



Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong Ứng phó Thảm họa



Dự án Sphere Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong Ứng phó Thảm họa là sáng kiến quốc tế quan trọng nhằm cải thiện hiệu quả và trách nhiệm của các cứu trợ nhân đạo. Lần xuất bản Sổ tay mới này đã được điều chỉnh và cập nhật từ các tiến bộ trong hoạt động nhân đạo và những phản hồi của các nhân viên thực hiện trên thực địa, các viện nghiên cứu, các chuyên gia về các vấn đề liên đới như bảo vệ, giới, trẻ em, người già, người khuyết tật, HIV/AIDS và môi trường. Cuốn sổ tay đã điều chỉnh này là kết quả của sự cố gắng hợp tác mạnh mẽ phản ánh nguyện ước và chia sẻ kinh nghiệm của cộng đồng nhân đạo và quyết tâm cải thiện nhận thức hiện nay về các chương trình cứu trợ nhân đạo.

Nền tảng của sổ tay là Hiến chương Nhân đạo dựa theo các nguyên tắc và điều luật của quyền con người, luật nhân đạo quốc tế và luật về người tị nạn, các nguyên tắc của Luật ứng xử của Chữ thập đỏ và NGO. Nó thể hiện các nguyên tắc chủ chốt chỉ đạo hành động nhân đạo và công nhận quyền của người dân được bảo vệ và cứu trợ. Các tiêu chuẩn tối thiểu được trình bày từ chương đầu tiên mô tả các tiêu chuẩn quy trình lập kế hoạch và thực hiện chương trình, sau đó là bốn chương kỹ thuật về các lĩnh vực nước, vệ sinh môi trường và khuyến khích thực hành vệ sinh; an ninh lương thực, dinh dưỡng và viện trợ lương thực thực phẩm; nhà ở, định cư và hàng phi lương thực; và dịch vụ y tế.

Là công cụ thiết thực, Hiến chương Nhân đạo có thể dùng để xác định mục tiêu tổng quát dự án, trong khi đó các Tiêu chuẩn Tối thiểu với các chỉ số chính và hướng dẫn là các đánh giá phân tích yêu cầu chương trình và là khuôn khổ để giám sát tiến độ và đánh giá kết quả. Toàn bộ Sổ tay Sphere cũng là một công cụ mạnh để hợp tác và vận động ủng hộ chính sách, đặc biệt phạm vi bao trùm đa lĩnh vực và mối liên kết giữa nguyên tắc và thực tiễn.

Xuất bản bởi Dự án Sphere
Nhà xuất bản Oxfam phát hành



Dự án Sphere Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong Ứng phó Thảm họa

2004

Dự án Sphere

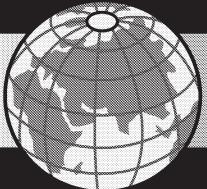


2004



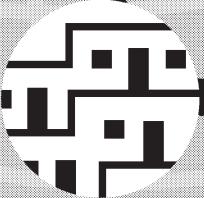
Xuất bản năm 2004

2004



Dự án Sphere

Hiển chương
Nhân đạo và
các Tiêu chuẩn
Tối thiểu trong
Ứng phó Thảm họa



The Sphere Project

Copyright © The Sphere Project 2004

PO Box 372, 17 chemin des Crêts CH-1211 Geneva 19. Switzerland

Tel: +4122 730 4501, Fax +4122 730 4905

Email: info@ sphereproject.org Web: <http://www.sphereproject.org>

Dự án Sphere là một chương trình của Ban Chỉ đạo Ủy ban Nhân đạo (SCHR) và phối hợp hành động với các tổ chức VOICE và ICVA. Dự án được phát động năm 1997 để phát triển một hệ thống các Tiêu chuẩn Tối thiểu toàn cầu trong các lĩnh vực trọng điểm của cứu trợ nhân đạo. Mục đích của dự án là nâng cao hiệu quả cứu trợ cho người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa và nâng cao trách nhiệm của hệ thống nhân đạo trong ứng phó thảm họa. Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong Ủy ban Thảm họa là sản phẩm của cố gắng tập thể, của nhiều người và nhiều cơ quan. Không nên xem Sphere như là đại diện cho quan điểm của bất cứ tổ chức riêng lẻ nào.

Xuất bản thử nghiệm lần đầu năm 1998

Xuất bản chính thức lần đầu năm 2000

Lần xuất bản này năm 2004

ISBN 92-913-097-6

Lần xuất bản này được lưu trữ trong thư mục của thư viện Anh quốc và thư viện Quốc hội Mỹ.

Đăng ký tất cả các quyền bản quyền. Tài liệu này có đăng ký bản quyền nhưng các tổ chức khác có thể được phép tái bản bằng bất cứ hình thức nào mà không phải trả lệ phí nếu vì mục đích giáo dục và không để bán. Phải xin phép khi sử dụng như trên nhưng thường được cho phép ngay. Sao chép trong các hoàn cảnh khác hoặc sử dụng lại trong các án phẩm khác, hoặc biến dịch hay chuyên ngữ phải xin phép trước người sở hữu bản quyền bằng văn bản và có thể phải trả lệ phí.

Được phát hành bởi Oxfam Anh cho Dự án Sphere trên toàn thế giới.

Sách có tại Nhà xuất bản Oxfam, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, UK

Tel: +44 1865 311 Fax: +44 1865 312 600

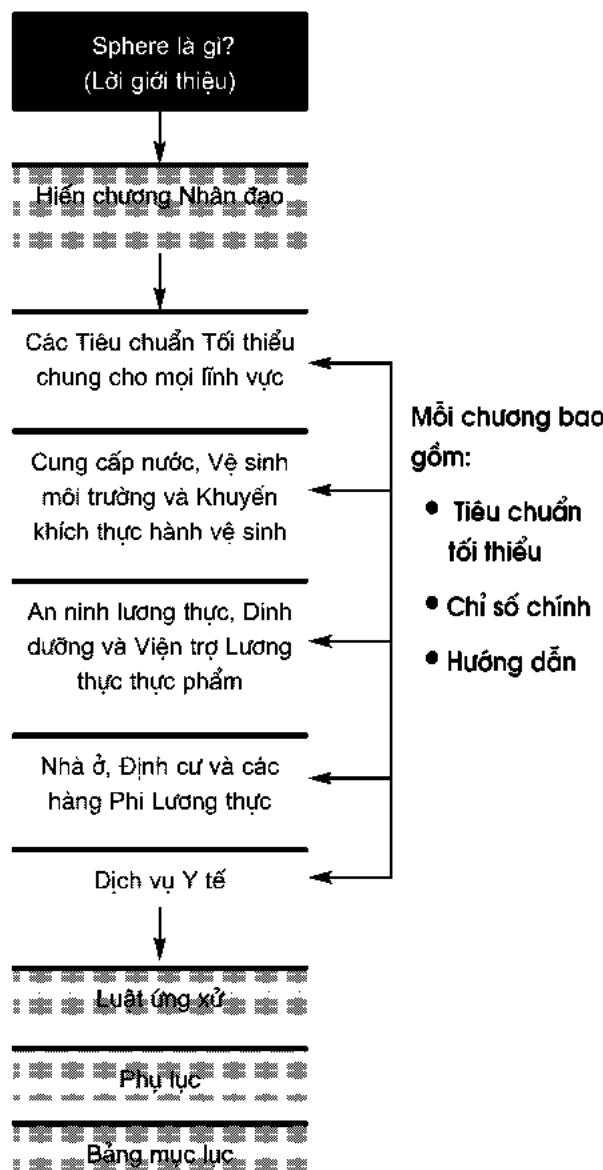
Email: publish@oxfam.org.uk Web: www.oxfam.org.uk/publications

và từ các đại lý và đại diện trên thế giới. Oxfam Anh là tổ chức từ thiện, số đăng ký 202918, và là thành viên của Oxfam Quốc tế.

Mục lục

Sphere là gì?	5
Hiến chương Nhân đạo	15
Chương 1: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu chung cho mỗi lĩnh vực	21
Chương 2: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về cung cấp nước, vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh	51
Chương 3: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về An ninh lương thực, Dinh dưỡng và Viện trợ Lương thực thực phẩm ..	103
Chương 4: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Nhà ở, Định cư và hàng Phi Lương thực	203
Chương 5: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dịch vụ Y tế	249
Phụ lục	
1. Các văn bản pháp lý làm trụ cột cho Sổ tay Sphere	313
2. Luật ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các tổ chức phi chính phủ (NGOs) trong cứu trợ thảm họa	315
3. Công nhận đóng góp	325
4. Các từ viết tắt	329
Bảng mục lục	331
Bộ tài liệu tập huấn dự án Sphere (bằng tiếng Anh).....	340
Mẫu đóng góp ý kiến cho Sổ tay Sphere	344

Cấu trúc của cuốn sách



Sphere là gì?

Sphere dựa trên hai niềm tin chủ yếu: *Thứ nhất*, làm tất cả những gì có thể để làm giảm sự mất mát của con người do thiên tai và xung đột gây ra, *thứ hai*, những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa có quyền sống có nhân phẩm và do đó có quyền được cứu trợ. **Sphere** gồm ba bộ phận cấu thành: Một cuốn sổ tay, một quy trình hợp tác rộng mở và một cách trình bày những cam kết về chất lượng và trách nhiệm.

Năm 1997 một nhóm các tổ chức nhân đạo phi chính phủ và phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ đã phát động sáng kiến này. Họ là những người lương cao Hiến chương Nhân đạo và xác định các tiêu chuẩn tối thiểu cần đạt được trong cứu trợ thảm họa đối với từng lĩnh vực trong năm lĩnh vực cơ bản (cấp nước, vệ sinh môi trường, dinh dưỡng, hỗ trợ lương thực thực phẩm, nhà ở và dịch vụ y tế). Quá trình này dẫn đến việc xuất bản cuốn sổ tay **Sphere** lần đầu năm 2000. Kết hợp cả hai, Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu góp phần tạo thành khung hoạt động để nâng cao trách nhiệm trong công tác cứu trợ thảm họa.

Nền tảng cơ bản của cuốn sổ tay này là **Hiến chương Nhân đạo** dựa trên cơ sở các nguyên tắc và quy định của luật nhân đạo quốc tế, luật nhân quyền quốc tế, luật về người tị nạn và *Luật ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các tổ chức phi chính phủ (NGOs) trong cứu trợ thảm họa*. Hiến chương Nhân đạo thể hiện các nguyên tắc cơ bản chỉ đạo hoạt động nhân đạo và tái xác nhận quyền của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa, do thiên nhiên hay con người gây ra (bao gồm cả xung đột vũ trang), phải được bảo vệ và cứu trợ. Nó cũng tái xác nhận quyền của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa được sống có nhân phẩm.

Hiến chương Nhân đạo cũng chỉ rõ trách nhiệm pháp lý của các nhà nước và các bên tham chiến phải đảm bảo quyền được bảo vệ và cứu trợ của người dân. Khi các bên hữu quan không thể và/hoặc không muốn thực thi trách nhiệm của mình sẽ phải cho phép các tổ chức nhân đạo tiến hành cứu trợ nhân đạo và bảo vệ nhân đạo.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu và các chỉ số chính đã được xây dựng qua việc tham khảo ý kiến qua mạng lưới rộng khắp những nhà hoạt động trong từng lĩnh vực. Đa số các tiêu chuẩn và chỉ số kèm theo không phải là mới mà là kết quả cung cố và ứng dụng các hiểu biết và thực tiễn đã có. Nói một cách tổng quát, các tiêu chuẩn thể hiện việc nhất trí cao với các đóng góp rộng rãi và phản ánh các quyết tâm nhằm đảm bảo việc thực hiện các nguyên tắc về quyền con người và nhân đạo trong thực tế.

Đến nay, hơn 400 tổ chức ở 80 nước và vùng lãnh thổ trên toàn thế giới đã đóng góp vào việc phát triển các Tiêu chuẩn Tối thiểu và các chỉ số chính. Trong lần xuất bản mới này (2004), cuốn sổ tay này đã được chỉnh lý đáng kể, xem xét đến những tiến bộ kỹ thuật gần đây và ý kiến phản hồi của các tổ chức sử dụng Sphere trong thực tế. Riêng lĩnh vực thứ 6, an ninh lương thực, đã được bổ sung và kết hợp với các vấn đề dinh dưỡng và cứu trợ lương thực thực phẩm. Bổ sung một chương mới chi tiết hóa một loạt các tiêu chuẩn về quy trình chung cho mọi lĩnh vực, bao gồm tiêu chuẩn tham gia, đánh giá, ứng phó, xác định đối tượng, điều hành giám sát, đánh giá và năng lực của nhân viên và quản lý nhân sự. Ngoài ra cũng đề cập đến bảy vấn đề liên đới phù hợp với mọi lĩnh vực (trẻ em, người già, người khuyết tật, giới, bảo vệ, HIV/AIDS và môi trường).

Sử dụng cho các tình huống

Sổ tay Sphere được thiết kế để sử dụng cho ứng phó thảm họa và cũng có thể sử dụng cho phòng ngừa thảm họa và hỗ trợ các chính sách nhân đạo. Nó có thể được áp dụng trong hàng loạt tình huống cần cứu trợ, do thiên tai cũng như xung đột vũ trang gây ra. Nó cũng được thiết kế để sử dụng cho tình huống diễn ra đột ngột hay từ từ, ở vùng nông thôn và thành thị, ở các nước phát triển và đang phát triển, ở bất cứ nơi nào trên thế giới. Trọng tâm của cuốn sổ tay là việc đáp ứng các nhu cầu sống thiết yếu của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa trên cơ sở đảm bảo quyền con người cơ bản là được sống có nhân phẩm.

Cho dù với trọng tâm trên, thông tin chứa đựng trong cuốn sổ tay này không phải là quy tắc hoàn toàn cứng nhắc. Nó có thể được áp dụng uyển chuyển cho các tình huống khác nhau như phòng ngừa thảm họa và việc kết thúc cứu trợ thảm họa. Sổ tay này không được thiết kế để đối phó với thảm họa công nghệ như các thảm họa liên quan đến giao thông, công nghiệp, hóa chất, sinh học hoặc thảm họa hạt nhân.

Tuy nhiên, dù không sử dụng cho các loại thảm họa nói trên, nó vẫn dùng được cho các tình huống phải di tản dân cư hoặc các loại hậu quả khác do một sự kiện gây ra cần tiến hành cứu trợ nhân đạo.

Khoảng thời gian sử dụng

Khung thời gian cho việc sử dụng cuốn sách này phụ thuộc chủ yếu vào hoàn cảnh. Nó cần vài ngày, vài tuần thậm chí vài tháng trước khi các tổ chức cứu trợ có thể đạt được các Tiêu chuẩn Tối thiểu và các chỉ số xác định cho một lĩnh vực cụ thể. Trong một số tình huống, có thể đạt được các Tiêu chuẩn Tối thiểu mà không cần sự can thiệp từ bên ngoài. Cần phải thoả thuận một khoảng thời gian để thực thi trong bất cứ tình huống nào. Những hướng dẫn trong cuốn sách này gợi ý các thời gian biểu khả thi để áp dụng các tiêu chuẩn và các chỉ số khi phù hợp.

Các tổ chức cứu trợ có nhiều cách tiếp cận khác nhau trong việc thực hiện các hoạt động cứu trợ dựa trên sự khác nhau về đặc trưng, tôn chỉ mục đích và năng lực. Các sự khác nhau này sẽ thể hiện trong quan niệm về cứu trợ bổ xung, có nghĩa là các tổ chức cứu trợ nhân đạo sử dụng các cách thức hành động hoặc kỹ thuật khác nhau để hoàn thành trách nhiệm cứu trợ. Trong mọi hoàn cảnh, việc ứng phó thảm họa có thể hỗ trợ hoặc bổ sung cho các dịch vụ hiện có của chính phủ về cơ chế, thiết kế và khả năng ứng phó lâu dài.

Cách sử dụng

Hiện có nhiều sổ tay cung cấp các hướng dẫn thực tế cho những người hoạt động nhân đạo. Cuốn sách này không phải cuốn sổ tay hướng dẫn cách làm mà nó cung cấp một tập hợp các Tiêu chuẩn Tối thiểu và các chỉ số chủ yếu, chứa đựng các thông tin về các phương diện khác nhau của hoạt động nhân đạo, từ các đánh giá ban đầu tới việc phối hợp và ủng hộ chính sách. Các tiêu chuẩn là các quy định chung xác định mức tối thiểu cần đạt được trong một hoàn cảnh cụ thể; các chỉ số đóng vai trò là các "dấu hiệu" xác định xem đã đạt được một tiêu chuẩn nào đó chưa? Còn phần hướng dẫn cung cấp những thông tin bổ sung.

Bốn chương kỹ thuật: Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành Vệ sinh; An ninh lương thực, Dinh dưỡng và Viên lương thực

thực phẩm; Nhà ở, Định cư và các hàng Phi Lương thực; Dịch vụ Y tế - có các tiêu chuẩn và chỉ số riêng. Chương mở đầu về các tiêu chuẩn chung tập hợp các hướng dẫn có thể áp dụng cho tất cả các lĩnh vực thiết kế và thực hiện chương trình cứu trợ. Cần tham khảo chương này trước khi xem các chương kỹ thuật khác.

Cần xem xét các hướng dẫn trong từng chương cho từng vấn đề cụ thể khi áp dụng các tiêu chuẩn trong các tình huống khác nhau. Các hướng dẫn đề xuất gợi ý những vấn đề ưu tiên và cách giải quyết những khó khăn thực tiễn, đồng thời mô tả những mâu thuẫn, nghịch lý và thiếu hụt trong kiến thức hiện nay. Hướng dẫn luôn có liên hệ mật thiết với một chỉ số cơ bản cụ thể và mối liên hệ này được nêu rõ. Nên đọc các chỉ số chính cùng với các hướng dẫn phù hợp.

Mỗi chương còn có phần giới thiệu vấn tắt những vấn đề chủ yếu phù hợp với lĩnh vực đó và phần phụ lục bao gồm danh sách các thông tin tham khảo phù hợp chỉ rõ các nguồn thông tin kỹ thuật bổ sung, danh mục kiểm tra đánh giá và các công thức, bảng và các mẫu báo cáo. Điều quan trọng là phải nhớ rằng tất cả các chương có liên hệ với nhau và các tiêu chuẩn trong một lĩnh vực cần được phân tích cùng với các tiêu chuẩn ở các lĩnh vực khác.

Sự khác nhau giữa tiêu chuẩn và chỉ số

Các tiêu chuẩn dựa trên nguyên tắc người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có quyền được sống có nhân phẩm. Các tiêu chuẩn này là các nội dung về chất lượng, có ý nghĩa toàn cầu và có thể áp dụng trong bất cứ môi trường hoạt động nào. Các chỉ số chính là thước đo các tiêu chuẩn nên có thể là định lượng hoặc định tính. Chức năng của chỉ số chính là công cụ để đo tác động của quy trình áp dụng và chương trình được thực hiện. Không có nó, các tiêu chuẩn sẽ chỉ là các quy định có dụng ý tốt mà khó có khả năng thực hiện được.

Các tiêu chuẩn cho các lĩnh vực khác nhau không đứng riêng lẻ mà phụ thuộc lẫn nhau. Tuy nhiên, có sự phức tạp không tránh khỏi giữa việc hình thành các tiêu chuẩn toàn cầu và khả năng thực hiện chúng trên thực tiễn. Mọi bối cảnh là khác nhau. Trong một số bối cảnh, các yếu tố địa phương có thể làm cho ta không thể áp dụng tất cả các tiêu chuẩn và chỉ số. Khi xảy ra trường hợp này, khoảng cách giữa tiêu chuẩn và chỉ số được liệt kê trong sách này và kết quả đạt được trên thực tế cần được phân tích và giải thích rõ ràng lý do vì sao.

Công nhận tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Để phát triển tối đa giải pháp đối phó của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, điều quan trọng là xác định tình trạng dễ bị tổn thương khác nhau, nhu cầu và khả năng của những nhóm bị ảnh hưởng. Các yếu tố đặc biệt như giới, tuổi, khuyết tật và HIV/AIDS sẽ ảnh hưởng đến khả năng dễ bị tổn thương và làm giảm năng lực đối phó và sống sót trong thảm họa. Cụ thể, phụ nữ, trẻ em, người già và người nhiễm HIV/AIDS có thể gặp những bất lợi cụ thể khi đương đầu với thảm họa và có thể phải đối mặt với các rào cản vật chất, thể chất, văn hóa và xã hội trong việc tiếp cận các dịch vụ và hỗ trợ mà họ có quyền được hưởng. Thường thì nguồn gốc sắc tộc, tôn giáo hoặc khuynh hướng chính trị hoặc di tản có thể đẩy một số người tới những nguy cơ mà lẽ ra họ không gặp phải.

Nếu không xác định được các nhu cầu khác nhau của các nhóm dễ bị tổn thương và những rào cản mà họ phải đương đầu trong việc tiếp cận bình đẳng các dịch vụ và hỗ trợ phù hợp thì họ có thể bị phân biệt đối xử hơn nữa hoặc thậm chí không nhận được các hỗ trợ sống còn. Phải cung cấp thông tin cho những nhóm bị ảnh hưởng bởi thảm họa về quyền được cứu trợ và các cách tiếp cận cứu trợ. Việc cung cấp các thông tin này cho các nhóm dễ bị tổn thương là đặc biệt quan trọng vì họ có ít khả năng đối phó và khắc phục hơn các nhóm khác khi phải đối mặt với sự suy giảm hoặc mất mát tài sản và cần nhận được hỗ trợ nhiều hơn. Vì những lý do này, phải xác định các nhóm dễ bị tổn thương, tác động của thảm họa đến họ như thế nào, để đưa ra các ứng phó phù hợp. Cần đặc biệt quan tâm để bảo vệ và cứu trợ cho tất cả các nhóm xã hội bị ảnh hưởng một cách không phân biệt và phù hợp với nhu cầu riêng của họ.

Tuy nhiên, không được coi người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa và thành viên các nhóm dễ bị tổn thương như những nạn nhân bất lực. Họ có khả năng và năng lực cũng như các cơ chế để đương đầu và ứng phó với tình huống thảm họa. Cần công nhận và ủng hộ điều này. Cá nhân, gia đình và cộng đồng có thể có nhiều nguồn lực và năng lực trong việc đối phó với thảm họa vì vậy những đánh giá ban đầu phải xem xét đến khả năng và kỹ năng cũng như nhu cầu và thiếu hụt của người dân bị ảnh hưởng. Cho dù thảm họa xảy ra bất ngờ hoặc tiến triển dần dần, cộng đồng và các cá nhân sẽ chủ động đối phó tích cực và khắc phục các hậu quả của thảm họa theo những ưu tiên riêng của họ.

Các nhóm dễ bị tổn thương chính là phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật, người chung sống với HIV/AIDS và các dân tộc thiểu số. Đây không phải là một danh sách toàn diện về các nhóm dễ bị tổn thương mà chỉ là những nhóm thường gặp nhất. Trong cuốn sổ tay này, thuật ngữ “nhóm dễ bị tổn thương” được sử dụng để chỉ các nhóm trên. Có những hoàn cảnh mà ở đó một nhóm cụ thể trở nên dễ bị tổn thương hơn nhóm khác. Nhưng thường thì một sự đe dọa đối với một nhóm này cũng đe dọa các nhóm khác. Nói chung, cuốn sổ tay này tránh bàn cụ thể đến từng nhóm dễ bị tổn thương khác nhau. Khi một nhóm bất kỳ gặp rủi ro, cần xem xét kỹ lưỡng tình trạng của tất cả các nhóm dễ bị tổn thương nêu trên.

Những vấn đề liên đới

Khi biên soạn lại cuốn sổ tay này, một loạt vấn đề quan trọng, phù hợp với tất cả các lĩnh vực được xem xét kỹ lưỡng. Đó là các vấn đề liên quan đến: 1) Trẻ em, 2) Người già, 3) Người khuyết tật, 4) Giới, 5) Bảo vệ, 6) HIV/AIDS, và 7) Môi trường. Những vấn đề trên được đưa vào các phân thich hợp của từng chương chứ không được xử lý riêng lẻ. Các vấn đề này được lựa chọn do mối liên hệ với tình trạng dễ bị tổn thương của các nhóm, và vì các vấn đề này thường được những người sử dụng trên thực địa phản hồi. Sổ tay này không thể đề cập đầy đủ đến tất cả mọi vấn đề liên đới trên nhưng thừa nhận tầm quan trọng của chúng.

Trẻ em: phải sử dụng các biện pháp đặc biệt để bảo vệ trẻ em khỏi bị nguy hại và đảm bảo sự tiếp cận bình đẳng của trẻ với các dịch vụ cơ bản. Do trẻ em thường là bộ phận lớn của dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa nên phải coi trọng quan điểm và kinh nghiệm của trẻ em vì nó có giá trị gợi mở cho đánh giá tình hình khẩn cấp và thiết kế biện pháp đối phó và phán bổ cứu trợ nhân đạo, việc điều hành, giám sát và đánh giá. Mặc dù tình trạng dễ bị tổn thương trong một số lĩnh vực cụ thể (ví dụ, suy dinh dưỡng, bóc lột, bắt cóc và cưỡng ép vào các lực lượng tham chiến, bạo lực tình dục và thiếu cơ hội tham gia vào việc ra quyết định) có thể được áp dụng cho số đông dân chúng nhưng tác động tai hại nhất của nó thường rơi vào trẻ em và thanh niên.

Theo Công ước về Quyền trẻ em, trẻ em là người dưới 18 tuổi. Tuy nhiên, tùy thuộc vào hoàn cảnh xã hội và văn hóa, một người được coi là trẻ em có thể là khác nhau giữa các nhóm dân cư. Qua tiến hành phân tích phải xác định xem một cộng đồng cần được cứu trợ coi đối tượng nào là trẻ em, để đảm bảo rằng

không có trẻ em hoặc thanh thiếu niên nào bị loại khỏi các hoạt động cứu trợ nhân đạo.

Người già: theo quy định của Liên hợp quốc, người già, đàn ông cũng như đàn bà, là những người hơn 60 tuổi. Tuy nhiên, yếu tố văn hóa và xã hội làm cho định nghĩa này thay đổi tùy theo từng bối cảnh. Người già là bộ phận lớn của nhóm dễ bị tổn thương nhất trong những cộng đồng dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa nhưng họ cũng có những đóng góp cơ bản vào việc đảm bảo cho sự sống còn và tái thiết của cộng đồng. Cố đơn là nguyên nhân chính tạo nên tình trạng dễ bị tổn thương của người già trong thảm họa. Cùng với việc giàn đoạn các giải pháp kiếm sống và cơ chế hỗ trợ của gia đình và cộng đồng, sự cố đơn làm già tăng lình trạng dễ tổn thương do bệnh mãn tính, khó khăn trong việc đi lại và năng lực trí óc suy giảm. Tuy nhiên, kinh nghiệm cho thấy rằng người già thường là người làm cứu trợ nhiều hơn là người nhận cứu trợ. Nếu được hỗ trợ, họ có thể đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc, quản lý các nguồn lực và tạo ra thu nhập khi sử dụng hiểu biết và kinh nghiệm của họ vào giải pháp đối phó của cộng đồng. Điều đó giúp cho việc bảo tồn bản sắc văn hóa và xã hội của cộng đồng và thúc đẩy việc giải quyết xung đột.

Người khuyết tật: Trong bất cứ thảm họa nào, người khuyết tật - những người được định nghĩa là những người có thể chất, giác quan hoặc cảm xúc không cân bằng hoặc có khó khăn trong tiếp thu, làm cho họ gặp khó khăn hơn trong việc sử dụng dịch vụ cứu trợ thảm họa thông thường. Họ là những người đặc biệt dễ bị tổn thương. Để sống sót trong giai đoạn phải di dời và di tản, họ cần các phương tiện phù hợp để đáp ứng nhu cầu của họ. Họ cũng cần một mạng lưới hỗ trợ xã hội rộng mở, thường do gia đình cung cấp.

Giới: Quyền bình đẳng nam và nữ được nêu rõ trong các tài liệu về nhân quyền và hợp thành yếu tố cơ bản của Hiến chương Nhân đạo. Đàn ông và đàn bà, con gái hay con trai đều có quyền tiếp nhận cứu trợ nhân đạo như nhau; có quyền được tôn trọng nhân phẩm như nhau; được thừa nhận năng lực như nhau, kể cả cơ hội lựa chọn; có cơ hội như nhau trong việc thực hiện sự lựa chọn của mình và có quyền lực như nhau để điều chỉnh kết quả hành động của mình.

Các biện pháp cứu trợ nhân đạo sẽ hiệu quả hơn khi dựa trên cơ sở hiểu rõ các nhu cầu, tình trạng dễ bị tổn thương, lợi ích, khả năng và giải pháp đối phó khác nhau của nam giới và nữ giới cũng như sự tác động khác biệt của thảm họa vào từng giới này. Phân tích về giới sẽ nêu lên các khác biệt này cũng như

vai trò và công việc khác nhau của nam và nữ trong việc tiếp cận và kiểm soát các nguồn lực, quyền lực ra quyết định và cơ hội phát triển kỹ năng. Giới là vấn đề liên quan đến tất cả những vấn đề liên đới trong cuốn sổ tay này. Mục đích công bằng và không thiên vị phải quan tâm đến sự bình đẳng nam nữ và đảm bảo sự bình đẳng về kết quả.

Bảo vệ: Cứu trợ và bảo vệ là hai trụ cột của hoạt động nhân đạo không thể tách rời. Các tổ chức cứu trợ nhân đạo thường gặp các tình huống mà ở đó hoạt động hoặc ngăn cản của con người đe dọa phúc lợi căn bản hoặc an ninh của cả cộng đồng hoặc một bộ phận dân chúng, trở thành những vi phạm quyền con người được luật pháp quốc tế thừa nhận. Những hoạt động hoặc cản trở này có thể được thể hiện dưới dạng đe dọa trực tiếp phúc lợi của người dân hoặc đe dọa các biện pháp sinh tồn và an ninh. Trong bối cảnh xung đột vũ trang, sự quan tâm nhân đạo cao nhất là bảo vệ người dân khỏi những mối đe dọa trên.

Hình thức tổ chức cứu trợ và phương pháp cứu trợ có thể tác động một cách có ý nghĩa (tích cực hoặc tiêu cực) tới an ninh của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Cuốn sổ này không cung cấp các chi tiết về cơ chế hoặc giải pháp đảm bảo an toàn hay về việc các tổ chức cứu trợ thực thi nhiệm vụ của họ thế nào. Tuy nhiên, nó cũng cố gắng đề cập hợp lý đến việc bảo vệ hoặc các quyền - ví dụ như việc phòng chống bóc lột và lạm dụng tình dục, hay nhu cầu khai báo của người dân - vì các tổ chức cứu trợ phải xem xét các vấn đề này khi tham gia cứu trợ.

HIV/AIDS: Cơ cấu đối phó và khả năng chống chịu của cộng đồng sẽ bị suy giảm khi tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS cao và hậu quả là chỉ với một sức ép nhỏ từ bên ngoài là dẫn đến thảm họa và thời gian một cộng đồng như vậy cần có để phục hồi sẽ dài hơn. Những người nhiễm HIV/AIDS thường bị phân biệt đối xử và do đó cần đảm bảo chặt chẽ việc bảo mật thông tin, và bảo vệ họ khi cần. Căn bệnh gây nhiều tranh cãi này không chỉ tác động đến các cá nhân mà cả gia đình họ và cộng đồng về phương diện vật chất, thể chất, tâm lý và tài chính, do thanh niên đặc biệt phụ nữ là người bị nhiễm nhiều nhất, trong những năm tháng làm ra nhiều của cải nhất. Khi dịch bệnh lan rộng và có nhiều người chết hơn, và do đó đặc điểm dân số của cộng đồng thay đổi dẫn đến sự mất cân bằng dân số do tỷ lệ trẻ em (bao gồm cả trẻ em mồ côi) và người già tăng lên. Cần đặc biệt quan tâm nhóm dễ bị tổn thương này và điều chỉnh phù hợp các chương trình cứu trợ.

Môi trường: Môi trường được hiểu như không gian vật lý, hóa học và sinh học bao quanh, trong đó các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa và cộng đồng địa phương sống và kiếm sống. Môi trường cung cấp các tài nguyên thiên nhiên cho mọi người và xác định chất lượng khu vực sống. Môi trường cần được bảo vệ để đảm bảo các chức năng cơ bản đó. Các Tiêu chuẩn Tối thiểu đề cập đến nhu cầu ngăn ngừa việc khai thác quá mức, gây ô nhiễm và làm suy thoái môi trường. Các tiêu chuẩn này đưa ra các hành động ngăn ngừa tối thiểu nhằm đảm bảo các chức năng hỗ trợ cuộc sống của môi trường và thiết lập cơ chế hỗ trợ khả năng thích nghi của hệ thống tự nhiên để tự phục hồi.

Phạm vi và hạn chế của Sở tay Sphere

Khả năng của tổ chức cứu trợ nhằm đạt được các Tiêu chuẩn Tối thiểu sẽ phụ thuộc vào một loạt các yếu tố. Một số yếu tố có thể ở trong tầm kiểm soát của các tổ chức này, trong khi một số yếu tố khác như chính trị, an ninh nằm ngoài tầm kiểm soát. Một vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt là khả năng các tổ chức cứu trợ tiếp cận với người dân bị ảnh hưởng cho dù họ có được sự đồng ý và hợp tác của các nhà chức trách và liệu họ có được hoạt động trong điều kiện an ninh hợp lý. Vấn đề khác có tầm quan trọng không kém là các tổ chức có thể có đầy đủ nguồn tài lực, vật lực và nhân lực để cứu trợ.

Trong khi Hiến chương Nhân đạo chưa đựng những quy định chung về nguyên tắc nhân đạo thì cuốn sổ tay này tự nó không thể là một bản hướng dẫn đánh giá đầy đủ hay một tập hợp các tiêu chuẩn của hoạt động nhân đạo. *Thứ nhất*, các Tiêu chuẩn Tối thiểu không bao quát tất cả các hình thức đặc trưng của công tác cứu trợ nhân đạo. *Thứ hai*, không tránh khỏi có các tình huống mà ở đó sẽ gặp khó khăn, thậm chí, không áp dụng được tất cả các tiêu chuẩn. Có nhiều yếu tố - bao gồm thiếu khả năng tiếp cận hoặc không đảm bảo an ninh, không đủ các nguồn lực, sự tham gia của các bên khác và sự không phù hợp với luật pháp quốc tế - làm xuất hiện những điều kiện cực kỳ khó khăn cho việc thực hiện công tác nhân đạo.

Ví dụ, tổ chức cứu trợ có thể nhận thấy các nguồn lực mà họ có không đủ cho nhu cầu của người dân bị ảnh hưởng do đó cần lựa chọn các nhu cầu ưu tiên và biện pháp ứng phó cũng như hỗ trợ các chính sách tháo gỡ những khó khăn cần trở hoạt động cứu trợ phù hợp và bảo vệ. Trong tình huống mà tình trạng dễ bị tổn thương cao của người dân địa phương trước thảm họa hoặc hiện tượng nghèo đói phổ biến hoặc xung đột kéo dài là những trường hợp mà Tiêu

chuẩn Tối thiểu vượt quá điều kiện sống bình thường hàng ngày. Nếu nhận thấy có hiện tượng trên cần xem xét kỹ các điều kiện địa phương và các chương trình thường phải được thiết kế để đảm bảo sự bình đẳng giữa người dân bị ảnh hưởng và người dân địa phương.

Cần chấp nhận rằng trong nhiều trường hợp, không phải tất cả các chỉ số và tiêu chuẩn sẽ đạt được. Tuy nhiên, người sử dụng sách này phải cố gắng đạt được chúng. Ví dụ, trong những giai đoạn đầu ứng phó thảm họa, việc cung cấp các phương tiện cơ bản cho tất cả người dân bị ảnh hưởng có thể quan trọng hơn việc đạt được các chỉ số và các Tiêu chuẩn Tối thiểu cho một bộ phận người dân. Cuốn sổ tay này không thể giải đáp mọi câu hỏi và mọi tình huống khó xử. Cuốn sổ tay nên được sử dụng như xuất phát điểm cho việc áp dụng các tiêu chuẩn và chỉ số dựa trên các kết luận nhất trí thu được từ nhiều năm kinh nghiệm và thành công; các hướng dẫn được thiết kế để đưa ra các chỉ dẫn thực tế; và Hiến chương Nhân đạo đưa ra khung pháp lý và cơ sở cho việc hỗ trợ các chính sách cứu trợ.

Cả Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu sẽ không giải quyết được tất cả các vấn đề của cứu trợ nhân đạo và cũng không thể ngăn ngừa mọi đau thương, mất mát của con người. Chúng chỉ là một công cụ cho các tổ chức nhân đạo tăng cường hiệu quả và chất lượng của công tác cứu trợ và do đó cải thiện đáng kể cuộc sống của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa.



Hiến chương Nhân đạo

Các tổ chức nhân đạo đã chấp thuận Hiến chương và các Tiêu chuẩn Tối thiểu này sẽ cố gắng đạt được mức độ cứu trợ đã xác định cho những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc xung đột vũ trang và đẩy mạnh việc tôn trọng các nguyên tắc nhân đạo cơ bản.

Hiến chương Nhân đạo thể hiện sự cam kết của các tổ chức trong việc thực hiện những nguyên tắc này và nhằm đạt được các Tiêu chuẩn Tối thiểu. Cam kết này dựa trên những đánh giá của các tổ chức về nghĩa vụ đạo đức của họ, phản ánh quyền và nghĩa vụ đã đề cập trong luật quốc tế, mà từ đó các quốc gia và các bên đưa ra những trách nhiệm của mình.

Hiến chương đề cập tới các yêu cầu cơ bản nhất trong việc duy trì cuộc sống và nhân phẩm của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và xung đột. Các Tiêu chuẩn Tối thiểu nhằm định lượng những yêu cầu này, có xem xét đến nhu cầu của người dân về nước, vệ sinh, dinh dưỡng, lương thực, chỗ ở và chăm sóc sức khỏe. Tóm lại, Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu sẽ góp phần đưa ra một khung hành động để nâng cao trách nhiệm trong các cố gắng cứu trợ nhân đạo.

1 Các nguyên tắc

Chúng ta khẳng định một lần nữa niềm tin của chúng ta về sứ mệnh nhân đạo và vị trí hàng đầu của nó. Niềm tin đó nghĩa là cần thực hiện tất cả các hoạt động có thể nhằm ngăn ngừa hoặc giảm nhẹ những đau thương của con người do thảm họa hoặc xung đột gây ra, và rằng những người bị ảnh hưởng đó có quyền được bảo vệ và cứu trợ.

Chính trên cơ sở của niềm tin này, được thể hiện trong Luật nhân đạo quốc tế và dựa trên nguyên tắc nhân đạo, mà chúng ta thực hiện các hoạt động của mình với tư cách là các tổ chức nhân đạo. Chúng ta sẽ hành động tuân theo các nguyên tắc nhân đạo và không thiên vị, cùng với những nguyên

tắc khác được nêu trong Luật ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các tổ chức phi chính phủ (NGOs) thực hiện cứu trợ trong thảm họa (1994). **Toàn bộ Luật ứng xử được đăng ở trang 315 cuốn Sổ tay này.**

Hiến chương Nhân đạo khẳng định tầm quan trọng cơ bản của những nguyên tắc sau:

1.1 Quyền được sống có nhân phẩm

Quyền này được thể hiện trong những biện pháp pháp lý liên quan đến quyền được sống, theo một tiêu chuẩn sống phù hợp và quyền không bị đối xử hay chịu những hình phạt tàn bạo, vô nhân tính hoặc hạ thấp con người. Chúng ta hiểu rằng quyền được sống của từng cá nhân dẫn đến quyền được thực hiện các hoạt động để bảo vệ cuộc sống khi bị đe dọa và có nghĩa vụ tương tự với những người khác để tiến hành các hoạt động đó. Hầm chúa trong đó là nghĩa vụ không được từ chối hay cản trở việc thực hiện các hoạt động cứu hộ, cứu nạn. Ngoài ra, Luật nhân đạo quốc tế có điều khoản cụ thể cho việc cứu trợ dân thường khi xảy ra xung đột, buộc các quốc gia và các bên phải chấp thuận thực hiện các hoạt động cứu trợ nhân đạo và không thiên vị khi những người dân thường thiếu các mặt hàng thiết yếu¹.

1.2 Phân biệt giữa những người tham chiến và những người không tham chiến

Sự phân biệt này là một phần của các Công ước Geneva 1949 và các Nghị định thư bổ sung năm 1977. Nguyên tắc cơ bản này đang ngày càng bị vi phạm, thể hiện ở tỷ lệ tăng rất mạnh số dân thường bị thương vong trong nửa sau thế kỷ XX. Sự xung đột nội bộ đó thường được coi là “nội chiến” không cho phép ngăn cản chúng ta bỏ qua nhu cầu phải phân biệt giữa những người thực sự tham chiến với những người dân thường và các đối tượng khác (gồm người ốm, bị thương và tù nhân), những người không trực tiếp tham chiến. Những người không tham chiến được Luật nhân đạo quốc tế bảo vệ và được đảm bảo không bị tấn công².

1.3 Nguyên tắc không cường bức hỏi hương

Nguyên tắc này là không một người tị nạn nào bị trực xuất về nước nếu tính mạng hoặc tự do của họ bị đe dọa vì những lý do phân biệt chủng tộc, tôn giáo, quốc tịch, là thành viên của một nhóm xã hội đặc biệt hoặc vì những

tư tưởng chính trị; hoặc có những cơ sở rõ ràng để tin rằng họ có thể sẽ bị tra tấn³.

2 Vai trò và trách nhiệm

2.1 Chúng ta nhận thấy rằng trước tiên các nhu cầu cơ bản của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc xung đột vũ trang được đáp ứng bằng những nỗ lực của chính họ và chúng ta thừa nhận vai trò và trách nhiệm cơ bản thuộc về nhà nước nơi xảy ra thảm họa nhằm thực hiện các hoạt động cứu trợ khi người dân không còn đủ khả năng ứng phó.

2.2 Luật quốc tế xác định rằng những người bị ảnh hưởng phải được bảo vệ và cứu trợ. Luật đưa ra những trách nhiệm pháp lý buộc nhà nước và các bên tham chiến phải cứu trợ hoặc cho phép thực hiện các hoạt động cứu trợ cũng như ngăn cản và hạn chế những hành vi xâm phạm các quyền cơ bản của con người. Quyền và những trách nhiệm này được nêu trong luật quốc tế về quyền con người, luật nhân đạo quốc tế và luật về người tị nạn (hãy xem các tài liệu cuối chương).

2.3 Là các tổ chức nhân đạo, chúng ta xác định vai trò của mình trong quan hệ với những vai trò và trách nhiệm cơ bản này. Vai trò của chúng ta trong việc thực hiện các hoạt động cứu trợ nhân đạo thể hiện một thực tế là những người giữ vai trò chủ đạo không phải lúc nào cũng có thể hoặc sẵn lòng thực hiện vai trò của họ. Đôi khi đó là vấn đề về khả năng. Đôi lúc, đó là việc cố tình bỏ qua những quy định đạo đức và pháp lý cơ bản, mà hậu quả của sự phớt lờ đó là những đau thương cho con người mà lẽ ra có thể tránh được.

2.4 Việc các bên tham chiến không coi trọng mục đích nhân đạo đã cho thấy rằng những nỗ lực thực hiện các hoạt động cứu trợ trong khi xảy ra xung đột lại rất có thể làm cho người dân dễ bị tổn thương hơn với những đợt tấn công, hoặc tình cờ mang lại lợi thế cho một hoặc nhiều bên tham chiến. Chúng ta cam kết giảm thiểu những ảnh hưởng bất lợi như vậy trong những hoạt động của chúng ta và điều này cũng nhất quán với những quy định nêu trên. Đây là quy định buộc các bên tham chiến tôn trọng bản chất nhân đạo của các hoạt động cứu trợ này.

2.5 Theo các nguyên tắc nêu trên và nói chung, chúng ta thừa nhận và ủng hộ những tôn chỉ mục đích về bảo vệ và cứu trợ của Ủy ban Quốc tế Chữ Thập đỏ và của Cao Ủy Liên hợp quốc về Người Tị nạn theo luật quốc tế.

3 Các Tiêu chuẩn Tối thiểu

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu sau đây dựa trên kinh nghiệm thực hiện các hoạt động cứu trợ nhân đạo của các tổ chức. Mặc dù việc đạt được những tiêu chuẩn này phụ thuộc vào hàng loạt các yếu tố mà trong đó nhiều yếu tố nằm ngoài khả năng của chúng ta, nhưng chúng ta tự cam kết sẽ cố gắng liên tục nỗ lực để đạt được những tiêu chuẩn này và theo đó chúng ta hy vọng nhận được sự ủng hộ. Chúng ta hoan nghênh các tổ chức, cá nhân tham gia hoạt động nhân đạo khác, bao gồm cả nhà nước, thực hiện những tiêu chuẩn này và coi đó như là những chuẩn mực đã được chấp nhận.

Bằng việc tôn trọng triệt để các tiêu chuẩn đã được nêu trong chương 1-5, chúng ta tự cam kết sẽ cố gắng hết sức để đảm bảo rằng những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa có thể tiếp cận được với những yêu cầu tối thiểu (về nước, vệ sinh môi trường, lương thực thực phẩm, dinh dưỡng, nhà ở và chăm sóc sức khỏe) để đáp ứng được quyền cơ bản được sống có nhân phẩm. Chúng ta sẽ tiếp tục vận động hỗ trợ các chính phủ và các tổ chức khác thực hiện những cam kết quy chế theo luật quốc tế về quyền con người, luật nhân đạo quốc tế và luật về người tị nạn.

Chúng ta hy vọng sẽ thực hiện đầy đủ cam kết này và xây dựng một hệ thống duy trì tinh thần trách nhiệm trong các tổ chức của chúng ta, các liên hiệp và các hiệp hội. Chúng ta biết rằng trách nhiệm chính của chúng ta là trách nhiệm đối với những người chúng ta cần cứu trợ.

Chú thích

- Điều 3 và 5 trong Tuyên bố Toàn cầu về Quyền con người 1948; Điều 6 và 7 trong Hiệp ước quốc tế về Quyền dân sự và chính trị 1966; Điều 3, điều luật chung của bốn Công ước Ginevra 1949; Điều 23, 55 và 59 Công ước Ginevra thứ 4; Điều 69 đến 71 trong Nghị định thư bổ sung I 1977; Điều 18 Nghị định thư bổ sung II 1977 và các quy định có liên quan khác của Luật nhân đạo quốc tế; Công ước chống tra tấn và chống đối xử hoặc hình phạt tàn bạo, vô nhân tính hoặc hạ thấp con người 1984; Điều 10, 11 và 12

- của *Hiệp ước quốc tế về Quyền kinh tế, xã hội và văn hóa* 1966; Điều 6, 37 và 24 trong *Công ước về Quyền trẻ em* 1989; và những điều khác trong luật quốc tế.
2. Việc phân biệt giữa những người tham chiến và những người không tham chiến là nguyên tắc cơ bản trong Luật nhân đạo quốc tế. Xem Điều 3, điều luật chung của bốn *Công ước Giênevơ* 1949 và Điều 48 của *Nghị định thư bổ sung I* 1977. Xem Điều 38 *Công ước về Quyền trẻ em* 1989.
 3. Điều 33 của *Công ước về Thân phận người tị nạn* 1951; Điều 3 *Công ước chống tra tấn và chống đối xử hoặc hình phạt tàn bạo, vô nhân tính hoặc hạ thấp con người* 1984; Điều 22 trong *Công ước về Quyền trẻ em* 1989.

Nguồn tài liệu

Hiến chương này được xây dựng theo những tài liệu sau:

Tuyên bố toàn cầu về Quyền con người 1948.

Hiệp ước quốc tế về Quyền dân sự và quyền chính trị 1966.

Hiệp ước quốc tế về Xóa bỏ mọi hình thức phân biệt chủng tộc 1969.

Bốn Công ước Giênevơ 1949 và hai *Nghị định thư bổ sung* 1977.

Công ước về Thân phận người tị nạn 1951 và *Nghị định thư liên quan đến thân phận người tị nạn* 1967.

Công ước chống tra tấn và chống đối xử hoặc hình phạt tàn bạo, vô nhân tính hoặc hạ thấp con người 1984.

Công ước về Ngăn cản và xử phạt tội phạm diệt chủng 1948.

Công ước về Quyền trẻ em 1989.

Công ước về Xóa bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ 1979.

Công ước về Thân phận của những người không có quốc gia 1960.

Các nguyên tắc hướng dẫn về di tản trong nước 1998.



Cách sử dụng chương này

Chương này cụ thể hóa tám tiêu chuẩn cơ bản về “con người và quy trình thực hiện” thích hợp cho từng lĩnh vực kỹ thuật. Các tiêu chuẩn đó là: 1) Tham gia, 2) Đánh giá ban đầu, 3) Ứng phó thảm họa, 4) Xác định đối tượng, 5) Giám sát, 6) Đánh giá, 7) Năng lực và trách nhiệm của người làm công tác cứu trợ và 8) Giám sát, quản lý và hỗ trợ nhân sự. Mỗi tiêu chuẩn bao gồm:

- **Các Tiêu chuẩn Tối thiểu:** là các tiêu chuẩn định tính và cụ thể hóa các mức độ tối thiểu cần đạt được.
- **Các chỉ số chính:** là các “dấu hiệu” để cho thấy liệu các tiêu chuẩn đã đạt được chưa. Các chỉ số cung cấp một phương pháp để đo và thu thập thông tin về tác động hoặc kết quả của các chương trình cũng như quy trình hoặc phương pháp đã sử dụng. Các chỉ số có thể là định tính hoặc định lượng.
- **Hướng dẫn:** Phần này bao gồm những điểm cụ thể để xem xét khi áp dụng các tiêu chuẩn và các chỉ số trong các tình huống khác nhau, cũng như hướng dẫn việc giải quyết các khó khăn trong thực tế, xác định các vấn đề ưu tiên. Các hướng dẫn này cũng bao gồm các vấn đề quan trọng về tiêu chuẩn và chỉ số, và nêu ra mâu thuẫn, nghịch lý và thiếu hụt trong kiến thức hiện nay.

Phần này cũng được bổ sung bằng một danh sách tham khảo, trong đó đề cập đến những nguồn thông tin về các khía cạnh kỹ thuật chung cũng như chi tiết có liên quan đến các tiêu chuẩn.

Mục lục

Giới thiệu	25
1. Tham gia	28
2. Đánh giá ban đầu	29
3. Ứng phó thảm họa	33
4. Xác định đối tượng	35
5. Giám sát	37
6. Đánh giá	39
7. Năng lực và trách nhiệm của người làm công tác cứu trợ	40
8. Giám sát, quản lý và hỗ trợ nhân sự	41
Phụ lục 1. Tài liệu tham khảo	43

Các tiêu chuẩn chung

Tiêu chuẩn 1	Tiêu chuẩn 2	Tiêu chuẩn 3	Tiêu chuẩn 4	Tiêu chuẩn 5	Tiêu chuẩn 6	Tiêu chuẩn 7	Tiêu chuẩn 8
Tham gia	Banh giã	Ứng phó	Xác định	Giám sát	Đánh giá	Năng lực và trách nhiệm	Giam sát, quản lý và hỗ trợ nhân sự
Tham gia	Banh giã	Đoạn hoa	Đối tượng	Đoạn	Đoạn	Đoạn	Đoạn
bản đầu	bản đầu	tham hoa	tham hoa				

Phụ lục 1
Tài liệu tham khảo

Giới thiệu

Các tiêu chuẩn chung liên quan đến từng chương trong cuốn sách này và có sự gắn kết chặt chẽ với nhau. Thông qua việc thực hiện các tiêu chuẩn được đề cập ở đây, các tổ chức sẽ hỗ trợ cho việc thực hiện các tiêu chuẩn được trình bày ở các chương kỹ thuật.

Các mối liên kết với công cụ luật pháp quốc tế

Mọi người đều có quyền được sống và được tôn trọng về quyền con người và nhân phẩm. Các tổ chức nhân đạo có trách nhiệm cung cấp sự hỗ trợ đồng thời phải đảm bảo các quyền cơ bản của con người, bao gồm quyền được tham gia, quyền không bị phân biệt đối xử và quyền được chia sẻ thông tin như đã được quy định trong các bộ luật quốc tế về quyền con người, nhân đạo và người tị nạn. Trong Hiến chương Nhân đạo và Luật ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các tổ chức phi chính phủ trong cứu trợ thảm họa, các tổ chức nhân đạo phải có trách nhiệm với những người được cứu trợ. Các tiêu chuẩn chung nêu lên trách nhiệm của các tổ chức và cá nhân trong việc cứu trợ và bảo vệ.

Tầm quan trọng của các tiêu chuẩn chung cho mọi lĩnh vực

Các chương trình đáp ứng nhu cầu của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa phải dựa trên những hiểu biết rõ ràng về hoàn cảnh. Đánh giá ban đầu sẽ phân tích bản chất của thảm họa và tác động của nó đến một cộng đồng dân cư. Khả năng của những người bị ảnh hưởng và các nguồn lực sẵn có phải được xác định đồng thời cùng với việc đánh giá nhu cầu và tình trạng để bị tổn thương và bắt cứ sự thiếu hụt nào trong các dịch vụ cơ bản. Không thể xem xét từng lĩnh vực một cách tách rời hoặc bỏ qua các yếu tố kinh tế, tôn giáo, tín ngưỡng truyền thống, tập quán xã hội, chính trị và an ninh, cơ chế ứng phó hoặc khuynh hướng phát triển đã được dự báo. Phân tích nguyên nhân và hậu quả của thảm họa là hết sức quan trọng. Nếu vấn đề này không

được xác định và hiểu một cách đúng đắn, thì việc ứng phó thảm họa sẽ trở nên rất khó khăn hoặc không thể thực hiện được.

Việc ứng phó tùy thuộc vào một loạt yếu tố, bao gồm năng lực tổ chức, lĩnh vực chuyên môn, hạn chế về tài chính, sự thông thạo khu vực hoặc tình huống và rủi ro về mặt an ninh cho các nhân viên cứu trợ. Các tiêu chuẩn ứng phó cụ thể được thiết kế để có thể phân định “ai làm việc gì, vào lúc nào”. Khi một biện pháp ứng phó phù hợp đã được đề ra, cần phải thiết lập cơ chế xác định mục tiêu để các tổ chức hữu quan có thể hỗ trợ dựa vào nhu cầu, không thiên vị và không phân biệt đối xử.

Trong quá trình ứng phó, cần phải nhanh chóng thiết lập các hệ thống giám sát để liên tục theo dõi được các tiến độ so với mục tiêu và kiểm tra tính thích hợp của chương trình trong một bối cảnh thường xuyên thay đổi. Việc đánh giá được tiến hành trong quá trình thực hiện hoặc sau khi kết thúc chương trình ứng phó sẽ xác định hiệu quả tổng thể của chương trình và đưa ra những bài học để có thể giúp cải thiện các chương trình tương tự trong tương lai.

Chất lượng của cứu trợ nhân đạo sẽ phụ thuộc vào kỹ năng, năng lực, kiến thức và sự cam kết của nhân viên cũng như những tình nguyện viên, vốn phải làm việc trong điều kiện khó khăn và nhiều khi không an toàn. Quản lý và giám sát tốt là các yếu tố cơ bản của một chương trình cứu trợ và cùng với việc nâng cao năng lực, có thể đảm bảo rằng các Tiêu chuẩn Tối thiểu của cứu trợ nhân đạo được tôn trọng. Do tầm quan trọng của khía cạnh về giới và các vấn đề liên đới, khi thành lập một nhóm cứu trợ, cần phải lưu ý tới sự đa dạng về nguồn lực con người.

Để đảm bảo tính phù hợp và chất lượng của bất cứ một chương trình ứng phó thảm họa, cần tối đa hóa sự tham gia của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa - kể cả các nhóm dễ bị tổn thương như sẽ được trình bày dưới đây - trong việc đánh giá, xây dựng, thực hiện và giám sát việc ứng phó. Việc chia sẻ thông tin và kiến thức một cách có hệ thống giữa tất cả những người tham gia vào việc ứng phó là nền tảng mang lại một hiểu biết chung các vấn đề liên quan cũng như đảm bảo sự phối kết hợp hiệu quả giữa những tổ chức hữu quan.

Các mối liên kết với các chương khác

Việc đọc chương này trước khi xem các chương kỹ thuật là rất quan trọng.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Các nhóm thường gặp rủi ro nhất trong thảm họa là phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật và những người nhiễm HIV/AIDS. Trong một số hoàn cảnh, các lý do như nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, khuynh hướng chính trị hoặc di tản cũng có thể khiến cho người dân trở nên dễ bị tổn thương. Tuy danh sách ở đây không thể liệt kê ra được toàn bộ, nhưng nó cũng đã đề cập được những nhóm dễ bị tổn thương nhất. Những đặc điểm dễ bị tổn thương cụ thể sẽ ảnh hưởng đến khả năng ứng phó và sống sót của con người khi một thảm họa xảy ra, và trong mỗi tình huống cần phải xác định những người bị rủi ro nhất.

Xuyên suốt cuốn sách này, thuật ngữ “các nhóm dễ bị tổn thương” dùng để đề cập đến tất cả các nhóm nêu trên. Thường thì một sự đe dọa đối với một nhóm này cũng đe dọa các nhóm khác. Do đó khi đề cập đến các nhóm dễ bị tổn thương, người sử dụng sách này phải nghĩ ngay đến tất cả các nhóm được liệt kê ở trên. Cần phải đặc biệt quan tâm đến việc bảo vệ và cung cấp cứu trợ cho tất cả các nhóm bị tác động sao cho phù hợp với nhu cầu cụ thể của họ và không bị phân biệt đối xử. Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng các cộng đồng dân cư ảnh hưởng bởi thảm họa cũng có thể có và tiếp thu được những kỹ năng, năng lực của riêng họ để đối phó, những khả năng này phải được xác nhận và hỗ trợ.

Các tiêu chuẩn tối thiểu

Tiêu chuẩn chung 1: Tham gia

Những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa tham gia tích cực vào việc đánh giá, thiết kế, thực hiện, giám sát và đánh giá các chương trình cứu trợ.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Nữ và nam ở mọi lứa tuổi thuộc cộng đồng dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa và người địa phương, bao gồm các nhóm dễ bị tổn thương, phải nhận được thông tin về chương trình cứu trợ và có cơ hội tham gia ý kiến với tổ chức cứu trợ trong tất cả các giai đoạn của chu trình dự án cứu trợ (xem hướng dẫn 1).
- Các mục tiêu và kế hoạch của chương trình cứu trợ phải thể hiện được nhu cầu, mối quan tâm và các giá trị của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa, đặc biệt của những người thuộc các nhóm dễ bị tổn thương và góp phần vào việc bảo vệ họ (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Các chương trình phải được thiết kế sao cho có thể sử dụng tối đa kỹ năng và khả năng của người dân địa phương (xem hướng dẫn 3 - 4).

Hướng dẫn

1. **Đại diện của các nhóm:** Sự tham gia của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong việc đưa ra quyết định về toàn bộ chu trình dự án cứu trợ (đánh giá ban đầu, thiết kế, thực hiện, giám sát và đánh giá) góp phần đảm bảo sự bình đẳng và hiệu quả của các chương trình. Cần phải có những nỗ lực đặc biệt nhằm đảm bảo sự tham gia có đại diện cân bằng của mọi người trong chương trình cứu trợ, kể cả sự tham gia của các nhóm dễ bị tổn thương và các nhóm thiểu số quan tâm của xã hội. Sự tham gia phải đảm bảo rằng các chương trình được dựa trên thiện chí hợp tác của người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa và phải tôn trọng văn hóa địa phương nếu điều đó không hủy hoại quyền của từng cá nhân. Các chương trình cứu trợ phải thể hiện sự phụ thuộc lẫn nhau của các cá nhân, các gia đình và các cộng đồng, đồng thời phải đảm bảo không bỏ qua các yếu tố về bảo vệ.

- 2. Thông tin và sự minh bạch:** Việc chia sẻ thông tin và kiến thức giữa các bên liên quan là nền tảng cơ bản để đạt được sự hiểu biết tốt hơn về các vấn đề và để cung cấp sự cứu trợ được điều phối. Kết quả đánh giá ban đầu phải được thông báo nhanh chóng đến tất cả các tổ chức và cá nhân liên quan. Các cơ chế cần được thiết lập sao cho người dân có thể đóng góp ý kiến về chương trình. Ví dụ, thông qua các cuộc họp dân hoặc các tổ chức cộng đồng. Đối với những người khuyết tật hoặc không ra khỏi nhà được, cần phải có các chương trình đặc biệt để tiếp cận họ.
- 3. Khả năng của địa phương:** sự tham gia vào chương trình cần phải cung cấp nhân phẩm và hy vọng của người dân trong các giai đoạn khủng hoảng và cần phải khuyến khích người dân tham gia vào các chương trình bằng những cách khác nhau. Các chương trình cần được thiết kế dựa vào khả năng của người dân địa phương và tránh làm tổn hại đến các giải pháp ứng phó của người dân.
- 4. Sự bền vững:** Các lợi ích dài hạn thường được nhận thấy rõ trong quá trình tăng cường khả năng của địa phương để đối phó với thảm họa. Một chương trình ứng phó thảm họa cần phải hỗ trợ và/hoặc tăng cường cho các dịch vụ hiện có và các tổ chức địa phương về cơ chế và thiết kế đồng thời đảm bảo tính bền vững sau khi sự hỗ trợ từ bên ngoài chấm dứt. Các cơ quan, ban, ngành trung ương và địa phương gánh vác trọng trách trước nhân dân phải được tham khảo ý kiến kỹ lưỡng trong quá trình thiết kế các chương trình dài hạn.

Tiêu chuẩn chung 2: Đánh giá ban đầu

Việc đánh giá ban đầu mang lại những hiểu biết nhất định về tình hình thảm họa, phân tích rõ ràng các mối đe doa đối với cuộc sống, nhân phẩm, sức khỏe và sinh kế; và sau khi tham khảo ý kiến các nhà chức trách hữu quan để có thể đưa ra quyết định là có cần sự ứng phó từ bên ngoài hay không, nếu cần thì đó là những biện pháp ứng phó nào.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Thông tin được thu thập thông qua việc sử dụng các quy trình chuẩn và cho phép đưa ra quyết định một cách minh bạch (xem hướng dẫn 1 - 6).
- Việc đánh giá cần xem xét tất cả các lĩnh vực kỹ thuật (nước và vệ sinh môi trường, dinh dưỡng, lương thực thực phẩm, nhà ở, y tế), cũng như môi trường thể chất, xã hội, kinh tế, chính trị và an ninh (xem hướng dẫn 7).

- Qua tham khảo ý kiến, việc đánh giá này cần xem xét các biện pháp ứng phó của các cấp chính quyền địa phương và trung ương cũng như của các nhà hoạt động và các tổ chức khác (xem hướng dẫn 7).
- Cần xác định khả năng và giải pháp của địa phương trong việc đối phó với thảm họa, kể cả của những người dân bị ảnh hưởng cũng như của những cộng đồng xung quanh (xem hướng dẫn 8).
- Các khía cạnh về giới và lứa tuổi nên được phản ánh trong các dữ liệu (xem bảng hướng dẫn 9).
- Việc đánh giá phải chú ý đến quyền lợi của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa theo quy định của luật pháp quốc tế.
- Việc đánh giá phải lưu ý đến trách nhiệm của các cấp chính quyền trong việc bảo vệ và hỗ trợ người dân địa phương đồng thời phải lưu ý đến luật pháp quốc gia, các tiêu chuẩn và hướng dẫn có thể áp dụng ở nơi nào có những người bị ảnh hưởng, nếu phù hợp với luật pháp quốc tế.
- Việc đánh giá cần phải bao gồm một phân tích về môi trường hoạt động trong đó có các yếu tố tác động đến sự an toàn cá nhân và an ninh của người bị ảnh hưởng và của các nhân viên cứu trợ (xem hướng dẫn 10).
- Các ước tính về số dân cần được kiểm tra chéo và xác nhận bằng càng nhiều nguồn thông tin càng tốt, ước tính phải có cơ sở.
- Kết quả của việc đánh giá cần phải được chia sẻ cho các cơ quan, ban, ngành, các nhà chức trách địa phương, trung ương và những đại diện của người dân bị ảnh hưởng. Cần phải đưa ra được các đề nghị về nhu cầu hỗ trợ từ bên ngoài, hoặc các hoạt động ứng phó thích hợp gắn bó với các giải pháp chuyển giao hoặc kết thúc (xem hướng dẫn 11).

Danh mục đánh giá dành cho từng lĩnh vực có thể xem tại phụ lục ở cuối mỗi chương kỹ thuật.

Hướng dẫn

- Đánh giá ban đầu** tạo cơ sở cho việc tiến hành cứu trợ cấp thiết mà người dân có thể cần và xác định lĩnh vực cần thêm các đánh giá chi tiết. Một đánh giá ban đầu chưa phải là đủ, mà cần được xem như bước đầu tiên trong một quá trình liên tục kiểm tra và cập nhật thông tin và là một phần của quá trình giám sát, đặc biệt khi có những đột biến, như có sự di tản dân ồ ạt hoặc sự bùng phát của dịch bệnh. Thường thì đánh giá ban đầu không thể để cập hoặc tìm hiểu được tất cả các lĩnh vực hoặc các nhóm dân. Trong trường hợp này cần chỉ rõ những nhóm nào đã bị bỏ qua và phải cố gắng quay lại tiếp cận họ ngay khi có cơ hội.
- Danh mục kiểm tra:** Đây là một cách rất tiện dụng để đảm bảo rằng lĩnh vực cơ bản đã được kiểm tra, các ví dụ về danh mục kiểm tra được đưa vào các phụ lục của mỗi chương kỹ thuật trong cuốn sách này. Các thông tin bổ sung có thể tìm thấy trong phụ lục 1: Tài liệu tham khảo, trang 43.
- Sự thích hợp:** Một đánh giá ban đầu phải được thực hiện càng sớm càng tốt, ngay khi thảm họa xảy ra đồng thời, cũng phải quan tâm đến các mối đe dọa về tính mạng hoặc các nhu cầu khẩn cấp. Báo cáo phải được hoàn thành trong vòng một vài ngày với hình thức và nội dung có thể cho phép các nhà thiết kế và các nhà phân tích dễ xác định các vấn đề cần ưu tiên và cung cấp đủ thông tin cần thiết cho việc thiết kế nhanh chóng một chương trình thích hợp. Sau đó cần có một đánh giá sâu hơn để xác định những thiếu hụt trong công tác cứu trợ và cung cấp những thông tin cơ bản.
- Nhóm đánh giá:** Một nhóm đánh giá có sự cân bằng về giới, bao gồm những người làm công tác đánh giá tổng hợp, các chuyên gia kỹ thuật thích hợp với các điều khoản tham chiếu rõ ràng và sự tham gia tích cực của người dân, sẽ cải thiện được chất lượng của việc đánh giá. Kiến thức địa phương và kinh nghiệm sẵn có về thảm họa tại khu vực hoặc quốc gia đó có ý nghĩa đặc biệt quan trọng.
- Thu thập thông tin:** Các thành viên của nhóm phải hiểu rõ mục tiêu, phương pháp đánh giá cũng như vai trò của mình trước khi bắt đầu tiến hành trên thực địa, cần phải kết hợp các phương pháp định lượng và định tính thích hợp với tình hình. Một số cá nhân và nhóm xã hội có thể sẽ không trao đổi thông tin một cách rõ măt, nên cần xem xét bố trí các biện pháp đặc biệt để thu thập các thông tin nhạy cảm. Trong trường hợp này, thông tin phải được xử lý một cách hết sức cẩn thận và phải bảo mật. Sau khi đạt được sự đồng thuận của

các cá nhân cần xem xét việc chuyển các thông tin này cho các tổ chức thích hợp. Nhân viên hoạt động trong tình huống xung đột cần phải ý thức được rằng các thông tin thu thập được có thể rất nhạy cảm, có thể được sử dụng sai mục đích và có thể làm ảnh hưởng đến chính hoạt động của tổ chức cứu trợ.

6. Nguồn thông tin: Thông tin phục vụ báo cáo đánh giá có thể thu thập từ các nguồn tin cơ bản, bao gồm quan sát trực tiếp và thảo luận với các nhân vật chủ chốt như nhân viên các tổ chức, chính quyền địa phương, các nhà lãnh đạo cộng đồng (cả hai giới), người già, trẻ em, nhân viên y tế, giáo viên, các nhà kinh doanh và những nhà hoạt động khác, cũng như các nguồn tin thứ cấp, như các văn bản và báo cáo (được xuất bản, chưa được xuất bản), các tài liệu lịch sử thích hợp và các dữ liệu trước khi xảy ra tình hình khẩn cấp. Các kế hoạch chuẩn bị đối phó với thảm họa của khu vực hoặc quốc gia cũng cung cấp một nguồn thông tin quan trọng. So sánh các thông tin thứ cấp với quan sát trực tiếp và nhận xét là điểm mấu chốt để hạn chế ảnh hưởng của các sai lệch tiềm ẩn. Các phương pháp sử dụng để thu thập thông tin và các giới hạn của dữ liệu thu được phải được thông báo để dựng lại bức tranh hiện thực của tình hình. Báo cáo đánh giá cần chỉ rõ những mối quan tâm cụ thể và đề nghị của tất cả các nhóm, đặc biệt của những nhóm dễ bị tổn thương.

7. Đánh giá theo lĩnh vực: Đánh giá đa lĩnh vực không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được trong giai đoạn đầu của thảm họa mà có khi còn gây trì hoãn hoạt động đáp ứng các nhu cầu cấp thiết trong các lĩnh vực cụ thể. Khi các đánh giá từng lĩnh vực riêng lẻ được thực hiện, cần phải chú ý hơn đến mối liên hệ với các lĩnh vực khác và các vấn đề có tính chất bảo vệ trong một bối cảnh rộng lớn hơn, đồng thời phải tham khảo ý kiến các tổ chức.

8. Quan hệ với cộng đồng tiếp nhận: Việc cung cấp các phương tiện và hỗ trợ cho dân di tản có thể gây nên sự đổ kỵ giữa cộng đồng tiếp nhận, đặc biệt Ở những nơi các nguồn lực hiện có hạn chế và phải chia sẻ với những người mới đến. Để giảm thiểu căng thẳng, cộng đồng tiếp nhận phải được tham khảo ý kiến và trong điều kiện cho phép, việc phát triển cơ sở hạ tầng và dịch vụ cho những người di tản phải đi kèm với sự cải thiện bền vững đời sống của cộng đồng tiếp nhận.

9. Phân tách dữ liệu rất quan trọng vì nhiều lý do khác nhau. Việc này cho phép người sử dụng báo cáo đánh giá kiểm tra độ chính xác của kết quả và cho phép so sánh với những nghiên cứu trước kia về cùng một lĩnh vực. Bên cạnh các dữ liệu về tuổi tác, giới, tình trạng dễ bị tổn thương, quy mô trung bình của gia đình và số hộ cũng cần được bổ sung để phân tách các thông tin, điều này

sẽ giúp cho việc đề ra một biện pháp ứng phó thích hợp hơn. Ở giai đoạn đầu của thảm họa, việc phân tách dữ liệu theo lứa tuổi và giới có thể gặp khó khăn. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi phải được thu thập ngay từ đầu, do nhóm này thường gặp nguy cơ đặc biệt. Khi thời gian và điều kiện cho phép, cần phải phân tách chi tiết hơn để phát hiện sự khác biệt lớn hơn về tuổi tác, giới tính và tình trạng dễ bị tổn thương.

- 10. *Bối cảnh cơ bản:*** Việc đánh giá và phân tích tiếp theo cần xem xét tới các vấn đề cơ bản về cơ chế, chính trị, an ninh, dân số và môi trường. Tương tự như vậy, cần xem xét bất cứ biến đổi nào trong điều kiện sống và cơ cấu cộng đồng của cả người dân di tán và cộng đồng tiếp nhận so với giai đoạn trước thảm họa.
- 11. *Khôi phục:*** Việc phân tích và lập kế hoạch cho giai đoạn khôi phục sau thảm họa phải là một bộ phận của báo cáo đánh giá ban đầu; việc cứu trợ từ bên ngoài sẽ làm cho quá trình khôi phục chậm hơn nếu không được tiến hành theo một cách hỗ trợ các cơ chế sinh tồn của người dân địa phương.

Tiêu chuẩn chung 3: Ứng phó thảm họa

Ứng phó nhân đạo sẽ được tiến hành trong các trường hợp các nhà chức trách không có khả năng và/hoặc không sẵn lòng đáp ứng các nhu cầu bảo vệ và cứu trợ của người dân trên địa bàn họ quản lý, cũng như khi các đánh giá và phân tích chỉ ra rằng các yêu cầu này chưa được đáp ứng.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Khi cuộc sống của người dân bị đe dọa bởi hậu quả của thảm họa, các chương trình cứu trợ phải ưu tiên cho việc cứu sống người dân (xem hướng dẫn 1).
- Các chương trình và dự án cứu trợ phải được thiết kế để hỗ trợ và bảo vệ người dân bị ảnh hưởng đồng thời khuyến khích sinh kế của họ, nhằm đảm bảo các chương trình, dự án phải đáp ứng được hoặc cao hơn các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong cuốn sách này như đã được minh họa bởi các chỉ số chính (xem hướng dẫn số 2).
- Cần phải có sự phối hợp và trao đổi thông tin hiệu quả giữa những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và những người tham gia ứng phó thảm họa.

Các tổ chức cứu trợ nhân đạo phải tiến hành các hoạt động căn cứ vào nhu cầu của người bị ảnh hưởng, trong những lĩnh vực mà kinh nghiệm chuyên môn và khả năng của họ sẽ mang lại tác động tốt nhất cho chương trình cứu trợ tổng thể (xem hướng dẫn 3).

- **Những tổ chức, chương trình và dự án mà không thể đáp ứng các nhu cầu đã được xác định hoặc không có khả năng đạt được các Tiêu chuẩn Tối thiểu này, thì phải thông báo về những thiếu hụt đó để các tổ chức khác có thể giúp đỡ** (xem hướng dẫn 4 - 5).
- Trong tình huống xung đột, chương trình cứu trợ cần xem xét đến tác động tiềm tàng của hành động ứng phó đến tình hình (xem hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

- 1. Cứu trợ các nhu cầu thiết thực:** Việc ứng phó nhân đạo phải được tổ chức để đáp ứng các nhu cầu đã được đánh giá. Cần tránh cung cấp các hàng không cần thiết, làm cho việc cung cấp hàng thiết yếu gặp khó khăn.
- 2. Đạt được các Tiêu chuẩn Tối thiểu:** Các chương trình và dự án ứng phó phải được thiết kế sao cho có thể lấp đầy khoảng cách giữa điều kiện sống hiện tại của người dân và các tiêu chuẩn tối thiểu được quy định trong cuốn sách này. Tuy nhiên, điều quan trọng là phải phân biệt sự khác nhau giữa các nhu cầu khẩn cấp và nhu cầu thường nhật của người dân bị ảnh hưởng. Trong nhiều trường hợp, các nhu cầu cứu trợ nhân đạo và các nguồn lực cần có để cung cấp cho cộng đồng, khu vực hoặc thậm chí cả nước theo các Tiêu chuẩn Tối thiểu vượt quá xa nguồn lực sẵn có. Một tổ chức cứu trợ không thể hy vọng sẽ đơn phương giải quyết được vấn đề này, cần lưu ý là các cộng đồng láng giềng, chính quyền địa phương, các nhà tài trợ và các tổ chức khu vực và quốc tế khác đều đóng vai trò quan trọng. Việc điều phối ứng phó thảm họa giữa các tổ chức đó là hết sức cần thiết để giải quyết những thiếu hụt trầm trọng.
- 3. Khả năng và kinh nghiệm chuyên môn:** Trong những trường hợp có các tổ chức chuyên môn hóa cao hoặc có chức năng chính là đáp ứng các nhu cầu hoặc nhóm riêng biệt, tổ chức này cần sử dụng nguồn lực và kinh nghiệm chuyên môn của họ một cách tập trung để tạo ra những tác động nhân đạo lớn nhất. Tuy nhiên, thậm chí trong khuôn khổ giới hạn cụ thể về kinh nghiệm chuyên môn và tôn chỉ mục đích, nhiều khi tổng nhu cầu cứu trợ nhân đạo có thể vượt xa các nguồn lực của một tổ chức. Nếu một tổ chức cứu trợ tự nhận thấy có thừa khả năng, thì cần phải làm cho cộng đồng cứu

trợ nhân đạo biết việc thừa khả năng của mình để đóng góp vào đúng nơi và đúng lúc cần thiết.

- 4. Thông báo về những thiếu hụt:** Cho dù các tổ chức cứu trợ nhân đạo muốn nêu lên những thành công trong chương trình của mình với những đánh giá tích cực về những sáng kiến đang thực hiện nhằm dễ dàng huy động kinh phí trong tương lai, họ cũng cần sẵn sàng thừa nhận kịp thời khoảng cách giữa khả năng của họ và các nhu cầu cơ bản cần được đáp ứng.
- 5. Chia sẻ thông tin:** Các tổ chức sau khi đã xác định được các nhu cầu thiết yếu cần nhanh chóng thông báo rộng rãi cho cộng đồng, cho các tổ chức khác để huy động được các nguồn lực và khả năng thích hợp nhất. Cần cố gắng sử dụng các thuật ngữ, tiêu chuẩn và quy trình đã được công nhận để giúp đỡ các tổ chức khác trong việc huy động ứng phó nhanh chóng và hiệu quả hơn. Do đó cần sử dụng các mẫu điều tra chuẩn và các hướng dẫn đã được thống nhất với chính quyền địa phương và các tổ chức cứu trợ Ở cấp quốc gia.
- 6. Tăng cường tác động tích cực và hạn chế tác động tiêu cực:** Xung đột và tranh giành các nguồn lực khan hiếm thường dẫn đến việc gia tăng tình trạng mất an ninh, sử dụng sai mục đích hoặc không phù hợp các nguồn cứu trợ, phân phát không công bằng hoặc làm phân tán các nguồn cứu trợ. Hiểu rõ bản chất và nguồn gốc của xung đột sẽ đảm bảo cứu trợ được tiến hành một cách không thiên vị, giảm hay tránh được các tác động tiêu cực. Trong xung đột, việc phân tích các bên liên quan, các vấn đề, bối cảnh và bộ máy xung đột phải được thực hiện trước khi thiết kế chương trình.

Tiêu chuẩn chung 4: Xác định đối tượng

Hỗ trợ nhân đạo và dịch vụ nhân đạo cần phải được tiến hành công bằng và không thiên vị, dựa vào tình trạng dễ bị tổn thương và nhu cầu của các cá nhân hoặc nhóm bị ảnh hưởng bởi thảm họa.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các tiêu chí dùng để xác định đối tượng phải dựa vào một phân tích thấu đáo về tình trạng dễ bị tổn thương (xem hướng dẫn 1).
- Các cơ chế để xác định đối tượng cần phải được cộng đồng bị ảnh hưởng (bao gồm đại diện các nhóm dễ bị tổn thương) và các đối tác nhất trí. Các

tiêu chí này cần được xây dựng rõ ràng và thông báo rộng rãi (xem hướng dẫn 2 - 3).

- Cơ chế và các tiêu chí xác định đối tượng không được ảnh hưởng đến nhân phẩm và an toàn của các cá nhân, hoặc làm tăng tình trạng dễ bị bóc lột (xem hướng dẫn 2 - 3).
- Các hệ thống cấp phát cần được giám sát để có thể đảm bảo rằng các tiêu chí xác định đối tượng được tuân thủ và được điều chỉnh kịp thời nếu cần (xem hướng dẫn 4 - 5).

Hướng dẫn

1. Mục đích của việc xác định đối tượng là đáp ứng nhu cầu của những người dễ bị tổn thương nhất đồng thời vẫn cung cấp một cách có hiệu quả và giảm thiểu sự phụ thuộc.

2. Phương pháp xác định đối tượng là những cách tiến hành đảm bảo việc cung cấp cho thực hiện không thiên vị và không phân biệt đối xử, phù hợp với nhu cầu. Có một loạt phương pháp xác định đối tượng như: xác định đối tượng dựa vào cộng đồng, xác định đối tượng bằng biện pháp hành chính, cá nhân tự xác định, và sự kết hợp giữa các phương pháp trên. Những người làm công tác cung cấp trợ giúp phải nhớ rằng việc cá nhân tự xác định đôi khi dẫn đến một số nhóm dễ bị tổn thương bị loại ra khỏi danh sách cung cấp trợ giúp. Để đảm bảo rằng người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa được tham khảo ý kiến và nhất trí với các quyết định về đối tượng; một nhóm đại diện cho phụ nữ và nam giới, trẻ em trai và trẻ em gái cũng như những người thuộc các nhóm dễ bị tổn thương khác phải được tham gia vào quá trình tham khảo ý kiến. Trong xung đột, phải hiểu được bản chất, nguồn gốc của xung đột và ảnh hưởng đối với các quyết định của chính quyền và của cộng đồng về việc xác định đối tượng.

3. Các tiêu chí xác định đối tượng nên có các mối liên hệ với tình trạng dễ bị tổn thương của cộng đồng, gia đình hoặc cá nhân. Tình trạng dễ bị tổn thương được xác định bởi những nguy cơ thảm họa và khả năng đối phó của những người được nhận cung cấp trợ giúp. Nhân phẩm có thể vô tình bị vi phạm bởi những tiêu chí và phương pháp xác định đối tượng không phù hợp. Phải có các biện pháp thích hợp để tránh điều này. Ví dụ:

- Phương pháp xác định đối tượng dựa trên cơ sở hành chính và dựa vào cộng đồng có thể yêu cầu cung cấp thông tin về tài sản cá nhân. Các câu hỏi này có thể được coi như một sự xâm phạm riêng tư và có thể làm giảm mối liên kết xã hội.

- Các gia đình có trẻ em suy dinh dưỡng thường được xếp vào loại cần ưu tiên cứu trợ lương thực thực phẩm. Điều này có thể làm giảm nhân phẩm do nó có thể khiến bố mẹ luôn giữ cho con gây yếu để tiếp tục nhận được các khẩu phần ưu tiên. Điều này cũng có thể xảy ra khi cấp phát theo khẩu phần chung.
- Khi đối tượng được xác định qua hệ thống dòng tộc địa phương, những người nằm ngoài hệ thống dòng tộc (ví dụ, những người di tản) thường bị loại ra khỏi danh sách.
- Phụ nữ, trẻ em gái và trai di tản có nguy cơ bị cưỡng ép tình dục.
- Người nhiễm HIV/AIDS có nguy cơ bị kỳ thị. Phải luôn bảo mật thông tin.

4. Tiếp cận và sử dụng các cơ sở và dịch vụ: Việc người dân bị ảnh hưởng sử dụng các cơ sở và hàng hoá bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, ví dụ tiếp cận, an ninh, thuận tiện, chất lượng và sự phù hợp đối với nhu cầu và tập quán. Sự tiếp cận có thể bị cản trở trong xung đột vũ trang và do các yếu tố khác như tham nhũng, đe dọa và bóc lột (kể cả tình dục). Cần giải quyết các yếu tố hạn chế việc sử dụng các cơ sở thông qua việc vận động cộng đồng hoặc điều chỉnh chương trình. Phải đảm bảo việc tham khảo ý kiến trước và trong khi thực hiện chương trình bao gồm thảo luận với phụ nữ, trẻ em và các nhóm dễ bị tổn thương khác, vì những người này thường gặp cản trở nhất trong việc sử dụng cơ sở và dịch vụ.

5. Giám sát những sai sót về việc loại và nhận đối tượng: Khi mà một hệ thống xác định đối tượng không tiếp cận tất cả những người dễ bị tổn thương sau khi một thảm họa xảy ra, các nhu cầu cấp thiết của cá nhân hoặc nhóm xã hội không được tiếp cận có thể tăng lên nhanh chóng. Phải thường xuyên cập nhật và điều chỉnh phương pháp xác định đối tượng, hệ thống cấp phát để đảm bảo công tác ứng phó tiếp cận đầy đủ hơn những người đã bị loại ra.

Tiêu chuẩn chung 5: Giám sát

Cần giám sát liên tục hiệu quả của chương trình ứng phó và những thay đổi trong bối cảnh rộng lớn, nhằm cải thiện hoặc chấm dứt chương trình.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Thông tin thu thập để giám sát cần kịp thời và có giá trị, phải được ghi chép và phân tích chính xác, lô gich, có chuẩn mực, thường xuyên.

mình bạch và hỗ trợ cho các chương trình đang thực hiện (xem hướng dẫn 1 - 2).

- Các hệ thống giám sát phải sẵn sàng để có thể đảm bảo việc thường xuyên thu thập thông tin theo từng lĩnh vực kỹ thuật và xác định xem liệu các chỉ số cho từng tiêu chuẩn đã đạt được.
- Phụ nữ, nam giới và trẻ em từ tất cả các nhóm xã hội bị ảnh hưởng được tham khảo ý kiến thường xuyên và được tham gia vào các hoạt động giám sát (xem hướng dẫn 3).
- Các hệ thống giám sát phải được bố trí sao cho luồng thông tin có thể được trao đổi giữa chương trình, các lĩnh vực khác nhau, các nhóm dân bị ảnh hưởng, các nhà chức trách địa phương, các nhà tài trợ và các nhà hoạt động khác (xem hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. Sử dụng thông tin giám sát: Tình hình thảm họa thường biến đổi nhanh và bất ngờ. Do đó, các thông tin được cập nhật thường xuyên đóng vai trò quan trọng để đảm bảo các chương trình vẫn phù hợp và hiệu quả. Giám sát thường xuyên cho phép các nhà quản lý xác định các ưu tiên, phát hiện các vấn đề mới xuất hiện, theo dõi các xu hướng, xác định hiệu quả của các hoạt động ứng phó và hướng dẫn việc điều chỉnh các chương trình. Các thông tin thu được từ việc giám sát thường xuyên các chương trình có thể được sử dụng để điều chỉnh, đánh giá và cho các mục đích khác. Trong một số hoàn cảnh cần có một sự thay đổi trong chiến lược để đáp ứng những thay đổi cơ bản về nhu cầu hoặc tình hình.

2. Sử dụng và phổ biến thông tin: Chỉ thu thập thông tin liên quan trực tiếp đến chương trình - nói cách khác nó phải có ích và được áp dụng. Cần lưu trữ thông tin sao cho các lĩnh vực, các tổ chức cứu trợ và người dân bị nạn có thể tiếp cận dễ dàng. Các phương tiện truyền thông được sử dụng phải phù hợp (phương pháp phổ biến, ngôn ngữ,...) và dễ tiếp cận tới đối tượng xác định.

3. Những người tham gia vào công tác giám sát: Những người có khả năng thu thập thông tin từ tất cả các nhóm xã hội trong cộng đồng cư dân bị ảnh hưởng theo các cách phù hợp về văn hoá, cần được tham gia vào công tác giám sát, đặc biệt lưu ý về giới và kỹ năng ngôn ngữ của họ. Tuỳ theo lập quán văn hoá địa phương, có thể phải tham khảo ý kiến phụ nữ và các nhóm thiểu số một cách riêng biệt bởi những người mà họ chấp nhận.

- 4. Chia sẻ thông tin:** Hoạt động giám sát và đánh giá cần có sự hợp tác và tư vấn chặt chẽ của tất cả các tổ chức, ban, ngành. Ví dụ, khi có dịch tả, cần liên tục chia sẻ thông tin giữa các tổ chức về nước và vệ sinh môi trường với các tổ chức y tế. Có thể thúc đẩy việc trao đổi thông tin thông qua cơ chế điều phối như các cuộc họp định kỳ và việc sử dụng các bản tin.

Tiêu chuẩn chung 6: Đánh giá

Cần đánh giá một cách hệ thống và không thiên vị các hoạt động nhân đạo nhằm rút ra bài học kinh nghiệm để cải thiện hoạt động, chính sách cũng như tăng cường trách nhiệm.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Chương trình phải được đánh giá dựa trên các mục tiêu ban đầu và các Tiêu chuẩn Tối thiểu thống nhất nhằm có thể đo được mức độ phù hợp, hiệu quả, mức độ bao trùm, sự chặt chẽ và sự tác động tổng thể đến người dân bị ảnh hưởng (xem hướng dẫn 1).
- Đánh giá phải xem xét đến quan điểm và ý kiến của người dân bị ảnh hưởng và cộng đồng tiếp nhận nếu họ có ý kiến khác nhau.
- Việc thu thập thông tin để đánh giá cần độc lập và không thiên vị.
- Kết quả của mỗi đánh giá được sử dụng để cải thiện các hoạt động tương lai (xem hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

1. **Xây dựng các tiêu chí:** Đánh giá các chương trình cứu trợ nhân đạo không phải là một nhiệm vụ dễ dàng vì các thảm họa có đặc điểm là thay đổi nhanh chóng và có mức độ dự báo thấp. Mặc dù các phương pháp đánh giá định tính thường được sử dụng để hiểu rõ bản chất phức tạp của việc ứng phó, những người đánh giá các chương trình phải sẵn sàng áp dụng những phương pháp khác và so sánh, cân nhắc các kết quả để đưa ra các kết luận đúng.
2. **Việc sử dụng thông tin tiếp theo:** Kết quả đánh giá phải được thể hiện qua báo cáo bằng văn bản để chia sẻ nhằm tăng sự minh bạch và trách nhiệm, cũng như cho phép rút ra những bài học kinh nghiệm thu được từ các chương trình và tổ chức, nhằm cải thiện hoạt động và chính sách nhân đạo.

Tiêu chuẩn chung 7: Năng lực và trách nhiệm của người làm công tác cứu trợ

Người làm công tác cứu trợ phải có các trình độ chuyên môn, thái độ và kinh nghiệm phù hợp để lập kế hoạch và thực hiện có hiệu quả các chương trình cứu trợ.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người làm công tác cứu trợ cần có trình độ kỹ thuật phù hợp và hiểu biết nhất định về văn hóa, tập quán địa phương và/hoặc có những kinh nghiệm cứu trợ khẩn cấp. Người làm cứu trợ phải nắm được các nguyên tắc về quyền con người và các nguyên tắc nhân đạo.
- Nhân viên cứu trợ phải nhận rõ những cảng thẳng tiềm ẩn và nguồn gốc xung đột trong cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa, và với các cộng đồng tiếp nhận. Họ phải hiểu ý nghĩa sâu xa của việc cứu trợ nhân đạo và quan tâm đặc biệt tới các nhóm dễ bị tổn thương (xem hướng dẫn 1).
- Nhân viên cứu trợ cần có khả năng nhận biết các hoạt động áp bức, phân biệt đối xử hoặc bất hợp pháp và phải tránh các hoạt động đó (xem hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

1. Nhân viên cứu trợ cần phải nhận biết được các tội ác bạo lực bao gồm cưỡng hiếp và các hình thức bạo lực khác chống lại phụ nữ, trẻ em gái và trai có thể tăng đến mức độ nào đó trong thời gian khủng hoảng. Nỗi sợ hãi bị quấy rối hoặc bị cưỡng hiếp buộc các phụ nữ gian díu với quân lính và những người đàn ông khác trong chính quyền hoặc cơ quan quyền lực. Nam thanh niên cũng dễ bị buộc vào các lực lượng tham chiến. Nhân viên cứu trợ và những đồng nghiệp địa phương phải biết hướng dẫn phụ nữ, nam giới và trẻ em cố gắng loại bỏ những hành động vi phạm quyền con người, cũng như phải biết chăm sóc và đối xử với những người sống sót sau khi họ bị bạo lực tình dục, cưỡng hiếp thông qua việc hỗ trợ về tâm lý, chăm sóc y tế hoặc sử dụng các biện pháp tránh thai.

2. Nhân viên cứu trợ phải hiểu rằng vì có trách nhiệm quản lý và phân phối các nguồn lực liên quan đến các chương trình ứng phó thảm họa nên họ có quyền

lực cao hơn những người khác. Nhân viên phải nhận thức được rằng quyền lực này có thể bị lạm dụng. Nhân viên phải nhận thức rằng phụ nữ và trẻ em thường bị cưỡng ép vào hành vi hạ thấp con người, làm nhục hoặc bóc lột. Không được dùng cứu trợ nhân đạo để thoả mãn tình dục, nhân viên cứu trợ cũng không được tham gia vào bất kỳ trao đổi nào theo kiểu trên. Các hành động như cưỡng bức lao động và buôn bán, sử dụng ma túy cũng phải bị cấm.

Tiêu chuẩn chung 8: Giám sát, quản lý và hỗ trợ nhân sự

Nhân viên cứu trợ nhận được sự giám sát và hỗ trợ để đảm bảo thực hiện có hiệu quả chương trình cứu trợ nhân đạo.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người quản lý phải chịu trách nhiệm về các quyết định của mình cũng như đảm bảo an ninh và sự phục tùng các quy tắc ứng xử và hỗ trợ các nhân viên của mình (xem hướng dẫn 1).
- Nhân viên kỹ thuật và quản lý cần được tập huấn, cung cấp các nguồn lực và sự hỗ trợ về hậu cần cần thiết để hoàn thành trách nhiệm của mình (xem hướng dẫn 2).
- Nhân viên thực hiện các chương trình phải hiểu mục đích và phương pháp của các hoạt động mà mình phải làm và nhận được sự phản hồi về kết quả hoạt động của mình.
- Tất cả các nhân viên phải có bản mô tả công việc bằng văn bản với các kênh báo cáo rõ ràng và đánh giá kết quả công việc định kỳ.
- Tất cả các nhân viên cần được hướng dẫn về sức khoẻ và an toàn phù hợp với khu vực và môi trường mà họ làm việc (xem hướng dẫn 3).
- Nhân viên phải được tập huấn phù hợp về an ninh.
- Hệ thống xây dựng năng lực cho nhân viên được thiết lập và được giám sát thường xuyên (xem hướng dẫn 4 - 5).
- Năng lực của các tổ chức trung ương và địa phương được nâng cao để đảm bảo sự bền vững lâu dài.

Hướng dẫn

- 1. Người quản lý ở các cấp** có trách nhiệm cụ thể trong việc thiết lập và/hoặc duy trì các hệ thống khuyến khích việc thực hiện các chương trình, các chính sách phù hợp và phải tuân thủ các quy định, quy tắc ứng xử. Một số tổ chức nhân đạo đã có các điều lệ hoặc quy tắc ứng xử cho nhân viên và tổ chức về các vấn đề như bảo vệ trẻ em hoặc chống xâm hại và bóc lột tình dục. Do tầm quan trọng của các quy tắc như vậy đang được thừa nhận rộng rãi, nhiều tổ chức cứu trợ nhân đạo cũng đang xây dựng các bộ quy tắc ứng xử riêng. Trách nhiệm quản lý để đảm bảo sự tuân thủ là cốt lõi cho thành công của các bộ quy tắc nêu trên.
- 2. Các tổ chức nhân đạo** phải đảm bảo rằng nhân viên của họ phải có đủ trình độ chuyên môn và năng lực, được chuẩn bị và tập huấn phù hợp trước khi chỉ định họ làm nhiệm vụ trong tình huống khẩn cấp. Khi triển khai nhóm cứu trợ khẩn cấp, các tổ chức cứu trợ nên cố gắng đảm bảo sự cân bằng giữa nam và nữ trong số nhân viên và người tình nguyện. Có thể cần sự hỗ trợ và tập huấn trong quá trình thực hiện nhiệm vụ để đảm bảo các nhân viên hoàn thành trách nhiệm của mình.
- 3. Tất cả các nhân viên** phải nhận được thông báo văn tắt về tình hình an ninh và các vấn đề sức khỏe, kể cả trước và khi họ tới địa bàn. Họ phải được tiêm chủng và ưu tiên cấp thuốc phòng chống sốt rét (nếu cần) trước khi đi thực địa. Sau khi tới địa bàn, họ phải nhận được thông tin nhằm giảm thiểu nguy cơ an ninh, cũng như phải được phổ biến văn tắt về an toàn nước uống và lương thực thực phẩm, phòng ngừa HIV/AIDS, các bệnh lây nhiễm khác theo vùng, các dịch vụ y tế sẵn có, chính sách và quy trình chuyển tuyến trong khám chữa bệnh và chế độ dài ngô đối với người lao động.
- 4. Cần phải có những cố gắng đặc biệt** để thúc đẩy sự phong phú về giới, dân tộc, tôn giáo, tuổi tác... trong các cấp của một tổ chức.
- 5. Xây dựng năng lực** là một mục tiêu rõ ràng trong giai đoạn phục hồi sau thảm họa. Việc này cũng nên được tiến hành trong chính giai đoạn cứu trợ thảm họa đặc biệt khi thảm họa kéo dài.

Phụ lục 1

Tài liệu tham khảo

Cám ơn chương trình Forced Migration Online (Chương trình nối mạng trực tuyến về di cư bị cưỡng ép) của Trung tâm Nghiên cứu người tị nạn, Trường Đại học Oxford, nhiều tài liệu sử dụng ở đây đã được cấp giấy phép bản quyền và được sử dụng cho trang đặc biệt của dự án Sphere liên kết với trang web <<http://www.forcedmigration.org>>.

Tham gia

ALNAP Global Study: *Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: Practitioner Handbook* (forthcoming).

<http://www.alnap.org>

<http://www.hapgeneva.org>

Đánh giá và ứng phó

UNHCR, *Handbook for Emergencies* (2000). <http://www.unhcr.ch>

Field Operations Guidelines for Assessment and Response (FOG, 1998). USAID. <http://www.info.usaid.gov/ofda>

Demographic Assessment Techniques in Complex Humanitarian Emergencies: Summary of a Workshop (2002).

<http://books.nap.edu/books/0309084970/html>

Humanity Development Library: <http://humaninfo.org>

OCHA Humanitarian Information Centres:
<http://www.humanitarianinfo.org>

OCHA (1999), *Orientation Handbook on Complex Emergencies*. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. United Nations. New York.

Relief Web Humanitarian Library: <http://www.reliefweb.int/library>

Telford, J (1997), *Good Practice Review 5: Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives*. Relief and Rehabilitation Network/Overseas Development Institute. London.

Nhóm đối tượng

Humanitarian Ethics in Disaster and War. IFRC, 2003.

<http://www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp>

International Food Policy Research Institute Training Material,

Targeting: Principles and Practice.

<http://www.reliefweb.int/training/ti1227.html>

Vincent, M, Refslund Sorensen, B. (eds.) (2001), *Caught Between Borders, Response Strategies of the Internally Displaced*. Norwegian Refugee Council.

International Strategy for Disaster Reduction, *Countering Disasters*.

Targeting Vulnerability. UN/ISDR, 2001. <http://www.unisdr.org>

Giám sát và đánh giá

ALNAP Annual Review (2001), *Humanitarian Action: Learning from Evaluation*. <http://www.alnap.org>

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

<http://www.alnap.org>

Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. (1999). Overseas Economic Cooperation for Development (OECD). Paris. <http://www.oecd.org/dac>

Manual for the Evaluation of Humanitarian Aid. European Community Humanitarian Office Evaluation Unit, Brussels, 2002. <http://europa.eu.int>

Nhân lực

The People in Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel 2003. People in Aid. <http://peopleinaid.org>

Trẻ em

Action for the Rights of the Child (ARC). Save the Children Alliance and UNHCR, 1998.

Children Not Soldiers, Guidelines for Working with Child Soldiers and Children Associated with Fighting Forces. Save the Children.

Gosling, L and Edwards, M, Toolkits - *A Practical Guide to Planning, Monitoring, Evaluation and Impact Assessment.* Save the Children.

Inter-Agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children, *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children* (forthcoming).

Khuyết tật

<http://www.annenberg.nwu.edu/pubs/disada/>

<http://www.fema.gov/trt/assistf.shtml>

<http://www.redcross.org/services/disaster/beprepared/disability.pdf>

Môi trường

<http://www.benfieldhrc.org/disastersstudies/projects/REA>

Environmental assessment resources for small-scale activities:

<http://www.encapafrica.org>

www.relfeweb.int/ochauncp

Giới

Beck, T and Stelcner, M (1996), *Guide to Gender-Sensitive Indicators*. Canadian International Development Agency (CIDA). Quebec.

Dugan, J. *Assessing the Opportunity for Sexual Violence against Women and Children in Refugee Camps*. Journal of Humanitarian Assistance, August 2000. <http://www.jha.ac/articles>

Enarson, E (2000), *Gender and Natural Disasters*. Working Paper, In Focus Programme on Crisis Response and Reconstruction. ILO.

FAO, *Gender in Emergencies Annex*: manuals, guidelines, major documents: <http://www.fao.org>

FAO/WFP (2003), *Passport to Mainstreaming a Gender Perspective in Emergency Programmes*.

Gender and Disaster Network: <http://www.anglia.ac.uk>

Gender and Humanitarian Assistance Resource Kit:

<http://www.re liefweb.int/library/GHARkit>

UNHCR, *Guidelines on the Protection of Refugee Women*.

UNICEF (1999), *Mainstreaming Gender in Unstable Environments*. <http://www.re liefweb.int/library>

HIV/AIDS

Holmes W (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care, and Support Among Displaced and War-Affected Populations*. International Rescue Committee. Kumarian Press, New York.

Inter-Agency Field Manual. Reproductive Health in Refugee Situations. UNHCR/WHO/UNFPA. Geneva, 1999.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) on HIV/AIDS in Emergency Settings. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* (draft). IASC, 2003: 85. Geneva.

Family Health International (FHI) (2001), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*. Virginia.

Người già

HelpAge International, *Older People in Disaster and Humanitarian Crises: Guidelines for Best Practice*. Available in English, French, Spanish and Portuguese. <http://www.helpage.org>

Madrid International Plan of Action on Ageing, Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002, A/CONF.197/9 Paragraphs 54-56. <http://www.un.org>

UNHCR, *Policy on Older Refugees* (as endorsed at the 17th Meeting of the Standing Committee February/March 2000). EC/50/SC/CRP.13

United Nations Principles for Older Persons. <http://www.un.org>

Bảo vệ

Agenda for Protection. UNHCR. Geneva, 2002.

Frohardt, M, Paul, D and Minear, L (1999). Protecting Human Rights: *The Challenge to Humanitarian Organisations*. Occasional Paper 35. Thomas J. Watson Jr. Institute for International Studies, Brown University.

Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action, Programmes and Practice Gathered from the Field. Inter-Agency Standing Committee, Geneva.

Protecting Refugees: A Field Guide for NGOs. UNHCR. Geneva, 1999

Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards. ICRC. Geneva, 2001.

OCHA, *Protection of Civilians in Armed Conflict*.
http://www.re liefweb.int/ocha_ol/civilians/

Ghi chú

Ghi chú

Tiêu chuẩn
chung

Ghi chú

Tháng 10

Vệ sinh
môi trường và
Khuyến khích
thực hành vệ sinh



Cách sử dụng chương này

Chương này được chia thành sáu phần: Khuyến khích thực hành vệ sinh, cung cấp nước, xử lý phân, kiểm soát trung gian truyền bệnh, quản lý rác thải rắn và thoát nước. Mỗi phần bao gồm các nội dung sau:

- **Các tiêu chuẩn tối thiểu:** là các tiêu chuẩn định tính nêu mức tối thiểu phải đạt được khi đáp ứng các yêu cầu về cấp nước và vệ sinh.
- **Các chỉ số chính:** là các “dấu hiệu” để cho thấy liệu các tiêu chuẩn đã đạt được chưa. Các chỉ số cung cấp một phương pháp để đo và thu thập thông tin về tác động hoặc kết quả của các chương trình cũng như quy trình hoặc phương pháp đã sử dụng. Các chỉ số có thể là định tính hoặc định lượng.
- **Hướng dẫn:** Phần này bao gồm những điểm cụ thể để xem xét khi áp dụng các tiêu chuẩn và các chỉ số trong các tình huống khác nhau, cũng như hướng dẫn việc giải quyết các khó khăn trong thực tế, xác định các vấn đề ưu tiên. Các hướng dẫn này cũng bao gồm các vấn đề quan trọng về tiêu chuẩn và chỉ số, và nêu ra mâu thuẫn, nghịch lý và thiếu hụt trong kiến thức hiện nay.

Các phụ lục bao gồm danh mục tài liệu tham khảo trong đó chỉ rõ nguồn thông tin về các vấn đề chung và các vấn đề kỹ thuật cụ thể liên quan đến chương này.

Mục lục

Giới thiệu	55
1. Khuyến khích thực hành vệ sinh	59
2. Cung cấp nước	63
3. Xử lý phân	71
4. Kiểm soát trung gian truyền bệnh	76
5. Quản lý rác thải rắn	83
6. Thoát nước	86
Phụ lục 1: Danh mục kiểm tra đánh giá nhu cầu ban đầu về cung cấp nước và vệ sinh môi trường	89
Phụ lục 2: Hướng dẫn lập kế hoạch cung cấp lượng nước tối thiểu cho các cơ sở và các mục đích khác	93
Phụ lục 3: Hướng dẫn lập kế hoạch về số lượng nhà vệ sinh tối thiểu tại nơi công cộng và các cơ sở trong thẩm họa	94
Phụ lục 4: Các bệnh tật liên quan đến nguồn nước và phân và cơ chế truyền bệnh	95
Phụ lục 5: Tài liệu tham khảo	96

Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh

Khuyến khích thực hành vệ sinh	Cung cấp nước	Xử lý phân	Kiểm soát Trung gian TB	Quản lý rác thải rắn	Thoát nước
Tiêu chuẩn 1 Thiết kế và thực hiện chương trình	Tiêu chuẩn 1 Tiếp cận và lượng nước	Tiêu chuẩn 1 Tiếp cận và số lượng nhà vệ sinh	Tiêu chuẩn 1 Bảo vệ cá nhân và gia đình	Tiêu chuẩn 1 Thu gom và xử lý rác thải rắn	Tiêu chuẩn 1 Các công trình thoát nước
Tiêu chuẩn 2 Chất lượng nước	Tiêu chuẩn 2 Thiết kế, xây dựng và sử dụng nhà vệ sinh		Tiêu chuẩn 2 Các biện pháp bảo vệ hóa chất, môi trường và thể chất	Tiêu chuẩn 3 An toàn kiểm soát hóa chất	
Tiêu chuẩn 3 Đỗ dùng và phương tiện sử dụng nước					

Phụ lục 1

Danh mục kiểm tra đánh giá nhu cầu ban đầu về nước và vệ sinh môi trường

Phụ lục 2

Hướng dẫn lập kế hoạch về cung cấp lượng nước tối thiểu
cho các cơ sở và mục đích khác

Phụ lục 3

Hướng dẫn lập kế hoạch về số lượng nhà vệ sinh tối thiểu
tại những nơi công cộng và các cơ sở trong thảm họa

Phụ lục 4

Dịch bệnh liên quan đến nguồn nước và phân, cơ chế truyền bệnh

Phụ lục 5

Tài liệu tham khảo

Giới thiệu

Các mối liên kết với công cụ luật pháp quốc tế

Các tiêu chuẩn tối thiểu trong việc cung cấp nước, vệ sinh môi trường, và khuyến khích thực hành vệ sinh (KK TH VS/Nước VS) là biểu hiện thực tế của các nguyên tắc và các quyền nền trong Hiến chương Nhân đạo. Hiến chương này đề cập đến những yêu cầu cơ bản nhất trong việc duy trì cuộc sống và nhân phẩm của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc xung đột như đã nêu trong Luật quốc tế về quyền con người, Luật nhân đạo quốc tế và Luật quốc tế về người tị nạn.

Mọi người đều có quyền được hưởng nước sạch. Quyền này được công nhận trong các công cụ luật pháp quốc tế là người dân phải được cấp nước đầy đủ, an toàn, theo yêu cầu, dễ dàng tiếp cận và có khả năng chi trả được đối với cá nhân và các hộ gia đình. Một lượng nước sạch thích hợp là cần thiết để phòng ngừa tử vong do mất nước, hạn chế nguy cơ mắc những bệnh liên quan đến nguồn nước và đáp ứng các nhu cầu về ăn uống, vệ sinh cá nhân và nhà ở.

Quyền được sử dụng nước sạch liên quan chặt chẽ với các quyền con người khác, bao gồm quyền được chăm sóc y tế, quyền có nhà ở và quyền được hưởng đầy đủ lương thực thực phẩm. Do vậy, đây là một phần đảm bảo các quyền sống cơ bản của con người. Chính phủ và các chủ thể phi chính phủ có trách nhiệm đảm bảo quyền sử dụng nước. Chẳng hạn, trong thời kỳ xung đột vũ trang, cần cấm tấn công, phá hủy, tháo dỡ hoặc làm cho không sử dụng được các công trình cấp nước sinh hoạt hoặc các công trình tưới tiêu.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong chương này chỉ diễn đạt một phần quyền sử dụng nước. Tuy nhiên, phạm vi mà các tiêu chuẩn này đề cập thể hiện nội dung chủ yếu của Quyền sử dụng nước và góp phần vào việc thực hiện ngày càng tiến bộ quyền này trên khắp thế giới.

Tầm quan trọng của Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường, và Khuyến khích thực hành vệ sinh trong các tình huống khẩn cấp

Nước sạch và vệ sinh môi trường là yếu tố quyết định sự sống còn trong các giai đoạn đầu của thảm họa. Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa nhìn chung có nguy cơ nhiễm bệnh hoặc tử vong nhiều hơn do thiếu nước sạch, điều kiện vệ sinh môi trường không đầy đủ và các thói quen vệ sinh kém. Những bệnh liên quan đến nguồn nước và vệ sinh môi trường thường gặp là bệnh tiêu chảy, các bệnh truyền nhiễm lây lan qua đường phân - miệng (xem phụ lục 4). Những bệnh khác liên quan đến vệ sinh môi trường và nước bao gồm các bệnh do những trung gian truyền bệnh gây ra thông qua đường rác thải rắn và nước.

Mục đích chính của các chương trình vệ sinh môi trường và cung cấp nước trong thảm họa là làm giảm sự lan truyền các bệnh lây qua đường phân, miệng cũng như làm giảm sự bùng phát những trung gian truyền bệnh thông qua việc khuyến khích thực hành các thói quen vệ sinh tốt, cung cấp nước uống an toàn, đồng thời làm giảm các nguy cơ về sức khoẻ do môi trường và thiết lập các điều kiện cho phép con người được sống khoẻ mạnh, có nhân phẩm, thuận tiện và an ninh. Thuật ngữ “vệ sinh môi trường” được đề cập trong cuốn sách này bao hàm xử lý phân thải, kiểm soát trung gian truyền bệnh, xử lý chất thải rắn và thoát nước.

Chỉ cung cấp đủ nước và các phương tiện vệ sinh sẽ không đảm bảo việc sử dụng tối ưu hoặc tạo ra tác động đáng kể đến chăm sóc sức khoẻ cộng đồng. Để đạt được các lợi ích tối đa từ một biện pháp ứng phó cần đảm bảo chắc chắn rằng những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa được cung cấp đầy đủ thông tin, hiểu biết về cách phòng chống các bệnh liên quan đến nguồn nước và vệ sinh, và huy động sự tham gia của họ trong quá trình thiết kế và bảo dưỡng các phương tiện nói trên.

Trong hầu hết các thảm họa, việc lấy nước là trách nhiệm của phụ nữ và trẻ em. Tuy nhiên, khi sử dụng các phương tiện vệ sinh và nước sạch công cộng, ví dụ như trong các trại tị nạn, các điểm tạm cư, thì phụ nữ và nữ thanh niên dễ bị xâm hại và quấy rối tình dục.

Để giảm thiểu các nguy cơ này và đảm bảo tốt hơn chất lượng các biện pháp ứng phó, việc động viên phụ nữ tham gia vào việc cung cấp nước và các chương trình vệ sinh là rất quan trọng. Việc tham gia bình đẳng của phụ nữ và nam giới trong quá trình lập kế hoạch, ra quyết định và quản lý sẽ giúp đảm bảo cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa được an toàn, tiếp cận dễ dàng tới nguồn cung cấp nước và dịch vụ vệ sinh, và các dịch vụ này được sử dụng hợp lý và bình đẳng.

Các mối liên kết với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác liên quan đến chương này. Những bước tiến trong việc đạt được các tiêu chuẩn thuộc lĩnh vực này thường có ảnh hưởng và thậm chí quyết định đến sự tiến bộ ở những lĩnh vực khác. Để có một biện pháp ứng phó hữu hiệu, việc hợp tác và phối hợp với các lĩnh vực khác là cần thiết. Công tác điều phối giữa các nhà chức trách địa phương, các tổ chức ứng phó thảm họa khác cũng cần thiết nhằm đảm bảo đáp ứng đúng nhu cầu và các hoạt động không bị trùng lặp; đảm bảo chất lượng nước và các điều kiện vệ sinh được đáp ứng tối đa.

Chẳng hạn, khi các chỉ tiêu dinh dưỡng chưa được đáp ứng thì càng cần khẩn trương cải thiện các tiêu chuẩn về nước và vệ sinh môi trường, vì tình trạng dễ bị nhiễm bệnh tăng lên. Cần áp dụng điều này ở những cộng đồng có số người nhiễm HIV/AIDS cao, có số lượng người già và khuyết tật cao. Vì tình hình đang thay đổi các ưu tiên phải được quyết định dựa trên cơ sở các thông tin tin cậy được chia sẻ giữa các lĩnh vực. Khi cần, đã có các tham chiếu về các tiêu chuẩn cụ thể và các hướng dẫn tại các chương kỹ thuật khác.

Các mối liên kết với các tiêu chuẩn chung

Quy trình là yếu tố quan trọng để triển khai và thực hiện có hiệu quả các hoạt động. Chương này cần được sử dụng phối hợp với các tiêu chuẩn chung bao gồm, các tiêu chuẩn về sự tham gia, đánh giá ban đầu, ứng phó thảm họa, xác định đối tượng, giám sát, đánh giá, tiêu chuẩn về năng lực và trách nhiệm của người làm công tác cứu trợ cũng như việc quản lý, giám sát và hỗ trợ nhân sự (xem Chương 1, trang 21). Với bất kỳ hoạt động cứu trợ nào, cần tối đa hoá sự tham gia của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, kể cả các

nhóm dễ bị tổn thương được đề cập dưới đây nhằm đảm bảo tính phù hợp và chất lượng của hoạt động đó.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Các nhóm thường gặp rủi ro nhất trong thảm họa là phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật và những người nhiễm HIV/AIDS. Trong một số hoàn cảnh, các lý do như nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, khuynh hướng chính trị hoặc ly khai cũng có thể khiến cho người dân trở nên dễ bị tổn thương. Tuy danh sách ở đây không thể liệt kê ra được toàn bộ, nhưng nó cũng đã đề cập được những nhóm dễ bị tổn thương nhất. Những đặc điểm dễ bị tổn thương cụ thể sẽ ảnh hưởng đến khả năng ứng phó và sống sót của con người khi một thảm họa xảy ra, và trong mỗi tình huống cần phải xác định những người bị rủi ro nhất.

Xuyên suốt cuốn sách này, thuật ngữ “các nhóm dễ bị tổn thương” dùng để đề cập đến tất cả các nhóm nêu trên. Thường thì một sự đe dọa đối với một nhóm này cũng đe dọa các nhóm khác. Do đó khi đề cập đến các nhóm dễ bị tổn thương, người sử dụng sách này phải nghĩ ngay đến tất cả các nhóm được liệt kê ở trên. Cần phải đặc biệt quan tâm đến việc bảo vệ và cung cấp cứu trợ cho tất cả các nhóm bị tác động sao cho phù hợp với nhu cầu cụ thể của họ và không bị phân biệt đối xử. Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng các cộng đồng dân cư ảnh hưởng bởi thảm họa cũng có thể có và tiếp thu được những kỹ năng, năng lực của riêng họ để đối phó, những khả năng này phải được xác nhận và hỗ trợ.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu

1 Khuyến khích thực hành vệ sinh

Mục đích của bất kỳ chương trình cung cấp nước và vệ sinh môi trường nào cũng là khuyến khích thực hành vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường tốt để bảo vệ sức khoẻ. Khuyến khích thực hành vệ sinh ở đây được định nghĩa như là sự phối hợp giữa kiến thức, thực hành và nguồn lực của cộng đồng, với kiến thức và nguồn lực của các tổ chức; hai yếu tố này kết hợp với nhau giúp tránh được các hành vi vệ sinh có nguy cơ cao. Ba yếu tố chủ chốt là: 1) Sự chia sẻ qua lại thông tin và kiến thức, 2) Sự huy động cộng đồng, 3) Sự cung cấp các dụng cụ và phương tiện cần thiết. Việc khuyến khích thực hành vệ sinh hiệu quả dựa vào việc trao đổi thông tin giữa tổ chức và cộng đồng bị ảnh hưởng nhằm xác định các vấn đề cơ bản và qua đó thiết kế, thực thi và giám sát một chương trình khuyến khích thực hành vệ sinh. Điều này sẽ đảm bảo việc sử dụng tối ưu các phương tiện và tạo ra sự tác động lớn nhất đến sức khoẻ cộng đồng. Việc huy động cộng đồng là rất cần thiết trong thảm họa như chú trọng khuyến khích người dân tham gia hành động bảo vệ sức khoẻ của họ và sử dụng tốt các phương tiện và dịch vụ được cung cấp, chứ không chỉ đơn thuần phổ biến các thông điệp. Tuy vậy, cũng phải nhấn mạnh rằng việc khuyến khích thực hành vệ sinh sẽ không bao giờ thay thế được việc cung cấp nước và vệ sinh môi trường tốt, vì đây là những nền tảng cho việc thực hành vệ sinh tốt.

Khuyến khích thực hành vệ sinh được lồng ghép trong tất cả các tiêu chuẩn của chương này. Ở đây, nó được trình bày như một tiêu chuẩn bao trùm gắn với các chỉ số liên quan. Ngoài ra, còn các chỉ số cụ thể khác được đưa ra cho từng loại tiêu chuẩn trong phần cung cấp nước, xử lý phân thải, kiểm soát trung gian truyền bệnh, quản lý rác thải rắn và thoát nước.

Tiêu chuẩn 1 - Khuyến khích thực hành vệ sinh: Thiết kế và thực hiện chương trình

Tất cả các phương tiện và nguồn lực được cung cấp cần dựa trên tình trạng dễ bị tổn thương, nhu cầu và mong muốn của cộng đồng bị ảnh hưởng. Người sử dụng tham gia quản lý và bảo dưỡng các phương tiện vệ sinh khi cần.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các nguy cơ vệ sinh chủ yếu có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe cộng đồng đã được xác định (xem hướng dẫn 1).
- Các chương trình cần có một cơ chế hữu hiệu để đảm bảo sự đóng góp có sự tham gia và đại diện của tất cả những người sử dụng, kể cả trong giai đoạn phác thảo thiết kế phương tiện (xem hướng dẫn 2, 3 và 5).
- Tất cả các nhóm trong cộng đồng phải bình đẳng trong việc tiếp cận các nguồn lực và phương tiện cần thiết để tiếp tục hoặc đạt được các thói quen vệ sinh đã được khuyến khích (xem hướng dẫn số 3).
- Các thông điệp và các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh phải nhắm vào các hành vi và quan niệm sai lệch và phải nhắm vào tất cả các nhóm người sử dụng. Đại diện từ các nhóm này tham gia vào việc lập kế hoạch, tập huấn, thực hiện, giám sát và đánh giá (xem hướng dẫn số 1, 3, 4 và tiêu chuẩn tham gia tại trang 28).
- Người sử dụng có trách nhiệm trong việc quản lý và bảo dưỡng các phương tiện khi cần, và các nhóm khác nhau đều có trách nhiệm ngang nhau (xem hướng dẫn 5, 6).

Hướng dẫn

1. **Khảo sát nhu cầu:** Cần tiến hành khảo sát nhằm xác định các thói quen vệ sinh chủ yếu và cơ hội thành công có thể của hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh. Các nguy cơ thường xuất hiện trong quá trình xử lý phân, sử dụng và bảo dưỡng nhà vệ sinh, không dùng xà phòng hoặc các loại thay thế khác để rửa tay, lấy nước và chứa nước không vệ sinh, việc chuẩn bị và cất giữ thức ăn không vệ sinh. Các khảo sát cần xem xét các nguồn lực có sẵn của

cộng đồng cũng như tập quán, sự hiểu biết và các thói quen của địa phương, nhằm xây dựng các thông điệp phù hợp với thực tiễn. Cần phải đặc biệt quan tâm tới nhu cầu của các nhóm dễ bị tổn thương. Nếu không thể thực hiện được việc tham khảo ý kiến của bất kỳ một nhóm dễ bị tổn thương nào, thi cần nêu rõ điều này trong báo cáo khảo sát và phải thực hiện càng sớm càng tốt (xem tiêu chuẩn tham gia, trang 28 và Danh mục đánh giá tại Phụ lục 1).

- 2. Chia sẻ trách nhiệm:** Trách nhiệm cuối cùng trong việc thực hành vệ sinh là trách nhiệm của tất cả các thành viên của cộng đồng bị ảnh hưởng. Mọi cá nhân tham gia ứng phó thảm họa cần làm thế nào để việc thực hành vệ sinh trở thành hiện thực thông qua việc đảm bảo cho người dân vừa có kiến thức, vừa có thể tiếp cận và sử dụng các phương tiện. Họ phải chứng tỏ là đã làm được điều đó. Trong quá trình này, các nhóm dễ bị tổn thương trong cộng đồng bị ảnh hưởng cũng nên tham gia vào việc xác định các tập quán và điều kiện có nguy cơ cao và tự chịu trách nhiệm giảm thiểu các nguy cơ này. Việc này có thể đạt được thông qua các hoạt động truyền thông, tập huấn và tạo điều kiện để thay đổi các hành vi, dựa vào các hoạt động phù hợp về văn hoá và không là gánh nặng đối với người hưởng lợi.
- 3. Hướng tới tất cả các nhóm đối tượng trong cộng đồng:** Các chương trình khuyến khích thực hành vệ sinh cần được thực hiện bồi dưỡng những người hướng dẫn vốn có khả năng tiếp cận với tất cả các nhóm dân chúng khác nhau của cộng đồng, và phải có kỹ năng làm việc với những nhóm người khác nhau (ví dụ, một số nền văn hoá không chấp nhận việc phụ nữ nói chuyện với đàn ông lạ). Nên xây dựng các tài liệu sao cho các thông điệp được các thành viên chủ chốt của cộng đồng có thể sử dụng được. Các tài liệu và các phương pháp cùng tham gia phải phù hợp về văn hoá, tạo cơ hội để các nhóm xã hội lập kế hoạch và giám sát sự cải thiện vệ sinh của riêng họ. Hướng dẫn sơ lược cho thấy, trong một trại tị nạn, cần có 2 nhân viên khuyến khích thực hành vệ sinh/các nhân viên khuyến khích cộng đồng trên 1.000 người. Các thông tin liên quan tới hàng vệ sinh, xem Tiêu chuẩn 2 - hàng phi lương thực, trang 232.
- 4. Ưu tiên xem xét các nguy cơ và hành vi vệ sinh:** Mục tiêu của các hoạt động truyền thông và khuyến khích thực hành vệ sinh phải được xác định rõ ràng và xác định được thứ tự ưu tiên. Những hiểu biết thu được từ việc đánh giá các nguy cơ vệ sinh, nhiệm vụ và trách nhiệm của các nhóm khác nhau phải được sử dụng để lập kế hoạch và lập các thứ tự ưu tiên cứu trợ. Nhờ đó, các quan niệm sai lầm (ví dụ HIV/AIDS lây nhiễm như thế nào) sẽ được chỉ rõ và thông

tin giữa người làm nhiệm vụ nhân đạo và cộng đồng bị ảnh hưởng, sẽ phù hợp và đúng đối tượng.

5. **Quản lý các phương tiện:** Nên tổ chức Ban quản lý nước và vệ sinh môi trường, bao gồm đại diện của một số nhóm người sử dụng và một nửa thành viên nên là phụ nữ. Chức năng của Ban này là quản lý các phương tiện công cộng như điểm lấy nước, nhà vệ sinh công cộng, địa điểm tắm giặt, tham gia các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh và đồng thời hoạt động như một cơ chế riêng nhằm đảm bảo tính đại diện và tăng cường sự bền vững.
6. **Tạo gánh nặng:** Cần đảm bảo rằng các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh và việc quản lý các phương tiện sẽ không là gánh nặng của bất kỳ nhóm nào, cũng như việc đảm bảo mỗi nhóm có ảnh hưởng và lợi ích như nhau (ví dụ tập huấn). Không phải tất cả các nhóm, đàn ông hoặc đàn bà, có cùng nhu cầu và lợi ích, và cũng nên hiểu rằng sự tham gia của phụ nữ không nên làm cho đàn ông hoặc những nhóm khác trong cộng đồng trốn tránh trách nhiệm.

2 Cung cấp nước

Nước là yếu tố cơ bản cho cuộc sống, sức khỏe và nhân phẩm con người. Trong những tình huống khẩn cấp, có thể không có đủ nước đáp ứng những nhu cầu căn bản và trong những trường hợp này cung cấp một lượng nước uống an toàn đủ để đảm bảo sự sống là quan trọng nhất. Trong đa số trường hợp, các vấn đề sức khoẻ cơ bản xuất phát từ nguyên nhân vệ sinh kém do không đủ nước sạch và do phải sử dụng nước bị ô nhiễm.

Tiêu chuẩn 1 - Cung cấp nước: Tiếp cận và lượng nước

Mọi người phải được tiếp cận bình đẳng nguồn nước an toàn với số lượng đủ để uống, nấu nướng, thực hành vệ sinh cá nhân và gia đình. Các điểm lấy nước công cộng phải tương đối gần nhà ở để tăng khả năng có một lượng nước đáp ứng yêu cầu tối thiểu.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Lượng nước trung bình để uống, nấu nướng, thực hành vệ sinh cá nhân ở bất kỳ gia đình nào tối thiểu phải đạt 15lít/người/ngày (xem hướng dẫn 1 - 8).
- Khoảng cách tối đa từ một hộ tới điểm lấy nước gần nhất là 500m (xem hướng dẫn 1, 2, 5 và 8).
- Thời gian xếp hàng tại một điểm lấy nước không quá 15 phút (xem hướng dẫn 7).
- Hứng đầy một thùng chứa 20 lít nước không quá 3 phút (xem hướng dẫn 7 - 8).
- Nguồn nước và hệ thống cấp nước phải được bảo dưỡng sao cho một lượng nước hợp lý được cung cấp liên tục hoặc thường xuyên (xem hướng dẫn 2 - 8).

Hướng dẫn

- 1. Các nhu cầu:** Lượng nước cần thiết sử dụng trong gia đình có thể khác nhau tuỳ theo điều kiện khí hậu, các phương tiện vệ sinh đang sử dụng, thói quen sinh hoạt, tập quán văn hoá và tôn giáo, thức ăn, quần áo... Lượng nước tiêu thụ thường tăng lên nếu gia đình ở gần nguồn nước.

Bảng các nhu cầu sinh tồn cơ bản về nước		
Nhu cầu sinh tồn: ăn uống	2,5 - 3 lít/ngày	Phụ thuộc vào khí hậu và sinh lý cá nhân
Các tập quán vệ sinh cơ bản	2 - 6 lít/ngày	Phụ thuộc vào các điều kiện xã hội và văn hóa
Nhu cầu nấu nướng cơ bản	3 - 6 lít/ngày	Phụ thuộc vào loại thức ăn, các điều kiện xã hội và văn hóa
Tổng cộng các nhu cầu cơ bản về nước	7,5 - 15 lít/ngày	

Xem Phụ lục 2 - Quy định về lượng nước tối thiểu cho cơ sở và các nhu cầu khác.

- 2. Lựa chọn nguồn nước:** Các yếu tố cần phải cân nhắc là khả năng sẵn có và tính bền vững nhằm đảm bảo một lượng nước vừa đủ; cho dù có phải xử lý nước, và nếu cần thì phải xem xét tính khả thi của việc này; khả năng huy động công nghệ, vốn đầu tư và lượng thời gian cần có để khai thác một nguồn nước; khoảng cách từ nguồn nước đến cộng đồng bị ảnh hưởng; và các yếu tố pháp lý, chính trị và xã hội liên quan đến nguồn nước. Thông thường nguồn nước ngầm được ưu chuộng hơn vì ít cần xử lý hơn, đặc biệt các nguồn cung cấp tự chảy không cần bơm. Trong giai đoạn đầu thảm họa thường đòi hỏi sự kết hợp các cách tiếp cận và các nguồn nước khác nhau. Các nguồn nước cần được giám sát thường xuyên nhằm tránh sự khai thác quá mức.

- 3. Các cách đo lượng nước:** Nếu chỉ đo lượng nước bơm vào hệ thống dẫn nước hoặc đo thời gian hoạt động của bơm tay sẽ không cho biết chính xác lượng nước tiêu thụ theo đầu người. Việc khảo sát tại các hộ gia đình, việc quan sát và thảo luận nhóm trong cộng đồng là những công cụ có hiệu quả hơn cho việc thu thập số liệu liên quan đến việc sử dụng và tiêu thụ nước.

- 4. Chất lượng và số lượng nước:** Trong nhiều tình huống khẩn cấp, việc lây nhiễm các bệnh liên quan đến nguồn nước là do thiếu nước cho vệ sinh cá nhân và gia đình cũng như do các nguồn cung cấp nước bị ô nhiễm. Cho đến

khi các tiêu chuẩn tối thiểu về chất lượng và số lượng nước được đáp ứng, ưu tiên đảm bảo sự tiếp cận công bằng để có một lượng nước vừa đủ cho dù nguồn nước chỉ đạt chất lượng trung bình, hơn là cung cấp một lượng nước không đủ cho dù đảm bảo tiêu chuẩn tối thiểu về chất lượng nước. Cần lưu ý rằng người nhiễm HIV/AIDS cần một lượng nước để uống và vệ sinh nhiều hơn. Cần quan tâm đặc biệt đến việc đảm bảo nước cho gia súc và mùa màng, đặc biệt trong các trường hợp hạn hán khi cuộc sống và các sinh kế của con người phụ thuộc vào những đối tượng này (xem Phụ lục 2).

- 5. Tỷ lệ bao trùm:** Trong giai đoạn đầu của việc ứng phó thảm họa, ưu tiên hàng đầu là giải quyết các nhu cầu sinh tồn khẩn cấp của cộng đồng bị ảnh hưởng. Khả năng bị nhiễm bệnh của những người bị ảnh hưởng bởi một tình huống khẩn cấp tăng lên đáng kể, và vì vậy cần đạt được các chỉ số chính cho dù các chỉ số đó có cao hơn tiêu chuẩn thông thường của cộng đồng bị ảnh hưởng và tiếp nhận. Trong các trường hợp như vậy, cần kiến nghị các tổ chức cứu trợ lập kế hoạch nâng cấp các phương tiện cung cấp nước sạch và vệ sinh sẵn có cho cả hai cộng đồng nhằm tránh gây ra sự đố kỵ.
- 6. Số người sử dụng tối đa một nguồn nước:** Số người sử dụng một nguồn nước phụ thuộc vào mức độ cung cấp và khả năng sẵn có nước. Ví dụ, với nước chỉ hoạt động vào những giờ nhất định trong ngày, và các bơm tay và giếng nước có thể không cung cấp được một lượng nước liên tục do tốc độ phục hồi nước thấp. Hướng dẫn sơ lược (trong trường hợp nước thường xuyên có sẵn) như sau:

250 người/vòi nước	Với mức cung cấp 7,5 lít/phút
500 người/bơm tay	Với mức cung cấp 16,6 lít/phút
400 người/giếng khơi nhỏ	Với mức cung cấp 12,5 lít/phút

Các hướng dẫn này giả định rằng nguồn nước chỉ có thể sử dụng được trong khoảng thời gian khoảng 8h/ngày. Nếu thời gian sử dụng được lâu hơn, người dân có thể lấy nhiều nước hơn nhu cầu tối thiểu 15 lít/ngày. Các tiêu chuẩn này cần phải cân nhắc cẩn thận khi áp dụng, vì đạt được nó không có nghĩa là đã đảm bảo một lượng nước tối thiểu hoặc một sự tiếp cận công bằng.

- 7. Thời gian xếp hàng:** Thời gian xếp hàng quá lâu là dấu hiệu cho thấy không đủ nước dùng (do số điểm cấp nước không đủ hoặc lượng nước cấp tại các điểm lấy nước không đủ). Hậu quả xấu của thời gian xếp hàng quá lâu là: 1) Giảm lượng nước tiêu thụ theo đầu người; 2) Tăng việc tiêu thụ nước từ các

nguồn nước mặt không đảm bảo chất lượng; 3) Giảm thời gian của người lấy nước giành cho các hoạt động sinh tồn cơ bản khác.

8. Sự tiếp cận nguồn nước và bình đẳng: Kể cả trường hợp có đủ lượng nước đáp ứng các nhu cầu tối thiểu thì các biện pháp bổ sung cũng rất cần thiết để đảm bảo việc tiếp cận nguồn nước trAO nên bình đẳng giữa tất cả các nhóm. Điểm lấy nước phải được đặt ở những nơi dễ tiếp cận cho tất cả mọi người, không phân biệt giới tính và dân tộc. Một số bơm tay và thùng xách nước cần được thiết kế hoặc thay đổi cho phù hợp với những người nhiễm HIV/AIDS, người già, người khuyết tật và trẻ em. Ở đô thị, có thể cần phải cấp nước cho từng toà nhà nhằm đảm bảo cho hệ thống nhà vệ sinh có thể hoạt động liên tục. Trong trường hợp nước cung cấp theo khẩu phần hoặc được bơm vào những giờ nhất định thì phải tham khảo người sử dụng khi lập kế hoạch cấp nước. Thời gian cấp nước phải đảm bảo thuận tiện và an toàn cho phụ nữ và những người chịu trách nhiệm đi lấy nước. Tất cả những người sử dụng phải được thông báo đầy đủ việc cấp nước khi nào và ở đâu.

Tiêu chuẩn 2 - Cung cấp nước: Chất lượng nước

Nước có mùi vị chấp nhận được và có chất lượng phù hợp để uống và sử dụng cho thực hành vệ sinh cá nhân và gia đình mà không tạo nên những nguy cơ đáng kể đối với sức khỏe.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Khảo sát vệ sinh cho thấy nguy cơ ô nhiễm phân thấp (xem hướng dẫn 1).
- Không có vi khuẩn đường ruột (F. Coli) trên 100ml nước tại điểm lấy nước (xem hướng dẫn 2).
- Người dân thích uống nước từ các nguồn chất lượng đảm bảo hoặc được xử lý hơn so với từ các nguồn nước có sẵn khác (xem hướng dẫn 3).
- Phải thực hiện các giải pháp nhằm giảm thiểu việc ô nhiễm thứ sinh (xem hướng dẫn 4).
- Với việc cấp nước qua ống dẫn hoặc bằng tất cả các hình thức cấp nước khác vào thời điểm có nguy cơ hoặc xuất hiện dịch bệnh đường ruột, nước phải được xử lý bằng chất khử trùng sao cho dư lượng Chlorine còn

lại tại vòi nước ở mức 0,5 mg/lít và độ đục là dưới 5 NTU (đơn vị độ đục) (xem hướng dẫn 5, 7 và 8).

- Không phát hiện nguyên nhân gây hậu quả xấu cho sức khoẻ do sử dụng trong thời gian ngắn nước bị ô nhiễm hóa chất (kể cả do việc sử dụng hoá chất xử lý nước) hoặc do sử dụng nguồn nước bị nhiễm phóng xạ; và đánh giá cho thấy hai nguy cơ trên không có (xem hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

1. Khảo sát vệ sinh là một khảo sát về điều kiện và tập quán sinh hoạt có thể trở thành một nguy cơ sức khoẻ cộng đồng. Khảo sát phải bao quát được các nguồn có thể gây ô nhiễm nước tại nguồn, khi vận chuyển và khi sử dụng cũng như các thói quen đại tiểu tiện, thoát nước, và quản lý rác thải rắn. Việc vẽ bản đồ cộng đồng là biện pháp rất có hiệu quả để xác định đâu là nơi có nguy cơ sức khoẻ cộng đồng, do đó thu hút sự tham gia của cộng đồng trong việc tìm biện pháp giảm thiểu các nguy cơ này. Cần lưu ý rằng phân súc vật tuy không độc hại như phân người nhưng có thể chứa các vi trùng như Cryptosporidium, Giardia, Salmonella, Campylobacter, các Calicivirus và các loại vi trùng khác thường gây bệnh đường ruột và do đó là nguy cơ đáng kể đối với sức khoẻ.

2. Chất lượng vi sinh của nước: Vi khuẩn đường ruột F. Coli (>99% là vi khuẩn E.Coli) là chỉ số mức độ ô nhiễm phân của người và súc vật trong nước và khả năng xuất hiện các mầm bệnh có hại. Nếu có sự hiện diện của vi khuẩn đường ruột thì cần phải xử lý nước. Tuy nhiên, trong giai đoạn đầu của thảm họa, số lượng nước cấp quan trọng hơn chất lượng nước (xem tiêu chuẩn 1 - Cung cấp nước, hướng dẫn 4).

3. Khuyến khích sử dụng các nguồn nước chất lượng đảm bảo: Nếu đơn thuần chỉ cung cấp nước từ các nguồn đảm bảo hoặc nước đã xử lý thì hiệu quả sẽ ít, trừ phi mọi người hiểu được lợi ích về sức khoẻ của các nguồn nước này và sử dụng chúng. Người ta có thể thích sử dụng các nguồn nước không đảm bảo, ví dụ như nước sông, hồ, giếng, nước chưa xử lý với các lý do như mùi vị nước, khoảng cách, và các tập quán xã hội. Trong những trường hợp này, các cán bộ kỹ thuật, những nhân viên khuyến khích thực hành vệ sinh và huy động cộng đồng cần phải hiểu lý do người dân ưa thích các nguồn nước trên, như thế các ưa thích của người dân phải được nêu lên trong các thông điệp và thảo luận khuyến khích thực hành vệ sinh.

4. Ô nhiễm thứ sinh: Mặc dù nước an toàn ở nguồn cấp nước nhưng vẫn có thể có hại đối với sức khoẻ do bị ô nhiễm lại trong khi lấy nước, chứa nước và mức nước. Cần tiến hành một số giải pháp để giảm thiểu các nguy cơ này bằng việc cải tiến thói quen lấy và trữ nước, phân phát các bình lấy và chứa nước sạch phù hợp (xem Tiêu chuẩn 3 - Cung cấp nước), xử lý bằng chất khử trùng hoặc xử lý tại nơi sử dụng. Cần thường xuyên lấy mẫu nước kiểm nghiệm tại nơi sử dụng để kiểm soát mức độ ô nhiễm thứ sinh.

5. Khử trùng nước: Nước phải được xử lý bằng chất khử trùng như Chlorine nếu có nguy cơ ô nhiễm tại nguồn hoặc ô nhiễm thứ sinh. Nguy cơ này có do các điều kiện sinh hoạt của cộng đồng như: mật độ dân cư, việc xử lý phân, tập quán vệ sinh và mức độ nhiễm các bệnh đường ruột. Việc đánh giá nguy cơ cũng cần bao gồm các dữ liệu định tính của cộng đồng liên quan đến các yếu tố như quan niệm về mùi vị và khả năng chấp nhận (xem hướng dẫn 6). Nếu cấp nước qua đường ống cho những cộng đồng lớn và đông đúc thì cần xử lý nước bằng chất khử trùng và trong trường hợp có nguy cơ hoặc xuất hiện dịch bệnh đường ruột thì tất cả các hình thức cấp nước uống đều cần được khử trùng kể cả trước khi cấp hoặc tại gia đình. Để nước được khử trùng phù hợp độ đục phải dưới 5 NTU.

6. Ô nhiễm hóa chất và phóng xạ: khi tài liệu địa chất hoặc thông tin về hoạt động công nghiệp hoặc quân sự cho thấy các nguồn cấp nước có thể chứa hóa chất hay phóng xạ có hại cho sức khoẻ, các nguy cơ này phải được xác định nhanh chóng bằng phân tích hoá học. Cần phải cân nhắc giữa nguy cơ cho sức khoẻ trong thời gian ngắn và lợi ích sử dụng nước để quyết định cấp nước hay không. Một quyết định về sử dụng lâu dài nước có khả năng bị ô nhiễm phải dựa trên các đánh giá và phân tích chuyên môn các tác động đến sức khoẻ.

7. Mùi vị: Mặc dù mùi vị của nước không liên quan trực tiếp đến sức khoẻ (ví dụ, nước có vị hơi mặn), nhưng nếu nước sạch được cấp không được chấp nhận về mùi vị thì người sử dụng có thể uống nước từ các nguồn không an toàn và làm cho họ có nguy cơ về sức khoẻ. Đây cũng là nguy cơ khi phân phối nước được xử lý bằng Chlorine, trong trường hợp này việc vận động sử dụng nước an toàn là cần thiết.

8. Chất lượng nước tại các trung tâm y tế: Các nguồn nước dành cho bệnh viện, trung tâm y tế và trung tâm nuôi dưỡng cần được xử lý bằng Chlorine

hoặc các chất khử trùng khác. Trong trường hợp lượng nước được cấp theo khẩu phần do mất nguồn cung cấp nước, phải có đủ phương tiện trữ nước đảm bảo các trung tâm y tế có nước sử dụng liên tục với mức sử dụng bình thường (xem Phụ lục 2).

Tiêu chuẩn 3 - Cung cấp nước: Các phương tiện sử dụng nước

Người sử dụng phải có đủ phương tiện và được cung cấp các phương tiện lấy, trữ và sử dụng một lượng nước vừa đủ phục vụ cho ăn uống, nấu nướng và vệ sinh cá nhân và phải đảm bảo rằng nước uống phải an toàn cho tới khi sử dụng.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Mỗi gia đình cần có ít nhất 2 thùng lấy nước sạch khoảng 10 - 20 lít và có đủ phương tiện trữ sạch sẽ để đảm bảo gia đình luôn có nước.
- Có các phương tiện lấy và trữ nước có cổ hẹp, và/hoặc có nắp đậy, hoặc các phương tiện để trữ, múc, và sử dụng an toàn khác, và có thể khẳng định chúng đang được sử dụng (xem hướng dẫn I).
- Cần có ít nhất 250g xà phòng dành cho vệ sinh cá nhân cho mỗi người mỗi tháng.
- Khi nhà tắm công cộng là cần thiết, cần phải có đủ phòng tắm, phòng tắm riêng cho nam và nữ và phải được sử dụng phù hợp, bình đẳng (xem hướng dẫn 2).
- Khi bể giặt công cộng là cần thiết phải có ít nhất một bể giặt cho trên 100 người và có nơi riêng cho phụ nữ để giặt và phơi quần áo lót, đồ vệ sinh.
- Tích cực khuyến khích việc tham gia của các nhóm dễ bị tổn thương trong việc lựa chọn địa điểm và xây dựng các phương tiện vệ sinh và/hoặc phân phối xà phòng; việc sử dụng và khuyến khích các loại thay thế phù hợp (xem hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

- 1. Việc lấy nước và trữ nước:** Người dân cần có phương tiện lấy nước, trữ nước, và sử dụng nước trong việc giặt giũ, nấu nướng và tắm rửa. Các phương tiện này phải sạch, vệ sinh, dễ sử dụng và phù hợp với tập quán và nhu cầu của địa phương về kích thước, hình dáng và thiết kế. Trẻ em, người khuyết tật, người già và người nhiễm HIV/AIDS có thể cần loại nhỏ hơn hoặc loại được thiết kế riêng. Lượng nước dự trữ cần thiết phụ thuộc vào quy mô gia đình và lượng nước có sẵn. Ví dụ: Mức dự trữ khoảng 4 lít/người có thể phù hợp ở những nơi nước được cung cấp liên tục hàng ngày. Khuyến khích và giám sát việc lấy nước, trữ nước và mức nước một cách an toàn sẽ tạo cơ hội để thảo luận về sự ô nhiễm của nguồn nước với các nhóm dễ bị tổn thương, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em.
- 2. Các nhà tắm và bể giặt công cộng:** Người dân có thể cần địa điểm để tắm rửa một cách riêng tư và kín đáo. Nếu trong từng gia đình không làm được việc này thì cần có những nơi tắm rửa công cộng. Nơi nào không có xà phòng hoặc không được sử dụng rộng rãi, có thể sử dụng các loại thay thế như tro, cát sạch, xút na-tri hoặc một số loại cây dùng để tắm và/hoặc kỳ cọ. Giặt quần áo là một hoạt động vệ sinh cần bản, đặc biệt đối với trẻ em, và dụng cụ nấu nướng và ăn uống cũng cần được rửa sạch. Số lượng, địa điểm sắp đặt, thiết kế, độ an toàn, tính hợp lý và tiện dụng của các phương tiện cần phải được trao đổi với người sử dụng đặc biệt là phụ nữ, nữ thanh niên và người khuyết tật. Địa điểm bố trí nơi tắm giặt nên ở trung tâm, dễ tiếp cận và sáng sủa có thể đảm bảo an toàn cho người sử dụng.

3 Xử lý phân

Việc xử lý phân người an toàn tạo nên rào chắn đầu tiên đối với các bệnh liên quan đến phân, hỗ trợ việc giảm thiểu khả năng lan truyền bệnh thông qua các con đường trực tiếp và gián tiếp. Do đó, xử lý phân an toàn là một ưu tiên chính, và trong đa số tình huống thảm họa cần nhanh chóng đáp ứng nhu cầu về cung cấp nước. Việc cấp các phương tiện vệ sinh phù hợp là một trong số những cứu trợ khẩn cấp căn bản vì sức khoẻ, sự an toàn, nhân phẩm con người.

Tiêu chuẩn 1 - Xử lý phân: Tiếp cận và số lượng nhà vệ sinh

Người dân cần số lượng nhà vệ sinh hợp lý, gần nhà ở, cho phép họ tiếp cận nhanh chóng, an toàn và hợp lý trong mọi thời điểm cả ngày lẫn đêm.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Tối đa là 20 người sử dụng một nhà vệ sinh (xem hướng dẫn số 1-4).
- Việc sử dụng nhà vệ sinh cần phân chia theo hộ gia đình hoặc phân chia theo giới tính (xem hướng dẫn số 3-5).
- Nên có nhà vệ sinh riêng cho nữ giới và nam giới tại các địa điểm công cộng (chợ, trung tâm phân phối cứu trợ, trung tâm y tế,...) (xem hướng dẫn số 3).
- Nhà vệ sinh chung hoặc công cộng cần được lau rửa sạch sẽ để mọi người có thể sử dụng được (xem hướng dẫn số 3-5).
- Khoảng cách từ nhà ở đến nhà vệ sinh không quá 50m (xem hướng dẫn số 5).
- Cần sử dụng nhà vệ sinh một cách sạch sẽ và an toàn. Phân trẻ em cần xử lý ngay và hợp vệ sinh (xem hướng dẫn số 6).

Hướng dẫn

- 1. Xử lý phân an toàn:** Mục đích của chương trình xử lý phân là môi trường không bị phân người làm ô nhiễm. Càng nhiều người bị ảnh hưởng bởi thảm họa tham gia vào chương trình thì chương trình càng dễ thành công. Trong trường hợp người dân chưa có thói quen sử dụng nhà vệ sinh thì cần phải mở chiến dịch hướng dẫn - khuyến khích để người dân sử dụng và tạo ra nhu cầu xây thêm nhà vệ sinh. Thảm họa xảy ra ở các thành phố nơi hệ thống cống rãnh bị hư hại, cần có những giải pháp như tách riêng những phần còn hoạt động được (nối lại đường ống), lắp đặt nhà vệ sinh di động và sử dụng nhà vệ sinh tự hoại, thùng chứa được xử lý thường xuyên.
- 2. Khu vực di tiêu:** Trong giai đoạn đầu của thảm họa, trước khi các nhà vệ sinh được xây dựng, có thể cần khoanh vùng một khu vực để sử dụng làm nơi phỏng uế hoặc làm hầm cầu. Việc này chỉ có thể tiến hành được nếu khu vực được quản lý và bảo dưỡng đúng cách.
- 3. Nhà vệ sinh công cộng:** Trong một số thảm họa và ở những địa điểm công cộng nơi cần xây dựng các nhà vệ sinh để dùng chung, cần thiết lập những hệ thống đảm bảo việc lau rửa và bảo dưỡng thường xuyên các phương tiện này. Các dữ liệu về thành phần dân số được phân loại theo giới cần sử dụng để tính toán tỷ lệ nhà vệ sinh dành riêng cho nữ và nam (khoảng 3 : 1). Khi có thể, cần lắp đặt các phương tiện tiểu tiện dành cho nam giới (xem Phụ lục 3).
- 4. Nhà vệ sinh cộng đồng:** Với một cộng đồng cần di chuyển tới khu vực không có nhà vệ sinh, thường không thể cung cấp đủ ngay số lượng nhà vệ sinh theo tỷ lệ 20 người/nhà vệ sinh. Trong trường hợp này, có thể sử dụng tỷ lệ 50 người/nhà vệ sinh và phải nhanh chóng giảm xuống 20 người/nhà vệ sinh và phân bổ lại số lượng người dùng một cách tương ứng. Các nhà vệ sinh công cộng phải có sự phân công làm vệ sinh do cộng đồng quyết định. Trong một vài hoàn cảnh do hạn chế về không gian nên không thể đạt được các điều kiện trên. Trong trường hợp này, ngoài việc đề xuất để có được những khu vực bổ sung, cần nhớ rằng mục tiêu cao nhất là tạo ra và giữ gìn một môi trường không bị ô nhiễm bởi phân người.
- 5. Chia sẻ phương tiện:** Một nhà vệ sinh do 4 hoặc 5 hộ gia đình dùng chung thì thường được giữ gìn sạch sẽ và do thường xuyên được sử dụng, nếu các gia đình được tham khảo ý kiến về địa điểm và thiết kế, phân công trách nhiệm và có dụng cụ để làm vệ sinh. Cần bàn bạc với các hộ gia đình sử dụng để xác định ai là người sử dụng nhà vệ sinh và ai là người làm vệ sinh và bảo quản

nurse thế nào. Cần nỗ lực giúp những người nhiễm HIV/AIDS có điều kiện sử dụng nhà vệ sinh vì họ thường bị bệnh đường ruột và đi lại khó khăn.

6. **Phân trẻ em:** Cần đặc biệt chú ý tới việc xử lý phân trẻ em. Các phân này còn nguy hiểm hơn của người lớn vì mức độ nhiễm bệnh đường ruột của trẻ em cao hơn và trẻ em thường thiếu kháng thể chống lại bệnh tật. Bố mẹ và người trông trẻ cần chú ý việc này và các cơ sở phải được thiết kế sao cho trẻ em có thể sử dụng. Cần cung cấp cho bố mẹ và người trông trẻ các thông tin liên quan đến xử lý an toàn phân trẻ em và tập quán giặt, phơi tã lót.

Tiêu chuẩn 2 - Xử lý phân: Thiết kế, xây dựng và sử dụng nhà vệ sinh

Cần lựa chọn địa điểm nhà vệ sinh, thiết kế, xây dựng và bảo quản nhà vệ sinh để có thể sử dụng một cách vệ sinh, an toàn và thoải mái.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người sử dụng (đặc biệt là phụ nữ), phải được tham khảo ý kiến và chấp thuận về địa điểm và thiết kế của nhà vệ sinh (xem hướng dẫn I-3).
- Nhà vệ sinh phải được thiết kế, xây dựng và lắp đặt tại địa điểm theo các đặc điểm sau:
 - Phải được thiết kế sao cho tất cả các nhóm trong cộng đồng có thể sử dụng được kể cả trẻ em, người già, phụ nữ mang thai, người khuyết tật thể chất và tâm thần (xem hướng dẫn I).
 - Phải đặt tại địa điểm sao cho người sử dụng ít bị đe dọa nhất, đặc biệt là phụ nữ và thiếu nữ, cả ngày và đêm (xem hướng dẫn 2).
 - Phải tương đối dễ làm vệ sinh, để được sử dụng và không tạo ra hiểm họa về sức khoẻ.
 - Phải có mức độ riêng tư theo các tập quán của người sử dụng.
 - Phải tạo điều kiện cho việc xử lý đồ vệ sinh của phụ nữ, hoặc tạo điều kiện đảm bảo mức độ riêng tư cần thiết để giặt và phơi đồ vệ sinh phụ nữ (xem hướng dẫn 4).

- Phải giảm thiểu việc sinh sản ruồi và muỗi (xem hướng dẫn 7)
- Tất cả các nhà vệ sinh sử dụng nước để xả hoặc vòi vệ sinh cần phải được cung cấp đủ nước thường xuyên (xem hướng dẫn 1-3).
- Nhà xí tự hoại và tự thấm (đối với đa số loại đất) cần cách xa nguồn nước ngầm tối thiểu 30m và đáy bể phốt phải cách trên mức nước ngầm ít nhất 1,5m. Ống thoát hoặc cống thoát bể phốt không được chảy trực tiếp vào các nguồn nước mặt hoặc thấm vào nguồn nước ngầm (xem hướng dẫn 5).
- Mọi người cần rửa tay sau khi đi vệ sinh và trước khi ăn hoặc nấu nướng (xem hướng dẫn 6).
- Người dân phải được cung cấp dụng cụ và vật liệu để xây dựng, bảo dưỡng và làm vệ sinh (xem hướng dẫn 7).

Hướng dẫn

- 1. Các phương tiện vệ sinh phù hợp:** Các chương trình xử lý phân thành công dựa trên sự hiểu biết các nhu cầu khác nhau của người dân cũng như sự tham gia của họ. Khó có thể có nhà vệ sinh phù hợp với tất cả các nhóm xã hội và có thể cần phải xây dựng các nhà vệ sinh đặc biệt cho trẻ em, người già, người khuyết tật, ví dụ: bô, nhà vệ sinh có chỗ ngồi thấp, có tay vịn. Loại nhà vệ sinh được xây dựng cần phụ thuộc vào tập quán văn hoá và việc lựa chọn của người sử dụng, vào cơ sở hạ tầng có sẵn, vào mức độ sẵn có nước (để xả và nút nước), loại đất và vật liệu xây dựng.
- 2. Các cơ sở an toàn:** Việc lựa chọn các địa điểm không phù hợp có thể làm cho phụ nữ và các bé gái dễ có nguy cơ bị tấn công hơn, đặc biệt vào ban đêm và cần có các biện pháp giúp phụ nữ cảm thấy yên tâm, và thực sự an toàn khi sử dụng nhà vệ sinh. Khi có điều kiện, nhà vệ sinh công cộng phải được chiếu sáng hoặc các gia đình được cung cấp đèn pin. Trách nhiệm của cộng đồng là phải quan tâm tìm kiếm biện pháp đảm bảo an toàn cho người sử dụng.
- 3. Vệ sinh sau khi đi tiểu:** Cần có nước cho những người sử dụng rửa tay. Với những người không dùng nước thì có thể cung cấp giấy vệ sinh để chùi. Người sử dụng phải được tham khảo ý kiến nên dùng nước hay giấy vệ sinh để chùi cho phù hợp nhất với tập quán văn hoá và phải đảm bảo an toàn.
- 4. Kinh nguyệt:** Phụ nữ và thiếu nữ có kinh nguyệt cần được tiếp cận với các loại băng thấm hút phù hợp với việc xử lý kinh nguyệt. Phụ nữ phải được tham khảo

ý kiến để lựa chọn loại phù hợp với văn hóa địa phương (xem Tiêu chuẩn 2 - hàng phi lương thực, trang 232).

5. **Khoảng cách từ nhà vệ sinh tới nguồn nước:** Khoảng cách đã nêu ở trên có thể sẽ tăng lên nếu nền là đá cứng, đá vôi và giảm đi nếu nền là đất mềm. Trong thảm hoa, việc ô nhiễm nước ngầm không phải là vấn đề cần quan tâm ngay lập tức nếu không sử dụng nước ngầm. Trong tình trạng lụt lội hoặc phải sống trên mặt nước thi cần xây dựng nhà vệ sinh có nền được tôn cao hoặc bể tự hoại để chứa phân và để phòng ô nhiễm môi trường.
6. **Rửa tay:** Không được đánh giá thấp tầm quan trọng của rửa tay sau khi đi vệ sinh và trước khi ăn hoặc chuẩn bị thức ăn để ngăn ngừa lan truyền bệnh tật. Để rửa tay sau khi đi vệ sinh người sử dụng phải có xà phòng hoặc vật liệu thay thế (như tro) và phải được khuyến khích sử dụng. Phải có nguồn nước đủ gần nhà vệ sinh cho việc này.
7. **Nhà vệ sinh sạch sẽ:** Nếu nhà vệ sinh không được giữ gìn sạch sẽ có thể trở thành các nguồn gây bệnh và người ta sẽ không thích sử dụng nhà vệ sinh. Nhà vệ sinh sẽ được giữ gìn sạch sẽ hơn nếu người sử dụng có cảm giác là chủ sở hữu. Việc này cần được thúc đẩy bằng các hoạt động khuyến khích thực hành vệ sinh, xây gần chỗ ngủ và khuyến khích người sử dụng tham gia vào việc thiết kế, xây dựng, lập quy tắc sử dụng, bảo dưỡng, quản lý. Hạn chế muỗi và ruồi bằng cách giữ gìn nhà vệ sinh sạch sẽ, có nút nước, sử dụng loại nhà tiêu hổ đào thông hơi cải tiến hoặc đơn giản là sử dụng nắp đậy hổ tiêu.

4 Kiểm soát trung gian truyền bệnh

Trung gian truyền bệnh là vật mang bệnh. Các bệnh lây truyền qua trung gian truyền bệnh là nguyên nhân chính của ốm đau và tử vong trong nhiều tình huống thảm họa. Muỗi là trung gian truyền bệnh sốt rét, một trong những nguyên nhân hàng đầu của ốm đau và tử vong. Muỗi còn truyền những bệnh khác như sốt vàng da, sốt xuất huyết. Ruồi nhặng là nguyên nhân lan truyền bệnh đường ruột. Ruồi, rệp, bọ chét đốt gây khó chịu và trong một số trường hợp truyền bệnh nguy hiểm như sốt phát ban, dịch hạch. Ve truyền bệnh sốt hồi quy và rận truyền bệnh sốt phát ban và sốt hồi quy. Chuột có thể truyền bệnh như Leptospirosis, thương hàn và là vật chủ của các loại trung gian truyền bệnh khác như bọ chét, có thể truyền bệnh sốt lassa, dịch hạch và các loại bệnh khác.

Các bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra có thể được kiểm soát thông qua một loạt sáng kiến bao gồm cả việc lựa chọn địa điểm và vật liệu làm nhà ở, cung cấp đủ nước, xử lý phân, quản lý rác thải và thoát nước thải, dịch vụ y tế (bao gồm việc vận động cộng đồng chăm sóc sức khoẻ), sử dụng hoá chất diệt côn trùng, quản lý nhà cửa và vệ sinh cá nhân, quản lý hiệu quả lương thực thực phẩm. Mặc dù bản chất của các bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra thường phức tạp và việc xác định các vấn đề liên quan đến trung gian truyền bệnh cần có sự can thiệp của chuyên gia, vẫn có nhiều biện pháp đơn giản và hữu hiệu có thể làm được để đề phòng việc lan truyền các loại bệnh. Khi đã phát hiện cần phát hiện loại trung gian truyền bệnh và tương quan giữa chúng với cộng đồng.

Tiêu chuẩn 1 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh: Bảo vệ cá nhân và gia đình

Tất cả những người bị ảnh hưởng cần có kiến thức và phương tiện để bảo vệ bản thân mình tránh khỏi bệnh tật và các trung gian truyền bệnh, gây khó chịu là một nguy cơ rõ ràng đối với sức khoẻ con người.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Cộng đồng có nguy cơ mắc bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra cần hiểu rõ cách thức lan truyền và các biện pháp để phòng (xem hướng dẫn 1- 5).
- Cộng đồng phải có nhà ở, là nơi không chứa hoặc không tạo điều kiện để trung gian truyền bệnh sinh sôi và được bảo vệ bằng các biện pháp kiểm soát trung gian truyền bệnh phù hợp.
- Người dân phải tránh không để muỗi đốt vào thời kỳ muỗi xuất hiện nhiều nhất bằng việc sử dụng tất cả các phương tiện an toàn sẵn có. Cần quan tâm đặc biệt đến các nhóm nguy cơ cao như người có thai, đang nuôi con nhỏ, trẻ nhỏ, thanh thiếu niên, người già và người ốm (xem hướng dẫn 3).
- Người dân có màn ngâm tắm thuốc chống muỗi cần sử dụng màn đúng cách (xem hướng dẫn 3).
- Kiểm soát rận phải được thực hiện ở những nơi có nguy cơ dịch sốt phát ban và sốt hồi quy (xem hướng dẫn 4).
- Ga, đệm và quần áo phải được phơi, giặt thường xuyên (xem hướng dẫn 4).
- Thức ăn phải liên tục được bảo quản chống các trung gian truyền bệnh như ruồi, côn trùng, các loài gặm nhấm.

Hướng dẫn

1. **Xác định nguy cơ mắc bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra:** Việc quyết định kiểm soát trung gian truyền bệnh phải dựa trên đánh giá về nguy cơ dịch

bệnh tiềm tàng, cũng như bằng chứng y tế về các vấn đề dịch bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra. Các nhân tố ảnh hưởng tới nguy cơ này gồm:

- Tình trạng miễn dịch của cộng đồng, bao gồm: những ca đã từng mắc bệnh, áp lực về dinh dưỡng và các áp lực khác. Sự di chuyển của người dân (ví dụ người tị nạn, những người di tản trong nước...) từ vùng không có dịch bệnh đến vùng có dịch bệnh là nguyên nhân thông thường của việc xuất hiện dịch bệnh.
- Loại bệnh lý thường xuất hiện ở cả người và trung gian truyền bệnh.
- Loại trung gian truyền bệnh, cách sinh sống và môi trường.
- Số lượng trung gian truyền bệnh (mùa, khu vực sinh sản...).
- Việc tiếp cận trung gian truyền bệnh: Khoảng cách, loại hình cư trú, loại nhà ở, biện pháp bảo vệ và phòng tránh.

2. Các chỉ số của chương trình kiểm soát trung gian truyền bệnh: Các chỉ số thường sử dụng để đánh giá hiệu quả của hoạt động kiểm soát trung gian truyền bệnh là tỷ lệ mắc bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra (Dữ liệu dịch tễ học, dữ liệu về cộng đồng, các chỉ số thay thế phụ thuộc vào mức độ ứng phó và chỉ số ký sinh sử dụng bộ xét nghiệm chuẩn đoán nhanh hoặc kính hiển vi).

3. Các biện pháp phòng sốt rét cá nhân: Nếu có nguy cơ sốt rét cần khuyến nghị sử dụng, các biện pháp phòng chống có hệ thống và kịp thời như phun thuốc trừ muỗi, rèm cửa, màn. Ngoài màn cần sử dụng thêm các biện pháp phòng chống rận, bọ chét, ve, rệp và gián như quần áo ngủ, quần áo dài, phun thuốc diệt côn trùng, hương muỗi, bình xịt và thuốc diệt muỗi. Điều quan trọng là phải đảm bảo người sử dụng hiểu hết tầm quan trọng của biện pháp phòng chống và biết cách sử dụng các dụng cụ phòng chống một cách có hiệu quả. Nếu thiếu các phương tiện, cần tập trung cho các cá nhân và các nhóm có nguy cơ cao như trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ có thai và chưa tiêm chủng.

4. Các biện pháp phòng chống các trung gian truyền bệnh khác: Vệ sinh cá nhân và thường xuyên giặt quần áo, chăn đệm là những biện pháp phòng chống rận hiệu quả nhất. Nên sử dụng phấn trừ rận, giặt giũ toàn bộ quần áo chăn màn để trừ chấy rận và áp dụng các biện pháp kiểm soát, phòng trừ chấy rận đối với những người mới đến trú ngụ. Một môi trường nhà ở sạch với phương tiện xử lý rác tốt và bảo quản thức ăn tốt sẽ ngăn chặn chuột và các loài gặm nhấm xâm nhập vào nhà.

5. Các bệnh liên quan đến nước: Người dân cần được thông báo về các nguy cơ đối với sức khoẻ và phải tránh tiếp xúc với các nguồn nước được coi là có nguy cơ nhiễm các bệnh như Schistosomiasis, giun nước hoặc leptospirosis (nhiễm bệnh do tiếp xúc với nước tiểu của động vật, đặc biệt của chuột: xem Phụ lục 4). Các tổ chức có thể làm việc với cộng đồng nhằm tìm ra các nguồn nước thay thế hoặc đảm bảo sao cho nước sử dụng phải được xử lý phù hợp.

Tiêu chuẩn 2 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh: Các biện pháp phòng chống bằng vật chất, môi trường và hoá chất

Số lượng trung gian truyền bệnh gây nguy hiểm cho sức khoẻ của người dân và các trung gian truyền bệnh gây khó chịu cho cuộc sống cần được kiểm soát trong mức độ chấp nhận được.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Những người dân di tản được định cư ở những nơi ít có nguy cơ muỗi đốt (xem hướng dẫn 1).
- Các nơi sinh sản và cư trú của trung gian truyền bệnh phải bị dập tắt nếu có thể thực hiện được (xem hướng dẫn 2 - 4).
- Phải kiểm soát ruồi nghiêm ngặt ở những khu định cư đông người khi có nguy cơ hoặc đã xuất hiện dịch bệnh tiêu chảy.
- Mật độ muỗi cần được giữ ở mức thấp để tránh nguy cơ lan truyền và nhiễm bệnh (xem hướng dẫn 4).
- Người bị sốt rét phải được chẩn đoán sớm và điều trị (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. Lựa chọn địa điểm là yếu tố quan trọng trong việc giảm thiểu khả năng người dân đối mặt với nguy cơ mắc các bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra, đây là một trong những yếu tố cơ bản khi lựa chọn địa điểm. Về kiểm soát bệnh sốt rét chẳng hạn, khu trại phải nên được đặt ở nơi ngược chiều gió cách những

nơi muỗi sinh sản như đầm lầy, hồ 1-2 km, bất cứ khi nào có nguồn nước sạch bổ sung khác (xem Tiêu chuẩn 1-2 - Nhà ở trang 211-218).

2. Kiểm soát trung gian truyền bệnh bằng hoá chất và môi trường: Có một loạt các biện pháp kỹ thuật môi trường căn bản có thể làm giảm thiểu các cơ hội sinh sôi của trung gian truyền bệnh. Các biện pháp này bao gồm các việc xử lý phù hợp phân người và phân động vật (xem phần Xử lý phân); xử lý rác thải để kiểm soát ruồi và loài gặm nhấm (xem phần Quản lý rác thải), và thoát nước đọng để kiểm soát muỗi (xem phần Thoát nước). Các biện pháp ưu tiên cho môi trường sức khoẻ như vậy sẽ có tác động đến mật độ quần cư của một số trung gian truyền bệnh. Các biện pháp này có thể không tác động nhiều đến việc sinh sản, kiếm mồi và nghỉ ngơi của các trung gian truyền bệnh trong hoặc gần khu định cư, kể cả về lâu dài, do vậy cần áp dụng các biện pháp kiểm soát hoá chất hoặc các biện pháp phòng chống cá nhân. Ví dụ, sử dụng bình phun có thể làm giảm số lượng ruồi trưởng thành và phòng chống được dịch bệnh đường ruột hoặc giúp giảm thiểu cường độ dịch bệnh đang xảy ra.

3. Thiết kế biện pháp ứng phó: Chương trình kiểm soát trung gian truyền bệnh có thể không có tác dụng nếu xác định không đúng loại trung gian truyền bệnh, sử dụng các biện pháp không hiệu quả hoặc nếu xác định đúng trung gian truyền bệnh nhưng sai về thời điểm và địa điểm. Chương trình kiểm soát phải bắt đầu bằng việc xác định 3 mục tiêu: 1) giảm thiểu mật độ quần thể trung gian truyền bệnh; 2) Giảm thiểu tiếp xúc của người với trung gian truyền bệnh; 3) Giảm thiểu các địa điểm sinh sản của trung gian truyền bệnh. Việc thực hiện chương trình không chặt chẽ có thể đưa đến phản tác dụng. Các nghiên cứu chi tiết và tư vấn của những người có kinh nghiệm là cần thiết và việc này nên kêu gọi các tổ chức y tế trong và ngoài nước hỗ trợ, còn tư vấn địa phương sẽ tập trung vào các loại bệnh có ở địa phương, về nơi sinh sản, sự biến thiên theo mùa của một số bệnh và của trung gian truyền bệnh.

4. Kiểm soát môi trường sống của muỗi: Kiểm soát môi trường trước hết là nhằm xoá bỏ các địa điểm sinh sản của muỗi. Ba loại muỗi truyền bệnh chính là: Culex (filanasis), Anopheles (Sốt rét và filariasis) và Aedes (Sốt vàng da và sốt xuất huyết). Muỗi Culex sinh trưởng ở nơi nước đọng có chất hữu cơ như nhà vệ sinh; muỗi Anopheles ở những nơi nước bề mặt không bị ô nhiễm như vũng nước mưa, các dòng suối tốc độ chảy chậm, giếng nước; muỗi Aedes ở những nơi có nước đọng như chai lọ, xô chậu, lốp xe... Ví dụ về kiểm soát môi trường muỗi bao gồm đường thoát nước tốt, nhà vệ sinh tự thấm có hệ thống

thông hơi cải tiến hoạt động tốt, đậy kín các hố chứa phân, các thùng chứa nước, các giếng nước phải đậy kín hoặc được xử lý bằng thuốc diệt bọ gậy (ví dụ ở những nơi có dịch sốt rét).

5. **Điều trị bệnh sốt rét:** Chiến lược kiểm soát bệnh sốt rét nhằm mục tiêu giảm thiểu mật độ muỗi bằng việc dập tắt các điểm sinh sản, giảm thiểu tỷ lệ muỗi sống sót hàng ngày và hạn chế việc muỗi đốt người cùng với việc chẩn đoán sớm và điều trị bằng thuốc chữa bệnh sốt rét có hiệu quả. Các chiến dịch chẩn đoán và điều trị phải được bắt đầu sớm và làm thường xuyên. Trong trường hợp tiếp cận lồng ghép, các trường hợp chủ động phát hiện bởi những người tình nguyện đã được huấn luyện và được điều trị bằng thuốc chống sốt rét có hiệu quả sẽ góp phần giảm thiểu sự bùng phát dịch sốt rét hơn là việc thụ động phát hiện ra các ca nhiễm tại các trung tâm y tế (xem Tiêu chuẩn 5 - Kiểm soát bệnh truyền nhiễm trang 281).

Tiêu chuẩn 3 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh: Sự an toàn của việc kiểm soát bằng hoá chất

Các biện pháp kiểm soát trung gian truyền bệnh bằng hoá chất phải được thực hiện theo cách thức đảm bảo rằng các cán bộ, người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa và môi trường trong khu vực được bảo vệ hợp lý và tránh việc làm xuất hiện khả năng kháng hoá chất đã sử dụng.

KK TH
VS/Nuoc VS

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người sử dụng phải được bảo vệ bằng việc huấn luyện, sử dụng quần áo bảo hộ, sử dụng các cơ sở tắm rửa, kiểm soát và hạn chế số giờ tiếp xúc với hoá chất.
- Việc lựa chọn, chất lượng, vận chuyển và cất trữ hoá chất sử dụng kiểm soát trung gian truyền bệnh, các phương tiện ứng dụng và việc xử lý các hoá chất phải theo các tiêu chuẩn quốc tế và cần được tuân thủ trong mọi thời điểm.
- Dân cư được thông báo về nguy cơ tiềm tàng của các chất sử dụng để kiểm soát trung gian truyền bệnh và về lịch áp dụng. Họ phải được bảo vệ trong khi và sau khi chất độc hoặc chất trừ sâu được sử dụng, phù hợp với các quy định quốc tế (xem hướng dẫn I).

Hướng dẫn

- Quy định quốc gia và quốc tế:** Có những quy tắc và quy định quốc tế do WHO (Tổ chức Y tế thế giới) xuất bản đối với việc lựa chọn và sử dụng hoá chất kiểm soát trung gian truyền bệnh. Các quy định này phải được tuân thủ liên tục. Các biện pháp kiểm soát trung gian truyền bệnh phải nhằm tới hai yêu cầu cơ bản: tính hiệu quả và sự an toàn. Nếu các quy định quốc gia về việc lựa chọn hoá chất bất cập so với tiêu chuẩn quốc tế, dẫn tới ít hoặc không có kết quả hoặc nguy hại cho sức khoẻ và sự an toàn của người dân thì tổ chức cứu trợ phải tham khảo ý kiến và vận động các nhà cầm quyền cho phép áp dụng các tiêu chuẩn quốc tế.

5 Quản lý rác thải rắn

Nếu chất thải hữu cơ rắn không được xử lý sẽ xuất hiện nguy cơ chính dẫn tới sự sinh sôi của chuột và ruồi (xem phần Kiểm soát trung gian truyền bệnh) và ô nhiễm nước bề mặt. Rác thải rắn và phế thải không được thu gom lại sau một thảm họa thiên nhiên hoặc xung đột cũng có thể làm suy thoái và làm xấu môi trường, làm giảm nỗ lực nhằm cải thiện các phương diện khác của sức khoẻ do môi trường. Chất thải rắn thường làm tắc các rãnh thoát nước và dẫn đến các vấn đề môi trường sức khoẻ đi kèm với nước đọng và ô nhiễm nước mặt.

Tiêu chuẩn 1 - Quản lý rác thải rắn: Thu gom và xử lý

Người dân phải có một môi trường sống có mức độ ô nhiễm bởi rác thải rắn có thể chấp nhận được, kể cả rác thải y tế, và phải có phương tiện xử lý rác thải gia đình phù hợp và hiệu quả.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người dân thuộc các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần được tham gia vào việc thiết kế và thực thi chương trình xử lý rác thải rắn.
- Rác thải gia đình được cho vào thùng đựng rác hàng ngày, được thu gom thường xuyên, được đốt hoặc chôn trong hố rác chuyên biệt.
- Tất cả các gia đình cần có thùng rác và/hoặc ở nơi cách hố rác cộng đồng không quá 100m.
- Có thùng chứa rác với dung tích ít nhất 100 lít cho 10 gia đình ở những nơi rác thải gia đình không được chôn tại chỗ.
- Rác thải phải được chuyển ra khỏi khu dân cư trước khi bốc mùi khó chịu và gây nguy hại cho sức khoẻ (xem hướng dẫn 1, 2 và 6).
- Rác thải y tế được phân loại và xử lý riêng. Cần có các hố rác được thiết

kế và hoạt động phù hợp hoặc có các lò thiêu rác với hố thải tro sâu trong nội vi bệnh viện hoặc trung tâm y tế (xem hướng dẫn 3 và 6).

- Không có rác thải y tế nguy hiểm và ô nhiễm (kim tiêm, thuỷ tinh, bông băng, thuốc...) tại khu vực sinh sống và khu vực công cộng vào bất cứ thời điểm nào (xem hướng dẫn 3).
- Cần có biển báo rõ ràng và rào kín các hố rác, túi rác hoặc khu vực chứa rác chuyên biệt tại các địa điểm công cộng như chợ, lò mổ với hệ thống thu gom rác thường xuyên tại chỗ (xem hướng dẫn 4).
- Xử lý rác thải rắn cuối cùng sẽ được thực hiện tại một địa điểm theo cách thức và tránh tạo ra các vấn đề sức khoẻ và môi trường cho người dân địa phương và những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa (xem hướng dẫn 5 - 6).

Hướng dẫn

1. **Chôn rác:** Nếu rác được chôn tại chỗ, tại nhà riêng hoặc ở hố chôn rác công cộng thì hàng tuần cần được phủ với một lớp đất mỏng để ngăn ngừa việc thu hút các trung gian truyền bệnh như ruồi, loài gặm nhấm và trở thành nơi sinh sản của chúng. Phân, tã giấy của trẻ em cần được lấp đất ngay khi chôn. Nơi xử lý rác phải được rào để tránh tai nạn và tránh để trẻ em, động vật tiếp cận. Cần cẩn thận để phòng nước ngấm làm ô nhiễm nước ngầm.
2. **Loại rác thải và khối lượng:** Rác thải tại các khu định cư rất đa dạng về thành phần và khối lượng, tuỳ thuộc vào số lượng và loại hoạt động kinh tế, loại thực phẩm sử dụng chủ yếu và tập quán xử lý hoặc tái chế rác thải. Mức độ tác động của rác thải rắn lên sức khoẻ người dân cần được đánh giá và cần có hành động phù hợp nếu cần. Việc tái chế phế thải rắn trong cộng đồng cần được khuyến khích với điều kiện việc này không gây nguy hại cho sức khoẻ. Cần tránh phân phát các vật dụng làm xuất hiện một khối lượng lớn rác thải rắn từ bao bì hoặc chế biến tại chỗ.
3. **Rác thải y tế:** Việc quản lý rác thải y tế kém làm cho cộng đồng, các nhân viên y tế và nhân viên vệ sinh đối mặt với nguy cơ nhiễm bệnh, ngộ độc và sự thương tích. Trong tình huống thảm họa, rác thải, nguy hại nhất là các loại rác nhiễm trùng sắc cạnh và không sắc cạnh (bông băng vết thương, vải thẩm máu, các chất hữu cơ như rau thai nhí...). Các loại chất thải khác nhau phải được phân loại theo nguồn gốc. Rác thường (giấy, bao nhựa, thức ăn...) có thể

được xử lý như chất thải rắn. Các vật sắc nhọn bị nhiễm bẩn, đặc biệt kim tiêm và ống tiêm cần đựng vào hộp an toàn ngay sau khi sử dụng. Hộp an toàn và các loại rác nhiễm trùng khác cần được xử lý tại chỗ bằng cách chôn đốt hoặc các biện pháp an toàn khác.

- 4. Rác ở chợ:** đa phần rác ở chợ có thể được xử lý như rác thải gia đình. Rác ở lò mổ có thể cần xử lý đặc biệt và cần có phương tiện đặc biệt để xử lý nước thải và để đảm bảo lò mổ hoạt động trong điều kiện vệ sinh và phù hợp với quy định của địa phương. Rác ở lò mổ cần được xử lý trong những hố lớn với hố rác được che đầy kín gần lò mổ. Máu có thể chảy từ lò mổ và hố rác qua đường dẫn được đầy kín (nhằm hạn chế ruồi kéo đến hố rác). Phải có đủ nước để cọ rửa.
- 5. Kiểm soát việc đổ rác/lấp đất bãi rác:** Xử lý rác quy mô lớn phải được thực hiện tại một khu vực khác qua việc đổ rác và lấp đất được kiểm soát. Biện pháp này phụ thuộc vào việc có đủ không gian và khả năng sử dụng các phương tiện cơ khí. Rác được xử lý lý tưởng nhất là cần được phủ đất vào cuối ngày để tránh các loại trung gian truyền bệnh đào bới và sinh sản.
- 6. Chăm sóc nhân viên:** Các nhân viên quản lý rác thải rắn, những người thu gom, vận chuyển và xử rác cần được cung cấp quần áo bảo hộ, ít nhất là găng tay và tạp dề cùng với khẩu trang bảo hộ. Cần có đủ nước và xà phòng để rửa tay và rửa mặt. Nhóm tiếp xúc với rác thải y tế phải được thông tin về các biện pháp thu gom, vận chuyển và xử lý đúng cách và các nguy cơ của việc quản lý rác thải không đúng.

6 Thoát nước

Nước mặt trong hoặc gần các khu định cư khẩn cấp có thể được tạo thành từ nguồn nước thải gia đình hoặc từ điểm cấp nước công cộng, nước rò từ nhà vệ sinh và cống thoát nước, nước mưa hoặc nước lụt. Nguy cơ chủ yếu đối với sức khoẻ và tính mạng liên quan đến nguồn nước mặt làm ô nhiễm việc cung cấp nước, ô nhiễm môi trường sống, nhà vệ sinh và nhà ở bị xuống cấp, sự sinh sôi của trung gian truyền bệnh và chết đuối. Nước mưa và nước lụt dâng cao có thể làm xấu tình hình thoát nước tại khu định cư và tăng nguy cơ ô nhiễm. Một quy hoạch thoát nước hợp lý, chú trọng thoát nước mưa bão tại chỗ và xử lý nước thải quy mô nhỏ cần được thực thi để giảm thiểu nguy cơ đe dọa sức khoẻ người dân. Phần này tập trung vào các vấn đề và hoạt động thoát nước quy mô nhỏ. Thoát nước quy mô lớn thường được xác định khi lựa chọn địa điểm và phát triển (xem phần Nhà ở, Định cư và hàng phi lương thực, chương 4 trang 203)

Tiêu chuẩn 1 - Thoát nước: Các công trình thoát nước

Người dân phải có một môi trường sống mà ở đó các nguy cơ đe dọa sức khỏe và các nguy cơ khác do xói mòn và nước đọng gây ra, bao gồm nước mưa, nước sông, nước thải gia đình và nước thải y tế, là tối thiểu.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các khu vực xung quanh nhà và điểm cấp nước không bị đọng nước thải, và các rãnh thoát nước mưa luôn khơi thông (xem hướng dẫn 1, 2, 4 và 5).
- Nhà, lối đi, các phương tiện về nước sạch và vệ sinh không bị ngập lụt hoặc thấm nước (xem hướng dẫn 2-4).
- Hệ thống thoát nước tại điểm cấp nước phải được quy hoạch tốt, được xây chắc chắn và bảo dưỡng tốt. Hệ thống này phải bao gồm cả hệ thống thoát

nước từ các khu vực tắm và giặt cũng như tại các điểm lấy nước (xem hướng dẫn 2 và 4).

- Nước tại hệ thống thoát nước không làm ô nhiễm nguồn nước mặt hoặc nước ngầm hiện có hoặc không gây xói mòn (xem hướng dẫn 5).
- Cung cấp đầy đủ số lượng các công cụ phù hợp cho các công trình thoát nước quy mô nhỏ và bảo dưỡng khi cần (xem hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. **Lựa chọn địa điểm và lập kế hoạch:** biện pháp hiệu quả nhất để kiểm soát các vấn đề thoát nước và việc lựa chọn địa điểm và bố trí khu định cư (xem Tiêu chuẩn 1-4 phần Nhà ở, Định cư trang 211-224).
2. **Nước thải:** nước cống hoặc nước thải gia đình được xếp vào loại nước bẩn nếu lẫn với nước thải nhà vệ sinh. Trừ trường hợp trước khi lập khu định cư đã có sẵn hệ thống cống thoát, không cho phép nước thải gia đình trộn lẫn với nước thải nhà vệ sinh. Nước bẩn xử lý khó và tốn kém hơn nước thải gia đình. Những điểm cấp nước và khu vực tắm giặt cần khuyến khích đặt tại các khu vườn nhỏ để tận dụng nước thải. Đặc biệt chú ý để phòng nước thải tắm giặt sẽ làm ô nhiễm nguồn cấp nước.
3. **Hệ thống thoát nước và xử lý phân:** cần đặc biệt chú ý không để các nhà vệ sinh và các cống thoát bị ngập nước nhằm tránh làm hư hại và gây rò rỉ.
4. **Khuyến khích:** yêu cầu cơ bản là thu hút người dân làm các công trình thoát nước quy mô nhỏ, vì họ thường hiểu rõ dòng chảy tự nhiên và biết nên bố trí kênh thoát nước ở đâu. Nếu họ hiểu các nguy cơ đối với sức khỏe của bản thân và tham gia vào việc xây dựng hệ thống thoát nước, họ sẽ quan tâm hơn đến việc bảo dưỡng chúng (xem phần Kiểm soát trung gian truyền bệnh). Cần hỗ trợ kỹ thuật và cung cấp công cụ.
5. **Xử lý tại chỗ:** nếu có thể và nếu điều kiện nền đất cho phép, nên xử lý tại chỗ nước thải từ điểm cấp nước và khu vực tắm giặt hơn là sử dụng rãnh thoát không nắp, thường hay bị tắc và khó bảo dưỡng. Các kỹ thuật đơn giản và rẻ tiền như hố tự hoại có thể được sử dụng trong trường hợp xử lý nước thải tại chỗ. Ở nơi sử dụng rãnh thoát thì nên sử dụng đường ống. Ống thoát nước phải được thiết kế cho khi có mưa và khi có dông bão. Ở nơi độ dốc trên 5% phải

sử dụng kỹ thuật chống xói mòn mạnh. Thoát nước dư thừa sau khi xử lý nước cấp cần kiểm soát cẩn thận sao cho người dân không dùng nhầm nước và không làm ô nhiễm nước ngầm hay nước mặt.

Phụ lục 1

Danh mục kiểm tra đánh giá nhu cầu ban đầu về cung cấp nước và vệ sinh môi trường

Đây là danh sách các câu hỏi được sử dụng để đánh giá nhu cầu, xác định các nguồn lực và điều kiện địa phương, danh sách này không bao gồm các câu hỏi để xác định các nguồn lực bên ngoài cần thiết để bổ sung cho các nguồn lực sẵn có tại địa phương.

1 Câu hỏi chung

- Bao nhiêu người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và họ ở đâu? Phân loại dữ liệu càng chi tiết càng tốt như giới, tuổi, khuyết tật...?
- Có sự dịch chuyển nào về dân cư? Các yếu tố an ninh nào là cần thiết cho những người dân bị ảnh hưởng và các biện pháp giảm nhẹ, ứng phó tiềm năng?
- Các bệnh thông thường và các bệnh liên quan đến nước và vệ sinh? Quy mô và sự tiến triển dự kiến của vấn đề?
- Những người chủ chốt cần tham khảo ý kiến hoặc tiếp xúc?
- Những người dễ bị tổn thương trong cộng đồng và vì sao?
- Có hay không sự tiếp cận bình đẳng các phương tiện hiện có?
- Có nguy cơ an ninh cụ thể nào đối với phụ nữ và trẻ em gái?
- Tập quán sử dụng nước và vệ sinh nào mà người dân đã quen trước khi xảy ra tình hình khẩn cấp?

2 Cung cấp nước

- Nguồn nước hiện có là những nguồn nào và ai là những người đang sử dụng?
- Số lượng nước tính trên đầu người cho một ngày là bao nhiêu?

- Số lần cung cấp nước trong ngày/trong tuần?
- Nguồn nước hiện có đủ cho các nhu cầu ngắn hạn, dài hạn của tất cả các nhóm dân cư hay không?
- Các điểm cấp nước có gần nơi ở của người dân không? Có an toàn không?
- Nguồn cấp nước hiện có đáng tin cậy không? Đủ dùng trong bao lâu?
- Người dân có đủ phương tiện chứa nước không? Kích thước và chủng loại có phù hợp không?
- Nguồn nước có bị ô nhiễm hay có nguy cơ bị ô nhiễm hay không (ô nhiễm vi sinh hoặc hóa chất/phóng xạ)?
- Có cần xử lý không? Có thể xử lý được không? Cần biện pháp xử lý nào?
- Có cần khử trùng không? Kể cả nếu nguồn nước không bị ô nhiễm?
- Có nguồn nước thay thế nào ở gần không?
- Các tín ngưỡng và thói quen truyền thống nào liên quan đến việc lấy, chứa và sử dụng nước?
- Có trở ngại nào trong việc sử dụng nguồn nước sẵn có không?
- Liệu có phải di chuyển dân cư nếu nguồn nước không đủ không?
- Liệu có thể cấp nước bằng xe tèc không nếu nguồn nước không đủ?
- Các vấn đề vệ sinh cơ bản nào liên quan đến cấp nước?
- Người dân có phương tiện để sử dụng nước một cách hợp vệ sinh không?

3 Xử lý phân

- Tập quán đi tiêu hiện tại là gì? Nếu đi tiêu tự do, có địa điểm cố định không? Địa điểm đó có an toàn không?
- Các tín ngưỡng và thói quen truyền thống nào trong việc xử lý phân hiện có là gì? Bao gồm cả tập quán của từng giới?
- Các cơ sở hiện có? Nếu có thì có được sử dụng không? Có đầy đủ và có hoạt động tốt không? có thể mở rộng hay cải tiến không?
- Tập quán đi tiêu hiện tại có phải là mối đe dọa gây ô nhiễm nguồn cấp nước (nước mặt và nước ngầm) hoặc khu vực sinh sống không?

- Người dân có rửa tay sau khi đi tiêu và trước khi nấu ăn và ăn không? Có sẵn xà phòng và dụng cụ làm vệ sinh không?
- Người dân có quen với việc xây dựng và sử dụng nhà vệ sinh không?
- Địa phương có sẵn loại vật liệu gì để xây dựng nhà vệ sinh?
- Người dân có sẵn sàng sử dụng hố xí đào, địa điểm đí vệ sinh tập trung không?
- Các điểm vệ sinh tập trung, hố xí đào, nhà vệ sinh... có đủ rộng hoặc đủ chỗ không?
- Độ dốc của nền đất là bao nhiêu?
- Mực nước ngầm sâu bao nhiêu?
- Điều kiện nền đất có phù hợp với việc xử lý phân tại chỗ không?
- Liệu cách xử lý phân hiện tại có làm sinh sôi trung gian truyền bệnh không?
- Có sẵn nước rửa hoặc giấy chùi sau khi đi tiêu không? Người dân thường xử lý giấy chùi sau khi đi tiêu như thế nào?
- Phụ nữ giải quyết vấn đề kinh nguyệt như thế nào? Có các vật liệu hoặc phương tiện phù hợp cho việc này không?

4 Bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra

- Những nguy cơ nào liên quan đến bệnh do trung gian truyền bệnh gây ra? và mức độ nghiêm trọng của chúng?
- Quan niệm và tập quán truyền thống liên quan đến trung gian truyền bệnh và bệnh lây lan qua trung gian truyền bệnh? Liệu có quan niệm nào có lợi hoặc có hại không?
- Nếu có nguy cơ cao thì người dân có tiếp cận được các biện pháp phòng chống cá nhân không?
- Liệu có thể thay đổi môi trường khu vực (bằng cách thoát nước, phát quang bụi rậm, xử lý phân, xử lý chất thải...) để hạn chế sự sinh sản của trung gian truyền bệnh không?

- Có cần sử dụng các chất hóa học để kiểm soát trung gian truyền bệnh hay không? Có chương trình, quy chế và nguồn lực hiện tại cho việc kiểm soát trung gian truyền bệnh và việc sử dụng hóa chất không?
- Cần cung cấp những thông tin và biện pháp cảnh báo an toàn nào cho các hộ gia đình?

5 Xử lý rác thải rắn

- Rác thải rắn có là vấn đề cần giải quyết không?
- Người dân xử lý rác như thế nào? Có những loại rác gì, số lượng bao nhiêu?
- Có thể xử lý rác thải rắn tại chỗ không hay phải thu gom và xử lý bên ngoài khu dân cư?
- Những người dân bị ảnh hưởng thường có tập quán xử lý rác thải rắn thế nào? (Hố chôn rác/hố ủ phân? Hệ thống thu gom? Thùng chứa?)
- Có các thiết bị và hoạt động y tế tạo ra rác thải hay không. Rác thải này được xử lý như thế nào? Ai chịu trách nhiệm?

6 Thoát nước

- Có vấn đề về thoát nước (ví dụ: nước ngập nhà ở và nhà vệ sinh, nơi sinh sản của trung gian truyền bệnh, nước bẩn ô nhiễm nơi sinh sống hoặc các hệ thống cung cấp nước) hay không?
- Liệu nền đất có ướt đẫm nước không?
- Người dân có cách nào bảo vệ nhà ở và nhà vệ sinh tránh bị ngập lụt không?

Phụ lục 2

Hướng dẫn lập kế hoạch cung cấp lượng nước tối thiểu cho các cơ sở và các mục đích khác

Trung tâm y tế và bệnh viện	5 lít /bệnh nhân ngoại trú 40-60 lít/bệnh nhân nội trú/ngày. Cần lượng nước bổ sung cho giặt giũ, xả nhà vệ sinh...
Trung tâm phòng bệnh tả	60 lít/bệnh nhân/ngày 15 lít/nhân viên y tế/ngày
Trung tâm nuôi dưỡng điều trị	30 lít/bệnh nhân/ngày 15 lít/nhân viên y tế/ngày.
Trường học	3 lít/học sinh/ngày để uống và rửa tay (không tính nước dùng cho vệ sinh, xem phần sau)
Đền thờ hồi giáo	2-5 lít/người/ngày để rửa tay và uống
Nhà vệ sinh công cộng	1-2 lít/người/ngày để rửa tay 2-8 lít/cabin/ngày để chùi rửa
Nhà vệ sinh xã nước	20-40 lít/người/ngày dành cho nhà vệ sinh xã nước thường được nối với hệ thống cống thoát 3-5 lít/người/ngày cho hố xí dội
Nước rửa hậu môn	1-2 lít/người/ngày
Chăn nuôi	20-30 lít /gia súc lớn/ngày hoặc trung bình ngày 5 lít/gia súc nhỏ/ngày
Tưới quy mô nhỏ	3-6mm/m ² /ngày, nhưng có thể thay đổi nhiều

Phụ lục 3

Hướng dẫn lập kế hoạch về số lượng nhà vệ sinh tối thiểu tại nơi công cộng và các cơ sở trong thảm họa

Địa điểm	Ngắn hạn	Dài hạn
Khu vực chợ	1 nhà vệ sinh/50 quầy	1 nhà vệ sinh/20 quầy
Bệnh viện, trung tâm y tế	1 nhà vệ sinh/20 giường hoặc cho 50 bệnh nhân ngoại trú	1 nhà vệ sinh/20 giường hoặc cho 20 bệnh nhân ngoại trú
Trung tâm chăm sóc nuôi dưỡng	1 nhà vệ sinh/50 người lớn 1 nhà vệ sinh/20 trẻ em	1 nhà vệ sinh/20 người lớn 1 nhà vệ sinh/10 trẻ em
Trung tâm đón tiếp trung chuyển	1 nhà vệ sinh/50 người tỷ lệ nữ/nam là 3/1	
Trường học	1 nhà vệ sinh/30 học sinh nữ 1 nhà vệ sinh/60 học sinh nam	1 nhà vệ sinh/30 học sinh nữ 1 nhà vệ sinh/60 học sinh nam
Văn phòng		1 nhà vệ sinh/20 nhân viên

Phụ lục 4

Các bệnh tật liên quan đến nguồn nước và phân, cơ chế truyền bệnh

Liên quan đến nguồn nước hay nước thải	Tà, shigellosis, ỉa chảy, salmonellosis,... Thương hàn, phó thương hàn,... E. coli, giardiasis. Viêm gan A, poliomyelitis, ỉa chảy Rotavirus	Vì khuẩn, phân qua đường miệng Phân qua đường miệng không vì khuẩn	Ô nhiễm nước Vệ sinh môi trường kém Thực hành vệ sinh cá nhân kém Ô nhiễm lương thực
Nước thải hay thiếu nước	Ngứa da và mắt Louse-borne typhus và louse-borne relapsing fever		Nước không phù hợp Thực hành vệ sinh cá nhân kém
Giun sán từ phân	Giun đũa, giun móc, giun kim	Giun sán lây truyền qua đất cát	Đi tiêu ngoài nhà vệ sinh Ô nhiễm mặt đất
Giun, sán gạo qua thịt bò, lợn	Sán dây, sán sơ mít	Người - động vật	Thức ăn nấu không chín Ô nhiễm mặt đất
Lây qua nước	Schistosomiasis Clonorchiasis ...	Ngâm lâu trong nước nhiễm khuẩn	Nước ô nhiễm
Trung gian truyền bệnh liên quan đến nước	Sốt rét, sốt xuất huyết, mắc bệnh ngủ, bệnh giun chỉ Bệnh ỉa chảy, kiết lỵ	Muỗi ruồi đốt Lây qua ruồi và gián	Đốt gầm nước Làm tổ trong nước Môi trường bẩn

Phụ lục 5

Tài liệu tham khảo

Cám ơn chương trình Forced Migration Online (Chương trình nối mạng trực tuyến về di cư bị cưỡng ép) của Trung tâm Nghiên cứu người tị nạn, Trường Đại học Oxford, nhiều tài liệu sử dụng ở đây đã được cấp giấy phép bản quyền và được sử dụng cho trang đặc biệt của dự án Sphere liên kết với trang web <<http://www.forcedmigration.org>>.

Các công cụ luật pháp quốc tế

Quyền sử dụng nước (Điều 11 và 12 của Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hoá - CESCR), tổng phụ giải CESCR 15, 26/11/2002 UN. Tài liệu E/C 12/11/2002. Uỷ ban về các quyền kinh tế, xã hội và văn hoá.

Kho lưu trữ Liên hợp quốc: <http://untreaty.un.org>

Thư viện về các quyền con người Trường Đại học Tổng hợp Minnesota: <http://www1.umn.edu/humanrts>

http://who.int/water_sanitation_health/Documents/right_towater/righttowater.htm

Tài liệu tham khảo chung

Adams, J (1999), *Managing Water Supply and Sanitation in Emergencies*, Oxfam GB.

Cairncross, S and Feachem, R (1993), *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text (Second Edition)*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.

Davis, J and Lambert, R (2002), *Engineering in Emergencies A Practical Guide for Relief Workers. Second edition*. RedR/IT Publications, London.

Drouarty, E and Vouillamoz, JM (1999), *Alimentation en eau des populations menacées*. Hermann, Paris.

International Research Centre (Netherlands) website: <http://www.irc.nl/publications>

MSF (1994), *Public Health Engineering in Emergency Situations, First Edition*. Médecins Sans Frontières, Paris.

UNHCR (1999), *Handbook for Emergencies, Second edition*. UNHCR, Geneva, <http://www.unhcr.ch/>

Water, engineering and Development Centre (WEDEC). Loughborough University, UK, <http://www.lboro.ac.uk>

WHO Health Library for Disasters: <http://www.helid.desastres.net>

WHO Water, Sanitation, Health Programme: http://who.int/water_sanitation-health

Khảo sát vệ sinh

AGROSS manual: <http://www.bgs.ac.uk>.

Giới

Gender and Water Alliance: <http://www.genderandwateralliance.org> Islamic Global Health Network, Islamic Supercourse Lectures. *On Health Promotion, Child Health and Islam*. <http://www.pitt.edu>

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

Khuyến khích thực hành vệ sinh

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water - and sanitation-Related Hygiene Practices*. International Nutrition Foundation for Developing Countries. Available from Intermediate Technology Publications, Southampton Row, London WC1, UK.

Benenson, As, ed. (1995), *Control of Communicable Diseases Manual, 16th Edition*. American Public Health Association.

Ferron, S, Morgan, J and O' Reilly, M (2000), *Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development*. Oxfam GB.

Cung cấp nước

FAO: <http://www.fao.org>

House, S and Reed, R (1997), *Emergency water sources: Guidelines for Selection and Treatment*. WEDEC, Loughborough University, UK.

Chất lượng nước

WHO (2003), *Guidelines for Drinking Water Quality. Third Edition*. Geneva.

Xử lý phân

Harvey, PA, Baghri, S and Reed, RA (2002), *Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design*. WEDEC, Loughborough University, UK.

Pickford, J (1995). *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience*. IT Publications, London.

Kiểm soát trung gian truyền bệnh

Hunter, P (1997), *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK.

Lacarin, Cj and Reed, RA (1999), *Emergency Vector Control Using Chemicals*. WEDEC, Loughborough, UK.

Thomson, M (1995), *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations*. Oxfam GB.

UNHCR (1997), *Vector and Pest Control in Refugee Situations*. UNHCR, Geneva.

Warrell, D and Gilles, H, eds. (2002), *Essential Malariaology. Fourth Edition*. Arnold, London.

WHO, *Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance.* <http://www.who.int>

WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES), *Guidelines for the purchase of pesticides for use in public health.* <http://www.who.int>.

Xử lý rác thải rắn

Design of landfill sites: <http://www.lifewater.org>

The International Solid Waste Association: <http://www.iswa.org>

Rác thải y tế

Pruss, A, Giroult, E, Rushbrook, P, eds. (1999), *Safe Management of Health-Care Wastes.* WHO, Geneva.

WHO (2000), *Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management.* Geneva.

WHO: <http://www.healthcarewaste.org>

WHO: <http://www.injectionsafety.org>

Thoát nước

Environment Protection Agency (EPA) (1980). *Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems,* Report EPA-600/2-78-173. Cincinnati.

Ghi chú

Ghi chú

KK TH
VS/Nuốc VS

Ghi chú

Đại học
Y khoa
Hà Nội
Lương thực,
Dinh dưỡng và
Viện trợ Lương
thực thực phẩm



Cách sử dụng chương này

Chương này được chia thành bốn phần: 1) Đánh giá và phân tích an ninh lương thực và dinh dưỡng và; 2) Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về An ninh lương thực; 3) Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dinh dưỡng; 4) Các Tiêu chuẩn viện trợ lương thực thực phẩm. Trong khi các tiêu chuẩn dinh dưỡng và an ninh lương thực thể hiện cụ thể quyền có lương thực thì các tiêu chuẩn viện trợ lương thực thực phẩm lại chú trọng vào hoạt động. Các tiêu chuẩn Viện trợ Lương thực thực phẩm có thể góp phần đạt được cả các tiêu chuẩn dinh dưỡng và tiêu chuẩn an ninh lương thực.

Mỗi phần bao gồm các nội dung sau:

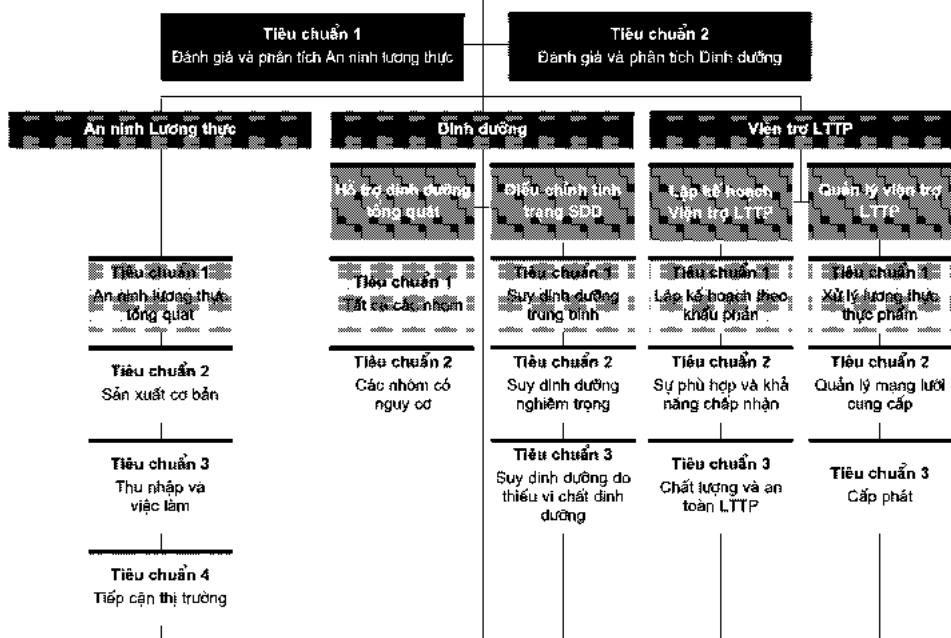
- Các tiêu chuẩn tối thiểu: là các tiêu chuẩn định tính và chỉ rõ mức tối thiểu cần đạt được trong việc cung cấp an ninh lương thực, dinh dưỡng và viện trợ thực phẩm.
- Các chỉ số chính: là các “dấu hiệu” để cho thấy liệu các tiêu chuẩn đã đạt được chưa. Các chỉ số cung cấp một phương cách để đo và thu thập thông tin về tác động hoặc kết quả của các chương trình cũng như quy trình hoặc phương pháp đã sử dụng. Các chỉ số có thể là định tính hoặc định lượng.
- Hướng dẫn: Phần này bao gồm những điểm cụ thể để xem xét khi áp dụng các tiêu chuẩn và các chỉ số trong các tình huống khác nhau, cũng như hướng dẫn việc giải quyết các khó khăn trong thực tế, xác định các vấn đề ưu tiên. Các hướng dẫn này cũng bao gồm các vấn đề quan trọng về tiêu chuẩn và chỉ số, và nêu ra mâu thuẫn, nghịch lý và thiếu hụt trong kiến thức hiện nay.

Phụ lục ở cuối chương bao gồm các danh mục kiểm tra đánh giá, ví dụ, về việc đáp ứng về an ninh lương thực, hướng dẫn về cách đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng cấp tính và xác định ý nghĩa đối với sức khoẻ cộng đồng do thiếu hụt vi chất dinh dưỡng, những yêu cầu về dinh dưỡng và danh sách tài liệu tham khảo chọn lọc, chỉ rõ nguồn thông tin về những vấn đề chung và cả những vấn đề kỹ thuật riêng liên quan đến chương này.

Mục lục

Giới thiệu	107
1. Đánh giá và phân tích an ninh lương thực và dinh dưỡng	111
2. Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về an ninh lương thực	119
3. Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dinh dưỡng	135
i) Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát	137
ii) Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng	144
4. Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Viện trợ Lương thực thực phẩm	155
i) Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm	156
ii) Quản lý Viện trợ Lương thực thực phẩm	162
Phụ lục 1: Danh mục kiểm tra về phương pháp luận và báo cáo an ninh lương thực	172
Phụ lục 2: Danh mục kiểm tra đánh giá an ninh lương thực	174
Phụ lục 3: Ứng phó an ninh lương thực	177
Phụ lục 4: Danh mục kiểm tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng	180
Phụ lục 5: Đánh giá suy dinh dưỡng cấp tính	183
Phụ lục 6: Đánh giá ý nghĩa của việc thiếu Vitamin A và iốt đối với sức khoẻ cộng đồng	187
Phụ lục 7: Các yêu cầu dinh dưỡng	189
Phụ lục 8: Danh mục kiểm tra công tác hậu cần trong quản lý hệ thống cung cấp	192
Phụ lục 9: Tài liệu tham khảo	194

An ninh lương thực, Dinh dưỡng và Viên trợ Lương thực thực phẩm



Phụ lục 1 Danh mục kiểm tra về phương pháp luận và báo cáo an ninh lương thực

Phụ lục 2 Danh mục kiểm tra đánh giá an ninh lương thực

Phụ lục 3 Ứng phó an ninh lương thực

Phụ lục 4 Danh mục kiểm tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Phụ lục 5 Đánh giá suy dinh dưỡng nghiêm trọng

Phụ lục 6 Đánh giá ý nghĩa của việc thiếu vitamin A, iốt đối với sức khỏe cộng đồng

Phụ lục 7 Các yêu cầu về dinh dưỡng

Phụ lục 8 Danh mục kiểm tra công tác hậu cần trong quản lý mạng lưới cung cấp

Phụ lục 9 Tài liệu tham khảo

Giới thiệu

Các mối liên kết với công cụ luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về An ninh lương thực, Dinh dưỡng và Viện trợ Lương thực thực phẩm là sự thể hiện cụ thể những nguyên tắc và quyền được quy định trong Hiến chương Nhân đạo. Hiến chương Nhân đạo đề cập đến những yêu cầu cơ bản nhất về việc bảo vệ cuộc sống và nhân phẩm của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa hay xung đột, đã được phản ánh đầy đủ trong luật quốc tế về quyền con người, luật nhân đạo và luật về người tị nạn.

Mỗi người đều có quyền có đủ lương thực thực phẩm. Quyền này được công nhận trong các công cụ luật pháp quốc tế và bao gồm cả quyền không bị bỏ sót. Những yếu tố chính của quyền có đủ lương thực thực phẩm bao gồm:

- Sự sẵn có lương thực thực phẩm về số lượng và chất lượng đủ để đáp ứng nhu cầu ăn uống của các cá nhân, không có chất có hại và chấp nhận được về văn hoá.
- Khả năng tiếp cận bền vững lương thực thực phẩm và không ảnh hưởng đến việc hưởng những quyền con người khác.

Những người hoạt động trong tổ chức chính phủ hoặc tổ chức phi chính phủ đều phải có trách nhiệm thực hiện đầy đủ quyền về lương thực. Tuy nhiên, trong nhiều tình huống người ta đã không làm đúng nghĩa vụ thực hiện quyền về lương thực thực phẩm và vi phạm luật quốc tế, ví dụ như gây ra nạn đói trầm trọng trong dân chúng hoặc phá hoại những sinh kế như thực hiện một chiến lược chiến tranh tạo ra tác động xấu tới an ninh lương thực, thực phẩm và dinh dưỡng. Vào những thời điểm xung đột vũ trang, người ta cấm binh lính phá huỷ lương thực, khu nông nghiệp sản xuất lương thực, mìa màng, gia súc. Trong những trường hợp đó, những người hoạt động nhân đạo nên trợ giúp để thực hiện quyền của những người dân đang bị ảnh hưởng bởi thảm họa, ví dụ như việc tiến hành cứu trợ lương thực thực phẩm theo luật quốc gia và các nghĩa vụ nhân quyền quốc tế.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu đề cập trong chương này chưa phải là sự thể hiện đầy đủ quyền có đủ lương thực thực phẩm. Tuy nhiên, những tiêu chuẩn

Sphere phản ánh nội dung cốt lõi của Quyền con người về lương thực thực phẩm và góp phần thực hiện dần dần quyền này trên toàn cầu.

Tầm quan trọng của an ninh lương thực, dinh dưỡng và viện trợ lương thực thực phẩm trong thảm họa

Tiếp cận lương thực thực phẩm và duy trì tình trạng đầy đủ dinh dưỡng là những yếu tố quyết định đến sự sống còn của con người trong thảm họa. Suy dinh dưỡng có thể là vấn đề nghiêm trọng nhất của y tế cộng đồng, nó có thể là nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp gây tử vong hàng đầu. Việc phục hồi sinh kế và an ninh lương thực tiếp theo của người dân quyết định tình hình sức khoẻ và dinh dưỡng trong thời gian ngắn hạn cũng như sự sống còn và đảm bảo cuộc sống cho họ trong tương lai. Viện trợ lương thực thực phẩm có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ và tăng cường an ninh lương thực và dinh dưỡng, và là một phần của các biện pháp kết hợp.

Không thể đề cập chi tiết đến những tiêu chuẩn an ninh lương thực như các tiêu chuẩn về dinh dưỡng hoặc những tiêu chuẩn viện trợ lương thực thực phẩm, bởi vì nói chung an ninh lương thực là một lĩnh vực đa dạng mà lại không có nhiều kinh nghiệm tốt nhất trong thảm họa.

Ở chương này người ta sử dụng những khái niệm sau:

- **An ninh lương thực** được hiểu là khi tất cả mọi người, ở mọi thời điểm xét về mặt tự nhiên và kinh tế đều tiếp cận được với nguồn lương thực thực phẩm đầy đủ, đảm bảo dinh dưỡng và an toàn cho cuộc sống mạnh khoẻ và năng động (Kế hoạch hành động của Hội nghị thượng đỉnh về Lương thực thế giới, đoạn I, năm 1996);
- **Sinh kế** bao gồm các khả năng và tài sản (bao gồm cả những nguồn lực vật chất và xã hội) và những hoạt động sinh kế để tồn tại và đảm bảo cuộc sống trong tương lai. Giải pháp sinh kế là những phương cách hoặc hoạt động mà qua đó con người tiếp cận được lương thực thực phẩm hoặc có thu nhập để mua lương thực thực phẩm, trong khi đó những biện pháp đối phó chỉ là những đáp ứng tạm thời đối với tình trạng thiếu an ninh lương thực.
- **Suy dinh dưỡng** bao gồm một loạt các vấn đề, trong đó có suy dinh dưỡng cấp tính, mãn tính và thiếu hụt vi chất dinh dưỡng. Suy dinh

dưỡng cấp tính gây nên sự gầy yếu (mòn mỏi) và/hoặc phù do thiếu dinh dưỡng; suy dinh dưỡng kinh niên làm con người còi cọc. Sự gầy yếu và còi cọc là hai hình thức phát triển không bình thường. Trong chương này, chúng tôi chỉ đề cập đến sự suy dinh dưỡng cấp tính và thiếu hụt vi chất dinh dưỡng.

Do phụ nữ thường được xem là người đảm nhận trách nhiệm chính trong việc lo toan lương thực thực phẩm trong gia đình và vì chính họ là những người tiếp nhận lương thực thực phẩm cứu trợ nên điều quan trọng nhất là khuyến khích họ tham gia thiết kế và thực hiện chương trình viện trợ lương thực thực phẩm khi có thể.

Các mối liên kết với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác liên quan đến chương này. Những bước tiến trong việc đạt được các tiêu chuẩn thuộc lĩnh vực này thường có ảnh hưởng và thậm chí quyết định đến sự tiến bộ ở những lĩnh vực khác. Để có một biện pháp ứng phó hữu hiệu, việc hợp tác và phối hợp với các lĩnh vực khác là cần thiết. Công tác điều phối giữa các nhà chức trách địa phương, các tổ chức ứng phó thảm họa khác cũng cần thiết nhằm đảm bảo đáp ứng đúng nhu cầu và các hoạt động không bị trùng lặp; đảm bảo chất lượng an ninh lương thực, dinh dưỡng và các biện pháp ứng phó cứu trợ lương thực thực phẩm được đáp ứng tối đa.

Ví dụ, những yêu cầu về dụng cụ nấu ăn, chất đốt, nước nấu ăn cũng như việc giữ gìn sức khỏe cộng đồng được đề cập trong những tiêu chuẩn về Nước Sạch, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành Vệ sinh, Dịch vụ Y tế, Nhà ở, Định cư và hàng Phi lương thực. Những yêu cầu này tác động trực tiếp đến khả năng hộ gia đình tiếp cận lương thực thực phẩm và duy trì chế độ dinh dưỡng đầy đủ. Khi cần đã có các tham chiếu về các tiêu chuẩn cụ thể và các hướng dẫn tại các chương kỹ thuật khác.

Lương
thực

Các mối liên kết với các tiêu chuẩn chung cho mọi lĩnh vực

Quy trình xây dựng và thực hiện một biện pháp ứng phó có vai trò quan trọng để triển khai và thực hiện có hiệu quả các hoạt động. Chương này cần được sử dụng phối hợp với các tiêu chuẩn chung bao gồm, các tiêu chuẩn về sự tham gia, đánh giá ban đầu, ứng phó thảm họa, xác định đối tượng, giám sát,

đánh giá, tiêu chuẩn về năng lực và trách nhiệm của người làm công tác cứu trợ cũng như việc quản lý, giám sát và hỗ trợ nhân sự (xem chương 1, trang 21). Với bất kỳ hoạt động cứu trợ nào, cần tối đa hóa sự tham gia của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, kể cả các nhóm dễ bị tổn thương được đề cập dưới đây nhằm đảm bảo tính phù hợp và chất lượng của hoạt động đó.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Các nhóm có nguy cơ cao nhất khi thảm họa xảy ra là phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật và những người nhiễm HIV/AIDS. Trong một số hoàn cảnh nhất định, người dân có thể dễ bị tổn thương bởi các lý do về dân tộc, tôn giáo hoặc khuynh hướng chính trị, và di tản. Đây không phải là danh sách đầy đủ mà chỉ kể đến những lý do thường gặp nhất. Tình trạng dễ bị tổn thương ảnh hưởng đặc biệt tới khả năng sống sót và đối phó của người dân trong thảm họa, và các nhóm nguy cơ cao phải được xác định rõ trong từng bối cảnh cụ thể.

Trong toàn bộ cuốn sách này, thuật ngữ “nhóm người dễ bị tổn thương” đề cập đến tất cả các nhóm kể trên. Khi một trong những nhóm người này gặp rủi ro, điều đó cũng có nghĩa rằng các nhóm dễ bị tổn thương khác cũng bị đe dọa. Do đó, bất cứ khi nào một trong những nhóm dễ bị tổn thương được đề cập đến, nên xem xét đến tất cả các nhóm đã nêu ở trên. Cần đặc biệt quan tâm đến việc bảo vệ và cung cấp cứu trợ cho tất cả các nhóm bị ảnh hưởng một cách không kỳ thi và phù hợp với nhu cầu riêng biệt của họ. Tuy vậy, cũng cần lưu ý rằng các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa đều có hoặc có thể học được các kỹ năng và khả năng của riêng họ để đối phó, và cần phải hiểu và ủng hộ những kỹ năng và khả năng này.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu

1 Đánh giá và phân tích an ninh lương thực và dinh dưỡng

Hai tiêu chuẩn nói trên tiếp nối từ các tiêu chuẩn về đánh giá ban đầu (xem trang 29) và sự tham gia (xem trang 28) và cả 2 tiêu chuẩn này đều áp dụng khi có những can thiệp về dinh dưỡng và an ninh lương thực được lập kế hoạch và vận động ủng hộ chính sách. Những đánh giá này có chiều sâu nên cần nhiều thời gian và nguồn lực để thực hiện tốt. Nếu xét trong một cuộc khủng hoảng tức thời và trong một cuộc ứng phó khẩn cấp, đánh giá nhanh có thể đã đủ để quyết định cần trợ giúp khẩn cấp hay không và nếu thực hiện thì phải cung cấp những gì. Danh mục kiểm tra đánh giá có trong phụ lục 1-2, trang 172-176.

Tiêu chuẩn 1 - Đánh giá và phân tích: An ninh lương thực

Khi người dân có nguy cơ thiếu an ninh lương thực thì những quyết định về chương trình ứng phó cần dựa trên những kinh nghiệm hiểu biết về việc người dân thường tiếp cận nguồn lương thực thế nào, cũng như việc nhận thức được tác động của thảm họa tới an ninh lương thực trong bối cảnh hiện tại và tương lai và từ đó vạch ra những biện pháp ứng phó thích hợp nhất.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Đánh giá và phân tích về an ninh lương thực ở các địa điểm phù hợp theo các nhóm sinh kế, phân biệt theo các mùa và liên tục để xác định và ưu tiên nhu cầu (xem hướng dẫn 1).

- Đánh giá này thể hiện sự hiểu biết bao quát về các chính sách chính trị, kinh tế, xã hội, về các thể chế và các quy trình ảnh hưởng tới an ninh lương thực (xem hướng dẫn 2).
- Đánh giá này gồm cả việc điều tra và phân tích các biện pháp ứng phó với thảm họa (xem hướng dẫn 3).
- Nếu có thể, việc đánh giá nên dựa vào khả năng của địa phương bao gồm các cơ quan đoàn thể chính thức hoặc không chính thức (xem hướng dẫn 4).
- Phương pháp luận sử dụng được trình bày hoàn chỉnh trong bản báo cáo đánh giá và bám sát vào các nguyên tắc đã được chấp nhận rộng rãi (xem hướng dẫn 5).
- Sử dụng những dữ liệu thứ cấp hiện có, và thu thập những dữ liệu sơ cấp mới tại thực địa tập trung vào những thông tin bổ sung thiết yếu cho việc ra quyết định (xem hướng dẫn 6).
- Những ứng phó an ninh lương thực được khuyến nghị nhằm ủng hộ, bảo vệ và thúc đẩy những giải pháp sinh kế, đồng thời cũng đáp ứng được những nhu cầu trước mắt (xem hướng dẫn 7).
- Quan tâm đến tác động của an ninh lương thực tới tình trạng dinh dưỡng của người dân (xem hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

1. **Phạm vi phân tích:** Vấn đề an ninh lương thực thể hiện khá đa dạng tùy vào sinh kế của người dân, nơi Ở, địa vị xã hội của họ, mùa vụ trong năm, bản chất của thảm họa và biện pháp ứng phó. Đánh giá cần tập trung phản ánh việc người dân có được lương thực và thu nhập trước khi xảy ra thảm họa và thảm họa ảnh hưởng đến những vấn đề này thế nào. Ví dụ, tại đô thị và những vùng ven đô thị, nghiên cứu có thể tập trung vào thị trường cung cấp lương thực, trong khi đó Ở những vùng nông thôn thì chủ yếu quan tâm đến việc sản xuất lương thực. Khi người dân đã di tản, cần phải chú ý đến an ninh lương thực của cộng đồng cư dân tiếp nhận. Có thể tiến hành đánh giá an ninh lương thực khi có kế hoạch chấm dứt chương trình cũng như trước khi thực hiện chương trình. Trong cả hai trường hợp cần phối hợp với các bên liên quan để hạn chế sự trùng lặp. Đánh giá thu thập thông tin mới phải bổ sung cho những dữ liệu thứ cấp thu được từ những thông tin hiện có.

- 2. Bối cảnh:** Tình trạng thiếu an ninh lương thực có thể là kết quả của những nhân tố kinh tế vĩ mô và cơ cấu kinh tế - chính trị rộng lớn. Ví dụ như các chính sách quốc gia và quốc tế, các quy trình hoặc các định chế cản trở người dân tiếp cận lương thực thực phẩm đủ dinh dưỡng. Tình trạng này thường được định nghĩa là sự thiếu an ninh lương thực kinh niên, và sự thiếu an ninh lương thực là kết quả của tình trạng dễ bị tổn thương lâu dài về cơ cấu, nhưng cũng có thể trở nên trầm trọng hơn khi bị tác động bởi một thảm họa.
- 3. Các chiến lược đối phó:** Đánh giá và phân tích phải cân nhắc đến các loại chiến lược đối phó khác nhau, ai là những người đang áp dụng chiến lược này và họ thực hiện tốt như thế nào. Các chiến lược đối phó cũng đa dạng. Ban đầu những chiến lược đối phó có thể là rất đơn giản, chúng có thể thay đổi và không gây tác hại lâu dài. Ví dụ như việc thu gom lương thực thực phẩm từ thiên nhiên, bán tài sản không cần thiết hoặc đưa một thành viên của gia đình đi lao động nơi khác. Những biện pháp ở giai đoạn kế tiếp, đôi khi còn gọi là những chiến lược mang tính khủng hoảng có thể đưa đến tình trạng thiếu an ninh lương thực về lâu dài, ví dụ việc bán đất đai, toàn bộ gia đình phải di dời đến nơi khác trong nỗi tuyệt vọng, hoặc phá rừng. Một vài biện pháp đối phó của phụ nữ và các cô gái trẻ có thể làm tăng nhiễm HIV, ví dụ như nạn mại dâm và quan hệ gian díu hoặc bạo lực tình dục khi họ di tản đến những nơi không an toàn. Di tản gia tăng có thể tỷ lệ thuận với nguy cơ lây nhiễm HIV. Các biện pháp đối phó cũng có thể gây ảnh hưởng tới môi trường, ví dụ do khai thác quá mức nguồn tài nguyên thiên nhiên. Điều quan trọng là an ninh lương thực cần được bảo vệ và hỗ trợ trước khi không còn các giải pháp vô hại.
- 4. Khả năng của địa phương:** Việc tham gia của cộng đồng và các ban ngành đoàn thể tại địa phương trong tất cả các giai đoạn từ đánh giá đến lập kế hoạch có ý nghĩa quan trọng. Các chương trình phải xây dựng dựa trên nhu cầu và phù hợp với bối cảnh đặc thù của mỗi địa phương. Ở những khu vực luôn phải đổi mới với những thảm họa xảy ra theo chu kỳ hoặc những cuộc xung đột dai dẳng thường phải có hệ thống hoặc mạng lưới ứng phó khẩn cấp hoặc cảnh báo sớm. Các cộng đồng từng trải qua hạn hán và lũ lụt, có thể có kế hoạch ứng phó riêng. Vì vậy, phải hỗ trợ các khả năng của địa phương.
- 5. Phương pháp luận:** Phải xem xét kỹ các thông tin đánh giá và quy trình chọn mẫu cho dù không chính thức. Quá trình hình thành báo cáo bằng văn bản cần phải hợp lý và minh bạch cũng như phải phản ánh các quy trình đánh giá an ninh lương thực đã được xác định. Cần phối hợp hài hòa giữa các tổ chức và chính phủ trong cách tiếp cận phương pháp luận nhằm đảm bảo những thông tin và phân tích được bổ sung đầy đủ và nhất quán, từ đó thông tin có thể đổi chiều được theo thời gian. Những đánh giá do nhiều tổ chức tham gia thường

có tính thuyết phục hơn. Việc kiểm chứng các nguồn tin khác nhau và các loại thông tin về an ninh lương thực là rất quan trọng để đi đến một kết luận đồng nhất được kiểm chứng qua những nguồn khác nhau, ví dụ, đánh giá về mùa vụ, ảnh vệ tinh, đánh giá hộ gia đình, v.v.. Có một danh mục kiểm tra các lĩnh vực chính cần xem xét trong đánh giá tại phụ lục 2, và một danh mục kiểm tra phương pháp luận đánh giá tại phụ lục 1.

- 6. Các nguồn thông tin:** Nhiều khi có rất nhiều các thông tin thứ cấp về tình hình trước khi thảm họa xảy ra bao gồm thông tin về sự sẵn có của lương thực thực phẩm, khả năng tiếp cận lương thực của các nhóm đối tượng khác nhau, các nhóm được xem là thiếu an ninh lương thực nhất và những ảnh hưởng của các cuộc khủng hoảng trước đó đối với lương thực thực phẩm và khả năng tiếp cận lương thực thực phẩm của các nhóm đối tượng khác nhau. Sử dụng có hiệu quả thông tin thứ cấp nói trên có thể làm cho việc tập hợp những dữ liệu sơ cấp trong quá trình đánh giá chú trọng vào những vấn đề thiết yếu trong tình huống mới.
- 7. Lập kế hoạch dài hạn:** Trong giai đoạn đầu của một cuộc khủng hoảng ưu tiên đáp ứng những nhu cầu trước mắt và bảo vệ tài sản sinh lợi nhưng vẫn phải luôn luôn nghĩ đến việc lập các kế hoạch ứng phó dài hạn. Điều này yêu cầu phải có chuyên môn sâu trong một loạt các lĩnh vực cũng như khả năng phối hợp chặt chẽ với các thành viên cộng đồng, bao gồm đại diện của tất cả các nhóm. Việc tham gia của các thành viên cộng đồng ở các giai đoạn đánh giá và lập kế hoạch chương trình có tầm quan trọng sống còn, đặc biệt quan niệm của họ về các khả năng và nguy cơ lâu dài cũng rất quan trọng. Những khuyến nghị phải dựa trên cơ sở những hiểu biết đúng đắn và có chứng cứ bởi những người có kinh nghiệm và có chuyên môn thích hợp. Nhóm đánh giá nên có các chuyên gia trong các lĩnh vực liên quan ví dụ: các kỹ sư nông nghiệp, kinh tế nông nghiệp, bác sĩ thú y, các nhà khoa học xã hội, những chuyên gia về nước và vệ sinh môi trường hoặc các chuyên gia về các lĩnh vực khác (xem ở phần tiêu chuẩn tham gia, trang 28).
- 8. Tình trạng thiếu an ninh lương thực và tình trạng dinh dưỡng:** Tình trạng thiếu an ninh lương thực là một trong ba nguyên nhân sâu xa gây nên suy dinh dưỡng. Vì vậy bất kỳ nơi nào có tình trạng thiếu an ninh lương thực, thì có thể xảy ra tình trạng suy dinh dưỡng kể cả thiếu hụt vi chất dinh dưỡng. Việc xem xét sự tác động của tình trạng thiếu an ninh lương thực đối với tình trạng dinh dưỡng là một phần thiết yếu trong việc đánh giá an ninh lương thực. Tuy nhiên, không thể giả định là tình trạng thiếu an ninh lương thực là nguyên nhân duy nhất gây ra tình trạng suy dinh dưỡng mà không xét đến các yếu tố liên quan đến sức khỏe và chăm sóc sức khỏe.

Tiêu chuẩn 2 - Đánh giá và phân tích: Dinh dưỡng

Khi người dân có nguy cơ bị suy dinh dưỡng thì các quyết định của chương trình nên dựa trên kinh nghiệm hiểu biết về nguyên nhân, loại, mức độ và quy mô suy dinh dưỡng từ đó đề ra phương án đối phó phù hợp nhất.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Trước khi thực hiện cuộc khảo sát nhân trắc học cần có các phân tích và báo cáo về các thông tin liên quan tới những nguyên nhân sâu xa gây suy dinh dưỡng (như thức ăn, sức khoẻ và chăm sóc), đồng thời nhấn mạnh bản chất, mức độ nghiêm trọng của các vấn đề và các nhóm có nhu cầu về dinh dưỡng và trợ giúp nhiều nhất (xem hướng dẫn 1 và tiêu chuẩn 2 trợ giúp dinh dưỡng tổng quát, trang 140).
- Cần xem xét các ý kiến của cộng đồng và những bên liên quan ở địa phương về nguyên nhân gây suy dinh dưỡng (xem hướng dẫn 1).
- Chỉ thực hiện các cuộc khảo sát nhân trắc học khi cần có các thông tin và phân tích cho việc ra quyết định chương trình (xem hướng dẫn 2).
- Những hướng dẫn về khảo sát nhân trắc học quốc tế và những hướng dẫn trong nước phù hợp cần được tuân thủ để quyết định loại, cấp độ và quy mô của suy dinh dưỡng (xem hướng dẫn 3).
- Khi thực hiện các cuộc khảo sát nhân trắc học ở trẻ em dưới 5 tuổi cần sử dụng những giá trị đối chiếu giữa cân nặng với chiều cao theo quy định quốc tế trong báo cáo về suy dinh dưỡng trong bảng điểm Z và giá trị đối chiếu trung bình để lập kế hoạch (xem hướng dẫn 3).
- Cần xác định những nguy cơ do thiếu vi chất dinh dưỡng mà người dân đang gặp phải (xem hướng dẫn 4).
- Sau khi hoàn tất việc đánh giá về dinh dưỡng nên đề xuất các biện pháp ứng phó dựa trên năng lực và phù hợp với khả năng thực hiện của địa phương.

Hướng dẫn

- 1. Nguyên nhân căn bản:** Các nguyên nhân tức thời gây suy dinh dưỡng là bệnh tật và/hoặc khẩu phần không đủ (điều này lại có nguyên nhân do tình trạng thiếu an ninh lương thực) chăm sóc sức khoẻ cộng đồng nghèo nàn hoặc môi trường xã hội và chăm sóc không đầy đủ, hay thiếu tiếp cận đến các dịch vụ y tế tại gia đình và cộng đồng. Những nguyên nhân căn bản này chịu sự tác động của các nguyên nhân cơ bản khác nữa đó là nguồn nhân lực, cơ chế, kinh tế, tự nhiên, bối cảnh chính trị, văn hoá, an ninh, cơ sở hạ tầng chính thức và không chính thức, các cuộc di dân (bắt buộc hoặc tự do) hay cả các khó khăn trong việc di tản. Hiểu biết về những nguyên nhân gây ra suy dinh dưỡng trong từng hoàn cảnh cụ thể là điều kiện tiên quyết cho bất kỳ chương trình dinh dưỡng nào. Có thể thu thập các thông tin về nguyên nhân gây suy dinh dưỡng từ những nguồn thông tin sơ cấp và thứ cấp bao gồm hồ sơ sức khoẻ và dinh dưỡng hiện có, các báo cáo nghiên cứu, các thông tin cảnh báo sớm, hồ sơ bệnh án tại trung tâm y tế, báo cáo về an ninh lương thực, các nhóm an sinh xã hội tại cộng đồng và có thể kết hợp cả những thông tin định tính và định lượng. Có một danh mục kiểm tra đánh giá dinh dưỡng tại phụ lục 4.
- 2. Ra quyết định** dựa trên sự hiểu biết của cả 3 nguyên nhân căn bản có thể gây suy dinh dưỡng nói trên cũng như kết quả của các cuộc khảo sát nhân trắc học. Tuy nhiên, trong lúc cấp bách các quyết định thực hiện phản phôi lương thực rộng rãi không cần đợi kết quả của các cuộc khảo sát nhân trắc học, bởi các cuộc khảo sát này có thể mất tới 3 tuần mới hoàn tất. Tuy vậy, vẫn có thể sử dụng những kết quả khảo sát nhân trắc học để ra quyết định về biện pháp ứng phó nhằm điều chỉnh suy dinh dưỡng.
- 3. Các khảo sát nhân trắc học** đưa ra những ước tính về tình trạng phổ biến của suy dinh dưỡng. Thực tế phổ biến nhất được chấp nhận là việc điều tra mức độ suy dinh dưỡng của trẻ em từ 6 đến 59 tháng tuổi, coi là đại diện cho cả cộng đồng. Tuy nhiên, các nhóm tuổi khác cũng có thể bị ảnh hưởng ở quy mô lớn hơn hoặc đối mặt với nguy cơ lớn hơn. Khi có trường hợp này, tình trạng dinh dưỡng của các lứa tuổi này cũng cần được xem xét đánh giá, tuy việc này chẳng hề đơn giản (xem phụ lục 5). Những hướng dẫn quốc tế quy định rằng sử dụng mẫu đại diện thay thế cho các cuộc khảo sát; việc tuân thủ các hướng dẫn quốc gia có thể thúc đẩy sự phối hợp và khả năng đổi chiều các báo cáo. Khi có sẵn các dữ liệu tiêu biểu về xu hướng dinh dưỡng thì các dữ liệu này được ưa chuộng hơn những số liệu đơn thuần. Tỷ lệ được tiêm chủng có thể là thông tin có ích cho khảo sát nhân trắc học, vì nó có thể kiểm tra lại dữ liệu tử vong khi sử dụng mô hình mẫu khác. Các báo cáo phải luôn mô tả những

nguyên nhân có thể xảy ra tình trạng suy dinh dưỡng, còn tình trạng phù nề do suy dinh dưỡng nên có báo cáo riêng.

- 4. Thiếu hụt vi chất dinh dưỡng:** Nếu biết được người dân thiếu vitamin A, iốt hoặc chất sắt trước khi thảm họa xảy ra thì có thể giả định rằng sự thiếu hụt này sẽ tiếp tục trong suốt thời gian xảy ra thảm họa. Khi phân tích tình hình sức khoẻ và an ninh lương thực nên dự đoán nguy cơ thiếu vi chất dinh dưỡng, tiến hành từng bước tiến hành lượng hoá sự thiếu hụt từng vi chất dinh dưỡng cụ thể (xem tiêu chuẩn 1 - Cung cấp dinh dưỡng, trang 137 và tiêu chuẩn 3 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng, trang 152).

An ninh lương thực

Tiêu chuẩn đánh giá và phân tích
An ninh lương thực trang 111

Tiêu chuẩn 4

An ninh lương thực tổng quát

Tiêu chuẩn

Thu nhập và việc làm

Tiêu chuẩn 4

Tiếp cận thị trường

Phụ lục 1

Danh mục kiểm tra về phương pháp luận và báo cáo an ninh lương thực

Phụ lục 2

Danh mục kiểm tra đánh giá an ninh lương thực

Phụ lục 3

Ứng phó an ninh lương thực

Phụ lục 9

Tài liệu tham khảo

2 Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về an ninh lương thực

An ninh lương thực bao gồm cả việc tiếp cận lương thực thực phẩm (theo khả năng cung cấp), có đủ khả năng cung cấp hay sự sẵn có lương thực thực phẩm và sự cung cấp ổn định và tiếp cận liên tục. Nó còn bao hàm cả chất lượng, chủng loại, sự an toàn của lương thực thực phẩm, tiêu dùng và sử dụng thực phẩm sinh học.

Sự đối phó bằng sinh kế của người dân và tình trạng dễ bị tổn thương đối với tình hình thiếu an ninh lương thực phần lớn được quyết định bởi nguồn lực sẵn có của họ và các nguồn lực này bị tác động bởi thảm họa như thế nào. Những nguồn lực này bao gồm những tài sản kinh tế, tài chính (như tiền mặt, tín dụng, tiền tiết kiệm và vốn đầu tư) và rộng hơn bao gồm: nguồn vốn xã hội, nhân lực, tài nguyên thiên nhiên, vật chất. Đối với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa, việc duy trì, phục hồi và phát triển nguồn lực cần thiết để đảm bảo an ninh lương thực và sinh kế trong tương lai thường là vấn đề ưu tiên. Trong xung đột, tình trạng thiếu an ninh, các mối đe dọa xung đột có thể cản trở rất nhiều đến các hoạt động sinh kế và tiếp cận thị trường. Nhiều hộ gia đình có thể trực tiếp bị mất tài sản, bị bỏ rơi do hậu quả của việc giao chiến hoặc bị tàn phá hoặc bị chiếm đoạt bởi các phe phái tham chiến.

Tiêu chuẩn an ninh lương thực thứ nhất tiếp theo tiêu chuẩn đánh giá và phân tích an ninh lương thực ở trang 111 là những tiêu chuẩn tổng quát áp dụng cho các lĩnh vực của chương trình an ninh lương thực khi thảm họa xảy ra, bao gồm cả vấn đề liên quan đến sự sống còn và bảo vệ tài sản. Ba tiêu chuẩn còn lại liên quan đến sản xuất cơ bản, tăng thu nhập và công ăn việc làm, và tiếp cận thị trường bao gồm hàng hoá và dịch vụ. Phụ lục 3 đề cập đến một loạt các biện pháp ứng phó an ninh lương thực.

Có một vài sự trùng lắp trong các tiêu chuẩn an ninh lương thực bởi vì việc đáp ứng an ninh lương thực thường có nhiều mục tiêu liên quan đến các khía cạnh khác nhau của an ninh lương thực và do đó không chỉ có một tiêu chuẩn đề cập đến (kể cả tiêu chuẩn về nước sạch, sức khoẻ và

nhà ở). Thêm vào đó, cần phải có sự cân đối giữa các chương trình hoạt động để đạt được tất cả các tiêu chuẩn an ninh lương thực. Việc ứng phó thảm họa phải hỗ trợ và/hoặc bổ sung cho dịch vụ của các cơ quan, ban, ngành chính quyền hiện hành về các vấn đề cơ chế, thiết kế và khả năng bền vững lâu dài.

Tiêu chuẩn 1 - An ninh lương thực: An ninh lương thực tổng quát

Người dân được tiếp cận lương thực thực phẩm và hàng phi lương thực thích hợp và đầy đủ để đảm bảo cho sự sống, bảo vệ tài sản và nâng cao nhân phẩm của người dân.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Khi sự sống của người dân đang bị đe dọa do thiếu lương thực thực phẩm, phải ưu tiên đáp ứng khẩn cấp nhu cầu lương thực thực phẩm (xem hướng dẫn 1).
- Trong mọi tình huống thảm họa, cần phải đưa ra các biện pháp hỗ trợ, bảo vệ và tăng cường an ninh lương thực. Trong đó có cả việc giữ gìn các công cụ và tư liệu sản xuất hoặc khôi phục công cụ và tư liệu sản xuất đã mất do thảm họa gây ra (xem hướng dẫn 2).
- Các hoạt động ứng phó nhằm bảo vệ và trợ giúp về an ninh lương thực phải dựa vào các phân tích, tham khảo ý kiến cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
- Các hoạt động ứng phó phải quan tâm đến các giải pháp đối phó với thảm họa của người dân, lợi ích của họ và những rủi ro và chi phí liên quan (xem hướng dẫn 3).
- Cần xây dựng và công bố, áp dụng một cách phù hợp các giải pháp chuyển tiếp và chấm dứt các hỗ trợ an ninh lương thực do ảnh hưởng thảm họa (xem hướng dẫn 4).

- Khi một hoạt động ứng phó hỗ trợ việc triển khai các sinh kế mới hoặc thay thế, tất cả các nhóm được tiếp cận các biện pháp hỗ trợ thích hợp, bao gồm kiến thức cần thiết, kỹ năng, dịch vụ (xem hướng dẫn 5).
- Các hoạt động hỗ trợ an ninh lương thực phải giảm thiểu tác động xấu đến môi trường (xem hướng dẫn 6).
- Theo dõi số lượng người được hưởng lợi để xác định mức độ tiếp nhận và tiếp cận của các nhóm đối tượng khác nhau trong dân cư và để đảm bảo lương thực thực phẩm đến được với tất cả những người dân bị ảnh hưởng mà không bị phân biệt đối xử (xem hướng dẫn 7).
- Các tác động của các hoạt động hỗ trợ đến nền kinh tế địa phương, mạng lưới xã hội, những sinh kế và môi trường được theo dõi cũng như việc giám sát liên tục dựa theo các mục tiêu của chương trình (xem hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

1. Ưu tiên các biện pháp ứng phó để cứu dân: Mặc dù việc cấp phát lương thực là hình thức phổ biến nhất nhằm khắc phục tình trạng thiếu an ninh lương thực khẩn cấp trong tình huống thảm họa, vẫn có những hỗ trợ khác cũng giúp người dân đáp ứng nhu cầu về lương thực thực phẩm cấp bách của họ. Ví dụ như việc bán trợ giá lương thực thực phẩm (khi người dân có khả năng nào đó để mua nhưng thiếu nguồn cung cấp), cải thiện năng lực mua thông qua những chương trình về việc làm (kể cả trả công bằng lương thực thực phẩm), mở kho dự trữ hoặc trợ cấp tiền. Đặc biệt là Ở những khu vực thành thị, có thể ưu tiên thiết lập lại hệ thống trật tự thị trường thông thường và phục hồi các hoạt động kinh tế nhằm tạo ra việc làm cho người dân. Các giải pháp trên có thể thích hợp hơn là cấp phát lương thực bồi nó giúp nâng cao nhân phẩm, hỗ trợ sinh kế và giảm tình trạng dễ bị tổn thương trong tương lai. Các cơ quan có trách nhiệm phải tìm ra những biện pháp khác nhằm đảm bảo rằng những hoạt động hỗ trợ phối hợp có thể cung cấp nguồn thu nhập và dịch vụ bổ sung. Việc phân phối lương thực đại trà chỉ nên thực hiện khi xét thấy là thực sự cần thiết và khi có thể nên dừng lại càng sớm càng tốt. Việc cấp phát lương thực thực phẩm đại trà miễn phí sẽ không phù hợp khi:

- Nguồn cung cấp lương thực phù hợp sẵn có ngay trong vùng và nhu cầu được nêu ra là các khó khăn trong việc tiếp cận.

- Thiếu lương thực thực phẩm tại địa phương nhưng có thể được đáp ứng qua hệ thống thị trường.
- Các chính sách hoặc thái độ tại địa phương không ủng hộ chương trình cứu trợ lương thực miễn phí.

2. Ủng hộ, bảo vệ và khuyến khích an ninh lương thực: Các giải pháp thích hợp để hỗ trợ an ninh lương thực có thể bao gồm một loạt các giải pháp hỗ trợ và vận động ủng hộ các chính sách liên quan (xem phụ lục 3). Mặc dù trong thời gian đầu không đạt được an ninh lương thực nếu dựa hoàn toàn vào những giải pháp sinh kế của chính người dân. Nên bảo vệ và hỗ trợ các giải pháp sẵn có và điều đó góp phần bảo đảm an ninh lương thực hộ gia đình và bảo vệ nhân phẩm. Những hoạt động ứng phó an ninh lương thực không nhất thiết phải phục hồi hoàn toàn tất cả tài sản bị mất do thảm họa, nhưng cần tìm cách ngăn chặn các tổn thất thêm nữa và khuyến khích quá trình phục hồi.

3. Những rủi ro đi kèm với các giải pháp đối phó: Nhiều giải pháp đối phó kèm theo giá phải trả hoặc kéo theo rủi ro làm tăng tình trạng dễ bị tổn thương. Ví dụ:

- Cắt giảm lượng thức ăn và chất lượng khẩu phần ăn dẫn đến tình trạng sức khoẻ yếu và suy dinh dưỡng;
- Cắt giảm chi phí cho giáo dục, chăm sóc sức khoẻ làm nguồn nhân lực yếu đi;
- Mại dâm và quan hệ gian díu để kiếm ăn làm mất nhân phẩm, nguy cơ bị cộng đồng xa lánh, lây nhiễm HIV và các bệnh khác lây qua đường tình dục;
- Bán tài sản gia đình có thể làm giảm khả năng sản xuất trong tương lai của hộ gia đình;
- Không hoàn trả vốn vay dẫn đến sẽ không được vay tiếp;
- Sử dụng quá mức các nguồn tài nguyên làm cạn kiệt nguồn tài nguyên tự nhiên (ví dụ như đánh bắt cá quá mức, chặt cây lấy củi, v.v.);
- Di chuyển đến những khu vực không an toàn để làm việc hoặc kiếm lương thực thực phẩm, chất đốt làm cho người dân (nhất là phụ nữ và trẻ em) dễ bị tấn công;
- Sản xuất hoặc buôn bán hàng cấm dẫn đến việc bị bắt và vào tù;
- Các thành viên trong gia đình sống lì tán, mẹ xa con dẫn đến nguy cơ chăm sóc trẻ kém và suy dinh dưỡng.

Phải nhận biết các tác động, diễn biến và bất lợi này, từ đó sớm tiến hành các biện pháp ngăn chặn các giải pháp trên và ngăn ngừa sự mất mát tài sản. Một số ứng phó thảm họa cũng có thể làm phương hại đến nhân phẩm khi con người bị buộc phải làm những việc không thể chấp nhận được hoặc bị xã hội lên án. Tuy nhiên, Ở nhiều xã hội có những giải pháp nào đó đã trở thành thông lệ (như gửi một thành viên trong gia đình đi làm việc ở một nơi nào đó trong suốt thời gian khó khăn).

- 4. Các giải pháp chuyển tiếp và kết thúc:** Những giải pháp này cần phải được xem xét ngay từ khi thiết kế chương trình, đặc biệt khi hoạt động ứng phó có thể có tác động lâu dài. Ví dụ như việc cung cấp các dịch vụ miễn phí mà thường được trả tiền như dịch vụ tín dụng hoặc thú y. Trước khi kết thúc một chương trình và chuyển sang một giai đoạn mới phải đưa ra bằng chứng khẳng định rằng tình hình đã được cải thiện.
- 5. Tiếp cận kiến thức, các kỹ năng và các dịch vụ:** Các cơ chế cung cấp dịch vụ thích hợp cần được thiết kế và lập kế hoạch cùng với người sử dụng để các dịch vụ đó được duy trì đầy đủ và phù hợp cả sau vòng đời dự án. Một vài nhóm có các nhu cầu riêng, ví dụ trẻ mồ côi do AIDS có thể không được truyền đạt một số thông tin và kỹ năng mà thường qua kênh gia đình.
- 6. Tác động môi trường:** nguồn tài nguyên thiên nhiên là cơ sở cho sản xuất, sinh kế của người dân bị ảnh hưởng và của cộng đồng tiếp nhận nên cần phải được bảo vệ càng lâu càng tốt. Cần quan tâm đến những tác động môi trường trong suốt quá trình đánh giá và lập kế hoạch cho bất kỳ một ứng phó nào. Vì như những người sống trong lều trại tạm cư cần chất đốt để nấu ăn nên họ có thể phá rừng nhanh chóng. Việc phân phối lương thực thực phẩm phải mất nhiều thời gian đun nấu, như hạt đậu, sẽ cần nhiều chất đốt hơn, vì thế cũng là tác động tiềm ẩn tới môi trường (xem tiêu chuẩn 2 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm, trang 158). Khi có thể, nên có các biện pháp đổi phô nhằm bảo vệ môi trường khỏi suy thoái ngày càng trầm trọng. Ví dụ các chương trình giám đán gia súc làm giảm áp lực ăn cỏ trên đồng trong mùa hạn hán, tạo ra nhiều nguồn thức ăn hơn cho các gia súc còn lại.
- 7. Phạm vi bao trùm, tiếp cận và khả năng chấp nhận:** Nên đề cập đến những người được hưởng lợi và các đặc điểm của họ, số lượng dự tính trước khi quyết định mức độ tham gia của các nhóm khác nhau (đặc biệt quan tâm đến các nhóm dễ bị tổn thương). Sự tiếp cận dễ dàng và khả năng chấp nhận của các hoạt động sẽ quyết định một phần sự tham gia của người dân. Mặc dù một số

biện pháp ứng phó an ninh lương thực dành cho những người đang làm việc, nhưng không được phân biệt đối xử cho nên cần hỗ trợ những nhóm dễ bị tổn thương cũng như việc bảo vệ những người còn trong diện ăn theo như trẻ em chẳng hạn. Có nhiều hạn chế khác nhau như khả năng làm việc, khối lượng công việc lớn tại nhà, trách nhiệm chăm sóc trẻ em, người ốm đau liên miên hoặc khuyết tật và việc tiếp cận trực tiếp bị hạn chế có thể làm cản trở sự tham gia của phụ nữ, của người già và người khuyết tật. Khắc phục những khó khăn này liên quan đến việc xác định các hoạt động khác nhau trong khả năng lao động của những nhóm người này hoặc thiết lập các cơ chế hỗ trợ phù hợp. Khi thiết lập cơ chế xác định đối tượng dựa trên cơ sở tự xác định nên tham khảo đầy đủ ý kiến của tất cả các nhóm trong cộng đồng (xem tiêu chuẩn - xác định đối tượng trang 35).

8. Giám sát: Tương tự như việc giám sát thông thường (xem các tiêu chuẩn giám sát và đánh giá, trang 37-40), cũng cần giám sát tinh hình an ninh lương thực rộng rãi hơn để đánh giá tính phù hợp của chương trình, để quyết định khi nào kết thúc các hoạt động cụ thể hay đưa ra những thay đổi hoặc những dự án mới, và xác định nhu cầu vận động ủng hộ các chính sách. Các hệ thống thông tin an ninh lương thực trong vùng và địa phương kể cả các hệ thống cảnh báo sớm nạn đói là những nguồn thông tin rất quan trọng.

Tiêu chuẩn 2 - An ninh lương thực: Sản xuất cơ bản

Cần bảo vệ và ủng hộ cơ chế sản xuất cơ bản.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Những biện pháp hỗ trợ sản xuất cơ bản được dựa vào kinh nghiệm hiểu biết về khả năng duy trì của các hệ thống sản xuất bao gồm cả việc tiếp cận và sự sẵn có của các đầu vào và dịch vụ cần thiết (xem hướng dẫn 1).
- Chỉ áp dụng công nghệ sản xuất mới khi tác động chúng vào hệ thống sản xuất địa phương, tập quán văn hoá và môi trường được người sản xuất lương thực thực phẩm hiểu và chấp nhận (xem hướng dẫn 2).
- Khi có thể, nên cung cấp một loạt các đầu vào để tạo cho người sản xuất sự linh hoạt hơn trong quản lý sản xuất, chế biến và phân phối sản phẩm và để hạn chế rủi ro (xem hướng dẫn 3).

- Nên cung cấp kịp thời các đầu vào là động vật, thực vật hoặc thuỷ sản có thể được dân địa phương chấp nhận và phù hợp với quy tắc chất lượng (xem hướng dẫn 4-5).
- Việc giới thiệu các đầu vào và dịch vụ không được làm tăng khả năng dễ bị tổn thương hoặc tăng rủi ro, ví dụ như làm gia tăng việc tranh giành các nguồn tài nguyên ít ỏi hoặc phá hoại mạng lưới xã hội hiện có (xem hướng dẫn 6).
- Nên mua nguyên liệu đầu vào và sử dụng các dịch vụ tại ngay địa phương khi có thể, nếu điều này không gây bất lợi đến những người sản xuất, đến thị trường hay người tiêu dùng tại địa phương đó (xem hướng dẫn 7).
- Các nhà sản xuất, chế biến và phân phối lương thực thực phẩm cần phải sử dụng một cách thích hợp các đầu vào mà họ tiếp nhận từ dự án (xem hướng dẫn 8-9).
- Các hoạt động ứng phó phải hiệu được nhu cầu đầu vào và dịch vụ bổ sung và cung cấp chúng khi thích hợp.

Hướng dẫn

1. Khả năng duy trì sản xuất cơ bản: các giải pháp sản xuất lương thực phải có đủ cơ hội để phát triển và thành công. Điều này có thể bị chỉ phai bởi một loạt những yếu tố sau:

- Tiếp cận các nguồn tài nguyên thiên nhiên (như đất nông nghiệp, đồng cỏ, nguồn nước, sông ngòi, ao hồ, vùng duyên hải...). Sự cân bằng sinh thái không bị đe dọa, ví dụ bởi sự khai thác quá mức các vùng đệm và việc đánh bắt hải sản quá mức hoặc ô nhiễm nguồn nước, đặc biệt là khu vực ven đô thị.
- Trình độ kỹ thuật và khả năng, có thể là hạn chế tại những cộng đồng bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi dịch bệnh hoặc ở những nơi giáo dục và đào tạo bị cấm đối với một số nhóm.
- Lực lượng lao động tại chỗ của các loại hình sản xuất hiện có và các mùa vụ nông nghiệp chính.
- Sự sẵn có của đầu vào, tính chất và phạm vi bao trùm của các dịch vụ có liên quan (khuyến nông, thú y và tài chính), có thể được cung cấp bởi các cơ quan nhà nước và/hoặc các ban, ngành khác.

- Tính pháp lý của các hoạt động cùi thể hoặc quyền lao động của các nhóm bị ảnh hưởng, ví dụ, việc thu lượm cùi đốt bị kiểm soát, hoặc quyền người tị nạn được tham gia vào những công việc có trả lương bị thu hẹp lại.
 - Các vấn đề về an ninh do xung đột vũ trang, sự tàn phá cơ sở hạ tầng giao thông, các bãi mìn, các mối đe dọa bị tấn công hoặc cướp bóc xảy ra.
- Việc sản xuất không được gây bất lợi cho việc tiếp cận các nguồn tài nguyên phục vụ đời sống của các nhóm khác, ví dụ: nguồn nước.

2. Phát triển công nghệ: Công nghệ sản xuất mới có thể bao gồm việc sử dụng các giống cây trồng, vật nuôi tốt hơn, các công cụ lao động mới hoặc các loại phân bón. Các hoạt động sản xuất lương thực phẩm cần phải tuân thủ theo các mô hình hiện có và/hoặc gắn liền với các quy hoạch quốc gia. Chỉ đưa các công nghệ mới vào ứng dụng trong lúc xảy ra thảm họa nếu các công nghệ mới này đã được thử nghiệm trước đó tại địa phương và được chứng nhận là phù hợp. Khi công nghệ sản xuất đưa vào ứng dụng cần tổ chức những buổi tham khảo ý kiến cộng đồng, cung cấp thông tin, tập huấn và những hỗ trợ cần thiết khác. Cần đánh giá và khi cần thiết phải tăng cường năng lực cung cấp dịch vụ khuyến khích công nghệ của các cơ quan, ban, ngành địa phương, các tổ chức phi chính phủ và tổ chức khác.

3. Cải thiện khả năng lựa chọn: Những can thiệp điển hình tạo điều kiện để người sản xuất có nhiều khả năng lựa chọn gồm tiền mặt hoặc tín dụng để thay thế hay bổ sung các nguồn nguyên, nhiên liệu sản xuất; hay là mở hội chợ về hạt giống để nông dân có cơ hội chọn lựa hạt giống. Quá trình sản xuất không gây ra những tác động tiêu cực về dinh dưỡng, ví dụ việc thay thế cây lương thực bằng các loại cây trồng ngắn hạn phi lương thực. Việc cung cấp cỏ khô dự trữ cho gia súc trong suốt mùa hạn có thể đem lại lợi ích dinh dưỡng trực tiếp, thiết thực hơn cho người nông dân so với trợ giúp lương thực.

4. Tính kịp thời và khả năng chấp nhận: Những đầu vào điển hình của nguyên liệu sản xuất là hạt giống, dụng cụ, phân bón, vật nuôi, ngư cụ, phương tiện đi săn, vốn vay và tín dụng, thông tin thị trường, các phương tiện chuyên chở... Việc cung cấp đầu vào sản xuất nông nghiệp và dịch vụ thú y cần thực hiện đúng lúc, trùng với mùa sản xuất nông nghiệp và chăn nuôi gia súc, ví dụ như: cung cấp hạt giống, dụng cụ lao động nông nghiệp trước mùa gieo trồng. Việc giảm đàn gia súc khi có hạn hán cần được thực hiện trước khi gia súc chết hàng loạt. Chỉ nên tăng lại đàn gia súc khi việc phục hồi được đảm bảo, ví dụ: sau khi có mưa.

- 5. Hạt giống:** ưu tiên cấp phát giống địa phương để cho nông dân có thể sử dụng những kinh nghiệm của chính mình nhằm nâng cao chất lượng. Các loại giống phải được sự chấp nhận của nông dân và được các cán bộ nông nghiệp địa phương phê duyệt. Cần cung cấp hạt giống phù hợp với điều kiện đất đai địa phương và phải đảm bảo có tính kháng bệnh cao. Phải kiểm tra chặt chẽ những hạt giống có xuất xứ từ vùng khác và kiểm tra xem nó có phù hợp với địa phương hay không. Hạt giống lai có thể thích hợp với những vùng mà người nông dân đã được làm quen và có kinh nghiệm trong việc gieo trồng chúng. Việc này phải được quyết định thông qua việc tham khảo ý kiến cộng đồng. Khi cung cấp miễn phí hạt giống, nông dân thích giống lai hơn bởi vì hạt giống lai có giá cao hơn. Cần tuân thủ chính sách của cơ quan nhà nước để kiểm tra giống lai trước khi phân phát cho dân, không nên phân phát các hạt giống biến đổi gen nếu không có sự phê chuẩn của cơ quan nhà nước hoặc cơ quan chức năng khác.
- 6. Tác động tới sinh kế ở vùng nông thôn:** Sản xuất lương thực cơ bản không thể thực hiện được nếu thiếu những nguồn tài nguyên thiên nhiên thiết yếu. Thực đẩy loại hình sản xuất cần nhiều nguồn lực hay thay đổi cách tiếp cận nguồn tài nguyên thiên nhiên địa phương, có thể gây ra sự căng thẳng trong cộng đồng địa phương và hạn chế sự tiếp cận nguồn nước và các nhu cầu thiết yếu khác. Nên lưu ý khi hỗ trợ tiền mặt dưới hình thức cho không hoặc cho vay, thì có thể làm tăng nguy cơ mất an ninh địa phương (xem tiêu chuẩn 3 - An ninh lương thực, hướng dẫn 5, trang 130).Thêm vào đó, việc phân phối miễn phí đầu vào sản xuất có thể làm rối loạn cơ chế truyền thống về hỗ trợ xã hội và phân phối lại.
- 7. Mua các đầu vào ở địa phương:** đầu vào và dịch vụ cho sản xuất lương thực như dịch vụ thú y, hạt giống nên do chính hệ thống cung cấp trong nước đảm nhận. Tuy nhiên, trước khi mua tại địa phương cũng nên đánh giá rủi ro do giá mua của dự án có thể làm tăng giá những hàng khan hiếm trên thị trường địa phương.
- 8. Giám sát việc sử dụng:** Các chỉ số của quá trình và đầu ra từ khâu sản xuất, chế biến và phân phối lương thực có thể được dự đoán, ví dụ: diện tích canh tác, số lượng giống gieo trồng trên một hécta, sản lượng, số hoa lợi, v.v.. Điều này rất quan trọng để xác định xem người sản xuất đang sử dụng đầu vào của dự án như thế nào, ví dụ: xác nhận xem hạt giống có được gieo trồng không, công cụ, phân bón, lưới, thiết bị đánh cá có được sử dụng đúng mục đích không. Chất lượng của đầu vào cũng cần được kiểm tra dựa trên khả năng chấp nhận và sự ưa thích của người sản xuất. Điều quan trọng trong các đánh

giá là cân nhắc xem dự án đã ảnh hưởng tới nguồn lương thực sẵn có của hộ gia đình như thế nào, ví dụ, dự trữ lương thực, số lượng và chất lượng lương thực thực phẩm đã dùng, lượng lương thực thực phẩm đã bán hoặc đem cho. Khi dự án có mục tiêu là tăng cường khả năng sản xuất một loại nông phẩm nào đó như phát triển chăn nuôi gia súc và nuôi cá hoặc tăng giá cây họ đậu giàu hàm lượng protein. Thì cần điều tra tình hình tiêu dùng những loại sản phẩm này của các gia đình. Các kết quả của những nghiên cứu phân tích này có thể kiểm chứng thông qua các cuộc khảo sát dinh dưỡng (miễn là các yếu tố sức khoẻ và chăm sóc liên quan đến dinh dưỡng cũng được xem xét).

9. Những ảnh hưởng tiêu cực hay không dự báo được của đầu vào: Ví dụ, sự ảnh hưởng của việc thay đổi loại hình lao động trong vụ nông nghiệp tiếp theo, ảnh hưởng của ứng phó đến các giải pháp đối phó hiện nay và các giải pháp thay thế (ví dụ việc phân công lại lao động), hình thức lao động của phụ nữ ảnh hưởng tới việc chăm sóc trẻ em, việc đến trường, ảnh hưởng tới giáo dục, các nguy cơ có thể xảy ra khi tiếp cận đất đai và những nguồn lực thiết yếu khác.

Tiêu chuẩn 3 - An ninh lương thực: Thu nhập và việc làm

Khi việc tạo thu nhập và việc làm là những giải pháp sinh kế có tính khả thi, thì người dân có cơ hội thích hợp để có thu nhập. Những cơ hội này phải mang lại thu nhập xứng đáng cho người dân và hỗ trợ an ninh lương thực đồng thời không gây hại cho các nguồn lực mà con người sử dụng để sống.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các quyết định của dự án về thời gian, hoạt động, cách trả công và tính khả thi kỹ thuật cần dựa trên kinh nghiệm hiểu biết về khả năng nhân lực địa phương, các phân tích kinh tế và thị trường, phân tích cung và cầu về đào tạo và kỹ năng thích hợp (xem hướng dẫn 1-2).
- Những biện pháp ứng phó tạo việc làm và thu nhập là khả thi về kỹ thuật và có tất cả đều vào cần thiết, kịp thời. Các ứng phó nên góp phần vào an ninh lương thực của những người khác, và nên bảo vệ hay phục hồi môi trường.
- Mức trả công phù hợp; được trả thường xuyên và kịp thời cho người làm thuê. Khi xảy ra tình trạng thiếu an ninh lương thực gay gắt thì có thể trả công trước (xem hướng dẫn 3).

- Có sẵn những quy trình bảo đảm một môi trường lao động an toàn và ổn định (xem hướng dẫn 4).
- Đối với các dự án có số tiền lớn, các biện pháp phòng tránh tình trạng mất an ninh và lạm dụng (xem hướng dẫn 5).
- Các chương trình tạo cơ hội việc làm cho người lao động cần hỗ trợ và bảo vệ trách nhiệm chăm sóc gia đình và không gây ảnh hưởng tiêu cực tới môi trường địa phương hoặc ngăn cản sinh kế thường xuyên (xem hướng dẫn 6).
- Có thể xác định được rằng sự quản lý và việc sử dụng thu nhập (bằng tiền mặt hoặc lương thực), tiền cho không và vốn vay, đang góp phần bảo đảm an ninh lương thực cho tất cả các thành viên gia đình (xem hướng dẫn 7).

Hướng dẫn

1. Sự phù hợp của các sáng kiến: Các hoạt động của dự án nên sử dụng tối đa nguồn nhân lực địa phương trong thiết kế dự án và lựa chọn các hoạt động phù hợp. Khi có lao động trả công bằng lương thực thực phẩm hoặc lao động trả công bằng tiền, các nhóm tham gia được quyền chọn công việc và lập kế hoạch. Khi có nhiều người di tản (là người tị nạn hoặc di tản trong nước) thì cơ hội làm việc của những người này không nên lấy mất cơ hội làm việc của cộng đồng tiếp nhận. Trong một vài trường hợp, cơ hội làm việc nên cung cấp cho cả hai bên. Hiểu biết về quản lý và sử dụng tiền mặt của hộ gia đình là rất quan trọng trong việc ra quyết định có nên và nếu có thi cung cấp dịch vụ tài chính vì mô nào để hỗ trợ an ninh lương thực (xem tiêu chuẩn 2 - An ninh lương thực, trang 124).

2. Cách trả công: Công lao động có thể trả bằng tiền mặt hoặc bằng lương thực thực phẩm hoặc kết hợp cả hai hình thức nói trên, và nên tạo điều kiện cho những hộ gia đình thiếu lương thực thực phẩm có thể đáp ứng được nhu cầu của mình. Hình thức trả công cũng có thể là hình thức phụ cấp để giúp người dân thực hiện những công việc mang lại lợi ích trực tiếp cho chính họ. Khi thị trường hoạt động kém hiệu quả hoặc gián đoạn hay khi không có sẵn lương thực thực phẩm, người ta thích được trả công bằng lương thực hơn là bằng tiền mặt. Hình thức lao động trả công bằng lương thực có thể phù hợp khi phụ nữ được kiểm soát việc sử dụng lương thực hơn việc sử dụng tiền mặt. Hình thức trả công bằng tiền mặt thích hợp hơn ở những nơi có hoạt động buôn bán, có chợ có thể cung cấp lương thực ngay tại địa phương và thanh toán bằng tiền mặt an toàn. Cần chú ý nhu cầu mua của người dân và sự tác động của trả công bằng tiền mặt hay lương thực đối với các nhu cầu cơ bản khác (học tập

của trẻ em, việc tiếp cận dịch vụ y tế và trách nhiệm xã hội). Nên quyết định loại và mức độ tiền công lao động theo từng trường hợp cụ thể, xem xét những vấn đề trên và khả năng sẵn có lương thực và tiền mặt.

- 3. *Thanh toán:*** Xác định mức trả công nên xem xét các nhu cầu của những hộ gia đình thiếu lương thực và mức trả công lao động địa phương. Không có sẵn những hướng dẫn cụ thể để xác định mức trả công, nhưng khi không trả công bằng tiền mặt thì phải kiểm tra giá bán lại lương thực thực phẩm trên thị trường địa phương. Thu nhập ròng khi tham gia vào những hoạt động chương trình phải được trả cao hơn so với thu nhập ròng từ những hoạt động khác. Điều này áp dụng cho cả hình thức lao động trả công bằng tiền, bằng lương thực hay tín dụng hoặc thiết lập kinh doanh.... Cơ hội làm việc tạo thu nhập cần phải tạo thêm các nguồn thu nhập nhưng không thay thế các nguồn hiện tại. Mức trả công không được ảnh hưởng tiêu cực tới thị trường lao động địa phương như làm tăng tiền công, làm chuyển hướng nguồn nhân lực từ những hoạt động khác, hoặc làm suy yếu những dịch vụ công cộng thiết yếu.
- 4. *Rủi ro trong môi trường làm việc:*** Nên tránh một môi trường làm việc có rủi ro cao bằng cách xác lập những quy trình cụ thể nhằm hạn chế thấp nhất rủi ro hoặc xử lý các tai nạn như: bong băng, dụng cụ sơ cứu, quần áo bảo hộ khi cần. Các rủi ro làm việc còn bao gồm cả nguy cơ nhiễm HIV và cần tiến hành các biện pháp để giảm thiểu rủi ro này.
- 5. *Rủi ro về tình trạng mất an ninh và lạm dụng:*** Phát triển mặt, ví dụ như trong quá trình phát vốn vay hay thanh toán tiền công lao động sẽ tạo ra các nguy cơ về an ninh cho cả cán bộ chương trình và người nhận tiền. Phải đưa ra nhiều phương án lựa chọn để cân nhắc và nên lựa chọn một biện pháp cân bằng rủi ro an ninh cho cả hai nhóm người trên. Để tạo điều kiện và đảm bảo an toàn cho người nhận tiền, nên chọn điểm phát tiền càng gần nhà của họ càng tốt, tức là tổ chức phát tiền ở nhiều điểm nhỏ, mặc dù điều này cũng có thể không an toàn cho các cán bộ chương trình. Nếu nghi ngờ có tình trạng tham nhũng cao hoặc nghi ngờ có sự lạm dụng thi tốt nhất là áp dụng hình thức trả công bằng lương thực hơn là bằng tiền mặt.
- 6. *Trách nhiệm chăm sóc và sinh kế:*** Tham gia vào những cơ hội tạo thu nhập đảm bảo không gây ảnh hưởng xấu đến việc chăm sóc trẻ em hoặc những trách nhiệm chăm sóc khác, nếu không, sẽ làm gia tăng tình trạng suy dinh dưỡng. Trong quá trình thực hiện chương trình, có thể tuyển dụng người trông trẻ em hoặc cung cấp các cơ sở chăm sóc khác (xem tiêu chuẩn 2 - Cung cấp dinh dưỡng, trang 140). Những chương trình ứng phó không gây cản trở việc tiếp cận tới những cơ hội khác như việc làm khác hoặc giáo dục hoặc làm chệch hướng các nguồn lực gia đình từ những hoạt động sản xuất đang thực hiện.

7. Sử dụng tiền công: Trả công xứng đáng có nghĩa là tạo ra được một khoản thu nhập góp phần quan trọng vào các nguồn lực cần thiết cho an ninh lương thực. Phải hiểu cách hộ gia đình quản lý tiền mặt và lương thực thực phẩm (ai tiêu dùng bao nhiêu và cho mục đích gì) vì cách cấp phát tiền có thể làm tăng những căng thẳng hiện tại, do vậy ảnh hưởng đến an ninh lương thực và tình trạng suy dinh dưỡng của các thành viên trong gia đình. Các biện pháp ứng phó tạo việc làm và thu nhập thường có nhiều mục tiêu an ninh lương thực khác nhau bao gồm các nguồn lực của cộng đồng có tác động đến an ninh lương thực. Ví dụ việc sửa chữa đường sá có thể nâng cao cơ hội cho người dân tiếp cận các khu chợ, các dịch vụ y tế, việc nâng cấp hoặc xây dựng lại các hệ thống thủy lợi có thể nâng cao sản lượng nông nghiệp.

Tiêu chuẩn 4 - An ninh lương thực: Tiếp cận thị trường

Việc tiếp cận an toàn thị trường hàng hoá và dịch vụ của người dân như là người sản xuất, tiêu thụ, buôn bán được bảo vệ và khuyến khích.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các biện pháp ứng phó an ninh lương thực được dựa trên những kinh nghiệm hiểu biết về các hệ thống thị trường và kinh tế địa phương, cung cấp thông tin về thiết kế chương trình và khi cần, hướng tới việc vận động ủng hộ thay đổi các chính sách (xem hướng dẫn 1-2).
- Người sản xuất và người tiêu dùng đều được tiếp cận về mặt kinh tế và vật chất, thể chất, các chợ đang hoạt động mà cung cấp thường xuyên những hàng cơ bản, trong đó có lương thực thực phẩm với giá hợp lý (xem hướng dẫn 3).
- Hạn chế những ảnh hưởng tiêu cực tới thị trường địa phương và người cung cấp từ các biện pháp ứng phó do việc mua và phân phối lương thực thực phẩm (xem hướng dẫn 4).
- Có nhiều thông tin hơn và nâng cao nhận thức địa phương về giá cả và sự sẵn có hàng hóa, về chức năng hoạt động của thị trường cũng như các chính sách quản lý thị trường (xem hướng dẫn 5).
- Những mặt hàng lương thực cơ bản và những hàng thiết yếu khác đều sẵn có (xem hướng dẫn 6).

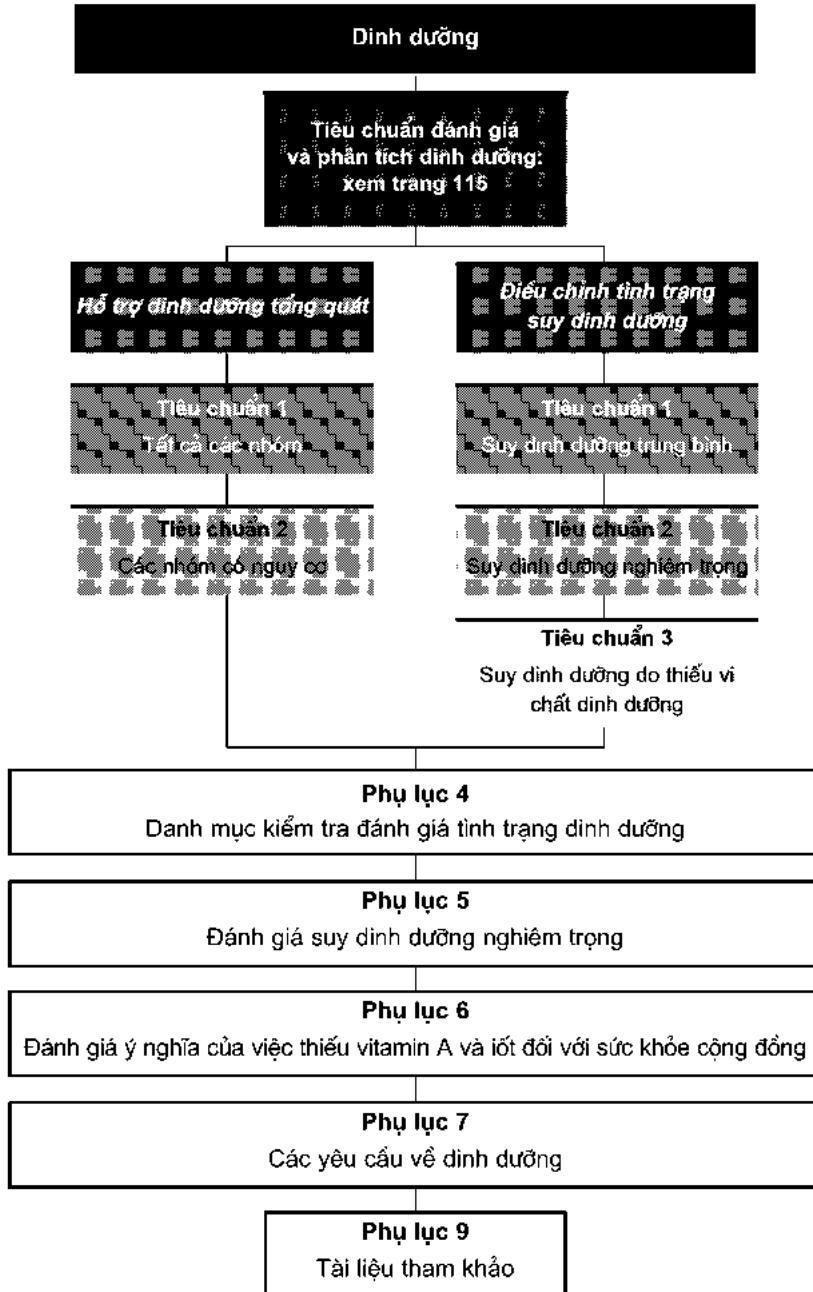
- **Hạn chế tối thiểu những hậu quả tiêu cực của biến động giá theo mùa và biến động giá cá không bình thường khác** (xem hướng dẫn 7).

Hướng dẫn

- 1. Phân tích thị trường:** Cần đánh giá các loại thị trường địa phương, khu vực, quốc gia và tìm hiểu xem những loại thị trường này liên kết với nhau như thế nào. Phải đưa ra những đánh giá khả năng tiếp cận thị trường đối với tất cả những nhóm bị ảnh hưởng bởi thảm họa trong đó có các nhóm dễ bị tổn thương trước khi thực hiện những chương trình trả công lao động bằng lương thực hoặc cấp đầu vào như hạt giống, công cụ sản xuất nông nghiệp, vật liệu làm nhà... nên phân tích thị trường liên quan đến những mặt hàng đó. Việc mua những sản phẩm dư thừa tại địa phương sẽ hỗ trợ những nhà sản xuất địa phương đó. Nhập khẩu sẽ làm giảm giá cả ở địa phương. Khi hạt giống không có bán trên thị trường nhưng nông dân vẫn có thể tiếp cận được thông qua các mạng lưới cung cấp riêng, thì cần xem xét những tác động đến các mạng lưới này do việc hỗ trợ hạt giống từ bên ngoài.
- 2. Vận động ủng hộ các chính sách:** Thị trường hoạt động của nền kinh tế trong nước và quốc tế có tác động đến thị trường địa phương. Ví dụ, các chính sách của chính phủ trong đó có chính sách về giá cả và thương mại có ảnh hưởng đến việc tiếp cận và số lượng hàng bán ra. Mặc dù các hoạt động ở mức độ này nằm ngoài phạm vi ứng phó thảm họa, nhưng phải phân tích những yếu tố này vì chúng có thể tạo cơ hội cho các tổ chức tiến hành một giải pháp chung, hay vận động thay đổi chính sách của chính phủ và các cơ quan khác nhằm cải thiện tình hình.
- 3. Cung và cầu thị trường:** Sức mua hàng hóa, giá cả thị trường và lượng hàng trên thị trường ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận về mặt kinh tế đối với thị trường. Khả năng mua phụ thuộc vào các điều kiện thương mại dựa trên các nhu cầu cơ bản (lương thực thực phẩm, nguyên liệu đầu vào sản xuất nông nghiệp thiết yếu như hạt giống, công cụ sản xuất, chăm sóc sức khoẻ...) và nguồn thu nhập (cây trồng phi lương thực, gia súc, tiền công...). Sự hao mòn tài sản xảy ra khi các điều kiện thị trường buộc người dân phải bán tài sản (thường là bán giá thấp) để mua những hàng cơ bản (với giá cao). Môi trường an ninh, chính trị, các quan niệm về văn hóa và tôn giáo cũng ảnh hưởng đến việc tiếp cận thị trường, và tạo ra những hạn chế cho một số nhóm (như các nhóm thiểu số).
- 4. Tác động của các can thiệp:** Việc thu mua lương thực, hạt giống hay những mặt hàng khác tại địa phương có thể làm tăng giá gây bất lợi cho người tiêu

dùng địa phương, nhưng mang lại lợi nhuận cho người sản xuất địa phương. Ngược lại, việc nhập khẩu lương thực thực phẩm có thể làm giảm giá đồng thời trở thành yếu tố kìm hãm sản xuất lương thực địa phương, do đó làm tăng số người rời vào hoàn cảnh thiếu lương thực thực phẩm. Những người có trách nhiệm tìm kiếm, thu mua lương thực nên điều chỉnh và kiểm soát những ảnh hưởng trên. Phân phối lương thực cũng ảnh hưởng đến sức mua của những người được hưởng lợi vì đây là một hình thức chuyển đổi thu nhập. Một số hàng dễ bán với giá cao hơn so với những hàng khác, ví dụ như bán dầu ăn so với thực phẩm đã được chế biến. Sức mua của một hàng hoá được phân phát có ảnh hưởng đến quyết định của hộ gia đình dùng hay mang bán lại. Hiểu rõ được khả năng mua và bán của hộ gia đình có tầm quan trọng quyết định đến những tác động sâu xa của những chương trình phân phối lương thực thực phẩm (xem tiêu chuẩn 3 - Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm, trang 168).

- 5. Các chính sách thị trường minh bạch:** Người sản xuất và người tiêu dùng địa phương cần nhận thức đầy đủ vấn đề kiểm soát giá cả thị trường và những chính sách khác có tác động đến cung cầu. Những chính sách này bao gồm chính sách giá cả, chính sách thuế của nhà nước, các chính sách ảnh hưởng đến việc vận chuyển hàng hoá qua biên giới hoặc chính sách địa phương nhằm tạo thuận lợi cho việc giao lưu buôn bán với các vùng lân cận (mặc dù trong nhiều tình huống xung đột các chính sách này có thể không rõ ràng).
- 6. Những hàng lương thực thực phẩm thiết yếu:** Chọn lựa lương thực thực phẩm để theo dõi thị trường phụ thuộc vào thói quen sử dụng của người dân địa phương đó, vì vậy, sự chọn lựa đó phải do người địa phương quyết định. Phải áp dụng những nguyên tắc trong kế hoạch phân phối khẩu phần thực phẩm đủ dinh dưỡng để xác định những loại thực phẩm nào cần thiết trong từng hoàn cảnh cụ thể (xem tiêu chuẩn 1 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 137, và tiêu chuẩn 1 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm, trang 157)
- 7. Các biến động giá cả bất thường theo mùa** có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến nông dân, họ phải bán sản phẩm lao động khi giá ở mức thấp nhất (sau vụ thu hoạch). Ngược lại người tiêu dùng có mức thu nhập thấp không đủ khả năng mua lương thực dự trữ, họ phải mua thực phẩm thường xuyên vì vậy, dù giá có tăng lên thì họ vẫn phải mua, ví dụ trong khi hạn hán. Một số những can thiệp mà có thể hạn chế tối đa những ảnh hưởng của biến động giá là nâng cấp hệ thống giao thông, đa dạng hóa sản xuất lương thực và cấp tiền hoặc lương thực vào những thời kỳ cần thiết.



3 Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dinh dưỡng

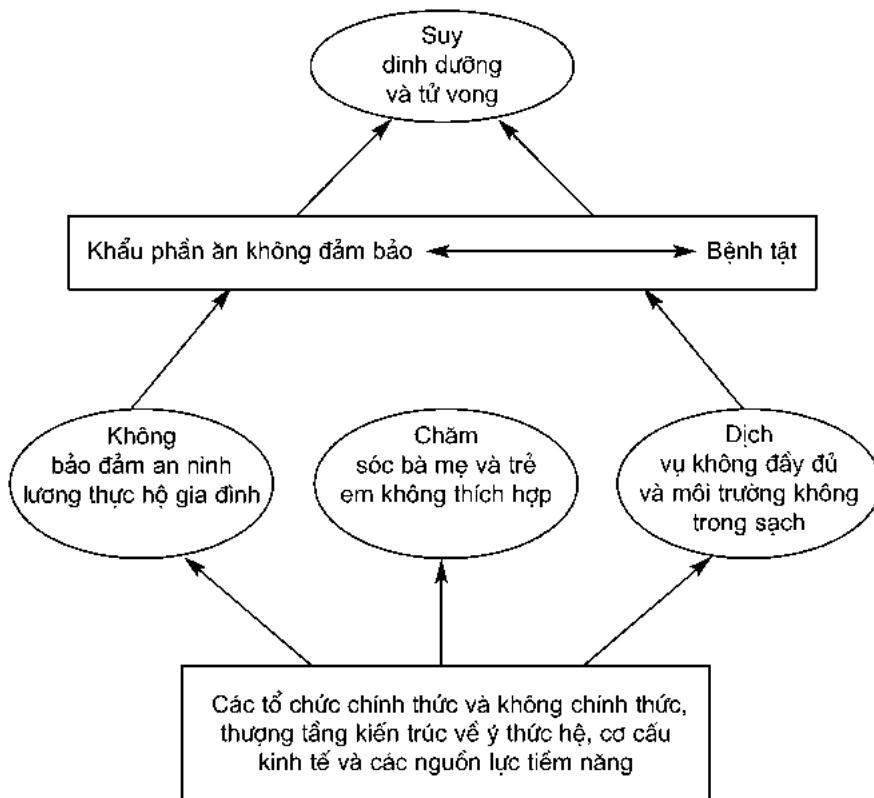
Nguyên nhân trực tiếp của suy dinh dưỡng là bệnh tật và/hoặc khẩu phần ăn không thích hợp đó là kết quả của thức ăn, y tế hay chăm sóc không phù hợp ở cả phạm vi gia đình và cộng đồng.

Mục đích của các chương trình phòng ngừa là bảo đảm rằng những nguyên nhân của việc thiếu dinh dưỡng đã được xác định trong bản đánh giá phải được giải quyết. Điều này bao gồm cả việc đảm bảo cho người dân tiếp cận được tới nguồn lương thực thực phẩm đầy đủ về chất lượng, số lượng, có dụng cụ chế biến, việc tiêu thụ an toàn; bảo đảm rằng môi trường sống của người dân, việc tiếp cận và chất lượng dịch vụ y tế (cả y tế dự phòng và y tế điều trị) hạn chế tối thiểu rủi ro bệnh tật; đảm bảo có một môi trường cộng đồng mà trong đó có sự chăm sóc cho những người dễ bị tổn thương về dinh dưỡng. Chăm sóc bao gồm sự tập trung thời gian và sự quan tâm, hỗ trợ để đáp ứng các nhu cầu về vật chất, tinh thần và xã hội cho mỗi thành viên trong gia đình và cộng đồng. Việc bảo vệ môi trường xã hội và môi trường chăm sóc được đề cập trong các tiêu chuẩn viện trợ lương thực thực phẩm và các tiêu chuẩn an ninh lương thực trong khi việc chăm sóc và sự hỗ trợ dinh dưỡng cho các nhóm trong cộng đồng dân cư ở mức nguy cơ cao được đề cập trong các tiêu chuẩn về dinh dưỡng.

Các chương trình nhằm điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng có thể bao gồm các chương trình nuôi dưỡng đặc biệt, điều trị thuốc men, chăm sóc hỗ trợ cho những người bị suy dinh dưỡng. Các chương trình nuôi dưỡng chỉ thực hiện khi có kế hoạch hoặc đã tiến hành các cuộc khảo sát điều tra nhân trắc học. Các chương trình thường xuyên cần được bổ sung bằng các biện pháp phòng ngừa.

Hai tiêu chuẩn đầu tiên trong mục này đề cập các vấn đề dinh dưỡng, có liên quan đến các chương trình phòng ngừa suy dinh dưỡng và được sử dụng cùng với các tiêu chuẩn an ninh lương thực và viện trợ lương thực thực phẩm khác. Ba tiêu chuẩn sau đề cập đến các chương trình điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng.

Để đáp ứng việc phòng ngừa và điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng, cần đạt được các tiêu chuẩn tối thiểu trong chương này và cả những chương khác như: dịch vụ y tế, cung cấp nước sạch, vệ sinh môi trường và nhà ở. Cũng cần phải đạt được các tiêu chuẩn chung như đã nêu chi tiết trong Chương 1 (xem trang 21). Nói cách khác, để bảo đảm và hỗ trợ điều kiện dinh dưỡng cho tất cả các nhóm phải tạo điều kiện cho họ sinh tồn và nâng cao nhân phẩm thì ngoài việc tuân thủ tiêu chuẩn trong Chương này còn phải chú trọng đến các tiêu chuẩn khác.



Khung quan niệm về những nguyên nhân suy dinh dưỡng

i) Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát

Phân này xem xét các nguồn dinh dưỡng và các dịch vụ cần thiết nhằm đáp ứng nhu cầu của cộng đồng và từng nhóm cụ thể - những nhóm có thể có nguy cơ cao về dinh dưỡng. Nếu các nhu cầu này không được đáp ứng thì bất kỳ hoạt động điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng nào cũng sẽ có hiệu quả rất hạn chế vì sau khi hồi phục, những người bị suy dinh dưỡng có nguy cơ bị suy dinh dưỡng trở lại.

Khi người dân yêu cầu viện trợ lương thực thực phẩm để đáp ứng một phần hay toàn bộ nhu cầu dinh dưỡng, cần sử dụng tiêu chuẩn 1 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, tiêu chuẩn 1, 2 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm, trang 157-160; các tiêu chuẩn 3, 4 - Hàng phi lương thực, trang 233 - 236. Tiêu chuẩn 2 - Viện trợ lương thực thực phẩm tập trung vào các nguy cơ bị suy dinh dưỡng. Tuy nhiên, những người dễ bị tổn thương bởi thảm họa cũng thay đổi theo hoàn cảnh vì vậy các nhóm gấp rủi ro cần phải được xác định trong từng hoàn cảnh.

Tiêu chuẩn 1 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát: Tất cả các nhóm

Nhu cầu dinh dưỡng của người dân được đáp ứng.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Tiếp cận tới nhiều loại lương thực thực phẩm - chính (ngũ cốc hay các loại củ), các loại đậu (hoặc sản phẩm từ động vật) và các nguồn chất béo - những sản phẩm này đáp ứng các yêu cầu về dinh dưỡng (xem hướng dẫn 1).
- Tiếp cận vitamin A, C và các lương thực thực phẩm giàu chất sắt, các chất bổ hay các thành phần bổ sung phù hợp (xem ghi chú hướng dẫn 2, 3, 5, 6).
- Đa số các hộ gia đình (trên 90%) có điều kiện tiếp cận với muối iốt (xem các ghi chú hướng dẫn 2,3 và 6).
- Tiếp cận tới các nguồn niaxin (vitamin PP) bổ sung (có trong đậu, lạc, cá khô), nếu các loại lương thực chính là ngô hoặc ngũ cốc (xem ghi chú hướng dẫn 2 - 3).

Dinh
dưỡng

- Tiếp cận các nguồn thiamin bổ sung (có trong đậu, lạc và trứng) nếu lượng thực chính là gạo xát (xem hướng dẫn 2-3).
- Khi người dân phụ thuộc vào nguồn khẩu phần rất hạn chế thì được cung cấp thêm các nguồn vitamin riboflavin (B2) phù hợp (xem hướng dẫn 2-3).
- Mức độ suy dinh dưỡng trung bình hoặc nghiêm trọng được giữ ở mức độ ổn định, hoặc giảm xuống mức chấp nhận được (xem hướng dẫn 4).
- Không có trường hợp mắc các bệnh thiếu vitamin C (scorbut), phù nề (thiếu vitamin B1), pellagra và thiếu hụt riboflavin (vitamin B12) (xem hướng dẫn 5).
- Tỷ lệ bệnh khô mắt và rối loạn do thiếu hụt iốt không có ý nghĩa quan trọng đối với sức khoẻ cộng đồng (xem hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

1. Các yêu cầu dinh dưỡng: Cần sử dụng các số liệu ước tính sau về yêu cầu của một cộng đồng, trong phụ lục 7 có các số liệu được điều chỉnh cho từng cộng đồng cụ thể.

- 2.100 calo mỗi người/một ngày.
- 10 - 12% protein trong tổng số năng lượng cung cấp.
- 17% chất béo trong tổng số năng lượng cung cấp.
- Hấp thụ vi chất dinh dưỡng cần thiết thông qua thực phẩm tươi vàぼ。

Chú ý rằng trên đây là những yêu cầu cần thiết đối với việc cung cấp viện trợ lương thực thực phẩm khi người dân hoàn toàn phụ thuộc vào viện trợ lương thực thực phẩm để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng. Trong trường hợp người dân có thể tự đáp ứng một phần nhu cầu của họ thì việc viện trợ lương thực thực phẩm được điều chỉnh dựa trên các đánh giá, xem xét cụ thể. Để lập kế hoạch khẩu phần lương thực thực phẩm xem tiêu chuẩn 1 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm, trang 157.

2. Phòng ngừa các bệnh do thiếu vi chất dinh dưỡng: Nếu các chỉ số trên được đáp ứng, thì sau đó phải có kế hoạch phòng ngừa tình trạng thiếu hụt vi chất dinh dưỡng tại cộng đồng, thực hiện các biện pháp bảo vệ sức khoẻ cộng đồng phù hợp nhằm ngăn chặn các bệnh như sởi, sốt rét, lây nhiễm do ký sinh trùng (xem tiêu chuẩn kiểm soát các bệnh truyền nhiễm trang 273). Các biện pháp có thể ngăn chặn thiếu hụt vi dưỡng chất bao gồm: Các biện pháp bảo đảm an ninh lương thực nhằm tăng cường việc tiếp cận các nguồn lương thực thực phẩm có dinh dưỡng tốt (xem tiêu chuẩn 2, 3 - An ninh lương thực trang 124-131), cải thiện chất lượng khẩu phần viện trợ thông qua các loại thức ăn bổ dưỡng, những thức ăn được chế biến hoặc các sản phẩm được mua tại địa phương để cung cấp vi chất dinh dưỡng bị mất hay bổ sung thêm thuốc bổ.

Cần phải xem xét việc giảm sút vi chất dinh dưỡng trong quá trình vận chuyển, bảo quản, chế biến và nấu nướng. Khi lương thực thực phẩm giàu dinh dưỡng có sẵn ở địa phương thì nên cân nhắc việc tăng số lượng thức ăn theo khẩu phần nhằm thúc đẩy trao đổi lương thực thực phẩm và cần phải tính toán kỹ hơn hiệu quả - chi phí và ảnh hưởng đối với thị trường.

3. Theo dõi việc tiếp cận vi chất dinh dưỡng: Chất lượng của khẩu phần ăn (không phải số lượng) quyết định lượng vi chất dinh dưỡng có sẵn trong lương thực thực phẩm. Đánh giá lượng vi chất dinh dưỡng hấp thụ sẽ gây ra các yêu cầu để thu thập thông tin không thực tế. Các chỉ số vi chất dinh dưỡng có thể được đánh giá bằng cách sử dụng thông tin từ nhiều nguồn và thu thập bằng nhiều kỹ thuật khác nhau. Các chỉ số cần xem xét bao gồm: việc theo dõi sự sẵn có và sử dụng lương thực thực phẩm ở phạm vi hộ gia đình; đánh giá về giá cả và lương thực thực phẩm sẵn có trên thị trường; kiểm tra hồ sơ và kế hoạch phân phát lương thực thực phẩm; đánh giá thành phần vi chất dinh dưỡng của các loại lương thực thực phẩm đã phân phát; việc phân phát các loại thức ăn có trong tự nhiên và việc đánh giá an ninh lương thực. Phân tích ở phạm vi hộ gia đình không thể khẳng định các cá nhân có tiếp cận được lương thực thực phẩm. Việc phân phát thức ăn trong gia đình cũng có thể không công bằng và các nhóm dễ bị tổn thương có thể bị ảnh hưởng nghiêm trọng, nhưng khó có thể đánh giá hết được. Cơ chế phân phối (xem tiêu chuẩn 3 - Quản lý viện trợ lương thực, trang 168), việc lựa chọn các mặt hàng viện trợ lương thực thực phẩm và tham khảo ý kiến người dân có thể góp phần cải thiện việc phân bổ ở phạm vi hộ gia đình.

4. Mô tả mức độ suy dinh dưỡng: Các hồ sơ bệnh án của trung tâm chăm sóc sức khoẻ, các khảo sát nhân trắc học, giám sát điểm về dinh dưỡng, lời phản ánh và các báo cáo từ cộng đồng có thể cho biết các xu hướng suy dinh dưỡng. Phải tốn nhiều tiền để thiết lập được các hệ thống theo dõi tỷ lệ suy dinh dưỡng ở phạm vi rộng hoặc trong một thời gian dài, việc lập hệ thống theo dõi đòi hỏi phải có sự thông thạo về kỹ năng chuyên môn. Mức độ chi phí tương đối của một hệ thống như vậy được xem xét dựa vào phạm vi bao trùm của nguồn thông tin. Phối hợp các hệ thống thông tin bổ sung (giám sát điểm và thăm dò cách quãng) có thể là cách sử dụng hiệu quả nhất các nguồn thông tin. Khi có thể, các tổ chức và cộng đồng địa phương cần tham gia vào các hoạt động giám sát, giải thích các phát hiện và lập kế hoạch cho bất kỳ một chương trình ứng phó nào. Việc xác định mức độ suy dinh dưỡng có thể được chấp nhận khi căn cứ vào những phân tích tình hình với sự tham khảo ý kiến người dân như: Tỷ lệ bệnh tật và tử vong (xem tiêu chuẩn 1 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, hướng dẫn 3 trang 260), sự dao động theo mùa, các mức độ suy dinh dưỡng trước tình trạng khẩn cấp và các nguyên nhân sâu xa của suy dinh dưỡng.

- 5. Thiếu hụt vi chất dinh dưỡng có tính chất dịch tễ học:** Thiếu hụt 4 loại vi chất dinh dưỡng: vitamin C, niacin, beri-beri, vitamin B2 là những chất thiếu hụt phổ biến và dễ nhận biết nhất do không được cung cấp đầy đủ cho người dân sống phụ thuộc vào lương thực, thực phẩm viện trợ và thường có thể tránh được trong thảm họa. Chẳng hạn nếu người nào bị phát hiện thiếu một trong các vi chất dinh dưỡng trên thì dường như đấy là hậu quả của việc tiếp cận hạn chế một số loại lương thực thực phẩm nhất định và điều đó thường là dấu hiệu cho một vấn đề lớn của cộng đồng. Chính vì vậy, việc thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng cần phải được ứng phó bằng sự can thiệp rộng trong dân cư và cả việc điều trị cá nhân (xem tiêu chuẩn 3 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng, trang 152). Ở bất kỳ hoàn cảnh nào việc thiếu hụt các vi chất dinh dưỡng trên cũng là vấn đề có tính dịch tễ học, mức độ thiếu hụt trên cần phải được giảm thiểu ít nhất là xuống mức trước khi có thảm họa.
- 6. Thiếu hụt vi chất dinh dưỡng ở cấp địa phương:** Việc khắc phục tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng trong thời kỳ đầu của thảm họa rất phức tạp do khó khăn trong việc xác định các vi chất dinh dưỡng bị thiếu. Ngoại trừ các vi lượng vitamin A, iốt, do tiêu chuẩn xác định các chất này được xác định rõ ràng và có sẵn. Việc giải quyết tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng có thể thông qua các can thiệp của cộng đồng, ví dụ cung cấp vitamin A liều cao cho trẻ em, phụ nữ sau sinh, bổ sung muối iốt và tăng cường các chiến dịch nâng cao nhận thức cộng đồng xem phụ lục 6: Đánh giá ý nghĩa của việc thiếu vitamin A, iốt đối với sức khoẻ cộng đồng).

Tiêu chuẩn 2 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát: Các nhóm có nguy cơ

Các nhu cầu về dinh dưỡng và hỗ trợ của các nhóm được xác định là có nguy cơ được đáp ứng.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Trẻ sơ sinh dưới 6 tháng tuổi đang được bú sữa mẹ hoặc trong những trường hợp đặc biệt, được cung cấp một lượng sữa phù hợp dù thay thế sữa mẹ (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Trẻ em từ 6 tháng - 24 tháng tuổi được tiếp cận các loại thức ăn bổ sung giàu năng lượng (xem hướng dẫn 3).
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú được hỗ trợ thêm các vi chất dinh dưỡng bổ sung (xem hướng dẫn 4).

- Chú trọng việc bảo vệ, khuyến khích, ủng hộ, chăm sóc và dinh dưỡng cho các thanh thiếu nữ (xem hướng dẫn 4).
- Cung cấp thông tin về dinh dưỡng phù hợp, bồi dưỡng giáo dục, tập huấn những người làm công tác chuyên môn, người chăm sóc và các tổ chức nuôi trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (xem hướng dẫn 1- 4 và 8).
- Bảo vệ, tăng cường và hỗ trợ những người già yếu tiếp cận được các loại lương thực, thực phẩm có dinh dưỡng phù hợp (xem hướng dẫn 5).
- Những gia đình có người thân mắc bệnh mãn tính, bao gồm những người nhiễm HIV/AIDS, những người khuyết tật đặc biệt, được tiếp cận lương thực thực phẩm đầy đủ và hỗ trợ dinh dưỡng tương ứng (xem hướng dẫn 6 - 8).
- Các cơ chế dựa vào cộng đồng cần được áp dụng để đảm bảo việc chăm sóc hợp lý đối với những người dễ bị tổn thương (xem hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

1. Nuôi trẻ sơ sinh: Nuôi bằng sữa mẹ là phương pháp tốt nhất để chăm sóc trẻ dưới 6 tháng tuổi. Trẻ sơ sinh đang được bú sữa mẹ không cần bổ sung ngũ cốc, sữa, nước trà và thức ăn thêm. Do tỷ lệ trẻ chỉ bú sữa mẹ rất thấp nên điều quan trọng là cần phải khuyến khích và hỗ trợ việc cho trẻ bú sữa mẹ, đặc biệt khi những hoạt động chăm sóc sức khoẻ và giữ gìn vệ sinh bị phá vỡ làm nguy cơ nhiễm trùng cao. Trong trường hợp ngoại lệ, đứa trẻ hoàn toàn không được bú (mẹ đứa trẻ bị chết hoặc đứa trẻ đang phải nuôi hoàn toàn bằng thức ăn nhân tạo). Trong những trường hợp này, số lượng sữa đủ và loại sữa thay thế phù hợp cần được sử dụng và phải phân tích theo các quy định về dinh dưỡng (Tiêu chuẩn codex Alimentarius), cần phải huy động việc cho bú nhờ sữa mẹ khi có thể. Sữa thay thế sữa mẹ có thể tröm nên nguy hiểm vì các khó khăn liên quan đến an toàn vệ sinh trong pha chế. Không nên cho trẻ ăn sữa đựng trong bình không hợp vệ sinh. Những người cho sữa thường xuyên cần được tập huấn về các kiến thức liên quan đến chăm sóc phù hợp, cách cho con bú bao gồm việc cho bú nhở. Nếu phân phát sữa cho trẻ, cần có các hướng dẫn cách sử dụng sữa an toàn nhất. Việc chăm sóc và phân phát trên phải tuân thủ quy định quốc tế về việc quảng bá các sản phẩm thay thế sữa mẹ và các nghị quyết của Hội đồng Y tế thế giới.

- 2. HIV và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh:** Khi việc xét nghiệm tự nguyện và bí mật HIV/AIDS chưa thể tiến hành thì tất cả các bà mẹ cần được khuyến khích để nuôi con bằng sữa. Trong trường hợp phụ nữ không biết rõ tình trạng của mình thì các biện pháp cung cấp thay thế sữa mẹ là rất nguy hiểm. Trường hợp người mẹ đã xét nghiệm và biết mình bị nhiễm HIV thì việc cung cấp thức ăn thay thế cần được yêu cầu khi xét thấy biện pháp này có tính khả thi, tiện lợi, rẻ, duy trì được lâu dài và an toàn. Những bà mẹ bị HIV dương tính không muốn cho con bú, họ cần được hướng dẫn cụ thể, chi tiết và giúp họ cách thức cho trẻ ăn an toàn, phù hợp ít nhất là trong 2 năm đầu chăm sóc trẻ.
- 3. Nuôi dưỡng trẻ nhỏ:** Nên cho trẻ bú mẹ liên tục ít nhất là 2 năm đầu. Trẻ 6 tháng tuổi và trẻ nhỏ cần thức ăn giàu năng lượng để bổ sung thêm cho sữa bú, trong đó có 30% thành phần năng lượng của trẻ lấy từ các nguồn chất béo. Khi trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi không được bú mẹ thì thức ăn cần phải đảm bảo đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng của trẻ. Cần phải thúc đẩy các nỗ lực nhằm cung cấp cho các hộ gia đình về phương pháp và kỹ năng chế biến các loại thức ăn bổ sung cho trẻ dưới 24 tháng tuổi. Để thực hiện điều này có thể thông qua hình thức hỗ trợ các loại thức ăn đặc biệt hoặc các dụng cụ chế biến, nhiên liệu hoặc nước sạch. Khi tiêm phòng bệnh sởi hay một số loại bệnh khác, nên kết hợp dịp này cung cấp vitamin A bổ sung cho trẻ từ 6 - 24 tháng tuổi. Những trẻ nhẹ cân và những trẻ nhỏ cũng được cung cấp chất sắt bổ sung, mặc dù duy trì việc sử dụng hàng ngày là rất khó.
- 4. Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú:** Các rủi ro có liên quan đến việc hấp thụ dinh dưỡng không phù hợp đối với phụ nữ mang thai hoặc cho con bú bao gồm: biến chứng khi mang thai, tử vong cho mẹ, sinh trẻ nhẹ cân, ít sữa... Cần xem xét kỹ lưỡng chỉ số trung bình về khẩu phần chung cho các nhu cầu bổ sung của phụ nữ có thai và cho con bú. Khi khẩu phần ăn không hợp lý nên có chế độ ăn bổ sung để tránh thiếu hụt dinh dưỡng là rất cần thiết. Thông thường người mẹ thiếu cân khi mang thai sẽ sinh ra trẻ nhẹ cân, để tránh trường hợp trên cần phải thiết lập và sử dụng các cơ chế hỗ trợ cung cấp dinh dưỡng cho các thiếu nữ. Cung cấp hàng ngày các chất sắt bổ sung hoặc axít folic cho phụ nữ mang thai và cho con bú là phù hợp hơn vì đối với trẻ em áp dụng việc cung cấp này vẫn còn đang là điều cần bàn cãi. Do vậy, phải đảm bảo thực hiện và duy trì các biện pháp nhằm giảm thiểu tình trạng thiếu sắt thông qua một chế độ ăn thay đổi, hợp lý (xem tiêu chuẩn 1 - Hỗ trợ

dinh dưỡng tổng quát, trang 137). Phụ nữ sau sinh cũng cần được cung cấp vitamin A trong vòng 6 tháng.

5. Người già có thể bị ảnh hưởng nghiêm trọng bởi thâm họa. Các nhân tố rủi ro về dinh dưỡng làm giảm tiếp cận tới lương thực thực phẩm, và tăng nhu cầu dinh dưỡng, bao gồm mất khả năng lao động, bệnh tật, khuyết tật, căng thẳng tâm lý, đói và rét. Khi mạng lưới cung cấp chính thức hoặc không chính thức bị gián đoạn, các yếu tố trên càng nghiêm trọng. Trong khi tiêu chuẩn trung bình về khẩu phần của người già đang được xem xét thì cần đặc biệt chú ý tới nhu cầu dinh dưỡng và chăm sóc cụ thể là:

- Người già được tiếp cận các nguồn lương thực thực phẩm một cách dễ dàng (bao gồm lương thực thực phẩm cứu trợ).
- Thức ăn phải dễ nấu và dễ tiêu.
- Lương thực thực phẩm phải đáp ứng bổ sung đạm và các nhu cầu về vi chất dinh dưỡng cho người già.

Những người già thường là những người quan trọng có bổn phận chăm lo sức khỏe cho các thành viên khác trong gia đình nên cần sự hỗ trợ đặc biệt để hoàn thành công việc này.

6. Người nhiễm HIV/AIDS có thể phải đối mặt với nguy cơ lớn về dinh dưỡng vì rất nhiều nguyên nhân. Những nguyên nhân này gồm việc giảm ăn do ăn mất ngon hoặc gặp khó khăn khi ăn, giảm hấp thụ dinh dưỡng do tiêu chảy, nhiễm ký sinh trùng, hoặc tế bào ruột bị phá huỷ, những thay đổi về sự trao đổi chất, ốm đau hoặc bệnh tật kinh niên. Rõ ràng nhu cầu năng lượng của người nhiễm HIV/AIDS tăng lên theo giai đoạn bệnh tật. Các vi chất dinh dưỡng trở nên đặc biệt quan trọng để duy trì khả năng đề kháng và tăng cường sức sống. Những người nhiễm HIV/AIDS càng mong muốn duy trì chế độ dinh dưỡng và tình trạng khoẻ mạnh tốt để trì hoãn sự chuyển biến xấu hơn của bệnh AIDS. Chế biến và tăng cường viện trợ lương thực thực phẩm hay cung cấp các loại thức ăn đã được pha trộn dưỡng chất là các giải pháp trong việc cải thiện khẩu phần ăn thích hợp của họ. Trong một số trường hợp, có thể nên tăng khẩu phần ăn tổng thể cho họ (xem tiêu chuẩn chung 4: Xác định đối tượng, trang 35).

7. Những người khuyết tật có thể đối mặt với một loạt những rủi ro dinh dưỡng ngày càng trầm trọng trong môi trường họ đang sống. Các rủi ro về dinh dưỡng bao gồm khó khăn trong khi nhai và nuốt dẫn đến hấp thụ thức ăn giảm, bị nghẹn, tư thế vị trí trong khi ăn rất khó khăn, khả năng đi lại giảm, ảnh hưởng

đến việc hấp thụ thức ăn và tiếp cận với ánh sáng (gây nên tình trạng thiếu vitamin D); việc phân biệt đối xử ảnh hưởng đến việc tiếp cận lương thực thực phẩm, bệnh táo bón, tình hình trên là đặc biệt nghiêm trọng đối với những người bị liệt. Trong thảm họa người tàn tật có thể gặp rủi ro khi bị cách biệt với các thành viên khác trong gia đình (và những người chăm sóc). Cần phải có các nỗ lực nhằm để giải quyết, làm giảm những rủi ro này bằng cách đảm bảo việc tiếp cận lương thực thực phẩm (gồm lương thực thực phẩm cứu trợ) hoặc thúc đẩy các biện pháp hỗ trợ chăm sóc (ví dụ cung cấp thìa, ống hút, thành lập hệ thống thăm nom các gia đình có người khuyết tật) hoặc cung cấp thức ăn giàu năng lượng.

- 8. Chăm sóc dựa vào cộng đồng:** Những người làm nhiệm vụ chăm sóc và những người họ đang chăm sóc có thể có những nhu cầu dinh dưỡng cụ thể ví dụ họ có ít thời gian để tiếp cận lương thực thực phẩm vì họ có thể bị ốm hoặc đang chăm sóc người ốm; họ có thể có nhu cầu cao hơn để duy trì công việc vệ sinh; họ có thể có rất ít tài sản để đổi lương thực do phải chi nhiều khoản vào việc điều trị và mua chay; và họ phải đối mặt với phân biệt đối xử, ít được hưởng cơ chế trợ giúp của cộng đồng. Trong thảm họa số lượng người chăm sóc có thể giảm, ví dụ, gia đình ly tán, bị chết, trẻ em và những người già lại trở thành người chăm sóc chính. Điều quan trọng là những người làm nhiệm vụ chăm sóc cần phải được hỗ trợ và không bị coi thường khi chăm sóc các nhóm người dễ bị tổn thương. Sự hỗ trợ đó bao gồm chế độ ăn uống, thực hành vệ sinh, sức khoẻ, bảo vệ và hỗ trợ tâm lý. Các mạng lưới xã hội hiện tại có thể được sử dụng để tập huấn các thành viên cộng đồng đã được lựa chọn để đảm nhận những trách nhiệm này.

ii) Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng, bao gồm cả thiếu hụt và dư thừa chất liên quan đến nguy cơ ngày càng tăng về bệnh tật và tử vong đối với những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Vì vậy, khi tỷ lệ suy dinh dưỡng cao cần phải đảm bảo cho họ được tiếp cận các dịch vụ cần thiết để điều chỉnh và ngăn chặn suy dinh dưỡng. Hiệu quả của các dịch vụ này có thể bị suy giảm nghiêm trọng nếu không áp dụng biện pháp hỗ trợ tổng quát cho cộng đồng - chẳng hạn nếu không thực hiện việc viện trợ lương thực thực phẩm tổng quát, thiếu an ninh lương thực kịp thời, nếu việc nuôi dưỡng bổ sung không có hỗ trợ tổng quát đang được thực hiện vì một số lý do an ninh.

Trong những tình huống đó, việc tư vấn về dinh dưỡng tổng quát sẽ là nội dung chính của chương trình (tiêu chuẩn ứng phó thảm họa, trang 33).

Có nhiều cách để điều chỉnh suy dinh dưỡng trung bình, ví dụ, thông qua việc cải thiện khẩu phần ăn nói chung cải thiện tình trạng an ninh lương thực, cải thiện việc tiếp cận chăm sóc sức khoẻ, vệ sinh môi trường và cung cấp nước uống. Trong thảm họa, việc bổ sung lương thực thực phẩm đã được xác định là một giải pháp cơ bản điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng trung bình và ngăn ngừa tình trạng suy dinh dưỡng nghiêm trọng (tiêu chuẩn 1). Trong một số trường hợp, tỷ lệ suy dinh dưỡng quá cao làm cho biện pháp xác định đối tượng bổ sung dinh dưỡng trung bình trở nên không hiệu quả nên tất cả mọi người đều được lựa chọn theo một tiêu chí về mức độ nguy hiểm nhất định (ví dụ, trẻ em từ 6 - 59 tháng). Trường hợp này được hiểu như nuôi dưỡng mang tính dần đều.

Điều chỉnh suy dinh dưỡng nghiêm trọng thông qua điều trị có thể áp dụng nhiều biện pháp khác nhau, bao gồm chăm sóc 24 giờ đối với bệnh nhân, chăm sóc ban ngày, chăm sóc tại nhà (tiêu chuẩn 2). Việc áp dụng phương pháp chăm sóc bệnh nhân dựa trên các tiêu chuẩn khác đã đạt được như việc cung cấp thức ăn, nước uống đặc biệt dành cho người bệnh, các thiết bị vệ sinh (xem Chương Các tiêu chuẩn Tối thiểu về cung cấp Nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 51), điều chỉnh tình trạng thiếu hụt vi dưỡng chất (tiêu chuẩn 3) dựa vào việc đạt được các tiêu chuẩn trong hệ thống y tế, cơ sở hạ tầng và kiểm soát bệnh truyền nhiễm (xem Chương 5: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dịch vụ Y tế, trang 249).

Tiêu chuẩn 1 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng trung bình

Suy dinh dưỡng trung bình được giải quyết.

Các chỉ số chính (xem cùng với các hướng dẫn)

- Ngay từ đầu cần xác định và thống nhất các mục tiêu và tiêu chí cho việc thiết lập và kết thúc của chương trình (xem **hướng dẫn 1**).

- Phạm vi bao phủ chương trình: Hơn 50% ở vùng nông thôn, hơn 70% ở vùng thành thị và hơn 90% ở trại tạm cư (xem hướng dẫn 2).
- Hơn 90% người dân được cứu trợ nằm trong phạm vi di lại trong vòng một ngày (kể cả thời gian dành cho điều trị) của trung tâm phân phát khẩu phần lương khô thuộc chương trình cấp thức ăn bổ sung và không quá 1 giờ di bộ trong chương trình cung cấp thức ăn bổ sung tại chỗ (xem hướng dẫn 2).
- Kết quả của chương trình trợ cấp thức ăn bổ sung theo đối tượng là: Người bị chết <3%, người phục hồi >75% và người vắng mặt là < 15% (xem hướng dẫn 3).
- Việc tiếp nhận đối tượng phải dựa vào các đánh giá đối chiếu của các tiêu chí nhân trắc học quốc tế (xem hướng dẫn 4 và 5).
- Các chương trình trợ cấp thức ăn bổ sung phải liên kết với cơ chế chăm sóc sức khoẻ hiện có và các quy định được tuân thủ để xác định các vấn đề sức khoẻ và giải pháp tương ứng (xem hướng dẫn 5).
- Trợ cấp thức ăn bổ sung dựa trên sự phân phối khẩu phần khô mang về nhà trừ khi có lý do rõ ràng rằng không thể ăn tại chỗ (xem hướng dẫn 6).
- Các hệ thống giám sát được thiết lập (xem hướng dẫn 7).

Hướng dẫn

1. Thiết kế trợ cấp thức ăn bổ sung: Thiết kế chương trình phải dựa vào sự hiểu biết tính phức tạp và mối liên quan của tình hình dinh dưỡng. Chương trình trợ cấp thức ăn bổ sung theo đối tượng cần được thực hiện khi đã tiến hành hoặc có kế hoạch thực hiện các cuộc thăm dò nhân trắc học và đồng thời nếu các nguyên nhân chính của suy dinh dưỡng trung bình đang được tập trung giải quyết. Chương trình trợ cấp thức ăn bổ sung theo đối tượng có thể được thực hiện trong một thời gian ngắn trước khi tiêu chuẩn 1 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát được đáp ứng. Mục tiêu của chương trình cần được thông báo rõ ràng và được thảo luận với nhóm đối tượng (tiêu chuẩn tham gia, trang 28).

2. Phạm vi bao trùm được tính toán theo nhóm đối tượng và được xác định ngay từ đầu của chương trình, đồng thời cũng được coi là một phần của khảo sát nhân trắc học. Phạm vi của chương trình có thể bị ảnh hưởng bởi khả năng được chấp nhận của chương trình, địa điểm phát hàng, tình hình an ninh đối với nhân viên cứu trợ và những người có nhu cầu điều trị, thời gian chờ đợi, chất lượng phục vụ và việc tăng cường các chuyến viếng thăm đến các hộ gia đình. Các trung tâm phân phát hàng phải gần với nơi

ở của nhóm đối tượng để giảm các rủi ro và chi phí đi lại cùng với trẻ nhỏ và giảm nguy cơ cho người dân đang di tản khi đến các trung tâm phân phát. Các nhóm bị ảnh hưởng cần được tham gia vào việc quyết định lựa chọn nơi đặt các trung tâm phân phát. Quyết định cuối cùng cần dựa vào sự tham khảo ý kiến rộng rãi và không phân biệt đối xử.

- 3. Các chỉ số từ bỏ chương trình:** Những người bị đưa ra khỏi chương trình trợ cấp thức ăn là những người không đăng ký cấp thức ăn nữa. Tất cả những người được đưa ra khỏi chương trình bao gồm những người đã tự bỏ, những người đã hồi phục và những người đã chết.

Tỷ lệ người bỏ chương trình do vắng mặt =

$$\frac{\text{số người vắng mặt}}{\text{số người ra khỏi chương trình}} \times 100\%$$

Tỷ lệ người bỏ chương trình do bị chết =

$$\frac{\text{số người chết trong chương trình}}{\text{số người ra khỏi chương trình}} \times 100\%$$

Số người bỏ chương trình do phục hồi =

$$\frac{\text{số người điều trị thành công trong chương trình}}{\text{số người ra khỏi chương trình}} \times 100\%$$

- 4. Tiêu chí tiếp nhận:** Là những cá nhân ngoài những người đủ tiêu chuẩn về nhân trắc học được xác định là suy dinh dưỡng cũng có thể được hưởng lợi từ chương trình chăm sóc nuôi dưỡng bổ sung, ví dụ, những người nhiễm HIV/AIDS hay lao hoặc những người khuyết tật. Nếu những người trên được đưa vào chương trình thì phải có hệ thống theo dõi. Trong trường hợp các chương trình chăm sóc khẩn cấp bị quá tải do nhiều người có nhu cầu chăm sóc, chữa trị, thì đây không phải là biện pháp tốt nhất giải quyết nhu cầu của những người bị suy dinh dưỡng, họ sẽ tiếp tục đối mặt với các nguy cơ sau thảm họa. Cách tốt hơn là tìm ra các giải pháp thay thế để hỗ trợ dinh dưỡng dài hạn, ví dụ, hỗ trợ tại nhà của cộng đồng hoặc tại trung tâm điều trị bệnh lao.

- 5. Các đầu vào y tế:** Các chương trình hỗ trợ nuôi dưỡng bổ sung theo dõi tượng cần có các quy chế về thuốc men thích hợp như việc cung cấp thuốc tẩy giun, bổ sung vitamin A, tiêm chủng, việc cung cấp các dịch vụ trên cần phải xem xét đến khả năng của các trung tâm chăm sóc sức khoẻ hiện có ở những vùng có nguy cơ cao lây nhiễm một số loại bệnh (như HIV/AIDS) cần phải xem xét kỹ hơn về số lượng và chất lượng của lương thực thực phẩm bổ sung.

- 6. Cung cấp lương thực thực phẩm tại chỗ:** khẩu phần viên trợ lương thực thực phẩm khô mang về nhà được phân phát một hoặc hai tuần/lần được ưa chuộng hơn việc cung cấp lương thực thực phẩm tại chỗ, tuy nhiên khối lượng lương thực thực phẩm cần dựa vào việc xem xét về khẩu phần của hộ gia đình. Cung cấp lương thực thực phẩm tại chỗ cần được cân nhắc khi có rủi ro về an ninh. Khi thiếu nhiên liệu, nước, các phương tiện nấu ăn chẳng hạn trong cộng đồng dân phải di tản hoặc đang di chuyển thì việc cung cấp lương thực thực phẩm ăn ngay cần được xem xét thực hiện như một giải pháp ngắn hạn với điều kiện việc cung cấp này không làm mất đi tập quán ăn uống truyền thống. Đối với khẩu phần mang về nhà, cần cung cấp các hướng dẫn rõ ràng về cách chế biến thức ăn bổ sung theo phương pháp vệ sinh, sử dụng như thế nào và khi nào cũng như tầm quan trọng của việc bú sữa mẹ đối với trẻ dưới 24 tháng tuổi (xem tiêu chuẩn 3 - Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm, trang 168).
- 7. Hệ thống giám sát:** Các hệ thống này giám sát sự tham gia của cộng đồng, khả năng được chấp nhận của chương trình, (đây là một chỉ số quan trọng để theo dõi tỷ lệ những người bỏ chương trình do vắng mặt), tỷ lệ tiếp nhận trả lại, số lượng và chất lượng lương thực thực phẩm đang được phân phối, các loại bệnh tật, mức suy dinh dưỡng của người dân, mức độ an ninh lương thực trong hộ gia đình, trong cộng đồng và khả năng của hệ thống dịch vụ phân phối hiện hành. Cần tiếp tục điều tra nguyên nhân cá nhân đối với các trường hợp tái tiếp nhận, từ bỏ chương trình và không hồi phục trong chương trình.

Tiêu chuẩn 2 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng nghiêm trọng

Suy dinh dưỡng nghiêm trọng được giải quyết.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Ngay từ lúc đầu, phải xác định và thống nhất tiêu chí cho việc xây dựng và kết thúc chương trình (xem hướng dẫn 1).
- Phạm vi bao trùm của chương trình là >50% ở vùng nông thôn, >70% ở thành thị và > 90% ở các lieu trại tạm cư (xem hướng dẫn 2).
- Tỷ lệ những người từ bỏ chương trình điều trị: Số người chết < 10%; số người hồi phục > 75% và số người vắng mặt < 15% (xem hướng dẫn 3-5).

- Các tiêu chí không nhận vào chương trình bao gồm các chỉ số không thuộc về nhân trắc học, chẳng hạn ăn uống tốt, không bị các bệnh như tiêu chảy, sốt, không nhiễm ký sinh trùng và các bệnh khác không được chữa trị (xem hướng dẫn 4).
- Trọng lượng trung bình tăng là >8g/kg/người/ngày (xem hướng dẫn 6).
- Chăm sóc dinh dưỡng và y tế được thực hiện theo tiêu chuẩn quốc tế về chăm sóc y tế đã được công nhận (xem hướng dẫn 7).
- Tập trung khuyến khích cho bú sữa mẹ và hỗ trợ tâm lý, thực hành vệ sinh và trong cộng đồng cũng như trong các trạm xá (xem hướng dẫn 8).
- Nên có ít nhất một người trợ giúp việc ăn uống cho 10 bệnh nhân nội trú.
- Cần phải tìm ra và giải quyết các trở ngại trong việc chăm sóc những người bị suy dinh dưỡng và những thành viên của gia đình bị ảnh hưởng.

Hướng dẫn

- 1. Tiến hành điều trị bệnh:** Các yếu tố cần xem xét để mở một trung tâm điều trị suy dinh dưỡng nghiêm trọng là số lượng và quy mô người suy dinh dưỡng theo mật độ địa lý; tình hình an ninh; tiêu chí được khuyến nghị đổi với việc thành lập và đóng cửa các trung tâm; và khả năng của cơ sở y tế hiện có. Các chương trình điều trị dinh dưỡng không được làm giảm tác dụng của hệ thống chăm sóc sức khoẻ cũng như không để cho chính phủ thoái thác trách nhiệm cung cấp các dịch vụ y tế, các chương trình nên nhắm vào việc cung cấp và tăng cường khả năng điều trị suy dinh dưỡng hiện có. Nên thông báo và thảo luận rõ ràng về mục đích của chương trình với các nhóm đối tượng (xem tiêu chuẩn tham gia, trang 28). Chỉ nên bắt đầu chương trình điều trị khi đã có một kế hoạch cho các bệnh nhân còn lại và đến cuối chương trình họ hoàn toàn được điều trị.
- 2. Phạm vi bao trùm của chương trình** được tính toán theo nhóm đối tượng và có thể được coi như một phần của cuộc điều tra nhân khẩu học. Phạm vi có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như: Khả năng được chấp nhận của chương trình, địa điểm của trung tâm điều trị, an ninh cho nhân viên chương trình và những người được điều trị, thời gian chờ đợi và chất lượng của dịch vụ.

- 3. Chỉ số từ bỏ chương trình:** Thời gian cần để đạt được chỉ số từ bỏ chương trình điều trị dinh dưỡng là từ 1-2 tháng. Những người không được hưởng lợi từ chương trình nuôi dưỡng là những người không còn đăng ký nữa. Số người này bao gồm người vắng mặt, những người đã hồi phục (bao gồm cả những người được gửi tới điều trị) và những người chết (xem hướng dẫn 3 - cách tính toán chỉ số từ bỏ chương trình, trang 147). Tỷ lệ chết cần được giải thích rõ ràng căn cứ vào phạm vi bao trùm của chương trình và các trường hợp nhiễm HIV dương tính nhưng không được phát hiện. Vì lý do này, số liệu đã không được điều chỉnh cho các trường hợp trên.
- 4. Tỷ lệ hồi phục:** Những cá nhân rời trung tâm chăm sóc không bị biến chứng thuốc, đạt được mức tăng cân cần thiết (ví dụ: 2 lần tăng cân liên tục). Các thủ tục đã được xây dựng quy định các tiêu chuẩn bệnh nhân từ bỏ chương trình cần được tuân thủ nhằm tránh những rủi ro có liên quan đến việc từ bỏ chương trình sớm hơn dự định. Các quy định cần nêu rõ giới hạn thời gian trung bình cho người bệnh tham gia chương trình điều trị dinh dưỡng nhằm tránh việc cố kéo dài thời gian hồi phục (ví dụ: có thể là 30-40 ngày) có thể làm cho những người suy dinh dưỡng không thể phục hồi. Việc lựa chọn chăm sóc hay điều trị dài hạn nên được cân nhắc trong mối liên hệ với các dịch vụ y tế và những hỗ trợ xã hội và cộng đồng khác (xem các tiêu chuẩn 3 - 6 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 277 - 283). Các nguyên nhân tái tiếp nhận, vắng mặt và thất bại trong điều trị cần được điều tra nghiên cứu và lưu lại bằng văn bản một cách thường xuyên. Các cá nhân nên được theo dõi sau khi từ bỏ chương trình và được hướng dẫn về ăn uống bổ sung nếu có thể.
- 5. Tỷ lệ người vắng mặt:** Tỷ lệ này có thể cao khi chương trình không thể đến với người dân. Khả năng tiếp cận có thể bị ảnh hưởng do khoảng cách từ điểm điều trị tới cộng đồng, do xung đột vũ trang đang diễn ra, do không đảm bảo an ninh, do mức độ hỗ trợ giành cho nhân viên chăm sóc, do số nhân viên chăm sóc ở nhà để chăm sóc người thân (tình trạng này có thể rất ít trong trường hợp tỷ lệ HIV/AIDS cao) và do chất lượng chăm sóc. Những người vắng mặt chương trình điều trị dinh dưỡng là những cá nhân không có mặt trong thời gian điều trị nhất định (ví dụ: quá 48 giờ đối với các bệnh nhân phải điều trị nội trú).
- 6. Tăng cân:** Tỷ lệ tăng cân tương ứng ở cả người lớn lẫn trẻ em có thể đạt được khi họ được cung cấp chế độ ăn như nhau. Tuy nhiên, tỷ lệ tăng cân trung bình có thể không phản ánh đúng tình trạng khi mà bệnh nhân không cải thiện được tình trạng sức khoẻ và cũng không bị trả về. Tỷ lệ tăng cân thấp hơn có thể dễ

chấp nhận. Ở các chương trình điều trị bệnh nhân ngoại trú vì những rủi ro và yêu cầu của cộng đồng, ví dụ: trong một thời hạn nhất định, có thể thấp hơn nhiều. Tăng cân trung bình được tính như sau: (cân nặng sau khi được điều trị - Ở chương trình (kg)) trừ đi (cân nặng khi được nhận vào (kg))/(cân nặng khi được nhận vào (kg)) x (thời gian điều trị (ngày)).

- 7. Các nghị định thư:** Các quy định được quốc tế công nhận bao gồm việc xác định thất bại của chương trình ứng phó có thể tìm thấy trong các tài liệu tham khảo trong phụ lục 9. Để thực hiện các quy định về điều trị, các nhân viên y tế yêu cầu phải được đào tạo chuyên môn (xem các tiêu chuẩn về Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, trang 258). Những cá nhân được tiếp nhận để chăm sóc y tế - những người được xét nghiêm hoặc nghi nhiễm HIV dương tính có sự tiếp cận bình đẳng dịch vụ y tế nếu họ đáp ứng đầy đủ các tiêu chí để được nhận vào. Quy định này cũng được áp dụng cho các trường hợp bệnh lao. Những người nhiễm HIV/AIDS mà không có đủ tiêu chuẩn để được nhận vào thường có nhu cầu được hỗ trợ về dinh dưỡng nhưng đây không phải là sự hỗ trợ tốt nhất khi đang phải điều trị suy dinh dưỡng nghiêm trọng trong thảm họa. Những người này và gia đình của họ nên được hỗ trợ thông qua một loạt các dịch vụ bao gồm chăm sóc của cộng đồng tại gia đình, các trung tâm điều trị bệnh lao và các chương trình ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm từ mẹ sang con.
- 8. Hỗ trợ tâm lý và nuôi con bằng sữa mẹ:** Những bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ cần được quan tâm đặc biệt nhằm hỗ trợ có sữa mẹ và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bằng sữa mẹ. Cần thiết lập một khu chăm sóc các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ để đạt mục đích này. Khuyến khích về thể chất và tinh cảm bằng việc chơi với trẻ là quan trọng đối với trẻ suy dinh dưỡng trong thời kỳ phục hồi. Người nuôi trẻ suy dinh dưỡng nghiêm trọng cần được hỗ trợ về mặt tâm lý và xã hội để dám đưa trẻ đi điều trị. Điều này có thể thực hiện được thông qua các chương trình mở rộng và vận động xã hội (xem tiêu chuẩn 2 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 140).
- 9. Những người chăm sóc:** Những người chăm sóc bệnh nhân suy dinh dưỡng nghiêm trọng cần được hướng dẫn về nuôi dưỡng và chăm sóc bệnh nhân trong suốt thời gian điều trị thông qua việc cung cấp tư vấn, hướng dẫn thực hành và cung cấp thông tin về sức khoẻ và dinh dưỡng. Nhân viên chương trình nên nhận thức rằng thông qua hoạt động trao đổi trên với những người chăm sóc mới có thể phát hiện ra những vi phạm quyền con người (ví dụ: việc người

dân bị đói do xung đột giữa các phe phái) và người chăm sóc cần được tập huấn các phương pháp để đối phó với những tình huống đó.

Tiêu chuẩn 3 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng do thiếu vi chất dinh dưỡng

Thiếu vi chất dinh dưỡng được giải quyết.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

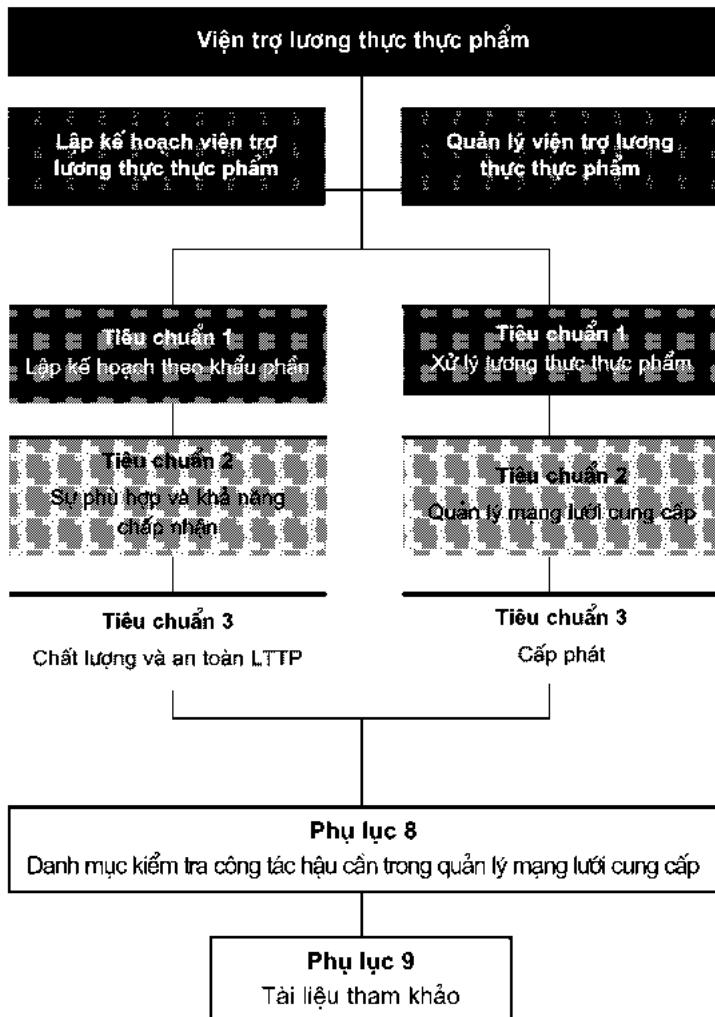
- Tất cả các trường hợp bệnh nhân lâm sàng thiếu vi chất dinh dưỡng cần được điều trị theo các nghị định về bổ sung vi chất dinh dưỡng của WHO (xem hướng dẫn 1).
- Các phương pháp được thiết lập để điều chỉnh một cách hiệu quả tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng mà người dân có nguy cơ gặp phải (xem hướng dẫn 2).
- Các nhân viên y tế được huấn luyện cách nhận dạng và điều trị tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng cho người có nguy cơ cao nhất (xem hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

1. Chẩn đoán và điều trị: có thể chẩn đoán các tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng qua khám lâm sàng đơn giản. Mặc dù việc đào tạo nhân viên là cần thiết để đảm bảo cho việc chẩn đoán chính xác, các chỉ số về tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng có thể kết hợp vào trong hệ thống theo dõi sức khoẻ và dinh dưỡng. Các triệu chứng thiếu vi chất dinh dưỡng khác không thể phát hiện được nếu không dùng phương pháp kiểm tra sinh hoá. Trong những trường hợp đó, việc chẩn đoán bệnh rất phức tạp và thường chỉ có thể chẩn đoán được với các thông tin bổ sung từ bệnh nhân khi họ tới trung tâm điều trị. Trong việc điều trị các ca cấp cứu tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng hay điều trị cho những người có nguy cơ bị thiếu do bệnh tật gây nên được thực hiện trong phạm vi của hệ thống y tế và chương trình nuôi dưỡng.

2. Phòng ngừa: giải pháp phòng ngừa chứng thiếu vi chất dinh dưỡng được đưa ra trong tiêu chuẩn 1 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 137. Việc ngăn ngừa

tình trạng thiếu dinh dưỡng có thể đạt được thông qua việc hạn chế mắc các loại bệnh như: viêm đường hô hấp cấp, bệnh sởi, nhiễm ký sinh trùng, sốt rét và bệnh tiêu chảy, những bệnh này làm cạn kiệt các nguồn dự trữ vi chất dinh dưỡng của con người (xem tiêu chuẩn Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm ở trang 273). Việc điều trị tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng sẽ bao gồm việc chủ động phát hiện, xác định căn bệnh và áp dụng các biện pháp điều trị.



4 Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Viện trợ Lương thực thực phẩm

Nếu cách tiếp cận lương thực bình thường của một cộng đồng bị tàn phá bởi thảm họa (ví dụ có thể do mất mùa vì thảm họa, phe phái tham chiến gây ra nạn đói, quân đội trung dụng lương thực, di cư bắt buộc hoặc tự do) thì cần viện trợ để đảm bảo cuộc sống, bảo vệ hoặc khôi phục lòng tin của người dân, giảm bớt những nhu cầu phải thực hiện các giải pháp đối phó sẽ gây thiệt hại lâu dài.

Qua sự phân tích bao giờ cũng khẳng định rằng viện trợ lương thực là biện pháp ứng phó phù hợp, điều này cần phải thực hiện theo cách đáp ứng nhu cầu trước mắt nhưng cũng góp phần khôi phục an ninh lương thực lâu dài. Các vấn đề sau đây cần phải được xem xét:

- Việc cấp phát đại trà (miễn phí) được đưa ra chỉ khi thật cần thiết, nhằm phục vụ cho những người cần thực phẩm nhất và chấm dứt càng sớm càng tốt.
- Các khẩu phần khô để nấu ăn tại gia đình được cung cấp bất cứ lúc nào phù hợp. Ăn tập thể (cung cấp thức ăn nấu chín và ăn tập trung tại một điểm) được bố trí trong một khoảng thời gian ngắn ban đầu ngay sau khi có thảm họa bất ngờ hoặc có sự di tản lớn nên người dân không đủ dụng cụ nấu ăn hoặc trong tình huống không an toàn khi việc cấp phát các khẩu phần mang về có thể làm cho người nhận viện trợ gặp nguy hiểm.
- Viện trợ lương thực cho người tỵ nạn và người di tản trong nước dựa vào sự đánh giá nhu cầu và hoàn cảnh của họ chứ không phải là với thân phận của họ là người tỵ nạn hay người di tản trong nước.
- Các mặt hàng lương thực thực phẩm được nhập khẩu chỉ khi trong nước có sự thiếu hụt lương thực thực phẩm hoặc không có khả năng thực tế để vận chuyển lương thực thực phẩm dư thừa có sẵn đến khu vực thảm họa.

- Khi viện trợ lương thực thực phẩm có nguy cơ bị quân lính trung dụng hoặc chiếm đoạt bởi các bên tham chiến trong xung đột vũ trang, cần thực thi các biện pháp phù hợp nhằm tránh việc đổ thêm dầu vào lửa.

Việc chuẩn bị cấp phát lương thực thực phẩm phải đặc biệt chu đáo và có trách nhiệm theo quan điểm các chương trình cứu trợ thảm họa thì cần huy động số lượng nhiều và chất lượng tốt. Hệ thống vận chuyển và cấp phát cần phải được giám sát ở tất cả các công đoạn, gồm cả cấp cộng đồng. Việc đánh giá kết quả của chương trình cần phải tiến hành thường xuyên và được phổ biến cho những người tham gia và những người bị ảnh hưởng.

Sáu tiêu chuẩn viện trợ lương thực thực phẩm được phân chia thành 2 loại: Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm, bao gồm: lập kế hoạch theo khẩu phần, sự phù hợp và khả năng chấp nhận chất lượng an toàn lương thực thực phẩm; Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm, bao gồm: xử lý lương thực thực phẩm, quản lý mạng lưới cung cấp và cấp phát. Trong phụ lục 8 ở cuối chương có đưa ra một danh mục kiểm tra công tác hậu cần trong quản lý mạng lưới cung cấp.

i) **Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm**

Phân tích và đánh giá ban đầu về tình huống khẩn cấp cần xác định nguồn thu nhập và lương thực thực phẩm của người dân cũng như bất kỳ các mối đe dọa nào đối với các nguồn trên. Từ đó có thể quyết định liệu có phải viện trợ lương thực thực phẩm hay không và nếu viện trợ thì cần loại lương thực thực phẩm nào, số lượng bao nhiêu để đảm bảo tình trạng dinh dưỡng phù hợp của người dân. Khi thấy cần tiến hành cấp phát miễn phí lương thực thực phẩm, phải xác lập một khẩu phần chung phù hợp nhằm tạo điều kiện đáp ứng được nhu cầu về dinh dưỡng của các gia đình, có tính đến số lượng lương thực thực phẩm họ có khả năng tự cung cấp để họ không phải áp dụng các giải pháp đối phó sẽ gây thiệt hại lâu dài (xem tiêu chuẩn 1 - Đánh giá và phân tích an ninh lương thực, hướng dẫn 3, trang 113 và tiêu chuẩn 1 - An ninh lương thực, hướng dẫn 3, trang 122).

Khi cần tiến hành một chương trình nuôi dưỡng bổ sung, phải xác lập một khẩu phần lương thực thực phẩm bổ sung phù hợp. Trong trường hợp đó, khẩu phần của chương trình nuôi dưỡng là khẩu phần bổ sung cho các khẩu phần chung khác mà các cá nhân đang được hưởng (xem tiêu chuẩn 1 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng, hướng dẫn 1, trang 146).

Trong mọi trường hợp, hàng lương thực thực phẩm phải được lựa chọn kỹ càng, có tham khảo ý kiến những người dân bị ảnh hưởng. Hàng phải có chất lượng tốt, an toàn cho người tiêu dùng, phù hợp và được chấp nhận bởi người hưởng lợi.

Tiêu chuẩn 1 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm: Lập kế hoạch theo khẩu phần

Các khẩu phần để cấp phát lương thực thực phẩm đại trà được thiết kế nhằm giảm khoảng cách giữa nhu cầu của người dân bị ảnh hưởng và các nguồn lương thực thực phẩm của chính họ.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các khẩu phần cấp phát lương thực thực phẩm đại trà được dựa theo tiêu chuẩn lập kế hoạch ban đầu về năng lượng, chất đạm, chất béo và các vi chất dinh dưỡng, được điều chỉnh nếu cần theo tình hình địa phương (xem hướng dẫn 1; và các tiêu chuẩn Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 137-144 và phụ lục 7).
- Khẩu phần làm giảm hoặc loại bỏ việc những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa phải sử dụng các giải pháp đối phó sẽ gây thiệt hại lâu dài.
- Nếu thích hợp, cần tính toán giá trị chuyển đổi của khẩu phần lương thực thực phẩm và là phù hợp với tình hình địa phương (xem hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

1. **Yêu cầu dinh dưỡng:** Những nơi người dân phải di tản, không tiếp cận được lương thực thực phẩm, thì khẩu phần cần đáp ứng đủ yêu cầu dinh dưỡng. Tuy

nhiên, đa số người bị ảnh hưởng bởi thâm họa đều có thể tự kiểm được lượng thực thực phẩm. Khẩu phần được thiết kế để lấp đầy sự cách biệt giữa yêu cầu dinh dưỡng và những gì họ tự cung cấp được. Do đó, nếu yêu cầu tiêu chuẩn là 2.100 calorie/ngày/người và việc đánh giá xác định rằng trung bình mỗi người tự tìm kiếm được 500 calorie/ngày/người thì đưa ra khẩu phần cần cung cấp là $2.100 - 500 = 1.600$ calorie/ngày/người. Các tính toán tương tự cũng áp dụng đối với chất béo và chất đạm. Phải thiết lập được các ước tính chung về lượng thực thực phẩm trung bình mà người dân có thể tiếp cận (xem tiêu chuẩn Đánh giá và phân tích an ninh lương thực, trang 111).

2. Bởi cảnh kinh tế: Nơi có ít hoặc không có các loại lương thực thực phẩm khác, người dân sẽ tiêu dùng hết (hoặc hầu hết) lương thực thực phẩm được cấp phát, khẩu phần cần phải được thiết kế một cách chặt chẽ dựa trên các tiêu chí dinh dưỡng, xem xét các khả năng chấp nhận và hiệu quả - chi phí. Những nơi có sẵn các loại lương thực thực phẩm khác, người hưng lợi có thể trao đổi một phần khẩu phần mà họ nhận được lấy lương thực thực phẩm đó. Nên phải tính giá trị chuyển nhượng của khẩu phần một cách thích hợp. Giá trị chuyển nhượng là giá trị tại thị trường địa phương của khẩu phần, tức là giá để mua cùng một lượng hàng đó tại thị trường địa phương.

Tiêu chuẩn 2 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm: Sự phù hợp và khả năng chấp nhận

Các hàng lương thực thực phẩm được cấp phát phải phù hợp và được chấp nhận đồng thời được sử dụng hiệu quả tại gia đình.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người dân được tham khảo ý kiến trong quá trình đánh giá hoặc thiết kế chương trình về các vấn đề: khả năng chấp nhận, thói quen dùng và sử dụng các loại lương thực thực phẩm và kết quả đánh giá trên là yếu tố quyết định để lựa chọn lương thực thực phẩm (xem hướng dẫn I).
- Khi cấp phát một loại lương thực, thực phẩm lạ, thì phải hướng dẫn phụ nữ hoặc những người nấu ăn khác cách thức chế biến theo cách của địa phương sao cho ít thất thoát dinh dưỡng nhất và tốt nhất nên hướng dẫn bằng tiếng địa phương (xem hướng dẫn I).

- Khả năng tiếp cận của người dân về chất đốt, nước, thời gian nấu, các yêu cầu làm sạch lương thực thực phẩm... được cân nhắc khi lựa chọn các hàng lương thực thực phẩm cấp phát (xem hướng dẫn 2).
- Sau khi nhận được hạt ngũ cốc, người dân có thể tự xay xát hay chế biến tại nhà theo phương pháp truyền thống hoặc dựa vào các cơ sở chế biến gần nhà (xem hướng dẫn 3).
- Người dân tiếp cận các hàng lương thực thực phẩm phù hợp về văn hoá, bao gồm cả giá vị (xem hướng dẫn 4).
- Không cấp phát miễn phí hay trợ giá các sản phẩm sữa bột, sữa nước như là hàng lương thực thực phẩm đơn lẻ (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. Thói quen và khả năng chấp nhận: Trong khi giá trị về dinh dưỡng là điểm cốt yếu để lựa chọn hàng lương thực thực phẩm phân phát, mặt hàng cũng cần phải quen thuộc với người nhận và phù hợp với văn hoá và tín ngưỡng, bao gồm thức ăn kiêng của phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú. Trong bản báo cáo và đề nghị với nhà tài trợ, lý do của việc lựa chọn các loại lương thực thực phẩm đặc biệt hay loại trừ các loại lương thực thực phẩm khác cũng cần phải giải thích rõ ràng. Khi xuất hiện các nhu cầu cấp bách và không có các đồ dùng để nấu ăn thì nên cung cấp lương thực thực phẩm ăn liền. Đặc biệt, khi không có một giải pháp thay thế nào khác thì mới phải cung cấp lương thực thực phẩm không quen dùng. Chỉ trong các hoàn cảnh đó, khẩu phần khẩn cấp đặc biệt mới được xem xét.

2. Yêu cầu chất đốt: Khi đánh giá yêu cầu lương thực, đánh giá chất đốt cũng phải được tiến hành để bảo đảm rằng những người nhận viện trợ có thể đun nấu thức ăn một cách thuận lợi tránh những ảnh hưởng xấu tới sức khoẻ và không làm ảnh hưởng môi trường do việc sử dụng quá mức gỗ làm chất đốt. Khi cần thiết, chất đốt phù hợp cần phải được cung cấp hoặc thiết lập chương trình kiểm củi làm chất đốt nhưng phải giám sát sự an toàn cho phụ nữ và trẻ em là những người thường hay đi kiếm củi. Nhìn chung các loại lương thực thực phẩm được cấp phát nên là loại lương thực thực phẩm không cần nhiều thời gian để nấu chín hoặc không phải sử dụng một lượng nước lớn. Việc cung cấp bột hoặc bột xay sẽ giảm thời gian nấu và lượng nhiên liệu dùng làm chất đốt.

3. Chế biến hạt ngũ cốc: Xay ngũ là một mối quan tâm đặc biệt, bột ngũ chỉ có thể để được từ 6 - 8 tuần. Ngũ dạng bột cần phải được dùng ngay sau khi chế

biến. Khi sử dụng việc xay nghiền trong phạm vi gia đình là một thói quen thì cần phải cung cấp Ở dạng nguyên hạt. Ngũ cốc Ở dạng nguyên hạt có lợi là để được lâu và có giá trị kinh tế cao hơn cho người tiếp nhận. Khi có thể thay thế, các phương tiện xay bột thương mại hao phí thấp cần được cung cấp: có thể loại bỏ mầm hạt, chất dầu, enzym làm bột dễ bị ôi thiu. Cách làm trên làm tăng đáng kể thời hạn sử dụng của ngũ cốc tuy có làm giảm lượng protein. Cần tuân thủ các bộ luật quốc gia có liên quan đến nhập khẩu và cấp phát ngũ cốc.

- 4. Những mặt hàng phù hợp về văn hóa:** Việc đánh giá cần phải: 1) Xác định các loại gia vị phù hợp về văn hoá và các loại thức ăn khác là một phần thiết yếu của thức ăn quen dùng hàng ngày; 2) Xác định sự tiếp cận các loại thức ăn của người dân. Hàng lương thực thực phẩm phải được lựa chọn phù hợp, đặc biệt nếu người dân phải sống phụ thuộc vào khẩu phần được cấp phát trong một thời gian dài.
- 5. Sữa:** Nếu sữa bột và sữa nước được cấp phát như một loại lương thực thực phẩm riêng (bao gồm cả sữa dùng pha với trà), thì không được cấp phát sữa trong chương trình cấp phát lương thực thực phẩm tổng quát hoặc chương trình nuôi dưỡng bổ sung tại nhà. Nếu sử dụng bừa bãi sẽ làm tăng nguy cơ ảnh hưởng xấu tới sức khỏe. Điều này đặc biệt cần thiết đối với trẻ em - đối tượng có nguy cơ rất cao đối với lương thực thực phẩm hỏng và bị nhiễm khuẩn (xem tiêu chuẩn 2 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 140).

Tiêu chuẩn 3 - Lập kế hoạch viện trợ lương thực thực phẩm: Chất lượng và an toàn lương thực thực phẩm

Lương thực thực phẩm được cấp phát có chất lượng tốt và phù hợp với nhu cầu tiêu dùng của con người.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các hàng lương thực thực phẩm phải phù hợp với tiêu chuẩn trong nước (nước tiếp nhận) và quốc tế (xem hướng dẫn 1-2).
- Tất cả lương thực thực phẩm nhập khẩu dưới dạng đóng gói phải còn thời hạn sử dụng ít nhất là 6 tháng khi đến nước tiếp nhận và được cấp phát trước thời gian sử dụng hoặc trong khoảng thời gian sử dụng tốt nhất (xem hướng dẫn 1).

- Không có sự phàn nàn chính đáng nào về chất lượng lương thực thực phẩm được cấp phát (xem hướng dẫn 3).
- Đóng gói lương thực thực phẩm chắc chắn, thuận tiện cho việc xử lý, bảo quản và cấp phát, không gây ô nhiễm môi trường (xem hướng dẫn 4).
- Các bao hàng lương thực thực phẩm được dán nhãn bằng ngôn ngữ phù hợp có các thông tin về loại thực phẩm đã đóng gói: ngày sản xuất, thời hạn sử dụng và những chi tiết về thành phần dinh dưỡng.
- Điều kiện bảo quản thuận lợi và phù hợp, các kho hàng phải quản lý chặt chẽ, kiểm tra thường xuyên chất lượng trong toàn kho (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

- 1. Chất lượng lương thực thực phẩm:** Lương thực thực phẩm phải phù hợp với tiêu chuẩn lương thực thực phẩm của chính phủ nhận viện trợ hoặc tiêu chuẩn dinh dưỡng quốc tế về chất lượng, đóng gói, nhãn, thời hạn dùng... Nhà cung cấp cần kiểm tra có hệ thống các mẫu Ở các điểm giao hàng để đảm bảo chất lượng phù hợp. Khi có thể, các loại thực phẩm mua tại địa phương hoặc nhập khẩu phải kèm theo các chứng nhận về an toàn vệ sinh, hoặc chứng nhận kiểm tra khác để khẳng định các hàng lương thực thực phẩm trên là phù hợp với việc tiêu dùng của con người. Việc kiểm tra mẫu ngẫu nhiên cần phải được tiến hành Ở các kho chứa hàng trong nước để đảm bảo các mặt hàng viện trợ vẫn an toàn cho người tiêu dùng. Khi một số hàng viện trợ bị nghi ngờ hoặc gây tranh cãi về chất lượng thì các thanh tra viên độc lập cần kiểm tra lô hàng đó. Các thông tin về thời gian sản xuất, chất lượng của một loại lương thực thực phẩm cụ thể nào đó có thể lấy từ các chứng nhận của nhà cung cấp, các báo cáo thanh tra kiểm soát chất lượng, nhãn hiệu, báo cáo của các hãng cung cấp.
- 2. Lương thực thực phẩm biến đổi gen:** Các quy định quốc gia về việc nhận và sử dụng sản phẩm biến đổi gen phải được tìm hiểu và tuân thủ. Viện trợ lương thực thực phẩm từ nước ngoài cần phải xem xét các quy định trên trước khi thực hiện bất kỳ chương trình viện trợ nào.
- 3. Những ý kiến phàn nàn:** Những lời phàn nàn của người nhận viện trợ cần phải được tiếp thu nhanh chóng để giải quyết một cách công bằng và minh bạch.
- 4. Đóng gói:** Nếu có thể, nên đóng gói để có thể phân phối ngay lương thực thực phẩm, tránh việc chia ra và đóng gói lại lần nữa.

5. Khu vực cất trữ: Để nơi khô ráo sạch sẽ, không bị tác động bởi điều kiện khí hậu và hóa chất hay sản phẩm tồn kho. Lương thực được bảo đảm tốt, chống côn trùng, chuột làm hỏng. Có thể xem trong tiêu chuẩn 2 - Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm, trang 165.

iii) Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm

Mục đích việc quản lý viện trợ lương thực thực phẩm nhằm chuyển lương thực thực phẩm tới những người đang cần nhất. Nói chung, công việc này bao gồm vận chuyển lương thực thực phẩm phù hợp đến đúng địa chỉ trong điều kiện tốt, đúng lúc, giá cả phù hợp và hạn chế tối mức thấp nhất việc thất thoát. Trong lượng và số lượng lương thực thực phẩm đòi hỏi phải đủ cho số lượng lớn dân cư bị ảnh hưởng nặng nề bởi thảm họa, có thể số lượng lên đến hàng nghìn tấn. Việc vận chuyển tới các địa điểm phân phát nên thông qua một mạng lưới rộng khắp từ người cung cấp, các đại lý, người vận chuyển tới người nhận, cất trữ và xử lý đa dạng, từ loại hình vận chuyển này sang loại hình vận chuyển khác. Mạng lưới trên hay còn gọi là mạng lưới cung cấp cùng nhau thực hiện hàng loạt các hợp đồng và thỏa thuận, trong đó phân công rõ vai trò, trách nhiệm, quyền và nghĩa vụ để bù thiêt hại trong các thỏa thuận hợp đồng. Tất cả các công việc trên yêu cầu thực hiện các thủ tục phù hợp, chính xác, thể hiện sự đóng góp tinh thần trách nhiệm của các bên. Thiết lập và quản lý mạng lưới cung cấp đòi hỏi sự phối hợp giữa nhà tài trợ, chính phủ tiếp nhận, các tổ chức cứu trợ, quan chức địa phương, các nhà cung cấp dịch vụ khác nhau và các tổ chức cộng đồng địa phương có liên quan đến chương trình viện trợ lương thực. Mỗi bên đều có vai trò riêng và có trách nhiệm làm một câu nói hoặc nhiều câu nói trong mạng lưới cung cấp. Hệ thống liên kết này chỉ mạnh khi không có mắt xích nào yếu vì các bên liên quan cung cấp hậu cần viện trợ lương thực thực phẩm phải chia sẻ trách nhiệm để duy trì luồng vận chuyển hiệu quả đáp ứng mục tiêu và kế hoạch cấp phát.

Công bằng trong cấp phát có tầm quan trọng hàng đầu, và việc tham gia của người dân bị ảnh hưởng vào việc đưa ra quyết định và thực thi chương trình là thiết yếu. Người dân cần nhận được thông tin về chất lượng và khẩu phần lương thực thực phẩm sẽ được cấp phát, từ đó họ cảm thấy rằng việc cấp phát là công bằng và họ nhận những gì mà họ đã được hứa trước. Bất cứ sự khác biệt về khẩu phần lương thực thực phẩm viện trợ cho các nhóm khác nhau đều phải được giải thích rõ ràng và được người dân hiểu.

Tiêu chuẩn 1 - Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm: Xử lý lương thực thực phẩm

Lương thực được bảo quản, chế biến và tiêu dùng một cách an toàn và phù hợp trong phạm vi cộng đồng và gia đình.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Không có ảnh hưởng xấu nào tới sức khoẻ phát sinh do việc xử lý và chuẩn bị ở bất cứ điểm cấp phát nào (xem hướng dẫn 1).
- Người tiếp nhận lương thực thực phẩm viện trợ được thông báo và hiểu rõ tầm quan trọng của an toàn vệ sinh lương thực thực phẩm (xem hướng dẫn 1).
- Không có những phản nản về khó khăn trong khâu bảo quản, chế biến, nấu nướng và tiêu thụ lương thực thực phẩm được cấp phát (xem hướng dẫn 2).
- Các hộ gia đình được tiếp nhận đồ dùng nấu ăn phù hợp, chất đốt và các vật liệu thực hành vệ sinh (xem hướng dẫn 4 - 5).
- Những người không tự ăn và nấu ăn được thì phải tiếp cận được người chăm sóc chế biến thức ăn phù hợp kịp thời và người quản lý chương trình nuôi dưỡng khi cần (xem hướng dẫn 3 - 4).
- Khi lương thực thực phẩm được cấp phát dưới dạng thức ăn chín, các nhân viên cứu trợ phải được đào tạo về bảo quản an toàn, xử lý lương thực thực phẩm, nấu nướng và phải có hiểu biết về hiểm họa tiềm ẩn cho sức khoẻ nếu làm không đúng.

Hướng dẫn

1. **Thực hành vệ sinh an toàn lương thực thực phẩm:** Điều kiện, hoàn cảnh thay đổi có thể gây đảo lộn về việc thực hành vệ sinh thông thường của người dân. Vì vậy cần thiết phải tăng cường khuyến khích vệ sinh an toàn lương thực thực phẩm và có các biện pháp hỗ trợ tích cực, phù hợp với điều

kiên địa phương và mô hình phòng chống dịch bệnh. Các khuyến cáo có thể nhấn mạnh tầm quan trọng của việc rửa tay trước khi xử lý thức ăn, tránh nguồn nước bị ô nhiễm, áp dụng các biện pháp kiểm soát vật nuôi... Người dân phải được thông tin về cách bảo quản lương thực thực phẩm an toàn Ở gia đình, người chăm sóc cũng cần được cung cấp thông tin về cách sử dụng tốt nhất các nguồn thức ăn trong hộ gia đình để nuôi dưỡng trẻ em và các phương pháp nấu ăn (xem tiêu chuẩn Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 59).

- 2. Các nguồn thông tin:** Có thể bao gồm hệ thống điều hành, giám sát chương trình, thảo luận nhóm với người nhận và kết quả các khảo sát nhanh hộ gia đình.
- 3. Các đồ dùng gia đình và chất đốt:** Mỗi hộ nên được phát ít nhất một nồi nấu, một bình chứa nước khoảng 40 lít, 250g xà phòng cho mỗi người/tháng và chất đốt vừa đủ cho nấu ăn. Nếu nguồn chất đốt có hạn, nên cấp phát các loại thức ăn nhanh chín. Trường hợp không thể thực hiện được theo phương án này thì sau đó phải tìm ra nguồn cung cấp chất đốt để giải quyết khó khăn trên (xem tiêu chuẩn 3 - Cung cấp nước, trang 69 và tiêu chuẩn 2-4 - Hàng phi lương thực, trang 232-236).
- 4. Việc tiếp cận cơ sở xay sát và các cơ sở chế biến khác cùng với nước sạch là rất quan trọng, qua đó người dân có thể chế biến thức ăn tốt nhất theo lựa chọn của họ và tiết kiệm thời gian để dành cho các hoạt động sản xuất khác. Những người chăm sóc có thể tận dụng thời gian rảnh rỗi trong lúc chờ các dịch vụ trên để làm các việc khác như chế biến thức ăn, cho trẻ em ăn..., điều này tạo ra một ảnh hưởng tích cực đến kết quả hoạt động cung cấp dinh dưỡng hoặc tạo được khả năng tự túc lâu dài. Chế biến thức ăn Ở phạm vi gia đình (bao gồm cả xay nghiền) có thể làm giảm thời gian (kể cả lượng nước và nhiên liệu) dành cho việc nấu ăn.**
- 5. Các nhu cầu đặc biệt:** Mặc dù không phải là một danh sách đầy đủ, nhưng những người cần được giúp đỡ trong ăn uống thường là trẻ em, người già, người khuyết tật, người nhiễm HIV/AIDS (xem tiêu chuẩn 2 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 140).

Tiêu chuẩn 2 - Quản lý viễn trợ lương thực thực phẩm: Quản lý mạng lưới cung cấp

Các nguồn viễn trợ lương thực, thực phẩm (hàng hoá và quỹ tài trợ) cần phải được quản lý có hiệu quả, sử dụng các hệ thống quản lý linh hoạt và minh bạch.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các nguồn viễn trợ lương thực, thực phẩm đến đúng người hưởng lợi.
- Có đánh giá về quản lý mạng lưới cung cấp, khả năng, hạ tầng cơ sở hậu cần và cơ chế phối hợp. Thiết lập hệ thống quản lý có hiệu quả, tận dụng khả năng của địa phương khi có thể (xem hướng dẫn 1-2).
- Đánh giá sự sẵn có các nguồn hàng lương thực thực phẩm ở địa phương (xem hướng dẫn 3).
- Việc ký kết các hợp đồng với các cơ sở quản lý mạng lưới cung cấp là minh bạch, công bằng và công khai (xem hướng dẫn 4).
- Nhân viên của tất cả các cấp trong hệ thống quản lý mạng lưới cung cấp đều được đào tạo kỹ lưỡng và giám sát tất cả các quy trình liên quan đến chất lượng và an toàn lương thực (xem hướng dẫn 5).
- Hệ thống kế toán, báo cáo và tài chính phải được thiết lập nhằm đảm bảo trách nhiệm ở tất cả các cấp của hệ thống quản lý mạng lưới cung cấp (xem hướng dẫn 6-7).
- Quan tâm giảm thiểu sự thất thoát, kể cả bị đánh cắp. Tất cả các thất thoát đều phải thống kê (xem hướng dẫn 8-10).
- Kênh cung cấp lương thực thực phẩm được giám sát và duy trì, tránh bị gián đoạn trong quá trình cấp phát (xem hướng dẫn 11).
- Các thông tin về kết quả hoạt động của mạng lưới cung cấp cần phải thông báo cho các nhà tài trợ một cách thường xuyên (xem hướng dẫn 12).

Hướng dẫn

- Quản lý mạng lưới cung cấp:** là một phương pháp tổng hợp về hệ thống hậu cần viện trợ lương thực thực phẩm. Bắt đầu với sự lựa chọn mặt hàng để cung cấp, bao gồm tìm nguồn, tập hợp, đánh giá chất lượng, đóng gói, vận chuyển, lưu kho, quản lý thống kê, bảo hiểm... Mạng lưới cung cấp có nhiều người tham gia khác nhau nhưng quan trọng là các hoạt động phải được điều phối. Thực hiện hoạt động quản lý, giám sát phù hợp nhằm đảm bảo toàn bộ lương thực thực phẩm được bảo vệ an toàn cho đến khi phát tới từng hộ gia đình hưởng lợi.
- Sử dụng các dịch vụ địa phương:** Cần đánh giá độ tin cậy, sẵn sàng về khả năng của địa phương trước khi tìm kiếm thực phẩm từ nguồn bên ngoài. Nên ký hợp đồng với những nhà vận chuyển và chuyên chở có uy tín của địa phương để phục vụ cho các dịch vụ hậu cần. Các cơ sở vận chuyển đó hiểu biết rõ ràng các quy định của địa phương, các quy trình, các phương tiện và có thể giúp đảm bảo việc tuân thủ pháp luật của nước tiếp nhận và đẩy nhanh các hoạt động vận chuyển.
- Nguồn địa phương và nguồn nhập khẩu:** Phải đánh giá sự sẵn có các loại lương thực thực phẩm địa phương, những ý nghĩa về cơ chế hoạt động sản xuất và thị trường ở địa phương mà trong đó thực phẩm là sản phẩm của địa phương hoặc được nhập khẩu (xem tiêu chuẩn 2 - Đánh giá và phân tích an ninh lương thực, trang 111; tiêu chuẩn 2 - An ninh lương thực, trang 124; tiêu chuẩn 4 - An ninh lương thực, trang 131). Khi có nhiều tổ chức tham gia viện trợ lương thực thực phẩm, việc tìm kiếm nguồn lương thực thực phẩm địa phương, kể cả việc mua hàng cần được điều phối càng chặt chẽ càng tốt. Các nguồn khác trong nước về hàng lương thực có thể bao gồm cho vay hoặc tái phân phối lương thực thực phẩm từ các chương trình viện trợ lương thực hiện có hoặc dự trữ lương thực quốc gia hoặc vay hay trao đổi của các nhà cung cấp thương mại.
- Sự không thiên vị:** Các thủ tục ký kết hợp đồng cần minh bạch và công bằng để tránh nghi ngờ hay tham nhũng. Đóng gói lương thực, thực phẩm không được kèm theo các thông điệp mang động cơ chính trị, tôn giáo và chia rẽ.
- Kỹ năng và tập huấn:** Những người điều hành mạng lưới phân phối có kinh nghiệm và những người quản lý viện trợ lương thực, thực phẩm cần phải được huy động để thành lập hệ thống quản lý mạng lưới cung cấp và tập huấn nhân viên. Các công việc đặc biệt chuyên môn bao gồm quản lý hợp đồng, quản lý việc vận chuyển và lưu trữ, quản lý thống kê, phân tích

việc cấp hàng, quản lý thông tin, theo dõi việc gửi hàng, quản lý nhập khẩu... Khi tiến hành đào tạo, cần đào tạo cả các nhân viên của các tổ chức đối tác.

- 6. Báo cáo:** Đa số các nhà tài trợ đều có những yêu cầu riêng về báo cáo. Những người quản lý mạng lưới cung cấp cần nhận thức được điều này và thiết lập hệ thống đáp ứng được các yêu cầu của nhà tài trợ cũng như nhu cầu quản lý hàng ngày. Phải phản ánh ngay lập tức bất kỳ sự trì hoãn nào, sự chênh hướng nào trong mạng lưới cung cấp. Thông tin về kênh cung cấp và các báo cáo về quản lý mạng lưới cung cấp phải được chia sẻ một cách minh bạch.
- 7. Văn bản tài liệu:** Việc lưu trữ đầy đủ các tài liệu và các mẫu (hoá đơn vận chuyển, sổ liệu kế toán, các mẫu báo cáo...) cần phải có sẵn Ở tất cả các địa điểm nhận, bảo quản và trung chuyển hàng viện trợ nhằm duy trì một hệ thống sổ sách hoá đơn đầy đủ để kiểm toán.
- 8. Lưu kho:** Các kho thiết kế chuyên dụng (cho riêng lương thực, thực phẩm) được ưa chuộng hơn các kho chứa nhiều loại hàng. Khi lựa chọn kho cần phải chọn kho trước đó không chứa loại hàng nguy hiểm để tránh nguy cơ ô nhiễm. Các yếu tố khác cần xem xét là an ninh, sức chứa, độ vững chắc (cửa mái, tường, cửa, sàn) và không bị ngập lụt.
- 9. Xử lý các lương thực, thực phẩm không phù hợp với người tiêu dùng:** Các loại hàng viện trợ bị hư hỏng phải được thanh tra bởi các thanh tra viên có chuyên môn như bác sĩ, các nhân viên phòng thí nghiệm về sức khoẻ cộng đồng... phải xác nhận các hàng đó có phù hợp đối với người tiêu dùng hay không. Phương pháp xử lý thức ăn không phù hợp: bán làm thức ăn chăn nuôi, chôn hoặc tiêu hủy. Trong trường hợp bán để chăn nuôi, thì phải có chứng nhận rằng thức ăn này phù hợp cho chăn nuôi. Trong mọi trường hợp cần phải đảm bảo thức ăn hư hỏng này không tái xâm nhập vào mạng lưới cung cấp thức ăn cho người và gia súc và việc xử lý không gây hại cho môi trường hoặc ô nhiễm nguồn nước Ở các khu vực lân cận.
- 10. Các mối đe dọa đối với mạng lưới cung cấp:** Trong trường hợp xung đột vũ trang, có nguy cơ lương thực thực phẩm bị cướp bóc hoặc bị trưng thu bởi các bên tham chiến, phải xem xét kỹ việc bảo đảm an ninh cho các tuyến vận chuyển, lưu kho. Trong thảm họa, xuất hiện các nguy cơ bị mất mát do trộm cắp Ở tất cả các khâu của mạng lưới cung cấp. Vì vậy, hệ thống kiểm soát cần phải được thiết lập và quản lý Ở tất cả các khâu như lưu kho, vận chuyển và phân phát để giảm thiểu nguy cơ mất mát. Có hệ thống kiểm soát bên trong để đảm

bảo việc phân công nhiệm vụ và trách nhiệm để tránh nguy cơ thông đồng với nhau. Các kho chứa hàng phải được kiểm kê thường xuyên để phát hiện những mất mát, hư hỏng của lương thực. Khi phát hiện tham nhũng, cần áp dụng các biện pháp không chỉ đảm bảo hoạt động bình thường của mạng lưới cung cấp mà còn phân tích và giải quyết các tác động lớn về chính trị và an ninh (ví dụ, hàng tham nhũng có thể đổ thêm dầu vào lửa xung đột vũ trang).

11. Phân tích nguồn hàng vận chuyển: Phân tích các nguồn hàng vận chuyển định kỳ cần phải được tiến hành. Các thông tin liên quan đến mức dự trữ, điểm đến dự kiến, phân phát... phải được thông báo cho các bộ phận trong mạng lưới cung cấp. Theo dõi và dự báo thường xuyên mức dự trữ trong suốt quá trình phân phối nhằm phát hiện những bất cập có thể đoán trước và những vấn đề có thể nảy sinh để tìm cách giải quyết kịp thời.

12. Cung cấp thông tin: Cần xem xét việc sử dụng các phương tiện thông tin đại chúng địa phương hoặc truyền thống để phổ biến cho người dân biết về hoạt động và mạng lưới cung cấp lương thực thực phẩm. Công việc này cung cố sự minh bạch. Phụ nữ có thể được tham gia giúp cung cấp thông tin về chương trình viện trợ lương thực thực phẩm cho cộng đồng.

Tiêu chuẩn 3 - Quản lý viện trợ lương thực thực phẩm: Cấp phát

Phương pháp cấp phát cần linh hoạt, minh bạch, công bằng và phù hợp với các điều kiện địa phương.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người nhận viện trợ được xác định và lựa chọn dựa trên nhu cầu cơ bản bằng việc tiến hành khảo sát tham khảo các bên liên quan và các nhóm cộng đồng (xem hướng dẫn 1-2).
- Các phương pháp cấp phát hiệu quả và công bằng được thiết kế bằng việc tham khảo ý kiến các nhóm địa phương, các tổ chức đối tác và có sự tham gia của các nhóm nhận viện trợ (xem hướng dẫn 1-3).
- Địa điểm cấp phát càng gần nhà người nhận càng tốt để đảm bảo việc tiếp cận dễ dàng và an toàn (xem hướng dẫn 4-5).

- Người nhận viện trợ được thông báo trước rõ ràng về số lượng và chất lượng của khẩu phần lương thực thực phẩm và kế hoạch cấp phát (xem hướng dẫn 6-7).
- Kết quả và ảnh hưởng của chương trình viện trợ lương thực thực phẩm được giám sát và đánh giá chặt chẽ (xem hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

1. Xác định đối tượng: Viện trợ lương thực thực phẩm là nhằm đáp ứng nhu cầu của những người dễ bị tổn thương nhất trong cộng đồng, không có sự kỳ thị về giới, khuyết tật, tôn giáo và dân tộc... Việc lựa chọn các đơn vị cấp phát cần phải dựa trên sự vô tư, khả năng và trách nhiệm. Các đơn vị cấp phát có thể là những người cao tuổi Ở địa phương, ủy ban cứu trợ được bầu tại địa phương, cơ quan, ban, ngành địa phương, các tổ chức phi chính phủ địa phương, các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế (xem các tiêu chuẩn Tham gia và Đánh giá ban đầu, trang 28-33 và tiêu chuẩn Xác định đối tượng, trang 35).

2. Đăng ký: Đăng ký nhận cứu trợ chính thức cho các gia đình cần được thực hiện càng sớm càng tốt và phải được cập nhật. Các danh sách do cơ quan chính quyền địa phương lập và danh sách các gia đình do cộng đồng tự lập có thể rất hữu ích và cần khuyến khích sự tham gia của phụ nữ trong cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa vào việc lập danh sách. Phụ nữ có quyền đăng ký với tên thời con gái nếu họ muốn. Cần phải quan tâm để đảm bảo cho những người phụ nữ, những thanh niên chủ hộ gia đình và các cá nhân dễ bị tổn thương không bị bỏ qua khi lập danh sách. Nếu việc đăng ký không thể thực hiện trong giai đoạn đầu của tình hình khẩn cấp thì phải hoàn thành đăng ký ngay sau khi tình hình đã ổn định. Điều này đặc biệt quan trọng khi việc viện trợ được tiến hành trong thời gian dài...

3. Phương pháp cấp phát: Đa số các phương pháp đều tiến triển theo giai đoạn. Trong giai đoạn đầu việc cấp phát tổng quát dựa vào danh sách gia đình hoặc các ước tính do cộng đồng địa phương cung cấp, đây có thể là một phương pháp duy nhất có tính khả thi. Bất kỳ hệ thống cấp phát nào cũng phải giám sát chặt chẽ để đảm bảo lương thực đến đúng đối tượng cần nhận, việc cấp phát cần phải tiến hành một cách công bằng, minh bạch. Đặc biệt phải chú ý tới những nhóm người dễ bị tổn thương. Tuy nhiên các nỗ lực đưa viện trợ tới nhóm người dễ bị tổn thương không được tạo thêm một sự phân biệt đối xử nào với họ. Đây là một vấn đề đặc biệt quan trọng trong cộng đồng với một số

lượng lớn người nhiễm HIV/AIDS (xem các tiêu chuẩn về sự tham gia, xác định đối tượng, giám sát Ở Chương 1).

4. Các điểm cấp phát cần phải được thiết lập Ở nơi an toàn và thuận lợi nhất cho người nhận, không phải là dựa trên sự thuận lợi về hậu cần cho đơn vị cấp phát viện trợ. Tần suất các lần cấp phát và số lượng điểm cấp phát cần phải được tính toán dựa trên số thời gian mà người nhận viện trợ cần để đi đến trung tâm cấp phát hoặc về tính tiện dụng và chi phí vận chuyển hàng. Không nên buộc người nhận phải đi xa để nhận viện trợ, việc cấp phát cũng phải dựa vào thời gian thích hợp để hạn chế mức thấp nhất sự gián đoạn trong công việc hàng ngày. Cần phải bố trí khu vực ngồi chờ và cung cấp nước uống tại các điểm cấp phát (xem tiêu chuẩn 1, 2 - Điều chỉnh tình trạng suy dinh dưỡng, trang 145-152).

5. Hạn chế nguy cơ mất an ninh: Lương thực thực phẩm là mặt hàng có giá trị và việc cấp phát có thể tạo ra những rủi ro về an ninh bao gồm cả rủi ro về tham nhũng và tiềm ẩn bạo lực. Khi lương thực thực phẩm không đủ cung cấp, căng thẳng có thể gia tăng vào lúc lương thực thực phẩm được chở đến. Những người già, trẻ em, phụ nữ và người khuyết tật có thể không được nhận hàng viện trợ hoặc có thể bị cướp. Cần phải nghiên cứu trước các rủi ro và áp dụng các biện pháp giảm thiểu rủi ro. Các biện pháp giảm thiểu bao gồm việc giám sát chặt chẽ hoạt động cấp phát, canh gác các điểm cấp phát hàng, kể cả việc sử dụng cảnh sát địa phương khi cần. Cũng có thể cần có các biện pháp phòng ngừa, giám sát và ứng phó nạn bạo hành về giới, bóc lột tình dục có liên quan đến việc cấp phát cứu trợ.

6. Phổ biến thông tin: Người nhận viện trợ cần được thông tin về:

- Chủng loại và số lượng khẩu phần được cấp phát và những lý do về tiêu chuẩn cấp phát khác nhau.
- Kế hoạch cấp phát (ngày, giờ, địa điểm, số lần) và sự thay đổi nếu có do tác động của tình hình bên ngoài.
- Chất lượng dinh dưỡng của lương thực thực phẩm và khi cần, cung cấp các hướng dẫn để bảo vệ giá trị dinh dưỡng của lương thực thực phẩm viện trợ.
- Các yêu cầu về đảm bảo an toàn trong cấp phát và việc sử dụng hàng viện trợ.

7. Những thay đổi trong chương trình: Các thay đổi về chủng loại và mức khẩu phần do lượng viện trợ có sẵn không đủ, phải thảo luận với người nhận viện trợ thông qua các ủy ban cấp phát, hoặc những người lãnh đạo cộng đồng và phải

cùng nhau điều phối hoạt động, ủy ban cấp phát hàng cứu trợ thông báo cho người dân về sự thay đổi và các lý do liên quan, thời gian thay đổi kéo dài bao lâu, bao giờ thì khẩu phần viện trợ sẽ trở lại bình thường. Nhất thiết phải thông báo rõ ràng về những gì mà người dân sẽ được nhận. Ví dụ số lượng khẩu phần cần niêm yết rõ tại địa điểm cấp phát, và được viết bằng ngôn ngữ địa phương hay bằng hình vẽ, có như vậy người dân mới biết rõ được khẩu phần của mình.

- 8. Giám sát và đánh giá cấp phát lương thực thực phẩm** phải được tiến hành
- Ở mọi cấp của mạng lưới cung cấp. Tại các điểm cấp phát, cần thực hiện việc kiểm tra ngẫu nhiên khẩu phần của các gia đình để đánh giá sự chính xác và công bằng trong việc quản lý cấp phát, và nên tiến hành các cuộc phỏng vấn. Ở lối ra của khu vực cấp phát. Tại cộng đồng, cần phải tiến hành các cuộc viếng thăm bất chợt tới các gia đình nhận viện trợ để khẳng định chắc chắn khả năng chấp nhận và lợi ích của khẩu phần và cũng để xác định những người có đủ tiêu chí nhận viện trợ nhưng họ không được nhận. Các chuyến đi thị sát như vậy cũng có thể khẳng định liệu có hiện tượng nhận lương thực vượt quá quy định hay không và nó bắt nguồn từ đâu, (có thể là do trưng dụng, bổ sung hoặc bóc lột tình dụng hay hiện tượng khác). Cần phải xem xét các ảnh hưởng đối với hệ thống phân phối lương thực thực phẩm. Các ảnh hưởng có thể bao gồm tác động lên chu kỳ nông nghiệp, các hoạt động nông nghiệp, các điều kiện thị trường, và sự sẵn có của dầu vào nông nghiệp.

Phụ lục 1

Danh mục kiểm tra về phương pháp luận và báo cáo an ninh lương thực

Các đánh giá an ninh lương thực nên gồm:

1. Những mô tả rõ ràng về phương pháp luận như:
 - Mục tiêu và thiết kế tổng thể.
 - Cơ sở đánh giá và số người tham gia đánh giá (họ làm việc cá nhân hay theo nhóm).
 - Chọn người cung cấp thông tin chính (họ có phải là đại diện của tất cả các nhóm hay không).
 - Thành phần nhóm thảo luận có trọng tâm hay các nhóm thảo luận khác.
 - Tiêu chí lựa chọn người cung cấp thông tin.
 - Khoảng thời gian đánh giá.
 - Khung phân tích và các công cụ, phương pháp bao gồm công cụ và kỹ thuật PRA (đánh giá nhanh có sự tham gia).
2. Dựa trên phương pháp đánh giá chất lượng, gồm cả việc đánh giá các nguồn thông tin thứ cấp về số lượng.
3. Sử dụng đúng các thuật ngữ, ví dụ, lấy mẫu chọn lọc, người cung cấp thông tin chính, nhóm chủ chốt, các thuật ngữ chuyên môn.
4. Cần có sự tham gia của các ban, ngành đoàn thể địa phương vào quá trình đánh giá như các đối tác trừ khi không thể, ví dụ: trong tình huống xung đột.
5. Sử dụng các công cụ và kỹ thuật PRA phù hợp (được áp dụng liên tục để phân tích và tiến hành kiểm tra chéo).
6. Cần có sự tham gia của đại diện các nhóm dân cư bị ảnh hưởng hay đại diện các nhóm theo sinh kế.

7. Mô tả hạn chế và khó khăn thực tế về đánh giá.
8. Mô tả phạm vi bao phủ của đánh giá, bao gồm về mặt địa lý, thành phần các nhóm theo sinh kế và các kiểu phân tầng dân cư thích hợp (ví dụ như theo giới, dân tộc, bộ tộc, v.v..).
9. Cũng cần phỏng vấn đại diện các Bộ liên quan, các dịch vụ công cộng, các nhà lãnh đạo truyền thống, đại diện các tổ chức xã hội quần chúng chính (các nhóm tôn giáo, tổ chức phi chính phủ địa phương, các nhóm vận động ủng hộ chính sách hoặc nhóm gây áp lực, các hội nông dân, hiệp hội người chăn nuôi gia súc và gia cầm, các tổ chức phụ nữ) và đại diện của nhóm theo sinh kế.

Kết quả báo cáo đánh giá phải đề cập đến:

1. Tình hình an ninh lương thực gần đây và các chính sách thích hợp trước thảm họa.
2. Mô tả các nhóm có sinh kế khác nhau và tình hình an ninh lương thực của họ trước khi xảy ra thảm họa.
3. An ninh lương thực của các nhóm có sinh kế khác nhau trước thảm họa.
4. Tác động của thảm họa đối với hệ thống lương thực, thực phẩm và an ninh lương thực của các nhóm sinh kế khác nhau.
5. Xác định các nhóm sinh kế dễ bị tổn thương và những nhóm dễ bị lâm vào tình trạng thiếu an ninh lương thực trong tình hình hiện tại.
6. Khuyến nghị các can thiệp bao gồm các phương pháp triển khai, vận động ủng hộ chính sách và bất kỳ các đánh giá bổ sung cần thiết nào.
7. Nếu phải có hoạt động cứu trợ lương thực thực phẩm cần nêu chính xác bản chất, mục đích và thời hạn cứu trợ lương thực thực phẩm. Mọi hoạt động đáp ứng lương thực thực phẩm cần được xem xét dựa trên cơ sở các dữ liệu và phân tích trên.

Phụ lục 2

Danh mục kiểm tra đánh giá an ninh lương thực

Trong các đánh giá an ninh lương thực, người ta thường phân chia bộ phận dân cư bị ảnh hưởng thành các nhóm theo sinh kế dựa trên nguồn thu nhập và cũng như giải pháp của họ để có được thu nhập và lương thực thực phẩm. Việc phân chia cũng có thể dựa trên tầng lớp giàu hoặc nghèo. Điều quan trọng là cần so sánh tình hình an ninh lương thực trước và sau thảm họa. Có thể lấy cái gọi là “những năm bình quân” để làm mốc chuẩn. Cũng cần phải xét đến vai trò và tình trạng dễ bị tổn thương đặc thù của nam giới và nữ giới, tác động tới an ninh lương thực hộ gia đình. Việc xét đến những khác biệt về an ninh lương thực trong nội bộ mỗi gia đình có thể cũng rất quan trọng.

Danh mục kiểm tra này đề cập đến nhiều lĩnh vực thường được xem xét trong đánh giá an ninh lương thực. Cần thu thập các thông tin bổ sung trong bối cảnh rộng hơn ngoài thảm họa (ví dụ: bối cảnh chính trị, số lượng dân cư và di dân, v.v..) và trong quan hệ với các lĩnh vực khác (dinh dưỡng, sức khoẻ, nước, nhà ở). Danh mục phải được điều chỉnh cho phù hợp với tình hình địa phương và mục đích đánh giá. Các danh mục đánh giá chi tiết hơn đã được soạn thảo, ví dụ, trong cuốn Field Operations Guide of USAID - Ghi chú hướng dẫn hoạt động tại thực địa của cơ quan tài trợ Mỹ (1998).

An ninh lương thực của các nhóm theo sinh kế

1. Các nhóm trong cộng đồng có cùng sinh kế giống nhau không? Có thể phân loại các nhóm trên theo các nguồn thu nhập và lương thực, thực phẩm của họ như thế nào?

An ninh lương thực trước thảm họa (điều tra cơ bản)

2. Các nhóm theo sinh kế khác nhau đạt được thu nhập và lương thực, thực phẩm trước thảm họa bằng cách nào? Trung bình năm trong những năm gần đây, nguồn lương thực, thực phẩm và thu nhập của họ là gì?

3. Các nguồn thu nhập và lương thực, thực phẩm khác nhau thay đổi như thế nào theo mùa trong một năm? (việc xây dựng lịch mùa vụ có thể là một việc làm hữu ích).
4. Nhìn lại 5 hoặc 10 năm qua, an ninh lương thực thay đổi như thế nào theo từng năm? (xây dựng biểu đồ thời gian hoặc biểu đồ lịch sử ghi lại các năm tốt hay xấu có thể rất hữu ích).
5. Các nhóm sinh kế khác nhau sở hữu các loại tài sản, tiền tiết kiệm hay các nguồn dự trữ nào khác (dự trữ lương thực, tiền tiết kiệm, nuôi gia súc, đầu tư, tín dụng, các khoản nợ chưa thu hồi...)?
6. Chỉ tiêu của một hộ gia đình trong một tuần, một tháng bao gồm những gì? Chỉ cho mỗi loại là bao nhiêu phần trăm?
7. Ai chịu trách nhiệm quản lý tiền mặt trong hộ gia đình, tiền được tiêu vào những khoản gì?
8. Có thể đến chợ gần nhất để mua hàng hoá thiết yếu bằng cách nào? (xem xét các yếu tố về khoảng cách, an ninh, điều kiện đi lại dễ hay khó, mức độ sẵn có thông tin thị trường...).
9. Giá cả của những hàng hoá thiết yếu, trong đó có lương thực thực phẩm là bao nhiêu?
10. Có thể có được chúng hay không? Trước thảm họa, tỷ lệ trao đổi trung bình giữa các nguồn thu nhập và các mặt hàng lương thực, thực phẩm thiết yếu là bao nhiêu? (lương tháng quy ra lương thực thực phẩm, giá súc đổi lương thực thực phẩm...).

An ninh lương thực trong thảm họa

11. Thảm họa ảnh hưởng như thế nào đến các nguồn lương thực thực phẩm và thu nhập khác nhau của mỗi nhóm theo sinh kế xác định?
12. Thảm họa ảnh hưởng như thế nào đến khía cạnh mùa vụ của an ninh lương thực của các nhóm sinh kế khác nhau?
13. Thảm họa tác động như thế nào đến việc tiếp cận thị trường, tồn tại của thị trường và giá cả của những hàng hoá thiết yếu?

14. Chiến lược đối phó của các nhóm theo sinh kế khác nhau là gì? Tỷ lệ % số thành viên của nhóm đó tham gia vào hoạt động này là bao nhiêu?
15. Điều này thay đổi như thế nào so với tình hình trước thảm họa?
16. Nhóm hoặc bộ phận dân cư nào bị ảnh hưởng nhiều nhất?
17. Các chiến lược đối phó có tác động gì về mặt ngắn hạn và trung hạn đối với tài sản tài chính và các tài sản khác của người dân?
18. Các chiến lược đối phó có tác động như thế nào đến tình hình sức khoẻ, an sinh xã hội và nhân phẩm của các nhóm theo sinh kế và các nhóm dễ bị tổn thương? Có nguy cơ nào đi kèm với các chiến lược này không?

Phụ lục 3

Ứng phó an ninh lương thực

Có rất nhiều các biện pháp can thiệp để hỗ trợ, bảo vệ và thúc đẩy an ninh lương thực trong các tình huống khẩn cấp. Danh mục các biện pháp được liệt kê dưới đây là không đầy đủ. Phải thiết kế mỗi biện pháp can thiệp sao cho phù hợp với bối cảnh và chiến lược hỗ trợ an ninh lương thực địa phương. Bởi thế, các biện pháp can thiệp này có mục tiêu và được thiết kế riêng biệt. Điều quan trọng là cần phải cân nhắc một loạt các lựa chọn chương trình dựa trên phân tích và cân đối nhu cầu. Các biện pháp can thiệp không tính đến các ưu tiên của địa phương thường không có hiệu quả. Có thể phân loại các biện pháp ứng phó thành ba nhóm, có liên quan đến tiêu chuẩn 2 - 4 - An ninh lương thực (trang 124-133):

- Sản xuất cơ bản;
- Thu nhập và việc làm;
- Sự tiếp cận thị trường hàng hoá và dịch vụ.

Cấp phát lương thực, thực phẩm chung thường là viện trợ miễn phí trực tiếp đến các hộ gia đình và đó là yếu tố rất quan trọng đảm bảo an ninh lương thực về ngắn hạn.

Sản xuất cơ bản

- *Phân phối hạt giống, công cụ và phân bón:* Việc cung cấp nhằm khuyến khích sản xuất nông nghiệp như trang bị ban đầu cho những người trở về hoặc để đa dạng hóa cây trồng; thường kết hợp với các dịch vụ khuyến nông và có thể tập huấn kỹ thuật.
- *Phiếu mua hạt giống và hội chợ:* Dựa trên việc cung cấp phiếu mua hạt giống cho người có thể mua. Việc tổ chức một hội chợ hạt giống quy tụ những người bán tiềm năng sẽ có tác động khuyến khích các hệ thống cung cấp hạt giống địa phương trong khi cho phép người mua tiếp cận với nguồn hạt giống phong phú.
- *Các dịch vụ khuyến nông*

- **Đào tạo và tập huấn các kỹ năng thích hợp**
- **Các can thiệp đối với đàn gia súc:** có thể bao gồm các biện pháp thú y; cấp tốc giảm đàn gia súc; gày lại đàn gia súc; cấp phát cỏ khô và dinh dưỡng bổ sung; cho gia súc lánh nạn và cung cấp nguồn nước uống thay thế.
- **Cấp phát lương và dụng cụ đánh cá, dụng cụ di săn**
- **Khuyến khích chế biến lương thực thực phẩm**

Thu nhập và việc làm

- **Lao động trả công bằng tiền (CFW)** tạo cơ hội cho các hộ gia đình không đảm bảo lương thực, thực phẩm có việc làm được trả công.
- **Lao động trả công bằng lương thực thực phẩm (FFW)** tạo cơ hội cho các hộ gia đình đang thiếu lương thực, thực phẩm vừa có việc làm được trả công vừa đồng thời tạo ra các sản phẩm có ích cho chính họ và cộng đồng.
- **Lương thực thực phẩm để phục hồi (FFR):** Là dạng thức ít gặp hơn dạng lao động trả công bằng lương thực thực phẩm. Các hoạt động này có thể góp phần vào sự phục hồi ban đầu và không đòi hỏi giám sát kỹ thuật bên ngoài.
- **Các chương trình tạo thu nhập** cho phép người dân đa dạng hóa các nguồn thu nhập bằng cách tự tổ chức kinh doanh quy mô nhỏ. Việc này bao gồm việc hỗ trợ người dân trong quản lý, giám sát và thực hiện công việc kinh doanh của họ.

Tiếp cận thị trường hàng hóa và dịch vụ

- **Hỗ trợ cơ sở hạ tầng và thị trường:** Trong đó có hoạt động vận chuyển, cho phép người sản xuất tận dụng các thị trường ở xa.
- **Giảm số đàn gia súc:** Trong những thời điểm khan hiếm, như khi có áp lực về vấn đề cung cấp nước, về thức ăn cho gia súc và giá gia súc trên thị trường đang sụt giảm, cần dồn các đàn gia súc lại với một mức giá có lợi cho những người chăn nuôi gia súc, gia cầm.

- **Các cửa hàng bán giá trợ cấp:** Các cửa hàng này bán các sản phẩm chính ở mức giá được kiểm soát hoặc trợ giá bằng giấy chứng nhận hay để đổi lấy các loại hàng hóa khác.
- **Giấy chứng nhận thay tiền mặt hoặc lương thực, thực phẩm:** Sử dụng để đổi lấy lương thực, thực phẩm và hàng hóa khác trong các cửa hàng.
- **Cung cấp và hỗ trợ kỹ thuật cho các dịch vụ của chính quyền:** Bao gồm các dịch vụ khuyến nông và thú y.
- **Các dự án tài chính nhỏ:** Bao gồm việc cung cấp tín dụng và các phương pháp để tiết kiệm tài sản, như: cho không, khoản vay, ngân hàng chăn nuôi, tài khoản tiết kiệm hợp tác xã, v.v..

Cũng nên xem tài liệu tham khảo An ninh lương thực, phụ lục 9, trang 194.

Phụ lục 4

Danh mục kiểm tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Dưới đây là những câu hỏi mẫu phục vụ cho việc đánh giá nguyên nhân chính của tình trạng suy dinh dưỡng, mức độ rủi ro về dinh dưỡng và các khả năng ứng phó. Các câu hỏi dựa trên khung quan niệm về các nguyên nhân suy dinh dưỡng (xem trang 136). Thông tin có thể có được từ nhiều nguồn khác nhau và việc tập hợp thông tin đòi hỏi nhiều phương pháp đánh giá khác nhau, bao gồm các cuộc phỏng vấn người cung cấp thông tin chính, quan sát và đánh giá các dữ liệu thứ cấp (cần tham khảo tiêu chuẩn Tham gia và Đánh giá ban đầu, trang 28 - 33).

1. Có những thông tin nào về tình trạng dinh dưỡng?

- a) Đã tiến hành khảo sát dinh dưỡng chưa?
- b) Có các số liệu nào từ những trung tâm chăm sóc bà mẹ và trẻ em?
- c) Có dữ liệu nào từ trung tâm nuôi dưỡng bổ sung hay điều trị hiện có?
- d) Trước khủng hoảng, có thông tin gì về tình hình dinh dưỡng của người dân bị ảnh hưởng? (ngay cả khi người dân đã thay đổi nơi ở).

2. Những nguy cơ suy dinh dưỡng nào liên quan đến y tế cộng đồng yếu kém?

- a) Có ghi chép nào về tình trạng bùng phát dịch bệnh có thể tác động tới tình hình dinh dưỡng hay không? Dịch bệnh ở đây có thể là bệnh sởi, bệnh tiêu chảy cấp. Các dịch bệnh này có nguy cơ xảy ra không? (xem các tiêu chuẩn Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 273).
- b) Số người dân được tiêm phòng bệnh sởi theo đánh giá là bao nhiêu? (xem tiêu chuẩn 2 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 275).
- c) Vitamin A có thường được phát trong quá trình tiêm phòng sởi không. Tổng số người được bổ sung vitamin A là bao nhiêu?

- d) Có ước tính được tỷ lệ tử vong không? (cá trên và dưới 5 tuổi), các tỷ lệ đó là bao nhiêu và đã sử dụng phương pháp ước tính nào? (xem tiêu chuẩn 1 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, trang 259).
- e) Có hoặc sẽ có sự suy giảm đáng kể nhiệt độ môi trường xung quanh, ảnh hưởng đến sự phổ biến các bệnh viêm đường hô hấp cấp hoặc nhu cầu về năng lượng của người dân bị ảnh hưởng không?
- f) Có tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS và người dân có dễ mắc bệnh suy dinh dưỡng do hậu quả của đói nghèo và bệnh tật không?
- g) Có người nào phải ngâm mình trong nước hoặc phải mặc quần áo ướt trong một thời gian dài không?

3. Nguy cơ suy dinh dưỡng có liên quan đến việc chăm sóc không phù hợp là gì?

- a) Có sự thay đổi về công việc không? (do di cư, thay đổi nơi ở hoặc xung đột vũ trang), điều này có nghĩa là vai trò và trách nhiệm trong hộ gia đình đã có sự thay đổi.
- b) Có sự thay đổi về cơ cấu thông thường của hộ gia đình không? Có nhiều trẻ em rời bỏ gia đình không?
- c) Môi trường chăm sóc thông thường có bị gián đoạn không (ví dụ do sự thay đổi nơi ở), có ảnh hưởng đến việc tiếp cận các nhân viên chăm sóc thứ cấp, thức ăn cho trẻ em, nước uống... không?
- d) Các công việc chăm sóc ăn uống thông thường cho trẻ sơ sinh là gì? Các bà mẹ có cho trẻ ăn bằng bình sữa không hay có dùng thức ăn bổ sung chế biến sẵn không? Nếu có thì có những cơ sở nào để hỗ trợ việc cho trẻ ăn an toàn?
- e) Có bằng chứng nào về việc tài trợ lương thực thực phẩm và sữa, bình và vú cao su cho trẻ sơ sinh hoặc các đề nghị tài trợ hay không?
- f) Tại các cộng đồng chăn nuôi gia súc, đàn gia súc có được nuôi xa nơi trẻ em ở hay không? Việc tiếp cận sữa có sự thay đổi nào không?
- g) Có thói quen chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại gia đình không?

- 4. Nguy cơ suy dinh dưỡng nào liên quan đến việc tiếp cận nguồn lương thực, thực phẩm bị giảm? Xem phụ lục 2 Danh mục kiểm tra đánh giá an ninh lương thực.**
- 5. Địa phương có các cấu trúc chính thức hoặc phi chính thức nào để triển khai các biện pháp can thiệp tiềm năng?**
 - a) Bộ Y tế, các tổ chức tôn giáo, các tổ chức hỗ trợ cộng đồng người bị nhiễm HIV/AIDS, các nhóm hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ sơ sinh, các tổ chức phi chính phủ đang hoạt động ngắn hạn hay dài hạn ở địa phương có khả năng gì?
 - b) Hệ thống cung cấp đang có hàng gì?
 - c) Người dân có phải di chuyển trong tương lai gần hay không? (do phải chăn nuôi gia súc/giúp việc/lao động...).
- 6. Các biện pháp can thiệp dinh dưỡng hay hỗ trợ dựa vào cộng đồng nào đã được thực hiện trước thảm họa do các cộng đồng địa phương, cá nhân, tổ chức phi chính phủ, tổ chức thuộc chính phủ, tổ chức Liên hợp quốc, tổ chức tôn giáo, v.v., tiến hành? Các chính sách dinh dưỡng nào (đã, đang thực hiện và không còn hiệu lực)? Các chương trình dinh dưỡng ứng phó dài hạn được thiết kế, các chương trình đang được thực hiện hoặc lên kế hoạch để ứng phó với tình hình hiện tại như thế nào?**

Phụ lục 5

Đánh giá suy dinh dưỡng nghiêm trọng

Trẻ em dưới 5 tuổi

Bảng dưới đây cho thấy những dấu hiệu nhận biết chung cho các mức suy dinh dưỡng khác nhau của trẻ nhỏ từ 6 - 59 tháng tuổi. Các chỉ số cân nặng so với chiều cao (WFH) cần phải được lấy từ các dữ liệu tham khảo NCHS/CDC. Tỷ số Z của WFH là dấu hiệu biểu thị kết quả khảo sát nhân trắc học và tỷ lệ % trung bình của WFH được đưa ra để lựa chọn phương pháp điều trị. Không nên chỉ dùng duy nhất một phương pháp đo đường kính bắp tay trên (MUAC) trong các cuộc khảo sát nhân trắc học, nhưng lưu ý nó là một trong những chỉ số dự đoán số tử vong tốt nhất, một phần là do phương pháp này thường đúng với trẻ em. Bởi vậy, phương pháp này thường được sử dụng làm phương pháp kiểm tra hai bước để nhận trẻ em vào chương trình hỗ trợ nuôi dưỡng. Đối với trẻ từ 12 - 59 tháng tuổi, nếu đường kính (MUAC) < 12,5 cm thì được coi là suy dinh dưỡng, < 11,0 cm thì coi là suy dinh dưỡng nghiêm trọng.

	Tổng* suy dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng trung bình	Suy dinh dưỡng nghiêm trọng
Trẻ từ 6 - 59,9 tháng	Trẻ từ 6 - 59,9 tháng • < -2 Z tỷ số WFH hoặc 80% WFH trung bình và hoặc phù nề do thiếu dinh dưỡng	• -3 đến < -2 Z tỷ số WFH hoặc từ 70% đến < 80% WFH trung bình	• < -3 tỷ số WFH hoặc < 70% WFH trung bình hay phù nề do thiếu dinh dưỡng

* Tổng suy dinh dưỡng thường được hiểu là suy dinh dưỡng phổ biến

Không có tiêu chuẩn thống nhất về suy dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh dưới 6 tháng tuổi, ngoại trừ một dấu hiệu bên ngoài là có hiện tượng phù nề. Nên hạn chế sử dụng các tham khảo về sự tăng trưởng NCHS/CDC vì chúng được rút ra từ nhóm trẻ em cho ăn nhân tạo, ngược lại đối với trẻ được bú sữa mẹ thì tỷ lệ tăng trưởng có thể khác. Điều này có nghĩa là suy dinh dưỡng gần như được ước tính quá cao cho nhóm tuổi này. Phải xem xét việc cho trẻ sơ sinh ăn uống, đặc biệt là cho trẻ bú sữa mẹ và các điều kiện y tế để đến quyết

định liệu suy dinh dưỡng trong nhóm tuổi này có thể trở thành một vấn đề hay không.

Các nhóm tuổi khác: Trẻ lớn, thanh thiếu niên, người lớn và người già

Đến nay, chưa có một khái niệm về suy dinh dưỡng cấp tính mang tính quốc tế nào được chấp nhận ở những nhóm tuổi khác. Điều này một phần là do sự khác biệt về nguồn gốc dân tộc trong quá trình trưởng thành của một cá nhân trở nên rõ ràng sau mốc 5 tuổi. Có nghĩa là việc sử dụng một cộng đồng đơn nhất để so sánh với các nhóm dân tộc khác là một việc làm không thực tế. Còn có một lý do sâu xa hơn. Đó là, trong hầu hết các trường hợp, thông tin về tình hình dinh dưỡng của nhóm tuổi từ 6 tháng đến 59 tháng cũng đủ để các nhà lập kế hoạch đưa ra quyết định nên hầu như không có động lực để nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng của các nhóm tuổi khác.

Tuy nhiên, trong những trường hợp suy dinh dưỡng khẩn cấp mức độ lớn, trẻ em lớn, thanh thiếu niên, người lớn, người già cần tham gia vào các đánh giá và các chương trình dinh dưỡng. Các khảo sát về những nhóm tuổi khác ngoài nhóm tuổi từ 6 - 59 tháng cần được tiến hành nếu:

- Tiến hành phân tích tóm tắt tình hình, bao gồm cả phân tích về nguyên nhân suy dinh dưỡng. Chỉ khi các kết quả của phân tích cho thấy rằng tình trạng dinh dưỡng của trẻ em không phản ánh được tình trạng dinh dưỡng của dân chúng nói chung thì cần xem xét tiến hành một cuộc khảo sát về dinh dưỡng đối với một nhóm tuổi khác.
- Cần có sự thông thạo về kỹ thuật để đảm bảo chất lượng cho việc thu thập dữ liệu, phân tích phù hợp, mô tả và trình bày kết quả chính xác.
- Cần xem xét nguồn kinh phí hoặc chi phí phát sinh của việc đưa các nhóm tuổi khác vào khảo sát.
- Cần xác định mục tiêu rõ ràng và có căn cứ chắc chắn cho cuộc khảo sát.

Các nghiên cứu để xác định những chỉ số phù hợp nhất cho tình trạng suy dinh dưỡng của những trẻ trên 59 tháng tuổi hiện đang được tiến hành và các thông tin được cập nhật ở đây có thể sẽ thay đổi trong vài năm tới.

Trẻ lớn (5 - 9,9 tuổi)

Vì thiếu các biện pháp đánh giá thay thế cho tình trạng dinh dưỡng ở trẻ lớn nên khuyến nghị sử dụng việc đổi chiếu NCHS/CDC để xác định tỷ số Z của

WFH và áp dụng tỷ lệ % trung bình giống như ở trẻ nhỏ. Như đối với trẻ nhỏ cần lưu ý đánh giá bệnh phù nề do thiếu dinh dưỡng.

Thanh, thiếu niên (10 - 19,9 tuổi)

Không có một định nghĩa thống nhất, rõ ràng và được kiểm nghiệm về suy dinh dưỡng trong độ tuổi thanh thiếu niên (Tim hướng dẫn về đánh giá trong tài liệu tham khảo ở phụ lục 9).

Người lớn (20 - 59,9 tuổi)

Không có một khái niệm thống nhất về suy dinh dưỡng cấp ở người lớn nhưng có một số gợi ý chỉ số đo suy dinh dưỡng nghiêm trọng có thể thấp hơn chỉ số 16 chỉ số toàn cơ thể (BMI). Các cuộc khảo sát về suy dinh dưỡng ở người lớn nên tập trung vào các dữ liệu về cân nặng, chiều cao, chiều cao khi ngồi và các số đo MUAC. Các chỉ số trên dùng để đánh giá theo chỉ số BMI. Chỉ số BMI cần được đánh giá theo chỉ số Cormic (tỷ lệ chiều cao lúc ngồi và lúc đứng) để làm phép so sánh trong dân cư. Đánh giá như vậy có thể thay đổi cơ bản nhận thức về hiện tượng thiếu dinh dưỡng ở người lớn và có thể giúp thiết kế các chi tiết quan trọng của chương trình. Các số đo MUAC cần phải áp dụng thường xuyên. Nếu cần có kết quả ngay và do các nguồn dữ liệu rất hạn chế thì các cuộc khảo sát có thể chỉ dựa vào số đo MUAC.

Vì việc giải thích kết quả khảo sát nhân trắc học khá phức tạp do thiếu các thông số chức năng thống nhất và các chỉ số chuẩn để quyết định độ chính xác của kết quả, nên các kết quả đó phải được diễn giải cùng với các thông tin chi tiết về tình hình. Có thể tìm hướng dẫn đánh giá ở phần tham khảo.

Để kiểm tra các cá nhân được tham dự chương trình chăm sóc dinh dưỡng miễn phí hoặc quyết định đưa một cá nhân ra khỏi chương trình thì tiêu chí phải bao gồm tất cả các chỉ số về nhân trắc học, dấu hiệu y tế và các yếu tố xã hội (mức độ tiếp cận lương thực thực phẩm, hiện diện của người chăm sóc, nhà ở...). Cần chú ý rằng bệnh phù nề ở người lớn do nhiều nguyên nhân, ngoài nguyên nhân suy dinh dưỡng, nên nhân viên y tế cần kiểm tra bệnh phù nề ở người lớn để loại trừ các nguyên nhân khác. Các tổ chức đơn lẻ cần dựa trên những dấu hiệu đã được phát hiện để quyết định việc lựa chọn người cần chăm sóc trong đó cần xem xét các chỉ số BMI, xem xét việc thiếu các thông

tin về MUAC và nhu cầu sử dụng các chỉ số này của chương trình. Có thể tìm ở phân tham khảo định nghĩa tạm thời về suy dinh dưỡng ở người lớn để kiểm tra phục vụ điều trị.

Số đo MUAC có thể được sử dụng như là công cụ kiểm tra đối với phụ nữ có thai (số đo này là tiêu chuẩn để được tham gia chương trình chăm sóc nuôi dưỡng). Do nhu cầu dinh dưỡng bổ sung, phụ nữ có thai có thể gặp nguy hiểm cao hơn các nhóm dân cư khác (xem tiêu chuẩn 2 về Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 140). Trong quá trình phụ nữ mang thai, chỉ số MUAC không thay đổi đáng kể. Chỉ số MUAC < 20.7cm (nguy cơ suy dinh dưỡng nghiêm trọng) và < 23.0cm (nguy cơ suy dinh dưỡng trung bình) cho thấy nguy cơ phát triển chậm của bào thai. Nguy cơ này thay đổi theo từng cộng đồng.

Người già

Hiện tại chưa có một định nghĩa thống nhất về suy dinh dưỡng ở người già và nhóm này có thể gặp rủi ro suy dinh dưỡng trong những trường hợp khẩn cấp. WHO cho rằng các ngưỡng của chỉ số BMI dành cho người lớn có thể phù hợp với người già ở độ tuổi từ 60 - 69 tuổi nhưng nó còn tùy thuộc vào những vấn đề tương tự như ở người có độ tuổi trẻ hơn.Thêm vào đó, sự chính xác của việc đánh giá là một vấn đề phức tạp bởi độ cong của xương sống và sức nén của các đốt xương sống khác nhau. Độ dài cánh tay hoặc nửa cánh tay có thể được dùng thay thế cho chiều cao nhưng chiều cao có thể thay đổi theo cộng đồng dân cư. MUAC có thể là công cụ hữu hiệu để đánh giá suy dinh dưỡng ở người già nhưng chỉ số để xác định hiện vẫn còn đang trong giai đoạn nghiên cứu.

Người khuyết tật

Hiện tại không có hướng dẫn nào dùng để đánh giá các cá nhân có khuyết tật về thể chất và hơn nữa các khuyết tật đó nằm ngoài các cuộc khảo sát nhân trắc học. Việc đánh giá bằng quan sát là rất cần thiết: Số đo MUAC có thể không đúng với các trường hợp co của bắp tay trên cổ thể to hơn. Có các biện pháp thay thế về tiêu chuẩn thước đo chiều cao, bao gồm độ dài của cánh tay, nửa cánh tay và độ dài của chân thấp hơn. Điều cần thiết là phải tham khảo kết quả nghiên cứu mới nhất để khẳng định phương pháp phù hợp để đánh giá người khuyết tật - những người mà việc áp dụng tiêu chuẩn chiều cao, cân nặng và đơn vị đo MUAC là không phù hợp.

Phụ lục 6

Đánh giá ý nghĩa của việc thiếu vitamin A và iốt đối với sức khỏe cộng đồng

Các chỉ số về việc thiếu vitamin A ở trẻ từ 6 - 71 tháng tuổi

(Việc xuất hiện một hay nhiều chỉ số có nghĩa là sức khỏe cộng đồng có vấn đề)

Dấu hiệu	Sự phổ biến mức tối thiểu
Mù lòa (xuất hiện ở 24 - 71 tháng tuổi)	> 1%
Xuất hiện điểm đen lâm chẩn	> 0.5%
Viên loét giác mạc	> 0.01%
Sừng giác mạc	> 0.05%

Các chỉ số thiếu iốt

Các chỉ số mô tả trong bảng dưới đây là những chỉ số có thể đo được trong một thảm họa. Việc xuất hiện ít nhất một hoặc hai chỉ số trên cho thấy sức khỏe cộng đồng có vấn đề. Các chỉ số thiếu iốt có thể phát sinh các rắc rối như: các chỉ số sinh hóa không thể phát hiện được trong nhiều tình huống khẩn cấp vì vậy việc đánh giá lâm sàng có thể không chính xác. Tuy nhiên, việc đánh giá iốt qua phân tích nước tiểu là cần thiết để có được một chi tiết đầy đủ về tình trạng iốt, một chỉ số chính xác về mức độ nghiêm trọng của tình trạng thiếu iốt có thể thu được thông qua xét nghiệm một mẫu nước tiểu của trẻ em từ 6 - 12 tuổi.

Tính nghiêm trọng của các vấn đề về sức khỏe cộng đồng				
Dấu hiệu	Đối tượng dân cư	Nhẹ	Trung bình	Nghiêm trọng
Tổng tỷ lệ thiếu iốt (phân trăm của dân số)	Trẻ ở độ tuổi đi học *	5 - 19.9	20 - 29.9	≥ 30.0
Mức trung bình của iốt trong nước tiểu (g/l)	Trẻ ở độ tuổi đi học *	50 - 99	20 - 49	< 20

* Dành cho trẻ từ 6 - 12 tuổi

Phụ lục 7

Các yêu cầu về dinh dưỡng

Sử dụng các thông số sau vào các mục đích thiết kế chương trình trong giai đoạn đầu của thảm họa

Dưỡng chất	Nhu cầu trung bình của người dân
Năng lượng	2.100 calorie
Protein	10 - 12% tổng năng lượng (52g - 63g), nhưng <15%
Chất béo	17% tổng năng lượng (40g)
Vitamin A	1.666 IU (hay 0.5 mg)...
Thiamine (B1)	0.9 mg (hay 0.4 mg/1.000 calorie hấp thụ)
Riboflavin (B2)	1.4 mg (hay 0.6 mg/1.000 caloric hấp thụ)
Axit Folic	160 g
Niacin (B3)	12.0 mg (hay 6.6 mg/1.000 calorie hấp thụ)
Vitamin B12	0.9 g
Vitamin C	28.0 mg
Vitamin D	3.2 - 3.8 g
Sắt	22 mg
Iodine	150 g
Magnesium*	201 mg
Zinc*	12.3 mg
Selenium*	27.6 g
Vitamine E*	8.0 mg alpha - TE
Vitamine K*	48.3 g
Biotin*	25.3 g
Pantothenate*	4.6 g

Tham khảo: WHO, 2000, *Management of Nutrition in major Emergencies*.

* Nhu cầu cung cấp. Tham khảo: FAO/WHO, 2002 *Human Vitamine and Mineral Requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation*. Bangkok, Thailand. FAO, Rome.

Có hai điểm cần xem xét trước khi sử dụng các yêu cầu trong bảng trên. Một là nhu cầu bình quân của các nhóm dân cư kết hợp với yêu cầu của tất cả các nhóm tuổi và của cả 2 giới. Do vậy, sẽ không có ngoại lệ nào dành cho một nhóm tuổi hoặc một nhóm giới tính nào và không nên sử dụng như yêu cầu đối với một cá nhân. Hai là các yêu cầu dựa trên mặt cắt người dân cụ thể sau:

Nhóm	Phạm trâm dân số %
0 - 4 tuổi	12
5 - 9 tuổi	12
10 - 14 tuổi	11
15 - 19 tuổi	10
20 - 59 tuổi	49
60 tuổi	7
Mang thai:	2,5
Cho con bú	2,5
Nam/nữ:	51/49

Cấu trúc dân số của các nhóm khác nhau thay đổi sẽ ảnh hưởng đến nhu cầu dinh dưỡng của các nhóm tương ứng. Chẳng hạn, nếu 26% của một bộ phận dân tị nạn dưới 5 tuổi và tỷ lệ nam 50%, nữ 50% thì yêu cầu năng lượng giảm xuống 1.940 calorie.

Yêu cầu năng lượng và protein cần được đánh giá theo các tiêu chuẩn sau:

- Cấu trúc dân số của dân cư, đặc biệt là tỷ lệ dưới 5 tuổi và tỷ lệ nữ giới (điều này cũng có thể thay đổi trong những nhóm bị ảnh hưởng của HIV/AIDS).
- Yêu cầu về protein và năng lượng cần được điều chỉnh theo trọng lượng tối thiểu của người lớn, trọng lượng mong muốn thực tế và thông thường. Nhu cầu có thể tăng nếu trọng lượng cơ thể trung bình của nam vượt quá 60 kg và trọng lượng trung bình của nữ vượt quá 52kg.
- Các mức độ hoạt động để duy trì cuộc sống khoẻ mạnh. Nhu cầu sẽ tăng nếu mức độ hoạt động vượt quá mức lao động nhẹ (ví dụ $1.55 \times$ tốc độ chuyên hoá thức ăn basal đối với nam là $1.56 \times$ tốc độ chuyên hoá thức ăn basal đối với nữ).

- Nhiệt độ trung bình của môi trường xung quanh, khả năng đáp ứng về nhà ở và quần áo. Nếu nhiệt độ môi trường trung bình thấp hơn 20°C thì yêu cầu sẽ tăng.
- Tình hình sức khoẻ và dinh dưỡng của người dân. Nếu người dân bị suy dinh dưỡng hoặc có các yêu cầu bổ sung để bắt kịp sự trưởng thành như người bình thường thì yêu cầu về dinh dưỡng cũng tăng. Việc lây lan HIV/AIDS có ảnh hưởng đến yêu cầu trung bình của cộng đồng (xem tiêu chuẩn 2 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, trang 140). Cần đánh giá xem các khẩu phần viện trợ có đáp ứng được các nhu cầu trên không, căn cứ vào các tiêu chuẩn quốc tế hiện hành.

Nếu không thể kết hợp các loại thông tin đã nêu vào đánh giá ban đầu thì các số liệu ở bảng trên được sử dụng như yêu cầu tối thiểu trong giai đoạn đầu thảm họa.

Phụ lục 8

Danh mục kiểm tra công tác hậu cần trong quản lý mạng lưới cung cấp

1. Hợp đồng mua bán phải đưa ra phương thức thanh toán, vận chuyển hàng, cam kết trả lại hàng hư hỏng và mức phạt các lỗi do không thực hiện đúng theo hợp đồng và các tình huống bất khả kháng khác.
2. Các nhà vận chuyển và trạm trung chuyển phải chịu hoàn toàn trách nhiệm về mặt pháp lý đối với lương thực thực phẩm họ quản lý và phải bồi thường tất cả những mất mát.
3. Các kho lưu trữ lương thực thực phẩm phải sạch sẽ, an toàn và bảo vệ các loại hàng không bị hư hỏng hoặc mất mát.
4. Cần áp dụng các biện pháp ở mọi cấp để giảm thiểu mất mát hàng.
5. Phát hiện và thống kê các trường hợp mất mát.
6. Các loại hàng lương thực thực phẩm trong kiện hàng lớn bị hư hỏng phải được thu hồi toàn bộ.
7. Kiểm tra định kỳ đều đặn hàng lương thực thực phẩm viện trợ, những hàng có nghi ngờ phải được kiểm nghiệm. Các hàng thực phẩm không phù hợp phải được chứng nhận và xử lý theo đúng các thủ tục đã ban hành và các quy định về sức khoẻ cộng đồng của quốc gia. Cần tránh việc tái lưu thông của các lương thực thực phẩm không đảm bảo chất lượng.
8. Việc kiểm kê cần được những người am hiểu về lĩnh vực quản lý nhưng không trực tiếp liên quan đến dự án tiến hành kiểm kê theo định kỳ. Từ đó, cân đối lượng dự trữ lương thực thực phẩm trên cơ sở các thống kê.
9. Tập hợp theo định kỳ các báo cáo kiểm kê và sẵn sàng cung cấp cho các bên liên quan.
10. Tập hợp chi tiết đầy đủ các hoá đơn, đơn hàng, thanh toán.
11. Các sổ lưu trữ hàng phải phản ánh chi tiết, toàn bộ về số lượng xuất ra,

nhập vào và số tồn kho.

12. Kiểm toán: Bao gồm cả kiểm toán quá trình quản lý và được tiến hành ở tất cả các cấp trong hệ thống cung cấp.
13. Việc sử dụng phương tiện vận chuyển phải đảm bảo vận hành có hiệu quả; chỗ chứa hàng viện trợ đảm bảo không có các cạnh gỗ ghế để không làm hư hỏng các gói hàng và lương thực thực phẩm phải được bảo vệ tránh tác động của thời tiết xấu (ví dụ, vải che mưa...).
14. Không được vận chuyển hàng lương thực thực phẩm cứu trợ cùng với các loại hàng buôn bán khác và hàng đã hư hỏng trên cùng một phương tiện.
15. Phương tiện chuyên chở không vận chuyển các vật liệu hư hỏng trước đó và không có các chất tồn dư còn lại trên các phương tiện.

Nguồn tham khảo: WFP, *Emergency Field Operation pocketbook (2002)* and CARE, *Food Resources Management handbook*.

Phụ lục 9

Tài liệu tham khảo

Cám ơn chương trình Forced Migration Online (Chương trình nối mạng trực tuyến về di cư bị cưỡng ép) của Trung tâm Nghiên cứu người tị nạn, Trường Đại học Oxford, nhiều tài liệu sử dụng ở đây đã được cấp giấy phép bản quyền và được sử dụng cho trang đặc biệt của dự án Sphere liên kết với trang web <<http://www.forcedmigration.org>>.

Các công cụ luật pháp quốc tế

The Right to Adequate Food (Article 11 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 12, 12 May 1999. U.N. Doc E/C. 12/1999/5. United National Economic and Social Council (1999). <http://www.unhchr.ch>

Cotula, L and Vidar, M (2003), *The Right to Adequate Food in Emergencies*. FAO Legislative Study 77. Food and Agriculture Organisation of the UN. Rome. <http://www.fao.org/righttofood>

Pejic, J (2001), *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework*. International Review of the Red Cross, vol 83, no 844, p1097. Geneva. <http://www.icrc.org>

United Nations (2002), Report by the Special Rapporteur on the Right to Food, Mr. Jean Ziegler, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 2001/25, UN document E/CN. 4/2002/58. <http://www.righttofood.org>

United Nations General Assembly (2001), *Preliminary Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the Right to Food*. Jean Ziegler. <http://www.righttofood.org>

Đánh giá an ninh lương thực

CARE (forthcoming), *Program Guidelines for Conditions of Chronic Vulnerability*. CARE East/Central Africa Regional Management Unit. Nairobi.

- Frieze, J (forthcoming), *Food Security Assessment Guidelines*. Oxfam GB. Oxford.
- Longley, C, Dominguez, C, Saide, MA and Leonardo, WJ (2002), *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems*. *Disasters*, 26, 343-355. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>
- Mourey, A (1999), *Assessing and Monitoring the Nutritional Situation*. ICRC. Geneva.
- Seaman, J, Clark, P, Boudreau, T and Holt, J (2000), *The Household Economy Approach: A Resource Manual for Practitioners. Development Manual 6*. Save the Children. London.
- USAID (1998), *Field Operations Guide (FOG) for Disaster Assessment and Response*. U.S. Agency for International Development/Bureau for Humanitarian Response/Office of Foreign Disaster Assistance. <http://www.info.usaid.gov/ofda>
- WFP (2000), *Food and Nutrition Handbook*. World Food Programme of the United Nations. Rome.
- WFP (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook*. World Food Programme of the United Nations. Rome.

Hệ thống thông tin an ninh lương thực

- Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): <http://www.fews.net>
- Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS): <http://www.fivims.net/index.jsp>
- Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture (GIEWS), Food and Agriculture Organisation of the United Nations. <http://www.fao.org>

Đánh giá nhân trắc học

- Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. Geneva. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adults/index.htm>

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001). *Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies*. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News 22, pp49-51. Geneva.
<http://www.unsystem.org/scn/publications>

Woodruff, B and Duffield, A (2000), *Adolescents: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations*. Geneva.
<http://www.unsystem.org/scn/archives/adolescents/index.htm>

Young, H and Jaspars, S (1995), *Nutrition Matters*. Intermediate Technology Publications. London.

Methods for measuring nutritional status and mortality:
<http://www.smartindicators.org>

Can thiệp an ninh lương thực

Alidri, P, Doorn, J v., El-Soghb, M, Houtart, M, Larson, D, Nagarajan, G and Tsilikounas, C (2002), *Introduction to Microfinance in Conflict-Affected Communities*. International Labour Office and UNHCR. Geneva.
<http://www.ilo.org>

CRS (2002). *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa*. Catholic Relief Services, in collaboration with Overseas Development Institute and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics.

Lumsden, S and Naylor, E (forthcoming), *Cash-For-Work Programming. A Practical Guide*. Oxfam GB. Oxford.

Powers, L (2002), *Livestock Interventions: Important Principles*. OFDA. Office of US Foreign Disaster Assistance. USAID. Washington.
<http://www.usaid.gov>

Remington, T, Maroko, J, Walsh, S, Omanga, P and Charles, E (2002). *Getting Off the Seeds-and-Tools Treadmill with CRS Seed Vouchers and Fairs*. *Disasters*, 26, 316-328. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

Tài liệu hướng dẫn dinh dưỡng tổng quát trong khẩn cấp

Prudhon, C (2002), *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations*. Paris.

UNHCR/UNICEF/WFP/WHO (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Geneva.

WFP (2000), *Food and Nutrition Handbook*. Rome

WHO (2000). *The Management of Nutrition in Major Emergencies*. Geneva.
<http://www.who.int>

Các nhóm có nguy cơ

FAO/WHO (2002), *Living Well with HIV/AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Rome
<http://www.fao.org>

HelpAge International (2001), *Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action*. Nairobi.
<http://www.helpage.org/publications>

Piwoz, E and Preble, E (2000), *HIV/AIDS and Nutrition: a Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa*. USAID Washington. <http://www.aed.org>.

Winstock, A (1994), *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children*. Winslow Press. Bicester, UK.

Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies (1999), *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice*. <http://www.ennonline.net>

FAO/WHO (1994, under revision), Codex Standard for Infant Formula, *Codex STAN 72-1981 (amended 1983, 1985, 1987) Codex Alimentarius, Volume 4: Foods for Special Dietary Uses, Second Edition*. Rome. <http://www.codexalimentarius.net>

Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (2001), *Infant Feeding in Emergencies Operational Guidance*. London. <http://www.ennonline.net>

WHO/UNICEF/LINKAGES/TBFAN/ENN (2001), *Infant Feeding in Emergencies: Module 1 for Emergency Relief Staff (Revision 1)*. <http://www.ennonline.net>

WHO (1981), *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. The full code and relevant World Health Assembly Resolutions at: <http://www.ibfan.org/english/resource/who/fullcode.html>

Nuôi dưỡng điều trị

WHO (1999), *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*. Geneva. <http://www.who.int/nut>

Thiếu hụt vi chất dinh dưỡng

ICCID/UNICEF/WHO (2001), *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers*, Second Edition. Geneva. <http://www.who.int/nut>

UNICEF/UNU/WHO (2001), *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers*. Geneva. <http://www.who.int/nut>

WHO (1997), *Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia*. Second Edition. Geneva. <http://www.who.int/nut>

WHO (2000), *Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Geneva. <http://www.who.int/nut>

WHO (1999), *Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Geneva. <http://www.who.int/nut>

WHO (1999), *Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies*. Geneva. <http://www.who.int/nut>

Viện trợ lương thực thực phẩm

Jaspars S, and Young, H (1995). *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities. Good Practice Review 3.* Relief and Rehabilitation Network, Overseas Development Institute. London.

OMNI (1994). *Micronutrient Fortification and Enrichment of PL480 Title II Commodities.*

UNHCR, UNICEF, WFP, WHO, (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies.* United Nations High Commissioner for Refugees, United Nations Children's Fund, World Food Programme, World Health Organisation. Geneva.

WFP (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook.* Rome.

WFP (2000), *Food and Nutrition Handbook.* World Food Programme. Rome.

Ghi chú

Ghi chú

Lương
thực

Ghi chú

4:

huẩn

và

Din

và hàng thí

Lương thực



Cách sử dụng chương này

Chương này được chia thành hai phần, bao gồm: 1) Nhà ở và Định cư; và 2) Các hàng Phi lương thực: Quần áo, giường chiếu và vật dụng gia đình. Cả hai phần trên đưa ra các tiêu chuẩn chung áp dụng trong nhiều hoàn cảnh cứu trợ, chẳng hạn như trở về nhà và sửa chữa nơi ở bị hư hại, tạm thời ở cùng với các gia đình khác, sống chung tại các cơ sở sẵn có, vào các khu lều tạm tự dựng hoặc theo hướng dẫn. Hai phần này gồm các nội dung sau:

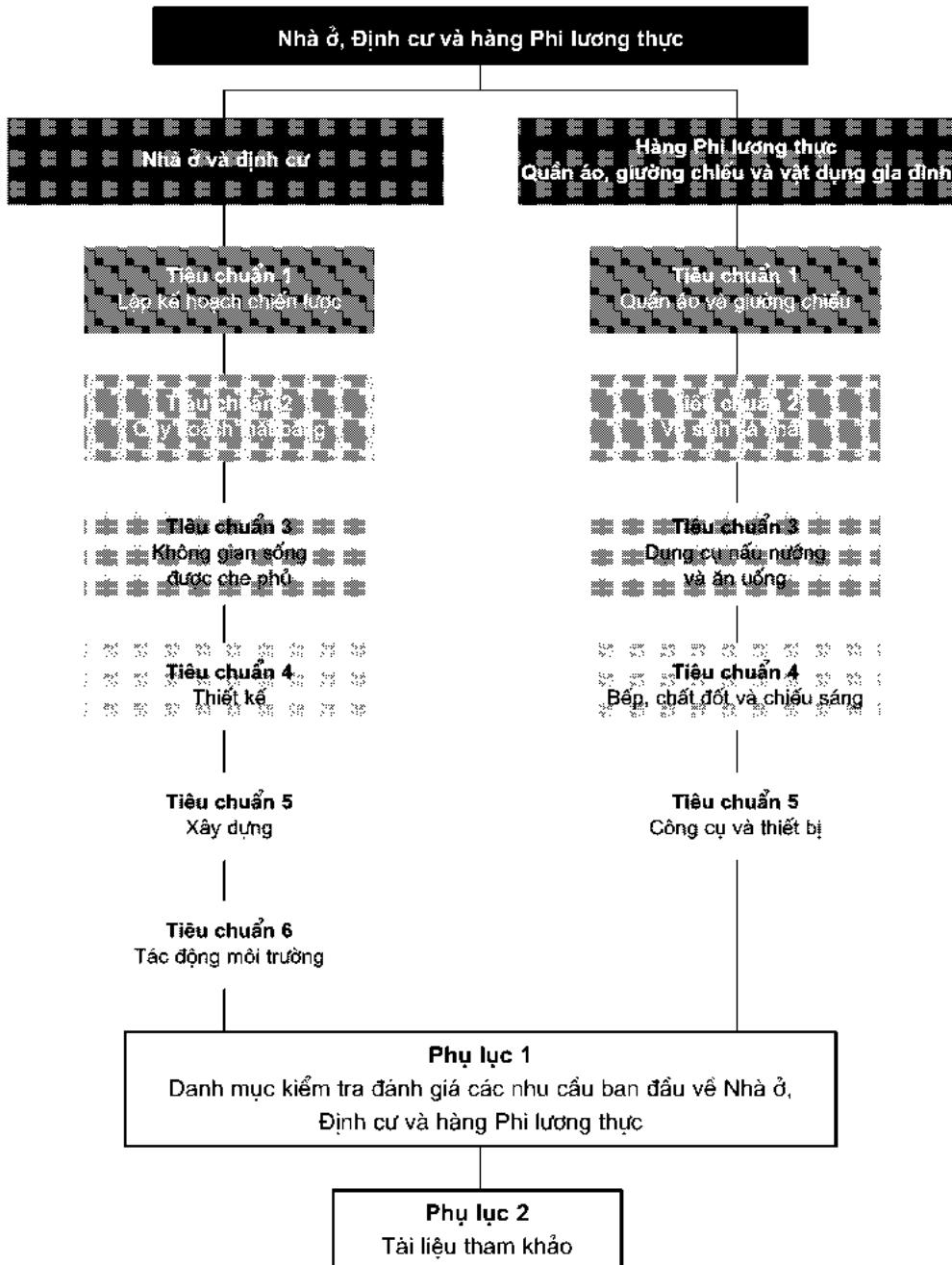
- **Tiêu chuẩn tối thiểu:** Là các tiêu chuẩn định tính và chỉ rõ các mức độ tối thiểu về điều kiện nhà ở, định cư và các hàng phi lương thực phải đạt được.
- **Các chỉ số chính:** Là các “dấu hiệu” để cho thấy liệu các tiêu chuẩn đã đạt được chưa. Các chỉ số cung cấp một phương pháp để do và thu thập thông tin về tác động hoặc kết quả của các chương trình cũng như quy trình hoặc phương pháp đã sử dụng. Các chỉ số có thể là định tính hoặc định lượng.
- **Hướng dẫn:** Phần này bao gồm những điểm cụ thể để xem xét khi áp dụng các tiêu chuẩn và các chỉ số trong các tình huống khác nhau, cũng như hướng dẫn việc giải quyết các khó khăn trong thực tế, xác định các vấn đề ưu tiên. Các hướng dẫn này cũng bao gồm các vấn đề quan trọng về tiêu chuẩn và chỉ số, và nêu ra mẫu thuẫn, nghịch lý và thiếu hụt trong kiến thức hiện nay.

Danh mục kiểm tra đánh giá nhu cầu được đưa vào phụ lục 1. Danh sách tài liệu tham khảo được đưa vào phụ lục 2 nêu chi tiết thêm các nguồn thông tin dùng để hướng dẫn.

Mục lục

Giới thiệu	206
1. Nhà ở và Định cư	211
2. Các hàng Phi lương thực: Quần áo, giường chiếu và vật dụng gia đình	230
Phụ lục 1: Danh mục kiểm tra đánh giá các nhu cầu ban đầu về Nhà ở, Định cư và các hàng Phi lương thực	238
Phụ lục 2: Tài liệu tham khảo	244

Nhà ở



Giới thiệu

Các mối liên kết với công cụ luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Nhà ở, Định cư và hàng Phi lương thực là cách diễn giải thực tiễn các nguyên tắc và các quyền được thể hiện trong Hiến chương Nhân đạo. Hiến chương Nhân đạo đề cập đến những yêu cầu cơ bản nhất để đảm bảo cuộc sống và nhân phẩm của những người bị ảnh hưởng do thiên tai hoặc xung đột. Những yêu cầu này được thể hiện trong Bộ luật Nhân quyền quốc tế cũng như luật nhân đạo và về người tị nạn. Trong các hoạt động cứu trợ nhân đạo, vấn đề nhà ở và định cư là những vấn đề thường được đề cập trong các quy định về quyền có nhà ở được khẳng định trong luật quyền con người.

Mọi người có quyền có nhà ở đảm bảo. Quyền này được thừa nhận trong các công cụ luật pháp quốc tế và bao gồm quyền được sống an toàn, trong hòa bình và có nhân phẩm, sống ổn định. Các nội dung chính của quyền có nhà ở bao gồm dễ tiếp cận với các dịch vụ, phương tiện, vật liệu và cơ sở hạ tầng, chi phí hợp lý, thuận tiện, địa điểm hợp lý và phù hợp với văn hóa.

Quyền có nhà ở cũng bao gồm các hàng hóa và dịch vụ như có thể tiếp cận bền vững với các tài nguyên thiên nhiên chung; nguồn nước sạch, năng lượng để nấu ăn, sưởi và chiếu sáng; các phương tiện vệ sinh và tắm giặt; phương tiện bảo quản thực phẩm; khả năng chứa rác và thoát nước; và dịch vụ khẩn cấp. Người dân nên có đủ không gian sống và chống lại lạnh, nóng, ẩm, gió, mưa hoặc những yếu tố khác làm hại sức khỏe, và tránh các rủi ro trong xây dựng và các nguy cơ truyền bệnh. Địa điểm quy hoạch nơi cư trú và nhà ở hợp lý phải tạo điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế, trường học, nhà trẻ, các dịch vụ xã hội khác và phương tiện kiếm sống. Cách xây dựng nhà, vật liệu xây dựng và chính sách hỗ trợ phải tạo điều kiện để đảm bảo bản sắc văn hóa và tính đa dạng của nhà ở.

Quyền có nhà ở có quan hệ chặt chẽ với các quyền con người khác, bao gồm quyền được bảo vệ khỏi việc trực xuất bắt buộc, việc quấy rối và các nguy cơ đe dọa khác đối với bản thân và hạnh phúc, quyền của mọi người dân được

bảo vệ chống lại việc cưỡng ép di cư khỏi nơi ở hoặc khu vực sinh sống, và bảo vệ chống lại việc tấn công vũ trang vào các mục tiêu dân sự.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu không bao gồm đầy đủ quyền có nhà ở. Tuy vậy, các tiêu chuẩn Sphere phản ánh nội dung cốt lõi của quyền có nhà ở và đóng góp vào việc thực hiện quyền này trên thế giới.

Tầm quan trọng của nhà ở, định cư và các hàng phi lương thực trong thảm họa

Nhà ở là một yếu tố quyết định đảm bảo sự sống còn trong giai đoạn đầu của một thảm họa. Sau việc đảm bảo sống còn, nhà ở là cần thiết để đảm bảo an ninh và an toàn cá nhân, tránh sự khắc nghiệt của thời tiết, tăng cường khả năng chống chịu ốm đau và bệnh tật. Nhà ở cũng quan trọng đối với nhân phẩm và sự bền vững của đời sống gia đình và cộng đồng trong những hoàn cảnh khó khăn.

Các hoạt động cứu trợ về nhà ở cũng như định cư và các hàng phi lương thực sẽ hỗ trợ các giải pháp đối phó của cộng đồng. Các hoạt động này nên tạo điều kiện chủ động và tự quản lý. Bất kỳ hoạt động cứu trợ nào cũng nên giảm thiểu tác động bất lợi lâu dài đối với môi trường, và phải tận dụng hết các cơ hội duy trì hoặc lập lại các hoạt động kiếm sống cho các cộng đồng bị nạn.

Ở mức độ cá nhân, việc đáp ứng các nhu cầu về nhà cửa và đảm bảo sức khỏe, sự riêng tư và nhân phẩm là cung cấp quần áo, chăn màn và giường chiếu. Người dân cũng cần hàng hóa và nhu yếu phẩm để đảm bảo các nhu cầu vệ sinh cá nhân, để chuẩn bị thức ăn, và giữ đùi ấm. Các gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa hoặc phải di chuyển khỏi nơi ở thường chỉ có thể mang theo những đồ đạc mà họ có thể tận dụng được cho nên việc cung cấp các hàng phi lương thực cần phải đáp ứng đúng các nhu cầu thiết yếu của họ.

Có nhiều nhân tố để xác định các hoạt động cứu trợ cần thiết để đáp ứng các nhu cầu của các gia đình và người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Trong đó có bản chất và mức độ của thảm họa, hậu quả do mất nhà ở, điều kiện thời tiết và môi trường tại địa phương, tình hình chính trị và an ninh, bối cảnh (thành thị hoặc nông thôn) và khả năng đối phó của cộng đồng. Ngoài ra, cũng cần phải xem xét quyền lợi và nhu cầu của những người bị ảnh hưởng gián tiếp bởi thảm họa ví dụ như các cộng đồng tiếp nhận người tị nạn. Sự

hỗ trợ phải dựa trên các bước do các gia đình bị ảnh hưởng đã tiến hành ngay sau khi thảm họa xảy ra, sử dụng kinh nghiệm và vật lực trong dân để cung cấp các nhà tạm cư hoặc triển khai xây dựng các nhà mới và dài hạn. Các biện pháp cứu trợ phải làm cho các gia đình gặp nạn vượt lên từ tình trạng khẩn cấp tới các giải pháp nhà ở lâu dài hơn trong một thời gian tương đối ngắn với điều kiện còn hạn chế về các nguồn lực bổ sung.

Khi phụ nữ có thể tham gia vào các chương trình nhà ở và định cư thì có thể đảm bảo phụ nữ và các thành viên khác của cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa đều có cơ hội tiếp cận nhau về nhà ở, quần áo, vật liệu xây dựng, thiết bị sản xuất lương thực và các mặt hàng thiết yếu khác. Phụ nữ cần được tham khảo ý kiến về những vấn đề như an ninh và sự riêng tư, các nguồn lực và phương tiện thu thập chất đốt phục vụ nấu nướng và sưởi ấm, và làm thế nào để đáo bảo sự tiếp cận nhau về nhà ở cũng như các mặt hàng khác. Cần quan tâm đặc biệt đến việc phòng chống và khắc phục tình trạng bạo lực liên quan đến giới (bạo lực giới) và bóc lột tình dục. Chính vì vậy cần khuyến khích phụ nữ tham gia vào việc thiết kế và thực hiện các chương trình về nhà ở và khu định cư.

Các mối liên kết với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác có liên quan đến chương này. Kết quả trong việc thực hiện các tiêu chuẩn trong một lĩnh vực này thường ảnh hưởng thậm chí quyết định đến kết quả thực hiện ở những lĩnh vực khác. Để cứu trợ hiệu quả cần hợp tác và phối hợp chặt chẽ với các lĩnh vực khác. Cần phối hợp với chính quyền địa phương, các cơ quan chức năng để đảm bảo đáp ứng các nhu cầu của người dân, để đảm bảo không bị chồng chéo, và đảm bảo tối ưu chất lượng của các hoạt động cứu trợ nhà ở, định cư và các hàng phi lương thực.

Ví dụ, cần phải cung cấp bổ sung nước và các phương tiện vệ sinh ở những nơi được cung cấp nhà ở để đảm bảo sức khỏe và nhân phẩm cho các gia đình bị ảnh hưởng. Tương tự như vậy, việc cung cấp nhà ở phù hợp sẽ góp phần đảm bảo sức khỏe và lợi ích cho các gia đình phái di tán, trong khi dụng cụ nấu ăn là cần thiết để sử dụng lương thực thực phẩm được viện trợ và đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng. Khi cần, đã có các tham chiếu rõ ràng với các tiêu chuẩn cụ thể và các hướng dẫn tại các chương khác.

Các mối liên kết với các tiêu chuẩn chung

Quá trình phát triển và thực hiện một giải pháp can thiệp ảnh hưởng nhiều đến sự hiệu quả của giải pháp đó. Chương này cần được sử dụng phối hợp với Chương: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu chung cho mọi lĩnh vực, bao gồm các tiêu chuẩn về tham gia, đánh giá ban đầu, biện pháp ứng phó, xác định đối tượng cung cấp, giám sát và đánh giá, năng lực và trách nhiệm của cán bộ cung cấp cũng như việc quản lý, giám sát và hỗ trợ nhân lực (xem Chương 1, trang 21). Đặc biệt cần tạo điều kiện để những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa tham gia tối đa, kể cả các nhóm dễ bị tổn thương sẽ đề cập dưới đây, để đảm bảo sự phù hợp và chất lượng của giải pháp.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Các nhóm thường gặp rủi ro nhất trong thảm họa là phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật và những người nhiễm HIV/AIDS. Trong một số hoàn cảnh, các lý do như nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, khuynh hướng chính trị hoặc di sản cũng có thể khiến cho người dân trở nên dễ bị tổn thương. Tuy danh sách ở đây không thể liệt kê ra được toàn bộ, nhưng nó cũng đã đề cập được những nhóm dễ bị tổn thương nhất. Những đặc điểm dễ bị tổn thương cụ thể sẽ ảnh hưởng đến khả năng ứng phó và sống sót của con người khi một thảm họa xảy ra, và trong mỗi tình huống cần phải xác định những người bị rủi ro nhất.

Trong suốt cuốn sách này, thuật ngữ “các nhóm dễ bị tổn thương” dùng để đề cập đến tất cả các nhóm nêu trên. Thường thì một sự đe dọa đối với một nhóm này cũng đe dọa các nhóm khác. Do đó khi đề cập đến các nhóm dễ bị tổn thương, người sử dụng sách này phải nghĩ ngay đến tất cả các nhóm được liệt kê ở trên. Cần phải đặc biệt quan tâm đến việc bảo vệ và cung cấp cứu trợ cho tất cả các nhóm bị tác động sao cho phù hợp với nhu cầu cụ thể của họ và không bị phân biệt đối xử. Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng các cộng đồng dân cư ảnh hưởng bởi thảm họa cũng có thể có và tiếp thu được những kỹ năng, năng lực của riêng họ để đối phó, những khả năng này phải được xác nhận và hỗ trợ.

Các tiêu chuẩn tối thiểu

1 Nhà ở và Định cư

Hỗ trợ nhà ở là tạo điều kiện cho từng gia đình sửa chữa và xây dựng nơi ở hoặc định cư cho các gia đình bị di tản với các cộng đồng hoặc cơ sở có sẵn. Nếu không thể định cư riêng rẽ cho từng gia đình thì cung cấp chỗ ở tập thể tại những khu nhà hoặc những công trình công cộng phù hợp như kho hàng, trường học, trại lính, v.v., hoặc những lều trại tự lập.

Giải pháp nơi ở cho từng gia đình có thể ngắn hạn hoặc dài hạn, tuỳ thuộc vào mức độ cứu trợ được cung cấp, quyền sở hữu hoặc quyền sử dụng đất, các dịch vụ cơ bản và cơ sở hạ tầng xã hội, khả năng nâng cấp và mở rộng chỗ ở.

Tiêu chuẩn 1 - Nhà ở và định cư: Lập kế hoạch chiến lược

Các giải pháp sử dụng nhà ở và khu định cư hiện có được ưu tiên để cho các gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa trở về hoặc tạm cư ngay, cũng như cần đảm bảo điều kiện an ninh, sức khoẻ, an toàn và hạnh phúc của người dân bị ảnh hưởng.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Khi có thể, các gia đình bị ảnh hưởng nên quay trở lại chỗ ở ban đầu (xem hướng dẫn 1).
- Nếu các gia đình bị ảnh hưởng không thể quay trở lại chỗ ở ban đầu thì nên cố gắng bố trí cho họ sống độc lập tại cộng đồng tiếp nhận hoặc sống cùng với các gia đình tại cộng đồng đó (xem hướng dẫn 2).
- Các gia đình bị ảnh hưởng nếu không thể trở về nơi ở cũ hoặc không thể sống độc lập trong cộng đồng tiếp nhận hoặc với các gia đình khác thì

được bố trí tại các nơi ở tập thể hoặc tại các lều trại tạm cư tự lập (xem hướng dẫn 3).

- Cần đánh giá các đe dọa hiện có hoặc có thể về an ninh đối với những người dân bị ảnh hưởng, đồng thời cũng cần đảm bảo cho các nhà ở và nơi tạm cư được bố trí ở một khoảng cách an toàn tránh các mối đe dọa từ bên ngoài (xem hướng dẫn 4).
- Không nên định cư tại những nơi có nguy cơ thiên tai như động đất, hoạt động của núi lửa, lở đất, lũ lụt hay gió mạnh, và những nơi hay xảy ra dịch bệnh hoặc có trung gian truyền bệnh (xem hướng dẫn 4 - 5).
- Địa điểm tạm cư không có các thiết bị hoặc vật liệu gây nguy hiểm, và các hiểm họa như các công trình nguy hiểm, đồng đổ nát, nền đất không ổn định cần được phát hiện và đảm bảo an toàn hoặc phải canh giữ và hạn chế tiếp cận (xem hướng dẫn 4, 6 và 7).
- Trước khi tạm cư cần phải xác định quyền sở hữu đất và tài sản và/hoặc quyền xây dựng, và được phép thực hiện những hoạt động nào (xem hướng dẫn 8).
- Nên có sẵn hoặc dễ dàng cung cấp các dịch vụ nước và vệ sinh cũng như các phương tiện phục vụ xã hội như chăm sóc sức khoẻ, trường học, nơi thờ cúng (xem hướng dẫn 9).
- Cơ sở hạ tầng giao thông nên đảm bảo việc đi lại thuận lợi cho người dân và sự cung cấp các dịch vụ (xem hướng dẫn 10).
- Nếu có thể, các gia đình nên có cơ hội tiếp cận đất, chợ, hoặc dịch vụ để tiếp tục duy trì hoặc tìm kiếm các cơ hội kiếm sống khác (xem hướng dẫn 11).

Hướng dẫn

1. **Trở lại:** Cơ hội trở lại nhà và đất ở của riêng mình là mục tiêu lớn nhất của đa số những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Nhà đã bị hư hại và đất đai quanh nhà họ vẫn là tài sản lớn nhất của nhiều gia đình bị ảnh hưởng. Tuy nhiên nhiều khi họ không thể quay về nhà do những nguyên nhân về an ninh như tài sản và đất đai đã bị chiếm giữ, do xung đột bạo lực vẫn tiếp tục, mâu thuẫn

giữa các dân tộc hay tôn giáo, hoặc do mìn hoặc khí tài chưa nổ. Cung cấp nhà Ở qua việc sửa chữa nhà Ở bị hư hại sẽ hỗ trợ chiến lược đối phó của cộng đồng, giữ lại các khu định cư có sẵn và có thể sử dụng cơ sở hạ tầng có sẵn.

2. Các gia đình và cộng đồng tiếp nhận: Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa thường mong muốn Ở nhờ tại một cộng đồng khác, với các thành viên gia đình khác, hoặc với những người cùng văn hoá, tôn giáo, hoặc các liên hệ khác. Trong trường hợp không thể đáp ứng sự mong muốn này, có thể bố trí họ Ở nhờ cùng những nhóm dân cư khác tại cộng đồng nhưng phải xem xét khả năng có xảy ra rủi ro an ninh hoặc xung đột hay không. Cứu trợ nhà Ở có thể bao gồm việc mở rộng, nâng cấp nhà và phương tiện của gia đình tiếp nhận, hoặc xây một chỗ Ở riêng biệt bên cạnh gia đình tiếp nhận để bố trí tốt hơn cho các gia đình tạm cư. Tuy nhiên, cần đánh giá và lưu ý về vấn đề gia tăng dân số, các nhu cầu về phương tiện và dịch vụ xã hội. Cung cấp nơi Ở bằng việc xây dựng thêm hoặc mở rộng nơi Ở hiện có tại các cộng đồng tiếp nhận cũng hỗ trợ các chiến lược đối phó của cộng đồng.

3. Tạm cư tập thể: Không nhất thiết phải lập các lều trại tạm cư. Các giải pháp như lập các lều trại có thể phải thực hiện tại các khu vực mà đe dọa về an ninh sẽ gia tăng đối với các gia đình Ở riêng biệt hoặc Ở các khu vực mà các dịch vụ cơ bản như nước và lương thực khan hiếm. Việc cung cấp nơi Ở tập thể tại các công trình lớn có thể kịp thời và tạm thời bảo vệ người dân khỏi các điều kiện thời tiết khắc nghiệt và điều này đặc biệt quan trọng Ở các vùng khí hậu lạnh khi không đủ nhiên liệu để sưởi ấm đầy đủ cho các gia đình Ở riêng. Mặc dù các trường học thường là nơi được sử dụng để cung cấp nơi Ở cho những gia đình bị ảnh hưởng, nên tìm các cơ sở khác để dành trường học cho trẻ em của cộng đồng tiếp nhận và của cả cộng đồng di tản tiếp tục đi học. Cần lưu ý đảm bảo để các khu tạm cư tập thể không trở thành mục tiêu tấn công hoặc tạo nên rủi ro an ninh cho người dân xung quanh.

4. Đánh giá nguy cơ và tình trạng dễ bị tổn thương: Việc thực hiện một đánh giá về nguy cơ và tình trạng dễ bị tổn thương có vai trò quan trọng, đánh giá đó nên bao gồm cả các mối đe dọa an ninh hiện có hoặc tiềm tàng, và các khả năng dễ bị tổn thương về kinh tế hoặc xã hội theo các nhóm xã hội khác nhau trong các cộng đồng bị ảnh hưởng và tiếp nhận (xem tiêu chuẩn Đánh giá ban đầu, trang 29).

- 5. Những hiểm họa tự nhiên:** Cũng nên đánh giá các hiểm họa do tác động của các thiên tai như động đất, hoạt động núi lửa, lở đất, lũ lụt, gió mạnh. Nên tránh quay trở về các địa điểm ngay sát các công trình, kiến trúc dễ bị ảnh hưởng của động đất, vùng đất dễ bị sạt lở, khu vực thấp nằm trên đường đi của nham thạch, các địa điểm có khả năng thoát nhiều khí gas, bờ sông và các địa bàn có nguy cơ tiếp tục phải gánh chịu thêm lũ lụt và gió mạnh đến khi xác định được rằng không còn nguy cơ nữa.
- 6. Vật liệu và hàng hóa có rủi ro:** Một số vật liệu và hàng hóa nguy hiểm có thể lộ ra hoặc được mang đến sau các thiên tai như động đất, lụt, bão. Mìn và khí tài chưa nổ có thể có do các xung đột hiện tại hoặc trước đó để lại. Việc phát hiện và loại bỏ những vật liệu như vậy cần phải có các chuyên gia phù hợp. Thời gian và yêu cầu kỹ năng cần thiết để dỡ bỏ các vật liệu này có thể hạn chế việc sử dụng một phần hoặc toàn bộ khu vực có các vật liệu trên.
- 7. Đánh giá về cấu trúc:** Sự ổn định của các công trình tại khu vực sinh sống phải được đánh giá bởi các chuyên gia có kinh nghiệm. Đánh giá phải bao gồm cả tác động của dư chấn động đất, lũ lụt, gió mạnh tiếp theo, v.v.. Trong trường hợp tạm cư tập thể, cần đánh giá khả năng chịu lực của các công trình kiến trúc và khả năng các kết cấu như sàn, tường ngăn, móng nhà có thể bị sập.
- 8. Quyền sở hữu, sử dụng đất và công trình:** Các vấn đề này thường có nhiều tranh cãi, đặc biệt khi không còn lưu giữ văn bản hoặc có các xung đột có thể ảnh hưởng đến sở hữu. Nếu có thể, nên xác định quyền sở hữu về các địa điểm hoặc công trình, và người nắm quyền sử dụng chính thức hoặc theo luật truyền thống phải được thừa nhận rộng rãi. Quyền sở hữu đất và tài sản của các nhóm dễ bị tổn thương cần được xác định và hỗ trợ. Trong đó bao gồm quyền thừa kế chính thức hoặc được thừa nhận, đặc biệt trong những trường hợp sau thảm họa khi người chủ sở hữu đã chết hoặc đã di tản.
- 9. Sự sẵn có của dịch vụ và phương tiện:** Trước khi quyết định xây dựng các cơ sở mới, nên đánh giá sự sẵn có của các dịch vụ và phương tiện để có thể tận dụng hoặc sửa chữa lại (xem chương Cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 51).

10. Tiếp cận khu vực định cư: Cần đánh giá khả năng tiếp cận khu vực định cư, điều kiện hạ tầng giao thông và khoảng cách tới sân bay, ga tàu hoặc bến cảng để cung cấp hàng cứu trợ. Cần xem xét đến sự thay đổi thời tiết theo mùa cũng như các rủi ro an ninh. Trong trường hợp tạm cư tập thể, các lều trại tạm cư tự lập và các kho hàng, điểm phân phối thực phẩm phải có đường cho xe tải hạng nặng, và chịu được mọi điều kiện thời tiết. Các cơ sở khác phải được tiếp cận bởi các xe tải hạng nhẹ.

11. Hỗ trợ sinh kế: Hiểu rõ về hoạt động kinh tế trước thảm họa của người dân bị ảnh hưởng và các cơ hội kiếm sống sau thảm họa có thể góp phần định hướng việc định cư. Phải hiểu rõ điều kiện sẵn có của đất đai phục vụ việc canh tác và chăn nuôi; địa điểm sinh hoạt có gần chợ hay không; điều kiện và khả năng tiếp cận các dịch vụ trong vùng vì đây là những yếu tố cơ bản cho các hoạt động kinh tế tư nhân. Sự khác nhau về các nhu cầu kinh tế và xã hội cũng như những hạn chế của các nhóm dễ bị tổn thương trong các cộng đồng ảnh hưởng và cộng đồng tiếp nhận phải được đánh giá và đáp ứng phù hợp (xem các Tiêu chuẩn Tối thiểu về An ninh Lương thực, trang 119).

Tiêu chuẩn 2 - Nhà ở và định cư: Quy hoạch mặt bằng

Các kinh nghiệm quy hoạch mặt bằng cần được sử dụng khi có thể, tăng cường khả năng tiếp cận và sử dụng an toàn đối với nhà ở, các dịch vụ và phương tiện cơ bản cũng như đảm bảo mức độ riêng tư và khoảng cách phù hợp giữa nơi ở của các gia đình.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Việc quy hoạch theo cụm hay vùng dân cư cho gia đình, làng giềng hoặc làng xóm sẽ hỗ trợ cho mạng lưới xã hội hiện có, góp phần đảm bảo an ninh và tăng cường khả năng tự quản lý của nhóm dân bị ảnh hưởng (xem hướng dẫn 1).
- Tất cả các thành viên trong nhóm dân cư bị ảnh hưởng được tiếp cận an toàn nước, cơ sở thương tiện vệ sinh, chăm sóc sức khỏe, xử lý rác thải rắn, nghĩa địa và phương tiện xã hội như trường học, nơi thờ cúng, tụ tập và giải trí (xem hướng dẫn 2 - 4).

- Lều trại tạm cư hay tự lập được thiết kế theo diện tích tối thiểu 45 m² cho một người (xem hướng dẫn 5).
- Sử dụng trắc địa mặt bằng làm cơ sở tạo điều kiện cho việc thoát nước. Nền đất phải phù hợp cho việc đào hố xí tự hoại ở những nơi thường áp dụng biện pháp này (xem hướng dẫn 6).
- Phải có đường hoặc lối đi an toàn, phù hợp với mọi điều kiện thời tiết, tới nơi ở và các phương tiện cơ bản (xem hướng dẫn 7).
- Nơi ở tập thể phải có lối ra vào để tiếp cận và sơ tán khẩn cấp. Các lối này phải được bố trí để việc tiếp cận được giám sát dễ dàng và không gây ra mối đe dọa về an ninh cho những người sống trong đó (xem hướng dẫn 8).
- Phải giảm thiểu các trung gian truyền bệnh (xem hướng dẫn 9).

Hướng dẫn

1. Quy hoạch cụm dân cư: Đối với khu định cư tập thể, việc phân chia chỗ trong nơi ở tập thể cũng như theo khu đất trong lều trại tạm cư được hướng dẫn theo tập quán xã hội hiện có cũng như việc cung cấp và duy trì nguồn tài nguyên chung, bao gồm nước và phương tiện vệ sinh, nấu nướng và phân phối lương thực, v.v.. Lô được phân tại nơi định cư phải đảm bảo sự riêng tư và nhân phẩm của từng gia đình với một hệ thống cửa ra vào không thông nhau và đảm bảo rằng nơi ở của từng gia đình được mở ra khu công cộng. Khu sinh sống an toàn và đầy đủ cũng được cung cấp cho các nhóm dễ bị tổn thương và các cộng đồng di tản bao gồm nhiều người chưa có gia đình hoặc trẻ em không có người trông. Ở những khu định cư phân tán, nguyên tắc quy hoạch theo cụm cũng được áp dụng, ví dụ, các hộ gia đình thường quay về một địa bàn nhất định hoặc chọn các gia đình tiếp nhận gần nhau.

2. Tiếp cận các dịch vụ và cơ sở, phương tiện: Việc tiếp cận các dịch vụ cơ bản bao gồm cấp nước, nhà vệ sinh cũng như các cơ sở xã hội và cơ sở chăm sóc sức khoẻ, cần được quy hoạch để sử dụng tối đa các cơ sở có sẵn hoặc sửa chữa lại các cơ sở đó, đồng thời giảm thiểu tác động tiêu cực cho

làng xóm hoặc cộng đồng tiếp nhận. Các cơ sở hoặc các điểm tiếp cận bổ sung cần được cung cấp đáp ứng nhu cầu dân cư bị ảnh hưởng, và quy hoạch bằng cách đảm bảo an toàn cho tất cả dân cư. Cơ cấu xã hội và vai trò giới trong cộng đồng bị ảnh hưởng và nhu cầu của các nhóm dễ bị tổn thương cần được xem xét trong quá trình lập quy hoạch và cung cấp dịch vụ. Cần xây dựng các địa điểm vui chơi an toàn cho trẻ em cũng như tạo điều kiện để trẻ em có thể đến trường học và các cơ sở giáo dục khác (xem Chương: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 51, và tiêu chuẩn 5 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, hướng dẫn 1, trang 267).

- 3. Xử lý hài cốt:** Phải tôn trọng tập quán xã hội xử lý hài cốt. Khi có nhiều tập quán khác nhau, phải dành chỗ cho từng nhóm xã hội để cho họ có thể tiến hành các nghi thức theo truyền thống của mình. Nếu không đủ các cơ sở như nghĩa địa, lò hóa thân, thì cần bổ sung các địa điểm và cơ sở mới. Nghĩa địa phải ở cách nguồn nước ngầm dùng để uống ít nhất 30m với đáy của nơi chôn cất cao ít nhất là 1,5m trên mực nước ngầm. Nước bề mặt từ nghĩa địa không được chảy vào khu dân cư. Cộng đồng bị ảnh hưởng cũng phải có vật liệu để đảm bảo các điều kiện thiêu xác và các nghi thức tang lễ khác (xem tiêu chuẩn 5 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, hướng dẫn 8, trang 269).
- 4. Cơ sở hành chính và khu vực cách ly:** Phải cung cấp các văn phòng quản lý, kho tang, nơi ăn nghỉ cho cán bộ thực hiện các hoạt động hỗ trợ ứng phó thảm họa và cho khu vực cách ly (xem tiêu chuẩn 4 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 279).
- 5. Diện tích mặt bằng:** Tiêu chuẩn quy hoạch 45m² cho một người, bao gồm nhà ở, diện tích dành cho đường đi, cơ sở giáo dục, diện tích dành cho khu vệ sinh, vành đai phòng hỏa, khu hành chính, nơi chứa nước, nơi phân phối, chợ và kho tang, cũng như vườn nhỏ dành cho từng gia đình. Diện tích quy hoạch cũng phải tính đến sự phát triển dân số. Nếu diện tích mặt bằng không thể cung cấp được, cần xem xét giảm hậu quả do mật độ dân cư quá cao, ví dụ phân tách và đảm bảo sự riêng tư của từng gia đình, dành diện tích cho các cơ sở cần thiết, v.v..

- 6. Địa hình và điều kiện nền móng:** Đối với lều trại tạm cư mặt bằng không được dốc quá 6%, trừ phi có các biện pháp kiểm soát xói mòn và thoát nước bề mặt, nhưng cũng không được ít hơn 1% để đảm bảo thoát nước hợp lý. Có thể cần lập các đường thoát nước để hạn chế ngập úng. Điểm thấp nhất của mặt bằng phải ít nhất 3m trên mực nước ngập trong mùa mưa. Điều kiện nền đất cũng cho ta biết địa điểm có thể đặt nhà vệ sinh và các cơ sở khác. Vì vậy, có thể xác định quy hoạch định cư như thế nào, ví dụ, đá vụn có thể làm cho nước bẩn của các nhà vệ sinh chảy tràn lan, đất sét mịn không thoát nước, làm cho nhà vệ sinh dễ bị hỏng, đất đá núi lửa làm cho việc đào nhà vệ sinh gặp khó khăn (xem tiêu chuẩn 2 - Xử lý phân, trang 73 và tiêu chuẩn 1 - Thoát nước, trang 86).
- 7. Tiếp cận tới khu nhà ở:** Các lối đi đã có hoặc mới lập cần tránh gần các hiểm họa. Nếu có thể, các con đường này cũng phải tránh các khu vực hoang vắng hoặc bị che kín vì có thể đe dọa tới sự an toàn của người sử dụng. Việc bào mòn do sử dụng thường xuyên các con đường cần giảm thiểu bằng việc quy hoạch kỹ càng.
- 8. Tiếp cận và sơ tán khẩn cấp:** Nơi ở tập trung phải đảm bảo cho những người cư trú ra vào dễ dàng với sự tự giám sát của họ để giảm thiểu nguy cơ đe dọa. Nên tránh bậc thang và thay đổi độ cao ở các lối ra vào khu nhà tập thể, và các cầu thang, đường dốc phải có tay vịn. Với những người cư ngụ có khó khăn trong việc đi lại hoặc cần sự giúp đỡ để đi lại cần bố trí họ ở tầng trệt, cạnh cửa ra vào và có lối đi bằng phẳng. Tất cả những người ở trong toà nhà phải được bố trí ở khoảng cách phù hợp với lối ra vào để có thể lựa chọn hướng thoát hiểm trong trường hợp hỏa hoạn và các lối ra đó phải dễ tìm thấy.
- 9. Nguy cơ truyền bệnh qua trung gian:** Các khu vực thấp, hố chứa nước, các nhà không có người ở, các hầm trống có thể trở thành nơi sinh sản của sâu bọ, có thể gây ra nguy cơ đối với sức khoẻ của các gia đình xung quanh (xem tiêu chuẩn 2 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh, trang 79).

Tiêu chuẩn 3 - Nhà ở và định cư: Không gian sống được che phủ

Người dân có đủ không gian sống được che phủ để đảm bảo nhân phẩm. Các sinh hoạt gia đình cơ bản phải được đảm bảo, và các hoạt động hỗ trợ sinh kế có thể thực hiện được theo nhu cầu.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Diện tích ở được che phủ cho một người tối thiểu phải đạt $3,5m^2$ (xem hướng dẫn 1 - 3).
- Diện tích che phủ phải phân cách một cách an toàn và riêng tư giữa các giới, giữa các nhóm tuổi khác nhau và giữa các gia đình riêng trong cùng một căn hộ (xem hướng dẫn 4 - 5).
- Các sinh hoạt cơ bản của gia đình phải được thực hiện trong nhà (xem hướng dẫn 6 và 8).
- Các hoạt động hỗ trợ sinh kế chính nên được thực hiện kèm theo khi có thể (xem hướng dẫn 7 - 8).

Hướng dẫn

1. **Khí hậu và bối cảnh:** Với khí hậu lạnh, các sinh hoạt trong gia đình chủ yếu diễn ra trong phạm vi được che phủ, và người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có thể ở phần lớn thời gian trong nhà để đảm bảo được sưởi ấm. Ở thành phố, các sinh hoạt trong gia đình xảy ra trong diện tích được che phủ vì hầu như không có không gian trống xung quanh. Với khí hậu nóng ẩm, cần có không gian để lưu thông không khí, giữ cho môi trường trong lành. Để đáp ứng được điều kiện này, thường cần một diện tích che phủ lớn hơn $3,5m^2$ một người. Khoảng cách từ sàn đến trần cũng là một yếu tố cơ bản. Với khí hậu nóng và ẩm thường cần trần cao hơn để giúp lưu thông không khí, trong khi với khí hậu lạnh cần trần thấp hơn để giảm thiểu thể tích cần làm ấm. Với khí ẩm hơn không gian xung quanh cần được che phủ để chuẩn bị thức ăn, nấu nướng và ngủ.

- 2. Thời hạn:** Trong thời điểm ngay sau thảm họa, đặc biệt trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt và không có sẵn vật liệu để làm nhà, thì diện tích che phủ ít hơn 3,5m² một người có thể chấp nhận được để cứu sống và cung cấp nhà ở ngắn hạn khi có nhiều người có nhu cầu. Trong những thời điểm như vậy, thiết kế nhà ở cần cố gắng đạt 3,5m² một người càng sớm càng tốt, vì kéo dài hơn sẽ bắt đầu ảnh hưởng đến sức khoẻ và tiêu chuẩn sống của người ở. Nếu không đạt được 3,5m² một người hoặc mức này vượt quá không gian sử dụng thông thường của dân cư bị ảnh hưởng và dân cư xung quanh, thì phải xem xét đến các vấn đề nhân phẩm, sức khoẻ và sự riêng tư trong những diện tích nhà ở nhỏ hẹp. Phải nêu rõ khi quyết định bố trí nhà ở ít hơn 3,5m² cho một người và biện pháp đi kèm nhằm giảm nhẹ các tác động tiêu cực đối với người dân bị ảnh hưởng.
- 3. Mái che:** Khi vật liệu dành cho việc xây dựng nhà ở không được cung cấp, thì việc cung cấp mái che và cấu trúc đỡ mái để tạo diện tích che phủ tối thiểu cần được ưu tiên. Tuy nhiên, không gian che phủ này chưa chắc đã đảm bảo chống lại thời tiết cũng như an ninh, sự riêng tư và nhân phẩm, do đó cần tiến hành các bước để đáp ứng các nhu cầu này càng sớm càng tốt.
- 4. Tập quán văn hóa:** Có những thói quen địa phương khi sử dụng không gian trong nhà, ví dụ, xếp đặt nơi ngủ và bố trí cho các thành viên gia đình mở rộng, có thể cung cấp thông tin về diện tích cần có. Phải có sự tham gia của các nhóm dễ bị tổn thương cũng như những cá nhân có khó khăn trong việc di lại khi quyết định không gian sống.
- 5. An toàn và riêng tư:** Phụ nữ, trẻ em gái và trai dễ bị tấn công cho nên phải quan tâm đảm bảo tách họ khỏi các mối đe dọa để giữ an toàn cho họ. Trong các căn hộ gia đình nên phân chia thành các nơi ở biệt lập. Trong khu liều trại tập thể, việc tập hợp theo quan hệ gia đình, việc bố trí lối đi hợp lý, vật liệu để phân cách nơi sinh hoạt của cá nhân và gia đình có thể góp phần đảm bảo sự riêng tư và an toàn.
- 6. Sinh hoạt gia đình:** Cần không gian để ngủ, tắm giặt, thay quần áo, chăm sóc trẻ em, người ốm yếu; trữ lương thực, nước, cửa cải gia đình và các tài sản chính khác; nấu và ăn trong nhà nếu cần; cũng như chỗ sinh hoạt chung cho gia đình.

7. **Thiết kế và bố trí không gian:** Việc sử dụng linh hoạt không gian trong nhà có thể bố trí được các hoạt động khác nhau vào các thời điểm khác nhau trong ngày hoặc đêm. Việc thiết kế cấu trúc nhà, địa điểm cửa và cửa sổ và cơ hội thay đổi cách chia không gian trong nhà, có thể tạo điều kiện sử dụng bên trong và bên ngoài cho các hoạt động hỗ trợ sinh kế trong và ngoài nhà.
8. **Các chức năng khác của nhà ở:** Cần phải biết rằng nhà ở, ngoài chức năng bảo vệ khỏi điều kiện khắc nghiệt của thời tiết, đảm bảo an toàn và riêng tư cho hộ gia đình, v.v.. còn phục vụ cho các mục đích khác. Trong đó có khảng định sở hữu khu đất, được dùng làm một địa điểm nhận cứu trợ và hỗ trợ tâm lý sau thảm họa trong quá trình tái thiết. Nhà ở cũng được coi là tài sản có giá trị lớn của gia đình.

Tiêu chuẩn 4 - Nhà ở và định cư: Thiết kế

Việc thiết kế nhà phải được người dân bị ảnh hưởng chấp nhận và phải đảm bảo ấm áp, thông khí và bảo vệ khỏi điều kiện thời tiết, bảo đảm nhân phẩm, sức khoẻ, sự an toàn, dễ chịu của họ.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Kiểu thiết kế và vật liệu sử dụng nên thông dụng và phù hợp về phương diện văn hóa và xã hội của người bị ảnh hưởng (xem hướng dẫn 1).
- Ưu tiên cho việc sửa chữa các ngôi nhà bị hư hại hoặc nâng cấp các nhà ở do người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa đã xây dựng trước đó (xem hướng dẫn 2).
- Vật liệu thay thế để xây nhà tạm cần đảm bảo độ bền, tiện dụng và được người dân bị ảnh hưởng chấp nhận (xem hướng dẫn 3).
- Loại công trình, vật liệu sử dụng cũng như kích thước và vị trí cửa phải đảm bảo cảm giác ấm áp tối đa và thông khí (xem hướng dẫn 4 - 7).
- Việc tiếp cận nguồn cấp nước và các cơ sở, phương tiện vệ sinh cũng như việc cung cấp các phương tiện hứng nước mưa, trữ nước, thoát nước,

quản lý rác thải là những việc bổ sung cho việc xây dựng nhà ở (xem hướng dẫn 8).

- Các biện pháp kiểm soát trung gian truyền bệnh cần phải được xem xét khi thiết kế nhà ở và chọn vật liệu để giảm thiểu các nguy cơ truyền bệnh (xem hướng dẫn 9).

Hướng dẫn

1. Thiết kế có sự tham gia của các bên: Mỗi gia đình bị ảnh hưởng cần được khuyến khích tham gia đầy đủ vào việc quyết định về hình dáng và vật liệu làm nhà ở. Phải ưu tiên cho ý kiến của các nhóm xã hội và cá nhân thường xuyên ở nhà. Phòng ngủ của cá nhân, kích thước và việc bố trí không gian, vị trí cửa chính và cửa sổ, chiếu sáng và thông gió, bố trí tường ngăn phải thể hiện tập quán địa phương nếu các tập quán này đảm bảo sự an toàn. Có thể xác định các tập quán này qua việc đánh giá các dạng nhà ở tiêu biểu hiện có, trên cơ sở cân nhắc các nhu cầu tương ứng (xem tiêu chuẩn Tham gia, trang 28).

2. Sáng kiến nhà ở tại địa phương và việc sửa chữa những ngôi nhà bị hư hại: Những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa thường khôi phục nhà ở bằng các vật liệu còn lại từ các ngôi nhà đã bị dỡ hoặc bằng các vật liệu khác ở địa phương, bằng các kỹ thuật tự tạo hoặc truyền thống. Hỗ trợ vật liệu và kỹ thuật để tạo một hoặc nhiều phòng ở trong một căn nhà bị hư hại hoặc cải thiện các nơi ở tự tạo có thể thích hợp hơn việc xây nhà ở kiểu mới hoặc nơi ở tập thể. Cần quan tâm giải quyết các rủi ro do các thiên tai liên tiếp như dư chấn động đất và lở đất, các mối đe dọa an ninh, các vấn đề hoà giải xung đột cho các gia đình trở về khu vực bị ảnh hưởng, cũng như các nguy cơ ảnh hưởng đến sức khoẻ và an toàn do sự hư hại của cơ sở hạ tầng và nhà ở.

3. Xây dựng và vật liệu: Khi vật liệu địa phương hoặc vật liệu thông thường không có sẵn hoặc thích hợp, cần xác định các mẫu thiết kế và vật liệu được chấp nhận về phương diện văn hóa qua việc tham khảo cộng đồng bị ảnh hưởng. Tấm lợp nhựa chịu lực là vật liệu thông thường được cấp cho các gia đình trong giai đoạn đầu ứng phó thảm họa, thỉnh thoảng còn cung cấp dây thường và vật liệu hỗ trợ như gỗ, ống nhựa hoặc thép mạ mua ở địa phương. Các tấm lợp phải đáp ứng đặc tính được các tổ chức cứu trợ nhân đạo quốc tế chấp nhận.

- 4. Đối với khí hậu nóng ẩm:** Nhà ở phải chọn hướng và thiết kế để đảm bảo thoáng gió và tránh ánh nắng chiếu trực tiếp. Cần tránh cản trở sự thông thoáng của cửa chính và cửa sổ, ví dụ, bị các nhà xung quanh chắn gió. Phần mái phải có độ nghiêng hợp lý để thoát nước mưa và phải có mái hiên rộng. Nhà xây phải nhẹ vì cần thoáng mát. Phải xem xét đến vấn đề mưa và khi xây phải có hệ thống thoát nước mặt hợp lý xung quanh nhà và nền phải cao để tránh nước vào nhà. Thảm thực vật có thể giúp việc thấm nước nhiều hơn...
- 5. Đối với khí hậu khô và nóng:** Xây dựng phải chắc nặng đảm bảo giữ ẩm tốt, cho phép thay đổi nhiệt độ trong nhà giữa đêm và ngày, nếu xây dựng mỏng nhẹ thì phải cách nhiệt tốt. Phải quan tâm hợp lý trong thiết kế các công trình chắc nặng ở những khu vực có nguy cơ động đất. Nếu chỉ có mái nhựa hoặc lều bạt thì phải làm mái hai lớp có thông gió giữa hai lớp để chống nóng. Vị trí mở cửa và cửa sổ phải tránh hướng gió thổi để tránh gió nóng và sự hấp nóng ở xung quanh nhà. Có thể cản gió nóng bằng cách lợi dụng các nhà xung quanh, địa hình và cây cối. Phải xây dựng nhà có tường ngoài để hạn chế cát bay vào.
- 6. Đối với khí hậu lạnh:** Cần có công trình xây dựng chắc nặng với khả năng giữ nhiệt cao cho các nhà ở có người ở nhà cả ngày. Công trình xây dựng mỏng nhẹ có khả năng giữ nhiệt thấp và cách nhiệt tốt, sẽ phù hợp với nhà ở chỉ có người sinh hoạt vào buổi tối. Không khí thổi vào nhà phải giữ ở mức tối thiểu cần thiết để đảm bảo sự dễ chịu cũng như thông gió cho lò sưởi và bếp. Cửa chính và cửa sổ phải được thiết kế để tránh gió lùa. Bắt buộc phải có bếp hoặc các dạng lò sưởi khác và phải phù hợp với nhà ở. Giảm sự mất nhiệt của cơ thể qua sàn nhà bằng việc sàn nhà phải được cách nhiệt qua thảm cách nhiệt, đệm, đệm mút (xem tiêu chuẩn 1 - Hàng phi lương thực, trang 230 và tiêu chuẩn 4, trang 234).
- 7. Thông khí:** Thiết kế nhà phải tạo được sự thông khí, đảm bảo môi trường bên trong lành mạnh và hạn chế nguy cơ truyền bệnh như bệnh lao lây truyền qua nước bọt.
- 8. Tập quán lấy nước, vệ sinh, quản lý rác thải địa phương:** Cần tìm hiểu tập quán tìm nguồn nước, các biện pháp quản lý phân và nước thải trước thảm hoạ cũng như cơ hội và những cản trở đối với việc thực hiện các tập quán này sau

thảm họa. Vị trí của các nhà vệ sinh và cơ sở phương tiện xử lý rác thải không được ảnh hưởng xấu đến các phương diện văn hóa và xã hội, môi trường, và an ninh của các mẫu thiết kế và mặt bằng của các nhà ở riêng hoặc các nơi định cư (xem Chương: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 51).

9. Xác định trung gian truyền bệnh: Cần hiểu về tập quán làm nhà, mẫu nhà ở, và vật liệu sử dụng của những người di tản để thiết kế và thực hiện kiểm soát các trung gian truyền bệnh bổ trợ. Những trung gian chủ yếu là muỗi, chuột, ruồi và các loài gây hại như rắn, bò cạp, mối (xem tiêu chuẩn 1 - 3 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh, trang 76 - 82).

Tiêu chuẩn 5 - Nhà ở và định cư: Xây dựng

Giải pháp xây dựng phải phù hợp với tập quán xây dựng địa phương và điều kiện an toàn, và phải đảm bảo nhiều cơ hội kiểm sống.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các nguồn vật liệu và nhân công địa phương được sử dụng mà không gây hại về kinh tế và môi trường địa phương (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Phải đạt được các tiêu chuẩn địa phương về chất lượng vật liệu và nhân công (xem hướng dẫn 3).
- Các tiêu chuẩn xây dựng và vật liệu phải làm giảm tác động của các thiên tai tiếp theo nếu xảy ra.
- Kiểu xây dựng và vật liệu sử dụng có thể giúp duy trì và cải thiện nhà ở bằng việc sử dụng công cụ và nguồn lực sẵn có của địa phương (xem hướng dẫn 5).
- Việc tìm kiếm các vật liệu và nhân công địa phương và việc giám sát quy trình xây dựng phải minh bạch và phù hợp với tập quán quốc tế về quản lý xây dựng, mời thầu và nhận thầu.

Hướng dẫn

- 1. Nguồn vật liệu và nhân công:** Có thể hỗ trợ sinh kế qua việc tìm kiếm vật liệu xây dựng, tay nghề của chuyên gia, và nhân công địa phương. Nếu như việc sử dụng các nguồn lực địa phương sẽ có tác động tiêu cực đến tình hình kinh tế và môi trường, thì cần sử dụng nhiều nguồn lực khác nhau, các vật liệu và quy trình sản xuất thay thế, hoặc cung cấp nguồn vật liệu và nhà ở từ bên ngoài. Việc tái sử dụng vật liệu từ các căn nhà bị hư hại cần được khuyến khích khi có thể lấy được cho dù đó là vật liệu như gạch, đá, gỗ mái, ngói, v.v.. hoặc vật liệu thô khác như sỏi để đổ móng hoặc làm đường. Phải xác định quyền sở hữu và được phép sử dụng những vật liệu đó (xem tiêu chuẩn 6 - Nhà ở và định cư, hướng dẫn 3, trang 228).
- 2. Sự tham gia của các hộ dân bị ảnh hưởng:** Có thể tận dụng các cơ hội cho các gia đình tham gia xây dựng, đặc biệt đối với những người không có kinh nghiệm và tay nghề, thông qua các chương trình huấn luyện tay nghề và kế hoạch tập huấn. Để huy động sự đóng góp của những người ít khả năng thực hiện các công việc đòi hỏi thể lực và kỹ thuật, có thể đưa họ vào các công việc giám sát thi công và kiểm soát công trình, trông trẻ em, bố trí và phục vụ ăn ở cho những người làm xây dựng và hỗ trợ quản lý hành chính. Cần xem xét đến các yêu cầu khác về thời gian và nguồn nhân lực của người dân bị ảnh hưởng. Sử dụng mô hình trả công bằng lương thực thực phẩm có thể đảm bảo an ninh lương thực để các gia đình bị ảnh hưởng tham gia tích cực hơn. Phụ nữ độc thân, gia đình mà phụ nữ làm chủ và phụ nữ khuyết tật là những đối tượng dễ bị bóc lột tình dục khi tìm kiếm sự hỗ trợ để xây nhà cửa mình. Việc cung cấp sự hỗ trợ từ các nhóm tình nguyện hoặc nhân lực theo hợp đồng phải bổ sung cho những đóng góp của người bị ảnh hưởng (xem tiêu chuẩn Tham gia, trang 28).
- 3. Tiêu chuẩn xây dựng:** Cần thống nhất với các chính quyền địa phương về các tiêu chuẩn xây dựng tốt để đảm bảo các yêu cầu về an toàn và hiệu quả. Ở những nơi thường không quan tâm hoặc không buộc phải áp dụng các tiêu chuẩn xây dựng quốc gia hoặc địa phương, phải tìm cách để dần dần bắt đầu áp dụng các tiêu chuẩn xây dựng.
- 4. Phòng chống và giảm nhẹ thảm họa:** Các mẫu thiết kế phải phù hợp với điều kiện khí hậu, chống chịu được gió và tuyết trong vùng khí hậu lạnh. Cần quan tâm đến khả năng chịu động đất và chịu tải của nền móng. Cần trao đổi với

chính quyền địa phương và người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa trước khi áp dụng những khuyến nghị hoặc những thay đổi trong tiêu chuẩn hoặc quy tắc xây dựng.

- 5. Nâng cấp và bảo dưỡng:** Vì các giải pháp hỗ trợ nhà ở khẩn cấp chỉ đảm bảo cung cấp tối thiểu không gian và vật liệu, các gia đình bị ảnh hưởng sẽ cần tìm kiếm các biện pháp thay thế để tăng diện tích và chất lượng nơi ở. Dạng và vật liệu xây dựng nên tạo điều kiện để các gia đình có thể sửa chữa hoặc nâng cấp nhà ở để đáp ứng các nhu cầu lâu dài của họ và thực hiện các sửa chữa, sử dụng vật liệu và công cụ tại địa phương.
- 6. Quản lý xây dựng và mua vật liệu:** Phải thiết lập hệ thống quản lý xây dựng và mạng lưới cung cấp vật liệu, giám sát và nhân công có hiệu quả bao gồm từ nguồn cung cấp, mua vật liệu, vận chuyển, xử lý và quản trị từ điểm cung cấp cho đến nơi xây dựng.

Tiêu chuẩn 6 - Nhà ở và định cư: Tác động môi trường

Tác động tiêu cực về môi trường được giảm thiểu qua việc định cư cho các gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa, việc tìm kiếm nguồn vật liệu và sử dụng các kỹ thuật xây dựng phù hợp.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Việc định cư tạm thời hoặc lâu dài cho những người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa cần được xem xét theo giới hạn của nguồn tài nguyên thiên nhiên sẵn có (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Nguồn tài nguyên thiên nhiên được quản lý để đáp ứng các nhu cầu ngày càng tăng của những người di tản và cộng đồng tiếp nhận (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Việc sản xuất và cung cấp vật liệu xây dựng cũng như quá trình xây dựng phải giảm thiểu việc làm cạn kiệt nguồn tài nguyên thiên nhiên (xem hướng dẫn 2 - 3).
- Cây cỏ phải được giữ gìn nếu có thể, để tăng khả năng giữ nước, giảm xói mòn đất và tạo bóng mát (xem hướng dẫn 4).
- Sau khi không còn cần sử dụng làm nơi ở khẩn cấp, địa điểm lập nhà ở tập trung hoặc lều trại tạm cư, thì khu vực đó phải được trả lại như điều kiện ban đầu, trừ khi đã đồng ý các giải pháp khác (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. **Khả năng bảo tồn và quản lý nguồn tài nguyên môi trường:** Ở những nơi mà nguồn tài nguyên thiên nhiên không thể đáp ứng được việc gia tăng dân số, phải cố gắng hạn chế các hoạt động không đảm bảo sự bền vững của môi trường. Phải hỗ trợ việc cung cấp từ bên ngoài về chất đốt và các phương pháp quản lý chăn nuôi và trồng trọt lâu dài. Ở những nơi có đủ nguồn tài nguyên

để đáp ứng việc gia tăng dân số, những người dân bị ảnh hưởng có thể phân tán thành một số khu định cư nhỏ nếu cần, vì các khu định cư nhỏ ít gây hại hơn cho môi trường so với khu định cư lớn. Cần xác định quyền tiếp cận các nguồn tài nguyên thiên nhiên hiện có, như chất đốt, nước, gỗ xây dựng, đá và cát, v.v., cũng như việc sử dụng và bảo quản đất và rừng.

- 2. *Làm giảm nhẹ tác động dài hạn đối với môi trường:*** Nếu nhu cầu cung cấp nhà ở cho dân cư bị ảnh hưởng có tác hại đối với môi trường, ví dụ, phải cố gắng làm giảm thiểu các tác động dài hạn làm cạn kiệt các nguồn tài nguyên địa phương bằng các hoạt động bổ sung để quản lý và phục hồi môi trường.
- 3. *Tìm kiếm nguồn vật liệu xây dựng:*** Cần đánh giá các tác động môi trường của các hoạt động khai thác tài nguyên trước khi xảy ra thảm họa và các nhu cầu lớn về tài nguyên sau thảm họa như nước, gỗ xây dựng, cát, đất trồng, bã chǎn thǎ cũng như nguyên liệu để nung gạch, ngói. Phải xác định người sử dụng thường xuyên, các tỷ lệ khai thác và tái tạo, quyền sở hữu và kiểm soát nguồn tài nguyên này. Các nguồn lực cung cấp thay thế hoặc bổ sung có thể hỗ trợ cho kinh tế địa phương và giảm các tác động tiêu cực lâu dài về môi trường. Cần xác định các nguồn tài nguyên đa dạng, tái sử dụng các vật liệu cũ, các vật liệu và các quy trình sản xuất thay thế (ví dụ sử dụng các khối đất ổn định), cũng như áp dụng những phương pháp xây dựng bền vững, ví dụ: khôi phục và trồng lại cây cỏ.
- 4. *Xói mòn:*** Cần có một đánh giá việc sử dụng đất, sự phân bố cây cỏ và hiện trạng thoát nước mặt để xác định tác động của việc phun quang nếu cần. Phải quy hoạch việc sử dụng đất trồng trọt và chǎn nuôi để giảm thiểu tác động xấu đến môi trường sống tự nhiên trong khu vực. Phải quy hoạch việc xây nhà ở để giữ lại cây cỏ, nhằm ổn định nền đất, giữ bóng mát và tránh tác động của thời tiết. Đường, lối đi, hệ thống cống thoát nước phải được quy hoạch để tận dụng các điều kiện tự nhiên nhằm giảm thiểu xói mòn và lũ lụt. Nếu không thể thực hiện được điều này cần đưa ra các biện pháp phù hợp nhằm ngăn chặn xói mòn như cống thoát nước, ống thoát nước dưới mặt đường hoặc bờ đất để hạn chế nước chảy tự do (xem tiêu chuẩn 1 - Thoát nước, trang 86).

5. **Bàn giao:** Việc phục hồi tự nhiên của môi trường trong và xung quanh khu nhà ở tập trung và khu tạm cư cần được hỗ trợ bằng các biện pháp khôi phục môi trường phù hợp trong thời gian tạm cư. Cần quản lý việc ngừng cư trú để đảm bảo việc làm sạch rác và các vật liệu không thể tái sử dụng, hoặc vật liệu có hại cho môi trường.

2 Hàng Phi lương thực: Quần áo, giường chiếu và vật dụng gia đình

Quần áo, chăn mền, giường chiếu dùng để đáp ứng các nhu cầu cá nhân để chống chịu với khí hậu và đảm bảo sức khoẻ, sự riêng tư và nhân phẩm. Cần có các hàng hóa và vật dụng cơ bản để các gia đình đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân, nấu ăn, sưởi ấm cũng như xây dựng, bảo dưỡng và sửa chữa nhà ở.

Tiêu chuẩn 1 - Hàng phi lương thực: Quần áo và giường chiếu

Người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có đủ quần áo, chăn mền và giường chiếu để đảm bảo nhân phẩm, an toàn và dễ chịu.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Phụ nữ, con gái, nam giới và con trai có ít nhất một bộ quần áo đúng cỡ, phù hợp với văn hoá, điều kiện thời tiết và mùa vụ. Trẻ em dưới 2 tuổi cũng có một tấm chăn có kích thước ít nhất 100cm x 70cm (xem hướng dẫn 1 - 4).
- Người dân có chăn mền, giường chiếu để giữ ấm và có thể sắp xếp ngủ riêng nếu cần (xem hướng dẫn 2 - 4).
- Những người có nguy cơ cao nhất có thêm quần áo và giường chiếu để đáp ứng nhu cầu (xem hướng dẫn 5).
- Có vài liệm phù hợp về văn hóa khi cần.

Hướng dẫn

- 1. Quần áo thay đổi:** Mọi người cần có đủ quần áo để thay đổi nhằm đảm bảo ấm, nhân phẩm và an toàn. Cần có ít nhất hai bộ quần áo, đặc biệt quần áo lót, để có thể thay và giặt.
- 2. Sự phù hợp:** Quần áo phải phù hợp với điều kiện khí hậu và tập quán văn hóa, phải phân biệt giữa nam giới và nữ giới, con gái và con trai và có kích cỡ phù hợp với độ tuổi. Ở những nơi có điều kiện giường chiếu phải phản ánh tập quán văn hóa và đủ số lượng để có thể sắp xếp ngủ riêng cho các thành viên trong gia đình.
- 3. Giữ ấm:** Cần quan tâm đến các đặc tính giữ nhiệt của quần áo và giường chiếu cũng như các tác động của điều kiện khí hậu ấm ướt đối với khả năng giữ nhiệt. Việc phối hợp giữa quần áo và giường chiếu có thể đảm bảo mức độ ấm áp tốt hơn. Việc cung cấp thảm cách nhiệt để giảm mất nhiệt do tiếp xúc với đất sẽ hiệu quả hơn việc cung cấp thêm chăn.
- 4. Độ bền:** Quần áo và giường chiếu cung cấp phải đủ bền theo cách sử dụng truyền thống và có thể phải bền hơn do thiếu quần áo thay.
- 5. Nhu cầu đặc biệt:** Nếu có thể, phải thêm quần áo thay cho những người không kiềm chế được việc đi vệ sinh, người nhiễm HIV/AIDS bị tiêu chảy, phụ nữ có thai và cho con bú, người già, người khuyết tật và người có khó khăn trong việc đi lại. Các em bé và trẻ nhỏ dễ bị mất nhiệt hơn người lớn do tỷ lệ diện tích da trên khối lượng cơ thể rất cao, do đó, cần có thêm chăn, v.v., để giữ đủ ấm. Vì gặp khó khăn trong việc đi lại, người già, người ốm yếu, kể cả những người nhiễm HIV/AIDS có thể cần có sự quan tâm đặc biệt như cắp thêm đệm, giường nâng hạ được.

Tiêu chuẩn 2 - Hàng phi lương thực: Vệ sinh cá nhân

Mỗi gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa có đủ xà phòng và các vật dụng khác để đảm bảo vệ sinh cá nhân, sức khoẻ, nhân phẩm và sự dẽ chịu.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Mỗi người có 250g xà phòng tắm/tháng (xem hướng dẫn 1 - 3).
- Mỗi người có 200g xà phòng giặt/tháng (xem hướng dẫn 1 - 3).
- Phụ nữ và con gái có đồ vệ sinh kinh nguyệt (xem hướng dẫn 4).
- Trẻ em dưới 2 tuổi có 12 tã lót loại thường được sử dụng.
- Có thể có thêm các vật dụng bổ sung để đảm bảo vệ sinh cá nhân, nhân phẩm và sự dẽ chịu (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

- Sự phù hợp:** Cần có những đánh giá về tập quán văn hóa và thói quen sử dụng đối với các vật dụng được cấp. Cần lưu ý tránh đưa ra các vật dụng có thể không được sử dụng do không quen hoặc có thể sử dụng không đúng (ví dụ, nhầm hàng phi lương thực với thức ăn). Có thể thay xà phòng giặt bằng bột giặt hoặc khuyến khích sử dụng các sản phẩm thay thế như tro hoặc cát sạch nếu phù hợp với tập quán.
- Thay thế:** Cần xem xét đến các hàng hóa có khả năng tiêu thụ để có thể thay thế khi cần.
- Nhu cầu đặc biệt:** Cần cung cấp bổ sung xà phòng tắm và giặt cho những người không kiểm chế được việc đi vệ sinh, người nhiễm HIV/AIDS đang bị tiêu chảy, phụ nữ có thai, người già, người khuyết tật, những người đi lại khó khăn.
- Đồ vệ sinh:** Phụ nữ và con gái được cấp vật liệu phù hợp để vệ sinh kinh nguyệt. Điều quan trọng là vật liệu phải phù hợp và kín đáo và phụ nữ phải được tham gia ý kiến về việc lựa chọn vật liệu sẽ được cung cấp.

- 5. Vật dụng bổ sung:** Có những tập quán văn hóa có thể yêu cầu bổ sung về vệ sinh cá nhân. Tuỳ thuộc vào khả năng sẵn có, cần bổ sung cho mỗi người trong một tháng 75ml/100g thuốc đánh răng, một bàn chải, 250ml dầu gội, 250ml kem xoa dành cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới hai tuổi, một lưỡi dao cạo. Mỗi gia đình có một lược và bấm móng tay.

Tiêu chuẩn 3 - Hàng phi lương thực: Dụng cụ nấu nướng và ăn uống

Mỗi gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa có dụng cụ nấu nướng và ăn uống.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Mỗi gia đình có một nồi nấu lớn có tay cầm và một chảo có thể sử dụng như nắp đậy nồi; một nồi nấu cỡ trung có tay cầm và có vung; một khay để chuẩn bị thức ăn và đựng đồ ăn; một dao làm bếp và hai muôi gỗ (xem hướng dẫn 1).
- Mỗi gia đình có hai thùng đựng nước từ 10 đến 20 lít có nắp đậy (Can 20 lít có nắp xoáy hoặc một xô 10 lít có nắp), cùng với dụng cụ chứa nước hoặc chứa thực phẩm bổ sung (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Mỗi người có một đĩa sâu lòng đựng thức ăn, một thìa kim loại và một ca hoặc đồ dùng để uống (xem hướng dẫn 1 - 4).

Hướng dẫn

- Sự phù hợp:** Các vật dụng được cung cấp phải phù hợp về văn hóa và sử dụng an toàn. Phụ nữ và những người chịu trách nhiệm chuẩn bị thức ăn và lấy nước phải được tham khảo khi lựa chọn vật dụng. Dụng cụ nấu nướng và ăn cũng như đồ lấy nước phải có kích thước phù hợp với người già, người khuyết tật và trẻ em nếu họ cần.
- Đồ nhựa:** Tất cả đồ nhựa (xô, bát, can, thùng đựng nước, v.v..) phải là đồ nhựa an toàn đối với thực phẩm (xem tiêu chuẩn 3 - Cung cấp nước, hướng dẫn 1, trang 70).
- Đồ kim loại:** Dao kéo, bát đũa, đĩa, và ca cốc phải bằng thép không rỉ hoặc kim loại mầu.
- Cho em bé ăn:** Không cung cấp chai sữa trẻ em trừ trường hợp đặc biệt bắt buộc phải thay thế sữa mẹ (xem tiêu chuẩn 2 - Hỗ trợ dinh dưỡng tổng quát, hướng dẫn 1, trang 141).

Tiêu chuẩn 4 - Hàng phi lương thực: Bếp, chất đốt, chiếu sáng

Mỗi gia đình được tiếp cận các phương tiện để nấu nướng công cộng hoặc có một bếp và được cung cấp nhiên liệu để nấu ăn và sưởi ấm. Mỗi gia đình có thể tiếp cận với phương tiện chiếu sáng nhằm tạo phù hợp để đảm bảo an toàn cá nhân.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Nếu thức ăn được nấu tại gia đình, mỗi gia đình có một bếp và chất đốt để đáp ứng các nhu cầu nấu nướng và sưởi ấm cơ bản (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Các nguồn nhiên liệu bền vững về kinh tế và môi trường được xác định và ưu tiên hơn nguồn nhiên liệu cung cấp từ bên ngoài (xem hướng dẫn 3).

- Việc khai thác chất đốt đảm bảo an toàn và không gây nguy hiểm cho người dân khi thu thập chất đốt hàng ngày, không có báo cáo về tai nạn do thu thập chất đốt (xem hướng dẫn 4).
- Có chỗ cất, chứa nhiên liệu an toàn.
- Mỗi gia đình có phương tiện chiếu sáng nhân tạo, ví dụ, đèn xách tay hoặc nến, v.v..
- Mỗi gia đình có diêm hoặc các phương tiện thay thế để đánh lửa hoặc nến,...

Hướng dẫn

1. Bếp: Có những tập quán địa phương cần được xem xét khi xác định giải pháp bếp và chất đốt. Phải khuyến khích những giải pháp nấu nướng tiết kiệm năng lượng, bao gồm việc chuẩn bị củi, kiểm soát lửa, chuẩn bị thức ăn, nấu chung, v.v.. Việc này bao gồm cả việc có thể thay đổi thức ăn, ví dụ: các khẩu phần do chương trình hỗ trợ thức ăn cung cấp như hạt đậu cần tương đối nhiều thời gian và nhiên liệu để nấu. Nếu những người di tản được bố trí ở nhà tập thể các thiết bị bếp và sưởi ấm công cộng phù hợp hơn so với việc cấp bếp cho từng gia đình riêng lẻ để giảm thiểu nguy cơ hoả hoạn và ô nhiễm khói trong nhà.

2. Thoáng khí: Nếu bếp sử dụng bên trong một khu vực đóng kín thì phải lắp ống khói để thoát khí và khói ra ngoài một cách an toàn. Phải lựa chọn vị trí của bếp trong nhà để đảm bảo thông khí hợp lý và giảm thiểu nguy cơ ô nhiễm trong nhà và các vấn đề về hô hấp. Bếp phải được thiết kế nhằm giảm thiểu nguy cơ hoả hoạn và ô nhiễm trong và ngoài nhà.

3. Nguồn nhiên liệu bền vững: Nguồn nhiên liệu phải được quản lý cũng như có biện pháp tái tạo và làm giàu để đảm bảo cung cấp bền vững.

4. Thu thập chất đốt: Phụ nữ phải được tham khảo ý kiến về địa điểm và phương tiện thu thập chất đốt cho đun nấu và sưởi ấm để đảm bảo an toàn cá nhân. Nhu cầu thu thập chất đốt của các nhóm dễ bị tổn thương cũng như những gia đình có phụ nữ làm chủ, gia đình có người nhiễm HIV/AIDS cần được quan

tâm. Phải có giải pháp đặc biệt nếu cần, như chọn các chất đốt dễ kiểm, sử dụng bếp hiệu suất cao, và nguồn chất đốt dễ tiếp cận.

Tiêu chuẩn 5 - Hàng phi lương thực: Công cụ và thiết bị

Mỗi gia đình bị ảnh hưởng bởi thảm họa có trách nhiệm về việc xây dựng, bảo dưỡng và sử dụng an toàn nhà ở của mình, có thể tiếp cận được các công cụ và thiết bị cần thiết.

Chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các gia đình mà có trách nhiệm xây dựng một phần hoặc toàn bộ nhà ở của họ hoặc thực hiện việc bảo dưỡng cơ bản, cần có công cụ và thiết bị để thực hiện an toàn việc này (xem hướng dẫn 1 - 2).
- Được tập huấn hoặc hướng dẫn sử dụng công cụ trong việc xây dựng hoặc bảo dưỡng nhà nếu có nhu cầu (xem hướng dẫn 3).
- Cung cấp vật dụng để hạn chế các bệnh lây truyền qua trung gian truyền bệnh như mèn chong muỗi để bảo vệ các thành viên trong gia đình (xem tiêu chuẩn 1 - 3 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh, trang 76 - 82).

Hướng dẫn

1. **Các bộ công cụ điển hình:** Tùy thuộc vào tập quán địa phương, các bộ công cụ tiêu biểu có thể bao gồm một búa hoặc vồ, rìu hoặc dao phát, mai hoặc xẻng. Cần chọn các công cụ có thể dễ sửa với công nghệ có sẵn. Các công đồng bị di tản phải có đủ công cụ để đào rãnh thoát nước, xử lý hài cốt một cách phù hợp, bằng việc chế tạo quan tài, đào mồ mả, hố mai táng hoặc chuẩn bị lê hoả táng.
2. **Sinh kế:** Khi có thể, cũng cần cung cấp công cụ phù hợp cho các hoạt động hỗ trợ sinh kế.

- 3. Hỗ trợ kỹ thuật:** Các gia đình có phụ nữ làm chủ và các nhóm dễ bị tổn thương khác có thể cần sự hỗ trợ từ các thành viên khác trong gia đình, hàng xóm láng giềng, hoặc người làm thuê để tiến hành các nhiệm vụ xây dựng hoặc bảo dưỡng.

Phụ lục 1

Danh mục kiểm tra đánh giá các nhu cầu ban đầu về Nhà ở, Định cư và hàng Phi lương thực

Danh sách câu hỏi này được dùng như một bản hướng dẫn, bảng kiểm tra để đảm bảo thu được các thông tin cần thiết có giá trị đối với giải pháp nhà ở sau thảm họa. Danh sách câu hỏi này không bắt buộc mà cần được sử dụng và điều chỉnh cho thích hợp. Các thông tin về nguyên nhân cơ bản của thảm họa, tình hình an ninh, tình hình dân số cơ bản của cộng đồng di tản và cộng đồng tiếp nhận, và tên những người chủ chốt phải liên lạc, đã được tập hợp từ trước (xem tiêu chuẩn Đánh giá ban đầu, trang 29).

1 Nhà ở và định cư

Nhân khẩu

- Một gia đình tiêu biểu có bao nhiêu người?
- Trong cộng đồng bị ảnh hưởng có những nhóm người không thuộc gia đình như trẻ em không nơi nương tựa hoặc những nhóm người thiểu số với quy mô gia đình không tiêu biểu không?
- Có bao nhiêu gia đình không có nhà hoặc có nhà không đáp ứng được nhu cầu chỗ ở và họ đang ở đâu?
- Có bao nhiêu người không có gia đình, không có nhà ở hoặc có nhà ở không đáp ứng được nhu cầu ở và họ đang ở đâu?

Nguy cơ/rủi ro

- Có những nguy cơ đến sự sinh tồn khẩn cấp nào do thiếu nhà ở hoặc nhà ở không đáp ứng được nhu cầu? Có bao nhiêu người gặp nguy cơ đó?
- Có những nguy cơ đến sự sinh tồn tiềm tàng nào do thiếu nhà ở hoặc nhà

ở không đáp ứng được nhu cầu?

- Có những nguy cơ tiềm tàng nào đối với cộng đồng tiếp nhận do sự có mặt của các gia đình di tản?
- Có những nguy cơ tiềm tàng nào đối với cuộc sống, sức khỏe và an ninh của người dân bị ảnh hưởng do hậu quả tiếp theo của thảm họa đối với việc cung cấp nhà ở?
- Ai là những người dễ bị tổn thương, kể cả những người nhiễm HIV/AIDS?
- Có những nguy cơ rủi ro đặc biệt nào đối với những người dễ bị tổn thương và vì sao?

Các hoạt động hộ gia đình

- Có những hoạt động tiêu biểu nào hỗ trợ sinh kế và gia đình được thực hiện trong nhà dân bị ảnh hưởng? Cách thiết kế và cung cấp không gian phản ánh những hoạt động này ra sao?
- Có những hoạt động tiêu biểu nào hỗ trợ sinh kế và gia đình được thực hiện bên ngoài nhà dân bị ảnh hưởng? Cách thiết kế và cung cấp không gian phản ánh những hoạt động này ra sao?

Vật liệu và thiết kế

- Có những giải pháp nào về nhà ở ban đầu, vật liệu hoặc các vật tư khác đã được cung cấp cho những gia đình bị ảnh hưởng và những đối tượng khác?
- Có những vật liệu có thể tận dụng từ khu vực bị hư hỏng (nếu có) để sử dụng cho việc xây dựng lại nhà ở?
- Có những kiểu xây dựng nhà ở tiêu biểu nào của cư dân bị ảnh hưởng và cộng đồng tiếp nhận? Các vật liệu xây dựng khác sử dụng cho khung kết cấu, mái và tường ngoài là gì?
- Có giải pháp thiết kế và vật liệu thay thế nào có sẵn và thông dụng hoặc có thể chấp nhận được đối với người dân bị ảnh hưởng?

- Những giải pháp nhà ở dự định có thể phòng chống và giảm nhẹ một hoặc nhiều thảm họa như thế nào?
- Các nhà ở được xây dựng tiêu biểu như thế nào và do ai?
- Vật liệu xây dựng tiêu biểu được thu thập như thế nào và do ai?
- Phụ nữ, thanh niên và người già có thể được huấn luyện hoặc được hỗ trợ tham gia vào việc xây dựng nhà ở của họ thế nào? Có cản trở gì không?

Nguồn lực địa phương và cần tr�

- Hiện có những nguồn vật liệu, tài chính, và nhân lực nào của các gia đình và cộng đồng bị ảnh hưởng? Có những hạn chế gì đối với việc đáp ứng một số hoặc tất cả các nhu cầu khẩn cấp của họ về nhà ở?
- Có những cơ hội và hạn chế gì đối với tình hình sở hữu đất, sử dụng đất và những vùng đất trống để đáp ứng nhu cầu khẩn cấp về nhà ở?
- Có những cơ hội và hạn chế gì đối với cộng đồng tiếp nhận để hỗ trợ tạm cư trong nhà hoặc xung quanh nhà cho các gia đình bị di tản?
- Có những cơ hội và hạn chế gì khi tận dụng các công trình hoặc khu nhà hiện có, sẵn có, và không bị hư hại để bố trí nơi ở tạm thời cho các gia đình mất chỗ ở?
- Sự thích hợp về môi trường và địa hình của các khu đất trống dùng để bố trí khu tạm cư như thế nào?
- Yêu cầu và hạn chế trong các quy định của chính quyền địa phương đối với giải pháp xây dựng nhà ở?

Các dịch vụ và cơ sở thiết yếu

- Nguồn nước sẵn có dùng để uống và vệ sinh cá nhân hiện nay ra sao? Có những khả năng và hạn chế gì trong việc đáp ứng các nhu cầu vệ sinh dự định?
- Hiện có các cơ sở dịch vụ xã hội gì (cơ sở y tế, giáo dục, nơi thờ cúng v.v..)? Có những khả năng và hạn chế đối với việc tiếp cận các cơ sở dịch vụ trên?

Cộng đồng tiếp nhận và tác động môi trường

- Các vấn đề cần quan tâm đối với cộng đồng tiếp nhận là gì?
- Các vấn đề về tổ chức và quy hoạch của việc bố trí các gia đình di tản trong cộng đồng tiếp nhận và trong khu tạm cư là gì?
- Cần quan tâm đến những vấn đề gì về môi trường trong việc hỗ trợ nhà ở cần thiết (vật liệu xây dựng và tiếp cận) và trong việc hỗ trợ các gia đình di tản (chất đốt, vệ sinh, xử lý rác, chăn thả súc vật nếu có)?
- Có những cơ hội nào cho việc xây dựng nhà ở tại địa phương cũng như việc tổ chức và quản lý định cư?
- Có thể tạo các cơ hội nào hỗ trợ sinh kế qua giải pháp tìm kiếm nguồn vật liệu, xây dựng nhà ở và khu định cư?

2. Hàng phi lương thực: Quần áo, giường chiếu và vật dụng gia đình

Quần áo và giường chiếu

- Tập quán cung cấp quần áo, chăn mền, giường chiếu cho phụ nữ, nam giới, trẻ em, phụ nữ có thai và cho con bú, và người già như thế nào? Có các đặc điểm xã hội và văn hóa nào cần phải lưu ý?
- Có bao nhiêu phụ nữ và nam giới ở mọi lứa tuổi cũng như trẻ em không có quần áo, chăn mền hoặc giường chiếu phù hợp để chống lại tác động khắc nghiệt của thời tiết và để đảm bảo sức khoẻ, nhân phẩm, sự dẽ chịu? Tại sao?
- Có nguy cơ trực tiếp đến sự sống còn do việc thiếu quần áo, chăn mền, giường chiếu? Có bao nhiêu người gặp nguy cơ này?
- Có nguy cơ tiềm tàng nào đến đời sống, sức khoẻ và sự an toàn cá nhân của người dân bị ảnh hưởng do không đảm bảo nhu cầu quần áo, chăn mền hoặc giường chiếu?

- Các nhóm xã hội nào gặp nguy cơ lớn nhất và vì sao? Hỗ trợ các nhóm này như thế nào để họ tự nâng cao năng lực của mình?

Vệ sinh cá nhân

- Một gia đình tiêu biểu đã có những hàng thiết yếu nào để đáp ứng nhu cầu vệ sinh cá nhân trước khi xảy ra thảm họa?
- Các gia đình bị ảnh hưởng đã không thể tiếp cận với những hàng thiết yếu nào khi xảy ra thảm họa?
- Các nhu cầu đặc biệt của phụ nữ, con gái, trẻ em, và em bé là gì?
- Có thêm những hàng gì quan trọng xét về văn hoá, xã hội để đảm bảo sức khoẻ và nhân phẩm của người dân bị ảnh hưởng?

Nấu nướng và ăn uống, bếp và chất đốt

- Một gia đình tiêu biểu có các dụng cụ nấu nướng và ăn uống nào trước khi xảy ra thảm họa?
- Bao nhiêu gia đình không có đủ dụng cụ nấu nướng và ăn uống và tại sao?
- Trước khi thảm họa xảy ra, một gia đình tiêu biểu có kiểu bếp nấu nướng và sưởi ấm nào? Việc nấu ăn đã được thực hiện ở đâu so với chỗ ở hiện nay và các khu vực quanh nhà, và đã sử dụng loại chất đốt nào?
- Bao nhiêu gia đình không có bếp để nấu ăn và sưởi ấm và vì sao?
- Bao nhiêu gia đình không có khả năng tiếp cận với các nguồn chất đốt để nấu ăn và sưởi ấm và vì sao?
- Có những cơ hội và hạn chế gì, đặc biệt là vấn đề môi trường, trong việc tìm kiếm nguồn cung cấp chất đốt phù hợp cho các gia đình di tản và cộng đồng tiếp nhận?
- Việc tìm kiếm nguồn chất đốt phù hợp tác động thế nào đối với phụ nữ trong cộng đồng di tản?
- Cần xem xét các tập quán sử dụng và vấn đề an toàn nào?

Công cụ và thiết bị

- Các gia đình thường có các công cụ cơ bản nào để xây dựng, bảo dưỡng hoặc sửa chữa nhà ở?
- Các hoạt động hỗ trợ sinh kế nào có thể sử dụng các công cụ cơ bản để xây dựng, bảo dưỡng và sửa chữa nhà?
- Điều kiện khí hậu và môi trường có đòi hỏi phải che phủ bề mặt nền đất để đảm bảo sức khỏe và nhân phẩm? Có những giải pháp về vật liệu phù hợp nào?
- Có các biện pháp kiểm soát trung gian truyền bệnh nào? Có cần cung cấp màn chống muỗi để đảm bảo sức khỏe và sự dễ chịu của các gia đình?

Phụ lục 2

Tài liệu tham khảo

Cám ơn chương trình Forced Migration Online (Chương trình nối mạng trực tuyến về di cư bị cưỡng ép) của Trung tâm Nghiên cứu người tị nạn, Trường Đại học Oxford, nhiều tài liệu sử dụng ở đây đã được cấp giấy phép bản quyền và được sử dụng cho trang đặc biệt của dự án Sphere liên kết với trang web <<http://www.forcedmigration.org>>.

Các công cụ luật pháp quốc tế

The right to Adequate Housing (Article 11 (1) of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSCR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14 (2) (h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969), Article 5 (c) (iii).

International Convention Relating to the Status of Refugees (1951), Article 21.

Universal Declaration of Human Rights (1948), Article 25.

Các tài liệu chung

Chalinder, A (1998). *Good Practice Review 6: Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies*. Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. London.

Davis, I (1978). *Shelter After Disaster*. Oxford Polytechnic Press.

Davis, J and Lambert, R (1995). *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers*. RedR/IT Publications. London.

- Hamdi, N (1995), *Housing Without Houses: Participation, Flexibility, Enablement*. IT Publications, London.
- ICRC (2002), *Emergency Items Catalogue*. ICRC. Geneva.
- Kelly, C (2002), *Guidelines in Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters*. Benfield Hazard Research Centre, University College London.
- MSF (1997), *Guide of Kits and Emergency Items. Decision-Maker Guide. Fourth English Edition*. Médecins Sans Frontières. Belgium.
- Shelterproject.org (2004), *Guidelines for the Transitional Settlement of Displaced Populations*. Cambridge.
- UNDP (1995), *Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications. Vol 1: Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power Supply*. Inter - Agency Procurement Services Office, UNDP. Copenhagen.
- UNDRO (1982), *Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance*. UNDRO. Geneva.
- UNHCR (1996), *Environmental Guidelines*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (2002), *Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (1993), *First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (1999), *Handbook for Emergencies*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (2001), *Policy for Older Refugees: A Resource for the Refugee Community*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (1998), *Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making*. UNHCR. Geneva.
- UNHCR (1995), *Sexual Violence Against Refugees*. UNHCR. Geneva.
- USAID (1994), *Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response*. Office of Foreign Disaster Assistance, USAID.

Zetter, R (1995), *Shelter Provision and Settlement Policies for Refugees: A State of the Art Review*. Studies on Emergency and Disaster Relief No. 2. Noriska Afrikainstituet. Sweden.

Zetter, R. Hamdi, N and Ferretti, S (2003), *From Roofs to Reintegration*. Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC). Geneva.

Ghi chú

Nhà ở

Ghi chú



Điện tử Y

Điện tử
Y khoa



Cách sử dụng chương này

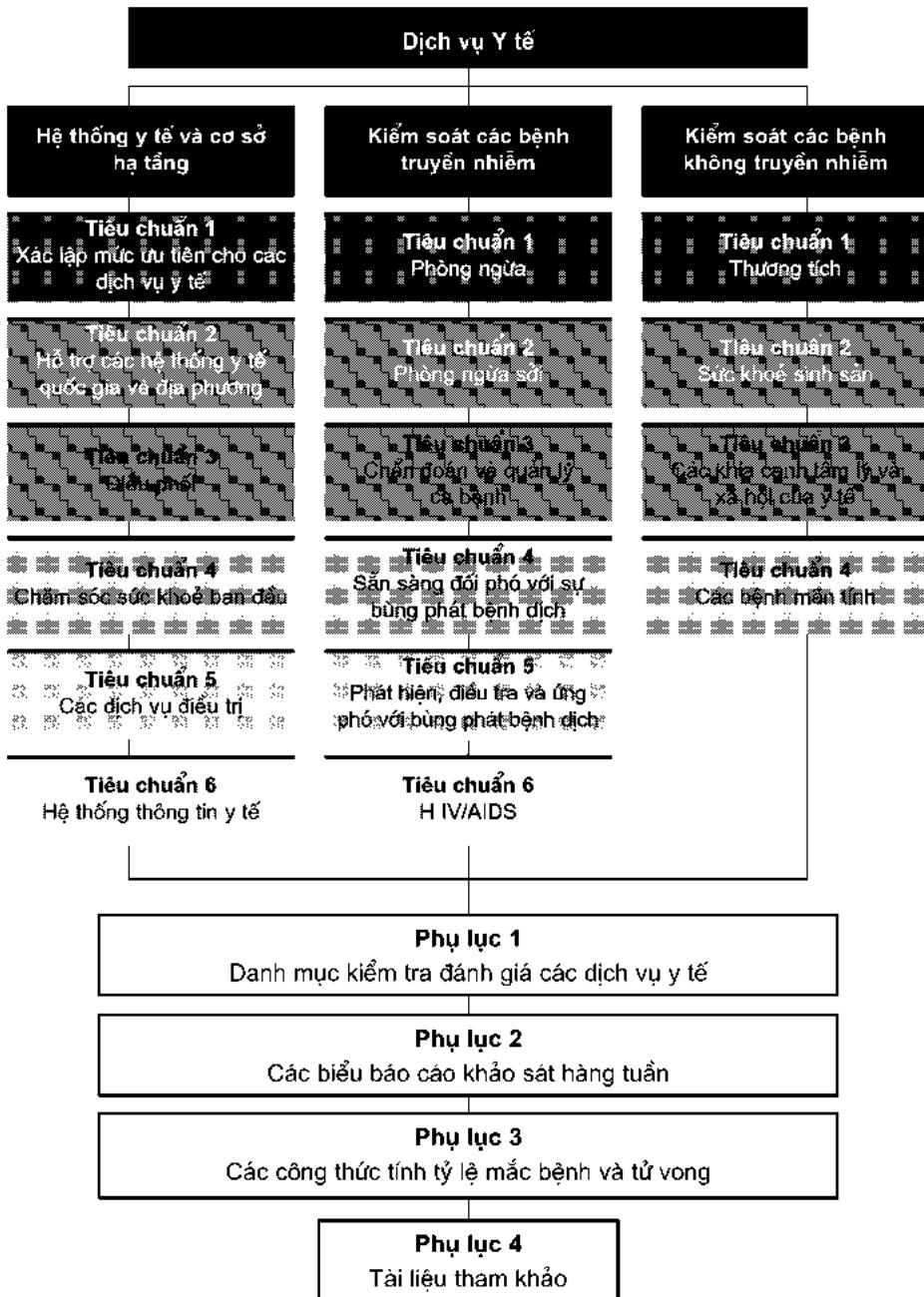
Chương này được chia thành ba phần chính: 1) Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng; 2) Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm; 3) Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm. Cách trình bày chương này giúp thúc đẩy cách thức tiếp cận mang tính hệ thống trong quá trình thiết kế, thực thi, giám sát và đánh giá các dịch vụ y tế trong tình huống thảm họa. Đây là cách đảm bảo tin cậy nhất về việc xác định các nhu cầu cần được ưu tiên và đáp ứng một cách có hiệu lực và hiệu quả. Các nguyên tắc như việc hỗ trợ các hệ thống y tế địa phương và quốc gia, sự điều phối và tiêu chuẩn hóa được nhấn mạnh trong suốt chương này. Hai phần này gồm các nội dung sau:

- **Tiêu chuẩn tối thiểu:** là các tiêu chuẩn định tính và chỉ rõ các mức độ tối thiểu về điều kiện nhà ở, định cư và các hàng phi lương thực phải đạt được.
- **Các chỉ số chính:** là các “dấu hiệu” để cho thấy liệu các tiêu chuẩn đã đạt được chưa. Các chỉ số cung cấp một phương pháp để đo và thu thập thông tin về tác động hoặc kết quả của các chương trình cũng như quy trình hoặc phương pháp đã sử dụng. Các chỉ số có thể là định tính hoặc định lượng.
- **Hướng dẫn:** Phần này bao gồm những điểm cụ thể để xem xét khi áp dụng các tiêu chuẩn và các chỉ số trong những tình huống khác nhau, cũng như hướng dẫn việc giải quyết các khó khăn trong thực tế, xác định các vấn đề ưu tiên. Các hướng dẫn này cũng bao gồm các vấn đề quan trọng về tiêu chuẩn và chỉ số, và nêu ra mâu thuẫn, nghịch lý và thiếu hụt trong kiến thức hiện nay.

Các phụ lục ở cuối chương bao gồm một danh mục kiểm tra đánh giá, các biểu ghi nhận dữ liệu mẫu, các công thức tính toán tỷ lệ tử vong hoặc bệnh tật, và một danh sách chọn lọc các tài liệu tham khảo giúp liên hệ với các nguồn thông tin chung cũng như các thông tin về các vấn đề kỹ thuật cụ thể liên quan đến chương này.

Mục lục

Giới thiệu	253
1. Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng	258
2. Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm	273
3. Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm	285
Phụ lục 1: Danh mục kiểm tra đánh giá các dịch vụ y tế ..	295
Phụ lục 2: Các biểu báo cáo khảo sát hàng tuần	298
Phụ lục 3: Các công thức tính tỷ lệ mắc bệnh và tử vong	301
Phụ lục 4: Tài liệu tham khảo	304



Giới thiệu

Các mối liên kết với công cụ luật pháp quốc tế

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về dịch vụ y tế là sự thể hiện một cách thực tiễn các nguyên tắc và các quyền trong Hiến chương Nhân đạo, liên quan đến những yêu cầu cơ bản nhất trong việc duy trì cuộc sống và nhân phẩm của những người bị ảnh hưởng bởi thiên tai hoặc xung đột, được phản ánh trong các quyền con người quốc tế, luật về người tị nạn và nhân đạo.

Mọi người đều có quyền được chăm sóc sức khoẻ như đã được thể hiện trong một số văn kiện luật pháp quốc tế. Điều này không chỉ bao gồm quyền được tiếp cận một cách bình đẳng tới dịch vụ y tế, mà còn nhấn mạnh các yếu tố quyết định sức khoẻ, các yếu tố này đều liên quan đến việc thực hiện các quyền con người khác, chẳng hạn như sự tiếp cận nguồn nước sạch và mức độ vệ sinh phù hợp; việc cung cấp đầy đủ thực phẩm an toàn, dinh dưỡng và nơi trú ngụ; các điều kiện môi trường lành mạnh; sự tiếp cận những thông tin và giáo dục liên quan đến sức khỏe; sự không phân biệt đối xử; nhân phẩm và sự khẳng định giá trị cá nhân.

Quyền được chăm sóc sức khoẻ chỉ có thể được đảm bảo nếu như cộng đồng dân cư được bảo vệ, nếu như những nhà chuyên môn chịu trách nhiệm về hệ thống y tế được đào tạo tốt và cam kết với các nguyên tắc đạo đức phổ thông cũng như các tiêu chuẩn của ngành nghề, nếu hệ thống mà họ làm việc được thiết kế để có thể đáp ứng những tiêu chuẩn tối thiểu của các nhu cầu, và nếu nhà nước sẵn sàng thiết lập và duy trì những điều kiện an toàn và ổn định. Điều cơ bản trong các quyền con người này là các vấn đề về nhân phẩm và sự bình đẳng, cũng như trách nhiệm của các tổ chức chính phủ và phi chính phủ trong việc thực thi quyền của cá nhân được chăm sóc sức khoẻ. Trong những cuộc xung đột vũ trang, các bệnh viện dân sự và cơ sở y tế trong bất cứ hoàn cảnh nào cũng không được là đối tượng bị tấn công, và các nhân viên y tế phải có quyền được tôn trọng và được bảo vệ.

Các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong chương này chưa diễn đạt đầy đủ quyền được chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, các tiêu chuẩn Sphere đưa ra nội dung chủ

yếu của các quyền được chăm sóc sức khoẻ và đóng góp vào việc liên tục thực hiện quyền này trên toàn cầu.

Tầm quan trọng của dịch vụ y tế trong thảm họa

Chăm sóc sức khoẻ là một yếu tố quyết định đối với sự sống còn trong giai đoạn đầu của thảm họa. Các thảm họa hầu như luôn tác động đáng kể đến y tế cộng đồng và sự an nguy của các cộng đồng dân cư bị ảnh hưởng. Các tác động đối với y tế cộng đồng có thể được mô tả như những ảnh hưởng trực tiếp (ví dụ thương vong, chấn thương tâm lý) hoặc gián tiếp (ví dụ, tỷ lệ cao hơn các bệnh truyền nhiễm, suy dinh dưỡng, các biến chứng của những căn bệnh mạn tính). Những tác động y tế gián tiếp này thường liên quan đến các yếu tố như chất lượng và số lượng nước không đầy đủ, thiếu các điều kiện vệ sinh, gián đoạn việc cung cấp thực phẩm, về các dịch vụ y tế, sự quá tải và di tản dân số trên diện rộng.

Các mục tiêu căn bản trong ứng phó nhân đạo đối với các thảm họa là: 1) ngăn ngừa, giảm tổn thất về người và sự hoành hành của bệnh dịch, và 2) thúc đẩy tiến trình quay về trạng thái bình thường. Các hình thức thảm họa khác nhau gây ra quy mô, hình thức tổn thất về người và bệnh dịch khác nhau (xem bảng ở trang 257), do vậy những nhu cầu về y tế và chăm sóc sức khỏe của cộng đồng dân cư chịu tác động cũng khác nhau theo loại hình và phạm vi thảm họa.

Việc phân định các ưu tiên của các dịch vụ y tế đòi hỏi nhận thức rõ về trạng thái y tế trước đó của cộng đồng bị ảnh hưởng, nhu cầu, các rủi ro về y tế, các nguồn lực và khả năng của họ. Trong những giai đoạn đầu của thảm họa, thông tin có thể không đầy đủ và các quyết định quan trọng trong việc phục vụ y tế cộng đồng có thể được đưa ra trong khi chưa có đủ mọi dữ liệu thích hợp và/hoặc các thông tin đó chưa được phân tích. Do vậy một bản đánh giá đa ngành bao gồm cả sự tham gia của các đại diện cộng đồng cần được thực hiện càng sớm càng tốt để xác định ảnh hưởng của thảm họa đối với khu vực y tế cộng đồng, các nhu cầu về y tế cộng đồng có mức ưu tiên cao, sự sẵn có của các nguồn lực tại chỗ và các yêu cầu hỗ trợ từ bên ngoài (xem tiêu chuẩn Đánh giá ban đầu, trang 29 và Phụ lục 1).

Nhìn chung, các can thiệp y tế cộng đồng có tính ưu tiên được thiết kế để đảm bảo quyền lợi y tế tối nhất cho số lượng người lớn nhất. Trong chừng mực có thể, các can thiệp này cần dựa trên nguyên tắc thực tiễn đã được minh

chứng; các can thiệp đã từng chứng tỏ hiệu quả về y tế công cộng sẽ được ưu tiên hơn. Những biện pháp can thiệp như vậy thường bao gồm việc cung cấp đầy đủ lượng nước sạch, điều kiện vệ sinh, các dịch vụ dinh dưỡng, viện trợ lương thực thực phẩm, an toàn thực phẩm, nơi ở và chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Các dịch vụ lâm sàng và phòng ngừa chủ yếu cần tập trung vào mục tiêu kiểm soát các bệnh tật có khả năng bùng phát thành dịch lớn.

Một chiến dịch tiêm vắcxin sởi trên diện rộng sẽ là ưu tiên cơ bản đối với cộng đồng có rủi ro về bệnh dịch này, đặc biệt là những người tị nạn và những người bị ảnh hưởng trong các tình huống khẩn cấp phức tạp. Trong phần lớn các tình huống thảm họa, mặc dù việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên hoặc cung cấp các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện là quan trọng nhưng không hiệu quả về sức khoẻ cộng đồng bằng những biện pháp can thiệp chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

Sự tham gia của những cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa vào quá trình thiết kế, thực thi, giám sát và đánh giá những dịch vụ y tế là hết sức cần thiết. Trong quá trình này phải có những nỗ lực nhằm xác định và huy động những năng lực sẵn có trong ngành y tế. Xây dựng năng lực địa phương cùng với người dân bị ảnh hưởng có thể là các cách hiệu quả nhất để giúp các cộng đồng phục hồi sau thảm họa và giúp họ chuẩn bị đối phó những thảm họa trong tương lai. Người di tản và người buộc phải di tản trong nước góp phần làm tăng áp lực lên các dịch vụ y tế tại cộng đồng nơi họ di tản đến. Các nỗ lực nhân đạo do vậy phải hướng tới việc lồng ghép và hỗ trợ các dịch vụ y tế của các cộng đồng tiếp nhận ở mức độ cao nhất có thể.

Trong phần lớn các thảm họa, phụ nữ và trẻ em là những người sử dụng các dịch vụ y tế nhiều nhất, và việc ghi nhận những ý kiến của phụ nữ như là một phương cách để đảm bảo rằng các dịch vụ có tính công bằng, phù hợp và có thể tiếp cận được bởi toàn bộ những người bị ảnh hưởng là việc quan trọng. Phụ nữ có thể đóng góp vào sự hiểu biết các yếu tố văn hóa và phong tục có ảnh hưởng tới sức khỏe, cũng như những nhu cầu cụ thể của những người dễ bị tổn thương trong các cộng đồng dân cư bị ảnh hưởng. Vì vậy phụ nữ cần tham gia tích cực ngay từ đầu vào việc lập kế hoạch và thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Các mối liên kết với các chương khác

Nhiều tiêu chuẩn ở các chương khác có liên quan đến chương này. Kết quả trong việc thực hiện các tiêu chuẩn trong một lĩnh vực này thường ảnh

hưởng, thậm chí quyết định kết quả thực hiện ở những lĩnh vực khác. Để cứu trợ hiệu quả cần hợp tác và phối hợp chặt chẽ với các lĩnh vực khác. Cần phối hợp với chính quyền địa phương, các cơ quan chức năng để đảm bảo đáp ứng các nhu cầu của người dân, để đảm bảo không bị chồng chéo, và tối ưu chất lượng của các dịch vụ y tế. Có tài liệu tham khảo phù hợp cho các tiêu chuẩn cụ thể và các hướng dẫn của các chương kỹ thuật khác.

Các mối liên kết với các tiêu chuẩn chung

Quá trình phát triển và thực hiện một giải pháp can thiệp ảnh hưởng nhiều đến hiệu quả của giải pháp đó. Chương này cần được sử dụng phối hợp với chương các tiêu chuẩn chung cho mọi lĩnh vực, bao gồm các tiêu chuẩn về tham gia, đánh giá ban đầu, biện pháp ứng phó, xác định đối tượng cứu trợ, giám sát và đánh giá, năng lực và trách nhiệm của cán bộ cứu trợ cũng như việc quản lý, giám sát và hỗ trợ nhân lực (xem Chương 1, trang 21). Đặc biệt cần tạo điều kiện để những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa tham gia tối đa, kể cả các nhóm dễ bị tổn thương sẽ đề cập dưới đây, để đảm bảo sự phù hợp và chất lượng của giải pháp.

Tình trạng dễ bị tổn thương và khả năng của các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Các nhóm thường gặp rủi ro nhất trong thảm họa là phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật và những người nhiễm HIV/AIDS. Trong một số hoàn cảnh, các lý do như nguồn gốc dân tộc, tôn giáo, khuynh hướng chính trị hoặc di tản cũng có thể khiến cho người dân trở nên dễ bị tổn thương. Tuy danh sách ở đây không thể liệt kê được toàn bộ, nhưng nó cũng đã đề cập được những nhóm dễ bị tổn thương nhất. Những đặc điểm dễ bị tổn thương cụ thể sẽ ảnh hưởng đến khả năng ứng phó và sống sót của con người khi một thảm họa xảy ra, và trong mỗi tình huống cần phải xác định những người bị rủi ro nhất.

Xuyên suốt cuốn sách này, thuật ngữ “các nhóm dễ bị tổn thương” dùng để đề cập đến tất cả các nhóm nêu trên. Thường thì một sự đe dọa đối với một nhóm này cũng đe dọa các nhóm khác. Do đó khi đề cập đến các nhóm dễ bị tổn thương, người sử dụng sách này phải nghĩ ngay đến tất cả các nhóm được liệt kê ở trên. Cần phải đặc biệt quan tâm đến việc bảo vệ và cung cấp cứu trợ cho tất cả các nhóm bị tác động sao cho phù hợp với nhu cầu cụ thể

của họ và không bị phân biệt đối xử. Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng các cộng đồng dân cư bị ảnh hưởng bởi thảm họa cũng có thể có và tiếp thu được những kỹ năng, năng lực của riêng họ để đối phó, những khả năng này phải được xác nhận và hỗ trợ.

Tác động của một số thảm họa cụ thể với y tế công

Tác động	Tình huống khẩn cấp phức tạp	Động đất	Gió lốc (không lụt)	Lũ lụt	Lũ quét/Sóng thần
Tử vong	Nhiều	Nhiều	ít	ít	Nhiều
Thương tích nặng	Nhiều cấp độ	Nhiều	Trung bình	ít	ít
Rủi ro tăng cao đối với các bệnh truyền nhiễm	Cao	Thấp	Thấp	Nhiều cấp độ	Thấp
Khan hiếm thực phẩm	Phổ biến	Hiếm	Hiếm	Nhiều cấp độ	Phổ biến
Di tản dân cư quy mô lớn	Phổ biến (khu đô thị bị phá hủy nghiêm trọng)	Hiếm	Hiếm	Phổ biến	Nhiều cấp độ

Nguồn: Điều chỉnh từ thông tin của Tổ chức Y tế Pan American. Quản lý y tế khẩn cấp sau thảm họa thiên nhiên. Văn phòng Sẵn sàng Khẩn cấp và Điều phối Cứu trợ thiên tai: Tạp chí Khoa học số 47, Washington, DC. Tổ chức Y tế Pan American, 1981.

Ghi chú: Thêm chí đối với những loại hình thảm họa nhất định, các quy mô dịch bệnh và tử vong cũng khác nhau một cách đáng kể tùy theo bối cảnh. Ví dụ, việc bắt buộc thực hiện những tiêu chuẩn xây dựng có thể giảm đáng kể số tử vong và số ca bị thương nặng trong trường hợp xảy ra động đất. Trong một số tình huống khẩn cấp phức tạp, các bệnh truyền nhiễm và suy dinh dưỡng là những nguyên nhân cơ bản làm cho bệnh tật hoành hành và tỷ lệ tử vong cao, trong những tình huống khác những chấn thương tâm lý trầm trọng lại là nguyên nhân chính gây ra tử vong và sự biến chứng của những căn bệnh mãn tính là nguyên nhân chính của sự gia tăng bệnh tật.

Các tiêu chuẩn tối thiểu

1 Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng

Trong ứng phó khẩn cấp khi tỷ lệ tử vong thường tăng nhanh hay có nguy cơ tăng nhanh, sự can thiệp nhân đạo mang tính ưu tiên cao phải tập trung vào các nhu cầu khẩn cấp cho sự sống còn bao gồm cả chăm sóc sức khỏe cơ bản. Một khi những nhu cầu đảm bảo sự sống đã được đáp ứng và tỷ lệ tử vong giảm xuống tới mức thấp nhất, cần triển khai một loạt các dịch vụ y tế toàn diện hơn. Trong suốt các giai đoạn của quá trình ứng phó, cách tiếp cận hệ thống y tế đối với việc thiết kế, thực thi, giám sát và đánh giá các dịch vụ y tế sẽ góp phần đảm bảo những nhu cầu quan trọng nhất được đáp ứng, phạm vi bao phủ của dịch vụ là hợp lý, sự tiếp cận đến các dịch vụ được tối ưu hoá, và chất lượng được đảm bảo.

Các tiêu chuẩn dưới đây áp dụng cho mọi tình huống thảm họa, tuy nhiên sẽ đặc biệt thích hợp trong bối cảnh hạn hẹp về nguồn lực. Chúng được thiết kế chủ yếu để đảm bảo những cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa sẽ có thể tiếp cận các dịch vụ y tế có chất lượng tốt trong quá trình ứng phó thảm họa. Việc thúc đẩy bền vững các dịch vụ y tế sau thảm họa là đặc biệt quan trọng khi dịch vụ và hạ tầng y tế bị thiệt hại nghiêm trọng. Tuy nhiên, duy trì sự bền vững đòi hỏi phải xem xét nhiều yếu tố khác nhau, kể cả các yếu tố chính trị, quản lý, định chế, tài chính và kỹ thuật; và do vậy vượt qua phạm vi của tài liệu này. Các cơ quan và nhân viên y tế phải luôn luôn lưu ý rằng các quyết định được đưa ra trong quá trình ứng phó thảm họa thường góp phần thúc đẩy nhưng cũng có thể làm suy yếu sự bền vững dài hạn của các dịch vụ.

Tiêu chuẩn 1 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng: Xác lập mức ưu tiên cho các dịch vụ y tế

Mọi người đều có thể tiếp cận các dịch vụ y tế và các dịch vụ này được phân loại về mức ưu tiên để đáp ứng những nguyên nhân cơ bản gây ra sự gia tăng tỷ lệ tử vong và tình trạng bệnh lan rộng.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các nguyên nhân cơ bản gây ra sự gia tăng tỷ lệ tử vong và tình trạng bệnh lan rộng được xác định, lưu giữ bằng văn bản và giám sát.
- Các dịch vụ y tế có mức ưu tiên cao bao gồm các biện pháp can thiệp hợp lý và hiệu quả nhất nhằm giảm tỷ lệ tử vong và mức độ gia tăng bệnh tật (xem hướng dẫn 1).
- Mọi thành viên của cộng đồng, kể cả các nhóm dễ bị tổn thương, đều có thể tiếp cận các biện pháp can thiệp y tế ưu tiên cao (xem hướng dẫn 2).
- Các quan chức y tế địa phương và các thành viên của cộng đồng tham gia vào việc thiết kế và thực thi các biện pháp y tế ưu tiên.
- Có sự phối hợp tích cực với các ngành khác trong thiết kế và thi hành các biện pháp y tế có ưu tiên, bao gồm cả các biện pháp can thiệp về nước và vệ sinh, an toàn lương thực thực phẩm, dinh dưỡng, nhà ở và bảo vệ.
- Tỷ lệ tử vong ước tính (CMR) được duy trì hoặc giảm xuống mức thấp hơn gấp hai lần tỷ lệ nền đã được ghi nhận bằng văn bản đối với nhóm dân cư tương ứng tại thời điểm trước thăm họa (xem hướng dẫn 3).
- Tỷ lệ tử vong dưới 5 tuổi (U5MR) được duy trì ở mức hoặc giảm xuống thấp hơn hai lần chỉ số nền đã được ghi nhận bằng văn bản đối với nhóm dân cư tương ứng tại thời điểm trước thăm họa (xem hướng dẫn 3).

Hướng dẫn

1. **Các biện pháp can thiệp y tế** ưu tiên khác nhau tuỳ thuộc tình huống, bao gồm loại hình thảm họa và ảnh hưởng của nó. Việc lấy những nguyên tắc y tế công làm cơ sở cho việc thiết kế những biện pháp can thiệp này sẽ đảm bảo

lợi ích y tế lớn nhất cho số lượng người lớn nhất. Các biện pháp can thiệp y tế công ưu tiên bao gồm việc cung cấp đầy đủ nước sạch, điều kiện vệ sinh, lương thực thực phẩm và nơi trú ngụ, sự kiểm soát các bệnh dịch (ví dụ cung cấp vắcxin phòng sởi), sự chăm sóc sức khỏe ban đầu và giám sát bệnh tật. Các dịch vụ lâm sàng mở rộng, bao gồm cả sự chăm sóc tổn thương tâm lý, được ưu tiên cao hơn. Ở những thảm họa liên quan đến số lượng thương vong lớn, ví dụ như các trận động đất.

2. Sự tiếp cận các dịch vụ y tế: Việc tiếp cận cần được xây dựng trên nguyên tắc bình đẳng, đảm bảo sự tiếp cận một cách công bằng theo nhu cầu mà không có một sự phân biệt đối xử nào có thể dẫn tới việc một số nhóm dân cư nào đó bị bỏ sót. Trên thực tế, việc xác định vị trí và bố trí nhân sự cho các dịch vụ y tế sẽ phải được tổ chức để đảm bảo khả năng tiếp cận và phạm vi bao phủ tối ưu. Trong quá trình cung cấp các dịch vụ y tế, các nhu cầu cụ thể của các nhóm dễ bị tổn thương có thể không dễ dàng tiếp cận được, cần được tính đến điều đó khi thiết kế các dịch vụ. Trong những trường hợp người sử dụng dịch vụ phải trả phí, cần phải có sự sắp xếp sao cho những người không thể trả được phí vẫn có thể tiếp cận dịch vụ, ví dụ thông qua việc miễn phí, phát phiếu miễn/giảm phí, v.v..

3. Tỷ lệ tử vong ước tính và tỷ lệ tử vong dưới 5 tuổi: Tỷ lệ tử vong ước tính hàng ngày (CMR) là một chỉ số y tế cụ thể và có ích nhất để giám sát một tình huống thảm họa. Việc chỉ số tỷ lệ tử vong ước tính tăng gấp đôi so với tỷ lệ nền phản ánh một tình huống khẩn cấp nghiêm trọng về y tế công đòi hỏi phải có hoạt động đáp ứng ngay. Chỉ số nền tỷ lệ tử vong ước tính trung bình cho các nước kém phát triển nhất là khoảng 0,38 người chết/10.000 người/ngày, cho châu Phi vùng Hạ - Sahara là 0,44; với các nước công nghiệp hóa tỷ lệ tử vong ước tính trung bình là khoảng 0,25/10.000 người/ngày. Khi không có thông tin về tỷ lệ nền, các cơ quan y tế cần nỗ lực duy trì tỷ lệ dưới 1,0/10.000 người/ngày. Tỷ lệ tử vong dưới 5 tuổi (U5MR) nền cho các nước kém phát triển nhất là khoảng 1,03 trẻ chết/10.000 trẻ dưới 5 tuổi/ngày, tỷ lệ này ở châu Phi vùng Hạ - Sahara là 1,14, với các nước công nghiệp tỷ lệ này xấp xỉ 0,04/10.000 trẻ/ngày. Khi không có thông tin về tỷ lệ nền các cơ quan y tế cần nỗ lực duy trì tỷ lệ này dưới mức 2,0/10.000 trẻ dưới 5 tuổi/ngày (xem phụ lục 2-3 và bảng: Tham khảo dữ liệu tỷ lệ tử vong nền theo khu vực, trang 261).

Tham khảo dữ liệu tỷ lệ tử vong nền theo khu vực

Khu vực	CMR (Ca tử vong/10.000/ ngày)	CMR - ngưỡng khẩn cấp	U5MR (ca tử vong/10.000U5 tuổi/ngày)	U5MR ngưỡng khẩn cấp
Châu Phi - Hạ Sahara	0,44	0,9	1,14	2,3
Trung Đông và Bắc Phi	0,16	0,3	0,36	0,7
Nam Á	0,25	0,5	0,59	1,2
Đông Á và Thái Bình Dương	0,19	0,4	0,24	0,5
Mỹ Latinh và Caribê	0,16	0,3	0,19	0,4
Trung, Đông Âu, CIS và Bantich	0,30	0,6	0,2	0,4
Nước công nghiệp phát triển	0,25	0,5	0,04	0,1
Nước đang phát triển	0,25	0,5	0,53	1,1
Nước kém phát triển	0,38	0,8	1,03	2,1
Trung bình thế giới	0,25	0,5	0,48	1,0

Nguồn: Tình trạng trẻ em trên thế giới của UNICEF (dữ liệu 2001).

Tiêu chuẩn 2 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng: Hỗ trợ các hệ thống y tế quốc gia và địa phương

Các dịch vụ y tế được thiết kế để hỗ trợ các hệ thống y tế, các cơ cấu y tế và nhà cung cấp dịch vụ sẵn có.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các đại diện của Bộ Y tế chỉ đạo các hoạt động ứng phó với thảm họa của ngành mình bất cứ khi nào có thể.
- Trong trường hợp Bộ Y tế thiếu khả năng cần thiết, một cơ quan khác có năng lực sẽ được xác định để đóng vai trò chủ đạo trong lĩnh vực y tế (xem hướng dẫn 1-2).
- Các cơ sở y tế địa phương được hỗ trợ và tăng cường bởi các cơ quan tham gia vào ứng phó (xem hướng dẫn 1-2).

- Nhân viên y tế địa phương được hỗ trợ và sát nhập vào dịch vụ y tế trên cơ sở xem xét yếu tố cân bằng về giới và dân tộc (xem hướng dẫn 3).
- Các dịch vụ y tế sẽ tuân thủ hoặc được sửa đổi cho thích ứng các tiêu chuẩn và hướng dẫn hiện hành của quốc gia bị ảnh hưởng thiên tai hay quốc gia tiếp nhận (xem hướng dẫn 4).
- Không thiết lập các dịch vụ và cơ sở y tế song song hoặc thay thế, kể cả các bệnh viện dã chiến do nước ngoài trợ giúp trừ phi tình hình vượt quá khả năng của địa phương hoặc nhóm dân cư tại nơi đó không có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ sẵn có. Cơ quan phụ trách y tế cần được tham khảo ý kiến về vấn đề này (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

- 1. Cơ quan chủ quản về y tế:** Khi Bộ Y tế thiếu năng lực cần thiết để đảm trách vai trò lãnh đạo y tế, thông thường một cơ quan của Liên hợp quốc sẽ nhận trách nhiệm này, ví dụ như WHO, UNHCR, UNICEF. Trong trường hợp cả Bộ Y tế và các cơ quan Liên hợp quốc đều thiếu năng lực cần thiết ở cấp khu vực, quận, huyện hoặc địa phương, có thể cần có một tổ chức khác tham gia thực hiện công tác điều phối các hoạt động, ít nhất là tạm thời. Cơ quan chủ quản y tế phải đảm bảo rằng các cơ quan y tế có trách nhiệm sẽ hỗ trợ và tăng cường năng lực của các hệ thống y tế địa phương và đảm bảo rằng các hoạt động của các cơ quan y tế được điều phối và trợ giúp lẫn nhau.
- 2. Chính sách và chiến lược y tế:** Một trách nhiệm quan trọng của cơ quan chủ quản y tế là xây dựng một chính sách và chiến lược tổng thể cho hoạt động đối phó khẩn cấp trong lĩnh vực y tế. Lý tưởng nhất là một văn bản, chính sách chỉ rõ các ưu tiên và mục tiêu của lĩnh vực y tế và một khung thời gian để đạt được các mục tiêu đó. Văn bản này cần được xây dựng sau khi đã tham khảo ý kiến với các cơ quan hữu quan và các đại diện của cộng đồng.
- 3. Nhân viên y tế địa phương:** Các chuyên gia và nhân viên y tế trong các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa, kể cả các nữ hộ sinh/bà đỡ và cán bộ ngành y tế đã nghỉ hưu cũng nên tham gia vào các dịch vụ y tế khi cần. Sự cân bằng về giới, tuy luôn được ưu tiên, nhưng có thể không thực tế đối với những cộng đồng mà nhân viên y tế thường chủ yếu thuộc về một giới.
- 4. Các hướng dẫn và tiêu chuẩn quốc gia:** Nói chung, các tổ chức phải tuân thủ các hướng dẫn và tiêu chuẩn y tế của quốc gia nơi hoạt động đối phó thảm

họa đang được tiến hành, kể cả các quy trình điều trị và các danh mục thuốc thiết yếu (xem tiêu chuẩn 5 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng). Những tiêu chuẩn và hướng dẫn này phải được xem xét lại khi tham khảo ý kiến Bộ Y tế hoặc cơ quan chủ quản y tế khi bắt đầu công tác đối phó thảm họa để xác định tính thích hợp của chúng. Những quy định và chuẩn mực này cũng cần được cập nhật khi đã lỗi thời hoặc không phản ánh việc phân tích hành vi dựa trên chứng cứ.

- 5. Các bệnh viện dã chiến do nước ngoài trợ giúp:** Đôi khi các bệnh viện dã chiến là cách duy nhất để cung cấp dịch vụ y tế khi các bệnh viện hiện có không hoạt động. Tuy nhiên, thông thường việc cung cấp thêm nguồn lực cho các bệnh viện hiện có sẽ hiệu quả hơn để các bệnh viện có thể bắt đầu hoạt động trở lại hoặc đáp ứng được khối lượng công việc nhiều hơn. Việc triển khai một bệnh viện dã chiến có thể là thích hợp để cung cấp chăm sóc tức thì đối với các chấn thương tâm lý (trong 48 giờ đầu tiên), chăm sóc thứ cấp cho các chấn thương tâm lý và cấp cứu thông thường (từ ngày 3 đến ngày 15), hoặc thay thế tạm thời cho một bệnh viện địa phương bị hư hại cho đến khi bệnh viện này được xây dựng lại (trong thời gian có thể tới vài năm). Khi quyết định việc triển khai một bệnh viện dã chiến có thích hợp hay không, cần phải xác định rõ nhu cầu; bệnh viện dã chiến cần phải có khả năng cung cấp các dịch vụ thích hợp; nó không được làm kiệt quệ các nguồn lực địa phương; và phải có hiệu quả so với chi phí.

Tiêu chuẩn 3 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng: Điều phối

Người dân được tiếp cận các dịch vụ y tế được điều phối giữa các tổ chức hữu quan và giữa các lĩnh vực để đạt được hiệu quả tốt nhất.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các cơ chế điều phối được thiết lập ở cấp độ trung ương (quốc gia hoặc khu vực) và ở mức cục bộ trong ngành y tế, và giữa ngành y tế với các ngành khác.
- Các trách nhiệm cụ thể của từng cơ quan y tế được làm rõ và thể hiện bằng văn bản sau khi tham khảo ý kiến cơ quan lãnh đạo y tế để đảm bảo phạm vi bao phủ tối ưu về dân số và sự hỗ trợ lẫn nhau của các dịch vụ (xem hướng dẫn 1).

- Các cuộc họp điều phối về lĩnh vực y tế định kỳ được tổ chức cho các đối tác địa phương và các đối tác từ bên ngoài ở cả cấp trung ương và địa phương (xem hướng dẫn 2).

Hướng dẫn

- 1. Điều phối giữa các cơ quan y tế:** Bất kể cơ quan lãnh đạo về y tế là Bộ Y tế hoặc một tổ chức nào khác, mọi hoạt động tổ chức trong lĩnh vực y tế phải phối hợp với các cơ quan dịch vụ y tế quốc gia và địa phương. Trong tình huống có người tị nạn, các cơ quan cần phối hợp với hệ thống y tế của nước tiếp nhận. Khi có nhiều cơ quan y tế cùng hoạt động trên địa bàn, việc phối hợp, phân chia trách nhiệm sẽ đảm bảo đáp ứng được những nhu cầu còn thiếu về y tế và tránh chồng chéo.
- 2. Các cuộc họp điều phối:** Những cuộc họp này cần phải tạo ra một diễn đàn để chia sẻ thông tin, xác định và theo dõi các vấn đề ưu tiên, xây dựng và điều chỉnh những chiến lược y tế chung, phân công những nhiệm vụ cụ thể và thống nhất các quy trình can thiệp được chuẩn hóa. Các cuộc họp nên được tổ chức ít nhất hàng tuần.

Tiêu chuẩn 4 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng: Chăm sóc sức khỏe ban đầu

Các dịch vụ y tế căn cứ trên những nguyên tắc phù hợp về chăm sóc y tế ban đầu.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Người dân được tiếp cận các thông tin y tế cho phép họ tự bảo vệ và nâng cao sức khỏe bản thân (xem hướng dẫn 1).
- Các dịch vụ y tế được cung cấp ở mức độ thích hợp của hệ thống y tế: gia đình/cộng đồng, các cơ sở y tế cấp xã, các cơ sở y tế trung tâm, các bệnh viện chuyển tiếp (xem hướng dẫn 2).
- Cơ quan chủ quản y tế thiết lập một hệ thống chuyển tiếp tiêu chuẩn cho các cơ quan y tế sử dụng. Tổ chức phương thức vận chuyển thích hợp để bệnh nhân có thể tới được các cơ sở tuyến trên.

- Các dịch vụ y tế và các biện pháp can thiệp dựa trên các phương pháp khoa học, và có cơ sở thực tiễn khi có thể.
- Các dịch vụ y tế và các biện pháp can thiệp sử dụng các công nghệ thích hợp, và được chấp nhận về mặt xã hội và văn hoá.

Hướng dẫn

- 1. Giáo dục và thông tin y tế:** Một chương trình tích cực về giáo dục và thúc đẩy y tế cộng đồng cần được triển khai sau khi tham khảo ý kiến các nhà chức trách y tế và các đại diện của cộng đồng. Chương trình đó cần xem xét tới các hành vi liên quan đến sức khỏe và quan niệm của người dân về y tế. Chương trình đó cũng phải cung cấp thông tin về các vấn đề dịch bệnh lớn, những rủi ro sức khỏe chủ yếu, sự sẵn có và địa điểm của các dịch vụ y tế, cũng như những hành vi giúp bảo vệ và tăng cường sức khỏe. Những thông điệp và tài liệu về y tế công cộng cần sử dụng hình thức ngôn ngữ và truyền thông thích hợp và phù hợp với tập quán văn hoá. Nội dung các thông điệp của các cơ quan cung cấp dịch vụ y tế phải nhất quán.
- 2. Phòng khám di động:** Trong một số thảm họa có thể cần thiết phải có các phòng khám di động để đáp ứng nhu cầu của người dân. Ở những điểm sơ tán hoặc bị cô lập nên ít có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế. Kinh nghiệm cho thấy khi hoạt động một cách thích hợp, những phòng khám di động như vậy có thể đáp ứng những nhu cầu hết sức cấp thiết. Nếu không được hoạt động một cách hợp lý, các phòng khám di động sẽ không khai thác được hết tiềm năng, chiếm chỗ các dịch vụ đã có sẵn và là việc sử dụng lãng phí nguồn lực hạn chế. Chỉ nên sử dụng các phòng khám di động sau khi đã tham khảo ý kiến cơ quan chủ quản y tế và đại diện y tế địa phương.

Tiêu chuẩn 5 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng: Các dịch vụ điều trị

Người dân tiếp cận được với các dịch vụ y tế tiêu chuẩn và tuân thủ những quy trình và hướng dẫn đã được phê duyệt.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Số lượng, mức độ và địa điểm của các cơ sở y tế là phù hợp để đáp ứng nhu cầu của người dân (xem hướng dẫn 1-2).
- Số lượng nhân viên, những kỹ năng và sự cân bằng giới/dân tộc của cơ cấu nhân sự ở từng cơ sở y tế là phù hợp để đáp ứng những nhu cầu của người dân (xem hướng dẫn 1-2).
- Có sự bố trí hợp lý cơ cấu về nhân sự sao cho các bác sĩ không khám quá 50 bệnh nhân mỗi ngày. Nếu vượt quá con số này cần phải tuyển thêm cán bộ (xem phụ lục 3).
- Năng suất hoạt động của các cơ sở y tế được giám sát và có các biện pháp điều chỉnh hợp lý tránh việc sử dụng quá tải hoặc khai thác không hết tiềm năng (xem hướng dẫn 3).
- Cơ quan chủ quản y tế thiết lập các quy trình quản lý ca bệnh tiêu chuẩn và được các cơ sở y tế các cấp thực hiện (xem hướng dẫn 4).
- Cơ quan chủ quản y tế phê duyệt một danh mục thuốc thiết yếu tiêu chuẩn và được cơ sở y tế các cấp thực hiện (xem hướng dẫn 4).
- Các cán bộ y tế được đào tạo và giám sát trong suốt quá trình áp dụng các quy trình và danh mục thuốc thiết yếu (xem hướng dẫn 5-6).
- Người dân được tiếp cận nguồn cung cấp thuốc thiết yếu thích hợp thông qua một hệ thống quản lý thuốc đã được chuẩn hóa và tuân thủ các hướng dẫn đã được phê duyệt (xem hướng dẫn 7).
- Việc hỗ trợ thuốc chỉ được chấp nhận nếu tuân theo các hướng dẫn được quốc tế công nhận. Thuốc được hỗ trợ không theo các hướng dẫn này sẽ không được dùng và sẽ bị huỷ một cách an toàn.

- Thi thể những người chết được xử lý đảm bảo về mặt nhân phẩm, phù hợp với tập quán văn hóa và căn cứ theo các thông lệ tốt về thực hành y tế công cộng (xem hướng dẫn 8).

Hướng dẫn

- Các cơ sở y tế và cơ cấu nhân sự:** Số lượng, địa điểm của các cơ sở y tế cần có, cũng như số lượng và trình độ chuyên môn của nhân viên. Ở các cấp có thể khác nhau tùy theo hoàn cảnh. Việc đảm bảo có ít nhất một cán bộ y tế là nữ hoặc một đại diện của nhóm dân tộc thiểu số trong đội ngũ cán bộ sẽ nâng cao một cách đáng kể sự tiếp cận dịch vụ y tế của phụ nữ hoặc những người dân tộc thiểu số. Những hành vi, hoạt động nhằm phương hại tính trung lập của các cơ sở y tế là không được phép (chẳng hạn mang theo vũ khí).
- Các mức độ về cơ cấu nhân sự:** Các hướng dẫn sau đây cung cấp một tham chiếu có ích, tuy vậy có thể cần được điều chỉnh để thích nghi với tình huống cụ thể. Cụm từ “cán bộ y tế đủ tiêu chuẩn” nói đến một nhân viên y tế được đào tạo chính quy, chẳng hạn một thầy thuốc, y tá, nhân viên điều trị hoặc trợ lý y khoa.
 - Cấp thôn bản:** Một cán bộ y tế cộng đồng cho 500-1.000 người dân; một nữ hộ sinh/bà đỡ truyền thống có kỹ năng giỏi cho trên 2.000 người; một giám sát viên cho 10 bác sĩ thăm khám tận nhà; hay một giám sát viên cao cấp.
 - Cơ sở y tế cấp xã (cho khoảng 10,000 dân):** Tổng cộng hai đến năm nhân viên; tối thiểu một nhân viên y tế đủ tiêu chuẩn, tại cơ sở, một thầy thuốc khám 50 lần mỗi ngày, các nhân viên không đủ tiêu chuẩn dành cho công việc theo dõi liệu pháp bổ sung nước qua đường miệng (ORT), giúp việc băng bó,... và cho công tác đăng ký, hành chính,...
 - Cơ sở y tế cấp trung tâm (huyện, thị trấn) (cho khoảng 50,000 dân):** tối thiểu năm cán bộ y tế đủ tiêu chuẩn, tối thiểu một bác sĩ; một cán bộ y tế đủ tiêu chuẩn cho 50 lần khám mỗi ngày (chăm sóc bệnh nhân ngoại trú); một cán bộ y tế đủ tiêu chuẩn cho 20-30 giường, dịch vụ 24 giờ (chăm sóc bệnh nhân nội trú). Một cán bộ y tế không đủ tiêu chuẩn để quản lý ORT; một/hai cán bộ cho hiệu thuốc; một/hai cán bộ phụ trách băng bó, tiêm, khử trùng. Một kỹ thuật viên phòng thí nghiệm. Cán bộ không đủ tiêu chuẩn phục vụ công tác đăng ký, an ninh,...

d. *Bệnh viện chuyển tiếp:* Các mức độ khác nhau. Tối thiểu một bác sĩ với kỹ năng phẫu thuật; một y tá cho 20-30 giường mỗi ca.

3. Năng suất hoạt động của các cơ sở y tế: Việc giám sát các cơ sở y tế sẽ giúp xác định mức độ khai thác. Không có ngưỡng tuyệt đối đối với mức độ khai thác vì các cơ sở y tế thay đổi theo hoàn cảnh và cũng thay đổi theo mùa. Tuy nhiên, các cơ sở này thường hoạt động nhiều hơn khi có thảm họa xảy ra. Trong các nhóm dân cư ổn định, tỷ lệ khai thác là khoảng 0,5 - 1,0 lần khám mới/người/năm. Với những người dân di tản, có thể dự đoán tỷ lệ trung bình là 4,0 lần khám mới/người/năm. Nếu mức này thấp hơn so với dự tính có nghĩa là việc tiếp cận các dịch vụ y tế chưa đủ ví dụ do năng lực của các dịch vụ y tế còn nghèo nàn và không đảm bảo. Nếu tỷ lệ cao hơn, điều này có thể phản ánh sự khai thác quá tải này sinh do một vấn đề y tế cộng đồng cụ thể nào đó (chẳng hạn sự bùng phát dịch), hoặc việc đánh giá thấp hơn thực tế về số lượng đối tượng liên quan. Khi phân tích tỷ lệ khai thác, cần đánh giá các yếu tố như giới, tuổi, nguồn gốc sắc tộc và nhóm người khuyết tật để chắc chắn rằng những nhóm dễ bị tổn thương được quan tâm đầy đủ (xem phụ lục 3).

4. Các danh mục thuốc thiết yếu và quy trình điều trị tiêu chuẩn: Phần lớn các quốc gia đều thiết lập những danh sách thuốc thiết yếu hoặc công thức dược quốc gia, và nhiều nước có các quy trình điều trị để đối phó với các bệnh và loại thương tích thường gặp. Những quy trình và danh mục này cần được xem xét lại khi tham khảo ý kiến Bộ Y tế hoặc cơ quan lãnh đạo y tế ngay giai đoạn đầu ứng phó thảm họa để xác định tính thích hợp của chúng. Đôi khi cần có những điều chỉnh đối với các quy trình và danh mục thuốc, chẳng hạn nếu có bằng chứng cho thấy sự kháng thuốc đối với một loại kháng sinh hoặc thuốc chống sốt rét được khuyến nghị. Nếu không có các quy trình và/hoặc danh mục thuốc thiết yếu, cần tuân thủ các hướng dẫn của WHO, UNHCR, ví dụ, Bộ tài liệu mới về tình trạng y tế khẩn cấp.

5. Đào tạo và giám sát: Các cán bộ y tế phải được đào tạo và có kỹ năng phù hợp với mức độ trách nhiệm của mình. Các cơ quan y tế có trách nhiệm đào tạo nhân viên để đảm bảo kiến thức của họ được cập nhật thường xuyên. Việc đào tạo và giám sát là ưu tiên hàng đầu đặc biệt khi nhân viên không được đào tạo thường xuyên, hoặc khi áp dụng các hệ thống y tế và các quy trình mới. Trong chừng mực có thể, các chương trình đào tạo phải được chuẩn hoá và kết nối với các chương trình quốc gia.

6. Các quyền của bệnh nhân: Nhiều yếu tố gắn liền với các thảm họa có thể làm cho việc thực hiện các quyền cá nhân, quyền được bảo mật, quyền được biết và cho phép của bệnh nhân trở nên khó khăn. Tuy nhiên trong phạm vi có thể, các nhân viên y tế phải nỗ lực bảo vệ và khuyến khích các quyền này. Các cơ sở và dịch vụ y tế phải được thiết kế đảm bảo sự riêng tư và bảo mật (xem tiêu chuẩn 6 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, hướng dẫn 3, trang 275). Trước khi thực hiện các biện pháp điều trị và các thủ thuật, bệnh nhân phải được thông báo và nhất trí. Bệnh nhân có quyền được biết chi tiết những gì liên quan đến mỗi thủ tục, cũng như những lợi ích được hưởng, những rủi ro có thể xảy ra, chi phí và thời gian của các thủ tục đó.

7. Quản lý thuốc: Ngoài việc sử dụng danh mục thuốc thiết yếu, các cơ quan y tế cần lập một hệ thống có hiệu lực trong việc quản lý thuốc. Mục tiêu của một hệ thống là đảm bảo việc dùng thuốc có hiệu quả, tiết kiệm chi phí và đúng mức. Hệ thống này cần dựa trên cơ sở bốn yếu tố chủ yếu về chu trình quản lý thuốc: lựa chọn, mua, phân phối và sử dụng (xem môn khoa học về quản lý y tế (1997), Quản lý cung cấp thuốc, xuất bản lần thứ hai).

8. An táng thi thể nạn nhân: Khi có tỷ lệ tử vong cao do thảm họa, cần phải quản lý số lượng lớn những xác chết. Không được phép chôn trong các mồ chôn tập thể lớn và không làm lễ an táng, vì như vậy không được coi là một biện pháp y tế công cộng, vi phạm những định chế xã hội quan trọng và có thể làm lỏng phí những nguồn lực khan hiếm. Quản lý số lượng lớn thi thể nạn nhân thường dựa trên niềm tin sai lầm rằng những thi thể đó có thể nguy hại về dịch bệnh nếu như không được chôn cất hoặc thiêu ngay lập tức. Trên thực tế, nguy cơ y tế do thi thể nạn nhân gây ra là không đáng kể. Chỉ trong một số ít trường hợp đặc biệt thì các thi thể người đã chết mới gây ra rủi ro y tế và đòi hỏi sự cẩn trọng, ví dụ, những cái chết do bệnh tả hoặc sốt xuất huyết. Các gia đình có người chết cần được phép thực hiện lễ an táng và chôn cất phù hợp về mặt văn hóa. Khi những người chết là nạn nhân của bạo lực, các vấn đề về pháp y cần được xem xét (xem thêm tiêu chuẩn 2 - Nhà Ở và Định cư, hướng dẫn 3 trang 217).

Tiêu chuẩn 6 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng: Hệ thống thông tin y tế

Công tác thu thập, phân tích và sử dụng các dữ liệu y tế công cộng được phối hợp liên tục, giúp hướng dẫn việc thiết kế và xây dựng các dịch vụ y tế.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Một hệ thống thông tin y tế tiêu chuẩn (HIS) được thực thi bởi các cơ sở y tế nhằm thường xuyên thu thập dữ liệu thích hợp về nhân khẩu, tử vong, tình hình bệnh tật và các dịch vụ y tế (xem các hướng dẫn 1-2 và phụ lục 2-3).
- Một (hoặc các) cơ quan chuyên trách điều phối hệ thống HIS được xác định để tổ chức và giám sát.
- Các cơ sở và cơ quan y tế nộp các dữ liệu giám sát cho cơ quan chuyên trách điều phối HIS theo định kỳ. Tần suất của các báo cáo này sẽ thay đổi tùy thuộc tình huống, ví dụ: hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng.
- Một báo cáo dịch bệnh thường xuyên, bao gồm phân tích và diễn giải dữ liệu, được cơ quan điều phối HIS chuẩn bị và chia sẻ với các cơ quan hữu trách, những người ra quyết định và cộng đồng. Tần suất của các báo cáo này sẽ thay đổi tùy thuộc tình huống, ví dụ: hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng.
- Các cơ quan có biện pháp thích hợp nhằm bảo vệ dữ liệu để đảm bảo các quyền và sự an toàn của các cá nhân và/hoặc các nhóm dân cư (xem hướng dẫn 3).
- HIS bao gồm chức năng cảnh báo sớm để đảm bảo việc phát hiện kịp thời và đáp ứng với sự bùng phát của bệnh dịch (xem tiêu chuẩn 5 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 281).
- Dữ liệu bổ sung từ các nguồn thích hợp được sử dụng hợp lý để diễn giải dữ liệu giám sát và hướng dẫn quá trình ra quyết định (hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. Hệ thống thông tin y tế: HIS dựa trên hệ thống giám sát hiện có nếu có thể.

Trong một số tình huống khẩn cấp, một hệ thống mới hoặc hệ thống song hành có thể cần thiết và điều này được quyết định sau khi tham khảo ý kiến với cơ quan lãnh đạo về y tế. HIS phải được thiết kế để có độ linh hoạt và phải phù hợp với từng giai đoạn cụ thể. Trong giai đoạn ứng phó thảm họa, dữ liệu y tế cần phải bao gồm, nhưng không giới hạn ở các mục sau:

- a. Tỷ lệ chết ước tính;
- b. Tỷ lệ chết dưới 5 tuổi;
- c. Phân bố tỷ lệ tử vong;
- d. Tỷ lệ chết theo từng nguyên nhân;
- e. Tỷ lệ mắc các bệnh phổ thông nhất;
- f. Năng suất hoạt động của các cơ sở y tế;
- g. Số lần khám của một thầy thuốc trong ngày.

2. Phân tách dữ liệu: Dữ liệu phải được chia ra theo giới tính và tuổi trong phạm vi thực tế cho phép để giúp cho việc ra quyết định. Mức độ phân tích chi tiết có thể khó khăn trong các giai đoạn đầu của thảm họa. Tuy nhiên, dữ liệu về tử vong và bệnh tật của trẻ em dưới năm tuổi cần được ghi nhận bằng văn bản ngay từ đầu vì nhóm này thường có những rủi ro đặc biệt. Ngoài ra, việc phân biệt dữ liệu tử vong và bệnh tật theo giới cũng có ích trong việc phát hiện những khác biệt đặc thù về giới. Nếu thời gian và điều kiện cho phép, cần phải có phân tách dữ liệu chi tiết hơn (ví dụ 0-11 tháng tuổi, 1-4 tuổi, 5-14 tuổi, 15-49 tuổi, 50-59 tuổi, trên 60 tuổi) và giới tính.

3. Bảo mật: Cần bảo mật những hồ sơ và dữ liệu y tế. Phải tuân theo biện pháp phòng ngừa thích hợp nhằm bảo vệ sự an toàn của các cá nhân cũng như của bản thân dữ liệu. Các nhân viên không được phép chia sẻ các thông tin về bệnh nhân với bất kỳ ai không liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc nếu như không được bệnh nhân cho phép. Dữ liệu liên quan đến chấn thương do sự tra

tấn hoặc những vi phạm nhân quyền khác phải được đối xử một cách cẩn trọng tối đa. Nếu cá nhân đó đồng ý thì những thông tin như vậy có thể được xem xét để chuyển cho những tổ chức hoặc cá nhân thích hợp khác.

- 4. Các nguồn dữ liệu khác:** Các nguồn dữ liệu y tế thích hợp khác bao gồm các báo cáo thí nghiệm, kết quả điều tra, báo cáo về các ca bệnh, chất lượng của các biện pháp dịch vụ và các lĩnh vực mang tính hệ thống khác.

Xem các biểu mẫu hàng tháng về tử vong và bệnh tật ở Phụ lục 2, các công thức tính toán tỷ lệ tử vong và bệnh tật ở Phụ lục 3.

2 Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm

Sự tăng cao tỷ lệ tử vong và bệnh tật do các bệnh truyền nhiễm xảy ra thường xuyên trong thảm họa khẩn cấp phức tạp hơn là trong thảm họa khác. Trong nhiều tình huống như vậy, nhất là những trường hợp xảy ra ở các nước đang phát triển, khoảng 60% đến 90% ca tử vong là do một trong bốn nguyên nhân truyền nhiễm chính sau: sởi, kiết ly, hô hấp cấp tính và sốt rét. Vấn đề dinh dưỡng cấp tính cũng thường đi kèm với sự gia tăng tỷ lệ tử vong của các bệnh này, đặc biệt là ở trẻ em. Ngoài ra cũng có sự bùng phát các bệnh truyền nhiễm khác, chẳng hạn như viêm màng não do khuẩn cầu màng não, bệnh sốt vàng, viêm gan và thương hàn do virút ở một số tình huống nhất định.

Sự bùng phát của các bệnh truyền nhiễm ít khi đi kèm với những thiên tai đột ngột xảy ra ngay. Tuy nhiên khi thiên tai xảy ra thường kèm theo sự xáo trộn của vệ sinh môi trường và chất lượng nước kém. Khả năng tiềm tàng về sử dụng các tác nhân sinh học làm vũ khí của những kẻ khủng bố hoặc các lực lượng vũ trang cũng làm nảy sinh những mối lo ngại mới đối với các cơ quan ứng phó thảm họa cũng như những người liên quan đến công tác cứu trợ nhân đạo. Hoạt động ứng phó đối với các sự cố liên quan tới vũ khí sinh học không được đề cập cụ thể trong các tiêu chuẩn dưới đây, mặc dù một vài tiêu chuẩn và các chỉ số có thể áp dụng được cho những sự cố đó.

Tiêu chuẩn 1 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Phòng ngừa

Người dân có thể tiếp cận thông tin và các dịch vụ được thiết kế để phòng ngừa việc gia tăng tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các biện pháp phòng ngừa chung được triển khai và thực hiện đồng bộ với lĩnh vực thích hợp khác (xem hướng dẫn 1).
- Những thông điệp giáo dục y tế cộng đồng đem đến cho các cá nhân những thông tin về cách phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm chung và cách tiếp cận các dịch vụ y tế thích hợp (xem tiêu chuẩn 4 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, trang 264).
- Các biện pháp phòng ngừa đặc thù, chẳng hạn chiến dịch tiêm vắcxin phòng sởi diện rộng và Chương trình tiêm chủng mở rộng (EPI), được thực hiện như chỉ dẫn (xem hướng dẫn 2 và tiêu chuẩn 2 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 275).

Hướng dẫn

1. Các biện pháp phòng ngừa chung: Phần lớn các biện pháp can thiệp này được phát triển đồng bộ với các lĩnh vực khác, bao gồm:

- Nước và vệ sinh môi trường: Số lượng và chất lượng nước đầy đủ; vệ sinh môi trường đầy đủ; khuyến khích thực hành vệ sinh; kiểm soát trung gian truyền bệnh, v.v.. (xem Nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 51).
- An ninh lương thực, dinh dưỡng và viện trợ lương thực thực phẩm: Tiếp cận lương thực vừa đủ và quản lý suy dinh dưỡng (xem An ninh lương thực, Dinh dưỡng và Viện trợ lương thực thực phẩm, trang 103).
- Nhà Ở: Nhà Ở đầy đủ và thích hợp (xem Nhà Ở, Định cư và hàng Phi lương thực, trang 203).

2. Phòng ngừa bệnh sởi và Chương trình tiêm chủng mở rộng: Do bệnh sởi có nguy cơ bùng phát và khả năng gây tử vong cao, công tác tiêm vắcxin

phòng sởi toàn dân cho trẻ em là ưu tiên hàng đầu với các nhóm dân cư bị ảnh hưởng của thảm họa, đặc biệt là người dân di tản và/hoặc bị ảnh hưởng bởi xung đột. Vắcxin phòng các bệnh trẻ em khác thông qua chương trình EPI thường là ưu tiên thấp hơn vì sự bùng phát của những bệnh đó thường ít xảy ra và nguy cơ về sức khoẻ của những căn bệnh đó cũng thấp hơn. Do vậy các vắcxin tiêm chủng mở rộng khác thường chỉ được cấp sau khi những nhu cầu tức thời của người dân đã được đáp ứng. Ngoại lệ đối với hướng dẫn này là khi đang bùng phát các bệnh như ho lao hoặc bạch hầu, trong những trường hợp như vậy vắcxin chống các bệnh này cũng trở thành một vấn đề ưu tiên.

Tiêu chuẩn 2 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Phòng ngừa sởi

Tất cả trẻ em từ 6 tháng tới 15 tuổi được tiêm chủng phòng sởi.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Ngay khi có thảm họa xảy ra, cần ước tính ngay số lượng trẻ em từ 9 tháng tuổi đến 15 tuổi đã được tiêm vắcxin phòng sởi trước kia để xác định khả năng bùng phát bệnh sởi (xem hướng dẫn 1).
- Nếu số lượng đã tiêm vắcxin được ước tính là thấp hơn 90%, một chiến dịch tiêm vắc-xin phòng sởi toàn dân cho trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 15 tuổi (kể cả việc cấp phát vitamin A cho trẻ em từ 6-59 tháng tuổi) cần được tiến hành. Chiến dịch tiêm vắcxin được phối hợp với các cơ quan y tế các cấp và Chương trình tiêm chủng mở rộng (xem hướng dẫn 2).
- Khi kết thúc chiến dịch:
 - Ít nhất 95% trẻ em từ 9 tháng tuổi đến 15 tuổi đã được tiêm phòng sởi;
 - Ít nhất 95% trẻ em từ 6 đến 59 tháng tuổi đã được uống một liều vitamin A thích hợp.
- Trẻ em từ 6 đến 9 tháng tuổi nhận được liều vắcxin phòng sởi thứ hai khi đến tháng tuổi thứ 9 (xem hướng dẫn 3).
- Cần tiêm vắcxin cho trẻ 9 tháng tuổi để duy trì tỷ lệ bao phủ tối thiểu 95%. Hệ thống này được liên kết với Chương trình tiêm chủng mở rộng.

- Với các nhóm dân di tản hoặc du mục, một hệ thống giám sát thường xuyên được thiết lập để đảm bảo ít nhất 95% số mới đến trong độ tuổi 6 tháng đến 15 năm được tiêm vắcxin phòng sởi.

Hướng dẫn

- 1. Phòng ngừa sởi:** Sởi là một trong những virút dễ lây truyền nhất, có thể đi kèm với tỷ lệ tử vong cao. Sẽ có nguy cơ bùng phát bệnh trong những tình trạng khẩn cấp liên quan đến số lượng dân cư lớn, di tản dân số quy mô lớn và mức độ suy dinh dưỡng cao. Các chiến dịch tiêm vắcxin phòng sởi toàn dân cần được coi là ưu tiên cao nhất và sớm nhất có thể trong những tình huống khẩn cấp. Cần huy động càng sớm càng tốt nhân sự, vắcxin, thiết bị, dây chuyền lạnh và các nguồn cung cấp cần thiết khác để thực hiện chiến dịch với quy mô lớn. Nếu diện bao phủ về tiêm vắcxin trên nhóm dân cư là không xác định được, chiến dịch cần được thực hiện với giả thiết rằng diện bao phủ là chưa đủ để phòng ngừa.
- 2. Cấp độ tuổi đối với vắcxin ngừa sởi:** Một số trẻ em lớn tuổi hơn có thể đã bỏ qua những chiến dịch vắcxin phòng sởi hay vượt qua những đợt dịch sởi trước đó. Những trẻ em này có nguy cơ tiềm ẩn đối với bệnh sởi và có thể trở thành nguồn lây truyền cho trẻ sơ sinh và các trẻ em nhỏ tuổi, là những đối tượng chịu rủi ro tử vong vì bệnh này cao hơn. Do vậy mới có khuyến nghị tiêm vắcxin cho tối tuổi 15. Tuy nhiên trong những tình huống hạn chế về nguồn lực, có thể không thực hiện được việc tiêm vắcxin cho tất cả trẻ em từ 6 tháng tới 15 tuổi. Cần ưu tiên cho các trẻ em từ 6 tới 59 tháng tuổi.
- 3. Tiêm vắcxin sởi nhắc lại cho trẻ em từ 6-9 tháng tuổi:** Việc tiêm vắcxin nhắc lại cần được cung cấp càng sớm càng tốt sau khi trẻ được 9 tháng tuổi, trừ phi trẻ mới nhận được liều thứ nhất sau 8 tháng tuổi. Những trẻ em này cần được tiêm vắcxin nhắc lại tối thiểu sau 30 ngày.

Tiêu chuẩn 3 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Chẩn đoán và quản lý ca bệnh

Người dân được tiếp cận với sự chẩn đoán và chữa trị hiệu quả đối với các bệnh truyền nhiễm và góp phần đáng kể vào kìm hãm sự gia tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các quy trình quản lý ca bệnh đã được chuẩn hoá dành cho việc chẩn đoán và chữa trị các bệnh lây truyền phổ biến nhất được áp dụng một cách nhất quán (xem hướng dẫn 1; xem thêm Tiêu chuẩn 5 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, trang 266).
- Các thông điệp giáo dục y tế cộng đồng khuyến khích mọi người sớm tìm kiếm sự chăm sóc y tế khi bị sốt, ho, tiêu chảy,... nhất là khi xảy ra ở trẻ em, phụ nữ có thai và người già.
- Trong những khu vực có bệnh sốt rét, một quy trình được thiết lập để đảm bảo có chẩn đoán sớm (<24 giờ) các ca sốt và điều trị bằng những thuốc đặc trị có hiệu quả cao (xem hướng dẫn 2).
- Các dịch vụ phòng thí nghiệm có sẵn và được sử dụng khi được yêu cầu (xem hướng dẫn 3).
- Một chương trình kiểm soát lao phổi được đưa ra chỉ sau khi đã căn nhắc các tiêu chí đã được xác định (xem hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. **Quản lý lồng ghép các bệnh trẻ em:** Khi hoạt động quản lý lồng ghép các bệnh trẻ em đã được triển khai tại một quốc gia và các hướng dẫn điều trị được điều chỉnh một cách thích hợp, những hướng dẫn này tốt nhất là nên được gộp thành một bộ phận của các quy trình đã được chuẩn hoá. Quản lý lồng ghép các bệnh trẻ em đã chứng tỏ khả năng của nó trong việc cải thiện chất lượng chăm sóc trẻ em dưới 5 tuổi.
2. **Sốt rét:** Sốt rét có thể trở thành dịch chỉ sau một vài ngày/tuần trong những nhóm di cư lớn tại các khu vực bệnh dịch. Do tính lây truyền rộng và tính

kháng thuốc ngày càng tăng của nó đối với chloroquine và sulphadoxine-pyrimethamine (Fansidar) nên có thể cần nhiều thuốc chống sốt rét hiệu nghiệm hơn. Điều này sẽ là quan trọng đặc biệt đối với các nhóm dân cư không được tiêm chủng và các nhóm dễ bị tổn thương tiếp cận với sốt rét falciparum. Các liệu pháp kết hợp sử dụng các chất chiết suất artemisinin được ưa chuộng. Lựa chọn về thuốc cần được xác định trong khi tư vấn cơ quan chủ quản y tế, sau khi đã cân nhắc các dữ liệu về mức độ công hiệu của dược phẩm. Các quy trình chuẩn của WHO sẽ được áp dụng để đánh giá độ công hiệu của dược phẩm.

3. Các dịch vụ phòng thí nghiệm: Thiết lập một phòng thí nghiệm cận lâm sàng không phải là một việc ưu tiên trong giai đoạn đầu của phần lớn các thảm họa. Các bệnh truyền nhiễm phổ biến nhất thường có thể được chẩn đoán lâm sàng và việc chữa trị nói chung là có cơ sở hợp lý. Kiểm nghiệm trong phòng thí nghiệm sẽ là có ích để xác định khi nghi ngờ dấu hiệu bùng phát dịch mà công tác tiêm chủng toàn dân có thể trễ nên thích hợp (ví dụ: viêm màng não khuẩn cầu) hoặc Ở nơi nuôi cấy và kiểm nghiệm độ nhạy cảm với kháng sinh có thể ảnh hưởng đến các quyết định về việc quản lý các ca bệnh (ví dụ: bệnh ỉa chảy). Do vậy điều quan trọng là phải xác định được một phòng thí nghiệm đã được thiết lập sẵn trong nước hoặc Ở nước ngoài mà có thể thực hiện các nghiên cứu vi sinh thích hợp. Cần tuân thủ nghiêm ngặt những hướng dẫn trong việc thu thập và vận chuyển mẫu bệnh phẩm.

4. Kiểm soát lao phổi: Tỷ lệ mắc bệnh lao phổi cao thường được phát hiện Ở các cộng đồng tị nạn và các nhóm dân cư bị ảnh hưởng bởi chiến tranh khác. Tuy nhiên, nếu các chương trình kiểm soát lao phổi hoạt động kém thì có khả năng gây hại nhiều hơn là lợi do kéo dài khả năng nhiễm bệnh và góp phần vào việc lây lan khuẩn que có thể kháng nhiều loại thuốc. Trong khi việc quản lý những người bệnh đơn lẻ nhiễm lao phổi có thể thực hiện được trong các tình huống khẩn cấp, một chương trình kiểm soát lao phổi rộng khắp chỉ nên được thực hiện sau khi đã cân nhắc các tiêu chí đã được thừa nhận (xem WHO, Kiểm soát lao phổi trong các tình huống tị nạn: Sổ tay Thực địa liên ngành). Khi được thực hiện, các chương trình kiểm soát lao phổi trong các tình huống như vậy cần được hợp nhất thành một bộ phận của chương trình quốc gia và tuân theo chiến lược DOTS đã được thiết lập chặt chẽ (Liệu pháp giám sát trực tiếp, cắt cơn ngắn).

Tiêu chuẩn 4 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Sẵn sàng đối phó với sự bùng phát bệnh dịch

Các biện pháp được thực hiện để chuẩn bị sẵn sàng và ứng phó với sự bùng phát của các bệnh lây nhiễm.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Điều tra về sự bùng phát và kế hoạch kiểm soát được chuẩn bị (xem hướng dẫn 1).
- Các quy trình điều tra và kiểm soát có sẵn được phân phát cho các nhân viên liên quan để khống chế sự bùng phát.
- Nhân viên được đào tạo về các nguyên tắc trong điều tra sự bùng phát và kiểm soát, kể cả những quy trình điều trị thích hợp.
- Cân dự trữ hay có thể mua một cách nhanh chóng những loại thuốc thiết yếu, dụng cụ y khoa, vắcxin và các vật tư bảo hộ cơ bản (xem hướng dẫn 2).
- Các nguồn vắcxin thích hợp cho những bùng phát bệnh (ví dụ như: sởi, viêm màng não khuẩn cầu, sốt vàng) được xác định để có thể mua và sử dụng một cách nhanh chóng.
- Cân xác định trước các địa điểm dành cho cách ly và điều trị các bệnh nhân lây nhiễm, ví dụ: các trung tâm điều trị dịch tả.
- Cân xác định một phòng thí nghiệm, có thể ở địa phương, khu vực, quốc gia hay ở một nước khác nhằm chẩn đoán bệnh (xem hướng dẫn 3).
- Phải có sẵn tại chỗ các dụng cụ lấy mẫu và phương thức vận chuyển dung môi cho các tác nhân lây nhiễm - là các yếu tố có nhiều khả năng gây ra sự bùng phát bất ngờ - để cho phép chuyển các mẫu bệnh tới một phòng thí nghiệm thích hợp. Ngoài ra, một số dụng cụ thử nghiệm nhanh có thể được lưu giữ tại chỗ (xem hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. **Điều tra về sự bùng phát và kế hoạch kiểm soát:** Các vấn đề sau cần được đề cập tới trong kế hoạch:

- a. Các điều kiện môi trường làm việc của đội kiểm soát bùng phát;
 - b. Thành phần của đội kiểm soát bùng phát, kể cả các đại diện từ các lĩnh vực liên quan, ví dụ y tế, nước và vệ sinh;
 - c. Vai trò và trách nhiệm cụ thể của các tổ chức và vị trí trong đội;
 - d. Sự sắp xếp cần thiết để tham khảo ý kiến và thông tin cho các cơ quan hữu quan ở cấp địa phương và quốc gia;
 - e. Các nguồn lực/cơ sở sẵn có phục vụ công tác điều tra và ứng phó bùng phát.
- 2. Kho dự trữ:** Các kho dự trữ tại chỗ phải bao gồm các vật tư phục vụ ứng phó bùng phát bệnh dịch có khả năng xảy ra. Những kho dự trữ như vậy có thể bao gồm muối bù điện giải qua đường miệng, dung dịch truyền tĩnh mạch, kháng sinh, vắcxin và các vật tư y khoa tiêu hao. Các hộp kim tiêm an toàn và các loại xylanh dùng một lần tự huỷ phải có sẵn để ngăn ngừa sự lan truyền của virút viêm gan và HIV. Một cơ sở thuốc chữa bệnh tả đóng gói sẵn có thể cần đến trong một số trường hợp. Có thể việc lưu giữ một số loại vật tư nhất định là không thực tế, chẳng hạn như vắcxin khuẩn cầu màng não. Với các hạng mục này, cần xác định trước các cơ chế để có thể mua, vận chuyển và lưu trữ nhanh chóng.
- 3. Các phòng thí nghiệm chuyển tiếp:** Một phòng thí nghiệm chuyển tiếp phải được xác định, có thể là trong khu vực hoặc quốc tế, để có thể giúp thực hiện các xét nghiệm phức tạp hơn, ví dụ độ nhạy cảm với kháng sinh đối với Shigella, chẩn đoán huyết thanh với các bệnh sốt xuất huyết do virút.
- 4. Phương thức vận chuyển và các xét nghiệm nhanh:** Các dụng cụ lấy mẫu (ví dụ gạc trực tràng) và phương thức vận chuyển (ví dụ Cary-Blair, Amies hoặc Stuarts đối với bệnh tả, Shigella, E. Coli và Salmonella; hoán vị đối với viêm màng não) phải có sẵn tại chỗ, hoặc có thể tiếp cận ngay lập tức. Ngoài ra, một số kiểm nghiệm nhanh kiểu mới cần có sẵn để có thể có ích đối với việc xác nhận các chẩn đoán về các bệnh truyền nhiễm tại hiện trường, kể cả sốt rét và viêm màng não.

Tiêu chuẩn 5 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: Phát hiện, điều tra và ứng phó với bùng phát bệnh dịch

Sự bùng phát các bệnh truyền nhiễm được phát hiện, điều tra và kiểm soát kịp thời một cách có hiệu quả.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Hệ thống thông tin y tế bao gồm yếu tố cảnh báo sớm (xem hướng dẫn 1-2).
- Bắt đầu điều tra về sự bùng phát trong vòng 24 giờ kể từ khi được thông báo.
- Sự bùng phát được mô tả theo thời gian, địa điểm và con người, dẫn đến việc xác định được các nhóm có nguy cơ cao. Những cảnh báo sớm thích hợp được đưa ra để bảo vệ sự an toàn của cả các cá nhân lẫn dữ liệu.
- Các biện pháp kiểm soát hợp lý mang tính đặc thù với bệnh dịch và tình huống được thực thi sớm nhất có thể (xem hướng dẫn 3-4).
- Tỷ lệ tử vong từng trường hợp được duy trì ở các mức độ chấp nhận được (xem hướng dẫn 5):
 - Dịch tả: 1% hoặc thấp hơn
 - Lý shigalle: 1% hoặc thấp hơn
 - Thương hàn: 1% hoặc thấp hơn
 - Viêm màng não khuẩn cầu: nhiều mức độ (xem hướng dẫn 6).

Hướng dẫn

1. Hệ thống cảnh báo sớm đối với sự bùng phát của các bệnh lây nhiễm: Các yếu tố chính của một hệ thống như vậy bao gồm:

- Định nghĩa ca bệnh và các ngưỡng được xác định rõ và thông báo tới mọi cơ sở y tế, họ phải báo cáo;
- Các nhân viên y tế cộng đồng được đào tạo để phát hiện và báo cáo những sự bùng phát tiềm tàng từ bên trong cộng đồng;

- Những nghi ngờ về những sự bùng phát cần báo cáo lên cấp trên thích hợp của hệ thống y tế trong vòng 24 giờ sau khi phát hiện;
- Các hệ thống thông tin được thiết lập nhằm đảm bảo các cơ quan hữu trách nhận được thông tin kịp thời, ví dụ thông qua đài, điện thoại.

2. Xác nhận có sự bùng phát: Không phải lúc nào sự bùng phát cũng có thể được xác định một cách chắc chắn và cũng không có định nghĩa rõ ràng về những người bùng phát đối với mọi loại bệnh dịch.

- a. Các bệnh mà một ca bệnh đơn lẻ cũng cho thấy sự bùng phát: bệnh tả, sởi, sốt vàng, shigella, các bệnh sốt xuất huyết do virút.
 - b. Viêm màng não khuẩn cầu: Đối với các nhóm dân cư lớn hơn 30.000 người, tỷ lệ 15 ca bệnh/100.000 người/tuần trong một tuần cho thấy đã có sự bùng phát; tuy nhiên, với rủi ro bùng phát cao (ví dụ: không bùng phát trong hơn 3 năm và diện bao phủ của vắcxin <80%), ngưỡng này được giảm xuống 10 ca bệnh/100.000/tuần. Với các nhóm dân cư ít hơn 30.000, tình trạng 5 ca bệnh trong một tuần hoặc gấp đôi số đó trong 3 tuần cho phép xác nhận đã xảy ra sự bùng phát dịch bệnh.
- c. Sốt rét:** Không có những định nghĩa cụ thể hơn đối với sốt rét. Tuy nhiên, sự tăng số ca bệnh trên mức ước tính trong năm đối với nhóm dân cư xác định trong một khu vực địa lý xác định có thể cho thấy sự bùng phát.

3. Kiểm soát sự bùng phát dịch bệnh: Các biện pháp kiểm soát phải được triển khai một cách cụ thể để chặn đứng sự lan truyền của tác nhân gây ra sự bùng phát dịch bệnh. Thường thường những kiến thức có sẵn về tác nhân có thể giúp định hướng việc thiết kế các biện pháp kiểm soát thích hợp trong các tình huống cụ thể. Nói chung, các hoạt động ứng phó sẽ bao gồm:

- **Kiểm soát nguồn:** Các biện pháp can thiệp có thể bao gồm việc cải thiện chất lượng và số lượng nước (ví dụ dịch tả), chẩn đoán kịp thời và điều trị (ví dụ sốt rét), cách ly (ví dụ bệnh ly), kiểm soát những ao hồ là nguồn nước uống của động vật (ví dụ dịch hạch, sốt cấp tính lassa).
- **Bảo vệ các nhóm dễ mắc bệnh:** Các biện pháp can thiệp có thể bao gồm việc tiêm chủng (ví dụ bệnh sởi, viêm màng não, sốt vàng), liệu pháp phòng bệnh bằng thuốc (ví dụ phòng sốt rét cho phụ nữ có thai), tăng cường dinh dưỡng (ví dụ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính).
- **Ngăn chặn sự lây lan:** Các biện pháp can thiệp có thể bao gồm khuyến khích

thực hành vệ sinh (ví dụ đối với mọi bệnh tật lan truyền qua đường phân - miệng), kiểm soát côn trùng truyền bệnh (ví dụ sốt rét, sốt xuất huyết).

(Xem thêm Chương 2: Cung cấp 5 Nước, Vệ sinh và Khuyến khích thực hành vệ sinh, trang 51).

4. Kiểm soát côn trùng truyền bệnh và sốt rét: Trong khi có sự bùng phát bệnh sốt rét, việc các biện pháp kiểm soát côn trùng truyền bệnh như các chương trình phun thuốc trong nhà và phân phát màn chống muỗi (ITN) cần được hướng dẫn bởi các chuyên gia và các đánh giá về côn trùng học. Những biện pháp can thiệp này đòi hỏi sự hỗ trợ hậu cần và sự tiếp tục mà những hỗ trợ này có thể không có sẵn trong giai đoạn đầu của thảm họa. Với các nhóm dân cư đã có tỷ lệ dùng màn chống côn trùng ITN cao (>80%), việc phun lại pyrethroids lên các tấm màn có thể giúp ngăn chặn sự lây lan (xem tiêu chuẩn 1-2 - Kiểm soát trung gian truyền bệnh Ở trang 77-81).

5. Tỷ lệ tử vong theo ca: Nếu tỷ lệ tử vong theo ca vượt quá các mức được xác định sẵn, cần có ngay một đánh giá về các biện pháp kiểm soát và thực hiện các bước điều chỉnh để đảm bảo tỷ lệ tử vong theo ca được giữ ở các mức chấp nhận được.

6. Tỷ lệ tử vong theo ca đối với viêm màng não khuẩn cầu: Mức tỷ lệ tử vong theo ca chấp nhận được đối với viêm màng não khuẩn cầu là khác nhau theo tình huống chung và mức độ tiếp cận với các dịch vụ y tế. Nói chung, các cơ quan y tế cần tập trung đạt được tỷ lệ tử vong theo ca càng thấp càng tốt, mặc dù trong khi xảy ra sự bùng phát thì tỷ lệ tử vong theo ca có thể cao tới 20%.

Tiêu chuẩn 6 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm: HIV/AIDS

Người dân được tiếp cận với dịch vụ tối thiểu để ngăn ngừa sự lây lan của HIV/AIDS.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Trong thảm họa, người dân được tiếp cận với dịch vụ thiết yếu sau:
 - Cấp bao cao su miễn phí cho nam giới và thúc đẩy việc sử dụng đúng cách bao cao su;

- Cảnh báo toàn khu vực nhằm ngăn chặn sự lan truyền do khám chữa bệnh trong các tình huống cấp cứu và điều trị;
 - Cung cấp máu an toàn;
 - Thông tin và giáo dục thích hợp sao cho các cá nhân có thể thực hiện các bước nhằm tự bảo vệ mình khỏi bị lây nhiễm HIV;
 - Quản lý hội chứng các ca bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục;
 - Phòng ngừa và quản lý các hậu quả do bạo lực tình dục gây ra;
 - Chăm sóc y tế cơ bản cho những người nhiễm HIV/AIDS.
- Các kế hoạch được bắt đầu để mở rộng dịch vụ kiểm soát HIV trong giai đoạn sau thảm họa (xem hướng dẫn 1).

Hướng dẫn

1. Kiểm soát HIV: Trong giai đoạn khẩn cấp và giai đoạn phục hồi của thảm họa, việc mở rộng các hoạt động kiểm soát HIV sẽ dựa trên đánh giá về những nhu cầu và hoàn cảnh từng địa phương. Sự tham gia của công đồng, đặc biệt là của những người nhiễm HIV/AIDS (PLWH/A), những người chăm sóc họ, trong giai đoạn thiết kế, thực thi, giám sát và đánh giá chương trình là yếu tố sống còn đối với sự thành công của chương trình. Ngoài các dịch vụ đã được thực hiện trong giai đoạn đầu, các dịch vụ giám sát, phòng ngừa, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ đầy đủ hơn cũng phải được đưa ra. Việc cung cấp các dược phẩm antiretroviral để điều trị cho những người nhiễm HIV/AIDS hiện nay chưa khả thi trong phần lớn các ứng phó nhân đạo sau thảm họa, mặc dù điều này có thể thay đổi trong tương lai một khi những trại ngay tài chính và những trại ngay khác không còn cần việc sử dụng những dược phẩm này. Các chương trình giáo dục và bảo vệ khai thi nhằm giảm thiểu sự kỳ thị và bảo vệ con người khỏi sự phân biệt đối xử cần được thực thi càng sớm càng tốt.

Lưu ý

Các thành viên Caritas Internationalis không thể theo tiêu chuẩn 6 trong phần Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm vì nó liên quan đến sự thúc đẩy việc sử dụng bao cao su, hoặc tiêu chuẩn 2 trong phần Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm liên quan đến Gói dịch vụ ban đầu tối thiểu. Với lý do tương tự, các thành viên Caritas Internationalis không thể thực thi các tiêu chuẩn liên quan tới việc sử dụng bao cao su hoặc Gói dịch vụ ban đầu tối thiểu có thể xuất hiện trong những phần khác của tài liệu này.

3 Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm

Sự gia tăng tử vong và bệnh tật do các bệnh không truyền nhiễm là một điểm chung của nhiều thảm họa. Thương tích thường là nguyên nhân chủ yếu sau khi xảy ra các thảm họa tự nhiên bất ngờ, chẳng hạn như động đất và gió lốc. Thương tích gây ra do bạo hành cũng đi kèm theo mọi tình trạng khẩn cấp và có thể là nguyên nhân chính của sự gia tăng tỷ lệ tử vong trong những thời kỳ khủng hoảng như vậy. Các nhu cầu về sức khỏe sinh sản của nhóm dân cư chịu ảnh hưởng thảm họa ngày càng được quan tâm nhiều hơn trong những năm gần đây, nhất là với nhận thức ngày càng rõ ràng hơn về các vấn đề như HIV/AIDS, bạo hành theo giới tính, các nhu cầu sản khoa khẩn cấp và những hạn chế của các dịch vụ sức khỏe sinh sản cơ bản ở nhiều cộng đồng. Đặc biệt nhu cầu phải có các chương trình sức khỏe sinh sản tốt hơn kèm theo các tình huống khẩn cấp phức tạp đã được thừa nhận, nhưng cũng thích hợp đối với các loại hình thảm họa khác.

Mặc dù khó định lượng, sức khỏe tinh thần và các vấn đề tâm lý có thể đi kèm với mọi loại thảm họa và trạng thái sau thảm họa. Sự sợ hãi, mất mát, sự không chắc chắn và các yếu tố gây căng thẳng khác gắn liền với thảm họa có thể làm gia tăng nguy cơ rủi ro với các vấn đề xã hội, tâm lý, tinh thần khác nhau. Cuối cùng, có những bằng chứng gợi ý rằng có sự gia tăng các biến chứng cấp tính của các căn bệnh mãn tính kèm theo các thảm họa. Những biến chứng này nói chung thường do sự gián đoạn của các chế độ điều trị. Tuy nhiên một loạt những tác nhân gây căng thẳng khác cũng có thể thúc đẩy tình trạng mãn tính chuyển biến xấu một cách cấp tính.

Tiêu chuẩn 1 - Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm: Thương tích

Người dân được tiếp cận các dịch vụ thích hợp để điều trị các thương tích.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Trong các trường hợp có số lượng lớn bệnh nhân bị thương, có một hệ thống đã được chuẩn hóa nhằm phân cấp chữa trị được thiết lập để giúp định hướng các nhân viên chăm sóc y tế trong việc đánh giá, phân loại ưu tiên, hồi sức cơ bản và chuyển tiếp bệnh nhân (xem hướng dẫn 1-2).
- Các hướng dẫn đã được chuẩn hóa để thực hiện sơ cứu và hồi sức được thiết lập (xem hướng dẫn 3).
- Các quy trình đã được chuẩn hóa để chuyển tiếp các bệnh nhân tới nơi có sự chăm sóc ở mức độ cao hơn, kể cả phẫu thuật, được thiết lập. Hình thức vận chuyển phù hợp được tổ chức để bệnh nhân được đưa tới cơ sở chuyển tiếp.
- Các dịch vụ phẫu thuật và điều trị chấn thương tâm lý cuối cùng chỉ được thiết lập bởi các cơ quan có chuyên môn sâu và nguồn lực thích hợp (xem hướng dẫn 4).
- Trong các tình huống có số lượng lớn bệnh nhân bị thương, kế hoạch dự phòng nhằm quản lý các thương vong hàng loạt được triển khai đối với các cơ sở y tế thích hợp. Những kế hoạch này liên quan đến các kế hoạch cấp huyện và khu vực.

Hướng dẫn

1. **Xác lập mức ưu tiên cho các dịch vụ chấn thương tâm lý:** Trong phần lớn các thảm họa, không thể xác định được số lượng người bị thương cần được chăm sóc lâm sàng. Sau khi thảm họa bất ngờ xảy ra, ví dụ như động đất, 85-90% những người được cứu sống thường do các nhân viên cấp cứu địa phương hoặc do những người hàng xóm và gia đình của họ cứu trong vòng 72 giờ. Do vậy, sự chuẩn bị cho các nhóm dân cư địa phương trong việc cung cấp sự trợ giúp ban đầu phải là điểm nhấn chính khi thiết kế các hoạt động cứu hộ, cứu

nạn tại các khu vực dễ xảy ra thảm họa. Một điều quan trọng cần lưu ý là các biện pháp can thiệp y tế ưu tiên phải được thiết kế để giảm sự gia tăng mức tử vong có thể phòng tránh được. Trong khi xảy ra xung đột vũ trang, phần lớn những cái chết do chấn thương tâm lý liên quan đến bạo lực xảy ra trong các khu vực không an toàn cách xa các cơ sở y tế và do vậy thường không thể phòng tránh được thông qua dịch vụ y tế. Cần có các biện pháp y tế nhằm bảo vệ dân thường khỏi những cái chết như vậy. Can thiệp y tế được thực hiện trong thời kỳ xung đột phải nhấn mạnh vào việc chăm sóc ban đầu và y tế công cộng dựa trên cộng đồng, ngay cả trong các tình huống có tỷ lệ thương tích do bạo lực cao.

2. Phân loại thương tật phục vụ điều trị: Là quá trình phân loại mức độ nghiêm trọng của thương tật hoặc bệnh tật của bệnh nhân và xác lập mức ưu tiên điều trị dựa trên các nguồn lực sẵn có và cơ hội sống sót của các bệnh nhân. Nguyên tắc ngầm định của công tác phân loại thương tật phục vụ điều trị là việc phân bổ các nguồn lực hạn chế theo cách đem lại lợi ích cao nhất cho số lượng bệnh nhân lớn nhất. Việc phân loại này không nhất thiết phải ưu tiên cho các cá nhân bị thương tích nặng nhất. Trong hoàn cảnh có nhiều thương vong và hạn chế về nguồn lực, trên thực tế những người chịu thương tích nặng nguy hiểm đến tính mạng có thể nhận được mức ưu tiên thấp hơn những người có cơ hội vượt qua được thương tích. Không tồn tại một hệ thống được chuẩn hóa sẵn cho việc phân loại thương tích, trên thế giới đang áp dụng một số hệ thống khác nhau. Phần lớn các hệ thống phân biệt từ hai đến năm mức độ thương tích, thường gặp nhất là bốn mức khác nhau.

3. Sơ cứu và chăm sóc sức khỏe cơ bản: Chăm sóc phẫu thuật và chấn thương tâm lý có thể không có sẵn, nhất là trong tình huống thiếu thốn các nguồn lực. Tuy nhiên điều quan trọng cần lưu ý là sơ cứu, hồi sức cơ bản và các thủ tục không phẫu thuật có thể giúp cứu sống thậm chí đối với những thương tích trầm trọng. Các thủ tục đơn giản như thông gió, cầm máu và đặt dung dịch truyền có thể giúp ổn định tình trạng của người bị thương với thương tích nguy hiểm đến tính mạng trước khi họ được chuyển tới trung tâm chuyển tiếp. Chất lượng sơ cứu do vậy có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng sống của người bị thương. Các thủ tục không liên quan đến phẫu thuật khác, chẳng hạn như vệ sinh và băng bó vết thương, phòng uốn ván và cấp kháng sinh, cũng quan trọng. Nhiều bệnh nhân bị thương nặng có thể sống sót nhiều ngày hoặc thậm chí hàng tuần khi chưa phẫu thuật nếu như họ nhận được sơ cứu và chăm sóc thích hợp.

4. Chăm sóc phẫu thuật và chấn thương tâm lý: Các nhân viên chăm sóc y tế đều phải có khả năng thực hiện sơ cứu và hồi sức cho các bệnh nhân bị thương. Ngoài ra, khả năng phân loại thương tích nặng nhẹ tại các thời điểm then chốt và liên kết với một hệ thống chuyển tiếp là quan trọng. Tuy nhiên chăm sóc chấn thương tâm lý cuối cùng và phẫu thuật chiến tranh là các chuyên môn sâu, cần được đào tạo chuyên biệt và yêu cầu các nguồn lực nhất định mà chỉ một số ít các cơ quan mới có được. Phẫu thuật không thích hợp hoặc không đầy đủ có thể có hại nhiều hơn là không phẫu thuật. Do vậy chỉ có các tổ chức và những người có chuyên môn sâu nên thực hiện những dịch vụ phức tạp này.

Tiêu chuẩn 2 - Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm: Sức khỏe sinh sản

Người dân được tiếp cận Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu để đáp ứng những nhu cầu sức khỏe sinh sản.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Một (các) tổ chức và cá nhân được xác định để trợ giúp công tác điều phổi và thực thi Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu sau khi tham vấn với cơ quan chủ quản về y tế (xem hướng dẫn 1).
- Các cơ quan y tế thực hiện các bước để phòng ngừa và quản lý các hậu quả của bạo lực theo giới, thông qua sự phối hợp với các lĩnh vực có liên quan khác, đặc biệt là các dịch vụ cộng đồng và sự bảo vệ (xem hướng dẫn 2).
- Số trường hợp bạo lực tình dục và các dạng bạo lực giới khác được báo cáo lên các nhân viên an ninh, bảo vệ và dịch vụ y tế được giám sát và báo cáo cho (các) cơ quan chủ quản bạo lực giới. Các quy tắc bảo mật được áp dụng đối với việc thu thập và xem xét dữ liệu.
- Các dịch vụ tối thiểu nhằm phòng ngừa sự lây lan của HIV/AIDS được thực hiện (xem tiêu chuẩn 6 - Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm, trang 283).
- Cần chuẩn bị sẵn số lượng các bộ dụng cụ đỡ đẻ sạch, dựa trên ước lượng về số ca sinh nở trong một khoảng thời gian nhất định, và phân phát cho những phụ nữ đang mang thai và những bà đỡ có kỹ năng/truyền thống để thúc đẩy việc đỡ đẻ hợp vệ sinh tại nhà.

- Cần đảm bảo số lượng các bộ dụng cụ (UNICEF hoặc tương đương) cho các bà đỡ, phân phát cho các cơ sở y tế để đảm bảo việc đỡ đẻ sạch sẽ và an toàn.
- Một hệ thống chuyển tiếp đã chuẩn hoá được thiết lập và thúc đẩy trong phạm vi cộng đồng, kết hợp cả với các bà đỡ và những người trợ giúp có kỹ năng/truyền thống, nhằm xử lý những tình huống sản khoa khẩn cấp. Phương thức vận chuyển thích hợp được tổ chức cho các bệnh nhân để họ có thể được đưa tới các cơ sở chuyển tiếp (xem hướng dẫn 3).
- Các kế hoạch được bắt đầu để thực thi các dịch vụ y tế sinh sản rộng khắp được gộp vào thành một phần của chăm sóc sức khỏe ban đầu càng sớm càng tốt (xem hướng dẫn 4).

Hướng dẫn

1. Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu: Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu được thiết kế để đáp ứng các nhu cầu sức khỏe sinh sản của nhóm dân cư bị ảnh hưởng trong giai đoạn đầu của thảm họa. Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu không chỉ là một bộ các thiết bị và vật tư y tế, mà còn bao gồm một loạt các hoạt động y tế đặc thù. Mục tiêu của nó là xác định một (các) tổ chức hoặc cá nhân để giúp thúc đẩy sự điều phối và thực hiện; phòng ngừa và xử lý các hậu quả của bạo lực giới; giảm sự lây lan HIV; ngăn ngừa sự gia tăng tử vong và bệnh tật Ở bà mẹ và trẻ sơ sinh; và lập kế hoạch cho việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện. Bộ tài liệu hướng dẫn sức khỏe sinh sản của UNFPA được thiết kế đặc thù để trợ giúp việc thực hiện Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu. Nó bao gồm một chuỗi 12 phần có thể được dùng Ở mỗi mức độ chăm sóc kế tiếp: trạm y tế, trung tâm y tế và trung tâm chuyển tiếp.

2. Bạo lực giới: Là một vấn đề chung của nhiều tình trạng khẩn cấp phức tạp và thậm chí cả Ở nhiều thảm họa tự nhiên. Nó bao hàm những sự đối xử tàn tệ hoặc lạm dụng như hiếp dâm, bạo lực gia đình, bóc lột tình dục, hôn nhân cưỡng ép, bắt buộc bán dâm, buôn người và bắt cóc. Việc phòng chống và quản lý bạo lực giới đòi hỏi sự phối hợp và điều phối giữa các thành viên của cộng đồng và giữa các cơ quan. Các dịch vụ y tế phải bao gồm quản lý y tế đối với những người từng bị tấn công tình dục, tư vấn được bảo mật và chuyển tiếp khi cần sự chăm sóc thích hợp. Cách sắp đặt các khu định cư, sự phân phối các hạng mục thiết yếu, và tiếp cận tới các dịch vụ y tế và các chương trình khác phải được thiết kế để giảm Bạo lực giới tiềm tàng. Bóc lột tình dục

đối với nhóm dân cư bị ảnh hưởng thảm họa, nhất là bởi các nhân viên cơ quan cứu trợ, nhân viên quân sự và các nhân viên có quyền thế khác đối với trẻ em và thanh thiếu niên phải được phòng tránh và quản lý một cách tích cực. Quy tắc/Luật ứng xử phải được đưa ra và các biện pháp kỷ luật được thi hành đối với bất kỳ sự vi phạm nào (xem tiêu chuẩn chung 7: Năng lực và trách nhiệm của người làm công tác cứu trợ, trang 40).

- 3. Chăm sóc sản khoa khẩn cấp:** Khoảng 15% phụ nữ mang thai sẽ có các biến chứng đòi hỏi chăm sóc thiết yếu về sản khoa và đến 5% số phụ nữ mang thai sẽ cần một loại phẫu thuật nào đó, kể cả thủ thuật xêda (Caesarean). Các dịch vụ chăm sóc sản khoa cơ bản cần được thiết lập ở trung tâm y tế càng sớm càng tốt và nên bao gồm cả những đánh giá ban đầu; đánh giá sức khỏe của thai nhi; mở âm hộ; xử lý cầm máu; xử lý nhiễm trùng; xử lý sản giật; sinh nhiều con; sinh ngược; thủ thuật dùng máy hút; và chăm sóc đặc biệt đối với các phụ nữ bị cắt bộ phận sinh dục. Chăm sóc sản khoa toàn diện cần có sẵn tại bệnh viện chuyển tiếp càng nhanh càng tốt và phải bao gồm cả thủ thuật xêda; thủ thuật mở bụng; chỉnh cổ và rách âm hộ cấp ba; chăm sóc các biến chứng do nạo thai không an toàn; và truyền máu an toàn.
- 4. Các dịch vụ y tế sinh sản toàn diện:** Các cơ quan y tế phải có kế hoạch cho việc hợp nhất sau này của các dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các dịch vụ y tế không được thiết lập dưới hình thức các chương trình riêng rẽ và độc lập. Ngoài các can thiệp được đề cập đến trong Dịch vụ trọn gói ban đầu tối thiểu, các yếu tố quan trọng khác của các dịch vụ sức khỏe sinh sản toàn diện và thích hợp bao gồm làm mẹ an toàn; tư vấn và kế hoạch hóa gia đình; các dịch vụ bạo lực theo giới toàn diện; quản trị toàn diện lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS; các nhu cầu sức khỏe sinh sản đặc thù của thanh niên; giám sát và kiểm soát.

Tiêu chuẩn 3 - Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm: Các khía cạnh tâm lý và xã hội của y tế

Người dân được tiếp cận đến các dịch vụ y tế về tâm lý và xã hội giúp giảm thiểu bệnh tật về tâm lý, khuyết tật và các vấn đề xã hội.

Các chỉ số chính về can thiệp xã hội¹ (xem cùng với hướng dẫn)

Khi thảm họa bất ngờ xảy ra, cần lưu ý đến các can thiệp xã hội.

- Người dân được tiếp cận luồng thông tin tin cậy, liên tục và có giá trị về thảm họa và các nỗ lực cứu trợ đi kèm (xem hướng dẫn 1).
- Các sự kiện văn hoá và tôn giáo thường được duy trì hoặc tái thiết lập (kể cả những lễ tang do những nhà tôn giáo hoặc tinh thần thực hiện). Mọi người có thể thực hiện các lễ truy điệu (xem hướng dẫn 2).
- Ngay khi các nguồn lực cho phép, trẻ em và thanh, thiếu niên được đến trường một cách chính thức hoặc phi chính thức và được tiếp cận các hoạt động giải trí bình thường.
- Người lớn và thanh, thiếu niên có thể tham gia các hoạt động lợi ích thông thường có mục đích và cụ thể, chẳng hạn các hoạt động cứu trợ khẩn cấp.
- Những người bị cô lập, chẳng hạn các trẻ em cô đơn hoặc bị cách ly, chiến binh trẻ em, quái phụ và người goá vợ, người già và những người không có gia đình khác, được tiếp cận với các hoạt động có thể giúp họ tham gia hòa nhập xã hội.
- Khi cần thiết, một dịch vụ tìm kiếm được thiết lập để giúp đoàn tụ người thân và gia đình.

1. Các chỉ thị xã hội và tâm lý được thảo luận riêng rẽ. Thuật ngữ "can thiệp xã hội" được dùng cho các hoạt động chủ yếu nhằm đến các hiệu quả về mặt xã hội. Cụm từ "can thiệp tâm lý" được dùng cho các can thiệp chủ yếu nhằm tới hiệu quả về tâm lý (hoặc bệnh thần kinh). Một điều được thừa nhận chung là can thiệp xã hội có những hiệu ứng tâm lý thứ cấp, và can thiệp tâm lý có các hiệu ứng xã hội thứ cấp, bản thân thuật ngữ "tâm lý" cũng hàm chứa điều này.

- Khi có người dân phải di dời, nơi trú ngụ được tổ chức nhằm giữ các thành viên gia đình và cộng đồng ở bên nhau.
- Cộng đồng được tham khảo ý kiến về các quyết định về các vị trí nhà thờ, chùa, trường học, các điểm cấp nước và cơ sở vệ sinh ở đâu. Thiết kế các địa điểm cư trú cho những người di cư bao gồm cả các không gian giải trí và văn hoá (xem tiêu chuẩn 1-2 về Nhà ở và Định cư, trang 211-218).

Các chỉ số tâm lý và thần kinh chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Các cá nhân chịu tổn thương về tâm lý dưới tác động của những yếu tố gây chấn thương tâm lý được hỗ trợ ban đầu tại các cơ sở dịch vụ y tế và từ cộng đồng (xem hướng dẫn 3).
- Việc chăm sóc đối với những người có nhu cầu hỗ trợ khẩn cấp về tâm lý thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu. Các loại thuốc điều trị về thần kinh phù hợp với danh mục thuốc thiết yếu, có sẵn ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu (hướng dẫn 4).
- Các cá nhân có tiền sử rối loạn thần kinh tiếp tục nhận được sự điều trị thích hợp và tránh sự gián đoạn đột ngột có hại về nguồn cung cấp thuốc men. Các nhu cầu cơ bản của các bệnh nhân nội trú trong các bệnh viện thần kinh được đáp ứng.
- Nếu tình trạng thảm họa kéo dài, các kế hoạch cần được triển khai sớm để cung cấp những biện pháp can thiệp tâm lý toàn diện hơn dựa vào cộng đồng trong giai đoạn sau thảm họa (xem hướng dẫn 5).

Hướng dẫn

1. **Thông tin:** Tiếp cận thông tin không chỉ là một quyền con người mà còn giúp giảm sự ức chế và lo ngại của cộng đồng. Cần cung cấp những thông tin về bản chất và quy mô thảm họa cũng như những nỗ lực thiết lập sự an toàn thể chất cho người dân. Ngoài ra, người dân cũng cần được thông tin về các hoạt động cứu trợ cụ thể đang được thực hiện bởi chính phủ, nhà chức trách địa phương và các tổ chức cứu trợ, và địa điểm của các hoạt động đó. Thông tin phải được phổ biến theo các nguyên tắc thông tin rủi ro, ví dụ thông tin phải đơn giản (hiểu được đối với trẻ em 12 tuổi Ở địa phương) và mang tính chia sẻ (thể hiện sự thấu hiểu hoàn cảnh của những người sống sót qua thảm họa).

- 2. An táng:** Các gia đình người bị nạn được tạo mọi điều kiện để nhìn thấy thi thể người thân trước khi chôn cất nếu phù hợp về văn hóa. Phải tránh việc tiêu huỷ các thi thể mà không có lễ tang (xem tiêu chuẩn 5 - Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng, hướng dẫn 8, trang 269).
- 3. Sơ cứu tâm lý:** Kể cả trong dân chúng cũng như giữa các nhân viên cứu trợ, những tác động của các nguyên nhân gây căng thẳng thần kinh sẽ phải được kiểm chế tốt nhất nếu các nhân viên y tế và cộng đồng tuân theo những nguyên tắc về sơ cứu tâm lý. Điều này đòi hỏi chăm sóc cơ bản, tế nhị, phù hợp và lắng nghe nhưng không ép buộc nói chuyện; đánh giá các nhu cầu và đảm bảo các nhu cầu cơ bản được đáp ứng; khuyến khích nhưng không ép buộc trả lời theo gợi ý; được bảo vệ khỏi bất kỳ những đe dọa nào khác. Hình thức sơ cứu này được truyền đạt nhanh chóng cho cả những tinh nguyện viên và các nhà chuyên môn. Cần cảnh báo các nhân viên y tế tránh lạm dụng thuốc benzodiazepines do có nguy cơ bị lệ thuộc vào thuốc.
- 4. Chăm sóc những người có nhu cầu được hỗ trợ khẩn cấp về thần kinh:** Các hiện tượng thần kinh đòi hỏi chăm sóc ngay lập tức bao gồm tình trạng hoảng loạn đối với bản thân hoặc những người khác, các chứng rối loạn tâm thần, tình trạng suy sụp nghiêm trọng và chứng điên.
- 5. Can thiệp tâm lý dựa vào cộng đồng:** Các biện pháp can thiệp phải dựa vào việc đánh giá các dịch vụ hiện có và sự hiểu biết về ngữ cảnh văn hoá - xã hội. Các can thiệp này phải bao gồm việc sử dụng các cơ chế thích ứng phù hợp của cá nhân và cộng đồng để giúp các đối tượng này tái lập sự kiểm soát hoàn cảnh của chính mình. Cần có sự phối hợp giữa các nhà lãnh đạo cộng đồng và những thầy thuốc tại địa phương, khi có thể. Các nhóm tự quản dựa vào cộng đồng cần được khuyến khích. Các nhân viên làm công tác xã hội tại cộng đồng cần được đào tạo và giám sát để giúp đỡ các nhân viên y tế có áp lực công việc nặng nề và thực hiện các hoạt động tại thực địa để giúp hỗ trợ sự chăm sóc dành cho các nhóm dễ tổn thương và các nhóm thiểu số.

Tiêu chuẩn 4 - Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm: Các bệnh mãn tính

Các nhóm dân cư mắc các bệnh mãn tính - nguyên nhân gây ra tỷ lệ tử vong cao, cần được tiếp cận các liệu pháp ngăn chặn tử vong.

Các chỉ số chính (xem cùng với hướng dẫn)

- Một (hoặc các) cơ quan đặc thù được chỉ định làm công tác điều phối các chương trình dành cho các cá nhân mắc những bệnh mãn tính nếu việc chấm dứt điều trị đột ngột có thể dẫn tới tử vong (xem hướng dẫn 1).
- Các cá nhân mắc bệnh mãn tính được xác định và đăng ký một cách tích cực.
- Nên có sẵn thuốc dành cho việc điều trị thông thường và liên tục các bệnh mãn tính thông qua hệ thống chăm sóc y tế ban đầu, miễn là những loại thuốc này nằm trong danh mục thuốc thiết yếu.

Hướng dẫn

1. **Các bệnh mãn tính:** Cho đến nay chưa có một hướng dẫn điều trị chung nào được thiết lập đối với các bệnh mãn tính trong thời kỳ thảm họa. Trong những tình huống khẩn cấp, phức tạp gần đây Ở các quốc gia nơi mà bệnh nhân trước đó được tiếp cận với sự điều trị liên tục các bệnh mãn tính ưu tiên được dành cho những ca bệnh mà sự gián đoạn về điều trị có thể dẫn đến tử vong, kể cả suy thận mãn Ở mức độ phải chạy thận nhân tạo, tiểu đường phụ thuộc thuốc insulin và một số loại ung thư Ở trẻ em. Đây không phải là các chương trình mới cho các đối tượng này mà là sự tiếp tục các liệu pháp đang được thực hiện giúp duy trì tính mạng. Trong tương lai, các chương trình dành cho những bệnh mãn tính khác cũng có thể trở nên thích hợp. Việc đưa vào các chương trình hay chế độ trị liệu mới để điều trị các ca bệnh mãn tính là không phù hợp trong giai đoạn thực hiện các nỗ lực cứu hộ, cứu nạn nếu như nhóm dân cư không có sự tiếp cận với những phương cách trị liệu như vậy trước khi thảm họa xảy ra. Cần có điều trị điều đặn và thường xuyên các bệnh mãn tính ổn định thông qua hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, với các thuốc men đã được liệt kê trong danh mục thuốc thiết yếu.

Phụ lục 1

Danh mục kiểm tra đánh giá các dịch vụ y tế

Chuẩn bị

- Thu thập các thông tin có sẵn về nhóm dân cư bị thảm họa ảnh hưởng và các nguồn lực từ phía chính phủ và những hỗ trợ từ các nguồn lực quốc tế.
- Thu thập những bản đồ và ảnh chụp từ trên không.
- Thu thập các dữ liệu y tế và nhân khẩu học từ phía chính phủ và các nguồn quốc tế.

An ninh và tiếp cận

- Xác định sự tồn tại của các nguy cơ đang tiếp diễn do thiên nhiên và con người gây ra.
- Xác định tình trạng an ninh chung, kể cả sự có mặt của các lực lượng hoặc những chiến binh vũ trang.
- Xác định phương thức tiếp cận những nhóm dân cư bị ảnh hưởng mà các tổ chức nhân đạo có thể có được.

Nhân khẩu và cấu trúc xã hội

- Xác định tổng dân số bị ảnh hưởng bởi thảm họa và tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi.
- Xác định phân bố tuổi và giới tính của nhóm dân cư.
- Xác định các nhóm có nguy cơ cao, ví dụ phụ nữ, trẻ em, người già, người khuyết tật, những người nhiễm/mắc HIV/AIDS, các thành viên của các nhóm xã hội hoặc dân tộc nhất định.
- Xác định số thành viên bình quân trong hộ gia đình và ước tính số hộ gia đình do phụ nữ hoặc trẻ em là chủ hộ.
- Xác định cấu trúc xã hội hiện tại, kể cả vị trí của các nhà chức trách/ảnh hưởng của họ và vai trò của phụ nữ.

Thông tin nền tảng về y tế

- Xác định các vấn đề y tế hiện tại và các ưu tiên trước khi xảy ra thảm họa tại khu vực bị ảnh hưởng bởi thảm họa. Đảm bảo xác định các vấn đề dịch tễ học tại địa phương.
- Xác định các vấn đề y tế hiện tại và các ưu tiên tại quốc gia gốc nếu trong tình huống liên quan đến người tị nạn. Xác định chắc chắn các vấn đề dịch tễ học của quốc gia gốc.
- Xác định các rủi ro đang xảy ra đối với y tế, ví dụ các bệnh truyền nhiễm tiềm tàng.
- Xác định các nguồn chăm sóc y tế trước đó.
- Xác định các thế mạnh và độ bao phủ của các chương trình y tế công cộng địa phương tại quốc gia gốc của những người tị nạn.

Tỷ lệ tử vong

- Tính toán tỷ lệ tử vong ước tính.
- Tính toán tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi: tỷ lệ tử vong cụ thể theo từng tuổi đối với trẻ em dưới 5 tuổi).
- Tính toán tỷ lệ tử vong cụ thể theo từng nguyên nhân.

Tỷ lệ bệnh tật

- Xác định tỷ lệ mắc các bệnh chính có tầm quan trọng về phương diện y tế công cộng.
- Xác định tỷ lệ mắc các bệnh chính cụ thể theo từng độ tuổi và giới tính nếu có thể.
- Các nguồn lực có sẵn.
- Xác định năng lực và đáp ứng của Bộ Y tế của (các) quốc gia bị ảnh hưởng bởi thảm họa.
- Xác định thực trạng của các cơ sở y tế quốc gia, kể cả tổng số các cơ sở, phân loại và mức độ chăm sóc y tế được thực hiện, tình trạng vật chất và vận hành, mức độ tiếp cận.

- Xác định số lượng và kỹ năng của các nhân viên y tế sẵn có.
- Xác định năng lực và thực trạng hoạt động của các chương trình y tế công cộng sẵn có, ví dụ: Chương trình tiêm chủng mở rộng, các dịch vụ y tế cho bà mẹ và trẻ em.
- Xác định mức độ sẵn có các quy trình đã được chuẩn hoá, các loại thuốc thiết yếu, vật tư và thiết bị.
- Xác định tình trạng của các hệ thống chuyển tiếp sẵn có.
- Xác định tình trạng của các hệ thống thông tin y tế sẵn có.
- Xác định năng lực của các hệ thống hậu cần, đặc biệt do các hệ thống này liên quan đến khâu mua, phân phối và lưu trữ các loại thuốc thiết yếu, vắcxin và các vật tư y tế khác.

Cân nhắc dữ liệu từ các khu vực khác

- Tình trạng dinh dưỡng
- Các điều kiện môi trường
- Thực phẩm và an ninh thực phẩm

Phụ lục 2

Các biểu báo cáo khảo sát hàng tuần

Mẫu khảo sát tử vong 1*

Địa điểm.....

Ngày từ thứ Hai đến Chủ nhật:

Tổng dân số vào đầu tuần này:

Số ca sinh nở tuần này: Số ca tử vong tuần này:

Mới đến tuần này (nếu thích hợp): Đi khỏi tuần này:

Tổng dân số cuối tuần: Tổng dân số dưới 5 tuổi:

	0-4 tuổi		Trên 5 tuổi		Tổng
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
Nguyên nhân cấp tính					
Nhiễm trùng hô hấp cấp tính					
Bệnh tả (Nghi ngờ)					
Tiêu chảy - xuất huyết					
Tiêu chảy - thải nước					
Thương tích - không do tai nạn					
Sốt rét					
Tử vong do sinh nở - trực tiếp					
Sởi					
Viêm màng não (Nghi ngờ)					
Sơ sinh (0-28 ngày)					
Nguyên nhân khác					
Không rõ					
<i>Tổng theo tuổi và giới tính</i>					
Các nguyên nhân gốc rễ					
AIDS (Nghi ngờ)					
Suy dinh dưỡng					
Tử vong do sinh nở - gián tiếp					
Nguyên nhân khác					
<i>Tổng theo tuổi và giới tính</i>					

* Biểu mẫu này được sử dụng khi có nhiều ca tử vong và do vậy không thể ghi nhận thông tin chi tiết hơn về từng trường hợp tử vong do hạn chế về thời gian.

- Tần suất báo cáo (ngày hoặc tuần) tuỳ thuộc số lượng ca tử vong.
- Các nguyên nhân tử vong khác có thể được thêm vào tuỳ theo tình huống và thể loại dịch bệnh.
- Độ tuổi có thể được phân ra chi tiết hơn nữa (0-11 tháng, 1-4 tuổi (T), 5-14T, 15-49T, 50-59T, 60T trở lên) nếu khả thi.
- Các ca tử vong không chỉ được báo cáo từ các cơ sở y tế tại chỗ, phải có thêm các báo cáo từ các lãnh đạo địa phương và lãnh đạo tôn giáo, những người làm công tác cộng đồng, các nhóm phụ nữ và các bệnh viện chuyển tiếp.
- Khi có thể, xác định rõ chi tiết các ca bệnh cần được gán kèm theo biểu mẫu này.

Mẫu khảo sát tử vong 2*

Địa điểm: Ngày từ thứ Hai đến Chủ nhật:

Tổng dân số vào đầu tuần này:

Số ca sinh nở tuần này:

Mới đến tuần này (nếu thích hợp): Đến khôi tuần này: Tổng dân số dưới 5 tuổi:

Số ca tử vong tuần này:

Đi khôi tuần này: Tổng dân số cuối tuần:

Giới lính (nam) lụ tụ	Tuổi	Nguyên nhân tử vong trực tiếp		Nguyên nhân trụ cột	Chết tại bệnh viện hay tại nhà
		Khác (nếu rõ)	Tử vong do sinh nở - gián tiếp		
		Suy dinh dưỡng			
		AIDS (nghi ngờ)			
		Không biết			
		Khác nếu rõ			
		Sơ sinh (0-28 ngày)			
		Viêm màng não (nghi ngờ)			
		Sởi			
		Tử vong do sinh nở			
		Sốt rét			
		Thương tích không do tai nạn			
		Tiêu chảy - xuất huyết			
		Tiêu chảy thể nước			
		Bệnh tả (nghi ngờ)			
		Nhiễm trùng hô hấp			

* Biểu mẫu này được sử dụng khi có đủ thời gian để ghi nhận dữ liệu về các ca tử vong đơn lẻ; nó cho phép phân tích theo tuổi, điều tra về sự bùng phát theo vị trí địa lý và cho thấy lý lẽ khai thác các cơ sở y tế.

- Tần suất báo cáo (ngày hoặc tuần) tuy thuộc số lượng ca tử vong.

- Các nguyên nhân tử vong khác có thể được thêm vào tuy theo hình hướng.

- Các ca tử vong không chỉ được báo cáo từ các cơ sở y tế tại chung cư, phải có thêm các báo cáo từ các lãnh đạo địa phương và lãnh đạo tôn giáo, những người làm công tác cộng đồng, các nhóm phụ nữ và các bệnh viện chuyên khoa.

- Khi có thể, xác định chi tiết rõ các ca bệnh cần được gán kèm theo biểu mẫu này.

Biểu mẫu Báo cáo khảo sát Bệnh Hàng tuần

Địa điểm

Ngày từ thứ Hai đến Chủ nhật:

Tổng dân số vào đầu tuần này:

Số ca sinh nở tuần này: Số ca tử vong tuần này:

Mới đến tuần này (nếu thích hợp): Đã khỏi tuần này:

Tổng dân số cuối tuần: Tổng dân số dưới 5 tuổi:

Bệnh tật	Dưới 5 tuổi			5 tuổi trở lên (ca bệnh mới)			Tổng ca mới	Mắc lại
	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng		
Nhiễm trùng hô hấp cấp tính**								
AIDS (nghi ngờ)								
Thiếu máu								
Bệnh tả (nghi ngờ)								
Tiêu chảy - xuất huyết								
Tiêu chảy - thè nước								
Các bệnh về mắt								
Sốt rét								
Suy dinh dưỡng								
Sởi								
Viêm màng não (nghi ngờ)								
Thương tích tai nạn								
Thương tích - không do tai nạn								
Bệnh tinh dục								
Loét cơ quan sinh dục								
Viêm đường tiết niệu nam								
Chảy mũi âm đạo								
Đau bụng dưới								
Ghè lở								
Các bệnh ngoài da trừ bệnh ghẻ								
Giun sán								
Bệnh khác								
Không biết								
Tổng								

* Có thể có nhiều hơn một triệu chứng; danh sách bệnh có thể được thêm hoặc bớt tùy linh hoạt cụ thể.

** Các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính: ở một số quốc gia, hàng mục bệnh này có thể được chia ra làm các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên và dưới.

- Có thể thêm hoặc bớt các nguyên nhân gây bệnh tùy theo tình huống và loại hình dịch bệnh.

- Độ tuổi có thể được phân ra chi tiết hơn nữa (0-11 tháng, 1-4 tuổi, 5-14 tuổi, 15-49 tuổi, 50-59 tuổi, 60 tuổi trở lên) trong chứng mục khai thi

Số lần đến khám tại cơ sở y tế	Dưới 5 tuổi			Trên 5 tuổi			Tổng	
	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ
Tổng số lần khám								

Tỷ lệ sử dụng: số lần khám trên mỗi người một năm tại cơ sở y tế = số lần đến khám trong 1 tuần / tổng số dân x 52 tuần.

- Độ tuổi có thể được phân ra chi tiết hơn nữa (0-11 tháng, 1-4 tuổi, 5-14 tuổi, 15-49 tuổi, 50-59 tuổi, 60 tuổi trở lên) trong chứng mục khai thi
Số lần khám bệnh của mỗi thầy thuốc: Tổng số lần đến khám (mới và khám lại) / FTE thầy thuốc tại cơ sở y tế / số ngày cơ sở y tế
hoạt động mỗi tuần.

Phụ lục 3

Các công thức tính tỷ lệ mắc bệnh và tử vong

Tỷ lệ tử vong ước tính (CMR)

- *Định nghĩa:* Tỷ lệ tử vong trong toàn nhóm dân cư, kể cả hai giới và mọi lứa tuổi. Tỷ lệ tử vong ước tính có thể được diễn tả bằng nhiều mẫu số dân số tiêu chuẩn khác nhau và trong các khoảng thời gian khác nhau, ví dụ số ca tử vong trên 100 người mỗi tháng hoặc số ca tử vong trên 1.000 người mỗi năm.
- *Công thức thường dùng nhất trong các tình huống thảm họa:*

Tổng số ca tử vong trong một khoảng thời gian 10.000 người

$$\begin{array}{l} \text{Tổng dân số} \quad \quad \quad \times \quad \quad \quad \text{Số ngày trong khoảng thời gian} \\ = \text{số tử vong}/10.000 \text{ người/ngày} \end{array}$$

Tỷ lệ tử vong dưới 5 tuổi

- *Định nghĩa:* Tỷ lệ chết của trẻ em dưới 5 tuổi trong nhóm dân cư.
- Công thức thường dùng nhất trong các tình huống thảm họa (tỷ lệ chết theo tuổi của các trẻ em dưới 5 tuổi):

Tổng số ca tử vong ở trẻ em <5 tuổi 10.000 người
Trong khoảng thời gian

$$\begin{array}{l} \text{Tổng số trẻ em <5 tuổi} \quad \quad \quad \times \quad \quad \quad \text{Số ngày trong khoảng thời gian} \\ = \text{số tử vong}/10.000 \text{ người/ngày} \end{array}$$

Tỷ lệ mắc

- **Định nghĩa:** Số ca bệnh mới mắc trong một khoảng thời gian xác định trong nhóm dân cư có rủi ro nhiễm bệnh.
- Công thức thường dùng nhất trong các tình huống thăm họa:

$$\frac{\text{Số ca mới mắc một bệnh cụ thể}}{\text{trong khoảng thời gian nhất định}} \times 1.000 \text{ người}$$

Nhóm dân cư có rủi ro nhiễm bệnh \times Số tháng trong khoảng thời gian đó
= số ca mới đối với một bệnh cụ thể/1.000/tháng

Tỷ lệ tử vong theo ca (CFR)

- **Định nghĩa:** Số người bị chết vì một căn bệnh chia cho số người mắc bệnh đó.
- **Công thức:**

$$\frac{\text{Số người chết vì một loại bệnh trong khoảng thời gian}}{\text{Số người mắc bệnh trong khoảng thời gian đó}} \times 100 = x\%$$

Tỷ lệ sử dụng cơ sở y tế

- **Định nghĩa:** Số bệnh nhân điều trị ngoại trú khám bệnh trên đầu người mỗi năm. Những lúc có thể cần phân biệt giữa các lần khám mới và khám lại, và số lần khám mới sẽ được dùng để xác định tỷ lệ này. Tuy nhiên thường khó phân tách số các lần khám mới và khám lại nên thường người ta dùng tổng số lần tới khám bệnh trong thời gian thăm họa.
- **Công thức:**

$$\frac{\text{Tổng số lần đến khám bệnh trong một tuần}}{\text{Tổng số dân}} \times 52 \text{ tuần} = \text{Số lần tới khám/người/năm}$$

Số lần khám của mỗi thầy thuốc trong ngày

- **Định nghĩa:** Trung bình số lần khám (mới và khám lại) của mỗi thầy thuốc trong một ngày.
- **Công thức:**

$$\frac{\text{Tổng số lần khám (mới và khám lại)}}{\text{Chỉ số thầy thuốc FTE* tại cơ sở y tế}} \div \frac{\text{Số ngày cơ sở y tế mở cửa}}{\text{trong tuần}}$$

* FTE (làm việc toàn phần thời gian tương đương) cho thấy số lượng thầy thuốc tương đương làm việc tại cơ sở y tế. Ví dụ, nếu có 6 thầy thuốc làm việc tại khoa điều trị ngoại trú nhưng hai trong số họ làm một phần thời gian, chỉ số thầy thuốc FTE = 4 nhân viên làm việc toàn phần thời gian + 2 nhân viên bán thời gian = 5 thầy thuốc FTE.

Phụ lục 4

Tài liệu tham khảo

Cám ơn chương trình Forced Migration Online (Chương trình nối mạng trực tuyến về di cư bị cưỡng ép) của Trung tâm Nghiên cứu người tị nạn, Trường Đại học Oxford, nhiều tài liệu sử dụng ở đây đã được cấp giấy phép bản quyền và được sử dụng cho trang đặc biệt của dự án Sphere liên kết với trang web <<http://www.forcedmigration.org>>.

Các công cụ luật pháp quốc tế

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General comment 14, 11 August 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Baccino-Astrada, A (1982). Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

Mann, J. Gruskin, S. Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge.

WHO (2002), 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. World Health Organisation. <http://www.who.int/hhr>

Hệ thống y tế và cơ sở hạ tầng

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), Basic Epidemiology. World Health Organisation. Geneva. Management Sciences for Health (1997). Managing Drug Supply (Second Edition). Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Médecins Sans Frontières (1993), Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual. Médecins Sans Frontières. Paris.

Médecins Sans Frontières (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

- Noji, E (ed.) (1997). The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.
- Perrin, P (1996). Handbook on War and Public Health. International Committee of the Red Cross. Geneva.
- UNHCR/WHO (1996). Guidelines for Drug Donations. World Health Organisation and United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.
- UNHCR (2001). Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes (CD-ROM). United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.
- WHO/PAHO (2001). Health Library for Disasters (CD-ROM). World Health Organisation/Pan-American Health Organization. Geneva.
- WHO (1998). The New Emergency Health Kit 1998. World Health Organisation. Geneva.
- WHO (1999). Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. World Health Organisation. Geneva.
- WHO (1994). Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. World Health Organisation. Geneva.

Kiểm soát các bệnh truyền nhiễm

Chin, J (2000), Control of Communicable Diseases Manual (17th Edition). American Public Health Association. Washington, DC. Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), Manson's Tropical Diseases. WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/AIDS in Emergency Settings (2003), Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings. UNAIDS. Geneva (in press). (This document will replace UNAIDS, 1998, Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings).

International Rescue Committee (2003). Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT. Pasteur Institute: <http://www.pasteur.fr>

UNAIDS: <http://www.unaids.org>

WHO (1993), Guidelines for Cholera Control. World Health Organisation. Geneva.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. World Health Organisation. Geneva.

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2003), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook. World Health Organisation. Geneva (in press).

WHO (1993), The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines. World Health Organisation. Geneva.

Kiểm soát các bệnh không truyền nhiễm

Thương tích

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross. Geneva.

Médecins Sans Frontières (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Médecins Sans Frontières. Paris.

PAHO-OPS (1995), Establishing a Mass Casualty Management System. Pan-American Health Organization. Geneva.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. World Health Organisation. Geneva.

Sức khoẻ sinh sản

Reproductive Health for Refugees Consortium (1997), Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools. RHR Consortium. Interagency Working Group (1999), An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva. UNFPA: <http://www.unfpa.org>

UNFPA (2001). The Reproductive Health Kit for Emergency Situations (Second Edition). UNFPA.

UNHCR (2003), Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response. Draft for field-testing, 8 July 2002. (This document will replace the UNHCR 1995 Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response).

WHO (2001), Clinical Management of Survivors of Rape. World Health Organisation. Geneva.

Các khía cạnh tinh thần và xã hội của y tế

National Institute of Mental Health (2002), Mental Health and Mass

Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus

on Best Practices. (NIH Publication No. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov>

WHO (2003), Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors. World Health Organisation. Geneva.

WHO/UNHCR (1996), Mental Health of Refugees. World Health Organisation. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int>

Bệnh mãn tính

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al (eds.), The Washington Manual of Medical Therapeutics (30th Edition). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al (eds.) (2001), Harrison's Principles of Internal Medicine (15th Edition). McGraw Hill Professional. New York.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.), Current Medical Diagnosis and Treatment 2003 (42nd Edition). McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.

Các trang Web

Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters:

<http://www.ered.be>

International Committee of the Red Cross: <http://www.icrc.org>

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies:

<http://www.ifrc.org>

Pan-American Health Organization: <http://www.paho.org>

United Nations High Commissioner for Refugees: <http://www.unhcr.ch>

UNICEF: <http://www.unicef.org>

World Health Organisation: <http://www.who.int>

Ghi chú

Y tế

Ghi chú



1 Các văn bản pháp lý làm trụ cột cho Sổ tay Sphere

Hiến chương Nhân đạo và các Tiêu chuẩn Tối thiểu trong Ứng phó Thảm họa được xây dựng từ các văn bản sau:

Tuyên ngôn Nhân quyền toàn cầu 1948.

Hiệp ước quốc tế về các Quyền Chính trị và Dân sự 1966.

Hiệp ước quốc tế về các Quyền Kinh tế, Xã hội và Văn hoá 1966.

Hiệp định quốc tế về Xoá bỏ mọi hình thức phân biệt chủng tộc 1969.

Bốn Công ước Geneva 1949 và hai Nghị định bổ sung 1977.

Công ước về Thân phận Người tị nạn 1951 và Nghị định về Thân phận Người tị nạn 1967.

Công ước Chống tra tấn và đánh đập tàn bạo, bất nhân hay đối xử tồi tệ hay trừng phạt 1984.

Công ước về Ngăn ngừa và Trừng phạt tội ác diệt chủng 1948.

Công ước về Quyền Trẻ em 1989.

Công ước về Xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ 1979.

Công ước về Thân phận của những người không quốc tịch 1960.

Những nguyên tắc hướng dẫn về di dân trong nước 1998.

2 Luật ứng xử của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các tổ chức phi chính phủ (NGOs) trong cứu trợ thảm họa

Do Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế (Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ) và Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế cùng chuẩn bị¹

Mục đích

Luật ứng xử này nhằm bảo vệ các tiêu chuẩn xử sự của chúng ta. Đây không phải là các chi tiết hành động, như là cách tính toán về khẩu phần lương thực hay thiết lập một trại tị nạn. Mà là nhằm duy trì tiêu chuẩn cao về tính độc lập, hiệu quả và tác động mà NGOs và Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế tham gia ứng phó thảm họa mong muốn đạt được. Đây là Luật tự nguyện, được tăng cường sức mạnh nhờ các tổ chức chấp nhận luật, quyết tâm thực thi các tiêu chuẩn nêu trong luật.

Trong trường hợp có xung đột vũ trang, Luật ứng xử này sẽ được giải thích và áp dụng phù hợp với Luật nhân đạo quốc tế.

Ghi chú

1. Tài trợ bởi các tổ chức: Caritas Quốc tế*, Cứu trợ Thiên chúa giáo (Catholic Relief Services*), Hiệp Hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế*, Liên minh cứu trợ trẻ em quốc tế*, Lutheran World Federation*, Oxfam*, Hội đồng Nhà thờ thế giới (The World Council of Churches)*, ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế (* thành viên của Ban Điều hành ứng phó nhân đạo).

Phần đầu giới thiệu Luật ứng xử. Sau đó là ba phụ lục miêu tả môi trường hoạt động mà chúng ta mong muốn chính phủ các nước tiếp nhận, Chính phủ các nước tài trợ và các Tổ chức Liên Chính phủ tạo ra để hỗ trợ thuận lợi việc tiến hành cứu trợ nhân đạo có hiệu quả.

Các khái niệm

NGOs: NGOs (Tổ chức phi chính phủ) có nghĩa là các tổ chức quốc gia và quốc tế, được thiết lập riêng biệt với chính phủ của nước mà ở đó các tổ chức được thành lập.

NGHAs: Trong cuốn sách này, là viết tắt của các Tổ chức nhân đạo phi chính phủ. Các tổ chức này góp phần tạo thành các bộ phận của Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế - Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế, Hiệp Hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các Hội quốc gia thành viên - và các NGOs đã định nghĩa ở trên. Luật này đặc biệt kể đến các NGHAs có tham gia vào ứng phó thảm họa.

IGOs: IGOs (Các Tổ chức liên chính phủ) là các tổ chức được thiết lập bởi hai hay nhiều chính phủ. Gồm toàn bộ các cơ quan Liên hợp quốc, các tổ chức khu vực.

Thảm họa: Một thảm họa là một sự kiện gây ra các mất mát về người, đau đớn tột cùng về thể xác và tinh thần, và thiệt hại vật chất to lớn.

Luật ứng xử

Những nguyên tắc ứng xử của Phong trào
Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế và các
NGOs trong các Chương trình Ứng phó Thảm họa

1 Nhu cầu nhân đạo tối thiểu là trên hết

Quyền được nhân trợ giúp nhân đạo, và giúp đỡ, là nguyên tắc nhân đạo cơ bản mà tất cả công dân các nước phải có. Là thành viên của cộng đồng quốc tế, chúng ta công nhận nghĩa vụ của chúng ta là tiến hành cứu trợ nhân đạo bất cứ khi nào cần thiết. Do vậy có nhu cầu không bị ngăn trở khi tiếp cận với người dân bị ảnh hưởng bởi thảm họa có tầm quan trọng cơ bản trong khi thực hiện trách nhiệm cứu trợ nhân đạo. Động cơ tối thượng của hoạt động ứng phó thảm họa là nhằm giảm đau thương cho những người ít có khả năng đứng vững trước những đau khổ do thảm họa gây ra. Khi chúng ta cứu trợ nhân đạo không phải vì hoạt động của các đảng phái hay chính trị và cũng không cho phép bị coi là như vậy.

2 Tiến hành cứu trợ không phân biệt về chủng tộc, tín ngưỡng hay quốc tịch của người hưởng lợi và loại bỏ mọi hình thức phân biệt thù địch. Ưu tiên cứu trợ dựa theo nhu cầu

Bất cứ ở đâu có thể, chúng ta sẽ tiến hành cấp hàng cứu trợ dựa vào đánh giá nhu cầu của những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa và khả năng địa phương có sẵn tại chỗ để đáp ứng nhu cầu đó. Trong tổng thể các chương trình, chúng ta sẽ phản ánh việc đánh giá công bằng. Cần phải giảm nhẹ mọi đau thương của con người mỗi khi điều đó xảy ra, cuộc sống thì đều đáng quý ở mọi miền đất nước. Vì vậy việc cứu trợ của chúng ta sẽ phản ánh mức độ đau thương cần làm giảm. Thực hiện phương pháp này, chúng ta coi trọng vai trò đặc biệt của phụ nữ trong các cộng đồng bị ảnh hưởng bởi thảm họa và sẽ đảm bảo việc tăng cường vai trò của phụ nữ trong các chương trình cứu trợ

của chúng ta. Việc thực hiện chính sách độc lập, vô tư, toàn cầu này chỉ có hiệu quả nếu chúng ta và các bên đối tác có được các nguồn lực cần thiết để tiến hành cứu trợ công bằng, và có quyền tiếp cận bình đẳng mọi người bị ảnh hưởng bởi thảm họa.

3 Cứu trợ sẽ không được sử dụng có lợi cho các quan điểm chính trị hay tôn giáo đặc biệt nào đó

Cứu trợ nhân đạo sẽ được tiến hành theo nhu cầu của cá nhân, gia đình và cộng đồng. Các Tổ chức nhân đạo phi chính phủ (NGHAs) không có quyền tán thành các quan điểm chính trị hay tôn giáo nào đó, chúng ta khẳng định rằng cứu trợ sẽ không phụ thuộc vào việc các đối tượng hưởng lợi có đồng ý với các quan điểm đó hay không. Chúng ta sẽ không gắn những lời hứa hẹn, gắn việc trao hay cấp phát cứu trợ với việc liên kết hay chấp nhận các quan điểm chính trị hay tôn giáo nào đó.

4 Chúng ta phải cố gắng không hành động như công cụ của chính sách đối ngoại của chính phủ

NGHAs là các tổ chức hoạt động độc lập so với chính phủ. Do vậy, chúng ta hoạch định các chính sách riêng và thực hiện các chiến lược và không tìm cách thực hiện chính sách của bất cứ chính phủ nào trừ phi nó phù hợp với chính sách độc lập của riêng tổ chức. Chúng ta sẽ không bao giờ cố tình hay vô ý cho phép chúng ta, hay nhân viên chúng ta bị sử dụng để thu thập thông tin chính trị, quân sự, kinh tế nhạy cảm của chính phủ hay các đơn vị khác nhằm phục vụ các mục đích khác không phải mục đích nhân đạo, hoặc chúng ta sẽ bị sử dụng như là công cụ của chính sách đối ngoại của chính phủ tài trợ. Chúng ta sẽ sử dụng sự cứu trợ mà chúng ta nhận để đáp ứng các nhu cầu và sự cứu trợ đó sẽ không bị chèo lái bởi nhu cầu loại bỏ các hàng hoá dư thừa của nhà tài trợ hay là bởi mối quan tâm chính trị của một nhà tài trợ nào đó. Chúng ta đánh giá cao và thúc đẩy sự cứu trợ tự nguyện về nhân lực và tài chính của các cá nhân đối với công việc của chúng ta và công nhận sự độc lập hành động thúc đẩy bởi động cơ tự nguyện đó. Để có thể bảo vệ sự độc lập đó, chúng ta sẽ tìm cách tránh lệ thuộc vào một nguồn tài trợ nhất định.

5 Chúng ta phải tôn trọng văn hoá và tín ngưỡng

Chúng ta sẽ cố gắng tôn trọng văn hoá, cơ chế và tín ngưỡng của các cộng đồng và đất nước mà chúng ta đang hoạt động.

6 Chúng ta phải cố gắng xây dựng năng lực ứng phó thảm họa địa phương

Mọi người và cộng đồng - kể cả trong thảm họa - đều có khả năng cũng như đều có tình trạng dễ bị tổn thương. Khi có thể, chúng ta sẽ nâng cao khả năng đó lên bằng việc sử dụng cán bộ địa phương, mua các vật liệu địa phương và quan hệ với các công ty địa phương. Khi có thể chúng ta sẽ làm việc thông qua các NGHAs địa phương như là đối tác trong việc lập kế hoạch và thực hiện, và hợp tác với chính quyền địa phương ở những nơi thích hợp. Chúng ta sẽ đặt ưu tiên cao cho việc điều phối ứng phó khẩn cấp phù hợp. Điều đó được thực hiện tốt nhất trong các nước liên quan bằng sự tham gia trực tiếp vào các hoạt động cứu trợ của các NGHAs địa phương, và gồm các đại diện của các cơ quan Liên hợp quốc hữu quan.

7 Cách thức người hưởng lợi tham gia vào việc quản lý cứu trợ

Cứu trợ ứng phó thảm họa không bao giờ được áp đặt lên người hưởng lợi. Cứu trợ hiệu quả và tái thiết lâu dài chỉ có thể đạt được khi mà những người hưởng lợi được tham gia thiết kế, quản lý và thực hiện chương trình cứu trợ. Chúng ta sẽ phấn đấu để đạt được sự tham gia toàn diện của cộng đồng vào các chương trình cứu trợ và tái thiết của chúng ta.

8 Cứu trợ phải phấn đấu giảm tình trạng dễ bị tổn thương do thảm họa trong tương lai cũng như đáp ứng các nhu cầu cơ bản

Các hành động cứu trợ ảnh hưởng đến triển vọng phát triển lâu dài, có thể là tích cực hoặc tiêu cực. Nhận biết điều đó, chúng ta sẽ phấn đấu để thực hiện chương trình cứu trợ nhằm chủ động giảm tình trạng dễ bị tổn thương của người hưởng lợi do thảm họa xảy ra trong tương lai và giúp tạo ra các sinh kế bền vững. Chúng ta sẽ đặc biệt quan tâm đến môi trường khi thiết kế và

quản lý các chương trình cứu trợ. Chúng ta cũng sẽ cố gắng giảm thiểu tác động tiêu cực của trợ giúp nhân đạo, tìm cách tránh sự lệ thuộc lâu dài của người hưởng lợi vào cứu trợ bên ngoài.

9 Chúng ta chịu trách nhiệm trước cả những người chúng ta tìm cách cứu trợ và những nhà tài trợ

Chúng ta thường hành động như là tổ chức liên kết đối tác giữa những người muốn giúp đỡ và những người cần được giúp đỡ trong thời gian thảm họa. Chúng ta, do vậy, giữ vững lòng tin của cả hai phía. Mọi giao dịch của chúng ta với nhà tài trợ và người hưởng lợi phải phản ánh một thái độ công khai và trong sáng. Chúng ta thừa nhận sự cần thiết báo cáo về hoạt động, cả về tài chính và hiệu quả công việc của chúng ta. Chúng ta thừa nhận nghĩa vụ đảm bảo sự điều hành, giám sát phù hợp việc phân phát hàng cứu trợ và tiến hành đánh giá thường kỳ tác động của cứu trợ ứng phó thảm họa. Chúng ta cũng sẽ báo cáo công khai tác động của công việc, và các yếu tố hạn chế hay nâng cao tác động đó. Chương trình của chúng ta sẽ dựa vào tiêu chí cao về trình độ chuyên nghiệp và kinh nghiệm chuyên môn để giảm thiểu việc lãng phí các nguồn lực quý giá.

10 Trong các hoạt động thông tin, tuyên truyền và quảng cáo, chúng ta phải công nhận các nạn nhân thảm họa là những người có phẩm giá, chứ không phải là những thực thể bất hạnh

Không bao giờ quên rằng phải tôn trọng những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa coi họ là một đối tác ngang bằng với mình trong hành động. Trong luồng thông tin phát hành rộng rãi chúng ta phải xây dựng một hình ảnh khách quan về tình hình thảm họa nêu bật các khả năng và ước vọng của những người bị ảnh hưởng, chứ không chỉ nêu ra tình trạng dễ bị tổn thương và nỗi sợ hãi của họ. Trong khi chúng ta hợp tác với các phương tiện truyền thông để thu hút sự giúp đỡ của công chúng, chúng ta sẽ không cho phép các yêu cầu bên ngoài hay nội bộ về quảng cáo có quyền vượt qua nguyên tắc huy động tối đa sự trợ giúp cứu trợ. Chúng ta sẽ tránh cạnh tranh với các tổ chức ứng phó thảm họa khác trên báo chí khi mà sự cạnh tranh đó có thể có hại cho các dịch vụ mà người hưởng lợi sẽ được hưởng hay là cho an ninh của cán bộ hay người hưởng lợi.

Môi trường làm việc

Sau khi đã đón phuơng đồng ý cố gắng tôn trọng luật nêu trên, xin giới thiệu dưới đây một vài hướng dẫn định hướng về môi trường làm việc mà chúng ta mong muốn các chính phủ tài trợ, chính phủ tiếp nhận và các tổ chức liên chính phủ - chủ yếu là các cơ quan Liên hợp quốc - tạo ra nhằm tạo thuận lợi cho sự tham gia hiệu quả của tổ chức nhân đạo phi chính phủ (NGHAs) trong ứng phó thảm họa.

Các hướng dẫn này chỉ có tính trợ giúp. Chúng không có tính bắt buộc về mặt pháp lý, chúng ta cũng không mong đợi chính phủ và các tổ chức liên chính phủ thể hiện sự chấp thuận của họ bằng việc ký bất cứ văn bản nào, mặc dù đây cũng là mục đích cần đạt được trong tương lai. Các hướng dẫn này được trình bày theo tinh thần công khai và hợp tác để các đối tác sẽ nhận thức được mối quan hệ lý tưởng mà chúng ta tìm kiếm với họ.

Phụ lục I: Kiến nghị với chính phủ các nước bị ảnh hưởng bởi thảm họa

1 Chính phủ nên công nhận và tôn trọng sự hoạt động độc lập, nhân đạo và vô tư của NGHAs

NGHAs là các thể chế độc lập. Chính sự độc lập và vô tư đó nên được chính phủ các nước tiếp nhận cùu trợ tôn trọng.

2 Chính phủ nước tiếp nhận nên tạo điều kiện để NGHAs tiếp cận nhanh chóng những người bị ảnh hưởng thảm họa

Nếu NGHAs được hành động phù hợp hoàn toàn với các nguyên tắc nhân đạo, các NGHAs nên được trao quyền tiếp cận nhanh chóng và vô tư những người bị ảnh hưởng của thảm họa để trao hàng cứu trợ nhân đạo. Chính phủ nước tiếp nhận có nghĩa vụ như là việc thực hiện một phần chủ quyền khi không ngăn cản cứu trợ nhân đạo, và chấp nhận các hoạt động không thiên vị và phi chính trị của NGHAs. Chính phủ nước tiếp nhận nên

tạo điều kiện để cán bộ cứu trợ có thể nhanh chóng vào nước mình bằng cách loại bỏ các điều kiện về quá cảnh, thị thực nhập và xuất cảnh, hay thu xếp để nhanh chóng chấp thuận. Chính phủ nên cho phép bay qua hay hạ cánh cho máy bay chở hàng cứu trợ quốc tế và nhân viên trong giai đoạn cứu trợ khẩn cấp.

3 Các chính phủ nên tạo điều kiện để luồng hàng cứu trợ và thông tin được kịp thời trong thảm họa

Hàng cứu trợ và thiết bị mang vào một nước chỉ dùng cho mục đích giám nhẹ đau thương của con người, không vì lợi ích thương mại hay lợi nhuận. Hàng cứu trợ thường phải được miễn phí, bị hạn chế và không bị yêu cầu về chứng nhận lãnh sự, về nguồn gốc hay hoá đơn, giấy phép nhập và xuất hay các hạn chế khác, hay là thuế nhập khẩu, phí đồ hay kho bãi.

Việc tạm nhập các thiết bị cứu trợ cần thiết gồm các xe tải, máy bay hạng nhẹ và thiết bị liên lạc, nên được chính phủ nước tiếp nhận tạo điều kiện miễn giấy phép tạm thời hay là hạn chế đăng ký. Tương tự chính phủ không nên hạn chế việc tái xuất thiết bị cứu trợ sau khi chiến dịch cứu trợ hoàn tất.

Để tạo điều kiện thông tin liên lạc, chính phủ nước tiếp nhận được khuyến khích nên dành một vài tần số để các tổ chức cứu trợ có thể sử dụng liên lạc trong nước và quốc tế phục vụ liên lạc trong thảm họa và thông báo cho các cộng đồng ứng phó thảm họa biết các tần số đó trước khi thảm họa xảy ra. Chính phủ nên cho phép các nhân viên cứu trợ được sử dụng mọi phương tiện thông tin cần thiết cho hoạt động cứu trợ của họ.

4 Các chính phủ nên tìm cách điều phối thông tin thảm họa và lập kế hoạch

Việc lập kế hoạch và điều phối chung các cố gắng cứu trợ là trách nhiệm cấp thiết của chính phủ nước tiếp nhận. Lập kế hoạch và điều phối có thể được nâng cao rất nhiều nếu NGHAs được cung cấp thông tin về nhu cầu cứu trợ và các hệ thống của chính phủ về lập kế hoạch và thực hiện cố gắng cứu trợ cũng như thông tin về các rủi ro an ninh tiềm ẩn có thể gặp phải. Chính phủ nên nhanh chóng trao đổi các thông tin trên cho NGHAs.

Để tạo điều kiện cho việc điều phối thích hợp và sử dụng hiệu quả các cố gắng cứu trợ, chính phủ nước tiếp nhận nên nhanh chóng bổ nhiệm trước khi thảm họa xảy ra một cơ quan duy nhất để giúp các NGHAs liên lạc với cơ quan chính quyền quốc gia.

5 Cứu trợ thảm họa trong xung đột vũ trang

Trong xung đột vũ trang, các hoạt động cứu trợ được tiến hành theo các điều khoản thích hợp của Luật nhân đạo quốc tế.

Phụ lục II: Kiến nghị với các chính phủ tài trợ

1 Chính phủ nên công nhận và tôn trọng sự hoạt động độc lập, nhân đạo và vô tư của NGHAs

NGHAs là các thể chế độc lập mà sự độc lập và vô tư đó nên được chính phủ tài trợ tôn trọng. Chính phủ tài trợ không nên sử dụng NGHAs để thúc đẩy các mục tiêu chính trị hay tư tưởng.

2 Chính phủ tài trợ nên tài trợ cùng với một đảm bảo được độc lập hành động

NGHAs chấp nhận trợ giúp bằng tiền và hiện vật từ chính phủ tài trợ với tinh thần là họ sẽ chuyển cho những người chịu thảm họa; một hành động nhân đạo và độc lập. Việc thực hiện hoạt động cứu trợ là trách nhiệm hoàn toàn của NGHAs và sẽ được thực hiện theo chính sách của NGHAs.

3 Chính phủ tài trợ nên sử dụng các cơ quan tốt của chính phủ để giúp NGHAs tiếp cận những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa

Chính phủ tài trợ nên công nhận tầm quan trọng của việc chấp thuận trách nhiệm đối với an ninh và tự do tiếp cận khu vực thảm họa của nhân viên NGHAs. Chính phủ tài trợ phải được chuẩn bị để làm công tác ngoại giao với chính phủ nước tiếp nhận về các nội dung trên nếu cần.

Phụ lục III: Kiến nghị với các tổ chức liên chính phủ

1. IGOs nên công nhận NGHAs, trong nước và nước ngoài như là các đối tác quý báu

NGHAs đang mong muốn được làm việc với các cơ quan Liên hợp quốc và các cơ quan liên chính phủ khác để ứng phó thảm họa tốt hơn. Họ làm việc với tinh thần đối tác tôn trọng sự toàn vẹn và độc lập của tất cả các bên. Các cơ quan liên chính phủ phải tôn trọng sự độc lập và vô tư của NGHAs. NGHAs phải được các cơ quan Liên hợp quốc tham vấn khi chuẩn bị các kế hoạch cứu trợ.

2. IGOs phải hỗ trợ chính phủ nước tiếp nhận bằng cách cung cấp khung điều phối tổng thể về cứu trợ thảm họa quốc tế và trong nước

NGHAs thường không có tên chỉ cung cấp khung điều phối tổng thể cho các thảm họa cần có ứng phó quốc tế. Trách nhiệm đó thuộc chính phủ nước tiếp nhận và các cơ quan Liên hợp quốc. Họ nên cung cấp dịch vụ này một cách đúng lúc và hiệu quả để phục vụ nhà nước bị ảnh hưởng và cộng đồng ứng phó thảm họa quốc gia và quốc tế. Trong bất cứ hoàn cảnh nào, NGHAs phải cố gắng hết sức để đảm bảo sự điều phối hiệu quả dịch vụ của chính họ.

Trong xung đột vũ trang, các hoạt động cứu trợ sẽ do các điều luật nhân đạo quốc tế điều chỉnh.

3. IGOs phải mở rộng việc bảo vệ an ninh dành cho các tổ chức Liên hợp quốc cho NGHAs

Khi dịch vụ an ninh được cung cấp cho các IGOs thì dịch vụ đó được mở rộng cho các NGHAs là đối tác hoạt động khi có yêu cầu.

4. IGOs phải đảm bảo cho NGHAs cũng được tiếp cận với các thông tin phù hợp như các tổ chức Liên hợp quốc

IGO s nên chia sẻ toàn bộ thông tin xác đáng cần có cho việc thực hiện ứng phó thảm họa có hiệu quả với các đối tác hoạt động là các Tổ chức nhân đạo phi chính phủ - NGHAs.

3 Công nhận đóng góp

Nhóm cán bộ Dự án Sphere

Giám đốc Dự án: Nan Buzard

Giám đốc Đào tạo: Sean Lowrie

Cán bộ Dự án: Veronica Foubert

Trợ lý cao cấp Dự án: Elly Proudflock

Ban Quản lý Dự án Sphere

InterAction (Nhóm hành động chung) - Save the Children Alliance (Liên minh cứu trợ trẻ em) - CARE International (CARE quốc tế) - The Lutheran World Federation (ACT) (Liên đoàn thế giới Lutheran) - Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies (VOICE) (Các tổ chức tự nguyện hợp tác ứng phó khẩn cấp) - Mercy Corps (Tập đoàn Mercy) - Action by Churches Together (ACT) (Nhóm hành động chung nhà thờ) - Oxfam GB (OXFAM Anh) - Steering Committee for Humanitarian Response (Ủy ban Điều hành ứng phó nhân đạo) - International Committee of the Red Cross (Ủy ban quốc tế Chữ thập đỏ) - International Federation of the Red Cross and Red Crescent (Hiệp Hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế) - International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Hội đồng Quốc tế các cơ quan tình nguyện) - Caritas Internationalis (Caritas quốc tế)

Nhà tài trợ

Cùng với sự đóng góp của các tổ chức thành viên nêu trên, Dự án Sphere cũng còn nhận được sự tài trợ của các tổ chức sau:

Cơ quan Phát triển quốc tế Australia (AusAID) - Bộ Phát triển Bí - Cơ quan Phát triển quốc tế Canada (CIDA) - Caritas Tây Ban Nha - Cơ quan trợ giúp Phát triển quốc tế Đan Mạch (DANIDA) - Ban Ứng phó thảm họa khẩn cấp (DEC) - Cơ quan Phát triển chính phủ Phần Lan (FINIDA) - Văn phòng Nhân đạo cộng đồng châu Âu (ECHO) - Quỹ Ford - Cơ quan Hợp tác phát triển Ireland (DCI) - Phòng Trợ giúp nhân đạo Bộ Ngoại giao Hà Lan - Bộ

Ngoại giao và Thương mại New Zealand - Bộ Đô thị ngoại Na Uy - Cơ quan Hợp tác phát triển Thụy Điển (Sida) - Cơ quan Hợp tác và Phát triển Thụy Sĩ (SDC) - Quỹ Trẻ em Liên hợp quốc (UNICEF) - Cơ quan Phát triển quốc tế Vương quốc Anh (DFID) - Văn phòng Bộ Ngoại giao về người tị nạn và di trú Hoa Kỳ (US-PRM) - Cơ quan Phát triển quốc tế Hoa Kỳ Văn phòng Trợ giúp thảm họa nước ngoài (US-OFDA)

Các chuyên gia chủ chốt cho các Chương kỹ thuật

Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh: Andy Bastable, Oxfam Anh

An ninh lương thực: Helen Young, Đại học Tổng hợp Tufts

Định dưỡng: Anna Taylor, Cứu trợ Trẻ em Vương quốc Anh

Trợ giúp lương thực: John Solomon, CARE Mỹ và NM Prusty, CARE Ấn Độ

Nhà ở, Định cư và hàng Phi lương thực: Graham Saunders, Tổ chức Cứu trợ Thiên chúa giáo

Dịch vụ Y tế: Richard J Brennan, Ban Cứu hộ quốc tế

Các Tiêu chuẩn chung: ngoài các chuyên gia chủ chốt và điều phối viên các nội dung liên đới, Chương này còn nhận được sự đóng góp của: Jock Baker, Nan Buzard, Jim Good, Maurice Henderson, Susanne Jaspars, Charles Kelly, Ron Ockwell, Sylvie Robert

Điều phối viên các vấn đề liên đới

Trẻ em: Jane Gibreel, Cứu trợ Trẻ em Vương quốc Anh

Người già: Nadia Saim, Tổ chức giúp đỡ người già quốc tế

Người khuyết tật: Beverly Ashton, Hành động vì khuyết tật và phát triển

Giới: Rosemarie McNairn, Oxfam Anh

Bảo vệ: Ed Schenkenberg, ICVA

HIV/AIDS: Paul Spiegel, UNHCR/CDC

Môi trường: Mario Pareja, CARE/UNHCR

Hướng dẫn các cuộc họp chỉnh lý tài liệu: Isobel McConnon

Chủ biên: David Wilson

Lời Cám ơn

Các tiêu chuẩn Sphere và các chỉ số được xây dựng trên các kinh nghiệm và thực tiễn hoạt động tập thể của các cá nhân và tổ chức tích cực hoạt động trong nhiều lĩnh vực khác nhau của sự nghiệp nhân đạo. Cũng như bản in đầu tiên của cuốn sách này, việc biên soạn lại có lẽ sẽ không thể được tiến hành nếu không có sự cộng tác của nhiều người trên thế giới. Tổng cộng có hàng nghìn cá nhân ở 80 nước và vùng lãnh thổ, đại diện cho hơn 400 tổ chức tham gia vào quá trình biên soạn lại, tự nguyện đóng góp thời gian và kinh nghiệm.

Sự rõ nét trong quá trình phát triển cuốn sách là sự tham khảo ý kiến, với hàng loạt các nhóm đánh giá đồng đẳng tại mọi công đoạn. Đặc biệt, các cán bộ cứu trợ ở các nước thường xảy ra thiên tai, và những người sử dụng cuốn sách tại hiện trường đã phản hồi cụ thể. Kết quả là cuốn sách không phải là quan điểm của bất cứ tổ chức nào. Hơn nữa, nó là quyết tâm tích cực và sự chín chắn của cộng đồng nhân đạo cùng nhau chia sẻ kinh nghiệm và học hỏi để cố gắng nâng cao chất lượng và trách nhiệm của hoạt động nhân đạo. Cám ơn tất cả những ai đã giúp biến điều đó thành hiện thực.

Dự án Sphere chân thành công nhận sự đóng góp của tất cả những người đã tham gia vào biên soạn và chỉnh lý lại Sổ tay nhưng không thể nêu hết trong cuốn sách vì danh sách tên cá nhân dài hơn 40 trang. Tuy nhiên một danh sách đầy đủ tên tổ chức và cá nhân đóng góp có thể tra trên trang Web: <http://www.sphereproject.org>

Lời cảm ơn

Sổ tay Sphere đã được dịch sang tiếng Việt với sự đóng góp tích cực tình nguyện của:

Nhóm biên tập tiếng Việt

	Nội dung biên tập	Người biên tập
1	Sphere là gì? Hiến chương Nhân đạo Phụ lục: Các công cụ luật pháp Luật ứng xử, Bảng mục lục	Đặng Văn Tạo - IFRC Đàm Thị Hoa, DMC Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn Đỗ Hải Đăng SCA - Liên minh cứu trợ trẻ em
2	Chương 1: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu chung cho mọi lĩnh vực	Lê Văn Dương, World Vision Nguyễn Thị Thủy, Oxfam Anh
3	Chương 2: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Cung cấp nước, Vệ sinh môi trường và Khuyến khích thực hành vệ sinh	Nguyễn Quý Hòa, UNICEF Nguyễn Thị Thu Hà, Oxfam Anh
4	Chương 3: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về An ninh lương thực	Ngô Văn Cường, Care Nguyễn Thị Yên, Oxfam Hồng Kông
5	Chương 3: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dinh dưỡng và Viện trợ lương thực thực phẩm	Văn Minh Châu, Oxfam Hồng Kông Nguyễn Thu Giang, Chữ thập đỏ Hoa Kỳ
6	Chương 4: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Nhà ở, Định cư và hàng Phi lương thực	Simon Sternin, UNICEF Nguyễn Thị Hiền, Dự án NDM-P Phát triển đối tác quản lý thảm họa quốc gia - Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn
7	Chương 5: Các Tiêu chuẩn Tối thiểu về Dịch vụ Y tế	Hồ Hồng Ngọc, WHO Nguyễn Thị Thu Hà, Hội Chữ thập đỏ Việt Nam Phạm Thành Hằng, UNDP

Biên tập chính: Đặng Văn Tạo, IFRC

Simon Sternin, UNICEF

Điều phối viên: Đặng Văn Tạo, IFRC

Provash Mondal, Oxfam Anh - Hồng Kông

Bản tiếng Việt lần đầu do Đặng Văn Dũng và Đoàn Minh Tú dịch do tổ chức Oxfam Anh tài trợ thông qua Đoàn Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế tại Việt Nam.

Chép bản và mi trang điện tử: Vũ Thị Kim Anh, Tạp chí Ngân hàng

4 Các từ viết tắt

ACC/SCN:

Ban Liên hợp quốc về Điều phối/Tiểu ban dinh dưỡng

ACT:

Tổ chức các nhà thờ cùng hành động

ALNAP:

Mạng lưới học tập tích cực vì trách nhiệm trong công việc

CDC:

Trung tâm phòng và kiểm soát dịch bệnh

DAC:

Ban Hỗ trợ phát triển (OECD)

FAO:

Tổ chức nông lương thế giới

IAPSO:

Văn phòng dịch vụ mua sắm (UNDP)

ICRC:

Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế

IFRC

Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế

NFCD:

Quỹ Dinh dưỡng quốc tế cho các nước đang phát triển

LWF:

Liên đoàn Lutheran thế giới

MISP:

Tổ chức cung cấp trọn gói dịch vụ tối thiểu ban đầu

MSF:

Tổ chức bác sĩ không biên giới

NCHS:

Trung tâm Thống kê y tế quốc gia

NGO:

Tổ chức phi chính phủ

OCHA:

Văn phòng Điều phối các vấn đề nhân đạo của Liên hợp quốc

OECD:

Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế

OFDA:

Văn phòng Trợ giúp thảm họa nước ngoài (USAID)

PTSS:

Ban Hỗ trợ chương trình và kỹ thuật (UNHCR)

SCHR:

Ban Chỉ đạo ứng phó nhân đạo

UNDP:

Chương trình Phát triển Liên hợp quốc

UNDRO:

Tổ chức Cứu trợ thảm họa Liên hợp quốc

UNEP:

Chương trình Môi trường Liên hợp quốc

UNHCR:

Cao ủy Liên hợp quốc về người tị nạn

UNICEF:

Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc

USAID:

Cơ quan Phát triển quốc tế Hoa Kỳ

WCRWC:

Ủy ban Phụ nữ về người tị nạn là phụ nữ và trẻ em

WFP:

Chương trình Lương thực thế giới

WHO:

Tổ chức Y tế thế giới

WMO:

Tổ chức Khí tượng thế giới



Bảng mục lục

- văn phòng hành chính tg 217
cán bộ cứu trợ
bản mô tả chức năng 41
quản lý 41
văn bằng trình độ 40, 41
kiểm tra sức khỏe và suy dinh dưỡng 115, 116-17, 183
chương trình trợ giúp
sự tham gia của cộng đồng 28
lợi ích lâu dài 29

tắm rửa xem phản giật giữ
giường, chán đêm
cung cấp ban đầu 208-9, 241
quyền sở hữu tối thiểu 228, 231
giữ ấm 231
giật giữ 77, 78
bệnh beri-beri 140
các thư mục
đánh giá nhân trắc học 195-6
cứu trợ lương thực, thực phẩm 199
an ninh lương thực 194-5, 196
dịch vụ y tế 304-8
quyền con người 20, 44-8
ví chất dinh dưỡng 198
nhà ở và định cư 244-6
kiểm soát các trung gian truyền bệnh 98-9
nhóm dễ bị tổn thương 197-8
chất thải 98-9
cung cấp nước 96-8
vũ khí sinh học 273
cháy rụi 77, 78
con trai
cưỡng bách 40
cưỡng bức tình dục 37, 220
nuôi con bằng sữa mẹ
HIV/AIDS 142
suy dinh dưỡng 152
Khuyến khích 141, 234
nhà cao tầng, thiệt hại 214, 221, 222
An táng, chôn cất
quán áo 230
văn hoá địa phương 217, 236, 269, 291, 293
địa điểm 84, 215, 269

liều剂 xem nhà ở, định cư
người chăm sóc
người bị suy dinh dưỡng 152, 163
nhu cầu dinh dưỡng 144
người già 11

tỷ lệ tử vong (CFR) 283, 302
cây trồng phi lương thực (để bán lấy tiền) 126
Việc làm trả công bằng tiền mặt (CFW) 129-30, 178
hóa chất
tiêu chuẩn 81
kiểm soát trung gian truyền bệnh 81-2
trù em
xem thêm nhóm dễ bị tổn thương
bóc lột 40-1
phân, chất thải 71, 73, 84
lương thực, sữa 160
dịch vụ y tế 255
bệnh 277
suy dinh dưỡng, xác định mục tiêu 36
suy dinh dưỡng
trung bình 183-5
trảm trọng 183-5
số liệu trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh 33
số liệu trẻ em dưới 5 tuổi tử vong 33, 259, 260
nhu cầu về dinh dưỡng 141, 143-4
sản chơi 217
bảo vệ 10-11
trường học 216, 217
bệnh truyền nhiễm 294
hệ thống thị tộc 37
khí hậu, trời ngài cho xây dựng 223
nhân viên phòng khám 266, 268, 271, 303
trạm y tế, di động 265
quần áo
cung cấp ban đầu 208, 241-2
giật lật 70-1, 232
quyền sở hữu tối thiểu 230, 231
giữ ấm 231
nhà ở, lập kế hoạch xây dựng khu định cư 215, 216
CMR - tỷ lệ tử vong ước tính
Luật ứng xử 315-24
bệnh truyền nhiễm
tỷ lệ chết 283, 302
chẩn đoán 277, 278
cơ sở xét nghiệm 277, 278, 279, 280
vận chuyển mẫu 279, 280
giáo dục sức khỏe 274-5
HIV/AIDS 283-4
bệnh sốt rét 78, 79, 80, 95, 138, 277-8, 282
bệnh sốt 138, 180, 255, 274-6
bùng phát
các biện pháp kiểm soát 281, 282-3

- cảnh báo sớm 281-2
- phòng chống 279-80
- chỉ dẫn cho từng trường hợp cụ thể 282
- bệnh lao 277, 278
- nurse viên y tế cộng đồng 267, 281
- trường hợp khẩn cấp phức tạp, tác động sức khỏe 257
- tình hình xung đột

 - cấp phát hàng cứu trợ 35
 - an ninh lương thực 107, 119, 156, 167-8
 - vết thương 287
 - không tham chiến 17

- xây dựng

 - vật liệu

 - trách nhiệm 225, 226
 - địa phương 224, 225, 226, 239-40
 - các dụng cụ để sưởi ấm 221, 223
 - tay nghề 224, 226

 - máu nướng

 - cung cấp chất đốt 158, 159, 234, 235-6
 - tác động môi trường 123, 159
 - lò sưởi 234, 235
 - đô dùng

 - tiếp cận 163, 164
 - nhu cầu ban đầu 233, 242
 - cung cấp nước 64

 - diều phổi

 - hỗ trợ lượng thực, thực phẩm 109, 113-14
 - dịch vụ y tế 255, 261-3, 263-4
 - trao đổi thông tin 30, 33-4, 35
 - chương trình nhà ở 209-10

 - tỷ lệ chết bệnh (CMR)

 - cơ sở 260-1
 - tính toán 301
 - lập tài liệu 32-3, 259, 271
 - đuy trì, bảo dưỡng 259, 260

 - hành vi văn hoá

 - thi tháp dữ liệu 38
 - nhà ở 207, 219, 220, 221, 222, 240
 - bình thường 291, 293

 - dữ liệu

 - xem giám sát
 - tính bảo mật 270, 271
 - phân tích 30, 32-3, 271
 - thuộc về nhân sự 36
 - tính thích hợp 37
 - chết, xử lý 217, 267, 269
 - ra quyết định 28
 - dịch là chảy 67, 79
 - người khuyết tật

 - xem nhóm dễ bị tổn thương
 - lương thực, tiếp cận 144
 - suy dinh dưỡng 186
 - bảo vệ 11

 - những người bị ảnh hưởng bởi thảm họa

 - xung đột giữa 40

 - tác động sức khỏe 254-5
 - sự tham gia 26, 28-9
 - thảm họa, đánh giá ban đầu 25, 29-33
 - dịch bệnh

 - xem các dịch bệnh có khả năng truyền nhiễm
 - mẫn tính 294
 - truyền dịch nhỏ giọt 224
 - tỷ lệ tai nạn 302
 - tình trạng thiếu hụt vi chất dinh dưỡng 139
 - nhà vệ sinh, bảo dưỡng 75
 - lan truyền qua trung gian 76-9
 - lan truyền qua nguồn nước 65, 79

 - hệ thống cấp phát

 - tính hiệu quả 37
 - giám sát 36, 38

 - threat nước

 - đánh giá ban đầu 92
 - hỏ, khu chứa nước tại chỗ 87-8
 - lập kế hoạch 86, 87
 - đô đốc 88, 218
 - bề mặt địa hình 216, 218
 - nước bề mặt 86

 - thuốc

 - tài trợ, quyền tặng 266
 - đanh sách cấp thiếp 266, 268
 - quản lý 269
 - hàng dự trữ 280

 - đóng đất, thương tích 257, 286
 - dụng cụ nấu ăn 233-4
 - việc làm

 - sản xuất lương thực 128-30
 - tiền thù lao 128, 129-30, 131

 - môi trường

 - sạt lở 228
 - tác động

 - cung cấp chất đốt 123, 234, 235, 242
 - dinh cư 227-9, 241
 - bảo vệ 13, 227-8
 - an ninh lương thực 120, 123

 - EPI (Chương trình tiêm chủng mở rộng) 274, 275
 - báo cáo về dịch bệnh/dịch tê 270
 - công bằng, quyền con người 11-12
 - sạt lở 228
 - đánh giá

 - tiêu chí tiêu chuẩn tối thiểu 39
 - sử dụng 39

 - phản

 - đóng vật 67, 80, 95
 - thuộc trẻ em 71, 73
 - xử lý 71-5, 80
 - nhu cầu ban đầu 90-1

 - giải pháp kết thúc, an ninh lương thực 120, 123

- chương trình tiêm chủng mở rộng (EPI) 274, 275
lây truyền qua phân, cung cấp nước 66-8, 95
gia đình, đoàn tụ 292
FFR (lương thực cho phục hồi) 178
FFW (việc làm trả công bằng lương thực) 129, 130, 178, 225
bệnh viện dã chiến 263
số cấp cứu 287
ruồi 79, 80
lũ lụt, tác động tới sức khoẻ 257
lương thực
 xem thêm: nấu ăn; suy dinh dưỡng;
 ví chất dinh dưỡng
 chủ yếu 133
 hạt, xay xát 158, 160-1, 164
 khuyến khích thực hành, nhà vệ sinh 163-4
 nhập khẩu, hiệu quả 132, 155
phổ biến thông tin 170-1
sản xuất địa phương 112, 124, 125-7
 cây trồng phi lương thực (để bán lấy tiền) 126
 máy ổn định 121, 122, 124-5, 127
 từ nguồn địa phương 127, 165, 166
 thị trường 113, 131-4
 giám sát 127
 biên động giá cả 131, 134
 vùng nông thôn 113, 124-5, 127
 hai giống 126-7
sữa 160
dinh dưỡng
 đánh giá 116
 nhu cầu hàng ngày 138
đự trữ, lưu kho 161
 hiển tăng 167
 không vừa, không thích hợp, vượt bù 167
 lây nhiễm qua trung gian truyền bệnh 77
cứu trợ lương thực, thực phẩm
cấp phát
 khẩu phần khô 155, 156
 công bằng 123-4, 162, 166, 168, 169
 tự do 121, 155, 156
 phương pháp 168, 170-1
 giám sát 168, 171
 diễn cấp phát 170
 xác định đối tượng 168, 169
 phụ nữ 169
thói quen 158, 160
đánh giá ban đầu 157
quản lý 162
kiểm tra chất lượng 160, 161, 167
thời hạn sử dụng 160, 161
hệ thống cung cấp 162, 165-6
 tài liệu 165, 167
 hậu cần 192-3
 giá trị chuyên giao 158
an ninh lương thực
 cơ quan điều phối 113-14
 đánh giá 111-13, 114, 120, 121, 172-3
 danh mục kiểm tra 174-6
 các báo cáo 112, 113-14, 173
 các nhóm, đội 114
tình hình xung đột 107, 119, 156, 167-8
khái niệm 108, 119
cấp phát 170
chiến lược ứng phó trong mề^ce 122
việc làm 128-30
tác động môi trường 120, 123
các chiến lược chuyển giao 120, 123
tương lai 113
giám sát 121, 124
sản xuất cơ bản
 ứng phó 177-8
 khả năng sống còn, sinh tồn 124-6
 các tiêu chuẩn 119-20
 chung 120-4
lương thực cho phục hồi (FFR) 178
việc làm trả công bằng lương thực (FFW) 129, 130, 178, 225
cung cấp chất đốt
 tác động môi trường 123, 234, 235, 242
thu lượm an toàn 235-6, 242
bao hành về giới (GBV) 288, 289-90
biến đổi gen (GMO) 127
Công ước Gionavo, không tham chiến 17
con gái
 xem phần phụ nữ
thanh, thiếu niên, dinh dưỡng 142
bureau cô 187-8
hạt, xay xát 158, 160-1, 164
nước ngầm 64
 nghĩa địa 217, 269
 bê phôt nhà vệ sinh 74, 75, 87
rửa tay 74, 75
trung tâm y tế
 xem thêm: bệnh viện
 trung tâm, đội ngũ nhân viên 267
 suy dinh dưỡng, đội ngũ nhân viên 149, 150-1
 ngoại vi, đội ngũ nhân viên 267
 khu vực cách ly 217
 cung cấp nước 69, 93
 giáo dục sức khoẻ 264-5
 dịch bệnh truyền nhiễm 274-5
 tác động tới sức khoẻ, thảm họa 257
hệ thống thông tin y tế (HIS)
 dữ liệu 270, 271
 cảnh báo sớm từ 281-2
sức khoẻ và an toàn
 chuẩn bị lương thực 163
 môi trường làm việc 128, 130
dịch vụ y tế
 tiếp cận 215, 216-17, 259-60

- qui cách quản lý từng trường hợp 266, 268
 trẻ em 255
 sự tham gia của cộng đồng 255
 nhân viên cộng đồng 267
 điều phối 255, 259, 263-4
 tác động thẩm họa 254-5
 thuốc
 được tài trợ 268
 danh sách 266, 268
 quản lý 269
 dự trữ hàng hoá 280
 báo cáo về bệnh dịch 270, 271
 các cộng đồng tiếp nhận 255
 quyền con người 253
 đánh giá ban đầu 254-5, 295-7
 gói dịch vụ tối thiểu ban đầu 289, 290
 và cung cấp/tại địa phương/trung ương 261-3
 các quyền của người bệnh 268-9
 chăm sóc ban đầu 264-5
 sự sắp đặt ưu tiên 254, 259-60
 nhân viên
 cân bằng giới 262-3
 kỹ năng 266, 267
 tỷ lệ sử dụng 268, 302
 phụ nữ 255
 hệ thống sưởi, bếp lò 234, 235
 giòi mặn, tác động tới sức khoẻ 257
 HIS xem hệ thống thông tin y tế
 HIV/AIDS (PLWH/A) người nhiễm
 HIV/AIDS)
 xem thêm các nhóm dễ bị tổn thương
 nuôi con bằng sữa mẹ 142
 kiểm soát 283-4, 288
 giải pháp đổi mới 13
 suy dinh dưỡng 151
 dinh dưỡng 143
 sỉ nhục 37
 công trình phụ 73
 nhu cầu nước 65
 bệnh viện
 xem thêm trung tâm y tế
 nhân viên trung tâm y tế 266, 268, 271, 303
 lĩnh vực 263
 nhân viên các cấp 267
 cung cấp nước 69, 93
 cộng đồng tiếp nhận
 và những người phải di dời 32, 211-12, 213, 241
 nâng cấp 213
 chất thai, rác thai gia đình 83, 84
 làm nhà xem nhà ở
 quyền con người
 trẻ em 11
 công bằng 11-12
 luong thực 107
 dịch vụ y tế 253
 nhà ở 207
 sóng có nhân phẩm 17
 người bệnh 268-9
 nước 55
 trợ giúp nhân đạo, chất lượng 26
 Hiến chương Nhân đạo 5-6
 quyền con người 17
 các tiêu chuẩn tối thiểu 19
 các nguyên tắc 16-17
 vai trò và trách nhiệm 18
 khuyến khích thực hành vệ sinh 59
 truyền thông 61
 sự tham gia của cộng đồng 60, 61
 sự tiếp cận công bằng 60, 61
 các nguồn lực 60-1
 các nhóm dễ bị tổn thương 61
 cung cấp nước 64
 nhân viên 61
 IDP xem những người di tản trong nước
 IMCI (quản lý lồng ghép bệnh trẻ em) 277
 nhập khẩu, hậu qua của 132, 155
 trẻ sơ sinh
 nuôi con bằng sữa mẹ 141
 chai, bình đựng sữa 234
 dịch bệnh lây nhiễm xem dịch bệnh truyền nhiễm
 trao đổi thông tin
 đánh giá ban đầu 30, 33-4, 35
 giám sát 38
 ting phò 33-4, 35
 đánh giá ban đầu
 chính quyền 30
 giường chiếu 241-2
 quần áo 241-2
 nấu ăn 242
 thoát nước 92
 xử lý phân 90-1
 an ninh lương thực 111-13, 114, 120, 121, 172-3
 danh mục kiểm tra 174-6
 báo cáo 112, 113-14, 173
 các nhóm 114
 dịch vụ y tế 254-5, 295-7
 trao đổi thông tin 30, 33-4, 35
 nguồn thông tin 30, 31
 vệ sinh cá nhân 242
 số lượng dân cư 30
 sự xếp xắp ưu tiên 30-1
 ting phò 33-4
 định cư 238-9
 nhà ở 208-9, 238-9
 nhu cầu sống còn 258
 thành lập nhóm 31
 cung cấp nhà vệ sinh 72
 dịch bệnh lan truyền, trung gian truyền bệnh 91-2
 quản lý chất thải 92

- nhu cầu nước 89-90
thương tật
tai nạn 285, 286-7
chăm sóc sau mổ 286, 287-8
chăm sóc chấn thương tinh thần 260, 286-8
quy định chữa bệnh 286, 287
sàng lọc 28
quản lý lồng ghép bệnh trẻ em (IMCI) 277
lồng ghép, ứng phó 25-6
người di tản trong nước
và các cộng đồng tiếp nhận 32, 211-12, 213, 241
cung cấp dịch vụ y tế 255
trở về nhà 211, 212-13
- chi số chính, định nghĩa 8-9
- dịch vụ phòng thí nghiệm, tham chiếu 277, 278, 279, 280
quyền sở hữu đất, sử dụng nhà 212, 214
bãi rác 84, 85
nhà xí xem nhà vệ sinh
giặt 70-1
xà phòng 232
sinh kế hay phương cách kiếm sống
thay thế 120, 123
định nghĩa 108
chóng chơi 119
hỗ trợ 212, 215, 237, 243
chính quyền địa phương 30
cung cấp dịch vụ y tế 261-3
- bệnh sốt rét 95, 139, 277-8, 282-3
kiểm soát muỗi 77-81
màn chống muỗi 236, 283
- suy dinh dưỡng
xem thêm các vi chất dinh dưỡng
kiểm tra nhân trắc học 115, 116-17, 183
đánh giá 145, 147
người lớn 185-6
trẻ em 184-5
dưới 5 tuổi 183
- nuôi con bằng sữa mẹ 152
người chăm sóc 152, 163
nguyên nhân 115, 116, 180-2
- trẻ em
trung bình 183
nghiêm trọng 183
định nghĩa 108
mất an ninh lương thực 114
trung tâm y tế, đội ngũ nhân viên 149, 150-1
- HIV/AIDS 151
mức tăng cân 151
trung bình
trẻ em 183
diều chỉnh 145-8
mức độ bao phủ 145, 147
- tiếp cận dịch vụ y tế 145, 147
giám sát 139
sự tham gia của cộng đồng 146, 148
các chỉ số kết thúc 146, 147, 149, 150
các chương trình phòng ngừa 137-8
các quy định 151-2
hỗ trợ tâm lý 152
và y tế công 180-1
nghiêm trọng
trẻ em 183
diều chỉnh 145, 149-2
mức độ bao phủ 149, 150
tiêu chí từ bỏ 149, 150-1
cho ăn thêm 146, 149
- thị trường
sự kiện tục của 215
anh hưởng bên ngoài 132
an ninh lương thực 113
phản ứng can thiệp 131, 133
liên quan 132
bảo vệ 131, 132-3, 178-9
rác thải 85
- mức tăng cân 151
bệnh sốt 139
tiêm vắcxin 180, 255, 274-6
nhắc lại 276
bổ sung vitamin A 275
rác thải y tế, xử lý 84, 85
bệnh viêm não 282, 283
kinh nguyệt 75, 232, 233
sức khỏe tinh thần 285, 291, 292-3
các vi chất dinh dưỡng
tiếp cận với 139
thiếu hụt 114, 115, 116-17, 139
chẩn đoán 152-3
mẫn tính 140
phòng ngừa 153
khoáng chất
thiếu 187-8
nhu cầu 189
bổ sung 152-3
vitamin
thiếu 138, 187
yêu cầu 137-8, 189
bộ dụng cụ cho bà đỡ 288, 290
- sữa
cấp phát 160
bột 160
khoáng chất
nhu cầu hàng ngày 189
thiếu iốt 187-8
gói dịch vụ tối thiểu ban đầu (MISP) 289, 290
- các Tiêu chuẩn Tối thiểu
các nguyên tắc 6, 13-14
sự xếp ưu tiên 14
ứng phó 33-5

- khung thời gian 7
 giám sát
 xem thêm dữ liệu
 tham khảo ý kiến 38
 viện trợ lương thực, thực phẩm 121, 124
 cấp phát viện trợ lương thực, thực phẩm 121 168, 171
 tầm quan trọng của 26, 37
 trao đổi thông tin 38
 sản xuất lương thực cơ bản 127-8
 xác định đối tượng 38
 đang cập nhật 38
 dữ liệu về bệnh tật
 trẻ em, dưới 5 tuổi 33
 lập tài liệu 259, 271
 mẫu theo dõi 300
 số liệu tử vong
 trẻ em dưới 5 tuổi 33, 271
 bệnh 259, 260, 301
 tài liệu 259, 271
 các mẫu theo dõi 298-9
 muỗi
 kiểm soát 77-81
 bệnh sốt rét 95, 139, 277-8, 282-3
 màn chống muỗi 236, 283
- giặt tã 73
 cơ quan trung ương
 cung cấp dịch vụ y tế 261-3
 bảo vệ dân chúng 30
 hiểm họa thiên nhiên 212, 214, 226
 không xưa duỗi 17
 dinh dưỡng
 xem thêm suy dinh dưỡng
 danh giá 116
 người chăm sóc 144
 trẻ em 142, 142-3
 nhu cầu hàng ngày 139, 157-8, 189-91
 dữ liệu 180
 và cấu trúc dân số 190-1
 con gái 142
 bệnh nhân HIV/AIDS 143
 trẻ sơ sinh 141
 người già 143
 các can thiệp đã có từ trước 182
 phụ nữ
 nuôi con bằng sữa mẹ 142
 mang thai 142
 người già
 xem thêm các nhóm dễ bị tổn thương như là người chăm sóc 11
 lương thực, tiếp cận 143
 suy dinh dưỡng 186
 dinh dưỡng 143
 bảo vệ 11
- cha mẹ
- giặt tã 73
 bị tách khỏi 122
 tham gia
 cộng đồng 26
 thông tin 28
 đại diện 29
 bệnh pellagra (nẽ da) 140
 thu thập thông tin cá nhân 36
 vệ sinh cá nhân, đánh giá ban đầu 242
 không gian cá nhân 216, 217, 219-20
 khí hậu 219
 đồ nhựa, xếp loại lương thực 234
 sân chơi 217
 người nhiễm HIV/AIDS xem HIV/AIDS (PLWH/A)
 số lượng dân cư, đánh giá 30
 bảo vệ, nguyên tắc 12, 48
 hỗ trợ tâm lý
 suy dinh dưỡng 152
 cung cấp 221, 285, 291-3
- khu vực cách ly 217
- giai đoạn phục hồi, lập kế hoạch về 33, 41
 trả công 128, 129-30, 131
 việc làm trả công bằng tiền 129-30, 178
 lương thực để phục hồi 178
 việc làm trả công bằng lương thực 129, 130, 178, 225
 đại diện, cân bằng 29
 sức khoẻ sinh sản 285, 288-9
 dụng cụ đỡ đẻ 288, 290
 các nguồn lực, cấp phát 41
 ứng phó
 hành động đánh giá 34-5
 viện trợ lương thực, thực phẩm 121, 124
 an ninh lương thực 177-9
 trao đổi thông tin 34, 35
 Các Tiêu chuẩn Tối thiểu, đáp ứng 33-4
 xác định đối tượng 35-7
 thiếu vitamin B2 140
 loài gặm nhấm 80
 vật liệu mài lợp 220
 đặc tính giữ nhiệt 221, 223
- muối, iốt 140
 vệ sinh
 tiếp cận 212, 214, 215, 216-17
 các ban, ngành 62
 chương trình
 mục đích và mục tiêu 56, 59
 phụ nữ 56
- trường học 216, 217
 SCM xem quản lý các kênh cung cấp
 bệnh thiếu vitamin C 140
 hạt giống
 cấp phát 126-7

- đã biến đổi gen 127
lạm dụng tình dục 12
ép buộc tình dục
 bé trai 37
 phụ nữ 37, 41
SFP xem chương trình bổ sung thực ăn
nhà ở
 lều trại
 sơ tán khẩn cấp 216, 218
 chuyển giao 229
 đánh giá ban đầu 238-9
 tạm thời 212, 213, 218
 các dịch bệnh lan truyền qua chủ
trung gian 216, 218
 lập kế hoạch khu định cư 215, 216
 xây dựng 224-6
 điều phối 209-10
 có thể chấp nhận được về văn hóa 207,
219, 220, 221, 222, 240
 tác động môi trường 227-9
 khả năng uyên chuyển trong sử dụng 221
 chuyển giao 227, 229
các hoạt động hộ gia đình 219, 220-1, 239
đánh giá ban đầu 238-41
quyền sở hữu đất đai 212, 214
quản chúng 218
vật liệu
 vật liệu thay thế 221, 222-3
 địa phương 224, 225, 239-40
 giữ âm 221, 223
không gian cá nhân 216, 217, 219-20
sự riêng tư 219, 220
chương trình, phụ nữ 209
sữa chữa 221, 222
đánh giá rủi ro 212, 213-14
vật liệu mái lợp 220
dịch bệnh lan truyền qua chủ trung gian 77,
224
 sự thông gió 224, 235
địa điểm
 thoát nước 87, 88
 lựa chọn 87
 nước ngầm xuống đất, nước ngầm 74, 75
 xà phòng 70, 232
 đổi thay thế 71
y tế xã hội 291-2
 nhu cầu đặc biệt xem các nhóm dễ bị tổn
thương
 nước do mưa bão 88
 lò bếp 234, 235, 242
chương trình bổ sung lương thực (SFP)
 khẩu phần khô 155, 156
 suy dinh dưỡng 146, 149
quản lý kênh cung cấp (SCM)
 xem thêm hợp đồng
 vận chuyển 165, 166
 tài liệu 165, 167
cứu trợ lương thực 162, 165-6
nguồn địa phương 165-6
danh mục kiểm tra hậu cần 192-3
các mối đe dọa 165, 167-8
nhu cầu sống còn, đánh giá 258
xác định đối tượng
 tiêu chí 35, 36-7
 hệ thống cấp phát 36, 37
cứu trợ lương thực 168-9
bộ máy vận hành 35-6
 giám sát 38
 không phân biệt 35-6
thẩm họa công nghệ 6-7
nhà vệ sinh
 tiếp cận 71, 72-3
 thiết kế 73, 74
 rửa tay 74, 75
 bảo dưỡng 71, 72-3, 74, 87
 số lượng tối thiểu 94
 đào hổ chôn (rác, xác súc vật) 216, 218
 công chúng/thuộc cộng đồng, số lượng
71, 72-3
 an toàn, phụ nữ 73, 75
 cung cấp nước 93
công cụ
 tiếp cận 236, 243
 sự an tàng, chôn cất 236
 xây dựng nhà vệ sinh 74, 75
 tập huấn 236
vận chuyển
 xem thêm cơ sở hạ tầng, các kênh cung
cấp 212, 215
 các mẫu thuốc 279, 280
 định cư 216, 218
chăm sóc chấn thương tinh thần 260, 286-8
bệnh lao phổi 277, 278
tỷ lệ trẻ em tử vong dưới 5 tuổi (U5MR) 33,
271
 cơ sở 260-1
 tính toán 301
 duy trì 259, 260
tiêm phòng vắc-xin, bệnh sởi 180, 255, 274-6
các dịch bệnh lan truyền qua chủ trung gian
76
 kiểm soát 78, 79, 81-2, 87
 hoá chất 81-2
 các đánh giá ban đầu 91-2
 định cư 216, 218
 nhà ở 77, 224
 lan truyền 76, 77-9
Vitamin
 A
 thiếu 187

- tiêm vắcxin phòng bệnh sởi 275
 yêu cầu hàng ngày 189
 thiếu hụt 137-8, 140
 cung cấp 137
 các nhóm dễ bị tổn thương
 nhu cầu quần áo 231
 nhiệm vụ xây dựng 237
 các khái niệm 9-10, 57-8, 110, 210
 nhu cầu kinh tế 215
 cung cấp chất đối 235-6
 khuyến khích thực hành vệ sinh cá nhân
61
 hỗ trợ dinh dưỡng 142-6, 164
 vệ sinh cá nhân 232
 bảo vệ 10-13
 nhu cầu xã hội 215
 công cụ giặt giữ 70, 71
 cung cấp nước 57-8, 66
- chiến tranh xem xung đột vũ trang
 giặt giữ
 công cụ 70, 220
 xà phòng 70, 232
 đổi thay thế 70-1
- quản lý rác thải
 chôn cất, địa điểm 84, 215
 hộ gia đình 83, 84
 danh giá ban đầu 92
 chợ 85
 thuốc 84, 85
 bảo vệ nhân viên 85
- nguồn nước
 nhiễm bẩn
 hoá chất 65, 67
 phân người 66-8, 84, 95
 phân động vật 79
 sau khi giao hàng 67, 68
 chiếu xạ 65, 67
- nước ngầm 64
 ngầm từ bể phốt 74, 75, 87
 bảo dưỡng 63
 cung cấp nước
 tiếp cận 63, 66, 212, 214, 215, 216-17
 mục đích và mục tiêu 56, 59
 lấy nước và lưu giữ 68, 69, 233, 234
 các hạn 62
 tẩy trùng 67, 68
 trung tâm y tế 69
 quyền con người 55
 danh giá ban đầu 89-90
 nhu cầu tối thiểu 93
 tính có thể chấp nhận được 68
 số người sử dụng tại mỗi vòi 65-6
 số lượng 63, 64
 thời gian xếp hàng 63, 66
 các nhóm dễ bị tổn thương 57-8, 66
- phụ nữ
 xem thêm các nhóm dễ bị tổn thương
 bà đỡ đẻ 262
 các quyền ngang nhau 12
 bạo lực về giới 288, 289-90
 dịch vụ y tế 255
 công cụ giặt, sự riêng tư 70
 kinh nguyệt 75, 232, 233
 cố thai, định dưỡng 142
 sức khoẻ sinh sản 285, 288-9
 an toàn
 bóc lột 40-1
 nhà tan 220
 nhà vệ sinh 73, 75
 ép buộc tình dục 37, 41, 225
 cung cấp lương thực 113
 chương trình nhà ở 209, 225
 lấy nước 56, 66
- bệnh khò mắt 187

Bộ tài liệu tập huấn dự án SPHERE (bằng tiếng Anh)

Bộ tài liệu mới này bao gồm các tài liệu tập huấn có chất lượng cao, được soạn thảo và dạy thử tại thực địa bởi các giảng viên Sphere. Bộ sách gồm:

1 Tài liệu tập huấn

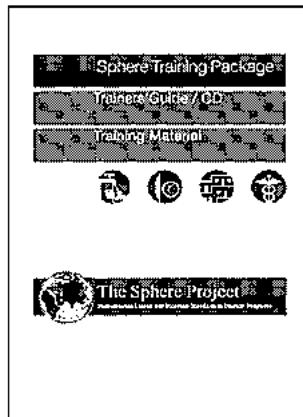
400 trang, A4, 81/4 x 111/2,

Bốn học phần bao trùm các nội dung:

- Giới thiệu về Sphere
- Hiến chương Nhân đạo
- Chu kỳ Dự án
- Sphere trong Phòng ngừa Thảm họa

Các học phần có các nét chính sau:

- Các học phần
- Chú giải
- Ý tưởng về bài tập
- Công cụ giảng dạy



2 TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN GIẢNG VIÊN

92 trang, A4, 81/4 x 111/2, bìa thường, bao gồm:

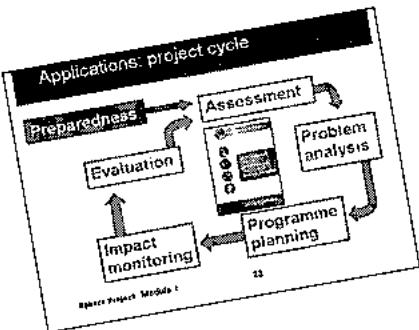
Tóm tắt về tài liệu được trình bày bằng phần mềm PowerPoint

Các công cụ lập kế hoạch tập huấn gồm:

- Danh mục cần thiết
- Lịch tập huấn mẫu
- Mẫu bài tập

Thông tin về:

- Phương pháp tập huấn
- Lựa chọn học viên
- Những lời khuyên về tập huấn
- Khuyến khích học tập tối đa



@ Các hợp phần tập huấn SPHERE cung cấp các khái kiến thức tập huấn nhân đạo chính yếu Nguồn kiến thức vững chắc cho ứng phó khẩn cấp, phát triển và vận động tư vấn chính sách thông qua diễn đàn nhân đạo.

Một nguồn kiến thức tuyệt vời và cần thiết cho bất cứ ai tập huấn nhân đạo. Sự đa dạng của các kỹ thuật tập huấn cho phép thu hút việc học tập@

Mark Prasopa-Plaizier Giám đốc đào tạo nhân đạo Hội Chữ Thập đỏ Australia

@Các tài liệu tập huấn là rất có ích khi tôi tổ chức Hội thảo Quốc gia ở Kenya. Chúng tôi xác định được mục tiêu Hội thảo và điều chỉnh các tài liệu tập huấn phù hợp với mục tiêu chúng tôi muốn đạt được. Thật là vui khi đã có rất nhiều nghiên cứu. Chúng tôi cũng điều chỉnh các học phần theo bối cảnh riêng, thêm các bài học thực hành của Kenya, theo tôi các điểm mạnh chính của SPHERE là một công cụ có thể sử dụng và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh mà bạn đang làm việc.@

Lindy Montgomery, Điều phối viên Chương trình Nhân đạo của Oxfam Anh tại Kenya Oxfam GB



3 Đĩa CD-ROM

Nội dung chính:

- Hướng dẫn giảng viên và tài liệu tập huấn
 - i) Ghi theo file RTF - nên điều chỉnh cho phù hợp với nhu cầu
 - ii) Ghi theo file PDF - dễ lấy xuống và in rõ ràng
 - iii) Ghi theo file HTML - để tìm kiếm nội dung theo chủ đề và di chuyển nhanh (ví dụ chu kỳ dự án, vận động ủng hộ chính sách...)
- 9 phút băng video (1999)
- Toàn bộ nội dung sổ tay Sphere xuất bản năm 2004

Toàn bộ nội dung tài liệu tập huấn để sao chụp bao gồm các tài liệu tham khảo liên quan tới lần xuất bản 2000 và 2004, do đó tài liệu này có thể được dùng cùng cho cả hai cuốn sổ tay.

Bộ Tài liệu tập huấn Dự án Sphere

A4, 81/4 x 111/2, 400 trang, theo kiểu Canada;

A4, 81/4 x 111/2, 92 trang, bìa thường;

CD-ROM

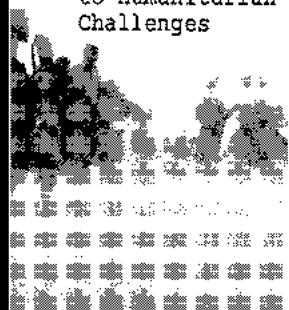
085598 5097 - 11/2003 - EUR 30.00 / US\$48.00

Bán cả bộ không bán từng phần.



The Sphere Project

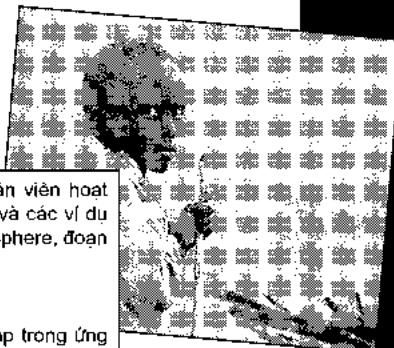
An Introduction
to Humanitarian
Challenges



Bộ phim về Sphere:

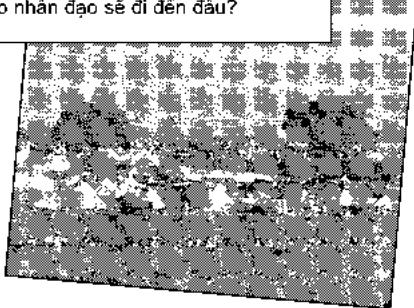
Giới thiệu các thách thức đối với hoạt động nhân đạo

Các đoạn phim màu này quay từ Sierra Leone và các vùng khác giới thiệu về những nguyên tắc Sphere và áp dụng nguyên tắc đó vào tình hình thực tế. Đây là một bộ hướng dẫn lý tưởng cho các nhân viên hoạt động nhân đạo và hỗ trợ phát triển.



Từ những nhận xét của những nhân viên hoạt động nhân đạo nhiều kinh nghiệm và các ví dụ sinh động về sử dụng cuốn Sổ tay Sphere, đoạn phim để cập tới các lĩnh vực sau:

- Lịch sử hoạt động nhân đạo?
- Bản sắc nhân đạo là gì?
- Vai trò của các công cụ luật pháp trong Ứng phó thảm họa là gì?
- Làm thế nào để chuyển nguyên tắc thành hành động?
- Trong Ứng phó thảm họa, tham gia thực tế có nghĩa gì?
- Sự nghiệp nhân đạo sẽ đi đến đâu?



Mẫu đóng góp ý kiến cho Sổ tay Sphere

(Mọi ý kiến đóng góp sẽ được lưu giữ tại Văn phòng Sphere và sẽ được xem xét trong trường hợp cuốn sách sẽ được chỉnh lý lại trong tương lai, đánh giá theo nhóm lĩnh vực)

Tên/Name:

Chức danh và tổ chức/Job title and organisation:.....

Địa chỉ/Address:

.....

Điện thoại/Phones.....

Ngày/Date:

- 1) Bạn có ý kiến đóng góp chung gì cho các phần của cuốn sách Sphere tái bản năm 2004? (Ví dụ: Hiến chương Nhân đạo, cấu trúc các chương, các mẫu trong các phần phụ lục)
- 2) Có chỉ số nào cần chỉnh sửa lại không. Đề nghị nói rõ và nếu có thể cho biết cơ sở cho gợi ý của bạn.
- 3) Có thông tin nào mới cần đưa thêm vào các bản hướng dẫn không?
- 4) Bạn có cần thêm thông tin về Sphere không? Nếu có, đề nghị bạn cho biết bạn cần thêm thông tin gì (và nhớ cho địa chỉ liên hệ của bạn)

Đề nghị bạn gửi Bản đóng góp ý kiến này về:

- Ban CTXH/Quản lý thảm họa Hội Chữ thập đỏ Việt Nam, 68 Bà Triệu, Hà Nội, Fax: 04 9 432 179, Email: vinh15856@fpt.vn and ifrcvn12@ifrc.org
- Văn phòng Đại diện Oxfam Anh, Khách sạn La Thành 218 Đội Cấn, Hà Nội, Fax: 04 8 325 247, Email: ogb-vietnam@oxfam.org.uk
- Dự án Sphere: PO Box 372, 1211 Geneva 19, Switzerland. Fax: +4122 730 4905, Email: info@sphereproject.org

Chúng tôi đánh giá cao mọi ý kiến đóng góp của bạn