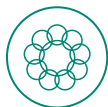


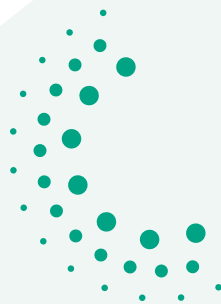
کتاب رهنمای اسفئیر



منشور بشر دوستانه
و حداقل ستندردها در رسیده
گی به حالات بشری



چاپ 2018



کتاب رهنمای Sphere

منشور بشری و حد اقل ستندردها در رسیده گی
به حالات بشری

اسفئیر چیست؟

منشور بشردوستانه

اصول محافظت

ستندرد های اساسی بشر دوستانه

تأمین آب، ارتقای حفظ الصحه و نظافت

مصئونیت غذایی و تغذیه

اسفئیر چیست؟

سرپناه و اسکان



انجمن اسفئیر

سرک ۳ Varembe

1202 Geneva, Switzerland

ایمیل آدرس: info@spherestandards.org وبسایت: www.spherestandards.org

چاپ نخست 2000

چاپ دوم 2004

چاپ سوم 2011

چاپ چهارم 2018

حق چاپ © Sphere Association, 2018

حق چاپ برای ستندرد بشردوستانه اصلی در مورد کیفیت و مسئولیت پذیری © CHS Alliance

Sphere Association and Groupe URD, 2018

تمام حقوق این کتاب محفوظ است. این مطالب دارای حق چاپ محفوظ است اما برای مقاصد آموزشی به شمول ترینینگ ها، تحقیق و فعالیت های پروگرام بدون پرداخت قیمت به شرط تایید دارنده حق چاپ، تکثیر شده میتوانند. برای فروش مجدد حق چاپ وجود ندارد. برای کپی در دیگر شرایط مانند ارسال آنلاین استفاده دوباره در دیگر نشریات یا برای ترجمه یا برای وفق کردن باید از طریق ایمیل به info@spherestandards.org قبل از قبل اجازه کتبی اخذ گردد.

ثبت فهرست این نشر در کتاب خانه انگلستان و کتاب خانه کانگرس ایالات متحده موجود است.

ISBN 978-1-908176-400 PBK

ISBN 978-1-908176-608 EPUB

ISBN 978-1-908176-707 PDF

اقتباس: انجمن اسفئیر. کتاب رهنمود اسفئیر: منشور بشری و حد اقل استانداردها در پاسخ به حالات بشری، چاپ چهارم، جینیوا، سویزرلند یا سویس، 2018. www.spherestandards.org/handbook

پروژه Sphere در سال ۱۹۹۷ توسط گروهی از NGOs ها و سره میاشت و صلیب سرخ جهت توسعه مجموعه ای از حد اقل ستندرد ها در زمینه های اصلی واکنش بشردوستانه آغاز شد: کتاب رهنمای اسفئیر. هدف این کتاب رهنما بهبود کیفیت پاسخ های بشردوستانه در حالات جنگ و فاجعه و بلند بردن سطح مسئولست پذیری اقدامات بشردوستانه در برابر مردمان متأثر شده از بحران است. منشور بشری و حد اقل ستندرد ها در رسیده گی به حالات بشری مجموع حاصل زحمات مجموعی از افراد و سازمان ها است. بنابراین آنرا نباید منحیث دیدگاه یک سازمان دانست. در ۲۰۱۶ پروژه اسفئیر به عنوان انجمن اسفئیر راجستر شد.

پخش کننده (Distributor): جامعه خدمات جهانی آسیا (Community World Service Asia)

برای انجمن اسفئیر توسط انتشارات اقدام عملی (Practical Action Publishing) و مأمورین و نماینده گان آنها در سراسر جهان، توزیع شده است. انتشارات اقدام عملی (UK Company Reg. No. 1159018) یک کمپنی انتشارات متعلق به (Practical Action and trades) است و فقط بخاطر اهداف اصلی خیریه ای آن کار میکند.

آدرس: Practical Action Publishing, 27a, Albert Street, Rugby, CV21 2SG, United Kingdom

تلیفون: +446345011926 فکس: +446345021926

وبسایت: www.communityworldservice.asia

طراحی توسط: Non-linear Design Studio, Milan, Italy

چاپ توسط: Community World Service Asia

محتویات

v	مقدمه.....
vii	سپاسگزاریها.....
1	اسفئیر چیست؟.....
27	منشور بشری.....
33	اصول محافظت.....
53	ستندرد های اساسی بشری.....
103	تأمین آب، ارتقای حفظ الصحه و نظافت.....
177	مصئونیت غذائی و تغذیه.....
263	سرپناه و اسکان.....
319	صحت.....
407	ضمائم.....
410	ضمیمهٔ ۱: اساس حقوقی به اسفئیر.....
424	ضمیمهٔ ۲: طرزالعمل اخلاقی.....
431	ضمیمهٔ ۳: مخففیات و کلمات اختصاری.....
435	فهرست.....

مقدمه

کتاب رهنمود اسقف با نشر این چهارمین چاپ بیستمین سال تأسیس خود را جشن میگیرد. این نتیجه زحمات و بسیج شدید چندین ساله فعالین بشری (Humanitarian) در سراسر جهان است و تجربه استفاده بیست ساله از ستندرد ها در خطوط مقدم عملیاتی، انکشاف پالیسی و حمایت معیار اصولی و مسئولیت پذیری را منعکس مینماید.

این کتاب رهنما با یک چارچوب روشن و مبتنی بر حقوق، با مبانی حقوقی و اخلاقی انسان دوستی با رهنمایی عملگرانه، شیوه های خوب جهانی و شواهد جمع آوری شده برای حمایت کارمندان بخش بشردوستانه هر جاییکه کار میکنند استوار است.

اسفئیر در سکتور و چشم انداز در حال تکامل دوامدار بشردوستانه (Humanitarian) جایگاه منحصر به فرد دارد. این چاپ به وضوح توسط اجلاس تعهدات بین المللی گرفته شده در ۲۰۱۶، اجندای ۲۰۳۰ برای انکشاف پایدار و سایر ابتکارات جهانی برخوردار و مستفید شده است.

با وجودیکه، حتی چشم انداز پالیسی در حال تکامل است ولی ما آگاه هستیم که نیاز های بقای فوری در اشخاص درگیر در جنگ و فاجعه ها بصورت گسترده در جاهاییکه بجران رخ میدهد هنوز هم یکسان هستند. Sphere با یاد آوری ضرورت اساسی برای ارائه مساعدت های پاسخ گو برای کمک به مردم برای زنده ماندن، بازیابی (Recovery) و بازسازی دوباره زنده گی با وقار شان، از پالیسی های جهانی و محلی حمایت نموده و در آن سهم میگیرند.

قنرت و دسترسی جهانی سفئیر به این واقعیت استوار است که متعلق به همه است. این حس مالکیت هر چند سال بعد تجدید میشود، در حالیکه ستندردها توسط خود کاربران بررسی و تجدید نظر میشود. این لحظه است که ما بطور جمعی تعهدات خود را مجدداً باز گو میکنیم و روی اقدامات بهبود یافته توافق میکنیم تا مطمئن شویم که فعالین در هر جاییکه ممکن است کار کنند بهترین معلومات را در دست دارند. و این امر سفئیر را به مرجع اصلی و یاد آوراینکه کرامت انسانی اهمیت اساسی داشته و مردم حق مشارکت کامل در تصمیم که متأثر شان میکنند دارد تبدیل میکند.

Sphere یکی از پایه های کار های بشردوستانه است. این یک نقطه شروع برای سازمانها و فعالین جدید بشری Sphere و یک مرجع ثابت برای کارمندان با تجربه که رهنمایی های را در مورد اقدامات اولویت دار و اینکه معلومات دقیق تر تخیکی را از کجا بدست بیاورند ارائه میدهد. شرکای ستندرد های ما در بخش های خاص حتی فراتر از Sphere جزئیات بیشتر ارائه میکنند که تا به مردم در بهبود و پیشرفت کمک کنند.

در این نسخه از نظریات هزاران نفر که با بیش از ۴۵۰ سازمان حد اقل در ۶۵ کشور جهان کار میکنند استفاده شده است. دسترسی جهانی منعکس کننده تجربه از زمینه های مختلف، چالش های فوق العاده و فعالین مختلف است

این ستندرد ها بدون تعهد بی دریغ بسیاری از شما وجود نخواهد داشت. سکتور ما از شما بخاطر مشارکت و تجدید نظر تان در واقع در دو دهه گذشته اظهار سپاس میکند. ما مشتاقانه چشم به راه ادامه این کار مهم و آموزش با هم با شما در هنگام استفاده از این کتاب رهنما هستیم.



Christine Knudse
مدیر اجراییه



Martin McCann
رئیس هیئت مدیره Sphere

سیاس گزاری

فصل سرپناه و اسکان به یاد Graham Saunders مؤلف این فصل در نسخه های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۱ و مشاور در توسعه ابتدایی چاپ ۲۰۱۸ اهدا شده است.

گراهام یک بشر دوست واقعی و یک قهرمان بخش سرپناه بود. طرز دید، رهبری و انرژی بی پایان وی در قرار دادن مسایل مربوط به پناه گاه های بشر دوستانه در پروژه و ایجاد زمینه برا نسل های بعدی فعالین سرپناه نقش مؤثری داشته است. وی بصورت دوامدار در تلاش بود که عملکرد ما را ارتقا دهد و بخش ما را مسلکی کند. به عنوان یک پیشگام، مسلکی و دوست دلنگ اش خواهیم شد.

کتاب این ویرایش کتاب رهنمای سفیر، نتیجه متنوع ترین و گسترده ترین پروسه مشاوره در تاریخ Sphere است. نزدیک به ۴۵۰۰ نفر آنلاین از ۱۹۰ سازمان موصلت کرد، و ۱۴۰۰ نفر در ۶۰ نشست حضوری به میزبانی شرکا که در ۴۰ مملکت برگزار شد اشتراک کردند. سفیر به قدردانی از مقیاس و وسعت اشتراک، از جمله NGOs های بین المللی، ملی و محلی، مقامات و وزارت خانه های ملی، جوامع سره میاشت و صلیب سرخ، پوهنتون ها، سازمانهای جامعه ملل و فعالین فردی اظهار سیاس مینماید.

هماهنگی پروسه تجدید نظر توسط دفتر صورت گرفت. هر فصل توسط مؤلفین اصلی با همکاری بین السکتوری متخصصان موضوعی گماشته شده و افراد متخصص مرتبط از سکتورهای بشری تهیه شده است.

اکثریت مؤلفین و متخصصین موضوعی توسط سازمانهای خود شان معرفی شدند، وقت و تلاش های خود را به عنوان کمک غیر نقدی به این بخش اختصاص دادند. گروه های نویسندگی و گروه های مرجع جهت حمایت مؤلفین و متخصصین موضوعی در کار آنها ایجاد شدند. Sphere از اشتراک ارزشمند این افراد در طول سالهای ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ قدر دانی میکند. لیست مکمل اعضای گروه کاری و گروه مرجع در وبسایت Sphere.spherestandards.org دریافت کرده میتوانید. مؤلفین و متخصصین اصلی در زیر ذکر شده اند.

فصل های اساسی

- منشور بشری و ضمیمه ۱: Dr Mary Picard
- اصول حفاظت: Simon Russell (Global Protection Cluster) and Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
- ستندرد های بشری اصلی: Takeshi Komino (CWSA Japan) and Sawako Matsuo (JANIC)

چپتر های تخنیکی

- تأمین آب، حفظ الصحو نظافت: Kit Dyer (NCA) and Jenny Lamb (Oxfam GB)
- مصنونیت غذائی: (Daniel Wang'ang'a (WVI
- تغذیه: (Paul Wasike (Save the Children USA
- سرپناه و اسکان: (Seki Hirano (CRS) and Ela Serdaroglu (IFRC)

- Dr Durgavasini Devanath (IFRC), Dr Julie Hall (IFRC), Dr Judith Harvie (International Medical Corps), Dr Unni Krishnan (Save the Children Australia), Dr (Eba Pasha (independent)

اسب پذیری ها، ظرفیت ها و تنظیمات عملیاتی

- اطفال و حفاظت طفل: (Susan Wisniewski (Terre des Hommes
- افراد مسن: (Irene van Horssen and Phil Hand (HelpAge
- جندر: (Mireia Cano (GenCap
- خشونت مبنی بر جندر: (Jeanne Ward (independent
- اشخاص دارای معلولیت: (Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion
- افرادیکه با HIVزنده گی میکنند و توسط آن متأثر شده اند: (Alice Fay (UNHCR
- صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی: (Dr Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevo (gel (UNHCR
- بحران های طولانی مدت: (Sara Sekkenes (UNDP
- تنظیمات شهری: (Pamela Sitko (WVI
- هماهنگی ملکی-نظامی: (Jennifer Jalovec and Mark Herrick (WVI
- محیط زیست: (Amanda George and Thomas Palo (Swedish Red Cross
- کاهش خطرات فاجعه: (Glenn Dolcemasclo and Muthoni Njogu (UNISDR
- کمک های نقدی و بازار ها: (Isabelle Pelly (CaLP
- مدیریت زنجیره تأمین و تدارکات: (George Fenton (Humanitarian Logistics Association
- نظارت، ارزیابی، مسئولیت پذیری و آموزش: (Joanna Olsen (CRS

Sphere (May 2018) هیئت مدیره

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Alwynn Javier) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Karin Settele) * CARE International (Phillipe Guiton) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * Humanitarian Response Network, Canada (Ramzi Saliba) * InterAction (Julien Schopp) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ignacio Packer) * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (David Fisher) * International Medical Corps (IMC) (Mary Pack) * The Lutheran World Federation (LWF) (Roland Schlott) * Office Africain pour le développement et la coopération (OFADEC) (Mamadou Ndiaje) * Oxfam International - Intermón (Maria Chalaux Freixa) * Plan International (Colin Rogers) * RedR International (Martin McCann) * Save the Children (Unni Krishnan) * Sphere India (Vikrant Mahajan) * The Salvation Army (Damaris Frick) * World Vision International (WVI) (Isabel Gomes).

سیاسگزاری

همچنین از اعضای هیئت مدیره ای تشکری میکنیم که این تجدید نظر را آغاز کرده و رهنمائی نموده اند و از آن زمان هیئت مدیره را ترک نموده اند: Anna * Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam (International – Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

تویل کننده ها

بر علاوه مشارکت سازمانهای هیئت مدیره که در فوق لیست شده اند، تمویل مالی برای پروسه تجدید نظر کتاب رهنما توسط اینها مهیا شده:

Danish International Development Agency (DANIDA) * German Ministry of Foreign Affairs * Irish Aid * Australian Government – Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT) * European Commission's Humanitarian Aid and Civil Protection Department (ECHO) through International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) * USAID's Office of United States Foreign Disaster Assistance (OFDA) * Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) through Church of Sweden * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) * United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-PRM).

تیم تجدید نظر کتاب رهنما

Christine Knudsen, مدیراجراییه (Sphere)

Aninia Nadig مدیر وکالت و شبکه سازی (Sphere)

ایدیتران: (Kate Murphy and Aimee Ansari (Translators without Borders) هماهنگ کننده گان

تجدید نظر: Lynnette Larsen and Miro Modrusan

با حمایت کارمندان اسفئیر:

Tristan Hale مدیر آموزش و ترینینگ, Wassila Mansouri, آمر شبکه سازی و ارتباطات (Outreach)

Juan Michel مدیر ارتباطات تا سپتمبر, Barbara Sartore مدیر ارتباطات تا اکتوبر ۲۰۱۷

Loredana Serban, آمر اداری و مالی

Kristen Pantano and Caroline Tinka, کار موزان

حمایت مشاوره آنلاین: (Markus Forsberg, (PHAP

طراحی کتاب رهنما: (Non-linear (www.non-linear.com

کاپی، ویرایش، طرح بندی و تولید: Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)

(Kimberly Clarke and Megan Lloyd-Laney (CommsConsult

با تشکر قابل توجه از اشخاص ذیل برای حمایت بیشتر در پروسه تجدید نظر کتاب رهنما James

Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht,

Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas and Marilise

فوکل پاینت های Sphere که مشاورت تجدید نظر حضوری را سازماندهی کردند:

ADRA Argentina (Regional consultation with ADRAs South America)

Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Afghanistan)

Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)

Amity Foundation (member of The Benevolence Standards Working Group, Focal Point for China)

BIFERD (Democratic Republic of Congo)

Community World Service Asia (Thailand and Pakistan)

Daniel Arteaga Galarza* with Secretaría de Gestión de Riesgos (Ecuador) Dr Oliver Hoffmann* with the Sphere Focal Point for Germany

Grupo Esfera Bolivia Grupo Esfera El Salvador Grupo Esfera Honduras

Illiasou Adamou* with the Child Protection sub-cluster (Niger) Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)

Institut Bioforce (France) InterAction (United States)

Inter-Agency Accountability Working Group (Ethiopia)

Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation (Korea, Republic of)
Sphere Community Bangladesh (SCB)

Sphere India Ukraine NGO Forum UNDP Chile

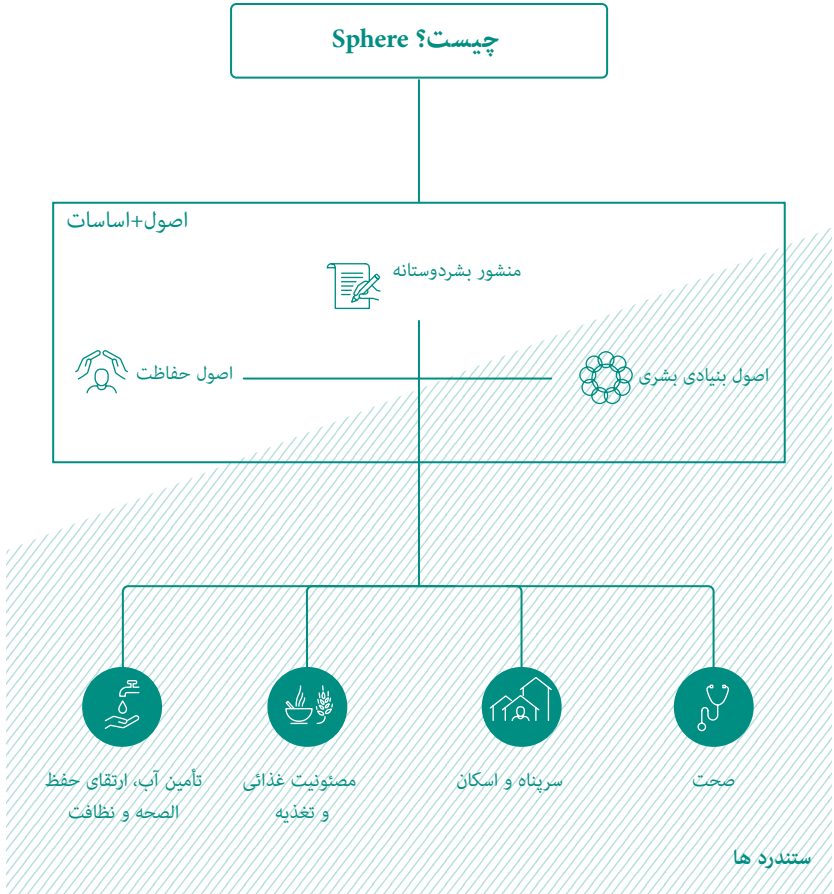
*فوکل پاینت های فردی

اسفئیر چیست؟

What is Sphere?



کتاب رہنما



ضمیمہ ۱: اساسات حقوقی بہ
ضمیمہ ۲: طرز العمل اخلاقی
ضمیمہ ۳: خفف اور اصطلاحات

4	اسفئیر چیست؟
1	کتاب رهنما
4	چهار چپتر اساسی و چهار چپتر تکنیکی
6	حد اقل ستندر هائیکه یک روش استوار را ترویج میکند
6	ساختمان ستندر ها
7	کار با شاخص های کلیدی
7	ارتباطات با ساتر ستندر ها
2	استفاده ستندر ها در زمینه
9	ستندر هائیکه در طول سایکل برنامه تطبیق میشوند
9	ارزیابی و تحلیل
9	انکشاف پالیسی و طراحی پروگرام
10	تطبیق
10	نظارت، ارزیابی، مسئولیت پذیری و آموزش
10	دانستن آسیب پذیری ها و ظرفیت ها
12	تجزیه دیتا
12	اطفال
13	افراد مسن
13	چندر
14	خشونت به اساس چندر
14	اشخاص دارای معلولیت
15	افرادیکه با HIV زنده گی میکنند و توسط آن متأثر شده اند
15	افراد LGBTQI
15	صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی
16	دانستن تنظیمات عملیاتی
16	حمایت فعالین ملی و محلی
17	بحران طولانی
17	تنظیمات شهری
18	شهرك های مشترك
18	تنظیمات با نیرو های داخلی و بین المللی
19	تأثیرات محیطی در پاسخ های بشری
20	ضمیمه: ارائه کمک ها از طریق بازار ها
26	ریفرنس ها یا مراجع و مطالعه بیشتر



Sphere چیست؟

پروژه اسفئیر که حالا بنام اسفئیر شناخته میشود< در سال ۱۹۹۷ توسط گروهی از سازمانهای بشر دوستانه غیر دولتی و جنبش های صلیب سرخ و سره میاشت ایجاد شد. هدف آن بهبود کیفیت پاسخ های بشر دوستانه شان و مسئولیت پذیری در برابر اقدامات آنها بود. فلسفه Sphere بر بنیاد دو باور اساسی استوار است:

- مردمیکه توسط فاجعه یا جنگ متأثر میشوند حق زنده گی با عزت داشته و به همین دلیل مستحق کمک اند؛ و
 - تمام اقدامات ممکن جهت کاهش درد و رنج انسانی ناشی از فاجعه و جنگ انجام شود.
- منشور بشری و حد اقل ستندرد ها این باور های اساسی جامه عمل میپوشاند. اصول حفاظت به اطلاع میرساند که تمام اقدامات بشری و ستندرد های اصلی بشری شامل تعهدات تقویت مسئولیت پذیری در تمام سکتور ها است. آنها با هم کتاب رهنمای Sphere را میسازند که به یکی از گسترده ترین ریفرنس یا مرجع جهانی در بخش بشری تبدیل شده است.

1. کتاب رهنما

مستفدین اصلی کتاب اسفئیر فعالینی هستند که در پلان گذاری، مدیریت و تطبیق پاسخ های بشری سهیم هستند. این شامل کارمندان و رضا کاران محلی، ملی و بین المللی سازمانهای بشری پاسخگو در مقابل بحرانها و همچنان خود مردم متأثر شده میشود. این کتاب رهنما همچنان برای حمایت پروگرام های بشر دوستانه و جهت بهبود کیفیت و مسئولیت پذیری کمک ها و حفاظت در مطابقت با اصول بشر دوستانه استفاده میشود. این رهنمود بطور روز افزون توسط دولت ها، تمویل کننده گان، بخش نظامی و سکتور خصوصی جهت رهنمایی اقدامات خود شان استفاده میکنند و به آنها اجازه میدهد تا با سازمانهای بشری که ستندرد ها را عملی میکنند همکاری سازنده داشته باشند.

این کتاب رهنما نخستین بار بطور پیش نویس در سال ۱۹۹۸ به چاپ رسید و چاپ های تجدید نظر شده آن در سال های ۲۰۰۰، ۲۰۰۴، ۲۰۱۱، و حالا ۲۰۱۸ طبع شدند. هر پروسه تجدید نظر در مورد هر بخش بر مشورت های فراگیر با افراد، سازمانهای غیر دولتی (NGOs)، حکومت ها و نماینده گی های سازمان ملل متکی بوده است. ستندرد ها و رهنمایی های حاصله با شواهد اطلاع میشود و ۲۰ سال تجربه در ساحوی را توسط فعالین سراسر جهان منعکس میکند.

این چاپ چهارم بیانگر بیستمین سالگرد کتاب رهنمای اسفئیر است و تغییرات در همین مدت زمان را نشان میدهد. این شامل رهنمود های جدید برای کار کردن در تنظیمات شهری، رسیده گی به حد اقل ستندرد ها در بحران های طولانی مدت و ارائه کمک ها توسط مارکیت ها به عنوان راهی برای بدست آوردن ستندرد ها است.

چهار فصل اساسی و چهار فصل تخنیکی

این کتاب رهنما نشان دهنده تعهد Sphere به یک پاسخ بشردوستانه اصولی و مبتنی بر حقوق است. این امر مبتنی بر احترام اساسی مردم برای حق اشتراک کامل در تصمیم گیری های مربوط به بهبود است. چهار فصل بنیادی اساسات اخلاقی، حقوقی و عملی را برای پاسخ بشری تشریح میکند. آنها پشتیبان همه بخش ها و پروگرام های بشری هستند. آنها تعهدات و پروسه ها را برای اطمینان از کیفیت خوب

برای پاسخ بشری تشریح میکند و پاسخ دهنده گان را تشویق میکند تا در برابر کسانی که توسط اقدامات آنها متأثر شده اند مسئولیت پذیر باشند. این فصول به استفاده کننده کمک میکند تا حد اقل استاندارد ها را در هر زمینه به شکل مؤثر تر تطبیق بکند. خواندن یک چپتر تخنیک بدون خواندن فصل های تخنیک خطر از بین رفتن عناصر اساسی استاندارد ها را دارد. فصل های اساسی عبارتند از:

Sphere چیست؟ (این فصل): ساختار کتاب رهنما، استفاده از آن و اصول اساسی را تشریح میکند. و مهمتر از آن طرز استفاده از کتاب رهنما در عمل را نشان میدهد.

منشوربشری: سنگ تهداب کتاب سفئیر، بیان کننده باور مشترک میان تمام سازمانهای بشری است بیان میدارد که تمام مردم متأثر شده توسط بحران حق دریافت حفاظت و کمک را دارند. این حق، شرایط اولیه زنده گی با عزت را تضمین میکند. منشور پشتوانه اخلاقی و قانونی را برای اصول حفاظتی، معیار های اساسی بشر دوستانه و حد اقل استاندارد ها فراهم میکند. این منشور به اساس کد اخلاقی ۱۹۹۴ برای جمعیت بین المللی حلال احمر و صلیب سرخ و سازمانهای غیر دولتی (NGOs) که در (Disaster Relief) ساخته شد استوار است. کد رفتار یا ضابطه اخلاقی منیث جز لاینفک کتاب اسفئیر است. ضمیمه ۲ را ببینید. (see Annex 2). ⊕

برای یکفهرست اسناد کلیدی که اساس منشور بشر دوستانه را تشکیل میدهد به ضمیمه ۱ مراجعه کنید. (see Annex 1). ⊕

اصول حفاظت: یک تشریح عملی اصول قانونی و حقوقی در منشور بشری در چهار اصل نشان داده شده است که تمام واکنش های بشری را آگاه میکند.

استدرد های اساسی بشر دوستانه: نه تعهد که پروسه های اساسی و مسئولیت های سازمانی را تشریح میکند تا کیفیت و پاسخگویی را در دستیابی به حد اقل استاندارد ها فراهم سازد.

چهار فصل تخنیک شامل حد اقل استدرد ها در سکتورهای کلیدی پاسخگو:

- تأمین آب، ارتقای حفظ الصحه و نظافت (WASH)
- مصئونیت غذایی و تغذیه
- سرپناه و اسکان
- صحت

در عمل، نیاز های بشری مردم بطور دقیق مربوط سکتور های مشخص نمیشوند. پاسخ بشر دوستانه مؤثر باید به نیاز های مردم به شکل جامع پاسخ بگویند، و سکتور ها باید با همدیگر هماهنگی و همکاری داشته باشند تا به این هدف نایل آیند. در زمینه بحران های طولانی ممکن است این کار از توان پاسخ بشردوستانه عدول کند و نیاز به کار نزدیک با سازمانهای توسعوی داشته باشد. کتاب رهنما شامل رفرنس-مقابل جهت کمک برای ساختن و ایجاد این ارتباطات است. مطالعه کننده گان باید خود را با تمام فصول آشنا سازند تا یک پاسخ جامع را تقویت بخشند.



کود رفتار یا طرز العمل اخلاقی (۱۰) : Code of conduct اصل اساسی

1. حق دریافت کمک های بشر دوستانه حرف اول را میزند.
 2. کمک ها صرف نظر از نژاد، اعتقادات یا ملیت دریافت کننده گان و بدون هر گونه تفاوت نا مطلوب داده میشوند. اولویت بندی انجام کمک ها فقط به اساس ضرورت سنجیده میشوند.
 3. کمک ها برای پیشبرد کدام موضوع خاص سیاسی و مذهبی استفاده نخواهند شد.
 4. ما تلاش خواهیم کرد که به عنوان ابزار سیاست خارجی عمل نکنیم.
 5. ما به فرهنگ و عرف احترام خواهیم کرد.
 6. ما کوشش خواهیم کرد که پاسخ در مقابل فاجعه را توسط ظرفیت های محلی ارائه کنیم.
 7. راه های برای شامل ساختن ذینفعان بر نامه در مدیریت کمک های امدادی پیدا خواهیم کرد.
 8. کمک های امدادی باید در راستای کاهش آسیب پذیری های بعدی در برابر فاجعه و همچنان رفع ضروریات اساسی تلاش کند .
 9. ما خود را در مقابل کسانی که به دنبال کمک آنها هستیم و از کسانی که منابع بدست میآوریم مسئول میپنداریم.
 10. ما در فعالیت های اطلاعاتی، تبلیغاتی و اعلانی خود، قربانیان فاجعه را به عنوان انسان های با وقار نشان خواهیم داد نه به حیث اشیای نا امید کننده.
- کد اخلاقی یا رفتار: اصول اخلاقی برای جنبش بین المللی سره میاشت و صلیب سرخ و نهاد های غیر دولتی در برنامه های پاسخ در برابر فاجعه برای متن کامل به ضمیمه ۲ مراجعه کنید.

حد اقل ستندرد ها یک روش ثابت را ترویج میکند

ستندرد ها با شواهد موجود و تجارب بشری اطلاع رسانی میشوند. آنها بهترین رویه را به اساس توافق گسترده ارائه میکنند. بخاطریکه آنها حقوق بشر غیر قابل انکار را که به شکل جهانی تطبیق میشوند منعکس میکنند.

به هر صورت، زمینه که در آن پاسخ بشری ارائه میشود باید درک، نظارت و تحلیل شود تا اینکه ستندرد ها به شکل مؤثر تطبیق شوند.

ساختار ستندرد ها

- ستندرد ها از یک ساختار مشترک برای حمایت خواننده در درک بیان کلی بر خوردار بوده و به دنبال آن یک مجموعه از اقدامات کلیدی، شاخص های کلیدی و یاد داشت های رهنمایی کننده برای دستیابی به آنها مورد استفاده قرار میگیرد.
- **ستندرد ها** از اصل حق زنده گی با عزت بر گرفته شده اند. اینها ماهیت کلی و کیفی دارند، و حد اقل های را بیان میدارند که باید در هر بحران بدست آورده شوند. معادل های آن در ستندرد های بشری اساسی عبارت از "تعهد" و "معیار کیفیت" هستند.
 - **اقدامات کلیدی** قدم های عملی را جهت بدست آوردن حد تقل ستندرد ها بیان میکند. اینها در حد پیشنهادات هستند و ممکن در تمام زمینه ها قابل تطبیق نباشند. فعالین باید مرتبط ترین آنرا مطابق اوضاع انتخاب کنند.
 - **شاخص های کلیدی** به عنوان سگنال های اندازه گیری برای میزان دستیابی به ستندرد ها عمل

میکند. آنها راهی را برای ثبت روند پروسه و نتایج برنامه در مقایسه با ستندرد ها در طول مدت پاسخ ارائه میکنند. حد اقل مطالبات کمی پایین ترین سطح قابل قبول برای شاخص هستند و تنها وقتی شامل شده میتوانند که اتفاق جمعی سکتوری در مورد آن وجود داشته باشد.

- **یاد داشت های رهنمودی** معلومات اضافی را برای حمایت اقدامات کلیدی، با ریفرنس های مترافق در مورد اصول حفاظت، ستندرد های حد اقل اساسی و دیگر ستندرد ها در این کتاب ارائه میکنند. ریفرنس مترافق به ستندرد های دیگر در مشارکت به ستندرد های بشری نیز داده شده اند.

کار با شاخص های کلیدی

شاخص های کلیدی Sphere راهی برای میزان دستیابی به یک ستندرد هستند؛ آنها نباید با خود ستندرد ها اشتباه گرفته شوند. ستندر یک چیز کلی است اما شاخص ها مانند اقدامات باید در روشنایی زمینه و مرحله پاسخ مد نظر گرفته شود. سه نوع شاخص های سفنیر وجود دارند:

- **شاخص های پروسه** بر رسی میکنند که ایا حد اقل مطالبات بدست آمده و یا خیر. بطور مثال: پروتو کول های ستندرد برای مصئونیت غذایی، امرار معاش و راه های مقابله استفاده میشوند +
به مصئونیت غذایی و ارزیابی ستندرد ۱.۱ تغذیه مراجعه کنید: ارزیابی مصئونیت غذایی.
- شاخص های پیشرفت واحد اندازه گیری برای نظارت بر بدست آوردن ستندرد ارائه میکند. از این باید در مشخص کردن خط مبنا (Baseline)، اهداف تعیین شده با شرکا و ذینفعان و نظارت بر تغییرات در جهت آن هدف استفاده کرد. +
به ستندرد ۲.۲ تأمین آب مراجعه کنید: کیفیت آب.
در حالیکه هدف مطلوب ۱۰۰ فیصد است، فعالین باید شاخص ها را با واقعیت موجود در ساحه مقایسه کنند، پیشرفت های نظارتی را در مقایسه به خط پایه (Baseline) و پیشرفت بطرف هدف موافقت شده را در طول زمان در نظر بگیرند.
- شاخص های هدف عبارت از اهداف مشخص و قابل اندازه گیری است که حد اقل قابل اندازه گیری را نشان میدهد که پایین تر از آن ستندر بدست نمی آید. آن اهداف باید در نزدیک ترین وقت ممکن بدست بیایند و کوتاه آمدن در آن تمام پروگرام را به خطر می اندازد. بطور مثال: فیصدی اطفال شش ماه تا ۱۵ سال که واکسین سرخکان بدست آورده اند. هدف ۹۵ فیصد است +
به مراقبت های صحتی اساسی مراجعه کنید- ستندرد ۲.۲.۱ صحت طفل: امراض دوره طفولیت قابل وقایه با واکسین.

ارتباطات با ستندرد های دیگر

کتاب رهنمای Sphere تمام جنبه های کمک بشری را که حق زنده گی با وقار را حمایت میکند تحت پوشش قرار نمیدهد. نهاد های شریک به اساس عین فلسفه و تعهدات سفر ستندر های تکمیل کننده را در چندین بخش ساخته اند. اینها از طریق Sphere، مشارکت ستندرد های بشر دوستانه (Humanitarian) و وبسایت خود سازمانهای شریک آنها قابل دسترس اند.



- Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS): LEGS Project
- Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS): Alliance for Child Protection in Humanitarian Action
- Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery: Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE)
- Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Small Enterprise Education and Promotion (SEEP) Network
- Minimum Standard for Market Analysis (MISMA): Cash Learning Partnership (CaLP)
- Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities: Age and Disability Consortium

2. استفاده ستندرد ها مطابق به اوضاع یا زمینه (Context)

پاسخ های بشردوستانه (Humanitarian) در اوضاع مختلف صورت میگیرد. عوامل متعددی بالای چگونگی تطبیق حد اقل ستندرد ها در محیط کاری برای حمایت حق زنده گی با وقار تأثیر میگذارد.

این فکتورها مشمول اند بر:

- تنظیماتی که پاسخ بشری در آن ارائه میشود;
- تفاوت ها در سراسر نفوس و تنوع در بین افراد;
- واقعیت های تدارکاتی و عملیاتی که بر نحوه و نوع ارائه پاسخ های بشری تأثیر میگذارد; و
- مبانی و شاخص های دقیق در ساحه های کاری مختلف، به شمول تعریف اصطلاحات کلیدی و تنظیم اهداف.

فرهنگ، زبان، ظرفیت مسئولین، امنیت، دسترسی، شرایط محیطی و منابع پاسخ را متاثر خواهند سخت. این هم مهم است که تأثیرات بالقوه منفی پاسخ را نیز پیش بینی کرده و آنرا محدود سازیم ⊕ به اصول حفاظت ۱ و ۲، و تعهد ۳ ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

کتاب رهنمای Sphere یک کد داوطلبانه برای کیفیت و مسئولیت پذیری است، و برای تشویق گسترده ترین استفاده ممکن و مالکیت ستندرد ها طراحی شده است. این یک رهنمای “چگونه” نیست مگر یک تشریح اینکه حد اقل برای مردم چه باید کرد که از بحران، با وقار زنده بمانند و بهبود یابند. مطابقت با ستندرد های سفئیر به معنای تطبیق تمام اقدامات و یا بر آورده ساختن تمام شاخص های کلیدی تمام ستندرد ها نیست. میزان تحقق ستندرد ها توسط یک سازمان بستگی به یک سلسله فکتور ها دارد که بعضی از آنها از کنترل آنها خارج است. رسیده گی به مردم متاثر شده و عدم مصئونیت سیاسی و اقتصادی ممکن بدست آوردن ستندرد ها را در بعضی ساحات کاری غیر ممکن بسازد. در مواردیکه حد اقل مطالبات از شرایط جامعه میزبان بالا رود، نحوه کاهش فشار احتمالی در نظر بگیرید مانند ارائه خدمات مبتنی بر جامعه. در بعضی وضعیت ها حد اقل مطالبات را ممکن مقامات ملی تعیین کنند که از حد اقل ستندرد های سفئیر بالا میباشند.

ستندرد های سفیر یک تشریح حقوق اساسی مربوط به زنده گی با وقار است، و ثابت باقی میمانند. شاخص ها و حد اقل مطالبات ممکن نیاز به تعدیل داشته باشند تا برای زمینه موجود با مفهوم باشند. در مواردیکه ستندرد ها بر آورده نمیشوند، هر گونه پروپوزل برای کاهش حد اقل مطالبات به دقت بر رسی شود. هر گونه تغیر را بطور دسته جمعی موافقت کرده و هر نوع کمبود پیشرفت واقعی را در برابر حد اقل ها بطور گسترده گزارش دهید. علاوه بر این سازمانهای بشری باید تاثیرات منفی بر آورده نشدن ستندرد ها بالای جمعیت را ارزیابی کنند و گام های جهت به حد اقل رساندن هر گونه صدمه بر دارند. از این خلای پاسخ برای حمایت استفاده کنید و کوشش کنید که در اسرع وقت به شاخص ها برسید.

ستندرد ها در طول سایکل پروگرام اعمال میشوند

ستندرد های سفیر باید در طول تمام سایکل پروگرام استفاده شوند، از بر رسی و تحلیل از طریق توسعه ستراتیژی، پلان گذاری و دیزاین، تطبیق و نظارت، تا ارزیابی و آموزش.

بر رسی و تحلیل

حد اقل ستندرد های سفیر اساسات را برای بر رسی و تحلیل نیاز ها (Need assessment and analysis) در هر سکتور یا چک لیست موجود در هر فصل ارائه میدهند. در آغاز بحران ستندرد های سفیر برای تشخیص ضروریات عاجل و در اولویت بندی این فعالیت ها که نیاز ها را بر طرف کند کمک میکند. ارقام برنامه ریزی و حد اقل سطوح کمک در سطح جهانی برای کمک به تدوین حد اقل نتایج در سطح وسیع ترسیم شده است. به همین دلیل ستندرد ها برای بهبود هماهنگی میان سازمانها و سکتور ها کمک میکنند.

توسعه ستراتیژی و طراحی پروگرام

ستندرد های اصلی بشری و حد اقل ستندرد از برنامه پاسخ ها برای ارائه کمک های درست بشری در وقت مناسب برای نیازمند ترین مردم حمایت میکند. مشارکت کامل مردم آسیب دیده و هماهنگی با مقامات ملی و محلی برای بدست آوردن این امر در تمام بخش ها ضروری است.

اقدامات کلیدی و شاخص ها یک چار چوکات برای مشخص کردن اولویت ها، تعیین کردن شکل برنامه ریزی و هماهنگی در بین تمام سکتور ها ارائه میکند. این کمک میکند تا اطمینان حاصل شود که پاسخ های سکتور ها یکدیگر را تقویت کرده و ظرفیت های خود مردم را در بدست آوردن نیازهایشان حمایت میکنند. اقدامات کلیدی و شاخص ها کیفیت کمک هاییکه به آن باید دست یافت تشریح میکند. آنها همچنان اساسات برای انجام دادن تحلیل پاسخ ارایه میکنند که بهترین راه را برای بدست آوردن کمک های مشخص شده تعیین میکند و عوارض جانبی بالقوه را کاهش میدهد.

برنامه ریزی پروگرام شامل تحلیل چندین گزینه پاسخ میشود، مانند دادن کمک به شکل اموال، کمک های نقدی، ارائه مستقیم خدمات، معاونت تخنیکی یا ترکیبی از اینها. ترکیب خاصی از گزینه های پاسخ انتخاب شده به مرور زمان تکامل می یابد.

کمک های نقدی، نوعی از برنامه های مبتنی بر مارکیت، به گونه روز افزون برای بر آورده شدن نیاز های بشری استفاده میشود. ملاحظات برای استفاده کمک های نقدی در تمام فصل های این کتاب رهمکودمدغم شده است.

کمک های نقدی برای بر آورده شدن نیاز های چندین سکتوری و همچنان برای بر آورده شدن نیاز های سکتور مشخص استفاده شده میتواند. این همچنین میتواند برای رسیده گی به موضوعات تبعیضی که دسترسی زنان را به دارایی ها و تصمیم گیری آنها در مورد مدیریت دارایی ها را محدود میکند استفاده شود. کمک های مالی چندین منظوره میتواند راهی مؤثری برای ارائه کمک ها و بر آورده ساختن ستندر ها در سکتورهای مختلف باشد. تمام کمک های نقدی باید توسط تحلیل چندین سکتوری نیاز ها، حرکت ها در زمینه (Context)، عملکرد بازار و ارزیابی امکان سنجی مطلع شوند.

تمام سکتور ها با پروگرام های مبتنی بر بازار خوب سازگار نیستند. این امر خصوصاً در مورد ارائه دهنده گان خدمات مستقیم و کمک کننده گان تخنیک صا دق است. ارائه دهنده گان صحت و تغذی ممکن است دسترسی به ارایه دهنده گان موجود خدمات صحتی و مداخلات محلی صحت عامه که به شکل مارکیت عمل نمیکند، پشتیبانی کنند

برای تعین ارائه بهترین نحوه کمک ها مشاورت ها با مردم، تحلیل مارکیت، دانش راه های ارائه کمک ها، و درک ظرفیت های زنجیره تمویل (Supply chain) و تدارکات ضرورت خواهد بود. + به ضمیمه: ارایه خدمات از طریق مارکیت مراجعه کنید.

تطبیق

اگر ستندر های سفر برای تمام و یا بعضی گروپ های آسیب دیده رعایت شده نمیتواند، تحقیق کنید که چرا و خلا ها را، و همچنان چه چیز نیاز به تغیر دارد را تشریح کنید. پیامد های منفی به شمول خطرات حفاظت و صحت عامه را ارزیابی کنید. این موضوعات را مستند سازی کرده و با سکتور های دیگر و مردم آسیب دیده به شکل فعالانه کار کنید که چگونه میتوانند راه های مناسبی را جهت به حد اقل رساندن صدمه های بالقوه مشخص کنید.

نظارت، ارزیابی، مسئولیت پذیری و آموزش

نظارت، ارزیابی، مسئولیت پذیری و آموزش (MEAL) تصمیم های به موقع و مبتنی بر شواهد را حمایت میکند. این به پروگرام های بشردوستانه اجازه میدهد تا با تغیرات محیط ها بسازند. تمامی حد اقل ستندر ها دارای شاخص ها هستند که برای تعین اینکه آیا بدست آمده اند، که آیا برای تمام اقشار نفوس به شکل معادل بدست آمده، یا چقدر کار دیگر نیاز است تا بدست بیایند نظارت شده میتوانند. ارزیابی، آموزش را برای بهبود پالیسی و عملکرد آینده، و بهبود مسئولیت پذیری را حمایت میکند. سیستم های MEAL همچنان تلاش های گسترده تر برای آموزش مربوط به اقدامات مؤثر بشر دوستانه کمک میکنند.

درک آسیب پذیری ها و ظرفیت ها

در سراسر کتاب Sphere اصطلاح (مردم) به مفهوم وسیع آن استفاده شده، تا باور Sphere را واضح بسازد که تمام افراد حق زنده گی با عزت و به همین دلیل حق دسترسی به کمک را دارند. اصطلاح (مردم) را باید شامل زنان، مردان، بچه ها و دختران، بدون در نظر داشت سن، معلولیت، ملیت، نژاد، قوم، وضعیت صحتی، وابستگی سیاسی، شناخت جنسی، مشخصات جندری یا کدام مشخصه دیگر که ممکن آنها برای شناخت خود استفاده میکنند خوانده شوند.

تمام مردم قدرت کنترل یکسان منابع ندارند. افراد در یک نفوس دارای ظرفیت ها، نیاز ها و آسیب پذیری های متفاوت اند که با گذشت زمان تغیر میکنند.

جاری صورت حال اور رجحانات کا جائزہ

- خدمات و اموال موجود - نظام مارکیٹ ها و زنجیره تامین - ظرفیت های زیر بنا - ارائه کننده گان خدمات (مالی و دیگران) - ظرفیت های تدارکات و محدودیت ها	- سهامداران و روابط قدرت - ظرفیت و قصد پاسخ دهنده گان- - پلان های پاسخ مقامات و دیگر فعالین- - مسئولیت جمعیت میزبان-	- تهدیدات و خطرات حفاظت - اوضاع امنیتی و تطبیق قانون- - دسترسی به کمک- - رسیده گی به افراد نیازمند؟ - تغییرات موسمی در خطرات.	- چه کسی متأثر شده؟ - نیاز ها و آسیب پذیری ها؟ - راه های مقابله و ظرفیت ها- - بی جا شده؟ متحرک؟ - اولویت های افراد متأثر شده چه هستند؟
--	---	---	--



تجزیه و تحلیل و اولویت بندی

کدام مشکلات بر طرف شوند؟ برای کدام گروه مردم؟ در کدام موقعیت جغرافیای؟ در چه دوره زمانی؟ در برابر کدام ستندرد ها؟



گزینه ها را مرور کنید و بگویید که پاسخ چگونه ارائه شود

از بین این موارد، گزینه های پاسخ را انتخاب کنید بر اساس ارزیابی شما از: - فوریت و به وقت بودن - امکان پذیری - ظرفیت ها - وقار - تهدیدات و خطرات حفاظت	گزینه های موجود در محیط تان را در نظر بگیرید - ارائه مستقیم خدمات - توزیع مواد - امداد تخنیکی - پروگرام مبتنی بر مار کیت - امداد نقدی
--	--



یک پروگرام به اساس کیفیت و مسئولیت پذیری بنا کنید

تراتیژی های عبور و خروج مرحله - احساس ملکیت و دخیل ساختن محلی - نظام های ملی و مالکیت - مشارکت ها	نظارت محیط، پروسه و نتایج - انتخاب شاخص ها - تجزیه مناسب دیتا	ارتباطات و مسئولیت پذیری - میکانیزم فید بک دهی و شکایات - هماهنگی - دخیل ساختن جامعه به شکل سیستماتیک	پهلوی های اساسی - تجزیه دیتا به اساس جنس، سن و معلولیت- - آسیب پذیری و حفاظت - پایداری یا عبوری
--	---	--	--

درک محیط برای تطبیق کردن ستندرد های (شکل ۱)

عوامل فردی مانند سن، جنس، معلولیت و وضعیت صحت و حقوقی رسیده گی به کمک ها را محدود ساخته میتواند. اینها و دیگر عوامل ممکن از عوامل تبعیضات قصدی باشند. گفتگو با زنان، مردان، دختران و بچه ها از هر سن و پیشینه به شکل فردی و گروهی برای پروگرام خوب بنیادی است. جوان بودن یا مسن بودن، خانم یا دختر بودن، یک شخص با معلولیت یا از قبیله اقلیت اینها به تنهایی خودشان یک شخص را بصورت کلی آسیب پذیر نمیسازند. بلکه این تداخل عوامل در یک زمینه است که میتواند ظرفیت ها را تقویت کند، انعطاف پذیری ایجاد کند یا دسترسی به مساعدت ها را برای هر فرد یا گروهی تضعیف کند. در بسیاری از محیط ها کل جوامع و گروه ها نیز به سبب زنده گی در مناطق دور دست، غیر مصئون و غیر قابل دسترس، یا به دلیل اینکه آنها در جغرافیای با دسترسی محدود به مساعدت ها و حفاظت هستند امکان دارد که آسیب پذیر باشند. گروه ها ممکن به دلیل ملیت، قوم، زبان یا وابستگی سیاسی و مذهبی مورد خدمت کمتر و تبعیض قرار گیرند، که نیاز به توجه خاص برای منعکس ساختن اصل بیطرفی دارد. هنگامیکه گروه های متنوع در دیزاین پروگرام شامل میباشند، پاسخ بشر دوستانه نتایج جامع تر، همه شمول، و مداوم تر داشته میتواند. شامل ساختن و اشتراک ار نفوس متأثر شده برای زنده گی با عزت بنیادی است.

تجزیه دیتا

در بسیاری حالات مشکل است که دیتای به سطح نفوس دریافت شده و مشخص شوند. در حالیکه دیتای تجزیه شده ضروریات متمایز و تأثیرات اقدامات را بالای گروه های مختلف نشان میدهد. دیتای تجزیه شده برای مشخص کردن افراد در معرض خطر بیشتر کمک کرده میتواند و نشان میدهد که آیا آنها دسترسی به معاونت ها بشری دارند و کجا ب نیاز است تا برای رسیدن به آنها بیشتر کار شود. برای درک تفاوت ها به اساس جنسیت، جنس، سن، معلولیت، جغرافیا، قوم مذهب، طبقه یا هر عامل دیگری که دسترسی به کمک های بی طرف را محدود میسازد باید دیتا تا حد امکان با کتگوری های مناسب نظر به محیط تجزیه شوند.

برای دیتای عمومی بالای سن، از عین گروه های مشابه که در سیستم دیتای ملی است استفاده کنید. اگر گروه های سنی ملی موجود نباشند از جدول ذیل استفاده کنید. برای هدف قرار دادن گروه های خاص مانند نوزادان، اطفال، جوانان، خانم ها و اشخاص مسن از تجزیه و تحلیل دقیق تر نیاز است.

اطفال

کودکان بخش قابل توجهی از نفوس آسیب دیده را تشکیل میدهند اما اغلب کمتر قابل مشاهده هستند. ظرفیت و نیاز های اطفال نظر به سن بیولوژیکی و انکشاف فرق میکند. اقدامات خاصی باید گرفته شوند تا از حفاظت آنها از صدمه و دسترسی عادلانه به خدمات اساسی اطمینان حاصل شود.

در جریان بحران ها اطفال با خطرات تهدید کننده زنده گی به شمول، سوء تغذی، جدایی از خانواده، قاچاق، استخدام در گروه های مسلحانه، و سوء استفاده و خشونت های جنسی یا فیزیکی رو به رو میشوند که تمام اینها نیاز به اقدامات فوری دارند.

خطرات حفاظتی اغلباً با عوامل زیاد ترکیب میشوند. بطور مثال، نو جوانان و بچه های جوان در خطر بیشتر استخدام منیث سرباز توسط قوت ها و گروه های مسلح یا اشتراک در خراب ترین نوع کار های شاقه اطفال قرار دارند.

سن										وضعيت معلوليت	جنس
80+	70-79	60-69	50-59	40-49	30-39	18-29	13-17	6-12	0-5	بدون معلوليت	مؤنث
										معلول	
										بدون معلوليت	مذكر
										معلول	

دختر های جوان بيشتر به عنوان برده جنسي بکار گرفته ميشوند يا قاچاق ميشوند. کودکان دارا معلوليت بيشتر رها ميشوند يا مورد غفلت قرار ميگيرند. به دختران داراي معلوليت بايد توجه بيشترى صورت گيرد زيرا آنها با خطرات بزرگتر خشونت جنسي، بهره برداري جنسي و سوء تغذي رو به رو هستند. نظريات دختران و بچه ها از هر رده سنى و پيشينه را بطور فعال جستجو کنيد تا بتواند بر نحوه ارائه، نظارت و ارزيايى خدمات تأثير بگذارند. در کنوانسيون حقوق کودک آمده است که (طفل) به هر شخص زير سن ۱۸ سال گفته ميشود. تحليل کنيد که نفوس متاثر شده طفل را چگونه تعريف ميکند، تا اطمينان حاصل شود که هيچ طفل و جوانى از کمک ها محروم نشده است.

مردم مسن

افراد مسن در بسيار از ممالک نظر به تناسب نفوس به سرعت در حال افزايش است، ليکن اغلباً در مساعدت های بشردوستانه نا ديده گرفته ميشوند.

در بسيارى از فرهنگ ها مسن بودن با پير بودن را به شرايط خاصى (مانند پدر يا مادر کلان بودن) يا علايم فزيكى (مانند موى سفيد) بدون در نظر گرفتن سن، مرتبط ميدانند. در حاليکه در بسيارى از منابع ۶۰ ساله و يا بالا تر از آن مسن تعريف شده، در جوامع که بحران های بشرى رخ ميدهند ۵۰ ساله بودن براى تعريف مسن شدن ممکن بيشتر مناسب باشد.

مردمان مسن داراي دانش و تجربه خوب راه های مقابله هستند و منحيث مراقبين، مديران منابع، هماهنگ کننده ها و ماشين عايد عمل ميکنند. افراد مسن اغلب تجسم سنّت ها و تاريخ هستند و منحيث مرجع فرهنگ عمل ميکنند. انزوا، ضعف فزيكى، تخريب ساختار های تقويت خانواده و جامعه، مريضى های مزمن، مشکلات عملکردى و کاهش ظرفيت های ذهنى آسيب پذيرى اشخاص مسن را در زمينه های بشرى بالا ميبرد. مطمئن شويد که با اشخاص مسن مشورت صورت گرفته و در هر مرحله پاسخ بشرى دخيل هستند. خدمات، محيط ها و اطلاعات متناسب با سن را در نظر بگيريد، و از ديتاى تفکيک شده سن براى نظارت و مديريت پروگرام استفاده کنيد.

جنسيت (Gender)

(جندر) به تفاوت های اجتماعى ايجاد شده بين زنان و مردان در طول چرخه زنده گى آنها اشاره دارد. و اين امکان دارد که نظر به گذشت زمان، در ميان و در سراسر فرهنگ ها و زمينه ها تغيير کند.

جنسیت غالباً نقش ها، مسئولیت های مختلف و قدرت و دسترسی به منابع را در خانم ها، دختران، بچه ها و مردان تعیین میکند. دانستن این تفاوت ها و چگونگی تغییر آنها در جریان بحران برای پر.گرام های بشری مؤثر و بر آورده ساختن حقوق بشر حیاتی است. بحران یک فرصت برای رسیده گی به عدم مساوات جنسیتی و توانمند سازی دختران، بچه ها و زنان بوده میتواند.

جنسیت با جنس یکسان نیست که خصوصیات بیولوژیکی یک شخص را اشاره کند. (جندر)، (تنها زنان) معنی نمیدهد. در حالیکه زنان و دختران با محدودیت های نقش های جنسیتی رو بر رو میشوند مردان و بچه ها نیز تحت تأثیر انتظارات سختگیرانه مردانگی شان قرار میگیرند. برنامه های برابری جنسیتی مستلزم مشارکت برای توسعه روابط عادلانه تر و مشارکت برابر زنان، دختران، مردان و بچه ها است.

خشونت بر اساس جندر یا جنسیت

(خشونت بر اساس جنسیت) خشونت مبی بر تفاوت های جندری میان زنان و مردان را تشریح میکند. این نشان میدهد که نا برابری میان زنان و مردان اساس بسیاری از انواع خشونت ها را که در مقابل زنان و دختران در سراسر جهان صورت میگیرد تشکیل میدهد. بحران ها بسیار از انواع خشونت های مبنی بر جندر را تشدید میکنند به شمول خشونت از طرف شریک زنده گی، ازدواج زود هنگام، خشونت های جنسی و قاچاق انسانی.

نهاد ها مسئول تمام اقدامات ضروری برای جلوگیری از بهره برداری و سوء استفاده جنسی از مردم متأثر شده توسط بحران به شمول خود فعالیت های نهاد ها هستند. وقتی صحت ادعاهای سوء رفتار دریافت شمنود، این مهم است که مقامات صلاحیت دار مرتکب را مورد باز خواست قرار داده و به دوسیه ها به شکل شفاف رسیده گی شود.

اشخاص دارای معلولیت

تقریباً ۱۵ فیصد نفوس جهان با یک شکلی از معلولیت زنده گی میکنند. معلولیت شامل اختلالات فیزیکی، دماغی، فکری و حسی طولانی مدت میشوند که در تعامل با موانع مختلف ممکن مانع مشارکت کامل و مؤثر شان در جامعه بطور برابر با افراد دیگر شود.

در زمینه های بشری، اشخاص دارای معلولیت بیشتر به موانع و محدودیت های محیط فیزیکی، ترانسپورت، ارتباطات و معلومات، و سهولت ها و خدمات بشردوستانه مواجه میشوند. پاسخ و برنامه ریزی آماده گی باید ظرفیت ها و نیاز های افراد دارای معلولیت را در نظر گرفته و کوشش های عمدی جهت رفع موانع فیزیکی، ارتباطات، و موانع نگرشی، برای مشارکت و دسترسی آنها را بر دارند. خطر برای زنان و دختران دارای معلولیت میتواند با نا برابری جنسیتی و تبعیض یکجا شوند.

⊕ **برای معلومات بیشتر رفرنس ها را ببینید: سؤالات Washington Group** برای تجزیه دیتای به اساس حالت معلولیت، و ⊕ ستندرد ها بشر دوستانه برای شامل ساختن افراد مسن و افراد دارای معلولیت

افرادیکه با HIV زنده گی میکنند و توسط آن متأثر شده اند

دانستن شیوع HIV در یک محیط مشخص برای درک آسیب پذیری ها و خطرات و برای ارائه یک پاسخ مؤثر با اهمیت است. بی جا شدن ممکن آسیب پذیری در برابر HIV را بالا برد و بحران ها بیشتر سبب شکستگی وقایع، تست کردن، مراقبت، تداوی و خدمات حمایتی شود. اغلب اقدامات خاصی در نیاز است تا افراد در معرض خطر در برابر خشونت و تبعیض حفاظت شوند. این امر با نابرابری جنسیتی و تبعیض به اساس حالت معلولیت، مشخصات جندری و هویت جنسی ترکیب میشود. این به نوبه خود امکان دارد اشخاصی را که با HIV زنده گی میکنند برای جستجوی خدمات در بحران دل سرد کنند اگر کدام از اینها موجود باشد. خشونت، تبعیض و راه های مقابله منفی مانند سکس در مقابل متاع آسیب پذیری در برابر انتقال HIV را خاصاً در زنان و دختران و جوامع LGBTQI بلند میبرد. افرادیکه بیشتر در معرض خطر قرار دارند شامل مردانی که با مردان سکس میکنند، افرادیکه مواد مخدر زرق میکنند، کارکنان جنسی، تراجنسیتی، اشخاص دارای معلولیت، و اشخاص داخل زندان ها و اشخاص در محیط های بسته + مراقبت های صحت ضروری - ستندرد های صحت جنسی و باروری.

عواملی مانند کم شدن تحرک با گذشت زمان و دسترسی بیشتر به خدمات برای نفوس متأثر شده توسط بحران خطر HIV را کاهش داده میتواند. برای جلوگیری از اعمال تبعیض آمیز، هر گونه تصورات غلط در مورد HIV و افزایش شیوع HIV را بر طرف کنید. افرادیکه به HIV مبتلا هستند حق زنده گی با عزت، عاری از هر نوع تبعیض را دارند و باید از دسترسی به خدمات بدون تبعیض بر خور دار شوند.

LGBTQI افراد

افرادیکه خود را همجنسگرا زن با زن (Lesbian)، مرد با مرد (Gay)، دو جنسگرا (Bisexual)، تراجنسیتی (Transgender)، دگر باشان (Queer)، یا بین جنسی (LGBTQIA)، (Intersex) معرفی میکنند درخطر بلند تبعیض، لکه ننگ یا ستیگما، و خشونت جنسی و فیزیکی قرار میگیرند. آنها ممکن با موانع دسترسی به خدمات مراقبت های صحتی، مسکن، تعلیم، وظیفه، معلومات و تسهیل های بشری رو بر رو شوند. بطور مثال، افراد LGBTQI اغلباً در پروگرام های امدادی که به اساس واحد های خانواده گی (معمولی) هستند با تبعیض رو بر رو شوند مانند اسکان اضطراری و توزیع غذا. این نوع موانع بر بالای صحت و بقای آنها و ممکن پیامد های طولانی بر ادغام آنها داشته باشد. پاسخ های حفاظتی و ایمنی خاص و همه شمول را در آماده گی و پلان گذاری شامل کنید. از مشورت معنی دار با سازمانها و افراد LGBTQI در هر مرحله پاسخگویی بشر دوستانه اطمینان حاصل کنید.

صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی

افراد در برابر استرس بحران عکس العمل های متفاوت نشان میدهند. به احتمال زیاد برخی از آنها به دسترس مواجه میشوند به خصوص اگر آنها به جبر بیجا شده باشند، از فامیل جدا شده باشند، خشونت را سپری کرده باشند یا قبلاً هم مشکلات صحت روانی را تجربه کرده باشند. ارائه خدمات اساسی و امنیت مناسب از لحاظ فرهنگی و اجتماعی برای جلوگیری از دسترس و رسیده گی به تبعیض ضروری و مهم است.

تقویت حمایت روانی اجتماعی و خود یاری محیطی یک فضای مصنوعیت ایجاد میکند و برای مردم آسیب دیده اجازه میدهد تا با یکدیگر در مورد بهبودی عاطفی و اجتماعی کمک نمایند. مداخلات متمرکز فردی، فامیلی یا گروهی به شمول مداخلات کلینیکی مهم است اما ضروری نیست که توسط ماهرین صحت روانی ارائه شوند.

آنها همچنین میتوانند توسط افراد آموزش دیده و تحت نظارت ارائه شوند.

⊕ به ستندرد های اساسی مراقبت صحت مراجعه کنید: مراقبت صحت روانی.

جمعیت آسیب دیده اغلباً هویت روحانی و مذهبی را اظهار میکنند و امکان دارد خود را به یک جامعه ایمانی مرتبط بسازند. این اغلب بخش مهمی از استراتژی مقابله آنها را تشکیل میدهد و بر پاسخ مناسب طیف وسیعی از بخش ها تأثیر میگذارد. شواهد نشان میدهد که جمعیت بیشتر نفع میبرند و قتیکه بشر دوستان بالای هویت اعتقادی آنها حساب میکند. جوامع موجود اعتقادی ظرفیت بالای همکاری با پاسخ های بشری را دارند. یک روش متمرکز به مردم از کارمندان بشر دوستانه میخواهند که از هویت اعتقادی جمعیت آسیب دیده آگاهی داشته باشند. مجموعه وسیعی از ابزار برای بدست آوردن این هدف در حال رشد است.

درک تنظیمات عملیاتی

واکنش های بشر دوستانه در زمینه های بسیار متفاوت از شهر گرفته تا دهات، از جنگ تا فاجعه های سلسلهه الوقوع و اغلباً در طول زمان ترکیبی از اینها. مؤثر بودن پاسخ بشری در بر آورده ساختن نیاز های جمعیت آسیب دیده متکی بر عوامل جغرافیاوی، امنیتی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی میشوند. در حالیکه حد اقل ستندرد ها برای تمرکز بر کمک های عاجل نجات زنده گی ساخته شده اند اما در پاسخ های بشری که برای روز ها، هفته ها، ماه ها یا حتی سالها دوام میکند قابل تطبیق است. واکنش بشر دوستانه باید با گذشت زمان تغییر کرده و وفق داده شود و از متکی بودن به کمک جلوگیری شود. یک تحلیل دوامدار از زمینه و اوضاع یک اشاره برای وفق پروگرام به یک محیط در حال تغییر میدهد، مانند مسائل جدید امنیتی یا محدودیت های موسمی مانند سیلاب.

یک ارزیابی دوامدار حرکت های محلی مانند خریداری اموال، و ارائه خدمات یا کرایه کردن وسائل ترانسپورتی ضرور است تا اطمینان حاصل شود که اقدامات بشری به تحرکات در گیری دامن نمیزند. ⊕ به اصول حفاظت ۲ مراجعه کنید. و قتیکه بحران طولانی میشود ضعف های سیستمیک اساسی ممکن نیاز ها و آسیب پذیری ها را تشدید کند و ایجاب تلاش های بیشتر حفاظت و ایجاد تاب آوری را بکند. به بعضی از اینها میتواند از طریق یا در هماهنگی با نهاد های انکشافی رسیده گی شود.

ایجاد میکانیزم های هماهنگی مانند میکانیزم کلستر یا خوشه یی برای تقسیم اضح کار ها و مسئولیت ها و مشخص کردن خالیگاه ها در پوشش و کیفیت ضروری است. این مهم است تا از تکرار مساعدت ها و ضیاع منابع جلوگیری کرد. شریک ساختن معلومات و آگاهی میان ذینفعان، همراه با پلان گذاری با هم و فعالیت های مدغم نیز میتواند که از مدیریت بهتر خطرات و بهبود نتایج پاسخ توسط نهاد ها اطمینان دهد.

حمایت فعالین ملی و محلی

مشخص کردن نقش و مسئولیت ابتدایی جامعه میزبان، کتاب رهنما تمام آنهایی را که در پاسخ بشری شامل هستند و نقش نهاد های بشری را که در تقویت این مسئولیت ها بازی کرده میتوانند را رهنمایی میکند. در یک در گیری تمایل فعالین حکومتی و غیر حکومتی برای تسهیل کردن دسترسی به جمعیت تأثیر تعیین کننده خواهد داشت.

- نقش حکومت در رهبری یا هماهنگی یک پاسخ توسط بسیاری از عوامل شکل خواهد گرفت، مشمول:
- موجودیت یک نهاد دولتی مخصوصاً که در تطبیق یا هماهنگی یک پاسخ بشری (معمولاً به عنوان مرجع یا سازمان رسیده گی به آفات طبیعی نامیده میشود) شامل باشد
- نقش و قدرت وزارتخانه های مرتبط برای تعیین ستنرد ها مانند ستنرد های تغذی، ستنرد های ادویه های ضروری و کارمندان طبی؛ و
- عدم عملکرد نهاد های دولتی مانند مناطق در مناقشه. در این قسم حالات خارق العاده، نهاد های بشری ممکن خود شان میکانیزم های هماهنگی خود شان را ایجاد کنند.

بحران های دوامدار

وقتی مشهود است که پاسخ بشری به بیشتر از چندین ماه یا سال ها به درازا میکشد، وسایل مختلف تأمین نیاز ها و حمایت زنده گی با عزت را در نظر بگیرید. فرصت ها موجود کار کردن با ارائه کننده گان خدمات، مقامات محلی، جوامع محلی، شبکه های حفاظت اجتماعی یا نهاد های انکشافی را برای کمک تأمین نیاز ها بر رسی کنید. ارزیابی ها، نیازمند در نظر گرفتن زمینه و نگرانی های حفاظت و چگونگی متأثر شدن حقوق آسیب دیده ها است. در تجزیه و تحلیل، ارزیابی، تصمیم گیری، و نظارت و ارزیابی افراد از هر دو جنس، تمام رده سنی، معلولیت ها و پیشینه به شمول جوامع خود تعریف شده، را شامل کنید. وقتی فعالان خدمات بشر دوستانه فرصت راه حل های دراز مدت را پیدا میکنند، آنها باید بر اقدامات مؤقت اولویت داشته باشند.

تشخیص دهید که اغلباً افراد متأثر شده اولین کسانی هستند که برای ضروریات خود پاسخ میدهند و از خود حفاظت میکنند. مقامات ملی و محلی، جامعه مدنی، سازمانهای مبتنی بر ایمان، و دیگران کمک های بسیار مهم ارائه میکنند. از این شبکه های کمک های از قبل موجود آگاه باشید و راه های جهت حمایت آنها را تشخیص دهید تا اینکه فعالیت های آنها را تضعیف و یا دو چند (Duplicate) نکنید.

تنظیمات شهری

قسمیکه جمعیت جهان بیشتر و بیشتر به بازار ها و شهر ها مسکن گزین میشوند، بشر دوستان باید آماده پاسخ در زمینه های شهری باشند. ساحات شهری در موارد ذیل از دیگر زمینه ها تفاوت دارد:

- **تراکم:** تراکم نفوس، خانه ها، زیر بنا ها، قوانین، و فرهنگ ها در یک ساحه نسبتاً کوچک.
- **تنوع:** گروه های متنوع اجتماعی، قومی، سیاسی، زبانی، مذهبی، و اقتصادی بسیار نزدیک با هم زنده گی میکنند.
- **حرکات:** محیط های شهری سیال و در حال تغیر هستند، با تحرک بالا و تغیر سلسله قدرت. شاروالی اغلباً مقامات کلیدی حکومتی در ارتباط با دیگر نهاد ها و دیپارتمنت های حکومتی مانند وزارت خانه های مربوطه میباشد. دسترسی به خدمات اساسی، مصنوینت غذایی، و امرار معاش به شمول هر نوع تبعیض باید به بسیار دقت بر رسی شود. مردم در شهر ها و بازار ها برای پرداخت کرایه، خرید غذا و دسترسی به مراقبت صحی پول نقد میپردازند.

حد اقل ستندرد در مورد حق زنده گی با عزت بدون در نظر داشت نحوهٔ ارائه خدمات قابل تطبیق است. حد اقل ستندرد های سفئیر برای پشتیبانی از چندین نقطه ورودی در ارائه کمک ها در ساحات شهری، به شمول روش های حل و فصل، همسایه گی و محله یا منطقه استفاده شده میتواند. گروپ های تأسیس شده دارای منافع مشترک مانند مکاتب، کلب ها، گروپ های زنان، و راننده های تکسی نقاط ورودی مفید را ارائه کرده میتواند. کار کردن با نهاد های محلی (مانند سکتور خصوصی، حکومت داری محلی، رهبران همسایه گی و گروپ های اجتماعی) در مورد آغاز دوباره، حمایت و تقویت خدمات موجود به جای تعویض آنها حیاتی بوده میتواند. توجه داشته باشید که کمک های بشری چگونه از پلان سرمایه گذاری، ایجاد ارزش های شاروالی در دوران بحران و دراز مدت حمایت کرده میتواند. مانند هر محیطی، بر رسی در زمینه های شهری باید به منابع و فرصت های موجود مانند تجارت، پول نقدی، تکنالوژی، فضا های عمومی، افراد دارای تخصص، و تنوع فرهنگی و اجتماعی، در پهلوی جنبه های خطر و حفاظت توجه داشته باشد. تجزیه و تحلیل باید گزینه های پاسخ و گزینهٔ آخری نحوهٔ ارائه را نشان دهد، مانند کمک های نقدی و غیر نقدی (و بهترین راه برای انجام این کار). اقتصاد ها مبتنی بر پول نقد بازار ها و شهر ها فرصت مشارکت با فعالین در مارکیت ها و تکنولوژی را فراهم میکند که استفاده کمک های نقدی را ممکن تسهیل کنند.

شهرک های مشترک

شهرک ها و کمپ های مشترک پلان شده، همچنان مراکز جمعی و شهرک های خود جوش محل زنده گی ملیون ها کسانی هستند که به زور بیجا شده اند. ستندرد های سفئیر جهت اطمینان کیفیت کمک ها در تنظیمات جامعه استفاده شده میتواند. آنها همچنان برای تعیین کردن اولویت ها برای پروگرام های چندین سکتوری برای رسیده گی به نگرانی های صحی، دسترسی به خدمات اساسی در شهرک های خود جوش کمک کرده میتواند.

در شهرک های مشترک، ظرفیت مدیریت اختصاصی کمپ ها میتواند به پاسخگویی بیشتر و ارائه خدمات هماهنگ کمک کند. با وجودیکه شهرک های عمومی یا مشترک خطرات خاص خود را برای حفاظت دارند. برای مثال، هنگامیکه حق رفت و آمد شهرک ها صلب شود مردم ممکن نتوانند به بازار بروند و یا امرار معاش خود را دنبال کنند. به جوامع میزبان نیز باید توجه صورت گیرد زیرا که تفاوت واقعی یا درک شده در نحوهٔ بر خورد ممکن سبب ایجاد تنش و جنگ شود. در چنین شرایط حمایت برای تنظیمات بدیل کمپ در جای دیگر و همچنان رسیده گی به نیاز های جامعهٔ میزبان میتواند که از زنده گی با وقار جمعیت آسیب دیده اطمینان دهد.

تنظیمات با نیرو های داخلی یا بین المللی

هنگامیکه نهاد های بشر دوستانه در یک منطقه با نیرو های داخلی یا بین المللی کار میکند مهم است تا از دستورات کار یکدیگر، شیوهٔ عمل، ظرفیت ها و محدودیت های یکدیگر آگاه باشند. در شرایط فاجعه و جنگ نهاد های بشری ممکن در نزدیکی با طیفی از نظامیان مانند نیرو های حکومت میزبان، گروپ های مسلح غیر دولتی و حامیان صلح بین المللی کار کنند.

فعالین بشری باید به یاد داشته باشند که حکومت های میزبان مکلفیت دارند که برای افراد متأثر از بحران تحت قلمرو شان کمک ارائه کنند. نیرو های نظامی داخلی اغلب موظف به انجام این کار هستند. اصول بشر دوستانه باید گفتگو ها و هماهنگی های بشری-نظامی را در تمام سطوح و مراحل رهنمایی کند. شریک ساختن معلومات، پلان گذاری و تقسیم وظایف سه عنصر اساسی برای هماهنگی ملکی-نظامی اند. در حالیکه معلومات میان سکتور های بشر دوستانه و نظامی صورت گرفته میتواند این باید به زمینه فعالیت های عملیاتی ارتباط داشته باشد. سازمانهای بشر دوستانه نباید معلوماتی را شریک بسازند که به یک طرف در گیر جنگ مزیت تکتیکی داشته و یا ملکی ها را به خطر بیندازد. در وقت هائیکه سازمانهای بشری نیاز به استفاده ظرفیت های منحصر به نظامی ها را برای حمایت عملیات ها بشر دوستانه را داشته باشند. حمایت نظامی برای سازمانهای بشر دوستانه باید به حمایت های زیر بنا و کمک غیر مستقیم محدود شود؛ کمک مستقیم گزینه آخری است. همکاری با نظامیان تأثیر واقعی یا محسوسی بر بالای بی طرفی و استقلال عملیاتی سازمانهای بشر دوستانه دارد که باید قبل از قبل به دقت مد نظر گرفته شود. اسناد رهنمایی مورد توافق بین المللی باید هرگونه ترتیبات هماهنگی بشردوستانه- نظامی را در بر داشته باشد. + به ستندرد های اساسی بشر دوستانه تعهد ۶ و رفرنس ها مرا جعه کنید.

تأثیرات محیط زیستی بالای پاسخ بشر دوستانه

محیطی که مردم در آن زنده گی و کار میکنند برای صحت، سلامتی و بهبودی شان از بحران بسیار اساسی است. درک اینکه مردم آسیب دیده چگونه برای بهبودی شان به محیط زیست وابسته هستند در طراحی پروگرام هم کمک کرده میتواند و منجر به پاسخ های پایدار تر برای مقابله با شوک های آینده و کاهش خطرات آینده میشوند.

عملیات های بشر دوستانه بصورت مستقیم و غیر مستقیم بالای محیط زیست تأثیر میگذارند. به همین دلیل پاسخ مؤثر بشر دوستانه باید در پهلوی بر رسی های گسترده به دقت بر رسی خطرات محیط زیستی و تحلیل و تجزیه اوضاع را نیزانجام دهند. پر.گرام ها باید تأثیرات زیست محیطی خود را به حد اقل برسانند و در نظر داشته باشند که ندارک، ترانسپورت، انتخاب اسباب یا وسائل، استفاده زمین و منابع طبیعی چگونه امکان حفاظت و تخریب بیشتر محیط زیست را سبب میشوند. + به ستندرد ۷ سرپناه و شهرک مراجعه کنید: پایداری زیست محیطی.

کشور ها و مناطقی که با فقر رو بر روهستند و همچنان ظرفیت های نهادی و زیست محیطی شناسی شکننده در خطر بلند آفت های طبیعی و بی ثباتی قرار دارند، یک سایکل معیوبه تخریب محیط زیست را ایجاد میکنند. این امر بالای صحت، تعلیم، امرار معاش و دیگر ابعاد امنیت، عزت و سلامتی تأثیر دارد. ثبات زیست محیطی یک جز مهمی از پاسخ بشر دوستانه با کیفیت خوب است + به تعهد ۳۹ ستندرد های اساسی بشر دوستانه و ستندرد ۷ سرپناه و شهرک مراجعه کنید: پایداری زیست محیطی.

ضمیمه

ارائه کمک ها از طریق مارکیت

این ضمیمه مُکمل معرفی کتاب رهنمای سفئیر است، معلومات و رهنمای اضافی برای بدست آوردن حد اقل ستندرد ها با استفاده از مارکیت ها بوده و برای مردم در دستیابی به نیاز هایشان در بعد از بحران کمک میکند. این بخش بالای فصل های اساسی بنا شده و در فصل های تکنیکی به آن اشاره شده است. بدین ترتیب جزء لاینفک کتاب رهنمای Sphere است. بخاطر پاسخ دادن مؤثر نهاد های بشر دوستانه باید بدانند که نیاز ها چه هستند و چگونه آنها را عملی برآورده ساخته میتوانند. بخشی از این تجزیه و تحلیل دانستن نحوه عملکرد مارکیت ها و انواع کالا ها و خدمات موجود به سطح محلی، ملی، منطقوی و بین المللی است. درک این موضوع به پروگرام های بشر دوستانه اجازه میدهد تا از مارکیت ها حمایت کرده یا حد اقل باعث اخلاص آنها نشوند.

تجزیه و تحلیل مارکیت منحیث جزء تجزیه و تحلیل پاسخ

یکبار که نیاز ها و ظرفیت ها برای مشخص کرن اولویت ها ارزیابی شدند، راه های مختلف پاسخ و تأمین این نیاز ها نیز باید تجزیه و تحلیل شوند. تجزیه و تحلیل پاسخ باید اطمینان بدهد که فرصت ها و خطرات عملیاتی، پروگرامی و زمینه ای بطور سیستماتیک هنگام ارائه کمک مد نظر گرفته میشوند. این امر گاهی اوقات (تعیین روش) نامیده میشود.

مشخص کردن بهترین راه برای ارائه کمک جهت رفع ضرورت ها بهموارد ذیل نیاز دارد:

- معلومات تجزیه و تحلیل شده در مورد اولویت ها و نحوه دسترسی مردم به کمک ها در میان سکتور ها و به مرور زمان؛ و
- یک درکی از آسیب پذیری های اقتصادی در هر دو حالت هم آسیب پذیری موجود قبل از بحران و هم آنکه توسط بحران ایجاد میشود.

به عنوان بخشی از تجزیه و تحلیل پاسخ، تجزیه و تحلیل مارکیت به شناسایی مؤثر ترین راه برای برآورده ساختن نیاز های اولویت دار کمک میکند: کمک غیر نقدی، ارائه خدمات، کمک نقدی، یا ترکیبی از اینها در زمینه (Context). تجزیه و تحلیل مارکیت در شناسایی محدودیت ها بر بالای مارکیت، به شمول عرضه و تقاضا، یا پالیسی ها، نورم ها، قوانین یا زیر بنا که عملکرد مارکیت را محدود میکند مینماید.

هر گزینه پاسخی که انتخاب میشود باید به بازار حساس بوده و برای حفظ امرا معاش، وظایف محلی، و تجارت تلاش کند. سفئیر به اساس یک احترام بنیادی به برای مردم آسیب دیده از بحران و تقویت انتخاب های مردم برای بهبودی شان استوار است. با در نظر گرفتن نحوه تعامل مردم با بازار های محلی در بدست آوردن کالا ها، خدمات و عوائد، تجزیه و تحلیل مارکیت روش مردم-محور را تقویت میکند.

طرح پروگرام و بازار ها

معاونت از طریق مارکیت به راه های مختلف به سطح محلی، ملی و منطقوی ارائه شده میتواند. بازار ها را میتوان به شکل مستقیم برای ارائه کمک ها استفاده کرد، یا مارکیت ها را میتوان برای خدمت رسانی بهتر به جمعیت آسیب دیده حمایت کرد.

- خریداری کالا ها و اقلام غیر خوراکی محلی و منطقوی بازار ها را از لحاظ عرضه تقویت میکند.
- کمک های نقدی، کمک کردن مردم بخاطر خریداری اموال محلی یا خدمات از طرف تقاضا بازار ها را کمک میکند.
- تقویت زیر بنا مانند بهبود راه ها به مارکیت ها، یا اصلاحات مانند قوانین جلوگیری از تعیین قیمت مارکیت ها را تقویت میکند تا به مردم آسیب دیده خبتر خدمات ارائه کند.

جنس، نژاد یا معلولیت اغلباً بصورت مستقیم دسترسی فزیک، مالی و اجتماعی به بازار ها را متأثر میسازد. چگونه مردان، زنان، جوانان و افراد مسن به نحوه متفاوت به بازار دسترسی پیدا کرده میتوانند؟ آیا تجاران یک قوم خاص به تسهیلات اعتبار دهی دسترسی پیدا کرده میتوانند؟ اینها و عوامل دیگر بالای سطح اشتراک فعال افراد به مارکیت ها تأثیر کرده میتوانند.

هنگام تدوین پروگرام های مبتنی بر بازار ملاحظات اخلاقی و زیست محیطی باید در نظر گرفته شوند. مطمئن شوید که مارکیت هائیکه بیشتر از مابع طبیعی، ایکو سیستم و محیط زیست استفاده میکنند طوری توسعه نیافته باشند که مردم را در معرض خطر بیشتر قزاز دهند.

اموال، خدمات و بازار ها: هنگامیکه به نیازهای دارای اولویت بشری پاسخ میدهند اموال و خدمات هر دو را در نظر بگیرید. بیشتر ستنرد های سفیر شامل ارائه نوعی مواد خام یا دسترسی به اموال میباشد. اما سکتور های اجتماعی مانند صحت و تعلیم و تربیه با ارائه و بهبود خدمات مشخص میشوند بازار هاممکن یک گزینه نباشد. هنگام کار با جناح ثالث ارائه خدمات یا قرار دادی های فرعی اقدام لازم را برای نظارت بسیار نزدیک کیفیت خدمات یا تولید انجام دهید. + به ستنرد ۱.۴ سیستم صحتی مراجعه کنید: تأمین مالی صحت.

در بعضی واقعات، پروگرام های مبتنی بر بازار برای دسترسی غیر مستقیم به خدمات مناسب هستند. کمک های نقدی در انتقال به تسهیلات مراقبت های صحتی یا دسترسی به آموزش (خریداری یونیفورم و لوازم آموزش) کمک کرده میتواند. پیگیری مصارف خانواده در مورد هزینه دسترسی به خدمات به شمول خدمات رایگان دینیای واضح ارائه میکند. نظارت مصارف خانواده باید همیشه توسط نظارت نتایج کمک نقدی تقویت شود.

سکتور مبتنی بر خدمات همچنان میتوانند پروگرام های مبتنی بر بازار را برای اموال مانند پشه خانه های حشره کش، لوازم تغذیه تکمیلی و ادویه جات اگر معیار کیفیت را مراعات کنند در نظر بگیرند. + به ستنرد ۱.۳ سیستم صحتی مراجعه کنید: دواها و وسایل طبی اساسی.

در بسیاری از زمینه ها یک ترکیبی از مداخلات مبتنی بر مارکیت نیاز میباشد. پروگرام های به اساس مارکیت ممکن بیشتر نیازمند حمایت توسط فعالیت های دیگر مانند آنهائیکه کمک های تخنیکي ارائه میکنند خواهند بود. این ترکیب همچنین در طول پروگرام تکامل می یابد و ممکن است از کمک غیر نقدی به نقدی و دادن چک یا بر عکس آن تبدیل خواهد شد. در پهلوی نظارت پروگرام نظارت مارکیت هم برای تأیید کردن و یا مطابقت دادن شکل کمک مهم است.

همکاری میان زنجیره تأمین (Supply chain)، تدارکات و عملکرد های پروگرام همیشه نیاز است. برای رهنمایی بیشتر بر بالای ابزاریکه این انتخاب و تجزیه و تحلیل را تقویت میکند + به رفرنس ها مراجعه کنید.



چک لیست

چک لیست برای کمک های نقدی

این بخش یک لیست ملاحظات در مورد ارائه کمک ها از طریق مارکیت پیشنهاد میکند. این سایکل مدیریت پروگرام را تعقیب میکند و شامل عناصر مهم دیگر نیز میشود هنگام تطبیق این رویکرد برای بدست آوردن حد اقل ستندزد ها باید مورد توجه قرار گیرد. هر ساحه متفاوت است و گزینه ها برای ارائه به اساس زیر بنا، حفاظت دیتا، مؤثریت قیمت یا اقتصادی بودن و شمولیت مالی تغیر میکند.

دیزاین پروگرام

- معیار های هدف گذاری بر اساس اهداف برنامه و ملاحظات خاص مبتنی بر کمک های نقدی را شامل میشود.
- با دقت در نظر بگیرید که چه کسانی در داخل خانواده کمک نقدی را بدست آورد این به اساس بر رسی واضح خطرات و ملاحظات مربوط به حفاظت مورد بر رسی قرار میگیرد.
- برای تحویل کمک ها راه های مصنوعی، قابل دسترس و مؤثر را به اساس زمینه، اهداف و اندازه پروگرام و همچنان بر اساس سواد مالی گیرنده و ترجیحات آنها مشخص کنید.
- مقدار انتقال را به اساس نیاز هائیکه باید بر آورده شوند و قیمت بر آورده شدن این نیاز ها محاسبه کنید.
- دفعات و مدت انتقال را به اساس ضرورت ها، موسم، ظرفیت ارائه کننده خدمات مالی و خطرات حفاظت تعیین کنید.
- در صورت امکان و قابلیت بدست آمدن یک راهکار چندین سکتوری را اتخاذ کنید.
- موضوعات کلیدی و شاخص های شان را تعریف کنید تا پروسه، فعالیت، Output و Outcome را نظارت کنید.

تطبیق

- ملاحظات مربوط به زمینه و سائر ابعاد مرتبط در داوطلبی ارائه دهنده گان خدمات مالی را شامل کنید و برای انتخاب مشخصات واضح را تعیین کنید.
- استفاده از میکانیزم های شناخته شده از قبل موجود برای ارائه حفاظت اجتماعی را در نظر بگیرید.
- سیستم های شناسایی و راجستریشن اخذ کننده ها را مناسب با میکانیزم های ارائه و حفاظت دیتای شخصی بسازید.
- مطمئن شوید که سیستم های راجستریشن و شناسایی معلومات مورد نیاز ارائه دهنده گان خدمات مالی را تحت پوشش قرار میدهد.
- اعمال و مستند سازی اقدامات حفاظت از دیتا.
- تا آنجا که ممکن است سیستم دیتای دیجیتلی را در همکاری با سازمانهای دیگر ایجاد کنید (سیستم های نارای قابلیت تعامل بین هم)
- پروسیجر ها، نقش ها، و مسئولیت ها برای پروسه تحویل پول نقد را و همچنان میکانیزم های مدیریت خطر را بطور واضح تعریف کنید.
- مطمئن شوید که پروسه تحویل کمک پول نقد قابل دسترس و مؤثر است و

- اطمینان حاصل کنید که تمام گروپ های آسیب دیده در طول عمر پروژه به میکانیزم انتخاب شده برای تحویل کمک دسترسی داشته میوانند.
- اطمینان حاصل کنید که گیرنده ها در مورد اهداف پروگرام و مدت زمان معاونت های به اساس پول نقد آگاهی دارند بنا بر این میتوانند برای مصرف کردن آن تصامیم آگاهانه بگیرند.
- اطمینان حاصل کنید که ارایه دهنده گان خدمات مالی در برابر گیرنده گان از طریق مدیریت و نظارت قرار دادی پاسخگو هستند. + تعهدات ۴ و ۵ ستندر های اساسی بشری را ببینید.

نظارت، ارزیابی و آموزش

- پروسه ها، فعالیت ها، Output و خطرات مرتبط به کمک های پول نقد را شمول نظارت پس از توزیع نظارت کنید.
- نظارت کنید که آیا پول نقد یا چک توسط شخص درست، به شکل مصئون، به وقت و به مقدار صحیح بدست آورده شده یا خیر.
- مارکیت ها و زنجیره تأمین آنها را بصورت دوامدار فراتر از نظارت قیمت Monitor کنید.
- مصارف خانواده ها را نظارت کنید و با دیتای نظارت مارکیت Triangulate یا مقایسه کنید که آیا واقعاً نیاز ها را بوسیله کمک های پول نقد رفع کرد و راه های مقابله منفی با مشکلات را کاهش داد.
- خطرات بالقوه کمک های نقدی بشمول خطرات حفاظت و تأثیرات منفی آن بالای منابع طبیعی را نظارت کنید.
- نتایج مربوط به کمک های نقدی را ارزیابی کنید.
- بطور منظم ارزیابی کنید که آیا انتخاب کمک های نقدی برای رفع نیاز های متغیر مؤثر است، پروگرام را مطابق آن عبار کنید و از آموزش دوامدار برای پروگرام های آینده حمایت کنید.

چک لیست برای زنجیره تأمین و تدارکات

- این بخش یک لیستی از ملاحظات برای مدیریت زنجیره تأمین و تدارکات ارایه میکند. این چرخه مدیریت پروگرام را تعقیب میکند و شامل دیگر عناصر مهم نیز است که باید مد نظر گرفته شود.
- این (Supply chain management (SCM) یا زنجیره تأمین با انتخاب اموال یا خدمات آغاز میشود. این شامل شناسایی منبع مورد نیاز، خریداری، مدیریت کیفیت، مدیریت خطر (بشمول بیمه)، بسته بندی، ترانسپورتیشن، انتقال، انبار، مدیریت موجودی، تحویل و توزیع میشود. SCM شامل بسیاری از شرکای متفاوت است و بسیار مهم است که فعالیت ها را هماهنگ کنید. + به تعهد ۶ ستندر های اساسی بشر دوستانه مراجعه کنید.
- تخصص مشخص SCM نیاز است. انواع خاصی از تخصص مرتبط عبارتند از مدیریت قرار داد، ترانسپورت و مدیریت انبار، مدیریت موجودی، تجزیه و تحلیل پایپ لاین و مدیریت معلومات، ردیابی حمل و نقل و مدیریت واردات است.
- عملکرد های نظارت و مدیریت باید اطمینان بدهد که اموال در نقاط توزیع محافظت میشوند. با این حال سازمانهای بشر دوستانه مسئول اطمینان از دسترسی به محصولات و خدمات (کمک های نقدی) به افرادی هستند که به کمک نیاز دارند.
- خرید های محلی و منطقوی مارکیت های محلی را تحریک میکند، که ممکن برای دهاقین و تولید کننده

گان انگیزه تولید بیشتر بدهد و این به نوبه خود اقتصاد محلی را تقویت کند. با این حال، در حالیکه عرضه قبل از قبل نسبتاً محدود باشد خریداری محلی یا منطقوی میتواند در مارکیت های دیگر مشکلات ایجاد کند یا در شبکه های موجود تجاری را مختل کند.

طراحی پروگرام

- اموال و خدمات موجود محلی را قبل از اینکه آنها را خارج از محل تدارک ببینید بر رسی کنید.
- کار کردن با ترانسپورت های محلی و منطقوی با اعتبار را که دانش بلند از قوانین محلی، پروسیجر ها و تسهیلات دارند و از پذیرش قوانین جامعه میزبان اطمینان میدهند و تسلسلهج تحویل را کمک کنند، در نظر بگیرید.
- بر یک محیط جنگی یک پروسه دقیق بر رسی را به ارائه دهنده گان خدمات اعمال کنید.
- به دقت اطمینان حاصل کنید که تأمین از منابع محلی باعث ایجاد یا تشدید خصومت ها نشود.
- در نظر بگیرید که استفاده از کدام نوع منابع طبیعی پایدار است و استفاده از کدام نوع منابع باعث جنگ بیشتر بالای منابع میشود.
- یک پروسیجر شفاف، عادلانه و باز را برای اعطای قرار داد ها با در نظر داشت گزینه های محلی، ملی و بین المللی در نظر بگیرید.
- اگر چندین سازمان شامل باشند، تا حد امکان تأمین از منابع محلی را هماهنگ کنید.

تطبیق

- با معامله گران محلی، تأمین کننده گان (Suppliers) و ارائه دهنده گان خدمات روابط نیک بسازید.
- کیفیت مناسب اموال و خدمات را از طریق قرار داد ها و همچنین شیوه های اخلاقی از نظر عملکرد های زیست محیطی پایدار تقویت کنید.
- در تمام سطوح زنجیره تأمین کارمندان را آموزش داده و نظارت کنید تا که کیفیت محصول را حفظ و به پروسیجر های مصئونیت (مصئونیت گیرنده گان و کارمندان) و عملکرد های ثابت اخلاقی و زیست محیطی پا بند باشند.
- در آموزش کارمندان سازمانهای شریک را شامل و ترینینگ را به زبان محلی دائر کنید.
- پروسیجر های مسئولیت پذیری، به شمول پلان گذاری تأمین (Supply)، انتقال و ذخیره، مدیریت موجودی، گزارش دهی و سیستم های مالی را ایجاد کنید.
- از استفاده از غذا برای پرداخت مصارف عملیات لجستیکی خود داری کنید مانند تخلیه در انبار ها. این قسم مصارف باید در بودجه اصلی در نظر گرفته شوند.
- گدام های جدا گانه برای مواد غذایی و غیر غذایی پیشنهاد میشود. وقتیکه گدام را انتخاب میکنید خود را مطمئن بسازید که برای ذخیره مواد زهری استفاده نه شده و خطر ملوث شدن آن وجود ندارد. عواملیکه مد نظر گرفته میشوند شامل:
- امنیت، ظرفیت، سهولت دسترسی، استحکام ساختاری و عدم تهدید سیلاب ها.
- خطرات امنیتی متوجه به امنیت راه های ترانسپورتی و انبار را بر رسی و مدیریت کنید.
- در شرایط جنگی، سیستم کنترل را ایجاد کرده و تمام مراحل زنجیره تأمین را نظارت کنید تا خطرات غارت و تجاوز توسط گروه های متخاصم را به حد اقل برسانید.

- پیامد های وسیع تر سیاسی و امنیتی را که به در گیری مسلحانه دامن میزند مانند احتمال سهام منحرف شده تحلیل و بر رسی کرده و به آن پردازید. + به اصل ۲ حفاظت مراجعه کنید.
- گم شدن محصول در تمام سطوح زنجیره تأمین را گزارش داده و به حد اقل برسانید.
- آیا اموال ما مناسب و تخریب شده توسط مفتشین واجد شرایط (مانند کارشناسان مصئونیت غذایی و لابراتوار های صحت عامه) بر رسی شده و برای دفع کردن آن مجوز داده شده است.
- اموال تخریب شده را قبل از اینکه آنها به یک خطر امنیتی و صحنه تبدیل شوند بطور سلسله دفع کنید. روش های دفع شامل فروش (بطور مثال غذا برای تغذیه حیوانات) دفن کردن و یا سوختاندن که مجاز دانسته شده و مقامات مربوطه شاهد باشند. در تمام موارد کالا های نا مناسب نباید دوباره وارد زنجیره تأمین شوند، محیط زیست را صدمه بزنند یا منابع آب را ملوث کنند + به ستندرد 5.1 5.3 to. مدیریت باطله های جامد WASH مراجعه کنید.
- ضرورت های روزانه مدیریت شامل گزارش دهی سلسله و شفاف هر گونه تأخیر و انحراف در زنجیره تأمین میشود. اسناد و فورم های کافی را در همه مکانهایی که در آنجا اموال در یافت، ذخیره یا ارسال میشوند در دسترس قرار دهید. با انجام دادن این کار یک سلسله تحقیق مستند از معاملات حفظ میشود.

نظارت، ارزیابی و آموزش

- پیشرفت در کار های اموال را نظارت و مدیریت کنید تا از انحراف و قطع توزیع جلوگیری شده و همچنان از تحریف بازار ممانعت صورت گیرد.
- ذینفعان (Stakeholders) را بطور منظم در مورد تلاش های انجام دادن کار ها توسط زنجیره تأمین آگاه سازید.
- معلومات مرتبط به تمام سطوح انبار، ورود و توزیع متوقع را در بین ذینفعان زنجیره تأمین شریک کنید. از تعقیب سطح گدام برای برجسته ساختن به موقع کمبود ها و مشکلات پیش بینی شده استفاده کنید. شریک کردن معلومات در میان شرکا سبب تسهیل قرض ها میشود که از برهم خوردن پیشرفت جلو گیری میکند. اگر منابع کافی وجود نداشته باشند کالا ها ممکن اولویت بندی داشته باشند. در هنگام در نظر گرفتن راه حل ها با ذینفعان مشوره کنید.
- اطمینان حاصل کنید که میکانیزم های مسئولیت پذیری و مفاهیم مشخصات پروسه های تحویل را منعکس میکند.
- مطمئن شوید که سیستم های پیگیری اموال و مدیریت معلومات از آغاز مداخلات وجود دارد.
- بطور منظم برای مؤثر بودن کمک ها در تأمین نیاز های در حال تغیر بطور منظم نظارت کرده و پروگرام ها را مطابق به آن تغیر دهید و آموزش دوامدار را برای پروگرام های آینده حمایت کنید.



رiferنس ها و مطالعه بیشتر

درک آسیب پذیری و ظرفیت ها

ستندرد های مشارکت بشر دوستانه برای افراد مسن و افراد دارای معلولیت.

Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

پروگرام های به اساس عقیده

یک روش حساس به عقیده در پاسخ بشر دوستانه: رهنمودی برای پروگرام های صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی.

The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagency-standingcommittee.org>

تجزیه و تحلیل مارکیت و پروگرام های به اساس مارکیت

Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards. The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

کمک های پول نقد

CBA Programme Quality Toolbox. CaLP. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

مدیریت زنجیره تأمین و لجستیک

Cargo Tracking: Relief Item Tracking Application (RITA). Logistics Cluster. www.logcluster.org

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA. <https://www.humanitarianresponse.info>

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster. <http://dlca.logcluster.org>

Oxfam Market Systems and Scenarios for CTP – RAG Model 2013. Logistics Cluster. www.logcluster.org

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster. www.logcluster.org

مطالعه بیشتر

برای پیشنهادات مطالعه بیشتر لطفاً به اینجا مراجعه کنید

منشور بشر دوستانه

The Humanitarian Charter



منشور یا اساسنامه بشردوستانه

منشور بشری پس منظر یا زمینه اخلاقی و قانونی را برای اصول حفاظت، ستندرد های اساسی و حد اقل ستندرد ها که مندرج در کتاب رهنما را ارائه میکند. این بخشی از بیانیه حقوق و مسئولیت های تعیین شده و بخشی از آن بیانیه باور های مشترک است.

از لحاظ حقوق قانونی و مسئولیت ها منشور بشر دوستانه اصول قانونی اساسی را خلاصه میکند که بیشترین تأثیر را برای رفاه مردم آسیب دیده از جنگ و فاجعه دارد. با توجه به باور های مشترک، این (منشور) کوشش میکند که تا در مورد اصولی که واکنش به فاجعه یا جنگ را اداره میکند به شمول نقش ها، مسئولیت های فعالین دخیل در پاسخ، بین سازمانهای بشردوستانه اجماع ایجاد کنند. اساسنامه بشری اساسات یک تعهدی را توسط نماینده گی های بشردوستانه شکل میدهد که سفیر را تأیید میکند و از تمام آنهایکه در اقدامات بشردوستانه دخیل هستند دعوت میکنند تا عین اصول را تطبیق کنند.

باور های ما

1. منشور بشردوستانه اعتقادات مشترک ما را به عنوان نهاد های بشردوستانه بیان میکند که تمام افرادی که توسط فاجعه یا درگیری متأثر شده اند حق دریافت حفاظت و کمک را برای اطمینان شرایط اولیه زنده گی با وقار را دارند. ما معتقد هستیم اصولیکه در این منشور تشریح شده اند جهانی هستند، و برای تمام آنهایکه توسط آفت و جنگ متأثر شده اند، هر کجاییکه باشند و تمام آنهایکه در جستجوی کمک یا ارائه امنیت به آنها هستند قابل تطبیق هستند. این اصول در قانون بین الملل منعکس شده اما در نهایت آنها نیروی خود را از اصول اساسی اخلاقی بشریت میگیرند: که تمام انسانها آزاد تولد شده اند و در حقوق و وقار یکسان اند. به اساس این اصل ما اولویت ضرورت بشردوستانه را تئید میکنیم. که اقدامات برای جلوگیری یا کاهش رنج انسانی ناشی از فاجعه یا جنگ گرفته شود و هیچ چیز باید سبب نادیده گرفتن این اصل شود.

منحیت سازمانهای محلی، ملی و بین المللی بشردوستانه ما به بهبود و پابندی به اصول در این منشور و تأمین حد اقل ستندرد ها در تلاش های مان هستیم تا مردم آسیب دیده را کمک و حفاظت نمائیم. ما از تمام نهاد ها ئیکه در فعالیت های بشردوستانه سهیم هستند به شمول فعالین سکتور های دولتی و خصوصی دعوت میکنیم تا اصول، حقوق، و وظف مشترک را که در زیر به عنوان بیانیه اعتقادات بشردوستانه مشترک بیان شده است تأیید کنند.

نقش ما

2. ما اذعان داریم که در نخست با تلاش های خود آنها و با حمایت جامعه و نهاد های محلی نیاز های اولیه افراد آسیب دیده بر آورده میشوند. ما نقش ها و مسئولیت های اساسی دولت آسیب دیده را در کمک های به موقع برای مردم آسیب دیده ارائه کنند تشخیص میکنیم، تا که حفاظت و امنیت مردم را مطمئن سازند و پشتیبانی برای بهبودی آنها ارائه کنند.

ما معتقد هستیم که ترکیبی از اقدامات رسمی و داوطلبانه برای جلوگیری و پاسخ حیاتی است، و در این مورد انجمن های ملی جنبش های سره میاشت و صلیب سرخ و دیگر فعالین جامعه مدنی نقش بسیار

مهمی را در حمایت کردن مقامات دولتی بازی کرده می‌توانند. وقتیکه ظرفیت های ملی کافی نباشند، ما نقش گسترده گسترده جوامع بین المللی، به شمول تأمین کننده گان مالی دولتی و سازمانهای منطقه‌ای، در کمک به دولت ها برای تکمیل کردن مسئولیت های شان را تأیید میکنیم. ما نقش های خاصی را که توسط نماینده گی های مجاز ملل متحد و کمیته بین المللی صلیب سرخ ایفا میشود را میشناسیم و حمایت میکنیم.

3. ما به عنوان سازمانهای بشری نقش های خود را در رابطه به نیاز ها و ظرفیت های جمعیت آسیب دیده و مسئولیت های دولت ها و قدرت های کنترل کننده شان تفسیر میکنیم. نقش ما در ارائه کمک ها این حقیقت را منعکس میکند که آنهائیکه مسئولیت اصلی را به عهده دارند نمیتوانند نقش خود را خد شان به گونه کامل اجرا کنند و یا اینکه نمیخواهند که انجام دهند. تا آنجا که ممکن است مطابق با رعایت الزامات بشر دوستانه و اصول مندرج در این منشور، ما از تلاش های مقامات مربوطه برای محافظت و کمک به آسیب دیده گان حمایت خواهیم کرد. ما بالای تمام سازمانهای دولتی و غیر دولتی صدا میکنیم که نقش بی طرفی، مستقل بودن و غیر حزبی بودن سازمانهای بشری را حمایت کرده و کار های آنها را با دور کردن موانع غیر ضروری از لحاظ قانونی و عملی، تأمین امنیت آنها و دسترسی به موقع و مداوم آنها به جمعیت آسیب دیده را تسهیل کنند.

اصول، حقوق و وظایف مشترک

4. ما به عنوان سازمانهای بشر دوستانه خدمات خود را به اساس اصل انسانیت و ضرورت بشری ارائه میدهیم و حقوق تمام افراد آسیب دیده توسط فاجعه یا جنگ اعم از زنان و مردان، بچه ها و دختران را به رسمیت میشناسیم. این حقوق شامل حقوق حفاظت و کمک میشوند که در مقررات حقوق بین المللی بشری، حقوق بشر و قانون مهاجرین منعکس شده است. برای مقاصد این منشور ما این حقوق را به شرح ذیل خلاصه میکنیم:

- حق زنده گی با عزت؛
- حق بدست آوردن کمک های بشردوستانه؛ و
- حق حفاظت و امنیت.

در حالیکه این حقوق در قوانین بین المللی با چنین اصطلاحاتی تدوین نشده است، طیف وسیعی از حقوق قانونی تثبیت شده را در بر میگیرد و به ضرورت بشردوستانه اهمیت بیشتری میبخشد.

5. حق زنده گی با عزت در مقررات حقوق بین المللی و خصوصاً اقدامات حقوق بشری در مورد حق زنده گی، برخورداری از ستندرد مناسب زنده گی و آزادی از شکنجه یا رفتار یا مجازات ظالمانه، غیر انسانی یا تحقیر آمیز منعکس شده است. حق زنده گی کردن شامل حفظ حیات در جایی است تهدید شده است. این امر بطور ضمنی وظیف دارد که از ارائه کمک های نجات دهنده خود داری نکرده و نا امید نشوند. حیثیت انسانی شامل بیشتر از سلامتی فیزیکی میشود؛ این امر مستلزم احترام به کل فرد، بشمول ارزش ها و عقاید افراد و جوامع آسیب دیده میشود، و احترام برای حقوق بشری آنها، مشمول آزادی، آزادی عبادت و اشتیاق مذهبی است.



6. بدست آوردن کمک های بشری یک عنصر ضروری برای زنده گی با وقار است. این شامل حقوق برخوردار از ستندرد مناسب زنده گی از جمله غذا، آب، لباس، سرپناه و شرایط لازم برای سلامتی است که در حقوق بین الملل به صراحت تضمین است. ستندرد های اساسی بشری و حد اقل ستندرد ها این حقوق خویر منعکس کرده و بیان عملی به آن میدهد، خصوصاً در ارتباط به محیا ساختن کمک به آنها یکه توسط فاجعه یا جنگ آسیب دیده اند. در جایکه نهاد های دولتی و غیر دولتی این چنین کمک ها را ارائه نمیکنند ما معتقد هستیم که آنها به دیگران اجازه بدهند که این کار را بکنند. هر کدام از این کمک باید به اساس اصل بی طرفی ارائه شود که معنی آن این است که تنها به اساس و تناسب ضرورت ارائه شود. این اصل گسترده عدم تبعیض را منعکس میکند: که با هیچکسی نباید بر اساس هر وضعیتی از جمله سن، جنسیت، مژاد، رنگ، قومیت، هویت جنسی، زبان، دین، معلولیت، وضعیت صحت، باور های سیاسی یا دیگر باوره، و منشأ ملی یا اجتماعی تبعیض صورت بگیرد

7. **حق امنیت و حفاظت** ریشه در مقرارت بین المللی، قطعنامه سازمان ملل متحد و دیگر نهاد های بین دولتی، و در مسئولیت خود مختار دولت ها دارد تا که تمام آنها یی را که در قلمرو قضایی شان قرار دارند محافظت کنند. مسئولیت و امنیت از جمله نگرانی های خاص بشری است به شمول حفاظت مهاجرین و بیجا شده گان داخلی. همانطوریکه قانون به رسمیت شناخته است بعضی از اشخاص بنابر حالت یا موقعیت خود مانند سن، جندری، نژاد بطور خاص در معرض آسیب به سؤ استفاده و تبعیض نا مطلوب قرار داشته باشند و ممکن نیاز به اقدامات خاص برای حفاظت و کمک داشته باشند. تا آنجا که یک دولت فاقد ظرفیت محافظت از مردم در این شرایط است ما معتقدیم که برای این کار از همکاران بین المللی کمک بگیرند.

قانون مربوط به محافظت از مردم عامه و مردمان بیجاشده توجه خاصی را در این موارد می طلبد:

i. در طول درگیری های مسلحانه قسمیکه در قوانین بین المللی بشردوستانه تعریف شده است، مقرارت قانونی خاصی برای حفاظت و کمک آنها یکه در گیر جنگ نیستند ساخته شده است. بطور خاص کنوانسیون ۱۹۴۹ جینیوا و پروتوکول های اضافی ۱۹۷۷ تعهداتی را بر طرفین در گیری های بین المللی و غیر بین المللی تحمیل میکند. ما بر مسئولیت عمومی مردم عام و از حملات و اهداف تلافی جویانه و خاصاً اهمیت در موارد ذیل تأکید میکنیم:

- اصل تمایز بین مردم عام و جنگجو ها، و بین اهداف نظامی و ملکی؛
- اصول تناسب در استفاده از زور و احتیاط در حمله؛
- وظیفه خود داری از استفاده اسلحه بی رویه یا که آنها بنابر طبیعت خود سبب جراحات اضافی یا رنج های غیر ضروری میشوند؛ و
- وظیفه اجازه دادن به امداد بی طرفانه.

زیاد تر صدمات قابل جلوگیری که به ملکیان در درگیری های مسلحانه میرسد از ناکامی مراعت کردن این اصول اساسی سرچشمه میگیرند.

ii. **حق پناهنده گی یا پناهگاه** برای کسانی که با آزار و اذیت و خشونت رو بر رو هستند حیاتی است. آنها یکی در فاجعه یا جنگ صدمه می بینند اغلباً برای جستجوی امنیت و وسایل امرار معیشت مجبور به فرار از خانه هایشان میشوند. مقررات کنوانسیون ۱۹۵۱ مربوط به وضعیت (با اصلاحات) و سایر معاهدات بین المللی و منطقوی محافظت اساسی را برای آنها یکی از دولت خود حفاظت بدست آورده نمیتوانند یا ساکنینی که در کشور های دیگر به دنبال امنیت باشند ارائه میکند. اصلی ترین آنها اصل **عدم بازگشت** مجدد است: این اصل که هیچکس نباید به کشوری که در آن زنده گی، آزادی و امنیت جانی آنها با تهدید رو بر رو است یا ممکن در آنجا به شکنجه یا دیگر رفتار ها یا مجازات ظالمانه، غیر انسانی یا تحقیر آمیز رو بر رو شوند، برگشت داده شوند. عین اصل در مورد بیجا شده گان داخلی نیز تطبیق میشود، قسمیکه در قانون بین المللی حقوق بشر منعکس شده و در اصول رهنمودی مهاجرت داخلی و قوانین مربوطه منطقوی و ملی توضیح شده است.

تعهدات ما



8. ما خدمات خود را به این باور ارائه میکنیم که مردم آسیب دیده در مرکز اقدامات بشردوستانه قرار دارند، و میدانیم که مشارکت فعال آنها برای تعیین بهترین نحوه برآورده ساختن نیاز های آنها به شمول افراد آسیب پذیر و محروم از اجتماع ضروری است. ما کوشش میکنیم که تلاش های محلی را جهت جلوگیری، آماده گی و پاسخ به آسیب های فاجعه و جنگ حمایت میکنیم و ظرفیت های تمام فعالین محلی را در همه سطوح تقویت میکنیم.

9. ما آگاه هستیم از اینکه تلاش ها برای ارائه کمک های بشردوستانه بعضی اوقات ممکن اثرات سوء نا خواسته داشته باشند. در همکاری با جوامع و مقامات آسیب دیده، هدف ما این است که اثرات منفی اقدامات بشردوستانه را بر بالای جامعه محلی یا محیط به حد اقل برسانیم. در مورد در گیری های مسلحانه، ما قبول میکنیم که به نحوه که کمک های بشردوستانه ارائه میشوند ممکن به گونه بالقوه ملکی ها را بیشتر در معرض حمله قرار دهد، یا بعضی اوقات مزایای نا خواسته به یک یا بیشتر از یک طرف جنگ به ارمغان بیاورد. ما متعهد هستیم که تا هر گونه اذین تأثیرات نا گوار را به حد اقل برسانیم، تا آنجا که این امر با اصول ذکر شده در بالا مطابقت داشته باشد.

10. ما مطابق اصول اقدامات بشردوستانه مندرج در این منشور و با رهنمایی های خاص در کد اخلاقی برای جنبش بین المللی حلال احمر و صلیب سرخ و سازمانهای غیر دولتی (NGOs) در Disaster Relief (1994)) عمل خواهیم کرد.

11. ستندرد بشردوستانه اصلی و حد اقل ستندرد ها به اصول مشترک در این منشور به اساس درک سازمانها از حد اقل ضرورت ها برای زنده گی با وقار و تجربه آنها از ارائه کمک های بشردوستانه اساس عملی میباشد. گر چه بدست آوردن ستندرد ها به طیف وسیعی از عوامل بستگی دارد، که بسیاری از آنها ممکن از کنترل ما خارج باشد اما ما خود را متعهد میدانیم که برای دستیابی به آنها تلاش کنیم و انتظار داریم که بر اساس آن پاسخگو باشیم. ما از تمام جناح ها، به شمول دولت ها کمک کننده و آسیب دیده، سازمانهای بین المللی و سکتور های غیر دولتی و خصوصی دعوت میکنیم تا ستندرد های بشری اصلی و حد اقل ستندرد ها را من حیث نورم های قبول شده بپذیرند.

12. ما با پابندی به ستندرد های بشردوستانه اساسی و حداقل ستندرد ها، متعهد میشویم که هر گونه تلاش را بکار گیریم تا از دسترسی مردم آسیب دیده توسط فاجعه یا جنگ کم از کم به حداقل نیاز ها برای زنده گی با عزت و امنیت به شمول آب کافی، حفظ الصحه، غذا، تغذی، سرپناه و مراقبت های صحی اطمینان حاصل کنیم. برای این منظور، ما به داد خواهی خود تا وقتی ادامه میدهم که دولت ها و سایر طرفها تعهدات اخلاقی و وجایب قانونی شان را در قبال مردم آسیب دیده انجام دهند. ما به نوبه خود متعهد هستیم که، پاسخ های خود را از طریق بررسی و نظارت درست بر محیط های محلی در حال تکامل، از طریق شفافیت اطلاعات و تصمیم گیری، و از طریق هماهنگی و همکاری مؤثر تر با سایر نهاد های مربوطه در تمام سطوح مؤثر تر، مناسب تر و پاسخگو تر بسازیم چنانچه در ستندرد های بشری اساسی، و حداقل ستندرد ها تشریح شده است. بطور خاص ما متعهد هستیم که در شراکت با جمعیت آسیب دیده کار کنیم و به اشتراک آنها در پاسخ تأکید داریم. ما اذعان داریم که مسئولیت پذیری اساسی ما برای آنها باشد که ما به دنبال کمک به آنها هستیم.

اصول حفاظت

Protection Principles





اصول حفاظت



ضمیمه خلاصه ستندرد های مسلکی برای کار حفاظتی

محتویات

36	 اصول حفاظت
38	 اصل 1
40	 اصل 2
41	 اصل 3
43	 اصل 4
45	 ضمیمه: خلاصهٔ ستندرد های مسلکی برای کار حفاظت
47	 رفرنس ها و مطالعهٔ بیشتر



اصول حفاظت

چهار اصل حفاظت به تمام اقدامات بشردوستانه و سازمانهای بشر دوستانه اعمال میشوند.

1. مصئونیت، وقار و حقوق مردم را افزایش داده و از قرار دادن آنها در معرض خطر بیشتر خود داری کنید.
2. با توجه به نیاز و بدون تبعیض از دسترسی مردم به کمک های بی طرفانه اطمینان حاصل کنید.
3. به مردم کمک کنید تا از اثرات جسمی و روانی، تهدید به خشونت یا خشونت واقعی، اجبار یا محرومیت رهایی یابند
4. به مردم کمک کنید تا حقوق خود را مطالبه کند.

اصول حفاظت حقوقی را که در منشور بشری اساس گذاشته شده است تقویت میکند:

حق زنده گی با وقار، حق دسترسی به کمک های بشری و حق حفاظت و امنیت. اصول نقشی را که تمام سازمانهای بشردوستانه میتوانند در کمک حفاظت به مردم بازی کنند بیان میدارد. با وجودیکه نقش ها و مسئولیت های فعالین بشری در درجه دوم بعد از دولت است. دولت یا سایر مقامات مسئولیت قانونی برای رفاه مردم تحت قلمرو یا کنترل شان و امنیت مردم عامه را در طول جنگ های مسلحانه به عهده دارند. بالاخره این مقامات هستند که مسئولیت امنیت و مصئونیت مردم را از طریق اقدامات یا خویشتن داری تضمین میکنند. نقش فعالین بشردوستانه ممکن تشویق و ترغیب مقامات باشد تا مسئولیت های خود را بطور کامل ادا کنند و اگر آنها در این کار ناکام میشوند، مردم را در مقابله با عواقب آن کمک کنند.

این فصل رهنمایی را در مورد اینکه چگونه سازمانهای بشردوستانه میتوانند توسط کمک به مردم در حفظ امنیت، دسترسی به کمک ها، بهبودی از خشونت و درخواست حقوق شان، به حفاظت کمک کنند.

حفاظت مربوط میشود به امنیت، عزت و حقوق مردم آسیب دیده توسط فاجعه یا جنگ های مسلحانه. حفاظت توسط کمیته دایمی بین سازمانها (IASC) چنین تعریف میشود:

”... تمام فعالیت ها به منظور بدست آوردن احترام کامل برای حقوق افراد در مطابقت با نوشته و روح قانون نهاد های مربوطه (قوانین بین المللی حقوق بشر، قوانین بین المللی بشردوستانه، قوانین بین المللی مهاجرت).“

دریک مفهوم وسیع، حفاظت شامل تمام کوشش های میشود که توسط فعالین بشری و حقوق بشر انجام میشود تا اطمینان حاصل شود که حقوق مردم آسیب دیده و مسئولیت ها حاملان وظیفه تحت قوانین بین المللی درک، احترام، محافظت و بدون تبعیض انجام میشود.

حفاظت عبارت است از اقدام برای حفظ مردم در برابر خشونت، اجبار و محرومیت عمدی. غالباً مجموعه از اولویت های نگرانی های حفاظتی وجود دارند که کل جوامع را در هر حالت بشری ایجاد شده متأثر میسازد، در حالیکه برای مقابله مؤثر با این حالت یک اقدام هماهنگ ضروری است. برای یک حفاظت بشردوستانه حفاظت گرا، درک و رسیده گی به خطرات اصلی مردم آسیب دیده بسیار مهم است، به شمول آسیب های جدی که ناشی از ناکام بودن در رعایت قوانین بین المللی بشری، مهاجرت و حقوق بشر.

عملی کردن اصول حفاظتی

هر کسیکه حد اقل ستندرد های اسفئیر را تطبیق میکند باید توسط اصول حفاظت رهنمایی شوند، حتی اگر از وظایف خاص حفاظتی و ظرفیت متخصص حفاظت برخوردار نباشند. این شامل درک زمینه و اتخاذ اقدامات برای جلوگیری، محدود کردن و به پایان رساندن خشونت ها و خطرات متوجه به امنیت مردم میشود. ارائه معلومات و حمایت توانایی های مردم برای گرفتن تصمیم آگاهانه درباره اوضاع و بهبودی ضروری است.

نهاد های تخصصی حفاظت بر علاوه ستندرد های تکمیل کننده باید این اصول را رعایت کنند. سازمانهای تخصصی حفاظت با تمرکز به نگرانی های در ابعاد خاص مانند نگرانی های ذیل کار های مستقل انجام میدهند

- حفاظت اطفال;
- خشونت مبتنی بر جنس;
- حقوق مسکن، زمین و مالکیت;
- ماین پاک;
- قوانین حقوق و عدالت;
- مشاوره حقوقی;
- داد خواهان و دفاع کننده گان حقوق بشر;
- جمعیت بیجا شده داخلی ; و
- حقوق مهاجرین.

⊕ به رفرنس ها و ضمایم مراجعه کنید: ستندرد های مسلکی برا کار حفاظت که شامل ردیابی خانواده، تمديد اسناد ها، محافظت دیتا و سایر زمینه ها میشود .

فعالیت های حفاظت

فعالیت های حفاظت میتواند وقایوی* پاسخ دهنده، درمانی و محیط ساز باشند. رعایت اصول حفاظتی مستلزم ترکیبی از این فعالیت ها میشود.

- **وقایوی:** جلوگیری از وقوع تهدید ها مربوط به مصئونیت، عزت یا حقوق، یا کاهش مواجه شدن یا آسیب پذیری در برابر این تهدیدات.
- **پاسخ دهنده:** متوقف کردن تخلفات و سؤ استفاده جاری توسط پاسخ های فوری به شیوع خشونت، اجبار و محروم کردن.
- **درمانی:** ارائه درمان برای سؤ استفاده های جاری یا صورت گرفته در گذشته از طریق ارائه مراقبت های صحی (بشمول حمایت روانی اجتماعی)، کمک حقوقی یا سایر حمایت ها برای کمک به مردم جهت احیای وقار شان .
- **ایجاد محیط:** مشارکت در یک پالیسی، اجتماعی، فرهنگی، سازمانی و محیط قانونی که احترام کافی به حقوق مردم آسیب دیده را حمایت میکند. این شامل احترام به حقوق در مطابقت به قوانین بین المللی میشود.

داد خواهی، دولتی یا خصوصی در هر چهار نوع فعالیت عام است. در مواردی که تهدید ها به مردم آسیب دیده از تصمیم های، اقدامات یا پالیسی ها عمدی ناشی میشود سازمانهای بشری و حقوق بشر باید برای تغییرات در تصمیم، اقدامات یا پالیسی های که حقوق مردم آسیب دیده را تهدید میکند



دادخواهی بکنند. این ممکن است شامل تحت نفوذ قرار دادن یا تغییر سلوک یک شخص یا یک سازمان شود که حقوق مردم آسیب دیده را تهدید میکند، همچنان جستجوی تغییر در پالیسی ها یا چار چوب های قانونی تبعیض آمیز است. همچنین ممکن است شامل حمایت تلاش های خود مردم برای مصئون ماندن و کاهش در معرض خطر قرار گرفتن باشد.

اصل اول حفاظت:

سطح مصئونیت، وقار و حقوق مردم را افزایش دهید و از

قرار دادن آنها در معرض آسیب بیشتر خود داری کنید

سازمانهای بشردوستانه جهت کاهش خطرات کلی و آسیب پذیری مردم به شمول تأثیرات بالقوه منفی پروگرام های بشردوستانه گام ها بر میدارند

این اصل شامل موارد ذیل است:

- درک خطرات حفاظتی در زمینه موجود؛
- ارائه با وقار کمک هائیکه خطرات احتمالی افراد را در بدست آوردن نیاز هایشان کاهش میدهد؛
- ارائه کمک در محیطی که مردم را بیشتر در معرض خطرات فزینگی، خشونت وسوء استفاده قرار ندهند؛ و
- تقویت ظرفیت مردم تا خود شان را محافظت کنند
- محور اصلی این اصل اهمیت اجتناب از اثرات منفی است که توسط پروگرام های بشردوستانه بوجود میآید ⊕ به سندر مرکزی بشر دوستانه ۳ مراجعه کنید3.

نکات رهنما

تحلیل زمینه: متن جامعه را درک کرده و پیامد های اعمال بشردوستانه را که ممکنه مصئونیت، عزت و حقوق مردم آسیب دیده را تحت تأثیر قرار دهد پیش بینی کنید. چنانچه اوضاع با گذشت زمان تغییر میکند پس با شرکا و گروه های خانم ها، مردان، بچه ها و دختر های آسیب دیده جهت تحلیل خطرات کار کنید.

گرچه لیست زیر جامع نیست اما میتواند مبنایی برای چنین تحلیل باشد:

- تهدیدات، خطرات، و آسیب پذیری ها برای حفاظت در میان تمام جمعیت چه هستند؟ و مردم بخاطر به حداقل رساندن آنها چه ظرفیتی دارند؟
- آیا گروه های هستند که با خطرات خاصی مواجه باشند؟ چرا؟ بطور مثال، قومیت، طبقه، صنف، جنسیت، جنس، سن، معلولیت، یا گرایش جنسی را در نظر بگیرید .
- آیا موانعی وجود دارد که مانع دسترسی مردم به کمک ها یا اشتراک در تصمیم گیری ها شوند؟ اینها ممکن شامل امنیت، موانع اجتماعی یا فزینگی، یا نحوه ارائه معلومات شوند .
- اجتماعات محلی جهت محافظت خود چه کار هایی انجام میدهند؟ سازمانهای بشردوستانه چگونه میتوانند این تلاش ها را حمایت نموده و باعث تضعیف آنها نشوند؟ آیا برای مردمیکه از خودشان حفاظت میکنند خطراتی وجود دارند؟
- آیا مردم درگیر راه های مقابله منفی مانند رابطه جنسی در مقابل متاع ، ازدواج قبل از وقت

کارهای شاقهٔ اطفال یا مهاجرت پر خطر هستند؟ برای کاهش آسیب پذیریهایی اساسی چه اقداماتی انجام شده می‌توانند؟

- آیا فعالیت های بشر دوستانه تأثیرات منفی غیر قصدی مانند در معرض خطر قراردادن مردم در نقاط توزیع یا ایجاد تفرقه در درون جامعه یا جوامع میزبان دارند؟ چه کاری جهت کاهش این خطر انجام داده می‌توانیم؟
- آیا قوانین مجازاتی وجود دارند که شامل خطر محافظت شوند مانند تست جبری HIV، جرم پنداشتن روابط همجنسگرایی، یا دیگر؟
- پایه گذاری و حفظ میکانیزم های تبادل اطلاعات و مسئولیت پذیری با جوامع، مشمول افراد در معرض خطر، برای شناسایی و رسیده گی برای مسائل حفاظتی .

از همدست شدن در نقض حقوق افراد از طریق فعالیت هاییکه برای پالیسی ها و مشق هاییکه باعث مشکل می شود را مشروعیت میبخشند خود داری کنید. مثال ها ممکن شامل فعالیت هاییکه زمین ه جابجایی دوباره اجباری جمعیت را برای دلایلسیاسی یا نظامی فراهم میکند، یا افزایش غیر مستقیم در گیری از طریق بی دقتی درانتخاب شرکا و پیمان کاران تجارتی شوند. این تحلیل ممکن شامل انتخاب ها و تصمیم هایمشکل شود، اما قسمیکه شرایط تغیر میکنند باید به شکل واضح مد نظر گرفته شده و بررسی شود .

کمک های بشر دوستانه: نحو ه ارائه کمک و محیطی که در آن ارائه میشود میتواند مردمرا در برابر صدمه، خشونت و اجبار بیشتر آسیب پذیر کند

- کمک را در مصئون ترین محیط ممکنه فراهم کرده و به شکل فعالا نه برای حداقل رساندن تهدیدات و آسیب پذیری ها نگاه کنید. به عنوان مثال، آموزش و مراقبت های صحی را در مکانی فراهم سازید که تمام مردم به آن به شکل مصئون دسترسیداشته باشند + **به کتاب رهنمای INEE مراجعه کنید.**
- هنگام ارائه و مدیریت کمک همه اقدامات منطقی را جهت محافظت مردم از تجاوزجنسی و جسمی انجام دهید. بطور مثال، اشیای قیمتی یا کمک نقدی میتوانند موردغارت قرار بگیرند و دریافت کننده گان در معرض آسیب قرار دهند.
- به مردم کمک کنید تا گزینه های مصئونی را برای رسیدن به نیاز های اساسی شان دریابند به نحوی که قرار گرفتن در معرض خطرات را کاهش دهند. بطور مثال، جایگزین های سوختی را فراهم کنید تا نیاز به جمع آوری هیزم در محیط های خطرناک را کاهش دهد..
- فعالیت را طوری طراحی کنید که دختران و بچه ها را محافظت کند، و خطراتاضافی مانند استخدام طفل، ربوده شدن و یا جدایی از خانواده ایجاد نکند + **به کتاب رهنمای CPMS مراجعه کنید.**
- هماهنگی با مقامات دولتی و سازمانهای تخصصی در مورد از بین بردن ماین هایزمینی و مواد منفجر نا شده از ساحاتی که در آن کمک ها ارائه میشود + **به سندردبین المللی اقدام ماین مراجعه کنید .**
- هرگونه تأثیرات غیر قصدی بر محیط را که مصئونیت، وقار و حقوق را متأثرمیسازد در نظر بگیرید
- با بخش های مختلف جامعه مشمول گروپ های در خطر و سازمانهاییکه آنها بالایشان اعتماد دارند مشوره کنید تا بهترین نحو ه فراهم کردن کمک ها را بدانید. بطور مثال، با اشخاص دارای معلولیت کار کنید تا دریابید که چگونه امداد را ارائه کنید. برای صحت آنها و یا برای صحت اشخاصیکه آنها جهت بدست آوردن کم کهایشان از جانب آنها بالایشان اعتماد دارند هیچ خطر اضافی دیگر نباید وجود داشته باشد.



میکانیزم های محافظت جامعه: اقداماتی را که مردم جهت محافظت خود، فامیل وجوامع شان اتخاذ میکنند را درک کرده و ابتکارات خودیاری به رهبری جامعه را حمایت کنید. مداخلات بشری نباید ظرفیت های مردم را برای محافظت خودشان و دیگران را قربانی کنند.

معلومات حساس: از نحوه ثبت و شریک ساختن معلومات توسط سازمانهای بشردوستانه اطمینان حاصل کنید که مردم را در خطر نمی اندازد. یک پالیسی جهت جمع آوری و راجع ساختن معلومات حساس ایجاد کنید. شرایطی که ممکن تحت آن معلومات رجعداده شود را باید مشخص کند و به اصل رضایت آگاهانه احترام بگذارند. ناکامی در این راستا ممکن منجر به خطر انداختن مصئونیت بازماندگان و کارمندان شود.

اصل دوم حفاظت:

با در نظر داشت نیاز ها و بدون تبعیض از دسترسی مردم به کمک های بی طرفانه اطمینان حاصل کنید.

فعالین بشری موانع دسترسی به کمک ها را شناسایی کرده و اقداماتی را برای اطمینان از ارائه آن با تناسب نیاز ها و بدون تبعیض انجام میدهند.

این اصل شامل است بر:

- به چالش کشیدن هر اقدامی که مردم را از دسترسی به نیاز های اولیه شان محروم میکند، با استفاده از اصول بشردوستانه و قوانین مربوطه + به منشور بشری مراجعه کنید;
 - اطمینان از اینکه مردم حمایت را به اساس نیاز شان بدست می آورند، و با آنها به این اساس و سایر مسایل تبعیض صورت نمیگیرد؛ و
 - اطمینان از دسترسی به کمک برای همه بخش های جمعیت آسیب دیده.
- محور اصلی این اصل همان نظریه است که جوامع باید به کمک های بشردوستانه مورد نیاز خود دسترسی داشته باشند + به تعهد ۲ ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید

یاد داشت های رهنمودی

بی طرفی: کمک ها را تنها به اساس نیاز های اولویت بندی کرده و به تناسب نیاز ها ارائه کنید. این اصل بی طرفی است و در طرزالعمل اخلاقی برای جنبش های بین المللی سره میاشت و صلیب سرخ و NGOs در Disaster Relief تأیید شده + به ضمیمه ۲ منشور بشری مراجعه کنید. سازمانهای بشری نباید بطور انحصاری بالای یک گروه خاص (بطور مثال، بیجا شده گان در یک کمپ یا یک گروه خاص اقلیت) تمرکز کنند، اگر این تمرکز سبب نقصان به یک گروه دیگر آسیب دیده است که نیاز دارند.

حق بدست آوردن کمک بشردوستانه: از حقوق افرادی که تحت بحران قرار گرفته اند برای دریافت کمک های بشردوستانه حمایت کنید. در مواردی که مردم نتوانند نیاز های اولیه خود را بر آورده کنند و مقامات مربوطه قادر به ارایه کمک ها نباشند، مقامات نباید دسترسی به کمک های بشر دوستانه بی طرف را رد کنند.

چنین نفی ممکن است سبب نقض قوانین بین امللی خصوصاً در شرایط جنگ مسلحانه شود. مردم آسیب دیده توسط بحران برای بدست آوردن کمک های بشردوستانه و حفاظت نیاز به شرایط خاص قانونی ندارند.

مقامات نباید وجود نیاز های به کمک های بشردوستانه را انکار کنند و بوسیله موانع بوروکراتیک مانع حرکت های کارمندان بشردوستانه شوند.

موانع به دسترسی: دسترسی مردم را به کمک های بشردوستانه به منظور مشخص کردن و دانستن کدام کوانع که ممکن مردم با آن رو بر رو شوند نظارت کنید. در جاییکه ممکن است برای رسیده گی به این موانع اقدامات کنید.

- موانعی را در نظر بگیرید که آزادی حرکت افراد و یا دسترسی فیزیکی آنها را به کمک ها کاهش میدهد. این شامل محاصره، زمین های ماین گذاری شده و چک پاینت ها یا پوسته های تلاشی میشوند. در درگیری های مسلحانه طرف ها ممکن پوسته های تلاشی ایجاد کنند اما نباید میان مردم آسیب دیده تبعیض قایل شوند یا مانع دسترسی آنها به کمک های بشردوستانه شوند.
- موانعی را که ممکن است دسترسی برخی افراد یا گروه ها را به کمک محدود کند، و در نتیجه باعث کمک نا برابر شود را بر طرف کنید. موانع ممکن باعث تبعیض با زنان و اطفال، افراد مسن، اشخاص دارای معلولیت و اقلیت ها شود. آنها همچنین ممکن است از دسترسی افراد به کمک ها به اساس قوم، مذهب، گرایش سیاسی، خویت جنسی، مشخصات جنسیتی، زیان و دیگر ملاحظات جلوگیری کنند.
- معلومات را در قالب ها و زبان های قابل دسترس در مورد میکانیزم های حقوق و فید بک دهی ایجاد کنید. با گروه های (پنهان) در معرض خطر مانند اشخاص دارای معلولیت، اطفال روی جاده ها، یا آنهاييکه در ساحات کم دسترس تر به کمک ها زنده گی میکنند، برای تسهیل دسترسی محفوظ شان به کمک ها ارتباط برقرار کنید

اصل سوم حفاظت:

برای مردم کمک کنید تا از اثرات فیزیکی و روانی تهدید به خشونت

یا خشونت واقعی، اجبار و محرومیت عمدی بهبود یابند

نهاد های بشر دوستانه حمایت های فوری و دوامدار برای آنهاييکه توسط خشونت صدمه دیده اند ارائه میکند به شمول رجعت دادن به خدمات اضافی در صورت ضرورت.

این اصل مشمول است بر:

- رجعت دادن متضررين به حمایت های مربوطه;
 - انجام کلیه اقدامات منطقی برای اطمینان از اینکه جمعیت آسیب دیده در معرض خشونت، اجبار یا محرومیت بیشتر قرار نگیرند؛ و
 - حمایت تلاش های خود مردم برای بازیابی وقار و حقوق شان در جوامع و مصئون بودن بودن آنها.
- محور اصلی این اصل این است که جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران کمک ها هماهنگ شده و تکمیلی بدست میآورند + به تعهد 6 ستندرد های اساسی بشردوستانه مرا جعه کنید.

یاد داشت های رهنمودیا

رجعت دهی ها: از سیستم موجود ریفرل یا رجعت دهی موجود آگاهی داشته باشید و افراد آسیب دیده توسط خشونت را کمک کنید تا به شکل مصئون به خدمات دسترسی پیدا کنند. بعضی مردم ممکن است بعد ازک.اچه شدن با خشونت به دنبال دریافت کمک نباشند. برای موانعی که مردم را از درخواست کمک منع میکنند اقدامات کرده و سیستم رجعت دهی را مطابق آن عیار کنید.

متضررین خشونت فزیکتی یا خشونت بر اساس جندر را برای دسترسی به خدمات مانند مراقبت های صحتی، کمک پولیس، صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی و دیگر خدمات حمایت کنید. این خدمات باید به جنس، سن، معلولیت، هویت جنسی و دیگر عوامل مربوطه مردم حساس باشند + به مداخلات مدغم شده برای رسیده گی به خشونت مبنی بر جندر در اقدامات بشری مراجعه کنید.

برای خدمات حفاظت طفل که اطفال متضررین خشونت، بهره برداری (Exploitation)، سوء استفاده و غفلت را حمایت میکنند، میکانیزم های رجعت دهی مصئون و مؤثر را پایه گذاری کرده و استفاده کنید. اقدام جامعه: اقدام جامعه و فعالیت های خود یاری را که برای بازگشت مردم به احساس خود مختاری و حفاظت آنها را کمک میکند حمایت کنید.

میکانیزم های پاسخ فامیلی، جامعه و فردی حفاظت، و صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی را حمایت کنید. این میتواند شامل ایجاد فرصت هایی باشد که مردم میتوانند در آن اوضاع خود را مورد بحث قرار دهند، تهدیدات خاص حفاظتی را برای رسیده گی انتخاب کرده و مراحل لازم را برای مقابله با آنها ایجاد کنند.

به گروه های محلی مانند گروه های جوانان، زنان و گروه های مذهبی کمک کنید تا راهکار های بدون خشونت برای حفاظت خودی و حمایت مردم آسیب پذیر ایجاد کنند.

در صورت امکان خانواده ها را بشمول خانواده های غیر سنتی با هم نگهدارید، و مردم از یک قریه خاص یا شبکه حمایتی را قادر سازید تا در یک منطقه زنده گی کنند.

از ساز و کار های راه های مقابله مثبت همگانی مانند دفن کردن مناسب با فرهنگ، مراسم و اعمال مذهبی، و کار های اجتماعی و فرهنگی غیر مضر.

خشونت های جاری، نظارت و گزارش دهی: از میکانیزم های گزارش دهی بالای نقض حقوق بشر آگاه باشید و از پالیسی ها و پروسیجر های موجود برای شریک کردن مصئون معلومات حساس پیروی کنید + به اصل اول و ضمیمه حفاظت مراجعه کنید: ستندرد های مسلکی برای کار حفاظت.

خشونت های جاری نیز باید در نظر گرفته شده و با سازمانهای شریک و تخصصی به آن رسیده گی شود. مسئولیت اصلی حفاظت مردم به عهده دولت و سایر مقامات مربوطه است. با سازمانهای تخصصی کار کنید تا جناح هایی را که مسئولیت قانونی یا ظرفیت ارائه حفاظت را دارند شناسایی کرده و به آنها وجائب شان را تذکر دهید.

نهاد های امنیتی و تطبیق قوانین، پولیس، و نیرو های نظامی و حافظ صلح در اطمینان از امنیت جسمی مردم رول مهمی را بازی میکنند. در صورتیکه مناسب و مصئون باشد برای انجام این کار، پولیس یا نیروی تطبیق قوانین و نظامی را در مورد نقض حقوق بشر آگاه سازید.

در جریان جنگ مسلحانه نظارت بر مؤسساتی را که خدمات اساسی ارائه میکنند و خصوصاً در تحت قوانین بین المللی بشری حفاظت میشوند مانند مکتب و شفاخانه نظر بگیرید و راپور دهی هرنوع حمله بر آنها.

برای کاهش خطرات و تهدیدات اختطاف یا سرباز گیری اجباری که ممکن است در این ساحات اتفاق بیفتد، تلاش های خاص انجام دهید.

مدیریت معلومات حساس: سازمانهای بشردوستانه باید پالیسی ها و پروسیجر های واضح داشته باشند که کارمندان خود را در مورد چگونگی پاسخ به سؤ استفاده در صورتیکه آگاه میشوند یا خود شان شاهد میباشند و نحوه ر یفر کردن به متخصصین و نهاد های متخصص رهنمایی کنند. محرریت معلومات باید در این پالیسی تشریح شده باشد.

شواهد مانند اظهار شهادت، شهرت و عکس های مردم که باعث شناسایی مردم میشود بسیار حساس بوده و مردم را در خطر انداخته میتواند. معلومات حساس در مورد سؤ استفاده های خاص یا نقض ها باید توسط سازمانهای تخصصی با مهارت ها، سیستم ها، ظرفیت ها و پروتوکول های لازم موجود جمع آوری شوند + ضمیمه را ببینید x: ستندرد های مسلکی برای کار حفاظت.

اصل چهارم حفاظت:

به مردم کمک کنید تا حقوق خود را مطالبه کنند

نهاد های بشردوستانه به جوامع آسیب دیده کمک میکند تا حقوق خود را از طریق معلومات و مستندات مطالبه کنند، و تلاش ها برای تقویت احترام را حمایت کنید.



این اصل مشتمل است بر:

- حمایت مردم بخاطر در خواست حقوق شان و دسترسی به راه حل های آن توسط حکومت یا منابع دیگر؛
 - معاونت مردم برای بدست آوردن مستنداتی که آنها برای اظهار حقوق شان نیاز دارند؛ و
 - عدالتخواهی برای احترام کامل حقوق مردم ، کمک به ایجاد یک محیط حفاظتی قوی تر.
- محور اصلی این اصل این است که مردم آسیب دیده توسط بحران استحقاقات و حقوق خود را بشناسند + به تعهد 4. ستندرد های اساسی بشردوستانه مراجعه کنید.

یاد داشت های رهنمودی

معلومات قابل دسترس: برای مدرم تعلیمات و معلوماتی را ارائه کنید که آنها را قادر به درک و عدالتخواهی برای حقوق شان کنند. مردم را در مورد حقوق شان آگاه کنید، بطور مثال در رابطه به بازگشت و اسکان مجدد. با سازمانهای متخصص که کمک های حقوقی برای مردم ارائه میکنند کار کنید تا مردم را از حقوق شان تحت قوانین و مقررات مملکت آگاه کنید.

معلومات را به زبان هایی ارائه کنید که مردم آسیب دیده آنها فهمیده بتوانند. از چندین طریقه (مانند نوشتاری، تصویری و صوتی) استفاده کنید تا معلومات را به گسترده ترین شکل ممکن قابل دسترس بسازید. درک و فهم پیغام را با گروه های مختلف آزمایش کنید، تغیرات نظر به سن، جنسیت، سطح تعلیمی و زبان مادری در نظر بگیرید.

اسناد و مدارک: مردم بطور کلی حقوقی دارند، صرف نظر از اینکه کدام اسناد خاصی دارند یا خیر. با وجودیکه بدون داشتن بعضی از انواع اسناد مانند کارت تولد و تذکره، نکاح خط، سند میتی، پاسپورت، قبالة زمین یا سند تعلیمی مردم در دسترسی به حقوق و استحقاق شان به موانع مواجه خواهند شد. آنها را به نهاد هائیکه این اسناد را تهیه و یا تعویض میکنند راجع سازید.

اسناد حقوقی که توسط مقامات مربوطه داده میشود نباید با اسنادی که توسط سازمانهای بشری داده میشوند مانند کارت های امداد یا اسناد راجستر اشتباه شوند. اسنادی که توسط مقامات داده میشود نباید تعیین کنند که چه کسی مستحق کمک از سازمانهای بشری است.

دسترسی به حمایت قانونی و سیستم عدلی: مردم حق دارند که از دولت و مقامات مربوطه در برابر نقض حقوق شان مطالبه جبران خساره قانونی و سایر موارد شان را بکنند. این شامل بدست آوردن عوض چیز هائیکه از دست داده اند یا استرداد اموال شان شده میتواند. مردم همچنان حق دارند که مرتکب نقض حقوق به عدالت آورده شود.

به آنهایکه راه حل قانونی برای رسیدن به میکانیزم های عدالت را انتخاب میکنند به یک روش مصئون کمک کنید. ریفر یا راجع ساختن مؤثر نیازمند درک این موضوع است که کدام نهاد ها حمایت قانونی را ارائه میکند.

در شرایطی که ممکن پروسه های قضایی سبب آسیب بیشتر به قربانی میشود از ترویج کردن دسترسی به عدالت خود داری کنید. به عنوان مثال، ارائه کننده گان مراقبت های صحتی و شبکه رجعت دهی خشونت مبنی بر جندر باید از سیستم ملی طبی-قانونی و قوانین مربوطه در مورد خشونت جنسی آگاهی داشته باشند. برای متضررین در مورد هر قانون راپور دهی جبری که محرمیت معلوماتی را که مریض شریک میسازد محدود میکند معلومات ارائه کنید + بخش صحت را ببینید: سندرد 2.3.2 صحت جنسی و باروری.

در جریان بحران جوامع آسیب دیده ممکن است بتوانند تا از میکانیزم های بدیل و غیر رسمی برای حل اختلافات شان استفاده کنند مانند میانجیگیری به سطح جامعه. جاییکه اینها موجود باشند مردم را درباره آن معلومات بدهید و تشریح کنید که چگونه به آن دسترسی پیدا کرده میتوانند.

دسترسی به زمین یا مالکیت از مهمترین موضوعات مناقشه بوده میتواند. مقامات و جوامع را تشویق کنید تا در حل موضوعات دسترسی به مالکیت زمین همکار کنند.

ضمیمه

خلاصه ستندرد های مسلکی برای کار حفاظت

در درگیری های مسلحانه و دیگر حالات خشونت، حفاظت ملکی هائیکه ممکن صدمه ببینند یا رنج میبرند بسیار مهم است. یک پاسخ مؤثر حفاظت مستلزم یک شایستگی مسلکی و پابندی به حداقل ستندرد های مسلکی توافق شده است که به تمام نهاد های حفاظتی قابل اجرا است. ستندرد های مسلکی برای کار حفاظت برای مبنای مشترک کار حفاظتی در میان بازیگران بشردوستانه و حقوق بشری جهت به حد اکثر رساندن شان برای جمعیت آسیب دیده ایجاد شده است. آنها اصول حفاظت را تکمیل میکنند.

ستندرد ها دیدی را منعکس میکنند که مردم باید در مرکز اقداماتی که باشند برای آنها صورت میگیرند. مردم نقش پر معنی در تحلیل و تجزیه، انجام و نظارت پاسخ های حفاظتی در برابر تهدیدات و خطراتی که آنها ممکن با آن مواجه شوند بازی کردن دارند. فراتر از امنیت جسمانی، تلاش های حفاظتی باید رعایت به حقوق، حیثیت و تمامیت آنها را که در خطر خشونت و سوء استفاده هستند یا با آن مواجه هستند کمک کنند.

دامنه فعالیت هائیکه توسط بازیگران بشری تطبیق میشوند بسیار تفاوت دارد، و برای تمام بازیگران ضروری است تا نگرانی های حفاظتی در مطابقت با اصول حفاظت در عملکرد های خود مدغم کنند. ستندرد های مسلکی در قدم نخست برای متخصصین حفاظتی و سازمانهاییکه کار اختصاصی حفاظت را در حالات جنگ های مسلحانه و دیگر اوضاع خشونت انجام میدهند، در نظر گرفته شده است.

ستندرد های مسلکی برای سازمانها یک مبنای محکمی را ارائه میکنند تا از روی آن پالیسی ها، رهنمود ها و مواد آموزشی داخلی را مرور و تدوین کنند. آنها یک رفرنس عملی برای اجرا کننده گانی که استراتژی های حفاظتی را در سطح ساحوی تطبیق میکنند ارائه مینمایند. آنها همچنان میتوانند منحصیث یک منبع تشویق یا الهام گیری نیز عمل کنند. آنها یک نقطه مرجع مفید برای کمک به دیگر بازیگران و ذینفعان هستند تا اینکه درک کنند بازیگران حفاظتی تخصصی فعالیت هایشان را چگونه مصئون تطبیق میکنند تا حفاظت افراد و جوامع را بلند ببرند.

این ستندرد ها به دنبال تنظیم کار های حفاظتی یا محدود کردن تنوع نیستند، بلکه آنها مکمل دیگر اصول مسلکی هستند و نهاد ها یا بازیگران حفاظتی را تشویق میکند تا این ستندرد ها را در عملکرد ها، رهنمود ها و ترینینگ های خود مدغم کنند.

ستندرد های مسلکی ۲۰۱۸ به شرح ذیل سازماندهی شده است:

1. اصول کلی در کار حفاظت
2. مدیریت استراتژی حفاظت
3. تشریح ساختار حفاظت
4. ایجاد مبنای قانونی حفاظت
5. ترویج اصل متمدنیت
6. مدیریت دیتا و معلومات برای نتایج حفاظت
7. حصول اطمینان از ظرفیت های مسلکی



این ستندرد ها شامل دیدگاه در مورد پیامد های تکنالوژی معلوماتی و ارتباطات (Information and communication technology ICT)، و قانون در حال رشد حفاظت دیتا، با رهنمایی خاص در مورد مدیریت معلومات حفاظت است.

گفتگو و تعامل میان بازیگران بشردوستانه و حقوق بشر و عملیات های حافظ صلح ملل متحد و سایر نیرو های مأمور نظامی و نیروی پولیس اغلباً برای محفوظ کردن نتایج حفاظت ضروری هستند. ستندرد های مسلکی رهنمای در مورد حفظ یک رویکرد اصولی در این تعاملات ارائه میدهد.

تلاش های ملی، منطقوی و بین المللی برای مقابله با (افراط گرایی خشونت آمیز) از طریق قوانین مبارزه با تروریسم نیز در ستندرد های مسلکی مورد بر رسی قرار گرفته است و توضیح میدهد که چگونه این نوع قوانین ممکن است بر فعالیت های بازیگران حمایتی تأصیر داشته باشد.

ستندرد های مسلکی برای کار حفاظت را از کتاب فروشی الکترونیکی (e-Book store) کمیته بین المللی صلیب سرخ، (ICRC) ، دانلود کنید:

<https://shop.icrc.org/e-books/icrc-activities-ebook.html>.

ریفرنس ها و مطالعه بیشتر

حفاظت عمومی: پیشینه و ابزار

Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, 2008. <http://sitap.org>

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016. www.interagencystanding-committee.org

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018. <https://shop.icrc.org>

خشونت به اساس جنسیت

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. IASC, 2015. gbvguidelines.org

حقوق مسکن، زمین و مالکیت

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

اشخاص بیجا شده داخلی

Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. Global Protection Cluster, 2010. www.globalprotectioncluster.org

صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.

IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

اقدامات ماین یا ماین پاک

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

اشخاص مسن و اشخاص دارای معلولیت

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. Age and Disability Consortium as part of the ADCAP programme. HelpAge, 2018. www.helpage.org

اطفال و حفاظت طفل

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <http://cpwg.net>

مطالعه بیشتر

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources



مطالعه بیشتر

حفاظت عمومی: پیشینه و ابزار

Aide Memoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. OCHA, 2016. https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Aide%20Memoire%202016%20II_0.pdf

Enhancing Protection for Civilians in Armed Conflict and Other Situations of Violence.

ICRC, 2017. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

FMR 53: Local communities: first and last providers of protection. University of Oxford and Refugee Studies Centre, 2016. www.fmreview.org/community-protection.html

Giossi Caverzasio, S. Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards. ICRC, 2001. <https://www.icrc.org/en/publication/0783-strengthening-protection-war-search-professional-standards>

Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. IASC, 2002. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_Growing_Sheltering_Tree_2002_EN.pdf

Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. IASC, 2011. www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/Operational_Guidelines_IDP.pdf

O'Callaghan, S. Pantuliano, S. Protective Action: Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. ODI, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/1640.pdf>

Protection and Accountability to Affected Populations in the HPC (EDG Preliminary Guidance Note). IASC, 2016. www.interagencystandingcommittee.org/system/files/edg_aap_protection_guidance_note_2016.pdf

Protection Mainstreaming Training & Sector-Specific Guidance. Global Protection Cluster. www.globalprotectioncluster.org/en/areas-of-responsibility/protection-mainstreaming

Safety with Dignity: A field manual for integrating community-based protection across humanitarian programs. Action Aid, 2009. www.actionaid.org/sites/files/actionaid/safety_with_dignity_actionaid_2009.pdf

Statement on the Centrality of Protection in Humanitarian Action. IASC, 2013. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/centrality_of_protection_in_humanitarian_action_statement_by_iasc_princi.pdf

Slim, H. Bonwick, A. Protection – An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. ALNAP, 2005. www.alnap.org/resource/5263

ستراتژی ها و ظرفیت های حفاظت خودی

Local Perspectives on Protection: Recommendations for a Community-based Approach to Protection in Humanitarian Action. Local to Global Protection, 2015. www.local2global.info/wp-content/uploads/L2GP_pixi_Final_WEB.pdf

Thematic Policy Document no 8 – Humanitarian Protection: improving protection



outcomes to reduce risks for people in humanitarian crises, page 24. DG ECHO, EC, 2016. ec.europa.eu/echo/sites/echo-site/files/policy_guidelines_humanitarian_protection_en.pdf

مداخلات بہ اساس پول نقد

Guide for Protection in Cash-based Interventions. UNHCR and partners, 2015. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/cash-based-interventions/erc-guide-for-protection-in-cash-based-interventions-web_en.pdf

اشخاص دارای معلولیت

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action: Child Protection. UNICEF, 2017. training.unicef.org/disability/emergencies/protection.html

Need to Know Guidance: Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf

Washington Group on Disability Statistics. 2018. www.washingtongroup-disability.com

خشونت مبنی بر جندر

Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming in Humanitarian Settings: A Toolkit for GBV Practitioners. Women's Refugee Commission & International Rescue Committee, 2015. www.womensrefugeecommission.org/?option=com_zdocs&view=document&id=1173

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. WHO, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43709/9789241595681_eng.pdf;jsessionid=9834DA17763D28859CAD360E992A223B?sequence=1

Gender-based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors. Women's Refugee Commission, ChildFund International, 2016. www.womensrefugeecommission.org/populations/disabilities/research-and-resources/1289-youth-disabilities-toolkit

حقوق مسکن، زمین و مالکیت

Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement Timeline from Emergency to Recovery. Global Protection Cluster, Housing, Land and Property Area of Responsibility, 2009.

Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the "Pinheiro Principles". Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-Habitat and UNHCR, 2007. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Land and Natural Disasters: Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme. UN-Habitat, FAO, Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster, 2010. <https://unhabitat.org/books/land-and-natural-disasters-guidance-for-practitioners/>

اشخاص بیجا شدہ داخلی

Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Brookings

Institution – University of Bern Project of Internal Displacement, 2005. <https://www.brookings.edu/research/addressing-internal-displacement-a-framework-for-national-responsibility/>

Bagshaw, S. Paul, D. Protect or Neglect? Toward a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division, 2004. <https://www.brookings.edu/research/protect-or-neglect-toward-a-more-effective-united-nations-approach-to-the-protection-of-internally-displaced-persons/>

Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. www.brookings.edu/research/iasc-framework-on-durable-solutions-for-internally-displaced-persons/

Implementing the Collaborative Response to Situations of Internal Displacement: Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators and Country Teams. IASC, 2004. www.refworld.org/pdfid/41ee9a074.pdf

UN Guiding Principles on Internal Displacement. UN Economic and Social Council, 1998. www.unhcr.org/protection/idsps/43ce1cff2/guiding-principles-internal-displacement.html

صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی

Community-based Protection and Mental Health & Psychosocial Support. UNHCR, 2017. www.unhcrexchange.org/communities/9159/contents/347734

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know? IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/MHPSS%20Protection%20Actors.pdf

افراد مسن

Humanitarian Action and Older Persons: An essential brief for humanitarian actors. WHO, HelpAge International, IASC, 2008. www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/IASC_HumanitarianAction_OlderPersons_EN.pdf

اطفال و حفاظت طفل

Handbook for Professionals and Policymakers on Justice in matters involving child victims and witnesses of crime. UNODC, 2009. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/hb_justice_in_matters_professionals.pdf

Integrated Disarmament, Demobilization, and Reintegration Standards. UN-DDR, 2006. www.unddr.org/iddrs.aspx

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. ICRC, International Rescue Committee, Save the Children, UNICEF, UNHCR and World Vision, 2004. www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc_002_1011.pdf

INSPIRE: Seven Strategies for Ending Violence against Children. WHO, 2016. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/

Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful Recruitment or Use by Armed Forces or Groups. UNICEF, 2007. <https://www.unicef.org/protection/>



57929_58012.html

Responding to the Worst Forms of Child Labour in Emergencies. CPWG, 2010. http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/12/Review_Responding_to_WFCL_in_Emergencies_final.pdf

HIV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. Update. WHO, 2016. www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/

Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions. UNDP, 2016. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html

Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions. UNODC, 2017. www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical approaches from collaborative interventions. WHO, 2013. www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/

Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions. UNFPA, 2015. www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/

Joint United Nations Statement on ending discrimination in health care settings. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/

افراد LGBTQI+ و ہویت جنسی، مشخصہ و اظہار جنسیتی، و مشخصات جنسی متنوع

Joint UN Statement on ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. OHCHR, 2015. www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/JointLGBTIstatement.aspx

Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence – LGBTI Refugees. Women's Refugee Commission, 2016. <https://www.womens-refugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1284>

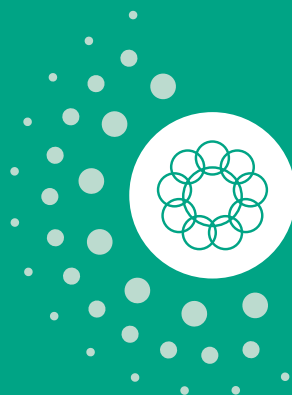
Training Package on the Protection of LGBTI Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/old/topics/15810/contents

The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. International Commission of Jurists, 2007. www.yogyakartaprinciples.org

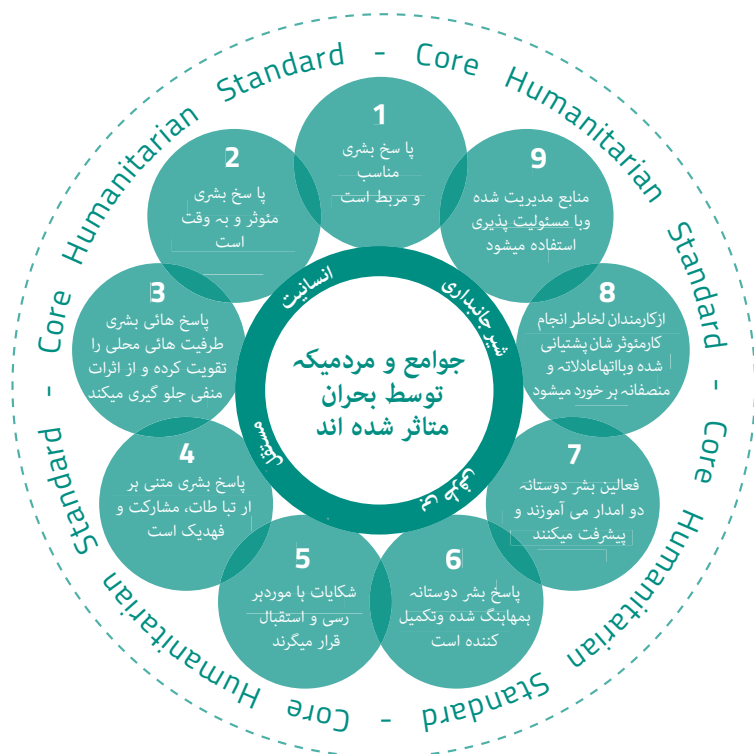
Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender & Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR, 2011. www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf

ستندرد های اساسی بشر دوستانه

Core Humanitarian Standards



منشور بشردوستانه و اصول حفاظت مستقیماً ستندرد های اساسی بشردوستانه را حمایت میکنند. این را تشکیل میدهند SPHERE سه فصل با هم اصول و اساسات ستندرد های



ستندرد های اساسی بشری (شکل ۲)

ضمیمه: سوالات رهمایی کننده برای نظارت اقدامات کلیدی ومقررات سازمانی (آتلاین)

محتویات

56	یک ستندرد اساسی با نه تعهد
58	تعهد 1
60	تعهد 2
63	تعهد 3
67	تعهد 4
70	تعهد 5
74	تعهد 6
77	تعهد 7
80	تعهد 8
84	تعهد 9
89	ضمیمه: سوالات رهمایی کننده برای نظارت اقدامات کلیدی و مقررات سازمانی (آنلاین)
97	ریفرنس ها و مطالعه بیشتر



یک ستندرد اساسی با نه تعهد

بسیاری از سازمانها و افراد معمولاً در پاسخ های بشردوستانه شرکت دارند. بنابراین برخی از روشها و عناصر متداول کار برای ارتقای مؤثر مفید است. بدون روش مشترک ممکن نتایج ناسازگار و غیر قابل پیش بینی باشند.

ستندرد های اساسی بشری (Core Humanitarian Standards CHS) در کیفیت و مسئولیت پذیری نه تعهد را تعیین میکنند که سازمانهای و افراد دخیل در پاسخ بشردوستانه برای بهبود و کیفیت و مؤثریت کمک هاییکه ارائه میکنند از آن استفاده کرده میتوانند. همچنین پاسخ گویی بیشتر به جوامع و افراد آسیب دیده توسط بحران، کارمندان، تمویل کننده گان، دولت ها و سایر ذینفعان تسهیل میکند. دانستن اینکه سازمانهای بشری به چه چیز متعهد شده اند آنها را قادر میسازد تا که آن سازمانها را مورد باز پرس قرار دهند. این یک چار چوب رضاکارانه برای افراد و سازمانها است.

ستندرد ها هم در سطح پاسخ و هم در سطح پروگرام و در تمام فاز های پاسخ تطبیق میشود. با وجودیکه تعهدات نه گانه به منظور مطابقت با کدام مرحله خاص سایکل پروگرام نیست. بعضی از اینها بسیار مرتبط با فاز های خاص سایکل هستند، در حالیکه دیگر شان، مانند ارتباطات با افراد متأثر شده، در نظر گرفته شده است که در تمام مراحل اعمال شوند.

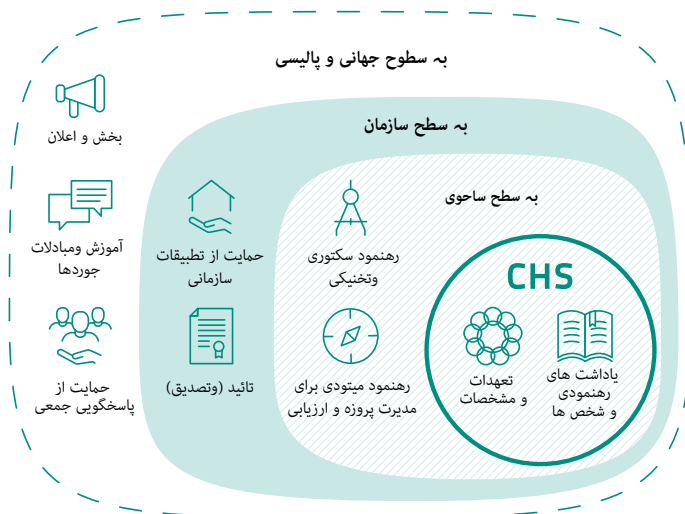
ستندرد های اصلی بشری، همراه با منشور بشری و اصول حفاظت، یک اساس قوی را در کتاب رهنمود Sphere میسازد و تمام ستندر های تخریکی را حمایت میکند. در سراسر کتاب رهنما بین فصل های تخریکی و این اساسات ارتباط مستقیم متقابل موجود است.

معلومات با جزئیات بیشتر در مورد ستندرد های اساسی بشردوستانه به شمول منابع که استفاده کننده را در تطبیق عملی آن کمک میکند در corehumanitarian-standard.org دریافت شده میتواند.

یک ساختار منحصر به فرد

ستندرد های اساسی بشردوستانه توسط تلاش های جمعی سکتور بشردوستانه به منظور هماهنگی ستندرد های اساسی اسفئیر ، People in ، Humanitarian Accountability Partnership (HAP)، Aid و Group URD در یک چاچوب واحد ایجاد شد. و این حالا به نماینده گی سکتور توسط CHS Alliance و Group URD کسانیکه مشترکاً حق چاپ را دارند، اداره میشود. هر یک از نه تعهد بالای یک جنبه خاص از پاسخ متمرکز است. روی هم رفته، آنها یک روش محکم برای اقدامات بشری مؤثر و مسئولیت پذیر ایجاد میکنند.

- ساختار استاندارد های اصلی یا اساسی بشردوستانه با سایر استانداردهای اسفئیر کمی متفاوت است:
 - تعهد بیان میدارد که چه جوامع و مردم که توسط بحران آسیب دیده اند از سازمانها و افراد توقع دریافت کمک کرده میتوانند.
 - معیار کیفیت حالتی را تشریح میکند که در آن تعهد برآورده شده میتواند و اینکه سازمانهای بشری و کارمندان برای بدست آوردن تعهد چگونه کار کنند.
 - شاخص عملکرد پیشرفت در بدست آوردن تعهد، آموزش و بهبود را اندازه گیری میکنند و اجازه مقایسه نظر به زمان و مکان را فراهم میسازد.
 - اقدامات کلیدی و مسئولیت های سازمانی تشریح میکند که برای اطمینان از ارایه کمک های بشردوستانه با کیفیت عالی، و پاسخگو، کارمندان چه باید بکنند و سازمانها موجودیت چه نوع پالیسی ها، پروسس ها و سیستم ها را نیاز دارند.
 - یاد داشت های رهنمودی اقدامات کلیدی و مسئولیت های سازمانی را با ارائه مثال ها و معلومات اضافی حمایت میکند.
 - سوالات رهنمودی پلان گذاری، ارزیابی و فعالیت های مرور را حمایت میکند + ضمیمه ۱ را ببینید (آنلاین موجود است).
 - ریفرنس ها آموزش اضافی را در مورد موضوعات خاص ارائه میکند.
- چارت ذیل نشان میدهد که استاندارد های اساسی بشری را چگونه میتوان در سطوح مختلف استفاده کرد. corehumanitarian- standard.org. پیدا شده میتواند.



استفاده استاندارد های اساسی بشری (شکل ۳)

تعهد 1

جوامع و افرادی که توسط بحران متاثر شده اند کمک های مناسب نظر به نیاز هایشان بدست میآورند

معیار کیفیت

پاسخ بشردوستانه مناسب و مرتبط است

شاخص های عملکرد

1. جوامع و مردم متاثر شده توسط بحران معتقد اند که پاسخ به نیازها، فرهنگ و ترجیحات خاص آنها توجه دارند.
2. کمک ها و حفاظت ارائه شده با خطرات، آسیب پذیری ها و ضرویات بر رسی شده مطابقت دارد.
3. پاسخ به ظرفیت ها، مهارت و دانش مردمیکه به کمک نیاز دارند توجه میکند

اقدامات کلیدی

- 1.1 **تجزیه و تحلیل سیستماتیک، عینی و مداوم از حالات و ذینفعان انجام دهید.**
 - ظرفیت و نقش دولت محلی و دیگر نهاد های سیاسی و غیر سیاسی، و همچنان تاثیرات بحران را بالای آنها ارزیابی کنید.
 - ارزیابی ظرفیت های موجود محلی (مواد، انسانها و مارکیت ها) برای برآوردن اولویت های نیاز به کمک و حفاظت با درک اینکه با گذشت زمان تغییر میکند.
 - معلومات را مقایسوی چک کنید، با تصدیق اینکه دیتای ارزیابی در ابتدا ناقص خواهد بود، لیکن نباید مانع اقدامات نجات دهنده زنده گی شود.
 - امنیت و مسئولیت مردم آسیب دیده، بیجا شده و میزبان را برای شنایی تهدید خشونت و هر نوع اجبار، نفی معیشت یا نفی حقوق اساسی بشری ارزیابی.
 - تفاوت سلطه مربوط قدرت و جندر، همچنان انزوایی اجتماعی را ارزیابی کنید تا یک پاسخ مؤثر تر و ثابت را تعریف کنید.
 - برای جلوگیری از بار گذاری اضافی جامعه با ارزیابی متعدد با دیگران هماهنگی داشته باشید.
 - ارزیابی و دریافت های مشترک باید با نهاد های علاقمند، حکومت و مردم آسیب دیده شریک شود.

- 1.2 **پروگرام های مناسب را به اساس ارزیابی بی طرفانه ضرورت ها و خطرات و درکی از آسیب پذیری ها و ظرفیت ها گروه های مختلف دیزاین و تطبیق کنید.**

- نیاز های حفاظتی و کمکی زنان، مردان، اطفال و نوجوانان، افرادی را که در جاهای دور از دسترس هستند و گروه های در خطر مانند اشخاص دارای معلولیت، مردمان مسن، افراد منزوی شده از اجتماع، خانواده های با سر پرست خانم، اقلیت های قومی و زبانی و گروه های با لکه ننگ (بطور مثال، اشخاصیکه با HIV زنده گی میکنند).

1.3 پروگرام را نظر به نیازها، ظرفیت ها و حالات در حال تغییر عیار کنید.

- وضعیت سیاسی را نظارت کرده و بر رسی ذینفعان و امنیت را مطابق آن عیار کنید.
- دیتا های ایپیدیمیولوژیک و دیگر دیتا ها را برای رساندن معلومات به تصمیم گیری های جاری و اولویت بندی مداخلات نجات دهنده زنده گی بطور منظم نظارت کنید.
- در مطابقت با نیاز های در حال تغییر برای دوباره دیزاین کردن هر مداخله انعطاف پذیر باشید.
- متیقن شوید که تمویل کننده گان پروگرام با تغیرات پروگرام بر اساس ضرورت موافق هستند.

مسئولیت های سازمانی

1.4 پالیسی ها متعدد به ارائه خدمات بی طرفانه به اساس ضرورت ها، ظرفیت های جوامع و افراد آسیب دیده توسط بحران هستند .

- سازمانها پالیسی ها، پروسس ها و سیستم ها را که تعهد به اصول بشردوستانه و همه شمول بودن را حمایت میکند، حفظ مینمایند .
- تمام کارمندان مسئولیت های خود را میدانند و اینکه چگونه مورد باز پرس قرار خواهند گرفت.
- سازمانها این پالیسی ها را با دیگر ذینفعان به شکل شفاف شریک میکنند.

1.5 پالیسی ها تعهدات را پایه گذاری میکنند که به انواع جوامع به شمول مردم محروم و منزوی توجه داشته و دیتای تجزیه شده را جمع آوری میکند.

- سطح مورد نیاز تجزیه دیتا ها برای ارزیابی و گزارش دهی بصورت به وضوح مشخص شده است.

1.6 پروسه های وجود دارند که از تجزیه و تحلیل جاری مناسب دیتا اطمینان دهد .

- کارگران بشردوستانه از پشتیبانی مدیریت برای کسب دانش، مهارتها، سلوک و نگرش های لازم برای مدیریت و انجام ارزیابی را دارند.

یاد داشت های رهنمودی

ارزیابی و تحلیل یک پروسه است یک رویداد واحد نیست. تا آنجا که زمان اجازه میدهد تجزیه و تحلیل عمیق باید انجام شود. ظرفیت ها و نیاز های مردم و جوامع آسیب دیده نباید فرض شود، بلکه باید از طریق ارزیابی هاییکه آنها را در یک بحث مداوم برای یافتن پاسخ های مناسب دخیل میکنند، شناسایی شود.

برای کارمندی که در ارزیابی دخیل هستند ترینینگ کمک های اولیه را در نظر بگیرید این برای کارمندان کمک میکند تا مردمیکه در ارزیابی دسترس پیدا میکنند را کمک کنند.

از ارزیابی های تخصصی برای گروه هاییکه بطور بالقوه با خطرات حفاظت رو بر رو هستند اطمینان حاصل کنید. ارزیابی های اختصاصی با زنان، مردان، بچه ها و دختران برای دانستن قرار گرفتن آنها در معرض خشونت، تبعیض و سایر آسیب ها یک مثال است.

ارزیابی بیطرف: عملکرد بی طرفانه به معنی برخورد یکسان با همه مردم نیست. ارایه کمک ها به اساس حقوق نیازمند درک تفاوت های ظرفیت ها، ضرورت ها و آسیب پذیری ها است.



مردم ممکن بخاطر تبعیض به اساس عوامل فردی مانند سن، جنس، معلولیت، وضعیت صحت، هویت جنسی یا گرایش جنسیتی، یا بخاطر آنکه از دیگران که آسیب پذیر هستند مراقبت میکنند، آسیب پذیر باشند.

آسیب پذیری: عوامل اجتماعی و زمینه ای (Contextual) همچنان در آسیب پذیری مردم نقش دارند. اینها شامل تبعیض و به حاشیه راندن، انزوای اجتماعی، تخریب محیط زیست، متغیر بودن اقلیم، غربت، عدم تملک زمین، حکومتداری ضعیف، قوم، طبقه، قبیله و وابستگی مذهبی و سیاسی.

ظرفیت موجود: افراد، جوامع، سازمانها، و مقامات که توسط بحران آسیب دیده اند از قبلاً هم دارای مهارت ها، دانش و ظرفیت مبارزه با، پاسخ دادن به و بازیابی از بحران را دارند. برای حمایت حق زنده گی با عزت مردم متأثر شده توسط بحران را در تصامیمی که بالای آنها تاثیر دارند شامل بسازید. ممکن است برای تقویت گروه های کم نماینده مانند زنان، اطفال، افراد مسن، افراد دارای معلولیت، و اقلیت های مذهبی و زبانی تلاش های صورت گیرند.

تجزیه دیتا: مهم است که تاثیرات اقدامات و رویداد ها را بالای گروه های مختلف بدانیم. حد اقل کارکرد خوب تجزیه دیتا به اساس جنس، سن و معلولیت را قدردانی میکند.

تحلیل دیتای تجزیه شده برای استفاده ستندرد ها در زمینه و نظارت آن ضروری است. استفاده بهتر دیتای تجزیه شده نشان میدهد که چه کسانی بیشتر آسیب دیده اند، کی توان دسترسی به کمک ها را دارد و درکجا نیاز به کار کرد بیشتر است تا به افراد در خطر رسیده گی شود + به Sphere چیست؟ مراجعه کنید.

تحلیل دوامدار و استفاده مؤثر دیتا: سیستم های منابع بشری باید در جذب کردن و استخدام سلسله تیم ارزیابی انعطاف پذیر باشند. مابع و بودجه پروگرام را مطابق نیاز ها اختصاص دهید. بودجه باید از تحلیل دوامدار کمک ها و نیاز های حفاظت و وفق دادن و اصلاح پروگرام ها به شمول اقدامات برای تسهیل کردن دسترسی (مانند، میکانیزم های دسترسی "Outreach"، دسترسی به امکانات و ارتباطات) پشتیبانی کند.

تعهد 2

جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران به کمک های بشری مورد نیاز شان و به وقت و دسترسی دارند.

معیار کیفیت

پاسخ بشردوستانه مؤثر و به وقت است.

شاخص های عملکرد

1. جوامع و مردم که توسط بحران آسیب دیده اند به شمول آسیب پذیر ترین گروه ها زمان کمک ها و حمایتی را که بدست میآورند مناسب میدانند.

2. جوامع و مردم آسیب دیده فکر میکنند که پاسخ نیاز هایشان را بر آورده میکنند.
3. گزارش های نظارت و ارزیابی نشان میدهد که پاسخ های بشردوستانه اهداف خود را از نظر زمان، کیفیت و کمیت بدست می آورد.

اقدامان کلیدی

2.1 پروگرامی را طراحی کنید که به محدودیت ها رسیدگی کند تا اقدامات مورد هدف واقعی و ایمن باشند.

- در صورت عدم امکان برآورده ساختن و تأمین نیاز یک منطقه مشخص یا گروهی از مردم به شمول نقاط که دسترسی به آنها مشکل است را واضحاً مشخص کرده و بیان نمایید.
- حمایت از ظرفیت پاسخگویی محلی را در جاییکه برنامه ریزی احتمالی نشان میدهد که مناطق و جمعیت آسیب پذیر هستند و در آینده دسترسی به آنها ممکن است دشوار باشد را اولویت قرار دهید.

2.2 پاسخ های بشری را به موقع ارائه کنید، تصامیم و اقدامات را بدون تأخیر غیر ضروری انجام دهید.

- از شرایط زنده گی، شیوه های کلتوری، فصول، تقویم های دهقانی و دیگر عوامل که بر ارائه کمک های مناسب در زمان مناسب تأثیرات دارد آگاه باشید.
- چارچوب زمانی را برای ارائه و نظارت سیستم ها در پلان گذاری پروگرام ها شامل کرده، و تأخیرات را پیش بینی و نشانی کنید.
- قبول کنید که در مراحل ابتدایی یک بحران فوری تصامیم بر اساس معلومات ناقص صورت میگیرد، تصامیم را بعد از دریافت اطلاعات درست کنید.
- با دیگران به منظور بوجود آوردن استراتیژی های مشترک برای رسیده گی به موضوعات جمعی که مانع ارائه کمک های به موقع میشود هماهنگی کنید.

2.3 کدام نیاز هاییکه به آن رسیده گی نه شده را به سازمانهایی دارای تجربه تخریکی و قانون مرتبط راجع کنید، یا برای رسیده گی به آن نیاز ها عدالت خواهی کنید.

- این شامل نیاز های برآورده نشده معلومات همچنین نیاز های حفاظت و کمک میشود.

2.4 برای برنامه ریزی و ارزیابی پروگرام ها از شیوه های خوب که توسط سکتور های بشردوستانه کار گرفته شده استفاده کنید.

- در صورت موجودیت ستندرد های ملی متناسب با زمینه بشردوستانه از آنها استفاده کنید.
- برای حمایت از استفاده ستندرد های توافق شده جهانی برای تکمیل کردن ستندرد های ملی با دینفعان مربوطه هماهنگی کنید (بشمول ستندرد های Sphere وشرکا در بخش های مربوطه).



- 2.5** به منظور به منظور وفق دادن پروگرام ها و رسیده گی به عملکرد های ضعیف فعالیت ها -Out put و Outcome را نظارت کنید.
- شاخص های عملکرد مقید به زمان و مشخص به زمینه را تعیین کنید. آنها را بطور منظم برای پیشرفت در رسیده گی به نیاز های کمک و حفاظت مرور کنید.
 - بر علاوه فعالیت ها و Output (مانند تعداد تسهیل های ساخته شده)، پیشرفت در برابر اهداف و شاخص های عملکرد را شامل کنید.
 - سیستم ها را بطور منظم مرور کنید تا معلومات مفید با اطلاعات جدید در مورد زمینه (عملکرد مارکیت محلی، تغیر در امنیت) جمع آوری شود.

مسئولیت های سازمانی

- 2.6** تعهدات پروگرام مطابق با ظرفیت های سازمانی هستند.
- پالیسی ها اهمیت استفاده از استندرد های با کیفیت تخنیکي بشردوستانه و توسعه تخصص در زمینه های انتخابی مداخله را منعکس میکنند.
 - شرایطی را که تحت آن سازمان ممکن نیاز به ارائه خدمات خارج از ساحه تخصص داشته باشد تا زمانیکه دیگران نتوانند این خدمات را ارائه کنند، تصدیق کنید

2.7 تعهدات پالیسی تضمین میکند:

- a. نظارت و ارزیابی سیستماتیک، هدفی و دوامدار فعالیت ها و تاثیرات آنها را؛
- b. شواهد جمع آوری شده از نظارت و ارزیابی در وفق دادن و توسعه پروگرام استفاده میشود؛ و
- c. تصمیم گیری به موقع و منابع اختصاص شده به مطابق آن.

یاد داشت های رهنمودی

پرداختن به محدودیت ها و پروگرام نویسی واقع بینانه: جاییکه یک سازمان نتواند به مردم رسیده گی کند یا نیاز های مشخص شده شان را بر آورده کند، مسئولیت این سازمان است تا این نیاز ها را به یک نهاد مناسب راجع کند + اصل ۳ حفاظت را ببینید.

قبل از بحران از سیستم های پیش بینی و هشدار دهنده اولیه برای برنامه ریزی احتمالی جهت کمک به جوامع، مقامات و نهاد ها که در صورت لزوم به سرعت واکنش نشان دهید. این برای مردم آسیب دیده نیز کمک خواهد کرد تا سرمایه و وسایل امرار معاش خود را حفظ کنند.

پروژه های تصمیم گیری را که برای ارائه پاسخ به معلومات بدست آمده جدید از ارزیابی مداوم، به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد ایجاد کنید. در یک سازمان تا آنجاییکه ممکن است تصمیم و منابع را به ساحه تطبیق نزدیک واگذار کنید.

تصامیم و پروژه های تصمیم گیری را برای نشان دادن شفافیت مستند سازی کنید. و پروژه را در مشاورت، اشتراک معنی دار و هماهنگی با دیگران پایه گذاری کنید + به تعهد 6 مراجعه کنید

نظارت فعالیت ها، Output و Outcome: نظارت به بازنگری پروژه معلومات مهیا میکند، تطبیق معیار انتخاب را تأیید کرده و تأیید میکند که آیا کمک ها به نیازمند ترین مردم رسیده است یا خیر. هر تقیر پرو

گرام را که از نظارت ناشی میشود مستند کنید، و سیستم های نظارتی را ایجاد کنید که مردم آسیب دیده و ذینفعان کلیدی در آن شامل بوده و بر آنها تکیه میکند + به تعهد 7 مراجعه کنید .

در صورت موجودیت از نظارت رایج به سطح پاسخ استفاده کنید.

تصمیم گیری سازمانی: هر دو مسئولیت ها و پروسه ها برای تصمیم گیری بشمول اینکه چه کسی مسئول است، با چه کسی مشوره شود، و کدام معلومات برای اطلاع دادن به نظارت نیاز است باید واضحاً تعریف شده و قابل درک باشند.

پالیسی ها، پروسه ها و سیستم های سازمانی: سازمانها باید با استفاده از ارزیابی و نظارت سیستماتیک و دقیق نحوه بهبود نتایج اقدامات بشردوستانه را ثبت کنند. و نشان دهند که چگونه دیتای نظارت و ارزیابی برای مطابقت دادن پروگرام، پالیسی ها، و استراتژی ها تقویت آماده گی و بهبود عملکرد ه نظر به وقت استفاده میشود + به تعهد ۷ مراجعه کنید 7. این ممکن است شامل بودجه و واکنش اضطراری یا توانایی استخدام و استقرار سلسلهع پرسونل واجد شرایط در وقت نیاز باشد.

تعهد 3

در نتیجه اقدامات بشردوستانه جوامع و مردم تحت تاثیر منفی قرار نمیگیرند، آماده گی و انعطاف پذیری بیشتر داشته و خطر کمتری دارند.

معیار کیفیت

پاسخ های بشری ظرفیت های محلی را تقویت کرده و تأثیرات منفی خود داری میکنند.

شاخص های عملکرد

1. جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران در نتیجه اقدامات بشری بهتر میتوانند در برابر شوک ها و استرس های آینده ایستاده گی کنند.
2. مقامات، رهبران و سازمانهای محلی دارای مسئولیت ها برای پاسخ در مقابل بحران فکر میکنند که ظرفیت های شان ارتقا یافته.
3. جوامع و مردم متاثر شده توسط بحران، بشمول افراد آسیب پذیر و منزوی شده اثرات منفی ناشی از اقدامات بشر دوستانه را شناسایی نمیکند.

اقدامات کلیدی

- 3.1 **اطمینان حاصل کنید از اینکه پروگرام ها بر ظرفیت های محلی می افزایند و برای بهبود تاب آوردن جوامع و مردم متاثر شده توسط بحران کار میکنند.**
- خدمات را طوری طراحی کنید که خطرات را کم کند (بطور مثال، مدیریت خشکسالی و ساختار های مقاوم در برابر سیلاب، طوفان و زلزله) .
 - ابتکارات خود یاری و اقدامات آماده گی توسط جامعه را حمایت کنید.



3.2 از نتایج ارزیابی هر نوع ریسک ها و خطرات موجود در جامعه و پلان های آماده گی برای

رهنمایی فعالیت ها.

- ضرورت ها و ظرفیت های گروه های مختلفی را که به اندازه های مختلف با خطرات مواجه شده اند را درک کرده و به آن رسیده گی کنید.

3.3 توسعه رهبری ملی و سازمان ها را در ظرفیت خود به عنوان اولین واکنش دهنده در صورت بروز

بحران های آتی فعال کنید و اقداماتی برای اطمینان از اینکه گروه های به حاشیه رانده شده و محروم به خوبی نماینده گی میشود، انجام دهید.

- تا حد امکان با مقامات شهری و حکومت محلی همکاری کنید.
- طرفدار این نکته باشید که نهاد های محلی به عنوان شرکای مساوی و دارای استقلال در دیزاین/ یا رهبری کردن یک پاسخ برخورد میشود.
- از ابتکارات گروه ها و سازمانها محلی به عنوان بستری برای آموزش و ظرفیت سازی برای تقویت اولین واکنش در بحران های آینده.
- تا جاییکه ممکن است به جای استخدام کردن اتباع خارجی، کارمندان محلی و ملی با در نظر گرفتن تنوع در بین جمعیت را استخدام کنید.

3.4 استراتژی انتقالی یا خروج را در مراحل اول پروگرام های بشردوستانه پلان کنید که تاثیرات دراز

مدت مثبت را تضمین کرده و خطر وابستگی را کاهش دهد.

- نسبت به ایجاد سیستم های موازی که بیشتر از دوران پاسخ ادامه پیدا نمیکند، برای تقویت سیستم های موجود حکومت و جامعه حمایت فراهم کنید.

3.5 پروگرام های را دیزاین و تطبیق کنید که باعث بهبودی زود هنگام از فاجعه شده و اقتصاد محلی

را نفع میرساند.

- اقداماتی را برای باز گرداندن خدمات اجتماعی، تعلیم و تربیه، مارکیت ها، میکانیزم های انتقال و فرصت های امرار معیشت که پاسخگوی نیاز های گروه های آسیب پذیر است، انجام دهید.
- در هنگام تجزیه و تحلیل اینکه کدام نوع کمک (پول نقد، چک یا کمک غیر نقدی) بیشترین مؤثریت را خواهد داشت، شرایط بازار را کاملاً در نظر بگیرید.
- در صورت امکان اموال و خدمات را در بازار محلی خریداری کنید.
- تا حد امکان پیامد های منفی بر مارکیت را کاهش دهید.

3.6 اثرات منفی نا خواسته بالقوه یا بالفعل را به موقع و سیستماتیک شناسایی و در مقابل آنها اقدام

کنید، از جمله در زمینه های:

- a. مصئونیت، امنیت، وقار و حقوق مردم؛
- b. بهره برداری و سوء استفاده جنسی توسط کارمندان؛
- c. ارتباطات فرهنگی، جنسیتی، اجتماعی و سیاسی؛
- d. امرار معیشت؛
- e. اقتصاد محلی؛ و
- f. محیط زیست.

مسئولیت های سازمانی

3.7 پالیسی ها، استراتژی ها و رهنمود ها دیزاین شده اند که:

- a. جلوگیری از هر نوع اثرات منفی پروگرام مانند بهره برداری، سوء استفاده یا تبعیض توسط کارمندان در برابر جوامع و مردم آسیب دیده؛ و
- b. ظرفیت های محلی را تقویت کنند.

3.8 سیستم های برای محافظت از دیتا از هرگونه معلومات جمع آوری شده شخصی از افراد و جوامع آسیب دیده از بحران که میتواند آنها را در معرض خطر قرار دهد، موجود است.

- پالیسی های واضح و جامع را برای حفاظت دیتا بشمول راجستريشن الكترونيكي و سيستم های توزیع ایجاد کنید.
- به آنهاييکه کمک بدست می آورند در مورد حقوق شان بابت حفاظت دیتا و اینکه آنها چگونه به معلومات شخصی شان که یک سازمان در مورد آنها جمع آوری میکند دسترسی پیدا کرده میتوانند، و چگونه نگرانی های خود را در مورد در باره سوء استفاده معلومات ابراز کنند.

یاد داشت های رهنمایی

تاب آوری جامعه و رهبری محلی: جوامع، سازمانها و مقامات محلی نخستین کسانی هستند که در یک بحران وارد عمل میشوند و دانش عمیق از اوضاع و نیاز های جامعه دارند. این رهبران محلی باید شرکای مساوی باشند و در طراحی و رهبری یک پاسخ استقلال داشته باشند. این امر مستلزم تعهد نهاد های بین المللی و محلی است که طرز کار خود را تغییر داده و در گفتگوی باز و انتقاد سازنده اشتراک کنند. به عوض ایجاد سیستم های موازی جدید در جاییکه ممکن است از زیر بنا ها/خدمات محلی استفاده شود. **استراتژی انتقال و خروج:** با همکاری مسئولین و جمعیت آسیب دیده خدمات را به اسرع وقت طراحی کنید که بعد از اتمام برنامه اضطراری ادامه خواهد یافت (بطور مثال، اقدامات بازیابی مصرف را معرفی کنید، از مواد موجود محلی استفاده کنید یا ظرفیت مدیریت محلی را تقویت کنید).

تأثیرات منفی و صدمه "نرساندن": ارزش بالای منابع کمک ها و موقف قدرتمند کارکنان بشری به بهره برداری و سوء استفاده، رقابت، جنگ و استفاده نادرست یا اختلاس کمک منجر شده میتواند. کمک ها میتوانند که سیستم های بازار و معیشت را تضعیف نماید، تضاد منابع را تحریک کند و روابط قدرت نابرابر را در میان گروه های مختلف ایجاد کند. این اثرات بالقوه منفی را پیش بینی کرده، نظارت کنید و در صورت امکان برای جلوگیری آن اقدام کنید.

از شیوه های فرهنگی که ممکن به بعضی گروه ها اثرات منفی داشته باشد آگاهی داشته باشید. مثالها شامل: برخورد دوگانه با دختران، بچه ها یا قبیله خاص؛ و سایر انواع برخورد تبعیض آمیز و ترجیحی. میکانیسم های مصئون و پاسخگوی فید بک دهی و شکایات سوء استفاده و استفاده نادرست را کاهش داده میتواند.

کارمندان باید در باره چگونگی اعمال محرمانه بودن و ریفر کردن معلومات حساس مانند افشای بهره برداری و سوء استفاده آموزش ببینند.



سوء استفاده و بهره برداری جنسی: همه کارمندان مسئولیت مشترک جلوگیری از بهره برداری و سوء استفاده را دارند. اعضای کارمندان مسئولیت دارند که هر نوع سوء استفاده را که مشکوک میشوند یا شاهد هستند چه در داخل سازمان خود یا خارج از آن را گزارش کنند. توجه داشته باشید که اطفال (بخصوص دختران) بسیار آسیب پذیر هستند و پالیسی ها باید صریحاً اطفال را در برابر بهره برداری و سوء استفاده محافظت کنند. + به تعهد ۵ ببینید.

نگرانی های محیط زیستی: پاسخ بشری سبب دخریب محیط زیست شده میتواند (بطور مثال، فرسایش خاک، ضیاع یا آلوده گی آب های زیر زمینی، صید بی رویه، تولید فاضلات یا جنگل زدایی). تخریب محیط زیست میتواند بحران و سطح آسیب پذیری را تشدید کند و باعث کاهش تاب آوری مردم در مقابل شوک ها میشود.

اقدامات برای کاهش تخریب محیط زیست شامل احیای جنگلات، برداشت آب باران، استفاده مؤثر از منابعو شیوه های تدارکات اخلاقی و عملکردها میشود. کارهای عمده ساختمانی باید بعد از ارزیابی محیط زیستی انجام شود. + به تعهد ۹ مراجعه کنید 9.

پالیسی های ساطمانی برای جلوگیری از تاثیرات منفی و تقویت ظرفیت های محلی: سازمانها تشویق میشوند که یک پالیسی و سیستم مدیریت خطر به وضوح مستند داشته باشند. سازمانهای غیر دولتی (NGOs) که در مقابله سیستماتیک در مقابل سلوک غیر اخلاقی و فساد از طریق پالیسی ها و پروسیجر های ضد رشوت خود و از طریق اقدامات جمعی با دیگر سازمانهای غیر دولتی خطر فساد را در دیگر نهاد ها بلند میبرد.

پالیسی وپروسیجر ها باید باید تعهد به حفاظت افراد آسیب پذیر را منعکس کرده و راه های پیشگیری و تحقیق سوء استفاده از قدرت را واضح نمایند. روش های دقیق استخدام، تفتیش و جذب میتواند به ماهش خطر سوء رفتار توسط کارمندان کمک کند و طرزالعمل اخلاقی باید این را واضح بسازد که کدام کارکرد ها منع است. کارمندان باید به شکل رسمی به این طرزالعمل ها موافقت کنند و آگاه ساخته شوند درصورتیکه نتوانند به این پابند بمانند به چه تحریم های رو بر رو خواهند شد + به تعهد ۸ مراجعه کنید 8.

محافظت معلومات شخصی: تمام معلومات شخصیکه از جوامع و مردم جمع آوری میشود باید به شکل محرم برخورد کرد. این امر خاصاً در واقعات دیتای مربوط به حفاظت، خشونت های گزارش شده و خشونت مبنی بر جندر صادق است. سیستم هاییکه محریمیت را تضمین میکند برای وقایه صدمه بیشتر ضروری است + به اصول حفاظت و تعهدات 5 و 7 مراجعه کنید.

این استفاده روز افزون از رجستر کردن الکترونیکی و سیستم توزیع در پاسخ های بشردوستانه نیاز برای پالیسی های روشن و جامع را واضح میسازد. توافق نامه هاییکه جناح ثالث مانند بانک ها و سازمانهای تجارتي را وادار به محافظت دیتا میکنند ضروری است. رهنمود های واضح درمطابقت با ستندرد های بین المللی و قوانین محلی حفاظت دیتا راجع به جمع آوری، ذخیره، استفاده و دفع دیتا مهم است. سیستم های کاهش خطر نا پدید شدن دیتا باید موجود باشند. دیتا زمانیکه دیگر نیاز نیستند باید از بین برده شوند.

تعهد 4

جوامع و مردم را که توسط بحران آسیب دیده اند حقوق و استحقاق خود را میدانند، به معلومات دسترسی داشته و در تصمیم که بالای آنها تاثیر دارند اشتراك میکنند.

معیار کريتریا

پاسخ بشردوستانه به اساس ارتباطات، اشتراك گذاری و فیدبک استوار است.

شاخص های عملکرد

1. جوامع و مردم که توسط بحران آسیب دیده است از حقوق و استحقاق خود آگاه هستند.
2. جوامع و افرادی که توسط بحران متاثر شده اند فکر میکنند که آنها به معلومات واضح و مرتبط به شمول موضوعاتی که ممکن آنها را در معرض خطر قرار میدهد دسترسی دارند.
3. جوامع و افراد که توسط بحران متاثر شده اند با فرصت هاییکه برای تاثیر گزارشی به واکنش دارند راضی هستند .
4. تمام کارمندان آموزش دیده اند و در مورد حقوق مردم متاثر شده رهنمایی میشوند.

اقدامات کلیدی

- 4.1 برای مردم و جوامع آسیب دیده توسط بحران در باره سازمان، اصولی که به آن پابند است، نحوه رفتار کارمندان شان پروگرام های را که تطبیق میکنند و آنچه قصد دارند ارائه کنند.
- خود معلومات را به عنوان یک عنصر حفاظت در نظر بگیرید. بدون اطلاعات دقیق در مورد کمک و حقوق شان ، مردم ممکن در برابر بهره برداری و سوء استفاده آسیب پذیر شوند + به اصل 1.حفاظت مراجعه کنید.
 - واضحاً بیان کنید که مردم از کارمندان بشری چه نوع رفتار توقع کرده میتوانند و در صورتیکه راضی نباشند چگونه شکایت کرده میتوانند.

- 4.2 به زبانها، قالب ها و رسانه هایی که به آسانی قابل درک هستند، با احترام و از نظر فرهنگی برای اعضای مختلف جامعه، خصوصاً گروه های آسیب پذیر و به حاشیه رانده شده ارتباط برقرار کنید.
- از سیستم های موجود ارتباطات استفاده کرده و با مردم در مورد ترجیحات ارتباطات آنها مشوره کنید. درجه محرمیت مورد نیاز برای فارمت ها و رسانه ها را در نظر بگیرید.
 - اطمینان حاصل کنید که تکنالوژی ارتباطات جدید و قدیمی به شکل مؤثر و ایمن استفاده میشود.

- 4.3 اطمینان حاصل شود که نماینده گی فراگیر بوده، شامل مشارکت و اشتراك جوامع و مردم آسیب دیده از بحران در تمام مراحل کار است.
- به گروه ها و افرادی توجه کنید که به شکل تاریخی از قدرت و پروسه تصمیم گیری محروم شده اند.

بطور سیستماتیک روش های اخلاقی دخیل ساختن این گروه ها و افراد را در نظر بگیرید تا به کرامت احترام گذاشته و از هر گونه ازدیاد لکه ننگ جلوگیری کنید



- تعادل بین مشارکت مستقیم و غیر مستقیم از طریق نماینده های انتخاب شده جامعه را در مراحل مختلف پاسخ را در نظر بگیرید.

4.4 افراد و جوامع آسیب دیده توسط بحران را تشویق و تسهیل کنید تا از سطح رضایت خود در باره کیفیت و مؤثریت کمک بدست آمده فیدبک ارائه کنند، در ارائه فیدبک جنسیت، سن و تنوع را در نظر بگیرید.

- به کارکنان آموزش دهید تا اعتماد مردم را بدست آورده و حفظ نمایند، و نحوه ارائه پاسخ به فیدبک های مثبت و منفی را بدانند و عکس العمل های اعضای مختلف جامعه را به روش ارائه خدمات مشاهده کنند.
- مجموعه فیدبک ها را در یک روش گسترده تر در سازمانها یا سکتور ها مدغم کنید ، تا آنرا مرور، تحلیل و مطابق آن عمل کنید.
- پاسخ به فید بک را با جامعه شریک کنید.

مسئولیت های سازمانی

4.5 پالیسی ها برای شریک سازی معلومات موجود هستند، و یک فرهنگ ارتباطات باز را ارتقا دهید.

- پروسه ها برای شریک سازی معلومات را تعریف و مستند کنید.
- تلاش کنید تا معلومات سازمانی را در مورد موفقیت ها و ناکامی ها را بصورت باز با یک تعداد از ذینفعان جهت ترویج فرهنگ باز بودن و مسئولیت در سراسر سیستم شریک سازید.

4.6 پالیسی ها برای دخیل ساختن جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران موجود است که منعکس کننده اولویت ها و خطراتی است که آنها در تمام مراحل کار شناسایی میکنند.

- نحوه آموزش و تشویق کارکنان برای مشارکت و تصمیم گیری در جامعه ، گوش گرفتن به جوامع مختلف آسیب دیده و مدیریت فیدبک منفی را مشخص کنید.
- پالیسی ها و استراتیژی ها برای کمک کردن ایجاد فضا و وقت برای گفتگوی اجتماعی (Commu-nity dialogue)، تصمیم گیری و خودیاری را طراحی کنید.

4.7 ارتباطات خارجی، بشمول آنهایکه برای جمع آوری کمک ها صورت میگیرد دقیق، اخلاقی و محترمانه است، جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران را انسان های با وقار نشان میدهند.

- اطلاعات را بر اساس ارزیابی خطر شریک سازید. خطرات احتمالی یا بالقوه برای مردم را مانند شریک ساختن معلومات درباره توزیع پول نقد، یا جمعیت یک اسکان خاص که میتواند مردم را در خطر حمله قرار میدهد را در نظر بگیرید.
- هنگام استفاده از قصه ها و تصاویر که افراد آسیب دیده را به تصویر میکشد مراقب باشید، بخاطریکه این تجاوز به حریم خصوصی و نقض محرمت شده میتواند اگر اجازه شان گرفته نشده باشد + به اصل ۱ محافظت که بالای رضایت آگاهانه است مراجعه کنید 1 .

یاد داشت های رهنمودی

شریک سازی معلومات با جوامع: شریک ساختن معلومات دقیق، به وقت، قابل فهم و قابل دسترس اعتماد را محکم، سطح مشارکت را عمیق و تأثیرات پروژه را بهبود میبخشد. این کلید شفاف بودن است. شریک ساختن معلومات مالی با جوامع میتواند باعث بهبود اقتصادی تمام شدن شده و با جوامع در شناسایی و برجسته کردن ضایعات و تقلب کمک میکند.

اگر کدام سازمان معلومات خود را با مردمیکه به آن کمک میکند به شکل مناسب شریک نکند این امر سؤ تفاهمات و تأخیرات، پروژه نا کارا که منابع را ضایع میکند و ادراکات منفی در باره پروژه ایجاد میکند. این میتواند قهر، نا امیدی و بی امنیتی را ایجاد کند.

ارتباطات مؤثر، مصئون، قابل دسترس و همه شمول: گروه های مختلف ضروریات و منابع متفاوت معلومات و ارتباطات دارند. آنها ممکن برای پردازش و پیامد های ارتباطات به وقت نیاز داشته باشند که در بین خود در یک محیط امن و خصوصی صحبت کنند.

رضایت آگاهانه: آگاه باشید که بعضی مردم ممکن بدون درک کامل پیامد ها رضایت نشان دهند. این دلخواه نیست، ولی در ابتدا اماند ممکن است در ابتدا درجه از رضایت و مشارکت بر اساس تمایل ابراز شده برای شرکت در فعالیت های پروژه، مشاهده، دانش، یا اسناد قانونی یا سایر اسناد (مانند قرار داد های قرار دادی با جامعه) در نظر گرفته شود + به اصل 1. حفاظت مراجعه کنید.

مشارکت و دخیل بودن: با افراد متأثر شده و مؤسسات محلی در اوایل پاسخ مشورت کنید برای دانش موجود و ایجاد روابط مثبت و محترمانه. مشاوره زود هنگام استفاده مناسب از وقت نسبت به رفع تصمیمات نا مناسب در آینده میباشد. در مراحل اولیه یک پاسخ مشاوره فقط با تعداد محدودی از افراد آسیب دیده ممکن است. با گذشت زمان فرصت های بیشتری برای دخیل ساختن مردم و گروه های زیادتر در تصمیم گیری بوجود آمده میتواند.

توجه داشته باشید که در بعضی موقعیت های جنگ ، تشویق به بحث های گروهی و تصمیم گیری میتواند به عنوان نوعی از سازماندهی سیاسی تلقی شده و به مردم محلی آسیب برساند. روش های مختلفی را برای افزایش دخیل شدن جامعه با سیستم فیدبک دهی، بشمول استفاده از کارت های امتیازی (Scorecards) جامعه.

فیدبک: فیدبک رسمی را میتوان از طریق ارزیابی های خاص (با استفاده بحث های گروهی و مصاحبه)، نظارت بعد از توزیع، سوالنامه جستجو کرد. فیدبک غیر رسمی دریافت شده در طول تعامل روزانه نیز باید برای ایجاد اعتماد و بهبود برنامه ها بطور مداوم مورد استفاده قرار گیرد. درمورد اینکه آیا زنان، مردان، دختران و بچه ها احساس احترام و رضایت از نفوذ بر تصمیم گیری میکنند، فید بک در یافت کنید. مردم ممکن با ارائه کمک راضی لیکن با نفوذ شان در تصمیم گیری نا راض باشند.

مردم ممکن است ترس داشته باشند که فیدبک های انتقادی عواقب منفی داشته باشند. همچنین ممکن است دلایل فرهنگی وجود داشته باشد که چرا انتقاد از یک مداخله قابل قبول نیست. روش های مختلف ارائه فیدبک غیر رسمی و رسمی از جمله روش هایی برای اشتراک گذاری محرمانه فیدبک را بررسی کنید.



میکانیزم های فیدبک را با سایر سازمانها دیزاین کنید و اطمینان حاصل کنید که برای همه مردم قابل دسترس است. آنها باید جدا از میکانیزم های شکایتی که به نقض جدی سلوک و عملکرد رسیدگی میکنند در نظر گرفته شوند + به تعهد 5 مراجعه کنید. اگرچه در عمل معمولاً در انواع فیدبک ها و شکایات دریافتی مشترکات وجود دارد. فیدبک های دریافتی را تأیید و پیگیری کنید و در صورت مناسب بودن پروگرام را وفق دهید. مکانیزم های فیدبک دهی را در سیستم های نظارت و ارزیابی سازمان ها ادغام کنید.

ترویج یک فرهنگ ارتباطات باز: سازمان ها باید علایق خاصی مانند هویت سیاسی یا مذهبی را به طور عام (در وب سایت خود یا در مطالب تبلیغاتی که برای افراد آسیب دیده قابل دسترسی است) اعلام کنند. این به ذینفعان اجازه می دهد تا ماهیت سازمان و وابستگی ها و پالیسی های احتمالی آن را بهتر درک کنند.

تعهد سازمانی به مشارکت و گوش دادن به جوامع: پالیسی های جنسیتی و تنوع می تواند به ارتقای ارزش ها و تعهدات سازمان کمک کرده و نمونه های عینی از رفتار مورد انتظار را ارائه دهد. فیدبک افراد آسیب دیده نیز باید به توسعه استراتژی و برنامه کمک کند.

محدود کردن اطلاعات، محرمانه بودن و عدم افشا: همه اطلاعات را نمی توان یا نباید با همه ذینفعان به اشتراک گذاشت. در نظر بگیرید که چگونه مجموعه اطلاعاتی که می تواند گروه ها (ساکتین) یا افراد را شناسایی کند، ممکن است باعث آسیب پذیری افراد یا افزایش آن ها شود یا تهدیدات جدیدی برای حفاظت از آنها ایجاد کند. + به اصول حفاظت مراجعه کنید.

یک روش اخلاقی برای ارتباطات خارجی: جمع آوری کمک مالی و عکس های خارج از وضعیت موجوده اغلب می تواند گمراه کننده باشد و همچنین می تواند خطرات حفاظتی را افزایش دهد. پالیسی ها و دستورالعمل های مربوط به ارتباطات خارجی باید در دسترس همه کارکنان باشد و می تواند به اطمینان از عدم انجام اشتباه کمک کند.

جزئیات پیوست شده به تصاویر و گنجانده شده در قصه ها نباید اجازه دهد که افراد (بخصوص کودکان) در خانه یا جامعه او ردیابی شوند. هنگام عکس برداری، نشانی کردن جغرافیایی تصاویر باید غیرفعال شود.

تعهد 5

جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران به یک میکانیزم مصئون و جوابگو برای رسیده گی به شکایات دسترسی دارند.

معیار کیفیت

شکایات استقبال و به آن رسیدگی میشود.

شاخص های عملکرد

1. جوامع و افراد آسیب دیده از بحران، بشمول گروه های آسیب پذیر و به حاشیه رانده شده، از میکانیزم های ایجاد شده به شکایات برای استفاده آنها آگاه هستند.

2. جوامع و مردم متأثر از بحران، میکانیزم های پاسخگویی به شکایات را قابل دسترس، موثر، محرمانه و ایمن می دانند.
3. شکایات بررسی، حل و فصل می شوند و نتایج در چارچوب زمانی اعلام شده به شاکی، فیدبک می شود..

اقدامات کلیدی

5.1 در طراحی، اجرا و نظارت بر پروسه های شکایات با جوامع و افراد آسیب دیده از بحران مشورت کنید.

- بر اساس جنسیت، سن و معلولیت تفکیک کنید، زیرا این معیارها ممکن است بر دیدگاه افراد در مورد دسترسی و موانع مکانیزم شکایت تأثیر بگذارد.
- در مورد نحوه ارسال شکایات، آنچه ممکن است مانع از شکایت افراد و کارکنان شود و اینکه چگونه می خواهند پاسخ را دریافت کنند، توافق کنید. شکایات نحوه ثبت و ردیابی شکایات را در نظر بگیرید و چگونه آنچه از آنها آموخته می شود در برنامه ریزی آینده گنجانده می شود.
- مکانیسم های شکایات مشترک را با سایر نهاد ها، شرکا و قرار دادی های جناح ثالث بررسی کنید.
- کارمندان را در مورد میکانیزم های شکایات آموزش دهید.

5.2 از شکایات استقبال کنید و بپذیرید، و نحوه دسترسی به میکانیزم و دامنه مسائلی را که می توان به آن رسیدگی کرد، در میان بگذارید.

- یک کمپاین معلوماتی را برای کمک به افزایش آگاهی از سیستم و پروسیجر ها در نظر بگیرید، که طی آن افراد می توانند سوالات بیشتری درباره نحوه عملکرد آن بپرسند.

5.3 شکایات را به موقع، منصفانه و مناسب مدیریت کنید که ایمنی شاکی و کسانی که در تمام مراحل تحت تأثیر قرار می گیرند را در اولویت قرار دهد..

- به هر شکایت جداگانه رسیدگی کنید، حتی اگر بسیاری از آنها مسائل مشابه را پوشش دهند..
- پاسخ را در یک چار چوب زمانی مشخص ارائه دهید. شاکی باید بداند که چه زمانی منتظر پاسخ باشد.
- مدیریت یا مشارکت جامعه در سیستم رسیدگی به شکایات را در نظر بگیرید..

مسئولیت های زمانی

5.4 پروسه پاسخگویی به شکایات برای جوامع و افراد آسیب دیده از بحران مستند و موجود است. این پروسه باید برنامه ریزی، استثمار و سوء استفاده جنسی و سایر سوء استفاده های قدرت را پوشش دهد.

- نحوه تنظیم میکانیزم شکایات، معیارهای تصمیم گیری، همه شکایات که صورت گرفته، نحوه پاسخگویی به آنها و در چه چارچوب زمانی را ثبت کنید.
- مراقب باشید که اطلاعات مربوط به شکایات محرمانه و مطابق با پالیسی های حفاظت ازدیتا ها محرمانه بماند.
- با سایر سازمان ها در مورد میکانیزم های شکایت کار کنید، این روش ممکن است برای جوامع و کارکنان کمتر گیج کننده باشد.



5.5 فرهنگ سازمانی که در آن شکایات جدی گرفته می شود و طبق سیاست ها و فرآیندهای تعریف

شده به آنها رسیدگی می شود.

- به شکل عام پالیسی هایی را به اشتراک بگذارید که مربوط به وظیفه سازمان در مراقبت از افرادی است که قصد کمک به آنها را دارد، آیین نامه های رفتار آن و نحوه محافظت از گروه های بالقوه آسیب پذیر مانند زنان، کودکان و افراد دارای معلولیت.
- رویه های تحقیقات رسمی را ایجاد کنید که اصول رازداری، استقلال و احترام را رعایت کنند. انجام تحقیقات به صورت کامل، به موقع و حرفه ای، مطابق با استانداردهای قانونی و الزامات قانون محلی کار. ارائه آموزش به مدیران تعیین شده در مورد تحقیقات و رسیدگی به تخلفات کارمندان، یا امکان دسترسی به مشاوره تخصصی.
- برای رسیدگی به شکایات کارمندان، یک پروسیجر شکایت و پالیسی افشاگری (Whistleblowing) درج کنید و کارکنان را از آنها آگاه کنید.

5.6 جوامع و مردم متاثر شده از بحران کاملاً از رفتار مورد انتظار کارکنان بشردوستانه، بشمول

تعهدات سازمانی در زمینه پیشگیری از بهره برداری و سوء استفاده جنسی آگاه هستند.

- روند شکایات را برای جوامع و کارکنان توضیح دهید. میکانیزم هایی را برای موضوعات حساس (مانند موارد مربوط به فساد، بهره برداری و سوء استفاده جنسی، اهمال وظیفوی یا سوء رفتار فاحش) و اطلاعات غیر حساس (مانند چالش های مربوط به استفاده از معیارهای انتخاب) در نظر بگیرید.

5.7 شکایاتی که در حیطه سازمان قرار نمی گیرند، به یک طریقه عملکرد خوب، به یک سازمان

مربوطه ارجاع داده می شود.

- راهنمایی در مورد اینکه کدام شکایات در صلاحیت سازمان است، و زمان و نحوه ارجاع به سایر ارائه دهندگان خدمات را روشن کنید.

یاد داشت های رهنمودی

طراحی میکانیزم شکایت: تحرکات های اجتماعی و قدرت باید قبل از تصمیم گیری در مورد بهترین راه برای تعامل با جوامع ارزیابی شود. به نیازهای سالمندان، زنان و دختران، پسران و مردان، افراد دارای معلولیت و سایرین که ممکن است به حاشیه رانده شوند توجه کنید. اطمینان حاصل کنید که آنها در طراحی و اجرای سیستم های شکایات نظر دارند.

افزایش آگاهی در مورد نحوه شکایت: زمان و منابع لازم است تا اطمینان حاصل شود که افراد آسیب دیده می دانند چه خدمات، نگرش ها و رفتار کارکنان را می توانند از سازمان های بشردوستانه توقع داشته باشند. آنها همچنین باید بدانند که اگر یک سازمان بشردوستانه به این تعهدات عمل نکرده است، چه کاری انجام دهند و کجا شکایت کنند. میکانیزم باید به گونه ای طراحی شود که مردم مطمئن باشند که همیشه می توانند به صورت محرمانه و بدون ترس از انتقام شکایت کنند.

توقعات را مدیریت کنید، زیرا جوامع ممکن است بر این باور باشند که فرآیند شکایت می تواند همه مشکلات آنها را حل کند. اگر تغییرات مورد انتظار خارج از کنترل آژانس باشد، این می تواند باعث یأس و ناامیدی شود.

مدیریت شکایات: زمانی که شکایت خارج از کنترل و مسئولیت سازمان است، به طور واضح برای شاکی توضیح دهید. در صورت امکان و در توافق با شاکی، شکایت را به سازمان مربوطه ارجاع دهید. با سایر نهاد ها و بخش ها برای اطمینان از عملکرد موثر هماهنگی داشته باشید.

فقط کارمندان آموزش دیده باید اتهامات مربوط به استثمار یا بهره برداری (Exploitation) و سوء استفاده جنسی توسط کارکنان بشردوستانه را بررسی کنند.

رجعت محرمانه برای مراقبت و حمایت اضافی (مانند سلامت روانی و حمایت روانی اجتماعی یا سایر مراقبت های صحتی) باید برای شاکیان مطابق میل آنها ارائه شود.

شکایات ناشناس و مخرب چالش های خاصی را بیان می کنند زیرا منبع آنها ناشناخته است. آنها ممکن است یک سیگنال هشدار برای سازمان از نارضایتی اساسی باشند، و هر پیگیری باید بررسی کند که آیا دلیلی برای شکایت وجود دارد یا خیر.

حفاظت از شاکیان: هنگام تصمیم گیری در مورد اینکه چه کسی نیاز به دانستن چه معلوماتی در سازمان دارد، مراقب باشید. افرادی که سوء استفاده جنسی را گزارش می کنند ممکن است با لکه ننگ (Stigma) اجتماعی و خطر واقعی از جانب مجرمان و خانواده های خود مواجه شوند. مکانیزمی طراحی کنید که تضمین کند به شکایات محرمانه رسیدگی می شود. یک پالیسی افشاگری (Whistleblowing) باید برای محافظت از کارکنانی که نگرانی های مربوط به پروگرام یا رفتار همکاران را برجسته می کنند، ایجاد شود. پالیسی های حفاظت از دیتا باید شامل مدت زمان نگهداری انواع خاصی از اطلاعات، مطابق با قوانین مربوط به حفاظت از دیتا باشد.

پروسه رسیدگی به شکایات: اطمینان حاصل کنید که هم کارکنان سازمان و هم جوامعی که به آن خدمات ارائه می دهد فرصت گزارش شکایات را دارند. چنین شکایاتی را می توان فرصتی برای بهبود سازمان و کار آن دانست. شکایات می تواند نشان دهنده تأثیر و مناسب بودن یک مداخله، خطرات و آسیب پذیری های احتمالی و میزان رضایت مردم از خدمات ارائه شده باشد.

استثمار و سوء استفاده جنسی (“Sexual Exploitation and Abuse” SEA) از افراد متأثر از بحران:

یک سازمان و مدیریت ارشد آن مسئول اطمینان از برقراری مکانیزم ها و پروسیجر شکایت و ایمن، شفاف، در دسترس و محرمانه بودن آنها هستند. در صورت امکان، سازمان ها باید اظهارات خاصی را در مورد همکاری با تحقیقات در مورد دوسیه های SEA در قراردادهای مشارکت خود در نظر بگیرند.

فرهنگ سازمانی: مدیران و کارمندان ارشد باید فرهنگ احترام متقابل بین همه کارکنان، شرکا، داوطلبان و افراد آسیب دیده از بحران را الگو و ترویج کنند. حمایت آنها از اجرای مکانیزم های شکایات جامعه حیاتی است. کارکنان باید از نحوه رسیدگی به شکایات یا ادعاهای سوء استفاده آگاه باشند. در مورد فعالیت مجرمانه یا جایی که قوانین بین المللی نقض شده است، کارمندان باید بدانند چگونه با مقامات مربوطه تماس بگیرند. سازمان هایی که با شرکا کار می کنند باید در مورد نحوه طرح و رسیدگی به شکایات (بشمول علیه یکدیگر) توافق کنند.



سلوک کارمندان و طرزالعمل اخلاقی یا سلوکی: سازمان ها باید یک طرزالعمل رفتاری کارکنان داشته باشند که توسط مدیریت ارشد تایید شده و به اطلاع عموم برسد. یک پالیسی حفاظت از کودک باید در مورد همه کارکنان و شرکا اعمال شود، و القا و آموزش باید در مورد استانداردهای رفتار مورد انتظار ارائه شود. کارکنان باید عواقب نقض قوانین رفتاری را بدانند و درک کنند + به تعهد 3 و 8 مراجعه کنید.

تعهد 6

جوامع و مردم آسیب دیده توسط بحران کمک های هماهنگ شده، تکمیل کننده بدست میآورند

معیار کیفیت

پاسخ بشردوستانه هماهنگ شده و تکمیل کننده است.

شاخص های عملکرد

1. سازمان ها خلا ها و همپوشانی های (Overlaps) شناسایی شده توسط جوامع و شرکای آسیب دیده را از طریق اقدام هماهنگ به حداقل می رسانند.
2. سازمان های پاسخ دهنده - از جمله سازمان های محلی - اطلاعات مربوطه را از طریق میکانیزم های هماهنگی رسمی و غیررسمی به اشتراک می گذارند.
3. سازمان ها، نیازسنجی ها، ارسال کمک های بشردوستانه و نظارت بر اجرای کمک ها را هماهنگ می کنند.
4. سازمان های محلی مشارکت و نمایندگی کافی در میکانیزم های هماهنگی را دارند.

اقدامات کلیدی

- 6.1 نقش ها، مسئولیت ها، ظرفیت ها و علایق ذینفعان (Stakeholders) مختلف را شناسایی کنید.**
- همکاری برای اصلاح سازی ظرفیت جوامع ، دولت های میزبان، تمویل کنندگان، بخش خصوصی و سازمان های بشردوستانه (محلی، ملی، بین المللی) با احکام و تخصص های مختلف را در نظر بگیرید.
 - بررسی ها، آموزش ها و ارزیابی های مشترک در بین سازمان ها و سایر ذینفعان برای اطمینان از روش منسجم تر را پیشنهاد و رهبری کنید.

- 6.2 اطمینان حاصل شود که واکنش بشردوستانه مکمل پاسخ مقامات ملی و محلی و سایر سازمان های بشردوستانه است.**

- توجه داشته باشید که برنامه ریزی و هماهنگی کلی تلاش های امدادی در نهایت بر عهده دولت میزبان است. سازمان های بشردوستانه نقش اساسی در حمایت از واکنش و عملکرد هماهنگی دولت دارند.

6.3 با ارگان های هماهنگ کننده مربوطه مشارکت کرده و با سایرین به منظور به حداقل رساندن تقاضاها بالای جوامع و به حداکثر رساندن پوشش و ارائه خدمات تلاش های بشردوستانه گسترده تر همکاری کنید.

- از اعمال و رعایت استانداردها و دستورالعمل های با کیفیت شناخته شده از طریق هماهنگی حمایت کنید. از نهادهای هماهنگ کننده برای وفق دهی استانداردهای بشردوستانه با زمینه موجود، بخصوص شاخص ها، برای نظارت و ارزیابی جمعی فعالیت ها و واکنش کلی استفاده کنید.
- محدوده فعالیت ها و تعهدات، و همچنین هرگونه همپوشانی با سایر نهادهای هماهنگ کننده و نحوه مدیریت آن را تعیین کنید، به عنوان مثال در رابطه با پاسخگویی، هماهنگی جنسیت و حفاظت.

6.4 معلومات لازم را با شرکا، گروه های هماهنگی و سایر فعالین مربوطه از طریق کانال های ارتباطی مناسب به اشتراک بگذارید.

- به استفاده زبان(های) محلی در جلسات و سایر ارتباطات احترام بگذارید. موانع ارتباط را بررسی کنید تا ذینفعان محلی بتوانند مشارکت کنند.
- واضح ارتباط برقرار کنید و از اصطلاحات تخصصی یا با لهجه خاص و اصطلاحات عامیانه بپرهیزید، به خصوص زمانی که سایر شرکت کنندگان به یک زبان صحبت نمی کنند.
- در صورت نیاز از مفسر و مترجم استفاده کنید.
- مکان جلساتی را در نظر بگیرید تا به فعالین محلی اجازه مشارکت بدهد.
- با شبکه های سازمان های جامعه مدنی محلی کار کنید تا اطمینان حاصل کنید که مشارکتهای اعضای آن ها گنجانده شده است.

مسئولیت های سازمانی

6.5 پالیسی ها و استراتیژی ها شامل تعهد واضح به هماهنگی و همکاری با دیگران، از جمله مقامات ملی و محلی، بدون به خطر انداختن اصول بشردوستانه است.

- هماهنگی را در پالیسی های سازمانی و استراتیژی های تأمین منابع بگنجانید. سازمان باید بیانیه ای در مورد نحوه تعامل با شرکا، مقامات میزبان و سایر بازیگران بشردوستانه یا غیر بشردوستانه ارائه دهد.
- کارمندان نماینده نهاد ها در جلسات هماهنگی باید از اطلاعات، مهارت ها و اختیارات مناسب برای مشارکت در برنامه ریزی و تصمیم گیری برخوردار باشند. مسئولیت های هماهنگی را در شرح وظایف کارمندان به وضوح بیان کنید.

6.6 کار با شرکا بر اساس توافق نامه های روشن و منسجمی اداره می شود که به دستور، تعهدات و استقلال هر شریک احترام می گذارد و محدودیت ها و تعهدات مربوطه را به رسمیت می شناسد.

• سازمان های محلی و ملی با درک مشترک از وظایف سازمانی و نقش ها و مسئولیت های متقابل یکدیگر، برای اقدام مؤثر و پاسخگو با شرکا تعامل یا با آنها همکاری می کنند.



یاد داشت های رهنمودی

کار با سکتور خصوصی: بخش خصوصی می تواند کارایی تجاری، تخصص و منابع تکمیلی را برای سازمان های بشردوستانه به ارمغان بیاورد. حداقل، به اشتراک گذاری معلومات برای جلوگیری از تکرار و ترویج اقدامات خوب بشردوستانه مورد نیاز است. اطمینان حاصل کنید که مشاغل شریک به حقوق اساسی بشر متعهد هستند و سابقه تداوم نابرابری ها یا اعمال تبعیض آمیز ندارند. مشارکت با بخش خصوصی باید منافع صریح را برای افرادی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته اند تضمین کند، در حالی که با درک این موضوع که بازیگران سکتور خصوصی ممکن است اهداف بیشتری برای خود داشته باشند.

هماهنگی ملکی - نظامی: سازمان های بشردوستانه باید به وضوح از ارتش متمایز باشند تا از هرگونه ارتباط واقعی یا تصور شده با یک برنامه سیاسی یا نظامی که می تواند بی طرفی، استقلال، اعتبار، امنیت و دسترسی سازمان ها به جمعیت های آسیب دیده را به خطر بیندازد، اجتناب کنند.

ارتش دارای تخصص و منابع خاصی است، بشمول موارد مرتبط با امنیت، لوژستیک، حمل و نقل و ارتباطات. با این حال، هر گونه ارتباط با ارتش باید در خدمت و رهبری سازمان های بشردوستانه طبق دستورالعمل های تایید شده باشد + به Sphere چیست؟ منشور بشردوستانه و اصول حفاظت مراجعه کنید. برخی از سازمان ها گفتگو را در حد اطمینان از کارایی عملیاتی حفظ می کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است پیوندهای قوی تری ایجاد کنند.

سه عنصر کلیدی هماهنگی ملکی-نظامی عبارتند از اشتراک اطلاعات، برنامه ریزی و تقسیم وظایف. گفت و گو باید در سراسر، در هر زمینه و در همه سطوح انجام شود.

کمک های تکمیلی: سازمان های محلی، مقامات محلی و شبکه های جامعه مدنی دارای مقدار قابل توجهی تجربه در خصوص- اوضاع جاری هستند. آنها ممکن است به حمایت نیاز داشته باشند تا بتوانند خود را پس از اثرات یک بحران بازسازی کنند و نیاز به مشارکت و نمایندگی در هماهنگی تلاش های پاسخ داشته باشند.

در جایی که مقامات، یکی از طرفین درگیری هستند، بازیگران بشردوستانه باید از قضاوت خود در مورد استقلال مقامات استفاده کنند و منافع جمعیت آسیب دیده را در مرکز تصمیم گیری خود قرار دهند.

هماهنگی: هماهنگی بین سکتوری می تواند به نیازهای مردم به عوض جزئی یا فردی، به طور جامع رسیدگی کند. به عنوان مثال، هماهنگی در مورد صحت روانی و حمایت های روانی اجتماعی باید در بخش های صحت، حفاظت و آموزش انجام شود، مانند یک گروه کاری تخنیکی متشکل از این متخصصان.

رهبران هماهنگی این مسئولیت را دارند که اطمینان حاصل کنند که جلسات و به اشتراک گذاری اطلاعات به خوبی مدیریت، کارآمد و نتیجه گرا هستند. نهاد های محلی در مکانیزم های هماهنگی، اگر به نظر می رسد که فقط مربوط به سازمانهای بین المللی باشند به دلیل زبان یا مکان ممکن است شرکت نکنند. ممکن است مکانیزم های هماهنگی ملی و زیرملی (Sub-national) مورد نیاز باشد و باید دارای خطوط گزارش دهی واضح باشد.

مشارکت در مکانیسم های هماهنگی قبل از وقوع فاجعه، روابط را ایجاد می کند و هماهنگی را در طول واکنش افزایش می دهد.

ساختارهایی هماهنگی اضطراری را با برنامه های توسعه یی بلند مدت و نهادهای هماهنگی در جایی که وجود دارند پیوند دهید.

میکانیسم های بین سازمانی بین المللی برای هماهنگی شرایط اضطراری باید از میکانیسم های هماهنگی ملی حمایت کنند. در کمک به پناهندگان، میکانیسم هماهنگی پناهندگان باید همان چیزی باشد که توسط UNHCR استفاده می شود.

به اشتراک گذاری معلومات (بشمول مالی): بین ذینفعان مختلف و میکانیسم های هماهنگی متفاوت، احتمال شناسایی خلا ها یا تکراری بودن برنامه را بیشتر می کند.

کار با شرکا: انواع مختلفی از ترتیبات ممکن است با شرکا وجود داشته باشد، از تصمیم گیری صرفاً قراردادی گرفته تا تصمیم گیری مشترک و منابع مشترک. به مأموریت و چشم انداز سازمان همکار و استقلال آن احترام بگذارید. فرصت های یادگیری و توسعه متقابل را شناسایی کنید. مشخص کنید که هر دو طرف با افزایش دانش و ظرفیت های خود و اطمینان از آمادگی پاسخ بهتر و گزینه های پاسخ متنوع تر، چه چیزی را از شراکت به دست می آورند.

همکاری های طولانی مدت بین سازمان های جامعه مدنی محلی و ملی و سازمان های بین المللی می تواند به همه شرکا اجازه دهد تا دانش و ظرفیت های خود را افزایش دهند و از آمادگی پاسخ بهتر و گزینه های پاسخ متنوع تر اطمینان حاصل کنند.

تعهد 7

جوامع و مردم متأثر از بحران می توانند انتظار ارائه کمک های بهبود یافته را داشته باشند، زیرا سازمان ها از تجربه و انعکاسات یاد می گیرند.

معیار کیفیت

فعالین بشردوستانه مداوم می آموزند و بهبود می یابند.

شاخص های عملکرد

1. جوامع و افرادی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته اند، بهبودهایی را در کمک و حفاظتی که در طول زمان دریافت می کنند، شناسایی می کنند.
2. بهبودهایی که در مداخلات کمکی و حفاظتی بوجود می آید در نتیجه یادگیری در پاسخ فعلی انجام شده است.
3. کمک و حفاظت ارائه شده منعکس کننده یادگیری از پاسخ های دیگر است.

اقدامات کلیدی

7.1 هنگام طراحی برنامه ها از درس های آموخته شده و تجربیات قبلی استفاده کنید.

- سیستم های نظارتی را طراحی کنید که ساده و در دسترس باشند، با تشخیص این که اطلاعات باید گروه های مختلف نمایندگی کند و به وضوح بیان کند که چه کسانی از برنامه های قبلی سود برده اند و چه کسانی نه.
- ناکامی ها و همچنین موفقیت ها را در نظر بگیرید.



7.2 به اساس نظارت و ارزیابی، فید بک دهی و شکایات بیاموزید، ابتکار داشته باشید و تغییرات بیاورید.

- از گوش دادن باز و سایر رویکردهای مشارکتی کیفی استفاده کنید. افراد آسیب دیده از بحران بهترین منابع اطلاعاتی در مورد نیازها و تغییرات شرایط هستند.
- یادگیری را با جوامع به اشتراک بگذارید و بحث کنید، از آنها بپرسید که دوست دارند چه کاری متفاوت انجام دهند و چگونه نقش خود را در تصمیم گیری یا مدیریت تقویت کنند.

7.3 یادگیری و نوآوری را در داخل، با جوامع و مردم آسیب دیده از بحران و سایر ذینفعان به اشتراک بگذارید.

- اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق نظارت و ارزیابی را در قالبی در دسترس ارائه کنید که امکان اشتراک‌گذاری و تصمیم‌گیری را فراهم می‌کند + به تعهد 4 مراجعه کنید.
- راه‌هایی را برای حمایت از فعالیت‌های یادگیری در سراسر سیستم شناسایی کنید.

مسئولیت‌های سازمانی

7.4 پالیسی‌های ارزیابی و یادگیری وجود دارد و ابزارهایی برای یادگیری از تجربیات و بهبود شیوه‌ها در دسترس است.

- سازمان‌ها شامل یک برنامه بهبود و بازنگری عملکرد هستند که بر اساس شاخص‌های قابل اندازه‌گیری اهداف در چرخه آموزش آنها استوار است..
- همه کارکنان مسئولیت‌های خود را در رابطه با نظارت بر پیشرفت کار خود و اینکه چگونه یادگیری می‌تواند به پیشرفت حرفه‌ای آنها کمک کند، درک می‌کنند.

7.5 می‌توانیم هابی برای ثبت دانش و تجربه و قابل دسترس کردن آن در سراسر سازمان وجود دارد.

- یادگیری سازمانی منجر به تغییرات عملی می‌شود (مانند استراتژی‌های بهبود یافته برای انجام ارزیابی‌ها، سازماندهی مجدد تیم‌ها برای پاسخ منسجم‌تر، و بیان واضح‌تر مسئولیت‌های تصمیم‌گیری).

7.6 سازمان به یادگیری و نوآوری در واکنش‌های بشردوستانه در بین هم‌تایان و در داخل بخش کمک می‌کند.

- گزارش‌هایی درباره واکنش‌های بشردوستانه، از جمله درس‌های کلیدی آموخته شده و توصیه‌هایی برای شیوه‌های تجدیدنظر شده در واکنش‌های آینده، گردآوری و منتشر شوند.

یادداشت‌های رهنمودی

یادگیری از تجربه: رویکردها و روش‌های مختلف با اهداف مختلف عملکرد، یادگیری و مسئولیت‌پذیری مطابقت دارند:

نظارت - مجموعه دیتا‌های منظم فعالیت‌ها و عملکرد پروژه را می‌توان برای تصحیح در طول برنامه استفاده کرد.

از دیتای کمی و کیفی برای نظارت استفاده کنید و ارزیابی کنید؛ از منابع مختلف (Triangulate) دیتا استفاده کرده و به شکل ثابت سوابق دیتا را حفظ کنید. اصول اخلاقی نحوه جمع آوری، مدیریت و گزارش دیتارا در نظر بگیرید. تعیین کنید که چه دیتایی جمع آوری می‌شوند و چگونه بر اساس استفاده مورد نظر و کاربران دیتا ارائه می‌شوند. دیتایی را که تجزیه و تحلیل یا استفاده نمی‌شود جمع آوری نکنید.

مرور زمان واقعی - تمرینات ارزیابی یکباره، شامل ساختن افرادی که روی پروژه کار می‌کنند، می‌توانند برای اصلاح برنامه استفاده شوند.

فید بک - اطلاعات دریافتی از افراد آسیب دیده، نه لزوماً ساختارها، می‌تواند برای اصلاح برنامه استفاده شود. افراد متأثر از بحران بهترین قضاوت کننده تغییرات در زندگی خود هستند.

بررسی های بعد از عمل - تمرین های یکباره، شامل ساختن افرادی که روی پروژه کار می‌کنند، پس از اتمام پروژه انجام می‌شود. عناصری را برای حفظ و تغییر در پروژه های آینده شناسایی می‌کند.

ارزیابی ها - فعالیت های رسمی برای تعیین عینی ارزش یک فعالیت، پروژه یا برنامه، که معمولاً توسط افراد خارج از پروژه انجام می‌شود، می‌تواند در زمان واقعی (تطبیق) باشد (برای اصلاح پروژه) یا پس از اتمام پروژه، برای ارائه یادگیری برای موقعیت های مشابه و برای معلومات پالیسی.

تحقیق - این شامل بررسی سیستماتیک در مورد سؤالات تعریف شده خاص مربوط به اقدامات بشردوستانه است که عموماً برای اطلاع رسانی پالیسی استفاده می‌شود.

نوآوری: پاسخ به بحران اغلب منجر به ابتکار می‌شود زیرا افراد و سازمان ها با محیط های متغیر سازگار می‌شوند. افرادی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته اند، در حال نوآوری هستند که با شرایط در حال تغییر خود سازگار می‌شوند. آنها ممکن است از حمایتی بهره مند شوند که آنها را به طور سیستماتیک در پروسه های ابتکار و توسعه شامل می‌کند.

همکاری و به اشتراک گذاری دروس: یادگیری مشارکتی با سایر سازمان ها، ارگان های دولتی و غیردولتی و نهادهای اکادمیک یک تعهد حرفه ای است و می‌تواند دیدگاه ها و امفکوره های تازه را معرفی کند و همچنین استفاده از منابع محدود را به حداکثر برساند. همکاری همچنین به کاهش بار ارزیابی های مکرر در همان جامعه کمک می‌کند.

تمرین‌های یادگیری همتا توسط سازمان‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند و می‌توانند برای نظارت بر پیشرفت در زمان واقعی (وقوع) یا به عنوان یک تمرین منعکس کننده پس از بحران انجام شوند. شبکه‌ها و جوامع عملی (بشمول پوهنتون ها) می‌توانند فرصت‌هایی برای یادگیری از گروه‌های همتا یا انجمن‌های آموزشی، هم در ساحه و هم در بررسی‌های پس از اقدام ایجاد کنند. این می‌تواند سهم مهمی در عملکرد سازمانی و یادگیری در سطح سیستم داشته باشد. اشتراک‌گذاری چالش‌ها و همچنین موفقیت‌ها در میان همتایان، می‌تواند بشردوستان را قادر به شناسایی خطرات و اجتناب از اشتباهات آینده کند.

شواهدی که در سراسر سکتور ها در دسترس هستند به گونه خاص مفید هستند. یادگیری و بررسی شواهد در بین سازمان ها بیشتر از درس های آموخته شده در یک سازمان به تغییرات سازمانی کمک می‌کند.



نظارت انجام شده توسط افراد آسیب دیده از بحران می تواند شفافیت و کیفیت را افزایش دهد و حس مالکیت اطلاعات را تقویت کند.

پالیسی های ارزیابی و یادگیری: درس ها و زمینه های کلیدی شناسایی شده برای بهبود، همیشه به طور سیستماتیک مورد توجه قرار نمی گیرند، و درس ها را نمی توان آموخته شده تلقی کرد، مگر اینکه تغییرات قابل اثباتی در پاسخ های فعلی یا بعدی ایجاد کرده باشد.

مدیریت دانش و آموزش سازمانی: مدیریت دانش شامل جمع آوری، توسعه، به اشتراک گذاری، ذخیره سازی و استفاده مؤثر از دانش و آموزش سازمانی است. کارمندان ملی بلند مدت اغلب کلید حفظ دانش و روابط محلی هستند. یادگیری همچنین باید به بازیگران ملی، منطقه ای و محلی گسترش یابد و به آن ها کمک کند تا برنامه های آمادگی برای بحران خود را توسعه یا مطابق روز کنند.

تعهد 8

جوامع و افرادی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته اند، کمک های مورد نیاز خود را از کارمندان و داوطلبان شایسته و با مدیریت خوب دریافت می کنند.

معیار کیفیت

کارکنان برای انجام کار خود به طور مؤثر حمایت می شوند و با آنها منصفانه و عادلانه رفتار می شود.

شاخص های عملکرد

1. همه کارکنان احساس می کنند از طرف سازمان شان برای انجام کارشان حمایت می شود.
2. کارمندان به طور رضایت بخشی اهداف عملکرد خود را برآورده می کنند.
3. جوامع و افراد متأثر از بحران کارمندان را بخاطر مؤثریت شات از نظر دانش، مهارت ها، رفتارها و نگرش هایشان ارزیابی می کنند.
4. جوامع و مردمی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته اند از طرز العمل اخلاقی بشردوستانه و نحوه ابراز نگرانی در مورد خشونت ها آگاه هستند.

اقدامات کلیدی

8.1 کارمندان بر اساس دستورات و ارزش های سازمان و اهداف مورد توافق و استانداردهای عملکرد کار می کنند.

ممکن است شرایط و ضوابط متفاوتی برای کارکنان در انواع یا سطوح مختلف اعمال شود. قانون ملی کار اغلب وضعیت یک فرد را دیکته می کند و باید مورد احترام قرار گیرد. همه کارکنان باید از وضعیت حقوقی و سازمانی خود اعم از ملی یا بین المللی آگاه باشند.

8.2 کارمندان به سیاست های مربوط به خود پایبند هستند و عواقب عدم پایبندی به آنها را درک می کنند.

- نیاز به القاء و آموزش در مورد دستورات سازمانی، پالیسی ها و طرز العمل های رفتاری در همه شرایط اعمال می شود، از جمله استقرار سلسله ای افزایش مقیاس.

8.3 کارکنان شایستگی های شخصی، مسلکی و مدیریتی لازم را برای ایفای نقش خود توسعه داده و از آنها استفاده می کنند و درک می کنند که چگونه سازمان می تواند از آنها برای انجام این کار حمایت کند.

- فرصت های توسعه رسمی کارکنان ممکن است در مرحله اول پاسخگویی محدود باشد، اما مدیران باید حداقل یک آموزش مقدماتی (Induction training) و حین کار (On the job) ارائه دهند.

مسئولیت های سازمانی

8.4 سازمان از مدیریت و ظرفیت و توانایی کارمندان برای ارائه برنامه های خود برخوردار است.

- افرادی را استخدام کنید که دسترسی به خدمات را افزایش داده و از هرگونه برداشت تبعیض با در نظر گرفتن زبان، قومیت، جنسیت، معلولیت و سن، اجتناب کنند.
- در نظر بگیرید که چگونه سازمان از قبل به اوج تقاضا برای کارکنان واجد شرایط رسیدگی می کند. نقش ها و مسئولیت های سطح کشور و همچنین مسئولیت های تصمیم گیری و ارتباطات داخلی را روشن کنید.
- از استقرار کارکنان برای مدت کوتاه خودداری کنید که منجر به جابجایی بالای کارکنان می شود، تداوم و کیفیت برنامه را تضعیف می کند و ممکن است منجر به اجتناب کارکنان از مسئولیت شخصی برای وظایف شود.
- برای جلوگیری از خطر تضعیف ظرفیت سازمان های غیردولتی محلی، شیوه های اخلاقی استخدام را اتخاذ کنید.
- کارمندان محلی استخدام کنید که احتمالاً برای مدت طولانی تری در آنجا بمانند. در نهاد های چند مأموریتی، کارکنان توسعه باید برای پاسخ های بشردوستانه آموزش دیده و در دسترس باشند.

8.5 پالیسی ها و پروسیجر های کارکنان منصفانه، شفاف، بدون تبعیض و مطابق با قانون استخدام محلی است.

- پالیسی و عملکرد سازمانی نقش کارکنان ملی را در سطح مدیریت و رهبری ارتقا می دهد تا از تداوم، حافظه نهادی و پاسخ های مناسب تر در مطابقت با حالات اطمینان حاصل شود.

8.6 توضیحات مسئولیت های شغلی، اهداف کاری و پروسه های فیدبک دهی وجود دارد تا کارکنان درک روشنی از آنچه از آنها خواسته می شود داشته باشند.

- شرح شغل دقیق است و اپدیت نگهداشته می شود.
- کارمندان اهداف فردی را برای آرزوها و شایستگی های کاری که در برنامه توسعه مستند شده است، ایجاد میکنند.

8.7 یک طرز العمل رفتاری وجود دارد که حداقل تعهد کارکنان به عدم استثمار، سوء استفاده یا تبعیض دیگری را علیه مردم ایجاد می کند.

- طرز العمل رفتار سازمان درک، امضا و تأیید می شود و برای همه نمایندگان سازمان (شامل کارکنان، داوطلبان، شرکا و قرار دادی ها) مشخص می شود که چه سندرد های رفتاری مورد انتظار است و در صورت نقض قوانین چه عواقبی خواهد داشت.



8.8 پالیسی‌هایی برای حمایت از کارکنان در جهت بهبود مهارت‌ها و شایستگی‌هایشان وضع شده است.

- سازمان‌ها باید میکانیزم‌هایی برای بررسی عملکرد کارکنان، ارزیابی خلاهای ظرفیت و توسعه استعدادها داشته باشند.

8.9 پالیسی‌هایی برای حمایت از کارکنان برای بهبود مهارت‌ها و شایستگی‌هایشان وجود دارد.

- نهادها وظیفه مراقبت از کارمندان خود را دارند. مدیران، کارمندان بشردوستانه را از خطرات آگاه می‌کنند و آنها را از قرار گرفتن در معرض تهدیدهای غیرضروری برای سلامت جسمی و روحی آنها محافظت می‌کنند.

- اقداماتی که می‌توان اتخاذ کرد شامل مدیریت امنیتی مؤثر، توصیه‌های ضحی پیشگیرانه، پشتیبانی فعال برای ساعات کاری معقول و دسترسی به حمایت روانی است.
- پالیسی را ایجاد کنید که تحمل صفر (Zero tolerance) را برای آزار و اذیت و سوءاستفاده، از جمله آزار و اذیت و سوءاستفاده جنسی، در محل کار بیان کند.
- استراتژی‌های پیشگیری و پاسخ جامع را برای رسیدگی به حوادث آزار و اذیت جنسی و خشونت که توسط کارکنان آنها تجربه یا مرتکب شده است، ایجاد کنید.

یادداشت‌های رهنمودی

کارکنان و داوطلبان: هر نماینده منتخب سازمان، اعم از کارمندان ملی، بین‌المللی، دائمی یا کوتاه مدت و همچنین داوطلبان و مشاوران، به عنوان یکی از اعضای کارمندان در نظر گرفته می‌شود.

سازمان‌ها باید کارکنان و داوطلبان را برای افزایش آگاهی از گروه‌های به حاشیه رانده شده حساس کرده و از نگرش‌ها و شیوه‌های لکه‌دار کردن (Stigmatizing) و تبعیض آمیز پرهیز کنند.

پایبندی به دستورات، ارزش‌ها و پالیسی‌های سازمانی: از کارکنان انتظار می‌رود که در محدوده قانونی، مأموریت، ارزش‌ها و چشم‌انداز سازمان کار کنند که باید تعریف و به آنها ابلاغ شود. فراتر از این درک و گسترده‌تر از نقش و شیوه‌های کار سازمان، یک فرد باید برای مجموعه‌ای از اهداف شخصی و انتظارات عملکردی که با مدیریتش توافق شده است کار کند.

پالیسی‌ها باید تعهدات صریح را برای تعادل جنسیتی با کارکنان و داوطلبان ایجاد کنند. پالیسی‌ها باید محیط کاری باز، فراگیر و قابل دسترس برای افراد دارای معلولیت را ترویج دهند. این ممکن است شامل موارد زیر باشد: شناسایی و حذف موانع دسترسی در محل کار. منع تبعیض بر اساس معلولیت؛ ترویج فرصت‌های برابر و دستمزد برابر برای کار با ارزش برابر؛ و ایجاد تنظیمات معقول برای افراد دارای معلولیت در محل کار.

شرکای خارجی، قرار دادی‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات نیز باید از پالیسی‌ها و طرزالعمل‌های رفتاری یا اخلاقی که در مورد آنها اعمال می‌شود و همچنین عواقب عدم رعایت (مانند فسخ قراردادها) را بدانند.

استانداردهای عملکرد و توسعه شایستگی‌ها: کارمندان و کارفرمایان آنها متقابلاً در قبال توسعه مهارت‌های خود - بشمول مهارت‌های مدیریتی - پاسخگو هستند. با کمک اهداف

روشن و ستندرد های عملکرد، آنها باید بفهمند که چه مهارت ها، شایستگی ها و دانشی برای ایفای نقش فعلی مورد نیاز است. آنها همچنین باید از فرصت های رشد و توسعه ای که ممکن است در دسترس یا مورد نیاز باشد آگاه شوند. شایستگی ها را می توان از طریق تجربه، آموزش، آموزش دهی یا مربیگری بهبود بخشید.

روش های مختلفی وجود دارد که می توان برای ارزیابی مهارت ها و رفتار کارکنان از جمله مشاهده، بررسی Output کار، بحث مستقیم با آنها و مصاحبه با همکارانشان استفاده کرد. ارزیابی های عملکرد مستند به طور منظم باید به مدیران اجازه دهد تا زمینه های پشتیبانی و ترنینگ را شناسایی کنند.

ظرفیت و توانایی کارمندان: سیستم های مدیریت پرسونل بر اساس سازمان و شرایط موجوده متفاوت است، اما باید با عملکرد خوب استفاده کنند. آنها باید در سطح استراتژیک با حمایت مدیریت ارشد در نظر گرفته شده و برنامه ریزی شوند. برنامه های سازمان و پروژه باید ظرفیت کارکنان و تعادل جنسیتی را در نظر بگیرند. باید تعداد مناسبی از کارکنان با مهارت های مناسب در مکان مناسب در زمان مناسب برای رسیدن به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت سازمانی وجود داشته باشد.

سازمان ها باید اطمینان حاصل کنند که کارمندان شایستگی های لازم برای حمایت از گوش دادن، تصمیم گیری و اقدام جامعه را دارند. کارکنان همچنین باید در مورد نحوه اعمال روشهای عملیاتی ستندرد آموزش ببینند، زیرا این امکان را برای سطوح بالاتر تفویض اختیار و پاسخ سلسلهعتر فراهم می کند.

برنامه های بررسی عملکرد باید به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد تا کارمندان را که کوتاه مدت کار می کنند و همچنین افرادی که قراردادهای باز دارند، پوشش دهد. توجه کافی باید به شایستگی های گوش دادن، امکان شمول کردن، تسهیل گفتگوی جامعه و توانمند سازی تصمیم گیری و ابتکارات جامعه داده شود. سازمان های شریک باید در مورد شایستگی های مورد نیاز کارکنان برای انجام تعهدات توافق شده توافق کنند.

پالیسی ها و پروسیجر های کارمندان: سبک و پیچیدگی پالیسی ها و پروسیجر های کارکنان به اندازه و زمینه (Context) هر نهاد بستگی دارد. هر چقدر هم که نهاد ساده یا پیچیده باشد، کارکنان باید در توسعه و بازنگری پالیسی ها در صورت امکان مشارکت کنند تا اطمینان حاصل شود که نظرات آنها ارائه می شود. یک کتاب راهنمای کارمندان دانش و مشاوره در مورد پالیسی ها و پیامدهای عدم پایبندی را تسهیل می کند.

راهنمایی کارمندان: هر یک از کارکنان باید اهداف فردی شان را که آرزوهای کاری آنها و شایستگی هایی را که امیدوارند توسعه دهند، شناسایی کرده و آنها را در یک پلان توسعه ثبت کند.

یک پاسخ مؤثر صرفاً در مورد اطمینان از حضور کارکنان ماهر نیست، بلکه به نحوه مدیریت افراد نیز بستگی دارد. تحقیقات در زمینه های اضطرابی نشان می دهد که مدیریت مؤثر، چارچوب ها و پروسیجر به اگر بیشتر نیستند مگر به همان اندازه مهارت های پرسونل در حصول اطمینان از پاسخ مؤثر مهم هستند.



امنیت و سلامتی: کارمندان اغلباً، ساعات طولانی در شرایط پرخطر و استرس را کار می کنند. وظیفه یک نهاد مراقبت از کارکنان ملی و بین المللی خود شامل اقداماتی برای ارتقای سلامت روانی و جسمی و جلوگیری از خستگی طولانی مدت، فرسودگی شغلی (Burnout)، آسیب یا مریضی است.

مدیران می توانند از طریق الگوبرداری از عملکرد خوب و پیروی شخصی از پالیسی، وظیفه مراقبت را ارتقا دهند. کارمندان بشردوستانه همچنین باید مسئولیت شخصی مدیریت رفاه خود را بر عهده بگیرند. کمک های اولیه روانی باید فوراً در دسترس کارگرانی باشد که حوادث بسیار ناراحت کننده ای را تجربه کرده یا شاهد آن بوده اند.

کارکنان برای دریافت اطلاعات در مورد حوادث خشونت جنسی که توسط همکارانشان تجربه شده است آموزش دهید. به اقدامات بازدارنده و تحقیقاتی قوی که اعتماد و مسئولیت پذیری را تقویت می کند امکان دسترسی فراهم کنید. هنگامی که حوادثی اتفاق می افتد، یک رویکرد مفضرر محور برای حمایت طبی و روانی اجتماعی اتخاذ کنید، که شامل شناخت ترومای نیابتی یا ثانوی (Vicarious trauma) است. پشتیبانی باید پاسخگو و شامل نیازهای کارکنان خارجی و ملی باشد.

یک متخصص صحت روان از نظر فرهنگی و زبانی مناسب باید با تمام کارکنان و داوطلبان ملی و بین المللی یک تا سه ماه پس از زنده ماندن از یک رویداد آسیب زا تماس بگیرد. متخصص باید بازمانده را ارزیابی کند و در صورت لزوم آنها را برای تداوی کلینیکی ریفیر یا رجعت دهد.

تعهد 9

جوامع و افراد متأثر از بحران می توانند انتظار داشته باشند که سازمان هایی که به آنها کمک می کنند منابع را به طور موثر، کارآمد و اخلاقی مدیریت کنند.

معیار کیفیت

منابع به طور مسئولانه برای هدف مورد نظر خود مدیریت و استفاده می شوند

شاخص های عملکرد

1. جوامع و مردم آسیب دیده از بحران از بودجه ها، مخارج و نتایج به دست آمده در سطح جامعه آگاه هستند.
2. جوامع و مردم متأثر از بحران معتقدند که از منابع موجود استفاده می شود:
 - a. برای مقصدیکه در نظر گرفته شده بودند؛ و
 - b. بدون انحراف یا ضیاع.
3. منابع به دست آمده برای پاسخ با توجه به برنامه ها، اهداف، بودجه و چارچوب های زمانی مورد توافق استفاده و نظارت می شود.
4. پاسخ انسان دوستانه به روشی ارائه می شود که اقتصادی باشد.

اقدامات کلیدی

9.1 برنامه ها طراحی کنید و پروسه های به اجرا بگذارید تا از استفاده کارآمد از منابع، متعادل کردن

- کیفیت، هزینه و به موقع بودن در هر مرحله از پاسخ اطمینان حاصل کنید.
- پروسیجر های را در بحران های با شروع سلسله طبق دهید تا امکان تصمیم گیری مالی سلسله تر و مقابله با چالش ها (به عنوان مثال، فقدان تامین کنندگان در دسترس برای انجام مناقصه های رقابتی) فراهم شود.

9.2 منابع را برای دستیابی به هدف مورد نظر، به حداقل رساندن ضایعات مدیریت و استفاده کنید.

- اطمینان حاصل کنید که کارکنان با مهارت ها و سیستم های خاص برای مدیریت ریسک های مربوط به تدارکات، کمک های نقدی و مدیریت سهام در محل هستند.

9.3 مصارف را در برابر بودجه نظارت و راپور کنید.

- سیستم های برنامه ریزی و نظارت مالی را برای اطمینان از تحقق اهداف برنامه، از جمله پروسیجر هایی برای کاهش ریسک های کلیدی مدیریت مالی، ایجاد کنید.
- تمام معاملات مالی را پیگیری کنید.

9.4 هنگام استفاده از منابع محلی و طبیعی، تأثیر آنها بر محیط زیست را در نظر بگیرید.

- یک ارزیابی سلسله اثرات زیست محیطی برای تعیین خطر و اعمال اقدامات کاهنده در اسرع وقت در واکنش یا برنامه انجام دهید.

9.5 خطر فساد را مدیریت کنید و در صورت شناسایی اقدام مناسب انجام دهید.

- معیارهای تأمین مالی و منابع تأمین مالی را مستند کنید . با اطلاعات پروژه باز و شفاف باشید.
- ذینفعان را تشویق کنید تا سوء استفاده از قدرت را گزارش کنند.

مسئولیت های سازمانی

9.6 پالیسی ها و پروسه های حاکم بر استفاده و مدیریت منابع موجود اند، از جمله سازمان چگونه:

- a. سرمایه و هدایای غیرنقدی را از نظر اخلاقی و قانونی می پذیرد و تخصیص می دهد؛
- b. از منابع خود به شیوه ای مسئولانه از نظر زیست محیطی استفاده می کند؛
- c. از فساد، تقلب، تضاد منافع (Conflict of interest) و سوء استفاده از منابع جلوگیری کرده و به آنها رسیدگی می کند؛
- d. ممیزی ها را انجام می دهد، موافقت ها را تأیید می کند و به طور شفاف گزارش می دهد؛
- e. خطر را به طور مستمر ارزیابی، مدیریت و کاهش می دهد؛ و
- f. تضمین می کند که پذیرش منابع، استقلال آن را به خطر نمی اندازد



یاد داشت های رهنمودی

استفاده کارآمد از منابع: اصطلاح «منابع» به ورودی (Inputs) هایی اطلاق می‌شود که یک سازمان برای انجام مأموریت خود به آن نیاز دارد. این شامل بودجه، کارکنان، وسایل، تجهیزات، زمان، زمین و محیط زیست به طور کلی می‌شود اما محدود به آن نمی‌شود.

در بحران‌های حاد اثرات بسیار زیاد، اغلب برای پاسخ سلسله‌ای و نشان دادن اینکه نهاد ها کاری برای رسیدگی به وضعیت انجام می‌دهند، فشار وارد می‌شود. این می‌تواند منجر به برنامه‌ریزی ضعیف پروژه و تأکید ناکافی بر بررسی برنامه‌های بالقوه و گزینه‌های مالی مختلف (به عنوان مثال، استفاده از کمک‌های مبتنی بر پول نقد) شود که ممکن است ارزش بهتری برای پول قائل شود. با این حال، افزایش خطر فساد در این زمینه ها به این معنی است که ارائه آموزش و پشتیبانی به کارکنان و ایجاد مکانیسم های شکایت برای جلوگیری از فساد در سیستم ها مهم است. 3 و 5 مراجعه کنید.

استقرار کارکنان ارشد با تجربه در این مدت می‌تواند به کاهش خطرات و ایجاد تعادل بین ارائه پاسخ به موقع، حفظ استانداردها و محدود کردن ضایعات کمک کند.

همکاری و هماهنگی بین سازمان ها (و جوامع) همچنین می‌تواند به پاسخ کارآمدتر کمک کند (به عنوان مثال، با انجام بررسی ها یا ارزیابی های مشترک و حمایت از راجستر نمودن بین سازمانی و سیستم های لوژستیک).

در پایان پروژه، دارایی‌ها و منابع باقی‌مانده باید به طور مسئولانه اهدا، فروخته یا بازگردانده شوند.

استفاده از منابع برای هدف مورد نظرشان: همه بازیگران بشردوستانه هم در قبال تمویل کنندگان و هم در برابر افراد آسیب دیده پاسخگو هستند و باید بتوانند نشان دهند که منابع به طور عاقلانه، کارآمد و به خوبی استفاده شده است.

سوابق حسابداری باید مطابق با استانداردهای ملی و/یا بین المللی پذیرفته شده باشد و باید به طور سیستماتیک در داخل سازمان اعمال شود.

تقلب، فساد و ضیاع، منابع را از کسانی که بیشتر به آنها نیاز دارند منحرف می‌کند. با این حال، مداخله ای که به دلیل کمبود نیروی انسانی یا کمبود منابع مؤثر نیست، نمی‌تواند پاسخگو باشد. اقتصادی بودن همیشه ارزش معادل پول را ندارد. اغلب باید تعادلی بین اقتصاد، اثربخشی و کارایی ایجاد شود.

نظارت و گزارش در مورد مصارف: همه اعضای کارکنان مسئولیت دارند تا اطمینان حاصل شود که امور مالی به خوبی مدیریت می‌شود. کارکنان تشویق می‌شوند تا هرگونه تقلب مشکوک، فساد یا سوء استفاده از منابع را گزارش کنند.

تأثیرات زیست‌محیطی و استفاده از منابع طبیعی: واکنش‌های بشردوستانه می‌تواند اثرات منفی بر محیط‌زیست داشته باشد. به عنوان مثال، آنها می‌توانند مقادیر زیادی زباله تولید کنند، منابع طبیعی را تخریب کنند، به کاهش یا آلودگی سطح آب کمک کنند و باعث جنگل زدایی و سایر خطرات زیست محیطی شوند. اکوسیستم ها برای رفاه انسان و حائل بودن در برابر خطرات طبیعی ضروری هستند.

هر گونه تأثیر بر محیط زیست باید به عنوان یک موضوع تمام سکتوری مورد توجه قرار گیرد، زیرا ممکن است باعث آسیب بیشتر و پایدار به زندگی، سلامت و معیشت شود. درگیر کردن افراد آسیب دیده و نگرانی های آنها در این پروسه کلیدی است. حمایت از مدیریت محلی منابع طبیعی باید در ساختن پروگرام ادغام شود.

مدیریت خطرات فساد: تعریف و درک انجام دادن فساد در همه فرهنگ ها یکسان نیست. تعریف واضح رفتاری که از کارکنان (از جمله داوطلبان) و شرکا در این مورد متوقع است، در مقابله با این خطر، اساسی است + به تعهد 8مراجعه کنید. تعامل محترمانه با اعضای جامعه و ایجاد میکانیزم های نظارت در محل و شفافیت با ذینفعان می تواند به کاهش خطرات فساد کمک کند.

هدایای غیر نقدی ممکن است معضلات اخلاقی ایجاد کند. هدیه دادن در بسیاری از فرهنگ ها یک نورم اجتماعی مهم است و امتناع از هدیه بی ادبانه به نظر می رسد. اگر دریافت هدیه باعث احساس بدهکاری شود، گیرنده باید مودبانه از آن امتناع کند. اگر پذیرفته شد، مهم است که این را اعلام کند و در صورت وجود نگرانی با یک مدیر در میان بگذارد. با ارائه راهنمایی برای کارکنان و تشویق به شفافیت، خطرات مربوط به استقلال عملیاتی و بی طرفی سازمانی را کاهش دهید. کارکنان باید از این گونه سیاست ها و معضلات احتمالی آگاه شوند.

منابع طبیعی و اثرات زیست محیطی: سازمان ها باید به پالیسی ها و شیوه های سازگار زیست محیطی (از جمله طرح اقدام و ارزیابی سلسله اثرات زیست محیطی) متعهد شوند و از دستورالعمل های موجود برای کمک به رسیدگی به مسائل زیست محیطی در مواقع اضطراری استفاده کنند. پالیسی های تدارکات سبز به کاهش تأثیرات بر محیط زیست کمک می کند، اما باید به گونه ای مدیریت شود که تأخیر در ارائه کمک ها به حداقل برسد.

فساد و تقلب: تقلب شامل سرقت، انحراف ملکیت یا اموال و جعل سوابق مانند ادعای هزینه است. هر سازمانی باید سوابق دقیقی از معامله های مالی داشته باشد تا نشان دهد که چگونه از سرمایه استفاده شده است. سیستم ها و پروسیجر های برای اطمینان از کنترل داخلی منابع مالی و جلوگیری از تقلب و فساد ایجاد کنید.

سازمان ها باید از شیوه های خوب شناخته شده در مدیریت مالی و گزارشگری حمایت کنند. پالیسی های سازمانی همچنین باید تضمین کنند که سیستم های تدارکات شفاف و قوی هستند و اقدامات ضد تروریسم را در بر می گیرند.

تضاد منافع: کارمندان باید اطمینان حاصل کنند که بین اهداف سازمان و منافع شخصی یا مالی خود تضادی وجود ندارد. به عنوان مثال، اگر آنها یا خانواده شان سود مالی داشته باشند، نباید به تأمین کنندگان، سازمان ها یا افراد قرارداد اعطا کنند.

اشکال مختلفی از تضاد منافع وجود دارد و مردم همیشه متوجه نمی شوند که آنها با کدها و پالیسی های سازمانی مخالف هستند. به عنوان مثال، استفاده از منابع سازمان بدون اجازه یا گرفتن هدایا از یک تأمین کننده ممکن است به عنوان تضاد منافع تلقی شود.



ایجاد فرهنگی که در آن مردم احساس کنند که می توانند آشکارا در مورد هر گونه تضاد منافع بالقوه یا واقعی صحبت کرده و اعلام کنند، کلید مدیریت آنها است.

تحقیق (Audit) و شفافیت: ممیزی ها (Audits) می توانند اشکال مختلفی داشته باشند. ممیزی داخلی بررسی می کند که پروسیجر ها رعایت می شوند. تحقیق کننده های خارجی صحت و عادلانه بودن صورت های مالی سازمان را تأیید می کند. ممیزی تحقیقی زمانی اجرا می شود که سازمانی به مشکل خاصی مشکوک شود، معمولاً به تقلب

ضمیمه

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی و مسئولیت های سازمانی

در زیر برخی از سؤالات راهنمایی مرتبط با اقدامات کلیدیستندردبشردوستانه و مسئولیت های سازمانی آورده شده است. از این سؤالات می توان برای پشتیبانی از طراحی برنامه یا به عنوان ابزاری برای بررسی یک پروژه، پاسخ یا خط مشی استفاده کرد.

تعهد 1 جوامع و افرادی که تحت تأثیر بحران قرار گرفته اند کمک های متناسب با نیازهای خود دریافت می کنند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی

1. آیا ارزیابی جامع و مشورتی از ظرفیت ها و نیازها انجام شده و برای اطلاع رسانی برنامه ریزی پاسخ استفاده شده است؟
2. آیا هنگام ارزیابی نیازها، خطرات، ظرفیت ها، آسیب پذیری ها و زمینه، با افراد و جوامع آسیب دیده، نهادهای محلی و سایر ذینفعان (از جمله گروه های نماینده زنان، مردان، دختران و پسران) مشورت می شود؟ آیا دیتای ارزیابی و نظارت بر اساس جنسیت، سن و معلولیت تفکیک شده اند؟
3. گروه های در معرض خطر چگونه شناسایی شده اند؟
4. آیا مسائل همه شمول (Crooss-cutting) مرتبط در تحلیل نیازها و زمینه در نظر گرفته می شوند؟
5. آیا پاسخ به گونه ای کمک می کند که با نیازها و ترجیحات جمعیت آسیب دیده (مثلاً غیرنقدی، نقدی) سازگار باشد؟ آیا انواع مختلف کمک و حمایت برای گروه های دارای جمعیت مختلف وجود دارد؟
6. چه اقداماتی برای انطباق استراتژی پاسخ با گروه های جمعیتی مختلف، بر اساس نیازها، ظرفیت ها، ریسک ها و زمینه در حال تغییر انجام می شود؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت مقررات سازمانی

1. آیا سازمان پالیسی روشنی متعهد به اقدامات بشردوستانه مبتنی بر حقوق، بی طرفانه و مستقل دارد و کارکنان از آن آگاه هستند؟
2. آیا ذینفعان مربوطه سازمان را بی طرف، مستقل و بدون تبعیض می دانند؟ آیا پروسه های کاری شامل میکانیزم هایی برای جمع آوری مداوم دیتای تفکیک شده بر اساس جنسیت، سن، معلولیت و سایر مشخصات مرتبط است؟
3. آیا این دیتا به طور منظم برای راهنمایی طراحی و اجرای پروگرام استفاده می شود؟
4. آیا سازمان از بودجه، پالیسی های کارکنان و انعطاف پذیری پروگرامی برخوردار است که به آن اجازه می دهد پاسخ را با نیازهای در حال تغییر تطبیق دهد؟
5. آیا سازمان به طور سیستماتیک تحلیل بازار را برای تعیین اشکال مناسب کمک انجام می دهد؟



تعهد 2 جوامع و افراد آسیب دیده از بحران در زمان مناسب به کمک های بشردوستانه مورد نیاز خود دسترسی دارند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی

1. آیا محدودیت‌هایی مانند موانع فیزیکی یا تبعیض و خطرات به طور مرتب شناسایی و تجزیه و تحلیل می‌شوند و برنامه‌ها بر اساس آن با جمعیت آسیب‌دیده تطبیق داده می‌شوند؟
2. آیا برنامه ریزی بهترین زمان را برای فعالیت ها، در نظر گرفتن عواملی مانند آب و هوا، فصل، عوامل اجتماعی، سهولت دسترسی یا جنگ را در نظر می‌گیرد؟
3. آیا تأخیر در اجرای پلان ها و فعالیت ها نظارت و رسیدگی می‌شود؟
4. آیا از سیستم های هشدار قبل از قبل و پلان های احتمالی استفاده می‌شود؟
5. آیا استندرد های فنی شناخته شده، استفاده و به دست آمده است؟
6. آیا نیازهای برآورده نشده شناسایی و رسیدگی شده است؟
7. آیا از نتایج نظارت برای تطبیق برنامه ها استفاده می‌شود؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت بر مقررات سازمانی

1. آیا پروسیجر های روشنی برای ارزیابی اینکه آیا سازمان توانایی کافی، تامین مالی و کارکنان قابل استقرار مناسب را قبل از انجام تعهدات برنامه ریزی در دسترس دارد یا خیر، وجود دارد؟
2. آیا پالیسی، پروسه ها و منابع روشنی برای حمایت از نظارت و ارزیابی و استفاده از نتایج برای مدیریت و تصمیم گیری وجود دارد؟ آیا آنها برای کارکنان شناخته شده است؟
3. آیا پروسه های روشنی برای تعریف مسئولیت ها و جدول زمانی برای تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع وجود دارد؟

تعهد 3 جوامع و افراد متاثر از بحران در نتیجه اقدامات بشردوستانه تحت تأثیر منفی قرار نمی‌گیرند بلکه بیشتر آماده، انعطاف پذیر و کمتر در معرض خطر هستند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات بشردوستانه

1. آیا ظرفیت‌های محلی برای تاب‌آوری (ساختارها، سازمان‌ها، گروه‌های غیررسمی، شخصیت‌های رهبری و شبکه‌های حمایتی) شناسایی شده‌اند و آیا برنامه‌هایی برای تقویت این ظرفیت‌ها وجود دارد؟
2. آیا اطلاعات موجود در مورد ریسک ها، خطرات، آسیب پذیری ها و طرح های مرتبط در فعالیت های پروگرام ساختن استفاده می‌شود؟
3. آیا این برنامه در نظر گرفته است که آیا و چگونه می‌توان خدمات را توسط نهادهای جامعه مدنی محلی، دولت یا بخش خصوصی ارائه کرد؟ آیا برنامه‌هایی برای حمایت از این نهادها در حالی که ارائه خدمات مربوطه را بر عهده می‌گیرند، موجود است؟
4. آیا استراتژی‌ها و اقداماتی برای کاهش ریسک و ایجاد انعطاف پذیری با مشورت یا هدایت افراد و جوامع آسیب‌دیده طراحی شده‌اند؟
5. از چه راه‌هایی (چه رسمی و چه غیررسمی) با رهبران و/یا مقامات محلی مشورت می‌شود تا

- اطمینان حاصل شود که استراتژی های واکنش مطابق با اولویت های محلی و/یا ملی است؟
6. آیا کارکنان به اندازه کافی از طرح های محلی، از جمله طرح های خودیاری مبتنی بر جامعه، بخصوص برای گروه های حاشیه نشین و اقلیت، اولین واکنش و ایجاد ظرفیت ها برای پاسخ های آتی حمایت می کنند؟
 7. آیا پاسخ طوری طراحی شده است تا بهبودی زود هنگام را تسهیل کند؟
 8. آیا مالکیت و تصمیم گیری پیش رونده توسط مردم محلی وجود دارد؟
 9. آیا ارزیابی بازار برای شناسایی اثرات احتمالی برنامه بر اقتصاد محلی تکمیل شده است؟
 10. آیا یک استراتژی انتقال و/یا خروج واضح با مشورت افراد آسیب دیده و سایر ذینفعان مربوطه ایجاد شده است؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت مسئولیت های سازمانی

1. آیا پالیسی وجود دارد که مستلزم اجرای ارزیابی ریسک و اقدامات کاهش ریسک برای افراد آسیب پذیر در مناطق برنامه سازمان باشد؟ آیا برای کارکنان شناخته شده است؟
2. آیا پالیسی ها و پروسیجر هایی برای ارزیابی و کاهش اثرات منفی پاسخ وجود دارد؟ آیا آنها برای کارمندان شناخته شده است؟
3. آیا پالیسی ها و پروسیجر هایی برای مقابله با موقعیت های استثمار جنسی، سوء استفاده یا تبعیض، از جمله بر اساس گرایش جنسی یا سایر خصوصیات وجود دارد؟ آیا آنها برای کارمندان شناخته شده است؟
4. آیا برنامه های احتمالی برای پاسخ به بحران های جدید یا در حال تحول وجود دارد؟ آیا آنها برای کارمندان شناخته شده است؟
5. آیا کارمندان درک می کنند که در مورد مسائل حفاظت، امنیت و خطرات از آنها چه انتظاری می رود؟
6. آیا سازمان، اقدام و خودیاری جامعه محور را قادر و ترویج می کند؟

تعهد 4 جوامع و افراد آسیب دیده از بحران استحقاق و حقوق خود را می شناسند، به اطلاعات دسترسی دارند و در تصمیماتی که بر آنها تأثیر می گذارد مشارکت می کنند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت بر اقدامات کلیدی

1. آیا اطلاعات مربوط به سازمان و پاسخ به روش های در دسترس و مناسب برای گروه های مختلف آسیب دیده ارائه می شود؟
2. آیا زنان، مردان، دختران و پسران (به ویژه آنهایی که در حاشیه و آسیب پذیر هستند) می توانند به اطلاعات ارائه شده دسترسی داشته باشند و آیا آنها این را میدانند؟
3. آیا دیدگاه های افراد متأثر شده، از جمله دیدگاه های آسیب پذیرترین و به حاشیه رانده شده ترین افراد، برای هدایت طراحی و اجرای برنامه جستجو و استفاده می شود؟
4. آیا همه گروه های جامعه آسیب دیده از نحوه ارائه فید بک در مورد واکنش بشردوستانه آگاه هستند و آیا با استفاده از آن کانال ها احساس امنیت می کنند؟



5. آیا از فیدبک استفاده می شود؟ آیا برنامه می تواند به عناصری که بر اساس فیدبک تغییر کرده اند اشاره کند؟ + به اقدامات کلیدی 1.3 و 2.5 مراجعه کنید.
6. آیا موانعی برای ارائه فیدبک شناسایی و رفع شده است؟
7. آیا دیتا هایی است که از طریق میکانیزم های فیدبک تفکیک شده بر اساس جنسیت، سن، معلولیت و سایر دسته های مرتبط ارائه می شود؟
8. در جایی که کمک از طریق نقل و انتقالات الکترونیکی ارائه می شود، آیا کانال های فیدبک در دسترس مردم هستند، حتی در مواردی که تماس مستقیمی با کارمندان وجود ندارد؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت بر مقررات سازمانی

1. آیا پالیسی ها و پلان های برنامه شامل مقرراتی برای به اشتراک گذاری معلومات، از جمله معیارهایی در مورد اینکه چه معلوماتی باید و چه معلوماتی نباید به اشتراک گذاشته شود، می باشد؟ آیا آنها برای کارمندان شناخته شده است؟
2. آیا پالیسی ها و پلان های برنامه شامل مقرراتی برای حفاظت از دیتا هستند؟ آیا معیارهایی برای ذخیره سازی امن دیتا (در کابینت های قفل شونده برای نسخه های سخت و فایل های محافظت شده با رمز عبور برای نسخه های نرم افزاری)، دسترسی محدود، تخریب دیتا در صورت تخلیه و پروتوکول های اشتراک گذاری معلومات وجود دارد؟ آیا چنین پروتوکول هایی به جزئیات می پردازند که چه معلوماتی باید با چه کسانی و در چه موقعیت هایی به اشتراک گذاشته شود؟ به خاطر داشته باشید که معلومات باید فقط بر اساس نیاز به دانستن به اشتراک گذاشته شود و نباید حاوی جزئیات شناسایی یا تاریخچه دوسیه باشد مگر اینکه ضروری باشد.
3. آیا پالیسی ها شامل مقرراتی درباره نحوه برخورد با معلومات محرمانه یا حساس یا معلوماتی است که به طور بالقوه می تواند کارکنان یا افراد آسیب دیده را در معرض خطر قرار دهد؟ آیا آنها برای کارمندان شناخته شده هستند؟
4. آیا تعهدات و رهنمودهای پالیسی در مورد نحوه بیان کردن افراد آسیب دیده در ارتباطات خارجی یا مطالب جمع آوری کمک وجود دارد؟ آیا آنها برای کارمندان شناخته شده است؟

تعهد 5 جوامع و افراد آسیب دیده از بحران به میکانیزم های ایمن و پاسخگو برای رسیدگی به شکایات دسترسی دارند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت بر اقدامات کلیدی

1. آیا جوامع و مردم متأثر از بحران در مورد طراحی میکانیزم های شکایت مشورت می شوند؟
2. آیا اولویت های همه گروه های جمعیتی، بخصوص آنهایی که مربوط به مصئون و محرمانه بودن میشوند، در طراحی پروسه های رسیدگی به شکایات در نظر گرفته می شود؟
3. آیا معلوماتی در مورد نحوه عملکرد میکانیزم های شکایت و نوع شکایت هایی که می توان از طریق آنها انجام داد به همه گروه های جمعیتی ارائه می شود و آنها را درک می کنند؟
4. آیا چارچوب های زمانی مورد توافق و محترم برای بررسی و حل و فصل شکایات وجود دارد؟ فاصله زمانی بین ثبت شکایت و ثبت حل آن است؟
5. آیا شکایات مربوط به بهره کشی جنسی، سوء استفاده و تبعیض بلافاصله توسط کارکنان دارای

صلاحیت های مرتبط و سطح مناسبی از اختیارات بررسی می شود؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت بر مسئولیت های سازمانی

1. آیا پالیسی ها، بودجه ها و پروسیجر های خاصی برای رسیدگی به شکایات وجود دارد؟
2. آیا به همه کارکنان آموزش مقدماتی و تجدید نظر در مورد پالیسی ها و پروسیجر های سازمان برای رسیدگی به شکایات داده شده است؟
3. آیا پالیسی رسیدگی به شکایات سازمان شامل مقرراتی برای استثمار جنسی (Sexual exploitation)، سوء استفاده و تبعیض می شود؟
4. آیا تعهد پالیسی سازمان و پروسیجر ها برای جلوگیری از بهره برداری جنسی (Sexual exploitation)، سوء استفاده و تبعیض با افراد آسیب دیده مشترک است؟
5. آیا شکایاتی که توسط سازمان قابل رسیدگی نباشد به موقع به سایر سازمانهای ذیربط ارجاع می شود؟

تعهد 6 جوامع و افراد متاثر از بحران کمک های هماهنگ و تکمیلی دریافت می کنند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی

1. آیا معلومات مربوط به شایستگی ها، منابع، و مناطق جغرافیایی و بخش های کاری سازمان به موقع با سایرین که به بحران پاسخ می دهند به اشتراک گذاشته می شود؟
2. آیا معلومات مربوط به صلاحیت ها، منابع، و پوشش جغرافیایی و بخش های کاری سایر سازمان ها، از جمله مقامات محلی و ملی، قابل دسترسی و استفاده است؟
3. آیا ساختارهای هماهنگی موجود، شناسایی و حمایت شده است؟
4. آیا برنامه های سایر سازمان ها و مراجع در هنگام طراحی، برنامه ریزی و اجرای برنامه ها در نظر گرفته می شود؟
5. آیا خلا ها و موارد تکراری در پوشش شناسایی و رفع شده است؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت مسئولیت های سازمانی

1. آیا تعهد روشنی در پالیسی ها و/یا استراتژی های سازمانی برای همکاری با سایر بازیگران وجود دارد؟
2. آیا معیارها یا شرایطی برای انتخاب شریک، همکاری و هماهنگی ایجاد شده باشد؟
3. آیا انتظامات مشارکت رسمی وجود دارد؟؟
4. آیا قراردادهای مشارکت، شامل تعاریف روشنی از نقش ها، مسئولیت ها و تعهدات هر یک از شرکا است، بشمول اینکه چگونه هر یک از شرکا در تحقق مشترک اصول بشردوستانه مشارکت خواهند داشت؟



تعهد 7 جوامع و افراد متأثر از بحران می توانند انتظار ارائه کمک های بهبود یافته را داشته باشند، زیرا سازمان ها از تجربه و منعکسات یاد می گیرند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی

1. آیا ارزیابی ها و بررسی های پاسخ های بحران های مشابه مورد مشورت قرار گرفته و در طراحی برنامه گنجانده شده است؟
2. آیا فرآیندهای نظارت، ارزیابی، بازخورد و رسیدگی به شکایات منجر به تغییرات و/یا نوآوری در طراحی و اجرای برنامه می شود؟
3. آیا یادگیری به طور سیستماتیک مستند شده است؟
4. آیا سیستم های خاصی برای به اشتراک گذاشتن یادگیری با ذینفعان مربوطه از جمله افراد و شرکای آسیب دیده استفاده می شود؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت مسئولیت های سازمانی

1. آیا پالیسی ها و منابعی برای ارزیابی و یادگیری وجود دارد؟ آیا آنها برای کارکنان شناخته شده است؟
2. آیا رهنمودهای روشنی برای ضبط و انتشار یادگیری وجود دارد، از جمله راهنمایی های خاص قابل اجرا برای بحران های بشردوستان؟
3. آیا یادگیری در سطح برنامه شناسایی شده، مستند شده و در سازمان به اشتراک گذاشته می شود؟
4. آیا سازمان عضو فعال انجمن های آموزش و ابتکار است؟ چگونه سازمان به این انجمن ها کمک می کند؟

تعهد 8 جوامع و افراد متأثر از بحران کمک مورد نیاز خود را از کارکنان و داوطلبان شایسته و با مدیریت خوب دریافت می کنند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی

1. آیا دستورات و ارزش های سازمان به کارمندان جدید ابلاغ شده است؟
2. آیا عملکرد کارکنان مدیریت می شود، عملکرد ضعیف مورد توجه قرار می گیرد و عملکرد خوب تصدیق و تشویق می شود؟
3. آیا کارمندان یک طرز العمل رفتاری (Code of conduct) یا سند الزام آور مشابه را امضا می کنند؟ اگر چنین است، آیا درک آن ها از این پالیسی و سایر پالیسی های مرتبط با ترینینگ در مورد آن پشتیبانی می شود؟
4. آیا شکایاتی در مورد کارمندان یا کارکنان شرکا دریافت می شود؟ چگونه به آنها رسیدگی می شود؟
5. آیا کارکنان از پشتیبانی موجود برای توسعه شایستگی های مورد نیاز نقش خود، آگاه هستند و آیا از آن استفاده می کنند؟

سؤالات رهنمودی برای نظارت مسئولیت های سازمانی

1. آیا پروسیجر هایی برای ارزیابی نیازهای منابع انسانی در رابطه با اندازه و دامنه پروگرام وجود دارد؟

2. آیا برنامه ریزی سازمانی برای نیازهای رهبری آینده و پرورش استعدادهاى جدید پیش بینی می کند؟
3. آیا پالیسی ها و پروسیجر های کارکنان با قانون استخدام محلی مطابقت دارند و از شیوه های خوب شناخته شده در مدیریت کارکنان پیروی می کنند؟
4. آیا پالیسی های امنیت و سلامتی کارمندان، نیازهای عملی و روانی-اجتماعی کارکنان محلی را که ممکن است شخصاً تحت تأثیر بحران قرار گرفته باشند پوشش دهد؟
5. آیا مهارت های نرمی که از توانایی کارکنان برای گوش دادن و پاسخگویی به فید بک های افراد آسیب دیده از بحران پشتیبانی می کند، در هنگام استخدام، آموزش و ارزیابی کارکنان در نظر گرفته می شوند؟
6. آیا همه کارمندان اپدیت شرح وظایف و اهداف، از جمله مسئولیت های خاص را دارند؟
7. آیا ساختار غرامت و مزایا منصفانه، شفاف و به طور مداوم اعمال می شود؟
8. آیا همه کارمندان در مورد پالیسی ها و پروسیجر های مدیریت عملکرد و رشد کارکنان معرفی و Update شده اند؟
9. آیا همه کارکنان (و قرار دادی ها) ملزم به امضای یک طرزالعمل رفتاری (Code of conduct) هستند (که پیشگیری از بهره کشی و سوء استفاده جنسی را پوشش می دهد) و ترینینگ مقدمه یی (Induction) مناسب در مورد کد رفتار ارائه شده است؟
10. آیا در قرارداد با ارائه دهندگان خدمات مالی و بازیگران تجاری برای جلوگیری از استثمار جنسی و غیره بیانیه/بند/طرزالعمل رفتاری واضحی وجود دارد؟
11. آیا سازمان دستورالعمل های مخصوص مکان برای میکانیزم رسیدگی به شکایات داخلی دارد؟ آیا اینها برای کارکنان شناخته شده است؟
12. آیا کارمندان در برنامه ها و فعالیت های خود تبعیض را درک می کنند، تشخیص می دهند و به آن پاسخ می دهند؟

تعهد 9 جوامع و افراد متأثر از بحران می توانند انتظار داشته باشند که سازمان هایی که به آنها کمک می کنند منابع را به طور مؤثر، کارآمد و اخلاقی مدیریت کنند.

سؤالات رهنمودی برای نظارت اقدامات کلیدی

1. آیا کارکنان از پروتوکول های سازمانی برای تصمیم گیری در مورد مصارف پیروی می کنند؟
2. آیا مصرف به طور منظم نظارت می شوند و آیا گزارش در سراسر مدیریتی پروگرام به اشتراک گذاشته می شوند؟
3. آیا خدمات و اموال با استفاده از پروسه داوطلبی رقابتی تهیه می شوند؟
4. آیا اثرات بالقوه بر محیط زیست (آب، خاک، هوا، تنوع زیستی) نظارت شده و اقدامات برای کاهش آنها انجام می شود؟
5. آیا یک روش افشاگری (Whistleblowing) ایمن است که برای کارکنان، افراد آسیب دیده و سایر ذینفعان شناخته شده است؟
6. آیا اقتصادی بودن و تأثیر اجتماعی نظارت می شود؟



سئوالات رهنمائي برای نظارت اقدامات کليدي

1. آیا پاليسي ها و پروسيجر هايی برای تدارکات، استفاده و مدیریت اخلاقی منابع وجود دارد؟
2. آیا اينها شامل شرایط ذيل هستند:
 - پذیرش و تخصیص بودجه؟
 - پذیرش و تخصیص هدایای غیر نقدی؟
 - کاهش و وقایهٔ اثرات محیط زیستی؟
 - جلوگیری از تقلب، رسیدگی به فساد مشکوک و اثبات شده و سوء استفاده از منابع؟
 - تضاد منافع؟
 - تحقیق، تأیید و گزارش؟
 - ارزیابی و مدیریت خطر دارایی؟

ریفرنس ها و مطالعه بیشتر

منابع اضافی برای ستندرد های اساسی بشردوستانه:

Corehumanitarianstandard.org

CHS Alliance: www.chsalliance.org CHS Quality Compass: www.urd.org

Overseas Development Institute (ODI): www.odi.org

مسئولیت پذیری

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008. www.alnap.org
Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Taskforce, 2009. www.pseataaskforce.org

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Lewis, T. Financial Management Essentials: Handbook for NGOs. Mango, 2015. www.mango.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies INEE, 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Munyas Ghadially, B. Putting Accountability into Practice. Resource Centre, Save the Children, 2013. <http://resourcecentre.savethechildren.se>

Top Tips for Financial Governance. Mango, 2013. www.mango.org

عملکرد کارمندان کمک کننده

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015. <http://chsalliance.org>

Building Trust in Diverse Teams: The Toolkit for Emergency Response. ALNAP, 2007. www.alnap.org

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA. <https://www.unocha.org>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance. <https://www.chsalliance.org>

Rutter, L. Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle. NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011. <https://ngocoordination.org>



World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO Geneva, 2011. www.who.int

بررسی ها

Humanitarian Needs Assessment: The Good Enough Guide. ACAPS and ECB, 2014. www.acaps.org

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015. <https://inter-agencystandingcommittee.org>

Participatory assessment, in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Chapter 7). ALNAP and Groupe URD, 2009. <http://urd.org>

پاسخ به اساس پول نقد

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments. CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org

Martin-Simpson, S. Grootenhuis, F. Jordan, S. Monitoring4CTP: Monitoring Guidance for CTP in Emergencies. Cash Learning Partnership, 2017.

www.cashlearning.org

اطفال

Child Safeguarding Standards and how to implement them. Keeping Children Safe, 2014. www.keepingchildrensafe.org

هماهنگی

Knox Clarke, P. Campbell, L. Exploring Coordination in Humanitarian Clusters. ALNAP, 2015. <https://reliefweb.int>

Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Humanitarian Response, IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

دیزاین و پاسخ

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response. www.humanitarian-response.info

افراد دارای معلولیت

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. <https://www.un.org>
Washington Group on Disability Statistics and sets of disability questions. Washington Group. www.washingtongroup-disability.com

محیط زیست

Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org

The Environmental Emergencies Guidelines, 2nd edition. Environment Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org

Training toolkit: Integrating the environment into humanitarian action and early recovery. UNEP, Groupe URD. <http://postconflict.unep.ch>

جنسیت یا جندر

Mazurana, D. Benelli, P. Gupta, H. Walker, P. Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies. ALNAP, 2011, Feinstein International Center, Tufts University.

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006. <https://interagencystandingcommittee.org>

خشونت بر اساس جندر

Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience, and aiding recovery. GBV Guidelines, IASC, 2015. <http://gbvguidelines.org>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010. <https://www.un.org>

پاسخ بشردوستانه مردم محور

Bonino, F. Jean, I. Knox Clarke, P. Closing the Loop – Effective Feedback in Humanitarian Contexts. ALNAP, March 2014, London. www.alnap.org

Participation Handbook for Humanitarian Field Workers. Groupe URD, ALNAP, 2009. www.alnap.org

What is VCA? An Introduction to Vulnerability and Capacity Assessment. IFRC, 2006, Geneva. www.ifrc.org

عملکرد، نظارت و ارزیابی

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. Participatory Impact Assessment: A Design Guide. Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville. <http://fic.tufts.edu>
CHS Alliance and Start, A. Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org

Hallam, A. Bonino, F. Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners. ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January



2011. <https://www.alnap.org>

Sphere for Monitoring and Evaluation. The Sphere Project, March 2015. www.sphereproject.org

حفاظت

Slim, H. Bonwick, A. Protection: An ALNAP Guide for Humanitarian Agencies. ALNAP, 2005. www.alnap.org

بازیابی یا بهبودی

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

انعطاف پذیری (Resilience)

Reaching Resilience: Handbook Resilience 2.0 for Aid Practitioners and Policymakers in Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Poverty Reduction. Reaching Resilience, 2013. www.reachingresilience.org

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org

مطالعه بیشتر

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

مطالعه بیشتر مسئولیت پذیری

Corehumanitarianstandard.org

Hees, R. Ahlendorf, M. Debere, S. Handbook of Good Practices: Preventing Corruption in Humanitarian Operations. Transparency International, 2010. www.transparency.org/whatwedo/publication/handbook_of_good_practices_preventing_corruption_in_humanitarian_operations

Value for Money: What it Means for UK NGOs (background paper). Bond, 2012. www.bond.org.uk/data/files/Value_for_money_-_what_it_means_for_NGOs_Jan_2012.pdf

عملکرد کارمند امدادی

Centre of Excellence – Duty of Care: An Executive Summary of the Project Report. CHS Alliance, 2016. <https://www.chsalliance.org/files/files/Resources/Articles-and-Research/Duty%20of%20Care%20-%20Summary%20Report%20April%202017.pdf>

CHS Alliance and Start, A. HR Metrics Dashboard: A Toolkit. CHS Alliance, 2016. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-HR-metrics-dashboard-toolkit.pdf

CHS Alliance and Lacroix, E. Human Resources Toolkit for Small and Medium Nonprofit Actors. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/HR%20Toolkit%20-%202017.pdf

Debriefing: Building Staff Capacity. CHS Alliance, People In Aid, 2011. <http://chsalliance.org/files/files/Resources/Case-Studies/Debriefing-building-staff-capacity.pdf>

Nightingale, K. Building the Future of Humanitarian Aid: Local Capacity and Partnerships in Emergency Assistance. Christian Aid, 2012. www.christianaid.org.uk/resources/about-us/building-future-humanitarian-aid-local-capacity-and-partnerships-emergency

PSEA Implementation Quick Reference Handbook. CHS Alliance, 2017. www.chsalliance.org/what-we-do/psea/psea-handbook

دیزاین و پاسخ

Camp Management Toolkit. Norwegian Refugee Council, 2015. <http://cmtoolkit.org/IASCTransformativeAgenda>
IASCReferenceModulefortheImplementationofTheHumanitarianProgrammeCycle (Version 2.0). IASC, 2015. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/iasc-reference-module-implementation-humanitarian>

محیط زیست

Environment and Humanitarian Action (factsheet). OCHA and UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/dms/Documents/EHA_factsheet_final.pdf



پاسخ بشردوستانه مردم محور

A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA): Improving Communication, Engagement and Accountability in All We Do. IFRC, 2016. <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/01/CEA-GUIDE-2401-High-Resolution-1.pdf>

Communication Toolbox: Practical Guidance for Program Managers to Improve Communication with Participants and Community Members. Catholic Relief Services, 2013. www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/communication-toolbox

How to Use Social Media to Better Engage People Affected by Crises. FRC, 2017. <http://media.ifrc.org/ifrc/document/use-social-media-better-engage-people-affected-crises/>

Infosaid Diagnostic Tools. CDAC Network, 2012. www.cdacnetwork.org/tools-and-resources/i/20140626100739-b0u7q

Infosaid E-learning course. CDAC Network, 2015. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/

عملکرد، نظارت و ارزیابی

Buchanan-Smith, M. Cosgrave, J. Evaluation of Humanitarian Action: Pilot Guide. ALNAP, 2013. www.alnap.org/help-library/evaluation-of-humanitarian-action-pilot-guide

Norman, B. Monitoring and Accountability Practices for Remotely Managed Projects Implemented in Volatile Operating Environments. ALNAP, Tearfund, 2012. www.alnap.org/resource/7956

تأمین آب، ارتقای نظافت و حفظ الصحه

Water Supply, Sanitation
and Hygiene Promotion





پتأمین آب، ارتقای نظافت و حفظ الصحه (WASH)

ارتقای حفظ الصحه	تأمین آب	مدیریت مدفوع	کنترول ناقل امراض	دیریت کثافات جامد	در WASH شیوع امراض و تنظیمات مراقبت صحی
معیار 1.1 ارتقای حفظ الصحه	معیار 2.1 دسترسی و مقدار آب	معیار 3.1 محیط عاری از مدفوع انسانی	معیار 4.1 کنترول ناقل در جای بود و باش شان	معیار 5.1 کوژا کرکٹ سے پاک ماحول	معیار 6 در WASH تنظیمات صحی
معیار 1.2 معرفی، دسترسی و استفاده از اقلام حفظ الصحه	معیار 2.2 کیفیت آب	معیار 3.2 دسترسی و استفاده از تشناب	معیار 4.2 اقدامات به سطح خانواده و شخصی برای کنترول ناقل	معیار 5.2 اقدامات به سطح خانواده و شخصی برای مدیریت ایمن فاضلات جامد	
معیار 1.3 حیض مدیریت حفظ الصحه دوران حیض و بی اختیاری		معیار 3.3 مدیریت و تداوم جمع آوری، حمل و نقل، دفع و درمان فضلات		معیار 5.3 سیستم مدیریت کثافات جامد به سطح جامعه	

ضمیمه 1: چک لیست ارزیابی اساسی نیاز ها تأمین آب، ارتقای حفظ الصحه و نظافت

ضمیمه 2: دیگرام F: انتقال امراض اسهالی از طریق غایطی فمی

ضمیمه 3: حد اقل مقادیر آب: ارقام بقا و اندازه کردن مقدار آب

ضمیمه 4: حد اقل تعداد تشناب ها: اجتماع، اماکن عمومی و مؤسسات

ضمیمه 5: امراض متبیط با آب و مراعات نظافت

ضمیمه 6: درخت تصمیم گیری تصفیه و ذخیره آب خانگی

محتویات

106.....	مفاهیم اساسی در تأمین آب، نظافت و ارتقای حفظ الصحة
	استندرد های تأمین آب، ارتقای نظافت و حفظ الصحة:
110.....	1. ارتقای حفظ الصحة.....
119.....	2. تأمین آب.....
127.....	3. مدیریت مدفوع.....
135.....	4. کنترل ناقل مرض.....
140.....	5. مدیریت کثافات جامد.....
145.....	6. WASH در شیوع امراض و تنظیمات مراقبت های صحی.....
153.....	ضمیمه 1: چک لیست ارزیابی اساسی نیاز تأمین آب، ارتقای نظافت و حفظ الصحة.....
158.....	ضمیمه 2: دیاگرام F: انتقال امراض اسهالی از طریق غایطی فمی.....
159.....	ضمیمه 3: حد اقل مقادیر آب: ارقام بقا و اندازه کردن مقدار آب.....
160.....	ضمیمه 4: حد اقل تعداد تشناب ها: اجتماع، اماکن عمومی و مؤسسات.....
161.....	ضمیمه 5: مراض مرتبط به آب و نظافت.....
165.....	ضمیمه 6: درخت تصمیم گیری تصفیه و ذخیره آب خانگی.....
166.....	ریفرنس ها و مطالعه بیشتر.....



مفاهیم اساسی در تأمین آب، نظافت و ارتقای حفظ الصحة

هر کس حق دارد از دسترسی به آب و خدمات نظافت برخوردار باشند

حداقل ستندرد های اسفئیر برای تأمین آب، نظافت و ارتقای حفظ الصحة (WASH) اظهار عملی از حق دسترسی به آب و خدمات در زمینه های بشردوستانه است. این ستندرد ها مبتنی بر اعتقادات، اصول، وظایف و حقوق اعلام شده در منشور بشردوستانه است. اینها شامل حق زندگی با کرامت، حق حفاظت و امنیت، و حق دریافت کمک های بشردوستانه بر اساس نیاز است. برای فهرستی از اسناد حقوقی و سیاستی کلیدی که منشور بشردوستانه را اطلاع می‌دهند + به ضمیمه 1 مراجعه کنید : اساسات قانونی اسفئیر.

افرادی که توسط بحران متأثر شده اند بیشتر مستعد ابتلا به مریضی و مرگ ناشی از امراض، بخصوص امراض اسهالی و انتانی هستند.

چنین امراض به شدت به نظافت نامناسب و منابع آب و حفظ الصحة ضعیف مرتبط است. هدف برنامه های WASH کاهش خطرات سلامت عمومی است.

مسیرهای اصلی پاتوژن ها برای آلوده کردن انسان ها مدفوع، مایعات، انگشتان دست، مگس ها و غذا هستند. هدف اصلی برنامه های WASH در واکنش بشردوستانه کاهش خطرات صحت عمومی با ایجاد موانع در طول این مسیرها است. + به ضمیمه 2: مراجعه کنید. دیاکرام F. فعالیت های کلیدی عبارتند از:

- ترویج عملکرد های خوب نظافت;
- تأمین آب آشامیدنی سالم;
- فراهم نمودن امکانات مناسب نظافت;
- کاهش خطرات صحت محیطی; و
- تضمین شرایطی که به مردم اجازه می دهد با صحت، کرامت، آسایش و ایمنی خوب زندگی کنند.
- در برنامه های WASH، مهم است که:
- کل زنجیره آب (Water chain) را مدیریت کنید: تأمین آب، تصفیه، توزیع، جمع آوری، ذخیره سازی و مصرف آب;
- کل زنجیره نظافت را به صورت مدغم مدیریت کنید;
- سلوک صحی مثبت را ترویج کنید; و
- دسترسی به اقلام حفظ الصحة را تضمین کنید.

مشارکت جامعه بسیار مهم است

مشارکت جامعه در WASH یک پروسه متحرک است که جامعه و سایر ذینفعان را به هم متصل می کند تا افراد آسیب دیده از بحران، کنترل بیشتری بر پاسخ و تأثیر آن بر آنها داشته باشند. مشارکت مؤثر جوامع و تیم های پاسخ را برای به حداکثر رساندن تأثیر جامعه برای کاهش خطرات سلامت عمومی پیوند می‌دهد.

خدمات مناسب و در دسترس ارائه کنید، کیفیت برنامه و ایجاد مسئولیت پذیری را بهبود بخشید. ظرفیت و تمایل جامعه برای مدیریت و نگهداری سیستم‌های WASH را بررسی می‌کند + به شکل 4 مراجعه کنید WASH شامل ساختن جامعه.

تعامل با جامعه، فهم اساسی از ادراکات، نیازها، میکانیزم‌های مقابله، ظرفیت‌ها، نورم‌های موجود، ساختارها و اولویت‌های رهبری و همچنین اقدامات مناسب را ایجاد می‌کند. نظارت و ارزیابی، از جمله میکانیزم‌های فیدبک، نشان می‌دهد که آیا پاسخ‌های WASH مناسب هستند یا نیاز به تنظیم دارند. + به تعهدات 4 و 5 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.



تجزیه و تحلیل
پروگرام
مشارکت بیرونی

WASH دخیل ساختن جامعه (شکل ۴)

WASH به توجه خاصی در مناطق شهری نیاز دارد

مشارکت اجتماعی در مناطق شهری، جایی که تراکم جمعیت بالاتر است و گروه‌های در معرض خطر کمتر قابل مشاهده هستند، می‌تواند سخت‌تر باشد. با وجود این، در مناطق شهری، فضاهای عمومی، رسانه‌ها و تکنالوژی می‌توانند فرصت‌های وسیع‌تر و مؤثرتر برای گفتگو را فراهم کنند.



مالکیت متنوع دارایی ها (خانواده در مناطق روستایی، ترکیب دولتی-خصوصی در مناطق شهری) بر انتخاب گزینه های پاسخ و روش های تحویل تأثیر می گذارد.

ترکیبی از روش ها نیاز است

کمک های مبنی بر بازار می تواند به طور کارا و مؤثر نیازهای WASH را برآورده کند، مانند اطمینان از دسترسی به اقلام حفظ الصحة. کمک های نقدی (نقد مستقیم و/یا چک ها) باید با سایر فعالیت های WASH، از جمله کمک های فنی و مشارکت جامعه تکمیل شود. برای اجرا، گزینه ها از ساخت زیربنا تا ارتقای حفظ الصحة و بسیج جامعه متفاوت است. ژنراتورها یا تشناب های موقت را می توان بلافاصله ارائه کرد، در حالی که تعمیرات اساسی خدمات تصفیه آب یک پروژه بلند مدت است. کنترل کیفیت و کمک تخنیکی برای تضمین صحت و مصنویت بسیار مهم است. کمک های تخنیکی باید به موقع و مناسب باشد. برای ارائه پایدار باید سازگار، در دسترس و قابل دستیابی باشد.

پاسخ های WASH باید اهداف بلندمدت جامعه را افزایش داده و اثرات زیست محیطی را به حداقل برسانند. مدیریت مدغم آب و فاضلاب باید نیازهای انسان را برآورده کند و از اکوسیستم محافظت کند. این می تواند بر انتخاب تکنالوژی، زمان بندی و مرحله بندی فعالیت ها، مشارکت جامعه، مشارکت بخش خصوصی و بازار و گزینه های تأمین مالی تأثیر بگذارد.

این حداقل استانداردها نباید به صورت مجزا اعمال شوند

حق برخورداری از آب و سرویس حفظ الصحة کافی با حقوق سرپناه، غذا و صحت مرتبط است. پیشرفت مؤثر در دستیابی به حداقل استانداردها در یک ساحه بر پیشرفت در سایر زمینه ها تأثیر می گذارد. هماهنگی و همکاری نزدیک با سایر بخش ها و همچنین هماهنگی با مقامات محلی و سایر سازمان های پاسخ دهنده به اطمینان از برآورده شدن نیازها، عدم تکرار تلاش ها و مطلوب سازی کیفیت پاسخ های WASH کمک می کند. به عنوان مثال، در جایی که ستندرد های تغذیه رعایت نمی شود، فوریت برای رعایت ستندرد های آب و نظافت بیشتر است زیرا آسیب پذیری افراد در برابر مریضی افزایش یافته است. همین امر در مورد جمعیت هایی که شیوع HIV در آنها بالا است صدق می کند. ریفرنس دادن در سرتاسر کتاب راهنما برخی ارتباطات بالقوه را نشان می دهد. در مواردی که ستندرد های ملی کمتر از حداقل استانداردهای Sphere است، سازمان های بشردوستانه باید با دولت همکاری کنند تا به تدریج آنها را ارتقا دهند.

حقوق بین الملل به طور خاص حق آب و فاضلاب را حفاظت می کند

این حق شامل دسترسی به منبع آب کافی، ایمن و اقتصادی برای مصارف شخصی و خانگی، و تأسیسات نظافت خصوصی، ایمن و تمیز است. دولت ها موظف اند این حق را در زمان بحران تضمین کنند + به ضمیمه 1 مراجعه کنید: پایه قانونی به Sphere

آب سالم و تأسیسات نظافت مناسب برای موارد زیر ضروری است:

- حفظ زندگی، سلامتی و کرامت؛
- جلوگیری از مرگ ناشی از کم آبی؛
- خطر ابتلا به مریضی های مرتبط به آب، نظافت و حفظ الصحة را کاهش دهید؛ و

- اجازه مصرف کافی، پخت و پز و ضروریات حفظ الصحة شخصی و خانگی را بدهید.
- حق دسترسی به آب و خدمات نظافت بخشی از حقوق جهانی است که برای بقا و کرامت انسان ضروری است و بازیگران دولتی و غیردولتی برای پوره کردن این حق مسئولیت دارند. به عنوان مثال، در هنگام درگیری مسلحانه، حمله، تخریب، حذف یا بی فایده ساختن تأسیسات آبی یا کارهای آبیاری ممنوع است.

ارتباطات به اصول حفاظتی و ستندرد اصلی بشردوستانه

استفاده از آب بر حفاظت تأثیر می گذارد. درگیری های مسلحانه و نابرابری، بر امنیت آب برای افراد و گروه ها تأثیر می گذارد. تقاضاهای متعدد برای آب برای مصارف و مصارف خانگی و معیشتی می تواند نگرانی های حفاظتی را در صورت عدم طراحی مناسب فعالیت های کوتاه مدت و بلند مدت ایجاد کند. حفاظت در پاسخ های WASH اغلب از منظر حفاظت و مسئولیت شخصی در نظر گرفته می شود، و آسیب پذیری خاصی را در طول جمع آوری آب، مدفوع یا مدیریت صحت دورا حیض تشخیص می دهد. چنین عناصر حفاظت شخصی ضروری هستند، اما نگرانی های حفاظتی گسترده تر نیز اساسی است. اقدامات ساده از ابتدا، مانند قفل کردن درهای تشناب، روشنایی کافی و تفکیک امکانات می تواند خطر سوء استفاده یا خشونت را کاهش دهد.

پروگرام سازی وفق داده شده و همه شمول برای جلوگیری از تبعیض، کاهش خطرات احتمالی و بهبود استفاده یا کیفیت خدمات ضروری است. به عنوان مثال، اطمینان حاصل کنید که افراد دارای معلولیت می توانند به امکانات حفظ الصحة دسترسی داشته باشند و زنان یا کودکان ظروف با اندازه مناسب برای حمل آب در اختیار داشته باشند. درگیر کردن افراد و جوامع در تمام مراحل واکنش می تواند به گنجاندن ملاحظات حفاظتی در برنامه های WASH کمک کند.

کارکنان بخش امداد باید در مورد حفاظت از کودک آموزش ببینند و بدانند چگونه از سیستم های رجعت دهی برای موارد مشکوک خشونت، سوء استفاده یا استثمار، از جمله کودکان استفاده کنند.

همکاری و هماهنگی غیر نظامی-نظامی باید برای سازمان های بشردوستانه، بخصوص در جنگ ها، به دقت مورد توجه قرار گیرد. ادراک بی طرفی و غیر جانبداری ممکن است بر پذیرش جامعه تأثیر بگذارد. سازمان های بشردوستانه ممکن است مجبور باشند در برخی موقعیت ها کمک نظامی را بپذیرند، برای مثال در حمل و نقل و توزیع. با این حال، تأثیر آن بر اصول بشردوستانه باید به دقت مورد توجه قرار گیرد و تلاش هایی برای کاهش خطرات حفاظتی انجام شود + به منشور بشردوستانه و تنظیمات با نیروهای نظامی داخلی و بین المللی در Sphere چیست مراجعه کنید؟

در بکارگیری حداقل استانداردها، تمام نه تعهد در ستندرد های اساسی بشردوستانه باید به عنوان اساس برای ارائه یک برنامه WASH پاسخگو رعایت شود.



1. ارتقای حفظ الصحة

امراض مربوط به آب، نظافت و حفظ الصحة باعث قابل توجهی از امراض و مرگ های قابل وقایه در بحران می شود. ارتقای حفظ الصحة که از رفتارها، مشارکت جامعه و اقداماتی برای کاهش خطر مریضی حمایت می کند، برای پاسخ موفقیت آمیز WASH بنیادی است.

روش ستندرد شده ای که بیشتر بر آموزش پیام ها و توزیع اقلام بهداشتی تکیه می کند، بعید است که بسیار مؤثر باشد. خطرات - و درک خطرات - در زمینه ها متفاوت است. افراد تجربیات زندگی، میکائیزم های مقابله و نورم های فرهنگی و رفتاری متفاوتی دارند. انطباق روش ها بر اساس تحلیل این عوامل و همچنین زمینه مهم است. ارتقای مؤثر حفظ الصحة متکی بر موارد زیر است:

- کار با جامعه برای بسیج اقدام و کمک به تصمیم گیری;
- ارتباط دو طرفه و فیدبک در مورد خطرات، اولویت ها و خدمات;
- دسترسی و استفاده از امکانات، خدمات و مواد WASH.

ارتقای حفظ الصحة باید مبتنی بر دانش خود افراد از خطر و وقایه از مریضی باشد تا رفتار سلامت جویانه مثبت را ترویج کند.

فعالیت ها و نتایج را به طور منظم نظارت کنید تا اطمینان حاصل کنید که ارتقاء حفظ الصحة و برنامه های شستشوی WASH تکامل می یابند. با فعالان صحت برای نظارت بر بروز مریضی های مرتبط با WASH مانند مریضی اسهالی، کولرا، Typhoid، تراخم (Trachoma)، کرم های روده و شistosومیازیس (Schistosomiasis) هماهنگی کنید + مراقبت های اساسی صحت - ستندردهای 2.1.1 تا 2.1.4 و ستندرد 1.5 سیستم های صحت ببینید.

ستندرد 1.1 ارتقای حفظ الصحة

ارتقای صحت

مردم از خطرات کلیدی صحت عمومی مرتبط با آب، نظافت و حفظ الصحة آگاه هستند و می توانند اقدامات فردی، خانگی و اجتماعی را برای کاهش آنها اتخاذ کنند.

اقدامات کلیدی

1 **خطرات اصلی صحت عمومی و شیوه های حفظ الصحة فعلی را که به این خطرات کمک می کند،**

شناسایی کنید.

- یک پروفایل جامعه برای تعیین اینکه کدام افراد و گروه ها در برابر کدام خطرات مربوط به WASH آسیب پذیر هستند و چرا، ایجاد کنید.
- شناسایی عواملی که می توانند رفتارهای مثبت و اقدامات پیشگیرانه را برانگیزند.

2 برای طراحی و مدیریت ارتقای حفظ الصحة و پاسخ گسترده تر WASH با جمعیت آسیب دیده کار کنید.

- یک استراتژی ارتباطی با استفاده از رسانه های جمعی و گفتگوی جامعه برای به اشتراک گذاشتن معلومات عملی ایجاد کنید.
- افراد با نفوذ، گروه های اجتماعی و کارکنان کمکی (Outreach worker) را شناسایی کرده و آموزش دهید.

3 از فیدبک جامعه و دینای نظارت بر صحت برای انطباق و بهبود ارتقای بهداشت استفاده کنید.

- دسترسی و استفاده از امکانات WASH و اینکه چگونه فعالیت های ارتقای حفظ الصحة بر رفتار و عملکرد تأثیر می گذارد را نظارت کنید.
- تطبیق فعالیت ها و شناسایی نیازهای برآورده نشده.

اقدامات کلیدی

فیصدی خانواده های آسیب دیده که سه اقدام را برای پیشگیری از مریضی های مربوط به WASH به درستی تعریف میکنند

فیصدی از جمعیت مورد هدف که به درستی دو زمان قطعی را برای شستن دست ها ذکر کرده اند

فیصدی جمعیت مورد هدف مشاهده شد که از ایستگاه های شستشوی دست هنگام خروج از تشناب های عمومی استفاده می کنند

فیصدی خانواده های آسیب دیده که آب و صابون برای شستن دست ها در دسترس هستند

فیصد جمعیت آسیب دیده که آب را از منابع آب بهبود یافته جمع آوری می کنند

فیصدی خانواده هایی که آب آشامیدنی را در ظروف تمیز و سرپوشیده ذخیره می کنند

فیصدی مراقبینی که گزارش می دهند که فضلات کودکان را با خیال راحت دفع می کنند

فیصدی خانواده هایی که از محصولات بی اختیاری (پد، بوتل های ادرار، تشت تخت، چوکی کمد) استفاده می کنند و گزارش می دهند که فضولات بی اختیاری بزرگسالان را به طور ایمن دفع می کنند

فیصدی خانواده های آسیب دیده که زباله های جامد را به درستی دفع می کنند

فیصدی افرادی که فیدبک ارائه کرده اند و می گویند که فیدبک آنها برای تطبیق و بهبود امکانات و خدمات WASH استفاده شده است

محیط محلی عاری از مدفوع انسان و حیوان است

یاد داشت های رهنمودی

درک و مدیریت خطرات WASH : اولویت بندی و کاهش خطرات WASH در مرحله اولیه بحران می تواند چالش برانگیز باشد. روی استفاده از آب سالم، مدیریت مدفوع و شستشوی دست تمرکز کنید، زیرا اینها احتمالاً بیشترین میزان تأثیر در وقایه از انتقال مریضی را دارند.

ارزیابی خطرات صحت عامه مرتبط با WASH و اقداماتی برای کاهش آنها مستلزم درک موارد زیر است:

- استفاده از خدمات وامكانات موجود؛ WASH
- دسترسی به وسایل ضروری حفظ الصحة خانگی + به ستندرد های 1.2 و 1.3؛ ارتقای حفظ الصحة مراجعه کنید.
- استراتژی های فعلی مقابله، آداب و رسوم و باورهای محلی؛
- ساختارهای اجتماعی و تحرکات قدرت در جامعه؛
- جایی که مردم برای مراقبت های صحتی (شامل مداوا گران سنتی، دواخانه ها، کلینیک ها) مراجعه می کنند؛
- چه کسی مسئول عملیات و نگهداری زیربنای WASH است؛
- دیتای سرویلانس امراض مرتبط به؛ WASH
- موانع اجتماعی، فیزیکی و ارتباطی برای دسترسی به امکانات و خدمات WASH، بخصوص برای زنان و دختران، افراد مسن و افراد دارای معلولیت؛
- تغییرات سطح درآمد؛ و
- شرایط محیطی و روند فصلی امراض.

برای حفظ برانگیختن یا تحرک، تغییر رفتار و تمرین باید آسان باشد. امکانات باید برای همه استفاده کننده گان راحت و قابل دسترس، ایمن، باوقار، تمیز و از نظر فرهنگی مناسب باشد. هم مردان و هم زنان را در فعالیت های ترویج حفظ الصحة بگنجانید، زیرا حمایت فعال حفظ الصحة توسط مردان ممکن است تأثیر تعیین کننده ای بر رفتارهای خانواده داشته باشد.

بسیج جامعه: با ساختارهای موجود کار کنید و اطمینان حاصل کنید که فرصت های دارای امتیاز یا داوطلبانه به طور مساوی برای زنان و مردان در دسترس است. رهبران محترم در جامعه و مبتنی بر ایمان، کارگران کمکی و بازیگران محلی مورد اعتماد مانند گروه های زنان یا جوانان می توانند بسیج اقدامات پیشگیرانه را تسهیل کنند.

تخصیص دو کارگر کمکی (Outreach worker) بر سر هر 1000 نفر رایج است. کارکنان و داوطلبان باید مهارت های ارتباطی خوبی داشته باشند، بتوانند روابط محترمانه ای با جوامع محلی ایجاد کنند و درک کاملی از نیازها و نگرانی های محلی داشته باشند. در صورت نیاز، مکافات (Incentives) برای کارگران کمکی باید از طریق یک انجمن هماهنگی محلی برای ارتقای برابری و جلوگیری از اختلال مورد توافق قرار گیرد.

کارکنان صحتی جامعه ممکن است نقش های مشابهی با کارکنان کمکی WASH، اما مسئولیت های متفاوتی داشته باشند + به ستندرد: 1.2. قوه کاری صحتی مراجعه کنید.

کار با کودکان: کودکان می توانند رفتارهای سالم را به همسالان و خانواده خود ترویج دهند. اداره آموزش و پرورش یا خدمات اجتماعی می تواند فرصت هایی را برای ارتقای حفظ الصحة در مکاتب، مراقبت های مسکونی و خانواده های سرپرست کودک و کودکان ساکن در جاده ها شناسایی کند. کودکان را در توسعه پیام ها مشارکت دهید + به کتاب های رهنمای INEE و CPMS مراجعه کنید.

کانال ها و روش های ارتباطی: اطلاعات را در قالب های مختلف (نوشته ای، تصویری، صوتی) و زبان ها ارائه دهید که تا حد امکان در دسترس باشد. برای کودکان و افراد دارای معلولیت تطبیق داده شود و پیام ها را توسعه و آزمایش کنید

تا اطمینان حاصل شود که آنها در بین تفاوت های سن، جنس، سطح تحصیلات و زبان قابل درک هستند. گفتگو در سطح جامعه برای حل مشکل و برنامه ریزی اقدام مفید است. رسانه های جمعی می توانند اطلاعات عمومی را با دامنه وسیع تری تقویت کنند. هر دو در صورتی مفید هستند که مخاطبان خاصی را هدف قرار دهند. میکانیزم فیدبک مناسب با استفاده کننده گان را طراحی کنید و بر اثربخشی آنرا نظارت کنید. فیدبک را به جامعه ارسال کنید و آنها را تشویق کنید که به نوبه خود پاسخ دهند + به تعهد 5 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

شستن دست ها با صابون راه مهمی برای جلوگیری از انتقال مریضی های اسهالی است. تجهیزات شستشوی دست نیاز به تامین منظم آب، صابون و زهکشی ایمن دارند. امکانات را طوری قرار دهید که شستن دست ها قبل از دست زدن به غذا (خوردن، تهیه غذا یا غذا دادن به کودک) و پس از تماس با فضولات (پس از استفاده از توالت یا تمیز کردن کف کودک) انجام شود + به ستندرد 2.2 تأمین آب مراجعه کنید: کیفیت آب.

ترویج استفاده از تشناب: یک موضوع کلیدی برای کارکنان ارتقاء بهداشت، استفاده فراگیر از امکانات و مواد دفع فضولات است. علاوه بر نگرانی در مورد تمیزی و بو، عوامل بازدارنده اصلی برای افرادی که از توالت استفاده می کنند، خجالت، تابوهای فرهنگی، دسترسی فیزیکی و نگرانی در مورد حریم خصوصی و ایمنی است. + به ستندرد 3.2: مدیریت فضولات مراجعه کنید: دسترسی و استفاده از تشناب.

جمع آوری، حمل و ذخیره آب آشامیدنی به طور ایمن کلید کاهش خطرات آلودگی است. خانواده ها برای جمع آوری و ذخیره آب آشامیدنی به ظروف جداگانه نیاز دارند + به ستندرد 1.2 ارتقای حفظ الصحة و ستندرد 2.1 و 2.2 تأمین آب مراجعه کنید.

مردم در حال حرکت: فرصت هایی برای تعامل با افراد در حال حرکت پیدا کنید، چه با سفر موقت با آنها یا ملاقات با آنها در مناطق استراحت. از کانال های ارتباطی مانند رادیو، پیامک، گروه های رسانه های اجتماعی و خطوط تلفن رایگان برای ارائه اطلاعات حفظ الصحة و درخواست فیدبک استفاده کنید. بسته "اقدام خانگی" را برای پشتیبانی از این امر با گنجاندن تلفن های همراه یا شارژرهای خورشیدی طراحی کنید، که همچنین افراد را قادر می سازد با خانواده خود ارتباط برقرار کنند، به اطلاعات دسترسی داشته باشند و فیدبک ارائه دهند

ستندرد 1.2 ارتقای حفظ الصحة

شناسایی، دسترسی و استفاده از وسایل حفظ الصحة

اقدام مناسب برای حمایت از حفظ الصحة، صحت، کرامت و سلامتی در دسترس است و توسط افراد آسیب دیده استفاده می شود.

اقدامات کلیدی

1. قلام حفظ الصحة ضروری را که افراد، خانواده ها و جوامع به آن نیاز دارند، شناسایی کنید.
- نیازهای مختلف مردان و زنان، افراد مسن، کودکان و افراد دارای معلولیت را در نظر بگیرید.

- اقلام اشتراکی اضافی را برای بقای حفظ الصحة محیطی، مانند ظروف زباله جامد و تجهیزات نظافت، شناسایی و تهیه کنید.

2 دسترسی به موقع به اقلام ضروری را فراهم کنید.

- در دسترس بودن اقلام را از طریق بازارهای محلی، منطقه ای یا بین المللی ارزیابی کنید.

3 با جمعیت آسیب دیده، مقامات محلی و سایر بازیگران برای برنامه ریزی نحوه جمع آوری یا

خرید وسایل بهداشتی توسط مردم کار کنید.

- معلوماتی در مورد زمان، مکان، محتوا و دریافت کنندگان مورد نظر کمک های نقدی و/یا اقلام حفظ الصحة ارائه دهید.
- با سایر بخش ها برای ارائه کمک های نقدی و/یا اقلام بهداشتی و تصمیم گیری در مورد میکانیزم های توزیع هماهنگی کنید.

4 از افراد آسیب دیده در مورد مناسب بودن اقلام حفظ الصحة انتخاب شده و رضایت آنها از

میکانیزم دسترسی به آنها فیدبک بگیرد

شاخص های کلیدی

همه خانواده های آسیب دیده به حداقل مقدار وسایل حفظ الصحة ضروری دسترسی دارند:

- دو ظرف آب در هر خانوار (10 تا 20 لیتر؛ یکی برای جمع آوری، یکی برای ذخیره سازی)؛
- 250 گرم صابون برای استحمام برای هر نفر در ماه؛
- 200 گرم صابون برای لباس شویی برای هر نفر در ماه؛
- آب و صابون در ایستگاه شستشوی دست (یک ایستگاه در هر تشناب مشترک یا یک ایستگاه برای هر خانواده)؛ و
- لگن، خاک انداز یا پوشک برای دفع مدفوع کودکان.

فیصدی افراد مبتلا که پس از توزیع به طور منظم از اقلام حفظ الصحة استفاده می کنند/مشاهده می شود

فیصدی درآمد خانواده مورد استفاده برای خرید اقلام حفظ الصحة برای نیازهای اولویت دار شناسایی شده

یاد داشت های رهنمودی

اقلام ضروری را شناسایی کنید: اقلام حفظ الصحة و بسته های حفظ الصحة را با فرهنگ و زمینه تطبیق دهید. اقلام ضروری را در مرحله اولیه (مانند صابون، ظروف آب، و مواد مربوط به دوران حیض و بی اختیاری ادرار) بر اقلام «داشتن خوب است» (مانند برس مو، شامپو، کریم دندان، مسواک) اولویت دهید. برخی از گروه ها الزامات خاصی خواهند داشت + به یادداشت های راهنمود- گروه های در معرض خطر (در زیر) مراجعه کنید.

ظروف آب: ظروف آب 10 تا 20 لیتری را برای جمع آوری و ذخیره آب آشامیدنی و خانگی شناسایی کنید. اندازه و نوع ظروف باید متناسب با سن و ظرفیت حمل کسانی باشد که معمولاً آب را جمع آوری می کنند.

ظروف باید دارای کلاهک، تمیز و سرپوشیده باشند. ظروف ذخیره سازی باید دارای گردن یا شیر باریک باشند تا از جمع آوری، نگهداری و مصرف ایمن آب آشامیدنی اطمینان حاصل شود. اگر منبع آب متناوب است، ظروف ذخیره سازی بزرگتری تهیه کنید. در محیط‌های شهری یا جایی که منابع متمرکز هستند، ذخیره سازی خانگی باید برای مصرف معمولی (از جمله مصرف اعظمی، در صورت لزوم) بین پر کردن مجدد کافی باشد.

گروه های در معرض خطر: برخی از افراد به دلیل سن، وضعیت صحت، معلولیت، تحرک یا بی اختیاری به مقادیر متفاوت یا بیشتر از وسایل حفظ الصحة شخصی نیاز دارند. افراد دارای معلولیت یا کسانی که با موانعی برای تحرک مواجه هستند ممکن است به وسایل اضافی نیاز داشته باشند. این شامل صابون اضافی، اقلام بی اختیاری، ظروف آب، تشتک های تخت، چوکی کمد یا روکش های پلاستیکی برای تشتک است. از افراد یا مراقبان آنها پرسید که آیا برای جمع آوری و دفع زباله های خود به گونه ای که به شان آنها احترام بگذارد به کمک نیاز دارند. با آنها و خانواده ها یا مراقبان شان در مورد مناسب ترین حمایت مشورت کنید.

برنامه ریزی مبتنی بر بازار برای اقلام بهداشتی: تهیه وسایل حفظ الصحة باید در صورت امکان از بازارهای محلی حمایت کند (به عنوان مثال با ارائه پول نقد یا چک یا بهبود زیرساخت انبار). ارزیابی بازار و تجزیه و تحلیل درآمد خانواده ها، از جمله نقش های جنسیتی در تصمیم گیری های مصرف، باید برنامه های دسترسی و استفاده از وسایل حفظ الصحة را مشخص کند. نظارت کنید که آیا بازار کمیت و کیفیت محصولات را ارائه می دهد یا خیر و در صورت لزوم تنظیم کنید + ارائه کمک از طریق مارکیت را ببینید.

توزیع: هنگام سازماندهی هر توزیع، ایمنی و امنیت جمعیت را در اولویت قرار دهید + اصل 1 حفاظت را ببینید.

یک تیم توزیع اختصاصی بوجود بیاورید. افراد را از قبل از زمان، مکان، فهرست اقلام و هرگونه معیار واجد شرایط بودن مطلع کنید. مقابله با تبعیض یا لکه ننگ سازی و در صورت لزوم توزیع آن در خانواده ها یا از طریق خطوط توزیع جداگانه. شناسایی و رفع موانع دسترسی به مکان های توزیع یا سیستم های توزیع، بخصوص برای زنان و دختران، افراد مسن و افراد دارای معلولیت.

مواد مصرفی را دوباره تجدید کنید: یک منبع منظم قابل اطمینان از مواد مصرفی مانند صابون و مواد قاعدگی و بی اختیاری ایجاد کنید.

هماهنگی توزیع های مشترک: برای درک نیازها و مکانیزم های مقابله در بخش ها، مشاوره های مشترک جامعه را برنامه ریزی کنید. برای راحتی جمعیت هدف و صرفه جویی در زمان و مصرف در بخش های مختلف، نیازهای متعدد را به طور همزمان برطرف کنید. اطمینان حاصل کنید که خانواده ها می توانند با خیال راحت تمام اقلام خود را پس از توزیع به خانه منتقل کنند.

افراد در حال حرکت: در جاهایی که افراد در حال حرکت هستند، قابلیت حمل و نقل وسایل حفظ الصحة (مانند صابون سائز مسافرتی) را تأیید کنید. به مردم اجازه دهید اقلامی را که می خواهند انتخاب کنند، نه اینکه کیت هایستندردصدور کنید. ایجاد سیستمی برای جمع آوری و دفع زباله های بسته بندی در جایی که مردم در حال حرکت هستند.



استندرد 1.3 ارتقای حفظ الصحة:

مدیریت حفظ الصحة عادت ماهوار و بی اختیاری

ازنان و دختران در سن قاعدگی، و مردان و زنان مبتلا به بی اختیاری، به محصولات حفظ الصحة و امکانات WASH دسترسی دارند که ازوقار و سامتی آنها حمایت می کند

اقدامات کلیدی

1 شیوه ها، نورم های اجتماعی و افسانه های مربوط به مدیریت بهداشت قاعدگی و مدیریت بی اختیاری را درک کنید و لوازم و امکانات بهداشتی را تطبیق دهید.

2 با زنان، دختران و افراد مبتلا به بی اختیاری در طراحی، مکان یابی و مدیریت امکانات (تشناب، حمام، خشکشویی، دفع و تامین آب) مشورت کنید.

3 دسترسی به مواد مناسب مدیریت حفظ الصحة حیض و بی اختیاری، صابون (برای حمام کردن، لباسشویی و شستشوی دست) و سایر موارد حفظ الصحوی را فراهم کنید.

- برای توزیع، لوازم را در مکان های مجزا تهیه کنید تا از وقار اطمینان حاصل کنید و لکه ننگ را کاهش دهید، و استفاده مناسب را برای هر اقلام ناآشنا نشان دهید.

اقدامات کلیدی

فیصدی زنان و دختران در سن حیض به مواد مناسب برای مدیریت حفظ الصحة دوران حیض دسترسی دارند

فیصدی دریافت کنندگانی که از مواد و امکانات مدیریت حفظ الصحة دوران حیض راضی هستند

فیصدی افراد مبتلا به بی اختیاری که از مواد و امکانات مناسب بی اختیاری استفاده می کنند

فیصدی دریافت کنندگانی که از مواد و امکانات مدیریت بی اختیاری رضایت دارند

یاد داشت های رهنمودی

رسیدگی به مدیریت حفظ الصحة عادت ماهوار و بی اختیاری در بحران ها: مدیریت موفقیت آمیز حفظ الصحة دوران حیض و بی اختیاری به افراد کمک می کند تا با عزت زندگی کنند و به فعالیت های روزمره بپردازند. علاوه بر دسترسی به وسایل حفظ الصحة، مشورت با استفاده کنندگان در مورد میکائیزم های دفع در خانه و همچنین در تأسیسات و موسسات عمومی مانند مکاتب مهم است. امکانات تشناب باید مناسب باشد و فضایی برای خشکشویی و خشک کردن فراهم شود + به استندرد 3.1 و 3.2 مدیریت مدفوع مراجعه کنید.

تابوها در مورد عادت ماهوار: باورها، نورم ها و تابوهای دوران حیض بر موفقیت پاسخ تأثیر می گذارد. بررسی این موضوعات ممکن است در مرحله اولیه یا حاد بحران امکان پذیر نباشد، اما باید در اسرع وقت انجام شود.

بی اختیاری ممکن است در برخی زمینه ها، حتی در مسلک طبابت، یک اصطلاح پرکاربرد نباشد. بی اختیاری یک مسئله پیچیده صحتی و اجتماعی است که زمانی رخ می دهد که فرد قادر به کنترل جریان ادرار یا مدفوع خود نباشد. این می تواند منجر به سطح بالایی از لکه ننگ، انزوا، اجتماعی، استرس و ناتوانی در دسترسی به خدمات، آموزش و فرصت های کاری شود. شیوع ممکن است کم به نظر برسد، زیرا بسیاری از مردم آن را مخفی نگه میدارند، با این حال طیف وسیعی از مردم ممکن است با بی اختیاری زندگی کنند. این شامل میشود بر:

- افراد مسن؛
 - افراد دارای معلولیت و آنهاییکه با موانع حرکت رو بر رو هستند؛
 - زنانی که زایمان کرده اند - از جمله دخترانی که در معرض خطر فیستول هستند؛
 - افراد مبتلا به مریضی های مزمن مانند استمنا، شکر، سکنه مغزی یا سرطان؛
 - دختران و زنانی که خشونت جنسیتی را تجربه کرده اند یا تحت ختنه قرار گرفته اند؛
 - افرادی که تحت عمل جراحی مانند برداشتن پروستات قرار گرفته اند؛
 - زنانی که در دوران قطع دوران حاملگی (Menopause) هستند؛ و
 - کودکان خرد سال و کودکانی که از نظر روانی تحت تأثیر درگیری یا فاجعه قرار گرفته اند.
- مدیریت ضعیف حفظ الصحة بی اختیاری می تواند منبع اصلی انتقال مریضی در مواقع اضطراری باشد. دسترسی به مقادیر بسیار بالاتر آب و صابون بسیار مهم است. افراد مبتلا به بی اختیاری و مراقبان آنها هر کدام پنج برابر دیگران به آب و صابون نیاز دارند. افرادی که بی اختیاری و بی حرکت هستند باید با متخصصان سلامت یا ناتوانی مشورت کنند تا نحوه پیشگیری و مدیریت انتانات و زخم بستر را که می تواند کشنده باشد، بیاموزند.

تدارکات و امکانات: با افراد آسیب دیده درباره گزینه ها بحث کنید تا اولویت های آنها را درک کنید: مواد یکبار مصرف یا قابل استفاده مجدد. میکانیزم های دفع در خانه ها، مکاتب، مراکز صحتی و تاسیسات عمومی؛ امکانات خشک کردن و لباسشویی؛ و تسهیلات تشناب و حمام. نورم ها و ترجیحات مربوط به سن را در نظر بگیرید، زیرا ممکن است نوع و مقدار لوازم در طول زمان تغییر کند. نمایش هایی رهنمایی برای مواد ناآشنا ارائه دهید.

انواع مختلف پد (پمپر) برای بی اختیاری مدفوع و ادرار و برای سطوح مختلف شدت بی اختیاری مورد نیاز است. اندازه برای استفاده ایمن مهم است. پدهای بی اختیاری ادرار و مدفوع را در اندازه ها و انواع مختلف تهیه کنید.

نزدیکی به تشناب را برای افراد مبتلا به بی اختیاری در نظر بگیرید. برخی از افراد در صورت دسترسی سلسله به تشناب، ممکن است بتوانند از بروز حمله های بی اختیاری جلوگیری کنند. ممکن است نیاز باشد که یک چوکی کمد تشناب، تشت تخت و/یا بوتل ادرار تهیه شود.

حداقل منابع: هم برای مدیریت حفظ الصحة دوران حیض و هم برای بی اختیاری:

- یک ظرف اختصاصی با درب برای تر کردن و شستن پارچه ها و نگهداری پد پارچه ها؛ و
- طناب و ریسمان برای خشک کردن.

برای حفظ الصحه دوران حیض:

- مواد پنبه ای جاذب (4 متر مربع در سال)، پدهای یکبار مصرف (15 عدد در ماه) یا پدهای صحتی قابل استفاده مجدد (6 عدد در سال) که توسط خانم ها و دختران ترجیح داده می شود؛
 - لباس زیر یا نیکر (شش در سال)؛
 - صابون اضافی (250 گرم در ماه) + استاندارد 1.2 ارتقاء حفظ الصحه را ببینید: شناسایی، دسترسی و استفاده از اقلام حفظ الصحه.
- برای بی اختیاری، منابع به شدت و نوع بی اختیاری و ترجیحات افراد بستگی دارد. حداقل پیشنهادی عبارت است از:
- مواد پنبه ای نرم جاذب (8 متر مربع در سال)، پدهای (پمپر) بی اختیاری یکبار مصرف (150 در ماه) یا لباس زیر (نیکر) بی اختیاری قابل استفاده مجدد (12 در سال) ؛
 - لباس زیر یا نیکر (12 عدد در سال)؛
 - صابون اضافی (500 گرم حمام کردن و 500 گرم لباسشویی در ماه)؛
 - دو محافظ تشک لیک نشونده قابل شستشو؛
 - ظروف آب اضافی؛
 - سفید کننده یا مواد ضد عفونی کننده مشابه (3 لیتر محصول رقیق نشده در سال)؛
 - تشت تخت و بوتل ادرار (مردانه و زنانه)، چوکی کمد تشناب (در صورت لزوم).
- تجدید کردن منابع:** برنامه ریزی کنید که چگونه و چه زمانی مواد را دوباره تجدید کنید. کمک های نقدی یا توزیع های وسایل ممکن است به طرق مختلف در طول زمان مورد استفاده قرار گیرد. گزینه هایی را برای شرکت های کوچک برای تهیه مواد یا افراد برای ساخت مواد حفاظتی خود بررسی کنید.
- مکاتب، فضاهای امن و مراکز آموزشی:** حمایت از WASH در مکاتب و فضاهای امن باید زیرساخت WASH و ترینینگ های ارائه شده به معلمان را در نظر بگیرد. تأسیسات باید دارای یک میکانیسم دفع مجزا، یک ظرف با درب، با سیستم جمع آوری و دفع یا یک لوله از تشناب به یک دستگاه زباله سوز باشند. تجهیزات WASH با چنگک و قفسه هایی که به خوبی نگهداری می شوند و با تفکیک جنس هستند برای لوازم حفظ الصحه حیض نصب کنید.
- معلمان را تشویق کنید تا آموزش مدیریت حفظ الصحه حیض را به عنوان بخشی از دروس ستندرد اتخاذ کنند. معلمان را آموزش دهید که:
- از عملکرد های حفظ الصحه عادت ماهوار دختران حمایت کنند؛
 - لوازم حفظ الصحه عادت ماهوار را در مکتب نگهدارند؛
 - از متعلمینی که به دلیل اثرات روانی بحران دچار بی اختیاری می شوند حمایت کنید + به کتاب رهنمای INEE مراجعه کنید.
- سرپناه:** با بخش سرپناه کار کنید تا اطمینان حاصل کنید که حفظ حریم خصوصی مناسب برای حفظ الصحه عادت ماهوار و مدیریت بی اختیاری در خانه یا سرپناه عمومی وجود دارد. این ممکن است شامل استفاده از صفحه های حریم خصوصی یا مناطق جداگانه برای تبدیل باشد.
- مردم در حال حرکت: هنگام عبور افراد از نقاط عرضه وسایل، لوازم حفظ الصحه عادت ماهوار و مدیریت بی اختیاری را ارائه دهید.

2. تأمین آب

کمیت و کیفیت نامناسب آب علت اصلی اکثر مشکلات صحت عمومی در شرایط بحرانی است. ممکن است آب کافی برای رفع نیازهای اولیه وجود نداشته باشد، بنابراین تأمین سطح بقای آب آشامیدنی سالم ضروری است. اولویت تأمین مقدار کافی آب است، حتی اگر کیفیت متوسطی داشته باشد. این ممکن است تا زمانی که حداقل استانداردها برای کمیت و کیفیت آب برآورده نشود، ضروری باشد.

نلکه ها، چاه ها و لوله ها اغلب به دلیل درگیری، آفت های طبیعی یا نبود سیستم های تعمیر و نگهداری عملکردی خراب می شوند. در تعارض، محرومیت از دسترسی به آب ممکن است به عنوان یک استراتژی عمدی توسط طرفین درگیری مورد استفاده قرار گیرد. این در قوانین بین المللی بشردوستانه به شدت ممنوع است.

با اعضای جامعه و ذینفعان مربوطه مشورت کنید تا بفهمید آنها چگونه از آب استفاده می کنند و به آن دسترسی دارند، آیا محدودیت های دسترسی وجود دارد یا خیر، و اینکه چگونه ممکن است این موارد در فصل تغییر کند.

استندرد 2.1 تأمین آب :

دسترسی و کمیت آب

مردم دسترسی عادلانه و اقتصادی به مقدار کافی آب سالم برای رفع نیازهای آشامیدنی و خانگی خود دارند.

اقدامات کلیدی

- 1 با در نظر گرفتن اثرات بالقوه زیست محیطی، مناسب ترین منابع آب زیرزمینی یا سطحی را شناسایی کنید.
 - تغییرات فصلی در عرضه و تقاضای آب و مکانیزم های دسترسی به آب آشامیدنی، آب خانگی و آب برای معیشت را در نظر بگیرید.
 - منابع مختلف آب، تأمین کنندگان و عاملین و دسترسی به آب در جوامع و خانواده ها را بشناسید.
- 2 تعیین میزان آب مورد نیاز و سیستم های مورد نیاز برای تحویل آن.
 - برای یافتن نقاط آبی که امکان دسترسی ایمن و عادلانه را برای همه اعضای جامعه فراهم می کند، با ذینفعان کار کنید.
 - ایجاد سیستم های بهره برداری و نگهداری که مسئولیت های روشنی را به آنها اختصاص می دهد و نیازهای آینده را برای دسترسی پایدار در بر می گیرد.
- 3 از تخلیه مناسب آب در محل های شستشوی خانگی و جمعی، حمام و آشپزی و تأسیسات شستشوی دست اطمینان حاصل کنید.
 - به دنبال فرصت هایی برای استفاده مجدد از آب باشید، مانند باغات سبزیجات، خشت سازی یا آبیاری.



اقدامات کلیدی

اوسط حجم آب مصرفی برای آشامیدن و حفظ الصحة خانگی در هر خانواده

- حداقل 15 لیتر برای هر نفر در روز
- کمیت را بر اساس زمینه و مرحله پاسخ تعیین کنید

حداکثر تعداد افرادی که از تاسیسات مبتنی بر آب استفاده می کنند

- 250 نفر در هر نل (بر اساس جریان 7.5 لیتر در دقیقه)
- 500 نفر در هر پمپ دستی (بر اساس جریان 17 لیتر در دقیقه)
- 400 نفر در هر چاه دستی، باز (بر اساس جریان 12.5 لیتر در دقیقه)
- 100 نفر در هر واحد خشکشویی
- 50 نفر بر سر هر حمام

فیصدی درآمد خانواده که برای خرید آب آشامیدنی و حفظ الصحة خانگی استفاده می شود

- 5 فیصد یا کمتر را هدف بگیرید

فیصدی از خانواده های هدف که می دانند بعداً آب خود را از کجا و چه زمانی دریافت خواهند کرد

فاصله از هر خانواده تا نزدیکترین نقطه آبی

- >500 متر

زمان صف در منبع آب

- >30 دقیقه

فیصدی نقاط توزیع آب اشتراکی عاری از ایستادشدن

فیصدی سیستم ها/ تاسیسات آبی که دارای سیستم مدیریت عملکردی و پاسخگو هستند

یاد داشت های رهنمودی

در انتخاب منبع آب باید در نظر گرفته شود:

- در دسترس بودن، ایمنی، نزدیکی و پایداری مقدار کافی آب;
- نیاز و امکان سنجی تصفیه آب، چه توده یی یا جمعی و چه در سطح خانگی؛ و
- عوامل اجتماعی، سیاسی یا قانونی مؤثر بر کنترل منبع منابع آب ممکن است بحث برانگیز باشد، به خصوص در هنگام درگیری.

ترکیبی از روش ها و منابع اغلب در مرحله اولیه یک بحران برای برآوردن نیازهای بقا مورد نیاز است. منابع آب سطحی، علیرغم نیاز به تصفیه بیشتر، ممکن است سلسلهعترین راه حل باشند. منابع آب زیرزمینی و/یا منابع جریان تحت تأثیر جاذبه از چشمه ها ترجیح داده می شوند. آنها نیاز به تصفیه کمتری دارند و جریان تحت تأثیر جاذبه نیازی به پمپاژ ندارد. برای جلوگیری از استخراج بیش از حد، همه منابع را به طور منظم کنترل کنید + به ستنرد 2 سرپناه و اسکان مراجعه کنید: پلانگذاری موقعیت و اسکان.

ضروریات: مقدار آب مورد نیاز برای آشامیدن، حفظ الصحة و مصارف خانگی به زمینه و مرحله پاسخ بستگی دارد. این تحت تأثیر عواملی مانند استفاده و عادات پیش از بحران، طراحی مهار فضلات و عادات فرهنگی خواهد بود + به درک و مدیریت خطرات WASH در دستندارتقاء حفظ الصحة 1.1 و ستندرد 3.2. مدیریت فضلات مراجعه کنید.

حداقل 15 لیتر بر سر هر نفر در روز تثبیت شده است. هرگز یک "حداکثر" نیست و ممکن است برای همه زمینه ها یا مراحل پاسخ مناسب نباشد. به عنوان مثال، جایی که افراد ممکن است برای سال های طولانی آواره شوند، مناسب نیست. در مرحله حاد خشکسالی، 7.5 لیتر برای هر نفر در روز ممکن است برای مدت کوتاهی مناسب باشد. در شرایط شهری با درآمد متوسط، 50 لیتر برای هر نفر در روز ممکن است حداقل مقدار قابل قبول برای حفظ سلامت و منزلت باشد.

عواقب تامین مقادیر مختلف آب باید در برابر میزان عوارض و مرگ و میر مریضی های مربوط به WASH مورد بررسی قرار گیرد. با سایر بازیگران WASH هماهنگ کنید تا بر روی حداقل مشترک برای کمیت در زمینه توافق کنید. برای راهنمایی در مورد تعیین مقادیر آب برای مصارف انسانی، مالداری، سازمانی و غیره + به ستندرد 2.1.1.4 to 2.1.4 - امراض ساری - مراقبت های اساسی صحت و ضمیمه WASH 3. برای ضرورت مالداری در حالت اضطراری مراجعه کنید. + به کتاب رهنمای LEGS مراجعه کنید.

ضروریات	مقدار (لیتر/ فی شخص/ در روز)	به اساس این موارد با حالات تطابق دهید
بقا: مصرف آب (نوشیدن و غذا)	2.5-3	اقلیم و فیزیولوژی فردی
اقدامات حفظ الصحة	2-6	نورم های فرهنگی و اجتماعی
آشپزی اولیه	3-6	نوع غذا و نورم های فرهنگی و اجتماعی
تمام ضروریات اولیه آب	7.5-15	

حداقل نیازهای اولیه آب برای بقا: نیازهای آب در بین جمعیت، بخصوص برای افراد دارای معلولیت یا با موانع حرکتی، و در میان گروههایی با اعمال مذهبی متفاوت، متفاوت است. **اندازه گیری:** مقدار آب تحویلی را صرفاً بر جمعیت مورد استفاده تقسیم نکنید. نظرسنجی های خانگی، مشاهده و گروه های بحث اجتماعی روش های مؤثرتری برای جمع آوری دیتا در مورد استفاده و مصرف آب نسبت به اندازه گیری حجم آب حمل شده یا پمپ شده یا استفاده از پمپ دستی هستند. گزارش های سیستم آب را با گزارش های خانگی مدغم کرده و ارتباط دهید.

دسترسی و عدالت: نقاط آبی شامل امکانات حمام عمومی، آشپزی و خشک شویی و تشناب، و همچنین مکان های سازمانی مانند مکاتب یا تسهیلات صحتی است. اهداف حداقل مقدار (به شاخص های کلیدی بالا مراجعه کنید) فرض می کنند که نقطه آبی حدود 8 ساعت در روز با تامین آب ثابت قابل دسترسی است. از این اهداف با احتیاط استفاده کنید، زیرا آنها حداقل مقدار آب یا دسترسی عادلانه را تضمین نمی کنند.



واکنش های آب و فاضلاب باید به طور عادلانه به نیازهای جمعیت میزبان و بیجاشده برای جلوگیری از تنش و درگیری پاسخ دهد.

در طول طراحی، در نظر بگیرید که نیازها در گروه های سنی و جنس، و همچنین برای افراد دارای معلولیت یا کسانی که با موانع حرکتی روبرو هستند، متفاوت است. نقاط آبی قابل دسترسی را به اندازه کافی نزدیک خانواده ها قرار دهید تا قرار گرفتن در معرض خطرات حفاظتی را محدود کنید. به جمعیت آسیب دیده از زمان و مکان تحویل آب، حق توزیع عادلانه آنها و نحوه ارائه فیدبک معلومات دهید.

رفت و برگشت و زمان صف: زمان های رفت و برگشت و صف بیش از حد نشان دهنده تعداد ناکافی نقاط آبی یا عملکرد ناکافی در منابع آبی است. این می تواند منجر به کاهش مصرف آب فردی و افزایش مصرف از منابع سطحی محافظت نشده شود و منجر به صرف زمان کمتر برای کارهایی مانند آموزش یا فعالیت های درآمدزا شود. زمان صف نیز بر خطر خشونت در جایگاه نل آب تأثیر می گذارد + به اصل 1 حفاظت و تعهد1 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

ظروف مناسب آب: + به ستندرد 1.2 ارتقاء حفظ الصحة مراجعه کنید: شناسایی، دسترسی و استفاده از اقلام حفظ الصحة. در مواردی که تصفیه آب و ذخیره سازی ایمن در سطح خانگی (HWTSS) استفاده می شود، تعداد و اندازه ظروف را تنظیم کنید. به عنوان مثال، یک پروسه منعقد کننده، لخته سازی و ضد عفونی به دو سطل، یک پارچه صاف کننده و یک محرک نیاز دارد.

برنامه ریزی مبتنی بر بازار برای آب: نحوه دسترسی خانواده ها به آب و ظروف قبل و بعد از بحران را تجزیه و تحلیل کنید. این ارزیابی ساده بازار باید تصمیم گیری در مورد چگونگی دسترسی پایدار به آب در کوتاه مدت و بلند مدت را تعیین کند. نحوه استفاده، حمایت و توسعه بازار آب را با در نظر گرفتن روش ترکیبی کمک های نقدی خانگی، کمک های بلاعوض و ظرفیت سازی فنی با فروشندگان یا تامین کنندگان، یا ابزارهای دیگر، تعیین کنید. قیمت های ماهانه بازار (آب، مواد سوخت) را برای مصارف خانواده در طول زمان پیگیری کنید و از این روندها برای تغییرات در طراحی برنامه استفاده کنید + به ارائه کمک از طریق بازار مراجعه کنید.

پرداخت: مصرف آب نباید بیش از 3 تا 5 درصد درآمد خانواده باشد. از نحوه پوشش مصارف بیشتر خانواده ها در طول بحران آگاه باشید و برای مقابله با میکانیزم های مقابله منفی گام بردارید + به اصل 1 حفاظت مراجعه کنید. اطمینان حاصل کنید که سیستم های مالی به شیوه ای شفاف مدیریت می شوند.

مدیریت سیستم ها و زیرساخت های آب: برای تصمیم گیری در مورد مکان یابی، طراحی و استفاده از نقاط آبی (چه برنامه های فوری و چه بلندمدت) با جامعه و سایر ذینفعان همکاری کنید. این شامل امکانات حمام کردن، آشپزی و خشک شویی، تشناب، و مؤسساتی مانند مکاتب، بازارها و مراکز صحت است. از فیدبک برای انطباق و بهبود دسترسی به امکانات آب استفاده کنید.

ساختارهای قبلی و فعلی حاکمیت آب، توانایی و تمایل مردم برای پرداخت مصرف خدمات آب و فاضلاب و میکانیزم های بازبایی مصرف را در نظر بگیرید.

سرمایه گذاری در سیستم های تامین آب را در نظر بگیرید که صرفه جویی طولانی مدت یا صرفه جویی در مقیاس را ارائه می دهند. جایگزین هایی مانند پمپاژ خورشیدی یا سیستم آب لوله کشی را با حمل و نقل آب، بخصوص در بحران های طولانی در مناطق شهری و سکونت گاه های مشترک مقایسه کنید. از طریق کمیته های WASH یا مشارکت با بخش خصوصی یا دولتی، ابزاری برای راه اندازی و نگهداری سیستم های آب در اختیار مردم قرار دهید.

استفاده از آب بوتلی: آب تصفیه شده به دلیل حمل و نقل، مصرف، کیفیت و تولید زباله اقتصادی تر، مناسب تر و از نظر تکنیکی سالم تر از آب بوتلی است. برای کوتاه مدت می توان استثنای قائل شد (مثلاً افراد در حال حرکت). یک سیستم مدیریت زباله پلاستیکی مناسب ایجاد کنید.

وسایل خشکشویی، شستشو و حمام: اگر حمام خصوصی خانگی امکان پذیر نیست، امکانات جداگانه ای برای زنان و مردان فراهم کنید که ایمنی، حریم خصوصی و وقار را تضمین می کند. برای تصمیم گیری در مورد مکان، طراحی و مسئولیت تسهیلات، با استفاده کننده گان، بخصوص زنان، دختران و افراد دارای معلولیت مشورت کنید. دسترسی به آب گرم را برای حمام کردن و شستشو در شرایط خاص، مانند پاسخ به اسکبیس (Scabies)، و در طول تغییرات آب و هوایی در نظر بگیرید.

تخلیه از نقاط آب، مناطق خشک شویی، تأسیسات حمام و ایستگاه های شستشوی دست: در ساخت و بازسازی نقاط توزیع و استفاده آب، اطمینان حاصل کنید که فاضلاب خطری برای سلامتی یا محل پرورش ناقلین مشکل ایجاد نمی کند. یک طرح کلی تخلیه را در هماهنگی با برنامه ریزان سایت، بخش پناهگاه و/یا مقامات شاروالی ایجاد کنید.

سیستم ها و زیرساخت های WASH را برای مطابقت با الزامات تخلیه طراحی کنید. به عنوان مثال، درجه فشار در پایه های نل، اندازه نقطه آب و/یا پیش بند لباسشویی، و ارتفاع از نل تا پایین ظروف آب باید مناسب باشد. + استاندارد 2 سرپناه و اسکان را ببینید: پلانگذاری اسکان و موقعیت.



ستندر 2.2 تأمین آب:

کیفیت آب

آب گوارا و از کیفیت کافی برای آشامیدن و پخت و پز و حفظ الصحة شخصی و خانگی برخوردار است، بدون اینکه خطری برای سلامتی ایجاد کند.

اقدامات کلیدی

- 1 شناسایی خطرات صحت عمومی مرتبط با آب موجود و مناسب ترین راه برای کاهش آنها.
- از منابع آب و تجدید منظم بررسی های حفظ الصحوی در منبع و نقاط آب حفاظت کنید.

- 2** مناسب ترین روش برای اطمینان از آب آشامیدنی سالم در محل مصرف یا استفاده را تعیین کنید.
- گزینه های تصفیه شامل تصفیه و توزیع آب بزرگ یا جمعی، با جمع آوری و ذخیره سازی ایمن در سطح خانواده، یا تصفیه آب در سطح خانگی و ذخیره سازی ایمن است.

- 3** آلودگی آب پس از تحویل را در محل مصرف یا استفاده به حداقل برسانید.
- خانواده ها را با ظروف ایمن برای جمع آوری و ذخیره آب آشامیدنی و وسایلی برای کشیدن ایمن آب برای آشامیدن تجهیز کنید.
 - پارامترهای کیفیت آب را با (کلورین باقیمانده آزاد (FRC) و واحدهای تشکیل دهنده کلیفرم (CFU)) در نقطه تحویل و نقطه مصرف یا استفاده اندازه گیری کنید.

شاخص های کلیدی

- فیصدی افراد آسیب دیده که آب آشامیدنی را از منابع آب حفاظت شده جمع آوری می کنند
- فیصدی از خانواده های مشاهده شده که آب را همیشه در ظروف تمیز و سرپوشیده ذخیره می کنند
- فیصدی تست های کیفیت آب مطابق با حداقل استانداردهای کیفیت آب
- $CFU/100ml > 10$ در محل تحویل (آب بدون کلور)
 - $FRC \leq 0.2-0.5mg/l$ (آب کلورین شده)
 - کدورت کمتر از NTU5

یاد داشت های رهنمودی

حفظ یک زنجیره آب مصنوعی: مریضی های مرتبط با آب خطری برای سلامت زنجیره آب ایجاد می کنند. موانع انتقال مدفوع به دهان عبارتند از: مهار مدفوع، پوشاندن غذا، شستن دست ها در زمان های کلیدی و جمع آوری و ذخیره ایمن آب. + به ستنرد 1.1 ارتقای صحت: ستنرد 3.2 و ضمیمه 2 مدیریت فضلات: دیاگرام F مراجعه کنید.

ارزیابی ریسک زنجیره آب، از منبع آب تا ظرف ذخیره آب آشامیدنی، شامل موارد زیر است:

- بررسی حفظ الصحة نقطه آب;
 - مشاهده استفاده از ظروف جداگانه برای جمع آوری و ذخیره آب;
 - مشاهده ظروف آب آشامیدنی تمیز و سرپوشیده؛ و
 - تست کردن کیفیت آب.
- در مواردی که احتمال وجود آب ناسالم زیاد است، این اقدامات می تواند خطرات ظاهری را بدون انجام آزمایش های سنگین کیفیت آب خانگی برجسته کند.
- یک بررسی حفظالصحو شرایط و اقداماتی را که ممکن است خطر سلامت عمومی را در نقطه آب ایجاد کند، ارزیابی می کند. این بررسی ساختار نقطه آب، تخلیه، حصار کشی، شیوه های دفع مدفوع و شیوه های مدیریت زباله جامد به عنوان منابع احتمالی آلودگی را در نظر می گیرد. این نظرسنجی همچنین ظروف آب در خانه را بررسی می کند.

کیفیت آب: هنگام راه اندازی یک منبع آب جدید، آب را از نظر پارامترهای فیزیکی، باکتریولوژیکی و کیمیایی امتحان کنید. این کار را قبل و بعد از نوسانات فصلی محلی انجام دهید. از تجزیه و تحلیل پارامترهای کیمیایی (مانند سطح فلوراید و آرسنیک) که می تواند منجر به مشکلات سلامتی طولانی مدت شود غافل نشوید.

باکتری های کلیفرم مدفوع (بیش از 99 درصد از آنها E. coli هستند) سطح آلودگی زباله های انسانی و حیوانی در آب و وجود احتمالی سایر پتوژن های (مرض زا) مضر را نشان می دهد. در صورت وجود کلیفرم مدفوعی، آب را تصفیه کنید. حتی اگر E.coli یافت نشود، آب بدون مواد ضد عفونی کننده باقیمانده مستعد آلودگی مجدد است.

در جاهایی که آب کلور می شود (قبل از توزیع یا تصفیه در سطح خانگی) با اندازه گیری FRC در خانه ها چک های نقطه ای انجام دهید و در صورت لزوم تصفیه کنید. فرکانس تحویل آب، حرارت و مدت زمان ذخیره آب همه گی بر اندازه گیری FRC خانگی تأثیر می گذارند (ضیاع کلورین).

ترویج منابع حفاظت شده: مردم ممکن است منابع آبی محافظت نشده مانند رودخانه ها، دریاچه ها و چاه های محافظت نشده را به دلایل مزه، مجاورت و راحتی اجتماعی ترجیح دهند. منطق آنها را درک کنید و پیام ها و فعالیت هایی را توسعه دهید که منابع آب محافظت شده را ترویج می کند. **آب گوارا:** اگر آب آشامیدنی سالم طعم خوبی ندارد (به دلیل شوری، سولفید هیدروژن یا کلور که مردم به آن عادت ندارند)، مصرف کنندگان ممکن است از منابع با طعم بهتر اما ناایمن بنوشند. از مشارکت اجتماعی و فعالیت های حفظ الصحوی برای ترویج آب آشامیدنی سالم استفاده کنید.

ضد عفونی آب: در صورت وجود خطر قابل توجه آلودگی منبع یا پس از تحویل، آب باید با مواد ضد عفونی کننده باقیمانده مانند کلر تصفیه شود. خطر با توجه به تراکم جمعیت، ترتیبات دفع فضولات، اقدامات بهداشتی و شیوع مریضی اسهالی تعیین می شود. کدورت باید زیر 5 NTU باشد. اگر بالاتر است، به کاربران آموزش دهید تا قبل از تصفیه، آب را فیلتر، ته نشین و تخلیه کنند تا کدورت کاهش یابد. اگر جایگزینی وجود ندارد، کلر دوز کوتاه مدت را در نظر بگیرید. توجه داشته باشید که اتلاف کلر بسته به مدت زمان ذخیره سازی و محدوده دما متفاوت است، بنابراین این را در دوز و زمان تماس در نظر بگیرید. + به ضمیمه 6: درخت تصمیم گیری تصفیه و ذخیره آب خانگی .

کمیت در مقابل کیفیت: اگر رعایت حداقل استانداردها هم برای کمیت و هم کیفیت آب ممکن نیست، کمیت را بر کیفیت اولویت دهید. حتی از آب با کیفیت متوسط می توان برای جلوگیری از کم آبی، کاهش استرس و پیشگیری از مریضی های اسهالی استفاده کرد.

آلودگی پس از تحویل: آبی که در محل تحویل سالم است، می تواند در حین جمع آوری، ذخیره سازی و برداشت آب آشامیدنی آلوده شود. این را از طریق روش های جمع آوری و ذخیره سازی ایمن به حداقل برسانید. مخازن ذخیره سازی خانه یا شهرک را به طور منظم تمیز کنید و جامعه را برای انجام این کار آموزش دهید + به استانداردهای 1.1 و 1.2 ارتقای حفظ الصحة مراجعه کنید.

تصفیه آب در سطح خانگی و ذخیره سازی مصئونیت-Household water treatment and safe stor- (HWTSS (age): از HWTSS زمانی استفاده کنید که سیستم تصفیه آب به صورت مرکزی امکان پذیر نیست. گزینه های HWTSS که اسهال را کاهش می دهد و کیفیت میکروبیولوژیکی آب ذخیره شده خانگی را بهبود می بخشد شامل جوشاندن، کلورزنی، ضد عفونی آفتابی، فیلتریشن سرامیکی، فیلتریشن



آهسته نشینی ریگ، فیلتریشن غشایی، و لخته سازی و ضد عفونی است. برای موافقت با نیازهای سوخت خانگی و دسترسی به آب جوش با سایر بخش ها همکاری کنید. از معرفی یک گزینه تصفیه نا آشنا- ی آب در بحران ها و اپیدمی ها خودداری کنید. استفاده موثر از گزینه های HWTSS مستلزم پیگیری منظم، پشتیبانی و نظارت است و پیش نیازی برای پذیرش HWTSS به عنوان یک روش جایگزین تصفیه آب است. ⊕ به ضمیمه 6مراجعه کنید درخت: تصمیم گیری تصفیه و ذخیره آب خانگی. کیفیت آب برای مؤسسات: تمام منابع آب مکاتب، مریضستان ها، مراکز صحتی و مراکز تغذیه را با کلور یا مواد ضد عفونی کننده باقی مانده تصفیه کنید. ⊕ به ضمیمه 3: حداقل مقادیر آب: ارقام بقا و تعیین مقدار نیازهای آب.

آلودگی کیمیایی و رادیولوژیکی: در مواردی که سوابق هیدروژئولوژیکی یا دانش اقدامات صنعتی یا نظامی نشان می دهد که منابع آب ممکن است خطرات کیمیایی یا رادیولوژیکی صحت عامه را به همراه داشته باشد، تجزیه و تحلیل کیمیایی انجام دهید. تصمیم برای استفاده از آب احتمالاً آلوده برای منابع طولانی مدت فقط باید به دنبال تجزیه و تحلیل کامل پیامدهای صحتی و تأیید اعتبار با مقامات محلی باشد.

3. مدیریت مدفوع

محیطی عاری از فضلات انسانی برای حیثیت، مصنویت، صحت و سلامتی افراد ضروری است. این شامل محیط طبیعی و همچنین محیط های زندگی، آموزش و کار می شود. مدیریت مصئون مدفوع یک اولویت WASH است. در شرایط بحرانی، به اندازه تامین آب سالم اهمیت دارد.

همه مردم باید به تشناب های مناسب، ایمن، تمیز و قابل اعتماد دسترسی داشته باشند. تغوط یا مدفوع کردن با عزت امری کاملاً شخصی است. تناسب با شیوه های فرهنگی، آداب و رسوم و عادات روزانه مردم، ادراکات، و اینکه آیا افراد قبلاً از امکانات حفظ الصحة استفاده کرده اند یا خیر، تعیین می شود. تغوط کنترل نشده انسان خطر بالایی برای سلامتی دارد، بخصوص در جاهایی که تراکم جمعیت زیاد است، جاهایی که افراد آواره می شوند و در محیط های نم دار یا مرطوب.

اصطلاحات مختلفی در بخش WASH برای تعریف امکانات مدیریت مدفوع استفاده می شود. در این راهنما، «تشناب» به معنای هر تسهیل یا وسیله ای است که بلافاصله حاوی فضلات باشد و اولین مانع بین افراد و زباله ها ایجاد کند. ⊕ به ضمیمه 2 مراجعه کنید: دیاگرام F. کلمه «تشناب یا بیت الخلاء» یا (Toilet) به جای کلمه «هر تسهیل کوچک که من حیث تشناب کارگرفته میشود یا Latrine» در سراسر کتاب راهنما استفاده شده است.

دور نگهداشتن فضلات انسان از افراد، با کاهش طریقه های مستقیم و غیرمستقیم انتقال مریضی، مانع اولیه در برابر مریضی های دفعی می شود. ⊕ به ضمیمه 2: دیاگرام F مراجعه کنید. مهار فضولات باید با جمع آوری، حمل و نقل، تصفیه و دفع ادغام شود تا خطرات صحت عمومی و اثرات زیست محیطی به حداقل برسد.

وجود مدفوع انسان در محیط زندگی، یادگیری و کار می تواند نشان دهنده مسائل حفاظتی باشد. مردم ممکن است با استفاده از امکانات احساس امنیت نکنند، به خصوص در مناطق پرجمعیت.

برای این فصل، «فضولات انسان» به عنوان مواد زائد خارج شده از بدن، به ویژه مدفوع، ادرار و فضولات قاعدگی تعریف شده است. استانداردهای این بخش کل زنجیره مدفوع، از مهار اولیه تا درمان نهایی را پوشش می دهد.

استندرد 3.1 مدیریت مدفوع:

محیط عاری از مدفوع انسانی

تمام فضلات به طور مصئون در محل نگهداری می شوند تا از آلودگی محیط های طبیعی، زندگی، آموزش، کار و عامه جلوگیری شود.

اقدامات کلیدی

1 ایجاد تسهیلات در شهرک های اشتراکی تازه ساخت شده یا آنهایی که زیرساخت های اساسی آسیب دیده دارند تا فوراً فضولات را مهار کنند.



2 هر گونه مدفوع آلوده فضاهای زندگی، یادگیری و کار یا منابع آب سطحی را فوراً ضد عفونی کنید.

3 کلیه تاسیسات مدیریت فضلات را بر اساس ارزیابی خطر آلودگی احتمالی هر منبع آب سطحی یا زیرزمینی مجاور دیزاین کرده و بسازید.

- توپوگرافی محلی، شرایط زیرزمینی و آب های زیرزمینی و سطحی (از جمله تغییرات فصلی) را برای جلوگیری از آلوده شدن منابع آب و استفاده این معلومات در مورد انتخاب های مسلکی ارزیابی کنید.

4 مدفوع کودکان و نوزادان را شکل مصنون نگهدارید و دور بریزید.
کلیه امکانات مدیریت فضلات را برای به حداقل رساندن دسترسی به مدفوع توسط ناقلین امراض مشکلطراحی کرده و بسازید.

اقدامات کلیدی

در محیطی که مردم در آن زندگی می کنند، یاد می گیرند و کار می کنند، مدفوع انسانی وجود ندارد
تمامی تاسیسات نگهداری فضولات به طور مناسبی قرار گرفته اند و از هر منبع آب سطحی یا زیرزمینی
فاصله کافی دارند

یاد داشت های رهنمودی

مرحله بندی: بلافاصله پس از یک بحران، دفع مدفوع در فضای باز و بی رویه را به صورت فوری کنترل کنید. ایجاد مناطق دفع مدفوع، سایت و ساخت تشناب های عمومی، و شروع یک کمپین هماهنگ حفظ الصحی. از دفع مدفوع در نزدیکی همه منابع آب (چه برای آشامیدن استفاده شود یا نه) و تاسیسات ذخیره و تصفیه آب جلوگیری کنید. از ایجاد نواحی دفع مدفوع در سربالایی یا بالادست محل های سکونت خودداری کنید. آنها را در کنار جاده های عمومی، نزدیک تاسیسات عمومی (بخصوص تاسیسات صحن و تغذیه) یا نزدیک محل نگهداری و آماده سازی مواد غذایی قرار ندهید.
یک کمپین ارتقاء حفظ الصحة انجام دهید که دفع ایمن فضلات را تشویق می کند و تقاضا برای تشناب های بیشتر را ایجاد می کند.

در بحران های شهری، میزان آسیب به سیستم های فاضلاب موجود را ارزیابی کنید. نصب تشناب های قابل حمل را در نظر بگیرید یا از مخازن سپتیک یا محفظه ای استفاده کنید که می توانند به طور مرتب تخلیه شده بتوانند.

فاصله از منابع آب: اطمینان حاصل کنید که مواد مدفوع از تاسیسات نگهداری (تشناب خندقی، چاله ها، چقری ها، تانکر سپتیک، خندق های آب دار) منابع آب را آلوده نمی کنند. آلودگی مدفوع یک نگرانی فوری برای سلامت عمومی نیست مگر اینکه منبع آب مصرف شود، اما باید از آسیب های زیست محیطی جلوگیری کرد.

در صورت امکان، آزمایش های نفوذپذیری خاک را برای تعیین سرعت حرکت زباله در خاک انجام دهید (درجه نفوذ). از این برای تعیین حداقل فاصله بین تاسیسات مهار و منابع آب استفاده کنید..

میزان نفوذ به سطوح اشباع خاک، هرگونه استخراج از منبع، و ماهیت مدفوع بستگی دارد (فضلات آبیگین بیشتر سلسله‌عتر از مدفوع کمتر آبیگین حرکت می‌کند).

اگر آزمایش‌های نفوذ پذیری خاک نمی‌تواند انجام شود، فاصله بین تأسیسات مهار و منابع آب باید حداقل 30 متر باشد و کف خندق‌ها باید حداقل 1.5 متر بالاتر از سطح آب زیرزمینی باشد. این فواصل را برای سنگ‌های شکافدار و سنگ آهک افزایش دهید یا برای خاک‌های ریز آن را کاهش دهید.

در شرایط آب زیرزمینی بالا یا شرایط سیل، زیرساخت‌های مهار مدفوع را ضد آب کنید تا آلودگی آب‌های زیرزمینی به حداقل برسد. از طرف دیگر، تشناب‌های مرتفع یا تانکرهای سپتیک بسازید تا فصولات را در خود نگهدارند و از آلودگی محیط جلوگیری کنند. از زهکشی یا نشت مخازن سپتیک در اثر آلوده کردن منابع آب سطحی یا زیرزمینی جلوگیری کنید.

در صورت مشکوک بودن به آلودگی، فوراً منبع آلودگی را شناسایی و کنترل کنید و تصفیه آب را آغاز کنید. برخی از آلوده‌کننده‌های آب را می‌توان با روش‌های تطهیر تصفیه‌مانند کلورزنی مدیریت کرد. با این حال، منبع آلوده‌کننده‌هایی مانند نایتريت‌ها باید شناسایی و کنترل شود. مت‌هموگلوبینمیا (Methaemoglobinaemia) یک وضعیت حاد اما قابل برگشت است که به عنوان مثال با سطوح بالای نیتريت در آب آشامیدنی همراه است. + به ستندرد 2.2 تأمین آب مراجعه کنید: کیفیت آب.

مهار مدفوع کودکان: مدفوع نوزادان و کودکان معمولاً خطرناک‌تر از مدفوع بزرگسالان است. عفونت دفعی در کودکان اغلب بیشتر است و ممکن است کودکان آنتی‌بادی برای عفونت ایجاد نکرده باشند. اطلاعاتی در مورد دفع ایمن مدفوع نوزادان، روش‌های شستشو و استفاده از پمپ (دایپر)، پات یا خاک انداز برای مدیریت دفع ایمن در اختیار والدین و مراقبین قرار دهید.

ستندرد 3.2: مدیریت مدفوع یا فضلات

دسترسی و استفاده از تشناب

مردم تشناب‌های کافی، مناسب و قابل قبولی دارند که امکان دسترسی سریع، ایمن و مطمئن را در هر زمان فراهم می‌کند.

اقدامات کلیدی

- 1 مناسب‌ترین گزینه‌های تخریبی را برای تشناب‌ها را تعیین کنید.
 - تشناب را برای به حداقل رساندن تهدیدات مصنوعیتی و امنیتی برای استفاده‌کننده‌گان و کارکنان تعمیر و نگهداری، بخصوص زنان و دختران، کودکان، افراد مسن و افراد دارای معلولیت دیزاین و بسازید.
 - در صورت لزوم، تمام تشناب‌های عامه یا مشترک را بر اساس جنسیت و سن جدا کنید.
- 2 نیازهای جمعیت آسیب‌دیده به تشناب را بر اساس خطرات صحت عمومی، عادات فرهنگی، جمع‌آوری و ذخیره آب تعیین کنید.



3 با ذینفعان نماینده در مورد مکان یابی، طراحی و ساختن هر تشناب مشترک یا عامه مشورت کنید.

- دسترسی و استفاده را بر اساس سن، جنس و معلولیت افرادی که با موانع تحرک روبرو هستند؛ افراد مبتلا به HIV؛ افراد مبتلا به بی اختیاری؛ و اقلیت های جنسی یا جنسیتی در نظر بگیرید.
- تشناب های عمومی را به اندازه کافی نزدیک به خانواده ها قرار دهید تا دسترسی ایمن را فراهم کند، و به اندازه کافی دور باشد تا خانواده ها به دلیل نزدیکی به تشناب ها مورد بدنامی قرار نگیرند.

4 امکانات مناسب در داخل تشناب برای شستشو و خشک کردن یا دفع مواد حفظ الصحة عادت ماهوار و بی اختیاری ایجاد کنید.

5 اطمینان حاصل کنید که نیازهای گزینه های تکنیکی تامین آب را می توان به طور عملی برآورده کرد.

- در صورت انتخاب، منبع کافی آب را برای شستن دست ها با صابون، برای پاکسازی مقعد، و میکانیزم های شستشوی کمد یا تضمین جفظ الصحة در نظر بگیرید.

اقدامات کلیدی

نسبت تشناب های مشترک

- حداقل 1 بر سر 20 نفر

فاصله بین خانه و تشناب مشترک

- حد اکثر 50 متر

فیصدی تشناب هایی که دارای قفل داخلی و روشنایی کافی هستند

فیصدی تشناب ها بیکه توسط زنان و دختران ایمن گزارش شده است

فیصدی زنان و دختران که از گزینه های مدیریت حفظ الصحة عادت ماهوار در تشناب هایی که به طور منظم استفاده می کنند راضی هستند

باد داشت های رهنمودی

چه چیزی کافی، مناسب و قابل قبول است؟ نوع تشناب ساخته شده ، ترجیحات کاربران مورد نظر، زیرساخت های موجود، در دسترس بودن آب برای شستشو و آب بندی آب، تشکیل خاک و در دسترس بودن مصالح ساختمانی به مرحله پاسخ بستگی دارد.

به طور کلی، توالت ها کافی، مناسب و قابل قبول هستند که:

- برای همه افراد، از جمله کودکان، افراد مسن، زنان باردار و افراد دارای معلولیت، ایمن هستند؛
- برای به حداقل رساندن تهدیدات امنیتی برای استفاده کننده گان، بخصوص برای زنان و دختران و افرادی که سایر نگرانی های حفاظتی خاص دارند، قرار دارند؛

- بیش از 50 متر از خانه ها فاصله ندارند;
- ارائه حريم خصوصی مطابق با انتظارات استفاده کننده گان;
- استفاده آسان و تميز نگه داشتن آنها (به طور کلی، توالت های تميز بيشتر استفاده می شوند);
- برای محیط زیست خطري ایجاد نکنید;
- فضای کافی برای استفاده کننده گان مختلف داشته باشد;
- دارای قفل های داخلی;
- دسترسی آسان به آب برای شستن دست ها، پاکسازی مقعد و شستشوی تشناب فراهم شده است;
- اجازه تميز کردن، خشک کردن و دور ریختن آبرومندانه مواد حفظ الصحة عادت ماهوار زنان، و مواد بی اختیاری کودکان و بزرگسالان را بدهد;
- تولید مثل مگس و پشه را به حداقل میرساند؛ و
- بوی را به حد اقل میرساند.

دسترسى آسان به تشناب را برای افرادی که دارای مریضی های مزمن مانند HIV هستند، فراهم کنید. آنها اغلب از اسهال مزمن و کاهش تحرک رنج می برند.

نظارت بر استفاده وفیصدی افرادی که گزارش می دهند که تشناب ها نیازهای آنها را برآورده می کنند. از این اطلاعات برای درک اینکه کدام گروه ها راضی نیستند و چگونه می توان وضعیت را بهبود بخشید استفاده کنید. دسترسی و استفاده بر اساس جنسیت و سن، افراد دارای معلولیت یا با موانع حرکتی، افراد مبتلا به HIV و افراد مبتلا به بی اختیاری را در نظر بگیرید.

دسترسى: گزینه تخنیکى انتخاب شده باید به حق همه افراد، از جمله افراد دارای معلولیت، برای دسترسی ایمن به امکانات نظافتی احترام بگذارد. تشناب های در دسترس، یا وسایل اضافه به تشناب های موجود، ممکن است برای کودکان، افراد مسن و افراد دارای معلولیت یا بی اختیاری نیاز به ساخت، سازگاری یا خرید داشته باشند. به عنوان یک راهنما، تشناب های با دسترسی واحد جنسیتی با زینه یا ورودی های برابر سطح، با دسترسی بهتر در داخل روبنا نیز باید با حداقل نسبت 1 در 250 نفر در دسترس باشند.

امکانات ایمن و مصئون: قرارگیری نامناسب تشناب ها ممکن است زنان و دختران را بخصوص در شب آسیب پذیرتر کند. اطمینان حاصل کنید که همه گروه های در معرض خطر، از جمله زنان و دختران، پسران، افراد مسن و سایر افراد با نگرانی های حفاظتی خاص، هنگام استفاده از تشناب ها در طول روز و شب، احساس امنیت می کنند. امکانات کافی را روشن کنید و برای گروه های در معرض خطر چراغ دستی را در نظر بگیرید. از جامعه، بخصوص آنهایی که بیشتر در معرض خطر هستند، پرسید که چگونه ایمنی خود را افزایش دهند. با ذینفعان مکاتب، مراکز صحتی و کلینیک ها، فضاهای دوستانه کودک، بازارها و مراکز تغذیه مشورت کنید.

توجه داشته باشید که فقط مشورت با زنان و کودکان در مورد امکانات WASH ایمن و آبرومند کافی نیست، زیرا در بسیاری از زمینه ها مردان کنترل می کنند که زنان و کودکان چه کاری را انجام دهند. از این سلسله مراتب اجتماعی و تحرک قدرت آگاه باشید و به طور فعال با تصمیم گیرندگان تعامل کنید تا حق دسترسی ایمن زنان و کودکان به تشناب و دوش را تقویت کنید.



روشنایی در تأسیسات عمومی می تواند دسترسی را بهبود بخشد، اما همچنین می تواند مردم را به استفاده از روشنایی برای مقاصد دیگر جذب کند. برای یافتن راه های اضافی برای کاهش قرار گرفتن در معرض خطر، با جامعه، بخصوص آن هایی که بیشتر در معرض خطر تهدید قرار دارند، کار کنید.

تعیین کمیت نیازهای تشناب: نحوه انطباق ضروریات تشناب را در زمینه برای منعکس کردن تغییرات در محیط زندگی قبل و بعد از بحران، نیاز ها در مکان های عامه و هرگونه خطر خاص سلامت عمومی در نظر بگیرید. در طول مراحل اول بحران شروع سلسله، **تشناب های عمومی یک راه حل فوری با حداقل نسبت 1 بر سر 50 نفر** است که باید در اسرع وقت بهبود یابد. حداقل نسبت میان مدت 1 به ازای 20 نفر است و نسبت تشناب های زنانه به مردانه 3:1 است. برای ارقام برنامه ریزی و تعداد تشناب ها + به ضمیمه 4 مراجعه کنید.

خانگی، مشترک یا عامه؟ تشناب های خانگی از نظر ایمنی، امنیت، راحتی و وقار استفاده کننده، و رابطه ثابت شده بین مالکیت و نگهداری، دلخواه یا مطلوب هستند. گاهی اوقات امکانات مشترک برای گروه کوچکی از خانه ها ممکن است یک قاعده باشد. تشناب های مشترک یا عامه را می توان با هدف اطمینان از تشناب های خانگی در آینده طراحی و ساخت. به عنوان مثال، گذاشتن دهلیز های حفظ الصحوی در شهرک ها، فضایی را برای ساختن تأسیسات عمومی نزدیک به سرپناه ها و سپس ساختن تأسیسات خانگی در حد بودجه فراهم می کند. دهلیز های حفظ الصحوی دسترسی به تخلیه فضلات، نگهداری و از ختم کردن را تضمین می کنند.

تشناب های عمومی نیز در برخی از فضاهای عمومی یا مشترک مانند امکانات صحنی، بازار، مراکز تغذیه، محیط های آموزشی و پذیرایی یا مناطق اداری ضروری خواهد بود. + به ضمیمه 4 مراجعه کنید: حداقل تعداد تشناب، اجتماع، اماکن عمومی و موسسات.

تأسیسات نظافتی عمومی که در طی واکنش سلسله ساخته می شوند، نیازهای عملیاتی و نگهداری خاصی دارند. پرداخت برای پاک کننده های تشناب ممکن است با جوامع به عنوان یک اقدام موقت، با یک استراتژی خروج روشن توافق شود.

آب و مواد پاک کننده مقعد: در طراحی دستگاه، اطمینان حاصل کنید که آب کافی، کاغذ تشناب یا سایر مواد پاک کننده مقعدی در دسترس است. با کاربران در مورد مناسب ترین مواد پاک کننده مشورت کنید و از دفع ایمن و پایداری عرضه اطمینان حاصل کنید.

شستن دست ها: اطمینان حاصل کنید که این مرکز امکان شستن دست ها، بشمول آب و صابون (یا جایگزینی مانند خاکستر) را پس از استفاده از تشناب، تمیز کردن کف کودکی که مدفوع کرده است، و قبل از غذا خوردن و تهیه غذا را می دهد.

مدیریت حفظ الصحه عادت ماهوار: تشناب ها باید دارای ظروف مناسب برای دفع مواد حیض باشند تا از انسداد لوله های قدیمی فاضلاب یا مشکلات در تخلیه فاضلاب چاله ها یا مخازن سپتیک جلوگیری شود. در مورد طراحی تشناب ها با زنان و دختران مشورت کنید تا فضا، دسترسی به آب برای شستشو و ساحه خشک کردن فراهم شود.

استندرد 3.3 مدیریت مدفوع

مدیریت و تداوم جمع آوری، حمل و نقل، دفع و تصفیه فضلات

تأسیسات، زیربنا ها و سیستم های مدیریت فضات به طور ایمن مدیریت و نگهداری می شوند تا از ارائه خدمات و حداقل تأثیر بر محیط اطراف اطمینان حاصل شود

اقدامات کلیدی

- 1 با همکاری با مقامات محلی مسئول مدیریت مدفوع، سیستم های جمع آوری، حمل و نقل، تصفیه و دفع را که با سیستم های محلی هماهنگ هستند، ایجاد کنید.
 - استندرد های ملی موجود را اعمال کنید و اطمینان حاصل کنید که هر بار اضافی که بر روی سیستم های موجود وارد می شود، تأثیر نامطلوبی بر محیط یا جوامع ندارد.
 - با مقامات محلی و مالکان زمین در مورد استفاده از زمین برای هرگونه تصفیه و دفع بیرون از محل تشناب توافق کنید.
- 2 تعریف سیستم هایی برای مدیریت کوتاه مدت و بلندمدت تشناب ها، بخصوص زیرساخت ها (گودال، تشناب فضای باز، مخزن سپتیک، چقری فاضلاب).
 - زیرساخت ها را برای اطمینان از اینکه تمام فضولات را می توان به طور ایمن مهار کرد و گودال ها را تخلیه کرد طراحی و اندازه گیری کنید.
 - نقش ها و مسئولیت های روشن و پاسخگو را تعیین کنید و منابع مالی را برای بهره برداری و نگهداری آینده تعریف کنید.
- 3 با در نظر گرفتن کسانی که جمع آوری می کنند و اطرافیان شان، تأسیسات مهار را با خیال راحت تخلیه کنید.
- 4 اطمینان حاصل کنید که مردم اطلاعات، وسایل، ابزار و مواد لازم برای ساخت، تمیز کردن، تعمیر و نگهداری تشناب های خود را دارند.
 - کمپاین های ارتقای حفظ الصحه در استفاده، نظافت و نگهداری تشناب ها به راه بیندازید.
- 5 اطمینان حاصل کنید که هر آب مورد نیاز برای انتقال فضلات را می توان از منابع آب موجود تامین کرد، بدون اینکه فشار بی مورد بر آن منابع وارد شود.

شاخص های کلیدی

تمام فضلات انسانی به روش مصنوعی به سلامت عمومی و محیط زیست دفع می شود

نکات رهنمودی

تخلیه عبارت است از خارج کردن فضلات (تصفیه نشده و تا حدی تصفیه شده) از گودال، تشناب فضای آزاد یا مخزن و انتقال به یک مرکز تصفیه و دفع خارج از محل.



اگر تخلیه مورد نیاز است، باید از همان ابتدا در پروسه های بهره برداری و نگهداری و بودجه طراحی شود.

پس آب یا آب ضایع شده خانگی در صورت مخلوط شدن با فضلات انسانی به عنوان فاضلاب طبقه بندی می شود. به غیر از مواردی که محل استقرار در جایی است که یک سیستم فاضلاب موجود وجود دارد، آب های ضایع شده خانگی نباید با فضلات انسانی مخلوط شود. تصفیه فاضلاب دشوارتر و گرانتر از پس آب خانگی است.

برنامه ریزی: در ابتدا، برای حجم مدفوع 1 تا 2 لیتر برای هر نفر در روز برنامه ریزی کنید. دراز مدت، برای 40-90 لیتر برای هر نفر در سال برنامه ریزی کنید. حجم فضلات با تجزیه شدن کاهش می یابد. حجم واقعی به این بستگی دارد که آیا از آب برای شستشو استفاده می شود یا نه، اینکه آیا از مواد یا آب برای تمیز کردن مقعد استفاده می شود، آیا از آب و مواد دیگر برای تمیز کردن تشناب استفاده می شود و رژیم غذایی مصرف کنندگان. اطمینان حاصل کنید که آب خانگی حاصل از نظافت و پخت و پز یا لباس های شسته شده و حمام کردن به داخل محفظه ها نرود، زیرا آب اضافی به معنای تخلیه فاضلاب بیشتر خواهد بود. 0.5 متر در بالای گودال برای دوباره پر کردن بگذارید.

برای حالات خاص صحت عمومی مانند شیوع کولرا ⊕ به استاندارد WASH مراجعه کنید: WASH در ساختار های مراقبت های صحی.

بازارهای محلی: در صورت لزوم از مواد و قوه کار در دسترس محلی برای ساخت تشناب استفاده کنید. این امر مشارکت در استفاده و نگهداری از امکانات را افزایش می دهد.

مهار فضلات در محیط های مشکل: در سیل یا بحران های شهری، فراهم کردن امکانات مناسب برای مهار فضلات می تواند بخصوص دشوار باشد. در این مواقع، تشناب های مرتفع، تشناب های دفع ادرار، مخازن نگهداری فاضلاب و کیسه های پلاستیکی یکبار مصرف موقت با سیستم های جمع آوری و دفع مناسب را در نظر بگیرید. از این روش های مختلف با فعالیت های ارتقای حفظ الصحة حمایت کنید.

فضلات به عنوان منبع: فضلات نیز یک منبع بالقوه است. تکنالوژی برای تبدیل فاضلاب پروسس شده به انرژی در دسترس است، بطور مثال به عنوان خشت های قابل احتراق یا به عنوان گاز های حیاتی یا Biogas. پروسه های نظافت زیست محیطی یا کود سازی، بخش های مواد عضوی و مواد مغذی را از ترکیبی از زباله های انسانی و زباله های عضوی آشپزخانه بازیابی می کند. کود حاصل را می توان به عنوان تهویه کننده خاک یا کود برای باغچه های خانگی استفاده کرد.

4. کنترل ناقل

ناقل یک عامل انتقال دهندهٔ مرض است. ناقل ها مسیری را از منبع مریضی به افراد ایجاد می کنند. امراض منتقله از طریق ناقلین عامل اصلی مریضی و مرگ در بسیاری از محیط های بشردوستانه هستند. بیشتر ناقلان حشراتی مانند پشه، مگس و شپش هستند، اما جوندگان (موش و امثال آن) نیز می توانند ناقل باشند. برخی از ناقل ها نیز می توانند باعث گزش دردناک شوند. ناقل ها می توانند نشانه ای از زباله های جامد، مشکلات مدیریت تخلیه فاضلاب یا مدفوع، انتخاب محل نامناسب، یا مشکلات مسئولیتی و امنیتی گسترده تر باشند.

مریضی ناقل ممکن است پیچیده باشد و حل مشکلات مربوط به ناقل ممکن است به مشاوره متخصص نیاز داشته باشد. گرچه، اقدامات ساده و موثر می تواند از شیوع چنین مریضی هایی جلوگیری کند. اگر برنامه های کنترل ناقل، انتقال دهندهٔ اشتباه را هدف قرار دهند، از روش های ناکارآمد استفاده کنند یا ناقل مناسب را در مکان اشتباه یا در زمان اشتباه هدف قرار دهند، ممکن است تأثیری نداشته باشند. کنترل ها باید هدفمند و بر اساس چرخه های زندگی و اکولوژی ناقل ها باشد.

هدف برنامه های کنترولی باید کاهش تراکم جمعیت ناقل، مکان های تولید مثل ناقل و تماس بین انسان و ناقلین باشد. در توسعه برنامه های کنترل، با مطالعات موجود مشورت کنید و از سازمان های صحت ملی و بین المللی مشاوره بگیرید. در مورد الگوهای مریضی، مکان های تولید مثل و تغییرات فصلی در تعداد ناقلین و وقوع مریضی، مشاوره محلی را جویا شوید.

ستندرد های این بخش بر کاهش یا حذف ناقلین مشکل برای جلوگیری از مریضی ناقلین و کاهش مزاحمت تمرکز دارند. کنترل ناقل در چندین سکتور مورد نیاز است + به ستندرد 2 اسکان و سر پناه، مراقبت های اساسی صحت - ستندرد 2.1.1 امراض ساری و ستندرد 6.2 کمک های غذایی مراجعه کنید.

ستندرد 4.1 کنترل ناقل

کنترل ناقل به سطح جا های بود وباش شان

مردم در محیطی زندگی می کنند که مکان های پرورش و تغذیه ناقل برای کاهش خطرات مشکلات مربوط به ناقل هدف قرار گرفته اند.

اقدامات کلیدی

1 خطر مریضی ناقل را برای یک منطقه تعریف شده ارزیابی کنید.

- تعیین کنید که آیا میزان شیوع منطقه بیشتر از نورم تعیین شده سازمان صحت جهانی (WHO) یا ملی برای مریضی است یا خیر.
- مکان های بالقوه پرورش ناقل و چرخه یا سیکل زندگی، بخصوص تغذیه، با گرفتن آگاهی از ماهرین محلی و فهم در مورد ناقلین مهم را بدانید.



2 اقدامات کنترل بشردوستانه ناقل را با طرح ها یا سیستم های محلی و با دستورالعمل ها، برنامه ها یا پالیسی های ملی کنترل ناقل هماهنگ کنید.

3 تعیین کنید که آیا کنترل کیمیایی یا غیرکیمیایی ناقلین خارج از خانواده ها بر اساس درک چرخه زندگی ناقل مرتبط است.

- مردم را در مورد خطرات بالقوه ای که از کنترل کیمیایی ناقلین نشئت میکند و در مورد برنامه زمانی کاربرد کیمیایی آگاه کنید.
- کلیه پرسونل در حال لمس مواد کیمیایی را در مورد تجهیزات حفاظت فردی (PPE) و لباس آموزش داده و تجهیز کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی مکان های تولید مثل شناسایی شده که در آنها چرخه زندگی ناقل مختل شده است

یاد داشت های رهنمودی

سکونت گاه های اشتراکی: انتخاب مکان برای به حداقل رساندن مواجه شدن جمعیت آسیب دیده در معرض خطر مریضی ناقل مهم است. این باید یکی از عوامل کلیدی در هنگام بررسی سایت های احتمالی باشد. برای کنترل ملاریا، به عنوان مثال، محل سکونت گاه های جمعی را در فاصله 1 تا 2 کیلومتری مخالف باد از مکان های بزرگ مثل باتلاق ها یا دریاچه ها قرار دهید، اما از در دسترس بودن منبع آب تمیز اضافی اطمینان حاصل کنید. تأثیری که یک محل سکونت گاه جدید می تواند بر حضور ناقلین مشکل در جوامع میزبان همسایه داشته باشد را در نظر بگیرید + به ستندرد 2 سرپناه و اسکان مراجعه کنید: برنامه ریزی موقعیت و اسکان.

ارزیابی عوامل خطر: تصمیمات مربوط به پاسخ های کنترل ناقل را بر اساس ارزیابی مریضی بالقوه و سایر خطرات، و همچنین شواهد اپیدیمیولوژیک و کلینیکی مشکلات مریضی ناشی از ناقل انجام دهید. موارد مشکوک و تایید شده طی دو سال گذشته در منطقه تعریف شده را بررسی کنید. سایر عوامل موثر بر این خطر عبارتند از:

- وضعیت معافیت جمعیت، از جمله مواجه شدن قبلی و تغذیوی و دیگر استرس ها؛
- حرکت مردم از یک منطقه غیر اندمیک به یک منطقه اندمیک در جریان بیجا شدن؛
- نوع و شیوع پتوژن، هم در ناقلین و هم در انسان؛
- نوع ناقل، اعداد، سلوک و ایکولوژی (فصل، مکان های تولید مثل) و نحوه تعامل بالقوه آنها؛ و
- افزایش قرار گرفتن در معرض ناقلین در نتیجه مجاورت، خصوصیات اسکان، نوع پناهگاه، حفاظت فردی موجود و اقدامات اجتنابی.

حذف یا اصلاح مکان های پرورش و تغذیه ناقل: بسیاری از فعالیت های WASH می تواند تأثیر عمده ای بر مکان های پرورش و تغذیه داشته باشند، از جمله:

- از بین بردن آب راکد یا مناطق مرطوب در اطراف نقاط توزیع آب، مناطق حمام و خشکشویی؛
- مدیریت ذخیره سازی زباله جامد در سطح خانگی، در حین جمع آوری و حمل و نقل، و در سایت های تصفیه و دفع؛

- تهیه سرپوش برای ظروف آب;
- مدیریت مدفوع;
- پاک کردن تخته سنگ ها و روبنا های تشناب برای جلوگیری از حضور ناقل;
- محکم بسته کردن چقري های تشناب برای اطمینان از عدم ورود مدفوع به محیط و عدم ورود ناقلان مشکل به چاله ها;
- اجرای برنامه های ارتقای حفظ الصحة در مورد نظافت عمومی; و
- پوشاندن چاه ها و/یا درمان آنها با کشنده لاروا، به عنوان مثال در جاهایی که اندیمی Dengue fever وجود دارد.

سه نوع اصلی پشه مسئول انتقال مریضی عبارتند از:

- *Culex (Filariasis and West Nile virus)*، که در آب های راکد با موادمعدی، مانند تشناب، تولید مثل می کنند.
- *Anopheles* (ملاریا و فیلاریازیس)، که در آب های سطحی نسبتاً آلوده مانند گودال ها، نهرا و چاه ها تولید مثل می کنند; و
- *Aedes (Dengue, Yellow fever, Chikungunya and Zika virus)* (که در ظروف آب مانند بطری، سطل و تیر تولید می شوند.

کنترل بیولوژیکی و غیرکیمیایی: کنترل بیولوژیکی موجوداتی را معرفی می کند که جمعیت انواع ناقل هدف را شکار، پرازیتی، با آنها رقابت میکنند یا جمعیت آنها را کاهش میدهد. به عنوان مثال، ماهی های لاروا خوار و سخت پوستان آب شیرین می توانند پشه های *Aedes* (ناقلان دنگو) را کنترل کنند. یکی از امیدوار کننده ترین استراتژی ها استفاده از باکتری اندوسیمبیوتیک *Wolbachia* است که در جهت کاهش انتقال ویروس دنگو هدف قرار گرفته است. کنترل بیولوژیکی در محیط های عملیاتی خاصی موثر بوده است و شواهد حاکی از موثر بودن آن در مقیاس است.

در حالی که کنترل بیولوژیکی از آلودگی کیمیایی محیط جلوگیری می کند، ممکن است محدودیت های عملیاتی و پیامدهای ایکولوژیکی نامطلوب وجود داشته باشد. روش های کنترل بیولوژیکی فقط در برابر مراحل نابالغ پشه های ناقل مؤثر هستند و معمولاً برای استفاده در ظروف یا چاه های بزرگ سمی یا گلی لعاب دار محدود می شوند. تمایل جوامع محلی برای پذیرش ورود ارگانیزم ها به ظروف آب ضروری است. مشارکت جامعه در هنگام توزیع ارگانیزم های کنترل و نظارت و ذخیره مجدد ظروف در صورت لزوم مطلوب است.

پاسخ های انجیری محیط زیست: چندین اقدام اساسی انجیری زیست محیطی تولید ناقل را کاهش می دهد، از جمله:

- دفع صحیح فضلات انسان و حیوان، عملکرد مناسب تشناب ها، و نگهداشتن درپوش روی سوراخ چمباتمه ای تشناب های چاله ای;
- دفع مناسب زباله های جامد برای کنترل حشرات و جوندگان;
- تضمین تخلیه خوب در شهرک ها; و
- تخلیه آب ایستاده و پاکسازی پوشش گیاهی اطراف کانال های باز و حوضچه ها برای کنترل پشه ها.



چنین اقداماتی تراکم جمعیت برخی از ناقلین را کاهش می دهد. ممکن است تأثیر کافی بر روی همه مکان های تولید مثل، تغذیه و استراحت ناقل در داخل یا نزدیک یک سکونت گاه، حتی در طولانی مدت، ممکن نباشد. اگر چنین است، کنترل کیمیایی موضعی یا اقدامات حفاظت فردی را در نظر بگیرید. دوا پاشی فضاهای آلوده ممکن است تعداد مگس های بالغ را کاهش دهد و از آلودگی می اسهال جلوگیری کند یا در صورت استفاده در طول یک اپیدمی به حداقل رساندن بار مریضی کمک کند. دوا پاشی باقیمانده در داخل خانه، تراکم پشه های بالغ ناقل ملاریا یا دنگو را کاهش می دهد. طعمه های سمی جمعیت جوندگان را کاهش می دهند.

پروتوکول های ملی و بین المللی WHO: پروتوکول ها و نورم های بین المللی شفافیت را منتشر کرده است که هم به انتخاب و استفاده مواد کیمیایی در کنترل ناقل و هم به حفاظت از پرسونل و الزامات آموزشی می پردازد. اقدامات کنترل ناقل باید به دو نگرانی اصلی بپردازد: اثربخشی و ایمنی. اگر نورم های ملی در مورد انتخاب مواد کیمیایی با ستندرد های بین المللی کمتر است، با مرجع ملی مربوطه مشورت کنید و لابی کنید تا مجوز پایبندی به استانداردهای بین المللی را بگیرد.

با ارائه آموزش، لباس های محافظ و امکانات حمام کردن و محدود کردن تعداد ساعاتی که آنها برای دست زدن به مواد کیمیایی صرف می کنند، از تمام پرسونل در حال کار با مواد کیمیایی محافظت کنید. هماهنگی با درمان ملاریا: اجرای استراتژی های کنترل ناقل ملاریا همزمان با تشخیص زودهنگام و درمان با دوا های ضد ملاریا + به ستندرد 2.1.1.2 امراض ساری - مراقبت های اساسی صحتی مراجعه کنید؛ و قایه.

ستندرد 4.2 کنترل ناقل:

اقدامات خانگی و شخصی برای کنترل بردارها

همه افراد آسیب دیده از دانش و ابزار لازم برای محافظت از خود و خانواده خود در برابر ناقلانی برخوردار هستند که می توانند خطرات قابل توجهی برای صحت یا سلامتی ایجاد کنند.

اقدامات کلیدی

- 1 اجتناب ناقل فعلی یا شیوه های بازدارنده را در سطح خانواده به عنوان بخشی از یک برنامه کلی ارتقاء حفظ الصحة ارزیابی کنید.
 - موانع اتخاذ رفتارها و انگیزه های مؤثرتر را شناسایی کنید.
- 2 از کمپاین های آگاهی مشارکتی و در دسترس برای آگاه کردن مردم از ناقلان مشکل، زمان ها و مکان های انتقال پرخطر و اقدامات وقایوی استفاده کنید.
 - به طور خاص با گروه های پرخطر پیگیری کنید.
- 3 ارزیابی بازار محلی را از اقدامات وقایوی مرتبط و مؤثر انجام دهید.
 - تقویت بازارها را برای ارائه منبع پایدار اقدامات وقایوی در نظر بگیرید.

- در صورتیکه بازارهای محلی قادر به پاسخگویی به تقاضا نباشند، یک برنامه تدارکات، توزیع و اجرا برای اقلام کنترول ناقل با همکاری جامعه، مقامات محلی و سایر بخش ها تهیه کنید.

4 جوامع را برای نظارت، گزارش و ارائه فیدبک در مورد مشکل ناقلین و برنامه کنترول ناقل آموزش دهید.

اقدامات کلیدی

فیصدی مردم آسیب دیده که می‌توانند شیوه‌های انتقال و اقدامات کنترول ناقل مؤثر را در سطح خانواده به درستی توصیف کنند

فیصدی افرادی که اقدامات مناسبی را برای محافظت از خود در برابر مریضی های منتقله از طریق ناقل انجام داده اند

فیصدی خانواده هایی که حفاظت کافی برای مواد غذایی ذخیره شده دارند

یاد داشت های رهنمودی

اقدامات انفرادی محافظت از ملاریا: اقدامات به موقع و سیستماتیک حفاظتی مانند پشه خانه های حشره کش، پرده ها و جال های تخت به محافظت در برابر ملاریا کمک می کند. پشه خانه های حشره کش بادوام همچنین در برابر شپش بدن و سر، کیک، کنه، مارد کیک ها و ساس یا سرخک محافظت می کنند. از سایر روش های حفاظتی مانند لباس های آستین دراز، مواد ضد عفونی کننده خانگی، کوئل های سوزان، اسپری های آئروسول و مواد دافع در برابر پشه ها استفاده کنید. از استفاده از چنین روش هایی برای افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند، مانند کودکان زیر پنج سال، افراد دارای نقص ایمنی و زنان باردار، حمایت کنید.

گروه های در معرض خطر بلند: برخی از بخش های جامعه، بخصوص اطفال کوچک و نوزادان، افراد مسن، افراد دارای معلولیت، افراد مریض، و زنان باردار و شیرده، نسبت به سایرین نسبت به مریضی های ناقل آسیب پذیرتر خواهند بود. گروه های در معرض خطر بلند را شناسایی کنید و اقدامات خاصی را برای کاهش این خطر انجام دهید. مراقب باشید تا از بدنام کردن جلوگیری کنید.

بسیج اجتماعی و ارتباطات: تغییر رفتار در هر دو سطح فردی و اجتماعی برای کاهش هر دو زیستگاه لاروی ناقل و جمعیت ناقل بالغ مورد نیاز است. بسیج اجتماعی و فعالیت های ارتباطی باید به طور کامل با تلاش های وقایوی و کنترول ناقل، با استفاده از کانال های مختلف ادغام شوند.

اقدامات حفاظتی فردی برای سایر ناقلین: رعایت حفظ الصحه فردی و شستشوی منظم لباس ها و بستره ها موثرترین محافظت در برابر شپش بدن است. هجوم ها را با تداوی شخصی (پودرسازی)، شستشوی انبوه یا کمپین های بدون شپش کردن کنترول کنید. پروتوکول های درمانی را برای تازه واردان در شهرک توسعه و استفاده کنید. محیط خانگی تمیز، دفع موثر زباله ها و نگهداری مناسب مواد غذایی پخته و نا پخته، موش ها، سایر جوندگان و حشرات (مانند مادر کیک ها) را از ورود به خانه ها یا پناهگاه ها منع می کند. + به ستنرد 1.1 ارتقای حفظ الصحه مراجعه کنید: ارتقای حفظ الصحه



5. مدیریت زباله های جامد

مدیریت کثافات جامد پروسه است که در آن زباله های جامد عضوی و معدنی دفع می شود. این شامل:

- برنامه ریزی سیستم های مدیریت زباله های جامد؛
 - اداره، جداسازی، ذخیره سازی، دسته بندی و پروسس زباله در منبع؛
 - انتقال به یک نقطه جمع آوری؛ و
 - حمل و نقل و دفع نهایی، استفاده مجدد، استفاده دوباره یا چرخش دوباره.
- زباله می تواند در سطح خانگی، سازمانی یا اجتماعی تولید شود و شامل زباله های طبی نیز می شود. ممکن است خطرناک یا غیر خطرناک باشد. مدیریت ناکافی زباله جامد خطری برای سلامت عمومی ایجاد می کند زیرا می تواند زیستگاه های مطلوبی برای حشرات، جوندگان و سایر ناقلان مریضی ایجاد کند + ستندرد کنترل ناقل 4.1: کنترل ناقل در سطح جای بود وباش را ببینید. زباله های تصفیه نشده می توانند آب های سطحی و زیرزمینی را آلوده کنند. کودکان ممکن است در زباله های جامد با مدیریت ضعیف بازی کنند و خطر آسیب یا مریضی را در پی داشته باشند. جمع کننده های زباله که از جمع آوری مواد قابل استفاده مجدد از محل های زباله درآمد کسب می کنند، ممکن است در معرض جراحت یا امراض انتانی باشند.

زباله های جامد می توانند سیستم های تخلیه را مسدود کنند و آب های سطحی ایستاده و آلوده تولید کنند که ممکن است زیستگاهی برای ناقلین باشد و سایر خطرات صحت عامه را ایجاد کند. این ستندرد ها تصفیه یا دفع پساب های کیمیایی یا شیرابه ها را پوشش نمی دهد. برای منابع مشاوره در مورد مدیریت و درمان زباله های خطرناک + رفرنس ها و مطالعه بیشتر را ببینید.. برای منابع مشاوره در مورد مدیریت و تصفیه زباله های خطرناک. برای زباله های طبی + به ستندرد WASH 6 مراجعه کنید: WASH در تنظیمات مراقبت های صحی.

ستندرد 5.1 مدیریت زباله های جامد

محیط عاری از زباله های جامد

زباله های جامد به طور ایمن نگهداری می شوند تا از آلودگی محیط های طبیعی، زندگی، آموزش، کار و جمعی جلوگیری شود.

اقدامات کلیدی

- 1 برنامه دفع زباله جامد را بر اساس خطرات صحت عامه، ارزیابی زباله های تولید شده توسط خانواده ها و مؤسسات و عملکرد موجود طراحی کنید.
- ظرفیت ها را برای استفاده مجدد محلی، استفاده دوباره، چرخش دوباره (استفاده دوباره از کثافات بعد از پروسس) یا ساختن کود ارزیابی کنید.
- نقش زنان، مردان، دختران و پسران در مدیریت مواد زائد جامد را برای جلوگیری از ایجاد خطرات حفاظتی بیشتر درک کنید.

2) با مقامات محلی یا شهری و ارائه دهندگان خدمات کار کنید تا مطمئن شوید که سیستم ها و

- زیرساخت های موجود بخصوص در مناطق شهری بیش از حد اضافه بار نمی شوند.
- اطمینان حاصل کنید که امکانات جدید و موجود تصفیه و دفع خارج از محل می تواند توسط همه استفاده شود.
- یک جدول زمانی برای انطباق هرچه سلسله‌عتر با ستندرد های صحتی محلی یا پالیسی های مدیریت زباله تعیین کنید.

3) کمپاین های دوره ای یا هدفمند پاکسازی زباله جامد با زیرساخت های لازم برای حمایت از

کمپاین را سازماندهی کنید.

4) برای افرادی که زباله‌های جامد را جمع‌آوری و دفع می‌کنند و کسانی که در استفاده دوباره یا

استفاده مجدد دخیل هستند، لباس‌های محافظ تهیه کنید.

5) اطمینان حاصل کنید که مکان های تصفیه به طور مناسب، کافی و ایمن مدیریت می شوند.

- از هر روش تصفیه و دفع ایمن و مناسب از جمله دفن کردن، دفن مدیریت شده زباله و سوزاندن استفاده کنید.
- سایت های مدیریت زباله برای جلوگیری یا به حداقل رساندن خطرات حفاظتی، بخصوص برای کودکان را مدیریت کنید.
- با همکاری با سازمان های مسئول توزیع مواد غذایی و اقلام خانگی، مواد بسته بندی را به حداقل برسانید و بار زباله جامد را کاهش دهید

شاخص های کلیدی

هیچ زباله جامد در اطراف محله های تعیین شده یا نقاط جمع آوری عمومی جمع آوری نشده است

Guidance notes

افرادی که در حال حرکت هستند وسایلی را که سنگین هستند یا دیگر مورد نیاز نیستند دور می اندازند. تولید زباله جامد در نقاط توزیع ممکن است تنش ها را با جمعیت میزبان افزایش دهد. اگر اقلام خانگی توزیع شده پاسخگوی نیازهای واقعی نباشد، حجم زباله های جامد افزایش می یابد. این مواد زائد جامد احتمالاً از مواد متفاوتی نسبت به مواد تولید شده در محل هستند و ممکن است نیاز به تصفیه یا دفع متفاوتی داشته باشند.

مناطق شهری: زیرساخت های مدیریت کثافات جامد شهری ممکن است با سایر سیستم های خدماتی ادغام شوند. برای اصلاح بار اضافی زباله جامد با مقامات و سیستم های موجود کار کنید.

حفاظت برای رسیده گی کننده های زباله: برای همه افرادی که در مدیریت مواد زائد جامد دخیل هستند لباس محافظ تهیه کنید. حداقل دستکش تهیه کنید. در حالت مطلوب، چکمه ها (بوت ساق بلند) و ماسک های محافظ نیز تهیه کنید. در صورت لزوم، ایمن سازی را در برابر تیتانوس و هپاتیت B انجام دهید. اطمینان حاصل کنید که صابون و آب برای شستن دست ها و صورت در دسترس است. کارکنان



را در مورد روش های صحیح حمل و نقل و دفع ضایعات و خطرات مرتبط با مدیریت نادرست اطلاع رسانی کرده و آموزش دهید + مراقبت های اساسی صحت - سندرد 2.1.1.1 امراض ساری: وقایع را ببینید. حمل کننده های زباله به عنوان کثیف یا ضعیف بدنام یا لکه ننگ (Stigmatised) شده میتوانند. مشاوره جامعه می تواند به تغییر نگرش کمک کند. حصول اطمینان از داشتن تجهیزات مناسب و توانایی حفظ نظافت از دست اندرکاران زباله نیز کمک خواهد کرد.

سکونتگاه های جمعی و مناطق روستایی: دفع زباله های جامد خانگی ممکن است در سکونتگاه های عمومی و مناطق با تراکم جمعیت کمتر امکان پذیر باشد و حتی ترجیح داده شود. اندازه گودال های دفن یا سوزاندن زباله های جامد خانگی را بر اساس اندازه خانواده ها و ارزیابی جریان زباله قرار دهید. گودال های خانگی باید به خوبی حصارکشی شوند تا از دسترسی کودکان و حیوانات به آنها جلوگیری شود و مطلوب است که حداقل 15 متر از خانه ها فاصله داشته باشند.

برای نقاط جمع آوری محله یا جمعی، ابتدا برای هر 40 خانواده یک ظرف 100 لیتری تهیه کنید. در درازمدت بر سر هر ده خانواده یک کانستینر تهیه کنید، زیرا تولید زباله های خانگی احتمالاً در طول زمان افزایش می یابد. به عنوان یک راهنما، یک تیم تداوم و نگهداری 2.5 نفر باید بر سر هر 1000 نفر در دسترس باشد.

استفاده مجدد، استفاده دوباره و چرخش دوباره: استفاده مجدد، استفاده دوباره یا چرخش دوباره زباله های جامد توسط جامعه را تشویق کنید، مگر اینکه انجام این کار خطر قابل توجهی برای سلامت عمومی ایجاد کند. پتانسیل فرصت های تجاری در مقیاس کوچک یا درآمد تکمیلی ناشی از بازیافت زباله و امکان کود سازی خانگی یا جمعی زباله های عضوی را در نظر بگیرید.

سندرد 5.2: مدیریت زباله های جامد

اقدامات خانگی و شخصی برای مدیریت ایمن زباله های جامد

مردم می توانند با خیال راحت زباله های جامد را در خانه های خود جمع آوری و به طور بالقوه تصفیه کنند

اقدامات کلیدی

- 1 برای خانواده ها انباری مناسب، با اندازه مناسب و سرپوشیده برای زباله های خانگی یا ظروف برای دسته های کوچک خانواده ها فراهم کنید.
- اولویت خانواده را برای تعداد و اندازه ظروف برای استفاده مجدد و چرخش دوباره در نظر بگیرید.
- 2 نقاط جمع آوری محله های عمومی را به وضوح مشخص و حصارکشی کنید تا خانواده ها بتوانند زباله ها را به صورت روزانه در آنجا بگذارند.
- 3 سیستمی برای حذف منظم زباله های خانگی و سایر زباله ها از نقاط جمع آوری عمومی تعیین شده تنظیم کنید.
- 4 اطمینان حاصل کنید که گودال های دفن زباله جامد یا سوزاندن زباله در سطوح خانگی یا اشتراکی به طور ایمن مدیریت می شوند.

شاخص های کلیدی

فایده‌ی خانواده‌هایی که به محله مشخص شده یا محل جمع‌آوری زباله جامد مشترک در فاصله قابل قبولی از محل سکونت خود دسترسی دارند

فایده‌ی خانواده‌هایی که ذخیره‌سازی مناسب و کافی زباله را در سطح خانواده گزارش کرده‌اند

یادداشت رهنمودی

برنامه‌ریزی: میزان زباله‌های جامد که مردم تولید می‌کنند به نحوه تهیه و پخت غذا و فعالیت‌هایی که در داخل یا نزدیک خانه انجام می‌شود بستگی دارد. تغییرات می‌توانند فصلی باشند و اغلب منعکس‌کننده برنامه‌های توزیع یا بازار هستند. فرض کنید یک نفر در روز 0.5 کیلوگرم زباله جامد تولید می‌کند. بر اساس تراکم زباله جامد معمولی 200 تا 400 کیلوگرم بر متر مکعب، این معادل 1 تا 3 لیتر برای هر نفر در روز است.

استندرد 5.3: مدیریت کثافات جامد

سیستم‌های مدیریت کثافات جامد در سطح جامعه

نقاط جمع‌آوری عمومی تعیین‌شده از زباله سرریز نمی‌شوند و تصفیه یا دفع نهایی زباله ایمن و مطمئن است.

اقدامات کلیدی

- 1 اطمینان حاصل کنید که مؤسساتی مانند مکاتب و فضاهای آموزشی، فضاهای دوستانه کودک و دفاتر اداری دارای انبارهای سرپوشیده به وضوح، مناسب و کافی برای زباله‌های تولید شده در آن مکان هستند.
- 2 برای زباله‌های تولید شده در مناطق مشترک، بخصوص بازارهای رسمی یا غیررسمی، مراکز حمل و نقل و مراکز ثبت، ذخیره‌سازی مشخص و حصارکشی شده را فراهم کنید.

شاخص های کلیدی

فایده‌ی مکاتب و مراکز آموزشی با ذخیره‌سازی مناسب و کافی کثافات جامد

فایده‌ی بازارهای عمومی با ذخیره‌سازی مناسب و کافی زباله

فایده‌ی گودال‌های زباله جامد یا زباله سوز در مدارس، مراکز آموزشی، بازارهای عمومی و سایر مؤسسات دولتی که به صورت ایمن مدیریت می‌شوند



یاد داشت های رهنمودی

ضایعات بازار: بازارها نیاز به توجه خاص دارند، زیرا مناطق عمومی اغلب فاقد مالکیت و مسئولیت تعیین شده برای مدیریت زباله جامد هستند. با اکثر ضایعات بازار مانند زباله های جامد خانگی رفتار کنید.

زباله کشتارگاه: اطمینان حاصل کنید که کشتار صحرایی و مطابق با قوانین محلی است. بسیاری از زباله های جامد تولید شده توسط کشتارگاه ها و بازارهای ماهی را می توان به عنوان زباله های جامد خانگی در نظر گرفت اما به زباله های مایع آنها توجه خاص داشته باشید. در صورت لزوم، این ضایعات را در یک گودال سرپوشیده در کنار کشتارگاه یا کارخانه پروسس ماهی دفع کنید. برای کاهش دسترسی حشرات به گودال، خون و سایر مواد زائد مایع را از طریق یک کانال پوشیده شده به داخل گودال بریزید. آب را برای نظافت در دسترس قرار دهید.

6. WASH در شیوع امراض و تنظیمات مراقبت های صحی

WASH و فعالان صحی هر دو برای کاهش خطرات صحت عامه، جلوگیری از انتقال مریضی و کنترل شیوع مریضی تلاش می کنند. هماهنگی قوی با ساختارها و شرکای دولتی - در هر دو بخش - برای رسیدگی به خطرات صحت عمومی در جامعه و در محیط های مراقبت های صحی مورد نیاز است. این ستندرد بر اساس ستندرد های 1-5 WASH و فصل صحت است که باید به طور کامل مورد بررسی قرار گیرد و تمام مداخلات تخنیکی را راهنمایی کند.

وقایه و کنترل انتان (IPC) یک فعالیت کلیدی در وقایه از مریضی در هر شرایطی و همچنین برای پاسخ به شیوع مریضی است. برای مریض، کارکنان مراقبت های صحی و جامعه بسیار مهم است. این مسئولیت نهاد های صحی است که اطمینان حاصل کنند که حداقل ستندرد ها در محیط های مراقبت های صحی رعایت می شوند، اما انجام این کار اغلب مستلزم همکاری ساختاریافته و حمایت فعالین WASH است. روش های خوب و مداوم WASH، هم در جامعه و هم در محیط های مراقبت های صحی انتقال مریضی های انتانی را کاهش داده و به کنترل شیوع مریضی کمک می کند. حداقل اقدامات در این ستندرد برای پاسخ مداوم اعمال می شود و مناطقی را برای افزایش مقیاس در صورت شیوع مشخص می کند.

پاسخ به شیوع امراض مبتنی جامعه

پاسخ دادن به هر جز WASH همیشه عملی نیست. بر خطر فوری سلامت عمومی تمرکز کنید و با جوامع اعتماد و مسئولیت پذیری ایجاد کنید. پاسخ را بر اساس یافته های اپیدیمولوژیک، ارزیابی عوامل خطر، راه های انتقال (بخصوص فراتر از غایبی- فمی)، تأثیر مورد انتظار هر مداخله و منابع موجود اولویت بندی کنید.

مشارکت جامعه یکی از اجزای کلیدی واکنش به شیوع مریضی به منظور جلوگیری از گسترش مریضی است. ادراکات و باورهای موجود جامعه می تواند از پاسخ پشتیبانی کند یا مانع آن شود، بنابراین درک و رسیدگی به آنها مهم است. برخی از نورم های اجتماعی ممکن است نیاز به اصلاح داشته باشند تا از انتقال مریضی جلوگیری شود. برای مثال، با جامعه همکاری کنید تا اشکال بدیل احوال پرسی را جایگزین دست دادن کنید.

اقدامات وقایه و تدایوی مرض خاص در جامعه آسیب دیده را تشویق کنید. این می تواند شامل استفاده از پشه خانه برای جلوگیری از ملاریا، یا نمک های ریه ایدریشن و زینک (برای کودکان) برای اسهال باشد. اگر کارمندان جامعه اطلاع رسانی واقعه یابی فعال یا وظایف مرتبط را انجام می دهند، باید آموزش ببینند. همه دیتا را در بررسی و واکنش کلی شیوع مریضی ادغام کنید. ردیابی سلسله شیوع مریضی و افرادی که بر آن تأثیر می گذارد برای پاسخ به موقع بسیار مهم است و دیتای یکپارچه در یک سیستم مشترک از شمارش مضاعف یا گم شدن مناطق کلیدی جلوگیری می کند. + مراقبت های اساسی صحی - ستندرد 2.1.4 امراض ساری آماده گی و پاسخ برای شیوع را ببینید.



در طول هر شیوع مرض، همیشه از راهنمایی های تکنیکی اپدیت پیروی کنید، زیرا مریضی های نوظهور خطرات و اثرات متفاوتی خواهند داشت. راهنمایی های گسترده ای در مورد IPC در وقایع و کنترل مریضی خاص وجود دارد، و این باید به عنوان یک اولویت دنبال شود + به ریفرنس های زیر مراجعه کنید. این ستندرد حداقل مسائلی را که باید در نظر گرفته شود را ارائه می دهد و همکاری بین WASH و بخش های صحت را توصیف می کند. دیاگرام زیر نمای کلی از اقدامات کلیدی WASH مبتنی بر جامعه در طول شیوع مریضی را ارائه می دهد. برای اقدامات صحت، + مراقبت های اساسی صحت - ستندرد 2.1.1 تا 2.1.4. امراض ساری را ببینید.



ستندرد 6:

WASH در تنظیمات مراقبت های صحی

همه تنظیمات مراقبت های صحی حداقل استانداردهای وقایه و کنترل انتان WASH را حفظ می کنند، از جمله در موارد شیوع بیماری.

اقدامات کلیدی

- 1 **آب قابل اطمینان با کمیت و کیفیت کافی، متناسب با محیط مراقبت های صحی را تامین کنید**
 - حداقل به ارزش 48 ساعت آب سالم (0.5 میلی گرم در لیتر کلر باقیمانده آزاد) ذخیره کنید تا از عرضه ثابت اطمینان حاصل شود.
 - شیوع مریضی: مقدار آب را افزایش دهید و محلول های کلر را با توجه به نوع مریضی، خطر و نیازها وفق دهید.
- 2 **امکانات دفع فضلات کافی را برای محدود کردن انتقال مریضی فراهم کنید.**
 - برای کسانی که با موانع حرکتی مواجه هستند، چوکی های کمد و تشناب های سطلی تهیه کنید.
 - امکانات نظافتی (تشناب، حمام، محل شستشو) را با آب و مواد شوینده تمیز کنید. از استفاده از مواد شوینده قوی در توالت ها خودداری کنید.
 - شیوع: تسهیلات دفع فضلات را در هر منطقه از محیط مراقبت صحی فراهم کنید.
 - شیوع: مواد و لوازم را برای مریضی خاص، مانند بسترهای کولرا و سطل های مدفوع یا استفراغ، تطابق دهید.
 - شیوع: هرگونه اقدامات احتیاطی اضافی مورد نیاز برای تمیز کردن، از کار انداختن و تخلیه تأسیسات و وسایل فضلات را تعیین کنید.
- 3 **مواد نظافتی و تجهیزات کافی برای کارکنان مراقبت های بهداشتی، مریضان و بازدیدکننده -گان برای حفظ حفظ الصحه فراهم کنید.**
 - ایستگاه های شستشوی دست را در مکان های کلیدی با آب سالم، صابون یا الکل تهیه کنید. در هوا خشک کنید یا از دستمال های «یکبار مصرف» استفاده کنید.
 - شیوع مریضی: ایستگاه های شستشوی دست را در هر منطقه فراهم کنید.
 - شیوع مریضی: اقدامات حفظ الصحوای اضافی مانند حمام پا با کلور یا اسپری کردن (بسته به مریضی) و شستن دست ها قبل از پوشیدن یا برداشتن تجهیزات محافظت شخصی (PPE) را تنظیم کنید.
 - شیوع مریضی: قبل از ترخیص، وسایل حفظ الصحه و آموزش خاصی به مریضان ارائه دهید.
- 4 **یک محیط تمیز و صحی را حفظ کنید.**
 - کف و سطوح افقی کار را روزانه با آب و مواد شوینده تمیز کنید.
 - سطوح بالقوه آلوده را با محلول 0.2 درصد کلور پاک و ضد عفونی کنید.
 - قبل از هر بار استفاده، وسایل طبی قابل استفاده مجدد را بسته به خطر، پاک، ضد عفونی یا تعقیم کنید.



- در صورت کثیف شدن مشهود، پس از شستن تمام شیت ها یا روجایی ها را با محلول کلر 0.1 درصد ضد عفونی کنید. تمام کتانی ها را برای سالن های عمل تعقیب کنید.
- شیوع: قدرت ضد عفونی کننده برای پاک کردن کف و سطوح آلوده را افزایش دهید. میکانیزم های خاصی را برای ضد عفونی کردن شیت ها در نظر بگیرید.

5 زباله ها را به درستی مدیریت، تصفیه و دفع کنید.

- تفکیک زباله های مراقبت های صحنی در نقطه تولید با استفاده از روش Threebin.
- همه کارکنان مراقبت های صحنی را در زمینه تفکیک و مدیریت زباله آموزش دهید.
- اطمینان حاصل کنید که تیم های تعیین شده باید از PPE برای جمع آوری، تصفیه و دفع زباله استفاده کنند (حداقل: دستکش و چکمه بوت های ساق بلند).
- شیوع مریضی: اقدامات احتیاطی مربوط به حمل زباله را با استفاده از PPE کامل بر اساس نوع مریضی افزایش دهید.

6 اطمینان حاصل کنید که همه کارکنان مراقبت های صحنی، مریضان و مراقبان از PPE مناسب استفاده می کنند.

- PPE را برای نوع قرار گرفتن در معرض و دسته اقدامات احتیاطی جداسازی ارائه دهید.
- آموزش کارکنان مراقبت های صحنی، مریضان و سایرین در مرکز برای انتخاب، استفاده و حذف PPE.
- شیوع: نوع قرار گرفتن در معرض پیش بینی شده را ارزیابی کنید و PPE را با نوع انتقال تطبیق دهید.

7 مردگان را به شیوه ای محترمانه، از لحاظ فرهنگی مناسب و ایمن بر اساس شیوه های صحت عامه مدیریت و دفن کنید.

- عرف های محلی و همچنین نیاز به شناسایی و بازگشت متوفی به خانواده ها را در نظر بگیرید.
- شیوع مریضی: در صورت ناامن بودن شیوه های معمول، گزینه های جایگزین را با جامعه شناسایی کنید.
- شیوع: تیم ها را با تجهیزات حفاظتی مناسب برای انجام دفن آموزش داده و تجهیز کنید.

اقدامات کلیدی

- همه کارکنان مراقبت های صحنی قبل و بعد از هر تماس با مریض دست های خود را با استفاده از صابون یا مالش الکل پاک می کنند
- همه مریضان و مراقبین قبل از دست زدن به غذا یا خوردن غذا و بعد از رفتن به تشناب دست های خود را می شویند
- همه ایستگاه های شستشوی دست ها دارای صابون یا مالش الکل هستند (یا محلول کلر 0.05 فیصد در موارد شیوع مریضی)
- تعداد ایستگاه های شستن دست ها
- حداقل: یک ایستگاه برای هر ده مریض داخل بستر
- کیفیت آب آشامیدنی در محل تحویل
- حداقل: 1mg/l FRC-0.5

مقدار آب موجود مصئون

- حداقل: 5 لیتر برای هر مریض سراپا در روز
- حداقل: 60 لیتر برای هر مریض در روز در مرکز تداوی کولرا
- حداقل: 300-400 لیتر برای هر مریض در روز در مرکز تداوی تب خونریزی دهنده ویروسی

تعداد تشناب های قابل دسترس

- حداقل: چهار عدد در مراکز سراپایی (جدا شده برای مردان، زنان، کودکان و کارکنان مراقبت های صحی)
- 1 عدد در 20 مریض بستری (برای مردان، زنان، کودکان و کارکنان مراقبت های صحی جدا شده است)

یاد داشت های رهنمودی

برنامه ریزی وقایه و کنترل انتان در تمام محیط های مراقبت های صحی، از جمله آمبولانس ها و برنامه های صحت جامعه ضروری است. این امر مستلزم تدوین دستورالعمل هایی در مورد اقدامات احتیاطی ستندرد، اقدامات احتیاطی مبتنی بر انتقال و تکنیک های ضد عفونی کلینیکی است. شامل یک تیم اختصاصی وقایه و کنترل انتان در هر محیط و آموزش برای کارکنان مراقبت های صحی. سیستم های نظارتی باید انتانات مرتبط با مراقبت های صحی و مقاومت ضد میکروبی را کنترل کنند. تنظیمات باید پرسونل و حجم کاری مناسب داشته باشند. تخت ها باید فقط شامل یک مریض باشد. مراقبت های ضحی باید در یک محیط امن و مناسب، ساخته شده با زیرساخت ها و تجهیزات WASH کافی برای حفظ شیوه های حفظ الصوی ایمن ارائه شود + ستندرد های 1.1 و 1.2. سیستم های صحی را ببینید.

کمیت و کیفیت آب: هنگام محاسبه مقادیر آب مورد نیاز، به مقادیر مندرج در ضمیمه 3 مراجعه کرده و نظر به وضعیت آنرا تنظیم کنید، + ضمیمه 3: حد اقل مقادیر آب ببینید. هدف کلینیکی های سیار باید ارائه ستندرد های WASH مشابه برای مریضان سراپایی، از جمله دسترسی به منبع آب سالم و تشناب باشد. از عرضه (و ذخیره سازی) حداقل 48 ساعته در هر تاسیسات اطمینان حاصل کنید. برای همه گیری هایی مانند ابولا و کولرا، 72 ساعت ذخیره کنید. برای پایه های برنامه های WASH جامعه + ستندرد های 2.1 و 2.2 ببینید.

محلول های کلور زیر برای استفاده های مختلف در محیط های مراقبت های صحی مورد نیاز است

محلول کلورین	فعالیت تسهیل مراقبت های صحی
0.05%	شستن دست ها خشکه شویی (بعد از پاک کردن)
0.2% (کولرا) 0.5% (ایبولا)	پاک کردن سطوح افقی کار پس از پاک کردن (فقط برای کولرا) مواد پاک کننده، پیش بند، چکمه، ائانه پخت و پز و ظروف شستشوی سر تختی، سطل پاک کردن سطوح آلوده به مایعات بدن آماده سازی اجساد مرده (ایبولا)
2%	آماده سازی اجساد مرده (کولرا) در سطل زیاله و سبدهای استفراغ قرار دهید (کولرا)
1%	Mother solution برای کلورزنی آب



مدیریت مدفوع: + استاندارد 3.1 تا 3.3 مدیریت مدفوع را برای راهنمایی در مورد مدیریت مدفوع به طور کلی ببینید و استاندارد 1.3 ارتقای حفظ الصحه را برای مدیریت حفظ الصحه عادت ماهوار و بی اختیاری برای اطلاعات خاص در مورد وسایل ببینید.

امکانات تشناب مناسب از نظر فنی و فرهنگی با قفل جدا و دارای نور کافی با فضای کافی برای کمک به مریضان برای مراقبین آنها فراهم کنید. تمام تأسیسات حفظ الصحوی (تشناب، حمام، محل شستشو) باید با آب و مواد شوینده پاک شوند. از استفادهٔ مواد ضدعفونی کننده قوی در داخل تشناب ها خودداری کنید (مخصوصاً برای سپتیک تانک)، زیرا پروسه های تجزیه زیستی طبیعی (Natural biodegradation) برخی از عوامل مریضی را (Pathogen) را مختل می کند.

در طول شیوع، هنگام پاک کردن، از کار انداختن یا تخلیهٔ تأسیسات و تجهیزات فضلات (به عنوان مثال، محلول کلورین برای پاک کردن، تصفیه با آهک خام یا کلورین) اقدامات احتیاطی بیشتری انجام دهید.

آب خاکستری (فاضلاب): به عنوان حداقل دفع کردن فاضلاب از از چربی گیر و گودال شستشو شنی استفاده کنید. از حصارکشی بودن آن اطمینان حاصل کنید تا از دستکاری مردم جلوگیری شود.

زباله های مراقبت های صحی حاوی اورگانیزم های انتانی مانند HIV و هپاتیت B هستند که می توانند منابع خاک و آب را نیز آلوده کنند. برای جمع آوری و تفکیک زباله به محض ایجاد، از یک روش حداقل threebin استفاده کنید:

رنگ ظرف/لیبل	مثال	کتگوری
سیاه	کاغذ	زباله های عمومی، غیر خطرناک
زرد، با لیبل "SHARPS"، ضد لیک شدن و ضد سوراخ	سوزن، پل جراحی، سیت انفیوژن، شیشه شکسته، ویال خالی	استفاده شدهٔ تیز خطرناک، منتن
زرد، نشانی شده و ضد لیک شدن	مواد آلوده به مایعات بدن مانند سواب (Swab)، پانسمان، بخیه، کلچر های لابراتواری	نا تیز خطرناک، منتن

ممکن است به تفکیک بیشتر نیاز باشد، از جمله برای ضایعات پاتولوژیک (انساج انسانی)، دوایی و کیمیایی (معرف های لابراتواری). زباله های تفکیک شده را حداقل هر روز و در صورت بسیار منتن فوراً از منطقه طبی جمع آوری کنید. از کراچی دستی برای حمل زباله با استفاده از یک مسیر ثابت به مناطق مشخص شده با دسترسی عمومی محدود استفاده کنید. ظروف زباله، کراچی های دستی و محل های نگهداری باید به طور مرتب ضدعفونی شوند. کلیه متصدیان زباله های طبی برای هپاتیت B و تیتانوس واکسین شوند.

با توجه به امکانات موجود، زباله ها را تصفیه و دفع کنید:

تصفیه یا دفع زباله	کتگوری
چرخش دوباره، سوختاندن، یا دفن کردن در خندق های زباله شاروالی	عمومی
خندق اشیای تیز کپسوله کرده و در محل دفن زباله دفن کنید سوزاندن (نه ویاال ها) سپس در گودال خاکستر دفن کنید (با احتیاط، زیرا ممکن است تیغه های تیز گند نشوند)	وسایل تیز استعمال شده
گودال دفن (پوشاندن زباله با آهک خام) سوزاندن سپس در گودال خاکستر دفن کنید اتوکلاف یا تصفیه کیمیایی	پتالوژیک
در صورت امکان از دستورالعمل های ملی پیروی کنید یا به تامین کننده بازگردید کپسوله کنید و در محل دفن زباله دفع کنید زباله سوزهای مخصوص (Incinerator) (بیش از 1200 درجه سانتی گراد)	دوایی یا فارمکالوژیک
در صورت امکان از دستورالعمل های ملی پیروی کنید یا به تامین کننده بازگردید مقادیر کمی را می توان سوزانده یا کپسوله کرد در تصفیه خانه یا کوره دوار درمان کنید	زباله های کیمیایی

کوره های زباله سوز (Incinerator) باید بیش از 900 درجه سانتیگراد باشد و دارای محفظه دوگانه باشند. کوره های زباله سوز با کیفیت پایین، انتشارات سمی وآلوده کننده های هوا تولید می کنند و کاملاً تعقیم نمی شوند. همه گودال ها و زباله سوزها باید مطابق با ستنردر های موجود ملی و بین المللی ساخته شوند و به طور ایمن اداره، نگهداری و از رده خارج شوند.

تجهیزات حفاظت فردی (PPE) برای انطباق با پروتوکول های IPC و اطمینان از اینکه مریضان، خانواده ها و کارکنان در معرض خطر بیشتر قرار نگیرند اجباری است.

نوع مواجه شدن پیش بینی شده (پاشیدن، اسپری، تماس یا لمس) و کتگوری انتقال مرض را ارزیابی کنید. از تجهیزات مناسب، بادوام و مناسب (مانند مقاوم در مقابل مایع (fluid resistance) یا ضد مایع Fluid proof استفاده کنید.

PPE اولیه از پوشندگان در برابر قرار گرفتن در معرض خون، مایعات بدن، ترشحات یا دفع محافظت می کند. این شامل: دستکش هنگام لمس مواد عفونی. روپوش/پیش بند زمانی که لباس یا پوست در تماس با مواد عفونی باشد. محافظت از صورت مانند ماسک، عینک یا سپر برای محافظت در برابر پاشیدن، قطرات یا اسپری. PPE اضافی یا PPE اولیه در زمان های اضافی نیز ممکن است که باید استفاده شود و این وابسته به نوع انتقال مریضی است: تماس (مانند روپوش و دستکش در محیط مریض). قطره (ماسک های جراحی در فاصله 1 متری مریض)؛ و انتقال از طریق هوا (دستگاه تنفس ذرات).



PPE یکبار مصرف را در سطل های زباله (مانند بیرل های 220 لیتری) در ورودی محل تخلیه قرار دهید. سطل ها را جمع آوری کنید و به یک منطقه مدیریت زباله معین ببرید. PPE قابل استفاده مجدد مانند دستکش های سنگین و عینک را در سطل های حاوی محلول 0.5 درصد کلور قرار دهید. پاک، شستشو، ترمیم کرده و به شکل مناسب نگهداری کنید.

محلول 0.5 درصد کلور باید برای شستن دست های دستکش بعد از هر مرحله در دسترس باشد. یک پایه محلول 0.05 درصد کلور جداگانه برای شستشوی دست به عنوان آخرین مرحله در پروسه کشیدن لباس تهیه کنید.

مدیریت اموات: دفن ایمن، محترمانه و فرهنگی مناسب افراد مرده، از جمله شناسایی همه افراد را ترویج کنید. اجازه دهید افراد اعضای خانواده خود را شناسایی کنند و مراسم تشییع جنازه را انجام دهند. اجساد را بدون مراسم در گورهای دسته جمعی نیندازید.

دفن دسته جمعی ممکن است مانعی برای دریافت گواهی فوت لازم برای طرح دعاوی قانونی باشد. هنگام دفن قربانیان خشونت، مسائل قانونی احتمالی را در نظر بگیرید + ستندرد 1.1 سیستم های صحت: ارائه خدمات صحتی را ببینید.

با درنظرداشت پتوجن مریضی و نحوه انتقال آن، ممکن است احتیاط های خاصی مانند آماده کردن مرده با محلول کلور در هنگام شیوع مریضی مورد نیاز باشد. تشریفات پاکسازی و مراقبت از مردگان می تواند احتمال انتقال مریضی را افزایش دهد، اما رعایت نکردن حساسیت های فرهنگی می تواند منجر به تدفین مخفیانه و گزارش نشدن آن شود.

کارکنان مراقبت های صحتی و تیم های دفن باید همیشه از PPE استفاده کنند. از کارگران دفن اجتماعی با خدمات روانی اجتماعی حمایت کنید. برای جلوگیری از لکه ننگ زدن به افرادی که این نقش را انجام می دهند، با رهبران جامعه همکاری کنید.

از کار انداختن: با جامعه، مقامات محلی و فعالان بشردوستانه مشورت کنید تا تصمیم بگیرید که چگونه یک مرکز مراقبت های صحتی موقت را در طی یک پاسخ از رده خارج کنید.

ضمیمه 1

چک لیست بررسی نیازهای اولیه تأمین آب، ارتقای نظافت و حفظ الصحة

این لیست سوالات در درجه اول برای استفاده برای ارزیابی نیازها، شناسایی منابع و توصیف شرایط محلی است. شامل سؤالاتی نمی شود که منابع خارجی مورد نیاز برای تکمیل منابع موجود فوری و محلی را تعیین می کند.

عمومی

- چند نفر مبتلا هستند و کجا هستند؟ داده ها را بر اساس جنسیت، سن، معلولیت و غیره تفکیک کنید.
- حرکات احتمالی مردم چیست؟ عوامل امنیتی برای افراد آسیب دیده و برای پاسخ های امدادی بالقوه چیست؟
- مریضی های رایج، شایع یا احتمالی مرتبط با WASH کدام اند؟
- افراد کلیدی برای مشورت یا تماس چه کسانی هستند؟
- افراد آسیب پذیر جمعیت چه کسانی هستند و چرا؟
- آیا دسترسی یکسان برای همه به امکانات موجود، از جمله در اماکن عمومی، مراکز صحتی و مکاتب وجود دارد؟
- چه خطرات امنیتی مخصوصی برای زنان، دختران، پسران و مردان وجود دارد؟ در گروه های در معرض خطر؟
- قبل از بحران، جمعیت به چه شیوه های آب، فاضلاب و حفظ الصحة عادت داشتند؟
- ساختارهای رسمی و غیررسمی قدرت (به عنوان مثال، رهبران جامعه، بزرگان، گروه های زنان) چه هستند؟
- تصمیمات در خانواده و جامعه چگونه اتخاذ می شوند؟
- آیا دسترسی به بازارهای محلی وجود دارد؟ چه اموال و خدمات کلیدی WASH قبل از بحران در بازار قابل دسترسی بودند و در طول بحران قابل دسترسی هستند؟
- آیا مردم به پول نقد و/یا کربدیت (Credit) دسترسی دارند؟
- آیا تغییرات فصلی وجود دارد که باید از آنها آگاه بود که مثلاً ممکن است دسترسی به نیروی کار را محدود کند یا تقاضای نیروی کار را در طول زمان برداشت افزایش دهد؟
- مقامات کلیدی چه کسانی هستند تا با آنها هماهنگی و همکاری کرد ؟
- شرکای محلی در منطقه جغرافیایی، مانند گروه های جامعه مدنی که ظرفیت مشابهی در WASH و مشارکت جامعه دارند، چه کسانی هستند؟

ارتقای حفظ الصحة

- مردم قبل از بحران به چه شیوه های آب، نظافت و حفظ الصحة عادت داشتند؟
- چه اقدامات موجود برای صحت مضر است، چه کسی و چرا اینها را انجام می دهد؟
- چه کسی هنوز رفتارهای حفظ الصحة مثبت را انجام می دهد و چه چیزی آنها را قادر می سازد و انگیزه می دهد تا این کار را انجام دهند؟



- مزایا و معایب هر گونه تغییر پیشنهادی در عمل چیست؟
- کانال های رسمی و غیررسمی موجود برای ارتباط و اطلاع رسانی (مانند کارکنان صحنی جامعه، خدمتکاران سنتی زایمان، تداوی کننده گان سنتی، کلب ها، تعاونی ها، کلیساها و مساجد) کدام اند؟
- چه دسترسی به رسانه های جمعی در منطقه وجود دارد (به عنوان مثال، رادیو، تلویزیون، ویدئو، اخبار)؟
- چه سازمان های رسانه ای محلی و/یا سازمان های غیردولتی (NGO) وجود دارد؟
- کدام بخش از جمعیت می تواند و باید مورد هدف قرار گیرد (مثلاً مادران، کودکان، رهبران جامعه، رهبران مذهبی)؟
- چه نوع سیستم اطلاع رسانی در این زمینه (به عنوان مثال، داوطلبان حفظ الصحة جامعه یا کارگران یا مروجین، کلب های صحنی مکاتب، کمیته های WASH) برای بسیج فوری و میان مدت کار می کند؟
- نیازهای آموزشی کارکنان ارتقاء حفظ الصحة و کارکنان خدمات رسانی جامعه چیست؟
- چه اقلام غیرغذایی در دسترس هستند و بر اساس ترجیحات و نیازها چه مواردی ضروری هستند؟
- مردم برای خرید اقلام ضروری حفظ الصحة خود در کجا به بازارها دسترسی دارند؟ آیا این دسترسی (مصرف، تنوع، کیفیت) از زمان بحران تغییر کرده است؟
- خانواده ها چگونه به وسایل حفظ الصحة ضروری خود دسترسی دارند؟ چه کسی تصمیم می گیرد که کدام اقلام را بخرد و اولویت بندی کند؟
- اقدامات حفظ الصحة در محیط های مراقبت های صحنی (به خصوص در موقعیت های اپیدیمی مهم است) چقدر مؤثر است؟
- نیازها و ترجیحات زنان و دختران برای اعمال حفظ الصحة عادت ماهوار چیست؟
- نیازها و ترجیحات افراد مبتلا به بی اختیاری چیست؟

تأمین آب

- منبع تامین آب فعلی چیست و مصرف کنندگان فعلی چه کسانی هستند؟
- چه مقدار آب برای هر نفر در روز در دسترس است؟
- دفعات روزانه و هفتگی در دسترس بودن آب چقدر است؟
- آیا آب موجود در منبع برای نیازهای کوتاه مدت و بلند مدت برای همه گروه ها کافی است؟
- آیا نقاط جمع آوری آب به اندازه کافی به محل زندگی مردم نزدیک است؟ ایمن هستند؟
- آیا منبع آب فعلی قابل اطمینان است؟ چقدر طول می کشد؟
- آیا مردم ظروف آب کافی با اندازه و نوع مناسب (جمع آوری و ذخیره سازی) دارند؟
- آیا منبع آب آلوده است یا در معرض خطر آلودگی (میکروبیولوژیکی، کیمیایی یا رادیولوژیکی) است؟
- آیا سیستم تصفیه آب وجود دارد؟ آیا تصفیه لازم است؟ آیا تصفیه امکان پذیر است؟ چه تصفیه لازم است؟
- آیا ضدعفونی ضروری است؟ آیا جامعه خوش طعمی و پذیرش آب که با باطعم و بوی کلور یکجا شده مشکل دارد؟

- آیا منابع جایگزین آب در این نزدیکی وجود دارد؟
- چه باورها و شیوه های سنتی مربوط به جمع آوری، ذخیره و استفاده از آب موجود هستند؟
- آیا موانعی برای استفاده از منابع تامین آب موجود وجود دارد؟
- آیا در صورت ناکافی بودن منابع آب امکان بیجا ساختن جمعیت وجود دارد؟
- در صورت ناکافی بودن منابع آب، چه جایگزین هایی وجود دارد؟
- آیا اعتقادات و اعمال سنتی مربوط به حفظ الصحة وجود دارد (به عنوان مثال، در طول شیوع کلورای هائیتی، این مریضی مرتبط با فرهنگ Voodoo بود)؟ آیا هر یک از این باورها یا اعمال مفید است یا مضر؟
- مسائل حفظ الصحوی کلیدی مربوط به تامین آب چیست؟
- آیا مردم آب می خرنند؟ اگر بله، کجا، با چه قیمتی و برای چه اهدافی؟ آیا این دسترسی (مصرف، کیفیت، منظم بودن تحویل) تغییر کرده است؟
- آیا مردم ابزاری برای استفاده حفظ الصحوی از آب دارند؟
- آیا نقاط آب و محل های خشکشویی و حمام به خوبی تخلیه می شوند؟
- آیا شرایط خاک برای مدیریت در محل یا خارج از محل آب مشکل دار از نقاط آبی و مناطق خشکشویی و حمام مناسب است؟ آیا آزمایش نفوذ خاک انجام شده است؟
- در صورت بیجا شده گی روستایی، منبع آب معمولی برای حیوانات چیست؟
- آیا به دلیل مداخله احتمالی تامین آب، برداشت و استفاده از منابع آب، اثرات زیست محیطی وجود خواهد داشت؟
- چه استفاده کننده گان دیگری در حال حاضر از منابع آب استفاده می کنند؟ آیا در صورت استفاده از منابع برای جمعیت های جدید، خطر درگیری وجود دارد؟
- چه فرصت هایی برای همکاری با بخش خصوصی و/یا دولتی در تامین آب وجود دارد؟ چه تنگناها و فرصت هایی وجود دارد که می تواند به تحلیل پاسخ و توصیه ها کمک کند؟
- چه وظایف عملیاتی و نگهداری لازم است؟ چه ظرفیتی برای تحقق آنها در کوتاه مدت و بلند مدت وجود دارد؟ چه کسی باید پاسخگوی آنها باشد؟
- آیا مکانیزم یا سیستم مالی موجود یا بالقوه ای وجود دارد که بتواند مصارف بهره برداری و نگهداری را جبران کند؟
- جمعیت میزبان چگونه به آب دسترسی پیدا می کند و از سالم بودن آب آن در محل استفاده اطمینان می یابد؟

دفع فضلات

- آیا محیط عاری از مدفوع است؟
- در صورت وجود تغوط در فضای باز، آیا محل تعیین شده وجود دارد؟
- آیا امکانات از قبل وجود دارد؟ اگر چنین است، آیا از آنها استفاده می شود؟ آیا آنها کافی هستند؟
- آیا آنها با موفقیت عمل می کنند؟ آیا می توان آنها را گسترش داد یا تطبیق داد؟
- آیا امکانات امن و با وقار هستند: دارای روشنایی، مجهز به قفل، صفحه نمایش حریم خصوصی؟
- آیا مردم در طول روز و شب می توانند به تسهیلات تشناب دسترسی داشته باشند؟ اگر شب نیست، چه جایگزین هایی وجود دارد؟



- جمعیت میزبان چه شیوه های مدیریت مدفوع را انجام می دهد؟
- آیا روش فعلی تغوط تهدیدی برای منابع آب (آب های سطحی یا زیرزمینی) یا مناطق زندگی و به طور کلی برای محیط زیست است؟
- آیا نورم های اجتماعی-فرهنگی در طراحی تشناب وجود دارد؟
- آیا مردم با طراحی، ساخت و استفاده از تشناب ها آشنایی دارند؟
- چه مواد محلی برای ساخت تشناب موجود است؟
- آیا پذیرش و عملی برای کود ساختن وجود دارد؟
- کودکان از چه سنی شروع به استفاده از تشناب می کنند؟
- مدفوع نوزادان و کودکان خرد سال چه می شود؟
- شیب زمین چقدر است؟
- میزان سطح آب زیرزمینی چقدر است؟
- آیا شرایط خاک برای دفع فضلات در محل مناسب است؟
- آیا ترتیبات فعلی دفع فضلات باعث ازدیاد یا تشدید ناقلین مرض میشود؟
- آیا مواد یا آب برای پاکسازی مقعد در دسترس است؟ مردم معمولاً چگونه این مواد را دفع می کنند؟
- آیا افراد بعد از تغوط و قبل از تهیه و غذا خوردن دست های خود را می شویند؟ آیا صابون یا سایر مواد پاک کننده با آب در کنار تشناب یا داخل خانه موجود است؟
- زنان و دختران چگونه عادت ماهوار را مدیریت می کنند؟ آیا مواد یا امکانات مناسب برای این کار در دسترس است؟
- آیا امکانات یا تجهیزات خاصی برای دسترسی به سرویس نظافتی برای افراد دارای معلولیت، افراد مبتلا به HIV، افراد مبتلا به بی اختیاری یا افراد بی حرکت در مراکز طبی موجود است؟ آیا ملاحظات زیست محیطی ارزیابی شده است: به عنوان مثال، استخراج مواد خام مانند ریگ و جغل برای اهداف ساختمانی، و حفاظت از محیط زیست از مواد مدفوع؟
- آیا کارگران ماهر مانند سنگ تراش یا نجار و کارگران غیر ماهر در جامعه وجود دارند؟
- آیا دستگاه های تخلیه گودال یا تانکر های فضلات موجود است؟ آیا در حال حاضر زباله های مدفوع جمع آوری شده به طور مناسب و ایمن دفع می شوند؟
- استراتژی مناسب برای مدیریت مدفوع - شامل مهار، تخلیه، درمان و دفع چیست؟

امراضی که توسط ناقلین بوجود می آیند

- خطرات مریضی ناقل چیست و چقدر جدی هستند؟
- ناقلان محلی در رابطه با تولید مثل، استراحت و تغذیه از چه طرح های روزانه یا فصلی پیروی می کنند؟
- آیا باورها و اعمال سنتی (به عنوان مثال، این باور که آب کثیف باعث ملاریا می شود) وجود دارد که به ناقلین و مریضی های منتقله از طریق ناقلین مربوط می شود؟ آیا هر یک از این باورها یا اعمال مفید است یا مضر؟

- اگر خطرات مریضی های ناقل بالا باشد، آیا افراد در معرض خطر به حفاظت فردی دسترسی دارند؟
- آیا می توان تغییراتی در محیط محلی ایجاد کرد (مخصوصاً از طریق زهکشی، پاکسازی اسکراب، دفع فضولات، دفع مواد زائد جامد) برای جلوگیری از پرورش ناقل؟
- آیا کنترل بردارها با روش های شیمیایی ضروری است؟ چه برنامه ها، مقررات و منابعی در مورد استفاده از مواد شیمیایی برای کنترل ناقل وجود دارد؟
- چه اطلاعات و اقدامات احتیاطی ایمنی باید به خانواده ها ارائه شود؟

مدیریت زباله های جامد

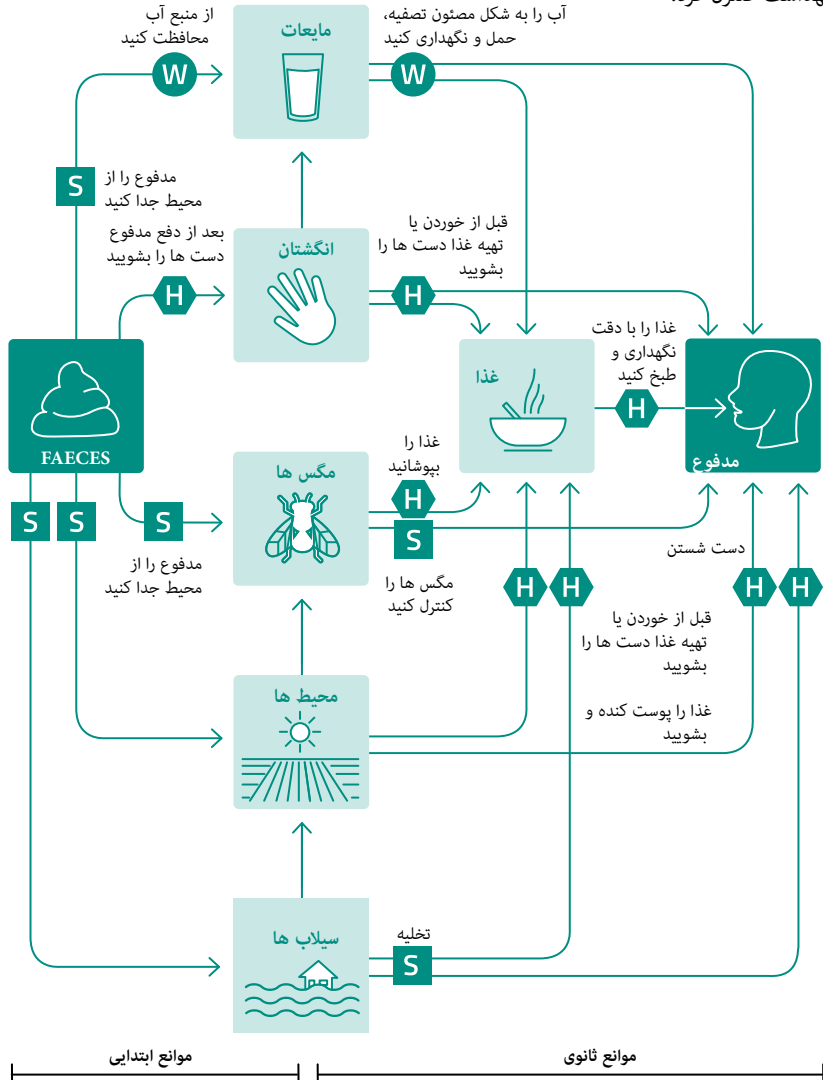
- آیا زباله های جامد انباشته شده مشکل ساز است؟
- مردم چگونه کثافات خود را دفع می کنند؟ چه نوع و چه مقدار زباله جامد تولید می شود؟
- آیا زباله های جامد را می توان در محل دفع کرد یا نیاز به جمع آوری و دفع آنها در خارج از محل دارد؟
- روش معمول دفع زباله جامد برای افراد آسیب دیده (به عنوان مثال، چاله های کود سازی و/یا زباله، سیستم جمع آوری، سطل ها) چیست؟
- آیا امکانات و فعالیت طبی .ج.د دارند که تولید زباله میکنند؟ چگونه دفع می شود؟ چه کسی مسئول است؟
- مواد حفظ الصحوی یکبار مصرف (به عنوان مثال، پمپر کودکان، مواد حفظ الصحوی عادت ماهوار و مواد بی اختیاری) کجا دفع می شوند؟ آیا دفع آنها محتاطانه و مؤثر است؟
- دفن زباله جامد فعلی چه تأثیری بر محیط زیست دارد؟
- بخش خصوصی و دولتی چه ظرفیتی برای مدیریت پسماند جامد دارند؟



ضمیمه 2

دیاگرام F: انتقال غایبی - فمی امراض اسهالی

موانع می توانند انتقال بیماری را متوقف کنند. اینها می توانند اولیه (جلوگیری از تماس اولیه با مدفوع) یا ثانویه (جلوگیری از بلعیده شدن آن توسط فرد جدید) باشند. آنها را می توان با مداخلات آب، بهداشت و بهداشت کنترل کرد.



توجه: دیاگرام خلاصه ای از مسیرها است. سایر مسیرهای مرتبط ممکن است مهم باشند. به عنوان مثال، آب آشامیدنی ممکن است توسط یک ظرف آب کثیف آلوده شده باشد، یا ممکن است غذا توسط ظروف کثیف آشپزی آلوده شود

اصول WASH برای اقدامات در جامعه در جریان شیوع مرض (شکل ۵)

منبع: مرکز انجینیری و توسعه آب (WEDC)

ضمیمه 3

مقادیر کم آب: ارقام بقا و کمی کردن نیازهای آب

ضروریات: مصرف آب (نوشتنی و غذا)	2.5-3 لیتر برای هر نفر در روز (بستگی به آب و هوا و فیزیولوژی فردی دارد)
اقدامات اساسی حفظ الصحة	2-6 لیتر به ازای هر نفر در روز (بستگی به نورمهای اجتماعی و فرهنگی دارد)
نیازهای اولیه آشپزی	3-6 لیتر برای هر نفر در روز (بستگی به نوع غذا، نورمهای اجتماعی و فرهنگی دارد)
مراکز صحن و شفاخانه ها	5 لیتر برای هر مریض سرپایی 40-60 لیتر برای هر مریض بستری در روز 100 لیتر در هر مداخله جراحی و زایمان ممکن است مقادیر اضافی برای تجهیزات لباسشویی، شستشوی تشناب و غیره مورد نیاز باشد
دوایی یا فارماکالوژیک	60 لیتر برای هر مریض در روز 15 لیتر برای هر مراقب در روز
مراکز تداوی تب Viral haemorrhagic	300-400 لیتر برای هر مریض در روز
مراکز معالجوی تغذیه	30 لیتر برای هر مریض بستری در روز 15 لیتر برای هر مراقب در روز
کلینیک سیار با مراجعه کم	1 لیتر برای هر مریض در روز
کلینیک سیار با مراجعه مکرر	35 لیتر در روز برای هر مریض
نقاط اول ریه‌ایدیشن (ORS)	10 لیتر در روز برای هر مریض
مراکز پذیرش/ترانزیت	اگر اقامت بیش از یک روز باشد روزانه 15 لیتر برای هر نفر 3 لیتر برای هر نفر در روز اگر اقامت صرف از طرف روز باشد
مکاتب	3 لیتر به ازای هر مردمک چشم در روز برای نوشتن و شستن دست (استفاده برای تشنابهایی که شامل آن نمی‌شوند: تشناب های عمومی را در زیر ببینید)
مساجد	2 تا 5 لیتر برای هر نفر در روز برای شستشو و نوشیدن
تشناب های عمومی	1-2 لیتر برای هر کاربر در روز برای شستن دست 2-8 لیتر در هر اطاقک در روز برای پاک کردن تشناب
تشناب های تمام آبریز (Flushing)	20-40 لیتر به ازای هر کاربر در روز برای تشناب های سیفون معمولی متصل به فاضلاب 3-5 لیتر به ازای هر کاربر در روز برای تشنابهایی که توسط آفتابه یا تاملوت در آن آب انداخته میشود
شستن مقعد	1-2 در هر روز برای یک شخص
مواشی	20-30 لیتر در روز برای حیوان متوسط و بزرگ 5 لیتر در روز برای حیوان کوچک



ضمیمه 4

حداقل تعداد تشناب ها: اجتماع، اماکن عمومی و مؤسسات

اداره	کوتاه مدت	میان مدت و طویل مدت
جامعه	1 تشناب برای 50 نفر (اجتماعی)	1 تشناب برای 20 نفر (خانواده مشترک) 1 تشناب برای 5 نفر یا 1 خانواده
ساحات بازار	1 تشناب برای 50 غرفه	1 تشناب برای 20 غرفه
شفاخانه/ مراکز صحتی	1 تشناب برای 20 بستر یا 50 بیمار سرپایی	1 تشناب برای 10 بستر یا 20 مریض سرپایی
مراکز تغذی	1 تشناب برای 50 بزرگسال 1 تشناب برای 20 کودک	1 تشناب برای 20 بزرگسال 1 تشناب برای 10 کودک
مراکز پذیرش/ترانزیت	1 تشناب 50 نفره به نسبت 3:1 مؤنث بر مرد	
مکاتب	1 تشناب برای 30 دختر 1 تشناب برای 60 پسر	1 تشناب برای 30 دختر 1 تشناب برای 60 پسر
دفاتر		یک تشناب برای 20 کارمند

منبع: گرفته شده از Harvey, Baghri و Reed (2002)

توجه: در جایی که زمینه اجازه می دهد، به منظور ایجاد پذیرش، مالکیت و مداخلات حفظ الصحوی مناسب فرهنگی، از همان ابتدا تشناب های خانوادگی مشترک یا حتی بهتر از آن، تشناب های خانگی را هدف قرار دهید.

توجه: در جامعه به تعداد 50 نفر (کوتاه مدت) یا 20 نفر (بلند مدت) امکانات استحمام به اندازه سرویس نظافتی تامین شود

ضمیمه 5

بیماری های مرتبط با آب و نظافت

1. طبقه بندی زیست محیطی عفونت های مرتبط با آب

عامل بیماری زا (پتوجن نماینده)	انتان	کتگوری
پروتوزوا پروتوزوا باکتری باکتری پروتوزوا باکتری پروتوزوا ویروس باکتری باکتری باکتری	پیچش آمیبی Amoebic dysentery بالانتیدایزیس Balantidiasis Campylobacter enteritis کولرا Cryptosporidiosis اسهال E. coli جاردیازیس اسهال روتاویروس Rotavirus diarrhoea سلمونلوزس شجیلوزیس Shigellosis یرسینیوز Yersiniosis	(1) امراض مدفوعی - دهانی (از طریق آب یا شسته شده با آب (Water- borne or water) washed (-) (a) اسهالات و پیچش ها
باکتری باکتری وایرس وایرس Spirochaete کرم کرم	Typhoid تایفوید Paratyphoid پارا تایفوئید Poliomyelitis هیپتایتیس A Leptospirosis Ascariasis Trichuriasis	(b) تب Enteric
متفرقه متفرقه	امراض انتانی جلد امراض انتانی چشم	(2) شسته شده با آب (Water- washed) (a) انتانات چشم و جلد
ریکتسیا (Rickettsia) Spirochaete	تیفوس بوجود آمده توسط شپش تب عود کننده بوجود آمده توسط شپش	(b) دیگر
کرم (Helminth)	شیستوزو میازیس Schistosomiasis	(3) از طریق آب (a) نفوذ از طریق جلد
کرم (Helminth) کرم (Helminth) کرم (Helminth) کرم (Helminth) کرم (Helminth)	Guinea worm Clonorchiasis Diphyllbothriasis Paragonimiasis دیگر	(b) از طریق بلع کردن

پروتوزوا	Sleeping sickness	(4) حشرات ناقل مرتبط به آب (a) گزیدن نزدیک آب
کرم (Helminth) پروتوزوا کرم (Helminth) وایرس وایرس وایرس	Filariasis ملاریا River blindness امراض وایروسی از طریق پشه تب زرد Yellow fever Dengue دیگر	(b) تولید مثل در آب

منبع: ACF: آب، نظافت و حفظ الصحه برای جمعیت های در معرض خطر، ضمیمه 5، صفحه 675

2. طبقه بندی محیطی انتانات مربوط به فضلات

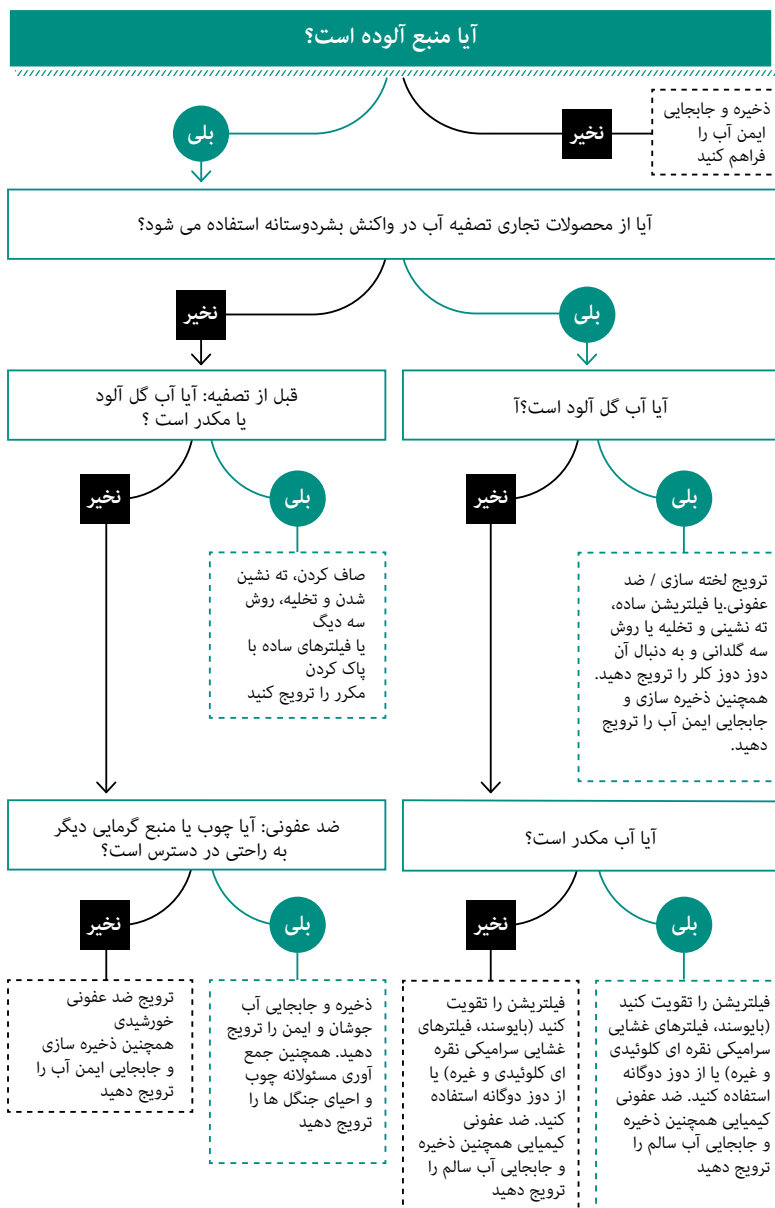
معیار کنترل اصلی (اقدامات انجیری با حروف مختلف یا <i>Italics</i>)	میکانیزم های برجسته انتقال	عامل سببی مرض	انتان	کنگوری
تامین آب خانگی مسکن بهبود یافته تهیه سرویس صحی آموزش صحی	تماس شخص با شخص آلوده گی خانگی	وایرس وایرس وایرس پروتوزوا پروتوزوا پروتوزوا کرم کرم	Poliomyelitis هیپتائیتیس A Rotavirus اسهال پیش آمیبی Giardiasis Balantidiasis Enterobiasis Hymenolepiasis	1) مدفوعی - دهانی (غیر باکتریایی) غیر خفته (Non Latent -)، دوز کم انتان
تامین آب خانگی مسکن بهبود یافته تهیه تشناب تصفیه فضلات قبل از استفاده مجدد یا دور انداختن تعلیمات صحی	تماس فرد به فرد آلودگی خانگی آلودگی آب آلودگی محصولات زراعتی	باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری	Typhoid Campylobacter enteritis کولرا E.coli پیش Salmonellosis Shigellosis Yersiniosis Enteric fever Typhoid تایفاید Para typhoid پرا تایفاید	2) مدفوعی - دهانی (باکتریایی) دوز عفونی غیر نهفته، متوسط یا بالا نسبتاً پایدار و قادر به تکثیر
تهیه تشناب با کف پاک تصفیه فضلات قبل از استفاده برای زمین	آلودگی صحن آلودگی زمین در منطقه تغوط عمومی آلودگی محصولات	کرم کرم کرم کرم	Ascariasis (roundworm) Trichuriasis (whipworm) Hookworm Strongyloidiasis	3) کرم های منتقله از خاک نهفته (Latent) و مقاوم و بدون میزبان بین البینی
تهیه تشناب تصفیه فضلات قبل از استفاده برای زمین پخت و پز و بر رسی گوشت	آلودگی صحن آلودگی مزرعه آلودگی علوفه	کرم	Taeniasis	4) کرم های فیتوی گوشت گاو و خوک نهفته و مقاوم با میزبان بین البینی گاو یا خوک
تهیه تشناب تصفیه مدفوع قبل از ترخیص کنترل حیواناتی که دارای انتان هستند آشپزی	آلودگی آب	کرم کرم کرم کرم	Schistosomiasis Clonorchiasis Diphyllbothriasis Paragonimiasis	5) کرم های مبتنی بر آب نهفته و پایدار با میزبان (های) بین- البینی آبی



شناسایی و حذف مکان های بالقوه تولید مثل استفاده از پشه خانه	حشرات در مکان های مختلف آلوده به مدفوع تولید مثل می کنند	کرم متفرقاً	فیلاریازیس (توسط پشه Culex pipiens انتقال می شود) انتانات انتانات در دسته بندی ها 1-4، به خصوص I و II، که ممکن است توسط مگس و سوسک ها منتقل می شود	6) حشرات ناقل مربوط به فضلات
---	--	-------------	---	------------------------------

ضمیمہ 6

درخت تصمیم گیری تصفیه و ذخیره آب خانگی



منبع: اقتباس از (IFRC 2008) رهنمای تصفیه آب خانگی و ذخیره سازی امن در مواقع اضطراری

ريفرنس ها و مطالعه بيشتر

حق آب/عمومي

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org

تأثير WASH بر صحت

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." PLoS Med, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises. LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013. www.elrha.org

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." Trop Med Int Health, vol. 20, 2015, pp. 25267.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. "Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." Lancet Infectious Diseases, vol. 5, 2005, pp. 4252. www.thelancet.com

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. "Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." PLoS One, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. PrussUstun, A. et al. "Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta- regression." Trop Med Int Health, vol. 19, no. 9, 2014.

پروگرام گذاري مؤثر WASH

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014. www.wateraid.org

Davis, J. Lambert, R. Engineering in Emergencies (2nd ed). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review. <https://www.developmentbookshelf.com>

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010. <http://refbooks.msf.org>

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005. www.actionagainsthunger.org

WASH حفاظت و

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. WaterAid/SHARE, 2014. <http://violenceWASH.lboro.ac>

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. <https://www.cbm.org>

INEE Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. INEE, 2010. www.ineesite.org

Jones, H.E. Reed, R. Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility. Loughborough University, UK, 2005. wedcknowledge.lboro.ac

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <http://cpwg.net>

ارتقای حفظ الصحه / تغيير سلوك

Curtis, V. Cairncross, S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 27581.

De Buck, E. Hannes, K. et al. Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. *Systematic Review* 36. International Initiative for Impact Evaluation, June 2017. www.3ieimpact.org

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development. ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. "Hygiene and health: systematic review of hand- washing practices worldwide and update of health effects." *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 90616.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design. WEDC, 2002. <https://wedcknowledge.lboro.ac>

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster. <http://washcluster.net>

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org>

Rabie, T. Curtis, V. "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 25867.

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. "Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." *Trop Med Int Health*, 2017.



حفظ الصحة عادت ماهوار

Mahon, T. Cavill, S. Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners. WaterAid. <https://washmatters.wateraid.org>

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017. www.rescue.org

بی اختیاری مواد غایبه یا ادرار

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." Journal of Water and Health, vol. 9, 2011, pp. 61727.

Hafskjold, B. PopStefanija, B. et al. "Taking stock: Incompetent at incontinence - why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" Waterlines, vol. 35, no. 3, 2016. www.developmentbookshelf.com

مدیریت مدفوع

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." Cochrane Database Syst Rev, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuess, E.A. Clasen, T.F. "The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." Int J Hyg Environ Health, vol. 220, 2017, pp. 92849.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies. German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." Environmental Health Perspectives, vol. 121, 2013. <http://hsrsrc.himmelfarb.gwu>

Harvey, P., Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual. An InterAgency Publication, WEDC, 2007. <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int

ت

صفیه آب

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to

develop recommendations for implementation and research needed.” Waterlines, vol. 36, no. 1, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. “Point-of-use water treatment in emergencies.” Waterlines, vol. 31, no. 12, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. “Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti.” Environmental Science and Technology, vol. 46, no. 20, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. “Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti.” Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development, vol. 6, no. 1, 2016.

کیفیت آب

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. “Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis.” PLoS Med, vol. 11, 2014, e1001644.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017. www.who.int

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. “Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review.” PubMed, 2015.

کنترل ناقل مرض

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services. www.who.int

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012. www.who.int

Lacarin, C.J. Reed, R.A. Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wedcknowledge.lboro.ac>

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005. www.who.int

Thomson, M. Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations. Oxfam GB, 1995. <https://policypractice.oxfam.org>

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016. <http://washcluster.ne>

مدیریت زباله های جامد

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eccentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int



WASH در شیوع امراض

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. "Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." Waterlines, vol. 31, 2012.

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. <http://apps.who.int>

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016. <https://policypractice.oxfam.org>

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014. www.who.int

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. "Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." WHO Wkly Epid Rec. October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017. <https://sherlog.msf.org>

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. "The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." PLoS One, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015. <http://journals.plos.org>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme. Oxfam GB, 2017. <https://policypractice.oxfam.org>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. "Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." Waterlines, vol. 37, no. 1, pp. 5–30. <https://www.developmentbookshelf.com>

وقایه و کنترل انتان

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies.

WHO, 1999. www.who.int

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010. www.who.int

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

Laundries for Newbies. MSF, 2016. <https://sherlog.msf.org>

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second

Edition. ICRC, IFRC, 2016. <https://www.icrc.org>

Medical Waste Management. ICRC, 2011. <https://www.icrc.org>

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014. www.who.int

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. <http://icrcndresourcecentre.org>

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015. www.who.int

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012. <https://sherlog.msf.org>

WASH و تغذیه

Altmann, M. et al. "Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster - randomized controlled trial in Chad." The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 100512. <https://www.ajtmh.org>

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017. <https://www.actionagainsthunger.org>

Null, C. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." The Lancet: Global Health, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316e329. <https://www.sciencedirect.com>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts. <https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com>

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017. www.actionagainsthunger.org

WASH ، پول نقد و مارکیت

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

مطالعه بیشتر

www.spherestandards.org/handbook/onlineresources
برای پیشنهادات مطالعه بیشتر لطفاً به اینجا مراجعه کنید



مطالعه بیشتر

حق آب/عمومی

2.1 billion people lack safe drinking water at home, more than twice as many lack safe sanitation. WHO, 2017. www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/water-sanitation-hygiene/en/

The Right to Water: Fact Sheet 35. OHCHR, UN-HABITAT and WHO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet35en.pdf

محیط زیست/عمومی

Environment Marker – Guidance Note. UN OCHA & UNEP, 2014. www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Environment%20Marker%2BGuidance%20Note_Global_2014-05-09.pdf

پروگرام گذاری مؤثر WASH

Disaster risk reduction and water, sanitation and hygiene: comprehensive guidance: a guideline for field practitioners planning and implementing WASH interventions. www.preventionweb.net/publications/view/25105

WASH و حفاظت

Including children with disabilities in humanitarian action. WASH Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

WASH, Protection and Accountability, Briefing Paper. UNHCR, 2017.

WASH, Protection and Accountability Briefing Paper. UNHCR, 2017. <http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability/>

ارتقاء حفظ الصحة/تغیر سلوک

ABC – Assisting Behaviour Change Part 1: Theories and Models and Part 2: Practical Ideas and Techniques. ACF France. 2013.

Choose Soap Toolkit. London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 2013.

Communication for Behavioural Impact (COMBI) A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. WHO, 2012. www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Curtis, V. Schmidt, W. et al. "Hygiene: new hopes, new horizons." Lancet Infect Dis, vol. 11, 2011, pp. 312-21.

Guidelines on Hygiene Promotion in Emergencies. IFRC, 2017. www.ifrc.org/en/what-we-do/health/water-sanitation-and-hygiene-promotion/hygiene-promotion/

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design.

WEDC, 2002. <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16676>

or

[http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20\(WEDC\).pdf](http://www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/WASH/Emergency%20Sanitation%20(WEDC).pdf)

Kittle, B. A Practical Guide to Conducting a Barrier Analysis. Helen Keller International, New York, 2013. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JMZW.pdf

Service, O. et al (The Behavioural Insights Team) EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. In partnership with Cabinet Office, Nesta, 2014. www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/

حفظ الصحة عادت ماهوار

House, S. Considerations for selecting sanitary protection and incontinence materials for refugee contexts. UNHCR Publication, 2016. <http://wash.unhcr.org/download/considerations-for-selecting-sanitary-protection-and-incontinence-materials-for-refugee-contexts/>

House, S. Mahon, T. Cavill, S. Menstrual Hygiene Matters; A resource for improving menstrual hygiene around the world. WaterAid/SHARE, 2012. <https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/Menstrual%20hygiene%20matters%20low%20resolution.pdf>

مدیریت مدفوع

Majorin, F. Torondel, B. Ka Saan Chan, G. Clasen, T.F. "Interventions to improve disposal of child faeces for preventing diarrhoea and soil-transmitted helminth infection." Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

کیفیت آب

Fewtrell, L. "Drinking water nitrate, methemoglobinemia, and global burden of disease: A discussion." Environ Health Perspectives, vol. 112, no. 14, Oct 2004, pp. 1371-74. doi: 10.1289/ehp.7216. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247562/

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: A systematic review." Science of The Total Environment, vol. 514, 2015, pp. 333-43.

Villeneuve, C.M. et al. "Assessing Exposure and Health Consequences of Chemicals in Drinking Water: Current State of Knowledge and Research Needs." Environmental Health Perspectives, vol. 122, 2014, pp. 213-21. pdfs.semanticscholar.org/d037/3e8020adfaa27c45f-43834b158cea3ada484.pdf



کنترول ناقل مرض

Benelli, G. Jeffries, C.L. Walker, T. "Biological Control of Mosquito Vectors: Past, Present, and Future." *Insects*, vol. 7, no. 4, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706105
Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance.
WHO, 1997. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63504>

F2

Hunter, P. *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 1997. www.wiley.com/en-us/Waterborne+Disease%3A+Epidemiology+and+Ecology-p-9780471966463
Malaria Control in Humanitarian Emergencies. Working Group GFATM in Humanitarian Emergencies, 2009. www.unhcr.org/4afacdfd9.pdf
Manual for Indoor Residual Spraying: Application of Residual Sprays for Vector Control, 3rd Ed. WHO, 2007. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69664>
Malaria vector control policy recommendations and their applicability to product evaluation. WHO, 2017. www.who.int/malaria/publications/atoz/vector-control-recommendations/en/
Rozendaal, J.A. *Vector Control: Methods for use by individuals and communities*. WHO, 1997. www.who.int/whopes/resources/vector_rozendaal/en/
Warrell, D. Gilles, H. (eds). *Essential Malariology*. Fourth Edition. Arnold. London, 2002.

WASH در شیوع امراض

Cholera Outbreak Guidelines: Preparedness, Prevention and Control. Oxfam, 2012. <https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/cholera-outbreak-guidelines-preparedness-prevention-and-control-237172>
Ebola: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene. WHO/ UNICEF, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144730/1/WHO_EVD_WSH_14.2_eng.pdf
Schiavo, R. Leung, M.M. Brown, M. "Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings." *Pathog Glob Health*, vol. 108, no. 2, 2014, pp. 76-94. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24649867

WASH و تغذیه

Dodos, J. Mattern, B. Lapegue, J. Altmann, M. Ait Aissa, M. "Relationship between water, sanitation, hygiene and nutrition: what do Link NVA nutritional causal analyses say?" *Waterlines*, vol. 36, no. 4, 2017. <https://www.developmentbookshelf.com/doi/abs/10.3362/1756-3488.17-00005>
Luby, S. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e302-e315. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17304904>

WASH، پول نقد و مارکیٹ

Cash and Markets in the WASH Sector: A Global WASH Cluster position paper. Global WASH Cluster, 2016. www.emma-toolkit.org/sites/default/files/bundle/GWC%20-%20Cash%20and%20Markets%20Position%20Paper%20-%20Dec%202016.pdf

Cash Based Interventions for WASH Programmes in Refugee Settings. UNHCR, 2014. www.unhcr.org/59fc35bd7.pdf



مصنویت غذایی و تغذیه

Food Security and Nutrition





مضونیت غذایی و تغذیه

بررسی ها	مدیریت سوء تغذی	کمیودات مایکرو نترینت	تغذی اطفال کوچه و شیرخوار	مضونیت غذایی	کمک غذایی	امرار معاش
ستندرد 1.1 بنیادی پیداوار	ستندرد 2.1 سوء تغذی حد متوسط	ستندرد 3 کمبود مایکرو نترینت	ستندرد 4.1 رهنمود و هماهنگی پالیزی	ستندرد 5 مضونیت عمومی غذایی	ستندرد 6.1 ضروریات عمومی غذایی	ستندرد 7.1 محصولات اولیه
ستندرد 1.2 بررسی تغذیه	ستندرد 2.2 سوء تغذی حد شدید		ستندرد 4.2 پشتیبانی چندین سکوری به تغذیه اطفال کوچه و شیر خوار در حالات اضطراری		ستندرد 6.2 انتپائی شدید غذائی خرابی	ستندرد 7.2 غذائیت کا جائزه
					ستندرد 6.3 اهداف قرار دادن مردم، توزیع و تحویل	
					ستندرد 6.4 استفاده غذا	

ضمیمه 1 چک لیست بررسی مضونیت غذایی و امرار معاش

ضمیمه 2 چک لیست ارزیابی مضونیت بذر

ضمیمه 3 چک لیست بررسی تغذیه

ضمیمه 4 اندازه گیری سوء تغذیه حد

ضمیمه 5 اندازه گیری اهمیت سلامت عمومی کمبود مایکرو نترینت

ضمیمه 6 ضروریات تغذیوی

محتویات

مفاهیم اساسی در مصئونیت غذایی و تغذیه.....	180
1. بررسی مصئونیت غذایی و تغذیه.....	184
2. مدیریت سوء تغذی.....	191
3. کمبودات مایکرو نترینت.....	201
4. تغذیه اطفال کوچک و شیر خوار.....	204
5. امنیت غذایی.....	212
6. کمک غذایی.....	216
7. امارات معاش.....	230
ضمیمه 1: چک لیست بررسی امنیت غذایی و امارات معاش.....	238
ضمیمه 2: چک لیست بررسی امنیت بذر.....	240
ضمیمه 3: چک لیست ارزیابی تغذیه.....	242
ضمیمه 4: اندازه گیری سوء تغذی حاد.....	244
ضمیمه 5: اندازه گیری اهمیت سلامت عمومی کمبودات مایکرو نترینت.....	247
ضمیمه 6: ضروریات تغذیوی.....	250
ریفرنس ها و مطالعه بیشتر.....	252



مفاهیم اساسی در مصنویت غذایی و تغذیه

هر کس حق دارد از گرسنگی رهایی یابد و غذای کافی داشته باشد

حداقل استاندارد های Sphere برای امنیت غذایی و تغذیه بیانی عملی از حق غذای کافی در زمینه های بشردوستانه است. این استاندارد ها مبتنی بر اعتقادات، اصول، وظایف و حقوق اعلام شده در منشور بشردوستانه است. اینها شامل حق زندگی با کرامت، حق حفاظت و امنیت، و حق دریافت کمک های بشردوستانه بر اساس نیاز است.

برای فهرستی از اسناد حقوقی و پالیسی کلیدی که منشور بشردوستانه را به همراه نظرات توضیحی برای کارکنان بشردوستانه ارائه می کند + به ضمیمه 1 مراجعه کنید.

سوء تغذیه (کم تغذی) توانایی افراد را برای بهبودی پس از یک بحران کاهش می دهد. این کارکردهای شناختی را مختل می کند، ایمنی در برابر بیماری ها را کاهش می دهد، استعداد ابتلا به بیماری های مزمن را افزایش می دهد، فرصت های معیشتی را محدود می کند و توانایی مشارکت در جامعه را کاهش می دهد. تاب آوری را تضعیف می کند و ممکن است وابستگی به حمایت مداوم را افزایش دهد.

علل سوء تغذیه (کم تغذیه) پیچیده است

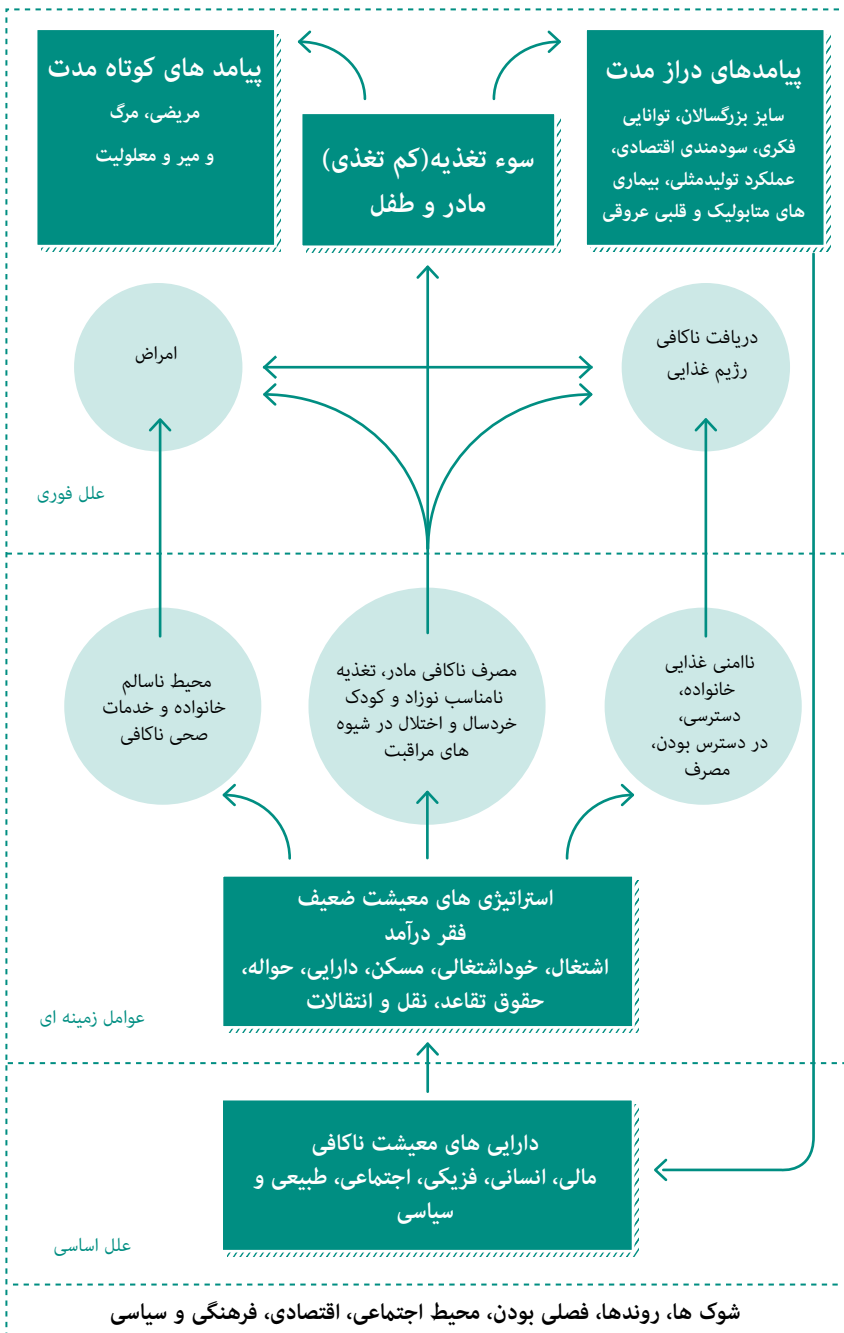
علل فوری سوءتغذیه مصرف ناکافی غذا و بیماری مکرر است + به شکل 7 مراجعه کنید. عوامل زمینه ای نا امنی غذایی خانواده، شیوه های تغذیه و مراقبت نامناسب، محیط ناسالم خانواده و مراقبت های صحی ناکافی است.

این عوامل زمینه ای به هم مرتبط هستند. بنابراین، اگرچه ناامنی غذایی یکی از دلایل سوءتغذیه است، ارائه کمک های غذایی بعید است به راه حلی پایدار منجر شود، مگر اینکه به دلایل دیگر به طور همزمان رسیدگی شود. پاسخ های غذا و تغذیه باید با WASH، سرپناه و اسکان، و پاسخ های مراقبت های صحی در یک روش هماهنگ کار کنند. به عنوان مثال، مردم برای تهیه غذای مغذی و اتخاذ شیوه های تغذیه ایمن به مقدار و کیفیت کافی آب نیاز دارند. دسترسی به امکانات نظافتی و حفظ الصحوی خطر شیوع بیماری را کاهش می دهد. دسترسی به سرپناه کافی، دسترسی به امکانات پخت و پز را فراهم می کند و از مردم در برابر آب و هوای شدید محافظت می کند، که خطر ابتلا به بیماری را بیشتر کاهش می دهد. وقتی مردم به مراقبت های صحی خوب دسترسی داشته باشند، احتمالاً وضعیت تغذیه ای بالاتری خواهند داشت. این به نوبه خود توانایی آنها را برای پیگیری فرصت های معیشتی افزایش می دهد.

کنترل عوامل زمینه ساز باعث پیشگیری و کاهش سوء تغذیه می شود. حفظ دارایی های معیشتی مردم برای این امر اساسی است، زیرا توانایی آنها را برای مدیریت سایر علل بالقوه سوء تغذیه افزایش می دهد. دارایی های معیشتی شامل تجهیزات و ماشین آلات، مواد خام، زمین، دانش و دسترسی به بازارهای فعال است. امنیت غذایی و واکنش های تغذیه ای باید به حفاظت و توسعه این دارایی ها و در نتیجه حمایت از استراتژی های مختلف معیشتی کمک کند، خواه تعداد واقعات سوء تغذیه بالا باشد یا نباشد.

افرادی که توسط بحران متأثر شده اند بیشتر مستعد ابتلا به مریضی و مرگ ناشی از امراض، بخصوص امراض اسهالی و انتانی هستند.

چنین امراض به شدت به نظافت نامناسب و منابع آب و حفظ الصحة ضعیف مرتبط است. هدف برنامه



امنیت غذایی و تغذیه: علل سوء تغذیه (شکل 7)

های WASH کاهش خطرات سلامت عمومی است.

تغییرات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در محیط پس از بحران بر استراتژی‌های مقابله و دسترسی خانواده به معیشت یا دارایی‌های معیشتی تأثیر می‌گذارد. تثبیت این عوامل خارجی به افزایش فرصت‌های درآمد کمک می‌کند و در نهایت میزان در معرض قرار گرفتن مردم با علل سوء تغذیه (کم تغذی) را کاهش می‌دهد.

کار در مناطق شهری چالش‌های خاصی را به همراه دارد

افزایش شهرنشینی چالش‌های جدیدی را برای بخش امنیت غذایی و تغذیه ایجاد می‌کند. محیط‌های شهری به طور بالقوه فرصت‌های شغلی و درآمدزایی را افزایش می‌دهد. با این حال، با افزایش جمعیت شهری، تقاضا برای مسکن و خدمات در آن مناطق نیز افزایش می‌یابد. در بسیاری از موارد، پالیسی‌ها و استراتژی‌های برنامه ریزی استفاده زمین موجود نمی‌تواند تقاضای پیش‌بینی نشده را برآورده کند. ازدحام بیش از حد، آلودگی هوا، مدیریت نامناسب زباله و کمبود امکانات نظافتی در محله‌های فقیرنشین احتمال ابتلا به بیماری‌های حاد را افزایش می‌دهد. این توانایی افراد را برای استفاده از فرصت‌های معیشتی کاهش می‌دهد و اغلب باعث ایجاد علل زمینه‌ای کم تغذی می‌شود.

برخی از گروه‌ها به‌طور خاص در برابر سوء تغذیه آسیب‌پذیر هستند

ایجاد یک پاسخ غذایی مناسب مستلزم درک کامل نیازهای غذایی منحصر به فرد زنان حامله و شیرده، نوزادان و کودکان، افراد مسن و افراد دارای معلولیت است. بهبود امنیت غذایی در سطح خانواده نیز مستلزم درک نقش‌های مختلف است. به عنوان مثال، زنان اغلب نقش بیشتری در برنامه ریزی و تهیه غذا برای خانواده خود دارند.

حداقل تفکیک دیتا بر اساس جنسیت، سن و معلولیت بسیار مهم است. این نشان می‌دهد که چه کسی به چه نوع غذایی نیاز دارد و چه کسی ممکن است عناصر مهم غذایی را از دست داده باشد. نظارت پس از توزیع را به همان شیوه تفکیک کنید تا تأیید کنید که مداخلات برنامه دسترسی عادلانه به غذا و تغذیه کافی و مناسب را فراهم می‌کند.

وقایع از سوء تغذیه به اندازه تداوی سوء تغذیه حاد مهم است. امنیت غذایی و مداخلات تغذیه‌ای ممکن است وضعیت تغذیه و سلامت را در کوتاه مدت و بقاء و سلامتی را در دراز مدت تعیین کند.

این حداقل استانداردها نباید به صورت مجزا اعمال شوند

حداقل استانداردها در این فصل، محتوای اصلی حق بر غذا را منعکس می‌کند و به تحقق تدریجی این حق در سطح جهانی کمک می‌کند.

حق داشتن غذای کافی با حقوق آب و بهداشت، بهداشت و سرپناه مرتبط است. پیشرفت در دستیابی به حداقل استانداردهای حوزه در یک حوزه بر پیشرفت در سایر زمینه‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین، یک واکنش مؤثر مستلزم هماهنگی و همکاری نزدیک با سایر بخش‌ها، مقامات محلی و سایر آژانس‌های پاسخ‌دهنده است. این کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که نیازها و تلاش‌ها برآورده می‌شوند.

ریفرنس‌های متقابل در سراسر کتاب راهنما، ارتباطات بالقوه مستحکم را نشان می‌دهد.

به عنوان مثال، اگر نیازهای تغذیه‌ای برآورده نشود، نیاز به WASH بیشتر می‌شود، زیرا آسیب‌پذیری افراد در برابر امراض افزایش می‌یابد. همین امر در مورد جمعیت‌هایی که اچ‌آی وی در آنها شایع است یا در آن بخش بزرگی از افراد مسن یا افراد دارای معلولیت وجود دارد، صدق می‌کند. در این شرایط،

منابع مراقبت های صحتی نیز باید تعدیل شوند. اولویت ها را بر اساس اطلاعاتی که بین بخش ها به اشتراک گذاشته شده است، تعیین کنید و با تغییر وضعیت، آن را بررسی کنید. در مواردی که ستندرد های ملی کمتر از حداقل استانداردهای Sphere است، سازمان های بشردوستانه باید با دولت همکاری کنند تا آنها را به تدریج افزایش دهند.

قوانین بین المللی به طور خاص از حق داشتن غذای کافی حمایت می کنند

حق رهایی از گرسنگی و داشتن غذای کافی توسط قوانین بین المللی محافظت می شود. این امر مستلزم دسترسی فیزیکی و اقتصادی به غذای کافی در هر زمان است. زمانی که افراد یا گروه ها، از جمله پناهندگان و آوارگان داخلی، قادر به دسترسی به غذای کافی، از جمله در بحران ها، نیستند، دولت ها موظف هستند این حق را تضمین کنند. + به ضمیمه 1 مراجعه کنید. در صورت ناکافی بودن منابع خود، کشورها می توانند درخواست کمک بین المللی کنند. در انجام این کار آنها باید:

- به دسترسی موجود به غذای کافی احترام بگذارید و اجازه دسترسی مداوم را بدهید;
- از دسترسی افراد به غذای کافی با اطمینان از اینکه سازمان ها یا افراد آنها را از چنین دسترسی محروم نمی کنند، محافظت کنید؛ و
- به طور فعال از مردم برای تضمین معیشت امن و امنیت غذایی با تأمین منابع مورد نیاز آنها حمایت کنید.

دریافت غذای کافی از غیرنظامیان به عنوان روشی برای جنگ بر اساس کنوانسیون جینیوا ممنوع است. همچنین حمله، تخریب، حذف یا بی مصرف کردن محصولات زراعی، حیوانات، مواد غذایی، کارهای آبیاری، تأسیسات و منابع آب آشامیدنی و مناطق زراعی که مواد غذایی تولید می کنند ممنوع است. در مورد اشغال، حقوق بشردوستانه بین المللی یک قدرت اشغالگر را موظف می کند تا از غذای کافی برای مردم اطمینان حاصل کند، از جمله واردات مواد غذایی در صورت ناکافی بودن آن در سرزمین های اشغالی.

پیوندهایی به اصول حفاظتی و ستندرد اصلی بشردوستانه

کمک های غذایی و تغذیه در صورت سوء استفاده، بخصوص در بهره برداری یا سوء استفاده از شرکت کنندگان در برنامه، پتانسیل این را دارد که منجر به نقض جدی حقوق شود. برنامه ها باید با جمعیت آسیب دیده طراحی شده و به گونه ای اجرا شوند که به ایمنی، حیثیت و یکپارچگی آنها کمک کند. مدیریت صحیح و نظارت قوی بر کارکنان و منابع، همراه با رعایت دقیق و اجرای طرز العمل رفتاری برای همه کسانی که در ارائه برنامه های کمکی دخیل هستند، مورد نیاز است. میکانیزم های فیدبک روشنی را با جمعیت آسیب دیده ایجاد کنید و به هر گونه نگرانی به سرعت پاسخ دهید.

کمک کننده گان باید در زمینه حفاظت از کودکان آموزش ببینند و بدانند چگونه از سیستم های ریفیر یا رجعت دهی برای موارد مشکوک خشونت، سوء استفاده یا بهره برداری، بشمول کودکان استفاده کنند + به اصل 1 حفاظت و تعهد 5 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

همکاری و هماهنگی ملکی-نظامی، مانند پشتیبانی لوژستیک، باید در همه موقعیت ها و بخصوص در شرایط جنگی به دقت ارزیابی شود + به اسفئیر چیست و اصول حفاظت مراجعه کنید.

در تطبیق حداقل استانداردها، تمام 9 تعهد در ستندرد اساسی بشردوستانه باید به عنوان بنیاد یا اساس برای ارائه یک برنامه امنیت غذایی و تغذیه پاسخگو رعایت شود



1. بررسی مصنوعیت غذایی و تغذیه

ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه در طول یک بحران ضروری است. آن‌ها نشان می‌دهند که چگونه زمینه تکامل می‌یابد و پاسخ‌ها را قادر می‌سازد تا به طور مناسب تنظیم شوند. در حالت مطلوب، ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه باید همپوشانی داشته باشند، زیرا موانع موجود بر سر راه تغذیه کافی و در دسترس بودن، دسترسی و استفاده از غذا را شناسایی می‌کنند. ارزیابی‌های مشترک امنیت غذایی و تغذیه می‌تواند اقتصادی بودن را افزایش دهد و تغذیه را به برنامه ریزی امنیت غذایی مرتبط کند. ارزیابی‌ها باید از اصول پذیرفته شده در سطح گسترده پیروی کنند، از روش‌های پذیرفته شده بین‌المللی استفاده کنند، بی‌طرفانه، ممثل خوب و بین سازمان‌های بشردوستانه و دولت‌ها به خوبی هماهنگ شوند. ارزیابی‌ها باید مکمل، سازگار و قابل مقایسه باشند. دینفعان باید بر روی یک روش مناسب به توافق برسند. این باید شامل مقطعی از جمعیت آسیب دیده با توجه به گروه‌های در معرض خطر باشد. ارزیابی‌های چند سکتوری می‌تواند در ارزیابی بحران‌های بزرگ و مناطق جغرافیایی گسترده کمک کند.

هدف از ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه می‌تواند این باشد:

- درک وضعیت، نیازهای فعلی و چگونگی برآوردن آن نیازها؛
 - تخمین بزنید که چند نفر به کمک نیاز دارند؛
 - گروه‌های در معرض خطر را شناسایی کنید؛ و/یا
 - یک ارزیابی خط مبنا (Baseline) برای نظارت بر تأثیر یک واکنش بشردوستانه ارائه کنید.
- ارزیابی‌ها را می‌توان در مراحل مختلف یک بحران انجام داد. مثلاً:
- ارزیابی اولیه در دو تا سه روز اول برای شروع توزیع فوری کمک‌های غذایی؛
 - ارزیابی سلسله‌ای در مدت دو تا سه هفته، با تکیه بر فرضیات و برآوردها برای ارائه مبنایی برای طراحی برنامه‌ها؛
 - ارزیابی دقیق در عرض 3 تا 12 ماه اگر به نظر می‌رسد وضعیت رو به وخامت است یا اطلاعات بیشتری برای توسعه برنامه‌های بهبودی (Recovery) مورد نیاز است.

ارزیابی‌های دقیق امنیت غذایی، استراتژی‌های معیشتی، دارایی‌ها و استراتژی‌های مقابله (Coping) را مشخص می‌کند. آنها در نظر دارند که چگونه اینها در نتیجه بحران تغییر کرده‌اند و عواقب آن برای امنیت غذایی خانواده‌ها چیست. یک ارزیابی دقیق باید چگونگی محافظت و/یا ترویج این استراتژی‌های معیشتی را به منظور دستیابی به امنیت غذایی مشخص کند.

ارزیابی‌های دقیق تغذیه شامل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل دیتا‌های مشعر برای تعیین میزان شیوع سوء تغذیه حاد، تغذیه نوزادان و کودکان خردسال و سایر شیوه‌های مراقبتی است. این دیتا‌ها، همراه با تجزیه و تحلیل سایر علل زمینه‌ای سوء تغذیه، و ارزیابی سلامت و امنیت غذایی، تجزیه و تحلیل علی تغذیه ارائه می‌دهد.

این در برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر برنامه های تغذیه مفید است.

بازارها نقش مهمی در امنیت غذایی و تغذیه در محیط های شهری و روستایی دارند. همه ارزیابی ها باید شامل تجزیه و تحلیل بازارهایی باشد که با حداقل ستندرد تحلیل بازار (MISMA) و/یا استانداردهای ارزیابی و تحلیل حداقل ستندرد بهبود یا بازیابی اقتصادی (MERS) مطابقت دارند. + به ارائه کمک از طریق بازار مراجعه کنید.

ستندرد های ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه زیر بر اساس تعهد اصلی ستندرد بشردوستانه برای طراحی پاسخ های ایمنی غذایی و تغذیه مناسب برای افراد آسیب دیده است. + برای چک لیست بررسی به ضمیمه 1، 2 و 3 و کتاب رهنمود LEGS مراجعه کنید.

ستندرد 1.1: بررسی امنیت غذایی و تغذیه

ارزیابی مصئونیت غذایی

در مواردی که افراد در معرض خطر ناامنی غذایی قرار دارند، ارزیابی هایی برای تعیین درجه و میزان نا امنی غذایی، شناسایی افرادی که بیشتر تحت تأثیر قرار می گیرند و مناسب ترین واکنش را تعریف می کنند، انجام می شود

اقدامات کلیدی

1 **معلومات در مورد امنیت غذایی را در مرحله اولیه و در طول بحران جمع آوری و تجزیه و تحلیل نمایید.**

- در تجزیه و تحلیل مسائل بسیار مهم مرتبط با امنیت غذایی، مانند تخریب محیط زیست، امنیت و دسترسی به بازار را شامل نمائید.

2 **تأثیر امنیت غذایی بر وضعیت تغذیه جمعیت آسیب دیده را تجزیه و تحلیل کنید.**

- مروری بر علل زمینه ای سوء تغذیه، از جمله مراقبت ناکافی، محیط های ناسالم خانگی، فقدان مراقبت های بهداشتی یا دسترسی به سیستم های حمایت اجتماعی را لحاظ کنید.
- دیتهای را بیشتر در بافت های شهری، جایی که وضعیت می تواند با سرعت بیشتری تغییر کند و مشاهده آن دشوارتر از بافت های روستایی باشد جمع آوری کنید.

3 **پاسخ های احتمالی را که می توانند به نجات جانها و محافظت و ارتقای معیشت کمک کنند، شناسایی کنید.**

- ارزیابی بازار و ظرفیت های دولت و سایر بازیگران را برای پاسخگویی به نیازها شامل کنید.

4 **منابع و روش های پخت و پز موجود، از جمله نوع اجاق گاز و سوخت و در دسترس بودن ظروف و اثاثه را تجزیه و تحلیل کنید.**

- تجزیه و تحلیل کنید که مردم چگونه مواد غذایی و سوخت پخت و پز را قبل از بحران به دست آورده و ذخیره می کردند، درآمد قبل از بحران آنها و چگونه اکنون با آن کنار می آیند.



- به حقوق و نیازهای حمایتی زنان و دختران که بیشترین مسئولیت جمع آوری سوخت و تهیه غذا را بر عهده دارند توجه کنید.

شاخص های کلیدی

پروتوکول های استاندارد شده برای تجزیه و تحلیل امنیت غذایی، معیشت و استراتژی های مقابله استفاده می شود

فصدی گزارش های تحلیلی که یافته ها را ترکیب می کنند، از جمله روش شناسی ارزیابی و محدودیت های مواجه شده

نکات رهنمودی

دیتای پیش از بحران همراه با دیتاهای سیستم های معلومات جغرافیایی می تواند نمای کلی از تأثیر بالقوه یک بحران را ارائه دهد. با این حال، بعید است که به اندازه کافی تفکیک شود تا تصویر روشنی در یک موقعیت شهری ارائه دهد.

منابع ارزیابی، ابزارها و سیستم های معلوماتی: منابع معلوماتی شامل ارزیابی محصول، تصاویر ماهواره ای، ارزیابی خانواده ها، بحث های گروهی متمرکز و مصاحبه با مطلعان کلیدی است. ابزارهای مفید عبارتند از: امتیاز مصرف غذا، امتیاز تنوع غذایی خانواده و شاخص استراتژی های مقابله ای کاهش یافته برای اندازه گیری سلسله امنیت غذایی خانواده. بسیاری از سیستم های اطلاعات امنیت غذایی محلی و منطقه ای، از جمله سیستم های هشدار اولیه قحطی وجود دارد. در صورت وجود از طبقه بندی فاز امنیت غذایی یکپارچه استفاده کنید و از پروتوکول های استاندارد برای طبقه بندی شدت و علل ناامنی غذایی حاد در مناطق مورد نگرانی استفاده کنید. طراحی برنامه های امنیت غذایی باید بر اساس تجزیه و تحلیل پاسخ روشن با استفاده از یافته های ارزیابی ها باشد.

تخریب محیط زیست می تواند باعث ناامنی غذایی شود و نا امنی غذایی می تواند منجر به تخریب محیط زیست شود. به عنوان مثال، جمع آوری هیزم و تولید زغال سنتی امکان پخت غذا و درآمدزایی از فروش آن را فراهم می کند. با این حال، می تواند منجر به جنگل زدایی نیز شود. پاسخ ها باید از امنیت غذایی محافظت و حمایت کنند و در عین حال اثرات منفی زیست محیطی را محدود کنند.

گروه های در معرض خطر: دیتا ها را بر اساس جنسیت، سن، معلولیت، گروه ثروتمند و سایر عوامل مرتبط تفکیک کنید. زنان و مردان ممکن است نقش های مکمل متفاوتی در تأمین رفاه غذایی خانواده داشته باشند. با هر دو، در صورت لزوم، به طور جداگانه در مورد اقدامات مربوط به امنیت غذایی، تهیه غذا و منابع خانگی مشورت کنید. توجه داشته باشید که افراد مسن و افراد دارای معلولیت ممکن است از توزیع کمک های غذایی درون خانواده حذف شوند.

دختران و پسران، به ویژه اطفال که سرپرست خانواده هستند، کودکان جدا شده یا بدون همراه، کودکان دارای معلولیت و کودکانی که در مراقبت های جایگزین زندگی می کنند را شامل کنید. در شرایط مختلف بحرانی مراقب کودکان باشید. برای مثال، در طول شیوع بیماری های انتانی، کودکان را در مراکز مشاهده، مراقبت موقت و تداوی قرار دهید. در محیط های درگیری، کودکان را در مراکز غیر محرک بگنجانید.

استراتژیهای مقابله ای: انواع مختلف استراتژی مقابله ای، اثربخشی آنها و هرگونه تأثیر منفی را در نظر بگیرید. برخی از استراتژیهای مقابله، مانند فروش زمین، مهاجرت کل خانواده ها یا جنگل زدایی، ممکن است امنیت غذایی آینده را برای همیشه تضعیف کند. برخی از راهکارهای مقابله ای که توسط زنان، دختران و پسران استفاده می شود یا به آنها تحمیل می شود ممکن است برصحت، سلامت روانی و ادغام اجتماعی آنها تأثیر بگذارد. این استراتژیهای مقابله ای شامل رابطه جنسی در برابر متاع یا «بقا»، ازدواج با دختران به قیمت عروس، غذا خوردن زنان و دختران، کار کودک، مهاجرت پرخطر، و فروش و قاچاق کودکان است.

معیارهای غیر مستقیم (Proxy measures): مصرف غذا منعکس کننده انرژی و مواد مغذی دریافتی افراد در خانواده است. اندازه گیری انرژی و مواد مغذی دریافتی واقعی در ارزیابی های اولیه عملی نیست، بنابراین از شاخص های پروکسی استفاده کنید. برای مثال، تعداد گروه های غذایی مصرف شده توسط یک فرد یا خانواده و دفعات مصرف در یک دوره معین نشان دهنده تنوع رژیم غذایی است. تغییرات در تعداد وعده های غذایی مصرفی روزانه و تنوع غذایی معیارهای خوبی برای امنیت غذایی هستند، به ویژه زمانی که با وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده مرتبط باشد.

ابزارهای اندازه گیری نمونه های مصرف غذا شامل امتیاز تنوع غذایی خانواده، مقیاس دسترسی نامنی غذایی خانواده و امتیاز مصرف غذا می باشد. مقیاس گرسنگی خانگی یکی دیگر از شاخص های خوب نا امنی غذایی است. برخی از شاخص های رایج مانند امتیاز مصرف مواد غذایی ممکن است به اندازه کافی نا امنی غذایی در یک بافت شهری را منعکس نکنند. معیارهای انتخاب شده را با معیارهای استراتژی مقابله ای برای درک محدودیت های مختلف در دسترسی به غذا، مرتبط (Triangulate) کنید. سهم مخارج غذا و آستانه تعیین شده آن ممکن است برای اجرا در خانواده های شهری بسیار پیچیده باشد. این به این دلیل است که ممکن است چندین نفر مسئول سید غذایی باشند، اعضای خانواده مواد غذایی خارج از خانه مصرف کنند و بسیاری از افراد ممکن است به درآمد خانواده کمک کنند.

تجزیه و تحلیل بازار و مصارف رژیم غذایی: اطلاعاتی در مورد دسترسی به بازارها، سرمایه مالی، معیشت و آسیب پذیری اقتصادی به دست آورید. این عناصر به قیمت اموال، فرصت های کسب درآمد و نرخ دستمزد مرتبط هستند که بر امنیت غذایی تأثیر می گذارند. سیستم های بازار، اعم از رسمی و غیررسمی، می توانند با عرضه اقلام تولیدی مانند بذر و ابزار از معیشت محافظت کنند + ستندرد های 7.1 و 7.2 مصئونیت غذایی و تغذیه - امرار معاش را ببینید.

تجزیه و تحلیل بازار را به عنوان بخشی از ارزیابی های زمینه اولیه و بعدی شامل کنید. تجزیه و تحلیل بازار باید ارزیابی کند که آیا بازارهای محلی می توانند نیازهای تغذیه ای را پشتیبانی کنند و حداقل مصارف و مقرون به اقتصادی بودن مواد غذایی را تعیین کنند که نیازهای مواد مغذی یک خانواده معمولی را برآورده می کند + به ارائه کمک از طریق بازار مراجعه کنید.

به طور فزاینده ای در مناطق روستایی، و به طور منظم در مناطق شهری، پاسخ ها مبتنی بر بازار است. آنها از فروشندگان، فضاهای بازار، محصولات غذایی محلی و خدمات حمل و نقل برای رفع نیازهای افراد آسیب دیده استفاده می کنند. بنابراین درک دسترسی به بازار برای گروه های در معرض خطر مهم است + به کتاب رهنمود MISMA مراجعه کنید



استندرد 1.2 بررسی امنیت غذایی و تغذیه

ارزیابی تغذیه

ارزیابی های تغذیه از روش های پذیرفته شده برای شناسایی نوع، درجه و میزان سوء تغذیه، کسانی که بیشتر در معرض خطر هستند و پاسخ مناسب استفاده می کنند

اقدامات کلیدی

- 1 **معلومات قبل از بحران را جمع آوری کنید و ارزیابی های اولیه برای تعیین ماهیت و شدت وضعیت تغذیه را انجام دهید.**
 - ظرفیت ملی و محلی برای رهبری یا حمایت از پاسخ، و همچنین سایر بازیگران تغذیه را ارزیابی کنید.
- 2 **سکرینینگ سلسله مع دور بازو (MUAC) و ارزیابی تغذیه اطفال شیر خوار و خورده سال در شرایط اضطراری (IYCF-E) را برای ارزیابی وضعیت تغذیه در شروع بحران انجام دهید.**
- 3 **گروه هایی را که بیشترین نیاز را به حمایت تغذیه ای دارند، شناسایی کنید.**
 - در مورد علل سوء تغذیه از منابع اولیه یا ثانویه، از جمله برداشت ها و نظریات جامعه، معلومات جمع آوری کنید.
 - برای شناسایی گروه های در معرض خطر، با توجه به سن، جنس، معلولیت، بیماری مزمن یا عوامل دیگر، با جوامع یکجا کار کنید.
- 4 **پاسخ مناسب را بر اساس درک حالات موجوده و شرایط اضطراری تعیین کنید.**
 - با بررسی روند وضعیت تغذیه در طول زمان به جای شیوع سوء تغذیه در یک زمان خاص، تعیین کنید که آیا وضعیت پایدار است یا در حال کاهش است.
 - هر دو گزینه وقایه و تداوی را در نظر بگیرید.

شاخص های کلیدی

پروتوکول های استندرد شده برای ارزیابی سوء تغذیه و شناسایی علل فیصدي گزارش های ارزیابی که شامل روش ارزیابی و محدودیت های مواجهه شده می شود استفاده می شود

نکات رهنمودی

- اطلاعات زمینه ای: اطلاعات مربوط به علل سوء تغذیه را می توان از منابع اولیه و ثانویه، از جمله پروفایل های سلامت و تغذیه، گزارش های تحقیقاتی، اطلاعات هشدار اولیه، سوابق مراکز صحت، گزارش های امنیت غذایی و سایر منابع جمع آوری کرد. مثالها عبارتند از:
- بررسی های سلامت جمعیت شناسی (Demographic) ;
 - بررسی های خوشه ای (Cluster) چند شاخصه;
 - دیتابیس های ملی اطلاعات تغذیه;

- سایر بررسی های ملی صحت و تغذیه;
 - سیستم های ملی نظارت بر تغذیه;
 - اندازه پذیرش و پوشش در برنامه های موجود برای مدیریت سوء تغذیه; و
 - دیتاهای شیوع، وقوع و مرگ و میر HIV، از جمله گروه های در معرض خطر یا بار بالاتر ⊕ مراقبت های صحتی اساسی - ستندرد سلامت جنسی و باروری 2.3.3: HIV را ببینید.
- خود نهادها و جوامع محلی باید فعالانه در ارزیابی، تفسیر یافته ها و برنامه ریزی پاسخ ها تا حد امکان مشارکت داشته باشند.

واکنش سلسله: در مرحله اول بحران، تصمیم گیری در مورد توزیع عمومی غذا یا تداوی فوری سوء تغذیه باید بر اساس ارزیابی سلسله، یافته های اولیه و ظرفیت موجود برای پاسخ گویی باشد. تجزیه و تحلیل عمیق باید در مرحله بعدی انجام شود، اما نباید پاسخ را در مرحله حاد به تاخیر بیندازد.

دامنه تجزیه و تحلیل: ارزیابی های عمیق باید در جایی انجام شود که خلا های معلوماتی شناسایی شده باشد و ضرورت به اطلاعات اضافی برای طراحی برنامه، اندازه گیری نتایج برنامه یا برای حمایت باشد. تعیین کنید که آیا ارزیابی های کمی یا کیفی در کل جمعیت برای درک وضعیت آنترپومتریک، وضعیت مایکرو نترینت ها، تغذیه نوزاد و کودک خورد سال، شیوه های مراقبت از مادر و عوامل بالقوه مرتبط با سوء تغذیه مورد نیاز است. برای طراحی و آماده سازی برای ارزیابی ها، با بخش های صحت، WASH و امنیت غذایی هماهنگی کنید.

سروری های آنترپومتریک (اندازه گیری بدن انسان): این بررسی ها برای بررسی نسبت های فیزیکی بدن و ارائه تخمینی از میزان سوء تغذیه مزمن و حاد استفاده می شود. آنها می توانند بر اساس نمونه گیری تصادفی یا سکرینینگ خاص باشند. نظرسنجی ها باید نمره دهی Z یا Z Score وزن به قد را طبق ستندرد های سازمان جهانی صحت (WHO) گزارش کنند. برای مقایسه با نظرسنجی های گذشته، از نمره دهی Z وزن به ازای قد که در برابر مرجع مرکز ملی احصای صحت (NCHS) گزارش شده است، استفاده کنید. ضیاع وزن و ضیاع شدید وزن اندازه گیری شده توسط دیتا های MUAC را شامل کنید. پذیرفته شده ترین روش، ارزیابی سطح سوء تغذیه در کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه به عنوان نماینده برای کل جمعیت است. با این حال، در مواردی که گروه های دیگری وجود دارند که با خطرات تغذیه ای بیشتری روبرو هستند، آنها را در ارزیابی نیز در نظر بگیرید ⊕ به ضمیمه 4: اندازه گیری سوء تغذیه حاد مراجعه کنید.

Rate یا تعداد اذیمای تغذی را تعیین کنید و آنها را جداگانه ثبت کنید. فواصل اطمینان (Confidence intervals) را برای میزان سوء تغذیه گزارش دهید و تضمین کیفیت نظرسنجی را نشان دهید. از ابزارهای موجود مانند کتابچه راهنمای میتودولوژی نظارت و ارزیابی ستندرد کمک و انتقال (SMART)، بررسی ستندرد توسعه یافته تغذیه (SENS) برای جمعیت پناهندگان، نرم افزار ارزیابی تغذیه اضطراری، یا نرم افزار Epi Info استفاده کنید.

ارزیابی های تغذیه نوزادان و کودکان خردسال (Infant and young children feeding): نیازها و اولویت ها را برای IYCF-E ارزیابی کنید و تأثیر اقدامات و انفعال بشردوستانه بر روی شیوه های تغذیه نوزادان و کودکان خردسال را نظارت کنید. دیتاهای پیش از بحران را می توان برای تصمیم گیری اولیه استفاده کرد.



با سایر بخش‌ها کار کنید تا سؤالات IYCF-E را در ارزیابی‌های سکتوری دیگر بگنجانید و از دیتاهای چند سکتوری موجود برای اطلاع از ارزیابی استفاده کنید + به ضمیمه 3: چک لیست بر رسی تغذیه مراجعه کنید.

تعداد مشاوران شیردهی در دسترس، کارمندان صحت آموزش دیده و سایر خدمات حمایتی و ظرفیت آنها باشد را شامل کنید. برای ارزیابی عمیق تر، سمپل گیری تصادفی، نمونه گیری سیستماتیک یا سمپل گیری خوشه ای انجام دهید. این ممکن است از طریق یک سروی مستقل IYCF-E یا یک نظرسنجی مدغم باشد. با این حال، یک نظرسنجی مدغم ممکن است منجر به حجم محدود سمپل شود، که ممکن است نمایندگی نظرسنجی را کاهش دهد.

سایر شاخص ها: اطلاعات اضافی را می توان با دقت در نظر گرفت تا در ارزیابی کلی وضعیت تغذیه استفاده کرد. این شامل میزان های پوشش برنامه معاف سازی (Immunisation) و تغذیه، بخصوص سرخکان، ویتامین A، آبودین یا کمبود سایر مایکرو نترینت ها، مریضی و سلوک سلامت جویانه است. میزان مرگ و میر نوزادان خام و زیر 5 سال با علت مرگ را نیز می توان در صورت موجودیت در نظر گرفت.

تفسیر سطوح سوء تغذیه: تجزیه و تحلیل دقیق اندازه و تراکم جمعیت مرجع، و همچنین میزان مرگ و میر و مریضی، برای تصمیم گیری در مورد اینکه آیا سطوح سوء تغذیه نیاز به مداخله دارد یا خیر، مورد نیاز است. همچنین اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامت، نوسانات فصلی، شاخص های IYCF-E، سطوح سوء تغذیه قبل از بحران، نسبت سوء تغذیه حاد شدید در رابطه با سوء تغذیه حاد جهانی، و سطوح کمبود مایکرو نترینت ها مورد نیاز است. + به ستندرد 2.2.2. مراقبت های اساسی صحت: مدیریت مریضی نوزادی و طفولیت و ضمیمه 5: اندازه گیری اهمیت صحت عمومی کمبودات مایکرو نترینت مراجعه کنید.

ترکیبی از سیستم های اطلاعاتی مکمل ممکن است مقرون به صرفه ترین راه برای نظارت بر روندها باشد. مدل ها و رویکردهای تصمیم گیری که چندین متغیر مانند امنیت غذایی، معیشت، سلامت و تغذیه را در نظر می گیرند، ممکن است مناسب باشند + به ستندرد 1.1 ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه: بررسی امنیت غذایی مراجعه کنید.

2. مدیریت سوء تغذیه

وقایه و تداوی سوء تغذیه هر دو ملاحظات مهم در بحران های بشردوستانه است. سوء تغذیه مزمن قابل پیشگیری است، اما شواهد محدودی وجود دارد که می تواند بازگردانده یا تداوی شود. از سوی دیگر، سوء تغذیه حاد - که ممکن است در طول یک بحران ایجاد شود - با پاسخ های تغذیه ای مناسب قابل وقایه و تداوی است.

پاسخ های تغذیه ای در کاهش امراض و مرگ و میر در جمعیت های آسیب دیده کلیدی است. با این حال، آنها به درک علل پیچیده سوء تغذیه نیاز دارند. یک روش چند سکتوری برای پرداختن به همه علل و تعاملات آنها ضروری است.

مدیریت سوء تغذیه حاد متوسط: در بحران ها، تغذیه تکمیلی اغلب استراتژی اولیه برای وقایه و تداوی سوء تغذیه حاد متوسط است.

دو نوع برنامه تغذیه تکمیلی رایج است: برنامه های تغذیه تکمیلی (Blanket supplementary feed-ing programs) برای وقایه، و برنامه های تغذیه مکمل هدفمند برای درمان سوء تغذیه حاد متوسط و پیشگیری از سوء تغذیه حاد شدید. استفاده از هر کدام به سطوح سوء تغذیه حاد، گروه های جمعیتی آسیب پذیر و خطر افزایش سوء تغذیه حاد بستگی دارد.

در مواردی که نا امنی غذایی بالاست و نیاز به گسترش مداخلات فراتر از موارد سوء تغذیه حاد متوسط است، برنامه های تغذیه تکمیلی توصیه می شود. آنها باید با توزیع عمومی مواد غذایی که خانواده های آسیب دیده را هدف قرار می دهد همراه شوند. هیچ شاخص تأثیرگذاری تعریف شده ای برای برنامه های تغذیه تکمیلی کمپل وجود ندارد، اما نظارت بر پوشش، پایداری، مقبولیت و توشه های (Rations) ارائه شده مهم است. شاخص های مدیریت سوء تغذیه حاد متوسط در درجه اول به تغذیه کمکی هدفمند اشاره دارد.

هدف اصلی برنامه تغذیه تکمیلی هدفمند جلوگیری از سوء تغذیه شدید افراد دارای سوء تغذیه متوسط و بازتوانی آنهاست. این نوع برنامه ها معمولاً برای افراد دارای سوء تغذیه متوسط، مادران حامله و شیرده و سایر افراد در معرض خطر، یک مکمل غذایی به کمک عمومی ارائه می کنند.

مدیریت سوء تغذیه حاد شدید: روش های مختلفی برای مراقبت های تداوی استفاده می شود. مدیریت جامعه محور سوء تغذیه حاد روش ارجح در جایی است که شرایط اجازه می دهد. این شامل:

- مراقبت های بستری برای افراد دارای اختلالات طبی که با سوء تغذیه حاد شدید مراجعه می کنند;
 - مراقبت های بستری برای تمام نوزادان زیر شش ماه که با سوء تغذیه حاد شدید مراجعه می کنند;
 - مراقبت سرپایی برای افراد مبتلا به سوء تغذیه حاد شدید اما بدون عوارض طبی;
 - ارائه خدمات گسترده به جامعه و
 - سایر خدمات یا برنامه های مربوط به زمینه خاص برای افراد مبتلا به سوء تغذیه حاد متوسط.
- برنامه های رسیدگی به سوء تغذیه حاد شدید باید با برنامه های تغذیه تکمیلی و بسیج جامعه برای حمایت از اطلاع رسانی، واقع یابی فعال، ریفر و پیگیری حمایت شود.



استندرد 2.1 مدیریت سوء تغذی

سوء تغذی حاد متوسط

سوء تغذی حاد متوسط وقایه و مدیریت شده است.

اقدامات کلیدی

- 1 استراتیژی ها، اهداف و معیارهای به وضوح تعریف شده و مورد توافق را برای تنظیم و بسته شدن مداخلات از ابتدای پروگرام ایجاد کنید.
- 2 دسترسی به پوشش مداخلات سوء تغذیه حاد متوسط را از طریق دخیل ساختن و مشارکت جامعه از ابتدا به حداکثر برسانید.
 - برای شناسایی افراد و خانواده های آسیب پذیر با ذینفعان جامعه کار کنید.
- 3 ایجاد پروتوکول های پذیرش و مرخص کردن (Discharge) بر اساس معیارهای آنترپومتریک پذیرفته شده ملی و بین المللی.
 - معیارهای مرخص کردن را هنگام گزارش شاخص های عملکرد مشخص کنید.
 - در مورد علل غفلت و عدم پاسخگویی یا افزایش مرگ و میر بررسی و اقدام کنید.
- 4 مدیریت سوء تغذیه حاد متوسط را به مدیریت سوء تغذیه حاد شدید و خدمات صحتی موجود ارتباط دهید.
- 5 کمک های (Ration) غذای مکمل خشک یا آماده برای مصرف را در منزل تهیه کنید، مگر اینکه دلیل روشنی برای تغذیه در محل وجود داشته باشد.
 - کمک ها را به صورت هفتگی یا هر دو هفته یکبار ارائه دهید. هنگام تنظیم اندازه و ترکیب کمک فوق العاده، ترکیب و اندازه خانوار، امنیت غذایی خانواده، و احتمال اشتراک را در نظر بگیرید.
 - در مورد نحوه تهیه و نگهداری صحتی غذای کمکی و نحوه و زمان مصرف آن معلومات روشنی ارائه کنید.
- 6 بر حفاظت، حمایت و ترویج تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی و حفظ الصحة تاکید کنید.
 - در مورد اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا شش ماهگی، و ادامه شیردهی برای کودکان 6 تا 24 ماهه، برای سلامت جسمی و روانی مادر و کودک اطلاعات روشن ارائه کنید.
 - مادران شیرده نوزادان زیر شش ماه با سوءتغذیه حاد را در برنامه های تغذیه تکمیلی، مستقل از وضعیت تغذیه مادر بپذیرید.

شاخص های کلیدی

فیصدی از جمعیت هدف که می توانند در طی یک روز پیاده روی رفت و برگشت (بشمول زمان تداوی) به مکان های تغذیه مکمل توشه خشک دسترسی پیدا کنند

- > 90 فیصد

فیصدی از جمعیت هدف که می توانند در مدت یک ساعت به برنامه های در محل دسترسی داشته باشند

- > 90 فیصد

فیصدی موارد سوء تغذیه حاد متوسط (MAM) با دسترسی به خدمات تداوی (پوشش)

- > 50 فیصد در مناطق دهاتی
- > 70 فیصد در مناطق شهری
- > 90 فیصد در کمپ های رسمی

تناسب مرخص ها حاصل از برنامه های تغذیه تکمیلی هدفمندی که مرده، بهبود یافته یا غیابت کرده اند

- فوت شده: > 3 فیصد
- بهبود یافته: < 75 فیصد
- تداوی را نا مکمل رها کرده اند: > 15 فیصد

نکات رهنمودی

طراحی پروگرام: پروگرام هایی را طراحی کنید که بر اساس ظرفیت سیستم صحتی موجود ساخته شده و از آن پشتیبانی می کند و دسترسی به امکانات صحتی، گسترش جغرافیایی جمعیت و امنیت را در نظر می گیرد. ارتباط با مراقبت های تداوی بستری و سرا پایی، مراقبت های قبل از ولادت، واکایه از ملاریا، امراض دوران کودکی و سکرینینگ، مراقبت از HIV و توبرکلوز، و برنامه های امنیت غذایی از جمله غذا، پول نقد یا انتقال چک را حفظ کنید.

برنامه های تغذیه تکمیلی جایگزین رژیم غذایی نیست، بلکه مکمل آن است. طراحی برنامه ها به عنوان بخشی از یک رویکرد چند سکتوری با خدمات تکمیلی مانند WASH، صحت، IYCF و توزیع عمومی مواد غذایی کلیدی است. در دسترس بودن مواد غذایی تکمیلی را در بازارهای ملی یا بین المللی ارزیابی کنید و عوامل محدودیت های بالقوه هر بخش را در برنامه ریزی پروگرام لحاظ کنید + به ارائه کمک ها از طریق مارکیت مراجعه کنید.

واکایه یا تداوی: برای جلوگیری از سوء تغذیه یک روش کمپل یا یک روش هدفمند برای تداوی آن اتخاذ کنید. تصمیم گیری بستگی دارد به:

- سطوح سوء تغذیه حاد و تعداد افراد مبتلا;
- خطر افزایش مریضی;
- خطر کاهش امنیت غذایی;



- بیجا شدن و تراکم جمعیت;
 - ظرفیت سکرینینگ و نظارت جمعیت آسیب دیده با استفاده از معیارهای آنترپومتریک; و
 - منابع موجود و دسترسی به افراد آسیب دیده.
- تغذیه مکمل هدفمند عموماً به زمان و تلاش بیشتری برای سکرینینگ و نظارت بر افراد مبتلا به سوء تغذیه حاد نیاز دارد، اما همچنین به منابع غذایی اختصاصی کمتری نیاز دارد. یک روش کمپل به طور کلی به تخصص کمتر کارکنان اما منابع غذایی تخصصی بیشتری نیاز دارد.
- بسیج مؤثر جامعه:** بسیج و مشارکت جامعه درک مردم از برنامه و اثربخشی احتمالی آن را بهبود می بخشد. در تصمیم گیری برای مکان یابی سایت های برنامه با جمعیت هدف کار کنید. گروه های در معرض خطر را در نظر بگیرید که ممکن است در دسترسی به سایت ها با مشکل مواجه شوند. معلومات واضح و جامع را در مورد پشتیبانی موجود به زبان های قابل دسترس با استفاده از کانال های اشتراک گذاری متعدد معلومات، از جمله صوتی، تصویری و نوشتاری به اشتراک بگذارید.
- پوشش به تعداد افرادی که تحت تداوی قرار می گیرند به نسبت تعداد افرادی که نیاز به تداوی دارند اشاره دارد. پوشش می تواند تحت تأثیر قرار گیرد:
- قابل قبول بودن برنامه، از جمله موقعیت مکانی و دسترسی به سایت های برنامه;
 - وضعیت امنیتی;
 - دفعات توزیعات;
 - وقت انتظار;
 - میزان بسیج، بازدید از منزل و سکرینینگ;
 - موجود بودن کارمندان تغذیه مرد و زن;
 - همسویی معیارهای پذیرش و پوشش; و
 - توانایی مراقبین برای شناسایی علائم سوء تغذیه.
- روش های ارزیابی پوشش پرمصرف هستند و به کارکنان آموزش دیده خاص نیاز دارند. اگر بررسی های پوشش امکان پذیر نیست، هنگام تصمیم گیری در مورد روش های جایگزین، با راهنمای ملی مشورت کنید. از دیتاهای برنامه معمولی مانند سکرینینگ، ریفرو و پذیرش برای برآورد پوشش استفاده کنید. ممکن است نیازی به انجام ارزیابی های پوشش منظم نباشد، مگر اینکه تغییرات قابل توجهی در منطقه برنامه، مانند بیجا شدن جمعیت یا محصول یا پروتوکول تداوی جدید ایجاد شده باشد.
- معیارهای پذیرش** باید با دستورالعمل های ملی و بین المللی مطابقت داشته باشد. معیارهای پذیرش برای نوزادان زیر شش ماه و برای گروه هایی که تعیین وضعیت آنترپومتریک آنها دشوار است باید شامل وضعیت کلینیکی و شیردهی باشد + به ضمیمه 4: میزان سوء تغذیه حاد و ریفرنس ها و مطالعه بیشتر مراجعه کنید.
- افرادی که اچ آی وی مثبت هستند (یا مشکوک هستند) یا مبتلا به سل یا مرض مزمن دیگری هستند، نباید مورد تبعیض قرار گیرند و در صورت داشتن شرایط پذیرش باید دسترسی برابر به مراقبت داشته باشند. برخی از افرادی که معیارهای آنترپومتریک سوء تغذیه حاد را ندارند ممکن است از مزایای تغذیه تکمیلی بهره مند شوند.

این ممکن است شامل افرادی باشد که مبتلا به HIV، توبرکلوز یا سایر بیماری های مزمن هستند، افرادی که از مراقبت ترخیص شده اند اما برای جلوگیری از عود دوباره نیاز به حمایت تداوی دارند، یا افراد دارای معلولیت. اگر چنین افرادی معیارهای انتروپومتریک را ندارند، سیستم های نظارت و گزارش را تعدیل کنید.

افراد مبتلا به HIV که معیارهای پذیرش را ندارند اغلب به حمایت تغذیه نیاز دارند. چنین حمایتی بهتر است خارج از زمینه تداوی سوء تغذیه حاد شدید در بحران ها ارائه شود. به این افراد و خانواده هایشان طیف وسیعی از خدمات، از جمله مراقبت های اجتماعی و خانگی، مراکز تداوی توبرکلوز و برنامه های وقایه انتقال از مادر به کودک ارائه دهید.

مشخصات ترخیص و نظارت: تعداد افراد ترخیص (Discharge) شده شامل کسانی است که بهبود یافته اند، فوت کرده اند، غیبت کرده اند یا بهبود نیافته اند. افراد ریفراکتوری یا رجعت داده شده برای خدمات تکمیلی، مانند مراقبت های صحی، تداوی را به پایان نرسانده اند و یا به تداوی ادامه می دهند یا بعداً به تداوی باز می گردند. افرادی که به سایت های دیگر منتقل شده اند یا تداوی را به پایان نرسانده اند، درج نکنید.

اگر افراد پس از ترخیص از مراقبت های تداوی به یک برنامه تغذیه می پیوندند، آنها را به عنوان یک دسته جداگانه گزارش دهید تا از نتایج مغرضانه جلوگیری شود. اگر فردی در نتیجه عوامل دیگری مانند ناتوانی، چاک (مانند کام چاک) یا مشکلات جراحی دچار علائم سوء تغذیه حاد شد، آنها را در گزارش برنامه شامل بسازید. بررسی کنید که چگونه جنسیت فرد ممکن است بر دسترسی به تداوی، ناکامی

تداوی و بهبودی تأثیر بگذارد.

آمار ترخیص (Discharge) را به صورت زیر محاسبه کنید:

- فیصدی ترخیص های بهبودیافته = تعداد افراد بهبودیافته / تعداد کل ترخیص شده $\times 100$
- فیصدی ترخیص های مرده = تعداد فوتی ها / تعداد کل ترخیص شده $\times 100$
- فیصدی ترخیص شده غیر حاضر = تعداد غیر حاضر / تعداد کل ترخیص شده $\times 100$
- درصد ترخیص شده بهبود نیافته = تعداد افراد بهبود نیافته / تعداد کل ترخیص شده $\times 100$

علاوه بر شاخص های ذکر شده در بالا، سیستم های نظارت باید مشتمل باشند بر:

- مشارکت جمعیت;
- قابل قبول بودن برنامه (میزان پیش فرض و میزان پوشش می تواند به عنوان معیاری برای این مورد استفاده شود);
- کمیت و کیفیت غذا;
- پوشش;
- دلایل انتقال به برنامه های دیگر (بخصوص کودکانی که وضعیت تغذیه آنها بدتر می شود و به سوء تغذیه حاد می رسد); و
- تعداد افراد بستری شده و تحت تداوی.

عوامل خارجی را در نظر بگیرید مانند:

- نوعیت مریضی ها;



- سطوح کم تغذی در جمعیت;
- سطح نا امنی غذایی در خانواده ها و جمعیت;
- مداخلات تکمیلی در دسترس جمعیت (از جمله کمک های غذایی عمومی یا برنامه های مشابه); و
- ظرفیت سیستم های موجود برای ارائه خدمات.

ارتباطات با بخش های صحت و سایر بخش ها: هم برنامه های تغذیه مُکمل هدفمند و هم به صورت کمپلی می توانند به عنوان بستری برای ارائه خدمات تکمیلی استفاده شوند. در بسیاری از موقعیت ها، یک برنامه تغذیه کمپلی برای وقایع می تواند از پاسخ به بحران حمایت کند. به عنوان مثال، می تواند از طریق ثبت نفوس شماری، سکرینینگ جامعه و ارجاع برای سوء تغذیه حاد شدید و مدیریت سوء تغذیه حاد متوسط، دسترسی به جمعیت هدف را فراهم کند. همچنین می تواند برای مداخلات بقای کودک اجازه بدهد مانند:

- ادویه ضد کرم;
- مکمل ویتامین A ;
- آهن و اسید فولیک همراه با سکرینینگ و تداوی ملاریا;
- زینک برای تداوی اسهال; و
- معافیت سازی. (Immunisation)

⊕ به مراقبت های اساسی صحت - ستندرد 2.1.1 تا 2.1.4 امراض ساری و مراقبت های اساسی صحت - ستندرد 2.2.1 و 2.2.2. صحت اطفال مراجعه کنید.

جمعیت هایی که سطوح بالایی از آسیب پذیری را دارند، مانند شیوع بالای HIV و افرادی که در حرکت یا تغذیه مشکل دارند، ممکن است برای برآوردن نیازهای خود به برنامه های سازگاری نیاز داشته باشند. این می تواند شامل تنظیم کیفیت و کمیت کمک غذایی تکمیلی باشد ⊕ به ستندرد 4.1 تغذیه اطفال شیرخوار و خورد سال مراجعه کنید.

ستندرد 2.2: مدیریت سوء تغذی

سوء تغذی حاد شدید

سوء تغذی حاد شدید تداوی شده است.

اقدامات کلیدی

- 1 استراتژی ها، اهداف و معیارهای به وضوح تعریف شده و مورد توافق را برای تنظیم و بسته شدن مداخلات از ابتدای برنامه ایجاد کنید.
 - کارکنان کافی و ظرفیت، تخصص و مهارت های مرتبط را شامل کنید.
- 2 مراقبت های بستری، مراقبت های سرپایی، ریفر و بسیج جامعه در مدیریت سوء تغذیه حاد شدید را شامل کنید.

3 تغذیه و مراقبت های صحی را بر اساس دستورالعمل های شناخته شده ملی و بین المللی برای مدیریت سوء تغذیه حاد شدید ارائه کنید.

4 معیارهای ترخیص را که شامل شاخص های آنتروپومتریک و سایر شاخص ها می شود، تعیین کنید

5 در مورد علل غیر حاضری و عدم پاسخگویی یا افزایش مرگ و میر بررسی و اقدام کنید.

6 تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی، ارتقای حفظ الصحه و تعامل خوب مادر و کودک را محافظت، حمایت و ترویج کنید.

- در مورد اهمیت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان تا شش ماهگی، و ادامه شیردهی برای کودکان 6 تا 24 ماهه، برای سلامت جسمی و روانی مادر و کودک معلومات روشن ارائه کنید.

شاخص های کلیدی

- فیصدی جمعیت هدف کمتر از یک روز پیاده روی بازگشت (از جمله زمان درمان) به محل برنامه
- <90 فیصد از جمعیت هدف

فیصدی موارد سوء تغذیه حاد شدید (SAM) با دسترسی به خدمات تداوی (پوشش)

- <50 درصد در مناطق روستایی
- <70 فیصد در مناطق شهری
- <90 فیصد در یک کمپ

نسبت ترخیص شده از مراقبت های درمانی که فوت کرده اند، بهبود یافته اند یا از بهبود نیافته اند

- فوت شده: >10 فیصد
- بهبود یافته: <75 فیصد
- تداوی را نا مکمل ترک کرده اند: >15 فیصد

نکات رهنمودی

اجزای پروگرام: مراقبت های بستری ممکن است به طور مستقیم یا از طریق ریفر ارائه شود. برنامه ها باید مراقبت های سرپایی غیرمتمرکز را برای کودکان بدون اختلالات طبی ارائه دهند. مکان های برنامه سرپایی باید نزدیک به جمعیت مورد نظر باشد تا خطرات ومصارف مرتبط با سفر با کودکان خورد سال و خطر بیجا شدن بیشتر کاهش یابد. + ستندرد 2.2.2 صحت اطفال: مدیریت امراض نوزادی و دوره طفولیت مراجعه کنید.

برنامه ها را با سایر خدمات مرتبط کنید مانند:

- تغذیه تکمیلی;
- شبکه های HIV و سل;
- احیای مجدد;



- خدمات صحتی اولیه؛ و
- برنامه های امنیت غذایی از جمله کمک های غذایی یا پول نقد.

روش های ارزیابی پوشش در برنامه های سوء تغذیه حاد شدید و برنامه های سوء تغذیه حاد متوسط مشابه است. + به استاندارد 2.1 مدیریت سوء تغذیه حاد: سوء تغذیه حاد متوسط مراجعه کنید

معیارهای پذیرش باید با دستورالعمل های ملی و بین المللی مطابقت داشته باشد. معیارهای پذیرش برای اطفال شیر خوار زیر شش ماه و برای گروه هایی که تعیین وضعیت انتر و پومیتیک آنها دشوار است، باید شامل وضعیت کلینیکی و شیردهی باشد + به ضمیمه 4: اندازه گیری سوء تغذیه حاد و رفرنس ها و مطالعه بیشتر.

افرادى که HIV مثبت هستند (یا مشکوک هستند) یا مبتلا به سل یا مرض مزمن دیگری هستند، نباید مورد تبعیض قرار گیرند و در صورت داشتن شرایط پذیرش باید دسترسی برابر به مراقبت داشته باشند. برخی از افرادی که معیارهای آنروپومتریکی سوء تغذیه حاد را ندارند ممکن است از تغذیه تکمیلی بهره مند شوند. برای مثال افرادی که مبتلا به HIV، سل یا سایر بیماری های مزمن هستند، افرادی که از مراقبت ترخیص شده اند اما برای جلوگیری از عود دوباره نیاز به حمایت تداوی دارند یا افراد دارای معلولیت. اگر چنین افرادی معیارهای آنروپومتریکی را ندارند، سیستم های نظارت و گزارش را تعدیل کنید.

افراد مبتلا به HIV که معیارهای پذیرش را ندارند اغلب به حمایت تغذیه نیاز دارند. چنین حمایتی بهتر است خارج از زمینه تداوی سوء تغذیه حاد شدید در بحران ها ارائه شود. به این افراد و خانواده هایشان طیف وسیعی از خدمات، از جمله مراقبت های اجتماعی و خانگی، مراکز تداوی سل و برنامه های وقایع انتقال آن از مادر به کودک ارائه دهید.

معیارهای ترخیص و بهبودی: افراد ترخیص شده باید عاری از اختلالات طبی باشند. علاوه بر این، باید اشتهاى خود را باز یافته و بدون (Oedema) مرتبط با تغذیه (مثلاً برای دو بار وزن کردن متوالی) به وزن مناسب دست یافته و حفظ شده باشند. اوسط افزایش وزن را برای افراد با و بدون ادیمای تغذیه ای به طور جداگانه محاسبه کنید. تغذیه با شیر مادر بخصوص برای اطفال شیر خوار زیر شش ماه و همچنین برای کودکان 6 تا 24 ماهه اهمیت دارد. اطفال دوره شیر خواری که از شیر مادر تغذیه نمی کنند نیاز به پیگیری دقیق دارند. برای جلوگیری از خطرات ناشی از ترخیص قبل از وقت، معیارهای مرخص کردن را رعایت کنید.

دستورالعمل های مدیریت جامعه سوء تغذیه حاد متوسط طول مدت اقامت برای تداوی را مشخص می کند و هدف آن کوتاه تر کردن دوره های بهبودی است. هنگام محاسبه اوسط مدت اقامت، دستورالعمل های ملی موجود را رعایت کنید، زیرا این دستورالعمل ها به زمینه بستگی دارد. اچ آی وی، سل و سایر بیماری های مزمن ممکن است باعث شود برخی از افراد مبتلا به سوء تغذیه به تداوی پاسخ ندهند. برای شناسایی گزینه های تداوی طولانی مدت برای آن افراد، با خدمات صحتی و سایر خدمات حمایتی اجتماعی و جامعه کار کنید + به مراقبت های اساسی صحتی - استاندارد 2.3.3. صحت جنسی و باروری مراجعه کنید.

شاخص های عملکرد برای مدیریت سوء تغذیه حاد شدید: جمعیت افراد مرخص شده به دلیل سوء تغذیه حاد شدید را کسانی تشکیل می دهند که بهبود یافته، فوت کرده اند، تداوی را ترک کرده اند یا بهبود نیافته اند. + استاندارد 2.1 یاد داشت های رهنمودی برای مدیریت سوء تغذیه: سوء تغذیه حاد متوسط.

شاخص های عملکرد برای مدیریت سوء تغذیه حاد شدید باید نتایج مراقبت های بستری و سرپایی را

بدون چندین بار حساب کردن آن هایی که از یکی به دیگری (از سراپا به داخل بستر و یا برعکس آن) منتقل می شوند، ترکیب کنند. اگر این امکان پذیر نیست، تفسیر میزان نتیجه را تعدیل کنید. برای مثال، پروگرام ها باید انتظار عملکرد بهتری را داشته باشند که فقط مراقبت های سرپایی ارائه می کنند. هنگامی که فقط مراقبت های بستری ارائه می شود، برنامه ها باید نتایج مشخص شده برای مراقبت ترکیبی را هدف قرار دهند.

افرادی که به خدمات دیگری مانند خدمات صحتی و تداوی ریفی می شوند، تداوی را به پایان نرسانده اند. هنگام ارزیابی عملکرد تداوی سراپایی، انتقال به مراقبت های بستری را گزارش دهید تا عملکرد برنامه را به طور دقیق نشان دهد.

عواملی مانند پیچیده گی کلینیکی HIV شاخص های عملکرد محسوب نمی شوند. پیچیدگی کلینیکی HIV بر میزان مرگ و میر تأثیر می گذارد. در این شرایط، تفسیر عملکرد برنامه باید این را در نظر بگیرد. علاوه بر شاخص های ترخیص، دیتاهای تفکیک شده پذیرش های جدید (جنس، سن، معلولیت)، تعداد کودکان تحت تداوی و میزان پوشش را هنگام نظارت بر عملکرد بررسی کنید. نسبت و علل بستری شدن دوباره، وخامت وضعیت کلینیکی، قصور و عدم پاسخگویی را به طور مداوم بررسی و مستند کنید. تعریف اینها را با دستورالعمل های در حال استفاده تطابق دهید.

مداخله های صحتی: همه برنامه های سوء تغذیه حاد شدید باید شامل تداوی های سیستماتیک بر اساس راهنمایی های ملی یا بین المللی باشد. ضروری است که آنها میکانیزم های ریفرموثری را برای مدیریت امراض های زمینه ای مانند سل و اچ آی وی داشته باشند. در مناطقی که شیوع HIV بالا است، برنامه های سوء تغذیه باید مداخلاتی را در نظر بگیرند که به دنبال جلوگیری از انتقال HIV و حمایت از بقای مادر و کودک باشد. در مکان هایی که انتان HIV شایع است (شیوع HIV بیش از 1 درصد)، کودکان مبتلا به سوء تغذیه را آزمایش کنید تا وضعیت HIV آنها را مشخص کنید و نیاز آنها به تداوی دوایی ضد رتروویروسی (Anti-retroviral) را تعیین کنید

حمایت از تغذیه توسط شیر مادر: مادران اطفال شیر خوار بستری به حمایت ماهرانه از شیردهی به عنوان بخشی از احیای مجدد و بهبودی تغذیه ای نیاز دارند. این امر بخصوص برای کودکان زیر شش ماه و مادران دارای معلولیت بسیار مهم است. برای هدف قرار دادن پشتیبانی ماهر و فعال کردن پشتیبانی هم تایان، زمان و منابع کافی، مانند یک منطقه اختصاصی برای شیردهی اختصاص دهید. مادران شیرده نوزادان زیر شش ماه با سوء تغذیه شدید باید بدون توجه به وضعیت تغذیه آنها یک کمک غذایی مکمل دریافت کنند. اگر آن مادران معیارهای آنتروپومتریک سوء تغذیه حاد شدید را دارند، آنها را برای تداوی بستری کنید.

حمایت روانی اجتماعی: تحریک عاطفی و جسمی از طریق بازی در طول دوره احیای مجدد برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه حاد شدید مهم است. دلبستگی و خلق و خوی مثبت مادری را تقویت می کند. مراقبان چنین کودکانی اغلب به حمایت اجتماعی و روانی اجتماعی نیاز دارند تا فرزندان خود را برای تداوی بیاورند. برخی از مادران نیز ممکن است برای دسترسی به خدمات صحت روانی برای افسردگی Perinatal (از حاملگی تا یک سال بعد از ولادت) نیاز به حمایت داشته باشند. این ممکن است از طریق برنامه های بسیج کردن جامعه محقق شود. برنامه ها باید بر اهمیت تحریک و تعامل در تداوی و وقایع از معلولیت و اختلالات شناختی کودکان در آینده تأکید کنند.



تمام مراقبان کودکانی که به شدت دچار سوءتغذیه هستند را قادر می سازد تا در طول تداوی از کودکان خود مراقبت کرده و آنها را تغذیه کنند. مشاوره، نمایش مهارت هایی که به آنها توصیه میشود و معلومات صحتی و تغذیه را به آنها ارائه دهید. به تأثیر تداوی بر مراقبان و خواهران و برادران توجه کنید تا از ترتیبات مناسب مراقبت از کودک اطمینان حاصل کنید، از جدایی خانواده اجتناب کنید، ناراحتی های روانی اجتماعی را به حداقل برسانید و پابندی بالقوه به تداوی را به حد اکثر برسانید.

ارتباط با سایر فعالین: برای ایجاد مسیرهای رجعت دهی و پروتوکول های اشتراک گذاری معلومات، با شرکای حمایت از کودکان و خشونت های مبتنی بر جنسیت هماهنگ کنید. به کارکنان تغذیه آموزش دهید که چگونه ریفر های حمایتی و محرمانه برای مراقبین کودکانی که در معرض خشونت، بهره برداری یا سوء استفاده فیزیکی، جنسی یا عاطفی قرار دارند، ارائه کنند.

3. کمبودات مایکرونتریت ها (Micronutrients)

کمبود مایکرونتریت ها در بسیاری از کشورها یک محدودیتی برای توسعه اجتماعی-اقتصادی میباشد. آنها تأثیر زیادی بر صحت، توانایی یادگیری و متمر بودن افراد دارند. این کمبودها به سبیل معیوبه سوء تغذیه، توسعه نیافتگی و فقر کمک می کند که گروه های از قبل محروم را بیشتر متأثر میسازد. شناسایی کمبود مایکرو نتریت در بسیاری از زمینه (Contexts) ها دشوار است. در حالی که علائم کلینیکی کمبودهای شدید ممکن است به راحتی قابل تشخیص باشد، بار بیشتر بر صحت و بقای جمعیت ها ممکن است کمبودهای تحت کلینیکی (Sub clinical) باشد. فرض کنید که یک بحران هر گونه کمبود مایکرو نتریت های موجود در یک جمعیت را بدتر می کند. این کمبودها را با استفاده از مداخلات در سطح جمعیت و تداوی فردی برطرف کنید.

سه روش برای کنترل کمبود مایکرونتریت ها وجود دارد:

- **مُکمل:** ارائه مایکرونتریت ها به شکل بسیار قابل جذب معمولاً منجر به سلسلهچترین کنترل وضعیت مایکرونتریت ها در افراد یا جمعیت های هدف می شود. به عنوان مثال می توان به برنامه های مکمل برای هدف قرار دادن کم خونی از طریق مکمل آهن، مکمل اسید فولیک در زنان باردار و مکمل ویتامین A در کودکان کمتر از پنج سال اشاره کرد.
- **غنی سازی:** غنی سازی محصولات غذایی با مایکرونتریت ها می تواند یک استراتژی مؤثر برای کنترل کمبود مایکرونتریت ها باشد. نمونه هایی از این موارد عبارتند از نمک آیودین دار، پودرهای مایکرونتریت یا روغن گیاهی غنی شده با ویتامین A.
- **روش های مبتنی بر غذا:** ویتامین ها و مواد معدنی مورد نیاز برای جلوگیری از کمبود مایکرونتریت ها در انواع غذاها وجود دارد. پالیزی ها و برنامه ها باید از بهبود مصرف در طول سال از تنوع، کمیت و کیفیت کافی غذاهای سالم و غنی از مایکرونتریت ها اطمینان حاصل کنند. در حالی که هر سه روش در بحران ها استفاده می شود، رایج ترین و پرکاربردترین آنها مُکمل سازی است.

ستندرد 3 کمبودات مایکرونتریت ها:

کمبودات مایکرو نتریت ها

کمبود مایکرو نتریت ها اصلاح می شود.



اقدامات کلیدی

1 [معلومات در مورد وضعیت قبل از بحران برای تعیین شایع ترین کمبود مایکرونتریت ها را جمع آوری کنید.]

2 [آموزش کارمندان صحتی برای شناسایی و تداوی کمبود مایکرونتریت ها.]

3 [روش هایی برای پاسخگویی به خطرات کمبود مایکرونتریت ها ایجاد کنید.]

4 پاسخ‌های مایکرونتریت ها را با پاسخ‌های صحت عامه برای کاهش امراضی که معمولاً با بحران‌ها همراه هستند، مانند ویتامین A برای مدیریت سرخکان و زینک برای مدیریت اسهال ارتباط دهید.

اقدامات کلیدی

هیچ موردی از واقعات اسکروی (Scurvey)، پلاگرا (Pellagra)، بری بری (Beri Beri) یا کمبود ریپوفلاوین وجود ندارد

- برای تعریف اهمیت آن از لحاظ صحت عامه بر اساس گروه سنی و تمام جمعیت + به ضمیمه 5: اندازه گیری اهمیت صحت عامه کمبود مایکرو نتریت ها مراجعه کنید.
- از شاخص های ملی یا زمینه خاص در جایی که وجود دارد استفاده کنید.

میزان خشکی چشم (Xerophthalmia)، کم خونی و کمبود ایودین اهمیت برای صحت عامه ندارد

- برای تعریف اهمیت از لحاظ صحت عامه بر اساس گروه سنی و تمام جمعیت + به ضمیمه 5: اندازه گیری اهمیت صحت عامه کمبود مایکرو نتریت ها مراجعه کنید.
- از شاخص های ملی یا زمینه خاص در جایی که وجود دارد استفاده کنید.

Guidance notes

تشخیص کلینیکی کمبودهای مایکرونتریت ها: کمبود کلینیکی مایکرونتریت ها باید همیشه توسط کادر طبی واجد شرایط تشخیص داده شود. هنگامی که شاخص‌های کلینیکی این کمبودها در سیستم‌های سرویلانس صحت یا تغذیه گنجانده می‌شوند، کارکنان را برای انجام ارزیابی اولیه و ریفر کردن مناسب آموزش دهید. تعیین کردن از روی واقعه مشکل ساز است؛ در بحران‌ها، آنها را از طریق واکنش به مکمل‌ها تعیین کنید.

کمبودهای تحت کلینیکی مایکرونتریت ها آتھایی هستند که به اندازه کافی شدید نیستند که علائم قابل شناسایی را نشان دهند. با این حال، آنها می‌توانند پیامدهای سلامتی نامطلوبی داشته باشند. شناسایی نیاز به بررسی تخصصی بیوکیمیایی دارد. یک استثناء کم خونی است که یک آزمایش پایه برای آن در دسترس است و به راحتی در این زمینه انجام می‌شود.

شاخص‌های غیرمستقیم را می‌توان برای ارزیابی خطر کمبود مایکرونتریت ها و تعیین اینکه چه زمانی ممکن است به مکمل‌ها یا رژیم غذایی بهبود یافته نیاز باشد، استفاده کرد. ارزیابی غیرمستقیم شامل تخمین دریافت مواد مغذی در سطح جمعیت و بیرون یابی خطر کمبود است. برای انجام این کار، دیتاهای موجود در مورد دسترسی، در دسترس بودن و استفاده از غذا را بررسی کنید و کفایت کمک غذایی را ارزیابی کنید.

وقایه: استراتژی‌های وقایه از کمبود مایکرو نتریت ها در بخش 6 در زیر آورده شده است (+) به ستندرد 6.1 ضروریات تغذیه عمومی مراجعه کنید). کنترل مرض در وقایه از کمبود مایکرو نتریت ها بسیار مهم است. انتان حاد تنفسی، سرخکان، انتانات پرازیتی مانند ملاریا و اسهال نمونه هایی از بیماری هایی هستند که ذخایر مایکرو نتریت ها را تخلیه می کنند. آمادگی برای تداوی مستلزم ایجاد تعاریف و دستورالعمل‌های بر اساس واقعه برای تداوی و سیستم‌هایی برای واقعه یابی فعال است (+) به مراقبت های اناسی صحتی ستندرد 2.2.1 و 2.2.2 صحت طفل مراجعه کنید.

تداوی کمبودات میکرونتزینت ها: واقعه یابی و تداوی باید در سیستم صحتی و در برنامه های تغذیه انجام شود. در مواردی که میزان کمبود میکرونتزینت ها از آستانه صحت عامه فراتر رود، تداوی کامل جمعیت با مکمل ها ممکن است مناسب باشد. Scurvey (کمبود ویتامین C)، Pellagra (کمبود نیاسین)، Beriberi (کمبود تیامین) و Ariboflavinosis (کمبود ریبوفلاوین) شایع ترین امراض مشاهده شده ناشی از کمبود میکرونتزینت ها هستند + به ضمیمه 5: اندازه گیری اهمیت صحت عامه کمبود میکرونتزینت ها.

اقدامات بهداشت عمومی برای کنترل کمبود ریزمغذی ها عبارتند از:

- ارائه مکمل ویتامین A همراه با واکسیناسیون برای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه;
- کرم زدایی تمام کودکان ۱۲ تا ۵۹ ماهه;
- افزودن نمک یددار و سایر کالاهای غنی شده مانند ویتامین A و روغن نباتی غنی شده با D در سبد غذایی و ارائه پودرهای ریز مغذی یا مکمل های روغن آبیودین دار;
- ارائه محصولات میکرونتزینت چندگانه حاوی آهن برای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه;
- ارائه روزانه مکمل های میکرونتزینت متعدد حاوی آهن، از جمله اسید فولیک، برای زنان باردار و شیرده.

اگر چندین محصول میکرو نترینت حاوی آهن در دسترس نیست، مکمل آهن و اسید فولیک روزانه را به زنان حامله و کسانی که در ۴۵ روز گذشته ولادت کرده اند، ارائه دهید.

برای ارزیابی خطر کمبود میکرو نترینت ها در جمعیت آسیب دیده و تعیین نیاز به بهبود مصرف رژیم غذایی یا استفاده از مکمل ها از شاخص های غیرمستقیم تفکیک جنسیتی استفاده کنید. برای مثال، شاخص های غیرمستقیم کمبود ویتامین A می تواند شامل وزن کم هنگام تولد، کاهش وزن یا کوتاه قدی باشد. خطر کمبود میکرونتزینت ها در افراد مبتلا و تعیین نیاز به بهبود مصرف رژیم غذایی یا استفاده از مکمل ها را ارزیابی کنید + به ستندرد ۱.۲ بر رسی امنیت غذایی و تغذیه: بررسی تغذیه.



4. تغذیه اطفال دوره شیرخواری (Infants) و خورد سال

حمایت مناسب و به موقع از تغذیه شیر خوار و خورد سال در مواقع اضطراری (IYCF-E) باعث نجات جان و محافظت از تغذیه، صحت و رشد کودکان می شود. شیوه های نامناسب تغذیه اطفال دوره شیرخواری و خورد سال آسیب پذیری را در برابر سوء تغذیه، بیماری و مرگ افزایش می دهد و سلامت مادر را تضعیف می کند. بحران ها این خطرات را افزایش می دهند. برخی از اطفال شیر خوار و کودکان خورد سال به شکل خاص آسیب پذیر هستند، از جمله:

- اطفال دوره شیر خوار کم وزن هنگام تولد؛
- کودکان جدا شده و بدون همراه؛
- اطفال شیر خوار و فرزندان مادران افسرده؛
- کودکان زیر دو سال که با شیر مادر تغذیه نمی کنند؛
- افرادی که از جمعیت هایی با شیوع HIV متوسط یا بالا هستند؛
- کودکان دارای معلولیت، بخصوص آنهایی که مشکلات تغذیه دارند؛ و
- اطفال دوره شیر خواری و کودکان خورد سال با سوء تغذیه حاد، کوتاه قدی یا کمبود مایکرونتریت ها.

IYCF-E اقدامات و مداخلاتی را برای محافظت و حمایت از نیازهای تغذیه ای اطفال دوره شیر خواری که با شیرمادر و غیر شیر مادر تغذیه میشوند و کودکان خورد سال 0 تا 23 ماهه مورد توجه قرار می دهد. مداخلات اولویت دار مشتمل است بر:

- حفاظت و حمایت از شیردهی؛
 - تغذیه مکمل مناسب و ایمن؛ و
 - مدیریت تغذیه مصنوعی برای نوزادان بدون امکان شیردهی.
- حمایت از زنان باردار و شیرده برای سلامتی فرزندان نقش اساسی دارد. "تغذیه انحصاری با شیر مادر" به این معنی است که طفل شیرخوار هیچ مایعی غیر از شیر مادر و هیچ ماده جامد به جز مکمل های مایکرو نتریت ضروری یا دوا ها دریافت نمی کند. این امنیت غذا و مایعات را در شش ماه اول در اطفال دوره شیر خواری تضمین می کند و از معافیت فعال (Active Immunity) محافظت می کند. تغذیه با شیر مادر رشد مطلوب مغز را تضمین می کند و همچنان از سلامت نوزادان و کودکان بزرگتر محافظت می کند، بخصوص در شرایطی که شرایط WASH وجود ندارد. همچنین شیردهی با تاخیر انداختن عادت ماهوار و محافظت در برابر سرطان سینه از سلامت مادر محافظت می کند. با افزایش دلبستگی و پاسخگویی، سلامتی روانی را ارتقا می دهد.
- اقدامات کلیدی در این بخش منعکس کننده راهنمای عملیاتی در مورد تغذیه اطفال دوره شیر خواری و خورد سال در مواقع اضطراری (راهنمای عملیاتی) است. راهنمای عملیاتی محصول یک گروه کاری بین سازمانی است که هدف آن ارائه راهنمایی های مختصر و عملی در مورد چگونگی اطمینان از IYCF-E مناسب و قوانین بین المللی کود بازاریابی جایگزین های شیر مادر ("کد") است.

ستندرد 4.1 تغذیه اطفال دوره شیر خواری و خورد سال:

رهنمود پالیسی و هماهنگی

رهنمایی و هماهنگی پالیسی، تغذیه ایمن، به موقع و مناسب دوره شیر خواری و کودک خورد سال را تضمین می کند

اقدامات کلیدی

1 یک مرجع هماهنگی IYCF-E در میکانیزم هماهنگی بحران ایجاد کنید و از همکاری بین سکتور ها اطمینان حاصل کنید.

- در صورت امکان دولت را مرجع هماهنگی فرض کنید.

2 مشخصات رهنمای عملیاتی را در راهنمای پالیسی سازمان ملی و بشردوستانه مربوطه در مورد آمادگی شامل کنید.

- در مواقعی که پالیسی وجود ندارد، رهنمایی و بیانیه مشترک با مقامات ملی تهیه کنید.
- در مواقعی که پالیسی وجود ندارد، رهنمایی و بیانیه مشترک با مقامات ملی تهیه کنید.

3 از ارتباطات قوی، هماهنگ و به موقع در IYCF-E در تمام سطوح پاسخ پشتیبانی کنید.

- سازمان های بشردوستانه، تمویل کننده گان و رسانه ها را در اسرع وقت در مورد هر گونه پالیسی ها و اقدامات IYCF-E که وجود دارد، مطلع کنید.
- با افراد آسیب دیده در مورد خدمات موجود، شیوه های IYCF-E و میکانیزم های فیدبک ارتباط برقرار کنید.

4 از پذیرش یا درخواست اهدای جایگزین های شیر مادر، سایر محصولات شیر مایع، شیر چوشک و چوشک اطفال خودداری کنید.

- کمک هایی که می رسد باید توسط مرجع تعیین شده، مطابق با رهنمای عملیاتی و کد مدیریت شود.
- از هدف گذاری دقیق و استفاده، تهیه، مدیریت و توزیع جایگزین های شیر مادر اطمینان حاصل کنید. این باید بر اساس نیازها و ارزیابی خطر، تجزیه و تحلیل دیتا ها و راهنمایی های تکنیکی باشد.



شاخص های کلیدی

فیصدی پالیسی های اتخاذ شده IYCF در مواقع اضطراری که منعکس کننده مشخصات رهنمای عملیاتی است

هیچ تخلفی از کد گزارش نشده است

فیصدی موارد نقض قوانین مربوط به اهدای جایگزین های شیر مادر (BMS)، محصولات شیر مایع، شیر چوشک ها و چوشک ها و رسیدگی های به موقع

یاد داشت های رهنمودی

ارتباطات (Communications) با افراد آسیب دیده، پاسخ دهندگان و رسانه ها:

برقراری ارتباطات در مورد خدمات موجود و شیوه های تغذیه سالم اطفال دوره شیر خواری و کودکان خردسال نیاز به پیام های سازگار برای گروه های مختلف ارائه دهنده- کمک و برای عموم مردم است. در هنگام تولید پیام، نیاز به حمایت از مراقبانی که پدربزرگ و مادربزرگ، والدین مجرد، سرپرست خانواده یا خواهر و برادر هستند و همچنین مراقبین دارای معلولیت و افراد مبتلا به HIV را در نظر بگیرید.

کد بین المللی بازاریابی جایگزین های شیر مادر: این کد با اطمینان از استفاده ایمن از جایگزین های شیر مادر، از اطفال دوره شیر خواری که به طور مصنوعی تغذیه می شوند، محافظت می کند. این بر اساس اطلاعات بی طرفانه و دقیق است و در همه زمینه ها اعمال می شود. باید در مرحله آمادگی در قانون گنجانده شود و در هنگام واکنش به بحران اجرا شود. در غیاب قوانین ملی، حداقل مقررات کد را اجرا کنید.

این کد در دسترس بودن را محدود نمی کند یا استفاده از جایگزین های شیر مادر، شیر چوشک یا چوشک را ممنوع نمی کند. این فقط بازاریابی، تهیه و توزیع آنها را محدود می کند. نقض کدهای رایج در بحران ها ناشی از مسائل لیبیل گذاری و توزیع غیر هدفمند است. در طول بحران، موارد نقض کد را نظارت کرده و به یونیسف، سازمان صحت جهان و مقامات محلی گزارش دهید.

از شاخص های ستندرد در جایی که وجود دارند استفاده کنید و در جایی که وجود ندارند، شاخص های مربوط به زمینه را توسعه دهید. با در نظر گرفتن چارچوب های زمانی مداخله، معیارهای IYCF-E را برای تعیین پیشرفت و دستاورد تعریف کنید. استفاده ثابت از شاخص IYCF-E در بین شرکای مجری و در نظرسنجی ها تشویق کنید. ارزیابی ها یا بخش هایی از ارزیابی اولیه را به عنوان بخشی از نظارت بر مداخلات IYCF-E تکرار کنید. از نظرسنجی های سالانه برای تعیین تأثیر این مداخلات استفاده کنید.

تغذیه با محصولات مصنوعی: همه جایگزین های شیر مادر باید با Codex Alimentarius و آیین نامه (Code) مطابقت داشته باشند. دسترسی به خدمات WASH کافی برای به حداقل رساندن خطرات تغذیه مصنوعی در مواقع اضطراری ضروری است. سیستم توزیع برای جایگزین های شیر مادر به زمینه، از جمله مقیاس مداخله بستگی دارد. شیر خشک و سایر جایگزین های شیر مادر را در توزیع های کلی یا کمپلی مواد غذایی درج نکنید. محصولات شیر مایع خشک و شیر مایع را به عنوان یک ماده یا مال توزیع نکنید. رهنمود ها و مدیریت تغذیه مصنوعی باید مطابق با رهنمای عملیاتی و آیین نامه، تحت هدایت مرجع هماهنگ کننده تعیین شده IYCF-E باشد.

ستندرد 4.2 تغذیه اطفال دوره شیرخواری و خورد سال

حمایت چند سکتوری از تغذیه اطفال دوره شیر

خواری و خورد سال در مواقع اضطراری

مادران و مراقبان کودکان دوره شیر خواری و خورد سال به حمایت تغذیه به موقع و مناسب دسترسی دارند که خطرات را به حداقل می رساند، از نظر فرهنگی حساس است و نتایج تغذیه، سلامت و بقا را بهتر می کند.

اقدامات کلیدی

1 زنان باردار و شیرده را برای دسترسی به غذا، پول نقد یا انتقال چک و سایر مداخلات حمایتی در اولویت قرار دهید.

2 امکان دسترسی به مشاوره ماهرانه شیردهی برای مادران باردار و شیرده فراهم شود.

3 مادران همه نوزادان را با حمایت برای شروع زود هنگام شیردهی انحصاری با شیر مادر هدف قرار دهید.

- رهنمایی ساده برای شیردهی انحصاری با شیر مادر در خدمات زایمان ارائه کنید.
- از تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان 0 تا 5 ماهه، و ادامه شیردهی در کودکان شش ماهه تا دو ساله حفاظت، ترویج و حمایت کنید.
- در جاهایی که تغذیه مخلوط در نوزادان 0 تا 5 ماهه انجام می شود، از انتقال به تغذیه انحصاری با شیر مادر حمایت کنید.

4 برای مادران و مراقبینی که اطفال دوره شیر خواری شان نیاز به تغذیه مصنوعی دارند، جایگزین های مناسب شیر مادر، تجهیزات تغذیه و حمایت های مرتبط با آن ها را فراهم کنید.

- مصنوعیت و احیای شیر دهی دوباره توسط مادر و دایه را در جایی که شیرخوار توسط مادرش تغذیه نمی شود، بررسی کنید. در چنین شرایطی زمینه فرهنگی و در دسترس بودن خدمات را در نظر بگیرید.
- اگر جایگزین های شیر مادر تنها گزینه های قابل قبول هستند، یک بسته حمایتی ضروری با تجهیزات پخت و پز و تغذیه، پشتیبانی WASH و دسترسی به خدمات مراقبت های صحتی را شامل کنید.

5 از حمایت غذایی مکمل به موقع، ایمن، کافی و مناسب حمایت کنید.

- غذاهای خانگی را ارزیابی کنید تا ارزیابی کنید که آیا آنها به عنوان غذای کمکی برای کودکان مناسب هستند یا خیر و توصیه ها و حمایت های مربوط به زمینه را در مورد تغذیه کمکی ارائه دهید.
- با در نظر گرفتن کودکانی که مشکل تغذیه دارند، از دسترسی به تجهیزات تغذیه و لوازم پخت و پز اطمینان حاصل کنید.

6 برای شیرخواران و کودکان خورد سال بخصوص آسیب پذیر، حمایت تغذیه ای ارائه دهید.

- از فعالیت های تحریک شیر خوار و شیوه های مراقبت از رشد اولیه کودک در برنامه های تغذیه حمایت کنید.

7 در صورت لزوم مکمل های مایکروترنیت ارائه دهید.

- مکمل های روزانه را برای زنان باردار و شیرده، از جمله یک مورد نیاز روزانه از چندین مایکروترنیت برای محافظت از ذخایر مادر و محتوای شیر مادر، خواه این زنان کمک های غنی شده دریافت کنند یا نه، ارائه دهید.
- مکمل های آهن و فولیک اسید را زمانی که از قبل ارائه شده است ادامه دهید.



شاخص های کلیدی

فیصدی مادران شیرده که به مشاوره ماهر دسترسی دارند

فیصدی مراقبانی که به منابع منطبق با کد جایگزین های مناسب شیر مادر (BMS) و حمایت های مرتبط برای نوزادانی که نیاز به تغذیه مصنوعی دارند دسترسی دارند

فیصدی مراقبینی که به غذاهای کمکی به موقع، مناسب، تغذیه ای کافی و ایمن برای کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه دسترسی دارند

یاد داشت های رهنمودی

ارزیابی و نظارت IYCF-E: نیازها و اولویت ها برای پاسخ IYCF-E و نظارت بر تأثیر مداخلات IYCF-E را ارزیابی کنید + به ستندرد 1.2 ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه: ارزیابی تغذیه مراجعه کنید. همکاری چند سکتوری: نقاط ورودی سکتور ها برای شناسایی و حمایت از IYCF-E عبارتند از:

- مراقبت های قبل و بعد از ولادت;
- نقاط معافیت دهی;
- نظارت بر نمو;
- انکشاف دوران اولیه کودکی;
- خدمات تداوی HIV (شامل وقایع از انتقال از مادر به کودک);
- تداوی سوء تغذیه حاد;
- سلامت جامعه، صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی;
- خدمات WASH;
- محل استخدام; و
- کار توسعه زراعتی.

گروه های مورد هدف: تمام دیتا های ارزیابی و برنامه برای کودکان زیر پنج سال باید بر اساس جنسیت و سن 0 تا 5 ماه، 6 تا 11 ماه، 12 تا 23 ماه و 24 تا 59 ماه تفکیک شوند. تفکیک بر اساس معلولیت از 24 ماهگی توصیه می شود.

خدمات برای تامین نیازهای تغذیه ای و مراقبتی کودکان دارای معلولیت، اطفال دوره شیر خواری جدا شده و بدون همراه و کودکان خرد سال را شناسایی و ایجاد کنید. کودکان جدا شده و بدون همراه را به شرکای حمایت از کودکان ارجاع دهید. نسبت زنان باردار و شیرده را شناسایی کنید. جمعیت هایی با شیوع HIV متوسط یا بالا، کودکان جدا شده و بدون همراه، اطفال دوره شیر خواری با وزن کم هنگام تولد، کودکان دارای معلولیت و مشکلات تغذیه، کودکان زیر دو سال که از شیر مادر تغذیه نمی کنند و آنهایی که به شدت دچار سوء تغذیه هستند را در نظر بگیرید. توجه داشته باشید که فرزندان مادران مبتلا به افسردگی بیشتر در معرض خطر سوء تغذیه قرار دارند.

زنان باردار و شیرده: اگر نیازهای زنان باردار و شیرده در برنامه های غذایی یا کمک نقدی یا چک برآورده نشد، زنان باردار و شیرده را با غذای غنی شده هدف قرار دهید. مکمل های مایکرونتریت را مطابق با توصیه های WHO بدهید.

حمایت روانی اجتماعی برای مادران مضطرب، از جمله رفر به خدمات صحت روانی را در صورت لزوم تنظیم کنید. حمایت مناسب برای مادران دارای معلولیت ترتیب دهید. مکان های امنی در کمپ و سایر

محیط های جمعی برای شیردهی زنان ایجاد کنید، مانند فضاهای مناسب برای نوزاد با مناطق انحصاری برا شیر دهی.

شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه می شوند: برنامه ریزی و تخصیص منابع باید امکان حمایت ماهرانه از شیردهی توسط مادر را در شرایط سخت فراهم کند. این می تواند شامل اطفال دوره شیر خواری 0 تا 6 ماهه با سوء تغذیه حاد، جمعیت هایی که تغذیه مختلط در آنها رایج است و تغذیه شیر خوار در زمینه HIV باشد.

شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه نمی کنند: در تمام بحران ها از اطفال دوره شیر خواری و کودکان خورد سالی که از شیر مادر تغذیه نمی کنند محافظت کنید و از آنها برای رفع نیازهای تغذیه ای شان حمایت کنید. عواقب عدم شیردهی در سنین کودک متفاوت است. کوچکترین کودکان در برابر بیماری های انتانی آسیب پذیرتر هستند. آنها به دسترسی به منابع مطمئن جایگزین های مناسب شیر مادر، سوخت، تجهیزات و شرایط WASH بستگی دارند.

شیر خشک و سایر جایگزین های شیر مادر: شیرخشک جایگزین مناسب شیر مادر برای نوزادان 0 تا 5 ماهه است. به شیر خشک آماده برای اطفال شیر خوار به شکل مایع ترجیح دهید، زیرا نیازی به آماده سازی ندارد و خطرات ایمنی کمتری نسبت به شیر خشک پودری برای اطفال دوره شیر خواری دارد. استفاده مناسب، نگهداری دقیق و حفظ الصحه ظروف تغذیه برای شیرخشک آماده برای شیر خوار ضروری است. شیر خشک آماده برای شیر خواران حجیم است و بنابراین حمل و نقل و نگهداری آن گران است. در کودکان بالای شش ماه از شیرهای مایع جایگزین استفاده کنید. شیرهای جایگزین شامل شیر کامل پاستوریزه از گاو، بز، گوسفند، شتر یا گاومیش است. شیر مایع با حرارت فوق العاده بالا؛ شیر مایع تخمیر شده؛ یا ماست میباشند.

استفاده از شیر خشک در کودکان بالای شش ماه به شیوه های قبل از بحران، منابع موجود، منابع شیرهای مایع جایگزین، کفایت غذای کمکی و پالیزی سازمان بشردوستانه بستگی دارد. نشانه های استفاده از جایگزین های شیر مادر ممکن است کوتاه مدت یا طولانی مدت باشد. شیرهای مایع بزرگسالان و شیرهای مایع کودکان نوپا که برای کودکان بالای شش ماه به بازار عرضه می شوند، ضروری نیستند.

یک کارمند صحت یا تغذیه واجد شرایط می تواند نیاز به شیر خشک اطفال دوره شیر خواری را از طریق ارزیابی فردی، پیگیری و حمایت تعیین کند. در مواردی که ارزیابی فردی امکان پذیر نیست، با مقامات هماهنگ کننده و سازمان های تخبیکی بشردوستانه برای مشاوره در مورد ارزیابی و معیارهای هدف گیری مشورت کنید. شیر خشک اطفال دوره شیر خواری را تا زمانی که به کودک مادر شیر می دهد یا حداقل شش ماهگی، ارائه دهید. هنگام ارائه جایگزین های شیر مادر به کودکانی که به آن نیاز دارند، سهواً مادران شیرده را نیز به استفاده از آن تشویق نکنید.

از بوتل های تغذیه استفاده نکنید؛ تمیز کردن آنها دشوار است. تغذیه با پیاله را تشویق و حمایت کنید. نظارت بر مریض شدن را در سطوح فردی و جمعیتی با تمرکز بر اسهال حفظ کنید.

تغذیه تکمیلی پروسه است که زمانی شروع می شود که شیر مادر به تنهایی دیگر برای تامین نیازهای تغذیه ای طفل دوره شیر خواری کافی نیست و سایر غذاها و مایعات همراه با شیر مادر مورد نیاز است. غذاها و مایعات کمکی، چه به صورت صنعتی یا محلی تهیه شده باشد، باید برای کودکان 6 تا ۲۳ ماهه ارائه شود.



خلاهای از قبل موجود و فعلی در مواد مغذی در تعیین گزینه های حمایت غذایی مکمل کلیدی هستند. ملاحظات دیگر شامل مقرون به صرفه بودن و در دسترس بودن یک رژیم غذایی مغذی، مو سمی بودن عرضه غذا و دسترسی به غذاهای کمکی محلی با کیفیت خوب است. گزینه های پاسخ غذایی مکمل شاملینها است:

- کمک نقدی برای خرید غذاهای غنی شده و غنی از مواد مغذی موجود در محل;
- توزیع غذاهای خانگی غنی از مواد مغذی یا غذاهای غنی شده;
- ارائه غذاهای غنی شده با چند مایکرونتریت برای کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه;
- تقویت منزل با مکمل های مایکرونتریت مانند پودرهای مایکرونتریت یا سایر مکمل ها;
- برنامه های معیشتی; ,
- برنامه های شبکه امنیتی.

آموزش یا ارسال پیام را در کنار کمک های نقدی در نظر بگیرید تا مطمئن شوید افراد آسیب دیده استفاده مطلوب از پول نقد برای نتایج تغذیه را درک می کنند.

مکمل های مایکرونتریت: کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که غذاهای غنی شده دریافت نمی کنند ممکن است برای برآورده کردن نیازهای تغذیه ای به چندین مکمل مایکرونتریت نیاز داشته باشند. مکمل های ویتامین A توصیه می شود. در مناطق آندمیک ملاریا، آهن را به هر شکلی، از جمله پودرهای مایکرونتریت ، و همیشه همراه با استراتژی های تشخیص، وقایه و تداوی ملاریا تأمین کنید. نمونه هایی از استراتژی های وقایه از ملاریا عبارتند از: ارائه پشه خانه های با دواي حشره کش و برنامه های کنترل ناقل، تشخیص سلسله بیماری ملاریا، و تداوی با ادویه مؤثر ضد ملاریا. به کودکانی که به استراتژی های وقایه از ملاریا دسترسی ندارند، آهن ندهید. طبق آخرین رهنمایی ها، آهن و اسید فولیک یا مکمل های مایکرونتریت متعدد را برای زنان باردار و شیرده مطابق با تازه ترین رهنمود ها فراهم کنید.

HIV و تغذیه اطفال دوره نوزادی: مادرانی که مبتلا به HIV هستند باید در حین دریافت تداوی Anti retroviral حداقل ۱۲ ماه و حداکثر تا ۲۴ ماه یا بیشتر برای شیر دهی تشویق شوند. اگر دواهای ضد رتروویروسی در دسترس نیست، استراتژی را انتخاب کنید که به اطفال دوره شیر خواری بیشترین چانس بقای عاری از HIV را بدهد. این به معنای متعادل کردن خطرات انتقال HIV در مقابل علل مرگ غیر HIV کودکان است. بر این اساس از مادران و مراقبان حمایت کنید. دسترسی سلسله به داروهای ضد رتروویروس را در اولویت قرار دهید + به ستنرد 2.3.3 مراقبت های اساسی صحت -صحت جنسی و باروری: HIV مراجعه کنید.

به مادران شیرده غیر آلوده به اچ آی وی و دایه ها و کسانی که وضعیت HIV آنها ناشناخته است توصیه کنید که در شش ماه اول زندگی طفل دوره شیر خواری را به طور انحصاری از شیر مادر تغذیه کنند. پس از آن، با ادامه شیردهی تا ۲۴ ماهگی یا بیشتر، غذاهای کمکی معرفی کنید. نوزادانی که قبلاً با تغذیه جایگزین تغذیه شده اند نیاز به شناسایی و حمایت فوری دارند.

با پالیسی های ملی و فرعی موجود مشورت کنید و ارزیابی کنید که آیا آنها با آخرین توصیه های WHO مطابقت دارند یا خیر. با توجه به تغییر مواجه شدن با خطر امراض انتانی غیر HIV ، تعیین کنید که آیا آنها برای شرایط بحرانی جدید مناسب هستند یا خیر ، مدت احتمالی اضطراب، امکان تغذیه جایگزین و در دسترس بودن دوا های ضد رتروویروسی.

ممکن است نیاز باشد که رهنمود های موقت اپدیت شده صادر و به مادران و مراقبین تفهیم شود.

خشونت مبتنی بر جنسیت، حمایت از کودک و تغذیه: خشونت مبتنی بر جنسیت، نابرابری جنسیتی و تغذیه اغلب به هم مرتبط هستند. خشونت خانگی می تواند تهدیدی برای صحت و سلامتی زنان و فرزندان آنها باشد. کارکنان تغذیه باید ارجاع حمایتی و محرمانه برای مراقبین یا کودکانی که در معرض خشونت مبتنی بر جنسیت یا کودک آزاری قرار دارند ارائه دهند. سایر عناصر برای ادغام عبارتند از مشاوره، کار برای ایجاد سایت های تداوی مناسب برای زنان و کودکان، و نظارت منظم بر میزان ترک تداوی یا غیابت و عدم پاسخگویی به تداوی. کارمندان متخصص خشونت مبتنی بر جنسیت و کارمندان واقعه های (Case worker) حمایت از کودکان را به عنوان بخشی از کارکنان تغذیه در نظر بگیرید +

به اصول 3 و 4 حفاظت مراجعه کنید.

شرایط اضطراری صحت عامه: در بحران های صحت عامه، اقداماتی را برای جلوگیری از هرگونه وقفه در دسترسی به خدمات حمایتی صحتی و تغذیه، تضمین مستمر امنیت غذایی و امرار معاش خانواده ها، و به حداقل رساندن خطرات انتقال بیماری از طریق شیردهی و همچنین به حداقل رساندن خطرات مرض و مرگ مادر انجام دهید. در مواردی که برای راهنمایی کولرا، ایبولا و ویروس زیکا نیاز است، به رهنمود های WHO مراجعه کنید.



5. مصنوعیت غذایی

امنیت غذایی زمانی وجود دارد که همه مردم دسترسی فیزیکی و اقتصادی به غذای کافی، ایمن و مغذی داشته باشند که نیازهای غذایی و ترجیحات غذایی آنها را برای یک زندگی فعال و سالم برآورده کند. امنیت غذایی تحت تأثیر عوامل بزرگ- اقتصادی، اجتماعی- سیاسی و محیطی قرار دارد. پالیسی ها، پیروسه ها یا نهادهای ملی و بین‌المللی می‌توانند بر دسترسی افراد آسیب‌دیده به غذای کافی از نظر تغذیه تأثیر بگذارند. تخریب محیط محلی و آب و هوای بسیار متغیر و شدید ناشی از تغییرات آب و هوایی (اقلیمی) نیز بر امنیت غذایی تأثیر می‌گذارد.

در یک بحران بشردوستانه، پاسخ‌های امنیت غذایی باید با هدف برآوردن نیازهای کوتاه مدت و کاهش نیاز جمعیت آسیب دیده به اتخاذ استراتژی‌های مقابله ای مضر بالقوه باشد. با گذشت زمان، واکنش‌ها باید از امرار معاش محافظت و دوباره احیا کنند، فرصت‌های شغلی را تثبیت یا ایجاد کنند و به بازگرداندن امنیت غذایی طولانی مدت کمک کنند. آنها نباید تأثیر منفی بر منابع طبیعی و محیط زیست داشته باشند.

نامانی غذایی خانواده یکی از چهار علت اساسی سوءتغذیه، همراه با شیوه های تغذیه و مراقبت نامناسب، محیط ناسالم خانواده و مراقبت های صحی ناکافی است.

ستندرد های این بخش، منابعی را برای برآوردن نیازهای غذایی جمعیت عمومی و افرادی که در معرض خطر تغذیه ای هستند، مانند کودکان زیر پنج سال، افراد مبتلا به HIV یا ایدز، افراد مسن، افراد مبتلا به امراض مزمن و افراد دارای معلولیت در نظر می‌گیرند.

اگر نیازهای غذایی جمعیت عمومی برآورده نشود، پاسخ‌هایی با هدف تداوی سوءتغذیه تأثیر محدودی خواهد داشت. افرادی که از سوءتغذیه بهبود می‌یابند اما نمی‌توانند غذای کافی دریافت کنند، دوباره بدتر می‌شوند.

انتخاب مؤثرترین و کارآمدترین گزینه‌های واکنش به بحران نیازمند تجزیه و تحلیل کامل نیازهای تفکیک شده بر اساس جنسیت، ترجیحات خانواده، کارایی و اثربخشی مصارف، خطرات حفاظتی و تغییرات موسمی است. همچنین باید نوع و مقدار خاص غذای مورد نیاز و روش مطلوب توزیع آن را شناسایی کند.

غذا اصلی ترین مصرف برای خانوارهای آسیب پذیر است. کمک های نقدی می تواند افراد دریافت کننده کمک را قادر سازد تا منابع کلی خود را بهتر مدیریت کنند، اگرچه این بستگی به ارزش انتقال ارائه شده دارد. تجزیه و تحلیل مشترک و اهداف برنامه، هدف گذاری، ارزش انتقال و هرگونه شرایط بالقوه ای را که در انتقال قرار می گیرد، هدایت می کند.

پاسخ‌های امنیت غذایی باید به تدریج با هدف کارکردن یا حمایت از بازارهای محلی باشد. تصمیم گیری در مورد خرید محلی، ملی یا منطقه ای باید بر اساس درک بازارها، از جمله بازار و ارائه دهندگان خدمات مالی باشد.

برنامه‌ریزی مبتنی بر بازار، مانند کمک‌های بلاعوض به تاجران برای ذخیره‌سازی مجدد، می‌تواند از بازارها نیز حمایت کند + به ارائه کمک ها از طریق مارکیت و **MERS Handbook** مراجعه کنید.

ستندرد 5 امنیت غذایی:

امنیت غذایی عمومی

مردم کمک های غذایی دریافت می کنند که بقای آنها را تضمین می کند، کرامت آنها را حفظ می کند، از فرسایش دارایی های آنها جلوگیری می کند و انعطاف پذیری (Resilience) را ایجاد می کند.

اقدامات کلیدی

- 1 1 بر اساس دیتا های ارزیابی امنیت غذایی، پاسخی را برای رفع نیازهای فوری طراحی کنید و اقداماتی را برای حمایت، حفاظت، ارتقا و بازیابی امنیت غذایی در نظر بگیرید.
 - گزینه های کمک غیر نقدی و نقدی را برای سبد غذایی در نظر بگیرید.
- 2 2 استراتژی های انتقال و خروج را برای همه برنامه های امنیت غذایی در اسرع وقت ایجاد کنید.
 - پروگرام ها را با پاسخ های سکتور های دیگر ادغام کنید.
- 3 3 اطمینان حاصل کنید که افراد دریافت کننده کمک به دانش، مهارت ها و خدمات لازم برای مقابله و حمایت از معیشت خود دسترسی دارند.
 - محیط طبیعی را از تخریب بیشتر حفاظت، نگهداری و بازیابی کنید.
 - تأثیر مواد سوختی پخت و پز بر محیط زیست را در نظر بگیرید.
 - استراتژی های معیشتی را در نظر بگیرید که به جنگل زدایی یا فرسایش خاک کمکی نمی کند.
- 5 5 بر سطح پذیرش و دسترسی به مداخلات بشردوستانه امنیت غذایی توسط گروه ها و افراد مختلف نظارت داشته باشید.
 - اطمینان حاصل کنید که با افرادی که کمک های غذایی دریافت می کنند در مورد طراحی پاسخ مشورت شده و با احترام و وقار با آنها رفتار می شود.
 - مکانیزمی برای ارائه فیدبک ایجاد کنید.
- 6 6 اطمینان حاصل کنید که با افرادی که کمک های غذایی دریافت می کنند در مورد طراحی پاسخ مشورت شده و با احترام و وقار با آنها رفتار می شود.
 - مکانیزمی برای ارائه فیدبک ایجاد کنید.



شاخص های کلیدی

فیصدی خانواده های مورد هدف با امتیاز مصرف مواد غذایی قابل قبول

- < 35 درصد؛ در صورت تامین روغن و شکر، بیش از 42 درصد

فیصدی خانواده های مورد هدف با امتیاز تنوع غذایی قابل قبول

- بیش از 5 گروه غذای اصلی به طور منظم مصرف شود

فیصدی خانواده های مورد هدف با شاخص استراتژیی مقابله ای قابل قبول

فیصدی از افرادی که کمک دریافت می کنند که شکایت یا فید بک منفی مربوط به رفتار محترمانه خود را گزارش می کنند

- همه شکایات به طور منظم بررسی می شوند و به سرعت به آنها پاسخ داده می شود.

یاد داشت های رهنمودی

زمینه (حالات و شرایط): وضعیت امنیت غذایی گسترده تر را برای ارزیابی ارتباط مداوم یک پاسخ زیر نظر بگیرید. تعیین کنید که چه زمانی فعالیت ها را متوقف کنید و چه زمانی تغییرات یا پروژه های جدید را معرفی کنید و هرگونه نیاز به حمایت را شناسایی کنید.

در محیط های شهری، اقداماتی را برای مشخص کردن شاخص های مصارف غذایی خانواده، بخصوص در سکونت گاه های متراکم کم درآمد، انجام دهید. به عنوان مثال، سهم مصارف غذا و آستانه تعیین شده آن ممکن است در بافت های شهری دقت کمتری داشته باشد، زیرا مصارف غیرخوراکی، مانند کرایه و گرمایش، نسبتاً بالاتر است.

استراتژیی خروج و انتقال: از ابتدای برنامه شروع به توسعه ستراتیژی های خروج و انتقال کنید. قبل از بستن یک برنامه یا انجام یک انتقال، باید شواهدی دال بر بهبود وجود داشته باشد یا اینکه بازیگر دیگری می تواند مسئولیت را بر عهده بگیرد. در مورد کمک های غذایی، این ممکن است به معنای درک حفاظت اجتماعی موجود یا برنامه ریزی شده یا سیستم های شبکه ایمنی بلندمدت باشد.

برنامه های کمک غذایی می توانند با سیستم های حمایت اجتماعی هماهنگ شوند یا اساس چنین سیستمی را در آینده ایجاد کنند. سازمان های بشردوستانه همچنین می توانند از سیستم هایی دفاع کنند که به نا امنی غذایی مزمن رسیدگی می کنند، که از تحلیل نا امنی غذایی مزمن در صورت وجود معلومات در آن درج شده است **⊕ به کتاب رهنمود MERS مراجعه کنید.**

گروه های در معرض خطر: از ارزیابی های خطر مبتنی بر جامعه و سایر نظارت های مشارکتی برای مقابله با هر گونه طرحی که گروه ها یا افراد خاصی را به خطر می اندازد، استفاده کنید. برای مثال، توزیع سوخت و/یا اجاق گازهای کم مصرف ممکن است خطرات تجاوز فیزیکی و جنسی را برای زنان و دختران کاهش دهد. حواله های نقدی تکمیلی، بخصوص به خانواده ها یا افراد آسیب پذیر، مانند خانواده های دارای سرپرست زنان و کودکان یا خانواده های دارای معلولیت، می تواند خطر بهره برداری جنسی و کار کودکان را کاهش دهد.

ساختارهای پشتیبانی جامعه: ساختارهای پشتیبانی جامعه را همراه با کاربران طراحی کنید، به طوری که مناسب و به اندازه کافی نگهداری شوند و احتمال باقی ماندن آنها پس از پایان برنامه بیشتر باشد. در طول طراحی نیازهای افراد آسیب پذیر را در نظر بگیرید. به عنوان مثال، دختران و پسران جدا شده یا بدون همراه ممکن است اطلاعات و مهارت هایی را که در خانواده اتفاق می افتد از دست بدهند. **⊕** تعهد 4 ستندرد های اساسی بشری را ببینید.

پشتیبانی امرار های معیشت: **⊕** به امنیت غذایی- ستندرد 7.1 و 7.2، امرار معیشت

کتاب رهنمود MERS و کتاب رهنمود LEGS مراجعه کنید.

اثرات زیست محیطی: افرادی که در کمپ ها زندگی می کنند به سوخت پخت و پز نیاز دارند که ممکن است جنگل زدایی محلی را تسلسلح کند. گزینه هایی مانند توزیع سوخت، منقل گازهای کارآمد و انرژی

جایگزین را در نظر بگیرید. پتانسیل های محیطی را در نظر بگیرید. مزایای خاص ساختن کوپن ها برای کالاها و خدمات سازگار با محیط زیست را در نظر بگیرید.

به دنبال فرصت هایی برای تغییر آداب و رسوم غذایی قبلی و آشپزی باشید که ممکن است باعث تخریب محیط زیست شده باشد. روند تغییرات آب و هوا را در نظر بگیرید. فعالیت هایی که در کوتاه مدت امداد رسانی می کنند و در میان مدت و بلند مدت خطر بحران را کاهش می دهند را اولویت بندی کنید. برای مثال، از کم کردن مال ها (حیوانات) ممکن است به صورت محلی فشار بر چراگاه را در طول خشکسالی کاهش دهد ⊕ به ستندرد 7 پناه گاه و اسکان: ثبات محیط زیستی.

دسترسی و قابل قبول بودن: مردم بیشتر در برنامه ای شرکت می کنند که دسترسی آسان و دارای فعالیت های قابل قبول باشد. از طراحی مشارکتی با همه اعضای جمعیت آسیب دیده برای اطمینان از پوشش کلی بدون تبعیض استفاده کنید. در حالی که برخی از پاسخ های امنیت غذایی افراد فعال اقتصادی را هدف قرار می دهند، پاسخ ها باید برای همه مردم قابل دسترسی باشد. برای غلبه بر محدودیت ها برای گروه های در معرض خطر، فعالانه با آنها برای طراحی فعالیت ها و راه اندازی ساختارهای حمایتی مناسب کار کنید.



6. کمک های غذایی

کمک غذایی زمانی مورد نیاز است که کیفیت و کمیت غذایی موجود یا دسترسی به غذا برای جلوگیری از مرگ و میر بیش از حد، امراض یا سوء تغذیه کافی نباشد. این شامل پاسخ های بشردوستانه ای است که موجودیت و دسترسی به غذا، آگاهی از تغذیه و شیوه های تغذیه را بهبود می بخشد. چنین پاسخ هایی همچنین باید از معیشت افراد آسیب دیده محافظت و تقویت کند. گزینه های پاسخ شامل غذای غیر نقدی، کمک های نقدی، حمایت از تولید و حمایت از بازار است. در حالی که برآوردن نیازهای فوری در مراحل اولیه بحران اولویت دارد، پاسخ ها باید دارایی ها را حفظ و محافظت کند، به بازیابی دارایی های از دست رفته در بحران ها و افزایش انعطاف پذیری در برابر تهدیدات آتی کمک کند. کمک های غذایی همچنین ممکن است برای جلوگیری از اتخاذ میکانیسم های مقابله ای منفی مانند فروش دارایی های تولیدی، بهره برداری بیش از حد یا تخریب منابع طبیعی یا زیاد شدن قرض استفاده شود.

طیف گسترده ای از ابزارها را می توان در برنامه های کمک غذایی استفاده کرد، از جمله:

- توزیع عمومی غذا (تامین غذای غیرنقدی، کمک نقدی برای خرید غذا)؛
- برنامه های تغذیه تکمیلی کمپلی؛
- برنامه های تغذیه تکمیلی هدفمند؛ و
- ارائه خدمات و مداخله های مرتبط، از جمله انتقال مهارت ها یا دانش.

توزیع های عمومی غذا از کسانی که به غذا بیشتر نیاز دارند حمایت می کند. زمانی که افرادی که کمک دریافت می کنند می توانند غذای خود را از راه های دیگر تولید کنند یا به آنها دسترسی داشته باشند، این توزیع ها را متوقف کنید. ممکن است به ترتیبات انتقالی نیاز باشد، از جمله کمک های نقدی مشروط یا حمایت معیشتی.

افرادی که به مواد مغذی خاصی نیاز دارند ممکن است علاوه بر هر جیره غذایی به غذای مکمل نیز نیاز داشته باشند. این شامل کودکان 6 تا 59 ماهه، افراد مسن، افراد دارای معلولیت، افراد مبتلا به HIV و زنان باردار یا شیرده می شود. در بسیاری از شرایط، تغذیه کمکی جان انسان ها را نجات می دهد. تغذیه در محل فقط زمانی انجام می شود که مردم ابزار لازم برای پخت و پز برای خود را نداشته باشند. این می تواند بلافاصله پس از یک بحران، در هنگام جابجایی جمعیت یا جایی که ناامنی دریافت کنندگان جیره غذایی را در معرض خطر قرار می دهد ضروری باشد. همچنین می توان از آن برای تغذیه مدارس اضطراری استفاده کرد، اگرچه ممکن است جیره های غذایی در خانه از طریق مدارس توزیع شود. در نظر بگیرید که کودکانی که به مدرسه نمی روند به این توزیع ها دسترسی نخواهند داشت. برای این کودکان مکانیسم های ارتباطی برنامه ریزی کنید.

کمک های غذایی نیازمند مدیریت خوب زنجیره تأمین و قابلیت های لوژستیک برای مدیریت مؤثر اموال است.

مدیریت هر سیستم تحویل نقدی باید قوی و پاسخگو و با نظارت سیستماتیک باشد + به ارائه کمک ها از طریق مارکیت ها مراجعه کنید.

ستندرد 6.1 کمک های غذایی:

نیاز های تغذیه عمومی

نیازهای اولیه غذایی افراد متأثر شده از بحران، از جمله آسیب پذیرترین افراد، برآورده می شود.

اقدامات کلیدی

- 1 سطوح دسترسی به مقدار کافی و کیفیت غذا را اندازه گیری کنید.
 - سطح دسترسی را به طور مکرر ارزیابی کنید تا ببینید آیا پایدار است یا احتمال کاهش آن وجود دارد.
 - دسترسی افراد آسیب دیده به بازارها را ارزیابی کنید.
- 2 کمک های غذایی و پول نقد را برای برآوردن الزامات برنامه ریزی اولیه ستندرد برای انرژی، پروتئین، چربی و مایکرونترینت ها طراحی کنید.
 - برای جبران تفاوت بین نیازهای غذایی و آنچه مردم می توانند برای خود تهیه کنند، ارائه کمک ها را برنامه ریزی کنید.
- 3 از دسترسی افراد آسیب دیده به غذاهای مغذی و حمایت های تغذیه ای محافظت، ترویج و حمایت کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که کودکان 6 تا 24 ماهه به غذاهای کمکی دسترسی دارند و زنان باردار و شیرده به حمایت های تغذیه ای اضافی دسترسی دارند.
 - اطمینان حاصل کنید که خانواده های دارای اعضای مریض مزمن، افراد مبتلا به اچ آی وی و سل، افراد مسن و افراد دارای معلولیت از مواد غذایی مغذی مناسب و حمایت تغذیه ای کافی برخوردار هستند.

شاخص های کلیدی

- شیوع سوء تغذیه در کودکان کمتر از 5 سال بر اساس جنسیت، و تفکیک بر اساس ناتوانی از 24 ماهگی
- از سیستم طبقه بندی (MDD-W, MAD, WHO) استفاده کنید.
 - برای تفکیک بر اساس معلولیت، از مدل یونیسف/گروه واشنگتن (UNICEF/Washington) در مورد عملکرد کودک استفاده کنید.

فیصدی خانواده های مورد هدف با امتیاز مصرف مواد غذایی قابل قبول

- < 35 درصد؛ در صورت تامین روغن و شکر، بیش از 42 درصد

فیصدی خانواده های مورد هدف با امتیاز تنوع غذایی قابل قبول

- بیش از 5 گروه غذایی اصلی به طور منظم مصرف شود

فیصدی خانواده های مورد هدف که حداقل انرژی مورد نیاز غذایی (2100 کیلوکالری برای هر نفر در روز) و دریافت روزانه مایکرونترینت های توصیه شده را دریافت می کنند



یاد داشت های رهنمودی

نظارت بر دسترسی به غذا: متغیرهایی از جمله سطوح امنیت غذایی، دسترسی به بازارها، معیشت، سلامت و تغذیه را در نظر بگیرید. این به تعیین ثبات یا رو به کاهش وضعیت و اینکه آیا مداخلات غذایی ضروری است کمک می کند. از شاخص های پروکسی (غیر مستقیم) مانند امتیاز مصرف غذا یا ابزارهای تنوع غذایی استفاده کنید.

اشکال کمک: از اشکال مناسب کمک (نقد، چک یا غیرنقدی) یا ترکیبی برای اطمینان از امنیت غذایی استفاده کنید. در مواردی که از کمک های نقدی استفاده می شود، توزیع غذای کمکی یا توزیع غذای مکمل را برای رفع نیازهای گروه های خاص در نظر بگیرید. کفایت بازارها را برای تأمین نیازهای غذایی خاص در نظر بگیرید و از روش های خاص از جمله ابزار ارزیابی «حداقل مصرف یک رژیم غذایی سالم» استفاده کنید.

طراحی جیره غذایی و کیفیت تغذیه: تعدادی از ابزارهای برنامه ریزی کمک در دسترس هستند، به عنوان مثال NutVal. برای برنامه ریزی کمک های عمومی + به ضمیمه 6: ضروریات تغذیه مراجعه کنید. اگر کمکی طوری طراحی شده باشد که تمام محتوای انرژی کمک را تأمین کند، پس باید حاوی مقادیر کافی از تمام مواد مغذی باشد. اگر یک کمک تنها بخشی از انرژی مورد نیاز رژیم را تأمین می کند، آن را با استفاده از یکی از دو روش ذیل طراحی کنید:

- اگر محتوای مواد مغذی سایر غذاهای موجود برای جمعیت ناشناخته است، کمک را طوری طراحی کنید که محتوای مواد مغذی متعادل را که متناسب با محتوای انرژی کمک است، ارائه دهید.
 - اگر محتوای مواد مغذی سایر غذاهای موجود برای جمعیت مشخص باشد، کمک غذایی را طوری طراحی کنید که مکمل این غذاها برکننده خلاهای مواد مغذی باشد.
- برآوردهای زیر برای حداقل نیازهای تغذیه ای یک جمعیت باید برای برنامه ریزی کمک های عمومی مورد استفاده قرار گیرد و بر اساس زمینه تنظیم شود.
- 2100 کیلوکالری برای هر نفر در روز با 10 تا 12 درصد انرژی کل توسط پروتئین و 17 درصد توسط چربی تأمین می شود برای معلومات بیشتر + به ضمیمه 4: ضروریات تغذیوی مراجعه کنید.
- حصول اطمینان از محتوای مواد مغذی کافی در کمک غذایی ممکن است در مواردی که انواع مواد غذایی محدود موجود است چالش برانگیز باشد. دسترسی به نمک ایودین دار، نیاسین، تیامین و ریبوفلاوین را در نظر بگیرید. گزینه های بهبود کیفیت تغذیه ای کمک شامل تقویت اموال اصلی، از جمله غذاهای ترکیبی غنی شده، و تشویق به خرید غذاهای تازه تولید شده محلی با استفاده از چک ها است. استفاده از محصولات مکمل مانند غذاهای آماده با پایه لیبید، مواد مغذی متراکم، یا تابلیت ها یا پودرهای میکرونوترینت متعدد را در نظر بگیرید. پیام های IYCF-E را برای اطمینان از اینکه تغذیه با شیر مادر مطلوب و شیوه های تغذیه تکمیلی ترویج می شود ارائه کنید. + به ستنرد 4.1 و 4.2. تغذیه اطفال دوره شیر خواری و خورد سال مراجعه کنید.

هنگام برنامه ریزی کمک، با جامعه مشورت کنید تا ترجیحات محلی و فرهنگی را در نظر بگیرید. اگر مواد سوخت کم است، غذاهایی را انتخاب کنید که نیازی به پخت طولانی ندارند. هر زمان که در کمک غذایی تغییراتی به وجود آمد، هر چه زودتر اطلاعات را با کل جوامع به اشتراک بگذارید تا رنجش را به حداقل برسانید و خطر خانوادگی خشونت علیه زنان را، که ممکن است به خاطر کاهش کمک سرزنش شوند محدود کنید.

برای مدیریت انتظارات، کاهش اضطراب و توانمندسازی خانواده ها برای اتخاذ تصمیمات مربوطه، برنامه خروج را از ابتدا به وضوح اعلام کنید.

ارتباط با برنامه های صحت: کمک های غذایی می تواند از بدتر شدن وضعیت تغذیه جمعیت آسیب دیده جلوگیری کند، بخصوص هنگامی که با اقدامات صحت عامه برای وقایع از بیماری هایی مانند سرخکان، ملاریا و انتانات پرازیتی ترکیب شود + به ستنرد 1.1 سیستم صحت: ارائه خدمات صحت و ستنرد 2.1 مراقبت های اساسی صحت - ارماس ساری: وقایع.

نظارت بر مصرف غذا: شاخص های کلیدی برای کمک های غذایی، دسترسی به غذا را اندازه گیری می کنند، اما میزان مصرف غذا را تعیین نمی کنند. اندازه گیری مستقیم دریافت مواد مغذی واقعی نیست. اندازه گیری غیرمستقیم با استفاده از اطلاعات منابع مختلف از جمله در دسترس بودن و استفاده از غذا در سطح خانواده و ارزیابی قیمت مواد غذایی، در دسترس بودن مواد غذایی و مواد سوخت پخت و پز در بازارهای محلی، جایگزین خوبی است. گزینه های دیگر شامل بررسی طرح ها و سوابق توزیع کمک های غذایی، ارزیابی هر گونه سهم غذاهای وحشی و انجام ارزیابی های امنیت غذایی است.

گروه های در معرض خطر: هنگام تعیین معیارهای واجد شرایط بودن برای کمک های غذایی، با گروه های مختلف مشورت کنید تا نیازهای خاصی را شناسایی کنید که در غیر این صورت ممکن است نادیده گرفته شوند. غذای کافی و قابل قبول مانند غذای مخلوط غنی شده برای کودکان خردسال (6 تا 59 ماهگی) را در کمک غذایی عمومی قرار دهید. گروه های جمعیتی خاصی که ممکن است نیاز به توجه داشته باشند شامل افراد مسن، افراد مبتلا به HIV، افراد دارای معلولیت و مراقبین هستند.

افراد مسن: مرض و ناتوانی مزمن، انزوا، خانواده بزرگ، هوای سرد و فقر می تواند دسترسی به غذا را کاهش دهد و نیاز به مواد مغذی را افزایش دهد. افراد مسن باید بتوانند به راحتی به منابع غذایی و انتقال غذا دسترسی داشته باشند. غذاها باید به راحتی تهیه و مصرف شوند و پروتئین و مایکروترنیت های اضافی مورد نیاز افراد مسن را برآورده کنند.

افراد مبتلا به HIV: خطر سوء تغذیه برای افراد مبتلا به HIV بالا است. این به دلیل عواملی مانند کاهش مصرف غذا، جذب ضعیف مواد مغذی، تغییر در متابولیسم و انتانات و بیماری های مزمن است. انرژی مورد نیاز افراد مبتلا به HIV با مرحله انتان متفاوت است. آسیب کردن و تقویت غذا، یا تهیه مکمل های غذایی غنی شده، مخلوط یا مخصوص، استراتژی های ممکن برای بهبود دسترسی به یک رژیم غذایی مناسب هستند. در برخی شرایط ممکن است افزایش اندازه کلی هر کمک غذایی مناسب باشد. در صورت وجود، افراد سوء تغذیه مبتلا به HIV را به برنامه های تغذیه هدفمند ارجاع دهید.

افراد دارای معلولیت: بشمول افراد دارای معلولیت روانی اجتماعی، ممکن است در معرض خطر جدایی از اعضای نزدیک خانواده و مراقبان معمولی در یک بحران باشند. آنها همچنین ممکن است با تبعیض روبرو شوند. با اطمینان از دسترسی فیزیکی به غذا، دسترسی به غذاهای پرانرژی و غنی از مواد مغذی و میکانیسم هایی برای حمایت از تغذیه، این خطرات را کاهش دهید. این ممکن است شامل تهیه مخلوط کن های دستی، قاشق ها و نی ها، یا توسعه سیستم هایی برای بازدید از منزل یا دسترسی به افراد باشد. علاوه بر این در نظر بگیرید که کودکان دارای معلولیت کمتر در مکاتب ثبت نام می شوند، زیرا برنامه های غذایی مبتنی بر مکتب را از دست می دهند.

مراقبین: حمایت از افرادی که از افراد آسیب پذیر مراقبت می کنند بسیار مهم است. مراقبان و کسانی که از آنها مراقبت می کنند ممکن است با موانع تغذیه ای خاصی روبرو شوند. برای مثال، ممکن است



به دلیل بیماری یا مراقبت از بیمار، زمان کمتری برای دسترسی به غذا داشته باشند. آنها ممکن است نیاز بیشتری به حفظ اقدامات حفظ الصحی داشته باشند. آنها ممکن است دارایی کمتری برای مبادله با غذا داشته باشند، به دلیل مصارف تداوی یا تشییع جنازه. آنها ممکن است با بدنامی یا ستیگمای اجتماعی و کاهش دسترسی به میکانیزم های حمایتی جامعه مواجه شوند. از شبکه های اجتماعی موجود برای آموزش اعضای منتخب جمعیت برای حمایت از مراقبین استفاده کنید.

ستندرد 6.2 کمک های غذایی:

کیفیت ، مناسب بودن و قابل قبول بودن غذا

مواد غذایی ارائه شده دارای کیفیت مناسب، قابل قبول بوده و می توان از آنها به نحو احسن و مؤثر استفاده کرد.

اقدامات کلیدی

1 غذاهایی را انتخاب کنید که مطابق با استانداردهای ملی دولت میزبان و سایر استانداردهای کیفیت پذیرفته شده بین المللی باشد.

- روی نمونه تصادفی ذخایر مواد غذایی تست انجام دهید.
- هنگام برنامه ریزی برای استفاده از مواد غذایی وارداتی، مقررات ملی مربوط به دریافت و استفاده از غذاهای اصلاح شده جنیتیکی را درک کرده و به آنها احترام بگذارید.

2 بسته بندی مناسب مواد غذایی را انتخاب کنید.

- لیبل هایی با تاریخ تولید، کشور مبدأ، انقضا یا تاریخ «بهترین قبل از»، تجزیه و تحلیل تغذیه و دستورالعمل های آشپزی در قالب های قابل دسترس و به زبان محلی، بخصوص برای غذاهای کمتر آشنا یا کمتر مورد استفاده، ارائه دهید.

3 دسترسی به آب، سوخت، منقل ها و امکانات ذخیره سازی غذا را ارزیابی کنید.

- در صورتیکه بحران باعث منع سهولت های پخت و پز شود غذا های تیار آماده شده را ارائه کنید.
- هنگامی که غلات سبوس دار تهیه می شود، دسترسی به امکانات آسیاب و پروسس کافی را مهیا کنید.
- مصارف آسیاب دریافت کنندگان را با استفاده از پول نقد یا چک، یا با روش کمتر ترجیح داده شده از طریق تهیه غلات یا تجهیزات آسیاب اضافی تامین کنید.

4 مواد غذایی را در شرایط مناسب حمل و نقل و نگهداری کنید.

- از ستندردها در مدیریت ذخیره سازی، با بررسی سیستماتیک کیفیت غذا پیروی کنید.
- مقادیر را در واحدهای ثابت اندازه گیری کنید. و از تغییر واحدها و روش های اندازه گیری در طول پروژه خودداری کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی جمعیت آسیب دیده که گزارش می دهند غذای ارائه شده از کیفیت مناسبی برخوردار است و ترجیحات محلی را برآورده می کند

فیصدی جمعیت آسیب دیده که میکانیزم دریافت غذا را گزارش کردند مناسب بود

فیصدی خانواده هایی که گزارش می دهند اقلام غذایی دریافت کرده اند به راحتی تهیه و ذخیره می شوند

فیصدی از افرادی که کمک دریافت می کنند که شکایت یا فیدبک منفی مربوط به کیفیت غذا را گزارش می دهند

- همه شکایات به طور منظم بررسی می شوند و به سرعت به آنها پاسخ داده می شود.

فیصدی تلفات غذایی که توسط برنامه گزارش شده است

- هدف >0.2 درصد از کل بار گیری است.

یاد داشت های رهنمودی

کیفیت غذا؛ غذاها باید مطابق با ستندرد های غذایی دولت کشور میزبان باشد. غذا همچنین باید با استانداردهای Codex Alimentarius در مورد کیفیت، بسته بندی، لیبل زدن و مناسب بودن برای هدف مطابقت داشته باشد. زمانی که غذا از کیفیت لازم برای استفاده مورد نظر خود برخوردار نباشد، برای آن هدف نامناسب است. این درست است حتی اگر برای مصرف انسان مناسب باشد. یک مثال زمانی است که کیفیت آرد ممکن است امکان پخت در سطح خانگی را فراهم نکند، حتی اگر مصرف آن بی خطر باشد. سند حفظ الصحه گیاهی یا سایر سند های بازرسی باید همراه با غذاهای خریداری شده محلی و وارداتی باشد. برای تبخیر باید از محصولات مناسب استفاده کرد و از روش های دقیق پیروی کرد. اطمینان حاصل کنید که سروی کننده گان کیفیت مستقل محموله های بزرگ را بازرسی می کنند و در صورت شک و یا اختلاف در مورد کیفیت از سروی کننده گان کیفیت مستقل استفاده می کنند.

اطمینان حاصل کنید که دولت های میزبان تا آنجا که ممکن است دخیل هستند. اطلاعات مربوط به سن و کیفیت محموله های مواد غذایی را از سند های تامین کننده، گزارش های بازرسی کنترل کیفیت، لیبل های بسته ها و گزارش های گدام دریافت کنید. یک پایگاه دیتا برای گواهی های تجزیه و تحلیل (CoA) صادر شده توسط یک مرجع مربوطه برای تایید کیفیت و خلوص یک محصول ایجاد کنید.

در دسترس بودن اموال غذایی را در بازارهای محلی، ملی یا بین المللی ارزیابی کنید. اگر کمک های غذایی به صورت محلی تامین شود، باید پایدار باشد و منابع طبیعی محلی را بیشتر تحت فشار قرار ندهد یا بازارها را مختل نکند. محدودیت های بالقوه عرضه مواد غذایی را در برنامه ریزی پروگرام مد نظر بگیرید.

بسته بندی مواد غذایی: تلفات مواد غذایی را می توان در انبارها و نقاط توزیع نهایی گزارش کرد. تلفات مواد غذایی می تواند به دلیل بسته بندی نامناسب در چرخه توزیع باشد. بسته بندی باید محکم و مناسب برای جابجایی، نگهداری و توزیع باشد.



باید برای افراد مسن، کودکان و افراد مبتلا به معلولیت ها در دسترس باشد در صورت امکان، بسته بندی باید اجازه توزیع مستقیم را بدون نیاز به اندازه گیری مجدد یا بسته بندی مجدد بدهد. بسته بندی مواد غذایی نباید حاوی پیام هایی باشد که دارای انگیزه های سیاسی یا مذهبی یا ماهیت تفرقه انگیز باشد.

بسته بندی نباید خطری باشد و سازمان های بشردوستانه وظیفه دارند از پر شدن محیط از بسته بندی های اقلام توزیع شده یا خریداری شده با پول نقد یا چک جلوگیری کنند. در صورت امکان با ترویج مشارکت با دولت محلی و تولید کنندگان مواد بسته بندی، از حداقل بسته بندی (در صورت امکان زیست تخریب پذیر (Biodegradable)) و مواد مناسب محلی استفاده کنید. ظروف غذا را فراهم کنید که قابل استفاده مجدد، بازیافت یا مناسب استفاده دوباره باشد. زباله های بسته بندی را به گونه ای دور بریزید که از تخریب محیط زیست جلوگیری شود. بسته بندی مواد غذایی آماده، مانند بسته بندی با ورقه های فلزی، ممکن است به کنترل های خاصی برای دفع ایمن نیاز داشته باشد.

در جایی که زباله ها بوجود می آید، کمپاین های منظم پاکسازی اجتماعی را سازماندهی کنید. این کمپاین ها باید بخشی از بسیج جامعه و افزایش آگاهی باشد، نه به عنوان پول نقد برای کار + به ستندرد های 5.1 تا 5.3 مدیریت زباله های جامد WASH را ببینید.

انتخاب غذا: در حالی که ارزش تغذیه ای ملاحظات اولیه در ارائه کمک های غذایی است، ولی اموال غذایی باید برای دریافت کنندگان آشنا باشند. آنها همچنین باید با سنت های مذهبی و فرهنگی، از جمله هرگونه ممنوعیت غذایی برای زنان باردار یا شیرده، سازگار باشند. در مورد انتخاب غذا با زنان و دختران مشورت کنید، زیرا در بسیاری از موارد مسئولیت اصلی تهیه غذا بر عهده آنهاست. از پدربزرگ ها و مادربزرگ ها، مردان سرپرست خانواده که مجرد هستند و جوانانی که بدون حمایت کسی دیگری سرپرستی خواهر و برادرشان را برعهده دارند حمایت کنید، زیرا دسترسی آنها به غذا ممکن است در خطر باشد. در بافت های شهری، خانوارها احتمالاً به طیف متنوع تری از غذاها نسبت به مناطق روستایی دسترسی دارند، اما کیفیت رژیم غذایی ممکن است محدود باشد و نیاز به حمایت های تغذیه ای متفاوتی داشته باشد.

تغذیه اطفال دوره شیر خواری: شیر خشک تمویل شده یا یارانه ای برای اطفال شیر خوار، شیرخشک، شیر مایع یا محصولات شیر مایع نباید به عنوان یک مال جداگانه در توزیع عمومی غذا توزیع شود. این اقلام همچنین نباید در برنامه تغذیه تکمیلی در منزل توزیع شوند + به ستندرد 4.2. تغذیه اطفال دوره شیر خواری و خورد سال مراجعه کنید.

غلات سبوس دار (Whole grain): در جاهایی که آسیاب خانگی سنتی است یا دسترسی به کارخانه های محلی وجود دارد، غلات سبوس دار را توزیع کنید. غلات سبوس دار نسبت به جایگزین های خود ماندگاری طولانی تری دارند و ممکن است ارزش بیشتری برای شرکت کنندگان در برنامه داشته باشند. امکاناتی را برای آسیاب تجاری کم عصاره فراهم کنید که میکروب، روغن و آنزیم هایی را که باعث ترشیدگی می شوند حذف می کند. آسیاب تجاری کم عصاره عمر مفید را تا حد زیادی افزایش می دهد، اگرچه محتوای پروتئین را نیز کاهش می دهد. جواری کامل آسیاب شده فقط شش تا هشت هفته ماندگاری دارد، بنابراین آسیاب باید کمی قبل از مصرف انجام شود. دانه آسیاب شده معمولاً به زمان پخت کمتری نیاز دارد. نیازهای آسیاب می تواند گاهی اوقات زنان یا دختران نوجوان را در معرض خطر افزایش بهره کشی قرار دهد. با زنان و دختران کار کنید تا خطرات و راه حل هایی مانند ارائه حمایت از کارخانه های زنان را شناسایی کنید.

ذخیره سازی و آماده سازی غذا: ظرفیت ذخیره سازی خانگی باید انتخاب غذاهای ارائه شده را مشخص کند. اطمینان حاصل کنید که افراد دریافت کننده کمک می دانند که چگونه از خطرات صحت عامه مرتبط با تهیه غذا جلوگیری کنند. برای به حداقل رساندن تخریب محیط زیست، منقل های کم مصرف یا سوخت های جایگزین تهیه کنید.

محل نگهداری باید خشک و دارای حفظ الصحة درست باشد، به اندازه کافی از آب و هوا محافظت شود و عاری از آلودگی های شیمیایی یا دیگر آلوده گی باشد. محل نگهداری را در برابر آفات مانند حشرات و جوندگان ایمن کنید. در صورت لزوم، از آمرین وزارت صحت برای تأیید کیفیت مواد غذایی عرضه شده توسط فروشندگان و تاجران استفاده کنید.

ستند 6.3 کمک های غذایی: هدف گذاری، توزیع و تحویل کردن

هدف گذاری و توزیع کمک های غذایی پاسخگو، به موقع، شفاف و ایمن است

اقدامات کلیدی

1 دریافت کنندگان کمک های غذایی را بر اساس نیاز و مشاوره با ذینفعان مناسب شناسایی و هدف قرار دهید.

- برای جلوگیری از ایجاد تنش و آسیب رساندن، جزئیات شفاف و عمومی را از روش های هدف گیری که هم توسط جمعیت گیرنده و هم توسط جمعیت غیر دریافت کننده پذیرفته شده است، ارائه دهید.
- ثبت نام رسمی خانواده ها برای دریافت غذا در اسرع وقت آغاز شود و در صورت لزوم اپدیت شود.

2 روش های توزیع غذا یا میکانیزم های تحویل مستقیم وجه نقد/چک را طراحی کنید که کارآمد، عادلانه، ایمن، مصئون، در دسترس و مؤثر باشد.

- با زنان و مردان، از جمله نوجوانان و جوانان، مشورت کنید و مشارکت گروه های بالقوه آسیب پذیر یا به حاشیه رانده شده را ترویج دهید.

3 نقاط توزیع و تحویل را در جایی که در دسترس، ایمن و راحت ترین جاه برای گیرندگان هستند، قرار دهید.

- خطرات برای افرادی که به توزیعات می رسند، پست های بازرسی را به طور منظم نظارت می کنند یا تغییراتی را در وضعیت امنیتی ایجاد می کنند به حداقل برسانید.

4 جزئیات طرح و برنامه توزیع، کیفیت و کمیت کمک غذایی یا ارزش نقدی یا چک و آنچه را که قرار است پوشش دهد به دریافت کننده گان ارائه دهید.

- توزیع ها را به گونه ای برنامه ریزی کنید که به زمان سفر و کار افراد احترام بگذارد و گروه های در معرض خطر را در اولویت قرار دهد.
- میکانیزم های فیدبک با جامعه را قبل از توزیع تعریف و ایجاد کنید.



شاخص های کلیدی

فیصدی خطاهای هدف گیری درج و حذف به حداقل رسیده است

- هدف > 10 فیصد است

فاصله از خانه ها تا نقاط توزیع نهایی یا بازارها (در صورت چک یا پول نقد)

- هدف > 5 کیلومتر است

فیصدی افراد کمک شده (تفکیک شده بر اساس جنسیت، سن و معلولیت) که گزارش می دهند مشکلات ایمنی را در سفر (به نقطه توزیع و برگشت از آن) و در مکان های برنامه تجربه کرده اند

تعداد موارد گزارش شده از استثمار جنسی یا سوء استفاده از قدرت مرتبط با شیوه های توزیع یا تحویل

درصد موارد استثمار جنسی یا سوء استفاده از قدرت مربوط به شیوه های توزیع یا تحویل که پیگیری می شود

- 100 فیصد

فیصدی خانواده های مورد هدف که حق کمک غذایی خود را به درستی ذکر کرده اند

- هدف: بیش از 50 فیصدی از خانواده های مورد هدف

یاد داشت های رهنمودی

هدف گیری: اطمینان حاصل کنید که ابزارها و روش های هدف گیری با زمینه سازگاری دارند. هدف گذاری نباید فقط به محدود مرحله اولیه باشد باید گسترده شده و تمام مداخله را در بر گیرد. یافتن تعادل مناسب بین خطاهای حذف (Exclusion)، که می تواند تهدید کننده زندگی باشد، و خطاهای گنجاندن (Inclusion)، که به طور بالقوه مخرب یا ضایع کننده هستند، پیچیده است. در بحران های با شروع سلسله، خطاهای گنجاندن قابل قبول تر از خطاهای حذف هستند. توزیع عمومی مواد غذایی ممکن است در بحران هایی که خانواده ها متحمل خسارات مشابهی شده اند یا در جایی که ارزیابی دقیق هدف گیری به دلیل عدم دسترسی امکان پذیر نیست، مناسب باشد.

کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه، زنان باردار و شیرده، افراد مبتلا به HIV و سایر گروه های آسیب پذیر ممکن است برای دریافت غذاهای تکمیلی مورد هدف قرار گیرند، یا ممکن است به تداوی های تغذیه و استراتژی های وقایوی مرتبط شوند. برای افراد مبتلا به HIV، این باعث افزایش کالری دریافتی روزانه آنها می شود و از پیروی از تداوی ضد ریترو ویروسی حمایت می کند.

هر برنامه هدفمند باید با دقت از ایجاد لکه ننگ یا تبعیض اجتناب کند. افراد مبتلا به HIV را می توان به عنوان بخشی از توزیع ها برای «افراد مبتلا به امراض مزمن» در نظر گرفت و از طریق مراکز صحتی که در آن مراقبت و تداوی می شوند، ارائه شد. لیست افراد مبتلا به HIV هرگز نباید منتشر یا به اشتراک گذاشته شود، و در بیشتر زمینه ها، رهبران جامعه نباید به عنوان عوامل هدف برای افراد مبتلا به HIV شامل شوند.

نماینده گان/کمیته های هدف: ارتباط مستقیم با افراد و گروه های آسیب دیده در جامعه ایجاد کنید، در حالی که تا آنجا که ممکن است از دروازه بانان جامعه اجتناب کنید. کمیته های هدف گیری را تشکیل دهید که شامل نمایندگان جمعیت های زیر باشد:

- زنان و دختران، مردان و پسران، افراد مسن و افراد دارای معلولیت؛
- کمیته های منتخب محلی، گروه های زنان و سازمان های بشردوستانه؛
- سازمان های غیر دولتی محلی و بین المللی؛
- سازمانهای جوانان ؛ و
- نهادهای دولتی محلی.

پروسه های ثبت نام: ثبت نام در کمپ ها می تواند چالش برانگیز باشد، بخصوص در جایی که افراد آواره مدارک شناسایی ندارند. فهرست های مقامات محلی و فهرست های خانواده های ایجاد شده توسط جامعه ممکن است مفید باشد اگر ارزیابی مستقل آنها را دقیق و بی طرف ثابت کند. زنان آسیب دیده در طراحی پروسه های ثبت نام تشویق کنید. افراد در معرض خطر را در لیست های توزیع قرار دهید، بخصوص افرادی که تحرک کمتری دارند.

اگر ثبت نام در مراحل اولیه بحران امکان پذیر نیست، به محض تثبیت وضعیت، آن را تکمیل کنید. یک میکانیزم فید بک برای پروسه ثبت نام ایجاد کنید که برای همه افراد آسیب دیده از جمله زنان، دختران، افراد مسن و افراد دارای معلولیت قابل دسترسی باشد. زنان حق دارند به نام خود ثبت نام کنند. در صورت امکان، در صورت لزوم، با مردان و زنان به طور جداگانه در مورد اینکه چه کسی باید از طرف خانواده کمک دریافت کند یا کمک نقدی دریافت کند، مشورت کنید. این مشاوره باید از طریق ارزیابی خطرات اطلاع رسانی شود

برای خانواده های با تنها سرپرست مرد یا زن، و همچنین کودکان و نوجوانان سرپرست خانواده و کودکان جدا شده یا بدون همراه، تدارک خاصی را در نظر بگیرید تا بتوانند با خیال راحت از طرف خانواده خود کمک جمع آوری کنند. ایجاد مراقبت گاه کودک در مجاورت نقاط توزیع برای این که خانواده های تنها یک والدینی و زنان دارای فرزندان خرد سال بتوانند بدون رها کردن فرزندان خود کمک جمع آوری کنند. در شرایطی که خانواده های چندهمسلسله وجود دارد، با هر یک از همسران و فرزندان به عنوان یک خانواده جداگانه رفتار کنید.

توزیع کمک یاجیره های «خشک»: توزیع های عمومی غذا معمولاً فقط کمک های خشک را ارائه می کنند که مردم سپس در خانه های خود می پزند. گیرندگان ممکن است شامل یک فرد یا دارنده کارت سهمیه خانگی، نماینده گروهی از خانواده ها، رهبران سنتی و زن، یا رهبران توزیع هدفمند مبتنی بر جامعه باشند. دفعات توزیع باید وزن کمک غذایی و ابزار گیرندگان برای حمل ایمن به خانه را در نظر بگیرد. ممکن است برای اطمینان از اینکه افراد مسن، زنان باردار و شیرده، کودکان جدا شده و بدون همراه و افراد دارای معلولیت می توانند حقوق خود را جمع آوری کرده و حفظ کنند، حمایت خاصی مورد نیاز است. در نظر بگیرید که سایر اعضای جامعه به آنها کمک کنند، یا به آنها جیره های مکرر و کوچکتر بدهید.

توزیع کمک یا جیره های «تر»: در شرایط استثنایی، مانند شروع یک بحران سلسله، ممکن است از غذاهای پخته شده یا غذای آماده برای توزیع عمومی غذا استفاده شود. این جیره ها ممکن است زمانی مناسب باشند که مردم در حال حرکت هستند،



یا هنگام حمل غذا به خانه، افرادی که کمک دریافت می کنند در معرض خطر سرقت، خشونت، سوء استفاده یا بهره برداری قرار می دهند.

این جیره ها ممکن است زمانی مناسب باشد که مردم در حال حرکت هستند، یا زمانی که حمل غذا به خانه افراد کمک کننده را در معرض خطر دزدی، خشونت، سوء استفاده یا استثمار قرار می دهد. از وعده های غذایی مدرسه و مشوق های غذایی برای کارکنان آموزش و پرورش به عنوان مکانیزم توزیع در مواقع اضطراری استفاده کنید.

نقاط توزیع: هنگام تعیین نقاط توزیع، زمین را در نظر بگیرید و سعی کنید دسترسی منطقی به سایر منابع حمایتی مانند آب پاک و سالم، تشناب، خدمات صحتی، سایه و سرپناه و فضاهای امن برای کودکان و زنان را فراهم کنید. وجود پوسته های تلاشی مسلحانه و فعالیت های نظامی باید برای به حداقل رساندن هرگونه خطر برای غیرنظامیان و ایجاد دسترسی ایمن به کمک ها در نظر گرفته شود. جاده های منتهی به و از نقاط توزیع باید به وضوح علامت گذاری شوند، در دسترس باشند و توسط سایر اعضای جامعه اغلب استفاده شوند. عملی بودن و مصارف حمل و نقل اموال را در نظر بگیرید. + به اصل 2 حفاظت مراجعه کنید.

ابزارهای جایگزین توزیع را برای دسترسی به افرادی که دورتر از نقطه توزیع قرار دارند یا مشکلات عملکردی دارند، توسعه دهید. دسترسی به توزیع علت عام اضطراب برای جمعیت های به حاشیه رانده شده و محروم در یک بحران است. توزیع مستقیم به جمعیت های در محیط های سازمانی. ارائه کنید. **زمان بندی توزیع ها:** توزیع ها را در زمان هایی برنامه ریزی کنید که امکان سفر به نقاط توزیع و بازگشت به خانه را در ساعات روشنایی روز فراهم می کند. از ایجاد الزام برای اقامت یک شبه که خطرات اضافی ایجاد می کند خود داری کنید. توزیع ها را برای به حداقل رساندن اختلال در فعالیت های روزمره برنامه ریزی کنید. ایجاد خطوط سلسله ای اولویت بندی برای گروه های در معرض خطر و یک میز با یک کارمند اجتماعی که می تواند کودکان بدون همراه و جدا شده را ثبت نام کند، در نظر بگیرید. از طریق طیف گسترده ای از ارتباطات، اطلاعات قبلی را در مورد برنامه و توزیع ارائه دهید.

ایمنی در هنگام توزیع غذا، چک و پول نقد: اقداماتی را برای به حداقل رساندن خطرات برای کسانی که در توزیع شرکت می کنند، انجام دهید. این شامل کنترل مناسب جمعیت، نظارت بر توزیع ها توسط کارکنان آموزش دیده، و اعضای جمعیت آسیب دیده است که از نقاط توزیع محافظت می کنند. در صورت لزوم، پولیس محلی را شامل کنید. مقامات و افسران پولیس را از اهداف انتقال غذا مطلع کنید. طرح سایت را در نقاط توزیع به دقت برنامه ریزی کنید تا برای افراد مسن، افراد دارای معلولیت و افراد دارای مشکلات عملکردی ایمن و قابل دسترس باشد. همه تیم های توزیع مواد غذایی را در مورد رفتار مناسب مورد انتظار، از جمله مجازات برای بهره کشی و سوء استفاده جنسی، آگاه کنید. نگهبانان زن را برای نظارت بر تخلیه، ثبت، توزیع و نظارت پس از توزیع مواد غذایی شامل کنید + به تعهد 7 استندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

ارائه معلومات: معلومات در مورد جیره را به طور برجسته در نقاط توزیع، به زبان ها و قالب های قابل دسترسی برای افرادی که نمی توانند بخوانند یا دارای مشکلات ارتباطی هستند به نمایش بگذارید. از طریق پیام های چاپی، صوتی، اس ام اس و صوتی به مردم در موارد ذیل اطلاع رسانی کنید:

- طرح جیره، مشخص کردن مقدار و نوع جیره غذایی، یا ارزش نقدی/چک و آنچه در نظر گرفته شده است پوشش دهد;
- دلایل هر گونه تغییر از برنامه های قبلی (زمان، کمیت، اقلام، موارد دیگر);
- طرح توزیع;

- کیفیت غذایی غذا و در صورت نیاز، هرگونه توجه خاص مورد نیاز گیرندگان برای حفظ ارزش غذایی آن؛
 - مقررات برای جابجایی و استفاده ایمن از غذاها؛
 - اطلاعات خاص برای استفاده مطلوب از غذا برای کودکان؛ و
 - گزینه هایی برای به دست آوردن اطلاعات بیشتر یا ارائه فیدبک.
- برای کمک های نقدی، ارزش انتقالی باید در اطلاعات جیره گنجانده شود. اطلاعات را می توان در محل توزیع ارائه کرد، در محل خروج کمک نقدی یا جایی که می توان چک ها را بازخرید کرد، یا در یک جزوه به زبان محلی نمایش داده شد.
- تغییرات در غذای ارائه شده:** تغییر در جیره یا ارزش انتقالی برای کمک های نقدی ممکن است به دلیل کمبود غذای موجود، کمبود بودجه یا دلایل دیگر رخ دهد. هنگامی که این اتفاق می افتد، این تغییرات را از طریق کمیته های توزیع، رهبران جامعه و سازمان های نماینده به دریافت کنندگان منتقل کنید. قبل از توزیع، یک اقدام مشترک ایجاد کنید. کمیته توزیع باید تغییرات، دلایل تغییرات و تاریخ را به اطلاع مردم برساند و برای از سرگیری جیره های عادی برنامه ریزی کند. گزینه ها شامل:
- کاهش سهمیه به همه دریافت کنندگان؛
 - دادن جیره کامل به افراد آسیب پذیر و کاهش جیره به جمعیت عمومی؛ یا
 - به تعویق انداختن توزیع (به عنوان آخرین راه حل).
- نظارت بر توزیع و تحویل:** غذا را به طور منظم با توزین تصادفی جیره های جمع آوری شده توسط خانواده ها برای اندازه گیری دقت و عادلانه بودن توزیع کنترل کنید. با گیرندگان مصاحبه و اطمینان حاصل کنید که نمونه مصاحبه شامل تعداد مساوی زن و مرد، از جمله نوجوانان و جوانان، افراد دارای معلولیت و افراد مسن است. بازدیدهای تصادفی یک تیم مصاحبه متشکل از حداقل یک مرد و یک زن می تواند به تعیین قابل قبول بودن و مفید بودن جیره کمک کند. این بازدیدها می تواند افرادی را شناسایی کند که معیارهای انتخاب را دارند اما کمک غذایی دریافت نمی کنند. چنین بازدیدهایی همچنین می تواند مواد غذایی دریافت شده از جاهای دیگر، منبع و کاربرد آن را شناسایی کند. این بازدیدها می تواند استفاده احتمالی از زور برای تصاحب دارایی، استخدام اجباری، یا بهره کشی جنسی یا دیگر موارد را شناسایی کند + به ارائه کمک ها از طریق مارکیٹ مراجعه کنید.

استندرد 6.4: کمک های غذایی

استفاده غذا

ذخیره سازی، تهیه و مصرف مواد غذایی در هر دو سطح خانواده و جامعه ایمن و مناسب است.

اقدامات کلیدی

1 از افرادی که کمک دریافت می کنند در برابر حمل یا تهیه نامناسب غذا محافظت کنید.

- مردم را از اهمیت حفظ الصحة مواد غذایی آگاه کنید و شیوه های حفظ الصحوی خوب در حمل و نقل و جابجایی مواد غذایی را ترویج دهید.
- در جاهایی که جیره های پخته شده ارائه می شود، کارکنان را برای نگهداری ایمن، حمل و آماده سازی غذا و خطرات بالقوه سلامتی ناشی از شیوه های نادرست آموزش دهید.



2 با افرادی که در مورد نگهداری، آماده سازی، پخت و پز و مصرف غذا کمک می گیرند، مشورت کنید و به آنها توصیه کنید.

3 اطمینان حاصل کنید که خانواده ها به وسایل آشپزی مناسب، سوخت، منقل گازهای کم مصرف، آب پاک و مواد حفظ الصحوی دسترسی دارند.

4 اطمینان حاصل کنید که افرادی که نمی توانند خودشان غذا تهیه کنند یا غذا بدهند، به مراقبانی دسترسی دارند که می توانند در صورت امکان و مناسب از آنها حمایت کنند.

5 بر نحوه استفاده از منابع غذایی در خانواده نظارت کنید.

شاخص های کلیدی

تعداد موارد گزارش شده از خطرات صحت ناشی از مواد غذایی توزیع شده

فیصدی خانواده هایی که قادر به ذخیره و تهیه غذا به صورت ایمن هستند

فیصدی خانواده های مورد هدف که قادر به توصیف سه یا چند پیام آگاهی حفظ الصحوی هستند

فیصدی خانواده های مورد هدف که گزارش داده اند به ظروف پخت و پز، سوخت، آب آشامیدنی و مواد حفظ الصحوی مناسب دسترسی دارند.

یاد داشت های رهنمودی

حفظ الصحه مواد غذایی: بحران ها ممکن است رویه های حفظ الصحوی عادی افراد را مختل کنند. اقدامات حفظ الصحوی غذایی را که با شرایط محلی و انواع بیماری سازگار است، ترویج کنید. بر اهمیت اجتناب از آلودگی آب، کنترل آفات و همیشه شستن دست ها قبل از دست زدن به غذا تاکید کنید. به افراد دریافت کننده غذا در مورد نگهداری ایمن غذا در سطح خانواده اطلاع دهید + به ستندرد های ارتقای حفظ الصحه WASH مراجعه کنید.

پروسس و ذخیره سازی مواد غذایی: دسترسی به امکانات پروسس مواد غذایی، مانند آسیاب غلات، مردم را قادر می سازد تا غذا را به شکل دلخواه خود تهیه کنند و در زمان برای سایر فعالیت های تولیدی صرفه جویی کنند. در مواردی که مواد غذایی فاسد شدنی ارائه می شود، امکانات مناسبی را برای نگهداری آنها در نظر بگیرید، مانند ظروف ضد آب، خنک کننده (کولر) و یخچال. گرما، سرما و رطوبت بر ذخیره مواد غذایی فاسد شدنی تأثیر می گذارد.

افرادی که ممکن است برای نگهداری، پخت و پز و تغذیه به کمک نیاز داشته باشند شامل کودکان خردسال، افراد مسن، افراد دارای معلولیت و افراد مبتلا به HIV می شوند. ممکن است برای افرادی که در تأمین غذا برای افراد تحت تکفل خود، مانند والدین دارای معلولیت، مشکل دارند، برنامه های کمک رسانی یا حمایت اضافی لازم باشد.

نظارت بر مصرف مواد غذایی درون خانه: سازمان های بشردوستانه باید استفاده درون خانه از مواد

غذایی و مناسب بودن و کفایت آن را نظارت و ارزیابی کنند. در سطح خانواده، مواد غذایی را می توان به صورت مورد نظر مصرف کرد یا به صورت معامله یا مبادله کرد. هدف از مبادله می تواند دسترسی به موارد دیگر باشد.

اقلام غذایی، اقلام غیر خوراکی یا پرداخت برای خدماتی مانند مصارف مکتب یا پل های طبی. ارزیابی تخصیص درون خانواده گی همچنین باید مصرف غذا را بر اساس جنسیت، سن و معلولیت کنترل کند. استفاده از پول نقد و چک: مدیریت خطر خرید پنیک (Panic) زمانی که خانواده ها پول نقد یا چک دریافت می کنند بسیار مهم است. تجار و افرادی که کمک دریافت می کنند را قبل از توزیع، هنگام توزیع و پس از توزیع آماده کنید. به عنوان مثال، در نظر بگیرید که آیا غذا در طول ماه در دسترس خواهد بود یا اینکه بهتر است در طول یک ماه توزیع های سرسام آور انجام شود. در صورت لزوم، چک ها را می توان در قالب های کوچک قابل بازخرید به صورت هفتگی صادر کرد. همین اصل باید در مورد پول نقدی که از طریق دستگاه های صرافی خودکار یا سایر اشکال پرداخت دیجیتال یا دستی قابل بازخرید است، اعمال شود



7. امرار معاش

توانایی مردم برای محافظت از معیشت خود مستقیماً با آسیب پذیری آنها در برابر بحران ها مرتبط است. درک آسیب پذیری ها قبل، حین و بعد از یک بحران، ارائه کمک های مناسب و شناسایی چگونگی بازسازی و بهبود معیشت جوامع را آسان تر می کند.

بحران ها می توانند بسیاری از عواملی را که مردم برای حفظ معیشت خود به آنها تکیه می کنند، مختل کنند. افراد متاثر از بحران ممکن است شغل خود را از دست بدهند یا مجبور شوند زمین یا منابع آبی خود را رها کنند. همچنین دارایی ها ممکن است در جریان درگیری یا آفات طبیعی از بین بروند، آلوده یا به سرقت بروند. ممکن است بازارها از کار بیفتند.

در مراحل اولیه بحران، رفع نیازهای اساسی بقا در اولویت قرار دارد. با این حال، در طول زمان، توانبخشی سیستم ها، مهارت ها و ظرفیت هایی که از معیشت حمایت می کنند نیز به افراد کمک می کند تا با عزت بهبود یابند. ارتقای معیشت در میان پناهندگان اغلب چالش های منحصر به فردی خود را دارند، مانند محل کمپ زدن یا چارچوب های قانونی و پالیسی محدودکننده در کشورهای پناهنده.

کسانی که غذا تولید می کنند نیاز به دسترسی به زمین، آب، حیوانات، خدمات حمایتی و بازاریابی دارند که بتواند از تولید حمایت کند. آنها باید ابزاری برای ادامه تولید بدون به خطر انداختن منابع، افراد یا سیستم های دیگر داشته باشند + **به کتاب رهنمود LEGS مراجعه کنید.**

در مناطق شهری، تأثیر یک بحران بر معیشت احتمالاً با تأثیر در مناطق روستایی متفاوت است. ترکیب خانواده، مهارت ها، معلولیت ها و تحصیلات میزان مشارکت افراد در فعالیت های اقتصادی مختلف را تعیین می کند. به طور کلی، مردم شهری فقیرتر نسبت به هم تیان خود در مناطق روستایی، طیف کمتری از استراتژی های مقابله با معیشت را دارند. به عنوان مثال، در برخی از کشورها، آنها نمی توانند به زمین برای پرورش غذا دسترسی داشته باشند.

گرد هم آوردن کسانی که معیشت خود را از دست داده اند و کسانی که بر چگونگی ایجاد فرصت های جدید تأثیر می گذارند، به تعیین اولویت های پاسخ به معیشت کمک می کند. این باید تجزیه و تحلیلی از بازار کار، خدمات و محصول مرتبط را منعکس کند. همه مداخلات معیشتی باید نحوه استفاده و/یا حمایت از بازارهای محلی را در نظر بگیرند + **به کتاب رهنمود MERS مراجعه کنید.**

7.1: امرار معاش

تولیدات اولیه یا اساسی

میکانیزم های تولید اولیه محافظت و پشتیبانی می شوند

اقدامات کلیدی

1 دسترسی دهاقین به وسایل (Inputs) تولید و/یا دارایی ها را فراهم کنید.

- ترجیح دادن پول نقد یا کوبین ها در جایی که بازارها فعال هستند و می توان از آنها برای بازیابی حمایت کرد تا به کشاورزان برای انتخاب نهاده ها، بذرها، ذخایر ماهی یا گونه های دام ترجیح داده شود.

- تکنالوژی های جدید را پس از یک بحران تنها در صورتی معرفی کنید که در زمینه های مشابه آزمایش شده باشند یا با آنها سازگار شده باشند.

- 2 ورودی های (Inputs) را تحویل دهید که به صورت محلی قابل قبول هستند، با نورم های کیفیت مناسب مطابقت دارند و برای بهترین استفاده فصلی به موقع هستند.
- از نهاده های حیوانات مناسب محلی و انواع غله های محلی که از قبل مورد استفاده و تقاضا برای فصل آینده هستند، حمایت کنید.

- 3 اطمینان حاصل کنید که ورودی ها (inputs) و خدمات، آسیب پذیری را برای گیرندگان افزایش نمی دهند یا درگیری در جامعه ایجاد نمی کنند.
- رقابت بالقوه برای منابع طبیعی کمیاب (مانند زمین یا آب) و همچنین آسیب احتمالی به شبکه های اجتماعی موجود را ارزیابی کنید.

- 4 مردان و زنان آسیب دیده را در برنامه ریزی، تصمیم گیری، اجرا و نظارت بر پاسخ های تولید اولیه به طور عادلانه دخیل کنید.

- 5 تولید کنندگانی را که در بخش های محصولات زراعتی، ماهی پروری، آبی پروری، جنگلداری و مالداري درگیر تولید پایدار و شیوه های مدیریت هستند، آموزش دهید.

- 6 بازار و تحریک تقاضا برای محصولات زراعتی محلی، سبزیجات و سایر محصولات زراعتی ارزیابی کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی تغییر در تولید جمعیت مورد هدف (غذا یا منبع درآمد) در مقایسه با یک سال عادی

فیصدی خانواده هایی که گزارش داده اند به امکانات ذخیره سازی کافی برای محصولات خود دسترسی دارند

فیصدی خانواده های هدف با بهبود دسترسی فیزیکی به بازارهای فعال به دلیل مداخلات برنامه

یاد داشت های رهنمودی

استراتژی های تولید: استراتژی های تولید باید چانس معقولی برای توسعه و موفقیت در زمینه داشته باشند. این می تواند به عوامل زیادی بستگی داشته باشد، از جمله دسترسی به:

- منابع طبیعی کافی، نیروی کار، ورودی های مزرعه و سرمایه مالی;
- انواع بذر با کیفیت خوب که با شرایط محلی سازگار هستند؛ و
- حیوانات مؤلد، که نشان دهنده یک دارایی حیاتی امنیت غذایی هستند + به کتاب رهنمود LEGS مراجعه کنید.



علاوه بر این، ستراتیژی باید مهارت های معیشتی موجود، ترجیحات جامعه، محیط فیزیکی و پتانسیل مقیاس پذیری را در نظر بگیرد.

فعالیت های معیشتی متنوع در یک منطقه محلی، در عین حال جلوگیری از استفاده بیش از حد از منابع طبیعی را ترویج کنید.

آسیب های زیست محیطی نه تنها خطر یک بحران را افزایش می دهد، بلکه به تنش بین جوامع کمک می کند. مداخلات معیشتی باید در صورت امکان، سازگاری با تغییرات اقلیمی، مانند انتخاب انواع بذرها سازگار را ترویج دهد.

از کار کودکان مرتبط با کارکرد های معیشتی جلوگیری کنید. از تأثیر غیرمستقیم برنامه های معیشت بر کودکان آگاه باشید، مانند غیابت در مکتب، زیرا آنها ملزم به حمایت از خانواده در حین کار والدین هستند.

انرژی: انرژی مورد نیاز را برای کار های میکانیزه، پروسس مواد غذایی، ارتباطات، زنجیره های سرد برای نگهداری مواد غذایی و وسایل سوزاندن کارآمد در نظر بگیرید.

بهبودها: معرفی انواع محصولات زراعتی بهبود یافته، انواع مختلف حیوانات یا ماهی، ابزارهای جدید، کودها یا شیوه های مدیریتی نوآورانه را در نظر بگیرید. تولید مواد غذایی بر اساس حفظ الگوهای پیش از بحران و/یا پیوند با برنامه های توسعه ملی را تقویت کنید.

تکنالوژی های جدید: تولیدکنندگان و مصرف کنندگان محلی باید پیامدهای تکنالوژی های جدید را برای سیستم های تولید محلی، شیوه های فرهنگی و محیط طبیعی قبل از پذیرش آنها درک کرده و بپذیرند. هنگام معرفی تکنالوژی های جدید، مشاوره، اطلاعات و آموزش مناسب جامعه را ارائه دهید. اطمینان از دسترسی گروه های در معرض خطر تبعیض (از جمله زنان، افراد مسن، اقلیت ها و افراد دارای معلولیت). در صورت امکان با کارشناسان معیشت و وزارتخانه های دولتی هماهنگ کنید. از پشتیبانی تکنولوژیکی مداوم، دسترسی آینده به تکنالوژی و ارزیابی قابلیت تجاری آن اطمینان حاصل کنید.

کمک نقدی یا کریدیت: این می تواند برای استفاده در نمایشگاه های بذر و حیوانات ارائه شود. عواقب بالقوه یک رویکرد انتخابی بر تغذیه افراد را درک کنید، با توجه به اینکه آیا این روش به مردم اجازه می دهد تا خودشان غذای غنی از مواد مغذی تولید کنند یا اینکه برای خرید غذا پول نقد فراهم می کند. ممکن بودن کمک های نقدی برای خرید ورودی های (Inputs) تولید، با توجه به در دسترس بودن اموال، دسترسی به بازارها و وجود میکانیسم انتقال وجه نقد ایمن، مقرون به صرفه و حساس به جنسیت را ارزیابی کنید ⊕ **به کتاب های رهنمودی MERS و LEGS مراجعه کنید.**

فصلی بودن و نوسانات قیمت: ورودی های زراعتی و خدمات و ترنری متناسب با فصول زراعتی و پرورش حیوانات مربوطه را ارائه کنید. مثلاً قبل از فصل کاشت، بذر و ابزار تهیه کنید. حذف حیوانات در زمان خشک سالی باید قبل از وقوع تلفات اضافی حیوانات انجام شود. ذخیره سازی مجدد باید زمانی شروع شود که احتمال بهبودی بالا باشد، به عنوان مثال پس از فصل بارانی بعدی. در صورت لزوم، یا کمک غذایی برای محافظت از دانه ها و ورودی ها ارائه دهید. اطمینان حاصل کنید که ورودی ها نسبت به ظرفیت ها، نیازها و خطرات مختلف گروه های مختلف از جمله زنان و افراد دارای معلولیت حساس هستند. نوسانات شدید قیمت های فصلی بر تولیدکنندگان فقیر زراعتی تأثیر می گذارد که محصولات خود را درست پس از برداشت محصول می فروشند، زمانی که قیمت ها در پایین ترین حد خود است. این نوسانات بر مالدارانی که در زمان خشکسالی مجبور به فروش هستند نیز تأثیر منفی می گذارد. برعکس، مصرف کنندگانی که درآمد قابل تصرف محدودی دارند، نمی توانند در ذخایر مواد غذایی سرمایه گذاری کنند. آنها به خریدهای کوچک اما مکرر بستگی دارند.

در نتیجه غذا می خزند حتی زمانی که قیمت ها بالا هستند، بطور مثال در خشکسالی. جهت راهنمایی مالداري ⊕ به کتاب رهنمود LEGS مراجعه کنید.

بذر: دهاقین و کارشناسان زراعتی محلی باید ارقام خاص را تایید کنند. بذرهای باید با شرایط زراعتی محلی و شرایط مدیریتی خود دهاقین مطابقت داشته باشند. آنها همچنین باید در برابر امراض مقاوم باشند و در شرایط جوی بالقوه سخت به دلیل تغییرات آب و هوایی مقاومت کنند. کیفیت بذرهایی که از خارج از منطقه منشأ می گیرند را آزمایش کنید و بررسی کنید که برای شرایط محلی مناسب هستند. در هر مداخله مرتبط با بذر، به دهاقین اجازه دسترسی به طیف وسیعی از محصولات زراعتی و انواع (Variety) آنها را بدهید. این به آنها اجازه می دهد تا بهترین را برای سیستم زراعتی خاص خود پیدا کنند. به عنوان مثال، دهاقینی که جواری را پرورش می دهند ممکن است دانه های هیبرید را به گونه های محلی ترجیح دهند. از پالیسی های دولت در مورد بذرهای هیبرید پیروی کنید. بذرهای اصلاح شده جنیتهایی را بدون تایید مقامات محلی توزیع نکنید. در صورت ارائه بذر اصلاح شده جنیتهایی به دهاقین اطلاع دهید. هنگامی که دهاقین از چک ها یا نمایشگاه های بذر استفاده می کنند، آنها را تشویق کنید که بذر را از تأمین کنندگان رسمی محلی خریداری کنند. کشاورزان ممکن است گونه های سنتی را که با بافت محلی سازگار هستند ترجیح دهند. اینها قطعاً با قیمت کمتری در دسترس خواهند بود، به این معنی که بذرهای بیشتری را با همان ارزش چک دریافت می کنند.

تنش های جامعه و خطرات امنیتی: تنش ها بین آواره گان و جمعیت محلی یا در جامعه آسیب دیده می تواند زمانی ایجاد شود که تولید نیازمند تغییر در دسترسی به منابع طبیعی موجود باشد. رقابت بر سر آب یا زمین می تواند منجر به محدودیت در استفاده از آنها شود. در صورت کمبود منابع طبیعی حیاتی در دراز مدت، ممکن است تولید مواد غذایی اولیه قابل دوام نباشد. همچنین در صورت عدم دسترسی برای برخی از جمعیت ها، مانند افراد بی زمین، امکان پذیر نیست. ارائه ورودی های رایگان همچنین می تواند حمایت اجتماعی سنتی را مختل کند، مکانیزم های توزیع مجدد را به خطر بیندازد یا بر تصدی های بخش خصوصی تأثیر بگذارد. این می تواند تنش ایجاد کند و دسترسی آینده به ورودی ها را کاهش دهد ⊕ به اصل 1 حفاظت مراجعه کنید.

زنجیره تامین: از زنجیره های تامین محلی و قابل تایید موجود برای به دست آوردن ورودی ها و خدمات برای تولید مواد غذایی مانند خدمات و ترنری و بذر استفاده کنید. برای حمایت از بخش خصوصی محلی، از مکانیزم هایی مانند پول نقد یا چک ها استفاده کنید که تولیدکنندگان اولیه را مستقیماً به تأمین کنندگان مرتبط می کند. هنگام طراحی سیستم های خرید محلی، در دسترس بودن ورودی های مناسب و ظرفیت تامین کنندگان برای افزایش عرضه را در نظر بگیرید. خطر تورم و پایداری کیفیت ورودی ها را ارزیابی کنید. اثرات منفی واکنش ها، از جمله خرید و توزیع وسیع محلی مواد غذایی، بر قیمت های بازار را نظارت کرده و کاهش دهید. اثرات خرید و واردات مواد غذایی محلی را بر اقتصاد محلی در نظر بگیرید. هنگام کار با بخش خصوصی، نابرابری های جنسیتی را شناسایی و به آنها رسیدگی کنید و هر گونه سود را به طور عادلانه تقسیم کنید ⊕ به کتاب رهنمودی MERS مراجعه کنید.

نظارت کنید که آیا تولیدکنندگان واقعاً از ورودی های ارائه شده آنطور که در نظر گرفته شده استفاده می کنند یا خیر. کیفیت ورودی ها را از نظر عملکرد، مقبولیت و ترجیحات تولیدکننده بررسی کنید. ارزیابی کنید که چگونه این پروژه بر روی دسترسی به غذا در سطح خانواده تأثیر گذاشته است.

به عنوان مثال، کمیت و کیفیت غذایی را در نظر بگیرید که ذخیره، مصرف، مبادله یا عرضه می شود. در مواردی که هدف پروژه افزایش تولید یک نوع غذایی خاص (محصولات حیوانی/ماهی یا حبوبات غنی از



پروتئین) است، استفاده خانواده ها از این محصولات را بررسی کنید. یک تجزیه و تحلیل مزایای اعضای مختلف خانواده، مانند زنان، کودکان، افراد مسن و افراد دارای معلولیت را شامل کنید.

ذخیره سازی پس از برداشت: بخش قابل توجهی از محصول (متوسط تخمینی 30 درصد) پس از برداشت به دلیل تلفات غیرقابل استفاده است. با مدیریت جابجایی، ذخیره-سازی، پروسس، بسته بندی، حمل و نقل، بازاریابی و سایر فعالیت های پس از برداشت، از افراد آسیب دیده حمایت کنید تا تلفات را به حداقل برسانند. توصیه کنید و به آنها اجازه دهید تا محصول خود را ذخیره کنند تا از رطوبت و آفاتوکسین های تولید شده توسط فنگس ها جلوگیری کنند. آنها را قادر به پروسس محصولات خود، بخصوص غله جات کنید.

ستندرد 7.2/امرار معاش:

عواید و استخدام

زنان و مردان به فرصت های درآمدی مناسب دسترسی دارند که در آن ایجاد درآمد و اشتغال استراتژی های معیشتی امکان پذیر هستند.

اقدامات کلیدی

1 تصمیمات مربوط به فعالیت های درآمد زا را بر اساس ارزیابی بازار حساس به جنسیت قرار دهید.

- با اطمینان از اینکه مشارکت در فرصت های کسب درآمد، مراقبت از کودک یا سایر مسئولیت های مراقبتی را تضعیف نمی کند، خطر سوء تغذیه و سایر خطرات سلامت عمومی را کاهش دهید.
- نرخ نیروی کار برای اعضای جامعه و حداقل دستمزد دولت برای کار غیر مسلکی و مسلکی را درک کنید.

2 انواع پرداخت (غیر نقدی، نقدی، چک، غذا یا ترکیبی) را بر اساس تجزیه و تحلیل مشارکتی، انتخاب کنید.

- ظرفیت های محلی، مزایای ایمنی و حفاظتی، نیازهای فوری، دسترسی عادلانه، سیستم های موجود بازار و ترجیحات افراد آسیب دیده را درک کنید.

3 سطح پرداخت را بر اساس نوع کار، قوانین محلی، اهداف احیای معیشت و سطوح پرداخت مصوب رایج در منطقه قرار دهید.

- اقدامات شبکه ایمنی مانند انتقال پول نقد و غذای بدون قید و شرط را برای خانواده هایی که نمی توانند در برنامه های کاری شرکت کنند در نظر بگیرید.

4 محیط های کاری فراگیر، ایمن و مصئون را اتخاذ و حفظ کنید.

- خطر آزار جنسی، تبعیض، استثمار و سوء استفاده در محل کار را زیر نظر داشته باشید و به شکایات سلسله پاسخ دهید.

5 مشارکت با بخش خصوصی و سایر ذینفعان برای ایجاد فرصت های شغلی پایدار را ترویج کنید.

- منابع سرمایه برای تسهیل بازیابی معیشت را بطور منصفانه تامین کنید.

6 در صورت امکان گزینه های حساس به محیط زیست را برای درآمد زایی انتخاب کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی از جمعیت هدف که درآمد خالص خود را در یک دوره معین بهبود می بخشد

فیصدی خانواده هایی که به کزیدیت دسترسی دارند

فیصدی از جمعیت هدف که فعالیت های درآمدزایی خود را متنوع می کنند

فیصدی جمعیت هدف شاغل (یا خوداشتغال) در فعالیت های معیشت پایدار برای یک دوره زمانی معین (6 تا 12 ماه)

فیصدی جمعیت آسیب دیده با دسترسی فزینی و اقتصادی به بازارهای فعال و/یا سایر خدمات حمایتی معیشتی (رسمی یا غیررسمی)

یاد داشت های رهنمودی

تجزیه و تحلیل: تحلیل مارکیت و کار و بازار حساس به جنسیت برای توجیه و تعریف فعالیت ها، ارتقای بهبود و تاب آوری و حفظ نتایج اساسی است. درک نقش ها و مسئولیت های خانواده برای پرداختن به هر گونه مصارف فرصت، مانند مراقبت از کودکان یا افراد مسن، یا دسترسی به سایر خدمات مانند آموزش یا مراقبت های صحن ضروری است.

از ابزارهای موجود برای درک بازارها و سیستم های اقتصادی استفاده کنید. پاسخ های امنیت غذایی باید بر اساس عملکرد بازار قبل و بعد از بحران و پتانسیل آنها برای بهبود شرایط زندگی مردم فقیر باشد. در مورد گزینه های جایگزین یا سازگاری برای گروه های در معرض خطر (مانند جوانان، افراد دارای معلولیت، زنان باردار یا افراد مسن) در گروه هدف بحث کنید. مهارت ها، تجربه و ظرفیت ها و خطرات احتمالی و استراتژی های کاهش را تجزیه و تحلیل کنید. بررسی کنید که آیا اعضای خانواده معمولاً برای کار فصلی مهاجرت می کنند یا خیر. درک کنید که چگونه گروه های مختلف جمعیت آسیب دیده ممکن است دسترسی به بازارها و فرصت های معیشتی محدود داشته باشند و از آنها در دسترسی حمایت کنید. اقدامات شبکه ایمنی: برخی از زنان و مردان ممکن است نتوانند در فعالیت های درآمدزا شرکت کنند، مانند یک زوج سالمند. خود بحران ممکن است به دلیل تغییر در مسئولیت ها یا وضعیت سلامتی، مشارکت دیگران را در استخدام غیرممکن کند. اقدامات شبکه ایمنی کوتاه مدت می تواند از چنین مواردی با ارتباطات با سیستم های ملی حفاظت اجتماعی موجود پشتیبانی کند. در صورت نیاز شبکه های ایمنی جدید را توصیه کنید.



ارائه اقدامات شبکه ایمنی باید از توزیع عادلانه منابع حمایت کند و تضمین کند که زنان و دختران در صورت لزوم به منابع دسترسی مستقیم دارند. در عین حال، با دریافت کنندگان شبکه ایمنی کار کنید تا راه هایی را برای انتقال آنها به فعالیت های درآمدزای ایمن و پایدار بیابید. در صورت امکان، پاسخ های مبتنی بر پول نقد باید به عنوان بخشی از پایداری و استراتژی حفاظت اجتماعی به برنامه های شبکه ایمنی موجود مرتبط شود.

پرداخت ها: قبل از اجرای هر برنامه کاری پولی، تحلیل بازار را انجام دهید. پرداخت ممکن است به صورت نقدی یا به صورت غذا یا ترکیبی از اینها باشد و باید به خانواده های بدون مصنویت غذایی کمک کند تا نیازهای خود را برآورده کنند. اهداف پروژه، انتظارات سازمان بشردوستانه از کارگران، شرایطی که افراد تحت آن کار خواهند کرد و مبلغ و پیر. سه پرداخت را به اشتراک بگذارید.

به جای جبران هر کاری در جامعه، پرداخت را انگیزه ای برای افراد برای بهبود وضعیت خودشان کنید. نیازهای خرید مردم و تأثیر دادن پول نقد یا غذا برای ایجاد درآمد خانواده برای رفع نیازهای اساسی مانند مکتب، مراقبت های صحتی و تعهدات اجتماعی را در نظر بگیرید. در مورد نوع و سطح پرداخت قضیه به قضیه تصمیم بگیرید. نظارت کنید تا اطمینان حاصل شود که همه زنان و مردان برای واحدهای کاری توافق شده حقوق یکسانی دریافت می کنند و هیچ تبعیضی علیه گروه های خاص وجود ندارد. تأثیر ارزش های فروش مجدد را بر بازارهای محلی در نظر بگیرید که در آن پرداخت به صورت غیر نقدی و به عنوان انتقال درآمد ارائه می شود. فعالیت های درآمدزای جدید باید به جای جایگزینی، میزان منابع درآمدی موجود را تقویت کنند. پرداخت نباید تأثیر منفی بر بازارهای کار محلی داشته باشد، به عنوان مثال با ایجاد تورم دستمزد، انحراف نیروی کار از سایر فعالیت ها یا تضعیف خدمات عمومی ضروری.

قدرت خرید: تأمین کمک های نقدی ممکن است اثرات مثبت چند برابری در اقتصادهای محلی داشته باشد، اما همچنین می تواند باعث تورم محلی برای اموال کلیدی شود. توزیع غذا می تواند بر قدرت خرید افرادی که کمک دریافت می کنند نیز تأثیر بگذارد. قدرت خرید مرتبط با یک غذا یا ترکیبی از غذاها بر خوردن یا فروش آن غذا توسط خانواده گیرنده تأثیر می گذارد. فروش برخی از مواد (مانند روغن) با قیمت مناسب نسبت به بقیه آسان تر است (مانند مواد غذایی مخلوط). هنگام ارزیابی تأثیر گسترده تر برنامه های توزیع غذا، درک درستی از خرید و فروش مواد غذایی خانگی ایجاد کنید.

ایمنی در محل کار: از روش های عملی برای به حداقل رساندن خطر سلامت عمومی یا تداوی صدمات استفاده کنید. به عنوان مثال، در صورت لزوم، آموزش، لباس محافظ و کیت کمک های اولیه تهیه کنید. خطر ابتلا به بیماری های ساری و HIV را به حداقل برسانید. مسیرهای دسترسی ایمن به محل کار ایجاد کنید و چراغ هایی را برای کارگران فراهم کنید که مسیر به خوبی روشن نیست. از زنگ، اشیای زدن و رادیو برای هشدار در مورد تهدید استفاده کنید. سفر گروهی را تشویق کنید و از سفر بعد از تاریکی اجتناب کنید. اطمینان حاصل کنید که همه شرکت کنندگان از روش های اضطراری آگاه هستند و می توانند به سیستم های هشدار اولیه دسترسی داشته باشند. زنان و دختران باید به طور یکسان مورد حمایت قرار گیرند و هرگونه نورم تبعیض آمیز در محل کار باید مورد توجه قرار گیرد.

مدیریت وظایف خانگی و خانواده: به طور منظم با افراد آسیب دیده، از جمله زنان و مردان به طور جداگانه صحبت کنید تا ترجیحات و اولویت های آنها را در رابطه با تولید درآمد، فرصت های نقدی در ازای کار و سایر نیازهای خانوادگی و خانواده بیاموزید.

در مورد حجم کار و افزایش تنش در خانه به دلیل تغییر در نقش های سنتی جنسیتی و افزایش کنترل زنان بر دارایی ها بحث کنید.

برنامه های فعالیت های نقدی در ازای کار باید وضعیت جسمانی و روال روزانه مردان و زنان را در نظر گرفته و از نظر فرهنگی مناسب باشد. مثلاً اوقات نماز و تعطیلات رسمی را در نظر بگیرند. ساعات کاری نباید تقاضاهای رقابتی غیرمنطقی را بر روی زمان افراد ایجاد کند. برنامه ها نباید منابع خانواده را از فعالیت های تولیدی موجود منحرف کنند و همچنین نباید بر دسترسی به سایر مشاغل یا آموزش تأثیر بگذارند. مشارکت در تولید درآمد باید به قوانین ملی در مورد حداقل سن اشتغال احترام بگذارد. این معمولاً کمتر از سن اتمام تحصیلات اجباری نیست. در صورتی که مراقبانی با کودکان کوچک در برنامه شرکت کنند، تسهیلات مراقبت از کودکان با تخصیص مالی مناسب در محل کار توصیه می شود.

مدیریت زیست محیطی: از مشارکت مردم در فعالیت های زیست محیطی مانند کاشت درخت، پاک سازی کمپ ها و بازسازی محیط زیست از طریق برنامه های غذا و پول نقد حمایت کنید. این فعالیت ها اگرچه موقتی هستند، مشارکت افراد را در محیط اطرافشان افزایش می دهد.

دسترسی و ایمنی محیط کار را در نظر بگیرید. اطمینان حاصل کنید که هر زباله ای که باید پاکسازی شود حاوی مواد خطرناک نباشد. برنامه های پول نقد نباید شامل هیچ گونه ترخیص در سایت های صنعتی یا مدیریت زباله باشد.

تولید مصالح ساختمانی سازگار با محیط زیست به عنوان یک فعالیت درآمدزا و ارائه آموزش های حرفه ای مرتبط را ترویج دهید. افراد را آموزش دهید و کود سازی زباله های زیست تخریب (Biodegradable) پذیر برای استفاده به عنوان کود. را تشویق کنید.

بخش خصوصی: بخش خصوصی می تواند نقش مهمی در تسهیل حفاظت از معیشت و بهبودی ایفا کند. در صورت امکان، برای ایجاد فرصت های شغلی مشارکت ایجاد کنید. این مشارکت ها همچنین می تواند به ایجاد و رشد شرکت های خرد، کوچک و متوسط کمک کند. کمپنی های تجاری و تکنولوژی می توانند سرمایه مالی و فرصت هایی را برای انتقال دانش فراهم کنند + **به کتاب رهنمود MERS مراجعه کنید.**



ضمیمه 1

چک لیست بررسی امنیت غذایی و امرار معاش

ارزیابی‌های امنیت غذایی اغلب افراد آسیب دیده را به گروه‌های معیشتی بر اساس منابع و استراتژی‌های کسب درآمد یا غذا دسته بندی می‌کنند. این ممکن است شامل تقسیم بندی جمعیت بر اساس گروه ها یا اقشار ثروت نیز باشد. مقایسه وضعیت فعلی با تاریخچه امنیت غذایی قبل از بحران بسیار مهم است. از «اوسط سالهای عادی» به عنوان اساس استفاده کنید. نقش‌ها و آسیب پذیری‌های خاص زنان و مردان و پیامدهای آن‌ها برای امنیت غذایی خانواده را در نظر بگیرید. سؤالات چک لیست زیر، حوزه های وسیعی را که در ارزیابی امنیت غذایی باید در نظر گرفته شود، پوشش می دهد.

امنیت غذایی گروه های معیشتی

- آیا گروه هایی در جمعیت وجود دارند که استراتژی‌های معیشتی یکسانی دارند؟ چگونه می توان اینها را بر اساس منابع اصلی غذا یا درآمدشان دسته بندی کرد؟

امنیت غذایی قبل از بحران (اساس)

- گروه های مختلف معیشت چگونه غذا یا درآمدی را قبل از بحران به دست می آوردند؟ در گذشته نزدیک برای یک سال بطور اوسط ، منابع غذایی و درآمد آنها چه بوده است؟
- چگونه این منابع مختلف غذا و درآمد از نظر فصلی و جغرافیایی در یک سال عادی متفاوت بوده است؟ ایجاد یک تقویم فصلی ممکن است مفید باشد.
- آیا همه گروه ها غذای کافی با کیفیت مناسب برای تغذیه خوب دریافت می کردند؟
- آیا همه گروه ها از راه های غیر مضر برای تامین نیازهای اولیه خود درآمد کافی کسب می کردند؟ غذا، آموزش، مراقبت های بهداشتی، صابون و سایر اقلام خانگی، پوشاک، و نهاده های تولیدی مانند دانه ها و ابزار را در نظر بگیرید. (دو سوال آخر نشان می دهد که آیا مشکلات مزمن وجود داشته است. مشکلات موجود ممکن است با یک بحران بدتر شوند. پاسخ مناسب تحت تأثیر مزمن یا حاد بودن مشکل است).
- با نگاهی به گذشته در پنج یا ده سال گذشته، امنیت غذایی سال به سال چگونه متفاوت بوده است؟ ایجاد یک جدول زمانی یا تاریخچه امنیت غذایی ممکن است مفید باشد.
- گروه های مختلف معیشتی دارای چه نوع دارایی، پس انداز یا سایر ذخایر هستند؟ به عنوان مثال می توان به ذخایر مواد غذایی، پس انداز نقدی، دارایی های حیوانی، سرمایه گذاری، اعتبار و قرض های مطالبه نشده اشاره کرد.
- در یک دوره یک هفته یا یک ماهه، مصارف خانواده شامل چه مواردی می شود؟ برای هر کالا چه نسبتی مصرف می شود؟
- مدیریت پول نقد در خانواده بر عهده کیست و پول نقد صرف چه چیزی می شود؟
- نزدیکترین بازار برای تهیه مواد اساسی چقدر در دسترس است؟ عواملی مانند فاصله، امنیت، سهولت جابجایی، در دسترس بودن و دسترسی به اطلاعات بازار و حمل و نقل را در نظر بگیرید.

- موجودی و قیمت اموال ضروری از جمله مواد غذایی چقدر است؟
- قبل از بحران، اوسط شرایط تجارت بین نیازهای اساسی (غذا، ورودی های زراعتی، مراقبت های صحتی و غیره) و منابع درآمدی (محصولات نقدی، حیوان، دستمزد و غیره) چقدر بود.

امنیت غذایی در زمان بحران

- بحران چگونه بر منابع مختلف غذا و درآمد هر یک از گروه های معیشتی شناسایی شده تأثیر گذاشته است؟
- چگونه برتنوعات معمول فصلی امنیت غذایی برای گروه های مختلف تأثیر گذاشته است؟
- چگونه بر دسترسی به ارائه دهندگان خدمات مالی، بازارها، در دسترس بودن بازار و قیمت مواد اساسی تأثیر گذاشته است؟
- برای گروه های معیشتی مختلف، استراتژی های مختلف مقابله با بحران چیست و چه نسبتی از مردم شامل آن هستند؟ این در مقایسه با وضعیت قبل از بحران چگونه تغییر کرده است؟
- کدام گروه یا جمعیت بیشتر متاثر شده اند؟
- اثرات کوتاه مدت و میان مدت استراتژی های مقابله ای بر دارایی های مالی و سایر دارایی های افراد چیست؟
- برای همه گروه های معیشتی، و همه افراد در معرض خطر، استراتژی های مقابله ای چه تاثیری بر سلامت، رفاه عمومی و حیثیت آنها دارد؟ آیا خطرات مرتبط با راهبردهای مقابله ای وجود دارد؟



ضمیمه 2

چک لیست بررسی امنیت بذر

در زیر نمونه سوالات ارزیابی امنیت بذر آورده شده است. ارزیابی امنیت بذر باید قوانین ملی در مورد ارقام هیبرید و اصلاح شده جنیتیکی را در نظر بگیرد.

امنیت بذر قبل از بحران (اساس یا Baseline)

- مهمترین محصولات زارعین چیست؟ آنها از آن محصولات برای چی استفاده میکنند؟ مصرف، درآمد یا هر دو؟ آیا این محصولات در هر فصل رشد می کنند؟ چه محصولات دیگری ممکن است در مواقع استرس مهم شوند؟
- دهاقین معمولاً چگونه بذر یا سایر مواد کاشت این محصولات را تهیه می کنند؟ همه چینل ها را در نظر بگیرید.
- پارامترهای کاشت برای هر محصول عمده چیست؟ اوسط سطح کاشت چقدر است؟ نرخ کاشت چقدر است؟ نرخ های تکثیر (نسبت بذر یا دانه برداشت شده به بذر کاشته شده) چقدر است؟
- آیا انواع مهم یا ارجح از محصولات خاص (ارقام محلی سازگار با آب و هوا) وجود دارد؟
- کدام ورودی های تولید برای محصولات یا Varities خاص ضروری است؟
- چه کسی در خانواده مسئول تصمیم گیری، مدیریت محصولات زراعی و دفع محصولات زراعی در مراحل مختلف تولید و پس از تولید است؟

امنیت بذر پس از بحران

- آیا مداخله مربوط به زراعت از دیدگاه افرادی که کمک دریافت می کنند امکان پذیر است؟
- کدام محصولات بیشتر تحت تاثیر بحران قرار گرفته اند؟ آیا باید روی اینها تمرکز کرد؟ چرا و چرا نه؟
- آیا دهاقین مطمئن هستند که وضعیت در حال حاضر به اندازه کافی باثبات و ایمن است که بتوانند با موفقیت محصولی را کشت کنند، برداشت کنند و بفروشند یا مصرف کنند؟
- آیا آنها دسترسی کافی به مزارع و سایر وسایل تولید (کود، ادوات، حیوانات بارکش) دارند؟
- آیا آنها آماده هستند تا دوباره در زراعت مشغول شوند؟

ارزیابی عرضه و تقاضای بذر: سهام خانگی

- آیا مقادیر کافی بذر تولید داخل برای کاشت موجود است؟ این شامل بذر حاصل از برداشت خود دهقان و بذرهایی است که به طور بالقوه از طریق شبکه های اجتماعی در دسترس هستند (مثلاً همسایگان).
- آیا این محصولی است که دهاقین هنوز خواهان کاشت آن هستند؟ آیا با شرایط محلی سازگار است؟ آیا هنوز تقاضا برای آن وجود دارد؟
- آیا ارقام موجود از طریق تولید خود دهقان هنوز برای کاشت در فصل آینده مناسب هستند؟ آیا کیفیت بذر با ستندردهای عادی زارع مطابقت دارد؟

ارزیابی عرضه و تقاضای بذر: بازارهای محلی

- آیا بازارها به طور کلی با وجود بحران کار می کنند (آیا روزهای بازار برگزار می شود، آیا دهاقین می توانند آزادانه حرکت کنند، بفروشند و خرید کنند)؟
- آیا حجم فعلی بذر یا غلات موجود قابل مقایسه با حجم موجود در شرایط عادی در همان زمان در فصول قبل است؟
- آیا محصولات و گونه هایی که کشاورزان برای کشت مناسب می دانند در بازارها یافت می شوند؟
- آیا قیمت فعلی بذر یا غلات در بازار با قیمت های هم زمان در فصول قبل قابل مقایسه است؟ اگر تفاوت قیمت وجود داشته باشد، آیا این بزرگی احتمالاً برای زارعین مشکل ایجاد می کند؟

ارزیابی عرضه و تقاضای بذر: سکتور رسمی

- آیا محصولات و ارقام ارائه شده از سکتور رسمی با مناطق تنش خاصی سازگار شده اند؟ آیا شواهد وجود دارد که دهاقین از آن محصولات استفاده خواهند کرد؟
- آیا بذرسکتور رسمی موجود می تواند تقاضای ناشی از بحران را برآورده کند؟ اگر نه، چه نسبتی از نیازهای کشاورزان را برآورده خواهند کرد؟



ضمیمه 3

چک لیست بررسی تغذیه

در زیر نمونه سؤالاتی برای ارزیابی بررسی علل زمینه ای سوء تغذیه، سطح خطر تغذیه و احتمالات پاسخ وجود دارد. سؤالات بر اساس چارچوب مفهومی علل کم تغذیه (سوء تغذیه) است. ⊕ به شکل 7 امنیت غذایی و تغذیه: علل سوء تغذیه (کم تغذیه) مراجعه کنید. اطلاعات احتمالاً از منابع مختلفی در دسترس است. جمع‌آوری آن به ابزارهای ارزیابی مختلفی از جمله مصاحبه‌ها با معلومات دهنده گان کلیدی، مشاهده و بررسی دیتا های ثانویه نیاز دارد.

اوضاع قبل از حالت اضطرار

چه معلوماتی در مورد ماهیت، مقیاس و علل سوء تغذیه در میان افراد آسیب دیده وجود دارد؟ ⊕ به ستندرد 1.1. بررسی امنیت غذایی و تغذیه مراجعه کنید.

خطرات فعلی سوء تغذیه (کم تغذیه)

خطرات سوء تغذیه به دلیل کاهش دسترسی به غذا چیست؟ ⊕ به ضمیمه 1: چک لیست بررسی امنیت غذایی و امرار معاش مراجعه کنید.

- خطر سوء تغذیه مربوط به تغذیه و مراقبت از اطفال دوره شیر خواری و کودک خورده سال چیست؟
- آیا تغییری در کار و نقش های اجتماعی (به دلیل عواملی مانند مهاجرت، بیجا شدن یا درگیری های مسلحانه) بر نقش ها و مسئولیت ها در خانواده تأثیر می گذارد؟
- آیا تغییری در ترکیب عادی خانواده ها وجود دارد؟ آیا تعداد کودکان جدا شده زیاد است؟
- آیا محیط مراقبت عادی مختل شده است (مثلاً از طریق بیجا شده گی)، بر دسترسی به مراقبین ثانویه، دسترسی به غذا یا دسترسی به آب تأثیر گذاشته است؟
- آیا هیچ طفل شیر خوار با شیر مادر تغذیه نمی شود؟ آیا اطفال دوره شیر خواری وجود دارند که به طور مصنوعی تغذیه می شوند؟
- آیا شواهد یا سوء ظنی مبنی بر کاهش شیوه های تغذیه طفل دوره شیر خواری در این بحران وجود دارد؟ بخصوص، آیا میزان شروع شیردهی یا شیردهی انحصاری با شیر مادر کاهش یافته است؟ آیا افزایش میزان تغذیه مصنوعی و/یا افزایش نسبت شیرخوارانی که با شیر مادر تغذیه نمی‌شوند، بوده است؟
- آیا غذاهای مکمل مناسب با سن، از نظر تغذیه ای کافی و ایمن و وسایل تهیه آنها از نظر حفظ الصحة در دسترس هستند؟
- آیا شواهد یا سوء ظنی مبنی بر توزیع عمومی جایگزین های شیر مادر مانند شیر خشک، سایر محصولات های شیر، شیر پوشک ها و پوشک ها، اهدایی یا خریداری شده وجود دارد؟
- آیا در جوامع شبانی (مالدار)، گروه ها برای مدت طولانی از کودکان خورده سال دور بوده اند؟ آیا دسترسی به شیر از حالت عادی تغییر کرده است؟
- آیا HIV بر شیوه های مراقبت در سطح خانواده تأثیر گذاشته است؟

- آیا جیره غذایی عمومی با نیازهای سالمندان و افراد دارای مشکل تغذیه تطبیق داده شده است؟ ترکیب انرژی و محتوای مایکرو نترینت آن را ارزیابی کنید. میزان قابل قبول بودن محصولات غذایی (خوشمزه بودن، جویدن و قابلیت هضم) را ارزیابی کنید.

خطر سوء تغذیه مرتبط با صحت عامه ضعیف چیست؟

- آیا گزارشی از شیوع مرضی وجود دارد که ممکن است بر وضعیت تغذیه تأثیر بگذارد، مانند سرخکان یا مرض حاد اسهالی؟ آیا خطر بروز این شیوع ها وجود دارد؟ + به مراقبت های اساسی صحتی - امراض ساری ستندرد 2.1مراجعة کنید.
- میزان پوشش واکسیناسیون سرخک در افراد مبتلا چقدر است؟ + به مراقبت های اساسی صحتی - صحت طفل ستندرد 2.2.1 مراجعه کنید.
- آیا ویتامین A به طور معمول با واکسیناسیون سرخکان تزریق می شود؟ پوشش مکمل ویتامین A چقدر است؟
- آیا برآوردی از میزان مرگ و میر (خواه خام یا زیر پنج سال) وجود دارد؟ برآوردها چیست و از چه روشی برای انجام آنها استفاده شده است؟ + به مفاهیم اساسی در صحت مراجعه کنید.
- آیا کاهش قابل توجهی در حرارت محیط وجود دارد یا وجود خواهد داشت که احتمالاً بر شیوع عفونت حاد تنفسی یا انرژی مورد نیاز افراد مبتلا تأثیر می گذارد؟
- آیا شیوع HIV بالاست؟
- آیا مردم از قبل به دلیل فقر یا بیماری در معرض سوء تغذیه هستند؟
- آیا ازدحام بیش از حد یا خطر یا شیوع بالای سل وجود دارد؟
- آیا مواردی از بیماری های غیرساری مانند شکر، آرتریت، بیماری های قلبی عروقی و کم خونی گزارش شده است؟
- آیا شیوع ملاریا زیاد است؟
- آیا افراد برای مدت طولانی در آب یا لباس های خیس بوده اند یا در معرض سایر شرایط سخت محیطی قرار گرفته اند؟

چه ساختارهای رسمی و غیررسمی محلی در حال حاضر وجود دارد که از طریق آنها می توان مداخلات بالقوه را هدایت کرد؟

- ظرفیت وزارت صحت، سازمان های مذهبی، گروه های حمایت از جامعه، گروه های حمایت از شیردهی یا سازمان های غیردولتی با حضور بلند مدت یا کوتاه مدت در منطقه چقدر است؟
- چه مداخلات تغذیه ای یا حمایتی مبتنی بر جامعه قبلاً توسط جوامع محلی، افراد، سازمان های غیر دولتی، سازمان های دولتی، سازمان های ملل متحد یا سازمان های مذهبی سازماندهی شده بود؟ پالیسی های تغذیه (گذشته، در حال انجام و از بین رفته)، پاسخ های تغذیه بلند مدت برنامه ریزی شده، و برنامه هایی که در پاسخ به وضعیت فعلی در حال اجرا یا برنامه ریزی هستند، چیست؟



ضمیمه 4

اندازه گیری سوء تغذیه حاد

در حالات اضطراری عمده تغذیه ای، ممکن است لازم باشد که اطفال دوره شیر خواری زیر شش ماه، زنان باردار و شیرده، کودکان بزرگتر، نوجوانان، بزرگسالان و افراد مسن را در ارزیابی های تغذیه یا برنامه های تغذیه ای شامل شوند.

اطفال دوره شیر خواری کمتر از شش ماه

در حالی که تحقیقات برای این گروه سنی ادامه دارد، پایگاه شواهد محدودی برای ارزیابی و مدیریت وجود دارد. بیشتر دستورالعملها همان تعاریف قضیه وی آنترپومتریک را از سوء تغذیه حاد شیرخوار توصیه می کنند که برای کودکان بزرگ تر ۶ تا ۵۹ ماهه (به استثنای دور وسط بازو (MUAC) استفاده میشود، که در حال حاضر برای نوزادان زیر شش ماه توصیه نمی شود. معیارهای پذیرش به جای ارزیابی رشد بر اندازه فعلی تمرکز دارند.

تغییر رفرنس های رشد، از مرکز ملی احصائیه صحت (NCHS) به استانداردهای رشد WHO 2006 باعث می شود که موارد بیشتری از اطفال دوره شیر خواری زیر شش ماه به عنوان اطفال که ضیاع وزن دارند ثبت شوند. این می تواند منجر به معرفی بیشتر اطفال شیر خوار به برنامه های تغذیه شود یا مراقبان در مورد کفایت تغذیه انحصاری با شیر مادر نگران شوند. ارزیابی و در نظر گرفتن موارد زیر مهم است:

- رشد طولی اطفال شیر خوار - آیا با وجود کوچک بودن اندازه بدن، سرعت رشد خوب است (بعضی از اطفال دوره شیر خوار ممکن است به دنبال وزن کم هنگام تولد «به عقب بروند»؟)
- شیوه های تغذیه اطفال دوره شیر خواری - آیا شیرخوار منحصراً از شیر مادر تغذیه می کند؟
- وضعیت کلینیکی - آیا طفل دوره شیر خواری دارای اختلالات طبی یا شرایطی است که قابل تداوی باشد یا او را در معرض خطر قرار دهد؟
- عوامل مادری - برای مثال، آیا مادر فاقد حمایت خانواده است یا افسرده است؟ پذیرش بستری در برنامه های تداوی تغذیوی باید برای اطفال دوره شیر خواری پرخطر در اولویت باشد.

کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

جدول زیر محدودیت های رایج مورد استفاده برای سوء تغذیه حاد را در بین کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه نشان می دهد. شاخص های وزن به قد (WFH) را با استفاده از استانداردهای رشد کودک WHO 2006 محاسبه کنید. امتیاز (WFH Z score) طبق استانداردهای (WHO) شاخص ترجیحی برای گزارش نتایج نظرسنجی آنترپومتریک است MUAC. یک معیار مستقل برای سوء تغذیه حاد است و یکی از بهترین پیش بینی کننده های مرگ و میر است. شیوع MUAC پایین همچنین برای پیش بینی بار اضافی برای برنامه های تغذیه تکمیلی و مراقبت های تداوی استفاده می شود. پایین ترین اندازه هایی که معمولاً مورد استفاده قرار می گیرند کمتر از 11.5 سانتی متر برای سوء تغذیه حاد شدید و 11.5-12.5 سانتی متر برای سوء تغذیه حاد متوسط است. MUAC همچنین اغلب به عنوان بخشی از یک پروسه سکرینینگ دو مرحله ای، با اندازه گیری بالاتر، استفاده می شود. نباید به تنهایی در بررسی های آنترپومتریک استفاده شود، اگرچه می توان از آن به عنوان تنها معیار پذیرش برای برنامه های تغذیه استفاده کرد

سوء تغذیه حاد جهانی	سوء تغذیه حاد متوسط	سوء تغذیه حاد شدید	
اطفال 6 تا 59 ماهه	WFH -3 تا Z score و/یا MUAC 11.5-12.5cm	score و/یا MUAC <11.5cm و/یا Nutritional oedema	
افراد مسن	MUAC 18.5-21.0cm	MUAC 18.5cm	
زنان حامله و شیر ده	MUAC 18.5-22.9cm	MUAC <18.5cm	
کاهلان (بشمول افراد مبتلا به HIV و توبرکلوز)	BMI 16-18.5	BMI <16	

اطفال 5-19 ساله

از ستندرد های رشد WHO 2007 برای تعیین وضعیت تغذیه در کودکان 5 تا 19 ساله استفاده کنید. این منحنی های دیتای ریفرنس رشد با ستندرد های رشد کودک WHO برای کودکان 6 تا 59 ماهه و محدودیت های توصیه شده برای بزرگسالان مطابقت دارد. استفاده از MUAC را در کودکان و نوجوانان بزرگتر، بخصوص در زمینه HIV در نظر بگیرید. از آنجایی که این یک ساحه تخنیکی در حال توسعه است، مهم است که به آخرین راهنمایی ها و اپدیت های تخنیکی مراجعه کنید.

کاهلان (20-59 ساله)

هیچ تعریف موافقی از سوء تغذیه حاد در بزرگسالان وجود ندارد، اما شواهد نشان می دهد که حد فاصل سوء تغذیه حاد شدید می تواند شاخص کتله بدنی (BMI) کمتر از 16 و برای سوء تغذیه حاد خفیف و متوسط کمتر از 18.5 باشد. سروی سوء تغذیه بزرگسالان باید با هدف جمع آوری دیتا ها در مورد وزن، قد و قد نشستن و اندازه گیری MUAC باشد. از این دیتا ها می توان برای محاسبه BMI استفاده کرد. BMI باید برای شاخص کورمیک (نسبت قد نشستن به قد ایستاده) تنظیم شود تا بتوان بین جمعیت ها مقایسه کرد. چنین تبدیلی می تواند به طور قابل ملاحظه ای شیوع آشکار سوء تغذیه در بزرگسالان را تغییر دهد و ممکن است پیامدهای مهمی برای برنامه ریزی داشته باشد. اندازه گیری MUAC همیشه باید انجام شود. اگر نتایج فوری مورد نیاز باشد یا منابع به شدت محدود باشد، بررسی ها ممکن است تنها بر اساس اندازه گیری های MUAC باشد.

فقدان دیتا های پیامد عملکردی معتبر و معیارها، تفسیر نتایج آنترپومتریک را پیچیده می کند. هنگام تفسیر آنها از اطلاعات متنی دقیقی استفاده کنید. برای راهنمایی در مورد ارزیابی + به مطالعه بیشتر و ریفرنس ها مراجعه کنید.



هنگام سکرینینگ افراد برای پذیرش و ترخیص از مراقبت های تغذیه ای، از ترکیبی از شاخص های آنتروپومتریک، علائم کلینیکی (بخصوص ضعف، کاهش وزن اخیر) و عوامل اجتماعی (مانند دسترسی به غذا، حضور مراقبان، سرپناه) استفاده کنید. توجه داشته باشید که ادیما در بزرگسالان می تواند ناشی از عواملی غیر از سوء تغذیه باشد و داکتران باید ادیمای بزرگسالان را ارزیابی کنند تا علل دیگر را رد کنند. سازمان های بشردوستانه منفرد باید با در نظر گرفتن کاستی های شناخته شده BMI، فقدان اطلاعات در مورد MUAC و پیامدهای برنامه استفاده از شاخص ها، در مورد شاخص برای تعیین واجد شرایط بودن برای مراقبت تصمیم بگیرند. این یک ساحه در حال توسعه است، بنابراین به آخرین راهنمایی ها و اپدیت های تخنیکی مراجعه کنید.

MUAC ممکن است به عنوان یک ابزار سکرینینگ برای زنان باردار استفاده شود، به عنوان مثال به عنوان معیاری برای ورود به یک برنامه تغذیه. با توجه به نیازهای تغذیه ای اضافی خود، زنان باردار ممکن است در معرض خطر بیشتری نسبت به سایر گروه ها در جمعیت باشند. MUAC به طور قابل توجهی در طول بارداری تغییر نمی کند. MUAC کمتر از 20.7 سانتی متر نشان دهنده خطر شدید تاخیر رشد جنین و کمتر از 23 سانتی متر نشان دهنده خطر متوسط است. نقاط اندازه گیری قاطع پیشنهادی برای خطر در کشور متفاوت است، اما از 21 تا 23 سانتی متر متغیر است. کمتر از 21 سانتی متر را به عنوان یک پائین ترین اندازه مناسب برای انتخاب زنان در معرض خطر در مواقع اضطراری در نظر بگیرید.

افراد مسن

در حال حاضر هیچ تعریف موافقی از سوء تغذیه در افراد مسن وجود ندارد، با این حال این گروه ممکن است در معرض خطر سوء تغذیه در بحران باشند. WHO پیشنهاد می کند که آستانه BMI برای بزرگسالان ممکن است برای افراد بالای 60 سال مناسب باشد. با این حال، دقت اندازه گیری به دلیل انحنای ستون فقرات (خم شدن) و فشرده شدن مهره ها مشکل ساز است. به جای ارتفاع می توان از طول دهانه بازو (Arm span) و یا نیم دهانه بازو (Demi span) استفاده کرد، اما ضریب ضرب برای محاسبه ارتفاع با توجه به جمعیت متفاوت است. ارزیابی بصری ضروری است. MUAC ممکن است ابزار مفیدی برای اندازه گیری سوء تغذیه در افراد مسن باشد، اما تحقیقات در مورد کاهش مناسب هنوز در حال انجام است.

اشخاص دارای معلولیت

در حال حاضر هیچ دستورالعملی برای اندازه گیری افراد دارای معلولیت جسمی وجود ندارد. این فقدان دستورالعمل ها اغلب آنها را از بررسی های آنتروپومتریک حذف می کند. ارزیابی بصری ضروری است. اندازه گیری های MUAC ممکن است در مواردی که عضله بازو برای کمک به تحرک ایجاد می شود همراه کننده باشد. جایگزین هایی برای اندازه گیری های ستندرد قد، از جمله طول، دهانه بازو یا نیم دهانه بازو یا طول ساق پا وجود دارد. برای تعیین مناسب ترین روش اندازه گیری افراد دارای معلولیتی که اندازه گیری ستندرد وزن، قد و MUAC برای آنها مناسب نیست، باید با آخرین تحقیقات مشورت کرد.

ضمیمه 5

اندازه گیری اهمیت صحت عامه (صحت عموم مردم) کمبود مایکرو نتریت ها

کمبودهای کلینیکی مایکرو نتریت ها را فوراً به صورت فردی تداوی کنید. موارد منفرد کمبود مایکرو نتریت های کلینیکی نیز معمولاً نشان دهنده مشکل اساسی کمبود مایکرو نتریت ها در سطح جمعیت است. اندازه گیری و طبقه بندی کمبود مایکرو نتریت ها در سطح جمعیت برای برنامه ریزی و نظارت بر مداخلات مهم است.

تست های بیوشیمیایی یک معیار عینی از وضعیت مایکرو نتریت ها ارائه می کنند. با این حال، مجموعه ای از نمونه های بیولوژیکی برای آزمایش اغلب چالش های لوژستیک، آموزش کارکنان، زنجیره سرد و گاهی اوقات چالش های قابل قبول را به همراه دارد. همچنین اندازه گیری های بیوشیمیایی همیشه به اندازه ای که لازم است حساس و خاص نیستند. مانند سوء تغذیه حاد، ممکن است با توجه به زمان روز یا فصلی از سال که نمونه جمع آوری می شود، تغییراتی وجود داشته باشد. کنترل کیفیت خوب ضروری است و همیشه باید هنگام انتخاب لابراتوار برای آزمایش نمونه در نظر گرفته شود.

هنگام ارزیابی وضعیت مایکرو نتریت ها، احتمال گرفتن بیش از حد و همچنین کمبود را در نظر بگیرید. زمانی که از چندین محصول یا مکمل های غنی شده برای رساندن مایکرو نتریت ها استفاده می شود، این موضوع بسیار نگران کننده است.

کمبود مایکرو نتریت ها عواقب شدیدی بر سلامت روانی و جسمی سالمندان، سیستم دفاعی و توانایی های عملکردی آن ها دارد.

جدول زیر طبقه بندی اهمیت سلامت عمومی کمبودهای مایکرو نتریت انتخابی را با استفاده از شاخص های مختلف نشان می دهد. برای کسب اطلاعات در مورد تست های بیوشیمیکی و آستانه سلامت عمومی، با آخرین مقالات مشورت کنید یا از متخصص مشاوره بخواهید



تعریف یک مشکل صحت عامه		گروه سنی پیشنهاد شده برای سروی های شیوع	شاخص کمبود مایکروتریت
شدت	شیوع (فیصد)		
کمبود ویتامین A			
0 ≤ 1	خفیف	24 تا 71 ماه	شب کوری (Xn)
1 ≤ 5	متوسط		
5	شدید		
>0.5	غیر مشخص	6 تا 71 ماه	لکه های بای تات یا Bitot's spots (x1B)
>0.01	غیر مشخص	6 تا 71 ماه	Corneal Xerosis/ulceration/ keratomata (x2, x3A, x3B)
>0.05	غیر مشخص	6 تا 71 ماه	Corneal scars (xS)
2 ≤ 10	خفیف	24 تا 71 ماه	Serum retinol (≤ 0.7μmol/l)
10 ≤ 20	متوسط		
20	شدید		
کمبود آیودین			
5.0-19.9	خفیف	اطفال عمر مکتب	جاغور (قابل دید و قابل جس)
20.0-29.9	متوسط		
30.0	شدید		
>300	خوراک زیاد	اطفال عمر مکتب	غلظت متوسط ایودین ادرار Median urinary iodine (concentration (mg/l
100-199	خوراک مناسب		
50-99	کمبود خفیف		
20-49	کمبود متوسط		
<20	کمبود شدید		
کمبود آهن			
5-20	خفیف	زنان، اطفال 6 تا 59 ماه	کم خونی (همو گلوبین زنان غیر حامله >12.0g/ dl؛ اطفال 6 تا 59 ماه >11.0g/dl)
20-40	متوسط		
40	شدید		
Beriberi)			
1 واقعه و >1%	خفیف	تمام جمعیت	علائم کلینیکی
1 تا 4	متوسط		
5	شدید		

تعریف یک مشکل صحت عامه		گروه سنی پیشنهاد شده برای سروی های شیوع	شاخص کمبود مایکرونتریت
شدت	شیوع (فیصد)		
خفیف	5	تمام جمعیت	خوردن غذا ($<0.33\text{mg/1,000kCal}$)
متوسط	5-19		
شدید	20-49		
خفیف	بدون افزایش میزان مرگ و میر	اطفال دوره شیر خواری 2-5 ماهه	مرگ و میر اطفال دوره شیر خواری
متوسط	افزایش خفیف در میزان مرگ و میر		
شدید	افزایش واضح در میزان مرگ ومیر		
پیلگرا (Pellagra)			
خفیف	$1 \leq$ واقعه و $>1\%$	کل جمعیت یا زنان بیش از 15 سال	علائم کلینیکی (درماتیت) در گروه سنی سروی شده
متوسط	1-4		
شدید	5		
خفیف	5-19	کل جمعیت یا زنان بیش از 15 سال	صرف رژیم غذایی از معادل های نیاسین $<5\text{mg/day}$
متوسط	20-49		
شدید	50		
Scurvy			
خفیف	1 مورد و $>1\%$	تمام جمعیت	علائم کلینیکی
متوسط	1-4		
شدید	5		



ضمیمه 6

نیاز های تغذیوی

از جدول زیر برای برنامه ریزی در مرحله اولیه بحران استفاده کنید. حداقل مواد مغذی مورد نیاز ارائه شده در جدول باید برای ارزیابی جیره های عمومی استفاده شود. آنها برای ارزیابی کفایت جیره های مراقبت های تکمیلی یا مداوی یا برای ارزیابی جیره برای گروه های خاصی از افراد مانند افراد مبتلا به سل یا افراد مبتلا به HIV در نظر گرفته نشده اند.

حد اقل نیاز های جمعیت	مواد مغذی
2,100kCal	انرژی
53g (فیصد تمام انرژی 10)	پروتئین
40g (17 فیصد تمام انرژی)	شحمیات
550µg retinol activity equivalents (RTE)	ویتامین A
6.1µg	ویتامین D
8.0mg alpha-tocopherol equivalents (alpha TE)	ویتامین E
48.2µg	ویتامین K
1.1mg	ویتامین B1 (Thiamin)
1.1mg	ویتامین B2 (Riboflavin)
13.8mg niacin equivalents (NE)	ویتامین B3 (Niacin)
1.2mg	ویتامین B6 (Pyridoxine)
2.2µg	ویتامین B12 (Cobalamin)
363µg dietary folate equivalents (DFE)	فولیت یا فولیک اسید
4.6mg	Pantothenate
41.6mg	ویتامین C
32mg	آهن
138µg	آیودین
12.4mg	زنک
1.1mg	مس
27.6µg	سیلینیم
989mg	کلسیم
201mg	مگنیزیم

منبع: RNI's (از 2004) FAO/WHO، ویتامین و مواد معدنی مورد نیاز در تغذیه انسان، چاپ دوم، برای تمام محاسبات نیاز ویتامین و مواد معدنی به جز مس استفاده شد. نیاز های مس از (WHO 1996)، عناصر کمیاب در تغذیه و سلامت انسان گرفته شده است.

این اوسط حداقل نیازهای جمعیت، ضروریات همه گروه های سنی و هر دو جنس را در بر می گیرد. بنابراین برای هیچ گروه سنی یا جنسیتی خاص نیستند و نباید به عنوان نیاز ها برای یک فرد مورد استفاده قرار گیرند. آنها بر اساس مشخصات جمعیتی فرضی، فرضیاتی در مورد حرارت محیط و سطوح فعالیت مردم هستند. نیازهای اضافی زنان باردار و شیرده را نیز در نظر می گیرند.

ضروریات به عنوان دریافت مواد مغذی مرجع (RNI) برای همه مواد مغذی به جز انرژی و مس بیان می شود.

اپدیت ها و تحقیقات بیشتر در مورد مواد مغذی ماکرو و میکرو نترینت در وبسایت های سازمان غذا و زراعت سازمان ملل متحد (FAO) و WHO موجود است.

انرژی مورد نیاز جمعیت (بالا یا پایین) را برای موارد زیر تنظیم کنید:

- ساختار جمعیتی جمعیت، بخصوص فیصدی افراد زیر پنج سال، فیصدی زنان و افراد مسن، نوجوانان؛
- وزن مطلوب بزرگسالان و وزن واقعی، معمول یا متوقع بدن است؛
- سطوح فعالیت برای حفظ زندگی مثر (اگر سطح فعالیت از "خفیف یا Light" یا Basal 1.6 x Metabolic rate بیشتر شود، نیازها افزایش می یابد)؛
- اوسط حرارت محیط، و ظرفیت سرپناه و لباس (اگر اوسط حرارت محیط کمتر از 20 درجه سانتیگراد باشد، ضروریات افزایش خواهد یافت)؛
- وضعیت تغذیه و سلامت جمعیت (اگر جمعیت دچار سوءتغذیه باشد و نیازهای اضافی برای رشد عقب نشینی داشته باشد، نیازها افزایش خواهد یافت. شیوع HIV ممکن است بر اوسط نیازهای جمعیت تأثیر بگذارد. جیره های عمومی را برای برآورده کردن این نیازها، بر اساس تحلیل زمینهو توصیه های بین المللی فعلی تنظیم کنید).

برای راهنمایی در مورد محاسبه تنظیمات، به [UNHCR, UNICEF, WFP](#) و [نیاز های غذا و تغذیه در حالات اضطرار \(WHO 2002\)](#) و [کتاب رهنمود غذا و تغذیه \(WFP 2001\)](#) برای راهنمایی در مورد محاسبه تنظیمات مراجعه کنید.

اگر امکان به دست آوردن این نوع معلومات از ارزیابی ها وجود ندارد، از ارقام جدول بالا به عنوان حداقل شرایط استفاده کنید.

برای درک ساختار جمعیت، به تفکیک جنسیت، سن و سایر معیارها در صورت لزوم، از داده های پایه ملی استفاده کنید یا به چشم انداز جمعیت جهان مراجعه کنید :

<https://esa.un.org/unpd/wpp>.



ریفرنس ها و مطالعه بیشتر

عمومی

- Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>
- Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>
- Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking. Humanitarian Policy Group, 2010.
- Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org
- IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010. Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs. Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>
- Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>
- Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org
- Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016. <http://cpwg.net>
- Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org
- Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org
- Pejic, J. The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework. International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>
- Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org
- The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12). United Nations Economic and Social Council, 1999. www.ohchr.org
- The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

بررسی

- RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org
- SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>

تغذیه

- Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. Food and Nutrition Implications of Antiretroviral

Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7. FANTA/AED, 2004.

Chastre, C. Duffield, A. Kindness, H. LeJeane, S. Taylor, A. The Minimum Cost of Diet: Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations. Save the Children UK, 2007. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org

Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004. www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

مدیریت سوء تغذیه حاد

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. <https://doi.org>

روش های مشارکتی

Bonino, F. What Makes Feedback Mechanisms Work. ALNAP, 2014.

تغذیه اطفال دوره شیر خواری و نوزاد

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014. <https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int
Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017. <https://www.enonline.net>

اطفال

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

امنیت غذایی

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. Collecting Prices for Food Security Programming. World Food Programme, 2015. <http://documents.wfp.org>

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3. FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org



Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. <http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction. FAO and WHO. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015. <https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves. <http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

کمک غذایی

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. <https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution : From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. <https://documents.wfp.org>

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. <https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

کمک های به اساس پول نقد و مارکیت (CBA)

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cash-learning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012. www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

جنسیت یا جندر

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action.

IASC, 2015. www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists.

WHO and Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

اشخاص دارای معلولیت

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF.

<http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

امرار معاش

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016.

<https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

محیط زیست

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org

Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3.

IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Grafham, O. Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.

Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

مطالعه بیشتر

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/ online-resources



مطالعه بیشتر

بررسی اولیه یا اساسی

Joint Assessment Mission (JAM): Guidelines Second Edition. UNHCR/WFP, 2009.

Multi-sector Initial Rapid Assessment (MIRA) Tool. IASC, 2015.

Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). WFP and UNICEF, 2016.

بررسی های امنیت غذایی

Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. FANTA, 2009. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml
Comparing Household Food Consumption Indicators to Inform Acute Food Insecurity Phase Classification. FANTA, 2015. <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/HFCIS-report-Dec2015.pdf>

Crop and Food Security Assessment Mission (CFSAM) Guidelines. FAO and WFP, 2009. www.wfp.org/food-security/assessments/crop-food-security-assessment-mission

Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. WFP, 2009.

Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. WFP, 2009.

Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners. CARE, 2002.

Vulnerability and Capacity Assessment Guide. IFRC. www.ifrc.org/vca

The Household Economy Approach: A Guide for Programme Planners and Policy-makers. Save the Children, 2008.

بررسی امنیت بذر

Longley, C. Dominguez, C. Saide, M.A. Leonardo, W.J. Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, NCBI, 2002.

Sperling, L. When Disaster Strikes: A guide to Assessing Seed System Security.

International Center for Tropical Agriculture, 2008.

بررسی امرار معاش

Jaspers, S. Shoham, J. A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODi, 2002.

Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings. IASC, 2009.

Markets

Adams, L. Learning from Cash Responses to the Tsunami: Final Report, HPG back-ground paper. HPG, 2007. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4860.pdf>

Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid? Market Information and Food Insecurity Response Analysis. CARE, 2008.

Creti, P. Jaspars, S. Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam GB, 2006.

Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK, Oxfam GB and British Red Cross, with support from ECHO, CaLP, 2010.

Harvey, P. Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI, 2005.

Implementing Cash-Based Interventions: A guide for aid workers. Action contre la faim, 2007.

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). CaLP, 2013.

Mike, A. Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Oxfam GB, 2010.

Multi-Sector Initial Rapid Assessments (MIRA) Guidance. IASC, 2015.

مصرف مواد غذایی

Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. WFP, 2008. www.wfp.org/content/technical-guidance-sheet-food-consumption-analysis-calculation-and-use-food-consumption-score-food-s

Household Dietary Diversity Score (HDDS). Food and Nutrition Technical Assistance Project, 2006.

Reference Nutrient Intake (RNI) publications. WHO. www.who.int/nutrition/publications/nutrient/en/ and www.who.int/elena/nutrient/en/

روش های مشارکتی

Climate Vulnerability and Capacity Analysis Handbook. CARE, 2009.

Climate Change and Environmental Degradation Risk and Adaptation Assessment (CEDRA). Tearfund, 2009.

How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. IFRC, 2007.

Participatory Vulnerability Analysis. ActionAid, 2004.

سیستم معلوماتی امنیت غذایی و تغذیه

Famine Early Warning Systems Network. USAID. www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). FIVIMS, 2013. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture. FAO. www.fao.org/ES/gIEWS/english/index.htm

Integrated Food Security Phase Classification, Technical Manual. Version 1.1. IPC Global partners and FAO, 2008. www.fao.org/docrep/010/i0275e/i0275e.pdf



Shoham, J. Watson, F. Dolan, C. The Use of Nutrition Indicators in Surveillance Systems, Technical paper 2. ODI, 2001. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-as-sets/publications-opinion-files/3970.pdf>

بررسی انترپو متریک

A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Centers for Disease Control and Prevention and WFP, 2005.

Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting, pp. 49–51. UN ACC Sub Committee on Nutrition, 2001.

Collins, S. Duffield, A. Myatt, M. Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. ACC, Sub-Committee on Nutrition, 2000. https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/AdultsSup.pdf

Emergency Nutrition Assessment and Guidance for Field Workers. Save the Children UK, 2004.

Young, H. Jaspars, S. The Meaning and Measurement of Acute Malnutrition in Emergencies: A Primer for Decision Makers. HPN, 2006. <https://odihpn.org/resources/the-meaning-and-measurement-of-acute-malnutrition-in-emergencies-a-primer-for-decision-makers/>

بررسی مایکرو نترینت

Gorstein, J. Sullivan, K.M. Parvanta, I. Begin, F. Indicators and Methods for Cross Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations. Micronutrient Initiative and CDC, 2007. www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf

بررسی تغذیه اطفال دوره شیر خواری و خورد سال

Infant and young child feeding practices, Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. CARE, 2010. www.enonline.net/resources

تغذیه اطفال دوره شیر خواری و خورد سال

Baby Friendly Spaces Manual, Chapter 4 Feeding of the Non-Breastfed Infant. ACF International, 2014.

ECHO Infant and Young Children Feeding in Emergencies: Guidance for Programming. https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/toolkit_nutrition_en.pdf

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. UNICEF and WHO, 2003.

Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. UNHCR, 2009. www.ibfan.org/art/367-6.pdf

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. WHO, 2004.

Global Nutrition Targets 2025, Breastfeeding Policy Brief. WHO/UNICEF, 2014 www.who.int/nutrition/publications/policy_briefs/breastfeeding-policy-brief-2014/en/

who.int /nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/
HIV and Infant Feeding: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. WHO, 2010.

IFE Module 1: Orientation package on IFE. IFE Core Group and collaborators, 2009. www.enonline.net/ifemodule1

Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. USAID, AED, FANTA, IFPRI, UNICEF and WHO, 2007.

Infant and Young Child Feeding Practices: Standard Operating Procedures for the Handling of Breast Milk Substitutes in Refugee Children 0–23 months and the Annex. UNHCR, 2015. www.unhcr.org/55c474859.pdf

Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. IFE Core Group and collaborators, 2007. www.enonline.net/ifemodule2
Protecting infants in emergencies, Information for the media. IFE Core Group, 2009.

www.enonline.net/ifecoregroup

UNICEF Programming Guide on Infant and Young Child Feeding 2011. www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_2011.pdf

امنیت عمومی غذایی

Barrett, C. Maxwell, D. Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. Routledge, New York, 2005. <https://www.gordon.edu/ace/pdf/F06F&E4748BR5McNamara.pdf>

Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.
Food Assistance Manual Series, General Distribution. World Vision International, 2017.
Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition. IASC, 2005.

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2012. <https://resourcecenter.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action>

Maxwell, D. Sadler, K. Sim, A. Mutonyi, M. Egan, R. Webster, M. Emergency Food Security Interventions, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 2008. <https://www.enonline.net/attachments/882/hpn-emergency-food-security-interventions.pdf>

The Right to Adequate Food: Fact Sheet No.34. OHCHR and FAO, 2010. www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf

هدف گذاری و توزیع غذا

Catalogue and Standard Operating Procedures. UN Humanitarian Response Depot, 2010. www.unhrd.org



- Food Quality Control. WFP, 2010. <http://foodqualityandsafety.wfp.org/>
- Food Storage Manual. Natural Resources Institute and WFP, 2003.
- Food Assistance Main Manual, Third edition. World Vision International, 2017.
- Food Assistance in the Context of HIV: Ration Design Guide. WFP, 2008.
- Food Resource Management Handbook. CARE.
- Jaspars, S. Young, H. General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities, Good Practice Review 3. Relief and Rehabilitation Network, ODI, 1995.
- Logistics Operational Guide. WFP, Logistics Cluster, 2010.
- School Feeding Quality Standards. WFP, 2009.
- Targeting in Emergencies. WFP, 2006.
- UNHCR Handbook for Registration. UNHCR, 2003.

مداخلات بذری

- Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa. CRS with ODI and the International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics, 2002.
- Sperling, L. Remington, T. Haugen, JM. Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture and CRS, 2006.

دستورالعمل های تغذیه اضطراری عمومی

- A Toolkit for Addressing Nutrition in Emergency Situations. IASC, 2008.
- Food and Nutrition Needs in Emergencies. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO, 2002.
- Food and Nutrition Handbook. WFP, 2001.
- Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR and WFP, 2009.
- Harmonised Training Package (HTP). IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group, 2006.
- Khara, T. Dolan, C. Technical Briefing Paper: The Relationship between Wasting and Stunting, Policy, Programming and Research Implications. ENN, 2014.
- Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. GNC MAM Task Force, 2014.
- Prudhon, C. Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. ACF, 2002.
- The Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO, 2000.

مردم آسیب پذیر

- Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action. HelpAge International, 2001. <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/>

sites/4/2015/06/Nutrition-FINAL.pdf

Food Assistance Programming in the Context of HIV. FANTA and WFP, 2007.

Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS. FAO and WHO, 2002.

Older People in Disasters and Humanitarian Crisis. HelpAge and UNHCR, 2007. Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. IASC, 2006. Winstock, A. The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children.

Winslow Press, 1994.

مدیریت سوء تغذیه حاد

Community Based Therapeutic Care (CTC): A Field Manual. VALID International, 2006.

Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. WHO, WFP, UNSCN and UNICEF, 2007.

Integration of IYCF support into CMAM. ENN, IFE Core Group and collaborators, 2009. www.ennonline.net/resources

MAMI Report, Technical Review: Current Evidence, Policies, Practices & Program Outcomes. ENN, CIHD and ACF, 2010.

Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. WHO, 1999.

Navarro-Colorado, C. Mason, F. Shoham, J. Measuring the Effectiveness of SFP in Emergencies. HPN, 2008.

Navarro-Colorado, C. Shoham, J. Supplementary Feeding Minimum Reporting Package. HPN, Forthcoming.

Training Guide for Community-based Management of Acute Malnutrition. FANTA, 2008.

کمیودات مایکرو نترینت

Guiding Principles for the Use of Multiple Vitamin and Mineral Preparations in Emergencies. WHO and UNICEF, 2007.

Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Program Managers. UNICEF, UNU and WHO, 2001.

Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 2000.

Seal, A. Prudhon, C. Assessing Micronutrient Deficiencies in Emergencies: Current Practice and Future Directions. UN Standing Committee on Nutrition, 2007. [https:// www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf](https://www.ennonline.net/attachments/893/micronutrientssup.pdf)

Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Thiamine Deficiency and Its Prevention and Control in Major Emergencies. WHO, 1999.

Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia, Second Edition. WHO, 1997.



سرپناه و مسکن

Shelter and Settlement





ضمیمه 1 چک لیست بررسی سرپناه و اسکان
 ضمیمه 2 شرح سناریوی مسکن
 ضمیمه 3 مشخصات اضافی سناریوی مسکن
 ضمیمه 4 گزینه های کمکی
 ضمیمه 5 گزینه های تطبیق
 ضمیمه 6 کمک های بالقوه و گزینه های اجرایی مرتبط با سناریوهای مسکن (آنلاین)

محتویات

266.....	مفاهیم اساسی در سر پناه و مسکن
	ستندرد های اساسی سر پناه و مسکن:
272.....	1. پلان گذاری.....
275.....	2. پلان گذاری مسکن و موقعیت.....
280.....	3. مساحت جای برای زنده گی.....
284.....	4. وسایل خانه.....
288.....	5. کمک تخنیکي.....
292.....	6. امنیت تصدی.....
296.....	7. ثبات محیط زیستی.....
300.....	ضمیمه 1: چک لیست بررسی پناه گاه و مسکن.....
304.....	ضمیمه 2: شرح سناریو های مسکن.....
306.....	ضمیمه 3: مشخصات اضافی شرح سناریو های مسکن.....
308.....	ضمیمه 4: گزینه های کمک.....
311.....	ضمیمه 5: گزینه های تطبیق.....
312.....	ضمیمه 6: کمک های بالقوه و گزینه های اجرایی مرتبط با سناریوهای مسکن (آنلاین).....
314.....	ریفرنس ها و مطالعه بیشتر.....



مفاهیم اساسی در سرپناه و مسکن

همه حق دارند مسکن مناسب داشته باشند

حداقل استانداردهای Sphere برای سرپناه و اسکان توضیح عملی از حق داشتن مسکن مناسب در زمینه های بشردوستانه است. این استانداردها مبتنی بر اعتقادات، اصول، وظایف و حقوق گسترده تر اعلام شده در منشور بشردوستانه است. اینها شامل حق زندگی با کرامت، حق حفاظت و امنیت، و حق دریافت کمک های بشردوستانه بر اساس نیاز است.

فهرستی از اسناد حقوقی وپالیسی کلیدی که به منشور بشردوستانه معلومات فراهم میکند در ضمیمه 1 با نظریات توضیحی برای کارگران بشردوستانه قرار دارد.

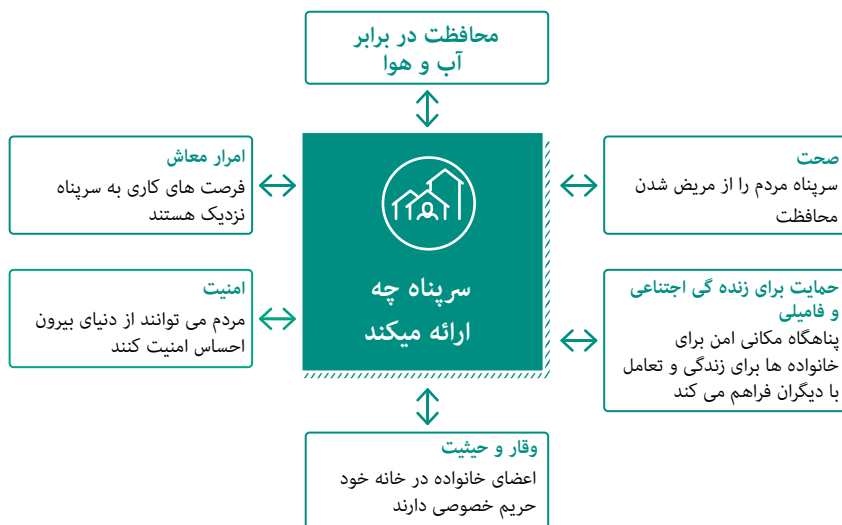
سرپناه ها و سکونت گاه ها به هم مرتبط هستند و باید به طور کلی در نظر گرفته شوند. ”سرپناه“ فضای زندگی خانواده است که شامل اقلام ضروری برای پشتیبانی از فعالیت های روزانه می شود. ”سکونتگاه“ مکان های وسیع تری است که مردم و جامعه در آن زندگی می کنند.

هدف پاسخ سرپناه و اسکان ارائه یک محیط زندگی امن است حمایت به موقع سرپناه و محل سکونت می تواند جان انسان ها را در مراحل اولیه بحران نجات دهد. سرپناه علاوه بر محافظت در برابر آب و هوا، برای ارتقای سلامت، حمایت از زندگی خانوادگی و اجتماعی، و ایجاد کرامت، امنیت و دسترسی به معیشت ضروری است. + به شکل 8 در زیر مراجعه کنید.

اوسط زمانی که افراد آواره می شوند در طول سال ها همچنان افزایش یافته است. با بیجا شدن که سالها یا حتی دههها طول میکشد، موقعیت پناهگاهها و مکانهای سکونت و همچنین برنامه ریزی همسایه ها و جوامعی که پناهگاهها در آن قرار دارند، در حمایت از منزلت و بهبودی افراد آسیب دیده از بحران مهم هستند.

کمک به سرپناه و اسکان باید نقاط قوت موجود خانواده ها، جوامع، جامعه مدنی و دولت متاثر شده را حمایت و از تجارب آن استفاده کنند. این چانس توسعه استراتژی های محلی را افزایش می دهد که خودکفایی و خود مدیریت را توسط افراد آسیب دیده تشویق می کند. احساس امنیت، اجتماع و انسجام اجتماعی برای شروع روند بهبود ضروری است.

گزینه های پاسخ به سرپناه و مسکن محدود به تحویل سخت افزار و وسایل یا ساختن سرپناه نیست. گزینه های پاسخ همچنین شامل ارائه پشتیبانی برای ایمن سازی زمین و به دست آوردن سرپناه، مسکن یا وسایل خانگی است. این شامل کمک های فنی و تضمین کیفیت است که می تواند جمعیت آسیب دیده را برای بازسازی بهتر و ایمن تر توانمند و بسیج کند. دانستن چارچوب قانونی ملی زمین و دارایی ضروری است. درک قوانین ملی پناهندگی و پروسیجر های مرتبط برای تعیین وضعیت نیز مهم است



سرپناه چه فراهم میکند (شکل 8)

برخی از وظایف پناهگاه اضطراری مناسب. برنامه های سرپناه باید از خانواده ها برای رفع این نیازها حمایت کند.

صرف نظر از شکل حمایت ارائه شده، مهم است که همیشه به ساختارهای موجود جامعه احترام گذاشته و انسجام اجتماعی را ارتقاء بخشد.

هر خانواده و جامعه به سطوح و انواع مختلف حمایت نیاز دارند. امنیت تصدی و اسناد وضعیت مدنی کافی یک نیاز اساسی برای دسترسی به سرپناه امن است. با این حال، در محیط های درگیری یا در مواردی که مسائل حل نشده مرتبط با مالکیت زمین وجود دارد، پشتیبانی پناهگاه ممکن است بسیار پیچیده باشد. ⊕ به ستنرد 6 سرپناه و مسکن: امنیت تصدی. مراجعه کنید.

به طور فزاینده ای، نیاز به در نظر گرفتن بیجا شدن و بازبایی طولانی مدت در برنامه ریزی سکونت وجود دارد. بیجا شده گی می تواند بر منابع موجود - اغلب محدود - فشار وارد کند و باعث ایجاد تنش با جامعه میزبان اطراف شود. برنامه ریزی با کیفیت شامل درک، جلوگیری و کاهش اثرات منفی زیست محیطی است. اگر مسائل زیست محیطی در نظر گرفته نشود، برنامه های سرپناه و اسکان در نهایت ممکن است ناکارآمد باشند، زیرا نتایج کوتاه مدت می تواند مشکلات جدیدی ایجاد کند که نیاز به سرمایه گذاری بیشتر دارد ⊕ به ستنرد 7: ثبات محیط زیستی

پاسخ به سرپناه و سکونت در محیط های شهری نیاز به تخصص خاصی دارد

کمک به مردم در مناطق شهری به دلیل تراکم بالای جمعیت، نیازهای زیرساختی، مقررات دولتی و تنوع اجتماعی در جامعه می تواند پیچیده باشد. در طول یک بحران و پس از آن، برقراری ارتباط و کمک به افراد دارای تحرک بسیار دشوار است، به خصوص زمانی که نوبت به یافتن فضای کافی برای زندگی می رسد. اگر زیربنا های پیچیده تخنیک (مانند ساختمان های بلند) تحت تأثیر قرار گیرد، سازمان های بشردوستانه نیز باید با ترتیبات پیچیده اجازه ای که شامل چندین مالک، مستاجر یا مهاجران غیررسمی است، کار کند.



کار در بافت های شهری نیازمند تخصص در برنامه ریزی و طراحی شهری و آگاهی از حقوق، مقررات، قوانین و سیاست های مربوط به مسکن، زمین و ملکیت است. درک قوی از مسکن محلی و بازارهای مالی بسیار مهم است. برای تعامل با جامعه مدنی و بخش خصوصی آماده باشید. بخش خصوصی می تواند در ارائه راه حل های مبتنی بر بازار پایدار نقش ایفا کند. پاسخ ها باید بر اساس نورم ها و خدمات محلی باشد و از ایجاد ساختارهای موازی اجتناب شود. ایجاد یک پاسخ جامع در سطح سکونت گاه، محله یا منطقه به احتمال زیاد سهم پایداری در رفاه جمعیت آسیب دیده در مناطق شهری دارد. + به ارائه کمک از طریق مارکیت مراجعه میکنید.

سناریوهای مختلف حل و فصل پس از بحران باید در نظر گرفته شود افراد آسیب دیده کجا و چگونه سرپناه پیدا می کنند بستگی به توانایی آنها برای ماندن در محل یا نیاز آنها به دور شدن متفاوت است. در نظر گرفتن سیستماتیک زمینه یا شرایط پس از بحران اولین گام در برنامه ریزی گزینه ها برای کمک به سرپناه و اسکان است. درک روش های متفاوتی که ممکن است برای افرادی که آواره شده اند، به طور مستقیم متاثر شده اند، اما آواره نشده اند، یا به طور غیرمستقیم متاثر شده اند، بسیار مهم است. + به شکل 9 در زیر مراجعه کنید.

اگر شرایط اجازه دهد، افراد ممکن است انتخاب کنند که در محل اصلی خود به عنوان مالک-مصرف یا در مسکن یا زمین کرایه یا غیر رسمی اشغال شده باقی بمانند. حمایت از خانواده های غیر آواره می تواند شامل تعمیر یا بازسازی خانه های موجود باشد.

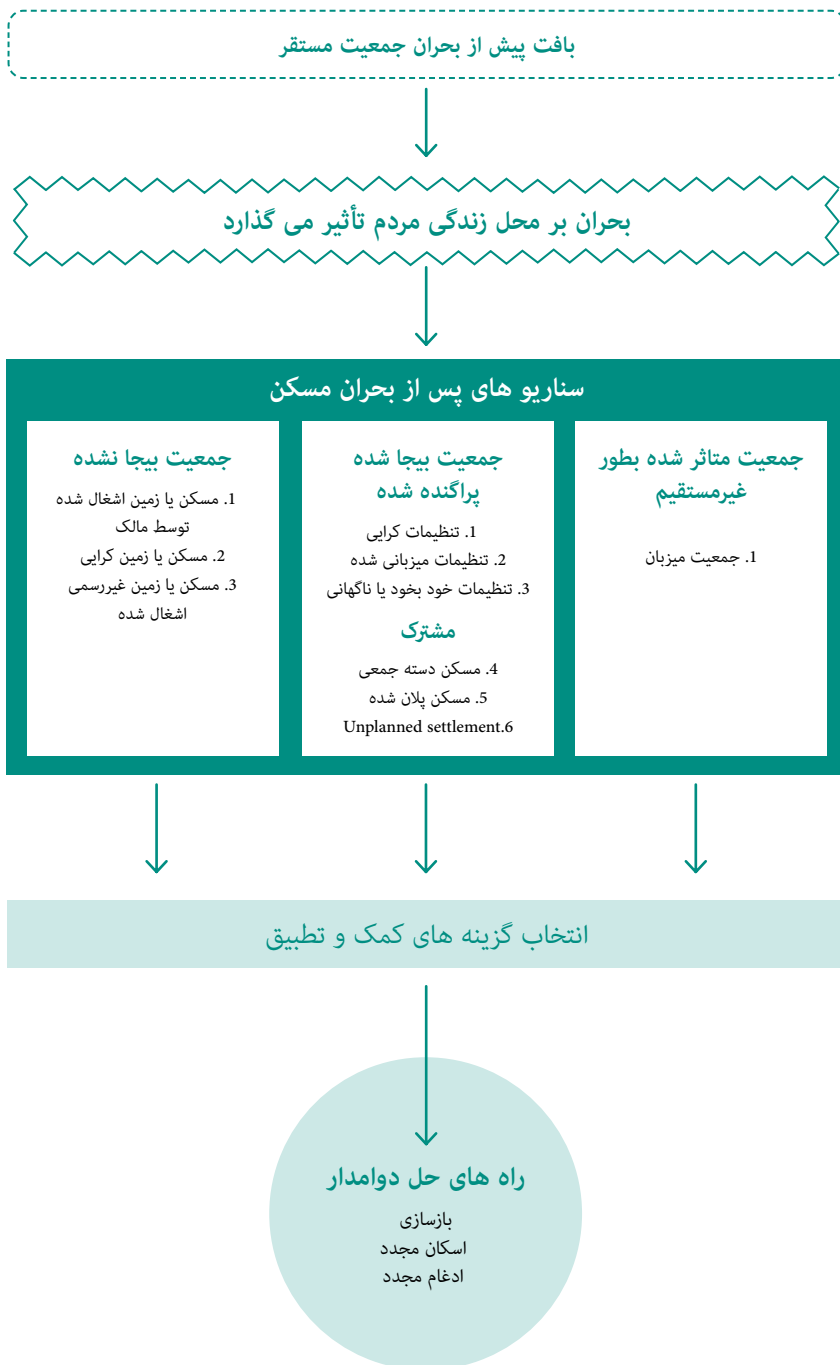
جمعیت های آواره ممکن است به صورت محلی، به مکان های دیگر در داخل کشور محل سکونت خود، یا در سراسر مرزهای بین المللی پراکنده شوند. در چنین شرایطی، آنها احتمالاً مسکن کرایه می کنند، خود اسکان می یابند یا توسط دیگران میزبانی می شوند. برخی از خانواده های آواره ممکن است انتخاب کنند که در اسکان جمعی یا یک محل سکونت برنامه ریزی شده جمع شوند یا در یک سکونت گاه برنامه ریزی نشده پناه بگیرند.

درک بحران از طریق این سناریوهای حل و فصل به برنامه ریزی استراتژی های تعاون کمک خواهد کرد. این شامل انتخاب مؤثرترین و مناسب ترین نوع کمک با توجه به دسته های خاص جمعیت آسیب دیده، و انتخاب راه های ارائه کمک است. این باید به بهبود تدریجی کمک کند و در حالت مطلوب به یک راه حل بادوام برسد. ستندردها و ضمائم در این فصل از این منطق پیروی می کنند و قرار است با هم استفاده شوند. + به ضمیمه 2: تشریح سناریوی مسکن و ضمیمه 3: مشخصات اضافی سناریوی مسکن مراجعه کنید.

این حداقل استانداردها نباید به صورت مجزا اعمال شوند حداقل استانداردهای این فصل، محتوای اصلی حق داشتن سرپناه کافی را منعکس می کند و به تحقق پیشرونده این حق در سطح جهانی کمک می کند.

حق سرپناه کافی با حقوق آب و حفظ الصحه، غذا و صحت مرتبط است. پیشرفت در دستیابی به حداقل استانداردهای اسفئیر در یک حوزه بر پیشرفت در سایر زمینه ها تأثیر می گذارد. برای موثر بودن پاسخ، هماهنگی نزدیک و همکاری با سایر سکتورها لازم است.

هماهنگی با مقامات محلی و سایر نهاد های پاسخ دهنده کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که نیازها برآورده می شوند، تلاش ها تکراری نمی شوند و کیفیت امنیت غذایی و پاسخ های تغذیه بطور مطلوب هستند. ارجاعات متقابل در سرتاسر کتاب راهنما برخی ارتباطات بالقوه را نشان می دهد.



سناریو های پس از بحران مسکن (شکل ۹)



به عنوان مثال، تامین آب و تأسیسات حفظ الصحة کافی در شهرک ها برای تضمین سلامت و منزلت جمعیت آسیب دیده ضروری است. ظروف ضروری پخت و پز و غذا خوردن و سوخت برای پخت و پز مردم را قادر می سازد از کمک های غذایی استفاده کنند و نیازهای تغذیه ای را برآورده کنند. در مواردی که استانداردهای ملی کمتر از حداقل استانداردهای Sphere است، سازمان های بشردوستانه باید با دولت همکاری کنند تا به تدریج آنها را ارتقا دهند.

قوانین بین المللی به طور خاص از حق داشتن سرپناه مناسب حمایت می کند

حق دسترسی به مسکن مناسب توسط قوانین بین المللی محافظت می شود. این حق است که در جایی در امنیت، آرامش و عزت زندگی کنید. این حق شامل آزادی هایی مانند حق انتخاب محل سکونت و حقوقی مانند امنیت تصدی است. اصول حفاظتی مانند حفاظت در برابر اخراج اجباری را در نظر گرفته است. زمانی که افراد یا گروه ها، از جمله پناهندگان و آوارگان داخلی، قادر به دسترسی به مسکن مناسب نیستند، دولت ها موظفند این حق را تضمین کنند، از جمله در بحران ها.

مفهوم «کفایت» به این معناست که مسکن بیش از چهار دیوار و سقف است. این بر اهمیت گنجاندن لنز استقرار، هویت فرهنگی و در دسترس بودن خدمات در پاسخ به پناهگاه تاکید می کند. مسکن «کافی» یا سایر اشکال سرپناه باید امنیت تصدی را فراهم کند و دارای مزایای زیر باشند:

- مقرون به صرفه بودن، به خانواده اجازه می دهد تا به سایر اموال و خدمات ضروری برای زندگی با وقار دست یابد؛
- قابل سکونت، تامین امنیت فیزیکی، فضای زندگی حفاظت شده و کافی، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، آب کافی، تأسیسات حفظ الصحوی و نظافتی (WASH) و تهیه و نگهداری مواد غذایی؛
- از نظر فرهنگی قابل قبول است؛
- در دسترس و قابل استفاده، از جمله برای افرادی که با موانع تحرک روبرو هستند؛ و
- برای دسترسی به فرصت های معیشتی و خدمات ضروری اجتماعی واقع شده است.

ارتباطات به اصول حفاظتی و استاندارد اصلی بشردوستانه

بحران ها می توانند نابرابری های موجود را بدتر کنند. بنابراین، ارائه کمک های بی طرفانه و حساس به زمینه، بخصوص برای کسانی که کمترین ظرفیت را برای بهبودی خود از یک بحران دارند، مهم است +2. حفاظت مراجعه کنید.

برخی از افراد ممکن است به دلیل موانع فیزیکی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در دسترسی به سرپناه و کمک های اسکان دچار مشکل شوند. در درک و پاسخ به این موارد به موارد زیر توجه کنید:

- **وضعیت قانونی افراد** (به عنوان مثال، پناهنده، بیجاشده داخلی، بی تابعیت، مهاجر، پناهجو، بی خانمان یا بی زمین، و سایرین محروم از آزادی های مدنی و دسترسی به خدمات عمومی یا شبکه های ایمنی اجتماعی)؛ و
- افرادی که به اساس دلایل ذیل با خطرات حفاظتی منحصربفردی روبرو هستند و گروه هایی که در معرض خطر تبعیض و طرد اجتماعی قرار دارند:
 - قومیت، ملیت، طبقه، گروه بومی، یا وابستگی مذهبی یا سیاسی آنها؛
 - وضعیت تصدی آنها، وضعیت جابجایی، وضعیت مهاجران غیررسمی یا وضعیت مستاجر؛
 - محل سکونت گاه هایی که دسترسی به آنها دشوار است، در مناطق خطرناک، مناطق نا امن، سکونتگاه های شهری یا سکونتگاه های غیررسمی؛ و
 - آسیب پذیری و جایگاه آنها در جامعه +3 به اسفثیر چیست و اصول حفاظت مراجعه کنید.

امدادگران باید در مورد حفاظت از کودک آموزش ببینند و بدانند چگونه از سیستم های ارجاع برای موارد مشکوک خشونت، سوء استفاده یا بهره برداری، از جمله کودکان استفاده کنند. در بکارگیری حداقل استانداردها، هر 9 تعهد در دستنبرد اصلی بشردوستانه باید به عنوان پایه ای برای ارائه یک سرپناه و برنامه اسکان پاسخگو رعایت شود



1. پلانگذاری

برنامه ریزی برای نتایج پاسخ مطلوب در سطوح منطقه ای، ملی، نهاد یا جامعه بسیار مهم است. درک زمینه قبل و بعد از بحران امکان ارزیابی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بحران بر شرایط زندگی مردم و هرگونه پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را فراهم می کند. شناسایی نیازها و سپس توسعه گزینه‌های پاسخ مناسب، مبنایی برای پاسخگویی به پناهگاه و اسکان به خوبی برنامه ریزی شده و هماهنگ است.

ستندرد 1 سرپناه و مسکن

برنامه ریزی

مداخلات سرپناه و محل سکونت به خوبی برنامه ریزی و هماهنگ شده است تا به ایمنی و سلامتی افراد آسیب دیده کمک کند و بهبودی را ارتقا دهد.

اقدامات کلیدی

1 با جمعیت آسیب دیده و همچنین مقامات ملی و محلی برای ارزیابی نیازها و ظرفیت های

سرپناه و اسکان کار کنید.

- تغییرات از یافت قبل از بحران، شناسایی نیازها و ظرفیت های فوری برای جمعیت های آواره و غیر آواره، و در نظر گرفتن نیازهای خاص گروه های در معرض خطرا ارزیابی کنید.
- در دسترس بودن زمین، ساختمان ها، آپارتمان ها و اتاق های قابل سکونت یا اشغال را در بازارهای مسکن و اجاره زمین محلی شناسایی کنید.

2 برای شناسایی مؤثرترین و مناسب ترین گزینه های کمک و نحوه ارائه آن ها، با ذینفعان همکاری کنید.

3 یک طرح سرپناه و اسکان با هماهنگی مقامات ذیربط و جوامع آسیب دیده تهیه کنید.

- کمک متناسب با نیازها و ترجیحات جمعیت آسیب دیده و مقامات ارائه کنید.
- کارایی مصرف، کیفیت فنی، سرعت و زمان بندی، مقیاس اجرا و تکرار پذیری را مطلوب بسازید.

شاخص های کلیدی

طرح سرپناه و اسکان نیازهای ضروری جمعیت هدف را تامین می کند و با جمعیت و مراجع ذیربط توافق می شود

فیصدی افراد آسیب دیده که نشان میدهند که کمک سرپناه و اسکان منعکس کننده نیازها و اولویت های آنها است و به راه حلی بادوام تر کمک می کند

یاد داشت های رهنمودی

ارزیابی: در طول ارزیابی، تغییرات در پناه گاه و شرایط اسکان پس از بحران را بررسی کنید و خطرات حفاظتی احتمالی را از ابتدا در نظر بگیرید. اینها ممکن است شامل تصورات جامعه میزبان، خطرات مرتبط با دسترسی به شهرک، دسترسی ایمن به خدمات یا خطرات اخراج باشد. تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بحران بر شرایط زندگی مردم از جمله پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را در نظر بگیرید.

بحران به طرق مختلف بر مردم تأثیر می گذارد، بنابراین افراد مختلف نیازهای متفاوتی برای سرپناه و اسکان خواهند داشت. با گروه هایی کار کنید که ممکن است برای دسترسی به سرپناه با موانع خاصی مواجه شوند، مانند افراد دارای معلولیت، زنان سرپرست خانواده، افراد مسن یا اقلیت های قومی و زبانی + به ضمیمه 1: چک لیست بررسی سرپناه و اسکان، اصل 2 حفاظت و تعهد 4 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

گزینه های کمک و پیاده سازی: مؤثرترین گزینه ها را بر اساس زمینه، ظرفیت، منابع موجود، سناریوی مسکن و مرحله پاسخ انتخاب کنید. سایر عواملی که باید در نظر گرفته شوند عبارتند از مکان، نوع مسکن (از جمله تکنیک های ساخت و ساز محلی)، تصدی، و بازار و چارچوب های قانونی. در صورت امکان، حمایت از بازگشت افراد به خانه اصلی خود (یا محل سکونتشان) را در اولویت قرار دهید. به کسانی که نمی توانند یا نمی خواهند به خانه اصلی خود بازگردند کمک کنید تا به گزینه های متناسب با نیازهایشان دسترسی داشته باشند + به ضمیمه های 2 تا 6 مراجعه کنید.

با در نظر گرفتن مؤثریت، کیفیت تخنیک، مقیاس اجرا، ظرفیت های روی زمین و تکرارپذیری، یک جدول زمانی برای برآوردن نیازهای فوری تعریف کنید. گزینه هایی را برای افزایش بازیابی بلندمدت و انعطاف پذیری جوامع در برابر بحران های آینده بررسی کنید.

راه های مختلفی را برای ارائه گزینه های انتخابی در نظر بگیرید، از جمله ترکیبی از:

- حمایت مالی;
- کمک های غیر نقدی وسایل;
- کار های قرار دادی/ کار سفارشی;
- کمک فنی/پشتیبانی تضمین کیفیت; و
- ظرفیت سازی.

با تغییر شرایط، ترکیبی از گزینه ها را در طول زمان بررسی و تنظیم کنید.

مردم بیجا شده: علاوه بر داشتن نیازهای فوری به سرپناه، افراد آواره به حمایت خاصی نیز نیاز دارند تا تصمیمات آگاهانه در مورد راه حل های سرپناهی در دسترس آنها اتخاذ کنند. نمونه هایی از پشتیبانی شامل اطلاعاتی درباره اینکه آیا و چه زمانی به خانه باز می گردند، نحوه ادغام در محل جابجایی یا اسکان مجدد در مکان سوم است.

خانواده های غیر آواره برای بازگشت به شرایط زندگی اولیه خود نیاز به حمایت دارند و باید از کمک سرپناه مناسب برخوردار شوند. اگر بازسازی زمان زیادی طول می کشد یا افراد ایمن نیستند، گزینه های موقتی مانند کمک خانواده میزبان، کمک اجاره، یا سرپناه موقت یا انتقالی را بررسی کنید.



اگر بحران محیط امنیتی و ایمنی را تغییر داده باشد، تغییر موقعیت دوباره ممکن است ضروری باشد. جوامع میزبان نیز پیامدهای یک بحران را تجربه می کنند، زیرا آنها فضای عمومی و خصوصی خود را به اشتراک می گذارند. این شامل به اشتراک گذاری خدماتی مانند مراکز صحتی یا مکاتب، یا عمل به عنوان یک خانواده میزبان است. ممکن است رقابت واقعی یا ادراکی با افراد آواره برای مشاغل، خدمات، زیرساخت ها و منابع وجود داشته باشد. راه حل ها باید حمایت عادلانه و هدفمند را در نظر بگیرند که خطرات یا تهدیدهای اضافی در جامعه ایجاد نکند + به اصل 1 حفاظت مراجعه کنید.

تجزیه و تحلیل بازار: شناخت بازارهای اطراف در سطح محلی، ملی و منطقه ای برای پاسخگویی به پناهگاه با کیفیت بسیار مهم است. این گزینه ها را در مورد گزینه های سرپناه آگاه می کند و همچنین اطلاعات مربوط به کرایه و سایر خدمات مربوط به سکونت را در اختیار شما قرار می دهد + **به ارائه کمک ها از طریق مارکیت، کتاب رهنمود MISMA و کتاب رهنمود MERS مراجعه کنید.**

حذف بقایا: مدیریت بقایا را بلافاصله پس از بحران آغاز کنید. زباله ها را می توان برای جداسازی، جمع آوری و/یا تصفیه مورد استفاده مجدد، بازیافت یا شناسایی کرد. ممکن است فرصتهایی را برای برنامه های پول در ازای کار فراهم کند. مسائل کلیدی شامل وجود بدن انسان، مکان های خطرناک ساختاری و مواد خطرناک است. حذف زباله ممکن است به تخصص و تجهیزات تخصصی نیاز داشته باشد، بنابراین باید با متخصصان دیگر بخش برنامه ریزی شود + به ستندرد 7 سرپناه و مسکن: ثبات محیط زیست، ستندرد های صحتی و ستندرد های WASH مراجعه کنید.

فرصت های معیشتی: معیشت هایی که مردم قبل از بحران درگیر آن بودند و فرصت های موجود پس از بحران، در تعیین گزینه های اسکان مرتبط هستند. در دسترس بودن زمین، دسترسی ایمن برای کشت و چرا، دسترسی به بازارها و دسترسی به سایر فرصت های شغلی می تواند بر جایی که مردم انتخاب می کنند، حتی به طور موقت، تأثیر بگذارد. + به ستندرد های 7.1 و 7.2، امنیت غذایی و تغذیه-امرار معاش، **کتاب رهنمود LEGS و کتاب رهنمود MERS مراجعه کنید.**

بازگشت: بازگشت به زمین و خانه خود یک هدف اصلی برای اکثر افراد آسیب دیده از بحران است. افراد آسیب دیده باید بتوانند نیاز به تعمیر خانه های خود یا ارتقاء سرپناه خود را تعیین کنند. بازگشت می تواند از استراتژی های مقابله مشترک حمایت کند و نمونه ها و زیرساخت های سکونت گاهی را حفظ کند. تعمیر یا بازسازی زیرساخت های عمومی مانند مکاتب، سیستم های آب، کلینیک ها یا بازارها نیز برای امکان بازگشت آوارگان مهم است. برخی شرایط ممکن است مانع یا تأخیر بازگشت شود، مانند نگرانی های امنیتی، اشغال اموال یا زمین توسط نیروهای مسلح، ادامه درگیری خشونت آمیز، تنش های قومی یا مذهبی، ترس از آزار و اذیت، یا مین های زمینی و مهمات منفجر نشده. قوانین ناکافی یا تبعیض آمیز زمین و دارایی یا پروسیجر های مرسوم ممکن است مانع از بازگشت زنان سرپرست خانواده، بیوه یا یتیم شده در اثر بحران و یا افراد دارای معلولیت شود. جمعیت آواره که ممکن است توانایی انجام فعالیت های بازسازی را نداشته باشند نیز ممکن است دلسرد شوند یا از بازگشت منع شوند.

2. برنامه ریزی موقعیت و مسکن

برنامه ریزی مکان و سکونت گاه باید فضاهای زندگی ایمن، قابل قبول و قابل دسترس را که دسترسی به خدمات اساسی، معیشت و فرصت های اتصال به شبکه گسترده تر را ارائه می دهد، ارتقا دهد.

ستندرد 2 سرپناه و مسکن:

برنامه ریزی موقعیت و مسکن

پناه گاه ها و سکونت گاه ها در مناطق امن ومصئون واقع شده اند و فضای کافی و دسترسی به خدمات ضروری و معیشت را ارائه می دهند.

اقدامات کلیدی

1 در چارچوب پروژه ها و مقررات برنامه ریزی موجود کار کنید و شرایط را با جوامع میزبان و مقامات مربوطه توافق کنید.

- محل مسکن های جدید را در فاصله ایمن از تهدیدهای واقعی یا بالقوه قرار دهید و خطرات ناشی از خطرات موجود را به حداقل برسانید.
- طول عمر مورد انتظار شهرک را در نظر بگیرید تا مشخص کنید چه خدمات ضروری ممکن است نیاز به گسترش یا توسعه داشته باشد.

2 دینفعان مختلف، از جمله گروه های درون جمعیت آسیب دیده، در انتخاب مکان و برنامه ریزی استقرار را شامل کنید.

- عواملی که می تواند بر مکان یا طرح سایت تأثیر بگذارد، با در نظر گرفتن جنسیت، سن، معلولیت، هویت قومی یا زبانی، و نقش ها و مسئولیت های جنسیتی را شناسایی کنید.
- در بافت های شهری، از طریق یک رویکرد جغرافیایی تعریف شده و مبتنی بر منطقه برای درک بهتر تحرک های جامعه کار کنید.

3 اطمینان حاصل شود که جمعیت آسیب دیده به خدمات و امکانات ضروری از جمله فرصت های معیشتی دسترسی دارند.

- برای ایجاد فاصله قابل قبول و سفر (یا حمل و نقل) ایمن تا خدمات و امکانات ضروری، با سایر بخش ها همکاری کنید.
- با ارائه دهندگان خدمات برای اولویت بندی و ارائه خدمات ضروری و فرصت های معیشتی در جایی که قبلاً وجود ندارد، هماهنگ کنید.

4 برای استفاده از زمین برنامه ریزی کنید تا فضای کافی برای همه عملکردها، دسترسی به همه پناهگاه ها و خدمات، و اقدامات ایمنی کافی در سراسر شهرک فراهم شود.

- برنامه ریزی را برای منابع مشترک مانند تاسیسات آب و فاضلاب، امکانات آشپزی عمومی، فضاهای



- دوستدار کودک، مناطق تجمع، نیازهای مذهبی و نقاط توزیع غذا را شامل کنید.
- اطمینان حاصل شود که قرار دادن خدمات ضروری در داخل شهرک ها از ستندرد های ایمنی، حفاظت و حرمت پیروی می کنند.

- 5 برنامه ریزی دریناژ بارندگی یا سیلاب را در انتخاب مکان و توسعه سکونت گاه ها در نظر بگیرید.
- ایجاد تسهیلات دریناژ مناسب به طوری که تمام مناطق مسکونی و خدماتی عاری از آب راکد و تخلیه کننده های آب طوفان پاک نگهداشته شود.
 - مکان های تولید مثل ناقلان بیماری پیش بینی و مدیریت کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی پناهگاه ها و/یا مکان های سکونت گاهی که در مناطقی واقع شده اند که هیچ یا حداقل تهدیدها، خطرات و مخاطرات طبیعی یا مصنوعی شناخته شده ندارند

فیصدی پناهگاه ها و/یا مکان های سکونتگاهی که در مدت زمان یا فاصله قابل قبولی به خدمات ضروری دسترسی دارند

فیصدی از کسانی که کمک های سکونتگاهی دریافت می کنند که در مورد محل سرپناه یا اسکان خود احساس امنیت می کنند

فیصدی مکان های سکونتگاهی که سطح قابل استفاده کافی برای انجام فعالیت های خصوصی و عمومی در فضای باز متناسب با بافت را ارائه می دهند.

- 45 متر مربع برای هر نفر در سکونتگاه های نوع کمپ بشمول زمین های خانگی
- 30 متر مربع برای هر نفر، از جمله زمین های خانگی، که در آن خدمات عمومی می تواند خارج از منطقه سکونت گاه برنامه ریزی شده ارائه شود
- حداقل نسبت بین فضای سرپوشیده و اندازه قطعه 1:2 است. در اسرع وقت به 1:3 یا بیشتر حرکت کنید.

یاد داشت های رهنمودی

پروژه ها و اصول برنامه ریزی: دولت ها یا مقامات محلی اغلب پالیسی های جدیدی را در مورد مناطق ممنوعه، مناطق امن یا مناطق حائل پس از یک بحران معرفی می کنند. از برنامه ریزی مبتنی بر خطر و گزینه های کمک مناسب حمایت کنید. "منطقه ممنوعه ساخت و ساز" به معنای "منطقه بدون کمک" نیست و نباید پاسخ های پناهگاه یا شهرک سازی را به تاخیر بیندازد.

وضعیت مالکیت هر زمین و ملک را درک کنید + ستندرد 6 سرپناه و مسکن: امنیت تصدی. مشارکت افراد آسیب دیده در محاسبه و سازماندهی فضا برای حمایت از شیوه های اجتماعی و فرهنگی موجود. مشارکت دادن زنان و سایر گروه های در معرض خطر در طراحی و اجرای برنامه ریزی سرپناه و سکونتگاه.

خدمات و تسهیلات اساسی: افرادی که به خانه های اصلی خود باز می گردند و کسانی که در مکان ها یا سکونتگاه های موقت زندگی می کنند نیاز به دسترسی ایمن، ایمن و عادلانه به خدمات و امکانات ضروری دارند، مانند:

- تسهیلات WASH + استانداردهای WASH تامین آب را ببینید;
- راه حل های روشنایی عمومی و خانگی; + امکانات ذخیره سازی و پردازش مواد غذایی (از جمله اجاق گاز و سوخت) + به استاندارد 1.1 بررسی امنیت غذای و تغذیه و استاندارد 6.4 کمک غذایی مراجعه کنید;
- تسهیلات مراقبت + به استاندارد 1.1 سیستم های صحنی: ارائه خدمات صحنی مراجعه کنید;
- دفع زباله های جامد + به WASH استانداردهای مدیریت زباله جامد مراجعه کنید;
- مکاتب + به کتاب راهنمودی INEE مراجعه کنید;
- امکانات اجتماعی مانند عبادتگاه، محل ملاقات و مناطق تفریحی;
- فضایی برای تدفین مناسب فرهنگی و آیین های مرتبط; و
- فضایی برای اسکان حیوانات (با جدایی کافی از فضاهای مسکونی) + به کتاب راهنمود LEGS مراجعه کنید.

برنامه ریزی محل برای سکونتگاه های موقت: طرح سایت باید بر اساس اصول طراحی شهری و شهرسازی و با اجزای اتصال دهنده مانند نقاط دسترسی، تقاطع ها و فضای عمومی باشد. این اجزا با توجه به عوامل فیزیکی، اجتماعی، محیطی و اقتصادی، طرح مکانی سکونتگاه جدید را تشکیل می دهند. برنامه ریزی اسکان باید از شبکه های اجتماعی موجود حمایت کند، فرصت هایی را برای شکل گیری شبکه های جدید فراهم کند، به ایمنی و امنیت کمک کند و امکان مدیریت خود را توسط افراد آسیب دیده فراهم کند.

حریم خصوصی و حیثیت خانواده های جداگانه را هنگام ایجاد طرح قطعه برای سکونتگاه های موقت حفظ کنید. هر سرپناه خانگی باید به فضای مشترک یا یک منطقه حفاظت شده باز شود، نه به ورودی پناهگاه دیگر. برای همه گروه های بالقوه آسیب پذیر مناطق زندگی امن فراهم کنید، اما از خوشه بندی آن ها اجتناب کنید زیرا این امر می تواند آسیب پذیری آنها را افزایش دهد. برای حفظ پیوندهای اجتماعی، خانواده ها، خانواده های گسترده و گروه هایی با پیشینه های مشابه را در کنار هم قرار دهید. نیازها، ترجیحات و عادات گروه های مختلف سنی، جنسیتی و ناتوانی را در نظر بگیرید.

مساحت سکونتگاه های برنامه ریزی شده یا خود آباد: برای سکونتگاه های برنامه ریزی شده، حداقل مساحت سطح قابل استفاده برای هر نفر در شهرک های نوع کمپ با احتساب قطعات خانگی، 45 متر مربع است. این شامل فضایی برای جاده ها و مسیرهای پیاده روی، مناطق بیرونی پخت و پز یا مناطق پخت و پز عمومی، مناطق آموزشی و تفریحی، امکانات صحنی، نظافتی، موانع پخش آتش، اداره، ذخیره سازی آب، دریناژ محل، تأسیسات مذهبی، مناطق توزیع غذا، بازارها، انبار است. و باغچه های آشپزخانه محدود برای خانواده های فردی (به استثنای فعالیت های مهم زراعتی یا مالداری). در مواردی که خدمات عمومی می تواند توسط امکانات موجود یا اضافی خارج از شهرک برنامه ریزی شده ارائه شود، حداقل مساحت سطح باید 30 متر مربع برای هر نفر باشد. اگر حداقل مساحت سطح را نمی توان فراهم کرد، فعالانه اقداماتی را برای رسیدگی به پیامدهای اشغال با تراکم بالاتر انجام دهید. برنامه ریزی اسکان نیز باید تغییرات جمعیت را در نظر بگیرد.



هنگام فعالیت در یک منطقه شهری، از خدمات موجود و موجودی مسکن استفاده کنید. اطمینان از جدایی و حریم خصوصی کافی بین خانواده های فردی و فضای مختص شده برای امکانات مورد نیاز. **اندازه قطعه برای سرپناه ها:** نسبت ردپای پناهگاه به اندازه قطعه 1:2 یا 1:3 توصیه می شود تا فضای کافی برای ضروری ترین فعالیت های بیرون از خانه خانواده ها فراهم شود. با این حال، نسبت نزدیک به 1:4 یا 1:5 ترجیح داده می شود. این نسبت باید نورمهای فرهنگی و اجتماعی و در دسترس بودن فضای عملی را در نظر بگیرد.

تخلیه آب باران و سیل: زهکشی ضعیف بارندگی یا سیلاب می تواند فضاهای زندگی، تحرک و دسترسی افراد به خدمات را به شدت محدود کند. به طور کلی، انتخاب مکان و توسعه زیرساخت ماهیت سیستم های زهکشی در مقیاس بزرگ را تعیین می کند. از انتخاب سایتی که در دشت سیلابی است خودداری کنید. می تواند ایمنی و امنیت را به خطر بیندازد، به ویژه در فضاهای شلوغ یا محدود. آب وارد شده و راکد در محیط های زندگی، یادگیری و کار افراد، تهدیدی کلی برای سلامت، کرامت و رفاه است. از تشناب ها و فاضلاب ها در برابر سیل محافظت کنید تا از آسیب های ساختاری و لیکاز جلوگیری کنید. تهدید اصلی صحتعمومی مرتبط با تخلیه ضعیف، افزایش قرار گرفتن در معرض بیماری های اسهالی از تماس با آب آلوده است.

آب کنترل نشده همچنین می تواند به سایر زیرساخت ها، مسکن ها و متعلقات آسیب برساند، فرصت های معیشتی را محدود کرده و باعث استرس شود. زهکشی ضعیف همچنین شرایطی را برای پرورش ناقل فراهم می کند ⊕ **به استاندارد های 4.1 و 4.2 WASH.** کنترل ناقل مراجعه کنید.

دسترسی: وضعیت جاده های محلی و نزدیکی به مراکز حمل و نقل برای تامین کمک های امدادی و سایر اموال را در نظر بگیرید. ارائه کمک های امدادی باید از آسیب رساندن به زیرساخت های جاده محلی جلوگیری کند. محدودیت های فصلی، خطرات و خطرات امنیتی را در نظر بگیرید. محل و هر نقطه ذخیره سازی اولیه و توزیع مواد غذایی باید با موثر های باربری های سنگین از جاده های با شرایط آب و هوایی قابل دسترسی باشد. سایر امکانات باید با وسایل نقلیه سبک قابل دسترسی باشد. جاده ها و مسیرهای امن و ایمن در داخل شهرک ها و دسترسی در هر شرایط آب و هوایی به تمام خانه های فردی و امکانات عمومی ایجاد کنید. نیازهای افرادی را که با موانع تحرک یا دسترسی مواجه هستند در نظر بگیرید.

ایمنی آتش نشانی: ارزیابی خطر آتش سوزی باید برنامه ریزی سایت را مشخص کند. موانع برای آتش 30 متری هر 300 متر را در مناطق ساخته شده در کمپ ها را مدنظر بگیرید. فاصله بین ساختمان ها باید حداقل 2 متر باشد. در حالت مطلوب باید ارتفاع ساختمان دو برابر باشد تا از تماس ساختمان های فروریخته با ساختمان های مجاور جلوگیری شود.

روش های پخت و پز و گرم کردن محلی (مانند نوع اجاق گاز و مکان ترجیحی) را در نظر بگیرید. ارائه اجاق های ایمن، تجهیزات ایمنی آتش نشانی و آموزش های آگاهی به ساکنان را در نظر بگیرید. مصالح ساختمانی و وسایل خانگی مقاوم در برابر آتش را ترجیح دهید. به ساکنان (از جمله کسانی که با موانع تحرک یا دسترسی مواجه هستند) در مورد برنامه های وقایع، مدیریت و تخلیه آتش سوزی اطلاع دهید.

کاهش جرم و جنایت: طراحی شهرک می تواند به کاهش جرم و جنایت و خشونت مبتنی بر جنسیت کمک کند. موقعیت و دسترسی پناهگاه ها، ساختمان ها و تأسیسات، روشنایی شبانه، فاصله تا تشناب و منطقه حمام از پناهگاه، و نظارت غیرفعال از طریق خطوط بصری را در نظر بگیرید. ساختمان هایی که به عنوان مراکز جمعی استفاده می شوند باید راه های فرار جایگزین داشته باشند.

تغییر تهدیدها و خطرات: با تغییر وضعیت، ارزیابی‌های منظم، خطرات و ریسک‌ها را انجام دهید. این ممکن است شامل خطرات فصلی، تغییر در وضعیت امنیتی، مهمات منفجر نشده در سایت از درگیری‌های قبلی یا فعلی، یا پیامدهای تغییر جمعیت باشد.

ایمنی مراکز جمعی و زیرساخت‌های اجتماعی: متخصصان فنی باید پایداری ساختاری ساختمان‌های اجتماعی، مراکز جمعی و سایر ساختمان‌ها را در مناطق مسکونی متأثر از بحران ارزیابی کنند. تهدیدهای امنیتی یا سلامتی واقعی و بالقوه را در نظر بگیرید.

حمایت معیشتی: فعالیت‌های اقتصادی قبل از فاجعه و فرصت‌های امرا معاش بالقوه را در زمینه پس از فاجعه در نظر بگیرید. زمین‌های موجود برای کشت و چرا، یا دسترسی به بازارها و/یا فرصت‌های شغلی را شناسایی کنید. پاسخ به سرپناه و اسکان پتانسیل ارائه اشتغال محلی، مانند نقش در کمک‌های فنی، تدارکات و بازار کار را دارد. از برنامه‌های آموزشی و تعلیمی برای تقویت ظرفیت محلی برای دستیابی به نتایج در یک چارچوب زمانی معین استفاده کنید + به ستندرد 5 سرپناه و مسکن و امنیت غذایی و تغذیه- امرار معاش ستندرد 7.1 و 7.2 مراجعه کنید.

بهره‌برداری و نگهداری: یک برنامه عملیاتی و نگهداری برای اطمینان از اجرای مؤثر هر گونه تسهیلات، خدمات و تاسیسات (مانند آب، فاضلاب، زهکشی، مدیریت پسماند، مکاتب) ایجاد کنید. اجزای کلیدی یک طرح شامل مشارکت جامعه، ایجاد گروه‌های استفاده‌کننده، تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌ها، و داشتن برنامه بازیابی مصارف یا اشتراک مصارف است.

از کار انداختن محلات و واگذاری: اقدامات احیای محیطی مناسب می‌تواند بازسازی طبیعی محیط را در داخل و اطراف سکونتگاه‌های موقت افزایش دهد. سایت‌ها باید دارای یک طرح خلع‌ید باشند که به طور مطلوب در مرحله طراحی مداخله توسعه یافته است + به ستندرد 7 سرپناه و مسکن: ثبات محیط زیستی مراجعه کنید.

آموزش تکنیک‌های مدیریت پایدار زمین به جمعیت محلی، بازیابی محل و محیط محلی را تضمین می‌کند. در صورت امکان از نیروی کار محلی در فعالیت‌های پاکسازی و از تخریب استفاده کنید



3. مساحت جای برای زنده گی

بضای زندگی برای رفاه مردم بسیار مهم است. داشتن مکانی برای سکونت، احساس امنیت و انجام انواع فعالیت های ضروری خانگی، نیاز و حق اصلی انسان است.

ستندرد 3 سرپناه و مسکن:

مساحت یا فضای جای برای زنده گی

مردم به فضاهای زندگی ایمن و کافی دسترسی دارند که این امکان را فراهم می کند تا فعالیت های ضروری خانگی و معیشتی با عزت انجام شود.

اقدامات کلیدی

- 1 **اطمینان حاصل کنید که هر خانواده آسیب دیده فضای زندگی کافی برای انجام فعالیت های اولیه خانگی دارد.**
 - فضای زندگی را فراهم کنید که نیازهای متنوع اعضای خانواده برای خواب، تهیه غذا و غذا خوردن را با احترام به فرهنگ و سبک زندگی محلی برآورده کند.
 - سقف و دیوارهای اولیه را برای ساکنان و دارایی های خانگی آنها فراهم کنید که امنیت فیزیکی، حیثیت، حریم خصوصی و محافظت در برابر آب و هوا را ارائه می دهد.
 - شرایط مطلوب روشنایی، تهویه و راحتی حرارتی را فراهم کنید.
- 2 **اطمینان حاصل کنید که فضای اطراف فضای زندگی از دسترسی ایمن به فعالیت های اساسی پشتیبانی می کند.**
 - شامل آشپزی مناسب، تنشاب، لباسشویی، حمام کردن، فعالیت های معیشتی، معاشرت و مناطق بازی باشد.
- 3 **ترویج استفاده از راه حل های سرپناه، تکنیک های ساخت و ساز و موادی که از نظر فرهنگی و اجتماعی قابل قبول و از نظر زیست محیطی پایدار هستند.**

شاخص های کلیدی

- فیصدی از جمعیت آسیب دیده که فضای مناسب زندگی در پناهگاه و بلافاصله اطراف آن برای انجام فعالیت های روزانه دارند
- حداقل 3.5 متر مربع فضای زندگی برای هر نفر، به استثنای فضای آشپزی، فضای حمام و امکانات نظافتی
 - 4.5-5.5 متر مربع فضای زندگی برای هر نفر در آب و هوای سرد یا محیط های شهری که در آن فضای داخلی آشپزی و حمام و/یا تسهیلات نظافتی گنجانده شده است
 - ارتفاع داخلی از کف تا سقف حداقل 2 متر (2.6 متر در آب و هوای گرم) در بالاترین نقطه

فیسدی پناهگاه‌هایی که ستندردهای فنی و عملکردی مورد توافق را رعایت کرده و از نظر فرهنگی قابل قبول هستند

فیسدی از افرادی که کمک پناهگاه دریافت می‌کنند که در پناهگاه خود احساس امنیت می‌کنند

یادداشت‌های رهنمودی

فضای زندگی: فضای زندگی باید برای فعالیت‌های روزانه مانند خواب، تهیه و خوردن غذا، شستن، لباس پوشیدن، ذخیره غذا و آب و حفاظت از اموال خانگی و سایر دارایی‌های کلیدی کافی باشد. باید حفظ حریم خصوصی و جدایی بین جنسیت‌ها، گروه‌های سنی مختلف و خانواده‌ها را در یک خانواده بر اساس نورم‌های فرهنگی و اجتماعی تضمین کند + به ستندرد 2 سرپناه و مسکن: برنامه ریزی موقعیت و مسکن.

فضای زندگی را برای جمع شدن اعضای خانواده و مراقبت از نوزادان، کودکان و افراد مریض یا مجروح در نظر بگیرید. به تغییر استفاده فضا در طول روز و شب توجه کنید و مکان‌های پنجره‌ها، درها و پارتیشن‌ها را طوری برنامه ریزی کنید که از فضای داخلی و هر قسمت خارجی مجاور آن مانند آشپزخانه یا فضای بازی حداکثر استفاده را ببرید.

برای تطبیق این فعالیت‌ها در منزلت، پناهگاه‌ها به فضای بسته (دیوارها، پنجره‌ها، درها و سقف) با سطح کف کافی نیاز دارند. ازدحام بیش از حد یا قرار گرفتن در معرض عناصر خطر شیوع مرض یا بیماری را افزایش می‌دهد. کاهش فضا ممکن است منجر به خطرات حفاظتی، کاهش امنیت و حریم خصوصی شود.

حداقل فضای زندگی باید منعکس‌کننده نورم‌های فرهنگی و اجتماعی، زمینه، مرحله واکنش و راهنمایی مقامات ملی یا بخش واکنش بشردوستانه باشد. عواقب بالقوه اتخاذ حداقل فضای محاسبه شده (3.5 متر مربع برای هر نفر، 4.5 متر مربع در آب و هوای سرد) را به دقت در نظر بگیرید و هر گونه سازگاری را با شرکای خود به توافق برسانید و در سلسله‌چترین زمان ممکن به سمت حداقل‌ها حرکت کنید.

در مواردی که نیاز به اقدام سلسله‌چ و نجات جان افراد وجود دارد، کمک اولیه را در نظر بگیرید:

- یک پوشش سقف برای حداقل فضای زندگی بسازید و از دیوارها، درها و پنجره‌ها پشتیبانی کنید؛ یا

- یک سرپناه با مساحت کمتر بسازید و مساحت را افزایش دهید.

در برخی شرایط، ستندرد فضا ممکن است با محدودیت‌های فیزیکی دیکته شود. این ممکن است در یک سکونتگاه محدود، محیط‌های شهری متراکم یا در شرایط آب و هوایی شدید که در آن مواد سرپناه به راحتی در دسترس نیست، باشد. حداقل فضای نشان داده شده در فاز اضطراری و در راه حل‌های پناهگاه مؤقت یا انتقالی قابل استفاده است. هنگامی که مدت اقامت طولانی شود، محاسبات فضای قابل سکونت باید دوباره مورد بررسی قرار گیرد. در مرحله بازیابی، استانداردهای محلی قابل قبول و استراتژی‌های خروج باید در نظر گرفته شود.

جوامع و خانواده‌های آسیب‌دیده را تا حد امکان در تعیین نوع کمکی که باید ارائه شود مشارکت دهید. با افرادی که زمان بیشتری را در فضای زندگی سرپوشیده می‌گذرانند و افرادی که با موانع حرکتی یا دسترسی مواجه هستند مشورت کنید.



اطمینان حاصل کنید که فضای زندگی برای افراد دارای معلولیت و کسانی که با آنها زندگی می کنند در دسترس باشد. افراد دارای معلولیت، بخصوص آنهایی که دارای معلولیت ذهنی و روانی هستند، ممکن است به فضای بیشتری نیاز داشته باشند.

اقدامات فرهنگی، ایمنی و حریم خصوصی: به شیوه ها و آداب و رسوم موجود و اینکه چگونه آنها بر نیاز به زیربخش های داخلی (پرده ها، دیوارها) تأثیر می گذارد، احترام بگذارید. به عنوان مثال، خانه را طوری طراحی کنید که برای اعضای خانواده بزرگ یا خانواده های مختلف در یک خانواده، ترتیبات خواب را در خود جای دهد.

در اسکان جمعی، مسیرهای دسترسی با نور مناسب و برنامه ریزی شده از طریق منطقه نشیمن با پارتیشن هایی برای نمایش فضای شخصی و خانگی می تواند حریم خصوصی و ایمنی شخصی را فراهم کند.

در اسکان جمعی، امکان اشتراک گذاری فضا را برای گروه های همسالان فراهم کنید. به عنوان مثال، برخی از افراد LGBTQI زندگی با دوستان و همسالان خود را به جای با خانواده خود ترجیح می دهند. **حفاظت:** اطمینان حاصل کنید که چندین مسیر خروجی از خانه وجود دارد و فضاهای داخلی به مناطق عمومی باز می شوند. اطمینان حاصل کنید که کارکنان می دانند که چگونه هرگونه نگرانی های حفاظتی در مورد خشونت خانگی یا سوء استفاده، خشونت، بهره برداری یا بی توجهی به کودکان را مطرح کنند. زنان، دختران و کسانی که به کمک حفظ الصحة شخصی نیاز دارند اغلب به فضای بیشتری نیاز دارند + به ستنرد 1.3 WASH: ارتقای حفظ الصحة مدیریت حفظ الصحة عادت ماهوار و بی اختیاری.

در مواردی که از اسکان موقت جمعی استفاده می شود، اقدامات خاصی برای جلوگیری از بهره برداری جنسی و خشونت جنسی انجام دهید. برای درک خطرات و رسیدگی به آنها با اعضای جامعه کار کنید و یک سیستم شکایت قوی با اقدامات فوری و قابل تأیید ایجاد کنید.

ملاحظات روانی اجتماعی: طرح و دیزاین محل اقامت باید شامل فضاهای زندگی عمومی باز باشد که گزینه های اجتماعی شدن را افزایش می دهد.

در آب و هوای گرم و مرطوب، برای به حداکثر رساندن تهویه و به حداقل رساندن ورود نور مستقیم خورشید، پناهگاه هایی طراحی و جهت دهی کنید. سقف بالاتر به گردش هوا کمک می کند. یک فضای بیرونی سرپوشیده متصل به کاهش نور مستقیم خورشید و محافظت در برابر باران کمک می کند. استفاده از فضای بیرونی سایه دار یا سرپوشیده مجاور برای تهیه و پخت غذا، با فضای مجزا برای سایر فعالیت های زندگی را در نظر بگیرید. سقف باید برای تخلیه آب باران با برآمدگی های بزرگ شیب دار باشد، مگر در مکان هایی که در برابر بادهای شدید آسیب پذیر هستند. مواد ساختمانی پناهگاه باید سبک وزن با ظرفیت حرارتی کم مانند چوب باشد. برای جلوگیری از ورود آب به قسمت نشیمن سرپوشیده از کف های بلند استفاده کنید + به ستنرد 2 سرپناه و مسکن: برنامه ریزی موقعیت و مسکن.

در آب و هوای گرم و خشک، مصالح ساختمانی سنگین وزن (مانند زمین یا سنگ) با وجود تغییر در دمای شب و روز، آسایش حرارتی را تضمین می کند. روش دیگر، از یک ساختار سبک با عایق مناسب استفاده کنید.

به طراحی ساختمان، ساختمان های سنگین وزن در مناطق خطر لرزه توجه کنید. مکان های سایه دار و تهویه شده را در صورت امکان و مناسب فراهم کنید. اگر فقط ورقه های پلاستیکی یا خیمه در دسترس است، یک سقف دو لایه با تهویه بین لایه ها برای کاهش افزایش گرمای تابشی ایجاد کنید.

منافذ در و پنجره را دور از جهت باد گرم غالب قرار دهید. کفپوش داخلی باید بدون شکاف با دیواره های خارجی مطابقت داشته باشد تا از ورود گرد و غبار و ناقلان بیماری جلوگیری شود.

در آب و هوای سرد، سقف کمتر برای به حداقل رساندن حجم داخلی که نیاز به گرمایش دارد، ترجیح داده می شود. پناهگاه هایی که در طول روز اشغال می شوند نیاز به ساخت و ساز سنگین وزن با ظرفیت حرارتی بالا دارند. برای پناهگاه هایی که فقط در شب اشغال می شوند، یک ساختمان سبک وزن با ظرفیت حرارتی کم و عایق بندی قابل توجهی مناسب تر است. جریان هوا را بخصوص در اطراف دهانه های در و پنجره به حداقل برسانید تا از راحتی شخصی اطمینان حاصل کنید و در عین حال تهویه کافی برای بخاری های فضا یا اجاق های پخت و پز را نیز فراهم کنید.

تهویه مناسب به حفظ محیط داخلی سالم کمک می کند، از تراکم آن جلوگیری می کند و شیوع بیماری های ساری را کاهش می دهد. اثر دود ناشی از اجاق های خانگی را کاهش می دهد که می تواند باعث انتانات تنفسی و مشکلات چشمی شود. در صورت امکان تهویه طبیعی را در نظر بگیرید.

کنترل ناقل: مناطق کم ارتفاع، بقایای مخروبه و ساختمان های خالی می توانند زمینه های رشد ناقلانی را فراهم کنند که می توانند خطرات سلامت عمومی را به همراه داشته باشند. برای سکونتگاه های جمعی، انتخاب مکان و کاهش فعال خطرات ناقل کلیدی برای کاهش تأثیر بیماری های بوجود آمده توسط ناقل است. + به ستندرد 4.2 WASH: کنترل ناقل: اقدامات خانگی و شخصی برای کنترل بردارها. مراجعه کنید.



4. وسایل خانه

کمک اقلام خانگی از بازیابی و حفظ صحت، حیثیت و ایمنی و انجام فعالیت های روزمره خانگی در داخل و اطراف خانه حمایت می کند. این ستندرد مواردی را برای خواب، تهیه و نگهداری غذا، خوردن و آشامیدن، آسایش حرارتی، روشنایی و لباس شخصی مورد بررسی قرار می دهد. فصل WASH جزئیات بیشتری در مورد مواردی مانند پشه خانه تختخواب، سطل، ذخیره آب و اقلام حفظ الصحی ارائه می دهد

ستندرد 4: سرپناه و مسکن

وسایل خانه

کمک اقلام خانگی از بازگرداندن و حفظ صحت، حیثیت و ایمنی و انجام فعالیت های روزمره خانگی در داخل و اطراف خانه حمایت می کند.

اقدامات کلیدی

1 از دسترسی به مواردی که خانواده ها را قادر می سازد تا فعالیت های ضروری خانگی را بازسازی

- و حفظ کنند را ارزیابی کرده و اطمینان حاصل کنید.
- نیازهای مختلف را با توجه به سن، جنس، ناتوانی، رفتارهای اجتماعی و فرهنگی و اندازه خانواده در نظر بگیرید.
- دسترسی به اقلام برای فعالیت های خانگی، لباس شخصی، حفظ الصحه شخصی و حمایت از ایمنی و صحت را در اولویت قرار دهید.

2 تصمیم بگیرید که چگونه کمک اقلام خانگی را به طور مؤثر و مناسب تحویل دهید.

- آنچه را که می توان به صورت محلی از طریق کمک های نقدی یا مبتنی برچک و از طریق تدارکات محلی، منطقه ای یا بین المللی برای توزیع غیر نقدی تهیه کرد در نظر بگیرید.
- مسائل زیست محیطی مربوط به نحوه بسته بندی یا تحویل اقلام را در نظر بگیرید.

3 در دسترس بودن، کیفیت و استفاده از اقلام خانگی را نظارت کنید و در صورت نیاز تطابق دهید.

- برای پر کردن مجدد در موارد بیجا شده گی طولانی مدت برنامه ریزی کنید.
- بازارهای انتخابی را از نظر در دسترس بودن، قیمت و کیفیت نظارت کنید. با تغییر وضعیت، روش ارائه کمک را تطابق دهید.

شاخص های کلیدی

مردم لباس با کیفیت کافی و مناسب دارند

- حداقل دو جوره لباس کامل برای هر نفر، در اندازه مناسب و متناسب با فرهنگ، فصل و آب و هوا و متناسب با نیازهای خاص

مردم اقلام با کیفیت کافی و مناسب برای خوابی امن، سالم و خصوصی دارند

- حداقل یک کمپل و رختخواب (فرش یا بوریا، تشک، ملحفه) برای هر نفر. کمپل اضافی/عایق زمین
- در آب و هوای سرد مورد نیاز است
- پشه خانه های حشره کش بادوام در صورت نیاز

مردم اقلام کافی و مناسب برای تهیه، خوردن و نگهداری غذا دارند

- در هر خانواده یا گروه چهار تا پنج نفره: دو دیگ پخت و پز با دسته و سرپوش، یک لگن برای تهیه یا خوردن غذا، یک کارد آشپزخانه و دو قاشق غذاخوری
- برای هر نفر: یک بشقاب ظرف، یک ست ظروف غذاخوری و یک ظرف آبخوری

فیصدی از جمعیت آسیب دیده که به منبع انرژی کافی، ایمن و مقرون به صرفه برای حفظ آسایش حرارتی، تهیه غذا و تامین روشنایی دسترسی دارند

تعداد حوادث آسیب رساندن به افرادی که از اجاق گاز استفاده می کنند یا مواد سوخت را ذخیره یا تامین می کنند

- خط پایه (Baseline) را ایجاد کنید و پیشرفت را تا 0 (صفر) اندازه گیری کنید

یاد داشت های رهنمودی

اقلام ضروری خانه باید به مقدار و کیفیت کافی برای موارد زیر در دسترس باشد:

- خواب، آسایش حرارتی و لباس شخصی؛
- ذخیره آب، تهیه و ذخیره غذا، خوردن و آشامیدن؛
- روشنایی؛
- پخت و پز، آب جوش و حرارت دادن، از جمله مواد سوخت یا انرژی + به ستندرد 5 امنیت غذایی و تغذیه: امنیت غذایی عمومی؛
- حفظ الصحة، از جمله موارد حفظ الصحة عادت ماهوار یا بی اختیاری + به ستندرد های 1.2 و WASH 1.3؛ ارتقای حفظ الصحة مراجعه کنید.
- حفاظت از ناقل به عنوان مثال، پشه خانه ها + به ستندرد WASH 4.2 کنترل ناقل؛ و
- ایمنی آتش و دود.

انتخاب وسایل خانه مناسب: وسایل خانه باید به عنوان بخشی از یک برنامه کلی تهیه شود. هنگام تعیین نوع، کمیت و کیفیت اقلام، اقلامی را که نجات دهنده هستند در اولویت قرار دهید. در نظر بگیرید:

- فعالیت های ضروری روزانه در سطوح فردی، خانگی و اجتماعی؛
- نورم ها، مناسب بودن و سنت های فرهنگی؛
- ایمنی و سهولت استفاده (با حداقل دستورالعمل اضافی یا راهنمایی فنی)؛
- دوام، میزان مصرف و نیاز به تجدید دوباره؛
- شرایط و ترتیبات زندگی فعلی؛
- در دسترس بودن محلی؛



- نیازهای خاص بر اساس دسته های جمعیت آسیب دیده، از جمله زنان، دختران، مردان، پسران، نوزادان، افراد مسن، افراد دارای معلولیت و سایر افراد و گروه های آسیب پذیر؛ و
- اثرات زیست محیطی اقلام انتخاب شده + به ستندرد 7 سرپناه و مسکن: ثبات محیط زیستی مراجعه کنید.

ایمنی: تمام اقلام پلاستیکی باید از پلاستیک مناسب مواد غذایی ساخته شوند. تمام اجناس فلزی باید از جنس فولاد ضد زنگ یا پوش شده باشند.

از جداسازی ایمن بین اجاق گاز و عناصر پناهگاه اطمینان حاصل کنید. اجاق های داخلی را روی پایه ای غیر قابل اشتعال قرار دهید. یک آستین غیر قابل اشتعال را در اطراف دودکش نصب کنید که در آن از پناهگاه به بیرون عبور می کند. اجاق ها را دور از ورودی ها قرار دهید و دسترسی ایمن را در حین استفاده فراهم کنید. مواد سوخت باید در فاصله ایمن از خود اجاق گاز نگهداری شود و هرگونه سوخت مایع مانند نفت سفید باید دور از دسترس کودکان و اطفال دوره شیر خواری نگهداری شود.

راحتی حرارتی به این معنی است که افراد به راحتی گرم یا خنک، پوشیده و خشک هستند. لباس، کمپل و ملافه راحتی شخصی را فراهم می کند. تشک خواب و بخاری و کولر فضایی شرایط زندگی مناسبی را ایجاد خواهد کرد. تمام اقدامات ممکن باید در سطح فردی و خانگی برای جلوگیری از هیپوترمی یا گرمزدگی انجام شود.

سوخت مقرون به صرفه و تامین انرژی خانگی: سوخت و سایر منابع انرژی برای روشنایی، پخت و پز، راحتی حرارتی و ارتباطات ضروری هستند. جمع آوری یا پرداخت سوخت یا انرژی مصرف مکرر است و باید بر اساس آن برنامه ریزی شود. روش های آشپزی کم مصرف از جمله استفاده از اجاق های کم مصرف، آماده سازی هیزم، مدیریت آتش، تکنیک های آماده سازی غذا و پخت و پز مشترک را ترویج کنید. با افراد آسیب دیده از بحران و جامعه میزبان در مورد مکان و وسایل جمع آوری مواد سوخت برای رسیدگی به مسائل ایمنی شخصی و پایداری محیطی مشورت کنید.

نور مصنوعی باید در صورت نیاز برای کمک به ایمنی شخصی در داخل و اطراف شهرک هایی که روشنایی عمومی در دسترس نیست فراهم شود. علاوه بر گوگرد و شمع، استفاده از نور مصنوعی کم مصرف مانند دایود های ساطع نور (LED) و پنل های خورشیدی (سولر) را در نظر بگیرید.

برنامه ریزی مبتنی بر بازار برای اقلام خانگی: ارزیابی بازار برای اقلام خانگی باید بخشی از ارزیابی سیستم بازار گسترده تر باشد. تهیه اقلام خانگی باید در صورت امکان از بازارهای محلی حمایت کند. مخارج این اقلام را به عنوان بخشی از انواع کلی مصرف خانواده تجزیه و تحلیل کنید. آنها را در طول زمان برای تطبیق و تنظیم مطابق با آن زیر نظر بگیرید + به ارائه کمک از طریق بازار مراجعه کنید.

توزیع: روش های توزیع کارآمد و عادلانه را با مشورت مقامات محلی و مردم آسیب دیده برنامه ریزی کنید. اطمینان حاصل کنید که افراد یا خانواده های آسیب پذیر در لیست های توزیع گنجانده شده اند و می توانند به اطلاعات و خود توزیع دسترسی داشته باشند. مکان های توزیع باید با در نظر گرفتن مسافت پیاده روی، زمین و موارد کاربردی حمل و نقل اموال بزرگتر مانند اقلام پشتیبانی پناهگاه، با دقت انتخاب شوند.

کانتینرهایی را برای نگهداری و حمل و نقل اموال شخصی و خانگی در نظر بگیرید.

نظارت پس از توزیع: مناسب بودن پروسه توزیع و خود اqlام خانگی را ارزیابی کنید. اگر اqlام استفاده نمی شوند یا در بازار فروخته می شوند، یا اگر در دسترسی به اqlام تاخیر وجود دارد، پروسه یا محصولات را تطابق دهید. توجه داشته باشید که نیازها در طول زمان تغییر خواهند کرد و برنامه ها باید با این تغییرات سازگار شوند.



5. کمک تخنیکی

کمک های فنی بخشی جدایی ناپذیر از پاسخ به سرپناه و اسکان است. این امر از بهبودی افراد آسیب دیده حمایت می کند و کیفیت و ایمنی پناهگاه و اسکان آنها را بهبود می بخشد. ضروری است که خانواده ها یا جوامع آسیب دیده در انتخاب محل اقامت خود، طراحی سرپناه ها، طرح محل و مصالح (مواد ساختمانی)، و در نظارت یا انجام کار برای ساخت سرپناه ها و سایر ساخت و سازها مشارکت فعال داشته باشند

ستندرد 5 سرپناه و مسکن:

کمک تخنیکی

مردم به کمک تخنیکی مناسب و به موقع دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- 1 با برنامه ریزی های پیش از بحران و شیوه های ساخت، مواد موجود، تخصص و ظرفیت ها آشنایی حاصل کنید.
 - با افراد آسیب دیده، متخصصان ساختمان محلی و مقامات مشورت کنید تا در مورد شیوه ها و مصالح ساختمانی به توافقی برسند و تخصص لازم برای تضمین کیفیت را بیابند.
- 2 مردم آسیب دیده، دولت محلی و متخصصان محلی را در پروسه ساختمان مشارکت دهید و از آنها حمایت کنید.
 - مطابق با طول عمر مورد نظر پناهگاه، سکونتگاه و مداخله خانواده، از برنامه ریزی و کدهای ساختمانی، مشخصات مصالح و استانداردهای کیفیت قابل اجرا پیروی کنید.
 - شیوه های ساختمانی و فرصت های معیشتی محلی را مطلوب بسازید.
- 3 برای رفع نیازهای کنونی سرپناه و کاهش خطرات آتی، شیوه های ساختمانی ایمن تر را ترویج کنید.
 - برای خانه ها یا پناهگاه های آسیب دیده یا تخریب شده، خطرات و مخاطرات ساختاری، دلایل هر گونه خرابی یا آنچه ممکن است در آینده خراب شود را شناسایی کنید.
 - در صورت امکان از شیوه ها و تکنیک های ساختمان سازی محلی بیاموزید، بهبود و نوآوری کنید. انتقال موثر دانش برای ترویج شیوه های ساختمانی مناسب را تسهیل کنید.
- 4 اطمینان حاصل کنید که مردم به کمک های فنی کافی دسترسی دارند.
 - نیاز به تخصص حرفه ای تخصصی، نحوه رعایت قوانین و ستندرد های ساختمانی و چگونگی افزایش ظرفیت فنی در میان جمعیت آسیب دیده را در نظر بگیرید.

- به افرادی که ظرفیت، توانایی یا فرصت کاهش یافته اند برای انجام فعالیت های مربوط به ساخت و ساز به شیوه ای ایمن و فنی سالم، یا مذاکره در مورد اشغال یک ملک امن و فنی موجود، توجه کنید.

5 ایجاد مدیریت پروژه مناسب مواد، امور مالی، نیروی کار، کمک های فنی و فرآیندها برای الزامات تأیید نظارتی برای اطمینان از نتایج با کیفیت.

- فرآیندهای مناقصه، مناقصه، تدارکات، مدیریت قرارداد و ساخت و ساز و آیین نامه های رفتاری مناسب را دنبال کنید.
- تشویق به استفاده از فناوریها، ابزارها و مواد در دسترس، پایدار و آشنا و استخدام نیروی محلی برای نگهداری و ارتقاء پناهگاه ها.

شاخص های کلیدی

فیصدی برنامه هایی که مقامات محلی در تعریف استانداردهای ساخت و ساز و نظارت بر فعالیت های ساخت و ساز درگیر هستند

فیصدی فعالیت های ساختمانی که نشان دهنده مشارکت فعال جمعیت آسیب دیده است

فیصدی واحدهای سرپناهی که بر اساس پروسیجر های ساختمانی ایمن توافق شده برای زمینه و خطر خاص ساخته، تعمیر، مقاوم سازی، ارتقا یا نگهداری می شوند

فیصدی خانواده هایی که گزارش می دهند کمک های فنی و راهنمایی مناسب دریافت کرده اند

یاد داشت های رهنمودی

مشارکت و تعامل با افراد آسیب دیده: مشارکت در فعالیت های سرپناه و ساخت و ساز باید با شیوه های محلی موجود سازگار باشد. برنامه های آموزشی و طرح های کارآموزی می توانند فرصت ها را برای مشارکت همه افراد آسیب دیده (افراد تحت تأثیر مستقیم و جامعه میزبان) در طول ساخت و ساز به حداکثر برسانند. فرصت هایی برای مشارکت زنان و افراد دارای معلولیت فراهم کنید. افرادی که کمتر قادر به انجام وظایف فیزیکی هستند می توانند در فعالیت هایی مانند نظارت بر محل، کنترل موجودی، پشتیبانی اداری، مراقبت از کودکان یا تهیه غذا برای کسانی که در کار ساخت و ساز مشغول به کار هستند، مشارکت کنند. توجه داشته باشید که افراد آسیب دیده ممکن است محدودیت های زمانی متناقض دیگری داشته باشند. تیم های کار داوطلبانه جامعه یا کارگران قراردادی می توانند از تلاش های ساخت و ساز تک تک خانواده ها، بخصوص خانواده هایی که سرپرستی آنها زنان، کودکان، افراد مسن یا افراد دارای معلولیت هستند، حمایت کنند. چنین کمکی مهم است زیرا آن گروه ها ممکن است در هنگام درخواست کمک در ساخت و ساز در معرض خطر بهره برداری جنسی قرار گیرند.

مشارکت دادن جوانان در فعالیت های ساختمانی: حضور در پروژه های ساختمانی می تواند مهارت های ارزشمند، اعتماد به نفس، عزت نفس و ارتباط با جامعه را برای جوانان فراهم کند.



اطمینان حاصل کنید که کودکان زیر حداقل سن کار در ساخت سرپناه یا برنامه های سرپناه پولی در برابر کار شرکت ندارند. کودکان بین حداقل سن کار (معمولاً 14 یا 15) تا 18 سال باید به گونه ای شرکت کنند که برای سن و رشد آنها مناسب باشد. اطمینان حاصل شود که مشارکت آنها مطابق با قوانین ملی در زمینه است. باید تدابیری اتخاذ شود تا اطمینان حاصل شود که ستندردهای بین‌المللی و قانون کار ملی رعایت شده است تا از کار خطرناک و زیر سن قانونی جلوگیری شود. هر گونه مشکل یا سؤال مشکوک در مورد کار کودک باید به متخصصان حمایت از کودکان یا خدمات اجتماعی ارجاع داده شود + به کتاب رهنمود CPMS مراجعه کنید.

تخصص حرفه ای: در مورد موضوعاتی مانند برنامه ریزی محل و مکان، تکنیک های ساخت و ساز محلی، ارزیابی خسارت، تخریب و حذف بقایا، ساخت و ساز، مدیریت سایت، ارزیابی موجودی ساختمان های موجود و امنیت تصدی مشوره ارائه کنید. این می تواند تضمین کند که پناهگاه ها ستندرد های تعیین شده را رعایت می کنند. آگاهی از بازارهای مواد و کار و همچنین حمایت قانونی و اداری مفید خواهد بود + به ستندرد 6 امنیت تصدی مراجعه کنید.

رعایت قوانین ساختمانی: متوجه شوید که آیا قوانین محلی یا ملی ساختمان معمولاً رعایت می شود یا اجرا می شود. اگر نه، از استفاده و رعایت آنها حمایت کنید. این کدها باید فرهنگ مسکن محلی، شرایط آب و هوایی، منابع، ظرفیت های ساختمانی و نگهداری، دسترسی و مقرون به صرفه بودن را منعکس کنند. اطمینان حاصل کنید که برنامه های سرپناه به خانواده ها اجازه می دهد تا قوانین و ستندردهای مورد توافق را رعایت کنند یا به تدریج به آنها دست یابند، بخصوص در برنامه هایی که از کمک های مبتنی بر پول نقد برای رفع نیازهای سرپناه استفاده می کنند. در مواردی که ستندردهای موجود وجود ندارد، حداقل ستندردها را با همکاری مقامات محلی و ذینفعان مربوطه (از جمله، در صورت امکان، افراد آسیب دیده) ایجاد کنید تا اطمینان حاصل شود که الزامات ایمنی و عملکرد را برآورده می کنند.

افزایش ظرفیت فنی: با کمک به آموزش و افزایش آگاهی در میان جمعیت آسیب دیده، مقامات محلی، متخصصان ساختمان محلی، نیروی کار ماهر و غیر ماهر، مالکان، کارشناسان حقوقی و شرکای محلی، ظرفیت جامعه را افزایش دهید.

در مکان هایی که در برابر بحران های فصلی یا دوره ای آسیب پذیر هستند، متخصصان فنی و کارشناسان محلی که تجربه راه حل های محلی مناسب یا بهترین شیوه ها را دارند، درگیر شوید. این افراد می توانند شیوه های طراحی و ساخت را آگاه کنند و به توسعه راه حل های بهبود یافته کمک کنند.

منابع مواد: در جایی که مصالح ساختمانی مناسب می تواند به سرعت تهیه شود، جمعیت آسیب دیده می توانند خودشان سرپناه بسازند. این محلول های سرپناه می توانند از اجزای جداگانه یا یک کیت از پیش تعریف شده، با ابزار ساخت و ساز مناسب تشکیل شوند. ارزیابی و تجزیه و تحلیل سلسله ای بازار ارزیابی اثرات زیست محیطی باید در انتخاب مواد مؤثر باشد.

تأمین منابع محلی ممکن است بر اقتصاد محلی، نیروی کار یا محیط طبیعی تأثیر بگذارد. در برخی شرایط، مواد با کیفیت کافی ممکن است در محلی در دسترس نباشند. در آن شرایط، از مواد جایگزین یا پروسه های تولید یا سیستم های سرپناه تجاری استفاده کنید، اما تأثیر استفاده از موادی را که برای فرهنگ محلی ناآشنا هستند، در نظر بگیرید.

از مواد تولید شده از طریق استعمار کارگران محلی و کودکان خودداری کنید.

ساختمان های عمومی ایمن: ساختمان های عمومی موقت و دائمی مانند مکاتب و مراکز صحنی را بسازید یا تعمیر کنید تا خطری برای سلامت عمومی نداشته باشند و در برابر آفات مقاوم باشند. چنین

تاسیساتی باید با ستندرد های ساختمانی و پروسیجر های تصویب مطابقت داشته باشد. اطمینان از ایمنی و دسترسی برای همه، از جمله برای افرادی که با موانعی برای جابه جایی و برقراری ارتباط مواجه هستند (در صورت امکان، با سازمان هایی که نماینده افراد دارای معلولیت هستند هماهنگ کنید). هنگام تعمیر و ساخت چنین ساختمان هایی با مقامات مربوطه مشورت کنید. یک استراتژی عملیاتی و نگهداری مقرون به صرفه ایجاد کنید.

مدیریت تدارکات و ساخت و ساز: یک برنامه زمانبندی ساخت و ساز ایجاد کنید که شامل نقاط عطف هدف کلیدی مانند تاریخ شروع و اتمام، و تاریخ و مدت جابجایی افراد آواره باشد. این امر چه ساخت و ساز توسط مالک یا یک قرار دادی مدیریت شود. برنامه باید شروع مورد انتظار آب و هوای فصلی را یادداشت کند و شامل یک برنامه اضطراری برای رویدادهای پیش بینی نشده باشد. یک سیستم مدیریت ساخت و نظارت و نظارت بر مصالح، نیروی کار و نظارت بر محل ایجاد کنید. این باید به منابع، تدارکات، حمل و نقل، جابجایی و مدیریت در طول پروسه بپردازد.

تا حد امکان نیروی کار محلی را استخدام کنید تا مجموعه مهارت های آنها را افزایش دهید و از معیشت افراد آسیب دیده حمایت کنید. افراد متخصص (مانند انجمنیان، معماران، طراحان شهری، مدیران قرارداد یا وکلای) را برای انجام وظایف خاص استخدام کنید.

اطمینان حاصل کنید که نگرانی های زیست محیطی مورد توجه قرار می گیرد. ترویج استفاده مجدد اجتماعی قابل قبول از مواد نجات یافته در جایی که می توان حقوق چنین مواد و کیفیت آن را تأیید کرد. + به ستندرد 7 سرپناه و مسکن: ثبات محیط زیستی مراجعه کنید.

ارتقا و نگهداری: پاسخ های اولیه سرپناه معمولاً تنها سطح حداقلی از فضای زندگی سرپوشیده یا محصور را فراهم می کند. با این حال، روش ها و مصالح اولیه ساخت باید خانواده ها را قادر سازد تا پناهگاه را برای رفع نیازهای بلندمدت خود نگهداری، تطبیق یا ارتقا دهند. انطباق ها باید در صورت امکان با استفاده از ابزارها و مواد در دسترس، آشنا و مقرون به صرفه به صورت ایمن انجام شوند.

ابزارهای اشتراکی: پروسیجر هایی را ایجاد کنید که نحوه استفاده، نگهداری و ذخیره ایمن ابزارها و مواد عامه یا مشترک را مشخص می کند.



6. امنیت تصدی

امنیت تصدی به این معنی است که مردم می توانند بدون ترس از اخراج اجباری در خانه های خود زندگی کنند، چه در موقعیت های اسکان عمومی، سکونت گاه های غیررسمی، جوامع میزبان یا پس از بازگشت. این پایه و اساس حق بر مسکن مناسب و بسیاری دیگر از حقوق بشر است. در زمینه بشردوستانه، یک روش افزایشی - یا گام به گام - ممکن است مناسب ترین باشد. این نشان می دهد که افراد آواره می توانند برای بهبود شرایط زندگی خود در انواع مختلف مسکن حمایت شوند. این به معنای اولویت دادن به مالکان برای کمک نیست و لزوماً نشان دهنده ماندگاری یا مالکیت نیست. بازیگران پناهگاه برای اهداف طراحی گزینه های سرپناهی که آسیب پذیرترین و ناامن ترین پناهگاه را پشتیبانی می کنند، درک درستی از آنچه «به اندازه کافی ایمن» است، ایجاد کرده اند. برای اطلاعات بیشتر در مورد بررسی دقیق و مفهوم «به اندازه کافی ایمن» + به ریفرنس [Payne and Durand-Lasserve \(2012\)](#) مراجعه کنید.

ستندرد 6 سرپناه و مسکن

امنیت تصدی

جمعیت آسیب دیده از امنیت تصدی در گزینه های سرپناه و اسکان خود برخوردار است.

اقدامات کلیدی

- 1 در طراحی و اجرای برنامه دقت لازم را انجام دهید.
 - با توجه به زمینه و محدودیت ها، تا حد امکان به اطمینان حقوقی در مورد تصدی (رویکرد "به اندازه کافی ایمن") دست یابید.
 - هماهنگی و کار با مقامات محلی، متخصصان حقوقی و انجمن های بین سازمانی.
- 2 چارچوب قانونی و واقعیت موجود را درک کنید.
 - نقشه سیستم ها و ترتیبات تصدی گری برای سناریوهای مختلف پناهگاه و اسکان پس از بحران. شناسایی کنید که اینها چگونه بر گروه های در معرض خطر تأثیر می گذارد.
 - با مقامات محلی کار کنید تا بفهمید کدام مقررات اجرا می شود و کدام نه، و چارچوب های زمانی مرتبط.
 - درک کنید که چگونه روابط تصدی مدیریت می شود و اختلافات حل می شود و چگونه این ممکن است از زمان شروع بحران تغییر کرده باشد.
- 3 درک اینکه چگونه سیستم ها، ترتیبات و شیوه های تصدی بر امنیت تصدی برای گروه های در معرض خطر تأثیر می گذارد.
 - امنیت تصدی را به عنوان شاخصی از آسیب پذیری در نظر بگیرید.
 - درک کنید که چه اسنادی ممکن است برای افراد شرکت کننده در یک برنامه مورد نیاز باشد، توجه

داشته باشید که آسیب پذیرترین افراد ممکن است این اسناد را نداشته باشند یا نتوانند به آنها دسترسی داشته باشند.

- اطمینان حاصل کنید که پاسخ نسبت به ترتیبات مالک-اشغال کننده یا مالکیت آزاد تعصب ندارد.

4 برنامه های سرپناه و اسکان برای حمایت از امنیت تصدی را اجرا کنید.

- از تخصص محلی برای تطابق پروگرام انواع مختلف تصدی، بخصوص برای گروه های آسیب پذیر استفاده کنید.
- اطمینان حاصل کنید که اسناد، مانند قراردادهای تصدی، به درستی تهیه شده و حقوق همه طرفین را منعکس می کند.
- خطر این که برنامه سرپناه ممکن است باعث ایجاد تنش در جامعه و با جوامع محلی اطراف شود را کاهش دهید.

5 حمایت از محافظت در برابر اخراج اجباری.

- در صورت اخراج، یا خطر اخراج، ريفر های را برای شناسایی راه حل های جایگزین سرپناه و سایر کمک های سکتوری انجام دهید.
- در حل اختلاف کمک کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی از دریافت کنندگان سرپناه که حداقل در طول مدت یک برنامه کمکی خاص دارای امنیت تصدی برای گزینه سرپناه و اسکان خود هستند

فیصدی از دریافت کنندگان سرپناه که توافقنامه مناسبی برای امنیت تصدی برای گزینه سرپناه خود دارند

فیصدی دریافت کنندگان سرپناه با چالش های تصدی که به طور مستقل یا از طریق ارجاع به خدمات حقوقی و/یا میکانیزم های حل اختلاف دسترسی داشته اند

- + به اصل 4 حفاظت مراجعه کنید.

یاد داشت های رهنمودی

حق تصدی رابطه بین گروه ها یا افراد در رابطه با مسکن و زمین است که از طریق قوانین قانونی یا ترتیبات عرفی، غیر رسمی یا مذهبی ایجاد می شود. سیستم های تصدی تعیین می کنند که چه کسی می تواند از چه منابعی، برای چه مدت و تحت چه شرایطی استفاده کند. انواع مختلفی از ترتیبات مالکیت وجود دارد، از مالکیت کامل و قراردادهای اجاره رسمی تا مسکن اضطراری و تصرف زمین در سکونتگاه های غیررسمی. صرف نظر از ترتیبات تصدی، همه مردم هنوز مسکن، زمین و حقوق مالکیت را حفظ می کنند. افرادی که در سکونت گاه های غیررسمی زندگی می کنند، که اغلب در داخل آواره می شوند، ممکن است از حق قانونی برای تصرف زمین برخوردار نباشند، اما همچنان از حق مسکن کافی و محافظت در برابر اخراج اجباری از خانه خود برخوردار باشند. برای تعیین اینکه آیا امنیت تصدی مناسبی وجود



دارد یا خیر، معلوماتی مانند اسناد تصدی و استفاده سازمانی از روش‌های بررسی دقیق مورد نیاز است. امنیت تصدی بخشی جدایی ناپذیر از حق داشتن مسکن مناسب است. حفاظت قانونی در برابر اخراج اجباری، آزار و اذیت و سایر تهدیدها را تضمین می‌کند و مردم را قادر می‌سازد تا در خانه خود در امنیت، آرامش و کرامت زندگی کنند. همه مردم، از جمله زنان، باید دارای درجه ای از امنیت تصدی باشند. درک نحوه مدیریت و اجرای روابط تصدی، از جمله میکانیزم‌های حل اختلاف، و چگونگی تغییر آنها از زمان شروع بحران بسیار مهم است. دیتا‌های ارزیابی امنیت تصدی می‌تواند شامل تعداد اختلافات، میزان تخلیه و تصورات امنیت تصدی باشد.

تصدی فزاینده: یکی از مؤثرترین راه‌ها برای تقویت امنیت تصدی، ایجاد سیستم‌های تصدی موجود است که از درجه ای از مشروعیت اجتماعی برخوردار هستند. [⊕ به رفرنس ها: UN Habitat and GLTN](#) (Social Tenure Domain Model, and Payne and Durand-Lasserve (2012) مراجعه کنید.

ملاحظات شهری: اکثریت آواره‌های شهری در سکونتگاه‌های غیررسمی یا مسکن‌های اجاره‌ای بدون قراردادهای مالکیت، اجاره و/یا استفاده رسمی زندگی می‌کنند. بنابراین، خطر اخراج اجباری و انواع استثمار و آزار و اذیت مرتبط با آن، ویژگی تعیین کننده زندگی آنهاست. گزینه‌های کمک به سرپناه و سکونت برای مناطق شهری باید به موقعیت‌های پیچیده تصدی پرداخته و روش‌های تصدی فزاینده را برای مستأجران، ساکنان غیررسمی، ساکنان ساکن و دیگران در نظر بگیرند.

آسیب ندهید: در برخی زمینه‌ها، مداخله بشردوستانه در پناهگاه می‌تواند منجر به اخراج گروه‌های آسیب پذیر شود. در برخی دیگر، برجسته کردن مسائل مربوط به امنیت تصدی می‌تواند خطر اخراج را برای گروه‌های آسیب پذیر افزایش دهد. روش بررسی دقیق، امنیت خطرات تصدی‌گری را که گروه‌های مختلف با آن مواجه هستند، شناسایی می‌کند. در برخی موارد که خطرات برای امنیت تصدی بیش از حد زیاد است، ممکن است بهتر باشد که اصلاً کاری انجام ندهید.

محرك‌های متداول برای اخراج: خطر اخراج ناشی از تعامل پیچیده عواملی است که بیشتر آنها نیز محرك‌هایی برای استثمار و سوء استفاده هستند. مشتمل هستند بر:

- ناتوانی در پرداخت اجاره، اغلب به دلیل محدودیت‌های معیشتی مانند حق کار؛
- عدم وجود قراردادهای اجاره نامه کتبی با مالکان، که مردم را در برابر افزایش قیمت و تخلیه آسیب پذیر می‌کند؛
- اختلاف با صاحبخانه؛
- تبعیض علیه افراد آسیب دیده؛
- محدودیت در بهبود محیط مسکن، با افرادی که مجوزهای ساختمانی را نقض می‌کنند، در معرض تهدید دائمی تخلیه قرار می‌گیرند؛
- کاربران یا ساکنان مناطق قابل ساخت قادر به تنظیم وضعیت خود با اداره مدنی نیستند؛
- معاملات مسکن در چارچوب‌های عرفی یا مذهبی انجام می‌شود و در نتیجه توسط قانون قانونی به رسمیت شناخته نمی‌شود، یا برعکس؛
- برای زنان: طلاق، خشونت شریک صمیمی و سایر اشکال خشونت خانگی، یا مرگ شوهرشان؛ و
- فقدان اسناد مدنی برای زنان (آنها ممکن است در اسناد پدر یا شوهرشان گنجانده شود) و سایر گروه‌های به حاشیه رانده شده یا تحت آزار و اذیت.

اخراج و جابجایی: اسکان مجدد ممکن است با قوانین حقوق بشر برای حفاظت از سلامت و ایمنی ساکنان در معرض آفات طبیعی، مخاطرات زیست محیطی یا حفظ منابع حیاتی محیطی مطابقت داشته باشد. با این حال، سوء استفاده از مقررات با هدف حفاظت از سلامت و ایمنی عمومی یا محیط زیست برای توجیه اخراج در صورت عدم وجود خطر واقعی، یا در صورت وجود گزینه های دیگر، مغایر با قوانین بین المللی حقوق بشر است



7. ثبات محیط زیستی

پایداری محیطی به برنامه ریزی مسئولانه می پردازد که نیازهای زمان حال را بدون به خطر انداختن توانایی نسل های آینده برای برآوردن نیازهای خود برآورده می کند. نادیده گرفتن مسائل زیست محیطی در کوتاه مدت می تواند بهبود را به خطر بیندازد، مشکلات موجود را بدتر کند یا باعث ایجاد مشکلات جدید شود + به اصل 1 حفاظت و تعهدات 3 و 9 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید

ستندرد 7 سرپناه و مسکن:

پایداری محیط زیستی

کمک به پناهگاه و اسکان هرگونه تاثیر منفی برنامه را بر محیط طبیعی به حداقل می رساند

اقدامات کلیدی

1 ارزیابی و مدیریت اثرات زیست محیطی در تمام برنامه ریزی های پناهگاه و سکونت گاه را ادغام کنید.

- اثرات زیست محیطی بحران، و خطرات و آسیب پذیری های زیست محیطی، برای به حداقل رساندن اثرات منفی گزینه های پناهگاه و سکونت را ارزیابی کنید.
- یک برنامه مدیریت زیست محیطی را در عملیات وپروسیجر های نظارت بگنجانید.

2 پایداریترین مواد و تکنیک ها را از بین گزینه های قابل دوام انتخاب کنید.

- آلهایی را ترجیح دهید که منابع طبیعی محلی را کاهش نمی دهند یا به آسیب های طولانی مدت زیست محیطی کمک نمی کنند.
- از مواد موجود، از جمله زباله. مجددا مصرف کرده و دوباره استفاده نموده، بازیافت یا استفاده مجدد کنید.

3 زباله های جامد را به روشی ایمن، به موقع، حساس از نظر فرهنگی و سازگار با محیط زیست در همه سکونتگاه ها مدیریت کنید.

- با WASH، صحت، کارهای عمومی و سایر مقامات، بخش خصوصی و سایر ذینفعان برای ایجاد یا برقراری مجدد شیوه های مدیریت زباله پایدار هماهنگی کنید.

4 سیستم های تامین انرژی ایمن، قابل اعتماد، مقرون به صرفه و سازگار با محیط زیست را ایجاد، بازیابی و ترویج کنید.

- تعیین کنید که آیا سیستم های تامین انرژی موجود تاثیر منفی زیست محیطی بر منابع طبیعی، آلودگی، سلامت و ایمنی دارند یا خیر.
- اطمینان حاصل کنید که هر گزینه تامین انرژی جدید یا تجدید نظر شده با نیازهای استفاده کننده مطابقت دارد، و در صورت نیاز آموزش و پیگیری ارائه دهید.

5 ارزش های ایکولوژیکی ساحه عملیاتی را (مانند محل سکونت مؤقت) را در جریان و بعد از استفاده محافظت، بازیابی کرده و بهبود بخشید.

- شرایط پایه (Baseline) محیطی و منابع طبیعی محلی موجود برای هر سایت را ارزیابی و خطرات زیست محیطی، از جمله خطرات ناشی از استفاده تجاری یا صنعتی قبلی را شناسایی کنید.
- خطرات فوری و آشکار از منطقه را حذف و هرگونه تخریب جدی زیست محیطی را ترمیم کنید، در ضمن حداقل حذف پوشش گیاهی طبیعی و اختلال در دریناژ طبیعی را حفظ کنید.
- محل را در حالتی بگذارید که به مردم محلی اجازه دهد فوراً از آن استفاده کنند، در صورت امکان در شرایطی بهتر از قبل.

شاخص های کلیدی

فیسیدی فعالیت های سرپناه و سکونتگاه که قبل از بررسی محیطی انجام شده است

تعداد توصیه های طرح مدیریت و نظارت محیط زیست که اجرا شده است

فیسیدی ساخت و سازهای سرپناه با استفاده از مصالح ساختمانی با انتشار کاربن کم و روش های تهیه

فیسیدی زباله های جامد موجود در سایت که مورد استفاده مجدد، استفاده برای مقصد دیگر یا بازیافت

قرار می گیرند

- هدف < 70 درصد حجمی

درصد مکان های اسکان موقت که به شرایط محیطی بهتری نسبت به قبل از استفاده بازگردانده شده اند

یاد داشت های رهنمودی

ارزیابی اثرات زیست محیطی شامل سه عنصر است: توضیح پایه (Baseline) از محیط محلی که ارزیابی در برابر آن انجام می شود. درک فعالیت پیشنهادی و تهدید بالقوه آن برای محیط زیست. و درک عواقب در صورت وقوع تهدید.

ممکن است مشورت با نهاد های زیست محیطی مناسب مفید باشد. نکات کلیدی که در ارزیابی اثرات زیست محیطی باید در نظر گرفته شوند عبارتند از:

- دسترسی و استفاده از منابع طبیعی محلی، از جمله سوخت و مصالح ساختمانی، منابع آب و مدیریت پسماند قبل از بحران;

- وسعت منابع طبیعی در دسترس محلی و تأثیر بحران بر این دارایی ها؛ و

- مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (از جمله نقش های جنسیتی) که ممکن است بر پایداری پاسخ تأثیر بگذارد و اثربخشی و مؤثریت کلی آن را بهبود بخشد.

تأمین منابع: هنگام تأمین منابع طبیعی مانند آب، چوب، ریگ، خاک و علف ها و سوخت برای پخت خشت و کاشی های سقف، از تأثیرات زیست محیطی آگاه باشید. استفاده از منابع متعدد، استفاده مجدد از مواد نجات یافته و تولید مواد جایگزین را ترویج کنید. احیای جنگل می تواند راه خوبی برای تولید



مصالح ساختمانی پایدار باشد. از استفاده از موادی که از طریق استثمار بزرگسالان و کودکان تولید شده است خودداری کنید + به ارائه کمک از طریق مارکیت مراجعه کنید.

انتخاب مکان: ارزیابی اثرات زیست محیطی باید انتخاب مکان را مشخص کند. به عنوان مثال، قرار دادن سکونتگاه ها نزدیک به زیرساخت های موجود می تواند اثرات زیست محیطی مرتبط با ساخت زیرساخت های جدید را کاهش دهد. قرار گرفتن در معرض خطرات مرتبط با آب و هوا را در نظر بگیرید + به ستندرد 2 سرپناه و مسکن: پلانگذاری موقعیت و مسکن مراجعه کنید.

فرسایش: درختان و سایر گیاهان را برای تثبیت خاک و به حداقل رساندن سایه و محافظت از آب و هوا حفظ کنید. استفاده از خطوط طبیعی برای خدماتی مانند جاده ها، مسیرها و شبکه های زهکشی فرسایش و سیل را به حداقل می رساند. در صورت لزوم، کانال های زهکشی ایجاد کنید، زهکشی لوله شده زیر جاده ها یا سواحل خاک کاشته شده برای جلوگیری از فرسایش خاک. در جایی که شیب بیش از 5 درصد است، باید از تکنیک های انجینیری برای جلوگیری از فرسایش بیش از حد استفاده شود.

مدیریت زباله و استفاده مجدد یا استفاده به هدف دیگر از زباله: برنامه ریزی مدیریت زباله بلافاصله پس از بحران، نجات زباله ها برای استفاده مجدد، استفاده مجدد یا دفع ایمن را ترویج می کند. امکان استفاده مجدد یا استفاده به هدف دیگر از زباله های جامد موجود در محیط های بشردوستانه وجود دارد. استفاده مجدد از مواد در محیط های بشردوستانه به عنوان بخشی از یک استراتژی سیستماتیک تر مدیریت مواد زائد جامد به نگرش فرهنگی نسبت به مدیریت زباله و نزدیکی کسب و کارهایی که مایل به خرید مواد جدا شده هستند، بستگی دارد. تنظیمات بشردوستانه فرصت هایی را برای استفاده مجدد اختراعی از مواد فراهم می کند + به ستندرد WASH 3.1 مدیریت مدفوع و ستندرد 5.1 و WASH 5.3 مدیریت زباله های جامد مراجعه کنید.

انرژی: هنگام کار بر روی مصرف انرژی، آب و هوا، منابع طبیعی موجود، آلودگی داخلی و خارجی، تأثیرات سلامت، ایمنی و ترجیحات استفاده کننده را در نظر بگیرید. در صورت امکان، برنامه ها باید نیازهای انرژی خانواده را کاهش دهند. طراحی کم مصرف، استفاده از روش های غیرفعال برای گرمایش یا سرمایش ساختمان ها، و استفاده از اقلام خانگی کارآمد مانند لامپ های خورشیدی، مصارف خانواده و اثرات زیست محیطی را کاهش می دهد. + به ستندرد 5 امنیت غذایی و تغذیه: امنیت غذای عمومی مراجعه کنید.

خطرات ناشی از منابع انرژی آسیب دیده برای مردم را شناسایی کنید، به عنوان مثال خطوط برق آسیب دیده و مخازن لیک شده ذخیره پروپان یا نفت. هماهنگی با دولت محلی و فروشندگان انرژی برای بازیابی، ارائه و نگهداری خدمات انرژی. یارانه ها یا سایر مشوق ها ممکن است گزینه ای برای تضمین ایمنی و کاهش آلودگی یا تقاضای منابع طبیعی باشد.

مدیریت منابع طبیعی: در مواردی که منابع طبیعی محدودی برای حمایت از افزایش قابل توجه سکونت انسان وجود دارد، برنامه مدیریت منابع ضروری است. در صورت لزوم با کارشناسان خارجی مشورت کنید.

طرح مدیریت منابع ممکن است منابع سوخت خارجی و گزینه هایی را برای چرا گاه حیوانات، تولیدات زراعتی و سایر جریان های درآمدی که به منابع طبیعی وابسته هستند، پیشنهاد کند. سکونت گاه های بزرگ و با مدیریت خوب ممکن است از نظر زیست محیطی پایدار تر از تعداد زیادی سکونتگاه کوچک تر و پراکنده باشند که مدیریت یا نظارت آن ها آسان نیست. با این حال، سکونت گاه های جمعی بزرگ ممکن است فشار بیشتری را بر جوامع میزبان مجاور وارد کنند تا سکونتگاه های پراکنده کوچکتر. فعالان

پناهگاه باید همیشه تأثیر مداخلات خود را بر نیازهای جمعیت میزبان به منابع طبیعی در نظر بگیرند + به تعهد 9 ستندرد های اساسی بشری و **LEGS Handbook** مراجعه کنید.

بافت شهری و روستایی: مردم مناطق روستایی به طور کلی در مقایسه با ساکنان شهرها به منابع طبیعی اطراف خود بیشتر وابسته هستند. با این حال، مناطق شهری مقادیر زیادی از منابع طبیعی مانند چوب، جغل و ریگ و سمنت، خشت و سایر مصالح ساختمانی طبیعی را جذب می کنند که از یک حوضه منابع بسیار بزرگ تر می آیند. تصمیمات آگاهانه باید هنگام استفاده از مقادیر زیادی مصالح ساختمانی در برنامه های شهری یا سایر برنامه های پناهگاه در مقیاس بزرگ اتخاذ شود، جایی که اثرات زیست محیطی ممکن است بسیار فراتر از محدوده اجرای برنامه باشد.



ضمیمه 1

این فهرست سوالات به عنوان چک لیستی عمل می کند تا اطمینان حاصل شود که دیتاهای مناسب برای اطلاع رسانی به پناهگاه و پاسخ سکونت پس از بحران به دست آمده است. لیست سوالات اجباری نیست. آن را به صورت مناسب استفاده و تطابق دهید.

اطلاعات در مورد علل زمینه‌ای بحران، وضعیت امنیتی، جمعیت‌شناختی یا دیموگرافیک اولیه آواره ها و هر جمعیت میزبان، و افراد کلیدی برای مشورت و تماس، باید به طور جداگانه به دست آیند.

بررسی و هماهنگی

- آیا یک میکانیزم هماهنگی توافق شده توسط مقامات مربوطه و سازمان های بشردوستانه ایجاد شده است؟
- چه دیتاهای پایه (Baseline) در مورد افراد آسیب دیده موجود است و خطرات شناخته شده و خطرات و آسیب پذیری های پناهگاه و اسکان چیست؟
- آیا طرح اضطراری برای اطلاع رسانی پاسخ وجود دارد؟
- چه اطلاعات ارزیابی اولیه در حال حاضر موجود است؟
- آیا ارزیابی بین سازمانی و/یا چند سکتوری برنامه ریزی شده است و آیا این شامل سرپناه، اسکان و اقلام خانگی می شود؟

جمعیت شناسی یا دیموگرافیک

- یک خانواده متوسط چند نفر را تشکیل می دهند؟
- چه تعداد از افراد آسیب دیده در انواع مختلف خانواده ها زندگی می کنند؟ گروه‌هایی را در نظر بگیرید که خارج از روابط خانوادگی زندگی می کنند، مانند گروه‌هایی از کودکان بدون همراه، خانواده‌هایی که اندازه متوسط ندارند یا دیگران. برحسب جنس، سن، معلولیت و قومیت، وابستگی زبانی یا مذهبی به تناسب زمینه، تفکیک کنید.
- چه تعداد از خانواده های آسیب دیده فاقد سرپناه کافی هستند و این خانواده ها کجا هستند؟
- چه تعداد از افرادی که بر حسب جنس، سن و معلولیت تفکیک شده اند، که اعضای یک خانواده نیستند، سرپناهی ندارند یا سرپناه کافی ندارند، و در کجا قرار دارند؟
- چه تعداد از خانواده های آسیب دیده که فاقد سرپناه کافی هستند آواره نشده اند و می توان در محل خانه اصلی خود به آنها کمک کرد؟
- چه تعداد از خانواده های آسیب دیده که فاقد سرپناه کافی هستند آواره شده اند و به کمک سرپناه با خانواده های میزبان یا در سکونتگاه های موقت نیاز دارند؟
- چه تعداد از مردم، به تفکیک جنسیت و سن، به امکانات عمومی مانند مکاتب، تسهیلات مراقبت های صحتی و مراکز اجتماعی دسترسی ندارند؟

خطرات

- خطرات فوری برای زندگی، سلامت و امنیت ناشی از فقدان سرپناه کافی چیست و چند نفر در معرض خطر هستند؟

- خطرات کمتر فوری برای جان، سلامت و امنیت مردم ناشی از فقدان سرپناه کافی چیست؟
- سیستم ها، ترتیبات و شیوه های تصدی چگونه بر امنیت تصدی برای جمعیت های آسیب پذیر و حاشیه نشین تأثیر می گذارد؟
- خطرات خاص برای افراد آسیب پذیر، از جمله زنان، کودکان، خردسالان بدون همراه، و افراد دارای معلولیت یا امراض مزمن، به دلیل فقدان سرپناه کافی چیست و چرا؟
- حضور آوارگان چه تأثیری بر هر جمعیت میزبان دارد؟
- خطرات بالقوه برای درگیری یا تبعیض در میان یا بین گروه های درون جمعیت آسیب دیده، بخصوص برای زنان و دختران چیست؟

منابع و محدودیت ها

- منابع مادی، مالی و انسانی افراد آسیب دیده که برای رفع برخی یا همه نیازهای فوری آنها به سرپناه در دسترس است، چیست؟
- مسائل مربوط به در دسترس بودن، مالکیت و استفاده از زمین که بر توانایی مردم برای برآورده کردن نیازهای فوری سرپناه، از جمله سکونت گاه های مشترک موقت در صورت لزوم تأثیر می گذارد، چیست؟
- جمعیت میزبان بالقوه ممکن است با چه خطراتی در صورت جا دادن افراد آواره در خانه های خود یا در زمین های مجاور مواجه شوند؟
- فرصت ها و محدودیت های مؤثر بر استفاده از ساختمان ها یا آپارتمان های موجود و بدون تأثیر برای اسکان موقت افراد آواره چیست؟
- آیا زمین خالی قابل دسترسی با توجه به توپوگرافی و سایر محدودیت های محیطی برای سکونتگاه های موقت مناسب است؟
- چه الزامات و محدودیت های نظارتی ممکن است بر توسعه راه حل های پناهگاه تأثیر بگذارد؟

مواد، دیزاین و ساختن

- افراد آسیب دیده، جمعیت آسیب دیده یا سایر نهاد ها چه راه حل ها یا مواد اولیه سرپناهی ارائه کرده اند؟
- چه مواد موجود را می توان از محل آسیب دیده برای استفاده در بازسازی پناهگاه ها نجات داد؟
- شیوه های معمول ساختمانی افراد آسیب دیده چیست و از چه مصالحی برای قاب ساختمان، سقف و محوطه های دیوار خارجی استفاده می کنند؟
- چه راه حل های جایگزین برای طراحی یا مواد به طور بالقوه در دسترس است و برای افراد آسیب دیده آشنا یا قابل قبول است؟
- چه خصوصیات طراحی دسترسی ایمن و آماده به و استفاده از راه حل های سرپناه را برای همه افراد آسیب دیده تضمین می کند؟
- راه حل های شناسایی شده پناهگاه چگونه می تواند خطرات و آسیب پذیری های آینده را به حداقل برساند؟
- پناهگاه ها معمولاً چگونه و توسط چه کسی ساخته می شوند؟



- مصالح ساختمانی معمولاً چگونه و توسط چه کسی تهیه می شود؟
- چگونه می توان زنان، جوانان، افراد دارای معلولیت و افراد مسن را برای مشارکت در ساختن سرپناه های خود آموزش یا کمک کرد و چه محدودیت هایی وجود دارد؟
- در مواردی که افراد یا خانواده ها فاقد ظرفیت یا فرصت برای ساختن سرپناه خود هستند، آیا برای حمایت از آنها به کمک بیشتری نیاز است؟ به عنوان مثال می توان به ارائه کار داوطلبانه یا قراردادی یا کمک فنی اشاره کرد.

فعالیت های خانگی و معیشتی

- چه فعالیت های حمایتی خانواده و معیشتی معمولاً در پناهگاه های افراد آسیب دیده یا در نزدیکی آن انجام می شود، و تدارک و طراحی فضای حاصل چگونه این فعالیت ها را منعکس می کند؟
- چه فرصت های حمایتی معیشتی پایدار قانونی و زیست محیطی را می توان از طریق تامین مواد و ساخت سرپناه و راه حل های سکونت فراهم کرد؟

خدمات ضروری و تسهیلات عمومی

- در حال حاضر آب برای آشامیدن و حفظ الصحة شخصی در دسترس است و چه امکانات و محدودیت هایی در تامین نیازهای نظافتی پیش بینی شده وجود دارد؟
- در حال حاضر امکانات اجتماعی (مانند کلینیک های صحت، مکاتب و اماکن مذهبی) چیست و چه محدودیت ها و فرصت هایی برای دسترسی به این امکانات وجود دارد؟
- در جاهایی که ساختمان های اشتراکی، بخصوص مکاتب، برای پناه دادن به افراد آواره استفاده می شود، روند و جدول زمانی برای بازگرداندن آنها به استفاده مورد نظرشان چگونه است؟ جمعیت میزبان و اثرات محیط زیستی
- مسائل مورد توجه جمعیت میزبان چیست؟
- محدودیت های سازمانی و فیزیکی مربوط به اسکان افراد آواره در داخل جمعیت میزبان یا در اسکان موقت چیست؟
- نگرانی های زیست محیطی در مورد منابع محلی مصالح ساختمانی چیست؟
- نگرانی های زیست محیطی در مورد نیازهای افراد آواره به سوخت، نظافت، دفع زباله، و چراگاه حیوانات و غیره چیست؟

نیاز های وسایل خانه

- اقلام غیرغذایی حیاتی مورد نیاز افراد آسیب دیده چیست؟
- آیا هر یک از اقلام غیر خوراکی مورد نیاز را می توان در محل تهیه کرد؟
- آیا استفاده از پول نقد یا کوپن امکان پذیر است؟
- آیا کمک فنی برای تکمیل اقلام پشتیبانی سرپناه مورد نیاز است؟

لباس و وسایل خواب

زنان، مردان، کودکان و نوزادان، زنان باردار و شیرده، افراد دارای معلولیت و افراد مسن معمولاً از چه نوع لباس، کمپل و وسایل استفاده می کنند؟ آیا ملاحظات اجتماعی و فرهنگی خاصی وجود دارد؟ چه تعداد از زنان و مردان در هر سنی، کودکان و نوزادان، لباس، کمپل یا وسایل نامناسب یا ناکافی برای محافظت در برابر اثرات منفی آب و هوا و حفظ سلامت، حیثیت و منزلت خود دارند؟

- اگر نیاز آنها به لباس، پتو یا وسایل کافی برآورده نشود، چه خطرات بالقوه ای برای جان، سلامت و ایمنی شخصی افراد آسیب دیده وجود دارد؟
- چه اقدامات کنترل ناقل مرض، به ویژه تهیه پشه خانه، برای تضمین صحت و سلامتی خانواده ها مورد نیاز است؟

پختن، خوردن، اجاق و مواد سوخت

- یک خانواده معمولی قبل از بحران به چه وسایل آشپزی و غذا خوری دسترسی داشت؟
- چه تعداد از خانواده ها به وسایل آشپزی و غذاخوری کافی دسترسی ندارند؟
- افراد مبتلا معمولاً قبل از بحران چگونه آشپزی می کردند و خانه های خود را گرم می کردند و پخت و پز در کجا انجام می شد؟
- قبل از بحران معمولاً چه سوختی برای پخت و پز و گرمایش استفاده می شد و از کجا به دست می آمد؟
- چند خانواده برای پخت و پز و گرمایش به اجاق گاز دسترسی ندارند و چرا؟
- چه تعداد از خانواده ها به منابع سوخت کافی برای پخت و پز و گرمایش دسترسی ندارند؟
- فرصت ها و محدودیت ها (بخصوص نگرانی های زیست محیطی) برای تأمین منابع سوخت کافی برای جمعیت های آسیب دیده از بحران و همسایگان چیست؟
- تأثیر تأمین منابع کافی سوخت بر افراد آسیب دیده، بخصوص زنان در هر سنی، چیست؟
- آیا مسائل فرهنگی در مورد آشپزی و غذا خوردن وجود دارد که باید در نظر گرفته شود؟

ابزار و وسایل

- کدام ابزار اساسی برای تعمیر، ساخت یا نگهداری سرپناه در دسترس خانواده هاست؟
- چه فعالیت های حمایتی معیشتی می تواند از ابزارهای اساسی برای ساخت و ساز، نگهداری و حذف آوار استفاده کند؟
- چه فعالیت های آموزشی یا افزایش آگاهی، استفاده ایمن از ابزارها را ممکن می سازد؟



ضمیمه 2

تشریح سناریو های مسکن

سناریوهای مسکن امکان طبقه بندی سطح اول از محل و نحوه زندگی افراد آسیب دیده را فراهم می کند. درک بحران از طریق این سناریوهای حل و فصل به برنامه ریزی استراتژی های کمک کمک خواهد کرد. جزئیات اضافی را برای اطلاع از برنامه ریزی دقیق جمع آوری کنید + به ضمیمه 3: خصوصیات اضافی تشریح سناریو های مسکن مراجعه کنید.

گروه جمعیت	سناریوی مسکن	تشریح	مثال ها
مردم بیجا نشده	مسکن یا زمین تحت اشغال مالک	ساکن مالک ملک و/یا زمین خود است (مالکیت ممکن است رسمی یا غیر رسمی باشد) یا جزء یا مالک مشترک است.	خانه ها، آپارتمان، زمین
	مسکن یا زمین کرایه	کرایه به یک فرد یا خانواده این امکان را می دهد که از مسکن یا زمین برای مدت زمان معینی با قیمت معین، بدون انتقال مالکیت، بر اساس یک سند کتبی یا قرارداد شفاهی با شخص خصوصی یا مالک عمومی استفاده کند	
	زمین یا محل سکونت اشغال شده به شکل غیر رسمی	خانواده ها ملک و/یا زمین را بدون اجازه صریح مالک یا نماینده منصوب محل تصرف می کنند.	خانه ها، آپارتمان، زمین
افراد آواره پراکنده شده	تنظیم کرایه گیری	کرایه به فرد یا خانواده اجازه می دهد تا از مسکن یا زمین برای مدت زمان مشخصی با قیمت معین، بدون انتقال مالکیت استفاده کند. بر اساس قرارداد کتبی یا شفاهی با مالک خصوصی یا دولتی است. این می تواند به صورت فردی یا جمعی یا توسط دولت یا جامعه بشردوستانه تامین مالی شود.	خانه، آپارتمان، زمین از موجودی مسکن موجود

گروه جمعیت	سناریوی مسکن	تشریح	مثال ها
مردم بیجا شده	ترتیب میزبانی	جمعیت میزبان سرپناهی برای جمعیت آواره یا خانواده های فردی فراهم می کند.	خانه ها، آپارتمان ها، زمین هایی که قبلاً اشغال شده یا در دسترس جمعیت میزبان قرار گرفته اند
	تنظیم خود به خود	خانواده های آواره بدون توافق با نهاد های مربوطه (مانند مالک، دولت محلی، سازمان های بشردوستانه و/یا جمعیت میزبان) به طور خودجوش در مکانی مستقر می شوند.	خانه های خالی، آپارتمان های خالی، زمین های خالی، کنار جاده
عام یا مشترک	محل اقامت جمعی	تسهیلات یا ساختار از قبل موجود که در آن چندین خانوار در آن پناه گرفته اند. زیرساخت ها و خدمات اولیه به صورت اشتراکی ارائه می شود یا دسترسی به آنها امکان پذیر می شود.	ساختمان های عمومی، تخلیه، مراکز پذیرش و ترانزیت، ساختمان های متروکه، مجتمع های شرکت، ساختمان های ناتمام
	مسکن های پلان شده	یک سکونتگاه هدفمند برای افراد آواره که در آن طرح سایت برنامه ریزی و مدیریت می شود و زیرساخت ها، امکانات و خدمات در دسترس است.	سکونتگاه های رسمی که توسط دولت، سازمان ملل متحد، سازمان های غیر دولتی یا جامعه مدنی اداره می شوند. می توان شامل مراکز حمل و نقل یا محل های تخلیه یا پذیرش می شود
	مسکن های غیر پلان شده	چندین خانواده به طور خودجوش و جمعی در یک مکان مستقر می شوند و یک سکونتگاه جدید ایجاد می کنند. خانواده ها یا گروه ممکن است با مالک زمین قراردادهای اجاره داشته باشند. این اغلب بدون هماهنگی قبلی با بازیگران مربوطه (مانند مالک، دولت محلی و/یا جمعیت میزبان) است. خدمات اولیه در محل در ابتدا برنامه ریزی نشده است.	محل ها و مسکن های غیر رسمی



ضمیمه 3

مشخصات اضافی سناریو های مسکن

این جدول ویژگی های ثانویه ای را ارائه می کند که سناریوهای مسکن را گسترش می دهد + ضمیمه 2 تشریح سناریو های مسکن. استفاده از آن برای درک بحران با جزئیات بیشتر باید فرآیندهای برنامه ریزی دقیق را نشان دهد.

توجه: انتخاب خصوصیات و تعریف آنها بر اساس زمینه متفاوت است و باید با راهنمای مربوطه مطابقت داشته باشد. خصوصیات اضافی را در صورت نیاز برای یک زمینه خاص ایجاد کنید.

کتنوری	مثال ها	یاد داشت ها
انواع جمعیت های بیجا شده	پناهندگان، پناهجویان، بیجا شده گان داخلی (IDPs)، پناهندگان عودت کننده، عودت کنندگان آبیجا شده گان داخلی، سایر موارد مورد نگرانی (مثلاً مهاجران)	+ به راهنمای پشتیبانی از نمایه بشردوستانه مراجعه کنید (www.humanitarianresponse.info).
متاثر شده گان غیر مستقیم	جمعیت های از قبل موجود، جمعیت میزبان	جمعیت میزبان اغلب تحت تأثیر جمعیت هایی قرار می گیرند که مستقیماً تحت تأثیر قرار می گیرند، برای مثال با به اشتراک گذاشتن خدمات عمومی مانند مکاتب، یا عمل به عنوان خانواده های میزبان.
شرایط جغرافیایی	شهری، حومه شهری، روستایی	حوالی شهری: ناحیه ای بین تلفیقی مناطق شهری و روستایی.
سطح تخریب	بدون آسیب، آسیب جزئی، به طور کامل تخریب شده است	طبقه بندی سطح آسیب باید مشخص کند که آیا خانه یا سرپناه برای اشغال امن است
دوران/مرحله	کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت، اضطراری دائمی، انتقالی، بازیابی، بادوام	تعاریف این اصطلاحات متفاوت است و باید در سطح پاسخ تنظیم شود.
سیستم های تصدی.	قانونی، عرفی، مذهبی، ترکیبی	ترتیبات غیررسمی زمین یا مسکن آنهایی هستند که شامل ساختار های منظم و غیرمنظم و تقسیمات غیر رسمی در زمین های دارای مالکیت قانونی، و اشکال مختلف ترتیبات کرایه غیررسمی است. در برخی موارد، چندین شکل از تصدی ممکن است در یک قطعه واحد وجود داشته باشد و هر یک از طرفین از حقوق خاصی برخوردار باشند.
اشکال تصدی مسکن	مالکیت، حقوق استفاده، کرایه، تصدی جمعی	
انواع تصدی زمین	خصوصی، جمعی، عامه، دسترسی آزاد، دولتی/عمومی	

کتابخانه	مثال ها	یاد داشت ها
نوع سرپناه	خیمه، پناهگاه موقت، پناهگاه انتقالی، سرپناه اصلی، خانه، آپارتمان، فضای کرایه در یک واحد بزرگتر، گراژ، کاروان، ظروف	⊕ به ضمیمه 4: گزینه های کمک مراجعه کنید.
مدیریت محل.	مدیریت شده، مدیریت از راه دور یا تلفن همراه، خود مدیریتی، بدون مدیریت	مدیریت شده: بدون اعتراض مالک زمین و تایید شده توسط مقامات. مدیریت از راه دور یا تلفن همراه: در مواردی که یک تیم تعدادی سایت را مدیریت می کند. خود مدیریتی: توسط ساختار رهبری جامعه یا کمیته های داخلی.



ضمیمه 4

گزینه های کمک

طیف وسیعی از گزینه های کمکی را می توان برای رفع نیازهای افراد آسیب دیده ترکیب کرد. مزایا و معایب هر کدام را در نظر بگیرید و مناسب ترین برنامه را توسعه دهید.

تشریح	گزینه های کمک
⊕ به ستندرد 4 سرپناه و مسکن: وسایل خانه مراجعه کنید.	وسایل خانه
مصالح ساختمانی، ابزار و وسایل مورد نیاز برای ایجاد یا بهبود فضای زندگی. در نظر بگیرید که آیا مصالح ساختمانی مانند تیرها و میخ ها را تامین کنید یا اینکه می توان آنها را توسط خانواده ها تامین کرد. نیاز به آموزش اضافی، ارتقاء، آموزش یا افزایش آگاهی را در نظر بگیرید.	کیت های سرپناه
ابزار و سخت افزار ساختمانی مورد نیاز برای ایجاد یا بهبود فضای زندگی و سکونت گاه.	ابزار سرپناه
پناهگاه های قابل حمل پیش ساخته با پوش و ساختمان.	خیمه ها
حمایت از افراد آسیب دیده که انتخاب می کنند به محل اصلی خود بازگردند یا به مکان جدیدی نقل مکان کنند. چنین پشتیبانی ممکن است شامل طیف گسترده ای از خدمات مانند ارائه حمل و نقل، کرایه حمل و نقل یا چک، یا مواردی مانند ابزار، مواد و ذخایر بذر باشد.	پشتیبانی برگشت و حمل و نقل
ترمیم عبارت است از بازگرداندن ساختمان از آسیب یا پوسیدگی به شرایط کاری سالم که در آن ستندرد ها و مشخصات مورد نیاز را رعایت کند. اگر ساختمان ها آسیب جزئی دیده باشند، امکان پذیر است	ترمیمات
آنها را بدون تعمیر اساسی تر تعمیر کنید. برای افراد آواره ممکن است نیاز به تعمیر مراکز جمعی یا ارتقاء ساختمان های از قبل موجود باشد	مجهز سازی
مانند مکاتب برای سرپناه دسته جمعی.	کمک میزبان
کمک به خانواده های آسیب دیده برای کرایه مسکن و زمین می تواند شامل کمک های مالی، حمایت برای به دست آوردن یک توافق عادلانه یا مشاوره در مورد استانداردهای دارایی باشد. اجاره یک هزینه مستمر است، بنابراین استراتژی های خروج را برنامه ریزی کنید، خودکفایی را ارتقا دهید یا فعالیت های معیشتی را زودتر به هم متصل کنید. (توجه: کمک کرایه می تواند پول نقد را به میزبان تزریق کند جمعیت می ی تواند بازار را فرسوده کند و باعث تورم شود).	کمک های کرایه
راه حل های پناهگاه کوتاه مدت، که قرار است پس از ارائه مرحله بعدی راه حل پناهگاه حذف شوند. معمولاً اینها با هزینه های محدود ساخته می شوند.	سرپناه های موقت
پناهگاه های سلسله طراحی شده از مواد و تکنیک هایی که برای انتقال به سازه های دائمی تر طراحی شده اند. پناهگاه باید قابل ارتقا، استفاده مجدد، فروش مجدد یا جابجایی از مکان های موقت به مکان های دائمی باشد.	سرپناه های انتقالی
واحدهای مسکونی طوری برنامه ریزی، طراحی و ساخته می شوند که در نهایت بخشی از یک خانه دائمی باشند، اما آن را تکمیل نکرده اند. مسکن اصلی فرایند آتی گسترش توسط خانوار را از طریق وسایل و منابع خود امکان پذیر می کند. هدف ایجاد فضای نشیمن ایمن و کافی از یک یا دو اتاق همراه با آب و تاسیسات بهداشتی و وسایل ضروری منزل است. ⊕ به ستندرد 3 مسکن و سرپناه: مساحت جا برای زنده گی و ستندرد 4: وسایل خانه مراجعه کنید.	مسکن مرکز

گزینه های کمک	تشریح
بازسازی/ساختن دوباره	تخریب و بازسازی ساختمان هایی که قابل تعمیر نیستند.
مراکز معلومات	مراکز اطلاع رسانی به افراد آسیب دیده مشاوره و راهنمایی ارائه می دهند. اطلاعات ارائه شده از طریق مراکز محلی ممکن است حقوق مشاوره و کمک، گزینه ها و فرآیندهای بازگشت را روشن کند. حقوق زمین، دسترسی به غرامت، مشاوره و کمک فنی، بازگشت، ادغام و جابجایی. و کانال هایی برای ارائه بازخورد؛ و راه های جبران خسارت، از جمله داوری و کمک های حقوقی.
تخصّص حقوقی و اداری	ارائه تخصّص های حقوقی و اداری به افراد آسیب دیده کمک می کند تا از حقوق خود آگاه شوند و حمایت های اداری مورد نیاز خود را به صورت رایگان یا با هزینه کمتر دریافت کنند. باید به نیازهای آسیب پذیرترین گروه ها توجه ویژه ای شود.
امن کردن تصدی	حمایت از تأمین مسکن و/یا حقوق تصرف زمین برای افراد آسیب دیده، تضمین کننده حمایت قانونی در برابر اخراج اجباری، آزار و اذیت و سایر تهدیدها است و امنیت، آرامش و کرامت را تأمین می کند. + به ستندرد 6 سرپناه و مسکن: امنیت تصدی مراجعه کنید.
پلانگذاری زیر بنا و مسکن	پشتیبانی برنامه ریزی زیرساخت و شهرک برای بهبود خدمات یک جامعه و حمایت از برنامه ریزی پایدار استفاده می شود حل و فصل انتقالی و راه حل های بازسازی پشتیبانی برنامه ریزی زیرساخت و سکونتگاه ممکن است به دو دسته تقسیم شود: آنهایی که عمدتاً توسط بخش پناهگاه هماهنگ می شوند و آنهایی که در درجه اول توسط سایر بخش ها هماهنگ می شود.
پشتیبانی جمعی از اسکان	ساختمان های موجود می توانند به عنوان مراکز جمعی یا مراکز تخلیه و ایجاد سرپناه سلسله‌مورد استفاده قرار گیرند. اینها می توانند مدارس، ساختمان های اجتماعی، زمین های بازی سرپوشیده، تأسیسات مذهبی یا املاک خالی باشند. چنین ویژگی هایی ممکن است برای سکونت نیاز به سازگاری یا ارتقاء داشته باشند + به ستندرد 3 سرپناه و مسکن: مساحت جا برای زنده گی کردن.مراجعه کنید هنگام استفاده از ساختمان‌های مدرسه برای اسکان افراد آسیب‌دیده از بحران، فوراً ساختارهای جایگزین را شناسایی و استفاده کنید تا امکان ادامه تحصیل فراهم شود. + راهنمای مرکز جمعی و کتاب راهنمای INEE را ببینید.
مدیریت سکونتگاه ها و مراکز جمعی	+ رهنمودهای مرکز جمعی را ببینید.
حذف کردن پسماند ها و مدیریت مرده ها	حذف پسماندها به بهبود ایمنی عمومی و دسترسی به افراد آسیب دیده کمک می کند. اثرات زیست محیطی را نیز در نظر بگیرید + به ستندرد های 2 و 7 سرپناه و مسکن مراجعه کنید. مردگان را به درستی مدیریت و شناسایی کنید + به صحت 1.1 و 6 WASH مراجعه کنید.
بازسازی و/یا نصب زیرساخت های مشترک	بازسازی یا ساخت زیرساخت هایی مانند آبرسانی، فاضلاب، جاده ها، زهکشی ها، پل ها و برق + برای رهنمایی به چتر WASH و ستندرد 2 سرپناه و مسکن: پلان گذاری موقعیت و مسکن مراجعه کنید.



بازسازی و/یا ساخت تاسیسات اجتماعی	آموزش: مکاتب، فضاهای دوستدار کودک، مناطق بازی امن + به کتاب رهنمود INEE مراجعه کنید; خدمات صحنی: مراکز صحنی و شفاخانه ها + به ستندرد 1.1 سیستم صحنی: ارائه خدمات صحنی مراجعه کنید; امنیت: پوسته های پلیس یا ساختارهای دیده بان جامعه; فعالیت های جمعی: مکان های ملاقات برای تصمیم گیری، تفریح و عبادت، ذخیره سازی سوخت، امکانات پخت و پز و دفع زباله های جامد. و فعالیت های اقتصادی: بازارها، زمین و فضا برای دام، فضا برای معیشت و تجارت
برنامه ریزی شهری/روستا و زون بندی	هنگام برنامه ریزی مجدد مناطق مسکونی پس از بحران، مقامات محلی و برنامه ریزان شهری را دخیل کنید تا مقررات و منافع متقابل همه ذینفعان رعایت شود. + به ستندرد 2 سرپناه و مسکن: پلان گذاری موقعیت و مسکن مراجعه کنید.
جابجایی	جابجایی پروسه است که شامل بازسازی مسکن، دارایی ها و زیرساخت های عمومی یک خانواده یا یک جامعه در یک مکان متفاوت است

ضمیمه 5

گزینه های تطبیق

روش تحویل کمک بر کیفیت، زمان بندی، مقیاس تحویل و هزینه تأثیر می گذارد. گزینه های اجرایی را بر اساس درک بازارهای محلی، از جمله بازارهای اموال، کار و کرایه، در حمایت از بهبود اقتصادی انتخاب کنید. + به ارائه کمک ها از طریق مارکیٹ مراجعه کنید. تأثیر گزینه های اجرایی انتخاب شده بر میزان مشارکت و احساس مالکیت، تحرک جنسیتی، انسجام اجتماعی و فرصت های معیشتی را در نظر بگیرید.

گزینه های تطبیق	تشریح
کمک فنی و تضمین کیفیت	کمک های فنی بخش جدایی ناپذیر هر پاسخ پناهگاه و اسکان، صرف نظر از کمک است + به ستندرد 5 سرپناه و مسکن: کمک تخنیکي مراجعه کنید.
حمایت مالی	از طریق حمایت مالی، خانوارها و جوامع می توانند به کالاهای یا خدمات دسترسی داشته باشند یا نیازهای سرپناه و اسکان خود را برآورده کنند. با توجه به ریسک و پیچیدگی های کار، حمایت مالی را با کمک های فنی و ظرفیت سازی تکمیل کنید. نقل و انتقالات مبتنی بر بازار شامل گزینه های زیر است: نقل و انتقالات نقدی مشروط: زمانی مفید است که رعایت شرایط خاص حیاتی باشد. به عنوان مثال، سیستم ترانزیت. پول نقد یا کوپن محدود: برای کالاهای خاص یا فروشندگان جذاب مفید است. بدون قید و شرط، نامحدود یا چند منظوره. دسترسی به خدمات مالی مانند گروه های پس انداز، وام، اعتبار خرد، بیمه و ضمانت نامه. + ارائه کمک از طریق بازارها را ببینید.
حمایت غیر نقدی وسایل	تهیه و سپس توزیع اقلام و مواد به طور مستقیم به خانوارهای آسیب دیده زمانی که بازارهای محلی قادر به تامین کیفیت یا کمیت مناسب یا به موقع نیستند یک گزینه است. + ارائه کمک از طریق بازارها را ببینید.
کار سفارشی و قرار دادی	راه اندازی یا قرارداد کار برای دستیابی به اهداف سرپناه و اسکان از طریق مدل های مالک محور، قرار دادی محور یا نهاد محور + به ستندرد 5 سرپناه و مسکن: کمک تخنیکي مراجعه کنید
ظرفیت سازی	افزایش مهارت ها و آموزش فرصت هایی را برای ذینفعان فراهم می کند تا توانایی خود را برای پاسخگویی به صورت فردی و جمعی افزایش دهند و همچنین در تعامل و در نظر گرفتن چالش ها و ابزارهای مشتری مانند توسعه و اجرای استانداردها و آیین نامه های ساختمانی + به ستندرد 5 سرپناه و مسکن: کمک تخنیکي مراجعه کنید.

برای جدولی با کمک احتمالی و گزینه های پیاده سازی مرتبط با سناریوهای مسکن، لطفاً به

www.spheredstandards.org/handbook/online-resources



ضمیمه 6

کمک های بالقوه و گزینه های اجرایی مرتبط با سناریوهای مسکن

سناریوی مسکن												
		بیجا نشده						بیجا شده				
		بیجا نشده			پراکنده شده			مشترک				
		مسکن یا زمین تحت تصرف مالک	مسکن یا زمین گران	مسکن یا زمین با اشتغال غیررسمی	کرایه	تنظیم میزبان	تنظیم خود به خود	محل سکونت مشترک	مسکن پلان شده	مسکن غیر پلانی	مسکن غیر مستقیم	مسکن مستقیم
گزینه های کمک	مقیاس سربناه خانگی	وسایل خانه	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		کیت های پناهگاه	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		چپه ابزار پناهگاه	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		خیمه	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		پشتیبانی برگشت و حمل و نقل	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		تعمیرات	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		مجهز سازی	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		کمک میزبان	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		کمک کرایه	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		پناهگاه های موقت	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
مقیاس مسکن	مقیاس مسکن	پناهگاه های انتقالی	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		مسکن مرکزی	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		بازسازی/بازسازی	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		مراکز اطلاع رسانی	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		تخصص حقوقی و اداری	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		تضمین تصدی	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

سناریوی مسکن												
	پیچا نشده				پیچا شده							
					پراکنده شده				مشترک			
گزینه های تطبيق	برنامه ریزی زیرساخت و شهرک سازی				X					X		X
	برنامه ریزی شهری/ روستا و پهنه بندی		X		X		X		X		X	
	پشتیبانی چمنی از اسکان								X			X
	مدیریت شهرک ها و مراکز چمنی								X		X	X
	حفاظ پسمانده ها و مدیریت موقفی	X		X	X		X		X		X	X
	بازسازی و/یا نصب زیرساخت های مشغری	X	X	X	X		X		X		X	X
	بازسازی و/یا ساخت تأسیسات اجتماعی	X		X	X		X		X		X	X
	برنامه ریزی شهری/ روستا و حوزه بندی	X	X	X	X		X		X		X	X
	جابجایی	X	X	X	X		X		X		X	
	گمک فنی و تضمین کیفیت	X	X	X	X		X		X		X	
	پشتیبانی مالی	X	X	X	X		X		X		X	
	پشتیبانی مادی غیرمجاز	X	X	X	X		X		X		X	
	پشتیبانی مادی غیرمجاز	X	X	X	X		X		X		X	
	ظرفیت سازی	X	X	X	X		X		X		X	

رفرنس ها و مطالعه بیشتر

اسناد حقوق بین المللی

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948. www.claiminghumanrights.org

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991. www.refworld.org

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997. www.escr-net.org

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998. www.internal-displacement.org

Pinheiro, P. Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. OHCHR, 2005. www.unhcr.org

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org

عمومی

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014. www.globalccmcluster.org

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010. <http://cpwg.net>

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014. <https://docs.unocha.org>

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. <https://seepnetwork.org>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012. www.ifrc.org

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org>

سناریو های مسکن

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016. www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>

مسکن های مشترک مؤقت

REFERENCES AND FURTHER READING

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010. <https://www.globalccmcluster.org>

پول نقد، چک، بررسی مارکیت/معلولیت

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015. www.ifrc.org

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

جنسیت و خشونت مبتنی بر جنس

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery. <https://gbvguidelines.org>

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014. www.ifrc.org

حفاظت طفل

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012. <http://cpwg.net>

مکاتب و تأسیسات عامه

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009. <http://toolkit.ineesite.org>

بافت شهری

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015. www.internal-displacement.org

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010. <http://shelterprojects.org>



امنیت تصدی

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013. www.shelter-cluster.org

Payne, G. Durand-Lasserve, A. Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges. 2012. www.ohchr.org

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015. www.ifrc.org

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016. <https://www.sheltercluster.org>

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014. www.ohchr.org

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015. www.ohchr.org

مطالعه بیشتر

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

مطالعه بیشتر

Evictions in Beirut and Mount Lebanon: Rates and Reasons. NRC, 2014. [https:// www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons](https://www.alnap.org/help-library/evictions-in-beirut-and-mount-lebanon-rates-and-reasons)

Housing, Land and Property Training Manual. NRC, 2012. www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/training-manual-on-housing-land-and-property/

Land and Conflict: A Handbook for Humanitarians. UN Habitat, GLTN and CWGER, 2012. www.humanitarianresponse.info/en/clusters/early-recovery/document/land-and-conflict-handbook-humanitarians

Rolnik, R. Special Rapporteur on Adequate Housing (2015) Guiding Principles on Security of Tenure for the Urban Poor. OHCHR, 2015. [www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/ Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/StudyOnSecurityOfTenure.aspx)

Security of Tenure in Urban Areas: Guidance Note for Humanitarian Practitioners. NRC, 2017. <http://pubs.iied.org/pdfs/10827IIED.pdf>

Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.gltm.net/>

مدیریت ساختمانی

How-to Guide: Managing Post-Disaster (Re)-Construction projects. Catholic Relief Services, 2012. <https://www.humanitarianlibrary.org/resource/managing-post-disaster-re-construction-projects-1>

محیط زیست

Building Material Selection and Use: An Environmental Guide (BMEG). WWF Environment and Disaster Management, 2017. <http://envirodm.org/post/materialguide>

Environmental assessment tools and guidance for humanitarian programming. OCHA. www.eecentre.org/library/

Environmental Needs Assessment in Post-Disaster Situations: A Practical Guide for Implementation. UNEP, 2008. <http://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/17458>

Flash Environmental Assessment Tool. OCHA and Environmental Emergencies Centre, 2017. www.eecentre.org/feat/

FRAME Toolkit: Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-Related Operations. UNHCR and CARE, 2009. www.unhcr.org/uk/protection/environment/4a97d1039/frame-toolkit-framework-assessing-monitoring-evaluating-environment-refugee.html

Green Recovery and Reconstruction: Training Toolkit for Humanitarian Action (GRRT). WWF & American Red Cross. <http://envirodm.org/green-recovery>



Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment (REA) in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International, 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnads725.pdf

Shelter Environmental Impact Assessment and Action Tool 2008 Revision 3. UNHCR and Global Shelter Cluster, 2008. www.sheltercluster.org/resources/documents/shelter-environmental-impact-assessment-and-action-tool-2008-revision-3

Quantifying Sustainability in the Aftermath of Natural Disasters (QSAND). IFRC and BRE Global. www.qsand.org

صحت

Health





صحت

سیستم های صحت	مراقبت های اساسی صحت						
	امراض ساری	صحت طفل	صحت جنسی و باروری	مراقبت زخم و تروما	صحت روانی	امراض غیر ساری	مراقبت تسکین دهنده (Palliative)
معیار 1.1 ارائه خدمات صحتی	معیار 2.1.1 وقایه	معیار 2.2.1 امراض قابل وقایه با واکسین دوره طفولیت	معیار 2.3.1 مراقبت های صحتی باروری، مادر و نوزاد	معیار 2.4 مراقبت زخم و تروما	معیار 2.5 مراقبت صحت روانی	معیار 2.6 مراقبت امراض غیر ساری	معیار 2.7 مراقبت تسکین دهنده (Palliative)
معیار 1.2 کارمندان صحتی	معیار 2.1.2 سر ویلانس و تشخیص شیوع و پاسخ اولیه	معیار 2.2.2 مدیریت امراض دوره نوزادی و طفولیت	معیار 2.3.2 خشونت جنسی و مدیریت کلینیکی تجاوز جنسی				
معیار 1.3 ادویه جات و وسایل ضروری طبی	معیار 2.1.3 تشخیص و مدیریت واقعه		معیار 2.3.3 HIV				
معیار 1.4 تأمین مالی صحت	معیار 2.1.4 آماده گی و پاسخ در برابر شیوع						
معیار 1.5 معلومات صحتی							

ضمیمه 1 چک لیست بررسی صحت

ضمیمه 2 نمونه فورم های گزارش دهی هفته وار سر ویلانس

ضمیمه 3 فورمول های برای محاسبه شاخص های کلیدی صحت

ضمیمه 4 مسمومیت

محتویات

322.....	مفاهیم اساسی در صحت
327.....	1. سیستم های صحت
341.....	2. مراقبت های اساسی صحت
342.....	2.1 امراض ساری
351.....	2.2 صحت طفل
357.....	2.3 صحت جنسی و باروری
364.....	2.4 مراقبت زخم و تروما
368.....	2.5 صحت روانی
372.....	2.6 امراض غیر ساری
375.....	2.7 مراقبت تسکین دهنده (Palliative)
379.....	ضمیمه 1: چک لیست بررسی صحت
381.....	ضمیمه 2: نمونه فورم های گزارش دهی هفته وار سرویلانس
386.....	ضمیمه 3: فورمول ها برای محاسبه شاخص های کلیدی صحت
388.....	ضمیمه 4: مسمومیت
390.....	ریفرنس ها و مطالعه بیشتر



مفاهیم اساسی در صحت

هر کس حق دارد از مراقبت های بهداشتی به موقع و مناسب برخوردار شود حداقل ستندرد های اسفیر برای مراقبت های صحتی بیانی عملی از حق برخورداری از مراقبت های صحتی در زمینه های بشردوستانه است. این ستندرد ها مبتنی بر اعتقادات، اصول، وظایف و حقوق اعلام شده در منشور بشردوستانه است. اینها شامل حق زندگی با کرامت، حق حفاظت و امنیت، و حق دریافت کمک های بشردوستانه بر اساس نیاز است.

برای فهرستی از اسناد حقوقی و پالیسی کلیدی که منشور بشردوستانه را شامل می شود، از جمله نظریات توضیحی برای کارکنان بشردوستانه، + به ضمیمه 1: اساس قانونی به Sphere مراجعه کنید.

هدف از مراقبت های صحتی در یک بحران کاهش امراض و مرگ و میر اضافی است

بحران های بشردوستانه تأثیر به سزایی بر صحت و سلامت جمعیت آسیب دیده دارد. دسترسی به مراقبت های صحتی نجات دهنده در مراحل اولیه اضطراری حیاتی است. مراقبت های صحتی همچنین ممکن است شامل ارتقای سلامت، وقایه، تداوی، توانبخشی و مراقبت های تسکینی در هر مرحله از پاسخ باشد.

تأثیر یک بحران بر سلامت عمومی می تواند هم مستقیم (آسیب یا مرگ ناشی از خود بحران) و هم غیرمستقیم (تغییر شرایط زندگی، بیجا شدن اجباری، عدم حمایت قانونی یا کاهش دسترسی به مراقبت های صحتی) باشد.

ازدحام بیش از حد، سرپناه ناکافی، حفظ الصحه نامناسب، کمیت و کیفیت ناکافی آب و کاهش امنیت غذایی، خطر سوء تغذیه و شیوع امراض ساری را افزایش می دهد. عوامل استرس زا شدید نیز می توانند باعث ایجاد شرایط سلامت روان شوند. از بین رفتن میکانیسم های حمایت اجتماعی و سیستم های خودیاری می تواند به میکانیسم های مقابله ای منفی و کاهش رفتار کمک طلبی منجر شود. کاهش دسترسی به مراقبت های صحتی و قطع شدن عرضه دوا می تواند امراض نیازمند تداوی مداوم مانند مراقبت های صحتی مادر و تداوی HIV، دیابت و شرایط سلامت روان را مختل کند.

هدف اولیه یک پاسخ صحتی در طول یک بحران، وقایه و کاهش مرگ و میر و امراض بیش از حد است. انواع مرگ و میر و امراض، و در نتیجه نیازهای مراقبت های صحتی، بسته به نوع و میزان هر بحران متفاوت است.

مفید ترین شاخص برای نظارت و ارزیابی شدت یک بحران، میزان مرگ و میر خام (CMR) و حساس تر میزان مرگ و میر خام زیر پنج سال (U5CMR) است. دو برابر یا بیشتر شدن CMR یا U5CMR نسبت به خط مبنا (Baseline)، نشان دهنده یک وضعیت اضطراری صحت عمومی قابل توجه است و نیاز به پاسخ فوری دارد. + به ضمیمه 3: فورمول ها برای محاسبه شاخص های کلیدی صحت مراجعه کنید.

در غیاب یک خط مبنا مشخص، موارد زیر یک آستانه اضطراری را تشکیل می دهند:

- $CMR > 1/10,000/day$
- $U5CMR > 2/10,000/day$

آستانه های اضطراری باید در سطح کشور تصمیم گیری شود. به عنوان مثال، در جایی که یک U5CMR خط مبنا (Baseline) از آستانه های اضطراری فراتر رفته است، انتظار برای دو برابر شدن آن غیراخلاقی است.

حمایت و توسعه سیستم های صحتی موجود

روش سیستم های صحت به تدریج حق سلامت را در طول بحران و بهبودی محقق می کند، بنابراین مهم است که چگونه از سیستم های موجود حمایت کنیم. استخدام کارکنان (ملی و بین المللی) پیامدهای کوتاه مدت و بلندمدتی برای سیستم های صحت ملی خواهد داشت. پس از تجزیه و تحلیل، مداخلات صحتی به خوبی برنامه ریزی شده می تواند سیستم های صحتی موجود، بازیابی آینده و توسعه آنها را بهبود بخشد.

در مرحله اول بحران، صحت هدفمند و ارزیابی های سلسله چند سکتوری را در اولویت قرار دهید. اطلاعات ناقص و مناطق غیرقابل دسترس نباید مانع تصمیم گیری به موقع صحت عامه شود. در اسرع وقت ارزیابی های جامع تری انجام دهید.

بحران های شهری نیازمند روش متفاوت برای پاسخ های بهداشتی هستند

واکنش های شهری باید تراکم جمعیت، سیاست های محیطی ساخته شده، ساختارهای اجتماعی و خدمات اجتماعی موجود را در نظر بگیرد. شناسایی افراد در معرض خطر یا بدون دسترسی به مراقبت های بهداشتی چالش برانگیز است. مقیاس نیاز می تواند به سرعت از آنچه می توان ارائه کرد پیشی گرفت. افرادی که به دنبال پناهندگی در شهرها و شهرها هستند به ندرت در مورد خدمات صحتی موجود یا نحوه دسترسی به آنها اطلاع دارند و این خطر افزایش بیشتر امراض ساری را در پی دارد. اطلاع رسانی به مردم کمک می کند تا با استرس های جدید شهری مانند دسترسی ناکافی به سرپناه، غذا، مراقبت های صحتی، شغل یا شبکه های حمایت اجتماعی کنار بیایند.

شایعات و اطلاعات نادرست به سرعت در شهرها پخش میشوند. از تکنالوژی برای ارائه فوری اطلاعات دقیق در مورد مراقبت های صحتی و خدمات استفاده کنید. ارائه دهندگان مراقبت های صحتی ثانویه و ثالث اغلب در شهرها فعال تر هستند، بنابراین ظرفیت این ارائه دهندگان را برای ارائه مراقبت های صحتی اولیه افزایش دهید. آنها را در سیستم های هشدار و پاسخ اولیه برای امراض ساری درگیر کنید و ظرفیت آنها را برای ارائه خدمات تخصصی معمول خود افزایش دهید.

این حداقل ستندرد ها نباید به صورت مجزا اعمال شوند

حداقل ستندرد ها در این فصل محتوای اصلی حق برخورداری از مراقبت های صحتی کافی را منعکس می کند و به تحقق پیشرونده این حق در سطح جهانی کمک می کند. این حق با حقوق آب و حفظ الصحة، غذا و سرپناه مرتبط است. دستیابی به حداقل ستندرد های Sphere در یک حوزه بر پیشرفت در سایر زمینه ها تأثیر می گذارد. با سایر بخش ها هماهنگی و همکاری نزدیک داشته باشید.

با مقامات محلی و سایر نهاد های پاسخ دهنده هماهنگی کنید تا اطمینان حاصل شود که نیازها برآورده می شوند، تلاش ها تکراری نمی شوند، و کیفیت پاسخ دهنده مراقبت های صحتی مطلوب شده است. هماهنگی بین فعالان مراقبت های صحتی نیز برای پاسخگویی بی طرفانه به نیازها و اطمینان از اینکه دسترسی به افرادی که دسترسی به آنها سخت است، در معرض خطر یا به حاشیه رانده شده اند نیز مهم



است. ارجاعات متقابل در سرتاسر کتاب راهنما برخی ارتباطات بالقوه را نشان می دهد.

در مواردی که استانداردهای ملی کمتر از حداقل های Sphere هستند، برای ارتقای تدریجی آنها با دولت همکاری کنید.

اولویت ها باید بر اساس اطلاعات صحیحی که بین سکورها به اشتراک گذاشته می شود، تصمیم گیری شود و با تغییر وضعیت بررسی شود.

حقوق بین الملل به طور خاص از حق مراقبت های صحت حمایت می کند

مراقبت های صحت باید بدون تبعیض ارائه شود و باید در دسترس باشد، یعنی: در دسترس، قابل قبول، مقرون به صرفه و با کیفیت خوب. دولت ها موظفند این حق را در زمان بحران تضمین کنند + به ضمیمه 1: به اساس قانونی به Sphere مراجعه کنید.

حق برخورداری از مراقبت های صحت تنها در صورتی تضمین می شود که:

- جمعیت محافظت می شود؛
- متخصصان مسئول نظام صحت به خوبی آموزش دیده و متعهد به اصول اخلاقی جهانی و ستندرد های حرفه ای هستند؛
- نظام سلامت با حداقل استانداردها مطابقت دارد؛ و
- دولت قادر و مایل به ایجاد و حفظ شرایط ایمن و پایدار است که در آن مراقبت های صحت می تواند ارائه شود.

حملات، تهدیدها و سایر موانع خشونت آمیز کار پرسونل مراقبت های صحت، تأسیسات و حمل و نقل طبی نقض قوانین بین المللی بشردوستانه است. این حمایت ها ناشی از تعهدات اساسی برای احترام و حمایت از مجروحان و مریضان است.

سازمان های بشردوستانه باید ماهیت هر گونه تهدید و نحوه رسیدگی به آن را به دقت بررسی کنند. برای مثال، حمله اردوی ملی ممکن است متفاوت از تهدید جامعه محلی باشد + ملاحظات مخصوص برای محافظت از مراقبت های صحت را در زیر ببینید.

ارتباطات با اصول حفاظتی و ستندرد اصلی بشردوستانه

فعالان مراقبت های صحت باید از مجروحان و مریضان به طور انسانی مراقبت کنند و مراقبت های بی طرفانه و بدون تمایز را بر اساس نیاز ارائه دهند. اطمینان از محرمانه بودن، حفاظت از دیتا ها و حریم خصوصی برای محافظت از افراد در برابر خشونت، سوء استفاده و سایر مشکلات بسیار مهم است.

کارکنان طبایع در موارد خشونت علیه افراد، از جمله خشونت مبتنی بر جنسیت و کودک آزاری و بی توجهی، اولین پاسخ دهنده هستند. کارکنان را برای شناسایی و ریفور موارد به فعالان رفاه اجتماعی یا حفاظت با استفاده از سیستم های ارتباطی و ارجاع محرمانه آموزش دهید. یک کودک بدون همراه یا جدا شده که نیاز به مراقبت های صحت حیاتی دارد، اما بدون رضایت سرپرست قانونی، چالش حفاظتی خاصی را ایجاد می کند. در صورت امکان با کودک و مقامات محلی مربوطه مشورت کنید. حق زندگی و مراقبت صحت برای تأمین منافع کودک ضروری است و ممکن است بر حق رضایت بیشتر باشد. تصمیمات باید نسبت به زمینه و نورمها و عملکردهای فرهنگی حساس باشد. تخلیه طبی بین المللی و

ارجاع و حرکت کودکان بدون همراه نیازمند اسناد دقیق و همچنین مشارکت خدمات حفاظتی و مقامات محلی است.

به طور فزاینده ای، مراقبت های صحنی باید در دریا، از جمله آب های بین المللی، یا زمانی که افراد به ساحل آورده می شوند، ارائه شود. این امر چالش های حفاظتی خاص و پیچیدگی های سیاسی را به همراه دارد و نیازمند برنامه ریزی دقیق، آمادگی و کاهش خطرات حفاظتی است.

همکاری های نظامی-غیر نظامی، بخصوص در درگیری ها را به دقت ارزیابی کنید. گروه های نظامی و مسلح می توانند ارائه دهندگان مهم مراقبت های صحنی، حتی برای غیرنظامیان باشند. سازمان های بشردوستانه ممکن است - به عنوان آخرین راه حل - مجبور شوند از قابلیت های نظامی مانند پشتیبانی زیرساختی برای برقراری مجدد منابع برق به تأسیسات صحنی یا ارائه کمک های لجستیکی مانند حمل اقلام صحنی یا تخلیه طبی استفاده کنند. با این حال، اتکا به اردو باید در زمینه دسترسی به مراقبت های صحنی و درک بی طرفی و جانبداری نکردن در نظر گرفته شود. + به منشور بشردوستانه و تنظیمات با نیروهای نظامی داخلی یا بین المللی در حوزه چیست مراجعه کنید؟

در استفاده حداقل استانداردها، هر 9 تعهد در ستندرد اصلی بشردوستانه باید رعایت شود. میکانیزم های فیدبک باید در طول پاسخ های مراقبت های صحنی ایجاد شود + به تعهد 5 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

ملاحظات خاص برای حفاظت از مراقبت های صحنی

وقایه از حملات به تأسیسات مراقبت های وقایه، آمبولانس ها و کارکنان مراقبت های صحنی نیازمند تلاش مستمر در سطوح بین المللی، ایالتی و اجتماعی است. ماهیت تهدیدها بر اساس زمینه بسیار متفاوت خواهد بود و باید مورد توجه و گزارش قرار گیرد. برای حفاظت از مراقبت های صحنی، فعالان حوزه سلامت باید در کار خود و در حمایت از وزارتخانه های صحت یا سایر طرف های مرتبط، موارد زیر را در نظر بگیرند.

در تمام موارد اضطراری - و بخصوص در هنگام درگیری - فعالان سلامت باید خود را بی طرف و غیرجانبدار نشان دهند و طبق این اصول عمل کنند، زیرا ممکن است طرف های درگیری، جامعه یا مریضان به خوبی درک نکنند.

هنگام ارائه خدمات حیاتی و نجات دهنده زنده گی طبی، از اصول بشردوستانه پیروی کنید و مراقبت های صحنی بی طرفانه را تنها بر اساس نیاز ارائه دهید. برای ترویج بی طرفی، مراقبت از مجروحان و بیماران بدون تمایز، از مسئولیت مریض و حفظ محرمانه بودن معلومات طبی و دیتاهای شخصی. اطمینان حاصل کنید.

پذیرش از سوی جوامع محلی، مقامات و طرف های درگیری ممکن است به محافظت از مراقبت های صحنی کمک کند. فعالان حوزه سلامت باید هم به اطرافیان خود آموزش دهند و هم درک بی طرفی و غیر جانبداری را حفظ کنند. ستندرد مراقبت، کیفیت خدمات و موقعیت یک مرکز مراقبت های صحنی (به عنوان مثال، اگر در نزدیکی یک اردوگاه نظامی قرار دارد) نیز بر این ادراک تأثیر می گذارد.

مراکز مراقبت های صحنی معمولاً پالیسی «بدون سلاح» را اعمال می کنند، با سلاح هایی که در خارج از یک مرکز یا آمبولانس رها می شوند. این یک محیط خنثی را ترویج می کند، می تواند به جلوگیری از تنش یا تشدید درگیری در داخل تأسیسات کمک کند، و می تواند از تبدیل شدن تأسیسات به یک هدف جلوگیری کند.



اقدامات امنیتی فیزیکی را برای محافظت از تأسیسات و کارکنان در برابر خطرات انجام دهید. در عین حال، درک کنید که چگونه اقدامات امنیتی می تواند بر ادراک و پذیرش عموم مردم از تسهیلات صحت تأثیر بگذارد.

سازمان های بشردوستانه باید خطرات و مزایا را در نحوه ارائه خدمات خود و تأثیر این امر بر اعتماد و پذیرش جامعه در نظر بگیرند. پایین نگه داشتن مشخصات (مثلاً با برند یا لوگو گذاری نکردن دارایی ها یا مکان ها) ممکن است در برخی از عملیات ها مناسب باشد، در حالی که در برخی دیگر ممکن است بهتر باشد که نشان های بزرگ را روی دارایی ها یا مکان ها نشان دهید

1. سیستم های صحی

یک سیستم صحی که به خوبی کار می کند می تواند به تمام نیازهای مراقبت های صحی در شرایط بحران پاسخ دهد، به طوری که حتی در طول یک بحران صحی در مقیاس بزرگ مانند شیوع ایبولا، سایر فعالیت های مراقبت های صحی می توانند ادامه پیدا کنند. شرایطی که به راحتی قابل تدای هستند همچنان درمان خواهند شد و برنامه های مراقبت های اولیه سلامت مادر و کودک ادامه خواهند داشت و مرگ و میر و امراض را کاهش می دهند. هر بازیگری که سلامتی را ترویج، بازیابی یا حفظ کند به کل سیستم صحت کمک می کند. نظام سلامت همه سطوح را در بر می گیرد، از ملی، منطقه ای، ولسوالی و اجتماعی گرفته تا مراقبان خانگی، نظامی و بخش خصوصی.

در یک بحران، سیستم های صحی و ارائه مراقبت های صحی اغلب تضعیف می شوند، حتی قبل از افزایش تقاضا. کارکنان مراقبت های صحی ممکن است گم شوند، تجهیزات طبی قطع شود یا زیرساخت ها آسیب ببینند. درک تأثیر بحران بر سیستم های صحی برای تعیین اولویت ها برای واکنش بشردوستانه مهم است.

بازیگران بشردوستانه به ندرت در شرایط اضطراری که هیچ سیستم صحی از قبل موجود وجود ندارد، عمل می کنند. در جایی که یک سیستم ضعیف است، باید تقویت یا توسعه یابد (به عنوان مثال از طریق مسیرهای ریف، گردآوری و تجزیه و تحلیل معلومات صحی).

ستندرد های این بخش به پنج جنبه اصلی یک سیستم صحی با عملکرد خوب می پردازد:

- ارائه خدمات صحی با کیفیت;
- نیروی کار آموزش دیده و با انگیزه مراقبت های صحی;
- تأمین، مدیریت و استفاده مناسب از ادویه جات، مواد تشخیصی و تکنالوژی;
- تأمین مالی مناسب مراقبت های صحی; و
- معلومات و تجزیه و تحلیل صحت خوب.

این جنبه ها به طرق مختلف بر یکدیگر تأثیر می گذارند. به عنوان مثال، ناکافی بودن کارکنان مراقبت های صحی یا کمبود دوا های ضروری بر ارائه خدمات تأثیر می گذارد.

رهبری و هماهنگی برای اطمینان از رسیدگی به نیازها به شیوه ای بی طرفانه حیاتی است. وزارت صحت معمولاً پاسخ را رهبری و هماهنگ می کند و ممکن است از سایر فعالان حوزه سلامت درخواست حمایت کند. گاه وزارتخانه فاقد ظرفیت یا تمایل به ایفای نقش به شیوه ای کارآمد و بی طرفانه است، بنابراین سازمان دیگری باید این مسئولیت را بر عهده بگیرد. اگر وزارت صحت در تمام مناطق کشور دسترسی نداشته باشد یا پذیرفته نشود، فعالان بشردوستانه باید به دنبال حمایت از سیستم موجود پذیرفته شده، بخصوص در مواقع اضطراری حاد باشند. نحوه کار با بازیگران غیردولتی و دیگران و توانایی آنها در ارائه یا هماهنگی مراقبت های صحی برای جمعیت را به دقت تعیین کنید.

دسترسی به جمعیت مهم است اما باید با درک روشنی از اصول بشردوستانه و پیامدهای کمک های بی طرفانه و غیر جانبدارانه در نظر گرفته شود.

هماهنگی باید در و بین تمام سطوح مراقبت های صحی از ملی تا جامعه و با سایر بخش ها مانند WASH، تغذیه و آموزش، و همچنین با گروه های کاری تخنیکی فرابخشی مانند صحت روان و حمایت روانی-اجتماعی، خشونت مبتنی بر جنسیت (GBV) و HIV انجام شود..



استندرد 1.1 سیستم صحت

ارائه خدمات صحت

مردم به مراقبت های صحت با کیفیت یکپارچه دسترسی دارند که ایمن، مؤثر و مریض محور است.

اقدامات کلیدی

- 1 ارائه مراقبت های صحت کافی و مناسب در سطوح مختلف نظام صحت.
 - اولویت بندی خدمات صحت در سطح کشور یا در نزدیکترین سطح عملیاتی در شرایط اضطراری
 - حاد بر اساس نوع بحران، مشخصات اپیدمیولوژیک و ظرفیت سیستم صحت.
 - انواع مختلف مراقبت را که باید در سطوح مختلف (خانواده، جامعه، مرکز مراقبت های صحت و شفاخانه) در دسترس باشد، شناسایی کنید.
- 2 مکانیزم های تریاژ و سیستم های ارجاع را ایجاد یا تقویت کنید.
 - پروتوکول هایی را برای تریاژ در مراکز مراقبت های صحت یا مکان های صحرایی در موقعیت های درگیری اجرا کنید، به طوری که کسانی که نیاز به توجه فوری دارند، شناسایی شده و به سرعت درمان یا تثبیت شوند قبل از ریفز و انتقال به جای دیگر برای مراقبت های بیشتر.
 - اطمینان از ریفز مؤثر بین سطوح مراقبت و خدمات، از جمله خدمات حمل و نقل اضطراری محافظت شده و ایمن و بین بخش هایی مانند تغذیه یا حفاظت از کودکان.
- 3 انطباق یا استفاده از پروتوکول های استندرد برای مراقبت های صحت، مدیریت مورد و مصرف منطقی ادویه.
 - از استندرد های ملی، از جمله فهرست دوا های ضروری استفاده کنید و با شرایط اضطراری سازگار شوید.
 - اگر دستورالعمل های ملی قدیمی هستند یا در دسترس نیستند، از دستورالعمل های بین المللی استفاده کنید.
- 4 ارائه مراقبت های صحت که حقوق امراض را در مورد کرامت، حریم خصوصی، رازداری، ایمنی و رضایت آگاهانه تضمین می کند.
 - از ایمنی و حریم خصوصی اطمینان حاصل کنید تا همه بتوانند به مراقبت دسترسی داشته باشند، از جمله افرادی که دارای شرایطی هستند که اغلب باستیگما یا بدن نامی مرتبط هستند، مانند HIV یا انتانات مقاربتی (STI).
- 5 ارائه مراقبت های صحت ایمن و جلوگیری از آسیب، حوادث نامطلوب طبی یا سوء استفاده.
 - پیاده سازی سیستمی برای گزارش و بررسی رویدادهای نامطلوب طبی.
 - پالیسی برای گزارش هرگونه سوء استفاده یا خشونت جنسی ایجاد کنید

- 6 از اقدامات مناسب و وقایه و کنترل انتان (IPC)، از جمله حداقل ستندرد های WASH و میکانیزم های دفع زباله های طبی، در تمام محیط های مراقبت های صحی استفاده کنید.
- در طول شیوع بیماری هایی مانند کولرا یا ایبولا، از سازمان های تخصصی مانند سازمان صحی جهانی (WHO) یونیسف و داکتران بدون سرحد (MSF) راهنمایی جامع بخواهید.

- 7 مدیریت یا دفن مرده گان به شیوه ای ایمن، باوقار و فرهنگی مناسب، بر اساس اقدامات صحت عمومی خوب.

شاخص های کلیدی

- فیصدی جمعیتی که می توانند در فاصله یک ساعت پیاده روی از خانه به مراقبت های صحی اولیه دسترسی داشته باشند
- حداقل 80 فیصد

- فیصدی تسهیلات صحی که خدمات صحی اولویت دار را ارائه می کنند
- حداقل 80 فیصد

- تعداد بستر ها برای میزبان بستری (به استثنای بستر های ولادت) به ازای هر 10000 نفر
- حداقل 18

- فیصدی جمعیتی که نیاز به ارجاع دارند در سطح بعدی مراقبت های بهداشتی دیده می شود
- فیصدی میزبان مراجعه کننده در زمان مناسب

یاد داشت های رهنمودی

- دسترسى به مراقبت های صحی بستگی به در دسترس بودن مراقبت های صحی، از جمله دسترسی فیزیکی، مقبولیت و مقرون به صرفه بودن برای همه دارد.
- در دسترس بودن: مراقبت های صحی را می توان از طریق ترکیبی از امکانات مراقبت های صحی در سطح جامعه، سیار و ثابت ارائه کرد. تعداد، نوع و مکان هر کدام بسته به زمینه متفاوت خواهد بود. یک دستورالعمل کلی برای برنامه ریزی پوشش تسهیلات صحی ثابت عبارت است از:
- یک مرکز مراقبت صحی به ازای هر 10000 نفر؛ و
 - یک شفاخانه ولسوالی یا روستایی به ازای هر 250000 نفر.
- با این حال، اینها پوشش مراقبت های صحی کافی را در همه تنظیمات تضمین نمی کنند. در مناطق روستایی، هدف بهتر ممکن است یک تسهیلات برای 50000 نفر همراه با برنامه های مدیریت واقعات اجتماعی و کلینیک های سیار باشد.
- در مناطق شهری، امکانات مراقبت های صحی ثانویه ممکن است اولین نقطه دسترسی باشد و بنابراین مراقبت های اولیه را برای جمعیتی بیشتر از 10000 پوشش می دهد.
- فراهم کردن ظرفیت افزایش برای مراقبت های صحی در مواقع اضطراری بسیار مهم است. از تکرار



خدمات موجود خودداری کنید، که می تواند منابع را هدر دهد و اعتماد به امکانات موجود را کاهش دهد. مردم باید با اطمینان خاطر به آن امکانات پس از بسته شدن امکانات موقت بازگردند. بر میزان استفاده از خدمات نظارت کنید. میزان های پایین ممکن است نشان دهنده کیفیت پایین، موانع قیمت مستقیم یا غیرمستقیم، اولویت برای خدمات دیگر، برآورد بیش از حد جمعیت یا سایر مشکلات دسترسی باشد. میزان های بالاتر ممکن است نشان دهنده یک مشکل صحت عمومی یا دست کم گرفتن جمعیت هدف باشد، یا ممکن است نشان دهنده مشکلات دسترسی در جاهای دیگر باشد. همه دیتا ها باید بر اساس جنسیت، سن، معلولیت، منشاء قومی و سایر عواملی که ممکن است در زمینه مرتبط باشند، تجزیه و تحلیل شوند. برای محاسبه میزان بهره برداری + به ضمیمه 3 مراجعه کنید.

قابل قبول بودن: برای شناسایی و رفع موانع دسترسی به خدمات توسط بخش های مختلف جامعه و همه طرف های درگیری، بخصوص گروه های در معرض خطر، با همه بخش های جامعه مشورت کنید. با زنان، مردان، کودکان، افرادی که با اچ آی وی زندگی می کنند و در معرض خطر بالای HIV هستند، افراد دارای معلولیت و افراد مسن کار کنید تا رفتارهای سلامت جویانه را درک کنید. تعامل با افراد در طراحی مراقبت های صحی باعث ایجاد تعامل با مریض و بهبود به موقع مراقبت ها می شود.

توان مالی: + به ستندرد 1.4 سیستم های صحی: تمویل مالی صحت مراجعه کنید.

مراقبت در سطح جامعه: مراقبت های صحی و اولیه شامل مراقبت های خانگی و اجتماعی است. دسترسی به مراقبت های صحی اولیه ممکن است از طریق کارمندان صحت اجتماعی (CHWs) یا داوطلبان، مربیان همتا، یا با همکاری کمیته های صحت اجتماع برای افزایش مشارکت مریض و جامعه باشد. مراقبت ممکن است از برنامه های وقایه گرفته تا ارتقای سلامت یا مدیریت مورد را شامل شود و به زمینه بستگی دارد. همه برنامه ها باید با نزدیکترین مرکز مراقبت های صحی اولیه ارتباط برقرار کنند تا از مراقبت یکپارچه، نظارت کلینیکی و نظارت بر برنامه اطمینان حاصل شود. اگر CHW ها در حال سرکینینگ برای سوء تغذیه حاد هستند، ریفر به خدمات تغذیه در مراکز مراقبت های صحی یا مکان های دیگر مورد نیاز است. + به ستندرد 1.2 بررسی امنیت غذایی و تغذیه: بررسی تغذیه مراجعه کنید. مراقبت را با برنامه های جامعه در سایر بخش ها مانند WASH و تغذیه ادغام کنید به ستندرد 1.1 WASH ارتقای حفظ الصحه و امنیت غذایی و تغذیه - مدیریت سوء تغذیه ستندرد 2.1 مراجعه کنید. سیستم های ریفر اضطراری با میکائیزم های حمل و نقل از پیش تعیین شده، ایمن و محافظت شده باید 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته در دسترس باشند. بین رجعت دهنده و ارائه دهنده مراقبت های صحی دریافت کننده باید یک تحویل کلینیکی وجود داشته باشد.

حقوق مریضان: امکانات و خدمات مراقبت های صحی را برای اطمینان از حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن طراحی کنید، مانند اتاق های مشاوره جداگانه. قبل از انجام اقدامات طبی یا جراحی از مریضان یا سرپرستان آنها رضایت آگاهانه دریافت کنید. به هرگونه ملاحظات خاصی که می تواند بر رضایت آگاهانه و ایمنی تأثیر بگذارد، مانند سن، جنسیت، معلولیت، زبان یا قومیت توجه کنید. میکائیزم های فیدبک مریض را در اسرع وقت ایجاد کنید. از دیتا های مریض محافظت کنید + به ستندرد 1.5 سیستم های صحی: معلومات صحی مراجعه کنید.

امکانات مناسب و ایمن: استفاده از پروتوکول های منطقی مصرف ادویه و مدیریت ایمن ادویه ها و دستگاه ها + به ستندرد 1.3 سیستم های صحی: دوا ها و وسایل ضروری طبی مراجعه کنید. از مناسب بودن امکانات، حتی در مواقع اضطراری اطمینان حاصل کنید. از فضاهای خصوصی برای مشاوره، جریان سازمان یافته مریض، فضای 1 متری بین تخت ها، تهویه هوا، اتاق تعقیب سازی (نه در

هوای آزاد) برای شفاخانه ها، تامین انرژی کافی برای پشتیبانی از تجهیزات حیاتی و ساختارهای WASH کافی اطمینان حاصل کنید. در طول شیوع مرض، الزامات زیرساختی و راهنمایی ها از جمله، به عنوان مثال، تریاژ، مشاهده و مناطق جداسازی را بررسی کنید.

تدابیری ابداع کنید تا امکانات مراقبت های صحی ایمن، محافظت شده و در دسترس در طول بحران هایی مانند سیل یا درگیری باشد.

وقایه و کنترل انتان (IPC) در همه تنظیمات برای جلوگیری از مرض و مقاومت ضد میکروبی کلیدی است. حتی در شرایط غیر بحرانی، در سراسر جهان 12 فیصد از مریضان در حین دریافت مراقبت های صحی دچار انتان می شوند و 50 فیصد از انتانات پس از جراحی به آنتی بیوتیک های معروف مقاوم هستند.

اجزای اصلی IPC شامل تولید و اجرای دستورالعمل ها (در مورد احتیاط های ستندرد، اقدامات احتیاطی مبتنی بر انتقال و تکنیک های آسپتیک کلینیکی)، داشتن تیم IPC در هر محیط، ترین کردن نیروی کار مراقبت های صحی، برنامه های نظارت و گنجاندن تشخیص انتانات مرتبط با مراقبت های صحی و مقاومت ضد میکروبی در سرویلانس است. سیستم های. بخش های مراقبت های صحی باید دارای پرسونل و حجم کاری مناسب، اشغال تخت (حداکثر یک بیمار در هر تخت)، محیط ساخته شده و رعایت حفظ الصحة ایمن باشند. + به سیستم های صحی ستندرد 1.2: قوه کاری مراقبت های صحی، + مناسب بودن و مصئون بودن تسهیلات بالا مراجعه کنید.

زیر بنا و تجهیزات، + WASH به ستندرد WASH 6: در تنظیمات مراقبت های صحی مراجعه کنید.

اقدامات احتیاطی ستندرد بخشی از اقدامات IPC هستند و عبارتند از:

- **جلوگیری از صدمات ناشی از وسایل تیز:** سوزن ها، پل جراحی و سایر وسایل تیز را با احتیاط بمالید، به عنوان مثال هنگام پاک کردن وسایل مستعمل یا دور انداختن سوزن های مستعمل. به هر فردی که آسیب جسم تیز داشته باشد باید در عرض 72 ساعت وقایه پس از مواجه شدن (PEP) برای HIV ارائه شود + به مراقبت های اساسی صحی - صحت جنسی و باروری ستندرد 2.3.3: HIV. مراجعه کنید.

- **استفاده از تجهیزات حفاظت فردی (PPE):** مناسب را بر اساس خطر و وظیفه ای که باید انجام شود ارائه دهید. نوع قرار گرفتن در معرض پیش بینی شده (به عنوان مثال، پاشش، اسپری، تماس یا لمس) و کتگوری انتقال مرض، دوام و مناسب بودن PPE برای کار را ارزیابی کنید (مانند به عنوان مقاوم در برابر سیال یا ضد مایع)، و مناسب بودن تجهیزات. PPE اضافی به نوع انتقال بستگی دارد: تماسی (به عنوان مثال، روپوش یا دستکش)، قطره ای (در فاصله 1 متری مریض باید از ماسک های جراحی استفاده شود)

یا هوابرد یا Airborne (تنفس ذرات). + به ستندرد WASH 6: در تنظیمات مراقبت های صحی مراجعه کنید.

اقدامات دیگر عبارتند از: حفظ الصحة دست، مدیریت ضایعات طبی، حفظ محیطی پاک، پاک کردن وسایل طبی، حفظ الصحة تنفسی و سرفه، و درک اصول آسپسیس + به ستندرد WASH 6: در تنظیمات مراقبت های صحی مراجعه کنید.

عوارض جانبی: در سراسر جهان، 10 فیصد از مریضان بستری شده از یک رویداد نامطلوب (حتی خارج از یک بحران انسانی) رنج می برند که عمدتاً ناشی از روش های جراحی نایمن، اشتباهات دواپی و انتانات



مرتبط با مراقبت های صحتی است. ثبت رویدادهای نامطلوب باید در هر مرکز صحتی نگهداری شود و برای ارتقای یادگیری تحقیق شود.

مدیریت مردگان: از آداب و رسوم محلی و شیوه های اعتقادی برای مدیریت محترمانه مردگان و شناسایی و بازگرداندن بقایا به خانواده ها استفاده کنید. خواه یک اپیدمی، آفت های طبیعی، درگیری یا کشتار جمعی، باشد مدیریت مردگان نیازمند هماهنگی بین بخش های صحت، WASH، قانونی، حفاظت و طب عدلی است.

اجساد مرده به ندرت نشان دهنده خطر فوری سلامتی هستند. برخی از امراض (به عنوان مثال کولرا یا ایبولا) نیاز به مدیریت خاصی دارند. بازیابی مردگان ممکن است به PPE، تجهیزات بازیابی، حمل و نقل و ذخیره سازی و همچنین مستندات نیاز داشته باشد. + به ستند WASH 6 : WASH در تنظیمات مراقبت های صحتی مراجعه کنید.

ستند 1.2 سیستم های صحتی:

نیروی کار مراقبت های صحتی

مردم به کارکنان مراقبت های صحتی با مهارت های کافی در تمام سطوح مراقبت های صحتی دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

1 بازنگری سطوح و توزیع کارکنان موجود بر اساس طبقه بندی های ملی برای تعیین خلا ها و مناطق کم خدمت.

- سطح کارکنان را به ازای هر 1000 نفر بر اساس عملکرد و محل کار پیگیری کنید.

2 کارکنان را برای وظایف خود طبق استانداردهای ملی یا دستورالعمل های بین المللی آموزش دهید.

- توجه داشته باشید که کارکنان در شرایط اضطراری حاد ممکن است نقش های گسترده ای داشته باشند و به آموزش و حمایت نیاز داشته باشند.
- آموزش های (Refresher) را در جایی که کارمندان زیاد است معرفی کنید.

3 از کارکنان مراقبت های بهداشتی حمایت کنید تا در یک محیط کار ایمن فعالیت کنند

- اجرای و حمایت از تمام اقدامات ممکن برای محافظت از کارکنان مراقبت های صحتی در درگیری ها.
- آموزش صحتی حرفه ای و معافیت سازی را برای هیپاتیت B و تیتانوس برای کارکنان کلینیکی ارائه کنید.
- تامین IPC و PPE کافی برای انجام وظایف کارکنان.

4 استراتژی های تشویقی و حقوقی ایجاد کنید که تفاوت های دستمزد و توزیع ناعادلانه کارکنان

مراقبت‌های صحی را بین وزارت صحت و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های صحی به حداقل برساند.

- 5 دیتاهای نیروی کار مراقبت‌های صحی و اطلاعات آمادگی را با وزارت صحت و سایر نهادهای مربوطه در سطح محلی و ملی به اشتراک بگذارید.
- از بیجا شدن و خروج کارکنان مراقبت‌های صحی در هنگام درگیری آگاه باشید.

شاخص های کلیدی

تعداد کارکنان صحی جامعه به ازای هر 1000 نفر

- حداقل 1 تا 2 کارمند صحی جامعه

فیصدی تولد با حضور پرسونل ماهر (داکتران، نرسان، قابله ها)

- حداقل 80 فیصد

تعداد پرسونل خدمت گذاران ماهر ولادت (داکتران، نرسان، قابله ها) در هر 10000 نفر

- حداقل 23 در هر 10000 نفر

همه کارکنان صحی که کارهای کلینیکی را انجام می دهند، آموزش پروتوکول های کلینیکی و مدیریت مورد را دیده اند

یاد داشت های رهنمودی

در دسترس بودن کارکنان مراقبت‌های صحی: نیروی کار مراقبت‌های صحی شامل داکتران، نرسان، قابله ها، آمران کلینیکی، تکنیشن‌های لابراتواری، دوا سازان و CHW و همچنین کارکنان مدیریت و پشتیبانی است. تعداد و مشخصات کارگران باید با جمعیت و نیازهای خدمات مطابقت داشته باشد. کمبود کارکنان می تواند منجر به بار کاری بیش از حد و مراقبت‌های صحی نا ایمن شود. کارکنان مراقبت‌های صحی موجود را در واکنش اضطراری ادغام کنید.

هنگام استخدام و آموزش کارکنان محلی، دستورالعمل‌های ملی (یا بین المللی در صورت عدم دسترسی ملی) را دنبال کنید. استخدام کارکنان بین المللی باید از مقررات ملی و وزارت صحت (به عنوان مثال مدارک صلاحیت، به ویژه برای تمرین کلینیکی) پیروی کند.

مراقبت از مردم در مناطق روستایی و شهری صعب العبور، از جمله مناطق نزدیک به درگیری را در نظر بگیرید. کارکنان باید از مردم از هر قومیت، زبان و وابستگی مراقبت کنند. کارکنان مراقبت‌های صحی سطح پایین را برای اطلاع رسانی به جامعه، مدیریت قضیه در تیم‌های سیار یا پست‌های صحی استخدام و آموزش دهید و میکانیزم‌های ریفرفر قوی ایجاد کنید. ممکن است برای کار در مناطق دشوار بسته‌های تشویقی مورد نیاز باشد.

کارمندان صحی جامعه (CHWs): برنامه‌ریزی اجتماعی با CHWها (از جمله داوطلبان) دسترسی به جمعیت‌های غیرقابل دسترسی، از جمله جمعیت‌های به حاشیه رانده شده یا بدنام شده را افزایش می‌دهد. اگر محدودیت‌های جغرافیایی یا مسائل قابل قبول بودن در جوامع مختلف وجود داشته باشد،



یک CHW ممکن است عملاً بتواند به جای 500 نفر به 300 نفر خدمات رسانی کند. کار CHW ها متفاوت خواهد بود. آنها ممکن است در زمینه کمک های اولیه یا مدیریت واقعه آموزش دیده باشند یا ممکن است سکرینینگ سلامت را انجام دهند. آنها باید به نزدیکترین مرکز مراقبت های صحت مرتبط شوند تا از نظارت مناسب و مراقبت یکپارچه اطمینان حاصل شود. اغلب CHW ها نمی توانند پس از فروکش حالت اضطرار جذب سیستم سلامت شوند. در برخی زمینه ها، CHW ها معمولاً فقط در محیط های روستایی کار می کنند، بنابراین ممکن است مدل متفاوتی در بحران های شهری مورد نیاز باشد.

قابل قبول بودن: برآورده کردن انتظارات اجتماعی-فرهنگی مردم، مشارکت مریض را افزایش می دهد. کارکنان باید تنوع جمعیت را با ترکیبی از گروه های مختلف اجتماعی-اقتصادی، قومی، زبانی و گرایش جنسی، و تعادل جنسیتی مناسب منعکس کنند. **کیفیت:** سازمان ها باید کارکنان را آموزش داده و بر آنها نظارت کنند تا اطمینان حاصل کنند که دانش آنها اپدیت است و عملکرد آنها ایمن است. برنامه های آموزشی را با دستورالعمل های ملی (اقتباس شده برای شرایط اضطراری) یا دستورالعمل های بین المللی توافق شده هماهنگ کنید. **ترنینگ** را مشتمل بسازید بر:

- پروتوکول های کلینیکی و مدیریت واقعه;
 - پروسیجر های عملیاتی استاندارد (مانند IPC، مدیریت زباله های طبی);
 - امنیت ومصئونیت (تطبیق با سطح خطر); و
- کدهای رفتاری (مانند اخلاق طبی، حقوق مریضان، اصول بشردوستانه، حفاظت از کودک، محافظت در برابر بهره برداری و سوء استفاده جنسی) + به مراقبت های اساسی صحت جنسی و باروری استاندارد 2.3.2: مدیریت خشونت جنسی تجاوز جنسی و اصول حفاظت مراجعه کنید. سوپرویزن منظم و نظارت بر کیفیت، فعالیت خوب را تشویق می کند. آموزش یکباره کیفیت خوب را تضمین نخواهد کرد. سوابق مربوط به افرادی که در چه چیزی، توسط چه کسی، چه زمانی و کجا آموزش دیده اند را با وزارت صحت به اشتراک بگذارید.

استندرد 1.3 سیستم های صحت:

دوا ها و وسایل طبی ضروری

مردم به دوا های ضروری و تجهیزات طبی که ایمن، مؤثر و با کیفیت مطمئن هستند دسترسی دارند

اقدامات کلیدی

1 فهرست های استاندارد شده دوا های ضروری و تجهیزات طبی را برای مراقبت های صحت اولویت دار ایجاد کنید.

- فهرست دوا های ضروری ملی و تجهیزات طبی موجود را در اوایل پاسخ بررسی کنید و با شرایط اضطراری سازگار شوید.

- توجه خاص به دوا های کنترل شده ای که ممکن است برای اطمینان از در دسترس بودن نیاز به حمایت خاص داشته باشند، داشته باشید.

2 سیستم های مدیریت مؤثر برای اطمینان از در دسترس بودن دوا های ضروری و تجهیزات طبی ایمن را ایجاد کنید.

- حمل و نقل، ذخیره سازی و زنجیره سرد برای واکسین ها و همچنین برای جمع آوری و نگهداری محصولات خونی را شامل کنید.

3 اهدای دوا و تجهیزات طبی را تنها در صورتی بپذیرید که از دستورالعمل های شناخته شده بین المللی پیروی کنند.

شاخص های کلیدی

تعداد روزهایی که دوا های ضروری در دسترس نیستند

- حداکثر 4 روز از 30 روز

فیصدی امکانات صحی با دوا های ضروری

- حداقل 80 درصد

فیصدی امکانات صحی با تجهیزات طبی ضروری مرود استفاده فعال

- حد اقل 80 فیصد

تمام دوا هایی که برای مریضان تجویز می شود تاریخ شان انقضا نشده باشد

یاد داشت راهنمودی

مدیریت دوا های ضروری: دوا های ضروری شامل دوا ها، واکسین ها و محصولات خونی است. مدیریت خوب دوا در دسترس بودن را تضمین می کند اما دوا های نا ایمن یا تاریخ تیر شده را نیز ممنوع می کند. عناصر اصلی مدیریت عبارتند از انتخاب، پیش بینی، تهیه، ذخیره سازی و توزیع.

انتخاب باید بر اساس فهرست ملی دوا های ضروری باشد. از بستن هر گونه خای مانند امراض غیر ساری، صحت باروری، تسکین درد برای مراقبت های تسکینی و جراحی، بیهوشی، صحت روان، دوا های کنترل شده (به زیر مراجعه کنید) یا موارد دیگر حمایت کنید.

پیش بینی باید بر اساس مصرف، دیتا های مرض و تحلیل زمینه باشد. اگر تولید محلی تحت تأثیر قرار گیرد، انبارها آسیب ببینند یا تدارکات بین المللی به تعویق بیفتد، از جمله عوامل دیگر، ممکن است عرضه دوا ی ملی مختل شود.

روش های تدارکات باید به قوانین ملی، مقررات گمرکی و مکانیزم های تضمین کیفیت برای تدارکات بین المللی پایبند باشد. در صورت بروز تأخیر از سازوکارهای بهبود یافته دفاع کنید (از طریق وزارت صحت، نهاد اصلی، مرجع ملی مدیریت آفات طبیعی یا هماهنگ کننده امور بشردوستانه).



اگر سیستم‌ها وجود ندارند، محصولات دارای پیش‌صلاحیت را در تاریخ انقضا و به زبان کشور و نیروی کار مراقبت‌های صحنه تهیه کنید.

ذخیره سازی: دواها باید در طول چرخه عرضه دوا به طور ایمن نگهداری شوند. الزامات بین محصولات متفاوت است. دواها را نباید مستقیماً روی زمین نگهداری کرد. از قسمت‌های جداگانه برای اقلام تاریخ مصرف گذشته (قفل شده)، محصولات قابل اشتعال (با تهویه مناسب، دارای حفاظت در برابر آتش)، مواد کنترل شده (با امنیت بیشتر) و محصولاتی که به زنجیره سرد یا کنترل دما نیاز دارند، اطمینان حاصل کنید.

توزیع: مکانیزم‌های حمل و نقل ایمن، محافظت شده، قابل پیش‌بینی و مستند را از انبارهای مرکزی به مراکز صحنه و تداوی ایجاد کنید. شرکا ممکن است از سیستم فشار (عرضه خودکار) یا کشش (عرضه بر حسب تقاضا) استفاده کنند.

دفع ایمن داروهای تاریخ انقضا شده: از آلودگی محیطی و خطرات برای افراد جلوگیری کنید. مطابق با مقررات ملی (مطابق با شرایط اضطراری) یا دستورالعمل‌های بین‌المللی. سوزاندن در دمای بسیار بالا پرمصرف است و ذخیره سازی دارویی فقط در کوتاه مدت کار می‌کند. + به سندرد: WASH 6 WASH در تنظیمات مراقبت‌های صحنه مراجعه کنید.

وسایل ضروری طبی: تعریف و تهیه دستگاه‌ها و تجهیزات لازم (از جمله معرف‌های لابراتواری، ماشین‌های بزرگتر) در هر سطح از مراقبت‌های صحنه که در سطح ملی یا بین‌المللی مطابقت دارند. بشمول وسایل کمکی برای افراد دارای معلولیت باشد. از استفاده ایمن از دستگاه‌ها، از جمله تعمیر و نگهداری منظم و تامین پرزه جات، ترجیحاً محلی اطمینان حاصل کنید. دستگاه‌ها را با خیال راحت از کار خارج کنید. وسایل کمکی گمشده را توزیع یا جایگزین کنید و اطلاعات روشنی در مورد استفاده و نگهداری ارائه دهید. برای اندازه، نصب، استفاده و نگهداری مناسب به خدمات توانبخشی مراجعه کنید. از توزیع یکباره خودداری کنید.

کیت‌های از پیش آماده شده در مراحل اولیه یک بحران یا در موقعیت اولیه برای آمادگی مفید هستند. آنها حاوی دواهای ضروری و تجهیزات طبی هستند و بسته به مداخلات صحنه متفاوت هستند. WHO ارائه دهنده اصلی کیت‌های صحنه اضطراری بین‌سازمانی و کیت‌های امراض غیر ساری، علاوه بر کیت‌هایی برای مدیریت اسهال، تروما و موارد دیگر است. صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) تامین کننده اصلی کیت‌های صحت جنسی و باروری است.

دواهای کنترل شده: دواهای تسکین دهنده درد، صحت روانی و خونریزی بعد از ولادت کنترل شده هستند. قسمتی که ۸۰ فیصد ممالک با در آمد کم به دواهای تسکین دهنده درد دسترسی ندارند با وراثت صحت در مورد بهبود موجودیت دواهای کنترل شده عدالت خواهی کنید.

محصولات خون: با خدمات ملی انتقال خون در صورتیکه موجود باشد هماهنگی کنید. خون را تنها از داوطلبان جمع آوری کنید. به حیث حد اقل خون را برای HIV, Hepatitis B and C و سفلیس همراه با گروه خون و تست مطابقت تست کنید. محصولات را به شکل مصئون ذخیره و توزیع کنید. کارمندان کلینیکی را در مورد استفاده کلینیکی خون و محصولات خون آموزش دهید.

ستندرد 1.4 سیستم های صحی

تمویل مالی صحت

مردم به خدمات صحی اولویت دار رایگان در جریان بحران دسترسی دارند

اقدامات کلیدی

1 برنامه ریزی کنید که مصارف استفاده کننده در مواردی که از طریق سیستم های دولتی دریافت می شوند، لغو یا به طور مؤقت تعلیق شوند.

2 کاهش مصارف غیرمستقیم یا سایر موانع مالی برای دسترسی و استفاده از خدمات.

شاخص های کلیدی

فیصدی تسهیلات صحی که برای مراقبت های صحی اولویت دار از استفاده کننده مصرف دریافت نمی کنند (شامل مشاوره، تداوی، بررسی ها و تهیه دوا)

• هدف 100 فیصد

فیصدی افرادی که هنگام دسترسی یا استفاده از مراقبت های صحی (شامل مشاوره، تداوی، بررسی و تهیه دوا) هیچ گونه پرداخت مستقیمی انجام نمی دهند

• هدف ۱۰۰ فیصد

یاد داشت های رهنمودی

مصارف استفاده کننده: نیاز به پرداخت برای خدمات در مواقع اضطراری دسترسی را با مشکل مواجه می کند و ممکن است افراد را از جستجوی مراقبت های صحی باز دارد.

تعلیق مصارف استفاده کننده گان برای ارائه دهندگان خدمات صحی دولتی لزوماً باعث فشار مالی می شود. حمایت از تسهیلات وزارت صحت یا سایر ارائه دهندگان مسئول با حقوق و مشوق های کارکنان، دوا های اضافی، دستگاه های طبی و دستگاه های کمکی را در نظر بگیرید. اگر مصارف استفاده کننده بطور موقت به حالت تعلیق درآمد، اطمینان حاصل کنید که مستفیدین اطلاعات روشنی در مورد زمان بندی و دلایل دریافت می کنند و دسترسی و کیفیت خدمات را نظارت می کنند.

مصارف غیر مستقیم را می توان با ارائه خدمات کافی در جوامع و استفاده از مکانیزم های برنامه ریزی شده برای حمل و نقل و رجعت به حداقل رساند.

کمک های نقدی: اهداف پوشش جهانی سلامت 2030 بیان می کند که مردم باید بدون مشکلات مالی ناروا از مراقبت های صحی برخوردار شوند. شواهد روشنی مبنی بر اینکه استفاده از کمک های مبنی بر پول نقد به طور خاص برای پاسخ های صحی در زمینه های بشردوستانه تأثیر مثبتی بر پیامدهای سلامت داشته باشد، از این نسخه وجود ندارد + به اسفئیر چیست؟ و ارائه کمک ها از طریق مارکیت مراجعه کنید.



تجربه نشان می دهد که استفاده از کمک های مبتنی بر پول نقد برای پاسخ های صحی ممکن است کمک کند اگر:

- وضعیت اضطراری تثبیت شده است;
- خدمات قابل پیش بینی برای پشتیبانی وجود دارد، مانند مراقبت های دوران بارداری یا مدیریت امراض مزمن;
- رفتار سلامت جویانه مثبت و تقاضای بالا وجود دارد؛ و
- سایر نیازهای حیاتی خانواده مانند غذا و سرپناه برآورده شده است.

ستندرد 1.5 سیستم های صحی

معلومات صحی

مراقبت های صحی با شواهد از طریق جمع آوری، تجزیه و تحلیل و استفاده از دیتا های مربوط به سلامت عمومی هدایت می شود

اقدامات کلیدی

1 یک سیستم معلومات صحی را که اطلاعات کافی، دقیق و اپدیت را برای پاسخگویی مؤثر و عادلانه به سلامت ارائه می دهد تقویت یا توسعه دهید.

- اطمینان حاصل شود که سیستم معلومات صحی شامل همه ذینفعان است، ساده است که تطبیق شود و جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات برای هدایت پاسخ ساده است.

2 میکانیسم های هشدار زودهنگام، زنگ خطر و واکنش (EWAR) را برای همه خطراتی که نیاز به واکنش فوری دارند تقویت یا توسعه دهید.

- بر اساس مشخصات خطر اپیدمیولوژیک و زمینه اضطراب تصمیم بگیرید که کدام امراض و رویدادهای اولویت دار را شامل شود.
- اجزای شاخص و مبتنی بر رویداد را ترکیب کنید.

3 در مورد دیتاها و تعاریف عملیاتی مشترک توافق کنید و از آنها استفاده کنید.

- ارقام مخرج، مانند جمعیت، اندازه خانواده و تفکیک سن را در نظر بگیرید.
- ایجاد مناطق اداری و کدهای جغرافیایی.

4 هنگام استفاده از معلومات صحی، پروسیجر های عملیاتی ستندرد را برای همه فعالان صحی موافقت کنید.

5 از میکانیسم هایی برای حفاظت از دیتا ها برای تضمین حقوق و ایمنی افراد، واحدهای گزارش دهنده و/یا جمعیت اطمینان حاصل کنید.

- 6 از بازیگر اصلی برای گردآوری، تجزیه و تحلیل، تفسیر و انتشار معلومات به موقع و منظم به همه ذینفعان و هدایت تصمیم گیری برای برنامه های صحی حمایت کنید.
- پوشش و استفاده از خدمات صحی و تجزیه و تحلیل و تفسیر دیتا دهی اپیدمیولوژیک را شامل کنید.

شاخص های کلیدی

- فیصدی کامل هشدار اولیه، زنگ خطر و پاسخ (EWAR) / گزارش های نظارتی ارسال شده در زمان
- حد اقل ۸۰ فیصد
- فراوانی گزارش های معلومات صحی تولید شده توسط رهبر ی صحت
- حد اقل ماهانه

یاد داشت های رهنمودی

سیستم معلومات صحی: یک سیستم معلومات صحی با عملکرد خوب، تولید، تجزیه و تحلیل، انتشار و استفاده از معلومات قابل اعتماد و به موقع در مورد عوامل تعیین کننده سلامت، عملکرد سیستم های صحی و وضعیت سلامت را تضمین می کند. دیتا ها ممکن است کمی یا کیفی باشند و از منابع مختلفی مانند بررسی های سرشماری، ثبت نام حیاتی، نظرسنجی جمعیت، بررسی نیازهای درک شده، سوابق فردی و گزارش های مراکز مراقبت های صحی (مانند سیستم های معلومات مدیریت صحت) جمع آوری شوند. باید به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد تا چالش های غیرمنتظره ای مانند شیوع یا فروپاشی کامل سیستم یا خدمات صحی را در خود جای دهد و منعکس کند. اطلاعات مشکلات و نیازها را در تمام سطوح نظام صحت شناسایی خواهد کرد.

معلومات گمشده را از طریق ارزیابی یا بررسی های بیشتر جمع آوری کنید. حرکت بیرون مرزی افراد و اطلاعات مورد نیاز یا موجود را در نظر بگیرید. تجزیه و تحلیل منظم در مورد اینکه چه کسی چه کاری و کجا انجام می دهد ارائه دهید.

سیستم های معلومات مدیریت صحت (HMIS) یا گزارش های معمول از معلومات صحی تولید شده از مراکز صحی برای ارزیابی عملکرد ارائه مراقبت های صحی استفاده می کنند. یک HMIS بر ارائه مداخلات خاص، درمان شرایط، منابعی مانند در دسترس بودن دوا یا روی ردياب، منابع انسانی و میزان استفاده نظارت می کند.

سرویلانس صحت جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر مستمر و منظم دیتا های صحی است. نظارت بر مرض به طور خاص امراض و نمونه های پیشرفت مختلف را نظارت می کند و اغلب در گزارش HMIS ثبت می شود.

هشدار و پاسخ زود هنگام (EWAR) بخشی از یک سیستم مراقبت صحی معمول است. برای هر رویداد صحت عمومی که نیاز به واکنش فوری دارد، مانند مسمومیت های شیمیایی یا امراض مستعد اپیدمی، هشدار می دهد و ایجاد می کند + به مراقبت های اساسی صحی - امراض ساری ستندرد 2.1.2 سرویلانس، تشخیص شیوع و پاسخ اولیه مراجعه کنید.

پروسیجر عملیاتی استاندارد: تعاریف و روش های مشترکی برای انتقال معلومات در سراسر مکان های



جغرافیایی، سطوح مراقبت و عوامل صحتی ایجاد کنید. به عنوان حداقل، توافق کنید بر:

- تعریف واقعه;
- شاخص هایی از آنچه باید نظارت شود;
- واحدهای گزارش دهی (مانند کلینیک های سیار، شفاخانه های صحرایی، پوسته های صحتی);
- مسیره های گزارش دهی; و
- دفعات ارسال، تجزیه و تحلیل و گزارش دیتاها.

تفکیک دیتا ها: دیتا های معلومات صحتی باید بر اساس جنسیت، سن، معلولیت، جمعیت آواره و میزبان، زمینه (مانند وضعیت کمپ/غیر کمپ) و سطح اداری (منطقه، ولسوالی) برای هدایت تصمیم گیری و تشخیص نابرابری تفکیک گروه های در معرض خطر.

برای EWAR، دیتا های مرگ و میر و امراض کودکان زیر و بالای پنج سال را تفکیک کنید. هدف تولید سلسله یک هشدار است؛ دیتا های با جزئیات کمتر قابل قبول است. دیتاهای تحقیقات شیوع، ردیابی تماس، فهرست خطوط و نظارت بیشتر روند مرض باید دیتا های تفکیک شده داشته باشند.

مدیریت دیتا ها، امنیت و محرمانگی: اقدامات احتیاطی کافی را برای محافظت از ایمنی فرد و دیتا ها انجام دهید. کارکنان هرگز نباید بدون اجازه مریض معلومات مریض را با افرادی که مستقیماً در مراقبت از مریض دخالت ندارند به اشتراک بگذارند. به افراد مبتلا به اختلالات فکری، ذهنی یا حسی که ممکن است بر توانایی آنها برای رضایت آگاهانه تأثیر بگذارد، توجه کنید. توجه داشته باشید که بسیاری از افرادی که با شرایطی مانند HIV زندگی می کنند ممکن است وضعیت خود را برای اعضای نزدیک خانواده خود فاش نکرده باشند. با دیتا های مربوط به آسیب های ناشی از شکنجه یا سایر موارد نقض حقوق بشر، از جمله تجاوز جنسی، با احتیاط رفتار کنید. در صورتی که فرد آگاهانه رضایت می دهد، انتقال چنین معلومات به بازیگران یا مؤسسات مربوطه را در نظر بگیرید. + به اصل 1 حفاظت و تعهد 4 ستندرد های اساسی بشری مراجعه کنید.

تهدیدات برای مراقبت های صحتی: تهدید به کارکنان مراقبت های صحتی یا هر گونه حادثه خشونت آمیز مربوط به کارکنان مراقبت های صحتی باید با استفاده از میکانیزم های توافق شده محلی و ملی گزارش شود. + به مفاهیم اساسی در صحت (در بالا) و مراجع و مطالعه بیشتر (در زیر) مراجعه کنید.

2. مراقبت های اساسی صحت

مراقبت های صحت ضروری به علل عمده مرگ و میر و امراض در جمعیت آسیب دیده از بحران می پردازد. هماهنگی با وزارتخانه های صحت و سایر فعالان رسمی صحت برای توافق در مورد اینکه کدام خدمات در چه زمانی و در کجا اولویت دارند. اولویت ها را بر اساس زمینه، ارزیابی خطرات و شواهد موجود قرار دهید.

جمعیت آسیب دیده از بحران نیازهای جدید و متفاوتی خواهد داشت که به تکامل خود ادامه خواهد داد. مردم ممکن است با ازدحام بیش از حد، بیجا شدن های متعدد، سوء تغذیه، عدم دسترسی به آب یا تداوم درگیری مواجه شوند. سن، جنسیت، معلولیت، وضعیت HIV، هویت زبانی یا قومی می تواند بر نیازها تأثیر بگذارد و ممکن است موانع مهمی برای دسترسی به مراقبت باشد. نیازهای کسانی را که در مکان های کم خدمات یا دسترسی به آنها سخت زندگی می کنند در نظر بگیرید.

در مورد خدمات اولویت دار با وزارت صحت و سایر فعالان سلامت، با تمرکز بر خطراتی که به احتمال زیاد رخ می دهد و بیشترین امراض و مرگ و میر را ایجاد می کند، توافق کنید. برنامه های صحت باید مراقبت مناسب و مؤثر را با در نظر گرفتن زمینه، تدارکات و منابع مورد نیاز ارائه دهند. با بهبود یا بدتر شدن بیشتر زمینه، اولویت ها ممکن است تغییر کنند. این تمرین باید به طور منظم بر اساس اطلاعات موجود و با تغییر زمینه انجام شود.

هنگامی که میزان مرگ و میر کاهش یافت یا وضعیتی تثبیت شد، خدمات صحت جامع تری ممکن است امکان پذیر باشد. در شرایط طولانی این ممکن است یک بسته ضروری از خدمات صحت باشد که در سطح کشور تعریف شده است.

این بخش حداقل مراقبت های صحت ضروری را در زمینه های کلیدی واکنش اضطراری شرح می دهد: امراض ساری، صحت کودکان، سلامت جنسی و باروری، مراقبت از آسیب و تروما، صحت روانی، امراض غیر ساری و مراقبت های تسکینی (Palliative).

2.1 امراض ساری

یک بحران بشری، خواه ناشی از یک آفت طبیعی، جنگ یا قحطی باشد، اغلب باعث افزایش مرگ و میر و امراض ناشی از امراض ساری می شود. افرادی که به شهرک ها یا پناهگاه های پرجمعیت می روند به این معنی است که امراضی مانند اسهال و سرخک به راحتی گسترش می یابند. آسیب به تاسیسات نظافت یا کمبود آب پاک به این معنی است که امراض منتقله از طریق آب و ناقل به سرعت منتقل می شوند. کاهش معافیت (Immunity) جمعیت منجر به افزایش مساعد ساختن مردم به مرض می شود. خرابی سیستم های صحت می تواند تداوی طولانی مدت، مانند ارائه واکسیناسیون های معمول برای HIV و سل (TB) و تداوی شرایط ساده مانند انتانات تنفسی را مختل کند. عفونت های حاد تنفسی، اسهال، سرخک و مالاریا همچنان بیشترین عوارض را در جمعیت های آسیب دیده از بحران تشکیل می دهند.

سوء تغذیه حاد این بیماری ها را به ویژه در کودکان زیر پنج سال و در افراد مسن بدتر می کند. هدف در بحران ابتدا وقایع از امراض ساری، مدیریت هر گونه واقعات و اطمینان از واکنش سلسله و مناسب در صورت شیوع است. مداخلات برای رسیدگی به امراض ساری باید شامل وقایع، نظارت، تشخیص شیوع، تشخیص و مدیریت واقعه، و پاسخ به شیوع باشد.



استندرد 2.1.1 امراض ساری

وقایه

مردم به مراقبت های صحی و معلومات برای وقایه از امراض ساری دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- 1 **خطر امراض ساری را در جمعیت آسیب دیده تعیین کنید.**
 - در صورت موجود بودن، معلومات صحی از قبل موجود و دیتا های نظارتی و همچنین وضعیت تغذیه و دسترسی به آب سالم و صحت را بررسی کنید.
 - ارزیابی خطر را با جمعیت آسیب دیده، از جمله رهبران محلی و متخصصان صحت انجام دهید.
- 2 **با سایر بخش ها برای توسعه اقدامات وقایه عمومی و ایجاد برنامه های ارتقاء سلامت مدغم شده در سطح جامعه همکاری کنید.**
 - به ترس ها، شایعات و باورهای رایجی که می توانند رفتار سالم را تضعیف کنند، رسیدگی کنید.
 - برای اطمینان از ارسال پیام های هماهنگ، با سایر بخش هایی که فعالیت های خود را انجام می دهند، مانند مروجین صحت یا کارکنان تغذیه جامعه، هماهنگ کنید.
- 3 **اقدامات واکسیناسیون را برای وقایه از مرض اجرا کنید.**
 - نیاز به کمپاین های واکسیناسیون برای امراض ساری خاص بر اساس خطر، امکان سنجی و زمینه را تعیین کنید
 - تحویل واکسیناسیون معمول را از طریق برنامه معافیت سازی از قبل موجود در اسرع وقت از سر بگیرید.
- 4 **در صورت لزوم اقدامات وقایوی خاص مرض را اجرا کنید.**
 - تهیه و اطمینان حاصل کنید که همه مریضان بستری از جالی های با دوی حشره کش زده شده طولانی مدت (LLINs) در هر منطقه ملاریا استفاده می کنند.
- 5 **اقدامات وقایه و کنترل انتان (IPC) را در تمام سطوح مراقبت های صحی با توجه به خطر اجرا کنید + به استندرد 1.1 و استندرد 6 WASH حمایت WASH: WASH در تنظیمات مراقبت های صحی مراجعه کنید.**

شاخص های کلیدی

فیصدی افرادی که شیوه های کلیدی را اتخاذ می کنند که در فعالیت ها و پیام های آموزش صحت ترویج می شوند

فیصدی خانواده های آسیب دیده که گزارش می دهند معلومات مناسبی در مورد خطرات مرتبط با امراض ساری و اقدامات وقایوی دریافت کرده اند

فیصدی خانواده‌های آسیب‌دیده که می‌توانند سه اقدامی که برای وقایه از امراض ساری انجام می‌دهند را شرح دهند

همه مریضان بستری در بخش های مراقبت های صحتی از پشه خانه های حشره کش بادوام (LLINs) در مناطق ملاریا استفاده می‌کنند

میزان بروز امراض ساری عمده در مقایسه با سطح قبل از بحران ثابت است یا افزایش نمی‌یابد

یادداشت های رهنمودی

ارزیابی خطر: ارزیابی خطر را با جمعیت آسیب دیده، رهبران محلی و متخصصان صحت انجام دهید. خطرات ناشی از بافت و محیط را تجزیه و تحلیل کنید، مانند سکونتگاه های شلوغ جمعی و مناطق شهری. به طور فعال بخش های مختلف جمعیت را برای عوامل خاص امراض، ایمنی پایین یا سایر خطرات در نظر بگیرید.

اقدامات وقایوی بین سکتوری: اقدامات وقایوی عمومی مانند صحت مناسب، دفع زباله، مدیریت آب سالم و کافی و ناقل را توسعه دهید. سرپناه کافی، فاصله بین پناهگاه ها و تهویه می تواند به کاهش انتقال کمک کند. تغذیه انحصاری با شیر مادر و دسترسی به تغذیه کافی مستقیماً به وضعیت سلامتی کمک می کند + به تعهد 3 ستندرد اساسی بشردوستانه، ارتقاء حفظ الصحه ستندرد 1.1 WASH، ستندرد های تامین آب 2.1 WASH و 2.2، ستندرد های مدیریت زباله جامد 5.1 WASH تا 5.3، ستندرد پناهگاه و اسکان 2 و امنیت غذا و تغذیه - ستندرد های تغذیه اطفال دوره شیرخواری و کودکان خردسال 4.1 و 4.2 مراجعه کنید.

ارتقای سلامت: جوامع را برای ارائه معلومات در قالب ها و زبان هایی که برای افراد مسن، افراد دارای معلولیت، زنان و کودکان قابل دسترسی است، دخیل کنید. برای آزمایش و اعتبارسنجی پیام ها در مورد مسائل حساس وقت بگذارید.

واکسیناسیون: تصمیم برای اجرای کمپاین واکسیناسیون بر اساس سه عامل خواهد بود:

- ارزیابی عوامل خطر عمومی مانند سوء تغذیه، بار بلند امراض مزمن، ازدحام بیش از حد، شرایط شستشوی نامناسب، و خطرات خاص مرض مانند جغرافیا، آب و هوا، موسم و مصئونیت جمعیت.
 - امکان سنجی یک کمپین، بر اساس ارزیابی خصوصیات واکسین، از جمله در دسترس بودن، اثربخشی، مصئون، خواه انتی جن های منفرد باشد یا چندگانه، خوراکی یا تزریقی، و پایداری آن. عوامل عملیاتی مانند دسترسی به جمعیت، محدودیت های زمانی، حمل و نقل، نیازهای مواد، مصرف و توانایی کسب رضایت آگاهانه را در نظر بگیرید.
 - زمینه کلی، از جمله محدودیت های اخلاقی و عملی مانند مخالفت جامعه، نابرابری های ناشی از کمبود منابع و محدودیت های سیاسی یا امنیتی، یا تهدیدهای شناخته شده علیه واکسیناتورها.
- + به مراقبت های ضروری صحتی - صحت طفل ستندرد 2.2.1: امراض قابل وقایه با واکسین دوره طفولیت و واکسیناسیون در بحران های حاد بشردوستانه: چارچوبی برای تصمیم گیری، 2017، WHO، که 23 انتی جن از جمله کولرا، مننجهت، سرخکان و روتاویروس را پوشش می دهد.



وقایه از ملاریا: در مواردی که انتقال ملاریا بالا تا متوسط است، LLIN ها را برای افراد و خانواده های دارای سوء تغذیه شدید، زنان باردار، کودکان زیر پنج سال، کودکان بدون همراه و افراد مبتلا به HIV ارائه دهید. سپس افراد را در برنامه های تغذیه تکمیلی، خانواده های دارای فرزند زیر پنج سال و خانواده های زنان باردار اولویت بندی کنید. به زنان باردار طبق پروتوکول های ملی و نمونه های مقاومت پروفیلاکسس کیمیای بدهید. در مناطقی با سوء تغذیه بالا و مرگ و میر ناشی از سرخاکان، تداوی کیمیای هدفمند ملاریای فصلی را در نظر بگیرید.

بیماری های منتقله از طریق پشه آئدس (Aedes): تب دنگی (Dengue fever)، چیکونگونیا، ویروس زیکا و تب زرد (Yellow fever) توسط پشه آئدس منتشر می شود. از طریق مدیریت مدغم ناقل از مرض جلوگیری کنید. افراد باید برای جلوگیری از گزیدن لباس بپوشند و خانواده ها باید از شیوه های مدیریت آب و زباله و مواد دافع یا LLIN برای کودکان خردسال و اطفال دوره شیر خواری که در طول روز می خوابند استفاده کنند. + به WASH کنترل ناقل ستندرد 4.2: اقدامات خانگی و شخصی برای کنترل ناقل مراجعه کنید.

ستندرد 2.1.2 امراض ساری

سویلانس، تشخیص شیوع و اقدامات زودهنگام

سیستم های سرویلانس و گزارش، تشخیص زودهنگام شیوع و پاسخ زودهنگام را فراهم می کنند.

اقدامات کلید

- 1 یک میکانیزم هشدار زودهنگام و پاسخ به بیماری (EWAR) را تقویت یا ایجاد کنید.
 - بر اساس خطر اپیدمیولوژیک، امراض و رویدادهای اولویت دار را که باید گنجانده شوند، تصمیم بگیرید.
 - کارکنان مراقبت های صحنه در تمام سطوح در مورد امراض و میکانیزم های اولویت دار برای اطلاع رسانی به مقامات صحنه و ایجاد هشدار را آموزش دهید.
 - گزارش های هفتگی EWAR را به همه ذینفعان برای انجام اقدامات لازم را منتشر کنید.
- 2 تیم های بررسی شیوع را ایجاد کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که هنگام ایجاد هشدار، اقدامات به سرعت انجام می شود.
 - در جایی که تیم ها به جمعیت آسیب دیده دسترسی ندارند، مانند مناطق درگیری فعال، تحقیقات از راه دور را آغاز کنید.

- 3 اطمینان حاصل کنید که نمونه ها را می توان با آزمایش های تشخیصی سلسله ای یا لابراتوار ها برای تأیید شیوع بیماری آزمایش کرد + به مراقبت های ضروری صحنه - امراض ساری ستندرد 2.1.3: تشخیص و مدیریت واقعه مراجعه کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی هشدارهایی که در 24 ساعت گزارش شده است

- 90 فیصد

فیصدی هشدارهای گزارش شده در عرض 24 ساعت تأیید می شود

- 90 فیصد

فیصدی هشدارهای تأیید شده در 24 ساعت بررسی می شود

- 90 فیصد

یاد داشت های رهنمودی

هشدار و پاسخ زود هنگام (EWAR): با هماهنگی همه ذینفعان، از جمله وزارت صحت، شرکا و جامعه، یک سیستم EWAR را که نماینده جمعیت آسیب دیده است، تقویت یا ایجاد کنید + به ستندرد 1.5 سیستم های صحن: معلومات صحن مراجعه کنید. این سیستم باید بتواند شایعات، رویدادهای غیرمعمول و گزارش های جامعه را ضبط کند.

سرویلانس و هشدار اولیه: سیستم EWAR را با شرکا تقویت کنید و در مورد واحدهای گزارش دهی، جریان داده ها، ابزارهای گزارش دهی، ابزارهای تجزیه و تحلیل داده ها، تعاریف موارد و فراوانی گزارش ها توافق کنید.

تولید هشدار و گزارش: هشدارها رویدادهای سلامتی غیرمعمولی هستند که ممکن است نشان دهنده مراحل اولیه شیوع بیماری باشند. آستانه های هشدارخاص برای هر مرض را تعریف کنید و در اسرع وقت گزارش دهید. از گزارش های قابل اطلاع فوری مبتنی بر رویداد توسط کارکنان مراقبت های صحن یا تجزیه و تحلیل گزارش های مبتنی بر شاخص (هفتگی یا بیشتر) استفاده کنید. فوراً همه هشدارها را ثبت کنید و آنها را به تیم های بررسی شیوع بیماری منتقل کنید تا تأیید شود.

تأیید هشدار: اطلاعات هشدار را ظرف 24 ساعت تأیید کنید. راستی آزمایی می تواند از راه دور انجام شود، مانند تلفون، و شامل جمع آوری دیتاهای بیشتر و تجزیه و تحلیل موارد بر اساس علائم، تاریخ شروع، مکان، جنس، سن، نتایج سلامتی و تشخیص های افتراقی است.

تشخیص شیوع مرض: اگر یک هشدار تأیید شد، تحقیقات میدانی را ظرف 24 ساعت انجام دهید. اطمینان حاصل کنید که تیم ها مهارت های کافی برای تأیید هشدارها، انجام تحقیقات میدانی، تشخیص شیوع مشکوک و گرفتن نمونه های لابراتواری دارند. در صورت رسیدن به آستانه اپیدمی، تحقیقات شیوع بیماری را تأیید می کند یا تعیین می کند که آیا هشدار منعکس کننده واقعات پراکنده یا اوج فصلی است. واقعات را بررسی کنید، نمونه برداری کنید و ارزیابی خطر را انجام دهید. نتایج احتمالی عبارتند از:

- این یک واقعه یا کیس نیست;

- یک مورد تایید شده است، اما شیوع بیماری نیست؛ یا

- یک مورد تایید می شود و یک شیوع مشکوک/تأیید می شود.

برخی از شیوع ها را فقط می توان با تجزیه و تحلیل لابراتواری تایید کرد. با این حال، حتی شیوع های مشکوک ممکن است هنوز نیاز به اقدام فوری داشته باشند.



آستانه های هشدار و شیوع

آستانه هشدار	آستانه شیوع	
کولرا	2 مورد با اسهال آبکین حاد و دیهیدریشن شدید در افراد 2 سال به بالا، یا مرگ بر اثر اسهال آبکین حاد در همان ناحیه در فاصله مدت یک هفته از یکدیگر 1 مرگ در اثر اسهال آبکین حاد شدید در یک فرد 5 ساله یا بالاتر 1 مورد اسهال آبکین حاد، مثبت شده برای کولرا توسط آزمایش تست های سلسله تشخیصی در یک منطقه.	1 واقعه تثبیت شده
ملاریا	در سطح کشور وابسته به شرایط تصمیم می شود	در سطح کشور وابسته به شرایط تصمیم گیری می شود
در سطح کشور وابسته به شرایط تصمیم گیری می شود	1 واقعه	به سطح مملکت تعریف میشود
منجیت	2 مورد در یک هفته (در یک جمعیت 30000) 3 مورد در هفته (در جمعیت 30000-100000)	5 مورد در هفته (در جمعیتی کمتر از 30000) 10 مورد در هر 100000 نفر در هفته (در جمعیت 30000-100000) 2 مورد تأیید شده در یک هفته در یک کمپ
Viral haemorrhagic fevers	1 واقعه	1 واقعه
Yellow fever	1 واقعه	1 واقعه

بررسی شیوع و پاسخ اولیه: در صورت تأیید یا مشکوک شدن شیوع، بیشتر بررسی کنید. به منظور اتخاذ اقدامات کنترولی مناسب، علت/منبع، افرادی که تحت تأثیر قرار گرفته اند، راه های انتقال و افرادی که در معرض خطر هستند را تعیین کنید.

تحقیقات اپیدیمولوژی توصیفی انجام دهید، از جمله:

- موارد، مرگ و میر و فرد، زمان و مکان شروع، برای ایجاد منحنی اپیدمی و نقشه نقطه ای؛
 - لیست های خطی که هر مورد را دنبال می کند و میزان شیوع را تجزیه و تحلیل می کند، به عنوان مثال تعداد بستری شدن در شفاخانه ها، امراض، میزان مرگ و میر مورد؛ و
 - محاسبه نرخ حمله بر اساس ارقام جمعیت توافقی شده.
- فرضیه ای ایجاد کنید که قرار گرفتن در معرض و مرض را توضیح دهد. پتوجن، منبع و مسیر انتقال را در نظر بگیرید.

فرضیه را ارزیابی کنید و با تعریف مورد شیوع موافقت کنید. این ممکن است خاص تر از تعریف موردی باشد که برای نظارت استفاده می شود. هنگامی که بررسی های لابراتواری شیوع مرض را از منابع متعدد تأیید کرد، از تعریف واقعه شیوع پیروی کنید. ممکن است نیازی به ادامه جمع آوری نمونه نباشد.

یافته ها را به سرعت و به طور منظم بحث و اپدیت کنید. اقدامات کنترولی مبتنی بر جمعیت را در اسرع وقت اجرا کنید.

همه این فعالیت ها ممکن است همزمان اتفاق بیفتند، به خصوص در طول یک شیوع مداوم ⊕ به مراقبت های ضروری صحت - امراض ساری ستندرد 2.1.4: آماده گی و پاسخ برای شیوع مراجعه کنید.

ستندرد 2.1.3 امراض ساری

تشخیص و مدیریت واقعه

مردم به تشخیص و تداوی مؤثر امراض انتانی که بیشترین سهم را در بروز امراض و مرگ و میر دارند، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- 1 **پیام های واضحی تهیه کنید که افراد را تشویق کند تا برای علائمی مانند تب، سرفه و اسهال به دنبال مراقبت باشند.**
 - مواد نوشتاری، پخش رادیویی یا پیام های تلفون همراه را با استفاده از فرمت ها و زبان های قابل دسترس توسعه دهید.
- 2 **از پروتوکول های ستندرد مدیریت مورد تایید شده برای ارائه مراقبت های صحت استفاده کنید**
 - اجرای مدیریت واقعه مبتنی بر جامعه مانند ملاریا، اسهال و نمونیا یا سینه بغل را در نظر بگیرید.
 - موارد شدید را به سطوح بالاتر مراقبت یا تجرید ریفر کنید.
- 3 **ظرفیت لابراتواری و تشخیصی کافی، لوازم و تضمین کیفیت را ارائه کنید.**
 - استفاده از تست های تشخیصی سلسله ای یا آزمایش های لابراتواری برای پتوجن ها و اینکه در چه سطحی از مراقبت های صحت باید ارائه شود (مثلاً آزمایش های تشخیص سلسله ای در جامعه) را تعیین کنید.
- 4 **اطمینان حاصل کنید که درمان برای افرادی که مراقبت های طولانی مدت برای بیماری های ساری مانند سل و HIV دریافت می کنند، مختل نمی شود.**
 - برنامه های کنترل توپرکلوز را تنها پس از برآورده شدن معیارهای شناخته شده معرفی کنید
 - با برنامه های HIV برای اطمینان از ارائه مراقبت های صحت برای مبتلایان به انتانات همزمان HIV-TB هماهنگی کنید.

شاخص های کلیدی

- فیصدی مراکز صحت که از یک جمعیت آسیب دیده از بحران با استفاده از پروتوکول های تداوی ستندرد برای یک مرض خاص حمایت می کنند
- از بررسی ماهانه سوابق برای نظارت بر روندها استفاده کنید
- فیصدی موارد مشکوک تایید شده با روش تشخیصی که توسط یک پروتوکول توافق شده تعیین شده است



یاد داشت های رهنمودی

پروتوکول های تداوی: پروتوکول ها باید شامل بسته ای از تشخیص، تداوی و رجعت باشند. اگر چنین بسته ای در شرایط بحرانی موجود نیست، راهنمایی های بین المللی را در نظر بگیرید. نمونه های محلی مقاومت در برابر دوا (همچنین با در نظر گرفتن بیجا شدن)، به خصوص برای ملاریا، سل و تیفوئید. گروه های کلینیکی پرخطر مانند کودکان زیر دو سال، زنان باردار، افراد مسن، افراد مبتلا به HIV و کودکان مبتلا به سوءتغذیه حاد را در نظر بگیرید که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به برخی از امراض ساری هستند.

انذانات حاد تنفسی: در بحران ها، آسیب پذیری با ازدحام بیش از حد، دود داخل خانه و تهویه ضعیف، و سوءتغذیه و/یا کمبود ویتامین A افزایش می یابد. میزان مرگ و میر را از طریق شناسایی به موقع، آنتی بیوتیک های خوراکی و رجعت موارد شدید کاهش دهید. اسهال و اسهال خونی: میزان مرگ و میر را از طریق افزایش دسترسی و استفاده از تداوی ریهادریشن فمی و مکمل زنک در سطح خانواده، جامعه یا مراقبت های صحتی اولیه کنترل کنید. تداوی می تواند در نقاط ریهادریشن فمی جامعه باشد.

مدیریت واقعه جامعه: میزبان مبتلا به ملاریا، نمونیا (سینه بغل) یا اسهال را می توان توسط CHW های آموزش دیده تداوی کرد. اطمینان حاصل کنید که همه برنامه ها از نزدیکترین مرکز مراقبت های صحتی مرتبط و نظارت می شوند. دسترسی عادلانه و بی طرفانه برای همه را تضمین کنید. **آزمایش لابراتواری:** یک شبکه ارجاعی از امکانات لابراتواری ملی، منطقه ای و بین المللی را برای آزمایش نمونه ها ایجاد کنید. از انجام آزمایشات تشخیصی سلسله معملاریا، کولرا و تب دنگی، به علاوه آزمایش سطح هموگلوبین خون اطمینان حاصل کنید. محیط حمل و نقل مناسب را برای نمونه هایی که باید برای سایر عوامل مرض زا مورد آزمایش قرار گیرند (مانند وسط زرع کاری-بلر (Cary-blair) برای کولرا) فراهم کنید.

کارکنان مراقبت های صحتی را در روش های تشخیصی، تضمین کیفیت، و جمع آوری، حمل و نقل و مستندسازی نمونه آموزش دهید. پروتوکولی برای آزمایش قطعی در لابراتوار های مرجع در سطح ملی، منطقه ای یا بین المللی ایجاد کنید. آزمایش قطعی شامل کشت از نمونه ها، آزمایش سیرولوژیکی و آنتی جن یا آزمایش RNA برای تب زرد، تب های خونریزی دهنده و ویروسی و هیپاتیت E است. پروتوکول هایی در مورد میکائیزم های انتقال ایمن برای پتوجن ها، بخصوص برای تب خونریزی دهنده و ویروسی، طاعون یا موارد مشابه ر ایجاد کنید. مقررات هوانوردی را برای حمل و نقل نمونه ها از طریق هوا را در نظر بگیرید.

کنترل توبرکلوز (TB) به دلیل افزایش مقاومت دواپی پیچیده است. فقط در صورتی برنامه هایی را ایجاد کنید که دسترسی مداوم به جمعیت و ارائه مراقبت حداقل برای 12 تا 15 ماه تضمین شود. توبرکلوز مقاوم به چند دوا (MDR TB)، مقاوم به دو دوا اصلی ضد سل، ایزونیاژید و ریفامپیسین و سل بسیار مقاوم به دارو (EDR TB)، مقاوم به چهار داروی اصلی ضد سل شناسایی شده است. هر دوی این نوع تداوی های طولانی تر، گران تر و پیچیده تر نیاز دارند. در بحران ها، اغلب دسترسی به تست های تشخیصی و حساسیت لازم برای اطمینان از انتخاب و استفاده صحیح از دوا های توبرکلوز دشوار است.

ستندرد 2.1.4 امراض ساری

آمادگی و واکنش در برابر شیوع

آماده گی کافی برای شیوع ها اتخاذ شده و به موقع و مؤثر کنترل می شوند.

اقدامات کلیدی

1 یک برنامه آمادگی و واکنش یکپارچه برای شیوع مرض با مشارکت همه ذینفعان و بخش ها را توسعه و انتشار دهید.

- تمرکز آموزش بر کارکنان کلیدی در مناطق پرخطر.
- دوا های ضروری، دستگاه های طبی، تست های سلسله، PPE و کیت ها (مانند مرض کولرا و اسهال) را در مناطق مستعد اپیدیمی و مناطق با دسترسی محدود از قبل قرار دهید.

2 پس از شناسایی شیوع، اقدامات کنترولی خاص مرض را اجرا کنید.

- نیاز به یک کمپاین هدفمند واکسیناسیون را تعیین کنید.
- اقدامات IPC را افزایش دهید، از جمله ایجاد مناطق تجرید برای کولرا، هپاتیت E یا سایر موارد.

3 ایجاد و هماهنگی ظرفیت لجستیکی و پاسخگویی مخصوص شیوع مرض.

- از ظرفیت حمل و نقل و ذخیره سازی دوا ها و لوازم، از جمله زنجیره سرد برای واکسین ها اطمینان حاصل کنید.
- ظرفیت امکانات مراقبت های صبی مانند خیمه های کولرا یا منجایتس را اضافه کنید.
- اطمینان از دسترسی و حمل و نقل به لابراتوار ها در سطوح محلی، ملی و بین المللی برای آزمایش نمونه ها.

3 در صورت نیاز با سایر بخش ها از جمله حمایت از کودکان هماهنگ کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی کارکنان صبی در مناطق پرخطر که در مورد طرح و پروتوکول های واکنش به شیوع مرض آموزش دیده اند

میزان مرگ و میر موارد به سطح قابل قبول کاهش می یابد

- کولرا >1 فیصد
- منجایتس >15 فیصد
- هپاتیت E کمتر از 4 درصد در جمعیت عمومی، 10 تا 50 درصد در زنان باردار در ترایمستر سوم
- دیفتری (تنفسی) >10-5 درصد
- سیاه سرفه >4 درصد در کودکان یک ساله، >1 درصد در کودکان یک تا چهار ساله
- تب دنگی >1 درصد



یاد داشت های رهنمودی

برنامه آمادگی برای شیوع و واکنش: این را با شرکای بخش صحت، وزارت صحت، اعضای جامعه و رهبران توسعه دهید. شرکای WASH، تغذیه، سرپناه و آموزش، دولت میزبان، زندان ها و بخش نظامی (در صورت لزوم) نیز باید دخیل شوند. هنگام واکنش به شیوع مرض، اطمینان حاصل کنید که سایر خدمات صحتی حیاتی به خطر نیفتند.

طرح باید تعریف کند:

- میکانیزم هماهنگی واکنش به شیوع مرض در سطح ملی، محلی و اجتماعی;
 - میکانیزم هایی برای بسیج جامعه و ارتباطات مخاطره آمیز
 - تقویت EWAR: نظارت بر مرض، تشخیص شیوع، بررسی شیوع (اپیدمیولوژیک);
 - مدیریت واقعه;
 - اقدامات کنترلی مخصوص مرض و زمینه;
 - اقدامات بین سکتوری;
 - پروتوکول های حمل و نقل ایمن و مسیرهای ریفر نمونه ها برای بررسی لابراتواری;
 - طرح های احتمالی برای افزایش خدمات در سطوح مختلف مراقبت، از جمله ایجاد مناطق تجرید در مراکز مداوی;
 - ظرفیت های تیم کنترل شیوع و نیازهای پرسونل مراقبت های صحتی؛ و
 - در دسترس بودن دوا های ضروری، واکسین ها، دستگاه هایطبی، لوازم لابراتواری و PPE برای کارکنان مراقبت های صحتی، از جمله خرید بین المللی (به عنوان مثال، انبار جهانی واکسین).
- کنترل شیوع مرض متکی بر گفتگوی کافی خطر و تیم های اختصاصی کنترل شیوع است. شیوع را به طور جامع مهار کنید تا به مناطق جدید سرایت نکند و تعداد موارد جدیدی که در آنها شیوع پیدا می کند کاهش یابد. این امر مستلزم یافتن فعال مورد و تشخیص سلسله و مدیریت واقعه است. مناطق تجرید را در صورت نیاز (مثلاً برای کولرا یا هیپاتیت E) فراهم کنید. کنترل ناقل برای کاهش قرار گرفتن در معرض اتان را بهبود بخشید، از LLIN و رفتار صحتی بهبود یافته استفاده کنید.

کمپاین های واکسیناسیون

منجائیتس: سیروگروپ های (A، C، W) و Y می توانند باعث شیوع در بحران شوند. واکسین های A و C برای استفاده در اپیدیمی ها در دسترس هستند. واکسیناسیون معمول در بحران ها برای گروه های سروی C و W امکان پذیر نیست. واکسیناسیون هدف در گروه های سنی خاص بر اساس میزان حمله شناخته شده یا در سنین شش ماه تا 30 سال. با توجه به نیاز به پونکسیون کمتری برای تشخیص قطعی، تعریف واقعه و وضوحی را ایجاد کنید.

تب خونریزی دهنده ویروسی: مدیریت و تشخیص Viral haemorrhagic fever مانند ایبولا یا تب لاسا بر اساس دستورالعمل های دقیق ملی و بین المللی است.

این شامل پروتوکول های مربوط به واکسین های جدید و روش های مداوی نوآورانه است. مشارکت مؤثر جامعه در طول این شیوع بسیار حیاتی است.

تب زرد: واکسیناسیون کتلوی پس از تایید یک واقعه در محل سکونت برای جمعیت های آواره و میزبان توصیه می شود. این را با اقدامات کنترل ناقل Aedes و جداسازی دقیق موارد ترکیب کنید.

پولیو: فلج اطفال در برنامه توسعه یافته سازمان صحت جهانی برای معاف سازی (EPI) گنجانده شده

است و واکسیناسیون باید پس از مراحل اولیه شرایط اضطراری از سر گرفته شود. در صورت مشاهده یک واقعه فلج پولیو، واکسیناسیون دسته جمعی را آغاز کنید. کولرا: پروتوکول های تداوی و شیوع واضح باید در دسترس باشد و در بین سکتور ها هماهنگ شود. از واکسین های کولرا مطابق با چارچوب سازمان جهانی صحت استفاده کنید و استراتژی های موجود برای کنترل کولرا را تکمیل کنید.

هیپاتیتس A و E: اینها خطر قابل توجهی دارند، بخصیص در کمپ های پناهندگان. با استفاده از نظافت و حفظ الصحه بهبود یافته و دسترسی به آب سالم، از شیوع مرضجلوگیری و کنترل کنید. **سرخکان:** + به مراقبت های ضروری صبی - صحت طفل ستندرد 2.2.1: امراض قابل وقایه با واکسین دوره طفولیت.

سیاه سرفه یا دیفتیریا: شیوع سیاه سرفه زمانی که افراد آواره می شوند شایع است. با توجه به نگرانی در مورد خطرات در میان دریافت کنندگان مسن تر واکسین دیفتیری، سیاه سرفه و تیتانوس (DPT)، در مورد کمپاین واکسیناسیون مربوط به شیوع سیاه سرفه مراقب باشید. از یک شیوع برای رفع خلا های معمول معافیت سازی استفاده کنید. مدیریت واقعه شامل تداوی آنتی بیوتیکی واقعات و تداوی وقایوی اولیه تماس در خانواده هایی است که کودک دوره شیرخواری یا زن باردار وجود دارد. شیوع دیفتیری کمتر رایج است، اما همچنان در محیط های بیروبار با معافیت کم دیفتیری یک تهدید است. در کمپ ها، کمپاین های واکسیناسیون کتلوی دیفتیری با سه دوز مجزا از واکسین ناشناخته نیست. مدیریت واقعه شامل تجویز آنتی توکسین و آنتی بیوتیک است.

میزان مرگ و میر واقعه: میزان قابل قبول مرگ و میر CFR واقعه برای امراض خاص بسته به زمینه و ایمنی موجود متفاوت است. سعی کنید تا حد امکان میزان مرگ و میر را کاهش دهید. میزان بالای مرگ و میر واقعات ممکن است نشان دهنده عدم دسترسی به مراقبت های صبی مناسب، ارائه دیرهنگام و مدیریت واقعه، امراض همراه قابل توجه در جمعیت، یا مراقبت های صبی با کیفیت پایین باشد. میزان مرگ و میر واقعه را به طور مکرر نظارت کنید و در صورت بالاتر از حد انتظار، اقدامات اصلاحی فوری را انجام دهید.

مراقبت از کودکان: در هنگام شیوع مرض، هنگام طراحی و اجرای برنامه ها، کودکان را گروهی خاص در نظر بگیرید. هماهنگی و رجعت بین بخش های صحت و حمایت از کودکان. به خطرات جدایی کودکان از والدینشان رسیدگی کنید. خطرات ممکن است ناشی از امراض و مرگ و میر والدین یا طراحی برنامه باشد. بر جلوگیری از جدایی خانواده تمرکز کنید و از رضایت والدین یا کودک برای تداوی اطمینان حاصل کنید. اتخاذ تدابیری برای باز نگهداشتن امکانات آموزشی با توجه به اقدامات کنترلی لازم و آموزش بهداشت.

2.2 مراقبت های ضروری صبی - صحت طفل

در طول بحران، کودکان حتی در برابر انتانات، امراض و سایر خطرات برای سلامتی و زندگی خود آسیب پذیرتر هستند. نه تنها شرایط زندگی بدتر شده است، بلکه برنامه های معافیت سازی نیز قطع شده است. این خطرات حتی برای کودکان بدون همراه و جدا شده بیشتر است.

یک پاسخ هماهنگ متمرکز بر کودک مورد نیاز است. در ابتدا این امر بر مراقبت های نجات دهنده تمرکز می کند، اما در نهایت مداخلات باید رنج را کاهش داده و باعث رشد و توسعه شود. برنامه ها باید



به علل عمده امراض و مرگ و میر پردازند. این خطرات در سطح جهانی عبارتند از انتانات حاد تنفسی، اسهال، سرخکان، ملاریا، سوء تغذیه و علل امراض و مرگ و میر نوزادان.

2.2.1 سندرد صحت طفل

امراض قابل وقایه با واکسین دوره طفولیت

کودکان شش ماهه تا 15 ساله از مصونیت در برابر مرض برخوردارند و به خدمات روتین برنامه گسترده معافیت سازی (EPI) در طول بحران دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

1 تعیین کنید که آیا نیاز به واکسیناسیون وجود دارد یا خیر، و روش مناسب برای شرایط اضطراری. این را بر اساس ارزیابی خطر (به عنوان مثال جمعیت، فصل)، امکان سنجی یک کمپاین (از جمله نیاز به دوزهای متعدد، در دسترس بودن)، و زمینه (مانند امنیت، نیازهای رقابتی) قرار دهید. قسمیکه یک بحران تکامل می یابد این روند باید ادامه داشته باشد + به مراقبت های ضروری صحت - امراض ساری سندرد 2.1.1: وقایه مراجعه کنید..

2 بدون توجه به سابقه واکسیناسیون سرخکان، زمانی که پوشش تخمینی سرخک کمتر از 90 درصد یا ناشناخته است، یک کمپاین واکسیناسیون دسته جمعی سرخکان برای کودکان شش ماهه تا 15 ساله انجام دهید.

- برای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه ویتامین A را در نظر بگیرید.
- اطمینان حاصل کنید که تمام نوزادانی که بین شش تا نه ماهگی واکسینه شده اند، دوز دیگری از واکسین سرخکان را در نه ماهگی دریافت کنند.

3 در اسرع وقت EPI تعریف شده در p.401 و EPI 402 را مجدداً برقرار کنید. به منظور ارائه برنامه معافیت سازی ملی برای امراض قابل وقایه با واکسین حداقل 20 روز در ماه، امکانات مراقبت های صحت اولیه یا سیستم های تیم های سیار/توسعه دهی را هدف قرار دهید.

4 کودکانی را که به مراکز درمانی یا کلینیک های سیار مراجعه می کنند از نظر وضعیت واکسیناسیون سکرینینگ کنید و هر گونه واکسیناسیون مورد نیاز را انجام دهید.

شاخص های کلیدی

فیصدی کودکان شش ماهه تا 15 ساله که پس از تکمیل کمپاین واکسیناسیون سرخکان واکسن سرخکان دریافت کرده اند

• <95 فیصد

فیصدی کودکان 6 تا 59 ماهه که دوز مناسب ویتامین A دریافت کرده اند، پس از تکمیل کمپین واکسیناسیون سرخکان

- <95 فیصد

فیصدی کودکان 12 ماهه که سه دوز DPT داشته اند

- <90 فیصد

فیصدی تسهیلات اولیه مراقبت های صبی که خدمات اولیه EPI را حداقل 20 روز در ماه ارائه می دهند

یاد داشت های رهنمودی

واکسیناسیون: واکسین ها برای جلوگیری از مرگ و میر اضافی در بحران های حاد حیاتی هستند. راهنمای ملی ممکن است موارد اضطراری یا افرادی را که از مرزها عبور کرده اند پوشش ندهد، بنابراین بدون تأخیر برای تعیین واکسن های مورد نیاز و ایجاد یک برنامه اجرایی که شامل پروسه های تدارکاتی است، کار کنید. + به مراقبت های صبی ضروری صبی- امراض ساری ستندرد 2.1.1 برای راهنمایی در مورد ارزیابی خطر و تصمیمات واکسیناسیون و سیستم های صبی ستندرد 1.3: دوا ها و تجهیزات طبی ضروری برای تهیه و ذخیره واکسین مراجعه کنید.

واکسیناسیون سرخکان: معاف سازی سرخکان یکی از اولویت های مداخله صبی در بحران است.

- **پوشش:** دیتا های پوشش را برای جمعیت آواره و میزبان بررسی کنید تا ارزیابی کنید که آیا پوشش معمول معافیت سازی سرخکان یا پوشش کمپاین سرخکان در سه سال گذشته بیش از 90 فیصد بوده است. اگر پوشش واکسیناسیون کمتر از 90 درصد، ناشناخته یا مشکوک است، کمپاین سرخک را اجرا کنید. مکمل ویتامین A را همزمان تجویز کنید. اطمینان حاصل کنید که حداقل 95 فیصد از تازه واردان به یک شهرک بین شش ماهه تا 15 سال واکسین شده اند.

- **محدوده سنی:** برخی از کودکان بزرگتر ممکن است واکسیناسیون معمول، کمپاین های سرخکان و خود مرض سرخکان را فراموش کرده باشند. این کودکان همچنان در معرض خطر انتان سرخکان قرار دارند و می توانند نوزادان و کودکان خردسال را که در معرض خطر مرگ ناشی از این مرض قرار دارند، آلوده کنند. بنابراین تا سن 15 سالگی واکسین بزنید. اگر این امکان پذیر نیست، کودکان 6 تا 59 ماهه را در اولویت قرار دهید.

واکسیناسیون های مکرر: همه کودکان 9 ماهه تا 15 ساله باید دو دوز واکسین سرخکان را به عنوان بخشی از برنامه های ستندرد ملی معافیت سازی دریافت کنند. کودکان بین شش تا نه ماه کسانی که واکسین سرخکان را دریافت کرده اند (به عنوان مثال، در یک کمپاین اضطراری)

باید دو دوز دیگر را در سنین توصیه شده طبق برنامه ملی دریافت کنید (معمولا 9 ماه و 15 ماه در مناطق پرخطر).

پولیو: کمپاین های پولیو را در نظر بگیرید که در آن شیوع فلج اطفال یا تهدید برنامه های ریشه کنی وجود دارد، همانطور که در واکسیناسیون در بحران های حاد بشردوستانه تعیین شده است: چارچوبی برای تصمیم گیری + به مراقبت های ضروری صبی - امراض ساری ستندرد 2.1.1: وقایه مراجعه کنید.



برنامه ملی EPI: برای محافظت از کودکان در برابر سرخکان، دیفتی و سیاه سرفه و کاهش خطر انتانات تنفسی، سلسله‌ای EPI را مجدداً برقرار کنید. برنامه های ملی EPI ممکن است به واکسین های مکمل نیاز داشته باشند + به مراقبت های ضروری صحت - امراض ساری 2.1.4: آماده گی و پاسخ برای شیوع مراجعه کنید.

معافیت واکسین: همیشه از معافیت واکسین ها اطمینان حاصل کنید. دستورالعمل های سازنده را برای نگهداری و سردخانه دنبال کنید + به سیستم صحتی ستندرد 1.3: دوا های ضروری و تجهیزات طبی مراجعه کنید.

رضایت آگاهانه: رضایت آگاهانه والدین یا سرپرستان را برای تزریق واکسین دریافت کنید. این شامل درک خطرات و عوارض جانبی بالقوه است.

2.2.2.2 صحت طفل

مدیریت امراض نوزادی و طفولیت

کودکان به مراقبت های صحتی اولویت دار دسترسی دارند که به علل اصلی مرگ و میر نوزادان و کودکان می پردازد.

اقدامات کلیدی

1 **مراقبت های صحتی مناسب در سطوح مختلف (تاسیسات، کلینیک های سیار یا برنامه های اجتماعی) را ارائه کنید.**

- از دستورالعمل های «سلامت نوزاد در محیط های بشردوستانه» برای مراقبت های ضروری نوزادان استفاده کنید + به رفرنس ها مراجعه کنید.
- مدیریت مدغم واقع جامعه (iCCM) و مدیریت مدغم امراض دوران طفولیت (IMCI) را در نظر بگیرید.

2 **ایجاد یک سیستم ستندرد ارزیابی و تریاژ در تمامی مراکز که از نوزادان یا کودکان مریض مراقبت می کنند.**

- اطمینان حاصل کنید که کودکان با علائم خطر (ناتوانی در نوشیدن یا شیر خوردن مادر، استفراغ همه چیز، تشنج، بی حالی یا بیهوشی) تداوی فوری دریافت می کنند.
- ارزیابی تروما و مسمومیت کیمیایی در زمینه هایی که خطر افزایش یافته است را شامل کنید.

3 **دوا های ضروری را در دوزها و فرمول های مناسب برای تداوی امراض رایج دوران کودکی در تمام سطوح مراقبت در دسترس قرار دهید.**

- 4 **کودکان را از نظر رشد و وضعیت تغذیه آنها بررسی کنید.**
- کلیه کودکان دارای سوء تغذیه را به خدمات تغذیه رجعت دهید.
 - تداوی مبتنی بر تسهیلات برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه حاد شدید همراه با اختلالات را ارائه کنید.

- 5 یک پروتوکول مدیریت واقعه مناسب برای تداوی دوران طفولیت و امراض قابل وقایه با واکسین، مانند دیفتی و سیاه سرفه، در شرایطی که خطر شیوع بالا است، ایجاد کنید.
- در صورت امکان از پروتوکول های موجود استفاده کنید.

- 6 پیام های آموزش صبی را برای تشویق خانواده ها به مشارکت در رفتارهای سالم و اقدامات وقایوی از امراض طراحی کنید.
- اقداماتی مانند تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه نوزاد، شستن دست ها، گرم نگهداشتن نوزادان را ترویج دهید و رشد اولیه دوران کودکی را تشویق کنید.

- 7 پیام های آموزش صبی را طراحی کنید تا افراد را تشویق کنند تا برای هر مرض مانند تب، سرفه یا اسهال در کودکان و نوزادان به دنبال مراقبت های اولیه باشند.
- برای دسترسی به کودکانی که بزرگسال یا والدینی از آنها مراقبت نمی کنند اقدامات لازم را انجام دهید.

- 8 کودکان دارای معلولیت یا تاخیر در رشد را شناسایی کنید.
- مشاوره و ارجاع به خدمات مراقبتی یا توانبخشی را ارائه کنید.

شاخص های کلیدی

نرخ مرگ و میر خام زیر پنج سال

- کمتر از 2 مرگ در هر 10000 نفر در روز $\oplus$ به ضمیمه 3 برای محاسبه مراجعه کنید.

تداوی موثر ضد ملاریا به موقع برای همه کودکان زیر پنج سال مبتلا به ملاریا ارائه می شود

- در عرض 24 ساعت از شروع علائم
- استثنا برای کودکان زیر پنج سال که سوء تغذیه حاد شدید را تجربه می کنند

نمک های ریه پدريشن فمی (ORS) و مکمل های زنک به موقع برای همه کودکان زیر پنج سال مبتلا به اسهال ارائه می شود

- در عرض 24 ساعت از شروع علائم

مراقبت های مناسب به موقع برای همه کودکان زیر پنج سال که مبتلا به سینه بغل هستند ارائه می شود

- در عرض 24 ساعت از شروع علائم

یاد داشت های رهنمودی

مراقبت های ضروری از نوزادان: به همه نوزادان در هنگام تولد مراقبت های ماهرانه ارائه دهید، ترجیحاً در یک مرکز مراقبت های صبی و با توجه به شرایط $\oplus$ به "مدیریت مدغم بارداری و زایمان" (IMPAC) و 'رهنمودهای صبی نوزادان در محیط های بشردوستانه مراجعه کنید.. چه ولادت با



- مراقبت ماهر باشد یا بدون آن، مراقبت های ضروری نوزاد شامل مواردی است:
- مراقبت حرارتی (به تأخیر انداختن حمام کردن، و نگهداشتن نوزاد خشک و گرم در تماس جلد با جلد);
 - پیشگیری از انتان (ترویج شیوه های ولادت پاک، شستن دست ها، بند ناف پاک، و مراقبت از جلد و چشم);
 - حمایت از تغذیه (تغذیه فوری و انحصاری با شیر مادر، عدم دور ریختن فله);
 - نظارت (بررسی علائم خطر انتان یا شرايطی که ممکن است نیاز به ریفر داشته باشد); و
 - مراقبت های پس از ولادت (در هفته اول زندگی آن را در خانه یا نزدیک به آن ارائه دهید، با 24 ساعت اول که بیشترین اهمیت را برای ویزیت مراقبت های پس از ولادت دارد؛ سه بار ویزیت در خانه را در هفته اول زندگی انجام دهید).
- مدیریت مدغم امراض دوران طفولیت (IMCI) بر مراقبت از کودکان زیر پنج سال در سطح مراقبت های صحتی اولیه متمرکز است. پس از ایجاد IMCI، دستورالعمل های کلینیکی را در پروتوکول های استاندارد بگنجانید و متخصصان صحتی را به درستی آموزش دهید.
- مدیریت مدغم واقعه جامعه (iCCM) روشی برای ارائه به موقع و مؤثر تداوی ملاریا، نمونیا و اسهال برای افرادی است که دسترسی محدودی به امکانات صحتی دارند، به خصوص برای کودکان زیر پنج سال.
- مدیریت اسهال:** کودکان مبتلا به اسهال را با نمک های ریهایدیشن فمی با اسمولالیت کم (ORS) و مکمل های زنگ تداوی کنید. زنگ طول مدت اسهال را کوتاه می کند و ORS از کم آبی بدن جلوگیری می کند. مراقبین را تشویق کنید که در طول دوره شیردهی را ادامه داده یا افزایش دهند و بعد از آن تمام شیردهی را افزایش دهند.
- مدیریت سینه بغل:** اگر کودکان سرفه دارند، تنفس سلسله یی یا دشوار و کشیدن قفسه سینه را ارزیابی کنید. در صورت وجود، با آنتی بیوتیک خوراکی مناسب تداوی کنید. کسانی را که علائم خطر یا نمونیا شدید دارند برای مراقبت های اولیه ارجاع دهید.
- میزان تنفس سلسله یی به سن خاص بستگی دارد:**

تولد - 2 ماه: < 60 در دقیقه	12 ماه: < 50 در دقیقه
1 تا 5 سال: < 40 در دقیقه	5 سال: < 20 در دقیقه

HIV: در مواردی که شیوع HIV بیشتر از 1 فیصد است، همه کودکان مبتلا به سوء تغذیه حاد شدید را آزمایش کنید. مادران و مراقبان نوزادان در معرض HIV به حمایت و مشاوره مناسب نیاز دارند + به استاندارد های امنیت غذایی و تغذیه مراجعه کنید.

غذا دادن به کودکان جدا شده: برای کودکان جدا شده یا بدون همراهی غذای تحت نظارت ترتیب دهید. نگرانی های مربوط به حفاظت از کودک: از خدمات صحتی معمول برای شناسایی بی توجهی، سوء استفاده و بهره کشی از کودک استفاده کنید. واقعات را به خدمات حمایت از کودکان رجعت دهید. شناسایی و پروسیجر های مدیریت واقعه حساس به جنسیت را در خدمات صحتی معمول برای مادران و نوزادان، کودکان و نوجوانان ادغام کنید.

ریفرنس های تغذیوی: + به امنیت غذایی و تغذیه ستندرد 3: کمبودات میکرو نترینت، و مدیریت سوء تغذیه ستندرد 2.2: سوء تغذیه حاد شدید مراجعه کنید..

آلوده گی هوای خانگی: برای کاهش دود و گرد و بیماری های تنفسی ناشی از آن، اجاق های پخت و پز جایگزین تهیه کنید + به ستندرد 3 سرپناه و اسکان: مساحت جای برای زنده گی و ستندرد 4: وسایل خانه مراجعه کنید.

مسموم شدن: + به ضمیمه 4 مراجعه کنید.

2.3 صحت باروری و جنسی

با شروع یک بحران، مراقبت های حیاتی نجات دهنده زنده گی جنسی و باروری باید در دسترس باشد. خدمات جامع را در اسرع وقت ایجاد کنید.

این خدمات حیاتی بخشی از یک پاسخ صحتی مدغم هستند و با استفاده از کیت های صحتی باروری به آنها کمک می شود + به ستندرد 1.3 سیستم های صحتی: دوا ها و وسایل طبی ضروری مراجعه کنید.

مراقبت جامع جنسی و باروری شامل ارتقاء خدمات موجود، افزودن خدمات از دست رفته و افزایش کیفیت است. درک معماری سیستم های سلامت به تعیین نحوه پشتیبانی از این کمک می کند + به ستندرد های 1.1 تا 1.5 سیستم های صحتی مراجعه کنید.

همه افراد، از جمله افرادی که در محیط های بشردوستانه هستند، از صحت جنسی و باروری برخوردارند. مراقبت های صحتی جنسی و باروری باید به پیشینه های فرهنگی و اعتقادات مذهبی جامعه احترام بگذارد و در عین حال ستندرد های بین المللی حقوق بشر را رعایت کند. بدون توجه به گرایش جنسی یا هویت جنسی، نسبت به نیازهای نوجوانان، افراد مسن، افراد دارای معلولیت و جمعیت های در معرض خطر حساس باشید.

شرایط اضطراری خطرات خشونت جنسی، از جمله استثمار و سوء استفاده را افزایش می دهد. همه بازیگران باید با هماهنگی نزدیک با بخش حفاظت، برای وقایع و واکنش با یکدیگر همکاری کنند. اطلاعات را به صورت ایمن و اخلاقی جمع آوری کنید. دیتا را صرف به اساس پروتوکول های توافق شده شریک کنید + به اصول حفاظت و ستندرد 1.5 سیستم های صحتی: معلومات صحتی مراجعه کنید.

ستندرد 2.3.1 صحت جنسی و باروری

مراقبت های صحتی باروری، مادر و نوزاد

مردم به مراقبت های صحتی و تنظیم خانواده دسترسی دارند که از مرگ و میر بیش از حد مادر و نوزاد جلوگیری می کند.

اقدامات کلیدی

- 1 اطمینان حاصل کنید که ولادت پاک و ایمن، مراقبت های ضروری نوزاد، و خدمات اضطراری نسائی و مراقبت از نوزاد همیشه در دسترس باشد.
- یک سیستم ریفار با ارتباط و حمل و نقل از جامعه به مرکز مراقبت های صحتی یا شفاخانه که همیشه کار می کند را ایجاد کنید.



2 در صورتی که دسترسی به ارائه دهندگان ماهر صحنی و امکانات صحنی تضمینی وجود ندارد، به همه زنان باردار به وضوح بسته های ولادت را ارائه دهید.

3 برای درک ترجیحات، شیوه ها و نگرش های محلی نسبت به وقایه از بارداری با جامعه مشورت کنید.

- مردان و زنان و پسران و دختران نوجوان را در بحث های جداگانه و خصوصی شرکت دهید.

4 طیف وسیعی از روش های ضد بارداری برگشت پذیر و کوتاه اثر طولانی اثر را بر اساس تقاضا، در یک محیط خصوصی و محرمانه در مراکز دسترسی در دسترس قرار دهید.

• مشاوره ای که بر انتخاب آگاهانه و اثربخشی تأکید دارد ارائه کنید.

شاخص های کلیدی

- مراقبت های ماهر برای مراقبت های عاجل نسائی و ولادت و نوزادان همیشه در دسترس است
- مراقبت های اولیه عاجل ولادی و نوزاد: حداقل پنج تسهیلات به ازای هر 500000 نفر
 - مراقبت جامع عاجل ولادی و نوزاد: حداقل یک مرکز به ازای هر 500000 نفر

فیصدی تولد با حضور پرسونل ماهر

- حداقل هدف: 80 فیصد

سیستم ریفر برای واقعات عاجل ولادت و نوزادان موجود است

- 24 ساعت در روز و 7 روز در هفته در دسترس است

فیصدی ولادت در مراکز تداوی به روش سیزارین

- هدف: 5-15 فیصد

در همه مراکز صحنی اولیه حداقل چهار روش وقایه از حمل را بین سه تا شش ماه پس از شروع بحران در دسترس هستند.

یاد داشت های رهنمودی

مراقبت های عاجل نسائی و نوزادان: حدود 4 فیصد از هر جمعیت را زنان حامله تشکیل می دهند و حدود 15 فیصد از آن ها در دوران بارداری یا در زمان ولادت با اختلالات غیرقابل پیش بینی نسائی مواجه می شوند که به مراقبت های عاجل نسائی نیاز دارد. حدود 5 تا 15 فیصد از ولادت ها به جراحی مانند سیزارین نیاز دارند. در سطح جهان 9 تا 15 فیصد از نوزادان به مراقبت های اضطراری نجات دهنده نیاز دارند. حدود 5 تا 10 فیصد از نوزادان در بدو تولد به طور خود به خود نفس نمی کشند و نیاز به تحریک دارند و نیمی از آنها نیاز به احیا دارند. دلایل اصلی ناتوانی در تنفس عبارتند از ولادت زودرس و حوادث حاد داخل ولادت که منجر به خفگی شدید می شود + به مراقبت های ضروری صحنی - صحت طفل ستندرد 2.2.2: مدیریت امراض نوزاد و طفولیت مراجعه کنید.

مراقبت های اولیه عاجل نسائی و نوزاد شامل آنتی بیوتیک های تزریقی، دوا های رحمی (اکسی توسین

تزریقی، میزوپروستول)، دوا های ضد تشنج تزریقی (مگنیزیم سلفیت)، حذف محصولات باقی مانده از بارداری با استفاده از دستگاه های مناسب، برداشتن دستی پلاستا، ولادت کمکی مهیلی (کشیدن واکيوم) است. و احیای مادر و نوزاد.

مراقبت های جامع عاجل نسائی و نوزادان شامل تمام موارد فوق و همچنین جراحی تحت بیهوشی عمومی (سیزارین، لپراتومی) و انتقال خون منطقی و ایمن با اقدامات احتیاطی ستندرد است. مراقبت پس از سقط یک مداخله نجات بخش است که بخشی از مراقبت های عاجل نسائی و نوزادان است و با هدف کاهش مرگ و میر و رنج ناشی از اختلالات سقط جنین (سقط جنین خود به خود) و سقط جنین های نا ایمن انجام می شود. تداوی شامل مدیریت خونریزی (احتمالاً از طریق مداخله جراحی) و سپسیس و ارائه پروفیلاکسی از تیتانوس است.

ضروری است که خدمات اولیه و جامع عاجل نسائی و مراقبت از نوزاد همیشه در دسترس باشد. سیستم رجعت باید اطمینان حاصل کند که زنان یا نوزادان وسایلی برای رفت و آمد به یک مرکز مراقبت های صحن اولیه با مراقبت های اولیه عاجل نسائی و نوزاد و به شفاخانه با مراقبت های عاجل همه جانبه نسائی و نوزادی را دارند.

تنظیم خانواده: برای درک ترجیحات و نگرش های فرهنگی با گروه های مختلف جامعه درگیر شوید. اطمینان حاصل کنید که جامعه از مکان و نحوه دسترسی به پیشگیری از بارداری آگاه است. برای اطمینان از دسترسی، اطلاعات را در قالب ها و زبان های مختلف به اشتراک بگذارید. رهبران جامعه را برای انتشار اطلاعات درگیر کنید.

ارائه دهندگان آموزش دیده که ترجیحات، فرهنگ و زمینه مشتری را درک می کنند، باید مشاوره پیشگیری از بارداری ارائه دهند. مشاوره باید بر رازداری و حفظ حریم خصوصی، انتخاب و رضایت داوطلبانه و آگاهانه، اثربخشی روش برای روش های طبی و غیر طبی، عوارض جانبی احتمالی، مدیریت و پیگیری و راهنمایی در مورد حذف در صورت نیاز تاکید کند.

طیف وسیعی از انواع ضدبارداری باید فوراً در دسترس باشد تا تقاضای پیش بینی شده را برآورده کند. ارائه دهندگان باید برای حذف داروهای ضد بارداری برگشت پذیر طولانی مدت آموزش ببینند.

سایر خدمات: سایر مراقبت های مادر و نوزاد را در اسرع وقت آغاز کنید، از جمله مراقبت های قبل از زایمان و بعد از زایمان.

هماهنگی با سایر بخش ها: هماهنگی با بخش تغذیه برای اطمینان از اینکه زنان باردار و شیرده به صورت مناسب به خدمات تغذیه ارجاع داده می شوند، مانند تغذیه مکمل هدفمند + به امنیت غذایی تغذیه - مدیریت سوء تغذیه ستندرد های 2.1 و 2.2 مراجعه کنید.

ستندرد 2.3.2 صحت جنسی و باروری

خشونت جنسی و مدیریت کلینیکی تجاوز جنسی

مردم به مراقبت های صحن ایمن دسترسی دارند که به نیازهای

متضررین خشونت جنسی پاسخ می دهد.



اقدامات کلیدی

- 1 یک سازمان پیشرو را برای هماهنگ کردن یک روش چند سکتوری برای کاهش خطر خشونت جنسی، اطمینان از ریفور و ارائه حمایت همه جانبه از بازماندگان شناسایی کنید.
- با سایر بخش ها برای تقویت وقایه و واکنش هماهنگی کنید.

- 2 جامعه را از خدمات موجود و اهمیت جستجوی مراقبت های طبی فوری پس از خشونت جنسی آگاه کنید.

- در اسرع وقت (طی 72 ساعت پس از قرار گرفتن در معرض) وقایه برای HIV را ارائه دهید.
- جلوگیری عاجل از حمل را ظرف 120 ساعت ارائه دهید.

- 3 فضاهای امن در مراکز مراقبت های صحی برای پذیرایی از بازماندگان خشونت جنسی و ارائه مراقبت های کلینیکی و رجعت ایجاد کنید.

- از پروتوکول های واضح و فهرستی از حقوق مریضان. را به نمایش گذاشته و استفاده کنید.
- کارکنان مراقبت های صحی را در ارتباطات حمایتی، حفظ محرمانه بودن و حفاظت از معلومات و دیتا های بازماندگان آموزش دهید.

- 4 مراقبت کلینیکی و ریفور به سایر خدمات حمایتی را برای بازماندگان خشونت جنسی در دسترس قرار دهید.

- از میکانیزم رجعت برای شرایط تهدید کننده زندگی، پیچیده یا شدید اطمینان حاصل کنید.
- ایجاد میکانیزم های ارجاع بین خدمات صحی، حقوقی، حفاظتی، امنیتی، روانی اجتماعی و خدمات اجتماعی.

شاخص های کلیدی

تمامی مراکز صحی دارای کارکنان آموزش دیده، لوازم و تجهیزات کافی برای مدیریت کلینیکی خدمات متضررین تجاوز جنسی بر اساس پروتوکول های ملی یا بین المللی هستند

همه بازماندگان خشونت جنسی اظهار می دارند که مراقبت های صحی را به شیوه ای امن و محرمانه دریافت کرده اند

همه بازماندگان واجد شرایط خشونت جنسی دریافت می کنند:

- وقایه پس از مواجه شدن در طی 72 ساعت پس از یک حادثه یا پس از در معرض قرار گرفتن
- وقایه عاجل جلوگیری از حمل در عرض 120 ساعت پس از یک حادثه یا پس از در معرض قرار گرفتن

یاد داشت های رهنمودی

وقایه از خشونت جنسی و تجاوز جنسی نیازمند اقدام در همه بخش ها است + به WASH تأمین آب

استندرد 2.1 مراجعه کنید + به WASH مدیریت مدفوع استندرد 3.2 مراجعه کنید. + به امنیت غذایی و تغذیه کمک های غذایی استندرد 6.3 و امرار معاش استندرد 7.2؛ سرپناه و اسکان استندرد 2 و 3 مراجعه کنید. + به اصل 1 حفاظت و تعهد 4 و 8 استندرد های اساسی بشری مراجعه کنید. + به سیستم های صحت استندرد 1.1 تا 1.3 برای اطلاعات بیشتر در مورد ایمن سازی امکانات مراقبت های صحت و ارائه خودروی ایمن.

مراقبت های کلینیکی، از جمله مراقبت های صحت روانی و ریفیر برای متضررین، باید در تمام مراکز مراقبت های صحت اولیه و تیم های سیار وجود داشته باشد + به سیستم های مراقبت های صحت 1.2 و مراقبت های ضروری صحت استندرد 2.5 مراجعه کنید این شامل کارکنان ماهر برای ارائه درمان و مشاوره دلسوزانه، به موقع و محرمانه به همه کودکان، بزرگسالان و افراد مسن است:

- جلوگیری عاجل از حمل؛
 - تست حاملگی، اطلاعات گزینه های حمل و ارجاع سقط جنین ایمن در حد کامل قانون؛
 - تداوی احتمالی انتانات مقاربتی جنسی؛
 - وقایه پس از مواجه شدن برای جلوگیری از انتقال HIV + به استندرد های صحت 2.3.3: HIV مراجعه کنید.
 - وقایه هیپتاتیتس؛ B
 - مراقبت از زخم ها و وقایه از تیتانوس؛ و
 - ارجاع برای خدمات بیشتر، مانند سایر خدمات صحت، روانی، حقوقی و اجتماعی.
- اطمینان از توزیع برابر جنسیتی کارکنان مراقبت های صحت که به زبان های محلی و میزبان مسلط هستند و میزبان و مترجمان زن و مرد را برای ارائه خدمات بدون تبعیض و بی طرفانه راهنمایی کنید. کارکنان مراقبت های صحت را در زمینه مراقبت های کلینیکی برای بازماندگان خشونت جنسی، با تمرکز بر ارتباطات حمایتی، شرح حال و معاینه، تداوی و مشاوره آموزش دهید.
- در صورت امکان و نیاز، آموزش در مورد سیستم طبی-حقوقی و جمع آوری شواهد طبی قانونی ارائه دهید.
- **کودکان بازمانده از خشونت جنسی:** کودکان باید توسط کارکنان مراقبت های بهداشتی که در مدیریت پس از تجاوز به کودکان آموزش دیده اند، مراقبت شوند. به کودکان اجازه دهید جنسیت کارمند مراقبت های بهداشتی را انتخاب کنند. در همه موارد به سرعت عوامل حفاظتی تخصصی را درگیر کنید.
 - مشارکت جامعه: با بیماران و جامعه کار کنید تا دسترسی و مقبولیت مراقبت را بهبود بخشد و برنامه های پیشگیری را در طول یک بحران ارائه دهید. از مکانیسم های بازخورد محرمانه و بازخورد سلسله ای اطمینان حاصل کنید. زنان، مردان، دختران و پسران نوجوان و جمعیت های در معرض خطر مانند افراد دارای معلولیت و گروه های LGBTIQI را درگیر کنید.
- چارچوب های قانونی:** از سیستم ملی طبی-حقوقی و قوانین مربوطه در مورد خشونت جنسی آگاه باشید. بازماندگان را از هرگونه قوانین گزارش اجباری که می تواند محرمانه بودن اطلاعاتی را که میزبان به ارائه دهندگان مراقبت های صحت فاش می کنند محدود کند، آگاه کنید. این ممکن است بر تصمیم آنها برای ادامه جستجوی مراقبت تأثیر بگذارد، اما باید مورد احترام قرار گیرد.
- در بسیاری از کشورها، سقط جنین در شرایطی مانند تجاوز جنسی قانونی است. در مواردی که چنین است، دسترسی یا ارجاع باید بدون تبعیض ارائه شود.



در حالی که پرداختن به خشونت جنسی بسیار مهم است، اشکال خشونت مبتنی بر جنسیت (GBV) مانند خشونت شریک جنسی، ازدواج کودکان و اجباری و ختنه زنان نیز نه تنها در بحران‌های بشردوستانه رایج است، بلکه در برخی سناریوها ممکن است در طول یک بحران افزایش یابد. اثرات منحصر به فرد سلامتی (جسمی، جنسی، روانی) بر روی افراد که نیاز به پاسخ‌های خاص دارند. سایر دستورالعمل‌های بین‌المللی به طور فزاینده‌ای نه تنها خشونت جنسی، بلکه سایر اشکال GBV و تأثیرات آنها بر سلامت را به رسمیت می‌شناسند. **⊕ به دستورالعمل‌های IASC برای ادغام مداخلات خشونت مبتنی بر جنسیت در اقدام بشردوستانه مراجعه کنید.**

استندرد 2.3.3 صحت جنسی و باروری

HIV

مردم به مراقبت‌های صحتی دسترسی دارند که از انتقال جلوگیری می‌کند و امراض و مرگ و میر ناشی از HIV را کاهش می‌دهد

اقدامات کلیدی

- 1 اقدامات احتیاطی و پروسیجرهای استندرد را برای استفاده ایمن و منطقی از انتقال خون ایجاد و دنبال کنید.
- 2 درمان ضد رتروویروسی (ART) به همه کسانی که قبلاً از آن استفاده می‌کنند، از جمله زنان در برنامه‌های وقایه از انتقال از مادر به کودک ارائه کنید.
 - برای ادامه تداوی، افراد مبتلا به HIV را به طور فعال ردیابی کنید.
- 3 کاندوم مردانه روغن کاری شده و در مواردی که قبلاً توسط مردم استفاده شده است، کاندوم زنانه تهیه کنید.
 - برای درک استفاده محلی، افزایش پذیرش و اطمینان از اینکه توزیع کاندوم از نظر فرهنگی مناسب است، با رهبران و جمعیت آسیب دیده کار کنید.
- 4 پیشنهاد آزمایش برای همه زنان باردار که شیوع HIV بیشتر از 1 فیصد است.
- 5 پروفیلاکسی پس از مواجهه (PEP) را در اسرع وقت، اما ظرف 72 ساعت پس از قرار گرفتن در معرض برای بازماندگان خشونت جنسی و قرار گرفتن در معرض شغلی آغاز کنید.
- 6 ارائه پروفیلاکسی کوتریموکسازول برای انتانات فرصت طلب:
 - a. ریضان مبتلا به HIV و
 - b. کودکانی که از مادران مبتلا به HIV متولد می‌شوند، در سن چهار تا شش هفتگی؛ تا زمانی که انتان HIV حذف نشود ادامه دهید.

7 اطمینان حاصل شود که مراکز مراقبت های صحی اولیه دارای داروهای ضد میکروبی هستند و مدیریت سندرم را برای بیماران مبتلا به علائم STI ارائه می دهند.

شاخص های کلیدی

تمام خون های تزریق شده سکریپینگ می شود و عاری از انتانات قابل انتقال از طریق انتقال خون از جمله HIV است

فیصدی افرادی که قبلاً تحت درمان ضد رتروویروسی (ART) بوده اند و به دریافت دوا های ART ادامه می دهند

• 90 فیصد

فیصدی زنانی که به خدمات صحی دسترسی دارند و برای اچ آی وی تست می شوند، جایی که شیوع HIV بیشتر از 1 فیصد است

• 90 فیصد

فیصدی افرادی که به طور بالقوه در معرض اچ آی وی قرار گرفته اند به مراکز صحی گزارش می دهند که ظرف 72 ساعت پس از قرار گرفتن در معرض PEP دریافت می کنند

• 100 فیصد

فیصدی نوزادان در معرض HIV که کوتریموکسازول را در چهار تا شش هفتگی دریافت می کنند

• 95 فیصد

یاد داشت های رهنمودی

اقدامات کلیدی فوق باید در تمام بحران های بشردوستانه صرف نظر از اپیدمیولوژی محلی HIV اعمال شود.

جامعه آسیب دیده و جمعیت های کلیدی (کارکنان مراقبت های بهداشتی، رهبران، زنان، افراد LGBTQI، افراد دارای معلولیت) را در ارائه خدمات HIV مشارکت دهید و اطمینان حاصل کنید که آنها می دانند از کجا به داروهای ضد رتروویروسی (ARV) دسترسی دارند. اگر قبلاً انجمنی از افراد مبتلا به HIV وجود دارد، با آنها مشورت کنید و آنها را در طراحی و ارائه برنامه مشارکت دهید.

توزیع کاندوم به رهبری جامعه در گروه های همسالان مفید است. جمعیت های کلیدی و نوجوانان اغلب می دانند که همسالانشان کجا جمع می شوند و داوطلبان می توانند بین همسالان توزیع کنند. به جمعیت های کلیدی با پیام های فرهنگی مناسب در مورد استفاده صحیح و دور انداختن کاندوم های استفاده شده آموزش دهید. کاندوم ها را در دسترس جامعه، کارکنان آژانس امداد، کارکنان یونیفرم پوش، رانندگان کامیون حمل کمک و دیگران قرار دهید.

نقل الدم: + به ستنرد های 1.1 و 1.3 سیستم های صحی مراجعه کنید.

مراقبت و درمان پس از مواجهه باید شامل مشاوره، ارزیابی خطر مواجهه با HIV، رضایت آگاهانه، ارزیابی منبع، و تهیه داروهای ضد رتروویروس باشد. PEP را به فردی که با HIV زندگی می کند ندهید.



اگرچه مشاوره و آزمایش قبل از شروع PEP توصیه می شود، اگر امکان پذیر نیست، شروع PEP را به تاخیر نیندازید + به مراقبت های ضروری صحت جنسی و باروریستندرد 2.3.2: خشونت جنسی و مدیریت تجاوز جنسی مراجعه کنید.

فعالیت های جامع مرتبط با HIV در بحران ها: فعالیت های زیر را در اسرع وقت ایجاد کنید: آگاهی از HIV: اطلاعات در دسترس عموم، به ویژه برای جمعیت های در معرض خطر بیشتر، در مورد پیشگیری از HIV و سایر بیماری های مقاربتی فراهم کنید.

پیشگیری از HIV: ارائه خدمات کاهش آسیب به جمعیت پرخطر مانند تجهیزات تزریق استریل و درمان جایگزینی مواد افیونی برای افرادی که مواد مخدر تزریق می کنند، در جایی که این خدمات قبلاً وجود داشته است + به مراقبت های ضروری صحت استندرد 2.5: مراقبت های صحت روانی مراجعه کنید.

مشاوره و آزمایش HIV: خدمات مشاوره و آزمایش مرتبط با شروع ART را ارائه دهید (یا دوباره برقرار کنید). گروه های اولویت دار برای آزمایش اچ آی وی زنان باردار و شرکای آنها، کودکان مبتلا به سوء تغذیه حاد شدید که شیوع اچ آی وی بیش از 1 درصد است و سایر گروه های در معرض خطر هستند.

انگ و تبعیض: بسیار مهم است که اطمینان حاصل شود که استراتژی ها و برنامه ها باعث افزایش ننگ نمی شوند. هدف کاهش فعالانه انگ و تبعیض در مناطقی که دارای شاخص ننگ بالا و رفتارهای تبعیض آمیز هستند.

مداخلات ART: درمان ضد رتروویروسی را به همه کسانی که به آن نیاز دارند - نه فقط کسانی که قبلاً ثبت نام کرده بودند - در اسرع وقت گسترش دهید.

پیشگیری از انتقال از مادر به کودک: زنان باردار و شرکای آنها را آزمایش کنید و تشخیص زودهنگام HIV را در نوزادان ارائه دهید.

توجه: Caritas International و اعضای آن استفاده از کنترل تولد مصنوعی را تبلیغ یا توزیع نمی کنند. ART را برای زنانی که قبلاً مثبت شناخته شده اند یا به تازگی آزمایش HIV مثبت دارند ارائه دهید. نوزادانی را که آزمایش آنها مثبت است به خدمات HIV در کودکان ارجاع دهید. رهنمودهای تغذیه شیرخوار را مخصوص زنان مبتلا به HIV و حمایت از نگهداری و پایداری به آنها ارائه دهید + به امنیت غذایی و تغذیه - تغذیه طفل دوره شیر خواری و خوردن سال استندرد 4.1 و 4.2 مراجعه کنید.

خدمات انتانات همزمان HIV/TB: برای افراد مبتلا به HIV سکرینینگ و ریفرسل را ارائه کنید. برای افرادی که قبلاً در یک برنامه تداوی ثبت نام کرده اند، تداوی توبرکلوز را ارائه دهید + مراقبت های ضروری صحت - امراض ساری استندرد 2.1.3: تشخیص و مدیریت واقعه مراجعه کنید. خدمات آزمایش توبرکلوز و HIV را در محیط های با شیوع بالا با همارتباط دهید و کنترل انتان توبرکلوز را در محیط های مراقبت های صحتی ایجاد کنید.

2.4 مراقبت جروحات و تروما

در هر بحرانی، بار بالایی از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب است. افزایش تقاضا برای خدمات مراقبت از تروما احتمالاً به سرعت از ظرفیت های سیستم های صحتی محلی فراتر خواهد رفت. برای کاهش تأثیر صدمات و خطر فروپاشی سیستم صحتی، تریاژ سیستماتیک و مدیریت تلفات کتلوی را در کنار مراقبت های اولیه عاجل، عملی ایمن و توانبخشی ارائه دهید. این بخش به پاسخ سیستم صحتی به آسیب فیزیکی می پردازد. راهنمایی های خاص در مورد مسمومیت، صحت روانی و خشونت جنسی در

جاهای دیگر مورد توجه قرار گرفته است + به ضمیمه 4: تسمم؛ مراقبت های ضروری صحن استاندارد 2.5 و مراقبت های ضروری صحن - صحت باروری و جنسی استاندارد 2.3.2 مراجعه کنید.

مراقبت جروحات و تروما استاندارد 2.4:

مراقبت جروحات و تروما

مردم در طول بحران به مراقبت های ایمن و مؤثر تروما دسترسی دارند تا از مرگ و میر، امراض، رنج و ناتوانی قابل اجتناب جلوگیری کنند.

اقدامات کلیدی

- 1 **مراقبت از تروما در تمام سطوح برای همه میزبان ارائه کنید.**
 - به سرعت سیستم های ارجاع ایمن را بین تأسیسات و از جوامع آسیب دیده به تأسیسات ایجاد کنید.
 - در صورتی که مراقبت در ساختمان های ثابت در دسترس مردم نباشد، کلینیک های سیار یا شفاخانه های صحرایی ایجاد کنید.
- 2 **اطمینان حاصل کنید که کارکنان مراقبت های صحن مهارت ها و دانش لازم برای رسیدگی به آسیب ها را دارند.**
 - تمام سطوح از اولین پاسخ دهندگان گرفته تا کسانی که مراقبت های جراحی و بیهوشی را ارائه می دهند را شامل کنید.
- 3 **پروتوکول های استاندارد برای مراقبت از تریاژ و آسیب و تروما را ایجاد یا تقویت کنید.**
 - سیستم های ارجاع را برای حمایت از کودکان، بازماندگان خشونت جنسی، و کسانی که به صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی نیاز دارند شامل کنید.
- 4 **برای افرادی که در معرض خطر آسیب هستند، برای افراد مجروح با زخم های باز و کسانی که در عملیات نجات و پاکسازی شرکت دارند، وقایع از تیتانوس ارائه دهید.**
- 5 **حداقل استاندارد های ایمنی و حاکمیتی را برای همه تسهیلات ارائه دهنده مراقبت از تروما و جروحات، از جمله شفاخانه های ساحوی تضمین کنید.**
- 6 **از دسترسی به موقع به خدمات توانبخشی، وسایل کمکی اولویت دار و وسایل کمک حرکتی برای میزبان آسیب دیده اطمینان حاصل کنید.**
 - اطمینان حاصل کنید که وسایل کمکی مانند ویلچر و عصا یا سایر وسایل کمک حرکتی را می توان به صورت محلی تعمیر کرد.
- 7 **ز دسترسی به موقع به خدمات صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی. اطمینان حاصل کنید**



- سیستم های معلومات صحی را برای گنجاندن دیتا های جروحات و تروما ایجاد یا تقویت کنید.
- اسناد کلینیکی اولیه مانند سوابق طبی فردی برای همه مریضان ترومایی را اولویت بندی کنید.
 - از تعاریف ستندرد برای ادغام آسیب در مجموعه دیتا های سیستم معلومات صحی استفاده کنید.

شاخص های کلیدی

فیصدی تسهیلات صحی دارای طرح آفات شامل مدیریت تلفات کتلوی، بررسی و تمرین منظم به صورت منظم

فیصدی تسهیلات صحی دارای پروتوکول برای مجروحان حاد شامل ابزار رسمی تریاژ

فیصدی امکانات صحی با کارکنانی که آموزش های اولیه در برخورد با آسیب دیدگان حاد را دیده اند

فیصدی تسهیلات صحی که اقدامات بهبود کیفیت را برای کاهش امراض و مرگ و میر خط مبنا (Baseline) بر اساس دیتا های موجود اجرا می کنند

نکات رهنمودی

- آموزش و توسعه مهارت ها برای مراقبت از آسیب و تروما باید شامل موارد زیر باشد:
- مدیریت تلفات کتلوی، برای کسانی که پاسخگو و هماهنگ کننده پاسخ هستند;
 - کمک های اولیه اساسی
 - تریاز ستندرد در این زمینه و در مراکز مراقبت های صحی؛ و
 - تشخیص زود هنگام، احیا، مدیریت زخم، کنترل درد و حمایت روانی اجتماعی حساس به زمان.
- پروتوکول های ستندرد باید وجود داشته باشد یا توسعه یابد تا موارد زیر را پوشش دهد:
- طبقه بندی تریاز مبتنی بر دقت برای موقعیت های روتین و موجی که شامل ارزیابی، اولویت بندی، احیای اولیه و معیارهای رجعت اضطراری است؛
 - مراقبت های اضطراری خط مقدم در نقطه دسترسی؛ و
 - ریفر برای مراقبت های اضطراری و پیشرفته، از جمله جراحی، مراقبت های بعد از عملیات و توانبخشی.
- حداقل استانداردهای ایمنی و کیفیت: حتی زمانی که مراقبت های ترومایی در پاسخ به یک رویداد حاد یا درگیری مداوم ارائه می شود، حداقل استندها باید تضمین شوند. مناطقی که باید به آنها پرداخته شود شامل:
- استفاده ایمن و منطقی از دوا ها، دستگاه ها و محصولات های خونی، از جمله زنجیره تامین؛
 - وقایه و کنترل انتان؛
 - منبع تغذیه کافی برای روشنایی، ارتباطات و کارکرد وسایل طبی ضروری مانند تجهیزات احیای اضطراری و اتوکلافهای تعقیم سازی؛ و
 - مدیریت زباله های طبی.

کمک های اولیه مبتنی بر جامعه: کمک های اولیه به موقع و مناسب توسط افراد غیر حرفه ای، اگر به شیوه ای ایمن و سیستماتیک انجام شود، جان انسان ها را نجات می دهد. همه کمک کنندگان اولیه باید

از یک روش ساختاریافته برای مصدوم استفاده کنند. آموزش اولیه مدیریت زخم، مانند تمیز کردن و پانسمان، حیاتی است.

کمک های اولیه در سطح خانواده و جامعه و راهنمایی در مورد اینکه چه وقت و کجا و درخواست کمک طبی شود را شامل کنید. آگاهی از خطرات مربوط به زمینه مانند زیرساخت های ناپایدار یا خطر آسیب در طول تلاش های نجات را افزایش دهید.

تریاژ پروسه دسته بندی مریضان بر اساس شدت آسیب و نیاز آنها به مراقبت است. آن کسانی را که بیشترین سود را از مداخله فوری طبی می برند، شناسایی می کند. چندین سیستم تریاژ وجود دارد. یکی از سیستم های پرکاربرد پنج رنگ را اعمال می کند: سرخ برای مریضان با اولویت، زرد برای متوسط، سبز برای پایین، آبی برای مریضانی که فراتر از ظرفیت فنی مرکز هستند یا به مراقبت تسکینی (Palliative) نیاز دارند، و خاکستری برای متوفی.

مراقبت های عاجل حرفه ای خط مقدم: همه کارکنان مراقبت های صحن سطح بالاتر، مانند داکتران، باید در یک روش سیستماتیک به مریضان و مجروحان حاد مهارت داشته باشند. **روش ABCDE را در دستورالعمل های کمک های اولیه و احیا بین المللی IFRC ببینید.** احیای اولیه و مداخلات نجات جان، مانند تجویز مایعات و آنتی بیوتیک، کنترل خونریزی و درمان نوموتوراکس، می تواند در بسیاری از شرایط قبل از انتقال مریض به خدمات پیشرفته انجام شود.

انستیزی، تروما و مراقبت های جراحی: مراقبت های عاجل، جراحی و توانبخشی باید فقط توسط سازمان هایی با تخصص مناسب انجام شود. ارائه دهندگان باید در حیطه فعالیت حرفه ای خود با منابع کافی برای حفظ فعالیت های خود عمل کنند. مراقبت نامناسب یا ناکافی ممکن است آسیب بیشتری از انجام ندادن آن داشته باشد.

جراحی بدون مراقبت مناسب قبل و بعد از عمل و توانبخشی مداوم می تواند منجر به عدم بازبایی ظرفیت های عملکردی مریض شود.

شفاخانه های ساحوی: استفاده از شفاخانه های ساحوی موقت، بخصوص در بحران های حاد ممکن است ضروری باشد و باید با وزارت صحت یا نهاد های اصلی و سایر فعالان صحن هماهنگ شود. ستندرد ها و ایمنی مراقبت باید مطابق با ستندرد های ملی و بین المللی باشد **+** برای مطالعه بیشتر به رفرنس ها مراجعه کنید.

توانبخشی و ادغام مجدد اجتماعی: توانبخشی زود هنگام می تواند بقا را افزایش دهد، تأثیر مداخلات طبی و جراحی را به حداکثر برساند و کیفیت زندگی بازماندگان آسیب دیده را افزایش دهد. تیم های طبی با ظرفیت بستری باید بتوانند توانبخشی اولیه را ارائه دهند. ظرفیت های توانبخشی موجود و مسیرهای ریفار را ترسیم کنید و ارتباطات بین سیستم های رفاه اجتماعی موجود و کمک های نقدی را درک کنید. برای مراقبت مداوم با مراکز توانبخشی محلی یا سازمان های توانبخشی مبتنی بر جامعه ارتباط برقرار کنید.

قبل از ترخیص، نیازهای مداوم مریضان تروما و آسیب دیده، از جمله آنهایی که از قبل ناتوانی دارند را در نظر بگیرید. از پیگیری طبی و توانبخشی، آموزش بیمار و مراقب، وسایل کمکی ضروری (مانند عصا یا ویلچر)، صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی و دسترسی به سایر خدمات ضروری اطمینان حاصل کنید. برنامه ها و تیم های مراقبت چند رشته ای شامل متخصصان توانبخشی فیزیکی و کارکنان ماهر در مراقبت های صحت روانی و حمایت روانی-اجتماعی ایجاد کنید. صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی برای کسانی که آسیب های تغییر دهنده زندگی دارند باید مانند زمانی که آنها بستری هستند شروع



شود. ارتباطات به خدمات پشتیبانی مداوم ضروری است + مراقبت های ضروری صحتی استاندارد 2.5 : مراقبت صحت روانی.

ملاحظات مدیریتی خاص - کنترل درد: مدیریت خوب درد پس از آسیب خطر ابتلا به سینه بغل و ترومبوز ورید عمقی را کاهش می دهد و به مریض کمک می کند تا فیزیوتراپی را شروع کند. این، پاسخ استرس فزیولوژیکی را کاهش می دهد و منجر به کاهش امراض قلبی عروقی می شود و استرس روانی را کاهش می دهد. درد حاد ناشی از تروما باید به دنبال نردبان درد معکوس WHO تداوی شود. درد نیوروپاتیک ناشی از آسیب عصبی ممکن است از همان ابتدا وجود داشته باشد و باید به طور مناسب تداوی شود + به سیستم های صحتی استاندارد 1.3 ادویه جات و وسایل طبی و مراقبت های ضروری صحتی استاندارد 2.7: Palliative care + **به زینه درد WHO مراجعه کنید.**

ملاحظات خاص مدیریت - مدیریت زخم: در اکثر بحران ها، بسیاری از میزبان بیش از شش ساعت پس از آسیب برای مراقبت مراجعه می کنند. تاخیر در تظاهرات خطر انتان زخم و مرگ و میر ناشی از آن را تا حد زیادی افزایش می دهد. کارکنان مراقبت های صحتی باید پروتوکول هایی را برای مدیریت زخم ها (از جمله سوختگی) و وقایع و تداوی انتان، برای تظاهرات حاد و تاخیری، بدانند. این پروتوکول ها شامل تهیه آنتی بیوتیک مناسب، برداشتن مواد خارجی و انساج مرده با جراحی و پانسمان است. **تیتانوس:** در آفت های طبیعی با شروع ناگهانی خطر ابتلا به تیتانوس می تواند نسبتاً بالا باشد. تزریق واکسین حاوی توکسوئید تیتانوس (DT یا Td - دیفتی و واکسین تیتانوس - DPT، بسته به سن و سابقه واکسیناسیون) برای کسانی که زخم باز دارند. افرادی که دارای زخم های کثیف یا بسیار آلوده هستند، در صورتی که علیه تیتانوس واکسین نشده باشند، باید یک دوز ایمونوگلوبولین تیتانوس (TIG) نیز دریافت کنند.

2.5 صحت روانی

صحت روانی و مشکلات روانی اجتماعی در بین بزرگسالان، نوجوانان و کودکان در همه محیط های بشردوستانه رایج است. عوامل استرس زای شدید مرتبط با بحران، افراد را در معرض خطر افزایش مشکلات اجتماعی، رفتاری، عصبی و روانی قرار می دهد. صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی شامل اقدامات چند بخشی است. این استاندارد بر اقدامات فعالان صحت تمرکز دارد. برای معلومات بیشتر در مورد مداخلات روانی-اجتماعی در سکتور ها، + به استاندارد های اصلی بشردوستانه و اصول حفاظت مراجعه کنید.

صحت روانی استاندارد 2.5:

مراقبت صحت روانی

افراد در هر سنی به مراقبت های صحتی دسترسی دارند که به شرایط صحت روانی و عملکرد مختل شده همراه می پردازد.

اقدامات کلیدی

- 1 **صحت روانی و حمایت های روانی اجتماعی را در سراسر سکتور ها هماهنگ کنید.**
 - یک گروه تکنیکی کاری فرابخشی که برای مسائل صحت روانی و روانی اجتماعی. ممکن است توسط یک سازمان صحت و یک سازمان بشردوستانه حفاظتی رهبری شود را ایجاد کنید.
- 2 **بر اساس نیازها و منابع شناسایی شده برنامه ها را توسعه دهید.**
 - سیستم های صحت روانی موجود، شایستگی های کارکنان و سایر منابع یا خدمات را تجزیه و تحلیل کنید.
 - ارزیابی ضرورت ها را انجام دهید، در نظر داشته باشید که شرایط صحت روانی ممکن است از قبل وجود داشته باشد، ناشی از بحران یا هر دو باشد.
- 3 **برای تقویت خودیاری و حمایت اجتماعی با اعضای جامعه، از جمله افراد به حاشیه رانده شده، کار کنید.**
 - گفتگوی جامعه در مورد راه های رسیدگی به مشکلات به صورت مشترک، با تکیه بر خرد، تجربه و منابع جامعه را ترویج کنید.
 - از شروع مجدد میکائیزم های حمایتی از قبل موجود مانند گروه هایی برای زنان، جوانان و افراد مبتلا به HIV حفظ یا حمایت کنید.
- 4 **کارکنان و داوطلبان را در مورد نحوه ارائه کمک های اولیه روانی رانمایی کنید.**
 - از اصول کمک های اولیه روانی برای مدیریت استرس حاد پس از مواجه شدن اخیر با رویدادهای بالقوه آسیب زا استفاده کنید.
- 5 **مراقبت های صحت روانی کلینیکی اولیه را در هر مرکز تداوی در دسترس قرار دهید.**
 - آموزش مختصر و نظارت بر کارکنان مراقبت های صحت عمومی برای ارزیابی و مدیریت شرایط صحت روانی اولویت دار را سازماندهی کنید.
 - میکائیزم ارجاع در میان متخصصان صحت روانی، ارائه دهندگان مراقبت های صحت عمومی، حمایت مبتنی بر جامعه و سایر خدمات را سازماندهی کنید.
- 6 **مداخلات روانی را در صورت امکان برای افرادی که به دلیل پریشانی طولانی مدت دچار اختلال شده اند در دسترس قرار دهید.**
 - در صورت امکان، افراد غیرمتخصص را آموزش دهید و بر آنها نظارت کنید.
- 7 **از حقوق افراد مبتلا به امراض روانی شدید در جامعه، شفاخانه ها و موسسات حمایت کنید.**
 - از اوایل بحران به طور منظم از شفاخانه های عقلی و عصبی و منازل مسکونی برای افراد دارای شرایط صحت روانی شدید بازدید کنید.
 - به غفلت و سوء استفاده در مؤسسات و سازماندهی مراقبت رسیدگی کنید.



8

آسیب های مربوط به الکل و مواد مخدر را به حداقل برسانید.

- کارکنان را در تشخیص و مداخلات مختصر، کاهش آسیب، و مدیریت کناره گیری و مسمومیت آموزش دهید.

9

برای توسعه یک سیستم صحت روانی پایدار در طول برنامه ریزی بهبودی اولیه و بحران های طولانی مدت گام بردارید.

شاخص های کلیدی

فیصدی خدمات مراقبت های صحتی ثانویه با کارکنان و سیستم های آموزش دیده و تحت نظارت برای مدیریت شرایط صحت روانی

فیصدی خدمات مراقبت های صحتی اولیه با کارکنان آموزش دیده و تحت نظارت و سیستم های مدیریت شرایط صحت روانی

تعداد افرادی که در فعالیتهای خودیاری و حمایت اجتماعی جامعه شرکت می کنند

فیصدی استفاده کننده گان خدمات صحتی که برای شرایط صحت روانی مراقبت می شوند

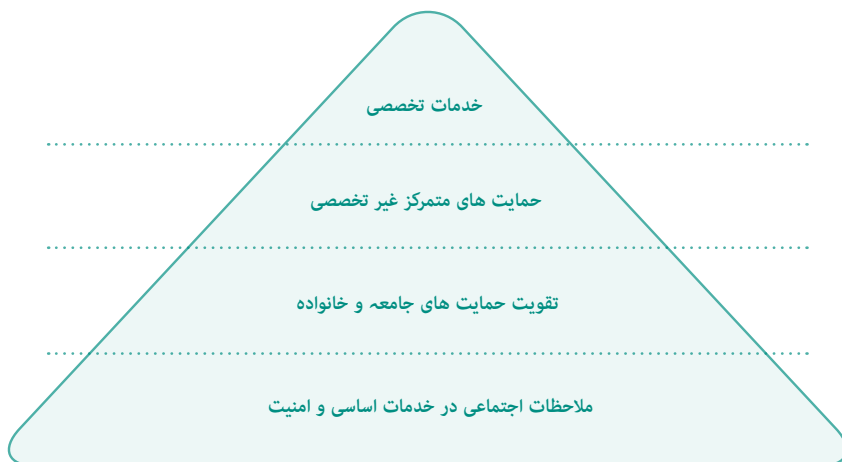
فیصدی از افرادی که برای شرایط صحت روانی تحت مراقبت قرار گرفته اند، بهبود عملکرد و کاهش علائم را گزارش کرده اند

تعداد روزهایی که دواهای روانگردان (Psychotropic) ضروری در 30 روز گذشته در دسترس نبودند

- در کمتر از چهار روز

نکات رهنموری

حمایت چند سطحی: بحران ها به طرق مختلف بر افراد تأثیر می گذارند و به حمایت های مختلفی نیاز دارند. کلید سازماندهی صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی، ایجاد یک سیستم لایه ای از حمایت های مکمل است که نیازهای مختلف را برآورده می کند، همانطور که در دیاگرام زیر نشان داده شده است.



هرم خدمات و پشتیبانی چند لایه (شکل 10)

منبع: گروه مرجع IASC برای صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی در شرایط اضطراری (2010)

این هرم نشان می دهد که چگونه اقدامات مختلف مکمل یکدیگر هستند. تمام لایه های هرم مهم هستند و به طور مطلوب باید همزمان اجرا شوند.

ارزیابی: میزان شرایط صحت روانی در هر بحرانی بطور قابل توجه است. مطالعات شیوع برای شروع خدمات ضروری نیست. از روش های مشارکتی سلسله ای استفاده کنید و در صورت امکان، صحت روانی را در ارزیابی های دیگر ادغام کنید. ارزیابی را به یک موضوع کلینیکی محدود نکنید.

خودیاری و حمایت اجتماعی: کارکنان صحت جامعه، رهبران و داوطلبان را دخیل کنید تا اعضای جامعه، از جمله افراد به حاشیه رانده شده، بتوانند کمک به خود و حمایت اجتماعی را افزایش دهند. فعالیت ها می تواند شامل ایجاد فضاهای امن و شرایط برای گفت و گوی جامعه باشد.

کمک های اولیه روانی: کمک های اولیه روانی باید در دسترس افرادی باشد که در معرض رویدادهای آسیب زای احتمالی مانند خشونت فیزیکی یا جنسی، شاهد خشونت ها و آسیب های بزرگ هستند. این یک مداخله کلینیکی نیست. این یک پاسخ اساسی، انسانی و حمایتی به رنج است. این شامل گوش دادن دقیق، ارزیابی نیازهای اساسی و اطمینان از برآورده شدن آنها، تشویق حمایت اجتماعی و محافظت از آسیب های بیشتر است. غیر مزاحم است و افراد را تحت فشار قرار نمی دهد تا در مورد ناراحتی خود صحبت کنند. پس از جهت گیری کوتاه، رهبران جامعه، کارکنان مراقبت های صحت و سایر افرادی که در واکنش بشردوستانه دخیل هستند، می توانند کمک های اولیه روانی را به افراد مبتلا ارائه کنند. اگرچه کمک های اولیه روانی باید به طور گسترده در دسترس باشد، اما پاسخ کلی صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی نباید تنها به آن محدود شود.

تشریح روانی یک جلسه ای با تشویق افراد به بازگویی کوتاه اما سیستماتیک ادراکات، افکار و واکنش های عاطفی تجربه شده در یک رویداد استرس زای اخیر، تخلیه را ترویج می کند. بصورت اولی بی اثر است و نباید استفاده شود.

سایر مداخلات روانی: کارکنان مراقبت های صحت غیرمتخصص می توانند مداخلات روانی را برای



افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه ارائه دهند، زمانی که به خوبی آموزش دیده، نظارت و حمایت شوند. این شامل تداوی شناختی رفتاری یا تداوی بین فردی است.

مراقبت های کلینیکی صحت روانی: به همه کارکنان صحت و داوطلبان در مورد مراقبت های صحت روانی موجود توضیح دهید. ارائه دهندگان سلامت را طبق پروتوکول های مبتنی بر شواهد قسمیکه هستند آموزش دهید. در صورت امکان، یک متخصص صحت روانی مانند یک نرس بخش عقلی عصبی را به مراکز مراقبت های صحت عامه اضافه کنید. فضای خصوصی را برای مشاوره ترتیب دهید + راهنمای مداخله بشردوستانه mhGAP را ببینید.

شایع ترین شرایطی که در مواقع عاجل به خدمات صحتی ارائه می شود، سایکوزس، افسردگی و یک بیماری عصبی، صرع است. صحت روانی مادر به دلیل تأثیر بالقوه آن بر مراقبت از کودکان، مورد توجه خاص است.

مقوله های صحت روانی را در سیستم معلومات صحتی ادغام کنید + به ضمیمه 2: نمونه فارم HMIS مراجعه کنید.

دوا های سایکوتروپیک ضروری: برای مقابله با عوارض جانبی دوا های ضد سایکوزس، عرضه بی وقفه دوا های سایکوتروپیک ضروری را با حداقل یکی از هر دسته تداوی (ضد سایکوزس، ضد افسردگی، ضد اضطراب، ضد صرع، و دوا های ضد عوارض جانبی دوا های سایکوزس) سازماندهی کنید. + برای دریافت داروهای روانگردان پیشنهادی به کیت صحتی عاجل بین سازمانی و سیستم های صحتی استاندارد 1.3: دوا ها و وسایل ضروری صحتی مراجعه کنید.

حمایت از حقوق افراد دارای مشکل صحت روانی: در طول بحران های بشردوستانه، افراد با شرایط شدید صحت روانی در برابر نقض حقوق بشر مانند سوء استفاده، بی توجهی، ترک و کمبود سرپناه، غذا یا مراقبت های طبی به شدت آسیب پذیر هستند. حداقل یک آژانس برای رسیدگی به نیازهای افراد در مؤسسات تعیین کنید.

انتقال به بعد از بحران: بحران های بشردوستانه طولانی مدت میزان بسیاری از مشکلات صحت روانی را افزایش می دهد، بنابراین برنامه ریزی برای افزایش مداوم پوشش تداوی در سراسر منطقه آسیب دیده مهم است. این شامل تقویت سیستم های ملی سلامت روان و تشویق گروه های به حاشیه رانده شده (از جمله پناهندگان) در این سیستم ها می شود. پروژه های نمایشی، با بودجه اضطراری کوتاه مدت، می توانند اثبات مفهومی را ارائه دهند و حرکتی را برای جذب حمایت ها و بودجه بیشتر برای توسعه سیستم صحت روانی ایجاد کنند.

2.6 امراض غیر ساری

نیاز به تمرکز بر امراض غیر ساری (NCD) در بحران های بشردوستانه نشان دهنده افزایش امید به زندگی جهانی همراه با عوامل خطر رفتاری مانند سگرت کشیدن و رژیم های غذایی ناسالم است.

مراقبت های ضروری صحتی - امراض غیر ساری

حدود 80 درصد از مرگ و میرهای ناشی از امراض غیر ساری در کشورهای با درآمد کم یا متوسط رخ می دهد و شرایط اضطراری این موضوع را تشدید می کند.

در یک جمعیت کاهلان به طور متوسط 10000 نفر، احتمالاً 1500-3000 نفر مبتلا به فشار خون بالا، 2000-500 مبتلا به دیابت و 3-8 حمله قلبی حاد در طول یک دوره 90 روزه طبیعی وجود دارد.

امراض متفاوت خواهند بود اما اغلب شامل دیابت، بیماری های قلبی عروقی (شامل فشار خون بالا، نارسایی قلبی، سکته مغزی، امراض مزمن کلیوی)، امراض مزمن ریوی (مانند استما و امراض انسدادی مزمن ریه) و سرطان هستند.

پاسخ اولیه باید عوارض حاد را مدیریت کند و از قطع مداوی و به دنبال آن برنامه های جامع تر جلوگیری کند.

صحت روانی و مراقبت های تسکینی به طور خاص در مورد توجه قرار می گیرند + به مراقبت های ضروری صحت استندرد 2.5: مراقبت های صحت روانی و 2.7: Palliative care مراجعه کنید.

امراض غیر ساری ستندرد 2.6:

مراقبت امراض غیر ساری

مردم به برنامه های وقایوی، تشخیص و مداوی های ضروری برای اختلالات حاد و مدیریت طولانی مدت امراض غیر ساری دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

1 نیازهای صحت NCD و تجزیه و تحلیل در دسترس بودن خدمات قبل از بحران را شناسایی کنید.

- گروه هایی را با نیازهای اولویت دار شناسایی کنید، از جمله آنهایی که در معرض خطر امراض تهدید کننده زندگی مانند دیابت وابسته به انسولین یا استمای شدید هستند.

2 برنامه های مرحله ای مبتنی بر اولویت های نجات جان و تسکین درد و رنج را اجرا کنید.

- اطمینان حاصل شود که مریضان مبتلا به امراض تهدید کننده زندگی (به عنوان مثال، حمله شدید استما، کتواسیدوز دیابتی) مراقبت مناسب دریافت می کنند اگر مراقبت مناسب در دسترس نیست، مراقبت های تسکینی و حمایتی ارائه دهید .
- از اختلال ناکهانی مداوی برای مریضانی که قبل از بحران تشخیص داده شده اند، خودداری کنید.

3 مراقبت های غیر ساری را در سیستم صحت در همه سطوح ادغام کنید.

- یک سیستم ارجاع برای مدیریت اختلالات حاد و موارد پیچیده در مراقبت های ثانویه یا ثالث و مراقبت های تسکینی و حمایتی را ایجاد کنید.
- در صورت لزوم مریضان را برای پاسخگویی به تغذیه یا امنیت غذایی رجعت دهید.

4 برنامه های آمادگی ملی برای مریضان غیر ساری ایجاد کنید.

- دوا ها و لوازم ضروری را در لوازم طبی از پیش تعیین شده یا اضطراری بگنجانید.
- مریضان را با یک منبع پشتیبان از دوا ها و دستورالعمل های مربوط به محل دسترسی به مراقبت های عاجل در صورت بروز بحران آماده کنید.



شاخص های کلیدی

فیصدی تسهیلات اولیه مراقبت های صحتی ارائه دهنده مراقبت برای امراض غیر ساری اولویت دار

تعداد روزهایی که دوا های ضروری برای مریضان غیر ساری در 30 روز گذشته در دسترس نبودند

- کمتر از چهار روز

تعداد روزهایی که تجهیزات اولیه امراض غیر ساری در 30 روز گذشته در دسترس نبودند (یا کار نمی کردند)

- کمتر از چهار روز

همه کارکنان مراقبت های صحتی که تداوی NCD را ارائه می دهند، در زمینه مدیریت NCD آموزش دیده اند

نکات رهنمودی

نیازها و ارزیابی خطر برای شناسایی امراض غیر ساری اولویت دار: طراحی با توجه به زمینه و فاز اضطراری این می تواند شامل بررسی سوابق، استفاده از دیتا های قبل از بحران، و انجام بررسی های خانگی یا ارزیابی اپیدمیولوژیک با یک بررسی مقطعی باشد. دیتا ها را در مورد شیوع و بروز NCD خاص و شناسایی نیازهای تهدید کننده زندگی یا شرایط شدید علائم جمع آوری کنید.

در دسترس بودن و استفاده از خدمات قبل از بحران را تجزیه و تحلیل کنید، به خصوص برای موارد پیچیده مانند سرطان یا امراض مزمن کلیوی، برای ارزیابی انتظارات و ظرفیت سیستم سلامت در زمینه. هدف میان مدت و بلندمدت حمایت و بازگرداندن چنین خدماتی است.

نیازهای تداوی پیچیده: در صورت امکان، تداوم مراقبت را برای مریضان با نیازهای پیچیده مانند دیالیز کلیه، رادیوتراپی و کیمو تراپی ارائه دهید. اطلاعات واضح و قابل دسترس در مورد مسیرهای ریفر بدهید. در صورت وجود، ارجاع به پشتیبانی مراقبت تسکینی ارائه دهید + به مراقبت های ضروری صحتی ستندرد 2.7: Palliative care مراجعه کنید.

ادغام مراقبت های غیر ساری در سیستم صحتی: ارائه درمان های اساسی برای مریضان غیر ساری در سطح مراقبت های صحتی اولیه مطابق با ستندرد های ملی، یا مطابق با راهنمایی های بین المللی عاجل در جایی که ستندرد های ملی وجود ندارد.

برای بهبود تشخیص زودهنگام و رجعت، با جوامع کار کنید. CHW ها را در مراکز مراقبت اولیه ادغام کنید و با رهبران جامعه، طبیبان سنتی و بخش خصوصی دخیل شوید. خدمات ارتباطی می تواند خدمات صحتی و تداوی NCD را به جمعیت های جدا شده ارائه دهد.

سیستم معلومات صحتی موجود را برای شرایط بحرانی تطبیق دهید، یا سیستم جدیدی را ایجاد کنید تا شامل نظارت بر امراض غیر ساری اصلی باشد: فشار خون بالا، دیابت، استما، امراض انسدادی مزمن ریه، بیماری ایسکمیک قلبی و صرع + به سیستم صحتی ستندرد 1.5: معلومات صحتی و ضمیمه 2 مراجعه کنید.

دوا ها و دستگاه های طبی: فهرست ملی دوا ها و دستگاه های ضروری، شامل تکنالوژی ها و تست های لابراتواری اصلی را برای مدیریت امراض غیر ساری مرور کنید. بر مراقبت های صحتی اولیه تمرکز کنید.

⊕ به سیستم های صحتی استاندارد 1.3: دوا ها و وسایل ضروری طبی مراجعه کنید.. در صورت نیاز، از گنجاندن دوا ها و وسایل طبی اساسی و ضروری در راستای دستورالعمل های بین المللی و اضطراری در مورد امراض غیر ساری دفاع کنید. دسترسی به دوا ها و وسایل طبی ضروری را در سطوح مناسب مراقبت فراهم کنید. کیت های NCD ممکن است همراه با کیت های صحتی عاجل بین سازمانی در مراحل اولیه بحران برای افزایش دسترسی به دوا ها و تجهیزات ضروری مورد استفاده قرار گیرند. از این کیت ها برای تهیه لوازم طولانی مدت استفاده نکنید.

ترنینگ: به تمام سطوح کارکنان کلینیکی در زمینه مدیریت مورد شرایط امراض غیر ساری ترنینگ دهید و کلیه کارکنان را در مدیریت اولویت دار امراض غیر ساری، از جمله پروسیجر های عملیاتی استاندارد برای رجعت آموزش دهید ⊕ به سیستم های صحتی استاندارد 1.2: قوه کاری مراقبت های صحتی مراجعه کنید.

ارتقای صحت و ترنینگ: معلوماتی در مورد خدمات امراض غیر ساری و محل دسترسی به مراقبت ارائه دهید. معلومات باید در دسترس همه، از جمله افراد مسن و افراد دارای معلولیت، برای ترویج رفتارهای سالم، اصلاح عوامل خطر، و بهبود مراقبت از خود و پیروی از تدای باشد. به عنوان مثال، رفتارهای سالم می تواند شامل فعالیت بدنی منظم یا کاهش مصرف الکل و تنباکو باشد. با بخش های مختلف جامعه برای توسعه پیام ها و استراتژی های توزیع به گونه ای کار کنید که سن، جنسیت و از نظر فرهنگی مناسب باشند. با در نظر گرفتن محدودیت هایی مانند عرضه محدود غذا یا ازدحام بیش از حد، استراتژی های وقایه و کنترل را با شرایط تطابق دهید.

برنامه های وقایوی و آمادگی: مدیریت امراض غیر ساری را در برنامه های ملی آفات طبیعی و اضطراری مد نظر بگیرید، و اطمینان حاصل کنید که برای انواع مختلف امکانات مراقبت های صحتی (مثلاً مراکز صحتی کوچک یا شفاخانه های بزرگ با واحدهای دیالیز) خاص است. مراکز صحتی در زمینه های ناپایدار یا مستعد آفات باید برای ارائه خدمات NCD آماده شوند.

یک راجستری از مریضان با شرایط پیچیده و نیازهای حیاتی تشکیل دهید و پروتوکول های عملیاتی استاندارد برای رجعت آنها در صورت بروز بحران ایجاد کنید.

2.7 مراقبت تسکینی (Palliative care)

مراقبت تسکینی وقایه و تسکین رنج و ناراحتی مرتبط با مراقبت پایان زندگی است. این شامل شناسایی، ارزیابی و تدای درد و همچنین سایر نیازهای جسمی، روانی و معنوی است. مراقبت های فزیولوژیکی، روانی و معنوی را صرفاً بر اساس درخواست مریض یا خانواده یکپارچه کنید و شامل سیستم های حمایتی برای کمک به مریضان، خانواده ها و مراقبان شود. این مراقبت پایان عمر باید بدون توجه به علت انجام شود.

مراقبت تسکینی استاندارد 2.7:

مراقبت تسکینی

مردم به مراقبت های تسکینی و پایان زندگی دسترسی دارند که درد و رنج را تسکین می دهد، آسایش، کرامت و کیفیت زندگی مریضان را به حداکثر می رساند و برای اعضای خانواده حمایت می کند.



اقدامات کلیدی

- 1 دستورالعمل ها و خط مش هایی را برای حمایت از مراقبت تسکینی ثابت ایجاد کنید.
 - دستورالعمل های ملی یا بین المللی برای کنترل درد و علائم را در مراکز مراقبت های صحتی شامل کنید.
 - دستورالعمل های تریاژ را بر اساس وضعیت طبی مریض و پیش آگاهی و در دسترس بودن منابع تهیه کنید.
- 2 یک برنامه مراقبتی تهیه کنید و به میزانی که در حال مرگ هستند، مراقبت های تسکینی ارائه دهید.
 - حداقل از تسکین درد و وقار در هنگام مرگ در شرایط اضطراری حاد اطمینان حاصل کنید.
 - درک مریض یا خانواده از موقعیت و همچنین نگرانی ها، ارزش ها و باورهای فرهنگی آنها را بررسی کنید.
- 3 مراقبت های تسکینی را در تمام سطوح نظام صحتی ادغام کنید.
 - شبکه های ریفر قوی برای ارائه تداوم پشتیبانی و مراقبت ایجاد کنید.
 - مدیریت مبتنی بر جامعه شامل مراقبت های خانگی را در اولویت قرار دهید.
- 4 کارکنان مراقبت های صحتی را برای ارائه مراقبت های تسکینی، از جمله کنترل درد و علائم، و صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی آموزش دهید.
 - ستندرد های ملی یا ستندردهای بین المللی را که ستندرد های ملی وجود ندارد رعایت کنید.
- 5 لوازم و تجهیزات طبی ضروری را تامین کنید.
 - دوا های تسکین دهنده و وسایل طبی مناسب مانند پدهای بی اختیاری و کیتها را در مراکز صحتی نگهداری کنید.
 - از مقررات دوا های کنترل شده که ممکن است دسترسی به دوا های ضروری را به تأخیر بیندازند آگاه باشید.
- 6 با سیستم ها و شبکه های محلی برای حمایت از میزبان، مراقبان و خانواده ها در جامعه و در خانه کار کنید.
 - برای نیازهای مراقبت در منزل، لوازمی مانند پدهای بی اختیاری، کیتهای ادراری و بسته های پانسمان تهیه کنید.

شاخص های کلیدی

- تعداد روزهایی که داروهای مراقبت تسکینی ضروری در 30 روز گذشته در دسترس نبودند
- کمتر از چهار روز

فیصدی کارکنان آموزش دیده در زمینه کنترل درد و علائم اولیه یا مراقبت تسکینی در هر مرکز صحت، شفاخانه‌ی، کلینیک سیار و شفاخانه های ساحوی

فیصدی بیمارانی که توسط سیستم مراقبت های صحت به عنوان نیازمند شناسایی شده اند و مراقبت های پایان عمر دریافت کرده اند

نکات رهنمودی

فعالان صحت بشردوستانه باید از روش های محلی تصمیم گیری طبی و ارزش های محلی مرتبط با مرض، رنج، مردن و مرگ آگاه باشند و به آنها احترام بگذارند. تسکین درد و رنج بسیار مهم است و مریضان در حال مرگ باید مراقبت های مبتنی بر راحتی دریافت کنند، خواه مریضی آنها ناشی از جراحات کشنده، امراض انتانی یا هر علت دیگری باشد.

توسعه یک برنامه مراقبت: مریضان مرتبط را شناسایی کنید و به حق آنها برای تصمیم گیری آگاهانه در مورد مراقبت از آنها احترام بگذارید. معلومات بی طرفانه ارائه دهید و نیازها و انتظارات آنها را در نظر بگیرید. برنامه مراقبت باید توافق شده و بر اساس ترجیحات مریض باشد. ارائه دسترسی به صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی.

در دسترس بودن دوا ها: برخی از دوا های مراقبت تسکینی مانند تسکین درد در مادیول های اولیه و تکمیلی کیت سلامت عاجل بین سازمانی و در لیست دوا های ضروری گنجانده شده است. کیت های صحت عاجل بین سازمانی (IEHK) برای مراحل اولیه بحران مفید هستند اما برای موقعیت های طولانی که باید سیستم های پایدارتری ایجاد شود مناسب نیستند + به سیستم های صحت استاندارد 1.3: دوا ها و وسایل طبی ضروری و رفرنس ها و مطالعه بیشتر مراجعه کنید.

خانواده، جامعه و حمایت اجتماعی: با سایر بخش ها هماهنگ کنید تا مسیر ریفیر مریضان و خانواده هایشان را برای حمایت یکپارچه به توافق برسانید. این شامل دسترسی به سیستم ها یا سازمان های اجتماعی و رفاهی ملی می شود که در سرپناه، بسته های صحت و منزلت، کمک های نقدی، صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی و کمک های قانونی برای اطمینان از برآورده شدن نیازهای اولیه روزانه کمک می کنند.

برای ردیابی خانواده های جدا شده با بخش های مربوطه هماهنگ کنید تا مریضان بتوانند با آنها ارتباط برقرار کنند.

با شبکه های موجود مراقبت اجتماعی، که اغلب تسهیل گران مراقبت در منزل و کارکنان روانی اجتماعی جامعه آموزش دیده اند، کار کنید تا از مریضان و اعضای خانواده حمایت بیشتری کنید و در صورت نیاز به ارائه مراقبت های خانگی مانند افراد مبتلا به HIV کمک کنید.

حمایت معنوی: همه حمایت ها باید بر اساس درخواست مریض یا خانواده باشد. با رهبران مذهبی محلی کار کنید تا ارائه دهندگان مراقبت معنوی را که با ایمان یا اعتقاد مریض مشترک هستند شناسایی کنید. این ارائه دهندگان می توانند به عنوان منبعی برای مریضان، مراقبان و فعالان بشردوستانه عمل کنند.

رهبران مذهبی محلی را در مورد اصول کلیدی حمایت روانی-اجتماعی برای مریضانی که با مسائل صحت عمده روبرو هستند، راهنمایی کنید.



میکانیزم های قابل اعتمادی را برای رجعت دوجانبه بین سیستم مراقبت های صحتی و رهبران معنوی برای هر مریض، مراقب یا عضوی از خانواده که درخواست می کند، ایجاد کنید.

از حمایت از شیوه های دفن ایمن و آبرومندانه با همکاری جامعه محلی، بر اساس رهنمودهای ملی یا بین المللی اطمینان حاصل کنید + به سیستم های صحتی ستندرد 1.1: ارائه خدمات صحتی مراجعه کنید.

ضمیمه 1

چک لیست بررسی صحت

آماده گیری

- معلومات موجود در مورد جمعیت آسیب دیده از بحران را به دست آورید.
- نقشه های موجود، عکس های هوایی یا تصاویر ماهواره ای و دیتا های سیستم معلومات جغرافیایی (GIS) منطقه آسیب دیده را بدست آورید.
- دیتا های جمعیت شناختی، اداری و صحت را به دست آورید.

امنیت و دسترسی

- وجود خطرات طبیعی یا ساخت بشر را تعیین کنید.
- وضعیت کلی امنیتی، از جمله حضور نیروهای مسلح را تعیین کنید.
- دسترسی سازمان های بشردوستانه به جمعیت آسیب دیده از بحران را تعیین کنید.

دیمو گرافیک ها و ساختار اجتماعی

- اندازه جمعیت آسیب دیده از بحران را به تفکیک جنسیت، سن و ناتوانی تعیین کنید.
- گروه های در معرض خطر افزایش یافته، مانند زنان، کودکان، افراد مسن، افراد دارای معلولیت، افراد مبتلا به HIV یا گروه های به حاشیه رانده شده را شناسایی کنید.
- اندازه متوسط خانواده و تخمین تعداد خانواده های سرپرست زن و کودک را تعیین کنید.
- ساختار اجتماعی موجود و نورم های جنسیتی، از جمله موقعیت های قدرت و/یا نفوذ در جامعه و خانواده را تعیین کنید.

معلومات صحت درباره گذشته

- مشکلات صحت را که قبل از اضطرار در منطقه آسیب دیده از بحران وجود داشت، شناسایی کنید.
- مشکلات صحت از قبل موجود در کشور مبدا برای پناهندگان، یا منطقه مبدا برای افراد آواره داخلی را شناسایی کنید.
- خطرات موجود برای سلامتی، مانند امراض اپیدمی احتمالی را شناسایی کنید.
- موانع از قبل موجود و فعلی برای مراقبت های صحت، نورم های اجتماعی و باورها، از جمله اقدامات مثبت و مضر را شناسایی کنید.
- منابع قبلی مراقبت های صحت را شناسایی کنید.
- جنبه های مختلف نظام صحت و عملکرد آنها را تجزیه و تحلیل کنید ⊕ به سیستم های صحت استاندارد های 1.1 تا 1.5 مراجعه کنید.

میزان مرگ و میر

- میزان مرگ و میر Crude را محاسبه کنید.
- میزان مرگ و میر مربوط به سن (مانند میزان مرگ و میر زیر پنج سال) را محاسبه کنید.



- میزان مرگ و میر با علت خاص را محاسبه کنید.
- میزان مرگ و میر متناسب را محاسبه کنید.

میزان های مریضی

- میزان بروز امراض عمده صحتی که دارای اهمیت صحت عامه هستند. را تعیین کنید.
- در صورت امکان، میزان بروز بیماری های عمده سلامتی را بر اساس سن و جنس تعیین کنید.

منابع قابل دسترس

- ظرفیت وزارت صحت کشور آسیب دیده از بحران را تعیین کنید.
- وضعیت تأسیسات صحتی ملی، از جمله تعداد کل بر اساس نوع مراقبت ارائه شده، درجه آسیب زیرساخت ها، و دسترسی. را تعیین کنید.
- تعداد و مهارت های کارکنان مراقبت های صحتی موجود را تعیین کنید.
- بودجه های صحتی موجود و مکانیزم تامین مالی را تعیین کنید.
- ظرفیت و وضعیت عملکردی برنامه های صحت عامه موجود مانند برنامه توسعه یافته معافیت سازی را تعیین کنید.
- در دسترس بودن پروتوکول های استاندارد، دوا های ضروری، دستگاه ها و تجهیزات طبی، و سیستم های لوجستیک را تعیین کنید.
- وضعیت سیستم های رجعت دهی موجود را تعیین کنید.
- سطح استاندارد های IPC در مراکز صحتی را تعیین کنید.
- وضعیت سیستم معلومات صحتی موجود را تعیین کنید.

دیتا های سایر بخش های مرتبط

- وضعیت تغذیوی.
- اوضاع محیط زیستی و WASH.
- سبب های غذایی و امنیت غذایی.
- سرپناه و کیفیت سرپناه.
- آموزش - آموزش صحت و حفظ الصحه.

ضمیمه 2

2.1 نمونه فورم های گزارش دهی هفته وار سرویلانس صحتی*

..... محل
 تاریخ از دوشنبه:..... تا یکشنبه:.....
 مجموع نفوس در آغاز این هفته:
 ولادت ها در این هفته: مرگ ها در این هفته:
 رسیدن ها در این هفته (اگر قابل تطبیق باشد): حرکت ها در این هفته:
 مجموع نفوس در اخیر این هفته: مجموع نفوس زیر ۵ سال:

مجموعه	≥5 سال		<5 سال		
	مؤنث	مذکر	مؤنث	مذکر	
علت قطعی					
انتان حاد سیستم سفلی تنفسی					
کولرا (مشکوک)					
اسهال - خونی					
اسهال - آبگین					
جرحه - غیر تصادفی					
ملاریا					
صحت مادر - مستقیم					
سرخکان					
مننجاپیتیس (مشکوک)					
نوزاد (0-28 روز)					
دیگر					
نامعلوم					
مجموع به اساسی سن و جنس					
علت سببی					
AIDS (مشکوک)					
سوء تغذیه					
مرگ و میر مادران - غیر مستقیم					
امراض غیر ساری (مشخص)					
دیگر					
مجموع به اساس سن و جنس					

این فورم زمانی استفاده می شود که تعداد مرگ و میرهای زیادی وجود داشته باشد و بنابراین به دلیل محدودیت زمانی نمی توان اطلاعات دقیق تری در مورد مرگ های فردی جمع آوری کرد..

- سایر علل مرگ و میر را می توان با توجه به زمینه و الگوی اپیدمیولوژیک اضافه کرد.
- سن را می توان به صورت امکان پذیر تفکیک کرد، برای مثال 0-11 ماه، 1-4 سال، 5-14 سال، 15-49 سال، 50-59 سال، 60-69 سال، 70-79 سال، 80+ سال..
- مرگ و میر نباید صرفاً از مراکز صحتی گزارش شود، بلکه باید شامل گزارشهایی از سایت و رهبران مذهبی، کارکنان جامعه، گروههای زنان و شفاخانه ارجاعی باشد.
- در صورت امکان، تعاریف موردی باید در پشت این فرم قرار گیرد.



2.2. فارم سرویلانس مرگ ومیر (ریکارد های فردی)

محل.....
 تاریخ از دوشنبه:..... تا یکشنبه:.....
 مجموع نفوس در آغاز این هفته:.....
 ولادت ها در این هفته:..... مرگ ها در این هفته:.....
 رسیدن ها در این هفته (اگر قابل تطبیق باشد):..... حرکت ها در این هفته:.....
 مجموع نفوس در اخیر این هفته:..... مجموع نفوس زیر ۵ سال:.....

مرتبه ها در شفاخانه ها یا در خانه																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- * این فرم زمانی استفاده می شود که زمان کافی برای ثبت داده های مربوط به مرگ های فردی وجود داشته باشد. امکان تجزیه و تحلیل بر اساس سن، مکان و میزان بهره برداری از امکانات را فراهم می کند.
- فراوانی گزارش دهی (یعنی روزانه یا هفتگی) به تعداد مرگ و میر بستگی دارد.
 - علل دیگر مرگ را می توان در شرایط مناسب اضافه کرد.
 - مرگ و میرها نباید صرفاً از مراکز درمانی سایت گزارش شود، بلکه باید شامل گزارش هایی از محل و رهبران مذهبی، کارکنان جامعه، گروه های زنان و شفاخانه های ارجاعی باشد.
 - در صورت امکان، تعاریف موردی باید در پشت این فرم قرار گیرد.
 - سن را می توان بیشتر به عنوان امکان پذیر تفکیک کرد، برای مثال 0-11 ماه، 1-4 سال، 5-14 سال، 15-49 سال، 50-59 سال، > 60 سال.

2.3 نمونه فورم هشدار زود هنگام و پاسخ (EWAR) گزارش دهی زود هنگام

این فارم در مرحله حاد بحران زمانی که خطر رویدادهای بهداشت عمومی مانند تروما، مسمومیت یا شیوع بیماری های مستعد اپیدمی بالا باشد استفاده می شود.

محل:.....
 تاریخ از دوشنبه:..... تا یکشنبه:.....
 بازار/قریه/مسکن/کمپ.....
 ولایت..... ولسوالی.....
 علاقه داری..... نام محل:.....
 • داخل بستر • سرایا • مرکز صحر • کلینیک سیار
 سازمان (ها) تقویت کننده:.....
 آمر گزارش دهی و نمبر تماس:.....
 نفوس مجموعی:..... نفوس مجموعی زیر ۵ سال:.....
A. دیتای کلی هفته وار

مجموعه	مرگ و میر		مرض		واقعات جدید:
	5 ساله و بزرگتر از آن	<5 سال	5 ساله و بزرگتر از آن	<5 سال	
					مجموع پذیرش ها
					مجموع مرگ و میر
					انتان حاد تنفسی
					اسهال حاد آبکین
					اسهال حاد خونی
					ملاریا - مشکوک/تثبیت شده
					سرخکان
					مننجاپیتیس - مشکوک شده
					سندروم حاد تب Haemorrhagic
					سندروم حاد برقان
					فلج شل حاد (AFP)
					تیتانوس
					سایر تب < 38.5 درجه سانتیگراد
					ضربه
					مسمومیت کیمیایی
					دیگران
					جمع

- بیش از یک تشخیص ممکن است. مهمترین آنها باید ثبت شود. هر مورد باید فقط یک بار شمارش شود.
- فقط مواردی را که در هفته نظارت مشاهده شده اند (یا مرگ هایی که روی داده اند) را شامل شود.
- اگر در طول هفته هیچ مورد یا مرگی برای یکی از سندرم های ذکر شده در فورم نداشتید، "0" (صفر) بنویسید.
- مرگها فقط باید در بخش مرگ و میر گزارش شود، نه در بخش عوارض.
- تعاریف واقعه برای هر وضعیت تحت نظارت باید در پشت این فرم نوشته شود.
- علل امراض را می توان با توجه به اپیدمیولوژی و ارزیابی خطر مرض اضافه یا کم کرد.
- هدف از نظارت EWAR. تشخیص زودهنگام رویدادهای صحت عامه است که نیاز به واکنش فوری دارند.
- دیتاهای مربوط به شرایطی مانند سوءتغذیه باید از طریق نظرسنجی (شیوع)، به جای نظارت (بروز) به دست آید

B. هشدار شیوع

در هر زمانی که مشکوک به هر یک از بیماری های زیر هستید، لطفا پیامک یا تماس بگیرید.....
 یا ایمیل کنید..... با حداکثر معلومات زمان، مکان و تعداد موارد و مرگ و میر: کولرا، شجیلوز، سرخکان، فلج اطفال، تائیفاید، تیتانوس، هپاتیتیس A یا E، دنگی، مننژیت، دیفتری، سیاه سرفه، تب خوریزی دهنده، تروما و مسمومیت های کیمیایی. این لیست از امراض بسته به اپیدمیولوژی مرض در کشور متفاوت خواهد بود.



2.4 نمونه فورم گزارش نظارت بر سیستم معلومات مدیریت صحت (HMIS)

محل:
 تاریخ از دوشنبه: تا یکشنبه:
 مجموع جمعیت در آغاز ایت هفته/ماه:
 ولادت ها در این هفته/ماه: مرگ ها در این هفته/ماه:
 رسیدن ها در این هفته/ماه (اگر قابل تطبیق باشد):
 حرکت ها در این هفته/ماه:مجموع نفوس در اخیر این هفته/ماه:
 نفوس مجموعی زیر ۵ سال:

امراض		کمتر از ۵ سال		۵ سال و بالاتر از آن (واقعات جدید)		مجموعه		واقعات تکراری	
تشخیص	مذکر	مؤنث	مجموعه	مرد	مؤنث	مجموعه	جدید	مجموعه	
انتان حاد تنفسی									
اسهال حاد آبگین									
اسهال حاد خونی									
ملاریا - مشکوک/تثبیت شده									
سرخکان									
مننجاپیتیس - مشکوک									
سندروم حاد تب هیموراژیک									
سندروم حاد زردی									
فلج شل حاد (AFP)									
تیتانوس									
C سایر تب ها $>38.5^{\circ}$									
HIV/AIDS									
امراض چشم									
امراض جلدی									
سوء تغذی حاد									
امراض مقاربتی جنسی									
امراض زخم تناسلی									
افرازات احلیل مردانه									
افرازات مهبل									
امراض التهابی حوصله (PID)									
التهاب منظمه نوزاد									

امراض		کمتر از ۵ سال		۵ سال و بالاتر از آن (واقعات جدید)		مجموعه		واقعات تکراری	
تشخیص	مذكر	مؤنث	مجموعه	مرد	مؤنث	مجموعه	جدید	مجموعه	
سیفلیس تناسلی									
امراض غیر ساری									
فشار بلند خون									
امراض اسکیمیک قلبی									
شکر									
استما									
امراض مزمن انسدادی ریه									
صرع									
سایر امراض مزمن غیر ساری									
صحت روانی									
اختلال مصرف الکول یا سایر مواد									
ناتوانی ذهنی و اختلالات رشد									
اختلالات سایکوتیک (به شمول اختلال دو قطبی)									
دیمینشیا و هزیان									
اختلال متوسط- شدید عاطفی/افسرده گی									
شکایات جسمی غیر قابل توضیح بصورت طبی									
خودآزاری (از جمله اقدام به خودکشی)									
سایر مشکلات روانی									
جروحات									
جروحات بزرگ راس /ستون فقرات									
جرحه بزرگ تنه									
جروحات بزرگ نهائات									
جروحات متوسط									
جروحات کوچک									
مجموعه									

سن را می توان بیشتر به عنوان امکان پذیر تفکیک کرد، برای مثال 0-11 ماه، 1-4 سال، 5-14 سال، 15-49 سال 50-59 سال، < 60 سال.



ضمیمه 3

فورمول های محاسبه شاخص های کلیدی صحت

Crude mortality rate (CMR) (میزان مرگ و میر Crude)

تعریف: میزان مرگ و میر در کل جمعیت، اعم از زنان و مردان و تمامی سنین.
فورمول:

$$\text{میزان مرگ و میر} = \frac{\text{تعداد کل کشته شده گان در طول دوره زمانی}}{\text{جمعیت میان دوره ای در معرض خطر} \times \text{تعداد روزها در دوره زمانی}} \times 10,000 \text{ شخص}$$

مرده ها/10,000 /افراد/روز

Under-5 mortality rate (U5MR) (میزان مرگ و میر زیر ۵ سال)

تعریف: میزان مرگ و میر در میان کودکان زیر پنج سال در جمعیت.
فورمول:

$$\text{میزان مرگ و میر} = \frac{\text{تعداد کل مرگ و میر در کودکان <5 سال در طول دوره زمانی}}{\text{تعداد کل کودکان کمتر از 5 سال} \times \text{تعداد روز در دوره زمانی}} \times 10,000 \text{ اطفال زیر 5 سال/روز}$$

میزان بروز

تعریف: تعداد موارد جدید یک مرض که در یک دوره زمانی مشخص در جمعیتی در معرض خطر ابتلا به مرض رخ می دهد.
فورمول:

$$\text{میزان بروز} = \frac{\text{New cases due to specific disease/1,000 persons/month}}{\text{Population at risk of developing disease} \times \text{Number of months in time period}} \times 1,000 \text{ persons}$$

(Case fatality rate (CFR) (میزان مرگ و میر واقع)

تعریف: تعداد افرادی که بر اثر یک مرض می میرند تقسیم بر تعداد افرادی که به این مرض مبتلا هستند.
فورمول:

$$\text{میزان مرگ و میر} = \frac{\text{تعداد افرادی که در طول دوره زمانی از مرض می میرند}}{\text{تعداد افرادی که در طول دوره زمانی مرض دارند}} \times 100 \text{ افراد}$$

فیصد x

میزان استفاده از تسهیل صحت

تعریف: تعداد مراجعات سرپایی برای هر نفر در سال. در صورت امکان، بین بازدیدهای جدید و قدیمی تمایز قائل شوید. برای محاسبه این نرخ باید از بازدیدهای جدید استفاده شود. با این حال، تمایز بین بازدیدهای جدید و قدیمی اغلب دشوار است، بنابراین آنها اغلب به عنوان بازدیدهای کلی در طول یک بحران ترکیب می شوند.

فورمول:

$$\text{مجموع ویزیت ها در یک هفته} \times 52 \text{ هفته} = \text{ویزیت ها/شخص/سال}$$

جمعیت

تعداد مشاورت ها بر کارمند کلینیکی بر روز

تعریف: اوسط تعداد کل مشاوره ها (موارد جدید و تکراری) که توسط هر داکتر در روز مشاهده می شود.

فورمول:

Total number of consultations in one week	Number of days health facility
Number of FTE* clinicians in health facility	Number of FTE* clinicians in health facility open per week

FTE (معادل تمام وقت) به تعداد معادل داکتران شاغل در یک مرکز صحت اشاره دارد. به عنوان مثال، اگر شش داکتر در بخش سرپایی کار می کنند اما دو نفر از آنها نیمه وقت کار می کنند، تعداد داکتران = 4 FTE کارمند تمام وقت + 2 کارمند نیمه وقت = 5 داکتر FTE.



ضمیمه 4

تسمم

مسمومیت زمانی رخ می دهد که افراد از طریق دهان، بینی، جلد، چشم ها یا گوش ها یا از طریق بلع در معرض مواد کیمیایی سمی قرار گیرند. کودکان در معرض خطر بیشتری قرار دارند، زیرا آنها سلسله‌عتر نفس می کشند، سطح زیادی نسبت به توده بدن دارند، پوست نفوذپذیرتری دارند و به زمین نزدیکتر هستند. قرار گرفتن در معرض سموم می تواند بر رشد کودک تأثیر بگذارد، از جمله باعث کندی رشد و اختلال در تغذیه شود، و می تواند منجر به بیماری یا مرگ شود.

مدیریت اولیه

در صورت مراجعه به مرکز صحنه تداوی، اگر مشخص شود که مریض در معرض قرار گرفتن در معرض مواد کیمیایی قرار گرفته است یا علائم و نشانه های آن را دارد:

- اقدامات احتیاطی برای کارکنان مراقبت های صحنه، از جمله پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی مناسب (PPE) انجام دهید;
- مریضان را تریاژ کنید;
- مداخلات نجات بخش زنده گی را انجام دهید;
- آلودگی زدایی کنید (به عنوان مثال، لباس های مریض را بردارید، یا مناطق آسیب دیده را با آب صابون بشویید)، در حالت مطلوب در خارج از مرکز صحنه برای جلوگیری از قرار گرفتن در معرض بیشتر؛ سپس
- پروتوکول های تداوی بیشتر، از جمله تداوی حمایتی را دنبال کنید.

پروتوکول های تداوی

اینها ممکن است بسته به کشور متفاوت باشد. به طور کلی، ارائه انتی دوت و تداوی حمایتی (مانند تنفس) مورد نیاز است.

جدول زیر علائم قرار گرفتن در معرض مواد کیمیایی و انتی دوت رایج داده شده را نشان می دهد

اعراض مواجه شدن با توکسیک های کیمیایی و تداوی ممکنه

کلاس توکسیک کیمیایی	خصوصیات معمول مواجه شدن	انتی دوت (ره نمود های کشور ها متفاوت خواهد بود)
نماینده های عصب مانند sarin, tabun یا VX	کوچک شدن مردمک ها؛ خیره گی دید؛ سردرد؛ ترشحات فراوان؛ تنگی قفسه سینه و دشواری تنفس؛ حالت تهوع؛ استفراغ؛ اسهال؛ انقباض عضلات؛ تشنج؛ از دست دادن هوشیاری.	Atropine Oximes (pralidoxime, obidoxime) Benzodiazepines (برای اختلاجات)
نماینده های ابله کردن مانند Mustard گاز های	اشک ریختن؛ سوزش چشم؛ التهاب منظمه؛ آسیب قرنیه؛ سرخ شدن و ابله های پوست همراه با درد؛ دیسترس تنفسی.	تداوی تقویتی sodium thiosulphate +/- بطور مثال، ابریگیشن چشم ها، topical antibiotic شستن جلد، bronchodilators از سودیم تایو سلفیت در واقعات شدید استفاده کنید.
سیاناید	نفس نفس زدن برای هوا؛ اختناق؛ تشنج؛ گیجی؛ حالت تهوع	Amyl nitrite (کمک اولیه) Sodium thiosulphate and sodium nitrite or with 4 DMAP or Hydroxocobalamin or Dicobalt edetate
عوامل ناتوان کننده مانند BZ	خشکی دهان و جلد؛ تاکی کاردیا؛ تغییر شعور؛ توهمات؛ برسامات؛ هایپرترمیا؛ عدم هماهنگی؛ مردمک های گشاد شده	Physostigmine
گاز اشک آور و عوامل کنتترل شورش	سوزش و سوخت غشاهای مخاطی؛ اشک ریزش؛ ترشح بزاق؛ آبریزش بینی؛ سینه سفت؛ سردرد؛ حالت تهوع.	عمدتاً تداوی تقویتی
کلورین	سرخ و اشک چشم؛ تحریک بینی و گلو؛ سرفه؛ خفگی یا احساس خفگی؛ تنگی نفس؛ خس خس سینه؛ صدای خشن؛ ادم ریوی	N acetylcysteine (NAC)
تالیم (سم موش)	درد شکم؛ حالت تهوع؛ استفراغ؛ اسهال؛ قبضیت؛ تشنج؛ هذیان افسردگی؛ ریزش موی سر و بدن؛ نیوروپاتی محیطی دردناک و ضعف حرکتی دیستال؛ آتاکسی نقص های عصبی شناختی	Prussian blue
سرب	بی اشتهاپی؛ استفراغ؛ قبضیت؛ درد شکم؛ رنگ پریدگی؛ بی توجهی؛ ضعف؛ فلج محیطی.	Chelation
ارگانوفسفیت ها (شامل برخی حشره کش ها و گازهای عصبی)	ترشح بزاق؛ اشک ریزش؛ ادرار کردن؛ دفع مدفوع؛ گرفتگی معده؛ استفراغ.	Atropine Oximes (pralidoxime, obidoxime)

اصلاح شده از WHO، راهنمای صحت محیطی در شرایط اضطراری.



ریفرنس ها و مطالعه بیشتر

صحت و حقوق بشر

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008. <http://www.ohchr.org>

هماهنگی ملکی - نظامی

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011. www.who.int

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014. <http://www.unocha.org>

حفاظت و قوانین بین المللی بشری

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013. www.icrc.org

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015. <https://www.icrc.org>

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015. www.icrc.org

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012. www.icrc.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. <http://www.mrmtools.org>

هماهنگی

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009. <http://www.who.int>

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015. www.humanitarianresponse.info

صحت در حالات اضطراری

Blanchet, K et al Evidence on public health interventions in humanitarian crises.

The Lancet, 2017: <http://www.thelancet.com>

Classification and Minimum Standards for foreign medical teams in sudden onset disasters.

WHO, 2013. <http://www.who.int>

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008. <http://pdf.usaid.gov>

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997. <http://refbooks.msf.org>

Spiegel et. al. Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. The Lancet, 2010. <http://www.thelancet.com>

رهنمود های کلینیکی

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016. <http://refbooks.msf.org>

سیستم های صحی

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009. <http://www.who.int>
Elston et al. Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone. Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com>

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012. www.hfg-project.org

Parpia et al. Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa. Emerging Infection Diseases Vol 22. CDC, 2016. <https://wwwnc.cdc.gov>

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016. <http://www.euro.who.int>

مصنویت

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017. <http://www.who.int>

وقایه و کنترل اتان

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008. <http://www.who.int>

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009. <http://oops.msf.org>



Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017. <https://www.cdc.gov>

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings. CDC, 2004. <https://www.cdc.gov>

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies.

WHO, 1999. <http://apps.who.int>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition. ICRC, IFRC, 2016. www.icrc.org

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014. <http://www.who.int>

قوه کاری مراقبت های صحی

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO. <http://www.who.int>

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012. <http://www.ilo.org>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010. <http://www.who.int>

Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006. <http://www.who.int>

دوا ها

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org> Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010. <http://www.who.int> Interagency Emergency Health Kit.

WHO, 2015. <http://www.who.int>

Model Formulary for children. WHO, 2010. <http://apps.who.int>

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. <http://www.who.int>

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

وسایل طبی از جمله وسایل کمکی

Core Medical Equipment. WHO, 2011. <http://www.who.int> Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO <http://www.who.int> Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008. <http://www.who.int>

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016. <http://www.who.int>

دوا های کنترل شده

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012. <http://www.who.int>

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010. <http://www.incb.org>

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014. www.incb.org

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011. <http://www.who.int>

محصولات خون

Blood safety and availability. WHO, 2017. <http://www.who.int>

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017. <http://apps.who.int>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008. <http://www.who.int>

تامین مالی صحی

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014. <http://apps.who.int>



Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011. <http://www.who.int>

معلومات صحي

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011 <https://interagencystandingcommittee.org>

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015. <http://www.who.int>

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017. www.humanitarianresponse.info

ارزیابی نیاز های صحي و اولویت بندی خدمات مراقبت های صحي

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013. <http://evaluation.msf.org>

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country.

World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012. <http://www.who.int>

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015. <http://www.who.int>

وقایه امراض ساری

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016. <http://thementorinitiative.org>

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017. <http://www.who.int>

امراض ساری (امراض مشخص)

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009. <http://www.who.int>

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017. <http://www.who.int>

Liddle, K et al. TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia. Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015. <http://apps.who.int>

Management of a measles epidemic. MSF, 2014. <http://refbooks.msf.org>

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011. <http://apps.who.int>

تشخیص شیوع و واکنش زود هنگام

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014. <http://www.who.int>

“Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Early warning, alert and response (EWAR) a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. <http://apps.who.int>

Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012. <http://www.who.int>

آماده گی و واکنش در برابر شیوع

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005. <http://www.who.int>

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011. <http://www.unhcr.org>

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008. <http://www.who.int>

صحت طفل و نوزاد

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014. <http://www.who.int>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017. <https://www.rescue.org>

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016. <http://iawg.net>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. www.unicef.org

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016. <http://www.who.int>



صحت جنسی و باروری

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings.

UNFPA and Save the Children, 2009. <http://iawg.net>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011. <http://iawg.net>

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018. <http://www.who.int>

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015. <http://who.int>

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011. <http://iawg.net>

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015. <http://www.who.int>

خشونت جنسی و مدیریت کلینیکی تجاوز جنسی

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014. <http://iawg.net>

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012. <https://www.unicef.org>

Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004. www.who.int

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009. <http://apps.who.int>

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015. <https://gbvguidelines.org>

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003. <http://www.who.int>

HIV

Consolidated Guidelines on the Use of ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach - Second edition. WHO, 2016. www.who.int

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010. <http://>

www.unaids.org

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org> Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003.

www.emro.who.int

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014. <http://www.who.int>

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014. <http://www.unfpa.org>

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015.

<http://iawg.net>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012. <http://www.who.int>

مراقبت جرحه و تروما

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017. <https://eccguidelines.heart.org>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. <https://shop.icrc.org>

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016.

<https://resourcecentre.savethechildren.net>

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

Disasters. WHO, 2013. <http://www.who.int>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017. <http://ifrc-ecb-hfa.org>

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016. <https://extranet.who.int>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009. <http://apps.who.int>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016. www.ifrc.org Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions.

WHO and ICRC. <http://www.who.int>



Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011. <http://cdphready.org>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017. <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015. <https://cprguidelines.eu>

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016. <http://www.who.int>

von Schreeb, J et al. Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan. Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010. <https://www.icrc.org>

صحت روانی

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org>

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://reliefweb.int>

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012. <http://www.who.int>

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013. <http://www.who.int>

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007. <https://interagencystandingcommittee.org>

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017. <https://interagencystandingcommittee.org>

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015. <http://www.unhcr.org>

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. <http://www.who.int>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010. <http://www.who.int>

امراض غیر ساری

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011. <http://www.who.int>

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises. PLOS Medicine, 2016. <http://journals.plos.org>

Lozano et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013. <http://www.who.int>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016. <http://www.who.int>

Slama, S et al. Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies. The Lancet, 2016. <http://www.thelancet.com>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. <http://www.who.int>

مراقبت های تسکینی

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015. <http://pscentre.org>

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012. <https://interagencystandingcommittee.org>

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016. <http://apps.who.int>

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007. <http://www.who.int>

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com>

Matzo, M et al. Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources. Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. Palliative care in humanitarian crises:



always something to offer. The Lancet, 2017. <http://www.thelancet.com>

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007. <http://www.who.int>

Silove, D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. War Trauma Foundation, 2013. <https://www.interventionjournal.com>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua. Global public health, NCBI, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015. <http://www.who.int>

تسمم

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015. <http://www.who.int>

مطالعه بیشتر

For further reading suggestions please go to www.spherestandards.org/handbook/online-resources

مطالعه بیشتر

هماهنگی نظامی-ملکی

UN-CMCoord Field Handbook. UN OCHA, 2015. <https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications>

هماهنگی

Global Health Cluster. <http://www.who.int/health-cluster/en/>

سیستم های صحی

Approach to Health Systems Strengthening. UNICEF, 2016. https://www.unicef.org/health/files/UNICEF_HSS_Approach_-_5Jun16.pdf

Health System Strengthening, from diagnosis to Planning. Action Contre Le Faim, 2017. <https://www.actionagainsthunger.org/publication/2017/03/health-system-strengthening-diagnosis-planning>

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. WHO, 2010. <http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>
Newbrander et al. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. NCBI, Disasters, 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913929
Strategizing national health in the 21st century: a handbook. WHO, 2017. <http://www.who.int/healthsystems/publications/nhpsp-handbook/en/>

van Olmen, J et al. Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas. BMC Public Health, 2012. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-774>

مصنویت

Diagnostic Errors: Education and Training, Electronic Tools, Human Factors, Medication Error, Multi-morbidity, Transitions of care. WHO, 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hospital Safety Index Guide for Evaluators, 2nd ed. WHO, 2015. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>

Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement: Administrative errors. WHO, 2016. http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/

دواها

Management of Drugs at Health Centre Level, Training Manual. WHO, 2004. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7919e/>



وسایل طبی بشمول وسایل کمکی

Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. WHO, 2017. http://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/

List of Prequalified in vitro diagnostic products. WHO, 2011. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/PQ_list/en/

دواهای کنترل شده

Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care. International Narcotics Control Board, 1996. www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/medical_care/Guidelines_emergency_Medical_care_WHO_PSA.pdf

تأمین مالی صحی

Doocy et al. Cash-based approaches in humanitarian emergencies, a systematic review. International Initiative for Impact Evaluation, 2016. http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2016/05/19/sr28-qa-sr-report-cash-based-approaches.pdf

Wenjuan Wang et al. The impact of health insurance on maternal health care utilization: evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda. Health Policy and Planning, NCBI, 2017. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28365754

معلومات صحی

Checchi et al. Public Health Information in Crisis-Affected populations. A review of methods and their use for advocacy and action. The Lancet, 2017. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30702-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30702-X/abstract)

Creating a master health facility list. WHO, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf

Thierin, M. Health Information in Emergencies. WHO Bulletin, 2005. <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>

ارزیابی نیازهای صحی و اولویت بندی خدمات مراقبت های صحی

Checchi, F et al. Public health in crisis-affected population. A practical guide for decision makers, Network Paper 61. Humanitarian Practice Network, December 2007. <https://odhpn.org/resources/public-health-in-crisis-affected-populations-a-practical-guide-for-decision-makers/>

Prioritising Health Services in humanitarian crises. Health and Education Research Team, 2014. <http://www.health-resources.org/2014/03/>

prioritising- health-activities-in-humanitarian-crises/

Waldman, R.J. Prioritising health care in complex emergencies. The Lancet, 2001. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04568-2/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04568-2/fulltext?_eventId=login)

World Health Statistics, 2016: Monitoring for the SDGs. WHO, 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

وقایه امراض ساری

Vaccination in Humanitarian Emergencies, Implementation Guide. WHO, 2017. http://www.who.int/immunization/documents/general/who_ivb_17.13/en/

تشخیص شیوع و پاسخ زود هنگام

Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties. WHO, 2013. <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>

Integrated Disease Surveillance and Response Community Based Surveillance Training Manual. WHO, 2015. <http://www.afro.who.int/publications/integrated-diseases-surveillance-and-response-african-region-community-based>

آماده گی و پاسخ شیوع

Key messages for social mobilization and community engagement in intense transmission areas, Ebola. WHO, 2014. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/social-mobilization-guidance/en/>

صحت طفل و نوزاد

Disaster Preparedness Advisory Council, Ensuring the Health of Children in Disasters. Pediatrics. 2015. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/10/13/peds.2015-3112>

Hoddinott, J. Kinsey, B. Child growth in the time of drought. Oxford Bulletin of Economics and Statistics. 2001. https://are.berkeley.edu/courses/ARE251/2004/papers/Hoddinott_Kinsey.pdf

Including children with disabilities in humanitarian action, Health Booklet. UNICEF, 2017. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/index.html>

Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities, evidence summaries. WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137319/1/9789241507813_eng.pdf

مراقبت جرحه و تروما

Emergency Trauma Care. World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/>



emergencycare/gaci/activities/en/

EMT initiative. WHO, 2017. <https://extranet.who.int/emt/page/home>

Global guidelines for the prevention of surgical site infection. WHO, 2016. <http://www.who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>

Implementation Manual Surgical Safety Checklist, First Edition. WHO, World Alliance for Patient Safety, 2008 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Joshi, GP et al. Defining new directions for more effective management of surgical pain in the United States: highlights of the inaugural Surgical Pain Congress™. The American Surgeon, NCBI, 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666860>

Malchow, Rj et al. The evolution of pain management in the critically ill trauma patient: Emerging concepts from the global war on terrorism. Critical Care Medicine, NCBI, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18594262>

Providing Care for an Influx of Wounded. MSE, 2008. <http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf/Pocket%20guide%20to%20Case%20Management%20of%20an%20Influx%20of%20Wounded%20OCB-v2.0-2008.pdf>

صحت روانی

Toolkit for the Integration of Mental Health into General Healthcare in Humanitarian Settings. International Medical Corps, 2018. http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration_Toolkit

امراض غیر ساری

Action Plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2008/2013. WHO, 2009. <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Demaio, A. Jamieson, J. Horn, R. de Courten, M. Tellier, S. Non-Communicable Diseases in Emergencies: A Call to Action. PLOS Currents Disasters, 2013. <http://currents.plos.org/disasters/article/non-communicable-diseases-in-emergencies-a-call-to-action/>

Global Status Report on Non-communicable diseases. WHO, 2010. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/

The Management of cardiovascular disease, diabetes, asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Emergency and Humanitarian Settings. WHO, 2008.

مراقبت های تسکینی

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on

mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018. <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith>

Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response. Institute of Medicine. 2012. <https://www.nap.edu/catalog/13351/crisis-standards-of-care-a-systems-framework-for-catastrophic-disaster>

Ethics in epidemics, emergencies and disasters: research, surveillance and patient care: training manual. WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/196326/9789241549349_eng.pdf?sequence=1

Faith Leader Toolkit. Coalition for Compassionate Care in California, 2017. <http://coalitionccc.org/tools-resources/faith-leaders-toolkit/>

Knaul, F. Farmer, P.E. et al. Report of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care & Pain Control. The Lancet, 2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032993>

تسمم

Chemical Hazards Compendium. UK Government, 2013. <https://www.gov.uk/government/collections/chemical-hazards-compendium>

Emergency preparedness and Response, Fact Sheets on Specific Chemical Agents. Center for Disease control and prevention, 2013. <https://emergency.cdc.gov/chemical/factsheets.asp>

Guidelines for the Identification and Management of Lead Exposure in Pregnant and Lactating Women. CDC, 2010. <https://www.cdc.gov/nceh/lead/publications/leadandpregnancy2010.pdf>

The Public Health Management of Chemical Incidents, WHO Manual. WHO, 2009. http://www.who.int/entity/environmental_health_emergencies/publications/Manual_Chemical_Incidents/en/index.html



ضمیمہ ہا

Annexes



محتویات

410.....	ضمیمه 1: اساسات قانونی به سفیر.....
	ضمیمه 2: طرزالعمل رفتاری برای صلیب سرخ و هلال احمر و سازمانهای غیر دولتی (NGOs)
424.....	در Disaster Relief.....
431.....	ضمیمه 3: مخففات و کلمات اختصاری.....

ضمیمه 1

اساسات قانونی به Sphere

منشور بشردوستانه باورهای مشترک و اصول مشترک در مورد اقدامات و مسئولیت های بشردوستانه در موقعیت های فاجعه یا درگیری را بیان می کند و خاطرنشان می کند که این موارد در حقوق بین الملل منعکس شده است. فهرست مشروح زیر از اسناد کلیدی شامل مرتبط ترین اسناد حقوقی بین المللی مربوط به حقوق بین الملل حقوق بشر، حقوق بشردوستانه بین المللی (IHL)، قانون پناهندگان و اقدامات بشردوستانه است. این تلاشی برای نمایش قوانین و تحولات منطقه ای ندارد. منابع بیشتر و لینک وبسایت اضافی دیگر از دستورالعمل ها، اصول، ستندرد ها و چارچوب هایی که از پیاده سازی پشتیبانی می کنند در وب سایت www.spherestandards.org Sphere موجود است. یادداشت ها فقط برای اسنادی ارائه می شوند که نیاز به توضیح دارند، افزوده های جدیدتر هستند یا دارای بخش های خاصی در مورد فاجعه یا درگیری هستند. راهنمای Sphere منعکس کننده نگرانی های خاص است. راهنمای Sphere منعکس کننده نگرانی های خاصی است که بخشی از چارچوب حقوقی بین المللی است. به طور کلی، اینها شامل حق امنیت و حیثیت شخصی، آزادی از تبعیض؛ و حقوق آب و حفظ الصحة، سرپناه، امنیت غذایی و تغذیه، و مراقبت های صحتی است. در حالی که برخی از این حقوق در میثاق های بین المللی خاص مشخص شده است، همه آنها در یکی از اسناد عمومی حقوق بشر در مورد حقوق مدنی و سیاسی یا حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی گنجانده شده اند.

این ضمیمه شامل اسنادی است که به صورت موضوعی در چهار دسته تنظیم شده است:

1. حقوق بشر، حفاظت و آسیب پذیری
 2. جنگ های مسلحانه و کمک های بشردوستانه
 3. مهاجرین و اشخاص بیجا شده داخلی
 4. آفت ها و کمک های بشردوستانه
 5. چارچوب سیاست بشردوستانه، رهنمودها و اصول در مورد حقوق بشر، حفاظت و آسیب پذیری
- در آمادگی و واکنش اضطراری www.spherestandards.org/handbook/online-resources

برای اطمینان از شفافیت در مورد وضعیت هر سند در این دسته بندی ها، آنها به عنوان الف) معاهدات و قوانین عرفی یا ب) سازمان ملل و سایر دستورالعمل ها و اصول بین دولتی که به طور رسمی پذیرفته شده اند طبقه بندی می شوند

1. اسناد بین المللی در مورد حقوق بشر، حفاظت و آسیب پذیری

اسناد زیر عمدتاً به حقوق بشر به رسمیت شناخته شده در معاهدات و اعلامیه های جهانی مربوط می شود. تعدادی از اسناد کلیدی مربوط به سن (کودکان و افراد مسن)، جنسیت و معلولیت نیز گنجانده شده است، زیرا اینها برخی از رایج ترین پایه های آسیب پذیری در آفات یا درگیری هستند.

1.1 معاهدات و قوانین عرفی در مورد حقوق بشر، حفاظت و آسیب پذیری

قانون معاهده حقوق بشر در مورد دولت هایی اعمال می شود که طرف معاهده مربوطه هستند، اما قوانین عرفی (مثلاً ممنوعیت شکنجه) برای همه دولت ها اعمال می شود. قانون حقوق بشر در همان ها اعمال می شود، با دو استثنا:

- برخی از حقوق مدنی و سیاسی محدود ممکن است در طول شرایط اضطراری ملی اعلام شده، مطابق با ماده 4 میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی ("نقض") معلق شوند.
- در طول درگیری های مسلحانه رسمیت یافته، IHL در صورت وجود هر گونه مغایرت با قوانین حقوق بشر ابتدا اعمال می شود.

1.1.1 حقوق جهانی بشر

اعلامیه جهانی حقوق بشر 1948 (UDHR)، تصویب قطعنامه 217 (A/III) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 10 دسامبر 1948. www.un.org

نظر: UDHR که در سال 1948 توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد اعلام شد، برای اولین بار حقوق اساسی بشر را به طور جهانی مورد حمایت قرار داد. این یک معاهده نیست، اما به طور کلی توافق شده است که بخشی از حقوق بین الملل عرفی شده است. جمله اول مقدمه مفهوم «کرامت ذاتی» انسان را به عنوان مبنای اساسی حقوق بشر معرفی می کند و در ماده 1 آمده است: «همه افراد بشر آزاد به دنیا می آیند و از نظر حیثیت و حقوق با هم برابرند».

میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی 1966 (ICCPR)، تصویب قطعنامه 2200A (XXI) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در تاریخ 16 دسامبر 1966، لازم الاجرا شدن در 23 مارس 1976، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 999، ص. 171 و ج. 1057، ص. 407. www.ohchr.org

دومین پروتوکول اختیاری ICCPR 1989 (با هدف لغو مجازات اعدام)، تصویب قطعنامه 44/128 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در تاریخ 15 دسامبر 1989، لازم الاجرا شدن 11 ژوئیه 1991، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 1642، ص. 414. www.ohchr.org

نظر: کشورهای طرف میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی باید حقوق همه افراد در قلمرو یا تحت صلاحیت خود را رعایت کرده و تضمین کنند، در حالی که حق «مردم» برای تعیین سرنوشت خود و حقوق برابر زن و مرد را به رسمیت می شناسند.

به رسمیت شناختن حق "مردم" برای تعیین سرنوشت و حقوق برابر زن و مرد. برخی از حقوق (که با ستاره* مشخص شده اند) ممکن است هرگز معلق نشوند، حتی در وخیم ترین شرایط اضطراری ملی.

حقوق میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی: حق زندگی؛* بدون شکنجه یا سایر رفتارهای ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز؛* بدون بردگی؛* بدون دستگیری یا بازداشت خودسرانه؛ انسانیت و کرامت در بازداشت؛ عدم حبس برای نقض قرارداد؛* آزادی رفت و آمد و اقامت؛ تنها اخراج قانونی بیگانگان؛ برابری در برابر قانون، محاکمه عادلانه و فرض براءت در محاکمات جنایی؛ عدم عطف به ماسبق در جرایم کیفری؛* به رسمیت شناختن برابر در برابر قانون؛* زندگی خصوصی؛ آزاد فکر، دین و وجدان؛* عقیده آزاد، بیان و اجتماع مسالمت آمیز. آزادی انجمن؛ حق ازدواج و زندگی خانوادگی؛ حمایت از کودکان؛ حق رای و مشارکت در امور عمومی؛ حق اقلیت ها برای برخورداری از فرهنگ، مذهب و زبان خود.*

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی 1966 (ICESCR)، تصویب قطعنامه 2200A (XXI) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در تاریخ 16 دسامبر 1966، لازم‌الاجرا شدن در 3 جنوری 1976، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 993، ص. 3. www.ohchr.org

نظر: کشورهای عضو توافق می‌کنند که حداکثر منابع موجود خود را برای «دستیابی تدریجی» به حقوق میثاق، که باید به طور مساوی برای مردان و زنان از آن برخوردار شوند، متعهد کنند.

حقوق ICESCR: کار کردن. دریافت پاداش عادلانه؛ برای عضویت در اتحادیه های کارگری؛ داشتن تامین اجتماعی یا بیمه؛ به زندگی خانوادگی، از جمله حمایت از مادران پس از ولادت و محافظت از کودکان در برابر استثمار. داشتن ستندرد های مناسب زندگی، از جمله غذا، پوشاک و مسکن؛ برای سلامت جسمی و روانی؛ به آموزش و پرورش؛ و در زندگی فرهنگی شرکت کند و از مزایای پیشرفت علمی و فرهنگی برخوردار شود.

کنوانسیون بین‌المللی رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی 1969 (ICERD)، تصویب قطعنامه 2106 (XX) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 21 دسامبر 1965، لازم‌الاجرا شدن در 4 ژانویه 1969، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد 660، ص. 195. www.ohchr.org

کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان 1979 (CEDAW)، تصویب قطعنامه 34/180 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 18 دسامبر 1979، لازم‌الاجرا شدن در 3 سپتامبر 1981، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 1249، ص. 13. www.ohchr.org

کنوانسیون حقوق طفل 1989 (CRC)، تصویب شده توسط قطعنامه 44/25 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 20 نوامبر 1989، لازم‌الاجرا شدن در 2 سپتامبر 1990، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 1577، ص. 3. www.ohchr.org

پروتوکول اختیاری CRC در مورد دخالت اطفال در درگیری‌های مسلحانه 2000، تصویب قطعنامه A/RES/54/263 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 25 می 2000، لازم‌الاجرا شدن 12 فبروری 2002، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 2173، ص. 222. www.ohchr.org

پروتوکول اختیاری CRC در مورد فروش کودکان، روسپیگری کودکان و پورنوگرافی کودکان 2000، تصویب شده توسط قطعنامه A/RES/54/263 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 25 مه 2000، لازم الاجرا شدن در 18 ژانویه 2002، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد 2171، ص. 227. www.ohchr.org

نظر: CRC تقریباً دارای الحاق دولتی جهانی است. حقوق اولیه انسانی اطفال را مجدداً بیان می کند و مشخص می کند که چه زمانی آنها به حمایت مشخص نیاز دارند (مثلاً وقتی از خانواده جدا می شوند). پروتوکول ها مستلزم اقدام مثبت در مورد مسائل خاص حمایت از کودکان برای کشورهای طرف آن هستند.

کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت 2006 (CRPD)، تصویب قطعنامه مجمع عمومی سازمان ملل متحد A/RES/61/106 در 13 دسامبر 2006، لازم الاجرا شدن در 3 مه 2008، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهده، فصل 15، www.ohchr.org، IV،

نظر: CRPD از حقوق افراد دارای معلولیت تحت سایر معاهدات حقوق بشر حمایت می کند و همچنین به طور خاص با افزایش آگاهی در مورد افراد دارای معلولیت، عدم تبعیض و دسترسی به خدمات و امکانات سروکار دارد. همچنین اشاره خاصی به "وضعیت های مخاطره آمیز و فوریت های بشردوستانه" شده است (ماده 11).

1.1.2 نسل کشی، شکنجه و سایر سوء استفاده های مجرمانه از حقوق

کنوانسیون وقایع و مجازات جنایت نسل کشی 1948، تصویب قطعنامه 260 (III) مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 9 دسامبر 1948، لازم الاجرا شدن در 12 جنوری 1951، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد 78، ص. 277. www.ohchr.org

کنوانسیون علیه شکنجه و سایر رفتارها یا مجازات های بی رحمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز 1984، تصویب قطعنامه 39/46 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در تاریخ 10 دسامبر 1984، لازم الاجرا شدن در 26 جون 1987، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهده، جلد 1465، ص. 85. www.ohchr.org

نظر: این کنوانسیون دارای تعداد بسیار بالایی از کشورهای عضو است. ممنوعیت شکنجه نیز اکنون به عنوان بخشی از حقوق بین الملل عرفی به رسمیت شناخته شده است. هیچ نوع شرایط اضطراری عمومی یا جنگی را نمی توان برای توجیه شکنجه مورد استناد قرار داد. کشورها نباید کسی را به سرزمینی بازگردانند (هدف کنند) که در آن فرد دلایل منطقی برای این باور داشته باشد که در خطر شکنجه قرار دارد.

اساسنامه روم محکمه کیفری بین المللی 1998، تصویب شده توسط کنفرانس دیپلوماتیک در رم، 17 جولای 1998، لازم الاجرا شدن در 1 جولای 2002، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد 2187، ص. 3. www.icrc.org

نظر: ماده 9 اساسنامه (عناصر جنایات) که توسط محکمه جنایی بین المللی (ICC) در سال 2002 به تصویب رسید، جنایات جنگی علیه بشریت و نسل کشی را به تفصیل شرح می دهد، بنابراین بسیاری از حقوق کیفری بین المللی عرفی را مدون می کند.

دیوان کیفری بین‌المللی می‌تواند موضوعاتی را که شورای امنیت سازمان ملل به آن ارجاع می‌دهد (حتی اگر کشور متهم یکی از طرفین معاهده نباشد) و همچنین جنایاتی که ادعا می‌شود توسط اتباع کشورهای طرف معاهده یا در قلمرو آنها مرتکب شده‌اند، بررسی و تعقیب کند.

1.2 سازمان ملل متحد و سایر اصول و رهنمودهای رسمی بین‌دولتی در مورد حقوق

بشر، حفاظت و آسیب‌پذیری

برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در مورد سالمندی 2002، مجمع جهانی دوم سازمان ملل متحد در مورد پیری، مادرید، 2002، تأیید شده توسط قطعنامه 37/51 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 3 دسامبر 1982. www.ohchr.org

اصول سازمان ملل متحد برای افراد مسن 1991، قطعنامه 46/91 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 16 دسامبر 1991. www.ohchr.org

2. اسناد بین المللی در مورد منازعات مسلحانه، حقوق بشردوستانه بین المللی و کمک های بشردوستانه

2.1 معاهدات و قوانین عرفی در مورد منازعات مسلحانه، حقوق بشردوستانه بین المللی و کمک های بشردوستانه

حقوق بین الملل بشردوستانه (IHL) آستانه های زمانی را که درگیری خشونت آمیز به «درگیری مسلحانه» تبدیل می شود، مشخص می کند و بنابراین این رژیم حقوقی خاص را قابل اجرا می کند. کمیته بین المللی صلیب سرخ (ICRC) مخزن رسمی معاهدات IHL است و معلومات و منابع گسترده ای را در وب سایت خود ارائه می دهد، از جمله تفسیر رسمی کنوانسیون های جینیوا و پروتوکول های آنها، و قوانین عرفی بین المللی بشردوستانه، مطالعه حقوق. www.icrc.org

2.1.1 معاهدات اصلی IHL

چهار کنوانسیون جینیوا 1949

پروتوکول الحاقی به کنوانسیون های جینیوا، حمایت از قربانیان درگیری های مسلحانه بین المللی 1977 (پروتوکول I)

پروتوکول الحاقی به کنوانسیون های جینیوا، حمایت از قربانیان درگیری های مسلحانه غیر بین المللی 1977 (پروتوکول دوم). www.icrc.org

نظر: کنوانسیون های چهارگانه جینوا - که همه کشورها طرف آن هستند و به طور کلی به عنوان بخشی از حقوق عرفی پذیرفته شده اند - به حمایت و تدای مجروحان و مریضان در جنگ های زمینی (I) و در دریا (II) و رفتار با اسیران مربوط می شود. جنگ (III) و حفاظت از غیرنظامیان در جریان درگیری مسلحانه (IV). آنها عمدتاً در مورد درگیری های مسلحانه بین المللی اعمال می شوند، به جز ماده 3 مشترک کنوانسیون ها که به درگیری های غیر بین المللی مربوط می شود، و برخی عناصر دیگر که اکنون به عنوان قانون عرفی در درگیری های غیر بین المللی پذیرفته شده اند. دو پروتوکول 1977 کنوانسیون های آن زمان، بخصوص تعاریف رزمندگان و تدوین درگیری های غیر بین المللی را اپدیت کردند. تعدادی از کشورها به پروتوکول ها نپیوسته اند.

2.1.2 معاهدات مربوط به سلاح های محدود شده، مین های زمینی و اموال فرهنگی

علاوه بر «قانون جینوا» که در بالا ذکر شد، مجموعه قوانینی نیز وجود دارد که اغلب به عنوان «قانون لاهه» در مورد درگیری های مسلحانه توصیف می شود. این شامل کنوانسیون حفاظت از اموال فرهنگی و تعدادی کنوانسیون در مورد انواع سلاح هایی است که محدود یا ممنوع شده اند، از جمله گازها و سایر سلاح های کیمیایی و بیولوژیکی، سلاح های متعارف که بدون تبعیض هستند یا باعث رنج غیرضروری می شوند، و همچنین ضد نفر. مین های زمینی و مهمات خوشه ای. www.icrc.org

2.1.3 IHL عرفی

قوانین بین المللی بشردوستانه عرفی به قانون منازعات مسلحانه اشاره دارد که توسط دولت ها، از طریق بیانیه ها، سیاست ها و عملکردهایشان، به عنوان نماینده قواعد عرفی که برای همه دولت ها، صرف نظر از پیوستن آنها به معاهدات حقوق بشر، اعمال می شود، پذیرفته شده است. هیچ فهرست توافقی از قوانین عرفی وجود ندارد، اما معتبرترین تفسیر مطالعه زیر است.

مطالعه حقوق بین الملل بشردوستانه عرفی (CIHL)، ICRC، Henckaerts، J-M)، و Doswald-Beck، L.، انتشارات پوهنتون کمبریج، کمبریج و نیویورک، 2005. www.icrc.org

نظر: این مطالعه تقریباً تمام دامنه قانون درگیری مسلحانه را پوشش می دهد. این 161 قانون خاص را فهرست می کند و اینکه آیا هر کدام در درگیری های مسلحانه بین المللی و/یا درگیری های مسلحانه غیر بین المللی کاربرد دارند یا خیر. در حالی که برخی از مفسران حقوقی روش شناسی آن را مورد انتقاد قرار می دهند، مطالعه CIHL از یک فرآیند تحقیقاتی گسترده مشورتی و دقیق در طی ده سال پدیدار شد و اعتبار آن به عنوان مجموعه و تفسیر قواعد عرفی به طور گسترده به رسمیت شناخته شده است.

2.2 سازمان ملل متحد و سایر اصول و رهنمودهای رسمی بین دولتی در مورد منازعات مسلحانه، IHL و کمک های بشردوستانه

شورای امنیت سازمان ملل متحد "Aide Memoire" on Protection 2002، ایدیت شده در سال 2003 (S/PRST/2003/27). undocs.org

نظر: این یک قطعنامه الزام آور برای دولت ها نیست، بلکه یک سند راهنمایی برای شورای امنیت سازمان ملل متحد در رابطه با حفظ صلح و موقعیت های فوری درگیری است که از رایزنی با تعدادی از آژانس های سازمان ملل متحد و کمیته های دائمی بین سازمانی (IASC) ناشی می شود.

قطعنامه های شورای امنیت سازمان ملل متحد در مورد خشونت جنسی و زنان در منازعات مسلحانه، بخصوص اولین قطعنامه از این قبیل، شماره 1325 (2000) در مورد زنان، صلح و امنیت، که نقطه عطفی در رسیدگی به خشونت علیه زنان در شرایط درگیری مسلحانه و متعاقباً قطعنامه بود. 1820 (2008)، Res. 1889 (2009)، Res. 1888 (2009) و (Res. 1325 (2012). تمام قطعنامه های شورای امنیت سازمان ملل متحد بر اساس سال و تعداد در این آدرس موجود است: www.un.org

3. اسناد بین المللی در مورد پناهندگان و بیجا شده گان داخلی (IDPs)

3.1 معاهدات مربوط به پناهندگان و IDPs

علاوه بر معاهده بین المللی، این بخش شامل دو معاهده اتحادیه آفریقا (سازمان سابق اتحاد آفریقا یا OAU) است، زیرا هر دو سوابق تاریخی دارند.

کنوانسیون مربوط به وضعیت پناهندگان 1951 (به عنوان اصلاح شده)، تصویب شده توسط کنفرانس نمایندگان تام الاختیار سازمان ملل در مورد وضعیت پناهندگان و افراد بدون تابعیت، جینیوا، 2 تا 25 جولای 1951، لازم الاجرا شدن در 22 آپریل 1954، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد 189، ص. www.unhcr.org. 137

پروتوکول مربوط به وضعیت پناهندگان 1967، مورد اشاره مجمع عمومی سازمان ملل متحد، در قطعنامه 2198 (2) XXI از 16 دسامبر 1966، سازمان ملل متحد، پیمان سلسله، جلد. 606، ص. 267. www.unhcr.org

نظر: اولین توافقنامه بین المللی در مورد پناهندگان، کنوانسیون، پناهنده را به عنوان فردی تعریف می کند که «به دلیل ترس موجه از آزار و اذیت به دلایل نژاد، مذهب، ملیت، عضویت در یک گروه اجتماعی خاص یا عقاید سیاسی، در خارج از کشور تابعیت خود، و نمی تواند یا به دلیل چنین ترسی، مایل نیست از حمایت آن کشور استفاده کند یا به آنجا برگردد، زیرا ترس از آزار و اذیت وجود دارد.»...

کنوانسیون OAU ناظر بر جنبه های خاص مشکلات پناهندگان در آفریقا، 1969، تصویب شده توسط مجمع سران کشورها و دولت ها در ششمین جلسه عادی خود، 10 Addis Abbaba سپتامبر 1969 . www.unhcr.org

نظر: این تعریف کنوانسیون 1951 را می پذیرد و آن را گسترش می دهد تا افرادی را که نه تنها در نتیجه آزار و اذیت، بلکه به دلیل تجاوز خارجی، اشغال، تسلط خارجی یا رویدادهایی که نظم عمومی را به شدت مختل می کند، مجبور به ترک کشور خود شوند، ترک کنند. همچنین گروه های غیردولتی را به عنوان عاملان آزار و اذیت به رسمیت می شناسد و نیازی ندارد که پناهندگان ارتباط مستقیمی بین خود و خطر آینده نشان دهند.

کنوانسیون اتحادیه آفریقا برای حمایت و کمک از آوارگان داخلی در آفریقا (کنوانسیون کامپالا) 2009، مصوب اجلاس خاص اتحادیه آفریقا، که در کامپالا برگزار شد، لازم الاجرا شدن در 6 دسامبر 2012. au.int/en/treaties/african -کنوانسیون-اتحادیه-حفاظت-و-کمک-آوارگان-داخلی-آفریقا

نظر: این اولین کنوانسیون چندجنبه در مورد IDPs است.

3.2 سازمان ملل متحد و سایر اصول و دستورالعمل های رسمی بین دولتی در مورد پناهندگان و IDPs

اصول راهنما در مورد بیجا شده گان داخلی 1998، در سپتامبر 2005 توسط سران کشورها و دولتهای گردهم آمده در اجلاس جهانی در نیویورک در قطعنامه L.1/60 مجمع عمومی سازمان ملل متحد (132)، سند سازمان ملل متحد (A/60/L.1) به رسمیت شناخته شد. ”یک چارچوب بین المللی مهم برای حمایت از آوارگان داخلی“. www.ohchr.org

نظر: این اصول بر اساس قوانین بین المللی بشردوستانه و حقوق بشر و قوانین مشابه پناهندگان است و به عنوان یکسندردبین المللی برای هدایت دولت ها، سازمان های بین المللی و سایر بازیگران مرتبط در ارائه کمک و حمایت از آوارگان داخلی در نظر گرفته شده است

4. اسناد بین المللی در مورد بلایا و کمک های بشردوستانه

4.1 معاهدات مربوط به بلایا و کمک های بشردوستانه

کنوانسیون ایمنی سازمان ملل متحد و پرسونل وابسته 1994، تصویب قطعنامه 49/59 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 9 دسمبر 1994، لازم الاجرا شدن در 15 جنوری 1999، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 2051، ص. 363.

پروتوکول اختیاری کنوانسیون ایمنی سازمان ملل متحد و پرسونل وابسته 2005، تصویب شده توسط قطعنامه A/60/42 مجمع عمومی سازمان ملل متحد در 8 دسمبر 2005، لازم الاجرا شدن در 19 اگست 2010، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 2689، ص. 59. www.un.org.

نظر: در کنوانسیون، حفاظت به حفظ صلح سازمان ملل محدود شده است، مگر اینکه سازمان ملل «خطر استثنایی» را - یک الزام غیرعملی - اعلام کرده باشد. پروتوکول این نقص عمده در کنوانسیون را تصحیح می کند و حفاظت قانونی را به تمام عملیات سازمان ملل، از کمک های بشردوستانه اضطراری گرفته تا ایجاد صلح و ارائه کمک های بشردوستانه، سیاسی و توسعه، گسترش می دهد.

کنوانسیون تأمیر در مورد تأمین منابع مخابراتی برای عملیات های کاهش آفت و کمک رسانی 1998، تصویب شده توسط کنفرانس بین دولتی در مورد ارتباطات اضطراری 1998، لازم الاجرا شدن در 8 جنوری 2005، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 2296، ص. 5. www.itu.int

کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در مورد تغییرات اقلیم 1992 (UNFCCC)، تصویب شده توسط کنفرانس سازمان ملل متحد در مورد محیط زیست و توسعه، ریودو جنیرو، 4 تا 14 جون 1992، مورد استقبال مجمع عمومی سازمان ملل متحد در قطعنامه 47/195 در 22 دسمبر 1992، ورود به نیرو 21 مارچ 1994، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد 1771، ص. 107. unfccc.int

- پروتوکول کیوتو به 1997 UNFCCC، تصویب شده در سومین جلسه کنفرانس اعضا (COP-3) به کنوانسیون چارچوب، کیوتو، جاپان، 1997، لازم الاجرا شدن در 16 فبروری 2005، سازمان ملل متحد، سلسله معاهده، جلد. 2303، ص. 148. unfccc.int
- موافقتنامه پاریس 2015، تصویب شده در بیست و یکمین جلسه کنفرانس اعضای کنوانسیون چارچوب (COP-21)، پاریس، فرانسه، دسمبر 2015، لازم الاجرا شدن در نومبر 2016. unfccc.int

نظر: UNFCCC، پروتوکول کیوتو و موافقتنامه پاریس همه بخشی از یک چارچوب یک معاهده هستند. آنها نیاز فوری به اجرای استراتژی های سازگاری با تغییرات آب و هوا و کاهش خطر، و ایجاد ظرفیت و تاب آوری محلی، بخصوص در کشورهایی که مستعد بلایای طبیعی هستند، را مورد توجه قرار می دهند. آنها بر استراتژی های کاهش آفت و مدیریت ریسک، بخصوص با توجه به تغییرات آب و هوا تأکید دارند.

4.2 سازمان ملل متحد و سایر اصول و دستورالعمل های رسمی بین دولتی در مورد بلایا و کمک های بشردوستانه پذیرفته شده است

تقویت هماهنگی کمک های اضطراری بشردوستانه سازمان ملل متحد، با پیوست، اصول راهنما، قطعنامه 46/182 مجمع عمومی مورخ 19 دسمبر 1991. www.unocha.org
 نظر: این امر منجر به ایجاد وزارت امور بشردوستانه سازمان ملل شد که در سال 1998 به دفتر سازمان ملل متحد برای هماهنگی امور بشردوستانه (OCHA) تبدیل شد.

چارچوب Sendai برای کاهش خطر آفات 2015-2030 (Sendai Framework)).
www.unisdr.org

نظر: چارچوب Sendai ابزار جانشین چارچوب اقدام 2015-2050 (Hyogo (HFA): ایجاد انعطاف پذیری ملل و جوامع در برابر آفات است. این با بیانیه ای در سومین کنفرانس جهانی سازمان ملل در سال 2015 در مورد کاهش خطر آفات به تصویب رسید و توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد (در قطعنامه 69/283) تأیید شد. دفتر سازمان ملل متحد برای کاهش خطر آفات (UNIS-DR) از اجرا حمایت می کند. این یک توافقنامه داوطلبانه 15 ساله غیر الزام آور است که هدف آن کاهش قابل ملاحظه خطرات آفات و خسارات جانی، معیشتی و سلامتی است.

دستورالعمل ها برای تسهیل داخلی و تنظیم کمک های بین المللی در آفات طبیعی و کمک های اولیه، (IDRL Guidelines) 2007، تصویب شده توسط سی و مین کنفرانس بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر (که شامل کشورهای عضو کنوانسیون های جینیوا می شود). www.ifrc.org

5. چارچوب های پالیسی بشردوستانه، دستورالعمل ها و اصول حقوق بشر، حفاظت و آسیب پذیری در آمادگی و واکنش اضطراری

در حال حاضر طیف وسیعی از راهنمایی های عملیاتی کلی و خاص در مورد واکنش بشردوستانه در مواقع اضطراری وجود دارد. از آنجایی که این ابزارها دیگر بین درگیری مسلحانه، موقعیت پناهندگان و واکنش به آفات فرق قائل نمی شوند، در اینجا منتخبی تحت عناوین موضوعی: ستندرد های عمومی؛ برابری جنسیتی و حفاظت از خشونت مبتنی بر جنسیت؛ اطفال در شرایط اضطراری؛ و پناهندگان و بیجا شده گان داخلی (IDP) ارائه شده است.

1. ستندردهای همراه Sphere

حداقل ستندرد ها برای حمایت از اطفال در اقدام بشردوستانه (CPMS). اتحاد برای حمایت از اطفال در اقدام بشردوستانه (اتحاد)، 2012. <https://resourcecentre.savethechildren.net>

حداقل ستندرد برای تحلیل بازار (MISMA). مشارکت یادگیری نقدی (-www.cashle)، 2017. CaLP, arning.org

حداقل ستندردهای آموزش: آمادگی، پاسخگویی، بازیابی. شبکه بین سازمانی برای آموزش در مواقع اضطراری (INEE)، 2010. <http://s3.amazonaws.com>

دستورالعمل ها و ستندردهای اضطراری مالداری (LEGS). پروژه -<https://www.live-stock-emergency.net>, 2014. LEGS

حداقل ستندرد های بازیابی اقتصادی (MERS). شبکه آموزش و ترویج شرکت های کوچک (SEEP)، 2017. <https://seepnetwork.org>

ستندردهای شمولیت بشردوستانه برای سالمندان و افراد دارای معلولیت. کنسرسیوم سن و معلولیت، HelpAge International، معلولیت بین المللی، 2018. <https://reliefweb.int>

2. سایر کودها، رهنمایی ها و رهنمود ها بر اساس موضوع

2.1 حفاظت عمومی و استانداردهای کیفیت در واکنش بشردوستانه

منشور رفتار جنبش بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان های غیردولتی (NGO) در کمک رسانی در آفات طبیعی ⊕ به ضمیمه 2 مراجعه کنید.

اصول بنیادین جنبش بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر 1965، مصوب بیستمین کنفرانس بین المللی صلیب سرخ. www.ifrc.org

دستورالعمل های عملیاتی IASC در مورد حفاظت از افراد در موقعیت های آفات طبیعی. کمیته دائمی بین سازمانی و پروژه Brookings-Bern در مورد بیجا شده گی داخلی. 2011. <https://www.brookings.edu>

دستورالعمل های IASC در مورد صحت روانی و حمایت روانی اجتماعی در شرایط اضطراری 2007.

UN Inter-Agency Standing Committee. www.who.int

دستورالعمل های IASC در مورد گنجاندن افراد دارای معلولیت در اقدامات بشردوستانه.

<https://interagencystandingcommittee.org>

پالیسی IASC در مورد حفاظت در اقدام بشردوستانه 2016. کمیته دائمی بین سازمانی ملل

متحد . <https://interagencystandingcommittee.org>

اصول و عملکرد خوب کمک های بشردوستانه 2003، تأیید شده توسط کنفرانس استکهلم کشورهای کمک کننده، نهاد های سازمان ملل، سازمان های غیر دولتی و جنبش بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر، و امضای کمیسیون اروپا و 16 کشور . www.ghdinitiative.org

استندردهای حرفه ای برای کارهای حفاظتی 2018. کمیته بین المللی صلیب سرخ ((ICRC shop.icrc.org

قوانین بین المللی و استندردهای قابل اجرا در موقعیت های آفات طبیعی (راهنمای حقوقی ((IDLO IDLO، سازمان حقوق توسعه بین المللی (<https://www.sheltercluster.org>) (IDLO

2.2 برابری جنسیتی و حفاظت از خشونت مبتنی بر جنسیت (GBV)

GBV همنشین ثابت. گروه جهانی پناهگاه، GBV در گروه کاری برنامه نویسی پناهگاه 2016. <https://sheltercluster.org>

کتابچه راهنمای جنسیت در اقدام بشردوستانه 2006، ”زنان، دختران، پسران و مردان، نیازهای مختلف - فرصت های برابر، کتاب راهنمای جنسیت برای اقدام بشردوستانه“. کمیته دائمی بین سازمانی . <http://www.unhcr.org>

برنامه ریزی کمپ آمادگی جنسیتی: برنامه ریزی اسکان، کمپ های رسمی، راهنمایی سکونتگاه های غیررسمی. گروه جهانی پناهگاه، GBV در کارگروه برنامه نویسی پناهگاه. 2016 . <https://www.sheltercluster.org>

رهنمودهای IASC برای ادغام مداخلات خشونت مبتنی بر جنسیت در اقدام بشردوستانه. 2015. نیویورک؛ کمیته دائمی بین سازمانی سازمان ملل متحد و کلستر حفاظت جهانی. www.bvgguidelines.org

ادغام مدیریت ریسک آفات حساس به جنسیت در برنامه های توسعه جامعه محور. نکات راهنمایی در مورد جنسیت و مدیریت ریسک آفات. شماره 6. بانک جهانی. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>

ایجاد حساسیت به جنسیت کاهش خطر آفات: خط مشی و دستورالعمل های عملی. جینیوا؛ UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. <https://www.unisdr.org>

نیاز به دانستن راهنمایی: کار با مردان و پسران بازماندگان خشونت جنسی و جنسیتی در بیجاشده گی اجباری. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

نیاز به دانستن راهنما: کار با افراد لزبین، همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا، تراجنسیتی و بین‌جنسی در بیجا شده گی اجباری. UNHCR. 2011. www.globalprotectioncluster.org

قابل پیش‌بینی، قابل وقایه: بهترین شیوه‌ها برای مقابله با خشونت بین فردی و خودگردان در طول و پس از آفات. جینیوا؛ IFRC، صلیب سرخ کانادا 2012. www.ifrc.org

2.3 اطفال در حالت اضطراری

کتاب راهنمای ساحوی در مورد کودکان بدون همراه و جدا شده. 2017. کارگروه بین سازمانی در مورد کودکان بدون همراه و جدا شده. اتحاد برای حمایت از کودکان در اقدام بشردوستانه. <https://reliefweb.int>

حداقل استانداردهای IASC برای حمایت از کودکان در اقدام بشردوستانه. 2012. نیویورک؛ کمیته دائمی بین سازمانی سازمان ملل و کلستر حفاظت جهانی (گروه کاری حفاظت از اطفال). cpwg.net

اصول راهنمای بین سازمانی در مورد کودکان بدون همراه و جدا شده. 2004. UNHCR، ICRC، UNICEF، World Vision International، Save the Children UK

<https://www.icrc.org>

2.4 مهاجرین و بیجا شده گان داخلی (IDPs)

UNHCR (آژانس پناهندگان سازمان ملل متحد) یک مأموریت قانونی خاص برای حمایت از پناهندگان تحت کنوانسیون و پروتکل پناهندگان دارد. UNHCR منابع گسترده ای در وب سایت خود دارد. www.unhcr.org

کتابچه راهنمای IASC برای حفاظت از افراد آواره داخلی (مارچ 2010). کمیته دائمی بین سازمانی سازمان ملل متحد 2010. www.unhcr.org

ضمیمه 2

طرز العمل اخلاقی برای جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان‌های غیردولتی (NGO)

در کمک‌رسانی در آفات طبیعی

به طور مشترک توسط فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال احمر و کمیته بین‌المللی صلیب سرخ تهیه شده است¹

مقصد

این طرز العمل اخلاقی (Code of conduct) به دنبال حفظ استانداردهای رفتار ماست. این در مورد جزئیات عملیاتی نیست، مانند نحوه محاسبه کمک غذایی یا ایجاد یک کمپ پناهندگان. بلکه به دنبال حفظ استانداردهای بالای استقلال، اثربخشی و تأثیری است که سازمان‌های غیردولتی واکنش به آفات و جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر آرزوی آن را دارند. این یک کود داوطلبانه است که با اراده سازمان پذیرنده آن برای حفظ استانداردهای مندرج در طرز العمل اجرا می‌شود.

در صورت درگیری مسلحانه، طرز العمل رفتار حاضر مطابق با حقوق بشردوستانه بین‌المللی تفسیر و اعمال خواهد شد.

ابتدا آیین‌نامه رفتار (Code of conduct) ارائه می‌شود. ضمیمه آن سه ضمیمه است که محیط کاری را توصیف می‌کند که مایلیم توسط دولت‌های میزبان، دولت‌های کمک‌کننده و سازمان‌های بین‌دولتی به منظور تسهیل در ارائه مؤثر کمک‌های بشردوستانه ایجاد شود.

تعاریف

NGOs: NGOs (سازمان‌های غیر دولتی) در اینجا به سازمان‌هایی اعم از ملی و بین‌المللی اطلاق می‌شود که جدا از دولت کشوری که در آن تأسیس شده اند تشکیل شده اند.

NGHAs: برای اهداف این متن، اصطلاح سازمانهای بشردوستانه غیر دولتی (NGHAs) برای در بر گرفتن اجزای جنبش بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر - کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت‌های هلال احمر و انجمن‌های ملی عضو آن - و سازمان‌های غیردولتی همانطور که در بالا تعریف شد تعریف شده است.

1 حمایت شده توسط: Caritas Internationalis، * خدمات Catholic relief، *

فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و جمعیت هلال احمر، * اتحاد بین‌المللی plhdi اطفال، *

فدراسیون جهانی Lutheran، * آکسفام، * شورای جهانی کلیساها، *

کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (* اعضای کمیته رهبری برای واکنش بشردوستانه).

این کود به طور خاص به آن دسته از NGHA ها اشاره دارد که در واکنش به آفات درگیر هستند. IGOs: IGOs (سازمان های بین دولتی) به سازمان هایی اطلاق می شود که توسط دو یا چند دولت تشکیل شده اند. بنابراین شامل تمام نهاد های سازمان ملل متحد و سازمان های منطقه ای می شود. فاجعه ها (Disasters): فاجعه یک رویداد فاجعه بار است که منجر به تلفات جانی، رنج و ناراحتی بزرگ انسانی و خسارات مادی در مقیاس بزرگ می شود.

طرز العمل اخلاقی

اصول رفتار جنبش بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان های غیردولتی در برنامه های واکنش به آفات

1. ضرورت بشردوستانه اول است

حق دریافت کمک های بشردوستانه و ارائه آن، یک اصل اساسی بشردوستانه است که باید برای همه شهروندان همه کشورها برخوردار باشد. به عنوان اعضای جامعه بین المللی، ما تعهد خود را برای ارائه کمک های بشردوستانه در هر کجا که نیاز باشد، می دانیم. از این رو نیاز به دسترسی بدون مانع به جمعیت آسیب دیده در اجرای این مسئولیت از اهمیت اساسی برخوردار است. انگیزه اصلی واکنش ما به فاجعه، کاهش درد و رنج انسانی در میان افرادی است که کمتر قادر به مقاومت در برابر استرس ناشی از فاجعه هستند. وقتی ما کمک های بشردوستانه می کنیم، این یک اقدام حزبی یا سیاسی نیست و نباید به آن از این زاویه نگاه کرد.

2. کمک بدون در نظر گرفتن نژاد، عقیده یا ملیت گیرندگان و بدون هیچ گونه تمایز نامطلوب ارائه می شود. اولویت های کمک تنها بر اساس نیاز محاسبه می شود

در صورت امکان، ما ارائه کمک های امدادی را بر اساس ارزیابی کامل نیازهای قربانیان فاجعه و ظرفیت های محلی در حال حاضر برای رفع این نیازها قرار خواهیم داد. در کل برنامه های خود، ملاحظات تناسب را منعکس خواهیم کرد. رنج انسان باید هر زمان که یافت شد کاهش یابد. زندگی در یک بخش از یک کشور به اندازه دیگری ارزشمند است. بنابراین، ارائه کمک ما نشان دهنده میزان رنجی است که به دنبال کاهش آن است. در اجرای این روش، ما نقش مهمی را که زنان در جوامع مستعد آفات طبیعی ایفا می کنند به رسمیت می شناسیم و تضمین می کنیم که برنامه های کمکی ما از این نقش حمایت می کنند، نه کاهش آن. اجرای چنین پالیسی جهانی، بی طرفانه و مستقل تنها در صورتی می تواند مؤثر باشد که ما و شرکایمان به منابع لازم برای ارائه چنین کمک عادلانه دسترسی داشته باشیم و به همه قربانیان فاجعه دسترسی برابر داشته باشیم.

3. از کمک برای پیشبرد یک دیدگاه سیاسی یا مذهبی خاص استفاده نخواهد شد

کمک های بشردوستانه با توجه به نیاز افراد، خانواده ها و جوامع ارائه خواهد شد. بدون مخالفت با حق NGHA ها برای حمایت از عقاید سیاسی یا مذهبی خاص، ما تأیید می کنیم که کمک به پایبندی گیرندگان به آن نظرات وابسته نخواهد بود. ما قول، ارائه یا توزیع کمک را به قبول یا پذیرش یک عقیده سیاسی یا مذهبی خاص گره نخواهیم داد.

4. ما تلاش خواهیم کرد که به عنوان ابزار سیاست خارجی دولت عمل نکنیم

NGHA ها نهاد هایی هستند که مستقل از دولت ها عمل می کنند. بنابراین ما پالیسی ها و ستراتیژی های اجرایی خود را تدوین می کنیم و به دنبال اجرای پالیسی هیچ دولتی نیستیم، مگر در مواردی که با سیاست مستقل خود منطبق باشد. ما هرگز آگاهانه - یا از روی سهل انگاری - به خود یا کارمندانمان اجازه نمی دهیم که برای جمع آوری معلومات سیاسی، نظامی یا اقتصادی حساس برای دولت ها یا سایر ارگان ها که ممکن است اهدافی غیر از آن هایی که کاملاً بشردوستانه هستند، استفاده شود. ما به عنوان ابزار سیاست خارجی دولت های کمک کننده عمل نمی کنیم. ما از کمکی که دریافت می کنیم برای پاسخگویی به نیازها استفاده خواهیم کرد و این کمک نباید به دلیل نیاز به دفع اموال اضافی اهداکننده و یا منافع سیاسی هیچ کمک کننده خاصی باشد. ما به ارائه داوطلبانه نیروی کار و منابع مالی توسط افراد مربوطه برای حمایت از کار خود و به رسمیت شناختن استقلال عملی که توسط چنین انگیزه های داوطلبانه ای ترویج می شود، ارزش گذاری و ترویج می کنیم. به منظور محافظت از استقلال خود، به دنبال اجتناب از وابستگی به یک منبع مالی واحد خواهیم بود.

5. ما به فرهنگ و عرف احترام میگذاریم

ما تلاش خواهیم کرد به فرهنگ، ساختارها و آداب و رسوم جوامع و کشورهایی که در آن کار می کنیم احترام بگذاریم.

6. ما تلاش خواهیم کرد تا پاسخ به سوانح را بر اساس ظرفیت های محلی ایجاد کنیم

همه مردم و جوامع - حتی در هنگام فاجعه - دارای ظرفیت ها و همچنین آسیب پذیری هستند. در صورت امکان، این ظرفیت ها را با بکارگیری کارکنان محلی، خرید مواد داخلی و تجارت با شرکت های داخلی تقویت خواهیم کرد. در صورت امکان، ما از طریق NGHA های محلی به عنوان شریک در برنامه ریزی و اجرا کار خواهیم کرد و در صورت لزوم با ساختارهای دولت محلی همکاری خواهیم کرد. ما اولویت بالایی برای هماهنگی مناسب پاسخ های اضطراری خود خواهیم داشت. این به بهترین وجه در کشورهای مربوطه توسط آنهایی که مستقیماً در عملیات امدادی درگیر هستند انجام می شود و باید نمایندگان نهادهای مربوطه سازمان ملل را نیز شامل شود.

7. راه هایی برای مشارکت ذینفعان برنامه در مدیریت کمک های امدادی باید پیدا شود

کمک های واکنش به آفات هرگز نباید بر ذینفعان تحمیل شود. زمانی که ذینفعان مورد نظر در طراحی، مدیریت و اجرای برنامه کمک مشارکت داشته باشند، به بهترین وجه می توان به کمک مؤثر و توانبخشی پایدار دست یافت. ما برای دستیابی به مشارکت کامل جامعه در برنامه های کمکی و توانبخشی خود تلاش خواهیم کرد.

8. کمک های امدادی باید برای کاهش آسیب پذیری های آینده در برابر آفات و همچنین رفع نیازهای

اساسی تلاش کنند

همه اقدامات کمکی بر چشم انداز توسعه بلندمدت تأثیر می گذارد، چه به صورت مثبت یا منفی. با درک این موضوع، ما برای اجرای برنامه های کمکی تلاش خواهیم کرد که به طور فعال آسیب پذیری ذینفعان را در برابر فاجعه های آینده کاهش دهد و به ایجاد سبک زندگی پایدار کمک کند.

ما در طراحی و مدیریت برنامه های امدادی به نگرانی های محیط زیستی توجه خاصی خواهیم داشت. ما همچنین تلاش خواهیم کرد تا تأثیر منفی کمک های بشردوستانه را به حداقل برسانیم و به دنبال اجتناب از وابستگی طولانی مدت ذینفعان به کمک های خارجی هستیم.

9. ما خود را در قبال کسانی که به دنبال کمک آنها هستیم و کسانی که منابع را از آنها می پذیریم، مسئول می دانیم

ما اغلب به عنوان یک نهاد ارتباطی در مشارکت بین کسانی که مایل به کمک هستند و کسانی که در هنگام فاجعه ها به کمک نیاز دارند عمل می کنیم. بنابراین ما خود را در برابر هر دو حوزه مسئول می دانیم. تمام معاملات ما با اهداکنندگان و ذینفعان باید منعکس کننده نگرش باز بودن و شفافیت باشد. ما نیاز به گزارش فعالیت های خود را هم از منظر مالی و هم از منظر اثربخشی تشخیص می دهیم. ما تعهد به اطمینان از نظارت مناسب بر توزیع کمک ها و انجام ارزیابی های منظم از تأثیر کمک های آفات را می شناسیم. ما همچنین به دنبال گزارشی باز در مورد تأثیر کار خود و عوامل محدود کننده یا تقویت کننده آن تأثیر خواهیم بود. برنامه های ما بر اساس ستندهای بالای حرفه ای و تخصص خواهد بود تا ضیاع منابع ارزشمند را به حداقل برسانیم.

10. در فعالیت های اطلاع رسانی، عام سازی و تبلیغاتی خود، قربانیان آفات را منحیث انسان های باوقار می شناسیم، نه اشیاء نا امیدکننده

احترام به قربانی فاجعه به عنوان یک شریک برابر در عمل هرگز نباید از بین برود. در معلومات عمومی خود ما باید تصویری عینی از وضعیت فاجعه به تصویر بکشیم که در آن ظرفیت ها و آرزوهای قربانیان فاجعه برجسته می شود و نه فقط آسیب پذیری ها و ترس های آنها. در حالی که ما با رسانه ها به منظور افزایش واکنش عمومی همکاری خواهیم کرد، اجازه نخواهیم داد که مطالبات خارجی یا داخلی برای تبلیغات بر اصل به حداقل رساندن کمک های کمکی ارجحیت یابد. در شرایطی که چنین پوششی ممکن است به ضرر خدمات ارائه شده به ذینفعان یا به امنیت کارکنان یا ذینفعان باشد، از رقابت با سایر نهاد های واکنش به فاجعه ها برای پوشش رسانه ای خودداری می کنیم.

محیط کاری

پس از توافق یکجانبه مبنی بر تلاش برای پیروی از کود ذکر شده در بالا، در زیر برخی از دستورالعمل های شاخص را ارائه می کنیم که محیط کاری را توصیف می کند که مایلیم شاهد ایجاد آن توسط دولت های اهداکننده، دولت های میزبان و سازمان های بین دولتی - بخصوص سازمان های ملل متحد باشیم. - به منظور تسهیل مشارکت مؤثر NGHA ها در واکنش به فاجعه ها.

این دستورالعمل ها برای راهنمایی ارائه شده است. آنها از نظر قانونی الزام آور نیستند، و ما انتظار نداریم

که دولت ها و سازمان های بین المللی دولتی پذیرش دستورالعمل ها را از طریق امضای هر سندی اعلام کنند، اگرچه ممکن است این هدفی باشد که در آینده باید روی آن کار کرد. آنها با روحیه باز بودن و همکاری ارائه می شوند تا شرکای ما از رابطه مطلوب که ما با آنها به دنبال آن هستیم آگاه شوند.

ضمیمه I: پیشنهادات به دولت های کشورهای آسیب دیده

1. دولت ها باید اقدامات مستقل، بشردوستانه و بی طرفانه NGHAs را به رسمیت بشناسند و به آنها احترام بگذارند

NGHA ها ارگان های مستقلی هستند. این استقلال و بی طرفی باید توسط دولت های میزبان محترم شمرده شود.

2. دولت های میزبان باید دسترسی سریع به قربانیان آفات را برای NGHAs تسهیل کنند
اگر NGHAs بخواهند در انطباق کامل با اصول بشردوستانه خود عمل کنند، باید دسترسی سریع و بی طرفانه به قربانیان فاجعه ها به منظور ارائه کمک های بشردوستانه داشته باشند. این وظیفه دولت میزبان است که به عنوان بخشی از اعمال مسئولیت حاکمیتی، مانع از این کمک ها نشود و اقدامات بی طرفانه و غیرسیاسی NGHAs را بپذیرد. دولت های میزبان باید ورود سریع کارکنان کمکی را تسهیل کنند، بخصوص با چشم پوشی از شرایط لازم برای روادید ترانزیت، ویزه های ورودی و خروجی، یا طوری تنظیم دادن که این کار ها به سرعت انجام می شوند. دولت ها باید مجوز پرواز و حق نشست را برای طیاره ها نیکه تجهیزات و پرسونل بین المللی را حمل می کنند، در طول مرحله کمک اضطراری اعطا کنند.

3. دولت ها باید جریان به موقع اموال کمکی و معلومات را در هنگام آفات تسهیل کنند
تدارکات و تجهیزات کمکی صرفاً به منظور کاهش درد و رنج انسان به کشور وارد می شود، نه برای سود یا منافع تجاری. معمولاً باید اجازه عبور آزاد و بدون محدودیت برای چنین اموالی داده شود و نباید مشمول الزامات گواهی مبدأ یا صورتحساب های کنسولی، مجوزهای واردات و/یا صادرات یا سایر محدودیت ها، یا مشمول مالیات واردات، مصارف نشست یا مصارف بندری باشند.
واردات موقت تجهیزات کمکی ضروری، از جمله وسایل نقلیه، هواپیماهای سبک و تجهیزات مخابراتی، باید توسط دولت میزبان پذیرنده از طریق اعمال محدودیت های مجوز یا ثبت موقت تسهیل شود. به همین ترتیب، دولت ها نباید صادرات مجدد تجهیزات کمکی را در پایان عملیات کمک محدود کنند.
برای تسهیل ارتباطات در آفات، دولت های میزبان تشویق می شوند تا فرکانس های رادیویی خاصی را تعیین کنند، که سازمان های کمکی ممکن است از آنها در داخل کشور و برای ارتباطات بین المللی به منظور ارتباطات آفات استفاده کنند، و این فرکانس ها را قبل از وقوع فاجعه در اختیار جامعه واکنش به آفات قرار دهند. آنها باید به پرسونل کمکی اجازه دهند تا از تمام وسایل ارتباطی مورد نیاز برای عملیات کمکی خود استفاده کنند.

4. دولت ها باید به دنبال ارائه خدمات هماهنگ معلومات و برنامه ریزی آفات باشند
برنامه ریزی و هماهنگی کلی تلاش های کمکی در نهایت بر عهده دولت میزبان است. اگر به NGHAs ها معلومات در مورد نیازهای کمکی و سیستم های دولتی برای برنامه ریزی و اجرای تلاش های کمکی و همچنین معلومات در مورد خطرات امنیتی بالقوه ای که ممکن است با آنها مواجه شوند، ارائه شود، برنامه ریزی و هماهنگی می تواند بسیار افزایش یابد.

از دولت ها خواسته می شود که چنین معلوماتی را در اختیار NGHAs ها قرار دهند.
برای تسهیل هماهنگی مؤثر و استفاده کارآمد از تلاش های کمکی، از دولت های میزبان خواسته می شود

که قبل از وقوع فاجعه، یک نقطه تماس واحد برای NGHA های ورودی برای ارتباط با مقامات ملی تعیین کنند.

5. کمک رسانی به فاجعه در صورت درگیری مسلحانه
در صورت درگیری مسلحانه، اقدامات کمکی تحت مقررات مربوطه حقوق بشردوستانه بین‌المللی است.

ضمیمه II: پیشنهادات به حکومت های تمویل کننده

1. دولت های کمک کننده باید اقدامات مستقل، بشردوستانه و بی طرفانه NGHA ها را به رسمیت بشناسند و به آن احترام بگذارند
NGHA ها نهادهای مستقلی هستند که دولت های کمک کننده باید به استقلال و بی طرفی آنها احترام بگذارند. دولت های کمک کننده نباید از NGHA برای پیشبرد اهداف سیاسی یا ایدئولوژیکی استفاده کنند.

2. دولت های کمک کننده باید بودجه ای را با تضمین استقلال عملیاتی فراهم کنند
NGHA ها کمک های مالی و مادی را از سوی دولت های کمک کننده با همان روحیه ای که به قربانیان آفات ارائه می کنند، می پذیرند. یکی از عمل انسانیت و استقلال. اجرای اقدامات کمکی در نهایت به عهده NGHA است و بر اساس پالیسی های NGHA انجام خواهد شد.

3. دولت های کمک کننده باید از دفاتر خوب خود برای کمک به NGHA ها در دسترسی به قربانیان آفات استفاده کنند
دولت های کمک کننده باید اهمیت پذیرش سطحی از مسئولیت برای امنیت و آزادی دسترسی کارکنان NGHA به مکان های فاجعه را درک کنند. آنها باید آماده باشند تا در صورت لزوم با دولت های میزبان در مورد چنین موضوعاتی دیپلماسی کنند.

ضمیمه III: پیشنهادات به سازمانهای بین دولتی

1. IGO ها باید NGHA های داخلی و خارجی را به عنوان شرکای ارزشمند بشناسند
NGHA ها مایل به همکاری با سازمان ملل متحد و سایر نهاد های بین دولتی هستند تا واکنش بهتری نسبت به آفات داشته باشند. آنها این کار را با روحیه مشارکت انجام می دهند که به یکپارچگی و استقلال همه شرکا احترام می گذارد. سازمانهای بین دولتی باید به استقلال و بی طرفی NGHA ها احترام بگذارند. سازمانهای ملل متحد در تهیه طرح های کمکی باید با NGHA ها مشورت کنند.

2. سازمان های بین المللی سازمان های بین المللی باید به دولت های میزبان در ارائه چارچوب هماهنگ کننده کلی برای کمک رسانی به فاجعه های بین المللی و محلی کمک کنند
NGHA ها معمولاً وظیفه ارائه چارچوب هماهنگ کننده کلی برای آفاتی که نیاز به واکنش بین المللی دارند را ندارند. این مسئولیت بر عهده دولت میزبان و مقامات مربوطه سازمان ملل است.

از آنها خواسته می شود که این خدمات را به موقع و مؤثر برای خدمت به ایالت آسیب دیده و جامعه ملی و بین المللی واکنش به فاجعه ها ارائه دهند. در هر صورت، NGHHA باید تمام تلاش خود را برای اطمینان از هماهنگی مؤثر خدمات خود به کار گیرند. در صورت درگیری مسلحانه، اقدامات کمکی بر اساس مقررات مربوطه حقوق بشردوستانه بین المللی تنظیم می شود.

3. IGO ها باید حفاظت امنیتی ارائه شده برای سازمان های ملل متحد را به NGHHA ها گسترش دهند در مواردی که خدمات امنیتی برای سازمان های بین دولتی ارائه می شود، این خدمات باید به شرکای عملیاتی NGHHA آن ها در صورت درخواست توسعه داده شود.

4. IGO ها باید همان دسترسی را به NGHHA ها به معلومات مربوطه بدهند که به سازمانهای ملل متحد داده شده است

از IGO ها خواسته می شود که تمام معلومات مربوط به اجرای واکنش مؤثر در فاجعه ها را با شرکای عملیاتی NGHHA خود به اشتراک بگذارند

ضمیمه 3

مخففات و اختصارات

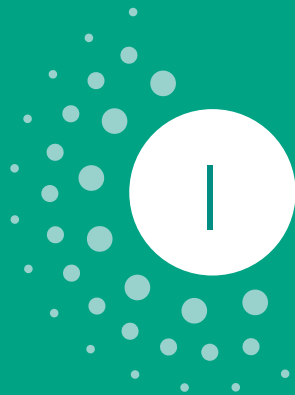
ART	anti-retroviral therapy	تداوی ضد پسا ویروسی
BMI	body mass index	شاخص کتله بدن
CBA	anti-retroviral therapy	کمک به اساس پول نقد
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	مرکز کنترل و وقایه امراض
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability	ستندرد های اساسی بشری در مورد کیفیت و مسئولیت پذیری
CHW	community health worker	کارمند صحتی جامعه
cm	centimetre	سانتی متر
CMR	crude mortality rate	میزان مرگ و میر خام
CPMS	anti-retroviral therapy	حد اقل ستندرد های حفاظت اطفال
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	پیمان حقوق افراد دارای معلولیت
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus	دیفتری، سیاه سرفه و تیتانوس
EPI	Expanded Programme on Immunization	پروگرام معافیت کتلوی
EWAR	Early warning alert and response	هشدار زود هنگام و پاسخ
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance	بررسی تخنیک غذا و تغذیه
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	سازمان غذا و زراعت ملل متحد
FRC	free residual chlorine	کلورین باقیمانده آزاد
GBV	gender-based violence	خشونت به اساس جنسیت
HMIS	health management information system	سیستم مدیریت معلومات صحتی
HWTSS	household-level water treatment and safe storage	اقدامات برای تصفیه و ذخیره مصئون آب به سطح خانواده
IASC	Inter-agency standing committee	کمیته دایمی بین سازمانی
iCCM	Integrated Community Case Management	مدیریت مدغم شده واقعه جامعه

ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights	میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی
ICRC	International Committee of the Red Cross	کمیته بین المللی صلیب سرخ
IDP	internally displaced person	افراد بیجا شده داخلی
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	فدراسیون بین المللی حلال احمر و صلیب سرخ
IHL	international humanitarian law	قوانین بین المللی بشری
IMCI	integrated management of childhood illness	مدیریت مدغم امراض دوره طفولیت
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies	شبکه بین سازمانی برای آموزش در حالات اضطراری
IYCF	infant and young child feeding	تغذیه طفل دوره شیر خواری و خورد سال
km	kilometre	کیلو متر
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards	رهنمود ها و ستندرد های حالات اضطراری مالدار
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex	لیزبین، مرد همجنسگرا، دو جنسه، ترانس، دگرباش، انترسکس
LLIN	long-lasting insecticide-treated net	جال های دوا زده شده با حشره کش های دوامدار
MAM	moderate acute malnutrition	سوء تغذیه حاد متوسط
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning	نظارت، ارزیابی، مسئولیت پذیری و آموزش
MERS	Minimum Economic Recovery Standards	حداقل استانداردهای بازیابی اقتصادی
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis	حد اقل ستندرد ها برای تجزیه و تحلیل مارکیٹ
MOH	ministry of health	وزارت صحت
MSF	Médecins sans Frontières (Doctors without Borders)	داکتران بدون سرحد
MUAC	mid upper arm circumference	محیط وسط بازوی بالا
NCDs	non-communicable diseases	امراض غیر ساری
NGO	non-governmental organization	سازمانهای غیر دولتی
NTU	nephelometric turbidity units	واحدهای کدورت نفلومتري

OAU	Organization of African Unity (now African Union)	سازمان اتحاد آفریقا (اکنون اتحادیه آفریقا)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	دفتر سازمان ملل متحد برای هماهنگی امور بشردوستانه
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	دفتر کمیساری عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد
PEP	post-exposure prophylaxis	وقایه پس از معروض شدن
PPE	personal protective equipment	وسایل محافظت شخصی
RNI	reference nutrient intakes	مرجع دریافت مواد مغذی
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)	آموزش و ترویج شرکت های کوچک (شبکه)
STIs	sexually transmitted infections	انتانات منتقل شونده از طریق مقاربت جنسی
TB	tuberculosis	توبرکلوز
U5CMR	under-5 crude mortality rate	میزان مرگ و میر خام زیر ۵ سال
UN	United Nations	ملل متحد
UNFPA	United Nations Population Fund	صندوق جمعیت سازمان ملل متحد
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	دفتر کمیساری عالی سازمان ملل متحد در امور مهاجرین (نهاد مهاجرین UN)
UNICEF	United Nations Children's Fund	ندوق کودکان سازمان ملل متحد
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion	تأمین آب، ارتقای نظافت و حفظ الصحه
WFH	weight for height	وزن برای قد
WFP	World Food Programme	پروگرام جهانی غذا
WHO	World Health Organization	سازمان صحن جهان

فهرست مطالب

Index



A

abattoir waste 130
 abbreviations 393
 abuse 61. *See also* gender-based violence; *see also* protection; *see also* sexual exploitation and abuse (SEA)
 acceptability
 food security 196
 healthcare workers 304
 access
 food 199
 humanitarian assistance 40
 justice systems 44
 legal support 44
 settlements/shelter 252
 toilets 115
 water 105
 accountability
 general 388
 Minimum Standards 10
 references/further reading 85
 acronyms 393
 admission criteria
 feeding programmes 225
 malnutrition management 175, 179
 adults. *see also* people
 malnutrition 226
 adverse events 302
 aedes mosquito-transmitted diseases 314
 AIDS. *See* HIV/AIDS
 aid workers. *See* staff members; *See* community health workers (CHWs); *See* healthcare workers
 air pollution 327
 anaesthesia 337
 anthropometric surveys 170
 anti-retroviral therapies 334
 armed conflicts
 disaster relief 390
 guidelines 380
 legal provision 30
 treaties and customary laws 379
 artificial feeding, infants and young children 187, 190, 203
 artificial lighting 260
 ART interventions 334
 ARV interventions 334
 assessments
 mental health conditions 341
 NCDs 344
 references/further reading 86
 shelter and settlement planning 247
 at-risk groups
 food assistance 200
 food security 167, 195
 hygiene promotion 101
 auditing 84

B

bathing facilities 109
 beneficiaries, involvement 387
 blood products 306
 blood transfusions 334
 bottled water 109
 breastfeeding 180, 190
 breastmilk substitutes 190
 building codes 264
 building materials 264

C

camps. *See* communal settlements
 caregivers, food assistance 201
 care plans 347
 case fatality rates (CFR) 319, 321, 356
 cash-based assistance
 checklist 22
 general 9
 references/further reading 26, 86
 WASH 156
 CFR (case fatality rates) 319, 321, 356
 checklists
 food security 219
 hygiene promotion 139
 livelihoods 219
 nutrition assessment 223
 seed security assessment 221
 solid waste management 143
 vector control 142
 WASH general 139
 water supply 140
 children. *see also* healthcare; *see also* infants and young children
 faeces 115
 feeding 185, 327
 feeding, artificial 187, 190
 feeding, reference/further reading 3
 gender-based violence 192
 healthcare 322
 illnesses 324
 malnutrition 225
 protection 12, 327
 references/further reading 3, 86
 separated 327
 sexual violence 332
 vaccination 322, 323
 WASH 98
 chlorine solutions 135
 cholera 321
 CHS. *See* Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)
 CHWs (community health workers) 304, 318
 climate, living spaces 256
 CMR (crude mortality rates) 292, 325, 356
 Code of Conduct

Core Principles 6, 386
 overview 385
 collaboration 71, 75, 189
 collaborative learning 75
 communal facilities 250, 276
 communal settlements
 general 18
 solid waste management 128
 vector control 122
 communal toilets 118
 communal tools 265
 communicable diseases
 diagnosis and case management 317
 general 311
 outbreak preparedness and response 319
 prevention 312
 surveillance, outbreak detection and early response 314
 communication. *see also* information
 communications
 ethical 64, 66
 feeding practices 186
 general 63, 65
 organisational responsibilities 64
 vector control 125
 WASH 98
 communities
 complaints mechanisms 66
 first aid 337
 resilience 61
 solid waste management 129
 tensions 214
 community engagement
 environmental management 218
 health care 300
 malnutrition 175
 outbreak response 131
 protection mechanisms 40, 42
 sexual violence 332
 vector control 125
 WASH 92
 community health workers (CHWs) 304, 318.
 see also healthcare workers
 community support
 mental health 341
 structures 195
 WASH 98
 companion standards 7
 complainants 69
 complaints 66, 90
 complementarity 70
 complicity, violation of rights 39
 confidentiality 66, 310
 construction, shelters 262
 consumption
 energy 272
 contamination, water 111
 controlled drugs 306
 coordination
 civil-military 18, 72
 cross-sectoral 72
 humanitarian response 70

joint distributions 101
 partner organisations 73
 references/further reading 86
 coping strategies 168
 Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability (CHS)
 appropriateness and relevance 54
 communication, participation and feedback 63
 complaints mechanisms 66
 coordination and complementarity 70
 effectiveness and timeliness 56
 food security and nutrition 163
 general 5, 52
 learning and innovation policies 73
 links to right on adequate shelter 244
 links to right to timely and appropriate healthcare 294
 links to right to water and sanitation 95
 local capacities and negative effects 59
 staff members 76
 structure 52
 corruption 81, 83
 cost of diet 168
 crime reduction 252
 criminal abuse of rights 377
 crude mortality rates (CMR) 292, 325, 356
 cultural properties 379
 culture/customs 256, 387

D

data. *See* information
 dead management 137, 302
 debris removal 248
 delivery. *see also* distribution
 food 204, 208
 desludging 119
 diagnosing
 communicable diseases 317
 micronutrient deficiencies 183
 diarrhoea 144, 318, 326
 dignity
 right to 29
 safeguarding 38, 388
 diphtheria 321
 disabled persons. *See* persons with disabilities
 disaggregation, of data 12, 56, 310
 disaster information and planning service 389
 disasters
 definition 386
 guidelines 384
 treaties 383
 discharge criteria, malnutrition management 179
 diseases. *see also* HIV/AIDS; *see also* infections;
 see also outbreaks of diseases
 aedes mosquito-transmitted 314
 cholera 321
 communicable 311
 diarrhoea 144, 318, 326
 diphtheria 321
 faecal-oral transmission 144
 hepatitis 321

- measles 323
- meningitis 320
- non-communicable 342
- pertussis 321
- pneumonia 326
- polio 321, 324
- tuberculosis 318
- viral haemorrhagic fever 320
- water- and sanitation-related 147
- yellow fever 321
- disinfection, water 111
- displaced people 247. *see also* internally displaced persons (IDPs)
- disposal
 - excreta 119, 141
 - medicines 306
 - waste 126
- distribution
 - dry rations 206
 - essential medicines 306
 - food 204, 208
 - household items 260
 - information 207
 - points 207
 - safety during 101, 207
 - scheduling 207
 - wet rations 206
- documentation 44
- do no harm concept 268
- donor governments 390
- drainage
 - rainfall and floodwater 252
 - waste water 109
- drinking water 99
- drugs, controlled 306

E

- Early Warning Alert and Response (EWAR) 309, 315, 353
- end of life care. *See* palliative care
- energy
 - consumption 272
 - food production 213
 - supply 260
- environment
 - food security 167, 195
 - host population 276
 - humanitarian response 19, 62
 - natural resources 81, 82
 - reference/further reading 87
 - settlements/shelter 270
 - vector control 123
- EPI (Expanded Programme on Immunization) 322, 324
- erosion 272
- essential services 250, 276
- evaluation
 - Minimum Standards 10
 - references/further reading 87
- evictions 268
- EWAR (Early Warning Alert and Response) 309,

- 315, 353
- excreta management
 - access to and use of toilets 115
 - checklist 141
 - collection, transport, disposal and treatment 119
 - general 113, 136
 - infections 148
 - phasing 114
 - reference/further reading 153
- exit strategies
 - food security 195
 - general 60, 61
- Expanded Programme on Immunization (EPI) 322, 324
- exploitation 61. *see also* sexual exploitation and abuse (SEA)

F

- facilities. *see also* toilets
 - communal 250, 276
 - incontinence 103
 - washing/bathing 109
- faecal-oral transmission, diseases 144
- family duties 217
- family planning 329
- F diagram 144
- feedback
 - humanitarian response 63
 - organisational responsibilities 65
- feeding assessments 170
- field hospitals 338
- financial assistance, food production 213
- fire safety 252
- first aid 337, 341
- flow, relief goods/information 389
- food
 - access 199
 - choices 203
 - deliveries 204, 208
 - distributions 204, 208
 - hygiene 209
 - packaging 202
 - preparation/processing 204, 209
 - quality 201
 - rations 199, 206
 - storage 209, 215
 - use 200, 208, 209
- food assistance
 - cash and vouchers 210
 - general 197
 - nutrition requirements 198
 - targeting 205
- food production
 - energy 213
 - financial assistance 213
 - monitoring 214
 - price fluctuations 213
 - seasonality 213
 - strategies 212
 - supply chains 214
- food security

- acceptability 196
- assessments 165, 166
- checklist 219
- essential concepts 160
 - general 193
 - linked to other rights 162
- forecasting, essential medicines 305
- fortification, food products 182
- fraud 83
- fuel 260

G

- gender 13, 87
- gender-based violence
 - further reading 47
 - general 14
 - references/further reading 87
- genocide, treaties 377
- gifts-in-kind 83
- governments. *See* host governments; *See* donor governments
- guidance notes 7

H

- handwashing 99, 118
- harm. *see also* do no harm concept
 - avoidance of exposure 38
- healthcare. *see also* health systems
 - acceptability 300
 - checklist 349
 - children 322
 - delivery 298
 - essential 311
 - essential concepts 292
 - financing 307
 - injury and trauma care 335
 - linked to other rights 293
 - mental health 339
 - non-communicable diseases 342
 - palliative care 345
 - sexual and reproductive health 327
 - special considerations to protect 295
 - WASH 131
 - waste 136
- healthcare workers 302, 310. *See also* community health workers (CHWs)
- health indicators 356
- health information systems 309
- health management information systems (HMIS) 309, 354
- health surveillance systems 309
- health systems. *see also* healthcare
 - essential medicines and medical devices 304
 - financing 307
 - food assistance 200
 - general 297
 - health care delivery 298
 - healthcare workers 302
 - NCD care 344
 - public health data 308

- support and development 293
- hepatitis 321
- high-risk groups, vector control 125
- HIV/AIDS
 - children 327
 - food assistance 200
 - infant feeding 191
 - malnutrition management 180
 - overview 332
 - protection risks 15
- HMIS (health management information systems) 309, 354
- host communities 248
- host governments 70, 389
- household duties 217
- household items 258
 - artificial lighting 260
 - checklist 276
 - distribution 260
- household-level water treatment and safe storage (HWTSS) 112, 150
- household toilets 118
- housing, land and property rights 47
- human excreta. *see also* excreta management
 - definition 113
- humanitarian assistance
 - access 40
 - cash-based assistance 22
 - guidelines 384
 - right to receive 30, 386
 - safety 39
 - treaties 383
- Humanitarian Charter
 - commitment 31
 - common principles 29
 - general 5, 374
 - overview 28
- humanitarian organisations
 - complaint mechanisms 68, 69
 - constraints 58
 - decision-making 59
 - innovation policies 73
 - knowledge management 76
 - learning 73, 92
 - monitoring 59, 85
 - policies to prevent negative effects 62
- humanitarian response
 - appropriateness 54, 85
 - communication 63
 - complaints 66
 - complementarity 70
 - coordination 70
 - effectiveness 56, 86
 - feedback 63
 - impartiality 40, 55, 386
 - independence from governments 387
 - local capacities 59, 387
 - military forces 18, 72
 - negative effects 59
 - operational setting 16
 - participation 63, 65
 - people-centred 87

- politics 386
- relevance 54
- religion 386
- timeliness 56, 86
- human resources systems 56
- human rights
 - guidelines 378
 - treaties and customary laws 375
- hygiene. *see also* hygiene promotion
 - food 209
 - items 99
 - menstrual 102, 118, 152
- hygiene promotion
 - checklist 139
 - hygiene items 99
 - incontinence 102
 - menstrual hygiene 102
 - overview 96
 - references/further reading 152

I

- ICCM (Integrated Community Case Management) 326
- IDPs. *See* internally displaced persons (IDPs)
- IGOs (inter-governmental organisations)
 - definition 386
 - recommendations 390
- IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) 326
- impartiality, humanitarian response 40, 55, 386
- implementation
 - cash-based assistance 22
 - shelter and settlement 247
 - supply chain management 24
- incontinence 102, 153
- incremental tenure 268
- infant feeding
 - artificial 187
 - breastfeeding 180
 - complementary 190
 - HIV 191
 - malnutrition measuring 225
 - multi-sectorial support 187
 - overview 185
- infant formula 190
- infants and young children. *see also* infant feeding
 - faeces 115
 - illnesses 324
 - vaccination 322, 323
- infections. *see also* tuberculosis (TB)
 - prevention and control (IPC) 135, 155, 301
 - respiratory 318
- information. *See also* communications
 - accessibility 43
 - confidentiality 66, 310
 - disaggregation 12, 56, 310
 - distributions 207
 - flow 389
 - nutrition assessment 169
 - organisational responsibilities 64
 - personal 61, 62

- public health 308
- sensitivity 40, 43
- sharing 65, 71, 73
- information systems
 - health 309
 - health management 309, 354
 - nutrition and food security 167
- informed consent 65
- injuries
 - and trauma care 335
 - from sharps 301
- Integrated Community Case Management (ICCM) 326
- Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) 326
- inter-governmental organisations (IGOs)
 - definition 386
 - recommendations 390
- internally displaced persons (IDPs)
 - guidelines 382
 - treaties on 381
- International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes 187
- international humanitarian law
 - guidelines 380
 - treaties 379
- international law. *see also* international humanitarian law
 - right to adequate shelter 244
 - right to timely and appropriate healthcare 294
 - right to water and sanitation 94
- intra-house food use 209
- IPC (infection prevention and control) 135, 155, 301
- IYCF-E assessment 189

J

- joint distributions 101
- justice systems 44

K

- key actions 6
- key indicators 7
- knowledge management 76

L

- laboratory testing 318
- landmines 47, 379
- learning
 - collaboration 75
 - humanitarian organisations 73, 92
- legal foundation, Sphere 374
- legal frameworks, sexual violence 332
- legal support 44
- LGBTIQI people 15
- livelihoods
 - checklist 219
 - general 211
 - income and employment 215
 - primary production 211

settlements 253, 276
 living spaces 254
 local actors, support 16
 local capacities 59, 387
 local leadership 60, 61
 logistics 26

M

malaria
 prevention 125, 314
 treatment 124
 malnutrition. *see also* nutrition; *see also*
 undernutrition
 general 172
 managing 172, 173, 177, 6
 measuring 225
 management. *See* supply chain management;
See knowledge management; *See* dead
 management; *See* excreta management;
See solid waste management; *See*
 malnutrition: managing; *See* wound
 management
 market analysis
 food security assessment 168
 references/further reading 26
 response analysis 20
 market-based programming
 general 9, 20
 household items 260
 hygiene items 101
 references/further reading 26
 water 108
 market waste 130
 maternal care 328
 MEAL (monitoring, evaluation, accountability and
 learning) 10
 measles 323
 medical devices 304, 306, 345
 medicines
 availability 347
 essential 304, 345
 psychotropic 342
 meningitis 320
 menstrual hygiene 102, 118, 152
 mental health
 overview 339
 psychosocial support 15, 3, 180
 references/further reading 4
 micronutrients
 deficiencies 182, 191, 228
 military forces 18, 72
 mine actions 47
 Minimum Standards 6
 assessment and analysis 9
 general 31
 implementation 10
 MEAL 10
 programme design 9
 right to adequate food 160
 right to be free from hunger 160
 strategy development 9

use in context 8
 monitoring
 cash-based assistance 23
 food access 199
 food delivery 208
 food distributions 208
 food production 214
 food use 200, 209
 general 59
 malnutrition management 176
 Minimum Standards 10
 organisational responsibilities 85
 references/further reading 87
 supply chain management 25
 violations 42
 monitoring, evaluation, accountability and learning
 (MEAL) 10
 morbidity rates 350
 mortality rates 349. *see also* crude mortality rates
 (CMR); *see also* EWAR (Early Warning Alert
 and Response)
 mortality surveillance 351
 mother-to-child transmission, HIV 334

N

national actors, support 16
 natural resources 272
 negative effects
 abuse 61
 humanitarian response 59
 newborn care 326, 328
 NGHAs. *See* non-governmental humanitarian
 agencies (NGHAs)
 NGOs (non-governmental organisations) 385
 non-communicable diseases (NCDs) 342
 non-displaced households 247
 non-governmental humanitarian agencies (NGHAs)
 definition 385
 general 389, 390
 non-governmental organisations (NGOs) 385
 nutrition. *see also* malnutrition
 assessment 165, 169, 223
 essential concepts 160
 quality 199
 requirements 198, 231
 WASH 155
 nutrition manuals 5

O

obstetrics 328
 older people
 food assistance 200
 further reading 47
 malnutrition 227
 protection 13
 organisational responsibilities
 appropriateness and relevance humanitarian
 response 55
 collaboration 71
 communication 64

- complaints 67
- effectiveness and timeliness 58
- feedback 65
- information 64
- learning policies 74
- monitoring 85
- negative effects of humanitarian response 61
- resources management 81
- staff members 77
- organisations. *See* humanitarian organisations
- outbreaks of diseases
 - alerts 353
 - control 319
 - detection 315
 - investigations 316
 - responses 131
 - thresholds 316
 - WASH 154

P

- pain control 338
- palatability, water 111
- palliative care 345, 4
- participation
 - humanitarian response 63, 65
 - shelter construction 263
- partner organisations 73
- patients
 - adverse events 302
 - rehabilitation 338
 - rights 300
 - social reintegration 338
- payments 217
- people. *See also* children; *see also* older people; *see also* persons with disabilities; *see also* infants and young children; *see also* people on the move
 - definition 10
 - rights of, with mental health conditions 342
- people on the move
 - solid waste generation 127
 - WASH 99
- performance indicators, malnutrition
 - management 179
- personal protective equipment (PPE) 137, 301
- persons with disabilities
 - food assistance 200
 - malnutrition measuring 227
 - protection 14
 - references/further reading 47, 86
- pertussis 321
- planning
 - location and settlement 249
 - shelter and settlement 246
 - solid waste management 129
- pneumonia 326
- poisoning 358, 5
- polio 321, 324
- politics 386
- PPE (personal protective equipment) 137, 301
- pre-crisis data, food security

- assessment 167
- preparation/processing, food 209
- prequalified kits 306
- prevention. *see also* vaccination
 - communicable diseases 312
 - HIV 334
 - infections 135, 155, 301
 - malaria 125, 314
 - malnutrition 174
 - micronutrient deficiencies 183
 - risk assessments 313
- privacy 256
- private sector
 - humanitarian response 72
 - livelihood protection 218
- procurement, essential medicines 305
- Professional Standards for Protection Work 45
- programme design. *see also*
 - market-based programming
- cash-based assistance 22
- malnutrition management 174, 178
- Minimum Standards 9
- supply chain management 24
- protection
 - activities 37
 - children 12, 327
 - HIV/AIDS patients 15
 - LGBTIQI people 15
 - living spaces 256
 - mechanisms 40, 42
 - older people 13
 - persons with disabilities 14
 - references/further reading 47, 88
 - right 30
 - WASH 152
- Protection Principles
 - application 37
 - food security and nutrition 163
 - general 5, 36
 - links to rights to adequate shelter 244
 - links to right to timely and appropriate healthcare 294
 - links to right to water and sanitation 95
- protracted crises 17
- proxy measures, food security
 - assessment 168
- psychological interventions 341
- psychosocial support 15, 180
- psychotropic medicines 342
- public health risks, WASH 92
- purchasing powers 217

Q

- quality
 - food 201
 - healthcare workers 304
 - nutrition 199
 - water 109, 135
- quantities
 - toilets 146
 - water 107, 135, 145

R

rape 330
 rapid responses, nutrition assessment 170
 rations 199, 206
 recipient governments. *See* host governments
 recycling, waste 128, 272
 refugees
 treaties 381
 registration processes, food assistance 206
 rehabilitation, patients 338
 religion
 humanitarian response 386
 palliative care 347
 reproductive health. *See* sexual and reproductive health
 resources. *see also* natural resources
 excreta as 120
 management 80
 respiratory infections 318
 response analysis 20
 restricted weapons 379
 return, displaced people 248
 reuse
 solid waste 128
 waste 272
 rights
 claiming 43
 complicity in violation 39
 patients 300
 safeguarding 38
 right to adequate food 160, 163
 right to adequate shelter
 general 240
 links to Core Humanitarian Standard 244
 links to international law 244
 links to other rights 242
 links to Protection Principle 244
 right to be free from hunger 160
 right to life with dignity 29
 right to protection and security 30
 right to receive humanitarian assistance 30, 40, 386
 right to seek asylum or sanctuary 31
 right to timely and appropriate healthcare
 links to Core Humanitarian Standard 294
 links to international law 294
 links to Protection Principles 294
 right to water and sanitation 92
 international law 94
 linked to other rights 94
 links to Core Humanitarian Standard 95
 links to Protection Principles 95
 reference/further reading 151
 risk assessments, disease prevention 313
 risks
 security 214
 undernutrition 223
 vector control 122
 WASH 97
 rural areas 273

S

safeguarding
 dignity 38
 personal information 61, 62
 rights 38
 safety. *see also* safeguarding
 distributions 101, 207
 fire 252
 healthcare facilities 301
 healthcare workers 310
 household items 260
 humanitarian assistance 39
 living spaces 256
 public buildings 265
 settlements 240, 253
 toilets 117
 trauma care 337
 vaccines 324
 water chain 110
 work 217
 safety-net measures, livelihoods 216
 schools, WASH 104
 security, right 30
 seeds 214, 221
 selection, essential medicines 305
 separated children 327
 settlement scenarios
 characteristics 280
 descriptions 278
 post-crisis 242
 settlements/shelter
 access 252
 assistance options 282
 checklist 274
 crime reduction 252
 decommissioning and handover 253
 energy supply 260
 environment 270
 essential services and facilities 250
 fire safety 252
 household items 258
 implementation options 247, 285
 key concepts 240
 livelihoods 248, 253, 276
 living space 254
 operation and maintenance 253
 planning 246, 249
 safety 240, 253
 site planning 251
 site selection 122, 272
 surface areas 251
 technical assistance 262
 tenure 266
 thermal comfort 260
 urban areas 241
 sexual and reproductive health
 general 327
 HIV 332
 sexual violence 330
 sexual exploitation and abuse (SEA)
 by staff members 62

complaint mechanisms 68, 69
 sexual violence 330
 shelter. *See* settlements/shelter
 site
 planning 251
 selection 122, 272
 social reintegration, patients 338
 solid waste management
 checklist 143
 community level 129
 household and personal actions 128
 overview 126
 reference/further reading 154
 Sphere 4, 374
 Sphere Handbook
 chapters 5
 general 4
 staff members
 behaviour and codes of conduct 70
 competencies 77, 79
 conflicts of interest 83
 exploitation and abuse by 61
 policies 77, 78, 79
 sexual exploitation and abuse by 62
 skills development 79
 support for 76
 volunteers 78
 well-being 78, 80
 stakeholders. *See* host governments;
 See also humanitarian organisations
 standards. *see also* Minimum Standards
 links with other standards 7
 structure 6
 storage
 essential medicines 306
 food 209, 215
 water 100, 108, 112
 strategies. *see also* exit strategies; *see also* transition strategies; *See also* coping strategies
 development 9
 supplementary feeding programmes 177
 supplementation, micronutrients 182
 supplies
 incontinence 103
 menstrual hygiene 103
 supply chain management 23, 26
 support. *See also* community support
 infant and young child feeding 187
 legal 44
 local actors 16
 national actors 16
 palliative care 347
 psychosocial 15, 180
 staff members 76
 surgical care 337

T

targeting, food assistance 205
 TB (tuberculosis) 318
 tenure
 definition 267

security 266
 thermal comfort 260
 timeliness 56
 toilets
 access 115
 communal 118
 household 118
 promotion 99
 quantities 146
 use of word 113
 torture 377
 transition strategies
 food security 195
 general 60
 transparency 84
 traumas. *See* injuries
 treatment
 malaria 124
 malnutrition 174
 micronutrient deficiencies 184
 water 153
 treatment needs, complex 344
 treatment protocol 318
 triage 337
 tuberculosis (TB) 318

U

undernutrition. *see also* malnutrition
 causes 160
 interpreting levels of 171
 risks 223
 vulnerable groups 162
 Universal Health Coverage 2030 307
 urban areas
 challenges 17, 162
 health responses 293
 natural resources 273
 settlement and shelter 241
 solid waste management 127
 WASH 93

V

vaccination
 campaigns 313, 320
 children 322, 323
 infants and young children 322, 323
 vector control
 biological and non-chemical control 123
 checklist 142
 environmental engineering measures 123
 general 121
 household and personal level 124
 living spaces 257
 malaria treatment 124
 national and international protocols 124
 reference/further reading 154
 settlement level 121
 ventilation 257
 violations, monitoring 42
 viral haemorrhagic fever 320

- volunteers 78
- vulnerabilities 10, 56, 387
- vulnerable groups
 - references/further reading 5
 - undernutrition 162

W

- WASH. *See* Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion (WASH)
- washing facilities 109
- waste. *See also* excreta management; *see also* market waste; *see also* solid waste management
 - abattoir 130
 - recycling 272
 - reuse 272
- waste handlers 127
- water
 - access 105
 - bottled/treated 109
 - chlorine solutions 135
 - containers 100, 108
 - contamination 111
 - disinfection 111
 - faecal material 114
 - infections 147
 - measurement 107
 - palatability 111
 - post-delivery contamination 111
 - protected source 111
 - quality 109, 135, 154
 - quantities 107, 135, 145

- round-trip and queuing time 108
- source selection 106
- storage 100, 108, 112
- supply 140
- systems and infrastructure 108
- treatment 153
- Water Supply, Sanitation and Hygiene Promotion (WASH)
 - approaches 94
 - cash-based assistance 156
 - checklist 139
 - essential concepts 92
 - excreta control 113
 - health care 131
 - hygiene promotion 96
 - impact on health 151
 - nutrition 155
 - programming 151
 - protection 152
 - risks 97
 - solid waste management 126
 - vector control 121
 - water supply 105
- wholegrain cereals 203
- women, pregnant and breastfeeding 189
- wound management 338

Y

- yellow fever 321
- young children. *See* infants and young children
- youths, construction activities 263

The Sphere Handbook presents a principled approach to quality and accountability in humanitarian response. It is a practical translation of Sphere's core belief that all people affected by disaster or conflict have a right to life with dignity and the right to receive humanitarian assistance.

The Humanitarian Charter is the cornerstone of the Handbook, with the Protection Principles and Core Humanitarian Standard providing a foundation which informs all sectors of assistance. Technical standards outline priorities to ensure response in four key life-saving sectors: water, sanitation and hygiene promotion; food security and nutrition; shelter and settlement; and health.

The measurable minimum standards describe what needs to be achieved in a humanitarian response in order for people to survive and re-establish their lives and livelihoods in ways that respect their voice and promote their dignity. Key actions, indicators and guidance notes provide ways to apply these standards in diverse context. The chapters are all linked and reinforce each other.

The strength of the Sphere Handbook lies in its universality and adaptability to all humanitarian settings. It enjoys broad ownership in the humanitarian sector and therefore provides a common language for working with all stakeholders towards quality and accountability in humanitarian contexts.



The Humanitarian Standards Partnership is a collaboration between standards initiatives to harness evidence, expert opinion and best practices and to use it to improve quality and accountability in humanitarian response



 spherestandards.org
 www.facebook.com/SphereNGO
 www.twitter.com/spherepro

ISBN 978-969-7523-08-5

