. نکته راهنمای ۶).

نکات راهنما

۱. نظارت، اهداف را با نتایج مقایسه می‌کند. این کار پیشرفت را نسبت به اهداف و شاخص‌های پروژه و اثر آن بر آسیب پذیری و زمینه‌های موجود، محک می‌زند. این اطلاعات حاصل از نظارت، راهنمای تجدید نظر در پروژه است و معیارهای تعیین هدف و دستیابی کمک به مردم آسیب دیده را تأیید می‌کند. نظارت، امکان امداد رسانی به بازخوردهای جامعه و شناسایی مسائل و مشکلات مطرح شده را برای مسئولان امر فراهم می‌کند. همچنین نظارت مؤثر، فرصتی است برای تهیه و ارائه اطلاعات از سوی سازمان‌ها. برای برنامه‌ها و طرح‌های خاص، شیوه‌های مناسبی را با تلفیق داده‌های کمی و کیفی مناسب و با توجه به پیش زمینه، می‌توان برگزید. شفافیت و دقت اطلاعاتی که از نظارت به دست آمده، مسئولیت پذیری در برابر

جمعیت آسیب‌دیده را دوجندان می‌کند. نظارت خود این مردم بر شفافیت، کیفیت و مالکیت خود، بر آگاهی آنان می‌افزاید. وضوح اهمیت کاربرد اطلاعات و نیز استفاده کاربران آن، مشخص می‌کند، چه اطلاعاتی جمع‌آوری و چگونه ارائه شده‌است. این داده‌ها باید در یک فرم ساده تهیه شوند، دسترسی مسئولان به اطلاعات، تصمیم‌گیری‌ها را تسهیل می‌کند.

۲. **عملکرد سازمان** به محاسبه میزان دستاوردهای برنامه آن محدود نمی‌شود؛ بلکه شامل عملکرد کلی آن، ازجمله پیشرفت کار با توجه به روابط با سایر سازمان‌ها، تعهد به اقدامات مثبت بشردوستانه، مجموعه اصول و قوانین، تأثیر و شایستگی دستگاه مدیریتی نیز می‌شود. به‌منظور این ارزیابی کلی، می‌توان روش‌های ضمانت کیفیت، مثل روش گروه Quality URD^۱، Compas^۲ ها^۳، را هم به‌کاربرد.

۳. **نظارت بر تأثیر:** ارزیابی تأثیر (پیامدهای گسترده‌تر اقدامات در دوره‌های کوتاه تا میان‌مدت، مثبت یا منفی، عمدی یا غیرعمدی) در فرآیند امدادسانی بشردوستانه، بسیار منطقی و حتی ضروری به‌شمار می‌رود. «ارزیابی تأثیر» حوزه‌ای مهم و در حال گسترش است که کمک‌های خاص بشردوستانه را، به تحولات جمعیت‌ها و زمینه‌های موجود، مرتبط می‌کند که به هم پیوسته‌اند. مردم آسیب‌دیده بهترین داوران سنجش تحول در زندگیشان هستند و از این‌رو ارزیابی نتیجه و تأثیر آن‌ها، باید شامل بازخوردهای دریافتی از مردم، شنیدن نظرات مردم به‌صورت مداوم و نیز سایر روش‌های مشارکتی کیفیتی و کمیتی باشد.

۴. **حفظ و تداوم روابط:** در نظارت باید به‌صورت دوره‌ای ارزیابی شود که آیا برنامه ارتباط خود را با آسیب‌دیدگان حفظ می‌کند یا خیر. یافته‌ها باید به‌نحو مطلوب منجر به تجدید نظر در برنامه شود.

۵. **شیوه‌هایی برای آزمایش عملکرد:** روش‌های کار متفاوتی برای مقاصد عملی، فراگیری و امدادسانی‌های متفاوت مناسب است. از شیوه‌های گوناگونی چون نظارت و ارزیابی، بررسی تأثیر مشارکت و نشست‌های مردمی، ابزارهای تضمین‌کننده کیفیت، حساسی، آموزش‌های درون‌سازمانی و تمرین‌های یادگیری، می‌توان بهره برد. معمولاً در پایان امدادسانی‌ها، عملکرد را ارزیابی و براساس آن تغییراتی را برای کاربرد در سیاست‌های سازمانی و برنامه‌های آتی، پیشنهاد می‌کنند. نظارت بر عملکرد و «ارزیابی زمان حقیقی» را در طول امدادسانی نیز می‌توان انجام داد، که به تغییراتی فوری در سیاست و نحوه انجام کار منجر می‌شود. معمولاً کارشناسان مستقل خارج از سازمان، کار ارزیابی را انجام می‌دهند، اما کارکنان داخلی هم می‌توانند برنامه‌ها را بررسی کنند، مشروط به این‌که نگرشی هدفمند داشته باشند. این کار را معمولاً باید کسانی انجام دهند که خودشان درگیر امدادسانی

1. Groupe URD's Quality Compas

2. URD = Urgence, Réhabilitation, Développement (بحران، احیا، توسعه)

نباشند. در ارزیابی بشردوستانه از معیارهای هشت گانه استفاده می شود که به داک^۱ معروف و عبارت است از: حفظ رابطه، سنجش موقعیت، همبستگی، پیوستگی، پوشش دهی، کارآمدی، سودمندی و تأثیر.

۶. **عملکرد در سراسر بخش یا کارگروه:** تبادل اطلاعات با گروه های هماهنگی درباره پیشرفت آژانس در راستای عمل به حداقل استانداردهای اسفیر و حمایت از نظارت کلی بر امدادسانی، منبع یگانه ای برای اطلاعات همه عملکردها، در سراسر کارگروه، به شمار می رود.

استاندارد کانونی شماره ۶: عملکرد امدادگران

سازمان های بشردوستانه با مدیریت مناسب و حمایت های سرپرستی و روانی از امدادگران، دانش، مهارت، رفتار و کردار لازم برای برنامه ریزی و انجام امدادسانی بشردوستانه همراه با احترام را، برای آنان فراهم می کنند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- به مدیران در زمینه های سرپرستی و آشنایی با سیاست های اصلی، آموزش های مناسب و منابعی را ارائه کنید که بتوانند به طور مؤثر مدیریت کنند (رک. نکته راهنمای ۱).
- برای جذب بالای نامزدهای مناسب کار، سیاست های استخدامی منسجم، منصفانه و شفاف را تدوین کنید (رک. نکته راهنمای ۲).
- گروه های برابری از زنان و مردان، قومیت ها، سنین و زمینه های اجتماعی مختلف، استخدام کنید تا تنوع افراد با گوناگونی فرهنگ محلی تناسب داشته باشد.
- برای این که امدادگران (کارکنان، داوطلبان و مشاوران محلی و بین المللی)، مسئولیت ها و اهداف کاری خودشان، ارزش های سازمان، سیاست های اصلی و شرایط محلی را درک کنند، به موقع و به قدر کفایت، برای آنان، فراخوان ها، جلسات توجیهی، آشنایی با شیوه های گزارش دهی و شرح وظایف به روز شده را در نظر بگیرید.
- قوانین امنیتی تخلیه محل و سیاست های بهداشت و ایمنی را مشخص کنید و پیش از آغاز کار با سازمان، آن ها را به اطلاع امدادگران برسانید.
- اطمینان یابید که امدادگران به مراقبت های پزشکی و حمایت روانی دسترسی دارند.

1. DAC=Development Assistance Committee

- برای امدادگرانی که به کار حمایت از آسیب‌دیدگان در برابر سوءاستفاده‌های جنسی، فساد، بهره‌کشی و دیگر موارد نقض حقوق بشر مشغولند، منشورهای رفتار شخصی تهیه کنید. مقررات مدون را در اختیار آسیب‌دیدگان نیز قرار دهید (رک. نکته راهنمای ۳).
- فرهنگ احترام به جمعیت‌های مصیبت‌زده را رواج دهید (رک. نکته راهنمای ۴).
- برای شکایت رویه‌هایی معین کنید و به محض تأیید تخطی از منشور رفتاری سازمان، درباره کارکنان خاطی، اقدامات انضباطی به عمل آورید.
- به‌طور منظم عملکرد کارکنان امدادی و داوطلبان را در ارتباط با اهداف، دانش، مهارت‌ها، رفتار و کردارشان ارزشیابی کنید.
- از کارکنان امدادی در اداره حجم کاریشان و به حداقل رساندن تنش‌ها، حمایت کنید (رک. نکته راهنمای شمار ۵).
- برای کارکنان و مدیران، امکان شناسایی فرصت‌های مشترکی برای یادگیری مستمر و پیشرفت فراهم کنید (رک. نکته راهنمای شمار ۶).
- از آن‌دسته از کارکنان امدادی که شاهد یا متحمل فجایع بسیار دردناکی بوده‌اند، به‌طور مناسب حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۷).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- بررسی عملکرد کارکنان و داوطلبان، نشانگر سطح شایستگی آنان در زمینه‌های دانش، مهارت، رفتار و مسئولیت‌های معین در شرح وظایف‌شان خواهد بود.
- کارکنان امدادی خاطی نسبت به منشور رفتاری، که فساد و رفتارهای سوء را ممنوع کرده‌است، رسماً توبیخ می‌شوند.
- اصول «منشور عملکرد مناسب امدادگران»^۱، یا مشابه آن، در سیاست‌ها و عملکرد آژانس بازتاب دارد.
- موارد بیماری، جراحت و کسالت‌های ناشی از تنش کارکنان امدادی در طول امدادسانی‌ها یا ثابت می‌ماند و یا کاهش می‌یابد.

نکات راهنما

۱. **عملکرد مثبت مدیریت:** نظام مدیریت مردم، به آژانس و شرایط موجود بستگی دارد، اما مدیران و سرپرستان باید با «منشور عملکرد مناسب امدادگران»، که شامل سیاست‌ها و رهنمودهایی برای برنامه‌ریزی، استخدام، مدیریت، یادگیری، پیشرفت، جابجایی در پایان یک قرارداد و استقرار سازمان‌های بین‌المللی است، آشنایی داشته باشند.

۲. **رویه‌های استخدای باید مشخص و برای همه کارکنان و متقاضیان قابل درک باشد.** چنین شفافیتی، همراه با پیشرفت و تبادل اطلاعات به‌روز، مرتبط با شرح وظایف هر مقام، برای ایجاد گروه‌های گوناگون و کارآمد ضروری است. این گروه‌ها می‌توانند با استخدام‌های تازه، شایستگی و تنوع خود را مطابق با نیاز افزایش دهند. توسعه سریع پرسنل، ممکن است منجر به استخدام اعضای بی‌تجربه‌ای در گروه شود که باید تحت حمایت کارکنان باتجربه قرارگیرند.

۳. **کنترل کارکنان امدادی بر مدیریت و اختصاص منابع ارزشمند، آنان را دربرابر مردم آسیب‌دیده، در موضع قدرت قرارمی‌دهد.** چنین قدرتی دربرابر مردم متکی به امداد و کسانی که شبکه‌های حمایت اجتماعی‌شان مختل یا نابود شده، ممکن است منجر به فساد و سوءاستفاده شود. بسیاری از زنان، کودکان و افراد معلول، به سوءاستفاده جنسی کشانده می‌شوند. در قبال کمک یا حمایت بشردوستانه، هرگز نباید درخواست رابطه جنسی کرد. هیچ فرد فعال در امداد رسانی بشردوستانه (امدادگران و نظامیان، پرسنل بخش‌های دولتی یا خصوصی) نباید در سوءاستفاده، فساد یا بهره‌کشی‌های جنسی شریک یا طرف شود. همچنین کار اجباری کودکان یا بزرگسالان، استفاده غیر قانونی و خرید و فروش مواد مخدر، در جریان خدمات بشردوستانه برای کسانی که با فعالیت‌ها مرتبط‌اند، ممنوع است.

۴. **کارکنان امدادی باید به ارزش‌ها و کرامت جمعیت آسیب‌دیده احترام بگذارند و از رفتارهای فرهنگی نامناسب (مثل پوشیدن لباس‌های غیر عادی) خودداری کنند.**

۵. **کارکنان امدادی اغلب ساعت‌های طولانی کار می‌کنند و در شرایط پرخطر و تنش‌زایی هستند.** وظیفه مراقبت از کارکنان، شامل اقداماتی برای ارتقاء رفاه و اجتناب از خستگی درازمدت، جراحات یا بیماری آنان برعهده آژانس است. مدیران باید از طریق مدیریت ایمنی مؤثر، استراحت کافی و جبران خسارات، حمایت فعال درباره ساعات منطقی کار و دسترسی به امکانات حمایتی فیزیکی، کارکنان امدادی را از خطرهای آگاه و از آنان پشتیبانی کنند تا سلامت ایشان در معرض تهدیدهای بیهوده قرارنگیرد. مدیران با الگو قراردادن عملکردی خوب و رعایت آن، می‌توانند مراقبت را تا حد وظیفه ارتقا دهند. کارکنان امدادی خود نیز باید شخصا اداره رفاه خودشان را برعهده گیرند.

۶. در مرحله نخست فاجعه، ممکن است گسترش ظرفیت کارکنان محدود باشد. در طول زمان و با ارزیابی عملکردها و بازخوردهای دریافتی از کارکنان، مدیران باید زمینه‌های یادگیری و پیشرفت را بیابند و از آن حمایت کنند. آمادگی برای رویارویی با بحران‌ها، فرصت‌هایی را برای شناسایی و ارتقاء کیفیت کار بشردوستانه فراهم می‌کند.
۷. کمک‌های اولیه روحی-روانی، باید فوراً در اختیار کارکنانی که شاهد وقایع دردناک بوده و یا آن را تجربه کرده‌اند، قرار گیرد (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد شماره ۱، بهداشت روان، ص ۳۴۹ و همچنین مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر). درخواست گزارش‌های روان‌شناسی، کاربردی نیست و نباید از آن حمایت کرد.

مآخذ و منابع برای مطالعه بیشتر

منابع

امدادرسانی بشردوستانه مردم‌محور

پروژه ظرفیت‌سازی اضطراری^۱ (ECB)، سنجش تأثیر و امدادرسانی در بحران‌ها: راهنمای نسبتاً خوب^۲. انتشارات اکسفام. آکسفورد.

www.oxfam.org.uk/publications

مشارکت در امدادرسانی مسئولانه در امور بشردوستانه (HAP)^۴، استاندارد در مدیریت امدادرسانی و مدیریت کیفیت^۵. ژنو.

کمیته دائمی میان آژانس‌ها (IASC)^۶، قوانین IASC درباره بهداشت روان و حمایت روان‌شناسی در تشکیلات اضطراری^۷. ژنو.

هماهنگی و همکاری

منشور بشردوستانه جهانی^۸ (۲۰۰۷)، اصول بشردوستانه مشارکت جهانی^۹. بیانیه‌ای برای تعهد تأییدشده از سوی خط مشی بشردوستانه جهانی^{۱۰}. ژنو.

1. Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007)
2. Impact Measurement and Accountability in Emergencies
3. The Good Enough Guide
4. Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming)
5. Standard in Accountability and Quality Management
6. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007)
7. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings
8. Global Humanitarian Platform
9. Global Humanitarian Principles of Partnership
10. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform

WWW.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

IASC (۲۰۰۸)، نکات راهنما درباره استفاده از روش کارگروهی برای تقویت امدادرسانی بشردوستانه. ژنو^۱.

نگرش کارگروهی جهانی

IASC12: <http://onerresponse.un.org/cmcs/guidlines>

IASC^۲ و دفتر هماهنگی سازمان ملل در امور بشردوستانه^۳ (OCHA) (۲۰۰۸)، قوانین نظامی – غیر نظامی و مرجع برای بحران‌های پیچیده^۴. نیویورک.

<http://ochaonline.un.org/cmcs/guidlines>

OCHA (۲۰۰۷)، قوانینی برای استفاده از نظامیان و ابزارهای دفاع غیر نظامی خارجی در امدادرسانی به بحران‌ها^۵ – «قوانین اسلو». تجدید نظر ۱،۱ ژنو.

<http://ochaonline.un.org/cmcs>

ارزیابی

IASC (۲۰۰۳)، ارزیابی سریع مقدماتی (IRA) نکات راهنما در سطح کشوری^۶. ژنو

www.humanitariareform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20pages?s%20health%20clusters/IIRA/_Guidance_country%20Level/_field_test.doc

IASC (در دست تهیه)، ستاد اجرایی برآورد نیازها (NATF) راهنمای عملیاتی برای برآورد نیازها^۷.

جمع‌آوری اطلاعات با تلفن‌های همراه اوشاهیدی و تبادل آن‌ها؛

www.usshahidi.com

طراحی و امدادرسانی

1. IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response
2. IASC, Global Cluster Approach
3. IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
4. Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies
5. Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief
6. IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level.
7. IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.
8. Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing.

کنسرسیوم حساسیت به اغتشاشات^۱:

www.conflictsensitivity.org/

ابزارها و راهنمایی‌های مربوط به احیای سریع^۲:

<http://onerresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx>

(IASC)^۳، زنان، دختران، پسران و مردان: نیازهای مختلف، فرصت‌های برابر (کتاب راهنمای عمومی در اقدامات بشردوستانه)^۴. ژنو

<http://onerresponse.info/GlobalClusters/early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx>

کنسرسیوم پیشگیری (۲۰۰۷)، راهنمای تحلیل آسیب‌پذیری و ظرفیت، نکته ۷۹. ژنو

راهبرد بین‌المللی سازمان ملل برای کاهش بلایا (UNISDR) (۲۰۰۵)، چارچوب هیوگو برای عمل ۲۰۰۵ - ۲۰۱۵: ایجاد مقاومت در ملت‌ها و جوامع در برابر بلایا^۵. ژنو.

www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

عملکرد، شفافیت و یادگیری

شبکه فعال یادگیری برای امداد رسانی و عملکرد در اقدامات بشردوستانه (۲۰۰۸) (ALNAP)، هشتمین تجدید نظر در اقدامات بشردوستانه. مؤسسه توسعه ماورای بهار^۶ (ODI) لندن.

www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

پروژه یادگیری گروهی^۷ (۲۰۰۷)، پروژه شنیدن (LISTEN)، کمبریج، ماساچوست^۸.

www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

1. Conflict Sensitivity Consortium.
2. Early Recovery Tools and Guidance.
3. IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action).
4. Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9.
5. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters.
6. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI).
7. ctive Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI).
8. Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge.

گروه URD (۲۰۰۹)، کوالیتی کامپس^۱.

www.compasqualite.org/en/index/php

سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) (۱۹۹۹)، راهنمایی برای ارزیابی کمک‌های بشردوستانه در بحران‌های پیچیده^۲.

Paris.www.oecd.org/dac

عملکرد کارکنان امدادی

امدادگران (۲۰۰۳)، «منشور عملکرد مناسب برای امدادگران» در مدیریت و حمایت از کارکنان امدادی^۳. لندن.

<http://peopleinaid.org>

سازمان بهداشت جهانی، word vision international و بنیاد شوک‌های جنگ (در دست تهیه)، راهنمای کمک‌های اولیه روانی^۴. ژنو.

www.who.int/mental_health/emergencies

منابع برای مطالعه بیشتر

ارزیابی و امدادسانی

دفتر کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (UNHCR) و برنامه جهانی غذا (WFP) (۲۰۰۸)، مأموریت ارزشیابی مشترک، چاپ دوم. رم

www.unhcr.org/45f81d2f2.html

کودکان

اقدام برای حقوق کودکان^۵ (ARC) (۲۰۰۹).

1. Groupe URD (2009), Quality Compas.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies.
3. People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel.
4. World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide.
5. Action for the rights of children.

www.arc-online.org/using/index.html

شبکه میان آژانس‌ها برای آموزش در بحران‌ها (INEE) و پروژه اسفیر (۲۰۰۹)، ادغام آموزش باکیفیت در امدادرسانی در بحران‌ها، با امدادرسانی بشردوستانه: همکاری اسفیر - INEE. ژنو.

معلولیت

هندی‌کپ اینترنشنال، چک‌لیست ناتوانی برای امدادرسانی در بحران‌ها^۱.

www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

کمیسیون زنان برای زنان و کودکان پناهنده (۲۰۰۸)، معلولیت‌ها در میان پناهندگان و جمعیت‌های آسیب‌دیده از اغتشاشات: یک بسته مرجع برای کارکنان میدانی^۲.

New York. www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

محیط زیست

برنامه مشترک سازمان ملل و واحد محیط زیست اُچا^۳:

www.reliefweb.int/ochaunep

کلی، سی (۲۰۰۵)، راهنمای ارزیابی سریع اثرات زیست‌محیطی در بلایا. مرکز تحقیقات بلایای بن‌فیلد، کالج دانشگاه لندن و CARE بین‌المللی^۴. لندن.

کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (UNHCR) و کر اینترنشنال (۲۰۰۵)، قوانین بررسی، نظارت و ارزیابی محیط زیست در عملیات مربوط به پناهندگان: بسته ابزار برای همکاران و مدیران، برای کمک به بررسی، نظارت و ارزیابی شرایط محیطی با استفاده از نگرش‌های عمدتاً مشارکتی^۵. ژنو.

www.unhcr.org/4a97d1039.html

1. Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.
2. Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers.
3. Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit.
4. Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International
5. Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches.

کمیساریای عالی پناهندگان و اتحادیه بین‌المللی حفاظت از طبیعت (۲۰۰۵)، قوانین زیست‌محیطی UNHCR. ژنو.

www.unhcr.org/3b2a04.html

جنسیت

شبکه جنسیت و بلایا:

<http://gdnonline.org>

برنامه جهانی غذا (۲۰۰۹) سیاست جنسیت.

www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

HIV / ایدز

«راهنمای رسیدگی به HIV در شرایط بشردوستانه» - ژنو.

www.humanitarianinfo.org/iasc/page-productsproducts&sel=9

[?loader.aspx?page=content-productsproducts&sel=9](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/page-loader.aspx?page=content-productsproducts&sel=9)

سالمندان

هَلپ اِیج بین‌الملل^۱:

www.helppage.org

IASC (۲۰۰۸)، اقدامات بشردوستانه و سالمندان - خلاصه توجیهی مختصر برای دست‌اندرکاران بشردوستانه^۲. ژنو.

www.humanitarianinfo.org/iasc/page-loader.aspx?page=content-products-products&sel=24

ODI (۲۰۰۵)، مقاله شبکه ۵۳: کمک و حمایت سالمندان در بحران‌ها^۳. لندن

www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

اعمال، نظارت و ارزیابی

مرور سالانه ALNAP (۲۰۰۳)، اقدام بشردوستانه: بهبود بخشیدن به نظارت برای ارتقاء امدادرسانی

1. HelpAge International

2. IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors.

3. ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies.

و یادگیری^۱. لندن.

www.alnap.org

ALNAP (۲۰۰۹)، ارزیابی زمان واقعی اقدامات بشردوستانه (نسخه آزمایشی)^۲. لندن.

www.alnap.org

کتلی، ای و دیگران (۲۰۰۸)، ارزیابی مشارکتی تأثیر. مرکز بین‌المللی فاین‌استاین. دانشگاه توفتز^۳

<https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FICParticipatory+Impact+Assessment>

گروه URD (۲۰۰۹)، کتاب همراه کوالیتی کامپس^۴.

www.compasqualite.org/en/index/index.php

OECD (۱۹۹۹)، راهنمایی برای ارزیابی کمک‌های بشردوستانه در بحران‌های پیچیده. پاریس.

www.oecd.org/dac

اطلاعات بیشتر درباره ارزیابی (ازجمله بسته‌های آموزشی) و راه‌هایی برای یادگیری در ALNAP

www.alnap.org

شناسایی گروه هدف

فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر (۲۰۰۳)، گزارش بلایای جهان ۲۰۰۳ – فصل ۱: اخلاق بشردوستانه و جنگ.

www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR (۲۰۰۱)، مقابله با بلایا، هدف قرار دادن آسیب‌پذیری. ژنو.

www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countereng_Disasters_Targeting_Vulnerability.pd

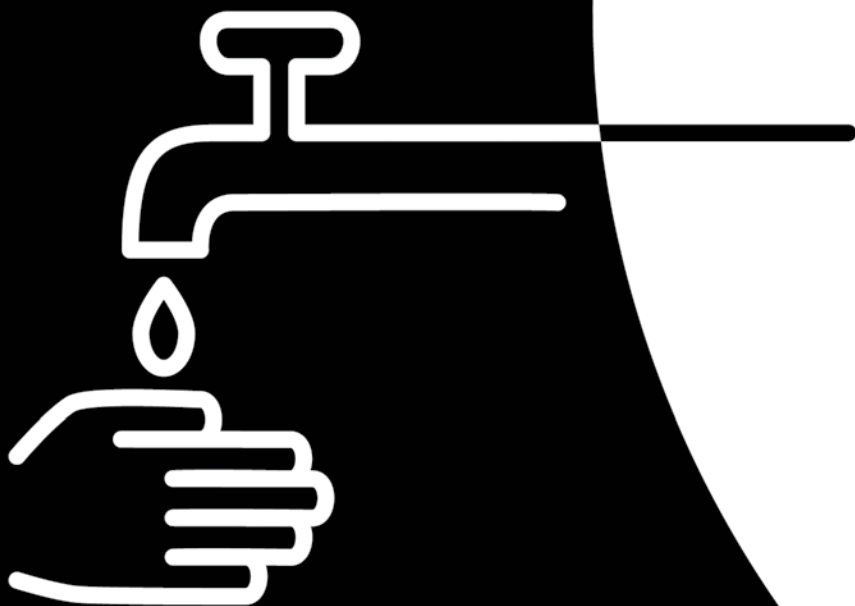
1. ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning.

2. ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version).

3. Catley, A et al (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University.

4. Groupe URD (2009), Quality COMPAS Companion Book

حداقل استانداردها
برای منابع آب،
فاضلاب و ارتقای
بهداشت فردی



چگونه از این فصل استفاده کنیم؟

این فصل به هفت فصل اصلی تقسیم شده است:

تأمین آب، فاضلاب و ارتقاء وضع بهداشت (واش)
ارتقاء وضع بهداشت
تأمین آب
دفع فضولات
کنترل جانوران ناقل بیماری
مدیریت زباله‌های جامد
جمع‌آوری آب‌های سطحی

همراه با این فصل، باید اصول حمایت و استانداردهای اصلی را نیز به‌کاربرد.

گرچه در آغاز هدف این بود که از استانداردهای اولیه، تنها در امدادسانی بشردوستانه بهره‌برداری شود، اما از این استانداردها در آمادگی برای رویارویی با بلایا، فعالیت‌های احیا و ارتقاء وضع بهداشت نیز می‌توان استفاده کرد.

هر بخش حاوی نکات زیر است:

- **حداقل استانداردها:** ماهیت این استانداردها کیفی است و سطح حداقلی را که باید در امدادسانی بشردوستانه در تأمین آب، فاضلاب و ارتقاء وضع بهداشت رعایت شود، مشخص می‌کند.
- **اقدامات کلیدی:** این موارد شامل فعالیت‌ها و اطلاعات پیشنهادی، در پیشرفت رعایت استانداردها هستند.
- **شاخص‌های کلیدی:** این شاخص‌ها عبارتند از «علائمی» برای نمایش رعایت یا عدم رعایت استانداردها و نمایانند راهی برای سنجش و ارتباط فرایندها و نتایج اقدامات کلیدی.
- **نکات راهنما:** این نکته‌ها دربردارنده موارد ویژه در هنگام به‌کارستن حداقل استانداردها، اقدامات کلیدی و شاخص‌های کلیدی است و برای مقابله با مشکلات عملی، رهنمودها، محک‌ها یا توصیه‌هایی را درباره موضوعات اولویت‌دار ارائه می‌کند. ضمناً ممکن است شامل موضوعات مهم مربوط به استانداردها، اقدامات یا شاخص‌ها نیز باشد و معضلات، مناقشات یا کمبودهای دانش موجود را توضیح دهد.

اگر نتوان شاخص‌ها و اقدامات کلیدی ضروری را رعایت کرد، باید دشواری‌هایی که برای مردم آسیب‌دیده پیش می‌آید، برآورد شود و اقدامات مناسب برای کاهش آن‌ها به‌عمل آید.

در پیوست ۱، نکات راهنما، در پیوست ۲ تا ۶ و در بخش مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر، فهرست‌هایی ارائه شده‌است که به منابع اطلاعاتی موضوعات خاص و عام مربوط به این فصل اشاره دارد.

فهرست

مقدمه.....	۸۹
۱. تأمین آب، فاضلاب و ارتقاء وضع بهداشت (WASH).....	۹۴
۲. ارتقاء وضع بهداشت.....	۹۷
۳. تأمین آب.....	۱۰۳
۴. دفع فضولات.....	۱۱۲
۵. کنترل ناقل‌های بیماری.....	۱۱۸
۶. مدیریت زباله‌های جامد.....	۱۲۴
۷. جمع‌آوری آب‌های سطحی.....	۱۲۸
پیوست ۱: فهرست برآورد نیازهای اولیه در تأمین آب، فاضلاب و ارتقاء وضع بهداشت.....	
۱۳۱.....	۱۳۱
پیوست ۲: کمترین مقدار آب برای نهادها و سایر استفاده‌ها.....	
۱۳۶.....	۱۳۶
پیوست ۳: کمترین تعداد سرویس‌های بهداشتی در اماکن عمومی و نهادها در شرایط بحرانی.....	
۱۳۷.....	۱۳۷
پیوست ۴: بیماری‌های مربوط به آب و فضولات و راه‌های انتقال.....	
۱۳۸.....	۱۳۸
پیوست ۵: حداقل بهداشت، فاضلاب و فعالیت‌های محافظتی برای درمان وبا...۱۳۹	
۱۳۹.....	۱۳۹
پیوست ۶: تصفیه آب خانوار و نمودار تصمیم‌گیری برای نگهداری آن.....	
۱۴۰.....	۱۴۰
مآخذ و منابع برای مطالعه بیشتر.....	
۱۴۱.....	۱۴۱





مقدمه

ارتباط با منشور بشردوستانه و حقوق بین الملل

حداقل استانداردهای تأمین آب، فاضلاب و ارتقاء وضع بهداشت (WASH)، ابراز عملی اعتقادات و تعهدات آژانس‌های بشردوستانه است و به عنوان اصول مشترک، حقوق و وظایف حاکم بر اقدامات بشردوستانه‌ای که در منشور ذکر شده، به کار می‌رود. این قوانین، که مبنای آن‌ها اصول بشری مندرج در حقوق بین الملل است، شامل حق زندگی با کرامت، حق حمایت و امنیت و حق دریافت کمک‌های بشردوستانه براساس نیاز است. فهرستی از اسناد قانونی و سیاسی که منابع منشور بشردوستانه است، تحت عنوان مأخذ، همراه با توضیحاتی در پیوست یک آمده است (رک. ص ۳۵۴).

با این که دولت‌ها عهده‌داران اصلی مسئولیت‌های حقوق مذکور هستند، آژانس‌های بشردوستانه هم برای کار با مردم آسیب‌دیده مسئولیتی دارند که با این حقوق سازگار است. از این حقوق کلی زیرشاخه‌هایی نیز منشعب می‌شود. این موارد عبارتند از: حق مشارکت، داشتن اطلاعات و عدم تبعیض که مبنای استانداردهای اصلی و همچنین حقوق خاص نسبت به آب، فاضلاب، غذا، سرپناه و بهداشت را تشکیل می‌دهند و نیز حامی منشور و حداقل استانداردها در این کتاب‌اند.

همه حق بهره‌مندی از آب و فاضلاب را دارند. این حق در اسناد حقوقی بین‌المللی به رسمیت شناخته شده و به تأمین آب قابل دسترسی و تهیه برای مصارف شخصی، خانگی و امکانات فاضلاب کمک می‌کند. مقدار آب کافی برای پیشگیری از مرگ در اثر دفع آب از بدن، کاهش خطر بیماری‌های مربوط به آب و مصرف برای پخت و پز و نیازهای بهداشتی شخصی و خانگی، ضروری است.

حق دسترسی به آب و فاضلاب، به شکلی جدایی‌ناپذیر با سایر حقوق بشر، از جمله با حق دسترسی به بهداشت، داشتن سرپناه و غذای کافی مرتبط است. به این صورت، آب بخشی از تضمین‌های اساسی بقای بشر است. فعالان بخش دولتی و غیر دولتی، مسئول تأمین حق دسترسی به آب و فاضلاب اند. برای مثال، در زمان برخوردهای مسلحانه، حمله به تأسیسات آب آشامیدنی یا آبیاری، نابودی، محو یا بلااستفاده گذاشتن آن ممنوع است.

حداقل استانداردها در این فصل بیانگر کامل حق دسترسی به آب و کانال‌کشی برای آب‌های هرز و فاضلاب نیست، اما استانداردهای اسفیر، بازتابنده محتوای درونی حق دسترسی به آب و کانال‌کشی آب‌های هرز و فاضلاب است و به تدریج به درک جهانی این حق کمک می‌کند.

اهمیت واش در بلایا

در مراحل اولیه یک بحران، آب و کانال‌کشی و فاضلاب برای فراهم کردن شرایط زندگی، عوامل مهمی هستند. مردمی که گرفتار بلایا می‌شوند، نسبت به ابتلا و مرگ ناشی از بیماری‌ها، عموماً مستعدتر از دیگران اند، و این تا حد زیادی به عدم وجود کانال‌کشی آب‌های هرز و فاضلاب، ذخیره آب کافی و ناتوانی در حفظ بهداشت خوب مربوط است. مهم‌ترین این بیماری‌ها عبارتند از: بیماری‌های عفونی و اسهال، که از مسیر مدفوعی- دهانی سرایت می‌کند (رک. پیوست ۴: بیماری‌های مرتبط با آب و فضولات و راه‌های انتقال آن‌ها). سایر بیماری‌های مرتبط با آب و کانال‌کشی و فاضلاب، مواردی است که به وسیله حشرات و سایر ناقل‌های بیماری از زباله‌های جامد و آب منتقل می‌شود. واژه «کانال‌کشی و فاضلاب» در سراسر کتاب راهنما برای اشاره به دفع فضولات، کنترل ناقل‌ها، دفع زباله جامد و آب‌های هرز سطحی به کار رفته است.

هدف اصلی برنامه واش (WASH) در بلایا، کاهش بیماری‌های همه‌گیر از طریق مدفوع و دهان و افشای عوامل ناقل بیماری‌ها از طرق زیر است:

- ❶ اقدامات خوب بهداشتی
- ❷ تهیه آب نوشیدنی سالم
- ❸ کاهش خطرات محیطی سلامت
- ❹ شرایطی که برای مردم امکان زندگی با حفظ سلامت، کرامت، آسایش و امنیت را فراهم می‌کند.

تدارک آب، امکانات فاضلاب و کانال‌کشی آب‌های هرز، به خودی خود نمی‌تواند ضامن کاربرد بهینه آن‌ها یا رعایت بهداشت عمومی باشد. به منظور دسترسی به حداکثر منافع در امدادسانی‌ها، لازم است که مردم آسیب‌دیده، اطلاعات، دانش و درک کافی برای پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با آب و فاضلاب و مواد دفعی را داشته باشند و خود برای رویارویی با طرح و نگهداری این امکانات بسیج شوند.

استفاده از امکانات آب، فاضلاب و کانال‌کشی عمومی، به طور مثال در شرایط پناهندگی یا آوارگی، ممکن است آسیب‌پذیری زنان و دختران را نسبت به خشونت‌های جنسی افزایش دهد؛ به منظور به حداقل رساندن این خطرات و تمهید امکانات امدادی باکیفیت‌تر، تضمین مشارکت زنان در برنامه‌های تأمین آب و امکانات بهداشتی اهمیت بسیاری دارد. مشارکت برابر زنان و مردان در

برنامه‌ریزی‌ها، تصمیمات و مدیریت محلی، به تضمین دسترسی تمام مردم مصیبت‌زده به منابع آب سالم و سرویس‌های فاضلاب، و ایمن و مناسب بودن این سرویس‌ها کمک خواهد کرد.

امدادرسانی به‌تر در بخش بهداشت عمومی در بلایا، با آمادگی بهتر امکان‌پذیر است. این آمادگی در نتیجه روابط و ظرفیت‌های ایجادشده از سوی دولت‌ها، آژانس‌های بشردوستانه، سازمان‌های جامعه مدنی محلی، جوامع و افراد دیگر، برای پیش‌بینی تأثیر احتمالی و ناگهانی حوادث و امدادرسانی مؤثر به آن‌ها حاصل می‌شود. آمادگی مزبور مبتنی بر تحلیل خطرات و کاملاً مرتبط با نظام‌های هشداردهنده فوری است؛ آمادگی شامل برنامه‌ریزی برای حوادث غیر مترقبه، ذخیره تجهیزات و تدارکات، خدمات اضطراری و سازمان‌دهی آماده‌باش، آموزش پرسنل، آموزش مردم در سطح اجتماعی و رزمایش‌ها است.

ارتباط با فصل‌های دیگر

بسیاری از استانداردهای فصول دیگر، با این فصل مرتبط است. پیشرفت در رسیدن به استانداردها در یک حوزه اغلب بر پیشرفت و حتی تعیین پیشرفت حوزه‌های دیگر تأثیر می‌گذارد. هماهنگی و همکاری نزدیک با مسئولان محلی و سایر آژانس‌های پاسخگو برای تضمین رفع نیازها، پیشگیری از دوباره‌کاری در تلاش‌ها و تصمیمات مربوط به بهینه کردن کیفیت آب و فاضلاب ضروری است.

برای مثال، آن‌جا که استانداردهای تغذیه رعایت نشده، نیاز فوری به اجرای استاندارد آب و فاضلاب است، زیرا آسیب‌پذیری مردم در برابر بیماری‌ها به‌طرز چشمگیری بیشتر خواهد شد. همین موضوع درباره مردم مناطقی که HIV و ایدز در میانشان شیوع یافته یا مناطقی که جمعیت سالمند و یا معلول آن زیاد است، نیز صدق می‌کند. همزمان با بروز شرایط بحرانی، اولویت‌ها باید بر مبنای اطلاعات درست منتشر میان بخش‌ها تعیین شود. همچنین در هر جا که ممکن بود، باید به استانداردهای تکمیلی رجوع کرد.

ارتباط با اصول حمایت و استانداردهای اصلی

به‌منظور نیل به استانداردهای این کتاب، همه آژانس‌های بشردوستانه، حتی در صورت نداشتن مأموریت یا ظرفیت تخصصی، باید با اصول حمایت، هدایت شوند. این اصول «مطلق» نیستند و بدیهی است که شرایط می‌تواند میزان توانایی آژانس‌ها را در رعایت استانداردها محدود کند. با این حال، این اصول نماینده نگرانی‌های جهانی بشردوستانه است که باید همیشه این فعالیت‌ها را هدایت کند.

استانداردهای کلیدی، استانداردهای اساسی روند و پرسنلی مشترک، در تمام بخش‌ها است. شش استاندارد اصلی، امدادرسانی‌های مردم‌محور، هماهنگی و همکاری، ارزیابی، طرح و امدادرسانی،

اجرا، شفافیت و یادگیری کار و عملکرد امدادگران در فعالیت‌های بشردوستانه را تحت پوشش قرار می‌دهد. این استانداردها در این کتاب راهنما، نقطه عزیمت یگانه‌ای برای عطف همه استانداردهای مذکور است. بنابراین، هر فصل فنی برای رعایت استاندارد خود، استفاده همزمان از استانداردهای اصلی را ایجاب می‌کند؛ خصوصاً برای تضمین تناسب و کیفیت هر امداد، مشارکت مردم آسیب‌دیده در بحران - ازجمله گروه‌ها و افرادی که در بحران‌ها مکرراً با خطر روبه‌رو هستند - باید به حداکثر برسد.

آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های جمعیت آسیب‌دیده از بحران

این بخش برای مطالعه همزمان با استانداردهای کلیدی و تقویت آن‌ها، طراحی شده‌است.

درک این نکته اهمیت زیادی دارد که جوان، پیر یا زن بودن، معلولیت یا ابتلا به HIV، به‌خودی خود او را آسیب‌پذیر نمی‌کند و یا در معرض خطر قرار نمی‌دهد. بلکه تأثیر متقابل برخی عوامل باعث این امر می‌شود. برای مثال، کسی که بیش از ۷۰ سال دارد، تنها زندگی می‌کند و وضع سلامتی‌اش ضعیف است، احتمالاً آسیب‌پذیرتر از فردی با شرایط سنی و سلامتی مشابه است که در یک خانواده کامل و با درآمد کافی زندگی می‌کند؛ همان‌طور که اگر یک دختر بچه سه‌ساله بی‌سرپرست باشد، بسیار آسیب‌پذیرتر از کودکی است که تحت مراقبت والدینی مسئول زندگی می‌کند.

با اجرای استانداردهای واش و اقدامات کلیدی، تحلیل آسیب‌پذیری و ظرفیت موجود، تضمین می‌کند که تلاش‌های امدادی، حامی افرادی است که مستحق دریافت کمک بدون تبعیض هستند. این امر، مستلزم درکی درست از شرایط محلی و چگونگی تأثیری است که یک بحران خاص به اشکال گوناگون بر گروه‌های مختلف مردم می‌گذارد؛ ازجمله به دلیل شرایط پیشین خود آن‌ها (مانند بسیاری یا در معرض تبعیض بودن)، در خطر تهدید قرار گرفتن حمایت از آن‌ها (مثل خشونت‌های مبتنی بر جنسیت، ازجمله بهره‌کشی جنسی)، شیوع بیماری‌ها (مثل HIV و سل) و احتمال شیوع آن‌ها (مثلاً ابتلا به سرخک و وبا). بلایا می‌توانند نابرابری‌هایی را که از پیش موجود بوده، بدتر کنند؛ اما حمایت از سیاست‌های مردم برای سازگاری و مقابله با شرایط و ظرفیت‌های احیایشان، اهمیت بسیاری دارد. دانش، مهارت و سیاست‌های مردم نیازمند حمایت است و افراد برای بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی، حقوقی، مالی و روانشناسی به مشاوره احتیاج دارند. به امور مختلفی که گاه به‌صورت‌های فیزیکی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مانع دسترسی برابر افراد به این خدمات است، نیز باید رسیدگی شود.

آنچه در زیر می‌آید، برخی از حوزه‌های اصلی است که دربردارنده توجه به حقوق و ظرفیت‌های همه مردم آسیب‌پذیر است:

● مشارکت مردم را بهینه کنید تا همه گروه‌های مردم، به‌ویژه کسانی که کمتر دیده می‌شوند (مثل

افرادی که در برقراری ارتباط مشکل دارند، کسانی که در مراکز زندگی می‌کنند، نوجوانان بزهکار و سایر گروه‌های دارا یا فاقد نماینده را دربرگیرد.

اطلاعات را براساس جنس و سن (از صفر تا ۸۰ سال) تفکیک کنید - این امر برای تضمین توجه کافی بخش واث به گوناگونی مردم، مهم است.

اطمینان یابید که اطلاعات مربوط به حق و حقوق مردم، به‌طور گسترده و قابل دسترسی در میان همه اعضای جامعه منتشر می‌شود.



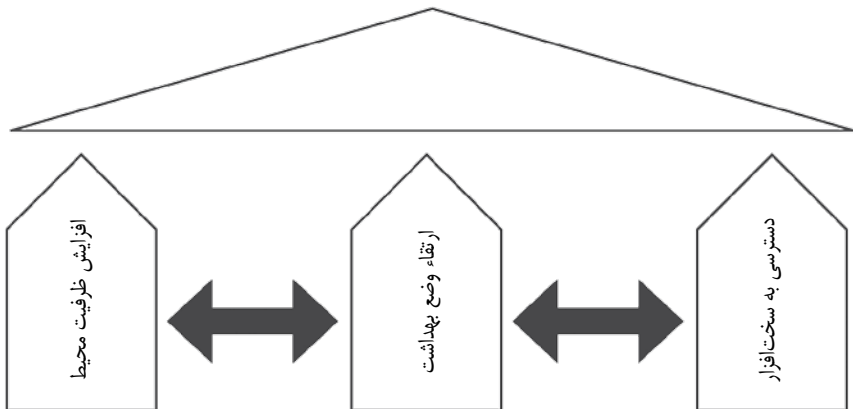
حداقل استانداردها

۱. تأمین آب، فاضلاب و ارتقاء وضع بهداشت (واش)

هدف از هر برنامه واش، به‌طوری که در شکل زیر نشان داده شده، ارتقاء وضع بهداشت شخصی و زیست‌محیطی به‌منظور حمایت از سلامتی است. یک برنامه مؤثر واش، متکی است بر تبادل اطلاعات میان آژانس و مردم آسیب‌دیده، با هدف شناسایی مسائل اصلی بهداشتی و راه‌حلهایی برای آن مسائل که با فرهنگ مردم تناسب داشته‌باشد. حصول اطمینان از مصرف بهینه همه منابع آب و فاضلاب و حفظ بهداشت، تأثیر عظیمی بر سلامت عمومی خواهد گذاشت.

ارتقاء وضع بهداشت در برنامه واش، امری حیاتی است. تمرکز بر برنامه واش عمومی و خاص است. به عبارت دیگر، ارتقاء وضع بهداشت برای همه بخش‌ها ضروری و در شاخص‌های تأمین آب، دفع فضولات، کنترل ناقل‌های بیماری، مدیریت زباله‌های جامد و جمع‌آوری آب‌های سطحی بازتاب یافته است. به‌طور ویژه بر دو استاندارد ارتقاء وضع بهداشت تمرکز و با فعالیت‌های خاص ارتقاء آن، مرتبط می‌شود.

پیشگیری از بیماری‌های واش



استاندارد شماره ۱ واش (WASH): طراحی و اجرای برنامه واش (WASH)

نیازهای واش مردم آسیب دیده برآورده می شود و هر جا که مناسب باشد، بهره‌مندان در طراحی، مدیریت و نگهداری امکانات شرکت می کنند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکته راهنما برای مطالعه)

- خطرات اصلی بهداشت عمومی را از طریق مشاوره با جمعیت آسیب دیده شناسایی کنید (رک. نکته راهنمای ۱ و استانداردهای کانونی ۱، ۳ و ۴، صص ۵۶ تا ۶۷).
- نیازهای بهداشت عمومی جمعیت آسیب دیده را طبق اولویت هایشان ارزیابی و تأمین کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- درباره همه فعالیت های برنامه واش به طور منظم به دنبال دریافت بازخوردهای مربوط به طرح و قابلیت پذیرش شیوه های افزایش از همه گروه های مختلف بهره‌مندان باشید (رک. استانداردهای کانونی ۱، ۳ و ۴، صص ۵۶ تا ۶۷).

شاخص های کلیدی (همراه با نکته راهنما برای مطالعه)

- همه گروه های درون جمعیت، به منابع و امکانات واش دسترسی ایمن و برابر دارند، از امکانات فراهم شده استفاده و برای کاهش خطرات سلامت
- همه کارکنان واش با شفافیت و احترام، و از جمله با دانستن چگونگی امداد رسانی به پرسش های اعضای جامعه درباره پروژه، با کسانی که آسیب دیده اند، رفتار می کنند و اطلاعات مربوط به پروژه را آشکارا با آنها در میان می گذارند.
- نظامی برای مدیریت، تعمیر و نگهداری امکانات به نحو مطلوب موجود است و همه گروه ها به صورت برابر در آن همکاری دارند.
- همه بهره‌مندان اذعان دارند که طراحی و اجرای برنامه واش، منجر به افزایش امنیت و احیای کرامت آنها شده است.

نکته راهنما

۱. برآورد نیازها: انجام یک ارزیابی برای شناسایی عملکردهای خطرناک ضروری است؛ این عملکردها ممکن است، باعث افزایش آسیب پذیری ها و یا پیش بینی موفقیت در تأمین امکانات واش و در نتیجه افزایش فعالیت های بهداشتی شود. ممکن است خطرات اصلی بر

ایمنی فیزیکی در دسترسی به امکانات، استفاده و نگهداری از سرویس‌های بهداشتی، کمبود صابون برای شست‌وشوی دست و انبار و آماده کردن غیر بهداشتی مواد غذایی تأثیر گذارد. در این ارزیابی باید به منابعی که در دسترس جمعیت قرار دارد و همچنین دانش و رسوم محلی، توجه کرد؛ به‌طوری که این فعالیت‌ها مفید، منسجم و عملی باشند.

هنجارهای اجتماعی و فرهنگی را، که ممکن است باعث تعهد به عملکردهای بهداشتی و یا زیر پا گذاشتن آن‌ها شوند، باید به‌عنوان بخشی از ارزیابی‌های عملی، شناسایی کرد. در این ارزیابی باید به نیازهای مردم آسیب‌پذیر توجه ویژه کرد. اگر مشاوره با هیچ‌یک از این گروه‌های مردم ممکن نیست، باید در گزارش ارزیابی به‌وضوح ذکر و در اسرع وقت به آن رسیدگی شود (رک. استاندارد شماره ۳، ص ۶۲).

۲. ارتقاء وضع بهداشت

ارتقاء وضع بهداشت، ایجاد یک برنامه منظم برای توان بخشی به اقدامات، جهت پیشگیری از بیماری های مرتبط با آب و فاضلاب و یا کاهش آنها است. ضمناً در برنامه های واش، این کار می تواند راهکاری عملی برای تسهیل مشارکت، امداد رسانی مسئولانه و نظارت اجتماعی باشد. ارتقاء وضع بهداشت باید استفاده از دانش، رسوم و منابع مردم آسیب دیده و همچنین کاربرد مثال های کیفی حمایت از بهداشت عمومی واش حاضر را در نظر بگیرد.

ارتقاء وضع بهداشت شامل حصول اطمینان از این است که مردم از آب، فاضلاب و وسایل و خدمات تسهیل کننده بهداشت بهترین استفاده را می برند؛ همچنین عملیات تعمیر و نگهداری امکانات را شامل می شود. سه عامل اصلی ارتقاء وضع بهداشت عبارتند از:

۱. تبادل متقابل اطلاعات و دانش

۲. بسیج جوامع آسیب دیده

۳. تأمین مواد و تجهیزات اساسی

بسیج جامعه خصوصاً در زمان فاجعه، که باید مردم به اقدام برای حفظ سلامتی شان اکیداً تشویق شوند، مهم است. فعالیت های ترویجی، هر جا که ممکن است، باید به جای تمرکز انحصاری بر اطلاع رسانی گسترده، شامل شیوه های تعاملی باشد.

استاندارد شماره ۱ ارتقاء بهداشت: اجرای ارتقاء وضع بهداشت

مردان، زنان و کودکان آسیب دیده از همه سنین از خطرات بهداشت عمومی باخبر و آماده اند تا برای پیشگیری از زوال شرایط بهداشتی، اقداماتی را انجام دهند و از امکانات فراهم شده استفاده و مراقبت کنند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

به طور نظام مند و با استفاده مناسب از کانال رسانه های گروهی، اطلاعاتی درباره خطرات

مربوط به اقدامات پیشگیرانه ارائه کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

عوامل خاص اجتماعی، فرهنگی یا مذهبی را که می‌تواند در گروه‌های مختلف جامعه ایجاد انگیزه کند، شناسایی و از آن‌ها به‌عنوان مبنایی برای سیاست ارتباطاتی ارتقاء وضع بهداشت استفاده کنید (رک. نکته راهنمای ۲).

برای پیشبرد گفت‌وگو با آسیب‌دیدگان، هر جا که ممکن بود، از روش‌های تعاملی ارتباطی بهداشت استفاده کنید (رک. نکته راهنمای ۳).

در مشارکت با جامعه آسیب‌دیده به اقدامات کلیدی بهداشتی و استفاده از امکانات آماده نظارت کنید (رک. نکته راهنمای ۳ و استاندارد کانونی ۵، نکات ۱، ۳ تا ۵، صص ۷۱ تا ۷۲).

برای تعریف دوره و شروط انگیزه‌های بسیج، با جمعیت و شرکای اجرایی اصلی مذاکره کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

همه گروه‌های بهره‌مند می‌توانند آنچه را که برای جلوگیری از وخیم‌شدن وضع بهداشت انجام داده‌اند، شرح و نشان دهند (رک. نکته راهنمای ۱).

همه امکانات فراهم‌شده به‌طرز مناسبی استفاده و مرتب نگه‌داری می‌شود.

نمایندگانی از همه گروه‌ها در برنامه‌ریزی، آموزش، اجرا، نظارت و ارزیابی کار ارتقاء وضع بهداشت شرکت دارند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۶ و استاندارد اصلی ۱، نکات راهنما ۱ تا ۵، صص ۵۷ و ۵۸).

وسایل دفع فضولات کودکان در اختیار مراقبین اطفال و نوزادان قرار می‌گیرد (رک. استاندارد ۱ دفع فضولات، ص ۱۱۲ و نکته راهنمای ۶).

نکات راهنما (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

۱. هدف قراردادن خطرات اولویت‌دار بهداشت و رفتارها: باید از درک حاصل از طریق ارزیابی خطرات بهداشتی، وظایف و مسئولیت گروه‌های مختلف، برای برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی ام‌دادرسانی استفاده شود، تا اطلاعات میان دست‌اندرکاران بشردوستانه و جمعیت آسیب‌دیده، به‌تناسب هدف‌گیری و به تصورات غلط، در هر جا که پیش آمد، رسیدگی شود.

۲. دسترسی به همه بخش‌های جمعیت: در مراحل اولیه حوادث ناگهانی، ممکن است، تکیه به رسانه‌های گروهی برای تضمین آگاهی مردم از کاهش خطرات سلامتی، لازم باشد.

گروه‌های مختلف را باید از طریق رسانه‌ها مربوط و متناسب با اطلاعات، آموزش و مطالب ارتباطی مختلفی مورد هدف قرار داد تا اطلاعات به همه اعضای جمعیت برسد. این امر خصوصاً درباره بی‌سوادان که در برقراری ارتباط مشکل دارند و یا کسانی که به رادیو یا تلویزیون دسترسی ندارند، مهم است. در این باره رسانه‌های مردمی (مثل نمایش‌ها، آهنگ‌ها، تئاترهای خیابانی، حرکات موزون و ...) هم باید مؤثر باشد. به‌منظور تعیین فرصت‌هایی برای پیشبرد فعالیت‌های بهداشتی، هماهنگی با شاخه‌های آموزش نیز اهمیت دارد.

۳. **شیوه‌های تعاملی:** مطالب و شیوه‌های مشارکتی متناسب با فرهنگ مردم آسیب‌دیده، فرصت‌های خوبی برای طراحی و نظارت بر پیشرفت‌های بهداشتی خود فراهم می‌کنند. به این صورت آن‌ها این فرصت را دارند تا در هر جا که لازم باشد، پیشنهادها یا شکایت‌هایی را درباره برنامه‌ها مطرح کنند. برنامه‌ریزی برای ارتقاء شرایط بهداشت، باید متناسب با فرهنگ باشد. این برنامه‌ها باید از سوی آموزگاران انجام گیرد که از ویژگی‌ها و مهارت‌های لازم برای کار با گروه‌هایی که احتمالاً اعتقادات و رسوم متفاوت از خود آن‌ها (مثل برخی از فرهنگ‌ها که صحبت کردن زنان با مردان غریبه در میان‌شان ممنوع است) دارند، برخوردار باشند.

۴. **گذشتن فشار مضاعف:** حصول اطمینان از این‌که در فعالیت‌های ارتقاء وضع بهداشت یا مدیریت آن، بار مسئولیت بیش از حد بر دوش هیچ گروهی از جمعیت آسیب‌دیده (از جمله زنان) گذاشته نشود، اهمیت زیادی دارد. مزایایی مثل فرصت‌های آموزشی یا استخدامی، باید در اختیار زنان، مردان و گروه‌های منزوی و طردشده قرار گیرد.

۵. **دوره و شرایط برای آموزش‌دهندگان جامعه:** استفاده از کارکنان بیرون دفتر یا کسانی که به درب خانه‌ها مراجعه می‌کنند، روشی تعاملی برای دسترسی به افراد بیشتر است، اما این کارکنان برای دستیابی به مهارت، نیازمند حمایت‌اند. به‌عنوان یک راهنمایی، در آغاز باید دقت کرد که به‌ازای هر هزار نفر از اعضای جمعیت آسیب‌دیده، دو مروج یا بسیج‌کننده جامعه لازم است. این افراد را می‌شود به‌صورت روزمزد و مطابق با قوانین ملی استخدام کرد. برای دوری از بروز تنش و اختلال در اصول نظام‌های موجود، باید این نکته را که کارکنان حقوق‌بگیر باشند و یا داوطلب شوند که با جمعیت آسیب‌دیده، سازمان‌های مجری و با دیگر شاخه‌ها کار کنند، مورد توجه قرار داد.

۶. **تشویق گروه‌های مختلف برای اقدام:** آگاهی از این‌که سلامتی مهم‌ترین انگیزه برای تغییر رفتار نیست، اهمیت زیادی دارد. نیاز به حفظ حریم، ایمنی، رفاه، رعایت هنجارهای مذهبی و فرهنگی، موقعیت اجتماعی و احترام، می‌توانند محرک‌های قوی‌تری باشد. در هنگام طراحی فعالیت‌های مضاعف باید این عوامل محرک را در نظر گرفت و همراه با گروه مهندسی، آن‌ها را به‌طور مؤثر در طرح و پیش‌بینی اقدامات جای داد. نباید تنها بر تغییر رفتار شخصی تأکید کرد، بلکه باید به بسیج عمومی و فعالیت با کارگروه‌ها هم توجه داشت.

استاندارد شماره ۲ ارتقاء بهداشت: شناسایی و استفاده از اقلام بهداشتی

جمعیت آسیب‌دیده در شناسایی و استفاده از اقلام بهداشتی شرکت دارد تا از تضمین بهداشت، سلامتی، کرامت و رفاه خود اطمینان حاصل کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

با همه مردان، زنان و کودکان درباره همه اقلام بهداشتی اولویت‌دار مورد نیازشان مشورت کنید (رک. نکات راهنمای ۱، ۳ و ۴).

اقلام بهداشتی را برای رفع نیازهای ضروری جامعه به سرعت توزیع کنید.

پس از توزیع نظارت کنید تا استفاده و رضایت بهره‌مندان ارزیابی شود (رک. نکات راهنمای ۳ و ۵).

استفاده از جایگزین‌های اقلام بهداشتی، مثل پرداخت نقدی، دادن کالا بزرگ و یا اقلام غیر غذایی (NFIها) را مورد تحقیق و ارزیابی قرار دهید (رک. «امنیت غذایی»، استاندارد ۱، انتقال وجه نقد یا حواله، ص ۲۰۹).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

زنان، مردان و کودکان به اقلام بهداشتی دسترسی دارند و برای حفظ بهداشت، کرامت و رفاه از این اقلام به صورت مفیدی استفاده می‌شود (رک. نکات راهنمای ۱، ۷ و ۹).

پیرو مشورت با مردم آسیب‌دیده، به همه زنان و دختران سن قاعدگی، اقلام لازم برای حفظ بهداشت مربوط به قاعدگی داده می‌شود (رک. نکات راهنمای ۵ و ۸).

همه زنان، مردان و کودکان به اطلاعات و آموزش مربوط به استفاده سالم از اقلام بهداشتی که برایشان آشنا نیست، دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۵).

همه مردم آسیب‌دیده، از زمان‌بندی، مکان و شرایط توزیع اقلام غیر غذایی، آگاهند (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۵).

ایمنی مردم آسیب‌دیده و کارکنان در زمان سازماندهی برای توزیع اقلام غیر غذایی، اولویت‌بندی شده است (رک. اصل شماره ۱ حمایت، نکات راهنمای ۱ تا ۳، صص ۳۳ تا ۳۴).

نکات راهنما

۱. اقلام بهداشتی اساسی: یک بسته حداقل اقلام بهداشتی حاوی ظرف (یا سطل) آب، صابون حمام و شست و شو و نوار بهداشتی قاعدگی است.

فهرست اقلام بهداشتی اساسی

ظرف ۱۰ تا ۲۰ لیتری برای حمل آب	یک عدد برای هر خانوار
ظرف ۱۰ تا ۲۰ لیتری برای ذخیره آب	یک عدد برای هر خانوار
صابون حمام ۲۵۰ گرمی	یک عدد برای هر نفر در هر ماه
صابون شست و شوی ۲۰۰ گرمی	یک عدد برای هر نفر در هر ماه
اقلام بهداشتی قاعدگی مناسب، مثل پارچه پنبه‌ای قابل شست و شو	یک عدد برای هر نفر

۲. هماهنگی: درباره این که آیا اقلام غیر غذایی دیگر (مثل پتو)، در میان اقلام بهداشتی اساسی، باید باشد یا نه، با گروه مسکن و جمعیت‌های آسیب‌دیده مذاکره کنید (رک. استاندارد ۱ اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۱).

۳. زمان‌بندی توزیع اقلام بهداشتی: ممکن است به منظور تضمین توزیع به موقع اقلام بهداشتی، پیرو مشورت، اما بدون توافق با جمعیت آسیب‌دیده درباره توزیع آتی، بخش برخی اقلام اصلی (مثل صابون، ظرف آب، و ...) لازم باشد.

۴. نیازهای اولویت‌دار: مردم اگر نیازهایشان به صورت مناسبی رفع نشود، ممکن است تصمیم بگیرند اقلام ارائه شده را بفروشند؛ بنابراین معیشت مردم باید در زمان برنامه‌ریزی‌ها در نظر گرفته شود.

۵. تناسب: برای پرهیز از ارائه کالاهایی که احتمال دارد به علت عدم آشنایی با آن‌ها (مثل اقلامی که ممکن است با غذا اشتباه گرفته شوند)، مورد استفاده قرار نگیرند، باید دقت شود.

۶. جایگزینی: باید در نظر داشت که هر جا لازم بود، از مواد مصرفی جایگزین استفاده شود. مثلاً به تناسب فرهنگ، به جای صابون می‌توان پودر رختشویی را ارائه کرد.

۷. نیازهای خاص: ممکن است برخی افراد که نیازهای خاصی (مثل ناتوانی در نگه داشتن ادرار یا اسهال) دارند، لوازم بهداشت شخصی بیشتری، لازم داشته باشند (مثل صابون). نیز افراد ناتوان یا کسانی که باید در رختخواب بمانند، به اقلام بیشتری، مثل لگن، احتیاج دارند. شاید



لازم باشد که در برخی از اقلام، برای استفاده‌های بهداشتی تغییراتی داده‌شود (مثل تعبیه سوراخی در صندلی برای استفاده به‌عنوان مستراح بیمار).

۸. بهداشت مربوط به قاعدگی: برای شست‌وشوی مجزا یا دفع مواد بهداشتی قاعدگی باید پیش‌بینی‌هایی انجام‌شود.

۹. اقلام مضاعف: ممکن است رسوم اجتماعی و فرهنگی جمعیت آسیب‌دیده، نیاز به دسترسی به اقلام بهداشت شخصی بیشتری را ایجاب کند. در صورت امکان، اقلام زیر را می‌توان (برای هر نفر در هر ماه) افزود:

- خمیردندان ۷۵ میلی‌لیتری یا ۱۰۰ گرمی
- یک عدد مسواک
- ۲۵۰ میلی‌لیتر شامپو
- ۲۵۰ میلی‌لیتر لوسیون نوزاد و اطفال تا ۲ سال
- یک عدد ریش‌تراش یک‌بار مصرف
- لباس زیر برای زنان و دختران در سن قاعدگی
- یک عدد شانه یا برس
- ناخن‌گیر
- پوشک و لگن بچه (با توجه به نیاز خانوار)

۳. تامین آب

آب لازمه زندگی، بهداشت و کرامت بشر است. در شرایط حاد ممکن است آب کافی برای برآوردن نیازهای اساسی موجود نباشد و در چنین مواردی، تأمین آب آشامیدنی به مقدار لازم برای زندگی از اهمیتی حیاتی برخوردار است. در بسیاری موارد، مسائل عمده مربوط به سلامتی در اثر بهداشت ضعیف، از مقدار ناکافی آب و مصرف آب آلوده ناشی می‌شود.

استاندارد ۱ تأمین آب: دسترسی و مقدار

همه مردم به مقدار کافی آب برای آشامیدن، پخت‌وپز و بهداشت شخصی و خانگی، دسترسی ایمن و برابر دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- با در نظر گرفتن مقدار منابع و تأثیر محیطی بر آن، منابع آب مناسب برای شرایط را شناسایی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- آب را به‌منظور رفع نیاز جمعیت آسیب‌دیده فراهم و اولویت‌بندی کنید. (رک. نکات راهنمای ۲ و ۴)

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- استفاده متوسط آب برای آشامیدن، پخت‌وپز و بهداشت شخصی در هر خانوار، دست کم برابر با ۱۵ لیتر برای هر نفر در روز است (رک. به نکات راهنمای ۱ تا ۷).
- حداکثر فاصله از هر خانوار تا نزدیک‌ترین محل برداشت آب، ۵۰۰ متر است (رک. نکات راهنمای ۱، ۲، ۵ و ۶).
- زمان ایستادن در صف هر منبع آب، بیش از ۳۰ دقیقه نیست (رک. نکته راهنمای ۶)

نکات راهنما

- انتخاب منبع آب: ضمن انتخاب منابع آب، عوامل زیر باید در نظر گرفته‌شود: دسترسی، نزدیکی و وجود آب کافی، لزوم یا عدم لزوم تصفیه و امکان استفاده از آب، با توجه به عوامل اجتماعی، سیاسی یا قانونی سرچشمه آن. به‌طور کلی منابع آب زیرزمینی یا آب

جاری، مناسب‌تر از آب چشمه است، چون کمتر به تصفیه نیاز دارد. در مراحل اولیه هر بحران، اغلب آمیزه‌ای از روش‌ها و منابع مورد نیاز است. برای پرهیز از بهره‌برداری بیش از حد، باید بر همه منابع و سرچشمه‌ها به‌طور منظم نظارت کرد.

۲. نیازها: مقادیر آب لازم برای مصارف خانگی «شرایط‌محور» است و نسبت به آب و هوا، امکانات بهداشتی، عادات مردم، رسوم مذهبی و فرهنگی آنان، غذایی که می‌پزند، لباس‌هایی که می‌پوشند و امثال آن فرق می‌کند. به‌طور کلی هرچه سرچشمه آب نزدیک‌تر باشد، مصرف آب نیز بیشتر است. در هر جا که ممکن و استاندارد محلی بالاتر باشد، برای مطابقت با استانداردهای محلی، برای هر نفر می‌توان ۱۵ لیتر در روز افزود.

نیاز پایه به آب برای ادامه زندگی

نیاز به ادامه زندگی: آب مصرفی (آشامیدنی و غذایی)	۲/۵ - ۳ لیتر در روز	به آب و هوا و فیزیولوژی فردی بستگی دارد
رسوم اساسی بهداشتی	۲ - ۶ لیتر در روز	به هنجارهای اجتماعی و فردی بستگی دارد
نیاز پایه برای پخت‌وپز	۳ - ۶ لیتر در روز	به نوع غذا و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی بستگی دارد
کل نیاز پایه به آب	۷/۵ تا ۱۵ لیتر در روز	

جهت راهنمایی درباره مقادیر آب مورد نیاز برای نهادها و سایر مصارف، رک. پیوست ۲: حداقل مقدار آب برای نهادها و سایر مصارف. برای آب مصرفی دام در بحران‌ها، به قوانین و استانداردهای دام در بحران‌ها مراجعه کنید (رک. مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر).

۳. محاسبه: برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به استفاده و مصرف آب، پژوهش‌های مربوط به خانوار، مشاهدات و بحث‌های گروهی اجتماعی، روش‌هایی بهتر از محاسبه آب پمپاژشده به شبکه خطوط لوله یا تلمبه‌های دستی است.

۴. مقدار یا پوشش: در یک فاجعه، و تا وقتی که کمترین حد استانداردها برای کمیت و کیفیت آب رعایت نشده، اولویت با تأمین دسترسی برابر به مقدار کافی آب است، حتی اگر کیفیت آن متوسط باشد. بنابراین، چون مردم آسیب‌دیده، به‌طرز چشمگیری در برابر بیماری‌ها آسیب‌پذیرند، باید به شاخص‌های مربوط به دسترسی و کیفیت توجه کرد، حتی اگر این شاخص‌ها بالاتر از هنجارهای مردم آسیب‌دیده یا میزبان باشد. برای تضمین رفع نیاز افراد

دارای شرایط بهداشتی خاص، مثل مبتلایان به ویروس HIV یا ایدز، و برای رفع نیاز دام‌ها و کشت و زرع، باید به آب اضافی در شرایط خشکسالی توجه خاص کرد. برای پرهیز از نزاع، توصیه می‌شود که در پوشش‌دهی مساوی آب به هر دو گروه آسیب‌دیده و میزبان دقت شود (رک). پیوست ۲: کمترین میزان آب لازم برای نهاده‌ها و سایر کاربردها).

۵. **بیشترین تعداد افراد برای هر منبع آب:** تعداد افراد به‌ازای هر منبع، به بازدهی و دسترسی منبع بستگی دارد. قوانین نسبی مربوط عبارتند از:

هر شیر برای ۲۵۰ نفر	براساس ریزش ۷/۵ لیتر در دقیقه
هر شیر برای ۵۰۰ نفر	براساس ریزش ۱۷ لیتر در دقیقه
هر شیر برای ۴۰۰ نفر	براساس ریزش ۱۲/۵ لیتر در دقیقه

در این قوانین فرض بر این است که دسترسی به منبع آب، تقریباً فقط روزی ۸ ساعت است و در طول این مدت، تامین پیوسته آب ادامه دارد. در صورت بهبود دسترسی به آب، مردم می‌توانند بیش از ۱۵ لیتر لازم در روز برداشت نمایند. با این ارقام باید با احتیاط برخورد کرد، چون رسیدن به آن‌ها، الزاماً به معنی تضمین دسترسی به حداقل مقدار آب یا دسترسی برابر به آن نیست.

۶. **زمان انتظار:** صرف زمان زیاد در صف، نشان می‌دهد که یا آب کافی در دسترس نیست و یا منابع برداشت آب کفایت نمی‌کند. نتایج منفی بالقوه صرف وقت زیاد در صف، عبارت است از کاهش سرانه مصرف آب، افزایش مصرف آب‌های ناسالم سطحی و کاهش زمان برای انجام سایر کارهای اساسی زندگی، برای کسانی که در صف آب می‌ایستند.

۷. **دسترسی و بوابی:** حتی در صورت وجود آب کافی برای رفع نیازهای پایه، برای تضمین دسترسی برابر همه گروه‌ها به آب، اقدامات دیگری نیز لازم است. نقاط برداشت آب باید در جاهایی قرارگیرد که، برای مثال، صرف نظر از جنسیت یا قومیت در دسترس همه باشد. گاه لازم است چند تلمبه دستی برای استفاده کسانی که دچار HIV و ایدز هستند، سالمندان، معلولان و کودکان اختصاص داده‌شود. در شرایطی که آب جیره‌بندی و فقط در زمان‌های اعلام‌شده ارائه می‌شود، این کار باید با مشورت نیازمندان به آب، ازجمله زنان، انجام‌گیرد.



استاندارد ۲ تأمین آب: کیفیت آب

آب گوارا و مقدار آن برای آشامیدن و مصارف پخت‌وپز و بهداشت شخصی و خانگی کافی است و هیچ خطری برای سلامتی ایجاد نمی‌کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

خدمات بهداشتی را ارزیابی و، اگر وقت و شرایط اجازه داد، یک برنامه ایمنی برای سرچشمه آب اجرا کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

همه مراحل لازم برای به حداقل رساندن آلودگی آب پس از برداشت را رعایت کنید (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴ و استاندارد ۱ ارتقاء وضع بهداشت، ص ۹۷).

برای آب تأمین‌شده با لوله‌کشی، یا منابع آب، در زمان وجود خطر شیوع اسهال، آب را طوری با ضد عفونی‌کننده‌ها تصفیه کنید که ته‌مانده کلر در شیر خروجی نیم میلی‌گرم در لیتر و ناخالصی‌های آن زیر ۵ NTU (واحد پراکندگی ناخالصی) باشد. در صورت شیوع اسهال‌های خاص مطمئن شوید که مقدار کلر موجود در آب، بالای ۱ میلی‌گرم در لیتر است (رک. نکات راهنمای ۵ تا ۸).

در جایی که تصفیه آب در سطح خانوار پیشنهاد می‌شود، اطمینان یابید که این کار همراه با توضیحات، آموزش و نظارت لازم، انجام می‌گیرد (رک. نکات راهنمای ۳ و ۶).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در محل برداشت و مصرف آب، هیچ «کلیفرم مدفوعی»^۱ در فاصله ۱۰۰ میلی‌لیتری آب وجود ندارد (رک. نکات راهنمای ۲، ۴ و ۷).

هر گزینه‌ای که برای تصفیه آب در سطح خانوار مورد استفاده قرار می‌گیرد، برای ارتقاء کیفیت میکروبیولوژیکی آب مفید و همراه با آموزش مناسب و نظارت است (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۶).

به دلیل استفاده کوتاه‌مدت از آب آلوده به مواد شیمیایی (ازجمله ته‌مانده‌های تصفیه با مواد شیمیایی) یا منابع رادیولوژیکی، هیچ تأثیر منفی بر سلامت گذاشته نمی‌شود و ارزیابی‌ها هیچ احتمال چشمگیری از چنین تأثیری را نشان نمی‌دهد (رک. نکته راهنمای ۷).

همه مردم آسیب‌دیده از یک منبع حفاظت‌شده که بر سایر منابع آب آماده در دسترس ارجح

۱. coliformها وابسته به باسیل‌های روده بزرگ انسان اند و تعداد آن‌ها در مدفوع نشانه کیفیت آب آشامیدنی هر ناحیه است.

است، آب می‌نوشند (رک. نکات راهنمای ۳ و ۶)

هیچ‌گونه تولید یا شیوع بیماری حاصل از آب مشاهده نمی‌شود (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۹).

نکات راهنما

۱. **طرح ارزیابی بهداشتی و ایمنی آب:** ارزیابی بهداشتی عبارت است از ارزیابی شرایط و اقداماتی که منجر به خطر عمومی می‌شود. این طرح به منابع احتمالی آلوده‌کننده آب در هنگام حمل از سرچشمه، در خانه، در طول کارهای تصفیه، مدیریت آب‌های سطحی و زباله‌های خشک می‌پردازد. ترسیم وضعیت و شرایط جامعه، خصوصاً برای تشخیص مکان خطرات عمومی، راهی مفید است و جامعه را ملزم به یافتن روش‌هایی برای کاهش این خطرها می‌کند. توجه داشته‌باشید، با این‌که مدفوع حیوانات به‌اندازه مدفوع بشر آلوده‌کننده نیست، می‌تواند حاوی میکروارگانیسم‌هایی مثل کریتوسپوریديوم^۱، جیاردیا^۲، سالمونلا^۳، کامپیلوباکتر^۴، ویروس‌های کالیزی^۵ و سایر دلایل عادی اسهال در بشر باشد و، بنابراین، سلامتی را تهدید می‌کند. برنامه جهانی غذا توصیه می‌کند که از طرح ایمنی آب آن (WSP) - که روشی کل‌نگرانه و شامل شناسایی و ارزیابی خطرات، طرحی برای توسعه و بهبودی، نظارت بر اقدامات کنترلی و ازجمله برنامه‌های توسعه و حمایت است - استفاده شود (رک. مآخذ و مطالب بیشتر).

۲. **کیفیت میکروبیولوژیکی آب:** باکتری‌هایی که در روده زندگی می‌کنند (و بیش از ۹۹ درصدشان [E. Coli] هستند)، یکی از شاخص‌های میزان آلودگی مواد دفعی بشر و حیوانات آبی و احتمال وجود عوامل بیماری‌زا هستند؛ در صورت وجود هرگونه باکتری روده‌زی در آب، باید تصفیه شود.

۳. **شناسایی منابع حفاظت‌شده:** فراهم کردن منابع حفاظت‌شده یا آب تصفیه‌شده، به‌تنهایی تأثیر کمی خواهدداشت، مگر این‌که مردم مزایای بهداشتی این آب را درک کنند. مردم ممکن است ترجیح دهند که از منابع حمایت‌نشده آب، مثل آب رودخانه‌ها، دریاچه‌ها و چاه‌های حفاظت‌نشده استفاده کنند. در چنین شرایطی متخصصان فنی، مروجان بهداشت و بسیج‌کنندگان جمعیت، باید منطق اولویت‌ها را درک کنند تا بشود ملاحظاتشان را در پیام‌ها و بحث‌های آگاهی‌بخش جا داد.

۱. نوعی انگل موجب اسهال.

۲. نوعی انگل موجود در مدفوع سگ و گربه.

۳. باکتری مولد حصبه.

۴. از باکتری‌های مولد اسهال.

۵. از ویروس‌های مولد اسهال.

۴. **آلودگی پس از تحویل:** آبی که در زمان تحویل سالم است، ممکن است در حین تحویل دادن، ذخیره‌سازی و برداشت برای مصرف، دوباره آلوده و با خطرات مهمی همراه شود. گام‌هایی که برای به حداقل رساندن چنین خطراتی می‌توان برداشت، عبارتند از: تحویل گرفتن، روند ذخیره‌سازی و توزیع آب پاک و مناسب و تانکرهای ذخیره‌سازی (رک). استاندارد ۳ تأمین آب، ص ۱۰۹). برای نظارت بر میزان هرگونه آلودگی پس از تحویل، باید به‌صورت روالی همیشگی در نقطه مصرف، از آب نمونه‌برداری کرد.

۵. **ضد عفونی کردن آب:** اگر خطر عمده‌ای برای آلودگی آب در منبع یا پس از تحویل آن هست، باید با یک ضد عفونی‌کننده ماندگار مثل کلر، تصفیه شود. شرایط منطقه اقامتی، مثل پراکندگی جمعیت، اقدامات انجام‌شده برای دفع مدفوع، رسوم بهداشتی و شیوع بیماری‌های اسهال، خطرات آلودگی آب را تعیین می‌کنند. در صورت وجود تهدید یا شیوع اسهال، همه آب آشامیدنی تأمین‌شده یا باید پیش از توزیع و یا در خانه‌ها تصفیه شود. برای این‌که آب به‌خوبی ضد عفونی شود، تیرگی آن باید زیر ۱۵ NTU باشد، با این حال در بحران‌های کوتاه‌مدت، آب با تیرگی بیش از این را هم می‌توان پس از فیلتر کردن و کاهش تیرگی آن، با مقدار دو برابر کلر، ضد عفونی و استفاده کرد (رک. پیوست ۶: جدول تصفیه و ذخیره‌سازی آب خانوار).

۶. **تصفیه در سطح خانوار آب:** وقتی که استفاده از یک نظام تصفیه مرکزی ممکن نیست، به‌عنوان یک گزینه دیگر می‌توان، آب را در نقطه برداشت یا (POUWT) در سطح خانوار تصفیه و استفاده کرد. تجربه نشان داده‌است که انواع روش‌های دیگر POUWT، مثل جوشاندن، کلر زدن، ضد عفونی کردن زیر آفتاب، فیلتر کردن با سرامیک، فیلتر کردن آهسته با استفاده از شن و ضد عفونی با ته‌نشین کردن، اسهال را کاهش می‌دهد. مناسب‌ترین روش POUWT، به شرایط موجود آب و فاضلاب، کیفیت آب، یا پذیرفتنی بودن آن از لحاظ فرهنگی و امکان اجرای هر یک از این روش‌ها بستگی دارد. موفقیت در انجام POWT، باید شامل مهیا کردن مواد و محصولات کافی و آموزش مناسب برای شرکای اجرایی باشد. در شرایط بحرانی باید از به‌کاربردن روش‌های آزمایش‌نشده تصفیه آب پرهیز کرد. در مناطقی که خطر پیش‌بینی شده، برای سهولت امداد رسانی سریع، باید اقلام لازم برای POWT را از پیش آماده کرد. اگر در مرحله پس از فاجعه، میل به استفاده مداوم وجود داشته‌باشد، اولویت با استفاده از محصولات محلی است. کاربرد مؤثر POWT مستلزم پیگیری منظم، حمایت و نظارت است و این امر باید پیش‌شرط انتخاب آن به‌عنوان جایگزین تصفیه آب باشد.

۷. **تصفیه آب در نقطه برداشت با استفاده از کلر:** درجایی که منبع آب جایگزینی موجود نیست، برای تصفیه آب با تیرگی یا آلودگی‌های بالا، می‌شود کلر زنی دوبرابر را مد نظر قرار داد. این کار فقط باید برای دوره‌های کوتاه و پس از دادن آموزش به افراد برای کاهش

۱. واحد Nephelo Metry (سنجش اندازه و غلظت ذرات در یک مایع از راه تحلیل شکست و پراکندگی نور در آن مایع).

تیرگی (آلودگی) آب از طریق فیلتر کردن، ته‌نشین کردن و ریختن از ظرفی به ظرف دیگر انجام گیرد (رک. پیوست ۶: نمودار تصفیه و ذخیره‌سازی آب خانوار).

۸. آلودگی‌های شیمیایی و رادیولوژیکی: اگر با توجه به سوابق آب و زمین‌شناسی، دانش صنعتی یا فعالیت نظامی، ممکن است منابع آب، سلامتی را با خطرات شیمیایی و رادیولوژیکی روبه‌رو کند، باید با تحلیل شیمیایی فوراً خطرات را مورد ارزیابی قرار داد. سپس برای تعادل خطرهای و مزایای بهداشت عمومی باید دست به عمل زد. علاوه بر آن، بر مبنای ارزیابی و تحلیل عمیق‌تر پیچیدگی‌های بهداشتی، باید درباره کاربرد آب آلوده برای مدت طولانی تصمیم‌گیری کرد.

۹. گوارایی: طعم (از جمله شوری) به‌خودی‌خود موضوعی نیست که ربطی مستقیم با سلامتی داشته‌باشد، اما اگر منبع آب سالم، طعم خوبی ندارد، برای تضمین این‌که فقط از منابع سالم استفاده شود، فعالیت‌های ارتقاء وضع بهداشت لازم خواهد بود.

۱۰. کیفیت آب برای مراکز بهداشت: همه آب مصرفی بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت و مراکز تغذیه باید با کلر یا تصفیه‌کننده پایدار دیگری ضد عفونی شود. در شرایطی که به‌دلیل قطع و وصل آب احتمال جیره‌بندی آن می‌رود، باید مقدار کافی آب ذخیره‌شده، در مرکزی در دسترس عموم قرار داشته‌باشد تا تامین مداوم آن در سطوح مصرف معمول تضمین شود (رک. پیوست‌های ۲: حداقل مقدار آب برای مؤسسات سایر کاربردها، و ۵: حداقل فعالیت‌های بهداشتی، فاضلاب و فعالیت‌های مربوط به ایزوله کردن مراکز درمان و ب).


استاندارد ۳ تامین آب: تجهیزات

مردم برای برداشت، ذخیره و استفاده از مقادیر کافی آب برای آشامیدن، پخت‌وپز و اطمینان از این‌که آب آشامیدنی تا زمان مصرف سالم می‌ماند، به اندازه لازم تجهیزات دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- تجهیزات لازم را برای برداشت و ذخیره آب در اختیار مردم بگذارید (رک. نکته راهنمای ۱ و استاندارد ۲ ارتقاء وضع بهداشت، ص ۱۰۰).
- مشارکت فعالانه همه افراد و مردم آسیب‌پذیر را در نشست‌ها و طراحی نقاط برداشت آب و ساخت امکانات رختشوی‌خانه و استحمام، تشویق کنید (رک. نکته راهنمای ۲).

۱. منظور این است که در پایان کار تصفیه، مقداری از ماده ضد عفونی‌کننده در آب باقی بماند.

- در نقاط توزیع آب و رختشوی‌خانه، امکاناتی شخصی برای شست‌وشو و خشک کردن لباس‌های زیر و پارچه‌های بهداشتی زنان در نظر بگیرید (رک. نکته راهنمای ۲ و استاندارد ۲ ارتقاء وضع بهداشت، ص ۱۰۰).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- هر خانوار حداقل دو ظرف تمیز ۱۰ تا ۲۰ لیتری، برای ذخیره و حمل آب دارد (رک. نکته راهنمای ۱، استاندارد ۲ ارتقاء رضع بهداشت، نکته راهنمای ۱، ص ۱۰۱).
- ظروف برداشت یا ظرف‌های لوله‌باریک حمل آب و سطل‌ها و سایر وسایل سالم برای ذخیره‌سازی درب دارند تا نگهداری و حمل آن ایمن باشد و از این ابزار به‌طور معمول استفاده می‌شود.
- برای هر ۱۰۰ نفر دست کم یک لگن برای شست‌وشو و محلی برای شست‌وشوی خصوصی و استحمام زنان در نظر گرفته شده و برای استحمام و شست‌وشو، آب کافی در دسترس همه قرار داده شده‌است (رک. نکته راهنمای ۲).
- آب در سطح خانوار همیشه عاری از هرگونه آلودگی است (رک. نکته راهنمای ۱).
- همه مردم از امکانات کافی آب در دسترس خود برای برداشت، ذخیره، استحمام، شست‌وشوی خود و پوشاکشان راضی‌اند (رک. نکته راهنمای ۲).
- تعمیر و نگهداری دستگاه‌های نصب‌شده و امکانات دیگر اطمینان‌بخش انجام می‌شود و در صورت امکان کاربران در این امر مشارکت می‌کنند (رک. نکته راهنمای ۳).

نکات راهنما

۱. برداشت و ذخیره آب: مردم برای برداشت آب، ذخیره آن و استفاده به‌منظور شرب، پخت‌وپز، شست‌وشو و استحمام به ظرف احتیاج دارند. ظرف‌ها باید تمیز، بهداشتی و از لحاظ اندازه، شکل و طرح، برای مصارف و عادت‌های محلی مناسب باشد. کودکان، افراد معلول، سالمندان و کسانی که دچار HIV و ایدز هستند، ممکن است به ظرف آب کوچک و قابل حمل، یا دارای طرحی خاص هم نیاز داشته‌باشند. مقدار حجم آب ذخیره‌شده، به اندازه خانوار و دسترسی و ثبات جریان آب بستگی دارد، برای مثال در شرایطی که آب هر روز و به‌طور ثابت تأمین می‌شود، مقدار تقریباً ۴ لیتر برای هر نفر مناسب خواهد بود. ارتقاء شرایط نظارت بر برداشت سالم، ذخیره و حمل، فرصتی است برای گفت‌وگو با افراد آسیب‌پذیر، خصوصاً زنان و کودکان، درباره موضوعات مربوط به آلودگی آب.
۲. امکانات شست‌وشو و استحمام: مردم به فضاهایی در خلوت و با حفظ کرامت برای استحمام

نیاز دارند. اگر چنین امکانی در سطح خانوار ممکن نباشد، امکانات مرکزی مستقلی برای زنان و مردان لازم خواهد بود. درجایی که فراهم کردن صابون ممکن نیست، می توان از سایر مواد جایگزین مثل خاکستر، شن تمیز، سود سوزآور (کربنات کلسیم) یا سایر گیاهان مختلف مناسب برای این امر، استفاده کرد. شستن پوشاک، خصوصاً پوشاک کودکان، یک فعالیت اساسی بهداشتی است؛ ظروف پختن و خوردن غذا نیز باید شسته شود. درباره تعداد، محل، طرح، ایمنی، تناسب و رفاه امکانات، باید با مشورت بهره‌وران، خصوصاً زنان، دختران نوجوان و افرادی که ناتوانی‌هایی دارند، تصمیم گرفت. موقعیت این امکانات در نواحی مرکزی، باید در دسترس و به‌خوبی نورپردازی شده و محوطه اطراف آن قابل دید باشد و امنیت کاربران آن را تضمین کند.

۳. **تعمیر و نگهداری دستگاه‌های آب:** این امر بسیار مهم است که مردم آسیب‌دیده از تعمیر و نگهداری وسایل فراهم‌شده مطلع و برای این امور آمادگی داشته باشند.



۴. دفع فضولات

دفع ایمن فضولات بشری، نخستین مانع در برابر بیماری‌های مربوط به فضولات است؛ بنابراین، این مورد اولویت عمده‌ای است که در بیشتر بحران‌ها، باید به آن رسیدگی شود. تأمین تجهیزات مناسب برای تخلیه، یکی از موارد امدادرسانی در بحران‌ها، برای حفظ کرامت، ایمنی، سلامتی و رفاه مردم است.

استاندارد ۱ دفع فضولات: محیط زندگی عاری از آلودگی‌های مدفوع بشر

محیط زندگی به‌طور کلی، و محیط تهیه غذا، مراکز عمومی و اطراف منابع آب آشامیدنی، به‌طور خاص، عاری از آلودگی‌های مدفوع بشر است.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- رای پیشگیری از آلودگی با مدفوع بلافاصله اقداماتی به‌عمل‌آورید (رک. نکته راهنمای ۱).
- درباره دفع ایمن فضولات و رفتارهای بهداشتی فوراً با مردم آسیب‌دیده مشورت کنید (رک. استاندارد ۱ ارتقاء وضع بهداشت، نکات راهنمای ۱ تا ۶، صص ۹۸ و ۹۹).
- در زمینه دفع ایمن فضولات و استفاده از امکانات مناسب، برای ارتقاء وضع بهداشت مبارزهای هماهنگی مناسب را انجام دهید (رک. استاندارد ۱ ارتقاء وضع بهداشت، نکات راهنمای ۱ تا ۶، صص ۹۸ و ۹۹).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- محیطی که مردم آسیب‌دیده در آن زندگی می‌کنند، عاری از مدفوع بشر است (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- همه اقدامات مربوط به دفع فضولات، یعنی گودال‌های ایجادشده برای مستراح، شیارهای کانال‌کشی شده و محفوظ و سرویس‌های بهداشتی، دارای فاضلاب دست کم ۳۰ متر دورتر از چاه‌های آب زیرزمینی هستند. انتهای گودی و شیارهای ایجادشده برای مستراح‌ها، حداقل یک‌ونیم متر از سطح سفره‌های آب زیرزمینی بالاتر است (رک. نکته راهنمای ۳).
- در شرایط سیل یا وقتی که سطح آب زیرزمینی بالا است، برای رسیدگی به مسئله آلودگی آب زیرزمینی با مدفوع، اقدامات مناسبی به‌عمل‌می‌آید (رک. نکته راهنمای ۳).

● کانال‌کشی آب‌های هرز و ترشح از دستگاه‌های دفع فاضلاب، منابع آب‌های سطحی یا آب‌های زیرزمینی کم‌عمق را آلوده نمی‌کند (رک. نکته راهنمای ۳).

● از سرویس‌های بهداشتی به بهترین صورت ممکن استفاده و مدفوع کودکان هم بلافاصله و به‌صورت بهداشتی دفع می‌شود.

نکات راهنما

۱. **دفع ایمن فضولات:** هدف از دفع ایمن فضولات، داشتن محیط عاری از فضولات کنترل‌نشده و پرکننده بشر است. بلافاصله پس از یک بحران و درحالی‌که مدیریت دفع فضولات در حال اجرا است، برای نظافت اولیه جهت مرزبندی و محاصره مناطق دفع، مشخص کردن محل و ساختمان سرویس‌های بهداشتی عمومی، برنامه‌ای ترتیب دهید. بر مبنای شرایط، انجام مرحله به مرحله اقداماتی برای حل مسئله بهداشت بسیار مفید است. درجایی‌که مردم آسیب‌دیده به‌طور سنتی از سرویس بهداشتی استفاده نکرده‌اند، تشکیل گروهی تلاشگر و هماهنگ به‌منظور تشویق دفع ایمن فضولات و ایجاد تقاضا برای سرویس‌های بهداشتی، بسیار ضروری است. در بحران‌های شهری که احتمالاً به شبکه فاضلاب موجود آسیب می‌رسد، شرایط را ارزیابی کنید و نصب سرویس‌های بهداشتی قابل حمل یا استفاده از تانکرها و محفظه‌های فاضلابی را که پس از اشیاع می‌توان آن‌ها را تخلیه و دوباره به‌کاربرد، در نظر بگیرید. باید به تخلیه، جابه‌جایی و اجرای حمل و دفع فضولات اهمیت لازم را داد.

۲. **نقطه‌های دفع و تخلیه:** در آغاز کار و درجایی‌که زمین در دسترس است، منطقه‌ای را برای دفع فضولات در نظر بگیرید و یا سرویس‌های بهداشتی کانال‌کشی‌شده و محفوظ درست کنید. این مهم تنها در شرایطی ممکن می‌شود که شبکه به‌درستی مدیریت و نگهداری شود و مردم آسیب‌دیده اهمیت استفاده از امکانات فراهم‌شده را درک کنند و محل آن‌ها را بدانند.

۳. **فاصله مکان دفع و تخلیه از منابع آب:** فاصله گودال‌های تخلیه، آبریزگاه‌های کانال‌کشی‌شده و مستراح‌ها از منابع آب، باید دست کم ۳۰ متر و کف گودال‌ها یک‌ونیم متر بالاتر از سطح آب‌های زیرزمینی باشد. این فاصله‌ها را باید در سنگلاخ‌ها یا زمین‌های آهکی، افزایش و در زمین‌های خاک نرم کاهش داد. در برخی از امداد رسانی‌ها، اگر آب به‌طور مستقیم برای آشامیدن مصرف نشود، شاید آلودگی آب‌های زیرزمینی موجب نگرانی آنی نباشد، در این شرایط باید آب در سطح خانوار تصفیه یا از روش‌های دیگر استفاده شود (رک. استاندارد ۲ تأمین آب و راهنمای ۶، ص ۱۰۸). در سیلاب‌ها یا مناطقی که سطح آب در آن‌ها بالا است، ممکن است احداث سرویس‌های بهداشتی مرتفع یا انباره‌های فاضلاب برای انباشتن فضولات و جلوگیری از آلودگی محیط لازم باشد. این امر اهمیت زیادی دارد که ترشحات و نشست انباره‌های فاضلاب، آب‌های سطحی و یا زیرزمینی را آلوده نکند.

۴. **پیشگیری از پخش مدفوع کودکان:** به نحوه دفع فضولات کودکان توجه خاصی کنید، چون



معمولاً از مدفوع بزرگسالان خطرناک‌تر است (آلودگی‌های ناشی از مدفوع در میان کودکان به‌کرات بیشتر و ممکن است کودکان هنوز پادتن عفونت‌ها را در بدنشان درست نکرده باشند). باید به والدین و مراقبان کودکان، درباره دفع بهداشتی فضولاتشان، شست‌وشو و استفاده از پوشک، لگن و یا ملافه بچه آموزش‌های لازم داده‌شود.

استاندارد ۲ دفع فضولات : سرویس‌های بهداشتی مناسب و کافی

سرویس‌های بهداشتی مناسب و کاربردی و نزدیک به محل زیست مردم، به‌مقدار کافی در دسترسشان هست تا به‌طور شبانه‌روزی و ایمن بتوانند از آن‌ها استفاده کنند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- با همه کاربران (خصوصاً زنان و افراد کم‌تحرک) درباره مکان، طرح و تناسب امکانات بهداشتی مشورت و توافق کنید (رک. قوانین ۱ تا ۴ و اصول حمایت ۱ و ۲، صص ۳۳ تا ۳۶).
- تجهیزات، ابزار و مصالح لازم را در اختیار مردم آسیب‌دیده بگذارید تا سرویس‌های بهداشتی مورد نیازشان را بسازند و نگهداری و نظافت کنند (رک. نکات راهنمای ۶ و ۷).
- برای شست‌وشوی دست و در سرویس‌های بهداشتی‌ای که سیفون یا سازوکارهای عایق‌بندی بهداشتی دارند و برای نظافت مقعد در سرویس‌های بهداشتی سنتی، به مقدار کافی آب و مواد پاک‌کننده فراهم کنید (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- سرویس‌های بهداشتی به‌طور مناسب طراحی، ساخته و برای برآوردن نیازهای زیر مهیا شده‌اند:
 - استفاده ایمن همه گروه‌های مردم، ازجمله کودکان، سالمندان، زنان باردار و اشخاصی که ناتوانی‌هایی دارند (رک. نکته راهنمای ۱).
 - به حداقل رساندن تهدید امنیت کاربران، خصوصاً زنان و دختران، در سراسر شبانه‌روز در محل‌های نصب. (رک. نکته راهنمای ۳ و اصل حمایت ۱ و نکات راهنمای ۱ تا ۶، صص ۳۳ تا ۳۵).
 - خلوت مناسب با هنجارهای استفاده‌کنندگان را تاحدودی فراهم می‌کند (رک. نکته راهنمای ۳).
- استفاده و تمیز نگه‌داشتن سرویس‌های بهداشتی، به‌قدر کافی آسان است و خطر سلامتی برای محیط ایجاد نمی‌کند. با توجه به شرایط، در سرویس‌های بهداشتی آب برای شستن دست و یا سیفون زدن هست (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸).
- فراهم کردن امکان دفع بهداشتی وسایل قاعدگی زنان و خلوت لازم برای شستن و خشک

- - کردن این وسایل (رک. نکته راهنمای ۹).
- - تولید مثل مگس و پشه را به حداقل می‌رساند (رک. نکته راهنمای ۷).
- - سازوکارهای لازم برای تخلیه، حمل و دفع را به شکل مناسب فراهم می‌کند تا بشود در صورت مسدودشدن یا استفاده طولانی از سرویس‌های بهداشتی، نیاز به تخلیه آن‌ها را رفع کرد (رک. نکته راهنمای ۱۱).
- - چاله یا مخزن آن‌ها، در صورت بالا آمدن آب‌های زیرزمینی و وقوع سیل، آب‌بندی شده‌است تا آلودگی آب‌های زیرزمینی و محیط به حداقل برسد. (رک. نکته راهنمای ۱۱).
- - از هر سرویس بهداشتی حداکثر ۲۰ نفر استفاده می‌کنند (رک. نکات ۱ تا ۴ و پیوست ۳: کمترین میزان سرویس‌های بهداشتی در اماکن عمومی و مؤسسات در شرایط بحران).
- - در اماکن عمومی، مثل بازارها، مراکز توزیع، مراکز بهداشت، مدارس و غیره، برای زنان و مردان، سرویس‌های بهداشتی مجزایی هست که می‌شود از داخل، آن‌ها را قفل کرد. (رک. نکته راهنمای ۲ و اصول حمایت ۱ و ۲، صص ۳۳ تا ۳۶).
- - سرویس‌های بهداشتی از سکونتگاه‌ها بیش از ۵۰ متر فاصله ندارد (رک. نکته راهنمای ۵).
- - سرویس‌های بهداشتی برای استفاده، با توجه به خانوار(ها) و جنسیت، تقسیم‌بندی شده‌است (رک. نکات راهنمای ۲ و ۵).
- - همه جمعیت آسیب‌دیده از روند مشاورها و سرویس‌های بهداشتی فراهم‌شده، رضایت دارند و به‌طور مناسب از آن‌ها استفاده می‌کنند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۱۰).
- - مردم پس از استفاده از سرویس‌های بهداشتی و پیش از تهیه غذا، دست‌هایشان را می‌شویند (رک. نکته راهنمای ۸).

نکات راهنما

۱. امکانات مناسب: اجرای برنامه‌های موفق دفع فضولات، به درک نیازهای مختلف و مشارکت مردم بستگی دارد. ممکن نیست بتوان سرویس‌های بهداشتی را متناسب برای همه گروه‌ها کرد. شاید ساخت سرویس‌های بهداشتی مخصوص کودکان، سالمندان و افراد ناتوان، و از جمله سرویس‌های بهداشتی مجهز به صندلی یا نرده و یا پیش‌بینی لگن برای رختخواب ناتوانان یا برای کودکان لازم باشد. نوع امکانات بهداشتی فراهم‌شده در امداد رسانی، بستگی به بحران، اولویت‌ها و عادات آسیب‌دیدگان، زیرساخت‌های موجود، دسترسی به آب (برای سیفون، شترگلو یا water seal)، فرم خاک و دسترسی به مصالح ساختمان دارد. انواع روش‌های دفع فضولات در مراحل مختلف امداد رسانی در بحران‌ها، در جدول زیر ذکر شده‌است.

روش‌های جایگزین برای دفع ایمن فضولات

	نوع دفع ایمن فضولات	ملاحظات کاربرد
۱	منطقه مشخص و مجزا شده (مثل قسمت‌های متمایز با ورق)	مرحله اول: ۲ تا ۳ روز اول و وقتی که جمعیت کثیری به امکانات فوری احتیاج دارند.
۲	سرویس‌های بهداشتی حفرونده شیاری	مرحله اول: تا دوماه
۳	سرویس‌های بهداشتی گودالی ساده	در آغاز امدادرسانی و برای استفاده درازمدت
۴	سرویس‌های بهداشتی بهبودیافته هواکش‌دار	مبتنی بر شرایط، برای امدادرسانی میان‌مدت تا درازمدت
۵	فاضلاب بومی (اکوسن) با تفکیک‌کننده ادرار	شرایط محور: در پاسخ به شرایط سطح بالای آب زیرزمینی و سیل، درست از آغاز یا وسط دوره درازمدت
۶	تانکر فاضلاب (سپتیک)	مراحل متوسط تا درازمدت

۲. **سرویس‌های بهداشتی عمومی:** در مکان‌های عمومی، سرویس‌های بهداشتی مجهز به امکانات متعارف برای استفاده مناسب و تعمیر و نگهداری منظم است. از اطلاعات تفکیکی جمعیتی، برای اختصاص تعداد سرویس‌های بهداشتی به نسبت ۳ برای زنان و ۱ برای مردان استفاده می‌کنند. هر جا که ممکن باشد، باید محلی برای دفع ادرار در نظر گرفت (رک. پیوست ۳: حداقل تعداد سرویس‌های بهداشتی در مکان‌های عمومی و مؤسسات در شرایط بحران).

۳. **سرویس‌های بهداشتی خانوادگی:** در صورت امکان، ساخت سرویس‌های بهداشتی خانوادگی بهترین گزینه است. باید یک سرویس بهداشتی را حداکثر برای ۲۰ نفر در نظر گرفت. اگر در آغاز در محل هیچ سرویس بهداشتی نباشد، ممکن است یک سرویس بهداشتی را برای ۵۰ نفر در نظر گرفت و در اسرع وقت تعداد افراد را به ۲۰ نفر کاهش داد. در برخی موارد، محدودیت مکان کاهش این اعداد را غیر ممکن می‌کند. در چنین مواردی به شدت برای دستیابی به فضای بیشتر بکوشید، اما باید به خاطر داشته باشید که هدف نهایی عاری بودن محیط از فضولات انسانی است.

۴. **امکانات مشترک:** درباره محل، طرح و تعیین مسئول برای نظافت، تعمیر و نگهداری سرویس‌های بهداشتی مشترک باید با خانوارها مشورت کرد. به طور کلی، از سرویس‌های بهداشتی تمیز بیشتر استفاده می‌شود. باید تلاش کرد تا کسانی که با بیماری‌های مزمن مثل HIV و ایدز زندگی می‌کنند یا کم‌تحرک اند، به سرویس بهداشتی دسترسی آسان داشته باشند.

۵. **مکان ایمن:** قراردادن سرویس‌های بهداشتی در مکان نامناسب ممکن است زنان و دختران را،

خصوصاً در طول شب، نسبت به حمله آسیب پذیر کند. اطمینان یابید که زنان هنگام استفاده از سرویس‌های بهداشتی احساس امنیت می‌کنند. تا جای ممکن باید برای سرویس‌های بهداشتی عمومی نور کافی تأمین کرد. باید با بهبود ایمنی کاربران، توجه جامعه را جلب کرد. (رک. اصول ۱ و ۲ حمایت، صص ۳۳ تا ۳۶).

۶. استفاده از مصالح ساختمانی و ابزار محلی: استفاده از مصالح محلی برای ساخت سرویس‌های بهداشتی به شدت توصیه می‌شود. این کار مشارکت جمعیت آسیب دیده را در استفاده، تعمیر و نگهداری امکانات بیشتر می‌کند. قراردادن ابزارهای ساختمانی در اختیار مردم نیز این هدف را دنبال می‌کند.

۷. آب و مواد پاک‌کننده مقعد: برای سرویس‌های بهداشتی مجهز به سیفون یا سازوکارهای عایق‌بندی بهداشتی، باید آب تدارک دید. ممکن است برای سرویس‌های بهداشتی مرسوم چاله‌ای، دستمال کاغذی یا سایر مواد پاک‌کننده لازم باشد. درباره موادی که از لحاظ فرهنگی برای نظافت متداول‌تر از سایر موارد است، باید با کاربران مشورت شود.

۸. شست‌وشوی دست: کاربران باید پس از استفاده از سرویس بهداشتی، نظافت مقعد کودکی که عمل دفع را انجام داده‌است و پیش از خوردن و پخت‌وپز، دارای وسایل شست‌وشوی دست با صابون یا مواد جایگزین (مثل خاکستر) باشند. بدین منظور باید یک منبع آب دائمی در نزدیکی سرویس‌های بهداشتی باشد.

۹. قاعدگی: زنان و دختران در سن قاعدگی، از جمله دختران محصل، باید به اقلام بهداشتی مناسب دسترسی داشته باشند. باید درباره این‌که از لحاظ فرهنگی چه چیز برای آن‌ها مناسب‌تر است، با زنان و دختران مشورت شود. سرویس‌های بهداشتی باید مجهز به وسایل مناسب برای دفع وسایل آلوده به خون قاعدگی و یا وسایل شست‌وشوی آن‌ها در خلوت باشد (رک. استاندارد ۲ ارتقاء وضع بهداشت، نکات راهنمای ۲ و ۸، صص ۱۰۱ و ۱۰۲).

۱۰. لایروبی: تخلیه ته‌نشین سرویس‌های بهداشتی، تانکرهای فاضلاب یا سپتیک تانکرها و محفظه‌های مدفوع، از جمله محل نهایی تخلیه به موقع فاضلاب با توجه به نیاز را، باید از همان آغاز کار در نظر داشت.

۱۱. سرویس‌های بهداشتی در محیط دشوار: پیش‌بینی امکانات مناسب برای دفع فضولات در شرایط سیل یا بحران‌های شهری دشوار است. در چنین شرایطی سازوکارهای کنترل پس‌ماندهای مختلف بشری، مثل سرویس‌های بهداشتی فرنگی، سرویس‌های بهداشتی تفکیک‌کننده ادرار از مدفوع، تانکرهای کنترل فاضلاب و استفاده از کیسه‌های پلاستیکی دفع موقت زباله و نظام‌های مناسب جمع‌آوری و دفع زباله را باید در نظر داشت. این روش‌های مختلف باید با فعالیت‌های بهداشتی حمایت شود.



۵. کنترل ناقل‌های بیماری

ناقل، عبارت است از عامل انتقال بیماری و علت عمده ناخوشی و مرگ در بسیاری از شرایط بحرانی، فعالیت ناقل‌ها است. برای مثال، پشه‌ها ناقلان مسئول بیماری مالاریا هستند که یکی از علل عمده مرگ‌ومیر است. پشه‌ها بیماری‌های دیگری، مثل تب زرد، تب دانگ و تب همورژیک (خونریزی داخلی) را هم منتقل می‌کنند. مگس‌های معمولی و حشرات پرنده‌ای که نیش نمی‌زنند، مثل انواع مگس، نقش مهمی در انتقال بیماری‌های اسهالی دارند. حشراتی که نیش می‌زنند، ساس‌ها و کک‌ها، نیششان دردناک و آزاردهنده است و گاهی هم ناقل بیماری‌های مهمی چون حصیه، جَرَب (گری) و طاعون هستند. ساس‌ها تب نوبه را منتقل می‌کنند. موش‌ها می‌توانند بیماری‌هایی مثل لپتوسپیروز و سالمونلا را منتقل کنند و میزبان ناقلان دیگری، مثل کک‌ها، باشند که می‌تواند تب لاسا (تب بومیان آفریقا)، طاعون و سایر عفونت‌ها را منتقل کند.

بیماری‌های منتقل‌شده با ناقل‌ها را می‌توان به‌وسیله مجموعه‌ای از ابتکارها، ازجمله انتخاب محل مناسب برای زندگی و مهیای سرپناه، ذخیره آب، دفع فضولات، مدیریت دفع زباله‌های خشک و جمع‌آوری آب‌های هرز سطحی، تأمین سرویس‌های بهداشتی (ازجمله بسیج جمعیت و ارتقاء وضع بهداشت)، استفاده از کنترل‌کننده‌های شیمیایی، حمایت از خانواده‌ها و افراد و حفاظت مؤثر از انبارهای غذا کنترل کرد. ماهیت بیماری‌های واگیر، اغلب پیچیده است و رسیدگی به مسائل مربوط به ناقل‌های بیماری، ممکن است نیازمند توجه تخصصی باشد، اما برای کمک به پیشگیری از گسترش این بیماری‌ها، زمانی که بیماری، ناقل آن و تعامل میان آن‌ها و مردم شناسایی شد، با اقداماتی کوچک و مؤثر کارهای ساده زیادی می‌توان کرد.

استاندارد ۱ کنترل ناقل بیماری: حمایت فردی و خانوادگی

همه مردم آسیب‌دیده، دانش و امکانات حمایت از خود را، در برابر بیماری و ناقل‌های مزاحمی که می‌توانند باعث خطرات مهمی برای سلامتی و رفاه آن‌ها شوند، دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

آگاهی مردم آسیب‌دیده و در معرض خطر بیماری‌های واگیر را، درباره علل احتمالی این بیماری‌ها، روش‌های سرایت‌شان و راه‌های پیشگیری از آن‌ها، بالا ببرید.

- با قراردادن همه وسایل مفید (مثل توری پشه، لوسیون و کرم‌های دافع حشرات، و غیره) در اختیار مردم آسیب‌دیده، به مصونیت آن‌ها در قبال نیش پشه‌ها در زمان اوج حضور آن‌ها، کمک کنید (رک. نکته راهنمای ۳).
- از گروه‌های حساس‌تر، مانند زنان باردار و شیرده، کودکان، نوزادان، سالمندان، معلولان حرکتی و بیماران، حمایت ویژه کنید.
- اگر خطر ابتلا به حصه یا تب نوبه مسری به واسطه شیش وجود دارد، برای کنترل آن برنامه‌ریزی کنید (رک. نکته راهنمای ۴).
- اطمینان یابید که رختخواب‌ها و لباس‌ها مرتب شسته و در معرض هوا قرار می‌گیرد (رک. نکته راهنمای ۴).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه آسیب‌دیدگان به سرپناه‌هایی دسترسی دارند که در آن‌ها امکان زیست و رشد و بقای ناقل‌های بیماری وجود ندارد و با تمهیدات مناسب کنترل ناقل‌های بیماری، حفاظت شده‌است (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۵).
- همه مردمی که در معرض خطر ناقل‌های بیماری‌اند، راه‌های انتقال بیماری‌ها را می‌شناسند و برای حفاظت از خودشان اقدام می‌کنند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۵).
- همه افرادی که دارای توری پشه آغشته به حشره‌کش هستند، به‌طور مؤثر از آن‌ها استفاده می‌کنند (رک. نکته راهنمای ۳).
- مواد غذایی ذخیره در سطح خانوار، از خطر آلودگی با ناقل‌هایی مثل مگس‌ها، حشرات و جانوران جونده حفظ شده‌است (رک. نکته راهنمای ۴).

نکات راهنما

- تعریف خطر شیوع بیماری‌های حاصل از ناقلان: تصمیمات مربوط به عملکرد کنترل ناقل‌ها، باید بر مبنای ارزیابی خطرات بالقوه و همچنین متناسب با شواهد بالینی این نوع بیماری‌ها باشد. عواملی که بر این خطرها تأثیر می‌گذارد عبارتند از:
 - شرایط ایمنی جمعیت، از جمله در معرض بیماری بودن آنان در گذشته، اختلالات تغذیه‌ای و سایر تشن‌ها، جابه‌جایی جمعیت (از جمله پناهندگی، آوارگی داخلی) از مناطقی که بیماری شایعی ندارد، به مناطق شیوع بیماری، یکی از علل معمول این بیماری‌ها است.
 - نوع عامل بیماری‌زا و اولویت‌ها، هم در ناقل‌ها و هم در بشر.

- تعداد ناقل‌ها (فصل و محل تخم‌گذاری و غیره)
- گونه‌های ناقل بیماری، رفتارها و محیط‌شناسی.
- افزایش قرارگرفتن در معرض ناقل‌های بیماری، به‌واسطه: نزدیکی، الگوی اسکان، نوع سرپناه (مسکن)، معیارهای حفاظت فردی و دوری (از ناقل‌ها).
۲. شاخص‌های برنامه کنترل ناقل‌ها: شاخص‌هایی که معمولاً در سنجش تأثیر به‌کاربرده می‌شوند، عبارتند از: نرخ بیماری‌های ایجادشده ازطریق ناقل‌ها (با استفاده از اطلاعات همه‌گیرشناسی، داده‌های جامعه‌محور و شاخص‌های جانشین، با توجه به پاسخ) و محاسبه انگل‌ها (با استفاده از بسته‌های تشخیصی یا میکروسکوپی).
۳. اقدامات فردی حمایت در برابر مالاریا: اگر مالاریا خطر مهمی ایجاد کند، اقدامات به‌موقع حمایتی، مانند تأمین پارچه‌های فرآوری‌شده با حشره‌کش‌ها (ازجمله توری پشه، پرده و رختخواب‌های دارای پشه‌بند)، توصیه می‌شود. پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش، برای محافظت در برابر شیش بدن و سر، کک، کنه، سوسک و ساس، مفیدتر است. لباس‌های آستین‌بلند، سمپاش‌های خانگی، قرص‌های سوزان، افشانه‌ها و دفع‌کننده‌های حشرات از انواع شیوه‌های حافظتی دیگری است که می‌توان، در مقابل پشه‌ها به‌کاربرد. حصول اطمینان از این‌که کاربران اهمیت حفاظت و چگونگی استفاده درست از وسایل را، به‌منظور تأثیرگذاری بیشتر می‌فهمند، بسیار مهم است. اگر منابع کمیاب باشد، باید آن‌ها را به‌سوی افراد و گروه‌هایی که بیشتر در معرض خطر قراردارند، مثل کودکان زیر ۵ سال، کسانی که واکسن نزده‌اند و زنان آبستن، سوق داد.
۴. اقدامات فردی دیگر برای سایر ناقل‌ها: بهداشت خوب فردی و شست‌وشوی مرتب لباس‌ها، مهم‌ترین حفاظت در برابر شیش بدن است. هجوم شیش به بدن را می‌توان با درمان بدنی (پودرزدن)، شست‌وشوی کلی، شیش‌زدایی و با روش‌های درمان ضمن ورود افرادی که به‌تازگی آواره شده‌اند، کنترل کرد. محیط پاکیزه خانوادگی، همراه با دفع درست زباله و ذخیره خوب مواد غذایی (پخته و خام)، می‌تواند مانع ورود موش‌ها، جانوران جونده دیگر و حشرات (مثل سوسک) به خانه‌ها شود.
۵. بیماری‌های ایجادشده با آب: مردم باید بدانند چه خطراتی سلامتی را تهدید می‌کند و باید از ورود بدنشان به آب، درجایی‌که آشکارا خطر بیماری‌های واگیر، مثل شیستوزومیاس (نوعی آلودگی انگلی نواحی حاره) و کرم گینه‌ای یا لیتوسپیروز (که با قرارگرفتن در معرض ادرار پستاندارانی مثل موش منتقل می‌شود؛ رک. پیوست الف ۴: بیماری‌های مربوط به آب و مدفوع و راه‌های ابتلا به آن). آژانس‌ها می‌توانند برای یافتن منابع جایگزین آب یا حصول اطمینان از این‌که آب برای همه مصارف، به‌خوبی تصفیه شده‌است، مشورت کنند.

استاندارد ۲ کنترل ناقل بیماری: اقدامات حمایتی فیزیکی، محیطی و شیمیایی

محیطی که مردم آسیب‌دیده در آن سکونت دارند، آنان را در معرض ناقل‌های آزاردهنده و موجد بیماری قرار نمی‌دهد و تا جای ممکن، این ناقل‌ها باید کاهش یابند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- جمعیت آوارگان را در جایی اسکان دهید که قرارگرفتن آنان در معرض ناقل‌های بیماری، خصوصاً پشه‌ها، به حداقل برسد (رک. نکته راهنمای ۱).
- تا جای ممکن، محل زادوولد و زیست ناقل‌های بیماری را، پاکسازی یا تعدیل کنید (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۴).
- اگر خطر شیوع اسهال، در محل‌های اسکان جمعیت متراکم وجود دارد، برای کنترل مگس اقدامات جدی به‌عمل‌آورید (رک. نکته راهنمای ۲).
- برای تشخیص و درمان سریع کسانی که به مالاریا آلوده شده‌اند، سازوکارهای مؤثر ارجاع ایجاد کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برای پرهیز از خطر سرایت و عفونت به میزان بالا، تراکم جمعیت پشه‌ها پایین نگه‌داشته می‌شود (رک. نکته راهنمای ۴).
- جمعیت کمی تحت تأثیر مسائل سلامتی مرتبط با ناقل‌های بیماری قرارگرفته‌اند (رک. نکته راهنمای ۱ تا ۵).

نکات راهنما

۱. انتخاب سایت در به حداقل رساندن تماس جمعیت آسیب‌دیده با خطر بیماری‌های ایجادشده از سوی ناقل‌ها اهمیت دارد. هنگام تخصیص محل برای سایت‌ها، این مورد باید یکی از عوامل اصلی باشد. برای مثال، اگر امکان تخصیص منبع آب تمیز دیگری وجود دارد، برای کنترل مالاریا، اردوگاه باید در فاصله یک تا یک‌ونیم کیلومتری نقاط زادوولد پشه‌ها، مثل مرداب‌ها یا آبگیرها، احداث شود (رک. استاندارد ۲ سرنیاه و اسکان، صص ۲۶۶).
۲. کنترل محیطی و شیمیایی ناقل‌های بیماری: تعدادی از اقدامات مهندسی محیط زیست هست که می‌شود از آن‌ها برای کاهش فرصت‌های زادوولد ناقل‌های بیماری استفاده کرد. این اقدامات شامل دفع درست فضولات بشری و حیوانی (رک. بخش دفع فضولات، صص ۱۱۲)،

دفع درست زباله‌ها به‌منظور کنترل مگس و جوندگان (رک). مدیریت زباله‌های جامد، ص ۱۲۴)، خشکاندن آب‌های راکد و پاک کردن پوشش گیاهان هرز و آبگیرها به‌منظور کنترل پشه‌ها (رک). بخش کانال‌کشی آب‌های هرز، ص ۱۲۸) است. این گونه اقدامات بهداشتی که اولویت زیست‌محیطی دارد، بر تراکم جمعیت برخی ناقل‌ها مؤثر است. تأثیرگذاری کافی بر زادوولد، تغذیه و زیست همه حشرات در یک اردوگاه یا نزدیک آن، حتی در درازمدت، مقدور نیست و احیاناً اقدامات محلی کنترل شیمیایی یا اقدامات حفاظتی فردی نیز لازم است. به‌طور مثال، سمپاشی مناطق آلوده در زمان شیوع اسهال می‌تواند تعداد مگس‌های بالغ را کاهش دهد و از شیوع این بیماری بکاهد و یا میزان بیماری را به حداقل برساند.

۳. **طراحی یک امداد:** برنامه کنترل ناقل‌ها، اگر بر ناقل اشتباه هدف‌گیری و یا اگر در آن از شیوه‌های غیر مؤثر استفاده شود، ممکن است هیچ تأثیری نگذارد. برنامه‌های کنترل باید از آغاز در جهت رسیدگی به اهداف زیر تنظیم شود: کاهش تراکم جمعیت ناقل‌ها، کاهش تماس بشر با ناقل و کاهش نقاط زادوولد ناقل‌ها. برنامه‌ای که ضعیف اجرا شود، ممکن است غیر سازنده باشد. باید مورد را به‌دقت مطالعه کرد و بیشتر باید به اخذ توصیه‌های تخصصی سازمان‌های ملی و بین‌المللی توجه کرد. به‌علاوه، باید درباره الگوی محلی بیماری، سایت‌های زادوولد، تغییرات فصلی ناقل‌ها و موارد بیماری و غیره نیز، جویای توصیه‌های محلی شد.

۴. **کنترل محیطی پشه:** هدف کنترل محیطی اساساً حذف محل تخم‌گذاری پشه است. سه‌گونه اصلی پشه‌های مولد بیماری‌ها، عبارت اند از: کولکس (فیلاریاز یا بیماری کرم‌های مهره‌داران)، آنوفل (مالاریا و فیلاریاز) و آدس (تب زرد و تب همورژیک). پشه‌های کولکس در آب‌های راکد آکنده از مواد ارگانیکی مثل مواد حاصل از سرویس‌های بهداشتی، پشه‌های آنوفل در آب‌های نسبتاً غیر آلوده مثل آبگیرها، نه‌های با جریان آرام و چاه‌ها و پشه‌های آدس ظروف و مخازن آب، مثل بطری‌ها، سطل‌ها، تایرها و غیره تخم می‌گذارند. نمونه‌های کنترل محیطی پشه شامل کانال‌کشی آب‌های هرز و تخلیه خوب و عملکرد درست سرویس‌های بهداشتی پیشرفته هواکش‌دار، درپوش گذاشتن بر نشیمن‌گاه سرویس‌های بهداشتی و ظروف آب و پوشیده نگه‌داشتن و حفاظت از آن‌ها، با استفاده از تخم‌کش‌ها (ازجمله در مناطق شیوع تب زرد) است.

۵. **درمان مالاریا:** سیاست‌های کنترل مالاریا، با هدف کاهش تراکم جمعیت پشه، باید همزمان با تشخیص و درمان زودهنگام و با استفاده از داروهای ضد مالاریا باشد. این سیاست‌ها شامل حذف محل‌های زادوولد، کاهش نرخ روزانه وجود پشه و محدودکردن شرایط نیش‌زدن آن‌ها به انسان است. به‌منظور تشخیص و درمان سریع، باید تلاش‌هایی مداوم به‌عمل‌آید. یک روش منسجم، شامل شناسایی فعال ازسوی کارکنان غیر دفتری و درمان با استفاده از داروهای مؤثر ضد مالاریا است که احتمال کاهش پشه مالاریا را بیش از جست‌وجوهای منفعلانه‌ای خواهد کرد که خدمات بهداشتی مرکزی انجام می‌دهند (رک). استاندارد ۲ خدمات ضروری بهداشتی، کنترل بیماری‌های واگیر، نکته راهنمای ۳، ص ۳۲۸).

استاندارد ۳ کنترل ناقل بیماری: ایمنی کنترل شیمیایی

اقدامات کنترل شیمیایی به شکلی صورت می‌گیرد که حمایت کافی از کارکنان، جمعیت آسیب‌دیده و محیط زیست محلی و پیشگیری از ایجاد مقاومت شیمیایی در برابر مواد مصرف‌شده را تضمین می‌کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- با ارائه آموزش، لباس‌های محافظت‌کننده، امکانات استحمام و کاهش ساعات کار با مواد شیمیایی، از کارکنان حفاظت کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- درباره خطرات بالقوه مواد مصرفی برای کنترل ناقل‌ها به مردم آسیب‌دیده آگاهی دهید. مطابق با روش‌های پذیرفته‌شده بین‌المللی در حین و پس از به‌کاربردن سموم یا حشره‌کش‌ها، از مردم حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- استانداردها و مقررات پذیرفته‌شده بین‌المللی در انتخاب کیفیت، انباشت و حمل و نقل مواد شیمیایی، برای کنترل ناقل‌ها رعایت می‌شود. هیچ واکنش منفی که مربوط به کنترل ناقل‌ها با مواد شیمیایی باشد، گزارش یا مشاهده نمی‌شود (رک. نکته راهنمای ۱).
- اطلاعات مربوط به محل و مقدار همه مواد شیمیایی کنترل ناقل‌ها در هر لحظه موجود است (رک. نکته راهنمای ۱).

نکته راهنما

- توافق‌نامه‌های ملی و بین‌المللی: توافق‌نامه‌ها و مقررات بین‌المللی صریحی وجود دارد که برنامه جهانی غذا منتشر کرده و همیشه باید رعایت شود. این توافق‌نامه‌ها مربوط به انتخاب و کاربرد مواد شیمیایی برای کنترل ناقل‌های بیماری است که شامل حفاظت فردی از پرسنل و نیازهای مربوط به آموزش است. در اقدامات کنترل ناقل‌ها، باید دو نگرانی اساسی را در نظر گرفت: تأثیر مطلوب و ایمنی. اگر سطح مقررات ملی مربوط به انتخاب مواد شیمیایی پایین‌تر از استانداردهای بین‌المللی و تأثیر آن نیز هیچ یا کم باشد و یا سلامتی و ایمنی را به خطر اندازد، آژانس باید برای گرفتن اجازه اعمال استانداردهای بین‌المللی با مسئولان دولتی مربوط، مشورت و رایزنی کند.

۶. مدیریت زباله‌های جامد

مدیریت زباله‌های جامد عبارت است از فرایند جمع‌آوری و حمل زباله‌های جامد ارگانیک و خطرناک؛ که اگر به‌طور مناسب صورت نگیرد، برای سلامتی عمومی جمعیت آسیب‌دیده خطراتی به‌وجود می‌آورد و تأثیری منفی بر محیط زیست می‌گذارد. چنین خطراتی می‌تواند ناشی از زادوولد مگس‌ها و جانوران جونده‌ای باشد که در میان زباله‌ها به‌سرمی‌برند (رک. کنترل ناقل‌های بیماری، ص ۱۱۸) و یا در اثر آلودگی سطح و منابع آب زیرزمینی با شیرابه حاصل از مخلوط زباله‌های جامد و زباله‌های بیمارستانی یا صنعتی به‌وجود آمده‌باشد. زباله‌های برجای‌مانده یا انباشته‌شده می‌تواند محیطی زشت و افسرده‌کننده به‌وجود آورد که به دلسردی در تلاش برای ارتقاء شرایط جنبه‌های مختلف بهداشت محیطی منجر می‌شود. زباله‌های جامد، اغلب راه آب‌ها را مسدود می‌کند و افزایش خطر سیل و در نتیجه بروز مسائل بهداشتی همراه با انباشتن آب‌های سطحی آلوده را دربردارد. ممکن است زباله‌گردهایی که از جمع‌آوری زباله پول کمی به دست می‌آورند نیز، در تماس با زباله‌های طبی مخلوط با زباله‌های خانگی در معرض خطر بیماری‌های عفونی قرار گیرند.

استاندارد ۱ مدیریت زباله‌های جامد: جمع‌آوری و دفع

جمعیت آسیب‌دیده محیطی دارد که در آن زباله‌های جامد، از جمله زباله‌های طبی برجای‌نمانده‌است و برای دفع آسان و مؤثر زباله‌های خانگی ایشان ابزارهایی وجود دارد.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- جمعیت آسیب‌دیده را در طراحی و اجرای برنامه دفع زباله‌های جامد شرکت دهید (رک. نکته راهنمای ۱).
- برای نظافت عمومی تلاش‌هایی را سازماندهی کنید (رک. همان).
- ظرفیت موجود برای فرصت‌های اشتغال یا درآمدهای کوچک از بازیافت را در نظر بگیرید (رک. نکته راهنمای ۳).
- همراه با جمعیت آسیب‌دیده، سازوکارهایی ایجاد کنید که اطمینان یابید، زباله‌های خانگی برای

جمع‌آوری منظم در زباله‌دان‌های عمومی ریخته می‌شود تا برای سوزاندن یا دفن، به‌سوی چاله‌های مخصوص حمل شود و زباله‌های طبی و سایر زباله‌های خطرناک، در زنجیره دفع جداگانه‌ای نگهداری می‌شود (رک. نکته راهنمای ۳).

زباله‌ها را پیش از این‌که خطری برای سلامتی ایجاد کند، از اردوگاه خارج کنید (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۶).

با توجه به انباشت زباله بیشتر در شرایط بحرانی برای خانواده‌های میزبان، مکان جمع‌آوری زباله بیشتری را فراهم کنید.

در اماکن عمومی، مثل بازارها و محل‌های فرآوری ماهی یا کشتارگاه‌ها، سطل یا جای مشخصی برای ریختن زباله‌ها و پسماندها در نظر بگیرید (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۶).

اطمینان یابید که برنامه منظمی برای جمع‌آوری زباله موجود است (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۶).

از بین بردن نهایی زباله را در محلی و با روشی انجام دهید که هیچ مسئله بهداشتی و محیطی برای میزبان و جمعیت آسیب‌دیده ایجاد نکند (رک. نکات راهنمای ۶ و ۷).

به‌کارکنان جمع‌آوری و دفع زباله‌های جامد و کسانی که مواد بازیافتی را جمع‌آوری می‌کنند، لباس‌های مناسب حفاظتی بدهید و آن‌ها را علیه کزاز و هپاتیت ب، واکسینه کنید (رک. نکته راهنمای ۷).

در صورتی‌که دفن مناسب و همراه با حفظ کرامت اجساد در اولویت باشد، با مقامات و آژانس‌های مسئول این کار، هماهنگی کنید (رک. نکته راهنمای ۸).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

همه خانوارها به کانتینرهای زباله که حداقل هفته‌ای دوبار تخلیه می‌شود و بیش از ۱۰۰ متر با گودال‌های دفع زباله عمومی فاصله ندارد، دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۳).

همه زباله‌هایی که جمعیت ساکن اردوگاه تولید می‌کنند، روزانه از محل زندگی جمعیت و دست کم هفته‌ای دوبار از اطراف منطقه مسکونی آن‌ها، جمع‌آوری می‌شود (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).

در جایی‌که زباله در محل، دفن نمی‌شود، حداقل یک کانتینر ۱۰۰ لیتری زباله برای هر ۱۰ خانوار در دسترس هست (رک. نکته راهنمای ۳).

زباله‌های جامد به‌موقع و با ایمنی جمع‌آوری می‌شود و در نتیجه آلودگی محیط به پایین‌ترین



حد می‌رسد (رک. نکات راهنمای ۴ تا ۶).

همه زباله‌های طبی (از جمله زباله‌های خطرناک شیشه‌ای، سرنگ‌ها، پانسمان‌ها و داروها) دور از سایر زباله‌ها نگهداری و جداگانه در یک گودال که به صورت مناسب حفر شده، دفن و یا در یک کوره دارای گودال عمیق، در محدوده مرکز بهداشت سوزانده می‌شود (رک. نکات راهنمای ۴ تا ۷).

نکات راهنما

۱. برنامه‌ریزی و اجرا: دفع زباله جامد باید با مشاوره و هماهنگی نزدیک با جمعیت آسیب‌دیده، آژانس‌ها و مسئولان مربوط، برنامه‌ریزی و اجرا شود. این کار را باید در بدو ورود به محل فاجعه و پیش از این‌که مسئله زباله‌های جامد تبدیل به یک مسئله جدی بهداشتی برای جمعیت آسیب‌دیده شود، آغاز کرد. با توجه به شرایط و پس از مشورت با جمعیت و مقامات مسئول محلی، باید تلاش‌هایی را برای نظافت دوره‌ای سازماندهی کرد.

۲. دفن زباله‌ها: اگر قرار است زباله در محوطه امداد، در مسکن‌ها یا گودال‌های عمومی دفن شود، باید آن را با لایه نازکی از خاک پوشاند تا مانع جذب ناقل‌های بیماری، مثل مگس‌ها و جوندگانی شود که ممکن است در آن‌جا زادوولد کنند. اگر مدفوع و پوشک کودکان هم در میان زباله‌ها ریخته می‌شود، باید آن‌ها را بلافاصله با خاک پوشانید. محل ریختن زباله را باید نرده‌کشی کرد تا از هر حادثه و یا دسترسی کودکان و ورود حیوانات به آن پیشگیری شود. باید دقت کرد تا از آلودگی آب‌های زیرزمینی به شیرابه زباله‌ها پیشگیری شود.

۳. نوع و مقدار زباله‌ها: زباله از لحاظ ترکیب و مقدار و با توجه به میزان و نوع فعالیت‌های اقتصادی، حجم غذاهای مصرفی، رسوم محلی مردم و اقدامات بازیافت و یا دفع آن، در اردوگاه‌ها تنوع زیادی دارد. میزان تأثیری که زباله بر سلامتی مردم دارد، باید ارزیابی شود و در صورت لزوم اقدامات لازم انجام شود. باید زباله‌های خانگی را در ظروف حمل زباله جمع‌آوری کرد و برای دفن یا سوزاندن، به یک گودال برد. اگر تهیه ظرف زباله برای هر خانوار ممکن نیست، باید کانتینرهای زباله عمومی گذاشت. باید بازیافت زباله را در سطح خانوارها در میان جمعیت تشویق کرد، مشروط به این‌که باعث هیچ خطر مهمی برای سلامتی نشود. باید از توزیع کالاهایی که بسته‌بندی یا فراوری آن‌ها در محل، مقدار زیادی زباله تولید می‌کند، پرهیز کرد.

۴. زباله‌های طبی: مدیریت ضعیف جمع‌آوری زباله‌های طبی مردم آسیب‌دیده، کارکنان بهداشت و کسانی را که به جمع‌آوری و دفع زباله‌ها می‌پردازند، در معرض آسیب‌های عفونی، سمی و جراحت قرار می‌دهد. در شرایط بحرانی، خطرناک‌ترین انواع زباله احتمالاً زباله‌های سمی تیز یا غیر تیز (مثل پانسمان زخم‌ها، پارچه‌های با لکه خون و مواد ارگانیک مثل جفت

نوزاد و غیره) است. انواع مختلف زباله را باید در مبدأ تفکیک کرد. زباله‌های غیر سمی (مثل کاغذ، پلاستیک، بسته‌بندی‌ها، پسمانده غذا و غیره) و اشیاء تیز آلوده، خصوصاً سوزن‌ها و سرنگ‌های مصرف‌شده را بلافاصله پس از مصرف باید در یک جعبه ایمنی گذاشت. جعبه‌های ایمنی و سایر زباله‌های عفونی را می‌توان به‌عنوان زباله جامد سوزاند و یا به شکل‌های ایمن دیگر دفع کرد (رک. استاندارد ۱ نظام‌های بهداشتی، نکته راهنمای ۱۱، ص ۳۱۴).

۵. زباله‌های بازار: با بیشتر زباله‌های بازار می‌توان به‌همان صورت زباله‌های خانگی رفتار کرد. ممکن است کشتارگاه‌ها و بازارهای فروش ماهی، برای دفع زباله‌های تولیدشده به‌صورت مایع و تضمین این‌که کشتار به‌صورت بهداشتی و مطابق با قوانین محلی صورت می‌گیرد، به تجهیزات جداگانه‌ای نیاز داشته باشند. ضایعات کشتار را اکثراً در یک چاله بزرگ سرپوشیده، کنار مسلخ یا جایگاه فراوری ماهی می‌ریزند. خون و مواد دیگر از مسلخ یا جایگاه فراوری ماهی، از طریق یک کانال سیمانی سرپوشیده (که باعث دفع مگس از چاهک می‌شود)، به یک چاله دیگر می‌ریزد؛ برای نظافت هم باید آب در دسترس باشد.

۶. کوبیدن کنترل‌شده و یا پوشاندن بهداشتی با خاک: حجم بالای زباله را یا باید بیرون از محل اسکان جمعیت، با کوبیدن کنترل‌شده و یا ریختن خاک بر آن به‌صورت بهداشتی، از میان برد. این روش، بستگی به دسترسی به زمین مناسب و تجهیزات مکانیکی دارد. به‌طور مطلوب، زباله‌ای را که کوبیده می‌شود، باید هر روز با خاک پوشاند تا از دسترس لاشه‌خوارها، زباله‌گردها و زادوولد ناقلان بیماری‌ها دور بماند.

۷. رفاه کارکنان: باید به همه افراد فعال در کار جمع‌آوری، حمل، دفع و بازیافت زباله، لباس محافظ و دست کم دستکش، و در صورت امکان، لباس فرم یک‌سره، چکمه و ماسک‌های محافظ داده شود. در صورت لزوم باید به آن‌ها واکسن کزاز و هیپاتیت ب نیز زد. آب و صابون برای شستن دست و صورت باید موجود باشد. کارکنانی را که با زباله‌های طبی تماس دارند، باید از شیوه‌های درست انباشت، حمل و دفع زباله و خطرات مدیریت نامناسب زباله آگاه کرد.

۸. مدیریت اجساد: مدیریت و یا دفن اجساد مردگان در اثر بلایای طبیعی، باید به‌صورتی مناسب و با حفظ کرامت انجام بگیرد. معمولاً گروه‌های جست‌وجو و تفحص، با هماهنگی آژانس‌های مسئول دولتی، این کار را انجام می‌دهند. افرادی را که در اثر ابتلا به بیماری‌های واگیر فوت کرده‌اند، باید به‌صورت مناسب و با مشورت و هماهنگی مسئولان بهداشتی تدفین کرد (رک. استاندارد ۱ نظام بهداشت، نکته راهنمای ۱۲، ص ۳۱۴). اطلاعات بیشتر مربوط به چگونگی رفتار برای دفن مناسب اجساد مردگان را در مطالب موجود در بخش مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر، می‌توانید بخوانید.



۷. جمع‌آوری آب‌های سطحی (کانال‌کشی آب‌های هرز)

سرچشمه آب‌هایی که در اردوگاه‌ها یا مناطق نزدیک آن جمع می‌شود، ممکن است در محل سکونت خانوارها و شیرهای برداشت آب، نشت سرویس‌های بهداشتی و فاضلاب‌ها، آب باران یا سیلاب باشد. خطرات اصلی همراه با این آب‌های سطحی عبارتند از: آلودگی منابع آب و محیط زندگی، ورود خسارت به سرویس‌های بهداشتی و آلودگی خانه‌ها یا سرپناه‌ها، زادوولد ناقل‌های بیماری و غرق شدن. آب باران و سیلاب در یک اردوگاه ممکن است، کانال‌کشی آب‌های هرز را خراب و خطر آلودگی را بیشتر کند. برای کاهش خطرات بالقوه‌ای که در برابر جمعیت آسیب‌دیده هست، باید یک نقشه کانال‌کشی مناسب برای آب‌های هرز اجرا شود که در آن، تخلیه سیلاب از طریق طراحی سایت و دفع آب‌های هرز با کانال‌کشی در سطح سایت با مقیاس کوچک، انجام شود. این بخش به مسائل و فعالیت‌های کانال‌کشی در مقیاس کوچک می‌پردازد. کانال‌کشی‌های با مقیاس بزرگ، معمولاً همزمان با انتخاب و ایجاد سایت تعیین می‌شود (رک. استاندارد ۲ سرپناه و اسکان، نکته راهنمای ۵، ص ۲۶۹).

استاندارد ۱ جمع‌آوری آب‌های سطحی: کار کانال‌کشی

مردم محیطی دارند که در آن خطرات سلامتی و سایر خطرات ناشی از فرسایش آب روان و راکد، از جمله آب حاصل از طوفان و سیلاب، آب خانگی و آب مصرف‌شده مراکز پزشکی، به پایین‌ترین حد رسیده است.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

برای تخلیه آب‌های سطحی، امکانات کانال‌کشی مناسب فراهم کنید تا مناطق مسکونی و نقاط توزیع آب، عاری از آب‌های مصرف‌شده راکد باشد و راه‌های تخلیه سیلاب، پاکیزه بماند (رک. نکات راهنمای ۱، ۲، ۴ و ۵).

درباره چگونگی رسیدگی به مسئله کانال‌کشی آب‌های هرز با جمعیت آسیب‌دیده مشورت و

به تعداد کافی ابزار مناسب برای خرده‌کاری‌های کانال‌کشی و در هر جا که لازم بود، تعمیر و نگهداری آن‌ها، فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

اطمینان یابید که همه نقاط برداشت آب و مجموعه سرویس بهداشتی، کانال‌کشی مناسبی برای تخلیه آب مصرفی، جهت جلوگیری از تجمع گل‌ولای دارد (رک. نکته راهنمای ۲).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

کانال‌کشی تخلیه در نقطه برداشت آب به‌خوبی طراحی، ساخته و نگهداری شده‌است. طرح آن شامل جذب آب نقاط شست‌وشو و استحمام و همچنین نقاط برداشت آب و امکانات فراهم‌شده برای دستشویی است (رک. نکات راهنمای ۲ و ۴).

آب‌های سطحی و یا زیرزمینی با آب‌های هرز آلوده نمی‌شود (رک. نکته راهنمای ۵).

سرپناه‌ها، راه‌ها و سرویس‌های بهداشتی آب‌گرفتگی ندارد و با آب فرسوده نمی‌شود. (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۴).

آب‌های هرز هیچ فرسایشی را ایجاد نمی‌کنند (رک. نکته راهنمای ۵).

نکات راهنما

۱. انتخاب محل و برنامه‌ریزی: مؤثرترین راه کنترل مسئله آب‌های هرز در انتخاب سایت و موقعیت اردوگاه است (رک. استانداردهای ۱ و ۲ سرپناه و اسکان، صص ۲۶۱ تا ۲۶۶).

۲. آب‌های هرز: گنداب یا هرز آب‌های خانگی پس از امتزاج با مواد دفع‌شده بشری، به‌عنوان فاضلاب طبقه‌بندی می‌شوند. تازمانی‌که اردوگاه محوطه‌بندی نشده و هنوز نظامی برای فاضلاب وجود ندارد، نباید اجازه داد که آب‌های هرز خانه‌ها با مدفوع و ادرار انسانی مخلوط شود. تصفیه فاضلاب دشوارتر از آب‌های هرز خانگی است. برای بهره‌برداری از آب‌های هرز، از ایجاد باغچه‌های کوچک در نقاط برداشت آب و محل‌های استحمام، تاجای ممکن، باید حمایت کرد. برای پیشگیری از فرسایش آب‌های هرز و آلودگی منابع آب با پساب استحمام، باید مراقب بود.

۳. دفع هرز آب‌ها و فضولات: به‌منظور پیشگیری از ورود خسارت به ساختمان‌ها، باید از نشت و جاری شدن گنداب سرویس‌های بهداشتی و فاضلاب‌ها، جلوگیری کرد.

۴. همگانی کردن فعالیت‌ها: به‌کارگرفتن جمعیت آسیب‌دیده در امور کوچک مربوط به تعمیر و نگهداری فاضلاب‌ها و کانال‌های آن، اهمیت زیادی دارد، زیرا آن‌ها اغلب از دانش خوبی درباره جریان طبیعی آب‌های هرز و محل قرارگرفتن کانال‌ها دارند. همچنین اگر مردم



خطرات فیزیکی و بهداشتی مرتبط را درک کنند و در احداث نظام فاضلاب نقش داشته باشند، احتمال محافظت از آن بیشتر خواهد بود (رک). بخش کنترل ناقل‌های بیماری، ص ۱۱۸). در چنین حالتی حمایت فنی و ابزار، لازم است.

۵. **دفع در محل سایت:** در هر جای ممکن که خاک شرایط مساعدی دارد، دفع هر آب‌های نقاط برداشت آب، محل‌های شست‌وشو و دستشویی‌ها، در محل خود سایت، بهتر از انتقال آن‌ها از طریق کانال‌های روباز است که هم نگره‌داریشان دشوارتر است و هم اغلب مسدود می‌شوند. از روش‌های ساده و ارزان، مثل کندن چاله‌های جذب آب یا کاشتن درخت موز، می‌توان برای دفع آب در محل استفاده کرد. اگر تنها راه ممکن دفع خارج از سایت است، کندن کانال نسبت به لوله‌کشی اولویت دارد. کانال‌ها را باید طوری طراحی کرد که هم سرعت مورد نیاز برای حرکت گنداب را در آب‌وهوای خشک تأمین و هم سیلاب‌ها را هدایت کند. اگر شیب زمین بیش از ۵ درصد است، برای پیشگیری از فرسایش بیش از حد، باید روش‌های مهندسی را به‌کاربرد. در خصوص پسماندهای فرایند تصفیه آب، باید مراقب بود تا مردم از آن استفاده نکنند و ضمناً آب‌های سطحی یا زیرزمینی نیز آلوده نشود.

پیوست ۱

چک لیست نیازهای اولیه ارتقاء شرایط تأمین آب، فاضلاب و بهداشت

فهرست پرسش‌های زیر، پیش از هر چیز، برای استفاده در برآورد نیازها، شناسایی منابع بومی و توضیح شرایط محلی است؛ بنابراین شامل پرسش‌های مربوط به تعیین منابع خارجی -که علاوه بر منابع موجود محلی و در دسترس فوری لازم است-، نمی‌شود.

۱. نکات عمومی

- چه تعدادی از مردم از واقعه آسیب‌دیده‌اند و اکنون کجا هستند؟ اطلاعات را تا جای ممکن از لحاظ جنسیت، سن، ناتوانی و غیره تفکیک کنید.
- جابه‌جایی‌های احتمالی مردم کدام است؟ معیارها یا ملاک‌های ایمنی برای جمعیت آسیب‌دیده در امداد رسانی‌های بالقوه چیست؟
- بیماری‌های موجود، شایع یا ممکن مربوط به آب و فاضلاب کدام است؟ دامنه احتمالی مسائل و میزان تکامل مورد انتظار آن‌ها چه قدر است؟
- اشخاص اصلی که باید با آن‌ها تماس گرفت و مشورت کرد، چه کسانی هستند؟
- مردم آسیب‌پذیرتر در میان جمعیت چه کسانی هستند و علل آسیب‌پذیری آن‌ها چیست؟
- آیا همه به امکانات موجود، از جمله مکان‌های عمومی، مراکز بهداشت و مدارس دسترسی دارند؟
- زنان، دختران و افراد آسیب‌پذیر، در معرض کدام خطرات امنیتی خاص قرار دارند؟
- مردم، پیش از وقوع حادثه به کدام اعمال مربوط به آب و فاضلاب عادت داشتند؟
- ساختارهای رسمی و غیر رسمی قدرت (از جمله در میان رهبران، سالمندان و گروه‌های زنان) کدام است؟

تصمیم‌گیری‌ها در سطح خانوار و جامعه چگونه است؟

۲. افزایش و ارتقاء وضع بهداشت

- جمعیت پیش از وقوع حادثه به کدام رفتارهای مربوط به آب و فاضلاب عادت داشتند؟
- کدام رفتارها برای سلامتی مضر است، چه کسانی و چرا دست به این رفتارها می‌زنند؟
- چه کسانی هنوز رفتارهای بهداشتی مثبت دارند و چه انگیزه‌هایی باعث این رفتارها می‌شود؟
- در هر یک از تغییرات پیشنهادی، چه مزایا و معایبی وجود دارد؟
- کانال‌های ارتباطی رسمی و غیر رسمی موجود برای تماس با بیرون (کارکنان بهداشتی جامعه، قابله‌ها، درمانگران یا حکیمان، باشگاه‌ها، تعاونی‌ها، مساجد، کلیساها و غیره) کدام‌ها هستند؟
- آیا در محل به رسانه‌ها (رادیو، تلویزیون، ویدیو، روزنامه و غیره) دسترسی هست؟
- کدام سازمان رسانه‌ای و یا سازمان غیر دولتی محلی (NGO) در منطقه حضور دارد؟
- کدام بخش از جمعیت (مادران، کودکان، رهبران جامعه یا کارکنان آشپزخانه‌های عمومی) باید مورد هدف قرار بگیرد؟
- در شرایط موجود برای تماس با بیرون (به‌صورت داوطلبانه یا از طریق باشگاه‌های سلامتی، کمیته‌ها و غیره) چه راهکاری مفید خواهد بود؟
- کسانی که برای ارتقاء وضع بهداشت کار می‌کنند، چه چیزهایی را باید یاد بگیرند؟
- چه اقلام غذایی در دسترس هست و ضروری‌ترین اقلام براساس پسند و نیاز کدام‌ها هستند؟
- رفتارهای بهداشتی (خصوصاً در شرایط شیوع بیماری‌ها)، در امکانات بهداشتی تا چه حد تاثیرگذار است؟

۳. تأمین آب

- منبع تأمین آب موجود کجا است و کاربران کنونی آن چه کسانی هستند؟
- روزانه برای هر نفر چه مقدار آب موجود است؟
- روال دسترسی روزانه، یا هفتگی به منبع تأمین آب چیست؟
- آب موجود در منبع، برای رفع نیازهای کوتاه‌مدت و درازمدت همه گروه‌های جمعیت کافی است؟
- آیا نقاط برداشت آب به جایی که مردم زندگی می‌کنند، نزدیک است و مردم از این امر راضی‌اند؟

- آیا منبع تأمین آب فعلی قابل اتکاست؟ این منبع تا چه زمانی دوام می‌آورد؟
- آیا مردم ظرف‌های آب مناسب، با گنجایش‌های مختلف دارند؟
- آیا منبع آب، آلوده است و یا دربرابر خطر آلودگی (میکروبیولوژیک، شیمیایی و یا رادیولوژیکی) قرار دارد؟
- آیا دستگاه تصفیه آب کار گذاشته شده‌است؟ آیا تصفیه لازم یا ممکن است؟ و در صورت لزوم چه نوع تصفیه‌ای لازم است؟
- حتی اگر منبع آب آلوده نباشد، آیا ضد عفونی کردن ضروری است؟
- آیا در آن اطراف، منبع آب جایگزین دیگری هم وجود دارد؟
- برای برداشت، ذخیره و استفاده از آب، چه آداب و رسوم سنتی وجود دارد؟
- آیا برای استفاده از منابع آب موجود، موانعی هست؟
- اگر منابع آب موجود کافی نیست، آیا امکان جابه‌جایی مردم یا آوردن آب با تانکر وجود دارد؟
- اصلی‌ترین موضوعات بهداشتی مربوط به تأمین آب کدام‌ها هستند؟
- آیا مردم دارای وسایل استفاده بهداشتی از آب هستند؟
- در صورت جابه‌جایی روستاییان، منابع آب موجود برای دام‌ها کدام است؟
- آیا به دلیل دخالت در امور آب، تصفیه و استفاده از آن، تأثیری بر محیط زیست گذاشته خواهد شد؟
- در حال حاضر چه کسان دیگری از منبع آب موجود استفاده می‌کنند؟ اگر جمعیت تازه‌وارد از این منبع آب استفاده کنند، خطری برای برخورد میان دو گروه مردم، وجود خواهد داشت؟

۴. دفع فضولات

- روال فعلی دفع فضولات چیست؟ اگر تخلیه مزاج در فضای باز صورت می‌گیرد، آیا منطقه خاصی برای این کار در نظر گرفته شده و آیا این منطقه امن است؟
- باورها و رسوم حاضر، ازجمله باورها و رسوم مخصوص جنسیت‌ها، درباره تخلیه مزاج چیست؟
- آیا در حال حاضر امکاناتی وجود دارد؟ اگر هست، کاربرد دارد، کافی است و آیا درست کار می‌کند و می‌توان آن را توسعه داد یا مناسب‌تر کرد؟

- آیا عادات فعلی دفع فضولات، به‌طور کلی خطری برای منابع آب (سطحی یا زیرزمینی)، مناطق مسکونی و محیط زیست ایجاد می‌کند؟
- آیا مردم پس از تخلیه و پیش از تهیه و خوردن غذا، دست‌هایشان را می‌شویند؟ آیا صابون یا سایر وسایل ضد عفونی‌کننده در دسترس هست؟
- آیا مردم با ساخت یا کاربرد سرویس‌های بهداشتی آشنایی دارند؟
- برای ساخت سرویس‌های بهداشتی چه مصالح ساختمانی در محل موجود است؟
- آیا مردم آمادگی استفاده از سرویس‌های بهداشتی گودالی، محل‌ها و شیارهای تخلیه و غیره را دارند؟
- آیا برای محل‌های تخلیه، گودال‌ها و سرویس‌های بهداشتی فضای کافی وجود دارد؟
- میزان شیب زمین چقدر است؟
- سطح آب زیرزمینی چقدر است؟
- آیا شرایط خاک برای دفع فضولات در محل، مناسب است؟
- آیا نحوه دفع فضولات، فعالیت ناقل‌های بیماری را تشویق می‌کند؟
- آیا برای نظافت مقعد، آب یا مواد شوینده دیگری هست؟ مردم این مواد را معمولاً چگونه دور می‌ریزند؟
- زنان امور قاعدگی خود را چه‌طور مدیریت می‌کنند؟ آیا برای این کار مواد و امکانات مناسبی وجود دارد؟
- آیا هیچ امکانات یا تجهیزات خاصی برای افراد معلول یا فاقد توان حرکت در مراکز بهداشت هست؟
- کدام ملاحظات زیست‌محیطی باید ارزیابی شود؟

۵. بیماری‌های حاصل از ناقلان

- خطرات بیماری‌های حاصل از ناقلان بیماری چیست و تا چه حد جدی است؟
- آیا رفتارها و باورهای سنتی (مثل اعتقاد به این‌که مالاریا از آب آلوده تولید می‌شود) مرتبط با ناقل‌ها و بیماری‌های حاصل از آن‌ها، در جامعه وجود دارد؟ این باورها مفید است یا مضر؟
- اگر خطر بیماری‌های حاصل از ناقلان بالا است، آیا مردمی که در معرض این خطر هستند، به حفاظت فردی دسترسی دارند؟

- آیا امکان تغییر در محیط (به‌وسیله زه‌کشی، جاروکشی، دفع فضولات و زباله و غیره) وجود دارد؟
- آیا کنترل ناقل‌های بیماری با مواد شیمیایی ضروری است؟ برای استفاده از مواد شیمیایی چه برنامه‌ها، مقررات و منابعی وجود دارد؟
- چه اطلاعات و توصیه‌های ایمنی باید در اختیار خانوارها قرار داده شود؟

۶. مدیریت دفع زباله‌های جامد

- آیا زباله‌های جامد متراکم، مشکلی ایجاد می‌کند؟
- مردم زباله‌هایشان را چگونه دفع می‌کنند؟ نوع زباله‌های تولیدشده چیست و مقدار آن چقدر است؟
- آیا زباله‌ها را می‌توان در محل تولید آن، معدوم کرد یا باید آن‌ها را برای دفع، جمع‌آوری کرد و به بیرون از سایت برد؟
- روش معمول دفع زباله مردم آسیب‌دیده چیست (دفن در چاله‌های تولید کمپوست و یا گودال‌های زباله، دستگاه جمع‌آوری و غیره)؟
- آیا مرکز بهداشتی یا طبی نیز، مولد زباله است؟ این زباله‌ها را چگونه دفع می‌کنند و چه کسی مسئول آن است؟
- زباله‌های نواری بهداشتی را در کجا می‌ریزند؟ آیا آن‌ها را پنهانی معدوم می‌کنند و آیا نحوه انهدام آن‌ها بهداشتی است؟
- شیوه‌های از بین بردن زباله‌های جامد، چه تأثیری بر محیط زیست دارد؟

۷. زه‌کشی فاضلاب

- آیا در زه‌کشی فاضلاب مشکلی (مثل سرریز شدن فاضلاب خانه‌ها یا سرویس‌های بهداشتی، زادوولد ناقل‌های بیماری، آب کثیف آلوده‌کننده مناطق مسکونی یا منابع آب) وجود دارد؟
- آیا خاک مستعد جذب آب هست؟
- آیا مردم مجهز به ابزار محافظت از مسکن خود، در برابر طغیان سیلاب‌های محلی هستند؟
- آیا محل‌های برداشت آب و استحمام، به‌خوبی زه‌کشی شده‌است؟

پیوست ۲

کمترین مقدار آب برای مؤسسات و سایر مصارف

۵ لیتر برای هر بیمار سرپایی ۴۰ تا ۶۰ لیتر برای بیماران بستری ممکن است برای شست‌وشوی پوشاک، تجهیزات، سیفون سرویس‌های بهداشتی و غیره مقدار آب بیشتری لازم باشد	مراکز بهداشت و بیمارستان‌ها
۶۰ لیتر در روز برای هر بیمار ۱۵ لیتر در روز برای مراقبت از هر بیمار	مراکز مبارزه با وبا
۳۰ لیتر در روز برای هر بیمار بستری ۱۵ لیتر در روز برای مراقبت از هر بیمار	مراکز درمانی و تغذیه
۱۵ لیتر در روز برای هر نفر، اگر اقامتش بیش از یک روز طول می‌کشد ۳ لیتر در روز برای هر نفر، اگر اقامتش محدود به یک روز است	مراکز ترانزیت موقت (یا پذیرش موقت)
۳ لیتر در روز برای آشامیدن و شست‌وشوی دست هر دانش‌آموز استفاده برای سرویس بهداشتی منظور نشده است: به سرویس‌های بهداشتی عمومی در پایین نگاه کنید	مدارس
۲ تا ۵ لیتر در روز برای هر نفر جهت شست‌وشو و آشامیدن	مساجد
۱ تا ۲ لیتر در روز برای شستن دست، ۲ تا ۸ لیتر در روز برای شست‌وشوی اتاقک‌های سرویس‌های بهداشتی	سرویس‌های بهداشتی عمومی
۲۰ تا ۴۰ لیتر در روز برای سیفون‌های فشاری در سرویس‌های بهداشتی متصل به فاضلاب، ۳ تا ۵ لیتر در روز برای سیفون‌های مخزن‌دار	همه سرویس‌های بهداشتی سیفون‌دار
۱ تا ۲ لیتر در روز برای هر نفر	شست‌وشوی مقعد
۲۰ تا ۳۰ لیتر در روز برای حیوانات بزرگ یا متوسط و ۵ لیتر در روز برای حیوانات کوچک	دام‌ها

پیوست ۳

کمترین تعداد سرویس‌های بهداشتی در اماکن عمومی و مؤسسات در شرایط بحران

مؤسسه	کوتاه مدت	دراز مدت
محوطه بازار	۱ سرویس بهداشتی برای هر ۵۰ دکه	۱ سرویس بهداشتی برای هر ۲۰ دکه
مراکز بیمارستان/درمانی	یک سرویس بهداشتی برای هر ۲۰ تخت یا هر ۵۰ بیمار سرپایی	یک سرویس بهداشتی برای ۱۰ تخت یا ۲۰ بیمار سرپایی
مراکز تغذیه	۱ سرویس بهداشتی برای هر فرد بالغ یک سرویس بهداشتی برای هر ۲۰ کودک	یک سرویس بهداشتی برای هر فرد بالغ ۱ سرویس بهداشتی برای هر ۱۰ کودک
مراکز پذیرش یا ترانزیت موقت	یک سرویس بهداشتی برای هر ۵۰ نفر، به نسبت ۳ برای زنان و ۱ برای مردان	
مدارس	۱ سرویس بهداشتی برای هر ۳۰ دختر ۱ سرویس بهداشتی برای هر ۶۰ پسر	۱ سرویس بهداشتی برای هر ۳۰ دختر ۱ سرویس بهداشتی برای هر ۶۰ پسر
دفاتر		۱ سرویس بهداشتی برای هر ۲۰ شاغل

مرجع: برگرفته از هابر، باگری و رید (۲۰۰۲)

پیوست ۴

کمترین تعداد سرویس‌های بهداشتی در اماکن عمومی و مؤسسات، در شرایط بحران

آلودگی آب، بهداشت ضعیف، بهداشت شخصی ضعیف، آلودگی محصولات کشاورزی	مدفوعی - دهانی باکتریایی مدفوعی - دهانی غیر باکتریایی	وبا، اسهال شیگلایی، اسهال سالمونلا و غیره حصبه، شبه‌حصبه و غیره اسهال آمیبی، اسهال ژiardیاز فلج اطفال، هپاتیت آ، اسهال ویروسی، اسهال غیر ویروسی	بیماری‌های تولید یا منتقل شده با آب
آب غیر کافی، بهداشت فردی ضعیف		عفونت‌های پوستی یا چشمی، حصبه و تب نوبه منتقل شده با کک	بیماری‌های منتقل یا متراکم با آب
تخلیه مدفوع در فضای باز، آلودگی زمین	کرم‌های منتقل شده از خاک	کرم حلقوی، کرم نواری، کرم قلاب‌دار و غیره	کرم‌های مدفوع
گوشت نیم‌پز آلودگی زمین	بشر - حیوان	کرم کدو	کرم‌های نواری خوکی یا گاوی
آلودگی آب	ماندن زیاد در آب آلوده	شیستوسومیاز، کرم گینه‌ای، کرم کبد و غیره	موجود در آب
زادوولد و نیش‌زدن در کنار آب	با نیش پشه و مگس	مالاریا، تب دانگ، بیماری خواب، فیلارزیا و غیره	ناقل‌های بیماری مرتبط با آب
محیط کثیف	سرایت با مگس و سوسک	اسهال و دیزانتری	حشرات ناقل مرتبط با مدفوع

پیوست ۵

کمترین فعالیت‌های مربوط به بهداشت، زه‌کشی و فاضلاب و عایق‌بندی در مراکز درمان وبا یا سی‌تی‌سی‌ها (CTCs)

اصول اساسی که در مراکز بهداشت و سلامتی باید در نظر گرفته شود:

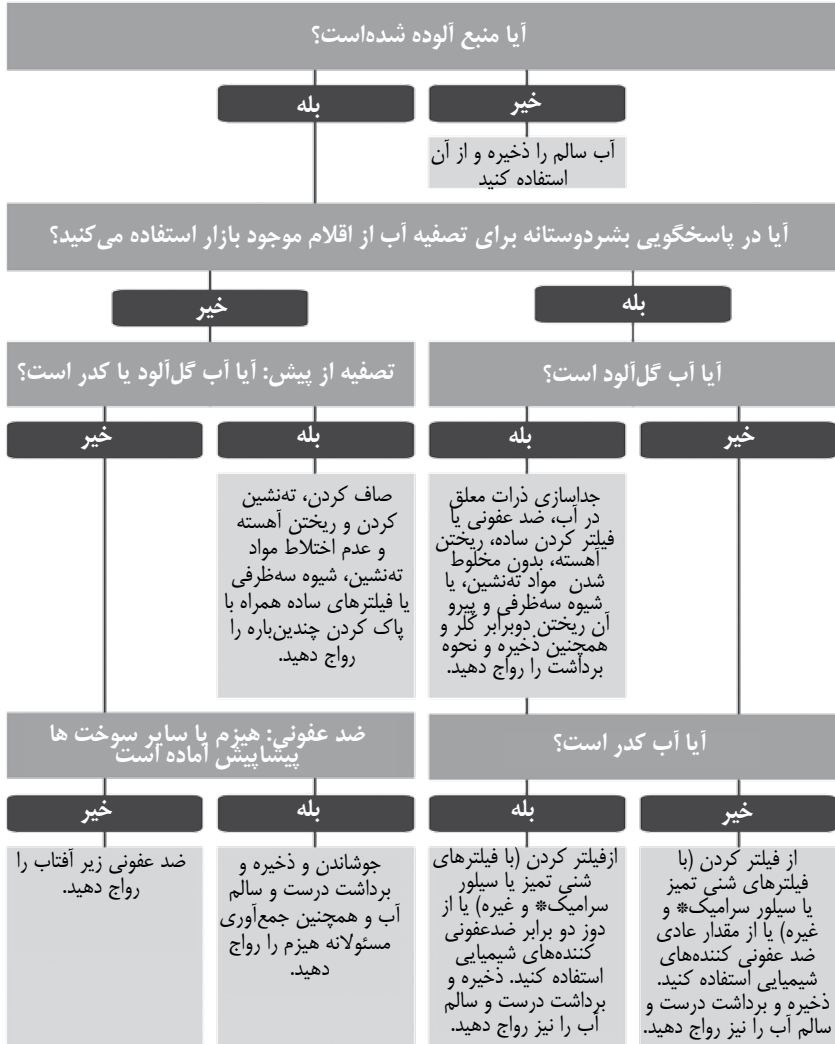
۱. موارد شدید را عایق‌بندی (یا قرنطینه) کنید.
۲. همه فضولات و استفراغ‌ها را در ظروف بسته بریزید.
۳. برای هر بیمار فقط یک مراقب بگمارد.
۴. دست‌ها را با آب کلرزده بشوید.
۵. کف همه اتاق‌ها باید قابل شست‌وشو باشد.
۶. هنگام خروج از مراکز، پاها را ضد عفونی کنید.
۷. لباس افراد آلوده را پیش از ترک مرکز (با جوشاندن یا مواد پاک‌کننده) ضد عفونی کنید.
۸. کف و همه جاهای مرکز را به‌طور منظم بشوید.
۹. برای بیماران و مراقبان آن‌ها سرویس‌های بهداشتی مجزا در نظر بگیرید.
۱۰. غذا را در مراکز تهیه کنید. اگر غذا از بیرون خریداری می‌شود، باید در ورودی محل، از ظرف تخلیه شود تا از بردن میکروارگانیسم‌های مولد وبا (یا ویرو) با آن به بیرون از محل پیشگیری شود.
۱۱. پیگیری کنید تا مطمئن شوید که در میان خانواده و اقوام فرد مبتلا، فرد دیگری وجود ندارد. خانه او را ضد عفونی کنید و به افراد خانوار اطلاعات بهداشتی دهید.
۱۲. اگر افراد با وسایل نقلیه عمومی می‌آیند، وسایل نقلیه را نیز ضد عفونی کنید.
۱۳. آب حاصل از باران، در داخل اردوگاه قرنطینه را جمع‌آوری و در محوطه، داخل ظرفی بریزید.
۱۴. زباله‌های داخل اردوگاه قرنطینه را ضد عفونی کنید.

محل‌های کلرین برای مراکز درمان وبا

درصد کلر برای مصارف مختلف	محل‌۲ در صد	محل‌۰/۰۲ در صد	محل‌۰/۰۵ در صد
	زباله، مدفوع اجساد مردگان	اشیاء روی کف، تخت‌خواب‌ها، رختخواب‌ها، پاشویه‌ها و پوشاک	دست‌ها پوست

محل‌ها را باید هر روز تازه‌به‌تازه تهیه کرد، چون نور و گرما محل‌ها را ضعیف می‌کند.

پیوست ۶



مرجع: برگرفته از IFRC (۲۰۰۸)، تصفیه آب خانوار و ذخیره اینم در کتاب‌های راهنمای بحران‌ها

* نوعی ظرف تصفیه آب تفره‌ای رنگ ساخته شده از سرامیک یا چگالی بالا

مآخذ و منابع برای مطالعه بیشتر

مآخذ

اسناد حقوقی بین‌المللی

حق آب مطرح در (مواد ۱۱ و ۱۲ عهدنامه بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) توضیح عمومی شماره ۱۵ حق آب CESCR، مصوب ۲۶ نوامبر ۲۰۰۲. سند شماره ۱۲/۲۰۰۲/۱۱ E/C/Sازمان ملل.

کلی

دیویس ج، و لمبرت آر، (۲۰۰۲)، مهندسی در بحران (Engineering in Emergencies): یک راهنمای عملی برای کارکنان امدادی. چاپ دوم. انتشارات Red R / IT. لندن.

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (کار شبکه‌ای میان آژانس‌ها برای آموزش در بحران‌ها) INEE، ۲۰۱۰، حداقل استانداردها برای آموزش در بحران‌ها، بحران مزمن و بازسازی سریع. نیویورک.

www.ineesite.org

پزشکان، بدون مرز (۱۹۹۴)، مهندسی بهداشت عمومی در شرایط بحران. چاپ اول. پاریس والدن وی ام، ارایلی ام و یتر ام، برنامه‌های بشردوستانه و HIV و ایدز، نگرشی عملی به روند کلی. اکسفام انگلستان، اکسفورد.

www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies_we_work/_resources/health.htm

پژوهش‌های بهداشتی

پژوهش جغرافیایی انگلستان (۲۰۰۱)، کتاب راهنمای آرگوس (ARGOSS) لندن.

www.bgs.ac.uk

جنسیت

کمیته دائمی میان آژانس‌ها (IASC) (بدون تاریخ)، جنسیت و آب، بهداشت و فاضلاب در بحران‌ها. کتاب راهنمای IASC. ژنو.

www.humanitarianform.org/humanitarianform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf

ارتقاء شرایط بهداشت

آلدموم ای، بلومنتال یو، مندرسون ال (۱۹۹۷)؛ فرایندهای ارزیابی وضع بهداشت: روش‌ها و شیوه‌های ارزیابی شرایط آب و کارهای مربوط به فاضلاب و زه‌کشی. بنیاد بین‌المللی برای کشورهای درحال توسعه. انتشارات به‌طور ویژه Practical action (اقدام عملی) انگلستان.

فرون اس، مورگان ج، و آرایلی ام، (۲۰۰۷)، افزایش بهداشت: یک کتاب راهنمای عملی برای امداد و توسعه. انتشارات پراکتیکال اکشن، انگلستان. واحد حمایت از اصلاحات بشردوستانه. پروژه ارتقاء وضع بهداشت خوشه‌ای واش.

www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

تأمین آب

اقدام علیه گرسنگی (Action against Hunger) (۲۰۰۶)، آب، فاضلاب و بهداشت برای جمعیت‌های مواجه با خطر. پاریس

www.actioncontrolafaim.org/English/

هائوس اس، رید آر (۱۹۹۷). منابع آب، بحران‌ها: قوانینی برای انتخاب و تصفیه. مرکز مهندسی آب و توسعه (WEDC)، دانشگاه لافبورو. انگلستان.

نیاز به آب برای امنیت

سازمان خواروبار سازمان ملل متحد:

www.fao.org/nr/water/undex.html

نیازهای دامی به آب

لگژ (Livestock Emergency Guidelines and Standards) (۲۰۰۹). انتشارات اکشن، انگلستان.

www.livestock-emergency.net/userfile/legs.pdf

کیفیت آب

سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۲۰۰۳)، قوانینی برای کیفیت آب آشامیدنی. چاپ سوم. ژنو.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gidlines2/en/

طرح ایمنی آب

برنامه جهانی غذا، (۲۰۰۵)، طرح‌های ایمنی آب: مدیریت کیفیت آب آشامیدنی از محل به هم پیوستن چشمه‌ها تا مصرف‌کننده.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wspo506/en/

دفع فضولات

هابر پی (۲۰۰۷)، دفع مدفوع در بحران، یک کتاب راهنمای مشترک برای آژانس‌ها. دبلیو بی دی سی، دانشگاه لوفبورو، انگلستان.
<http://wedc.lboro.ac.uk/>

کنترل ناقل بیماری

هانتز پی، (۱۹۷۷)، بیماری‌های ایجادشده با آب: همه‌گیرشناسی و محیط‌شناسی. جان وایلی و پسران، شرکت با مسئولیت محدود. چیچستر، انگلستان.
لاکارین سی جی و رید آر ای، (۱۹۹۹) کنترل ناقل‌های بیماری در بحران‌ها با استفاده از مواد شیمیایی: قوانین سازمان‌های امدادی. اکسفام، انگلستان.

زباله‌های جامد

مرکز فن‌آوری‌های مناسب (۲۰۰۳)، طرح سایت‌های دفن زباله.
www.iswa.org

مدیریت اجساد مردگان

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹)، دفن اجساد مردگان در شرایط بحران. نکات فنی برای بحران‌ها شماره ۸. ژنو.
http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08Disposal_of_dead_bodies.pdf



زباله‌های طبی

پروس آ، ژیرویی و راشبراک پی، (۱۹۹۹)، مدیریت ایمن زباله‌ها در مراقبت‌های بهداشتی (در دست ویرایش) سازمان بهداشت جهانی. ژنو

زه‌کشی و فاضلاب

آژانس حفاظت محیط زیست (EPA) (۱۹۸۰)، کتاب راهنمای طراحی: تصفیه آب‌های هرز سطح سایت و نظام‌های دفع، گزارش EPA-۲/۶۰۰-۷۸-۱۷۳.

منابع برای مطالعه بیشتر

کلی

سازمان بهداشت جهانی و پان آمریکن (پاهو)، کتابخانه سلامتی برای بحران‌ها:

www.helid.desasters.net/en

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲)، بهداشت محیطی در بحران‌ها. ژنو

دفع فضولات

هابر پی ای، باگری اس و رید آر ای (۲۰۰۲)، زه‌کشی و فاضلاب بحران، ارزیابی و طراحی برنامه. دبلیو بی دی سی، دانشگاه لوفبورو، انگلستان.

کنترل ناقل بیماری

کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (۱۹۹۷)، کنترل ناقل‌های بیماری و آفت‌ها در شرایط پناهندگی. ژنو. آرنولد. لندن.

سازمان بهداشت جهانی، روش‌های شیمیایی برای کنترل ناقل‌های بیماری و آفت‌های مهم برای سلامتی همگانی.

www.who.int

مدیریت اجساد مردگان

پاهو و دبلیو اچ ا (۲۰۰۴)، مدیریت اجساد مردگان در شرایط بحران. سری کتاب‌های راهنما.

شماره ۵. واشینگتن دی سی.

www.paho.org/English/DD/PED/ManejoCadaveres.htm

زباله‌های طبی

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰)، نکته یادآوری ((Aide-memoire: دفع زباله‌های مراقبت‌های بهداشتی ایمن. ژنو. سری کتاب‌های راهنمای مدیریت بحران. شماره ۵، واشینگتن دی سی.

www.paho.org/English/DD/PED?ManejoCadaveres.htm

ناتوانی و آسیب‌پذیری کلی

جونز اچ و رید آر (۲۰۰۵)، آب و فاضلاب برای افراد ناتوان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر: خدمات طراحی برای بهتر کردن قابلیت دسترسی. دلیوی سی دی، دانشگاه لوفبورو، انگلستان.

<http://wedclboro.ac.uk/wsdp>

اکسفام انگلستان (۲۰۰۷)، دفع فضولات برای افراد دچار ناتوانی فیزیکی در بحران‌ها. نکته توضیحی فنی ۱. اکسفام، انگلستان.

www.oxfam.org.uk/respources/learning/humanitarian/download/TBN1_disablity.pdf

اکسفام انگلستان (۲۰۰۷)، آسیب‌پذیری و ملاحظات اجتماعی فرهنگی برای پی اچ بی در بحران‌ها. توضیحات فنی نکته ۲ اکسفام، انگلستان

www.oxfam.uk/resources/learnng/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf



حداقل استانداردها در امنیت غذایی و تغذیه



چگونه از این فصل استفاده کنیم؟

این فصل به چهار بخش اصلی تقسیم شده است:

بررسی امنیت غذایی و ارزیابی تغذیه

تغذیه نوزاد و کودک خردسال

مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها

امنیت غذایی

بخش چهارم، امنیت غذایی، به سه بخش فرعی دیگر تقسیم شده است: امنیت غذایی - انتقال غذا؛ امنیت غذایی - انتقال نقدی؛ امنیت غذایی - امرار معاش.

از اصول حمایت و استانداردهای کانونی باید با این فصل به‌طور همزمان استفاده کرد.

با این که منظور اولیه از حداقل استانداردها، تأثیرگذاری آن بر امداد رسانی به بحران است، اما ممکن است از این استانداردها، در حین آمادگی برای پاسخگویی به بحران و انتقال به مرحله فعالیت‌های احیا و بازسازی هم استفاده شود.

هر بخش شامل نکات زیر است:

■ **حداقل استانداردها:** این استانداردها درحقیقت کیفی است و سطوح حداقلی را که در امداد رسانی‌های بشردوستانه در بخش تغذیه باید به آن‌ها دست یافت، نشان می‌دهد.

■ **اقدامات کلیدی:** این موارد فعالیت‌ها و اطلاعاتی برای کمک به رعایت استانداردها هستند.

■ **شاخص‌های کلیدی:** شامل «علائمی» هستند که رعایت یا عدم رعایت یک استاندارد را نشان می‌دهند. این علائم راهی برای سنجش و برقراری ارتباط با فرایندها و نتایج اقدامات کلیدی می‌گشایند و به حداقل استانداردها مربوط اند، نه به اقدامات عملی.

■ **نکات راهنما،** شامل نکات خاصی است که باید هنگام استفاده از حداقل استانداردها، اقدامات و شاخص‌های کلیدی در شرایط مختلف در نظر گرفته شود. این نکته‌ها، رهنمودهایی برای رفع مشکلات عملی، سنجش یا توصیه موضوعات اولویت‌دار ارائه می‌کنند و ممکن است شامل نکات مهم مربوط به استانداردها، اقدامات یا شاخص‌ها هم باشند و معضلات، مناقشات یا نکات تاریک دانش موجود را توضیح دهند.

اگر شاخص‌ها و اقدامات کلیدی لازم، مشخص و انجام نشود، پیچیدگی‌ها و دشواری‌هایی که برای جمعیت آسیب‌دیده پیش می‌آید، باید ارزیابی شود و اقدامات تفکیکی مناسب انجام گیرد.

پیوست‌ها شامل چک‌لیست‌هایی است برای ارزیابی، رهنمودهایی برای سنجش سوء تغذیه حاد و تعیین اهمیت ریزمغذی‌ها (micro nutrients) و نیازهای تغذیه‌ای برای سلامتی عمومی. یک فهرست منتخب از مآخذ نیز وجود دارد که به منابع اطلاعات مربوط به موضوعات عام و موضوعات خاص فنی اشاره دارد و به دو قسمت مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه تقسیم شده است.

فهرست

مقدمه	۱۵۱
۱. بررسی امنیت غذایی و تغذیه	۱۵۸
۲. تغذیه نوزاد و کودک خردسال	۱۶۶
۳. مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها	۱۷۲
۴. امنیت غذایی	۱۸۳
۱ - ۴ امنیت غذایی - انتقال غذا	۱۸۷
۲ - ۴ انتقال نقدی و حواله‌ها	۲۰۸
۳ - ۴ امنیت غذایی - امرار معاش	۲۱۲
پیوست ۱: چک‌لیست بررسی امنیت غذایی و امرار معاش	۲۲۳
پیوست ۲: چک‌لیست بررسی امنیت بذر	۲۲۵
پیوست ۳: چک‌لیست بررسی تغذیه	۲۲۷
پیوست ۴: سنجش سوء تغذیه حاد	۲۲۹
پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی	۲۳۳
پیوست ۶: نیازهای تغذیه‌ای	۲۳۶
مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه	۲۴۰





مقدمه

پیوند با منشور بشردوستانه و حقوق بین الملل

حداقل استانداردها برای تغذیه و امنیت غذایی، بیان عملی باورها و تعهدات مشترک آژانس‌های بشردوستانه و اصول، حقوق و وظایف مشترک حاکم بر اقدامات بشردوستانه مشخص شده، در منشور بشردوستانه است. این اصول که مبتنی بر حقوق بشر و ثبت شده در قانون بین‌المللی است، شامل حق زندگی با کرامت، حق بهره‌مندی از حمایت و امنیت و حق دریافت کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز است. فهرستی از مدارک، اسناد حقوقی و سیاست‌گذاری، همراه با اظهارات مفصل برای کارکنان بشردوستانه، که گواه از منشور حقوق بشر می‌دهد، در پیوست ۱ (ص ۳۵۴) در دسترس است.

گرچه تا آنجا که به این حقوق مربوط است، بار اصلی مسئولیت را دولت‌ها بر دوش دارند، اما آژانس‌های بشردوستانه نیز در قبال جمعیت‌های آسیب‌دیده‌ها مسئولیتی دارند که باید آن را به صورت سازگار با این حقوق به انجام برسانند. از این حقوق عمومی، تعدادی موارد مقرر دیگر منشعب می‌شود - که از جمله آن‌ها به حقوق مشارکت، دسترسی به اطلاعات و عدم تبعیض می‌توان اشاره کرد که مبنای استانداردهای کانونی و همچنین حقوق خاص مربوط به آب، غذا و سلامتی را تشکیل می‌دهد - که استحکام بخش حداقل استانداردها مورد اشاره در این کتاب راهنما است.

هرکس حق بهره‌مندی از غذای کافی را دارد. این حق در اسناد حقوقی بین‌المللی به رسمیت شناخته شده و شامل حق حفاظت از گرسنگی است. اگر افراد یا گروه‌ها بنا به دلایلی خارج از کنترل خود، نمی‌توانند با استفاده از امکاناتی که در دسترس دارند، از حق داشتن غذای کافی بهره‌مند شوند، دولت‌ها به طور مستقیم موظف‌اند که این حق را تضمین کنند. حق دسترسی به غذا شامل وظایف زیر برای دولت‌ها است:

● «احترام به دسترسی موجود به غذای کافی» نیازمند آن است که دولت‌های عضو، هیچ اقدامی نکنند که منجر به محرومیت از دسترسی به غذا شود.

● لازمه «حمایت» این است که دولت‌ها جهت حصول اطمینان از این که مؤسسات یا افراد هیچ کس را از دسترسی به غذای کافی محروم نخواهند کرد، اقدام کنند.

● برای «به‌انجام رساندن» (ارائه تسهیلات)، دولت‌ها باید پیشاپیش و به‌طور فعال، در امور تقویت دسترسی مردم به منابع و وسایل رفاهی جهت امرار معاش و بهره‌برداری از آن‌ها، شرکت کنند.

● در صورت وقوع بحران، دولت‌ها یا باید به نیازمندان غذا بدهند و یا اگر منابع خودشان کافی نیست، درخواست کمک‌های بین‌المللی کنند. آن‌ها باید دسترسی ایمن و بدون مانع به کمک‌های بین‌المللی را هم تسهیل کنند.

کنوانسیون ژنو و پروتکل‌های الحاقی آن، شامل دسترسی به غذا در شرایط برخورد مسلحانه و اشغال است. گرسنگی دادن به غیر نظامیان به‌عنوان شیوه‌ای جنگی، حمله، نابودی، جابه‌جایی یا بلااستفاده گذاشتن مواد غذایی و زمین‌های کشاورزی در حال تولید مواد غذایی، و نیز غیر فعال کردن کشت و زرع، دامداری، تأسیسات و ذخایر آب شرب و آبیاری ممنوع است. وقتی کشوری، کشور دیگر را اشغال می‌کند، اگر منابع مناطق اشغالی کافی نباشد، حقوق بین‌الملل، دولت اشغالگر را به تأمین غذای کافی جمعیت اشغالی موظف می‌کند. دولت‌ها باید همه تلاش خودشان را بکنند تا اطمینان یابند که پناهندگان و افراد آواره داخلی، همیشه به غذای کافی دسترسی خواهند داشت.

حداقل استانداردهای این فصل، نمایان‌گر محتوای اصلی حق دسترسی به غذا است و به درک روبه‌رشد جهانی این حق کمک می‌کند.

اهمیت امنیت غذایی و تغذیه در بحران‌ها

دسترسی به غذا و حفظ مواد غذایی در سطح کافی برای زندگی مردم، تعیین‌کننده‌های مهمی هستند (رک. جایگاه اسفیر در اقدامات بشردوستانه، ص ۹). مردمی که تحت تأثیر بحران قرار می‌گیرند، اغلب با وقوع بحران به سوء تغذیه مزمن دچار می‌شوند. سوء تغذیه برای سلامتی عمومی به‌طور مستقیم یا غیر مستقیم یک مسئله جدی و از علل عمده مرگ‌ومیر است.

علل سوء تغذیه پیچیده است. چارچوب مفهومی (رک. ص ۱۵۴)، ابزاری تحلیلی است که تعامل میان عوامل مؤثر در سوء تغذیه را نشان می‌دهد. علل مستقیم سوء تغذیه عبارتند از: بیماری‌ها یا نخوردن غذای کافی، که خود نتیجه فقر زیربنایی است، نداشتن امنیت غذایی در سطح خانوار، عدم رسوم بهداشتی کافی در سطح خانواده و جامعه، آب ناسالم و ناکافی، مشکل در بهداشت و فاضلاب و کافی نبودن دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی. بلایایی مثل طوفان، زلزله، سیل، اغتشاش و خشکسالی، همه به‌طور مستقیم بر علل زیربنایی کمبود تغذیه تأثیر می‌گذارد. آسیب‌پذیری یک خانواده یا جامعه، توانایی آن جامعه را برای برآمدن از عهده رویارویی با این بلایا تعیین می‌کند. توان مدیریت خطرات، همراه با سوء تغذیه تاحد زیادی به ویژگی‌های یک خانوار یا جامعه، و خصوصاً به امکانات، سازگاری و سیاست‌هایی بستگی دارد که برای امرار معاش در پیش گرفته می‌شود.

در این فصل از تعاریف زیر استفاده شده است:

امنیت غذایی زمانی وجود دارد که تمام مردم، همواره به غذای کافی، سالم و مغذی برای رفع نیازهای خوراکی، مطابق با سلیقه خود برای زندگی فعال و سالم، دسترسی داشته باشند. در چارچوب این تعریف از امنیت غذایی سه جزء وجود دارد:

- موجود بودن، که از لحاظ کیفیت غذا به مطابق فصل بودن مواد غذایی تأمین شده در مناطق بحران زده مربوط است. موجود بودن، شامل منابع (کشاورزی، دام، ماهی و خوراکهای وحشی) محلی و غذاهای وارداتی از سوی تاجران است (دخالتهای دولت و آژانسها می تواند در دسترسی به این منابع تأثیر داشته باشد). بازارهای محلی توانمند در تحویل غذا به مردم نیز، نقش تعیین کننده ای دارند.

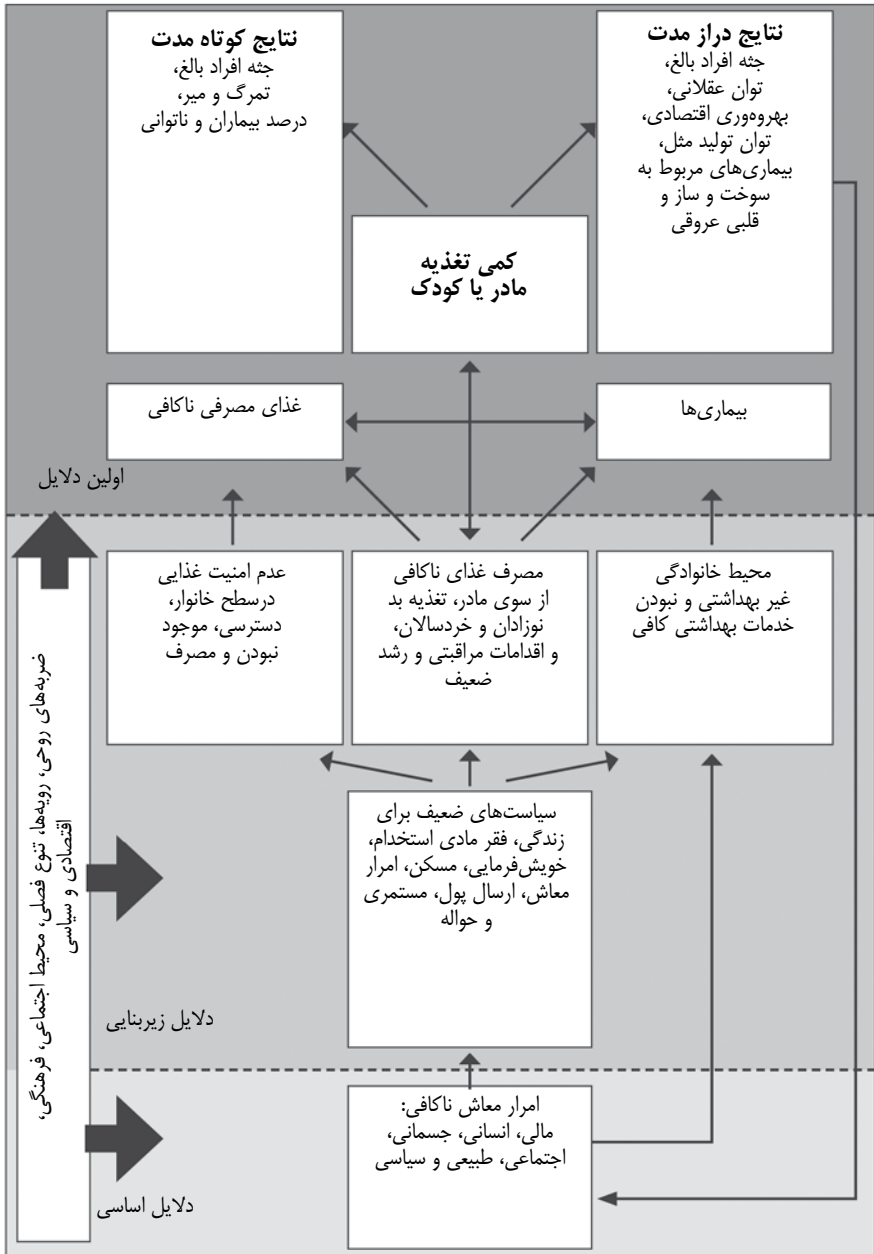
- دسترسی، که از لحاظ ظرفیت خانوارها، شامل خرید امن مواد غذایی کافی، برای تأمین نیازهای خوراکی اعضای خود مربوط می شود. دسترسی، توان خانوار را در به دست آوردن غذاهای موجود، از طریق آمیزه ای از تولیدات و ذخایر خانگی، خریدها، مبادله کالا، هدایا، به عاریت گرفتن غذا و پول نقد یا حواله، می سنجد.

- بهره برداری، که مربوط می شود به استفاده اعضا از غذایی که در خانوار وجود دارد، مانند غذاهای موجود در انبار، در حال فراوری یا آماده سازی و توزیع. جذب و مصرف مواد مغذی برای سوخت و ساز بدن، که می تواند تحت تأثیر بلایا و یا سوء تغذیه قرارگیرد، به توانایی های افراد بستگی دارد.

وسایل معیشت از توانایی ها، ابزارهای معیشت (از جمله منابع طبیعی، مادی و اجتماعی) و فعالیت های هر خانوار برای ادامه بقا و رفاه آینده آن تشکیل می شود. سیاست های امرار معاش نیز شامل شیوه هایی است که مردم به طور عملی برای استفاده از ابزار و فعالیت های کسب درآمد و سایر اهداف معیشتی خود انتخاب می کنند. سیاست های سازگاری به عنوان پاسخ های موقتی تعریف شده که در نبود امنیت غذایی، تحمیل می شود. وسایل معیشت مردم زمانی در امنیت خواهد بود که بتواند با تنش ها سازگار و سپس بر آنها فائق آید و مردم بتواند توانایی و جنبه های مولد خود را حفظ کنند و بهبود بخشند.

تغذیه واژه ای با مفهوم گسترده است که به فرایندهای مربوط به خوراک، هضم و بهره برداری از غذا به وسیله بدن برای رشد و پیشرفت، تولید مثل، فعالیت های فیزیکی و حفظ سلامتی اطلاق می شود. واژه «سوء تغذیه» از لحاظ فنی شامل کمی و زیادی تغذیه می شود. سوء تغذیه شامل گروهی از موارد، از جمله سوء تغذیه حاد، سوء تغذیه مزمن و کمبود ریزمغذی ها است. تحلیل رفتگی یا ورم تغذیه ای (لاغر شدن)، سوء تغذیه حاد می گویند، در حالی که سوء تغذیه مزمن به عدم رشد (کوتاه قد ماندن) گفته می شود. عدم رشد و زوال، دو شکل رکود در رشد است. ما در این فصل به تغذیه ناکافی و بحث در سوء تغذیه، خصوصاً سوء تغذیه حاد می پردازیم.

چارچوب مفهومی دلایل سوء تغذیه



این نمودار نشان می‌دهد که قرارگرفتن در معرض خطر به‌طور متناوب، با شدت ضربه‌های وارده از بلایای طبیعی یا بشری، و با توجه به گستره اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی آن‌ها تعیین می‌شود. معیارهای ظرفیت سازگاری، شامل سطوح برخورداری هر خانوار از ابزارهای مالی، انسانی، فیزیکی، اجتماعی، طبیعی و سیاسی، و سطوح تولید، درآمد و مصرف، و توان ایجاد تنوع آن برای کسب درآمد و مصرف و کاهش اثرات خطرها است.

آسیب‌پذیری نوزادان و کودکان خردسال به این معنی است که رسیدگی به تغذیه آنان، باید در اولویت قرارگیرد. اهمیت پیشگیری از سوء تغذیه، به‌اندازه درمان سوء تغذیه است. دخالت برای ایجاد امنیت غذایی در کوتاه‌مدت، می‌تواند تعیین‌کننده شرایط تغذیه و سلامتی کودکان و نوزادان و رفاه آنان در درازمدت باشد.

در تهیه غذا برای اعضای خانواده، معمولاً زنان نقش مهم‌تری ایفا می‌کنند. اما، ممکن است پس از وقوع بحران، روش‌های زندگی خانوارها تغییر کند. کلید ارتقاء وضع امنیت غذایی در سطح خانوار، شناسایی نقش‌های اصلی در میان خانواده‌ها است. درک نیازهای تغذیه‌ای ویژه زنان باردار و شیرده، کودکان خردسال، سالمندان و اشخاص دچار ناتوانی، در تهیه برنامه‌های امدادرسانی مناسب، نیز دارای اهمیت است.

امدادرسانی به‌تر دربارۀ امنیت غذایی و آسیب‌های تغذیه‌ای، با آمادگی بیشتر ممکن می‌شود. چنین آمادگی‌هایی حاصل ظرفیت‌ها، روابط و دانش ایجادشده از سوی دولت‌ها، آژانس‌های بشردوستانه، سازمان‌های جامعه مدنی محلی، جوامع و افراد برای پیش‌بینی و امدادرسانی مؤثر درقبال اثرات خطرهای موجود یا احتمالی است. آمادگی، مبتنی بر تحلیلی از خطرهای کاملاً مرتبط با نظام‌های هشدار فوری است. این امر شامل برنامه‌ریزی برای حوادث غیر مترقبه، ذخیره تجهیزات و اقلام، خدمات اضطراری و اقدامات انجام‌شده برای آمادگی دائمی، آموزش پرسنل، برنامه‌ریزی در سطح جامعه، مانور و تمرینات است.

حوزه‌های اصلی اقدام در امنیت غذایی و تغذیه در زمان بحران که در این کتاب به آن پرداخته شده، مربوط به تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، مدیریت سوء تغذیه شدید و ریزمغذی‌ها، انتقال غذا، پول نقد، حواله و وسایل تأمین معاش است.

پیوند با فصول دیگر

بسیاری از استانداردهای فصول دیگر با این فصل پیوند دارد. پیشرفت در نیل به استانداردها در یک بخش، اغلب بر پیشرفت سایر بخش‌ها اثر می‌گذارد. برای این که اقدام مؤثر باشد، همکاری و هماهنگی نزدیکی با سایر بخش‌ها لازم است. برای تضمین رفع نیازها، هماهنگی با مسئولان محلی، سایر آژانس‌های شرکت‌کننده در امدادرسانی‌ها و سازمان‌های جامعه‌محور، ضروری است. در انجام فعالیت‌ها، دوباره‌کاری نمی‌شود و کیفیت امنیت غذایی در فعالیت‌ها بهینه خواهد بود.

چارچوب مفهومی سوء تغذیه (رک. ص ۱۵۴)، در میان سایر دلایل سوء تغذیه، به محیط خانوادگی ضعیف و خدمات بهداشتی ناکافی نیز اشاره دارد. امداد رسانی برای پیشگیری و رفع تغذیه نامناسب، نیازمند نیل به حداقل استانداردهای مذکور در این فصل و همچنین در واش و فصل‌های مربوط به مسکن و بهداشت است. برای این امداد رسانی‌ها باید استانداردهای قانونی رعایت و به اصول حمایت عمل شود. به‌منظور تضمین امنیت غذایی و تغذیه همه گروه‌ها به‌نحوی که متضمن بقا و حفظ کرامت آنان باشد، دستیابی به استانداردهای مذکور در این فصل از کتاب راهنما، به‌تنهایی کافی نیست.

به استانداردهای خاص و نکات راهنمای سایر فصل‌ها و استانداردهای همراه و تکمیلی نیز، در صورت لزوم، اشاره شده‌است.

پیوند با اصول حمایت

همه آژانس‌های بشردوستانه، حتی اگر برنامه حمایتی خاصی ندارند، برای وصول به استانداردهای این کتاب، باید اصول حمایت را راهنمای خود قرار دهند. این اصول «مطلق» نیست: مشخصاً شرایط می‌تواند گستره فعالیت آژانس‌ها را در پیروی از این اصول، محدود کند. با این حال، این اصول نگرانی‌های جهانی بشردوستانه‌ای را بازتاب می‌دهد که همواره باید عملکردها را هدایت کند.

استانداردهای قانونی فرایندی اساسی و استانداردهایی فردی است که در همه بخش‌های فعالیت به اشتراک گذاشته می‌شود. شش استاندارد قانونی امداد رسانی بشردوستانه مردم‌محور، عبارتند از: مشارکت، ارزیابی اولیه، پاسخگویی، تعیین هدف، ارزیابی عملکرد کارکنان امدادی، نظارت و کمک به کارکنان امدادگر. این استانداردها برای عطف همه استانداردهای مذکور در این کتاب راهنما، نقطه مرجع یگانه‌ای به‌دست می‌دهد. خصوصاً، برای تضمین تناسب و کیفیت هر امداد، مشارکت مردم آسیب‌دیده در بحران - از جمله گروه‌ها و افرادی که در جریان بلایا به‌طور مکرر با خطر مواجه می‌شوند -، باید به بالاترین حد برسد.

آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های جمعیت آسیب‌دیده

این بخش برای مطالعه درباره استانداردهای قانونی و اجرای آن‌ها، طراحی شده‌است.

درک این نکته اهمیت زیادی دارد که جوان یا پیر، زن، معلول یا مبتلا به HIV بودن، به‌خودی خود کسی را در معرض آسیب قرار نمی‌دهد، بلکه تأثیر متقابل برخی عوامل باعث آن می‌شود. برای مثال، کسی که بیش از ۷۰ سال دارد، تنها زندگی می‌کند و وضع سلامتی‌اش ضعیف است، احتمالاً آسیب‌پذیرتر از کسی خواهد بود که در سن و شرایط سلامتی مشابه او است و در یک خانواده کامل

و با درآمد کافی زندگی می‌کند. به‌طور مشابه، اگر یک دختر بچه سه‌ساله بی‌سرپرست باشد، بسیار آسیب‌پذیرتر از زمانی خواهد بود که تحت مراقبت والدینی مسئول زندگی کند.

ضمن اجرای استانداردهای امنیت غذایی، تغذیه و اقدامات کلیدی، تحلیلی از آسیب‌پذیری و ظرفیت کمک می‌کند تا بتوان اطمینان داشت که تلاش‌های امداد رسانی، از کسانی که حق دریافت کمک و بیشترین نیاز را دارند، بدون اعمال تبعیض حمایت می‌کند. این امر مستلزم داشتن درکی موشکافانه از شرایط محلی و چگونگی تأثیر بحرانی خاص، به شیوه‌های مختلف، بر گروه‌های خاصی از مردم، به‌دلیل آسیب‌پذیری‌هایی که از پیش داشته‌اند، است. آسیب‌پذیری‌هایی مانند فقر بسیار، مواجهه با تهدیدهای مختلف (از جمله خشونت‌های مبتنی بر جنسیت، مثل بهره‌کشی جنسی)، وقوع یا شیوع بیماری (مثل HIV یا سل) و احتمال بیماری‌های واگیر (مانند سرخک یا وبا). بلا یا ممکن است باعث تشدید نابرابری‌ها شوند، اما حمایت از روش‌های سازگاری مردم و ظرفیت‌های مقاومتی و بهبودی آنان نیز مهم است. باید از دانش، مهارت‌ها و روش‌های مردم و همچنین دستیابی آنان به مشاوره‌های اجتماعی، قانونی، مالی و روانی، حمایت کرد. موانع مختلف جسمانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مختلفی که ممکن است در دسترسی به این خدمات پیش روی آنان قرار بگیرد، باید برطرف شود.

آنچه در زیر می‌آید، مبین برخی از حوزه‌های اصلی است که رعایت حقوق و ظرفیت‌های همه مردم آسیب‌پذیر را تضمین می‌کند:

با حصول اطمینان از همکاری همه گروه‌های نماینده مردم، خصوصاً آنان که منزوی‌ترند (از جمله افرادی که در برقراری ارتباط و تحرک مشکلاتی دارند، کسانی که در مؤسسات نگره‌داری می‌شوند، نوجوانان بزه‌کار و سایر گروه‌های بی‌سرپرست یا مغفول‌مانده) مشارکت مردم را بهبود بخشید.

در حین بررسی‌ها اطلاعات را براساس جنسیت و سن (از ۰ تا بالای ۸۰ سال) تفکیک کنید؛ این مورد در حصول اطمینان از رعایت تنوع کافی جمعیت برای بخش تغذیه و امنیت غذایی اهمیت دارد.

اطمینان یابید که حق آگاهی از موارد حقوقی، به‌نحو فراگیر و قابل فهم برای همه اعضای جامعه میسر شده‌است.



حداقل استانداردها

۱. بررسی امنیت غذایی و تغذیه

به‌منظور تصمیم‌گیری برای امدادرسانی فوری در یک بحران شدید و برای امداد فوری، شاید ارزیابی اولیه سریع چندبخشی کافی باشد. ارزیابی‌های سریع اولیه، برای دستیابی به دیدی کلی و روشن در شرایط خاص طراحی شده‌است. ممکن است در زمینه امنیت غذایی انجام بررسی‌های عمیق‌تر دیگری لازم باشد، که انجام مناسب آن نیازمند زمان و منابع معتبر خواهد بود. ارزیابی، به‌خصوص در بلایای طولانی، فرایندی پیوسته است و به‌عنوان بخشی از مدیریت امدادرسانی باید از اطلاعات حاصل از آن در هدف‌گیری و تصمیم‌گیری‌ها استفاده کرد.

بررسی یا برآورد شرایط تغذیه باید به‌طور مطلوب و با تلاش برای شناسایی موانع موجود در دسترسی به مواد غذایی کافی، و همچنین اقدام برای افزایش موجودی غذا و دسترسی به آن و بهره‌برداری بهینه از غذای مصرفی، همراه داشته‌باشد. همه چک‌لیست‌های بررسی در پیوست‌های ۱: چک‌لیست بررسی امنیت غذایی و امرار معاش، ۲: چک‌لیست بررسی امنیت بذر و ۳: چک‌لیست بررسی تغذیه موجود است.

دو استاندارد امنیت غذایی و بررسی شرایط تغذیه، از استاندارد ۳ (ص ۶۲) تبعیت می‌کند و در هر جا که برای امنیت غذایی و تغذیه اقدامی طراحی و توصیه شده‌باشد، هر دو کاربرد خواهد داشت.

استاندارد ۱ بررسی امنیت غذایی و تغذیه: امنیت غذایی

اگر مردم در برابر خطر روزافزون ناامنی غذایی قرار داشته‌باند، با استفاده از روش‌های پذیرفته‌شده برای درک نوع، میزان و مقدار ناامنی، برای شناسایی کسانی که بحران بیش از دیگران بر آنان اثر گذاشته و برای تعیین مناسب‌ترین واکنش، بررسی‌هایی صورت می‌گیرد.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- ❶ روشی را به‌کاربرید که به‌طور گسترده از اصول پذیرفته‌شده پیروی کند و آن را به‌طور مفصل در گزارش بررسی خود توضیح دهید (رک. نکته راهنمای ۱).
- ❷ اطلاعات را در مرحله مقدماتی جمع‌آوری و تحلیل کنید (رک. نکته راهنمای ۲).
- ❸ تأثیر عدم امنیت غذایی را بر شرایط تغذیه جمعیت تحلیل کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

- در صورت امکان، مبنای بررسی را بر ظرفیت‌های محلی، ازجمله مؤسسات رسمی و غیر رسمی بگذارید (رک. نکته راهنمای ۹).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برای هدایت اقدامات، درباره امنیت غذایی و امرار معاش افراد و خانوارها تحقیق می‌شود (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۹).
- یافته‌های بررسی‌ها در گزارشی تحلیلی ترکیب می‌شود تا، ازجمله، توصیه‌های روشنی برای اقدام درباره آسیب‌پذیرترین افراد و گروه‌ها ارائه شود (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۱۰).
- پاسخ، مبتنی بر نیازهای غذایی فوری مردم است، اما در ضمن شامل حمایت و ارتقاء شرایط معیشتی مردم نیز خواهدبود (رک. نکته راهنمای ۱۰).

نکات راهنما

- روش‌شناسی:** چشم‌انداز بررسی و رویه‌های نمونه‌برداری، حتی اگر غیر رسمی باشد، مهم است. بررسی‌های امنیت غذایی باید اهداف روشنی داشته‌باشد و برای انجام آن از روش‌های پذیرفته‌شده بین‌المللی استفاده شود. تأیید اطلاعات از طریق منابع مختلف (ازجمله از طریق بررسی کشت و ذرع، تصاویر ماهواره‌ای و بررسی خانوارها) در نتیجه‌گیری‌های هماهنگ اهمیت بسیاری دارد (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲ و مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر).
- منابع اطلاعات:** ممکن است درباره شرایط پیش از بحران، اطلاعات ثانویه‌ای موجود باشد. از آن‌جا که زنان و مردان در تأمین رفاه غذایی خانواده نقش‌هایی مختلف و مکمل یکدیگر دارند، این اطلاعات را باید تا جای ممکن براساس جنسیت تفکیک کرد (رک. استاندارد ۳، ص ۶۲ و پیوست ۱: چک‌لیست بررسی امنیت غذایی و امرار معاش).
- موجود بودن غذا، دسترسی به آن و مصرف و بهره‌برداری از آن:** (رک. تعریف‌های موجود بودن غذا، دسترسی به آن و بهره‌برداری از آن، ص ۱۵۳) مصرف غذا، مواد مغذی‌ای را که افراد خانواده می‌خورند، به انرژی تبدیل می‌کند. محاسبه مقدار انرژی و جزییات مربوط به مواد مغذی مصرف‌شده در این بررسی عملی نیست. تغییر در تعداد وعده غذاهای مصرف‌شده در پیش و پس از یک بحران، می‌تواند شاخصی ساده و در عین حال نشان‌دهنده تغییرات در امنیت غذایی باشد. تعداد گروه‌های غذایی مصرفی ازسوی فرد یا خانواده و دفعات مصرف در یک دوره مرجع مفروض، گوناگونی رژیم غذایی را بازتاب می‌دهد. این امر، به‌ویژه اگر با شرایط اجتماعی-اقتصادی خانوار و همچنین با مجموع انرژی غذای مصرفی و کیفیت آن مرتبط شود، شاخص جایگزین خوبی خواهدبود. درباره مصرف غذا، الگوها و مسائل

مربوط به آن، ابزارهایی که مقیاس‌های اساسی محسوب می‌شوند، عبارتند از: تقویم‌های فصلی، سوابق تنوع رژیم غذایی خانواده، سوابق ناامنی در دسترسی به مواد غذایی یا سوابق مصرف غذا.

۴. **ناامنی غذایی و شرایط تغذیه:** عدم امنیت غذایی یکی از سه دلیل عمده سوء تغذیه است؛ اما نباید تصور کرد که این تنها دلیل سوء تغذیه است.

۵. **شرایط:** عدم امنیت غذایی، ممکن است نتیجه عوامل گسترده‌تر اقتصاد کلان و عوامل ساختاری اجتماعی‌سیاسی، ازجمله سیاست‌های ملی و بین‌المللی، روندها یا مؤسساتی باشد که بر دسترسی مردم آسیب‌دیده به غذای غنی و کاهش کیفیت شرایط زیستی محل تأثیر می‌گذارند. این حالت را به‌طور معمول «ناامنی مزمن» تعریف می‌کنند، یعنی شرایطی درازمدت که نتیجه آسیب‌های ساختاری است و شاید با تأثیرگذاری بحران وخیم‌تر هم بشود. نظام اطلاعاتی امنیت غذایی، ازجمله هشدار فوری قحطی و طبقه‌بندی مرتب مراحل امنیت غذایی، از سازوکارهای مهم تحلیل اطلاعات است.

۶. **تحلیل اهداد:** امنیت غذایی با توجه به شرایط زندگی و امرار معاش مردم، نظام بازار، دسترسی مردم به بازار، شرایط اجتماعی آنان (از لحاظ جنس و سن)، زمان و ماهیت بحران و امداد رسانی‌ها به آن، تغییر می‌کند. بررسی باید بر چگونگی دستیابی مردم آسیب‌دیده به غذا در بحران و درآمد آنان پیش از بحران و چگونگی سازگاری با آن، تمرکز داشته باشد. درجایی که مردم مجبور به کوچ می‌شوند، باید به امنیت غذایی جمعیت میزبان توجه کرد. در بررسی برای انتقال وجه نقد و در ارتباط با زنجیره تأمین غذا، باید بازارها، بانک‌ها، مؤسسات مالی و سایر عوامل و همچنین خطرات همراه با آن‌ها، در نظر گرفته شود (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳). این امر به بررسی امکان دخالت از طریق انتقال وجه نقد یا غذا و طراحی راهکارهای ایمن و مؤثر کمک خواهد کرد.

۷. **تحلیل بازار:** باید بخشی از بررسی‌های مقدماتی و ثانویه باشد. تحلیل بازار باید شامل روند رشد قیمت‌ها، موجودی کالاها و خدمات اساسی، تأثیر بحران بر ساختار بازار و دوره انتظار برای بازگشت به حالت عادی انجام شود. درک شرایط بازار برای فراهم کردن فرصت‌های استخدامی، غذا، اقلام اساسی و خدمات پس از بحران، می‌تواند به طراحی به‌موقع، مقرون به صرفه و پاسخ‌های مناسبی برای بهبود اقتصاد محل، منجر شود. پس از بحران، نظام‌های بازار توان آن را خواهند داشت که برای حمایت از زندگی مردم، با تأمین کالاهای مولد (مثل بذر، ابزار و غیره) و حفظ تقاضا برای استخدام، فراتر از تأمین نیازهای کوتاه‌مدت اقدام کنند. برنامه‌ها باید طوری طراحی شود که در هر جای ممکن، بتوان خرید محلی کرد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۴ انتقال غذا، نکات راهنمای ۲ و ۳، ص ۱۸۹، امنیت غذایی، استاندارد ۱ امرار معاش، نکته راهنمای ۷، ص ۲۰۷، استاندارد ۳ امنیت غذایی امرار معاش و نکته راهنمای ۲، ص ۲۱۲).

۸. سیاست‌های غلبه بر بحران: ارزیابی و تحلیل باید شامل روش‌های مختلف مقابله با بحران و چیرگی بر آن، توضیح این امر که چه کسی و در چه زمانی، باید این روش‌ها را به‌کاربندد، میزان فایده آن‌ها و ماهیت اثرات معکوس آن‌ها (اگر چنین اثراتی دارند) باشد. ابزارهایی مثل «نمودار راهبردهای سازگاری» توصیه شده‌است. ضمن این که این سیاست‌ها مختلف است و مراحل مشخصی برای مقابله وجود دارد. برخی از سیاست‌ها عادی و مثبت‌اند و می‌شود از آن‌ها حمایت کرد. ممکن است سایر سیاست‌های مقابله (مثل فروش زمین، مهاجرت خانوارها به دلیل درماندگی و یا تخریب جنگل‌ها)، که گاهی به آن‌ها سیاست‌های بحران هم گفته می‌شود، به‌طور دائم امنیت غذایی را به خطر بیندازد. ممکن است برخی دیگر از سیاست‌های مقابله با بحران، که ازسوی زنان و دختران اعمال و یا به آنان تحمیل می‌شود، به‌شدت و یا به‌صورت منفی بر سلامتی، رفاه روانی و یکپارچگی اجتماعی آنان اثر بگذارد. سیاست‌های مقابله ممکن است بر محیط زیست تأثیر داشته‌باشد، مثل استفاده بیش از حد از منابع طبیعی ملی. تحلیل باید در آغاز کار، برای شناسایی مناسب‌ترین امدادسانی، حدودی تعیین کند تا اطمینان حاصل شود که پیش از نابودی همه گزینه‌های بی‌ضرر، امنیت غذایی تأمین خواهدشد (رک. اصول حمایت ۱ و ۲، صص ۳۳ تا ۳۶).

۹. تحلیل گروهی آسیب‌پذیری: مشارکت پربرار گروه‌های مختلف مردان، زنان، سازمان‌ها و مؤسسات مناسب محلی، در همه مراحل بررسی اهمیت حیاتی دارد. برنامه‌ها باید براساس دانش محلی، نیازها و شرایط محلی، طراحی و آماده شود. در مناطقی که در معرض وقوع مکرر بلایای طبیعی یا اغتشاشات طولانی قراردارد، باید برای رسیدگی به بلایا، نظام‌های هشدار و امدادسانی اضطراری فوری یا شبکه‌ها و طرح‌های ستادی موجود باشد و بتوان آن‌ها را در بررسی‌ها درنظرگرفت. مشارکت زنان در طراحی و اجرای پروژه‌ها اهمیتی اساسی دارد (رک. اصول ۲ تا ۴ حمایت، صص ۳۶ تا ۴۱).

۱۰. نیازهای فوری و برنامه‌ریزی درازمدت: دخالت‌هایی که غرض از آن‌ها رفع نیازهای فوری غذایی است، می‌تواند شامل انتقال غذا، وجه نقد و حواله باشد. این امور می‌تواند به‌صورت منفرد و یا همراه با سایر مداخلات مربوط به امرار معاش صورت بگیرد. گرچه رفع نیازهای فوری و حفظ ابزارهای تولید در آغاز بحران‌ها اولویت دارد، امدادسانی را باید همیشه با در نظر گرفتن زمان‌های طولانی‌تر، ازجمله با توجه به آگاهی از اثرات تغییر آب‌وهوا بر بازسازی محیط زیست تخریب‌شده، طراحی کرد.

استاندارد ۲ بررسی امنیت غذایی و تغذیه: تغذیه

درجایی که مردم بیش از پیش با خطر سوء تغذیه روبه‌رو می‌شوند، با استفاده از شیوه‌های پذیرفته‌شده، بررسی‌هایی صورت می‌گیرد تا نوع، درجه و وسعت سوء تغذیه، درک و کسانی که بیش از همه آسیب‌دیده‌اند و همچنین واکنش مناسب آن، شناسایی شوند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- اطلاعات موجود درباره شرایط پیش از بحران را جمع‌آوری و با اطلاعات حاصل از بررسی مقدماتی ادغام کنید تا ماهیت و شدت شرایط تغذیه مشخص شود (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۶).
- گروه‌هایی را که به حمایت غذایی و عوامل زیربنایی تأثیرگذار بر شرایط تغذیه، بیشترین نیاز را دارند، شناسایی کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- معین کنید که آیا برای سنجش و درک بهتر شرایط، تن‌سنجی ۱، ریزمغذی‌ها، تغذیه نوزاد و کودکان خردسال، اقدامات مربوط به مراقبت از مادران و دلایل جانبی کاهش تغذیه در سطح جمعیت، بررسی‌های کمی و کیفی نیز لازم است، یا خیر.
- به نظرات و عقاید جامعه میزبان و سایر شرکای فعال محلی، در خصوص عوامل تعیین‌کننده کافی نبودن تغذیه، توجه کنید (رک. نکته راهنمای ۷).
- برای رهبری یا حمایت از فعالیت‌های امدادسانی، درباره ظرفیت ملی و محلی تحقیق کنید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۸).
- از اطلاعات حاصل از بررسی شرایط تغذیه استفاده کنید و تعیین کنید که شرایط رو به ثبات می‌رود، یا وخامت (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از روش‌های بررسی دربردارنده شاخص‌های استاندارد، پیرو اصول پذیرفته‌شده، برای بررسی‌های تن‌سنجی و غیر تن‌سنجی استفاده می‌شود (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۶). ۱- (anthropometry) بخشی از مردم‌شناسی که با اندازه‌گیری اعضای بدن ملل و نژادهای مختلف سروکار دارد.
- یافته‌های بررسی در یک گزارش تحلیلی، شامل توصیه‌هایی شفاف برای اقداماتی با هدف

کمک به آسیب‌پذیرترین افراد و گروه‌ها است (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۶).

نکات راهنما

۱. **اطلاعات زمینه‌ای:** اطلاعات مربوط به علل سوء تغذیه را می‌توان از منابع اولیه یا ثانویه، ازجمله از تاریخچه موجود تغذیه و بهداشت، گزارش پژوهش‌ها، اطلاعات مربوط به نظام هشدار سریع، پرونده‌های مراکز بهداشت، گزارش‌های امنیت غذایی و گروه‌های اجتماعی به دست آورد. اگر درباره مناطق خاص مورد بررسی یا اقدامات، اطلاعاتی در دست نیست، باید با منابع دیگر مشاوره کرد؛ ازجمله منابع پژوهشی آمار بهداشت^۱؛ پژوهش‌های خوشه‌ای چندشاخصی^۲؛ سایر پژوهش‌های بهداشت و تغذیه؛ نظام اطلاعاتی چشم‌انداز تغذیه سازمان بهداشت جهانی^۳؛ نظام اطلاعاتی تغذیه‌ای ویتامین و مواد معدنی سازمان بهداشت جهانی^۴؛ پایگاه اطلاعات اضطراری^۵ (CE-DAT)؛ نظام اطلاعات تغذیه^۶ (NICS)؛ نظام‌های بازرسی تغذیه ملی و نرخ پذیرش و پوشش‌دهی در برنامه‌های مدیریت سوء تغذیه، مشاوره کرد. در جایی که اطلاعاتی شاخص در دسترس باشد، اولویت این است که به‌جای توجه به شیوع سوء تغذیه تنها در یک زمان مشخص، روند شرایط تغذیه در طول زمان در نظر گرفته‌شود (رک. پیوست ۳: چک‌لیست بررسی تغذیه). بررسی تغذیه را باید در چارچوب پژوهش‌های گسترده‌تر، خصوصاً آن‌هایی که بر سلامتی عمومی و امنیت غذایی تمرکز دارند، در نظر گرفت. اطلاعات مربوط به اقدامات درخصوص تغذیه، ظرفیت عملیاتی آن‌ها و ظرفیت امدادسانی‌های محلی و ملی را، باید برای شناسایی کمبودها و هدایت امدادسانی‌ها جمع‌آوری کرد.

۲. **حیطه تحلیل:** پیرو بررسی مقدماتی و فقط آن‌جاکه فاصله‌ها و کمبودهای اطلاعاتی مشخص شده و به آگاهی بیشتری نیاز هست، باید بررسی عمیق‌تری به‌عمل‌آید (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲) تا در تصمیم‌گیری برنامه‌ریزی، سنجش دست‌آوردهای برنامه و یا برای مشاوره و توصیه‌ها از آن استفاده شود. بررسی عمیق‌تر، شامل روش‌های پژوهش ممکن دیگر، ازجمله تحلیل‌های تن‌سنجی، بررسی تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، پژوهش درباره ریزمغذی‌ها و تحلیل‌ها خواهد بود. از بررسی تغذیه و نظام‌های نظارتی هم می‌توان استفاده کرد.

۳. **روش‌شناسی:** هر نوع بررسی تغذیه‌ای، باید اهداف مشخصی داشته‌باشد، از روش‌های

1. WHO Nutrition Land
2. Demographic Health Surveys
3. cscape Information System
4. WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System
5. Complex Emergency Database
6. Nutrition in Crisis Information System

پذیرفته‌شده بین‌المللی استفاده و کسانی را که از لحاظ تغذیه آسیب‌پذیرند، شناسایی کند و عواملی را که بر سوء تغذیه تأثیر می‌گذارند، بشناساند. فرایند بررسی و تحلیل باید مستند باشد و در گزارشی به‌صورت شفاف، منطقی و به‌موقع ارائه شود. روش‌های بررسی نیز باید بی‌طرفانه و مشخص باشد؛ همچنین در تهیه آن‌ها، میان آژانس‌ها و دولت‌ها به‌خوبی هماهنگی شده‌باشد. به این ترتیب اطلاعات حاصل، مکمل هم و قابل قیاس با یکدیگر خواهند بود. بررسی‌هایی که چند آژانس انجام می‌دهند، می‌تواند در بررسی‌های گسترده و چندبخشی در مناطق جغرافیایی وسیع، کاربرد داشته‌باشد.

۴. پژوهش‌های انسان‌تن‌سنجی (آنتروپومتری): نمونه پژوهش‌های با مضامین مرتبط، مبتنی بر نمونه‌برداری‌های تصادفی یا غربالگری‌های عمومی است. پژوهش‌های انسان‌تن‌سنجی (یا آنتروپومتری)، امکان تخمین شیوع سوء تغذیه (مزن و حاد) را فراهم می‌کند. گزارش‌دهی این پژوهش‌ها باید براساس وزن به‌قد، در مقیاس Z^۱ و مطابق استانداردهای برنامه جهانی غذا (به پیوست ۴: سنجش سوء تغذیه شدید) باشد. بنا به گفته مرکز ملی آمار سلامت (NCHS) گزارش وزن به‌قد در مقیاس Z، می‌تواند به‌عنوان ملاک مقایسه با پژوهش‌های گذشته نیز باشد. لاغری و باریکی شدید دور قسمت میانی بازو (MUAC)^۲ باید در پژوهش‌های آنتروپومتری (یا بشر - تن‌سنجی) منظور گردد. تراکم ناهنجار آب در نتیجه (سوء) تغذیه، باید جداگانه ارزیابی و ثبت شود. درباره شیوع سوء تغذیه باید دامنه اطمینان (confidence interval) گزارش و کیفیت پژوهش نمایان باشد. این کار را می‌توان با استفاده از ابزارهای موجود (ازجمله نظارت و ارزیابی استاندارد امداد و جابه‌جایی SMART انجام داد)^۳.

۵. شاخص‌های غیر آنتروپومتری: اطلاعات اضافه بر آنتروپومتری نیز ضروری است، اما این اطلاعات باید با دقت مد نظر قرارگیرد و هنگام ضمیمه به گزارش پژوهش آنتروپومتری، محدود باشد تا به کیفیت آن آسیب نزنند. این شاخص‌ها باید شامل میزان پوشش ایمن‌سازی (خصوصاً درباره سرخک)، تأمین ویتامین آ، کمبود ریزمغذی‌ها (یا املاح و مواد معدنی) و شاخص‌های اقلام غذایی سازمان بهداشت جهانی برای نوزادان و کودکان خردسال (IYCF) باشد. در هر جای مناسب آمار ناخالص نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان زیر پنج سال نیز، می‌تواند مورد ارزیابی قرارگیرد.

۶. کمبود ریزمغذی‌ها (یا املاح و مواد معدنی): اگر مشخص شود که جمعیت پیش از بروز بحران، دچار کمبود ویتامین آ، ید یا روی بوده، یا از فقر آهن رنج می‌برده‌است، احتمال دارد که مشکل در اثر بروز بحران وخیم‌تر شود. ممکن است پلاگرا (بیماری ناشی از کمبود اسید

1. A Z-Score is a statistical measurement of a score's relationship to the mean in a group of scores. A Z-score of 0 means the score is the same as the mean. A Z-score can also be positive or negative, indicating whether it is above or below the mean and by how many standard deviations

2. Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transition

3. Mid Upper Arm Circumference

نیکوتینیک)، بری‌ری (کمبود ویتامین ب ۱)، اسکوریوت (بیماری ناشی از کمبود ویتامین ث) یا سایر بیماری‌های ناشی از فقر ریزمغذی‌ها شیوع یابد، که این موارد باید در ارزیابی تحلیل‌ها و برنامه‌ریزی در نظر گرفته شود. اگر کسانی با هر یک از این کمبودها در مراکز بهداشت حاضر شوند، ممکن است این نشانگر فقدان دسترسی به یک رژیم غذایی کافی و شاید نشان‌دهنده مسأله‌ای در میان همه جمعیت باشد. ارزیابی کمبود ریزمغذی‌ها می‌تواند به‌صورت مستقیم یا غیر مستقیم انجام گیرد. ارزیابی غیر مستقیم عبارت است از: تخمین مصرف مواد مغذی در سطح جمعیت و ملاک قراردادن آن برای تعیین میزان خطر، از طریق مرور اطلاعاتی موجود درباره وجود و دسترسی به غذا و استفاده از آن (رک. استاندارد ۱ بررسی امنیت غذایی و تغذیه، ص ۱۵۸) و ارزیابی کفایت سهمیه غذایی (رک. امنیت غذا، استاندارد ۱ انتقال غذا، ص ۱۸۸). ارزیابی مستقیم می‌تواند در صورت امکان، به‌عنوان روش جایگزین تشخیص کمبود آهن با محاسبه بالینی یا شبه‌بالینی کمبود آن در تک‌تک بیماران یا جمعیت‌های نمونه، و از جمله با سنجش هموگلوبین در حین پژوهش‌ها، در جایی که کم‌خونی شایع است، به‌کار رود.

۷. **تفسیر سطح سوء تغذیه:** تعیین نیاز سطوح سوء تغذیه، خود نیازمند تحلیل دقیق شرایط، با توجه به اندازه و پراکندگی جمعیت مرجع و نرخ مرگ‌ومیر، است (رک. استاندارد ۱ خدمات ضروری بهداشتی، نکته راهنمای ۳، ص ۳۲۵). برای این کار، موارد زیر مورد نیاز است: شاخص‌های سلامت، افت‌وخیزهای فصلی، شاخص‌های اقلام غذایی سازمان بهداشت جهانی برای نوزادان و کودکان خردسال (IYCF)،

سطوح کمبود تغذیه پیش از وقوع بلا، سطوح کمبود ریزمغذی‌ها (رک. پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی)، نسبت سوء تغذیه حاد با سوء تغذیه جهانی و سایر عواملی که بر دلایل زیربنایی سوء تغذیه اثر می‌گذارد. یک مجموعه تکمیلی از نظام‌های اطلاعاتی، می‌تواند مقرون به صرفه‌ترین راه برای نظارت بر روند کار باشد. جمعیت‌ها و مؤسسات محلی در صورت امکان باید در فعالیت‌های نظارتی، تفسیر یافته‌ها و برنامه‌ریزی هر امدادسانی شرکت داشته‌باشند. ممکن است به‌کارگیری الگوهای تصمیم‌گیری و روش‌های کار، که در آن‌ها تعدادی از متغیرها، از جمله امنیت غذایی، امرار معاش و بهداشت و تغذیه مد نظر قرار گرفته‌شده، مناسب باشد (رک. استاندارد ۱ بررسی امنیت غذایی و تغذیه و نکته راهنمای ۵، ص ۱۶۰).

۸. **تصمیم‌گیری:** باید از یافته‌های بررسی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به امدادسانی‌های مورد هدف، در جهت مدیریت سوء تغذیه استفاده شود. تصمیم‌گیری برای عملیات عمومی توزیع غذا یا سایر اقدامات برای پیشگیری یا درمان فوری در مرحله شدید بحران نیازی به منتظر شدن برای نتایج بررسی عمیق ندارد. اگر بررسی‌ها انجام می‌شود، از نتایج آن باید در اقدامات استفاده کرد. برای تصمیم‌گیری باید سوء تغذیه را به‌ترتیبی که در چارچوب مفهومی آمده، فهمید و تغذیه و ظرفیت موجود برای امدادسانی را بررسی کرد.

۲. تغذیه نوزاد و کودک خردسال

تغذیه نیمه‌بهینه نوزاد و کودک خردسال، آسیب‌پذیری و مرگ ناشی از سوء تغذیه را افزایش می‌دهد. در زمان بحران، خطرهای بیشتر می‌شود و جوان‌ترها، آسیب‌پذیرترین افراد خواهند بود. رفتار تغذیه‌ای بهینه که امکان ادامه زندگی را بیشتر می‌کند و مرگ‌ومیر را در کودکان زیر ۲۴ ماه، کاهش می‌دهد، عملکردهایی فوری است که شامل تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش‌ماهگی، ادامه تغذیه با شیر مادر به مدت ۲۴ ماه، یا بیشتر، و آغاز به تغذیه مکمل کافی، مناسب و سالم از شش‌ماهگی به بعد است.

IYCF^۱، یا تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، شامل اقدامات حمایتی و تأمین نیازهای خوراکی نوزادان و کودکان تغذیه‌کننده با شیر مادر و غیر آن، است. اولویت در این اقدامات حمایت و تأمین تغذیه نوزاد با شیر مادر، به حداقل رساندن خطر تغذیه با غذایی غیر شیر مادر و توان‌بخشی جهت تغذیه تکمیلی مناسب و سالم است. نوزادان و کودکان خردسال در شرایط سخت استثنایی، مانند زندگی در میان مبتلایان به HIV، یتیمان، مبتلایان به کم‌وزنی در هنگام تولد (یا LBW^۲) و افرادی که به شدت دچار سوء تغذیه اند، به توجه خاص نیاز دارند. حمایت و تأمین بهداشت غذایی، جسمانی و روانی زنان باردار و شیرده، سلامتی مادران و کودکان و مراقبان آن‌ها، که عبارتند از: پدر بزرگ‌ها و مادر بزرگ‌ها، پدران تنها یا خواهران و برادران نیز باید در نظر گرفته شود. برای رسیدگی به‌موقع به نیاز غذایی نوزادان و کودکان خردسال و مادران آن‌ها، در مقیاس وسیع‌تر انجام اقداماتی از جانب بخش‌های مختلف ضروری و اساسی است. IYCF یا تغذیه نوزاد و کودکان خردسال، بخش جدایی‌ناپذیر بسیاری از استانداردهای این فصل است و با استانداردهای فصول دیگر مشترک است.

1. Infants and Young Child Feeding
2. Law Birth Weight

استاندارد ۱ تغذیه نوزاد و کودک خردسال: راهنمایی و هماهنگی سیاست

تغذیه سالم و مناسب نوزاد و کودک خردسال برای جمعیت، با اجرای سیاست‌های راهنمایی اصلی و هماهنگی قوی حمایت می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از رهنمودهای عملی دوراندیشانه تغذیه نوزاد در بحران‌ها^۱ (IFE) و منشور بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر و قطعه‌نامه مجمع بهداشت جهانی^۲ (WHA)، که به‌طور کلی به «کد» معروف است، حمایت کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- از درخواست یا پذیرش هدایای تولیدکنندگان مواد جایگزین شیر مادر^۳ (یا BMS)، سایر محصولات شیری، پستانک و بطری شیر پرهیز کنید (رک. نکات راهنمای ۲).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از آن‌دسته سیاست‌های ملی یا مربوط به آژانس، که به تغذیه نوزاد و کودک خردسال رسیدگی و رهنمودهای عملی را منعکس می‌کند، پیروی می‌شود (رک. نکته راهنمای ۱).
- برای رسیدگی به تغذیه نوزاد و کودک خردسال در هر فاجعه یا بحران، هیئتی تشکیل می‌شود (رک. نکته راهنمای ۱).
- برای رسیدگی به محصولات اهدایی جایگزین شیر مادر، تولیدات شیری، بطری و پستانک هیئتی تعیین شده‌است (رک. نکته راهنمای ۲).
- تخطی از منشور، نظارت و گزارش می‌شود (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

نکات راهنما

۱. راهنمای سیاست، هماهنگی و ارتباط: اسناد اصلی راهنمای سیاست در برنامه‌های اضطراری، عبارتند از: رهنمودهای مربوط به تغذیه نوزادان در بحران‌ها یا (IFE) و منشور. راهنمایی بیشتر را می‌توانید در قسمت مآخذ و مطالب برای مطالعه بیشتر بیابید. قطعه‌نامه (۲۰۱۰) ۶۳/۲۳ سازمان بهداشت جهانی به کشورهای عضو توصیه می‌کند که حتماً در طرح‌های آمادگی ملی و بین‌المللی و امداد رسانی به بلا یا از رهنمودهای عملی مربوط به تغذیه

1. Infant Feeding in Emergencies

2. the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent relevant World Health Assembly (WHA)

3. Donations of breastmilk substitutes (BMS)

نوزادان در بلایا (IFE) تبعیت شود. آمادگی درقبال بلایا، شامل تدوین سیاست، جهت‌گیری در راستای IFE، آموزش آن و شناسایی منابع جایگزین شیر مادر (BMS)، سازگار با منشور و غذای مکمل است. نظارت و گزارش موارد تخطی از منشور، به پاسخگویی در امدادرسانی کمک بزرگی خواهد کرد. ارتباط روشن و هماهنگ با جمعیت آسیب‌دیده و اطلاع‌رسانی در رسانه‌ها، تأثیر مهمی بر امدادرسانی خواهد گذاشت.

۲. توزیع شیر و محصولات شیری: شیر و محصولات شیری را نباید در توزیع غیر هدفمند جای داد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۲ انتقال غذا، نکته راهنمای ۵، ص ۱۹۴). بهتر است که علائم آن و مدیریت تغذیه با موادی غیر شیر مادر، با رهنمود عملی IFE و منشور، مطابق باشد و تحت هدایت کمیته هماهنگ‌کننده منتخب هیئت تغذیه نوزادان در بلایا یا IFE، قرار گیرد. نباید در بلایا اقلام اهدایی BMS (یا جایگزین‌های شیر مادر)، محصولات شیری، بطری‌ها و پستانک‌ها را پذیرفت. درباره هرگونه اقلام کمکی وارده، باید با آژانس مسئول مشورت کرد و مدیریت آن را به هیئت هماهنگ‌کننده منتخب IFE سپرد.

استاندارد ۲ تغذیه نوزاد و کودکان خردسال: حمایت اولیه و تخصصی

مادران و مراقبان نوزاد و کودک خردسال، به حمایت به‌موقع و مناسب غذایی، که خطرات را کاهش می‌دهد و تغذیه، بهداشت و ادامه زندگی را بهبود می‌بخشد، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● برای حمایت ایمن و مناسب از تغذیه نوزاد و کودک خردسال (یا IYCF)، اقداماتتان را در فعالیت‌های چندبخشی هماهنگ کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

● در دسترسی به غذا، وجه نقد یا حواله و سایر اقدامات حمایتی اولویت با زنان باردار و شیرده است. (رک. نکته راهنمای ۱).

● مشاوره‌های مربوط به تغذیه با شیر مادر را در فعالیت‌هایی که هدف آن‌ها زنان باردار و شیرده و کودکان صفر تا ۲۴ ماهه است، ادغام کنید (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۷).

● از مادران تمام نوزادان در تغذیه انحصاری نوزادانشان با شیر مادر به‌سرعت حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

● از تغذیه ایمن، کافی و مناسب با غذای مکمل حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

● برای مادران و مراقبانی که نوزادانشان نیازمند مقدار کافی جایگزین مناسب شیر مادر و

- حمایت‌های تکمیلی هستند، دسترسی به غذای مکمل را تسهیل کنید (رک. نکته راهنمای ۶).
- در شرایط فوق‌العاده سخت و دشوار به حمایت از تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (یتیمان، کودکان دچار سوء تغذیه شدید، کودکان متولدشده با وزن کم و کسانی که با HIV زندگی می‌کنند)، توجه خاصی داشته باشید (رک. نکات راهنمای ۴ تا ۷).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- محاسبه شاخص‌های استاندارد سازمان بهداشت جهانی برای آغاز فوری تغذیه با شیر مادر، برای کودکان کمتر از ۶ ماه و نرخ ادامه تغذیه با شیر مادر برای ۱ تا ۲ ساله‌ها (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۳ و ۵ تا ۶).
- مراقبان، به موقع به غذاهای مکمل، برای تغذیه کافی و ایمن کودکان شش تا ۲۴ ماهه دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۵ و ۶).
- مادران شیرده برای شیردهی به کودکانشان، به خدمات حمایتی کارکنان ماهر دسترسی دارند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).
- برای نوزادان نیازمند غذای مکمل، به مواد مناسب جایگزین شیر مادر، هماهنگ با منشور و تأکیده‌های حمایتی آن، دسترسی وجود دارد. (رک. نکته راهنمای ۵).

نکات راهنما

- تمهیدات ساده و اقدامات اساسی، برای ایجاد محیطی حامی تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (IYCF) ضروری است. نسبت به مشکلات تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی و یا تغذیه کودکان صفر تا ۲۴ ماهه، با غذایی غیر شیر مادر هشیار باشید و درباره گزارش‌های مربوط به این مشکلات تحقیق کنید. کودکانی که با غذای مکمل تغذیه می‌شوند، نیازمند حمایت فوری اند. رفع نیازهای اساسی مادران، مراقبان و زنان باردار و شیرده، باید در اولویت قرارگیرد. برای تضمین دسترسی خانواده‌های دارای کودک زیر ۲۴ ماه و مادران شیرده به غذای کافی، باید همه نوزادان ثبت نام و با برنامه‌های امنیت غذایی مرتبط شوند. سکونت‌گاه‌های مختص مادران و مراقبان، دسترسی گروه‌های همسان و حمایت در قالب تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (IYCF) را تسهیل می‌کند. حمایت از تغذیه با شیر مادر باید از همان آغاز کار در خدمات اصلی، مثل بهداشت باروری، مراقبت‌های اولیه بهداشتی، خدمات روانشناسی و برنامه‌های منتخب تغذیه گنجانده شود.
- عدم مصرف مواد مغذی کافی، زنان باردار و شیرده را در برابر خطرات پیچیده، مرگ‌ومیر، تولد نوزادانی با وزن کم، افت تغذیه و کاهش غلظت مواد مغذی خاص در شیرشان، قرار

خواهد داد. کم‌وزنی مادر در دوره بارداری به‌شدت با تولد نوزاد با وزن کم مرتبط و یکی از مشکلات حاملگی در سنین نوجوانی است. برای تأمین ذخیره مواد مغذی در بدن مادر و محتوای شیر زنان باردار و شیرده، که سهمیه تقویتی دریافت می‌کنند یا نمی‌کنند، باید به‌طور روزانه اقلام خوراکی تکمیلی داد. اگر به آنان آهن و اسید فولیک داده می‌شود، باید به این کار ادامه داد. زنان باید در شش تا هشت هفته اول پس از زایمان، ویتامین آ دریافت کنند. مصرف ریزمغذی‌های تکمیلی باید از لحاظ مقدار و زمان مصرف، مطابق با توصیه‌های بین‌المللی باشد. ممکن است ارجاع به مراکز خدمات روانشناسی، خصوصاً در میان جمعیت‌هایی که متحمل ضربه روحی شده‌اند، ضروری باشد؛ با این که حمایت از تغذیه مادران نوجوان مهم است، اما احتمال دارد که برنامه‌های پیشگیری از حاملگی نوجوانان، بیشترین تأثیر را در کاهش تولد نوزادان کم‌وزن بگذارد.

۳. **شیردهی زودهنگام مادر،** (یک ساعت پس از تولد) برای حفاظت از سلامتی مادر و نوزاد ترجیح داده می‌شود. تماس جسمی نوزادان کم‌وزن با مادرانشان، در لحظه تولد و شیردهی زودهنگام ازسوی مادران، فایده خاصی برای هر دو گروه دارد (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲ بهداشت کودک، نکته راهنمای ۱، ص ۳۳۹).

۴. **شیردهی مادر:** کودک در تغذیه اختصاصی تنها باید شیر مادر بخورد، نه آب یا مایعات و جامدات دیگر؛ بااستثنای ریزمغذی‌های مکمل و یا دارو. این کار ایمنی غذا و مایعات را در شش‌ماه اول زندگی کودکان تضمین و در آن‌ها مصونیت فعال ایجاد می‌کند. تغذیه با شیر مادر، به‌ویژه در شرایط نامساعد آب و فاضلاب و بهداشت ضعیف، تا سنین بیشتر نیز مفید واقع می‌شود، پس باید تغذیه آنان با شیر مادر تا ۲۴ ماهگی یا بیشتر ادامه یابد. مادران، خانواده‌ها، جوامع و کارکنان بهداشت باید از تداوم تغذیه با شیر مادر، اطمینان یابند؛ این اطمینان در شرایط شدید ممکن است آسیب بیند. برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه باید از تغذیه با شیر مادر در شرایط دشوارتر، ازجمله در میان جمعیت تحت فشار و کودکان زیر شش سال دچار سوء تغذیه شدید (رک. مدیریت سوء تغذیه حاد و استاندارد ۲ کمبود ریزمغذی‌ها، ص ۱۷۷)، مردمی که در میان آن‌ها تغذیه ترکیبی متداول است و تغذیه نوزاد در فضای آلوده به HIV، حمایت کند (رک. نکته راهنمای ۷).

۵. **تغذیه تکمیلی** عبارت است از فرایند خوراندن غذاهای دیگر، علاوه‌بر شیر مادر (یا علاوه‌بر جایگزین مناسب شیر مادر، در کودکانی که با غذای تکمیلی تغذیه می‌شوند)، از سن شش‌ماهگی به بعد. تغذیه با شیر مادر همزمان با غذای مکمل (شش ماهگی تا دو سالگی)، بر امنیت تغذیه کودک تأثیر می‌گذارد. کودکانی که غذایی جز شیر مادر می‌خورند، برای جبران کمبود تغذیه خود به حمایت احتیاج دارند. ارتباط با برنامه‌های امنیت غذایی برای حمایت از تغذیه تکمیلی ضروری است. اگر جمعیت به کمک‌های غذایی متکی باشد، باید در سهمیه غذایی عمومی، خوراک مناسب و مقوی با ریزمغذی‌ها گنجانده شود؛ ممکن است تغذیه مکمل، برای عموم لازم باشد. نسبت به شرایط بحرانی مختلف و در طول دوره تغذیه

با غذای مکمل، معیارهای مشخص لازم است. خوراک درمانی، غذای تکمیلی محسوب نمی‌شود. توزیع غذای مکمل باید همراه با دستور استفاده و نشان‌دادن نحوه تهیه آن باشد. استفاده از مکمل‌های ریز مغذی، از جمله ویتامین آ، باید مطابق با جدیدترین توصیه‌ها باشد. نوزادان و کودکان خردسالی که با وزن کم متولد شده‌اند، می‌توانند از مواد تکمیلی آهن‌دار بهره‌مند شوند. اگر جمعیت در منطقه مالاریا خیز است، همراه با اقدامات مناسب برای کنترل مالاریا باید اقداماتی نیز جهت افزودن مکمل آهن به غذای کودکان دچار کم‌خونی و فقر آهن به‌عمل‌آید.

۶. **تغذیه با غذای مکمل:** برای یافتن گزینه غذایی مناسب برای نوزادانی که شیر مادر نمی‌خورند، کارشناسان زنده باید آن‌ها را به سرعت شناسایی کنند. آن‌جاکه شیردهی مادر مقدور نیست، باید از شیر اهدایی، و خصوصاً از شیر دایه، که نقش ارزشمندی برای کودکان کم‌وزن دارد، استفاده کرد. اگر در شرایطی، تغذیه با غذای مکمل دیده شد، باید به مادران و مراقبان اطمینان داد که تا هر زمان لازم (و حداقل تا شش‌ماهگی کودک) به مقدار کافی جایگزین مناسب شیر مادر و همچنین حمایت‌های ملازم آن (آب، سوخت، امکانات ذخیره‌سازی، نظارت بر رشد، مراقبت‌های بهداشتی و زمان کافی) دسترسی خواهند داشت. از نوزادان زیر شش‌ماه که توانان با شیر و غذای مکمل تغذیه می‌شوند، باید حمایت کرد که فقط شیر مادر بخورند. از بطری‌های شیر، به دلیل دشواری نظافت آن، نباید استفاده کرد. در برنامه‌هایی که از تغذیه با غذایی غیر از شیر مادر حمایت می‌کند، باید سنت‌های تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (IYCF) جامعه را با توجه به شاخص‌های استاندارد، تحت نظارت قرار داد تا تضمین شود که تغذیه با شیر مادر اولویت دارد. نرخ مرگ‌ومیر باید با توجه به شیوع اسهال، در سطوح فردی و جمعیتی بررسی شود. باید برای نوزادان زیر شش‌ماه مقادیر کمی ویتامین آ در نظر گرفت.

۷. **HIV و تغذیه کودک:** تعیین بهترین گزینه تغذیه، جهت افزایش طول عمر کودکان متولد از مادران دچار HIV، که خود بدان مبتلا نیستند، یک اولویت است. بنابر توصیه‌های کلی IYCF (تغذیه نوزادان و کودکان خردسال)، مادران مبتلا به بیماری‌های مبهم یا HIV، باید تحت حمایت قرارگیرند (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۵). کاربرد اقدامات ضد بازگشت ویروس (ARV)، هم‌زمان با تغذیه از شیر مادر، می‌تواند انتقال HIV پس از تولد، از مادران آلوده به کودکان، را تا حد چشمگیری کاهش دهد؛ بنابراین دسترسی فوری به اقدامات ضد بازگشت ویروس، اولویت دارد (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲ بهداشت جنسی و باروری، ص ۳۴۴). در شرایط بحران، خطرات برای نوزادانی که به تغذیه جایگزین وابسته‌اند، افزایش می‌یابد. تغذیه با شیر مادر، از جمله آن‌جا که هنوز اقدامات ضد بازگشت ویروس (یا ARV) انجام نشده، امکان ادامه حیات نوزادان متولد از مادران مبتلا را افزایش می‌دهد. تغذیه اضطراری با غذای مکمل، برای نوزادانی که قبلاً از غذای جایگزین استفاده می‌کردند، ضروری است.



۳. مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها

سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها، با افزایش خطر مرگ‌ومیر در میان افراد آسیب‌دیده همراه است. بنابراین، با احتمال بسیار چنین خطری، تضمین دسترسی به خدماتی که از سوء تغذیه پیشگیری و آن را اصلاح می‌کند، ضروری است. در صورتی که برای رفع مشکلات زیربنایی سوء تغذیه، همزمان و از طریق سایر اقدامات برای حمایت از سلامتی، واش (WASH)، انتقال غذا و امنیت غذایی اقدام شود، تأثیر این خدمات به‌طور چشمگیری کاهش خواهد یافت.

از راه‌های متعدد می‌توان به سوء تغذیه حاد معتدل رسیدگی کرد. تغذیه تکمیلی در بلایا، اغلب در سیاست‌های پیشگیری و درمان سوء تغذیه حاد معتدل اولویت دارد. با توجه به سطوح سوء تغذیه جمعیت‌های آسیب‌دیده و پیشگیری از شدت یافتن آن، تغذیه تکمیلی می‌تواند فراگیر یا هدفمند باشد. در استاندارد ۱ تغذیه مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها، شاخص‌ها اساساً به تغذیه تکمیلی هدفمند اشاره دارند. درحالی‌که هیچ شاخصی برای تغذیه تکمیلی، فراگیر نیست، نظارت بر پوشش‌دهی، پذیرش و سهمیه‌های فراهم‌شده بسیار مهم است.

از طریق مراقبت‌های درمانی که به‌صورت‌های گوناگون ارائه می‌شود، می‌توان به سوء تغذیه حاد رسیدگی کرد. اگر شرایط اجازه دهد، روش ارجح در مدیریت سوء تغذیه، جامعه‌محور بودن آن است. برنامه‌های طراحی‌شده برای رسیدگی به سوء تغذیه حاد باید، آمادگی جامعه (جهت ارتباط مؤثر، جست‌وجوی فعال، ارجاع و پیگیری)، درمان سرپایی موارد سوء تغذیه حاد فاقد پیچیدگی‌های پزشکی و مدیریت بستری افراد و کودکان خردسال مبتلا به سوء تغذیه حاد را دربرگیرد.

شناسایی کمبود ریزمغذی‌ها در بسیاری از شرایط دشوار است؛ درحالی‌که تشخیص علائم بالینی کمبودهای شدید می‌تواند آسان‌ترین کار باشد، گاه مسئله دشوارتر سلامتی و ادامه حیات جمعیت‌ها، کمبودهای شبه‌بالینی است. در جایی که کمبود ریزمغذی‌ها در میان جمعیتی شیوع یافته، ممکن است این مشکل در اثر بحران تشدید شود. این کمبودها را باید با کاربرد اقداماتی برای درمان کل جمعیت و افراد برطرف کرد.

استاندارد ۱ مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها: سوء تغذیه حاد معتدل

به سوء تغذیه حاد معتدل رسیدگی می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از همان آغاز کار، سیاست‌ها، اهداف و معیارهایی روشنی را برای ورود به کار و خروج از آن تعیین کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- از همان آغاز کار، دسترسی و پوشش‌دهی جمعیت را از طریق مشارکت خودشان، به حداکثر برسانید (رک. نکته راهنمای ۲ و استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶).
- مبنای پذیرش و ترخیص افراد را با استفاده از معیارهای ملی و بین‌المللی پذیرفته‌شده تن‌سنجی تعیین کنید (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴ و پیوست ۴: سنجش سوء تغذیه شدید و مقیاس‌های اهمیت ریزمغذی‌ها در سلامت عمومی).
- در صورت امکان، مدیریت سوء تغذیه حاد معتدل را به مدیریت سوء تغذیه حاد شدید و خدمات بهداشتی موجود مرتبط کنید (رک. نکته راهنمای ۵ و ۶).
- اگر در محل برای تغذیه، ترتیبی منطقی داده نشده، سهمیه‌های غذایی خشک و مناسب آماده مصرف فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۸).
- درباره عملکردهای ضعیف و غیر متعهدانه تحقیق کنید (رک. نکات راهنمای ۵ و ۶).
- با تأکیدی خاص بر حمایت از افزایش تغذیه کودکان با شیر مادر، به تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (IYCF) رسیدگی کنید (رک. نکته راهنمای ۷).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- کاربرد این شاخص‌ها اساساً برای گروه سنی ۶ تا ۵۰ ماه است، هرچند کسان دیگری هم می‌توانند بخشی از برنامه باشند.
- بیش از ۹۰ درصد جمعیت هدف، در فاصله کمتر از یک روز پیاده‌روی با محوطه برنامه‌های تغذیه تکمیلی قراردارند و بیش از یک ساعت در آن‌جا، برای استفاده از برنامه‌های تغذیه تکمیلی راه نمی‌پیمایند. این زمان شامل مدت درمان نیز هست (رک. نکته راهنمای ۹).
- پوشش‌دهی در نواحی روستایی بیش از ۵۰، در نواحی شهری بیش از ۷۰ و در موقعیت‌های

اردوگاهی بیش از ۹۰ درصد است (رک. نکته راهنمای ۲).

پس از برنامه تغذیه تکمیلی، افراد فوت‌شده کمتر از ۳ درصد، بهبودیافتگان بیش از ۷۵ درصد و کسانی که برنامه بر آن‌ها تأثیری نداشته، کمتر از ۱۵ درصد هستند (رک. نکته راهنمای ۴).

نکات راهنما

۱. **طرح برنامه،** باید بر مبنای پیچیدگی و پویایی شرایط تغذیه باشد. تغذیه تکمیلی می‌تواند به روشی هدفمند یا فراگیر (blanket) انجام گیرد. تصمیم‌گیری درباره انتخاب روش، به شدت سوء تغذیه و فشار شرایط (یا تعداد افراد)، ظرفیت غربالگری و نظارت بر فشار شرایط با استفاده از معیارهای تن‌سنجی، منابع موجود و دسترسی به جمعیت آسیب‌دیده، بستگی دارد. تغذیه تکمیلی هدفمند، به‌طور کلی نیازمند غذای کمتر ولی زمان و تلاش بیشتر برای غربالگری و نظارت بر افراد مبتلا به سوء تغذیه حاد، است؛ در صورتی که در روش فراگیر، معمولاً به مهارت کمتر کارکنان، اما غذای بیشتر نیاز است. آمادگی جدی جامعه به درک بیشتر مردم و تأثیر آن، کمک خواهد کرد. پیوند دادن برنامه با مراقبت‌های درمانی، نظام‌های بهداشت، شبکه‌های HIV و ایدز، سل و همچنین برنامه‌های امنیت غذایی (از جمله تأمین غذا، وجه نقد یا انتقال حواله)، بسیار مهم است. جمعیت آسیب‌دیده باید در انتخاب محل اجرای برنامه دخالت داده شوند. باید به افراد آسیب‌پذیری که ممکن است در دسترسی به این مقرها با مشکلاتی مواجه شوند، توجه کرد. طرح‌های پایان برنامه‌ها و خروج از محل‌ها، باید از همان آغاز کار تدارک دیده‌شود.

۲. **پوشش‌دهی،** در میان درمان‌شوندگان شامل افرادی می‌شود که واقعاً به درمان احتیاج دارند. پوشش می‌تواند تحت تأثیر پذیرش برنامه، محل و پذیرش محل اجرای برنامه، شرایط ایمنی، تعداد دفعات توزیع، زمان انتظار، کیفیت خدمات، گستردگی بسیج و بازدید از واحدهای مسکونی، غربالگری و معیارهای پذیرش، قرارگیرد. محوطه‌های برنامه باید به جمعیت هدف نزدیک باشد تا از خطرات و هزینه‌های پیمودن مسافت طولانی با کودکان خردسال و آوارگی مردم کاسته شود. سطح قابل اعتماد بودن و نوع اطلاعات دریافتی در روش‌های سنجش پوشش‌دهی متفاوت است. در گزارش‌دهی باید روش‌های مورد استفاده ذکر شود. برای انتخاب روش متناسب با شرایط، باید هنگام تصمیم‌گیری به رهنمودهای این کتاب مراجعه شود. در یک شرایط مفروض، باید به بررسی پوشش به‌عنوان ابزاری مدیریتی نگریست و نباید بررسی را تا پایان بحران به تعویق انداخت.

۳. **معیارهای پذیرش:** علاوه بر کسانی که طبق معیارهای تن‌سنجی دچار سوء تغذیه شدید اند، کسان دیگری، از جمله افراد مبتلا به HIV (ایدز) یا سل، ترخیص‌شدگان از مراقبت‌های درمانی، مبتلایان به سایر بیماری‌های مزمن یا اشخاص معلول، نیز می‌توانند جهت پیشگیری از بازگشت دوباره بیماری، از تغذیه تکمیلی بهره‌مند شوند. اگر افراد فاقد ویژگی‌های تن‌سنجی هم منظور شوند، مجموعه نظارت و گزارش نیازمند تنظیم خواهد بود.

۴. معیارهای ترخیص: در جایی که معیارهای بین المللی وجود ندارد، معیارهای ترخیص باید مطابق با دستورالعمل های ملی باشد و در زمان ارائه گزارش شاخص های اجرا مشخص شود (رک. نکته راهنمای ۵).

۵. معیارهای عملکرد به افراد ترخیص شده ای که درمانشان به پایان رسیده مربوط است. تعداد کل افراد ترخیص شده همه بهبود یافتگان، فوت شدگان، منصرف شدگان از درمان و یا کسانی را که بهبود پیدا نکرده اند در بر می گیرد. افرادی که برای خدمات تکمیلی (مانند خدمات درمانی) ارجاع شده اند درمانشان تمام نشده و درمانشان را ادامه می دهند و یا در آینده ادامه خواهد داد. افرادی که به جاهای دیگری ارجاع می شوند درمانشان تمام نشده و نباید در شاخص های عملکرد شامل شوند. شاخص های مربوط به اجرای کار عبارتند از:

نسبت ترخیصی های بهبودیافته =

تعداد بهبودیافته ها

$$\frac{\text{تعداد کل ترخیص شدگان}}{100} \times 100 \text{ در صد}$$

تعداد کل ترخیص شدگان

$$\text{نسبت ترخیصی های فوت شده} =$$

تعداد افراد فوت شده

$$\frac{\text{تعداد کل ترخیص شدگان}}{100} \times 100 \text{ در صد}$$

تعداد کل ترخیص شدگان

$$\text{نسبت ترخیصی های تمارضی} =$$

تعداد تمارض کنندگان

$$\frac{\text{تعداد کل ترخیص شدگان}}{100} \times 100 \text{ در صد}$$

تعداد کل ترخیص شدگان

$$\text{نسبت ترخیصی های بهبودنیافته} =$$

تعداد بهبودنیافته ها

$$\frac{\text{تعداد کل ترخیص شدگان}}{100} \times 100 \text{ در صد}$$

تعداد کل ترخیص شدگان



به‌منظور پرهیز از اغراق در ارائه نتایج درمان کسانی که بهبود می‌یابد، باید افرادی را که پس از مراقبت‌های درمانی پذیرش می‌شوند، به‌صورت طبقه‌بندی جداگانه‌ای گزارش کرد. کودکانی را که علاوه بر سوء تغذیه، لب‌شکری‌اند و ناتوانی و مشکلات ناشی از جراحی و غیره دارند، نباید در گزارش‌ها از قلم انداخت. در زمان گزارش‌دهی، گروه اصلی را کودکان میان شش تا ۵۹ ماهه تشکیل می‌دهند. نظام‌ها هنگام تحلیل عملکرد، علاوه بر شاخص‌های مذکور، باید بر مشارکت جمعیت، پذیرش عمومی برنامه (نرخ عدم تأثیر و پوشش‌دهی، ملاک خوبی است)، کمیت و کیفیت غذای تأمین‌شده، پوشش‌دهی، دلایل انتقال به برنامه‌های دیگر (خصوصاً در ارتباط با کودکانی که به سوء تغذیه شدید افول کرده‌اند) و تعداد افراد پذیرش‌شده و تحت درمان نیز نظارت داشته‌باشند. عوامل خارجی، مثل الگوهای مرگ‌ومیر، سطوح سوء تغذیه در میان جمعیت، اقدامات تغذیه تکمیلی در دسترسی مردم (ازجمله توزیع غذا یا برنامه‌های هم‌تراز با آن و ظرفیت نظام موجود برای خدمت‌رسانی) را هم باید در نظر داشت. درباره دلایل خطا و کوتاهی در امدادسانی مناسب برای درمان، باید به‌طور مستمر تحقیق کرد.

۶. **اطلاعات و ملاحظات مربوط به سلامتی:** برنامه‌های هدفمند تغذیه تکمیلی، نقطه عطف مهمی برای غربالگری و ارجاع به‌دلیل بیماری است. در برنامه‌ها باید ظرفیت خدمات بهداشتی موجود را در نظر گرفت و از تأمین مؤثر کرم‌کش‌ها، مقدار مورد نیاز ویتامین آ، آهن و اسیدفولیک، آمیخته با تمهیدات غربالگری و درمان مالاریا، روی برای درمان اسهال و واکسینه‌کردن (رک). خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲، ص ۳۲۹ و خدمات ضروری بهداشتی، استانداردهای ۱ و ۲ بهداشت کودک، صص ۳۳۶ تا ۳۳۸) اطمینان حاصل کرد. در مناطقی که ایدز شیوع زیادی دارد، باید آزمایش HIV و اقدامات درمانی پیشگیرانه را در دسترس قرار داد و به کیفیت و کمیت سهمیه غذایی توجه خاصی نمود.

۷. **مادران شیوه:** نوزادان زیر شش‌ماه دچار سوء تغذیه شدید، جدا از شرایط تغذیه مادران، باید در برنامه تغذیه تکمیلی پذیرش شوند. مادرانی که سوء تغذیه معتدل دارند، می‌توانند با موفقیت شیر دهند، اما برای حمایت از وضع تغذیه خود به تأمین غذای کافی نیاز خواهند داشت. مادران باید از سهمیه‌های غذایی تکمیلی، حمایت افراد ماهر در زمینه تغذیه نوزادان با شیر خود، خصوصاً و همچنین دریافت توصیه‌هایی درباره تغذیه تکمیلی سالم، مغذی و مفید برخوردار باشند. نوزادان زیر شش‌ماه را که دچار سوء تغذیه شدید هستند، باید به‌طور مناسب برای حمایت از طریق تغذیه با شیر مادر و در صورت لزوم برای بستری شدن ارجاع داد.

۸. **سهمیه‌ها:** سهمیه‌های خشک یا غذاهای آماده مصرف که به‌صورت هفتگی یا دو هفته یکبار تقسیم می‌شود، به تغذیه در محل اولویت دارد، اما امنیت غذایی خانوارها در ترکیب، مقدار و همچنین امکان تقسیم غذا، باید در نظر گرفته‌شود. درباره چگونگی آماده‌سازی و ذخیره غذای مکمل به روش‌های بهداشتی، چگونگی و زمان مصرف (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۶ انتقال غذا، نکته راهنمای ۱، ص ۲۰۷) و اهمیت ادامه تغذیه با شیر مادر کودکان زیر ۲۴

ماه، باید راهنمایی‌های روشنی ارائه کرد. افراد آسیب‌پذیر، مثل کسانی که مشکلات حرکتی دارند، ممکن است برای رفع نیازهای خاص خود، به تغییراتی در برنامه احتیاج داشته باشند.

استاندارد ۲ مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها: سوء تغذیه حاد شدید

به سوء تغذیه بسیار شدید رسیدگی می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از همان آغاز، معیارهای دقیق و مورد توافقی را برای چیدمان کار، حمایت از خدمات موجود، جمع‌بندی و اختتام کار مشخص کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- برای مدیریت سوء تغذیه حاد شدید، اقداماتی مثل مراقبت به صورت بستری و سرپایی، ارجاع و آمادگی مردم را در نظر بگیرید (رک. نکته راهنمای ۲).
- از همان آغاز، دسترسی و پوشش‌دهی را از طریق مشارکت جمعیت در کارها به حد اکثر برسانید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳ و استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶).
- برای مدیریت سوء تغذیه بسیار شدید، مراقبت‌های غذایی و پزشکی را براساس قوانین شناخته‌شده ملی یا بین‌المللی تأمین کنید (رک. نکات راهنمای ۴ تا ۸).
- اطمینان یابید که معیارهای ترخیص شامل هردو نوع شاخص‌های تن‌سنجی و غیر تن‌سنجی است (رک. نکته راهنمای ۶).
- درباره علل ناکارآمدی‌ها و مؤثر نبودن اقدامات و یا افزایش مرگ‌ومیرها تحقیق کنید (رک. نکات راهنمای ۶ و ۷).
- به تغذیه نوزادان و کودکان با تأکید خاص بر حمایت از افزایش تغذیه با شیر مادر، رسیدگی کنید (رک. نکات راهنمای ۹ و ۱۰).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- کاربرد این شاخص‌ها اساساً برای گروه سنی ۶ تا ۵۰ ماه است، هرچند موارد دیگر نیز می‌توانند بخشی از برنامه باشند.
- بیش از ۹۰ درصد جمعیت هدف در فاصله کمتر از یک روز پیاده‌روی، تا محل اجرای برنامه اند (زمان لازم برای درمان هم محاسبه شده‌است).

در نواحی روستایی، پوشش‌دهی بیش از ۵۰، در نواحی شهری بیش از ۷۰ و در شرایط اردوگاهی، بیش از ۹۰ درصد است (رک. نکته راهنمای ۳).

نسبت ترخیصی‌های فوت‌شده پس از برنامه مراقبت درمانی، کمتر از ۱۰ درصد، بهبودیافتگان بیش از ۷۵ درصد و کسانی که برنامه بر آن‌ها تأثیری نداشته، کمتر از ۱۵ درصد است (رک. نکته راهنمای ۶).

نکات راهنما

۱. **طرح برنامه:** طرح برنامه در هر جای ممکن، باید بر مبنای نظام بهداشتی موجود و برای حمایت از آن باشد. برای تضمین مدیریت مؤثر سوء تغذیه حاد شدید، براساس ظرفیت امکانات بهداشتی و جامعه، تعداد و پراکندگی جغرافیایی افراد آسیب‌دیده و شرایط امنیت باید حمایت مضاعفی تعیین شود. برنامه‌های امدادرسانی از همان آغاز کار باید سیاست خروج یا طرح‌های حمایتی درازمدت پس از بحران، را آماده کنند. در معیارهای پایان کار و یا انتقال به مراحل بعدی، باید ظرفیت‌ها و فرصت‌های ادغام شدن در نظام‌های موجود در نظر گرفته شود.

۲. **اجزای برنامه:** برنامه‌هایی که به مدیریت سوء تغذیه حاد شدید می‌پردازد، باید شامل مراقبت از افراد نیازمند درمان‌های پیچیده، به صورت بستری کردن و مراقبت از همه نوزادان زیر شش‌ماه دچار سوء تغذیه و نیازمند درمان‌های سطحی و سرپایی باشد. مراقبت به صورت بستری می‌تواند از طریق درمان مستقیم و یا ارجاع انجام شود. برنامه‌ها همچنین باید با سایر خدماتی که به علل سوء تغذیه رسیدگی می‌کنند (مثل تغذیه تکمیلی، شبکه‌های رسیدگی به HIV، ایدز و سل)، خدمات بهداشتی مقدماتی و برنامه‌های امنیت غذایی، از جمله تأمین غذا، وجه نقد یا انتقال حواله مرتبط باشد. آمادگی مؤثر جامعه، به پذیرش برنامه، در دسترس بودن و پوشش‌دهی آن کمک خواهد کرد. محوطه‌های برنامه باید به جمعیت هدف نزدیک باشد تا از خطرات و هزینه‌های پیمودن مسافت‌های طولانی همراه کودکان خردسال و آوارگی مردم کاسته شود.

۳. **پوشش‌دهی:** پوشش‌دهی، مانند سوء تغذیه حاد معتدل، تحت تأثیر مقبولیت برنامه، محل و پذیرش محل‌ها، شرایط کلی امنیت، دفعات توزیع مواد غذایی، زمان انتظار، و اشتراک با معیارهای غربالگری و پذیرش قرار دارد. روش‌های سنجش پوشش‌دهی، از لحاظ سطح جلب اعتماد و نوع اطلاعات به دست آمده متفاوت است. هنگام تصمیم‌گیری برای انتخاب روش مناسب در قبال شرایط موجود، باید به رهنمودهای این کتاب مراجعه کرد (رک. استاندارد ۱ مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها، نکته راهنمای ۲، ص ۱۷۴).

۴. **قوانین:** آن‌جا که قوانین ملی موجود است، باید به آن‌ها عمل شود؛ در صورت عدم وجود

قوانین ملی یا هم‌سطح نبودن آن با استانداردهای بین‌المللی، باید استانداردهای بین‌المللی را پذیرفت. این قوانین را می‌توانید در قسمت مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه بخوانید.

۵. **معیارهای پذیرش باید با راهنمایی‌های ملی و بین‌المللی همخوانی داشته باشد (رک. پیوست ۴: سنجش سوء تغذیه شدید، و مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه).** معیارهای پذیرش برای نوزادان زیر شش‌ماه و گروه‌هایی که تعیین شرایط تن‌سنجی آن‌ها دشوار است، باید شامل ملاحظات مربوط به شرایط بستری و تغذیه با شیر مادر هم باشد. افرادی که مورد آزمایش HIV قرار گرفته، یا مشکوک به ابتلا به آن یا به سل هستند، یا بیماری مزمن دارند، اگر شرایط پذیرش دارند، باید به مراقبت‌های درمانی دسترسی برابر داشته باشند. افراد مبتلا به HIV که شرایط پذیرش ندارند، اغلب نیازمند حمایت غذایی هستند، اما این مورد برای درمان سوء تغذیه در بلایا خیلی توصیه نشده است. این افراد و خانواده‌های آن‌ها باید از طریق طیفی از خدمات، از جمله مراقبت‌های خانگی-محلی، مراکز درمان سل و برنامه‌های پیشگیری هدفمند، در مقابل انتقال از مادر به فرزند حمایت شوند.

۶. **معیارهای ترخیص و بهبودی:** افرادی که ترخیص می‌شوند، باید فاقد مشکلات پزشکی بوده، اشتهايشان را به دست آورده و به وزن مناسب رسیده باشند (از جمله در دو نوبت متوالی) و وزنشان را بدون ورم‌های ناشی از سوء تغذیه حفظ کنند. شرایط تغذیه با شیر مادر، خصوصاً برای نوزادان زیر شش‌ماه و همچنین برای کودکان تا ۲۴ ماهگی اهمیت خاصی دارد. حمایت از کودکانی که با شیر مادر تغذیه نمی‌شوند، نیز باید مرتبط با پیگیری شود. برای پرهیز از خطرات ترخیص زودهنگام، باید به معیارهای ترخیص توجه کرد. قوانین میانگین دوره بستری شدن برای درمان، محدودیت‌هایی دارند و هدف آن پرهیز از طولانی شدن دوره‌های درمان است. میانگین دوره بستری شدن با توجه به قوانین کاربردی تفاوت دارند؛ بنابراین باید برای هر محل و قوانین متناسب با آن، شرایط تعدیل شوند. میانگین وزن افزوده نیز باید به‌طور جداگانه برای افراد مبتلا و غیر مبتلا به ورم‌های ناشی از سوء تغذیه محاسبه شود. HIV و ایدز ممکن است در برخی از مبتلایان به سوء تغذیه، مانع امداد رسانی مناسب به آن‌ها شود. گزینه‌های مربوط به مراقبت یا درمان‌های درازمدت را باید همراه با خدمات بهداشتی و سایر خدمات حمایت اجتماعی و گروهی در نظر گرفت (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲ سلامت جنسی و باروری، ص ۳۴۴).

۷. **شاخص‌های اجرا برای مدیریت رسیدگی به سوء تغذیه حاد، باید ماحصل مراقبت‌های بستری و سرپایی را بدون سنجش دوباره (یعنی با حذف انتقال از دوره‌ای به دوره دیگر) با هم ترکیب کند.** در جایی که این کار ممکن نیست، تفسیر نرخ بازده، باید با توجه به آن‌ها تنظیم شود، برای مثال، اگر تنها مراقبت سرپایی انجام می‌شود، باید در برنامه‌ها انتظار شاخص‌های بهتری را داشت و آن‌جاکه مراقبت تنها به صورت بستری است، باید برای دستیابی به شاخص‌هایی تلاش کرد که برای مراقبت‌های ترکیبی تعریف شده‌اند. جمعیت ترخیص‌شده، پس از بهبودی از سوء تغذیه حاد شدید شامل افرادی است که بهبود یافته،

فوت کرده یا درمان بر آن‌ها تأثیری نداشته و بهبود نیافته‌اند (رک). استاندارد ۱ مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها، نکته راهنمای ۴، ص ۱۷۵). افرادی که برای خدمات دیگر (مثل خدمات پزشکی) ارجاع می‌شوند، درمانشان کامل نشده‌است. در جایی که برنامه‌ها صرفاً درمان‌های سرپایی را گزارش می‌کنند، در زمان بررسی عملکرد باید افراد لازم به بستری را هم گزارش کنند. در شرایطی که تعدادی از موارد پذیرش مثبت است، عواملی مثل پیچیدگی‌های بالینی HIV، بر شرایط روحی تأثیر می‌گذارد. با این حال، شاخص‌های عملکرد برای چنین مواردی تنظیم نشده و توجه به آن در طول تحلیل‌ها ضروری است. علاوه بر شاخص‌های ترخیص، در زمان نظارت بر پذیرش‌های جدید، تعداد کودکان در حال درمان و نرخ پوشش‌دهی نیز باید بررسی شود. درباره علل پذیرش مجدد، وخامت شرایط بالینی، عدم تأثیرگذاری و ناتوانی در امداد رسانی باید تحقیق کرد و آن‌ها را به صورت مستند درآورد. تعریف این موارد باید مطابق با قوانین کاربردی باشد.

۸. **اطلاعات بهداشتی:** تمام برنامه‌ها برای مدیریت سوء تغذیه حاد شدید، باید شامل درمان نظام‌مند مطابق با قوانین ملی یا بین‌المللی و در قالب سازوکار ارجاع موجود برای مدیریت بیماری‌های مهمی مثل سل و HIV باشد. در مناطقی که شیوع HIV بالا است، سیاست‌های مربوط به درمان سوء تغذیه باید شامل هر دو مورد اقدام برای پیشگیری از HIV و حمایت از ادامه زندگی مادران و کودکان باشد. نظام‌های مؤثر ارجاع برای آزمایش سل و HIV و مراقبت از مبتلایان به این دو بیماری، بسیار مهم است.

۹. **حمایت از تغذیه با شیر مادر:** نوزادانی که برای مراقبت به صورت بستری پذیرفته می‌شوند، در میان بیمارانی هستند که وخیم‌ترین شرایط را دارند. مادران این کودکان که بخشی از بازایی سلامت تغذیه نوزادانشان (خصوصاً نوزادان کمتر از شش ماه)، هستند، برای تغذیه با شیر خود به حمایت تخصصی نیاز دارند. برای این کار باید وقت و منابع کافی اختصاص داد؛ یک محوطه مخصوص (خلوتی برای شیردهی) برای تمرکز حمایت تخصصی و مہیای امکان حمایت مادران کمک مفیدی است. مادران شیرده نوزادان کمتر از شش ماهه مبتلا به سوء تغذیه شدید، جز جیره غذایی خودشان، باید یک سهمیه تکمیلی نیز دریافت کنند، مگر این که شرایط آن‌ها مطابق با معیارهای تن‌سنجی باشد، که در این صورت باید برای درمان پذیرش شوند.

۱۰. **حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی- روانی:** تحرک روحی و جسمی از طریق بازی با کودکان دچار سوء تغذیه حاد، در طول دوره درمان اهمیت بسزایی دارد. مراقبان چنین کودکانی برای آوردن کودکان به منظور درمان، اغلب به حمایت اجتماعی و روانی نیاز دارند. این امر می‌تواند با اجرای برنامه‌های حرکتی حاصل شود که تأکید آن «هم به عنوان درمان و هم پیشگیری» باشد (رک). اصل ۴ حمایت، ص ۴۱). در طول دوره درمان باید با ارائه توصیه، نمایش و اطلاعات مربوط به بهداشت و تغذیه، به همه مراقبان کودکان دچار سوء

تغذیه، توانایی تغذیه و مراقبت از کودکان داده شود.

استاندارد ۳ مدیریت سوء تغذیه شدید و کمبود ریزمغذی‌ها:

کمبود ریزمغذی‌ها اقدامات مربوط به کمبود ریزمغذی‌ها، با سایر اقدامات مربوط به سلامتی عمومی جهت کاهش بیماری‌های معمولی در بحران‌ها، همراه است و کمبود ریزمغذی‌ها را رفع می‌کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- درباره چگونگی شناسایی و رفع کمبود ریزمغذی‌ها به کارکنان آموزش بدهید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- برای امداد رسانی مؤثر نسبت به انواع کمبود ریزمغذی‌ها که جمعیت را آسیب‌پذیر می‌کند، روش‌هایی مناسب در پیش بگیرید (رک. نکته راهنمای ۲).
- شاخص اصلی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)
- موارد کمبود ریزمغذی‌ها، مطابق با بهترین روش‌های بالینی موجود درمان می‌شود (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴).

نکات راهنما

۱. تشخیص و درمان کمبود ریزمغذی‌ها: تشخیص بالینی کمبود برخی از ریزمغذی‌ها با آزمایش‌های ساده‌ای ممکن است. شاخص‌های بالینی این کمبودها را در نظام بازرسی سلامتی یا تغذیه می‌توان ادغام کرد، با این حال برای تضمین دقت بررسی، آموزش دقیق کارکنان ضروری است. تشخیص موارد دشوار است و در بحران‌ها اغلب آنان را، تنها از طریق پاسخ به مواد مکمل غذایی، در افرادی که خود را به کارکنان بهداشتی معرفی می‌کنند، می‌توان تشخیص داد. درمان کمبود ریزمغذی‌ها باید با جست‌وجوهای فعال و استفاده از تعریف‌ها و قوانین پذیرفته‌شده همراه باشد. جست‌وجو و درمان هر دو باید در چارچوب نظام بهداشتی و برنامه‌های تغذیه انجام گیرد (رک. استاندارد ۲ بررسی امنیت غذایی و تغذیه، و نکته راهنمای ۶، ص ۱۶۴ و ۱۶۵). در جایی که شیوع کمبود ریزمغذی‌ها، از آستانه سلامتی عمومی تجاوز می‌کند (رک. پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی)، پوشش‌دهی فراگیر درمانی با مواد تکمیلی، برای جمعیت مناسب است. اسکور (ویتامین ث)، پلاگرا (نیاسین)، بری‌بری (تیامین) و آریوفلاوینوسیس (ریبوفلاوین)، عادی‌ترین موارد شیوع این کمبودها هستند که از عدم دسترسی کافی به ریزمغذی‌ها

میان جمعیت‌های متکی به کمک‌های غذایی ناشی می‌شوند. با دانستن این نکته، باید با انجام اقدامات گسترده در میان جمعیت و همچنین با درمان انفرادی، به کمبودها رسیدگی کرد.

۲. **تشخیص و درمان نیمه‌بالینی کمبود ریزمغذی‌ها:** کمبود نیمه‌بالینی ریزمغذی‌ها می‌تواند نتایج وخیمی برای سلامتی داشته‌باشد، اما به‌طور مستقیم و بدون آزمایش‌های بیوشیمیایی شناسایی نمی‌شود. تورم یک مورد استثنایی است و می‌توان آن را با یک آزمایش بیوشیمیایی نسبتاً ساده در محل شناسایی کرد (رک. استاندارد ۲ امنیت غذایی و تغذیه، نکته راهنمای ۶، ص ۱۶۴ و ۱۶۵ و پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی). برای بررسی خطر کمبودها در میان جمعیت آسیب‌دیده و تعیین زمان لزوم مصرف مواد مغذی، همراه با خوراکی‌های سهمیه‌بندی و مصرف غذای مکمل، می‌توان از شاخص‌های غیر مستقیم استفاده کرد (رک. استاندارد ۲ امنیت غذایی و بررسی تغذیه، نکته راهنمای ۶، ص ۱۶۴ و ۱۶۵ و پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی).

۳. **پیشگیری:** سیاست‌های پیشگیری از کمبود ریزمغذی‌ها، به‌طور خلاصه در امنیت غذایی در قسمت انتقال غذا (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال غذا، ص ۱۸۸) تشریح شده‌است. پیشگیری مستلزم کنترل بیماری‌هایی مانند عفونت‌های شدید تنفسی، سرخک و عفونت‌های انگلی، مانند مالاریا و اسهال است که باعث کاهش ذخیره ریزمغذی‌ها می‌شوند (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استانداردهای ۱ و ۲ بهداشت کودک، ص ۳۳۶ تا ۳۳۸). آمادگی برای درمان، شامل تدوین تعریفی برای نوع بیماری و قوانین درمان و ایجاد نظام‌هایی برای تشخیص فعال خواهد بود.

۴. **استفاده از ریزمغذی‌ها برای درمان بیماری‌های عادی:** تکمیل غذا با ریزمغذی‌ها، باید با پیشگیری و درمان بیماری‌های عادی همراه باشد. این امر در قوانین، شامل تأمین ویتامین آ همراه با واکسیناسیون علیه سرخک، گنجاندن روی و تجدید آب از دست‌رفته بدن با استفاده از ORS در اصول درمان اسهال است (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۱ و ۲، صص ۳۳۶ و ۳۳۸ و استاندارد ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، ص ۱۶۸).

۴. امنیت غذایی

هدف در امداد رسانی به ایمنی غذا، باید رفع نیازهای کوتاه مدت باشد، آسیبی به افراد نرساند و نیاز جمعیت آسیب دیده را به در پیش گرفتن روش های بالقوه زیان آور برای کمک به امنیت غذایی، در درازمدت، کاهش دهد.

در یک بررسی دقیق و مناسب، امکان پذیری گزینه های بالقوه امداد (رک). استاندارد ۱ بررسی امنیت غذایی و تغذیه، ص ۱۵۸) آزمایش می شود. در این بخش امداد رسانی به امنیت غذایی، به صورت استانداردهای امنیت عمومی غذا، انتقال غذا، وجه نقد و حواله و امداد رسانی از لحاظ امرار معاش، گروه بندی می شود.

اگر غذا لازم باشد، شکل مناسب انتقال آن مد نظر قرار می گیرد و سبد غذایی، هم به صورت کالا و هم به صورت انتقال وجه، با دقت انتخاب می شود. امداد رسانی برای امرار معاش شامل تولید مقدماتی، درآمد و استخدام و دسترسی به کالاها و خدمات بازار است.

در امنیت غذایی ممکن است برای بخشی از کالاها، خدمات و همچنین برای سایر موارد، از انتقال وجه و حواله استفاده شود. برای طراحی مشارکت در ایجاد امنیت غذایی، درک ظرفیت بازار و تناسب راهکارهای تحویل، اهمیت حیاتی دارد.

استانداردهای امنیت غذایی، به منابع لازم برای رفع نیازهای کل جمعیت و گروه های خاص آسیب پذیر در میان آنها، که با خطر بیشتری روبه رو هستند، مربوط است. تا زمانی که این نیازها رفع نشود، هر کمکی با هدف درمان سوء تغذیه، اثر محدودی خواهد داشت؛ زیرا کسانی که از سوء تغذیه بهبود می یابند، به محیطی بازمی گردند که غذای مصرفی در آن کافی نیست و بنابراین ممکن است سوء تغذیه آنان دوباره بازگردد.

تمرکز بر روش های تحویل و توزیع، خطر بروز خطاها را کاهش می دهد. این خطر شامل سوء استفاده جنگجویان از غذا، وجه نقد یا سایر اقلام کمکی نیز می شود. اهمیت بسیاری دارد که دخالت برای ایجاد امنیت غذایی به سمت وخامت اغتشاشات منحرف نشود.

استاندارد ۱ امنیت غذایی: امنیت غذایی عمومی

مردم حق دریافت کمک‌های غذایی بشردوستانه‌ای را دارند که متضمن ادامه زندگی و حفظ کرامت آنان است و تا جای ممکن از اتلاف اموال و وسایل آنان پیشگیری و مقابله می‌کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● امدادرسانی مقدماتی را طوری طراحی کنید که نیازهای فوری را رفع کنند (رک. نکته راهنمای ۱).

● انجام اقداماتی را برای حمایت و ارتقاء شرایط امنیت غذایی در نظر بگیرید (رک. نکته راهنمای ۲).

● امدادرسانی را بر مبنای تحلیل درست مزایای آن‌ها، خطرات همراهشان، هزینه‌ها و روش‌های سازگاری مردم با آن‌ها تدوین کنید (رک. نکته راهنمای ۳).

● برای همه امدادرسانی‌ها به بحران، سیاست‌های گذار و خروج را آماده کنید و دانش، مهارت و خدمات لازم را در آن‌ها بگنجانید (رک. نکته راهنمای ۴).

● اطمینان یابید که نیازمندان، به حمایت‌های مناسب (ازجمله به تأمین دانش، مهارت و خدمات لازم) دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۵).

● در همه امدادرسانی‌ها از محیط طبیعی در برابر تخریب بیشتر حفاظت کنید (رک. نکته راهنمای ۶).

● برای تعیین سطح مقبولیت اقدامات در کمک و دسترسی افراد و گروه‌های مختلف به اقلام کمکی، بر پوشش‌دهی بدون تبعیض کل جمعیت آسیب‌دیده، نظارت داشته‌باشید (رک. نکته راهنمای ۶).

● برای سنجش اثرات امدادرسانی بر اقتصاد، شبکه‌های اجتماعی، معیشت مردم و محیط زیست طبیعی محل و برای کسب اطمینان از این که نتایج به‌طور مؤثر برای بهره‌برداری و استفاده هر اقدام دیگر، به اطلاع همه رسیده‌است، بر امور نظارت داشته‌باشید (رک. نکته راهنمای ۸).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● همه مردم آسیب‌دیده در بحران که نیازمند امداد در امنیت غذایی هستند، کمک‌هایی دریافت می‌کنند که نیازهای اولیه آنان را رفع و از اتلاف امکاناتشان جلوگیری می‌کند، به آن‌ها امکان

انتخاب می‌دهد و کرامت آن‌ها را حفظ می‌کند.

● خانوارها از روش‌های منفی برای سازگاری با شرایط استفاده نمی‌کنند (رک). نکته راهنمای (۳).

● انتخاب گزینه وجه نقد، حواله و یا آمیزه‌ای از هردو، براساس تحلیل و بررسی است (رک). امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال وجه نقد یا حواله، ص ۲۰۹).

نکات راهنما

۱. اولویت‌بندی اقدامات نجات: توزیع غذا، وجه نقد یا حواله و یا آمیزه‌ای از هردو، متداول‌ترین اقدام اولیه برای امدادسانی به عدم امنیت شدید غذایی است. سایر انواع امدادسانی‌ها، از جمله یارانه‌های غذایی، کالاهای مجانی موقت، برنامه‌های استخدام، حمایت سازنده از ابزار و وسایل معیشت، فروش وسایل بی‌مصرف، تأمین خوراک دام و طیور و حمایت از بازارها را نیز باید در نظر داشت. وقتی که بازارها کار می‌کنند و در دسترس هستند، خطر تورم وجود ندارد و شاید برقراری مجدد سازوکارهای مرسوم بازار و احیای مجدد فعالیت‌های اقتصادی منجر به ایجاد فرصت‌های استخدامی شود (رک). بخش‌های بازارها و اقدام برای ایجاد امنیت غذایی در مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه). چنین سیاست‌هایی، در صورت داشتن مزایا برای محافظت از امرار معاش، کاهش آسیب‌پذیری‌های آتی و حفظ کرامت مردم، می‌تواند مناسب‌تر از توزیع غذا باشد. آژانس‌ها باید از آنچه دیگران انجام می‌دهند، مطلع باشند تا بتوانند عملکردی مکمل در امدادسانی جمعی و خدمات تأمینی داشته باشند.

۲. حمایت و ارتقاء امنیت غذایی: این مورد شامل گستره وسیعی از امدادسانی‌ها و مشاوره‌ها است. هرچند در مراحل اولیه بحران، رفع نیازهای فوری و حفظ ابزارهای تولید دارای اولویت است، اما امدادسانی را باید برای درازمدت و همسو با سایر بخش‌ها طراحی کرد. شاید دستیابی به امنیت غذایی، با تکیه بر سیاست‌های معیشتی خود مردم در کوتاه‌مدت ممکن نباشد، اما باید از سیاست‌های موجودی که امنیت غذایی و کرامت مردم را حفظ می‌کند، حمایت کرد. امدادسانی‌های مربوط به امنیت غذایی، باید از ائتلاف بیشتر ابزار تولید پیشگیری کند، به بازیافت امکانات ازدست‌رفته در اثر بحران منتهی شود و مقاومت مردم را در برابر بلایای آتی افزایش دهد.

۳. خطرات همراه با راهبردهای تطبیقی: باید از سیاست‌های مربوط به غلبه بر بحران و حفظ کرامت حمایت کرد؛ اما ممکن است این سیاست‌ها هزینه‌ها یا خطراتی نیز داشته باشد و آسیب‌پذیری‌ها را افزایش دهد (رک). استاندارد ۱ امنیت غذایی و بررسی تغذیه، ص ۱۵۸). باید فوراً خطرهای شناسایی و به‌منظور کمک به مردم در پرهیز از توسل به

چنین سیاست‌هایی اقدام کرد؛ برای مثال، توزیع هیزم و یا اجاق‌های نفت‌سوز، می‌تواند از بهره‌برداری بیش از حد از منابع طبیعی و رفتن مردم به مناطق خطرناک برای جمع‌آوری سوخت پیشگیری کند (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).

۴. سیاست‌های گذر و خروج را باید از آغاز کار در نظر داشت، خصوصاً در جایی که ممکن است امدادرسانی‌ها پیچیدگی‌های درازمدتی داشته‌باشد، یعنی تأمین خدمات رایگان، مانند خدمات دامپزشکی، ممکن است از سرگیری خدمات غیر رایگان را دشوار کند. پیش از طراحی برنامه‌ها یا انتقال به مرحله جدید، باید شواهد پیشرفت در محل به‌وجود بیاید و یا همکاران دیگری که کارها را بهتر انجام می‌دهند، در محل حضور یابند و مسئولیت‌ها را بر عهده گیرند. در صورت انتقال غذا، وجه نقد یا حواله، شاید برقراری ارتباط با نظام‌های حمایت اجتماعی، برنامه‌های ایمنی بلندمدت یا مشاوره با دولت‌ها، برای اجرای تمهیدات رسیدگی به ناامنی غذایی طولانی، ارزشمند باشد.

۵. دسترسی به دانش، مهارت و خدمات: ساختارهای سازمانی را باید مطابق با نیازمندان طراحی و برنامه‌ریزی کرد تا در صورت امکان، به‌قدر کافی و برای مدت بیشتری، نگهداری شوند. برخی افراد نیازهای بسیار خاصی دارند، از جمله کودکانی که در اثر ایدز یتیم می‌شوند، ممکن است از داشتن فرصت کسب اطلاعات و مهارت‌هایی که از خانواده منتقل می‌شود، محروم بمانند. این دانش و مهارت‌ها را باید با خدمات مناسب به آنان منتقل کرد.

۶. تأثیر محیطی: مبنای منابع طبیعی برای تولید و امرار معاش مردم آسیب‌دیده در بحران (و جمعیت میزبان) باید حفظ شود. ضمن بررسی‌ها و طراحی برنامه‌ها باید به تأثیری که بر محیط زیست گذاشته می‌شود، توجه کرد. برای مثال، مردمی که در اردوگاه‌ها زندگی می‌کنند، برای پخت‌وپز به سوخت احتیاج دارند. این مورد می‌تواند جنگل‌زدایی را تسریع کند؛ توزیع مواد غذایی، نیازمند زمان پخت و سوخت بیشتر است و این امر به‌صورت بالقوه بر محیط زیست اثر می‌گذارد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۲ انتقال غذا، ص ۱۹۲). امدادرسانی‌ها به کاهش وخامت شرایط محیط زیست نیز کمک کند. برای مثال، می‌توان با فراهم کردن علوفه بیشتر برای خوراک دام‌ها، از افزایش فشار بر چراگاه‌ها کاست. در هر زمان ممکن، خصوصاً هنگام تأمین اطلاعات، امدادرسانی‌ها باید ظرفیت مردم را برای مدیریت منابع طبیعی افزایش دهد. خطر امدادرسانی‌ای که باعث وخامت شرایط منابع طبیعی می‌شود و از این راه به شعله‌ور شدن اغتشاشات می‌انجامد، باید دوباره ارزیابی و کمتر شود (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).

۷. پوشش‌دهی، دسترسی و مقبولیت: پیش از تعیین سطح مشارکت گروه‌های مختلف مردم، باید ذی‌نفعان و ویژگی‌های آنان (با توجه خاص به اشخاص آسیب‌پذیر) ارزیابی و تعداد آنان به تفکیک جنس و سن، تخمین زده شود. بخشی از مشارکت افراد، با دسترسی مردم به کمک‌ها و مقبولیت فعالیت‌ها در میان مشارکت‌کنندگان، به پایان می‌رسد. با این حال، برخی

از امدادسانی‌ها به امنیت غذایی، با تمرکز بر کسانی است که از لحاظ اقتصادی فعال‌تر اند. نباید غیر منصفانه تبعیض قائل شد و کمک‌ها باید در دسترس افراد آسیب‌پذیر و متکی به دیگران، از جمله کودکان، قرارگیرد. ایجاد موانع، از جمله کاهش در ظرفیت‌های کاری، فشار کاری سنگین در خانه، حاملگی، تغذیه و مراقبت از کودکان و بیماری و ناتوانی، می‌تواند محدودیت در مشارکت ایجاد کند. غلبه بر محدودیت‌ها، نیازمند شناسایی ظرفیت‌ها در میان گروه و یا ایجاد ساختارهای مناسب است. هدف قراردادن سازوکارهای مبتنی بر انتخاب شخصی، باید پس از مشاوره‌های کامل با همه گروه‌های جمعیت انجام گیرد (رک. اصل ۲ حمایت، ص ۳۶).

۸. **نظارت و ارزیابی:** برای ارزیابی مدام امدادسانی، تعیین زمان خروج و پایان‌دادن به فعالیتی خاص، انجام برخی تعدیل‌ها یا اجرای پروژه‌های تازه و تشخیص هرگونه نیاز به مشاوره و نظارت بر وضع کلی امنیت غذا، ضروری است. ارزیابی باید براساس معیارهای پذیرفته‌شده کمیته مساعدت توسعه (Development Assistance Committee) باشد که عهده‌دار سنجش موارد زیر است: تناسب، ارتباط، پیوستگی، پوشش‌دهی، کارایی، سودمندی و تأثیر.

۴-۱. امنیت غذایی - انتقال غذا

هدف از انتقال غذا، کسب اطمینان از این است که مردم به غذای با کیفیت و کمیت رضایت‌بخش دسترسی داشته‌باشند و امکانات تهیه و مصرف آن نیز در اختیارشان باشد.

توزیع عمومی (رایگان) غذا، زمانی صورت می‌گیرد که ضروری ارزیابی شود و در اختیار کسانی قرار گیرد که بیش از همه به آن نیاز دارند و زمانی قطع می‌شود که ذی‌نفعان به حالت عادی بازگشته‌اند و توان تولید یا فراهم‌کردن غذای خود را از راه‌های دیگر دارند. ممکن است ذی‌نفعان به کمک‌های دیگری، از قبیل جابه‌جایی مشروط یا امدادسانی به شکل امرار معاش نیاز داشته‌باشند. برای افرادی که در برابر خطر قرار دارند، (از جمله کودکان شش تا ۵۹ ماهه، زنان باردار یا شیرده)، علاوه بر سهمیه عمومی ممکن است غذای مکمل نیز لازم باشد. این امکان هم وجود دارد که، با توجه به شرایط، این مورد مربوط به همه و یا با تمرکز بر افراد یا گروه‌های خاصی باشد (رک. استاندارد ۱ مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها، ص ۱۷۳).

برای هر دو مورد توزیع غذا و تغذیه تکمیلی، در هر جای ممکن، سهمیه‌های آماده برای انتقال به خانه تأمین می‌شود. تغذیه در محل، تنها زمانی صورت می‌گیرد که (بلافاصله پس از بحران یا در ضمن حرکت‌های جمعی) مردم وسایل پخت‌وپز نداشته‌باشند، در ضمن باید توجه داشت که سهمیه‌های آماده برای انتقال به خانه و یا غذای توزیع‌شده در مدرسه، مردم را در برابر خطر قرار می‌دهد (هرچند سهمیه غذای قابل انتقال به منزل را در مدارس نیز می‌توان توزیع کرد).

مدیریت زنجیره تأمین (SCM) باید به‌طور خاصی نیرومند و مسئولیت‌پذیر باشد، ممکن است



زندگی مردم بلافاصله در معرض خطر قرار گیرد و انتقال غذا، اغلب بخش بزرگی از امداد رسانی به بلایا است. باید به نظام‌های تحویل و توزیع در همه سطوح، از جمله در سطح جامعه، نظارت کرد و ارتباط شفاف و در عین حال مؤثر می‌تواند نقشی اصلی ایفا کند. نتایج ارزیابی دوره‌ای را باید با همه در میان گذاشت و درباره آن‌ها با شرکای کاری، و از جمله با جمعیت آسیب‌دیده و نهادهای محلی، بحث کرد.

امنیت غذایی - استاندارد ۱ انتقال غذا:

الزامات عمومی تغذیه اطمینان یابید که نیازهای تغذیه‌ای جمعیت آسیب‌دیده، و از جمله کسانی که بیش از دیگران در معرض خطر هستند، تأمین می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- از سطح دسترسی به مقدار و کیفیت مناسب غذا برای تعیین پایداری یا احتمال وخامت شرایط استفاده کنید (رک. نکات راهنمای ۱، ۴ و ۵).
- انتقال غذا را براساس نیازهای استاندارد مقدماتی به انرژی، پروتئین، چربی و ریز مغذی‌ها، که مطابق با نیاز شرایط تنظیم شده‌است، طراحی کنید (رک. شاخص‌های کلیدی، نکته راهنمای ۲ و پیوست ۶: نیازهای تغذیه‌ای).
- اطمینان یابید که از دسترسی مردم به تغذیه مناسب و خوراک‌های مغذی حمایت می‌شود و این امر ارتقا می‌یابد (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۸).
- اطمینان حاصل کنید که کودکان میان ۶ تا ۲۴ ماهه، به غذاهای مغذی، پرانرژی و تکمیلی و زنان شیرده و باردار به حمایت تغذیه‌ای دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۲).
- اطمینان یابید که خانوارهای دارای عضو یا اعضای بیمار، از جمله افرادی که با HIV زندگی می‌کنند و اعضای با معلولیت یا آسیب‌پذیری، به غذاهای مغذی و حمایت کافی دسترسی دارند (رک. نکات راهنمای ۶ تا ۸).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- به مجموعه‌ای از غذاها، شامل یک قلم اصلی (مثل غلات یا گیاهان ریشه‌ای)، عدس (یا محصولات حیوانی) و منابع روغنی که درمجموع نیازهای غذایی را رفع می‌کند، دسترسی رضایت‌بخشی وجود دارد (رک. نکات راهنمای ۲، ۳ و ۵).
- به نمک یددار برای اکثریت خانوارها (بیش از ۹۰ درصد) دسترسی کافی هست (رک. نکات

راهنمای ۲ تا ۴ و پیوست ۶: نیازهای تغذیه‌ای).

اگر دانه نشاسته‌دار، ذرت معمولی یا ذرت خوشه‌ای‌ست، به مقادیر اضافی منابع نیاسین (ازجمله لپه، دانه‌های خوراکی و ماهی خشک) هم دسترسی وجود دارد (رک. نکات راهنمای ۲ و ۳ و پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی و ۶: نیازهای غذایی).

اگر دانه نشاسته‌دار، برنجی است که سیوس آن گرفته‌شده، درعوض مقدار زیادی منابع تیامین (ازجمله در لپه، دانه‌های خوراکی و تخم مرغ) در دسترس هست (رک. نکات راهنمای ۲ و ۳).

درجایی که مردم به غذای روزانه کمی وابسته‌اند، دسترسی کافی به ریوفلاوین وجود دارد (رک. نکات راهنمای ۲ و ۳).

هیچ مورد اسکوربوت (کمی ویتامین ث)، پلاگر، بری‌بری یا کمبود ریوفلاوین وجود ندارد (رک. نکته راهنمای ۵ و پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی).

شیوع کمبود ویتامین آ، ورم ناشی از کمبود آهن و اختلالات ناشی از کمبود ید، به‌حدی نیست که در سطح سلامتی عمومی تأثیر بگذارد (رک. نکته راهنمای ۵ و پیوست ۵: مقیاس‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامتی عمومی).

نکات راهنما

۱. تفسیر دسترسی به غذا: دسترسی به غذا را می‌توان با ابزارهای تحلیلی، مانند کسب خبر درباره مصرف یا گوناگونی غذا سنجید. روش‌هایی که چند متغیر، ازجمله امنیت غذایی، دسترسی به بازار، وسایل تأمین زندگی، بهداشت و تغذیه را مد نظر قرار می‌دهد، می‌تواند برای تعیین ثبات یا وخامت شرایط و لزوم یا عدم لزوم دخالت در تأمین غذا مناسب باشد (رک. استاندارد ۱ امنیت غذایی و تغذیه، ص ۱۵۸).

۲. نیازهای تغذیه و برنامه‌ریزی برای سهمیه‌بندی: برای برنامه‌ریزی سهمیه‌های عمومی از برآوردهای حداقل نیاز جمعیت که در زیر آمده و ارقام تنظیم‌شده برای هر جمعیت، به‌طوری که در پیوست ۶ (نیازهای تغذیه‌ای) تعریف‌شده، باید استفاده کرد:

- ۲۱۰۰ کیلوکالری برای هر نفر در روز

- ۱۰ درصد از کل انرژی تأمین‌شده با پروتئین

- ۱۷ درصد از کل انرژی تأمین‌شده با چربی

- مقدار کافی از ریزمغذی‌ها برای خوراک

سهمیه‌های عمومی غذا را می‌توان با ابزارهای برنامه‌ریزی جیره (ازجمله ارزش غذایی) طرح‌ریزی کرد. درجایی که مردم به هیچ غذایی دسترسی ندارند، سهمیه توزیع‌شده باید کل نیاز تغذیه‌ای آنان را رفع کند. باید برای مقدار متعادل غذای در دسترس جمعیت‌های آسیب‌دیده، حجم مورد توافقی را ملاک عملکرد قرار داد (رک. استاندارد ۱ امنیت غذایی و بررسی تغذیه، ص ۱۵۸)؛ بنابراین سهمیه‌ها باید فاصله میان نیاز غذایی مردم و آنچه را که خودشان می‌توانند تهیه کنند، از بین ببرند؛ بنابراین اگر استاندارد برای هر نفر، ۲۱۰۰ کیلو کالری در روز است و برآوردها مشخص کرده که افراد گروه هدف می‌توانند با تلاش‌های خود به‌طور متوسط ۵۰۰ کیلوکالری برای هر نفر در روز تأمین کنند، باید جیره را طوری طراحی کرد که برای هر نفر در روز، مقدار $۱۶۰۰ = ۵۰۰ - ۲۱۰۰$ کیلوکالری تأمین شود. علاوه‌بر مقدار انرژی محتوای جیره، در طرح تغذیه، پروتئین، روغن، ویتامین‌ها و مینرال‌ها نیز اهمیت دارند.

اگر جیره قرار است، همه محتوای انرژی رژیم غذایی را تأمین کند، پس باید شامل مقادیر کافی از همه مواد مغذی باشد و اگر باید تنها بخشی از نیاز به انرژی در رژیم غذایی را تأمین کند، می‌توان آن را با استفاده از یکی از دو روش زیر طراحی کرد: اگر مقدار مواد مغذی غذاهای موجود و در دسترس جمعیت، نامعلوم است، محتوای جیره باید متوازن با محتوای انرژی آن باشد. اگر محتوای مواد مغذی غذاهای موجود و در دسترس جمعیت معلوم است، جیره باید مکمل این غذاها باشد و جای خالی مواد مغذی را پر کند. در برنامه‌ریزی متعادل سهمیه‌های عمومی، نیازهای مضاعف زنان باردار و شیرده نیز باید محسوب شود. در سهمیه غذایی عمومی برای کودکان خردسال نیز غذای کافی و مناسب، مانند غذاهای ترکیبی تقویتی، باید در نظر گرفته شود (رک. استاندارد ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، ص ۱۶۸). باید مساوات را رعایت کرد، تا سهمیه‌های مشابه غذایی به گروه‌ها و زیرگروه‌های جمعیتی که به‌طور مشابه تحت تأثیر بحران قرار گرفته‌اند، برسد. برنامه‌ریزان باید بدانند که معیارهای مختلف سهمیه‌بندی در جوامع مجاور یکدیگر، ممکن است باعث تنش شود. خوردن بیش‌از حد ریزمغذی‌ها، می‌تواند مضر باشد و در سهمیه‌بندی، خصوصاً اگر قرار است چندین نوع از محصولات تقویتی مورد نظر قرار گیرد، باید به این مورد توجه کرد.

۳. پیشگیری از سوء تغذیه حاد و کمبود ریزمغذی‌ها: اگر شاخص‌های کلیدی غذا رعایت شود، از وخامت شرایط تغذیه کل جمعیت نیز پیشگیری می‌شود، مشروط بر این که برای پیشگیری از بیماری‌هایی مانند سرخک، مالاریا و عفونت‌های انگلی نیز، بهداشت عمومی کافی در محل رعایت شود (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استانداردهای ۱ و ۲ بیماری‌های واگیر، صص ۳۲۷ و ۳۲۹). در شرایطی که انواع محدودی از غذاها در دسترس هست، شاید کسب اطمینان از محتوای مواد مغذی مکمل غذایی به چالش کشیده شود. گزینه‌های مربوط به بهبود کیفیت جیره، عبارتند از: فراوری مواد نشاسته‌ای، افزودن غذاهای ترکیبی و اقلام خریداری‌شده محلی برای تأمین مواد روغنی که در غذاها نیست، مواد مغذی غنی، غذاهای آماده مصرف یا قرص‌ها و پودرهای حاوی چند نوع ریزمغذی. این محصولات را می‌توان در میان افراد آسیب‌پذیر، مانند کودکان ۶ تا ۲۴ ماهه یا ۶ تا ۵۹ ماهه یا زنان باردار و

شیرده توزیع کرد؛ فقط وقتی که خوراک‌های غنی شده در بازارهای محلی در دسترس هست، می‌توان افزایش مقدار غذا در یک سهمیه عمومی را به‌منظور امکان بیشتر مبادله غذایی، در نظر گرفت؛ اما باید مقرون به‌صرفه باشد و بر بازار نیز تأثیر گذارد. گزینه دیگری که برای پیشگیری از کمبود ریزمغذی‌ها مد نظر قرار می‌گیرد، عبارت است از: انجام اقدامات امنیت غذایی برای ارتقاء دسترسی به غذاهای مغذی (رک. استاندارد ۱ امنیت غذایی و تغذیه، ص ۱۵۸ و استانداردهای ۱ و ۲ امنیت امرار معاش، صص ۲۱۳ تا ۲۱۷). به ازدست دادن ریزمغذی‌ها، که بروز آن می‌تواند در زمان جابه‌جایی، ذخیره، فراوری و پخت‌وپز روی دهد و دسترسی به ویتامین‌ها و مواد معدنی در شکل‌های مختلف شیمیایی موجود در خوراکی‌های ارگانیک، نیز باید توجه داشت.

۴. **نظارت بر کاربرد سهمیه‌های غذایی:** شاخص‌های کلیدی، دسترسی به غذا را مورد رسیدگی قرار می‌دهد، اما کمیت کاربرد غذا یا دسترسی طبیعی مواد مغذی را نمی‌سنجد. جمع‌آوری اطلاعات برای سنجش مستقیم مواد مغذی مصرفی، الزامات غیر واقع‌بینانه‌ای را تحمیل می‌کند، اما این‌گونه بهره‌برداری را می‌توان غیر مستقیم و با استفاده از منابع گوناگون تخمین زد. این منابع شامل نظارت بر دسترسی و مصرف غذا در سطح خانواده، بررسی هزینه و موجودی غذا در بازارهای محلی، بررسی طرح‌ها و برنامه‌های توزیع مکمل غذایی، امکان استفاده از هرگونه غذای ارگانیک و انجام ارزیابی ایمنی غذا است. تقسیم غذا در خانوار، همیشه با مساوات صورت نمی‌گیرد و ممکن است، برخی افراد تحت تأثیر آسیب بیشتری قرار بگیرند، اما سنجش تمام جوانب، معمولاً مقدور نیست. سازوکارهای مناسب توزیع غذا (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۵ انتقال غذا، ص ۲۰۱) و گفت‌وگو با جمعیت آسیب‌دیده، می‌تواند تقسیم غذا در میان اعضای خانواده‌ها را بهبود بخشد (رک. استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶).

۵. **افراد سالمند نیز ممکن است، به‌نوعی تحت تأثیر بحران قرارگیرند.** عوامل خطر که می‌تواند دسترسی به غذا را کاهش و نیاز به آن را افزایش می‌دهد، عبارتند از: بیماری و ناتوانی، انزوا، تنش‌های اجتماعی-روانی، گستردگی خانواده، سرما و فقر. افراد سالمند باید به‌راحتی به منابع غذایی (ازجمله به انتقال غذا) دسترسی داشته‌باشند، تهیه و مصرف غذا برایشان آسان باشد و نیاز آنان به پروتئین و ریزمغذی‌های افزودنی را رفع کند.

۶. **افراد که با VIH زندگی می‌کنند، ممکن است در نتیجه عواملی با خطر سوء تغذیه مواجه شوند.** این عوامل عبارتند از: کم‌خوری به دلیل بی‌اشتهایی یا مشکلات گوارشی، جذب ضعیف مواد مغذی به دلیل اسهال، انگل و ورود آسیب به سلول‌های روده، تغییر در متابولیسم و عفونت‌ها و بیماری‌های مزمن. افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، باید اطمینان یابند که برای به تعویق انداختن بروز بیماری، همچنان تغذیه خوب و سلامتی‌شان را تا جای ممکن حفظ خواهند کرد. آسیب و غنی کردن غذاها یا تأمین غذاهای غنی شده یا غذاهای مکمل تخصصی، از سیاست‌های بهبودبخشی دسترسی به یک رژیم غذایی کافی است. در برخی

شرایط، ممکن است افزایش کلی مقدار سهمیه غذایی مناسب باشد؛ باید برای پیشگیری از بازگشت بیماری (ART)، به نقشی که غذا در حمایت از مقاومت و تداوم درمان دارد، توجه شود.

۷. افراد ناتوان: افراد دچار ناتوانی، ممکن است در بلایا به‌طور ویژه، در برابر خطر جدایی از خانواده و مراقبان‌شان قرارگیرند. باید با تضمین دسترسی فیزیکی به غذا، تدوین سازوکارهایی برای حمایت از تغذیه (ازجمله تأمین ابزار تغذیه، مانند قاشق و نی، برقراری نظام‌هایی برای بازدید از خانه‌ها و افراد) و تضمین دسترسی به غذاهای متراکم و مغذی از انرژی، برای تعیین و کاهش این خطرها تلاش کرد. خطرات خاص تغذیه‌ای عبارتند از: مشکل در جویدن و بلعیدن (که به کاهش خوراک یا خفگی می‌انجامد)، شرایط نامناسب بدن در هنگام تغذیه، کم‌تحریکی و تأثیر آن در دسترسی به غذا و تابش آفتاب (که بر ویتامین D اثر می‌گذارد و یبوست که ممکن است منجر به فلج مغزی شود).

۸. مراقبان و افرادی که از آن‌ها مراقبت می‌شود، ممکن است با موانع خاصی در تغذیه روبه‌رو شوند، ازجمله این که چون این‌ها یا بیماران و یا مراقب بیماران، ممکن است وقت کمی برای دسترسی به غذا داشته و مجبور باشند، بیشتر به انجام کارهای بهداشتی برسند و خود نادیده گرفته‌شوند؛ به خاطر هزینه‌های درمانی یا خاک‌سپاری‌ها، دارایی کمی برای مبادله با غذا داشته و ممکن است با انزوای اجتماعی و کاهش دسترسی به سازوکارهای حمایتی روبه‌رو باشند. توجه به مراقبان و پیشگیری از نادیده گرفته شدن این افراد اهمیت زیادی دارد. حمایت‌هایی که از این افراد می‌شود باید شامل تغذیه، بهداشت، سلامتی و حمایت روانی- اجتماعی باشد. از شبکه‌های موجود اجتماعی می‌توان برای تأمین آموزش نمایندگان جمعیت، به‌منظور پذیرش مسئولیت در این حوزه‌ها استفاده کرد (رک. اصل ۴ حمایت، ص ۴۱).

امنیت غذایی- استاندارد ۲ انتقال غذا: تناسب و مقبولیت

اقدام غذایی تأمین‌شده، مناسب و مورد پذیرش دریافت‌کنندگان است، به‌طوری که می‌توان از آن‌ها در سطح خانوار، به‌صورت مؤثر و مفید استفاده کرد.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در حین طراحی برنامه درباره مقبولیت، آشنایی و تناسب اقدام غذایی، با مردم آسیب‌دیده در بحران، مشورت کنید و اطمینان یابید که نتیجه این مشورت، در تصمیم‌گیری برای انتخاب غذاها استفاده خواهدشد (رک. نکته راهنمای ۱).

توانایی مردم را برای ذخیره غذا، دسترسی آن‌ها به آب و سوخت و زمان مصرفی و آب برای

پخت‌ویز انواع غذاها بررسی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

هنگاهی که یک غذای ناشناخته توزیع می‌شود، دستور پخت و مصرف آن را، ترجیحاً به زبان محلی، در اختیار افرادی قرار دهید که مسئولیت تهیه غذا را برعهده دارند (رک. نکته راهنمای ۱).

اگر غلاتی از نوع گندم توزیع می‌شود، اطمینان یابید که دریافت‌کنندگان یا وسایل آسیاب آن‌ها را دارند و یا امکانات کافی برای آن در دست‌شان هست (رک. نکته راهنمای ۳).

اطمینان یابید که مردم آسیب‌دیده در بحران به لوازمی که از لحاظ فرهنگی برایشان مهم است، دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۴).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

درباره برنامه‌ها و انتخاب اقلام غذایی براساس مشارکت کامل جمعیت هدف، تصمیم‌گیری می‌شود (رک. نکات راهنمای ۱ و ۴).

در طراحی برنامه، دسترسی به آب، سوخت برای پخت‌ویز و وسایل فراوری غذا در نظر گرفته شده‌است (رک. نکات راهنمای ۲ و ۳).

شیر خشک یا مایع تنها فراورده غذایی است که توزیع عمومی نمی‌شود (رک. نکته راهنمای ۵).

نکات راهنما

۱. **آشنایی و مقبولیت:** در هنگام انتخاب اقلام سبد غذایی، ضمن این که توجه به ارزش غذایی در درجه اول اهمیت قرار دارد، این اقلام باید برای دریافت‌کنندگان آشنا و با رسوم مذهبی و فرهنگی آنان همخوانی داشته‌باشد و به هرگونه ممنوعیت، ازجمله مصرف برخی غذاها برای زنان باردار باید توجه شود. افراد آسیب‌پذیر باید در مشاوره‌های مربوط به انتخاب غذاها شرکت کنند. اگر از غذای ناشناخته استفاده می‌شود، باید این غذا به مذاق مردم محلی خوش بنشیند. در گزارش‌های ارزیابی و فرم‌های درخواست از اهداکنندگان، گزینه‌های غذایی باید توضیح داده‌شود. وقتی که بلایا مانع دسترسی به وسایل پخت‌ویز می‌شود، باید غذاهای آماده تأمین شود (رک. استاندارد ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، ص ۱۶۸). شاید بدون امکانات پخت‌ویز، جایگزین دیگری برای فراهم‌کردن غذاهای ناشناخته موجود نباشد و باید «سهیمه‌های اضطراری» در نظر گرفت.

۲. **ذخیره و آماده‌سازی غذا:** توان مردم برای ذخیره غذا باید در تأمین اقلام غذایی در نظر گرفته‌شود. (درباره نیاز به آب رک. استاندارد ۱ تأمین آب، ص ۱۰۳). انتخاب غذاها باید

بررسی و نتایج آن در انتخاب غذا دخالت داده‌شود. اطمینان یابید که ذی‌نفعان می‌توانند غذا را به اندازه کافی بپزند تا از خطرات سلامتی دور بمانند و از تخریب محیط زیست و شاید هم از خطرات مربوط به جمع‌آوری هیزم بیش از حد، پیشگیری شود (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳). به‌طور کلی غذای تأمین‌شده نباید وقت و آب زیادی برای پختن لازم داشته‌باشد. پخت دانه‌های آسیاب‌شده معمولاً به زمان و سوخت کمتری نیاز دارد. (برای وسایل پخت‌وپز رک. استاندارد ۶، ص ۲۰۶ و استانداردهای ۳ و ۴ اقلام غیر غذایی، صص ۲۸۵ و ۲۸۶).

۳. **فراوری غذا:** یکی از مزایای دانه‌های آسیاب‌نشده این است که عمر زیاد و ارزش غذایی بیشتری دارد. دانه‌ها را درجایی که آسیاب در سطح خانوار متداول است، یا آن‌جا که به آسیاب‌های محلی دسترسی هست، می‌توان توزیع کرد. هنگام آسیاب کردن صنعتی دانه‌ها برای کاهش افت غذایی، می‌توان امکاناتی فراهم کرد: این کار موجب جدایی میکروب‌ها، روغن و آنزیم‌ها (که باعث ترشیدگی می‌شود) و افزایش بیشتر عمر نگهداری خواهدشد. مشکلی که ذرت آسیاب‌شده دارد، این است که آن را حدود ۶ تا ۸ ماه می‌توان نگه‌داشت، بنابراین باید ذرت را کمی پیش از استفاده آسیاب کرد. باید به قوانین محلی مربوط به واردات و توزیع دانه‌های آسیاب‌نشده احترام گذاشت. هزینه آسیاب کردن را می‌توان به‌صورت نقدی و یا با حواله به نیازمندان پرداخت کرد و این روشی است که برای تأمین دانه‌های بیشتر و وسایل آسیاب‌کردن، اولویت کمتری نسبت به روش‌های دیگر دارد.

۴. **اقلامی که از لحاظ فرهنگی اهمیت دارند:** در بررسی‌ها باید چاشنی‌ها و سایر اقلام غذایی تشکیل‌دهنده عادت‌های غذایی روزانه (مثل استفاده از انواع ادویه‌ها و چای) و بااهمیت از نظر فرهنگی، شناسایی و میزان دسترسی مردم به آن‌ها تعیین شود. طراحی سبد غذایی نیز، خصوصاً در جایی که مردم مدتی طولانی به سهمیه‌های غذایی متکی هستند، باید به همین ترتیب باشد.

۵. **شیر:** در برنامه‌های توزیع عمومی غذا یا غذای تکمیلی برای انتقال به منزل، غذای کودک، پودر شیر، شیر خشک و مایع یا محصولات شیری (و همچنین شیر برای ترکیب با چای) به‌عنوان تنها ماده غذایی، نباید به‌صورت بی‌هدف یا یارانه‌ای توزیع شود، زیرا کاربرد بی‌رویه آن، می‌تواند با خطرات جدی برای سلامتی همراه باشد. هر امدادسانی شامل توزیع شیر، باید مطابق با رهنمودهای عملیاتی تغذیه نوزادان در بلایا (IFE)، مجموعه قوانین بین‌المللی دادوستد (BMS) و قطعنامه‌های مربوط (WHA) باشد (رک. استانداردهای ۱ و ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، صص ۱۶۷ و ۱۶۸).

استاندارد ۳ امنیت غذایی - انتقال غذا: کیفیت و ایمنی غذا

غذای توزیع‌شده مطابق با مصارف انسانی مناسب و کیفیت آن مناسب است

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- غذاهایی را انتخاب کنید که با استانداردهای ملی کشور دریافت‌کننده و سایر استانداردهای پذیرفته‌شده همخوانی داشته باشد (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- غذاها را پیش از پایان تاریخ مصرف و در زمان «بهترین تاریخ مصرف» توزیع کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- درباره کیفیت غذای توزیع‌شده با دریافت‌کنندگان آن مشورت و با موضوعاتی که مطرح می‌شود، به‌درستی برخورد کنید (رک. نکته راهنمای ۳).
- برای غذا از بسته‌بندی‌هایی استفاده کنید که محکم و حمل آن راحت و برای ذخیره و توزیع مناسب باشد و برای محیط زیست خطری ایجاد نکند (رک. نکته راهنمای ۴).
- روی بسته‌ها به زبان مناسب برچسب بزنید؛ بر بسته‌بندی غذاهایی که ممکن است خطرناک باشند، تاریخ تولید، مبدأ، تاریخ انقضاء و جزئیات ماده مغذی را درج کنید (رک. نکته راهنمای ۴).
- غذاها را در شرایط مناسب حمل و با استفاده از بهترین روش‌های مدیریت، انبار و بررسی‌های منظم کیفیت غذا، ذخیره کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه ذی‌نفعان غذاهایی دریافت می‌کنند که «مناسب هدف» است، غذا؛ از لحاظ ایمنی نباید سلامتی مردم را به خطر بیاندازد و باید دارای مشخصات کیفی و مغذی باشد. (رک. نکات راهنمای ۱، ۲ و ۴).
- با نظارت بر امدادسانی مسئولانه، همه شکایات ذی‌نفعان، پیگیری و رفع می‌شود (رک. نکته راهنمای ۳).

نکات راهنما

۱. کیفیت غذا: غذاها باید با استانداردهای غذایی دولت دریافت‌کننده آن و یا از لحاظ کیفی، بسته‌بندی، برچسب‌زنی و «مناسب مقصود بودن»، با استانداردهای قوانین غذایی (Codex Alimentarius) مطابقت داشته باشد. غذا همیشه باید «مناسب مصرف بشر» و در ضمن «مناسب مقصود» باشد. اگر غذا کیفیت مطلوبی برای استفاده نداشته باشد، حتی اگر مناسب مصرف بشر هم باشد، برای مقصود مناسب نیست (یعنی کیفیت آرد، حتی اگر برای مصرف مناسب باشد، امکان پخت نان در خانه را فراهم نخواهد کرد). نمونه‌های

انتخابی برای آزمایش کیفی باید طبق طرح نمونه‌برداری باشد و برای کسب اطمینان از کیفیت آن، آژانس‌های خریداری‌کننده به‌طور منظم باید آن را بررسی کنند. غذاهایی که یا به‌صورت محلی خریداری و یا وارد شده، در صورت لزوم باید دارای گواهی بهداشت گیاهی (Phytosanitary certificate) یا سایر گواهینامه‌های بازرسی باشد. برای آزمایش باید از ذخایر، نمونه‌برداری‌های موردی کرد. در سمپاشی‌ها باید از محصولات مناسب استفاده شود و رویه‌های مربوط به‌طور اکید رعایت گردد. وقتی که ذخایر بسیار زیاد است، یا کیفیت آن محل تردید است، بازرسان بی‌طرف باید محموله‌ها را بازرسی کنند. اطلاعات مربوط به سن و کیفیت غذا را از گواهی عرضه‌کننده، گزارش‌های کنترل کیفیت، برچسب بسته‌بندی‌ها و گزارش‌های انبار می‌توان به‌دست آورد. غذای نامناسب برای مقصود باید با دقت معدوم شود (رک. استاندارد ۴ امنیت غذایی، نکته راهنمای ۱۰، ص ۱۹۹).

۲. غذاهای تعدیل‌شده ژنتیکی: مقررات ملی مربوط به دریافت غذاهای تعدیل‌شده از لحاظ ژنتیکی و استفاده از آن‌ها، باید درک و رعایت شود. هنگام برنامه‌ریزی برای انتقال این دست غذاها، باید مقررات آن را در نظر گرفت.

۳. سازوکارهای شکایت و پاسخ به شکایت‌ها: آژانس‌ها باید اطمینان یابند که برای دریافت شکایت‌های مربوط به سلامت غذا و مسئولیت‌پذیری در برابر دریافت‌کنندگان و امدادسانی به آن‌ها، سازوکارهای مناسبی وجود دارد (رک. استاندارد کانونی ۱، نکته راهنمای ۲، ص ۵۶).

۴. بسته‌بندی: در صورت امکان باید بسته‌ها را بدون اندازه‌گیری (ازجمله با پیمانه) یا بسته‌بندی مجدد توزیع کرد: اندازه مناسب بسته‌ها می‌تواند تضمین‌کننده رعایت استانداردها باشد. بسته‌بندی نباید حاوی شعار یا پیام سیاسی، مذهبی باشند. با انتخاب بسته‌بندی و مدیریت بسته‌های خالی‌شده (مانند کیسه‌ها و قوطی‌ها)، خطرات زیست‌محیطی را نیز می‌توان به کمترین حد رساند. دور افکندن بسته‌بندی غذاهای آماده مصرف (مثل فویل‌های بسته‌بندی)، به جهت ایمنی، نیازمند کنترل‌های خاصی است.

۵. فضای انبار باید خشک، بهداشتی، دارای عایق‌بندی مناسب و غیر آلوده به مواد شیمیایی یا سایر مواد باقیمانده باشد. این فضاها ضمناً باید در برابر آفات مثل حشرات و جوندگان ایمن باشد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۴ انتقال غذا، ص ۱۹۶ و استاندارد ۱ دفع زباله‌های جامد ص ۱۲۴).

استاندارد ۴ امنیت غذایی - انتقال غذا: مدیریت زنجیره تأمین (SCM)

فرآورده‌ها و هزینه‌های مربوط به آن‌ها، به‌خوبی و با استفاده از نظام‌های بی‌طرفانه، شفاف و کارآمد مدیریت می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- در صورت امکان، با استفاده از ظرفیت‌های محلی، یک نظام مدیریت زنجیره کارآمد برای تدارکات ایجاد کنید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).
- از منصفانه بودن قراردادها و شفافیت رویه‌های انتخاب طرف مقابل، اطمینان یابید (رک. نکات راهنمای ۱، ۲ و ۴).
- با عرضه‌کنندگان کالا و خدمات، روابط منصفانه برقرار کنید و رفتارهای اخلاقی داشته باشید (رک. نکات ۱، ۲، ۴ و ۵).
- کارکنانی را برای تمام سطوح SCM آموزش داده و استخدام کنید تا بر کیفیت و سلامت غذا و ایمنی آن، نظارت کنند (رک. نکته راهنمای ۵).
- برای مسئولیت‌پذیری، راهکارهایی مناسب، ازجمله انبارگردانی، گزارش‌دهی و نظام‌های مالی ایجاد کنید (رک. نکات راهنمای ۶ تا ۸).
- خسارات، ازجمله سرقت‌ها، را به کمترین حد برسانید (رک. نکات راهنمای ۹ تا ۱۱).
- بر خط تدارکات غذا نظارت کنید، به‌طوری که همه اقدامات ممکن برای پرهیز از خطاها و وقفه‌های احتمالی در توزیع به‌عمل‌آید و همه شرکای کاری مرتباً از عملکرد خط تدارکات غذا آگاه باشند (رک. نکات راهنمای ۱۲ و ۱۳).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- غذا به نقاط توزیع مورد نظر می‌رسد (رک. نکات ۱ و ۷).
- نظام‌های پیگیری اقلام غذایی، حسابداری موجودی اموال و گزارش‌دهی، از آغاز کار ایجاد شده‌است (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸، ۱۱ تا ۱۳).
- گزارش‌های بررسی SCM (مدیریت زنجیره تأمین) شواهد بررسی و ظرفیت‌های SCM محلی را برای برآورد کالاها، دسترسی به غذاها در سطح محلی و ساختارهای مدیریت هماهنگی محلی نشان می‌دهد (رک. نکات ۲ و ۳).
- گزارش‌دهی SCM نشانگر موارد زیر است:
 - شواهد دال بر شفافیت، منصفانه و روشن بودن انعقاد قراردادها
 - شواهد مدیریت عملکرد و گزارش‌دهی عرضه‌کننده کالا یا خدمات
 - تعداد و نسبت کارکنان آموزش دیده SCM

- کامل و دقیق بودن مدارک

- به کمترین حد رسیدن خسارت‌ها و تثبیت آن در کمتر از ۲ درصد
- گزارش اطلاعات مدیریت هماهنگی غذا، به شرکای کاری و به‌کارگیری آن در تحلیل روند عادی تدارک غذا

نکات راهنما

۱. مدیریت زنجیره تدارکات، بخشی جدایی‌ناپذیر از مجموعه مدیریت هماهنگی است. این زنجیره با انتخاب ماده غذایی آغاز می‌شود و با یافتن منبع جنس، خرید، تضمین کیفیت، بسته‌بندی، حمل بار، انبار و ورود آن به فهرست اموال و مدیریت و بیمه آن، ادامه می‌یابد. SCM شرکای کاری زیادی را در این فعالیت‌ها دخیل می‌کند و هماهنگی این فعالیت‌ها با یکدیگر اهمیت بسزایی دارد (رک. استاندارد ۲، صص ۱۹۲ تا ۱۹۴).
۲. استفاده از خدمات محلی: هر ارزیابی باید پیش از انتخاب مبدأ برای خرید در خارج از منطقه، به دسترسی و ظرفیت‌های محلی توجه کند. باید دقت کرد که خرید از محل، باعث بروز یا تشدید خصومت‌ها نشود و خطرات بیشتری برای جامعه ایجاد نکند. حاملان و توزیع‌کنندگان معتبر محلی یا بین‌المللی، دانش ارزشمندی درباره مقررات، رویه‌ها و امکانات دارند و می‌توانند مطابقت با قوانین کشور میزبان و تحویل فوری اقلام خریداری‌شده را تضمین کنند. در منطقه‌ای که در آن تنش ادامه دارد، انتخاب خدمات باید با موشکافی انجام گیرد.
۳. خرید از منابع محلی در مقابل واردات: دسترسی محلی به کالا و برقراری ارتباط با تولیدات و نظام بازار محلی مواد غذایی، چه به صورت خرید از محل و چه به صورت واردات، باید (ازجمله در ارتباط با حفاظت از محیط زیست)، ارزیابی شود (رک. استاندارد ۱ امنیت غذایی و تغذیه، ص ۱۵۸ و استانداردهای ۱ و ۳ امنیت غذایی، امرار معاش، صص ۲۱۳ و ۲۲۰). خرید محلی یا منطقه‌ای اقلام غذایی، باعث تحرک بازارها و حمایت از آن‌ها می‌شود و می‌تواند به کشاورزان قدرت تولید بیشتری دهد و به رشد اقتصاد محلی کمک کند. اگر سازمان‌های متعددی در این کار مشارکت دارند، خرید محلی را تا جای ممکن باید هماهنگ کرد. منابع درون کشوری دیگر، می‌تواند شامل وام یا تخصیص مجدد از برنامه‌های غذایی دیگر (که ممکن است به موافقت اهداکنندگان نیاز داشته‌باشد)، ذخایر ملی غله، وام‌گیری از عرضه‌کنندگان تجاری و یا مبادله با آن‌ها نیز، باشد.
۴. بی‌طرفی: اتخاذ رویه‌های منصفانه و شفاف در انعقاد قراردادها برای پرهیز از فساد و جانب‌گیری و تبعیض، ضروری است. از ارائه خدمات باید ارزیابی صورت گیرد و فهرست منتخب آنان به‌روز شود.

۵. **مهارت‌ها و آموزش:** مسئولان باتجربه و مدیران، باید برای تأسیس نظام SCM و تربیت کارکنان آن آماده شوند. انواع خاص مهارت‌های مرتبط عبارت است از: مدیریت قراردادها، مدیریت حمل و نقل و انبارها، مدیریت اموال و دارایی‌ها، تحلیل خط تدارکات، مدیریت اطلاعات، پیگیری مراسلات و مدیریت واردات. هنگامی که آموزش برگزار می‌شود، باید کارکنان سازمان‌های شریک و عرضه‌کنندگان خدمات را دربربگیرد و به زبان محلی باشد.
۶. **از غذا برای پرداخت‌ها استفاده نمی‌شود:** ارائه غذا در قبال عملیات مدیریت هماهنگی، مثل تخلیه بار در انبارها، باید پرهیز کرد. اگر پرداخت نقدی ممکن نیست و از غذا استفاده می‌شود، پرداخت‌ها باید به‌صورتی انجام گیرد که مقادیر ارسالی به نقاط توزیع و رسیدن آن‌ها به مردم آسیب‌دیده، به همان میزانی باشد که در طرح مقدماتی برآورد شده‌است.
۷. **گزارش‌دهی (ازجمله درباره گروه‌های مدیریت هماهنگی و میان آژانس‌ها):** بیشتر اهداکنندگان غذا، برای گزارش‌دهی الزاماتی دارند و مدیران زنجیره تدارکات، باید از این الزامات آگاه باشند و نظامی را برای رعایت آن‌ها ایجاد کنند. الزامات مدیریت به‌صورت روزانه نیازمند گزارش‌دهی فوری تأخیرها و خطاها در زنجیره تدارکات است. اطلاعات مربوط به خط تدارک باید به شکل روشنی با دیگران مطرح شود.
۸. **مستندسازی:** به‌منظور حفظ امکان ردیابی برای حساسی و معاملات در همه موقعیت‌ها، و جاهایی که کالاها دریافت، انبار و یا ترخیص می‌شوند، باید اسناد و فرم‌های کافی (مثل بارنامه، دفتر موجودی انبار، فرم‌های گزارش‌دهی و غیره) به زبان محلی در دسترس باشند.
۹. **انبارداری:** انبارهای مخصوص برای مواد غذایی، به انبار با دیگر کالاها اولویت دارد، اما مدیریت خوب می‌تواند خطرهای مشترک کاهش دهد. هنگام انتخاب انبار باید ثابت شود که قبلاً هیچ ماده خطرناکی در آن‌جا نگهداری نمی‌شده‌است و هیچ خطر آلودگی در آن وجود ندارد. نکاتی که باید در نظر گرفت، عبارتند از: امنیت، سهولت دسترسی، استحکام ساختمان (در پشت بام، دیوارها و کف) و عدم وجود خطر سیلاب.
۱۰. **دفع مواد نامناسب برای مصرف بشر:** بازرسان باصلاحیت (مانند کارشناسان ایمنی غذا و آزمایشگاه‌های بهداشت عمومی)، باید کالاهای آسیب‌دیده را بررسی و مناسب بودن آن‌ها برای مصرف بشر را گواهی کنند. کار معدوم کردن این اقلام باید به‌سرعت و پیش از این که ماده غذایی تبدیل به خطر شود، انجام گیرد. روش‌های دفع غذای نامناسب برای مصرف بشر، شامل فروش آن‌ها برای مصرف حیوانات و دفن یا سوزاندن، با اجازه و نظارت مسئولان انجام‌پذیر است. برای دفع به‌صورت مصرف حیوانی، باید گواهی لازم اخذ شود. در همه موارد، غذای نامناسب نباید دوباره وارد چرخه مصرف بشر یا حیوان شود و نباید به محیط زیست آسیب برساند یا منابع آب را آلوده کند.

۱۱. **تهدید زنجیره تدارکات:** در درگیری‌های مسلحانه یا ناامنیه‌ای عمومی، این خطر وجود دارد که طرفین درگیر غذا را به غارت ببرند یا مصادره کنند؛ بنابراین خطرات موجود در مسیرهای حمل غذا و انبارها باید مدیریت شود. در همه مراحل خط تدارک، خطر دزدی وجود دارد؛ باید نظام‌های کنترلی را برقرار و در همه مراحل تحویل، انبار و توزیع بر آن‌ها نظارت کرد تا این خطرات به حداقل برسد. نظام‌های کنترل داخلی برای کاهش خطر سازش‌کاری و فساد در کار، باید تقسیم مسئولیت‌ها را تضمین کند. ذخیره‌ها را باید مرتب بررسی کرد تا هرگونه انحرافی در بهره‌برداری از غذاها، مشخص شود. باید اقداماتی به عمل آید که نه تنها یکپارچگی زنجیره تدارک مشخص باشد، بلکه بتوان پیچیدگی‌های سیاسی و امنیتی گسترده‌تر، مانند احتمال انحراف مسیر را که منجر به تشدید برخوردها می‌شود، تحلیل کرد (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).

۱۲. **تحلیل خط تدارک،** باید به صورت مستمر صورت بگیرد و اطلاعات مرتبط با سطح ذخیره، ورود اقلام و توزیع، در اختیار شرکای کاری مشغول در زنجیره تدارکات قرار گیرد. پیگیری و پیش‌بینی سطوح ذخایر، باید کسری‌ها و مسائل مورد انتظار را به موقع مشخص کند تا بتوان برای آن‌ها راه حلی یافت. تبادل اطلاعات در میان شرکا، می‌تواند تخصیص وام برای خرید کالاها به منظور پیشگیری از وقفه در توزیع را بهبود بخشد. اگر منابع کافی نباشد، وقفه در خط تدارک اجتناب‌ناپذیر است. در چنین مواردی، هنگام برنامه‌ریزی برای منابع (یعنی انتخاب آنچه باید خریداری شود)، ممکن است اولویت با خرید اقلام سبد غذایی با منابع مالی مشخص باشد. باید با شرکای کاری مشورت کرد تا راه حل‌ها، شامل کاهش مقدار کلی غذا یا کاهش یا حذف انواع غذاهایی شود که (از لحاظ فیزیکی و اقتصادی) بیشتر در دسترس نیازمندان است.

۱۳. **ارائه اطلاعات:** به جای همه ذینفعان، باید به شرکای کاری، اطلاعات مربوط را داد تا از سوء تفاهم‌ها پیشگیری شود. استفاده از رسانه‌های گروهی محلی و شیوه‌های سنتی انتشار اخبار و تکنولوژی‌های موجود (ارسال پیام با تلفن‌های همراه و ایمیل) را باید به عنوان راهی برای آگاهی مسئولان محلی و دریافت‌کنندگان غذا، درباره توزیع، تحویل و تقویت شفافیت امور در نظر داشت.

امنیت غذایی - استاندارد ۵ انتقال مواد غذایی: هدف گذاری و توزیع

روش توزیع هدفمند غذا، مفید و پاسخگوست؛ به موقع، شفاف و ایمن انجام می گیرد، از کرامت مردم حمایت می کند و برای شرایط محلی مناسب است.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- دریافت کنندگان غذا را براساس نیازها و مشاوره با شرکای کاری مناسب، شناسایی و هدف گذاری کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- از طریق مشاوره با سازمان های شریک، گروه های محلی و دریافت کنندگان، برای توزیع غذا، شیوه های کارآمد و منصفانه ای طراحی کنید که از کرامت مردم حمایت کند. فرایند طراحی باید با مشارکت فعال زنان، نمایندگان معلولان، سالمندان و افراد دچار محدودیت های حرکتی همراه باشد (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۴).
- با شرکای کاری درباره نکات مناسب برای توزیع که متضمن دسترسی آسان و ایمنی دریافت کنندگان است، مشورت کنید (رک. نکات راهنمای ۵ و ۶).
- دریافت کنندگان را پیشاپیش از طرح توزیع، کیفیت و کمیت سهمیه غذایی آگاه کنید (رک. نکات ۷ و ۸).
- بر توزیع هدفمند غذا نظارت نمایید و آن را ارزشیابی کنید (رک. نکته راهنمای ۹).

شاخص های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- معیارهای گزینش هدف، باید بر مبنای تحلیل کامل آسیب پذیری ها باشند (رک. نکته راهنمای ۱).
- جمعیت آسیب دیده، سازوکارهای هدف گذاری را پذیرفته است (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- برای افراد دارای محدودیت حرکتی، الگوهای توزیع دیگری جایگزین می شود (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴).
- دریافت کنندگان نباید مجبور باشند که برای رسیدن به محوطه دریافت غذا، بیش از ۱۰ کیلومتر (یعنی بیش از ۴ ساعت) راه بروند (رک. نکته راهنمای ۵).
- کارت های سهمیه، پارچه نوشته و یا علائم دیگری برای نشان دادن راه محل توزیع غذا وجود دارد (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸).

هدف سازوکارهای نظارت و مسئولیت‌پذیری ذی‌نفعان (رک. نکته راهنمای ۹) نکات زیر است:

- تقدم ترجیح خود ذی‌نفعان درباره شیوه‌های توزیع
- اطلاع‌رسانی به ذی‌نفعان درباره توزیع
- ذی‌نفعان / رسید غذا؛ اقدامات برنامه‌ریزی شده و عملکرد واقعی

نکات راهنما

۱. هدف‌گذاری: برنامه تغذیه باید برای کسانی هدف‌گیری شود که طبق بررسی‌ها، بیش از سایرین بدان نیاز دارند: افرادی که در سطح خانوار، بیشترین ناامنی غذایی را دارند و افراد دچار سوء تغذیه (رک. آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های جمعیت‌های آسیب‌دیده، ص ۱۵۶ و استانداردهای ۱ و ۲ امنیت غذایی و تغذیه، صص ۱۵۸ تا ۱۶۲). هدف‌گیری در تمام طول برنامه‌ها ادامه دارد، نه فقط در مرحله مقدماتی. یافتن توازن درست میان خطاهای مربوط به حذف مردم (که زندگی آن‌ها را به مخاطره می‌ندازد) و خطاهای مربوط به پوشش‌دهی آن‌ها (که به‌طور بالقوه مخرب یا ویرانگر است)، در برنامه هدف‌کاری پیچیده است؛ به‌علاوه، کاهش خطاها معمولاً باعث افزایش قیمت‌ها می‌شود. در بحران‌های شدید، لحاظ کردن خطاهای شمول، پذیرفتنی‌تر از خطاهای مربوط به حذف است؛ در بلایای ناگهانی، درحالی‌که همه خانوارها خسارت‌های مشابهی را تحمل کرده‌اند و یا در جایی که به علت عدم دسترسی، بررسی دقیق برای موردیابی ممکن نیست، توزیع عمومی راه حل مناسبی است. انتخاب افراد شرکت‌کننده در تعیین هدف، باید بر مبنای بی‌طرفی، توانایی و مسئولیت‌پذیری آنان باشد. افراد هدف‌گذار را می‌توان از میان ریش‌سفیدان، کمیته‌های امداد منتخب محلی، سازمان‌های جامعه مدنی، NGOهای محلی، نهادهای دولتی محلی یا NGOهای بین‌المللی برگزید. گزینش زنان برای تعیین هدف، به‌شدت توصیه می‌شود. روش‌های تعیین هدف باید واضح و مورد پذیرش هر دو جمعیت گیرنده و غیرگیرنده کمک باشد تا از ایجاد تنش و ورود آسیب پیشگیری شود (رک. استاندارد کانونی ۱، نکته راهنمای ۳، ص ۵۸ و اصل حمایت ۲، ص ۳۶).

۲. ثبت نام: ثبت نام رسمی خانوارها برای دریافت غذا باید، در سریع‌ترین زمان ممکن انجام بگیرد و براساس نیاز، به‌روز شود. اطلاعات مربوط به ذی‌نفعان برای طراحی یک نظام توزیع سودمند (شمار و اطلاعات جمعیت‌شناسی خانوارها بر سازمان توزیع اثر می‌گذارد)، تهیه فهرستی از ذی‌نفعان، برگه‌های مقایسه و کارت‌های سهمیه (در صورت صدور) و شناسایی افراد با نیازهای خاص، ضروری است. ثبت نام در اردوگاه‌ها، خصوصاً در شرایطی که افراد آواره مدارک شناسایی ندارند، اغلب پردرد سر است (رک. اصل ۴ حمایت، نکات راهنمای ۴ و ۵، ص ۴۲). فهرست‌های دریافتی از مسئولین محلی و فهرست‌های خانوار تهیه‌شده از جانب خود جمعیت، می‌تواند مفید باشد، مشروط بر این که یک گروه ارزشیابی

مستقل، صحت و بی طرفی آن‌ها را تأیید کند. زنان جمعیت آسیب‌دیده را باید برای کمک به فرایند ثبت نام تشویق کرد. آژانس‌ها باید اطمینان یابند که افراد آسیب‌پذیر، خصوصاً افراد خانه‌نشین، از فهرست توزیع حذف نشده‌اند. در عین حال که به‌طور معمول از سران خانوارها ثبت نام به‌عمل می‌آید، زنان نیز باید حق داشته‌باشند که با ذکر نام خودشان ثبت نام شوند؛ ممکن است زنان از انتقال کالا بهره‌برداری بهتری کنند. اگر در مراحل اولیه بحران، ثبت نام ممکن نباشد، باید به محض آرامش اوضاع، این کار را انجام داد؛ این امر خصوصاً زمانی مهم‌تر می‌شود که انتقال غذا برای دوره‌ای طولانی لازم باشد. سازوکاری هم باید برای شکایت‌های مربوط به فرایند ثبت نام و امدادسانی به آن‌ها برقرار شود (رک. نکات راهنمای ۲ و ۶، صص ۵۸).

۳. **شیوه‌های توزیع سهمیه‌های خشک:** بیشتر شیوه‌های توزیع در طول زمان شکل می‌گیرد. یک روش توزیع عمومی غذا، به‌طور معمول به‌صورت سهمیه خشکی است که باید در خانه‌ها پخته شود. دریافت‌کننده‌ها ممکن است، یک فرد، یک خانوار دارای کارت سهمیه، نماینده گروهی از خانوارها، سران سنتی و یا سران دریافت‌کننده سهمیه یک جمعیت باشند. خطرات بالقوه توزیع از طریق نمایندگان یا سران، باید به‌دقت بررسی شود. در انتخاب دریافت‌کنندگان باید تأثیر بر فشار کاری و خطر احتمالی خشونت، ازجمله خشونت‌های خانگی (رک. اصول ۱ و ۲ حمایت، صص ۳۳ و ۳۶) در نظر گرفته شود. تکرار دفعات توزیع باید با توجه به وزن جیره و امکانات دریافت‌کنندگان برای حمل آن به خانه، صورت گیرد. ممکن است برای حصول اطمینان از این که سالمندان و افراد ناتوان، می‌توانند سهمیه‌شان را با خود حمل کنند، انجام اقداماتی لازم شود؛ شاید سایر اعضای جمعیت بتوانند کمک کنند، اما دریافت هفتگی یا دوهفته یکبار آسان‌تر از دریافت سهمیه ماهانه است. تلاش در جهت توجه به افراد آسیب‌پذیر، نباید مشکل دیگری بر آزارهایی که قبلاً دیده‌اند، بیفزاید؛ این امر می‌تواند در میان گروه‌های پرجمعیت و افرادی که با HIV و ایدز زندگی می‌کنند، تبدیل به مسئله خاصی شود (رک. اصل ۴ حمایت، نکات راهنمای ۱ و ۹ تا ۱۱، صص ۴۱ تا ۴۳).

۴. **شیوه‌های توزیع برای سهمیه‌های غیر خشک:** استثنائاً در مراحل اولیه یک بحران شدید، سهمیه غذایی ممکن است یک وعده غذای پخته یا آماده صرف باشد. این نوع جیره زمانی مناسب است که، برای مثال، مردم در حال کوچ یا ناامنی شدیدی باشد و حمل غذا به درون خانوارها، آن‌ها را با خطر دزدی و خشونت روبه‌رو کند یا وجود بهره‌کشی یا مالیات‌های سنگین، حق افراد آسیب‌پذیر را پایمال کند یا جابه‌جایی‌های عمده، باعث شود که مردم امکانات (پخت‌وپز و یا سوخت) خود را از دست بدهند و آنقدر ضعیف شوند که نتوانند برای خودشان غذا بپزند یا رهبران محلی، سهمیه‌ها را مصادره کنند و یا درباره محیط زیست ملاحظات باشد (ازجمله لزوم حفاظت از محیط زیست، از طریق پرهیز از جمع‌آوری سوخت گیاهی). در زمان بحران، از وعده غذاهای مدرسه و مشوق‌های غذایی برای آموزش، می‌توان به‌عنوان سازوکار توزیع استفاده کرد (رک. استاندارد INEE برای

آموزش و پرورش).

۵. **نقاط توزیع و سفر:** نقاط توزیع باید در جایی ایجاد شود که برای دریافت‌کنندگان امن و راحت است، نه بر مبنای رفاه مدیریت هماهنگی آژانس (رک. اصل ۳ حمایت، نکات راهنمای ۶ و ۹، ص ۳۹). برای این مورد باید زمین محل و نزدیکی آن به سایر منابع حمایت (مثل آب آشامیدنی، سرویس‌ها و خدمات بهداشتی، سایبان، سرپناه و فضاهای امن برای زنان) نیز در نظر گرفته شود. نقاط توزیع باید از جاهایی که مردم برای رسیدن به آن‌ها دچار مشکل می‌شوند، دور باشد (مثلاً مجبور شوند از مناطق نظامی یا ایست‌های بازرسی افراد مسلح عبور کنند یا برای عبور، مجبور به بحث با آن‌ها شوند). در تعیین تکرار دفعات و نقاط توزیع، باید به زمان رسیدن نیازمندان به محل، عملی بودن این کار و هزینه‌های حمل‌اقلام دریافتی توجه شود. دریافت‌کنندگان باید بتوانند ظرف یک روز به محل توزیع مراجعه کنند و بازگردند؛ برای رساندن غذا به کسانی که توان آمدن به محل توزیع را ندارند و یا منزوی شده‌اند (از جمله افراد دچار مشکلات حرکتی)، باید راهکارهای جایگزینی یافت. سرعت پیاده‌روی ۵ کیلومتر در ساعت است، اما این سرعت در مناطق ناهموار کمتر می‌شود؛ با توجه به سن و سطح تحرک، این زمان فرق می‌کند. در شرایط بحرانی، دسترسی به توزیع موضوعی عادی برای نگرانی جمعیت‌های منزوی و محروم است. دفعات توزیع را باید طوری برنامه‌ریزی کرد که در حداقل زمان ممکن باشد و وقت برای فعالیت‌های روزانه نیز در نظر گرفته شود؛ برای حمایت از دریافت‌کنندگان، توزیع باید در ساعات روشنائی روز انجام شود و دریافت‌کنندگان مجبور نباشند شب در محل توزیع بمانند، زیرا خطرات بیشتری برای آنان به همراه خواهد داشت (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).

۶. **به حداقل رساندن خطرات ایمنی:** توزیع غذا می‌تواند خطرات ایمنی، از جمله انحراف در مسیر توزیع و خشونت، ایجاد کند. در حین توزیع، ممکن است تنش افزایش یابد. به‌ویژه احتمال می‌رود که زنان، کودکان، سالمندان و افراد دچار مشکلات حرکتی، جیره خودشان را از دست بدهند. خطرها باید پیشاپیش بررسی و برای به حداقل رساندن آن‌ها برنامه‌ریزی شود. این کارها، شامل نظارت کارکنان زنده بر توزیع و حفاظت جمعیت آسیب‌دیده از نقاط توزیع است. در صورت لزوم می‌توان از پلیس هم درخواست دخالت کرد، اما باید آن‌ها را نسبت به هدف انتقال غذا حساس کرد. طراحی دقیق چیدمان محل توزیع، می‌تواند کنترل جمعیت را تسهیل و خطرات ایمنی را کمتر کند. برای پیشگیری، نظارت و امداد رسانی به خشونت‌های جنسی، از جمله بهره‌کشی جنسی، باید تمهیدات ویژه‌ای اجرا شود. این تمهیدات شامل تمایز زنان و مردان (برای مثال با حصار)، یا تمایز زمان‌های توزیع، مطلع کردن همه گروه‌های توزیع درباره رفتار مناسب و اجرای تنبیهاتی برای بهره‌کشی‌های جنسی و گماشتن نگهبانان زن برای نظارت بر امور تغذیه، ثبت نام، توزیع و اوضاع پس از توزیع غذا می‌شود (رک. نکته راهنمای ۵ و اصل ۲ حمایت، ص ۳۶).

۷. **تبادل اطلاعات:** نکات زیر را باید به آگاهی دریافت‌کنندگان رساند:

- مقدار و نوع سهمیه‌ای که باید توزیع شود و دلیل هر اختلاف با برنامه؛ اطلاعات مربوط به سهمیه غذایی را باید در محل توزیع، به‌طور آشکار و در شکل‌های قابل درک (مثلاً با نوشتن به زبان محلی، با تصاویر و یا با گفت‌وگوی شفاهی)، برای بی‌سوادان یا کسانی که در برقراری ارتباط مشکل دارند، در معرض دید گذاشت تا مردم از حقوقشان آگاه شوند؛
- طرح توزیع (روز، ساعت، محل، دفعات تکرار) و هرگونه تغییر در آن؛
- کیفیت غذا و در صورت لزوم، مراقبت خاصی که برای حفظ ارزش غذایی آن ازسوی گیرنده باید انجام شود؛

- الزامات مربوط به نگهداری و مصرف غذاها؛

- اطلاعات مخصوص برای استفاده بهینه از غذا برای کودکان (رک. استانداردهای ۱ و ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، صص ۱۶۷ و ۱۶۸)؛
- راه‌های مناسب دریافت اطلاعات درباره برنامه و فرایند نظروااهی از دریافت‌کنندگان غذا (رک. استاندارد ۱، نکات راهنمای ۴ تا ۶، ص ۵۸).

۸. **تغییرات برنامه:** درباره تغییر در سبد غذایی یا مقدار سهمیه به‌علت عدم دسترسی به غذا، از طریق کمیته‌های توزیع، رهبران جمعیت و سازمان‌های نماینده مردم، باید با دریافت‌کنندگان صحبت کرد. پیش از آغاز به توزیع باید طرح کار به‌صورت مشترک تهیه شود. کمیته توزیع باید مردم را از تغییرات، دلایل آن‌ها و زمان بازگشت به روال عادی در توزیع سهمیه‌ها، آگاه کند. گزینه‌های زیر را می‌توان در نظر گرفت:

- کاهش سهمیه همه دریافت‌کنندگان (به مقداری مساوی از اقلام موجود یا سبد غذایی کاهش‌یافته)
- دادن سهمیه کامل به افراد آسیب‌پذیر و سهمیه کاهش‌یافته به دیگران
- به تعویق انداختن توزیع، به‌عنوان آخرین راه حل.

۹. **نظارت و ارزیابی** باید در همه سطوح زنجیره تدارکات غذا تا مرحله مصرف، به اجرا گذاشته شود (رک. استاندارد کانونی ۵، ص ۷۰). پیش از توزیع، در محل توزیع بررسی کنید که آیا هماهنگی‌های لازم (ازجمله ثبت نام، امنیت، تبادل اطلاعات) مرتب است یا خیر. برای حصول اطمینان از دقت برابری در سهمیه‌های توزیع‌شده میان خانوارها، باید به‌طور تصادفی آن‌ها را وزن و با دریافت‌کنندگان مصاحبه کرد. بازدیدهای اتفاقی از محل سکونت خانوارها نیز می‌تواند به کسب اطمینان از پذیرفتنی و مفید بودن سهمیه‌ها و همچنین شناسایی افرادی که با معیارهای پذیرش برای توزیع غذا تطابق دارند، اما ثبت نام نشده‌اند، کمک کند. چنین بازدیدهایی می‌تواند مشخص کند که آیا غذای اضافی نیز دریافت می‌شود؟ و اگر چنین است، از کجا می‌آید، به چه مصرفی می‌رسد و چه کسی آن را مصرف می‌کند؟ (در نتیجه مصادره، به‌کارگیری یا بهره‌کشی و غیره). در نظارت‌ها تأثیر انتقال غذا بر ایمنی ذی‌نفعان باید تحلیل شود. همچنین اثرات گسترده‌تر انتقال غذا، مانند تأثیر در چرخه و فعالیت‌های کشاورزی، شرایط بازار و در دسترس بودن اطلاعات کشاورزی هم باید تحلیل شود.

امنیت غذایی - استاندارد ۶ انتقال مواد غذایی: استفاده از غذا

غذا انبار، آماده و به شکلی سالم و مناسب هم در سطح خانوار و هم در سطح جامعه مصرف می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- ❖ از ذی‌نفعان در برابر نگهداری یا آماده‌سازی نامناسب غذا حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- ❖ اطلاعات مربوط به اهمیت رعایت بهداشت غذایی را میان دریافت‌کنندگان منتشر کنید و درک درست رفتارهای بهداشتی برای نگهداری و مصرف غذا را ارتقا دهید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- ❖ در جایی که غذای پخته توزیع می‌شود کارکنان را درباره تهیه، نگهداری و مصرف غذاها و خطرات احتمالی رفتارهای نامناسب آموزش دهید (رک. نکته راهنمای ۱).
- ❖ در هر جا که لازم است با ذی‌نفعان درباره ذخیره سازی، تهیه، پخت و مصرف غذای توزیع شده و اثرات همراه با تأمین هدفمند غذا برای افراد آسیب‌پذیر مشورت کنید و به موضوعاتی که مطرح می‌شود پاسخ دهید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- ❖ اطمینان یابید که خانوارها به ظروف و وسایل پخت‌وپز، سوخت، آب آشامیدنی و مواد بهداشتی دسترسی دارند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۴).
- ❖ اطمینان یابید کسانی که نمی‌توانند برای خودشان غذا تهیه و مصرف کنند، مراقبانی دارند و در صورت لزوم، بر تغذیه آنان نظارت کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- ❖ غذاهای توزیع‌شده هیچ خطری برای سلامتی ایجاد نمی‌کند.
- ❖ آگاهی ذی‌نفعان را درباره بهداشت غذا افزایش دهید. (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- ❖ همه کارکنان درگیر توزیع غذا، باید در زمینه کار رسیدگی به غذا و خطرات ناشی از رفتارهای غلط آموزش ببینند (رک. نکته راهنمای ۱).
- ❖ خانوارها به مواد و وسایل سالم و ایمن تهیه غذا دسترسی کامل و کافی دارند (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴).

مراقبان همه افراد نیازمند کمک‌های خاص، حضور کامل دارند (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴).

نکات راهنما

۱. بهداشت غذا: بحران می‌تواند در رفتارهای بهداشتی معمولی مردم اختلال ایجاد کند. ممکن است، ارتقاء وضع بهداشت غذایی، حمایت فعالانه از اقدامات مناسب، رسیدگی به شرایط موجود و بیماری‌ها، تأکید بر اهمیت شستن دست‌ها پیش از تهیه غذا، پرهیز از الودن آب و انجام اقداماتی برای دفع حشرات، لازم شود. درباره استفاده بهینه از منابع خانگی به‌منظور تغذیه کودکان و روش‌های ایمن تهیه غذا، باید به مراقبان اطلاعاتی داد (رک. استانداردهای ۱ و ۲ ارتقاء وضع بهداشت، صص ۹۷ تا ۱۰۰). در جایی که برای تهیه غذای گرم جمعیت آسیب‌دیده، آشپزخانه‌های جمعی تأسیس می‌شود، باید با درنظرگرفتن دسترسی، ایمنی، بهداشت، پخت‌وپز، قابلیت دسترسی آب آشامیدنی و محل سرو غذا، اقدام به تعیین محل آشپزخانه کرد.
۲. منابع اطلاعات: برای انتشار عمومی اطلاعات و جمع‌آوری بازخورد از ذی‌نفعان و خصوصاً زنان (رک. استاندارد کانونی ۱، نکات راهنمای ۲ و ۶، صص ۵۸)، سازوکارهایی لازم است. جهت انتشار رهنمودهای تغذیه، باید مدارس و فضاهای امن را به‌عنوان محل‌های مناسب در نظر گرفت. ممکن است برای برقراری ارتباط با افرادی که رابطه با آن‌ها تشریفات خاصی دارد، فرم‌ها و شیوه‌هایی لازم باشد (رک. استاندارد ۱، نکته راهنمای ۴، ص ۵۸).
۳. سوخت، آب آشامیدنی و وسایل خانگی: در صورت لزوم، باید سوخت مناسب فراهم شود یا با نظارت بر ایمنی زنان و کودکان، یعنی گردآورندگان هیزم (برای اجاق‌ها و سوخت، رک. استاندارد ۴ اقلام غیر غذایی، ص ۲۸۶)، برنامه‌ای برای درختکاری و کشاورزی تهیه کنید (برای دسترسی به آب، کیفیت، کمیت و امکانات، رک. استانداردهای ۱ تا ۳ منابع آب، صص ۱۰۳ تا ۱۰۹ و برای مواد و اقلام خوراکی و پخت‌وپز و ظروف آب، رک. استاندارد ۳، ص ۲۸۵).
۴. دسترسی به امکانات فراوری غذا مثل آسیاب‌های غلات، به مردم امکان تهیه غذای مطلوبشان را می‌دهد و ضمناً باعث صرفه‌جویی در وقت برای سایر فعالیت‌های سازنده می‌شود. فراوری غذا در سطح خانواده، مثل آسیاب‌کردن، زمان و مقدار آب لازم برای پخت‌وپز را کاهش می‌دهد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۲ انتقال غذا، نکته راهنمای ۲، ص ۱۹۳).
۵. نیازهای خاص: ممکن است افرادی، مانند کودکان خردسال، سالمندان، معلولان و کسانی که با HIV زندگی می‌کنند، برای صرف غذا به کمک احتیاج داشته‌باشند، (رک. استاندارد ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، ص ۱۶۸ و امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال غذا، نکات

راهنمای ۵ تا ۷، ص ۱۹۱ و ۱۹۲). ممکن است برای حمایت از افرادی که دیگر توان تهیه غذای وابستگان‌شان را ندارند (مانند والدین دچار بیماری‌های روانی)، برنامه‌های بازدید خانگی یا سایر برنامه‌های حمایت و پیگیری لازم باشد.

۴-۲. امنیت غذایی - انتقال نقدی و حواله‌ها

انتقال وجه نقد و حواله معرف دو نوع کمک است: در انتقال نقدی، به مردم پول می‌دهند، درحالی‌که در انتقال با حواله، به مردم کالا (بن کالا) می‌دهند تا با آن‌ها مقدار ثابتی از اقلام خاص یا کالا بخرند (بن خرید). این کالاها در ضمن این که ممکن است از لحاظ هدف، طرح و انتقال نقدی یا حواله، با یکدیگر متفاوت باشد، اما به دلیل دادن قدرت خرید به مردم، در نوعی نگرش بازارمحور مشترک هستند.

از انتقال وجه نقد یا حواله، برای رفع نیازهای اساسی غذایی و غیر غذایی و یا خرید امکاناتی که توان فعالیت‌های اقتصادی را به مردم بازمی‌گرداند، استفاده خواهد شد. در اعطای بی‌قید و شرط (یا بی‌هدف یا جمعی) وجه نقد، هیچ شرطی درباره چگونگی مصرف پول گذاشته نمی‌شود، اما اگر در بررسی‌ها نیازهای اساسی شناسایی شده باشد، انتظار می‌رود که این پول برای تأمین این اقلام مصرف شود. اگر مشخص شود که حمایت از امرار معاش یا فعالیت‌های تولیدی یک ضرورت است، این انتظار خواهد رفت که وجه نقد توزیع شده، صرف این کار شود. در آغاز بلایا شاید اعطای وجه نقد مناسب باشد. در اعطای مشروط وجه نقد، این قید را می‌گذارند که دریافت‌کننده آن را صرف منظور خاصی کند (به‌طور مثال برای بازسازی خانه‌ها، استخدام کارگر، ایجاد یا راه اندازی مجدد کسب‌وکار و یا شرکت در کلاس‌های آموزش بهداشت). حواله‌ها امکان دستیابی به یک‌سری خدمات و کالاهای پیش‌بینی شده (مانند آسیاب، وسیله حمل‌ونقل، دسترسی به بازار یا غرفه و وام‌های بانکی) را فراهم می‌کند. ممکن است حواله ارزش مادی یا کالایی برای ارائه در بازار یا کارگاه‌های تعیین شده با اهل کسب‌وکار، یا خدمات خاص داشته باشد. برنامه‌های حواله باید مطابق با استانداردهای بخش‌های مربوط باشد، برای مثال، برنامه‌های حواله یا کالاها برای غذا باید مطابق با استانداردهای ۱ تا ۳ و ۶ امنیت غذایی، صص ۱۸۸ تا ۲۰۶ باشد.

انتخاب حواله‌های مناسب (غذا، پول نقد یا کالاها) نیازمند تحلیل خاص، از جمله مقرون به صرفه بودن، اثرات ثانویه بازار، انتقال حواله و هدف‌یابی رسیدگی به خطرات عدم امنیت و فساد است.

امنیت غذایی - استاندارد ۱ انتقال وجه نقد یا حواله: دسترسی به کالاها و خدمات موجود

وجوه نقد و حواله‌ها، به‌عنوان راهکارهایی برای رفع نیازهای اساسی و حمایت و راه‌اندازی مجدد امرار معاش در نظر گرفته می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- با ذی‌نفعان، نمایندگان جمعیت و سایر کسانی که در بررسی، طرح، اجرا، نظارت و ارزیابی سهمی دارند، مشورت کنید و آن‌ها را در کارها دخالت دهید (رک. نکات راهنمای ۱، ۳، ۶ و ۷، صص ۵۷ تا ۵۹).
- امکان خرید اقلام مورد نیاز از سوی مردم از بازار محلی، در مقایسه با موارد جایگزین و مقرون به‌صرفه‌تر و زنجیره بازار را بررسی و تحلیل کنید (رک. نکته راهنمای ۲).
- با توجه به مناسب‌ترین راهکار تحویل و فواید احتمالی برای مردم آسیب‌دیده در بحران و اقتصاد محلی، پول نقد، حواله و یا ترکیبی از هردو را انتخاب کنید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳ و ۵ تا ۶).
- برای کاهش خطر مصادره‌های غیر قانونی، ناامنی، تورم، استفاده خطرناک و تأثیرگذاری منفی بر گروه‌های محروم، اقداماتی را به اجرا بگذارید. برای کار با نظام‌های تعیین هدف، مراقبت‌های خاصی لازم است (رک. نکته راهنمای ۴ و ۷).
- نظارت و بررسی کنید تا مشخص شود که آیا مناسب‌ترین راه همان انتقال وجه نقد یا حواله است، یا باید از جایگزین‌ها استفاده کرد (رک. نکته راهنمای ۸).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه مردم آسیب‌دیده، برخی یا تمام نیازهای غذایی و نیازهای دیگرشان به امرار معاش (از جمله ابزارهای تولید، بهداشت، آموزش و پرورش، حمل‌ونقل، مسکن، باربری) از بازارهای محلی رفع می‌کنند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۲ و ۸).
- شکل ترجیحی برای همه جمعیت هدف، به‌ویژه برای زنان و سایر افراد آسیب‌پذیر، دریافت وجه نقد یا حواله است (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۸).
- دریافت‌ها منجر به هزینه‌های ضد اجتماعی نمی‌شود (رک. نکات راهنمای ۴ و ۸).
- انتقال‌ها منجر به ایجاد ناامنی نمی‌شود (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۴ و ۸).
- از اقتصاد محلی حمایت می‌شود تا پس از بحران احیا شود (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۲ و ۸).

نکات راهنما

۱. **انتقال وجوه نقد و حواله:** انتقال وجوه نقد و حواله‌ها به‌خودی خود اقدام نیست، بلکه سازوکاری برای دستیابی به اهداف مطلوب است. در بررسی دقیق باید به‌صورت مقایسه‌ای مشخص شود، وجه نقد یا حواله مناسب است یا خیر و آیا باید به‌تنهایی استفاده شود یا به‌صورت ترکیبی با سایر امدادرسانی‌ها، از قبیل ارائه کالا به مردم. در مراحل مختلف بحران می‌توان از وجه نقد یا حواله‌ها استفاده کرد. امدادرسانی نه‌تنها باید با توجه به کارایی مورد انتظار و استفاده در رفع نیازهای اساسی و احیای امکانات امرار معاش، بلکه با خطرات احتمالی بسیار کمی همراه باشد. وجوه نقد و حواله می‌تواند گزینه‌ها و معادل‌های دیگری از امدادرسانی را، به‌شکل ارائه کالا به دریافت‌کنندگان بدهد و این شکل می‌تواند برای دریافت‌کنندگان با احساس کرامت بیشتری همراه باشد. در ضمن، وجه نقد و حواله در اقتصاد محلی باعث اثرات دوجندان می‌شود و باید این نکته را در بررسی‌ها در نظر گرفت. از وجه نقد و حواله به‌صورت‌های زیر می‌توان استفاده کرد:

- اهدای نقدی، انتقال مشروط یا غیر مشروط در یک یا چند قسط برای رفع برخی از نیازها
- کالا برگ یا بن خرید، انتقال کاغذی یا الکترونیک حواله‌ها برای مبادله با کالاهای خاص یا مجموعه‌ای از کالاها، برای فعالیتی خاص با توجه با ارزش آن
- وجه نقد برای کار، انتقال وجه نقد به‌عنوان درآمد مشارکت در فعالیتی خاص (به‌طور معمول فعالیت‌های نیازمند کار جسمانی).

برنامه‌ریزی، اجرای کار و نظارت بر آن، باید با دخالت شرکای کاری محلی، مانند دولت‌ها، مسئولین محلی، ساختارها و نمایندگان جامعه، تعاونی‌ها، انجمن‌ها، گروه‌های محلی و ذی‌نفعان انجام بگیرد. این به انسجام و پایداری کمک خواهد کرد. از مرحله طراحی به بعد، باید نقشه‌گذر و خروج را هم با همکاری شرکای کاری تهیه کرد.

۲. **تأثیر بر اقتصاد محلی و نظام بازار:** در بررسی بازار، اوضاع پیش و پس از بحران، کارآمدی بازار و یکپارچگی آن برای امدادرسانی به نیازهای موجود باید تحلیل شود. این تحلیل باید نقش فعالان بازار، موجودی و قیمت فصلی و کنونی کالاها (ابزارهای کار، مصالح ساختمانی، غذا و سایر مایحتاج زندگی) و قابلیت دسترسی اجتماعی و اقتصادی گروه‌های آسیب‌پذیر مختلف به آن‌ها را نشان دهد. وجه نقد و حواله زمانی می‌تواند مناسب باشد که بازارها فعال و قابل دسترسی باشند و غذا و سایر کالاهای اساسی، به مقدار لازم و به قیمت معقول در دسترس باشد. انتقال پول به این صورت می‌تواند باعث تحرک اقتصاد محلی و بازسازی فوری و پایدار آن شود. امدادرسانی از طریق بازار به خریده‌های محلی و استفاده بهینه از توانایی‌های فعالان بازار رونق می‌دهد، اما کاربرد وجه نقد یا حواله در شرایط نامناسب، ممکن است باعث اختلال در بازار شود و یا همراه با اثرات منفی، مانند تورم باشد. به‌منظور درک تأثیر وجه نقد و حواله بر اقتصاد و مردم محل، نظارت بر بازار ضروری است.

۳. سازوکارهای ارسال وجه نقد و حواله: مبالغ و حواله‌ها را می‌توان از طریق بانک‌ها، شرکت‌های حواله پول، صرافی‌ها، دفاتر پستی یا پست بانک‌ها ارسال کرد. ارسال حواله و پول می‌تواند به صورت فیزیکی یا با روش‌های انتقال الکترونیکی مثل تلفن بانک‌ها یا بانک‌های سیار انجام گیرد. بانک‌ها معمولاً کارآمد هستند، اما ممکن است افراد آسیب‌پذیر به آن‌ها کمتر دسترسی داشته باشند؛ در صورت دسترسی بانک، شاید اقدام از طریق بانک‌های سیار، گزینه امن‌تری باشد. انتخاب سازوکار تحویل، نیازمند بررسی گزینه‌ها و مشاوره با دریافت‌کنندگان است. موضوعاتی که باید بدان توجه کرد، عبارتند از: هزینه‌های مربوط به نیازمندان (هزینه‌های بانکی، زمان طی طریق، زمان انتظار در محل دریافت)، هزینه‌های سازمانی (تعرفه‌ها و هزینه‌های تشکیلات تأمین‌کننده، زمان کارکنان تشکیلات، مدیریت امور، حمل‌ونقل، ایمنی و آموزش کارآموزان)، کارآمدی و توان (قابلیت اعتماد، پایداری، مسئولیت‌پذیری، شفافیت، نظارت، انعطاف‌پذیری، کنترل و امنیت مالی و دسترسی به افراد آسیب‌پذیر). ممکن است روشی که پرهزینه‌تر به نظر می‌رسد، مناسب‌ترین راهکار انتقال باشد.

۴. توجه به مخاطرات: نگرانی‌های معمول درباره خطرات انتقال به صورت نقد یا حواله، عبارت‌اند از: ترس از پرداخت وجه نقد یا حواله، تورم قیمت‌ها (که از قدرت خرید مردم آسیب‌دیده در بحران می‌کاهد)، استفاده از پول نقد یا حواله برای کارهای ضد اخلاقی (از قبیل بهره‌کشی با الکل و توتون) و دسترسی متفاوت زنان و مردان به پول نقد، در مقایسه با انواع کالا. از جمله نگرانی‌های دیگر، انتقال وجه نقد است که می‌تواند برای ایمنی کارمندان و مردم آسیب‌دیده در بحران، خطراتی ایجاد کند (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳)؛ همچنین جذابیت پول نقد، ممکن است رسیدگی به دریافت‌کنندگان هدف را مشکل سازد و خطر فساد و یا مصادره از سوی گروه‌های مسلح را افزایش دهد. در هر حال توزیع اقلام کالا نیز مشکلاتی دارد (رک. استاندارد ۱ امنیت غذایی، صص ۲۰۸ و ۲۰۹). خطرات ناشی از پول نقد یا حواله را می‌توان با برنامه‌ریزی درست، تحلیل خطرات و مدیریت کاهش داد. اساس تصمیم‌گیری باید مشاوره‌های «مبتنی بر شواهد» باشد: نگرانی‌های بی‌اساس نباید در برنامه‌ریزی تأثیر گذارد.

۵. تعیین ارزش وجه نقد یا حواله: ارزش معین برای هر انتقال، به ویژگی شرایط ارتباط دارد. محاسبه آن باید با هماهنگی سایر آژانس‌ها و بر مبنای اولویت‌ها و نیازهای مردم آسیب‌دیده در بحران، قیمت کالاهای اصلی که مورد نیاز است، سایر کمک‌هایی که به مردم آسیب‌دیده می‌شود، هزینه‌های مضاعف (از جمله کمک سفر برای کسانی که محدودیت حرکتی دارند)، شیوه، مقدار، تکرار و زمان پرداخت‌ها با توجه به شرایط فصلی، اهداف برنامه و انتقال (از جمله برای پوشش‌دهی به نیازهای منظور شده در سبد تغذیه یا ایجاد فرصت استخدام به صورت روزمزد) انجام گیرد. نوسان قیمت‌ها ممکن است کارآمدی انتقال وجه به صورت نقد یا حواله را کاهش دهد. تغییر در بودجه برای تعدیل ارزش حواله‌ها و افزودن یک کالای دیگر به کمک‌ها، بر اساس نظارت بر بازار، ضروری است.

۶. انتخاب نوع نقد یا حواله برای انتقال: نوع مناسب انتقال، به اهداف برنامه و شرایط محلی بستگی دارد. شاید ترکیبی از روش‌ها، از جمله ترکیب با کمک به صورت کالا و تغییرات مناسب فصل بجا باشد. آژانس‌ها باید از طریق مشاوره، همراه با آگاهی‌دادن متوجه باشند که مردم آسیب‌دیده در بحران چه روشی را مناسب‌ترین روش برای انتقال می‌دانند (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۲ امرار معاش، ص ۲۱۷).

۷. تعیین هدف در برنامه‌های انتقال وجه نقد یا حواله: تلاش برای کمک‌های کالایی و خدمات نیز به همان اندازه چالش‌برانگیز است، اما به دلیل جذابیت پول نقد و حواله، باید نسبت وجود خطاهای احتمالی دقت بسیاری شود. از راه هدف‌گذاری مستقیم (مردم یا خانوارهای آسیب‌دیده) و یا غیر مستقیم (تجار و امدادگران)، می‌توان به مردم دسترسی داشت. شرایط ناامن، انتخاب روش غیر مستقیم را می‌طلبد (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳). جنسیت بر تصمیماتی که درباره اعضای ثبت نامی خانوارها برای دریافت وجه نقد گرفته می‌شود، مثل انتقال کمک‌های کالایی، اثر می‌گذارد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۵ انتقال غذا، ص ۲۰۱). برای نیل به این هدف، هماهنگی با شرکای کاری، مانند دستگاه‌های رفاهی دولتی و آژانس‌های مجری برنامه‌های تأمین‌کننده حواله‌ها (مانند موارد انتقال کالا) ضروری است.

۸. نظارت بر انتقال‌های نقدی و حواله‌ها: برای تعیین آغاز و پایان کار، اطلاعاتی لازم است که با محاسبه تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم وجوه نقد و حواله‌ها بر بازار، از طریق نظارت، پیش، در حین و پس از برنامه انتقال سنجیده می‌شود. این روش تغییر در امدادسانی باید در پاسخ به تغییر شرایط بازار باشد. کالاهای اصلی، اثرات تشدیدکننده در اقتصاد محلی و نوسان قیمت‌ها، باید تحت نظارت باشد. پرسش‌های اصلی عبارتند از این‌که: مردم با پول نقد و حواله‌های تأمین‌شده چه می‌خرند؟ آیا می‌توانند وجوه نقد را در امنیت، دریافت و خرج کنند؟ آیا وجوه نقد و حواله‌ها ضبط یا مصادره می‌شود؟ آیا زنان در چگونگی مصرف پول یا حواله نقشی دارند؟ (رک. استاندارد کانونی ۵، ص ۷۰).

۳-۴. امنیت غذایی - امرار معاش

احیای امکانات تأمین معاش مردم و آسیب‌پذیری آن در برابر امنیت غذایی، تاحد زیادی به منابع (یا تجهیزات) در دسترس آنان و چگونگی تأثیری که بحران بر منابع گذاشته، بستگی دارد. این امکانات عبارتند از: سرمایه مالی (مانند نقدینگی، اعتبار و پس‌اندازها) و همچنین سرمایه فیزیکی (مانند خانه و ماشین‌آلات)، سرمایه طبیعی (مانند زمین و آب)، سرمایه انسانی (مانند کار و مهارت)، اجتماعی (مانند شبکه‌ها و مقررات) و سیاسی (مانند نفوذ و راهکار). آنچه برای تولیدکنندگان غذا حیاتی است، این است که آیا آن‌ها به زمینی که بتوان در آن تولید و به ابزاری که بتوان با آن کشاورزی کرد، دسترسی دارند یا خیر. همین‌طور آنچه برای افرادی که نیازمند پول

برای تأمین غذای خود هستند، مهم محسوب می‌شود، این است که آیا به فرصت‌های استخدامی، بازار و خدمات دسترسی دارند یا خیر. برای مردم آسیب‌دیده در بحران، حفظ، احیاء و توسعه منابع لازم برای امنیت غذایی و امرار معاش آینده آن‌ها باید اولویت داشته باشد.

بی‌ثباتی‌های طولانی سیاسی، ناامنی و تهدید اغتشاشات، می‌تواند فعالیت‌های مربوط به امرار معاش و دسترسی به بازار را به شدت محدود کند. خانوارها ممکن است مجبور به ترک خانه و زندگی خود شوند و اموالشان را، به صورت رها کردن، نابودی و یا به غارت رفتن از دست بدهند.

سه استاندارد زیر به تولید مقدماتی، درآمدزایی و دسترسی به بازار، از جمله کالاهای و خدمات مربوط است.

امنیت غذایی - استاندارد ۱ امرار معاش: تولید اولیه

از امکانات تولید اولیه حمایت می‌شود.

اقدامات کانونی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

بنیان اقدامات را بر حمایت از تولید اولیه، براساس بررسی امرار معاش، شرایط موجود و درک مشخص از مطمئن بودن نظام‌های تولید، از جمله دسترسی به اطلاعات لازم و وجود آن‌ها بگذارید (رک. نکته راهنمای ۱).

فناوری‌های جدید را در جایی معرفی کنید که کاربرد آن‌ها در نظام تولیدات محلی، رسوم فرهنگی و محیط طبیعی، درک و ازسوی تولیدکنندگان مواد غذایی و مصرف‌کنندگان محلی پذیرفته شده باشد (رک. نکته راهنمای ۲).

برای این‌که تولیدکنندگان را در طراحی سیاست‌ها و اداره تولیداتشان انعطاف‌پذیر کنید، اطلاعات تولید و یا وجه نقد را در اختیارشان بگذارید (رک. نکته راهنمای ۳).

اطلاعات را به موقع تأمین کنید، اطمینان یابید که از لحاظ محلی پذیرفتنی و از نظر قوانین مناسب‌اند (رک. نکات راهنمای ۴ و ۵).

اطلاعات و خدمات را با دقت ارائه کنید تا با دامن زدن به رقابت در دسترسی به منابع طبیعی یا ورود خسارت به شبکه‌های اجتماعی موجود، آسیب‌پذیری‌ها یا خطرهای تشدید نکند (رک. نکته راهنمای ۶).

در هر جای ممکن، تولیدکنندگان غذا را برای مدیریت بهتر کارهایشان آموزش دهید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۲ و ۵ تا ۶).

- در صورت امکان فرآورده‌ها و خدمات را به‌صورت محلی خریداری کنید، مگر این که این کار اثر نامساعدی بر تولیدکنندگان، بازار یا مصرف‌کنندگان بگذارد (رک. نکته راهنمای ۷).
- نظارت پیگیرانه داشته باشید تا از فرآورده‌های تولیدی به‌طور مناسب استفاده می‌شود، یا خیر (رک. نکته راهنمای ۸).

شاخص‌های قانونی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه خانوارهایی که نیازهایشان بررسی شده، برای حمایت و آغاز مجدد تولید در سطحی که پیش از بحران بوده، پس از احیای کار و مطابق با تقویم کشاورزی، به فرآورده‌های لازم دسترسی دارند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۶).
- در هر جا که از لحاظ عملی ادامه کار امکان داشته‌باشد، به همه خانوارهای هدف وجه نقد یا حواله‌های هم‌طراز با قیمت‌های بازار داده می‌شود (رک. نکته راهنمای ۳ تا ۵ و ۷).

نکات راهنما

۱. تداوم تولید اولیه: سیاست‌های تولید مواد غذایی برای تداوم، باید شانس رشد و موفقیت منطقی داشته‌باشد (رک. استانداردها و قوانین دام در مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه). در این مورد ممکن است گستره وسیعی از عوامل مختلف تأثیر بگذارد، ازجمله:
 - دسترسی به منابع طبیعی کافی (زمین زراعی، چراگاه، علوفه، آب رودخانه، آبگیر، آب‌های ساحلی و غیره). توازن در محیط زیست، ازجمله به‌دلیل استفاده بی‌رویه در مناطق مرزی، ماهیگیری بیش از حد یا آلودگی آب، خصوصاً در مناطق مجاور شهرها نباید به خطر بیافتد.
 - محدودیت سطح مهارت‌ها و ظرفیت‌ها، در برخی از مناطقی که مردم به‌شدت متأثر از بحران شده‌اند یا آموزش حق خاص برخی از گروه‌ها است.
 - دسترسی نیروی کار مرتبط با الگوهای موجود تولید و زمان فعالیت‌های اصلی کشاورزی.
 - وجود و دسترسی به امکانات مورد نیاز در تولیدات کشاورزی و شیلات.
 - اگر سطح تولید پیش از بحران، سطح خوبی نبوده‌است، شاید تلاش برای دستیابی به آن در تناقض با اصل «عدم آسیب‌رسانی» باشد (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).

۲. توسعه فناوری: فناوری‌های «نو» شامل گونه‌های پیشرفته محصولات کشاورزی، دام‌ها یا ذخایر انواع ماهی‌ها، ابزارهای جدید، کودها و عملکردهای نوآورانه مدیریتی است. فعالیت‌های مربوط به تولید غذا باید تاجای ممکن، براساس الگوهای توسعه ملی باشد. پس از بحران، فناوری‌های نو را تنها در صورتی می‌توان عرضه کرد که پیش از آن، در محل

آزمایش و کاربرد آن، برای ذی‌نفعان آشنا و پذیرفتنی باشد. عرضه فناوری‌های نو باید با مشاوره‌های مناسب جمعیت، ارائه اطلاعات، آموزش و سایر کارهای حمایتی همراه باشد. در صورت امکان، باید این کار با هماهنگی عرضه‌کنندگان حمایت و خدمات پس از فروش و تأمین‌کنندگان خصوصی و دولتی فرآورده‌ها صورت بگیرد تا حمایت از آن استمرار یابد و تداوم دسترسی و کاربرد تجاری این فناوری‌های بسیار مهم، در آینده تضمین شود.

۳. بهبود بخشی به گزینش اقدامات امداد رسانی که راه حل بهتری را در برابر تولیدکنندگان می‌گذارد، عبارت‌اند از: ارائه پول نقد یا اعتبار به جای (یا برای تکمیل) فرآورده‌های تولیدی و ارائه بذر و محصولات دامی با حواله‌هایی که فرصت انتخاب نوع بذر یا دام را به تولیدکنندگان می‌دهد. برای حمایت از تولید، باید پیچیدگی‌ها و دشواری‌های احتمالی تغذیه، از جمله دسترسی به خوراک‌های مغذی و غنی با استفاده از خود محصول تولیدی و یا پول حاصل از فروش آن، مورد بررسی قرار گیرد. در زمان خشکسالی، تدارک خوراک دام از طریق خود دامداران، مزایای مستقیم بیشتری برای تغذیه بشر دارد تا تدارک انتقال غذا. امکان انتقال پول به خانوارها جهت دسترسی به فرآورده‌های تولیدی، باید بر مبنای وجود غذا در محل، دسترسی به بازار و وجود سازوکارهای لازم برای انتقال امن و مقرون به صرفه باشد.

۴. زمانمندی و مقبولیت: نمونه فرآورده‌های تولید عبارتند از: بذر، ابزار، کود، دام، وسایل ماهیگیری، تجهیزات شکار، امکانات اعطای امانت، وام و اعتبار، اطلاعات بازار و وسایل حمل و نقل. یکی از جایگزین‌های کمک به صورت کالا، تأمین پول نقد یا حواله برای دادن قدرت خرید به مردم است. زمان‌بندی تأمین فرآورده‌های کشاورزی و خدمات دامپزشکی، باید همزمان با فصل کشاورزی و دامداری باشد. برای مثال تأمین دانه و ابزار کشت، باید پیش از فصل کاشت و کاهش تعداد دام‌ها باید در زمان خشکسالی، به صورت اضطراری و پیش از این که بیشتر دام‌ها بمیرند، انجام گیرد، در حالی که انبار و ذخیره مجدد را باید زمانی آغاز کرد که برگشت به حالت عادی، تضمین شده باشد، یعنی پس از فصل بارندگی بعدی.

۵. بذر: اولویت باید به بذر غلات و گونه‌هایی داده شود که از پیش، مصرف محلی داشته‌است تا کشاورزان بتوانند از معیارهای خودشان برای تعیین کیفیت استفاده کنند. کشت‌هایی که توصیه می‌شود، باید مواردی باشد که برای فصل بعد، بالاترین اولویت را دارد؛ گونه‌های خاص را باید کشاورزان و کارشناسان محلی تأیید کنند. بذرهای دست کم با شرایط بومی کشاورزی، محل و مدیریت خود کشاورزان سازگار باشد، نیز در برابر بیماری‌ها، مقاوم و با توجه به پیش‌بینی تغییر شرایط آب‌وهوایی آینده، مثل ریزش سیلاب‌ها، خشکسالی و یا مد آب دریا، سازگار باشد. بذرهایی که منشأ آن‌ها خارج از منطقه است، باید از لحاظ کیفی، مورد آزمایش قرار گیرد و از نظر تناسب با شرایط محلی بررسی شود. در هر اقدام مربوط به امور بذر باید به کشاورزان، امکان دسترسی به مجموعه‌ای از محصولات زراعی و گونه‌های مختلف داد تا خود، راهکار انتخاب بهترین محصول برای نظام کشاورزی را،

تعیین کنند. دانه‌های هیبریدی (یا اصلاح نژاد شده) ممکن است، در جایی که کشاورزان با آن‌ها آشنایی دارند، مناسب باشد. این امر تنها با مشورت جمعیت آسیب‌دیده تعیین می‌شود. وقتی که بذرها را برای پرورش ذرت رایگان در اختیار کشاورزان می‌گذارند، ممکن است آن‌ها بذره‌های اصلاح نژاد شده را به گونه‌های محلی ترجیح دهند، زیرا خرید این نوع بذر معمولاً گران تمام می‌شود. سیاست‌های دولتی مربوط به بذر نیز، باید پیش از توزیع بذر رعایت شود. بذره‌های اصلاح ژنتیکی شده را نباید توزیع کرد، مگر این که پیشاپیش به تأیید مسئولان محلی برسد. در چنین شرایطی، باید به کشاورزان هم اطلاع داد که بذره‌های اهدایی، اصلاح شده‌است.

۶. تأثیرگذاری بر اموار معاش روستایی: در صورت وجود کمبود شدید در منابع طبیعی مهم، تولید اولیه غذا نمی‌تواند ادامه یابد (در صورت زوال منابع طبیعی پیش از بحران نیز، تولید غذا برای درازمدت ادامه نمی‌یابد)، درباره دسترسی جمعیت‌های خاص (ازجمله کسانی که زمین ندارند)، نیز همین‌طور است. بهبود در تولیدی که نیازمند دسترسی بیشتر (یا متحول) به منابع طبیعی محلی است، ممکن است باعث افزایش تنش در میان مردم شود، که این امر به نوبه خود منجر به محدودیت دسترسی به منابع آب و سایر نیازهای اساسی می‌گردد. هنگام تأمین منابع باید دقت کرد، کمک‌های نقدی یا غیر نقدی، خطرات ایمنی را برای دریافت‌کنندگان بیشتر نکند یا تنش‌هایی را به وجود نیاورد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۲ اموار معاش، ص ۲۱۷ و امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال وجه نقد و حواله، ص ۲۰۹). تأمین رایگان بذر و ابزار می‌تواند سازوکارهای سنتی حمایت اجتماعی و توزیع مجدد را مختل و در عین حال بخش خصوصی را بیکار کند و دسترسی به این محصولات را در آینده به خطر اندازد.

۷. خرید محلی بذر و ابزار: محصولات و خدمات لازم برای تولید، مانند خدمات دامپزشکی، بذر و ابزار را باید در صورت امکان از طریق مدیریت تدارکاتی محلی قانونی و تأییدشده خریداری کرد. برای حمایت از بخش خصوصی محلی، باید از سازوکارهایی مانند پرداخت نقدی یا حواله، که تولیدکنندگان را مستقیماً به تهیه‌کنندگان مرتبط می‌کند، استفاده کرد. در طراحی چنین نظام‌هایی، برای ایجاد امکان خرید محلی باید با نگاهی به خطر تورم (ازجمله قیمت‌های فزاینده اقلام کمیاب)، کیفیت بذر و ابزارها، به موجودی بذر و ابزارهای مناسب و توانایی تولیدکننده برای افزایش تولید توجه کرد. بذر و ابزارهای وارداتی را تنها باید زمانی از خارج وارد کرد که تهیه جایگزین‌های محلی ممکن نباشد.

۸. نظارت بر استفاده: شاخص‌های فرایند تهیه و تولید، فراوری و توزیع غذا، یعنی زمین زیر کشت، مقدار بذر مصرفی هر هکتار، محصولات و تعداد دام‌های متولدشده، را می‌توان ارزیابی کرد. تعیین چگونگی کاربرد محصول از سوی تولیدکننده (یعنی تأیید این که بذرها واقعاً کاشته شده و از ابزار، کود، تور و وسایل ماهیگیری و پول‌ها به درستی استفاده شده‌است)، اهمیت زیادی دارد. کیفیت اطلاعات از لحاظ عملکرد، مقبولیت و اولویت‌های تولیدکنندگان باید

بررسی شود. توجه به این که پروژه با در دسترس قرار دادن غذا چه تأثیری بر خانوارها دارد، یعنی ذخیره غذای خانوارها، کیفیت و کمیت غذای مصرفی و مقدار مواد غذایی فروخته یا داده شده به دیگران، اهمیت دارد. اگر قصد از پروژه تولید نوع خاصی از محصول، مانند محصولات دامی یا ماهیگیری است، باید درباره مصرف این نوع مواد ازسوی خانوارها تحقیق شود.

امنیت غذایی - استاندارد ۲ امرار معاش: درآمد و کار

در جایی که سیاست ممکن برای امرار معاش، درآمدزایی و استخدام است، زنان و مردان برای کسب درآمد به فرصت‌های استخدامی برابر دسترسی دارند.

اقدامات قانونی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- درباره فعالیت‌های درآمدزایی، بر مبنای بررسی بازار و تحلیل کافی توانایی‌های مشارکتی خانوارها در این فعالیت‌ها تصمیم‌گیری کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- نوع پرداخت (به صورت نقد، حواله، غذا یا ترکیبی از همه این‌ها) بابت کارهای انجام‌شده را براساس تحلیلی منصفانه از ظرفیت‌های محلی، نیازهای فوری، نظام بازار و آنچه برای مردم اولویت دارد، تعیین کنید (رک. نکته راهنمای ۳).
- سطح پرداخت بابت کارها را، براساس نیازها، اهدافی که احیای نحوه تأمین معیشت خانوارها دارند و نرخ دستمزدهای محلی، تعیین کنید (رک. نکته راهنمای ۵).
- برای برقراری محیط کاری سالم و امن رویه‌هایی تعیین کنید (رک. نکته راهنمای ۶).
- در جایی که مبلغ گزافی مطرح است، برای پرهیز از فساد و ناامنی، اقداماتی به عمل آورید (رک. نکته راهنمای ۶).

شاخص‌های قانونی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه خانوارها درآمدشان را از طریق فعالیت‌هایشان به دست می‌آورند و با آن تمام نیازهای خود را رفع می‌کنند.
- امدادرسانی، فرصت درآمدزایی را، به طور مساوی در اختیار زنان و مردان قرار می‌دهد و بر بازارهای محلی یا فعالیت‌های عادی خانوارها، تأثیر منفی نمی‌گذارد (رک. نکته راهنمای ۷).
- مردم از پرداخت بابت کارهایی که می‌کنند، آگاهند و می‌دانند که این پرداخت‌ها برای کمک

برابر به امنیت غذایی همه خانوارها است (رک. نکته راهنمای ۸).

نکات راهنما

۱. تناسب ابتکارها: تحلیل بازار برای توجیه و تعریف فعالیت‌ها ضروری است. باید از ابزارهای موجود برای تحلیل بازار و نظام اقتصادی استفاده کرد (رک. بخش بازارها در مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه). در طراحی برنامه و شناسایی فعالیت‌های مناسب، باید از منابع انسانی محلی حداکثر استفاده را کرد. درباره گزینه‌های دیگر برای گروه‌های خاص (مانند زنان باردار، افراد ناتوان یا سالمند) نیز باید در درون گروه هدف مذاکره کرد. در جایی که شمار زیادی افراد آواره (پناهندگان، یا آوارگان داخلی) وجود دارد، باید برای هر دو گروه آواره و میزبان، فرصت‌هایی برای استخدام و کسب مهارت در نظر گرفته شود. در انتخاب محل فعالیت‌ها باید تهدید حمله، خطرات امنیتی (مثل مناطق مین‌گذاری شده و نامناسب از لحاظ زیست‌شناسی، از جمله زمین‌های آلوده یا کثیف)، قراردادن در معرض سیل یا نقاط دارای شیب زیاد را در نظر گرفت (رک. اصول ۱ تا ۳ حمایت، ص ۳۳ تا ۳۸).
۲. انتقال وجوه به خانوارهای کم‌ظرفیت برای مشارکت: حتی اگر خانوارهای زیادی توان استفاده از فعالیت‌های استخدامی و درآمدزایی را داشته باشند، ممکن است تأثیر بحران بر برخی از آن‌ها، اجازه بهره‌برداری از این فرصت‌ها را ندهد یا زمان لازم برای بهره‌مندی کافی از این فرصت‌ها برای برخی بسیار طولانی باشد. برای چنین خانوارهایی باید از «تور ایمنی»، یعنی انتقال بی‌قید و شرط پول یا غذا، استفاده کرد که در جای لازم یا با نظام‌های حمایت موجود مرتبط باشد و یا ایجاد شبکه‌های ایمنی تازه‌ای را توصیه کند.
۳. انواع پرداخت: برای رفع نیازها، خدمت‌رسانی را می‌توان به صورت نقدی یا با غذا و یا ترکیبی از هر دوی این‌ها، پاداش داد. برای کمک به ذی‌نفعان کارهایی با منافع مستقیم برای خودشان، به جای پرداخت پول در قبال فعالیت‌های اجتماعی، این نوع جبران شکل مشوق دارد. نیاز مردم به خرید و تأثیر پرداخت پول نقد یا غذا، در برابر سایر نیازها (مانند آموزش، خدمات بهداشتی و وظایف اجتماعی) باید در نظر گرفته شود. با توجه به عوامل بالا، وجود پول نقد و تأثیرگذاری احتمالی بر بازارهای محلی، درباره نوع و مقدار مستمر فعالیت‌ها، باید مورد به مورد تصمیم‌گیری کرد.
۴. پرداخت‌ها: برای تعیین سطح دستمزد امداد رسانی‌ها، هیچ دستورالعمل پذیرفته‌شده جهانی وجود ندارد، اما اگر پرداخت به صورت غیر نقدی است و به عنوان درآمد منتقل می‌شود، باید به ارزش فروش مجدد (غذا) در بازار محل، توجه کرد. سود خالص درآمد افراد از طریق مشارکت در فعالیت‌های برنامه، باید بیش از مقداری باشد که در صورت صرف وقت برای فعالیت‌های دیگر عایدشان می‌شد. این نکته درباره فعالیت‌های غذا، پول و اعتبار برای راه‌اندازی کسب‌وکار و غیره هم صدق می‌کند. فرصت‌های کسب درآمد، باید بر منابع درآمد

بیفزاید، نه این که جانشین منابع موجود شود. جبران فعالیت‌های افراد، نباید بر بازار کار محلی (مثلاً، از طریق ایجاد تورم در دستمزدها، منصرف کردن کارگران از فعالیت‌های دیگر یا کم شمردن خدمات اساسی عمومی)، تأثیر منفی بگذارد.

۵. **خطر در محیط کاری:** در صورت لزوم، با اجرای روش‌های عملی برای به حداقل رساندن خطرات یا درمان جراحات‌ها، از جمله با جلسات توجیهی یادگیری پانسمان و تهیه جعبه کمک‌های اولیه، باید از ایجاد محیط‌های کاری پرخطر پرهیز کرد. این کار باید شامل پرهیز از قرار گرفتن در معرض HIV نیز باشد. اقدامات برای افزایش ایمنی در حالت‌های گذار، تمهید دسترسی به مسیرهای امن برای رفت‌وآمد، تأمین روشنایی گذرگاه‌ها با مشعل یا چراغ قوه، استفاده از نظام‌های هشدار فوری (مثل زنگ، سوت، رادیو یا سایر وسایل) و مقررات ایمنی، از قبیل حرکت گروهی یا خودداری از حرکت پس از تاریکی، را نیز دربرمی‌گیرد. باید به زنان، دختران و سایر افرادی کرد که در معرض خطر حمله جنسی قرار دارند، توجه ویژه کرد. اطمینان یابید که همه شرکت‌کنندگان از رویه‌های اضطراری باخبرند و به نظام‌های هشدار فوری دسترسی دارند (رک. اصول ۱ و ۳ حمایت، صص ۳۳ تا ۳۸).

۶. **خطر ناامنی و انحراف:** تحویل کمک‌ها در قالب غذا یا پول بابت کار (از جمله دادن وام یا پرداخت در قبال مشارکت در اقدامات)، باعث نگرانی‌هایی برای کارکنان برنامه امدادی و دریافت‌کنندگان می‌شود (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۵ انتقال مواد غذایی، نکته راهنمای ۶، ص ۲۰۱ و امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال وجه نقد یا حواله، نکته راهنمای ۴، ص ۲۱۱).

۷. **دقت در مسئولیت‌ها و اموال معاش:** مشارکت مردم در کار درآمدزایی، نباید مراقبت از کودکان یا سایر امورشان را تحت‌الشعاع قرار دهد، چون این امر باعث افزایش خطر سوء تغذیه و سایر خطرات سلامتی می‌شود. شاید بتوان استخدام مراقبان یا فراهم کردن امکانات مراقبتی را در برنامه در نظر گرفت. ایجاد فشار کاری زیاد بر زندگی مردم و خصوصاً زنان، مناسب نیست. نباید تأثیر برنامه‌ها بر دسترسی به فرصت‌های دیگر، مانند فرصت‌های استخدامی یا آموزشی، نامطلوب باشد یا منابع انسانی قبلی خانوارها را در فعالیت‌های تولیدی، به‌سوی دیگر منحرف کند. مشارکت در درآمدزایی باید به قوانین ملی درباره حداقل سن استخدام، که معمولاً از سن فارغ‌التحصیلی از آموزش اجباری کمتر نیست، پایبند باشد.

۸. **پرداخت دستمزد در قبال خدمات مشارکتی:** پرداخت منصفانه برای فعالیت‌های امداد رسانی، یعنی درآمدزایی، به تأمین بخش بزرگی از مایحتاج لازم برای امنیت غذایی مردم آسیب‌دیده کمک می‌کند. مدیریت خانگی پول نقد یا انتقال غذا (از جمله توزیع خانگی مواد غذایی و مصرف نهایی آن)، باید تحلیل شود؛ چون نحوه تقسیم آن‌ها ممکن است، تنش‌های موجود را تشدید کند یا به مرحله انفجار برساند و به صورت‌های مختلف بر امنیت غذایی افراد تأثیر

بگذارد. امداد رسانی به صورت ایجاد اشتغال و درآمد، اغلب اهداف چندگانه غذایی دارد که از جمله ایجاد منابعی در سطح جامعه که بر امنیت تغذیه اثرگذار است؛ برای مثال، تعمیر یا ساخت جاده‌ها، باعث ارتقاء دسترسی به بازار یا مراقبت‌های بهداشتی می‌شود، درحالی‌که تعمیر یا ساخت نظام‌های آبیاری کشاورزی، می‌تواند تولید را افزایش دهد.

امنیت غذایی – استاندارد ۳ امرار معاش: دسترسی به بازارها

از دسترسی امن جمعیت‌های آسیب‌دیده (تحت عنوان تولیدکننده، مصرف‌کننده و یا تاجر)، به کالاها و خدمات بازار، حمایت می‌شود.

اقدامات کانونی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- دسترسی به بازارهای مقرون به صرفه برای تولیدکنندگان، مصرف‌کنندگان و تاجر را حمایت و تقویت کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- امداد رسانی به امنیت غذایی و امرار معاش را، بر مبنای تحلیل مشهود از فعال یا تعطیل بودن بازارهای محلی و همچنین توان بالقوه آن‌ها برای احیا بگذارید (رک. نکته راهنمای ۲).
- اساس توصیه برای بهبودی شرایط بازار و تغییر در سیاست‌های آن را، بر تحلیل پیش از اقدام بازار بگذارید (رک. نکته راهنمای ۳).
- برای تقویت و حمایت از دسترسی افراد آسیب‌پذیر به بازار، اقدام کنید (رک. نکته راهنمای ۴).
- اثرات منفی امداد رسانی، از جمله خرید و توزیع مواد غذایی در بازار محلی را کنترل کنید (رک. نکته راهنمای ۵).
- تغییرات فصلی یا سایر نوسانات ناگهانی بازار به حداقل برسانید (رک. نکته راهنمای ۶).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برای حمایت مستقیم از بهبود شرایط بازار یا تقویت تاجر محلی، از طریق برنامه‌های پرداخت نقدی یا حواله، اقداماتی طراحی شده‌است.
- همه گروه‌های هدف در طول اجرای برنامه، به بازار کالاها، خدمات و امکانات دیگر، دسترسی دارند.

نکات راهنما

۱. **عوضه و تقاضا در بازار:** دسترسی اقتصادی به بازار، متأثر از قدرت اقتصادی، تعرفه‌های بازار و موجودی کالاها است. قدرت خرید به تعادل میان نیازهای اساسی (غذا، امکانات اساسی کشاورزی مانند بذر، ابزار، مراقبت‌های بهداشتی و غیره) و منابع درآمد (منابع نقدی، دام، دستمزدها و غیره) بستگی دارد. فرسایش ابزارها زمانی پیش می‌آید که شرایط وخیم بازرگانی، مردم را برای تأمین مایحتاج اساسی خود (با هزینه‌های گزاف)، مجبور به فروش ابزارهایشان (اغلب زیر قیمت) می‌کند. دسترسی به بازارها می‌تواند تحت تأثیر محیط سیاسی، امنیتی و ملاحظات فرهنگی یا مذهبی، قرارگیرد و ممکن است همین امر، دسترسی برخی گروه‌های خاص، مانند اقلیت‌ها را، به بازار محدود کند.
۲. **تحلیل بازار:** دسترسی همه مردم آسیب‌دیده در بحران، از جمله افراد آسیب‌پذیر، به بازارهای فعال باید مورد ملاحظه قرارگیرد. پیش از امداد رسانی به صورت پرداخت نقد، حواله، دادن غذا و یا تأمین اطلاعات برای فعالیتهای مشارکتی، باید درباره کالای مورد نیاز، تحلیل مناسبی از بازار داشت. این احتمال وجود دارد که واردات، قیمت کالاهای موجود را کاهش دهد (رک. استاندارد ۱ بررسی امنیت غذایی و تغذیه، نکته راهنمای ۷، ص ۱۶۰).
۳. **مشاوره:** بازارها در پهنه اقتصاد گسترده‌تر ملی و جهانی، که بر اوضاع بازارهای محلی اثر دارد، فعالیت می‌کنند. برای مثال، سیاست‌های دولتی، از جمله سیاست‌های قیمت‌گذاری و تجارت بر دسترسی به کالاها و موجودی آن‌ها نفوذ دارد. گرچه اقدام در این سطح، فراتر از چشم‌انداز امداد رسانی به بحران است، این عوامل را طوری باید تحلیل کرد که گویی فرصتی برای اقدامات مشترک با آژانس یا مشاوره برای ارتقاء اوضاع، با کمک دولت و سایر آژانس‌ها، وجود دارد (رک. اصل ۳ حمایت، ص ۳۸).
۴. **مردم آسیب‌پذیر:** برای شناسایی مردمی که دسترسی محدودی به بازارها و فرصت‌های تأمین مخارج زندگی خود دارند، آسیب‌پذیری باید تحلیل شود. باید از افراد ناتوان، کسانی که با HIV زندگی می‌کنند، سالمندان و زنان سرپرست، برای دسترسی به بازارها، حمایت شود.
۵. **تأثیر اقدامات:** خرید محلی غذا، بذر یا سایر کالاها، ممکن است به‌ضرر مصرف‌کنندگان، اما به‌نفع تولیدکنندگان داخلی، باعث تورم محلی شود. برعکس، کالاهای وارداتی ممکن است، قیمت‌ها را کاهش دهد و به‌صورت عامل بازدارنده تولید بومی غذا عمل کند و به‌صورت بالقوه ناامنی غذایی را افزایش دهد. تأمین پول نقد می‌تواند در اقتصاد محلی اثرات مثبت چندگانه‌ای برجای بگذارد، اما در عین حال باعث تورم قیمت کالاهای اصلی نیز می‌شود. کسانی که مسئول خریداند، باید به این اثرات نظارت داشته‌باشند و آن‌ها را هم به‌حساب آورند. توزیع غذا هم، چون نوعی انتقال درآمد است، می‌تواند بر قدرت خرید ذی‌نفعان تأثیر



بگذارد. برخی از کالاها را به قیمت‌های بهتری، نسبت به دیگر کالاها می‌توان فروخت، مثل روغن در مقابل غذاهای ترکیبی. «قدرت خرید» که همراه با غذا یا سبد غذایی داده می‌شود، دریافت‌کنندگان چه آن را بخورند و چه بفروشند، اثر خود را می‌گذارد. تحلیل خرید و فروش اموال خانوار در تعیین تأثیر گسترده‌تر برنامه توزیع غذا اهمیت دارد.

۶. **نوسانات شدید فصلی قیمت‌ها، بر محصولات کشاورزی تولیدکنندگان (که وقتی قیمت‌ها در پایین‌ترین حد خود است - معمولاً درست پس از برداشت - ناچارند محصولات خود را بفروشند) و دام‌های دامداران (که در اثر خشکسالی ناچار به فروختن دام‌های خود می‌شوند)، تأثیر نامطلوبی می‌گذارد. به عکس، مصرف‌کنندگانی که درآمد کمی برای خرید دارند، نمی‌توانند روی محصولات غذایی سرمایه‌گذاری کنند و به جای آن به خریدهای کوچک، اما مکرر، روی می‌آورند؛ بنابراین آن‌ها حتی زمانی که قیمت‌ها (هنگام خشکسالی) بالا است، مجبور به خرید می‌شوند. از جمله اقداماتی که می‌تواند این اثرات را به حداقل برساند، حمل و نقل پیشرفته، امکانات ذخیره‌سازی، تولید محصولات گوناگون و انتقال وجه نقد یا غذا در زمان بحران است.**

پیوست ۱

چک لیست‌های بررسی امنیت غذایی و امرار معاش

در بررسی امنیت غذایی، جمعیت‌های آسیب‌دیده را از لحاظ تأمین مخارج زندگی و تغذیه، اغلب به‌طور گسترده و برطبق منابع و سیاست‌های کسب درآمدشان، به گروه‌های مختلفی تقسیم می‌کنند. این تقسیم‌بندی می‌تواند شامل تفکیک جمعیت برحسب لایه‌های ثروت نیز باشد. مقایسه شرایط موجود با تاریخچه امنیت غذایی در شرایط پیش از بحران، اهمیت بسیاری دارد. سال‌های به‌اصطلاح «معمولی» را می‌توان، به‌عنوان پایه در نظر گرفت. نقش‌ها و آسیب‌پذیری‌های زنان و مردان و پیچیدگی‌هایشان در تأمین امنیت غذایی خانوارها، باید در نظر گرفته‌شود.

پرسش‌های چک‌لیست زیر، حوزه‌های وسیعی را تحت پوشش قرار می‌دهد.

۱. امنیت غذایی گروه‌های با معیشت یکسان

آیا در میان جمعیت، گروه‌هایی هستند که سیاست امرار معاش آنان مشترک است؟ این گروه‌ها با توجه به منابع اصلی غذا و درآمدشان، چگونه طبقه‌بندی شوند؟

۲. امنیت غذایی پیش از بحران (نقطه آغاز)

گروه‌های مختلف خانوارها پیش از وقوع حادثه، غذا و درآمدشان را چطور تأمین می‌کردند؟ منبع درآمد و غذای سالانه آن‌ها در گذشته نزدیک چه بوده‌است؟

منابع مختلف تأمین غذا و درآمد در فصل‌های مختلف یک سال معمولی، چه تفاوت‌هایی با یکدیگر داشته‌اند؟ (تهیه تقویم فصلی می‌تواند مفید باشد).

با نگاهی به پنج تا ده سال گذشته، امنیت غذایی هر ساله چه تفاوت‌هایی کرده‌است؟ (تهیه یک جدول زمانی یا گردآوری تاریخچه سال‌های خوب و بد می‌تواند مفید باشد).

گروه‌های مختلف چه ابزارها، ذخیره‌ها یا اندوخته‌هایی (مثل ذخایر غذایی، پس‌اندازهای

- مالی، دام، سرمایه‌گذاری، اعتبار، بدهی‌های اعلام‌نشده و غیره) دارند؟
- یک دوره یک هفته‌ای یا یک ماهه، شامل چه اجناسی است و برای هر قلم جنس، چه مبلغی برای هزینه‌های خانوار پرداخت می‌شود؟
- چه کسی در خانواده مسئول مدیریت نقدینگی است و نقدینگی در خانواده، برای چه مواردی خرج می‌شود؟
- نزدیک‌ترین بازار برای تهیه کالاهای اساسی چقدر نزدیک است؟ (فاصله، امنیت، سهولت حرکت، دسترسی به اطلاعات بازار، حمل‌ونقل و غیره را در نظر بگیرید).
- موجودی و قیمت کالاهای اساسی، از جمله غذا، چگونه است؟ پیش از بحران، میانگین وضع دادوستد میان منابع درآمد و غذا، از جمله دستمزد برای غذا، دام به‌عنوان غذا و غیره، چگونه بوده است؟

۳. امنیت غذایی ضمن بحران

- بحران بر منابع مختلف تأمین غذا و درآمد هریک از گروه‌های مختلف که از نظر معیشتی مشخص شده‌اند، چه اثری گذاشته‌است؟
- بحران بر الگوهای فصلی معمول امنیت غذایی در گروه‌های مختلف، چه اثری گذاشته‌است؟
- حادثه بر دسترسی به بازار، موجودی آن و نرخ کالاهای اساسی چه اثری گذاشته‌است؟
- سیاست‌های سازگاری گروه‌های معیشتی مختلف (با وضع موجود) چیست و چه نسبتی از مردم بر آن غلبه کرده‌اند؟
- این شرایط در مقایسه با اوضاع پیش از بحران، چه تفاوتی کرده‌است؟
- کدام گروه یا جمعیت بیشترین تأثیر را دیده‌است؟
- اثرات کوتاه و میان‌مدت سیاست‌های مقابله با بحران، بر اموال مردم چیست؟
- اثرات سیاست‌های مقابله با بحران، بر وضع سلامتی، رفاه عمومی و کرامت همه گروه‌های معیشتی و مردم آسیب‌دیده چیست؟ آیا با سیاست‌های معیشتی، خطراتی همراه است؟

پیوست ۲

چک‌لیست بررسی امنیت بذر

الگوی پرسش‌های مربوط به امنیت بذر در زیر می‌آید.

۱. پیش از بحران (نقطه آغاز)

- مهمترین محصولات کشاورزان چیست؟ از آن برای چه استفاده می‌کنند؟ مصرف، کسب درآمد یا هردو؟ آیا این محصولات در هر فصل می‌روید؟ در زمان تنش چه محصولاتی می‌تواند اهمیت یابد؟
- کشاورزان معمولاً بذر لازم برای کشت محصولات خود را چگونه تهیه می‌کنند؟ (همه راه‌ها را در نظر بگیرید).
- الگوهای کشت هریک از این محصولات چیست؟ میانگین زمین زیر کشت و بذر مصرفی آن چقدر است؟ از هر دانه به‌طور متوسط، چقدر محصول به‌دست می‌آید؟ (نسبت تخم یا دانه کاشته‌شده به مقدار برداشت)
- آیا گونه‌های مهم یا خاص از محصولی وجود دارد که آن را ترجیح بدهند؟
- کدام اطلاعات تولیدی برای گونه‌های خاص یا معمولی محصول، ضروری است؟
- چه کسی در خانواده مسئول تصمیم‌گیری، مدیریت و فروش محصولات تولیدی در مراحل مختلف تولید و پس از آن است؟

۲. پس از بحران

- آیا اقدامات مربوط به کشاورزی، از نظر ذی‌نفعان امکان‌پذیر است؟
- آیا کشاورزان مطمئن‌اند که اکنون شرایط به‌قدر کافی ثابت و امن هست تا بتوانند به‌طور موفق به کشت و زرع، فروش و مصرف محصول بپردازند؟

آیا دسترسی کافی به حوزه‌ها و سایر ابزارهای تولید (از قبیل کود، ابزار، حیوانات مقاوم در برابر خشکسالی) وجود دارد؟

آیا مردم آسیب‌دیده آمادگی احیای کار کشاورزی را دارند؟

۳. بررسی تأمین و تقاضای بذر: ذخایر خانگی

آیا بذر تولید خانگی برای بذریاشی به مقدار کافی وجود دارد؟ آیا این بذرها، شامل بذرهایی تولیدی خود کشاورز و بذر اهدایی از طریق شبکه‌های اجتماعی (از جمله همسایه‌های او)، می‌شود؟

آیا این، بذری است که کشاورزان هنوز می‌خواهند بکارند؟ آیا این بذر با شرایط محلی سازگار است؟ آیا هنوز برای آن تقاضا وجود دارد؟

آیا گونه‌هایی که از تولید خود کشاورز در دسترس اوست، برای کشت فصل بعد نیز مناسب است؟ آیا کیفیت بذر مطابق با استانداردهای معمول کشاورزی است؟

۴. بررسی عرضه و تقاضای بذر: بازارهای محلی

آیا بازارها با وجود بحران هنوز فعال است (آیا روزانه بازار برقرار است و کشاورزان آزادی رفت‌وآمد و خرید و فروش را دارند)؟

آیا در شرایط عادی مقادیر بذر یا دانه موجود با مقادیر آن‌ها در فصل‌های مشابه گذشته قابل مقایسه است؟

آیا محصولات و گونه‌هایی که به نظر کشاورزان برای کاشت مناسب است، در بازار یافت می‌شود؟

آیا قیمت فعلی بذر و دانه در بازار، با قیمت‌های هم‌زمان در فصل گذشته، قابل مقایسه است؟ اگر تفاوتی در نرخ‌ها وجود دارد، میزان آن می‌تواند برای کشاورز مسأله‌ساز باشد؟

۵. بررسی عرضه و تقاضای بذر: بخش رسمی

آیا محصولات و گونه‌های عرضه‌شده از سوی بخش رسمی، با محصولات مناطق ویژه اغتشاشات مطابقت دارد؟

آیا مقدار بذر عرضه‌شده از سوی بخش رسمی، می‌تواند نیاز به هرگونه کمک را برطرف کند؟ اگر نه، چه نسبتی از نیازهای کشاورزان را می‌تواند برطرف کند؟

پیوست ۳

چک لیست بررسی تغذیه

در زیر، پرسش‌های نمونه برای بررسی دلایل اصلی سوء تغذیه، سطح خطر تغذیه و احتمالات امداد رسانی به آن آمده است. این پرسش‌ها در یک چارچوب مفهومی مربوط به دلایل سوء تغذیه تهیه شده است (رک. ص ۱۵۴). ممکن است اطلاعات لازم در مجموعه‌ای از منابع مختلف در دسترس و جمع‌آوری آن نیازمند ابزارهای بررسی مختلفی، از جمله مصاحبه با شاهدان اصلی، مشاهده و مرور اطلاعات ثانویه باشد (رک. استانداردهای کانونی ۱، ۳ و ۴، صص ۵۶ تا ۶۷).

شرایط پیش از بحران

پیشاپیش چه اطلاعاتی درباره ماهیت، میزان و دلایل سوء تغذیه در میان جمعیت آسیب‌دیده موجود است؟ (رک. امنیت غذایی و استاندارد ۲ تغذیه، ص ۱۶۲)

خطرات موجود مربوط به سوء تغذیه

۱. خطر سوء تغذیه مربوط به کاهش دسترسی به غذا، رک. پیوست ۱: امنیت غذایی و امرار معاش.
۲. خطرات سوء تغذیه مربوط به نوزادان و تغذیه کودکان خردسال و کارهای مراقبتی:
 - آیا در الگوهای کاری و اجتماعی تغییری به وجود آمده است (از جمله به علت مهاجرت، جابه‌جایی و آوارگی یا برخوردهای مسلحانه) که به معنی تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانوارها باشد؟
 - آیا در ترکیب عادی خانوارها تغییری به وجود آمده و آیا تعداد کودکان رها شده بسیار است؟
 - آیا در شرایط نگهداری عادی اختلالی ایجاد شده (یعنی از طریق جابه‌جایی و آوارگی) و بر دسترسی به مراقبان جایگزین، تغذیه کودکان و دسترسی به آب و غیره تأثیر گذاشته؟
 - آیا نوزادانی وجود دارند که از شیر مادر تغذیه نکنند و با شیر مادر تغذیه شوند؟
 - آیا شواهد یا نگرانی‌هایی درباره وخامت روال تغذیه نوزادان در شرایط بحران، به ویژه وخامت آغاز تغذیه با شیر مادر وجود دارد؟ آیا هیچ‌گونه افزایشی در آمار تغذیه اختصاصی نوزادان با شیر مادر یا غیر شیر مادر، وجود دارد؟
 - آیا غذاهایی که مناسب سن افراد و دارای مواد مغذی کافی و سالم باشد و نیز وسایل آماده‌کردن غذا به صورت بهداشتی، در دسترس وجود دارد؟
 - آیا هیچ شواهد یا نگرانی، درباره توزیع عمومی جایگزین شیر مادر، مانند شیر خشک یا سایر محصولات شیری، بطری و پستانک اهدایی یا خریداری شده وجود دارد؟

- در جوامع دامدار، آیا گله‌ها را درازمدت از کودکان دور نگه می‌دارند؟ آیا حالت عادی دسترسی به شیر تغییر کرده است؟

- آیا HIV و ایدز در سطح خانوارها تأثیری بر اقدامات مراقبتی از کودکان گذاشته است؟

۳. خطر کم‌غذایی مربوط به کاهش سطح سلامتی (رک. ص ۱۹۵):

- آیا گزارشی از شیوع بیماری‌هایی که می‌تواند بر شرایط تغذیه اثر بگذارد، مثل سرخک یا بیماری‌های شدید اسهالی، رسیده است؟ آیا خطر شیوع این بیماری‌ها وجود دارد؟ (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل بیماری‌های همه‌گیر، صص ۳۲۷ تا ۳۳۱).

- پوشش‌دهی تقریبی واکسیناسیون جمعیت آسیب‌دیده علیه سرخک چقدر است؟ (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۱ بهداشت کودک، ص ۳۳۶).

- آیا همراه با واکسیناسیون، معمولاً ویتامین آ داده می‌شود؟ پوشش‌دهی تقریبی ویتامین آ برای مردم آسیب‌دیده در بحران چقدر است؟

- آیا تخمینی از مرگ‌ومیر (به‌طور کلی و یا به تفکیک کودکان زیر ۵ سال) وجود دارد؟ این تخمین‌ها چیست و از چه روش‌هایی به‌دست آمده است؟ (رک. استاندارد ۱ خدمات ضروری بهداشتی، ص ۳۲۴).

- آیا افت چشمگیری در میزان گرمای محیط به‌وجود آمده یا می‌تواند بیاید و آیا این احتمال می‌رود که این افت، بر شیوع عفونت‌های شدید تنفسی یا نیاز مردم آسیب‌دیده به انرژی در بحران، اثر بگذارد؟

- آیا HIV شیوع بالایی دارد؟

- آیا مردم به دلیل فقر یا بیماری، از لحاظ تغذیه، پیشاپیش آسیب‌پذیرند؟

- آیا ازدحام جمعیت زیاد و خطر شیوع سل در میان مردم بالاست؟

- آیا موارد ابتلا به مالاریا بسیار است؟

- آیا مردم مدت زیادی در آب مانده‌اند یا لباس‌هایشان مرطوب است و یا در معرض شرایط محیطی خشن و ناهنجار قرار دارند؟

۴. در حال حاضر چه ساختارهای رسمی و غیر رسمی اجتماعی وجود دارد که بتوان از طریق آن‌ها، اقدامات امدادرسانی را اجرا کرد؟

- ظرفیت وزارت بهداشت، سازمان‌های مذهبی، گروه‌های حمایت اجتماعی یا NGOهایی که به مدت‌های کوتاه و بلند در محل بوده‌اند، چقدر است؟

- پیشاپیش چه حمایت‌های تغذیه‌ای یا جامعه‌محور در محل بوده و از سوی جامعه، افراد NGO ها، سازمان‌های دولتی، آژانس‌های سازمان ملل و غیره سازماندهی شده است؟ سیاست‌های تغذیه‌ای (گذشته، حال و آینده) و امدادرسانی برای تغذیه درازمدت و برنامه‌های جاری یا طراحی‌شده، برای شرایط فعلی چیست؟

پیوست ۴

سنجش سوء تغذیه حاد

در بحران‌های عمده تغذیه، پوشش‌دهی نوزادان کمتر از شش‌ماه، زنان باردار و شیرده، کودکان، نوجوانان، افراد بالغ یا سالمندان در بررسی یا برنامه‌های تغذیه لازم است.

تحقیق درباره گروه‌های سنی، به‌جز کودکان میان شش تا ۵۹ ماه، تنها باید در شرایطی انجام بگیرد که:

- تحلیل زمینه‌ای عمیقی از شرایط به‌عمل بیاید که شامل بررسی دلایل سوء تغذیه نیز باشد. اگر نتایج تحلیل نشان داد که وضع تغذیه کودکان خردسال، نشانگر شرایط عمومی تغذیه جمعیت نیست، باید تحقیق دیگری درباره تغذیه یک گروه سنی دیگر انجام شود.
- برای تضمین کیفیت بالای اطلاعات جمع‌آوری‌شده، باید تحلیل کافی، ارائه و تفسیر درست از نتایج کار و مهارت‌های فنی تضمین‌کننده‌ای موجود باشد.
- منابع و یا هزینه فرصت‌های پوشش‌دهی گروه‌های سنی دیگر نیز، در یک تحقیق در نظر گرفته شده‌باشد.
- اهداف روشن و بسیار مستندی برای تحقیق تعیین شده‌باشد.

نوزادان زیر شش‌ماه

در حالی‌که تحقیق درباره این گروه ادامه دارد، مبنای استناد و مدیریت این بررسی محدود است. بیشتر قوانین سوء تغذیه شدید نوزادان، شامل همان تعریف تن‌سنجی در کودکان بیش از شش تا ۵۹ ماهگی است (به استثنای شرایط قسمت میانی بازو یا MUAC، که در حال حاضر برای نوزادان زیر شش‌ماه توصیه نشده‌است). معیارهای پذیرش، به‌جای رشد بر اندازه فعلی متمرکز شده‌است. تغییر مرجع‌های رشد NCHS، به استانداردهای ۲۰۰۶ سازمان بهداشت جهانی، منجر به تلف‌شدن بیشتر کودکان کوچکتر از شش‌ماهه شده‌است. مشکلات و پیچیدگی‌های این تغییر باید مورد توجه و رسیدگی قرارگیرد. موضوعات بالقوه، شامل پوشش‌دهی نوزادان بیشتر در برنامه‌های تغذیه، یا نگرانی مراقبان درباره کافی‌بودن تغذیه با شیر مادر است. بررسی و توجه به این موارد

اهمیت دارد:

- رشد طولی کودکان - آیا رشد قد با وجود کوچکی اندام، خوب است (برای مثال، ممکن است برخی کودکان با وجود وزن کم در هنگام تولد «به قد خود برسند»؟)
- آداب غذا دادن به نوزادان - آیا نوزاد تنها از شیر مادر تغذیه می‌کند؟
- شرایط بالینی - آیا نوزاد مشکلاتی بالینی دارد که قابل درمان باشد یا او را در برابر خطر بالایی قرار دهد؟
- عوامل مادرزادی - از جمله آیا مادر فاقد حمایت خانوادگی یا افسرده است؟ برای کودکانی که با این خطر روبه‌رو هستند، بستری‌شدن در قالب برنامه‌های تغذیه درمانی، باید در اولویت قرار بگیرد.

نوزادان شش تا ۵۹ ماه

جدول زیر شاخص‌هایی را نشان می‌دهد که به‌طور معمول برای درجه‌های مختلف سوء تغذیه در میان کودکان میان شش تا ۵۹ ماهه به‌کار می‌رود. شاخص‌های وزن به قد یا WFH به میزان Z (طبق استانداردهای سازمان بهداشت جهانی)، شاخص‌های ترجیحی برای گزارش‌دهی نتایج پژوهش‌های بشر-تن‌سنجی است. MUAC معیار مستقل دیگری برای سوء تغذیه حاد و یکی از بهترین ابزار پیش‌بینی مرگ و میر است. رسیدگی به شیوع لاغری دور قسمت میانی بازو (MUAC)، در تحقیقات مربوط به پیش‌بینی تعداد افراد برای پذیرش نیز، در برنامه‌های تغذیه تکمیلی انجام می‌گیرد. محاسبات تعیین‌کننده مورد استفاده، عبارت است از: کمتر از ۱۱/۵ سانتیمتر برای سوء تغذیه حاد شدید و ۱۱/۵ تا بالای ۱۲/۵ سانتیمتر برای سوء تغذیه حاد. از اندازه‌های بزرگتر دور قسمت میانی بازو، اغلب برای پذیرش در برنامه‌های دومرحله‌ای فرایند غربالگری نیز استفاده می‌شود. این امر نباید به‌تنهایی در تحقیقات تن‌سنجی استفاده شود، اما به‌عنوان تنها معیار پذیرش در برنامه‌های تغذیه می‌تواند به‌کار رود.

سوء تغذیه حاد عمومی	سوء تغذیه حاد متوسط	سوء تغذیه حاد شدید	
وزن بر قد کمتر از ۲- Z و یا اندازه دور بازو ۱۲/۵ سانتیمتر یا ورم ناشی از تجمع آب در بدن (enema)	وزن بر قد کمتر از ۳- تا ۴- Z یا اندازه دور بازو از زیر ۱۱/۵ تا ۱۲/۵ سانتیمتر	وزن بر قد کمتر از ۳- Z و یا اندازه دور بازو از زیر ۱۱/۵ و ورم ناشی از تجمع آب در بدن (enema)	کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

افراد پنج تا ۱۹ ساله

استفاده از استانداردهای رشد ۲۰۰۷ سازمان بهداشت جهانی، برای تعیین شرایط تغذیه در افراد ۵ تا ۱۹ سال، توصیه شده است. نمودارهای مرجع اطلاعاتی رشد، با استفاده از مرجع ۱۹۷۷ مرکز ملی آمار بهداشتی (سازمان بهداشت جهانی)، بازسازی شده و از نزدیک با استانداردهای سازمان بهداشت جهانی برای رشد کودکان شش تا ۵۹ ماه و سن توصیه شده برای تعیین سوء تغذیه در افراد بالغ مرتبط است. استفاده از اندازه گیری دور قسمت میانی بازو، ممکن است در کودکان بزرگ تر و افراد بالغ، به ویژه در ارتباط با HIV نیز، مد نظر قرار گیرد. زیرا این سنجش، یک حوزه فنی در حال تدوین است، رجوع به آخرین قوانین به روز شده و فنی آن اهمیت بسیاری دارد.

بزرگسالان (۲۰ سال تا ۵۹/۹ سال)

برای سوء تغذیه شدید در بزرگسالان، هیچ تعریف مورد توافقی وجود ندارد، اما شواهد دال بر آن است که اندازه گیری ها برای تعیین سوء تغذیه شدید، می تواند کمتر از شاخص توده بدنی (BMI) ۱۶ و کمتر از ۱۸/۵، برای سوء تغذیه حاد معتدل و متوسط باشد. هدف تحقیقات درباره سوء تغذیه افراد بالغ، باید جمع آوری اطلاعات مربوط به وزن، قد در حالت ایستاده، قد در حالت نشسته و اندازه های دور قسمت میانی بازو باشد. در محاسبه شاخص توده بدنی (BMI) نیز از این اطلاعات می توان استفاده کرد. BMI باید فقط برای مقایسه میان جمعیت برای شاخص کورمیک (نسبت قد در حالت نشسته به قد در حالت ایستاده)، تنظیم شود. چنین تنظیمی اساساً می تواند شیوع ظاهری سوء تغذیه را در بزرگسالان تغییر دهد و پیامدهای ناخوشایندی داشته باشد. همیشه باید از معیارهای اندازه گیری قطر دور بازو استفاده کرد. اگر نتایج فوری مورد نیاز یا منابع، به شدت محدود است، تحقیقات را می توان بر مبنای سنجش قطر میانی بازو گذاشت.

از آن جا که تفسیر نتایج تن سنجی، در نبود اطلاعات کاربردی معتبر و محک هایی برای تعیین منحنی نتیجه، دشوار است، چنین نتایجی باید همراه با اطلاعات دقیق زمینه ای تفسیر شود. رهنمودهای مربوط به بررسی را در قسمت مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه می توان یافت.

در غربالگری افراد، برای پذیرش به منظور مراقبت های تغذیه ای و ترخیص آنان، معیارها باید شامل ترکیبی از شاخص های تن سنجی، علائم بالینی (خصوصاً ضعف و آخرین کاهش وزن) و عوامل اجتماعی (دسترسی به غذا، حضور مراقبان، مسکن و غیره) باشد. توجه داشته باشید که تورم ناشی از تجمع آب در بدن، می تواند دلایل مختلفی غیر از سوء تغذیه داشته باشد و پزشکان برای رد دلایل دیگر، باید اودما یا ورم ناشی از تجمع آب در بدن را بررسی کنند. برای تعیین صلاحیت پذیرش، جهت تحت مراقبت قرار گرفتن افراد، هر یک از آژانس ها باید با توجه به کمبودهای شناخته شده BMI و فقدان اطلاعات درباره سنجش قطر دور بازو (MUAC) و پیچیدگی های برنامه مورد استفاده خود، شاخصی تعیین کنند.

از MUAC می‌توان به عنوان ابزار غربالگری زنان باردار به عنوان معیاری برای پذیرش در برنامه تغذیه استفاده کرد. زنان باردار با توجه به نیازهای دیگری هم که دارند، ممکن است نسبت به گروه‌های دیگر در برابر خطرات بیشتری قرار گیرند. مشخص شده است که قطر بازوی باریک تر از ۲۰/۷ سانتیمتر (خطر شدید) و باریک تر ۲۳ سانتیمتر (خطر معتدل)، خطر تأخیر در رشد جنین را به همراه دارد. معیار مشخص خطر از کشوری تا کشور دیگر متفاوت و دامنه آن از ۲۱ سانتیمتر تا ۲۳ سانتیمتر است. دور بازوی کمتر از ۲۱ سانتیمتر را، نشانه درستی برای شناسایی زنان مواجه با خطر در بحران‌ها، توصیه کرده‌اند.

افراد دیگر

در حال حاضر هیچ تعریفی برای سوء تغذیه در سالمندان وجود ندارد، با این حال این گروه نیز ممکن است، در بحران‌ها در معرض خطر سوء تغذیه قرار گیرد. سازمان بهداشت جهانی بیان می‌کند: BMI یا شاخص توده بدنی افراد بالغ، برای سالمندان ۶۰ تا ۶۹ ساله و بالاتر از آن نیز می‌تواند مناسب باشد؛ اما دقت سنجش‌ها به دلیل انحنایافتن (خم برداشتن) و کوفته شدن ستون فقرات مشکل ساز است. به جای اندازه قد می‌توان از طول دست و بازوی باز یا بسته استفاده کرد، اما ضریب محاسبه قد از جمعیتی تا جمعیت دیگر متفاوت است. در این موارد ارزیابی عینی لازم است. اندازه گیری قطر بازو برای سنجش سوء تغذیه در سالمندان، می‌تواند ابزار مناسبی باشد، اما تحقیق درباره روش‌های سنجش مناسب همچنان ادامه دارد.

افراد ناتوان

در حال حاضر هیچ دستورالعملی برای سنجش سوء تغذیه در افرادی که ناتوانی‌های فیزیکی دارند، موجود نیست و بنابراین، آن‌ها اغلب در تحقیقات تن سنجی کنار گذاشته می‌شوند. در این موارد ارزیابی عینی لازم است. اندازه گیری قطر دور بازو، در مواردی که قسمت بالای بازو در اثر کمک به حرکت، هم‌چنان رشد می‌کند، ممکن است گمراه‌کننده باشد. برای اندازه‌های استاندارد قد، طول دست در حالت کشش و در حالت خم شده و قطر ساق یا جایگزین‌های خوبی هستند. برای تعیین مناسب‌ترین راه اندازه گیری در افراد ناتوان، که محاسبات استاندارد وزن، قد و قطر بازو درباره آن‌ها کارایی ندارد، مراجعه به آخرین پژوهش‌ها ضروری است.

پیوست ۵

معیارهای اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها برای سلامتی عمومی

در جایی که کمبود بالینی ریزمغذی‌ها ردیابی می‌شود، باید آن را فوراً، به صورت انفرادی درمان کرد. در ضمن، موارد انفرادی کمبود بالینی ریزمغذی‌ها، اغلب دال بر وجود مسئله اساسی کمبود ریزمغذی‌ها در سطح جمعیت نیز می‌باشد. اندازه‌گیری و طبقه‌بندی کمبود ریزمغذی‌ها در سطح جمعیت، برای برنامه‌ریزی و نظارت اهمیت دارد.

آزمایش‌های بیوشیمیایی این مزیت را دارد که امکان سنجش بی‌طرفانه شرایط ریزمغذی‌ها را فراهم می‌کند؛ اما گردآوری نمونه‌های بیوشیمیایی برای آزمایش، اغلب در زمینه‌های مدیریت هماهنگی، آموزش کارکنان، حمل‌ونقل یخچالی و گاه مقبولیت، با چالش‌هایی همراه است. در ضمن سنجش‌های بیوشیمیایی همیشه سود بسیاری ندارند؛ یعنی آن‌چنان‌که باید حساس و ویژه نیستند. حتی امکان دارد که با توجه به زمان‌های مختلف روز و فصول سال، که نمونه‌ها جمع‌آوری می‌شود، و همچنین با توجه به سوء تغذیه شدید، خطاهایی هم در آن‌ها دیده شود. کنترل کیفیت، ضروری است و همواره باید در انتخاب آزمایشگاه برای آزمایش نمونه‌ها دقت کرد.

هنگام بررسی شرایط ریزمغذی‌ها، باید احتمال مصرف کم یا زیاد آن‌ها را در نظر داشت. توجه به این مورد، هنگام استفاده از محصولات ترکیبی و کاملاً غنی‌شده یا مواد مکمل مقوی، در تهیه و توزیع ریزمغذی‌ها در میان جمعیت آسیب‌دیده اهمیت بسزایی دارد.

جدول زیر طبقه‌بندی اهمیت کمبود ریزمغذی‌های اصلی را در سلامتی عمومی با استفاده از شاخص‌های مختلف نشان می‌دهد.

تعریف مسئله سلامتی عمومی		گروه سنی توصیه شده برای تحقیق درباره شیوع	شاخص کمبود ریزمغذی
شدت	% شیوع		
کمبود ویتامن آ			
کم	$< 1 - < 0$	۲۴ تا ۷۱ ماه	شب‌کوری (XN)
معتدل	$> 1 - < 5$		
شدید	> 5		
نامشخص	> 0.5	۶ تا ۷۱ ماهه	نقاط بیتوتس ((X1B)
نامشخص	> 0.01	۶ تا ۷۱ ماهه	زخم/خشکی قرنیه / کراتومالاسیا (X2, X3A, X3B)
نامشخص	> 0.05	۶ تا ۷۱ ماهه	جای زخم در قرنیه (XS)
کم	$> 2 - < 10$	۶ تا ۷۱ ماهه	سرم ریتینول بیش از ۰/۷ میکرو ملکول در لیتر
معتدل	$> 10 - < 20$		
شدید	> 20		
کمبود ید			
کم	۵/۰ - ۱۹/۹	سن مدرسه	گواتر (مشخص + قابل لمس)
معتدل	۲۰/۰ - ۲۹/۹		
شدید	$> 30.0'$		
مصرف بیش از حد	$> 30.0'$	سن مدرسه	غلظت ید موجود در ادرار (میلی گرم بر لیتر)
مصرف کافی	$100 - 199'$		
کم	$50 - 99'$		
معتدل	$20 - 49'$		
شدید	$< 20'$		

تعریف مسئله بهداشت همگانی		گروه سنی توصیه شده برای پژوهش‌های شیوع	شاخص کمبود ریزمغذی
شدت	%شیوع		
کمبود آهن			
کم	۵ - ۲۰	زنان، کودکان ۶ - ۵۹ ماهه	آنمی در زنان غیر باردار، همگلوبین > ۱۲ گرم در دسی لیتر؛ کودکان ۶ تا ۵۹ ماه کمتر از ۱۱ گرم/دسی لیتر
معتدل	۲۰ - ۴۰		
بالا	> ۴۰		
بری بری ۱			
کم	%< وزیر ۱ مورد >	کل جمعیت	علائم بالینی
معتدل	۱ - ۴		
شدید	> ۵		
ملایم	> ۵	کل جمعیت	مصرف رژیمی (زیر ۰/۳۳ میلی گرم بر ۱۰۰۰ کالری)
معتدل	۵ - ۱۹		
شدید	۲۰ تا ۴۹		
ملایم	بدون افزایش نرخ	نوزادان ۲ تا ۵ ماهه	مرگ‌ومیر نوزادان
معتدل	افزایش کم نرخ شیوع		
شدید	افزایش مشخص شیوع		
پلاگرا ۱۱			
کم	%< وزیر ۱ مورد >	کل جمعیت یا زنان بالای ۱۵ سال	علائم بالینی (درماتیتیس) در گروه سنی مورد پژوهش
معتدل	۱ - ۴		
شدید	> ۵		
۵ - ۱۹		کل جمعیت یا زنان بالای ۱۵ سال	معادل مصرف رژیمی نیاسین زیر ۵ میلی‌گرم در روز
۲۰ - ۴۹			
> ۵۰			
اسکوربیک ۱			
کم	%< وزیر ۱ مورد >	کل جمعیت	علائم بالینی
معتدل	۱ - ۴		
شدید	> ۵		

۱. برای اطلاعات بیشتر درباره آزمایش‌های بیوشیمیایی و آستانه سلامتی همگانی به آخرین کتب علمی و یا کارشناسان مربوط مراجعه کنید.

پیوست ۶

نیازهای تغذیه‌ای

در مراحل اولیه وقوع بحران می‌توان از ارقام جدول زیر در برنامه‌ریزی‌ها استفاده کرد. برای بررسی مقدار کافی سهمیه‌های عمومی، که هدف آن‌ها مردم آسیب‌دیده است، باید از حداقل نیاز به مواد غذایی که در جدول صفحه بعد نشان داده شده، استفاده کرد. این نیازها براساس یک دیدگاه فرضی آماری (فرضیات مربوط به دمای محیط و سطح فعالیت مردم) محاسبه شده است. نیازهای مضاعف زنان باردار و شیرده نیز در این دیدگاه، محاسبه شده است. منظور از این نیازها بررسی کافی بودن غذای مکمل یا سهمیه‌های مراقبت درمانی، یا بررسی سهمیه‌های معین برای گروه‌های خاص مردم، مثل مبتلایان به سل یا ایدز، نیست.

پیش از استفاده از نیازهای مذکور، دو نکته مهم در صفحه بعد هست که باید به آن‌ها توجه کرد. نخست این‌که، این جدول شامل حداقل نیازهای جمعیت برای مجموعه گروه‌های سنی زنان و مردان است؛ بنابراین، مخصوص گروه سنی و یا جنس خاصی نیست و نباید برای رفع نیازهای فردی استفاده شود. دوم این که الزامات تغذیه‌ای، مبتنی بر شرح حال و تاریخچه جمعیت است.

ماده غذایی	حداقل نیازهای جمعیت ۱
انرژی	۲۱۰۰ کیلوکالری
پروتئین	۵۳ گرم (۱۰٪ کل انرژی)
چربی	۴۰ گرم (۱۷٪ کل انرژی)
ویتامین آ	۵۵۰ میکروگرم *RAE
ویتامین د	۶/۱ میکروگرم
ویتامین بی	۸ میلی گرم آلفا تی بی*
ویتامین ک	۴۸/۲ میکروگرم
ویتامین ب ۱ (تیامین)	۱/۱ میکروگرم
ویتامین ب ۲ (ریبوفلاوین)	۱/۱ میکروگرم
ویتامین ب ۳ (نیاسین)	۱۳/۸ میلی گرم ان بی
ویتامین ب ۶ (پیدوکسین)	۱/۲ میلی گرم
ویتامین ب ۱۲ (کوبالامین)	۲/۲ میکروگرم
فولات (نوعی ویتامین ب)	۳۶۳ میکروگرم *DFE
پانتوتنات	۴/۶ میلی گرم
ویتامین ث	۴۱/۶ میلی گرم
آهن	۳۲ میلی گرم
ید	۱۳۸ میکروگرم
بر	۱۲/۴ میلی گرم
مس	۱/۱ میلی گرم
سلنیوم	۲۷/۶ میکروگرم
کلسیم	۹۸۹ میلی گرم
منگنز	۲۰۱ میلی گرم

* آلفا تی بی - معادل آلفا توکوفرول

RAE - معادل فعالیت رتینول

DFE - معادل فولات رژیمی

۱. اظهار شده به عنوان مرجع خوراک مواد مغذی (IRN) برای همه مواد مغذی به جز انرژی و مس.

مرجع: RNI از سازمان خواروبار جهانی و سازمان بهداشت جهانی، نیاز به ویتامین و مواد معدنی در تغذیه بشر. چاپ دوم، برای محاسبه همه نیازها به ویتامین‌ها و مواد معدنی به جز مس، چون نیاز به این ماده معدنی در سند سازمان خواروبار جهانی و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) ذکر نشده بود. نیاز به مس از متن سند «ردیابی عناصر در تغذیه و سلامتی بشر» برنامه جهانی غذا (۱۹۹۶) حذف شده است.

جدول زیر شاخصی از میانگین ساختار کلی جمعیت، برحسب تفکیک سنی است؛ اما توجه به این نکته مهم که محتوای این جدول، ویژه شرایط خاصی است و می‌تواند تغییرات زیادی داشته‌باشد. برای مثال، مهاجرت افراد سنین متوسط در برخی از جوامع روستایی، منجر به این شده که مراقبان کودکان افراد مسن‌تری باشند.

گروه	% جمعیت
۰ تا ۶ ماه	۱/۲۳
۷ تا ۱۱ ماه	۰/۹۵
۱ تا ۳ سال	۶/۵۸
۴ تا ۶ سال	۶/۴۱
۷ تا ۹ سال	۶/۳۷
۱۰ تا ۱۸ سال مؤنث	۹/۰۱
۱۰ تا ۱۸ سال مذکر	۹/۵۲
۱۹ تا ۵۰ سال مؤنث	۱۷/۴۲
۵۱ تا ۶۵ سال مؤنث	۴/۷۲
۱۹ تا ۶۵ سال مذکر	۲۷/۹۰
۶۵ به بالای مؤنث	۲/۶۲
۶۵ به بالای مذکر	۲/۱۸
زنان باردار	۲/۴۰
زنان شیرده	۲/۶۰

مرجع: سازمان ملل (۲۰۰۳)، چشم‌انداز جمعیت جهان: تجدید نظر ۲۰۰۲، تفکیک جمعیت برحسب جنسیت، سال‌های فرد زندگی و سال‌های فرد تقویم، ۱۹۵۰ تا ۲۰۵۰.

نیاز جمعیت به انرژی باید با توجه به عوامل زیر تنظیم شود:

- ساختار آماری جمعیت، خصوصاً درصد کودکان زیر ۵ سال و درصد زنان
- متوسط وزن افراد بالغ و وزن فعلی، وزن معمول و وزن مطلوب برای بدن
- سطح فعالیت برای حفظ زندگی سازنده، اگر سطح فعالیت‌ها افزایش نیابد، نیازها بیشتر می‌شود (یعنی $۱/۶ \times$ نرخ سوخت‌وساز پایه)
- میانگین دمای محیط و ظرفیت‌های مسکن و پوشاک، اگر متوسط دمای محیط، کمتر از ۲۰ درجه سانتیگراد باشد، نیازها افزایش خواهد یافت.

- شرایط تغذیه و بهداشت جمعیت - اگر جمعیت دچار سوء تغذیه شود و برای دستیابی به رشد عادی، خواسته‌های بیشتری داشته‌باشد، نیازها افزایش خواهد یافت. شیوع HIV و ایدز، بر میانگین نیازهای مردم اثر می‌گذارد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال غذا، ص ۱۸۸). لزوم یا عدم لزوم تعدیل یا تغییر سهمیه‌های غذایی عمومی برای رفع مشکلات، نیازمند تحلیل شرایط و توجه به توصیه‌های بین‌المللی است.

حصول این اطلاعات از طریق بررسی ممکن نیست، از ارقام جدول مذکور، باید به‌عنوان معیار حداقل نیازها استفاده کرد.



مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه

منابع

Black et al (۲۰۰۸)، کمی تغذیه مادران و کودکان ۱. کمی تغذیه مادران و کودکان: در معرض ابتلا قرار گرفتن‌های عمومی و منطقه‌ای و آثار آن بر سلامتی.

www.thelancet.com سری‌های ۱۷ ژانویه.

CARE (۲۰۰۸)، فهرست سیاست‌های تطابق: کتاب راهنمای شیوه‌های میدانی CSI.

Cogill, B و Castleman, T, Seumo-Fasso, E (تجدید نظر ۲۰۰۴)، کاربردهای غذا و تغذیه در درمان ضد بازگشت بیماری‌ها در چیدمان‌های دارای محدودیت منابع. FANTA (کمک‌های فنی غذا و تغذیه) نکته فنی شماره ۷. واشینگتن دی سی.

Coates, J, Swindale, A و Bilinsky, P (۲۰۰۷)، معیار دسترسی ناامن به غذای خانگی (HFIAS) برای سنجش دسترسی به غذا. نکته شاخص. جلد ۳. FANTA، واشینگتن دی سی.

کمیته امنیت جهانی غذا (۲۰۰۴)، قوانین داوطلبی برای حمایت از درک گام به گام از حق داشتن غذای کافی در چارچوب امنیت غذایی ملی. رم.

گروه اصلی IFE (۲۰۰۷)، قوانین کاربردی درباره تغذیه نوزادان و کودکان خردسال در بحران‌ها
www.enonline.net/ife

شبکه آموزش میان آژانس‌ها در بحران‌ها INEE (۲۰۰۴)، حداقل استانداردهای آموزش در بحران‌ها، بحران‌های مزمن و بازسازی‌های سریع (ازجمله تغذیه در مدارس در بحران‌ها). ژنو.

دفتر سازمان بین‌المللی کار (۱۹۷۳)، کنواسیون عصر هزاره شماره ۱۳۸

www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (۲۰۰۹)، قوانین دام در بحران و استانداردهای لگژ. انتشارات پرکتیکال اکشن، انگلستان.

www.livestock-mergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Pejic, J (۲۰۰۱)، حق غذا در شرایط برخورد مسلحانه: چارچوب قانونی. بررسی بین‌المللی صلیب سرخ، جلد ۸۳، شماره ۸۴۴، ص ۱۰۹۷. ژنو

www.icrc.org

SMART (نظارت و بررسی استاندارد امداد و گذار) قوانین: جلد روش‌شناسی‌های SMART.

Bilinsky, P و Swindale, A (۲۰۰۶)، سوابق گوناگونی رژیم غذایی خانوار (HDDS) برای سنجش دسترسی خانوار به غذا: راهنمای شاخص. نسخه ۲. فانتا. واشینگتن دی سی.

حق داشتن غذای کافی (مقاله 5/1999/12/E/C. 12/05/99: اظهار نظر ۱۲. شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل (۱۹۹۹)

www.unhchr.ch

کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان، برنامه جهانی غذا، یونیورسیتی کالج لندن و (IASC) خوشه تغذیه (۲۰۰۶)، NutVal ۲۰۰۶، نسخه ۲، ۲.

www.nutval.net/2008/05/download-page.html

برنامه جهانی غذا (۲۰۰۶)، الگوی توزیع غذا. رم.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷)، مرجع رشد برای کودکان دبستانی و نوجوانان

www.who.int/growthref/en/

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۱)، قانون بین‌المللی تجارت جایگزین‌های شیر مادر. قانون کامل و قطعه‌نامه‌های مجمع بهداشت جهانی:

www.ibfan.org

منابع بیشتر برای مطالعه

مراجع بررسی

بررسی مقدماتی

IASC (۲۰۰۹)، ابزار بررسی سریع چند بخشی (IRA): سلامتی عمومی، تغذیه و خوشه‌های واش.

بررسی ایمنی غذایی

CARE (۲۰۰۲)، بررسی‌های امنیت امرار معاش خانوارها: بسته ابزاری برای فعالان. ایالات متحده

آمریکا.

FANTA (۲۰۰۹)، طراحی جایگزین نمونه‌سازی برای چیدمان‌های اضطراری: راهنمایی برای برنامه‌ریزی تحقیق، جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل. واشینگتن دی سی

www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

سازمان خواروبار و کشاورزی سازمان ملل و برنامه جهانی غذا (۲۰۰۹)، مأموریت‌های بررسی محصولات کشاورزی و امنیت غذایی (CFSAM) قوانین. رم

Save the Children (۲۰۰۸)، روش اقتصاد خانوار: رهنمودی برای طراحان برنامه و سیاست‌گذاران. لندن.

برنامه جهانی غذا (۲۰۰۹)، کتاب راهنمای بررسی امنیت غذایی بحران‌ها (EFSA) – چاپ دوم. رم

برنامه جهانی غذا (۲۰۰۹)، امنیت جامع غذایی و تحلیل آسیب‌پذیری (CFSVA) قوانین. رم

بررسی ایمنی بذر

لانگلی، سی و دیگران (۲۰۰۲)، آیا کشاورزان به بذر امدادی نیاز دارند؟ یک روش برای بررسی نظام‌های بذر. بحران‌ها، ۲۶، ۳۵۵ – ۳۴۳

Sperling, L. (۲۰۰۸)، وقتی که بحران رخ می‌دهد: یک راهنما برای بررسی امنیت بذر. مرکز بین‌المللی کشاورزی حاره‌ای. کالی، کلمبیا.

ارزیابی امرار معاش

Jaspers, S و Shoham, J. (۲۰۰۲)، مروری مهم بر روش‌های ارزیابی و نظارت بر امرار معاش در اغتشاشات طولانی و بی‌ثباتی سیاسی. ODI لندن.

IASC (۲۰۰۹)، ماتریکس نقش‌ها و مسئولیت‌های آژانس‌ها برای تضمین یک سیاست هماهنگ‌شده و چندبخشی سوخت در چیدمان‌های بشردوستانه. نسخه ۱/۱. ستاد دسترسی امن به سوخت جنگلی و انرژی‌های جایگزین در چیدمان‌های بشردوستانه.

بازارها

CARE (۲۰۰۸)، پول نقد، خرید محلی و/یا کمک غذایی وارداتی؟: اطلاعات بازار و تحلیل امدادسانی‌ها به عدم امنیت غذایی.

Mike, A. (۲۰۱۰) بسته ابزار طراحی و تحلیل بازار در بحران (EMMA). پراکتیکال اکشن، آکسفورد، انگلستان.

مصرف غذا

پروژه امداد فنی غذا و تغذیه (۲۰۰۶)، سابقه گوناگونی رژیم غذایی خانوارها (HDDS). برنامه جهانی غذا (۲۰۰۸)، تحلیل مصرف غذا: محاسبه و استفاده از تحلیل سابقه مصرف غذا در امنیت غذایی. برگه راهنمایی فنی. رم

روش‌های مشارکتی

ActionAid (۲۰۰۴)، تحلیل آسیب‌پذیری مشارکتی. لندن.
CARE (۲۰۰۹)، آسیب‌پذیری آب و هوا و کتاب تحلیل ظرفیت.
IFRC (۲۰۰۷)، آسیب‌پذیری و ظرفیت را چگونه بررسی کنیم (VCA)، راهنمای گام به گام برای کارکنان و داوطلبان صلیب سرخ و هلال احمر. ژنو.
Tearfund (۲۰۰۹)، تغییر آب و هوا و خطر تخریب محیط زیست و بررسی تطابق CEDRA.

نظام اطلاعاتی تغذیه و امنیت غذایی

شبکه نظام‌های هشدار سریع قحطی (FEWS NET):

www.fews.net

نظام‌های اطلاعات و ترسیم عدم امنیت غذایی و آسیب‌پذیری

(FIVIMS): www.fivims.net/index.jsp

طبقه‌بندی مراحل یکپارچه امنیت غذایی (۲۰۰۸)، کتاب راهنمای فنی، جلد ۱/۱.

اطلاعات جهانی و نظام هشدار سریع برای غذا و کشاورزی، فائو:

www.fao.org

Shoham, J, Watson, F و Dolan, C. استفاده از شاخص‌های تغذیه در نظام‌های ردیابی، مقاله فنی ۲. ODI، لندن.

ارزیابی انسان تن‌سنجی

مراکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC) و برنامه جهانی غذا (۲۰۰۵)، یک کتاب راهنما: سنجش و تفسیر سوء تغذیه و مرگ‌ومیر. رم

Collins, S, Duffield, A و Myatt, M (۲۰۰۲)، بالغین: بررسی شرایط تغذیه در جمعیت‌های آسیب‌دیده. ژنو.

گروه فرعی کمیته هماهنگی اداری سازمان ملل (UN ACC) (۲۰۰۱)، بررسی کمی تغذیه افراد بالغ در بحران‌ها، گزارش جلسه خصوصی یکی از گروه‌های کاری در بحران‌ها در خبرگزاری SCN، ۲۲، صص ۴۹ تا ۵۱. ژنو.

Save the Children انگلستان، (۲۰۰۴)، بررسی تغذیه در بحران و راهنما برای کارکنان میدانی. لندن.

Young, H و Jaspars, S (۲۰۰۶)، تحلیل و سنجش سوء تغذیه شدید در بحران‌های کاری ضروری برای تصمیم‌گیران. لندن.

ارزیابی ریزمغذی‌ها

Gorstein, J et al (۲۰۰۷) شاخص‌ها و روش‌های پژوهش‌های موضوعات با مضامین مرتبط، وضع ویتامین و مواد معدنی در میان جمعیت‌ها.

Seal, A و Prudhon, C (۲۰۰۷)، بررسی کمبود ریزمغذی‌ها در بحران‌ها: روش‌های جاری و جهت‌های آینده. ژنو.

ارزیابی IYCF

IYCF (۲۰۱۰)، رسوم تغذیه نوزاد و کودکان خردسال. جمع‌آوری و استفاده از اطلاعات: راهنمای گام به گام.

www.ennonline.net/resources

تغذیه نوزاد و کودک خردسال

گروه کانونی IFE (تغذیه کودکان در بحران‌ها) و همکاران، حمایت از نوزادان در بحران‌ها، اطلاعات برای رسانه‌ها.

www.ennonline.net/ife

گروه کانونی IFE و همکاران (۲۰۰۹)، مقیاس ۱ IFE: بسته جهت‌گیری درباره تغذیه کودکان در بحران‌ها.

www.ennonline.net/ife

گروه کانونی IFE و همکاران (۲۰۰۷)، مقیاس ۲ IFE: بسته جهت‌گیری درباره تغذیه کودکان در بحران‌ها برای سلامتی و کارکنان تغذیه در شرایط بحرانی.

www.ennonline.net/ife

یونیسف و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳)، راهبرد جهانی برای تغذیه نوزادان و کودکان خردسال.

www.ennonline.net/ife

کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان. راهنمایی‌هایی درباره تغذیه و HIV نوزادان در میان پناهندگان و جمعیت‌های آواره.

www.ennonline.net/ife

USAID، AED، FANTA، دانشگاه دیویس کالیفرنیا، موسسه بین‌المللی تحقیقات راهبردی غذا (IFPRI)، یونیسف و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷)، شاخص‌های بررسی تغذیه نوزادان و کودکان خردسال. واشینگتن دی سی.

سازمان بهداشت جهانی، (۲۰۱۰)، HIV و تغذیه نوزاد. اصول و توصیه‌هایی برای تغذیه کودکان و خلاصه‌ای از شواهد. ژنو

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، اصول راهنما برای تغذیه نوزادان و کودکان خردسال در بحران‌ها. ژنو

اقدام برای امنیت غذایی

کلیات

Maxwell, D و Barrett, C (۲۰۰۵)، کمک غذایی پس از ۵۰ سال: طراحی دوباره نقش آن. لندن

IASC (کمیته دائمی بین آژانس‌ها) (۲۰۰۵)، قوانینی برای اقدام درباره خشونت‌های مبتنی بر جنسیت در چیدمان‌های بشردوستانه - تمرکز بر پیشگیری از خشونت‌های جنسی و امدادرسانی به آن در بحران‌ها، فصل‌های ۱ تا ۴، برگه اقدام ۶/۱ امنیت غذایی و تغذیه.

Maxwell, D et al (۲۰۰۸)، برای امنیت غذا در بحران. ODI (مؤسسه توسعه ماورای بحار)، مرور رسوم خوب # ۱۰. شبکه امداد و بازسازی، ODI. لندن.

کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان، یونیسف، برنامه جهانی غذا و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲)، نیاز به غذا و تغذیه در بحران‌ها. ژنو.

تعیین هدف و توزیع غذا

Young, H و Jaspars, S (۱۹۹۵)، توزیع عمومی غذا در بحران‌ها: از نیازهای تغذیه‌ای تا اولویتهای سیاسی. مرور رسوم خوب ۳. شبکه امداد و بازسازی، ODI (مؤسسه توسعه ماورای بحار)، لندن.

UNHCR (کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان) (۲۰۰۳)، کتاب راهنما برای پناهندگان. ژنو

WFP (برنامه جهانی غذا) (۲۰۰۹)، استانداردهای کیفی تغذیه مدارس. رم

WFP (۲۰۰۸)، کمک غذایی در زمینه HIV: راهنمای طرح جیره. رم

WFP (۲۰۰۶). تعیین هدف در بحران‌ها. رم.

مدیریت زنجیره غذا و کیفیت و ایمنی غذا

CARE کتاب راهنمای مدیریت منابع غذا.

خوشه مدیریت هماهنگی (۲۰۱۰)، راهنمای عملیاتی. WFP رم.

دبوی امداد رسانی‌های بشردوستانه سازمان ملل (۲۰۱۰)، کاتالوگ و رویه‌های استاندارد عملیاتی.

www.unhcr.org

WFP (۲۰۱۰)، کنترل کیفیت غذا:

<http://foodquality.wfp.org>

WFP (۲۰۰۳)، ذخیره غذا، کتاب راهنمای ذخیره غذا. مؤسسه منابع طبیعی و برنامه جهانی غذا. چاتمن، انگلستان و رم.

World Vision International، کتاب راهنمای منابع طبیعی World Vision، چاپ دوم.

World Vision International، کتاب راهنمای ناظران غذا.

ارسال وجه نقد و حواله

Action contre la fam (اقدام علیه گرسنگی) (۲۰۰۷)، انجام کارهایی براساس ارسال وجه نقد. راهنمایی برای کارکنان امدادی. پاریس.

Adams, L (۲۰۰۷)، آموخته‌ها از امدادسانی‌های نقدی به سونامی: گزارش نهایی، مقاله پشتیبان HPG.

مشارکت Cash Learning (۲۰۱۰)، تحویل پول در بحران‌ها. Save the Children انگلستان، اوکسفام، انگلستان و صلیب سرخ انگلستان، با حمایت ECHO. لندن.

Jaspars, S و Creti, P (۲۰۰۶) برنامه‌ریزی برای حواله وجه نقد در بحران‌ها، اوکسفام، انگلستان، لندن.

Harvey, P (۲۰۰۵)، پول نقد و حواله در بحران‌ها، مقاله حمایت HPG. ODI. لندن.

اقداماتی در امور بذر

خدمات امدادی کاتولیک (CRS) (۲۰۰۲)، حواله و قیمت‌گذاری بذر: یک کتاب راهنما برای احیای کشاورزی در آفریقا. CRS با همکاری ODI و مؤسسه تحقیقات محصولات کشاورزی در مناطق نیمه‌بایر حاره‌ای.

Remington, T و Sperling, L با Haugen JM (۲۰۰۶)، کمک (به‌صورت) بذر برای امنیت بذر: توصیه برای مشارکت، توضیحات اجرایی ۱ تا ۱۰. مرکز بین‌المللی کشاورزی حاره‌ای و CRS رم.

کتاب‌های راهنمای عمومی تغذیه در شرایط اضطراری

IASC (۲۰۰۸)، بسته ابزاری برای تغذیه در شرایط اضطراری.

کارگروه توسعه ظرفیت خوشه تغذیه IASC (۲۰۰۶)، بسته آموزشی هماهنگ‌شده (HTP).

WFP و UNHCR (۲۰۰۹)، بررسی و درمان سوء تغذیه در شرایط اضطراری. پاریس.

WFP و UNHCR (۲۰۰۹)، قوانینی برای تغذیه‌گزینی، مدیریت سوء تغذیه در بحران‌ها.

UNHCR، یونیسف، WFP و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲)، نیاز به تغذیه در بحران‌ها. ژنو.

WFP (۲۰۰۱)، کتاب راهنمای تغذیه. رم.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲)، مدیریت تغذیه در بحران‌های عمده. ژنو.

مردم آسیب‌پذیر

FANTA (کمک‌های فنی غذا و تغذیه) و برنامه جهانی غذا (۲۰۰۷)، برنامه‌ریزی برای کمک غذایی در شرایط HIV. فائو و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲)، خوب زندگی کردن با HIV و ایدز. یک کتاب راهنما درباره مراقبت‌های تغذیه‌ای و حمایت از کسانی که با HIV و ایدز زندگی می‌کنند. HelpAge «به سالمندان کمک کنید» (۲۰۰۱)، رسیدگی به نیازهای سالمندان در بحران‌های آفریقا: الگوهایی برای عمل. نایروبی.

www.helpage.org/publications

HelpAge و کمیساریای پناهندگان (۲۰۰۷)، سالمندان در بحران‌ها و فجایع بشری. IASC (۲۰۰۶)، زنان، دختران، پسران و مردان: نیازهای مختلف - فرصت‌های برابر. Winstock, A (۱۹۹۴)، اداره عملی خوردن و آشامیدن کودکان در بحران‌ها. انتشارات وینسلو. بایسستر، انگلستان.

مدیریت سوء تغذیه شدید

ENN، CIHD و ACF (۲۰۱۰)، گزارش MAMI. مرور فنی: شواهد موجود، سیاست‌ها، اقدامات و دستاورد برنامه‌ها.

ENNT، گروه کانونی IFE و همکاران (۲۰۰۹)، ادغام حمایت از تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (IYCF) در

CMAM. www.ennonline.net/resources

FANTA ۲ (۲۰۰۸)، راهنمای تربیتی برای مدیریت جامعه‌محور سوء تغذیه شدید.

ناوارو-کلرادو، سی، و شوهام، ج (در حال انتشار)، بسته گزارش‌دهی حداقلی تغذیه تکمیلی.

VALID بین‌المللی (۲۰۰۶)، مراقبت درمانی جامعه‌محور (CTC): یک راهنمای میدانی.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹)، مدیریت سوء تغذیه شدید: یک کتاب راهنما برای پزشکان و سایر دست‌اندرکاران بهداشت. ژنو.

سامان بهداشت جهانی، برنامه جهانی غذا، کمیته دائمی تغذیه سازمان ملل و یونیسف (۲۰۰۷)، اداره جامعه‌محور سوء تغذیه شدید. بیانیه‌ای مشترک از سازمان بهداشت جهانی، برنامه جهانی غذا، کمیته دائمی نظام سازمان ملل درباره تغذیه و یونیسف.

کمبود ریزمغذی‌ها

Seal, A و Prudhon, C (۲۰۰۷)، بررسی کمبود ریزمغذی‌ها در بحران‌ها: کارهای جاری و جهت‌گیری‌های آتی.

یونیسف، UNU (دانشگاه سازمان ملل)، و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، ورم ناشی از کمبود آهن: بررسی، پیشگیری و کنترل. راهنمایی برای مدیران برنامه. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰)، پلاگر و پیشگیری و کنترل آن در بحران‌های عمده. ژنو.

همان (۱۹۹۹)، اسکوروبوت و پیشگیری و کنترل آن در بحران‌های عمده. ژنو.

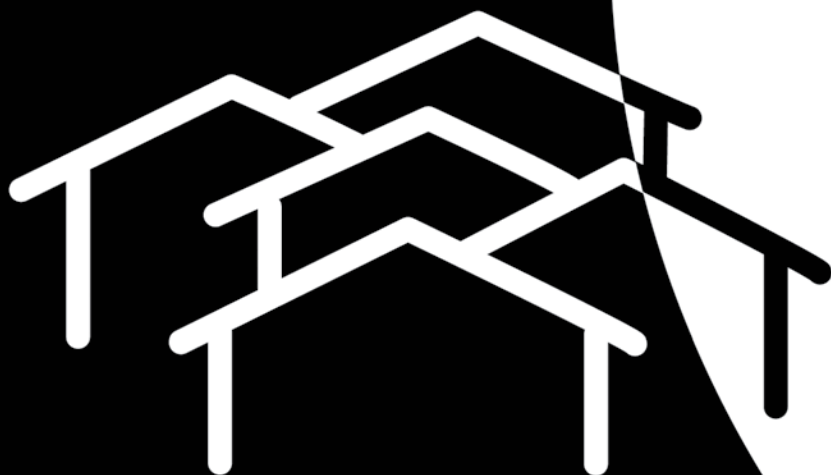
همان (۱۹۹۹)، کمبود تیامین و پیشگیری و کنترل آن در بحران‌های عمده. ژنو.

همان (۱۹۹۷)، مکمل‌های ویتامین آ: راهنمای استفاده از آن‌ها برای درمان و پیشگیری از کمبود ویتامین آ و اگزوفتالمی. چاپ دوم. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی و یونیسف (۲۰۰۷)، اصول راهنمایی برای استفاده از مولتی‌ویتامین و تهیه مینرال‌ها در بحران‌ها.



حداقل استانداردها
برای سرپناه،
اسکان و
اقلام غیرخوراکی



چگونه از این فصل استفاده کنیم؟

این فصل به دو بخش اصلی تقسیم شده است:

۱. سرپناه و اسکان

۲. اقلام غیر خوراکی: لباس، وسایل خواب و لوازم خانگی

هردوی این بخش‌ها، استانداردهایی کلی برای استفاده در هریک از چندین برنامه رسیدگی به شرایط مردم آواره و غیر آواره است؛ این برنامه‌ها شامل ایجاد سرپناه‌ها یا ترانزیت موقت، برای هر خانوار در محوطه‌های اصلی، بازگشت به سرپناه‌های سریع‌الاحداث یا منازل تعمیرشده؛ اسکان موقت نزد خانواده‌های میزبان و یا اردوگاه‌های اجتماعی موقت ساخت دست مردم، مراکز تجمع و ترانزیت موقت است.

اصول حمایت و استانداردهای کانونی، باید همزمان با این فصل به‌کاررود. گرچه اساساً منظور از حداقل استانداردها، بهبود امدادسانی به بحران است، اما می‌توان از آن‌ها ضمن آمادگی در برابر بحران و گذار به فعالیت‌های بازسازی هم استفاده کرد.

هر بخش شامل مطالب زیر است:

■ **حداقل استانداردها:** این استانداردها درحقیقت کیفی است و حداقل سطوحی را که در امدادسانی بشردوستانه برای سرپناه باید به آن‌ها دست یافت، مشخص می‌کند.

■ **اقدامات کلیدی:** این اقدامات شامل فعالیت‌ها و اطلاعات پیشنهادی برای رعایت استانداردها است.

■ **شاخص‌های کلیدی:** شاخص‌های کلیدی «علائمی» است که رعایت یا عدم رعایت یک اس تاندارد را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها راهی برای سنجش و برقراری ارتباط میان فرایندها و اقدامات کلیدی را فراهم می‌کند؛ شاخص‌های کلیدی مربوط به حداقل استانداردها است، نه اقدامات کلیدی.

■ **نکات راهنما:** این نکته‌ها شامل نکات خاصی است که هنگام رعایت حداقل استانداردها، انجام اقدامات کلیدی و استفاده از شاخص‌های کلیدی باید به آن‌ها توجه شود. نکته‌ها شامل رهنمودهایی برای پرداختن به مشکلات کار، محک‌ها و یا توصیه‌هایی برای رسیدگی به موضوعات اولویت‌دار نیز هست. ممکن است دربردارنده موضوعات مهم مربوط به استانداردها، اقدامات یا شاخص‌ها نیز باشد و دشواری‌ها، مناقشات یا فاصله و خلاهای موجود در دانش فعلی را توضیح دهد.

اگر نتوان اقدامات کلیدی و شاخص‌ها را رعایت کرد، دشواری‌های حاصل از آن برای جمعیت آسیب‌دیده باید ارزیابی و اقدامات لازم برای کاهش آن‌ها انجام شود.

چک‌لیستی برای ارزیابی نیازها در هنگام کاربرد استانداردها برای تعریف و نظارت بر فعالیت‌های امدادسانی، همچنین فهرستی از مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه، شامل منتخب منابع راهنمایی «چگونه می‌توان»، ارائه شده است.

فهرست مطالب

مقدمه	۲۵۵
۱. سرپناه و اسکان	۲۶۱
۲. اقلام غیر خوراکی: لباس، وسایل خواب و لوازم خانگی	۲۸۰
پیوست ۱: چک لیست ارزیابی سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی	۲۹۰
مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه	۲۹۶





مقدمه

روابط با منشور بشردوستانه و حقوق بین الملل

حداقل استانداردها برای سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی، بیان عملی اعتقادات مشترک و تعهدات آژانس‌های بشردوستانه و اصول مشترک، حقوق و وظایف حاکم بر اقدام بشردوستانه مندرج در منشور بشردوستانه است. این اصول، که بنیان آن بشریت است، حق زندگی و کرامت، حق برخورداری از حمایت، ایمنی و حق دریافت کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز را دربرمی‌گیرد. در پیوست ۱ (رک. ص ۳۵۴) فهرستی از اسناد اصلی حقوقی و راهبردی، همراه با شرح آن برای کارکنان بشردوستانه، به عنوان مرجع آمده است. در اقدامات بشردوستانه، «سرپناه، اسکان و اقلام کمکی غیر غذایی»، عبارت آشنایی هستند که در حوزه حق برخورداری از اسکان مناسب، که در حقوق بین الملل تصریح شده است، جای دارد.

هر کسی حق دارد از سرپناه مناسب برخوردار باشد. این حق در اسناد حقوقی اصلی بین المللی به رسمیت شناخته شده (رک. مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه، اسناد حقوقی بین المللی) و شامل حق زندگی در امنیت، صلح، کرامت، ایمنی استخدام و همچنین حمایت در برابر کار اجباری و حق جبران خسارت است. این ابزارها امنیت اسکان را تعیین می‌کند:

- فضای کافی و حمایت در برابر سرما، رطوبت، گرما، باد و سایر تهدیدهای سلامتی، از جمله خطرات مربوط به ساختمان و ناقل‌های بیماری
- دسترسی به خدمات، امکانات، مواد و زیرساخت‌ها
- پذیرفتنی بودن، قابلیت سکونت و دسترسی، تناسب از لحاظ موقعیت و اقتصاد
- دسترسی دائم به منابع طبیعی و عادی؛ آب آشامیدنی سالم؛ انرژی برای پخت‌وپز؛ گرمایش و نور؛ امکانات بهداشتی و شست‌وشو؛ وسایل ذخیره آب؛ دفع زباله‌ها؛ فاضلاب محوطه و خدمات اضطراری
- انتخاب محل مناسب محوطه و اسکان برای فراهم کردن دسترسی امن به خدمات بهداشتی، مدارس، مراکز مراقبت از کودکان و سایر امکانات اجتماعی و فرصت‌های تأمین معاش.
- تناسب مصالح مورد نیاز و سیاست‌های ساخت‌وساز لازم برای ساختن خانه با هویت فرهنگی و تنوع ساخت خانه

حداقل استانداردهای مذکور در این فصل، حق داشتن سرپناه مناسب را به‌طوری که در

اسناد حقوقی بین‌المللی مربوط ذکر شده، به‌طور کامل بیان نمی‌کند. این استانداردها، تنها انعکاسی از محتوای اصلی حق داشتن سرپناه مناسب است و به درک گام‌به‌گام این حقوق کمک می‌کند.

اهمیت سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی در بحران‌ها

سرپناه در مراحل آغاز هر بحران عامل تعیین‌کننده مهمی برای بقا است. سرپناه فراتر از بقا، برای تأمین امنیت، رفاه و حفاظت در برابر آب و هوا و افزایش مقاومت در برابر بیماری‌ها نیز ضروری است. برای کرامت بشر، حفظ اعضای خانواده در کنار هم، زندگی اجتماعی و توانمندسازی مردم آسیب‌دیده و رهایی از اثرات به‌جامانده از حادثه مهم است. امداد رسانی در امر سرپناه و اسکان و همراه با آن، اقلام غیر خوراکی، باید حامی راهبردهای موجود برای رویارویی با بحران باشد و خودکفایی و خودگردانی کسانی را که تحت تأثیر بحران قرار گرفته‌اند، افزایش دهد. اگر مهارت‌ها و منابع محلی، منتج به تأثیرگذاری نامناسب در میان مردم و اقتصاد محلی نشود، باید آن را به حداکثر رساند. در هر امداد رسانی ضمن به حداکثر رساندن فرصت‌ها برای مردم آسیب‌دیده، به‌منظور برقراری یا حفظ فعالیت‌های حمایتی معیشت، خطرات بحران و به حداقل رساندن اثرات معکوس بلندمدت بر محیط زیست نیز باید در نظر گرفته شود.

رفاه گرمایشی، حفاظت در برابر تغییرات، ایمنی و کرامت فردی، با رفع مجموعه‌ای از نیازها در سطح خود افراد، فضای سرپوشیده‌ای که در آن سکونت دارند و موقعیتی که خود این فضا دارد، میسر می‌شود. به‌طور مشابه، رفع این نیازها مستلزم مجموعه مناسبی از وسایل آماده‌سازی، طبخ و سرو غذا؛ پوشاک و وسایل خواب؛ فضای کافی سرپوشیده‌ای برای اسکان؛ وسایل گرمایشی، تهویه محل زندگی و دسترسی به خدمات ضروری است.

نیازهای مردم آسیب‌دیده به سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی، با نوع و میزان بحران و حد و حدود جابه‌جایی و آوارگی جمعیت تعیین می‌شود. توانایی و تمایل مردم آسیب‌دیده برای بازگشت به محل زندگی اصلی خود و آغاز فرایند بازگشت به زندگی عادی نیز، بر امداد رسانی‌ها اثر خواهد داشت: در جایی که افراد قادر یا مایل به بازگشت نباشند، نیازمند سرپناه‌های ترانزیت موقت و یا راه حل‌های اسکان خواهند بود (رک. شکل صفحه بعد). محتوای موقعیت و محل بحران، از جمله روستایی یا شهری بودن منطقه؛ شرایط آب و هوایی و زیست‌محیطی آن؛ شرایط سیاسی و امنیتی و توان مردم آسیب‌دیده برای کمک به رفع نیازهای خودشان در امداد رسانی اثر می‌گذارد.

در شرایط ناگوار آب و هوایی، یا در نتیجه جابه‌جایی و آوارگی که سرپناه برای ادامه زندگی بسیار مهم است و مردم آسیب‌دیده احتمالاً نمی‌توانند پناهگاه مناسبی برای خودشان بسازند، جهت تأمین این مهم می‌توان از روش‌های فوری، مانند چادر یا امثال آن و یا اسکان موقت مردم در ساختمان‌های عمومی موجود، استفاده کرد. مردم آواره را می‌توان به‌طور موقت و به شکل تک‌خانوار، یا به‌صورت گروه‌هایی در ساختمان‌ها، اردوگاه‌ها و مراکز تجمع طراحی‌شده پذیرش کرد.

گزینه‌های سرپناه و اسکان و الگوهای امداد رسانی



باید از جمعیت‌های آسیب‌دیده در امر تعمیر و مرمت سرپناه‌های موجود و یا ساختن بناهای تازه برای خودشان حمایت کرد. این حمایت می‌تواند شامل تهیه مصالح مناسب ساختمانی، تدارک ابزارآلات، پول نقد یا حواله، راهنمایی فنی و آموزش و یا ترکیبی از همه این موارد باشد. برای جمعیت‌های آسیب‌دیده که توان و مهارت انجام فعالیت‌های ساختمانی را ندارند، باید حمایت و کمک فنی فراهم کرد. باید به حقوق و نیازهای افرادی که به‌صورت ضمنی متأثر شده‌اند، مانند جمعیت‌های همسایه که میزبانی آوارگان ناشی از بحران را برعهده دارند، نیز توجه داشت. اگر از ساختمان‌های عمومی، مانند مدارس، برای اسکان موقت استفاده می‌شود، جابه‌جایی طراحی و مدیریت‌شده و ایمنی جمعیت پناهنده در این ساختمان‌ها باید هرچه زودتر انجام شود تا احیای زندگی عادی آنان ممکن گردد.

در هر امدادرسانی باید از اطلاعات مربوط به اقداماتی که مردم آسیب‌دیده با به‌کارگیری ظرفیت‌ها و منابع خودشان برای تأمین سرپناه‌های موقت یا دائمی انجام می‌دهند، استفاده کرد. در زمینه اسکان، امدادرسانی باید توان بازسازی مطلوب خانه‌ها و یا تبدیل سرپناه‌های موقت به امکان اقامت بلندمدت را، به مردم آسیب‌دیده بدهد.

تعمیر ساختمان‌های عمومی آسیب‌دیده و یا تأمین ساختارهای موقت برای استفاده به‌عنوان مدرسه، مراکز بهداشت و سایر امکانات اجتماعی نیز، ممکن است ضروری باشد. یکی دیگر از کارهای تکمیلی اساسی برای برخی از جمعیت‌های آسیب‌دیده، می‌تواند تأمین سرپناه برای دام‌ها و وسیله معاش باشد. برای امدادرسانی به این نوع امور، باید از خطرات مربوط به سرپناه‌ها و محل‌های اسکان و آسیب‌پذیری‌های مربوط به آن، برنامه‌ریزی، طراحی و ساختمان، ازجمله ساختمان‌هایی که در اثر بحران و یا تغییرات آب و هوا تخریب شده‌اند، آگاه بود. توجه به راهکارهایی که اثرات زیست‌محیطی وارد بر محل‌های اسکان را به حداقل می‌رساند، اهمیت زیادی دارد.

امدادرسانی به‌تر به تأمین سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی در شرایط بحران، با آمادگی، بهتر میسر می‌شود. این آمادگی نتیجه ظرفیت‌ها، روابط و دانشی است که دولت‌ها، سازمان‌های بشردوستانه، نهادهای جامعه مدنی محلی، جوامع و افراد، برای پیشگیری از خطرات و امدادرسانی مؤثر، ایجاد کرده‌اند. اطلاعات مورد نیاز برای آمادگی را می‌توان از طریق تحلیل خطر و استفاده از نظام‌های هشدار سریع به‌دست آورد.

رابطه با فصول دیگر

بسیاری از استانداردهای فصول دیگر با این فصل مرتبط است. پیشرفت در دستیابی به استانداردها در یک حوزه، اغلب بر پیشرفت حوزه‌های دیگر، تأثیرگذار و حتی تعیین‌کننده است. جهت تشریحی امدادها، هماهنگی و همکاری نزدیک با سایر بخش‌ها ضروری است. مثلاً، برای تضمین سلامت و کرامت مردم آسیب‌دیده، تأمین تکمیلی یک منبع آب مناسب و تسهیلات فاضلاب در مناطقی که کمک سرپناه در حال ارائه است، ضروری می‌باشد. به‌همین منوال، تأمین سرپناه مناسب

به تأمین سلامتی و رفاه جمعیت‌های مهاجر و آواره کمک می‌کند، برای کسب اطمینان از بهره‌برداری از کمک‌های غذایی و رفع نیازهای تغذیه‌ای، وجود امکانات اساسی برای پخت‌وپز، خوراک و سوخت ضروری است. هماهنگی با سایر مسئولان محلی، آژانس‌های امدادی و سازمان‌های جامعه‌محور و نماینده تضمین رفع نیازها، پیشگیری از دوباره‌کاری در تلاش‌ها و بهینه‌سازی کیفیت سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی، ضروری است.

رابطه با اصول حمایتی و استانداردهای کانونی

برای رعایت استانداردهای این کتاب، همه آژانس‌های بشردوستانه، حتی اگر برنامه‌های حمایتی در دستور کارشان ندارند، باید تحت هدایت این اصول کانونی قرارگیرند. این اصول «مطلق» نیستند؛ روشن است که شرایط می‌تواند گستره فعالیت آژانس‌ها را در پیروی از این اصول محدود کند. با این حال، این اصول مبین نگرانی‌های جهانی بشردوستانه‌ای است که همواره باید عملکردها را هدایت کند.

فرایندی که یک برنامه امدادرسانی، براساس آن تدوین و اجرا می‌شود، در تأثیر آن اهمیت زیادی دارد. شش استاندارد کانونی، امدادرسانی‌های مردم‌محور، هماهنگی و همکاری، ارزیابی، طراحی امدادرسانی، اجرا، شفافیت و یادگیری کار و عملکرد امدادگران در فعالیت‌های بشردوستانه را دربرمی‌گیرد. این استانداردها در این کتاب راهنما، نقطه مرجع یگانه‌ای برای نزدیکی همه استانداردهای مزبور به دست می‌دهد. بنابراین؛ هر فصل فنی برای رعایت استاندارد خود، استفاده همزمان از استانداردهای کانونی را ایجاب می‌کند. خصوصاً برای تضمین تناسب و کیفیت هر امداد، مشارکت مردم آسیب‌دیده - از جمله گروه‌ها و افرادی که در جریان بحران‌ها مکرراً با خطر مواجه می‌شوند -، باید به حداکثر برسد.

آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های مردم آسیب‌دیده

این بخش برای مطالعه مرتبط با استانداردهای کانونی و اجرای آن‌ها طراحی شده‌است.

درک این نکته اهمیت زیادی دارد که جوان، پیر، زن، معلول یا مبتلا به HIV بودن، به‌خودی خود کسی را آسیب‌پذیر نمی‌کند و یا در معرض خطر نمی‌گذارد، بلکه تأثیر متقابل برخی عوامل باعث آن می‌شود. برای مثال، کسی که بیش از ۷۰ سال دارد، تنها زندگی می‌کند و وضع سلامتی‌اش ضعیف است، احتمالاً آسیب‌پذیرتر از کسی خواهد بود که در سن و شرایط سلامتی مشابه او است و در یک خانواده گسترده و با درآمد کافی زندگی می‌کند. به‌طور مشابه، اگر یک دختر بچه سه‌ساله بدون سرپرست باشد، بسیار آسیب‌پذیرتر از زمانی خواهد بود که تحت مراقبت والدینی مسئول زندگی کند.

هم‌چنان که استانداردهای سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی و اقدامات کلیدی اجرا می‌شود، تحلیل آسیب‌پذیری و ظرفیت کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که تلاش‌های امدادرسانی، کسانی را که حق دریافت کمک یا بیشترین نیاز را دارند، بدون اعمال تبعیض حمایت می‌کند. این امر نیازمند درکی درست از شرایط محلی و چگونگی تأثیر بحرانی خاص بر گروه‌های خاص مردم از راه‌های گوناگون و مرتبط با آسیب‌پذیری‌هایی است که از پیش داشته‌اند (ازجمله فقر بسیار)، تهدیدهای مختلف (ازجمله خشونت‌های مبتنی بر جنسیت، مثل بهره‌کشی جنسی)، بیماری‌ها (مثل HIV و سل) و احتمال شیوع انواع دیگر (مثل سرخک یا وبا). بحران‌ها ممکن است نابرابری‌های از پیش موجود را، شدت بخشند، اما حمایت از واکنش‌های مردم برای سازگاری با سیاست، شرایط و همچنین ظرفیت‌های مقاومتی و بازگشت به شرایط سابق نیز، مهم است. باید از دانش، مهارت و روش‌ها و همچنین از دسترسی آنان به مشاوره‌های اجتماعی، حقوقی، مالی و روانی حمایت کرد. موانع فیزیکی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مختلفی که ممکن است در جهت دسترسی به این خدمات پیش روی آنان قرارگیرد، باید برطرف شود.

آنچه در زیر می‌آید، نمایانگر برخی از حوزه‌های اصلی است که رعایت حقوق و ظرفیت‌های همه مردم آسیب‌پذیر را تضمین می‌کند:

با حصول اطمینان از شمول همه گروه‌های نماینده مردم، خصوصاً آنان که منزوی‌ترند (ازجمله افرادی که در برقراری ارتباط و حرکت مشکلاتی دارند، کسانی که در مؤسسات نگه‌داری می‌شوند، جوانان بزه‌کار و سایر گروه‌هایی که نماینده ندارند یا کمتر نمایندگی شده‌اند)، مشارکت مردم را بهینه کنید.

در حین ارزیابی‌ها، اطلاعات را براساس جنس و سن (از ۰ تا بالای ۸۰ سال)، تفکیک کنید؛ برای حصول اطمینان از این که امنیت غذایی و بخش تغذیه، تنوع جمعیتی را به‌قدر کافی در نظر می‌گیرد، این کار اهمیت بسیاری دارد.

اطمینان یابید که اطلاع‌رسانی درباره حق آگاهی از آنچه مردم استحقاقش را دارند، طوری صورت می‌گیرد که شامل و قابل دسترسی همه اعضای جامعه باشد.

حداقل استانداردها

۱. سرپناه و اسکان

کمک اسکان، تأمین سرپناه موقت و یا مصالح ساختمانی، برای تعمیر یا ساختن سرپناه‌های مناسب برای جمعیت‌های آسیب‌دیده که آواره نشده‌اند، باید در محل اصلی سکونت آن‌ها صورت گیرد. سرپناه‌های جداگانه برای هر خانوار، که برای این مردم در نظر گرفته می‌شود، با توجه به عواملی مانند مقدار کمک فراهم‌شده، حق استفاده از زمین یا مالکیت آن، دسترسی به خدمات اساسی و فرصت‌های نوسازی و توسعه سرپناه‌ها، می‌تواند موقت یا دائم باشد. افراد آواره‌ای که نمی‌توانند به محل اصلی زندگی خود بازگردند، اغلب ترجیح می‌دهند که با اعضای دیگر خانواده یا با افرادی که اشتراکات تاریخی، مذهبی و یا همبستگی‌های دیگری دارند، بمانند؛ باید از چنین واکنش‌هایی حمایت کرد. اگر چنین اسکان منسجمی ممکن نباشد، می‌توان اسکان اشتراکی موقت را در کنار اردوگاه‌های طراحی‌شده، ساخته خود مردم، سرپناه‌های موقت و یا جابه‌جایی موقت فراهم کرد و یا ساختمان‌های بزرگ عمومی را، به‌عنوان مراکز تجمع به‌کاربرد.

استاندارد ۱ سرپناه و اسکان: برنامه‌ریزی راهبردی

راهبردهای اسکان، به امنیت، ایمنی، بهداشت و رفاه هردو جمعیت آواره و غیر آواره آسیب‌دیده کمک می‌کند و در صورت امکان، فعالیت‌های احیا و بازسازی را سرعت می‌بخشد.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- نیازهای مردم آسیب‌دیده به سرپناه و اسکان را، با مشورت مسئولان مربوط و خود جمعیت ارزیابی و تحلیل کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- برنامه امدادرسانی به سرپناه (ازجمله فعالیت‌های بازسازی سریع در هرجای ممکن) را با هماهنگی مسئولان مربوط، آژانس‌های پاسخگو و مردم آسیب‌دیده تدوین کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- بازگشت مردم آسیب‌دیده به سرپناه و محل سکونت اصلی خودشان را در اولویت قرار دهید و در صورت امکان از آن حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۲).
- به کسانی که نمی‌توانند یا نمی‌خواهند به محل سکونت اصلی خود بازگردند، کمک کنید تا خانواده‌های دیگر، میزبانی آن‌ها را بپذیرند یا در اردوگاه‌های جمعی موقتی ساکن شوند (رک).

نکات راهنمای ۳ تا ۴).

اطمینان یابید که دسترسی به اقلام غیر خوراکی، راهکارهای سرپناه (مانند استفاده از چادر یا بسته‌های سرپناه)، مصالح ساختمانی، پول نقد، کمک‌های فنی، اطلاعات یا ترکیبی از همه این موارد، با نیازها مطابقت داشته باشد (رک. نکات ۵ تا ۶).

اطمینان حاصل کنید که سرپناه‌ها و محل‌های اسکان، در تقاطعی امن و دور از هر خطر واقعی و بالقوه قرار داشته و احتمال هر خطری در آن‌ها به حداقل رسیده باشد (رک. نکته راهنمای ۷).

اطمینان یابید که آوارهای بحران، از مناطق اصلی، از جمله محله‌ها و خانه‌ها، مراکز اسکان موقت، ساختمان‌های مهم عمومی که ویران شده و مسیرهای دسترسی به آن‌ها، جمع‌آوری شده باشد (رک. نکته راهنمای ۸).

برای دسترسی ایمن به آب و خدمات بهداشتی، امکانات درمانی، مدارس، مراکز تفریحی و عبادتی و دسترسی به زمین، بازارها یا خدمات لازم برای بهبود شرایط تأمین معاش طرحی بریزید (رک. نکات راهنمای ۹ و ۱۰).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

راهکارهای تأمین سرپناه و اسکان به‌منظور رفع نیاز جمعیت آسیب‌دیده، با هماهنگی همه آژانس‌های پاسخگو، مورد توافق خود مردم و مسئولان مربوط قرار گرفته است (رک. نکته راهنمای ۱).

همه راه حل‌های اسکان و سرپناه موقت ایمن، و مناسب است و تا دستیابی به راهکارهای پایدارتر به همین متوال خواهد ماند (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۱۰).

نکات راهنما

۱. ارزیابی، مشورت و هماهنگی: انجام یک ارزیابی اولیه برای شناسایی نیازهای جمعیت آسیب‌دیده به سرپناه و اسکان، خطرات پس از بحران، آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌ها و فرصت‌های برای بازسازی و نیاز به ارزیابی‌های دقیق‌تر، از جمله تأثیرگذاری بر محیط زیست، از همان آغاز کار ضروری است. جمعیت آسیب‌دیده (خصوصاً افراد آسیب‌پذیرتر)، همراه با مسئولان مربوط باید در هریک از این ارزیابی‌ها شرکت یابند. باید با استفاده از سازوکارهای پذیرفته‌شده و با هماهنگی مسئولان مربوط، آژانس‌های بشردوستانه و سایر آژانس‌ها، از طرح‌های اضطراری موجود در فعالیت‌های امدادرسانی بهره‌برداری کرد. دسترسی به منابع، شرایط محلی (از جمله الگوهای آب و هوایی فصلی)، ایمنی و دسترسی به محوطه‌ها و زمین‌های موجود یا جدید، در طراحی امدادرسانی‌ها تأثیر خواهد داشت (رک. استانداردهای کانونی ۱ تا ۵، صص ۵۶ تا ۷۰، استانداردهای اقلام غیر خوراکی ۱ تا ۵،

صص ۲۸۱ تا ۲۸۸ و پیوست ۱: چک لیست ارزیابی سرپناه، اسکان و اقلام غذایی).

۲. بازگشت: برای بیشتر مردم آسیب دیده، بازگشت به خانه و مسکن خود هدف بزرگی است. تعمیر محل اقامت یا نوسازی سرپناه‌ها که به عنوان راه حل از طرف خود مردم تعیین می شود، از واکنش های عمومی مردم برای سازگاری با سیاست حمایت و الگوهای سنتی است و آنان را قادر می سازد تا از زیرساخت های موجود استفاده کنند (رک. استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶). بازگشت به خانه ممکن است به تأخیر بیفتد یا از آن ممانعت شود؛ بنابراین یک دوره اسکان موقت در جایی دیگر، ضروری است. عواملی که بر بازگشت اثر می گذارد، عبارت اند از: ادامه بحران، مانند طغیان سیل، لغزش زمین یا پس لرزه های زلزله، و نگرانی های امنیتی، مانند اشغال ملک یا زمین و لزوم جبران خسارت، ترس از آسیب یا مین ها و مهمات منفجر نشده. بازسازی مدارس نیز برای احیای معیشت مردم آواره اهمیت دارد. بازگشت خانوارهای تحت سرپرستی زنان، افرادی که در اثر بحران بیوه یا یتیم شده اند، یا افراد ناتوان، ممکن است به خاطر وضع قوانین تبعیض آمیز یا نامناسب درباره مالکیت زمین و خانه و شرایط جاری، با مانع روبرو شود. جمعیت های آواره ای که توانایی انجام فعالیت های عمرانی را ندارند نیز، ممکن است از بازگشت دلسرد شوند یا از بازگشتشان جلوگیری شود.

۳. پذیرش در میان خانوارها و جوامع: افراد آواره ای که نمی توانند به محل اصلی زندگی خود بازگردند، اغلب ترجیح می دهند که با اعضای دیگر خانواده یا با کسانی که اشتراکات تاریخی، مذهبی و یا همبستگی های دیگری دارند، بمانند (رک. استاندارد ۱، ص ۵۶). کمک به این گونه پذیرش ها می تواند شامل حمایت از توسعه یا سازگاری یک سرپناه خانوادگی با امکانات ضروری اسکان خانواده آواره، یا تدارک یک سرپناه اضافی در مجاورت خانواده میزبان باشد. افزایش حاصل در تراکم جمعیت و تقاضا برای امکانات اجتماعی، زیرساخت ها و منابع طبیعی، باید مورد ارزیابی قرار گیرد و اقدام مناسب برای کاهش تراکم جمعیت به عمل آید.

۴. مراکز اسکان موقت اجتماعی: گرچه نباید به این کار اکتفا کرد، اما می توان از اردوگاه های طراحی شده موقت برای اسکان عمومی مردم آسیب دیده که نمی توانند و یا نمی خواهند به محل اصلی منزل خود بازگردند و یا کسانی که پذیرایی از آنان در میان خانواده های میزبان ممکن نیست، استفاده کرد. این گونه راه حل های اسکان در مناطقی که ایمنی جمعیت منزوی در برابر تهدیدهای فزاینده قرار دارد و یا مناطقی که دسترسی به خدمات و منابع اساسی، مانند آب، غذا و مصالح ساختمانی محلی محدود است، ضروری محسوب می شود. ساختمان های موجود که به عنوان مراکز تجمع به کار می رود، می تواند حمایت فوری در برابر شرایط جوّی را فراهم کند. ممکن است ساختمان هایی که برای چنین مقاصدی مورد استفاده قرار می گیرد، نیازمند آماده سازی یا نوسازی باشد، برای مثال، شاید لازم باشد درون آن ها برای افراد معلول بخش های فرعی و یا سطوح شیب دار ایجاد شود. در بسیاری از کشورها، ساختمان هایی را که به عنوان مراکز تجمع در محل فاجعه، از پیش برای امداد رسانی به انواع



بحران‌ها در نظر گرفته‌اند و برای آن مدیر و مسئول تأمین خدمات نیز تعیین کرده‌اند. با این که معمولاً جمعیت‌های آسیب‌دیده را در ساختمان مدارس اسکان می‌دهند، اما برای ادامه کار مدارس، ساختارهای جایگزین دیگری را نیز باید شناسایی کرد. در طراحی امکان عمومی موقت، باید موارد مربوط به امنیت، حریم و کرامت فردی ساکنین و دسترسی آنان به امکانات اساسی در نظر گرفته شود. حصول اطمینان از این که مراکز تجمع اشتراکی، هدف حمله قرار نمی‌گیرد و خطر امنیتی برای ساکنین اطراف آن نخواهد داشت و یا منجر به سوء استفاده از محیط زیست پیرامون نخواهد شد، اهمیت زیادی دارد.

۵. انواع کمک برای سرپناه: ممکن است برای رفع نیاز جمعیت آسیب‌دیده ترکیبی از انواع مختلف کمک لازم باشد. کمک‌های اساسی ممکن است، شامل اقلام فردی، مانند لباس و رختخواب، یا اقلام عمومی خانوادگی، مانند اجاق و سوخت باشد. اقلام حمایت محل سکونت نیز می‌تواند شامل چادر، زیراندازهای پلاستیکی، جعبه‌های ابزار، مصالح ساختمانی و سرپناه‌ها یا جابه‌جایی موقت ساخته‌شده از مصالح قابل استفاده مجدد به‌عنوان بخشی از سرپناه‌های دائمی باشد. فعالیت یدی یا تخصصی داوطلبانه یا قراردادی و همچنین رهنمودهای فنی درباره روش‌های مناسب ساخت‌وساز نیز ممکن است لازم باشد. در صورت فعال بودن بازار محلی، استفاده از پول نقد یا حواله، به‌منظور ارتقاء شرایط زنجیره منابع تأمین محلی باید در نظر گرفته شود. از پول نقد نیز برای پرداخت اجاره محل سکونت می‌توان استفاده کرد. اطلاعات و توصیه‌های شرکت‌های عمومی و یا مراکز محلی، درباره چگونگی دسترسی به وام‌ها، مصالح یا سایر اشکال حمایت از اسکان، می‌تواند مساعدت‌های کالامحور را تکمیل کند.

۶. سرپناه‌های توانزیت موقت: اسکان در محل‌های ترانزیت موقت به‌عنوان یک روش، و نه یک مرحله از امداد رسانی، به این حقیقت پاسخ می‌دهد که پس از بحران ایجاد سرپناه‌ها را اغلب خود مردم آسیب‌دیده برعهده می‌گیرند و این خودگردانی باید مورد حمایت باشد (رک. استاندارد ۱، ص ۵۶). راه حل‌های تأمین مصالح سرپناه را، می‌توان در بخشی از ساختمان‌های دائمی و یا در کل آن‌ها دوباره به‌کاربرد، یا از محل‌های موقت به نقاط دائمی انتقال داد. برای جمعیت‌هایی که آواره نشده‌اند، سرپناه‌های ترانزیت موقت می‌تواند در محل اصلی خود آنان، نقطه آغازی برای ایجاد خانه‌های اولیه به‌شمار رود، این سرپناه‌ها برای جمعیت‌هایی که آواره شده‌اند، می‌تواند خانه‌های مناسبی باشد، زیرا وقتی مردم به محل‌های سکونت اصلی خود بازمی‌گردند، یا در جای دیگری اسکان داده می‌شوند، می‌توان قطعات آن‌ها را جدا و دوباره استفاده کنند. سرپناه‌های ترانزیت موقت را به کسانی که در میان خانواده‌های دیگر پذیرفته شده‌اند، نیز می‌توان داد تا محل سکونت خود را در مجاورت منزل خانواده‌های میزبان برپا کنند. تمام این سرپناه‌ها در زمان بازگشت جمعیت‌های آسیب‌دیده به موطن خود، قابل جمع‌آوری است و می‌توان آن‌ها را در محل سکونت اصلی یا جای دیگری دوباره به‌کاربرد.

۷. ارزیابی خطر، آسیب‌پذیری و بلایای طبیعی: خطر و آسیب‌پذیری را به‌طور جامع ارزیابی و شرایط را بازبینی کنید (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲). تهدیدهای واقعی و بالقوه، خطرات و آسیب‌پذیری‌های خاص مربوط به سن، جنس، ناتوانی، شرایط اجتماعی و اقتصادی، وابستگی مردم آسیب‌دیده به منابع محیط زیست و رابطه میان این مردم با جامعه میزبان را، باید در هر یک از ارزیابی‌ها لحاظ کرد (رک. اصل ۳ حمایت، ص ۳۸). خطرات تحمیلی بلایای طبیعی، مانند زلزله، فعالیت‌های آتش‌فشانی، لغزش زمین، سیل یا طوفان را باید در طراحی سرپناه‌ها در نظر گرفت. محل‌های اسکان نباید در معرض خطر بیماری، آلودگی و یا ناقل‌های آن‌ها قرار داشته‌باشد. پس از وقوع بلایای طبیعی مانند زلزله، سیل و طوفان، ممکن است مواد و اشیاء بالقوه خطرناکی برجای گذاشته شود. ممکن است به‌علت برخورد‌های نظامی در گذشته یا حال، مین‌ها یا مهمات منفجر نشده‌ای در محل مانده‌باشد. متخصصان فنی باید مقاومت بافت ساختمان‌ها در مناطق مسکونی را ارزیابی کنند. در ساختمان‌های محل تجمع، ظرفیت هرگونه فشار مضاعف و افزایش خطر فروپاشی اجزاء ساختمان، مانند کف‌ها، دیوارهای جداکننده داخلی، سقف‌ها و غیره باید مورد ارزیابی قرارگیرد.

۸. برداشتن آوار و رسوبات: پس از وقوع یک بلای طبیعی یا یک برخورد نظامی، به‌منظور تأمین سرپناه و احداث محل اسکان مناسب، آوار و رسوب‌برداری اولویت دارد. به‌منظور تضمین امکان بازیافت یا شناسایی برای تفکیک، جمع‌آوری و یا فراوری آوار و رسوب، بلافاصله پس از وقوع هر بحران، باید مدیریت آوار و رسوب طراحی شود (رک. استاندارد ۵ سرپناه و اسکان، ص ۲۷۷). موضوعات اصلی عبارتند از: حضور گروه‌های مورد نیاز برای شناسایی آوار و رسوب و واکنش مناسب با آن، یافتن اموال شخصی، تشخیص نقاط و مواد خطرناک و تملک اموال قابل استفاده مجدد یا قابل فروش. آوار یا رسوب‌برداری می‌تواند در قالب برنامه‌های «پول در برابر کار»، فرصت‌هایی به‌وجود آورد و یا مستلزم استفاده از تجهیزات و مهارت‌هایی باشد. کاربرد، مدیریت، مالکیت و تأثیرگذاری مناطق تخلیه آوار و رسوب بر محیط زیست، باید مورد توجه قرارگیرد.

۹. مدارس، امکانات درمانی و زیرساخت‌های اجتماعی: دسترسی به خدمات اساسی، ازجمله مدارس، امکانات درمانی، محوطه‌های امن برای بازی و مکان‌های ملاقات عمومی باید تضمین شود. از زیرساخت‌های موجود یا تعمیرشده و دارای امکانات اضافی یا موقت، آن‌گونه که نیاز است، باید استفاده کرد. شاید در جایی که تعمیر یا ساخت اماکن عمومی، منوط به تدوین طرح‌های توسعه جدید یا وضع مقررات تازه است، تأمین امکانات فوری و ساختارهای موقت برای مدت کوتاهی لازم باشد. هرگونه تأمین کوتاه‌مدت خدمات به این شکل و با استفاده از ساختارهای موقت یا دائم، باید مطابق با استانداردهای پذیرفته‌شده باشد (رک. استاندارد ۱ واش، ص ۹۵، استاندارد ۱ نظام بهداشت، ص ۳۱۰ و حداقل استانداردها INEE برای آموزش: آمادگی، امدادرسانی و فعالیت‌های بازسازی).



۱۰. حمایت‌های معیشتی: اسکان جمعیت‌های آسیب‌دیده باید با استفاده از اطلاعات مربوط به فعالیت‌های اقتصادی پیش و فرصت‌های پس از فاجعه آنان انجام بگیرد (رک. استانداردهای ۱ و ۲ ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه، صص ۱۵۸ تا ۱۶۲ و استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶). وجود زمین، دسترسی به کشت و زرع، بازار و خدمات محلی برای فعالیت‌های خاص اقتصادی را باید در نظر داشت.

استاندارد ۲ سرپناه و اسکان: برنامه‌ریزی اسکان

برنامه‌ریزی برای بازگشت، پذیرایی یا اسکان عمومی موقت، امکان استفاده امن از سرپناه و خدمات اساسی را برای جمعیت‌های آسیب‌دیده فراهم می‌کند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در صورت امکان فرایندهای برنامه‌ریزی موجود را شناسایی و طبق بهترین روش‌های پذیرفته‌شده عمل کنید و خطر و آسیب‌پذیری‌های اسکان را به حداقل برسانید (رک. نکته راهنمای ۱).

با حقوق مالکیت خانه، زمین و اموال یا کاربرد آن‌ها در ساخت‌وساز آشنا شوید (رک. نکته راهنمای ۲).

از دسترسی ایمن به همه سرپناه‌ها و محل‌های اسکان و خدمات اساسی اطمینان یابید (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴).

از الگوهای موجود خانه‌ها و نقشه‌های مکان‌نگاری برای به حداقل رساندن اثرات نامطلوبی که بر محیط زیست گذاشته می‌شود، استفاده کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

جمعیت آسیب‌دیده را به‌صورت مناسب و در گروه‌های خانوادگی، همسایگان یا روستاییان، در طراحی محل‌های اسکان عمومی به‌کارگیرید (رک. نکته راهنمای ۶).

از فضا و فاصله مناسب میان حریم خانواده‌ها در اردوگاه‌های موقت طراحی و ساخته‌شده از سوی خود جمعیت آسیب‌دیده اطمینان یابید (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸).

خطر ناقل‌های بیماری را به حداقل برسانید (رک. نکته راهنمای ۹).

شاخص‌های کلیدی

- از طریق فرایند پذیرفته‌شده طراحی محل سرپناه‌ها، با همه جمعیت‌های بهره‌مند از کمک سرپناه مشورت و موافقت آن‌ها درباره محل سرپناه یا محوطه‌های سرپوشیده و دسترسی به خدمات بهداشتی جلب شده‌است (رک. نکته راهنمای ۱).
- تمام نقشه‌های محل اسکان نشان می‌دهد که خطرات و آسیب‌پذیری‌های مربوط به استفاده از سرپناه‌ها، محوطه‌های سرپوشیده و خدمات اساسی شناسایی و کاهش داده شده‌است (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۹).

نکات راهنما

- فرایندهای برنامه‌ریزی: با بهره‌گیری از اطلاعات مربوط به نوع بحران، خطرات و اثرگذاری بر مردم آسیب‌دیده باید از فرایندهای برنامه‌ریزی محلی استفاده کرد. برای به حداقل رساندن خطرات اسکان و آسیب‌پذیری‌ها باید اقدامات مناسب را به‌عمل آورد. در جایی که مسئولان مربوط لازم می‌دانند و اگر این کار مانع ضرورت تأمین فوری سرپناه و اسکان نشود، باید مقررات مربوط به برنامه‌ریزی را گردآوری کرد. پیامدهای درازمدت تصمیمات، خصوصاً درباره محل‌های اسکان موقت عمومی، باید مشخص شود.
- حقوق مربوط به ساخت‌وساز، مالکیت زمین و اموال، و استفاده از آن‌ها: مالکیت زمین، خانه و سایر بناهای مربوط و دارندگان حق رسمی یا سنتی استفاده از آن‌ها را برای هردو جمعیت آواره و غیر آواره مشخص کنید. چنین برنامه‌هایی، خصوصاً در جایی که طرح‌های مربوط ثبت نشده و یا تنش‌ها بر مالکیت اثر گذاشته، اغلب مناقشه‌برانگیز است. سرپناه‌هایی که چندین نفر یا خانوار آن‌ها را اشغال کرده‌اند، برای مصارف مختلط ممکن است مشمول حقوق مالکیت یا تصرف مشترک یا چندسهمی شود. باید به دنبال شناسایی حقوق ملک یا مالکیت اشخاص آسیب‌پذیر بود و از این اشخاص، خصوصاً زنان، کسانی که در اثر بحران بیوه یا یتیم شده‌اند، معلولان، اجاره‌نشینان، دارندگان حق تصرف اجتماعی و ساکنان غیر رسمی، حمایت کرد. حقوق رسمی، غیر رسمی یا شناخته‌شده مالکیت یا ارث را، خصوصاً در شرایطی که دارند این حقوق ممکن است در اثر بحران مرده یا آواره باشد، مشخص کنید. پیش‌بینی و ثبت زمان اشغال گروهی یا چیزی شبیه به آن، به نام شماری از خانواده‌ها در جایی که پیش از بحران، کسی حق مالکیت نداشته‌است، می‌تواند به رشد چنین حقوقی کمک کند. فراهم کردن سرپناه نیز ممکن است برای آسیب‌دیدگان، به‌عنوان قانونی شدن ادعای مالکیت زمین محسوب شود، که این امر به نوبه خود، مانع اقدامات بشردوستانه می‌گردد. هنگام استفاده از زمین برای اسکان عمومی موقت، باید به حقوق مربوط به کاربرد زمین یا منابع طبیعی محیط متعلق به جوامع میزبان یا همسایگان توجه کرد.

۳. **خدمات و امکانات ضروری:** جمعیت‌های آسیب‌دیده که از آن‌ها میزبانی شده و یا در اماکن موقتی اسکان داده شده‌اند و اکنون به محل سکونت اصلی خودشان بازمی‌گردند، همه نیازمند دسترسی ایمن، سالم و برابر به خدمات ضروری هستند؛ این خدمات عبارتند از: دسترسی به آب، امکانات بهداشتی، سوخت برای پخت‌وپز، امکانات طبخ عمومی، مراقبت‌های بهداشتی، دفع زباله، مدرسه، امکانات اشتراکی، محل‌های عبادت، نقاط تجمع، مراکز تفریحی، از جمله فضاهای مناسب برای بازی کودکان و محل‌هایی مناسب نگهداری دام و طیور (با این تضمین که فاصله کافی میان محل نگهداری دام‌ها و نقاط مسکونی وجود داشته باشد). برای دفن درگذشتگان متناسب با فرهنگ و رسوم آن نیز، باید فضای مناسب تأمین شود. استفاده از امکانات موجود یا بازسازی‌شده، اگر بر جمعیت‌های اطراف یا میزبان اثر منفی نگذارد، باید به حداکثر برسد. امکانات مضاعف یا نقاط دسترسی به مایحتاج برای برآوردن نیازهای گروه‌های هدف، و خصوصاً برای افراد آسیب‌پذیر، باید در نظر گرفته شود. ساختار اجتماعی و نقش دو جنس جمعیت آسیب‌دیده و نیازهای افراد آسیب‌پذیر باید در تأمین خدمات مورد ملاحظه قرار گیرد؛ از جمله اطمینان از این که محل ارائه خدمات در دسترس افرادی است که مشکل حرکتی دارند و در فاصله‌ایست که می‌توانند پیاده آن را ببینند و محوطه‌هایی برای شیردهی به نوزادان در اماکن عمومی موقت اختصاص یافته‌است. امکانات مناسب برای سالمندان، افرادی که ناتوانی‌های فیزیکی دارند و کسانی که باید مکرراً به این مراکز مراجعه کنند، باید تضمین شود. همچنین دفاتر اداری، انبارها، محل سکونت کارکنان و محوطه‌های قرنطینه را باید در اماکن عمومی اسکان موقت طبق نیاز برقرار کرد (رک. استاندارد ۱ واش، ص ۹۵ و استاندارد ۱ نظام‌های بهداشتی، ص ۳۱۰).

۴. **دسترسی:** دسترسی به محل اسکان، شرایط بافت ساختارهای زیربنایی جاده‌های محلی و نزدیکی آن‌ها به مراکز حمل‌ونقل موقت برای تدارک اقلام امدادی باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های فصلی و خطرات مشکل‌آفرین ارزیابی شود. راه‌های مراکز تجمع، محوطه، نقاط انبار مقدماتی و مراکز توزیع غذا، باید در همه فصول برای تردد کامیون‌های سنگین آماده باشد. باید بتوان به محل سایر امکانات با وسایل نقلیه سبک رفت‌وآمد کرد و نیز از طریق راه‌های اصلی و فرعی داخل اماکن اسکان، به تک تک سرپناه‌ها و مراکز عمومی، مانند مدارس و مراکز درمانی، دسترسی داشت. باید روشنایی نقاط لازم تأمین شود. در داخل مراکز اسکان اشتراکی یا مراکز تجمع، راه‌های دسترسی و گریز اضطراری، باید مانع ایجاد فاصله بین محوطه‌هایی شود که امنیت ساکنان را دچار خطر یا تهدید می‌کند. از ایجاد پله یا اختلاف سطح در نزدیکی مراکز تجمع، باید خودداری کرد و برای همه پله‌ها و رمپ‌ها زرده گذاشت. برای افرادی که مشکل حرکتی دارند، در اردوگاه‌ها باید مکانی بدون اختلاف سطح در طبقه همکف فراهم کرد. ساکنان ساختمان‌هایی که به عنوان مراکز تجمع استفاده می‌شود، باید با یکدیگر فاصله منطقی توافق‌شده‌ای، با حداقل دو درب خروجی شامل راه‌های خروجی اضطراری، داشته باشند. این درب‌ها باید به راحتی قابل رؤیت باشد.

۵. انتخاب محوطه و تخلیه فاضلاب و آب‌های سطحی: در هنگام انتخاب محل اسکان و برنامه‌ریزی برای احداث اماکن اسکان عمومی، باید تخلیه آب‌های سطحی و خطرات آب‌گرفتگی و سیلاب مورد ارزیابی قرار گیرد. سطح شیب محل نباید بیش از پنج درصد باشد، مگر این که اقدامات دامنه‌داری برای کنترل فرسایش و آب‌های سطحی به‌عمل آید و یا شیب محل برای تخلیه آب‌های سطحی، کمتر از یک درصد باشد. با این حال ممکن است کانال‌های تخلیه فاضلاب، برای به حداقل رساندن سیلاب و آب‌گرفتگی لازم باشد. پست‌ترین نقطه محل باید دست کم سه متر از بالاترین سطح تقریبی سفره آب زیرزمینی فاصله داشته باشد. شرایط زمین برای حفاری چاه جهت سرویس‌های بهداشتی باید مناسب باشد و برای ایجاد آن باید به این نکته توجه کرد (رک. استانداردهای ۱ و ۲ دفع فضولات، صص ۱۱۲ تا ۱۱۴ و استاندارد ۱ جمع‌آوری آب‌های سطحی، صص ۱۲۸).

۶. طراحی محوطه برای اسکان عمومی موقت: تخصیص فضا در مراکز جمعی و اسکان خانوارها در اردوگاه‌های طراحی‌شده موقت، باید با توجه به رسوم اجتماعی و استفاده مشترک از منابع، از جمله امکانات آب و فاضلاب، پخت‌وپز اشتراکی، توزیع غذا و غیره صورت گیرد. طراحی محیط اطراف باید طوری باشد که از شبکه‌های موجود اجتماعی حمایت کند، امنیت را افزایش دهد و امکان خودگردانی جمعیت آسیب‌دیده را فراهم کند. طراحی فضاها باید حریم و کرامت خانوارهای مجزا را با این تضمین که در هر واحد، به‌جای باز شدن رو به واحد مقابل، به فضایی مشترک یا محوطه‌ای حصارکشی‌شده و عمومی برای همه خانوارها باز خواهد شد، حفظ کند. برای زندگی جمعیت آواره‌ای که عده زیادی از افراد مجرد بالغ یا کودکان بی‌سرپرست در میان آنان وجود دارد، باید محوطه‌های یکپارچه امنی فراهم کرد. اصول طراحی فضای مجاورت، باید شامل محل‌های سکونت پراکنده و تفکیک‌شده نیز باشد؛ از جمله برای زندگی خانوارهایی که اهل مناطق جغرافیایی خاصی هستند یا خانواده‌هایی که در مجاورت یکدیگر زندگی می‌کنند (رک. اصل ۱ حمایت، صص ۳۳).

۷. مساحت اردوگاه‌های موقت خودگردان: برای محل‌های اسکان شبیه اردوگاه، با احتساب مقیاس محل خانوار، مساحت متوسطی برابر با ۴۵ متر مربع برای هر نفر لازم است. این محوطه باید فضای کافی برای راه‌ها، گذرگاه‌ها، محل‌های پخت‌وپز خانواده‌ها یا طبخ اشتراکی خارج از واحدهای مسکونی، امکانات آموزشی و محوطه‌های تفریحی، سرویس‌های بهداشتی، محل جمع‌آوری سوخت، مکان اداری، محل ذخیره آب، اماکن توزیع، بازار، انباری و حیاط خلوت کوچکی برای آشپزخانه هر واحد مسکونی داشته باشد. اگر خدمات اجتماعی را می‌توان با امکانات موجود یا بیشتر در خارج از محوطه برنامه‌ریزی‌شده ارائه کرد، سی‌متر مربع برای هر نفر کافی خواهد بود. در طراحی محوطه باید تغییرات جمعیت را نیز در نظر گرفت. اگر تأمین حداقل مساحت ممکن نباشد، تراکم جمعیتی را، برای مثال، باید با تضمین فاصله مناسب قواره‌ها از یکدیگر و ایجاد حریم مناسب در میان واحدهای انفرادی خانوارها و فضا برای امکانات لازم، کاهش داد.



۸. ایمنی آتش: خطر آتش‌سوزی را ارزیابی و از اطلاعات حاصل، در برنامه‌ریزی اردوگاه‌های اسکان جمعی و گروه‌بندی واحدهای مسکونی خانوارها استفاده کنید. برای کاهش خطر آتش‌سوزی و پیشگیری از سرایت آتش و ریزش آوار حریق بر واحدهای مجاور، در هر سیصد متر محوطه، ایجاد یک فاصله سی متری میان بلوک‌ها و دست کم یک فاصله دو متری (بهتر است این فاصله، دو برابر ارتفاع هر ساختمان باشد) میان واحدهای انفرادی، ضروری است. در طراحی کلی محوطه و تفکیک برای ایمنی سرپناه‌های خانواده‌ها، باید از اطلاعات مربوط به روش‌های ترجیحی پخت‌وپز و کاربرد اجاق‌ها یا بخاری‌ها نیز استفاده کرد (رک. استاندارد ۴ اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۶).

۹. خطر ناقل‌های بیماری: نواحی کم‌ارتفاع، آوارها و رسوبات حاصل از بلا، ساختمان‌های خالی و چاله‌های حفاری‌شده، از جمله محل‌هایی که برای ساخت‌وساز از آن‌ها خاک‌برداری می‌کنند، می‌تواند تبدیل به محل زادوولد آفات شود که برای مردم پیرامون ایجاد خطر می‌کند. انتخاب محوطه مناسب برای اردوگاه‌های جمعی موقت و کاهش تأثیر ناقل‌های بیماری بر جمعیت آسیب‌دیده، از عوامل اصلی به‌شمار می‌رود (رک. استانداردهای ۱ تا ۳، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

استاندارد ۳ سرپناه و اسکان: فضاهای مسکونی سرپوشیده

مردم به‌قدر کافی فضاهای مسکونی سرپوشیده دارند تا در آن‌ها از گرما و هوای تازه و محافظت در برابر آب و هوا و همچنین از حریم، ایمنی و سلامت بهره‌مند شوند و بتوانند فعالیت‌هایی را برای امرار معاش انجام دهند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

اطمینان یابید که هر خانوار آسیب‌دیده فضای مسکونی سرپوشیده مناسبی دارد (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۲).

امکان حفظ حریم ایمن و جدایی سالم میان جنسیت‌ها و گروه‌های سنی و خانوارها را طبق نیاز در درون فضای مربوط به خانوارها فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۳).

اطمینان یابید که فعالیت‌های اساسی تأمین مخارج زندگی و خانواده، می‌تواند در فضای سرپوشیده و مجاور آن، که به هر خانوار اختصاص داده شده، ادامه یابد. (رک. نکته راهنمای ۴).

استفاده از سرپناه‌ها و مصالحی را که برای جمعیت آسیب‌دیده آشنا و، در جای ممکن، از لحاظ فرهنگی و زیست‌محیطی مقدور است، رواج دهید (رک. نکات راهنمای ۵ و ۶).

- برای فراهم کردن رفاه از لحاظ گرمایش، تهویه و حمایت بهینه، اوضاع خاص آب و هوایی را برای همه فصول ارزیابی کنید (رک. نکات راهنمای ۷ تا ۱۰).

شاخص‌های کلیدی

- همه افراد آسیب‌دیده از حداقل ۳/۵ متر مربع برای هر نفر برخوردارند (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- کیفیت همه مصالح و سرپناه‌ها، با استانداردهای فنی و عملی مطابقت دارد و از لحاظ فرهنگی پذیرفتنی است (رک. نکات راهنمای ۳ تا ۱۰).

نکات راهنما

۱. آب و هوا و شرایط: در آب و هوای سرد، فعالیت‌های خانوار به‌طور کلی در فضاهای سرپوشیده انجام می‌گیرد و ممکن است، آسیب‌دیدگان زمان قابل ملاحظه‌ای را در خانه بگذرانند تا از گرمای مناسب برای آسایش اطمینان داشته‌باشند. در چیدمان‌های شهری، فعالیت‌های خانوادگی به‌طور کلی در فضای سرپوشیده صورت می‌گیرد، زیرا عموماً کمتر پیش می‌آید که فضای بیرونی خانه‌ها قابل استفاده باشد. برای رعایت این ملاحظات، اغلب بیش از ۳/۵ متر مربع فضای سرپوشیده برای هر نفر لازم است. فاصله کف تا سقف نیز عامل اصلی دیگری است که برای کمک به جریان هوا در مناطق گرم و مرطوب، ارتفاع هرچه بیشتر باشد، مطلوب‌تر است، اما برای به حداقل رساندن حجمی که در آب و هوای سرد در داخل سرپناه باید گرم شود، سقف کوتاه‌تر اولویت دارد. فاصله کف تا بالاترین نقطه سقف در داخل، باید دست کم دو متر باشد. در شرایطی گرم آب و هوایی برای پخت‌وپز و تهیه غذا می‌توان از فضای زیر سایبان مجاور واحدهای مسکونی استفاده کرد. این واحدهای مسکونی باید برخی از دشواری‌های آب و هوا، از جمله شب‌های سرد زمستان یا روزهای گرم تابستان را، تحمل‌پذیرتر کند. در جایی که نمی‌توان مصالح لازم برای یک سرپناه کامل را فراهم کرد، باید دست کم به مصالح ساخت سقف و سایبان در مساحت‌های سرپوشیده اکتفا کرد. چنین سرپناهی شاید نتواند حمایت لازم را از لحاظ آب و هوا و ایمنی، حریم و کرامت تأمین کند؛ بنابراین باید هرچه سریع‌تر اقدامات لازم برای رفع این نیازها به‌عمل‌آید (رک. نکته راهنمای ۲).

۲. مدت: بلافاصله پس از وقوع بحران، خصوصاً در شرایط سخت آب و هوایی که مصالح ساختمانی به‌صورت آماده در دسترس نیست، شاید یک فضای سرپوشیده کمتر از ۳/۵ متر مربع برای نجات زندگی مناسب باشد و بتواند به‌عنوان سرپناه مناسبی برای کوتاه‌مدت به‌کار رود. در چنین مواردی، فضای سرپوشیده باید هرچه سریع‌تر به میزان ۳/۵ متر مربع برای هر نفر برسد تا تأثیرات منفی بر سلامتی و رفاه جمعیت اسکان داده‌شده را به کمترین

حد برساند. اگر نمی‌توان به $3/5$ متر مربع برای هر نفر دست یافت، و یا این مقدار بیش از مقدار فضایی است که معمولاً از سوی جمعیت آسیب‌دیده یا گروه‌های مجاور مورد استفاده قرار می‌گیرد، باید تأثیر کاهش فضای سرپوشیده بر کرامت، بهداشت و حریم جمعیت را مورد توجه قرار داد. هر تصمیم مربوط به تخصیص کمتر از $3/5$ متر مربع برای هر نفر، باید با راهکارهایی برای کاهش اثرات منفی آن بر جمعیت آسیب‌دیده همراه باشد. ممکن است جهت تأمین سرپناه درازمدت و مناسب تمام فصول مختلف آب و هوایی برای چندین سال، لازم باشد که از سرپناه یا حمل‌ونقل موقت استفاده شود. در برنامه‌های توافق‌شده با مسئولان محلی یا دیگران در امداد رسانی‌ها، باید تضمین شود که سرپناه‌ها یا نقل مکان موقت، جایگزین خانه‌های دائم نخواهد شد.

۳. **آداب و رسوم فرهنگی و حریم خصوصی:** از اطلاعات مربوط به آداب و رسوم محلی، مانند رسوم مربوط به خواب و اسکان اعضای خانواده‌های گسترده، که در فضاهای سرپوشیده اجرا می‌شود، باید در تهیه فضای لازم برای خانوارها استفاده شود. مشاوره‌های به‌عمل‌آمده برای این منظور، باید شامل گروه‌های آسیب‌پذیر و مراقبین آن‌ها نیز باشد. باید در داخل فضای هر سرپناه، تقسیمات فرعی ایجاد شود. در اردوگاه‌های جمعی، گروه‌بندی خانواده‌های وابسته، راه‌های دسترسی با طراحی درست، در مکان سرپوشیده و تفکیک فضاها برای افراد و اموال آنان، می‌تواند به تأمین حریم و ایمنی مناسب کمک کند. در ضمن کاهش ازدحام بیش از حد، هم در سرپناه‌های مجزا و هم در محل‌های اسکان اشتراکی، منافع روانی اختصاص فضا و حریم، به بالاترین حد می‌رسد. (رک. اصل ۱ حمایت، ص ۳۳).

۴. **فعالیت‌های خانوادگی و تأمین هزینه‌های زندگی:** در محوطه سرپوشیده باید برای این فعالیت‌ها فضای مناسب موجود باشد: خواب، شست‌وشو و پوشیدن لباس؛ مراقبت از نوزادان، کودکان، بیماران یا معلولان؛ انبار مواد غذایی، آب، اموال و حفظ سایر دارایی‌های خانواده؛ پخت‌وپز و خوراک در داخل و در صورت لزوم گردآمدن اعضای خانواده در کنار یکدیگر. طراحی محوطه سرپوشیده، خصوصاً محل منافذ و تقسیمات فرعی آن، باید استفاده از فضای داخلی و محوطه مجاور آن را به بالاترین حد برساند.

۵. **راه‌های تأمین سرپناه، مصالح و ساختمان‌سازی:** اگر پس از بحران برای سرپناه، گزینه‌هایی وجود ندارد یا مناسب نیست و یا محیط طبیعی محل، امکان فراهم کردن مستمر آن را ندارد، باید از امکانات تعریف‌شده سرپناه، مثل چادرهای خانوادگی، بسته‌های سرپناه، بسته‌های مصالح یا قطعات پیش‌ساخته ساختمان، استفاده کرد. توزیع روکش پلاستیکی مقاوم، به‌عنوان یکی از اقلام امدادی برای سرپناه‌های اضطراری، باید با توزیع طناب، ابزار، و وسایل نصب و مصالح حمایتی، مثل ستون‌های چوبی و یا قطعات لازم برای نصب و برپایی، خریداری شود و در محل همراه باشد. تأمین چنین وسایلی باید مطابق با استانداردهای توافق‌شده ملی و بین‌المللی و برای جمعیت آسیب‌دیده پذیرفتنی باشد. اگر برای ساخت سرپناه‌های اساسی، تنها بخشی از مصالح مورد نیاز فراهم است (مثل روکش

پلاستیکی)، هرگونه تأثیر ناخوشایندی را که ممکن است، صورت تهیه محلی سایر اقلام (از جمله ستون‌ها و قاب‌های ساخته‌شده از الوار)، بر اقتصاد یا محیط زیست، بگذارد و نیز راه‌های کاهش آن‌ها را ارزیابی کنید. توانایی‌های فنی و مالی مردم آسیب‌دیده برای تعمیر و نگهداری خانه‌هایشان باید در تأمین مصالح و فن‌آوری‌های لازم در نظر گرفته‌شود (رک). استاندارد ۵ اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۸. به‌منظور حصول اطمینان از این که کارهای انجام‌شده برای تأمین سرپناه در طول زمان مناسب خواهد بود، نظارت منظم داشته باشید.

۶. **طرح مشارکتی:** اعضای تمام خانوارهای آسیب‌دیده، باید تا جای ممکن در تعیین نوع سرپناه‌هایی که قرار است تأمین شود، مداخله کنند. باید به عقاید گروه‌ها یا افرادی که معمولاً وقت بیشتری را در این فضاهای سرپوشیده مسکونی خواهند‌گذراند و افرادی که نیاز به دسترسی‌های خاصی دارند، اولویت داد. از اطلاعات حاصل از ارزیابی خانه‌های موجود نیز، باید در این راستا استفاده کرد. خانوارها را از مزایا و معایب اشکال «مدرن» نام‌انوس ساختمان‌سازی و مصالحی که تصور می‌کنند، باعث بهبود شرایط اجتماعی آنان خواهد‌شد، آگاه کنید (رک). استاندارد کانونی ۱، ص ۵۶.

۷. **در آب و هوای گرم و مرطوب:** محوریت طراحی سرپناه‌ها، باید به حد اکثر رساندن تهویه مناسب و به حد اقل رساندن تابش مستقیم آفتاب به داخل آن‌ها باشد. بام‌ها باید شبیه منطقی برای تخلیه آب باران و، جز در مناطق آسیب‌پذیر در برابر باد، قرنیزهایی بزرگ داشته‌باشد. وزن ساختمان سرپناه‌ها باید سبک باشد تا برای گرم‌کردن، انرژی کمتری لازم باشد. باید از وجود زهکش‌های مناسب در اطراف ساختمان‌ها اطمینان یابید تا از خطر ورود آب باران به محوطه سرپوشیده، پیشگیری شود.

۸. **در آب و هوای گرم و خشک:** در این نوع آب و هوا وزن ساختمان یا باید سنگین باشد تا ظرفیت بالای آن برای گرمایش تضمین شود و به‌طور متناوب، در طول شبانه‌روز امکان گرم و سرد کردن داخل واحدها را بدهد، و یا سبک، اما با عایق‌بندی مناسب باشد. در مناطقی که خطر زلزله بالا است، باید در طراحی ساختمان‌های سنگین دقت کرد. اگر فقط لایه‌های پلاستیک و یا چادر در دسترس است، باید یک بام دولایه درست کرد تا هوا میان لایه‌ها جریان یابد و از میزان تابش آفتاب بکاهد. نصب درها و پنجره‌ها دور از مسیر معمول وزش باد، حرارت حاصل از وزش باد و تابش خورشید بر زمین‌های اطراف را کاهش می‌دهد. کف‌ها را برای به حداقل رساندن گرد و خاک باید طوری ساخت که از دیوارهای اطراف فاصله نداشته‌باشد و به ناقل‌های بیماری اجازه فعالیت ندهد.

۹. **در آب و هوای سرد:** در چنین آب و هوایی ساختمان سرپناه‌هایی که در طول روز پر از جمعیت است، باید سنگین و با ظرفیت گرمایی بالا باشد. برای سرپناه‌هایی که فقط در طول شب ساکنانی دارد، ساختمان سبک با ظرفیت گرمایش پایین و عایق‌بندی محکم، مناسب‌تر است. جریان هوا را خصوصاً در اطراف در و پنجره‌ها به حداقل برسانید تا از رفاه افراد و



در ضمن گردش گرمای تولیدشده با گرم‌کن‌های فضای داخلی یا اجاق‌های خوراک‌پزی اطمینان یابید. اجاق یا انواع دیگر گرم‌کن‌ها برای فضای داخل مهم است و باید با سرپناه‌ها مناسب داشته باشد. خطرات احتمالی آتش‌سوزی ناشی از اجاق و گرم‌کن‌ها را ارزیابی کنید و کاهش دهید (رک. استاندارد ۴ اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۶). برای تخلیه آب‌های سطحی و بالاآمده در اثر ریزش باران و آب‌شدن برف نشسته در سطح محل، اطراف سرپناه‌ها را باید زه‌کشی کرد. با کسب اطمینان از این که کف سرپناه‌ها عایق‌بندی شده و با استفاده از زیرانداز، تشک یا تخت‌های بلندتر از زمین برای خوابیدن، حرارت بدن در اثر تماس با کف سرپناه‌ها، باید حفظ شود (رک. استاندارد ۲ اقلام غیر خوراکی).

۱۰. **تهویه و کنترل ناقل‌های بیماری:** برای حفظ محیطی سالم، به حداقل رساندن اثر دود اجاق‌ها، عفونت‌های تنفسی و سوزش چشم و کاهش خطر انتقال بیماری‌هایی نظیر سل که با ترشح ذرات بزاق منتقل می‌شود، در داخل هر سرپناه انفرادی یا عمومی، مانند مدارس و مراکز بهداشتی، باید امکان تهویه فراهم شود. در اقداماتی که برای کنترل ناقل‌های بیماری انجام می‌شود، باید از اطلاعات مربوط به رسوم ساخت‌وساز محلی استفاده کرد (رک. استانداردهای ۱ تا ۳ خدمات ضروری بهداشتی، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

استاندارد ۴ سرپناه و اسکان: ساخت‌وساز

در هر جای مناسب از رسوم، مصالح، مهارت و ظرفیت‌های ساخت‌وساز ایمن محلی برای به حداکثر رساندن مشارکت مردم آسیب‌دیده در امور ساخت‌وساز و فرصت‌های کسب درآمد استفاده می‌شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

جمعیت آسیب‌دیده، کارشناسان و مسئولان محلی ساختمان را، در توافق برای اتخاذ روش ساخت، انتخاب مصالح و استفاده از مهارت‌ها دخالت دهید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).

دسترسی بخشی از جمعیت آسیب‌دیده را که ظرفیت، توان یا فرصت تقبل فعالیت‌های مربوط به ساختمان را ندارند، به حمایت و منابع اضافی تضمین کنید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).

خطرات و آسیب‌پذیری‌ها را با انتخاب مواد و مصالح دارای ویژگی‌های مناسب به حداقل برسانید (رک. نکات راهنمای ۴ تا ۵).

استانداردهای پذیرفته‌شده مصالح و کیفیت کار را رعایت کنید (رک. نکات راهنمای ۵ و ۶).

تأمین و تدارک مصالح، کار، مساعدت‌های فنی و تأییدیه‌های تنظیم‌شده را از طریق مناقصه،

خرید و اقدامات درست مدیریت کنید (رک. نکته راهنمای ۷).

امور تعمیر، حفظ و نوسازی واحدهای مسکونی خانوارها را با استفاده از ابزارها و منابع محلی انجام دهید (رک. نکته راهنمای ۸).

شاخص‌های کلیدی

همه ساخت‌وسازها مطابق با رویه‌ها و استانداردهای پذیرفته‌شده انجام می‌گیرد (رک. نکات راهنمای ۲ و ۷).

فعالیت‌های ساختمانی، مشارکت جمعیت آسیب‌دیده و حداکثر فرصت‌های ایجاد اشتغال و درآمد برای این افراد را نشان می‌دهد (رک. نکات راهنمای ۱، ۲ و ۸).

نکات راهنما

۱. **مشارکت جمعیت‌های آسیب‌دیده:** مشارکت جمعیت‌های آسیب‌دیده در فعالیت‌های احداث سرپناه، باید با در نظر گرفتن اطلاعات مربوط به روش‌هایی باشد که سرپناه‌ها و محل‌های اسکان از طریق آن طراحی، احداث، تعمیر و نگهداری می‌شوند. برنامه‌های آموزش، مهارت و کارآموزی می‌تواند فرصت‌های مشارکت را، خصوصاً برای افراد فاقد مهارت و تجربه ساختمانی، در حین ساخت‌وسازها افزایش دهد. زنان را در هر سنی که هستند، باید تشویق کرد تا در کارها و آموزش‌های مربوط به احداث سرپناه‌ها و ساختمان‌ها مشارکت کنند. کمک کسانی که برای تقبل کارهای عملی، توانایی کمتری دارند یا آنان که نیازمند مهارت‌های تخصصی هستند، می‌تواند شامل امور نظارتی، کنترل اموال، مراقبت از کودکان، تأمین سرپناه‌های موقت و یا تهیه غذا برای افراد مشغول در کارهای ساختمانی باشد. به سایر نیازهای مربوط به زمان و منابع کار انسانی مردم آسیب‌دیده نیز باید توجه شود. تأمین کمک از طرف گروه‌های کار داوطلبانه جامعه یا کار قراردادی هم می‌تواند مکمل کار خانوارها باشد. چنین مساعدت‌هایی، برای حمایت از زنانی که سرپرست خانوار هستند، پراهمیت است، چون ممکن است زنان در تلاش برای جلب کمک جهت ساختن سرپناه‌شان، در معرض خطر بهره‌کشی جنسی قرارگیرند (رک. استاندارد کانونی ۵، ص ۲۸۸). افراد دچار مشکلات حرکتی، سالمندان و افراد دیگری که نمی‌توانند به فعالیت‌های ساختمانی بپردازند نیز، ممکن است به کمک احتیاج داشته باشند.

۲. **تخصص و تجربه فنی:** تخصص طراحی فنی، ساخت و مدیریت مناسب، باید مکمل مهارت‌ها و دانش مردم آسیب‌دیده باشد و به‌عنوان تجربه حاصل از فرایندهای فنی و تنظیمی به‌کار رود (رک. استاندارد کانونی ۶، ص ۷۳). در نقاط آسیب‌پذیر در برابر سوانح فصلی یا دوره‌ای، می‌توان از اطلاعات متخصصان فنی، که در ارائه بهترین راهکارها یا روش‌های

پذیرفته‌شده محلی در فرایندهای طراحی و ساخت تجربیاتی دارند، استفاده کرد.

۳. **تأمین منابع مصالح و کار:** تأمین فوری سرپناه یا ابزار و مصالح، چه به‌صورت مجزا و چه در یک بسته پیش‌بینی‌شده، می‌تواند امکان برپایی یا ساخت سرپناه را به خود جمعیت آسیب‌دیده بدهد. در صورت امکان، با استفاده از اطلاعات به‌دست‌آمده، پس از ارزیابی و تحلیل سریع بازار، باید از مشاغل محلی از طریق خرید مصالح ساختمانی، استفاده از مهارت‌های تخصصی و فعالیت‌های یدی به‌صورت محلی حمایت کرد. اگر احتمال دارد که تأمین منابع در محل، تأثیر نامطلوب چشمگیری در اقتصاد بگذارد، شاید توجه به این نکات لازم باشد: استفاده از منابع متعدد؛ مصالح یا فرایندهای تولیدی جایگزین؛ تأمین منطقه‌ای یا بین‌المللی مصالح یا قوانین مالکیت سرپناه (رک. استاندارد ۵ سرپناه و اسکان، ص ۲۷۷). استفاده مجدد از مصالح بازیافتی از ساختمان‌های فرو ریخته را، با رعایت حقوق کاربرد این مصالحی، باید تشویق کرد.

۴. **پیشگیری از بحران و کاهش خطر:** مقاومت ساختمان‌ها باید با شرایط آب و هوایی و خطرات طبیعی سازگار باشد و تأثیر تغییرات جوی محلی بر آن‌ها باید رعایت شود. تغییر در استانداردهای ساختمان‌سازی یا امور ساخت‌وساز به‌خاطر بحران، باید با مشورت مردم آسیب‌دیده و مسئولان مربوط باشد.

۵. **طراحی و ساخت بناهای عمومی ایمن:** بناهای عمومی موقت یا دائمی، مثل مدارس و مراکز مراقبت‌های درمانی، باید در برابر بلایا به‌صورت مقاوم، احداث یا تعمیر و به این ترتیب ایمنی و دسترسی همه آن‌ها تضمین شود. احداث این‌گونه امکانات، باید مطابق با استانداردهای ساختمانی و رویه‌های مخصوص تأیید هر بخش، ازجمله دسترسی آسان همه کسانی که مشکلات حرکتی، بینایی یا ارتباطی دارند، باشد. تعمیر یا ساختن این بناها باید با مشورت مسئولان مرتبط و با استفاده از اطلاعات سیاست‌خدماتی مورد توافق برای تعمیر و نگهداری این ساختمان‌ها انجام شود (رک. حداقل استانداردهای INEE درباره آموزش و پرورش: آمادگی، امدادرسانی و فعالیت‌های بازسازی).

۶. **استانداردهای ساخت:** استانداردها و قوانین مربوط به ساخت، باید با موافقت مسئولان مربوط تعیین گردد تا از رعایت الزامات اصلی ایمنی و اجرایی اطمینان حاصل شود. در جایی که مقررات ساختمانی ملی و محلی به‌طور سنتی رعایت یا اجرا نمی‌شود، باید توافق گسترده‌ای به‌عمل‌آید تا انعکاس فرهنگ خانه‌سازی، شرایط آب و هوایی، منابع، ظرفیت‌های ساخت؛ تعمیر و نگهداری، قابلیت دسترسی و تهیه بناها رعایت شود.

۷. **خرید مصالح و مدیریت ساخت‌وساز:** برای برنامه‌ریزی فعالیت‌ها باید یک برنامه زمان‌بندی ساخت طراحی شود. در این برنامه زمان‌بندی، مواردی مانند تاریخ‌های مورد نظر برای تکمیل کار، انتقال مردم آسیب‌دیده به داخل سرپناه‌ها و محل‌های اسکان، الگوهای آب و هوایی و آغاز هر فصل از سال باید مشخص شود. باید یک زنجیره تدارکاتی کارآمد و قابل

اعتماد و یک نظام مدیریت ساختمان برای مصالح، نظارت بر کار و محل آن ایجاد شود. این نظام باید طبق نیاز، خرید، حمل، نگهداری، استفاده و اداره مصالح را از نقطه آغاز تا محوطه‌های مربوط تحت نظر بگیرد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۴ انتقال غذا، ص ۱۹۶).

۸. **نوسازی، تعمیر و نگهداری:** از آنجاکه معمولاً در امداد رسانی‌ها برای رفع نیاز به سرپناه، تنها حداقل فضای سرپوشیده و اقلام کمکی تأمین می‌شود، جمعیت آسیب‌دیده باید برای جبران نیاز خود به فضای بیشتر، به دنبال امکانات جایگزین باشد. شکل ساختمان و مصالح مصرفی آن باید طوری باشد که انجام تغییرات در آن، برای تطابق با نیازهای درازمدت و با استفاده از مصالح و ابزارهای موجود در محل، مقدور باشد (رک. استاندارد ۵ اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۸).

استاندارد ۵ سرپناه و اسکان: تأثیرگذاری بر محیط زیست

راهکارهای تأمین سرپناه و اسکان، تأمین مصالح و روش‌های ساخت‌وساز به کار رفته، اثرگذاری نامطلوب بر محیط زیست را به کمترین حد می‌رساند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- آثار نامطلوب بحران بر محیط زیست محلی و خطرات محیطی و آسیب‌پذیری‌ها را ارزیابی و تحلیل کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- گستره منابع طبیعی موجود در محل را در هنگام برنامه‌ریزی برای اسکان موقت یا دائم جمعیت آسیب‌دیده در نظر بگیرید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).
- منابع طبیعی محیط را طوری مدیریت کنید که نیازهای مداوم آینده مردم آسیب‌دیده را رفع کند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).
- اثرات نامطلوبی را که بر منابع طبیعی موجود در محیط زیست گذاشته می‌شود و می‌تواند نتیجه تولید و برداشت مصالح ساختمانی و فرایندهای ساختمان باشد به حداقل برسانید (رک. نکات راهنمای ۳ و ۴).
- در صورت امکان، درختان و سایر پوشش‌های گیاهی را برای نگهداری منابع آب، به حداقل رساندن فرسایش خاک و ایجاد سایه، حفظ کنید (رک. نکته راهنمای ۵).
- محل استقرار موقت اردوگاه‌های جمعی را، در صورتی که دیگر مورد نیاز نیستند، به حالت اولیه خود بازگردانید، مگر این که در این مورد توافق دیگری شده باشد (رک. نکته راهنمای ۶).

شاخص‌های کلیدی

- طراحی همه محل‌های اسکان برای بازگشت، میزبانی یا مراکز اسکان موقت، نشان می‌دهد که آثار نامطلوب بر محیط زیست به حداقل رسیده و یا کاهش یافته است (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۶).
- فرایندهای ساخت و منابع تأمین مصالح برای همه سرپناه‌ها نشانگر آن است که اثرگذاری‌های نامطلوب بر محیط زیست به حداقل رسیده و یا تخفیف یافته است (رک. نکته راهنمای ۴).

نکات راهنما

۱. ارزیابی محیط زیست: اثری که بلا بر محیط زیست طبیعی می‌گذارد، باید مورد ارزیابی قرارگیرد تا از اطلاعات، در امداد رسانی مناسب به بلا و اقدامات جهت کاهش اثرات آن استفاده شود. بسیاری از بحران‌های طبیعی، مانند رانش زمین، اغلب نتیجه مستقیم سوء مدیریت منابع طبیعی محیط است. در این موارد ممکن است، زمین به دلیل وجود خطرات و آسیب‌پذیری‌های موجود، مانند سیلاب‌های فصلی در مناطق پست و یا فقدان منابع طبیعی، قابل کشت و زرع ایمن در محل باشد. درک و تحلیل خطرات، برای بهره‌برداری از اطلاعات مربوط به آن‌ها در طراحی محل‌های اسکان و اطمینان از در نظر گرفتن آسیب‌پذیری‌هایی نظیر تغییرات آب‌وهوایی به عنوان بخشی از امداد رسانی‌ها، ضروری است.
۲. قابلیت پایداری و مدیریت منابع محیطی: اگر منابع محیطی مورد نیاز برای حمایت از ساکنینی که به طور چشمگیری در حال افزایش است، محدود می‌باشد، هرگونه تقاضای مداوم از منابع موجود محیط زیست پیرامون، باید کاهش یابد. در جایی که چنین منابعی در دسترس است، باید محل‌های اسکان جمعی موقت را طوری اداره کرد که خسارات وارد بر محیط زیست به کمترین حد برسد. باید سوخت و اقلام قابل جایگزین، از قبیل خوراک دام، تولیدات کشاورزی و سایر منابع طبیعی لازم برای فعالیتهای تأمین زندگی را از منابع بیرون از محوطه، تأمین و مدیریت کرد. محل‌های اسکان بزرگ اما معدود که تحت مدیریت است، شاید از لحاظ محیط زیست، پایدارتر از تعداد زیاد واحدهای مسکونی کوچک و پراکنده‌ای باشد که نمی‌توان به راحتی آن‌ها را مدیریت یا بر آن‌ها نظارت کرد. تأثیرات نیازهای جمعیت میزبان، مردم آسیب‌دیده یا افراد دیگری که در جوار منطقه بلازده اسکان یافته‌اند، بر منابع محلی، باید مورد توجه قرارگیرد.
۳. کاهش تأثیرگذاری بلندمدت بر محیط زیست: مدیریت منابع طبیعی محیط زیست را در همه سطوح برنامه‌ریزی باید در نظر داشت. درحالی‌که نیاز به تأمین سرپناه برای مردم آسیب‌دیده، تأثیر نامطلوب چشمگیری بر طبیعت دارد، اثرات بلندمدت آن، باید از طریق مدیریت تکمیلی محیط و فعالیتهای بازسازی به کمترین حد برسد. مشاوره با آژانس‌های

فعال در زمینه محیط زیست توصیه می‌شود.

۴. تدارک منابع مصالح ساختمانی: تأثیری که تدارک مصالح ساختمانی، مانند آب، الوار، شن، خاک، علف و همچنین سوخت برای پختن آجرها، پیوند قطعات و ساختن بام‌ها، بر محیط زیست طبیعی می‌گذارد، باید ارزیابی شود. کاربران سنتی، نرخ‌های بهره‌برداری، جایگزینی مصالح و مالکیت و کنترل این منابع را مشخص کنید. استفاده از مصالح جایگزین یا تکمیلی، می‌تواند از اقتصاد محلی حمایت کند و هرگونه تأثیرات نامطلوب بلندمدت را کاهش دهد. استفاده از منابع متعدد و کاربرد مجدد مصالح بازیافتی، جایگزین و فرایندهای تولیدی (مانند استفاده از بلوک‌های گلی مقاوم) را باید رواج داد. این مورد را باید با انجام فعالیت‌های جایگزین برای اقلام مصرف‌شده، مثل درختکاری، جبران کرد.

۵. فرسایش: رویه‌های تأمین سرپناه و اسکان باید طوری طراحی شود که درخت و سایر رستنی‌ها را حفظ کند، باعث تثبیت خاک شود و ایجاد سایه و حمایت در برابر تغییرات جوی را به بالاترین حد برساند. باید در کناره راه‌ها، کوره‌راه‌ها، گذرگاه‌ها و شبکه‌های تخلیه آب‌های سطحی و فاضلاب‌ها، از حفاظ‌های طبیعی استفاده کرد تا فرسایش آن‌ها کاهش یابد. اگر چنین امری مقدور نبود، هرگونه فرسایش احتمالی را باید با حفر کانال‌هایی برای تخلیه آب‌های سطحی و فاضلاب‌های لوله‌کشی، در زیر مسیر راه‌ها یا حاشیه‌های درختکاری شده آن‌ها، به کمترین حد رساند (رک. استاندارد ۱، کانال‌کشی آب‌های هرز، ص ۱۲۸).

۶. تحویل: تجدید حیات طبیعی محیط زیست در درون و اطراف اماکن اسکان موقت جمعی، باید از طریق اقدامات مناسب برای بازسازی و فعالیت‌های بازگشت به حالت سابق ارتقا یابد. تخلیه چنین محل‌هایی به‌عنوان اماکن اسکان، باید همراه با جمع‌آوری رضایت‌بخش همه مواد و مصالح یا زباله‌هایی باشد که بازیافت آن‌ها مقدور نیست و احتمال دارد اثرات نامطلوبی بر محیط طبیعی بگذارد.



۲. اقلام غیر خوراکی: لباس، وسایل خواب و لوازم خانگی

لباس، پتو و وسایل خواب، شخصی‌ترین نیازهای بشر را رفع و از انسان در برابر تغییر شرایط جوّی محافظت می‌کند و از سلامت، حریم و کرامت فرد حمایت می‌کند. دسترسی به کالاهای و اقلام اساسی، که مردم آسیب‌دیده را در تهیه و مصرف غذا، حفظ گرما، رفع نیازهای بهداشتی شخصی و ساختن، تعمیر یا نگهداری سرپناه‌ها توانمند می‌سازد، ضروری است (رک. استاندارد ۲ ارتقاء وضع بهداشت، ص ۱۰۰ و استاندارد ۱ تأمین آب، ص ۱۰۳).

همه گروه‌های آسیب‌دیده - چه افرادی که می‌توانند به محل سکونت اصلی خود بازگردند و چه کسانی که میهمان خانواده‌های دیگرند یا در اردوگاه‌های جمعی موقت اسکان یافته‌اند - به‌صورت انفرادی و یا خانوادگی، به اقلام غیر خوراکی نیاز دارند و این نیاز آنان باید به‌طور مناسب ارزیابی و رسیدگی شود. جمعیت‌هایی که بحران بر آنان اثر ثانویه دارد، خصوصاً خانواده‌های میزبان نیز ممکن است برای رفع مشکلات تحمیل‌شده بر اقتصاد محلی و دسترسی به این اقلام در اثر بحران، به اقلام غیر خوراکی نیاز داشته‌باشند.

گرچه توزیع اقلام غیر خوراکی یک فعالیت عادی برای امداد رسانی است، درجایی‌که بازارهای محلی هنوز فعال است، برای تأمین این اقلام غیر غذایی، باید جایگزین پول نقد یا حواله، در نظر گرفته شود (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال وجه نقد و حواله، ص ۲۰۹).

اقلامی که برای استفاده افراد یا خانوارها تأمین می‌شود، معمولاً نیازی به اطلاعات یا قوانین مضاعف درباره نحوه کاربرد آن‌ها ندارد؛ اما تأمین اقلامی که برای تعمیر و ساخت سرپناه‌ها لازم است، مثل مصالح، اتصالات و ابزارها، معمولاً برای این‌که از آن‌ها ایمن و مؤثر استفاده شود، باید با رهنمودهای فنی همراه باشد. به‌طور مشابه توزیع اقلامی که برای رفع نیازهای بهداشتی شخصی لازم است، باید با فعالیت‌های افزایش بهداشت همراه باشد. (رک. استانداردهای ۱ و ۲ ارتقاء وضع بهداشت، صص ۹۷ تا ۱۰۰).

استاندارد ۱ اقلام غیر خوراکی: اقلام حمایت فردی، عمومی و سرپناه

به منظور تضمین سلامتی، کرامت و ایمنی و رفاه جمعیت آسیب دیده، به قدر کافی حمایت فردی، عمومی و سرپناه به عمل آمده است.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- نیازهای متمایز جمعیت آسیب دیده به اقلام غیر خوراکی را ارزیابی کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲ و استاندارد ۳ منابع آب، ص ۱۰۳).
- مشخص کنید که کدام یک از اقلام غیر خوراکی را در محل و ازسوی خود جمعیت آسیب دیده و با استفاده از پرداخت نقدی یا حواله، می توان به دست آورد (رک. نکته راهنمای ۳).
- تناسب همه اقلام غیر خوراکی را در قالب یک بسته فرضی در نظر بگیرید (رک. نکته راهنمای ۴).
- برای توزیع منظم، شفاف و برابر همه اقلام غذایی، برنامه ریزی کنید (رک. نکته راهنمای ۵).
- بر اساس نیاز و برای بهره برداری از اقلام لازم برای ساخت سرپناه ها، دستورالعمل و راهنمای فنی تهیه کنید و استفاده از آن ها را رواج دهید (رک. نکته راهنمای ۶).
- در جهت توزیع مجدد اقلام غیر خوراکی برای جمعیت آواره، در دوره تمدید امدادرسانی برنامه ریزی کنید (رک. نکته راهنمای ۷).

شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- مقادیر تقریبی اقلام غیر خوراکی مورد نیاز، برای کل گروه های آسیب دیده تأمین شده است (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۷).

نکات راهنما

- تخمین نیازها: نیازهای متمایز به اقلام شخصی، مانند لباس و بهداشت شخصی، لوازم معمول خانگی، مثل ذخیره و آماده سازی غذا و اقلام مورد نیاز در سرپناه، مثل ورقه های پلاستیکی، طناب، ابزار یا مصالح ساختمانی اولیه باید ارزیابی شوند. باید میان نیازهای شخصی و عمومی، خصوصاً برای پخت و پز و سوخت، تمایز قائل شد. آن دسته نیازهای غیر خوراکی را که امکان تهیه محلی آن ها وجود دارد، باید مشخص کرد. نیاز به جعبه، کیسه یا بسته های ضروری دیگر جهت انبار و حمل و نقل کالاهای شخصی یا خانوادگی جمعیت های آواره یا

افراد مهاجر، باید به‌عنوان بخشی از اقلام مورد نیاز غیر خوراکی در نظر گرفته‌شود. تدارک اقلام غیر خوراکی، باید بخشی از برنامه کلی امداد رسانی به بحران باشد (رک). استانداردهای کانونی ۱ تا ۳، صص ۵۶ تا ۶۲ و استاندارد ۱ سرپناه و اسکان، ص ۲۶۱).

۲. **امکانات اشتراکی:** اقلام غیر خوراکی برای حمایت مصارف شخصی، بهداشتی، تهیه غذا و پخت‌وپز و غیره را باید، به‌طور مناسب برای مدارس و سایر مراکز عمومی فراهم کرد. مردم باید به امکانات تفریحی و آموزشی دسترسی داشته‌باشند. باید میان بخش‌های آموزش و بهداشت ارتباط برقرار کرد تا پیام‌های بهداشتی و سلامتی برای حمایت از آموزش نحوه استفاده درست از اقلام غیر خوراکی منتشر شود (رک). استانداردهای ۱ و ۲ ارتقاء وضع بهداشت، صص ۹۷ تا ۱۰۰ و حداقل استانداردها INEE در آموزش: آمادگی، امداد رسانی، فعالیت‌های بازسازی).

۳. **تأمین اقلام غیر خوراکی:** بحران‌ها بر اقتصاد محلی و زنجیره تدارکات تأثیر می‌گذارد و اغلب، موجب تأمین اقلام غیر خوراکی از خارج منطقه و توزیع مستقیم آن در میان مردم، خانوارها یا جوامع می‌شود. تحلیل سریع بازار به‌عنوان بخشی از نیازسنجی اولیه، مشخص می‌کند که آیا می‌توان اقلام غیر غذایی شناخته‌شده برای مردم را از بازار محلی یا از مناطق غیر آسیب‌دیده در همسایگی تأمین کرد یا خیر. اگر اقتصاد محلی هنوز فعال است یا می‌تواند از طریق مساعدت‌های خاص یا زنجیره تدارکاتی مورد حمایت قرار گیرد، دادن پول نقد یا حواله برای تأمین اقلام غیر خوراکی به مردم آسیب‌دیده، به مردم امکان مدیریت تأمین اقلام مورد نیازشان را می‌دهد (رک). امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال وجه نقد یا حواله، ص ۲۰۹). به‌منظور حصول اطمینان از بهره‌مندی مردم آسیب‌پذیر از امداد و رفع نیازهایشان، برای این کمک‌ها باید برنامه‌ریزی کرد.

۴. **بسته‌های امدادی:** اقلام غیر خوراکی اغلب با محتوا و مشخصات خاص استاندارد بسته‌بندی و از پیش در انبارها قرار داده می‌شود. تعداد و مشخصات اقلام غیر خوراکی در یک بسته‌بندی برای خانوار، باید با توجه به تعداد افراد در یک خانواده معمولی، سن، جنسیت و وجود افراد با نیازهای خاص و همچنین قابلیت پذیرش فرهنگی اقلام تعیین شود.

۵. **توزیع:** از طریق مشورت با جمعیت آسیب‌دیده باید شیوه‌های کارآمدی برای توزیع برابر طراحی کرد. مردم باید از هر مورد توزیع و ثبت نام، یا فرایند ارزیابی لازم، مطلع شوند و در آن مشارکت کنند. باید برای توزیع، ثبت نام رسمی به‌عمل‌آید و یا کارت‌های دریافت سهمیه تهیه شود. اطمینان حاصل کنید که افراد یا خانوارهای آسیب‌پذیر در فهرست‌های توزیع از قلم نیفتاده‌اند و می‌توانند هم به اطلاعات و هم به اقلام دسترسی داشته‌باشند. باید فرایندی برای رسیدگی به نگرانی‌ها و شکایاتی که در حین ثبت نام یا توزیع پیش می‌آید، در نظر گرفت. باید با مسئولان محلی درباره تعیین مناسب‌ترین منطقه امن برای ارائه اقلام کمکی غیر خوراکی و همچنین رفت‌وآمد ذی‌نفعان به آنجا، مشورت کرد. باید به مسافت‌هایی

که پیاده طی می‌شود، مسیر، جاده و کارهایی که برای دریافت و حمل اقلام کمکی غیر خوراکی انجام می‌شود و همچنین مسائل مربوط به هزینه حمل اقلام بزرگ، مثل قطعات ساخت سرپناه توجه داشت. باید بر توزیع و استفاده از اقلام غیر خوراکی تأمین شده نظارت شود تا بتوان کافی و مناسب بودن فرایند توزیع و خود اقلام غیر خوراکی را ارزیابی کرد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۵ انتقال غذا، ص ۱۹۸).

۶. **ترویج**، دستورالعمل و راهنمایی فنی: تمام وسایل خانگی باید برای افراد و گروه‌های آسیب‌دیده آشنا و کاربرد آن‌ها برای ایشان بدون نیاز به راهنمایی آسان باشد؛ اما در هر حال، برای تکمیل کمک‌های ارائه‌شده در شکل مصالح ساختمانی، ابزار و اتصالات، راهنمایی فنی و الگوی کاری باید به‌صورت لازم و مناسب ارائه شود (رک. استاندارد ۵، اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۸). با طراحی اشکال ساده بر روی بسته‌بندی این اقلام، می‌توان نحوه استفاده از آن‌ها را برای تعمیر یا ساخت سرپناه‌های امن و مناسب نشان داد. به‌منظور درک بهتر تکنیک‌های لازم، جمعیت آسیب‌دیده و متخصصان محلی ساخت‌وساز، باید در فعالیت‌های مربوط به افزایش آگاهی در محوطه‌ها (مانند نمایش نحوه تعمیر و برپایی سرپناه‌ها) شرکت داده‌شوند. هر ضعفی در طراحی و ساخت سرپناه‌ها و اقامتگاه‌ها که به افزایش خسارت یا تخریب خانه‌ها منجر می‌شود و همچنین نمونه‌های بومی عملکرد مطلوب، که در برابر بحران مقاوم است، باید به کسانی که در فعالیت‌های عمرانی مشارکت دارند، گوشزد شود.

۷. **جایگزینی**: برنامه‌ریزی نحوه توزیع اقلام امدادی باید طوری باشد که در آن میزان مصرف، مدت استفاده از اقلام و توان جمعیت آسیب‌دیده برای جایگزینی چنین اقلامی در نظر گرفته‌شود.

استاندارد ۲ اقلام غیر خوراکی: لباس و وسایل خواب جمعیت آسیب‌دیده

به‌قدر کافی لباس، پتو و رختخواب در اختیار دارند تا امنیت فردی، کرامت و رفاهشان تضمین شود.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

نیازهای متمایز زنان، دختران، مردان و پسران در همه سنین، و ازجمله نوزادان و افراد آسیب‌پذیر یا منزوی و طردشده را، شناسایی و از دسترسی آنان به اقلام ضروری، در مقادیر درست، متناسب با فرهنگ، فصل و آب و هوا اطمینان حاصل کنید (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۵).

نیاز جمعیت آسیب‌دیده به پتو و وسایل خواب را مشخص کنید و مطمئن شوید که همه آنان

برای تأمین خواب و گرما، به‌قدر کافی به این اقلام دسترسی دارند (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۵).

نیاز به توری‌های فراوری‌شده با حشره‌کش‌ها را ارزیابی کنید و آن را براساس نیاز در اختیار افراد بگذارید (رک. استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل ناقل‌های بیماری، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

شاخص‌های کلیدی

همه زنان، دختران، مردان و پسران حداقل دو دست لباس کامل، در اندازه درست و متناسب با فرهنگ، فصل و آب و هوا دارند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۵).

در هرگاه حفظ حرارت بدن ضروری است، همه مردم آسیب‌دیده، یک‌دست رختخواب شامل پتو، تشک، ملحفه، بالش و توری‌های پشه‌بند فراوری‌شده با حشره‌کش در اختیار دارند (رک. نکات راهنمای ۲ تا ۵ و استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل ناقل‌های بیماری، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

نکات راهنما

۱. **تعویض لباس:** همه مردم آسیب‌دیده باید لباس کافی برای تعویض داشته‌باشند تا از حفظ گرمای بدن خود مطمئن باشند و از کرامت، سلامتی و رفاهشان حمایت شود. این امر مستلزم در اختیار داشتن دست کم دو مورد از اقلام ضروری، خصوصاً لباس‌های زیر، برای سهولت شست‌وشو است.

۲. **تناسب لباس:** (ازجمله کفش مطابق با نیاز)، باید با شرایط آب و هوایی، رسوم فرهنگی و اندازه مناسب باشد. نوزادان و کودکان تا دو سال نیز، علاوه بر لباس‌های مناسب، باید یک پتوی اضافی داشته‌باشند. وسایل خواب باید با رسوم فرهنگی تطبیق داشته و تعداد آن برای خوابیدن مجزای افراد کافی باشد.

۳. **عملکرد گرمایشی:** گرم نگه‌داری لباس‌ها و همچنین عملکرد آن‌ها در برابر اثرات رطوبتی و همچنین شرایط آب و هوا بر آن‌ها، باید در نظر گرفته‌شود. جهت حصول اطمینان از رعایت سطح راحتی مردم از لحاظ گرما، ترکیبی از وسایل خواب و پوشاک باید در نظر گرفته‌شود. استفاده از تشک‌های عایق‌دار برای غلبه بر کاهش حرارت بدن در اثر تماس با زمین، می‌تواند مؤثرتر از تأمین پتوی اضافی باشد.

۴. **دوام:** پوشاک و وسایل خواب باید برای استفاده طولانی و در مقابل فرسایش عادی دوام داشته‌باشد.

۵. نیازهای خاص: افرادی که بیشتر در برابر خطر هستند، باید وسایل خواب و پوشاک بیشتری داشته باشند تا نیازهایشان رفع شود. این موارد شامل افراد دارای مشکلات عدم کنترل دفع، بیماری‌های مزمن، زنان باردار و شیرده، سالمندان و افراد دارای محدودیت‌های حرکتی نیز است. نوزادان، کودکان، کسانی که مشکل حرکتی دارند و سالمندان، امکان دفع حرارت بدنشان بیشتر است و از این رو، برای حفظ گرمای بدنشان، به پتو، پوشاک و امثال آن نیاز بیشتری خواهند داشت. سالمندان و بیماران با توجه به کم‌توان بودن و عدم تحرک، نیازمند توجه خاص، مثل دادن تشک یا تخت، هستند.

استاندارد ۳ اقلام غیر خوراکی: لوازم پخت‌وپز و خورد و خوراک

جمعیت آسیب‌دیده به وسایلی که از لحاظ فرهنگی برای تهیه و ذخیره غذا، پختن، خوردن و آشامیدن مناسب است، دسترسی دارند.

اقدام کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

احتیاجات مردم آسیب‌دیده برای ذخیره غذا، پخت‌وپز، خوردن و آشامیدن را شناسایی و امکان دسترسی آن‌ها به اقلام مناسب نیازهایشان را فراهم نمایید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

شاخص‌های کلیدی

هر خانوار یا هر گروه چهار یا پنج نفره، دو دیگ دارای دسته و در، برای کل خانواده، یک کاسه بزرگ برای تهیه یا کشیدن غذا، یک چاقوی آشپزخانه و دو قاشق بزرگ (کفگیر و ملاقه) برای کشیدن غذا در اختیار دارد (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

همه مردم آسیب‌دیده یک بشقاب گود، یک قاشق یا وسیله غذاخوری دیگر و یک لیوان یا وسیله آشامیدن دارند (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

نکات راهنما

۱. تناسب: گزینش اقلام مربوط به وسایل پختن و خوردن غذا باید از لحاظ فرهنگی مناسب باشد و امکان انجام کارها را به‌صورت ایمن فراهم کند. هنگام تشخیص این اقلام برای فراهم‌کردن، باید با زنان و کسانی که معمولاً غذا را تهیه می‌کنند، مشورت شود. تعداد وسایل تهیه غذا از لحاظ پخت جداگانه آن برای گروه‌های مختلف خانواده در یک خانوار یا تمایز غذاهای خاص در حین پخت، باید متناسب با رسوم فرهنگی باشد. نوع و اندازه ظروف

پخت‌وپز و خوردن غذا باید برای افراد سالمند، معلولان و کودکان مناسب باشد.

۲. مواد: اقلام پلاستیکی (سطل، کاسه، دبه، ظرف آب و غیره) همه باید از پلاستیک باکیفیت و مدل مناسب برای خوراک باشد. همه وسایل فلزی (کارد، قاشق، چنگال، کاسه، لیوان و غیره) باید از فولاد ضد زنگ یا آبکاری‌شده باشد.

استاندارد ۴ اقلام غیر خوراکی: اجاق‌ها، سوخت و روشنایی

جمعیت آسیب‌دیده به اجاق‌های ایمن کم‌مصرف و همچنین به مقدار کافی سوخت یا انرژی خانگی یا امکانات پخت‌وپز عمومی و هر خانوار برای تضمین ایمنی خود، به وسایل مناسب روشنایی دسترسی دارد.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- نیازهای مربوط به پخت‌وپز و غذاخوری خانوارها را شناسایی و با تضمین دسترسی آنان به اجاق‌های ایمن و کم‌مصرف، مقادیر کافی سوخت یا انرژی خانگی یا امکانات پخت‌وپز عمومی رفع کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- از ایمنی کاربری اجاق‌ها اطمینان حاصل کنید تا خطر آتش‌سوزی به حداقل برسد (رک. نکات راهنمای ۲ و ۳).
- منابع سوخت یا انرژی خانگی را که از لحاظ اقتصادی و زیست‌محیطی می‌تواند استمرار داشته‌باشد، شناسایی کنید و به آن‌ها اولویت بدهید (رک. نکته راهنمای ۴).
- مطمئن شوید که سوخت به میزان کافی در دسترس می‌باشد و به‌صورت سالم و ایمن ذخیره شده‌است (رک. نکته راهنمای ۵).
- نیاز خانوارها به روشنایی مصنوعی، پیوسته و قابل اطمینان را برطرف و دسترسی به کبریت یا وسایل دیگر برای روشن نمودن اجاق یا شمع‌ها را شناسایی و فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۶).

شاخص‌های کلیدی

- مردم آسیب‌دیده، اجاق‌های کم‌مصرف، مقادیر کافی سوخت یا انرژی خانگی را در اختیار دارند (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳).
- هیچ گزارشی از صدمه‌دیدن مردم به‌خاطر حوادث ناشی از کاربرد عادی اجاق‌ها و ذخیره

سوخت، اعلام نشده است (رک. نکات راهنمای ۴ و ۵).

مردم آسیب دیده به وسایل تأمین روشنایی مصنوعی ایمن و پیوسته و همچنین به کبریت یا وسایل دیگر برای روشن نمودن سوخت، شمع و غیره دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۶).

نکات راهنما

۱. **اجاق‌ها:** مشخصات اجاق‌ها با رسوم موجود، سازگار است. روش‌های پخت‌وپز همراه با صرفه‌جویی در انرژی، از جمله استفاده از اجاق‌های کم‌مصرف، آماده‌کردن هیزم، کنترل آتش، تهیه غذا، پخت‌وپز اشتراکی و غیره باید رواج یابد. در محل‌های اسکان اشتراکی، به‌منظور به حداقل رساندن خطر آتش‌سوزی و آلودگی ناشی از دود در داخل سرپناه‌ها، پیش‌بینی نقاطی برای پخت‌وپز مشترک یا آشپزخانه مرکزی، بر تهیه اجاق‌های انفرادی برای هر خانواده اولویت دارد (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۲ انتقال غذا، ص ۱۹۲).

۲. **تهویه:** برای هدایت گازها و دود حاصل از کار اجاق‌ها به بیرون، در اماکن سرپوشیده باید دودکش‌هایی برای اجاق‌ها نصب شود. جهت حصول اطمینان از این که تهویه مناسب در محوطه‌های سرپوشیده انجام می‌گیرد و برای به حداقل رساندن خطر مشکلات تنفسی، در ساختار سرپناه‌ها باید منافذ محافظت‌شده‌ای تعبیه شود.

۳. **ایمنی مشعل:** باید اجاق و اجزای سرپناه به‌صورت ایمن از یکدیگر جدا باشد. اجاق‌ها را در داخل سرپناه‌ها باید روی پایه نسوز قرارداد. اطراف دودکش نیز، در مسیر عبور آن از میان ساختمان سرپناه به بیرون، باید با مواد نسوز محافظت شود. اجاق‌ها را باید در هنگام استفاده، دورتر از محل ورودی و در جایی قرار داد که بتوان به آن‌ها دسترسی ایمن داشت.

۴. **منابع پایدار و قابل جایگزین سوخت:** منابع سوخت را، خصوصاً در جایی که جوامع میزبان یا ساکنان مناطق همجوار نیز به آن متکی هستند، باید مدیریت کرد. برای تضمین دوام منابع، باید خلأ آن‌ها را پر کرد؛ برای مثال، با درختکاری، قطع درختان و محو آن‌ها از جنگل‌های موجود را می‌توان جبران کرد. استفاده از منابع سوخت غیر سنتی، مثل آجرهای ساخته از خاک‌اره و سایر مواد ارگانیک، اگر مورد پذیرش مردم آسیب‌دیده باشد، باید مورد حمایت قرار گیرد.

۵. **جمع‌آوری و ذخیره‌سازی سوخت:** برای رسیدگی به مشکلات ایمنی فردی و رفع آن‌ها، باید با مردم آسیب‌دیده، خصوصاً زنان و دختران، درباره محل و وسایل جمع‌آوری سوخت برای پخت‌وپز و گرم‌کردن مشورت کرد. باید به نیاز تأمین سوخت و دسترسی به منابع آن، به‌ویژه برای افراد آسیب‌پذیر، از قبیل خانوارهای تحت سرپرستی زنان، مراقبین مبتلایان به بیماری‌های مزمن و یا اشخاص دارای محدودیت حرکتی، رسیدگی کرد. کاربرد اجاق‌هایی

که نیاز کمتری به سوخت دارد، مثلاً اجاق‌های کم‌مصرف، باید رواج یابد. سوخت را باید در فاصله امنی از خود اجاق قرار داد و هرگونه سوخت مایع، مثل نفت، را دور از دسترس کودکان و نوزادان نگهداری کرد.

۶. نورپردازی مصنوعی: فانوس‌ها و شمع‌ها می‌تواند منبع روشنایی متداولی باشد که تدارک آن نیز آسان است، هرچند باید خطر آتش‌سوزی این موارد را نیز ارزیابی کرد. برای کمک به ایمنی شخصی در داخل و اطراف سرپناه‌ها که به‌طور کلی در آن‌جا نور کم است، از انواع دیگر منابع روشنایی مصنوعی، مثل دیودهای تابشگر (یا LED) و پانل‌های خورشیدی برای تولید برق در محل استفاده کنید.

استاندارد ۵ اقلام غیر خوراکی: ابزارها و اتصالات

جمعیت آسیب‌دیده‌ای که مسئولیت ساخت و نگهداری سرپناه یا آواربرداری را خود برعهده می‌گیرند، به ابزارها و اتصالات لازم و آموزش تکمیلی دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

نیاز مردم آسیب‌دیده را - که مسئولیت ساخت ایمن تمام یا بخشی از سرپناه یا امکانات اشتراکی خود، تعمیر و نگهداری اصل آن‌ها و آواربرداری را برعهده دارند -، به ابزار و اتصالات لازم، شناسایی و برطرف کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

اطمینان یابید که سازوکارهای مناسب برای بهره‌برداری، تعمیر، نگهداری و حفظ ایمنی ابزارها و اتصالات، در جایی که این اقلام برای استفاده عمومی فراهم شده، مورد توافق و درک همگان قرار گرفته‌است (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

در صورت لزوم، استفاده از ابزارها، ساخت، تعمیر و نگهداری بنا و آواربرداری را آموزش دهید (رک. نکته راهنمای ۳).

شاخص‌های کلیدی

همه خانوارها و گروه‌های اجتماعی برای برعهده گرفتن ساخت‌وساز، تعمیر و نگهداری بناها و آواربرداری، به ابزارها و تجهیزات لازم دسترسی دارند (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

همه خانوارها یا گروه‌های اجتماعی به آموزش و افزایش آگاهی برای کاربرد ابزارها و اتصالات تأمین‌شده، دسترسی دارند (رک. نکته راهنمای ۳).

نکات راهنما

۱. **دسته‌بندی ابزارهای متداول:** ابزارها و اتصالاتی که تأمین می‌شود، باید برای افراد شناخته‌شده و مناسب شرایط باشد. ابزارآلاتی از قبیل میخ‌هایی در اندازه‌های مختلف، سیم‌های بکسل گالوانیزه و طناب، و نیز ابزارهایی جهت مرتب‌کردن و اندازه‌گیری را باید در نظر داشت. باید ابزارهای اشتراکی را که ممکن است برای مدتی مورد نیاز و یا در شرایطی کمیاب باشد، تأمین کرد. هرگونه استفاده مشترک، نگهداری و امانت این ابزارها، باید پیش از توزیع، مورد توافق قرارگیرد.
۲. **فعالیت‌های تأمین معاش:** در صورت امکان، ابزارهای فراهم‌شده باید برای فعالیت‌های امرار معاش نیز قابل استفاده باشد. کاربرد ابزارها باید تحت نظارت قرارگیرد تا از هرگونه اثرگذاری منفی بر محیط زیست (از قبیل بهره‌برداری غیر مجاز یا غیر قابل جبران از منابع محیط زیست) یا استفاده اشتراکی از ابزارها پرهیز شود.
۳. **آموزش و کمک‌های فنی:** در فعالیت‌های طراحی‌شده مربوط به استفاده و نگهداری ایمن از ابزارها، باید آموزش و افزایش آگاهی نیز گنجانده شود. کمک به اعضای خانواده‌های گسترده و همسایگان یا کارهای ساختمانی که با انعقاد قراردادهای تعمیر و نگهداری انجام می‌گیرد، باید برای خانوارهای تحت سرپرستی زنان و سایر افراد آسیب‌پذیر نیز فراهم شود (رک. استاندارد ۴ سرپناه و اسکان، نکته راهنمای ۱، ص ۲۷۴).



پیوست ۱

چک‌لیست ارزیابی سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی

این پرسش‌ها راهنما و چک‌لیستی، برای حصول اطمینان از تناسب اطلاعات دریافتی است که در امدادرسانی به سرپناه پس از بحران کاربرد دارد. این فهرست قابل تغییر است و می‌تواند در هر شکل لازم، تنظیم و استفاده شود. فرض بر این است که اطلاعات درباره دلایل بروز بحران، شرایط امنیتی و داده‌های آماری اساسی مربوط به جمعیت‌های آواره، میزبان و افراد اصلی، برای مشاوره و برقراری تماس، به‌صورت مجزا به‌دست می‌آید (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲).

۱. سرپناه و اسکان

ارزیابی و هماهنگی

- آیا سازوکاری برای هماهنگی میان آژانس‌ها، مسئولان مربوط و فعالان این امر، تأسیس شده‌است؟
- درباره جمعیت آسیب‌دیده چه اطلاعات پایه‌ای در دسترس است و خطرات متداول و فعلی آسیب‌پذیری‌ها چیست؟
- آیا هیچ‌گونه برنامه اضطراری موجود است که بتوان از اطلاعات آن در امدادرسانی‌ها استفاده کرد؟
- چه اطلاعاتی از ارزیابی‌های مقدماتی در دسترس است؟
- آیا هیچ‌گونه ارزیابی بین آژانس‌ها یا چندبخشی طراحی شده‌است و آیا این ارزیابی، شامل سرپناه، اسکان و اقلام غیر خوراکی می‌شود؟

آمارها

- یک خانواده معمولی از چند نفر تشکیل شده‌است؟
- در میان جمعیت آسیب‌دیده، با تفکیک جنس و سن، چند نفر وجود دارند که تشکیل یک

خانواده معمولی را نمی‌دهند (مانند کودکان بی‌سرپرست یا اقلیت‌های خاص با تعداد غیر عادی نفرات در خانواده)؟

چه تعداد از خانوارهای آسیب‌دیده، سرپناه مناسب ندارند و این خانوارها کجا زندگی می‌کنند؟

به تفکیک جنس و سن، چند نفر که عضو هیچ خانواری نیستند، سرپناهی ندارند و یا سرپناشان مناسب نیست و این افراد کجا هستند؟

چند خانوار آسیب‌دیده که فاقد سرپناه مناسب‌اند، آواره نشده‌اند و با دریافت کمک، می‌توانند در خانه اصلی خود بمانند؟

چه تعداد از خانوارهای آسیب‌دیده، آواره شده‌اند و نیاز دارند که نزد خانواده‌های میزبان و یا اقامتگاه‌های جمعی موقت، اسکان یابند؟

چند نفر، به تفکیک جنس و سن، به امکانات عمومی، مانند مدرسه، کلینیک‌های بهداشتی و مراکز عمومی، دسترسی ندارند؟

خطرات

در اثر فقدان سرپناه مناسب، چه خطری زندگی مردم را تهدید می‌کند و چه تعدادی در خطر هستند؟

علاوه بر خطرات دیگر، درخصوص تأمین سرپناه چه خطرهای بالقوه دیگری در برابر زندگی، سلامتی و امنیت مردم آسیب‌دیده وجود دارد؟

خطرات خاص مربوط به عدم سرپناه مناسب برای افراد آسیب‌پذیر، از قبیل زنان، کودکان، اطفال بی‌سرپرست، معلولان یا مبتلایان به بیماری‌های مزمن، و دلیل آن‌ها چیست؟

گروه‌های آواره چه تأثیری بر جمعیت میزبان گذارده‌اند؟

چه خطرات بالقوه‌ای درباره برخورد یا تبعیض میان گروه‌های مختلف جمعیت آسیب‌دیده وجود دارد؟

منابع و محدودیت‌ها

منابع مادی، مالی و انسانی جمعیت آسیب‌دیده برای رفع همه یا قسمتی از نیاز اضطراری آن‌ها به سرپناه چیست؟

مشکلات مربوط به دسترسی زمین، مالکیت و استفاده از آن، جهت رفع نیاز فوری به سرپناه،

از جمله اردوگاه‌های جمعی موقت، در صورت لزوم، کدام‌ها است؟

• جمعیت‌های میزبان برای پذیرش گروه‌های آواره در اقامتگاه‌های خود و یا در جوار آن‌ها، با چه مشکلاتی روبه‌رو هستند؟

• فرصت‌ها و مشکلات استفاده از ساختمان‌ها یا بناهای موجود در دسترس و آسیب‌نדיده، برای اسکان موقت جمعیت‌های آواره کدامند؟

• موقعیت دقیق و محیط طبیعی محل، تا چه اندازه برای استفاده به‌عنوان محل اسکان موقت مناسب است؟

• الزامات و محدودیت‌های قانونی مسئولان محلی برای ایجاد اسکان موقت کدامند؟

مصالح، طراحی و ساخت

• تاکنون برای نیاز سرپناه، چه راهکارها یا مصالحی از طرف مردم آسیب‌دیده و سایر فعالان، ارائه یا تأمین شده‌است؟

• کدام مصالح موجود در محل تخریب را می‌توان بازیافت کرد و در بازسازی سرپناه‌ها به‌کاربرد؟

• سبک و روش متداول ساختمان‌سازی مردم آسیب‌دیده چیست و از چه مصالح مختلفی برای ساختن اسکلت، بام‌ها، و دیوارکشی‌های خارجی استفاده می‌کنند؟

• چه طرح‌ها یا مواد جایگزینی، به‌صورت بالقوه در دسترس هست که برای جمعیت آسیب‌دیده آشنا و پذیرفتنی باشد؟

• برای تضمین ایمنی و دسترسی آسان به سرپناه‌ها، در زمان استفاده اعضای جمعیت آسیب‌دیده، و خصوصاً افرادی که مشکلات حرکتی دارند، رعایت چه جنبه‌هایی در طراحی سرپناه‌ها، ضروری است؟

• معمولاً چه کسانی و چگونه سرپناه‌ها را می‌سازند؟

• به‌طور معمول مصالح ساختمانی را چه کسانی و چگونه تأمین می‌کنند؟

• چگونه می‌توان زنان، جوانان، معلولان و سالمندان را برای مشارکت در ساخت سرپناه‌های خودشان آموزش داد و محدودیت‌های این کار چیست؟

• آیا کمک بیشتر، از طریق مشارکت داوطلبانه یا قراردادی، و یا کمک فنی برای حمایت افراد یا خانوارهای فاقد توان ظرفیت یا فرصت ساخت‌وساز، لازم است؟

فعالیت‌های خانوادگی و امرار معاش

- به‌طور معمول در محل سرپناه‌ها یا در مجاورت آن، چه فعالیت‌هایی در زمینه‌های خانوادگی و امرار معاش صورت می‌گیرد و پیش‌بینی محل برای این فعالیت‌ها در طراحی سرپناه‌ها، چه تأثیری در انعکاس این فعالیت‌ها خواهد داشت؟
- با تأمین مصالح و ساخت سرپناه‌ها و اقامتگاه‌ها، چه فرصت‌هایی را برای حمایت پایدار قانونی و زیست‌محیطی، می‌توان فراهم کرد؟

خدمات اساسی و امکانات عمومی

- وضع دسترسی به آب آشامیدنی و بهداشت فردی در حال حاضر چگونه است و چه امکانات و محدودیت‌هایی برای رفع نیازهای پیش‌بینی‌شده وجود دارد؟
- امکانات رفاهی (مراکز بهداشت، مدرسه، اماکن مذهبی)، در حال حاضر به چه صورتی تأمین می‌شود و چه فرصت‌ها و محدودیت‌هایی برای دسترسی به این امکانات وجود دارد؟
- اگر جمعیت آسیب‌دیده در حال حاضر از اماکن عمومی، خصوصاً مدارس، به‌عنوان سرپناه استفاده می‌کند، برای ادامه فعالیت خاص این اماکن عمومی، چه تضمین و مهلتی وجود دارد؟

تأثیرگذاری بر جامعه میزبان و محیط زیست

- جامعه میزبان نگران چه موضوعاتی است؟
- موضوعات سازمانی و فیزیکی در برنامه‌ریزی اسکان جمعیت آواره، در میان جامعه میزبان یا در محل‌های اسکان موقت، کدام‌ها هستند؟
- چه نگرانی‌هایی درباره تأمین مصالح ساختمانی، از لحاظ محیط زیست محلی، وجود دارد؟
- چه نگرانی‌هایی درباره نیاز مردم آسیب‌دیده به سوخت، بهداشت، دفع زباله، چرای دام‌ها و غیره، از لحاظ محیط زیست محلی وجود دارد؟



۲. اقلام غیر خوراکی

اقلام غیر خوراکی لازم

- مهم‌ترین اقلام لازم برای جمعیت آسیب‌دیده کدام‌اند؟
- آیا می‌توان هیچ‌یک از این اقلام پراهمیت را به‌صورت محلی تأمین کرد؟
- آیا استفاده از وجه نقد یا حواله ممکن است؟
- آیا برای تکمیل تأمین مصالح مورد نیاز برای ساخت سرپناه، به کمک فنی نیاز است؟

پوشاک و لوازم خواب

- زنان، مردان، کودکان و نوزادان، زنان باردار و شیرده و سالمندان معمولاً از چه نوع لباس، پتو و لوازم خوابی استفاده می‌کنند و ملاحظات خاص اجتماعی و فرهنگی در این باره چیست؟
- چه تعداد از زنان و مردان سنین مختلف و کودکان و نوزادان، لباس مناسب و کافی، پتو یا لوازم خواب برای حفاظت در برابر اثرات نامطلوب آب و هوا و همچنین حفظ سلامت، کرامت و رفاه خود ندارند؟
- بابت نیاز به لباس مناسب، پتو یا وسایل خواب، چه خطراتی به‌صورت بالقوه، زندگی، سلامتی و ایمنی فردی جمعیت آسیب‌دیده را تهدید می‌کند؟
- جهت تضمین سلامت و رفاه خانوارها، چه اقداماتی برای کنترل ناقل‌های بیماری، خصوصاً از لحاظ تهیه پشه‌بند، به‌عمل آمده است؟

پخت‌وپز، خوراک، اجاق‌ها و سوخت

- خانواده‌ها پیش از بحران، معمولاً از چه ظرفی برای پخت‌وپز و خوردن غذا استفاده می‌کردند؟
- چه تعداد از خانوارها به ظروف کافی برای پختن و خوردن غذا، دسترسی ندارند؟
- جمعیت آسیب‌دیده معمولاً غذایشان را چگونه و در کجا طبخ و خانه‌هایشان را چطور گرم می‌کردند؟
- پیش از بحران معمولاً از کدام سوخت‌ها استفاده می‌شد و این سوخت را از کجا به‌دست می‌آوردند؟

- چه تعداد از خانوارها برای پخت‌وپز و تأمین گرما، اجاق ندارند؟
- چه تعداد از خانوارها به مقدار کافی سوخت، جهت پخت‌وپز و تأمین گرما، دسترسی ندارند؟
- فرصت‌ها و محدودیت‌ها، به‌ویژه نگرانی‌های مربوط به محیط زیست طبیعی، درباره تأمین مقادیر کافی سوخت برای جمعیت آسیب‌دیده و ساکنان مناطق همجوار، کدام‌اند؟
- تأمین سوخت کافی بر جمعیت آسیب‌دیده، خصوصاً زنان، چه تأثیری می‌گذارد؟
- کدام موارد فرهنگی مربوط به طبخ و صرف غذا را باید در نظر داشت؟

ابزار و تجهیزات

- خانوارها به کدام ابزار اولیه برای تعمیر، ساخت یا نگهداری سرپناه‌هایشان دسترسی دارند؟
- در کدام فعالیت‌های حمایت، که به شکل تأمین هزینه‌های زندگی انجام می‌گیرد، می‌توان از ابزارهای اولیه برای ساخت، تعمیر و نگهداری سرپناه‌ها و آواربرداری استفاده کرد؟
- چه آموزش یا فعالیت‌هایی برای افزایش آگاهی درباره استفاده ایمن از ابزارها، لازم است؟



مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه

اسناد حقوقی بین‌المللی

- حق سرپناه مناسب (مقاله ۱۱ (۱) عهدنامه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)، بیانیه عمومی ۴ CVECSR، ۱۲ دسامبر ۱۹۹۱. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.
- کنوانسیون محو همه تبعیض‌ها علیه زنان (۱۹۸۱)؛ مقاله ۱۴(h)(2).
- کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۹۰)؛ مقاله ۲۷(۳).
- کنوانسیون بین‌المللی محو همه تبعیض‌های نژادی (۱۹۶۹)؛ مقاله ۵(iii)(e).
- کنوانسیون بین‌المللی مربوط به شرایط پناهندگان (۱۹۵۴)؛ مقاله ۲۵.

عمومی

- Corsellis, T and Vitale, A (۲۰۰۵)، اسکان ترانزیت موقت: جمعیت‌های آواره. اکسفام. آکسفورد.
- Davis, J و Lambert, R (۲۰۰۲)، مهندسی در بحران‌ها: یک راهنمای عملی برای کارکنان امدادی. انتشارات رد آر/آی تی لندن.
- شبکه میان آژانس‌ها برای آموزش در بحران‌ها: آمادگی، امدادرسانی، فعالیت‌های بازسازی. نیویورک

www.ineesite.org

- کمیته دائمی بین آژانس‌ها (IASC) (۲۰۰۸)، پروژه‌های سرپناه ۲۰۰۸. خوشه سرپناه اضطراری IASC. ژنو.

فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر (IFRC) (۲۰۱۰)، قوانین بازسازی خانه‌ها با انگیزه مالکان. ژنو.

IFRC و برنامه اسکان بشر سازمان ملل متحد (UN Habitat) (۲۰۱۰)، پروژه سرپناه (۲۰۰۹).

IFRC ژنو.

OCHA (۲۰۱۰)، سرپناه پس از بحران: راهبردهای اسکان ترانزیت موقت و بازسازی. ژنو.
کنسرسیوم ProVent (۲۰۰۷)، ابزارهایی برای کاهش خطرات بحران‌ها: طراحی ساختمان، استانداردهای ساختمانی و انتخاب محوطه، نکته راهنمای ۱۲. ژنو.
سازمان امدادرسانی سازمان ملل در بحران‌ها (UNDRO) (۱۹۸۲)، سرپناه پس از بحران: قوانینی برای امداد. ژنو.

کمیساریای پناهندگان سازمان ملل (۲۰۰۷)، کتاب راهنمای بحران‌ها. چاپ سوم. ژنو.
دفتر سازمان ملل برای هماهنگی امور بشردوستانه (OCHA)، کمیساریای پناهندگان سازمان ملل (UNHCR)، دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل (UNCHR)، سازمان خواروبار و کشاورزی سازمان ملل (FAO)، سازمان امور پناهندگی نروژی (NRC) (۲۰۰۶)، کتاب راهنمای اجرای اصول سازمان ملل درباره حقوق اعاده مسکن و اموال پناهندگان و افراد آواره (Pinheir Principles).
بانک جهانی (۲۰۱۰)، کتاب راهنما برای خانه‌سازی و بازسازی جامعه پس از بحران. واشنگتن دی سی.

اماکن اسکان جمعی موقت

خوشه OCCM (۲۰۰۵)، قوانین مرکز تجمع. کمیساریای پناهندگان و سازمان بین‌المللی مهاجرت. ژنو.
NRC (۲۰۰۸)، بسته ابزار مدیریت اردوگاه. اسلو.

محیط

Kelly, C (۲۰۰۵)، قوانینی برای ارزیابی تأثیرگذاری‌ها بر محیط در بحران‌ها. مرکز پژوهش‌های مربوط به بلایای بنفیلد، یونیورسیتی کالج لندن و CARE بین‌المللی. لندن.
Kelly, C (۲۰۰۵)، قوانین مبتنی بر چک‌لیست برای شناسایی ملاحظات مهم زیست‌محیطی در انتخاب، ساختمان، مدیریت و قطع بهره‌برداری از محوطه‌های اسکان اضطراری. شبکه ProAct و CARE International.

UNHCR (۲۰۰۲)، ملاحظات زیست‌محیطی در چرخه زندگی اردوگاه‌های پناهندگی. ژنو.
WWF و صلیب سرخ آمریکا (۲۰۱۰)، فعالیت‌های بازسازی سبز و بسته ابزار بازسازی برای

کمک‌های بشردوستانه. واشنگتن دی سی.

www.worldwidelifelife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

وجه نقد، حواله و ارزیابی بازار

آلبو، ام (۲۰۱۰)، گردآوری اطلاعات درباره بازار در بحران‌ها و بسته ابزار تحلیل. انتشارات پراکتیکال اکشن. راگبی، انگلستان

کرتی، پی و جاسپرز، اس (۲۰۰۶)، برنامه‌ریزی برای انتقال وجه نقد در بحران‌ها. اکسفام. آکسفورد. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC) و IFRC (۲۰۰۷)، دستورالعمل برای برنامه‌ریزی انتقال وجه نقد. ژنو.

ناتوانی‌ها

هندی‌کپ اینترنشنال، چک‌لیست ناتوانی برای امدادرسانی به بحران.

www.handycap-international.de/fileadmin/redktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf

جنسیت

IASC (۲۰۰۶) زنان، دختران، پسران و مردان: نیازهای مختلف - فرصت‌های برابر: کتاب راهنما برای اقدامات بشردوستانه. ژنو.

حمایت روانی - اجتماعی

IASC (۲۰۰۷)، رهنمودهایی برای بهداشت فکری و حمایت روانی - اجتماعی در چیدمان‌های بحران. ژنو.

مدارس و ساختمان‌های عمومی

راهبرد بین‌المللی سازمان ملل برای کاهش بحران‌ها، INEE، بانک جهانی (۲۰۰۹)، نکات راهنما برای ساختن مدارس امن.

اقلام غیر خوراکی و اقلام اضطراری

خوشه سرپناه اضطراری IASC (۲۰۰۷)، انتخاب اقلام غیرخوراکی برای سرپناه‌ها. ژنو. ستاد IASC برای دسترسی ایمن به هیزم و انرژی‌های جایگزین در چیدمان‌های بشردوستانه (۲۰۰۹)، دیاگرام‌های تصمیم‌گیری درباره عوامل مؤثر در گزینش راهبرد سوخت در چیدمان‌های بشردوستانه. ژنو.

ICRC و IFRC (۲۰۰۹)، فهرست اقلام اضطراری. چاپ سوم. ژنو.

IFRC و اکسفام بین‌المللی (۲۰۰۷)، زیرانداز یا روکش‌های پلاستیکی: راهنمایی برای ویژگی‌ها و موارد استفاده زیرانداز یا روکش‌های پلاستیکی در امدادسانی‌های بشردوستانه. آکسفورد.

دفاتر خدمات تدارکاتی بین‌آژانس‌ها (۲۰۰۲)، اقلام امدادی در بحران‌ها: خلاصه ویژگی‌های مشابه (Compendium of Generic Specifications) جلد ۱ و جلد ۲. برنامه عمران سازمان ملل. نیویورک.

OCHA (۲۰۰۴)، چادر: رهنمودی برای استفاده و تدارک چادرهای خانوادگی در امدادسانی‌های بشردوستانه. ژنو.



حداقل استانداردها
برای اقدامات
بهداشتی



چگونه از این فصل استفاده کنیم؟

این فصل به دو بخش اصلی تقسیم شده است:

نظام‌های بهداشتی

خدمات ضروری بهداشتی

برای سازماندهی خدمات بهداشتی در امداد رسانی به بحران، یک روش نظام‌مند بهداشتی برای طراحی، اجرا، نظارت و ارزیابی خدمات بهداشتی در پیش گرفته می‌شود. این کار، بهترین روشی است که ترجیح نیازهای بهداشتی و رفع آن‌ها به صورتی سودمند و مؤثر را تضمین می‌کند. همواره بر اصول حمایت از نظام‌های بهداشتی محلی و ملی، هماهنگی و یکسان‌سازی ابزارها و روش‌ها تأکید شده است.

باید با این فصل، به طور همزمان از اصول حمایت و استانداردهای کانونی استفاده کرد. گرچه هدف اصلی حداقل استانداردها، تأثیر بیشتر امداد رسانی به بحران‌ها است، اما از این استانداردها در حین آمادگی برای امداد رسانی‌ها نیز می‌توان استفاده کرد.

هر فصل شامل بخش‌های زیر است:

- **حداقل استانداردها:** این استانداردها درحقیقت کیفی است و کمترین سطوحی را که در امداد رسانی‌های مربوط به پیشگیری‌های بهداشتی باید به آن‌ها دست یافت، مشخص می‌کند.
- **اقدامات کلیدی:** شامل اقدامات و اطلاعاتی پیشنهادی برای کمک به رفع نیازها است.
- **شاخص‌های کلیدی:** این موارد «علائمی» است که نشان می‌دهد، استاندارد رعایت شده است یا خیر. این شاخص‌ها راهی برای سنجش و برقراری ارتباط با فرایندها و نتایج اقدامات کلیدی فراهم می‌کند؛ و به حداقل استانداردها مربوط است، نه اقدامات کلیدی.
- **نکات راهنما:** شامل نکاتی است که هنگام به کار بستن حداقل استانداردها، اقدامات و شاخص‌های کلیدی باید آن‌ها را در نظر گرفت. این نکته‌ها راهکارهایی برای رسیدگی به مشکلات عملی، محک‌ها یا توصیه‌هایی درباره موضوعات اولویت‌دار ارائه می‌دهد. ضمناً ممکن است شامل موضوعات مهمی درباره استانداردها، اقدامات یا شاخص‌ها باشد و پیچیدگی‌ها، مناقشه‌ها یا تفاوت‌ها و خلا‌ها را نیز توضیح بدهد.

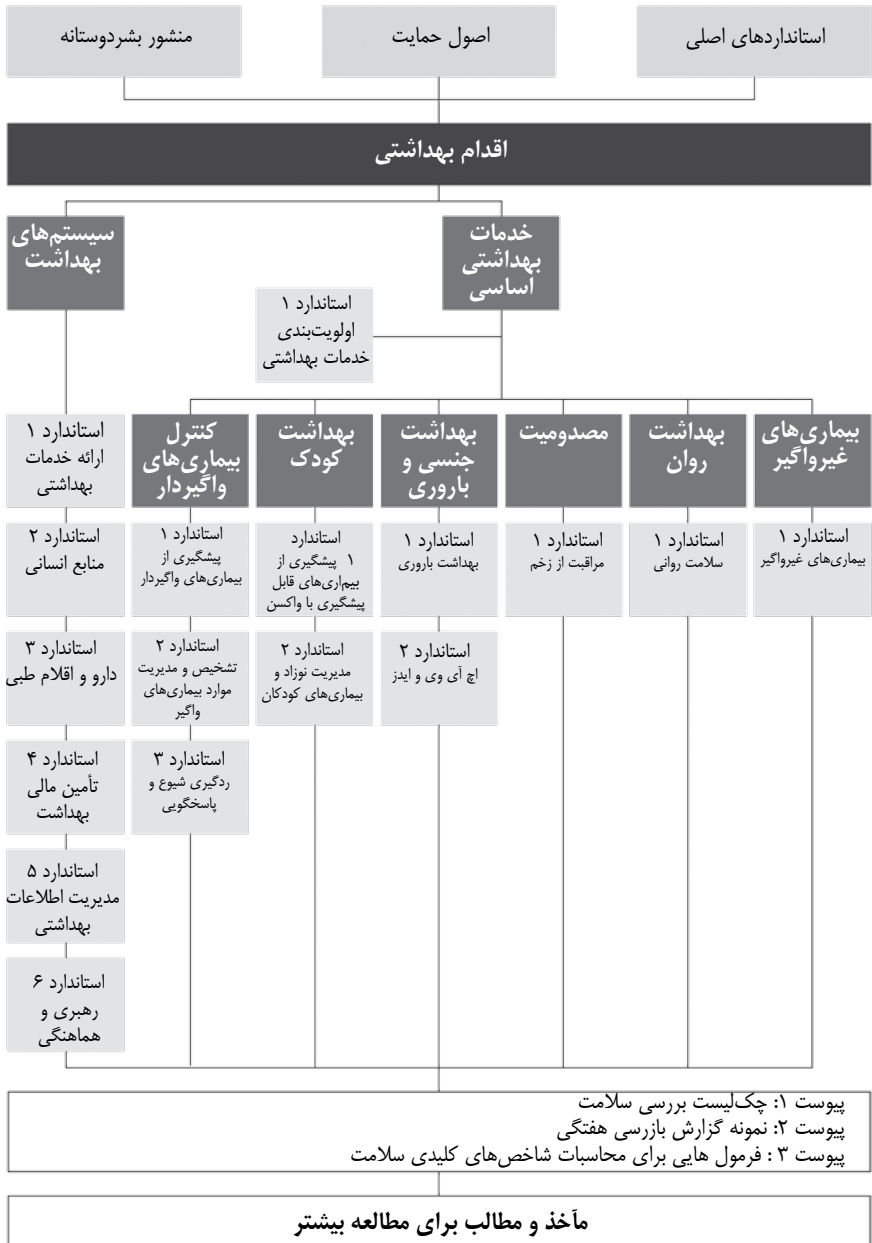
اگر نمی‌توان به اقدامات و شاخص‌های کلیدی لازم دست یافت، عوامل نامطلوبی که بر مردم آسیب‌دیده تأثیر می‌گذارد، باید مشخص شود و اقدامات مناسبی برای کاستن از آنچه نامطلوب است، به عمل آید.

پیوست‌های انتهای این فصل، شامل چک‌لیست‌هایی برای ارزیابی خدمات، فرم‌های نمونه بازرسی و فرمول‌هایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت است. همچنین بخش «ماخذ و منابع» بیشتر برای مطالعه نیز ارائه شده است.

فهرست مطالب

مقدمه	۳۰۵
۱. نظام‌های بهداشتی	۳۱۰
۲. خدمات ضروری بهداشتی	۳۲۴
۱ - ۲: خدمات ضروری بهداشتی - کنترل بیماری‌های واگیر	۳۲۶
۲ - ۲: خدمات ضروری بهداشتی - بهداشت کودک	۳۳۶
۳ - ۲: خدمات ضروری بهداشتی - بهداشت جنسی و باروری	۳۴۰
۴ - ۲: خدمات ضروری بهداشتی - جراحی	۳۴۷
۵ - ۲: خدمات ضروری بهداشتی - بهداشت روانی	۳۴۹
۶ - ۲: خدمات ضروری بهداشتی - بیماری‌های غیر واگیر	۳۵۲
پیوست ۱: چک‌لیست ارزیابی بهداشت	۳۵۴
پیوست ۲: فرم‌های نمونه بازرسی هفتگی	۳۵۷
پیوست ۳: فرمول‌هایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت	۳۶۲
مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه	۳۶۵





مقدمه

ارتباط با منشور بشردوستانه و حقوق بین‌الملل

حداقل استانداردها در اقدامات بهداشتی، بیان عملی اعتقادات مشترک و تعهدات آژانس‌های بشردوستانه، و اصول مشترک، حقوق و وظایف حاکم بر امدادسانی مندرج در منشور بشردوستانه است. این اصول که بنیان آن‌ها بر اصول بشریت گذاشته شده، شامل حق زندگی با حفظ کرامت، حق برخورداری از حمایت و ایمنی و حق دریافت کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز است. در پیوست ۱ (رک. ص ۳۵۴) فهرستی از اسناد اصلی حقوقی و راهبردی، همراه با اظهارات توضیحی برای کارکنان بشردوستانه، به‌عنوان مرجع وجود دارد.

گرچه تا آن‌جا که به حقوق مذکور مربوط است، بار اصلی مسئولیت را دولت‌ها بر دوش دارند، اما آژانس‌های بشردوستانه نیز در قبال جمعیت‌های آسیب‌دیده مسئولیتی دارند که باید آن را به‌صورت سازگار با این حقوق به انجام برسانند. از این حقوق عمومی تعدادی موارد استحقاقی دیگر منشعب می‌شود - که از جمله آن‌ها به حقوق مشارکت، اطلاعات و عدم تبعیض می‌توان اشاره کرد که مبنای استانداردهای کانونی و همچنین حقوق خاص مربوط به آب، غذا و سلامتی را تشکیل می‌دهد - که استحکام بخش حداقل استانداردها مورد اشاره در این کتاب راهنما است.

هرکسی حق بهره‌مندی از بهداشت را به‌طوری که در اسناد حقوقی بین‌المللی به رسمیت شناخته شده دارد. حق بهره‌مندی از بهداشت تنها زمانی می‌تواند تضمین شود که جمعیت مورد حمایت قرار بگیرد، مشروط به این‌که افراد حرفه‌ای مسئول نظام بهداشت به‌خوبی آموزش دیده باشند و به مبنای اخلاقی پذیرفته شده بین‌المللی و استانداردهای حرفه‌ای پایبند باشند، نظامی که در آن کار می‌کنند طوری طراحی شده باشد که حداقل استانداردها را در رفع نیازها رعایت کند، و دولت اراده و توان برقراری این شرایط ایمنی و ثبات را داشته‌باشد. در زمانی که برخوردهای مسلحانه در جریان است، بیمارستان‌های خصوصی، و مراکز بهداشتی تحت هیچ شرایطی نباید مورد حمله قرار گیرند، و کارکنان بهداشتی و درمانی حق دارند که تحت حمایت قرار گیرند. انجام اقدامات یا فعالیت‌هایی که بی‌طرفی مراکز بهداشتی را به خطر می‌اندازد، مانند حمل اسلحه، ممنوع است.

حداقل استانداردها در این فصل بیان کامل حق بهره‌مندی از بهداشت نیست. اما، استانداردهای اسفیر محتوای کانونی حق بهره‌مندی از بهداشت را، خصوصاً در زمان بحران‌ها، منعکس و به درک تدریجی این حق به‌صورت جهانی کمک می‌کند.



اهمیت اقدامات بهداشتی در بحران‌ها

دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، در مراحل اولیه بحران‌ها برای بقا اهمیت زیادی دارد. بحران‌ها تقریباً همیشه تأثیر مهمی در بهداشت عمومی و رفاه جمعیت‌های آسیب‌دیده دارد. اثراتی که بر بهداشت عمومی گذاشته می‌شود، می‌تواند مستقیم (مانند مرگ در شورش‌ها یا مجروح شدن) یا غیرمستقیم (مانند افزایش میزان عفونت‌ها و یا سوء تغذیه) باشد. تأثیرات غیرمستقیم بهداشت معمولاً با عواملی مانند عدم رضایت از کمیت یا کیفیت آب، مختل شدن نظام بهداشت، بروز اختلال در خدمات بهداشتی یا کاهش دسترسی به آن و وخامت امنیت غذایی مرتبط است. فقدان امنیت، محدودیت‌های آموشد، آوارگی مردم و وخامت شرایط زندگی (ازدحام جمعیت و عدم وجود سربانه کافی)، نیز تهدیدهایی را در برابر بهداشت عمومی قرار می‌دهد. تغییرات جوی نیز به صورت بالقوه، آسیب‌پذیری‌ها و خطرات را افزایش می‌دهد.

نخستین هدف امدادرسانی بشردوستانه به بحران‌های بشری، پیشگیری از مرگ‌ومیر بیش از حد است. هدف اصلی، حفظ نرخ خام مرگ‌ومیر (CMR)، به‌ویژه مرگ کودکان زیر ۵ سال (U5MR) یا کاهش آن به زیر دو برابر نرخ پایه، نرخ است که پیش از بحران برای جمعیت ثبت شده بود (رک). جدول مرجع حدود اطلاعاتی مربوط به مرگ‌ومیر برای هر منطقه، ص ۳۱۱). انواع مختلف بحران با انواع معیارها و الگوهای مرگ‌ومیر همراه است (رک). جدول مربوط به تبعات بحران‌های ویژه؛ بنابراین نیازهای بهداشتی یک جمعیت آسیب‌دیده، به تناسب نوع و میزان بحران، متفاوت خواهد بود.

امدادرسانی بخش بهداشت، عبارت است از تأمین خدمات بهداشتی اساسی، ازجمله اقدامات مربوط به پیشگیری و ترویج که در کاهش خطر سلامتی مؤثر است. خدمات اساسی بهداشتی عبارتند از اولویت‌هایی که در اقدامات بهداشتی در نظر گرفته می‌شود. انجام خدمات اساسی بهداشتی، باید با اقداماتی برای تقویت نظام بهداشت حمایت شود. نحوه برنامه‌ریزی، سازماندهی و اجرای برنامه‌های بهداشتی در امدادرسانی به بحران نیز، موجب بهبود نظام‌های بهداشت و احیا و توسعه آن‌ها در آینده می‌شود.

برای تعیین سطح عملکرد نظام بهداشت و شناسایی محدودیت‌های عمده آن در ارائه خدمات و دسترسی به آن‌ها، تحلیلی از نظام بهداشت موجود لازم است. در آغاز هر بحران، ممکن است اطلاعات کافی نباشد و تصمیمات مهم مربوط به بهداشت عمومی، بدون اطلاعات کافی گرفته شود. باید هرچه سریع‌تر یک بررسی در چند بخش از فعالیت‌ها صورت بگیرد (رک). استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲).

آمادگی بهتر منجر به امدادرسانی به تر نیز می‌شود. مبنای آمادگی بر تحلیل خطرات قرار دارد و با نظام‌های اخطار فوری مرتبط است. آمادگی عبارت است از: برنامه‌ریزی برای حوادث غیر مترقبه، ذخیره تجهیزات و اقلام، خدمات اضطراری و تدارکات جهت آماده‌باش، آموزش پرسنل،

برنامه‌ریزی در سطح جامعه، مانور و تمرینات. اعمال مقررات سازمانی، می‌تواند تعداد مرگ‌ومیر و جراحات‌های جدی همراه با زلزله را به میزان فاحشی کاهش دهد و یا تضمین کند که ساختمان‌ها پس از بحران برپا خواهند ماند.

تأثیرات بحران‌های خاص بر بهداشت

توجه کنید: الگوهای مرگ‌ومیر حتی در انواع خاص بحران در شرایط مختلف، تفاوت فاحشی با یکدیگر دارند.

اثر	بحران‌های پیچیده	زلزله	طوفان بدون سیل	سیل	طوفان سیل / سونامی
مرگ	خیلی	خیلی	معدود	معدود	خیلی
جراحات‌های شدید	متغیر	خیلی	معتدل	معدود	معدود
تشدید خطر بیماری‌های واگیر	بالا	متغیر*	کم	متغیر*	متغیر*
کمبود غذا	عادی	به‌ندرت	به‌ندرت	متغیر	عادی
جابه‌جایی‌های عمده جمعیت	عادی	به‌ندرت (در مناطق به‌شدت آسیب‌دیده شهری)	به‌ندرت (در مناطق به‌شدت آسیب‌دیده شهری)	عادی	متغیر

* بستگی به آوارگی‌های پس از بحران و شرایط زندگی جمعیت دارد.

منبع: برگرفته از سازمان بهداشت پان آمریکا، ۲۰۰۰

ارتباط با فصول دیگر

از آن‌جاکه عوامل دیگر نیز بر شرایط بهداشتی تأثیرگذار است، بسیاری از استانداردها در سایر فصول با این فصل مرتبط است. پیشرفت در دستیابی به استانداردها در یک حوزه، اغلب بر حوزه‌های دیگر نیز اثر می‌گذارد و حتی منجر به پیشرفت در حوزه‌های دیگر می‌شود. برای مؤثر بودن امداد رسانی، همکاری و هماهنگی نزدیک با سایر بخش‌ها و جهت تضمین رفع نیازها، پیشگیری



از دوباره‌کاری‌ها، بهینه‌کردن استفاده از منابع و کفایت خدمات بهداشتی، هماهنگی با مسئولان، سایر آژانس‌های پاسخگو و سازمان‌های جامعه‌محور نیز ضروری است. در فصل‌های فنی بعدی، در صورت لزوم، به استانداردهای خاص یا نکات راهنما مراجعه و همچنین به استانداردهای همراه و تکمیلی اشاره شده است.

ارتباط با اصول حمایت و استانداردهای کانونی

برای رعایت استانداردهای این کتاب راهنما، همه آژانس‌های بشردوستانه، حتی اگر در دستور کارشان برنامه‌های حمایتی نداشته باشند، باید تحت هدایت این اصول کانونی قرارگیرند. این اصول «مطلق» نیست؛ مشخص است که شرایط می‌تواند گستره فعالیت آژانس‌ها را در پیروی از این اصول محدود کند. با این حال، این اصول نمایانگر نگرانی‌های جهانی بشردوستانه‌ای است که همواره باید عملکردها را هدایت کند.

استانداردهای کانونی، استانداردهای ماحصل و مشترک در همه بخش‌ها است. شش استاندارد کانونی شامل: مشارکت، ارزیابی اولیه، پاسخگویی، هدف‌گذاری، ارزیابی عملکرد کارکنان امدادی، نظارت و کمک به کارکنان امدادگر است. این استانداردها نقطه عطف یگانه‌ای برای نزدیکی همه استانداردهای مذکور در این کتاب راهنما به دست می‌دهد. برای تضمین تناسب و کیفیت هر امدادرسانی، خصوصاً مشارکت مردم آسیب‌دیده - از جمله گروه‌ها و افرادی که در جریان حادثه پیوسته در خطراند -، باید به بالاترین حد برسد.

آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های جمعیت‌های آسیب‌دیده

این بخش برای مطالعه مرتبط با استانداردهای کانونی و اجرای آن‌ها طراحی شده است.

درک این نکته اهمیت زیادی دارد که جوان، پیر، زن، معلول یا مبتلا به HIV بودن، به‌خودی‌خود کسی را آسیب‌پذیر نمی‌کند و یا در معرض خطر نمی‌گذارد، بلکه تأثیر متقابل عوامل مختلف باعث آن می‌شود. برای مثال، کسی که بیش از هفتاد سال دارد، تنها زندگی می‌کند و وضع سلامتی‌اش ضعیف است، احتمالاً آسیب‌پذیرتر از فردی خواهد بود که در سن و شرایط سلامتی مشابه او است و در یک خانواده گسترده و با درآمد کافی زندگی می‌کند. به‌طور مشابه، اگر یک دختر بچه سه‌ساله بی‌سرپرست باشد، بسیار آسیب‌پذیرتر از زمانی خواهد بود که تحت مراقبت والدین مسئول زندگی کند.

در حین اجرای استانداردهای بهداشتی و اقدامات کلیدی، تحلیلی از آسیب‌پذیری و ظرفیت کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که تلاش‌های امدادرسانی، از افراد مستحقی که بیشترین نیاز را دارند، بدون اعمال تبعیض حمایت می‌کند. این امر نیازمند درکی درست از شرایط محلی

و چگونگی اثرگذاری بحرانی خاص بر گروه‌های خاص مردم از راه‌های گوناگون و مرتبط با آسیب‌پذیری‌هایی است که از پیش داشته‌اند؛ ازجمله بسیار فقیر بودن، مواجهه با تهدیدهای مختلف (ازجمله خشونت‌های مبتنی بر جنسیت، مثل بهره‌کشی جنسی)، موارد یا شیوع بیماری (مثل HIV و سل) و احتمال شیوع بیماری‌های دیگر (مثل سرخک یا وبا). بحران‌ها می‌توانند نابرابری‌هایی را که از پیش موجود بوده، بدتر کنند؛ اما حمایت از روش‌های سازگاری مردم و ظرفیت‌های آنان برای مقاومت و بهبودی نیز مهم است. باید از دانش، مهارت‌ها و روش‌های آنان و همچنین از دسترسی ایشان به مشاوره‌های اجتماعی، حقوقی، مالی و روانی حمایت کرد. موانع مختلف فیزیکی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مختلفی که ممکن است در دسترسی به این خدمات پیش روی آنان قرارگیرد، باید برطرف شود.

آنچه در زیر می‌آید، مشخص‌کننده برخی از حوزه‌های اصلی است که رعایت حقوق و ظرفیت‌های همه مردم آسیب‌پذیر را تضمین می‌کند:

● با حصول اطمینان از این‌که همه گروه‌های نماینده مردم، خصوصاً آنان که به حاشیه رانده شده‌اند (ازجمله افرادی که در برقراری ارتباط و تحرک مشکلاتی دارند، کسانی که در مؤسسات نگه‌داری می‌شوند، جوانان بزه‌کار و سایر گروه‌های بی‌نماینده یا کمتر نمایندگی شده)، مشارکت مردم را افزایش دهید.

● در حین ارزیابی‌ها، اطلاعات را براساس جنس و سن (از ۰ تا بالای ۸۰ سال)، تفکیک کنید؛ این امر در حصول اطمینان از این‌که بخش بهداشت، گوناگونی جمعیت را به‌قدر کافی در نظر می‌گیرد، مهم است.

● اطمینان یابید که همه مردم از حق دانستن موارد استحقاق‌یشان آگاهند و اخبار مربوط به محیط و بحران را به‌نحو مطلوب دریافت می‌کنند.



حداقل استانداردها

۱. نظام بهداشتی

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، نظام بهداشتی را این‌گونه تعریف می‌کند: «همه سازمان‌ها، مؤسسات و منابعی که وقف انجام اقدامات بهداشتی شده‌اند». این تعریف شامل گستره کامل عوامل فعال در کار فراهم‌سازی، تأمین مالی، مدیریت خدمات و تلاش‌های بهداشتی برای نفوذ بر عوامل دربرگیرنده همه سطوح، اعم از منطقه‌ای، ناحیه‌ای، جامعه‌ای و خانوادگی نیز می‌شود.

استانداردهای بهداشتی اسفیر، براساس چارچوب نظام بهداشتی سازمان بهداشت جهانی سازماندهی شده‌است که ساختمان آن، شش بلوک را دربرمی‌گیرد: منابع بشری، دارو و لوازم پزشکی، تأمین مالی بهداشت، مدیریت اطلاعات بهداشت و ارائه خدمات. میان هریک از این عملکردها ارتباط و پیوندهای بسیاری وجود دارد و عملی که بر یک جزء اثر کند، بر اجزای دیگر نیز اثر خواهدداشت. این بلوک‌های سازنده نظام بهداشت، عملکردهایی هستند که برای ارائه خدمات بهداشتی ضروری اند. اقدامات بهداشتی در حین امداد رسانی به بحران، باید به‌نحوی طراحی و اجرا شود که به تقویت نظام بهداشت کمک کند.

استاندارد ۱ نظام‌های بهداشت: ارائه خدمات بهداشتی

مردم به خدمات مؤثر، سالم، برابر و باکیفیت بهداشتی که استاندارد و مطابق با آیین‌نامه‌ها و قوانین پذیرفته‌شده است، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- خدمات بهداشتی را در سطح مناسب نظام بهداشت ارائه دهید. این سطوح خانواده، جامعه، کلینیک یا پایگاه بهداشت و بیمارستان را دربرمی‌گیرد (رک. نکته راهنمای ۱).
- با در نظر گرفتن استانداردها و قوانین ملی، آیین‌نامه‌هایی برای مدیریت هریک از بیماری‌های معمول ایجاد یا اتخاذ کنید (رک. نکته راهنمای ۲).
- نظامی را برای ارجاع بیماران برقرار و یا تقویت کنید و مطمئن شوید که همه آژانس‌ها از آن پیروی می‌کنند (رک. نکته راهنمای ۱).
- یک نظام استاندارد برای ارزیابی خدمات پزشکی و نیازهای درمانی در همه مراکز بهداشتی

راهاندازی و اطمینان حاصل کنید که همه افرادی که در آن‌ها علائم غیر عادی وجود دارد، درمان می‌شوند.

در سطوح جامعه و مراکز بهداشت، آموزش بهداشتی را پایه‌گذاری کنید و رواج دهید (رک. نکته راهنمای ۳).

استفاده منطقی از ذخیره خون و فرآورده‌های خونی را برقرار و پیگیری کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

اطمینان یابید که در هر زمان لازم، خدمات آزمایشگاهی در دسترس و فعال است (رک. نکته راهنمای ۶).

از ارائه خدمات بهداشتی به صورت موازی، از جمله از طریق کلینیک‌های سیار و بیمارستان‌های صحرایی، خودداری کنید (رک. نکات راهنمای ۷ و ۸).

خدمات بهداشتی را به شکلی طراحی کنید که حق حفظ حریم و خلوت، محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه بیماران (برای درمان)، تضمین شود (رک. نکته راهنمای ۹).

روش‌های دفع زباله، اقدامات ایمنی و شیوه‌های کنترل مناسبی را در مراکز درمانی به اجرا بگذارید (رک. نکات راهنمای ۱۰ و ۱۱ و استاندارد ۱ مدیریت زباله‌های جامد، ص ۱۲۴).

اجساد درگذشتگان را به شیوه‌ای مناسب، با حفظ کرامت و فرهنگ آنان و متناسب با مقررات بهداشت عمومی دفن کنید (رک. نکته راهنمای ۱۲ و استاندارد ۱ مدیریت زباله‌های جامد و نکته راهنمای ۸، ص ۱۲۷).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

برای رفع نیازهای اساسی بهداشتی مردم آسیب‌دیده، امکانات بهداشتی به تعداد کافی موجود است:

- یک واحد بهداشتی اولیه برای هر ده‌هزار نفر (واحدهای بهداشتی اولیه از امکاناتی است که در محل ارائه خدمات عمومی بهداشت وجود دارد)

- یک مرکز بهداشت برای هر پنجاه هزار نفر

- یک بیمارستان منطقه‌ای یا روستایی برای هر دویست و پنجاه هزار نفر

- بیش از ده تخت برای بیماران بستری و مراقبت‌های زنان و زایمان برای هر ده‌هزار نفر.

نرخ بهره‌برداری از امکانات بهداشتی برابر است با دو تا چهار ویزیت جدید، به ازای هر نفر در سال، در میان جمعیت آسیب‌دیده و بیش از یک مشاوره به ازای هر نفر در سال در میان جمعیت‌های پراکنده روستایی (رک. نکته راهنمای ۴ و پیوست ۳: فرمول‌هایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت).



نکات راهنما

۱. **سطح مراقبت:** امکانات بهداشتی برحسب سطح مراقبت و با توجه به حجم آن‌ها و خدمات مورد ارائه، طبقه‌بندی شده‌است. تعداد و محل امکانات بهداشتی مورد نیاز، در شرایط مختلف، متفاوت است. نظام‌های بهداشتی باید فرایندی برای تداوم مراقبت‌ها نیز برقرار کنند. این کار، خصوصاً برای اقدامات مربوط به نجات زندگی، به بهترین نحو با ایجاد یک نظام ارجاع مؤثر میسر خواهد شد. نظام ارجاع باید ۲۴ ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته کار کند.
۲. **استانداردها و قوانین ملی:** آژانس‌ها باید به‌طور کلی، به استانداردهای بهداشت و قوانین کشوری که امدادرسانی به بحران در آن انجام می‌گیرد، ازجمله روش‌های درمان و فهرست داروهای اساسی، وفادار بمانند. درجایی که این قوانین کاربرد ندارد و یا شاهدهی برای ثبت کارهایی که انجام می‌شود، وجود ندارد، باید از استانداردهای بین‌المللی به‌عنوان مرجع استفاده شود و آژانس برگزیده به وزارت بهداشت اطلاع دهد تا آن‌ها را به‌روز کند.
۳. **افزایش بهداشت:** باید با مشورت مسئولان محلی بهداشت و نمایندگان جمعیت، با حضور قطعی تعداد برابری از زنان و مردان در آن، یک برنامه عملی ارتقاء بهداشت عمومی تنظیم شود. این برنامه باید اطلاعاتی را درباره مسائل مهم بهداشتی و خطرات موجود، دسترسی، مکان ارائه خدمات بهداشتی و برنامه‌های حمایتی بهداشت، به مردم ارائه دهد و برنامه‌های سودآور بهداشتی را ترویج کند و نسبت به اعمال زیانبار هشدار دهد. در پیام‌ها و مطالب بهداشتی عمومی، باید از زبان و رسانه‌های مناسبی استفاده شود که درک آن‌ها آسان و مناسب با فرهنگ باشد. مدارس و زمین‌های بازی کودکان، اماکن مهمی برای تبادل اطلاعات و انتشار آن‌ها به کودکان و والدین و یادگیری استانداردهای محیطی است.
۴. **نرخ استفاده از خدمات بهداشتی:** هیچ میزانی به‌عنوان آستانه استفاده از خدمات بهداشتی تعیین نشده‌است، زیرا ممکن است این میزان در شرایط مختلف متفاوت باشد. نرخ استفاده از خدمات بهداشتی در میان جمعیت‌های روستایی متراکم، باید حداقل یک ویزیت تازه به ازای هر نفر در سال باشد. این نرخ در میان مردم آسیب‌دیده به‌طور متوسط، باید به دو تا چهار ویزیت تازه به ازای هر نفر در سال برسد. پایین‌تر بودن این نرخ از حد انتظار، ممکن است نشانه عدم دسترسی کافی به خدمات بهداشتی باشد. نرخ بالاتر نیز احتمالاً نمایانگر استفاده بیش از حد، به‌دلیل وجود مسائل خاص سلامتی در میان مردم و یا تعداد کم جمعیت هدف است. در تحلیل نرخ استفاده، مطلوب آن است که توجه خاصی به بهره‌برداری برحسب قومیت، جنس، سن و معلولیت بشود (رک. پیوست ۳: فرمول‌هایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت).
۵. **انتقال خون ایمن:** در صورت وجود خدمات انتقال خون (BTS)، باید تلاش‌ها برای انجام

ایمن این کار هماهنگ شود. باید خون را فقط از افراد داوطلب و بدون پرداخت پول دریافت کرد. باید روش‌های کار مناسبی در آزمایشگاه‌ها، از جمله برای آزمایش عفونت‌های قابل انتقال با خون، تعیین گروه خونی، تست‌های سازش‌پذیری و ترکیب فرآورده‌های خونی، ایجاد شود. انتقال‌های غیر ضروری را می‌توان از طریق کاربردهای بالینی مؤثر فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از جایگزین‌ها (کریستالوئیدها و کولوئیدها)، برای انتقال در هر جای ممکن، کاهش داد. کارکنان کلینیک را باید به صورت مناسب آموزش داد تا کار انتقال ایمن خون و استفاده مؤثر از آن‌ها تضمین شود.

۶. خدمات آزمایشگاهی: رایج‌ترین بیماری‌های واگیر (از جمله اسهال و عفونت‌های شدید تنفسی) را به صورت کلینیکی یا با انجام آزمایش‌های سریع و یا با استفاده از میکروسکپ (مثل مالاریا) می‌توان تشخیص داد. برای تأیید علت یک شیوع مشکوک، حساسیت‌های فرهنگی و حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌ها، جهت اتخاذ تصمیماتی برای مدیریت بیماری (از جمله اسهال) و انتخاب واکسن، در جایی که ایمن‌سازی عمومی ضرورت دارد (از جمله درباره مننژیت مننئوگوکوکال)، ممکن است انجام آزمایش لازم باشد. برای برخی از بیماری‌های خاص غیر واگیر، مانند دیابت، گرفتن آزمایش ضروری است.

۷. کلینیک‌های سیار: ممکن است در برخی از بحران‌ها، راه‌اندازی کلینیک‌های سیار برای رفع نیازهای جمعیت‌های دورافتاده یا در حال کوچ که دسترسی محدودی به مراقبت‌های بهداشتی دارند، لازم باشد. ضمناً مشخص است که در افزایش دسترسی به درمان، در بحران‌هایی مثل شیوع مالاریا، که انتظار می‌رود عده زیادی از مردم را درگیر کند، کلینیک‌های سیار نقش بسزایی دارند. این کلینیک‌ها را تنها باید پس از مشاوره، با آژانس برگزیده در بخش بهداشت و مسئولان محلی به میدان آورد (رک. استاندارد ۶ نظام بهداشت، ص ۳۰۷).

۸. بیمارستان‌های صحرایی: در شرایطی که بیمارستان‌های موجود خسارت جدی دیده یا نابود شده‌است، بیمارستان‌های صحرایی می‌تواند تنها راه تأمین مراقبت‌های درمانی باشد؛ اما معمولاً سودمندترین راه این است که برای بیمارستان‌های موجود، منابعی تأمین شود تا بتواند دوباره فعالیت کند یا به مصائب پیش‌آمده رسیدگی کند. برای مراقبت‌های فوری (در ۴۸ ساعت اول)، مراقبت‌های بالینی از مجروحان تروما و مراقبت‌های ویژه جراحی و زایمان (در روزهای سوم تا پانزدهم)، یا به عنوان جایگزین موقت بیمارستان آسیب‌دیده تا زمان بازسازی آن، راه‌اندازی یک بیمارستان صحرایی مناسب خواهد بود. از آن‌جاکه بیمارستان‌های صحرایی، چشمگیر هستند، معمولاً از طرف کشورهای اهداکننده، فشار سیاسی بسیاری برای نصب و راه‌اندازی آن‌ها وارد می‌شود؛ اما تصمیم‌گیری برای نصب و راه‌اندازی بیمارستان‌های صحرایی باید صرفاً بر مبنای نیاز به آن‌ها و ارزش افزوده‌ای که می‌تواند ایجاد کند، باشد.

۹. حقوق بیماران: امکانات و خدمات بهداشتی باید به صورتی طراحی شود که حرمت و



محرمانه ماندن اطلاعات بیماران حفظ شود. باید پیش از فرایندهای جراحی یا درمانی، رضایت آگاهانه بیماران (یا اولیاء آنان، در صورتی که خودشان در شرایط مناسبی نباشند)، جلب شود. کارکنان بهداشتی باید بدانند که هر فرایند چه مواردی را دربرمی‌گیرد و مزایا، خطرات احتمالی، هزینه‌ها و دوره‌های آن‌ها چه خواهد بود.

۱۰. کنترل عفونت‌ها در مراکز بهداشتی و ایمنی بیمار: برای امداد رسانی مؤثر به بحران‌ها، برنامه‌های تداوم پیشگیری و کنترل عفونت‌ها را باید در دو سطح ملی و فراملی و سطوح مختلف امکانات مراقبتی اجرا کرد. چنین برنامه‌ای در یک مرکز مراقبت بهداشتی باید شامل موارد زیر باشد:

- سیاست‌های تعریف‌شده برای پیشگیری و کنترل عفونت‌ها (از جمله اقدامات عادی و ویژه کنترل عفونت‌ها برای رسیدگی به تهدیدهای بالقوه)
- کارکنان (یا گروه IPC) فنی کارآمدی که با نگرشی مشخص، عمل و مسئولیت خود را وقف برنامه کنترل عفونت‌ها کنند.
- نظام هشدار سریع برای ردیابی شیوع بیماری‌های واگیر
- بودجه مدون برای فعالیت‌ها (از جمله آموزش کارکنان) و تدارکات برای امداد رسانی به بحران
- در نظر گرفتن اقدامات احتیاطی استاندارد تقویت‌شده و اقدامات مضاعف ویژه برای یک بیماری شایع
- کنترل‌های اداری (از جمله روش‌های تفکیک بیماران) و کنترل‌های محیطی و مهندسی (از جمله ارتقاء تهویه محیط)
- تجهیزات حمایتی مورد مصرف شخصی
- نظارت بر روش‌های پیشگیری و بررسی منظم کنترل عفونت‌ها و توصیه‌ها

۱۱. زباله‌های حاصل از مراقبت‌های بهداشتی: زباله‌های خطرناک تولیدشده در مراکز مراقبت‌های بهداشتی را می‌توان به زباله‌های عفونی غیر تیز، زباله‌های غیر عفونی تیز و زباله‌های عادی تفکیک کرد. مدیریت ضعیف زباله‌های مراکز درمانی، کارکنان بهداشتی، نظافت‌کاران، جمع‌کنندگان زباله و دیگران را در معرض عفونت‌های بالقوه‌ای مانند HIV، هپاتیت B و C قرار می‌دهد. برای به حداقل رساندن خطر عفونت، باید رویه‌های مناسب جداسازی را از نقطه مبدأ تا نقطه انتهایی دفع خاص این زباله‌ها به اجرا گذاشت. پرسنل مأمور جمع‌آوری و دفع زباله‌های حاصل از مراقبت‌های بهداشتی، باید به‌خوبی آموزش دیده و مجهز به وسایل حفاظتی (مثل دستکش و چکمه) باشند. عمل دفع باید با توجه به نوع زباله صورت گیرد؛ برای مثال، مواد و زباله‌های عفونی غیر تیز، باید در چاله‌های محفوظ دفن و یا سوزانده شود.

۱۲. مدیریت اجساد درگذشتگان: زمانی که بحران به مرگ عده کثیری می‌انجامد، مدیریت تعداد

زیادی از درگذشتگان لازم است. دفن اجساد بسیار در گورهای دسته‌جمعی، اغلب مبتنی بر این عقیده نادرست است که اگر این بقایا بلافاصله دفن یا سوزانده نشوند، خطری جدی برای سلامتی خواهند بود. باقیمانده اجساد تنها در موارد نادری (ازجمله در مرگ‌ومیرهای ناشی از وبا یا تب خون‌ریزی داخلی)، برای سلامتی خطرآفرین و نیازمند مراقبت‌های ویژه است. اجساد را نباید بدون مراسم، در گورهای دسته‌جمعی دفن کرد. مردم باید فرصت شناسایی اعضای خانواده خود و برگزاری مراسم خاکسپاری متناسب با فرهنگ خود را داشته‌باشند. پس از دفن دسته‌جمعی، دریافت گواهی‌های لازم برای پیگیری ادعاهای حقوقی با دشواری روبه‌رو خواهد بود. اگر کسانی که دفن می‌شوند، قربانیان خشونت هستند، موضوعات مربوط به پزشکی قانونی را نیز باید در نظر گرفت (رک. استاندارد ۲ سرپناه و اسکان، نکته راهنمای ۳، ص ۲۶۸).

استاندارد ۲ نظام‌های بهداشتی: منابع انسانی

کارکنان آموزش‌دیده و باصلاحیتی خدمات بهداشتی را انجام می‌دهند که به میزان کافی ترکیبی از دانش و مهارت، برای رفع نیازهای بهداشتی جمعیت را دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- در ارزیابی‌ها، سطوح رده‌بندی کارکنان و ظرفیت‌ها را، به‌عنوان جزئی اصلی از پایه کمک‌های بهداشتی بررسی کنید.
- به عدم توازن میان تعداد کارکنان، ترکیب مهارت‌ها، جنسیت و قومیت آنان در هر جای ممکن، رسیدگی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- از کارکنان محلی به‌طور کامل حمایت کنید و با توجه به شایستگی‌شان، آن‌ها را در خدمات بهداشتی به‌کارگیرید (رک. نکته راهنمای ۱).
- در هر مرکز بهداشتی از حضور تعداد کافی دستیاران اطمینان یابید.
- برای تطابق با رسوم و قوانین، کارکنان کلینیک را آموزش دهید. (رک. نکته راهنمای ۲).
- برای حصول اطمینان از رعایت استانداردها و قوانین، و ازجمله بررسی بازخورد، به‌طور منظم بر کارکنان را نظارت داشته‌باشید.
- برنامه‌های آموزشی استاندارد را با توجه به اولویت نیازهای بهداشتی و کمبود ظرفیت‌های کارکنان طراحی کنید.



- با توافق میان همه آژانس‌ها و با همکاری مسئولان محلی، از تعیین دستمزد مناسب برای همه کارکنان بهداشتی اطمینان حاصل کنید.
- از وجود یک محیط کاری امن و بهداشتی و حمایت اساسی از کارکنان بهداشتی اطمینان حاصل کنید.

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- برای هر ده‌هزار نفر دست کم ۲۲ نفر (شامل پزشک، پرستار، ماما) پرسنل بهداشتی وجود دارد. (رک. نکته راهنمای ۱):
 - دست کم یک پزشک برای هر پنجاه هزار نفر جمعیت
 - حداقل یک پرستار باصلاحیت برای هر ده‌هزار نفر جمعیت
 - حداقل یک ماما برای هر ده‌هزار نفر جمعیت.
- به‌ازای هر هزار نفر از جمعیت، حداقل یک رابط بهداشتی، یک ناظر و برای ده بازدید خانگی، یک ناظر ارشد وجود دارد.
- کلینیک‌ها نباید در روز، به بیش از پنجاه بیمار مشاوره بدهند. اگر تعداد مشاوره‌ها به‌طور منظم از این حد بگذرد، کارکنان بهداشتی بیشتری مورد نیاز خواهد بود (رک. نکته راهنمای ۱ و پیوست ۳: الگوهایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت).

نکات راهنما

۱. **ده‌بندی کارکنان:** نیروی کار بهداشت، شامل گستره وسیعی از کارکنان بهداشتی، از جمله پزشکان، پرستاران، ماماها، تکنیسین‌های آزمایشگاه، داروسازان، بهداشتکاران و غیره و همچنین کارکنان قسمت مدیریت و پشتیبانی است. هیچ توافق کلی درباره تعداد مطلوب کارکنان بهداشتی برای یک جمعیت آسیب‌دیده، وجود ندارد و این تعداد ممکن است در شرایط مختلف، متفاوت باشد؛ اما ارتباط نزدیکی میان دسترسی کارکنان بهداشت و میزان پوشش‌دهی اقدامات بهداشتی وجود دارد. برای مثال حضور تنها یک زن یا یک نماینده از میان افراد به حاشیه رانده‌شده در میان کارکنان بهداشتی، می‌تواند دسترسی زنان یا کل مردم را به‌طور چشمگیری به خدمات بهداشتی افزایش دهد. در مناطقی که در زمینه بهداشت خلأهای بسیاری دارند، به عدم توازن در فعالیت کارکنان، باید از طریق تغییر در انتصاب‌ها، و یا استخدام کارکنان بهداشتی رسیدگی کرد (رک. استاندارد کانونی ۶، ص ۷۳).
۲. **آموزش و نظارت بر کارکنان:** کارکنان بهداشت باید از آموزش، مهارت و حمایت نظارتی مناسب برای سطح مسئولیتی که دارند، برخوردار باشند. آژانس‌ها مسئول آموزش و نظارت

کارکنان و کسب اطمینان از به‌روز بودن دانش آن‌ها هستند. آموزش و نظارت، به‌ویژه در جایی که کارکنان صاحب تحصیلات پیوسته نیستند و یا آیین‌نامه‌های جدیدی ابلاغ شده‌است، اولویت دارد. با توجه به نیازهای اصلی بهداشت و خلأهای موجود در سطح صلاحیت کارکنان، برنامه‌های آموزشی تا جای ممکن باید استاندارد باشد و در اولویت قرار گیرد. باید در طی پرونده‌هایی تنظیم و مشخص شود که چه کسانی، در چه زمینه‌هایی، ازسوی چه کسانی و در کجا آموزش دیده‌اند. این موارد را باید به بخش منابع انسانی دفاتر مسئول محلی نیز اطلاع داد (رک. استاندارد کانونی ۶، ص ۷۳).

استاندارد ۳ نظام‌های بهداشتی: داروها و تجهیزات پزشکی

مردم به داروهای اساسی و ملزومات مصرفی دسترسی مستمر دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- در آغاز امداد رسانی، سریعاً فهرست داروهای ضروری موجود در کشور آسیب‌دیده را برای تعیین کیفیتشان بررسی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- فهرست استاندارد از دارو و تجهیزات ضروری پزشکی، شامل اقلام مناسب برای رفع نیازهای بهداشتی و سطح صلاحیت‌های کارکنان بهداشتی تهیه کنید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).
- نظام مؤثری برای مدیریت دارو تدوین کنید (رک. نکته راهنمای ۳).
- اطمینان یابید که داروهای لازم برای درمان بیماری‌های عادی در دسترس وجود دارد.
- داروهایی را که اهدا می‌شود، تنها در صورتی بپذیرید که در تهیه آن‌ها از قوانین بین‌المللی پیروی شده‌باشد. درغیراین صورت داروها را مصرف نکنید و به‌طور ایمن از میان ببرید.

شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- هیچ مرکز بهداشتی بیش از یک هفته، بدون داروهای ضروری منتخب و لوازم معاینه، دوام نمی‌آورد (رک. نکته راهنمای ۴).

نکات راهنما

۱. فهرست داروهای ضروری: بیشتر کشورها فهرست مشخصی از داروهای ضروری دارند. مناسب بودن داروهای این فهرست، در صورت لزوم در مشاوره با بالاترین مقام مسئول بهداشت در اوایل امداد رسانی به بحران، باید بررسی شود. ممکن است گاهی، برای مثال در جایی که شواهد مقاومت در برابر آنتی‌باکتری‌های به‌کاررفته وجود دارد، در این



فهرست‌های مشخص از داروها تغییراتی لازم باشد. اگر فهرست به‌روزشده‌ای وجود ندارد، باید از قوانین مدون سازمان بهداشت جهانی، از جمله فهرست الگوی داروهای پذیرفته‌شده سازمان بهداشت جهانی، استفاده کرد. از کیت‌های بسته‌بندی، باید تنها در مراحل اولیه بحران استفاده کرد.

۲. تجهیزات پزشکی: در تعیین فهرست تجهیزات ضروری که قابل دسترسی در سطوح مختلف مراقبت‌های بهداشتی باشد، باید به‌قدر کافی دقت کرد. این امر با کفایت کارکنان در ارتباط است.

۳. مدیریت دارو: آژانس‌های بهداشت باید یک نظام مؤثر برای مدیریت دارو ایجاد کنند. هدف چنین نظامی حصول اطمینان از استفاده شایسته، مقرون به‌صرفه و منطقی از داروهای باکیفیت، ذخیره‌سازی و انهدام درست داروهای تاریخ‌گذشته است. این نظام باید مبتنی بر چهار عنصر اصلی چرخه مدیریت دارو، یعنی انتخاب، تدارک، توزیع و کاربرد باشد.

۴. تولیدات ردیابی: این تولیدات شامل فهرستی از داروهای ضروری یا اصلی است که برای ارزیابی منظم عملکرد مدیریت نظام دارویی برگزیده می‌شود. اقلامی که به‌عنوان تولیدات ضروری انتخاب می‌شوند، باید با اولویت‌های بهداشت عمومی محلی تناسب داشته و همیشه در مراکز بهداشتی موجود باشد. نمونه این داروها عبارت‌اند از آموکسی‌سیلین و پاراستامول.

استاندارد ۴ نظام‌های بهداشتی: تأمین منابع مالی بهداشت

مردم در طول دوره بحران به خدمات بهداشتی اولیه رایگان دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● منابع مالی لازم برای تأمین خدمات بهداشتی رایگان، در محل ارائه به مردم آسیب‌دیده در طول بحران را شناسایی و مهیا کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

● اگر نظام دولتی برای ارائه خدمات، هزینه‌هایی را مطالبه می‌کند، ترتیبی دهید که دریافت این هزینه‌ها در طول رسیدگی به بحران، به‌طور موقت قطع و یا به تعویق انداخته شود (رک. نکته راهنمای ۲).

● با تأمین حمایت مالی و فنی برای پرکردن شکاف‌های مالی ناشی از قطع یا تعویق دریافت هزینه‌ها و تقاضای روزافزون خدمات بهداشتی در اثر بحران، از نظام بهداشتی حمایت کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در طول دوره امدادرسانی به مردم آسیب‌دیده در همه مراکز درمان دولتی و غیر دولتی، خدمات مراقبت بهداشتی اولیه، رایگان ارائه می‌شود.

نکات راهنما

۱. تأمین مالی بهداشت: هزینه خدمات ضروری درمانی برطبق شرایط متفاوت است. شرایط شامل نظام بهداشتی، جمعیت آسیب‌دیده و نیازهای خاص بهداشتی تحمیل‌شده با بحران است. براساس اعلام کمیسیون اقتصاد کلان و بهداشت سازمان بهداشت جهانی، تأمین یک بسته از حداقل کمک‌های بهداشتی ضروری در کشورهای کم‌درآمد، مستلزم صرف هزینه‌ای برابر با دست کم چهار دلار برای هر نفر در سال خواهد بود. ارائه خدمات بهداشتی در شرایط بحران، احتمالاً هزینه‌ای بیش از شرایط پایدار خواهد داشت.

۲. هزینه مصرف‌کننده به رقمی اتلاق می‌شود که دریافت‌کننده خدمات می‌پردازد. پرداخت هزینه برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، نتیجه عکس دارد و باعث می‌شود، مردم فقیر و آسیب‌پذیر همیشه نتوانند در هنگام نیاز، مراقبت‌های درمانی مناسب را دریافت کنند. یکی از اصول بشردوستانه این است که خدمات و کالاهای ارائه‌شده ازسوی آژانس‌های امدادرسان، به‌طور رایگان به دست مردم برسد. در شرایطی که چنین امری ممکن نیست، به‌منظور توانمندسازی جمعیت آسیب‌دیده، می‌توان گزینه انتقال وجه نقد یا حواله را برای دسترسی به خدمات بهداشتی، در نظر گرفت (رک. امنیت غذایی، استاندارد ۱ انتقال وجه نقد یا حواله، ص ۲۰۹). برای حمایت از نظام بهداشت، در جبران فقدان عواید و مصرف روزافزون، حذف هزینه پرداختی از طرف مصرف‌کننده باید با اقداماتی دیگر (ازجمله با پرداخت پاداش به کارکنان بهداشت، تأمین دارو و تجهیزات بیشتر) همراه باشد. پس از حذف پرداخت هزینه ازسوی مصرف‌کننده، دسترسی به خدمات و کیفیت آن باید تحت نظارت قرارگیرد.

استاندارد ۵ نظام‌های بهداشتی: مدیریت اطلاعات بهداشتی

مبنای طرح و ارائه خدمات بهداشتی، جمع‌آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات بهداشت عمومی است.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

درباره پذیرش و استفاده از نظام بهداشتی موجود (یا HIS) و یا استفاده از جایگزین‌های دیگر تصمیم بگیرید (رک. نکته راهنمای ۱).



ارزیابی و پژوهش، در صورت امکان، درباره جمع‌آوری اطلاعاتی که در نظام بهداشتی وجود ندارد و همچنین تصمیم‌گیری درباره اولویت خدمات بهداشتی، اهمیت دارد (رک. نکته راهنمای ۲).

برای تعریف بیماری‌های قابل گزارش و اوضاع سلامتی، فرم‌هایی تهیه و یا از فرم‌های موجود استفاده کنید و اطمینان یابید که همه آژانس‌ها نیز آن را به کار می‌برند.

در هر جای ممکن، برای ردیابی شیوع بیماری‌ها به صورت بخشی از HIS و براساس HIS موجود، نظام‌های بازرسی و هشدار سریع طراحی کنید (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۳ کنترل بیماری‌های واگیر، ص ۳۳۱ و فرم‌های ساده گزارش‌دهی هفتگی: (۳۵۱).

اوضاع سلامت و بیماری‌هایی را که در اولویت قرارداد، شناسایی و با استفاده از HIS گزارش کنید.

همه آژانس‌های درگیر در امداد رسانی بر یک رقم یکسان، مثلاً درباره تعداد جمعیت، توافق دارند و از همان استفاده می‌کنند (رک. نکته راهنمای ۳).

مراکز و آژانس‌های درمانی، اطلاعات بازرسی و سایر اطلاعات مربوط به HIS را به طور منظم به آژانس برگزیده ارائه می‌دهند. دفعات تکرار این گزارش‌دهی‌ها براساس شرایط و نوع اطلاعات، برای مثال، براساس روزانه، هفتگی یا ماهانه بودن، متفاوت است.

برای تفسیر اطلاعات حاصل از بازرسی و بهره‌برداری در تصمیم‌گیری‌ها، از داده‌های تکمیلی مأخوذ از سایر منابع مربوط، به طور پیوسته استفاده کنید (رک. نکته راهنمای ۲).

برای حفاظت از اطلاعات، اقدامات احتیاطی را به عمل آورید تا حقوق و امنیت افراد و یا جمعیت‌ها تضمین شود (رک. نکته راهنمای ۴).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

همه مراکز و آژانس‌های بهداشت به طور منظم ظرف ۴۸ ساعت پس از پایان هر دوره، یک گزارش HIS به آژانس برگزیده ارائه می‌دهند.

همه مراکز بهداشتی و آژانس‌ها، موارد بیماری‌هایی را که امکان شیوع دارد، ظرف ۲۴ ساعت پس از مشاهده بیماری گزارش می‌دهند (رک. خدمات اساسی بهداشتی، استاندارد ۳ کنترل بیماری‌های واگیر، ص ۳۳۱).

آژانس برگزیده به طور منظم یک گزارش کلی درباره اطلاعات بهداشتی ارائه می‌کند که شامل تحلیل و تفسیر اطلاعات همه‌گیرشناسی و همچنین گزارش مربوط به پوشش‌دهی خدمات بهداشتی و بهره‌برداری از آن‌ها است.

نکات راهنما

۱. نظام اطلاعات بهداشت: در صورت امکان، نظام بازرسی باید بر مبنای HIS موجود باشد. در برخی از بحران‌ها ممکن است یک HIS جدید و یا موازی لازم شود. این مورد با ارزیابی عملکرد و کفایت HIS موجود و نیاز به اطلاعات درباره بحرانی که رخ داده است، مشخص می‌شود. اطلاعات بهداشتی در حین امداد رسانی به بحران، باید شامل موارد زیر، اما نباید محدود به آنها، باشد:

- مرگ‌های ثبت شده در مراکز بهداشت، از جمله مرگ کودکان زیر پنج سال
- نسبت مرگ و میر
- مرگ و میر موردی خاص
- نرخ مرگ و میر ناشی از رایج ترین امراض
- نسبت شیوع بیماری
- نرخ استفاده از امکانات بهداشتی
- تعداد مشاوره هر متخصص بالینی در هر روز

۲. منابع اطلاعات: تفسیر و استفاده از اطلاعات هر مرکز بهداشت، نیازمند آن است که منابع اطلاعات و محدودیت‌های آن در نظر گرفته شود. در یک نظام HIS جامع، استفاده از اطلاعات تکمیلی، مثل ارزیابی شیوع یک بیماری یا اطلاعات مربوط به رفتارهای نشانگر تمایل به سلامتی و بهداشت، برای تصمیم‌گیری ضروری است. سایر منابع اطلاعاتی که می‌تواند به ارائه تحلیل‌های بهتری منجر شود، عبارتند از پژوهش‌های مردم‌محور، گزارش آزمایشگاه‌ها و کیفیت سنجش خدمات. کیفیت خدمات و ارزیابی‌ها باید مطابق با معیارهای متداول بین‌المللی و در تهیه آن‌ها نیز از ابزارهای استاندارد و آیین‌نامه‌های بین‌المللی استفاده شده باشد؛ این موارد باید در جای ممکن برای بررسی، در اختیار یکی از نهادهایی قرار گیرد که کار مشابهی می‌کند.

۳. تفکیک اطلاعات: اطلاعات باید تا آن‌جا که برای راهنمایی در تصمیم‌گیری عملی است و با توجه به جنس، سن، آسیب‌پذیری گروه‌های خاص، جمعیت‌های آسیب‌دیده و میزبان و با توجه به شرایط (از جمله جمعیت اردوگاهی و غیر اردوگاهی)، از یکدیگر تفکیک شود. در مراحل اولیه یک بحران ممکن است تهیه اطلاعات تفکیکی با جزئیات مشکل باشد، اما اطلاعات مربوط به نرخ مرگ و میر و انواع بیماری‌های کودکان زیر پنج سال، باید مشخص شود. اگر زمان و شرایط اجازه می‌دهد، باید این اطلاعات تفکیکی را برای استفاده در ردیابی آسیب‌پذیری‌های بالقوه و مردم آسیب‌پذیر به دست آورد (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲).

۴. حفظ اسرار: باید برای حفظ امنیت فرد و اطلاعات، پیش‌بینی‌های کافی به عمل آید. کارکنان



هرگز نباید اطلاعات بیماران را بدون اجازه آنان با کسی که مستقیماً عامل مراقبت از آنان نیست، در میان بگذارند. باید نسبت به بیماران دچار اختلالات ذهنی یا حسی، که می‌تواند بر جلب اجازه آگاهانه آنان اثر بگذارد، ملاحظات خاصی را در نظر گرفت. باید به اطلاعات مربوط به آسیب‌های ناشی از شکنجه یا سایر تخطی‌ها از حقوق بشر، ازجمله خشونت‌های جنسی، با دقت فراوان رسیدگی کرد. اگر فرد آگاهانه رضایت داد، هنگام تبادل این اطلاعات با مسئولان یا مؤسسات مربوط، باید ملاحظات خاصی را در نظر گرفت (رک. استاندارد ۱ نظام‌های بهداشتی، ص ۳۱۰ و اصل ۱ حمایت، نکات راهنمای ۷ تا ۱۲، ص ۳۵ و ۳۶).

درباره نمونه مرگ‌ومیر رک. پیوست ۲، فرم‌های نظام‌های هشدار سریع و نظارت بر درصد بیماران به نسبت کل جمعیت؛ نیز درباره فرمول‌های محاسبه شاخص‌های سلامتی رک. پیوست ۳.

استاندارد ۶ نظام‌های بهداشتی: رهبری و هماهنگی

مردم به خدمات بهداشتی که در میان همه سازمان‌ها و بخش‌ها هماهنگ‌شده تا بیشترین اثرگذاری را داشته‌باشد، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در صورت امکان اطمینان حاصل کنید که نماینده وزارت بهداشت، هدایت عملیات را برعهده دارد، یا دست کم در کار هماهنگی بخش بهداشت از نزدیک درگیر است.

اگر وزارت بهداشت فاقد ظرفیت یا تمایل لازم برای قبول مسئولیت مدیریت است، باید برای عهده‌داری کار هدایت و هماهنگی بخش بهداشت، یک آژانس جایگزین با شرایط لازم شناسایی شود (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

به‌طور منظم و در سطح مرکزی، نیمه‌محلی و صحرایی بخش بهداشت، برای شرکای کاری داخلی و خارجی و همچنین میان بخش‌های بهداشت و سایر بخش‌ها و گروه‌های مقایسه و مقابله، جلسات توجیهی بگذارید (رک. نکته ۳ و استاندارد ۲، ص ۵۹).

برای کسب اطمینان از پوشش‌دهی بهینه جمعیت، مسئولیت‌های خاص و توانایی‌های هر آژانس بهداشت را مشخص و مستند کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

در شرایط خاص (ازجمله هنگام آمادگی امدادرسانی در برابر شیوع بیماری‌ها)، در درون سازوکار هماهنگی بهداشت، کارگروه‌هایی ایجاد کنید.

خبرنامه‌های بخش بهداشت را به‌طور منظم منتشر کنید و به‌روز نگه‌دارید.

شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

آژانس برگزیده، برای تعیین اولویت‌های ورود در کارهای بخش بهداشت و تعریف نقش آژانس‌های پیشرو و شرکای کاری آن در آغاز امدادرسانی به بحران، راهبردی تدوین کرده‌است (رک. نکته راهنمای ۲).

نکات راهنما

۱. سازمان برگزیده بخش بهداشت: وزارت بهداشت باید آژانس پیشرو و مسئول هدایت امدادرسانی‌ها در بخش بهداشت باشد. ممکن است در برخی شرایط وزارت بهداشت فاقد ظرفیت یا علاقمندی لازم برای آغاز نقش رهبری خود به شیوه‌ای مناسب و بی‌طرف باشد. معمولاً در چنین شرایطی، سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان سازمان برگزیده گروه‌های بهداشت جهانی، این مسئولیت را برعهده می‌گیرد. در مواردی هم که سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت، هیچ یک توان پذیرش چنین مسئولیتی را ندارند، ممکن است آژانس دیگری برای پذیرش مسئولیت هماهنگی فعالیت‌ها لازم باشد. آژانس پذیرنده این مسئولیت باید اطمینان حاصل کند که آژانس‌های بهداشت پاسخگو با مسئولان مرکزی بهداشت به‌طور هماهنگ عمل و از ظرفیت‌های نظام بهداشت مرکزی حمایت می‌کنند (رک. استاندارد کانونی ۲).

۲. راهبرد بخش بهداشت: یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌های سازمان برگزیده بخش بهداشت، تدوین راهبردی کلی برای امدادرسانی بخش بهداشت به بحران است. مطلوب آن است که طرحی برای تشخیص اولویت‌ها و اهداف بخش بهداشت تهیه و سیاست‌های دستیابی به آن‌ها معین شود. این سند باید پس از مشاوره با آژانس‌های مربوط و نمایندگان جمعیت، تهیه شود و فرایندهای آن تا جای ممکن، جامع و شامل باشد.

۳. جلسات هماهنگی باید عمل‌گرا و شامل گردهمایی‌هایی باشد که در آن‌ها اطلاعات منتشر و اولویت‌ها تعیین می‌شود و بر آن‌ها نظارت صورت می‌گیرد، سیاست‌های مشترک بهداشتی تدوین و اتخاذ و وظایف خاص واگذار می‌شود و درباره آیین‌نامه‌ها و اقدامات توافق به‌عمل می‌آید. در نتیجه این جلسات باید اطمینان حاصل کرد که در هر زمان ممکن، اسامی، طبقه‌بندی‌ها و سایر ارقام، ابزارها، قوانین و استانداردهای مورد استفاده همه شرکای کاری مشترک است. در آغاز بحران باید جلسات بیشتری برقرار کرد.



۲. خدمات ضروری بهداشتی

خدمات بهداشتی ضروری، عبارتند از خدمات بهداشتی پیشگیرانه و درمانی برای پرداختن به نیازهای بهداشتی مردم آسیب‌دیده. این خدمات شامل اقداماتی است که در پیشگیری از ابتلای بیش از حد به بیماری‌ها و مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، پیامدهای اغتشاشات و حوادث منجر به جراحتهای جمعی سودمند است. میزان مرگ‌ومیر در جریان بحران‌ها ممکن است بسیار بالا باشد و لذا شناسایی دلایل عمده ابتلا به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر برای طراحی خدمات بهداشتی مناسب اهمیت بسیاری دارد. این بخش از فصل بهداشت، استانداردهای طبقه‌بندی شده خدمات بهداشتی را در شش گروه طبقه‌بندی می‌کند: کنترل بیماری‌های واگیر؛ سلامت کودک؛ سلامت جنسی و باروری؛ جراحی؛ سلامت عقلانی و بیماری‌های غیر واگیر.

استاندارد ۱ خدمات ضروری بهداشتی: رده‌بندی خدمات بهداشتی

مردم به خدمات بهداشتی رده‌بندی‌شده برای رسیدگی به علل اصلی ابتلای بیش از حد به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- اطلاعات مربوط به مسائل بهداشتی و خطرات را با هماهنگی مسئولان محلی بهداشت و با قصد هدف قراردادن دلایل عمده ابتلا به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل کنید (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲).
- مردم آسیب‌پذیر (از جمله زنان، کودکان، سالمندان، معلولان و غیره) را که ممکن است در برابر خطرات خاصی باشند، شناسایی کنید (رک. اصل ۲ حمایت، ص ۳۶).
- برای کاهش ابتلا به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر، خدمات بهداشتی مناسب، ممکن و مؤثر را اولویت‌بندی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- موانعی را که در برابر دسترسی به خدمات اولویت‌بندی شده بهداشت وجود دارد، شناسایی و برای رسیدگی به آن‌ها راه‌های عملی تعیین کنید (رک. نکته راهنمای ۲).

- خدمات بهداشتی اولویت‌دار را با هماهنگی همه بخش‌ها یا سایر گروه‌های بهداشت اجرا کنید و یا موضوعاتی با مضامین مرتبط ارائه دهید (رک. استاندارد کانونی ۲، ص ۵۹).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- نرخ خام مرگ‌ومیر (CMR) به پایین‌ترین حد ثبت‌شده پیش از بحران برای جمعیت رسیده یا در آن تعادل حفظ شده‌است (رک. نکته راهنمای ۳).
- نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال (U5MR) به سطحی کمتر از دو برابر حد ثبت‌شده پیش از بحران در میان جمعیت رسیده، یا در آن تعادل حفظ شده‌است (رک. نکته راهنمایی ۳).

نکات راهنما

۱. خدمات بهداشتی دارای اولویت عبارتند از خدمات بهداشتی اساسی که در رسیدگی به دلایل عمده مرگ‌ومیر و ابتلای بیش از حد به بیماری‌ها سودمندند. این موارد با توجه به شرایط، ازجمله نوع بحران و تأثیر آن متفاوت است. خدمات بهداشتی دارای اولویت تا جای ممکن باید مبتنی بر اصل عملکرد شاهدمحور و دارای فواید مشهودی برای سلامت عمومی باشد. وقتی که نرخ مرگ‌ومیر به نزدیکی خط مبنا رسید، یک سلسله خدمات بهداشتی جامع‌تری را می‌توان در طول زمان ارائه کرد (رک. استاندارد کانونی ۴، ص ۶۷).

۲. دسترسی به خدمات بهداشتی باید بر مبنای برابری و بی‌طرفی باشد تا دسترسی برابر، مبتنی بر نیاز و بدون تبعیض میسر شود. برای حصول اطمینان از دسترسی و پوشش‌دهی بهینه خدمات بهداشتی باید موقعیت محل و پرسنل ارائه این خدمات را سازماندهی کرد. در هنگام طراحی خدمات بهداشتی باید نیازهای خاص افراد آسیب‌پذیر در نظر گرفته شود. موانع دسترسی به این خدمات می‌تواند فیزیکی، مالی، رفتاری، فرهنگی و یا ارتباطی باشد. شناسایی و غلبه بر این موانع، برای دسترسی به خدمات بهداشتی اهمیت زیادی دارد (رک. استاندارد کانونی ۳، ص ۶۲ و اصل ۲ حمایت، ص ۳۶).

۳. نرخ خام مرگ‌ومیر (CMR) و نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال: CMR سودمندترین شاخص برای نظارت و ارزیابی وخامت شرایط در یک بحران است. CMR دو برابر یا بیشتر، نشان‌دهنده شرایط اضطراری چشمگیر بهداشتی و نیازمند امدادرسانی فوری است. وقتی که نرخ مبنا مشخص نیست و یا اعتبار آن همراه با تردید است، هدف آژانس‌ها باید دست کم حفظ CMR در کمتر از یک نفر به ازای هر ده‌هزار نفر در روز باشد.

U5MR شاخص حساس‌تر از CMR است. وقتی که نرخ مبنا نامشخص و یا همراه با تردید است، هدف آژانس‌ها باید دست کم حفظ U5MR در کمتر از دو نفر به ازای هر ده‌هزار نفر در روز باشد (رک. پیوست ۳: الگوهایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت).



نقطه مبنای نرخ مرگ‌ومیر به‌ازای منطقه

منطقه	CMR مرگ/۱۰۰۰۰/ روز	CMR مرگ وضع اضطراری	U۵MR مرگ/۱۰۰۰۰/ روز	U۵MR مرگ وضع اضطراری
جنوب صحرائی آفریقا	۰/۴۱	۰/۸	۱/۰۷	۲/۱
خاورمیانه و شمال آفریقا	۰/۱۶	۰/۳	۰/۲۷	۰/۵
جنوب آسیا	۰/۲۲	۰/۴	۰/۴۶	۰/۹
شرق آسیا واقیانوس اطلس	۰/۱۹	۰/۴	۰/۱۵	۰/۳
آمریکای لاتین و جزایر کارائیب	۰/۱۶	۰/۳	۰/۱۵	۰/۳
منطقه اروپای مرکزی و شرقی CIS* و کشورهای بالتیک	۰/۳۳	۰/۷	۰/۱۴	۰/۳
کشورهای صنعتی	۰/۲۵	۰/۵	۰/۰۳	۰/۱
کشورهای در حال توسعه	۰/۲۲	۰/۴	۰/۴۴	۰/۹
کشورهای کمتر توسعه‌یافته	۰/۳۳	۰/۷	۰/۸۲	۱/۷
جهان	۰/۲۵	۰/۵	۰/۴۰	۰/۸

* کشورهای مستقل مشترک‌المنافع

منبع: یونیسف، شرایط کودکان جهان ۲۰۰۹ (اطلاعات سال ۲۰۰۷)

۲-۱. خدمات ضروری بهداشتی – کنترل بیماری‌های واگیر

در زمان وقوع بحران‌ها، در اثر بیماری‌های واگیر، مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری‌ها رو به افزایش می‌گذارد. در بسیاری از محل‌های آسیب‌دیده از اغتشاشات، شصت تا نود درصد از مرگ‌ها به دلیل چهار عفونت عمده بوده‌است: بیماری‌های تنفسی شدید، اسهال، سرخک و مالاریا. در مناطق بومی سوء تغذیه شدید این بیماری‌ها را، خصوصاً در کودکان زیر پنج سال، تشدید می‌کند. بیماری‌های واگیر به‌ندرت هم‌زمان با اوایل بحران‌های طبیعی شایع می‌شود. وقتی یک بیماری شایع شد، معمولاً

با خطراتی مانند آوارگی و ازدحام جمعیت، کمبود سرپناه، آب ناکافی و ناسالم و بهداشت ناکافی همراه است.

خدمات ضروری بهداشتی - کنترل بیماری‌های واگیر استاندارد ۱: پیشگیری از بیماری‌های واگیر

مردم به اطلاعات و خدمات مؤثر در پیشگیری از بیماری‌های واگیر، که تاحدود زیادی باعث افزایش مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری‌ها می‌شود، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

با هماهنگی بخش‌های مربوط، اقدامات کلی پیشگیری را به‌عمل آورید (رک. نکته راهنمای ۱).

شیوه‌های مناسب کنترل ناقل‌های بیماری را درباره مالاریا، تب دانگ و سایر بیماری‌های ناشی از ناقل‌ها راه، با توجه به اپیدمیولوژی (دانش همه‌گیرشناسی) محلی به اجرا بگذارید (رک. نکته راهنمای ۲ و ۳).

اقدامات مخصوص پیشگیری از بیماری‌ها، ازجمله واکسیناسیون عمومی علیه سرخک راه، مطابق نمونه، اجرا کنید (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۱ بهداشت کودک).

شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

موارد عمده بیماری‌های واگیر مرتبط با شرایط تثبیت شده‌است (در حال افزایش نیست).

نکات راهنما

۱. اقدامات عمومی پیشگیری: این اقدامات شامل طراحی مناسب محوطه، تأمین آب سالم و فاضلاب مناسب، دسترسی به امکانات بهداشتی، واکسیناسیون علیه بیماری‌های خاص، تدارک غذای کافی و سالم، حفاظت شخصی و کنترل ناقل‌های بیماری و بسیج عمومی برای آموزش بهداشت است. بیشتر این اقدامات باید با هماهنگی بخش‌های دیگر صورت بگیرد، ازجمله با بخش‌های:

- سرپناه - تعداد کافی سرپناه با فواصل و تهویه کافی، ضد حشرات، با فاصله از آب‌های راكد و به‌قدر کافی نزدیک به امکانات آب و فاضلاب (رک. استانداردهای ۱ تا ۳ سرپناه و اسکان، صص ۲۶۱ تا ۲۷۰ و استاندارد ۲ اقلام غیر خوراکی، صص ۲۸۳).



- آب، فاضلاب، بهداشت - مقادیر کافی آب سالم و امکانات کافی فاضلاب و ارتقاء بهداشت (رک). استانداردهای ۱ و ۲ ارتقاء وضع بهداشت، صص ۹۷ تا ۱۰۰، استانداردهای ۱ تا ۳ تأمین آب، صص ۱۰۳ تا ۱۰۹ و استانداردهای ۱ و ۲ دفع فضولات، صص ۱۱۲ تا ۱۱۴).

- مدیریت فاضلاب و زه‌کشی محیطی و دفع ایمن زباله و کنترل ناقل‌های بیماری (رک). نکات ۲ و ۳، استاندارد ۴ مسکن و اسکان، صص ۲۷۴، استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل ناقل‌های بیماری، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳، استاندارد ۱ مدیریت زباله‌های جامد، صص ۱۲۴ و استاندارد ۱ کانال‌کشی آب‌های هرز، صص ۱۲۸).

- ایمنی غذایی، تغذیه و کمک غذایی - دسترسی به غذای کافی و مدیریت سوء تغذیه (رک). استانداردهای ۱ و ۲ تغذیه نوزادان و کودکان خردسال، صص ۱۶۷ تا ۱۶۸، استانداردهای ۱ تا ۳ مدیریت سوء تغذیه حاد و کمبود ریز مغذی‌ها، صص ۱۷۳ تا ۱۸۱ و استاندارد ۱ امنیت غذایی، صص ۱۸۴).

- آموزش و بسیج عمومی برای بهداشت - برای حصول اطمینان از اجرای مؤثر اقدامات پیشگیرانه بالا پیام‌هایی تهیه کنید.

۲. پیشگیری از مالاریا: با توجه به خطر عفونت، مرحله اضطراری بحران، تحرک جمعیت، نوع سرپناه و رفتار ناقل‌های محلی بیماری در منطقه مالاریاخیز، شیوه‌های پیشگیری از این بیماری را به اجرا بگذارید. اقدامات در زمینه کنترل ناقل بیماری، مانند سمپاشی داخل خانه‌ها (IRS) با حشره‌کش قوی و توزیع توری‌های آغشته به حشره‌کش‌های با عمر طولانی، باید با توجه به رهنمودهای حشره‌شناسی و با استفاده از تخصص کارشناسان باشد. برای این‌که IRS به‌عنوان اقدامی کنترلی و اجتماعی مؤثر باشد، باید دست کم هشتاد درصد درون محل‌های سکونت سمپاشی شود. LLINS توری استاندارد است و انتخاب آن در درازمدت حفاظت فردی را تأمین می‌کند. توزیع توری‌های فراوری‌نشده با مواد حشره‌کش توصیه نمی‌شود (رک). استاندارد ۲ مواد غیر خوراکی، صص ۲۸۳ و استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل ناقل‌های بیماری، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

در اولویت قراردادن توزیع LLINS، در میان گروه‌های در معرض خطر به مرحله بحران و سطح انتقال مالاریا بستگی دارد. در مراحل اولیه بحران و در جایی‌که نرخ انتقال مالاریا بسیار یا معتدل است، باید بیماران بستری در بیمارستان، افراد با سوء تغذیه شدید و اعضای خانواده آنان، زنان باردار و کودکان زیر دو سال را در اولویت قرار داد. اولویت بعدی مربوط به کسانی که در برنامه‌های دریافت غذای تکمیلی ثبت نام کرده‌اند، کودکان زیر پنج سال، افراد خانواده زنان باردار و کودکان زیر دو سال خواهد بود. در نهایت کل جمعیتی که در برابر خطر قرار گرفته‌اند، نیازمند حمایت با LLINS خواهند بود. در مراحل اولیه بحران، در مناطقی که میزان انتقال کم است، باید از LLINS در چیدمان‌های کلینیکی (مانند مراکز تغذیه درمانی و بیمارستان‌ها) استفاده کرد.

۱. پیشگیری از تب دانگ: کنترل ناقل‌های بیماری (چه به‌صورت لارو و چه حشره بالغ) شیوه اصلی پیشگیری از تب دانگ است. کنترل این بیماری باید با استفاده از اطلاعات دریافتی

از طریق بازرسی، اطلاعات مربوط به پراکندگی افراد مبتلا و تراکم ناقل‌های بیماری باشد. محوطه‌هایی که بیشترین تولید مثل در آن‌ها صورت می‌گیرد و از محلی تا محل دیگر تفاوت دارد، باید در هدف قرار گیرد. در مناطق شهری، پشه‌های آ‌دس در ظروف آب و سایر وسایل مصنوعی که می‌توان آب را در آن‌ها انباشت (مانند بطری‌های پلاستیکی، تاپرهای کهنه، بطری‌های شکسته، گلدان‌ها و غیره)، تولید مثل می‌کنند. آب ذخیره‌شده در خانه را باید همیشه در ظروف در بسته نگه‌داشت و ظرف آن را هر هفته شست و تمیز کرد. به خانواده‌های آسیب‌دیده باید ظرف‌های دردار مناسب ذخیره آب داد. ضد عفونی کردن ظروف آب با حشره‌کش‌های تأییدشده، در نابودی لاروها نقش بسزایی دارد. اسپری با حشره‌کش‌ها برای کاهش تعداد حشره‌های بالغ مفید است. باید روش‌های حفاظت فردی را هم رواج داد (رک. استاندارد ۲ اقلام غیر خوراکی، ص ۲۸۳ و استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل ناقل‌های بیماری، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۲ کنترل بیماری‌های واگیر: تشخیص و مدیریت موارد ابتلا به بیماری‌های واگیر مردم به شیوه‌های تشخیص و درمان مؤثر آن‌دسته از بیماری‌های عفونی، که به‌طور چشمگیری باعث کاهش ابتلای بیش از حد به بیماری‌ها و مرگ‌ومیر می‌شود، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● برای تشویق مردم جهت پیگیری فوری درمان تب دانگ، سرفه، اسهال و غیره پیام‌هایی برای آموزش بهداشت به مردم تهیه کنید.

● مراقبت‌های بهداشتی و ارجاع بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج را بر مبنای پروتکل استاندارد مدیریت موارد ابتلا یا مدیریت یکپارچه بیماری‌های کودکان (IMCI) و مدیریت یکپارچه بیماری‌های بزرگسالان (IMAI) در همه مراکز بهداشت رده اول، در هر جا که این روش‌ها اجرا می‌شود، انجام دهید (رک. نکته راهنمای ۱).

● برای درمان سریع بیماری‌هایی مانند سینه‌پهلو، مالاریا، اسهال، سرخک، مننژیت، سوء تغذیه و تب دانگ، تشخیص سه‌گانه بیماری‌ها (درمان‌ناپذیر، صعب‌العلاج و زوددرمان) و آیین‌نامه‌های مدیریت موارد بیماری را به‌اجرا بگذارید و آیین‌نامه‌های درمانی را به کارکنان آموزش دهید (رک. نکات راهنمای ۲ و ۳ و خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲ بهداشت کودک، ص ۳۳۹).

● برنامه‌های کنترل سل را تنها پس از این‌که معیارهای مشخص رعایت شد، ارائه کنید (رک. نکته راهنمای ۴).



شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- ۱ پروتکل یا آیین‌نامه مدیریت بیماری‌ها، برای تشخیص و درمان بیماری‌های عفونی معمول از پیش تدوین شده‌است و از آن‌ها به صورت هماهنگ استفاده می‌شود (رک. نکات راهنمای ۱ تا ۳ و استاندارد ۱ نظام بهداشت، ص ۳۱۰).

نکات راهنما

۱. مدیریت یکپارچه بیماری‌های کودکان و بزرگسالان: مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های واگیر را با تشخیص زودهنگام و درمان مناسب می‌توان کاهش داد. اجرای کاربرد IMCI و IMAI، یا سایر شیوه‌های کاربردی ملی دیگر در تقسیم‌بندی سه‌گانه (درمان‌ناپذیر، صعب‌العلاج و زوددرمان) و طبقه‌بندی بیماری‌ها براساس نوع و شدت آن‌ها و کمک به درمان مناسب آن‌ها اهمیت زیادی دارد. علائم خطر نشان می‌دهد که بیمار باید به مراکز بستری ارجاع داده‌شود. آیین‌های مدیریت بیماری، امکان تشخیص مناسب و استفاده منطقی از دارو را فراهم می‌کند (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲ بهداشت کودک، ص ۳۳۸).
۲. سینه‌پهلو: کلید کاهش مرگ‌ومیر در اثر سینه‌پهلو، تجویز فوری آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی، مانند آموکسی‌سیلین، مطابق با پروتکل‌های ملی است. مبتلایان به سینه‌پهلوهای شدید، باید در بیمارستان بستری شوند و با داروهای غیر خوراکی تحت درمان قرار گیرند.
۳. مالاریا: اقدام اصلی در در کنترل موفق مالاریا، دسترسی به درمان فوری و مؤثر است. در مناطقی که مالاریا بومی است، برای تشخیص سریع (کمتر از ۲۴ ساعت) تب و درمان با داروهای بسیار مؤثر، که در آغاز ابتلا آن‌ها را به کار می‌برند، روشی مناسب برای درمان تعیین کنید. درمان با ترکیباتی با پایه آرتمیسینین (ACTs)، درمان متداول مالاریای فالسیپاروم (نوعی انگل) است. انتخاب دارو باید با مشورت سازمان برگزیده و طبق برنامه ملی کنترل مالاریا صورت گیرد. در هنگام تدارک دارو به کیفیت آن توجه کنید. مطلوب آن است که مالاریا پیش از آغاز درمان از طریق تست آزمایشگاهی (آزمایش تشخیص فوری، میکروسکوپی) تشخیص داده شود؛ اما اگر تشخیص آزمایشگاهی در دسترس نیست، درمان فوری مالاریا نباید به تأخیر بیفتد.
۴. کنترل سل: برنامه ضعیف کنترل سل، بیش از آن‌که مفید واقع شود، ممکن است با استمرار تأثیرناپذیری و کمک به گسترش باسیل‌های مقاوم در برابر دارو، آسیب‌رسان باشد. ضمن این‌که مدیریت انفرادی بیماران مبتلا به سل در طول بحران امکان‌پذیر است، یک برنامه جامع کنترل سل تنها زمانی باید اجرا شود که معیارهای شناخته‌شده این کار فراهم باشد. این معیارها، نیازمند تعهد و منابع آژانس، ثبات تضمین‌شده جمعیت به مدت دست کم ۱۲ تا ۱۵ ماه و امکان اجرای برنامه با کیفیت مطلوب است. برنامه کنترل سل در هنگام اجرا باید

در برنامه ملی کشور ادغام شود و پیرو راهبرد درمان کوتاه‌مدت قابل مشاهده مستقیم باشد.

در مرحله بحرانی فاجعه، وقفه میان درمان‌ها برای همه بیماری‌های مزمن، از جمله سل، و فقدان انگیزه پیگیری در بیمار احتمالاً مسئله مهمی خواهد بود. همکاری میان کارکنان امدادی بهداشت و مراکز ملی درمان سل، باید مستحکم باشد. این امر باعث تداوم درمان افرادی می‌شود که پیش از بحران تحت مداوا بودند (رک. خدمات ضروری بهداشت، استاندارد ۱ بیماری‌های غیر واگیر، ص ۳۲۷).

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۳ کنترل بیماری‌های واگیر: ردیابی شیوع و امدادرسانی

آمادگی برای ردیابی، تحقیق و کنترل به‌موقع و مؤثر شیوع وجود دارد.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

بازرسی

- به‌عنوان بخشی از نظام بزرگتر اطلاعات بهداشتی، یک نظام بازرسی برای هشدار سریع (EWARN) و امدادرسانی، بر مبنای ارزیابی جامع خطر بیماری‌های واگیر ایجاد کنید.
- کارکنان بخش بهداشت و مراقبت‌های درمانی را برای ردیابی و گزارش شیوع بالقوه آموزش دهید.
- درباره علائم بیماری‌هایی که احتمال شیوع آن‌ها می‌رود و مراکزی که مردم می‌توانند برای کمک به آن‌ها مراجعه کنند، اطلاعاتی ساده به جمعیت بدهید.

آمادگی

- نقشه‌ای برای تحقیق درباره شیوع و آمادگی در مقابل آن بکشید (رک. نکته راهنمای ۲).
- از دسترسی آیین‌نامه‌های تحقیقات و کنترل موارد شیوع متداول، از جمله آیین‌نامه‌های درمانی و توزیع آن‌ها در میان کارکنان مربوط، اطمینان حاصل کنید.
- اطمینان حاصل کنید که برای درمان بیماری‌هایی که در اولویت قرار دارند، اقلام اساسی لازم موجود است و یا این اقلام را می‌توان از منبعی که پیشاپیش معین شده‌است، به‌سرعت خریداری کرد (رک. نکته راهنمای ۳).



پیشاپیش محوطه‌هایی را برای محافظت و درمان بیماران عفونی، از جمله مراکزی برای درمان مبتلایان به وبا، شناسایی کنید.

برای تأیید شیوع، آزمایشگاهی را در محل، منطقه، کشور و یا در سرزمینی دیگر تعیین کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

اطمینان حاصل کنید که وسایل حمل‌ونقل عناصر عفونی و نمونه‌های آزمایشگاهی، که ممکن است ناگهان باعث شیوع بیماری شود، در محل محوطه در دسترس است (رک. نکته راهنمای ۵).

کنترل

شیوع را برحسب زمان، مکان، و شخصی که شناسایی بیماری در او منجر به شناسایی اشخاص دیگر با خطر بالای شیوع می‌شود و اقدامات کنترلی به عمل آمده را تعریف کنید (رک. نکات راهنمای ۶ تا ۸).

اقدامات مناسب پیشگیرانه را، که ویژه بیماری و شرایط موجود است، به عمل آورید (رک. نکته راهنمای ۹).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در همان آغاز بحران، یک طرح مکتوب درباره تحقیقات مربوط به شیوع و امدادسانی به آن موجود و یا تدوین شده‌است.

آژانس‌های بهداشت، موارد مشکوک به شیوع را ظرف ۲۴ ساعت پس از ردیابی، به مقامات بالاتر خود در نظام بهداشت گزارش می‌کنند.

آژانس پیشرو، تحقیق درباره موارد گزارش‌شده بیماری‌های دارای احتمال شیوع را ظرف ۴۸ ساعت راه‌اندازی می‌کند.

نرخ موارد فوت‌شده (CFRs) پایین‌تر از سطح مناسب نگه داشته شده‌است:

- وبا - یک درصد یا کمتر

- اسهال شیگلا - یک درصد یا کمتر

- تیفوید (حصه) یک درصد یا کمتر

- مننژیت منینگوکوکال - بین ۵ تا ۱۵ درصد متغیر

- مالاریا - متغیر، در بیماران مبتلا به مالاریای شدید، هدف: کمتر از ۵ درصد

- سرخک - متغیر، در چیدمان‌های آسیب‌دیده از اغتشاشات طبق گزارش بین ۲ تا ۲۱ درصد، هدف: کمتر از ۵ درصد (رک. نکته راهنمای ۱۰).

نکات راهنما

۱. نظام هشدار سریع برای ردیابی شیوع: عناصر اصلی چنین نظامی شامل این موارد خواهد بود:

- شبکه‌ای از شرکای کاری
 - اجرا در همه مراکز بهداشت و در سطح جامعه، در صورت امکان
 - یک ارزیابی جامع از خطرات مربوط به همه بیماری‌های در معرض شیوع
 - شناسایی مبتنی بر ارزیابی خطرات تعداد کمی از شرایط اولویت‌دار (۱۰ تا ۱۲ درصد) و تعدادی از بیماری‌های مهم، به منظور بازرسی هفتگی، برای گزارش‌دهی «هشدار» (رک). پیوست ۲: فرم‌های نمونه بازرسی هفتگی)
 - تعریف روشن موارد بیماری یا شرایط در فرم‌های بازرسی
 - آستانه هشدار تعریف‌شده برای هر اولویت یا شرایط برای آغاز تحقیقات
 - ارتباط برای حصول اطمینان از اطلاع‌رسانی رسمی یا غیر رسمی هشدارها (شایعات، گزارش رسانه‌ها و غیره) به مسئولین مربوط
 - نظامی برای ثبت هشدارهای فوری یا امدادرسانی به آنها
 - گزارش‌دهی اطلاعات، ورود به پایگاه اطلاعاتی استاندارد و تحلیل هفتگی
 - بازخورد بازرسی‌های هفتگی و اطلاعات هشدارهای فوری به همه شرکای کاری
 - نظارت منظم برای کسب اطمینان از کیفیت اطلاعات و همچنین محدوده زمانی و گزارش‌دهی کامل
 - روش‌ها و فرم‌های استاندارد تحقیقات
 - رویه‌های استاندارد انتشار اطلاعات و آغاز امدادرسانی به شیوع.
۲. طرح تحقیقات درباره شیوع و امدادرسانی به آن: این طرح باید با مشارکت کامل همه شرکا صورت گیرد و به موضوعات زیر رسیدگی کند:

- معیاری که گروه کنترل شیوع باید با توجه به آن تشکیل شود.
- ترکیب کارمندان گروه کنترل شیوع
- نقش و مسئولیت‌های خاص هر سازمان و عناوین مقامات سازمانی در گروه
- ترتیب معین برای مشاوره و تبادل اطلاعات در سطح محلی و ملی
- منابع و امکانات موجود برای تحقیق درباره شیوع و امدادرسانی به آن
- فهرست داروها و اقلام اساسی و تشخیص‌های لازم

۳. ذخیره‌های انبار: ذخیره انبار در محوطه باید شامل اقلامی باشد که در امدادرسانی به بیماری‌های در معرض شیوع، لازم خواهد بود. در برخی شرایط ممکن است، بسته‌های آماده برای درمان اسهال یا وبا مورد نیاز باشد. شاید نگهداری برخی از اقلام، مانند واکسن مننژیت



منینگوکوکال، در محوطه عملی نباشد. برای این اقلام باید پیشاپیش روش‌های خرید، ارسال و انبار سریع تعیین شود تا بتوان به سرعت به آن‌ها دسترسی یافت.

۴. **آزمایشگاه‌های مرجع:** برای تأیید تشخیص، در جریان شیوع موارد مشکوکی که ممکن است برای آن واکسیناسیون همگانی لازم شود (مانند مننژیت منینگوکوکال) یا در جایی که آزمایش حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌ها، بر تصمیمات مدیریت بیماری‌ها (مثل شینگل اوسیس که نوعی اسهال است)، اثر می‌گذارد، آزمایش سودمند است. یک آزمایشگاه مرجع نیز باید در سطح محلی یا بین‌المللی معین شود تا بتواند با آزمایش‌های پیچیده‌تر و از طریق تشخیص سرولوژیکی، به تشخیص بیماری‌هایی نظیر سرخک، تب زرد، تب دانگ یا تب‌های ویروسی همراه با خونریزی بپردازد.

۵. **وسایل حمل‌ونقل و آزمایش فوری:** ابزارهای نمونه‌برداری (از جمله وسیله نمونه‌برداری مقعدی) و وسایل حمل‌ونقل (از جمله وسیله حمل نمونه وبا، اسهال شینگلا، یی‌کولی و سالمونلا) و وسایل زنجیره سرد برای حمل، باید در محوطه در دسترس و یا از پیش آماده باشد. همچنین چندین آزمون فوری دیگر وجود دارد که می‌تواند در غربالگری بیماری‌های واگیر، از جمله مالاریا و مننژیت، در محل بحران مفید باشد.

۶. **تحقیق درباره شیوع:** ده اقدام اصلی که هنگام بررسی درباره شیوع باید انجام داد، این موارد هستند:

- وجود شیوع را ثابت کنید.
 - تشخیص را تأیید کنید.
 - یک مورد را تعریف کنید.
 - موارد ابتلا را محاسبه کنید.
 - آسیب‌شناسی کنید (از لحاظ زمان، نفر و مکان)
 - تشخیص دهید چه کسانی در معرض خطر هستند.
 - فرضیه‌ای برای بروز بیماری و قرارگرفتن در معرض آن تدوین کنید.
 - فرضیه را ارزیابی کنید.
 - یافته‌هایتان را مبادله کنید.
 - اقدامات کنترلی انجام دهید.
- لزومی ندارد که این گام‌ها به ترتیبی سختگیرانه برداشته شود، اما اقدامات کنترلی هرچه سریع‌تر باید انجام گیرد.

۷. **تأیید وجود یک مورد شیوع:** همواره به صراحت نمی‌توان گفت که یک بیماری شیوع یافته‌است یا خیر، تعریف روشنی نیز برای آستانه شیوع بیماری‌ها در همه بحران‌ها وجود

ندارد؛ با این حال، در بیماری‌های زیر آستانه‌ای وجود دارد:

- بیماری‌هایی که در آن‌ها وجود یک مورد می‌تواند نشانه شیوع بیماری باشد: وبا، سرخک، تب زرد، تب‌های ویروسی منجر به خون‌ریزی.

- بیماری‌هایی که در آن‌ها موارد ابتلا یا مرگ‌ومیر ناشی از آن، از تعداد مورد انتظار در منطقه تجاوز می‌کند یا دوبرابر متوسط هفته پیش از آن است؛ مانند شیگلوسیس - در مناطق غیر بومی و اردوگاه‌های پناهندگان، تنها یک مورد شیگلوسیس باید نگرانی احتمال شیوع بالقوه را افزایش دهد.

- مالاریا - تعریف آن در شرایط مختلف متفاوت است؛ افزایش تعداد مبتلایان، علاوه بر آنچه در هر فصل سال در میان جمعیتی معین در منطقه‌ای مشخص انتظار می‌رود، می‌تواند نشانه شیوع مالاریا باشد. بدون اطلاعات تاریخی، علائم هشداردهنده شامل افزایش چشمگیر در نسبت با موارد تب مالاریا در دو هفته گذشته و روند روزافزون مرگ‌ومیر در هفته‌های گذشته است.

- مننژیت منینگوکوکال - در کمربند مننژیت، برای جمعیت‌های بالای ۳۰ هزار نفر، ۱۵ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر در هفته؛ اما در شیوع گسترده (یعنی هیچ مورد شیوعی در بیش از سه سال گذشته و واکسیناسیون کمتر از ۸۰ درصد افراد)، این آستانه به ۱۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر در هفته می‌رسد. در جمعیت‌های کمتر از ۳۰ هزار نفر، پنج مورد در هفته یا دوبرابر شدن ابتلا در یک دوره سه هفته‌ای، مؤید شیوع است. در اردوگاه‌ها، دو مورد تاییدشده در یک هفته، نشان شیوع بیماری است.

- تب دانگ - افزایش در تعداد موارد تب در دو هفته گذشته که نشان از افزایش سطوح IgG (براساس آزمایش‌های زوجی نمونه‌های متوالی سرم خون)، بیمار تب‌دار در طول ۳ تا ۵ روز بیماری و کاهش تعداد پلاکت است ($<20,000$).

۸. امدادرسانی به شیوع: عناصر اصلی امدادرسانی به شیوع عبارتند از: هماهنگی، مدیریت موارد بیماری، بازرسی، اپیدمیولوژی، آزمایشگاه، اقدامات پیشگیرانه خاص از قبیل بهبودبخشی به وضع آب و فاضلاب با توجه به بیماری، تبادل اطلاعات مربوط به خطر، بسیج جمعی، مدیریت اطلاعات و روابط عمومی، مدیریت هماهنگی و امنیت.

۹. اقدامات کنترلی: تدابیر کنترلی باید به‌طور ویژه، در راستای توقف انتقال عامل شیوع بیماری صورت گیرد. بیشتر اوقات، اطلاعاتی که درباره این عامل در اوضاع خاص وجود دارد، می‌تواند تعیین‌کننده طراحی اقدامات کنترلی مناسب باشد. این اقدامات به‌طور کلی عبارتند از: فعالیت‌های امدادرسانی کنترل منشأ و یا پیشگیری از قرارگرفتن در معرض آن (ازجمله از طریق بهبودبخشی به شرایط منبع آب برای پیشگیری از وبا)، ایجاد وقفه در انتقال و یا پیشگیری از عفونت (مثلاً از طریق واکسیناسیون عمومی برای پیشگیری از سرخک یا استفاده از توری‌های آغشته به حشره‌کش یا LLINs برای پیشگیری از مالاریا) و ایجاد تعدیل در نیروی دفاعی میزبان‌ها (ازجمله از طریق تشخیص درست بیماری و درمان یا پیشگیری دارویی) (رک. استاندارد ۵ نظام بهداشت، ص ۳۱۹، استانداردهای ۱ و ۲ تأمین



آب، صص ۱۰۳ تا ۱۰۶، استانداردهای ۱ و ۲ ارتقاء وضع بهداشت، صص ۹۷ تا ۱۰۰ و استانداردهای ۱ تا ۳ کنترل ناقل‌های بیماری، صص ۱۱۸ تا ۱۲۳).

۱۰. **نرخ موارد فوت ناشی از بیماری:** نرخ موارد فوت‌شده (CFRs) در اثر بیماری‌های واگیر با توجه به شرایط عمومی، دسترسی به خدمات بهداشتی و کیفیت و سرعت مدیریت موارد ابتلا متفاوت است. به‌طور کلی باید کوشید که CFRها تا حد ممکن کاهش یابد. اگر CFRها از کمترین حد انتظار بیشتر شود، باید برای حصول اطمینان از حفظ CFRها در سطح مناسب، بلافاصله اقدامات کنترلی مورد ارزیابی قرارگیرد و با فعالیتهای اصلاحی پیگیری شود.

۲-۲. خدمات ضروری بهداشتی - بهداشت کودک

کودکان در طول بحران‌ها، به‌طور ویژه در برابر نرخ روزافزون تلفات و مرگ‌ومیر آسیب‌پذیرند. رسیدگی به نیازهای خاص آنان، مستلزم اقداماتی است که بر کودکان متمرکز باشد. اقدامات مربوط به بهداشت کودک شامل رسیدگی به علل عمده مرگ‌ومیر بیش از حد، ازجمله در اثر عفونت‌های شدید تنفسی، اسهال، سرخک، سوء تغذیه و موارد دیگر در نوزادان است.

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۱ بهداشت کودک: پیشگیری از بیماری‌های قابل پیشگیری

با واکسن کودکان میان ۶ ماه تا ۱۵ سال در مقابل سرخک مقاوم شده‌اند و به برنامه‌های گسترده ایمن‌سازی (EPI) در زمان ثبات نسبی اوضاع، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

پوشش‌دهی واکسیناسیون علیه سرخک در میان کودکان ۹ تا ۱۵ سال را در آغاز امداد رسانی به بحران برآورد کنید تا خطر شیوع آن تعیین شود (رک. نکته راهنمای ۱).

اگر پوشش واکسیناسیون مشخص نیست یا کمتر از ۹۰ درصد است، واکسینه کودکان میان ۶ ماه تا ۱۵ سال را همراه با تجویز ویتامین آ برای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه انجام دهید (رک. نکات راهنمای ۱ و ۲).

اطمینان یابید که به تمام کودکان ۶ تا ۹ ماهه‌ای که واکسینه شده‌اند، با رسیدن به نهم‌ماهگی یک‌بار دیگر واکسن سرخک می‌زنند (رک. نکته راهنمای ۳).

نظامی ایجاد کنید تا اطمینان حاصل شود که دست کم، به ۹۵ درصد تازه‌واردان ۶ ماهه تا ۱۵

ساله جمعیت اردوگاه، واکسن سرخک زده می‌شود.

- به محض این‌که شرایط برای واکسیناسیون علیه سرخک و سایر بیماری‌های قابل پیشگیری، که در برنامه ملی ایمن‌سازی گنجانده شده، مهیا شد، برنامه‌های گسترده ایمن‌سازی (EPI) را دوباره برقرار کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- با تکمیل فعالیت‌های مربوط به واکسیناسیون علیه سرخک:
 - دست کم ۹۵ درصد کودکان میان ۶ ماه تا ۱۵ سال واکسینه شده‌اند.
 - دست کم ۹۵ درصد کودکان میان ۶ تا ۵۹ ماه، مقدار مطلوبی ویتامین آ دریافت کرده‌اند.
- هنگامی که برنامه‌های عادی گسترش ایمنی (EPI) دوباره برقرار شد، دست کم ۹۰ درصد از کودکان ۱۲ ماهه، سه بار واکسن سه‌گانه (دیفتری، سیاه‌سرفه و کزاز) را، که نشانه ایمنی کامل کودکان است، زده‌اند.

نکات راهنما

۱. پوشش واکسیناسیون سرخک: پوشش واکسیناسیون علیه سرخک در میان جمعیت آسیب‌دیده را از طریق بررسی اطلاعات مربوط به پوشش ایمن‌سازی تعیین کنید. براساس این بررسی، مشخص کنید که آیا پوشش ایمن‌سازی علیه سرخک در ۵ سال گذشته، بیش از ۹۰ درصد جمعیت، یا در ۱۲ ماه گذشته، بیش از ۹۰ درصد کودکان ۹ ماهه تا ۱۵ ساله، را دربرگرفته است یا درباره برآوردهای مربوط به پوشش این واکسیناسیون‌ها تردید وجود دارد و آیا باید با این فرض که پوشش‌دهی کافی نبوده است، واکسیناسیون باید تجدید شود یا خیر.
۲. محدوده سنی برای واکسیناسیون سرخک: ممکن است برخی از کودکان بزرگ‌تر، از واکسینه شدن در برابر سرخک در هر دوبار قبلی شانه خالی کرده باشند. این کودکان در معرض خطر ابتلا به سرخک باقی می‌مانند و می‌توانند، منبع عفونتی باشند برای نوزادان و کودکان دیگر، که خود این موارد نیز ممکن است در معرض خطرات بیشتر و مرگ در اثر این بیماری قرار گیرند؛ توصیه به واکسینه کردن کودکان تا ۱۵ سال، به همین دلیل است. در منطقه‌های با منابع فقیر، شاید واکسینه کردن تمام کودکان ۶ ماهه تا ۱۵ ساله، ممکن نباشد. در این موارد اولویت با کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه است. همه کودکان در گروه سنی هدف، باید صرف نظر از ایمن‌سازی قبلی، دوباره واکسینه شوند.
۳. تکرار واکسیناسیون سرخک برای کودکان ۶ تا ۹ ماه: همه کودکان در سن ۶ تا ۹ ماهه که



علیه سرخک واکسینه شده‌اند، باید تا رسیدن به ۹ ماهگی و به فاصله دست کم یک ماه پس از نخستین ایمن‌سازی، دوباره واکسینه شوند.

۴. **فعالیت مجدد برنامه ملی گسترش ایمنی (EPI):** هم‌زمان با آمادگی برای واکسیناسیون همگانی علیه سرخک، باید با هماهنگی مسئولان محلی برای ازسرگیری دوباره برنامه ملی گسترش ایمنی طرح‌ریزی کرد. ازسرگیری سریع برنامه گسترش ایمنی، نه تنها کودکان را به‌طور مستقیم در برابر بیماری‌هایی مانند سرخک، دیفتری، و سیاه‌سرفه تحت پوشش قرار می‌دهد، بلکه این ارزش را نیز دارد که مانع عفونت‌های تنفسی می‌شود.

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۲ بهداشت کودک: مدیریت بیماری نوزادی و کودکی

کودکان به خدمات اولویت‌دار بهداشتی که برای رسیدگی به موارد ابتلای بیش از حد به بیماری و مرگ‌ومیر در زمان نوزادی و کودکی طراحی شده، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

برای تشویق جمعیت آسیب‌دیده، جهت پیگیری مراقبت‌های سریع در مقابل هرگونه بیماری (تب، سرفه، اسهال و غیره) نوزادان، پیام‌های بهداشتی طراحی کنید. در طراحی پیام‌های آموزشی بهداشتی برای کودکانی که سرپرست بالغی ندارند تا از آن‌ها مراقبت کند، توجه کنید (رک. استاندارد ۱ نظام بهداشت، نکته راهنمای ۳، ص ۳۱۲).

در صورت امکان، مطابق با قوانین مدیریت یکپارچه بارداری و تولد کودک (IMPAC)، برای همه نوزادان، مراقبت‌هایی اساسی فراهم کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

با استفاده از آیین‌نامه‌های ملی یا قوانین مدیریت یکپارچه بیماری‌های کودک (IMCI)، در هر جا که این موارد اجرا می‌شود، در مراکز سطح یک بهداشتی، برای کودکان به‌شدت بیمار مراقبت‌های بهداشتی و بیمارستانی تأمین کنید (رک. نکته راهنمای ۲).

به‌منظور حصول اطمینان از این‌که همه دارندگان علائم اضطراری به درمان فوری دسترسی خواهند داشت، برای ارزیابی‌های اضطراری و تقسیم سه‌گانه کودکان بیمار (درمان‌ناپذیر، صعب‌العلاج و زوددرمان)، در همه مراکز درمانی، یک نظام استاندارد ایجاد کنید (رک. نکته راهنمای ۳).

اطمینان حاصل کنید که کودکان دریافت‌کننده خدمات درمانی، از لحاظ شرایط تغذیه، غربال‌گری و به مراکز تغذیه ارجاع می‌شوند (رک. استانداردهای ۱ تا ۳ مدیریت سوء تغذیه

حاد و کمبود ریز مغذی‌ها، صص ۱۷۳ تا ۱۸۱).

- جهت مدیریت درمان مبتلایان به دیفتری و سیاه‌سرفه، در شرایطی که خطر شیوع این بیماری‌ها بالا است، آیین‌نامه‌ای تدوین کنید (رک. نکته راهنمای ۶).
- برای درمان بیماری‌های معمول کودکان، با فرمول‌ها و در مقادیر مناسب، داروهای اساسی را تهیه کنید.

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه کودکان بالای ۵ سال مبتلا به مالاریا، ظرف ۲۴ ساعت پس از مشاهده علائم اولیه در آن‌ها، از درمان مؤثر با داروهای ضد مالاریا بهره‌مند شده‌اند (رک. خدمات ضروری بهداشتی، استاندارد ۲ کنترل بیماری‌های واگیر، صص ۳۲۹).
- همه کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال، هم املاح خوراکی تجدید آب (ORS) و هم املاح تکمیلی روی را دریافت کرده‌اند (رک. نکته راهنمای ۳).
- به همه کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سینه‌پهلو، آنتی‌بیوتیک مناسب داده شده‌است (رک. نکته راهنمای ۵).

نکات راهنما

۱. مراقبت از نوزادان: مطلوب آن است که همه نوزادان در هنگام تولد (ترجیحاً در یک مرکز بهداشتی)، گرم نگه‌داری و فوراً و تنها با شیر مادر تغذیه شوند. تمام آن‌ها باید از هر لحاظ، خصوصاً از لحاظ مشکل در تغذیه، معاینه شوند. همه نوزادان را باید از لحاظ ابتلا به هرگونه عفونت و آلودگی محلی معاینه کرد.
۲. مدیریت یکپارچه بیماری کودکان (IMCI) : IMCI یک نگرش یکپارچه به بهداشت کودک است که در سطح مراقبت مقدماتی، بر درمان کودکان زیر ۵ سال تمرکز دارد. اگر در کشوری IMCI ایجاد و رهنمودهای کلینیکی تهیه شده‌است، این رهنمودها ترجیحاً باید در آیین‌نامه‌های استاندارد ادغام شود و کارشناسان بهداشتی درباره آن آموزش مناسبی ببینند.
۳. تقسیم سه‌گانه (درمان‌ناپذیر، صعب‌العلاج و زوددرمان): قوانین IMCI و ارجاع برای مراقبت، زمانی می‌تواند بهتر شود که با تقسیم سه‌گانه و درمان همراه باشد. تقسیم سه‌گانه، طبقه‌بندی بیماران به گروه‌های اولویت برطبق نیاز آنان به درمان، منابع در دسترس و شانس زنده ماندنشان است. کارکنان کلینیکی شاغل در مراقبت از کودکان بیمار را باید با استفاده از تقسیم سه‌گانه اضطراری، قوانین ارزیابی و درمان برای ارزیابی‌های سریع آموزش داد.



۴. مدیریت اسهال: برای درمان کودکان مبتلا به اسهال، باید از ORS‌های با تراوش (osmolality) پایین، درمان کرد و به آن‌ها مکمل روی داد. ORS‌های با تراوش پایین طول دوره اسهال را کم می‌کند و نیاز به دریافت مایعات از طریق تزریق وریدی را کاهش می‌دهد.
۵. مدیریت سینه‌پهلو: کودکانی را که سرفه می‌کنند، باید از لحاظ تنفس تند یا فرودادن لبه‌های پایینی قفسه سینه در هنگام تنفس معاینه کرد. به آنان که تند و یا به سختی تنفس می‌کنند، باید آنتی‌بیوتیک خوراکی مناسب داد؛ کودکانی که هنگام تنفس، لبه پایینی قفسه سینه‌شان را به داخل فرومی‌کشند، باید به بیمارستان ارجاع شوند.
۶. شیوع سیاه‌سرفه و دیفتری: شیوع سیاه‌سرفه در شرایط آوارگی جمعیت معمول است. معمولاً به علت نگرانی از پیامدهای سوء واکسیناسیون در میان افراد مسن‌تر، جهت مقابله با شیوع سیاه‌سرفه، از کاربرد واکسن سه‌گانه اجتناب می‌شود؛ اما می‌توان در زمان شیوع، تمام وقفه‌های حاصل در ایمن‌سازی را جبران کرد. مدیریت این موارد شامل درمان با آنتی‌بیوتیک و درمان به‌صورت پیشگیری سریع از ابتلای افراد خانه‌نشینی که نوزاد دارند یا باردار هستند، می‌باشد. دیفتری عمومیت کمتری دارد، اما همواره برای جمعیت‌هایی که ایمنی کمی در برابر آن دارند، یک خطر به‌شمار می‌رود. برای مقابله با دیفتری در اردوگاه‌ها، سه دوره واکسیناسیون جداگانه اجرا می‌شود. مدیریت موارد ابتلا شامل تجویز هم‌زمان پادزهرها و پادتن‌ها است.

۲-۳. خدمات ضروری بهداشتی - بهداشت جنسی و باروری

همه افراد، از جمله کسانی که در مناطق بحران‌زده زندگی می‌کنند، حق بهره‌مندی از بهداشت باروری (RH) را دارند. برای استفاده از این حق، جمعیت آسیب‌دیده باید به اطلاعات و خدمات جامع RH دسترسی داشته‌باشند تا بتوانند آزادانه و آگاهانه تصمیم‌گیری کنند. خدمات با کیفیت RH، باید مبتنی بر نیازهای جمعیت آسیب‌دیده باشد. ضمن رعایت استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر، باید به اعتقادات مذهبی، ارزش‌های اخلاقی و زمینه‌های فرهنگی جمعیت احترام گذاشت.

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۱ بهداشت جنسی و باروری: بهداشت باروری

مردم از آغاز شرایط اضطراری و ضمن تثبیت اوضاع، به خدمات اولویت‌دار بهداشت باروری و بسته حداقل خدمات مقدماتی (MISP) و بهداشت باروری دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (برای مطالعه همراه با نکات راهنما)

- برای تسهیل هماهنگی و اجرای MISP (بسته حداقل خدمات مقدماتی) و کسب اطمینان از حضور و انجام وظیفه کارمندی در بخش یا گروه بهداشت، آژانسی را به عنوان راهنمای فعالیت‌های بهداشت باروری (RH)، در بخش بهداشت شناسایی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- با هماهنگی سایر بخش‌ها یا گروه‌های مربوط، برای کاهش خشونت‌های جنسی اقدام کنید (رک. نکته راهنمای ۳).
- از ارائه خدماتی برای مدیریت بالینی خشونت‌های جنسی، و از جمله دسترسی به بهداشت روانی و حمایت روانی - اجتماعی و مساعدت حقوقی اطمینان حاصل کنید (رک. نکته راهنمای ۳ و اصل ۲ حمایت، نکته راهنمای ۷، ص ۳۷).
- مجموعه حداقلی پیشگیری از HIV و درمان و مراقبت از مبتلایان به آن و خدمات حمایت از آن‌ها، به منظور کاهش انتقال HIV را راه‌اندازی کنید (رک. خدمات ضروری بهداشت، استاندارد ۲ بهداشت جنسی و باروری، ص ۳۴۴).
- اطمینان یابید که خدمات مربوط به زایمان و مراقبت از نوزادان، از جمله موارد زیر، در دسترس قرار دارد:
 - در مراکز بهداشت - متخصصین زنان و زایمان و اقلام لازم برای زایمان طبیعی و مدیریت مراقبت‌های زایمان فوری و مشکلات مربوط به نوزادان؛ مراقبت‌های اولیه اورژانس زنان (BEmOC) و مراقبت از نوزادان.
 - در بیمارستان‌های محل ارجاع - پرسنل بهداشتی ماهر و اقلام تدارکاتی برای مدیریت جامع عوارض زایمان و نوزادان؛ مراقبت‌های جامع اورژانس زنان (CEmOC) و مراقبت از نوزادان.
 - یک نظام ارتباطاتی و حمل‌ونقل برای مدیریت زایمان و نوزادان در شرایط اضطراری برقرار شده‌است و ۲۴ ساعت در روز و هفت روز در هفته میان جمعیت، بین مرکز بهداشت و بیمارستان محل ارجاع، در تردد است (رک. نکته راهنمای ۴).
- اگر دسترسی به بهداشتکاران ماهر و امکانات بهداشتی وجود ندارد، برای زایمان‌های تمیز خانگی، به ماماها و زنانی که بارداریشان مشخص است، بسته‌های زایمان تمیز بدهید (رک. نکته راهنمای ۴).
- جمعیت را از منافع و دسترسی نظام ارجاع اضطراری برای فوریت‌های زنان و زایمان و خدمات درمانی برای کسانی که دچار خشونت‌های جنسی بوده‌اند، آگاه کنید.
- اطمینان حاصل کنید که شیوه‌های پیشگیری از حاملگی برای رفع نیاز در دسترس وجود دارد (رک. نکته راهنمای ۲).



- برای ارائه خدمات بهداشت باروری (RH)، که در مراقبت‌های بهداشتی مقدماتی ادغام شده، فوراً برنامه‌ریزی کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

شاخص‌های کلیدی (برای مطالعه همراه با نکات راهنما)

- همه مراکز بهداشت براساس آیین‌نامه‌های ملی و یا سازمان بهداشت جهانی، کارکنان کارآزموده و مقادیر کافی لوازم و تجهیزات، برای مدیریت و ارائه خدمات به قربانیان تجاوز در اختیار دارند.

- همه زنان بارداری که در دوره سه‌ماهه سومشان (trimester) هستند، بسته‌های زایمان دریافت کرده‌اند.

- دست کم چهار مرکز بهداشت، برای هر ۵۰۰ هزار نفر جمعیت، امکانات مراقبت‌های اولیه اورژانس زنان و زایمان (BEmOC) و مراقبت از نوزادان دارند.

- دست کم یک مرکز بهداشت برای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت، به مراقبت‌های جامع اورژانس زنان و زایمان (CEmOC) و نوزادان مجهز شده‌است.

- نسبت زایمان به‌صورت سزارین، کمتر از ۵ و بیش از ۱۵ درصد نیست (رک. نکته راهنمای ۴).

نکات راهنما

۱. بسته حداقل خدمات مقدماتی: بسته خدمات اولیه حداقلی (MISP)، معرف خدماتی است که برای پیشگیری از بیماری‌ها و مرگ‌ومیرهای مربوط به بهداشت باروری در میان زنان، مردان و نوجوانان در شرایط اضطراری دارای بیشترین اهمیت است. این بسته متشکل از مجموعه‌ای هماهنگ از خدمات اولویت‌دار بهداشت باروری است که، برای پیشگیری از خشونت‌های جنسی و مدیریت آن؛ کاهش انتقال HIV؛ پیشگیری از ابتلای نوزادان به بیماری و مرگ‌ومیر آنان و آغاز برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات بهداشت باروری (به محض تثبیت شرایط)، باید به‌طور همزمان به اجرا درآید. برنامه‌ریزی برای ادغام فعالیت‌های با کیفیت خوب و جامع بهداشت باروری، در مراقبت‌های بهداشتی مقدماتی در آغاز شرایط اضطراری، برای حصول اطمینان از تداوم مراقبت‌ها ضروری است. مراقبت‌های جامع بهداشت باروری شامل به‌روز کردن خدمات موجود، افزودن خدمات مغفول و بهبودبخشی به کیفیت خدمات است.

۲. تجهیزات و لوازم بهداشت باروری: برای پرهیز از تأخیر در رساندن تجهیزات به مردم، بسته حداقل خدمات مقدماتی (MISP)، باید سفارش داده، توزیع و انبار شود. بسته بهداشتی فوریت‌ها شامل مقدار محدودی دارو برای پیشگیری از ابتلا پس از قرارگیری در معرض

بیماری، سولفات منیزیم و تجهیزات و داروهایی برای مراقبت‌های مامایی است؛ اما همه لوازم مورد نیاز برای MISP در آن نیست. بسته‌های مراقبت بهداشتی باروری جنسی معمول در آژانس‌ها، که از سوی کارگروه بین آژانس‌ها جهت بحران‌ها تهیه می‌شود، شامل داروها و تجهیزاتی برای مصرف سه ماه است.

۳. **خشونت جنسی:** همه فعالان در امر امدادرسانی به بحران‌ها، باید از خطر خشونت‌های جنسی، از جمله بهره‌کشی از سوی خود بشردوستان و برای پیشگیری و امدادرسانی به آن آگاه باشند. اطلاعات دریافتی از گزارش‌ها، باید با رعایت امنیت و اخلاق، جمع‌آوری شود و برای پیشگیری از تکرار چنین مواردی و تلاش برای امدادرسانی، با مسئولان دیگر مطرح گردد. خشونت‌های جنسی را باید تحت نظارت قرار داد. اقدامات کمکی برای نجات‌یافتگان، باید در همه خدمات تسهیلات بهداشتی پایه در دسترس موجود باشد؛ این اقدامات شامل حضور کارکنان ماهر برای تنظیم خانواده، پیشگیری از بیماری در محل شیوع HIV، درمان عفونت‌های منتقل‌شده از طریق جنسی (STIs)، مراقبت از زخم و پیشگیری از کزاز و هیپاتیت ب است. استفاده از ابزارهای پیشگیری از حاملگی، یک انتخاب شخصی است و به خود زنان بستگی دارد. باید به زنان مشاوره بی‌طرفانه داد تا بتوانند تصمیمی آگاهانه بگیرند. باید از نجات‌یافتگان خشونت‌های جنسی حمایت کرد تا بتوانند در پی ارجاع برای مراقبت‌های بالینی و بهره‌مندی از آن و دسترسی به بهداشت روانی و حمایت روانی - اجتماعی باشند.

کارکنان بهداشت باید بنا به تقاضای نجات‌یافتگان، برای این افراد حمایت حقوقی تأمین کنند. همه آزمایش‌ها و درمان‌ها تنها باید با رضایت آگاهانه فرد صورت گیرد. حفظ اسرار این افراد در همه مراحل ضروری است (رک. استاندارد ۵ نظام‌های بهداشت، نکته راهنمای ۴، ص ۳۲۱ و ۳۲۲ و اصل ۱ حمایت، نکات راهنمای ۷ تا ۱۲، ص ۳۵ و ۳۶).

۴. **زایمان و مراقبت از نوزادان در شرایط اضطراری:** تقریباً ۴ درصد از جمعیت آسیب‌دیده را زنان باردار تشکیل می‌دهند. حدود ۱۵ درصد از کل جمعیت زنان باردار در طول زمان بارداری، با مشکل ناگهانی در هنگام زایمان روبه‌رو می‌شوند و یا به مراقبت‌های مربوط به زایمان نیاز دارند و میان ۵ تا ۱۵ درصد از همه زایمان‌ها، نیازمند جراحی‌هایی نظیر سزارین است. برای پیشگیری از مرگ‌ومیر مادران و نوزادان و ابتلای آنان به بیماری‌های ناشی از مشکلات، در همه تولدها حضور ماما، مراقبت‌های اولیه برای زایمان (BEmOC) و احیای نوزادان در همه مراکز بهداشتی اولیه، ضروری است. عملیات مراقبت‌های اساسی برای زایمان (BEmOC)، شامل تزریق آنتی‌بیوتیک، تزریق داروهای منقبض‌کننده رحم (اکسی توسین)، تزریق داروهای ضد تشنج (سولفات منیزیم)، تخلیه رحم، با استفاده از فن‌آوری‌های مناسب، برداشتن جفت، کمک به وضع حمل طبیعی (وضع حمل به کمک خالاً یا فورسیس) و احیای مادر و نوزاد است. مراقبت‌های جامع اورژانس زنان و زایمان (CEmOC)، شامل همه عملیات مراقبت‌های اولیه اورژانس زنان و زایمان (BEmOC) و همچنین جراحی با بیهوشی کامل (سزارین و لاپاراتومی یا برش شکم) و انتقال منطقی و سالم خون است.



در نظام‌های ارجاع باید اطمینان حاصل شود که زنان یا نوزادان، برای رفت‌وآمد به مراکز بهداشت مجهز به مراقبت‌های اولیه اورژانس زنان و زایمان (BEmOC) و مراقبت از کودکان، به وسایل حمل‌ونقل دسترسی دارند.

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۲ بهداشت جنسی و باروری: HIV و ایدز

مردم به کمترین تجهیزات و خدمات پیشگیری از HIV، درمان، مراقبت و حمایت دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

در همه مراکز مراقبت‌های بهداشتی، اقدامات احتیاطی استاندارد و رویه‌های ایمن برای دفع زباله‌ها را به عمل آورید (رک. نکته راهنمای ۲ و استاندارد ۱ نظام بهداشت، نکات ۱۰ و ۱۱، صص ۳۱۴).

نگهداری ایمن ذخیره‌های خونی و استفاده منطقی از انتقال خون را برقرار و پیگیری کنید (رک. نکته راهنمای ۲ و استاندارد ۱ نظام بهداشت و نکته راهنمای ۵، صص ۳۱۲).

دسترسی به کاندوم‌های زنانه و مردانه رایگان همراه با اطلاعات مربوط به استفاده درست از آن‌ها را فراهم کنید.

اطمینان حاصل کنید که همه بیماران دارای علائم بیماری‌های جنسی عفونی مسری، در همه مراکز بهداشت مدیریت می‌شوند.

اطمینان یابید که خدمات پیشگیری پس قرار گرفتن بالقوه در معرض (HIV PEP)) ظرف ۷۲ ساعت در دسترس خواهد بود (رک. نکته راهنمای ۳).

اطلاعات آموزشی مربوط به پیشگیری از HIV را در فرم‌های قابل دسترسی در اختیار عموم و گروه‌های پرخطر (از جمله کارگران جنسی) قرار دهید.

با اطمینان از دسترسی به اقلام پیشگیری از حاملگی، زایمان‌های پاک و ایمن (از جمله مراقبت از زایمان در شرایط اضطراری) و تأمین داروهای ضد بازگشت بیماری (ARV)، از پیشگیری انتقال HIV از مادر به جنین (PMTCT)، اطمینان حاصل کنید (رک. نکته راهنمای ۴).

از کودکان متولدشده از مادران مبتلا به HIV، مراقبت و حمایت، از جمله راهنمایی و مشاوره برای تغذیه نوزاد، به عمل آورید (رک. استاندارد ۲ تغذیه کودک، صص ۱۶۸).

- اطمینان حاصل کنید کسانی که با HIV زندگی می‌کنند (PLHIV)، از مراقبت‌های بهداشتی، و از جمله کوتریموکسازول پروفیلاکسیس، برای عفونت‌های مرتبط با HIV بهره‌مندند.
- اطمینان یابید اشخاصی که قبلاً تحت مداوای پیشگیری از بازگشت بیماری قرار داشتند، درمانشان ادامه دارد (رک. نکته راهنمای ۴).
- در محل شیوع HIV و سل، میان برنامه‌های مربوط به این دو بیماری ارتباط برقرار کنید.
- اطمینان یابید کسانی که بیشتر در معرض خطر ابتلا به HIV هستند، به مراقبت‌های ویژه برای پیشگیری از انتقال جنسی این بیماری و کارکنان تزریق‌کننده، به تجهیزات پاک تزریق، در جایی که این خدمات وجود دارد، دسترسی دارند.
- طرح‌هایی برای گسترش خدمات کنترل HIV، در مرحله پس از بحران تهیه کنید (رک. نکته راهنمای ۱).

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- کسانی که در برابر بیشترین خطر ابتلا به HIV قرار دارند، هدف برنامه پیشگیری از HIV هستند.
- زنان بارداری که مثبت بودن HIV در آن‌ها محرز شده‌است، برای پیشگیری از انتقال HIV از مادر به جنین (PMTCT)، داروهای ضد بازگشت ویروس (ARV) دریافت کرده‌اند.
- صد درصد موارد انتقال خون پس از غربالگری، برای ناقلان، از جمله HIV، صورت می‌گیرد.
- افرادی که در مراکز بهداشتی و یا خارج از محیط کار، در معرض HIV هستند، ظرف ۷۲ ساعت پس از قرار گرفتن در معرض (HIV PEP)، خدمات پیشگیری دریافت کرده‌اند.
- همه مراکز مراقبت‌های بهداشتی، برای رسیدگی به بیماران دارای علائم عفونت‌های جنسی (STI)، داروهای ضد میکروب دارند.

نکات راهنما

۱. کنترل HIV: حداقل بسته پیشگیری، درمان، مراقبت و حمایت از مبتلایان به HIV که در اقدامات کلیدی این استاندارد تشریح شده، شامل اقداماتی است که بخش بهداشت برای پیشگیری از انتقال HIV و حمایت از افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، باید انجام دهد. این اقدامات باید در مراحل اولیه امداد رسانی به هر بحران انجام شود.
۲. پیشگیری از انتقال HIV در مراکز بهداشت و درمان: پیشگیری از انتقال HIV در



چیدمان‌های بهداشت (ازجمله در بیمارستان‌ها، کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی و در ضمن واکسیناسیون‌ها) در مرحله نخست امدادرسانی به بحران‌ها، یک اولویت است. اقدامات اساسی ضامن رعایت استاندارد، شامل روش‌های احتیاطی، انجام ایمن و منطقی انتقال خون و انهدام زباله‌های بهداشتی به روش‌های درست است (رک. استاندارد ۱ نظام بهداشت، نکات راهنمای ۵، ۱۰ و ۱۱).

۳. پیشگیری پس قرار گرفتن در معرض HIV: PEP برای پیشگیری از HIV، شامل مشاوره، برآورد خطر قرارگرفتن در معرض HIV، رضایت آگاهانه، ارزیابی منابع و تدارک داروهای ضد بازگشت ویروس (ARV) است؛ اما به کسی که محرز شده HIV مثبت دارد، نباید PEP داد؛ مشاوره و آزمایش نباید همواره اجباری باشد، تأمین PEP نیز نباید ضمن انتظار برای دریافت نتایج آزمایش، به تأخیر بیفتد.

۴. داروهای ضد بازگشت بیماری: تأمین ARV برای پیشگیری انتقال HIV از مادر به کودک (PMTCT)، پیشگیری پس از قرار گرفتن بالقوه در معرض (HIV PEP) و استفاده درازمدت از داروهای موسوم به آنتی ریتروویال (ART) در اوضاع بحرانی، امکان‌پذیر است. تداوم استفاده از داروهای آنتی ریتروویال برای کسانی که پیش از بحران نیز تحت مداوا قرار داشته‌اند، باید در طول امدادرسانی به شرایط بحرانی به‌عنوان اولویت در نظر گرفته شود. زنان بارداری که ART مصرف می‌کرده‌اند، باید بدون وقفه به مصرف آن ادامه دهند. زنان بارداری که در آن‌ها HIV مثبت تشخیص داده شده‌است، طبق آیین‌نامه‌های ملی، در صورت امکان، باید برای پیشگیری انتقال HIV از مادر به کودک، داروهای موسوم به آنتی ریتروویال مصرف کنند.

نکته

کاریتاس بین‌الملل و اعضای آن، کاربرد هرگونه وسیله یا توزیع آن‌ها را، برای کنترل مصنوعی تولدها توصیه نمی‌کند.

۴-۲. خدمات ضروری بهداشتی - جراحات

جراحات در پی وقوع بحران‌های طبیعی با حجم وسیع، مانند زلزله، معمولاً دلیل افزایش مرگ‌ومیر است. بسیاری از بحران‌های طبیعی که آغاز شدیدی دارد، با تلفات گسترده همراه است، به این معنی که بسیاری از افراد پیش از آن‌که منابع محلی بتوانند با استفاده از روش‌های متعارف آن‌ها را مدیریت کنند، مصدوم می‌شوند. مثلاً در جریان اغتشاشات مسلحانه بیشتر تلفات ناشی از شوک، در مناطق ناامن دور از امکانات بهداشتی روی می‌دهد؛ بنابراین نمی‌توان با مراقبت‌های پزشکی از این تلفات پیشگیری کرد (رک. اصل ۳ حمایت، نکات ۱ تا ۵، صص ۳۸ تا ۳۹).

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۱: مراقبت از جراحات

مردم در حین بحران، برای پرهیز از ابتلا به بیماری‌های قابل پیشگیری، مرگ‌ومیر و معلولیت، به مراقبت‌های مؤثر از زخم‌ها دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- اطمینان حاصل کنید کارکنان محلی بهداشت و افرادی که این بخش را هماهنگ می‌کنند، با مدیریت جراحات‌های گروهی آشنایی دارند (رک. نکته راهنمای ۱).
- در وقایع منجر به جراحات‌های گروهی، برای تقسیم‌بندی سه‌گانه مجروحان، با قوانین روشن برای ارزیابی، اولویت‌بندی، احیا و ارجاع، نظام استانداردی وضع کنید (رک. نکته راهنمای ۱).
- اطمینان یابید که کارکنان بهداشتی، اصول بنیانی و مهارت‌های لازم برای ارائه کمک‌های مقدماتی و احیای اصولی را، به‌طور گسترده درک و کسب کرده‌اند (رک. نکته راهنمای ۲).
- اطمینان حاصل کنید که کارکنان محلی بهداشت با اصول بنیانی رسیدگی به جراحات آشنا هستند (رک. نکته راهنمای ۳).
- به افرادی که زخم‌های باز دارند و کسانی که مشغول کارهای نجات و عملیات پاکسازی هستند، واکسن کزاز حاوی توکسئید (Toxoid) بزنید (رک. نکته راهنمای ۴).
- برای ارجاع بیماران مجروح به‌منظور درمان‌های تخصصی، ازجمله جراحی و مراقبت‌های پس از عمل، آیین‌نامه‌های استانداردی تدوین کنید (رک. نکته راهنمای ۵).
- اطمینان یابید که تنها آژانس‌هایی که تخصص و مهارت لازم را دارند، خدمات احیا مربوط به تروما، جراحی، توان‌بخشی پس از تروما و جراحی را تأمین می‌کنند (رک. نکته راهنمای ۵).



- اطمینان حاصل کنید که وسایل کمکی و حرکتی استاندارد (مانند صندلی چرخ‌دار و چوب زیر بغل)، در اسرع وقت ممکن برای مجروحان و معلولان در دسترس هست و می‌توان این وسایل را در محل تعمیر کرد (رک. نکته راهنمای ۶).

شاخص کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه کارکنان مراکز بهداشت آموزش دیده‌اند و نظام‌هایی برای مدیریت جراحات‌های متعدد وجود دارد.

نکات راهنما

۱. تریاژ (triage): تقسیم‌بندی سه‌گانه عبارت است از: فرایند طبقه‌بندی بیماران براساس شدت جراحات یا بیماری‌های آنان و اولویت‌بندی درمان آن‌ها براساس دسترسی منابع و شانس بیمار یا مجروح برای زنده ماندن. در وقایع منجر به جراحات‌های گسترده، افرادی که جراحات‌های شدید مخاطره‌آمیز دارند، ممکن است در اولویت پایین‌تری نسبت به کسانی قرار گیرند که جراحات‌های قابل درمان‌تری دارند. برای این تقسیم‌بندی، استاندارد وجود ندارد و در سراسر جهان از چندین روش استفاده می‌شود. در مرسوم‌ترین روش از نظام چهار رنگ استفاده می‌کنند: قرمز نشان‌دهنده بالاترین اولویت، زرد برای اولویت متوسط، سبز برای بیمارانی که باید قطع عضو شوند و سیاه برای مردگان است.
۲. کمک‌های اولیه و خدمات بهداشتی اولیه: رویه‌های حیاتی عبارت است از بازگرداندن و تثبیت تنفس؛ ممکن است تخلیه لوله تنفسی همراه با کنترل خونریزی و تزریق وریدی لازم باشد. این فرایندها می‌تواند به تثبیت وضع بیمار در هنگام رسیدگی به جراحات‌های مخاطره‌آمیز، پیش از انتقال او به مراکز ارجاع کمک کند و تا حد زیادی شانس زندگی او را، حتی با داشتن جراحات‌های متعدد، افزایش دهد. سایر روش‌های غیر عملیاتی دیگر، مانند شست‌وشو و بستن زخم‌ها، استفاده از آنتی‌بیوتیک و تزریق واکسن کزاز نیز به همان اندازه حیاتی است.
۳. نگهداری از جواحت: در بسیاری از بحران‌ها، بیماران پس از برداشتن جراحات، به بیش از شش ساعت مراقبت نیاز دارند. رسیدگی با تأخیر به مجروحان، خطر عفونت زخم‌ها و مرگ‌ومیرهای قابل پیشگیری را به شدت افزایش می‌دهد. بنابراین؛ آشنایی کارکنان بهداشت محلی با اصول مناسب و روش‌های پیشگیری و مدیریت عفونت زخم، که از تأخیر در شست‌وشو و برداشتن مواد خارجی و بافت‌های مرده با جراحی و پانسمان زخم پدید می‌آید، اهمیت زیادی دارد.
۴. کزاز: در بلایای طبیعی ناگهانی، که معمولاً عده زیادی مجروح و دچار شوک می‌شوند،

ممکن است خطر کزاز بسیار باشد. ضمن این که واکسیناسیون عمومی کزاز توصیه نمی شود، برای کسانی که زخم های آلوده دارند و افرادی که فعالیتشان در کارهای امداد و نجات، آن ها را در معرض خطر قرار می دهد، واکسن حاوی توکسین (DT یا Td، واکسن های دیفتری و کزاز، یا DPT با توجه به سن و سابقه واکسیناسیون) توصیه می شود. به افرادی که جراحات های آلوده دارند و قبلاً علیه کزاز واکسینه شده اند، باید در صورت امکان، یک دوره ایمنی کزاز گلوبولین (TIG) تزریق شود.

۵. **مراقبت از جراحی ها و تروما:** مراقبت از نقاهت های جراحی و جراحی های جنگی، مانع مرگ و معلولیت های درازمدت می شود و نیازمند آموزش خاص و منابعی است که معدودی از آژانس ها آن را در اختیار دارند. جراحی های نامناسب و ناکافی ممکن است بیشتر مضر باشد تا مفید. همچنین انجام جراحی بدون احیای فوری، گاه در تلاش برای بازگرداندن توانایی بیمار، منجر به شکست کامل می شود. بنابراین؛ تنها سازمان ها و افراد حرفه ای دارای مهارت های لازم، باید خدمات نجات بخش زندگی را ارائه دهند و از معلولیت ها پیشگیری کنند.

۶. **احیای پس از جراحی ناشی از تروما:** احیای سریع می تواند تا حد بسیاری بر شانس زندگی بیفزاید و کیفیت زندگی مجروحان را ارتقا دهد. بیمارانی که به وسایل کمکی (مانند پروتز و وسایل حرکت) احتیاج دارند، نیز نیازمند بازپروری جسمی خواهند بود. در صورت امکان، مشارکت در برنامه های احیای جامعه محور، مراقبت های پس از جراحی برای مجروحان را بهینه می کند.

۲-۵. خدمات ضروری بهداشتی - بهداشت روانی

مسائل مربوط به بهداشت روانی - اجتماعی در همه مراکز بشردوستانه پیش می آید. ترس ها، خسارات، ناامنی ها و عوامل بی شمار ایجاد تنش، همراه با اغتشاش و سایر بحران ها، مردم را در برابر خطر فزاینده مسائل گوناگون اجتماعی، رفتاری و روانشناسی قرار می دهد. بهداشت فکری و حمایت اجتماعی شامل حمایت در چندین بخش است (رک. هرم اقدامات، ص ۳۵۱). این حمایت ها نیازمند اقدامات هماهنگ، از جمله از طریق کارگروه های جمعی یا چندبخشی است. تمرکز استاندارد بهداشت روانی، بر اقدامات فعالان بخش بهداشت است. (رک. استاندارد ۱، ص ۵۶ و نیز اصل ۳ حمایت، ص ۳۸).

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۱ بهداشت روان: بهداشت روان

مردم به خدمات بهداشتی مربوط به پیشگیری و کاهش مشکلات بهداشت روان و آسیب های همراه با آن، دسترسی دارند.



اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- اطمینان یابید که اقدامات بر مبنای نیازها و منابع مشخص طراحی شده است.
- به اعضای جمعیت، از جمله به افراد منزوی و مطرود، امکان تقویت خودیاری و حمایت اجتماعی دهید.
- اطمینان حاصل کنید که کارکنان اجتماعی، از جمله داوطلبان و کارکنان خدمات بهداشتی، در شرایط متشنج و تنش‌های بیش از حد، کمک‌های اولیه روانی را به مردم ارائه می‌دهند (رک. نکته راهنمای ۲).
- اطمینان یابید که در هر مرکز بهداشت، دست کم یک نفر هست که به مسائل گوناگون و حادث روانی در بزرگسالان و کودکان رسیدگی کند (رک. نکته راهنمای ۳).
- به نیازهای اولیه امنیتی و حقوقی مردم در رویارویی با مسائل روانی، در مؤسسات رسیدگی کنید (رک. نکته راهنمای ۴).
- آسیب‌های مربوط به مصرف الکل و مواد مخدر را به کمترین حد برسانید.
- به عنوان بخشی از احیای فوری، برای بهبود مدیریت مسائل بهداشت روانی، طرح‌هایی تهیه کنید (رک. نکته راهنمای ۵).

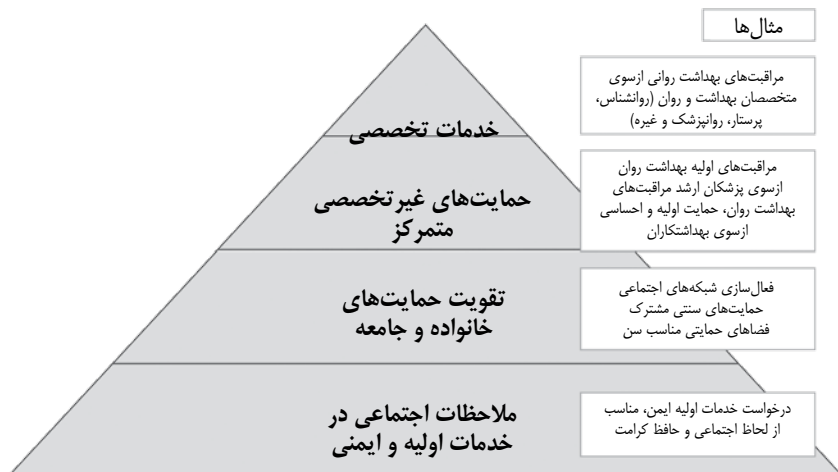
شاخص اصلی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه مراکز بهداشت دارای کارکنان کارآزموده و نظامی برای مدیریت مسائل بهداشت روانی هستند.

نکات راهنما

۱. خودیاری جمعیت آسیب‌دیده و حمایت اجتماعی: خودیاری جمعیت و حمایت اجتماعی، در کل یکی از موارد اصلی بهداشت روانی و حمایت اجتماعی روانشناسی چندبخشی است (رک. شکل صفحه بعد، نیز رک. استاندارد ۱، ص ۵۶ و اصل ۴ حمایت، نکات راهنمای ۹ تا ۱۳، ص ۴۳ و اصل ۳ حمایت، نکته راهنمای ۱۵، ص ۴۱). آژانس‌های بهداشت اغلب فعالان اجتماعی یا داوطلبانی را به کار می‌گیرند که بتوانند به اعضای جامعه، از جمله به گروه‌های طردشده، توان افزایش خودیاری و حمایت اجتماعی بدهند.

هرم اقدامات



منبع: گروه بهداشت روان و حمایت روانشناسی، کمیته هدایت بین آژانس‌ها، ۲۰۱۰

۲. **کمک‌های اولیه روانشناسی:** اضطراب شدید پس از رویارویی با عوامل استرس یا فجایع تکان‌دهنده، با پیروی از اصول کمک‌های اولیه روانشناسی، که اغلب به اشتباه آن را اقدامات کلینیکی می‌پندارند، به بهترین وجه قابل کنترل و مدیریت خواهد بود. این امر بیشتر نوعی امداد رسانی حمایتی انسانی به هم‌نوعی است که درد می‌کشد و نیازمند حمایت است. این مراقبت اساسی غیر مداخله‌جویانه، عملی است با تأکید بر شنیدن و نه صحبت کردن. ارزیابی نیازها و نگرانی‌ها، کسب اطمینان از تأمین نیازهای اولیه، تشویق حمایت اجتماعی از افراد دیگر و حمایت در برابر آسیب‌های بیشتر است. بررسی روانشناسی (یعنی تشویق به یادآوری با برانگیختن شخص به مرور مختصر، اما متوالی ادراکات، افکار و واکنش‌های احساسی که اخیراً در جریان واقعه‌ای پرتنش داشته‌است)، در بهترین حالت خود بی‌تأثیر است و نباید انجام شود. در این موارد، باید در رسیدگی به پریشانی‌های شدید، از مصرف بنزودیازپین‌ها نیز پرهیز کرد، زیرا ممکن است در بهبودی طبیعی اختلال ایجاد کند.

۳. **مراقبت بهداشت روانی اولیه:** مشکلات بهداشت روانی مردم ممکن است ناگهانی، از پیش موجود و یا هردوی این حالت‌ها باشد. کسانی که دچار مشکلات روانی شدید هستند، باید به شبکه جامعه‌محور حمایت‌های اجتماعی و همچنین مراقبت بالینی از طریق خدمات بهداشتی موجود (یعنی بیمارستان‌های عمومی، درمانگاه‌های مقدماتی و غیره) دسترسی داشته باشند. ساماندهی مراقبت‌های بالینی بهداشت روانی یا باید از طریق آموزش سریع و نظارت بر کارکنان بهداشت عمومی صورت گیرد، یا از طریق افزودن یک متخصص بهداشت روانی به درمانگاه بهداشت. داروهای اساسی روان‌درمان و ضد صرع نیز باید در دسترس باشد.

افرادی که پیش از بحران، کمک‌های بهداشت روانی دریافت کرده‌اند، باید هم‌چنان درمانشان ادامه یابد.

۴. **افراد در مؤسسات:** بیمارستان‌های روانی و خانه‌های مسکونی افرادی که مشکلات شدید روانی دارند، خصوصاً در اوایل بحران، باید به‌طور مرتب بازدید شود، چون خطر بی‌توجهی به مردم و بهره‌کشی از آنان در مؤسسات بسیار بالا است. ایمنی، نیازهای اساسی فیزیکی (آب، غذا، سرپناه، فاضلاب و مراقبت‌های بهداشتی)، بازرسی‌های بشردوستانه و مراقبت‌های اساسی روانی و جسمانی باید در طول بحران تأمین شود.

۵. **بهبود سریع:** از آن‌جا که بحران، باعث افزایش دامنه اختلالات روانی می‌شود، باید برای تقویت پوشش‌دهی نظام بهداشت روانی در سراسر مناطق آسیب‌دیده، برنامه‌هایی تدوین کرد (رک. استاندارد کانونی ۴، ص ۶۵).

۶-۲. خدمات ضروری بهداشتی - بیماری‌های غیر واگیر

افزایش سن و نیز افزایش امید به زندگی، در بسیاری از کشورها، ازجمله کشورهای با درآمد کم یا متوسط، نوع بیماری‌ها را از عفونی به غیر واگیر (NCDs) تبدیل کرده‌است. در نتیجه، NCD ها از لحاظ اهمیت گسترش به‌صورت موضوعی عمده برای بهداشت عمومی در شرایط بحرانی درآمده‌است. افزایش مشکلات بهداشتی به‌دلیل تشدید وخامت شرایط موجود بیماری‌های مزمن، به مسئله عمومی بسیاری از بحران‌ها تبدیل شده‌است.

خدمات ضروری بهداشتی - استاندارد ۱ بیماری‌های غیر واگیر: بیماری‌های غیر واگیر

مردم برای کاهش ابتلا به بیماری‌ها در اثر مشکلات شدید یا وخامت شرایط مزمن سلامتی‌شان، به درمان‌های ضروری دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

● گسترده‌ترین بیماری‌های غیر واگیر (NCD) را ارزیابی کنید و اطلاعات مربوط به آن را به آگاهی سایر آژانس‌های پاسخگو به بحران برسانید (رک. نکته راهنمای ۱).

● از کسب اطلاعات درباره هویت افرادی که پیش از بحران، برای بیماری‌های غیر واگیر خود، تحت درمان بوده‌اند و نیز از تداوم درمان آن‌ها در طول بحران، اطمینان حاصل کنید؛ از توقف ناگهانی درمان پرهیزید.

- اطمینان یابید، افرادی که مشکلات حاد دارند و بیماری‌های غیر واگیر (ازجمله بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا)، در آن‌ها شدت یافته و تهدیدی برای زندگیشان است و نیز افراد دردمند (ازجمله دردهای ناشی از سرطان پیشرفته)، درمان لازم را دریافت می‌کنند.
- در شرایطی که برای بیماری‌های غیر واگیر (NCD)، درمانی در دسترس نیست، استانداردهای مشخصی برای فرایند ارجاع بیمار تهیه کنید.
- اطمینان حاصل کنید که تجهیزات تشخیص، آزمایش‌های مهم و دارو برای بیماری‌های غیر واگیر متداول مزمن، از طریق نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دسترس وجود دارد. این داروها باید در فهرست داروهای اساسی مندرج باشد.
- اطمینان یابید که وسایل کمکی (مانند چوب‌های زیر بغل)، برای مردم دچار مشکلات حرکتی یا ارتباطی در دسترس است.

شاخص‌های کلیدی (همراه با نکات راهنما برای مطالعه)

- همه مراکز مراقبت بهداشتی اولیه، برای ارجاع بیماران دچار بیماری‌های غیر واگیر (NCD)، به مراکز مراقبت‌های درمانی رده دوم یا سوم، روش‌های عملیاتی استاندارد دارند.
- همه مراکز درمانی مقدماتی برای ادامه درمان افراد دچار بیماری‌های غیر واگیر که پیش از شرایط اضطراری نیز تحت درمان بوده‌اند، داروی کافی در اختیار دارند.

نکات راهنما

۱. بیماری‌های غیر واگیر عبارتند از: بیماری‌های قلبی، سکته، فشار خون شدید، مشکلات کلیوی مزمن نیازمند دیالیز، دیابت متکی به انسولین و صرع. در طول شرایط اضطراری، افراد دچار بیماری‌های مزمن به‌طور ویژه در برابر وخامت شرایط خود یا مشکلاتی مانند عفونت‌های ثانویه آسیب‌پذیرند و زمانی که در درمان آن‌ها وقفه ایجاد شود، با خطر روبه‌رو می‌شوند. در اقدامات بشردوستانه، تثبیت کلینیکی و تداوم درمان باید برای این افراد حمایت اصلی باشد.
۲. کسانی که بیماری‌های غیر واگیر دارند، نیازمند مصرف طولانی دارو و پیگیری هستند. رسیدگی معمول و مستمر به بیماری‌های غیر واگیر، با استفاده از داروهای موجود در فهرست داروهای اساسی، باید در نظام مراقبت بهداشتی گنجانده شود؛ اما معمولاً تجویز رژیم‌های درمانی جدید یا استفاده از برنامه‌های تازه برای رسیدگی به بیماری‌های مزمن، در طول تلاش‌های امدادی توصیه نمی‌شود، خصوصاً اگر شرایط تداوم این رژیم یا برنامه‌ها پس از مرحله اضطراری وجود نداشته باشد.



پیوست ۱

چک‌لیست ارزیابی سلامتی

آمادگی

- اطلاعات موجود مربوط به جمعیت آسیب‌دیده را دریافت کنید.
- نقشه‌ها و عکس‌های هوایی را دریافت کنید.
- اطلاعات آماری و بهداشتی را دریافت کنید.

ایمنی و دسترسی

- وجود و ادامه خطرات مولود بشر یا طبیعت را مشخص کنید.
- شرایط کلی امنیت، از جمله حضور نیروهای مسلح را مشخص کنید.
- دسترسی آژانس‌های بشردوستانه به جمعیت آسیب‌دیده را مشخص کنید.

آمارها و ساختار اجتماعی

- تعداد افراد آسیب‌دیده را بر حسب سن، جنس و تفکیک جمعیتی محاسبه کنید.
- گروه‌هایی را که در معرض خطر مضاعف هستند، از جمله زنان، کودکان، سالمندان و معلولان، شناسایی کنید.
- میانگین خانوارها را مشخص کنید و تعداد خانواده‌های تحت سرپرستی زنان و کودکان را تخمین بزنید.
- شرایط موجود اجتماعی، از جمله موقعیت‌های مسئولان یا نفوذ آنان را مشخص کنید.

اطلاعات مرتبط پیشینه و مسائل بهداشتی

- مسائل بهداشتی را که پیش از بحران در محل وجود داشته‌است، شناسایی کنید.
- مشکلات بهداشتی موجود در کشور مبدأ (برای پناهندگان و محل سکونت اولیه برای آوارگان)، پیش از بحران را شناسایی کنید.
- خطرات موجود در برابر سلامتی، از جمله امکان وقوع اپیدمی، را شناسایی کنید.
- مراکز قبلی مراقبت‌های بهداشتی را شناسایی کنید.
- عملکردهای نظام سلامت را تحلیل کنید.

نرخ مرگ‌ومیر

- نرخ خام مرگ‌ومیر را محاسبه کنید.
- نرخ مرگ‌ومیر را با توجه به سن (از جمله در کودکان زیر ۵ سال) محاسبه کنید.
- نرخ مرگ‌ومیر با دلایل مشخص را محاسبه کنید.
- نرخ تقریبی مرگ‌ومیر را محاسبه کنید.

نرخ ابتلا به بیماری‌ها

- نرخ‌های میزان بروز بیماری‌های عمده را که برای سلامتی عمومی مهم است، مشخص کنید.
- نرخ میزان بروز بیماری‌های عمده مرتبط با سن و جنس را مشخص کنید.

منابع موجود

- ظرفیت وزارت بهداشت کشور آسیب‌دیده از بحران را مشخص کنید.
- شرایط امکانات بهداشتی ملی، از جمله تعداد کلی برحسب نوع خدمات مورد ارائه، شرایط فیزیکی و دسترسی به آن‌ها را مشخص کنید.
- تعداد کارکنان مراکز بهداشت و مهارت‌های آنان را بررسی کنید.



- بودجه‌های موجود بهداشت و سازوکارهای تأمین مالی را مشخص کنید.
- ظرفیت و شرایط عملکرد کنونی برنامه‌های بهداشت عمومی، ازجمله برنامه‌های مجدد ایمن‌سازی را معین کنید.
- وجود روش‌های استاندارد، داروهای اساسی و نظام تدارکاتی و مدیریت هماهنگی را بررسی کنید.
- شرایط نظام ارجاع موجود را مشخص کنید.
- سطح بهداشت محیط مراکز بهداشتی را تشخیص دهید.
- شرایط موجود نظام اطلاعات بهداشتی را بررسی کنید.

اطلاعات سایر بخش‌های مرتبط

- شرایط تغذیه
- تغذیه و امنیت غذایی
- شرایط زیست‌محیطی
- سرپناه - کیفیت سرپناه
- آموزش - آموزش سلامتی و بهداشت

پیوست ۲

نمونه فرم‌های گزارش بازرسی هفتگی

فرم ۱: بازرسی مرگ‌ومیر

محل محوطه:
تاریخ از دوشنبه: تا یکشنبه:
کل جمعیت در آغاز این هفته:
تولدهای این هفته: فوت‌های این هفته:
ورودی‌های این هفته (در صورت وجود): خروجی‌های این هفته:
کل جمعیت در آخر هفته: کل جمعیت زیر ۵ سال:

جمع کل	۵ سال به بالا		۰ تا ۴ ساله‌ها		
	مؤنث	مذکر	مؤنث	مذکر	
					دلیل اصلی
					عفونت حاد دستگاه تنفسی تحتانی
					(مشکوک به) وبا
					اسهال خونی
					اسهال آبکی
					جراحت - غیر تصادفی
					مالاریا
					مرگ مادر - مستقیم
					سرخک
					(مشکوک به) مننژیت
					نوزادان (تا ۲۸ روزه)
					سایر
					ناشناس
					جمع کل بر حسب سن و جنس
					دلایل زیربنایی
					(مشکوک به) ایدز
					مرگ مادر (غیر مستقیم)
					سوء تغذیه
					بیماری‌های غیر واگیر (مشخص کنید)
					سایر
					جمع کل بر حسب سن و جنس

از این فرم زمانی استفاده می‌شود که میزان مرگ‌ومیر بالاست و بنابراین به دلیل محدودیت زمانی نمی‌توان اطلاعات دقیق‌تری را برای هر مورد جمع‌آوری کرد.

- سایر دلایل مرگ‌ومیر را نیز با توجه به شرایط و الگوی اپیدمیولوژی می‌توان افزود.
- سن را می‌توان بیشتر تفکیک کرد (۰ تا ۱۱ ماهه، ۱ تا ۴ ساله، ۵ تا ۱۴ ساله، ۱۵ تا ۴۹ ساله، ۵۰ تا ۵۹ ساله، ۶۰ تا ۶۹ ساله، ۷۰ تا ۷۹ ساله و ۸۰ سال به بالا)
- صرفاً نباید موارد فوت مراکز بهداشتی را گزارش کرد، بلکه گزارش از محل یا گزارش رهبران مذهبی، بهداشتکاران، گروه‌های زنان و بیمارستان‌های محل ارجاع را شامل کرد.
- در صورت امکان، شرح موارد نیز باید در پشت فرم نوشته شود.



فرم ۲: بازرسی مرگومیر

محل محوطه
تاریخ از دوشنبه: تا یکشنبه:
کل جمعیت در آغاز این هفته:
تولدهای این هفته: فوت‌های این هفته:
ورودی‌های این هفته (در صورت وجود): خروجی‌های این هفته:
کل جمعیت در آخر هفته: کل جمعیت زیر ۵ سال:

شماره	جنسیت (زن، مرد)	سن (روز = ۰، ماه = ۴، سال = ۵)	علت اصلی مرگ	دلایل پنهانی
۱			مرگ مادر - غیر عارضی	نامشخص
۲			اسهال آبکی	اسهال (مشخص کنید)
۳			اسهال خونی	پیشاری غیر راکت (مشخص کنید)
۴			وبا (مشکوک به)	توزاری (۰ تا ۲۸ روز)
۵			ظنون شدید قسمت پایین اندام تنفسی	منبریت (مشکوک به)
۶				سرخک
۷				مالاریا
۸				مرگ مادر - مستقیم
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				
۱۸				
۱۹				
۲۰				
۲۱				
۲۲				
۲۳				
۲۴				
۲۵				
۲۶				
۲۷				
۲۸				
۲۹				
۳۰				
۳۱				
۳۲				
۳۳				
۳۴				
۳۵				
۳۶				
۳۷				
۳۸				
۳۹				
۴۰				
۴۱				
۴۲				
۴۳				
۴۴				
۴۵				
۴۶				
۴۷				
۴۸				
۴۹				
۵۰				
۵۱				
۵۲				
۵۳				
۵۴				
۵۵				
۵۶				
۵۷				
۵۸				
۵۹				
۶۰				
۶۱				
۶۲				
۶۳				
۶۴				
۶۵				
۶۶				
۶۷				
۶۸				
۶۹				
۷۰				
۷۱				
۷۲				
۷۳				
۷۴				
۷۵				
۷۶				
۷۷				
۷۸				
۷۹				
۸۰				
۸۱				
۸۲				
۸۳				
۸۴				
۸۵				
۸۶				
۸۷				
۸۸				
۸۹				
۹۰				
۹۱				
۹۲				
۹۳				
۹۴				
۹۵				
۹۶				
۹۷				
۹۸				
۹۹				
۱۰۰				

«از این فرم زمانی استفاده می‌شود که وقت زیادی برای ثبت اطلاعات درباره همه موارد فوت وجود دارد، این فرم امکان تحلیل برحسب سن، تحقیق درباره شیوع و محل آن و نرخ استفاده از امکانات را فراهم می‌کند.

- توالی گزارش دهی (یعنی به صورت روزانه یا هفتگی) بستگی به میزان مرگ و میر دارد.
- سایر دلایل فوت نیز به شکل مناسب با شرایط می تواند افزوده شود.
- موارد فوت را صرفاً نباید از مراکز بهداشت محل گزارش کرد، بلکه گزارش از محل، پیران مذهبی، بهداشتکاران، گروه های زنان و ارجاع به بیمارستان ها را نیز باید در آن ها گنجانند.
- در صورت امکان، شرح موارد نیز باید در پشت فرم نوشته شود.

فرم گزارش هشدار سریع هفتگی

* از این فرم در مرحله اضطرابی شدید، در زمانی که خطر شیوع بیماری‌های واگیر بالاست، استفاده می‌شود.

تاریخ از دوشنبه: تا یکشنبه:
 شهر/ روستا/ محل اسکان/ اردوگاه:
 نام محوطه: • سربایی • بستری • مرکز بهداشت • کلینیک سیار
 آژانس(های) پشتیبان: کارمند گزارشگر و شماره تماس:
 کل جمعیت: کل جمعیت زیر ۵ سال:

الف. اطلاعات تفکیکی هفتگی

جمع	مرگ و میر		ابتلا به بیماری‌ها		موارد تازه
	۵ سال و بالاتر	زیر ۵ سال	۵ سال و بالاتر	زیر ۵ سال	
					جمع پذیرش‌ها
					جمع موارد فوت‌شده
					عفونت‌های شدید تنفسی
					اسهال آبکی
					اسهال شدید خونی
					(مشکوک به / تاییدشده) مالاریا
					سرخک
					(مشکوک به) منتزیت
					علائم تب ناشی از خونریزی شدید
					علائم یرقان شدید
					علائم فلج عضله‌ها (AFP)
					کزاز
					سایر تب‌ها (۳۸/۵ درجه سانتیگراد)
					جراحات / زخم‌ها
					سایر
					جمع

- بیش از یک تشخیص ممکن است؛ مهمترین آن‌ها باید ثبت شود. هر مورد فقط باید یکبار شمارش شود.
- تنها مواردی را شامل کنید که در طول هفته بازرسی (برای موارد فوت‌شده) دیده شده‌اند.
- اگر برای یکی از موارد ذکرشده در فهرست فرم بالا هیچ مورد یا فوتی نبوده‌است، بنویسید «صفر».
- موارد فوت‌شده فقط باید در قسمت مرگ و میر ذکر شود، نه در قسمت ابتلا به بیماری‌ها.
- شرح موارد برای هر یک از شرایط تحت بازرسی باید در پشت این فرم نوشته شود.
- علل ابتلا به بیماری‌ها را با توجه به همه‌گیرشناسی و ارزیابی خطر بیماری می‌توان جذب یا اضافه کرد.
- مقصود از بازرسی هشدار سریع، ردیابی سریع بیماری‌هایی است که احتمال شیوع آن‌ها وجود دارد.
- اطلاعات درباره شرایطی نظیر سوء تغذیه را باید از طریق تحقیق (شیوع) به‌جای پایش (موارد) به‌دست آورد.

ب. هشدار شیوع

ه زمان که به‌وجود هر یک از بیماری‌های زیر مشکوک بودید، لطفاً با حداکثر اطلاعات موجود درباره زمان، مکان و تعداد موارد مرگ و میر در اثر وبا، اسهال شیگلایی، سرخک، فلج اطفال، حصبه، کزاز، هیانتیت A یا B، تب دانگ، منتزیت، دفتری، سیاه‌سرفه، تب‌های ناشی از خونریزی، به پیامک یا تلفن بزنید و یا به ایمیل بفرستید.
 (این فهرست بیماری‌ها با توجه به همه‌گیرشناسی بیماری‌ها در کشور تغییر خواهد کرد).

فرم نمونه گزارش بازرسی ابتلا به بیماری‌ها

* نظارت بر ابتلا به بیماری‌ها را می‌توان از گزارش هشدار سریع پس از مرحله شدید گسترش داد تا به‌طور مناسب شامل سایر بیماری‌ها و نظارت بر سایر شاخص‌ها نیز باشد.

محوطه:
تاریخ از دوشنبه: تا یکشنبه:
کل جمعیت در آغاز این هفته / ماه:
تولدها در این هفته / ماه:
ورودی‌ها در این هفته / ماه (در صورت وجود):
خروجی‌ها در این هفته / ماه:
کل جمعیت در پایان هفته / ماه: کل جمعیت زیر ۵ سال:

ابتلا به بیماری‌ها	زیر ۵ سال (تعداد موارد تازه) #	۵ سال و بالاتر (موارد تازه)	جمع	موارد تکرار
تشخیص*	مذكر	مؤنث	جمع	جمع
عفونت تنفسی شدید**				
اسهال آبکی شدید				
اسهال خونی شدید				
(مشکوک به/ تأییدشده) مالاریا				
سرخک				
(مشکوک به) مننژیت				
علائم تب ناشی از خونریزی شدید				
علائم یرقان شدید				
یبی‌حسی و فلج شدید ماهیچه‌ها				
کزاز				
سایر تب‌های بالای ۳۸/۵ درجه				
(مشکوک به) ایدز***				
بیماری‌های چشمی				
سوء تغذیه****				
جراحات‌های تصادفی				
جراحات‌های غیر تصادفی				
عفونت‌های مسری جنسی				
زخم‌های مجاری تناسلی				
ترشح مجاری ادراری مردان				
ترشح واژینال				
درد ناحیه پایین شکم				
بیماری‌های پوستی				
بیماری‌های غیر واگیر (از جمله دیابت)				
کرم				
سایر				
ناشناس				
جمع				

* بیش از یک تشخیص ممکن است؛ دلایل ابتلا به بیماری‌ها را می‌توان، با توجه شرایط و الگوی همه‌گیرشناسی، افزود یا کاست.
** عفونت شدید مجرای تنفسی: در برخی از کشورها این مورد را به عفونت مجاری بالایی و پایینی تقسیم می‌کنند.
*** شیوع HIV و ایدز را با تحقیق می‌توان به بهترین نحو ارزیابی کرد.
**** شیوع سوء تغذیه را به بهترین نحو از طریق تحقیقی سریع (MUAC یا غربالگری قد / وزن) می‌توان انجام داد، زیرا ارزیابی فقط درباره کسانی که برای درخواست کمک می‌ایند، مشخص است.
سن را در صورت امکان می‌توان بیشتر تفکیک کرد.

هشدار شیوع

اگر به وجود هریک از بیماری‌های زیر مشکوک شدید، لطفاً با حداکثر اطلاعات موجود درباره زمان، مکان، و تعداد موارد مرگ‌ومیر در اثر: وبا، اسهال شیبگلابی، سرخک، فلج اطفال، حصه، کزاز، هپاتیت A یا E، تب دانگ، مننژیت، دیفتیری، سیاه‌سرفه، تب‌های ناشی از خونریزی به پیامک یا تلفن بزنید و یا به ایمیل بفرستید.

بازدید از مرکز بهداشت		زیر ۵ سال			۵ سال و بالاتر			جمع	
		مذکر	مؤنث	جمع	مذکر	مؤنث	جمع	مذکر	مؤنث
جمع بازدیدها									

نرخ بهره‌برداری: تعداد بازدیدها به‌ازای هر نفر در سال به مرکز بهداشت = جمع تعداد ویزیت‌ها در یک هفته، تقسیم بر جمع کل جمعیت $52 \times$ هفته
 - سن را می‌توان بیشتر تفکیک کرد (۰ تا ۱۱ ماهه، ۱ تا ۴ ساله، ۵ تا ۱۴ ساله، ۱۵ تا ۴۹ ساله، ۵۰ تا ۵۹ ساله و ۶۰ سال به بالا)
 تعداد ویزیت هر متصدی درمانگاه: تعداد کل پذیرش‌ها (جدید و قبلی) / معادل متصدیان تمام‌وقت (FTE) / تعداد روزهای فعالیت مرکز بهداشت در هفته



پیوست ۳

فرمول‌هایی برای محاسبه شاخص‌های کلیدی بهداشت

نرخ خام مرگ‌ومیر

تعریف: میزان مرگ‌ومیر در کل جمعیت، از جمله زنان و مردان و همه سنین.
فرمول:

$$\frac{\text{جمع کل مرگ‌ومیرها در طول دوره زمانی}}{\text{جمعیت میان دوره}} \times 10 \text{ هزار نفر} = \text{فوت در هر 10 هزار نفر / روز}$$

X تعداد روزها در دوره زمانی

نرخ مرگ‌ومیر زیر ۵ سال (U5MR)

تعریف: میزان مرگ‌ومیر در میان کودکان زیر ۵ سال سن در کل جمعیت
فرمول:

$$\frac{\text{جمع کل فوت کودکان زیر 5 سال در طول دوره}}{\text{تعداد کل کودکان زیر 5 سال}} \times 10 \text{ هزار نفر} = \text{فوت در هر 10 هزار کودک زیر 5 سال در روز}$$

X تعداد روزها در طول دوره

نرخ حادثه

تعریف: تعداد موارد تازه بحران که در دوره مشخصی از زمان در میان جمعیتی که در معرض خطر ابتلا به بیماری قرار دارد، رخ می‌دهد.

فرمول:

$$\text{تعداد موارد تازه به دلیل بیماری های خاص در دوره زمانی} = \frac{10 \times \text{موارد تازه به دلیل بیماری خاص در دوره زمان در هر ۱۰ هزار نفر در ماه}}{\text{جمعیت در برابر خطر ابتلا به بیماری X تعداد ماه های دوره}}$$

نرخ مرگ و میر (CFR)

تعریف: تعداد افرادی که در اثر بیماری فوت می‌شوند، تقسیم بر تعداد افرادی که دچار بیماری هستند.

فرمول:

$$\text{تعداد افرادی که در طول دوره به دلیل بیماری فوت می‌شوند} = \frac{100 \times \text{تعداد افرادی که در طول دوره دچار بیماری هستند}}{x\%}$$

میزان استفاده از مرکز بهداشت

تعریف: تعداد ویزیت بیماران سرپایی به ازای هر نفر در سال. در صورت امکان باید میان پذیرش‌های تازه و قبلی تمایز قائل شد و برای محاسبه این نرخ باید از پذیرش‌های جدید استفاده کرد؛ اما بیشتر اوقات قائل شدن تمایز میان ویزیت‌های جدید و قدیم مشکل است؛ بنابراین غالباً این دو، در طول دوره بحران با یکدیگر درمی‌آمیزند.

فرمول:

$$\text{تعداد کل ویزیت‌ها در یک هفته} = \frac{52 \times \text{تعداد کل جمعیت}}{\text{هفته} = \text{ویزیت} / \text{نفر} / \text{سال}}$$



تعداد ویزیت‌ها در هر کلینیک در روز

تعریف: میانگین کل مشاوره‌های (موارد جدید و قدیم) انجام‌شده از سوی هر پزشک بالینی در روز.

فرمول:

تعداد کل ویزیت‌ها در یک هفته

عدد *FTE پزشکان در مرکز بهداشت

تعداد روزهایی که مرکز بهداشت در هفته تمام‌وقت باز است

*FTE (معادل تمام‌وقت) به معادل تعداد پزشکان مشغول به‌کار در یک مرکز بهداشت می‌گویند. برای مثال، اگر شش پزشک در قسمت بیماران سربایی کار می‌کنند، اما دو نفر از آن‌ها نیمه‌وقت اند، پس تعداد پزشکان FTE (معادل تمام‌وقت) برابر است با ۴ تمام‌وقت + ۲ نیمه‌وقت = ۵ پزشک FTE

مآخذ و منابع بیشتر برای مطالعه

منابع

مقررات حقوقی بین‌المللی

حق رسیدن به بالاترین حد استاندارد دست‌یافتنی بهداشت (ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا CESCR)، توضیح کلی CESCR 14 در تاریخ ۱۱ اوت ۲۰۰۰. UN Doc. E/C/2000/4. کمیته مربوط به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۲۰۰۲)، ۲۵ پرسش و پاسخ درباره بشر و حقوق بشر. موضوع انتشار بهداشت و حقوق بشر شماره ۱، ژنو.

<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/924154690.pdf>

نظام بهداشت

شبکه بین‌آژانسی برای آموزش در بحران‌ها (INEE) (۲۰۰۴)، حداقل استانداردها برای آموزش در بحران‌ها، بحران‌های مزمن و بازسازی فوری. ژنو.

www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

خوشه بهداشت جهانی، کمیته تعیین دستور جلسه بین‌آژانسی (IASC)، راهنمای خوشه بهداشت: راهنمای عمل خوشه بهداشت برای عمل در سطح کشوری، سازمان بهداشت جهانی. ژنو.

علوم مدیریت برای بهداشت (۱۹۹۷)، مدیریت ذخایر دارو، چاپ دوم. انتشارات کوماریان. بلومفیلد، سی‌تی، آمریکا.

کمیسر عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان (UNHCR) (۲۰۰۹)، نظام اطلاعات فوریت‌های بهداشتی.

www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html



سازمان بهداشت پان آمریکن (PAHO) (۲۰۰۰)، بلایای طبیعی: حمایت از بهداشت همگانی. انتشارات ساینتیفیک شماره ۵۷۵. واشینگتن دی سی.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴)، تجهیزات آزمایشگاه بهداشت در شرایط بحرانی و بلایا. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹)، قوانینی برای اهدای دارو، چاپ دوم. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی، گزارش بهداشت جهان ۲۰۰۰ - نظام‌های بهداشت: بهبودبخشی به عملکرد. ژنو.

www.who.int/whr/2000/en/index.html

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، اقتصاد کلان و بهداشت: سرمایه‌گذاری بر بهداشت برای رشد اقتصادی. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹)، فهرست الگوی داروهای اساسی. ژنو.

www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، بسته بهداشتی بین آژانسی: داروها و تجهیزات پزشکی برای ۱۰ هزار نفر در حدود سه ماه، چاپ چهارم. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی و سازمان بهداشت پان آمریکن (PAHO) (۲۰۰۱)، کتابخانه بهداشت برای بلایا. ژنو

<http://helid.desastres.net/>

کنترل بیماری‌های واگیر

هیمَن، دیوید ال (۲۰۰۸)، کتاب راهنمای کنترل بیماری‌های واگیر، چاپ نوزدهم. انجمن بهداشت عمومی آمریکا. واشینگتن دی سی.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵)، کنترل بیماری‌های واگیر در بحران‌ها. ژنو.

همان (۲۰۰۵)، کنترل مالاریا در بحران‌های پیچیده: کتاب راهنمایی برای آژانس‌ها در میدان. ژنو.

همان (۲۰۰۷)، مراقبت و کنترل سل در میان جمعیت‌های پناهنده و آواره: کتاب راهنمایی برای آژانس‌ها در محل وقوع بلا. چاپ دوم. ژنو.

بهداشت کودک

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۷)، ایمن‌سازی در عمل. راهنمایی برای کارکنان بهداشت که واکسن می‌زنند. مک میلان. لندن.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵)، کتاب راهنمای IMCI (مدیریت یکپارچه بیماری‌های کودکان). ژنو.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵)، کتاب جیبی مراقبت‌های بیمارستانی برای کودکان: راهنمایی‌هایی برای مدیریت بیماری‌های معمولی با منابع محدود. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، کتاب راهنمای مراقبت‌های بهداشتی از کودکان در شرایط اضطراری بشردوستانه. ژنو.

صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) (۲۰۰۹)، شرایط کودکان جهان، ۲۰۰۹. نیویورک.

www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

بهداشت جنسی و باروری

IASC (۲۰۰۹)، رهنمودهایی برای رسیدگی به HIV در چیدمان‌های بشردوستانه.

www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

کارگروه بین‌آژانسی بهداشت باروری در بحران‌ها (تجدید نظر ۲۰۱۰ برای مرور میدانی)، کتاب راهنمای بین‌آژانسی درباره بهداشت باروری در چیدمان‌های بشردوستانه.

کمیسیون زنان برای زنان و کودکان پناهنده (۲۰۰۶)، بسته خدمات حداقلی مقدماتی (MISP) برای بهداشت باروری: بسته آموزش از راه دور.

<http://misp.rhrc.org/>

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶)، حاملگی، تولد نوزاد، دوران پس از زایمان و مراقبت از نوزاد: راهنمایی برای اقدامات ضروری، چاپ دوم. ژنو.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

سازمان بهداشت جهانی و کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان، مدیریت بالینی جان به در بردگان از تجاوز جنسی: قوانین در دست تهیه برای استفاده درباره پناهندگان و افراد آواره داخلی. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) و مدرسه بهداشت عمومی آندولوس (۲۰۰۹)، اجماع گرانادا درباره بهداشت جنسی و باروری در بحران‌های حمایت‌شده و بازگشت اوضاع به حالت سابق. گرانادا، اسپانیا.

جراحی

هیوارد کارلسون، ج و دیگران (۱۹۹۸)، بیمارستان‌هایی برای مجروحان جنگی: راهنمایی عملی



برای برپایی و اداره بیمارستان جراحی در مناطق برخورد‌های مسلحانه. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC) ژنو.

PAHO (۱۹۹۵، تجدید چاپ ۲۰۰۱)، ایجاد یک نظام مدیریت جراحات‌های گروهی. واشینگتن دی سی.

www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵)، مدیریت یکپارچه برای بحران‌ها و بسته مراقبت‌های اساسی جراحی: قوانین مدیریت بحران. ژنو.

www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

بهداشت روانی

IASC (۲۰۰۷)، قوانین IASC برای بهداشت روانی و حمایت روانی - اجتماعی (۲۰۱۰) ژنو.

www.humanitarianinfo.org/iasc

گروه مرجع IASC برای بهداشت روانی و حمایت روانی - اجتماعی MHPSS در فوریت‌های بشردوستانه: کارکنان بهداشت بشردوستانه چه چیزها را باید بدانند؟ ژنو.

www.who.int/mental_health/emergencies/en/

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، دستورالعمل mhGAP برای هدایت اقدامات مربوط به خدمات رسیدگی به اختلالات مغزی، عصبی و اختلالات ناشی از مصرف مواد در چیدمان‌های بهداشتی غیر تخصصی. ژنو.

www.who.int/mental_health/

سازمان بهداشت جهانی، ورلد ویژن بین‌الملل و بنیاد شوک‌های ناشی از جنگ (در حال تألیف)، راهنمای کمک‌های اولیه روانی، ژنو.

بیماری‌های غیر واگیر

اشیگل و دیگران، نیازهای مردم آسیب‌دیده از اغتشاشات به مراقبت بهداشتی: روندهای آتی و چارچوب‌های متغیر. لانست، جلد ۳۷۵، ۲۳ ژانویه ۲۰۱۰.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، مدیریت بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، آسم و انسداد مجاری تنفسی در بحران‌ها و چیدمان‌های بشردوستانه. پیش‌نویس، ۲۸ فوریه ۲۰۰۸. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹)، بسته مربوط به اقدامات اساسی برای بیماری‌های غیر واگیر (WHOPEN)، ژنو.

منابع بیشتر برای مطالعه

اسناد حقوقی بین‌المللی

مان، ج. و دیگران، بهداشت و حقوق بشر: مطلبی برای مطالعه. راتولج، نیویورک.
باکسینو - آسترادا، ای، (۱۹۸۲)، کتاب راهنمایی برای حقوق و وظایف پرسنل پزشکی در
اغتشاشات مسلحانه. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ. ژنو.

نظام بهداشت

بیگلپول، آر. بونیتا، آر و کیلستورم، تی (۲۰۰۶)، همه‌گیرشناسی اساسی، جلد دوم. سازمان بهداشت
جهانی، ژنو.

خوشه بهداشت جهانی IASC (۲۰۱۰)، مقاله مربوط به موضع GHC: حذف پرداخت هزینه از سوی
دریافت‌کننده خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در طول فوریت‌های بشردوستانه. ژنو.

مدرسه بهداشت عمومی جونزهاپکینز بلومبرگ و فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ
و هلال احمر (۲۰۰۸)، راهنمای بهداشت عمومی (۲۰۰۸)، راهنمای بهداشت عمومی در بحران‌ها.
ژنو.

www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

پزشکان بدون مرز (MSF) (۱۹۹۷)، بهداشت پناهنده. روشی در شرایط اضطراری. مک میلان.
لندن.

نوجی، بی. (ed) (۱۹۹۷) پیامدهای بلایا برای بهداشت عمومی. انتشارات دانشگاه آکسفورد.
نیویورک.

پرین، پی (۱۹۹۷)، پیامدهای بلایا برای بهداشت عمومی. ICRC ژنو.
سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶)، کتاب راهنما درباره جنگ و بهداشت عمومی. ICRC ژنو.

خدمات ضروری بهداشتی

چیچی، اف. و رابرتز، ال، (۲۰۰۵)، تفسیر و استفاده از اطلاعات مربوط به مرگ‌ومیر در فوریت‌های
بشردوستانه. شبکه اقدامات بشردوستانه. مؤسسه توسعه ماورای بحار. لندن.

www.odihpn.org



MSF (۲۰۰۶)، ارزیابی سریع شرایط بهداشت پناهندگان یا جمعیت‌های آواره. پاریس.

SMRT (۲۰۰۶)، سنجش مرگ‌ومیر، شرایط تغذیه و امنیت غذایی در بحران‌ها: نظارت استاندارد و ارزیابی امداد و انتقال.

www.smartindicators.org

UNHCR (۲۰۰۹)، اصول و رهنمودهای کمیساریا برای مراقبت‌های بهداشتی پناهندگان و سایر افراد مورد نظر. ژنو.

Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹)، روش‌های سریع ارزیابی بهداشت در زمان فوریت‌ها. ژنو.

کنترل بیماری‌های واگیر

کوک، جی سی، مانسون، پی و زوملا، ای آی (۲۰۰۸)، بیماری‌های حاره‌ای مانسون، چاپ بیست و دوم. دبلیو بی ساندرز.

کونولی، ام ای و دیگران (۲۰۰۴)، بیماری‌های واگیر در بحران‌های پیچیده: تأثیرگذاری و تلاش‌ها. لائس. لندن.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴)، شیوع وبا، ارزیابی شیوع، امداد رسانی و بهبودبخشی به آمادگی‌ها.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵)، رهنمودهایی برای کنترل شیگلوسیس، از جمله شیوع اسهال شیگلای نوع ۱. ژنو.

بهداشت کودک

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵)، رهنمودهایی برای مدیریت بیماری‌های شایع با منابع محدود. ژنو.

سازمان بهداشت جهانی، برنامه جهانی غذا و گروه بانک جهانی (۲۰۰۳)، مدیریت مسائل نوزادان: راهنمایی برای پزشکان، پرستاران و ماماها. ژنو.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>

بهداشت جنسی و باروری

کمیته دائمی بین آژانس‌ها (۲۰۰۶)، رهنمودهایی دربارهٔ خشونت‌های مبتنی بر جنسیت، اقدام در شرایط اضطراری بشردوستانه. ژنو.

کمیته بین‌المللی امداد (۲۰۰۳)، حمایت از آینده: پیشگیری از HIV، مراقبت و حمایت از جمعیت‌های آواره و آسیب‌دیده از جنگ. انتشارات کوماریان. بلومفیلد، سی تی، آمریکا.

صندوق جمعیت سازمان ملل و گروه میان آژانسی کار بر بهداشت باروری در شرایط پناهندگی (۲۰۰۸)، بسته بهداشت باروری در شرایط بحران.

UNHCR (۲۰۰۶)، نکته‌ی دربارهٔ HIV / ایدز و حمایت از پناهندگان، آوارگان داخلی و سایر افراد مورد نظر. ژنو.

www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (۲۰۰۷)، سیاست داروهای ضد بازگشت بیماری برای پناهندگان. ژنو.

www.unhcr.org/45b479642.html

کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان و انجمن پزشکان آفریقای جنوبی (۲۰۰۷)، راهنمایی‌های کلینیکی دربارهٔ درمان با داروهای ضد بازگشت بیماری برای جمعیت‌های آواره.

www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR، برنامه جهانی غذا و برنامه مشترک سازمان ملل دربارهٔ HIV / ایدز (UNAIDS) (۲۰۰۹)، بیانیه مربوط به سیاست آزمایش HIV در مراکز بهداشت و مشاوره برای پناهندگان، آوارگان داخلی و سایر افراد مورد توجه کمیساریا. ژنو.

www.unhcr.org/4b508b9c9.html

سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت سازمان ملل، یونیسف و گروه بانک جهانی (۲۰۰۰)، تجدید چاپ (۲۰۰۷)، مدیریت پیچیدگی‌ها در حاملگی و تولد نوزاد: راهنمایی برای ماماها و پزشکان. ژنو.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

جراحت

انجمن بین‌المللی اعضای مصنوعی (ISPO) (۲۰۰۱)، کنفرانس اجماع ISPO درباره فن‌آوری اورتوپدی برای کشورهای با درآمد کم: نتیجه‌گیری‌ها و توصیه‌ها. پروستوتیکز اورتوتیکس



(ساخت و نصب اعضای مصنوعی) بین‌الملل. جلد ۲۵، صفحات ۱۶۸ تا ۱۷۰.

منشور رفتاری ISPO برای سازندگان غیر دولتی و بین‌المللی اعضای مصنوعی و کمک حرکتی:

www.usispo.org/code.asp

شبکه نجات‌یافتگان از مین‌های زمینی (۲۰۰۷)، راهنمای برنامه ساخت و نصب اعضای مصنوعی: اجرای خدمات ساخت و نصب اعضای مصنوعی (P&O) در چیدمان‌های فقیر: راهنمایی برای برنامه‌ریزان و تأمین‌کنندگان خدمات برای افراد نیازمند. روشی متداول برای سازمان‌های مجری پروژه‌های امدادی. ژنو.

MSF (۱۹۸۹)، روش‌های جراحی کوچک در مناطق دورافتاده. پاریس.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۱)، جراحی در بیمارستان‌های منطقه‌ای: ساخت اعضای مصنوعی، زنان و زایمان، اورتوپدی و آسیب شناسی. ژنو.

بهداشت روانی

UNHCR و سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، برآورد سریع مصرف الکل و سایر مواد در میان جمعیت‌های آواره و آسیب‌دیده از اغتشاشات: راهنمای میدانی. ژنو.

www.who.int/mental_health/emergencies/en/

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸)، درمان داروشناسی اختلالات روانی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی. ژنو.

www.who.int/mental_health/

بیماری‌های غیر واگیر

فائوسی، ای اس و دیگران (eds) (۲۰۰۸)، اصول داروهای داخلی هاریسون، چاپ پانزدهم. مک گراهیل پرفاشنال. نیویورک.

فاستر، سی و دیگران (eds)، کتاب راهنمای درمان‌های طبی واشینگتن، چاپ سی و سوم. انتشارات ایپینکات ویلیامز و ویلکینز. فیلادلفیا.

تیبیری، ال ام، مک فی، اس ج، پاپاداکیس، ام ای (eds) (۲۰۰۳)، تشخیص و درمان پزشکی جاری، چاپ چهل و دوم. مک گراهیل/پلتون و لانگ. نیویورک.

پیوست‌ها



پیوست ۱

اسناد اصلی به کار رفته در تدوین منشور بشردوستانه

منشور بشردوستانه عقاید و اصول مشترک در اقدامات و مسئولیت‌های بشردوستانه در وضعیت بحرانی ناشی از بلایا و اغتشاشات مسلحانه را مشخص و اشاره می‌کند که این موارد در حقوق بین‌الملل ذکر شده‌اند. فهرست مشروح اسناد زیر، مطرح‌ترین اسناد حقوق بشر، حقوق بین‌الملل بشردوستانه (IHL) و حقوق پناهندگی و اقدامات بشردوستانه را دربردارد. هدف از این فهرست، معرفی حقوق و تحولات منطقه‌ای نیست. تعدادی از راهنمایی‌ها، اصول، استانداردها و چارچوب‌های متأثر از منشور بشردوستانه نیز در این فهرست گنجانده شده‌است. از آن‌جا که این فهرست الزاماً بسیار گزینشی است، در تارنمای پروژه اسفیر (www.sphereproject.org) منابع و ارتباطات شبکه‌ای (weblinks) دیگری نیز در دسترس قرار گرفته‌است. به دلیل محدودیت فضا، تنها برای اسنادی که به نظر می‌رسد، نیازمند مقدمه یا توضیح خاصی هستند، مطالبی شرح داده شده‌است؛ زیرا آن‌ها به‌روزرند یا درباره بحران و اغتشاشات بخش‌های خاصی دارند.

این اسناد به‌صورت موضوعی و تحت عناوین زیر تنظیم شده‌اند:

۱. حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری
 ۲. اغتشاشات مسلحانه و کمک‌های بشردوستانه
 ۳. پناهندگان و آوارگان داخلی
 ۴. بحران‌ها و امداد بشردوستانه
- برای حصول اطمینان از شفافیت هریک از اسناد زیر، هر یک از آن‌ها با عناوین فرعی که در ادامه می‌آید، طبقه‌بندی شده‌است:

۱. معاهدات و حقوق عرفی (در هر جا که کاربردی است)
۲. اصول سازمان ملل و سایر اصول و قوانینی که دولت‌ها به‌طور رسمی آن را پذیرفته‌اند
۳. چارچوب‌های سیاست، قوانین و اصول بشردوستانه

۱. حقوق بشر، حمایت و آسیب پذیری

اسناد زیر اساساً با حقوق بشر مشخص در کنوانسیون‌ها و اعلامیه‌های بین‌المللی مرتبط است. تعدادی از اسناد مربوط به سن (کودکان و سالمندان)، جنسیت و معلولیت نیز، که در بحران‌ها و اغتشاشات، مبانی معمول آسیب‌پذیری به‌شمار می‌روند، در این فهرست گنجانده شده‌است.

۱-۱. معاهدات و حقوق رایج مربوط به حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری

کنوانسیون حقوق بشر برای دولت‌های عضو کنوانسیون مزبور کاربرد ندارد، اما کاربرد حقوق عرفی (ازجمله ممنوعیت شکنجه) مشمول همه دولت‌ها است. قوانین حقوق بشر همواره کاربرد دارد، مگر در دو مورد استثنایی:

- مطابق ماده ۴ عهدنامه حقوق مدنی و سیاسی، برخی از حقوق مدنی و سیاسی، در زمان اعلام شرایط اضطراری ملی، ممکن است به‌حالت تعلیق درآید («ابطال»).
- در جریان مناقشات مسلحانه شناخته‌شده، در صورت بروز هرگونه ناهمگونی در قانون حقوق بشر، نخست حقوق بین‌الملل بشردوستانه (IHL) به‌اجرا درمی‌آید.

۱-۱-۱. حقوق بشر بین‌المللی

اعلامیه جهانی ۱۹۴۸ حقوق بشر (UDHR)، طی قطعنامه (217A iii) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ به تصویب رسید.

www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

در UDHR، که ازسوی مجمع عمومی سازمان ملل در ۱۹۴۸ اعلام شد، برای نخستین‌بار حقوق اساسی بشر که باید در سطح جهانی از آن‌ها حمایت شود، برجسته شده‌است. این اعلامیه یک عهدنامه نیست، بلکه به‌طور عمومی پذیرفته شده‌است که به‌صورت بخشی از حقوق عرفی جهانی درآید. اولین عبارت مقدمه آن، مفهوم «کرامت ذاتی» انسان‌ها را به‌عنوان اصلی بنیادی برای حقوق بشر می‌شناسد و نخستین ماده آن می‌گوید که «همه انسان‌ها آزاد متولد می‌شوند و از کرامت و حقوق برابر برخوردارند».

عهدنامه بین‌المللی ۱۹۶۶ حقوق مدنی و سیاسی (ICCPR)، طی قطعنامه (AXXI) ۲۲۰۰ در ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ به تصویب رسید و از ۲۳ مارس ۱۹۷۶، سری عهدنامه‌ها، نسخه ۹۹۹ ص ۱۷۱ و نسخه ۱۰۵۷ ص ۴۰۷ سازمان ملل اجرا گردید.

www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

پروتکل اختیاری دوم ICCPR (با هدف حذف مجازات اعدام)، طی قطعنامه ۴۴/۱۲۸ در ۱۵ مارس ۱۹۸۹ تصویب و از تاریخ ۱۱ جولای ۱۹۹۱، سری عهدنامه‌ها، نسخه ۱۶۴۲، ص ۴۱۴ سازمان ملل به اجرا گذاشته شد.

www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

کشورهای عضو میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی (ICCPR)، ضمن شناسایی حقوق «مردمان» برای داشتن حق تعیین سرنوشت و حقوق برابر زنان و مردان، باید به حقوق همه افراد در قلمرو یا حوزه تحت اختیار خود احترام بگذارند و آن را تضمین کنند. برخی از حقوق را (که با ستاره* مشخص شده)، حتی در وخیم‌ترین شرایط اضطراری ملی، هرگز نمی‌توان به حالت تعلیق درآورد.

حقوق: حق زندگی؛* عدم شکنجه یا سایر ظلم‌ها یا رفتار غیر انسانی یا تحقیرآمیز؛* هرگونه برده‌داری؛* عدم دستگیری و بازداشت‌های خودسرانه؛ رفتار انسانی و باکرامت در بازداشت؛ عدم اسارت به‌خاطر تخطی از قراردادها؛* آزادی تردد و سکونت؛ اخراج بیگانگان تنها براساس قانون؛ مساوات در برابر قانون، محاکمه منصفانه و عدم پیش‌داوری در محاکمه‌های جزایی (تا اثبات جرم)؛ عدم عطف جرم‌های جزایی به ماسبق؛* داوری برابر در پیشگاه قانون؛* حفظ حریم خصوصی زندگی؛ آزادی تفکر، دین و وجدان؛ آزادی عقیده، بیان و گردهمایی‌های آرام؛ آزادی معاشرت؛ حق ازدواج و زندگی خانوادگی؛ حمایت از کودکان؛ حق رأی و شرکت در فعالیت‌های عمومی؛ حق اقلیت‌ها برای بهره‌مندی از فرهنگ، دین و زبان خود*.

میثاق بین‌المللی ۱۹۶۶ حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ICESCR)، تصویب شده طی قطعنامه ۲۲۰۰ (XXI) A در ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶، و به‌اجرا گذاشته شده از ۳ ژانویه ۱۹۷۶، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۹۹۳، ص ۳.

www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

کشورهای عضو توافق کرده‌اند که با حد اکثر منابع خود، به «دستیابی تدریجی» به مفاد این میثاق، که باید مورد بهره‌برداری برابر مردان و زنان قرارگیرد، متعهد باشند.

حقوق: حق اشتغال؛ دریافت دستمزد عادلانه؛ عضویت در اتحادیه‌های تجاری؛ دریافت تأمین اجتماعی / بیمه، حمایت از مادران پس از تولد نوزادانسان و حمایت از کودکان در برابر بهره‌کشی؛ حق بهره‌مندی از استاندارد کافی زندگی، از جمله غذا، لباس و مسکن؛ سلامتی جسمی و عقلی؛ آموزش و پرورش و مشارکت در زندگی فرهنگی و بهره‌مندی از منافع پیشرفت‌های علمی و فرهنگی.

کنوانسیون بین‌المللی ۱۹۶۹ حذف هرگونه تبعیض نژادی (ICERD)، تصویب شده طی قطعنامه ۲۱۰۶ (XX) در ۲۱ دسامبر ۱۹۶۵، و به‌اجرا گذاشته شده از ۴ ژانویه ۱۹۶۹، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۶۶۰، ص ۱۹۵.

www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

کنوانسیون ۱۹۷۹ مربوط به حذف هرگونه تبعیض علیه زنان (CEDAW)، تصویب شده طی قطعنامه ۳۴/۱۸۰ در ۱۸ دسامبر ۱۹۷۹، و به اجرا گذاشته شده از ۳ سپتامبر ۱۹۸۱، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۲۴۹، ص ۱۳.

13. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

کنوانسیون ۱۹۸۹ حقوق کودک (CRC)، تصویب شده طی قطعنامه ۴۴/۲۵ در ۲۰ نوامبر ۱۹۸۹ و اجرا شده از ۲ سپتامبر ۱۹۹۰، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۱۵۷۷، ص ۳.

www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

پروتکل اختیاری ۲۰۰۰ شرکت دادن کودکان در اغتشاشات مسلحانه، تصویب شده طی قطعنامه 263/54 A/RES در ۲۵ ماه مه ۲۰۰۰، و اجرایی شده از ۱۲ فوریه ۲۰۰۲، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۲۱۷۳، ص ۲۲۲.

www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm

پروتکل اختیاری ۲۰۰۰ فروش، فحشا و گرفتن تصویرهای مستهجن از کودکان، تصویب شده طی قطعنامه 263/54 A/RES در ۲۵ ماه مه ۲۰۰۰، و به اجرا گذاشته شده از ۱۸ ژانویه ۲۰۰۲، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، ۲۱۷۱، ص ۲۲۷.

www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm

کنوانسیون حقوق کودک یا **CRC** تقریباً حاکمیت جهانی یافته است. این کنوانسیون بر حقوق بشر اساسی کودک تأکید دارد و مشخص می‌کند که در چه زمانی کودکان به حمایت ویژه نیاز دارند (برای مثال در زمانی جدایی از خانواده‌هایشان). این پروتکل کشورهای عضو را ملزم به اقدامات مفید درباره موضوعات خاص مربوط به حمایت از کودکان کرده است.

کنوانسیون ۲۰۰۰ افراد دارای معلولیت (CRPD)، تصویب شده طی قطعنامه 106/61 A/RES در ۱۳ دسامبر ۲۰۰۶، و به اجرا گذاشته شده از ۳ ماه مه ۲۰۰۸، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، فصل ۴، ۱۵.

www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

CRPD با حمایت از حقوق افراد دچار معلولیت تحت همه عهدنامه‌های دیگر، همچنین به طور خاص به افزایش آگاهی‌های معلولان، عدم تبعیض نسبت به این افراد و دسترسی آنان به خدمات و امکانات نیز می‌پردازد. از «شرایط خطر آفرین و فوریت‌های بشردوستانه» نیز ذکر خاصی به میان می‌آورد (ماده ۱۱).

۲-۱-۱. نسل‌کشی، شکنجه و سایر سوء استفاده‌های مجرمانه از حقوق

کنوانسیون ۱۹۴۸ پیشگیری و مجازات جرم نسل‌کشی، تصویب شده طی قطعنامه ۲۶۰ (III) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در ۹ دسامبر ۱۹۴۸ و به اجرا گذاشته شده از ۱۲ ژانویه ۱۹۵۱، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۷۸، ص ۲۷۷.

www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

کنوانسیون ۱۹۸۴ مخالفت با شکنجه و سایر ظلم‌ها، رفتار یا تنبیه غیر بشری و تحقیر آمیز، تصویب شده طی قطعنامه ۳۹/۴۶ در ۱۰ دسامبر ۱۹۸۴، و به اجرا گذاشته شده از ۲۶ ژانویه ۱۹۸۷، با شماره سری 1465vol، سازمان ملل، ص ۸۵.

www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

تعداد زیادی از کشورهای عضو به این کنوانسیون ملحق شده‌اند. ضمناً اکنون ممنوعیت شکنجه به‌طور کلی به‌صورت بخشی از حقوق عرفی بین‌المللی نیز درآمده‌است. هیچ نوع فوریت اجتماعی یا جنگ نمی‌تواند دلیل توجیه شکنجه باشد. کشورها نباید کسی را که اطمینان دارد، در صورت بازگشت به منطقه قبلی، در معرض خطر شکنجه قرار خواهد گرفت، به آن‌جا بازگردانده.

اساسنامه دادگاه جنایی بین‌المللی رم، مصوب کنفرانس دیپلماتیک در ۱۷ جولای ۱۹۹۸ در رم و به اجرا گذاشته شده از ۱ جولای ۲۰۰۲، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۲۱۸۷، ص ۳.

www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?OpenDocument

ماده ۹ این اساسنامه (عناصر جرم‌ها)، که ازسوی دادگاه جنایی بین‌المللی (ICC) در سال ۲۰۰۲ به تصویب رسیده‌است، جنایات جنگی، جنایت علیه بشریت و نسل‌کشی را به تفصیل شرح می‌دهد و به این صورت بسیاری از قوانین متداول جنایی بین‌المللی را به‌صورت مدون درمی‌آورد. ICC می‌تواند به موضوعاتی که مجمع عمومی سازمان ملل متحد به آن ارجاع می‌دهد (حتی اگر کشور فرد متهم عضو این عهدنامه نباشد) و همچنین به جنایاتی که به اتباع کشورهای عضو نسبت داده می‌شود و یا در خاک آن کشورها روی داده‌است، رسیدگی کند.

۲-۱-۲. سایر اصول و قوانین مربوط به حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری که سازمان ملل و سایر مجامع بین دولتها رسماً آن را به تصویب رسانده‌اند.

طرح اقدام ۱۹۹۱ مادرید درباره سن، مجمع دوم عمومی سازمان ملل متحد درباره افزایش سن، مادرید، ۲۰۰۲، تأیید شده با قطعنامه ۳۷۵/۵۱ مورخ ۳ دسامبر ۱۹۸۲ مجمع عمومی سازمان ملل متحد.

www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

اصول ۱۹۹۱ سازمان ملل برای سالمندان، قطعنامه ۴۶/۹۱ مورخ ۱۶ دسامبر ۱۹۹۱ مجمع

عمومی سازمان ملل متحد.

www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

۳ - ۱. چارچوب‌های سیاست، قوانین و اصول بشردوستانه درباره حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری

حمایت از افراد آسیب‌دیده از بلایای طبیعی: قوانین ۲۰۰۶ IASC درباره حقوق بشر و بلایای طبیعی، کمیته دائمی بین‌آژانس‌ها.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx

قوانین و استانداردهای ۲۰۰۹ قابل کاربرد در شرایط ناشی از بلایای طبیعی (کتاب راهنمای IDLO) سازمان قانون توسعه بین‌الملل (IDLO).

www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

اصول راهنمای بین‌آژانس‌های ۲۰۰۲ درباره کودکان بی‌سرپرست و رهاشده، تدوین‌شده از سوی ICRC، کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان (UNHCR)، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF)، ورلد ویژن اینترنشنال، Save the Children انگلستان، و کمیته نجات بین‌الملل،

2009. www.icrc.org

کتاب راهنمای ۲۰۰۶ جنسیت در اقدامات بشردوستانه، کمیته دائمی بین‌آژانس‌ها.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-genderh

قوانین IASC درباره بهداشت روانی و حمایت در شرایط بحرانی، کمیته دائمی بین‌آژانس‌ها.

www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

حداقل استانداردهای ۲۰۰۷ INEE برای آموزش در شرایط بحرانی، بحران‌های مزمن و بازسازی سریع، شبکه بین‌آژانس‌ها برای آموزش در شرایط اضطراری (INEE) از سال ۲۰۰۸ به‌طور رسمی به‌عنوان استانداردهای همراه اسفیر شناخته‌شده).

www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

۲. برخورد‌های مسلحانه، حقوق بین‌الملل بشردوستانه و امداد بشردوستانه

۱ - ۲. کنوانسیون‌ها و حقوق رایج درباره برخورد‌های مسلحانه و امداد بشردوستانه

حقوق بین‌الملل بشردوستانه (IHL) آستانه‌های زمانی را مشخص می‌کند که برخورد مسلحانه به «اغتشاش مسلحانه» تبدیل می‌شود و به این ترتیب رژیم حقوقی خاصی را می‌طلبد. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC) خزانه رسمی عهدنامه‌های مرتبط با حقوق بین‌الملل بشردوستانه (IHL) است و اطلاعات گسترده‌ای درباره این منابع، از جمله تفسیر رسمی کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های الحاقی آن‌ها و مقررات تحصیل در رشته حقوق بین‌الملل بشردوستانه را در تارنمای خود (www.icrc.org) ارائه می‌کند.

۱ - ۲. عهدنامه‌های اصلی حقوق بین‌الملل بشردوستانه (IHL)

چهار کنوانسیون ۱۹۴۹ ژنو

پروتکل الحاقی ۱۹۷۷ به کنوانسیون‌های ژنو، حمایت از قربانیان اغتشاشات مسلحانه بین‌المللی (پروتکل ۱)

پروتکل الحاقی ۱۹۷۷ به کنوانسیون‌های ژنو، حمایت از قربانیان اغتشاشات مسلحانه داخلی (پروتکل ۲)

www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?OpenView

چهار کنوانسیون ژنو که همه کشورها عضو آن هستند و ضمناً به‌عنوان بخشی از حقوق عرفی پذیرفته‌شده ناظر بر حمایت و درمان مجروحان و بیماران در نبردهای زمینی (۱) و دریایی (۲)، درمان اسیران جنگی (۳) و همچنین حمایت از غیر نظامیان در اغتشاشات مسلحانه، به‌شمار می‌رود. این قوانین پیش از هر چیز درباره برخورد‌های مسلحانه بین‌المللی کاربرد دارند، به‌جز ماده ۳ که در کنوانسیون‌های ناظر بر تنش‌های داخلی و برخی عناصر دیگر که اکنون در این موارد به‌عنوان حقوق عرفی پذیرفته شده‌است. دو پروتکل ۱۹۷۷، خصوصاً تعریف‌های مربوط به جنگجویان و ساماندهی تنش‌های داخلی، در آن زمان کنوانسیون‌ها را به‌روز کردند. هنوز تعدادی از کشورها به پروتکل نپیوسته‌اند.

۲ - ۱ - ۲. عهدنامه‌های مربوط به سلاح‌های ممنوع و مالکیت فرهنگی

علاوه بر «قانون ژنو» که در بالا توضیح داده شد، مجموعه قوانین دیگری وجود دارد که اغلب

در برخورد های مسلحانه از آن به عنوان «قانون لاهه» یاد می شود. این مجموعه شامل کنوانسیون حمایت از مالکیت فرهنگی و تعدادی کنوانسیون های دیگر مربوط به انواع سلاح ها، از قبیل گازها و سایر سلاح های شیمیایی و بیولوژیکی، سلاح های بدون کنترل یا موجب آسیب های غیر ضروری، که استفاده از آن ها محدود یا ممنوع است و همچنین مین های زمینی ضد نفر و بمب های خوشه ای می باشد.

۳-۱-۲. قوانین رایج بشردوستانه بین المللی (IHL)

حقوق معمول بشردوستانه بین المللی، مربوط به آن دسته از قوانین برخوردهای مسلحانه است که در بیانیه ها، سیاست ها و اقدامات کشورها به صورت حقوق عرفی، صرف نظر از این که کنوانسیون های IHL را بپذیرند یا نه، کاربرد دارد. هیچ فهرست مورد توافقی از حقوق عرفی موجود نیست، اما علمی ترین تفسیر در متن زیر آمده است.

مطالعه حقوق معمول بشردوستانه بین المللی ICRC، CIHL، هنکرتز، ج-ام و دوزوالد-بک، ال، انتشارات دانشگاه کمبریج، کمبریج و نیویورک، ۲۰۰۵.

www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/612?OpenDocument

این متن تقریباً حوزه کامل قانون برخوردهای مسلحانه را تحت پوشش قرار می دهد. ۱۶۱ قانون خاص را فهرست و مشخص می کند که کدام یک در برخوردهای مسلحانه بین المللی و یا غیر بین المللی کاربرد دارد. هرچند برخی صاحب نظران حقوقی، از روش پردازش آن انتقاد می کنند، اما مطالعه CIHL، ماحصل فرایند ده سال پژوهش مشاوره ای گسترده و موşkافانه است و به عنوان تفسیر حقوق عرفی، مشخص شده است.

۲-۲. اصول و قوانین رسمی و مورد پذیرش سازمان ملل و سایر سازمان های بین دولتی جهت برخوردهای مسلحانه، حقوق بین الملل و امداد رسانی بشردوستانه

پیش نویس ۲۰۰۲ شورای امنیت سازمان ملل متحد درباره حمایت، به روز شده در ۲۰۰۳ (27/2003SPRST/).

www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

این طرح، قطعه نامه ای برای مکلف کردن کشورها نیست، بلکه سندی راهنما برای شورای امنیت و مرتبط با صلح بانی و شرایط اضطراری در برخوردهای مسلحانه و نتیجه مشاوره های انجام گرفته با شماری از آژانس های سازمان ملل و IASC است.

قطعه‌نامه‌های شورای امنیت سازمان ملل درباره خشونت‌های جنسی و زنان در اغتشاشات مسلحانه، به‌ویژه قطعه‌نامه‌های شماره ۱۸۲۰ (۲۰۰۸)، ۱۸۸۸ (۲۰۰۹) و ۱۸۸۹ (۲۰۰۹)

همه قطعه‌نامه‌های شورای امنیت با ذکر سال تصویب و شماره در:

www.un.org/documents/scres.htm

۳-۲. چارچوب‌های سیاست بشردوستانه، قوانین و اصول مربوط به اغتشاشات مسلحانه، حقوق بشردوستانه بین‌الملل و امدادسانی بشردوستانه

استانداردهای حرفه‌ای ۲۰۰۹ برای اقدامات فعالان بشردوستانه و کارکنان حقوق بشر در برخورد‌های مسلحانه و سایر شرایط خشونت‌آمیز

ICRC. www.icrc.org

۳. پناهندگان و آوارگان داخلی (IDPها)

UNHCR - آژانس پناهندگان سازمان ملل - تحت کنوانسیون پناهندگان و پروتکل آن دارای مأموریتی ویژه برای حمایت از پناهندگان است؛ ضمناً مجمع عمومی سازمان ملل برای حمایت از آوارگان داخلی، به این آژانس حکم ارتباط و هماهنگی با کشورها را داده‌است. کمیساریای پناهندگان در تارنمای خود منابع گسترده‌ای را ارائه کرده‌است.

۱-۳. کنوانسیون‌های پناهندگان و آوارگان داخلی

این بخش علاوه بر عهدنامه‌های بین‌المللی، شامل دو اتحادیه آفریقا (سازمان وحدت آفریقای سابق یا OAU) نیز می‌باشد، زیرا هردوی آن‌ها رویه‌هایی تاریخی ایجاد کرده‌اند.

کنوانسیون ۱۹۵۱ مربوط به شرایط پناهندگان (اصلاح‌شده)، مصوب کنفرانس نمایندگان تام‌الاختیار کشورها درباره شرایط پناهندگان و افراد فاقد وطن، ژنو، ۲ تا ۲۵ جولای ۱۹۵۱، و به‌اجرا گذاشته‌شده از ۲۲ آوریل ۱۹۵۴، سازمان ملل، سری عهدنامه‌ها، Vol. ۱۸۹. ص ۱۳۷.

پروتکل ۱۹۶۷ مربوط به شرایط پناهندگان، مورد اشاره مجمع عمومی سازمان ملل در قطعه‌نامه ۲(XI) ۱۹۸۸ مورخ ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶، سازمان ملل، سری عهدنامه‌ها، نسخه ۶۰۶، ص ۲۶۷.

www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

کنوانسیون، به عنوان نخستین توافق بین المللی درباره پناهندگان، «پناهنده» را به عنوان فردی معرفی می کند که «به واسطه ترسی واقعی از قرارگرفتن در معرض آزار به دلایل نژادی، مذهبی، ملیتی، عضویت در گروه های خاص اجتماعی یا (داشتن) عقاید سیاسی، خارج از کشور ملیت خویش به سر می برد و نمی تواند، یا به خاطر ترس مایل نیست، خود را تحت حمایت آن کشور قرار دهد، یا بدان جا بازگردد، زیرا در آن جا ترس از آزار وجود دارد ..».

کنوانسیون ۱۹۶۹ OAU (سازمان وحدت آفریقا) ناظر بر جنبه های خاص مسائل پناهندگان در آفریقا، مصوب سران کشورها و دولت ها در ششمین جلسه عادی آن، آدیس آبابا، ۱۰ سپتامبر ۱۹۶۹.

www.unhcr.org/45dc1a682.html

این کنوانسیون، تعریف کنوانسیون ۱۹۵۱ را، برای پذیرش افرادی که نه تنها در نتیجه آزار، بلکه به واسطه هجوم خارجی، اشغال، استعمار بیگانه یا تنش های مخل نظم عمومی، مجبور به جلائی وطن شده اند، تأیید می کند. ضمناً این کنوانسیون گروه های غیر دولتی را به طور رسمی به عنوان مرتکب آزار می شناسد و پناهجویان را ملزم به ارائه ارتباط مستقیم میان خود و خطری در آینده نمی کند.

کنوانسیون اتحادیه آفریقا برای حمایت از آوارگان داخلی و کمک به آن ها در آفریقا (کنوانسیون ۲۰۰۹ کامپالا)، مصوب نشست ویژه اتحادیه آفریقا در ۲۲ اکتبر ۲۰۰۹ در کامپالا، اوگاندا. این کنوانسیون هنوز (تا تاریخ اکتبر ۲۰۱۰) اجرایی نشده است.

www.unhcr.org/4ae9bede9.html

این مصوب، نخستین کنوانسیون چندجانبه مرتبط با آوارگان داخلی است که به صورت مقدماتی از سوی ۱۷ کشور آفریقایی در اکتبر ۲۰۰۹ به امضا رسیده، اما هنوز برای آن که اجرا شود، نیازمند ۱۵ تأیید و تصویب رسمی است.

۲-۳. اصول و قوانین تصویب شده سازمان ملل و سایر نهادهای بین دولتی مربوط به پناهندگان و آوارگان داخلی

اصول راهنمای ۱۹۹۸ مربوط به آوارگی داخلی، در سپتامبر ۲۰۰۵ طی قطعنامه 1L/60 (132 UN Doc: 1.L/60/A) از سوی سران کشورها و دولت های گردآمده در اجلاس جهانی مجمع عمومی سازمان ملل، در نیویورک به عنوان «چارچوبی بین المللی و مهم برای حمایت از آوارگان داخلی» به تصویب رسید.

www.idpguidingprinciples.org/

این اصول مبتنی بر حقوق بشردوستانه بین المللی و حقوق بشر و همسنگ با حقوق پناهندگی

است، و هدف از آن استفاده به‌عنوان استاندارد بین‌المللی برای راهنمایی دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و همه عوامل دیگری است که به آوارگان داخلی امدادسانی می‌کنند.

۴. بحران‌ها و کمک‌های بشردوستانه

۱ - ۴. عهدنامه‌های مربوط به بحران‌ها و کمک‌های بشردوستانه

کنوانسیون ۱۹۹۴ مربوط به ایمنی پرسنل سازمان ملل و سایر پرسنل همکار آن در ۹ دسامبر ۱۹۹۴ طی قطعنامه ۴۹/۵۹ مجمع عمومی سازمان ملل به تصویب رسید و از تاریخ ۱۵ ژانویه ۱۹۹۹ به اجرا درآمد.

www.un.org/law/cod/safety.htm

پروتکل اختیاری ۲۰۰۵ الحاقی به کنوانسیون ایمنی پرسنل سازمان ملل و سایر پرسنل همکار آن تصویب‌شده طی قطعنامه A/۶۰/۴۲ در تاریخ ۸ دسامبر ۲۰۰۵ و به اجرا گذاشته‌شده از تاریخ ۱۹ اوت ۲۰۱۰.

www.ocha.unog.ch/drptoolkit/PnormativeGuidanceInternationalConventions.html#UNSpecificConventions

در این کنوانسیون، حمایت به صلح‌بانی سازمان ملل محدود شده‌است، مگر این‌که سازمان ملل اعلام «خطر ویژه» کند - که واقع‌بینانه نیست. پروتکل الحاقی اختیاری، این خدشه عمده را برطرف می‌کند و حمایت حقوقی را به همه عملیات‌های سازمان ملل، از امدادسانی بشردوستانه اضطراری تا برقراری صلح و ارائه کمک‌های بشردوستانه سیاسی، گسترش می‌دهد.

کنوانسیون ۱۹۹۹ کمک غذایی، سند متمایز و حقوقی وابسته به کنوانسیون ۱۹۹۵ تجارت غلات، مورد استفاده کمیته کمک‌های غذایی از طریق دبیرخانه شورای بین‌المللی غلات (IGC).

کنوانسیون ۱۹۹۸ تمپر (شهری در فنلاند) مربوط به تأمین ارتباطات برای کاهش اثر بحران‌ها و عملیات امداد، مصوب کنفرانس بین دولتی ۱۹۹۸ مربوط به ارتباطات اضطراری و اجراشده از تاریخ ۸ ژانویه ۲۰۰۵، سازمان ملل، سری عهدنامه‌ها، نسخه ۲۲۹۶، ص ۵.

www.unhcr.org/refworld/publisher,ICET98,,,41dec59d4,0.html

کنوانسیون ۱۹۹۲ چارچوب سازمان ملل برای تغییرات آب‌وهوا (UNFCCC)، مصوب کنفرانس ۴ تا ۱۴ ژوئن سازمان ملل درباره محیط زیست و توسعه در ریودوژانیرو، که مورد توافق مجمع عمومی سازمان ملل در قطعنامه ۴۷/۱۹۵ مورخ ۲۲ دسامبر ۱۹۹۲ نیز واقع شد و از تاریخ ۲۱ مارس ۱۹۹۴ به اجرا درآمد، سری عهدنامه‌های سازمان ملل، نسخه ۱۷۷۱.

http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

پروتکل ۱۹۹۷ کیوتو مربوط به UNFCCC، مصوب جلسه سوم کنفرانس طرف‌های عضو کنوانسیون چارچوب، کیوتو، ژاپن، ۱۱ دسامبر ۱۹۹۷، و اجرا شده از ۱۶ فوریه ۲۰۰۵، سازمان ملل، سری عهدنامه‌ها، نسخه ۲۳۰۳، ص ۱۴۸

http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

کنوانسیون ۱۹۹۲ چارچوب سازمان ملل برای تغییرات آب‌وهوا (UNFCCC) و پروتکل کیوتو به نیاز فوری به تطابق با تغییرات آب‌وهوایی و اجرای سیاست‌های کاهش خطر آن و ایجاد ظرفیت‌های محلی و سازگاری، به‌ویژه در کشورهایی که در معرض بلایای طبیعی قرار دارند، رسیدگی می‌کند.

۲-۴. اصول مصوب رسمی سازمان ملل و دیگر نهادهای بین دولتی مرتبط با بحران و امدادرسانی‌های بشردوستانه

تقویت هماهنگی امدادرسانی‌های اضطراری بشردوستانه سازمان ملل با اصول راهنمای ضمیمه، قطعنامه مجمع ژنو با شماره ۴۶/۱۸۲ مورخ ۱۹ دسامبر ۱۹۹۱.

www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

چارچوب هیوگو (شهری در ژاپن) برای اقدام ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵: ایجاد انعطاف در ملت‌ها و جوامع در برابر بحران، مصوب ۲۰۰۵ کنفرانس جهانی درباره کاهش بحران.

www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm

این چارچوب، راهبردهایی را برای کشورها و آژانس‌های بشردوستانه ارائه می‌دهد تا اقدامات مربوط به کاهش خطر بحران را در زمان اجرای عملیات امداد اضطراری، برنامه‌های بازسازی و آمادگی برای بحران‌ها، ادغام و در برنامه‌های پیوسته توسعه جای‌دهند و برای تطابق، ظرفیت‌سازی کنند.

قوانینی برای امکان‌ات محلی و مقرراتی برای امدادرسانی‌های بین‌المللی و کمک‌های اولیه برای بازسازی، (قوانین IDRL)، ۲۰۰۷، مصوب سی‌امین کنفرانس بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر (که کشورهای عضو کنوانسیون ژنو را دربرمی‌گیرد).

www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

۳-۴. چارچوب سیاست‌های بشردوستانه، قوانین و اصول مربوط به بلایا و کمک‌های بشردوستانه

منشور رفتاری جنبش صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان‌های غیر دولتی (NGOs) در امدادرسانی به بحران‌ها (به پیوست ۲: منشور رفتاری، ص ۳۶۸).

اصول بنیانی ۱۹۶۵ جنبش صلیب سرخ بین‌الملل و هلال احمر، مصوب بیستمین کنفرانس بین‌المللی صلیب سرخ.

www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

استانداردهای ۲۰۰۷ HAP در امدادرسانی بشردوستانه، مشارکت در امدادرسانی بشردوستانه (یک نهاد بین‌المللی خودگردان برای بخش بشردوستانه، ازجمله صدور گواهی).

www.hapinternational.org

اصول و اجرای خوب همکاری، ۲۰۰۳، تأییدشده در کنفرانس کشورهای اهداکننده، آژانس‌های سازمان ملل، NGOها و جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و کمیسیون اروپا و ۱۶ کشور.

www.goodhumanitarianandonorship.org

اصول مشارکت: بیانیه تعهد ۲۰۰۷، تأییدشده در اجلاس ژوئیه ۲۰۰۷ میزگرد بشردوستانه (سازوکاری برای گفت‌وگو بین سازمان‌های وابسته و غیر وابسته به سازمان ملل).

www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

پیوست ۲

منشور رفتاری

جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان‌های غیردولتی (NGOها) در امداد رسانی به بحران‌ها

تألیف گروهی از سوی فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر و کمیته
بین‌المللی صلیب سرخ^۱

۱. تدوین‌شده از سوی: کاریتاس بین‌الملل، خدمات امدادی کاتولیک، فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر، اتحادیه بین‌المللی *save the children* (کودکان را حفظ کنید)، فدراسیون جهانی لوتران‌ها، اوکسفام، شورای جهانی کلیساها، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (اعضای کمیته تعیین دستور جلسه امداد رسانی بشردوستانه).

هدف

مقصود این منشور رفتاری، حفظ استانداردهای رفتاری ما است. این منشور درباره جزییات عملیاتی، از قبیل چگونگی محاسبه سهمیه‌های غذایی، یا برپایی اردوگاه برای پناهندگان نیست؛ بلکه به دنبال حفظ استانداردهای مهم مربوط به استقلال، سودمندی و تأثیرگذاری است که سازمان‌های غیردولتی و جنبش صلیب سرخ و هلال احمر خواستار آنند؛ بنابراین مجموعه‌ای است از میانی رفتاری داوطلبانه که با اراده سازمانی به اجرا درمی‌آید و آن را برای حفاظت از ارزش‌های نهفته در منشور می‌پذیرد.

در صورت وقوع اغتشاشات مسلحانه، منشور رفتاری حاضر تفسیر شده و در پیروی از حقوق بشردوستانه بین‌المللی به کار خواهد رفت.

در آغاز، منشور رفتاری معرفی می‌شود و در ادامه، فضای کاری‌ای که دولت‌های میزبان و اهداکننده و سازمان‌های بین دولتی به منظور تسهیل ارائه مؤثر کمک‌های بشردوستانه باید ایجاد کنند، در سه پیوست تشریح می‌شود.

تعاریف

NGOها: در این جا NGOها (سازمان‌های غیر دولتی) به هر دو سازمان ملی و بین‌المللی اطلاق می‌شود که مستقل از دولت‌های محل تأسیس خود، بنیان گذاشته شده‌اند.

NGHAها: اصطلاح «آژانس‌های بشردوستانه غیر دولتی»، برای استفاده در متن این کتاب ساخته شده و اجزای جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر - کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت‌های هلال احمر و جمعیت‌های ملی آن‌ها - و NGOها را که در بالا توضیح داده شد، در برمی‌گیرد. این منشور به‌ویژه به NGHAهایی اشاره دارد که در امداد رسانی به بحران فعالیت می‌کنند؛ بنابراین، شامل همه آژانس‌های سازمان ملل می‌شود.

IGOها: IGOها (یا سازمان‌های بین دولتی) به سازمان‌هایی گفته می‌شود که توسط دو یا بیشتر از دو دولت تشکیل می‌شود. بنابراین همه آژانس‌های سازمان ملل و سازمان‌های منطقه‌ای را در بر می‌گیرند.

بحران: بلا عبارت است از حوادث مصیبت‌باری که باعث مرگ و میر، رنج و دردمندی بشر و خساراتی در مقیاس سنگین می‌شود.

اصول منشور رفتاری جنبش صلیب سرخ بین‌المللی، هلال احمر و NGOها در برنامه‌های امداد رسانی به بلایا

۱. الزام بشردوستانه بودن در اولویت قرار می‌گیرد.

حق دریافت کمک بشردوستانه، و ارائه آن، اصلی اساسی در انسان‌دوستی است که باید همه شهروندان در تمام کشورها از آن بهره‌مند شوند. ما به‌عنوان اعضای جامعه بین‌المللی وظیفه تأمین کمک بشردوستانه خود را در هر جا که به آن نیاز هست، می‌شناسیم؛ از این رو، نیاز به دسترسی فوری به جمعیت‌های آسیب‌دیده برای انجام این وظیفه، اهمیتی اساسی دارد. انگیزه برتر ما در امداد رسانی به بحران‌ها، تسکین آلام بشری در میان کسانی است که کمترین توان پایداری در برابر تنش پدیدآمده در اثر بحران را دارند. کمک‌های بشردوستانه کاری حزبی یا سیاسی نیست و نباید چنین به نظر برسد.

۲. امداد رسانی بدون توجه به نژاد، دین یا ملیت دریافت‌کنندگان کمک و بدون هرگونه تبعیض صورت می‌گیرد. اولویت‌های کمک تنها براساس نیاز تعیین می‌شود.

هر جا که ممکن باشد، ارزیابی موشکافانه نیازهای قربانیان بحران و ظرفیت‌های ازپیش موجود محلی را مبنای ارائه کمک‌ها قرار می‌دهیم. دردمندی‌های بشر در هر زمان ممکن، باید کاهش یابد؛ ارزش زندگی در تمام بخش‌های کشور به یک اندازه است. از این رو، تأمین کمک‌های ما بازتابی از میزان دردمندی‌هایی است که در پی کاستن آنیم. در اجرای این نگرش، نقش مهمی را که زنان در جوامع بحران‌زده ایفا می‌کنند، به رسمیت می‌شناسیم و اطمینان داریم که از این نقش حمایت و برنامه‌ها جدی تلقی می‌شود. اجرای چنین خط مشی جهانی، بی‌طرفانه و مستقلی، تنها زمانی می‌تواند مؤثر باشد که ما و شرکای کاریمان منابع لازم برای تأمین مالی چنین امداد توأم با مساوات و همچنین دسترسی برابر به همه قربانیان بحران را داشته باشیم.

۳. از کمک‌ها برای تقویت یک سیاست یا دیدگاه مذهبی خاص استفاده نمی‌شود.

ارائه کمک بشری برطبق نیاز افراد، خانواده‌ها و جوامع، بدون قصد مقاومت در برابر حق‌NGHA یا «آژانس‌های بشردوستانه غیر دولتی» در هواداری از عقاید خاص سیاسی یا مذهبی است؛ تأکید می‌کنیم که کمک‌ها منوط به وفاداری دریافت‌کنندگان به آن عقاید نیست. ما قبول، تحویل یا توزیع کمک‌ها را مشروط به پذیرش دین یا عقیده خاصی نمی‌کنیم.

۴. می‌کوشیم که ابزاری برای سیاست‌های خارجی دولت نباشیم.

NGHAها آژانس‌هایی هستند که مستقل از دولت‌ها عمل می‌کنند؛ بنابراین، ما خود سیاست‌ها و راهبردهای اجرایی خود را تعیین می‌کنیم و در پی اجرای سیاست دولتی نیستیم، مگر در مواردی که سیاست مستقل ما همسو با آن باشد. ما هرگز آگاهانه - یا ناآگاهانه - به خود و کسانی که در استخدامشان هستیم، اجازه نخواهیم داد برای کسب اطلاعات سیاسی، نظامی یا اقتصادی که ماهیتاً برای دولت‌ها یا سایر نهادها حساس است، و ممکن است این دولت‌ها و نهادها در پی مقاصد متفاوت با مقاصد صرفاً بشردوستانه باشند، استفاده شود؛ ما به‌عنوان ابزار سیاست خارجی کشورهای اهداکننده نیز عمل نمی‌کنیم؛ از کمک‌های دریافتی برای امدادسانی به نیازها استفاده می‌کنیم و انگیزه این کمک‌ها نباید از بین بردن موجودی مازاد بر نیاز کالای اهداشده یا منافع سیاسی هیچ اهداکننده خاصی باشد. ما ارائه داوطلبانه کار و سرمایه افراد، به‌منظور حمایت از کارمان را ارج می‌نهیم و آزادی عمل ناشی از چنین انگیزش داوطلبانه‌ای را به رسمیت می‌شناسیم. به‌منظور حفظ استقلال خود، در پی رهایی از هرگونه وابستگی به یک منبع مالی منحصر هستیم.

۵. ما به فرهنگ و رسوم احترام می‌گذاریم.

ما می‌کوشیم که به فرهنگ، ساختارها و رسوم جوامع و کشورهایی که در آن‌ها به‌کار می‌پردازیم، احترام بگذاریم.

۶. ما می‌کوشیم که ظرفیت‌های محلی را، مبنای امدادسانی به بحران قرار دهیم.

همه مردم و جوامع - حتی در بحران - دارای ظرفیت‌ها و همچنین آسیب‌پذیری‌هایی هستند. در صورت امکان، ما این ظرفیت‌ها را با استخدام کارکنان محلی، خرید محلی اقلام و تجارت با شرکت‌های محلی تقویت می‌کنیم. تا حد ممکن، با NGHAهای محلی و در جای مناسب با ساختارهای دولتی محلی به‌عنوان شرکایمان در برنامه‌ریزی و اجرا همکاری می‌کنیم. ما در امدادسانی‌هایمان به بحران، اولویت را به هماهنگی می‌دهیم. این مورد به بهترین نحو در کشورهایی ممکن است که بیشترین تمایل را به اقدامات افرادی دارند که مستقیماً در عملیات امدادی شرکت دارند و باید شامل نمایندگان نهادهای مربوط سازمان ملل نیز باشند.

۷. باید مشارکت ذی‌نفعان در مدیریت امداد اتخاذ شود.

مساعدت‌های امدادسانی به بحران هرگز نباید به ذی‌نفعان آن تحمیل شود. امداد مؤثر و بازسازی پایدار در جایی می‌تواند به بهترین شکل میسر شود که ذی‌نفعان مورد نظر در طراحی، مدیریت و اجرای برنامه امداد مشارکت داشته‌باشند. ما برای دستیابی به مشارکت کامل جامعه در برنامه‌های امدادی و بازسازی‌هایمان تلاش می‌کنیم.

۸. هدف از کمک امدادی باید کاهش آسیب‌پذیری‌های آتی در برابر بحران و همچنین رفع نیازهای اساسی باشد.

همه اقدامات امدادی می‌تواند هم به‌نحو مثبت و هم منفی، بر چشم‌انداز بلندمدت توسعه اثر بگذارد؛ با درک این نکته، تلاش می‌کنیم تا برنامه‌هایی را برای امداد به اجرا بگذاریم که به‌طور فعال از آسیب‌پذیری‌های ذی‌نفعان در برابر بحران‌های آتی بکاهد و به برقراری شیوه زندگی پایدار کمک کند. ما در طراحی و مدیریت برنامه‌های امدادی به نگرانی‌های زیست‌محیطی توجه خاصی داریم. ضمناً می‌کوشیم که اثرات منفی مساعدت‌های بشردوستانه را به کمترین حد برسانیم و در پی آن باشیم که از اتکای درازمدت ذی‌نفعان به کمک‌های خارجی بپرهیزیم.

۹. ما خود را در برابر افرادی که در پی کمک به آنان هستیم و کسانی که از آنان کمک دریافت می‌کنیم، مسئول می‌دانیم.

ما اغلب به‌صورت یک رابط سازمانی و در مشارکت با افرادی کار می‌کنیم که مایلند کمک کنند و یا در جریان بحران به کمک نیاز دارند؛ بنابراین ما خود را در برابر هردو طرف پاسخگو می‌دانیم. همه معاملات ما با اهداکنندگان و ذی‌نفعان، نشانگر رفتاری شفاف و نگرشی باز خواهد بود. ما واقفیم که عملکردمان باید از لحاظ اقتصادی و تأثیرگذاری گزارش شود. ما وظیفه خودمان را برای حصول اطمینان از توزیع مناسب و انجام نظارت‌های منظم از اثرگذاری اقلام امدادی می‌شناسیم. ما به‌شیوه‌ای گسترده، در پی گزارش‌دهی تأثیرگذاری کارمان و عوامل بازدارنده این تأثیرگذاری خواهیم بود. برنامه‌های ما به‌منظور کاهش اتلاف منابع ارزشمند، بر پایه استانداردهای والای حرفه‌ای و مهارت خواهد بود.

۱۰. ما در فعالیت‌های اطلاع‌رسانی، آگاهی‌دادن به عموم و اعلام فعالیت‌هایمان، قربانیان بحران‌ها را به‌عنوان اشخاصی محترم، و نه مردمی مورد ترحم، می‌شناسیم.

احترام به قربانی بحران، به‌عنوان شریکی برابر، هرگز نباید فراموش شود. در اطلاع‌رسانی‌های عمومی، تصویری عینی از شرایط بحران ترسیم نموده، و در آن ظرفیت‌ها و آمال قربانیان بحران، و نه تنها آسیب‌پذیری‌ها و ترس‌های آنان، را برجسته می‌کنیم. ضمن این‌که برای بهبودبخشی به امدادرسانی به عموم، با رسانه‌ها همکاری خواهیم داشت، اجازه نخواهیم داد که درخواست‌های خارجی یا داخلی، نسبت به اصل به حداکثر رساندن امدادرسانی‌ها در اولویت قرارگیرد. ما از رقابت با سایر آژانس‌های پاسخگو به بحران، در پوشش‌دهی رسانه‌ها، در شرایطی که این امر موجب آسیب رساندن به ایمنی کارکنان یا ذی‌نفعان می‌شود، پرهیز خواهیم کرد.

فضای کاری

با پذیرش یک‌جانبه تلاش برای وفاداری به منشور، که در بالا شرح شد، در زیر برخی از قوانین شاخص تشریح‌کننده فضای کاری را معرفی می‌کنیم و به‌منظور تسهیل مشارکت مؤثر NGHAها در امدادرسانی بشردوستانه، مایلم شاهد رعایت این قوانین از سوی دولت‌های اهداکننده، دولت‌های میزبان و آژانس‌های بین دولتی – که اساساً از آژانس‌های سازمان ملل تشکیل شده‌اند- باشیم.

این قوانین برای راهنمایی تهیه شده‌اند و از لحاظ حقوقی الزام‌آور نیستند؛ همچنین این انتظار وجود ندارد که دولت‌ها و IGOها (سازمان‌های بین دولتی)، پذیرش این قوانین را با امضای مدارکی اعلام نمایند؛ هرچند این کار می‌تواند برای ادامه فعالیت در آینده هدف باشد. این قوانین با مناعت طبع و مشارکت تهیه شده‌اند تا شرکای کاری ما از روابط ایده‌آلی که خواستار آنیم، آگاه باشند.

پیوست ۱: توصیه‌هایی به دولت‌های کشورهای آسیب‌دیده

۱. دولت‌ها باید اقدامات مستقل، بشردوستانه و بی‌طرفانه NGHAها را به رسمیت بشناسند.

NGHAها نهادهایی مستقل اند و دولت‌های میزبان باید به این استقلال و بی‌طرفی احترام بگذارند.

۲. دولت‌های میزبان باید دسترسی سریع به قربانیان بحران را برای NGHAها تسهیل کنند.

اگر قرار است که NGHAها در تطابق کامل با اصول بشردوستانه خود کار کنند، باید به آن‌ها اجازه دسترسی سریع و بی‌طرفانه به قربانیان بحران را برای تحویل کمک‌های بشردوستانه داد. وظیفه عدم ایجاد مانع برای این کمک‌ها و پذیرش اقدام بی‌طرفانه و غیرسیاسی NGHAها، به‌عنوان اعمال بخشی از مسئولیت مقتدرانه، برعهده کشور میزبان است. دولت‌های میزبان باید ورود سریع کارکنان امدادی را، خصوصاً با لغو ضرورت حمل‌ونقل و صدور گذرنامه‌های ورود و خروج، تسهیل کنند و یا به اعطای آن‌ها سرعت بخشند. دولت‌ها باید در راستای امدادرسانی، برای هواپیماهای حامل اقلام و پرسنل امدادی بین‌المللی، اجازه پرواز بر فراز خاک خود و فرود در آن را بدهند.

۳. دولت‌ها باید جریان ورود به‌موقع اقلام امدادی و اطلاعات را در طول امدادرسانی تسهیل کنند.

اقلام و تجهیزات امدادی فقط به‌منظور تسکین آلام بشری به کشور وارد می‌شود، نه برای سود یا منافع بازرگانی. به چنین اقلامی باید اجازه ورود آزاد و عبور بدون محدودیت را داد و نباید آن‌ها

را مقید به صدور گواهی‌های مبدأ یا صورتحساب، مجوزهای واردات یا صادرات، محدودیت‌های دیگر، مالیات ورود و هزینه‌های تخلیه یا بارانداز کرد.

واردات موقت تجهیزات امدادی ضروری، از جمله خودرو، هواپیماهای سبک و تجهیزات مخابراتی باید با لغو مقررات و یا صدور مجوزهای موقت لازم از سوی دولت میزبان و دریافت‌کننده کمک تسهیل شود. همچنین دولت‌ها نباید در پایان عملیات امداد مانع صدور مجدد تجهیزات امدادی به خارج از کشور شوند.

برای تسهیل ارتباطات، در طول رسیدگی به بحران، دولت‌های میزبان تشویق می‌شوند تا فرکانس‌های رادیویی خاصی را، به منظور برقراری ارتباط میان امدادگران داخل کشور و ارتباطات بین‌المللی اختصاص دهند و این فرکانس‌ها را پیش از وقوع بحران به اطلاع امدادگران برسانند. دولت‌ها باید به امدادگران اجازه استفاده از هر نوع وسایل ارتباطی لازم برای عملیاتشان را بدهند.

۴. دولت‌ها باید بکوشند که یک فرآیند برنامه‌ریزی و اطلاع‌رسانی هماهنگ مهیا کنند.

در نهایت، برنامه‌ریزی و هماهنگی کلی تلاش‌های امدادی، مسئولیت دولت میزبان است. اگر در راستای تلاش‌های امدادی، اطلاعات مربوط به نیازهای امدادی برای برنامه‌ریزی و همچنین اطلاعات مربوط به خطرات بالقوه، در اختیار NGHAها و نظام‌های دولتی قرارگیرد، برنامه‌ریزی و هماهنگی تا حد زیادی بهتر انجام خواهد شد. همچنین به دولت‌ها تأکید می‌شود که این اطلاعات را در اختیار NGHAها نیز قرار دهند.

۵. امدادرسانی به بحران، در صورت وقوع برخورد مسلحانه

در صورت برخورد مسلحانه، اقدامات امدادی پیش‌بینی‌شده در حقوق بین‌الملل بشردوستانه، انجام خواهد گرفت.

پیوست ۲: توصیه‌هایی به دولت‌های اهداکننده

۱. دولت‌های اهداکننده باید اقدامات مستقل، بشردوستانه و بی‌طرفانه NGHAها را به رسمیت بشناسند و به آن احترام بگذارند.

NGHAها نهادهایی مستقل اند که بی‌طرفی آن‌ها باید از سوی دولت‌های اهداکننده به رسمیت شناخته و محترم شمرده شود. دولت‌های اهداکننده نباید از NGHAها برای تقویت اغراض سیاسی یا ایدئولوژیک استفاده کنند.

۲. تخصیص بودجه دولت‌های اهداکننده باید با تضمین استقلال عملیاتی باشد.

NGHAها کمک‌های نقدی و جنسی را از دولت‌های اهداکننده با همان شور و انرژی دریافت می‌کنند که به قربانیان بحران می‌دهند؛ و این اقدامی بشردوستانه و بی‌طرفانه است. اجرای اقدامات امدادی در نهایت، مسئولیت NGHA است و مطابق با سیاست‌های آن NGHA به‌عمل خواهد آمد.

۳. دولت‌های اهداکننده باید از دفاتر خود برای کمک به NGHAها در حصول دسترسی به قربانیان بحران استفاده کنند.

کشورهای اهداکننده باید اهمیت پذیرش بخشی از مسئولیت ایمنی، و نیز آزادی دسترسی کارکنان NGHAها به مردم آسیب‌دیده را درک کنند و برای انجام دیپلماسی با کشورهای میزبان، درباره چنین موضوعاتی آمادگی داشته باشند.

پیوست ۳: توصیه‌هایی برای سازمان‌های بین دولتی

۱. سازمان‌های بین دولتی یا IGOها، باید NGHAهای محلی و خارجی را به‌عنوان شرکایی ارزشمند به رسمیت بشناسند.

NGHAها برای انجام امدادرسانی به‌تر به بحران‌ها، به مشارکت با سازمان ملل و سایر آژانس‌های بین دولتی تمایل دارند. آن‌ها این کار را با روحیه همکاری، که یکپارچگی و استقلال همه شرکای کاری را محترم می‌شمارد، انجام می‌دهند. آژانس‌های بین دولتی باید به استقلال و بی‌طرفی NGHAها احترام بگذارند. آژانس‌های سازمان ملل باید در هنگام تدوین طرح‌های امدادی با NGHAها مشورت کنند.

۲. IGOها باید در ایجاد چارچوبی کلی برای هماهنگی در امدادرسانی‌های محلی و بین‌المللی به دولت‌های میزبان کمک کنند.

NGHAها معمولاً مسئولیتی برای ایجاد چارچوبی برای هماهنگی کلی که نیازمند امدادرسانی بین‌المللی باشد، ندارند؛ این مسئولیت بر عهده دولت میزبان و عوامل مربوط سازمان ملل است. به افراد مسئول تأکید می‌شود که این خدمات را به‌نفع کشور آسیب‌دیده و گروه امدادگر به بحران، در سطح ملی و بین‌المللی به‌موقع و به‌طور مؤثر ارائه کنند، در حال، NGHAها باید همه تلاش خود را به‌کاربندند تا از هماهنگی مؤثر در ارائه خدماتشان اطمینان حاصل کنند.

در صورت بروز اغتشاشات مسلحانه، عملیات امدادی تحت نظارت پیش‌بینی‌های مرتبط با حقوق بشردوستانه بین‌المللی قرار می‌گیرد.

۳. IGO ها باید حمایت خود به منظور تأمین ایمنی برای سازمان‌های وابسته به سازمان ملل را به NGHA ها نیز گسترش دهند.

در جایی که خدمات ایمنی برای سازمان‌های بین دولتی تأمین شده است، باید برای NGHA های فعال و شریک در کارها نیز تأمین شود.

۴. IGO ها باید دسترسی NGHA ها به اطلاعات مربوط را به همان صورتی تأمین کنند که برای سازمان‌های وابسته به سازمان ملل تأمین می‌شود.

به IGO ها تأکید می‌شود که همه اطلاعات مرتبط با اجرای مؤثر عملیات امداد رسانی به بحران را با شرکای کاری NGHA در میان بگذارند.

پیوست ۳

فهرست اختصارات

ACT : artemisinin-based combination therapy

درمان با ترکیبات آرتیمیسینین

ALNAP : Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action

شبکه یادگیری فعال برای مسئولیت و عملکرد در اقدامات بشردوستانه

ART : anti-retroviral therapy

درمان با داروهای ضد بازگشت بیماری

ARV : anti-retroviral

ضد بازگشت بیماری

BCPR : Bureau for Crisis Prevention and Recovery (UNDP)

دفتر پیشگیری از بحران و احیا (برنامه عمران سازمان ملل)

BEmOC : basic emergency obstetric care

مراقبت‌های اولیه اورژانس زنان

BMI : body mass index

شاخص توده بدن

BMS : breast milk substitutes

جایگزین شیر مادر

BTS : blood transfusion service

خدمات انتقال خون

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

مراکز کنترل بیماری و پیشگیری از آن

CE-DAT : Complex Emergency Databas

پایگاه اطلاعات بحرانی پیچیده

CEDAW: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

کنوانسیون رفع هرگونه تبعض علیه زنان

CEmOC : comprehensive emergency obstetric care

مراقبت‌های جامع اورژانس زنان

CFR : case fatality rate

نرخ افراد فوت‌شده

CHW : Community Health Worker

بهداشتکار

CIHL : Customary International Humanitarian Law

حقوق معمول بشر دوستانه بین‌المللی

cm : centimeter

سانتیمتر

CMR : crude mortality rate

نرخ خام مرگ و میر

CRC : Convention on the Rights of the Child

کنوانسیون حقوق کودک

CRPD : Convention on the Rights of Persons with Disabilities

کنوانسیون حقوق معلولان

CRS : Catholic Relief Services

خدمات امدادی کاتولیک

CTC : cholera treatment centre

مرکز درمان وبا

DAC : Development Assistance Committee

کمیته کمک به توسعه

DPT : diphtheria, pertussis and tetanus

دیفتری، سیاه‌سرفه و کزاز

ECB : Emergency Capacity Building (Project)

ظرفیت‌سازی اضطراری (پروژه)

ENA : Emergency Nutrition Assessment

ارزیابی تغذیه در جریان بحران

EPI : Expanded Programme on Immunization

برنامه گسترده ایمن‌سازی

ETAT : Emergency Triage, Assessment and Treatment

ارزیابی اورژانس تریاژ و درمان

EWARN : early warning

هشدار سریع

FANTA : Food and Nutrition Technical Assistance

کمک فنی در زمینه غذا و تغذیه

FAO : Food and Agriculture Organization of the United Nations

سازمان خواروبار و کشاورزی سازمان ملل

FTE : full-time equivalent

معادل تمام‌وقت

GMO : genetically modified organism

ساختار تعدیل‌شده از لحاظ ژنتیکی

HAP : Humanitarian Accountability Partnership

مشارکت در امدادسانی مسئولانه

HIS : health information system

نظام اطلاعات بهداشتی

IASC : Inter-Agency Standing Committee

کمیته دائمی بین آژانس‌ها

ICC : International Criminal Court

دادگاه جنایی بین‌المللی

ICCPR : International Covenant on Civil and Political Rights

عهدنامه بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی

ICERD : International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination

کنوانسیون بین‌المللی حذف هر نوع تبعیض نژادی

ICESCR : International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

عهدنامه بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

ICRC : International Committee of the Red Cross

کمیته بین‌المللی صلیب سرخ

ICVA : International Council of Voluntary Agencies

کمیته بین‌المللی آژانس‌های داوطلب

IDLO : International Development Law Organization

سازمان بین‌المللی توسعه قوانین

IDP : internally displaced person

اشخاص آواره داخلی

IFE : infant feeding in emergencie

تغذیه نوزاد در بحران‌ها

IFPRI : International Food Policy Research Institute

مؤسسه تحقیقات سیاست غذا

IFRC : International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر

IGC : International Grains Council

شورای بین‌المللی غله

IHL : international humanitarian law

حقوق بشردوستانه بین‌المللی

IMAI : Integrated Management of Adult Illness

مدیریت یکپارچه بیماری‌های بالغین

IMCI : Integrated Management of Childhood Illnesses

مدیریت یکپارچه بیماری‌های کودکی

IMPAC : Integrated Management of Pregnancy and Childbirth

مدیریت یکپارچه بارداری و تولد کودک

INEE : Inter-Agency Network for Education in Emergencies

شبکه میان آژانس‌ها برای آموزش در بحران‌ها

IPC : infection prevention and control

پیشگیری از عفونت و کنترل آن

IRC : International Rescue Committee

کمیته بین‌المللی امداد (نجات)

IRS : indoor residual spraying

اسپری داخل مسکن‌ها

ISPO : International Society for Prosthetics and Orthotics

انجمن پروتز و اندام‌های مصنوعی

IYCF : infant and young child feeding

تغذیه نوزاد و کودکان خردسال

km : kilometer

کیلومتر

LBW : low birth weight

وزن کم در هنگام تولد

LEDs : light-emitting diodes

دیودهای تابشگر نور

LEGS : Livestock Emergency Guidelines and Standards

قوانین و استانداردهای دام در اوضاع اضطراری

LLIN : long-lasting insecticide-treated net

توری‌های فراوری‌شده با حشره‌کش‌های بادوام

MOH : Ministry of Health

وزارت بهداشت

MSF : Médecins sans Frontières

پزشکان بدون مرز

MUAC : mid upper arm conference

کنفرانس مربوط به میانه بازو

NCDs : non-communicable diseases

بیماری‌های غیرواگیر

NCHS : National Center for Health Statistics

مرکز ملی آمار بهداشت

NFI : non-food item

اقلام غیرخوراکی

NGO : non-governmental organisations

سازمان‌های غیردولتی

NICS : Nutrition in Crisis Information System

نظام اطلاعات تغذیه در بحران

NRC : Norwegian Refugee Council

سازمان امور پناهندگی نروژی

NTU : nephelolometric turbidity units

واحد سنجش ذرات موجود در آب

OAU : Organization of African Unity (now African Union)

سازمان وحدت آفریقا (اکنون اتحادیه آفریقا)

OCHA : United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs

دفتر سازمان ملل برای هماهنگی امور بشردوستانه

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development

سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی

OHCHR : Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

دفتر کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل

ORS : oral rehydration salts

املاح خوراکی تجدید آب

PAHO : Pan American Health Organization

سازمان بهداشت پان‌آمریکن

PEP : post-exposure prophylaxis

پیشگیری پس از در معرض بیماری قرارگرفتن

PLHIV : people living with HIV

کسانی که با HIV زندگی می‌کنند

PLWHA : people living with HIV and AIDS

کسانی که با HIV و ایدز زندگی می‌کنند

PMTCT prevention of mother-to-child transmission (of HIV)

پیشگیری انتقال HIV از مادر به فرزند

PoUWT : point-of-use water treatment

تصفیه آب در نقطه استفاده

Q&A : quality and accountability

پرسش و پاسخ درباره کیفیت و امدادسانی مسئولانه

RH : reproductive health

بهداشت باروری

RNI : reference nutrient intakes

مواد مغذی خورده‌شده مرجع

SCM : supply chain management

مدیریت زنجیره تدارکات

SEEP : Small Enterprise Education and Promotion (Network)

آموزش کسب و کار کوچک (شبکه)

SKAT : Swiss Centre for Appropriate Technology

مرکز سویسی فن‌آوری مناسب

SMART : Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions

نظارت و ارزیابی استاندارد امداد و گذار

STIs : sexually transmitted infections

عفونت‌های قابل انتقال از طریق جنسی

TB : tuberculosis

سل

TIG : tetanus immune globulin

واکسن کزاز

U5MR : under-5 mortality rate

نرخ مرگ و میر زیر ۵ سال

UDHR : Universal Declaration of Human Rights

اعلامیه جهانی حقوق بشر

UN : United Nations

سازمان ملل

UNAIDS : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

برنامه مشترک سازمان ملل برای ایدز

UN-DDR : United Nations Disarmament, Demobilization and Reintegration

خلع سلاح، اسکان و احیای سازمان ملل

UNDP : United Nations Development Programme

برنامه عمران سازمان ملل

UNFCCC : United Nations Framework Convention on Climate Change

کنوانسیون چارچوب سازمان ملل برای تغییر آب و هوا

UNFPA : United Nations Population Fund

صندوق جمعیت سازمان ملل

UN-Habitat : United Nations Human Settlements Programme

برنامه زیستگاه‌های بشری سازمان ملل

UNHCR : Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)

دفتر کمیسر عالی سازمان ملل در امور پناهندگان

UNICEF : United Nations Children's Fund

صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف)

UNISDR : United Nations International Strategy for Disaster Reduction

راہبرد بین‌المللی سازمان ملل برای کاهش بلایا

USAID : United States Agency for International Development

آژانس ایالات متحده برای توسعه بین‌الملل

VCA : vulnerability and capacity analysis

تحلیل آسیب‌پذیری و ظرفیت

VIP : ventilated improved pit (latrine)

سرویس‌های بهداشتی پیشرفته هواکش‌دار

WASH : water supply, sanitation and hygiene promotion

منابع آب، فاضلاب، ارتقاء بهداشت (واش)

WEDC : Water, Engineering and Development Centre

مرکز آب، مهندسی و عمران

WFH : weight for height

وزن به ازای قد

WFP : World Food Programme

برنامه جهانی غذا

WHA : World Health Assembly

مجمع سلامتی جهان

WHO : World Health Organization

سازمان بهداشت جهانی

WSP : water safety plan

طرح ایمنی آب

فهرست اعلام



一

استحمام، به شست و شو نیز نگاه کنید، صص
۱۰۹، ۱۱۰، ۱۲۳، ۱۲۹، ۱۳۵

استقرار، به سرپناه و اسکان نیز نگاه کنید، صص
و، ۳۴، ۷۵، ۲۷۷

اسكان. صص ۴، ۵، ۷، ۴۰، ۴۴، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۷، ۱۲۸، ۲۵۲، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۷، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۳، ۲۹۶، ۲۹۷، ۳۱۵، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۵۹، ۴۰۳

افراد آسیب پذیر، صص ۶۷، ۶۹، ۱۳۱، ۱۷۴،
۱۷۷، ۱۸۴، ۱۹۰، ۱۹۳، ۲۰۳، ۲۲۰، ۲۶۸،
۲۸۳، ۲۸۷، ۲۹۱، ۳۲۵

۲۵۸، ۲۵۶، ۲۵۵، ۷ صص
۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۲، ۲۷۰، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۷،
۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۹۰، ۲۹۴، ۲۹۹،
۳۲۷، ۴۰۰

البسه، به اقلام غیر خوراکی نیز نگاه کنید، به راحتی گرمایی نیز نگاه کنید، صص ۱۱۱، ۱۳۹، ۲۵۴

امدادگر، صص ۷، ۵۰، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۶۱، ۶۳، ۶۵، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۸۰، ۹۲، ۱۵۶، ۲۱۲، ۲۵۹، ۳۰۸، ۳۹۳، ۳۹۴

امینت، صص و، ۴، ۶، ۷، ۱۳، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴،
۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۵۶، ۶۱، ۶۲،
۶۶، ۶۹، ۷۳، ۸۹، ۹۰، ۹۵، ۱۰۰، ۱۱۴، ۱۱۶،
۱۳۱، ۱۴۲، ۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۵۶،
۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳،
۱۶۵، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۴، ۱۷۶،
۱۷۸، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶،
۱۸۷، ۱۸۸ اف، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۴،
۱۹۶، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۵، ۲۰۶

آب آشامیدنی سالم، ص ۲۵۵

آب و هوا، صص ز، ۱۰۴، ۲۴۳، ۲۵۶، ۲۵۸، ۲۶۲، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۶، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۹۴

آنتروپومتری (پژوهش‌های با مضامین مرتبط)،
صفحه ۱۶۴

الف

ایزار، صص ۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۴، ۴۵، ۵۸، ۷۲، ۷۸، ۷۹، ۸۱، ۱۱۰، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۲۴، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۵، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۴، ۱۷۴، ۱۸۵، ۱۸۹، ۱۹۰، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۲، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۸، ۲۲۱، ۲۲۳، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۴۱، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۷، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۸، ۲۶۴، ۲۷۲، ۲۷۵، ۲۷۷، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۳، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۵، ۲۹۷، ۲۹۸، ۳۰۲، ۳۲۱، ۳۲۳، ۳۳۴، ۳۹۰

اجاق، صص ١٨٦، ٢٥٤، ٢٦٤، ٢٧٠، ٢٨٦،
٢٨٨، ٢٨٧

اردوگاه، صص ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۳۹، ۶۴،
۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۹،
۱۷۴، ۱۷۸، ۱۸۶، ۲۰۲، ۲۵۲، ۲۵۶، ۲۵۷،
۲۶۱، ۲۶۳، ۲۶۶، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۷،
۲۸۰، ۲۹۲، ۲۹۷، ۳۲۱، ۳۳۵، ۳۳۷، ۳۴۰،
۳۸۸، ۳۵۹

به استانداردهای قانونی، منشور بشردوستانه نیز نگاه کنید، صص ۶، ۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۵۳، ۵۴، ۵۶، ۶۱، ۱۴۸، ۱۵۱، ۱۵۶، ۲۲۷، ۲۵۲، ۲۵۹، ۲۶۲، ۳۰۲، ۳۰۵، ۳۰۸.

بیماری‌های واگیر، صص ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۷، ۱۵۷، ۳۰۷، ۳۱۲، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۴، ۳۲۶، ۳۳۰، ۳۳۴، ۳۳۶، ۳۳۹، ۳۵۹، ۳۶۶، ۳۷۰

پ

پاسخگو، صص ۲۰۱، ۲۶۱، ۲۶۲، ۳۰۴، ۳۰۸، ۳۲۳، ۳۵۲، ۳۹۱

پخت و پز و اجاق نیز نگاه کنید، صص ۳۵، ۸۹
پزشک بالینی، ص ۳۶۴

پژوهش‌های با مضامین مرتبط، ص ۱۶۴

پشتیبانی روانی اجتماعی، صص ۴۰، ۴۳، ۴۷، ۱۹۲، ۲۹۸

پناهندگان، صص ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۴۵، ۴۶، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۱۴۴، ۱۵۲، ۲۱۸، ۲۴۱، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۹۶، ۲۹۷، ۳۳۵، ۳۶۵، ۳۶۷، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۴، ۳۷۹، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۸، ۴۰۳

پوشاک، به اقلام غیر خوراکی نیز نگاه کنید، صص ۲۲، ۲۳۸، ۲۵۶، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۹۴

ت

تحلیل آسیب‌پذیری و ظرفیت، صص ۷۹، ۹۲، ۴۰۴

تدفین، صص ۴۲، ۵۹، ۱۲۷

ترياز، صص ۳۴۸، ۳۹۸

تغذیه با شیر مادر، صص ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۹، ۱۸۰، ۲۲۷، ۲۲۹

۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۷، ۲۲۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۵، ۲۴۷، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۶، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۷، ۲۸۰، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۷، ۲۹۰، ۲۹۱، ۳۰۶، ۳۱۹، ۳۲۱، ۳۲۸، ۳۳۵، ۳۴۳، ۳۵۰، ۳۵۴، ۳۵۶، ۳۷۰، ۳۸۱، ۳۸۲

انتقال وجه نقد و حواله، به انتقال غذا نیز نگاه کنید، صص ۱۶۰، ۲۰۸، ۲۱۶

انسان تن سنجی، ص ۱۶۴

ب

بحران‌های شهری، ص ۱۱۳

برخوردهای مسلحانه، صص ۸۹، ۲۲۷، ۳۰۵، ۳۶۸، ۳۸۰، ۳۸۱

بری بری، صص ۱۶۵، ۱۸۱، ۱۸۹، ۲۳۵

بسیج (جامعه، جمعیت، جوامع، عمومی)، صص ۹۰، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۷، ۱۱۸، ۱۷۴، ۳۲۷، ۳۳۵، ۳۲۸

بهترین روش‌ها، صص ۱۸۶، ۲۷۲

بهداشت عمومی، صص ۹۰، ۹۱، ۹۵، ۹۷، ۱۰۹، ۱۴۱، ۱۹۰، ۱۹۹، ۳۰۶، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۸، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۶، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۹

بیماری‌های غیرواگیر، صص ۳۳۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۷، ۳۶۳، ۳۶۸، ۳۷۲، ۴۰۱

بیماری‌های مربوط به آب، ص ۱۲۰

بیماری‌های مزمن، صص ۱۱۶، ۱۷۴، ۲۸۷، ۲۹۱، ۳۳۱، ۳۵۲، ۳۵۳

تغذیه تکمیلی، صص ۱۶۶، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۸، ۱۸۷، ۲۳۰، ۲۴۸

تهدید، صص ۶، ۱۲، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۲، ۳۴، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۶۲، ۷۰، ۷۵، ۹۲، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۴، ۱۲۰، ۱۵۷، ۲۰۰، ۲۱۳، ۲۱۸، ۲۵۵، ۲۶۰، ۲۶۳، ۲۶۵، ۲۶۸، ۲۹۱، ۲۹۴، ۳۰۶، ۳۰۹، ۳۱۱۴، ۳۵۳

تیامین، صص ۱۸۱، ۱۸۹، ۲۳۷، ۲۴۹

ث

جامعه مدنی، صص ۱۰، ۲۱، ۶۰، ۹۱، ۱۵۵، ۲۰۲، ۲۵۸

ج

جامعه مدنی، صص ۱۰، ۲۱، ۶۰، ۹۱، ۱۵۵، ۲۰۲، ۲۵۸

چ

چارچوب مفهومی، صص ۲۲۶، ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۶۵، ۱۵۶

چارچوب نظام بهداشتی، صص ۱۸۱، ۳۱۰

ح

حصیه، صص ۱۰۷، ۱۱۷، ۱۱۹، ۱۳۸، ۳۳۲، ۳۶۱

حمایت بالینی، ص ۴۳

حواله، صص ۱۱، ۱۵۰، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۶۱، ۱۶۸، ۱۷۴، ۱۷۸، ۱۸۳، ۱۸۵، ۱۹۴، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۴۷، ۲۵۸

۲۶۴، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۹۴، ۲۹۷، ۳۱۹

خ

خشونت جنسی، ص ۳۴۳

د

داده‌ها، صص ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۷۱، ۷۲، ۱۰۴، ۱۲۰، ۲۹۰، ۳۲۰

دستشویی، صص ۱۲۹

دفاتر اداری، صص ۲۶۸

دفع، صص ۴۲، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۴۱، ۱۴۳، ۱۹۹، ۳۱۱، ۳۱۴، ۳۱۵

ذ

ذخیره آب، صص ۹۰، ۹۱، ۱۰۱، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۸۲۵۵، ۲۶۹، ۳۲۸

ر

راهکار، صص ۶۶، ۹۷، ۱۳۲، ۱۶۰، ۱۸۳، ۲۰۴، ۲۰۹، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۵، ۲۵۸، ۲۶۲، ۲۷۲، ۲۷۷، ۲۹۲، ۳۰۲

رختخواب، صص ۱۱۰، ۱۱۵، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۳۹

رسوم فرهنگی، صص ۵۶، ۲۱۳، ۲۷۲، ۲۸۴

ریبوفلاوین، صص، ۱۸۱، ۱۸۹، ۲۳۷

۲۸۵

ز

سلاح‌های شیمیایی، ص ۳۸۱

سوء تغذیه، صص ۱۴۸، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۷، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۳، ۱۸۷، ۱۹۰، ۱۹۱، ۲۰۲، ۲۱۹، ۲۲۷، ۲۲۹، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۹، ۲۴۴، ۲۴۸، ۲۴۷، ۳۰۶، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۶، ۳۳۸، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰

سوء تغذیه حاد، به سوء تغذیه نیز نگاه کنید: صص ۱۴۸، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۶۵، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۹۰، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱

سوخت، صص ۳۵، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۷۱، ۱۸۶، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۲۰۳، ۲۰۶، ۲۰۷۲۴۲، ۲۵۴، ۲۵۹، ۲۶۴، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۱، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۹

ش

شیرمادر، به تغذیه تکمیلی نیز نگاه کنید، صص ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۲۲۷، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۴۱، ۳۳۹، ۳۹۶

ص

صحبت کردن زنان، ص ۹۹

صف، صص ۶۸، ۱۰۳، ۱۰۵

ض

ضرورت، صص ۲۰۸۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۶۷، ۳۱۴، ۳۹۲

زنان، صص ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۳۲، ۳۵، ۴۰، ۴۱، ۵۳، ۵۸، ۵۲، ۶۲، ۶۵، ۶۶، ۶۸، ۶۹، ۷۳، ۷۵، ۷۹، ۸۱، ۹۰، ۹۷، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۰۵، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۹، ۱۲۶، ۱۳۱، ۱۳۴، ۱۳۷، ۱۵۵، ۱۵۹، ۱۶۱، ۱۶۶، ۱۶ ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۶، ۱۹۳، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۷، ۲۰۹، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۱، ۲۲۳، ۲۲۹، ۲۳۲، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۸، ۲۴۸، ۲۷۵، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۷، ۲۸۹، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۴، ۲۹۶، ۳۹۸، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۶، ۳۲۴، ۳۲۸، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۶، ۳۵۴، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۶۲، ۳۶۷، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۸۲، ۳۸۹، ۳۹۶، ۳۹۷

زنان باردار، صص ۱۱۴، ۱۱۹، ۱۵۵، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۸۷، ۱۹۳، ۲۱۸، ۲۲۸، ۲۳۲، ۲۳۶، ۲۳۸، ۲۸۵، ۲۹۴، ۳۲۸، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۵

س

سالخوردگان، ص ۶۸

سرپناه، صص ۲، ۴، ۷، ۱۳، ۲۲، ۲۴، ۳۱، ۴۲، ۴۶، ۶۱، ۸۹، ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۸، ۱۲۹، ۲۰۴، ۲۵۲، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۶، ۲۹۹، ۳۰۶، ۳۱۴، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۵۲، ۳۵۶

سل، صص ۱۷، ۹۲، ۱۵۷، ۱۷۴، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۲۲۸، ۲۳۶، ۲۶۰، ۳۰۷، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۶۶، ۴۰۲

ط

طرح مشارکت خیرین برای رفع نیازها، ص ۵
طرح‌های امداد رسانی، ص ۶۳

ظ

ظروف، صص ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۲۲، ۱۲۶، ۱۳۹، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۵۴، ۲۸۵، ۲۹۴، ۳۲۹

ع

علائم بالینی، صص ۱۷۲، ۲۳۱، ۲۳۵

غ

غذای غیرشیرمادر، به تغذیه نیز نگاه کنید، صص ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۶۹، ۲۲۷

ف

فرایند، صص و، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۴۰، ۴۲، ۵۰، ۸۶، ۱۲۴، ۱۳۰، ۱۴۲، ۱۴۸، ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۶۴، ۱۷۰، ۲۰۱، ۲۰۳، ۲۱۶، ۲۳۰، ۲۵۲، ۲۵۶، ۲۶۶، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۲، ۲۸۳، ۳۰۲، ۳۱۲، ۳۱۴، ۳۲۳، ۳۴۸، ۳۵۳، ۳۸۱

ق

قابله، به زنان نیز نگاه کنید، صص ۱۳۸، ۱۶۶، ۳۴۷

قرنطینه، صص ۱۳۹، ۲۶۸

ک

کارکنان (بخش) بهداشت، صص ۱۲۶، ۱۳۲، ۱۷۰، ۱۸۱، ۳۰۵، ۳۰۸، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۹، ۳۴۳، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۵۱، ۳۶۲، ۳۶۸

کزاز، صص ۱۲۵، ۱۲۷، ۳۳۷، ۳۴۳، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۹۷، ۴۰۳

کودکان، به نوزادان نیز نگاه کنید، به افراد آسیب پذیر هم نگاه کنید، صص ۲۲۵، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۴۱، ۲۴۴، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۴، ۲۶۱، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۸، ۲۸۱، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۴، ۲۹۷، ۳۰۰، ۳۱۲، ۳۱۸، ۳۲۷، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۵۰، ۳۵۶، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۸، ۳۷۳، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۵، ۳۹۳، ۴۰۶

کیفیت و مسئولیت پذیری، ص ۱۳

گ

گروه‌های خاص مردم، صص ۲۳۶، ۲۶۰، ۳۰۹

گروه‌های کاری، ص ۲۴۴

گروه‌های مرجع، ص ز

گروه‌های هدف، صص ۲۲۰، ۲۶۷، ۲۶۸

ل

لوازم، صص ۱۰۱، ۱۹۳، ۲۵۲، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۵، ۲۹۴، ۳۱۰، ۳۱۷، ۳۴۲، ۳۴۳

لوازم بهداشت شخصی، ص ۱۰۱

لوازم خانگی، ص ۲۸۰

م

متخصص بالینی، ص ۳۲۱

مدیریت زباله، صص ۹۴، ۱۲۲، ۱۲۴، ۳۱۱

مراقبت بالینی، ص ۳۵۱

مراقبان، صص ۱۱۴، ۱۳۹، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۹۲، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۲۵، ۲۲۷، ۲۲۹، ۲۳۱، ۲۳۸

مردان و زنان سالخورده، ص ۶۵

مسئولیت پذیری، صص ۴، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۹۶، ۲۰۲، ۲۱۱

مشارکت زنان، صص ۶۸، ۹۰، ۱۶۱

مصلح ساختمانی، صص ۱۱۷، ۱۳۴، ۲۱۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۷۱، ۲۷۶، ۲۷۹، ۲۸۱، ۲۸۳، ۲۹۲، ۲۹۳

منابع آب، صص ۸۷، ۸۸، ۹۰، ۹۷، ۱۰۳، ۱۰۶، ۱۰۹، ۱۱۳، ۱۲۴، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۴۲، ۱۹۳، ۱۹۹، ۲۰۷، ۲۱۶، ۲۷۷، ۲۸۰

منشور بشردوستانه، صص آ، ب، د، ه، و، ۲، ۴، ۵، ۶، ۲۰، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۶، ۳۷، ۴۶، ۵۲، ۵۳، ۶۸، ۶۹، ۷۷، ۸۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۲۵۴، ۲۵۵، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۷۴

منشور رفتاری، صص ۲۳، ۳۷، ۵۷، ۷۴، ۳۷۲، ۳۸۵، ۳۸۹

ن

ناقل ها، صص ۸۸، ۹۰، ۹۴، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۳۰، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۴۳، ۱۴۴، ۲۵۵، ۲۶۵، ۲۶۶

۲۷۰، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۸۴، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۶

نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، صص ۱۶۴، ۳۲۱، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۸

نقاط برداشت آب، صص ۱۰۵، ۱۰۹، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۲

نوزادان، صص ۹۸، ۱۱۹، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۱، ۱۷۳، ۱۷۷، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۹۰، ۱۹۳، ۱۹۴، ۲۰۵، ۲۰۷، ۲۲۷، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۵، ۲۴۰، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۸، ۲۶۸، ۲۷۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۸، ۲۹۴، ۳۲۶، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۵۷، ۳۷۰، ۳۷۶

و

واکسیناسیون، صص ۱۸۲، ۲۲۸، ۳۲۷، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۴۰، ۳۴۹

وبا، صص ۸۸، ۹۲، ۱۰۹، ۱۳۳، ۱۳۵، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۵۷، ۳۰۹، ۳۱۴، ۳۲۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۵۷، ۳۶۱، ۳۷۰

وجه نقد برای کار، ص ۲۱۰

وسایل خواب، صص ۲۵۶، ۲۸۰، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۹۴

ویتامین آ، صص ۱۶۴، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۶، ۱۸۲، ۱۸۹، ۲۲۸، ۲۳۷، ۲۴۹، ۳۳۶، ۳۳۷

ویتامین ب، صص ۱۶۵، ۲۳۷

ویتامین ث، صص ۱۶۵، ۱۸۱، ۱۸۹، ۲۳۷

ویتامین د، صص ۲۳۷

هـ

هباتیت، صص ۱۲۵، ۱۳۷، ۱۳۸، ۳۱۱۴، ۳۴۳، ۳۶۱

هماهنگی، صص ز، ۵، ۷، ۱۱، ۱۳، ۴۵، ۵۰، ۵۴، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۷۱، ۷۳، ۷۷، ۷۸، ۹۱، ۹۹، ۱۰۱، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۵۵، ۱۶۴، ۱۶۷، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۵، ۲۳۳، ۲۴۴، ۲۴۶، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۹۰، ۲۹۷، ۳۰۲، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۳۸، ۳۴۱، ۳۵۶، ۳۸۲، ۳۸۵، ۳۹۰، ۳۹۳، ۳۹۴، ۴۰۱

ی

یکسان‌سازی، ص ۳۰۲

یکنواخت، ص ۱۸

از وب سایت پروژه اسفیر بازدید نمایید.

www.sphereproject.org

لطفا برای تهیه کتاب راهنمای پروژه اسفیر به نشانی زیر مراجعه فرمایید

www.practicalactionpublishing.org/sphere

