

کتاب راهنمای اسفیر

منشور بشردوستانه
و حداقل استانداردها در
پاسخگویی‌های بشردوستانه

اسفیر 

ویرایش ۲۰۱۸ / چاپ ۲۰۲۴



کتاب راهنمای اسفیر حاوی رویکرد اصولی در خصوص کیفیت و پاسخگویی در پاسخ‌دهی بشردوستانه است. این کتاب راهنما درواقع ترجمان عملی باور محوری اسفیر است که بر مبنای آن، کلیه افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات از حق زندگی همراه با کرامت و همچنین حق برخورداری از کمک‌های بشردوستانه بهره‌مند هستند.

منشور بشردوستانه بنیان اصلی کتاب راهنمای اسفیر است و اصول حمایت و استاندارد محوری بشردوستانه مبنایی را شکل می‌دهند که در تمامی بخش‌های ارائه کمک، در نظر گرفته می‌شود. در استانداردهای فنی، اولویت‌ها برای تضمین پاسخ‌دهی در چهار حوزه کلیدی نجات‌بخش جان افراد یا همانا: ۱- آب، فاضلاب و بهداشت فردی (آفاب)، ۲- امنیت غذایی و تغذیه، ۳- سرپناه و سکونتگاه و ۴- سلامت ترسیم شده‌اند.

حداقل استانداردهای سنجش‌پذیر، مواردی را تشریح می‌کنند که باید در پاسخ‌دهی بشردوستانه تحقق یابند. این موارد شامل زنده‌مانی افراد و ازسرگیری زندگی و معیشت ایشان به شکلی توأم با احترام به آرا و ارتقاء کرامت آن‌ها است. در اقدامات کلیدی، شاخص‌ها و یادداشت‌های راهنما، روش‌های اعمال این استانداردها در موقعیت‌های گوناگون ارائه شده‌اند. تمامی فصول این کتاب راهنما مرتبط و مکمل یکدیگرند.

نقطه قوت کتاب راهنمای اسفیر در جهان‌شمولی و مطابقت‌پذیری آن با کلیه موقعیت‌های بشردوستانه است. این کتاب متعلق به طیف گسترده‌ای از کنشگران در بخش بشردوستانه است و لذا حاوی زبانی مشترک برای همکاری با کلیه دست‌اندرکاران در راستای شفافیت و پاسخگویی در موقعیت‌های بشردوستانه می‌باشد.



«شرکت استانداردهای بشردوستانه» همکاری است بین ابتکار عمل استانداردها برای به کارگیری شواهد، نظرهای کارشناسان و عملکردهای مناسب و استفاده از آن‌ها برای بهبود کیفیت و پاسخگویی در پاسخ بشردوستانه



spherestandards.org



www.facebook.com/SphereNGO



www.twitter.com/spherepro



ISBN 978-622-92907-8-1



9 786229 290811

ISBN 978-1-908176-40-0



9 781908 176400

The Sphere Handbook

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

Sphere Association

Translation

International Consortium for Refugees in Iran

Translator

Hamid Marashi

NabNegar Publication

2024

The Sphere Handbook

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response

By: Sphere Association, Geneva-Switzerland

Translation: International Consortium for Refugees in Iran

Financial donor: DG INTPA of the European Commission

Translator: Hamid Marashi

Technical Editor: Shahriar Rahmani

Proof reading: Nazanin Kazemi, Parisa Bahmani

Layout: Mahboobeh Asgharpour

Publisher: NabNegar Publishing co., Iran

ISBN: 978-622-93907-8-1

Printed by: Ramtin Printing co., Tehran-Iran

Summer 2024

کتاب راهنمای اسفیر

منشور بشر دوستانه

و

حداقل استانداردها

در پاسخ دهی بشر دوستانه

انجمن اسفیر

ترجمه

کنسرسیوم بین المللی پناهندگان در ایران

مترجم

حمید مرعشی

انتشارات ناب نگار

تابستان ۱۴۰۳ / ۲۰۲۴

سرشناسه	: پروژه اسفیر Sphere Project
عنوان و نام پدیدآور	: کتاب راهنمای اسفیر: منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخدهی بشردوستانه / انجمن اسفیر؛ سفارش و نظارت بر ترجمه کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان در ایران؛ مترجم حمید مرعشی؛ ویراستار فنی شهریار رحمانی. تهران: ناب نگار، ۱۴۰۳.
مشخصات نشر	: ک، ۴۱۸ ص.: جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
مشخصات ظاهری	: 978-622-92907-8-1
شابک	: فیپا
وضعیت فهرست نویسی	: The sphere handbook : humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response, 4ed, 2018.
یادداشت	
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۳۵۸ - ۳۶۸.
یادداشت	: نمایه.
عنوان دیگر	: منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخدهی بشردوستانه.
موضوع	: امدادرسانی — دستنامه‌ها Disaster relief-- Handbooks, manuals, etc. اورژانس — مدیریت — دستنامه‌ها Emergency Management-- Handbooks, manuals, etc. کمک‌های بشردوستانه — دستنامه‌ها Humanitarian assistance-- Handbooks, manuals, etc.
شناسه افزوده	: مرعشی، حمید، ۱۳۴۵ - مترجم
شناسه افزوده	: کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان (ایران)
رده بندی کنگره	: HV۷۵۵۳
رده بندی دیویی	: ۳۶۳/۳۴۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۶۸۴۹۱۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیپا



کتاب راهنمای اسفیر: منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخدهی بشردوستانه

انجمن اسفیر، سویس، ژنو
ترجمه: کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان در ایران
اهدانکنده مالی: DG INTPA of the European Commission

مترجم: حمید مرعشی
ویراستار فنی: شهریار رحمانی
نمونه‌خوانی: نازنین کاظمی، پریسا بهمنی
صفحه‌آرا: محبوبه اصغرپور
نوبت چاپ: تابستان ۱۴۰۳ / ۲۰۲۴
شمارگان: ۵۰۰ نسخه
ناشر: ناب نگار ۶۶۴۰۳۱۱۱
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۲۹۰۷-۸-۱
نشانی: خیابان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، پایین‌تر از روانمهر، پلاک ۳۳۸
لیتوگرافی، چاپ و صحافی: رامتین
این کتاب به صورت رایگان اهدا می‌شود.

این کتاب ترجمه‌ای است از:

The Sphere Handbook; Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response Edition 2018

کتاب راهنمای اسفیر

منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخ‌دهی بشردوستانه

آشنایی با اسفیر

منشور بشردوستانه

اصول حمایت

استاندارد محوری بشردوستانه

تامین آب، فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی (آفاب)

امنیت غذایی و تغذیه

سرپناه و سکونتگاه

سلامت



کتاب راهنمای اسفیر : منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخدهی بشردوستانه

انجمن اسفیر، سوئیس، ژنو

نشانی: La Voie-Creuse 1202, 16 Geneva, Switzerland

رایانامه: info@spherestandards.org

تارنما: www.spherestandards.org

ویراست اول ۲۰۰۰

ویراست دوم ۲۰۰۴

ویراست سوم ۲۰۱۱

ویراست چهارم ۲۰۱۸

کلیه حقوق متعلق به انجمن اسفیر (۲۰۱۸) است.

حق تألیف برای استاندارد محوری بشردوستانه در خصوص کیفیت و پاسخگویی: ائتلاف استاندارد محوری بشردوستانه، انجمن اسفیر و گروه یوآردی (بحران، بازتوانی، توسعه) (۲۰۱۸)

Association Sphere, Alliance CHS © Accountability and Quality on Standard Humanitarian Core (Développement, Réhabilitation, Urgence) URD Groupe and

کلیه حقوق محفوظ می‌باشند. متن حاضر دارای حق تألیف است اما می‌توان آن را بدون پرداخت هرگونه هزینه برای اهداف آموزشی از جمله برگزاری دوره‌های آموزشی، پژوهش و برنامه‌ها مشروط بر اذعان مالک حق تألیف، بازنشر نمود. این کتاب برای فروش مجدد تهیه نشده است. برای کپی آن در سایر شرایط، انتشار برخط، استفاده مجدد در سایر انتشارات یا ترجمه یا مطابقت دادن، مجوز کتبی از قبل باید از طریق رایانامه زیر اخذ گردد: info@spherestandards.org
این مجلد در کتابخانه بریتانیا و کتابخانه کنگره ایالات متحده ثبت شده است:

ISBN 978-1-908176-400 PBK

ISBN 978-1-908176-608 EPUB

ISBN 978-1-908176-707 PDF

ذکر منبع:

Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018. www.spherestandards.org/handbook

پروژه اسفیر در سال ۱۹۹۷ توسط گروهی از سازمان‌های مردم‌نهاد و نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر به‌منظور تدوین مجموعه حداقل استانداردهای جهان‌شمول در حوزه‌های اصلی پاسخدهی بشردوستانه تحت عنوان کتاب راهنمای اسفیر آغاز گردید. هدف از این کتاب راهنما عبارت است از ارتقای کیفیت پاسخدهی بشردوستانه در شرایط سوانح و مخاصمات و بهبود پاسخگویی اقدامات بشردوستانه برای افراد متأثر از بحران. منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخدهی بشردوستانه محصول تجارب جمعی بسیاری از افراد و نهادها است و لذا نباید این مجموعه را به‌عنوان بازنمایی دیدگاه‌های فقط یک نهاد تلقی نمود. پروژه اسفیر در سال ۲۰۱۶ تحت عنوان انجمن اسفیر ثبت گردید.

کتاب راهنمای اسفیر : منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخدهی بشردوستانه

نویسنده : اسفیر

ترجمه و ویرایش توسط: کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان در ایران (ICRI) – نماینده رسمی اسفیر در ایران

www.icri-iran.com/info@icri-iran.com

اهداکننده مالی : DG INTPA of the European Commission

مترجم: حمید مرعشی

ویراستار فنی: شهریار رحمانی

نمونه‌خوانی: نازنین کاظمی، پریسا بهمنی

صفحه‌آرایی متن فارسی: محبوبه اصغریور

نوبت چاپ : اول، تابستان ۱۴۰۳ / ۲۰۲۴

شمارگان : ۵۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۳۲-۹۲۹۰۷-۸-۱

چاپ و نشر متن فارسی: انتشارات ناب نگار، ایران

این کتاب به صورت رایگان اهدا می‌شود.

فهرست محتوا

پیشگفتار	خ
سپاسنامه	ذ
سپاسگزاری	ض
واژه‌نامه	ظ
مقدمه مترجم	ق
آشنایی با اسفیر	۱
منشور بشردوستانه	۲۷
اصول حمایت	۳۳
استاندارد محوری بشردوستانه	۴۹
تأمین آب، فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی (آفاب)	۹۵
امنیت غذایی و تغذیه	۱۶۵
سرپناه و سکونتگاه	۲۴۳
سلامت	۲۹۷
پیوست‌ها	۳۸۱
پیوست ۱: بنیان حقوقی اسفیر	۳۸۴
پیوست ۲: منشور رفتاری	۳۹۹
پیوست ۳: اختصارات	۴۰۵
فهرست اعلام	۴۰۷

پیشگفتار

ویراست چهارم کتاب راهنمای اِسفیر در بیستمین سالگرد تهیه و تدوین آن منتشر می‌گردد. این کتاب محصول تعامل پیگیر با کنشگران^۱ بشردوستانه در سرتاسر جهان به مدت یک سال است و نمایانگر دو دهه تجربه کاربرد استانداردها در عملیات خطوط مقدم، سیاست‌گذاری و مطالبه‌گری^۲ برای گسترش پاسخگویی و کیفیت اصول محور^۳ می‌باشد.

در کتاب مذکور که بر اساس چارچوب مشخص حق محور^۴ است، بنیان‌های حقوقی و اخلاقی رویکرد بشردوستانه همراه با راهنمایی عمل‌گرا، عملکرد مناسب جهانی و شواهد گردآوری‌شده به‌منظور پشتیبانی از کارکنان بشردوستانه در تمامی مناطق کاری آن‌ها به کار رفته‌اند.

اِسفیر از جایگاهی منحصربه‌فرد در حوزه دائماً در حال تغییر کنش بشردوستانه برخوردار است. در این ویراست، از اطلاعات مرتبط با تعهدات بین‌المللی در اولین نشست بشردوستانه جهانی در سال ۲۰۱۶، دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار^۵ و سایر ابتکارات عمل جهانی صراحتاً استفاده شده است.

علیرغم تغییر مستمر بستر سیاست‌گذاری، نیازهای فوری حیاتی افراد در مخاصمات^۶ و سوانح^۷ در تمامی بحران‌ها عموماً یکسان می‌باشند. از این رو، اِسفیر از فرایندهای سیاست‌گذاری جهانی و محلی با بازخوانی ضرورت بنیادین تأمین کمک‌ها همراه با پاسخگویی در راستای کمک به زنده‌مانی^۸، بازتوانی^۹ و بازسازی زندگی خود ضمن حفظ کرامت انسانی پشتیبانی به عمل می‌آورد.

راز توانمندی و پوشش جهانی اِسفیر در آن است که اِسفیر متعلق به همگان است. این حس تعلق هرچند سال یک‌بار با مرور و بازبینی استانداردها از سوی خود کاربران تجدید می‌گردد. در فرایند مذکور، ما تعهدات خود را جمعاً و مجدداً اعلام می‌نماییم و بر سر اقدامات بهبودیافته با هدف تضمین برخورداری مجریان از بهترین اطلاعات موجود در تمامی مناطق عملیاتی آن‌ها توافق می‌کنیم. این امر باعث تبدیل اِسفیر به مرجع محوری و یادآوری اهمیت بنیادین کرامت انسانی و حقوق افراد در مشارکت کامل در تصمیمات اثرگذار بر آن‌ها می‌گردد.

اِسفیر یکی از بنیان‌های فعالیت بشردوستانه است که به‌عنوان نقطه آغازی برای کنشگران جدید بشردوستانه و مرجعی همچنان قابل استناد برای کارکنان مجرب به کار می‌رود. علاوه بر این، نکات راهنما در خصوص اقدامات اولویت‌دار و منابع اطلاعات فنی تفصیلی نیز در این کتاب ارائه شده‌اند. شرکای ما در حوزه استانداردها حمایت‌های بیشتری را در بخش‌های خاص فراتر از اِسفیر به‌منظور کمک به بازتوانی و شکوفایی افراد ارائه می‌نمایند.

در ویراست حاضر، از درونداد^{۱۰} ارائه‌شده توسط هزاران فرد مشغول کار در بیش از ۴۵۰ سازمان مستقر در حداقل ۶۵ کشور دنیا استفاده شده است. پوشش جهانی مطالب نشانگر تجارب از موقعیت‌های متنوع، چالش‌های فوق‌العاده و انواع گوناگون کنشگران است. این استانداردها بدون تعهد پیوسته بسیاری از شما مخاطبین شکل نمی‌گرفتند و از همه شما

1. actors
2. advocacy
3. principle-based
4. rights-based
5. World Humanitarian Summit in 2016, the 2030 Agenda for Sustainable Development
6. conflicts
7. disasters
8. survival
9. recovery
10. input

برای کمک‌های ارائه‌شده در طی بازبینی در دو دهه اخیر تشکر می‌نماییم.

ما مشتاقانه در پی ادامه این مهم و یادگیری با همدیگر در فرایند کاربرد این کتاب راهنما توسط شما می‌باشیم.

مارتین مک‌کن^۱ - رئیس هیئت‌مدیره اسفیر کریستین نادسن^۲ - مدیر اجرایی

1. Martin McCann
2. Christine Knudsen

فصل سرپناه^۱ و سکونتگاه^۲ به زنده‌یاد **گراهام ساندروز**^۳ نویسنده این فصل در ویراست‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۱۱ و مشاور مراحل اولیه تدوین ویراست ۲۰۱۸ تقدیم می‌گردد.

گراهام از جمله کنشگران بشردوستانه واقعی و طلایه‌داران بخش سرپناه بود که با بینش، رهبری و انرژی بی‌پایان خود باعث ادغام مسائل سرپناه در دستور کار و شکل‌دهی این حوزه برای نسل‌های آتی مجریان سرپناه شد. وی دائماً در راستای بهبود عملکرد و حرفه‌ای‌گری بخش عملیات بشردوستانه تلاش نمود. جای گراهام به‌عنوان پیشکسوت، متخصص و دوست و یار این حوزه به‌شدت خالی خواهد بود.

ویراست جدید کتاب راهنمای اسفیر محصول متنوع‌ترین و گسترده‌ترین فرایند مشورتی در تاریخچه اسفیر است. حدوداً ۴۵۰۰ اظهارنظر برخط از ۱۹۰ سازمان دریافت شدند و بالغ بر ۱۴۰۰ نفر در ۶۰ رویداد حضوری به میزبانی شرکا در ۴۰ کشور مشارکت داشتند. اسفیر مراتب تقدیر خود را نسبت به مقیاس و عمق کمک‌های انجام‌یافته، اعم از سمن‌های^۴ ملی، محلی و بین‌المللی، وزارتخانه‌ها و مقامات مسئول کشوری، جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر، مؤسسات دانشگاهی، آژانس‌های سازمان ملل متحد و مجریان انفرادی اعلام می‌نماید.

فرایند بازبینی توسط دفتر اسفیر هماهنگ شد. فصول مختلف توسط نویسندگان اصلی همراه با پشتیبانی میان‌بخشی از سوی متخصصین موضوعی اختصاص‌یافته و افراد کمکی از بخش بشردوستانه تدوین شدند. اکثریت نویسندگان و متخصصین موضوعی توسط سازمان‌های متبوع خود معرفی شدند و اهتمام و وقت خود را در قالب کمک‌های غیرنقدی به این بخش اختصاص دادند.

گروه‌های نگارش و مرجع برای پشتیبانی از نویسندگان و متخصصین موضوعی در کار خود شکل گرفتند. اسفیر مراتب تشکر خود را نسبت به مشارکت ارزشمند تمامی این افراد در طی ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ اظهار می‌نماید. فهرست کامل تمامی اعضای کارگروه‌ها و گروه‌های مرجع را می‌توان در تارنمای اسفیر به نشانی مندرج در پانویس^۵ یافت. نام نویسندگان اصلی و متخصصین در قسمت زیر درج شده است.

فصل‌های موارد بنیادین

- **مشاور بشردوستانه و پیوست ۱:** دکتر مری پیکارد^۶
- **اصول حمایت:** سایمن راسل (خوشه حمایت جهانی) و کیت ساتن (گروه مشورتی بشردوستانه)^۷
- **استاندارد محوری بشردوستانه:** تاکشی کومینو (سازمان آب و فاضلاب اجتماعات، ژاپن) و ساواکو ماتسوئو (مرکز سمن‌های همکاری بین‌المللی ژاپن)^۸

1. shelter
2. settlement
3. Graham Saunders

۴. سمن: سازمان مردم‌نهاد (NGO: nongovernmental organization)

5. spherestandards.org
6. Dr Mary Picard
7. Simon Russell (Global Protection Cluster) and Kate Sutton (Humanitarian Advisory Group)
8. Takeshi Komino (CWSA Japan) and Sawako Matsuo (JANIC)

فصل‌های فنی

- تأمین آب، فاضلاب و ارتقای بهداشت فردی (آفاب): کیت دایر (سازمان کمک‌های کلیسای نروژی) و جنی لم (آکسفم، بریتانیا)^۱
- امنیت غذایی: دنیل وانگانگا (سازمان بین‌المللی چشم‌انداز جهانی)^۲
- تغذیه: پل وسیکه (سازمان نجات کودکان، ایالات متحده آمریکا)^۳
- سرپناه و سکونتگاه: سکی هیرانو (سازمان خدمات امداد کاتولیک) و الا سردروگلو (فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر)^۴
- سلامت: دکتر دورگوسینی دوانات و دکتر جولی حال (فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر)، دکتر جودیت هروی (سپاه بین‌المللی پزشکی)، دکتر اونی کریشنان (سازمان نجات کودکان، استرالیا)، دکتر عبا پاشنا (مستقل)^۵

آسیب‌پذیری‌ها، ظرفیت‌ها و موقعیت‌های عملیاتی

- کودکان و حمایت از کودکان: سوزن ویزنیوسکی (سازمان سرزمین انسان‌ها)^۶
- سالمندان: آبرین ون هورسن و فیل هند (سازمان هلپ ایج – کمک به سالمندی)^۷
- جنسیت: میره یاکنو (سازمان جن‌کپ)^۸
- خشونت جنسیت‌محور: جین وارد^۹ (مستقل)
- افراد دارای معلولیت: ریکاردو پلا کردرو (سازمان بشریت و شمول)^{۱۰}
- افراد در حال زندگی و متأثر از آج‌آی‌وی: آلیس فی (کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان)^{۱۱}
- حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان: دکتر مارک ون اومرن (سازمان جهانی بهداشت)، پیترو ونتووگل^{۱۲} (کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان)
- بحران‌های طولانی‌مدت: سارا سکسنس (برنامه عمران سازمان ملل متحد)^{۱۳}
- موقعیت‌های شهری: پاملا سیتکو^{۱۴} (سازمان بین‌المللی چشم‌انداز جهانی)

1. Kit Dyer (NCA) and Jenny Lamb (Oxfam GB)
2. Daniel Wang'ang'a (WVI)
3. Paul Wasike (Save the Children USA)
4. Seki Hirano (CRS) and Ela Serdaroglu (IFRC)
5. 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)
6. Susan Wisniewski (Terre des Hommes)
7. Irene van Horssen and Phil Hand (HelpAge)
8. Mireia Cano (GenCap)
9. Jeanne Ward
10. Ricardo Pla Cordero (Humanity and Inclusion)
11. Alice Fay (UNHCR)
12. Dr Mark van Ommeren (WHO), Peter Ventevogel
13. Sara Sekkenes (UNDP)
14. Pamela Sitko

- هماهنگی نیروهای نظامی و غیرنظامی: جنیفر جالووک و مارک هریک^۱ (سازمان بین‌المللی چشم‌انداز جهانی)
- محیط‌زیست: آماندا جورج و تامس پالو^۲ (صلیب سرخ سوئد)
- کاهش خطر سوانح: گلن دولچماسکولو و موتونی انجوگو (راهبرد بین‌المللی کاهش سوانح سازمان ملل متحد)^۳
- بازاریها و کمک‌های نقدی: ایزابل پلی (کلپ - سازمان شراکت یادگیری نقدی)^۴
- تدارکات و مدیریت زنجیره تأمین: جرج فنتون (انجمن تدارکات بشردوستانه)^۵
- پایش، ارزشیابی، پاسخگویی و یادگیری: جوئنا اولسن^۶ (سازمان خدمات امداد کاتولیک)

هیئت‌مدیره اِسفیر (مه ۲۰۱۸)

ائتلاف اقدام توسط کلیساها با همدیگر (الوین خاویار) - سازمان اقدام آلمان (کارین ستل) - مؤسسه بین‌المللی مراقبت (فیلیپ گیتن) - سازمان بین‌المللی کاریتاس (جن ووتس) - شبکه پاسخ‌دهی بشردوستانه، کانادا (رمزی سلیبا) - مؤسسه اقدام بین‌المللی (جولین شوپ) - شورای بین‌المللی سازمان‌های داوطلبانه (ایگنچیو پکر) - فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال‌احمر (دیوید فیشر) - سپاه بین‌المللی پزشکی (مری پک) - فدراسیون جهانی لوتری (رولند اشلوت) - اداره توسعه و همکاری آفریقا (ممدو اندیاجی) - آکسفم بین‌الملل (ماریا شلو فرکسا) - برنامه‌ریزی بین‌المللی (کالین راجرز) - سازمان سرخ بین‌المللی (مارتین مک‌کن) - سازمان نجات کودکان (اونی کریشنان) - اِسفیر هندوستان (ویکرنیت ماهاجان) - ارتش نجات (درنریس فریک) - سازمان بین‌المللی بینش جهانی (ایزابیل گومز)^۷

همچنین از آن دسته از اعضای هیئت‌مدیره که فرایند بازمینی را آغاز و راهنمایی نمودند و دیگر در هیئت‌مدیره حضور ندارند تشکر می‌نماییم: سارا کمبرامی (ائتلاف اقدام) - آنا گاروند (کلیسای سوئد / فدراسیون جهانی لوتری) - نن بوزرد (شورای بین‌المللی سازمان‌های داوطلب) - باربارا مینئو (آکسفم بین‌الملل) - مکسیم ویل (سازمان نجات کودکان)^۸.

1. Jennifer Jalovec and Mark Herrick
2. Amanda George and Thomas Palo
3. Glenn Dolcemascolo and Muthoni Njogu (UNISDR)
4. Isabelle Pelly (CaLP)
5. George Fenton (Humanitarian Logistics Association)
6. Joanna Olsen
7. 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).
8. Sarah Kambarami (ACT Alliance) * Anna Garvander (Church of Sweden/LWF) * Nan Buzard (ICVA) * Barbara Mineo (Oxfam International - Intermón) * Maxime Vieille (Save the Children).

حامیان مالی^۱

علاوه بر کمک‌های سازمان‌های عضو هیئت‌مدیره فوق‌الذکر، تأمین مالی فرایند بازبینی کتاب راهنما توسط سازمان‌های زیر انجام شد:

سازمان توسعه بین‌المللی دانمارک – وزارت امور خارجه آلمان – سازمان کمک ایرلند – سازمان امور خارجه و تجارت دولت استرالیا – سازمان امداد بشردوستانه و حمایت غیرنظامی کمیسیون اروپا از طریق فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر – اداره کمک‌ها در سوانح خارجی سازمان توسعه بین‌المللی ایالات متحده آمریکا – سازمان همکاری توسعه بین‌المللی سوئد از طریق کلیسای سوئد – سازمان توسعه و همکاری سوئیس – کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان – سازمان ایالتی دفاتر جمعیت، پناهندگان و مهاجرت ایالات متحده^۲.

تیم بازبینی کتاب راهنما

کریستین نادنسن، مدیر اجرایی (اسفیر)

آنینیا ندیگ^۳، مدیر مطالبه‌گری و شبکه‌سازی (اسفیر)

ویراستاران: کیت مورفی و ایمی انصاری (سازمان مترجمین بدون مرز)^۴

هماهنگ‌کنندگان بازبینی: لینت لارسن و مایرو مودروسن^۵

با پشتیبانی کارکنان اسفیر:

تریستن هال^۶، مدیر یادگیری و یاددهی

واسیلا منصوری، کارشناس شبکه‌سازی و یاری‌رسانی

خوان میشل^۷، مدیر اطلاع‌رسانی تا سپتامبر ۲۰۱۷

باربارا سرتوره^۸، مدیر اطلاع‌رسانی از اکتبر ۲۰۱۷

لردانا سربین^۹، کارشناس امور اداری و مالی

کریستن پانتانو و کارولاین تینکا^{۱۰}، کارآموزان

پشتیبانی مشورتی برخط: مارکس فرزبرگ (سازمان متخصصین حمایت و کمک‌های بشردوستانه)^{۱۱}

1. donors

2. 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).

3. Aninia Nadig

4. Kate Murphy and Aimee Ansari (Translators without Borders)

5. Lynnette Larsen and Miro Modrusan

6. Tristan Hale

7. Juan Michel

8. Barbara Sartore

9. Loredana Serban

10. Kristen Pantano and Caroline Tinka

11. Markus Forsberg, (PHAP)

طراحی کتاب راهنما: نان - لینیر^۱

ویرایش، چیدمان و تولید: انتشارات پرکتیکال اکشن^۲

کیمبرلی کلارک و مگن لوید لینی (مؤسسه کامز کانسالت - مشاورین اطلاع‌رسانی)^۳

تشکر ویژه برای پشتیبانی بیشتر در طی فرایند بازبینی کتاب راهنما از جیمز دارسی، مرکل جانستون، هیشم خوگلی، بن مانتفیلد، دکتر آلیس اوبرخت، ایزابو ریکس، پانو ساریستو، مانیشا تامس و ماریلیز ترنبول^۴.

رابطینِ اسفیر که مشورت‌های بازبینی حضوری را ساماندهی نمودند:

آدرا آرژانتین (مشورت منطقه‌ای با آدرا در آمریکای جنوبی)^۵

نهاد هماهنگی برای امداد افغانستان (افغانستان)^۶

ائتلاف مدافعه‌گرانِ اسفیر در فیلیپین^۷

بنیاد آمیتی (عضو کارگروه استانداردهای نیکوکاری، رابط برای چین)^۸

بای فرند (جمهوری دموکراتیک کنگو)^۹

خدمات جهانی اجتماعات آسیا (تایلند و پاکستان)^{۱۰}

دنیل آرتاگا گالارزا* با (دبیرخانه مدیریت خطر اکوادور)^{۱۱}

دکتر آلیور هافمن*^{۱۲} رابطِ اسفیر برای آلمان

گروه اسفیر بولیوی

گروه اسفیر السالوادور

گروه اسفیر هندوراس

ایلیاسو آدامو*^{۱۳} با زیرخوشه حمایت از کودکان (نیجر)

انجمن مدیریت سوانح اندونزی^{۱۴}

مؤسسه بیوفورس نیروی زیستی^{۱۵} (فرانسه)

1. Non - Linear (www.non-linear.com)

2. Practical Action Publishing (www.practicalactionpublishing.org)

3. Kimberly Clarke and Megan Lloyd-Laney (CommsConsult)

4. James Darcy, Malcolm Johnston, Hisham Khogali, Ben Mountfield, Dr Alice Obrecht, Ysabeau Rycx, Panu Saaristo, Manisha Thomas and MariliseTurnbull

5. ADRA Argentina (Regional consultation with ADRA South America)

6. Agency Coordinating Body for Afghan Relief (Afghanistan)

7. Alliance of Sphere Advocates in the Philippines (ASAP)

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

9. BIFERD (Democratic Republic of Congo)

10. Community World Service Asia (Thailand and Pakistan)

11. Daniel Arteaga Galarza* with Secretaría de Gestión de Riesgos (Ecuador)

12. Dr Oliver Hoffmann

13. Illiasou Adamou

14. Indonesian Society for Disaster Management (MPBI)

15. Institut Bioforce

مؤسسه اینتراکشن^۱ — اقدام بین الملل (ایالات متحده)

کارگروه پاسخگویی میان سازمانی^۲ (اتیوپی)

شورای سمن‌های توسعه خارجی کره^۳ (جمهوری کره)

جامعه اسفیر در بنگلادش^۴

اسفیر هندوستان

مجمع سمن‌های اوکراین

برنامه عمران سازمان ملل متحد در شیلی

1. InterAction
2. Inter-Agency Accountability Working Group
3. Korea NGO Council for Overseas Development Cooperation
4. Sphere Community Bangladesh (SCB)

سیاسگزاری

کنسرسیوم بین المللی پناهندگان در ایران (ICRI) مفتخر است که برای سومین بار کتاب راهنمای ارزشمند اسفیر: منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها در پاسخ‌دهی بشردوستانه - ویراست ۲۰۱۸ را به فارسی ترجمه و چاپ نموده و به جامعه بشردوستانه فارسی‌زبان تقدیم نماید.

ایکری طی دو دهه به عنوان نماینده رسمی اسفیر در ایران و تحت حمایت و اعتماد دفتر مرکزی اسفیر در ژنو به چاپ و نشر ویراست‌های مختلف این کتاب پرداخته، اطلاعات خود را به روزرسانی نموده و دوره‌های آموزشی با هدف بلندمدت در جهت ظرفیت‌افزایی کنشگران جامعه بشردوستانه و امدادگران داخلی در رویارویی با بحران برگزار نموده است.

کتاب راهنمایی که در دست شماست بازتاب تلاش گروه‌های مختلفی از همکاران ماست که با یاری و کمک آن‌ها این راه صعب را پیمودیم.

در ابتدا از همکاران اداره محترم امور اتباع و مهاجرین خارجی/ سازمان ملی مهاجرت وزارت کشور، نهایت امتنان را دارم که طی این سال‌ها با حسن‌نیت راه را برای ما هموار نمودند و در طول این مسیر همراه و راهنمای ما بودند.

جای دارد تشکر ویژه‌ای از جناب آقای دکتر حمید مرعشی مترجم محترم این کتاب راهنما و همچنین تیم ویرایش فنی و نظارت بر پروژه ایکری و نشر ناب نگار به عمل آورم که در هر ساعتی از شبانه‌روز در راستای پیشبرد کار از هیچ زحمتی دریغ ننمودند.

در انتها سپاس فراوان از حامی مالی این پروژه DG INTPA کمیسیون اروپا که با پشتوانه مالی تامین‌شده توسط این نهاد، موفق شدیم این پروژه را در ایران به انجام برسانیم.

نازنین کاظمی

نماینده کشوری

کنسرسیوم بین المللی پناهندگان در ایران

واژه‌نامه

فهرست زیر، شامل آن دسته از کلمات و اصطلاحات (واژگان) تخصصی و معادل‌های فارسی آن‌هاست که در این متن مکرراً استفاده شده‌اند. واژگانی که فقط یک‌بار در کل متن به کار رفته‌اند، در این فهرست درج نشده‌اند و در پانویس هر صفحه قرار گرفته‌اند. کلیه واژگان زیر نیز در پانویس هر صفحه برای سهولت خوانندگان گرامی ذکر شده‌اند.

accountability: پاسخگویی

actor: کنشگر

advocacy: مطالبه‌گری

affected: متأثر

alignment: هم‌راستایی

assessment: ارزیابی

beneficiary: ذینفع

bias: سوگیری

campaign: پوشش

management case: مدیریت موردی

cluster: خوشه

community: اجتماع

based-community: اجتماع‌محور

conflict: مخاصمه

context: موقعیت

planning contingency: برنامه‌ریزی اقتضایی

coping: سازگاری

standard humanitarian core: استاندارد محوری بشردوستانه

effectiveness-cost: هزینه اثربخشی

off-cut: نقطه برش

decommissioning: از رده خارج کردن

disaster: سانحه

outbreak disease: طغیان بیماری

disinfection: گندزدایی

disinformation: دروغ‌رسانی

displaced: بیجا شده

displacement: بیجاشدگی

diversity: گوناگونی

driver: پيشران

early: بهنگام

(EWAR) response and ,alert ,warning early: هشدار، هوشیاری و پاسخ‌دهی بهنگام

system warning early: سامانه هشدار بهنگام

building-environment: بسترسازی
based-evidence: شواهدمحور
weather extreme: آب‌وهوای حدی
transmission oral-faeco: انتقال از مسیر مدفوعی-دهانی
(FGM) mutilation genital female: ناقص‌سازی تناسلی زنان
security food: امنیت غذایی
fortificant: غنی‌کننده
frequency: فراوانی
gender: جنسیت
based-gender: جنسیت‌محور
sensitive gender: حساس به جنسیت
identity gender: هویت جنسیتی
governance: حکمرانی
hazard: مخاطره
holistic: کل‌نگر
impartiality: بی‌غرضی
inclusion: شمول‌گرایی
incontinence: بی‌اختیاری
infant: طفل شیرخوار
IPC control and prevention infection: پیشگیری و کنترل عفونت
input: درونداد
listening: شنیدار
location: جانمایی
macronutrients: کلان‌مغذی
marginalized: در حاشیه
measure: سنجه
micronutrient: ریزمغذی
misinformation: غلط‌رسانی
monitoring: پایش
neutrality: بی‌طرفی
newborn: نوزاد
outcome: پیامد
output: برون‌داد
outreach: یاری‌رسانی
outsourcing: برون‌سپاری
peer: همسان
(PPE) equipment protective personal: تجهیزات حفاظت شخصی
PEP-post (exposure prophylaxis): پروفیلاکسی پس از مواجهه
profile: نمایه
protocol: شیوه‌نامه

support psychosocial: حمایت روانی-اجتماعی

rapid: سریع

time-real: بی‌درنگ

recovery: بازتوانی

irregular / regular: نامنتظم / منتظم

regularization: منتظم‌سازی

representation: بازنمایی

purposing-re: تغییر کاربرد

resilience: تاب‌آوری

building resilience: تاب‌آورسازی

response: پاسخ‌دهی

risk: خطر

assessment risk: خطرسنجی

safety: ایمنی

screening: غربالگری

security: امنیت

tenure of security: امنیت تصرف

help-self: خودیاری

settlement: سکونتگاه

sex: جنس

exploitation sexual: بهره‌کشی جنسی

(STI) infection transmitted sexually: عفونت منتقله جنسی

orientation sexual: گرایش جنسی

shelter: سرپناه

media social: رسانه‌های اجتماعی

networks social: شبکه‌های اجتماعی

spray: افشانه

stigma: انگ

stigmatization: انگ‌گذاری

supplement: مکمل

survey: پیمایش

survival: زنده‌مانی

survivor: بازمانده

timely: به‌موقع

vector: ناقل بیماری

diseases borne-vector: بیماری‌های منتقله توسط ناقلین

visibility: رویت‌پذیری

(WASH) hygiene, sanitation, supply water: تأمین آب، فاضلاب و بهداشت فردی (آفاب)

being-well: نیک‌بود

مقدمه مترجم

ضمن عرض ادب و احترام خدمت شما خوانندگان محترم، **لطفاً این توضیحات را پیش از خواندن کتاب حتماً مطالعه بفرمایید.**

۱. همان‌طور که انتظار می‌رود، متن انگلیسی این کتاب راهنمای فنی با پرهیز تعمدی از به‌کارگیری هرگونه صنایع ادبی و با استفاده از واژگانی محدود و مشخص تهیه شده است که بسیاری از آن‌ها دائماً تکرار می‌گردند. در ترجمه فارسی نیز طبعاً تلاش کرده‌ام که رویه مذکور دنبال شود.

۲. اصل انگلیسی عبارات تخصصی را در قالب پانویس در پایین هر صفحه به جهت سهولت ذکر نموده‌ام و در معدودی از موارد نیز توضیحاتی را اضافه کرده‌ام. برخی از معادل‌های تخصصی به‌کاررفته، مخصوصاً در بخش‌های حقوقی (مانند «معاذت») و پزشکی (ازجمله «طغیان بیماری») شاید برای خواننده غیرمتخصص در آن حوزه‌ها، ناآشنا و حتی غریب باشند؛ اما خواننده متخصص در آن حوزه‌ها با چنین عباراتی به‌خوبی آشنایی دارد.

۳. در متون قبلی که برای نهادهای مختلف سازمان ملل متحد ترجمه نموده‌ام (ازجمله کتاب «فناوری اطلاعات و ارتباطات برای مدیریت خطر سوانح» کمیسیون اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد در آسیا و اقیانوسیه)، با هماهنگی آن نهادها از معادل «سوانح» برای واژه "disasters"، «خطر» برای "risk"، «مخاطره» برای "hazard" و «مخاصمه» برای "conflict" استفاده کرده‌ام. بر همین منوال، در این متن نیز گزینه‌های فوق به‌کار رفته‌اند.

۴. برای سرواژه "WASH" به معنای «آب، فاضلاب و بهداشت فردی»، سرواژه فارسی «آفاب» را در این ترجمه استفاده کرده‌ام تا نیازی نباشد که «واش» در متن فارسی به‌کار رود. امیدوارم که این پیشنهاد مورد استقبال شما عزیزان واقع گردد.

۵. برای ترجمه کلمات مرکب انگلیسی حاوی "based-"، از «محور» بجای «مبتنی بر» به دلیل اختصار آن استفاده کرده‌ام. در این راستا، ترکیباتی مانند "gender-based"، «جنسیت‌محور» و نه «مبتنی بر جنسیت» ترجمه شده‌اند.

۶. در سال‌های اخیر، واژه «ذینفع» به‌عنوان مترادف هر دو واژه انگلیسی "stakeholder" و "beneficiary" در بسیاری از متون فارسی استفاده می‌گردد، حال آنکه دو واژه مذکور در متون انگلیسی با توجه به تمایز مشخص معنایی خود معادل یکدیگر به‌کار نمی‌روند. درواقع، "beneficiaries" افرادی هستند که منافع آن‌ها تحت تأثیر تصمیمات، سیاست‌ها و رویه‌های اتخاذشده توسط دیگران قرار دارند اما "stakeholders" خود در تأثیرگذاری بر این منافع دخیل هستند. از این منظر، "stakeholder" عموماً ذینفع هم است اما "beneficiary" الزاماً "stakeholder" نیست. به‌عنوان مثال، سیاست‌گذاران بیمه سلامت ضمن "stakeholder" بودن به علت تأثیرگذاری از طریق سیاست‌های تدوین‌شده توسط آنان، هم‌زمان به علت بیمه بودن و بهره‌مندی از مزایای همان سیاست‌ها "beneficiary" هم می‌باشند اما فرد بیمه‌شده غیرسیاستگذار صرفاً "beneficiary" است و نه "stakeholder". در این راستا، «دست‌اندرکار» را معادل "stakeholder" و «ذینفع» را معادل "beneficiary" استفاده نموده‌ام.

۷. در بسیاری از متون، عبارت «حقوق بین‌المللی بشردوستانه» برای "international humanitarian law" به‌کار می‌رود اما این جانب عمداً واژه "law" را «قانون» ترجمه کرده‌ام تا بین آن و "rights" یا «حقوق» تمایز قائل شوم. کاربرد «حقوق» بجای «قوانین» شاید در خیلی از موارد مشکلی ایجاد نکند اما در ترجمه عباراتی از قبیل "international human rights law" («قوانین بین‌المللی حقوق بشر» — که اتفاقاً در این کتاب راهنما نیز به‌کار رفته است) قطعاً مشکل‌ساز می‌شود.

در نهایت، مراتب سپاس و تقدیر خود را نسبت به خانم‌ها نازنین کاظمی و پریسا بهمنی و همچنین آقای شهریار رحمانی (کنسرسیوم بین‌المللی پناهندگان در ایران) بابت نقطه‌نظرات ارزنده آنان در بازبینی ویراست اولیه این ترجمه، اعلام می‌کنم. بالاین‌وجود، شخصاً مسئولیت کامل هرگونه کاستی را در ترجمه حاضر بر عهده می‌گیرم و بسیار خوشحال خواهم شد که بازخورد انتقادی ارزشمند خوانندگان محترم را از طریق رایانامه زیر دریافت نمایم.

حمید مرعشی

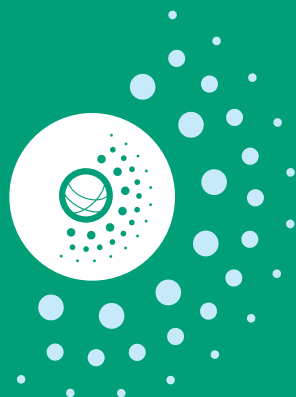
دانشیار گروه زبان انگلیسی

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران مرکزی

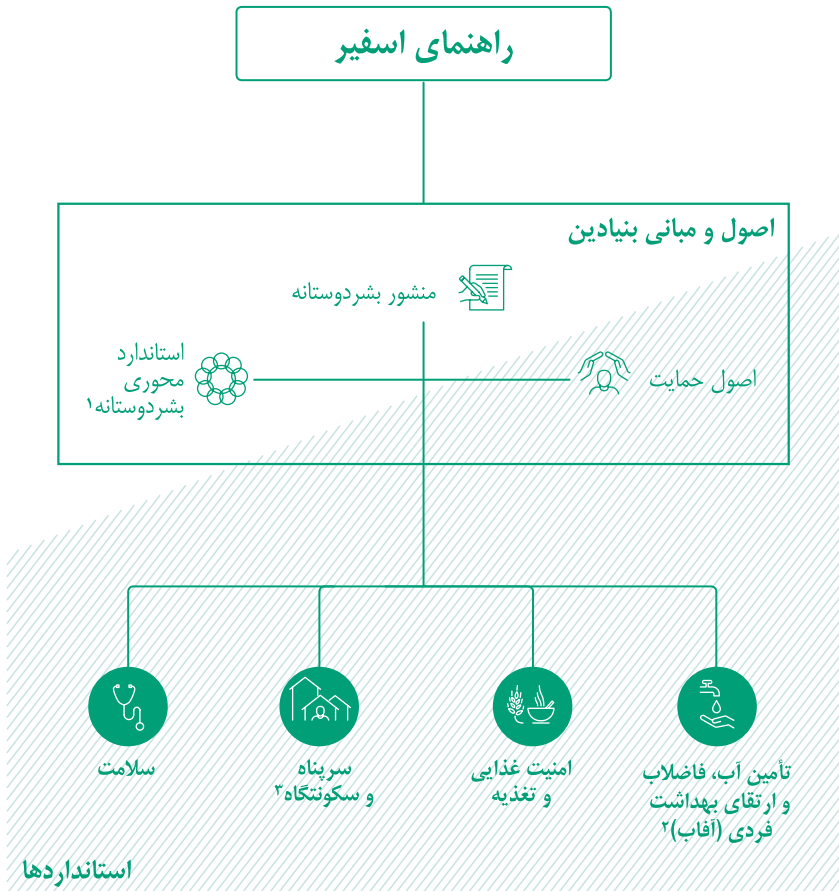
hamid.marashi@iauctb.ac.ir

<https://iau.academia.edu/HamidMarashi>

آشنایی با اسفیر



کتاب راهنما



پیوست ۱ بنیان حقوقی اسفیر
پیوست ۲ منشور رفتاری
پیوست ۳ مخفف‌ها و اختصارات

1. core humanitarian standard (CHS)
2. water supply, sanitation, hygiene (WASH)
3. shelter and settlement

فهرست محتوا

آشنایی با اسفیر	۴
۱. کتاب راهنما	۴
چهار فصل موارد بنیادین و چهار فصل فنی	۵
ترویج رویکردی منسجم در حداقل استانداردها	۶
ساختار استانداردها	۶
کاربرد شاخص‌های کلیدی	۷
پیوند با سایر استانداردها	۷
۲. استفاده از استانداردها در موقعیت	۸
اعمال استانداردها در کل چرخه برنامه	۹
ارزیابی و تحلیل	۹
تدوین راهبرد و طراحی برنامه	۹
اجرا	۱۰
پایش، ارزشیابی، پاسخگویی و یادگیری	۱۰
شناخت آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌ها	۱۰
تفکیک داده‌ها	۱۲
کودکان	۱۲
سالمندان	۱۳
جنسیت	۱۴
خشونت جنسیت‌محور	۱۴
افراد دارای معلولیت	۱۴
افراد در حال زندگی و متأثر از آج‌وی	۱۵
حمایت‌های روانی - اجتماعی و سلامت روان	۱۵
شناخت بستر عملیاتی	۱۶
پشتیبانی از کنشگران ملی و محلی	۱۶
بحران‌های طولانی‌مدت	۱۷
موقعیت‌های شهری	۱۷
سکونتگاه‌های اجتماعی	۱۸
موقعیت‌های همراه با نیروهای نظامی داخلی یا بین‌المللی	۱۸
اثرگذاری زیست‌محیطی در پاسخدهی بشردوستانه	۱۹
ضمیمه: کمک‌رسانی از طریق بازارها	۲۰
مأخذ و مطالب خواندنی بیشتر	۲۶

آشنایی با اسفیر

پروژه اسفیر که امروزه تحت عنوان اسفیر به‌تنهایی شناخته می‌شود، در سال ۱۹۹۷ توسط گروهی از سمن‌های بشردوستانه و نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال‌احمر^۱ ایجاد شد. هدف از اسفیر عبارت بود از بهبود کیفیت پاسخ‌دهی^۲ بشردوستانه و پاسخگویی^۳ در قبال این‌گونه اقدامات. فلسفه وجودی اسفیر بر مبنای دو باور محوری استوار است:

- افراد متأثر^۴ از سوانح یا مخاصمات^۵ از حق حیات توأم با کرامت و لذا حق دریافت کمک برخوردارند.
- کلیه اقدامات ممکن برای کاهش آلام بشری ناشی از سانحه یا مخاصمه باید اتخاذ گردند.

باورهای محوری فوق در منشور بشردوستانه و حداقل استانداردها اعمال می‌شوند. اصول حمایت، راهنمای تمامی اقدامات بشردوستانه هستند و استاندارد محوری بشردوستانه، حاوی تعهدات به‌منظور پشتیبانی از پاسخگویی در کلیه بخش‌ها می‌باشد. کتاب راهنمای اسفیر درواقع محصول ترکیب اصول و استاندارد مذکور است و این کتاب به یکی از رایج‌ترین منابع بشردوستانه استناد شده در سطح جهان تبدیل شده است.

۱. کتاب راهنما

کاربران اصلی کتاب راهنمای اسفیر درواقع مجریان درگیر برنامه‌ریزی، مدیریت یا اجرای پاسخ‌دهی بشردوستانه هستند که شامل کارکنان و داوطلبین سازمان‌های بشردوستانه محلی، ملی و بین‌المللی پاسخ‌دهنده به بحران و همچنین خود افراد متأثر می‌باشند. این کتاب راهنما همچنین برای مطالبه‌گری بشردوستانه در راستای بهبود کیفیت و پاسخگویی در قبال کمک و حمایت منطبق با اصول بشردوستانه به کار می‌رود. کاربرد آن از سوی دولت‌ها، حامیان مالی، نیروهای نظامی یا بخش خصوصی برای راهنمایی اقدامات آن‌ها و ایجاد امکان همکاری سازنده با سازمان‌های بشردوستانه مجری استانداردها در حال افزایش است.

این کتاب راهنما برای اولین بار در سال ۱۹۹۸ به‌صورت آزمایشی تهیه شد و ویراست‌های بازبینی‌شده آن در سال‌های ۲۰۰۰، ۲۰۰۴ و ۲۰۱۱ و هم‌اکنون ۲۰۱۸ منتشر شدند. هر فرایند بازبینی همراه با مشورت‌های درون‌بخشی با افراد، سمن‌ها، دولت‌ها و آژانس‌های سازمان ملل متحد انجام شده است. راهنما و استانداردهای حاصله، شواهدمحور^۶ و نمایانگر ۲۰ سال آزمون میدانی توسط مجریان در سرتاسر دنیا هستند.

ویراست چهارم حاضر، هم‌زمان با بیستمین سالگرد تدوین کتاب راهنمای اسفیر منتشر شده است و معرف تغییرات در بخش بشردوستانه در بازه زمانی مذکور می‌باشد. این ویراست حاوی راهکارهای جدید برای کار در موقعیت‌های^۷ شهری به‌منظور توجه به حداقل استانداردها در بحران‌های طولانی‌مدت و کمک‌رسانی از طریق بازارها به‌عنوان روشی برای تحقق این استانداردها است. کلیه فصل‌های فنی به‌منظور بازنامایی رویه جاری به‌روز شده‌اند و استاندارد محوری بشردوستانه هماهنگ شده جایگزین استانداردهای محوری پیشین می‌باشند.

1. Red Cross and Red Crescent Movement

2. response

3. accountability

4. affected

5. conflicts

6. evidence-based

7. "context – "context"، "situation" و "conditions":

توضیح مترجم: در این متن، «موقعیت»، «وضعیت» و «شرایط» را به ترتیب معادل کلمات فوق به کار برده‌ام

چهار فصل موارد بنیادین و چهار فصل فنی

این کتاب راهنما تعهد اسفیر را به پاسخدهی بشردوستانه حق محور و اصولی تشریح می‌نماید و بر مبنای رعایت اساسی حقوق افراد در خصوص مشارکت کامل در تصمیمات مرتبط با بازتوانی خود بنا نهاده شده است.

مبنای اخلاقی، حقوقی و عملی برای پاسخدهی بشردوستانه در چهار فصل موارد بنیادین ترسیم گشته است و کلیه برنامه‌ها و بخش‌های فنی در فصل‌های مذکور مورد تأکید واقع شده‌اند. تعهدات و فرایندهای تضمین پاسخدهی بشردوستانه با کیفیت مناسب در این فصل‌ها تشریح شده‌اند و پاسخ‌دهندگان به رعایت پاسخگویی در برابر افراد متأثر از اقدامات آن‌ها، تشویق می‌گردند. محتوای این فصول به کاربران در اعمال اثربخش حداقل استانداردها در تمامی موقعیت‌ها کمک می‌کند. فصل‌های فنی را باید پس از فصل‌های موارد بنیادین مطالعه نمود زیرا عناصر اصلی استانداردها در فصل‌های موارد بنیادین توضیح داده شده‌اند. فصل‌های موارد بنیادین عبارت‌اند از:

آشنایی با اسفیر (فصل حاضر): در ساختار این کتاب راهنما، کاربرد و اصول زمینه‌ای آن ترسیم شده است. باید توجه داشت که نحوه کاربرد عملی کتاب راهنما در این فصل توصیف شده است.

منشور بشردوستانه: مبنای اصلی کتاب راهنمای اسفیر که در آن باور مشترک کنشگران بشردوستانه در خصوص برخورداری تمامی افراد متأثر از بحران از حق دریافت کمک و حمایت ابراز شده است. این حقوق متضمن شرایط پایه برای زندگی توأم با کرامت هستند. در منشور بشردوستانه، پیشینه اخلاقی و حقوقی اصول حمایت، استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردها ارائه شده‌اند. منشور مذکور بر مبنای منشور رفتاری ۱۹۹۴ برای نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سمن‌ها در امداد سوانح بنا نهاده شده است. این منشور رفتاری همچنان جزء لاینفک کتاب راهنمای اسفیر مانده است.  بنگرید به پیوست ۲.

برای آشنایی با فهرست اسناد کلیدی سازنده بنیان حقوقی منشور بشردوستانه،  بنگرید به پیوست ۱.

اصول حمایت: ترجمان عملی حقوق و اصول حقوقی ترسیم‌شده در منشور بشردوستانه به چهار اصل اعمال شده در پاسخدهی بشردوستانه.

استاندارد محوری بشردوستانه: تعهدات ۹ گانه تشریح کننده فرایندهای اصلی و مسئولیت‌های سازمانی برای اعمال کیفیت و پاسخگویی در تحقق حداقل استانداردها.

فصل‌های چهار گانه فنی شامل حداقل استانداردها در بخش‌های پاسخدهی کلیدی می‌باشند:

- آفاب
- امنیت غذایی و تغذیه
- سرپناه و سکونتگاه
- سلامت

در عرصه عمل، نیازهای بشردوستانه دقیقاً در بخش‌های خاص قرار نمی‌گیرند و پاسخدهی اثربخش بشردوستانه باید با توجه کل‌نگر^۱ به نیازهای افراد طراحی گردد. در این راستا، بخش‌ها باید با همدیگر به هماهنگی و همکاری بپردازند. در بحران‌های طولانی‌مدت، این مهم شاید فراتر از پاسخدهی بشردوستانه در جهت نیاز به همکاری تنگاتنگ با کنشگران بخش‌های توسعه گسترش یابد. رهنمودهای میان‌بخشی برای کمک به ایجاد این‌گونه ارتباطات در این کتاب راهنما درج شده‌اند و به‌منظور پشتیبانی از پاسخدهی کل‌نگر، خوانندگان باید خود را با کلیه فصل‌ها آشنا سازند.

1. holistic

منشور رفتاری: اصول ده‌گانه محوری

۱. ضرورت بشردوستانه اولویت دارد.
 ۲. کمک فارغ از نژاد، عقیده یا ملیت دریافت‌کنندگان و بدون تمایز مغرضانه از هر نوع ارائه می‌شود. اولویت‌ها در کمک‌رسانی صرفاً بر مبنای نیاز محاسبه می‌گردند.
 ۳. کمک‌ها برای گسترش موضع خاص سیاسی یا مذهبی نباید بهره‌جست.
 ۴. ما تلاش می‌نماییم که به‌عنوان ابزار سیاست خارجی دولت‌ها عمل نکنیم.
 ۵. ما به فرهنگ و رسوم احترام می‌گذاریم.
 ۶. ما تلاش می‌نماییم تا پاسخ‌دهی به سوانح را بر ظرفیت‌های محلی خود استوار سازیم.
 ۷. روش‌هایی برای جلب مشارکت^۱ ذینفعان برنامه در مدیریت کم‌ک‌های امدادی ارائه خواهند شد.
 ۸. کمک‌های امدادی باید در جهت کاهش آسیب‌پذیری آتی در برابر سوانح و همچنین مرتفع ساختن نیازهای پایه طراحی و اجرا گردند.
 ۹. ما خود را در برابر افرادی که در پی کمک به آن‌ها هستیم و همچنین افرادی که از آن‌ها منابع را می‌پذیریم، پاسخگو می‌دانیم.
 ۱۰. ما در فعالیت‌های اطلاع‌رسانی، تبلیغات و ارتباطات عمومی قربانیان سوانح را به‌عنوان انسان‌های دارای کرامت و نه موجوداتی بی‌اراده به رسمیت می‌شناسیم.
- منشور رفتاری: اصول رفتاری برای نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سمن‌ها در برنامه‌های پاسخ‌دهی به سوانح. برای دستیابی به متن کامل،  بنگرید به پیوست ۲.

ترویج رویکردی منسجم در حداقل استانداردها

استانداردها بر مبنای شواهد موجود و تجربه بشردوستانه هستند و بهترین عملکرد بر مبنای اجماع گسترده در این استانداردها ارائه شده‌اند. از آنجاکه این استانداردها نمایانگر حقوق انسانی سلب‌نشده^۲ هستند، موضوعیت آن‌ها جهان‌شمول^۳ است.

البته موقعیت اجرایی پاسخ‌دهی را باید به‌منظور اعمال اثربخش استانداردها شناخت و پایش و تحلیل کرد.

ساختار استانداردها

استانداردها حاوی ساختار مشترک برای کمک به خواننده در شناختن تعابیر جهان‌شمول و متعاقباً مجموعه‌ای از اقدامات کلیدی، شاخص‌های اصلی و یادداشت‌های راهنما برای تحقق آن‌ها می‌باشند.

- **استانداردها** از اصل حق برخورداری از زندگی توأم با کرامت نشأت گرفته‌اند. این موارد دارای ماهیتی عمومی و کیفی هستند که حداقل موارد قابل دستیابی را در هر بحران شامل می‌شوند. معادل‌ها در استاندارد محوری بشردوستانه عبارت‌اند از «تعهد» و «معیار کیفیت».

1. engagement
2. inalienable
3. universal

- در **اقدامات کلیدی**، گام‌های عملی برای تحقق حداقل استاندارد ترسیم و تشریح شده‌اند. این اقدامات درواقع موارد پیشنهادی هستند که الزاماً در تمامی موقعیت‌ها قابل اعمال نمی‌باشند. مجری باید مرتبط‌ترین مورد را برای وضعیت انتخاب نماید.
- **شاخص‌های کلیدی** به‌عنوان علائم سنجش دستیابی به استاندارد به‌کار می‌روند و روشی را برای ثبت نتایج برنامه و فرایند در برابر استاندارد و در طی چرخه پاسخ‌دهی ارائه می‌کنند. حداقل الزامات کیفی کمترین سطح قابل قبول تحقق شاخص‌ها هستند و فقط در شرایط وجود اجماع درون‌بخشی لحاظ می‌گردند.
- در **یادداشت‌های راهنما**، اطلاعات بیشتر برای پشتیبانی از اجرای اقدامات کلیدی ضمن اشاره به اصول حمایت، استاندارد مجوری بشردوستانه و سایر استانداردها در این کتاب راهنما ارائه شده‌اند. علاوه بر این، به سایر موارد شراکت استانداردهای بشردوستانه^۱ اشاره شده است.

کاربرد شاخص‌های کلیدی

- شاخص‌های کلیدی اسفیر روشی برای سنجش تحقق هر استاندارد هستند و نباید آن‌ها را معادل خود استاندارد در نظر گرفت. استاندارد جهان‌شمول است اما شاخص‌های کلیدی مانند اقدامات کلیدی را باید با توجه به موقعیت و مرحله پاسخ‌دهی لحاظ نمود. انواع سه‌گانه شاخص اسفیر عبارت‌اند از:
- **شاخص‌های فرایند** برای بررسی دستیابی به حداقل ملزومات استفاده می‌شوند. به‌عنوان نمونه: شیوه‌نامه‌های استاندارد برای تحلیل امنیت غذایی، معیشت‌ها و راهبردهای سازگاری^۲ به‌کار می‌روند. $\oplus$ بنگرید به /استاندارد ۱-۱ /ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه: ارزیابی امنیت غذایی.
 - **شاخص‌های پیشرفت** واحد سنجش را برای پایش تحقق استاندارد ارائه می‌نمایند و برای تعیین شاخص میناً، هدف‌گذاری با شرکا و دست‌اندرکاران و پایش تغییرات در راستای هدف به‌کار می‌روند. به‌عنوان مثال: درصد خانوارهای مشاهده‌شده که به ذخیره‌سازی همیشگی ایمن^۳ آب در محفظه‌های پاکیزه و دارای پوشش می‌پردازند. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۲-۲ تأمین آب: کیفیت آب. اگرچه هدف بهینه ۱۰۰ درصد می‌باشد اما مجریان باید شاخص را با واقعیت موجود مرتبط سازند و بهبودها را در برابر شاخص مینا و پیشرفت را در راستای هدف توافق شده در گذر زمان، پایش نمایند.
 - **شاخص‌های هدف** عبارت‌اند از اهداف مشخص نمایانگر حداقل کمیت‌پذیر که استاندارد مذکور با میزان کمتر از آن حداقل تحقق نمی‌یابد. به این اهداف باید در اسرع وقت دست یافت چراکه عدم تحقق آن‌ها باعث اختلال در کل برنامه خواهد شد. به‌عنوان مثال: درصد کودکان شش ماهه الی ۱۵ ساله که تحت واکسیناسیون سرخک قرار گرفته‌اند، ۹۵ درصد هدف‌گذاری شده است. $\oplus$ بنگرید به /استاندارد ۱-۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودکان: بیماری‌های قابل‌پیشگیری دوران کودکی با واکسن.

پیوند با سایر استانداردها

کتاب راهنمای اسفیر تمامی جوانب کمک‌های بشردوستانه حامی حق برخورداری از زندگی نوأم با کرامت را پوشش نمی‌دهد. سازمان‌های شریک، استانداردهای تکمیلی را در چندین بخش بر مبنای همان فلسفه و تعهدات اسفیر تدوین نموده‌اند. موارد مذکور از طریق اسفیر، شراکت استانداردهای بشردوستانه در تارنماهای سازمان‌های شریک آن‌ها موجودند.

1. humanitarian standards partnership
2. coping mechanisms
3. baseline
4. safe

توضیح مترجم: «ایمن» و «ایمنی» معادل به ترتیب "safe" و "safety"، «امن» و «امنیت» به ترتیب معادل "secure" و "security" می‌باشند. لذا «ایمنی غذایی» به ازای "food safety" و «امنیت غذایی» برای "food security" به‌کار رفته‌اند.

- راهکارها و استانداردها برای دامداری در بحران: پروژه راهکارها و استانداردها برای دامداری در بحران^۱
- حداقل استاندارد برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه: ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه^۲
- حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران‌ها^۳
- حداقل استانداردهای بازتوانی اقتصادی: شبکه آموزش و ترویج بنگاه‌های کوچک^۴
- حداقل استاندارد برای تحلیل بازار: شراکت یادگیری نقدی^۵
- استانداردهای شمول^۶ بشردوستانه برای سالمندان و افراد دارای معلولیت: کنسرسیوم سالمندی و معلولیت^۷

۲. استفاده از استانداردها در موقعیت

پاسخ‌دهی بشردوستانه در بسیاری از موقعیت‌های مختلف اجرا می‌گردد. عوامل متعددی بر چگونگی اعمال حداقل استانداردها در محیط عملیاتی به‌منظور حمایت از حق برخورداری از زندگی توأم با کرامت تأثیرگذارند. عوامل مذکور عبارت‌اند از:

- شرایط حاکم بر اجرای پاسخ‌دهی بشردوستانه.
 - تفاوت‌ها میان جمعیت‌ها و تنوع میان افراد.
 - واقعیت‌های عملیاتی و تدارکاتی اثرگذار بر چگونگی و نوع ارائه پاسخ‌دهی بشردوستانه.
 - شاخص‌ها و مبانی صحیح در موقعیت‌های گوناگون شامل تعریف کلیدواژه‌ها و تدوین اهداف.
- فرهنگ، زبان، ظرفیت پاسخ‌دهندگان، امنیت، دسترسی، شرایط محیطی و منابع بر پاسخ‌دهی اثرگذارند. ضرورت دارد که هرگونه اثرات بالقوه منفی پاسخ‌دهی را نیز پیش‌بینی نمود و در جهت محدودسازی آن‌ها اقدام کرد. ⊕ بنگرید به اصول ۱ و ۲ حمایت و تعهد/استاندارد محوری بشردوستانه شماره ۳.
- کتاب راهنمای اسفیر، منشور داوطلبانه برای کیفیت و پاسخگویی است که به‌منظور تشویق گسترده‌ترین میزان ممکن کاربرد و مالکیت استانداردها طراحی شده است. این کتاب صرفاً راهنمای «چگونگی» نیست بلکه توصیف موارد ضروری در قالب حداقلی برای زنده‌مانی و بازتوانی در بحران همراه با حفظ کرامت است.
- مطابقت با استانداردهای اسفیر به معنای اجرای تمامی اقدامات کلیدی یا تحقق کلیه شاخص‌های کلیدی همه استانداردها نیست. میزان تحقق استانداردها توسط هر سازمان بستگی به دامنه‌ای از عوامل دارد که برخی از آن‌ها خارج از حیطه کنترل سازمان مربوطه می‌باشند. دسترسی به جمعیت متأثر یا عدم امنیت سیاسی یا اقتصادی شاید باعث غیرممکن شدن دستیابی به استانداردها در برخی موقعیت‌ها گردند.

در مواردی که حداقل الزامات فراتر از شرایط زندگی اجتماع^۸ میزبان هستند، نحوه کاهش تنش بالقوه را از جمله از

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

توضیح مترجم: در این متن، «اجتماع» معادل "community" و «جامعه» معادل "society" به کار رفته‌اند.

طریق ارائه خدمات اجتماع محور^۱ در نظر داشته باشید. در برخی شرایط، مقامات مسئول کشوری شاید حداقل الزاماتی را تعیین کنند که بالاتر از حداقل استانداردهای اسفیر قرار دارند.

استانداردهای اسفیر بیان حقوق اساسی مرتبط با زندگی توأم با کرامت هستند و ثابت می‌مانند. شاید ضرورت داشته باشد که شاخص‌ها و حداقل الزامات با موقعیت مطابقت داده شوند تا اثرگذاری لازم را داشته باشند. در موارد عدم تحقق استانداردها، هرگونه پیشنهاد را برای کاهش حداقل الزامات باید با دقت در نظر گرفت: کلیه توافقات باید به صورت جمعی باشند و کوتاهی در پیشرفت واقعی را در برابر حداقل‌ها باید به شکلی گسترده مکتوب نمود. علاوه بر این، سازمان‌های بشردوستانه باید تأثیر منفی عدم تحقق استاندارد را در جمعیت ارزیابی نمایند و اقداماتی را برای حداقل‌سازی هرگونه آسیب اتخاذ کنند. از این‌گونه شکاف‌ها در پاسخ‌دهی باید برای مطالبه‌گری استفاده نمود و در جهت دستیابی به شاخص‌ها در اسرع وقت تلاش کرد.

اعمال استانداردها در کل چرخه برنامه

استانداردهای اسفیر باید در کل چرخه برنامه از ارزیابی و تحلیل و تدوین راهبرد گرفته تا برنامه‌ریزی و طراحی برنامه‌ها، اجرا، پایش، ارزیابی و یادگیری به کار روند.

ارزیابی و تحلیل

در حداقل استانداردهای اسفیر، مبنایی برای ارزیابی و تحلیل نیازها در هر بخش همراه با چک‌لیست‌های ارزیابی موجود در هر فصل کتاب ارائه شده‌اند. از بدو آغاز هر بحران، استانداردهای اسفیر را می‌توان برای کمک به شناسایی نیازهای فوری و اولویت‌بندی فعالیت‌های پاسخ‌دهی به این نیازها استفاده نمود. اعداد و ارقام برنامه‌ریزی و سطوح حداقل کمک‌ها در مقیاس جهانی به منظور کمک به تدوین حداقل پیامدها^۲ در کل پاسخ‌دهی تقسیم شده‌اند؛ بنابراین، استانداردها همچنین به کمک روند بهبود هماهنگی میان سازمان‌ها و بخش‌ها می‌آیند.

تدوین راهبرد و طراحی برنامه

استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردها پشتیبان برنامه‌ریزی پاسخ‌دهی به منظور ارائه کمک‌های صحیح بشردوستانه در زمان مناسب به نیازمندترین افراد هستند. مشارکت کامل جمعیت متأثر و هماهنگی با مقامات مسئول کشوری و محلی برای تحقق این مهم در کلیه بخش‌ها بسیار مهم است.

شاخص‌ها و اقدامات کلیدی چارچوبی را برای شناسایی اولویت‌ها ارائه می‌کنند، اعداد و ارقام برنامه‌ریزی را تعیین می‌نمایند و باعث هماهنگی میان‌بخشی می‌گردند. روند مذکور به تضمین تقویت پاسخ‌دهی بخشی از سوی هر بخش و پشتیبانی از ظرفیت خود جمعیت برای برآورده ساختن نیازهای آنان کمک خواهد نمود. شاخص‌ها و اقدامات کلیدی درواقع کیفیت کمک مدنظر را مشخص می‌کنند و همچنین مبنایی را برای اجرای تحلیل پاسخ‌دهی به منظور شناسایی بهترین روش برآورده کردن نیازهای تعیین‌شده ایجاد می‌کنند و عوارض جانبی مضر بالقوه را به حداقل می‌رسانند.

برنامه‌ریزی معمولاً شامل تحلیل چندین گزینه پاسخ‌دهی از جمله تأمین غیرنقدی اقلام، کمک‌های نقدی، ارائه خدمات مستقیم، کمک‌های فنی یا آمیزه‌ای از همه این موارد است. ترکیب خاص گزینه‌های پاسخ‌دهی انتخاب‌شده معمولاً در گذر زمان شکل می‌گیرد یا تغییر می‌یابد. حداقل استانداردها بر آنچه باید انجام گردد تمرکز دارند و نه بر چگونگی ارائه کمک‌ها.

کمک‌های نقدی که نوعی از برنامه‌ریزی بازار محور^۳ می‌باشند به شکلی فزاینده برای پاسخ‌دهی به نیازهای بشردوستانه

1. community-based
2. outcome
3. market-based

به کار می‌روند. ملاحظات به کارگیری کمک‌های نقدی در تمامی فصل‌های این کتاب راهنما ادغام گشته‌اند. کمک‌های نقدی را می‌توان برای پاسخدهی به نیازهای چندبخشی و همچنین نیازهای مختص هر بخش استفاده نمود. همچنین این نمونه کمک‌ها را می‌توان برای توجه به رویه‌های تبعیض‌آمیز محدودکننده دسترسی زنان به دارایی‌ها و تصمیم‌گیری آن‌ها در خصوص مدیریت دارایی‌ها به کار برد. کلیه کمک‌های نقدی باید بر مبنای شواهد حاصله از تحلیل چندبخشی نیازها، مناسبات در موقعیت، کارکرد بازار و امکان‌سنجی^۱ باشند.

تمامی بخش‌ها به اندازه کافی امکان مطابقت با برنامه‌ریزی بازارمحور را ندارند. این مسئله به‌طور خاص در مورد ارائه‌کنندگان خدمات مستقیم یا کمک‌های فنی صدق می‌نماید. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تغذیه شاید گزینه حمایت از دسترسی به ارائه‌کنندگان موجود خدمات سلامت و مداخلات عمومی منطقه‌ای را انتخاب نمایند که در قالب بازارها عمل نمی‌کنند.

به‌منظور تعیین برترین راه و روش ارائه کمک، نیاز به موارد زیر است: مشاوره با خود جمعیت، تحلیل بازارها، شناخت روش‌های تأمین خدمات و آشنایی با زنجیره تأمین و ظرفیت‌های تدارکاتی. این تحلیل پاسخدهی باید در گذر زمان و با تغییر شرایط مورد بررسی قرار گیرد. ⊕ بنگرید به ضمیمه: کمک‌رسانی از طریق بازارها.

اجرا

در صورت عدم دستیابی به استانداردهای اسفیر برای کلیه یا تعدادی از گروه‌های جمعیت متأثر، چرایی مسئله را بررسی نمایید و کمبودها و همچنین مواردی را که نیاز به تغییر دارند، توضیح دهید. تبعات منفی را از جمله خطرات^۲ حمایت و سلامت عمومی ارزیابی کنید و این‌گونه موارد را مستندسازی نمایید. علاوه بر این، با سایر بخش‌ها و جمعیت متأثر به‌منظور شناسایی روش‌های مناسب برای حداقل‌سازی آسیب بالقوه، همکاری فعال داشته باشید.

پایش، ارزشیابی، پاسخگویی و یادگیری

با پایش، ارزشیابی، پاسخگویی و یادگیری می‌توان از تصمیمات مدیریت شواهدمحور و به‌موقع^۳ پشتیبانی نمود چراکه فرآیند مذکور باعث مطابقت برنامه‌های بشردوستانه با بسترهای در حال تغییر می‌گردد. کلیه حداقل استانداردها دارای شاخص‌های قابل پایش برای تعیین دستیابی به آن‌ها، تحقق عادلانه آن‌ها برای کلیه بخش‌های جمعیت یا اقدامات بیشتر ضروری می‌باشند. ارزشیابی، پایش^۴ یادگیری برای بهبود سیاست‌گذاری و عملکرد آنی و همچنین مروج پاسخگویی است. نظام‌های پایش، ارزشیابی، پاسخگویی و یادگیری همچنین تلاش‌های یادگیری گسترده طرح مرتبط با اقدامات اثربخش بشردوستانه را تقویت می‌نمایند.

شناخت آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌ها

عبارت «افراد» در کل این کتاب راهنما با مفهومی گسترده به‌منظور انعکاس باور اسفیر در خصوص برخورداری همگان از حق حیات توأم با کرامت و لذا حق دریافت کمک به کار رفته است. «افراد» یعنی کلیه اشخاص شامل زنان، مردان، پسران و دختران فارغ از سن، معلولیت، ملیت، نژاد، قومیت، وضعیت سلامتی، گرایش سیاسی، گرایش جنسی^۵، هویت جنسیتی^۶ یا سایر ویژگی‌های به کاررفته از سوی آنان برای تعریف خود.

همه افراد از قدرت و منابع برابر برخوردار نیستند. اشخاص و گروه‌ها درون هر جمعیت از میزان گوناگون ظرفیت‌ها،

1. feasibility study
2. risk
3. timely
4. driver
5. sexual orientation
6. gender identity

ارزشیابی روندها و وضعیت فعلی در گذر زمان

- خدمات و اقلام موجود - نظام‌های بازار و - زنجیره‌های تامین - ظرفیت زیرساخت - خدمت‌دهندگان (مالی و - سایر خدمات) - محدودیت‌ها، ظرفیت‌های - تدارکاتی	- روابط قدرتی و - دست‌اندرکاران - ظرفیت و هدف - پاسخ‌دهندگان - برنامه‌های پاسخ‌دهی - مقامات مسئول و سایر - کنشگران - نقش جمعیت میزبان	- خطرات و تهدیدات حمایتی - وضعیت امنیت و حکمرانی - قانون - دسترسی به کمک‌ها - دسترسی به افراد نیازمند؟ - تغییرات فصلی در - مخاطرات^۲	- چه کسی متأثر است؟ - نیازها و آسیب‌پذیری‌ها - ظرفیت‌ها و راهبردهای - سازگاری - سیار؟ بی‌جا شده؟^۱ - اولویت‌های افراد متأثر - کدام‌اند؟
--	--	--	---



تحلیل و اولویت‌بندی

کدام مشکلات را باید مورد توجه قرار داد؟ برای کدام دسته از افراد؟ در کدام منطقه جغرافیایی؟ در چه مدت‌زمان؟ در برابر کدام استانداردها؟



بررسی گزینه‌ها و تصمیم‌گیری در خصوص چگونگی ارائه پاسخ

از میان این موارد، گزینه‌های پاسخ‌دهی را بر مبنای ارزیابی موارد زیر انتخاب نمایید: - تاب‌آوری - مالکیت ملی - سیاست‌گذاری دولتی - فوریت و به‌موقع بودن - امکان‌پذیری^۲ - ظرفیت‌ها - کرامت - خطرات، تهدیدات حمایتی - کارآمدی، هزینه‌آفرینشی^۳	گزینه‌های موجود را در موقعیت خود در نظر بگیرید: - ارائه خدمات مستقیم - توزیع اقلام - کمک‌های فنی - برنامه‌ریزی بازارمحور - کمک‌های نقدی
--	--



طراحی برنامه‌ای بر مبنای کیفیت و پاسخ‌گویی

راهبردهای گذار و خروج - جلب مشارکت و مالکیت محلی - نظام‌های ملی و مالکیت - شراکت‌ها	پایش موقعیت، فرایند، پیشرفت و نتایج - گزینش شاخص‌ها - تفکیک مناسب داده‌ها	اطلاع‌رسانی و پاسخ‌گویی - سازوکارهای بازخورد و شکایات - هماهنگی - جلب مشارکت اجتماعی - قاعده‌مند	منظورهای اساسی - تفکیک داده‌ها به جنس، سن و معلولیت - آسیب‌پذیری‌ها و حمایت - پایداری یا گذار
--	---	--	--

شناخت موقعیت برای اعمال استانداردها (شکل ۱)

1. displaced
2. hazard
3. feasibility
4. cost-effectiveness

نیازها و آسیب‌پذیری‌های متغیر در گذر زمان برخوردارند. عوامل فردی از جمله سن، جنس^۱، معلولیت، جایگاه حقوقی یا وضعیت سلامت باعث محدودیت برخورداری از کمک می‌گردند که این عوامل در کنار سایر عوامل می‌توانند مبنایی برای تبعیض عمدی باشند. گفتگوی قاعده‌مند با زنان، مردان، دختران و پسران در کلیه سنین و پیشینه‌ها (هم به صورت مجزا و هم در گروه‌های ترکیبی) حائز نقشی اساسی در برنامه‌ریزی مناسب می‌باشد. جوانی یا سالمندی، جنس، معلولیت یا وابستگی به اقوام اقلیت به نوبه خود باعث آسیب‌پذیری همیشگی شخص نمی‌گردد بلکه برآیند عوامل در هر موقعیت است که باعث تقویت ظرفیت‌ها، تاب‌آوری^۲ یا کاهش دسترسی به کمک برای هر شخص یا گروه خواهد شد.

در بسیاری از موقعیت‌ها، تمامی اجتماعات و گروه‌ها شاید آسیب‌پذیر گردند زیرا در مناطق بسیار دور، غیرایمن یا غیرقابل دسترسی بسر می‌برند یا آنکه از لحاظ جغرافیایی پراکنده می‌باشند و دسترسی آن‌ها به کمک و حمایت محدود است. گروه‌هایی شاید در معرض تبعیض و محرومیت بر مبنای ملیت، قومیت، زبان یا گرایش‌های مذهبی یا سیاسی خود قرار داشته باشند که نیازمند توجه ویژه به منظور اثبات اصل بی‌غرضی^۳ هستند.

در صورت مشارکت گروه‌های متنوع در طراحی برنامه، پاسخ‌دهی بشردوستانه دارای جامعیت، شمول‌گرایی^۴ و پایداری بیشتر نتایج خواهد بود. شمول و مشارکت جمعیت متأثر حاوی نقش اساسی در زندگی توأم با کرامت می‌باشند.

تفکیک داده‌ها

در بسیاری از شرایط، یافتن یا تعیین داده‌ها در سطح جمعیت دشوار است. البته داده‌های تفکیک‌شده، نیازهای مشخص و تأثیر اقدامات را بر گروه‌های گوناگون نشان می‌دهند. علاوه بر این، داده‌های تفکیک‌شده می‌توانند به شناسایی افراد در معرض بیشترین خطر، تعیین امکان دسترسی و استفاده آن‌ها از کمک‌های بشردوستانه و شناسایی اقدامات بیشتر برای دسترسی به آن‌ها کمک نمایند. داده‌ها را به میزان ممکن و همراه با دسته‌های مناسب موقعیت به منظور شناخت تفاوت‌های بر مبنای موارد زیر تفکیک نمایید: جنس یا جنسیت، سن، معلولیت، جغرافیا، قومیت، مذهب، طبقه اجتماعی یا سایر عوامل محدودکننده دسترسی به کمک‌های بی‌غرض.

درخصوص داده‌های عمومی مرتبط با سن، از همان مطالعات هم‌گروهی یا کوهورت‌های^۵ به کاررفته در نظام‌های ملی جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمایید. در صورت نبود مطالعات هم‌گروهی ملی مرتبط با سن، از جدول زیر استفاده کنید. برای هدف‌گذاری گروه‌های خاص از جمله اطفال شیرخوار^۶، کودکان، جوانان، زنان یا سالمندان، شاید تفکیک جزئی‌تر ضرورت داشته باشد.

کودکان

کودکان سهم قابل‌ملاحظه‌ای از جمعیت متأثر در بحران را در بر می‌گیرند اما اغلب کمتر دیده می‌شوند. نیازها و ظرفیت‌های کودکان بسته به سن بیولوژیک و مرحله رشد آن‌ها متغیرند. اقدامات خاصی را باید برای تضمین حمایت از آن‌ها در برابر آسیب و برخورداری از دسترسی عادلانه به خدمات پایه اتخاذ نمود.

در شرایط بحران، کودکان با خطرهای خاص تهدیدکننده از جمله سوءتغذیه، جدایی از خانواده‌های خود، قاچاق،

1. sex

توضیح مترجم: در این متن، «جنس» معادل "sex" و «جنسیت» معادل "gender" به کار رفته‌اند.

2. resilience building

3. impartiality

4. inclusiveness

5. cohort

6. infant

توضیح مترجم: عبارت طفل شیرخوار (به‌طور میانگین تا ۲۳ ماهگی) یا نوزاد یا newborn که حداکثر ۲۸ روز اول زندگی را در بر می‌گیرد، تفاوت دارد.

سربازگیری در گروه‌های مسلح و آزار و خشونت جسمانی یا جنسی مواجه‌اند که تمامی این موارد نیازمند اقدام فوری هستند.

خطراتی حمایتی اغلب توسط عوامل متعدد تشدید می‌گردند. به‌عنوان مثال، احتمال به‌کارگیری پسران جوان و نوجوان تحت قالب سربازان توسط نیروها و گروه‌های مسلح یا مشارکت در بدترین اشکال کار کودک بالاتر است درحالی‌که احتمال به‌کارگیری دختران نوجوان به‌عنوان برده‌های جنسی یا قاچاق آن‌ها بیشتر می‌باشد. کودکان دارای معلولیت شاید بیشتر مورد غفلت قرار بگیرند یا رها شوند. دختران دارای معلولیت، نیازمند توجه خاص هستند زیرا آن‌ها در معرض خطر بیشتر خشونت جنسی، بهره‌کشی جنسی^۱ و سوءتغذیه می‌باشند.

وضعیت معلولیت	سن									
	۰-۵	۶-۱۲	۱۳-۱۷	۱۸-۲۹	۳۰-۳۹	۴۰-۴۹	۵۰-۵۹	۶۰-۶۹	۷۰-۷۹	۸۰+
زن										
مرد										

نقطه‌نظرات دختران و پسران در تمامی گروه‌های سنی دارای پیشینه‌های مختلف را به شکلی فعال جویا شوید تا آن‌ها بتوانند بر نحوه ارائه، پایش و ارزشیابی کمک‌ها تأثیر بگذارند. کنوانسیون حقوق کودک^۲ تصریح دارد که «کودک» یعنی هر شخص زیر ۱۸ سال سن، نحوه تعریف کودک را توسط جمعیت متأثر به‌منظور تضمین عدم حذف حتی یک کودک یا فرد جوان از دریافت کمک، تحلیل نمایید.

سالمندان

سالمندان بخش در حال رشد سریع جمعیتی در اکثر کشورها هستند اما اغلب در پاسخ‌دهی بشردوستانه مورد غفلت قرار می‌گیرند.

در بسیاری از فرهنگ‌ها، سالمند در نظر گرفته شدن بیشتر مرتبط با شرایط (مانند پدربزرگ یا مادر بزرگ بودن) یا علائم جسمانی (مانند موی سفید) است تا سن. اگرچه سالمندی در اکثر منابع به‌عنوان ۶۰ سالگی یا بیشتر تعریف شده است اما ۵۰ سالگی شاید در موقعیت‌های رخدادهای بحران‌های بشردوستانه دقیق‌تر باشد.

سالمندان با خود دانش و تجربه راهبردهای سازگاری را به ارمغان می‌آورند و در قالب مراقبین، مدیران منابع، هماهنگ‌کنندگان و عوامل درآمدزایی عمل می‌کنند. این دسته از افراد اغلب تجسم عینی سنت‌ها و تاریخ و همچنین نقاط مرجع فرهنگی می‌باشند. انزوا، ضعف جسمانی، اختلال در ساختارهای پشتیبانی اجتماعی و خانوادگی، بیماری مزمن، دشواری‌های کارکردی و ظرفیت‌های روانی رو به کاهش همگی می‌توانند آسیب‌پذیری سالمندان را در شرایط بشردوستانه افزایش دهند.

نسبت به مشورت با سالمندان و جلب مشارکت آن‌ها در کلیه مراحل پاسخ‌دهی بشردوستانه اطمینان حاصل نمایید. خدمات قابل‌دسترس و مناسب با سن، محیط و اطلاعات را لحاظ نمایید و از داده‌های به تفکیک سن برای پایش و

1. sexual exploitation
2. Convention on the Rights of the Child

مدیریت برنامه استفاده کنید.

جنسیت

«جنسیت» با تفاوت‌های شکل گرفته اجتماعی مابین زنان و مردان در کل چرخه زندگی آن‌ها مرتبط است و می‌تواند در گذر زمان و درون و مابین فرهنگ‌ها و بسترها تغییر نماید. جنسیت اغلب باعث تعیین نقش‌ها، مسئولیت‌ها، قدرت و دسترسی متفاوت به منابع از سوی زنان، دختران، پسران و مردان می‌گردد. شناخت این تفاوت‌ها و نحوه تغییر آن‌ها در طی بحران در برنامه‌ریزی اثربخش بشردوستانه و تحقق حقوق بشر بسیار اهمیت دارد. بحران‌ها می‌توانند به فرصتی برای پاسخ‌دهی به نابرابری‌های جنسیتی و توانمندسازی زنان، دختران، پسران و مردان تبدیل گردند.

جنسیت معادل جنس که مرتبط با ویژگی‌های بیولوژیک فرد است نمی‌باشد.

«جنسیت» به معنای «صرفاً زنان» نیست. اگرچه زنان و دختران اغلب اوقات با محدودیت‌هایی در نقش‌های جنسیتی مواجه می‌گردند اما مردان و پسران نیز تحت تأثیر انتظارات انعطاف‌ناپذیر مردانگی هستند. برنامه‌ریزی برابری جنسیتی مستلزم شمول آن‌ها برای توسعه روابط عادلانه طرح و مشارکت برابر زنان و دختران و پسران است.

خشونت جنسیت‌محور^۱

«خشونت جنسیت‌محور» معرف خشونت بر مبنای تفاوت‌های جنسیتی مابین زنان و مردان است و بر چگونگی مطرح شدن نابرابری میان مردان و زنان به‌عنوان بنیان اکثر اشکال خشونت اعمال‌شده علیه زنان و دختران در سرتاسر جهان تأکید دارد. بحران‌ها می‌توانند به تشدید بسیاری از اشکال خشونت جنسیت‌محور شامل خشونت شرکای جنسی، کودک‌همسری، خشونت جنسی و قاچاق منجر گردند.

سازمان‌ها مسئول اتخاذ تمامی گام‌های ضروری برای پیشگیری از آزار و بهره‌کشی جنسی افراد متأثر از بحران‌ها ازجمله در فعالیت‌های خود هستند. در صورت آنکه صحت اتهامات سوءرفتار اثبات گردد، ضرورت دارد که مقامات مسئول مربوطه مرتکب را پاسخگو نمایند و کلیه موارد به شکلی شفاف بررسی گردند.

افراد دارای معلولیت

حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان در حال زندگی^۲ با نوعی از معلولیت هستند. افراد دارای معلولیت شامل آن‌هایی هستند که دچار اختلالات طولانی‌مدت جسمانی، روانی، عقلانی یا حسی می‌باشند که تداخل این اختلالات با موانع متعدد شاید باعث ممانعت از مشارکت اثربخش و کامل آن‌ها در اجتماع بر مبنای برابر با سایرین گردد.

در موقعیت‌های بشردوستانه، افراد دارای معلولیت بیشتر در معرض موانع و مشکلات محیط فیزیکی، حمل‌ونقل، اطلاع‌رسانی و ارتباطات و خدمات یا تسهیلات بشردوستانه قرار می‌گیرند. در برنامه‌ریزی پاسخ‌دهی و آمادگی، باید به ظرفیت‌ها و نیازهای تمامی افراد دارای معلولیت توجه شود و تلاش‌های عمدی در راستای حذف موانع فیزیکی، ارتباطی و نگرشی در برابر دسترسی و مشارکت آن‌ها انجام گردند. نابرابری و تبعیض جنسیتی باعث تشدید خطرهای پیش روی زنان و دختران دارای معلولیت می‌شوند.

برای تفکیک داده‌ها بنا به وضعیت معلولیت، **⊕ بنگرید به مأخذ مندرج در پانویس^۳ و کسب اطلاعات بیشتر، ⊕**

1. gender-based violence (GBV)

2. people living with

توضیح مترجم: در برخی متون دارای گرایش حقوق بشر، تلاش می‌شود از «دچار»، «گرفتار» یا «متلاشه» معلولیت یا همچنین ای‌آی‌وی و تروپج ناامیدی و لاعلاجی مخصوصاً با توجه به انگ‌های اجتماعی مرتبط با معلولیت و ای‌آی‌وی / ایدز پرهیز گردد و بجای آن از عبارت امیدبخش «در حال زندگی با معلولیت یا ای‌آی‌وی» استفاده شود.

3. Washington Group Questions

بگیرید به مأخذ مندرج در پانویس^۱.

افراد در حال زندگی و متأثر از اچ‌آی‌وی^۲

شناخت شیوع اچ‌آی‌وی در موقعیتی خاص برای توجه به آسیب‌پذیری‌ها و خطرهای و ارائه اطلاعات در فرایند پاسخ‌دهی اثربخش اهمیت دارد. بیجاشدگی^۳ می‌تواند به افزایش آسیب‌پذیری‌های اچ‌آی‌وی منجر گردد و بحران‌ها معمولاً باعث اختلال در پیشگیری، آزمایش، مراقبت، درمان و خدمات حمایتی خواهند شد. اقدامات خاص اغلب برای حمایت در برابر خشونت و تبعیض میان جمعیت‌های پرخطر ضرورت دارد. مشکلات فوق در اثر نابرابری و تبعیض جنسیتی بر مبنای وضعیت معلولیت، هویت جنسیتی و گرایش جنسی تشدید می‌گردند که به‌نوبه خود، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی را از پیگیری خدمات در صورت موجود بودن در بحران‌ها دلسرد می‌نمایند. خشونت، تبعیض و راهبردهای سازگاری منفی^۴ از جمله ارائه آمیزش جنسی تراکنشی^۵، میزان آسیب‌پذیری را در برابر انتقال اچ‌آی‌وی مخصوصاً در میان زنان، دختران و دگرباشان^۶ افزایش می‌دهند. افراد در معرض بیشترین خطر عبارت‌اند از مردان مردآمیز^۷، افراد تزریق‌کننده مواد مخدر، کارگران جنسی^۸، افراد تراجنسی^۹، افراد دارای معلولیت و افراد در زندان‌ها و سایر محیط‌های درسته. ⊕ بگیرید به استاندارد ۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری/اچ‌آی‌وی.

عواملی مانند کاهش در تردد در گذر زمان و دسترسی بیشتر به خدمات برای جمعیت‌های متأثر از بحران می‌توانند باعث کاهش خطر اچ‌آی‌وی گردند. با هرگونه سؤبرداشتی درباره افزایش شیوع اچ‌آی‌وی در اثر حضور افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی به‌منظور اجتناب از رویه‌های تبعیض‌آمیز مقابله نمایند. افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی از حق حیات توأم با کرامت، عاری از تبعیض و دسترسی بدون تبعیض به خدمات برخوردارند.

حمایت‌های روانی-اجتماعی^{۱۰} و سلامت روان

افراد در قبال استرس بحران بشردوستانه واکنش‌هایی متفاوت انجام می‌دهند. برخی از افراد احتمالاً در اثر فشار مخصوصاً در صورت بیجاشدگی اجباری، جدا شدن از اعضای خانواده، زنده‌مانی پس از خشونت یا تجربه مشکلات قبلی سلامت روان، دچار مشکل شدید می‌شوند. تأمین امنیت و خدمات پایه به شکلی متناسب از لحاظ اجتماعی و فرهنگی هم برای پیشگیری از ناآرامی میان جمعیت‌های متأثر و هم برطرف کردن تبعیض بسیار ضروری است. تقویت حمایت روانی-اجتماعی در اجتماعات و خودیاری^{۱۱} باعث ایجاد محیطی حامی می‌گردد که افراد متأثر در چنین محیطی امکان کمک به یکدیگر را در راستای بازتوانی اجتماعی و عاطفی پیدا می‌کنند. مداخلات متمرکز بر فرد، خانواده یا گروه شامل مداخلات بالینی اهمیت دارند اما الزاماً توسط مراقبین حرفه‌ای سلامت روان ارائه نمی‌شوند. این‌گونه مداخلات همچنین می‌توانند توسط افراد غیرمتخصص آموزش‌دیده و تحت نظارت ارائه گردند. ⊕ بگیرید به استاندارد ۵-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت: مراقبت‌های سلامت روان.

جمعیت‌های متأثر اغلب هویت معنوی یا مذهبی خاصی را ابراز می‌نمایند و خود را متعلق به گروه‌های اعتقادی^{۱۲}

1. Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities
2. people living with or affected by HIV
3. displacement
4. negative coping strategies
5. transactional sex
6. LGBTQI

توضیح مترجم: این گروه از افراد شامل زنان همجنسگرا، مردان همجنسگرا، دوجنسگرا، تراجنسی، ناهمگون / مردد یا میان‌جنسی است.

7. MSM: men who have sex with men
8. sex workers
9. transexual / transgender person
10. psychosocial support
11. self-help
12. faith community

می‌دانند. این مسئله اغلب بخش بسیار مهمی از راهبردهای سازگاری آن‌ها است و بر پاسخدهی مناسب در دامنه گسترده‌ای از بخش‌ها تأثیر می‌گذارد. بر اساس شواهد فزاینده، در نظر گرفته شدن هویت اعتقادی جمعیت‌های متأثر از سوی کنشگران بشردوستانه به نفع این جمعیت‌ها است. اجتماعات اعتقادی موجود دارای پتانسیل زیادی برای کمک به پاسخدهی بشردوستانه هستند. رویکرد افراد محور^۱ مستلزم آگاهی کنشگران بشردوستانه نسبت به هویت اعتقادی جمعیت‌های متأثر است. مجموعه ابزار رو به رشدی برای کمک به تحقق این امر موجود است.

شناخت بستر عملیاتی

پاسخدهی بشردوستانه در موقعیت‌های به‌شدت گوناگون از جمله موارد زیر با سرعت بالا اجرا می‌شود: مناطق روستایی و شهری و شرایط مختلف از مخاصمات گرفته تا سوانح. اثربخشی پاسخدهی در برطرف کردن نیازهای جمعیت‌های متأثر بستگی به عوامل جغرافیایی، امنیتی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و زیست‌محیطی دارد. اگرچه حداقل استانداردها برای تمرکز بر کمک‌های فوری نجات‌بخش تدوین شده‌اند اما آن‌ها در پاسخدهی بشردوستانه به مدت چند روز، هفته، ماه و یا حتی سال نیز موضوعیت دارند. پاسخدهی بشردوستانه باید با گذشت زمان تغییر و مطابقت یابد و از ایجاد وابستگی به کمک اجتناب شود. تحلیل مستمر موقعیت و وضعیت نشانگر زمان مطابقت برنامه‌ها با محیط در حال تغییر از جمله مسائل جدید امنیتی یا محدودیت‌های فصلی مانند سیلاب خواهد بود.

ارزشیابی مستمر چگونگی تأثیر پاسخدهی بر تحولات محلی برای تضمین عدم کمک کنش‌های بشردوستانه به مخاصمات بسیار ضروری است که نمونه‌های این تحولات عبارت‌اند از خریداری اقلام و خدمات یا استخدام عاملین حمل‌ونقل. [⊕] بنگرید به اصل ۲ حمایت. در شرایط طولانی شدن بحران‌ها، ضعف‌های زمینه‌ای در خدمت‌رسانی شاید باعث تشدید نیازها و آسیب‌پذیری‌ها و ضرورت تلاش‌های بیشتر تاب‌آورسازی و حمایت گردند. برخی از این موارد را می‌توان از طریق همکاری با کنشگران بخش توسعه رفع نمود.

سازوکارهای هماهنگی مانند نظام خوشه‌ای^۲ برای ایجاد تفکیک مشخص کار و مسئولیت و شناسایی شکاف‌ها در پوشش و کیفیت ضرورت دارند. پیشگیری از موازی‌کاری و اتلاف منابع نیز اهمیت خواهد داشت. تبادل اطلاعات و دانش مابین دست‌اندرکاران همراه با برنامه‌ریزی مشترک و فعالیت‌های یکپارچه نیز می‌توانند به تضمین مدیریت بهتر خطر توسط سازمان‌ها و بهبود پیامدهای پاسخدهی منجر گردند.

پشتیبانی از کنشگران ملی و محلی

این کتاب راهنما با اذعان نقش و مسئولیت اولیه کشور میزبان، راهنمایی برای کلیه افراد درگیر پاسخدهی بشردوستانه و نقش سازمان‌های بشردوستانه در حمایت از این مسئولیت می‌باشد. در شرایط مخاصمات، تمایل دولت یا کنشگران غیردولتی به تسهیل دسترسی به جمعیت دارای تأثیر تعیین‌کننده است.

نقش دولت در رهبری یا هماهنگی پاسخدهی توسط بسیاری از عوامل از جمله موارد زیر شکل می‌گیرد:

- موجودیت سازمان دولتی دارای مسئولیت خاص هماهنگی یا اجرای پاسخدهی بشردوستانه (که اغلب سازمان یا نهاد مدیریت سوانح کشور نام دارد).
- نقش و توان وزارتخانه‌های مربوطه برای تدوین استانداردها از جمله استانداردهای تغذیه و استانداردهای داروهای اساسی و کارکنان پزشکی.
- نبود نهادهای دولتی در حال کار از جمله در مناطق مورد مناقشه. در چنین موارد غیرعادی، کنشگران بشردوستانه شاید نیاز به ایجاد سازوکارهای هماهنگی خود را داشته باشند.

1. persons-based
2. cluster system

بحران‌های طولانی‌مدت

در شرایطی که مشخص گردد که پاسخ‌دهی بشردوستانه بیش از چند ماه یا چند سال به درازا می‌کشد، روش‌های گوناگون برطرف کردن نیازها و پشتیبانی از زندگی توأم با کرامت را در نظر بگیرید. فرصت‌ها را برای همکاری با خدمت‌دهندگان موجود، مقامات مسئول محلی، اجتماعات محلی، شبکه‌های حمایت اجتماعی یا کنشگران بخش توسعه برای کمک به پاسخ‌دهی به این نیازها بررسی نمایید. در ارزیابی‌ها، باید موقعیت و دغدغه‌های حمایتی و نحوه تأثیرگذاری بر حقوق جمعیت متأثر لحاظ شوند. به جلب مشارکت افراد از هر دو جنسیت و کلیه سنین، معلولیت‌ها و پیشینه‌ها از جمله اجتماعات خودتعریف شده در تحلیل، ارزیابی، تصمیم‌گیری و پایش و ارزشیابی بپردازید. راه‌حل‌های دائمی و درازمدت را در اسرع وقت دنبال کنید. در شرایط برخورداری کنشگران بشردوستانه از فرصت ایجاد راه‌حل‌های درازمدت، این‌گونه راه‌حل‌ها باید بر اقدامات موقت تقدم یابند.

توجه داشته باشید که افراد متأثر اغلب اولین افراد برای پاسخ‌دهی به نیازهای خود و همچنین حمایت از خود می‌باشند. مقامات مسئول کشوری و محلی، سازمان‌های جامعه مدنی، سازمان‌های اعتقادی و سایرین کمک‌های اساسی را ارائه می‌نمایند. چنین شبکه‌های کمکی از قبل موجود را بشناسید و روش‌های پشتیبانی از آن‌ها را بجای تکرار یا بی‌توجهی به نقش آن‌ها شناسایی نمایید.

موقعیت‌های شهری

با افزایش جابجایی جمعیت جهان به شهرهای بزرگ و کوچک، کنشگران بشردوستانه باید برای پاسخ‌دهی به موقعیت‌های شهری آماده باشند. مناطق شهری نوعاً با سایر موقعیت‌ها بنا به موارد زیر تفاوت دارند:

- **تراکم:** تراکم بالاتر از افراد، خانه‌ها، زیرساخت، قوانین و فرهنگ‌ها در منطقه نسبتاً کوچک.
- **تنوع:** زندگی گروه‌های متنوع اجتماعی، قومی و سیاسی، زبانی، مذهبی و اقتصادی در مجاورت تنگاتنگ.
- **پویایی:** سیال و متغیر بودن محیط‌های شهری همراه با تردد فراوان و تغییر سریع در روابط قدرت.

شهرداری اغلب مقام مسئول دولتی کلیدی خواهد بود که با سایر سازمان‌ها و کنشگران دولتی از جمله وزارتخانه‌های مربوطه مرتبط است. دسترسی به خدمات پایه، امنیت غذایی و معیشت باید با دقت و توجه به هرگونه تبعیض ارزیابی گردد. افراد در شهرهای بزرگ و شهرهای کوچک اجاره‌بها و هزینه خرید غذا و مراقبت‌های سلامت را نقدی پرداخت می‌کنند. حداقل استانداردها برای زندگی توأم با کرامت فارغ از نحوه ارائه کمک اِعمال می‌گردند.

حداقل استانداردهای اسفیر را می‌توان برای پشتیبانی از نقاط ورودی متعدد برای ارائه کمک در مناطق شهری از جمله از طریق سکونتگاه‌ها، محله‌ها یا رویکردهای منطقه‌محور¹ به کار برد. گروه‌های مطرح دارای منافع مشترک مانند مدارس، باشگاه‌ها، گروه‌های زنان و رانندگان تاکسی می‌توانند نقاط ورودی مفیدی باشند. همکاری با کنشگران محلی (مانند بخش خصوصی، دولت محلی، رهبران محله‌ها و گروه‌های اجتماعی) می‌تواند نقش حیاتی در آغاز مجدد، پشتیبانی و تقویت خدمات موجود بجای تعویض آن‌ها داشته باشد. باید به چگونگی پشتیبانی کمک‌های بشردوستانه از برنامه‌ریزی سرمایه‌گذاری شهری و لذا تولید ارزش در طی بحران و در درازمدت توجه داشت.

تحلیل موقعیت در محیط‌های شهری مانند تمامی واقعیت‌ها باید معطوف به فرصت‌ها و منابع موجود باشد و نمونه‌های این فرصت‌ها و منابع عبارت‌اند از تجارت، نقدینگی، فناوری، اماکن عمومی، افراد دارای مجموعه مهارت‌های تخصصی و تنوع اجتماعی و فرهنگی در کنار جوانب گوناگون حمایت و انواع خطرها باشد. یافته‌های این تحلیل باید برای ارائه اطلاعات در گزینه‌های پاسخ‌دهی و گزینه نهایی شکل ارائه از جمله تصمیم‌گیری برای تأمین کمک‌های نقدی و غیرنقدی (و بهترین روش انجام آن) استفاده شوند. اقتصاد نقدی شهرهای بزرگ و کوچک فرصت‌هایی را برای شراکت

1. area-based

با کنشگران در بازارها و فناوری ایجاد می‌کند که خود باعث تسهیل کاربرد کمک‌های نقدی خواهد شد.

سکونتگاه‌های اجتماعی

اردوگاه‌ها و سکونتگاه‌های اجتماعی طراحی شده و همچنین مراکز جمعی و سکونتگاه‌های خودجوش در واقع منزل میلیون‌ها فرد مجبور به بیجاشدگی هستند. از استانداردهای اسفیر می‌توان برای تضمین کیفیت کمک در مراکز اجتماعی استفاده نمود و آن‌ها را می‌توان همچنین برای کمک به شناسایی و اولویت‌های برنامه‌های چندبخشی به‌منظور برطرف کردن دغدغه‌های سلامت عمومی و دسترسی به خدمات پایه در اسکان‌های خودجوش به‌کار برد.

در سکونتگاه‌های اجتماعی، ظرفیت اختصاص‌یافته به مدیریت اردوگاه‌ها می‌تواند باعث گسترش پاسخگویی و ارائه خدمات هماهنگ گردد. البته این‌گونه سکونتگاه‌ها همچنین خطرات خاص حمایتی خود را دارند. به‌عنوان نمونه، در صورت محرومیت از حق آزادی جابجایی برای ترک سکونتگاه، افراد شاید توان دسترسی به بازارها یا پیگیری معیشت‌ها را نداشته باشند؛ بنابراین، باید به اجتماعات میزبان توجه خاص نمود چراکه تفاوت‌های واقعی با برداشت‌شده در رفتار می‌توانند به افزایش تنش‌ها یا درگیری منجر گردند. در این‌گونه موارد، مطالبه‌گری برای جایگزین مراکز شبیه اردوگاه و توجه به نیازهای اجتماع میزبان نیز به تضمین زندگی توأم با کرامت جمعیت‌های متأثر کمک می‌نماید.

موقعیت‌های همراه با حضور نیروهای نظامی داخلی یا بین‌المللی

در شرایط پاسخ‌دهی سازمان‌های بشردوستانه در همان منطقه حضور نیروهای نظامی داخلی یا بین‌المللی، آگاهی از وظایف، رویه‌های کاری، ظرفیت‌ها و محدودیت‌های یکدیگر ضرورت دارد. در شرایط مخاصمات و سوانح، ممکن است سازمان‌های بشردوستانه مشغول همکاری تنگاتنگ با دامنه‌ای از نیروهای نظامی از جمله نیروهای دولت میزبان گروه‌های مسلح غیردولتی و محافظان صلح بین‌المللی گردند. این دسته از کنشگران باید توجه داشته باشند که دولت‌های میزبان موظف به ارائه کمک و حمایت از افراد متأثر در بحران در خاک خود هستند. نیروهای نظامی کشوری اغلب موظف به پیگیری این مهم می‌باشند.

اصول بشردوستانه باید راهنمای کلیه گفتگوها و هماهنگی مابین بخش بشردوستانه و نیروهای نظامی در کلیه سطوح و مراحل تعامل باشند. تبادل اطلاعات، برنامه‌ریزی و تقسیم وظایف سه جزء اساسی هماهنگی اثربخش نیروهای غیرنظامی و نظامی می‌باشند. تبادل اطلاعات مابین کنشگران بشردوستانه و نیروهای نظامی قابل انجام است اما بستگی به موقعیت فعالیت‌های عملیاتی دارد. سازمان‌های بشردوستانه نباید اطلاعاتی را به اشتراک بگذارند که باعث مزیت تاکتیکی یکی از طرفین مخاصمه یا به خطر افتادن غیرنظامیان گردد.

در برخی مواقع، سازمان‌های بشردوستانه شاید نیاز به کاربرد توانمندی‌های منحصربه‌فرد نیروهای نظامی برای پشتیبانی از عملیات بشردوستانه داشته باشند. پشتیبانی نظامی و سازمان‌های بشردوستانه باید محدود به حمایت زیرساختی و کمک‌های غیرمستقیم گردد و کمک مستقیم تنها آخرین گزینه در نظر گرفته شود.

همکاری با نیروهای نظامی بر بی‌طرفی^۱ و استقلال عملیاتی سازمان‌های بشردوستانه تأثیر واقعی یا ذهنی می‌گذارد؛ بنابراین، چنین همکاری باید با دقت از پیش بررسی گردد. از اسناد راهنمایی موردتوافق بین‌المللی باید برای ارائه اطلاعات در تمهیدات هماهنگی نیروهای بشردوستانه و نظامی استفاده نمود. [⊕] بنگرید به تعهد/استاندارد محوری بشردوستانه ع و مآخذ.

اثرگذاری زیست‌محیطی در پاسخ‌دهی بشردوستانه

محیط زندگی و کار افراد برای سلامت، نیک‌بودن^۲ و بازتوانی آن‌ها از بحران بسیار مهم است. شناخت نحوه وابستگی

1. neutrality
2. well-being

افراد متأثر بر محیط‌زیست برای بازتوانی خود می‌توانند در طراحی برنامه و حرکت در سمت پاسخ‌دهی پایدارتر به‌منظور تاب‌آوری در برابر شوک‌های آتی و کاهش خطر در آینده به‌کار آید.

عملیات بشردوستانه هم به‌صورت مستقیم و هم غیرمستقیم بر محیط‌زیست تأثیرگذار است. از این‌رو، خطرات زیست‌محیطی باید همراه با ارزیابی‌های گسترده‌تر و تحلیل وضعیت در پاسخ‌دهی بشردوستانه اثربخش لحاظ گردند. تأثیرات زیست‌محیطی برنامه‌ها باید به حداقل برسند و باید به چگونگی حفاظت یا تخریب بیشتر محیط‌زیست از طریق رویه‌های خرید، حمل‌ونقل، انتخاب مواد یا کاربری اراضی یا منابع طبیعی توجه نمود. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط‌زیست*.

کشورها و مناطق مواجه با فقر و همچنین زیست‌بوم و ظرفیت نهادی شکننده در معرض خطر بیشتر عدم ثبات و سوانح طبیعی قرار دارند که چنین روندی خود باعث چرخه باطل فرسایش اجتماعی و زیست‌محیطی می‌گردد و بر سلامت، آموزش، معیشت و سایر ابعاد امنیت، کرامت و نیک‌بود تأثیرگذار است. پایداری محیط‌زیست عنصر مهم پاسخ‌دهی بشردوستانه باکیفیت می‌باشد. $\oplus$ بنگرید به *تعهدات ۳، ۹ استاندارد محوری بشردوستانه و استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط‌زیست*.



ضمیمه

کمک‌رسانی از طریق بازارها

این ضمیمه مکمل بخش مقدمه کتاب راهنمای اسفیر است و راهنمایی و اطلاعات بیشتر در زمینه کاربرد بازارها با هدف دستیابی به حداقل استانداردها و کمک به افراد در برطرف کردن نیازهای خود در موقعیت پس از بحران، در این ضمیمه ارائه شده است. ضمیمه مذکور بر مبنای فصل‌های موارد بنیادین بنا گشته است و در فصل‌های فنی به آن ارجاع شده است. بدین منوال، این بخش درواقع جزء لاینفک کتاب راهنمای اسفیر می‌باشد. کنشگران بشردوستانه برای پاسخ‌دهی اثربخش باید نیازها و همچنین نحوه برآورده‌سازی عملی آن‌ها را بشناسند. بخشی از این تحلیل عبارت است از شناخت نحوه کارکرد بازارها و اقلام و خدمات موجود در سطح محلی، ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی. چنین شناختی همچنین برنامه‌های بشردوستانه را قادر به پشتیبانی یا حداقل عدم اختلال در بازارها در طی زمان پاسخ‌دهی می‌سازند.

تحلیل بازار به عنوان بخشی از تحلیل پاسخ

پس از آنکه نیازها و ظرفیت‌ها برای شناسایی اولویت‌ها ارزیابی شدند، روش‌های گوناگون پاسخ‌دهی و مرتفع‌سازی نیازها باید تحلیل گردند. تحلیل پاسخ‌دهی باید متضمن در نظر گرفته شدن قاعده‌مند خطرها و فرصت‌های عملیاتی، برنامه‌ای و مختص موقعیت در فرایند تعیین نحوه ارائه کمک باشد. این مسئله برخی اوقات «انتخاب روش کار» اطلاق می‌گردد.

شناسایی بهترین روش برای کمک به منظور پاسخ‌دهی به نیازها مستلزم موارد زیر است:

- اطلاعات تفکیک‌شده درخصوص اولویت‌ها و نحوه تمایل افراد به برخورداری از کمک در کلیه بخش‌ها و در گذر زمان.
 - شناخت آسیب‌پذیری‌های اقتصادی هم موجود از قبل و هم ایجادشده در طی بحران.
- به‌عنوان بخشی از تحلیل پاسخ، تحلیل بازار به شناسایی مؤثرترین روش برای پاسخ‌دهی به نیازهای در اولویت کمک می‌نماید: کمک غیرنقدی، ارائه خدمات، کمک نقدی یا آمیزه‌ای از این موارد در موقعیت. تحلیل بازار به شناسایی محدودیت‌های بازار از جمله مسائل عرضه و تقاضا یا سیاست‌ها، هنجارها، قوانین یا زیرساخت محدودکننده کارکرد بازار کمک می‌نماید.

هر گزینه پاسخ‌دهی انتخاب شده، باید نسبت به بازار حساس باشد و هدف حمایت از معیشت‌ها، کسب‌وکارها و مشاغل محلی را دنبال نماید. اسفیر بر مبنای احترام اساسی برای افراد متأثر از بحران و پشتیبانی از گزینه‌های آن‌ها برای بازتوانی خود است. تحلیل بازار از طریق در نظر گرفتن چگونگی تعامل افراد با بازارهای محلی به منظور گرفتن اقلام، خدمات و درآمد، پشتیبان رویکرد مردم‌محور است.

برنامه‌ریزی و بازارها

کمک را می‌توان از طریق بازارها به اشکال متعدد در سطح محلی، ملی یا منطقه‌ای ارائه کرد. برنامه‌ریزی بازارمحور را می‌توان به شکل مستقیم برای ارائه کمک استفاده نمود یا بازارها را می‌توان در راستای ارائه خدمات بهتر به جمعیت متأثر حمایت نمود:

- خرید ملی و منطقه‌ای کالاها و اقلام غیرخوراکی پشتیبان جنبه عرضه بازارها است.
- کمک نقدی به افراد برای خرید کالاها یا خدمات موجود محلی، پشتیبان جنبه تقاضای بازارها است.

▪ پشتیبانی از زیرساخت مانند بهبود دسترسی جاده‌ای به بازارها یا اصلاحات از جمله قوانین پیشگیری از قیمت گذاری ثابت و حمایتگر از بازار در راستای ارائه خدمات بهتر به جمعیت متأثر است.

جنسیت، قومیت یا معلولیت اغلب همراه با تأثیر مستقیم بر دسترسی فیزیکی، مالی و اجتماعی به بازارها می‌باشد. نحوه دسترسی مختلف مردان، زنان، جوانان و سالمندان به بازارها چگونه می‌باشد؟ آیا فروشندگان متعلق به قومیت خاص از توان دسترسی به تسهیلات اعتباری برخوردارند؟ این دسته از موارد مشابه و سایر عوامل بر میزان مشارکت فعال اشخاص در بازارها تأثیر گذارند.

ملاحظات اخلاقی و زیست‌محیطی را باید در فرایند تدوین برنامه‌های بازارمحور سنجید. اطمینان حاصل نمایید که بازارهایی که بیش از حد از محیط‌زیست، زیست‌بوم‌ها و منابع طبیعی بهره می‌برند به شکلی گسترش نیابند که افراد را در معرض خطر بیشتری قرار دهند.

اقلام، خدمات و بازارها: هنگام پاسخ‌دهی به نیازهای بشردوستانه اولویت‌دار، هم اقلام و همچنین خدمات را در نظر بگیرید. اکثر استانداردهای اسفیر شامل تأمین نوعی از اقلام یا دسترسی به کالاها می‌باشند. باین‌حال، بخش‌های اجتماعی مانند سلامت و آموزش با ارائه و بهبود و دسترسی به خدمات اصلی مشخص می‌شوند و ارائه از طریق بازارها، ممکن است جزو گزینه‌ها نباشد.

اما ویژگی شاخص بخش‌های اجتماعی مانند سلامت و آموزش، ارائه یا بهبود دسترسی به خدمات اصلی و تأمین از طریق بازارها شاید گزینه ممکن نباشد. هنگام همکاری با پیمانکاران یا ارائه‌کنندگان خدمات قراردادی، اقدامات لازم جهت پایش دقیق کیفیت خدمات و محصولات را در مورد آن‌ها انجام دهید. ⊕ بنگرید به /استاندارد ۴-۱ نظام‌های سلامت: تأمین مالی سلامت.

در برخی موارد، برنامه‌های بازارمحوری که به‌طور غیرمستقیم دسترسی به خدمات را میسر می‌سازند، مناسب هستند. از کمک‌های نقدی می‌توان برای کمک به تأمین هزینه‌های ایاب و ذهاب به مراکز مراقبت‌های سلامت یا دسترسی به آموزش (خرید روپوش و مطالب درسی) بهره جست. ردیابی هزینه‌کرد خانوار باعث تأمین داده‌های مشخص در زمینه هزینه دسترسی به خدمات از جمله مواردی که باید رایگان باشند، می‌گردد. پایش هزینه‌کرد خانوار همواره باید تحت پشتیبانی پایش پیامدی کمک‌های نقدی قرار گیرد.

همچنین در بخش‌های بر مبنای خدمات، می‌توان برنامه‌ریزی بازارمحور را برای اقلامی از جمله پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش، اقلام تغذیه مکمل و داروها در صورت رعایت معیارهای کیفیت در نظر گرفت. ⊕ بنگرید به /استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی.

در اکثر موقعیت‌ها، ترکیب مداخلات بازارمحور ضرورت خواهند داشت. برنامه‌های بازارمحور احتمالاً باید توسط ارائه‌کنندگان سایر فعالیت‌ها از جمله افراد تأمین‌کننده کمک‌های فنی مورد حمایت قرار گیرند. این ترکیب همچنین در طی دوره برنامه گسترش می‌یابد و شاید از کمک‌های غیرنقدی به نقدی یا کالا‌برگ و یا برعکس تغییر پیدا کند. پایش بازار همراه با پایش برنامه برای تأیید یا تنظیم نوع کمک اهمیت دارد.

همکاری مابین زنجیره تأمین، تدارکات و کارکردهای برنامه در تمامی مقاطع زمانی ضرورت دارد. برای راهنمایی بیشتر درخصوص ابزار حامی این گزینه و تحلیل، ⊕ بنگرید به مآخذ.

چک‌لیست‌ها

چک‌لیست کمک نقدی

در این بخش، فهرست ملاحظات برای کمک‌رسانی از طریق بازارها ارائه می‌گردد و چرخه مدیریت برنامه دنبال

می‌شود که این چرخه شامل سایر عناصر مهم مرتبط با فرایند اتخاذ این رویکرد برای تحقق استانداردهای حداقل است. هر یک از این موقعیت‌ها متفاوت خواهند بود و گزینه‌های تأمین سازوکارها بر مبنای زیرساخت، حفاظت از داده‌ها، هزینه اثربخشی و شمول‌گرایی مالی متغیر می‌باشند.

طراحی برنامه

- معیارهای هدف‌گذاری را بر مبنای اهداف مشخص برنامه تعیین کنید و ملاحظات مختص کمک‌های نقدی را لحاظ نمایید.
- با دقت و با استفاده از اطلاعات حاصله از خطرسنجی^۱ مشخص و ارزیابی کلیه دغدغه‌های حمایتی بررسی نمایید که کدام فرد در هر خانوار باید کمک نقدی دریافت نماید.
- سازوکارهای ایمن و قابل‌دسترس و اثربخش را برای کمک‌رسانی بر مبنای موقعیت، اهداف مشخص و وسعت برنامه و همچنین سلیق و سواد مالی دریافت‌کنندگان شناسایی کنید.
- مبلغ انتقال را بر مبنای نیازهایی که باید پوشش یابند و هزینه برآورده کردن این نیازها، محاسبه نمایید.
- طول مدت و فراوانی^۲ انتقال را بر مبنای نیازها، تغییرات و شرایط فصلی، خطرات حمایتی و ظرفیت ارائه‌کننده خدمات مالی تعیین کنید.
- در موارد ممکن، دیدگاه چندبخشی را اتخاذ کنید.
- مسائل کلیدی و شاخص‌های مرتبط را برای پایش فرایند، فعالیت، برون‌داد^۳ و پیامد تعریف نمایید.

اجرا

- ملاحظات مختص موقعیت و هرگونه ابعاد مربوطه را در مناقصات ارائه‌کنندگان خدمات مالی لحاظ نمایید و معیارهای مفردی را برای گزینش تعیین کنید.
- استفاده از سازوکارهای موجود شناخته‌شده تأمین را که برای حمایت اجتماعی به کار می‌روند، در نظر بگیرید.
- نظام‌های ثبت‌نام و شناسایی دریافت‌کنندگان را که متناسب با سازوکار ارائه و حفاظت از اطلاعات فردی هستند ایجاد کنید.
- اطمینان حاصل نمایید که در روند ثبت‌نام و شناسایی، داده‌های مورد نیاز ارائه‌کننده خدمات مالی پوشش خواهد یافت.
- روش‌های نگهداری از اطلاعات فردی را اعمال و مستند نمایید.
- سازوکارها را برای داده‌های دیجیتال با همکاری سازمان‌های مختلف در حد ممکن تعبیه کنید («نظام‌های تعامل‌پذیر»^۴).
- رویه‌ها، نقش‌ها و مسئولیت‌ها را برای فرایند تأمین نقدی و همچنین سازوکارهای مدیریت خطر صراحتاً تعریف کنید.
- مطمئن شوید که فرایند تأمین کمک‌های نقدی قابل‌دسترس و اثربخش است.
- تضمین نمایید که کلیه افراد متأثر می‌توانند به سازوکار انتخاب‌شده تأمین از طریق چرخه عمر پروژه دسترسی پیدا کنند.

1. risk assessment
2. frequency
3. output
4. interoperable

- اطمینان حاصل کنید که دریافت کنندگان از اطلاعات درباره اهداف مشخص برنامه و مدت زمان کمک نقدی برخوردارند تا بتوانند تصمیماتی آگاهانه در خصوص هزینه کرد اتخاذ نمایند.
- تضمین نمایید که ارائه کنندگان خدمات مالی در برابر دریافت کنندگان از طریق پایش و مدیریت قراردادی پاسخگو هستند. $\oplus$ بنگرید به تعهدات ۴ و ۵/ استاندارد محوری بشردوستانه.

پایش، ارزشیابی و یادگیری

- فرایندها، فعالیت‌ها، بروندها و خطرات مرتبط با کمک‌های نقدی را از جمله از طریق پایش پساتوزیع پایش نمایید.
- دریافت کمک‌های نقدی یا کالابری را به شکلی ایمن، بهنگام^۱ و به میزان درست توسط فرد مدنظر پایش کنید.
- بازارها و زنجیره‌های تأمین آن‌ها را به شکلی منسجم فراتر از صرفاً بررسی قیمت‌ها، پایش نمایید.
- هزینه کرد خانوار را پایش کنید و داده‌های مذکور را با داده‌های پایش بازار به منظور ارزیابی امکان برآورده کردن نیازها از طریق کمک‌های نقدی و کاهش راهبردهای سازگاری منفی، سه‌گوشه‌سازی^۲ کنید.
- خطرات بالقوه کمک‌های نقدی را شامل خطرات حمایتی و هرگونه تأثیرگذاری منفی بر منابع طبیعی پایش نمایید.
- پیامدهای مرتبط با کمک‌های نقدی را ارزشیابی کنید.
- مرتباً اثربخشی گزینه کمک‌های نقدی را برای پاسخ‌دهی به نیازهای در حال تغییر ارزشیابی کنید، برنامه را مطابقت دهید و از یادگیری مستمر برای برنامه‌های آتی پشتیبانی به عمل آورید:

چک‌لیست برای تدارکات و مدیریت زنجیره تأمین

در این بخش، فهرستی از ملاحظات برای تدارکات و مدیریت زنجیره تأمین ارائه شده است که در آن چرخه مدیریت برنامه دنبال می‌شود و سایر عناصر مهم برای در نظر گرفته شدن لحاظ می‌گردند.

مدیریت زنجیره تأمین با گزینش اقلام یا خدمات آغاز می‌شود و شامل موارد زیر است: شناسایی منبع مورد نیاز، خریداری اقلام، مدیریت کیفیت، مدیریت خطر (شامل بیمه)، بسته‌بندی، ارسال، حمل‌ونقل، انبارداری، مدیریت سیاهه اقلام، ارائه و توزیع. در مدیریت زنجیره تأمین، شرکای بسیار مختلفی مشارکت دارند و هماهنگی فعالیت‌ها مهم است. $\oplus$ بنگرید به تعهد ۶/ استاندارد محوری بشردوستانه.

تخصص مدیریت زنجیره تأمین ضرورت دارد. انواع خاص تخصص مربوطه شامل موارد زیرند: مدیریت قرارداد، حمل‌ونقل و مدیریت انبار، مدیریت سیاهه اقلام، تحلیل مراحل و مدیریت اطلاعات، ردیابی ارسال و مدیریت واردات. مدیریت و رویه‌های پایش باید متضمن حفاظت از اقلام تا نقاط توزیع باشند. باین‌وجود، سازمان‌های بشردوستانه همچنین مسئول تضمین رسیدن محصولات و خدمات (شامل خدمات کمک‌های نقدی) به افراد نیازمند کمک‌ها هستند.

خرید محلی و منطقه‌ای، بازارهای محلی را تشویق می‌نماید که خود به انگیزه‌ای برای تولید بیشتر از سوی کشاورزان و تولیدکنندگان و نهایتاً تقویت اقتصاد محلی تبدیل خواهد شد. البته در شرایط محدودیت نسبی اقلام عرضه‌شده، خرید محلی یا منطقه‌ای می‌تواند به مشکلاتی در سایر بازارها یا اختلال در شبکه‌های موجود تجاری منجر گردد و

1. early

توضیح مترجم: این مفهوم با "rapid" که در این متن «سریع» ترجمه شده است، تفاوت دارد. از این‌رو، «پاسخ سریع» به ازای "rapid response" و «پاسخ بهنگام» برای "early response" استفاده شده‌اند.

2. triangulation

برعکس، واردات باعث خروج از صحنه تولیدکنندگان محلی یا منطقه‌ای می‌شوند و همچنین در شبکه‌های تجاری موجود اختلال ایجاد خواهد کرد.

طراحی برنامه

- موجودیت محلی خدمات و اقلام ضروری را پیش از تأمین آن‌ها از خارج از منطقه، ارزیابی کنید.
- همکاری با عوامل خوش‌نام حمل‌ونقل محلی یا منطقه‌ای دارای دانش ارزشمندی درخصوص مقررات رویه‌ها بوده است و تسهیلات محلی که به تضمین متابعت از قوانین کشور میزبان و تسریع ارسال کمک می‌کنند، در نظر بگیرید.
- در شرایط محاصره، از فرایند غربالگری^۱ دقیق ارائه‌کنندگان خدمات استفاده نمایید.
- با دقت تضمین نمایید که تأمین منابع داخلی باعث پیدایش یا تشدید خصومت‌ها نگردد.
- پایداری هرگونه کاربرد منابع طبیعی و منجر شدن این کاربرد را به مخاصمات بیشتر بر سر منابع در نظر بگیرید.
- رویه شفاف، عادلانه و باز را برای اعطای قراردادها با در نظر گرفتن گزینه‌های محلی، ملی و بین‌المللی ایجاد نمایید.
- در صورت مشارکت سازمان‌های متعدد، تأمین منابع داخلی را به میزان ممکن هماهنگ نمایید.

اجرا

- روابط خوبی را با تأمین‌کنندگان، ارائه‌کنندگان خدمات و فروشندگان محلی ایجاد نمایید.
- کیفیت مناسب اقلام و خدمات را از طریق قراردادها و همچنین رویه‌های اخلاقی و پایدار زیست‌محیطی اعمال کنید.
- کارکنان را در کلیه سطوح زنجیره تأمین برای حفظ کیفیت محصول آموزش دهید و بر آن‌ها نظارت داشته باشید و به رویه‌های ایمنی (برای دریافت‌کنندگان و کارکنان) و همچنین رویه‌های پایدار زیست‌محیطی و اخلاقی پایبند باشید.
- کارکنان سازمان‌های شریک و ارائه‌کنندگان خدمات را در دوره‌های آموزشی شرکت دهید و دوره آموزشی را به زبان محلی برگزار کنید.
- روش‌های پاسخگویی را شامل تأمین، برنامه‌ریزی انبار و حمل‌ونقل، مدیریت سیاهه اقلام، گزارش‌دهی و نظام‌های مالی تدوین نمایید.
- از تأمین غذا به‌منظور پرداخت هزینه‌های عملیات تدارکات ازجمله تخلیه بار در انبارها اجتناب کنید. چنین هزینه‌هایی باید در بودجه اصلی لحاظ گردند.
- استفاده از انبارهای جداگانه برای اقلام خوراکی و غیرخوراکی توصیه می‌گردد. هنگام انتخاب انبار، مشخص نمایید که برای انبار اقلام خطرناک به‌کار نرفته باشد و خطر آلودگی مطرح نباشد. عواملی را که باید در نظر گرفت عبارتند از: امنیت، ظرفیت، دسترسی آسان، استحکام سازه‌ای و نبود تهدید سیلاب.
- خطرات امنیت مسیرهای حمل‌ونقل و انبارها را ارزیابی و مدیریت نمایید.
- در شرایط محاصمات، نظام‌های کنترل را پابریزی کنید و بر کلیه مراحل زنجیره تأمین برای به حداقل رساندن خطر غارت یا مصادره توسط طرفین متخاصم، نظارت نمایید.
- عواقب گسترده سیاسی و امنیتی را ازجمله امکان استفاده از اوراق بهادار برای تأمین مالی مخاصمات مسلحانه

مورد تحلیل و توجه قرار دهید. $\oplus$ بنگرید به اصل حمایت ۲.

- اتلاف محصولات را در تمامی سطوح زنجیره تأمین به حداقل برسانید و چنین مواردی را گزارش دهید.
- اقلام آسیب‌دیده یا نامناسب را توسط بازرسین ذیصلاح (مانند کارشناسان ایمنی غذا و آزمایشگاه‌های سلامت عمومی) بازرسی نمایید و نحوه دفع آن‌ها را تأیید کنید.
- اقلام آسیب‌دیده را سریعاً پیش از تبدیل شدن به مخاطره سلامت یا امنیت دفع کنید. روش‌های دفع اقلام شامل فروش (مانند تغذیه دام) و دفن یا سوزاندن یا مجوز می‌باشند و مقامات مسئول مربوطه باید شاهد این موارد باشند. در تمامی موارد، اقلام نامناسب نباید مجدداً وارد زنجیره تأمین گردند، به محیط‌زیست آسیب وارد کنند و منابع آبی را آلوده سازند. $\oplus$ بنگرید به *استانداردهای ۱-۵ الی ۳-۵ مدیریت پسماند جامد در بخش آفاب*.
- نیازهای روزمره مدیریت شامل گزارش‌دهی سریع و شفاف هرگونه تأخیر یا انحراف در زنجیره تأمین می‌باشند. برگه‌ها و اسناد کافی را به زبان محلی در تمامی مناطق دریافت، انبار و یا ارسال اقلام در اختیار قرار دهید. از این طریق می‌توان اسناد حسابرسی شده تراکنش‌ها را حفظ نمود.

پایش، ارزشیابی و یادگیری

- مسیرهای انتقال اقلام را برای اجتناب از انحراف یا متوقف‌سازی موارد توزیع و همچنین اجتناب از اختلال در بازار، پایش و مدیریت نمایید.
- دست‌اندرکاران را مرتباً از عملکرد تلاش‌های زنجیره تأمین آگاه سازید.
- اطلاعات مربوطه را درخصوص میزان موجودی، ورودی‌های قابل‌انتظار و موارد توزیع میان دست‌اندرکاران زنجیره تأمین به اشتراک بگذارید. سطوح موجودی را برای تأکید بر کاستی‌ها و مشکلات قابل‌پیش‌بینی پیش از رویداد ردیابی کنید. تبادل اطلاعات میان شرکا می‌تواند باعث تسهیل وام‌های پیشگیری‌کننده از اختلال در مسیرهای انتقال گردد. در صورت موجود بودن منابع ناکافی، اقلام باید اولویت‌بندی گردند. با دست‌اندرکاران هنگام لحاظ کردن راه‌حل‌ها مشورت نمایید.
- تضمین نمایید که سازوکارهای پاسخگویی و اطلاع‌رسانی نمایانگر ویژگی‌های فرایندهای تأمین هستند.
- از ابتدای مداخله اطمینان حاصل کنید که نظام‌های مدیریت اطلاعات و ردیابی اقلام تعبیه شده‌اند.
- مرتباً اثربخشی کمک‌ها را در پاسخ‌دهی به نیازهای در حال تغییر ارزشیابی کنید، برنامه را مطابقت دهید و از یادگیری مستمر برای برنامه‌های آتی پشتیبانی به عمل آورید.

مآخذ و منابع بیشتر

شناخت آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌ها

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

برنامه‌ریزی اعتقادمحور

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>

تحلیل بازار و برنامه‌ریزی بازارمحور

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

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

کمک‌های نقدی

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

مدیریت زنجیره تأمین و تدارکات

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

منابع بیشتر

برای آشنایی با منابع پیشنهادی بیشتر، بنگرید به تارنمای زیر:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

منشور بشر دوستانه



منشور بشردوستانه

منشور بشردوستانه درواقع پیشینه اخلاقی و حقوقی اصول حمایت، استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردهای مندرج در این کتاب راهنما است. بخشی از این منشور، بیان تعهدات و حقوق قانونی و بخش دیگر آن بیان اعتقادات مشترک می‌باشد.

درخصوص تعهدات و حقوق قانونی، اصول محوری قانونی دارای بیشترین تأثیرگذاری بر رفاه افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات در این منشور بشردوستانه خلاصه شده‌اند و درخصوص اعتقادات مشترک، تلاش شده است که اجماع مابین نهادهای بشردوستانه پیرامون اصول حاکم بر پاسخ‌دهی به سوانح یا مخاصمات ازجمله نقش‌ها و مسئولیت‌های کنشگران مختلف درگیر در این منشور درج گردد. منشور بشردوستانه مبنای تعهد نهادهای بشردوستانه‌ای است که اسفیر را تأیید نموده‌اند و دعوتی است از کلیه کنشگران بشردوستانه برای اتخاذ اصول مشابه.

باورهای ما

۱. در منشور بشردوستانه، اعتقاد راسخ مشترک ما به‌عنوان نهادهای بشردوستانه درخصوص حق برخورداری تمامی افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات از دریافت کمک و حمایت در راستای تضمین شرایط اولیه زندگی با حفظ کرامت بیان شده است. ما معتقدیم که اصول تشریح شده در این منشور بشردوستانه جهان‌شمول هستند و در مورد تمامی افراد متأثر از سوانح یا مخاصمات در هر جا و همچنین برای تمامی اشخاص جویای کمک یا تأمین امنیت صدق می‌کنند. این اصول در قوانین بین‌المللی منعکس شده‌اند؛ اما توان و قدرت آن‌ها نهایتاً از اصول اخلاقی **انسانیت** نشأت می‌گیرد: این‌که همه انسان‌ها آزاد و با حقوق و کرامت برابر به دنیا می‌آیند. بر مبنای این اصل، ما بر **تقدم ضرورت بشردوستانه** تأکید می‌نماییم؛ باید اقدامی برای پیشگیری یا کاهش آلام انسان‌ها در اثر سوانح یا مخاصمات اتخاذ گردد و هیچ مسئله‌ای نباید این اصل را تحت‌الشعاع قرار دهد.

ما در قالب نهادهای محلی، ملی و بین‌المللی خود را به ارتقا و رعایت اصول این منشور و برآورده ساختن حداقل استانداردها در تلاش‌های خود برای کمک و حمایت از افراد متأثر، متعهد می‌سازیم. ما کلیه افراد دست‌اندرکار فعالیت‌های بشردوستانه، ازجمله کنشگران دولتی و بخش خصوصی را به پذیرش اصول، حقوق و وظایف مشترک مندرج در ذیل به‌عنوان بیانیه باور مشترک بشردوستانه دعوت می‌نماییم.

نقش ما

۲. ما اذعان داریم که بیش از هر چیز، نیازهای اولیه افراد متأثر از سوانح یا مخاصمات با تلاش‌های خود آن‌ها و از طریق پشتیبانی نهادهای محلی و اجتماعی برآورده می‌گردند. ما واقفیم که دولت کشور متأثر مسئولیت و نقش اصلی تأمین کمک‌های به‌موقع را به افراد متأثر در راستای تضمین امنیت، حمایت و پشتیبانی از بازتوانی آن‌ها بر عهده دارد. ما باور داریم که آمیزه‌ای از اقدامات رسمی و داوطلبانه برای پیشگیری و پاسخ‌دهی اثربخش ضرورت دارد و نهضت جمعیت‌های ملی صلیب سرخ و هلال‌احمر^۱ و سایر کنشگران جامعه مدنی نقش اساسی را درخصوص پشتیبانی از مقامات مسئول دولتی ایفا می‌نمایند. در موارد ضعف ظرفیت ملی، ما بر نقش سایر کنشگران جامعه بین‌المللی ازجمله حامیان مالی دولتی و سازمان‌های منطقه‌ای در کمک به کشورها در راستای اجرای مسئولیت‌های خود تأکید می‌کنیم. ما نقش‌های خاص آژانس‌های مسئول سازمان ملل متحد و کمیته بین‌المللی صلیب سرخ^۲ را به رسمیت می‌شناسیم و پشتیبان آن نقش‌ها هستیم.

1. National Societies of the Red Cross and Red Crescent Movement
2. International Committee of the Red Cross (ICRC)

۳. ما نهادهای بشردوستانه، نقش خود را در ارتباط با نیازها و ظرفیت‌های جمعیت‌های متأثر و مسئولیت‌های دولت‌ها یا قدرت‌های حاکم تفسیر می‌نماییم. نقش ما در ارائه کمک نمایانگر این واقعیت است که اشخاص عهده‌دار مسئولیت اصلی الزاماً در همه شرایط توان ایفای این نقش را به‌تنهایی ندارند و یا شاید تمایلی به انجام آن نداشته باشند. ما حتی‌المقدور و در راستای تحقق این مهم بشردوستانه و سایر اصول مصرح در این منشور از تلاش‌های مقامات مسئول مربوطه به‌منظور حمایت و کمک به افراد متأثر پشتیبانی می‌نماییم. ما از کلیه کنشگران دولتی و غیردولتی دعوت می‌نماییم که به نقش بی‌غرض، مستقل و غیرجانچی نهادهای بشردوستانه احترام بگذارند و کار آنان را با حذف موانع غیرضروری قانونی و عملی، تأمین ایمنی آن‌ها و ایجاد امکان دسترسی به‌موقع و منسجم آن‌ها به جمعیت‌های متأثر، تسهیل کنند.

اصول، حقوق و وظایف مشترک

۴. ما خدمات خود را به‌عنوان نهادهای بشردوستانه بر مبنای اصل انسانیت و ضرورت به رسمیت شناختن حقوق کلیه افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات (زنان و مردان، پسران و دختران) ارائه می‌نماییم. این خدمات شامل حقوق برخورداری از حمایت و کمک بنا به مفاد قوانین بشردوستانه بین‌المللی، حقوق بشر و قوانین پناهندگان می‌باشند. در چارچوب این منشور ما این حقوق را به شکل ذیل خلاصه می‌نماییم:

- حق زندگی با حفظ کرامت.
- حق دریافت کمک‌های بشردوستانه.
- حق برخورداری از حمایت و امنیت.

اگرچه این حقوق در قالب عبارات فوق در قوانین بین‌المللی تصریح نشده‌اند اما دامنه‌ای از حقوق قانونی تدوین شده را پوشش می‌دهند و استحکام بیشتری را برای امور بشردوستانه ایجاد می‌کنند.

۵. **حق زندگی با حفظ کرامت** در مفاد قوانین بشردوستانه و به‌طور خاص اقدامات حقوق بشر مرتبط با حق حیات، حق استاندارد مناسب برای زندگی و حق مصونیت در برابر شکنجه یا مجازات یا رفتار ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز انعکاس یافته است. حق حیات، درواقع وظیفه حفظ حیات را در شرایط تهدید شدن آن در بر می‌گیرد. عدم ممانعت یا اختلال در تأمین کمک‌های نجات‌بخش به‌صورت تلویحی در وظیفه مذکور درج شده است. کرامت فراتر از صرفاً نیک‌بود جسمانی است و احترام برای کلیت انسانی فرد را شامل ارزش‌ها و باورهای وی و اجتماعات میزبان و همچنین احترام به حقوق انسانی آن‌ها شامل آزادی، آزادی وجدان و اجرای مناسک مذهبی می‌طلبد.

۶. **حق دریافت کمک‌های بشردوستانه** امری ضروری در حق زندگی همراه با کرامت است که حق برخورداری از استاندارد کافی زندگی را شامل غذا، آب، پوشاک، سرپناه مناسب و ملزومات سلامت کافی پوشش می‌دهد که همگی صراحتاً در قوانین بین‌المللی تضمین شده‌اند. استاندارد محوری حقوق بشر و حداقل استانداردها، معرف این حقوق هستند و آن‌ها را به شکل عملی مخصوصاً در ارتباط با تأمین کمک به افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات بیان می‌کنند. در شرایطی که کنشگران دولتی و غیردولتی خود مشغول تأمین این‌گونه کمک‌ها نیستند، ما بر این باوریم که آن‌ها باید به دیگران اجازه این کار را بدهند. چنین کمک‌هایی باید مطابق با حذف اصل **بی‌غرضی** ارائه گردند که این روند خود مستلزم ارائه آن‌ها صرفاً بر مبنای نیاز و متناسب با نیاز است. فرایند مذکور نشانگر اصل گسترده‌تر **عدم تبعیض** می‌باشد: آنکه هیچ‌کس نباید بر مبنای جایگاه خود از جمله سن، جنس، نژاد، رنگ، قومیت، گرایش جنسی، زبان، مذهب، معلولیت، وضعیت سلامتی، باور سیاسی یا هر باور دیگر و خاستگاه ملی یا اجتماعی مورد تبعیض واقع گردد.

۷. **حق برخورداری از حمایت و امنیت** ریشه در مفاد قوانین بین‌المللی، قطعنامه‌های سازمان ملل متحد و سایر سازمان‌های میان‌دولتی و مسئولیت حاکمیتی هر کشور درخصوص حمایت از کلیه افراد تحت حوزه استحفاظیه خود دارد. ایمنی و امنیت شامل حمایت از پناهندگان و بیجاشدگان داخلی، دو مهم بشردوستانه می‌باشند. بنا به تصریح



قانون، برخی افراد شاید به‌طور خاص در برابر آزار و تبعیض نامطلوب ناشی از جایگاه خود به‌عنوان مثال بر مبنای سن، جنس یا نژاد آسیب‌پذیر باشند و به اقدامات خاص حمایتی و کمک نیاز خواهند داشت. ما در موارد عدم برخورداری کشوری از ظرفیت حمایت از افراد در این‌گونه شرایط باور داریم که آن کشور باید در پی کمک‌های بین‌المللی برای تحقق این ضرورت باشد.

در قوانین مرتبط با حمایت از غیرنظامیان و بیجاشدگان، توجه خاصی در این خصوص تصریح شده است:

الف. در طی **مخاصمات مسلحانه** بنا به تعریف بین‌المللی، مفاد قانونی خاصی برای حمایت و کمک به افرادی که در مخاصمات شرکت نداشته‌اند، تدوین شده‌اند. به‌طور خاص، کنوانسیون‌های ۱۹۴۹ ژنو و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ تعهداتی را بر طرفین مخاصمات مسلحانه اعم از بین‌المللی و غیربین‌المللی وضع می‌نماید. ما بر مصونیت کلی جمعیت غیرنظامی در برابر حمله و تلافی به‌طور خاص بر ضرورت موارد زیر تأکید می‌نماییم:

- اصل **تفکیک**^۱ مابین غیرنظامیان و جنگجویان و مابین اهداف نظامی و غیرنظامی.
 - اصول **تناسب**^۲ در به‌کارگیری زور و **احتیاط** در حمله.
 - وظیفه پرهیز از به‌کارگیری سلاح بدون رعایت اصل تفکیک یا سلاحی که طبیعتاً باعث مصدومیت بیش‌ازحد یا درد و آلام غیرضروری می‌گردد.
 - وظیفه اجازه دادن به ارائه امداد بی‌غرض.
- بسیاری از آلام اجتناب‌پذیر که در طی مخاصمات مسلحانه به غیرنظامیان وارد می‌شوند ناشی از عدم رعایت این اصول پایه هستند.

ب. **حق پناهجویی یا برخورداری از مأمن** برای حمایت از افراد در معرض آزار یا خشونت بسیار مهم است. افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات اغلب مجبور به ترک خانه و کاشانه خود می‌شوند تا به امنیت و امکان ادامه حیات دست یابند. مفاد کنوانسیون ۱۹۵۱ مربوط به وضعیت پناهندگان^۳ (ویراست اصلاح‌شده آن) و سایر معاهدات بین‌المللی و منطقه‌ای حاوی اهرم‌های حمایتی، مبنایی برای افرادی هستند که قادر به برخورداری از حمایت کشور متبوع یا محل اقامت خود نیستند و مجبور به جستجو برای ایمنی در کشور دیگری می‌گردند. یکی از اصول محوری در این میان عبارت است از اصل **عدم بازگرداندن**^۴: «طبق این اصل، هیچ‌کس نباید به کشوری که حیات، آزادی یا امنیت جسمانی وی در آن مورد تهدید قرار می‌گیرد و یا در معرض شکنجه یا سایر مجازات یا رفتار ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز واقع می‌گردند، بازگردانده شوند. همین اصل بنا به مفاد تصریح‌شده در قوانین بین‌المللی حقوق بشر و اصول راهنمای ۱۹۹۸ در زمینه بیجاشدگی داخلی^۵ و همچنین قوانین مربوطه ملی و منطقه‌ای به بیجاشدگان داخلی نیز تسری می‌یابد.

تعهد ما

۸. ما خدمات خود را با این باور ارائه می‌کنیم که جمعیت متأثر در کانون اقدامات بشردوستانه قرار دارد و نقش اساسی مشارکت فعال آن‌ها را در تأمین بهترین نوع کمک جهت برطرف کردن نیازهای افراد آسیب‌پذیر و در حاشیه^۶ به رسمیت می‌شناسیم. ما تلاش خواهیم کرد که از فعالیت‌های محلی در راستای پیشگیری، آمادگی و پاسخ‌دهی به سوانح و اثرات مخاصمات و همچنین تقویت ظرفیت‌های کنشگران محلی در کلیه سطوح، پشتیبانی به عمل آوریم.

1. distinction
2. proportionality
3. 1951 Convention Relating to the Status of Refugees
4. non-refoulement
5. 1998 Guiding Principles on Internal Displacement
6. marginalized

۹. ما آگاهیم که تلاش برای ارائه کمک‌های بشردوستانه ممکن است برخی اوقات همراه با عوارض نامطلوب ناخواسته باشد. ما ضمن همکاری با مقامات مسئول و اجتماعات متأثر، با هدف حداقل‌سازی تمامی اثرات منفی، اقدامات بشردوستانه را در اجتماع محلی یا محیط‌زیست پیگیری می‌نماییم. درخصوص مخاصمات مسلحانه، ما واقفیم که روش ارائه کمک‌های بشردوستانه می‌تواند باعث افزایش آسیب‌پذیری بالقوه غیرنظامیان در برابر حمله گردد یا در برخی موارد، مزایایی ناخواسته برای حداقل یکی از طرفین مخاصمه به همراه داشته باشد. ما جهت کاهش این‌گونه عوارض نامطلوب در حد مطابقت با اصول مندرج فوق، متعهد هستیم.

۱۰. ما مطابق با اصول اقدامات بشردوستانه در این منشور و راهنمای خاص منشور رفتاری برای نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سمن‌ها در امداد سوانح (۱۹۹۴) اقدام می‌نماییم.

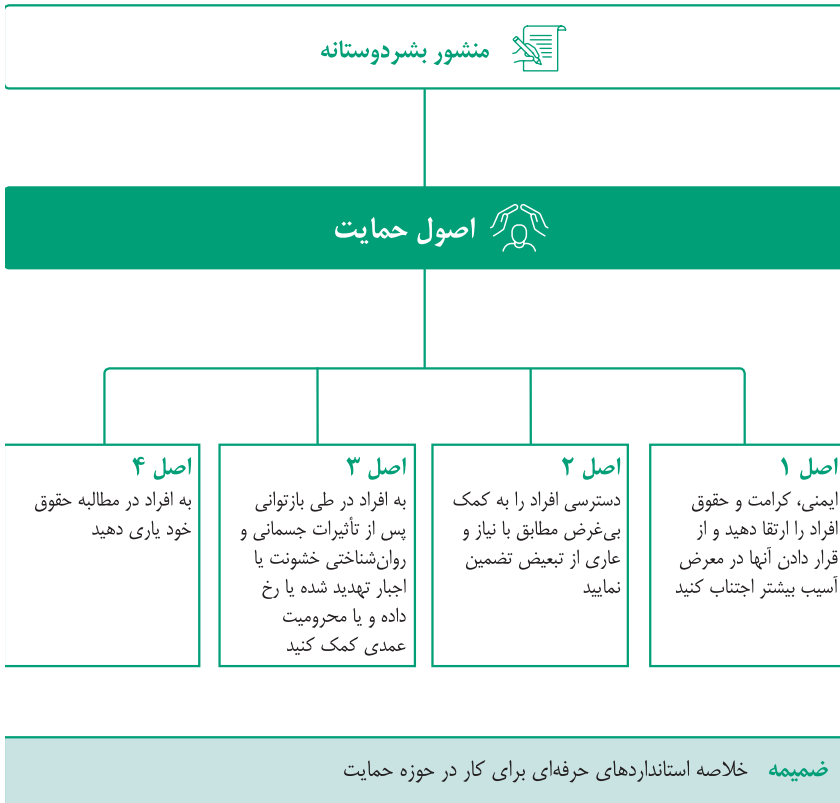
۱۱. استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردها باعث استحکام اصول مشترک در این منشور بر مبنای شناخت سازمان‌ها نسبت به حداقل ملزومات اساسی برای زندگی همراه با کرامت و تجربه آن‌ها در ارائه کمک‌های بشردوستانه می‌گردند. اگرچه تحقق این استانداردها بستگی به دامنه‌ای از عوامل دارد که بسیاری از آن‌ها خارج از حیطه کنترل ما قرار دارند اما ما خود را به تلاش‌های منسجم برای تحقق آن‌ها متعهد می‌سازیم و انتظار داریم که در این خصوص پاسخگو قلمداد شویم. ما از کلیه طرفین شامل دولت‌های متأثر و اهداکننده، سازمان‌های بین‌المللی و کنشگران بخش خصوصی و غیردولتی دعوت می‌نماییم که استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردها را به‌عنوان هنجارهای پذیرفته‌شده تصویب نمایند.

۱۲. ما وفاداری به استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردها خود را به انجام تمامی تلاش‌ها با هدف تضمین دسترسی افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات به حداقل الزامات برای زندگی همراه با کرامت و امنیت شامل آب، فاضلاب، غذا، تغذیه، سرپناه و مراقبت‌های سلامت مناسب و کافی متعهد می‌نماییم. در این راستا، ما به مطالبه‌گری در راستای برآورده ساختن تعهدات اخلاقی و قانونی دولت‌ها و سایر نهادها نسبت به جمعیت‌های متأثر ادامه خواهیم داد. ما در فرایند ایفای نقش خود، پاسخدهی را با اثربخشی، تناسب و پاسخگویی بیشتر از طریق پایش و ارزشیابی درست شرایط در حال تغییر محلی ارائه می‌نماییم و در این راستا به تقویت شفافیت اطلاع‌رسانی و تصمیم‌گیری و همچنین افزایش اثربخشی هماهنگی و همکاری با سایر کنشگران مربوطه در کلیه سطوح منطبق با جزئیات مندرج در استاندارد محوری بشردوستانه و حداقل استانداردها می‌پردازیم. به‌طور خاص، ما نسبت به همکاری شراکتی با جمعیت‌های متأثر تعهد داریم و بر مشارکت فعال آن‌ها در پاسخدهی تأکید می‌ورزیم. ما اذعان داریم که پاسخگویی اصلی ما در قبال افرادی است که در پی کمک به آن‌ها می‌باشیم.



اصول حمايت





فهرست محتوا

۳۶	 اصول حمایت
۳۸	 اصل ۱
۴۰	 اصل ۲
۴۱	 اصل ۳
۴۳	 اصل ۴
۴۵	 ضمیمه: خلاصه استانداردهای حرفه‌ای برای کار در حوزه حمایت
۴۷	 مآخذ و منابع بیشتر



اصول حمایت

چهار اصل حمایت در تمامی اقدامات بشردوستانه و برای کلیه کنشگران بشردوستانه صدق می‌کنند.

۱. ایمنی، کرامت و حقوق افراد را ارتقا دهید و از قرار دادن آن‌ها در معرض آسیب بیشتر اجتناب کنید.
۲. دسترسی افراد را به کمک بی‌غرض مطابق با نیاز و عاری از تبعیض تضمین نمایید.
۳. به افراد در طی بازتوانی پس از آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی خشونت یا تهدید یا اعمال اجبار و یا محرومیت عمدی کمک کنید.
۴. به افراد در مطالبه حقوق خود یاری دهید.

اصول حمایت پشتیبان حقوق مندرج در منشور بشردوستانه هستند؛ حق زندگی همراه با کرامت، حق دریافت کمک‌های بشردوستانه و حق برخورداری از حمایت و امنیت. در این اصول، نقش کلیه کنشگران بشردوستانه در کمک به حمایت از افراد به رشته تحریر درآمده است. البته نقش‌ها و مسئولیت‌های کنشگران بشردوستانه در مقایسه با نقش و مسئولیت‌های هر کشور در جایگاه دوم قرار گرفته‌اند؛ چراکه دولت هر کشور یا سایر مقامات ذی‌ربط، مسئولیت قانونی تأمین رفاه افراد و همچنین ایمنی غیرنظامیان را در مخاصمات مسلحانه بر عهده دارند. نهایتاً همین مقامات مسئول موظف به تضمین امنیت و ایمنی افراد از طریق کنش یا اعمال محدودیت می‌باشند. نقش کنشگران بشردوستانه، تشویق و ترغیب مقامات مسئول به اجرای تعهدات خود و در صورت ناتوانی آن‌ها در اجرای این تعهدات، کمک به افراد در حل‌وفصل عواقب مربوطه است.

در این فصل، راهکارهایی در زمینه چگونگی کمک سازمان‌های بشردوستانه به حمایت، از طریق کمک به افراد در جهت ایمن ماندن، دسترسی به کمک، بازتوانی از خشونت و مطالبه حقوق خود ارائه شده‌اند.

حمایت با ایمنی، کرامت و حقوق افراد متأثر در سوانح یا مخاصمات مسلحانه مرتبط است. کمیته دائمی میان‌سازمانی^۱ حمایت را به شکل زیر تعریف می‌نماید:

«...تمامی فعالیت‌های معطوف به تحقق رعایت کامل حقوق افراد مطابق با موارد مصرح و روح حاکم بر مجموعه قوانین مرتبط (به عبارتی قوانین بین‌المللی حقوق بشر، قوانین بین‌المللی بشردوستانه، قوانین بین‌المللی پناهندگان)».

حمایت در مفهوم گسترده خود شامل کلیه تلاش‌های دنبال شده توسط کنشگران بشردوستانه و حقوق بشر در راستای تضمین شناخت، رعایت، حمایت و تحقق تعهدات مسئولین وفق قوانین بین‌المللی به دور از تبعیض است.

حمایت یعنی اقدام برای ایمن نگاه‌داشتن افراد در برابر خشونت، اجبار و محرومیت عمدی. اغلب این موارد هستند که فضای بشردوستانه را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند و در چنین شرایطی اقدام هماهنگ جهت اثرگذاری بیشتر ضرورت دارد. به‌منظور ادغام حمایت در پاسخ‌دهی بشردوستانه، حتماً باید متوجه خطرهای کلیدی فراروی افراد متأثر ازجمله آسیب جدی ناشی از عدم رعایت قوانین بین‌المللی بشردوستانه، پناهندگان یا حقوق بشر بود.

1. Inter-Agency Standing Committee (IASC)

اجرای این اصول در عمل

کلیه اجراکنندگان حداقل استانداردهای اسفیر حتی افراد فاقد وظیفه مشخص حمایت یا ظرفیت تخصصی در حمایت باید تحت راهنمایی اصول حمایت قرار داشته باشند. این امر شامل شناخت موقعیت و اقدام برای کاهش، محدودسازی یا پایان دادن به موارد نقض و خطرهای فراروی ایمنی افراد است. ارائه اطلاعات و پشتیبانی از توان افراد در اتخاذ تصمیمات آگاهانه درباره وضعیت و بازتوانی خود بسیار مهم است.

کنشگران تخصصی حمایت باید این اصول را علاوه بر استانداردهای خاص تکمیلی رعایت نمایند. کنشگران تخصصی حمایت در حوزه‌های خاص و موردتوجه ذیل فعالیت دارند:

- حمایت از کودکان.
- خشونت جنسیت‌محور.
- حقوق اسکان، اراضی و مالکیت.
- مین‌زدایی.
- حاکمیت قانون و دادگستری.
- مشاوره حقوقی.
- مدافعین و وکلای حقوق بشر.
- جمعیت‌های بیجاشده داخلی.
- حقوق پناهندگان.

⊕ **بگیرید به مآخذ و ضمیمه: استانداردهای حرفه‌ای برای کار در حوزه حمایت که شامل ردیابی خانواده، تمدید مدارک، حفاظت از داده‌ها و سایر حوزه‌ها است.**

فعالیت‌های حمایت

فعالیت‌های مرتبط با حمایت می‌توانند همراه با پیشگیری، پاسخ‌دهی، درمان و بسترسازی باشند. پاسداشت اصول حمایت مستلزم ترکیب این فعالیت‌ها است.

- **پیشگیری:** پیشگیری از رخداد تهدیدات در برابر ایمنی، کرامت یا حقوق یا کاهش مواجهه یا آسیب‌پذیری از این تهدیدات.
- **پاسخ‌دهی:** متوقف ساختن موارد آزار یا نقض جاری حقوق با استفاده از پاسخ‌دهی فوری به بروز خشونت، اجبار و محرومیت.
- **ارائه خدمات:** ارائه خدمات برای موارد پیشین یا جاری آزار از طریق تأمین مراقبت‌های سلامت (شامل حمایت روانی - اجتماعی)، معاضدت حقوقی یا سایر اشکال پشتیبانی به‌منظور کمک به افراد در بازیابی کرامت خود.
- **بسترسازی:** کمک به محیط سیاست‌گذاری، اجتماعی، فرهنگی، نهادی و قانونی پشتیبان رعایت کامل حقوق جمعیت متأثر. این روند شامل تشویق احترام به حقوق مطابق با قوانین بین‌المللی است.

مطالعه‌گری چه از سوی بخش عمومی و چه از سوی بخش خصوصی، در انواع چهارگانه فعالیت فوق عمومیت دارد. در شرایط اعمال تهدیدات نسبت به جمعیت متأثر در اثر تصمیمات، اقدامات یا سیاست‌های عمدی، سازمان‌های



بشردوستانه یا حقوق بشری باید به مطالبه‌گری برای تغییرات در تصمیمات، اقدامات یا سیاست‌های تهدیدکننده حقوق جمعیت متأثر روی آورند. این امر می‌تواند شامل تأثیرگذاری یا تغییر رفتار فرد یا سازمان تهدیدگر و همچنین پیگیری تغییر در سیاست‌ها یا چارچوب‌های قانونی تبعیض‌آمیز باشد. علاوه بر این، روند مذکور می‌تواند شامل پشتیبانی از تلاش‌های خود افراد برای ایمن ماندن و کاهش مواجهه آن‌ها با خطر باشد.

اصل ۱ حمایت:

ایمنی، کرامت و حقوق افراد را ارتقا دهید و از قرار دادن آن‌ها در معرض آسیب بیشتر اجتناب کنید

کنشگران بشردوستانه اقداماتی را برای کاهش کلی خطرهای ازجمله تأثیرات بالقوه منفی برنامه‌های بشردوستانه انجام می‌دهند.

این اصل شامل موارد زیر است:

- شناخت خطرهای حمایت در موقعیت‌های مختلف.
- ارائه کمک‌هایی که باعث کاهش خطرات فراروی افراد در طی برآورده کردن نیازهای آن‌ها و همچنین حفظ کرامت گردند.
- ارائه کمک در محیطی که افراد را در معرض مخاطرات جسمانی، خشونت یا آزار بیشتر قرار نمی‌دهد.
- پشتیبانی از ظرفیت افراد برای حمایت از خود.

نکته محوری این اصل عبارت است از اهمیت اجتناب از تأثیرات منفی ناشی از برنامه‌ریزی بشردوستانه. [⊕] بنگرید به تعهد ۳/ استاند/د محوری بشردوستانه.

یادداشت‌های راهنما

تحلیل موقعیت: موقعیت را بشناسید و عواقب اقدام بشردوستانه احتمالاً اثرگذار بر ایمنی، کرامت و حقوق جمعیت متأثر را پیش‌بینی نمایید. با شرکا و گروه‌های زنان، مردان، پسران و دختران متأثر برای انجام تحلیل خطر هم‌زمان با تغییر وضعیت همکاری کنید.

فهرست زیر جامع نیست اما می‌تواند مبنایی را برای چنین تحلیلی شکل دهد:

- تهدیدها، خطرهای آسیب‌پذیری‌های حمایت در کل جمعیت کدام هستند؟ جمعیت از چه ظرفیت‌هایی برای حداقل‌سازی این موارد برخوردار است؟
- آیا گروه‌هایی وجود دارند که با خطرهای خاص مواجه هستند؟ چرا؟ به‌عنوان نمونه، می‌توانید قومیت، طبقه اجتماعی، طبقه اقتصادی، جنس، سن، جنسیت، معلولیت یا گرایش جنسی را در نظر بگیرید.
- آیا موانعی باعث عدم دسترسی افراد به کمک‌ها یا مشارکت در تصمیمات می‌گردند؟ چنین موانعی می‌توانند امنیتی، اجتماعی یا فیزیکی و همچنین نحوه ارائه اطلاعات باشند.
- اجتماعات محلی برای حفاظت از خود چه می‌کنند؟ سازمان‌های بشردوستانه چگونه از این تلاش‌ها پشتیبانی می‌نمایند و آن‌ها را تضعیف نمی‌کنند؟ آیا افرادی که از خود حمایت می‌نمایند، با خطرانی مواجه‌اند؟

- آیا افراد به سازوکارهای سازگاری منفی از جمله خدمات جنسی تراکنشی، ازدواج زودهنگام، کار کودک یا مهاجرت پرخطر مبادرت می‌کنند؟ چطور می‌توان آسیب‌پذیری‌های زمینه‌ای را کاهش داد؟
 - آیا فعالیت‌های بشردوستانه دارای عواقب منفی غیرعمدی از جمله قرار دادن افراد در معرض خطر در نقاط توزیع یا ایجاد تفرقه درون اجتماع یا با اجتماع میزبان هستند؟ چگونه می‌توان این خطر را کاهش داد؟
 - آیا قوانین جزایی وجود دارند که خطر حمایتی را ایجاد می‌کنند (مانند آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی، جرم‌نگاری روابط همجنسگرایانه یا سایر موارد)؟
- سازوکارهای پاسخگویی و تبادل اطلاعات را با اجتماعات از جمله افراد در معرض خطر به‌منظور شناسایی و پاسخ‌دهی به مسائل حمایتی ایجاد و حفظ نمایند.

از مبادرت به نقض حقوق افراد از طریق فعالیت‌های مشروعیت دهنده به سیاست‌ها و رویه‌های مشکل‌ساز اجتناب نمایند. مثال‌های این چنین عبارت‌اند از فعالیت‌هایی که جانمایی^۱ مجدد اجباری جمعیت‌ها را برای دلایل سیاسی یا نظامی اعمال می‌کنند یا افزایش غیرمستقیم مخاصمات از طریق گزینش شرکا یا پیمانکاران تجاری بدون رعایت دقت. چنین تحلیلی می‌تواند شامل تصمیمات و گزینه‌های دشوار باشد اما باید آن را صراحتاً مورد بررسی و بازبینی در طی تغییر شرایط قرار داد.

کمک‌های بشردوستانه: نحوه ارائه کمک و محیطی که کمک در آن ارائه می‌گردد می‌تواند باعث آسیب‌پذیری بیشتر افراد در برابر خشونت، آسیب یا اجبار گردد.



- کمک‌ها را در ایمن‌ترین محیط ممکن ارائه نمایند و به شکلی فعال در پی روش‌های حداقل‌سازی تهدیدها و آسیب‌پذیری‌ها باشید. به‌عنوان نمونه، آموزش و مراقبت‌های سلامت را در اماکنی ارائه کنید که کلیه افراد بتوانند به آن‌ها دسترسی ایمن داشته باشند. ⊕ **بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران‌ها.**
- کلیه گام‌های مناسب را هم‌زمان با ارائه و مدیریت کمک برای حمایت از افراد در برابر حملات جسمانی و جنسی اتخاذ نمایید. به‌عنوان مثال اقلام ارزشمند یا کمک‌های نقدی می‌تواند باعث غارت یا قرار دادن دریافت‌کنندگان در معرض آسیب گردند.
- به افراد کمک نمایند تا گزینه‌های ایمن را برای پاسخ‌دهی به نیازهای پایه خود پیدا کنند تا مواجهه آن‌ها با خطرهای کاهش یابد. به‌عنوان مثال، جایگزین‌های سوخت را تأمین کنید که نیاز به جمع‌آوری هیزم را در محیط‌های خطرناک کاهش می‌دهد.
- فعالیت‌های حمایت‌گرانه از دختران و پسران طراحی کنید و خطرهای بیشتری از جمله سربازگیری کودکان، کودک‌ربایی یا جدایی از خانواده را ایجاد نکنید. ⊕ **بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استاندارد برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه: ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه.**
- با مقامات مسئول دولتی و سازمان‌های تخصصی در زمینه پاک‌سازی اراضی از مین و مهمات منفجر نشده در مناطق ارائه کمک هماهنگی کنید. ⊕ **بنگرید به استانداردهای بین‌المللی مین‌زدایی^۲.**
- هرگونه تأثیر غیرعمدی را بر محیط‌زیست که می‌تواند بر ایمنی، کرامت و حقوق افراد اثرگذار باشد، در نظر بگیرید.
- با بخش‌های مختلف اجتماع از جمله گروه‌های در معرض خطر و سازمان‌های مورد اعتماد آن‌ها به‌منظور شناخت

1. location
2. International Mine Action Standards

بهترین روش برای ارائه کمک مشورت نمایید. به عنوان نمونه، با افراد دارای معلولیت در راستای تعیین چگونگی ارائه کمک همکاری کنید. نیک بود آن‌ها یا افراد مورد اعتماد آن‌ها برای دریافت کمک از سوی آنان نباید در معرض خطر بیشتر قرار بگیرد.

سازوکارهای حمایت اجتماعی: شیوه تلاش افراد را برای حمایت از خود و خانواده‌ها و اجتماعات بشناسید. از ابتکار عمل‌های خودیاری به رهبری اجتماعات پشتیبانی کنید. مداخلات بشردوستانه نباید ظرفیت افراد را برای حمایت از خود و سایرین با اختلال مواجه سازد.

اطلاعات حساس: اطمینان حاصل کنید که افراد در اثر نحوه ثبت و تبادل اطلاعات توسط کنشگران بشردوستانه در معرض خطر قرار نمی‌گیرند. سیاستی را پیرامون جمع‌آوری و ارجاع اطلاعات حساس تدوین کنید که شرایط ارجاع اطلاعات و همچنین رعایت اصل رضایت آگاهانه در این سیاست تعریف شده باشند. عدم موفقیت روند مذکور می‌تواند ایمنی بازماندگان^۱ و یا کارکنان را دچار مشکل نماید.

اصل ۲ حمایت:

دسترسی افراد را به کمک بی‌غرض مطابق با نیاز و عاری از تبعیض تضمین نمایید.

کنشگران بشردوستانه موانع دسترسی به کمک را شناسایی می‌کنند و گام‌هایی را برای حصول اطمینان از ارائه کمک‌ها متناسب با نیاز و به دور از تبعیض اتخاذ می‌نمایند.

این اصل شامل موارد زیر است:

- با استفاده از اصول بشردوستانه و قوانین مربوطه، به چالش کشیدن کلیه اقداماتی که عمداً افراد را از نیازهای اولیه خود محروم می‌سازند. ⊕ بنگرید به منشور بشردوستانه.
 - تضمین برخورداری افراد از کمک‌ها بر مبنای نیاز و عدم تبعیض بنا به هر دلیل.
 - تضمین دسترسی به کمک برای تمامی بخش‌های جمعیت متأثر.
- نکته محوری در این اصل عبارت است از دسترسی داشتن اجتماعات به کمک‌های بشردوستانه مورد نیاز آن‌ها. ⊕ بنگرید به تعهد ۲ استاندارد محوری بشردوستانه.

یادداشت‌های راهنما

بی‌غرضی: کمک‌ها را فقط بر مبنای نیاز اولویت‌بندی نمایید و متناسب با آن ارائه کنید. این مسئله درواقع اصل بی‌غرضی تأییدشده در منشور رفتاری نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال‌احمر و سمن‌ها در امداد سوانح است. ⊕ بنگرید به پیوست ۲ و منشور بشردوستانه. در صورتی که تمرکز سازمان‌های بشردوستانه بر صرفاً گروه خاصی (ازجمله بیجاشدگان در اردوگاه یا گروه‌های خاص اقلیت) به ایراد آسیب به گروه نیازمند دیگر در جمعیت متعصب منجر گردد، سازمان‌های مذکور نباید چنین تمرکزی را پیگیری کنند.

حق دریافت کمک‌های بشردوستانه: درخصوص حق افراد متأثر از بحران برای دریافت کمک‌های بشردوستانه مطالبه‌گری نمایید. در موارد ناتوانی افراد به تحقق نیازهای پایه خود و عدم امکان ارائه کمک از سوی مقامات مسئول مربوطه، مقامات مسئول نباید مانع دسترسی به سازمان‌های بشردوستانه بی‌غرض گردند.

چنین ممانعتی می‌تواند ناقض قوانین بین‌المللی مخصوصاً در شرایط مخاصمات مسلحانه گردد. افراد متأثر در بحران نیاز ندارند که برای دریافت حمایت و کمک بشردوستانه از جایگاه حقوقی خاصی برخوردار باشند.

مقامات مسئول نباید منکر وجود نیازهای بشردوستانه شوند و یا از موانع اداری برای محدودسازی تردد کنشگران بشردوستانه بهره‌گیری کنند.

موانع دسترسی: دسترسی افراد را به کمک‌های بشردوستانه به‌منظور شناسایی و درک موانع پیش روی آن‌ها پایش نمایید. در صورت امکان، اقداماتی را برای توجه به این موارد اتخاذ کنید.

■ موانع کاهش‌دهنده آزادی تردد افراد یا دسترسی فیزیکی آن‌ها را به کمک‌های بشردوستانه در نظر بگیرید. این موانع شامل محاصره، مین و ایست بازرسی می‌باشند. در مخاصمات مسلحانه، طرفین شاید ایست بازرسی ایجاد کنند اما چنین مواردی نباید باعث تبعیض مابین گروه‌های افراد متأثر شوند یا به شکلی غیرمنصفانه مانع دسترسی افراد به کمک‌های بشردوستانه گردند.

■ به موانعی که می‌توانند دسترسی را برای برخی گروه‌ها و افراد محدود سازند و به کمک‌های غیرعادلانه منجر شوند، توجه نمایید. موانع شاید به تبعیض علیه زنان، کودکان، سالمندان، افراد دارای معلولیت یا اقلیت‌ها بیانجامد. چنین موانعی ممکن است همچنین باعث جلوگیری از دسترسی افراد به کمک بر مبنای گرایش قومی، مذهبی، سیاسی و جنسی، هویت جنسیتی، زبان یا سایر موارد شوند.

■ اطلاعات را درخصوص سازوکارهای بازخورد و حقوق در قالب زبان‌ها و اشکال قابل دسترسی ارائه نمایید. برنامه‌های یاری‌رسانی^۱ را میان گروه‌های در معرض خطر «پنهان» از جمله افراد دارای معلولیت، کودکان، افراد در حال زندگی در خیابان‌ها یا افراد در حال زندگی در مناطق دارای پوشش کمتر به‌منظور تسهیل دسترسی ایمین آن‌ها به کمک‌ها ارتقا دهید.



اصل ۳ حمایت:

به افراد در طی بازتوانی پس از اثرات جسمانی و روانی خشونت، تهدید به خشونت، اجبار یا محرومیت عمدی کمک کنید.

کنشگران بشردوستانه حمایت فوری و ادامه‌دار را به افراد آسیب‌دیده در اثر موارد نقض حقوق ارائه می‌نمایند؛ که نمونه‌های این گونه حمایت عبارت‌اند از ارجاع به خدمات بیشتر در صورت ضرورت.

این اصل شامل موارد زیر است:

- ارجاع بازماندگان به خدمات پشتیبانی مربوطه.
 - اتخاذ کلیه گام‌های مناسب برای تضمین قرار نگرفتن جمعیت متأثر در معرض خشونت، اجبار یا محرومیت بیشتر.
 - پشتیبانی از تلاش‌های خود افراد در راستای بازیابی کرامت و حقوق خود درون اجتماعات و ایمین بودن.
- نکته محوری این اصل عبارت است از دریافت کمک‌های هماهنگ و تکمیلی توسط اجتماعات و افراد متأثر از بحران.
- ⊕ بنگرید به تعهد ۶ استاندارد محوری بشردوستانه.

یادداشت‌های راهنما

موارد ارجاع: به نظام موجود ارجاع توجه کنید و به افراد متأثر از خشونت در جهت دسترسی ایمن به خدمات مناسب کمک نمایید. برخی از افراد شاید جویای کمک پس از نقض حقوق خود نگردند. گام‌هایی را برای شناسایی موانع پیگیری کمک از سوی افراد اتخاذ کنید و نظام ارجاع را متعاقباً مطابقت دهید.

از بازماندگان خشونت جنسیت‌محور یا جسمانی در دسترسی به خدماتی مانند مراقبت‌های سلامت، معاضدت پلیس، خدمات سلامت روان، حمایت روانی- اجتماعی و سایر خدمات پشتیبانی نمایید. این گونه خدمات باید نسبت به جنس، سن، معلولیت، گرایش جنسی و سایر عوامل مربوطه حساس باشند. **⊕ بنگرید به راهکارهای ادغام مداخلات خشونت جنسیت‌محور در اقدامات بشردوستانه^۱.**

سازوکارهای ایمن و اثربخش ارجاع را برای خدمات حمایت از کودک درخصوص پشتیبانی از کودکان نجات‌یافته از خشونت، بهره‌کشی، آزار و اهرمال^۲، ایجاد و استفاده کنید.

اقدامات/اجتماعی: از اقدامات اجتماعی و فعالیت‌های خودیاری که به بازیابی حس عاملیت^۳ افراد کمک می‌نمایند و حمایت از آن‌ها را بهبود می‌بخشند، پشتیبانی کنید.

از سازوکارهای پاسخ‌دهی فردی، خانوادگی و اجتماعی حمایت و حمایت‌های روانی- اجتماعی و سلامت روان پشتیبانی نمایید. این امر می‌تواند شامل موارد زیر باشد: ایجاد فرصت‌ها برای گفتگوی افراد درباره وضعیت خود، انتخاب تهدیدهای خاص حمایتی که باید به آن‌ها توجه شود و تدوین و اجرای گام‌ها برای پاسخ‌دهی به آن‌ها.

به گروه‌های محلی از جمله گروه‌های جوانان، گروه‌های زنان یا گروه‌های مذهبی در اجرای روش‌های عاری از خشونت خودحمایتی و پشتیبانی از گروه‌های آسیب‌پذیر کمک نمایید.

در کلیه موارد ممکن، خانواده‌ها (شامل خانواده‌های غیرسنجی) را در کنار هم حفظ کنید و به افراد متعلق به شبکه حمایتی یا روستای خاص امکان دهید که در منطقه یکسان زندگی کنند.

از سازوکارهای سازگاری اجتماعی مثبت مانند خاک‌سپاری متناسب با فرهنگ آنان، مراسم و رویه‌های مذهبی و مناسک فرهنگی و اجتماعی غیرمضر حمایت نمایید.

موارد نقض مستمر، پایش و گزارش‌دهی: نسبت به سازوکارهای گزارش‌دهی موارد نقض حقوق بشر مطلع باشید و سیاست‌ها و رویه‌های موجود را برای تبادل اطلاعات حساس دنبال کنید. **⊕ بنگرید به اصل ۱ حمایت و ضمیمه: استانداردهای حرفه‌ای برای کار در حوزه حمایت.**

موارد نقض مستمر باید توسط شرکا و سازمان‌های تخصصی در نظر گرفته شوند و در مورد آن‌ها اقدام گردد. مسئولیت اصلی حمایت از افراد بر دوش دولت و سایر مقامات مسئول مربوطه قرار دارد. با سازمان‌های تخصصی به‌منظور شناسایی اشخاص دارای ظرفیت یا مسئولیت قانونی تأمین حمایت و یادآوری تعهدات آن‌ها همکاری کنید.

نهادهای امنیتی و انتظامی، پلیس، نیروهای نظامی و نیروهای حافظ صلح نقش مهمی را در تضمین امنیت فیزیکی افراد ایفا می‌نمایند. در موارد ضروری و ایمن، پلیس یا نیروهای انتظامی یا کنشگران نظامی را نسبت به موارد نقض حقوق بشر مطلع سازید.

در طی مخاصمات مسلحانه، نهادهای ارائه‌کننده خدمات اساسی تحت حمایت خاص قوانین بین‌المللی بشردوستانه را مانند مدارس و بیمارستان‌ها پایش کنید و هرگونه حمله به سمت آن‌ها را گزارش نمایید. تلاش‌های خاص را برای

1. Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action
2. negligence
3. agency

کاهش خطرهای و تهدیدهای آذمربایی یا به کارگیری اجباری محتمل در این شرایط اتخاذ نمایند.

مدیریت اطلاعات حساس: سازمان‌های بشردوستانه باید رویه‌ها و سیاست‌های مشخصی را به منظور راهنمایی کارکنان درخصوص چگونگی پاسخدهی در صورت اطلاع یافتن از موارد آزار و یا شاهد این موارد بودن، اتخاذ کنند و همچنین از چگونگی ارجاع موارد به متخصصین و سازمان‌های تخصصی آگاهی داشته باشند. محرمانگی^۱ اطلاعات باید در این سیاست‌ها توضیح داده شود.

شواهد از جمله اظهارات شهود، تصاویر و نمایه‌های^۲ جمعیتی که شناسایی افراد را ممکن می‌سازند شاید به شدت حساس باشند و افراد را در معرض خطر قرار دهند. اطلاعات حساس درخصوص موارد نقض یا آزار خاص باید توسط سازمان‌های تخصصی دارای مهارت‌ها، نظام‌ها، ظرفیت و شیوه‌نامه‌های^۳ ضروری ایجادشده جمع‌آوری گردند. ⊕
بنگرید به ضمیمه: استانداردهای حرفه‌ای برای کار در حوزه حمایت.

اصل ۴ حمایت:

به افراد در مطالبه حقوق خود کمک نمایید

کشگران بشردوستانه به اجتماعات متأثر در راستای مطالبه حقوق خود از طریق اطلاعات و مستندات کمک می‌کنند و از تلاش‌ها برای تقویت رعایت حقوق، پشتیبانی می‌کنند.



این اصل شامل موارد زیر است:

- پشتیبانی از افراد برای تصریح حقوق خود و دسترسی به راه‌حل‌ها از دولت یا سایر منابع.
- کمک به افراد در تضمین دسترسی به مستندات ضروری به منظور نشان دادن حقوق خود.
- مطالبه‌گری برای رعایت کامل حقوق افراد و قوانین بین‌المللی و کمک به محیط حمایتی قوی‌تر.

نکته محوری این اصل آن است که افراد متأثر از بحران باید حقوق و مستحققات خود را بدانند. ⊕ بنگرید به تعهد ۴ / استاندارد محوری بشردوستانه.

یادداشت‌های راهنما

اطلاعات قابل دسترسی: آموزش و اطلاعاتی را ارائه کنید که به افراد توان درک و مطالبه‌گری برای حقوق خود بدهد. افراد را نسبت به حقوق خود از جمله در ارتباط با گزینه‌های اسکان مجدد و بازگشت مطلع سازید. با سازمان‌های تخصصی ارائه‌کننده معاضدت حقوقی در راستای مطلع ساختن افراد نسبت به حقوق خود وفق قوانین و مقررات کشور همکاری نمایید.

اطلاعات را به زبانی ارائه کنید که افراد متأثر بتوانند آن را درک کنند. از اشکال متعدد (مانند کتبی، تصویری یا صوتی) برای دسترسی حتی‌المقدور گسترده به اطلاعات استفاده نمایید. درک پیام را در گروه‌های مختلف با در نظر گرفتن گوناگونی^۴ سنی، جنسیتی، سطح تحصیلات با زبان مادری بررسی کنید.

1. confidentiality
2. profile
3. protocol
4. diversity

مدارک و مستندات: افراد فارغ از برخورداری از مدارک خاص دارای حقوق هستند. با این وجود، افراد فاقد نوعی از مدارک و مستندات از جمله شناسنامه، عقدنامه، گواهی فوت، گذرنامه، سند ملکی یا مدرک تحصیلی شاید با موانع دسترسی به حقوق و مستحقات خود مواجه گردند. چنین افرادی را به سازمان‌های ارائه‌کننده یا جایگزین‌کننده این اسناد ارجاع دهید.

مدارک حقوقی به رسمیت شناخته‌شده توسط مقامات مسئول مربوطه را نباید معادل مدارک صادرشده توسط سازمان‌های بشردوستانه مانند کارت‌های سهمیه در نظر گرفت. مدارک صادرشده توسط مقامات مسئول نباید ذیصلاح بودن فرد را برای دریافت کمک از سوی سازمان‌های بشردوستانه تعیین نمایند.

دسترسی به پشتیبانی حقوقی و نظام‌های دادگستری: افراد حق دارند که در پی معاضدت حقوقی از سوی دولت و مقامات مسئول مربوطه برای موارد نقض حقوق خود باشند. این امر می‌تواند شامل پرداخت خسارت برای از دست رفتن یا غرامت ملک باشد. افراد همچنین مستحق انتظار اجرای عدالت درخصوص مرتکبین موارد نقض هستند.

افرادی را که راه‌حل‌های قانونی را برای دسترسی به سازوکارهای دادگستری به شکلی ایمن انتخاب می‌کنند، یاری دهید. ارجاع اثربخش مستلزم شناخت نهادهای قادر به ارائه پشتیبانی حقوقی است.

از ارتقای دسترسی به رویه قضایی در شرایط احتمالاً منجر به آسیب بیشتر به قربانیان، اجتناب نمایید. به‌عنوان مثال، مراقبین سلامت و شبکه‌های ارجاع خشونت جنسیت‌محور باید نسبت به نظام کشوری پزشکی-حقوقی و قوانین مربوطه در زمینه خشونت جنسی آگاه باشند. بازماندگان را نسبت به هرگونه قوانین گزارش‌دهی الزامی که محرمانگی اطلاعات بیماران را محدود می‌کنند، مطلع سازید. این روند می‌تواند بر تصمیم فرد بازمانده درخصوص ادامه مراقبت یا گزارش‌دهی اثرگذار باشد اما باید به آن احترام گذاشت. $\oplus$ بنگرید به سلامت: استاندارد ۲-۳ سلامت جنسی و باروری.

در طی بحران‌ها، اجتماعات متأثر شاید بتوانند از سازوکارهای جایگزین و غیررسمی مصالحه منازعات ازجمله میانجیگری در سطح اجتماع بهره ببرند. در صورت وجود چنین سازوکارهایی، افراد را مطلع سازید و نحوه دسترسی به خدمات را برای آن‌ها توضیح دهید.

مالکیت و دسترسی به اراضی می‌توانند به نکات اصلی مناقشه تبدیل گردند. مقامات مسئول و اجتماعات را به همکاری با یکدیگر به‌منظور حل و فصل مسائل مرتبط با دسترسی یا مالکیت اراضی ترغیب نمایید.

ضمیمه

خلاصه استانداردهای حرفه‌ای برای کار حفاظتی

در مخاصمات مسلحانه یا سایر شرایط خشونت، حمایت از غیرنظامیان در معرض آسیب و آلام بسیار تعیین کننده است. پاسخ‌دهی اثربخش حمایت مستلزم توانمندی حرفه‌ای و رعایت حداقل استانداردهای حرفه‌ای مورد توافق مشترک است که برای تمامی کنشگران بخش حمایت قابل اعمال هستند.

استانداردهای حرفه‌ای برای کار در حوزه حمایت به منظور ایجاد مبنای مشترک کار در حوزه حمایت میان کنشگران بشردوستانه و حقوق بشر و حداکثرسازی اثربخشی این همکاری برای جمعیت متأثر شکل گرفتند. موارد مذکور مکمل اصول حمایت می‌باشند.

استانداردهای مذکور نمایانگر این دیدگاه هستند که افراد باید در کانون اقدام اتخاذشده از سوی آن‌ها قرار بگیرند. افراد دارای نقش معناداری در تحلیل، تدوین و پایش پاسخ‌دهی حمایت به تهدیدها و خطرهای فراروی آن‌ها می‌باشند. تلاش‌های حمایتی نباید محدود به بهبود امنیت فیزیکی افراد باشند و موارد رعایت حقوق، کرامت و تمامیت افراد در معرض خطر یا موارد نقض و آزار نیز ارتقا یابند.

دامنه فعالیت‌های اجراشده توسط کنشگران بشردوستانه به شدت متغیر است و کلیه کنشگران باید دغدغه‌های حمایتی خود را در عملکرد خود مطابق با اصول حمایت ادغام کنند. استانداردهای حرفه‌ای بیش‌ازپیش برای سازمان‌ها و افراد حرفه‌ای حوزه حمایت طراحی شده‌اند که به اجرای فعالیت‌های مختص این بخش در مخاصمات مسلحانه و سایر شرایط خشونت می‌پردازند.

استانداردهای حرفه‌ای، مبنایی مستحکم را برای سازمان‌ها ایجاد می‌کنند که با استفاده از آن‌ها می‌توان سیاست‌ها، راهکارها و مطالب آموزشی داخلی را بررسی و تدوین نمود. این استانداردها همراه با ارجاع عملی برای مجریان طراحی و اجرای راهبردهای حمایتی در سطح میدانی هستند و از آن‌ها همچنین می‌توان به عنوان منبع الهام استفاده نمود. موارد مذکور مرجع مفیدی برای کمک به سایر کنشگران و دست‌اندرکاران در شناخت نحوه اجرای ایمن فعالیت‌ها از سوی کنشگران تخصصی حوزه حمایت به منظور ارتقای حمایت از اشخاص و اجتماعات هستند.

این استانداردها برای پیگیری منتظم‌سازی^۱ کار در حوزه حمایت یا محدودسازی تنوع تدوین نشده‌اند؛ بلکه هدف تکمیل سایر اصول حرفه‌ای و تشویق کنشگران بخش مذکور به ادغام آن‌ها در رویه‌ها، راهکارها و آموزش خود است.

استانداردهای حرفه‌ای ۲۰۱۸ به شکل زیر تدوین شده‌اند:

۱. اصول کلی کار در حوزه حمایت

۲. مدیریت راهبردهای حمایتی

۳. ساختار حمایت

۴. بهره‌مندی از مبنای حقوقی حمایت

۵. ارتقای رویکرد تکمیلی^۲

۶. مدیریت داده‌ها و اطلاعات برای پیامدهای حمایت

1. regularization
2. complementarity



۷. تضمین ظرفیت‌های حرفه‌ای

استانداردها شامل نگاهی به مضامین فناوری اطلاعات و ارتباطات و بدنه در حال رشد قوانین درخصوص حفاظت از داده‌ها همراه با راهنمایی مختص مدیریت اطلاعات حمایت می‌باشند.

گفتگو و تعامل مابین کنشگران بشردوستانه و حقوق بشر و عملیات حافظ صلح سازمان ملل متحد و سایر نیروهای موظف نظامی و پلیس اغلب برای تضمین پیامدهای حمایت ضرورت دارد. استانداردهای حرفه‌ای حاوی راهنمایی در زمینه تقویت رویکرد اصولی در چنین تعاملاتی هستند.

تلاش‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی برای حل «افراط‌گرایی خشونت‌آمیز» از طریق قوانین مقابله با تروریسم نیز در استانداردهای حرفه‌ای موردتوجه قرار گرفته‌اند و نحوه اثرگذاری این‌گونه قانون‌گذاری بر فعالیت‌های کنشگران بخش حمایت تبیین گشته‌اند. استانداردهای حرفه‌ای را برای کار در حوزه حمایت از کتاب‌فروشی الکترونیک کمیته بین‌المللی صلیب سرخ در تارنمای مربوطه^۱ بارگیری نمایید.

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

مآخذ و منابع بیشتر

حمایت کلی: 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.interagencystandingcommittee.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 جنسیت محور

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

حقوق اسکان، اراضی و مالکیت

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

بیجاشدگان داخلی

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

حمایت روانی – اجتماعی و سلامت روان

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC. 2007, <https://interagencystandingcommittee.org>

مین زدایی

International Mine Action Standards. www.mineactionstandards.org

سالمدان و افراد 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

کودکان و حمایت از کودکان

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>

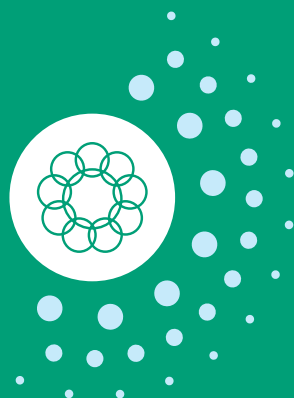
منابع بیشتر

برای منابع پیشنهادی بیشتر، بنگرید به:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



استاندارد محوری
بشر دوستانه



منشور بشردوستانه و اصول حمایت، مستقیماً پشتیبان استاندارد محوری بشردوستانه هستند. این سه فصل مجموعاً اصول و بنیان‌های استانداردهای اسفیر را تشکیل می‌دهند



استاندارد محوری بشردوستانه (شکل ۲)

ضمیمه: پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی و الزامات سازمانی (رجوع شود به نسخه برخط)

فهرست محتوا

۵۲.....	یک استاندارد محوری با ۹ تعهد
۵۴.....	تعهد ۱.....
۵۶.....	تعهد ۲.....
۵۹.....	تعهد ۳.....
۶۲.....	تعهد ۴.....
۶۶.....	تعهد ۵.....
۶۹.....	تعهد ۶.....
۷۲.....	تعهد ۷.....
۷۵.....	تعهد ۸.....
۷۹.....	تعهد ۹.....
۸۳.....	ضمیمه: پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات و مسئولیت‌های سازمانی.....
۹۱.....	مآخذ و منابع بیشتر.....



یک استاندارد محوری با ۹ تعهد

بسیاری از سازمان‌ها و اشخاص در پاسخ‌دهی بشردوستانه مشارکت دارند. بدین منوال، برخی از روش‌های کاری و عناصر مشترک برای ارتقای پاسخ‌دهی اثربخش مفید هستند. بدون اتخاذ رویکرد مشترک، پیامدها شاید نامنسجم و غیرقابل پیش‌بینی گردند.

استاندارد محوری بشردوستانه درخصوص کیفیت و پاسخگویی شامل ۹ تعهد برای کاربرد سازمان‌ها و اشخاص مبادرت‌کننده به پاسخ‌دهی بشردوستانه به‌منظور بهبود کیفیت و اثربخشی کمک‌های ارائه‌شده از سوی آن‌ها می‌باشد. استاندارد مذکور همچنین باعث تسهیل پاسخگویی بیشتر به اجتماعات و افراد متأثر از بحران، کارکنان، حامیان مالی، دولت‌ها و سایر دست‌اندرکاران خواهد شد. دانستن آنچه سازمان‌های بشردوستانه به آن‌ها متعهد هستند باعث پاسخگویی آن‌ها در قبال آن مورد خواهد شد. این استاندارد درواقع چارچوبی داوطلبانه، هم برای اشخاص و هم برای سازمان‌ها است.

استاندارد محوری بشردوستانه در هر دو سطح پاسخ‌دهی و برنامه‌ریزی و همچنین کلیه مراحل پاسخ‌دهی اعمال می‌گردد؛ اما تعهدات ۹ گانه برای مطابقت با هر مرحله خاص چرخه برنامه طراحی نشده‌اند. برخی از این تعهدات بیشتر با مرحله خاصی از چرخه مرتبط هستند درحالی‌که سایر تعهدات ازجمله ارتباطات با افراد متأثر برای کاربرد در تمامی مراحل تدوین شده‌اند.

استاندارد محوری بشردوستانه همراه با منشور بشردوستانه و اصول حمایت، بنیان راسخی را در این کتاب راهنمای اِسفیر شکل می‌دهند و پشتیبان کلیه استانداردهای فنی می‌باشند. در سرتاسر این کتاب راهنما، ارجاعاتی مابین فصول فنی و این بنیان‌ها ذکر شده‌اند.

اطلاعات تفصیلی بیشتر را در زمینه استاندارد محوری بشردوستانه شامل منابع برای کمک به کاربرد آن‌ها توسط کاربران در عمل می‌توان در تارنمای مربوطه^۱ یافت.

ساختار منحصربه‌فرد

استاندارد محوری بشردوستانه از طریق تلاش جمعی توسط بخش بشردوستانه با هدف هماهنگ‌سازی استانداردهای محوری اِسفیر، شراکت پاسخگویی بشردوستانه، مؤسسه افراد در کمک^۲ و گروه یوآردی (بحران، بازتوانی، توسعه)^۳ در قالب چارچوبی واحد تدوین شد. این استاندارد هم‌اکنون از سوی این بخش توسط اِسفیر، ائتلاف استاندارد محوری بشردوستانه و گروه یوآردی که مالک حق تألیف آن هستند، مدیریت می‌گردد.

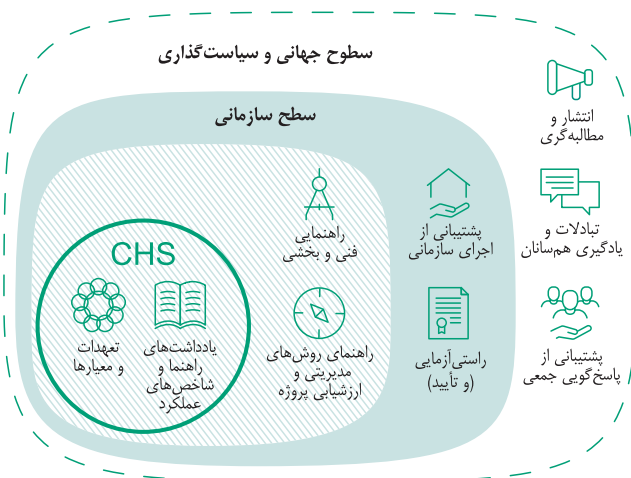
هر یک از تعهدات ۹ گانه بر جنبه خاصی از پاسخ‌دهی تمرکز دارند. این تعهدات با همدیگر رویکرد منسجمی را برای اقدام اثربخش و پاسخگو شکل می‌دهند.

ساختار استاندارد محوری بشردوستانه تفاوت مختصری با سایر استانداردهای اِسفیر دارد:

- در این **تعهد**، مواردی را که اجتماعات و افراد متأثر در بحران می‌توانند از سازمان‌ها و اشخاص ارائه‌کننده کمک‌های بشردوستانه انتظار داشته باشد، ذکر شده‌اند.

1. www.corehumanitarianstandard.org
 2. People In Aid
 3. Groupe URD (Urgence, Réhabilitation, Développement)

- **معیار کیفیت** بیانگر شرایط برآورده کردن تعهد و چگونگی فعالیت کارکنان و سازمان بشردوستانه برای برآورده کردن این تعهد است.
 - **شاخص‌های عملکرد** پیشرفت را در برآورده کردن تعهد می‌سنجند، پیمان‌یادگیری و بهبود هستند و مقایسه را میان مقاطع زمانی و مکان‌های مختلف ممکن می‌سازند.
 - در **اقدامات کلیدی و مسئولیت‌های سازمانی**، آنچه را که کارکنان باید ارائه نمایند و همچنین سیاست‌ها، فرایندها و نظام‌های موردنیاز از سوی سازمان‌ها برای تضمین ارائه کمک بشردوستانه باکیفیت و پاسخگو توسط کارکنان تشریح شده‌اند.
 - **یادداشت‌های راهنما** برای پشتیبانی از اقدامات کلیدی و مسئولیت‌های سازمانی با نمونه‌ها و اطلاعات بیشتر طرح شده‌اند.
 - **پرسش‌های راهنما** پشتیبان برنامه‌ریزی، ارزشیابی و فعالیت‌های بررسی هستند. ⊕ بنگرید به ضمیمه ۱ (برخط).
 - **مآخذ** شامل امکان یادگیری بیشتر درخصوص مسائل خاص می‌باشند.
- جدول زیر نشانگر نحوه کاربرد استاندارد محوری بشردوستانه در سطوح مختلف است. اسفیر، گروه یوآردی و ائتلاف استاندارد محوری بشردوستانه ابزار مکمل مندرج را در تارنمای مربوطه^۱ پیشنهاد می‌کنند.



کاربرد استاندارد محوری بشردوستانه (شکل ۳)

1. www.corehumanitarianstandard.org

تعهد ۱

اجتماعات و افراد متأثر در بحران، کمک‌هایی متناسب با نیازهای خود دریافت می‌کنند.

معیار کیفیت

پاسخدهی بشردوستانه مناسب و مرتبط است.

شاخص‌های عملکرد

۱. از نظر اجتماعات و افراد متأثر در بحران، به نیازها، فرهنگ و سلايق خاص آن‌ها در پاسخدهی توجه شده است.
۲. کمک و حمایت ارائه‌شده با خطرها، آسیب‌پذیری‌ها و نیازهای ارزیابی شده مطابقت دارد.
۳. ظرفیت‌ها، مهارت‌ها و دانش افراد نیازمند به کمک و حمایت در پاسخدهی مدنظر قرار گرفته شده‌اند.

اقدامات کلیدی

۱-۱ تحلیل قاعده‌مند، عینی و مستمر را نسبت به موقعیت و دست‌اندرکاران انجام دهید.

- نقش و ظرفیت دولت محلی و سایر کشتگران سیاسی و غیرسیاسی و همچنین تأثیر بحران را بر آن‌ها ارزیابی کنید.
- ظرفیت‌های محلی (مادی، انسانی، بازارها) را برای انجام کمک‌های در اولویت و نیازهای حمایتی ضمن توجه به تغییر آن‌ها در گذر زمان ارزیابی نمایید.
- اطلاعات را دقیقاً مطابقت دهید و راستی‌آزمایی کنید و توجه داشته باشید که داده‌های ارزیابی در ابتدا ایراد خواهند داشت؛ اما این ایرادات نباید مانع اقدامات نجات‌بخش گردند.
- ایمنی و امنیت اجتماعات میزبان، متأثر و بیجاشده را ارزیابی نمایید تا تهدیدهای خشونت و کلیه موارد اجبار، عدم برخورداری از ضروریات حیاتی و پایمال شدن حقوق اساسی انسانی افراد شناسایی گردند.
- مناسبات قدرت و مرتبط با جنسیت و همچنین به حاشیه رانده شدن^۱ اجتماعی را برای تعریف پاسخدهی دارای اثربخشی و پایداری بیشتر، ارزیابی نمایید.
- برای اجتناب از اعمال بار بیشتر اجتماعات به خاطر ارزیابی‌های متعدد با سایر شرکا هماهنگی کنید. ارزیابی‌های مشترک و یافته‌های آن‌ها باید با نهادهای دولتی و جمعیت‌های متأثر مربوطه تبادل گردند.

۱-۲ برنامه‌های مناسبی را بر اساس ارزیابی بی‌غرض نیازها و شناخت آسیب‌پذیری‌ها و ظرفیت‌های گروه‌های مختلف طراحی و اجرا کنید.

- نیازهای حمایتی و کمکی زنان، مردان، کودکان و نوجوانان ساکن در مناطق دور دست و گروه‌های در معرض خطر مانند افراد دارای معلولیت، سالمندان، افراد در انزوای اجتماعی، خانوارهای زن سرپرست، اقلیت‌های قومی یا زبانی و گروه‌های انگ‌گذاری شده^۲ را (به‌عنوان مثال افراد در حال زندگی با آچ‌آوی) ارزیابی نمایید.

۱-۳ برنامه‌ها را با نیازها، ظرفیت‌ها و موقعیت‌های در حال تغییر مطابقت دهید.

1. marginalization
2. stigmatized groups

- وضعیت سیاسی را پایش کنید و تحلیل و امنیت دست‌اندرکاران را مدنظر قرار دهید.
- داده‌های اپیدمیولوژیک و سایر داده‌ها را مرتباً برای ارائه اطلاعات در فرایند تصمیم‌گیری و اولویت‌بندی اقدامات حیاتی پایش کنید.
- به‌منظور طراحی مجدد هرگونه مداخله در پاسخ‌دهی به نیازهای در حال تغییر، به‌اندازه کافی انعطاف‌پذیر باشید. نسبت به موافقت حامیان مالی با تغییرات ضروری برنامه، اطمینان حاصل کنید.

مسئولیت‌های سازمانی

۱-۴) سیاست‌گذاری، متعهد به ارائه کمک بی‌غرض بر مبنای نیازها و ظرفیت‌های اجتماعات و افراد متأثر در بحران است.

- سازمان‌ها سیاست‌ها، فرایندها و نظام‌های حامی تعهد به اصول بشردوستانه و شمول‌گرایی را حفظ می‌کنند.
- تمامی کارکنان وظایف خود و نحوه پاسخگو بودن خود را درک می‌کنند.
- سازمان‌ها این سیاست‌ها را به شکلی شفاف با سایر دست‌اندرکاران تبادل می‌کنند.

۱-۵) تعهدات معطوف به تنوع اجتماعات از جمله افراد محروم و در حاشیه و همچنین جمع‌آوری داده‌های تفکیک‌شده در سیاست‌ها لحاظ شده‌اند.

- سطوح موردنیاز تفکیک داده‌ها برای ارزیابی و گزارش‌دهی صراحتاً ترسیم شده‌اند.

۱-۶) فرایندها برای تضمین تحلیل مستمر مناسب موقعیت تعبیه شده‌اند.

- کنگران بشردوستانه از پشتیبانی مدیریتی در راستای کسب دانش، مهارت‌ها، رفتارها و نگرش‌های ضروری برای مدیریت و اجرای ارزیابی‌ها برخوردارند.

یادداشت‌های راهنما

ارزیابی و تحلیل رویدادی یک‌باره نیست بلکه یک فرایند می‌باشد. تحلیل عمقی باید با توجه به زمان موجود اجرا گردد. ظرفیت‌ها و نیازهای اجتماعات و افراد متأثر را نباید فرض نمود، بلکه باید این موارد را از طریق ارزیابی‌هایی که به مشارکت افراد در گفتگوهای مستمر برای یافتن پاسخ‌دهی مناسب منجر می‌گردند، شناسایی نمود.

تأمین آموزش پایه را در کمک‌های اولیه روانشناسی^۱ برای کارکنان مشغول ارزیابی‌ها در نظر بگیرید. این امر می‌تواند به کارکنان در مدیریت افرادی که در طی ارزیابی دچار ناآرامی می‌شوند، کمک نماید.

ارزیابی‌های تخصصی را برای گروه‌های در معرض بالقوه خطرهای حمایتی تضمین ننمایید. ارزیابی‌های خاص با زنان، مردان، پسران و دختران برای شناخت مواجهه آن‌ها با خشونت، تبعیض و سایر آسیب‌ها نمونه‌های این چنین هستند.

ارزیابی بی‌غرض: اقدام بی‌غرض به معنای رفتار مشابه با همگان نیست. تأمین کمک‌های حق‌محور مستلزم شناخت ظرفیت‌ها، نیازها آسیب‌پذیری‌های گوناگون است. افراد شاید به علت تبعیض بر مبنای عوامل فردی مانند سن، جنس، وضعیت سلامتی، گرایش جنسی یا هویت جنسیتی یا به علت مراقبت از افراد آسیب‌پذیر، خود آسیب‌پذیر باشند.

آسیب‌پذیری: عوامل اجتماعی و موقعیتی همچنین به آسیب‌پذیری افراد کمک می‌نمایند که این موارد شامل تبعیض

1. psychological first aid



و به حاشیه رانده شدن، انزوای اجتماعی، تخریب محیط زیست، نوسانات اقلیم^۱، فقر، عدم مالکیت زمین، حکمرانی^۲ نامطلوب، قومیت، طبقه اجتماعی و اقتصادی و وابستگی های سیاسی یا مذهبی هستند.

ظرفیت موجود: افراد، اجتماعات، سازمان ها و مقامات مسئول متأثر در بحران دارای مهارت ها، دانش و ظرفیت مربوطه برای حل و فصل، پاسخ دهی و بازتوانی از بحران ها هستند. به منظور تقویت حق زندگی توأم با کرامت، افراد متأثر را به شکلی فعال در تصمیمات تأثیرگذار بر آن ها مشارکت دهید. تلاش های هدفمند برای تقویت مشارکت گروه هایی که نوعاً کمتر بازنمایی^۳ می شوند از جمله زنان، کودکان، سالمندان، افراد دارای معلولیت و اقلیت های قومی و زبانی شاید ضرورت داشته باشند.

تفکیک داده ها: این مسئله برای شناخت تأثیر اقدامات یا رویدادها در گروه های مختلف اهمیت دارد. تفکیک داده ها به جنس، سن و معلولیت از جمله حداقل موارد مورد نیاز برای عملکرد مناسب است و عوامل بیشتری را باید بر مبنای موقعیت در نظر گرفت.

تحلیل داده های تفکیک شده برای کاربرد استانداردها در موقعیت و همچنین برای پایش ضروری می باشد. استفاده مناسب از داده های تفکیک شده نشانگر افرادی است که بیشترین تأثیر را گرفته اند، افرادی که به کمک دسترسی دارند و زمینه هایی که نیاز به فعالیت بیشتر در آن ها برای دسترسی به جمعیت در معرض خطر وجود دارد. ⊕ بنگرید به قسمت آشنایی با اسفیر.

تحلیل مستمر و کاربرد اثربخش داده ها: نظام های منابع انسانی باید از انعطاف پذیری کافی در جهت به کارگیری و اعزام سریع گروه های ارزیابی برخوردار باشند. منابع و بودجه های برنامه را مطابق با نیاز، اختصاص دهید. تأمین مالی باید پشتیبان تحلیل مستمر نیازهای کمک و حمایت و همچنین مطالبت دهی و اصلاح برنامه ها باشد که نمونه های این موارد عبارت اند از اقدامات تسهیل دسترسی (از جمله سازوکارهای یاری رسانی، مناسب سازی مراکز و ارتباطات).

تعهد ۲

اجتماعات و افراد متأثر در بحران باید به کمک های بشردوستانه مورد نیاز خود در زمان مناسب دسترسی داشته باشند.

معیار کیفیت

پاسخ دهی بشردوستانه اثربخش و به موقع است.

شاخص های عملکرد

۱. از نظر اجتماعات و افراد متأثر در بحران شامل آسیب پذیرترین گروه ها، زمان بندی کمک و حمایت دریافت شده توسط آنان مناسب است.
۲. از نظر اجتماعات و افراد متأثر در بحران، پاسخ دهی ارائه شده نیازهای آنان را برآورده می نماید.
۳. گزارش های پایش و ارزشیابی نشان می دهند که پاسخ دهی بشردوستانه اهداف را از لحاظ زمان بندی، کیفیت و کمیت محقق می سازد.

1. climate variability
2. governance
3. under-representation

اقدامات کلیدی

۲-۱ برنامه‌هایی را طراحی نمایید که به محدودیت‌ها به‌نوعی پاسخ می‌دهند که اقدام پیشنهادی واقع‌گرایانه و ایمن برای اجتماعات است.

- در صورت عدم امکان ارزیابی و برآورده ساختن نیازهای گروه جمعیتی یا منطقه‌ای خاص از جمله محله‌ای دور از دسترسی، هرگونه محدودیت را صراحتاً شناسایی و عنوان نمایید.
- پشتیبانی از ظرفیت پاسخ‌دهی محلی را در مواردی که برنامه‌ریزی اقتضایی^۱ نشانگر مناطق یا جمعیت‌های آسیب‌پذیر است، از قبل اولویت‌بندی نمایید زیرا دسترسی به این مناطق شاید در آینده سخت باشد.

۲-۲ پاسخ‌دهی بشردوستانه را به شکلی به‌موقع ارائه نمایید و تصمیم‌گیری و اقدام را بدون فوت وقت انجام دهید.

- نسبت به شرایط زندگی، آیین فرهنگی، فصل‌ها، تقویم‌های کشاورزی و سایر عوامل اثرگذار بر تأمین خدمات مناسب در زمان صحیح آگاهی داشته باشید.
- بازه‌های زمانی را برای نظام‌های ارائه خدمات و پایش در برنامه‌ها لحاظ کنید و تأخیرها را پیش‌بینی و مشخص سازید.
- توجه داشته باشید که تصمیمات در مراحل اولیه بحران حاد، بر مبنای دانش نادرست هستند و این تصمیمات را در جریان به دست آوردن اطلاعات اصلاح کنید.
- با سایر شرکا در تدوین راهبردهای مشترک به‌منظور توجه به موارد مانع کمک‌رسانی به‌موقع هماهنگی کنید.

۲-۳ هرگونه نیازهای برآورده نشده را به سازمان‌های دارای مسئولیت و تخصص فنی مربوطه ارجاع دهید یا در زمینه پاسخ‌دهی به آن نیازها مطالبه‌گری کنید.

- این امر شامل نیازهای برآورده نشده و همچنین نیازهای حمایت و کمک است.

۲-۴ از عملکرد مناسب و استانداردهای فنی مربوطه به‌کار رفته در بخش بشردوستانه برای برنامه‌ریزی و ارزیابی برنامه‌ها استفاده نمایید.

- استانداردهای فنی ملی را در صورت موجود بودن مطابق با موقعیت بشردوستانه به‌کار ببرید.
- با دست‌اندرکاران مربوطه در زمینه مطالبه‌گری برای کاربرد استانداردهای توافق شده جهانی به‌منظور تکمیل استانداردهای ملی (شامل اسفیر و استانداردهای شریک در بخش‌های مربوطه) هماهنگی نمایید.

۲-۵ فعالیت‌ها، برونده‌ها و پیامدهای پاسخ‌دهی بشردوستانه را به‌منظور مطابقت دادن برنامه‌ها و برطرف کردن عملکرد نامناسب پایش کنید.

- شاخص‌های عملکرد مختص موقعیت و زمانمند^۲ را تعریف نمایید. آن‌ها را به‌منظور سنجش پیشرفت در جهت برآورده کردن نیازهای کمک و حمایت بررسی کنید.
- پیشرفت را درخصوص شاخص‌های عملکرد و اهداف خاص علاوه بر فعالیت‌ها و برونده‌ها (مانند تعداد مراکز ساخته‌شده) لحاظ کنید. پیامدهای پروژه و نتایج مدنظر را مانند کاربرد مراکز یا تغییرات در عمل پایش نمایید.

1. contingency planning

توضیح مترجم: طرح جایگزین اضطراری که در صورت عدم امکان اجرای کل یا بخشی از طرح اصلی، می‌تواند به‌عنوان اقدامی جایگزین استفاده شود.

2. time-bound



- نظام‌ها را به‌طور مرتب بررسی کنید تا فقط اطلاعات مفید همراه با اطلاعات به‌روز شده مرتبط با موقعیت (مانند کارکرد بازار محلی، تغییر در امنیت) جمع‌آوری گردد.

مسئولیت‌های سازمانی

۶-۲ تعهدات برنامه با ظرفیت‌های سازمانی هم‌راستایی ۱ دارند.

- سیاست‌ها نمایانگر اهمیت کاربرد استانداردهای باکیفیت فنی بشردوستانه و گسترش تخصص در حوزه‌های انتخاب‌شده مداخله هستند.
- شرایطی را که سازمان تحت آن‌ها ممکن است نیاز به ارائه خدمات خارج از حوزه تخصصی داشته باشد بپذیرد تا سایرین بتوانند به ارائه این خدمات بپردازند.

۷-۲ تعهدات سیاست‌گذاری موارد زیر را تضمین می‌نمایند:

- الف. پایش و ارزشیابی قاعده‌مند، عینی و مستمر فعالیت‌ها و تأثیرات آن‌ها.
- ب. به‌کارگیری شواهد حاصله از پایش و ارزشیابی در مطابقت دادن و بهبود برنامه‌ها.
- ج. تصمیم‌گیری به‌موقع همراه با منابع اختصاص یافته مناسب.

یادداشت‌های راهنما

توجه به محدودیت‌ها و برنامه‌ریزی واقع‌گرایانه: در مواردی که سازمان توان دسترسی به جمعیت یا تأمین نیازهای شناسایی‌شده را ندارد، موظف است که نیازهای مذکور را به کنشگران شایسته (اعم از دولتی و غیردولتی) ارجاع دهد. ⊕ بنگرید به اصل ۳ حمایت.

از سامانه‌های هشدار بهنگام و پیش‌بینی برای برنامه‌ریزی اقتضایی پیش از بحران برای کمک به اجتماعات، مقامات مسئول و نهادهای به‌منظور پاسخ‌دهی سریع^۱ در موارد ضروری استفاده کنید. چنین روندی همچنین به افراد متأثر امکان حفاظت از دارایی‌های خود را پیش از در معرض خطر قرار گرفتن زندگی و معیشت آن‌ها می‌بخشد.

فرایندهای تصمیم‌گیری دارای انعطاف‌پذیری کافی را برای پاسخ‌دهی به اطلاعات جدید حاصله از ارزیابی‌های مستمر تدوین نمایید. درون سازمان، تصمیمات و منابع را حتی‌المقدور به محل اجرا تفویض نمایید.

فرایندهای تصمیم‌گیری و تصمیمات اتخاذشده را برای اثبات شفافیت ثبت نمایید. فرایندها را بر مبنای مشاوره، مشارکت معنادار و هماهنگی با سایرین لحاظ کنید. ⊕ بنگرید به تعهد ۶.

پایش فعالیت‌ها، برونده‌ها و پیامدها: از اطلاعات حاصله از پایش می‌توان در بازبینی پروژه‌ها، راستی‌آزمایی اعمال معیارهای انتخاب و تعیین دسترسی کمک به افراد دارای بیشترین نیاز استفاده نمود. کلیه تغییرات برنامه ناشی از پایش را ثبت نمایید و نظام‌های پایشی را که دست‌اندرکاران کلیدی و افراد متأثر بر آن‌ها اتکا دارند ایجاد نمایید. ⊕ بنگرید به تعهد ۷.

از شاخص‌های پایش مشترک در تمامی بخش‌های پاسخ‌دهی در موارد موجود استفاده نمایید.

1. inline
2. rapid response

توضیح مترجم: همان‌طور که قبلاً ذکر شد، «سریع» معادل «rapid» و «بهنگام» معادل «early» به کار رفته‌اند. لذا: «پاسخ سریع» به ازای «rapid response» و «پاسخ به‌نگام» برای «response early» استفاده شده‌اند.

تصمیم‌گیری سازمانی: هم مسئولیت‌ها و هم فرایندهای تصمیم‌گیری درون سازمان‌ها شامل فرد مسئول، فرد مورد مشاوره و اطلاعات ضروری برای ارائه در فرایند تصمیم‌گیری باید صراحتاً تعریف و شناخته شوند.

سیاست‌ها، فرایندها و نظام‌های سازمانی: سازمان‌ها باید نحوه بهبود پیامدها را توسط اقدامات بشردوستانه با استفاده از پایش و ارزشیابی قاعده‌مند و خیلی دقیق مستندسازی نمایند. نحوه کاربرد اطلاعات حاصل از پایش و ارزشیابی برای مطابقت برنامه‌ها، سیاست‌ها و راهبردها، تقویت آمادگی و بهبود عملکرد را به شکلی به‌موقع نشان دهید. ⁺ بنگرید به تعهد ۷. این روند شاید شامل صندوق پاسخدهی اضطراری^۱ یا امکان به‌کارگیری یا اعزام سریع کارکنان ذیصلاح در موارد ضروری باشد.

تعهد ۳

اجتماعات و افراد متأثر در بحران با تبعات منفی مواجه می‌شوند و متعاقب اقدام بشردوستانه، از آمادگی و تاب‌آوری بیشتری برخوردارند و کمتر در معرض خطر بسر می‌برند.

معیار کیفیت

پاسخدهی بشردوستانه ظرفیت‌های محلی را تقویت می‌نماید و از تأثیرات منفی اجتناب می‌کند.

شاخص‌های عملکرد

۱. متعاقب اقدام بشردوستانه، اجتماعات و افراد متأثر در بحران از آمادگی بیشتری در برابر استرس‌ها و شوک‌های آتی برخوردار می‌شوند.
۲. مقامات مسئول، رهبران و سازمان‌های محلی مسئول پاسخدهی به بحران بر این باورند که ظرفیت‌های آنان افزایش پیدا کرده‌اند.
۳. اجتماعات و افراد متأثر در بحران شامل اشخاص آسیب‌پذیر و درحاشیه، تأثیرات منفی ناشی از اقدام بشردوستانه را مطرح نمی‌کنند.



اقدامات کلیدی

۳-۱ تضمین نمایید که برنامه‌ها بر مبنای ظرفیت‌های محلی تدوین می‌شوند و در راستای بهبود تاب‌آوری اجتماعات و افراد متأثر در بحران فعالیت نمایند.

- خدماتی را (به‌عنوان مثال، مدیریت خشکسالی و سازه‌های مقاوم در برابر سیلاب، طوفان یا زمین‌لرزه) در جهت کاهش تأثیرات مخاطرات، طراحی کنید.
- از ابتکارات عمل خودیاری و اقدامات آمادگی اجتماع، پشتیبانی کنید.

۳-۲ از نتایج هرگونه ارزیابی خطر و مخاطره اجتماعی و برنامه‌های آمادگی، برای راهنمایی فعالیت‌ها استفاده نمایید.

- نیازها و ظرفیت‌های گروه‌های گوناگون در معرض سطوح مختلف خطر را شناسید و به آن‌ها توجه نمایید.

1. emergency response fund

۳-۳ توسعه ظرفیت سازمان‌ها و رهبری محلی را به‌عنوان اولین پاسخ‌دهندگان در رویداد بحران‌های آتی ممکن سازید و اطمینان حاصل نمایید که گروه‌های محروم و در حاشیه به شکلی مناسب بازنمایی می‌گردند.

- با مقامات مسئول شهری و دولت‌های محلی حتی‌المقدور همکاری نمایید.
- در راستای برخورد با کنشگران محلی به‌عنوان شرکای برابر برخوردار از خودمختاری برای طراحی و یا رهبری پاسخ‌دهی مطالبه‌گری کنید.
- از ابتکارات عمل سازمان‌ها و گروه‌های محلی به‌عنوان سکوی یادگیری و ظرفیت‌سازی در جهت استحکام پاسخ‌دهی اولیه در بحران‌های آتی پشتیبانی کنید.
- کارکنان ملی و محلی را با در نظر گرفتن تنوع درون جمعیت بجای کارکنان خارجی در مواقع ممکن استخدام نمایید.

۳-۴ راهبرد خروج یا گذار ۱ را در مراحل اولیه برنامه بشردوستانه طوری طراحی نمایید که متضمن تأثیرات مثبت درازمدت و کاهش خطر وابستگی باشد.

- از روند تقویت نظام‌های موجود دولتی و اجتماعی بجای ایجاد تلاش‌های موازی که فراتر از بازه پاسخ‌دهی ادامه نخواهند داشت، حمایت کنید.

۳-۵ برنامه ارتقادهنده بازتوانی به‌نگام سوانح و مفید برای اقتصاد محلی را طراحی و اجرا نمایید.

- گام‌هایی را برای ترمیم خدمات اجتماعی، آموزش، بازارها، سازوکارهای انتقال و فرصت‌های معیشت پاسخ‌دهنده به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر اتخاذ کنید.
- هنگام تحلیل اشکال کمکی دارای بیشترین پیامدهای مثبت (نقد، کالا برگ یا غیرنقدی)، شرایط بازار را کاملاً در نظر بگیرید.
- در موارد ممکن، اقلام و خدمات را خریداری کنید.
- حتی‌المقدور تأثیرات منفی را بر بازار کاهش دهید.

۳-۶ تأثیرات منفی غیرعمدی بالقوه یا رخ داده را در حوزه‌های زیر به شکلی به‌موقع و قاعده‌مند شناسایی نمایید و در ارتباط با آن‌ها اقدام کنید:

- الف. ایمنی، امنیت، کرامت و حقوق افراد.
- ب. آزار و بهره‌کشی جنسی توسط کارکنان.
- ج. فرهنگ و روابط سیاسی و اجتماعی.
- د. معیشت‌ها.
- ه. اقتصاد محلی.
- و. محیط زیست.

مسئولیت‌های سازمانی

۳-۷ سیاست‌ها، راهبردها برای راهنمایی با اهداف زیر طراحی شده‌اند:

الف. پیشگیری از برنامه‌های دارای تأثیرات منفی مانند بهره‌کشی، آزار یا تبعیض توسط کارکنان برای اجتماعات و افراد متأثر در بحران.

ب. تقویت ظرفیت‌های محلی.

۳-۸ نظام‌هایی برای حفاظت از اطلاعات فردی جمع‌آوری شده از اجتماعات و افراد متأثر در بحران که می‌توانند آن‌ها را در معرض خطر قرار دهد، تعبیه شده‌اند.

▪ سیاست‌های جامع و صریحی را درخصوص حفاظت از داده‌ها شامل نظام‌های ثبت و توزیع الکترونیک احداث کنید.

▪ افراد دریافت‌کننده کمک را در زمینه حقوق خود در ارتباط با حفاظت از داده‌ها، نحوه دسترسی آن‌ها به اطلاعات فردی در دست سازمان و چگونگی طرح دغدغه‌های آن‌ها درباره سوءبرداشت از اطلاعات مطلع سازید.

یادداشت‌های راهنما

تاب‌آوری اجتماعی و رهبری محلی: اجتماعات، مقامات مسئول و سازمان‌های محلی اولین اقدام‌کنندگان در بحران هستند و از دانش عمقی درباره وضعیت و نیازهای خاص برخوردارند. این کنشگران محلی باید شرکای برابر باشند و در طراحی یا رهبری پاسخ‌دهی از خودمختاری برخوردار گردند. چنین رویکردی نیازمند تعهد از سوی نهادهای بین‌المللی و محلی برای مطابقت دادن روش کاری خود و مبادرت به گفتگوی باز و انتقاد سازنده است. خدمات زیرساخت مالی محلی باید در کلیه موارد ممکن بجای ایجاد نظام‌های موازی جدید به کار روند.

راهبرد خروج و گذار: با همکاری مقامات مسئول و جمعیت متأثر، خدماتی را در اسرع وقت طراحی نمایید که پس از پایان برنامه اضطراری ادامه پیدا خواهند کرد (مانند معرفی اقدامات هزینه-بازتوانی، استفاده از مواد محلی موجود و توان بخشی ظرفیت مدیریت محلی).

تأثیرات منفی و «اجتناب از آسیب»:^۱ ارزش بالای منابع کمک و موقعیت قدرتمند کارکنان بشردوستانه می‌تواند به بهره‌کشی و آزار، رقابت و سوءاستفاده یا تخصیص نامناسب کمک منجر گردد. کمک می‌تواند معیشت‌ها و نظام‌های بازار را تضعیف کند، پیشران درگیری‌ها بر سر منابع گردد و روابط قدرتی نابرابر را مابین گروه‌های مختلف تشدید نماید. تأثیرات منفی بالقوه را پیش‌بینی کنید، شرایط را پایش نمایید و در صورت امکان اقداماتی را برای پیشگیری از آن‌ها اتخاذ کنید.

نسبت به عملکردهای فرهنگی دارای تأثیرات منفی بر برخی گروه‌ها آگاه باشید. نمونه‌ها عبارت‌اند از: هدف‌گیری همراه با سوگیری^۲ نسبت به دختران، پسران یا طبقات اجتماعی خاص، فرصت‌های آموزشی نابرابر برای دختران، امتناع از موارد ایمن‌سازی و سایر اشکال تبعیض یا رفتار سلیقه‌ای.

سازوکارهای شکایات و بازخورد ایمن و پاسخ‌دهنده می‌توانند باعث کاهش آزار و سوءاستفاده گردند. کارکنان باید از پیشنهادها و شکایات‌ها استقبال نمایند و جویای این موارد باشند. علاوه بر این، کارکنان باید درخصوص چگونگی اعمال محرمانگی و ارجاع اطلاعات حساس ازجمله افشای موارد بهره‌کشی و آزار آموزش دیده باشند.

1. "Do No Harm"
2. bias

آزار و بهره‌کشی جنسی توسط کارکنان: تمامی کارکنان مسئولیت پیشگیری از بهره‌کشی و آزار را بر عهده دارند. کارکنان مسئول گزارش‌دهی هرگونه مورد مشکوک به آزار یا مشاهده آن‌ها چه درون سازمان خود و چه در خارج از آن می‌باشند. توجه داشته باشید که کودکان (مخصوصاً دختران) اغلب به شدت آسیب‌پذیر هستند و سیاست‌گذاری باید صراحتاً حامی کودکان در برابر آزار و بهره‌کشی باشد. $\oplus$ بنگرید به تعهد ۵.

دغدغه‌های زیست‌محیطی: پاسخ‌دهی بشردوستانه می‌تواند باعث تخریب محیط‌زیست (مانند فرسایش خاک، کاهش یا آلودگی آب زیرزمینی، سیل بیش‌ازحد، تولید پسماند و جنگل‌زدایی) گردد و فرسایش محیطی می‌تواند بحران یا سطوح آسیب‌پذیری را تشدید نماید و تاب‌آوری افراد را نسبت به شوک‌ها کاهش دهد.

اقدامات برای کاهش تخریب محیط‌زیست شامل موارد زیر هستند: جنگل‌زایی، ذخیره‌سازی آب باران، کاربرد کارآمد منابع و سیاست‌ها و رویه‌های اخلاقی خرید. فعالیت‌های عمده ساخت‌وساز فقط باید پس از انجام ارزیابی زیست‌محیطی اجرا شوند. $\oplus$ بنگرید به تعهد ۹.

سیاست‌های سازمانی برای پیشگیری از اثرات منفی و تقویت ظرفیت‌های محلی: سازمان‌ها تشویق می‌گردند که نظام و سیاست مدیریت خطر صراحتاً مستندی را تعبیه نمایند. سمن‌هایی که قادر به حل‌وفصل قاعده‌مند رفتار غیراخلاقی یا فساد از طریق سیاست‌ها و رویه‌های خود برای مقابله با رشوه‌گیری و ارتشاء^۱ و اقدامات جمعی با سایر سمن‌ها نیستند، خطر فساد را برای سایر کنشگران افزایش می‌دهند.

سیاست‌ها و رویه‌ها باید نشانگر تعهد به حمایت از افراد آسیب‌پذیر باشند و روش‌های پیشگیری و بررسی سوءاستفاده **حفاظت از اطلاعات فردی:** تمامی اطلاعات فردی جمع‌آوری شده از افراد و اجتماعات باید محرمانه تلقی گردند. این مسئله به‌طور خاص در موارد زیر مصداق دارد: استفاده از داده‌های مرتبط با حمایت، موارد نقض گزارش شده، موارد شکایت از آزار یا بهره‌کشی یا خشونت جنسیت‌محور. نظام‌های متضمن محرمانگی برای کاهش پیشگیری از آسیب بیشتر ضرورت دارند. $\oplus$ بنگرید به اصول حمایت و تعهدات ۵ و ۷.

کاربرد فزاینده نظام‌های ثبت و توزیع الکترونیک در پاسخ‌دهی بشردوستانه بر نیاز سیاست‌گذاری جامع و مشخص درباره حفاظت از داده‌ها تأکید می‌نماید. توافقات التزام‌آور اشخاص ثالث مانند بانک‌ها و سازمان‌های تجاری درخصوص حفاظت از اطلاعات بسیار ضروری هستند. راهکارهای مشخص درباره جمع‌آوری، ذخیره، استفاده و حذف داده‌ها که هم‌راستا با استانداردهای بین‌المللی و قوانین محلی حفاظت از داده‌ها هستند، ضرورت دارند. نظام‌های کاهش خطر گم‌شدن داده‌ها باید تعبیه گردند و داده‌هایی که دیگر مورد نیاز نیستند باید از بین بروند.

تعهد ۴

اجتماعات و افراد متأثر در بحران، حقوق و موارد استحقاق خود را می‌دانند، به اطلاعات دسترسی دارند و در تصمیمات اثرگذار بر آنان مشارکت می‌نمایند.

معیار کیفیت

پاسخ‌دهی بشردوستانه بر مبنای ارتباطات، مشارکت و بازخورد است.

شاخص‌های عملکرد

۱. اجتماعات و افراد متأثر در بحران از حقوق و موارد استحقاق خود مطلع هستند.

۲. اجتماعات و افراد متأثر در بحران باور دارند که در مواردی که ممکن است آن‌ها را در معرض خطر قرار دهند به اطلاعات مشخص و مرتبط، دسترسی بهنگام دارند.

۳. اجتماعات و افراد متأثر در بحران از فرصت‌های پیش روی خود برای تأثیرگذاری بر پاسخ‌دهی رضایت دارند.

۴. کلیه کارکنان از آموزش و راهنمایی در زمینه حقوق جمعیت متأثر برخوردارند.

اقدامات کلیدی

۴-۱) اطلاعات درباره موارد زیر را در اختیار اجتماعات و افراد متأثر در بحران قرار دهید: اصولی که سازمان به آن پایبند است، رفتاری که از کارکنان سازمان انتظار می‌رود، برنامه‌های در دست اجرا و آنچه قرار است اجرا شود.

- اطلاعات را به‌عنوان عنصر کلیدی حمایت در نظر بگیرید. بدون اطلاعات صحیح درباره کمک و موارد حق برخورداری از آن‌ها، افراد شاید در برابر بهره‌کشی و آزار آسیب‌پذیر گردند. + بنگرید به اصل ۱ حمایت.
- رفتاری را که افراد می‌توانند از کارکنان بشردوستانه انتظار داشته باشند و همچنین نحوه شکایت آن‌ها در صورت عدم رضایت را دقیقاً اطلاع‌رسانی نمایید.

۴-۲) موارد را در قالب‌ها، زبان‌ها و رسانه‌های قابل‌فهم آسان، محترمانه و با رعایت حساسیت‌های فرهنگی برای اعضای گوناگون اجتماع مخصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر و در حاشیه اطلاع‌رسانی نمایید.

- از نظام‌های موجود اطلاع‌رسانی استفاده نمایید و با افراد در زمینه روش‌های اطلاع‌رسانی موردعلاقه آن‌ها مشورت کنید. میزان حریم ضروری برای رسانه‌ها و اشکال مختلف را در نظر بگیرید.
- مطمئن شوید که فناوری اطلاع‌رسانی هم جدید و هم قدیمی به شکلی اثربخش و ایمن استفاده می‌گردد.

۴-۳) تضمین نمایید که بازنمایی شمول‌گرا ۲۱ می‌باشد و اجتماعات و افراد متأثر در بحران می‌توانند در کلیه مقاطع کار مشارکت داشته باشند.

- به گروه‌ها یا اشخاصی که سابقه حذف از فرایندهای تصمیم‌گیری و قدرت دارند توجه نمایید. روش‌های اخلاقی جلب مشارکت با این افراد و گروه‌ها را برای احترام به کرامت آن‌ها و دوری از هرگونه انگ افزوده به شکلی قاعده‌مند لحاظ نمایید.
- توازن مابین مشارکت مستقیم اجتماعی و بازنمایی غیرمستقیم را از طریق انتخاب نمایندگان در مراحل مختلف پاسخ‌دهی در نظر بگیرید.

۴-۴) اجتماعات و افراد متأثر در بحران را به ارائه بازخورد در زمینه میزان رضایتمندی آن‌ها از کیفیت و اثربخشی کمک‌های دریافت شده با توجه خاص به جنس، سن و تنوع افراد ارائه‌کننده بازخورد، ترغیب نمایید و فرایند آن را تسهیل کنید.

- کارکنان را در زمینه به دست آوردن و حفظ اعتماد افراد، آشنایی با چگونگی پاسخ‌دهی به بازخورد مثبت و منفی و مشاهده واکنش‌های اعضای گوناگون اجتماع به روش ارائه خدمات، آموزش دهید.

- جمع‌آوری بازخورد را در رویکرد گسترده‌تر در تمامی سازمان‌ها یا بخش‌ها به‌منظور بررسی، تحلیل و اقدام بر اساس بازخورد، ادغام نمایید.
- پاسخدهی به بازخورد را با اجتماع تبادل کنید.

مسئولیت‌های سازمانی

۴-۵) سیاست‌های تبادل اطلاعات و مروج فرهنگ اطلاع‌رسانی باز تعبیه شده‌اند.

- فرایندهای تبادل اطلاعات را تعریف و مستند نمایید.
- در جهت تبادل باز اطلاعات سازمانی درباره موفقیت‌ها و شکست‌ها با دامنه‌ای از دست‌اندرکاران با هدف ارتقای فرهنگ رویکرد باز و پاسخگویی در کل سازمان تلاش نمایید.

۴-۶) سیاست‌ها برای جلب مشارکت اجتماعات و افراد متأثر در بحران ضمن انعکاس اولویت‌ها و خطرهای شناسایی‌شده از سوی آن‌ها در کلیه مقاطع کار تعبیه شده‌اند.

- نحوه آموزش و ترغیب کارکنان را به تسهیل جلب مشارکت و تصمیم‌گیری اجتماعی ترسیم کنید، به صحبت‌های گروه‌های مختلف افراد آسیب‌دیده در بحران گوش کنید و بازخورد منفی را مدیریت نمایید.
- سیاست‌ها و راهبردها را برای کمک به ایجاد فضا و زمان برای گفتگوهای اجتماعی، تصمیم‌گیری و خودیاری طراحی کنید.

۴-۷) ارتباطات خارجی شامل موارد به‌کار رفته با هدف تأمین کمک‌های مالی، اخلاقی و محترمانه هستند و در این ارتباطات، اجتماعات و افراد متأثر در بحران به‌عنوان انسان‌های برخوردار از کرامت ترسیم می‌گردند.

- اطلاعات را بر مبنای خطرسنجی تبادل نمایید. آسیب بالقوه را به جمعیت ازجمله در موارد تبادل اطلاعات درباره توزیع کمک‌های نقدی یا اطلاعات جمعیتی اسکان‌های خاص که می‌توانند افراد را در معرض خطر حمله قرار دهند، در نظر بگیرید.
- هنگام استفاده از روایت‌ها و تصویرهای مشخص‌کننده افراد متأثر، جوانب احتیاط را در نظر بگیرید چراکه این امر می‌تواند نقض حریم و محرمانگی آن‌ها در صورت عدم اخذ اجازه قلمداد گردد. ⊕ ننگرید به اصل ۱ حمایت درخصوص رضایت آگاهانه.

یادداشت‌های راهنما

تبادل اطلاعات با اجتماعات: تبادل اطلاعات صحیح، بهنگام، قابل‌فهم و قابل‌دسترس باعث تقویت اعتماد، تمیق سطح مشارکت در بالا بردن میزان اثرگذاری پروژه خواهد شد و برای شفافیت بسیار ضروری است. تبادل اطلاعات مالی با اجتماعات می‌تواند هزینه اثربخشی را بهبود دهد و به اجتماعات در شناسایی و تأکید بر اتلاف یا تقلب کمک نماید.

عدم تبادل مناسب اطلاعات توسط هر سازمان با افراد مدنظر آن برای ارائه کمک باعث بروز سوءبرداشت و تأخیر، پروژه‌های نامناسب اتلاف‌کننده منابع و برداشت‌های منفی درباره خود سازمان خواهد شد که این امر به گسترش خشم، سردرگمی و عدم امنیت منجر می‌گردد.

ارتباطات اثربخش، ایمن، قابل‌دسترسی و شمول‌گرا: گروه‌های مختلف دارای منابع و نیازهای اطلاعات و

ارتباطات مختلف هستند و شاید نیازمند زمانی برای گفتگو با همدیگر در موقعیتی ایمن و خصوصی به منظور پردازش اطلاعات و تبعات آن باشند.

رضایت آگاهانه: توجه داشته باشید که برخی از افراد شاید رضایت خود را بدون درک کامل عواقب آن اعلام نمایند که البته چنین وضعیتی، حالت مطلوب نخواهد بود. در صورت اعلام آمادگی آن‌ها برای مشارکت در فعالیت‌ها، فرض بر آن است که آن‌ها تا حدودی رضایت اولیه پیدا کرده‌اند و نهایتاً این نکته باید در اسناد حقوقی و غیره پروژ (مانند توافقات قراردادی با اجتماع) ذکر شود. ⊕ بنگرید به اصل ۱ حمایت.

مشارکت و جلب همکاری: با افراد متأثر و نهادهای محلی در مراحل اولیه پاسخ‌دهی به منظور کاربرد دانش موجود و ایجاد روابط مثبت محترمانه مشورت کنید. مشورت بهنگام، روش بهتر استفاده از زمان در مقایسه با اتخاذ تصمیمات نامناسب بعدی است. در مقاطع اولیه پاسخ‌دهی، مشاوره شاید فقط با تعداد معدودی از افراد متأثر ممکن باشد. به تدریج فرصت‌های بیشتری برای مشارکت سایر افراد و گروه‌ها در تصمیم‌گیری پیش خواهند آمد.

توجه داشته باشید که در برخی مخاصمات، تشویق تصمیم‌گیری و مباحثات گروهی شاید نوعی از سازمان‌دهی سیاسی قلمداد گردد که می‌تواند به افراد محلی آسیب برساند. روش‌های مختلفی را برای ارتقای جلب مشارکت اجتماعی با نظام بازخورد شامل کاربرد کارتهای امتیازدهی^۱ اجتماعات لحاظ نمایید.

بازخورد: بازخورد رسمی را می‌توان از طریق ارزیابی‌های خاص (با استفاده از مصاحبه‌ها یا مباحثات گروهی)، پایش پست‌توزیع یا پرسشنامه‌ها به دست آورد. بازخورد غیررسمی دریافت شده در طی تعاملات روزانه را نیز می‌توان برای ایجاد اعتماد و بهبود برنامه‌ها به‌طور مستمر به‌کار برد. بازخورد را از زنان، مردان، دختران و پسران درخصوص احترام به آن‌ها و رضایت آنان از میزان تأثیرگذاری خود در عرصه تصمیم‌گیری کسب نمایید؛ چراکه افراد شاید از کمک ارائه‌شده رضایت داشته باشند؛ اما از میزان تأثیرگذاری خود در روند تصمیم‌گیری ناراضی باشند.

افراد شاید از احتمال تبعات منفی بازخورد انتقادی خود ترس داشته باشند. علاوه بر این، دلایل فرهنگی برای غیرقابل‌قبول بودن انتقاد در مورد مداخله شاید مطرح باشند. روش‌های مختلف ارائه بازخورد رسمی و غیررسمی را شامل طرق تبادل محترمانه بازخورد بررسی نمایید.

سازوکارهای بازخورد را با سایر نهادهای طراحی کنید و نسبت به قابل‌دسترس بودن آن‌ها برای کلیه افراد اطمینان حاصل نمایید. این سازوکارها باید جدا از سازوکارهای شکایت مرتبط با موارد نقض جدی رفتار یا رویه تلقی گردند اگرچه در عمل، معمولاً انواع بازخورد و شکایات دریافت شده همپوشانی دارند. ⊕ بنگرید به تعهد ۵. بازخورد دریافت شده را اذعان و پیگیری نمایید و برنامه را در موارد ضروری مطابقت دهید. سازوکارهای بازخورد را در نظام‌های پایش و ارزشیابی سازمان‌ها ادغام کنید.

ارتقای فرهنگ اطلاع‌رسانی باز: سازمان‌ها باید هرگونه علائم خاص را از جمله هویت سیاسی یا مذهبی (در تارنمای خود یا مطالب ترویجی قابل‌دسترس توسط افراد متأثر) اعلام عمومی نمایند. این روند امکان شناخت بهتر ماهیت سازمان و سیاست‌ها و گرایش‌های احتمالی آن را به دست‌اندرکاران می‌بخشد.

تعهد سازمانی به مشارکت و شنیدار^۲ به اجتماعات: سیاست‌های جنسیت و گوناگونی می‌توانند به ارتقای ارزش‌ها و تعهدات سازمان و تأمین نمونه‌های عینی رفتار مدنظر کمک نمایند. در تدوین راهبرد و برنامه باید همچنین از اطلاعات حاصل از بازخورد افراد متأثر بهره جست.

محدودسازی اطلاعات، محرمانگی و عدم افشا: تمامی اطلاعات را نمی‌توان با کلیه دست‌اندرکاران تبادل نمود. به نحوه جمع‌آوری اطلاعات شناسایی‌کننده گروه‌ها (داده‌های جمعیتی) یا افراد که باعث بروز یا افزایش

1. scorecards
2. listening

آسیب‌پذیری آن‌ها یا ایجاد تهدیدات جدید برای حمایت از آن‌ها می‌گردند، توجه نمایید. ⊕ بنگرید به اصول حمایت.

رویکرد اخلاقی به ارتباطات خارجی: مطالب به کار رفته در جلب کمک‌های مالی و استفاده از عکس‌های گرفته‌شده خارج از موقعیت می‌توانند باعث گمراهی گردند و همچنین خطرات حمایتی را افزایش دهند. سیاست‌ها و راهکارهای مرتبط با ارتباطات خارجی باید در اختیار تمامی کارکنان قرار گیرند زیرا موارد مذکور به تضمین کاهش خطا کمک می‌کنند.

جزئیات الحاق شده به تصاویر و مندرج در روایت‌ها نباید باعث ردیابی خانه یا اجتماع افراد (مخصوصاً کودکان) گردند. علامت‌گذاری مکانی^۱ تصویرها باید هنگام عکس‌برداری غیرفعال شود.

تعهد ۵

اجتماعات و افراد متأثر در بحران به سازوکارهای ایمن و پاسخ‌دهنده برای حل‌وفصل شکایات دسترسی دارند.

معیار کیفیت

از شکایات استقبال می‌گردد و به آن‌ها توجه می‌شود.

شاخص‌های عملکرد

۱. اجتماعات و افراد متأثر در بحران شامل گروه‌های آسیب‌پذیر و در حاشیه از سازوکارهای شکایت که برای استفاده آن‌ها ایجاد شده‌اند، مطلع هستند.
۲. از نظر اجتماعات و افراد متأثر در بحران، سازوکارهای پاسخ‌دهی به شکایات قابل‌دسترس، اثربخش، محرمانه و ایمن می‌باشند.
۳. شکایات بررسی و حل‌وفصل می‌گردند و نتایج به شاکی در بازه زمانی اعلام‌شده اطلاع داده می‌شوند.

اقدامات کلیدی

۵-۱) با اجتماعات و افراد متأثر در بحران در زمینه طراحی، اجرا و پایش فرایندهای شکایات مشورت نمایید.

- موارد مذکور را به جنس، سن و معلولیت تفکیک کنید چراکه این معیارها می‌توانند بر دیدگاه‌های افراد در زمینه دسترسی و موانع سازوکارهای شکایات اثرگذار باشند.
- درباره نحوه ارسال شکایات، موارد پیشگیری از شکایت از افراد و کارکنان و نحوه مناسب دریافت پاسخ به شکایات با آن‌ها توافق نمایید. چگونگی ثبت و ردیابی شکایات و لحاظ شدن درس آموخته‌ها و نحوه ادغام این آموخته‌ها را در برنامه‌ریزی آتی در نظر بگیرید.
- ایجاد سازوکارهای مشترک شکایات را با سایر نهادهای، شرکا و پیمانکاران برون‌سپاری شده^۲ بررسی نمایید.
- کارکنان را در زمینه سازوکار شکایات آموزش دهید.

۵-۲) از شکایات استقبال کنید، آن‌ها را بپذیرید و درباره نحوه دسترسی به سازوکار و دامنه

1. geotagging
2. outsourcing

مسائلی که این سازوکار به آن‌ها پاسخ می‌دهد، اطلاع‌رسانی نمایید.

- پوشش اطلاع‌رسانی را برای کمک به افزایش آگاهی درباره نظام و رویه‌ها و ایجاد امکان پرسیدن سؤال‌های بیشتر درباره نحوه کارکرد سازمان در نظر بگیرید.

۳-۵ شکایات را به‌صورت بهنگام، منصفانه و مناسب با اولویت‌بندی ایمنی شاکی و افراد متأثر در تمامی مقاطع مدیریت کنید.

- با هر یک از شکایات به‌صورت انفرادی مواجه شوید حتی اگر بسیاری از آن‌ها مسائل مشاوره‌ای را پوشش می‌دهند.
- پاسخ را در بازه زمانی مشخص ارائه کنید. شاکی باید بداند که در چه زمانی می‌تواند منتظر پاسخ باشد.
- جلب مشارکت یا اعمال مدیریت اجتماع را در نظام مدیریت شکایات در نظر بگیرید.

مسئولیت‌های سازمانی

۴-۵ فرایند پاسخ‌دهی به شکایات برای اجتماعات و افراد متأثر در بحران مستند و تعیبه شده است. فرآیند مذکور باید برنامه‌ریزی، آزار و بهره‌کشی جنسی و سایر موارد سوءاستفاده از قدرت را پوشش دهد.

- سوابق نحوه ایجاد سازوکار شکایات، معیارهای تصمیم‌گیری، کلیه شکایات انجام‌شده، نحوه پاسخ‌دهی به آن‌ها و بازه زمانی مربوطه را ثبت کنید.
- مراقب باشید تا بتوانید حفظ محرمانه اطلاعات را در زمینه شکایات دقیقاً مطابق با سیاست‌های حفاظت از داده‌ها تضمین نمایید.
- با سایر سازمان‌ها در زمینه سازوکارهای شکایات همکاری نمایید تا روند مذکور فاقد ابهام برای اجتماعات و کارکنان باشد.

۵-۵ فرهنگ سازمانی که شکایات در آن جدی گرفته می‌شوند و مطابق با فرایندها و سیاست‌های تعریف‌شده اقدام می‌گردد، تعیبه شده است.

- سیاست‌های مرتبط با وظایف مراقبتی سازمان، منشورهای رفتاری و چگونگی حمایت از گروه‌های بالقوه آسیب‌پذیر را مانند زنان، کودکان و افراد دارای معلولیت با افراد مدنظر دریافت کمک از سوی سازمان به‌طور عمومی اطلاع‌رسانی نمایید.
- رویه‌های بررسی رسمی مطابق با اصول محرمانگی استقلال و احترام را ایجاد نمایید. بررسی‌ها را به شکلی کامل، بهنگام و حرفه‌ای مطابق با استانداردهای قانونی و الزامات قوانین محلی کار اجرا نمایید. برای مدیران انتصاب یافته بررسی‌ها و مدیریت سوءرفتار کارکنان دوره آموزشی برگزار کنید یا امکان دسترسی آن‌ها را به متخصصین مربوطه فراهم نمایید.
- روند طرح شکایت و افشا را برای بررسی شکایات از کارکنان لحاظ نمایید و کارکنان را از وجود این روند مطلع سازید.

۶-۵ اجتماعات و افراد متأثر در بحران کاملاً نسبت به رفتار قابل‌انتظار کارکنان بشردوستانه از جمله تعهدات سازمانی بر مبنای پیشگیری از آزار و بهره‌کشی جنسی آگاه هستند.



- فرآیند شکایات را برای اجتماعات و کارکنان توضیح دهید. سازوکارها را هم برای مسائل حساس (مانند موارد مرتبط با فساد، آزار و بهره‌کشی جنسی، سوءرفتار یا سوءعملکرد بارز) و هم برای اطلاعات غیرحساس (مانند چالش‌های کاربرد معیارهای انتخاب) لحاظ کنید.

۵-۷ شکایاتی که در حیطه کاری سازمان قرار نمی‌گیرند، به شخص مربوطه مطابق با رویه صحیح ارجاع داده می‌شوند.

- راهنمایی لازم را درباره شکایات مربوط به حیطه کاری سازمان و همچنین زمان و چگونگی ارجاع شکایات را به سایر ارائه‌کنندگان خدمات تبیین کنید.

یادداشت‌های راهنما

طراحی سازوکار شکایات: تحولات اجتماعی و قدرت باید پیش از تصمیم‌گیری درباره بهترین نحوه تعامل با اجتماعات ارزیابی گردند. به نیازهای سالمندان، زنان و دختران، پسران و مردان، افراد دارای معلولیت و سایر افراد در حاشیه توجه کنید و اطمینان حاصل نمایید که آن‌ها در طراحی و اجرای نظام‌های شکایات نقشی ایفا خواهند نمود.

آگاهی بخشی درباره نحوه شکایت: زمان و منابع برای تضمین آشنایی افراد متأثر با خدمات، رویکرد کارکنان و رفتار قابل‌انتظار از سوی سازمان‌های بشردوستانه ضرورت دارند. آن‌ها همچنین باید بدانند که چه کار باید بکنند و شکایت خود را درخصوص عدم رعایت این تعهدات توسط سازمان بشردوستانه به کجا ببرند.

سازوکار مذکور باید به‌گونه‌ای طراحی گردد که افراد نسبت به امکان همیشگی ارائه محرمانه شکایت و به‌دوراز ترس مقابله‌به‌مثل اطمینان پیدا کنند.

انتظارات را مدیریت کنید چراکه اجتماعات شاید باور داشته باشند که فرآیند شکایات می‌تواند کلیه مشکلات آن‌ها را رفع و رجوع نماید که این خود باعث ایجاد سردرگمی و سرخوردگی در صورت خارج بودن تغییرات مدنظر از حیطه کنترل سازمان خواهد شد.

مدیریت شکایات: موارد خارج بودن شکایت را از حیطه کنترل و مسئولیت سازمان صراحتاً برای شاکی توضیح دهید. در موارد ممکن و با توافق شاکی، شکایت را به سازمان ذیصلاح ارجاع دهید. با سایر بخش‌ها و نهادهای راستای تضمین کارکرد اثربخش این روند، هماهنگی نمایید.

صرفاً کارکنان آموزش‌دیده باید موارد اتهام آزار و بهره‌کشی جنسی را توسط کارکنان بشردوستانه بررسی نمایند.

ارجاع محرمانه برای پشتیبانی و مراقبت بیشتر (مانند حمایت روانی-اجتماعی و سلامت روان یا سایر خدمات مراقبت‌های سلامت) باید برای شاکیان مطابق با درخواست و تمایل آن‌ها انجام گردد.

شکایات ناشناس و همراه با سوءنیت به علت ناشناخته بودن منبع چالش‌های خاصی را ایجاد می‌کنند. چنین مواردی می‌توانند هشدار درخصوص نارضایتی زمینه‌ای برای سازمان باشند و پیگیری به‌منظور بررسی وجود عوامل قبلی اذعان نشده که سبب شکایت شده‌اند، ضرورت خواهد داشت.

حمایت از شاکیان: هنگام تصمیم‌گیری بر سر تعیین اطلاعاتی که فردی درون سازمان باید بداند، احتیاط کنید. افراد گزارش دهنده آزار جنسی شاید با انگ اجتماعی و خطر واقعی از طرف مرتکبین آزار و خانواده‌های خود مواجه باشند. سازوکار متضمن برخورد محرمانه را با شکایات طراحی نمایید. نحوه افشا باید برای حمایت از کارکنان افشا کننده، نگرانی‌ها درباره برنامه‌ها یا رفتار همکاران تدوین شده باشد.

سیاست‌های حفاظت از داده‌ها باید مدت‌زمان حفظ انواع اطلاعات خاص را مطابق با قوانین حفاظت از داده‌های مربوطه

پوشش دهند.

فرایند مدیریت شکایات: تضمین نمایند که کارکنان سازمان و اجتماعات تحت پوشش آن، از فرصت گزارش‌دهی شکایات برخوردار هستند. چنین شکایاتی را می‌توان به‌عنوان فرصتی برای بهبود سازمان و کارکرد آن تلقی نمود. شکایات می‌توانند نشانگر تأثیر و مناسب بودن مداخله، آسیب‌پذیری‌ها و خطرهای بالقوه و میزان رضایتمندی افراد از خدمات ارائه شده باشند.

آزار و بهره‌کشی جنسی افراد متأثر در بحران: سازمان و مدیریت ارشد آن مسئول تضمین وجود رویه‌ها و سازوکارهای شکایت و همچنین ایمن، شفاف، قابل‌دسترس و محرمانه بودن آن‌ها می‌باشند. در موارد مربوطه، سازمان‌ها باید درج بیانیه‌ای خاص را درباره همکاری با روندهای بررسی موارد آزار و بهره‌کشی جنسی در توافقات شرکای خود در نظر بگیرند.

فرهنگ سازمانی: مدیران و کارکنان ارشد باید فرهنگ احترام متقابل را میان تمامی کارکنان، شرکا، داوطلبین و افراد متأثر در بحران الگوسازی و ترویج کنند. پشتیبانی آن‌ها از اجرای سازوکارهای شکایات اجتماعی حیاتی است. کارکنان باید نسبت به نحوه حل‌وفصل شکایات یا اتهامات آزار آگاه باشند. در موارد فعالیت مجرمانه یا نقض قوانین بین‌المللی، کارکنان باید نحوه تماس با مقامات مسئول ذیصلاح را بدانند. سازمان‌های مشغول همکاری با شرکا باید درخصوص چگونگی طرح و مدیریت شکایات (ازجمله موارد علیه یکدیگر) توافق داشته باشند.

رفتار کارکنان و منشور رفتاری: سازمان‌ها باید دارای منشور رفتاری کارکنان مصوب مدیریت ارشد باشند که به اطلاع عموم برسد. سیاست مراقبت از کودک باید درخصوص کلیه کارکنان و شرکا اعمال گردد و دوره‌های آموزشی درباره استانداردهای مدنظر رفتاری ارائه شوند. کارکنان باید عواقب نقض منشور رفتاری را بدانند و بشناسند. + بنگرید به تعهدات ۳ و ۸.

تعهد ۶

اجتماعات و افراد متأثر در بحران کمک‌های مکمل و هماهنگ شده را دریافت می‌کنند.

معیار کیفیت

پاسخ‌دهی بشردوستانه مکمل و هماهنگ شده است.

شاخص‌های عملکرد

۱. سازمان‌ها شفاف‌ها و همپوشانی‌های شناسایی‌شده را توسط اجتماعات متأثر و شرکا از طریق اقدام هماهنگ به حداقل می‌رسانند.
۲. پاسخ‌دهنده ازجمله سازمان‌های محلی اطلاعات مربوطه را از طریق سازوکارهای هماهنگی رسمی و غیررسمی به اشتراک می‌گذارند.
۳. سازمان‌ها نیازسنجی، ارائه کمک‌های بشردوستانه و پایش اجرای کمک را با یکدیگر هماهنگ می‌نمایند.
۴. سازمان‌های محلی مشارکت و بازنمایی مناسب را در سازوکارهای هماهنگی گزارش می‌دهند.



اقدامات کلیدی

۶-۱ نقش‌ها، مسئولیت‌ها، ظرفیت‌ها و منافع دست‌اندرکاران گوناگون را شناسایی کنید.

- همکاری را برای بهینه‌سازی ظرفیت اجتماعات، دولت‌های میزبان، حامیان مالی، بخش خصوصی و سازمان‌های بشردوستانه (محلی، ملی، بین‌المللی) دارای تخصص و وظایف مختلف در نظر بگیرید.
- ارزشیابی‌های مشترک، آموزش و سنجش‌ها را میان سازمان‌ها و سایر دست‌اندرکاران با هدف تضمین رویکرد منسجم‌تر پیشنهاد و رهبری نمایید.

۶-۲ اطمینان حاصل نمایید که پاسخ‌دهی بشردوستانه باعث تکمیل پاسخ‌دهی مقامات مسئول ملی و محلی و سایر سازمان‌های بشردوستانه می‌گردد.

- متوجه باشید که هماهنگی و برنامه‌ریزی امدادرسانی نهایتاً مسئولیت دولت میزبان می‌باشد. سازمان‌های بشردوستانه نقش اساسی را در پشتیبانی از کارکرد هماهنگی و پاسخ‌دهی دولت ایفا می‌نمایند.

۶-۳ در نهادهای هماهنگی مربوطه مشارکت نمایید و با سایرین به‌منظور حداقل‌سازی مطالبات در زمینه اجتماعات با هدف حداکثرسازی پوشش و ارائه خدمات گسترده طرح بشردوستانه همکاری کنید.

- در راستای اعمال و پیروی از راهکارها و استانداردهای کیفی به رسمیت شناخته‌شده از طریق هماهنگی، مطالبه‌گری نمایید. از نهادهای هماهنگی برای مطابقت استانداردهای بشردوستانه مخصوصاً شاخص‌ها برای پایش و ارزشیابی جمعی فعالیت‌ها و پاسخ‌دهی استفاده کنید.
- گستره فعالیت‌ها و تعهدات و همچنین هرگونه همپوشانی را با سایر نهادهای هماهنگی و نحوه مدیریت آن به‌عنوان مثال در ارتباط با هماهنگی پاسخگویی، جنسیت و حمایت تعیین نمایید.

۶-۴ اطلاعات ضروری را با شرکا، گروه‌های هماهنگی و سایر کنشگران مربوطه از طریق کانال‌های اطلاع‌رسانی مناسب تبادل کنید.

- کاربرد زبان (زبان‌های) محلی را در جلسات و سایر ارتباطات رعایت نمایید. موانع ارتباطی را بررسی کنید تا دست‌اندرکاران محلی توان مشارکت بیابند.
- موارد را صراحتاً اطلاع‌رسانی کنید و از عبارات تخصصی و محاوره‌ای مخصوصاً در موارد عدم کاربرد زبان یکسان توسط شرکت‌کنندگان پرهیز نمایید.
- در صورت نیاز، از مترجمین شفاهی و کتبی استفاده کنید.
- محل نشست‌ها را برای امکان مشارکت کنشگران محلی در نظر بگیرید.
- با شبکه‌های سازمان‌های جامعه مدنی در راستای تضمین لحاظ شدن کمک‌های اعضای آن‌ها همکاری کنید.

مسئولیت‌های سازمانی

۶-۵ سیاست‌ها و راهبردها حاوی تعهد صریح هماهنگی و همکاری با سایرین شامل مقامات مسئول ملی و محلی بدون نقض اصول بشردوستانه هستند.

- هماهنگی را در سیاست‌های سازمانی و راهبردهای تأمین منابع لحاظ کنید. سازمان باید بیانیه‌ای را درخصوص

نحوه تعامل با شرکا، مقامات مسئول میزبان و سایر کنشگران بشردوستانه و غیربشردوستانه ارائه نماید.

- کارکنان نماینده نهادها در جلسات هماهنگی باید از اطلاعات و مهارت‌ها و اختیارات مناسب به‌منظور کمک به برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برخوردار باشند. مسئولیت‌های هماهنگی را در شرح وظایف کارکنان مشخصاً تعبیه نمایند.

۶-۶ کار با شرکا تحت حاکمیت توافقات صریح و منسجم قرار دارد که وظایف، الزامات و استقلال هر یک از شرکا را رعایت می‌نمایند و تعهدات و محدودیت‌های مربوطه آن‌ها را به رسمیت می‌شناسند.

- سازمان‌های محلی و ملی، ضمن درک مشترک از وظیفه سازمانی و نقش‌ها و مسئولیت‌های دوطرفه برای اقدام اثربخش و پاسخگو با شرکا به تعامل و همکاری می‌پردازند.

یادداشت‌های راهنما

همکاری با بخش خصوصی: بخش خصوصی می‌تواند کارآمدی تجاری، تخصص تکمیلی و منابع را برای سازمان‌های بشردوستانه به ارمغان آورد. حداقل آنکه تبادل اطلاعات برای اجتناب از موازی‌کاری و ترویج عملکرد مناسب^۱ بشردوستانه ضروری است. تضمین نمایید که کسب‌وکارهای شریک خود را به حقوق بشر متعهد ساخته‌اند و سابقه ناپرابری یا رفتارهای تبعیض‌آمیز مستمر ندارند. شراکت با بخش خصوصی باید متضمن مزایای مشخص برای افراد متأثر در بحران باشد، ضمن آنکه ممکن است فعالان بخش خصوصی اهداف خاص خود را داشته باشند.

هماهنگی نیروهای نظامی و غیرنظامی: سازمان‌های بشردوستانه باید آشکارا از نیروهای نظامی برای اجتناب از هرگونه ارتباط واقعی یا تصور شده با دستور کار سیاسی یا نظامی که می‌تواند مخرب بی‌غرضی، استقلال، اعتبار و امنیت و دسترسی این‌گونه نهادها به جمعیت‌های متأثر باشد، حذر کنند.

نیروهای نظامی دارای تخصص و منابع خاص از جمله موارد مرتبط با امنیت، تدارکات، حمل‌ونقل و ارتباطات هستند. بااین‌وجود، هرگونه ارتباط با نیروهای نظامی باید در خدمت نهادهای بشردوستانه و تحت رهبری آن‌ها و مطابق با راهکارهای مصوب باشند. ⊕ **بگریز به آشنایی با اِسْفیر، منشور بشردوستانه و اصول حمایت.** برخی از سازمان‌ها حداقل میزان گفتگو را برای تضمین کارآمدی عملیاتی حفظ خواهند نمود درحالی‌که سایرین ارتباطات مستحکم‌تری را دنبال خواهند کرد.

عناصر سه‌گانه اصلی هماهنگی نیروهای نظامی و غیرنظامی عبارت‌اند از تبادل اطلاعات، برنامه‌ریزی و تقسیم وظایف. گفتگو باید در تمامی موقعیت‌ها و مقاطع انجام گردد.

کمک‌رسانی تکمیلی: سازمان‌های محلی، مقامات مسئول محلی و شبکه‌های جامعه مدنی دارای تجربه قابل‌ملاحظه درخصوص شرایط هستند و شاید نیازمند پشتیبانی در راه‌اندازی مجدد خود پس از عوارض بحران و همچنین تعامل و حضور در هماهنگی تلاش‌های پاسخ‌دهی باشند.

در مواردی که مقامات مسئول طرف مخاصمه قرار دارند، کنشگران بشردوستانه باید از صلاحدید خود درخصوص استقلال مقامات مسئول ضمن استقرار منافع جمعیت‌های متأثر در کانون تصمیم‌گیری خود بهره ببرند.

هماهنگی: با هماهنگی میان‌بخشی می‌توان به‌صورت جامع و نه به شکلی مجزا به نیازهای افراد پاسخ داد. به‌عنوان نمونه، هماهنگی در زمینه حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان باید از طریق بخش‌های سلامت، حمایت و آموزش ازجمله از طریق کارگروه فنی متشکل از متخصصین مربوطه انجام گردد.



مسئولان هماهنگی عهده‌دار تضمین مدیریت مناسب، کارآمد و نتیجه‌محور^۱ جلسات و تبادل اطلاعات هستند. کنشگران محلی شاید در سازوکارهای هماهنگی در صورتی که آن را صرفاً مرتبط با نهادهای بین‌المللی بنا به مسائل زبانی یا مکانی نپندارند، شرکت نکنند. سازوکارهای ملی و درون کشوری دارای سلسله‌مراتب مشخص گزارش‌دهی شاید ضرورت داشته باشند.

مشارکت در سازوکارهای هماهنگی پیش از سوانح باعث ایجاد روابط و ارتقای هماهنگی در طی پاسخ خواهد شد. ساختارهای هماهنگی اضطراری را با برنامه‌های درازمدت توسعه و نهادهای هماهنگی در موارد موجود پیوند دهید.

سازوکارهای بین‌المللی میان‌سازمانی برای هماهنگی شرایط اضطراری باید پشتیبان سازوکارهای ملی هماهنگی باشند. در موارد کمک به پناهندگان، سازوکار هماهنگی پناهندگان باید همان سازوکار مورد استفاده کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان^۲ باشد.

تبادل اطلاعات (شامل اطلاعات مالی): تبادل اطلاعات مابین دست‌اندرکاران و سازوکارهای هماهنگی مختلف، احتمال شناسایی خلأها یا موازی‌کاری را در برنامه‌ها افزایش می‌دهد.

همکاری با شرکا: انواع گوناگون تمهیدات با شرکا از موارد صرفاً قراردادی تا تصمیم‌گیری مشترک و منابع اشتراکی شاید موجود باشند. به وظیفه و بینش سازمان شریک و استقلال آن احترام بگذارید. فرصت‌ها را برای توسعه و یادگیری مشترک شناسایی کنید. اهداف مدنظر طرفین را از شراکت، هم‌زمان با افزایش دانش و ظرفیت‌های آن‌ها مشخص کنید و آمادگی بهتر پاسخ‌دهی و گزینه‌های متنوع آن را تضمین نمایید.

همکاری‌های درازمدت مابین سازمان‌های جامعه مدنی محلی و ملی و سازمان‌های بین‌المللی به کلیه شرکا امکان افزایش دانش و ظرفیت‌های خود را می‌دهد و آمادگی بهتر برای پاسخ‌دهی و گزینه‌های متنوع آن را تضمین خواهد نمود.

تعهد ۷

اجتماعات و افراد متأثر در بحران می‌توانند ارتقای کیفیت ارائه کمک‌ها را هم‌زمان با یادگیری سازمان‌ها از تجربه و تأمل بر عملکرد خود انتظار داشته باشند.

معیار کیفیت

کنشگران بشردوستانه به یادگیری و بهینه‌سازی ادامه می‌دهند.

شاخص‌های عملکرد

۱. اجتماعات و افراد متأثر در بحران، موارد بهبود کمک و حمایت را در اثر دریافت آن‌ها به‌مرور شناسایی خواهند نمود.
۲. مداخلات کمک و حمایت در اثر درس‌آموخته‌ها در پاسخ‌دهی جاری بهبود می‌یابند.
۳. کمک و حمایت ارائه‌شده نشانگر یادگیری از سایر پاسخ‌دهی است.

اقدامات کلیدی

۷-۱) هنگام طراحی برنامه‌ها از درس آموخته‌ها و تجارب پیشین استفاده نماید.

1. results-based
2. United Nations' High Commissioner for Refugees (UNHCR)

- نظام‌های پایش ساده و قابل‌دسترسی را با اذعان آنکه اطلاعات باید نمایانگر گروه‌های مختلف باشد، طراحی نمایید و صراحتاً مشخص کنید که کدام دسته از افراد از برنامه‌های پیشین بهره بردند و کدام انتفاعی نبردند.
- موارد عدم موفقیت را در کنار موفقیت‌ها در نظر بگیرید.

۷-۲ یاد بگیرید، نوآوری کنید و تغییرات را بر مبنای پایش و ارزشیابی و بازخورد و شکایات اجرا نمایید.

- از روش شنیدار با پاسخ‌دهی باز^۱ و سایر رویکردهای مشارکتی کیفی استفاده کنید. افراد متأثر در بحران بهترین منبع اطلاعات درباره نیازها و تغییرات در وضعیت هستند.
- یادگیری را با اجتماعات تبادل نمایید و به بحث بگذارید و از آن‌ها بپرسید که چه کاری را به شکل مختلف انجام می‌دهند و نقش خود را چگونه در تصمیم‌گیری یا مدیریت تقویت می‌کنند.

۷-۳ یادگیری و نوآوری را در داخل سازمان، با اجتماعات و افراد متأثر در بحران و سایر دست‌اندرکاران به اشتراک بگذارید.

- اطلاعات جمع‌آوری شده را از طریق پایش و ارزشیابی در قالبی قابل‌دسترس ارائه نمایید که تبادل و تصمیم‌گیری را ممکن سازد.  بنگرید به تعهد ۴.
- روش‌های پشتیبانی را از فعالیت‌های یادگیری در کل نظام شناسایی کنید.

مسئولیت‌های سازمانی

۷-۴ سیاست‌های ارزشیابی و یادگیری تعبیه شده‌اند و روش‌های یادگیری از تجارب و بهبود عملکردها موجودند.

- سازمان‌ها بررسی عملکرد و برنامه بهینه‌سازی را بر مبنای شاخص‌های سنجش‌پذیر عینی در چرخه یادگیری خود لحاظ می‌کنند.
- کلیه کارکنان مسئولیت‌های خود را در ارتباط با پایش پیشرفت کار خود و چگونگی کمک یادگیری به توسعه حرفه‌ای خود می‌دانند.

۷-۵ سازوکارها برای ثبت دانش و تجربه موجودند و دسترسی آن‌ها را در کل سازمان ممکن می‌سازند.

- یادگیری سازمانی به تغییرات عملی (ازجمله راهبردهای بهبودیافته برای اجرای ارزیابی‌ها، سازمان‌دهی مجدد تیم‌ها برای پاسخ‌دهی منسجم‌تر و بیان مشخص‌تر مسئولیت‌های تصمیم‌گیری) منجر خواهد شد.

۷-۶ سازمان به یادگیری و نوآوری در پاسخ‌دهی بشردوستانه میان همسانان و درون این بخش کمک می‌نماید.

- گزارش‌ها را درباره پاسخ‌دهی بشردوستانه شامل درس آموخته‌های کلیدی و توصیه‌ها برای شیوه‌های بازبینی شده در طی پاسخ‌دهی آتی گردآوری و منتشر سازید.

1. open-ended listening



یادداشت‌های راهنما

یادگیری از تجربه: روش‌ها و رویکردهای گوناگون مناسب اهداف مختلف عملکرد، یادگیری و پاسخگویی هستند. پایش – جمع‌آوری مجموعه داده‌های مرتب عملکرد و فعالیت‌های پروژه که می‌توان برای اصلاح روند استفاده نمود. از داده‌های کیفی و کمی برای پایش و ارزشیابی استفاده کنید، داده‌ها را سه‌گوشه‌سازی نمایید و سوابق منسجم را حفظ کنید. مبانی اخلاقی نحوه جمع‌آوری، مدیریت و گزارش‌دهی داده‌ها را لحاظ نمایید. مشخص کنید که کدام داده‌ها جمع‌آوری می‌گردند و به چه شکل بر مبنای کاربرد مدنظر و کاربران داده‌ها، ارائه می‌شوند. داده‌هایی را که مورد تحلیل یا استفاده قرار نخواهند گرفت، جمع‌آوری نکنید.

بررسی‌های بی‌درنگ^۱ – از فعالیت‌های ارزشیابی یک‌باره با درگیر کردن افراد مشغول کار در پروژه می‌توان برای اصلاح فرایند استفاده نمود.

بازخورد – اطلاعات دریافت شده از اجتماعات متأثر نه الزاماً به‌صورت ساختاریافته را می‌توان برای اصلاح فرایند به کار برد. افراد متأثر در بحران بهترین داوران تغییرات در زندگی خود هستند.

بررسی‌های پس‌اقدام – فعالیت‌های یک‌باره با درگیر کردن افراد مشغول کار در پروژه که پس از تکمیل پروژه به‌منظور شناسایی اجزایی که باید در پروژه‌های بعدی حفظ نمود یا تغییر داد، انجام می‌گردند.

ارزشیابی‌ها – فعالیت‌های رسمی برای تعیین عینی ارزش فعالیت، پروژه یا برنامه که معمولاً توسط افراد خارج از پروژه اجرا می‌گردد، می‌توانند بی‌درنگ باشند (برای ایجاد امکان اصلاح روند) یا پس از تکمیل پروژه با هدف تکمیل یادگیری برای موقعیت‌های مشابه و ارائه اطلاعات در سیاست‌گذاری رخ می‌دهند.

پژوهش – این روند شامل بررسی قاعده‌مند درخصوص پرسش‌های خاص تعریف‌شده مرتبط با اقدام بشردوستانه است که عموماً برای ارائه اطلاعات در سیاست‌گذاری به کار می‌روند.

نوآوری: پاسخ‌دهی به بحران اغلب هم‌زمان با مطابقت افراد و سازمان‌ها با محیط‌های در حال تغییر به نوآوری منجر می‌گردد. افراد متأثر در بحران مشغول نوآوری در حین سازگاری خود با شرایط در حال تغییر می‌باشند و آن‌ها می‌توانند از پشتیبانی قاعده‌مندتر در فرایندهای نوآوری و توسعه بهره‌مند گردند.

همکاری و تبادل درس آموخته‌ها: یادگیری توأم با همکاری با سایر آژانس‌ها، نهادهای دولتی و غیردولتی و مؤسسات دانشگاهی، الزام حرفه‌ای می‌باشد و امکان معرفی دیدگاه‌های تازه و همچنین حداکثرسازی کاربرد منابع محدود را فراهم می‌نماید. همکاری همچنین به کاهش بار ارزشیابی‌های مکرر در همان اجتماع کمک می‌کند.

یادگیری همسانان توسط مجموعه‌ای از سازمان‌ها به کار رفته‌اند و آن‌ها را می‌توان برای پایش پیشرفت بی‌درنگ یا تمرین تأمل پس‌بحران به کار برد.

شبکه‌ها و اجتماعات مشغول کار (شامل مؤسسات دانشگاهی) می‌توانند فرصت‌هایی را برای یادگیری از گروه‌های همسان در بررسی‌های میدانی و پس‌اقدام و نیز در مجامع یادگیری ایجاد کنند. این امر کمک مهمی به عملکرد و یادگیری سازمانی در کل نظام قلمداد می‌گردد. تبادل چالش‌ها و همچنین موقعیت‌ها میان همسانان می‌تواند کنشگران بشردوستانه را به شناسایی خطرها و اجتناب از خطاهای آتی قادر سازد.

شواهد موجود در میان بخش‌های مختلف بسیار مفیدند. شواهد بررسی و یادگیری میان سازمان‌ها احتمالاً بیشتر به تغییر سازمانی در مقایسه با درس آموخته‌ها درون یک سازمان کمک خواهند نمود.

پایش انجام‌شده توسط خود افراد متأثر در بحران می‌تواند باعث ارتقای شفافیت و کیفیت گردد و مالکیت اطلاعات

را ترغیب نماید.

سیاست‌های ارزشیابی و یادگیری: حوزه‌ها و آموخته‌های کلیدی شناسایی شده برای بهبود همیشگی به‌گونه‌ای قاعده‌مند موردتوجه قرار نمی‌گیرند و درس‌ها را نمی‌توان آموخته تلقی نمود مگر آنکه باعث اعمال تغییرات قابل اثبات در پاسخ‌دهی جاری یا متعاقب گردند.

مدیریت دانش و یادگیری سازمانی: مدیریت دانش شامل جمع‌آوری، توسعه، اشتراک‌گذاری، ذخیره و کاربرد اثربخش یادگیری و دانش سازمانی است. کارکنان ملی باسابقه اغلب حائز نقش کلیدی در حفظ روابط و دانش محلی هستند. امکان یادگیری می‌بایست برای کنشگران ملی، منطقه‌ای و محلی ایجاد شود تا به آن‌ها در تدوین یا به‌روزرسانی برنامه‌های آمادگی بحران کمک کند.

تعهد ۸

اجتماعات و افراد متأثر در بحران کمک‌های مورد نیاز خود را از سوی داوطلبین و کارکنان توانمند و سازمان‌یافته دریافت می‌کنند.

معیار کیفیت

از کارکنان در زمینه انجام اثربخش کار خود حمایت به عمل می‌آید و به‌گونه‌ای عادلانه و منصفانه با آن‌ها رفتار می‌شود.

شاخص‌های عملکرد

۱. تمامی کارکنان حس می‌کنند که از سوی سازمان خود در روند انجام کار، پشتیبانی می‌شوند.
۲. کارکنان اهداف عملکرد خود را به شکلی رضایت‌بخش برآورده می‌نمایند.
۳. اجتماعات و افراد متأثر در بحران کارکنان را ارزیابی می‌نمایند تا از لحاظ دانش، مهارت‌ها، رفتارها و نگرش‌ها اثربخش باشند.
۴. اجتماعات و افراد متأثر در بحران نسبت به منشورهای رفتاری بشردوستانه و چگونگی طرح دغدغه‌های خود درباره موارد نقض رفتار آگاهی دارند.

اقدامات کلیدی

۸-۱ کارکنان مطابق با وظایف و ارزش‌های سازمان و استانداردهای عملکرد و اهداف مورد توافق کار می‌کنند.

- شرایط و مفاد گوناگون برای انواع کارکنان در سطوح گوناگون به‌کار برده می‌شوند. قوانین استخدامی کشوری اغلب حاکم بر وضعیت استخدام اشخاص هستند و باید آن‌ها را رعایت نمود. تمامی کارکنان باید از جایگاه قانونی و سازمانی خود چه در مقیاس ملی و چه در مقیاس بین‌المللی مطلع گردند.

۸-۲ کارکنان به سیاست‌های مرتبط با خود پایبند هستند و تبعات عدم پایبندی به آن‌ها را می‌دانند.



- آموزش و آشنایی با اساسنامه، سیاست‌ها و منشور رفتاری سازمانی در کلیه شرایط از جمله اعزام سریع یا گسترش تعداد نیروها ضرورت دارد.

۸-۳ کارکنان توانمندی‌های ضروری فردی، فنی و مدیریتی را برای ایفای نقش خود و شناخت نحوه پشتیبانی سازمان از آن‌ها در این خصوص، توسعه و به کار می‌بندند.

- ممکن است فرصت‌ها برای پیشرفت کارکنان رسمی در فاز اولیه پاسخدهی محدود باشند اما مدیران باید حداقل آموزش اولیه و ضمن خدمت را تأمین کنند.

مسئولیت‌های سازمانی

۸-۴ سازمان دارای مدیریت و توانایی و ظرفیت کارکنان برای ارائه برنامه‌های خود است.

- افرادی را که دسترسی خدمات را افزایش می‌دهند استخدام نمایید و از هرگونه برداشت تبعیض‌آمیز بر مبنای زبان، قومیت، جنسیت، معلولیت و سن اجتناب نمایید.
- باید از قبل به نحوه توجه سازمان به مقاطع اوج تقاضا برای کارکنان واجد شرایط توجه نمود. مسئولیت‌ها و نقش‌های کشوری و همچنین ارتباطات و مسئولیت‌های تصمیم‌گیری داخلی را تبیین نمایید.
- از استخدام کارکنان برای بازه‌های کوتاه‌مدت که منجر به گردش بالای کارکنان، تضعیف تداوم و کیفیت برنامه و همچنین اجتناب کارکنان از پذیرش مسئولیت فردی برای کارها می‌گردد، دوری نمایید.
- رویه‌های اخلاقی استخدام را برای پرهیز از خطر تضعیف ظرفیت سمن‌های محلی اتخاذ کنید.
- کارکنان استخدام‌شده محلی را که احتمالاً برای مدت‌زمان طولانی‌تر می‌مانند، توسعه دهید. در سازمان‌های دارای وظایف متعدد، کارکنان بخش توسعه باید آموزش ببینند و برای پاسخدهی بشردوستانه موجود باشند.

۸-۵ رویه‌ها و سیاست‌های مربوط به کارکنان عادلانه، شفاف، غیرتبعیض‌آمیز و هم‌راستا با قوانین استخدام محلی هستند.

- عملکرد و سیاست‌گذاری سازمانی باعث ارتقای نقش کارکنان ملی در سطح مدیریت و رهبری برای تضمین تداوم، حافظه سازمانی و پاسخدهی مناسب‌تر با موقعیت می‌گردد.

۸-۶ شرح وظایف شغلی، اهداف کاری و فرایندهای بازخورد تعبیه شده‌اند تا کارکنان برداشت مشخصی از الزامات خود داشته باشند.

- شرح وظایف شغلی صحیح و به‌روز نگهداری می‌گردند.
- کارکنان اهداف فردی را برای توانمندی‌ها و امیال کاری مستند شده در برنامه توسعه تدوین می‌نمایند.

۸-۷ منشور رفتاری برای ایجاد حداقل میزان تعهد کارکنان به اجتناب از بهره‌کشی، آزار یا هرگونه تبعیض علیه افراد تعبیه شده است.

- تمامی نمایندگان سازمان (شامل کارکنان، داوطلبین، شرکا و پیمانکاران) منشور اخلاقی سازمان را می‌فهمند، امضا می‌کنند و رعایت می‌نمایند و استانداردهای رفتاری مورد انتظار و تبعات نقض این منشور برای همه آن‌ها تبیین شده‌اند.

۸-۸ سیاست‌ها برای پشتیبانی از کارکنان به‌منظور بهبود مهارت‌ها و توانمندی‌های آنان تعبیه

شده‌اند.

- سازمان‌ها باید سازوکارهایی برای بررسی عملکرد کارکنان، ارزیابی شکاف‌های ظرفیتی و توسعه استعدادها داشته باشند.

۸-۹ سیاست‌ها برای امنیت و نیک‌بود کارکنان تعبیه شده‌اند.

- نهادها وظیفه مراقبتی خود را نسبت به کارکنان اجرا می‌نمایند. مدیران کارکنان بشردوستانه را درخصوص خطرها آگاه می‌سازند و از آن‌ها در برابر تهدیدات غیرضروری نسبت به سلامت جسمانی و عاطفی حفاظت می‌کنند.
- اقداماتی را که می‌توان برای اهداف زیر مطابقت داد، عبارت‌اند از: ادغام مدیریت اثربخش امنیت، توصیه پیشگیرانه سلامت، پشتیبانی فعال از ساعات کار مناسب و برخورداری از حمایت روانی.
- سیاست عدم مدارا با آزار و اذیت را شامل آزار و اذیت جنسی در محل کار تدوین نمایند.
- راهبردهای کل‌نگر پیشگیری و پاسخ‌دهی را برای توجه به موارد بروز خشونت و آزار جنسی اعمال‌شده توسط کارکنان ایجاد نمایند.

پادداشتهای راهنما

کارکنان و داوطلبین: تمامی نمایندگان سازمان‌ها شامل کارکنان ملی، بین‌المللی، دائمی یا کوتاه‌مدت و همچنین داوطلبین و مشاورین، به‌عنوان کارکنان تلقی می‌گردند.

سازمان‌ها باید کارکنان و داوطلبین را نسبت به گروه‌های در حاشیه و اجتناب از رویه‌ها و رویکردهای تبعیض‌آمیز و انگ‌گذاری آگاه نمایند.

پابندی به اساسنامه، ارزش‌ها و سیاست‌های سازمانی: از کارکنان انتظار می‌رود که در چارچوب قانونی، مأموریت، ارزش‌ها و بینش سازمانی تعریف و اعلام‌شده به آن‌ها فعالیت نمایند. اشخاص باید فراتر از شناخت گسترده نقش و روش‌های کاری سازمان در پی تدوین اهداف مشخص فردی و انتظارات عملکردی توافق شده با مدیر خود باشند.

در سیاست‌گذاری، تعهدات مشخصی باید نسبت به توازن جنسیتی با کارکنان و داوطلبان تصریح گردند.

سیاست‌گذاری باید مروج محیط کاری باز، شمول‌گرا و قابل‌دسترس برای افراد دارای معلولیت باشد که چنین رویکردی شامل موارد زیر است: شناسایی و حذف موانع دسترسی در محل کار، ممنوعیت تبعیض بر مبنای معلولیت، ارتقای فرصت‌های برابر و پرداخت مساوی برای کار دارای ارزش یکسان و ایجاد تغییرات قابل‌قبول برای افراد دارای معلولیت در محل کار.

شرایک خارجی، پیمانکاران و خدمت‌دهندگان همچنین باید سیاست‌ها و منشورهای رفتاری مربوطه و همچنین عواقب عدم متابعت (مانند فسخ قراردادها) را بدانند.

استانداردهای عملکرد و توسعه توانمندی‌ها: کارکنان و کارفرمایان آن‌ها متقابلاً در برابر توسعه ظرفیت‌های خود شامل مهارت‌های مدیریتی پاسخگو هستند. آن‌ها با کمک برخورداری از استانداردهای عملکرد و اهداف مشخص باید از مهارت‌ها، توانمندی‌ها و دانش ضروری برای ایفای نقش فعلی مطلع باشند. آن‌ها همچنین باید نسبت به فرصت‌های رشد و توسعه موجود یا ضروری آگاه گردند. توانمندی‌ها را می‌توان از طریق تجربه، آموزش، مرشدگری^۱ یا مربیگری ارتقا بخشید.

1. mentoring



روش‌های متعددی را می‌توان برای ارزیابی رفتارها و مهارت‌های کارکنان از جمله مشاهده، بررسی پرونداد کاری، مباحثات مستقیم با آن‌ها و مصاحبه با همکاران آن‌ها به کار برد. ارزیابی‌های مرتب مستندسازی شده باید امکان شناسایی حوزه‌های آموزش و حمایت را برای مدیران ایجاد نماید.

توانایی و ظرفیت کارکنان: نظام‌های مدیریت کارکنان در هر سازمان و موقعیت متفاوت‌اند اما از اطلاعات حاصله از عملکرد مناسب باید در این نظام‌ها استفاده شود. این گونه نظام‌ها باید در سطح راهبردی با پشتیبانی مدیریت ارشد در نظر گرفته شوند و برنامه‌ریزی گردد. ظرفیت کارکنان و توازن جنسیتی باید در پروژه‌ها و برنامه‌های سازمان لحاظ گردند. درواقع تعداد درست کارکنان دارای مهارت‌های درست در مکان درست و در زمان درست باید برای تحقق اهداف مشخص کوتاه‌مدت و درازمدت حضور داشته باشند.

سازمان‌ها باید تضمین نمایند که کارکنان از توانمندی‌های ضروری برای پشتیبانی اجتماعی از قبیل شنیدار اجتماعی فعال^۱، تصمیم‌گیری و اقدام برخوردارند. علاوه بر این، کارکنان باید در زمینه چگونگی اعمال رویه‌های استاندارد کاری آموزش ببینند که این خود باعث افزایش میزان تفویض اختیار و پاسخ‌دهی سریع‌تر خواهد شد.

برنامه‌های زمانی مرور بر عملکرد باید از انعطاف‌پذیری کافی برای پوشش کارکنان دارای قراردادهای کوتاه‌مدت و همچنین درازمدت برخوردار باشند. توانمندی‌های شنیداری، ایجاد امکان شمول‌گرایی، تسهیل گفتگوی اجتماعی و ایجاد امکان ابتکارات عمل و تصمیم‌گیری اجتماعی باید مورد توجه کافی قرار بگیرند. سازمان‌های شریک باید در زمینه توانمندی‌های ضروری کارکنان برای انجام تعهدات توافق شده، به اجماع رسیده باشند.

رویه‌ها و سیاست‌های مرتبط با کارکنان: سبک و پیچیدگی رویه‌ها و سیاست‌های مرتبط با کارکنان بستگی به اندازه و موقعیت هر سازمان دارد. کارکنان فارغ از سادگی یا پیچیدگی سازمان باید در توسعه و بررسی سیاست‌ها حتی‌المقدور به‌منظور تضمین بازنمایی نقطه‌نظرات آن‌ها مشارکت داشته باشند. دستورالعمل برای کارکنان باعث تسهیل دانش آن‌ها و مشورت در زمینه سیاست‌ها و عواقب عدم پابندی آن‌ها می‌گردد.

راهنمای کارکنان: هر یک از کارکنان باید اهداف مشخص فردی خود که امیال کاری و توانمندی‌های مورد هدف خود را پوشش می‌دهند، شناسایی نمایند و در برنامه رشد و توسعه مستند سازند.

پاسخ‌دهی اثربخش صرفاً به معنای تضمین حضور کارکنان دارای مهارت نیست بلکه به روش مدیریت اشخاص نیز بستگی خواهد داشت. بر اساس یافته‌های پژوهشی موقعیت‌های اضطرابی، مدیریت و چارچوب‌ها و همچنین رویه‌های اثربخش از اهمیت برابر و یا شاید بیشتر از مهارت‌های کارکنان در تضمین پاسخ‌دهی اثربخش برخوردارند.

امنیت و نیک‌بود: کارکنان اغلب ساعات کافی را در شرایط پرخطر و پرتنش سپری می‌نمایند. وظیفه سازمان نسبت به مراقبت از کارکنان ملی و بین‌المللی آن عبارت است از اقدامات ارتقای نیک‌بود روانی و جسمانی و اجتناب از خستگی درازمدت، فرسودگی، مصدومیت یا بیماری.

مدیران می‌توانند وظیفه مراقبت را از طریق الگوسازی عملکرد مناسب و متابعت فردی با سیاست‌گذاری ارتقا ببخشند. کارکنان بشردوستانه همچنین باید مسئولیت فردی مدیریت نیک‌بود خود را بر عهده بگیرند. کمک‌های اولیه روانشناسی باید فوراً در اختیار کارکنانی قرار بگیرند که دچار رویدادهای شدیداً ناراحت‌کننده گشته‌اند یا نظاره‌گر چنین مواردی بوده‌اند.

کارکنان را در جهت دریافت اطلاعات درخصوص موارد خشونت جنسی تجربه‌شده از سوی همکاران آن‌ها آموزش دهید. به اقدامات بازدارنده و بررسی دقیق برای ارتقای اعتماد و پاسخ‌گویی، دسترسی ایجاد کنید. در مواقع بروز رخدادها، رویکرد معطوف به فرد بازمانده را در زمینه حمایت روانی-اجتماعی و خدمات پزشکی شامل شناخت آسیب

نیابتی^۱ دنبال کنید. پشتیبانی باید همراه با پاسخ‌دهی و شمول‌گرایی نیازهای کارکنان ملی و بین‌المللی باشد. کارکنان حرفه‌ای بخش سلامت روان متناسب با فرهنگ و زبان منطقه باید با تمامی داوطلبان و کارکنان ملی و بین‌المللی مابین یک الی سه ماه پس از نجات آن‌ها از رویداد احتمالی تماس حاصل نمایند. این کارکنان باید وضعیت فرد بازمانده را ارزیابی نمایند و وی را در صورت نیاز به درمان بالینی ارجاع دهند.

تعهد ۹

اجتماعات و افراد متأثر در بحران می‌توانند انتظار داشته باشند که سازمان‌های کمک‌رسان به آن‌ها، منابع را به شکلی اثربخش، کارآمد و اخلاقی مدیریت می‌کنند.

معیار کیفیت

منابع به‌گونه‌ای مسئولانه در راستای اهداف مدنظر مدیریت و استفاده می‌گردند.

شاخص‌های عملکرد

۱. اجتماعات و افراد متأثر در بحران از بودجه‌ها، هزینه‌کرد و نتایج به‌دست‌آمده در سطح اجتماع آگاه‌اند.

۲. از نظر اجتماعات و افراد متأثر در بحران، منابع موجود:

الف. برای اهداف مدنظر به‌کار رفته‌اند و

ب. بدون اتلاف یا انحراف از مسیر اصلی خود استفاده شدند.

۳. منابع به‌دست‌آمده برای پاسخ‌دهی مطابق با برنامه‌ها، اهداف، بودجه‌ها و چارچوب‌های زمانی موافقت شده به‌کار می‌روند و پایش می‌گردند.

۴. پاسخ‌دهی بشردوستانه به شکلی هزینه‌اثربخش تأمین می‌گردد.

اقدامات کلیدی

۹-۱ به‌منظور تضمین کاربرد کارآمد منابع، توازن کیفیت، هزینه و بهنگام بودن در هر یک از مقاطع پاسخ، برنامه‌ها را طراحی نمایید و فرایندها را اجرا کنید.

▪ رویه‌ها را در بحران‌های ناگهانی به‌گونه‌ای مطابقت دهید که تصمیم‌گیری سریع‌تر مالی و حل‌وفصل چالش‌ها (به‌عنوان مثال، نبود تأمین‌کنندگان موجود برای انجام مناقصات رقابتی) ممکن گردد.

۹-۲ منابع را برای تحقق هدف مدنظر و حداقل‌سازی اتلاف مدیریت نمایید و از آن‌ها استفاده کنید.

▪ اطمینان حاصل نمایید که کارکنان دارای مهارت‌های خاص و نظام‌ها برای مدیریت خطرهای مرتبط با خرید، کمک‌های نقدی و مدیریت انبار موجودند.

1. vicarious trauma



۹-۳ هزینه کرد را با توجه به بودجه پایش و گزارش کنید.

- سامانه‌های پایش و برنامه‌ریزی مالی را برای تضمین تحقق اهداف مشخص برنامه ازجمله رویه‌های کاهش خطرات کلیدی مدیریت مالی تعبیه کنید.
- کلیه تراکنش‌های مالی را ردیابی نمایید.

۹-۴ هنگام استفاده از منابع محلی و طبیعی، تأثیر آن‌ها را بر محیط‌زیست در نظر بگیرید.

- ارزیابی سریع تأثیرگذاری بر محیط‌زیست را به‌منظور تعیین خطر اجرا نمایید و اقدامات کاهش‌دهنده را در اسرع وقت در پاسخ‌دهی یا برنامه ادغام کنید.

۹-۵ خطر فساد را مدیریت کنید و اقدامات مناسب را در صورت شناسایی شدن اتخاذ نمایید.

- منابع و معیارهای تأمین مالی را ثبت کنید. اطلاعات پروژه را به شکلی باز و شفاف در اختیار قرار دهید.
- دست‌اندرکاران را به گزارش‌دهی موارد سوءاستفاده از قدرت تشویق نمایید.

مسئولیت‌های سازمانی

۹-۶ سیاست‌ها و فرایندهای حاکم بر کاربرد و مدیریت منابع ازجمله چگونگی موارد زیر توسط سازمان تعبیه شده‌اند:

- الف. پذیرش و تخصیص منابع مالی و کمک‌های غیرنقدی به شکلی اخلاقی و قانونی.
- ب. کاربرد منابع به شکلی مسئولانه در برابر محیط‌زیست.
- ج. پیشگیری و توجه به فساد، کلاهبرداری، موارد تضاد منافع و سوءاستفاده از منابع.
- د. اجرای موارد حسابرسی، راستی‌آزمایی، متابعت و گزارش‌دهی شفاف.
- ه. ارزیابی، مدیریت و کاهش خطر به‌صورت مستمر.
- و. تضمین عدم مغایرت پذیرش منابع با استقلال سازمان.

یادداشت‌های راهنما

کاربرد کارآمد منابع: عبارت «منابع» به دروندادهای مورد نیاز سازمان برای انجام مأموریت خود برمی‌گردد که شامل مواردی ازجمله منابع مالی، کارکنان، اقلام، تجهیزات، زمان، زمین و محیط‌زیست به‌طور کلی می‌باشند ولی محدود به آن‌ها نمی‌شوند.

در بحران‌های حاد بسیار مطرح، اغلب سازمان‌ها تحت فشار برای پاسخ‌دهی سریع هستند و باید اثبات کنند که در حال حل‌وفصل مشکلات می‌باشند. این مسئله می‌تواند به برنامه‌ریزی نامناسب پروژه و تأکید ناکافی بر بررسی گزینه‌های متفاوت بالقوه مالی و برنامه (ازجمله استفاده از کمک‌های نقدی) منجر گردد که شاید همراه با تولید ارزش بهتر در قبال پول باشد. درعین‌حال، خطر افزایش فساد در این‌گونه موقعیت‌ها به معنای آن است که تأمین آموزش و پشتیبانی از کارکنان و ایجاد سازوکارهای شکایات با هدف پیشگیری از فساد درون نظام‌ها ضرورت دارد. ⊕ بنگرید به تعهدات ۳ و ۵.

اعزام کارکنان ارشد مجرب در این شرایط می‌تواند به کاهش خطرها و ایجاد توانی مابین تأمین پاسخ‌دهی به‌موقع،

رعایت استانداردها و محدودسازی اتلاف منابع بینجامد.

همکاری و هماهنگی میان سازمان‌ها (و اجتماعات) نیز می‌تواند باعث پاسخدهی کارآمدتر (ازجمله از طریق اجرای ارزشیابی‌ها یا ارزیابی‌های مشترک و پشتیبانی از نظام‌های ثبت‌نام و تدارکات میان‌سازمانی) گردد.

در پایان پروژه، دارایی‌ها و منابع باقیمانده باید به شکلی مسئولانه اهدا گردند، به فروش برسند یا استرداد شوند.

کاربرد منابع برای هدف مدنظر: کلیه کنشگران بشردوستانه هم در ازای حامیان مالی و هم در ازای افراد متأثر پاسخگو هستند و باید بتوانند که ثابت کنند منابع به صورتی مدیرانه، کارآمد و اثربخش به کار رفته‌اند.

سوابق حسابداری باید مطابق با استانداردهای پذیرفته‌شده ملی و یا بین‌المللی باشند و درون سازمان به طریقی قاعده‌مند اعمال گردند.

کلاهبرداری، فساد و اتلاف منابع باعث عدم دسترسی افراد به‌شدت نیازمند به کمک می‌گردد. درعین حال، مداخله‌ای را که به علت نبود تعداد کافی کارکنان یا منابع اثربخشی ندارد، نمی‌توان پاسخگو قلمداد نمود. مقرون‌به‌صرفگی الزاماً همیشه برابر با ارزش در ازای پول^۱ نیست و اغلب اوقات باید توازن را مابین جوانب اقتصادی، اثربخشی و کارآمدی ایجاد نمود.

پایش و گزارش‌دهی درخصوص هزینه‌کرد: تمامی کارکنان در تضمین مدیریت درست منابع مالی مسئول هستند. کارکنان تشویق می‌گردند که هرگونه موارد مظنون به کلاهبرداری، فساد یا سوءاستفاده از منابع را گزارش کنند.

تأثیرگذاری زیست‌محیطی و کاربری منابع طبیعی: پاسخدهی بشردوستانه می‌تواند همراه با تأثیرات منفی بر محیط‌زیست باشد. به‌عنوان مثال، این‌گونه پاسخدهی شاید به تولید مقدار انبوهی پسماند منجر گردد، باعث فرسایش منابع طبیعی شود، به کاهش یا آلودگی آب بیانجامد و جنگل‌زدایی و سایر مخاطرات زیست‌محیطی را رقم بزند. زیست‌بوم‌ها برای نیک‌بود انسان بسیار مهم‌اند و حائلی در برابر مخاطرات طبیعی می‌باشند. هرگونه تأثیرگذاری بر محیط‌زیست را باید به‌عنوان مسئله‌ای میان‌بخشی در نظر گرفت زیرا چنین مواردی می‌توانند به زندگی، سلامت و معیشت انسان‌ها آسیب بیشتر و طولانی‌مدت وارد کنند. مشارکت دادن افراد متأثر و دغدغه‌های آن‌ها در این فرایند حاوی نقشی کلیدی است. پشتیبانی از مدیریت محلی منابع طبیعی باید در برنامه‌ریزی ادغام گردد.

مدیریت خطر فساد: تعریف و شناخت رویه‌های فاسد در همه فرهنگ‌ها یکسان نیست. تعریف دقیق رفتار مدنظر از کارکنان (و همچنین داوطلبین) و شرکا برای پاسخدهی به خطر بسیار مهم است. $\oplus$ بنگرید به تعهد ۸. جلب مشارکت اعضای اجتماع همراه با احترام و ایجاد سازوکارهای پایش در محل و شفافیت با دست‌اندرکاران می‌تواند به کاهش خطر بروز فساد کمک نماید.

هدایای غیرنقدی شاید باعث ایجاد دوگانگی‌های اخلاقی گردند. هدیه دادن در بسیاری از فرهنگ‌ها، هنجار مهم اجتماعی و امتناع از پذیرش آن به نظر غیرمؤدبانانه می‌آید. در صورت ایجاد حس دین در اثر دریافت هدیه، دریافت‌کننده باید محترمانه از پذیرش آن سر باز زند. در صورت دریافت هدیه، باید به مدیر اعلام شود و درباره آن در صورت مطرح بودن نگرانی‌ها، بحث و گفتگو انجام شود. خطرهای را در زمینه استقلال عملیاتی و بی‌غرضی سازمانی از طریق تولید راهکارها برای کارکنان و تشویق شفافیت کاهش دهید. کارکنان باید نسبت به این‌گونه سیاست‌ها و دوراهی‌های احتمالی آگاه گردند.

منابع طبیعی و تأثیرگذاری زیست‌محیطی: سازمان‌ها باید نسبت به رویه‌ها و سیاست‌های مناسب زیست‌محیطی (شامل برنامه اقدام و ارزیابی سریع تأثیرگذاری زیست‌محیطی) متعهد گردند و از راهکارهای موجود برای توجه به مسائل زیست‌محیطی در بحران کمک بگیرند. سیاست‌های خریدی که دوستدار محیط‌زیست هستند به کاهش

1. value for money



تأثیرگذاری بر محیط‌زیست کمک می‌کنند اما باید به گونه‌ای مدیریت گردند که تأخیر در ارائه کمک به حداقل برسد.

فساد و کلاهبرداری: فساد شامل دزدی، تغییر مسیر ارائه اقلام یا املاک و دست‌کاری در سوابق از جمله فاکتورهای هزینه‌کرد است. کلیه سازمان‌ها باید سابقه صحیح تراکنش‌های مالی را برای مشخص بودن چگونگی استفاده از منابع مالی حفظ کنند. رویه‌ها و نظام‌ها را برای تضمین کنترل داخلی منابع مالی و پیشگیری از فساد و کلاهبرداری ایجاد نمایند.

سازمان‌ها باید پشتیبان عملکرد مناسب مشخص در مدیریت مالی و گزارش‌دهی باشند. علاوه بر این، سیاست‌های سازمانی باید متضمن شفافیت و استحکام نظام‌های خرید و ادغام اقدامات مقابله با تروریسم باشند.

تضاد منافع: کارکنان باید تضمین نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی مابین اهداف سازمان و منافع فردی یا مالی آن‌ها وجود ندارد. به عنوان مثال، آن‌ها نباید با تأمین‌کنندگان، سازمان‌ها یا اشخاص قراردادهایی منعقد سازند که باعث انتفاع مالی خود و یا خانواده خود گردند.

تضاد منافع اشکال مختلفی دارد و افراد شاید در تمامی حالات متوجه نقض سیاست‌ها و منشورهای سازمانی نگردند. به عنوان مثال، استفاده از منابع سازمان بدون کسب اجازه یا پذیرش هدایا از تأمین‌کنندگان شاید نمونه‌ای از تضاد منافع در نظر گرفته شود.

یکی از الزامات مدیریت تضاد منافع بالقوه یا بالفعل همانا ایجاد فرهنگی است که افراد بتوانند به صورت باز درباره این گونه موارد صحبت کنند و آن را ابراز نمایند.

حسابرسی و شفافیت: حسابرسی دارای اشکال متعدد است. در حسابرسی داخلی، پیروی از رویه‌ها چک می‌شود. در حسابرسی خارجی، صحت یا عدم صحت صورت‌حساب‌های مالی سازمان راستی‌آزمایی می‌گردد. حسابرسی همراه با بازرسی در مواقع مظنون شدن سازمان به مشکل خاص و معمولاً کلاهبرداری اجرا می‌شود.

ضمیمه

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی و مسئولیت‌های سازمانی

در قسمت زیر، برخی پرسش‌های راهنمای مرتبط با اقدامات کلیدی و مسئولیت‌های سازمانی استاندارد محوری بشردوستانه درج شده‌اند. از این پرسش‌ها می‌توان برای پشتیبانی از طراحی برنامه یا ابزاری برای بررسی پروژه، پاسخ‌دهی یا سیاست‌گذاری استفاده نمود.

تعهد ۱ اجتماعات و افراد متأثر در بحران، کمک‌هایی را مناسب با نیازهای خود دریافت می‌کنند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا ارزیابی جامع و مشورتی ظرفیت‌ها و نیازها اجرا شده‌اند و برای ارائه اطلاعات در برنامه‌ریزی پاسخ‌دهی بکار رفته‌اند؟
۲. آیا با افراد و اجتماعات متأثر، نهادهای محلی و سایر دست‌اندرکاران (شامل گروه‌های نماینده زنان، مردان، دختران و پسران) در عرصه ارزیابی نیازها، خطرات، ظرفیت‌ها، آسیب‌پذیری‌ها و موقعیت مشورت شده است؟ آیا داده‌های پایش و ارزشیابی به جنس، سن و معلولیت تفکیک شده‌اند؟
۳. گروه‌های در معرض خطر چگونه شناسایی شده‌اند؟
۴. آیا مسائل میان‌بخشی مربوطه در تحلیل نیازها و موقعیت لحاظ شده‌اند؟
۵. آیا پاسخ‌دهی همراه با کمک به شکلی منطبق با نیازها و تمایلات جمعیت متأثر (مانند کمک‌های نقدی و غیرنقدی) تأمین شده است؟ آیا انواع مختلف کمک و حمایت برای گروه‌های مختلف جمعیتی وجود دارند؟
۶. چه اقداماتی را باید برای مطابقت راهبرد پاسخ‌دهی با گروه‌های مختلف جمعیتی بر مبنای نیازها، ظرفیت‌ها و خطرهای در حال تغییر و خود موقعیت انجام داد؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا سازمان دارای تعهد مشخص سیاست‌گذاری نسبت به اقدام بشردوستانه بر مبنای حقوق بشر، بی‌غرض و مستقل است و آیا کارکنان از آن اطلاع دارند؟
۲. آیا دست‌اندرکاران مربوطه سازمان را به‌عنوان نهادی بی‌غرض، مستقل و غیرتبعیض‌آمیز در نظر می‌گیرند؟
۳. آیا فرایندهای کاری شامل سازوکارهایی برای جمع‌آوری منسجم داده‌های به تفکیک جنس، سن، معلولیت و سایر ویژگی‌های مربوطه هستند؟
۴. آیا این داده‌ها را مرتب می‌توان برای راهنمایی طراحی و اجرای برنامه بکار برد؟
۵. آیا سازمان از انعطاف‌پذیری در تأمین مالی، سیاست‌های استخدام کارکنان و برنامه‌ها به‌منظور مطابقت دادن پاسخ‌دهی با نیازهای در حال تغییر برخوردار است؟



۶. آیا سازمان تحلیل بازار را به شکلی قاعده‌مند برای تعیین اشکال مناسب کمک اجرا می‌نماید؟

تعهد ۲ اجتماعات و افراد متأثر در بحران به کمک‌های بشردوستانه مورد نیاز خود در زمان مناسب دسترسی داشته باشند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا محدودیت‌هایی مانند موانع فیزیکی یا تبعیض و خطرهای مرتبطاً شناسایی و تحلیل می‌گردند و برنامه‌ها متعاقباً همراه با جمعیت متأثر مطابقت داده می‌شوند؟
۲. آیا زمان‌های بهینه برای فعالیت‌ها در برنامه‌ریزی با توجه به عواملی مانند آب‌وهوا، فصل، عوامل اجتماعی، سهولت در دسترسی یا مخصصه در نظر گرفته می‌شوند؟
۳. آیا تأخیر در اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌ها پایش و برطرف می‌گردند؟
۴. آیا سامانه‌های هشدار بهنگام و برنامه‌های اقتضایی بکار می‌روند؟
۵. استانداردهای فنی به رسمیت شناخته‌شده استفاده می‌شوند؟
۶. آیا نیازهای برآورده نشده شناسایی و برطرف می‌شوند؟
۷. آیا نتایج پایش برای مطابقت دادن برنامه‌ها بکار می‌روند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا فرایندهای مشخصی برای ارزیابی ارزیابی برخورداری سازمان از توانایی، منابع مالی و کارمندان کافی مناسب برای اعزام پیش از هرگونه تعهد برنامه‌ریزی موجودند؟
۲. آیا سیاست‌ها، فرایندها و منابع مشخص برای پشتیبانی از پایش و ارزشیابی و استفاده از نتایج برای مدیریت و تصمیم‌گیری تعبیه شده‌اند؟ آیا کارکنان با چنین مواردی آشنا هستند؟
۳. آیا فرایندهای مشخصی برای تعریف مسئولیت‌ها و بازه‌های زمانی تصمیم‌گیری درخصوص اختصاص منابع وجود دارند؟

تعهد ۳ اجتماعات و افراد متأثر در بحران تحت تأثیرات منفی قرار نمی‌گیرند و در اثر اقدامات بشردوستانه از آمادگی و تاب‌آوری بیشتر برخوردارند و کمتر در معرض خطر قرار دارند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا ظرفیت‌های محلی برای تاب‌آوری (ساختارها، سازمان‌ها، گروه‌های غیررسمی، چهره‌های رهبری و شبکه‌های پشتیبانی) شناسایی شده‌اند و برنامه‌هایی برای تقویت این ظرفیت‌ها موجودند؟
۲. آیا اطلاعات موجود درباره خطر، مخاطرات، آسیب‌پذیری‌ها و برنامه‌های مرتبط در فعالیت‌های برنامه‌ریزی بکار می‌روند؟
۳. آیا چگونگی ارائه خدمات توسط جامعه مدنی محلی، دولت یا نهادهای بخش خصوصی در برنامه لحاظ شده

- است؟ آیا برنامه‌ها برای پشتیبانی از این نهادها همگام با ارائه خدمات مربوطه از سوی آنان تعبیه شده‌اند؟
۴. اقدامات برای کاهش خطر و تاب‌آوری با مشورت یا راهنمایی افراد و اجتماعات متأثر طراحی شده‌اند؟
۵. با رهبران محلی و یا مقامات مسئول به چه شکل (هم رسمی و هم غیررسمی) به‌منظور تضمین هم‌راستایی راهبردهای پاسخ‌دهی با اولویت‌های محلی و یا ملی مشورت شده است؟
۶. آیا کارکنان به میزان کافی پشتیبان ابتکارات عمل محلی شامل ابتکارات عمل خودیاری اجتماع‌محور مخصوصاً برای گروه‌های اقلیت و در حاشیه، پاسخ‌دهی اولیه و ظرفیت‌سازی برای پاسخ‌دهی آتی هستند؟
۷. آیا پاسخ‌دهی برای تسهیل بازتوانی به‌نگام طراحی شده است؟
۸. آیا افراد محلی از تصمیم‌گیری و مالکیت تدریجی برخوردارند؟
۹. آیا ارزیابی بازار با هدف شناسایی تأثیرات احتمالی برنامه بر اقتصاد محلی تکمیل شده است؟
۱۰. آیا راهبردهای خروج و یا گذار مشخصی با مشورت افراد متأثر و سایر دست‌اندرکاران مربوطه تدوین شده است؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا سیاستی که مستلزم اجرای خطرسنجی و فعالیت‌های کاهش خطر برای گروه‌های آسیب‌پذیر در مناطق تحت پوشش برنامه‌های سازمان باشد، وجود دارد؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟
۲. آیا سیاست‌ها و رویه‌هایی برای ارزیابی و کاهش تأثیرات منفی پاسخ‌دهی موجودند؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟
۳. برای حل‌وفصل وضعیت‌های بهره‌کشی، آزار یا تبعیض جنسی از جمله موارد بر مبنای گرایش‌های جنسی یا سایر ویژگی‌ها، سیاست‌هایی تعبیه شده‌اند؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟
۴. آیا برنامه‌های اقتضایی برای پاسخ‌دهی به بحران‌های جدید یا در حال شکل‌گیری تدوین شده‌اند؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟
۵. آیا کارکنان با موارد قابل‌انتظار از آن‌ها درخصوص حمایت، امنیت و خطرهای آشنا هستند؟
۶. آیا سازمان خودیاری و اقدامات خودجوش اجتماع را ممکن و ترویج می‌نماید؟

تعهد ۴ اجتماعات و افراد متأثر در بحران حقوق و مزایای خود را می‌شناسند، به اطلاعات دسترسی دارند و در تصمیمات اثرگذار بر آن‌ها مشارکت می‌نمایند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا اطلاعات درباره سازمان و پاسخ‌دهی به روش‌های قابل‌دسترس و مناسب در اختیار گروه‌های مختلف متأثر قرار می‌گیرد؟
۲. آیا زنان، مردان، دختران و پسران (مخصوصاً افراد در حاشیه و آسیب‌پذیر) به اطلاعات ارائه‌شده دسترسی دارند و آن را متوجه می‌شوند؟
۳. آیا نقطه‌نظرات افراد متأثر از جمله افراد به‌شدت آسیب‌پذیر و در حاشیه برای راهنمایی طراحی و اجرای برنامه

پیگیری و استفاده می‌شوند؟

۴. آیا تمامی گروه‌ها در اجتماع متأثر از نحوه ارائه بازخورد درخصوص پاسخ‌دهی بشردوستانه مطلع هستند و احساس ایمنی در کاربرد این کانال‌ها دارند؟
۵. آیا بازخورد استفاده می‌شود؟ آیا برنامه می‌تواند به اجزای تغییر یافته بر مبنای بازخورد اشاره کند؟ ⊕ بنگرید به اقدامات کلیدی ۱-۳ و ۲-۵.
۶. آیا موانع ارائه بازخورد شناسایی حل‌وفصل شده‌اند؟
۷. آیا داده‌های ارائه شده از طریق سازوکارهای بازخورد به جنس، سن، معلولیت و سایر دسته‌های مرتبط تفکیک شده‌اند؟
۸. در موارد ارائه کمک از طریق انتقال‌های الکترونیک، آیا کانال‌های بازخورد حتی در موارد عدم تماس مستقیم با کارکنان در اختیار افراد قرار می‌گیرند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا سیاست‌ها و برنامه‌ها شامل مفادی برای تبادل اطلاعات از جمله معیارهایی برای انتخاب اطلاعات قابل اشتراک و غیرقابل اشتراک وجود دارند؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟
۲. آیا سیاست‌ها و برنامه‌ها شامل مفادی برای امنیت داده‌ها هستند؟ آیا معیارهای ذخیره‌سازی ایمن داده‌ها (در کابینت‌های دارای قفل برای نسخ چاپی و نسخ دیجیتال رمزگذاری شده)، دسترسی محدود، تخریب داده‌ها در صورت تخلیه و دستورالعمل‌های اشتراک‌گذاری اطلاعات تدوین شده‌اند؟ آیا اطلاعاتی که باید به اشتراک گذاشته شود، افرادی که باید این گونه اطلاعات با آن‌ها به اشتراک گذاشته شود و شرایطی که چنین اطلاعاتی باید به اشتراک گذاشته شود به شکلی تفصیلی در دستورالعمل‌ها تصریح شده‌اند؟ توجه داشته باشید که اطلاعات فقط باید بر مبنای دقیق نیاز به دانستن تبادل گردد و نباید حاوی جزئیات شناسایی یا سوابق افراد در صورت عدم ضرورت باشند.
۳. آیا سیاست‌ها شامل مفاد در زمینه نحوه مدیریت اطلاعات محرمانه یا حساس یا اطلاعاتی که به‌صورت بالقوه افراد متأثر یا کارکنان را به خطر می‌اندازد، می‌باشند؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟
۴. آیا راهکارها و تعهدات سیاست‌گذاری درباره بازنمایی افراد متأثر در ارتباطات خارجی یا مطالب مربوط به تأمین کمک‌های مالی وجود دارند؟ آیا کارکنان از چنین مواردی خبر دارند؟

تعهد ۵ اجتماعات و افراد متأثر در بحران به سازوکارهای ایمن و پاسخ‌دهنده برای حل‌وفصل شکایات دسترسی دارند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا با اجتماعات و افراد متأثر در بحران در زمینه طراحی سازوکارهای شکایات مشورت می‌شود؟
۲. آیا ترجیحات تمامی گروه‌های جمعیتی مخصوصاً موارد مرتبط با ایمنی و محرمانگی در طراحی فرایندهای حل‌وفصل شکایات لحاظ می‌گردند؟
۳. آیا اطلاعات درباره چگونگی کارکرد سازوکارهای شکایات و نوع شکایاتی که از طریق این سازوکارها قابل طرح

- هستند در اختیار تمامی گروه‌های جمعیتی قرار می‌گیرند و آن‌ها متوجه این اطلاعات می‌شوند؟
۴. آیا بازه‌های زمانی مورد توافق برای بررسی و حل و فصل شکایات موجودند؟ آیا زمان مابین ثبت شکایت و حل و فصل آن مکتوب می‌شوند؟
۵. آیا شکایات درخصوص بهره‌کشی، آزار و تبعیض جنسی فوراً توسط کارکنان دارای توانمندی‌های مربوطه و برخورد از میزان مناسب اختیارات بررسی می‌گردند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا سیاست‌ها، بودجه‌ها و رویه‌های خاص برای حل و فصل شکایات تدوین شده‌اند؟
۲. آیا کلیه کارکنان تحت آموزش در بدو ورود به سازمان و بازآموزی درخصوص رویه‌ها و سیاست‌های سازمانی برای حل و فصل شکایات قرار می‌گیرند؟
۳. آیا سیاست حل و فصل شکایات توسط سازمان شامل مفادی برای بهره‌کشی، آزار و تبعیض جنسی می‌باشد؟
۴. آیا رویه‌ها و تعهد سیاست‌گذاری سازمان برای پیشگیری از بهره‌کشی، آزار و تبعیض جنسی با افراد متأثر به اشتراک گذاشته می‌شود؟
۵. آیا شکایاتی که سازمان توان حل و فصل آن‌ها را ندارد، به گونه‌ای بهنگام به سایر سازمان‌های مربوطه ارجاع می‌گردند؟

تعهد ۶ اجتماعات و افراد متأثر در بحران کمک‌های مکمل و هماهنگ شده، دریافت می‌کند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا اطلاعات درباره توانمندی‌ها، منابع و مناطق جغرافیایی فعالیت سازمان و بخش‌های کاری به شکلی بهنگام با سایر اشخاص پاسخ‌دهنده بحران تبادل می‌گردد؟
۲. آیا اطلاعات درباره توانمندی‌ها، منابع و پوشش جغرافیایی و بخش‌های کاری سایر سازمان‌ها شامل مقامات مسئول محلی و ملی قابل دسترسی و استفاده هست؟
۳. آیا ساختارهای هماهنگی موجود شناسایی و پشتیبانی شده‌اند؟
۴. آیا برنامه‌های سایر سازمان‌ها و مقامات مسئول در طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها در نظر گرفته شده‌اند؟
۵. آیا شکاف‌ها و موازی کاری در پوشش جمعیت یا مناطق متأثر از بحران شناسایی و حل فصل شده‌اند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا تعهد مشخصی در سیاست‌ها و یا راهبردهای سازمانی به منظور همکاری با سایر کنشگران تصریح شده است؟
۲. آیا معیارها یا شرایط گزینش شرکا، همکاری و هماهنگی مشخص شده‌اند؟
۳. آیا تمهیدات رسمی شراکت ایجاد شده‌اند؟



۴. آیا توافقات شراکت شامل تعاریف صریح نقش‌ها، مسئولیت‌ها و تعهدات هر شریک شامل نحوه کمک هر شریک به انجام مشترک اصول بشردوستانه می‌باشند؟

تعهد ۷ اجتماعات و افراد متأثر در بحران می‌توانند انتظار ارائه کمک‌های بهینه را هم‌زمان با درس‌آموخته‌های سازمان‌ها از تجارب و تأمل درباره موارد پیشین داشته باشند.

پرسش‌های راهنما درباره پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا ارزشیابی‌ها و بررسی‌های پاسخ‌دهی به بحران‌های مشابه در فرایند ادغام در طراحی برنامه در موارد مربوطه لحاظ می‌گردند؟
۲. آیا فرایندهای پایش، ارزشیابی، بازخورد و حل‌وفصل شکایات به تغییرات و یا نوآوری در طراحی و اجرای برنامه منجر می‌شوند؟
۳. آیا یادگیری به شکلی قاعده‌مند مستند می‌گردد؟
۴. آیا نظام‌های خاصی برای تبادل یادگیری با سایر دست‌اندرکاران مربوطه شامل افراد متأثر و شرکا بکار می‌روند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا سیاست‌ها و منابع برای ارزشیابی و یادگیری موجودند؟ آیا کارکنان آن‌ها آن را می‌شناسند؟
۲. آیا راهنمای مشخصی برای ثبت و انتشار یادگیری از جمله راهنمای خاص قابل‌اعمال در بحران‌های بشردوستانه موجود است؟
۳. آیا یادگیری در سطح برنامه شناسایی، ثبت و درون سازمان به اشتراک گذاشته شده است؟
۴. آیا سازمان عضو فعال مجامع یادگیری و نوآوری است؟ سازمان چگونه به این مجامع کمک می‌نماید؟

تعهد ۸ اجتماعات و افراد متأثر در بحران کمک‌های مورد نیاز خود را از سوی داوطلبان و کارکنان توانمند و سازمان‌دهی شده، دریافت می‌کنند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا اساسنامه و ارزش‌های سازمان به کارکنان جدید ابلاغ می‌گردند؟
۲. آیا عملکرد کارکنان مدیریت می‌شود، عملکرد ضعیف برطرف می‌گردد و عملکرد مناسب مورد تقدیر قرار می‌گیرد؟
۳. آیا کارکنان منشور رفتاری یا سند مشابه التزام‌آوری را امضا می‌کنند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، آیا با آموزش به شناخت آن‌ها از سیاست‌گذاری و سایر سیاست‌های مربوطه کمک می‌شود؟
۴. آیا شکایات درباره کارکنان یا کارکنان شرکا دریافت می‌شوند؟ نحوه مدیریت این شکایات چگونه است؟
۵. آیا کارکنان نسبت به پشتیبانی سازمانی موجود برای توسعه توانمندی‌های ضروری به‌منظور ایفای نقش خود مطلع هستند و از چنین پشتیبانی استفاده می‌نمایند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا رویه‌هایی برای ارزیابی نیازهای منابع انسانی در ارتباط با مقیاس و گستره برنامه تعبیه شده‌اند؟
۲. آیا مفادی برای نیازهای آتی رهبری و توسعه استعدادها جدید در برنامه‌ریزی سازمانی تدوین شده‌اند؟
۳. آیا رویه‌ها و سیاست‌های کارکنان با قوانین اشتغال محلی متابعت دارند و مطابق با عملکرد مناسب به رسمیت شناخته شده در مدیریت کارکنان می‌باشند؟
۴. آیا سیاست‌های نیک‌بود و امنیت کارکنان، نیازهای عملی و روانی-اجتماعی کارکنان محلی را که شاید شخصاً متأثر در بحران بوده‌اند، پوشش می‌دهند؟
۵. آیا مهارت‌های نرم برای پشتیبانی از کارکنان درخصوص توانایی شنیداری و لحاظ کردن بازخورد دریافت شده از سوی افراد متأثر در بحران در فرایند استخدام، آموزش و ارزشیابی کارکنان در نظر گرفته می‌شوند؟
۶. آیا تمامی کارکنان اهداف و شرح وظایف خود را شامل مسئولیت‌های خاص به‌روز کرده‌اند؟
۷. آیا ساختار جریان خسارت و مزایا، عادلانه، شفاف و کاربرد همیشگی دارد؟
۸. آیا کارکنان از اطلاعات به‌روز درباره سیاست‌ها و رویه‌های رشد و توسعه کارکنان و مدیریت عملکرد برخوردار می‌گردند؟
۹. آیا تمامی کارکنان (و پیمانکاران) الزام به امضای منشور رفتاری (پوشش‌دهنده پیشگیری از بهره‌کشی و آزار جنسی) دارند و تحت دوره‌آشنایی مناسب با این منشور قرار می‌گیرند؟
۱۰. آیا گزاره / بند / منشور رفتاری صریح در قرارداد با ارائه‌کنندگان خدمات مالی و کنشگران تجاری برای پیشگیری از بهره‌کشی جنسی و سایر موارد بهره‌کشی موجود است؟
۱۱. آیا سازمان دارای دستورالعمل‌های مختص مکان‌های خاص، برای سازوکار حل‌وفصل شکایات داخلی می‌باشد؟ کارکنان با این راهکارها آشنا هستند؟
۱۲. آیا کارکنان در طی برنامه‌ها و فعالیت‌های خود با تبعیض آشنا هستند و به موارد آن پاسخ می‌دهند؟

تعهد ۹ اجتماعات و افراد متأثر در بحران می‌توانند انتظار داشته باشند که سازمان‌های کمک‌رسان به آن‌ها، منابع را به شکلی اثربخش، کارآمد و اخلاقی مدیریت می‌کنند.

پرسش‌های راهنما برای پایش اقدامات کلیدی

۱. آیا کارکنان شیوه‌نامه‌های سازمانی را برای تصمیمات مرتبط با هزینه‌کرد رعایت می‌نمایند؟
۲. آیا هزینه‌کرد مرتباً پایش می‌گردد و گزارش‌ها با مدیریت برنامه تبادل می‌شوند؟
۳. آیا خدمات و کالاها با کاربرد فرایند مناقصات رقابتی خریداری می‌شوند؟
۴. آیا تأثیرات بالقوه بر محیط‌زیست (آب، خاک، هوا، تنوع زیستی) پایش می‌گردند و اقداماتی برای کاهش آن‌ها اتخاذ می‌شوند؟
۵. آیا رویه ایمنی برای ارائه اطلاعات موجود است و کارکنان، افراد متأثر و سایر دست‌اندرکاران نسبت به آن آگاه‌اند؟

ع. آیا هزینه اثربخشی و تأثیرات اجتماعی پایش می‌شوند؟

پرسش‌های راهنما برای پایش مسئولیت‌های سازمانی

۱. آیا سیاست‌ها و رویه‌هایی برای خرید، کاربرد و مدیریت منابع به شکلی اخلاقی موجودند؟

۲. آیا این سیاست‌ها و رویه‌ها شامل مفادی برای موارد زیر هستند:

- پذیرش و تخصیص منابع مالی.
- پذیرش و تخصیص هدایای غیرنقدی.
- کاهش و پیشگیری از تأثیرات زیست‌محیطی.
- پیشگیری از کلاهبرداری، مدیریت موارد مورد مشکوک و اثبات‌شده فساد و سوءاستفاده از منابع.
- تضاد منافع.
- حسابرسی، راستی‌آزمایی و گزارش‌دهی.
- مدیریت و ارزیابی خطرهای دارایی.

مآخذ و منابع بیشتر

منابع اضافی برای استاندارد محوری بشردوستانه:

corehumanitarianstandard.org

ائتلاف استاندارد محوری بشردوستانه:

www.chsalliance.org

سنجه کیفیت استاندارد محوری بشردوستانه:

www.urd.org

مؤسسه توسعه خارجی:

www.odi.org

پاسخگویی

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.pseaskforce.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 کارکنان امداد

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

ارز یابی 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://interagencystandingcommittee.org>

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

پاسخ دهی نقدی

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

کودکان

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, .2015www.humanitarianresponse.info

طراحی و پاسخ دهی

The IASC Humanitarian Programme Cycle . Humanitarian Response. www.humanitarianresponse.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

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 جنسیت محور

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 دهی 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، پایش و ارزشیابی

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

حمایت

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

بازتوانی

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

تاب‌آوری

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

منابع بیشتر

برای آشنایی با منابع پیشنهادی مطالعه بیشتر، بنگرید به تارنمای زیر:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

تأمین آب، فاضلاب و
ارتقای بهداشت فردی
(آفاب)





1.vector

2.Outbreak توضیح مترجم: طغیان بیماری عبارت‌ری تخصصی در اپیدمیولوژی یا همه‌گیرشناسی است که با شیوع تفاوت دارد.

3.incontinence

4.F-diagram

5.decision tree

فهرست محتوا

۹۸	مفاهیم اساسی در استانداردهای آفاب استانداردهای آفاب:
۱۰۲	۱. ارتقای بهداشت فردی
۱۱۱	۲. تامین آب
۱۱۹	۳. مدیریت فضولات انسانی
۱۲۷	۴. کنترل ناقلین بیماری
۱۳۳	۵. مدیریت پسماند جامد
۱۳۷	۶. آفاب در موارد طغیان بیماری و مراکز مراقبت‌های سلامت
۱۴۵	ضمیمه ۱: چک‌لیست ارزیابی نیازهای اولیه برای ارتقای آفاب
۱۵۰	ضمیمه ۲: نمودار اف: انتقال بیماری‌های اسهالی از طریق مدفوعی - دهانی
۱۵۱	ضمیمه ۳: حداقل کمیت آب: ارقام حیاتی و کمی‌سازی نیازهای آب
۱۵۲	ضمیمه ۴: حداقل تعداد سرویس‌های بهداشتی: اجتماعات، اماکن عمومی و نهادها
۱۵۳	ضمیمه ۵: بیماری‌های مرتبط با آب و فاضلاب
۱۵۶	ضمیمه ۶: درخت تصمیم‌گیری ذخیره‌سازی و تصفیه آب خانوارها
۱۵۷	مآخذ و منابع بیشتر



مفاهیم اساسی در آفاب

کلیه افراد دارای حق برخورداری از آب و بهداشت فاضلاب هستند

حداقل استانداردهای اسفیر برای آفاب بیان عملی حق برخورداری از آب و بهداشت فاضلاب در موقعیت‌های بشردوستانه می‌باشند. این استانداردها بر مبنای باورها، اصول، وظایف و حقوق اعلام‌شده در منشور بشردوستانه استوار شده‌اند و شامل حقوق زیر هستند: حیات توأم با کرامت، حمایت و امنیت و دریافت کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز.

برای آشنایی با فهرست اسناد کلیدی قانونی و سیاست‌گذاری به کار رفته در منشور بشردوستانه، $\oplus$ بنگرید به پیوست ۱: بنیان حقوقی اسفیر.

افراد متأثر در بحران نسبت به بیماری و مرگ ناشی از آن مخصوصاً بیماری‌های اسهالی و عفونی آسیب‌پذیرترند. این‌گونه بیماری‌ها به‌شدت با سطح نامناسب آفاب مرتبط هستند. هدف از برنامه‌های آفاب درواقع کاهش خطرات سلامت عمومی می‌باشد.

مسیرهای اصلی برای پاتوژن‌ها^۱ یا عوامل بیماری‌زای عفونی انسان‌ها عبارت‌اند از مدفوع، مایعات، انگشتان، مگس‌ها و غذا. هدف اصلی برنامه‌های آفاب در پاسخ‌دهی بشردوستانه همانا کاهش خطرات سلامت عمومی از طریق ایجاد موانع در مسیرهای مذکور است. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۲: نمودار اف. فعالیت‌های کلیدی عبارت‌اند از:

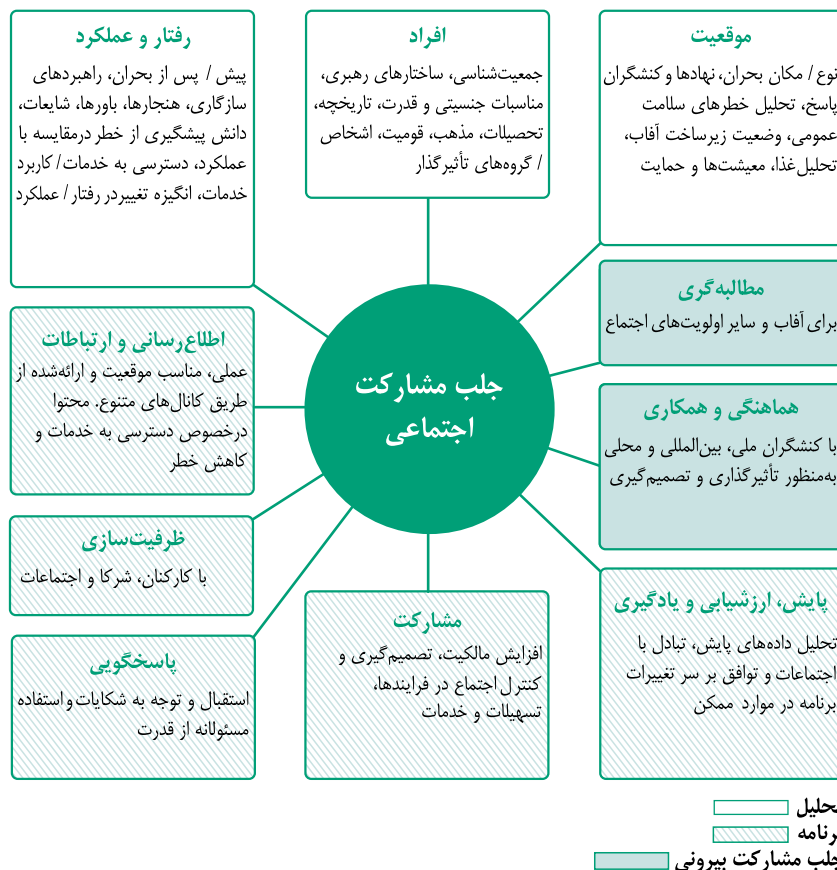
- ارتقای رویه‌های مناسب بهداشت فردی.
 - تأمین آب آشامیدنی ایمن.
 - تأمین امکانات مناسب فاضلاب.
 - کاهش خطرهای بهداشت محیط.
 - تضمین شرایط پیشران زندگی همراه با سلامت مناسب، کرامت، آسایش و ایمنی.
- در برنامه‌های آفاب، موارد زیر ضرورت دارند:
- مدیریت کل زنجیره آب: تأمین، تصفیه، توزیع، برداشت، ذخیره خانگی و مصرف آب.
 - مدیریت کل زنجیره فاضلاب به شکل یکپارچه.
 - ایجاد رفتارهای مثبت و سالم.
 - تضمین دسترسی به اقلام بهداشت فردی.

جلب مشارکت اجتماعی بسیار مهم است

جلب مشارکت اجتماعی در آفاب درواقع فرایندی پویا برای پیوند اجتماع با سایر دست‌اندرکاران است تا افراد متأثر در بحران بتوانند کنترل بیشتری در پاسخ‌دهی و اثرات آن بر خود افراد داشته باشند. مدیریت اثربخش باعث پیوند یافتن اجتماعات و گروه‌های پاسخ‌دهی به‌منظور حداکثرسازی تأثیر اجتماع بر کاهش خطرهای سلامت عمومی، تأمین خدمات مناسب قابل‌دسترس، بهبود کیفیت برنامه و ایجاد پاسخگویی می‌گردد. در چنین مدیریتی، ظرفیت و آمادگی اجتماع برای مدیریت و حفظ نظام‌های آفاب شناسایی خواهد شد. $\oplus$ بنگرید به شکل ۴ جلب مشارکت اجتماعی آفاب.

1. pathogen

جلب مشارکت اجتماعی باعث ایجاد شناخت کلی از برداشت‌ها، نیازها، سازوکارهای سازگاری، ظرفیت‌ها، هنجارهای موجود، ساختارهای رهبری و اولویت‌ها و همچنین اقدامات مناسب می‌گردد. پایش و ارزشیابی شامل سازوکارهای بازخورد نشان خواهند داد که پاسخ‌دهی آفاب مناسب است یا نیازمند به تغییر و اصلاح می‌باشد. $\oplus$ بگریه به تعهدات ۴ و ۵/ استاندارد محوری بشردوستانه.



جلب مشارکت اجتماعی در آفاب (شکل ۴)

آفاب مستلزم ملاحظات خاص در مناطق شهری است

جلب مشارکت اجتماعی در مناطق شهری برخوردار از تراکم بالای جمعیتی و رؤیت‌پذیری^۱ کمتر گروه‌های در معرض خطر، دشوارتر است. باین‌وجود، اماکن عمومی، رسانه‌ها و فناوری در مناطق شهری می‌توانند فرصتی را برای گفتگوی کارآمدتر و گسترده‌تر ایجاد نمایند. مالکیت متنوع دارایی‌ها (خانوارها در مناطق روستایی، ترکیب بخش دولتی-

1. visibility

خصوصی در مناطق شهری) بر انتخاب گزینه‌های پاسخ‌دهی و روش‌های تأمین تأثیر گذارند.

آمیزه‌ای از رویکردها ضرورت دارد

کمک بازارمحور می‌تواند نیازهای آقاب را از طریق مواردی همچون تضمین دسترسی به اقلام بهداشت فردی برآورده نماید. کمک نقدی (مستقیم و یا کالابری) باید توسط سایر فعالیت‌های آقاب شامل کمک‌های فنی و جلب مشارکت اجتماعی تکمیل گردد. گزینه‌های اجرا متغیرند؛ از احداث زیرساخت تا ارتقای بهداشت فردی و بسیج اجتماعی. ژنراتورها یا سرویس‌های بهداشتی موقت را می‌توان فوراً تأمین نمود؛ اما تأمین خدمات تصفیه آب پروژه‌ای درازمدت است. کنترل کیفیت و کمک فنی برای تضمین سلامت و ایمنی بسیار ضرورت دارند. کمک فنی باید به‌موقع، مناسب، منسجم، قابل دسترسی و قابل دستیابی باشد تا آب به‌صورت پایدار تأمین گردد.

پاسخ‌دهی آقاب باید باعث بهبود اهداف درازمدت اجتماع و حداقل سازی تأثیرگذاری بر محیط‌زیست باشند. مدیریت یکپارچه آب و فاضلاب باید نیازهای انسانی را برآورده نماید و در ضمن از محیط‌زیست حفاظت کند. این روند می‌تواند بر گزینش فناوری، زمان‌بندی و مرحله‌بندی فعالیت‌ها، جلب مشارکت اجتماعی، جلب مشارکت بازار و بخش خصوصی و گزینه‌های تأمین مالی اثرگذار باشد.

حداقل استانداردهای مذکور را نباید به‌تنهایی اعمال نمود

حق برخورداری از آب و فاضلاب مناسب با حق برخورداری از سرپناه، غذا و سلامت پیوند دارد. پیشرفت اثربخش در تحقق حداقل استانداردها در یک حوزه بر پیشرفت در سایر حوزه‌ها تأثیر می‌گذارد. همکاری و هماهنگی تنگاتنگ با سایر بخش‌ها همچنین هماهنگی با مقامات مسئول محلی و سایر سازمان‌های پاسخ‌دهنده به تضمین تحقق نیازها، عدم موازی‌کاری و بهینه شدن کیفیت پاسخ‌دهی آقاب کمک می‌نماید. به‌عنوان نمونه، ضرورت تحقق استانداردهای آب و فاضلاب در موارد عدم دستیابی به استانداردهای تغذیه بهتر است چراکه آسیب‌پذیری افراد در برابر بیماری افزایش پیدا کرده است. همین مسئله در مورد جمعیت‌های دارای شیوع بالای اچ‌آی‌وی صدق می‌کند. ارجاعات میان‌بخشی در کل این کتاب راهنما نشانگر برخی ارتباطات بالقوه هستند.

در مواردی که استانداردهای ملی در سطح حداقل استانداردهای اسفیر نیستند، سازمان‌های بشردوستانه باید با دولت به‌منظور افزایش تدریجی آن‌ها تعامل نماید.

قوانین بین‌المللی به‌طور خاص از حق برخورداری از آب و فاضلاب حمایت می‌نمایند

این حق شامل دسترسی به تأمین آب کافی، ایمن و استطاعت‌پذیر برای مصرف شخصی و خانگی و همچنین، تسهیلات خصوصی، ایمن و پاکیزه فاضلاب است. دولت‌ها ملزم به تضمین این حق در طی شرایط بحران هستند. [⊕] بنگرید به پیوست ۱: بنیان حقوقی اسفیر.

تسهیلات فاضلاب مناسب و آب ایمن برای اهداف زیر بسیار ضرورت دارند:

- پایداری حیات، سلامت و کرامت.
- پیشگیری از مرگ ناشی از دست رفتن آب بدن.
- کاهش خطر بیماری‌های مرتبط با آقاب.
- ایجاد امکان ملزومات کافی برای مصرف، پخت‌وپز و بهداشت فردی و خانگی.

حق برخورداری از آب و فاضلاب بخشی از حقوق همگانی اساسی برای مقام و کرامت انسانی است و کنشگران دولتی و غیردولتی عهده‌دار مسئولیت تحقق این حق می‌باشند. به‌عنوان مثال در طی مداخلات مسلحانه، حمله، تخریب، حذف یا از کار انداختن تأسیسات آب و آبیاری ممنوع هستند.

پیوندها با اصول حمایت و استاندارد محوری بشردوستانه

مصرف آب بر حمایت اثرگذار است. مخاصمات مسلحانه و بی‌عدالتی بر امنیت آب برای افراد و گروه‌ها تأثیر دارند. در صورت عدم طراحی مناسب فعالیت‌های کوتاه‌مدت و درازمدت، مطالبات متعدد برای آب مصرفی و نیازهای خانگی و معیشتی می‌توانند به دغدغه‌های حمایتی منجر گردند. حمایت در پاسخ‌دهی آفاب اغلب از دیدگاه ایمنی و حمایت شخصی با اذعان آسیب‌پذیری خاص در طی مدیریت برداشت آب، دفع فضولات انسانی یا بهداشت قاعدگی لحاظ می‌گردد. این چنین عناصر حمایت شخصی بسیار اهمیت دارند؛ اما دغدغه‌های گسترده‌تر حمایتی نیز اساسی هستند. اقدامات ساده از ابتدا مانند قفل بر درب‌های سرویس‌های بهداشتی، نور کافی و تفکیک امکانات می‌توانند باعث کاهش خطر آزار یا خشونت گردند.

برنامه‌ریزی مطابقت یافته و شمول‌گرا برای اجتناب از تبعیض، کاهش خطرهای بالقوه و بهبود مصرف یا کیفیت خدمات ضرورت دارد. به‌عنوان نمونه، نسبت به دسترسی افراد دارای معلولیت به سرویس‌های بهداشتی و برخورداری زنان و کودکان از ظروف دارای اندازه مناسب برای حمل آب اطمینان حاصل نمایید. تعامل با افراد و اجتماعات در کلیه مراحل پاسخ‌دهی می‌تواند به در نظر گرفته شدن ملاحظات حمایتی در برنامه‌های آفاب کمک نماید.

کارکنان کمک‌رسان باید درخصوص مراقبت از کودکان و نحوه استفاده از نظام‌های ارجاع برای موارد مظنون به خشونت، آزار یا بهره‌کشی از جمله در ارتباط با کودکان آموزش ببینند.

هماهنگی و همکاری نیروهای نظامی و غیرنظامی باید با دقت برای سازمان‌های بشردوستانه مخصوصاً در مخاصمات در نظر گرفته شود. برداشت‌های گوناگون از مفاهیم بی‌طرفی و بی‌غرضی شاید بر پذیرش اجتماعی اثر بگذارند. سازمان‌های بشردوستانه مجبورند که در برخی شرایط کمک نیروهای نظامی را از جمله در حمل‌ونقل و توزیع اقلام قبول کنند. البته تأثیر این تصمیم بر اصول بشردوستانه باید با دقت بررسی گردد و تلاش‌ها برای کاهش خطرات حمایتی انجام شوند. ⊕ بگریزید به منشور بشردوستانه و موقعیت‌های همراه با نیروهای نظامی داخلی و بین‌المللی در بخش آشنایی با اسفیر.

هنگام اِعمال حداقل استانداردها، کلیه تعهدات ۹ گانه در استاندارد محوری بشردوستانه باید به‌عنوان بنیان تأمین یک برنامه آفاب پاسخگو رعایت گردند.



۱. ارتقای بهداشت فردی

بیماری‌های مرتبط با آفاب که به‌طور چشمگیری در بحران‌ها قابل‌پیشگیری هستند، باعث بروز مرگ‌ومیر و ناخوشی^۱ می‌گردند. ارتقای بهداشت فردی که پشتیبان رفتارها، جلب مشارکت اجتماعی و اقدامات کاهش‌دهنده خطر بیماری است، رمز موفقیت پاسخ‌دهی آفاب می‌باشد.

بعید است که رویکرد استاندارد عمدتاً متکی بر پیام‌های آموزشی و توزیع اقلام بهداشتی اثربخشی زیادی داشته باشد زیرا خطرات و برداشتها از آن‌ها در موقعیت‌ها متغیرند. افراد دارای تجربیات گوناگون زندگی، راهبردهای سازگاری و هنجارهای فرهنگی و رفتاری گوناگون هستند. مطابقت‌دهی رویکردها بر مبنای تحلیل این عوامل و همچنین خود موقعیت ضرورت دارد. از این‌رو، ارتقای اثربخش بهداشت فردی بستگی به موارد زیر دارد:

- تعامل با اجتماع به‌منظور بسیج اقدام و کمک به تصمیم‌گیری.
- بازخورد و اطلاع‌رسانی دوسویه درخصوص خطرها، اولویت‌ها و خدمات.
- دسترسی و استفاده از تسهیلات، خدمات و اقلام آفاب.

ارتقای بهداشت فردی باید بر مبنای دانش افراد نسبت به خطرات و پیشگیری از بیماری به‌منظور ارتقای رفتار مثبت و سلامت‌جویی بنا شود.

فعالیت‌ها و پیامدها را مرتباً برای تضمین رشد برنامه‌های آفاب و ارتقای بهداشت فردی پایش کنید. با کنشگران سلامت به‌منظور پایش بروز بیماری‌های مرتبط با آب از جمله بیماری‌های اسهالی، وبا، حصبه، تراخم، کرم‌های روده و شیستوزومیازیس^۲ هماهنگی نمایید. ⊕ بنگرید به *مراقبت‌های اساسی سلامت - استانداردهای ۱-۲ الی ۴-۲ بیماری‌های واگیردار و استاندارد ۵-۱ نظام‌های سلامت*.

ارتقای بهداشت فردی استاندارد ۱-۱:

ارتقای بهداشت فردی

افراد نسبت به خطرهای کلیدی سلامت عمومی مرتبط با آفاب آگاهی دارند و می‌توانند اقداماتی فردی، خانوادگی و اجتماعی را برای کاهش آنان اتخاذ کنند.

اقدامات کلیدی

۱ خطرهای اصلی سلامت عمومی و رویه‌های فعلی بهداشت فردی را که به بروز این خطرات کمک می‌کنند، شناسایی کنید.

- نمایه اجتماعی را برای تعیین افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر خطرهای مرتبط با آفاب و چرایی آن تدوین کنید.
- عوامل پیشران رفتارهای مثبت و اقدام پیشگیرانه را شناسایی نمایید.

1. ill-health

2. schistosomiasis

توضیح مترجم: با بیماری تفاوت دارد.

- ۲ با جمعیت متأثر در زمینه طراحی و مدیریت ارتقای بهداشت فردی و پاسخدهی گسترده‌تر آفاب همکاری نمایید.
- راهبرد اطلاع‌رسانی را با استفاده از رسانه‌های جمعی و نیز گفتگو با اجتماع به‌منظور به اشتراک‌گذاری اطلاعات عملی تدوین کنید.
 - افراد تأثیرگذار، گروه‌های اجتماعی و کارکنان یاری‌رسانی را شناسایی و آموزش دهید.
- ۳ از بازخورد اجتماع و داده‌های دیده‌بانی سلامت^۱ برای مطابقت‌دهی و بهبود ارتقای بهداشت فردی استفاده نمایید.
- دسترسی و کاربرد تسهیلات آفاب و چگونگی تأثیرگذاری ارتقای بهداشت فردی را بر رفتار و عملکرد پایش کنید.
 - فعالیت‌ها را مطابقت دهید و نیازهای برآورده نشده را شناسایی کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد خانوارهای متأثر که سه اقدام را برای پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با آفاب به‌درستی تشریح می‌کنند.

درصد جمعیت هدف که به‌درستی دو زمان مهم را برای شستن دست‌ها ذکر می‌کنند.

درصد جمعیت هدف که استفاده آن‌ها از محل‌های شستن دست‌ها پس از ترک سرویس‌های بهداشتی عمومی مشاهده شده است.

درصد جمعیت متأثر که آب و صابون برای شستن دست‌های آن‌ها موجودند.

درصد جمعیت متأثر جمع‌آوری‌کننده آب آشامیدنی از منابع بهبودیافته آب.

درصد خانوارهای ذخیره‌کننده آب آشامیدنی در ظروف تمیز و سرپوشیده.

درصد مراقبین کودکان که به روشی ایمن مدفوع آن‌ها را دفع می‌کنند.

درصد خانوارهای استفاده‌کننده از محصولات بی‌اختیاری (پوشک، بطری‌های ادرار، لگن‌های مخصوص تخت‌خواب، صندلی‌های توالت) که دفع ایمن مدفوع را از افراد مبتلا به بی‌اختیاری گزارش می‌کنند.

درصد خانوارهای متأثر که پسماند جامد را به شکلی مناسب دفع می‌نمایند.

درصد افرادی که بازخورد ارائه می‌کنند و اعلام می‌نمایند که از بازخورد آن‌ها برای مطابقت و بهبود خدمات و تسهیلات آفاب استفاده شده است.

محیط‌زیست محلی عاری از فضولات انسانی و حیوانی است.

یادداشت‌های راهنما

شناخت و مدیریت خطرهای آفاب: اولویت‌دهی و کاهش خطرهای آفاب در مقطع اولیه بحران می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. بر مصرف آب ایمن، مدیریت فضولات و شستن دست تمرکز نمایید چراکه این موارد احتمالاً بیشترین تأثیر را بر پیشگیری از انتقال بیماری دارند. ارزیابی خطرهای سلامت عمومی مرتبط با آفاب و گام‌های کاهش آن‌ها مستلزم شناخت موارد زیر هستند:

1. health surveillance data



- کاربرد فعلی خدمات و تسهیلات آفاب.
- دسترسی به اقلام بهداشت فردی مورد نیاز خانوار. $\oplus$ بنگرید به *استانداردهای ۱-۲ و ۱-۳ / ارتقای بهداشت فردی*.
- راهبردهای سازگاری فعلی، باورها و رسوم محلی.
- ساختارهای اجتماعی و تحولات قدرت در اجتماع.
- مراکزی که افراد برای مراقبت‌های سلامت (شامل شفا دهندگان سنتی، داروخانه‌ها، درمانگاه‌ها) به آن‌ها مراجعه می‌نمایند.
- افراد مسئول تعمیر و نگهداری زیرساخت آفاب.
- داده‌های دیده‌بانی بیماری‌های مرتبط با آفاب.
- موانع اجتماعی، فیزیکی و اطلاع‌رسانی برای دسترسی به خدمات و تسهیلات آفاب مخصوصاً برای زنان و دختران، سالمندان و افراد دارای معلولیت.
- تغییرپذیری در سطوح درآمدی.
- شرایط زیست‌محیطی و روندهای فصلی بیماری‌ها.

برای حفظ انگیزه، رویه‌ها و تغییرات رفتاری باید ساده باشند. تسهیلات باید برای کلیه کاربران مناسب، قابل‌دسترس، ایمن، همراه با کرامت، تمیز و مطابق با معیارهای فرهنگی باشند. هم مردان و هم زنان را در فعالیت‌های ارتقای بهداشت فردی در نظر بگیرید چراکه پشتیبانی فعال از بهداشت فردی توسط زنان می‌تواند تأثیر تعیین‌کننده بر رفتارها در خانواده داشته باشد.

بسیج اجتماع: با ساختارهای موجود به‌منظور تضمین شرایط برابر فرصت‌های داوطلبانه یا دستمزدی هم برای زنان و هم برای مردان تعامل نمایید. رهبران اجتماعی و اعتقادی مورد احترام، کارکنان یاری‌رسانی و کنشگران محلی مورد اعتماد مانند گروه‌های زنان یا جوانان می‌توانند باعث تسهیل بسیج اجتماعی و اقدام پیشگیرانه گردند.

اختصاص دو نفر از کارکنان یاری‌رسان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، امری رایج است. کارکنان یاری‌رسانی و داوطلبین باید از مهارت‌های خوب ارتباطی، توانایی ساختن روابط توأم با احترام با اجتماعات محلی و شناخت دغدغه‌ها و نیازهای محلی برخوردار باشند. در صورت نیاز، عوامل انگیزشی برای کارکنان یاری‌رسان باید از طریق مجمع هماهنگی محلی به‌منظور ارتقای عدالت و اجتناب از اختلال مورد توافق قرار گیرند.

امکان دارد که مراقبین سلامت اجتماعی نقش‌های مشابه؛ اما مسئولیت‌های متفاوتی با کارکنان یاری‌رسانی آفاب داشته باشند. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۱-۲ / نظام‌های سلامت: نیروی کار بخش سلامت*.

کار با کودکان: کودکان می‌توانند رفتارهای سالم را مابین همسالان و خانواده خود ترویج کنند. نهاد مسئول آموزش یا خدمات اجتماعی می‌تواند فرصت‌ها را برای ارتقای سلامت فردی در مدارس، مراکز مراقبت‌های اقامتی و خانوارهای کودک سرپرست و همچنین کودکان در حال زندگی در خیابان شناسایی کنند. کودکان را در تدوین پیام‌ها مشارکت دهید. $\oplus$ بنگرید به *کتاب راهنمای حداقل استاندارد برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه: ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه و کتاب راهنمای حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران*.

رویکردها و کانال‌های اطلاع‌رسانی: اطلاعات را در زبان‌ها و اشکال متعدد (کتبی، تصویری، صوتی) ارائه نمایید تا این اطلاعات حتی‌المقدور به شکلی گسترده قابل‌دسترس باشد. اطلاعات مذکور را برای کودکان و افراد دارای معلولیت مطابقت دهید و پیام‌ها را به‌منظور تضمین قابل‌فهم بودن آن‌ها در کلیه گروه‌های سنی، جنسیتی، تحصیلی و

زبانی تدوین نمایید و مورد آزمایش قرار دهید.

گفتگو در سطح اجتماع برای حل مشکل و برنامه‌ریزی اقدام مفید است و رسانه‌های جمعی می‌توانند اطلاعات عمومی را با پوششی گسترده‌تر تقویت کنند. هر دو مورد در صورت هدف‌گذاری مخاطبین خاص مفید واقع می‌شوند. سازوکارهای مناسب بازخورد را با کاربران طراحی کنید و اثربخشی آن‌ها را پایش نمایید. بازخورد را به اجتماع اطلاع‌رسانی کنید و آن‌ها را متقابلاً به پاسخ‌دهی ترغیب نمایید. $\oplus$ بنگرید به تعهد ۵/ استاندارد محوری بشردوستانه.

نشتن دست با صابون روش مهم پیشگیری از انتقال بیماری‌های اسهالی است. مراکز شستن دست نیازمند منبع منظم آب، صابون و زهکشی ایمن می‌باشد. مراکز را به گونه‌ای جانمایی کنید که شستن دست پیش از دست زدن به غذا (غذا خوردن، آماده کردن غذا یا غذا دادن به کودک) و پس از تماس با مدفوع (بعد از استفاده از سرویس بهداشتی یا نظافت مقعد کودک) انجام گردد. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۲-۲ تأمین آب: کیفیت آب.

ترویج استفاده از سرویس‌های بهداشتی: مسئله کلیدی برای کارکنان ارتقای سلامت فردی عبارت است از کاربرد شمول‌گرای مواد و مراکز دفع فضولات. علاوه بر دغدغه‌ها درباره نظافت و بو، بازدارنده‌های اصلی استفاده افراد از سرویس‌های بهداشتی درواقع حس خجالت و شرمندگی، تابوهای فرهنگی، دسترسی فیزیکی و نگرانی‌ها درباره حریم و ایمنی می‌باشند. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۲-۳ مدیریت فضولات انسانی: دسترسی و استفاده از سرویس‌های بهداشتی.

برداشت، حمل‌ونقل و ذخیره‌ایمن آب آشامیدنی کلید کاهش خطرهای آلودگی است. خانوارها نیازمند ظروف جداگانه برای برداشت و ذخیره‌سازی آب آشامیدنی هستند. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۲/ ارتقای بهداشت فردی و استانداردهای ۲-۲ و ۲-۳ تأمین آب.

افراد در حال جابجایی: فرصت‌ها را برای تعامل با افراد در حال جابجایی چه از طریق تردد موقت و چه از طریق ملاقات با آن‌ها در استراحتگاه‌ها پیدا کنید. از کانال‌های اطلاع‌رسانی مانند رادیو، پیامک، گروه‌ها در رسانه‌های اجتماعی^۱ و خطوط تلفنی رایگان برای ارائه اطلاعات بهداشت فردی و تقویت بازخورد استفاده نمایید. بسته «اقدام خانوار» را برای پشتیبانی از این روند از طریق گوشه‌های همراه یا شارژرهای خورشیدی طراحی کنید که همچنین به افراد امکان ارتباط با خانواده‌های آن‌ها، دسترسی به اطلاعات و ارائه بازخورد را می‌دهد.



استاندارد ۱-۲:

شناسایی، دسترسی و استفاده از اقلام بهداشت فردی

اقلام مناسب برای پشتیبانی از بهداشت فردی، سلامت، کرامت و نیک‌بود موجودند و افراد متأثر از آن‌ها استفاده می‌نمایند.

قدمات کلیدی

۱ اقلام بهداشت فردی پایه مورد نیاز افراد، خانوارها و اجتماعات را شناسایی نمایید.

1. social media

توضیح مترجم: معادل معمول این عبارت در فارسی امروزی، "شبکه‌های اجتماعی" است که شامل ابزار ارتباط جمعی مجازی ازجمله فیس‌بوک، واتساپ، تلگرام و غیره هستند؛ اما در زبان انگلیسی، عبارت networks social نیز موجود می‌باشد و اتفاقاً در این کتاب به کرات به کار رفته است. این مفهوم بسیار فراتر از media social است و درواقع فقط نوعی از انواع مجازی networks social می‌باشند. برای اجتناب از ابهام مابین این دو مفهوم در فارسی، "رسانه‌های اجتماعی" را معادل media social و "شبکه‌های اجتماعی" را برای networks social به کار برده‌ام.

- نیازهای گوناگون مردان و زنان، سالمندان، کودکان و افراد دارای معلولیت را در نظر بگیرید.
- اقلام عمومی بیشتر را برای حفظ بهداشت زیست‌محیطی مانند ظروف پسماند جامد و تجهیزات نظافت شناسایی و ارائه نمایید.
- ۲ دسترسی به موقع را به اقلام اساسی تأمین کنید.
- موجودیت اقلام را از طریق بازارهای محلی، منطقه‌ای یا بین‌المللی ارزیابی نمایید.
- ۳ با جمعیت‌های متأثر، مقامات مسئول محلی و سایر کنشگران در راستای برنامه‌ریزی نحوه جمع‌آوری یا خرید اقلام بهداشت فردی توسط افراد همکاری کنید.
- اطلاعات را درباره زمان‌بندی، جانمایی، محتوا و دریافت‌کنندگان مدنظر کمک‌های نقدی یا اقلام بهداشتی فردی تأمین کنید.
- با سایر بخش‌ها به‌منظور ارائه کمک نقدی و یا اقلام بهداشت فردی هماهنگی نمایید و در مورد سازوکارهای توزیع تصمیم‌گیری کنید.
- ۴ از افراد متأثر درخصوص مناسب بودن اقلام بهداشتی انتخاب‌شده و رضایت آن‌ها از سازوکار دسترسی به این اقلام، بازخورد بگیرید.

شاخص‌های کلیدی

کلیه خانوارهای متأثر به حداقل اقلام پایه بهداشت فردی دسترسی دارند:

- دو ظرف آب برای هر خانوار (۱۰ الی ۲۰ لیتر، یکی برای برداشت و یکی برای ذخیره).
 - ۲۵۰ گرم صابون برای استحمام هر فرد در هر ماه.
 - ۲۰۰ گرم صابون برای لباسشویی هر فرد در هر ماه.
 - آب و صابون در ایستگاه شستشوی دست (یک ایستگاه برای هر سرویس بهداشتی مشترک یا هر خانوار).
 - لگن یا پوشک برای دفع مدفوع کودکان.
- درصد افراد متأثر که استفاده منظم از اقلام بهداشت فردی را پس از توزیع گزارش می‌نمایند یا این‌گونه استفاده توسط آن‌ها مشاهده می‌شود.
- درصد درآمد خانوار که برای خرید اقلام بهداشت فردی جهت برآورده کردن نیازهای اولویت‌دار شناسایی‌شده مصرف می‌گردد.

یادداشت‌های راهنما

اقلام اساسی را شناسایی کنید: اقلام و بسته‌های بهداشت فردی را با توجه به فرهنگ و موقعیت مطابقت دهید. اقلام اساسی را در مرحله اولیه (مانند صابون، ظروف آب و مواد قاعدگی و بی‌اختیاری) نسبت به اقلام «دارای ضرورت ثانویه» (مانند شانه سر، شامپو، خمیردندان، مسواک) اولویت دهید. برخی از گروه‌ها نیازهای خاص خواهند داشت. ⊕ بنگرید به یادداشت‌های راهنما — گروه‌های در معرض خطر (ذیل).

ظروف آب: ظروف ۱۰ الی ۲۰ لیتری آب را برای برداشت و ذخیره آب آشامیدنی و آب مصرف خانگی شناسایی کنید.

اندازه و نوع ظروف باید مناسب سن و ظرفیت حمل افرادی باشد که معمولاً آب برداشت می‌کنند.

ظروف آب باید دارای درپوش و تمیز باشند. ظروف ذخیره باید گردنه باریک یا شیر داشته باشند تا برداشت، ذخیره و مصرف آب آشامیدنی به شکل ایمن تضمین گردد.

چنانچه تأمین آب همیشگی نباشد، ظروف ذخیره بزرگ‌تری را در اختیار قرار دهید. در مراکز شهری یا اماکنی که تأمین آب متمرکز است، ذخیره خانوار باید برای مصرف معمول (از جمله در مواقع اوج مصرف در موارد مربوطه) مابین فاصله زمانی پر شدن ذخایر، کفایت کند.

گروه‌های در معرض خطر: برخی از افراد به علت سن، وضعیت سلامت، معلولیت، جابجایی یا بی‌اختیاری، نیازمند تعداد بیشتر یا متفاوت اقلام بهداشت فردی هستند. افراد دارای معلولیت یا آن‌هایی که با موانع حرکتی مواجه هستند شاید نیازمند اقلام بیشتر از جمله موارد زیر باشند: صابون اضافی، اقلام ضروری برای بی‌اختیاری، ظروف آب، لگن تخت‌خواب، صندلی توالت فرنگی یا روکش پلاستیک برای تشک. از افراد یا مراقبین آن‌ها بپرسید که نیازمند کمک در جمع‌آوری و دفع پسماند خود ضمن رعایت کرامت انسانی هستند یا خیر. با این دسته از افراد و خانواده و مراقبین آن‌ها در زمینه مناسب‌ترین حمایت مشورت نمایید.

برنامه‌ریزی بازار محور برای اقلام بهداشت فردی: تأمین اقلام بهداشتی فردی باید در موارد ممکن پشتیبان بازارهای محلی باشد (به‌عنوان مثال از طریق تأمین کمک نقدی یا کالا برگ یا بهبود زیرساخت انبارها). از اطلاعات حاصله از ارزشیابی بازار و تحلیل درآمد خانوار شامل نقش‌های جنسیتی در تصمیمات هزینه‌کرد باید در فرایند دسترسی و استفاده از اقلام بهداشت فردی استفاده نمود. میزان تأمین محصولات را با کمیت و کیفیت مناسب توسط بازار پایش کنید و در موارد ضروری آن را تنظیم نمایید. ⊕ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

توزیع: ایمنی و امنیت جمعیت را هنگام ساماندهی هرگونه توزیع، اولویت‌بندی نمایید. ⊕ بنگرید به اصل ۱ حمایت.

تیم مختص توزیع را ایجاد کنید و زمان‌بندی، جانمایی، فهرست اقلام و کلیه معیارهای واجد شرایط بودن را از قبل به اطلاع افراد برسانید. با تبعیض یا انگ‌گذاری مقابله نمایید و در صورت ضرورت، اقلام را به خانوارها برسانید یا از خطوط جداگانه توزیع استفاده کنید. هرگونه موانع دسترسی به نظام‌های توزیع یا محل توزیع را مخصوصاً در مورد زنان و دختران، سالمندان و افراد دارای معلولیت شناسایی و برطرف نمایید.

اقلام مصرفی را دوباره جایگزین نمایید: اقلام مصرفی را از جمله صابون و اقلام ضروری برای قاعدگی و بی‌اختیاری به‌طور منظم تأمین کنید.

همانگی توزیع مشترک: برای شناخت نیازها و سازوکارهای تاب‌آوری در کلیه بخش‌ها، به‌صورت مشترک با اجتماع برنامه‌ریزی نمایید. به نیازهای متعدد به‌صورت هم‌زمان برای آسایش جمعیت هدف و جلوگیری از اتلاف وقت و پول در بخش‌های مختلف توجه کنید. اطمینان حاصل نمایید که خانوارها امکان حمل ایمن کلیه اقلام را به منزل پس از توزیع داشته باشند.

افراد در حال جابجایی: در موارد تردد افراد، امکان حمل و نقل اقلام بهداشت فردی را (مانند صابون سفری) تأیید کنید. بجای توزیع بسته‌های استاندارد، به افراد اجازه دهید که اقلام درخواستی خود را انتخاب کنند. سامانه جمع‌آوری و دفع بسته‌بندی پسماند را برای افراد در حال تردد ایجاد کنید.



استاندارد ۳-۱ ارتقای بهداشت فردی:

مدیریت بهداشت قاعدگی و بی‌اختیاری

زنان و دختران در سن قاعدگی و مردان و زنان مبتلا به بی‌اختیاری به محصولات بهداشت فردی و تسهیلات آقاب همراه با کرامت و نیک‌بود دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱ رویه‌ها، هنجارهای اجتماعی و باورهای نادرست را در ارتباط با مدیریت بی‌اختیاری و بهداشت فردی قاعدگی شناسایی و تسهیلات و اقلام بهداشت فردی را مهیا کنید.

۲ با زنان، دختران و افراد مبتلا به بی‌اختیاری درباره طراحی، مکان و مدیریت تسهیلات (سرویس‌های بهداشتی، حمام، لباسشویی، دفع و تأمین آب) مشورت نمایید.

۳ دسترسی را به مدیریت بهداشت فردی مناسب قاعدگی و اقلام بی‌اختیاری، صابون (برای استحمام، لباسشویی و شستشوی دست) و سایر اقلام بهداشت فردی تأمین کنید.

■ به‌منظور حفظ کرامت و کاهش انگ، اقلام را در اماکن مجزا توزیع نمایید و کاربرد صحیح کلیه اقلام ناآشنا را نشان دهید.

شاخص‌های کلیدی

درصد زنان و دختران در سن قاعدگی که دارای دسترسی به اقلام مناسب برای مدیریت بهداشت فردی قاعدگی هستند.

درصد دریافت‌کنندگان راضی از تسهیلات و اقلام مدیریت بهداشت فردی قاعدگی.

درصد افراد مبتلا به بی‌اختیاری که از تسهیلات و اقلام مناسب بی‌اختیاری استفاده می‌کنند.

درصد دریافت‌کنندگان راضی از تسهیلات و اقلام مدیریت بی‌اختیاری.

یادداشت‌های راهنما

توجه به مدیریت بهداشت فردی قاعدگی و بی‌اختیاری در بحران‌ها: مدیریت موفق بهداشت فردی قاعدگی و بی‌اختیاری به افراد کمک می‌نماید که زندگی توأم با کرامت و مشارکت در فعالیت‌های روزمره خود را پیگیری کنند. علاوه بر تأمین دسترسی به اقلام بهداشت فردی، مشورت با کاربران درباره سازوکارهای دفع در منزل و همچنین تسهیلات اجتماعی و نهادهای همچون مدرسه ضرورت دارد. سرویس‌های بهداشتی باید مطابقت داده شوند و فضا برای امکانات لباسشویی و خشک‌کردن البسه ایجاد گردد. ⊕ بگنید به /استانداردهای ۱-۳ و ۳-۳.

تابوها درباره قاعدگی: باورها، هنجارها و تابوهای قاعدگی بر موفقیت پاسخ‌دهی تأثیر خواهند داشت. بررسی این مسائل شاید در طی فاز اولیه یا حاد بحران ممکن نباشد؛ اما باید در اسرع وقت، به آن‌ها رسیدگی نمود. بی‌اختیاری شاید عبارت به کار رفته گسترده در برخی موقعیت‌ها حتی درون حرفه پزشکی نباشد. بی‌اختیاری مسئله پیچیده اجتماعی و سلامت است که فرد قادر به توانایی کنترل جریان ادرار یا مدفوع خود نخواهد بود. این وضعیت می‌تواند به میزان

بالای انگ، انزوای اجتماعی، استرس و عدم توانایی دسترسی به خدمات، تحصیلات و فرصت‌های شغلی بیانجامد. میزان شیوع شاید پایین به نظر بیاید چراکه بسیاری از افراد آن را بر ملا نمی‌کنند و درواقع دامنه زیادی از افراد از جمله گروه‌های زیر شاید در حال زندگی با بی‌اختیاری باشند:

- سالمندان.
- افراد دارای معلولیت و افراد مواجه با موانع تردد.
- زنان زایمان کرده از جمله دختران که در معرض خطر افزوده فیستول^۱ قرار دارند.
- افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند آسم، دیابت، سکتة یا سرطان.
- دختران و زنانی که خشونت جنسیت‌محور یا ناقص‌سازی تناسلی زنان^۲ را تجربه کرده‌اند.
- افرادی که تحت عمل جراحی مانند برداشتن پروستات قرار گرفتند.
- زنان در حال یائسگی.
- کودکان خردسال و کودکان تحت تأثیر روانی مخاصمات یا سوانح.

مدیریت نامناسب بهداشت فردی بی‌اختیاری می‌تواند عامل اصلی انتقال بیماری در شرایط بحران باشد. دسترسی به مقدار بسیار بیشتر آب و صابون بسیار مهم است. افراد مبتلا به بی‌اختیاری و مراقبین آن‌ها هر یک به پنج برابر میزان آب و صابون ضروری بیشتر نسبت به سایرین نیاز دارند. افراد مبتلا به بی‌اختیاری و عدم تحرک باید به‌منظور یادگیری نحوه پیشگیری و مدیریت عفونت‌ها و زخم بستر با متخصصین سلامت یا معلولیت مشورت نمایند چراکه چنین مواردی می‌توانند مرگبار باشند.

اقدام و تسهیلات: درباره گزینه‌های گوناگون با افراد متأثر گفتگو نمایید تا متوجه مطالبات آنان بشوید: اقلام یک‌بارمصرف یا تجدیدپذیر، سازوکارهای دفع در منزل، مدارس، مراکز سلامت و تسهیلات اجتماعی، امکانات لباسشویی و خشک‌کردن البسه و همچنین سرویس‌های بهداشتی و استحمام. مطالبات و هنجارهای مختص سن را در نظر بگیرید زیرا نوع و کمیت اقلام شاید در گذر زمان تغییر یابد. کاربرد اقلام ناآشنا را نشان دهید.

انواع مختلف پوشک‌ها برای بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و سطوح مختلف شدت بی‌اختیاری موجودند. اندازه‌بندی برای کاربردهای ایمن ضرورت دارد. پوشک‌های متنوع را از لحاظ اندازه و نوع برای بی‌اختیاری ادرار و مدفوع ارائه نمایید.

به مسئله نزدیکی فاصله به سرویس‌های بهداشتی برای افراد مبتلا به بی‌اختیاری توجه داشته باشید. برخی از افراد شاید بتوانند که از دفعات بی‌اختیاری در صورت دسترسی سریع به سرویس بهداشتی پیشگیری نمایند. تأمین صندلی توالت فرنگی، لگن تخت‌خواب و یا بطری ادرار شاید ضرورت داشته باشد.

حداقل اقدام: هم برای مدیریت بهداشت فردی قاعدگی و هم برای بی‌اختیاری:

- ظرف اختصاصی دارای درپوش برای خیس کردن پارچه‌ها و ذخیره پوشک / پارچه.
- طناب و گیره برای خشک کردن.

بهداشت فردی قاعدگی:

- پارچه نخی جاذب (چهار مترمربع در سال)، نوارهای بهداشتی یک‌بارمصرف (۱۵ عدد در ماه) یا نوارهای بهداشتی تجدیدپذیر (شش عدد در سال) بنا به ترجیح زنان و دختران.

1. fistula

2. female genital mutilation



- لباس زیر (شش عدد در سال).
- صابون اضافی (۲۵۰ گرم در ماه). ⊕ بنگرید به / استاندارد ۱-۲ / ارتقای بهداشت فردی: شناسایی، دسترسی و کاربرد / اقلام بهداشت فردی.
- برای بی‌اختیاری، اقلام به شدت و نوع بی‌اختیاری و ترجیحات افراد بستگی خواهند داشت. حداقل پیشنهادی عبارت است از:
- پارچه نخی نرم و جاذب (هشت مترمربع در سال)، نوار بهداشتی یک‌بار مصرف برای بی‌اختیاری (۱۵۰ عدد در سال) یا لباس‌زیر بی‌اختیاری (۱۲ عدد در سال).
- لباس‌زیر (۱۲ عدد در سال).
- صابون اضافی (۵۰۰ گرم برای استحمام و ۵۰۰ گرم برای لباسشویی در ماه).
- دو محافظ تشک ضد آب و قابل شستشو.
- وایتکس یا شوینده ضد عفونی‌کننده مشابه (سه لیتر شوینده رقیق نشده در سال).
- لگن تخت‌خواب و بطری‌های ادرار (مردانه و زنانه)، صندلی توالت فرنگی (بنا به ضرورت).

تجدید اقلام: زمان و نحوه تجدید اقلام را برنامه‌ریزی نمایید. کمک‌های نقدی یا توزیع اقلام غیرنقدی را می‌توان به طرق مختلف در زمان‌های گوناگون به کار برد. گزینه‌های قابل کاربرد توسط بنگاه‌های کوچک را برای تأمین اقلام و یا ساختن اقلام حفاظتی توسط خود افراد بررسی کنید. ⊕ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

مدارس، اماکن ایمن و مراکز یادگیری: پشتیبانی از آقاب در مدارس و مراکز ایمن باید همراه با در نظر گرفتن زیرساخت آقاب و آموزش ارائه‌شده به معلمان باشد. باید در این‌گونه تسهیلات، سازوکار مجزای دفع همراه با درپوش، نظام جمع‌آوری و دفع یا نودان از سرویس بهداشتی به دستگاه زباله‌سوز تعبیه نمود. سرویس‌های آقاب را با نگهداری مناسب و تفکیک جنسیتی همراه با طبقات و قلاب‌ها برای اقلام بهداشتی فردی قاعدگی احداث نمایید.

معلمان را تشویق کنید که در درس‌های استاندارد خود، به آموزش مدیریت بهداشت فردی قاعدگی بپردازند و آن‌ها را درخصوص موارد زیر آموزش دهید:

- پشتیبانی از رویه‌های بهداشت فردی قاعدگی دختران.
- حفظ اقلام بهداشت فردی قاعدگی در منزل.
- پشتیبانی از دانش‌آموزان دچار بی‌اختیاری به خاطر تأثیرات روانی بحران ⊕ بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران.

سرپناه: با بخش سرپناه به‌منظور تضمین حریم کافی برای مدیریت بی‌اختیاری و بهداشت فردی قاعدگی در خانوارها یا سرپناه‌های اجتماعی همکاری نمایید. این امر می‌تواند شامل استفاده از پرده‌های جداکننده با فضاهای جداگانه برای تعویض لباس باشد.

افراد در حال جابجایی: اقلام مدیریت بی‌اختیاری و بهداشت فردی قاعدگی را هنگام عبور افراد از مراکز توزیع، ارائه کنید.

۲. تأمین آب

کیفیت و کمیت نامناسب آب دلیل اکثر مشکلات سلامت عمومی در شرایط بحران است. مقدار آب موجود، شاید برای پاسخ‌دهی به نیازهای اساسی کفایت نکند؛ بنابراین، تأمین میزان آب آشامیدنی سالم و کافی برای زنده‌مانی بسیار ضرورت دارد. درواقع تأمین کمیت کافی آب حتی با کیفیت متوسط در اولویت می‌باشد. این هدف را باید تا زمان دسترسی به حداقل استانداردها هم از لحاظ کمیت و هم از لحاظ کیفیت آب پیگیری نمود.

شیرها، چاه‌ها و لوله‌ها اغلب در اثر مخاصمات، سوانح طبیعی یا نبود نظام‌های کارآمد حفظ و نگهداری دچار اختلال می‌گردند. در مخاصمات، ممانعت از دسترسی به آب شاید به‌عنوان راهبرد عمدی از سوی طرفین مخاصمه به کار رود که در قوانین بین‌المللی بشردوستانه به‌شدت ممنوع شده است.

با اعضای اجتماع و دست‌اندرکاران مربوطه برای آشنایی با نحوه مصرف و دسترسی به آب، وجود محدودیت‌های دسترسی و نحوه تغییر این محدودیت‌ها در فصول مختلف مشورت نمایید.

استاندارد ۱-۲:

دسترسی و کمیت آب

افراد برای برآورده کردن نیازهای خانگی و آشامیدنی خود، به مقدار کافی آب سالم دسترسی عادلانه دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ مناسب‌ترین منابع آب سطحی یا زیرزمینی را با در نظر گرفتن اثرات بالقوه زیست‌محیطی شناسایی نمایید.
 - تغییرات فصلی را در عرضه و تقاضای آب و سازوکارهای دسترسی به آب آشامیدنی، آب خانگی و آب برای معیشت در نظر بگیرید.
 - منابع مختلف آب، تأمین‌کنندگان و اپراتورها و همچنین نحوه دسترسی به آب را در اجتماع و خانوارها بشناسید.
- ۲ مقدار آب مورد نیاز و نظام‌های ضروری برای تأمین آن را تعیین کنید.
 - با دست‌اندرکاران در راستای جانمایی ایستگاه‌های آب همراه با دسترسی ایمن و عادلانه برای کلیه اعضای اجتماع همکاری نمایید.
 - نظام‌های عملیاتی و حفظ و نگهداری همراه با انتصاب مسئولیت‌های مشخص ایجاد کنید و نیازهای آتی را برای دسترسی پایدار لحاظ نمایید.
- ۳ زهکشی مناسب ایستگاه‌های آب را در نقاط شستشو، استحمام و آشپزی خانوار و عمومی و تسهیلات شستشوی دست‌ها تضمین نمایید.
 - به دنبال فرصت‌هایی برای استفاده مجدد از آب از جمله برای زمین‌های کشت سبزیجات، آبریزی یا آبیاری باشید.



شاخص‌های کلیدی

حجم متوسط آب مصرف‌شده برای آشامیدن و بهداشت فردی خانگی به ازای هر خانوار

- حداقل ۱۵ لیتر برای هر فرد در هر روز.
- مقدار را بر مبنای موقعیت و مقاطع پاسخ‌دهی تعیین کنید.

حداکثر تعداد افراد استفاده‌کننده از تسهیلات که مبتنی بر آب هستند

- ۲۵۰ نفر برای هر شیر آب (بر مبنای جریان ۷/۵ لیتر در دقیقه).
- ۵۰۰ نفر برای هر تلمبه دستی (بر مبنای جریان ۱۷ لیتر در دقیقه).
- ۴۰۰ نفر برای هر چاه دستی (بر مبنای جریان ۱۲/۵ لیتر در دقیقه).
- ۱۰۰ نفر برای هر محل لباسشویی.
- ۵۰ نفر برای هر محل استحمام.

درصد درآمد خانوار که برای خرید آب آشامیدنی و بهداشت فردی خانگی هزینه شده است.

- هدف‌گذاری حداکثر پنج درصد

درصد خانوارهای هدف که نسبت به مکان و زمان بعدی گرفتن آب خود مطلع می‌باشند.

فاصله از هر خانوار به نزدیک‌ترین ایستگاه آب

- حداکثر ۵۰۰ متر.

زمان انتظار در صف در اماکن تأمین آب

- حداکثر ۳۰ دقیقه.

درصد نقاط توزیع آب عاری از آب راکد در اجتماعات.

درصد سامانه‌ها / تسهیلات آب دارای نظام مدیریت کارآمد و پاسخگو.

یادداشت‌های راهنما

در انتخاب منبع آب، باید به موارد زیر توجه نمود:

- موجودیت، ایمنی، دسترسی و پایداری مقدار کافی آب.
- نیاز به تصفیه آب و امکان‌پذیری آنچه در سطح انبوه و چه در سطح خانوار.
- عوامل، سیاسی یا قانونی اثرگذار بر کنترل منابع آب ممکن است در طی مختصات، مناقشه‌آمیز باشند.

ترکیبی از رویکردها و منابع، اغلب در فاز اولیه بحران برای پاسخ‌دهی به نیازهای حیاتی ضرورت دارد. منابع آب سطحی علیرغم نیاز به تصفیه بیشتر شاید سریع‌ترین راهحل باشند. منابع آب سطحی و یا تأمین آب از طریق جریان جاذبه‌محور^۱ از چشمه‌ها ارجحیت دارند و مستلزم تصفیه کمتر می‌باشند چراکه جریان جاذبه‌محور نیازمند پمپاژ نیست. کلیه منابع را مرتباً برای اجتناب از استخراج بیش‌ازحد پایش نمایید. ⁺ بنگرید به *استاندارد ۲ سرباه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی*.

نیازها: مقدار آب ضروری برای آشامیدن، بهداشت فردی و مصرف خانگی به موقعیت و مرحله پاسخ‌دهی بستگی دارد و عواملی همچون عادات و مصرف پیش از بحران، طراحی مدیریت فصولات انسانی و رسوم فرهنگی بر این

موارد تأثیر گذارند. $\oplus$ بنگرید به شناخت و مدیریت خطرات آفاب در استاندارد ۱-۱ / ارتقای بهداشت فردی و استاندارد ۳-۲ مدیریت فضولات انسانی.

رویه مرسوم، حداقل ۱۵ لیتر برای هر فرد در هر روز است که البته هرگز به عنوان «حداکثر» قلمداد نمی گردد و ممکن است با تمامی موقعیت ها یا مراحل پاسخدهی تناسب نداشته باشد. به عنوان نمونه، این مقدار مناسب افراد بیجاشده برای سالیان زیاد نباشد. در مقاطع حاد خشکسالی، ۷/۵ لیتر برای هر فرد در روز شاید برای کوتاه مدت مناسب باشد. در موقعیت شهری دارای درآمد متوسط، ۵۰ لیتر برای هر فرد در روز حداقل میزان قابل قبول برای حفظ سلامت و کرامت در نظر گرفته شود.

عواقب تأمین مقادیر متفاوت آب را باید به نسبت ابتلا به بیماری و مرگ و میر برای بیماری های مرتبط با آفاب بررسی نمود. با سایر کنشگران آفاب درخصوص توافق بر سر حداقل مشترک کمیت در موقعیت هماهنگی نمایید. برای راهنمایی بیشتر در زمینه تعیین مقدار آب برای مصارف انسانی، دام، نهادی و سایر مصارف، $\oplus$ بنگرید به استانداردهای ۱-۱-۲ الی ۴-۲ مراقبت های اساسی سلامت - بیماری های واگیردار و ضمیمه ۳ آفاب. برای نیازهای دام به آب در شرایط بحران، $\oplus$ بنگرید به کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامداری در بحران.

نیازها	کمیت (لیتر به ازای فرد در هر روز)	مطابقت با موقعیت بر مبنای
زندهمانی: مصرف (آشامیدن و غذا)	دو و نیم الی سه	اقلیم و فیزیولوژی فردی
رویه های بهداشت فردی	دو الی شش	هنجارهای اجتماعی و فرهنگی
پخت و پز پایه	سه الی شش	نوع غذا و هنجارهای اجتماعی و فرهنگی
کل آب پایه	هفت و نیم الی ۱۵	

حداقل نیازهای پایه آب برای زندهمانی: نیازهای آب در جمعیت، مخصوصاً برای افراد دارای معلولیت یا مواجهه با موانع تردد و در میان گروه های گوناگون مذهبی متغیر است.

سنجش: مقدار آب تأمین شده را صرفاً به جمعیت تحت پوشش خدمات تقسیم نکنید. پیمایش های ۱ خانوار، مشاهده و گروه های مباحثه اجتماعی به عنوان روش های جمع آوری داده ها درباره استفاده و مصرف آب، مؤثرتر از روش سنجش حجم آب حمل یا پمپاژ شده (به صورت مکانیکی یا دستی) می باشند. گزارش های سامانه آب را با گزارش های خانوارها سه گوشه سازی نمایید.

دسترسی و عدالت: ایستگاه های آب شامل سرویس های بهداشتی و تسهیلات عمومی استحمام، آشپزی و لباسشویی و همچنین مراکزی مانند مدارس و تسهیلات سلامت هستند.

در اهداف حداقل کمیت (بنگرید به شاخص های کلیدی فوق)، فرض بر آن است که حدود هشت ساعت در روز آب قابل دسترس در ایستگاه آب به صورت مستمر تأمین می گردد. از این اهداف با احتیاط استفاده کنید چرا که آن ها متضمن حداقل مقدار آب یا دسترسی عادلانه نیستند.

اقدامات بخش آب و فاضلاب باید معطوف به نیازهای هم جمعیت میزبان و هم جمعیت بیجاشده، هر دو به شکلی عادلانه به منظور اجتناب از تنش و مخاصمه باشند.

در طی طراحی، توجه داشته باشید که نیازها در گروه های سنی و جنسیتی و همچنین برای افراد دارای معلولیت یا



مواجهه با موانع ترددی متغیرند. مکان ایستگاه‌های آب قابل‌دسترس را نزدیک به خانوارها تعیین کنید تا مواجهه با خطرهای حمایتی محدود گردد.

جمعیت متأثر را نسبت به زمان و محل انتظار تأمین آب، حق آن‌ها درخصوص توزیع عادلانه و چگونگی ارائه بازخورد آگاه سازید.

زمان انتظار در صف و رفت و برگشت: زمان طولانی انتظار در صف و رفت و برگشت نشانگر مقدار ناکافی ایستگاه آب یا تولید نامناسب منابع آب هستند که این خود به کاهش مصرف فردی آب و افزایش مصرف از منابع سطحی حمایت شده و اختصاص زمان کمتر برای کارهایی همچون فعالیت‌های آموزشی یا درآمدزایی منجر خواهد شد. زمان انتظار در صف، همچنین بر خطر خشونت در محل شیر آب اثر می‌گذارد. $\oplus$ بنگرید به اصل ۱ حمایت و تعهد ۱ استاندارد محوری بشردوستانه.

ظروف مناسب آب: $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۲ ارتقای بهداشت فردی: شناسایی، دسترسی و کاربرد/قلام بهداشت فردی. در موارد کاربرد تصفیه و ذخیره ایمن آب در سطح خانوار، تعداد و اندازه ظروف را تنظیم نمایید. به‌عنوان مثال، فرایند انعقاد^۱، لخته‌سازی^۲ و گندزایی^۳ مستلزم دو عدد سطل، پارچه کششی و همزن می‌باشد.

برنامه‌ریزی بازارمحور برای آب: نحوه دسترسی خانوارها را به آب و ظروف پیش و پس از بحران تحلیل کنید. از طریق چنین ارزیابی ساده بازار، می‌توان اطلاعات را در فرایند تصمیم‌گیری در ارتباط با نحوه تأمین دسترسی پایدار به آب در کوتاه‌مدت و درازمدت ارائه نمود. چگونگی مصرف، پشتیبانی و توسعه بازار آب را ضمن لحاظ کردن رویکرد ترکیبی کمک‌های نقدی خانوار، وام‌ها و ظرفیت‌سازی فنی با فروشندگان یا تأمین‌کنندگان یا سایر روش‌ها تعیین نمایید. قیمت‌های ماهانه بازار (آب، سوخت) را برای هزینه‌کرد خانوار در گذر زمان ردیابی نمایید و از این روندها برای ارائه اطلاعات در تغییرات طراحی برنامه استفاده کنید. $\oplus$ بنگرید به کمک‌رسانی/از طریق بازارها.

پرداخت: هزینه‌های آب نباید بیش از سه الی پنج درصد درآمد خانوار باشند. از نحوه پوشش هزینه‌های بالاتر در طی بحران توسط خانوارها مطلع باشید و اقداماتی را برای مقابله با سازوکارهای تاب‌آوری منفی اتخاذ کنید. $\oplus$ بنگرید به اصل ۱ حمایت. اطمینان حاصل کنید که نظام‌های تأمین مالی به شکلی شفاف مدیریت می‌شوند.

مدیریت زیرساخت و نظام‌های آب: با اجتماع و سایر دست‌اندرکاران در زمینه تصمیم‌گیری درباره تعیین محل، طراحی و کاربرد ایستگاه‌های آب (هم برنامه‌های فوری و هم برنامه‌های درازمدت) همکاری نمایید. این روند شامل تسهیلات استحمام، آشپزی و لباسشویی، سرویس‌های بهداشتی و نهادهایی همچون مدرسه، بازار و مراکز سلامت است. از بازخوردها برای مطابقت‌دهی و بهبود دسترسی به تسهیلات آب استفاده کنید.

ساختارهای قبلی و فعلی حکمرانی آب، توانایی و تمایل افراد به پرداخت در ازای خدمات آب و فاضلاب و سازوکارهای بازگشت هزینه را در نظر داشته باشید. انواع سرمایه‌گذاری در سامانه‌های تأمین آب را در نظر بگیرید که باعث پس‌اندازهای درازمدت یا اقتصادهای مقیاس گردند. گزینه‌هایی مانند پمپاژ خورشیدی یا سامانه آب لوله‌کشی را با روش انتقال آب توسط کامیون مخصوصاً در بحران‌های طولانی در مناطق شهری و سکونتگاه‌های اجتماعی مقایسه نمایید.

امکان کارکرد و تعمیر و نگهداری نظام‌های آب‌رسانی را از طریق کمیته‌های آفاب یا شراکت با بخش خصوصی و دولتی در اختیار افراد قرار دهید.

استفاده از بطری‌های آب: با توجه به موارد حمل‌ونقل، هزینه، کیفیت و تولید پسماند، آب تصفیه‌شده همراه با هزینه اثربخشی بیشتر، مناسب‌تر و معقول‌تر نسبت به بطری آب از لحاظ فنی است. البته برای کوتاه‌مدت (از جمله افراد

1. coagulation
2. flocculation
3. disinfection

در حال جابجایی) می‌توان استثنائاتی قائل شد. نظام مدیریت مناسب پسماند پلاستیک را ایجاد کنید.

تسهیلات لباسشویی، شستشو و استحمام: در صورت عدم امکان استحمام خصوصی در خانوارها، تسهیلات جداگانه متضمن ایمنی، حریم و کرامت را برای زنان و مردان ایجاد نمایید.

با مصرف‌کنندگان مخصوصاً زنان، دختران و افراد دارای معلولیت درخصوص تصمیم‌گیری درباره جانمایی، طراحی و ایمنی تسهیلات مشورت نمایید. دسترسی به آب داغ برای استحمام و لباسشویی در طی موقعیت‌های خاص، ازجمله پاسخ‌دهی به بیماری‌های گال و طی تغییرات اقلیمی باید مورد توجه قرار گیرد.

زهکشی از نقاط توزیع آب، اماکن لباسشویی، تسهیلات استحمام و ایستگاه‌های شستشوی دست: در ساختن و بازسازی نقاط توزیع و مصرف آب، تضمین نمایید که پساب باعث مخاطره سلامتی یا منبع تولیدمثل ناقلین بیماری نمی‌گردد. برنامه کلی زهکشی را با هماهنگی برنامه‌ریزان محلی، بخش سرپناه و یا مقامات مسئول شهرداری تدوین کنید.

نظام‌ها و زیرساخت آفاب را مطابق با الزامات زهکشی طراحی کنید. به‌عنوان مثال، فشار در محل شیر آب، اندازه محل توزیع آب و یا پیش‌بند لباسشویی و ارتفاع از شیر تا ظروف آب باید مناسب باشند. $\oplus$ بگردید به /استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی.

استاندارد ۲-۲ تأمین آب:

کیفیت آب

آب آشامیدنی و دارای کیفیت مناسب برای نوشیدن و آشپزی و همچنین بهداشت فردی و خانگی بی‌خطر است.

اقدامات کلیدی

- ۱ خطرهای سلامت عمومی مرتبط با آب موجود و مناسب‌ترین روش کاهش آن‌ها را شناسایی کنید.
- از منابع آب حفاظت نمایید و پیمایش‌های بهداشتی را مرتباً در منبع و نقاط توزیع آب تجدید نمایید.
- ۲ مناسب‌ترین روش تضمین آب آشامیدنی سالم را در نقاط مصرف تعیین نمایید.
- گزینه‌های تصفیه شامل تصفیه آب انبوه و توزیع آب همراه با برداشت و ذخیره ایمن در سطح خانوار یا تصفیه و ذخیره ایمن خانگی آب می‌باشند.
- ۳ آلاینده‌های آب را پس از تأمین در نقطه مصرف به حداقل برسانید.
- خانوارها را به ظروف ایمن برای برداشت و ذخیره‌سازی آب آشامیدنی و روش‌های ایمن برداشت آب برای نوشیدن تجهیز نمایید.
- پارامترهای کیفیت آب را (کلر باقیمانده آزاد و واحدهای تشکیل‌دهنده کلیرم) در نقاط تأمین و مصرف اندازه‌گیری کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد افراد متأثر که آب آشامیدنی را از منابع آب حفاظت‌شده برداشت می‌کنند.

درصد خانوارهایی که ذخیره همیشگی ایمن آب در ظروف تمیز و دارای درپوش در میان آن‌ها



مشاهده می گردد.

درصد آزمایش های کیفیت آب برآورده کننده حداقل استانداردهای کیفیت آب.

- حداکثر ۱۰ واحد تشکیل کلونی در هر ۱۰۰ میلی لیتر در نقطه تأمین (آب بدون کلر).
- حداقل ۰/۲ الی ۰/۵ میلی گرم در لیتر کلر باقیمانده آزاد در نقطه تأمین (آب دارای کلر).
- کدورت حداکثر ۵ واحد کدورت نفولومتري^۱.

یادداشت های راهنما

حفظ و نگهداری زنجیره ایمن آب: بیماری های مرتبط با آب برای یکپارچگی زنجیره آب خطر ایجاد می کنند. موانع انتقال بیماری از مسیر مدفوعی-دهانی^۲ شامل مهار و کنترل مدفوع، پوشش غذا، شستشوی دست ها در مواقع کلبیدی و برداشت و ذخیره ایمن آب می باشند. ⊕ بنگرید به استاندارد ۱-۱ / ارتقای بهداشت فردی، استاندارد ۳-۳ مدیریت فضولات انسانی و ضمیمه ۲: نمودار اف.

خطرسنجی زنجیره آب، از منبع آب تا ظرف ذخیره سازی آب آشامیدنی شامل موارد زیر است:

۱. پیمایش بهداشتی نقطه توزیع آب.

۲. مشاهده استفاده از ظروف مجزا برای برداشت و ذخیره آب.

۳. مشاهده ظروف تمیز و دارای درپوش آب آشامیدنی.

۴. آزمایش کیفیت آب.

در مواردی که احتمال غیرایمن بودن آب بالا باشد، چنین اقداماتی می توانند باعث مشخص شدن خطرهای ظاهری بدون انجام آزمایش کیفیت آب گردند.

در پیمایش بهداشتی، شرایط و رویه های منجر به خطر سلامت عمومی در نقاط توزیع آب ارزیابی می گردند و ساختار نقاط توزیع آب، زهکشی، نرده کشی، روش های دفع انسانی و رویه های مدیریت پسماند جامد به عنوان منابع احتمالی آلایندهی در نظر گرفته می شوند. علاوه بر این، ظروف آب در خانوار در این پیمایش بررسی می گردند.

کیفیت آب: هنگام سفارش منبع جدید آب، پارامترهای فیزیکی، باکتریولوژیک و شیمیایی آب را آزمایش کنید. این آزمایش را قبل و بعد از نوسانات فصلی انجام دهید. تحلیل پارامترهای شیمیایی را (مانند سطوح فلوئور و آرسنیک) که می توانند به مسائل درازمدت سلامت منجر گردند، مورد غفلت قرار ندهید.

باکتری های کلیفرم^۳ مدفوع (که حداقل ۹۹ درصد آن ها ای کولی^۴ هستند) نشانگر سطح آلایندهی پسماند انسانی و حیوانی در آب و حضور احتمالی سایر عوامل آسیب زای مخرب می باشند. در صورت وجود کلیفرم های مدفوع، آب را تصفیه نمایید. حتی اگر ای کولی یافت نشود، آب مستعد آلایندهی مجدد بدون عامل گندزایی باقیمانده است.

در موارد کلر زدن به آب (پیش از توزیع یا تصفیه در سطح خانوار) آزمایش های در محل را در خانوارها از طریق سنجش کلر باقیمانده آزاد^۵ اجرا کنید و در موارد ضروری، تصفیه انجام دهید. آب رسانی مکرر، دما و مدت زمان ذخیره سازی آب

1. nephelometric turbidity units (NTU)

2. faeco-oral transmission

3. coliform

4. E. coli

5. free residual chlorine (FRC)

در سنجش‌های کلر باقیمانده آزاد در خانوار (انتشار کلر) ذخیره می‌گردند.

ارتقای منابع حفاظت‌شده: افراد شاید ترجیح دهند که از منابع آبی حفاظت نشده مانند رودخانه‌ها، دریاچه‌ها و چاه‌های حفاظت نشده به دلیل طعم، نزدیکی و آسایش اجتماعی استفاده کنند. دلیل این تمایل آن‌ها را متوجه شوید و فعالیت‌ها و پیام‌های استفاده از منابع آب حفاظت‌شده را تدوین و ترویج نمایید.

آب‌گوار: در صورت عدم طعم مناسب آب آشامیدنی ایمن (به دلیل شوری، سولفید هیدروژن یا سطح کلر که افراد به آن عادت ندارند)، مصرف‌کنندگان شاید از منابع دارای طعم بهتر؛ اما غیرایمن استفاده کنند. از فعالیت‌های بهداشت فردی در جلب مشارکت اجتماعی برای ترویج آب آشامیدنی ایمن استفاده نمایید.

گندزدایی آب: در صورت وجود خطر قابل‌ملاحظه آلاینده‌گی در منبع یا پس از تأمین، آب باید با ماده گندزدایی باقیمانده مانند کلر تصفیه گردد. خطر مذکور توسط تراکم جمعیت، تمهیدات دفع فضولات انسانی، رویه‌های بهداشت فردی و شیوع بیماری اسهالی تعیین خواهد شد. کدورت باید کمتر از پنج واحد کدورت نفولومتری باشد و در صورت بالاتر بودن آن، به مصرف‌کنندگان نحوه فیلترسازی، ته‌نشین کردن و سرازیر کردن آب را برای کاهش کدورت پیش از تصفیه آموزش دهید. در صورت عدم وجود گزینه‌های دیگر، کلردار کردن کوتاه‌مدت با دوز مضاعف را در نظر بگیرید. توجه داشته باشید که انتشار کلر بسته به طول ذخیره‌سازی و دامنه دما متغیر است و لذا باید این مسئله را در مواقع تماس و دوزبندی لحاظ نمود. ⊕ بنگرید به ضمیمه ۴: درخت تصمیم‌گیری ذخیره‌سازی و تصفیه آب در خانوار.

کمیت در برابر کیفیت: چنانچه حداقل استانداردها را نتوان هم برای کمیت و هم برای کیفیت آب برآورده ساخت، کمیت را به کیفیت اولویت دهید. حتی می‌توان از آب با کیفیت متوسط برای پیشگیری از دست رفتن آب بدن، کاهش استرس پیشگیری از بیماری‌های اسهالی استفاده نمود.

آلاینده‌گی پس از توزیع: آبی که در نقاط توزیع ایمن است می‌تواند در طی برداشت، ذخیره‌سازی و استفاده آلوده گردد. این مسئله را از طریق رویه‌های ایمن برداشت و ذخیره‌سازی به حداقل برسانید. ذخایر تمیز خانوار یا سکونتگاه‌ها را مرتباً نظافت کنید و به اجتماع در این خصوص آموزش دهید. ⊕ بنگرید به استانداردهای ۱-۱ و ۱-۲/ ارتقای بهداشت فردی.

تصفیه و ذخیره‌سازی ایمن آب در خانوار: از این روش در صورت عدم دسترسی به سامانه مرکزی تصفیه آب استفاده نمایید. گزینه‌های این روش که باعث کاهش اسهال و بهبود کیفیت میکروبیولوژیک آب ذخیره شده خانوار می‌گردند شامل موارد زیر هستند: جوش دادن، کلر زدن، گندزدایی خورشیدی، فیلتراسیون سرامیکی، فیلتراسیون آهسته شنی، فیلتراسیون غشایی و لخته‌سازی و گندزدایی. با سایر بخش‌ها در راستای توافق بر سر الزامات سوخت خانوار و برخورداری از امکان جوشاندن آب همکاری نمایید. از کاربرد روش ناآشنا تصفیه آب در بحران و موارد همه‌گیری^۱ اجتناب کنید. کاربرد اثربخش گزینه‌های تصفیه و ذخیره‌سازی ایمن آب در خانوار مستلزم پیگیری، پشتیبانی و پایش مرتب است و پیش‌نیازی برای اتخاذ این گزینه‌ها به‌عنوان رویکرد جایگزین تصفیه آب خواهد بود. ⊕ بنگرید به ضمیمه ۴: درخت تصمیم‌گیری ذخیره‌سازی و تصفیه آب در خانوار.

کیفیت آب برای نهادها: کلیه منابع آب را برای مدارس، بیمارستان‌ها، مراکز سلامت و مراکز تغذیه با کلر یا ماده گندزدای باقیمانده دیگر تصفیه نمایید. ⊕ بنگرید به ضمیمه ۳: حداقل کمیت‌های آب - اعداد حیاتی و کمی‌سازی نیازهای آب.



1. epidemic

آلودگی شیمیایی و پرتویی^۱، در صورت آنکه سوابق هیدروژئولوژیک^۲ اقدامات صنعتی یا نظامی یا اطلاع از آنها نشانگر احتمال انتقال خطرهای شیمیایی یا پرتویی توسط منابع آب برای سلامت عمومی باشند، آنالیز شیمیایی انجام دهید. مقامات مسئول محلی عهده‌دار تصمیم‌گیری درخصوص استفاده از آب احتمالاً آلوده برای تأمین درازمدت آب هستند که البته چنین تصمیمی فقط باید پس از آنالیز تحقق عواقب سلامت و اعتباربخشی اتخاذ شود.

1. radiological
2. hydrogeological

۳. مدیریت فضولات انسانی

محیط‌زیست عاری از فضولات انسانی برای کرامت، ایمنی، سلامت و نیک‌بود افراد بسیار ضرورت دارد. این مسئله شامل محیط‌زیست طبیعی و همچنین محیط زندگی، یادگیری و کاری افراد است. مدیریت ایمن فضولات انسانی اولویت آقاب است، در شرایط بحران، مدیریت مذکور به همان میزان اهمیت تأمین آب سالم می‌باشد.

کلیه افراد باید به سرویس‌های بهداشتی مناسب، ایمن، پاکیزه و قابل اطمینان دسترسی داشته باشند. دفع مدفوع در شرایط همراه با کرامت، مسئله بسیار فردی است. مناسب بودن شرایط توسط رویه‌های فرهنگی، رسوم و عادات روزانه افراد، برداشتها و استفاده پیشین افراد از تسهیلات فاضلاب تعیین می‌گردد. دفع مدفوع انسانی کنترل نشده درواقع خطر بزرگی برای سلامت مخصوصاً در شرایط جمعیت‌های متراکم، بیجاشدگی افراد و در محیط‌های مرطوب یا شرجی است.

عبارات گوناگونی در بخش آقاب برای تعریف مراکز مدیریت فضولات انسانی به کار می‌روند. در این کتاب راهنما، «سرویس بهداشتی»^۱ عبارت است از هرگونه تسهیلات یا ادواتی که فوراً شامل فضولات انسانی هستند و اولین مانع را میان افراد و فضولات آن‌ها ایجاد می‌نمایند. ⊕ بنگرید به ضمیمه ۲: نمودار/ف.

مهار کردن فضولات انسانی به دور از افراد، باعث ایجاد مانع اولیه بیماری‌های مرتبط با مدفوع از طریق کاهش مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم انتقال بیماری می‌گردد. ⊕ بنگرید به ضمیمه ۲: نمودار/ف. مهار کردن فضولات انسانی باید در فرایند جمع‌آوری، حمل‌ونقل و دفع با هدف حداقل‌سازی خطرهای سلامت عمومی و تأثیرگذاری بر محیط‌زیست ادغام گردد.

شواهد وجود فضولات انسانی در محیط‌های زندگی، یادگیری و کاری می‌توانند نمایانگر مسائل حمایتی باشند. افراد شاید مخصوصاً در مناطق پرتراکم احساس ایمنی هنگام استفاده از تسهیلات بهداشتی نداشته باشند.

در این فصل، «فضولات انسانی» به‌عنوان پسماند تخلیه‌شده از بدن مخصوصاً مدفوع، ادرار و پسماند قاعدگی تعریف می‌گردد. استانداردهای این بخش کل زنجیره فضولات را از مهار اولیه تا تصفیه نهایی پوشش می‌دهند.

استاندارد ۱-۳ مدیریت فضولات انسانی:

محیط عاری از فضولات انسانی

کلیه فضولات انسانی به شکلی ایمن در محل مهار می‌گردند تا از آلودگی محیط‌های طبیعی، زندگی، یادگیری، کاری و اجتماعی اجتناب شود.

اقدامات کلیدی

۱ تسهیلات را در سکونتگاه‌های اجتماعی جدیدالتأسیس یا سکونتگاه‌های دارای زیرساخت به‌شدت تخریب‌شده برای مهار فوری فضولات انسانی ایجاد نمایید.

1. toilet

توضیح مترجم: در برخی متون، از واژه latrine استفاده می‌شود؛ اما در کل این کتاب راهنما، واژه toilet به کار رفته است.



- ۲ هرگونه محیط زندگی، یادگیری و کاری آلوده به مدفوع یا منابع آب سطحی را فوراً از آلودگی پاک نمایید.
- ۳ کلیه تسهیلات مدیریت فضولات را بر مبنای ارزیابی خطر آلودگی بالقوه منابع آب زیرزمینی یا منابع سطحی در نزدیکی محل، طراحی و احداث کنید.
- توپوگرافی یا مکان‌نگاری^۱ محلی، شرایط زمین و منابع آب زیرزمینی و سطحی را (شامل تغییرات فصلی) به‌منظور پیشگیری از آلودگی منابع آبی ارزیابی نمایید و اطلاعات کافی را در فرایند انتخاب گزینه‌های فنی ارائه کنید.
- ۴ مدفوع کودکان و نوزادان را به شکلی ایمن مهار و دفع نمایید.
- ۵ کلیه تسهیلات مدیریت فضولات انسانی را برای حداقل‌سازی دسترسی ناقلین موزی بیماری به این‌گونه فضولات طراحی و احداث کنید.

شاخص‌های کلیدی

- هیچ‌گونه مدفوع انسانی در محیط زندگی یادگیری و کار افراد وجود ندارد.
- کلیه تسهیلات مهار فضولات انسانی در اماکن مناسب قرار گرفته‌اند و فاصله کافی با منبع آب سطحی یا زیرزمینی دارند.

یادداشت‌های راهنما

مرحله‌بندی: فوراً پس از بحران، دفع مدفوع را در محیط‌های باز و بدون تمایز به‌عنوان مسئله‌ای فوری کنترل کنید. مناطق مختص دفع مدفوع را ایجاد کنید، سرویس‌های بهداشتی عمومی را بنا کنید و پویش بهداشت فردی هماهنگ را آغاز نمایید. از دفع مدفوع در نزدیکی تمامی منابع آب (چه استفاده‌شده برای آشامیدن و یا چه سایر منابع) و تسهیلات تصفیه و ذخیره‌سازی آب اجتناب کنید. تسهیلات دفع مدفوع را در مناطق شیب‌دار یا در ارتفاع بالاتر از اسکان‌ها احداث نکنید. علاوه بر این، چنین تسهیلاتی را نزدیک خیابان‌های عمومی، مراکز اجتماعی (مخصوصاً مراکز سلامت و تغذیه) یا مناطق آماده‌سازی و ذخیره‌سازی غذا تأسیس ننمایید.

پویش^۲ ارتقای بهداشت فردی مشوق دفع ایمن فضولات انسانی و مشوق مطالبه برای سرویس‌های بهداشتی بیشتر را اجرا نمایید.

در بحران‌های شهری، میزان خسارت وارده به نظام‌های موجود فاضلاب را ارزیابی نمایید. نصب سرویس‌های بهداشتی سیار را در نظر بگیرید یا از ذخایر مهار یا سپتیک^۳ استفاده کنید که آن‌ها را می‌توان مرتباً لایروبی نمود.

فاصله از منابع آب: اطمینان حاصل کنید که مدفوع جاری از تسهیلات مهار فضولات انسانی (توالت‌های خندقی، گودال، طاق‌های ضربی، مخازن سپتیک، چاه‌های آبکش^۴) باعث آلودگی منابع آب نمی‌گردد. آلودگی در اثر مدفوع به دغدغه فوری سلامت عمومی تبدیل نخواهد شد مگر آنکه از منبع آب مصرف شود؛ اما از خسارت زیست‌محیطی باید اجتناب نمود.

در موارد ممکن، آزمایش‌های نفوذپذیری خاک را برای تعیین سرعت حرکت پسماند از طریق خاک (میزان نفوذ) اجرا

1. topography
2. campaign
3. septic
4. trench toilets, pits, vaults, septic tanks, soakaway pits

کنید. از این روش برای تعیین حداقل فاصله مابین تسهیلات مهار فضولات انسانی و منابع آب استفاده نمایید. میزان نفوذ بستگی به سطوح اشباع خاک، هرگونه استخراج از منبع و ماهیت فضولات (فضولات آبکی سریع‌تر از سایر انواع فضولات حرکت خواهند کرد) خواهد داشت.

چنانچه امکان اجرای آزمایش‌های نفوذپذیری خاک وجود نداشته باشد، فاصله مابین تسهیلات مهار فضولات انسانی و منابع آبی باید حداقل ۳۰ متر باشد و کف گودال‌ها باید حداقل ۱/۵ متر بالاتر از سطح آب زیرزمینی باشد. این فاصله‌ها را برای سنگ‌های شیاردار و سنگ‌آهک افزایش دهید یا برای خاک‌های نرم کاهش دهید.

در وضعیت‌های سیلاب یا بالا بودن سفره آب زیرزمینی، زیرساخت مهار فضولات انسانی را ضدآب نمایید تا آلودگی آب‌های زیرزمینی به حداقل میزان ممکن برسد. گزینه دیگر آن است که سرویس‌های بهداشتی یا مخازن سپتیک را در قسمت‌های بالاتر از سطح زمین احداث کنید تا فضولات انسانی مهار گردند و از آلودگی محیط‌زیست پیشگیری شود. از زهکشی یا نشت مخازن سپتیک و آلودگی منابع آب زیرزمینی یا سطحی جلوگیری کنید.

در صورت هرگونه شک و تردید درباره آلاینده‌گی، منبع آلاینده‌گی را فوراً شناسایی و کنترل کنید و تصفیه آب را آغاز نمایید. برخی از آلاینده‌های آب را می‌توان با روش‌های تصفیه از جمله کلر زدن مدیریت نمود؛ اما منبع آلاینده‌هایی مانند نیترا‌تها باید شناسایی و کنترل شوند. متامگلوپنیمیا^۱ وضعیتی حاد؛ اما قابل درمان است و با سطوح بالای نیترا‌ت در آب آشامیدنی مرتبط می‌باشد. به عنوان مثال، $\oplus$ بنگرید به /استاندارد ۲-۳ تأمین آب: کیفیت آب.

مهار مدفوع کودکان: مدفوع اطفال و کودکان عموماً خطرناک‌تر از مدفوع بزرگسالان است چراکه عفونت‌های مرتبط با مدفوع در میان کودکان معمولاً بالاتر هستند و کودکان شاید آنتی‌ژن‌های^۲ ضروری را در برابر عفونت‌ها تولید نکرده باشند. اطلاعات را درباره دفع ایمن مدفوع اطفال، نحوه لباسشویی و استفاده از پوشک و لگن مخصوص در اختیار والدین و مراقبین قرار دهید.

استاندارد ۲-۳:

دسترسی و استفاده از سرویس‌های بهداشتی

برای ایجاد امکان دسترسی همیشگی سریع، ایمن و امن، افراد دارای سرویس‌های بهداشتی کافی، مناسب و قابل قبول می‌باشند.

اقدامات کلیدی

- ۱ مناسب‌ترین گزینه‌های فنی را برای سرویس‌های بهداشتی تعیین کنید.
 - سرویس‌های بهداشتی را جهت کاهش تهدیدهای ایمنی و امنیت مصرف‌کنندگان و کارکنان بخش تعمیر و نگهداری مخصوصاً زنان و دختران، کودکان، سالمندان و افراد دارای معلولیت طراحی و احداث نمایید.
 - کلیه سرویس‌های بهداشتی عمومی یا مشترک را بنا به سن و جنس در موارد مربوطه تفکیک سازید.
- ۲ ملزومات جمعیت متأثر را به سرویس‌های بهداشتی بر اساس خطرهای سلامت عمومی، رویه‌های فرهنگی، برداشت و ذخیره‌سازی آب کمی‌سازی نمایید.

1. methemoglobinemia
2. antigens



۳ با دست‌اندرکاران درباره تعیین محل، طراحی و اجرای تمامی سرویس‌های بهداشتی مشترک یا عمومی مشورت نمایید.

- دسترسی و استفاده را بنا به گروه‌های زیر در نظر بگیرید: سنی، جنسی، معلولیت، افراد دچار موانع حرکتی، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی، افراد مبتلا به بی‌اختیاری و اقلیت‌های جنسی یا جنسیتی.
- تمامی سرویس‌های بهداشتی عمومی را در نزدیکی خانوارها جانمایی کنید تا امکان دسترسی ایمن ایجاد گردد و درعین‌حال فاصله آن قدر هم نزدیک نباشد که خانوارها مورد انگ «هم‌جواری با سرویس‌های بهداشتی» قرار بگیرند.

۴ تسهیلات مناسب برای شستشو و خشک کردن یا دفع اقلام بی‌اختیاری و بهداشت فردی قاعدگی را داخل سرویس‌ها تعبیه کنید.

- ۵ اطمینان حاصل نمایید که گزینه‌های فنی نیازهای منبع آب را می‌توان برآورده نمود.
- تأمین آب کافی را برای شستشوی دست‌ها با صابون، تمیز کردن مقعد و سیفون یا شترگلو^۱ در صورت انتخاب آب برای نظافت در نظر بگیرید.

شاخص‌های کلیدی

نسبت سرویس‌های بهداشتی مشترک

- حداقل یک سرویس به ازای هر ۲۰ نفر.

فاصله بین اقامتگاه و سرویس بهداشتی مشترک

- حداکثر ۵۰ متر.

درصد سرویس‌های بهداشتی دارای قفل‌های داخلی و روشنایی کافی.

درصد سرویس‌های بهداشتی که زنان و دختران آن‌ها را ایمن گزارش می‌کنند.

درصد زنان و دختران راضی از گزینه‌های مدیریت بهداشت قاعدگی در سرویس‌های بهداشتی که مرتباً از آن‌ها استفاده می‌کنند

یادداشت‌های راهنما

چه چیزی کافی، مناسب و قابل قبول است؟ نوع سرویس بهداشتی به کار رفته بستگی به مرحله پاسخ، ترجیحات مصرف‌کنندگان مدنظر، زیرساخت موجود، موجود بودن آب برای سیفون و شترگلو، ترکیب خاک و موجود بودن مصالح ساختمانی دارد.

به‌طور کلی، سرویس‌های بهداشتی با شرایط زیر کافی، مناسب و قابل قبول هستند:

- استفاده ایمن کل جمعیت شامل کودکان، سالمندان، زنان باردار و افراد دارای معلولیت.
- جانمایی به‌گونه‌ای که تهدیدهای امنیتی را نسبت به مصرف‌کنندگان مخصوصاً زنان و دختران و افراد دارای سایر دغدغه‌های خاص حمایتی به حداقل می‌رساند.
- حداکثر فاصله ۵۰ متری از اقامتگاه‌ها.

- تأمین حریم مطابق با انتظارات مصرف‌کنندگان.
 - سادگی استفاده و نظافت (سرویس‌های بهداشتی تمیز عموماً بیشتر استفاده می‌شوند).
 - عدم ایجاد مخاطره برای محیط‌زیست.
 - برخورداری از فضای کافی برای مصرف‌کنندگان گوناگون.
 - دارای قفل‌های داخلی.
 - تأمین دسترسی ساده به آب برای شستشوی دست‌ها، نظافت مقعد و استفاده از سیفون.
 - ایجاد امکان نظافت، خشک کردن و دفع اقلام بهداشت فردی قاعدگی زنان و اقلام بی‌اختیاری کودکان و بزرگسالان ضمن حفظ کرامت انسانی.
 - حداقل‌سازی تولیدمثل مگس و پشه.
 - حداقل‌سازی بوی نامطبوع.
- برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله اِچ‌آی‌وی، دسترسی آسان را به سرویس بهداشتی تأمین نمایید. آن‌ها معمولاً دچار اسهال مزمن و عدم تحرک هستند.

استفاده و درصد افرادی را که رضایتمندی خود را از سرویس‌های بهداشتی گزارش می‌کنند، پایش نمایید. از این اطلاعات برای شناخت گروه‌های ناراضی و چگونگی بهبود وضعیت استفاده کنید. موارد دسترسی و استفاده را به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی، افراد دارای معلولیت یا دچار موانع حرکتی، افراد در حال زندگی با اِچ‌آی‌وی و افراد مبتلا به بی‌اختیاری در نظر بگیرید.

دسترسی: حق کلیه افراد شامل افراد دارای معلولیت در ارتباط با دسترسی ایمن به تسهیلات باید در گزینه فنی که انتخاب شده است، رعایت گردد. سرویس‌های بهداشتی قابل‌دسترس یا اتصالات اضافی به سرویس‌های موجود باید برای کودکان، سالمندان، افراد دارای معلولیت یا مبتلا به بی‌اختیاری احداث، مطابقت یا خریداری گردند. به‌طورکلی، سرویس‌های بهداشتی انفرادی بدون تفکیک جنسیتی همراه با سطح شیب‌دار یا ورودی هم‌سطح زمین با دسترسی ارتقا یافته درون سازه بالاتر از سطح زمین، باید به **حداقل نسبت یک به ازای هر ۲۵۰ نفر** موجود باشند.

تسهیلات ایمن و امن: تعیین مکان نامناسب سرویس‌های بهداشتی شاید زنان و دختران را نسبت به حملات مخصوصاً هنگام شب آسیب‌پذیرتر نماید. اطمینان حاصل کنید که کلیه گروه‌های در معرض خطر شامل زنان و دختران، پسران، سالمندان و سایر افراد دچار دغدغه‌های خاص حمایتی، هنگام استفاده از سرویس‌های بهداشتی هم در طی روز و هم در طی شب، احساس ایمنی داشته باشند. روشنایی تسهیلات کافی باشد و ارائه چراغ‌قوه را به همه گروه‌های در معرض خطر باید در نظر گرفت. از اجتماعات مخصوصاً افراد در معرض بیشترین خطر در زمینه چگونگی ارتقای ایمنی آن‌ها سؤال کنید. با دست‌اندرکاران مدارس، مراکز سلامت و درمانگاه‌ها، اماکن دوستدار کودک، بازارها و مراکز تغذیه مشورت نمایید.

توجه داشته باشید که مشورت صرفاً با زنان و کودکان درباره تسهیلات ایمن و همراه با کرامت آفاب کفایت نخواهد کرد چراکه در بسیاری از موقعیت‌ها، مردان اقدامات زنان و کودکان را کنترل می‌نمایند. به این‌گونه سلسله‌مراتب اجتماعی و مناسبات قدرت توجه داشته باشید و به شکلی فعال با تصمیم‌گیرندگان در راستای تقویت حقوق برخورداری زنان و کودکان از دسترسی ایمن به سرویس‌های بهداشتی و حمام‌ها تعامل نمایید.

روشنایی در تسهیلات عمومی می‌تواند باعث بهبود دسترسی گردد؛ اما درعین‌حال، افراد را ترغیب به استفاده از روشنایی برای سایر اهداف می‌نماید. با اجتماع، مخصوصاً افراد در معرض بیشترین خطر تهدیدات ایمنی، در جهت یافتن راه‌های بیشتر برای کاهش مواجهه آن‌ها با خطر تعامل نمایید.



کمی سازی ملزومات سرویس های بهداشتی: چگونگی مطابقت دهی ملزومات سرویس های بهداشتی را در محل برای نمایان سازی تغییرات در محیط زندگی قبل و پس از بحران، ملزومات در اماکن عمومی و هرگونه خطر خاص سلامت عمومی در نظر بگیرید. در طی اولین مراحل بحران با آغاز سریع، سرویس های بهداشتی عمومی راه حل فوری با حداقل نسبت یک به ازای ۵۰ نفر هستند که باید در اسرع وقت بهبود یابند. حداقل نسبت میان مدت عبارت است از یک به ازای ۲۰ نفر و نسبت سه به یک برای سرویس های بهداشتی زنان به مردان. برای اعداد و ارقام برنامه ریزی و تعداد سرویس های بهداشتی، $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۴.

خانوار، مشترک یا عمومی؟ سرویس های بهداشتی خانوار، گزینه مطلوب از لحاظ ایمنی، امنیت، آسودگی و کرامت مصرف کنندگان و همچنین ارتباط اثبات شده مابین مالکیت و تعمیر و نگهداری در نظر گرفته می شوند. در برخی مواقع، تسهیلات مشترک برای گروه کوچکی از اقامتگاه ها شاید هنجاری مرسوم باشند. سرویس های بهداشتی عمومی یا مشترک را می توان با هدف تضمین سرویس های بهداشتی خانوار در آینده طراحی نمود و ساخت. به عنوان مثال، کنار گذاشتن راهروهای بهداشت فاضلاب در سکونتگاه ها باعث ایجاد فضای ضروری برای ساخت تسهیلات اجتماعی نزدیک سرپناه ها و متعاقباً ساخت تسهیلات خانوار مطابق با مقتضیات بودجه ای می گردد. راهروهای بهداشت فاضلاب متضمن دسترسی برای لجن زدایی، حفظ و نگهداری و اتمام کار هستند.

سرویس های بهداشتی عمومی همچنین در برخی فضاهای عمومی یا اجتماعی از جمله مراکز سلامت، بازارها، مراکز غذاخوری، محیط های یادگیری و اماکن اداری یا پذیرشی ضرورت دارند. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۴: حداقل استانداردها سرویس های بهداشتی برای اجتماع، اماکن عمومی و نهادهای.

تسهیلات عمومی فاضلاب ساخته شده در طی پاسخ دهی سریع دارای ملزومات خاص اجرای عملیات و تعمیر و نگهداری هستند. پرداخت به نظافت کنندگان سرویس های بهداشتی شاید با اجتماعات به عنوان اقدامی موقت همراه با راهبرد صریح خروج مورد توافق قرار گیرد.

آب و اقلام نظافت مقعد: در حین طراحی تسهیلات، باید آب، کاغذ توالیت یا سایر اقلام نظافت مقعد به میزان کافی موجود باشند. با مصرف کنندگان درخصوص مناسب ترین اقلام نظافت مشورت نمایید و دفع ایمن و پایداری منبع را تضمین کنید.

نشتشوی دست ها: اطمینان حاصل کنید که امکان شستشوی دست ها شامل آب و صابون (یا گزینه های دیگر مانند خاکستر) پس از استفاده از سرویس بهداشتی، نظافت باسن کودکی که مدفوع کرده و همچنین نظافت قبل از غذا خوردن و آماده کردن غذا در تسهیلات میسر است.

مدیریت بهداشت فردی قاعدگی: به منظور پیشگیری از گرفتگی لوله های فاضلاب یا اختلال در چاه های لایروبی و یا مخازن سپتیک، سرویس های بهداشتی باید شامل ظروف مناسب برای دفع اقلام قاعدگی باشند. با زنان و دختران در طراحی سرویس های بهداشتی به منظور تأمین فضا، دسترسی به آب برای شستشو و فضای خشک کردن مشورت کنید.

استاندارد ۳-۳ مدیریت فضولات انسانی:

مدیریت و تعمیر و نگهداری جمع‌آوری، حمل‌ونقل، دفع و تصفیه فضولات انسانی

تسهیلات، زیرساخت و سامانه‌های مدیریت فضولات انسانی از مدیریت و تعمیر و نگهداری ایمن به‌منظور تضمین ارائه خدمات و حداقل تأثیرگذاری بر محیط پیرامون برخوردارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ سامانه‌های جمع‌آوری، حمل‌ونقل، تصفیه و دفع هم‌راستا با سامانه‌های محلی را از طریق همکاری با مقامات مسئول محلی برای مدیریت فضولات انسانی ایجاد نمایید.
 - استانداردهای موجود ملی را اعمال کنید و مطمئن شوید که هرگونه بار بیشتر بر سامانه‌های موجود تأثیر منفی بر محیط‌زیست یا اجتماعات نداشته باشد.
 - با مقامات مسئول محلی و مالکین زمین درباره کاربری اراضی برای کلیه موارد دفع و تصفیه خارج از محل توافق نمایید.
- ۲ سامانه‌ها را برای مدیریت کوتاه‌مدت و درازمدت سرویس‌های بهداشتی مخصوصاً ساختارهای زیرین (چاه‌ها، طاق‌های ضربی، مخازن سپتیک، چاه‌های آبکشی) تعریف نمایید.
 - ساختارهای زیرین را جهت اطمینان از مهار ایمن کلیه فضولات انسانی و لایروبی چاه‌ها، طراحی و اندازه‌گیری نمایید.
 - نقش‌ها و مسئولیت‌های مشخص و پاسخگو ایجاد کنید و منابع تأمین مالی را برای عملیات اجرا و تعمیر و نگهداری آتی تعریف نمایید.
- ۳ تسهیلات مهار فضولات انسانی را به شکلی ایمن با در نظر گرفتن افراد جمع‌آوری‌کننده و نیز افراد هم‌جوار تسهیلات، لایروبی کنید.
- ۴ اطمینان حاصل نمایید که افراد از اطلاعات، روش‌ها، ابزار و اقلام برای ساخت، نظافت، تعمیر و نگهداری سرویس‌های بهداشتی خود برخوردارند.
 - پویش‌های ارتقای بهداشت فردی را درباره استفاده، نظافت و تعمیر و نگهداری سرویس‌های بهداشتی اجرا نمایید.
- ۵ مطمئن شوید که هرگونه آب ضروری برای حمل‌ونقل فضولات انسانی را می‌توان از منابع موجود در آب بدون اعمال فشار مضاعف بر این منابع تأمین نمود.

شاخص کلیدی

کلیه فضولات انسانی به شکلی ایمن برای سلامت عمومی و محیط‌زیست دفع می‌گردند.

یادداشت‌های راهنما

لایروبی عبارت است از جابجایی فضولات انسانی (تصفیه‌نشده و تصفیه‌شده ناقص) از چاه، طاق ضربی یا مخزن و انتقال آن به تسهیلات دفع و تصفیه‌خانه خارج از محل.



در صورت نیاز به لایروبی، این مهم باید از همان ابتدا در فرایندهای عملیات و تعمیر و نگهداری و بودجه آن طراحی گردد.

گنداب یا پساب خانگی هنگام ترکیب با فضولات انسانی به عنوان فاضلاب طبقه‌بندی می‌گردد. به استثناء مواردی که سکونتگاه در نزدیکی سامانه موجود فاضلاب قرار داشته باشد، آنگاه پساب خانگی نباید با فضولات انسانی ترکیب گردد. تصفیه فاضلاب از پساب پرهزینه‌تر و دشوارتر می‌باشد.

برنامه‌ریزی: در ابتدا، برای حجم یک الی دو لیتر فضولات انسانی برای هر فرد در طی روز برنامه‌ریزی کنید. درازمدت، برای ۴۰ الی ۹۰ لیتر برای هر فرد در سال برنامه‌ریزی کنید. حجم فضولات انسانی در اثر تجزیه کاهش می‌یابد. حجم واقعی بستگی به استفاده آب برای سیفون و یا کاربرد اقلام یا آب برای نظافت معقد، کاربرد آب یا اقلام برای نظافت سرویس‌ها و رژیم غذایی مصرف‌کنندگان دارد. اطمینان حاصل کنید که آب خانگی ناشی از نظافت و آشپزی یا لباسشویی و استحمام وارد تسهیلات مهار فضولات انسانی نمی‌گردند چراکه افزایش حجم آب به معنای لایروبی بیشتر است. اجازه بدهید که ۵/۰ متر در بالای چاه برای پر کردن مجدد شکل بگیرد.

در مواقع خاص سلامت عمومی مانند طغیان وبا،  بنگرید به *استاندارد آفاب* *عز آفاب* در مراکز مراقبت‌های سلامت.

بازارهای محلی: از نیروی کار و اقلام محلی موجود برای ساخت سرویس‌های بهداشتی در موارد مربوطه استفاده نمایید که باعث ارتقای مشارکت در استفاده و تعمیر و نگهداری مراکز خواهد شد.

مهار فضولات انسانی در محیط دشوار: در سیلاب‌ها یا بحران‌های شهری، تأمین تسهیلات مناسب مهار فضولات انسانی می‌تواند به‌طور خاص دشوار باشد. در چنین شرایطی، استفاده از موارد زیر را در نظر داشته باشید: سرویس‌های بهداشتی با ارتفاع بیشتر، سرویس‌های بهداشتی همراه با انحراف مسیر ادرار، مخازن مهار فاضلاب و کیسه‌های پلاستیک موقت یک‌بارمصرف دارای سامانه‌های جمع‌آوری و دفع مناسب. از این رویکردهای متفاوت با فعالیتهای ارتقای بهداشت فردی پشتیبانی کنید.

فضولات انسانی به عنوان منبع: فضولات انسانی همچنین یک منبع بالقوه هستند. فناوری برای تبدیل لجن فرآوری شده به انرژی از جمله در قالب آجرهای قابل اشتعال یا بیوگاز^۱ موجود است. فرایندهای کمپوست^۲ یا فاضلاب اکولوژیک باعث بازیابی مغذی‌ها و مواد آلی^۳ از ترکیب پسماند انسانی و پسماند تر آشپزخانه ارگانیک می‌گردند. کمپوست حاصله را می‌توان به عنوان کود یا تقویت‌کننده خاک برای باغچه‌های داخل منازل به کار برد.

1. biogas
2. compost
3. organic fractions

ع. کنترل ناقلین بیماری

ناقل عامل انتقال بیماری است. ناقلین مسیری را از منبع بیماری به افراد ایجاد می‌کنند. بیماری‌های منتقله توسط ناقلین^۱ یکی از عوامل اصلی ناخوشی و مرگ‌ومیر در بسیاری از موقعیت‌های بشردوستانه هستند. اکثر ناقلین حشراتی مانند پشه، مگس و شپش هستند؛ اما جوندگان نیز می‌توانند ناقل جاندار بیماری قلمداد گردند. بعضی از ناقلین دارای نیش‌های دردناک هستند. ناقلین می‌توانند علامت وجود پسماند جامد، زهکشی یا مشکلات مدیریت فضولات انسانی، انتخاب محل نامناسب یا معضلات گسترده‌تر ایمنی و امنیت باشند.

بیماری‌های منتقله توسط ناقلین می‌توانند پیچیده باشند و امکان دارد حل مشکلات مرتبط با ناقلین نیازمند توصیه تخصصی باشد. درعین‌حال، اقدامات ساده و اثربخش می‌توانند از انتشار چنین بیماری‌هایی پیشگیری کنند.

برنامه‌های کنترل ناقلین شاید در صورت هدف‌گذاری ناقل اشتباه، کاربرد روش‌های غیراثربخش یا هدف‌گذاری صحیح ناقل در مکان اشتباه یا زمان نادرست تأثیری نداشته باشند. کنترل‌ها باید هدفمند و بر مبنای چرخه‌های عمر و زیست‌بوم‌های ناقلین باشند.

برنامه‌های کنترل باید در راستای کاهش تراکم جمعیتی ناقلین، اماکن رشد و تولیدمثل ناقلین و تماس میان انسان‌ها و ناقلین هدف‌گذاری شوند. در فرایند تدوین برنامه‌های کنترل، از مطالعات موجود بهره‌برید و توصیه تخصصی را از سازمان‌های سلامت ملی و بین‌المللی جویا شوید. همچنین توصیه‌های محلی را در زمینه اشکال بیماری، مناطق رشد و تولیدمثل و تغییرات فصلی در تعداد ناقلین و بروز بیماری پیگیری کنید.

استانداردها در این بخش بر کاهش یا امحای ناقلین مودنی به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های منتقله توسط ناقلین و کاهش گرفتاری ناشی از این بیماری‌ها تمرکز دارند. کنترل ناقلین در بخش‌های متعدد ضرورت دارد.  بنگرید به استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه، استاندارد ۱-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت: بیماری‌های واگیردار و استاندارد ۲-۶ کمک غذایی.



استاندارد ۱-۴ کنترل ناقلین:

کنترل ناقلین در سطح سکونتگاه

افراد در محیطی به سر می‌برند که به‌منظور کاهش خطرهای مشکلات مرتبط با ناقلین محل‌های تولیدمثل و تغذیه این ناقلین هدف‌گذاری شده‌اند.

اقدامات کلیدی

۱ خطر بیماری منتقله توسط ناقلین را برای منطقه تعریف‌شده ارزیابی نمایید.

- مشخص کنید که میزان بروز در منطقه بیش از نرخ سازمان جهانی بهداشت^۲ یا معیار پذیرفته‌شده ملی برای آن بیماری هست یا خیر.

1. vector-borne diseases

2. World Health Organization (WHO)

- چرخه عمر و مناطق تولیدمثل بالقوه ناقلین را مخصوصاً تغذیه آن‌ها با استفاده از تخصص و دانش محلی درخصوص ناقلین مهم شناسایی کنید.
- ۲ اقدامات بشردوستانه کنترل ناقلین را با نظام‌ها یا برنامه‌های محلی کنترل ناقلین و همچنین راهکارها، برنامه‌ها یا سیاست‌های ملی هم‌راستا سازید.
- ۳ تعیین نمایید که کنترل شیمیایی یا غیرشیمیایی ناقلین خارج از خانوارها بر مبنای شناخت چرخه‌های عمر ناقلین موضوعیت دارد یا خیر.
- به جمعیت اجتماع درباره خطرهای بالقوه ناشی از کنترل شیمیایی ناقلین و زمان‌بندی استفاده از ماده شیمیایی اطلاع‌رسانی نمایید.
- به تمامی کارکنانی که با مواد شیمیایی سروکار دارند، آموزش مربوط به تجهیزات حفاظت شخصی^۱ و لباس‌های مخصوص ارائه کنید و آن‌ها را به این تجهیزات و لباس‌ها مجهز نمایید.

شاخص کلیدی

درصد مناطق شناسایی شده رشد ناقلین که چرخه عمر در آن‌ها متوقف شده است.

یادداشت‌های راهنما

سکونتگاه‌های جمعی: انتخاب محل برای حداقل‌سازی مواجهه جمعیت متأثر با خطر بیماری‌های منتقله توسط ناقلین ضرورت دارد. این امر باید یکی از عوامل کلیدی هنگام بررسی مکان‌های ممکن باشد. به‌عنوان نمونه برای کنترل مالاریا، سکونتگاه‌های اجتماعی را یک الی دو کیلومتر بالاتر از محله بزرگ تولیدمثل ناقلین مانند باتلاق‌ها یا دریاچه‌ها جانمایی کنید؛ اما نسبت به موجود بودن منبع اضافه آب تمیز اطمینان حاصل کنید. تأثیر محل اسکان جدید را بر حضور ناقلین موذی در اجتماعات میزبان هم‌جوار در نظر بگیرید. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی*.

ارزیابی عوامل خطر: تصمیمات را درباره روش‌های کنترل ناقلین بر مبنای ارزیابی بیماری بالقوه و سایر خطرهای و همچنین شواهد اپیدمیولوژیک و بالینی مشکلات بیماری‌های منتقله توسط ناقلین قرار دهید. موارد مشکوک و تأییدشده را در طی دو سال گذشته در منطقه تعریف‌شده بررسی کنید. سایر عوامل تأثیرگذار بر این خطر عبارت‌اند از:

- وضعیت ایمنی جمعیت شامل مواجهه قبلی و استرس‌های تغذیه‌ای و سایر استرس‌ها.
- جابجایی افراد از منطقه غیربومی بیماری به منطقه بومی بیماری در طی بیجاشدگی.
- شیوع و نوع عامل پاتوژن هم در ناقلین و هم در میان انسان‌ها.
- گونه‌ها، تعداد، رفتارها و زیست‌بوم (فصل، مناطق تولیدمثل) ناقلین و چگونگی تعامل بالقوه آن‌ها.
- افزایش مواجهه با ناقلین در اثر نزدیکی، شکل سکونتگاه، نوع سکونتگاه، حفاظت شخصی موجود و اقدامات پیشگیرانه.

حذف یا اصلاح مناطق تولیدمثل و تغذیه ناقلین: بسیاری از فعالیت‌های آفاب از جمله موارد زیر می‌توانند تأثیر عمده‌ای بر مناطق تولیدمثل و تغذیه ناقلین داشته باشند:

- از بین بردن مناطق مرطوب یا آب راکد پیرامون نقاط توزیع آب، فضاهای استحمام و لباسشویی.

1. personal protective equipment (PPE)

- مدیریت ذخیره‌سازی پسماند جامد در سطح خانوار در طی جمع‌آوری و حمل‌ونقل و در مناطق دفع و تصفیه.
 - تأمین درپوش برای ظروف آب.
 - مدیریت فضولات انسانی.
 - نظافت کاسه‌های^۱ توالت (مانند توالت تخت) و سازه‌های بالاتر از سطح زمین برای جلوگیری از حضور ناقلین بیماری.
 - آب‌بند کردن گودال‌های سرویس‌ها برای تضمین عدم نفوذ مدفوع به محیط و همچنین ممانعت از ورود ناقلین موذی به گودال‌ها.
 - اجرای برنامه‌های ارتقای بهداشت فردی درخصوص نظافت عمومی.
 - پوشاندن مناسب چاه‌ها و یا تصفیه آن‌ها با مواد حشره‌کش، به‌عنوان مثال در مناطق بومی تب‌دنگی^۲.
- سه گونه اصلی پشه‌های مسئول انتقال بیماری عبارت‌اند از:

- کولکس^۳ (فیلاریازیس^۴ و ویروس غرب رود نیل) در آب راکد با مواد ارگانیک ازجمله در سرویس‌های بهداشتی رشد می‌نمایند.
- آنوفل^۵ (مالاریا و فیلاریازیس) که در آب سطحی نسبتاً غیرآلوده مانند چاله آب، چاه و نهر دارای جریان آهسته رشد می‌کنند.
- آئدس^۶ (تب‌دنگی، تب‌زرد، چیکونگونیا^۷ و ویروس زیکا^۸) که در ظروف آب مانند بطری، و تأیر رشد می‌کند.

کنترل بیولوژیک و غیرشیمیایی: کنترل بیولوژیک عبارت است از وارد کردن موجوداتی که جمعیت‌های گونه‌های هدف ناقل این بیماری را صید می‌کنند، با آن‌ها زندگی انگلی یا رقابت دارند و یا آن‌ها را کاهش می‌دهند. به‌عنوان نمونه، ماهی‌های حشره‌خوار و بندپایان آب شیرین پشه‌های آئدس (ناقلین تب‌دنگی) را کنترل می‌کنند. یکی از موفق‌ترین راهبردها، کاربرد باکتری‌های اندوسیمبیوتیک ولباکیا^۹ می‌باشد که در راستای کاهش انتقال ویروس هدف‌گذاری شده است. کنترل بیولوژیک در برخی محیط‌های عملیاتی اثربخش واقع شده است و شواهد دال بر اثربخشی آن در مقیاس گسترده موجود می‌باشند.

اگرچه کنترل بیولوژیک باعث امتناع از آلاینده‌گی شیمیایی محیط می‌گردد؛ اما این روش کنترل توأم با محدودیت‌های عملیاتی و عواقب نامطلوب زیست‌بومی است. روش‌های مذکور فقط در برابر مراحل نابالغ پشه‌های ناقل بیماری اثربخشی دارند و کاربرد آن‌ها نوعاً محدود به چاه‌ها یا فضاها یا بتونی یا گاه‌گلی بزرگ ذخیره‌سازی می‌باشد. تمایل اجتماعات محلی به پذیرش استفاده از موجودات در ظروف و فضاها نگرهداری آب بسیار مهم است. جلب مشارکت اجتماعی به توزیع موجودات کنترل و پایش و پر کردن مجدد ظروف و فضاها در مواقع ضروری، کمک می‌نماید.

پاسخ‌دهی مهندسی محیط‌زیست: اقدامات ابتدایی مهندسی محیط‌زیست ازجمله موارد زیر به کاهش تولیدمثل ناقلین بیماری منجر می‌گردند:

1. slab
2. dengue fever
3. culex
4. filariasis
5. anopheles
6. aedes
7. chikungunya
8. zika
9. wolbachia endosymbiotic



- دفع مناسب فضولات انسانی و حیوانی، سرویس‌های بهداشتی دارای کارکرد مناسب و استفاده از درپوش روی قسمت‌های سوراخ توالت‌های گودالی.
 - دفع مناسب پسماند جامد برای کنترل حشرات و جوندگان.
 - تضمین زهکشی مناسب در سکونتگاه‌ها.
 - زهکشی آب راکد و پاک‌سازی پوشش‌های گیاهی پیرامون کانال‌ها و حوضچه‌های باز برای کنترل پشه‌ها.
- چنین اقداماتی باعث کاهش تراکم جمعیتی برخی ناقلین بیماری خواهند شد. شاید نتوان تأثیر کافی بر مناطق رشد، تذبذب و استراحت ناقلین درون سکونتگاه‌ها یا نزدیک آن‌ها حتی در درازمدت وارد نمود. در چنین مواردی، اقدامات حفاظت شخصی یا کنترل شیمیایی محلی را باید در نظر گرفت. استفاده از افشانه در مناطق دچار عفونت می‌تواند تعداد مگس‌های بالغ را کاهش دهد و از همه‌گیری اسهال پیشگیری نماید و یا آنکه به حداقل‌سازی بار بیماری در طی همه‌گیری کمک کند. استفاده از افشانه باقیمانده در فضاها در بسته باعث کاهش تراکم پشه‌های بالغ ناقل مالاریا یا تب دنگی خواهد شد. طعمه‌های سمی جمعیت‌های جوندگان را کاهش می‌دهند.

شیوه‌نامه‌های ملی و بین‌المللی: سازمان جهانی بهداشت هنجارها و شیوه‌نامه‌های مشخص بین‌المللی را در ارتباط با انتخاب و استفاده از مواد شیمیایی در کنترل ناقلین بیماری و همچنین حفاظت از ملزومات کارکنان و آموزش به انتشار رسانده است. اقدامات کنترل ناقلین بیماری باید معطوف به دو طبقه عمده باشند: کارآمدی و ایمنی. در صورتی که معیارهای ملی گزینش مواد شیمیایی ضعیف‌تر از استانداردهای بین‌المللی باشند، با مقام مسئول کشوری مربوطه به‌منظور کسب مجوز رعایت استانداردهای بین‌المللی مشورت و رایزنی نمایید.

از کلیه کارکنانی که با مواد شیمیایی سروکار دارند، با ارائه آموزش، پوشش حفاظتی، تسهیلات استحمام و محدودسازی تعداد ساعات سروکار داشتن با این‌گونه مواد مراقبت کنید.

هماهنگی با درمان مالاریا: راهبردهای کنترل ناقلین مالاریا را هم‌زمان با درمان و تشخیص به‌نگام با محصولات مقابله با مالاریا اجرا کنید. ⊕ بگربید به *استاندارد ۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: پیشگیری*.

استاندارد ۲-۴ کنترل ناقلین بیماری:

اقدامات شخصی و خانوادگی برای کنترل ناقلین بیماری

کلیه افراد متأثر از دانش و روش‌های حمایت از خود و خانواده‌های خود در برابر ناقلین بیماری همراه با خطر قابل ملاحظه برای سلامتی یا نیک‌بود برخوردارند.

اقدامات کلیدی

- ۱) رویه‌های فعلی بازدارندگی یا اجتناب از ناقلین بیماری را در سطح خانوار به‌عنوان بخشی از برنامه کلی ارتقای بهداشت فردی ارزیابی نمایید.
 - موانع اتخاذ پیشران‌ها و رفتارهای اثربخش را شناسایی کنید.
- ۲) از پوشش‌های آگاهی‌بخشی مشارکتی و قابل‌دسترس برای اطلاع‌رسانی به افراد درخصوص ناقلین موزی، مناطق و زمان‌های پرخطر انتقال و اقدامات پیشگیری استفاده نمایید.
 - با گروه‌های پرخطر به‌طور خاص پیگیری نمایید.

۳ ارزیابی بازار محلی را درخصوص اقدامات پیشگیری مربوطه و اثربخش اجرا کنید.

- تقویت بازارها را برای تأمین منابع پایدار اقدامات پیشگیری در نظر بگیرید.
- برنامه خرید، توزیع و اجرا را برای اقلام کنترل ناقلین بیماری با همکاری اجتماع، مقامات مسئول محلی و سایر بخش‌ها در صورت عدم توانایی پاسخ‌دهی به مطالبات از سوی بازارهای محلی تدوین کنید.

۴ اجتماعات را در زمینه پیش، گزارش‌دهی و ارائه بازخورد درباره ناقلین موذی و برنامه کنترل ناقلین بیماری آموزش دهید.

شاخص‌های کلیدی

درصد افراد متأثر که می‌توانند اشکال انتقال و اقدامات کنترل اثربخش ناقلین بیماری را در سطح خانوار به‌درستی توصیف کنند.

درصد افرادی که اقدام مناسب برای حفاظت از خود در برابر بیماری‌های منتقله توسط ناقلین مربوطه اتخاذ کرده‌اند.

درصد خانوارهای برخوردار از سازوکارهای مناسب حفاظت از غذای ذخیره‌شده.

یادداشت‌های راهنما

اقدامات حفاظت شخصی در برابر مالاریا: اقدامات به‌موقع و قاعده‌مند حفاظتی مانند پرده، پشه‌بند تخت‌خواب و چادر حشره‌کش به حفاظت در برابر مالاریا کمک می‌نمایند. پشه‌بندهای حشره‌کش با دوام همچنین باعث حفاظت از بدن در برابر شپش، کنه، کک، سوسک و ساس می‌شوند. از سایر روش‌های حفاظتی مانند پوشاک آستین بلند، دودهای ضد عفونی خانوار، سوزاندن زغال، افشانه^۱ و دافع پشه‌ها استفاده نمایید. از کاربرد این گونه روش‌ها برای افراد در معرض بیشترین خطر مانند کودکان زیر پنج سال، افراد مبتلا به کم‌کاری دستگاه ایمنی و زنان باردار پشتیبانی نمایید.

گروه‌های پرخطر: برخی از بخش‌های اجتماع نسبت به بیماری‌های مرتبط با ناقلین در مقایسه با دیگران علی‌الخصوص نوزادان و اطفال، سالمندان، افراد دارای معلولیت، افراد بیمار و زنان باردار و شیرده، آسیب‌پذیرترند. گروه‌های پرخطر را شناسایی نمایید و اقدامات خاصی را برای کاهش خطر اعمال کنید. مراقب باشید تا از انگ‌گذاری اجتناب شود.

بسیج اجتماعی و اطلاع‌رسانی: تغییر رفتاری هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی برای کاهش زیستگاه‌های حشرات ناقل بیماری و جمعیت ناقلین بالغ ضرورت دارد. فعالیت‌های اطلاع‌رسانی و بسیج اجتماعی باید کاملاً در تلاش‌های پیشگیری و کنترل ناقلین بیماری با کاربرد دامنه گسترده‌ای از کانال‌های گوناگون ادغام گردند.

اقدامات حفاظت شخصی در مقابل سایر ناقلین بیماری: بهداشت فردی مناسب و شستشوی مرتب پوشاک و ملحفه بهترین گزینه‌های حفاظتی اثربخش در برابر شپش هستند. با استفاده از پودرهای مخصوص شپش‌کش یا پویش‌های مقابله با این حشره، هجوم ناقلین را کنترل کنید. شیوه‌نامه‌های درمانی را برای افراد تازه‌وارد در سکونتگاه تدوین و استفاده نمایید. محیط تمیز خانوار، دفع اثربخش پسماند و ذخیره‌سازی مناسب غذای پخته و نپخته باعث



۵. مدیریت پسماند جامد

بازدارندگی از ورود موش‌ها، سایر جوندگان و حشرات (مانند سوسک) به خانه یا سرپناه می‌گردند. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۱/ ارتقای بهداشت فردی: ارتقای بهداشت فردی.

مدیریت پسماند جامد عبارت است از فرایند رسیدگی و دفع پسماند جامد ارگانیک و غیرارگانیک که شامل موارد زیر است:

- برنامه‌ریزی سامانه‌های مدیریت پسماند جامد.
- رسیدگی، جداسازی، ذخیره‌سازی، ترتیب‌بندی^۱ و فراوری پسماند در محل.
- انتقال به نقطه جمع‌آوری.
- حمل‌ونقل و دفع نهایی، استفاده مجدد، تجدید هدف‌گذاری یا بازیافت.

پسماند را می‌توان در سطح خانوار، نهاد یا اجتماع تولید نمود و شامل پسماند پزشکی نیز می‌باشد. پسماند می‌تواند با مخاطره یا بدون مخاطره باشد. مدیریت نامناسب پسماند جامد خطری برای سلامت عمومی است چرا که می‌تواند باعث ایجاد زیستگاه‌های موردعلاقه حشرات، جوندگان و سایر ناقلین بیماری گردد. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۴ کنترل/این بیماری: کنترل ناقلین بیماری در سطح سکونتگاه‌ها. پسماند تصفیه نشده می‌تواند آب زیرزمینی و سطحی را آلوده سازد. کودکان شاید به بازی با پسماند جامد درست مدیریت نشده روی آورند که خود خطر مصدومیت یا ناخوشی را به همراه خواهد داشت. افراد زباله‌گرد که منبع درآمد آن‌ها از جمع‌آوری اقلام تجدیدپذیر از محل انباشت پسماند تأمین می‌گردد نیز می‌توانند در خطر مصدومیت یا بیماری عفونی قرار داشته باشند.

پسماند جامد می‌تواند به انسداد زهکشی و تولید آب سطحی راکد و آلوده منجر گردد که چنین منبع آبی به زیستگاهی برای ناقلین بیماری و گسترش سایر خطرهای سلامت عمومی تبدیل خواهد شد.

استانداردهای مندرج در این متن، تصفیه یا دفع مایعات حاصل از شستشو یا برون‌ریز شیمیایی را پوشش نمی‌دهند. برای آشنایی با توصیه‌های مدیریت و تصفیه پسماند پرمخاطره، بنگرید به مآخذ و منابع بیشتر. برای آشنایی با توصیه‌های رسیدگی به پسماند پزشکی، $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۶ آفاب: آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت.

استاندارد ۵-۱ مدیریت پسماند جامد:

محیط عاری از پسماند جامد

پسماند جامد به شکلی ایمن برای اجتناب از آلودگی محیط‌های طبیعی، زندگی، یادگیری، کار و اجتماعی مهار می‌گردد.

اقدامات کلیدی

- ۱ برنامه دفع پسماند جامد را بر مبنای خطرهای سلامت عمومی، ارزیابی پسماند تولیدشده توسط خانوارها و نهادهای موجود طراحی نمایید.

- ظرفیت‌های محلی مصرف مجدد، تغییر کاربرد^۱، بازیافت یا کمپوست‌سازی را ارزشیابی کنید.
- نقش‌های زنان، مردان، دختران و پسران را در مدیریت پسماند جامد برای دوری از ایجاد خطرهای بیشتر حمایتی بشناسید.
- ۲ با ارائه‌کنندگان خدمات و مقامات مسئول شهرداری یا محلی در راستای اجتناب از اعمال بار بیشتر بر زیرساخت و سامانه‌های موجود، مخصوصاً در مناطق شهری همکاری نمایید.
- اطمینان حاصل نمایید که تسهیلات دفع و تصفیه موجود و موارد جدیدالاحداث خارج از محدوده قابل استفاده همگان می‌باشند.
- زمان‌بندی را در اسرع وقت برای مطابقت با سیاست‌ها یا استانداردهای محلی سلامت درخصوص مدیریت پسماند جامد مشخص سازید.
- ۳ پوشش‌های ادواری یا هدفمند نظافت پسماند جامد را با زیرساخت ضروری موجود برای پشتیبانی از این پوشش‌ها، برگزار نمایید.
- ۴ لباس حفاظتی برای افراد مشغول جمع‌آوری و دفع پسماند جامد و همچنین افراد مشغول استفاده مجدد یا تغییر کاربرد تأمین نمایید و نسبت به ایمن‌سازی آن‌ها اقدام کنید.
- ۵ مطمئن شوید که مراکز تصفیه از مدیریت مناسب، کافی و ایمن برخوردارند.
- از روش‌های دفع و تصفیه مناسب و ایمن شامل دفن، انباشت مدیریت‌شده و زباله‌سوزی استفاده کنید.
- مراکز مدیریت پسماند را به‌منظور پیشگیری و حداقل‌سازی خطرهای حفاظت مخصوصاً درخصوص کودکان مدیریت نمایید.
- ۶ اقلام بسته‌بندی را به حداقل برسانید و بار پسماند جامد را از طریق همکاری با سازمان‌های مسئول توزیع اقلام خوراکی و خانوار کاهش دهید.

شاخص کلیدی

هیچ‌گونه پسماند جامدی در اطراف محله‌ها یا نقاط عمومی و اجتماعات وجود ندارد.

یادداشت‌های راهنما

افراد در حال جابجایی اقلام سنگین و غیرضروری را دور می‌ریزند. تولید پسماند جامد در نقاط توزیع می‌تواند باعث افزایش تنش‌ها بر جمعیت‌های میزبان گردد. حجم پسماند جامد در صورت عدم پاسخ‌دهی اقلام توزیع‌شده خانوار به نیازهای واقعی آن‌ها افزایش پیدا خواهد کرد. این پسماند جامد احتمالاً شامل اقلام مختلف و موارد تولیدشده محلی است و شاید تصفیه یا دفع متفاوت لازم باشد.

مناطق شهری: زیرساخت مدیریت پسماند جامد شهری را می‌توان با سایر سامانه‌های خدمات ادغام نمود. با سامانه‌ها و مقامات مسئول موجود برای مدیریت پسماند جامد اضافی تعامل نمایید.

حفاظت از افرادی که با پسماند سروکار دارند: لباس محافظت و حداقل دستکش به کلیه افراد مشغول مدیریت پسماند جامد بدهید. حالت مطلوب آن است که چکمه و ماسک حفاظتی نیز در اختیار آنان قرار دهید. در موارد ضروری، آن‌ها را در برابر کزاز و هپاتیت مصون سازید. تضمین نمایید که آب و صابون برای شستشوی دست

1. re-purposing



و صورت موجود است. به کارکنان در مورد روش‌های درست حمل‌ونقل و دفع پسماند و سایر خطرهای مرتبط با مدیریت نامناسب، آموزش دهید. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۱-۲-۱ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار - پیشگیری*.

افراد زباله‌گرد می‌توانند تحت انگ کثیف یا فقیر قرار بگیرند. مشاوره اجتماعی به تغییر نگرش‌ها کمک می‌نماید. تضمین برخورداری افراد مذکور از تجهیزات مناسب و توانایی حفظ نظافت نیز مفید است.

سکونتگاه‌های جمعی و مناطق روستایی: دفع پسماند جامد خانوار شاید در سکونتگاه‌های اجتماعی و مناطق دارای تراکم جمعیتی کمتر ممکن و حتی گزینه ارجح باشد. اندازه محل دفن پسماند جامد خانگی یا گودال‌های سوزاندن را بر مبنای اندازه خانوار و ارزیابی جریان پسماند محاسبه نمایید. نرده‌کشی مناسب پیرامون گودال‌های خانگی به‌منظور پیشگیری از دسترسی کودکان و حیوانات به چنین فضاهایی ضروری است و باید حداقل ۱۵ متر با اقامتگاه فاصله داشته باشند.

در نقاط جمع‌آوری جمعی یا محله ظرف ۱۰۰ لیتری را برای هر ۴۰ خانوار در ابتدا تأمین نمایید. یک ظرف را برای هر ۱۰ خانوار در درازمدت تأمین کنید چراکه تولید پسماند خانگی احتمالاً در گذر زمان افزایش می‌یابد. به‌طور کلی، تیم تعمیر و نگهداری ۲/۵ نفری باید برای هر ۱۰۰۰ نفر موجود باشد.

استفاده مجدد، تغییر کاربرد و بازیافت: استفاده مجدد، تغییر کاربرد یا بازیافت پسماند جامد را توسط اجتماع ترغیب نمایید مگر آنکه چنین رویکردی همراه با خطر سلامت عمومی قابل‌ملاحظه باشد. پتانسیل درآمد تکمیلی یا فرصت‌های کسب‌وکار با مقیاس خرد را از بازیافت پسماند و امکان کمپوست‌سازی پسماند آلی توسط خانوار یا اجتماع در نظر داشته باشید.

استاندارد ۲-۵ مدیریت پسماند:

اقدامات شخصی و خانوادگی برای مدیریت ایمنی پسماند جامد

افراد می‌توانند به‌گونه‌ای ایمن پسماند جامد را در منازل خود جمع‌آوری و بالقوه تصفیه نمایند.

اقدامات کلیدی

۱ محل انباشت مناسب و دارای پوشش و اندازه کافی را برای پسماندهای خانگی یا ظروفی برای گروه‌های کوچک خانوارها تأمین نمایید.

■ اولویت خانوارها را برای تعداد و اندازه ظروف برای استفاده مجدد و بازیافت در نظر بگیرید.

۲ نقاط جمع‌آوری محلی را که دارای نرده و نشانه‌گذاری مشخص باشند، تعیین نمایید تا خانوارها بتوانند روزانه پسماند خود را در آن نقاط قرار دهند.

۳ سامانه‌ای را برای جمع‌آوری مرتب پسماند خانوارها یا سایر پسماندها از نقاط عمومی مشخص‌شده برای جمع‌آوری پسماند ایجاد کنید.

۴ اطمینان حاصل کنید که گودال‌های سوزاندن یا محل دفن پسماند جامد در سطح خانوار یا اجتماع مدیریت مناسب داشته باشند.

شاخص‌های کلیدی

درصد خانوارهایی که به نقاط جمع‌آوری پسماند جامد محلی یا اجتماعی مشخص شده با فاصله قابل قبول از اقامتگاه خود دسترسی دارند.

درصد خانوارهای گزارش کننده محل کافی و مناسب انباشت پسماند در سطح خانوار

یادداشت راهنما

برنامه ریزی: مقدار پسماند جامد تولیدشده توسط افراد بستگی به نحوه دستیابی به غذا و پخت‌وپز و سایر فعالیت‌های خانواده دارد. تغییرات می‌توانند فصلی باشند و اغلب نشانگر زمان‌بندی بازار یا توزیع هستند. فرض نمایید که هر فرد نیم کیلوگرم پسماند جامد در روز تولید می‌کند که این معادل یک الی سه لیتر به ازای هر فرد در روز بر مبنای تراکم معمول پسماند جامد ۲۰۰ الی ۴۰۰ کیلوگرم بر مترمکعب می‌باشد.

استاندارد ۳-۵ مدیریت پسماند جامد:

سامانه‌های مدیریت پسماند جامد در سطح خانوار

نقاط عمومی مشخص شده برای جمع‌آوری پسماند مملو از پسماند نیستند و دفع یا تصفیه نهایی پسماند، ایمن و امن^۱ می‌باشد.

اقدامات کلیدی

۱ تضمین نمایید که نهادهایی همچون مدارس و فضاهای یادگیری، فضاهای دوستدار کودکان و دفاتر اداری دارای مکان انباشت کافی و مناسب خارج از محل و همراه با نشانه‌گذاری مشخص برای پسماند تولیدشده در آن محل هستند.

۲ محل انباشت دارای نرده‌کشی و نشانه‌گذاری مشخص را برای پسماند تولیدشده در مناطق عمومی مخصوصاً بازارهای رسمی و غیررسمی، مراکز ترانزیت و ثبت‌نام ایجاد کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد مدارس و مراکز یادگیری دارای محل کافی و مناسب انباشت پسماند.

درصد بازارهای عمومی دارای محل مناسب و کافی انباشت پسماند.

درصد گودال‌های پسماند جامد و دستگاه‌های زباله‌سوز در مدارس، مراکز یادگیری، بازارهای عمومی و سایر نهادهای عمومی دارای مدیریت ایمن.

1. safe and secure



یادداشت‌های راهنما

پسماند بازار: بازارها نیازمند توجه خاص هستند چراکه مناطق عمومی اغلب فاقد مسئولیت و مالکیت مشخص برای مدیریت پسماند جامد می‌باشند. اکثر موارد پسماند بازار را مانند پسماند جامد خانگی تصفیه نمایید.

پسماند کشتارگاه: تضمین نمایید که کشتار بهداشتی و مطابق با قوانین محلی انجام گردد. بسیاری از پسماند جامد تولیدشده توسط کشتارگاه‌ها و بازارهای شیلات را می‌توان به‌عنوان پسماند جامد خانگی مدیریت نمود؛ اما پسماند مایع نیاز به توجه خاص دارد. در موارد مناسب، این نوع پسماند را در گودال دارای پوشش در کنار کشتارگاه یا محل فراوری شیلات دفع نمایید. خون و سایر پسماندهای مایع را از طریق کانال سرپوشیده به‌منظور کاهش دسترسی حشرات به گودال، وارد گودال نمایید. آب برای نظافت تأمین کنید.

۶. آفاب در موارد طغیان بیماری و مراکز مراقبت‌های سلامت

کنشگران سلامت و آفاب هر دو برای کاهش خطرهای سلامت عمومی، پیشگیری از انتقال بیماری و کنترل موارد طغیان بیماری فعالیت می‌کنند. هماهنگی تنگاتنگ با ساختارها و شرکت‌های دولتی، در هر دو بخش برای توجه به خطرهای سلامت در اجتماع و مراکز مراقبت‌های سلامت ضرورت دارد. این استاندارد بر مبنای استانداردهای ۱ الی ۵ آفاب و فصل سلامت تدوین شده است و کلیه مداخلات فنی باید تماماً مطابق با محتوای فصل اجرا گردند.

پیشگیری و کنترل عفونت^۱ یکی از فعالیت‌های کلیدی در پیشگیری از بیماری در تمامی شرایط و همچنین پاسخدهی به طغیان بیماری است. این مسئله برای بیمار، مراقب سلامت و اجتماع بسیار ضرورت دارد و نهادهای سلامت مسئول تضمین تحقق حداقل استانداردها در مراکز مراقبت‌های سلامت می‌باشند. انجام چنین کاری اغلب مستلزم پشتیبانی و همکاری ساختارمند کنشگران آفاب است.

روش‌های مناسب و اعمال شده منسجم آفاب هم در اجتماع و هم در مراکز مراقبت‌های سلامت به کاهش انتقال بیماری‌های عفونی و کمک به کنترل موارد طغیان بیماری می‌انجامد. حداقل اقدامات در این استاندارد در مورد پاسخدهی مستمر اعمال می‌گردد و بر حوزه‌های گسترش در صورت طغیان بیماری تأکید خواهند داشت.

پاسخدهی اجتماع محور به طغیان بیماری

پاسخدهی به کلیه عناصر آفاب همیشه عملی نیست. بر خطر فوری سلامت عمومی تمرکز نمایید و در پی ایجاد اعتماد و پاسخگویی در اجتماعات باشید. پاسخدهی را بر مبنای یافته‌های اپیدمیولوژیک، ارزیابی عوامل خطر، مسیرهای انتقال (مخصوصاً فراتر از موارد خوراکی-مدفوع)، تأثیر قابل انتظار هر مداخله و منابع موجود اولویت‌بندی کنید.

جلب مشارکت اجتماعی به‌عنوان یکی از اجزای اصلی پاسخدهی به طغیان برای پیشگیری از انتشار بیماری مطرح است. باورها و برداشت‌های موجود اجتماعی می‌توانند پشتیبان یا مانع پاسخدهی باشند؛ بنابراین، شناخت و توجه به آن‌ها اهمیت دارد. برخی هنجارهای اجتماعی را می‌توان به‌منظور پیشگیری از انتقال بیماری اصلاح نمود. به‌عنوان مثال، با اجتماع برای یافتن انواع سلام و احوالپرسی جایگزین دست دادن به تعامل بپردازید.

اقدامات خاص پیشگیری و درمان بیماری را در اجتماع متأثر تشویق کنید. این روند می‌تواند شامل استفاده از پشه‌بند برای پیشگیری از مالاریا یا مایع نمکین خوراکی (اوآراس)^۲ و روی (برای کودکان) درخصوص مقابله با اسهال باشد.

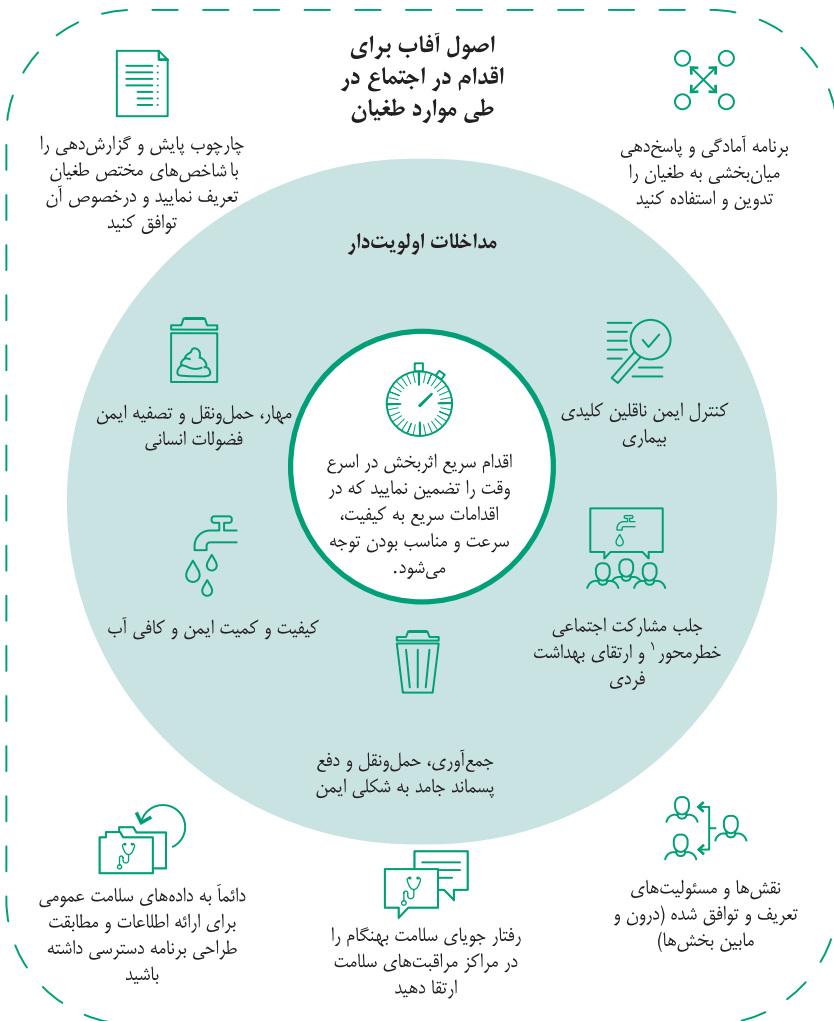
اگر کارکنان یاری‌رسانی اجتماع مشغول یافتن فعال موارد یا وظایف مربوطه هستند باید تحت آموزش قرار گیرند. کلیه داده‌ها را در پاسخدهی و بررسی کلی طغیان ادغام نمایید. ردیابی سریع انتشار طغیان و افراد متأثر از آن برای پاسخدهی به‌موقع بسیار ضرورت دارد و داده‌های ادغام یافته در سامانه‌های مشترک باعث پیشگیری از شمارش مضاعف یا غفلت از حوزه‌های کلیدی می‌گردند.  بنگرید به استاندارد ۴-۲-۱ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: پاسخدهی و آمادگی به طغیان.

در طی طغیان بیماری، همیشه راهنمایی فنی به‌روز را پیگیری کنید چراکه بیماری‌های بروز یافته همراه با خطرها و تأثیرگذاری مختلف هستند. راهنمایی گسترده در زمینه پیشگیری و کنترل عفونت در موارد خاص بیماری موجود است که باید به‌عنوان اولویت رعایت گردد.  بنگرید به مآخذ

1. infection prevention and control (IPC)
2. oral rehydration salts (ORS)



ذیل، این استاندارد حاوی حداقل مواردی است که باید در نظر گرفته شوند و همکاری مابین بخش‌های سلامت و آفاب در آن تشریح شده است. نگاه کلی به اقدامات اجتماع‌محور آفاب در طی طغیان بیماری در نمودار زیر ترسیم شده است. برای آشنایی بیشتر با اقدامات سلامت، $\oplus$ بنگرید به *استانداردهای ۱-۲ الی ۴-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار*.



اصول آفاب برای اقدام در اجتماع در طی موارد طغیان بیماری (شکل ۵)

استاندارد ۶:

آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت

کلیه مراکز مراقبت‌های سلامت حداقل استانداردهای پیشگیری و کنترل از عفونت آفاب را از جمله در موارد طغیان بیماری رعایت می‌کنند.

اقدامات کلیدی

- ۱ منبع آب با کمیت و کیفیت کافی و قابل اطمینان را متناسب با مرکز مراقبت‌های سلامت تأمین نمایید.
 - آب سالم را (نیم میلی گرم کلر باقیمانده آزاد در لیتر) به اندازه مصرف حداقل ۴۸ ساعت برای تضمین تأمین دائمی ذخیره‌سازی کنید.
 - **موارد طغیان:** مقدار آب را افزایش دهید و محلول‌های کلر را مطابق با نوع بیماری، خطرها و نیازها مطابقت دهید.
- ۲ تسهیلات کافی دفع فضولات انسانی را برای محدودسازی انتقال بیماری تأمین کنید.
 - صندلی‌های توالت فرنگی و سطل‌های توالت را در اختیار افراد مواجه با مشکلات حرکتی قرار دهید.
 - تسهیلات فاضلاب (سرویس‌های بهداشتی، دوش‌های حمام، منطقه شست‌وشو) را با آب و مواد شوینده نظافت کنید. از به کارگیری مواد شوینده قوی در سرویس‌ها اجتناب نمایید.
 - **موارد طغیان:** تسهیلات دفع فضولات انسانی را در تمامی بخش‌های مرکز مراقبت سلامت تأمین نمایید.
 - **موارد طغیان:** اقلام را مانند تخت‌خواب‌های وبا و سطل‌های فضولات یا استفراغ برای بیماری خاص مطابقت‌دهی نمایید.
 - **موارد طغیان:** هرگونه موارد احتیاطی مورد نیاز را برای نظافت، از رده خارج کردن^۱ و لایروبی تسهیلات و تجهیزات فضولات انسانی مشخص کنید.
- ۳ تجهیزات و اقلام کافی جهت نظافت را برای مراقبین سلامت، بیماران و عیادت‌کنندگان به‌منظور حفظ بهداشت فردی تأمین نمایید.
 - آب سالم، صابون یا پد الکلی را در نقاط کلیدی ایستگاه‌های شستشوی دست تأمین کنید. از حوله‌های «یک‌بارمصرف» یا دستگاه خشک‌کن استفاده کنید.
 - **موارد طغیان:** ایستگاه‌های شستشوی دست‌ها را در هر قسمت ایجاد کنید.
 - **موارد طغیان:** روش‌های مکمل بهداشت فردی را مانند افشانه یا وان‌های کلردار مخصوص پا (بسته به نوع بیماری) و شستشوی دست‌ها پیش از پوشیدن و برداشتن تجهیزات حفاظت شخصی انجام دهید.
 - **موارد طغیان:** اقلام بهداشت فردی خاص و آموزش را پیش از مرخص کردن ارائه نمایید.
- ۴ محیط تمیز و بهداشتی را حفظ کنید.
 - سطوح افقی و کف زمین را هر روز با آب و شوینده نظافت کنید.
 - سطوح بالقوه آلوده را با ۰/۲ درصد محلول کلر نظافت و گندزدایی نمایید.
 - تجهیزات پزشکی تجدیدپذیر را بسته به خطر پیش از هر بار مصرف، نظافت، گندزدایی و استریل کنید.
 - تمامی ملحفه‌ها را با محلول کلر ۰/۸ درصد پس از آگیری در صورت باقی ماندن آلودگی گندزدایی نمایید. کلیه

1. decommissioning



مرحله‌ها را برای اتاق جراحی استریل کنید.

- **موارد طغیان:** توان مواد گندزدایی را برای نظافت کف زمین و سطوح آلوده افزایش دهید. سازوکارهای مخصوص را برای گندزدایی ملحفه‌ها در نظر بگیرید.

۵ رسیدگی به دفع پسماند را به‌درستی مدیریت نمایید.

- پسماند مراقبت‌های سلامت را در نقاط تولید با استفاده از روش سه سطل تفکیک کنید.
- به کلیه مراقبین سلامت در مدیریت و تفکیک پسماند آموزش دهید.
- اطمینان حاصل کنید که گروه‌های تعیین‌شده از تجهیزات حفاظت شخصی برای جمع‌آوری، مدیریت و دفع پسماند (حداقل: دستکش و چکمه) استفاده می‌کنند.
- **موارد طغیان:** موارد احتیاطی رسیدگی به پسماند را با استفاده از تجهیزات کامل حفاظت شخصی بر مبنای نوع بیماری افزایش دهید.

۶ مطمئن شوید که کلیه مراقبین سلامت، بیماران و خدمت‌دهندگان از تجهیزات مناسب حفاظت شخصی استفاده می‌کنند.

- تجهیزات حفاظت شخصی را برای نوع مواجهه و طبقه‌بندی موارد احتیاطی انزواسازی^۱، تأمین کنید.
- به مراقبین سلامت، بیماران و سایرین در مراکز درخصوص نحوه انتخاب، استفاده و کنار گذاشتن تجهیزات حفاظت شخصی آموزش دهید.

۷ **موارد طغیان:** روش مواجهه مدنظر را ارزیابی کنید و تجهیزات حفاظت شخصی را با نوع انتقال مطابقت دهید. خاک‌سپاری اجساد را به شکلی توأم با کرامت، قابل‌قبول از لحاظ فرهنگی و ایمن مطابق با روش‌های سلامت عمومی مدیریت نمایید.

- سنت‌های محلی را همراه با نیاز شناسایی و بازگرداندن متوفی به خانواده‌ها در نظر بگیرید.
- **موارد طغیان:** جایگزین‌های رویه‌های غیرایمن را با مشارکت اجتماعی شناسایی کنید.
- **موارد طغیان:** تیم‌ها را در زمینه تجهیزات حفاظت شخصی فردی مناسب برای اجرای مراسم خاک‌سپاری آموزش دهید و آن‌ها را در این خصوص تجهیز نمایید.

شاخص‌های کلیدی

کلیه مراقبین سلامت دست‌های خود را با استفاده از صابون یا پد الکلی قبل و بعد از تماس با هر بیمار نظافت می‌کنند.

کلیه بیماران و مراقبین دست‌های خود را پیش از دست زدن به غذا یا خوردن آن و پس از رفتن به سرویس بهداشتی می‌شویند.

صابون یا پد الکلی (یا محلول کلر ۰/۵ درصد در موارد طغیان) در تمامی ایستگاه‌های شستشوی دست‌ها موجود است.

تعداد ایستگاه‌های شستشوی دست

- حداقل: یک ایستگاه برای هر ۱۰ بیمار بستری.

کیفیت آب آشامیدنی در نقطه تأمین

- حداقل: ۰/۵ الی یک میلی‌گرم در هر لیتر کلر باقیمانده آزاد.

مقدار آب ایمن موجود

- حداقل: پنج لیتر برای هر بیمار سرپایی در روز.
- حداقل: ۶۰ لیتر برای هر بیمار در روز در مراکز درمان وبا.
- حداقل: ۳۰۰ الی ۴۰۰ لیتر برای هر بیمار در روز در مراکز درمان تب هموراژیک^۱.

تعداد سرویس‌های بهداشتی قابل دسترسی

- حداقل: چهار سرویس در بخش سرپایی (تفکیک شده برای مردان، زنان، کودکان و مراقبین سلامت).
- حداقل: یک سرویس برای هر ۲۰ بیمار بستری (تفکیک شده برای مردان، زنان، کودکان و مراقبین سلامت).

یادداشت‌های راهنما

برنامه ریزی پیشگیری و کنترل عفونت در تمامی مراکز مراقبت‌های سلامت شامل آمبولانس و برنامه‌های سلامت اجتماع ضرورت دارد و مستلزم تدوین دستورالعملی درخصوص استانداردهای پیشگیری از انتقال بیماری و تکنیک‌های ضدعفونی بالینی است. تیم اختصاص یافته برای پیشگیری و کنترل عفونت را در هر مرکز و هر دوره آموزشی برای مراقبین سلامت لحاظ کنید. در نظام‌های مراقبت، مقاومت ضد میکروبی و عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت باید پایش گردند. مراکز باید دارای نیروی کار و حجم کاری مناسب باشند. روی هر تخت‌خواب، فقط یک بیمار باید قرار داشته باشد. مراقبت‌های سلامت باید در محیطی ایمن و مناسب همراه با تجهیزات و زیرساخت کافی آفاب برای حفظ رویه‌های ایمن بهداشت فردی ارائه گردند. $\oplus$ بگریید به /استانداردهای ۱-۱ و ۱-۲ /نظام‌های سلامت.

کیفیت و کمیت آب: هنگام محاسبه میزان آب ضروری، به ارزش‌های مندرج در ضمیمه ۳ مراجعه کنید و این ارزش‌ها را با شرایط مطابقت دهید. $\oplus$ بگریید به ضمیمه ۳: **حداقل کمیت آب**. درمانگاه‌های سیار باید در پی دستیابی به تأمین استانداردهای مشابه آفاب درخصوص بیماران سرپایی شامل دسترسی به سرویس‌های بهداشتی و منبع آب سالم باشند. اطمینان حاصل کنید که منبع آب برای مصرف حداقل ۴۸ ساعت (و ذخیره‌سازی) در هر مرکز موجود است. در موارد طغیان بیماری مانند ابولا^۲ و وبا، منبع آب باید حداقل ۷۲ ساعت را پوشش دهد. برای آشنایی با استانداردهای برنامه‌های آفاب اجتماعی، $\oplus$ بگریید به /استانداردهای ۲-۱ و ۲-۲ /تأمین آب.

محلول‌های کلر (ذیل) برای مصارف گوناگون در مراکز مراقبت‌های سلامت ضرورت دارند.

محلول کلر (درصد)	فعالیت مرکز مراقبت سلامت
۰/۰۵	شستشوی دست لباسشویی (پس از نظافت)
۰/۲ (وبا) ۰/۵ (ابولا)	دستمال کشیدن به سطوح کاری افقی پس از نظافت (فقط برای وبا) اقدام نظافت، پیش‌بند، چکمه، ظروف آشپزی و سایر ظروف نظافت لگن‌های تخت‌خواب، سطل‌ها نظافت سطوح آلوده به مایعات بدن آماده‌سازی اجساد (ابولا)
۲	آماده‌سازی اجساد (وبا) اضافه‌شده به سطل‌های استفراغ و فضولات (وبا)
۱	محلول مادر برای کلر زدن به آب

1. hemorrhagic fever
2. ebola



مدیریت فضولات: ⊕ برگردید به استانداردهای ۱-۳ الی ۳-۳ برای راهنمایی در زمینه مدیریت فضولات به طور کلی و استاندارد ۱-۳ ارتقای بهداشت فردی: مدیریت بهداشت فردی قاعدگی و بی/ختیاری برای اطلاعات خاص درباره اقلام.

سرویس‌های بهداشتی مناسب را از لحاظ فنی و فرهنگی با واحدهای مجزای دارای قفل و نور کافی و همچنین فضای مناسب برای کمک به بیماران از سوی مراقبین فراهم نمایید. کلیه تسهیلات فاضلاب (سرویس‌های بهداشتی، دوش‌های حمام، محل شستشو) باید با آب و ماده شوینده نظافت گردند. از کاربرد مواد شوینده قوی داخل سرویس‌های بهداشتی (مخصوصاً در مخازن سپتیک) اجتناب نمایید چراکه این کار باعث اختلال در فرایندهای طبیعی زیست فروپاشی^۱ برخی از پاتوژن‌ها می‌گردد.

در طی موارد طغیان، موارد احتیاطی بیشتر را هنگام نظافت، از رده خارج کردن و لایروبی تجهیزات و تسهیلات فضولات انسانی اعمال نمایید (از قبیل استفاده از محلول کلر برای نظافت، تصفیه با آهک سریع یا کلر).

آب خاکستری: حداقل آب خاکستری را با استفاده از گودال آبکشی و چربی گیر^۲ دفع نمایید. مطمئن شوید که دور گودال نرده کشی شده است تا مردم نتوانند به آن دست پیدا کنند.

پسماند مراقبت‌های سلامت: حاوی عوامل عفونت‌زا مانند آبی وی و هپاتیت بی است که می‌توانند منابع آب و خاک را نیز آلوده سازند. از روش حداقل سه سطل برای برداشت و تفکیک پسماند به مجرد تولید آن استفاده نمایید:

دسته‌بندی	نمونه	برچسب / رنگ ظرف
پسماند عمومی بی‌خطر	کاغذ	مشکی
اقلام تیز به کار رفته خطرناک، عفونی	سوزن، تیغ جراحی، ست تزریق، شیشه شکسته، ویال خالی	زرد، دارای برچسب «اشیاء تیز»، نشت‌ناپذیر و غیر قابل نفوذ
اشیاء غیر تیز خطرناک، عفونی	اقلام آلوده به مایعات بدن مانند پد، پانسمان، بخیه، کشت آزمایشگاهی	زرد، با برچسب و نشت‌ناپذیر

تفکیک بیشتر شاید برای پسماند پاتولوژیک (بافت انسانی)، دارویی و شیمیایی (شناسه‌گرهای آزمایشگاهی) ضرورت داشته باشد. پسماند تفکیک‌شده را از منطقه پزشکی به صورت حداقل روزانه و یا فوراً در صورت به شدت عفونی بودن، جمع‌آوری کنید. از چرخ‌دستی برای حمل و نقل پسماند در مسیری ثابت به محل‌های مشخص دارای دسترسی عمومی محدود استفاده نمایید. ظروف پسماند، چرخ‌های دستی و محل‌های انباشت باید مرتباً گندزدایی گردند. کلیه افرادی که با پسماند مراقبت‌های سلامت سروکار دارند باید در برابر هپاتیت بی و کزاز واکسینه بشوند.

پسماند را بسته به مراکز موجود مدیریت و دفع نمایید:

دسته‌بندی	مدیریت و دفع
کلی	باز یافت نمایید، بسوزانید یا دفن کنید داخل زمین مشخص شده توسط شهرداری قرار دهید
اشیاء تیز استفاده‌شده	گودال اشیاء تیز در محفظه قرار دهید و اقلام را داخل زمین دفن کنید بسوزانید (غیر ویال‌ها) و سپس در گودال خاکستر دفن کنید (با احتیاط زیرا اشیاء تیز شاید کند نشده باشند)

1. biodegradation
2. grease trap

دسته بندی	مدیریت و دفع
عفونی (غیر اشیاء تیز)	گودال دفن در خاک (پسماند را با آهک سریع بپوشانید) بسوزانید و سپس خاکستر را در گودال دفن کنید اتوکلاو ^۱ یا پردازش شیمیایی
پاتولوژیک	بسته به هنجارهای اجتماعی-فرهنگی گودال های دفع در خاک (به عنوان نمونه، گودال مخصوص جفت) یا اماکن خاک سپاری سوزاندن اجساد
دارویی	از راهکارهای ملی در صورت امکان پیروی کنید یا به تأمین کننده بازگردانید در محفظه قرار دهید و داخل زمین دفع کنید دستگاه های سوزاندن مخصوص (حداقل ۱۲۰۰ درجه سانتی گراد)
پسماند شیمیایی	از راهکارهای ملی در صورت امکان پیروی کنید یا به تأمین کننده بازگردانید حجم کوچک را می توان سوزاند یا در محفظه قرار داد پردازش در کارگاه های مخصوص یا کوره های چرخشی

دستگاه های زباله سوز باید در حرارت بالای ۹۰۰ درجه سانتی گراد عمل کنند و دو اتاقک داشته باشند. دستگاه های با کیفیت پایین گازهای سمی و آلاینده های هوا تولید می کنند و استریل سازی کامل نیز انجام نمی دهند. تمامی گودال ها و دستگاه های زباله سوز باید مطابق با استانداردهای موجود ملی و بین المللی احداث گردند و به شکلی ایمن مورد بهره برداری، تعمیر و نگهداری و از رده خارج کردن قرار گیرند.

تجهیزات حفاظت شخصی باید الزاماً مطابق با شیوه نامه های کنترل و پیشگیری از عفونت باشند تا همه بیماران، خانواده ها و کارکنان در معرض خطر بیشتر قرار نگیرند.

نوع مواجهه قابل انتظار (پاشیدن، افشانه، تماس یا لمس) و نوع انتقال بیماری را ارزیابی نمایید. از تجهیزات مناسب و ماندگار (از جمله مقاوم در برابر مایعات) استفاده نمایید.

تجهیزات حفاظت شخصی اولیه باعث حفاظت از افراد هنگام مواجهه با خون، مایعات بدن، ترشحات یا مواد دفعی می گردند. این گونه تجهیزات شامل موارد زیر هستند: دستکش هنگام لمس اقلام عفونی – گان / پیش بند در شرایط تماس لباس یا پوست با اقلام عفونی – حفاظت از صورت با ماسک دهان – عینک یا طلق روی صورت در برابر مواد پاشیده یا افشاننده و قطرات. علاوه بر این، تجهیزات حفاظت شخصی دیگر (یا تجهیزات حفاظت شخصی در سایر موارد) را می توان بنا به نوع انتقال بیماری استفاده نمود: تماس (مانند گان و دستکش در محیط بیماران)، قطرات (ماسک های جراحی در فاصله یک متری بیمار) و موارد هوایی (دستگاه های تنفسی ذره ای).

تجهیزات حفاظت شخصی یک بار مصرف را در سطل های پسماند (از قبیل بشکه های ۲۲۰ لیتری) در جوار ورودی محل تعویض لباس قرار دهید. سطل ها را جمع آوری کنید و به محل اختصاص یافته مدیریت پسماند انتقال دهید. تجهیزات حفاظت شخصی تجدیدپذیر را مانند عینک و دستکش ضخیم در سطل های حاوی محلول کلر ۰/۵ درصد قرار دهید. اقلام را به نحوی مناسب نظافت و شستشو، تعمیر و نگهداری نمایید.

محلول کلر ۰/۵ درصد باید پس از هر مرحله تعویض لباس برای شستشوی دست های افرادی که دستکش به دست داشتند، موجود باشد. محل جداگانه ای را برای شستشوی دست ها همراه با محلول کلر ۰/۵ درصد به عنوان آخرین مرحله در فرایند تعویض لباس تعبیه نمایید.

1. autoclaves



مدیریت اجساد: خاک‌سپاری ایمن، همراه با کرامت و متناسب با فرهنگ را که شامل شناسایی تمامی افراد می‌باشد ترویج کنید. به افراد اجازه دهید که اعضای خانواده خود را شناسایی کنند و مراسم تشییع را اجرا نمایند. اجساد را بدون برگزاری مراسم در گورهای دسته‌جمعی قرار ندهید. چنین روندی می‌تواند به مانعی برای حفظ گواهی فوت ضروری برای دعوی حقوقی تبدیل گردد. مسائل قانونی احتمالی را هنگام دفن قربانیان خشونت در نظر بگیرید. ⊕ بنگرید به استاندارد ۱-۱ نظام‌های سلامت: ارائه خدمات سلامت.

موارد احتیاطی خاص از جمله آماده‌سازی اجساد با محلول کلر شاید در طی موارد طغیان بیماری بسته به پاتوژن و انتقال آن ضرورت داشته باشند. این احتمال وجود دارد که مناسک آراستن اجساد به افزایش احتمال انتقال بیماری منجر گردند. با این وجود، عدم رعایت حساسیت‌های فرهنگی باعث موارد خاک‌سپاری پنهانی و گزارش نشده خواهد شد.

مراقبین سلامت و گروه‌های خاک‌سپاری باید تجهیزات حفاظت شخصی را در تمامی مقاطع استفاده کنند. از کارکنان بخش خاک‌سپاری در اجتماع و ارائه خدمات روانی-اجتماعی پشتیبانی به عمل آورید. با رهبران اجتماع در جهت پیشگیری از انگ‌گذاری افراد ایفاکننده این نقش همکاری کنید.

از رده خارج کردن: با اجتماع، مقامات محلی و کنشگران بشردوستانه در زمینه تصمیم‌گیری درباره چگونگی از رده خارج کردن مرکز موقت مراقبت‌های سلامت در طی پاسخ‌دهی مشورت نمایید.

ضمیمه ۱

چک‌لیست ارزیابی نیازهای اولیه آفاب

این فهرست پرسش‌ها در اصل برای استفاده هنگام ارزیابی نیازها، شناسایی منابع و تشریح شرایط محلی تدوین شده است. مجموعه حاضر فاقد پرسش‌هایی است که با آن‌ها بتوان منابع خارجی ضروری را برای تکمیل منابع موجود محلی تعیین نمود.

کلیات

- تعداد افراد متأثر چقدر است و آن‌ها کجا قرار دارند؟ داده‌ها را به گروه‌های سنی، جنسی، معلولیت و غیره تفکیک نمایید.
- جابجایی احتمالی افراد به کدام سمت است؟ عوامل امنیتی برای افراد متأثر و پاسخ‌دهی بالقوه امداد کدام‌اند؟
- بیماری‌های فعلی، شایع یا احتمالی مرتبط با آفاب کدام‌اند؟
- افراد کلیدی برای مشورت یا تماس چه کسانی هستند؟
- افراد آسیب‌پذیر در جمعیت کدام‌اند و آسیب‌پذیری آن‌ها به چه دلیل است؟
- آیا دسترسی برابر به کلیه تسهیلات موجود از جمله اماکن عمومی، مراکز سلامت و مدارس وجود دارد؟
- زنان، دختران، پسران و مردان در معرض کدام خطرهای امنیتی خاص قرار دارند؟ گروه‌های در معرض خطر کدام‌اند؟
- جمعیت مذکور به کدام رویه‌های آفاب پیش از بحران عادت داشت؟
- ساختارهای رسمی و غیررسمی قدرت (به‌عنوان نمونه، رهبران اجتماعی، سالمندان، گروه‌های زنان) کدام‌اند؟
- تصمیمات در خانوارها و در اجتماع به چه شکل اتخاذ می‌گردند؟
- آیا دسترسی به بازارهای محلی وجود دارد؟ کدام خدمات و اقلام کلیدی آفاب در بازار هم پیش از بحران و هم در طی بحران قابل دسترس بودند؟
- آیا افراد به پول نقد و یا اعتبار بانکی دسترسی دارند؟
- آیا باید نسبت به تغییرات فصلی محدودکننده دسترسی یا افزایش مطالبات برای نیروی کار به‌عنوان مثال حین زمان برداشت محصول آگاه بود؟
- با کدام مقامات مسئول کلیدی باید ارتباط برقرار نمود و همکاری کرد؟
- شرکای محلی در منطقه مانند گروه‌های جامعه مدنی دارای ظرفیت مشابه در جلب مشارکت اجتماعی و آفاب کدام‌اند؟

ارتقای بهداشت فردی

- افراد به کدام رویه‌های آفاب پیش از بحران عادت داشتند؟
- کدام رویه‌های موجود برای سلامت مضر هستند، چه کسانی این رویه‌ها را اجرا می‌کنند و چرا؟
- چه کسانی هنوز رفتار بهداشت فردی مثبت را اجرا می‌کنند و عوامل پیشران و مشوق آن‌ها در این فرایند کدام‌اند؟
- محاسن و مضرات هرگونه تغییر پیشنهادی در رویه عملکرد کدام‌اند؟



- کانال‌های رسمی و غیررسمی موجود اطلاع‌رسانی و یاری‌رسانی (مانند مراقبین سلامت اجتماع، قابله‌های سنتی، شفادهندگان سنتی، باشگاه‌ها، تعاونی‌ها، کلیساها و مساجد) کدام‌اند؟
- به کدام رسانه‌های جمعی در منطقه (مانند رادیو، تلویزیون، ویدیو، روزنامه) دسترسی وجود دارد؟
- کدام رسانه‌های محلی یا سمن‌ها در آنجا موجودند؟
- کدام بخش‌های جمعیت را می‌توان و باید هدف‌گذاری نمود (به‌عنوان نمونه، مادران، کودکان، رهبران اجتماع، رهبران مذهبی)؟
- کدام نوع نظام یاری‌رسانی در این موقعیت (مانند داوطلبین یا کارکنان یا مروجین بهداشت فردی در اجتماع، باشگاه‌های سلامت مدارس، کمیته‌های آفاب) برای بسیج فوری و همچنین میان‌مدت نتیجه‌بخش خواهد بود؟
- نیازهای یادگیری کارکنان ارتقای بهداشت فردی و کارکنان یاری‌رسان اجتماع کدام‌اند؟
- کدام اقلام غیرخوراکی موجودند و کدام موارد بر مبنای اولویت‌ها و نیازها ضرورت فوری دارند؟
- افراد در چه مکانی به بازارها برای خرید اقلام پایه بهداشتی فردی اصلی دسترسی دارند؟ آیا این دسترسی (هزینه، تنوع، کیفیت) در طی بحران تغییر یافته است؟
- نحوه دسترسی خانوارها به اقلام اساسی بهداشت فردی چگونه است؟ کدام افراد درباره خریداری و اولویت‌بندی اقلام تصمیم می‌گیرند؟
- رویه‌های بهداشت فردی در مراکز مراقبت‌های سلامت چقدر اثربخش هستند (مخصوصاً در شرایط همه‌گیری)؟
- نیازها و ترجیحات زنان و دختران برای رویه‌های بهداشت فردی قاعدگی کدام‌اند؟
- نیازها و ترجیحات افراد در حال زندگی با بی‌اختیاری کدام‌اند؟

تأمین آب

- منبع فعلی تأمین آب چیست و مصرف‌کنندگان آنچه کسانی هستند؟
- چه میزان آب برای هر فرد در روز موجود است؟
- میزان موجود بودن روزانه و هفتگی منابع تأمین آب چقدر است؟
- آیا آب موجود در منبع برای نیازهای کوتاه‌مدت و درازمدت تمامی گروه‌ها کفایت می‌کند؟
- آیا نقاط برداشت آب به‌اندازه کافی به محل زندگی افراد نزدیک هستند؟ آیا این نقاط ایمن می‌باشند؟
- آیا تأمین آب فعلی قابل‌اطمینان است؟ این منبع چقدر ماندگاری دارد؟
- آیا افراد به‌اندازه کافی ظروف آب با اندازه و نوع مناسب (برای برداشت و ذخیره‌سازی) دارند؟
- آیا منبع آب آلوده یا در معرض خطر آلودگی قرار دارد (میکروبیولوژیک، شیمیایی یا پرتویی)؟
- آیا سامانه تصفیه آب در حال کار است؟ آیا تصفیه ضرورت دارد؟ آیا امکان تصفیه وجود دارد؟ کدام نوع تصفیه ضرورت دارد؟
- آیا گندزدایی ضروری است؟ آیا اجتماع با پذیرش و گوارایی آب در ارتباط با بو و طعم کلر مشکل دارد؟
- آیا منابع جایگزین آب در نزدیکی موجودند؟
- کدام رویه‌ها و باورها با برداشت، ذخیره‌سازی و مصرف آب مرتبط می‌باشند؟
- آیا مواعیتی برای استفاده از منابع موجود تأمین آب وجود دارند؟
- آیا جابجایی جمعیت در صورت عدم کفایت منابع آب ممکن است؟

- جایگزین‌ها در صورت عدم کفایت منابع آب کدام‌اند؟
- آیا رویه‌ها و باورهای سنتی مرتبط با بهداشت فردی مطرح می‌باشند (به‌عنوان مثال، در طی طغیان وبا در هایتی، بیماری با فرهنگ وودو^۱ مرتبط بود)؟ آیا این رویه‌ها یا باورها مفید یا مضر هستند؟
- مسائل کلیدی بهداشت فردی مرتبط با تأمین آب کدام‌اند؟
- آیا افراد آب خریداری می‌کنند؟ چنانچه پاسخ‌دهی مثبت است، از کجا، به چه قیمت و برای چه منظورهایی؟ آیا این دسترسی تغییر یافته است (هزینه، کیفیت، زمان‌بندی تأمین)؟
- آیا افراد امکان استفاده از آب را برای بهداشت فردی دارند؟
- آیا نقاط توزیع آب و محله‌های استحمام و لباسشویی دارای زهکشی مناسب هستند؟
- آیا وضعیت خاک، مناسب مدیریت آب نامطلوب در محل و یا خارج از محل نقاط توزیع، استحمام و لباسشویی می‌باشند؟ آیا آزمایش نفوذ خاک انجام شده است؟
- منبع معمول آب برای دام در صورت بیجاشدگی روستایی چیست؟
- آیا تأثیرات زیست‌محیطی ناشی از مداخله، انحراف و مصرف احتمالی منابع آب ایجاد خواهند شد؟
- کدام دسته از مصرف‌کنندگان در حال حاضر از منابع آب استفاده می‌کنند؟ آیا خطر مخاصمات در صورت مصرف منابع برای جمعیت‌های جدید وجود دارد؟
- چه فرصت‌هایی برای همکاری با بخش خصوصی و یا عمومی در تأمین آب موجودند؟ کدام تنگناها و فرصت‌ها موجودند که از آن‌ها می‌توان برای ارائه اطلاعات در توصیه‌ها و تحلیل پاسخ‌دهی استفاده نمود؟
- کدام وظایف عملیات و تعمیر و نگهداری ضرورت دارند؟ ظرفیت انجام آن‌ها در کوتاه‌مدت و درازمدت چقدر است؟ چه کسی در قبال آن‌ها پاسخگو می‌باشد؟
- آیا سامانه یا سازوکار تأمین مالی موجود یا بالقوه‌ای برای بازیابی هزینه‌های عملیات و تعمیر و نگهداری ایجاد شده است؟
- جمعیت میزبان چگونه به آب دسترسی دارد و تضمین می‌نماید که آب آن‌ها در این نقاط مصرف ایمن است؟

دفع فضولات انسانی

- آیا محیط عاری از مدفوع می‌باشد؟
- آیا دفع مدفوع در محیط باز انجام می‌گردد؟ آیا محلی به این مسئله اختصاص داده شده است؟
- آیا تسهیلاتی موجودند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، آیا آن‌ها استفاده می‌شوند؟ آیا تعداد آن‌ها کافی است؟ آیا کارکرد آن‌ها صحیح می‌باشد؟ آیا می‌توان آن‌ها را گسترش یا مطابقت داد؟
- آیا تسهیلات ایمن و همراه با کرامت است: دارای روشنایی کافی، مجهز به قفل، بخش‌های حافظ حریم؟ آیا افراد به سرویس‌های بهداشتی در طی روز و شب دسترسی دارند؟ در صورت عدم دسترسی در شب، جایگزین‌ها کدام‌اند؟
- جمعیت میزبان از کدام روش‌های مدیریت فضولات انسانی استفاده می‌کند؟ آیا روش فعلی دفع مدفوع تهدیدی برای منابع آب (آب زیرزمینی یا سطحی) یا محله‌ای زندگی و محیط‌زیست به‌طور کلی در نظر گرفته می‌شود؟
- آیا هنجارهای اجتماعی- فرهنگی مطرح هستند که باید در طراحی سرویس بهداشتی در نظر گرفت؟
- آیا افراد با طراحی، احداث و مصرف سرویس‌های بهداشتی آشنا هستند؟

1. voodoo



- چه مصالح محلی برای احداث سرویس‌های بهداشتی موجودند؟
- آیا کمپوست‌سازی مورد پذیرش و در حال انجام است؟
- کودکان از چه سنی آغاز به استفاده از سرویس بهداشتی می‌نمایند؟
- مدفوع اطفال شیرخوار و کودکان خردسال چه می‌شود؟
- شیب زمین چقدر است؟
- سطح حوضچه آب زمین چقدر است؟
- آیا شرایط خاک مناسب دفع فضولات در محل می‌باشد؟
- آیا تمهیدات فعلی دفع فضولات باعث گسترش ناقلین بیماری می‌گردند؟
- آیا اقلام یا آب برای نظافت معقد موجودند؟ افراد معمولاً به چه صورت این اقلام را دور می‌ریزند؟
- آیا افراد پس از دفع و پیش از تهیه و خوردن غذا، دست‌های خود را می‌شویند؟ آیا صابون یا سایر اقلام نظافت با آب در کنار سرویس بهداشتی یا درون خانوار موجودند؟
- زنان و دختران قاعدگی خود را چگونه مدیریت می‌کنند؟ آیا تسهیلات و اقلام مناسب برای این امر موجودند؟
- آیا تجهیزات یا تسهیلات خاصی برای دسترسی افراد دارای معلولیت، افراد در حال زندگی با ای‌آی‌وی، افراد در حال زندگی با بی‌اختیاری یا افراد بی‌حرکت در مراکز پزشکی به امکانات فاضلاب تعبیه شده‌اند؟
- آیا ملاحظات زیست‌محیطی ارزیابی شده‌اند: به‌عنوان مثال، استخراج مواد خام مانند شن و ماسه برای اهداف ساخت‌وساز و حفاظت از محیط‌زیست در برابر مدفوع؟
- آیا کارکنان ماهر در اجتماع از قبیل سنگ‌کار یا نجار و کارگران فاقد مهارت حضور دارند؟
- آیا کامیون‌های مخصوص لایروبی یا خالی کردن مخزن چاه یا فاضلاب موجودند؟ آیا در حال حاضر پسماند مدفوع جمع‌آوری شده به‌گونه‌ای مناسب و ایمن دفع می‌گردد؟
- راهبرد مناسب برای مدیریت فضولات انسانی (شامل مهار، خالی کردن، تصفیه و دفع) چیست؟

بیماری‌های منتقله توسط ناقلین

- خطرهای بیماری‌های منتقله توسط ناقلین کدام‌اند و جدیت آن‌ها چقدر است؟
- ناقلین محلی کدام اشکال روزانه یا فصلی تولیدمثل، استراحت و تغذیه را دنبال می‌کنند؟
- آیا رویه‌ها و باورهای سنتی (به‌عنوان مثال، باور آنکه آب آلوده مالاریا تولید می‌کند) مرتبط با ناقلین بیماری‌های منتقله توسط ناقلین مطرح می‌باشند؟ آیا این باورها یا رویه‌ها مفید یا مضر می‌باشند؟
- آیا افراد در معرض خطر در صورت بالا بودن احتمال بیماری‌های منتقله توسط ناقلین دارای دسترسی به حفاظت شخصی می‌باشند؟
- آیا امکان ایجاد تغییر در محیط محلی (مخصوصاً به‌عنوان مثال از طریق زهکشی، پاک‌سازی، دفع فضولات، دفع پسماند جامد) به‌منظور محدودسازی رشد و تولیدمثل ناقلین وجود دارد؟
- آیا کنترل ناقلین با استفاده از روش‌های شیمیایی ضرورت دارد؟ چه برنامه‌ها، مقررات و منابعی در ارتباط با کاربرد مواد شیمیایی برای کنترل ناقلین موجودند؟
- کدام اطلاعات و موارد پیشگیری ایمن را باید برای خانوارها تأمین نمود؟

مدیریت پسماند جامد

- آیا انباشت پسماند جامد مشکل ایجاد می‌کند؟
- نحوه دفع پسماند توسط افراد چگونه است؟ چه نوع و چه مقدار پسماند جامد تولید می‌گردد؟
- آیا پسماند جامد را می‌توان در محل دفع نمود یا باید آن را جمع‌آوری کرد و خارج از محل دفع کرد؟
- روش معمول دفع پسماند جامد توسط افراد متأثر (به‌عنوان مثال، گودال‌های کمپوست و یا پسماند، سامانه جمع‌آوری، سطل) کدام است؟
- آیا فعالیت‌ها و تسهیلات پزشکی باعث تولید پسماند می‌گردند؟ پسماند مذکور چگونه دفع می‌شود؟ چه کسی مسئول است؟
- اقلام بهداشتی یک‌بار مصرف (مانند پوشک کودکان، اقلام بهداشت فردی قاعدگی و اقلام مخصوص بی‌اختیاری) کجا دفع می‌گردند؟ آیا روش دفع این‌گونه پسماند توسط آن‌ها اثربخش و قابل‌ملاحظه می‌باشد؟
- تأثیر روش فعلی دفع پسماند جامد بر محیط‌زیست چیست؟
- بخش‌های خصوصی و دولتی از چه ظرفیت مدیریت پسماند جامد برخوردارند؟



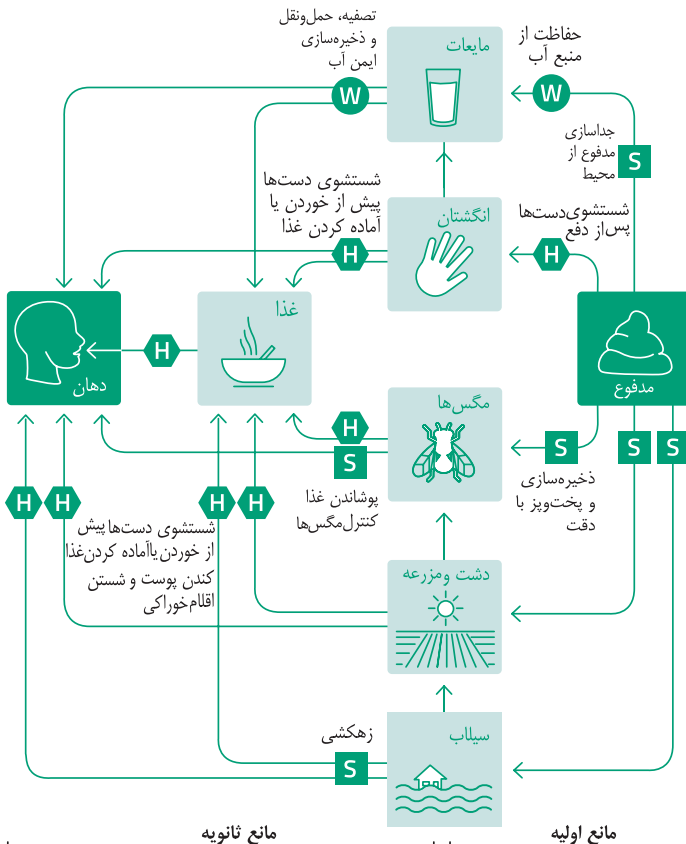
نمودار اف: انتقال بیماری‌های اسهالی از مسیر مدفوعی-دهانی

موانع می‌توانند جلوی انتقال بیماری را بگیرند. این موانع می‌توانند از نوع اولیه (پیشگیری کننده از تماس اولیه با مدفوع) یا ثانویه (پیشگیری کننده از جذب آن توسط شخص جدید) باشند. همچنین آن‌ها را می‌توان از طریق مداخلات آفاب کنترل نمود.

آب W

فاصلاب S

H بهداشت فردی



نکته: این نمودار خلاصه مسیرها می باشد. سایر مسیرهای مرتبط نیز شاید اهمیت داشته باشند. به عنوان مثال، آب آشامیدنی می تواند اثر انداز عدم رعایت بهداشت ظرف آب، آلوده گردد و یا ظروف کثیف آشنی باعث عفونت غذا گردد.

عناصر پنج‌گانه: مدفوع، مایعات، انگشتان، مگس‌ها، غذا (شکل ۶)

ضمیمه ۳

حداقل مقدار آب: ارقام حیاتی و کمی‌سازی میزان آب مورد نیاز

نیاز برای زنده‌مانی: مصرف آب (آشامیدن و غذا)	۲/۵ لیتر به لیتر برای هر فرد در روز (بسته به شرایط آب و هوایی و فیزیولوژی شخص)
رویه‌های پایه بهداشت فردی	دو لیتر شش لیتر برای هر فرد در روز بسته به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی)
نیازهای پایه پخت‌وپز	سه لیتر شش لیتر برای هر فرد در روز (بسته به نوع غذا، هنجارهای اجتماعی و فرهنگی)
مراکز سلامت و بیمارستان‌ها	پنج لیتر برای بیمار سرپایی ۴۰ لیتر برای هر روز بیمار بستری ۱۰۰ لیتر برای جراحی و زایمان مقادیر بیشتر نیز برای تجهیزات لباسشویی، سیفون سرویس بهداشتی و غیره ضرورت دارند
مراکز وبا	۶۰ لیتر برای هر بیمار در روز ۱۵ لیتر برای هر مراقب در روز
مراکز تب و ویروسی هم‌رازی	۳۰۰ لیتر برای هر بیمار در روز
مراکز تغذیه‌درمانی	۳۰ لیتر برای هر بیمار بستری در روز ۱۵ لیتر برای هر مراقب در روز
درمانگاه سیار با مراجعین کم	یک لیتر برای هر بیمار در روز
درمانگاه سیار با مراجعین زیاد	پنج لیتر برای هر بیمار در روز
نقاط آب‌درمانی خوراکی	۱۰ لیتر برای هر بیمار در روز
مراکز پذیرش / ترانزیت	۱۵ لیتر برای هر فرد در روز در صورتی که اقامت بیش از یک روز باشد سه لیتر برای هر فرد در روز در صورتی که اقامت به ساعات روز محدود باشد
مدارس	سه لیتر برای آب آشامیدنی و شستشوی دست‌های هر دانش‌آموز در روز (استفاده برای سرویس‌های بهداشتی در نظر گرفته نشده است؛ بنگرید به بخش سرویس‌های بهداشتی عمومی ذیل)
مساجد	دو لیتر پنج لیتر برای آب آشامیدنی و شستشوی هر فرد
سرویس‌های بهداشتی عمومی	یک لیتر دو لیتر برای شستشوی دست‌های هر فرد در روز دو لیتر هشت لیتر برای نظافت هر یک از توالت‌ها
کلیه سرویس‌های بهداشتی دارای سیفون	۲۰ لیتر برای سرویس‌های بهداشتی معمول دارای سیفون متصل به فاضلاب برای هر فرد در روز سه لیتر پنج لیتر برای آب ریختن در سرویس‌های بدون سیفون برای هر فرد در روز
شستن مقعد	یک لیتر دو لیتر برای هر فرد در روز
دامداری	۲۰ لیتر برای هر دام بزرگ و متوسط در روز ۵ لیتر برای هر دام کوچک در روز



ضمیمه ۸

حداقل تعداد سرویس‌های بهداشتی: اجتماعات، اماکن عمومی و مؤسسات

جامنایی	کوتاه مدت	میان مدت و دراز مدت
اجتماع	یک سرویس بهداشتی برای ۵۰ فرد (مشترک)	یک سرویس بهداشتی برای ۲۰ فرد (مشترک در خانواده) یک سرویس بهداشتی برای پنج فرد یا یک خانواده
بازارها	یک سرویس بهداشتی برای ۵۰ غرفه	یک سرویس بهداشتی برای ۲۰ غرفه
بیمارستان‌ها / مراکز پزشکی	یک سرویس بهداشتی برای ۲۰ تخت یا ۵۰ بیمار سرپایی	یک سرویس بهداشتی برای ۱۰ تختخواب یا ۲۰ بیمار سرپایی
مراکز تغذیه	یک سرویس برای ۵۰ بزرگسال یک سرویس برای ۲۰ کودک	یک سرویس برای ۲۰ بزرگسال یک سرویس برای ۱۰ کودک
مراکز پذیرش / ترانزیت	یک سرویس برای ۵۰ فرد، به نسبت سه به یک زنان به مردان	
مدارس	یک سرویس برای ۳۰ دختر یک سرویس برای ۶۰ پسر	یک سرویس برای ۳۰ دختر یک سرویس برای ۶۰ پسر
ادارات و دفاتر		یک سرویس برای ۲۰ کارمند

منبع: اقتباس از منبع مندرج در پانویس^۱

نکته: در صورت امکان، باید به دنبال سرویس‌های مشترک خانوادگی و یا حتی سرویس‌های خانوار از همان ابتدا بود تا بتوان پذیرش، مالکیت و مداخلات مناسب فرهنگی فاضلاب ایجاد کرد.

نکته: برای اجتماع، همان تعداد تسهیلات استحمام یا سرویس‌ها را باید برای ۰۵ فرد (کوتاه مدت) یا ۰۲ فرد (دراز مدت) فراهم نمود.

ضمیمه ۵

بیماری‌های مرتبط با آب و فاضلاب

۱. دسته‌بندی زیست‌محیطی عفونت‌های مرتبط با آب

دسته‌بندی	عفونت	پاتوزن
(۱) خوراکی-مدفوع (منتقله از آب یا شسته شده توسط آب) الف) اسهال و اسهال خونی یا دیسانتري ^۱	اسهال خونی آمیبی ^۲ بالانتیدایس ^۳ التهاب روده کامپیلوباکتر ^۴ وبا کریپتوسپوریدیوز ^۵ اسهال ای کولی ^۶ ژیاردیازیس ^۷ اسهال روتاویروس ^۸ سالمونوز ^۹ شیگلوز ^{۱۰} یرسینیوز ^{۱۱}	پروتوزون ^{۱۲} پروتوزون باکتری باکتری پروتوزون باکتری پروتوزون ویروس باکتری باکتری باکتری
ب) تب‌های روده	حصبه شبه‌حصبه فلج اطفال هپاتیت آ تب شالیزار ^{۱۳} اسکاریس ^{۱۴} عفونت کرم شلاقی ^{۱۵}	باکتری باکتری ویروس ویروس اسپیروکیت ^{۱۶} کرم روده ^{۱۷} کرم روده
(۲) شسته شده توسط آب الف) عفونت‌های پوستی و چشمی	بیماری‌های عفونی پوستی عفونت چشم	گوناگون گوناگون

1. bloody diarrhea or dysentery
2. amoebic dysentery
3. balantidiasis
4. campylobacter enteritis
5. cryptosporidiosis
6. E. coli diarrhoea
7. giardiasis
8. rotavirus diarrhoea
9. salmonellosis
10. shigellosis
11. yersiniosis
12. protozoan
13. leptospirosis
14. ascaris
15. trichuriasis
16. spirochaete
17. helminth



دسته بندی	عفونت	پاتوژن
ب) سایر موارد	تیفوس منتقله توسط شپش تب فروکش کننده منتقله توسط شپش	ریکتزیا ^۱ اسپیروکیت
۳) بر مبنای آب الف) نفوذ از پوست	تب حلزون ^۲	کرم روده
ب) ورود به جهاز هاضمه	کرم گینه کلونورکیزیس ^۳ دیفیلوبوتریازیس ^۴ پاراگونیمیاژیس ^۵	کرم روده کرم روده کرم روده
۴) حشرات ناقل مرتبط با آب الف) نیش خوردن نزدیک آب	بیماری خواب	پروتوزون
ب) رشد و تولیدمثل در آب	فیلاریازیس ^۶ مالاریا کوری رودخانه‌ای ویروس‌های منتقله توسط حشرات تب زرد تب دنگی سایر موارد	کرم روده پروتوزون کرم روده ویروس ویروس ویروس

 منبع: مندرج در پانویس^۷

۲. دسته بندی زیست محیطی عفونت های مرتبط با فضولات انسانی

دسته بندی	عفونت	پاتوژن	سازوکارهای قالب انتقال	اقدام اصلی کنترل (اقدامات مهندسی)
۱) مدفوعی - دهانی (غیرباکتریایی) عفونت کم، غیر نهفته	فلج اطفال هیپاتیت آ اسهال روتاویروس دیسانتری آمیبی ژیاردیازیس بالانیتیس انتروبیازیس ^۸ هیمنولپیس ^۹	ویروس ویروس ویروس پروتوزون پروتوزون کرم روده کرم روده	تماس فرد با فرد آلودگی خانگی	تامین آب خانگی بهبود مسکن تامین سرویس های بهداشتی آموزش سلامت

1. rickettsia
2. schistosomiasis
3. clonorchiasis
4. diphyllbothriasis
5. paragonimiasis
6. filariasis
7. ACF: Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Annex 5, page 675
8. enterobiasis
9. hymenolepiasis

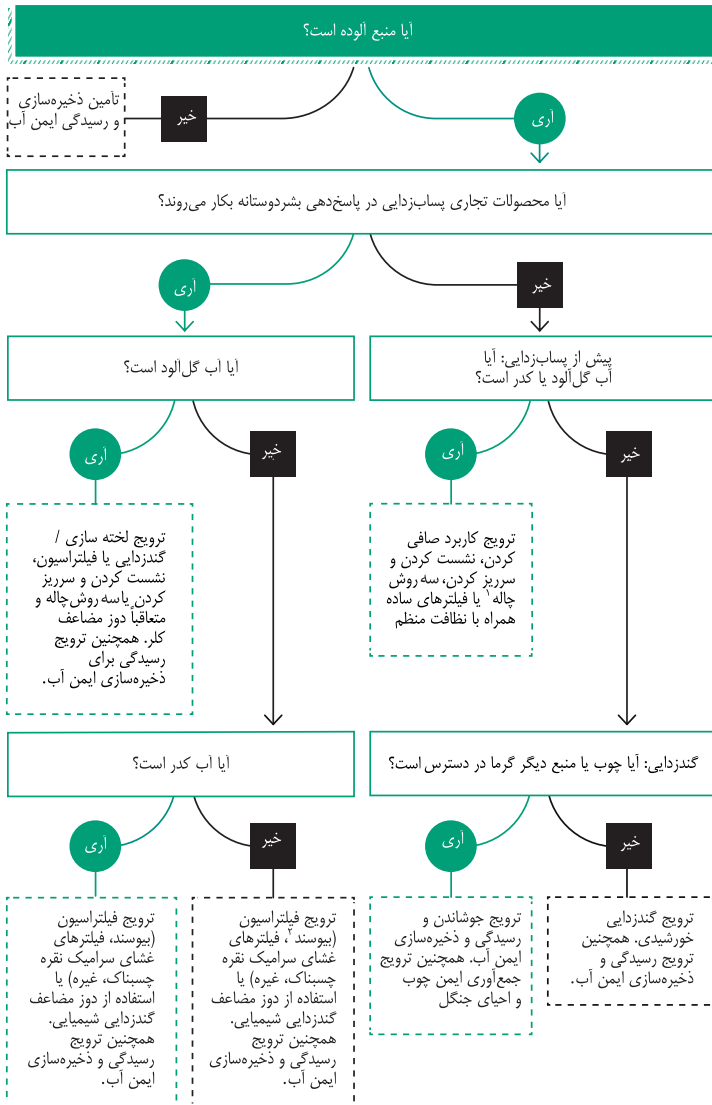
دسته‌بندی	عفونت	پاتوژن	سازوکارهای قالب انتقال	اقدام اصلی کنترل (اقدامات مهندسی)
۲) مدفوعی - دهانی (باکتریال) دوز عفونی متوسط یا بالا، غیر نهفته دارای مقاومت متوسط بر توان تکثیر	اسهال‌ها و دیسنتری‌ها التهاب روده کامپیلوباکتر و اسهال ای کولی سالمونلوز شیگلوز یرسینیوز تب‌های روده‌ای حصبه شبه‌حصبه	باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری باکتری	تماس فرد با فرد آلودگی خانگی آلودگی آب آلودگی غلات	تأمین آب خانگی بهبود مسکن تأمین سرویس‌های بهداشتی پساب‌زدایی فضولات انسانی پیش از استفاده مجدد یا تخلیه آموزش سلامت
۳) کرم‌های روده‌ای ناقل از خاک نهفته و مقاوم فاقد میزبان میانی	آسکاریس (کرم حلقه‌ای) عفونت کرم شلاق (کرم نواری) کرم قلابی استرونیلوتیدیا یس ^۱	کرم روده‌ای کرم روده‌ای کرم روده‌ای کرم روده‌ای	آلودگی حیاط آلودگی زمین در منطقه مشترک دفع فضولات آلودگی غلات	تأمین کف‌های پاکیزه در سرویس‌های بهداشتی پساب‌زدایی فضولات پیش از بهره‌برداری از زمین
۴) کرم‌های نواری در گوشت گاو و خوک مقاوم و نهفته همراه با میزبان میانی گاو یا خوک	تنیاز ^۲	کرم روده‌ای	آلودگی حیاط آلودگی دشت با مزرعه آلودگی علوفه	تأمین سرویس‌های بهداشتی پساب‌زدایی فضولات انسانی پیش از بهره‌برداری از زمین بازرسی گوشت و پخت‌وپز
۵) کرم‌های روده‌ای مبتنی بر آب نهفته و مقاوم همراه با میزبان‌های میانی آبزی	شیستوزومیازیس کلونورکیازیس دیفیلوبوتریاز پاراگوینیمازیس	کرم روده‌ای کرم روده‌ای کرم روده‌ای کرم روده‌ای	آلودگی آب	تأمین سرویس‌های بهداشتی پساب‌زدایی فضولات انسانی پیش از تخلیه کنترل عفونت در حیوانات پخت‌وپز
۶) بیماری‌های منتقله توسط حشرات مرتبط با فضولات انسانی	عفونت‌های فیلاریازیس (انتقال یافته توسط پشه‌های کولکس پیپینز ^۳) عفونت‌ها در دسته‌های یک الی چهار مخصوصاً یک و دو که می‌توانند توسط مگس‌ها و سوسک‌ها انتقال یابند	کرم روده‌ای گوناگون	حشرات در مناطق مختلف آلوده به فضولات انسانی تولیدمثل می‌کند	شناسایی و انهدام مناطق احتمالی تولیدمثل استفاده از پشه‌بند



1. strongyloidiasis
2. teniasis
3. culex pipiens

ضمیمه ۶

درخت تصمیم‌گیری ذخیره‌سازی و پساب‌زدایی خانگی



منبع: اقتباس از منبع مندرج در پانویس^۳

1. three pot method
2. biosand
3. IFRC (2008) Household water treatment and safe storage in emergencies manual

مآخذ و منابع بیشتر

کلیات / حق برخورداری از آب

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

تأثیر گذاری آفاب بر سلامت

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. 252-67.

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. 42-52. 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. Pruss-Ustun, 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.

کلیات / حق برخورداری از آب

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

تأثیر آفاب بر سلامت

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. 252-67.

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. 42-52. 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. Pruss-Ustun, A. et al. “Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low -and middle-income settings :systematic review and metaregression “. *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

برنامه‌ریزی اثربخش آفاب

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

حمایت و آفاب

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://violence-WASH.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 ,<https://www.wedc-knowledge.lboro.ac>

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

ارتقای بهداشت فردی / تغییر رفتار

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. 275-81.

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 www3.ieimpact.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 handwashing practices worldwide and update of health effects.” *Trop Med Int Health*, vol. 19, ,2014 pp.906-16 .

Harvey ,P .Baghri ,S .Reed ,B .*Emergency Sanitation :Assessment and Programme Design* .WEDC, .2002<https://wedc-knowledge.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. 258-67.

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.

بهداشت فردی قاعدگی

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

بی‌اختیاری

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. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, 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 فضولات انسانی

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. 928-49.

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://hsr.himmelfarb.gwu>

Harvey, P. "Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual. An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007 <http://wash.unhcr.org>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet. 3.4 WHO. www.who.int

پساب‌زدایی

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. 1-2, 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 بیماری‌های منتقله توسط ناقلین

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://wedc-knowledge.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://policy-practice.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 پسماند جامد

Disaster Waste Management Guidelines . UNOCHA, MSB and UNEP, 2013. www.eecentre.org

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies . WHO/ WEDC .2013 ,www.who.int

آفاب در موارد طغیان بیماری‌ها

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://policy-practice.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 Hy-*



giene Interventions to Control Cholera :A Systematic Review “.PLoS One, vol. 10, e0135676 .Doi: /10.1371journal.pone .2015 ,0135676.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//:policy-practice.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.30–5 . https//:www.developmentbookshelf.com

پیشگیری و کنترل عفونت

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

آفاب 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 .1005-12 .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 .e316-e329 .<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

آفاب، نقدینگی و بازارها

CaLP *CBA quality toolbox*. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

منابع بیشتر

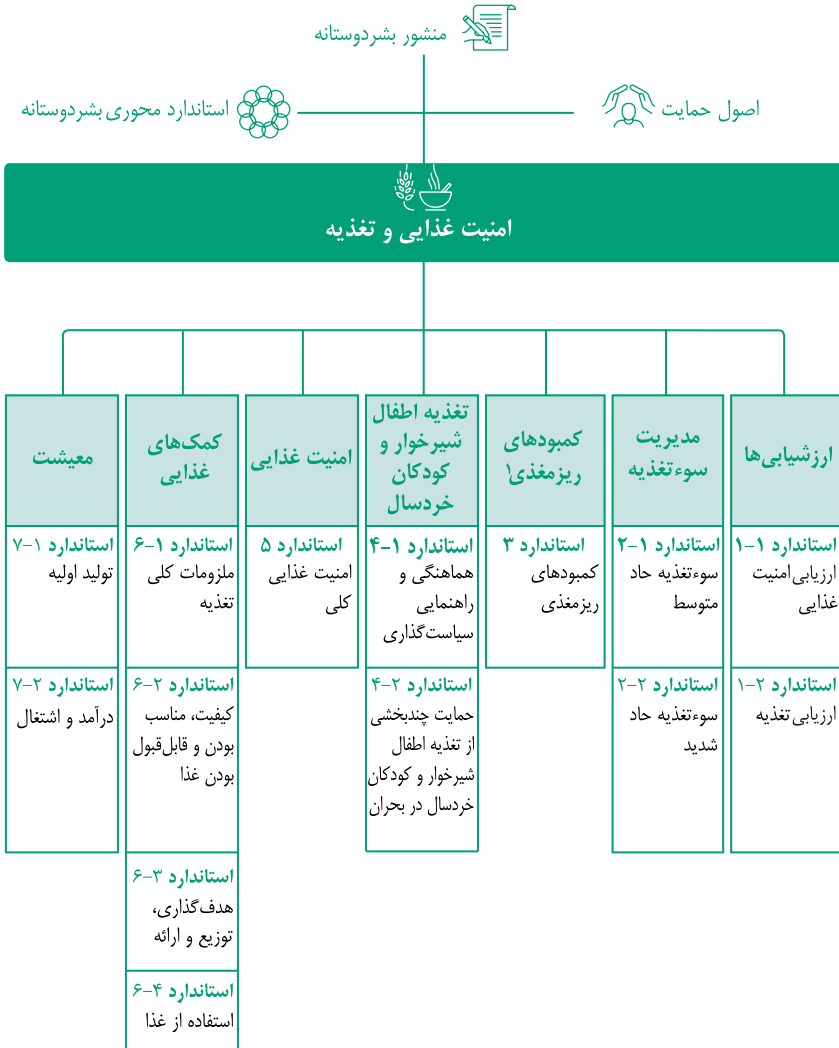
برای آشنایی با منابع پیشنهادی بیشتر، بنگرید به تارنمای زیر:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



امنیت غذایی و تغذیه





ضمیمه ۱ چکلیست ارزشیابی امنیت غذایی و معیشت

ضمیمه ۲ چکلیست ارزشیابی امنیت غذایی

ضمیمه ۳ چکلیست ارزشیابی تغذیه

ضمیمه ۴ سنجش سوءتغذیه حاد

ضمیمه ۵ سنجش‌های^۲ اهمیت کمبودهای ریزمغذی در سلامت عمومی

ضمیمه ۶ نیازهای تغذیه‌ای

1. micronutrient
2. measures

فهرست محتوا

۱۶۸	مفاهیم اساسی در امنیت غذایی و تغذیه
۱۷۲	۱. ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه
۱۷۹	۲. مدیریت سوءتغذیه
۱۸۸	۳. کمبودهای ریزمغذی
۱۹۱	۴. تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال
۱۹۹	۵. امنیت غذایی
۲۰۳	۶. کمک غذایی
۲۱۶	۷. معیشت
۲۲۴	ضمیمه ۱: چک‌لیست ارزیابی امنیت غذایی و معیشت‌ها
۲۲۶	ضمیمه ۲: چک‌لیست ارزیابی امنیت بذر
۲۲۸	ضمیمه ۳: چک‌لیست ارزیابی تغذیه
۲۳۰	ضمیمه ۴: سنجش سوءتغذیه حاد
۲۳۳	ضمیمه ۵: سنجش‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامت عمومی
۲۳۶	ضمیمه ۶: نیازهای تغذیه‌ای
۲۳۹	مآخذ و منابع بیشتر



مفاهیم اساسی در امنیت غذایی و تغذیه

همه افراد از حق دوری از گرسنگی و داشتن غذای کافی برخوردارند

حداقل استانداردهای اِسفیر برای امنیت غذایی و تغذیه، بیان عملی حق برخورداری از غذای کافی در موقعیت‌های بشردوستانه هستند. این استانداردها بر مبنای باورها، اصول، وظایف و حقوق اعلام‌شده در منشور بشردوستانه استوارند و شامل حقوق زیر می‌باشند: زندگی همراه با کرامت، حمایت و امنیت و برخورداری از کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز.

برای آشنایی با فهرست اسناد کلیدی قانونی و سیاست‌گذاری به‌کار رفته در منشور بشردوستانه همراه با توضیحات مربوطه برای امدادگران بشردوستانه، [بنگرید به پیوست ۱](#).

کمبود تغذیه باعث کاهش توانایی افراد در بازتوانی پس از بحران می‌گردد و در کارکردهای شناختی اختلال ایجاد می‌کند، مصونیت را در برابر بیماری کاهش می‌دهد، باعث افزایش آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های مزمن می‌شود، فرصت‌های معیشتی را محدود می‌سازد و توان تعامل با اجتماع را کاهش می‌دهد. کمبود تغذیه همچنین به تضعیف تاب‌آوری و افزایش وابستگی به دریافت کمک مستمر منجر خواهد شد.

عوامل کمبود تغذیه پیچیده هستند

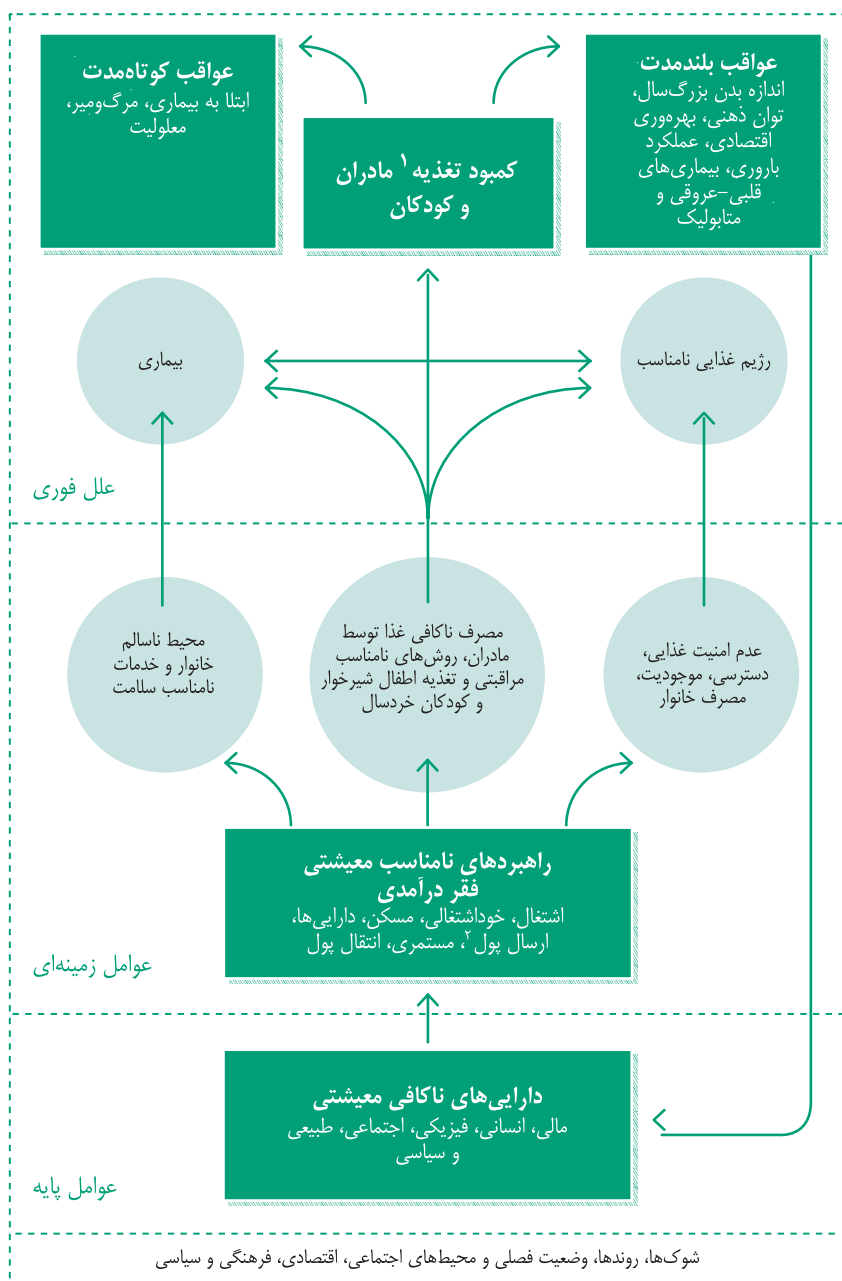
عوامل فوری کمبود تغذیه عبارت‌اند از پایین بودن میزان مصرف غذا و بیماری مکرر. [بنگرید به شکل ۷](#). عوامل زمینه‌ای عبارت‌اند از عدم امنیت غذایی خانوار، روش‌های نامناسب تغذیه و مراقبت، محیط ناسالم خانوار و مراقبت‌های نامناسب سلامت.

عوامل زمینه‌ای فوق درهم‌تنیده هستند؛ بنابراین، اگرچه عدم امنیت غذایی یکی از عوامل کمبود تغذیه است؛ اما تأمین کمک‌های غذایی بعید است که به راه‌حل پایدار منجر گردد مگر آنکه به سایر عوامل نیز به‌صورت هم‌زمان توجه شود. در فرایند تأمین پاسخ‌دهی تغذیه و غذا باید با بخش‌های آفاب، سرپناه و سکونتگاه و همچنین مراقبت‌های سلامت با اتخاذ رویکردی هماهنگ، همکاری نمود. به‌عنوان نمونه، افراد نیازمند کمیت و کیفیت مناسب آب برای تهیه غذای مغذی و انجام رویه‌های ایمن تغذیه هستند. دسترسی به مراکز بهداشت فردی و فاضلاب باعث کاهش خطر موارد طغیان بیماری خواهد شد. علاوه بر این، دسترسی به سرپناه مناسب باعث تأمین دسترسی به تسهیلات پخت‌وپز و حفاظت از افراد در برابر آب‌وهوای حدی^۱ می‌گردد که خود خطر بیماری را کاهش خواهد داد. افراد دارای دسترسی به مراقبت‌های سلامت مناسب احتمالاً از وضعیت بهتر تغذیه برخوردارند که این روند به‌نوبه خود، توان آن‌ها را در پیگیری فرصت‌های معیشتی افزایش می‌دهد.

مهار عوامل زمینه‌ای باعث پیشگیری و کاهش کمبود تغذیه خواهد شد. حفظ دارایی‌های معیشتی افراد در این خصوص بسیار مهم است چراکه توانایی آن‌ها را در مدیریت سایر عوامل بالقوه کمبود تغذیه بالا خواهد برد. دارایی‌های معیشتی عبارت‌اند از تجهیزات و ماشین‌آلات، مواد خام، زمین، دانش و دسترسی به بازار کار. پاسخ‌دهی تغذیه و امنیت غذایی باید به حمایت و توسعه این دارایی‌ها کمک نماید و درواقع پشتیبان راهبردهای مختلف معیشتی فارغ از بالا بودن یا نبودن میزان سوءتغذیه باشد.

تغییرات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در محیط پسابحران و راهبردهای سازگاری خانوار و دسترسی به معیشت‌ها یا دارایی‌های معیشتی، تأثیرگذارند. تثبیت این عوامل خارجی به افزایش فرصت‌ها برای درآمد و نه‌ایتا کاهش

1. extreme weather



امنیت غذایی و تغذیه: عوامل کمبود تغذیه (شکل ۷)

1. undernutrition

2. remittances پولی که فردی در اثر کار در خارج از کشور به دست می‌آورد و برای خانواده خود در کشور موطن ارسال می‌کند.

مواجهه افراد با عوامل کمبود تغذیه کمک خواهند کرد.

کار در محیط‌های شهری همراه با چالش‌های خاص می‌باشد

افزایش شهرنشینی باعث ایجاد چالش‌های جدیدی در بخش تغذیه و امنیت غذایی گشته است. در محیط‌های شهری، فرصت‌های اشتغال و درآمدزایی بالقوه بالاترند. با این وجود، افزایش جمعیت‌های شهری باعث بالا رفتن تقاضا برای مسکن و دریافت خدمات در این گونه مناطق نیز می‌گردد. در بسیاری از موارد، با سیاست‌ها و راهبردهای موجود برنامه‌ریزی کاربری اراضی نمی‌توان به تقاضای غیرمترقبه پاسخ داد. تراکم جمعیت، آلودگی هوا، مدیریت نامناسب پسماند و نبود تسهیلات فاضلاب در مناطق زاغه‌نشین^۱، احتمال ابتلا به بیماری‌های حاد را بالا می‌برند و این امر خود باعث کاهش توان افراد در بهره‌مندی از فرصت‌های معیشتی و اغلب تحریک عوامل زمینه‌ای کمبود تغذیه خواهد شد.

برخی از گروه‌ها به‌طور خاص در برابر کمبود تغذیه آسیب‌پذیرند

تدوین پاسخ‌دهی مناسب غذایی مستلزم شناخت کامل نیازهای منحصربه‌فرد تغذیه زنان باردار و شیرده، کودکان، سالمندان و افراد دارای معلولیت است. ارتقای امنیت غذایی در سطح خانوار همچنین نیازمند شناخت نقش‌های گوناگون است. به‌عنوان مثال، زنان اغلب نقش بیشتری را در برنامه‌ریزی و آماده‌سازی غذا برای خانوارهای خانواده خود ایفا می‌نمایند.

تفکیک داده‌ها حداقل برحسب جنس، سن و معلولیت اهمیت دارد چراکه از این طریق می‌توان متوجه شد که کدام افراد نیازمند کدام غذا هستند و کدام افراد نیز از عناصر مهم تغذیه در غذای خود محروم می‌مانند. پایش تفکیک‌شده پساتوزیع را باید به همین شکل به‌منظور تأیید تأمین دسترسی عادلانه به تغذیه و غذای مناسب و کافی در برنامه مداخلات انجام داد.

اهمیت پیشگیری از کمبود تغذیه برابر با درمان سوءتغذیه حاد است. مداخلات امنیت غذایی و تغذیه شاید باعث تعیین وضعیت تغذیه و سلامت در کوتاه‌مدت و همچنین زنده‌مانی و نیک‌بود در درازمدت گردند.

حداقل استانداردها را نباید به‌تنهایی به‌کار برد

حداقل استانداردهای مندرج در این فصل، نشانگر محتوای محوری حق برخورداری از غذا هستند و به تحقق تدریجی این حق در سطح جهانی کمک می‌کنند.

حق برخورداری از غذای کافی با حقوق برخورداری از بهداشت آب و فاضلاب، سلامت و سرپناه مرتبط است. پیشرفت در دستیابی به حداقل استانداردهای اسفیر در یک حوزه بر پیشرفت در سایر حوزه‌ها تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، پاسخ‌دهی اثربخش مستلزم هماهنگی و همکاری با سایر بخش‌ها، مقامات مسئول محلی و سایر سازمان‌های امدادرسان است که این خود متضمن برآورده شدن نیازها، پرهیز از موازی‌کاری و بهینه‌سازی کیفیت پاسخ‌دهی امنیت غذایی و تغذیه می‌باشد. تکرار ارجاعات میان‌بخشی در کل این کتاب راهنما تأکیدی بر ارتباطات بالقوه می‌باشد.

به‌عنوان مثال، نیاز به خدمات آفاب در صورت عدم برآورده شدن نیازهای تغذیه‌ای بیشتر است زیرا آسیب‌پذیری افراد نسبت به بیماری افزایش پیدا می‌کند. همین امر در مورد جمعیت‌هایی صدق می‌کند که در میان آن‌ها آج‌آوی شیوع دارد یا تعداد افراد سالمند و یا دارای معلولیت، بالاست. در چنین شرایطی، منابع مراقبت‌های سلامت نیز باید تنظیم گردند. درخصوص اولویت‌ها بر مبنای اطلاعات تبادل شده میان بخش‌ها تصمیم‌گیری نمایید و این اولویت‌ها را هم‌زمان با تغییر شرایط بررسی کنید.

در موارد پایین بودن استانداردهای ملی نسبت به حداقل استانداردهای اسفیر، سازمان‌های بشردوستانه باید با دولت‌ها

در راستای بالا بردن این استانداردها همکاری نمایند.

قوانین بین‌المللی مشخصاً حافظ حق بر خوردهاری از غذای کافی هستند

حق دوری از گرسنگی و داشتن غذای کافی در قوانین بین‌المللی محفوظ است. بر مبنای این حق، دسترسی فیزیکی و اقتصادی به غذای کافی همواره باید تأمین گردد. کشورها موظف به تضمین این حق در شرایط عدم دسترسی افراد یا گروه‌ها از جمله پناهندگان و بیجاشدگان داخلی به غذای کافی در شرایط بحران می‌باشند. $\oplus$ بگریه به پیوست ۱.

کشورها شاید در صورت ناکافی بودن منابع خود درخواست کمک نمایند. در چنین شرایطی آن‌ها باید:

- دسترسی موجود به غذای کافی را رعایت نمایند و امکان استمرار دسترسی را فراهم کنند.
- از دسترسی افراد به غذای کافی از طریق تضمین عدم محرومیت مردم از چنین دسترسی توسط سازمان‌ها یا افراد حمایت نمایند.
- افراد در فرایند تضمین معیشت‌های ایمن و امنیت غذایی از طریق تأمین منابع مورد نیاز به آن‌ها مورد پشتیبانی جدی قرار گیرند.

بر مبنای کنوانسیون‌های ژنو، ممانعت از تأمین غذای کافی به غیرنظامیان به‌عنوان یکی از روش‌های جنگ‌افروزی ممنوع است. علاوه بر این، موارد زیر نیز وفق کنوانسیون‌های فوق‌الذکر ممنوع هستند: حمله، تخریب، حذف یا بی‌حاصل کردن غلات، دام، کالاهای خوراکی، فعالیت‌های آبیاری، منابع و تسهیلات آب آشامیدنی و مناطق کشاورزی مولد اقلام خوراکی.

طبق قوانین بین‌المللی بشردوستانه، قدرت اشغالگر همچنین موظف به تضمین تأمین غذای کافی برای جمعیت از جمله از طریق واردات اقلام در صورت عدم کفایت منابع موجود در سرزمین اشغالی است.

پیوندها با اصول حمایت و استاندارد محوری بشردوستانه

سوءاستفاده از کمک‌های غذایی و تغذیه امکان دارد به موارد جدی نقض حقوق افراد مخصوصاً در قالب بهره‌کشی یا آزار شرکت‌کنندگان در برنامه منجر گردد. برنامه‌ها باید با همراهی جمعیت متأثر طراحی گردند و به شکلی اجرا شوند که به ایمنی و کرامت آن‌ها [در اجتماع میزبان] کمک نمایند. مدیریت صحیح و نظارت مقتدرانه بر کارکنان و منابع همراه با پایبندی و رعایت دقیق منشور رفتاری توسط کلیه افراد مشغول اجرای برنامه‌های کمک‌رسانی ضرورت دارد. سازوکارهای مشخص بازخورد را با جمعیت متأثر ایجاد نمایید و سریعاً به دغدغه‌های آن‌ها پاسخ دهید. امدادگران باید درخصوص مراقبت از کودکان و روش‌های استفاده از نظام‌های ارجاع برای موارد مظنون به خشونت، آزار یا بهره‌کشی مخصوصاً در مورد کودکان تحت آموزش قرار گرفته باشند. $\oplus$ بگریه به اصل ۱ حمایت و تعهد ۵/ استاندارد محوری بشردوستانه.

همکاری و هماهنگی نیروهای نظامی و غیرنظامی مانند تدارکات و پشتیبانی باید در تمامی شرایط مخصوصاً در مداخلات به‌دقت ارزشیابی گردد. $\oplus$ بگریه به بخش‌های آشنایی با اسیروا اصول حمایت.

در فرایند اعمال حداقل استانداردها، تمامی تعهدات ۹ گانه در استاندارد محوری بشردوستانه باید به‌عنوان بنیانی برای تأمین برنامه پاسخگویی امنیت غذایی و تغذیه رعایت گردند.



۱. ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه

ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه در کل بحران ضرورت دارند. بر اساس این ارزیابی‌ها، چگونگی تغییر موقعیت و ایجاد امکان تنظیم مناسب پاسخدهی مشخص می‌گردد. در مطلوب‌ترین حالت، ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه باید همپوشانی داشته باشند چراکه موانع تغذیه کافی و موجودیت، دسترسی و استفاده از غذا شناسایی می‌شوند. ارزیابی‌های مشترک امنیت غذایی و تغذیه می‌توانند باعث افزایش هزینه اثربخشی و پیوند برنامه‌ریزی تغذیه با امنیت غذایی گردند.

در این گونه ارزیابی‌ها باید به اصول گسترده پذیرفته‌شده همچنان پایبند بود، از روش‌های مقبول بین‌المللی بهره جست و بی‌غرضی، بازنمایی و هماهنگی مناسب را مابین سازمان‌های بشردوستانه و دولت‌ها حفظ نمود. ارزیابی‌ها باید مکمل، منسجم و مقایسه‌پذیر باشند. دست‌اندرکاران باید بر سر روش‌شناسی مناسب در ارتباط با گروه‌های در معرض خطر شامل بررسی میان‌گروهی جمعیت متأثر به توافق برسند. اجرای ارزیابی‌های چندبخشی می‌تواند به ارزیابی بحران‌های گسترده و مناطق وسیع جغرافیایی کمک نماید.

هدف ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه عبارت است از:

- شناخت وضعیت، نیازهای جاری و نحوه برآورده کردن این نیازها.
- تخمین تعداد افراد نیازمند کمک.
- شناسایی گروه‌های در معرض بالاترین خطر.
- تأمین شاخص مبنا به‌منظور پایش اثرگذاری پاسخدهی بشردوستانه.

ارزیابی‌های مذکور را می‌توان در مقاطع مختلف بحران انجام داد. به‌عنوان نمونه:

- ارزیابی اولیه در طی ۲ یا ۳ روز اول برای آغاز توزیع فوری کمک‌های غذایی.
- ارزیابی سریع در طی ۲ الی ۳ هفته بر مبنای مفروضات و تخمین‌ها به‌منظور طراحی برنامه‌ها.
- ارزیابی تفصیلی در طی ۳ الی ۱۲ ماه در صورت رو به وخامت گذاشتن وضعیت یا نیاز به اطلاعات بیشتر برای تدوین برنامه‌های بازتوانی.

ارزیابی‌های تفصیلی امنیت غذایی باعث شناسایی راهبردهای معیشتی، دارایی‌ها و راهکارهای تاب‌آوری می‌گردند. در این ارزیابی‌ها، نحوه تغییر موارد مذکور در اثر بحران و عواقب این موارد برای امنیت غذایی خانوار در نظر گرفته می‌شوند. در ارزیابی تفصیلی، بهترین روش حمایت و یا ارتقای این راهبردهای معیشتی به‌منظور دستیابی به امنیت غذایی باید شناسایی گردد.

ارزیابی‌های تفصیلی تغذیه شامل جمع‌آوری و تحلیل داده‌های بازنمایی در راستای تعیین میزان شیوع سوءتغذیه حاد، تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال و سایر روش‌های مراقبتی هستند. این داده‌ها همراه با تحلیل سایر عوامل زمینه‌ای سوءتغذیه و ارزیابی‌های سلامت و امنیت غذایی نشانگر تحلیل علّی تغذیه می‌باشند که در برنامه‌ریزی، اجرا و پایش طرح‌های تغذیه مفید واقع می‌گردند. بازارها حاوی نقشی حیاتی در امنیت غذایی و تغذیه در محیط‌های شهری روستایی هستند. تمام ارزیابی‌ها باید با رعایت حداقل استاندارد تحلیل بازار و یا استاندارد بازتوانی حداقلی اقتصاد، بازارها را تحلیل کنند. ⊕ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

استانداردهای ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه در قسمت زیر بر مبنای تعهد ۱ استاندارد محوری بشردوستانه برای طراحی پاسخدهی مناسب امنیت غذایی و تغذیه برای افراد متأثر استوارند. برای چک‌لیست‌های ارزیابی،  بگردید به ضمایم ۲، ۳ و کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامناری در بحران.

استاندارد ۱-۱ ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه:

ارزشیابی امنیت غذایی

در موارد مواجهه افراد با عدم امنیت غذایی، ارزیابی‌ها به‌منظور تعیین درجه و میزان عدم امنیت غذایی، شناسایی بیشترین افراد متأثر و تعریف مناسب‌ترین پاسخدهی اجرا می‌شوند.

اقدامات کلیدی

- ۱ اطلاعات را درباره امنیت غذایی در مرحله اولیه و در طی بحران جمع‌آوری و تحلیل نمایید.
- تحلیل مسائل مهم مرتبط با امنیت غذایی را مانند تخریب محیط‌زیست، امنیت و دسترسی به بازار در نظر بگیرید.
- ۲ اثرگذاری امنیت غذایی را بر وضعیت تغذیه جمعیت متأثر تحلیل کنید.
- بررسی عوامل زمینه‌ای سوءتغذیه را شامل مراقبت‌های نامناسب، محیط‌های ناسالم خانوار، نبود مراقبت‌های سلامت یا دسترسی به نظام‌های حمایت اجتماعی لحاظ نمایید.
- داده‌ها را در موقعیت‌های شهری که وضعیت با سرعت بیشتری تغییر پیدا می‌کند و مشاهده این موقعیت‌ها نسبت به مناطق روستایی دشوارتر است، با فراوانی بیشتر جمع‌آوری نمایید.
- ۳ اقدامات امکان‌پذیر برای نجات افراد و حمایت و ارتقای معیشت‌ها را شناسایی کنید.
- ارزیابی‌های بازار و ظرفیت‌های دولتی و سایر کنشگران را برای پاسخدهی به نیازها لحاظ نمایید.
- ۴ روش‌ها و منابع موجود پخت‌وپز شامل انواع اجاق و سوخت و موجودیت ظروف آشپزخانه را تحلیل کنید.
- چگونگی دریافت و ذخیره‌سازی غذا و سوخت برای آشپزی پیش از بحران، درآمد آن‌ها پیش از بحران و نحوه امرارمعاش فعلی آن‌ها را تحلیل نمایید.
- به حقوق و نیازهای حمایتی زنان و دختران که عمدتاً مسئول جمع‌آوری سوخت و آماده‌سازی غذا هستند توجه کنید.

شاخص‌های کلیدی

شیوه‌نامه‌های استاندارد شده برای تحلیل امنیت غذایی، معیشت و راهبردهای سازگاری به‌کار می‌روند.

درصد گزارش‌های تحلیلی که در آن‌ها یافته‌ها شامل روش‌شناسی ارزیابی و محدودیت‌های مواجهه شده تجمیع شده‌اند.



یادداشت‌های راهنما

داده‌های پیش از بحران همراه با داده‌های سامانه‌های اطلاعات جغرافیایی^۱ می‌توانند نگاه کلی را به تأثیرگذاری بالقوه بحران ارائه کنند. البته احتمال تفکیک شدن آن‌ها به میزان کافی برای ارائه تصویری مشخص در وضعیت شهری بعید است.

منابع ارزیابی، ابزار و نظام‌های اطلاعات: منابع اطلاعات ازجمله ارزیابی‌های غلات، تصاویر ماهواره‌ای، ارزیابی‌های خانوار، بحث‌های گروهی متمرکز^۲ و مصاحبه‌ها با مطلعین کلیدی^۳. ابزار مناسب شامل موارد زیر هستند: امتیاز مصرف غذا^۴، امتیاز تنوع رژیم غذایی خانوار و شاخص راهبردهای سازگاری کاهش یافته برای سنجش سریع امنیت غذایی خانوار. نظام‌های متعدد محلی و منطقه‌ای اطلاعات امنیت غذایی ازجمله سامانه‌های هشدار بهنگام قحطی موجودند. از طبقه‌بندی یکپارچه فاز امنیت غذایی^۵ در موارد ممکن و شیوه‌نامه‌های استاندارد شده برای طبقه‌بندی شدت و عوامل عدم امنیت غذایی حاد در مناطق هدف استفاده نمایید. طراحی برنامه‌های امنیت غذایی باید بر مبنای تحلیل پاسخ‌دهی مشخص با استفاده از یافته‌های ارزیابی‌ها باشد.

تخریب محیط‌زیست می‌تواند به عدم امنیت غذایی منجر گردد که این وضعیت به نوبه خود باعث تخریب محیط‌زیست خواهد شد. به عنوان مثال، جمع‌آوری هیزم و تولید زغال سنتی باعث ایجاد امکان پخت‌وپز غذا و درآمدزایی از فروش این اقلام می‌گردد. در عین حال، این فرایند می‌تواند همچنین به جنگل‌زدایی بیانجامد. لذا پاسخ‌دهی باید حافظ و پشتیبان امنیت غذایی و در عین حال محدودسازی اثرگذاری منفی بر محیط‌زیست باشد.

گروه‌های در معرض خطر: داده‌ها را برحسب جنس، سن، معلولیت، تمکن مالی و سایر عوامل مربوطه تفکیک نمایید. زنان و مردان شاید نقش‌های مکمل مختلفی را در تأمین سلامت تغذیه خانوار ایفا می‌نمایند. با هر دو گروه جدا از یکدیگر در صورت نیاز درباره عملکردهای مرتبط با امنیت غذایی، آماده‌سازی غذا و منابع خانوار مشورت کنید. توجه داشته باشید که سالمندان و افراد دارای معلولیت شاید از توزیع کمک‌های غذایی درون خانوار حذف گردند.

دختران و پسران مخصوصاً خانوارهای کودک سرپرست، کودکان جدانشده یا فاقد همراه، کودکان دارای معلولیت و کودکان مقیم در مراکز نگهداری جایگزین^۶ را لحاظ نمایید. به کودکان در موقعیت‌های مختلف بحران توجه کنید. به عنوان مثال در طی موارد طغیان بیماری‌های عفونی، کودکان را در مراکز معاینه، نگهداری موقت و درمان زیر نظر بگیرید. در مخاصمات، کودکان را در مراکز غیرنظامی نگهداری نمایید.

راهبردهای سازگاری: انواع مختلف راهبردهای سازگاری، اثربخشی و هرگونه تأثیرات منفی آن‌ها را در نظر بگیرید. برخی از راهبردهای سازگاری ازجمله فروش زمین، مهاجرت تمام خانواده یا جنگل‌زدایی شاید تأثیر دائمی بر امنیت غذایی آینده داشته باشند. سایر راهبردهای سازگاری به کاررفته یا تحمیل شده بر زنان، دختران و پسران می‌توانند بر سلامت، نیک‌بود و ادغام اجتماعی آن‌ها اثرگذار باشند. این راهبردها شامل موارد زیر هستند: رابطه جنسی تراکشنی یا برای زنده‌مانی، ازدواج اجباری دختران در ازای دریافت پول، مصرف کمتر غذا توسط دختران و زنان یا غذا خوردن آن‌ها پس از سایرین، کار کودکان، مهاجرت پرخطر و فروش و قاچاق کودکان.

اقدامات نیابتی^۷: مصرف غذا نمایانگر مواد مغذی و انرژی دریافتی افراد در خانوار است. سنجش مصرف واقعی انرژی و مواد مغذی در طی ارزیابی‌های اولیه عملی نیست. لذا از شاخص‌های نیابتی استفاده کنید. به عنوان مثال، تعداد

1. GIS – geographical information system
2. focus group discussions (FGDs)
3. key informants
4. food consumption score
5. integrated food security phase classification
6. alternative care centers
7. proxy measures

گروه‌های غذایی مصرف‌شده توسط فرد یا خانوار و فراوانی مصرف در بازه زمانی خاص نشانگر تنوع رژیم غذایی می‌باشند. تغییرات در تعداد روزانه وعده‌های مصرف‌شده و تنوع رژیم غذایی، سنجه‌های نیابتی مناسب امنیت غذایی مخصوصاً در محاسبات همبستگی آماری^۱ با وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوار هستند.

ابزار برای سنجش اشکال مصرف غذا شامل موارد زیرند: امتیاز تنوع رژیم غذایی خانوار^۲، مقیاس دسترسی عدم امنیت غذایی خانوار^۳ و امتیاز مصرف غذا^۴. مقیاس گرسنگی خانوار^۵ نیز شاخص نیابتی مناسب عدم امنیت غذا می‌باشد. برخی از شاخص‌های معمول به‌کاررفته از جمله امتیاز مصرف غذا می‌توانند به شکل مناسب نشانگر عدم امنیت غذایی در موقعیت‌های شهری باشند. سنجه‌های انتخاب‌شده را با سنجه‌های راهبرد سازگاری به‌منظور شناخت محدودیت‌های گوناگون در دسترسی به غذا سه‌گوشه‌سازی نمایید.

سهم هزینه‌کرد غذا^۶ و آستانه‌های مشخص‌شده آن شاید برای اجرا در خانوارهای شهری بیش‌ازحد پیچیده باشند. دلیل این مسئله می‌تواند هر یک از موارد زیر باشد: افراد متعددی ممکن است مسئول سبد غذایی باشند، اعضای خانوار خارج از منزل غذا مصرف می‌کنند و بسیاری از افراد به درآمد خانوار کمک می‌کنند.

تحلیل بازار و هزینه رژیم غذایی: اطلاعات را درباره دسترسی به بازارها، سرمایه مالی، معیشت و آسیب‌پذیری اقتصادی به دست آورید. این عناصر با قیمت‌های اقلام، فرصت‌های درآمدزایی و میزان دستمزد که بر امنیت غذایی اثر گذارند، مرتبط می‌باشند. نظام‌های بازار اعم از رسمی و غیررسمی می‌توانند از طریق تأمین اقلام تولیدی مانند بذرهای و ابزار از معیشت حمایت نمایند. $\oplus$ بنگرید به /استانداردهای ۱-۷ و ۳-۷ /امنیت غذایی و تغذیه: معیشت.

تحلیل بازار را به‌عنوان بخشی از ارزیابی‌های اولیه و متعاقب موقعیت لحاظ نمایید. در تحلیل‌های بازار، امکان پشتیبانی بازارهای محلی از نیازهای تغذیه‌ای باید ارزیابی گردد و حداقل هزینه و استطاعت خرید غذاهای برآورده‌کننده نیازهای تغذیه خانوار مشخص شود. $\oplus$ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

پاسخ‌دهی به‌طور فزاینده‌ای در مناطق روستایی و به شکلی منظم در مناطق شهری، بازارمحور است. در این خصوص، از فروشندگان، فضاهای بازار، محصولات غذایی محلی و خدمات حمل‌ونقل برای توجه به نیازهای افراد متأثر استفاده می‌شود؛ بنابراین، شناخت دسترسی به بازار برای گروه‌های در معرض خطر اهمیت دارد. $\oplus$ بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استاندارد برای تحلیل بازار.

استاندارد ۲-۱ ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه:

ارزیابی تغذیه

در ارزیابی‌های تغذیه، از روش‌های پذیرفته‌شده برای شناسایی نوع، درجه و میزان کمبود تغذیه، افراد در معرض بیشترین خطر و پاسخ‌دهی مناسب استفاده می‌شود.

اقدامات کلیدی

۱) اطلاعات پیش از بحران را گردآوری نمایید و ارزیابی‌های اولیه را برای مشخص کردن ماهیت و شدت وضعیت

1. correlation
2. household dietary diversity score
3. household food insecurity access scale
4. food consumption score
5. household hunger scale
6. food expenditure share



تغذیه اجرا کنید.

- ظرفیت ملی و محلی را برای پیشبرد یا پشتیبانی از پاسخ‌دهی و همچنین سایر کنشگران تغذیه ارزیابی نمایید.
- ۲ ▢ غربالگری سریع محیط میانی بالای بازو^۱ و ارزیابی‌های تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال را در شرایط بحران^۲ به‌منظور بررسی وضعیت تغذیه در ابتدای بحران اجرا کنید.
- ۳ ▢ گروه‌های دارای بیشترین نیاز به پشتیبانی تغذیه‌ای را شناسایی کنید.
- اطلاعات را درباره عوامل کمبود تغذیه از منابع اولیه یا ثانویه شامل نقطه‌نظرات و برداشت‌های اجتماع جمع‌آوری کنید.
- با اجتماعات برای شناسایی گروه‌های در معرض خطر با توجه به سن، جنس، معلولیت، بیماری مزمن یا سایر عوامل به تعامل بپردازید.
- ۴ ▢ پاسخ‌دهی مناسب را بر مبنای شناخت موقعیت و بحران تعیین کنید.
- با بررسی وضعیت تغذیه در گذر زمان بجای بررسی شیوع سوءتغذیه در زمانی خاص، تعیین نمایید که وضعیت به ثبات رسیده است یا رو به وخامت گذاشته است.
- هم‌گزینه‌های پیشگیری و هم‌گزینه‌های درمان را در نظر بگیرید.

شاخص‌های کلیدی

شیوه‌نامه‌های استانداردشده برای ارزیابی سوءتغذیه و شناسایی عوامل به‌کار می‌روند.

درصد گزارش‌های ارزیابی که حاوی روش‌شناسی ارزیابی و محدودیت‌های مواجه شده‌اند.

یادداشت‌های راهنما

اطلاعات موقعیت: اطلاعات درباره عوامل کمبود تغذیه را می‌توان از منابع اولیه و ثانویه شامل نمایه‌های سلامت و تغذیه، گزارش‌های پژوهشی، اطلاعات هشدار بهنگام، سوابق مراکز سلامت، گزارش‌های امنیت غذایی و سایر منابع جمع‌آوری نمود. نمونه‌ها در این خصوص عبارت‌اند از:

- پیمایش‌های سلامت جمعیتی.
 - پیمایش‌های خوشه‌ای چندشاخصی.
 - پایگاه داده‌های ملی اطلاعات تغذیه.
 - سایر پیمایش‌های ملی سلامت و تغذیه.
 - سامانه‌های ملی دیده‌بانی تغذیه.
 - میزان پذیرش و پوشش در برنامه‌های موجود برای مدیریت سوءتغذیه.
 - داده‌های شیوع، بروز و مرگ‌ومیر مرتبط با اچ‌آی‌وی شامل گروه‌های در معرض خطر بیشتر یا دارای بار زیاد. ⊕
- بنگرید به استاندارد ۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری: اچ‌آی‌وی.

1. mid upper arm circumference (MUAC)
2. infant and young child feeding in emergencies (IYCF-E)

اجتماعات و مؤسسات محلی خود باید به شکلی فعال به ارزیابی، تفسیر یافته‌ها و برنامه‌ریزی پاسخ‌دهی در کلیه موارد ممکن کمک نمایند.

پاسخ‌دهی سریع: در اولین فاز بحران، تصمیمات درباره توزیع کلی غذا یا درمان فوری سوءتغذیه باید بر مبنای ارزیابی سریع، یافته‌های اولیه و ظرفیت موجود پاسخ‌دهی اتخاذ گردند. تحلیل عمقی باید در مرحله بعدی انجام شود؛ اما نباید باعث تأخیر پاسخ‌دهی در فاز حاد گردد.

گستره تحلیل: ارزیابی‌های عمقی باید در موارد شناسایی خلأهای اطلاعات و موارد نیاز به اطلاعات بیشتر برای طراحی برنامه، سنجش پیامدهای برنامه یا مطالبه‌گری انجام گردند. مشخص نمایید که ارزیابی‌های کیفی یا کمی در کل جمعیت به‌منظور درک وضعیت پیکرسنجی^۱، وضعیت ریزمغذی‌ها، تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال، روش‌های مراقبت‌های مادران و مؤلفه‌های بالقوه مرتبط با کمبود تغذیه، ضرورت دارند یا خیر. با بخش‌های سلامت، آفاب و امنیت غذایی در راستای طراحی و آماده‌سازی ارزیابی‌ها هماهنگی نمایید.

پیمایش‌های پیکرسنجی: این پیمایش‌ها برای بررسی نسبت‌های فیزیکی بدن و ارائه تخمین میزان سوءتغذیه حاد و مزمن به‌کار می‌روند. پیمایش‌های مذکور می‌توانند بر مبنای نمونه‌برداری تصادفی یا غربالگری خاص باشند. امتیازات زی^۲ و وزن به ازای قد باید مطابق با استانداردهای سازمان جهانی بهداشت در این پیمایش‌ها گزارش گردند. از امتیازات زی و وزن به ازای قد گزارش شده در برابر مرجع مرکز ملی آمار سلامت برای مقایسه با پیمایش‌های پیشین استفاده نمایید. موارد کم‌وزنی^۳ و کم‌وزنی شدید را بنا به داده‌های محیط میانی بالای بازو لحاظ کنید. رایج‌ترین روش در این زمینه، ارزیابی سطح سوءتغذیه در کودکان شش الی ۵۹ ماهه به‌عنوان شاخص نیابتی برای کل جمعیت است. باین‌وجود، سایر گروه‌های مواجه با خطرهای بیشتر تغذیه را در ارزیابی نیز وارد کنید ⊕. بگریه به ضمیمه ۴: سنجش سوءتغذیه حاد.

میزان ادم^۴ در اثر تغذیه را مشخص کنید و به‌صورت جداگانه ثبت نمایید. فواصل اطمینان آماری^۵ میزان سوءتغذیه را گزارش دهید و اثبات نمایید که پیمایش از کیفیت مناسبی برخوردار است. از ابزار موجود مانند راهنمای روش‌شناسی پایش و ارزیابی استاندارد شده امداد و گذار^۶، پیمایش استاندارد شده گسترده تغذیه برای جمعیت‌های پناهنده^۷، نرم‌افزار ارزیابی تغذیه در بحران^۸ یا نرم‌افزار اپی اینفو^۹ استفاده نمایید.

ارزیابی‌های تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال: نیازها و اولویت‌ها را برای تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال ارزیابی نمایید و اثرگذاری اقدام بشردوستانه و عدم اقدام را بر رویه‌های تغذیه این دو گروه سنی پایش کنید. داده‌های پیش از بحران را می‌توان برای ارائه اطلاعات در تصمیم‌گیری بهنگام استفاده نمود. با سایر بخش‌ها در فرایند لحاظ کردن پرسش‌های تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در سایر ارزیابی‌های بخشی همکاری نمایید و از داده‌های موجود چندبخشی در تدوین ارزیابی استفاده کنید. ⊕ بگریه به زمینه ۳: چک‌لیست/ارزیابی تغذیه.

تعداد مشاورین موجود تغذیه با شیر مادر، مراقبین سلامت آموزش‌دیده و سایر خدمات پشتیبانی و ظرفیت آن‌ها را ذکر کنید. به‌منظور اجرای ارزیابی عمقی، نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌گیری نظام‌مند یا نمونه‌گیری خوشه‌ای را به‌کار ببرید. این رویه می‌تواند از طریق تنها یک پیمایش تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال و یا پیمایشی یکپارچه انجام

1. anthropometric
2. z scores
3. wasting
4. edema
5. confidence intervals
6. standardised monitoring and assessment of relief and transitions (SMART)
7. standardised expanded nutrition survey (SENS) for refugee populations
8. emergency nutrition assessment
9. Epi Info software



شود. با این وجود، با پیمایش یکپارچه می‌توان محدوده نمونه را اندازه‌گیری نمود که این امر باعث کاهش بازنمایی پیمایش خواهد شد.

سایر شاخص‌ها: اطلاعات بیشتر را می‌توان با دقت برای استفاده در ارزیابی کلی وضعیت تغذیه در نظر گرفت. این اطلاعات شامل میزان پوشش برنامه ایمن‌سازی و تغذیه مخصوصاً سرخک، کمبود ویتامین آ، ید یا سایر ریزمغذی‌ها، مرگ‌ومیر ناشی از بیماری و پیگیری سلامت است. میزان خام مرگ‌ومیر^۱ اطفال شیرخوار و کودکان خردسال زیر پنج سال همراه با عامل مرگ را نیز در تمامی موارد ممکن می‌توان در نظر گرفت.

تفسیر سطوح کمبود تغذیه: تحلیل تفصیلی تراکم و اندازه جمعیت مرجع و همچنین میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری برای تصمیم‌گیری درباره سطوح کمبود تغذیه که نیازمند مداخله هستند، ضرورت دارند. اطلاعات همچنین در مورد وضعیت سلامت، نوسانات فصلی، شاخص‌های تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال، سطوح کمبود تغذیه پیش از بحران، سهم سوءتغذیه حاد شدید در مقایسه با سوءتغذیه جهانی و میزان کمبود ریزمغذی‌ها مورد نیاز است. ⊕
 بنگرید به استاندارد ۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت: مدیریت بیماری نوزادان و کودکان و ضمیمه ۵: سنجه‌های اهمیت کمبودهای ریزمغذی‌ها در سلامت عمومی.

ترکیب نظام‌های اطلاعات مکمل شاید بیشترین هزینه اثربخشی را برای پایش رویه‌ها داشته باشد. رویکردها و الگوهای تصمیم‌گیری که متغیرهای متعدد از جمله امنیت غذایی، معیشت و سلامت و تغذیه در آن‌ها در نظر گرفته می‌شوند، مناسب خواهند بود. ⊕ بنگرید به استاندارد ۱-۱ ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه: ارزیابی امنیت غذایی.

۲. مدیریت سوءتغذیه

پیشگیری و درمان سوءتغذیه هر دو ملاحظات مهمی در بحران‌های بشردوستانه هستند. سوءتغذیه مزمن را می‌توان پیشگیری نمود؛ اما شواهد محدودی دال بر معکوس‌سازی یا درمان آن موجودند. از طرف دیگر، سوءتغذیه حاد (که می‌تواند در طی بحران گسترش یابد) را می‌توان با پاسخ‌دهی مناسب تغذیه پیشگیری و درمان نمود.

پاسخ‌دهی تغذیه حاوی نقش کلیدی در کاهش ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر در جمعیت‌های متأثر هستند. با این وجود، این پاسخ‌دهی نیازمند شناخت عوامل زمینه‌ای پیچیده سوءتغذیه است. رویکرد چندبخشی برای توجه به کلیه عوامل و تعاملات آن‌ها ضرورت دارد.

مدیریت سوءتغذیه حاد متوسط: در بحران‌ها، تغذیه مکمل اغلب راهبرد اولیه برای پیشگیری و درمان سوءتغذیه حاد متوسط است.

دو نوع برنامه‌ریزی تغذیه تکمیلی رواج دارند: برنامه‌های تغذیه تکمیلی جامع برای پیشگیری و برنامه‌های تغذیه تکمیلی هدفمند برای درمان سوءتغذیه حاد متوسط و پیشگیری از سوءتغذیه حاد شدید. کاربرد هر یک از این موارد بستگی به سطوح سوءتغذیه حاد، گروه‌های آسیب‌پذیر جمعیتی و خطر افزایش سوءتغذیه حاد خواهد داشت.

در موقعیت‌های عدم وجود امنیت غذایی و ضرورت گسترش مداخلات فراتر از صرفاً موارد سوءتغذیه حاد متوسط، برنامه‌های جامع تغذیه تکمیلی توصیه می‌شوند و باید به خانوارهای متأثر غذا توزیع گردد. هیچ‌گونه شاخص تأثیرگذاری تعریف‌شده برای برنامه‌های تغذیه تکمیلی جامع وجود ندارد؛ اما پایش پوشش، پایدنی، قابل‌پذیرش بودن و سهمیه‌های ارائه‌شده اهمیت دارد. شاخص‌ها برای مدیریت سوءتغذیه حاد متوسط عمدتاً مرتبط با تغذیه تکمیلی هدفمند هستند.

هدف اصلی برنامه تغذیه تکمیلی هدفمند همانا پیشگیری از تبدیل سوءتغذیه متوسط به سوءتغذیه شدید و بازتوانی افراد مبتلا به این نوع سوءتغذیه است. این چنین برنامه‌هایی معمولاً همراه با یک سهمیه کلی مکمل غذایی در میان افراد مبتلا به سوءتغذیه متوسط، زنان باردار و شیرده و سایر افراد در معرض خطر هستند.

مدیریت سوءتغذیه حاد شدید: مجموعه‌ای از رویکردهای مختلف برای مراقبت‌های درمانی به‌کار می‌روند. مدیریت اجتماع‌محور سوءتغذیه حاد، رویکرد مناسبی در چنین شرایطی است که شامل موارد زیر می‌باشد:

- مراقبت‌های بستری برای افراد مبتلا به مشکلات پزشکی و سوءتغذیه حاد شدید.
- مراقبت‌های بستری برای کلیه اطفال زیر شش ماه دچار سوءتغذیه حاد شدید.
- مراقبت‌های سرپایی برای افراد مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید؛ اما بدون مشکلات پزشکی.
- یاری‌رسانی اجتماعی.
- سایر خدمات یا برنامه‌های مختص موقعیت شرایط برای افراد مبتلا به سوءتغذیه حاد متوسط.

برنامه‌هایی که سوءتغذیه حاد شدید را پوشش می‌دهند، باید مورد پشتیبانی برنامه‌های تغذیه تکمیلی و بسیج اجتماعی برای حمایت از یاری‌رسانی، یافتن موارد فعال، ارجاع و پیگیری قرار گیرند.



استاندارد ۱-۲:

سوء تغذیه حاد متوسط

سوء تغذیه حاد متوسط پیشگیری و مدیریت می‌گردد.

اقدامات کلیدی

۱ راهنبردها، اهداف خاص و معیارهای صریح و مورد توافق را برای ایجاد و پایان مداخلات از ابتدای برنامه تعریف نمایید.

۲ دسترسی را به پوشش مداخلات سوء تغذیه حاد متوسط از طریق جلب مشارکت اجتماعی و تعامل از همان ابتدا به حداکثر برسانید.

■ با دست‌اندرکاران اجتماع در راستای شناسایی خانوارها و افراد آسیب‌پذیر همکاری نمایید.

۳ شیوه‌نامه‌های پذیرش و ترخیص افراد را بر مبنای معیارهای پیکرسنجی پذیرفته‌شده ملی و بین‌المللی تدوین کنید.

■ معیارهای ترخیص را هنگام گزارش‌دهی شاخص‌های عملکرد مشخص نمایید.

■ در خصوص عوامل کوتاهی و عدم پاسخ‌دهی یا افزایش مرگ‌ومیر، بررسی و اقدام نمایید.

۴ مدیریت سوء تغذیه حاد متوسط را با مدیریت سوء تغذیه حاد شدید و خدمات موجود سلامت مرتبط سازید.

۵ سهمیه‌های غذایی تکمیلی خشک مناسب آماده استفاده و خوردن را در منزل تأمین نمایید مگر آنکه دلیل مشخصی برای تغذیه در محل وجود داشته باشد.

■ سهمیه‌ها را بر مبنای هفتگی یا دو هفته یک‌بار تأمین کنید. اندازه و ترکیب خانوار، امنیت غذایی خانوار و احتمال اشتراک‌گذاری را هنگام تعیین اندازه و ترکیب سهمیه در نظر بگیرید.

■ اطلاعات مشخص را درخصوص چگونگی آماده و ذخیره‌سازی بهداشتی تغذیه تکمیلی و زمان و نحوه مصرف آن تأمین کنید.

۶ بر حمایت، پشتیبانی و ارتقای تغذیه با شیر مادر، تغذیه مکمل و بهداشت فردی تأکید نمایید.

■ اطلاعات مشخص را درباره ضرورت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه و استمرار تغذیه با شیر مادر برای کودکان شش‌الی ۲۴ ماهه برای سلامت جسمانی و روانی هم‌مادر و هم‌کودک ارائه نمایید.

■ مادران شیرده اطفال زیر شش ماه که مبتلا به سوء تغذیه حاد هستند را در برنامه‌های تغذیه تکمیلی فارغ از وضعیت تغذیه مادران پذیرش دهید.

شاخص‌های کلیدی

درصد جمعیت هدف دارای دسترسی به مراکز تغذیه تکمیلی خشک که این مراکز در فاصله یک روز پیاده‌روی از محل زندگی آن‌ها قرار دارند (شامل زمان درمان).

■ بیش از ۹۰ درصد

درصد جمعیت هدف دارای دسترسی به برنامه‌های در محل که در فاصله یک ساعت از محل زندگی آن‌ها قرار دارند.

- بیش از ۹۰ درصد

درصد موارد سوءتغذیه حاد متوسط دارای دسترسی به خدمات درمان (پوشش).

- بیش از ۵۰ درصد در مناطق روستایی
- بیش از ۷۰ درصد در مناطق شهری
- بیش از ۹۰ درصد در اردوگاه‌های رسمی

جمعیت موارد ترخیص شده از برنامه‌های تغذیه تکمیلی هدفمند که فوت کردند، بهبود یافتند یا غیبت داشتند.

- فوت: کمتر از سه درصد
- بهبودی: بیش از ۷۵ درصد
- غیبت: کمتر از ۱۵ درصد

یادداشت‌های راهنما

طراحی برنامه: برنامه‌هایی را طراحی نمایید که پشتیبان ظرفیت نظام سلامت موجود هستند و دسترسی به مراکز سلامت، گستره جغرافیایی جمعیت و امنیت در آن‌ها لحاظ شده‌اند. ارتباطات را با موارد زیر حفظ کنید: مراقبت‌های درمانی بستری و سرپایی، مراقبت‌های پیش از زایمان، پیشگیری از مالاریا، غربالگری و بیماری دوران کودکی، مراقبت‌های اچ‌آی‌وی و سل و برنامه‌های امنیت غذایی شامل غذا، کمک‌های نقدی یا انتقال کالا بزرگ.

برنامه‌های تغذیه تکمیلی نه با هدف جایگزینی رژیم غذایی بلکه تکمیل آن‌ها تعبیه شده‌اند. طراحی برنامه‌ها به‌عنوان قسمتی از رویکرد چندبخشی همراه با خدمات تکمیلی مانند آفاب، سلامت، تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال و توزیع عمومی غذا اهمیت دارد. موجودیت غذاهای تکمیلی را در بازارهای ملی و بین‌المللی ارزیابی نمایید و محدودیت‌های بالقوه مسیر انتقال را در برنامه‌ریزی در نظر بگیرید. ⊕ **بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.**

پیشگیری یا درمان: رویکرد جامع نسبت به پیشگیری از سوءتغذیه یا رویکرد هدفمند درمان را اتخاذ نمایید. تصمیم‌گیری در این خصوص به موارد زیر بستگی دارد:

- میزان سوءتغذیه حاد و تعداد افراد متأثر.
- خطر افزایش مرگ‌ومیر.
- خطر کاهش امنیت غذایی.
- تراکم و بیجاشدگی جمعیت.
- ظرفیت غربالگری و پایش جمعیت متأثر با استفاده از معیارهای پیکرسنجی.
- منابع موجود و دسترسی به جمعیت متأثر.

تغذیه تکمیلی هدفمند عموماً نیازمند تلاش و زمان بیشتر برای غربالگری و پایش افراد مبتلا به سوءتغذیه حاد است؛ اما در عین حال تعداد کمتری منابع غذای تخصصی ضرورت دارند. رویکرد جامع عموماً مستلزم تخصص کمتر کارکنان؛ اما منابع غذایی تخصصی بیشتر می‌باشد.



بسج اجتماعی/تربخش: جلب مشارکت و بسج اجتماعی باعث بهبود شناخت افراد نسبت به برنامه و اثربخشی احتمالی آن می‌گردد. با جمعیت هدف در زمینه تصمیم‌گیری برای جانمایی اماکن برنامه همکاری نمایید. گروه‌های در معرض خطر را که در دسترسی به اماکن دچار مشکل می‌شوند در نظر بگیرید. اطلاعات جامع و صریح را درخصوص پشتیبانی موجود در زبان‌های قابل‌دسترس مختلف محلی با استفاده از کانال‌های چندگانه تبادل اطلاعات شامل اشکال صوتی، تصویری و مکتوب به اشتراک بگذارید.

پوشش به تعداد افراد دریافت‌کننده درمان به‌عنوان سهمی از تعداد افراد نیازمند درمان برمی‌گردد. پوشش می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیر باشد:

- قابل‌قبول بودن برنامه شامل جانمایی و دسترسی به مراکز اجرای برنامه‌ها.
- وضعیت امنیت.
- فراوانی توزیع.
- زمان انتظار.
- میزان بسج، بازدیدهای خانگی غربالگری.
- موجود بودن کارکنان زن و مرد بخش تغذیه.
- هم‌راستایی پوشش و معیارهای پذیرش.
- توان مراقبین برای شناسایی علائم سوءتغذیه.

روش‌های ارزیابی پوشش برنامه کمک‌رسانی هزینه‌بر و مستلزم کارکنان آموزش‌دیده مخصوص می‌باشند. چنانچه پیمایش‌های پوشش ممکن باشند، با راهنماهای ملی درخصوص تصمیم‌گیری بر سر روش‌های جایگزین مشورت کنید. از داده‌های معمول برنامه مانند غربالگری، ارجاع و پذیرش برای تخمین پوشش استفاده نمایید.

شاید نیازی به اجرای ارزیابی‌های منظم پوشش نباشد، مگر آنکه تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در حوزه برنامه مانند جابجایی‌های جمعیت و شیوه‌نامه یا محصول درمانی جدید رخ داده باشند.

معیارهای پذیرش باید با راهنمای ملی و بین‌المللی انطباق داشته باشند. معیارهای پذیرش برای اطفال زیر ۶ ماه و گروه‌هایی که تعیین وضعیت پیکرسنجی آن‌ها دشوار است باید شامل وضعیت بالینی و تغذیه با شیر مادر باشند. ⊕
بنگريد به ضميمه ۴: سنجش سوءتغذیه حاد و مآخذ و منابع بیشتر.

افراد اچ‌آی‌وی مثبت (یا مشکوک به آن) یا افراد مبتلا به سل یا بیماری مزمن دیگر نباید مورد تبعیض واقع شوند و باید از دسترسی برابر به مراقبت در صورت برآورده کردن معیارهای پذیرش برخوردار باشند. تغذیه تکمیلی می‌تواند گزینه‌ای مناسب برای برخی از اطفال فاقد معیارهای پیکرسنجی در زمینه سوءتغذیه حاد باشد که به‌عنوان مثال شامل افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی یا سایر بیماری‌های مزمن، افراد ترخیص شده از مراکز مراقبتی؛ اما نیازمند پشتیبانی درمانی برای اجتناب از عود بیماری یا افراد دارای معلولیت می‌گردد. نظام‌های پایش و گزارش‌دهی را در صورت عدم برآورده کردن معیارهای پیکرسنجی توسط این افراد، تنظیم نمایید.

افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی که معیارهای پذیرش را برآورده نمی‌کنند، اغلب نیازمند پشتیبانی تغذیه‌ای هستند. چنین پشتیبانی خارج از مراکز درمانی برای سوءتغذیه حاد شدید در بحران‌ها بهتر ارائه می‌گردد. مجموعه‌ای از خدمات را شامل مراقبت‌های خانگی و اجتماعی، مراکز درمان سل و برنامه‌های پیشگیری از انتقال مادر به کودک در اختیار این افراد و خانواده‌های آن‌ها قرار دهید.

معیارهای ترخیص و پایش: تعداد افراد ترخیص شده شامل افراد بهبودیافته یا بهبود نیافته، متوفی و آن‌هایی

است که برنامه را ترک کرده‌اند. افراد ارجاع شده برای خدمات تکمیلی مانند مراقبت‌های سلامت، دوره درمانی خود را به پایان نرسانده‌اند و یا آنکه درمان را ادامه خواهند داد و یا متعاقباً به درمان باز خواهند گشت. افراد انتقال یافته به سایر مراکز یا افرادی را که درمان را تا انتها دنبال نکرده‌اند، لحاظ نکنید.

چنانچه افراد پس از ترخیص از مراقبت درمانی به برنامه تغذیه بپیوندند، آن‌ها را به‌عنوان بخشی جداگانه برای اجتناب از نتایج توأم با سوگیری گزارش دهید. چنانچه فردی مبتلا به علائم سوءتغذیه حاد در اثر سایر عوامل مانند معلولیت، شکاف کام دهان یا مشکلات جراحی باشد، وی را در گزارش‌دهی برنامه لحاظ کنید. نحوه تأثیرگذاری جنسیت فرد را بر دسترسی به درمان، امتناع از درمان و بهبود بررسی نمایید.

آمار مربوط به ترخیص را به شکل زیر محاسبه نمایید:

- درصد موارد ترخیص شده بهبودیافته = تعداد افراد بهبودیافته / تعداد کل افراد ترخیص شده $\times 100$
- درصد موارد ترخیص شده فوتی = تعداد مرگ‌ومیر / تعداد کل افراد ترخیص شده $\times 100$
- درصد موارد ترخیص شده امتناع از درمان = تعداد افراد غایب / تعداد کل افراد ترخیص شده $\times 100$

علاوه بر شاخص‌های ترسیم‌شده فوق‌الذکر، نظام‌های پایش باید شامل موارد زیر باشند:

- مشارکت جمعیت.
- پذیرش برنامه (میزان پوشش و ترک را می‌توان به‌عنوان شاخص نیابتی پذیرش به‌کار برد).
- کمیت و کیفیت غذا.
- پوشش.
- دلایل انتقال به سایر برنامه‌ها (مخصوصاً کودکانی که وضعیت تغذیه آن‌ها به سوءتغذیه حاد شدید تبدیل شده است).
- تعداد افراد پذیرش‌شده و در حال درمان.

عوامل خارجی را مانند موارد زیر در نظر بگیرید:

- اشکال ابتلا به بیماری.
- سطوح کمبود تغذیه در جمعیت.
- سطح عدم امنیت غذایی در خانوارها و در جمعیت.
- مداخلات تکمیلی موجود برای جمعیت (شامل کمک‌های غذایی یا برنامه‌های مشابه).
- ظرفیت نظام‌های موجود برای ارائه خدمات.

پیوند با بخش‌های سلامت و سایر بخش‌ها: هم برنامه‌های تغذیه تکمیلی جامع و هم برنامه‌های تغذیه تکمیلی هدفمند را می‌توان به‌عنوان سازوکاری برای تأمین خدمات تکمیلی استفاده نمود. در بسیاری از شرایط، برنامه تغذیه تکمیلی جامع برای پیشگیری می‌تواند پشتیبان پاسخ‌دهی به بحران باشد. به‌عنوان نمونه، در این برنامه می‌توان دسترسی به جمعیت هدف را از طریق نتایج سرشماری، غربالگری اجتماع و ارجاع برای سوءتغذیه حاد شدید و مدیریت سوءتغذیه حاد متوسط تأمین نمود. علاوه بر این، برنامه مذکور می‌تواند همراه با مداخلات حیاتی کودک مانند موارد زیر باشد:

- داروهای ضد کرم روده.



- مکمل ویتامین آ.
- آهن و فولیک اسید همراه با غربالگری و درمان مالاریا.
- روی برای درمان اسهال.
- ایمن سازی.

⊕ **بناگريد به استانداردهای ۱-۲ الی ۴-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت – بیماری‌های واگیردار و استانداردهای مراقبت‌های اساسی سلامت ۱-۲ و ۲-۲ سلامت کودکان.**

جمعیت‌های دارای میزان بالای آسیب‌پذیری مانند شیوع بالای اچ‌آی‌وی و افراد دچار مشکلات حرکتی یا تغذیه شاید نیازمند تغییرات در برنامه به‌منظور برآورده کردن نیازهای مربوط به بیماری باشند. چنین مواردی شامل تنظیم کیفیت و کمیت سهمیه غذایی تکمیلی است. ⊕ **بناگريد به استاندارد ۱-۴ تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال.**

استاندارد ۲-۲ مدیریت سوءتغذیه:

سوءتغذیه حاد شدید

سوءتغذیه حاد شدید درمان می‌گردد.

اقدامات کلیدی

۱ **راهنم‌ها، اهداف خاص و معیارهای صریح و موردتوافق را برای ایجاد و پایان دادن مداخلات از ابتدای برنامه تدوین نمایید.**

- کارکنان کافی و ظرفیت، تخصص و مهارت‌های مربوطه را لحاظ کنید.

۲ **اجزای مراقبت‌های بستری، مراقبت‌های سرپایی، ارجاع و بسیج عمومی را در مدیریت سوءتغذیه حاد شدید درج نمایید.**

۳ **تغذیه و مراقبت‌های سلامت را مطابق با راهکارهای به رسمیت شناخته‌شده ملی و بین‌المللی برای مدیریت سوءتغذیه حاد شدید تأمین کنید.**

۴ **معیارهای ترخیص شامل شاخص‌های پیکرسنجی و سایر شاخص‌ها را تعیین کنید.**

۵ **درخصوص عوامل ترک درمان و عدم پاسخ‌دهی یا افزایش تعداد مرگ‌ومیر بررسی و اقدام نمایید.**

۶ **به حمایت، پشتیبانی و ترویج تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی، ارتقای بهداشت فردی و تعامل مناسب بین مادر و فرزند پردازید.**

- اطلاعات صریح را درباره ضرورت تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر شش ماه و استمرار تغذیه با شیر مادر برای کودکان شش الی ۲۴ ماهه برای سلامت جسمانی و روانی هم مادر و هم کودک ارائه نمایید.

شاخص‌های کلیدی

درصد جمعیت هدف که فاصله آن‌ها با محل برنامه کمتر از یک روز پیاده‌روی (شامل زمان درمان) می‌باشد.

- بیش از ۹۰ درصد جمعیت هدف

درصد موارد مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید دارای دسترسی به خدمات درمان (پوشش).

- بیش از ۵۰ درصد در مناطق روستایی
- بیش از ۷۰ درصد در مناطق شهری
- بیش از ۹۰ درصد در اردوگاه

نسبت موارد ترحیمی از مراقبت‌های درمانی که فوت کرده‌اند، بهبود یافته‌اند یا درمان را ترک نموده‌اند.

- فوت: کمتر از ۱۰ درصد
- بهبودیافته: بیش از ۷۵ درصد
- ترک درمان: کمتر از ۱۵ درصد

یادداشت‌های راهنما

اجرای برنامه: مراقبت‌های بستری را می‌توان مستقیماً یا از طریق ارجاع ارائه نمود. برنامه‌ها همراه با مراقبت غیرمتمرکز سرپایی برای کودکان فاقد مشکلات پزشکی می‌باشند. مراکز برنامه‌های سرپایی باید نزدیک به جمعیت هدف به منظور کاهش خطرات و هزینه‌های مرتبط با سفر با کودکان خردسال و خطر بیجاگذاری بیشتر باشند. ⊕
بگیرید به استاندارد ۲-۲-۲ سلامت کودکان: مدیریت بیماری‌های نوزادان و کودکان.

برنامه‌ها را با سایر خدمات مربوطه از جمله موارد زیر مرتبط سازید:

- تغذیه تکمیلی.
- شبکه‌های اچ‌آی‌وی و سل.
- بازتوانی.
- خدمات اولیه سلامت.
- برنامه‌های امنیت غذایی شامل کمک‌های نقدی یا غذایی.

روش‌های ارزیابی پوشش در برنامه‌های سوءتغذیه حاد شدید و متوسط مشابه هستند. ⊕ بگیرید به استاندارد ۲-۱ مدیریت سوءتغذیه حاد متوسط.

معیارهای پذیرش باید منطبق با راهکارهای ملی و بین‌المللی باشند. این معیارها برای اطفال زیر شش ماه و گروه‌هایی که تعیین وضعیت پیکرسنجی آن‌ها دشوار است، باید شامل وضعیت بالینی و تغذیه با شیر مادر باشند. ⊕
بگیرید به ضمیمه ۴: سنجش سوءتغذیه حاد و مآخذ و منابع بیشتر.

افراد اچ‌آی‌وی مثبت (یا مشکوک به آن) یا افراد مبتلا به سل یا بیماری مزمن دیگر نباید مورد تبعیض واقع شوند و باید



از دسترسی برابر به مراقبت در صورت برآورده کردن معیارهای پذیرش برخوردار باشند. تغذیه تکمیلی می‌تواند گزینه‌ای مناسب برای برخی از اطفال فاقد معیارهای پیکرسنجی برای سوءتغذیه حاد باشد که به‌عنوان مثال شامل افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی، یا سایر بیماری‌های مزمن، افراد ترخیص شده از مراکز مراقبتی؛ اما نیازمند پشتیبانی درمانی برای اجتناب از عود بیماری یا افراد دارای معلولیت می‌گردد. نظام‌های پایش و گزارش‌دهی را در صورت عدم برآورده کردن معیارهای پیکرسنجی توسط این افراد، تنظیم نمایید.

افراد در حال زندگی (یا مشکوک) به اچ‌آی‌وی که معیارهای پذیرش را برآورده نمی‌کنند اغلب نیازمند پشتیبانی تغذیه‌ای هستند. این‌گونه پشتیبانی مختص سوءتغذیه حاد شدید در بحران، خارج از مراکز درمانی بهتر ارائه می‌گردد. مجموعه‌ای از خدمات را شامل مراقبت‌های خانگی و اجتماعی، مراکز درمان سل و برنامه‌های پیشگیری از انتقال مادر به کودک در اختیار این افراد و خانواده‌های آن‌ها قرار دهید.

معیارهای ترخیص و بازتوانی: افراد ترخیص شده باید عاری از مشکلات پزشکی باشند. علاوه بر این، آن‌ها باید اشتهاى خود را مجدداً به دست آورده باشند و میزان مناسب وزن اضافه‌شده را بدون هرگونه ادم مرتبط با تغذیه حفظ کرده باشند (به‌عنوان نمونه، در طی دو مرتبه اندازه‌گیری وزن متعاقب). میانگین وزن اضافه‌شده را جداگانه برای افراد مبتلا و فاقد ادم تغذیه محاسبه نمایید. تغذیه با شیر مادر به‌طور خاص برای اطفال زیر شش ماه و همچنین کودکان شش الی ۲۴ ماهه اهمیت دارد. اطفالی که با شیر مادر تغذیه نشده‌اند نیازمند پیگیری دقیق هستند. معیارهای ترخیص را به‌منظور اجتناب از خطرات مرتبط با ترخیص به‌نگام رعایت نمایید.

دستورالعمل‌های مدیریت اجتماعی سوءتغذیه حاد شامل مدت‌زمان متوسط اقامت برای درمان هستند و زمان‌های بهبود را کوتاه‌تر می‌کنند. راهکارهای ملی موجود را هنگام محاسبه متوسط مدت اقامت رعایت نمایید چراکه این موارد وابسته به موقعیت هستند. اچ‌آی‌وی، سل و سایر بیماری‌های مزمن شاید باعث عدم توانایی پاسخ‌دهی به درمان از سوی برخی افراد مبتلا به سوءتغذیه گردند. با مراقبین سلامت و سایر کارکنان خدمات حمایت اجتماعی در راستای شناسایی گزینه‌های درازمدت درمان برای این‌گونه افراد همکاری نمایید. [⊕] بنگریه به *استاندارد ۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری: اچ‌آی‌وی*.

شاخص‌های عملکرد برای مدیریت سوءتغذیه حاد شدید: جمعیت افراد ترخیص شده مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید متشکل از افرادی است که بهبود یافته‌اند، فوت کرده‌اند، درمان را ترک نموده‌اند یا بهبودی پیدا نکرده‌اند. [⊕] بنگریه به *یادداشت‌های راهنما برای استاندارد ۱-۲ مدیریت سوءتغذیه: سوءتغذیه حاد متوسط*.

شاخص‌های عملکرد برای مدیریت سوءتغذیه حاد شدید را باید همراه با پیامدهای مراقبت‌های بستری و سرپایی بدون شمارش مضاعف موارد انتقال از یک نوع مراقبت به مراقبت دیگر تعریف نمود. در صورت عدم امکان انجام چنین روالی، تفسیرپذیری میزان پیامد را تنظیم نمایید. به‌عنوان مثال، در برنامه‌ها باید عملکرد بهتری را فقط هنگام تأمین مراقبت‌های سرپایی انتظار داشت. در شرایط صرفاً تأمین مراقبت‌های بستری، برنامه‌ها باید معطوف به اهداف ترسیم‌شده برای مراقبت‌های ترکیبی باشند.

افراد ارجاع شده به سایر مراکز خدماتی مانند خدمات سلامت، دوره درمان را به پایان نرسانده‌اند. هنگام ارزیابی عملکرد درمان سرپایی، موارد انتقال را به مراقبت‌های بستری به‌منظور بازنمایی صحیح عملکرد برنامه گزارش دهید.

در شاخص‌های عملکرد، پیچیدگی بالینی اچ‌آی‌وی را لحاظ نکنید؛ چراکه این پیچیدگی بر میزان مرگ‌ومیر تأثیر خواهد داشت. در چنین شرایطی، باید این مسئله را در تفسیر عملکرد برنامه در نظر گرفت.

علاوه بر شاخص‌های ترخیص، داده‌های تفکیک‌شده موارد جدید پذیرش (برحسب جنس، سن، معلولیت) تعداد کودکان تحت درمان و میزان پوشش را هنگام پایش عملکرد بررسی نمایید. نسبت و عوامل پذیرش مجدد، وخامت وضعیت بالینی، ترک درمان و عدم پاسخ‌دهی به شکلی مستمر بررسی و مستندسازی کنید. تعریف این موارد را با راهکارهای

در حال استفاده مطابقت دهید.

دروندهای سلامت: تمامی برنامه‌های سوءتغذیه حاد شدید باید شامل درمان‌های نظام‌مند مطابق با راهکارهای ملی یا بین‌المللی باشند و حتماً باید سازوکارهای اثربخش ارجاع را برای مدیریت بیماری‌های زمینه‌ای از جمله سل و اچ‌آی‌وی در برنامه‌های مذکور منظور گردند. در مناطق دارای شیوع بالای اچ‌آی‌وی، مداخلات طراحی شده برای اجتناب از انتقال اچ‌آی‌وی و پشتیبانی از زنده‌مانی مادران و کودکان باید در برنامه‌های سوءتغذیه لحاظ شوند. در شرایط رواج عفونت اچ‌آی‌وی (بالتر بودن شیوع اچ‌آی‌وی بیش از یک درصد)، سوءتغذیه را در کودکان آزمایش نمایید تا وضعیت اچ‌آی‌وی و نیاز آنان را به درمان داروی آنتی‌رترووایرال^۱ مشخص کنید.

پشتیبانی از تغذیه با شیر مادر: مادران اطفال شیرخوار بستری نیازمند پشتیبانی حرفه‌ای از شیردهی به‌عنوان بخشی از بازتوانی و بهبود تغذیه هستند. این مسئله به‌طور خاص برای اطفال زیر شش ماه و مادران دارای معلولیت اهمیت دارد. منابع و زمان کافی را مانند محل خصوصی تعیین‌شده برای شیردهی با هدف پشتیبانی حرفه‌ای و ایجاد امکان پشتیبانی از همسانان، تأمین نمایید. شیردهی مادران به اطفال زیر شش ماه مبتلا به سوءتغذیه شدید باید همراه با سهمیه تکمیلی غذایی فارغ از وضعیت تغذیه آن‌ها باشد. چنانچه این دسته از مادران دارای معیارهای پیکرسنجی برای سوءتغذیه شدید باشند، آن‌ها را برای درمان پذیرش نمایید.

حمایت روانی-اجتماعی: تحریک عاطفی و جسمانی از طریق بازی در طی دوره بازتوانی برای کودکان مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید اهمیت دارد و باعث ارتقای حس تعلق و خلق‌وخوی مثبت مادران می‌گردد. مراقبین چنین کودکانی اغلب نیازمند حمایت اجتماعی و روانی-اجتماعی به‌منظور مراجعه برای درمان فرزندان خود هستند. برخی از مادران نیز شاید باید در راستای دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان برای افسردگی پریناتال^۲ پیش از زایمان، مورد حمایت قرار گیرند. این امر را می‌توان از طریق برنامه‌های بسیج اجتماعی تحقق بخشید. چنین برنامه‌هایی باید بر اهمیت تحریک و تعامل در درمان و پیشگیری از معلولیت آتی و اختلالات شناختی میان کودکان تأکید داشته باشند. به تمامی مراقبین کودکان مبتلا به سوءتغذیه حاد، امکان آن را بدهید که به فرزندان خود در طی دوره درمان غذا بدهند و از آن‌ها مراقبت به عمل آورند. همچنین توصیه، آموزش عملی و اطلاعات سلامت و تغذیه به آن‌ها ارائه دهید. به تأثیر درمان بر مراقبین و خواهران و برادران کودک توجه کنید تا نسبت به دستیابی به موارد زیر اطمینان حاصل شود: تضمین تمهیدات کافی مراقبت از کودکان، اجتناب از جداسازی از خانواده، حداقل‌سازی ناآرامی روانی-اجتماعی و حداقل‌سازی پابندی بالقوه به درمان.

پیوند با سایر کنشگران: با شرکای بخش‌های حمایت از کودکان و خشونت جنسیت‌محور به‌منظور ایجاد مسیرهای ارجاع و شیوه‌نامه‌های اشتراک‌گذاری اطلاعات، هماهنگی نمایید. کارکنان بخش تغذیه را در زمینه مورد زیر آموزش دهید: چگونگی تأمین ارجاع مجرمانه و همراه با پشتیبانی به مراقبین کودکان در معرض خشونت، بهره‌کشی یا آزار جسمانی، جنسی یا عاطفی.



1. anti-retroviral therapy (ART)
2. perinatal depression

۳. کمبودهای ریزمغذی

کمبودهای ریزمغذی باعث محدودیت توسعه اجتماعی - اقتصادی در بسیاری از کشورها می‌گردند و بر سلامت، توانایی یادگیری و بهره‌وری مردم به شدت تأثیر می‌گذارند. این گونه کمبودها به چرخه باطل سوءتغذیه، توسعه نیافتگی و فقر کمک می‌کنند و گروه‌های از قبل محروم را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

شناسایی کمبودهای ریزمغذی در بسیاری از موقعیت‌ها دشوار است. اگرچه تشخیص علائم بالینی کمبودهای شدید ساده است؛ اما بار بیشتر بر سلامت و زنده‌مانی جمعیت‌ها شاید به کمبودهای غیرقابل تشخیص در معاینات بالینی تبدیل گردد. توجه داشته باشید که بحران باعث وخامت کمبودهای موجود ریزمغذی در جمعیت خواهد شد. به این کمبودها با استفاده از مداخلات جمعی و درمان فردی، پاسخ دهید.

سه رویکرد برای کنترل کمبودهای ریزمغذی وجود دارند:

- **مکمل‌ها^۱:** تأمین ریزمغذی‌ها در اشکال دارای قابلیت جذب بالا معمولاً باعث سریع‌ترین کنترل وضعیت ریزمغذی افراد یا جمعیت‌های هدف می‌گردد. نمونه‌ها شامل برنامه‌های تکمیلی با هدف‌گذاری کم‌خونی از طریق مکمل‌های آهن، مکمل‌های فولیک اسید در زنان باردار و مکمل‌های ویتامین‌ها در کودکان زیر پنج سال می‌باشند.
 - **غنی‌کننده‌ها^۲:** غنی‌سازی محصولات غذایی با ریزمغذی‌ها می‌تواند راهبردی اثربخش برای کنترل کمبود ریزمغذی‌ها باشد. نمونه‌های این غنی‌کننده‌ها عبارت‌اند از نمک یددار، پودرهای ریزمغذی یا روغن نباتی غنی‌شده با ویتامین آ.
 - **رویکردهای غذا محور^۳:** ویتامین‌ها و مواد معدنی ضروری برای پیشگیری از کمبودهای ریزمغذی‌ها در دامنه متنوعی از غذاها موجودند. در سیاست‌ها و برنامه‌ها باید مصرف بهبودیافته، تنوع، کمیت و کیفیت کافی غذاهای سالم و مملو از ریزمغذی، تضمین گردد.
- هر سه رویکرد فوق در بحران‌ها به کار گرفته می‌شوند؛ اما رایج‌ترین و گسترده‌ترین روش، استفاده از مکمل‌ها است.

استاندارد ۳ کمبودهای ریزمغذی:

کمبودهای ریزمغذی

کمبودهای ریزمغذی اصلاح می‌گردند.

اقدامات کلیدی

۱. اطلاعات را درباره وضعیت پیش از بحران برای تعیین رایج‌ترین انواع کمبودهای ریزمغذی جمع‌آوری نمایید.
۲. کارکنان بخش سلامت را در زمینه شناسایی و درمان کمبودهای ریزمغذی، مورد آموزش قرار دهید.

1. supplements
2. fortificants
3. food-based

۳ پاسخ‌دهی به خطرهای کمبود ریزمغذی را تعبیه کنید.

۴ پاسخ‌دهی ریزمغذی را با پاسخ‌دهی سلامت عمومی به‌منظور کاهش بیماری‌های عموماً مرتبط با بحران‌ها از جمله ویتامین آ برای مدیریت سرخک و روی برای مدیریت اسهال، پیوند دهید.

شاخص‌های کلیدی

هیچ‌گونه مورد اسکوربوت^۱، پلاگر^۲، بری‌بری^۳ یا کمبود ریبوفلاوین وجود ندارد.

- بنگرید به ضمیمه ۵: سنجه‌های اهمیت کمبودهای ریزمغذی در سلامت عمومی برای آشنایی با تعریف اهمیت سلامت عمومی برحسب گروه سنی و کل جمعیت.
- از شاخص‌های موجود ملی یا مختص موقعیت استفاده نمایید.
- مقیاس‌های خشکی چشم، کم‌خونی و کمبود ید فاقد اهمیت سلامت عمومی هستند.
- بنگرید به ضمیمه ۵: سنجه‌های اهمیت کمبودهای ریزمغذی در سلامت عمومی برای آشنایی با تعریف اهمیت سلامت عمومی برحسب گروه سنی و کل جمعیت.
- از شاخص‌های موجود ملی یا مختص موقعیت استفاده نمایید.

یادداشت‌های راهنما

تشخیص کمبودهای بالینی ریزمغذی‌ها: کمبودهای بالینی ریزمغذی‌ها باید همواره توسط کارکنان ذیصلاح بخش پزشکی تشخیص داده شوند. در صورت ادغام شاخص‌های بالینی این کمبودها در نظام‌های مراقبت سلامت یا تغذیه، کارکنان را درخصوص اجرای ارزیابی پایه و ارجاع متعاقب آموزش دهید. تعاریف موردی دشوار هستند. در بحران‌ها، آن‌ها را از طریق پاسخ‌دهی به مکمل‌ها مشخص کنید.

کمبود ریزمغذی‌های ساب‌کلینیکال^۴ عبارت‌اند از مواردی که آن‌قدر شدید نیستند که همراه با علائم قابل‌شناسایی سریع و مشخص باشند. بااین‌وجود، این کمبودها دارای پیامدهای نامطلوب سلامتی می‌باشند. شناسایی مستلزم آزمایش‌های تخصصی بیوشیمیایی است. کم‌خونی موردی استثنا است که آزمایش پایه برای آن موجود می‌باشد و به‌سادگی قابلیت اجرای میدانی دارد.

شاخص‌های غیرمستقیم را می‌توان برای ارزیابی خطر کمبودهای ریزمغذی و تعیین زمان نیاز به مصرف مکمل‌ها یا رژیم غذایی بهبودیافته به‌کار برد. ارزیابی غیرمستقیم شامل تخمین مصرف مغذی‌ها در سطح جمعیت و تعیین خطر کمبود است. بدین منظور، داده‌های موجود را پیرامون دسترسی به غذا، موجودیت و استفاده بررسی کنید و کافی بودن سهمیه غذایی را ارزیابی نمایید.

پیشگیری: راهبردهای پیشگیری از کمبود ریزمغذی در بخش ۶ ذیل تشریح شده‌اند (⊕ بنگرید به /استاندارد ۱-۶ کمک‌های غذایی: الزامات کلی تغذیه). کنترل بیماری دارای نقشی تعیین‌کننده در پیشگیری از کمبودهای ریزمغذی است. عفونت حاد تنفسی، سرخک، عفونت‌های انگلی مانند مالاریا و اسهال نمونه‌های بیماری‌هایی هستند که باعث تمام شدن ذخایر ریزمغذی‌ها در فروشگاه‌ها می‌گردند. آمادگی برای درمان عبارت است از تدوین تعاریف موردی و

1. scurvy
2. pellagra
3. beriberi
4. subclinical



راهکارها برای درمان و نظام‌های فعال موردیابی^۱. $\oplus$ بنگرید به /استانداردهای ۱-۲ و ۲-۲ و ۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودکان.

درمان کمبودهای ریزمغذی: موردیابی و درمان باید درون نظام سلامت و برنامه‌های تغذیه انجام گردند. در موارد بالاتر بودن میزان کمبود ریزمغذی از آستانه‌های سلامت عمومی، درمان فراگیر جمعیت با مکمل‌ها مناسب به نظر می‌آید. اسکوروبوت (کمبود ویتامین ث)، پلاگر (کمبود نیاسین^۲)، بری‌بری (کمبود تیامین^۳) و اریبوفلاوینوزیس^۴ (کمبود ریبوفلاوین) رایج‌ترین بیماری‌های مشاهده‌شده ناشی از کمبود ریزمغذی‌ها هستند. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۵: سنجه‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامت عمومی.

اقدامات سلامت عمومی برای کنترل کمبود ریزمغذی‌ها شامل موارد زیر هستند:

- تأمین مکمل‌های ویتامین آ برای واکسیناسیون کودکان شش الی ۵۹ ماهه.
 - کرم‌زدایی تمامی کودکان ۱۲ الی ۵۹ ماهه.
 - اضافه کردن نمک یددار و سایر اقلام غنی‌شده مانند روغن نباتی غنی‌شده با ویتامین آ و ویتامین دی به سبد غذایی و ارائه پودرهای ریزمغذی یا مکمل‌های روغن یددار.
 - تأمین محصولات ریزمغذی متعدد حاوی آهن برای کودکان ۶ الی ۵۹ ماهه.
 - تأمین مکمل‌های ریزمغذی متعدد حاوی آهن شامل فولیک اسید برای زنان باردار و شیرده.
- چنانچه محصولات ریزمغذی متعدد حاوی آهن موجود نباشند، مکمل‌های فولیک اسید و آهن روزانه را به زنان باردار و زنانی که در ۴۵ روز گذشته زایمان داشته‌اند، ارائه نمایید.

از شاخص‌های غیرمستقیم تفکیک‌شده به جنسیت برای ارزیابی خطر کمبود ریزمغذی‌ها در جمعیت متأثر استفاده نمایید و نیاز را برای مصرف بهبودیافته رژیم غذایی یا استفاده از مکمل‌ها تعیین کنید. به‌عنوان نمونه، شاخص‌های غیرمستقیم کمبود ویتامین‌ها می‌توانند شامل وزن کم هنگام تولد، کم‌وزنی یا کوتاهی قد^۵ باشند. خطر کمبود ریزمغذی‌ها را در میان افراد متأثر ارزیابی کنید و نیاز را برای بهبود رژیم غذایی یا استفاده از مکمل‌ها مشخص نمایید. $\oplus$ بنگرید به /استاندارد ۱-۲ /ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه: ارزیابی تغذیه.

1. case-finding
2. niacin
3. thiamine
4. ariboflavinosi
5. stunting

ع. تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال

پشتیبانی مناسب و به موقع از تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها باعث نجات جان آن‌ها و حمایت از تغذیه، سلامت و رشد کودکان می‌گردد. رویه‌های نامناسب تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال، آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر کمبود تغذیه، بیماری و مرگ افزایش می‌دهند و سلامت مادران از این رو تضعیف خواهد شد. بحران‌ها باعث گسترش این چنین خطرهایی می‌شوند. برخی از اطفال شیرخوار و کودکان خردسال از جمله گروه‌های زیر به طور خاص آسیب‌پذیرند:

- اطفال شیرخوار دچار کمبود وزن هنگام تولد.
- کودکان جداشده از والدین و فاقد همراه.
- اطفال شیرخوار و فرزندان مادران افسرده.
- کودکان زیر دو سال سن که از شیر مادر تغذیه نمی‌کنند.
- کودکان متعلق به جمعیت‌های در حال زندگی با آبی‌وی به میزان متوسط یا بالا.
- کودکان دارای معلولیت مخصوصاً آن‌هایی که دچار مشکلات تغذیه هستند.
- اطفال شیرخوار و کودکان خردسال مبتلا به سوءتغذیه حاد، کوتاهی قد یا کمبود ریزمغذی‌ها.

در تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در طی بحران‌ها باید به اقدامات و مداخلات حمایتی و پشتیبانی از نیازهای تغذیه این گروه سنی که زیر ۲۳ ماه هستند توجه نمود. این گروه سنی درواقع کلیه کودکان برخوردار از تغذیه با شیر مادر و نیز غیربرخوردار از این گونه تغذیه را شامل می‌شود. مداخلات اولویت‌دار عبارت‌اند از:

- حمایت و پشتیبانی از شیردهی.
- تغذیه تکمیلی سالم و مناسب.
- مدیریت تغذیه مصنوعی اطفال شیرخوار بدون هیچ‌گونه امکان تغذیه با شیر مادر.

پشتیبانی از زنان باردار و شیرده برای نیک‌بود فرزندان آن‌ها بسیار مهم است. «تغذیه انحصاری با شیر مادر» یعنی آنکه طفل شیرخوار هیچ مایعی را به جز شیر مادر و هیچ جامدی را به جز داروها یا مکمل‌های ضروری ریزمغذی دریافت نکند. چنین رژیم غذایی متضمن امنیت غذایی و مایعات در شش ماهه اول زندگی اطفال است و از دستگاه ایمنی آنان حمایت می‌کند. شیردهی باعث تضمین رشد بهینه مغزی و ادامه حمایت از سلامت کودکان و شیرخواران در مقاطع سنی بعدی مخصوصاً در موقعیت‌های نبود امکانات آقاب خواهد شد. تغذیه با شیر مادر همچنین باعث حمایت از سلامت مادران از طریق تأخیر در قاعدگی و مراقبت از آن‌ها در برابر سرطان پستان می‌شود. این گونه تغذیه، نیک‌بود روانی را با ارتقای حس وابستگی و پاسخ‌دهی ارتقا می‌بخشد.

اقدامات کلیدی مندرج در این بخش نشانگر راهنمای عملیاتی درخصوص تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها (راهنمای عملیاتی)^۱ می‌باشند. راهنمای عملیاتی محصول کارگروه میان‌سازمانی با هدف ارائه راهنمای مفید و مختصر و عملی درباره چگونگی تضمین تغذیه مناسب اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها و همچنین منشور بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر («منشور»)^۲ است.

1. Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (Operational Guidance)
2. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes ("the Code")



استاندارد ۱-۴ تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال: هماهنگی و راهنمایی سیاست‌گذاری

هماهنگی و راهنمایی سیاست‌گذاری متضمن تغذیه ایمن، به‌موقع و مناسب اطفال شیرخوار و کودکان خردسال می‌گردد.

اقدامات کلیدی

۱. **مقام مسئول هماهنگی تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال را در بحران‌ها درون سازوکار هماهنگی بحران مشخص نمایید و همکاری را میان بخش‌های مختلف تضمین کنید.**
 - در نظر داشته باشید که دولت مقام مسئول هماهنگی در کلیه موارد ممکن است.
۲. **جزئیات راهنمای عملیاتی را درباره راهنمای سیاست‌گذاری مربوط به سازمان‌های ملی و بشردوستانه در زمینه آمادگی لحاظ کنید.**
 - در شرایط نبود سیاست‌گذاری، بیانیه مشترک و راهنما را با مقامات مسئول کشوری تدوین کنید.
 - سیاست‌های ملی مربوط را در کلیه موارد ممکن تقویت نمایید.
۳. **از اطلاع‌رسانی منسجم، هماهنگ و به‌موقع در زمینه تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها در کلیه سطوح پاسخ‌دهی پشتیبانی به عمل آورید.**
 - کلیه رویه‌ها و سیاست‌های موجود تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها را در اسرع وقت به اطلاع سازمان‌های بشردوستانه، حامیان مالی و رسانه‌ها برسانید.
 - خدمات موجود، رویه‌های تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال و سازوکارهای بازخورد را به افراد متأثر اطلاع‌رسانی کنید.
۴. **از پذیرفتن یا پیگیری کمک‌های جایگزین شیر مادر، سایر محصولات شیری مایع، شیشه‌های تغذیه و سرشیشه اجتناب نمایید.**
 - کمک‌های دریافت شده باید توسط مقام مسئولی که مطابق با راهنمای عملیاتی و منشور تعیین می‌شود، مدیریت گردند.
 - هدف‌گذاری و استفاده، خرید، مدیریت و توزیع کاملاً مشخص جایگزین‌های شیر مادر را تضمین نمایید. این روند باید بر مبنای ارزیابی خطر و نیازها، تحلیل داده‌ها و راهنمای فنی انجام گردد.

شاخص‌های کلیدی

- درصد سیاست‌های اتخاذشده تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها که نشانگر جزئیات راهنمای عملیاتی هستند.
- هیچ‌گونه مورد نقض منشور گزارش نشده است.
- درصد موارد کمک‌های جایگزین شیر مادر، محصولات شیری مایع، شیشه‌ها و سرشیشه‌ها که ناقض منشور هستند و به شکلی به‌نگام حل‌وفصل گشتند.

یادداشت‌های راهنما

اطلاع‌رسانی به افراد متأثر، پاسخ‌دهندگان و رسانه‌ها: اطلاع‌رسانی درباره خدمات موجود و رویه‌های سالم تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال مستلزم پیام‌های مناسب برای گروه‌های مختلف تأمین‌کننده کمک و عموم مردم است. هنگام تولید پیام‌ها، ضرورت پشتیبانی را از گروه‌های زیر در نظر بگیرید: مادران بزرگ‌ها و پدر بزرگ‌های مراقب کودک، والدین تک‌سرپرست، خانوارهای کودک سرپرست، برادران یا خواهران و همچنین مراقبین دارای معلولیت و افراد در حال زندگی با آج‌آی‌وی.

منشور بین‌المللی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر: این منشور از کودکان تحت تغذیه مصنوعی از طریق تضمین کاربرد جایگزین‌های سالم شیر مادر حمایت می‌نماید. منشور مذکور بر مبنای اطلاعات بی‌غرض و صحیح است و کاربرد آن در کلیه موقعیت‌ها صدق می‌نماید. این منشور باید در طی فاز آمادگی در قوانین ادغام گردد و در طی پاسخ‌دهی به بحران اعمال شود. در غیاب قوانین ملی، مفاد منشور را به میزان حداقل اجرا کنید.

منشور مذکور باعث محدودیت در دسترسی بودن یا ممنوعیت کاربرد جایگزین‌های شیر مادر، شیشه‌های تغذیه و سرشیشه‌ها نمی‌گردد و صرفاً بازاریابی، خرید و توزیع این اقلام را محدود می‌سازد. موارد رایج نقض منشور در بحران‌ها ناشی از مسائل مرتبط با برچسب‌های اقلام و توزیع غیرهدفمند هستند. در طی بحران‌ها، موارد نقض منشور را پایش نمایید و به صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)^۱، سازمان جهانی بهداشت و مقامات مسئول محلی گزارش کنید.

از شاخص‌های استاندارد موجود استفاده کنید و شاخص‌های مختص موقعیت را در موارد نبود چنین شاخص‌هایی، تدوین نمایید. معیارهای تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال را در بحران‌ها به‌منظور تعیین میزان پیشرفت و دستاورد با توجه به بازه‌های زمانی مداخلات تعریف کنید. کاربرد منسجم را از شاخص‌های تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها در میان تمامی شوراهای اجرایی و در پیمایش‌ها تشویق نمایید. ارزیابی‌ها یا بخش‌هایی را از ارزیابی وضعیت موجود به‌عنوان قسمتی از پایش مداخلات تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها تکرار کنید. از پیمایش‌های سالانه برای تعیین تأثیر این مداخلات استفاده نمایید.

تغذیه مصنوعی: تمامی جایگزین‌های شیر مادر باید مطابق با منشور غذا^۲ و منشور بین‌المللی باشند. دسترسی به خدمات کافی آفاب برای حداقل‌سازی خطرهای تغذیه مصنوعی بسیار ضروری است. نظام توزیع جایگزین‌های شیر مادر بستگی به موقعیت و ازجمله مقیاس مداخله دارد. شیر خشک و سایر جایگزین‌های شیر مادر را در موارد توزیع کلی یا فراگیر غذا لحاظ نکنید. محصولات شیر خشک و شیر مایع را به‌عنوان قلم خوراکی واحد توزیع نکنید. موارد مصرف و مدیریت تغذیه مصنوعی باید مطابق با راهنمای عملیاتی و منشور راهنمایی مقام مسئولی باشد که برای هماهنگی تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال تعیین شده است.



1. United Nations Children's Fund (UNICEF)
2. Codex Alimentarius

استاندارد ۲-۴ تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال:

پشتیبانی چندبخشی از تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها

مادران و مراقبین اطفال شیرخوار و کودکان خردسال به پشتیبانی تغذیه به‌موقع و مناسبی نیاز دارند که خطرهای را به حداقل می‌رسانند، حساسیت‌های فرهنگی را رعایت می‌کنند و پیامدهای تغذیه، سلامت و زنده‌مانی را ارتقا می‌بخشند.

اقدامات کلیدی

- ۱ زنان باردار و شیرده را در زمینه دسترسی به غذا، کمک‌های نقدی یا کالا برگی و سایر مداخلات حمایتی، اولویت‌بندی کنید.
- ۲ دسترسی زنان باردار و شیرده را به مشاوره حرفه‌ای شیردهی تأمین نمایید.
- ۳ مادران تمامی نوزادان را برای حمایت از شروع بهنگام تغذیه انحصاری با شیر مادر، هدف‌گذاری کنید.
 - راهنمای ساده برای تغذیه انحصاری با شیر مادر را در خدمات سلامت مادران ارائه کنید.
 - از تغذیه انحصاری با شیر مادر برای اطفال زیر پنج ماه و ادامه شیردهی برای کودکان شش ماهه الی دو ساله، حمایت و پشتیبانی به عمل آورید و آن را ترویج کنید.
 - در موارد تغذیه ترکیبی در میان اطفال زیر پنج ماه، از فرآیند گذار به تغذیه انحصاری با شیر مادر پشتیبانی کنید.
- ۴ جایگزین‌های مناسب شیر مادر، تجهیزات تغذیه و پشتیبانی مرتبط را در اختیار مادران و مراقبین قرار دهید که اطفال آن‌ها نیازمند تغذیه مصنوعی هستند.
 - ایمنی و پایداری شیرآوری مجدد و شیردهی را در موارد عدم تغذیه اطفال با شیر مادر بررسی نمایید. موقعیت فرهنگی یا موجود بودن خدمات را در چنین شرایطی در نظر بگیرید.
 - چنانچه جایگزین‌های شیر مادر تنها گزینه قابل قبول باشند، بسته اساسی حمایتی را با تجهیزات تغذیه و پخت‌وپز، پشتیبانی آفاب و دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت لحاظ نمایید.
- ۵ از حمایت‌های غذایی مکمل مناسب، به‌موقع، سالم و کافی پشتیبانی نمایید.
 - غذاهای خانگی را برای مناسب بودن آن‌ها به‌عنوان غذاهای تکمیلی برای کودکان ارزیابی کنید و پشتیبانی و توصیه مختص موقعیت را درباره تغذیه تکمیلی ارزیابی نمایید.
 - دسترسی به تجهیزات تغذیه و اقلام موردنیاز را با توجه به کودکان دچار مشکلات تغذیه تضمین نمایید.
- ۶ حمایت‌های تغذیه را در اختیار اطفال شیرخوار و کودکان خردسالی که به‌طور خاص آسیب‌پذیرند، قرار دهید.
 - از فعالیت‌های محرک اطفال شیرخوار و روش‌های مراقبت از رشد اوان کودکی^۱ در برنامه‌های تغذیه پشتیبانی کنید.
- ۷ مکمل‌های ریزمغذی را در صورت لزوم تأمین کنید.
 - مکمل‌های روزانه را به شکل زیر در اختیار زنان باردار و شیرده قرار دهید: ریزمغذی‌های متعدد یک‌بار در روز برای حمایت از ذخایر مادر و محتوای شیر وی، هم برای زنان دریافت‌کننده سهمیه‌های تقویت‌شده و هم برای سایر زنان.

1. early childhood care and development (ECD)

- مکمل‌های آهن و فولیک اسید را در موارد ذکرشده ادامه دهید.

شاخص‌های کلیدی

درصد زنان شیرده دارای دسترسی به مشاوره حرفه‌ای.

درصد مراقبین دارای دسترسی به جایگزین‌های مناسب شیر مادر مطابق با منشور بین‌المللی و پشتیبانی مربوطه برای اطفال شیرخوار نیازمند تغذیه مصنوعی.

درصد مراقبین دارای دسترسی به غذاهای تکمیلی سالم و به‌موقع، مناسب و کافی از لحاظ تغذیه برای کودکان ۶ الی ۲۳ ماهه

یادداشت‌های راهنما

پایش و ارزشیابی تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران: نیازها و اولویتهای مداخلات تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال را در بحران ارزیابی نمایید و تأثیرگذاری این‌گونه مداخلات را پایش کنید.  بنگرید به استاندارد ۲-۱ ارزیابی‌های امنیت غذایی با تغذیه: ارزیابی تغذیه.

همکاری چندبخشی: نقاط ورودی هر بخش برای شناسایی و پشتیبانی از تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران شامل موارد زیر هستند:

- مراقبت‌های پیش از زایمان و پس از زایمان.
- نقاط ایمن‌سازی.
- پایش رشد.
- رشد دوران کودکی.
- خدمات درمانی اچ‌آی‌وی (شامل پیشگیری از انتقال از مادر به فرزند).
- درمان سوءتغذیه حاد.
- حمایت روانی- اجتماعی و سلامت روان و حمایت سلامت اجتماع.
- خدمات آفاب.
- محل کار.
- فعالیت‌های ترویج کشاورزی.

گروه‌های هدف: تمامی داده‌های ارزشیابی و برنامه برای کودکان زیر پنج سال باید برحسب جنس و سن تفکیک گردند: صفر الی پنج ماه، شش الی ۱۱ ماه، ۱۲ الی ۲۳ ماه و ۲۴ الی ۵۹ ماه. تفکیک برحسب معلولیت از ۲۴ ماه توصیه می‌گردد.

خدمات را برای تأمین نیازهای مراقبتی و تغذیه کودکان دارای معلولیت، اطفال شیرخوار و کودکان خردسال فاقد همراه یا جدانشده از والدین شناسایی و ایجاد نمایید. کودکان فاقد همراه یا جدانشده از والدین را به شرکای بخش حمایت از کودکان ارجاع دهید. زنان باردار و شیرده را مشخص کنید.

جمعیت‌های زیر را در نظر بگیرید: جمعیت‌های دارای شیوع متوسط یا بالای اچ‌آی‌وی، کودکان جدانشده از والدین و فاقد همراه، اطفال شیرخوار دارای وزن کم هنگام تولد، کودکان دارای معلولیت و دارای مشکلات تغذیه، کودکان زیر



دو سال که با شیر مادر تغذیه نشده‌اند و کودکان مبتلا به سوءتغذیه شدید. توجه داشته باشید که فرزندان مادران افسرده معمولاً در خطر بالاتر از سوءتغذیه به سر می‌برند.

زنان باردار و شیرده: چنانچه نیازهای زنان باردار و شیرده در برنامه‌های غذا، کمک‌های نقدی یا کاربرگ برآورده نشوند، این دسته از زنان را برای دریافت غذای تقویت‌شده هدف‌گذاری کنید. مکمل‌های ریزمغذی را مطابق با توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در اختیار آن‌ها قرار دهید.

حمایت‌های روانی- اجتماعی را شامل ارجاع به خدمات سلامت روان در صورت ضرورت برای مادران مبتلا ساماندهی کنید. پشتیبانی مناسب را برای مادران دارای معلولیت مشخص کنید. اماکن ایمن را در اردوگاه و سایر مراکز جمعی برای زنان به‌منظور شیردهی در قالب فضاهای دوستدار کودک با مناطق انحصاری شیردهی ایجاد نمایید.

اطفال تغذیه‌شده با شیر مادر: برنامه‌ریزی و تخصیص منابع باید متضمن پشتیبانی حرفه‌ای از شیردهی در شرایط دشوار باشد. امر مذکور می‌تواند دربرگیرنده اطفال زیر شش ماه مبتلا به سوءتغذیه حاد، جمعیت‌هایی که تغذیه ترکیبی در آن‌ها رواج دارد و تغذیه اطفال شیرخوار در شرایط اچ‌آی‌وی باشد.

اطفال تغذیه نشده با شیر مادر: در تمامی بحران‌ها، از اطفال شیرخوار و کودکان خردسال که با شیر مادر تغذیه نشده‌اند حمایت نمایید و به آن‌ها در برآورده ساختن نیازهای تغذیه خود کمک کنید. عواقب عدم تغذیه با شیر مادر بنا به سن کودک متغیرند. کم‌سن‌ترین کودکان دچار بیشترین آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های عفونی هستند و به دسترسی به اقالم تضمین‌شده جایگزین‌های مناسب شیر مادر، سوخت، تجهیزات و شرایط آفتاب و آبستکی دارند.

شیر فرآورده برای اطفال و سایر جایگزین‌های شیر مادر: شیر فرآورده جایگزین مناسب شیر مادر برای اطفال زیر پنج ماه است. انواع شیر فرآورده آماده برای استفاده به‌صورت مایع، مناسب‌ترین گزینه است زیرا نیازمند آماده‌سازی نیست و خطرات ایمنی آن نسبت به شیر پودری اطفال کمتر است.

استفاده مناسب، نگهداری دقیق و رعایت بهداشت ظروف تغذیه برای شیر فرآورده آماده برای مصرف اطفال بسیار ضرورت دارند. شیر فرآورده آماده برای مصرف عمده است و طبیعتاً هزینه حمل‌ونقل و ذخیره‌سازی آن بالاست. برای کودکان حداقل شش ماهه، از شیرهای مایع جایگزین شامل موارد زیر استفاده نمایید: شیر یا خامه پاستوریزه گاو، بز، گوسفند، شتر یا بوفالو، شیر فرادما، شیر مایع تخمیر شده یا ماست.

استفاده از شیر فرآورده برای کودکان بیش از شش ماه بستگی به رویه‌های پیش از بحران، منابع موجود، منابع شیرهای مایع جایگزین، کافی بودن غذاهای تکمیلی و سیاست‌گذاری سازمان‌های بشردوستانه دارد. مصرف جایگزین‌های شیر مادر می‌تواند کاربرد کوتاه یا درازمدت داشته باشد. پیگیری شیرهای مایع دوران رشد و همچنین شیرهای مایع نوباوگان عرضه‌شده به بازار برای کودکان بیش از شش ماه ضرورت ندارند.

کارکنان واجد شرایط بخش سلامت یا تغذیه می‌توانند نیاز به شیر فرآورده را از طریق ارزشیابی، پیگیری و پشتیبانی فردی مشخص نمایند. در صورت مقدور نبودن ارزشیابی فردی، با مقام مسئول هماهنگی و سازمان‌های بشردوستانه برای کسب توصیه در زمینه معیارهای هدف‌گذاری و ارزشیابی مشورت نمایید. شیر فرآورده اطفال را در دوره تغذیه آن‌ها با شیر مادر یا برای حداقل شش ماه تأمین نمایید. هنگام ارائه جایگزین‌های شیر مادر به اطفال نیازمند آن‌ها، مادران شیرده را ناخودآگاه به استفاده از این جایگزین‌ها ترغیب نکنید.

از شیشه‌های تغذیه استفاده نکنید چراکه نظافت آن‌ها دشوار است. استفاده از فنجان یا استکان را برای این امر ترویج کنید.

نظام مراقبت بیماری‌ها را در سطح فردی و عمومی با تمرکز بر اسهال حفظ کنید.

تغذیه تکمیلی عبارت است از فرایند آغازشده در شرایطی که شیر مادر به‌تنهایی برای برآورده کردن نیازهای تغذیه

اطفال کفایت نمی‌کند و سایر غذاها و مایعات همراه با شیر مادر ضرورت پیدا می‌کنند. مایعات و غذاهای تکمیلی چه تولیدشده به‌صورت صنعتی و چه آماده‌شده در محل باید در اختیار کودکان شش الی ۲۹ ماهه قرار گیرند.

خلاهای موجود و پیشین تغذیه، نقشی کلیدی را در تعیین گزینه‌های پشتیبانی از غذای مکمل ایفا می‌کنند. سایر ملاحظات عبارت‌اند از استطاعت‌پذیری و موجودیت رژیم غذایی مغذی، مسائل فصلی اقلام غذایی و دسترسی به غذاهای مکمل موجود محلی دارای کیفیت مناسب. گزینه‌های مداخلات غذای مکمل شامل موارد زیر هستند:

- کمک‌های نقدی برای خرید غذاهای موجود محلی تقویت‌شده و مملو از مواد مغذی.
- توزیع غذاهای غنی‌شده یا غذاهای خانگی مملو از مواد مغذی.
- تأمین غذاهای غنی‌شده ریزمغذی متعدد به کودکان ۶ الی ۲۳ ماهه.
- تقویت غذاهای خانگی با مکمل‌های ریزمغذی مانند پودرهای ریزمغذی یا سایر مکمل‌ها.
- برنامه‌های معیشتی.
- برنامه‌های شبکه ایمنی.

آموزش و پیام‌رسانی را همراه با کمک‌های نقدی به‌منظور تضمین آشنایی افراد متأثر با مصرف بهینه نقدینگی برای پیامدهای تغذیه‌ای، در نظر بگیرید.

مکمل‌های ریزمغذی: کودکان شش الی ۵۹ ماهه که غذاهای غنی‌شده دریافت نمی‌کنند شاید نیازمند مکمل‌های ریزمغذی متعدد برای پاسخ‌دهی به نیازهای تغذیه خود باشند. مکمل‌های ویتامین آ توصیه می‌گردند. در مناطق بومی مالاریا، آهن را به هر شکل از جمله پودرهای ریزمغذی و همواره همراه با راهبردهای تشخیص، پیشگیری و درمان مالاریا تأمین نمایید. نمونه‌های راهبردهای پیشگیری از مالاریا عبارت‌اند از ارائه پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش، برنامه‌های کنترل ناقلین بیماری، تشخیص سریع مالاریا و درمان با استفاده از داروهای اثربخش ضد این بیماری. آهن را در اختیار کودکان فاقد دسترسی به راهبردهای پیشگیری از مالاریا قرار ندهید. آهن و فولیک اسید یا مکمل‌های متعدد ریزمغذی را در اختیار زنان باردار و شیرده مطابق با آخرین راهکارها قرار دهید.

اچ‌آی‌وی و تغذیه اطفال شیرخوار: از مادران در حال زندگی با اچ‌آی‌وی باید در راستای شیردهی برای حداقل ۱۲ ماه و حداکثر ۲۴ ماه یا دوره بیشتر هنگام درمان آنتی‌رترووایرال، پشتیبانی نمود. در صورت فراهم نبودن داروهای آنتی‌رترووایرال، راهبردی را انتخاب کنید که بیشترین فرصت زنده‌مانی عاری از اچ‌آی‌وی را برای اطفال ممکن سازد. چنین گزینه‌ای یعنی متوازن‌سازی خطرهای انتقال اچ‌آی‌وی در برابر عواملی که ناشی از اچ‌آی‌وی در مرگ کودک نیستند. از مادران و مراقبین هر همین منوال حمایت کنید. دسترسی سریع به داروهای آنتی‌رترووایرال را اولویت‌بندی کنید.  بگیری به استاندارد ۳-۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری/اچ‌آی‌وی.

با دایه‌ها و مادران شیرده عاری از عفونت اچ‌آی‌وی و همچنین آن‌هایی که وضعیت اچ‌آی‌وی آن‌ها ناشناخته است، درخصوص تغذیه انحصاری با شیر مادر برای شش ماه اول زندگی نوزاد مشورت کنید. پس از این مدت، غذاهای مکمل را هم‌زمان با استمرار شیردهی تا حداقل ۲۴ ماهگی کودک، ارائه نمایید. اطفال شیرخواری که از تغذیه جایگزین استفاده می‌کنند نیازمند پشتیبانی و شناسایی فوری می‌باشند.

سیاست‌های موجود ملی و منطقه‌ای را در نظر بگیرید و مطابقت آن‌ها را با آخرین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت بررسی کنید. مشخص کنید که آیا سیاست‌های مذکور برای موقعیت جدید بحران با توجه به تغییر در مواجهه با خطر بیماری‌های عفونی غیر از اچ‌آی‌وی، مدت‌زمان احتمالی شرایط بحران، امکان تغذیه جایگزین و موجود بودن داروهای آنتی‌رترووایرال، مناسب هستند یا خیر. تهیه راهنمای به‌روز شده موقت و همچنین اطلاع‌رسانی آن به مادران و مراقبین شاید ضرورت داشته باشد.



خشونت جنسیت‌محور، حمایت از کودکان و تغذیه: خشونت جنسیت‌محور، نابرابری جنسیتی و تغذیه اغلب درهم‌تنیده هستند. خشونت خانگی می‌تواند به‌عنوان تهدیدی در برابر سلامت و نیک‌بود زنان و فرزندان آنان قلمداد گردد. کارکنان بخش تغذیه باید امکان ارجاع محرمانه و حمایتی را در اختیار مراقبین و کودکان در معرض خشونت جنسیت‌محور یا کودک‌آزاری قرار دهند. سایر عناصری که باید ادغام گردند عبارت‌اند از مشاوره، فعالیت در جهت احداث مراکز درمان دوستدار زنان و کودکان و پایش منظم میزان ترک درمان و عدم پاسخ‌دهی به آن. ادغام کارکنان متخصص خشونت جنسیت‌محور و حمایت از کودکان را به‌عنوان بخشی از کارکنان تغذیه، در نظر بگیرید. ⊕ بنگرید به اصول ۳ و ۴ حمایت.

بحران‌های سلامت عمومی: در بحران‌های سلامت عمومی، برای پیشگیری از هرگونه اختلال در دسترسی به خدمات پشتیبانی از تغذیه و سلامت، تضمین استمرار معیشت‌ها و امنیت غذایی خانگی و حداقل‌سازی خطرهای انتقال بیماری از طریق شیردهی و همچنین بیماری‌ها و مرگ‌ومیر مادران، گام‌های لازم را بردارید. برای راهنمایی درخصوص ویروس زیکا، ابولا و وبا، در صورت نیاز به راهنمای سازمان جهانی بهداشت مراجعه کنید.

۵. امنیت غذایی

امنیت غذایی زمانی موجود است که همه افراد دسترسی فیزیکی و اقتصادی به غذای کافی، سالم و مغذی برآورده‌کننده نیازهای رژیم غذایی و ترجیحات غذایی آن‌ها برای زندگی فعال و سالم داشته باشند.

امنیت غذایی متأثر از عوامل اقتصاد کلان، اجتماعی-سیاسی و زیست‌محیطی است. نهادها، فرایندها یا سیاست‌های ملی و بین‌المللی می‌توانند بر دسترسی افراد متأثر به غذای کافی از لحاظ ویژگی‌های تغذیه تأثیرگذار باشند. فرسایش محیط‌زیست محلی و آب‌وهوای حدی و نوسانات فزاینده ناشی از تغییرات اقلیمی نیز بر امنیت غذایی اثر دارند.

در بحران بشردوستانه، پاسخ‌دهی امنیت غذایی باید معطوف به برآورده کردن نیازهای کوتاه‌مدت باشد و ضرورت اتخاذ راهبردهای سازگاری از سوی جمعیت متأثر که تأثیر بالقوه مخرب دارند، کاهش یابد. پاسخ‌دهی باید به‌تدریج از معیشت‌ها حمایت نماید، آن‌ها را ترمیم کند، فرصت‌های شغلی را تثبیت یا ایجاد سازد و به گسترش امنیت غذایی در درازمدت کمک کند. این کمک‌ها نباید همراه با تأثیری منفی بر منابع طبیعی و محیط‌زیست باشند.

عدم امنیت غذایی خانوار یکی از چهار دلیل زمینه‌ای کمبود تغذیه همراه با روش‌های نامناسب مراقبت و تغذیه، محیط ناسالم خانوار و مراقبت‌های نامناسب سلامت است.

منابع ضروری برای پاسخ‌دهی به نیازهای غذایی عموم مردم و افراد در معرض افزایش خطرهای تغذیه‌ای شامل کودکان زیر پنج سال سن، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی یا ایدز، سالمندان، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و افراد دارای معلولیت، در استانداردهای مندرج در این بخش تشریح شده‌اند.

در صورت عدم پاسخ‌دهی به نیازهای کل جمعیت، تأثیر پاسخ‌دهی معطوف به درمان سوءتغذیه محدود خواهد بود. افرادی که از سوءتغذیه بهبود می‌یابند؛ اما نمی‌توانند مصرف غذای مناسب را دریافت کنند، مجدداً دچار مشکل خواهند شد.

انتخاب اثربخش‌ترین و کارآمدترین گزینه‌های پاسخ‌دهی به بحران مستلزم تحلیل موشکافانه نیازهای تفکیک‌شده برحسب جنس، ترجیحات خانوار، هزینه‌اثربخشی و کارآمدی، خطرهای حمایت و تغییرات فصلی است. در این انتخاب، کمیت و نوع خاص غذای ضروری و روش پهنه توزیع آن نیز باید شناسایی گردند.

غذا مهم‌ترین هزینه‌کرد برای خانوارهای آسیب‌پذیر است. کمک نقدی می‌تواند افراد دریافت‌کننده کمک را قادر به مدیریت بهتر کلیه منابع خود نماید، اگرچه این مسئله بستگی به میزان ارزش کمک تأمین‌شده خواهد داشت. از طریق تدوین اهداف برنامه و تحلیل همراه با همکاری می‌توان هدف‌گذاری انتقال ارزش و هرگونه شرایط بالقوه مرتبط با انتقال را تبیین کرد.

هدف پاسخ‌دهی امنیت غذایی باید به‌تدریج در جهت فعالیت از طریق بازارهای محلی یا پشتیبانی از آن‌ها شکل گیرد. تصمیمات پیرامون خرید محلی، ملی یا منطقه‌ای باید بر مبنای شناخت بازارها از جمله ارائه‌کنندگان خدمات مالی اتخاذ گردند. برنامه‌ریزی بازارمحور از جمله کمک به کسب‌وکارها برای پر کردن مجدد انبار نیز می‌تواند پشتیبان بازارها باشد.  بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها و کتاب راهنمای حلقه استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل^۱.

1. Minimum Economic Recovery Standards (MERS): Core Standard 2 and Assessment and Analysis Standards



استاندارد ۵ امنیت غذایی:

امنیت غذایی کلی

افراد از کمک‌های غذایی متضمن زنده‌مانی، حفظ کرامت، پیشگیری از استهلاک دارایی‌ها و افزایش تاب‌آوری برخوردار می‌گردند.

اقدامات کلیدی

- ۱ پاسخ‌دهی را بر مبنای داده‌های ارزیابی امنیت غذایی برای پاسخ‌دهی به نیازهای فوری و در نظر گرفتن اقدامات پشتیبانی، حمایت، ارتقا و دستیابی مجدد امنیت غذایی طراحی نمایید.
 - هم گزینه‌های نقدی و هم گزینه‌های غیرنقدی را برای سبد غذایی در نظر بگیرید.
- ۲ راهبردهای گذار و خروج را برای تمامی برنامه‌های امنیت غذایی در اسرع وقت تدوین کنید.
 - نتایج به‌دست‌آمده را از سایر بخش‌ها در برنامه‌ها ادغام نمایید.
- ۳ اطمینان حاصل کنید که افراد دریافت‌کننده کمک، به دانش، مهارت و خدمات ضروری برای تاب‌آوری و پشتیبانی از معیشت خود دسترسی داشته باشند.
 - از محیط طبیعی در برابر تخریب بیشتر حمایت نمایید و آن را حفظ و ترمیم کنید.
 - تأثیر سوخت پخت‌وپز را بر محیط‌زیست لحاظ کنید.
 - راهبردهای معیشتی را که باعث جنگل‌زدایی یا فرسایش خاک نمی‌گردند، در نظر بگیرید.
- ۵ سطح پذیرش و دسترسی به مداخلات امنیت غذایی بشردوستانه را توسط افراد و گروه‌های گوناگون پایش نمایید.
 - اطمینان حاصل کنید که با افراد دریافت‌کننده کمک غذایی در زمینه طراحی پاسخ‌دهی مشورت می‌شود و احترام و کرامت آن‌ها حفظ می‌گردد.
 - سازوکاری برای تأمین بازخورد ایجاد کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد خانوارهای هدف دارای امتیاز قابل‌قبول مصرف غذا.

- بیش از ۳۵ درصد. در صورت تأمین روغن و شکر، بیش از ۴۲ درصد.

درصد خانوارهای هدف دارای امتیاز قابل‌قبول تنوع رژیم غذایی.

- بیش از پنج گروه اصلی غذایی مرتباً مصرف‌شده.

درصد خانوارهای هدف با شاخص قابل‌قبول راهبرد سازگاری.

درصد افراد دریافت‌کننده کمک که در ارتباط با درمان خود همراه با کرامت، شکایات یا بازخورد منفی گزارش می‌کنند.

- کلیه شکایات مرتبط تحت پایش و پاسخ‌دهی سریع قرار می‌گیرند.

یادداشت‌های راهنما

موقعیت: وضعیت امنیت غذایی گسترده‌تری را برای ارزیابی مستمر پاسخ‌دهی پایش کنید. زمان پایان دادن فعالیت‌ها و آغاز تغییرات یا پروژه‌های جدید را مشخص کنید و هرگونه نیاز را برای مطالبه‌گری شناسایی کنید.

در موقعیت‌های شهری، اقداماتی را جهت ایجاد شرایط مناسب با در نظر گرفتن شاخص‌های هزینه‌کرد غذای خانوار مخصوصاً در سکونتگاه‌های پرتراکم دارای درآمد پایین انجام دهید. به‌عنوان مثال، سهم هزینه‌کرد غذا و حداکثر میزان ازقلم‌افتاده آن شاید در مناطق شهری آن‌قدر صحیح نباشند چراکه هزینه‌های اقلام غیرخوراکی مانند اجاره و گرمایش نسبتاً بالاترند.

راهبردهای گذار و خروج: راهبردهای گذار و خروج را از همان ابتدای برنامه آغاز نمایید. پیش از پایان دادن برنامه یا انجام گذار، باید شواهد بهبود وجود داشته باشند و یا آنکه کنشگر دیگری بتواند مسئولیت بپذیرد. در مورد کمک‌های غذایی، این امر شاید به معنای شناخت نظام‌های شبکه‌های ایمنی درآمدت و یا حمایت اجتماعی موجود یا برنامه‌ریزی شده باشد.

برنامه‌های کمک‌های غذایی می‌توانند نظام‌های حمایت اجتماعی را هماهنگ سازند یا بنیانی را برای چنین نظام طبقاتی پایه‌ریزی کنند. سازمان‌های بشردوستانه همچنین می‌توانند به مطالبه‌گری برای نظام‌های پاسخ‌دهنده به عدم امنیت غذایی مزمن با برخورداری از اطلاعات حاصله از تحلیل عدم امنیت غذایی مزمن در موارد ممکن بپردازند. ⊕
بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل.

گروه‌های در معرض خطر: از ارزیابی خطرات اجتماع‌محور و سایر پایش‌های مشارکتی برای مقابله با رویه‌هایی استفاده نمایید که افراد و گروه‌های خاص را در خطر می‌اندازند. به‌عنوان مثال، توزیع سوخت یا اجاق‌های دارای سوخت کارآمد می‌تواند باعث کاهش خطرهای تعرضات جسمانی یا جنسی نسبت به زنان و دختران گردد. موارد افزایش کمک‌های نقدی مخصوصاً به خانوارها یا اشخاص آسیب‌پذیر از جمله خانوارهای زن سرپرست و کودک سرپرست و خانوارهای افراد دارای معلولیت می‌تواند خطر بهره‌کشی جنسی و کار کودک را کاهش دهند.

ساختارهای حمایت اجتماعی: ساختارهای حمایت اجتماعی را همراه با دریافت‌کنندگان آن‌ها طراحی نمایید تا به شکلی مناسب و کافی حفظ گردند و احتمال ماندگاری آن‌ها پس از پایان برنامه بالاتر باشد. نیازهای اشخاص آسیب‌پذیر را در طی طراحی در نظر بگیرید. به‌عنوان مثال، دختران و پسران جداسده از والدین یا فاقد همراه شاید از اطلاعات و رشد مهارت‌هایی که در داخل خانواده شکل می‌گیرند، محروم باشند. ⊕ بنگرید به تعهد ۴ استاندارد محوری بشردوستانه.

پشتیبانی از معیشت: ⊕ بنگرید به استانداردهای ۱-۷ و ۲-۷/امنیت غذایی و تغذیه - معیشت، کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل و کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامداری در بحران.

تأثیر زیست‌محیطی: افراد ساکن در اردوگاه‌ها نیازمند سوخت برای پخت‌وپز هستند که خود می‌تواند جنگل‌زدایی محلی را تسریع نماید. گزینه‌هایی را مانند توزیع سوخت، اجاق‌های کارآمد و انرژی جایگزین در نظر بگیرید. به مزایای بالقوه زیست‌محیطی، اختصاص کالاب‌رگ‌ها به اقلام و خدمات پایدار زیست‌محیطی توجه نمایید. به دنبال فرصت‌ها برای تغییر رسوم پیشین غذا و پخت‌وپز باشید که باعث تخریب محیط‌زیست می‌گردند. روندهای تغییر اقلیم را در نظر



بگیرید. فعالیت‌های تأمین‌کننده امداد در کوتاه‌مدت و کاهش‌دهنده خطر بحران را در میان‌مدت و درازمدت اولویت‌بندی کنید. به‌عنوان نمونه، خالی کردن انبارها شاید باعث کاهش فشار محلی بر مراعات در طی خشکسالی گردد. ⊕ ب‌گیرید به استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط‌زیست.

دسترسی و قابل‌قبول بودن: احتمال مشارکت افراد در برنامه‌ای که به‌راحتی قابل‌دسترس و دارای فعالیت‌های قابل‌قبول است، بالاتر می‌باشد. از طراحی مشارکتی با کلیه اعضای جمعیت متأثر به‌منظور تضمین پوشش کامل بدون تبعیض استفاده نمایید. اگرچه برخی از انواع پاسخ‌دهی امنیت غذایی برای افراد فعال اقتصادی هدف‌گذاری شده‌اند، پاسخ‌دهی باید برای کلیه افراد قابل‌دسترس باشد. به‌منظور غلبه بر محدودیت‌های گروه‌های در معرض خطر، به شکلی فعال با آن‌ها در راستای طراحی فعالیت‌ها و ایجاد ساختارهای حمایتی مناسب همکاری نمایید.

۶. کمک غذایی

کمک غذایی در شرایط عدم کفایت غذای موجود از بعد کمیت و کیفیت و یا دسترسی به آن به منظور پیشگیری از گسترش مرگ و میر، ابتلا به بیماری یا سوءتغذیه، ضرورت دارد. این کمک‌ها شامل پاسخ‌دهی بشردوستانه بهبوددهنده دسترسی و موجودیت غذا، آگاهی نسبت به تغذیه و رویه‌های تغذیه هستند. این گونه پاسخ‌دهی همچنین باید باعث پشتیبانی و تقویت معیشت افراد متأثر گردد. گزینه‌های پاسخ‌دهی شامل تأمین غذا، کمک‌های نقدی، پشتیبانی از تولید و حمایت از بازار می‌باشند. اگرچه برآورده ساختن نیازهای فوری یکی از اولویت‌ها در مراحل اولیه بحران است؛ اما پاسخ‌دهی باید از دارایی‌ها حفاظت و حمایت به عمل آورد، به بازیابی دارایی‌های ازدست‌رفته در بحران کمک کند و تاب‌آوری را در برابر تهدیدهای آتی افزایش دهد.

کمک غذایی را همچنین می‌توان برای پیشگیری از اتخاذ سازوکارهای سازگاری منفی از جمله فروش دارایی‌های مولد، بهره‌کشی بیش‌ازحد یا تخریب منابع طبیعی و یا انباشت بدهی استفاده نمود.

دامنه گسترده‌ای از ابزار را می‌توان در برنامه‌های کمک غذایی شامل موارد زیر به کار برد:

- موارد توزیع کلی غذا (تأمین غذا، کمک‌های نقدی برای خرید غذا).
- برنامه‌های فراگیر تغذیه تکمیلی.
- برنامه‌های هدفمند تغذیه تکمیلی.
- تأمین خدمات و دروندادهای مربوطه شامل انتقال مهارت‌ها یا دانش.

با توزیع کلی غذا، می‌توان از افرادی که بیشترین نیاز را به غذا دارند حمایت نمود. این گونه موارد توزیع را در شرایطی که افراد دریافت‌کننده کمک خود قادرند که غذا را از طرق دیگر تولید کنند و یا به آن دسترسی داشته باشند، متوقف سازید. تمهیدات لازم برای گذر از بحران، از جمله کمک نقدی مشروط یا حمایت معیشتی شاید موردنیاز باشند.

افراد دارای نیازهای خاص تغذیه علاوه بر سهمیه عمومی شاید به غذای مکمل احتیاج داشته باشند. این افراد شامل گروه‌های زیر هستند: کودکان شش الی ۵۹ ماهه، سالمندان، افراد دارای معلولیت‌ها، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی و زنان باردار یا شیرده. تغذیه مکمل در بسیاری از شرایط باعث نجات جان افراد می‌گردد. تغذیه در محل فقط در شرایطی رخ می‌دهد که افراد فاقد امکانات پخت‌وپز برای خود باشند. این گونه تغذیه فوراً پس از بحران، در پی جابجایی جمعیت یا شرایطی که عدم حمایت باعث به خطر انداختن افراد دریافت‌کننده سهمیه‌های غذایی بیرون‌بر می‌شود، ضرورت دارد. علاوه بر این، روش تغذیه در محل را می‌توان برای تغذیه اضطراری در مدارس به کار برد؛ اما درعین حال، سهمیه‌های غذایی بیرون‌بر را نیز می‌توان از طریق مدارس توزیع نمود. توجه داشته باشید که کودکان حضور نیافته در مدارس به چنین موارد توزیع دسترسی نخواهند داشت و باید سازوکارهای یاری‌رسانی را برای این دسته از کودکان برنامه‌ریزی کرد.

کمک غذایی مستلزم مدیریت مناسب زنجیره تأمین و توانمندی‌های پشتیبانی برای مدیریت اثربخش اقلام است.

مدیریت هر گونه نظام تأمین نقدی باید همراه با اقتدار و پاسخگویی و همچنین پایش منظم باشد.  بنگرید به بخش کمک‌رسانی از طریق بازارها.



استاندارد ۱-۶:

نیازهای کلی تغذیه

نیازهای تغذیه‌ای پایه افراد متأثر شامل آسیب‌پذیرترین افراد برآورده می‌گردند.

اقدامات کلیدی

- ۱ سطح دسترسی را به غذای کافی از نظر کمی و کیفی بسنجید.
 - به‌منظور مشخص نمودن پایداری یا احتمال کاهش سطح دسترسی، آن را به شکلی منظم ارزیابی نمایید.
 - دسترسی افراد متأثر را به بازارها ارزیابی کنید.
- ۲ کمک‌های نقدی و غذایی را برای پاسخ‌دهی به نیازهای استاندارد برنامه‌ریزی اولیه برای انرژی، پروتئین، چربی و مغذی‌ها طراحی نمایید.
 - سهمیه‌ها را برای جبران تفاوت مابین نیازهای تغذیه و روش‌های تأمین تغذیه توسط خود افراد برنامه‌ریزی کنید.
- ۳ به حمایت، ارتقا و پشتیبانی از دسترسی افراد متأثر به غذاهای مغذی و پشتیبانی تغذیه بپردازید.
 - نسبت به دسترسی کودکان شش الی ۲۴ ماهه به غذاهای مکمل و برخورداری زنان باردار و شیرده از پشتیبانی اضافه تغذیه اطمینان حاصل کنید.
 - مطمئن شوید که خانوارها و افراد دچار بیماری مزمن، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی و سل، سالمندان و افراد دارای معلولیت به غذای مکمل مناسب و پشتیبانی کافی تغذیه دسترسی دارند.

شاخص‌های کلیدی

درصد سوءتغذیه میان کودکان زیر پنج سال تفکیک‌شده برحسب جنس و همچنین معلولیت از ۲۴ ماهگی.

- از نظام طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت (حداقل رژیم غذایی قابل قبول – حداقل تنوع غذایی برای زنان)^۱ استفاده نمایید.

- به‌منظور تفکیک برحسب معلولیت، از پودمان یونیسف / گروه واشنگتن درخصوص کارکرد کودک^۲ استفاده کنید.

درصد خانوارهای هدف با امتیاز قابل قبول مصرف غذا.

- حداقل ۳۵ درصد. در صورت تأمین روغن و شکر، حداقل ۴۲ درصد.

درصد خانوارهای هدف دارای امتیاز قابل قبول تنوع رژیم غذایی.

- حداقل پنج گروه غذای اصلی به شکلی مرتب مصرف می‌شوند.

1. Minimum Accepted Diet (MAD) / Minimum Dietary Diversity for Women (MDD-W)

2. UNICEF/Washington Group module on Child Functioning

درصد خانوارهای هدف دریافت‌کننده نیازهای حداقل انرژی غذایی (۲۱۰۰ کیلوکالری برای هر فرد در روز) و مصرف توصیه‌شده روزانه ریزمغذی‌ها.

یادداشت‌های راهنما

پایش دسترسی به غذا: متغیرها را شامل میزان امنیت غذایی، دسترسی به بازارها، معیشت، سلامت و تغذیه در نظر بگیرید. توجه به این متغیرها به تعیین ثبات یا کاهش ثبات شرایط و همچنین ضرورت مداخلات غذایی کمک می‌نماید. از شاخص‌های نیابتی مانند امتیاز مصرف غذا یا ابزار تنوع رژیم غذایی استفاده نمایید.

انواع کمک: از اشکال مناسب کمک (نقدی، کالا برگ یا غیرنقدی) و یا ترکیب آن‌ها در راستای تضمین امنیت غذایی استفاده نمایید. در موارد کاربرد کمک‌های نقدی، توزیع غذای مکمل یا اضافی را برای پاسخ‌دهی نیازهای گروه‌های خاص در نظر بگیرید. به کفایت بازارها برای پاسخ‌دهی به نیازهای خاص تغذیه توجه کنید و از روش‌های خاص شامل ابزار ارزیابی حداقل هزینه رژیم غذایی سالم استفاده نمایید.

طراحی سهمیه‌های غذایی و کیفیت تغذیه: تعدادی از ابزار برنامه‌ریزی سهمیه غذایی از جمله ناتول^۱ (ارزش تغذیه) موجودند. در صورت طراحی سهمیه غذایی برای تأمین تمام محتوای انرژی رژیم غذایی، این رژیم باید حاوی مقادیر کافی کلیه مغذی‌ها باشد. در صورتی که سهمیه غذایی شامل فقط بخشی از نیازهای انرژی رژیم غذایی باشد، آن را باید با کاربرد یکی از دو رویکرد زیر طراحی نمود:

- در صورت ناشناخته بودن محتوای تغذیه‌ای سایر اقلام خوراکی در دسترس جمعیت، سهمیه را برای تأمین محتوای متوازن تغذیه به شکلی متناسب با محتوای انرژی سهمیه طراحی کنید.
 - در صورت شناخته بودن محتوای تغذیه سایر اقلام خوراکی در دسترس جمعیت، سهمیه را برای تکمیل این اقلام غذایی از طریق پر کردن کمبودهای مغذی طراحی کنید.
- از تخمین‌های زیر باید برای حداقل نیازهای تغذیه جمعیت در برنامه‌ریزی سهمیه‌های کلی استفاده نمود و آن‌ها را منطبق با موقعیت تنظیم کرد.
- ۲۱۰۰ کیلوکالری برای هر فرد در روز که ۱۰ الی ۱۲ درصد کل انرژی توسط پروتئین و ۱۷ درصد توسط چربی تأمین می‌گردد.

تضمین محتوای کافی مغذی در سهمیه‌های غذایی در موارد محدودیت انواع غذای موجود، چالش‌برانگیز خواهد بود. در این موارد، دسترسی به نمک یددار، نیاسین، تیامین و ریبوفلاوین را دنبال کنید. گزینه‌های بهبود کیفیت سهمیه غذایی شامل موارد زیرند: تقویت اقلام اصلی شامل غذاهای ترکیبی غنی‌شده و ترغیب خریداری اقلام غذایی تازه تولیدشده محلی با استفاده از کالا برگ. از محصولات تکمیلی مانند قرص‌ها یا پودرهای چربی‌محور^۲، مملو از مواد مغذی، غذاهای آماده برای مصرف یا دارای ریزمغذی‌های متعدد، استفاده کنید. پیام‌های تغذیه را برای اطفال شیرخوار و کودکان خردسال در بحران‌ها با هدف تضمین ترویج رویه‌های بهینه تغذیه تکمیلی و شیردهی به کار ببرید. ⊕
بگیرید به استانداردهای ۱-۴ و ۲-۴ تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال.

هنگام برنامه‌ریزی سهمیه‌ها، با اجتماعات برای در نظر گرفتن ترجیحات محلی و فرهنگی مشورت نمایید. غذاهایی را انتخاب کنید که نیاز به پخت‌وپز طولانی‌مدت در شرایط کمبود سوخت نداشته باشند. در صورت اعمال تغییرات در سهمیه‌ها، اطلاعات را با اجتماعات در اسرع وقت به‌منظور حداقل‌سازی ناخشنودی و محدود کردن خطر خشونت

1. NutVal
2. fat-based



علیه زنان تبادل نمایند چراکه زنان شاید به عنوان مقصر کاهش سهمیه‌ها تلقی گردند. برنامه خروج را از همان ابتدا برای مدیریت انتظارات، کاهش نگرانی و قادرسازی خانوارها به اتخاذ تصمیمات مربوطه، صراحتاً اطلاع‌رسانی نمایید.

پیوند با برنامه‌های سلامت: کمک غذایی می‌تواند باعث پیشگیری از وخامت وضعیت تغذیه جمعیت متأثر مخصوصاً در صورت همراهی با اقدامات سلامت عمومی در راستای پیشگیری از بیماری‌های همچون سرخک، مالاریا و عفونت انگلی گردد.  **بگیرید به استاندارد ۱-۱ نظام‌های سلامت: تأمین خدمات سلامت و استاندارد ۲-۱ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: پیشگیری.**

پایش مصرف غذا: شاخص‌های کلیدی برای کمک غذایی، دسترسی به غذا را سنجش می‌نمایند؛ اما مصرف آن را کمی‌سازی نمی‌کنند. سنجش مستقیم مصرف مغذی واقع‌گرایانه نیست. سنجش غیرمستقیم روش جایگزین مناسبی با استفاده از اطلاعات از منابع متعدد شامل موجود بودن غذا و کاربرد در سطح خانوار و همچنین ارزیابی قیمت غذا، موجودیت آن و سوخت لازم برای پخت‌وپز در بازارهای محلی است. سایر گزینه‌ها شامل بررسی سوابق و برنامه‌های توزیع کمک غذایی، ارزیابی هرگونه کمک غذایی موجود در دامن طبیعت و اجرای ارزیابی‌های امنیت غذایی می‌باشند.

گروه‌های در معرض خطر: هنگام تدوین معیارهای صلاحیت برای دریافت کمک غذایی، با گروه‌های مختلف با هدف شناسایی نیازهای خاص که شاید مورد غفلت قرار بگیرند، مشورت نمایید. غذاهای کافی و قابل قبول را مانند غذاهای غنی‌شده ترکیبی برای کودکان خردسال (شش الی ۵۹ ماهه) در سهمیه کلی لحاظ کنید. گروه‌های خاص جمعیتی که شاید نیازمند توجه خاص هستند عبارت‌اند از سالمندان، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی، افراد دارای معلولیت و مراقبین.

سالمندان: بیماری مزمن و معلولیت، انزوا، تعداد افراد در یک خانواده، آب‌وهوای سرد، درد و فقر می‌توانند باعث کاهش دسترسی به غذا و افزایش نیازهای مغذی گردند. سالمندان باید به منابع غذایی و توزیع آن به‌سادگی دسترسی داشته باشند. اقلام غذایی را باید به‌راحتی بتوان تولید و مصرف نمود و نیازهای اضافی پروتئینی و ریزمغذی سالمندان باید توسط این اقلام برآورده شوند.

افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی: افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی در معرض خطر بالای سوءتغذیه قرار دارند که این وضعیت ناشی از عواملی مانند کاهش مصرف غذا، جذب نامناسب مواد مغذی، تغییرات در متابولیسم و بیماری و عفونت‌های مزمن است. نیازهای انرژی افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی بنا به مرحله عفونت متغیر است. تقویت غذا یا تأمین مکمل‌های غذایی غنی‌شده، ترکیب‌شده یا خاص، راهبردهای ممکن برای بهبود دسترسی به رژیم غذایی مناسب می‌باشند. در برخی از شرایط، افزایش اندازه کلیه سهمیه‌های غذایی، گزینه‌ای مناسب است. افراد مبتلا به سوءتغذیه و در حال زندگی با اچ‌آی‌وی را به برنامه‌های تغذیه در صورت موجود بودن آن ارجاع دهید.

افراد دارای معلولیت از جمله افراد مبتلا به معلولیت‌های روانی - اجتماعی شاید در معرض خطر جداسازی از اعضای خانواده درجه یک خود و مراقبین معمول در شرایط بحران قرار بگیرند. این دسته از افراد امکان دارد دچار تبعیض نیز باشند. این گونه خطر را از طریق تضمین دسترسی فیزیکی به غذا، دسترسی به غذاهای ملو از انرژی و مغذی و همچنین سازوکارهای پشتیبانی از تغذیه، کاهش دهید. این فرایند می‌تواند شامل تأمین همزن دستی، قاشق و نی یا تدوین نظام‌های بازدید از خانواده یا یاری‌رسانی باشد. علاوه بر این، توجه داشته باشید که احتمال ثبت‌نام کودکان دارای معلولیت در مدارس کمتر است و این دسته از کودکان از برنامه‌های تغذیه مدارس محروم خواهند بود.

مراقبین: پشتیبانی از مراقبین افراد آسیب‌پذیر اهمیت دارد. مراقبین و افراد تحت مراقبت آن‌ها شاید در معرض موانع خاص تغذیه قرار داشته باشند. به عنوان نمونه، آن‌ها از زمان کمتری برای دسترسی به غذا به علت بیمار بودن یا مراقبت از افراد بیمار بر خوردار هستند. آن‌ها احتمالاً نیاز بیشتری به رعایت بهداشت فردی دارند و در عین حال، بنا به هزینه‌های درمانی یا مراسم خاک‌سپاری، دارایی‌های کمتری برای مبادله با غذا در دست دارند. مراقبین شاید با انگ اجتماعی

و دسترسی کمتر به سازوکارهای حمایت اجتماعی مواجه باشند. از شبکه‌های اجتماعی^۱ موجود برای آموزش اعضای منتخب جمعیت به‌منظور پشتیبانی از مراقبین استفاده نمایید.

استاندارد ۲-۶ کمک غذایی:

کیفیت، تناسب و قابل قبول بودن غذا

اقلام غذایی تأمین شده دارای کیفیت مناسب و قابل قبول هستند و از آن‌ها می‌توان به شکلی اثربخش و کارآمد استفاده نمود.

اقدامات کلیدی

۱) اقلام خوراکی منطبق با استانداردهای ملی دولت میزبان و سایر استانداردهای پذیرفته شده بین‌المللی را انتخاب نمایید.

- آزمایش‌های نمونه تصادفی^۲ را درخصوص ذخایر غذایی اجرا کنید.
- هنگام برنامه‌ریزی استفاده از غذاهای وارداتی با مقررات ملی درخصوص دریافت و کاربرد غذاهای تراریخته ژنتیک آشنا شوید و آن‌ها را رعایت نمایید.

۲) برچسب‌های تاریخ تولید، کشور مبدأ، تاریخ انقضا یا تاریخ «بهترین استفاده پیش از»، تحلیل مواد مغذی و دستورالعمل پخت‌وپز را به شکلی خوانا و به زبان محلی مخصوصاً برای غذاهایی که کمتر شناخته شده یا مصرف می‌گردند، تهیه کنید.

۳) دسترسی به آب، سوخت، اجاق و امکانات انبار غذا را ارزیابی نمایید.

- غذاهای آماده برای مصرف را در شرایط عدم دسترسی به امکانات پخت‌وپز در بحران‌ها تأمین نمایید.

۴) دسترسی را به تسهیلات آماده‌سازی و آسیاب غلات کامل تأمین کنید.

- هزینه‌های آسیاب غلات را از دریافت‌کنندگان با استفاده از روش‌های نقدی یا کالا برگ و یا رویکرد تأمین غلات بیشتر یا تجهیزات آسیاب (که البته چندان مطلوب نیست) تأمین نمایید.

۵) غذا را در شرایط مناسب، حمل‌ونقل و ذخیره کنید.

- استانداردها را در مدیریت ذخیره‌سازی همراه با بررسی‌های قاعده‌مند درخصوص کیفیت غذا رعایت نمایید.
- کمیت‌ها را با استفاده از واحدهای منسجم سنجش نمایید و از تغییر واحدها و روش‌های سنجش در طی پروژه اجتناب کنید.

1. social networks

توضیح مترجم: همانطور که قبلاً ذکر شد، عبارت «شبکه‌های اجتماعی» در فارسی امروزی شامل ابزار ارتباط جمعی مجازی از جمله فیس‌بوک، واتساپ، تلگرام و غیره هستند؛ اما در زبان انگلیسی، عبارت networks social که در این کتاب به کرات به کار رفته است بسیار فراتر از media social است و درواقع media social فقط نوعی از انواع مجازی networks social می‌باشد. برای اجتناب از ابهام مابین این دو مفهوم در فارسی، «رسانه‌های اجتماعی» را معادل media social و «شبکه‌های اجتماعی» را برای networks social به کار بردام.

2. random sample testing



شاخص‌های کلیدی

درصد جمعیت متأثری که گزارش می‌دهند که غذای تأمین‌شده دارای کیفیت مناسب و منطبق بر سلايق محلی است.

درصد جمعیت متأثری که گزارش می‌دهند که سازوکار دریافت غذا مناسب بود.

درصد خانوارهایی که گزارش می‌دهند که اقلام خوراکی دریافت شده به راحتی قابلیت تهیه و ذخیره‌سازی داشتند.

درصد افراد دریافت‌کننده کمک که شکایات یا بازخورد منفی مرتبط با کیفیت غذا را گزارش می‌نمایند.

- کلیه شکایات مرتباً پایش می‌گردند و به سرعت به آن‌ها پاسخ داده می‌شود.

درصد اتلاف غذایی گزارش‌شده در برنامه.

- حداکثر ۰/۲ درصد وزن کلی را هدف‌گذاری نمایید.

یادداشت‌های راهنما

کیفیت غذا: غذاها باید مطابق با استانداردهای غذایی دولت کشور میزبان باشند و همچنین با استانداردهای منشور غذا درخصوص کیفیت، بسته‌بندی، برچسب‌گذاری و مناسب بودن با هدف مطابقت داشته باشند. چنانچه غذا مطابق با کیفیت لازم برای کاربرد مدنظر نباشد، هدف موردنظر را تأمین نخواهد کرد. این مسئله حتی در شرایط مناسب بودن آن برای میزان متوسط مصرف، صدق می‌کند. نمونه‌ای از این وضعیت عبارت است از زمانی که کیفیت آرد در حد پخت نان برای خانوار نباشد حتی اگر مصرف آن ایمن تلقی گردد. گواهی‌های سلامت نباتی یا سایر گواهی‌های بازرسی باید همراه غذاهای وارداتی یا خریداری‌شده در محل قرار بگیرند. در فرایند تدخین^۱ باید از محصولات مناسب استفاده نمود و رویه‌های دقیقی را رعایت کرد. نسبت به بازرسی محموله‌های بزرگ توسط ممیزین مستقل کیفیت اطمینان حاصل کنید و از خدمات این گونه ممیزین در موارد شک و شبهه و اختلاف‌نظر درخصوص کیفیت برخوردار شوید.

مطمئن شوید که دولت‌های میزبان حتی‌المقدور به مشارکت خود ادامه می‌دهند. اطلاعات را در زمینه سن و کیفیت محموله‌های غذایی از گواهی‌های تأمین‌کنندگان، گزارش‌های بازرسی کنترل کیفیت، برچسب‌های بسته‌بندی و گزارش‌های انبارها کسب کنید. پایگاه داده‌ها را برای گواهی‌های تحلیل صادرشده توسط مقام مسئول مربوطه برای تأیید کیفیت و خلوص محصول ایجاد نمایید.

موجود بودن اقلام خوراکی را در بازارهای محلی، ملی یا بین‌المللی ارزیابی کنید. کمک غذایی تأمین‌شده در سطح محلی باید پایدار باشد و بر منابع طبیعی محلی فشار وارد نکند و بازارها را مختل نسازد. محدودیت‌های تأمین غذایی بالقوه را در برنامه‌ریزی اعمال کنید.

بسته‌بندی غذا: موارد اتلاف غذا را می‌توان در نقاط توزیع نهایی و انبارها گزارش نمود. این موارد اتلاف می‌توانند ناشی از بسته‌بندی ضعیف در چرخه توزیع باشند. بسته‌بندی باید برای جابجایی، انبار و توزیع، مقاوم و مناسب باشد و درعین حال، برای سالمندان، کودکان و افراد دارای معلولیت قابل دسترس باشد. بهتر است که بسته‌بندی امکان توزیع مستقیم را بدون نیاز به سنجش یا بستن مجدد فراهم نماید.

بسته‌بندی غذا نباید حامل پیام‌های ایجاد انگیزش یا تفرقه سیاسی یا مذهبی باشد.

بسته‌بندی نباید پرمخاطره باشد و سازمان‌های بشردوستانه مسئول پیشگیری از آلوده شدن محیط‌زیست توسط بسته‌بندی اقلام توزیع‌شده یا خریداری‌شده با پول نقد و کالا برگ هستند. از حداقل بسته‌بندی (همراه با قابلیت زیست فروپاشی در صورت امکان) و اقلام مطابق با هنجارهای محلی و حتی‌المقدور از طریق ترویج شراکت با دولت محلی و تولیدکنندگان مواد بسته‌بندی، استفاده نمایید. از مخزن‌های غذایی تجدیدپذیر، بازیافتی یا دارای قابلیت اختصاص مجدد، استفاده کنید و پسماندهای بسته‌بندی را به شکلی مانع از تخریب محیط‌زیست، دفع نمایید. بسته‌بندی آماده برای مصرف مانند فویل آلومینیوم شاید نیازمند کنترل‌های خاص برای دفع ایمن باشد.

در موارد آلودگی، پویش‌های منظم پاک‌سازی اجتماعی را برگزار کنید. این پویش‌ها باید بخشی از آگاهی‌بخشی و بسیج اجتماعی و نه در قالب کار در ازای پرداخت باشند. $\oplus$ *بگیرید به استانداردهای ۱-۵/۳ الی ۵-۳ مدیریت پسماند جامد آفاب.*

انتخاب غذا: اگرچه ارزش تغذیه‌ی اولین ملاحظه در تأمین کمک غذایی است؛ اما دریافت‌کنندگان باید با این اقلام غذایی آشنا باشند. اقلام مذکور همچنین باید با سن مذهبی و فرهنگی و از جمله هرگونه تابوی غذایی برای زنان باردار یا شیرده مطابقت داشته باشند. با زنان و دختران در زمینه انتخاب غذا مشورت کنید چراکه در بسیاری از موقعیت‌ها، آن‌ها دارای مسئولیت اصلی تهیه غذا می‌باشند. از مادر بزرگ‌ها و پدر بزرگ‌ها، مردان مجرد سرپرست خانوار و جوانان مراقبت‌کننده از برادران و خواهران خود بدون هرگونه پشتیبانی حمایت نمایید زیرا دسترسی آن‌ها به غذا می‌تواند در معرض خطر قرار گیرد.

در مناطق شهری، احتمال دسترسی خانوارها به دامنه متنوعی از اقلام غذایی نسبت به مناطق روستایی بالاتر است؛ اما کیفیت رژیم غذایی شاید محدود باشد و به پشتیبانی تغذیه‌ی گوناگون نیاز باشد.

تغذیه اطفال شیرخوار: شیر فراورده اطفال، شیر خشک، شیر مایع یا لبنیات اهداشده یا یارانه‌ای نباید به‌عنوان اقلام خوراکی جداگانه در برنامه غذایی توزیع گردد. این دسته از اقلام همچنین نباید در برنامه تغذیه تکمیلی بیرون‌بر توزیع گردند. $\oplus$ *بگیرید به استاندارد ۲-۴ تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال.*

غلات کامل: در مواردی که آسیاب کردن دانه‌ها در خانوار مرسوم است و یا آسیاب‌های محلی در دسترس می‌باشند، غلات کامل را توزیع کنید. این گونه غلات دارای ماندگاری بیشتر نسبت به جایگزین‌های آن‌ها هستند و ارزش بالاتری برای افراد دریافت‌کننده کمک دارند.

تسهیلات را برای آسیاب تجاری دارای استخراج کم^۱ و همچنین حذف‌کننده میکروب، روغن و آنزیم‌های عامل تفتن فراهم نمایید. این گونه آسیاب‌ها ماندگاری را به‌شدت افزایش می‌دهند؛ اما درعین‌حال باعث کاهش مقدار پروتئین نیز خواهند شد. ماندگاری ذرت کامل آسیاب شده ۶ الی ۸ هفته است؛ بنابراین آسیاب کردن باید مدت‌زمان کوتاهی پیش از مصرف انجام گردد. دانه آسیاب شده معمولاً مستلزم زمان پخت‌ويز کوتاه‌تر می‌باشد. ملزومات آسیاب کردن برخی اوقات زنان یا دختران نوجوان را در معرض افزایش خطر بهره‌کشی قرار خواهند داد. با زنان و دختران در راستای شناسایی خطرها و راه‌حل‌ها از جمله پشتیبانی از آسیاب‌های مدیریت‌شده توسط زنان به تعامل بپردازید.

ذخیره‌سازی و تهیه غذا: از اطلاعات ظرفیت ذخیره‌سازی غذا باید در انتخاب غذاهای ارائه‌شده استفاده نمود. اطمینان حاصل کنید که افراد دریافت‌کننده کمک با روش‌های اجتناب از خطرات سلامت عمومی مرتبط با تهیه غذا آشنا هستند. اجاق‌های کارآمد سوختی یا سوخت‌های جایگزین را برای حداقل‌سازی تخریب محیط‌زیست تأمین نمایید.

1. Low-extraction



مناطق ذخیره‌سازی باید خشک و بهداشتی، حفاظت‌شده و به شکلی مناسب در برابر آب‌وهوا و عاری از مواد شیمیایی یا سایر آلاینده‌ها باشند. مکان ذخیره‌سازی را در برابر آفت‌ها از جمله حشرات و جوندگان ایمن نمایید. در موارد مربوطه، کارشناسان وزارت بهداشت باید کیفیت غذای تأمین‌شده توسط فروشندگان و تجار را گواهی کنند.

استاندارد ۳-۶ کمک غذایی:

هدف‌گذاری، توزیع و تحویل

هدف‌گذاری و توزیع کمک غذایی همراه با پاسخگویی، به‌موقع، شفاف و ایمن است.

اقدامات کلیدی

- ۱ دریافت‌کنندگان کمک‌های غذایی را بر مبنای نیاز و مشورت با دست‌اندرکاران مرتبط، شناسایی و هدف‌گذاری نمایید.
- به‌منظور اجتناب از ایجاد تنش و آسیب، جزئیات صریح و اطلاع‌رسانی شده را درخصوص رویکردهای هدف‌گذاری پذیرفته‌شده از سوی هر دو جمعیت دریافت‌کننده و یا غیردریافت‌کننده ارائه نمایید.
- جهت دریافت غذا، ثبت‌نام رسمی خانوار را در اسرع وقت آغاز کنید و بنا به ضرورت، به‌روزرسانی نمایید.
- ۲ روش‌های توزیع غذا یا سازوکارهای کارآمد، عادلانه، ایمن، قابل‌دسترس و اثربخش پرداخت مستقیم نقد / کالا‌برگ را طراحی نمایید.
- با زنان و مردان از جمله نوجوانان و جوانان مشورت نمایید و مشارکت گروه‌های بالقوه آسیب‌پذیر یا در حاشیه را ارتقا ببخشید.
- ۳ نقاط توزیع و تحویل را در مناطق قابل‌دسترس، مناسب و ایمن برای دریافت‌کنندگان جانمایی کنید.
- خطرهای را که در معرض افراد مراجعه‌کننده به نقاط توزیع هستند از طریق پایش مرتب نقاط و تغییرات در وضعیت امنیتی به حداقل برسانید.
- ۴ جزئیات برنامه و زمان‌بندی توزیع، کیفیت و کمیت سهمیه غذایی یا ارزش نقدی یا کالا‌برگی و موارد مدنظر برای پوشش را در اختیار دریافت‌کنندگان قرار دهید.
- موارد توزیع را به شکلی برنامه‌ریزی نمایید که زمان کاری و تردد افراد رعایت گردد و گروه‌های در معرض خطر بنا به ضرورت اولویت داده شوند.
- پیش از توزیع، سازوکارهای بازخورد را با اجتماع تعریف و برقرار نمایید.

شاخص‌های کلیدی

درصد خطای هدف‌گذاری حذف و شمول به حداقل رسیده.

- حداکثر ۱۰ درصد را هدف‌گذاری نمایید.

فاصله محل اقامت تا نقاط توزیع پایانی یا بازارها (در موارد پرداخت نقدی یا کالا‌برگی).

- حداکثر پنج کیلومتر را هدف‌گذاری نمایید.

درصد افراد برخوردار از کمک (تفکیک شده بنا به جنس، سن و معلولیت) که مشکلات ایمنی را در تردد (از محل اقامت به نقاط توزیع و برعکس) و در مناطق برنامه گزارش می نمایند.

تعداد موارد گزارش شده بهره‌کشی جنسی یا سوءاستفاده از قدرت مرتبط با رویه‌های توزیع یا تحویل.

درصد موارد بهره‌کشی جنسی یا سوءاستفاده از قدرت مرتبط با رویه‌های توزیع یا تحویل که پیگیری می گردند.

■ ۱۰۰ در صد.

درصد خانوارهای هدف که حقوق خود را نسبت به برخورداری از کمک‌های غذایی به درستی عنوان می کنند.

■ هدف گذاری: حداقل ۵۰ درصد خانوارهای هدف.

یادداشت‌های راهنما

هدف گذاری: تضمین نمایند که روش‌ها و ابزار هدف گذاری منطبق با موقعیت هستند. هدف گذاری باید در تمام مراحل مداخله و نه صرفاً فاز اولیه آن پوشش یابد. یافتن توازن درست مابین خطاهای حذف افراد که می‌توانند تهدیدکننده جان باشند و همچنین خطرهای شمول افراد که بالقوه اختلال آور یا اتلاف کننده هستند، پیچیده است. در بحران‌هایی که سریعاً اتفاق می‌افتند، خطاهای شمول نسبت به خطاهای حذف بیشتر قابل قبول هستند. موارد توزیع غذای کلی شاید در بحران‌ها و شرایطی که خانوارها دچار خسارات مشابه شده‌اند و یا در وضعیت‌هایی که ارزیابی‌های دقیق هدف گذاری بنا به نبود دسترسی ممکن نیستند، مناسب باشند.

کودکان شش الی ۵۹ ماهه، زنان باردار و شیرده، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر می‌توانند در تأمین غذاهای تکمیلی هدف گذاری گردند یا با راهبردهای پیشگیری و درمان تغذیه پیوند داده شوند. این رویکرد در میان افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی باعث افزایش مصرف کالری روزانه و پشتیبانی از پایداری به درمان آنتی‌رترووایرال خواهد شد.

در هرگونه برنامه هدف گذاری شده، باید با دقت از ایجاد انگ یا تبعیض اجتناب گردد. به‌عنوان مثال، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی را می‌توان به‌عنوان بخشی از موارد توزیع برای «افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» لحاظ نمود و اقلام را در مراکز سلامت که در آنجا تحت مراقبت و درمان قرار دارند، به آن‌ها ارائه نمود. فهرست اسامی افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی هرگز نباید فاش گردد یا به اطلاع عموم برسند و در اکثر شرایط، نمایندگان همان اجتماع نباید به‌عنوان مأمور ارزیابی برای افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی در نظر گرفته شوند.

کمیته‌ها / مأمورین هدف گذاری: با گروه‌ها و افراد متأثر در اجتماع تماس برقرار نمایند و هم‌زمان از محافظین اجتماع، حتی‌المقدور اجتناب کنید. کمیته‌های هدف گذاری را شامل نمایندگان جمعیت‌های زیر تأسیس کنید:

- زنان و دختران، مردان و پسران، سالمندان و افراد دارای معلولیت.
- کمیته‌های منتخب محلی، گروه‌های زنان و سازمان‌های بشردوستانه.
- سمن‌های ملی و بین‌المللی.
- سازمان‌های جوانان.
- نهادهای دولتی محلی.



فرایندهای ثبت‌نام: ثبت‌نام در اردوگاه‌ها مخصوصاً در میان بیجاشدگان فاقد مدارک هویتی می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. فهرست‌های ارائه‌شده از سوی مقامات مسئول محلی و خانوارها که توسط خود اجتماع تهیه شده‌اند، در صورت اثبات صحت و بی‌غرضی آن‌ها در ارزیابی مستقل، می‌توانند مفید واقع گردد. مشارکت زنان متأثر را در طراحی فرایندهای ثبت‌نام تشویق نمایید و افراد در معرض خطر را مخصوصاً افراد مبتلا به محدودیت‌های حرکتی در فهرست‌های توزیع یکنجانبی.

چنانچه ثبت‌نام در مراحل اولیه بحران ممکن نباشد، ثبت‌نام را به‌محض تثبیت وضعیت تکمیل نمایید. سازوکار بازخورد را برای فرایند ثبت‌نام قابل‌دسترس کلیه افراد متأثر شامل زنان، دختران، سالمندان و افراد دارای معلولیت ایجاد کنید. زنان از حق ثبت‌نام تحت نام خود برخوردارند. در موارد ممکن، با مردان و زنان (در صورت لزوم، به شکل جداگانه) درباره افرادی که باید به‌صورت فیزیکی کمک دریافت کنند یا کمک نقدی را از طرف خانوار بگیرند، مشورت نمایید. از اطلاعات حاصل از خطرسنجی باید در این مشورت استفاده نمود.

برای خانواده‌های تحت سرپرستی زنان یا مردان مجرد و همچنین خانوارهای کودک یا جوان سرپرست و کودکان جدا شده از والدین و فاقد همراه، توزیع ویژه اختصاص بدهید تا آن‌ها بتوانند به شکلی ایمن کمک‌ها را از طرف خانوارهای خود دریافت کنند. مکان‌های مراقبت از کودکان را در کنار نقاط توزیع ایجاد کنید تا خانوارهای تک‌والد و زنان با کودکان خردسال بتوانند به دریافت کمک بدون رها ساختن فرزندان خود بپردازند. در خانوارهای چندهمسری، هر یک از زنان و فرزندان وی را به‌عنوان خانوار جداگانه تلقی نمایید.

توزیع سهمیه غذایی «خشک»: در توزیع غذای کلی معمولاً فقط سهمیه‌های خشک ارائه می‌شوند که افراد می‌توانند آن‌ها را متعاقباً در منازل خود آماده کنند. دریافت‌کنندگان ممکن است شامل دارندگان کارت سهمیه شخصی یا خانوار، نماینده گروهی از خانواده‌ها، رهبران سنتی و زنان رهبر یا رهبران توزیع هدفمند اجتماع‌محور باشند. در فراوانی توزیع باید به وزن سهمیه غذا و امکانات دریافت‌کنندگان برای انتقال آن به طریقی ایمن به منزل توجه نمود. پشتیبانی ویژه برای تضمین دریافت و حفظ حقوق سالمندان، زنان باردار و شیرده، کودکان جدا شده از والدین و فاقد همراه و افراد دارای معلولیت ضرورت دارد. ترغیب سایر اعضای اجتماع را به کمک به گروه‌های مذکور یا تأمین سهمیه‌های کوچک‌تر؛ اما پرتکرار به آن‌ها در نظر بگیرید.

توزیع سهمیه غذایی «غیرخشک»: در شرایط استثنایی ازجمله آغاز بحران به‌سرعت در حال گسترش، غذای پخته‌شده یا آماده برای خوردن شاید در برنامه توزیع غذا استفاده گردد. چنین سهمیه‌هایی می‌توانند برای افراد در حال جابجایی یا موارد مواجهه افراد دریافت‌کننده غذا با خطر سرفت، خشونت، آزار یا بهره‌کشی در حین حمل غذا، مناسب باشند. از وعده‌های غذایی مدارس و انگیزش‌های غذایی برای کارکنان بخش آموزش به‌عنوان سازوکار توزیع در بحران استفاده نمایید.

نقاط توزیع: هنگام جانمایی مناطق توزیع، به شرایط سرزمینی توجه نمایید و تلاش کنید تا دسترسی مناسبی را به سایر منابع پشتیبانی مانند آب تمیز و سالم، سرویس‌های بهداشتی، خدمات سلامت، سایه و سرپناه و فضاهای ایمن برای کودکان و زنان تأمین کنید. برقراری نقاط بازرسی نیروهای مسلح و فعالیت نظامی باید برای حداقل‌سازی هرگونه خطر نسبت به غیرنظامیان و ایجاد دسترسی ایمن به کمک‌ها در نظر گرفته شود. مسیرهای منتهی به نقاط توزیع باید دقیقاً نشانه‌گذاری گردند، قابل‌دسترس باشند و مرتباً توسط سایر اعضای اجتماع استفاده شوند. نکات عملی و هزینه‌های حمل‌ونقل اقلام را لحاظ کنید. ⊕ بنگرید به اصل ۲ حمایت.

روش‌های جایگزین توزیع را برای دسترسی به افراد مستقر دور از نقاط توزیع یا افراد دچار ناتوانی کارکردی ابداع نمایید. دسترسی به توزیع یکی از عوامل رایج اضطراب برای جمعیت‌های حذف‌شده و در حاشیه در طی بحران است.

جمعیت‌های ساکن در مراکز خاص^۱ باید از روش‌های توزیع مستقیم برخوردار گردند.

موارد توزیع برنامه‌ریزی‌شده: موارد توزیع را در مقطعی برنامه‌ریزی نمایید که تردد به نقاط توزیع و بازگشت از آن‌ها در طی روشنایی روز ممکن باشد. از برنامه‌ریزی برای توزیع شبانه که باعث خطرهای بیشتری می‌شود، اجتناب نمایید. موارد توزیع را با هدف حداقل‌سازی اختلال در فعالیت‌های روزمره، برنامه‌ریزی نمایید. ایجاد مسیرهای سریع یا خطوط اولویت‌بندی گروه‌های در معرض خطر و حضور مددکار اجتماعی ثبت‌کننده کودکان جداسده از والدین و فاقد همراه را در میان مجموعه کارکنان در نظر بگیرید. اطلاعات را از قبل درباره برنامه‌ریزی و توزیع از طریق دامنه گسترده‌ای از ابزار اطلاع‌رسانی، ارائه کنید.

ایمنی در طی موارد توزیع غذا، کالا برگ و پول نقد: اقداماتی را برای حداقل‌سازی خطرهای نسبت به افراد شرکت‌کننده در این توزیع اتخاذ نمایید که این اقدامات عبارت‌اند از کنترل مناسب جمعیت، نظارت بر توزیع توسط کارکنان آموزش‌دیده و اعضای جمعیت متأثر که نگرانی‌ها را نسبت به اهداف موارد انتقال غذا مطلع سازید. با دقت چیدمان محل پردازید. افسران و مقامات مسئول پلیس را نسبت به اهداف موارد انتقال غذا مطلع سازید. با دقت چیدمان محل را در نقاط توزیع برنامه‌ریزی کنید تا برای سالمندان، افراد دارای معلولیت و افراد دچار ناتوانی کارکردی^۲، ایمن و قابل‌دسترس باشند. کلیه تیم‌های توزیع را در زمینه رفتار مناسب قابل‌انتظار مطلع نمایید و همچنین جرائم آزار و بهره‌کشی جنسی را به آن‌ها گوشزد کنید. زنان را در نظارت بر تخلیه بار، ثبت‌نام، توزیع و پایش پساتوزیع غذا وارد عمل کنید.  بگریه به تعهد ۷/ استاندارد محوری بشردوستانه.

ارائه اطلاعات: اطلاعات مربوط به سهمیه را در م‌ل‌اعام در نقاط توزیع و به زبان‌ها و اشکال قابل‌دسترس برای افراد فاقد توانایی خواندن یا افراد دچار مشکلات ارتباطی به نمایش بگذارید. از طریق پیام‌های صوتی و انتشار یافته و همچنین پیامک‌ها، به افراد درباره موارد زیر اطلاع‌رسانی نمایید:

- برنامه سهمیه که کمیت و نوع سهمیه‌های غذایی یا ارزش کالا برگ / پرداخت نقدی و اهداف پوششی مدنظر را مشخص می‌نماید.
- دلایل هرگونه تغییرات در برنامه‌های قبلی (زمان‌بندی، کمیت، اقلام، سایر موارد).
- برنامه توزیع.
- کمیت تغذیه غذا و در صورت نیاز به هرگونه توجه خاص برای حمایت از ارزش تغذیه‌ای اقلام ضروری توسط دریافت‌کنندگان.
- الزامات برای جابجایی و مصرف ایمن غذا.
- اطلاعات خاص برای مصرف بهینه غذا برای کودکان.
- گزینه‌ها برای کسب اطلاعات بیشتر یا ارائه بازخورد.

در خصوص کمک‌های نقدی، ارزش حواله باید در اطلاعات سهمیه گنجانده شود. اطلاعات را می‌توان در نقطه توزیع یا در نقاط پرداخت نقد یا محل نقد کردن کالا برگ‌ها نمایش داد و در جزوه‌هایی به زبان محلی ارائه نمود.

تغییرات در غذای ارائه‌شده: تغییرات در سهمیه‌ها یا ارزش حواله برای کمک نقدی می‌تواند به علت نبود غذا، عدم تأمین مالی یا سایر دلایل بروز کنند. در چنین شرایطی، تغییرات را به دریافت‌کنندگان از طریق کمیته‌های توزیع، رهبران اجتماعی و سازمان‌های نماینده اعلام نمایید. مسیر اقدام مشترک را پیش از توزیع تعیین کنید. کمیته توزیع باید افراد را نسبت به تغییرات، دلایل تغییرات و تاریخ و برنامه ادامه سهمیه‌های معمول آگاه نماید. گزینه‌ها شامل

1. institutionalized settings

توضیح مترجم: مراکزی که افراد در آن‌ها به دور از خانه و بنا به دلایل متعدد نگهداری می‌شوند مانند خانه سالمندان، پرورشگاه، زندان...

2. persons with functional difficulties



موارد زیرند:

- کاهش سهمیه‌ها برای کلیه دریافت‌کنندگان.
- ارائه سهمیه کامل به اشخاص آسیب‌پذیر و سهمیه کاهش‌یافته برای جمعیت کل.
- تعویق توزیع (به‌عنوان آخرین راهکار).

پایش توزیع و تحویل: غذا را به شکل مرتب از طریق وزن کردن تصادفی سهمیه‌های دریافت شده توسط خانوارها به‌منظور سنجش صحت و عدالت‌نه بودن توزیع پایش کنید. با دریافت‌کنندگان مصاحبه نمایید و مطمئن شوید که تعداد برابر مردان و زنان، نوجوانان و جوانان، افراد دارای معلولیت و سالمندان در نمونه‌های افراد مصاحبه شده حضور داشته باشند. بازدیدهای تصادفی توسط تیم مصاحبه متشکل از حداقل یک مرد و یک زن به تعیین قابل‌قبول و مفید بودن سهمیه کمک می‌کند. با چنین بازدیدهایی می‌توان افراد واجد شرایط را که کمک غذایی دریافت نمی‌کنند شناسایی نمود و همچنین میزان غذای دریافت شده از سایر منابع و طریق مصرف آن را نیز مشخص کرد. موارد احتمالی توسل به زور برای گرفتن اقلام، به‌کارگیری اجباری افراد، بهره‌کشی جنسی و سایر انواع بهره‌کشی نیز در این بازدیدها شناسایی می‌شوند. ⊕ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

استاندارد ۴-۶ کمک غذایی:

استفاده از غذا

ذخیره‌سازی، تهیه و مصرف غذا هم در سطح خانوار و هم در سطح اجتماع ایمن و مناسب است.

اقدامات کلیدی

- ۱ از افراد دریافت‌کننده کمک در برابر تهیه یا دست زدن به غذا با دست‌های شسته‌نشده مراقبت به عمل آورید.
 - ضرورت بهداشت غذا و ارتقای رفتارهای مناسب بهداشت فردی را در دست زدن به غذا با دست‌های شسته به اطلاع عموم برسانید.
 - در موقعیت‌هایی که غذای پخته‌شده تأمین می‌گردد، کارکنان را در زمینه ذخیره‌سازی، جابجایی و تهیه این غذا و مخاطرات احتمالی برای سلامت که ناشی از رویه‌های نامناسب هستند، آموزش دهید.
- ۲ با افراد دریافت‌کننده کمک درباره ذخیره‌سازی، تهیه، پخت‌وپز و مصرف غذا مشورت نمایید و به آن‌ها توصیه ارائه کنید.
- ۳ تضمین کنید که خانوارها از دسترسی ایمن به ظروف مناسب آشپزی، سوخت اجاق‌های کارآمد، آب پاکیزه و اقلام بهداشت فردی برخوردارند.
- ۴ اطمینان حاصل کنید که افراد فاقد توان تهیه کردن غذا یا تغذیه به مراقبین پشتیبان خود در مواقع ممکن و مناسب دسترسی دارند.
- ۵ چگونگی مصرف منابع طبیعی را در خانوار پایش نمایید.

شاخص‌های کلیدی

تعداد موارد مخاطرات سلامتی گزارش شده از غذای توزیع شده.

درصد خانوارهای قادر به ذخیره‌سازی و تهیه ایمن غذا.

درصد خانوارهای هدف قادر به تشریح حداقل سه پیام اطلاع‌رسانی درباره بهداشت فردی.

درصد خانوارهای هدف که دسترسی به ظروف آشپزی مناسب، سوخت، آب آشامیدنی و اقلام بهداشت فردی را گزارش می‌نمایند

یادداشت‌های راهنما

بهداشت غذا: بحران‌ها می‌توانند باعث اختلال در عملکردهای معمول سلامت فردی گردند. رویه‌های بهداشت غذایی مطابقت یافته با شرایط محلی و اشکال بیماری را ترویج نمایید. بر اهمیت اجتناب از آب آلوده، کنترل آفات و شستشوی دست‌ها همیشه پیش از دست زدن به غذا تأکید نمایید. افراد دریافت‌کننده غذا را در زمینه ذخیره‌سازی ایمن غذا در سطح خانوار، آگاه نمایید. ⊕ بگریزید به *استانداردهای ارتقای آفات*.

فراوری و ذخیره‌سازی غذا: دسترسی به تسهیلات فراوری غذا مانند آسیاب‌های غلات باعث می‌گردد که افراد بتوانند غذا را در قالب انتخابی خود تهیه کنند و در زمان مورد نیاز برای سایر فعالیت‌های تولیدی نیز صرفه‌جویی خواهد شد. در موارد ارائه اقلام خوراکی فاسدشدنی، تسهیلات مناسب را برای ذخیره‌سازی این اقلام از جمله ظروف ضدآب، یخچال و فریزر در نظر بگیرید. گرما، سرما و رطوبت بر ذخیره‌سازی غذاهای فاسدشدنی تأثیرگذارند.

افرادی که نیازمند کمک در ذخیره‌سازی، پخت‌وپز و تغذیه هستند عبارت‌اند از کودکان خردسال، سالمندان، افراد دارای معلولیت و افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی. برنامه‌های یاری‌رسانی یا پشتیبانی بیشتر شاید برای افراد دارای دشواری در تأمین غذا به وابستگان خود از جمله والدین دارای معلولیت ضرورت داشته باشند.

پایش مصرف غذا در خانواده: سازمان‌های بشردوستانه باید مصرف غذا و مناسب بودن و کافی بودن آن را در سطح خانوار پایش و ارزشیابی نمایند. اقلام خوراکی در سطح خانوار یا به شکل مدنظر مصرف می‌گردد و یا مبادله و خریدوفروش خواهد شد. هدف مبادله درواقع دسترسی به سایر اقلام خوراکی ارجح، اقلام غیرخوراکی یا پرداخت در ازای خدماتی مانند شهریه مدرسه یا صورتحساب‌های پزشکی می‌باشد. ارزیابی اقلام اختصاص‌یافته به خانوار نیز باید برحسب مصرف بنا به جنس، سن و معلولیت پایش گردد.

استفاده از پرداخت نقدی و کالابرگ: خطر خرید زیاد همراه با اضطراب را از سوی خانوارها هنگام دریافت پول نقد یا کالابرگ باید مدیریت نمود. فروشنده‌گان و افراد دریافت‌کننده کمک را پیش از توزیع، هنگام توزیع و پس‌ازآن آماده نمایید. به‌عنوان مثال، توجه داشته باشید که غذا در کل ماه موجود خواهد بود یا آنکه بهتر است توزیع را به مدت یک ماه ادامه داد. در صورت امکان، کالابرگ را می‌توان به‌صورت اقساط قابل نقد کردن بر مبنای هفته صادر نمود. همین اصل درباره پول نقد از طریق دستگاه عابر بانک یا سایر اشکال پرداخت دیجیتال یا دستی نیز صدق می‌کند.



۷. معیشت

توانایی افراد برای حفاظت از معیشت خود مستقیماً با آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر بحران مرتبط است. شناخت آسیب‌پذیری‌ها قبل از بحران، در طی بحران و پس‌از آن باعث می‌گردد که تأمین کمک مناسب و شناسایی چگونگی ترمیم و بهبود معیشت توسط اجتماعات، تسهیل گردد.

بحران‌ها می‌توانند بسیاری از عواملی را که مردم به آن‌ها برای حفظ معیشت خود تکیه می‌کنند، مختل سازند. افراد متأثر از بحران امکان دارد مشاغل خود را از دست بدهند و مجبور به رها کردن زمین یا منابع آبی خود شوند. دارایی‌ها شاید در طی مداخلات یا سوانح طبیعی منهدم یا آلوده گردند و یا به سرقت بروند. بازارها نیز ممکن است متوقف شوند.

در مراحل اولیه بحران، پاسخ‌دهی به نیازهای پایه حیاتی، اولویت اصلی است. البته بازتوانی نظام‌ها، مهارت‌ها و ظرفیت‌های پشتیبان معیشت در گذر زمان نیز به افراد در بازیابی کرامت خود کمک می‌نماید. ارتقای معیشت پناهندگان اغلب همراه با چالش‌های منحصر به فرد از جمله استقرار در اردوگاه یا چارچوب‌های محدودکننده قانونی و سیاست‌گذاری در کشورهای مقصد پناهندگی است.

تولیدکنندگان غذا نیازمند دسترسی به زمین، خدمات پشتیبانی و بازارهای حامی تولید خود هستند و باید از امکانات استمرار تولید بدون ایجاد اختلال در سایر منابع، افراد یا نظام‌ها برخوردار باشند.  **بگیرید به کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامن‌داری در بحران.**

در مناطق شهری، اثر بحران بر معیشت معمولاً با اثر آن در مناطق روستایی تفاوت دارد. ترکیب، مهارت‌ها، معلولیت‌ها و تحصیلات خانوار، درجه مشارکت افراد را در فعالیت‌های گوناگون اقتصادی تعیین خواهد نمود. به‌طور کلی، افراد فقیرتر ساکن شهرها از دامنه محدودتر راهبردهای سازگاری معیشتی نسبت به همسانان خود در مناطق روستایی برخوردارند. به‌عنوان مثال در برخی کشورها، آن‌ها نمی‌توانند به زمین برای تولید غذا اتکا داشته باشند.

گرد هم آوردن افرادی که معیشت‌های خود را از دست داده‌اند در کنار آن‌هایی که بر چگونگی ایجاد فرصت‌های جدید تأثیر گذارند، به اولویت‌بندی جهت پاسخ‌دهی به نیازهای معیشتی کمک خواهد نمود. در این خصوص باید به تحلیل کار، خدمات و محصولات مربوطه بازار توجه کرد. در کلیه مداخلات معیشتی باید نحوه مصرف و یا پشتیبانی از بازارهای محلی، در نظر گرفته شوند.  **بگیرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل.**

استاندارد ۱-۷ معیشت:

تولید اولیه

سازوکارهای تولید اولیه تحت حمایت و پشتیبانی قرار دارند.

اقدامات کلیدی

۱ دسترسی کشاورزان را به نهاده‌های تولید و یا دارایی‌ها تأمین نماید.

- ترجیحاً از پرداخت‌های نقدی یا کالا برگ در موارد کارکرد بازارها یا امکان بازتوانی آن‌ها پشتیبانی نمایید تا کشاورزان بتوانند از انعطاف‌پذیری برای انتخاب نهاده، بذر، ذخیره ماهی یا گونه‌های دام ارجح برخوردار گردند.
- فناوری‌های جدید را پس از بحران فقط در صورت آزمایش آن‌ها در موقعیت‌های مشابه یا مطابقت آن‌ها با چنین موقعیت‌هایی معرفی نمایید.

۲ نهاده‌های قابل قبول محلی، مطابق با هنجارهای مناسب کیفیتی و بهنگام را برای بهترین مصرف فصلی تأمین نمایید.

- دام‌های مناسب محلی و انواع غلات محلی رایج و مورد درخواست را برای فصل بعدی انتخاب کنید.
- ۳ اطمینان حاصل کنید که نهاده‌ها و خدمات باعث افزایش آسیب‌پذیری برای دریافت‌کنندگان نخواهند شد و به بروز مخاصمات در اجتماع منجر نمی‌گردند.

- رقابت بالقوه برای منابع طبیعی کمیاب (زمین یا آب) و همچنین خسارت احتمالی را برای شبکه‌های اجتماعی موجود ارزیابی کنید.

۴ مردان و زنان متأثر را به شکل عادلانه در برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، اجرا و پایش پاسخ‌دهی تولید اولیه مشارکت دهید.

۵ تولیدکنندگان مشغول در بخش‌های غلات، شیلات، پرورش آبزیان، جنگلداری و دامپروری را در زمینه عملکردهای مدیریت و تولید پایدار آموزش دهید.

۶ بازار را ارزیابی نمایید و تقاضا را برای غلات، سبزیجات و سایر محصولات کشاورزی تولیدشده محلی، ترغیب کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد تغییر در تولید جمعیت هدف (غذا یا منبع درآمد) در مقایسه با سالی معمول.

درصد خانوارهایی که دسترسی خود را به تسهیلات کافی ذخیره‌سازی برای محصولات خود گزارش می‌نمایند.

درصد خانوارهای هدف که از دسترسی بهینه فیزیکی به بازارهای در حال کار پس از اجرای مداخلات برنامه برخوردار شده‌اند.



یادداشت‌های راهنما

راهنمادهای تولید: راهنمادهای تولید باید از امکان منطقی توسعه و موفقیت در موقعیت برخوردار باشند که این خود به عوامل متعددی از جمله دسترسی به موارد زیر وابسته است:

- منابع طبیعی، کار، نهاده کشاورزی و سرمایه مالی کافی.
- انواع بذرهایی با کیفیت مطابقت یافته با شرایط محلی.
- حیوانات مولد که نمایانگر دارایی اساسی امنیت غذایی هستند.  بنگرید به کتاب راهنمای/استانداردها و راهنما برای دامداری در بحران.

علاوه بر موارد فوق، مهارت‌های معیشتی، سلايق اجتماع، محیط‌زیست و پتانسیل موجود برای تعمیم و گسترش باید

در راهبرد لحاظ کردند. فعالیتهای معیشتی متنوع را در منطقه محلی همگام با پیشگیری از کاربری بیش از حد از منابع طبیعی، ارتقا دهید. تخریب زیست محیطی نه تنها باعث افزایش خطر بحران می گردد بلکه به تنش های مابین اجتماعات نیز کمک می کند. مداخلات معیشتی باید در صورت امکان باعث ارتقای سازگاری با تغییرات اقلیمی از جمله انتخاب انواع مطابقت یافته بذر گردند.

از کار کودک مرتبط با ابتکارات عمل معیشتی جلوگیری کنید. به تأثیرگذاری غیرمستقیم برنامه های معیشتی بر کودکان از جمله عدم فرصت تحصیل به علت الزام آن ها به پشتیبانی از خانوار در ساعات کار کردن یکی از والدین، توجه داشته باشید.

انرژی: نیازهای انرژی را برای کار مکانیزه، فراوری غذا، ارتباطات، زنجیره های سرد برای حفظ غذا و دستگاه های کارآمد سوزاندن در نظر بگیرید.

بهبود: معرفی انواع بهبود یافته غلات، دام یا گونه های شیلات، ابزار جدید، کود یا رویه های نوآور مدیریتی را لحاظ نمایید. تولید غذا را بر مبنای حفظ اشکال پیش از بحران و یا پیوندها با برنامه های توسعه ملی تقویت کنید.

فناوری های جدید: تولیدکنندگان و مصرف کنندگان محلی باید تبعات فناوری های جدید را برای نظام های تولید محلی، رویه های فرهنگی و محیط زیست طبیعی پیش از به کارگیری آن ها بشناسند و بپذیرند. در فرایند به کارگیری فناوری های جدید، مشورت های مناسب اجتماعی، اطلاعات و آموزش را ارائه نمایید. دسترسی به گروه های در معرض تبعیض (شامل زنان، سالمندان، اقلیت ها و افراد دارای معلولیت) را تضمین کنید. در صورت امکان، با کارشناسان معیشت و وزارتخانه های دولتی هماهنگی به عمل آورید. پشتیبانی فناوری مستمر و دسترسی آبی به فناوری را تضمین نمایید و ماندگاری تجاری آن را ارزیابی کنید.

کمک یا اعتبار نقدی: این روش را می توان برای استفاده در نمایشگاه های دام و بذر ارائه نمود. عواقب احتمالی رویکرد انتخاب شده را درخصوص تغذیه افراد با توجه به ایجاد امکان تولید غذای مغذی از سوی آنان یا تأمین نقدینگی برای خرید غذا شناسایی کنید. امکان پذیری کمک نقدی را برای خرید نهاده های تولید یا در نظر گرفتن موجودیت کالا، دسترسی به بازار و وجود سازوکار استطاعت پذیر، ایمن و کمک نقدی حساس به جنسیت^۱، ارزیابی نمایید. ⁺ بنگرید به کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامداری در بحران و کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل.

شرایط فصلی و نوسانات قیمتی: نهاده های کشاورزی و خدمات دام پزشکی را برای هم زمانی با فصل های مرتبط کشاورزی و دام پروری تأمین نمایید. به عنوان مثال، بذرها و ابزار را پیش از فصل کشت تأمین کنید. تخلیه انبار دام در طی خشکسالی باید پیش از مرگ و میر گسترده دام انجام گردد. پر کردن مجدد انبار باید در زمان بالا بودن احتمال بازتوانی به عنوان مثال متعاقب فصل بارانی بعد انجام گردد. در مواقع ضروری، کمک های غذایی را برای حفاظت از بذر و نهاده ها ارائه نمایید. اطمینان حاصل کنید که نهاده ها نسبت به ظرفیت ها، نیازها و خطرات گوناگون گروه های مختلف شامل زنان و افراد دارای معلولیت حساس هستند. نوسانات شدید فصلی در قیمت ها اثرات نامطلوبی را بر تولیدکنندگان فقیر محصولات کشاورزی دارند که محصولات خود را فوراً پس از برداشت با کمترین قیمت به فروش می رسانند. این نوسانات همچنین تأثیر منفی بر آن دسته از مالکین دام دارند که مجبور به فروش در طی خشکسالی هستند؛ اما از طرف دیگر، مصرف کنندگانی که دارای درآمد محدود یک بار مصرف هستند از امکان مالی سرمایه گذاری در بازار بورس مواد غذایی محرومند. آن ها متکی به خریدهای کم؛ اما مکرر هستند و در نتیجه، اقلام را حتی در شرایط بالا بودن قیمت مانند دوران خشکسالی خریداری می کنند. برای راهنمایی در زمینه دام، ⁺ بنگرید به کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامداری در بحران.

نمونه: کشاورزان و کارشناسان کشاورزی محلی باید انواع خاص را تأیید نمایند. بذرها باید با بوم‌شناسی کشاورزی محلی و شرایط مدیریتی کشاورزان تناسب داشته باشند. آن‌ها باید در برابر بیماری مقاومت کنند و تحمل شرایط شدید آب و هوایی را ناشی از تغییرات اقلیمی نشان دهند. کیفیت بذرهای دارای منشأ خارج از منطقه را آزمایش نمایند تا متوجه شوید که برای شرایط محلی مناسب هستند یا خیر. امکان دسترسی کشاورزان را به دامنه‌ای از غلات و گونه‌ها در مداخلات مرتبط با بذر ایجاد کنید تا آن‌ها بتوانند بهترین گزینه را برای نظام کشاورزی خاص خود شناسایی کنند. به‌عنوان مثال، کشاورزان تولیدکننده ذرت شاید بذرهای پیوندی را به انواع محلی ترجیح دهند. سیاست‌های دولتی را در ارتباط با بذرهای پیوندی رعایت نمایید. بذرهای تراریخته ژنتیک را بدون تأیید مقامات مسئول محلی توزیع نکنید. چنانچه این‌گونه بذرها را در اختیار کشاورزان قرار می‌دهید، آن‌ها را مطلع سازید. کشاورزانی را که از کالابریک یا نمایشگاه‌های بذر استفاده می‌کنند به خرید بذر از تأمین‌کنندگان رسمی محلی ترغیب کنید. کشاورزان شاید انواع سنتی مطابقت یافته را با موقعیت محلی ترجیح دهند که مسلماً با قیمتی پایین‌تر موجود خواهند بود و آن‌ها می‌توانند مقدار بذر بیشتری را با همان ارزش کالابریک به دست آورند.

تنش‌های اجتماعی و خطرهای امنیتی: تنش‌ها مابین جمعیت بیجاشده و محلی یا درون اجتماع متأثر می‌توانند ناشی از نیاز چرخه تولید به تغییر در دسترسی به منابع طبیعی موجود باشند. رقابت بر سر آب یا زمین می‌تواند به محدودیت‌ها در استفاده از آن‌ها منجر گردد. تولید غذای اولیه شاید در صورت کمبود منابع طبیعی حیاتی در درازمدت پایدار نماند. علاوه بر این، نبود دسترسی به جمعیت‌های خاص مانند افراد فاقد زمین نیز ممکن نخواهد بود. تأمین نهاده‌های رایگان همچنین باعث اختلال پشتیبانی اجتماعی سنتی، به هم ریختن سازوکارهای توزیع مجدد یا تأثیرگذاری بر عاملین بخش خصوصی می‌گردد که خود باعث ایجاد تنش و کاهش دسترسی آتی به نهاده‌ها خواهد شد. $\oplus$ بنگرید به اصل ۱ حمایت.

زنجیره تأمین: از زنجیره‌های تأمین محلی و تأییدشده موجود برای دستیابی به نهاده‌ها و خدمات تولید غذا از جمله بذرها و خدمات دامپزشکی استفاده نمایید. برای پشتیبانی از بخش خصوصی محلی، از سازوکارهایی مانند پرداخت نقدی یا کالابریک‌هایی استفاده کنید که باعث پیوند مستقیم تولیدکنندگان اولیه با تأمین‌کنندگان می‌گردند. هنگام طراحی نظام‌های خرید محلی، موجود بودن نهاده‌های مناسب و ظرفیت تأمین‌کنندگان را برای افزایش عرضه در نظر بگیرید. خطر تورم و پایداری کیفیت نهاده‌ها را ارزیابی کنید. تأثیرات منفی پاسخ‌دهی را شامل توزیع و خرید محلی اقلام غذایی بر قیمت‌های بازار پایش کنید کرده و کاهش دهید. تأثیرات واردات و خریدهای اقلام غذایی محلی را بر اقتصاد محلی در نظر بگیرید. هنگام تعامل با بخش خصوصی، نابرابری‌های جنسیتی را شناسایی و حل‌وفصل کنید و هرگونه سود حاصله را به شکلی عادلانه تقسیم نمایید. $\oplus$ بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل.

استفاده عملی تولیدکنندگان را از نهاده‌های ارائه‌شده مطابق با اهداف مدنظر پایش کنید. کیفیت نهاده‌ها را از لحاظ عملکرد، قابل قبول بودن و سلاقی تولیدکننده بررسی نمایید. چگونگی اثرگذاری پروژه و موجود بودن غذا را در سطح خانوار ارزشیابی کنید. به‌عنوان مثال، کمیت و کیفیت غذای ذخیره‌شده، مصرف‌شده، تبادل شده یا بخشیده شده را در نظر بگیرید. در مواردی که هدف پروژه افزایش تولید نوع خاص غذا (محصولات حیوانی / شیلات یا حبوبات مملو از پروتئین) است، کاربرد این محصولات را توسط خانوارها بررسی کنید و تحلیل مزایا را برای اعضای گوناگون خانوار از جمله زنان، کودکان، سالمندان و افراد دارای معلولیت لحاظ نمایید.

ذخیره‌سازی پس از برداشت: نسبت قابل ملاحظه محصولات کشاورزی (میانگین تخمینی ۳۰ درصد) پس از برداشت بنا به موارد اتلاف غیرقابل استفاده است. از افراد متأثر در راستای حداقل‌سازی موارد اتلاف از طریق مدیریت جابجایی، ذخیره‌سازی، فرآوری، بسته‌بندی، حمل‌ونقل، بازاریابی و سایر فعالیت‌های پس از برداشت، پشتیبانی به عمل آورید. به آن‌ها توصیه نمایید و آن‌ها را قادر سازید که برداشت خود را به‌منظور اجتناب از رطوبت و مواد سمی تولیدشده توسط قارچ‌ها ذخیره نمایند. به آن‌ها کمک کنید تا غلات خود مخصوصاً دانه‌ها را فرآوری کنند.



استاندارد ۲-۷ معیشت:

درآمد و اشتغال

زنان و مردان از دسترسی یکسان به فرصت‌های مناسب درآمدزایی در شرایطی برخوردارند که درآمدزایی و اشتغال راهبردهای معیشتی امکان‌پذیر هستند.

اقدامات کلیدی

- ۱ تصمیمات را درخصوص فعالیت‌های درآمدزایی بر مبنای ارزیابی بازار حساس به جنسیت اتخاذ نمایید.
 - خطر کمبود تغذیه و سایر خطرهای سلامت عمومی را از طریق تضمین پیگیری مراقبت از کودکان یا توجه به سایر مسئولیت‌های مراقبتی هم‌زمان با اشتغال کاهش دهید.
 - نرخ‌های کار بازار برای اعضای اجتماع و حداقل دستمزد را برای کار ماهرانه و فاقد مهارت شناسایی کنید.
- ۲ انواع پرداخت (غیرنقدی، نقدی، کالا برگ، غذایی یا ترکیب آن‌ها) را بر مبنای تحلیل مشارکتی انتخاب کنید.
 - ظرفیت‌های محلی، مزایای ایمنی و حمایتی، نیازهای فوری، دسترسی عادلانه، نظام‌های موجود بازار و سلاقی افراد متأثر را بشناسید.
- ۳ میزان پرداخت را بر مبنای نوع کار، قوانین محلی، اهداف خاص برای ترمیم معیشت و سطوح پذیرفته‌شده رایج پرداخت در منطقه تنظیم نمایید.
 - اقدامات چتر حمایتی را مانند موارد انتقال بی‌قیدوشرط نقدینگی و غذا برای خانوارهای فاقد توان مشارکت در برنامه‌های کاری در نظر بگیرید.
- ۴ محیط‌های فراگیر، ایمن و امن کاری را ایجاد و حفظ کنید.
 - خطر آزار، تبعیض، بهره‌کشی و تعرض جنسی را در محل کار پایش کنید و به شکایات سریعاً پاسخ دهید.
- ۵ شراکت‌ها را با بخش خصوصی و سایر دست‌اندرکاران در راستای ایجاد فرصت‌های اشتغال پایدار ارتقا ببخشید.
 - منابع سرمایه را به شکل عادلانه برای تسهیل بازتوانی معیشت ایجاد کنید.
- ۶ گزینه‌های حساس به محیط‌زیست را برای درآمدزایی در موارد ممکن انتخاب کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد جمعیت هدف که درآمد خالص خود را در طی بازه زمانی تعریف‌شده ارتقا می‌دهند.

درصد خانوارهای دارای دسترسی به اعتبار.

درصد جمعیت هدف که می‌توانند فعالیت‌های درآمدزایی خود را متنوع کنند.

درصد جمعیت هدف شاغل (یا خوداشتغال) در فعالیت‌های معیشتی پایدار برای بازه زمانی تعریف‌شده (۶ الی ۱۲ ماه).

درصد جمعیت متأثر دارای دسترسی فیزیکی و اقتصادی به بازارهای در حال کار و یا خدمات پشتیبانی معیشتی (رسمی یا غیررسمی).

یادداشت‌های راهنما

تحلیل: تحلیل حساس به جنسیت کار و بازار حاوی نقشی اساسی برای توجیه و تعریف فعالیت‌ها، ارتقای بازتوانی و تاب‌آوری و حفظ پیامدها است. شناسایی نقش‌ها و مسئولیت‌های خانوار در پاسخ‌دهی به هزینه‌های ناشی از فرصت‌ها ازجمله مراقبت از کودکان یا سالمندان یا دسترسی به سایر خدمات مانند آموزش یا مراقبت‌های سلامت، بسیار ضروری است.

از ابزار موجود برای شناخت بازارها و نظام‌های اقتصادی استفاده کنید. پاسخ‌دهی امنیت غذایی باید بر مبنای کارکردهای بازار پیش و پس از بحران و پتانسیل آن‌ها برای بهبود شرایط زندگی افراد فقیر باشد. درباره گزینه‌های جایگزین یا مطابقت‌ها برای گروه‌های در معرض خطر (ازجمله جوانان، افراد دارای معلولیت، زنان باردار یا سالمندان) درون گروه هدف‌گذاری شده بحث و گفتگو نمایید. مهارت‌ها، تجرب، ظرفیت‌ها، خطرات بالقوه و راهبردهای کاهش آن‌ها را تحلیل کنید. بررسی نمایید که اعضای خانوار عموماً برای کار فصلی مهاجرت می‌کنند یا خیر. نحوه دسترسی محدود گروه‌های مختلف جمعیت متأثر را به بازارها و فرصت‌های معیشتی شناسایی نمایید و از آن‌ها در فرایند برخورداری از دسترسی حمایت کنید.

اقدامات چتر حمایتی: برخی از زنان و مردان ازجمله زوج‌های سالمند شاید قادر به مشارکت در فعالیت‌های درآمدزایی نباشند. علاوه بر این، بحران به‌نوبه خود می‌تواند مشارکت سایرین را در اشتغال به علت تغییرات در مسئولیت‌ها یا وضعیت سلامت غیرممکن سازد. با اقدامات کوتاه‌مدت چتر حمایتی می‌توان از چنین مواردی هنگام پیوند با نظام‌های موجود ملی حمایت اجتماعی، پشتیبانی به عمل آورد. چتر حمایتی را در موارد موردنیاز توصیه کنید. تأمین این‌گونه چترهای حمایتی باید همراه با پشتیبانی از توزیع عادلانه منابع باشد تا دسترسی مستقیم زنان و دختران به منابع در موارد مربوطه تضمین گردد. درعین‌حال، با دریافت‌کنندگان خدمات چتر حمایتی در راستای یافتن روش‌های گذار به فعالیت‌های ایمن و پایدار درآمدزایی همکاری نمایید. در موارد ممکن، پاسخ‌دهی نقدی باید با برنامه‌های موجود چتر حمایتی به‌عنوان بخشی از راهبرد حمایت اجتماعی و پایداری مرتبط گردد.

پرداخت‌ها: تحلیل بازار را پیش از اجرای هرگونه برنامه کار دستمزدی اجرا کنید. پرداخت باید در قالب نقدی یا اقلام خوراکی و یا ترکیبی از این دو باشد و خانوارهای فاقد امنیت غذایی را قادر به برآورده کردن نیازهای خود سازد. اهداف خاص پروژه، انتظارات سازمان بشردوستانه از کارکنان، شرایط کاری افراد و مقدار و فرایند پرداخت را به اطلاع افراد برسانید.

با پرداخت به افراد انگیزه دهید که در جهت بهبود وضعیت خود بجای هرگونه جبران کار در اجتماع فعالیت کنند. نیازهای خرید افراد و تأثیر پرداخت نقدی یا تحویل غذا را برای ایجاد درآمد خانوار و پاسخ‌دهی به نیازهای پایه مانند هزینه تحصیل، مراقبت‌های سلامت و تعهدات اجتماعی در نظر بگیرید. درخصوص نوع و سطح پرداخت به‌صورت موردی تصمیم بگیرید. وضعیت را به‌منظور حصول اطمینان از پرداخت برابر به زنان و مردان در ازای واحدهای موردتوافق کار و عدم تبعیض علیه گروه‌های خاص، پایش نمایید.

تأثیر ارزش‌های فروش مجدد را بر بازارهای محلی و شرایط پرداخت غیرنقدی و ارائه‌شده به‌عنوان انتقال درآمد، لحاظ کنید. فعالیت‌های جدید درآمدزایی باید باعث ارتقای دامنه منابع موجود درآمد گردند و این‌گونه منابع را جایگزین نکنند. پرداخت نباید تأثیری منفی بر بازارهای کار محلی ازجمله از طریق ایجاد تورم دستمزد، منحرف کردن نیروی کار از سایر فعالیت‌ها یا تضعیف خدمات عمومی اساسی داشته باشد.

قدرت خرید: ارائه کمک‌های نقدی می‌تواند همراه با تأثیرات مثبت تصاعدی در اقتصادهای محلی باشد و اما



درعین حال، به تورم محلی برای اقلام اساسی منجر گردد. توزیع اقلام خوراکی همچنین بر قدرت خرید افراد دریافت کننده کمک تأثیر می گذارد. قدرت خرید مرتبط با نوعی از غذا یا ترکیبی از غذاها بر مصرف یا فروش آن غذاها توسط خانوار دریافت کننده اثر دارد. فروش برخی از اقلام خوراکی (مانند روغن) با قیمت مناسب ساده تر از سایر اقلام (ازجمله غذای ترکیبی) است. نسبت به موارد فروش و خرید غذای خانوار هنگام ارزیابی تأثیر گسترده تر برنامه های توزیع غذا، اطلاعات کسب نمایید.

ایمنی در کار: از رویه های عملی برای حداقل سازی خطر سلامت عمومی یا درمان جراحات ها استفاده نمایید. به عنوان مثال، آموزش، پوشاک محافظ و بسته های کمک های اولیه را در موارد ضروری تأمین کنید. خطر مواجهه با بیماری های واگیردار و آج آوی را به حداقل برسانید. مسیرهای ایمن دسترسی به محل کار را ایجاد نمایید و چراغ قوه در موارد عدم روشنایی کافی مسیر، در اختیار کارکنان قرار دهید. از زنگ، صوت و بی سیم برای هشدار نسبت به تهدیدها استفاده نمایید. تردد گروهی را تشویق نمایید و از تردد پس از تاریکی اجتناب کنید. اطمینان حاصل کنید که کلیه شرکت کنندگان درخصوص رویه های اضطراری آگاهی دارند و از توان دسترسی به سامانه های هشدار بهنگام برخوردارند. دختران و زنان باید تحت حمایت برابر قرار گیرند و هرگونه رویه ها و هنجارهای تبعیض آمیز در محل کار باید حل و فصل گردد.

مدیریت وظایف خانواده و خانوار: با افراد متأثر ازجمله زنان و مردان به صورت جداگانه و مرتب به منظور آشنایی با سلايق و اولويت های آنها درباره درآمدزایی، فرصت های دریافت وجه نقد در ازای کار و سایر نیازهای خانواده و خانوار صحبت کنید. در زمینه افزایش بار کاری و تنش ها در منزل به علت تغییرات در نقش های جنسیتی سنتی و گسترش کنترل زنان بر دارایی ها گفتگو نمایید.

در برنامه های زمانی فعالیت های دریافت وجه نقدی در ازای کار، شرایط فیزیکی و برنامه های روزانه مردان و زنان باید در نظر گرفته شوند و از لحاظ فرهنگی تناسب داشته باشند. به عنوان نمونه، ساعات عبادت و تعطیلات رسمی باید لحاظ گردند. ساعات کاری نباید باعث اعمال مطالبات رقابتی غیرمعتول بر افراد شوند. برنامه ها نباید باعث انحراف منابع خانوار از فعالیت های مولد موجود گردند و تأثیرات منفی بر دسترسی به سایر فرصت های اشتغال یا تحصیل ایجاد کنند. قوانین ملی پیرامون حداقل سن اشتغال باید در روند مشارکت در درآمدزایی رعایت گردند. این سن عموماً کمتر از سن تکمیل تحصیلات اجباری نیست. چنانچه مراقبین کودکان خردسال در این گونه برنامه ها مشارکت دارند، احداث مراکز مراقبت از کودکان با تخصیص مالی مناسب در محل کار توصیه می شوند.

مدیریت زیست محیطی: از جلب مشارکت افراد در فعالیت های زیست محیطی مانند کاشت درخت، نظافت اردوگاه و بازتوانی زیست محیطی از طریق برنامه های غذا و پرداخت نقدی در ازای کار پشتیبانی نمایید. این فعالیت ها اگرچه موقت می باشند؛ اما مشارکت افراد را در محیط پیرامون افزایش می دهند.

دسترسى و ایمنى محیط کار را در نظر بگیرید و اطمینان حاصل نمایید که هرگونه آواری که باید جمع آوری گردد فاقد مواد خطرناک است. برنامه های پرداخت نقدی در ازای کار نباید شامل پاک سازی در مراکز مدیریت پسماند یا صنعتی باشند.

تولید مصالح ساختمانی پایدار به لحاظ زیست محیطی را به عنوان فعالیت درآمدزایی ترویج نمایید و آموزش فنی-حرفه ای مربوطه را ارائه کنید. افراد را تحت آموزش قرار دهید و آن ها را به کمپوست کردن پسماند دارای قابلیت زیست فروپاشی برای استفاده به عنوان کود ترغیب نمایید.

بخش خصوصی: بخش خصوصی می تواند نقش مهمی را در تسهیل بازتوانی و حمایت از معیشت ایفا نماید. در

موارد ممکن، شراکت‌ها را برای ایجاد فرصت‌های اشتغال راه‌اندازی نمایید. این دسته شراکت‌ها همچنین به ایجاد و رشد بنگاه‌های خرد، کوچک و متوسط کمک می‌کنند. مراکز رشد یا انکوباتورهای^۱ فناوری و کسب‌وکار همچنین این فرصت‌ها و سرمایه مالی را برای انتقال دانش تأمین می‌نمایند.  بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل.



1. incubator

ضمیمه ۱

چک لیست ارزیابی امنیت غذایی و معیشت

در ارزیابی‌های امنیت غذایی، افراد متأثر اغلب به شکلی گسترده به گروه‌های معیشتی بر اساس منابع و راهبردهای خود برای کسب درآمد یا غذا تقسیم می‌گردند. این تقسیم‌بندی همچنین می‌تواند شامل تجزیه و تحلیل جمعیت مطابق با ثروت گروه‌ها یا طبقات باشد. مقایسه وضعیت کنونی با تاریخچه امنیت غذایی پیش از بحران اهمیت دارد. «میانگین سال‌های طبیعی» را به عنوان شاخص مینا به کار ببرید. نقش‌ها و آسیب‌پذیری‌های خاص زنان و مردان و عواقب این موارد را برای امنیت غذایی خانوار در نظر بگیرید.

پرسش‌های مندرج در چک‌لیست زیر، حوزه‌های گسترده‌ای را برای لحاظ شدن در ارزیابی امنیت غذایی پوشش می‌دهد.

امنیت غذایی گروه‌های معیشتی

- آیا گروه‌هایی در اجتماع وجود دارند که از راهبردهای معیشتی یکسان استفاده کنند؟ این گروه‌ها را چطور می‌توان مطابق با عوامل اصلی غذا یا درآمد تقسیم‌بندی نمود؟

امنیت غذایی پیش از بحران (شاخص مبنا)

- گروه‌های مختلف معیشتی چطور پیش از بحران غذا یا درآمد کسب می‌کردند؟ منابع غذا و درآمد در یکی از سال‌های معمول دوران اخیر کدام بودند؟
- تغییر فصلی و جغرافیایی این منابع گوناگون غذا و درآمد در یک سال معمول چگونه بوده است؟ تهیه تقویم فصلی می‌تواند مفید باشد.
- آیا تمام گروه‌ها از غذای کافی با کیفیت خوب آب و تغذیه مناسب برخوردار بودند؟
- آیا تمام گروه‌ها دارای درآمد کافی از طرق بدون ضرر برای برطرف کردن نیازهای پایه خود بودند؟ غذا، تحصیل، مراقبت‌های سلامت، صابون، سایر اقلام خانوار، پوشاک و نهاده‌های مولد مانند بذر و ابزار را در نظر بگیرید. (دو پرسش آخر نشانگر وجود مشکلات مزمن خواهند شد. مشکلات موجود می‌توانند در اثر بحران بدتر گردند. مزمن یا حاد بودن مشکل بر پاسخ‌دهی مناسب تأثیر می‌گذارد.)
- در ۵ یا ۱۰ سال اخیر، امنیت غذایی به چه میزان از سالی به سال دیگر تغییر پیدا کرده است؟ تهیه مقیاس زمانی یا تاریخچه امنیت غذایی می‌تواند مفید واقع گردد.
- گروه‌های گوناگون معیشتی دارای کدام نوع دارایی، پس‌انداز یا سایر ذخایر هستند؟ نمونه‌ها عبارت‌اند از ذخایر غذایی، پس‌انداز نقدی، تعداد دام، سرمایه‌گذاری، اعتبار و بدهی مطالبه نشده.
- هزینه‌کرد خانوار در مدت‌زمان یک هفته یا یک ماه شامل چه مواردی می‌باشد؟ چه نسبتی از کل هزینه‌کرد به هر یک از اقلام اختصاص می‌یابد؟
- چه کسی مسئول مدیریت نقدینگی در خانوار و نحوه هزینه‌کرد آن می‌باشد؟
- نزدیک‌ترین بازار برای خرید اقلام پایه، چقدر در دسترس است؟ عواملی را مانند موارد زیر در نظر بگیرید: فاصله، امنیت، سهولت تردد، موجود بودن و دسترسی به اطلاعات بازار و همچنین حمل‌ونقل.
- بهای اقلام اساسی شامل غذا چقدر است و این اقلام به چه میزان موجودند؟
- پیش از بحران، شرایط معمول تجارت مابین نیازهای اساسی (غذا، نهاده‌های کشاورزی، مراقبت‌های سلامت، غیره) و منابع درآمد (محصولات نقدی، دام، دستمزد، غیره) به چه شکل بودند؟

امنیت غذایی در طی بحران

- بحران به چه شکل بر منابع مختلف غذا و درآمد هر گروه معیشتی شناخته‌شده تأثیر گذاشته است؟
- بحران چه تأثیری بر اشکال فصلی معمول امنیت غذایی برای گروه‌های مختلف داشته است؟
- بحران چگونه بر دسترسی به خدمت‌دهندگان مالی، بازارها، موجودی بازار و بهای اقلام اساسی تأثیر گذاشته است؟
- راهبردهای مختلف سازگاری در بحران مابین گروه‌های گوناگون معیشتی کدامند و چه درصدی از افراد این راهبردها را اعمال می‌کنند؟ آیا این روند در مقایسه با وضعیت پیش از بحران تغییر کرده است؟
- کدام گروه یا جمعیت تحت بیشترین میزان تأثیر واقع شده است؟
- اثرات کوتاه‌مدت و میان‌مدت راهبردهای سازگاری دارایی‌های مالی و سایر دارایی‌های افراد کدامند؟
- تأثیرات راهبردهای سازگاری بر سلامت، نیک‌بود عمومی و کرامت کلیه گروه‌های معیشتی و تمامی افراد در معرض خطر کدامند؟ آیا خطرهایی مرتبط با راهبردهای سازگاری وجود دارند؟



ضمیمه ۲

چک لیست ارزیابی امنیت بذر

پرسش‌های نمونه برای ارزیابی‌های امنیت بذر در قسمت زیر درج شده‌اند. در ارزیابی امنیت بذر، قوانین ملی باید درخصوص انواع تراریخته ژنتیک و پیوندی در نظر گرفته شوند.

امنیت بذر پیش از بحران (شاخص مبنا)

- مهم‌ترین محصولات برای کشاورزان کدام‌اند؟ آن‌ها این محصولات را برای چه منظوری استفاده می‌کنند (مصرف، درآمد یا هر دو)؟ آیا این محصولات در هر فصل تولید می‌شوند؟ در شرایط دشوار، چه نوع محصولات دیگری اهمیت پیدا می‌کنند؟
- کشاورزان عموماً بذر یا سایر مواد کشت را برای این‌گونه محصولات چگونه به دست می‌آورند؟ تمامی روش‌ها و کانال‌ها را در نظر بگیرید.
- عوامل کشت برای هر محصول عمده کدام‌اند؟ متوسط منطقه تحت کشت چقدر است؟ میزان کشت بذر چقدر است؟ میزان تکثیر (نسبت وزن یا دانه برداشت‌شده به بذر کاشته‌شده) چقدر است؟
- آیا انواع مهم یا ارجح محصولات خاص (انواع منطبق با اقلیم محلی) وجود دارند؟
- کدام نهادهای تولیدی برای انواع یا محصولات خاص ضرورت دارند؟
- چه کسی در خانوار مسئول تصمیم‌گیری، مدیریت محصولات و ضایعات در مقاطع مختلف تولید و پس از تولید است؟

امنیت بذر پس از بحران

- آیا مداخله مرتبط با کشاورزی از دیدگاه افراد دریافت‌کننده کمک امکان‌پذیر است؟
- کدام محصولات تحت بیشترین تأثیرات در بحران قرار گرفتند؟ آیا باید بر این محصولات تمرکز نمود؟ دلیل تمرکز یا عدم تمرکز چیست؟
- آیا کشاورزان اطمینان دارند که وضعیت هم‌اکنون به میزان کافی برای کاشت، برداشت و فروش یا مصرف موفق محصول، تثبیت‌شده یا ایمن است؟
- آیا کشاورزان دسترسی کافی به زمین کشت و سایر امکانات تولید (کود حیوانی، ابزار، حیوانات بارکش) دارند؟
- آیا کشاورزان جهت مبادرت مجدد به کشاورزی آمادگی دارند؟

ارزیابی عرضه و تقاضای بذر: ذخایر خانگی

- آیا میزان کافی بذر تولیدشده خانگی برای کاشت موجود است؟ این میزان شامل بذر حاصله از برداشت کشاورز و نیز بذر بالقوه موجود از طریق شبکه‌های اجتماعی (به‌عنوان نمونه، همسایگان) است.
- آیا این همان محصولی است که کشاورزان همچنان می‌خواهند آن را کشت کنند؟ آیا مطابق با شرایط محلی است؟ آیا همچنان مورد درخواست است؟
- آیا انواع بذرهای موجود حاصل از طریق تولید خود کشاورز همچنان برای کشت در فصل بعدی مناسب هستند؟ آیا کیفیت بذر استانداردهای معمول کشاورز را برآورده می‌سازد؟

ارزیابی عرضه و تقاضا برای بذر: بازارهای محلی

- آیا بازارها علیرغم وجود بحران عموماً در حال کار هستند (آیا روزهای فروش در بازار برقرارند، آیا کشاورزان امکان

تردد، فروش و خرید آزادانه را دارند؟

- آیا حجم‌های فعلی دانه یا بذر با حجم‌ها در همان زمان در فصل‌های قبلی بدون بحران قابل مقایسه هستند؟
- آیا محصولات یا انواع بذر مناسب برای کشت از نظر کشاورزان، در بازارها یافت می‌شوند؟
- آیا قیمت دانه یا بذر در بازار با قیمت‌ها در زمان مشابه در فصول گذشته قابل مقایسه است؟ در صورت وجود تفاوت در قیمت‌ها، آیا برای کشاورزان در دسرساز ایجاد خواهد شد؟

ارزیابی عرضه و تقاضا برای وزن: بخش رسمی

- آیا محصولات و انواع گونه‌هایی که از سوی بخش رسمی، منطبق با پهنه‌های خاص ارائه می‌گردند، تحت فشار هستند؟ آیا شواهدی دال بر استفاده از آن‌ها توسط کشاورزان موجودند؟
- آیا بذر موجود بخش رسمی منطبق با تقاضای ایجادشده در بحران است؟ در غیر این صورت، چه میزان از نیازهای کشاورزان برآورده خواهد شد؟



ضمیمه ۳

چک لیست ارزیابی تغذیه

نمونه پرسش‌ها برای ارزیابی به‌منظور بررسی عوامل زمینه‌ای کمبود تغذیه، میزان خطر تغذیه و امکان پاسخ، در بخش ذیل درج شده‌اند. پرسش‌ها بر مبنای چارچوب مفهومی عوامل کمبود تغذیه تدوین گشتند. $\oplus$ بنگرید به شکل ۷: *امنیت غذایی و تغذیه: عوامل کمبود تغذیه*. اطلاعات احتمالاً از مجموعه مختلف منابع موجود خواهد بود و جمع‌آوری آن مستلزم ابزار متنوع ارزیابی شامل مصاحبه با مطلعین کلیدی، مشاهده و بررسی داده‌های ثانویه می‌باشد.

وضعیت پیش از بحران

چه اطلاعاتی در زمینه ماهیت، مقیاس و عوامل کمبود تغذیه در میان افراد متأثر موجود است؟ $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۱-۱ ارزیابی/امنیت غذایی و تغذیه*.

وضعیت کنونی کمبود تغذیه

خطر کمبود تغذیه مرتبط با کاهش دسترسی به غذا چیست؟

$\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۱: *چک‌لیست ارزیابی/امنیت غذایی و معیشت*.

خطر کمبود تغذیه مرتبط با رویه‌های مراقبتی و تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال چیست؟

- آیا تغییری در الگوهای اجتماعی و کار (ناشی از عواملی مانند مهاجرت، بیجاشدگی یا منخاضات مسلحانه) وجود دارد که بر نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانه تأثیر بگذارد؟
- آیا تغییری در ترکیب معمول خانوارها وجود دارد؟ آیا تعداد کودکان جدانشده از والدین زیاد است؟
- آیا محیط معمول مراقبت دچار اختلال شده است (به‌عنوان مثال از طریق بیجاشدگی) و آیا چنین اختلالی بر دسترسی به مراقبین ثانویه، غذا یا آب تأثیرگذار بوده است؟
- آیا اطفالی وجود دارند که تحت شیردهی قرار نگرفته باشند؟ آیا اطفالی وجود دارند که تحت تغذیه مصنوعی قرار گرفته باشند؟
- آیا شواهد یا موارد مشکوکی درخصوص رویه‌های تغذیه اطفال شیرخوار در بحران وجود دارند؟ به‌طور خاص، آیا کاهشی در میزان آغاز شیردهی یا تغذیه انحصاری با شیر مادر اتفاق افتاده است؟ آیا میزان تغذیه مصنوعی و یا درصد اطفال شیردهی نشده افزایش پیدا کرده است؟
- آیا دسترسی بهداشتی به غذاهای مناسب سن، مغذی و مکمل سالم و همچنین روش‌های تهیه آن‌ها وجود دارد؟
- آیا شواهد یا موارد مشکوکی درخصوص توزیع کلی جایگزین‌های شیر مادر همچون شیر فراورده، سایر محصولات شیر، شیشه و سرشیشه یا به‌صورت خریداری‌شده و یا اهداشده وجود دارند؟
- آیا گله‌های دام از کودکان خردسال به مدت طولانی در اجتماعات روستایی دور بوده‌اند؟ آیا دسترسی به شیر از وضعیت طبیعی تغییر کرده است؟
- آیا آج‌آوی بر رویه‌های مراقبتی در سطح خانوار تأثیر گذاشته است؟

- آیا سهمیه عمومی غذا با نیازهای سالمندان و افراد دارای مشکلات تغذیه مطابقت یافته است؟ ترکیب انرژی و محتوای ریزمغذی سهمیه را ارزیابی نمایید. قابل قبول بودن محصولات غذایی (دل چسبی، قابلیت جویدن و هضم پذیری) را بررسی کنید.

خطر کمبود تغذیه مرتبط با سلامت عمومی نامناسب چیست؟

- آیا گزارش‌های موارد طغیان بیماری اثرگذار بر وضعیت تغذیه از جمله سرخک یا بیماری اسهال موجودند؟ آیا احتمال بروز این موارد طغیان می‌رود؟ ⊕ بنگرید به /استاندارد ۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار.
- میزان تخمینی پوشش واکسیناسیون سرخک برای افراد متأثر چقدر است؟ ⊕ بنگرید به /استاندارد ۱-۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودک.
- آیا ویتامین آ به صورتی مرتب در واکسیناسیون سرخک ارائه می‌گردد؟ پوشش تخمینی ویتامین آ مکمل چقدر است؟
- آیا میزان مرگ‌ومیر (خام و یا زیر پنج سال) تخمین زده شده است؟ میزان تخمین چقدر می‌باشد و کدام روش برای انجام آن به کار رفته است؟ ⊕ بنگرید به مفاهیم اساسی در سلامت.
- آیا کاهش چشمگیری در دمای محیط بوده است یا خواهد بود که احتمالاً بر شیوع عفونت حاد تنفسی یا نیازهای انرژی افراد متأثر تأثیر بگذارد؟
- آیا میزان شیوع اچ‌آی‌وی بالا است؟
- آیا افراد در برابر کمبود تغذیه ناشی از فقر یا وضعیت نامناسب سلامت آسیب‌پذیرند؟
- آیا جمعیت بیش از حد است و یا آنکه احتمال شیوع بالای سل مطرح می‌باشد؟
- آیا موارد بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، آرتروز، بیماری‌های قلبی - عروقی و کم‌خونی گزارش شده‌اند؟
- آیا میزان بروز مالاریا بالا می‌باشد؟
- آیا افراد برای مدت زمان طولانی در آب یا لباس خیس به سر برده‌اند یا در معرض شرایط نابسامان زیست‌محیطی قرار داشته‌اند؟

کدام ساختارهای رسمی و غیررسمی محلی در حال حاضر سرپا هستند که از طریق آن‌ها می‌توان مداخلات بالقوه را هدایت نمود؟

- ظرفیت وزارت بهداشت، سازمان‌های مذهبی، گروه‌های حمایتی اجتماع، گروه‌های پشتیبان تغذیه با شیر مادر یا سمن‌های دارای حضور درازمدت یا کوتاه‌مدت در منطقه چقدر است؟
- کدام مداخلات تغذیه یا پشتیبانی اجتماع‌محور توسط اجتماعات محلی، اشخاص، سمن‌ها، سازمان‌های دولتی، آژانس‌های سازمان ملل متحد یا سازمان‌های مذهبی در حال اجرا بودند؟ کدام سیاست‌های تغذیه (گذشته، جاری و متوقف‌شده)، پاسخ‌دهی برنامه‌ریزی‌شده درازمدت تغذیه و برنامه‌ها در حال اجرا یا تحت برنامه‌ریزی به‌منظور پاسخ‌دهی به وضعیت کنونی هستند؟



ضمیمه ع

سنجش سوء تغذیه حاد

در طی بحران‌های تغذیه، قرار دادن اطفال زیر شش ماه، زنان باردار و شیرده، کودکان در سن بالاتر، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان در ارزیابی‌ها یا برنامه‌های تغذیه شاید ضرورت داشته باشد.

اطفال شیرخوار زیر شش ماه

اگرچه پژوهش برای این گروه سنی در دست انجام است؛ اما شواهد محدودی برای ارزیابی و مدیریت موجودند. در اکثر راهکارها، همان تعاریف موارد پیکرسنجی سوء تغذیه حاد اطفال شیرخوار برای کودکان شش الی ۵۹ ماهه (به استثنای محیط میانی بالای بازو) به کار می‌روند که در شرایط کنونی برای اطفال زیر شش ماه توصیه نمی‌گردند. معیارهای پذیرش بیشتر بر اندازه کنونی تمرکز دارند تا ارزیابی رشد.

فاصله‌گیری از مراجع رشد مرکز ملی آمار سلامت به سمت استانداردهای رشد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ باعث شده است که تعداد اطفال زیر شش ماهه ثبت‌شده به عنوان اطفال شیرخواری که دچار کم‌وزنی هستند، افزایش یابد. چنین روندی می‌تواند به حضور اطفال شیرخوار در برنامه‌های تغذیه یا نگرانی مراقبین در ارتباط با کفایت تغذیه انحصاری با شیر مادر منجر گردد. در این راستا، ارزیابی و بررسی موارد زیر اهمیت دارد:

- رشد طولانی مدت اطفال شیرخوار – آیا میزان رشد علیرغم کوچک بودن اندازه بدن مناسب است (برخی اطفال شیرخوار شاید در حال جبران وزن کم هنگام تولد باشند)؟
- رویه‌های تغذیه طفل شیرخوار – آیا طفل از تغذیه انحصاری شیر مادر برخوردار است؟
- وضعیت بالینی – آیا طفل شیرخوار مبتلا به وضعیت یا مشکلات پزشکی قابل درمان یا قراردهنده وی در گروه پرخطر می‌باشد؟
- عوامل مرتبط با مادر – به عنوان نمونه، آیا مادر فاقد پشتیبانی خانوادگی یا افسرده است؟ بستری بیماران در برنامه‌های درمانی تغذیه باید به عنوان اولویت برای اطفال شیرخوار پرخطر^۱ در نظر گرفته شود.

کودکان شش الی ۵۹ ماهه

در جدول زیر، نقاط برش^۲ معمول برای سوء تغذیه حاد میان کودکان شش الی ۵۹ ماهه نشان داده شده‌اند. شاخص‌های وزن به ازای قد را با استفاده از استانداردهای رشد کودک سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ محاسبه نمایید. آزمون زی وزن به ازای قد (مطابق با استانداردهای سازمان جهانی بهداشت) شاخص ارجح برای گزارش‌دهی نتایج پیمایش پیکرسنجی است. اندازه محیط میانی بالای بازو معیار مستقلاً برای سوء تغذیه حاد و یکی از بهترین روش‌های پیش‌بینی مرگ‌ومیر می‌باشد. شیوع پایین بودن محیط میانی بالای بازو همچنین برای پیش‌بینی موارد در تغذیه تکمیلی و برنامه‌های مراقبت درمانی به کار می‌رود. نقاط برش رایج عبارت‌اند از حداکثر ۱۱/۵ سانتیمتر برای سوء تغذیه حاد شدید و ۱۱/۵ الی ۱۲/۵ سانتیمتر برای سوء تغذیه حاد متوسط. اندازه محیط میانی بالای بازو اغلب با نقطه برش بالاتر به عنوان بخشی از فرآیند غربالگری دو مرحله‌ای به کار می‌رود که نباید آن را به تنهایی در پیمایش‌های پیکرسنجی استفاده نمود. باین وجود، اندازه محیط میانی بالای بازو را می‌توان به عنوان معیار صرف پذیرش در برنامه‌های تغذیه به کار برد.

1. high-risk
2. cut-offs

سوء تغذیه حاد کلی	سوء تغذیه حاد متوسط	سوء تغذیه حاد شدید
کودکان شش الی ۵۹ ماهه	وزن به ازای قد مابین ۲- الی ۳- آزمون زی و محیط میانی بالای بازو ۱۱/۵ الی ۱۲/۵ سانتیمتر	حداکثر وزن به ازای قد ۲- آزمون زی و محیط میانی بالای بازو ۱۱/۵ سانتیمتر و یا ادم تغذیه‌ای
سالمدان	محیط میانی بالای بازو ۲۱ سانتیمتر	اندازه محیط میانی بالای بازو ۱۸/۵ سانتیمتر
زنان باردار و شیرده	محیط میانی بالای بازو ۲۳ سانتیمتر (شاید حداکثر ۲۱ سانتیمتر در برخی شرایط خاص)	محیط میانی بالای بازو حداکثر ۱۸/۵ سانتیمتر
بزرگسالان (شامل افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی یا سل)	شاخص توده بدنی ۱۶ الی ۱۸/۵	شاخص توده بدنی ۱۶

کودکان پنج الی ۱۹ ساله

از استانداردهای رشد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ برای تعیین وضعیت تغذیه در کودکان پنج الی ۱۹ ساله استفاده نمایید. این نمودارهای مربوط به داده‌های مرجع رشد، هم‌راستایی تنگاتنگی با استانداردهای رشد کودک سازمان جهانی بهداشت برای کودکان شش الی ۵۹ ماهه و نقاط پرش توصیه‌شده برای بزرگسالان دارند. استفاده از محیط میانی بالای بازو را در کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان مخصوصاً در معرض اچ‌آی‌وی در نظر بگیرید. از آنجاکه این حوزه فنی در حال رشد و توسعه است، رجوع به آخرین راهنما و اطلاعات به‌روز شده فنی ضرورت دارد.

بزرگسالان (۲۰ الی ۵۹ ساله)

هیچ تعریف موردتوافقی برای سوء تغذیه حاد در میان بزرگسالان وجود ندارد؛ اما طبق شواهد موجود، نقطه پرش برای سوء تغذیه حاد شدید می‌تواند شاخص توده بدنی کمتر از ۱۶ و همچنین کمتر بودن این شاخص از ۱۸/۵ در موارد سوء تغذیه حاد متوسط یا خفیف باشد. در پیمایش‌های سوء تغذیه بزرگسالان باید به جمع‌آوری داده‌ها پیرامون وزن، قد، قد در حالت نشسته و اندازه‌های محیط میانی بالای بازو پرداخت. از این داده‌ها می‌توان برای محاسبه شاخص توده بدنی استفاده نمود. شاخص مذکور را می‌توان برای شاخص کورمیک^۲ (نسبت قد در حالت نشسته به قد در حالت ایستاده) فقط برای انجام مقایسات مابین جمعیت‌ها تنظیم نمود. چنین تنظیماتی می‌توانند شیوع ظاهری کمبود تغذیه را در بزرگسالان به مقدار قابل‌ملاحظه تغییر دهند و تأثیرات مهمی بر برنامه‌ریزی داشته باشند. مقدار اندازه محیط میانی بالای بازو باید همیشه سنجش گردند. در صورت نیاز به نتایج فوری یا محدودیت شدید منابع، پیمایش‌ها باید صرفاً بر مبنای سنجش‌های محیط میانی بالای بازو انجام گردند.

1. body mass index (BMI)
2. Cormic

نبود معیارها و داده‌های پیامدهای عملکردی معتبر شده باعث دشواری تفسیر نتایج پیکرسنجی خواهد شد. هنگام تفسیر آن‌ها، از اطلاعات تفصیلی مختص موقعیت استفاده نمایید. برای آشنایی با ارزیابی، $\oplus$ بگریید به مآخذ و منابع بیشتر.

هنگام غربالگری افراد برای پذیرش و ترخیص از مراقبت تغذیه، از ترکیب شاخص‌های پیکرسنجی، علائم بالینی (مخصوصاً ضعف، از دست دادن اخیر وزن) و عوامل اجتماعی (مانند دسترسی به غذا، حضور مراقبین، سرپناه) استفاده نمایید. توجه داشته باشید که ادم در بزرگسالان می‌تواند ناشی از عواملی به‌غیر از سوءتغذیه باشد و کارشناسان بالینی باید ادم بزرگسالی را برای حذف سایر عوامل ارزشیابی نمایند. هر یک از سازمان‌های بشردوستانه باید درخصوص این شاخص به‌منظور انجام موارد زیر تصمیم‌گیری نماید: تعیین واجد شرایط بودن برای مراقبت با در نظر گرفتن کمبودهای شناخته‌شده شاخص توده بدنی، نبود اطلاعات در زمینه اندازه محیط میانی بالای بازو و عواقب برنامه در ارتباط با کاربرد شاخص‌ها. این حوزه فنی همچنان در حال رشد و توسعه است و لذا به آخرین راهنما و اطلاعات به‌روز شده فنی رجوع کنید.

محیط میانی بالای بازو را می‌توان به‌عنوان ابزار غربالگری در میان زنان باردار و به‌عنوان مثال در قالب معیاری برای ورود به برنامه تغذیه استفاده نمود. با توجه به نیازهای بیشتر تغذیه آن‌ها، زنان باردار می‌توانند در معرض خطر بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها در جمعیت قرار داشته باشند. اندازه محیط میانی بالای بازو در طی بارداری به شکلی قابل‌ملاحظه تغییر نخواهد کرد. پایین‌تر بودن این اندازه از $20/7$ سانتیمتر نشانگر خطر جدی عدم رشد جنینی و کمتر بودن این مقیاس از 23 سانتیمتر حاکی از خطر متوسط در این خصوص است. نقاط برش پیشنهادی برای خطر در هر کشور مختلف است؛ اما دامنه آن مابین 21 الی 23 سانتیمتر می‌باشد. حداکثر 21 سانتیمتر را به‌عنوان نقطه برش مناسب برای انتخاب زنان در معرض خطر در طی بحران‌ها در نظر بگیرید.

سالمندان

در حال حاضر تعریف توافق‌شده‌ای در ارتباط با سوءتغذیه میان سالمندان مطرح نیست؛ اما این گروه می‌تواند در معرض خطر سوءتغذیه در بحران قرار داشته باشد. بنا به پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت، آستانه‌های شاخص توده بدنی برای بزرگسالان را می‌توان در میان افراد بالاتر از 60 سال به‌کار برد. باین‌وجود، انحنای ستون فقرات و فشردگی مهره‌ها باعث دشواری در دقت اندازه‌گیری می‌گردند. فاصله نوک دستان باز شده از یکدیگر و فاصله نوک دست باز شده از وسط گردن را می‌توان بجای قد استفاده نمود. عامل تصاعدی برای محاسبه قد بنا به جمعیت متغیر است. ارزیابی بصری ضرورت دارد. اندازه محیط میانی بالای بازو می‌تواند ابزار مفیدی برای سنجش سوءتغذیه در سالمندان باشد؛ اما پژوهش درخصوص نقاط برش مناسب همچنان ادامه‌دار است.

افراد دارای معلولیت

هیچ‌گونه راهکاری در حال حاضر برای اندازه‌گیری افراد دارای معلولیت‌های جسمانی وجود ندارد و نبود چنین راهکارهایی معمولاً باعث حذف این دسته از افراد از پیمایش‌های پیکرسنجی می‌گردد. ارزیابی بصری ضرورت دارد. سنجش‌های اندازه محیط میانی بالای بازو شاید در مواردی که عضله بازوی فوقانی در حال افزایش برای کمک به حرکت است، می‌تواند گمراه‌کننده باشند. جایگزین‌های سنجش‌های استاندارد قد شامل موارد زیر هستند: طول، فاصله نوک دستان باز از یکدیگر، فاصله نوک دست باز شده از وسط گردن یا طول ساق پا. مراجعه به آخرین تحقیقات برای تعیین مناسب‌ترین روش سنجش افراد دارای معلولیت که وزن، قد و اندازه‌گیری استاندارد محیط میانی بالای بازو برای آن‌ها مناسبیت ندارد، ضروری است.

ضمیمه ۵

سنجه‌های اهمیت کمبود ریزمغذی‌ها در سلامت عمومی

کمبودهای بالینی ریزمغذی را فوراً با توجه به وضعیت فرد، تحت درمان قرار دهید. موارد فردی کمبودهای بالینی ریزمغذی همچنین معمولاً نشانگر مشکل زمینه‌ای کمبود ریزمغذی در سطح جمعیت هستند. سنجش و طبقه‌بندی کمبودهای ریزمغذی در سطح جمعیت برای مداخلات برنامه‌ریزی و پایش اهمیت دارد.

آزمایش‌های بیوشیمیایی همراه با سنجه عینی وضعیت ریزمغذی هستند. با این وجود، جمع‌آوری نمونه‌های بیولوژیک آزمایش اغلب حاوی چالش‌های لجستیک، آموزش کارکنان، زنجیره سرد و برخی اوقات چالش‌های پذیرش است. علاوه بر این، سنجش‌های بیوشیمیایی همواره از حساسیت و اختصاصیت^۱ لازم برخوردار نیستند. دقیقاً مشابه با وضعیت سوءتغذیه حاد، نمونه‌گیری نیز می‌تواند مطابق با ساعت روز یا فصل سال نوسان داشته باشد. کنترل کیفیت مناسب بسیار مهم است و همواره باید در گزینش آزمایشگاه برای آزمایش نمونه در نظر گرفته شود.

هنگام ارزیابی وضعیت ریزمغذی، احتمال مصرف بی‌رویه را در کنار کمبود در نظر بگیرید. این مسئله به‌طور خاص در موارد استفاده از مکمل‌ها یا محصولات غنی‌شده برای تأمین ریزمغذی‌ها، باعث نگرانی می‌گردد.

کمبودهای ریزمغذی دارای تبعات شدید برای سلامت جسمانی و روانی، دستگاه ایمنی بدن و توانایی‌های کارکردی سالمندان می‌باشند.

تقسیم‌بندی‌های اهمیت کمبودهای ریزمغذی در سلامت عمومی با استفاده از شاخص‌های گوناگون در جدول زیر ترسیم شده‌اند. برای کسب اطلاعات درباره آزمایش‌های بیوشیمیایی و آستانه سلامت عمومی، به جدیدترین ادبیات موجود مراجعه کنید یا با متخصصین مشورت کنید.



تعریف مشکل سلامت عمومی		گروه سنی توصیه‌شده برای پیمایش‌های شیوع	شاخص کمبود ریزمغذی
شدت	شیوع (درصد)		
کمبود ویتامین آ			
خفیف	صفر الی یک	۲۴ الی ۷۱ ماهه	شب‌کوری (× تعداد)
متوسط	یک الی پنج		
شدید	پنج		
نامشخص	حداقل ۰/۵	شش الی ۷۱ ماهه	نقاط بیتوت (× در یک بی) ^۱
نامشخص	حداقل ۰/۰۱	شش الی ۷۱ ماهه	خشکی / زخم / نرمی قرنیه (× ۲، ۳×، ۳× بی)
نامشخص	حداقل ۰/۰۵	شش الی ۷۱ ماهه	زخمه‌ای قرنیه (× اس)
خفیف	دو الی ۱۰	شش الی ۷۱ ماهه	سرم رتینول (حداکثر ۰/۷ میکرومول در لیتر)
متوسط	۱۰ الی ۲۰		
شدید	۲۰		
کمبود ید			
خفیف	۵/۰ الی ۱۹/۹	کودکان واجب‌التعلیم	گواتر (رؤیت‌پذیر و قابل لمس)
متوسط	۲۰/۰ الی ۲۹/۹		
شدید	۳۰/۰		
مصرف بیش‌ازحد	حداقل ۳۰۰	کودکان واجب‌التعلیم	میانگین غلظت ید در ادرار (میلی گرم در لیتر)
مصرف کافی	۱۰۰ الی ۱۹۹		
کمبود خفیف	۵۰ الی ۹۹		
کمبود متوسط	۲۰ الی ۴۹		
کمبود شدید	حداکثر ۲۰		
کمبود آهن			
پایین	پنج الی ۲۰	زنان، کودکان شش الی ۵۹ ماهه	کم‌خونی (هموگلوبین زنان غیرباردار حداکثر ۱۲/۰ گرم در دسی‌لیتر، کودکان شش الی ۵۹ ماهه حداکثر ۱۱/۰ گرم در دسی‌لیتر)
متوسط	۲۰ الی ۴۰		
بالا	۴۰		

تعریف مشکل سلامت عمومی		گروه سنی توصیه‌شده برای پیمایش‌های شیوع	شاخص کمبود ریزمغذی	
شدت	شیوع (درصد)			
بری‌بری				
کل جمعیت	خفیف	یک مورد و حداکثر یک درصد	علائم بالینی	
	متوسط			یک الی چهار
	شدید			پنج
تعریف مشکل سلامت عمومی		گروه سنی توصیه‌شده برای پیمایش‌های شیوع	شاخص کمبود ریزمغذی	
شدت	شیوع (درصد)			
کل جمعیت	خفیف	پنج	مصرف در رژیم غذایی (حداکثر ۰/۳۳ میلی گرم در ۱۰۰۰ کیلوکالری)	
	متوسط			پنج الی ۱۹
	شدید			۲۰ الی ۴۹
اطفال دو الی ۵ ماهه	خفیف	هیچ‌گونه افزایش در میزان شیوع	مرگ‌ومیر اطفال شیرخوار	
	متوسط			افزایش ناچیز در میزان شیوع
	شدید			افزایش چشمگیر در میزان شیوع
پلاگرا				
کل جمعیت یا زنان بالای ۱۵ سال	خفیف	حداقل یک مورد و حداکثر یک درصد	علائم بالینی (التهاب پوست) در گروه سنی پیمایش شده	
	متوسط			یک الی چهار
	شدید			پنج
کل جمعیت یا زنان حداقل ۱۵ ساله	خفیف	پنج الی ۱۹	مصرف معادل‌های نیاسین در رژیم غذایی حداکثر ۵ میلی گرم در روز	
	متوسط			۲۰ الی ۴۹
	شدید			۵۰
اسکوربوت				
کل جمعیت	خفیف	یک مورد و حداکثر یک درصد	علائم بالینی	
	متوسط			یک الی چهار
	شدید			پنج



ضمیمه ۶

نیازهای تغذیه‌ای

از جدول زیر برای برنامه‌ریزی در مرحله ابتدایی بحران استفاده کنید. حداقل نیازهای مغذی مندرج در جدول را می‌توان برای ارزیابی سهمیه‌های کلی استفاده نمود. این نیازها برای ارزیابی کفایت سهمیه‌های مراقبتی درمانی یا مکمل و یا ارزیابی سهمیه‌های گروه‌های خاص مانند افراد مبتلا به سل یا در حال زندگی با اچ‌آی‌وی در نظر گرفته نشده‌اند.

مغذی	حداقل نیازهای جمعیت
انرژی	۲۱۰۰ کیلوکالری
پروتئین	۵۳ گرم (۱۰ درصد کل انرژی)
چربی	۴۰ گرم (۱۷ درصد کل انرژی)
ویتامین آ	۵۵۰ میکروگرم معادل فعالیت رتینول ^۱
ویتامین د	۶/۱ میکروگرم
ویتامین ای	۸/۰ میلی‌گرم معادل آلفاتوکوفرول ^۲
ویتامین کا	۴۸/۲ میکروگرم
ویتامین ب ۱ (تیامین)	۱/۱ میلی‌گرم
ویتامین ب ۲ (ریبوفلاوین)	۱/۱ میلی‌گرم
ویتامین ب ۳ (نیاسین)	۱۳/۸ میلی‌گرم معادل نیاسین
ویتامین ب ۶ (پیریدوکسین)	۱/۲ میلی‌گرم
ویتامین ب ۱۲ (کوبالامین)	۲/۲ میکروگرم
فولیت ^۵	۳۶۳ میکروگرم معادل فولیت در رژیم غذایی ^۶
پانتوتنات ^۷	۴/۶ میلی‌گرم
ویتامین ث	۴۱/۶ میلی‌گرم

1. retinol activity equivalents (RTE)
2. alpha-tocopherol equivalents (alpha TE)
3. pyridoxine
4. cobalamin
5. folate
6. dietary folate equivalents (DFE)
7. pantothenate

مغذی	حداقل نیازهای جمعیت
آهن	۳۲ میلی گرم
ید	۱۳۸ میکروگرم
روی	۱۲/۴ میلی گرم
مس	۱/۱ میلی گرم
سلنیوم ^۱	۲۷/۶ میکروگرم
کلسیم	۹۸۹ میلی گرم
منیزیم	۲۰۱ میلی گرم

منبع مندرج در پانویس^۲

نیازهای تمام گروه‌های سنی و جنسی در حداقل نیازهای متوسط جمعیتی فوق لحاظ شده‌اند؛ بنابراین، این مقادیر مختص یک گروه سنی یا جنسی نیستند و نباید به‌عنوان نیازهای فردی به‌کار روند. مقادیر مذکور بر مبنای نمایه جمعیتی فرض شده، فرضیات درباره دمای محیط و میزان فعالیت‌های افراد تدوین شده‌اند. نیازهای بیشتر زنان باردار و شیرده نیز در آن‌ها لحاظ گشته‌اند.

این نیازها به‌عنوان مرجع مواد مغذی دریافتی^۳ برای کلیه مواد مغذی به‌استثنای انرژی و مس بیان می‌شوند.

اطلاعات به‌روز و تحقیقات بیشتر در زمینه ریزمغذی‌ها و کلان‌مغذی‌ها^۴ در تارنماهای سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد (فاو)^۵ و سازمان جهانی بهداشت موجودند.

نیازهای انرژی جمعیتی را برای موارد زیر (از بالا یا پایین) تنظیم نمایید:

- ساختار جمعیت‌شناسی کل جمعیت مخصوصاً درصد افراد زیر پنج سال، زنان، سالمندان و نوجوانان.
- میانگین وزن بزرگسالان و وزن واقعی، معمول یا مطلوب افراد.
- میزان فعالیت برای حفظ زندگی پویا (نیازها در صورت فراتر رفتن سطح فعالیت از «سبک» یا $\frac{1}{6} \times$ میزان متابولیک پایه افزایش می‌یابند).
- میانگین دمای محیط و ظرفیت‌های پوشاک و سرپناه (نیازها در صورت آنکه دمای محیط کمتر از ۲۰ درجه سانتی‌گراد باشد، افزایش می‌یابند).
- وضعیت تغذیه و سلامت جمعیت (نیازها در صورت ابتلای جمعیت به سوءتغذیه و داشتن نیازهای اضافه برای رشد جبرانی، افزایش پیدا می‌کند. شیوع اچ‌آی‌وی می‌تواند بر نیازهای متوسط جمعیت اثر بگذارد. سهمیه‌های کلی را

1. selenium

2. RNIs from FAO/WHO (2004), Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition, 2nd edition, were used for all vitamin and mineral requirement calculations except copper. Requirements for copper are taken from WHO (1996), Trace Elements in Human Nutrition and Health.

3. reference nutrient intakes (RNI)

4. macronutrients

5. United Nations Food and Agriculture Organization (FAO)



برای پاسخ‌دهی به این نیازها بر مبنای تحلیل موقعیت و توصیه‌های بین‌المللی جاری تنظیم کنید).

برای راهنمایی در زمینه محاسبه تنظیمات، $\oplus$ بنگرید به منبع مندرج در پانویس^۱.

در صورت عدم امکان کسب این‌گونه اطلاعات از ارزیابی‌ها، ارقام مندرج در جدول فوق را به‌عنوان حداقل نیازها به کار ببرید.

برای شناختن ساختار جمعیت به تفکیک جنس، سن و سایر معیارهای ضروری، از داده‌های ملی شاخص مینا استفاده کنید یا به منبع مندرج در پانویس^۲ رجوع کنید.

1. UNHCR, UNICEF, WFP and WHO (2002), Food and Nutrition Needs in Emergencies and WFP (2001), Food and Nutrition Handbook
2. World Population Prospects :<https://www.esa.un.org/unpd/wpp/>

مآخذ و منابع بیشتر

کلیات

- 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>

ارزیابی

- 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 no7 .. 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://resource-centre.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 سوءتغذیه 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>

روش‌شناسی مشارکتی

Bonino ,F . *What Makes Feedback Mechanisms Work* .ALNAP.2014 ,

تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال

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>

کودکان

Growth reference for school-aged children and adolescents .WHO .2007 ,www.who.int

امنیّت 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 ,Version3* . 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 ,Version2* . 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>

مداخلات بذری

Seed System Security Assessment) SSSA .(CIAT and DEV .2012 ,<https://seedssystem.org>

Seeds in Emergencies :A Technical Handbook .FAO .2010 ,www.fao.org

بازارها و کمک‌های نقدی

CaLP CBA quality toolbox :www.pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual .WFP .2014 ,<https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies :Implementation Support Guidelines .CaLP .2013 ,www.cashlearning.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,



.2015www.gbvguidelines.org

جنسیت

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action .IASC,
.2015www.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

افراد 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

معیشت

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

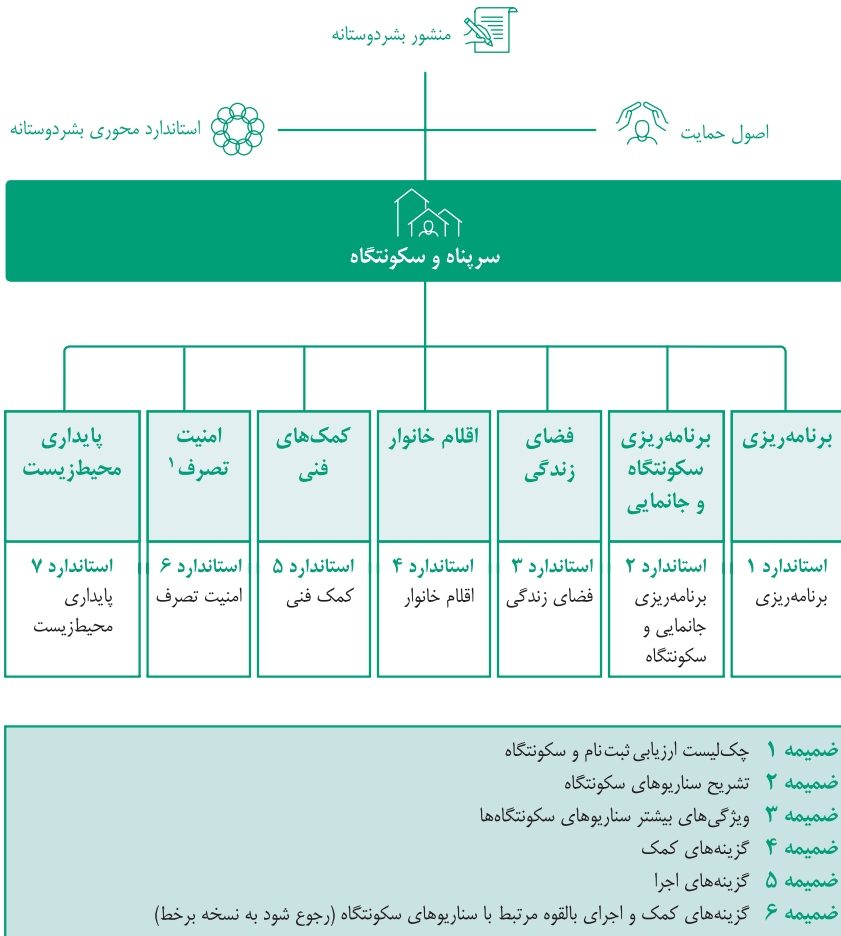
مطالعه بیشتر

برای آشنایی با منابع پیشنهادی بیشتر، بنگرید به تارنمای زیر:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

سرپناه و سکونتگاه





فهرست محتوا

۲۴۶	مفاهیم اساسی در سرپناه و سکونتگاه
	استانداردهای سرپناه و سکونتگاه
۲۵۲	۱. برنامه‌ریزی
۲۵۵	۲. برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی
۲۶۰	۳. فضای زندگی
۲۶۴	۴. اقلام خانوار
۲۶۸	۵. کمک فنی
۲۷۲	۶. امنیت تصرف
۲۷۵	۷. پایداری محیط زیست
۲۷۸	ضمیمه ۱: چک‌لیست ارزیابی سرپناه و سکونتگاه
۲۸۲	ضمیمه ۲: تشریح سناریوهای سکونتگاه
۲۸۴	ضمیمه ۳: ویژگی‌های بیشتر سناریوهای سکونتگاه
۲۸۶	ضمیمه ۴: گزینه‌های کمک
۲۸۹	ضمیمه ۵: گزینه‌های اجرا
۲۹۰	ضمیمه ۶: گزینه‌های کمک و اجرای بالقوه مرتبط با سناریوهای سکونتگاه
۲۹۳	مأخذ و منابع بیشتر



مفاهیم اساسی در سرپناه و سکونتگاه

همه افراد از حق اسکان مناسب برخوردارند

حداقل استانداردهای اسفیر برای سرپناه و سکونتگاه، بیان عملی حقوق برخورداری از اسکان مناسب در موقعیت‌های بشردوستانه هستند. این استانداردها بر مبنای باورها، اصول، وظایف و حقوق گسترده اظهارشده در منشور بشردوستانه می‌باشند. حقوق مذکور عبارت‌اند از حق زندگی توأم با کرامت، حق برخورداری از حمایت و امنیت و حق دریافت کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز.

فهرست اسناد کلیدی حقوقی و سیاست‌گذاری که در تدوین منشور بشردوستانه به کار رفته‌اند، در پیوست ۱ همراه با نکات توضیحی برای کارکنان بخش بشردوستانه درج شده است.

سرپناه‌ها و سکونتگاه درهم‌تنیده هستند و باید به‌عنوان کلیتی یکپارچه در نظر گرفته شوند. «سرپناه» فضای زندگی خانوار شامل اقلام ضروری برای پشتیبانی از فعالیت‌های روزانه و «سکونتگاه» مناطق گسترده‌تر زندگی افراد و اجتماع می‌باشند.

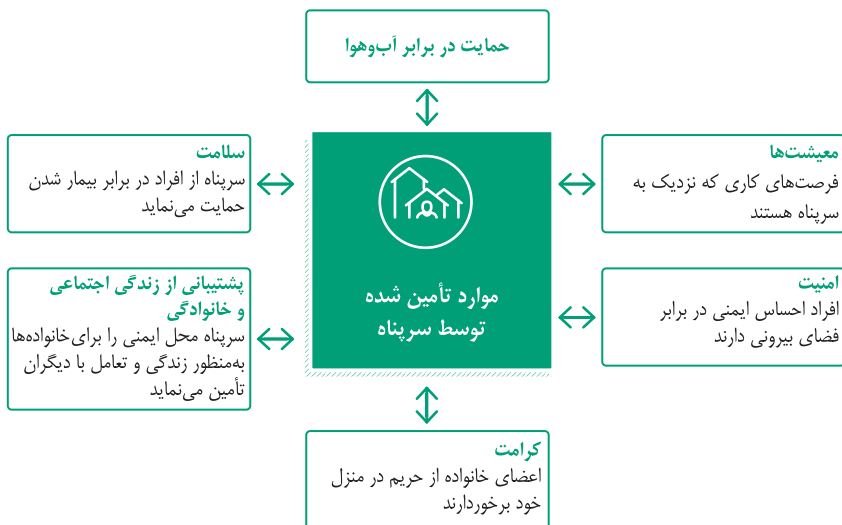
هدف از پاسخ‌دهی سرپناه و سکونتگاه، تأمین محیط ایمن زندگی است

پشتیبانی به‌موقع از سرپناه و سکونتگاه می‌تواند باعث نجات جان افراد در مقاطع اولیه بحران گردد. سرپناه علاوه بر تأمین حمایت در برابر شرایط آب‌وهوایی، برای ارتقای سلامت، پشتیبانی از زندگی اجتماع و خانوادگی و تأمین کرامت، امنیت و دسترسی به معیشت ضرورت دارد. ⊕ بنگرید به شکل ۸ ذیل.

میانگین زمانی بیجاشدگی افراد در خلال سال‌های گذشته روندی تصاعدی دارد. از آنجا که بیجاشدگی سال‌ها و حتی دهه‌ها ادامه پیدا می‌کند، جانمایی محل سرپناه‌ها و سکونتگاه‌ها و همچنین برنامه‌ریزی محله‌ها و اجتماعات حاوی سرپناه‌ها در خصوص حمایت از کرامت و بازتوانی افراد متأثر از بحران ضرورت دارند.

کمک‌های حوزه سرپناه و سکونتگاه باید پشتیبان و برگرفته از نقاط قوت موجود خانوارهای متأثر، اجتماعات، جامعه مدنی و دولت باشند که این روند خود باعث افزایش احتمال تدوین راهبردهای بومی‌سازی شده پیشران خودکفایی و خودمدیریت افراد متأثر خواهد شد. حس ایمنی، تعلق به اجتماع و انسجام اجتماعی برای آغاز فرایند بازتوانی بسیار اهمیت دارند.

گزینه‌های پاسخ‌دهی سرپناه و سکونتگاه محدود به تأمین سخت‌افزار و مصالح یا ساخت‌وساز سرپناه نیستند چراکه این گزینه‌ها همچنین شامل پشتیبانی در راستای ایمن‌سازی زمین و کسب سرپناه، مسکن یا اقلام خانوار می‌باشند. علاوه بر این، کمک فنی و تضمین کیفیت در این گزینه‌ها لحاظ می‌گردد که خود باعث توانمندسازی و بسیج جمعیت متأثر به‌منظور بازسازی بهتر و ایمن‌تر می‌شود. شناخت چارچوب قوانین ملی برای زمین و ملک بسیار مهم است. در عین حال، آگاهی از قوانین ملی پناهندگان و رویه‌های مربوطه برای تعیین وضعیت نیز اهمیت دارد.



موارد تأمین شده توسط سرپناه (شکل ۸)

برخی از کارکردهای سرپناه مناسب در بحران، برنامه‌های ثبت‌نام باید پشتیبان خانواده‌ها در پاسخدهی به این نیازها باشند.

برخی از کارکردهای سرپناه مناسب در بحران، برنامه‌های ثبت‌نام باید پشتیبان خانواده‌ها در پاسخدهی به این نیازها باشند. فارغ از نوع پشتیبانی تأمین شده، احترام به ساختارهای موجود اجتماعی و ارتقای انسجام اجتماعی همیشه اهمیت دارد.

هر خانوار و اجتماع نیازمند سطوح و انواع مختلف پشتیبانی می‌باشد. امنیت تصرف و مستندات کافی وضعیت مدنی، از جمله ملزومات پایه دسترسی به سرپناه ایمن می‌باشند؛ اما در شرایط خاص و وجود مسائل حل نشده مرتبط با اجاره زمین، پشتیبانی سرپناه می‌تواند به‌طور خاص پیچیدگی داشته باشد. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۶ سرپناه و سکونتگاه: امنیت تصرف*.

در نظر گرفتن بیجاگذاری و بازتوانی درازمدت در برنامه‌ریزی سکونتگاه هر روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. بیجاگذاری می‌تواند بر منابع موجود که اغلب محدود هم هستند، فشار وارد کند و باعث گسترش تنش با اجتماع میزبان پیرامون گردد. برنامه‌ریزی باکیفیت شامل شناخت، پیشگیری و کاهش تأثیرات منفی زیست‌محیطی است. بدون در نظر گرفتن مسائل زیست‌محیطی، برنامه‌های سرپناه و سکونتگاه در نهایت ناکارآمد خواهند بود چراکه پیامدهای کوتاه‌مدت می‌تواند به مشکلات جدیدی منجر شوند که خود نیازمند به سرمایه‌گذاری بیشتر می‌باشد. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۷ سکونتگاه و سرپناه: پایداری محیط زیست*.

پاسخ‌دهی سرپناه و سکونتگاه در مناطق شهری نیازمند تخصص خاص است

کمک به افراد در مناطق شهری می‌تواند به علت تراکم بالای جمعیت، نیازهای زیرساختی، مقررات دولتی و تنوع اجتماعی درون اجتماع، پیچیده باشد. در طی بحران و پس‌از آن، ارتباط و کمک به افراد در حال جابجایی گسترده مخصوصاً در ارتباط با یافتن فضای کافی برای زندگی دشوار خواهد بود. در صورت آنکه زیرساخت فنی پیچیده (مانند برج‌ها و ساختمان‌های بلند) متأثر واقع شوند، نهادهای بشردوستانه همچنین باید در زمینه تمهیدات پیچیده اجاره شامل

تعدد مالکین، مستاجرین و ساکنین غیررسمی فعالیت نمایند.

برای کار و فعالیت در موقعیت‌های شهری، باید از تخصص کافی در طراحی و برنامه‌ریزی شهری و آشنایی با حقوق، مقررات، قوانین و سیاست‌های مرتبط با مسکن، زمین و ملک برخوردار بود. شناخت دقیق بازارهای مالی و مسکن محلی بسیار ضروری است. برای تعامل با جامعه مدنی و بخش خصوصی آماده باشید. بخش خصوصی می‌تواند نقش خود را در ارائه راه‌حل‌های پایدار بازارمحور ایفا نماید. پاسخ‌دهی باید بر مبنای خدمات و هنجارهای محلی باشد و از ایجاد ساختارهای موازی اجتناب شود. با تدوین پاسخ‌دهی کل‌نگر در سطح سکونتگاه محله یا منطقه می‌توان احتمال تأمین کمک پایدار را به نیک‌بود جمعیت متأثر در مناطق شهری افزایش داد. $\oplus$ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

سناریوهای مختلف سکونتگاه پسابحران را باید لحاظ نمود

محل و چگونگی یافتن سرپناه از سوی افراد متأثر بسته به توانایی آن‌ها در ماندن در یک مکان یا نیاز آن‌ها به فاصله گرفتن، متغیر خواهد بود. توجه قاعده‌مند به موقعیت پسابحران، اولین گام در برنامه‌ریزی گزینه‌ها برای کمک‌های سرپناه و سکونتگاه است. شناخت رویکردهای گوناگون مناسب برای افراد بیجاشده، افرادی که مستقیماً متأثر شده‌اند؛ اما بیجاشده نشده‌اند یا افرادی که به شکلی غیرمستقیم متأثر شده‌اند، اهمیت دارد. $\oplus$ بنگرید به شکل ۹ ذیل.

در صورت مساعد بودن شرایط، افراد شاید انتخاب کنند که در مبدأ خود به‌عنوان مالک / متصرف یا ساکن زمین یا مسکن استیجاری یا تصرف‌شده غیررسمی باقی بمانند. پشتیبانی از خانوارهای بی‌جانشده شامل تعمیر یا بازسازی اقامتگاه موجود است.

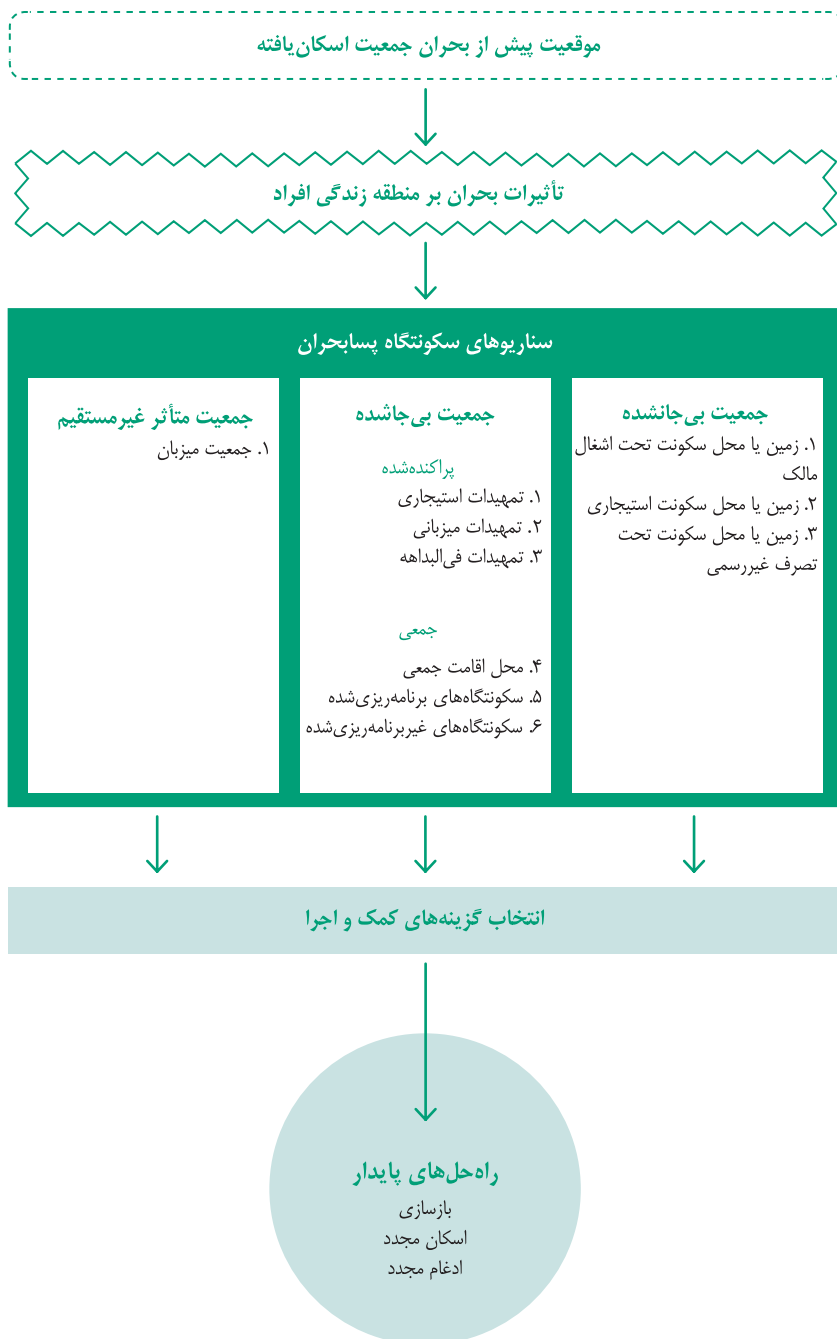
جمعیت‌های بیجاشده می‌توانند در سطح محلی پخش گردند، به مناطق دیگر درون کشور محل اقامت خود جابجا شوند یا از مرزهای بین‌المللی عبور کنند. در چنین شرایطی، آن‌ها احتمالاً محل اقامت خود را اجاره می‌کنند، به گزینه خوداسکان^۱ روی می‌آورند یا دیگران میزبان آن‌ها می‌شوند. برخی از خانوارهای بیجاشده در پی سکونت جمعی در سکونتگاه برنامه‌ریزی‌شده یا پناه‌گیری در سکونتگاه غیربرنامه‌ریزی‌شده خواهند بود.

شناخت بحران از طریق سناریوهای سکونتگاه باعث پیشبرد برنامه‌ریزی راهبردهای کمک خواهد شد که شامل گزینش مناسب‌ترین و مؤثرترین نوع کمک مطابق با گروه‌های خاص جمعیت‌های متأثر و انتخاب روش‌های ارائه کمک می‌باشد. فرایند مذکور باید پیشران افزایش بازتوانی و درنهایت تحقق راه‌حل پایدار باشد. استانداردها و ضامیم مندرج در این فصل بر مبنای منطق مذکور و کاربرد هم‌زمان با یکدیگر طراحی شده‌اند. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۲: تشریح سناریوهای سکونتگاه و ضمیمه ۳: ویژگی‌های بیشتر سناریوهای سکونتگاه.

حداقل استانداردهای مذکور را نباید به‌تنهایی اعمال نمود

حداقل استانداردهای مندرج در این فصل نشانگر محتوای محوری حق برخورداری از سرپناه مناسب هستند و به تحقق پیش‌رونده این حق به شکل کلی کمک می‌نمایند.

حق برخورداری از سرپناه مناسب با حقوق برخورداری از آب و تسهیلات فاضلاب، غذا و سلامت پیوند خورده است. پیشرفت در دستیابی به حداقل استانداردهای اسفیر در یک حوزه بر پیشرفت در سایر حوزه‌ها تأثیر می‌گذارد. به‌منظور اثربخش واقع شدن پاسخ، هماهنگی و همکاری تنگاتنگ با سایر بخش‌ها ضرورت دارد. هماهنگی با مقامات مسئول محلی و سایر نهادهای پاسخ‌دهنده به تضمین برآورده شدن نیازها، عدم موازی‌کاری در تلاش‌ها و بهینه‌سازی کیفیت پاسخ‌دهی تغذیه و امنیت غذایی کمک می‌نماید. ارجاعات میان‌بخشی در تمام این کتاب راهنما مؤید برخی پیوندها و ارتباطات بالقوه می‌باشند.



سناریوهای سکونتگاه پسابحران (شکل ۹)



به عنوان مثال، تأمین آب و تسهیلات فاضلاب مناسب در سکونتگاه‌ها برای تضمین سلامت و کرامت جمعیت متأثر لازم است. سوخت و ظروف پخت‌وپز و خورده‌خوراک اساسی، افراد را قادر به استفاده از کمک‌های غذایی و پاسخ‌دهی به نیازهای تغذیه می‌نمایند.

در مواردی که استانداردهای ملی در سطح حداقل استانداردهای اسفیر نیستند، سازمان‌های بشردوستانه باید با دولت در جهت ارتقای تدریجی این استانداردها همکاری نمایند.

قوانین بین‌المللی به‌طور خاص حافظ حق برخورداری از سرپناه مناسب هستند

حق برخورداری از مسکن مناسب که عبارت است از حق زندگی در مکانی همراه با امنیت، صلح و کرامت، تحت حمایت قوانین بین‌المللی می‌باشد. حق مذکور شامل آزادی‌های مختلف از جمله حق انتخاب محل اقامت و مواردی حقوقی مانند امنیت تصرف است و اصول حمایت مانند حمایت در برابر تخلیه اجباری در آن برجسته می‌گردند. کشورها موظف به تضمین این حق در شرایطی می‌باشند که افراد یا گروه‌ها شامل پناهندگان و بیجاشدگان داخلی امکان دسترسی را به مسکن مناسب از جمله در شرایط بحران ندارند. ⊕ بنگرید به پیوست ۱: بنیان حقوقی اسفیر.

مفهوم «مناسب بودن»^۱ یعنی آنکه مسکن بیش از یک چهاردیواری مسقف باشد. در مفهوم مذکور، اهمیت لحاظ کردن دیدگاه سکونتگاه، هویت فرهنگی و موجود بودن خدمات در پاسخ‌دهی سرپناه مورد تأکید قرار می‌گیرد. مسکن یا سایر اشکال سرپناه «مناسب» باید همراه با امنیت تصرف و ویژگی‌های زیر باشد:

- استطاعت‌پذیر به‌گونه‌ای که خانوار توان دستیابی به سایر اقلام و خدمات اساسی برای زندگی توأم با کرامت داشته باشد.
- قابل سکونت همراه با ایمنی فیزیکی، فضای زندگی کافی و حمایت‌شده، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، تسهیلات مناسب آفاب و تهیه و ذخیره‌سازی غذا.
- قابل قبول از لحاظ فرهنگی.
- قابل دسترسی و استفاده از جمله برای افراد مواجه با موانع حرکتی.
- جانمایی شده همراه با دسترسی به فرصت‌های معیشتی و خدمات اساسی اجتماعی.
- پیوند با اصول حمایت و استاندارد محوری بشردوستانه.

بحران‌ها می‌توانند باعث تشدید موارد نابرابری از پیش موجود گردند؛ بنابراین، ارائه کمک بی‌غرض حساس به موقعیت مخصوصاً برای افراد دارای حداقل ظرفیت بازتوانی از بحران بدون پشتیبانی سایرین، اهمیت دارد. ⊕ بنگرید به اصل ۲ حمایت.

برخی از افراد ممکن است به دلیل موانع فیزیکی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در دسترسی به کمک‌های سرپناه و سکونتگاه با دشواری‌هایی مواجه باشند. در طی روند شناخت و پاسخ‌دهی به این موارد، به مسائل زیر توجه کنید:

- **وضعیت قانونی افراد** (به‌عنوان نمونه، پناهندگان، بیجاشدگان داخلی، افراد بی‌تابعیت، مهاجرین، پناهجویان، افراد بی‌خانمان یا فاقد زمین و سایر افراد محروم شده از آزادی‌های مدنی و دسترسی به خدمات عمومی یا شبکه‌های ایمنی اجتماعی).
- **افراد مواجه با خطرهای حمایتی منحصربه‌فرد و گروه‌های در معرض خطر خاص تبعیض و حذف اجتماعی به علت:**

- قومیت، ملیت، گروه اجتماعی، گروه بومی، گرایش مذهبی یا سیاسی آن‌ها.
 - شرایط سکونت، وضعیت بيجاشدگی، وضعیت سکونتگاه غیررسمی یا وضعیت استیجاری.
 - جانمایی محل‌های اقامت دور از دسترس، واقع‌شده در مناطق پرمخاطره، مناطق غیرایمن، سکونتگاه‌های شهری یا سکونتگاه‌های غیررسمی.
 - آسیب‌پذیری و جایگاه آن‌ها در اجتماع. ⊕ بگرید به آشنایی با اسفیر و اصول حمایت.
- امدادگران باید در زمینه مراقبت از کودکان و چگونگی استفاده از نظام‌های ارجاع برای موارد مشکوک به خشونت، آزار یا بهره‌کشی از جمله در مورد کودکان، آموزش‌دیده باشند.
- کلیه تعهدات ۹ گانه در استاندارد محوری بشردوستانه باید در فرایند اعمال حداقل استانداردها به‌عنوان بنیان تأمین برنامه پاسخگویی ثبت‌نام و سکونتگاه رعایت گردند.



۱. برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی برای پیامدهای پاسخ‌دهی بهینه در سطوح منطقه‌ای، ملی، سازمانی یا اجتماعی بسیار مهم است. شناخت موقعیت پیش و پس از بحران باعث می‌گردد که ارزشیابی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم بحران بر شرایط زندگی افراد و هرگونه عواقب اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ممکن گردد. شناسایی نیازها و متعاقباً تدوین گزینه‌های مناسب پاسخ‌دهی، درواقع مبنای پاسخ‌دهی هماهنگ و برنامه‌ریزی‌شده دقیق سرپناه و سکونتگاه است.

استاندارد ۱ سرپناه و سکونتگاه:

برنامه‌ریزی

در مداخلات سرپناه و سکونتگاه، هماهنگی و برنامه‌ریزی مناسب به‌منظور کمک به ایمنی و نیک‌بود افراد متأثر و ارتقای بازتوانی اعمال شده است.

اقدامات کلیدی

- ۱ با جمعیت متأثر و همچنین مقامات مسئول محلی و ملی در راستای ارزیابی ظرفیت‌ها و نیازهای سرپناه و سکونتگاه، همکاری نماید.
 - تغییرات را از موقعیت پیش از بحران ارزیابی کنید، ظرفیت‌ها و نیازهای فوری را برای جمعیت‌های بیجا شده و بی‌جانشده شناسایی نمایید و تمامی نیازهای خاص گروه‌های در معرض خطر را در نظر بگیرید.
 - موجود بودن ساختمان‌ها، آپارتمان‌ها، اتاق‌ها و زمین قابل سکونت و تصرف‌شده را در بازارهای اجاره زمین و مسکن محلی مشخص کنید.
- ۲ با دست‌اندرکاران در راستای شناسایی مؤثرترین و مناسب‌ترین گزینه‌های کمک و چگونگی ارائه آن‌ها همکاری نماید.
- ۳ برنامه سرپناه و سکونتگاه را با هماهنگی مقامات مسئول مربوطه و اجتماعات متأثر تدوین کنید.
 - کمک‌های منطبق با نیازها و سلايق جمعیت متأثر و مقامات مسئول را ارائه کنید.
 - هزینه اثربخشی، کیفیت فنی، سرعت و زمان‌بندی، مقیاس اجرا و تکرارپذیری^۱ را بهینه‌سازی نمایید.

شاخص‌های کلیدی

در برنامه سرپناه و سکونتگاه، نیازهای اساسی جمعیت هدف تأمین می‌گردند و این برنامه مورد توافق جمعیت و مقامات مسئول مربوطه می‌باشد.

درصد افراد متأثری که معتقدند که کمک‌های سرپناه و سکونتگاه بر مبنای نیازها و اولویت‌های آن‌ها هستند و به ایجاد راه‌حل پایدارتر کمک می‌کنند.

1. replicability

یادداشت‌های راهنما

ارزیابی: در طی ارزیابی، تغییرات را در شرایط پسابحران سرپناه و سکونتگاه بررسی کنید و خطرهای احتمالی حمایتی را از همان ابتدا لحاظ کنید. این موارد می‌توانند شامل برداشت‌های اجتماع میزبان از خطرهای مرتبط با دسترسی به سکونتگاه، دسترسی ایمن به خدمات یا خطرهای نادیده گرفته شده باشند.

تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بحران را بر شرایط زندگی افراد از جمله عواقب اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در نظر بگیرید.

بحران به روش‌های مختلفی بر افراد تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، افراد دارای نیازهای گوناگون سرپناه و سکونتگاه می‌گردند. با گروه‌های مواجه با موانع خاص دسترسی به سرپناه مانند افراد دارای معلولیت، خانوارهای زن سرپرست، سالمندان یا اقلیت‌های قومی و زبانی همکاری نمایید. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۱: چک‌لیست ارزیابی سرپناه و سکونتگاه، اصل ۲ حمایت و تعهد ۴ استاندارد بشردوستانه.

گزینه‌های کمک و اجراء: مؤثرترین گزینه‌ها را بر مبنای شرایط، ظرفیت، منابع موجود، سناریوی سکونتگاه و فاز پاسخ‌دهی انتخاب نمایید. سایر عواملی را که باید در نظر گرفت، عبارت‌اند از جانمایی، نوع مسکن (شامل تکنیک‌های ساخت‌وساز محلی)، سکونت و چارچوب‌های قانونی و بازاری. در صورت امکان، پشتیبانی از بازگشت افراد را به محل اقامت اصلی خود به‌عنوان اولویت پیگیری نمایید. به افراد فاقد توان یا تمایل بازگشت به محل اقامت اصلی خود کمک نمایید تا به گزینه‌های مطابق با نیازهای خود دسترسی پیدا کنند. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۲ الی ۶.

برنامه زمانی را برای برآورده ساختن نیازهای فوری ضمن در نظر گرفتن کارآمدی، کیفیت فنی، مقیاس اجراء، ظرفیت‌های موجود و تکرارپذیری تعریف نمایید. روش‌های افزایش تاب‌آوری و بازتوانی را بررسی کنید.

روش‌های مختلف تأمین گزینه‌های انتخابی را شامل ترکیب موارد زیر در نظر بگیرید:

- پشتیبانی مالی.
- کمک‌های مادی غیرنقدی.
- پیمانکاری / سفارش‌ها.
- کمک فنی / پشتیبانی از تضمین کیفیت.
- ظرفیت‌سازی.

ترکیب گزینه‌ها را در گذر زمان و همگام با تغییر وضعیت بررسی و تنظیم کنید.

بیجاشدگان: بیجاشدگان علاوه بر نیازهای فوری به سرپناه، نیازمند پشتیبانی خاص در راستای اتخاذ تصمیمات آگاهانه درباره راه‌حل‌های سرپناه موجود برای آن‌ها می‌باشند. نمونه‌های پشتیبانی شامل موارد زیرند: اطلاعات درباره امکان و چگونگی بازگشت آن‌ها به خانه و کاشانه خود، نحوه ادغام در محل بیجاشدگی یا امکان اسکان مجدد در محل ثالث.

خانوارهای بی‌جانشده نیازمند پشتیبانی برای بازگشت به شرایط زندگی اولیه خود هستند و باید تحت کمک مناسب در زمینه سرپناه قرار بگیرند. چنانچه مدت‌زمان بازسازی طولانی گردد یا افراد در شرایط ایمن نباشند، گزینه‌های موقت را مانند کمک به خانواده میزبان، کمک‌های استیجاری یا سرپناه موقت بررسی نمایید. در صورت تغییر شرایط ایمنی و امنیت در اثر بحران، تغییر محل استقرار شاید ضرورت داشته باشد.

اجتماعات میزبان همچنین تبعات بحران را تجربه می‌کنند؛ چراکه آن‌ها فضای عمومی و خصوصی خود را به اشتراک می‌گذارند. این امر شامل اشتراک‌گذاری خدمات از جمله مراکز سلامت یا مدارس و یا اقدام به‌عنوان خانواده میزبان می‌باشد. همچنین امکان ایجاد رقابت واقعی یا رقابت تصور شده با افراد بیجاشده در زمینه مشاغل، خدمات،



زیرساخت و منابع مطرح است. در راه‌حل‌ها، پشتیبانی عادلانه و هدفمندی که باعث ایجاد تهدیدات یا خطرات بیشتر در اجتماع نمی‌گردد باید در نظر گرفته شود. ⊕ بنگرید به اصل ۱ حمایت.

تحلیل بازار: شناخت بازارهای پیرامون در سطح محلی، ملی و منطقه‌ای برای تدوین پاسخ‌دهی باکیفیت سرپناه بسیار مهم است چراکه از یافته‌های این شناخت می‌توان در فرایند انتخاب گزینه‌های سرپناه بهره برد و اطلاعات مربوط به اجاره و سایر اطلاعات خدمات مرتبط با سکونتگاه نیز جمع‌آوری خواهد شد. ⊕ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها، کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل و کتاب راهنمای حداقل استاندارد برای تحلیل بازار: شرکت یادگیری نقدی.

آواربرداری: مدیریت آوار را فوراً پس از بحران آغاز نمایید. آوار را می‌توان مورد استفاده مجدد یا بازیافت قرار داد و یا آن را برای جداسازی، جمع‌آوری یا تصفیه در نظر گرفت. آواربرداری می‌تواند فرصت‌هایی را برای برنامه‌های پرداخت نقدی در ازای کار ایجاد کند. مسائل کلیدی عبارت‌اند از وجود اجساد افراد، مناطق خطرناک از لحاظ ساختاری و مواد پرمخاطره. آواربرداری می‌تواند نیازمند تجهیزات و تخصص خاص باشد و لذا باید با متخصصین سایر بخش‌ها برنامه‌ریزی شود. ⊕ بنگرید به استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط زیست، استانداردهای سلامت و استانداردهای آفاب.

فرصت‌های معیشتی: معیشت افراد پیش از بحران و فرصت‌های موجود پس از بحران در تعیین گزینه‌های سکونتگاه موضوعیت دارند. موجود بودن زمین، دسترسی ایمن به کشت و چرای دام، دسترسی به بازارها و همچنین برخورداری از سایر فرصت‌های اشتغال بر محل زندگی انتخاب‌شده توسط افراد حتی به صورت موقت تأثیرگذارند. ⊕ بنگرید به استانداردهای ۱-۷ و ۲-۷ امنیت غذایی و تغذیه، معیشت، کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دانداری در بحران و کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل.

بازگشت: بازگشت به محل اقامت و زمین خود، یکی از اهداف اصلی برای افراد به شدت متأثر از بحران است. افراد متأثر باید بتوانند که نیاز را به تعیین اقامتگاه یا بهسازی سرپناه خود تشخیص دهند. بازگشت می‌تواند پشتیبان راهبردهای سازگاری اجتماعی و حفظ زیرساخت و قالب‌های سکونتگاه جافتاده باشد. تعمیر یا بازسازی زیرساخت اجتماعی از جمله مدارس، نظام‌های آبرسانی، درمانگاه‌ها یا بازارها نیز برای قادر ساختن بیجاشدگان به بازگشت مهم است. برخی از شرایط مانند دغدغه‌های امنیتی، تصرف زمین یا ملک توسط نیروهای مسلح، ادامه مخاصمات خشونت‌آمیز، تنش قومی یا مذهبی، ترس از آزار یا مین‌ها و مهمات منفجر نشده، شاید باعث پیشگیری یا تأخیر در بازگشت گردند. قوانین نامناسب یا تبعیض‌آمیز زمین و ملک یا رویه‌های عرفی می‌توانند مانع بازگشت خانوارهای زن سرپرست، افراد بیوه یا یتیم شده در بحران یا افراد دارای معلولیت شوند. امکان دارد از بازگشت جمعیت‌های بیجاشده که فاقد توانایی انجام فعالیت‌های بازسازی هستند منع و جلوگیری گردد.

۲. برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی

در برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی، باید به ارتقای فضاهای زندگی ایمن، قابل قبول و قابل دسترس همراه با امکان دسترسی به خدمات اساسی، معیشت و فرصت ارتباط با شبکه‌های گسترده‌تر پرداخت.

استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه:

برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی

سرپناه‌ها و سکونتگاه‌ها در مناطق ایمن و امن قرار دارند و باعث تأمین فضای کافی و دسترسی به معیشت و خدمات اساسی می‌گردند.

اقدامات کلیدی

- ۱ در محدوده مقررات و فرایندهای برنامه‌ریزی موجود فعالیت نمایید و در خصوص مفاد با اجتماع میزبان و مقامات مسئول مربوطه به توافق برسید.
 - کلیه سکونتگاه‌ها را در فاصله ایمن از تهدیدات بالفعل یا بالقوه جانمایی کنید و خطرهای ناشی از مخاطرات موجود را به حداقل میزان برسانید.
 - طول عمر مدنظر سکونتگاه را برای تعیین خدمات اساسی که نیازمند گسترش یا توسعه هستند، در نظر بگیرید.
- ۲ دست‌اندرکاران مختلف را ازجمله گروه‌های درون جمعیت متأثر در انتخاب محل و برنامه‌ریزی سکونتگاه مشارکت دهید.
 - عوامل مؤثر را بر جانمایی یا چیدمان محل با در نظر گرفتن جنس، سن، معلولیت، هویت قومی یا زبانی و نقش‌ها و مسئولیت‌های جنسیتی شناسایی کنید.
 - در موقعیت‌های شهری، رویکرد تعریف‌شده جغرافیایی منطقه‌محور را برای شناخت بهتر تحولات اجتماع پیگیری نمایید.
- ۳ اطمینان حاصل کنید که جمعیت متأثر به تسهیلات و خدمات اساسی شامل فرصت‌های معیشتی دسترسی دارد.
 - با سایر بخش‌ها در زمینه ایجاد فاصله قابل قبول و تردد (یا حمل‌ونقل) ایمن به تسهیلات و خدمات اساسی همکاری نمایید.
 - با خدمت‌دهندگان به‌منظور اولویت‌بندی و تأمین خدمات اساسی و فرصت‌های معیشتی در موارد فقدان آن‌ها هماهنگی نمایید.
- ۴ کاربرد اراضی را برای تأمین فضای کافی برای تمامی کارکردها، دسترسی به کلیه سرپناه‌ها و خدمات و اقدامات ایمنی در تمام سکونتگاه برنامه‌ریزی کنید.



- برنامه‌ریزی را برای منابع مشترک مانند تسهیلات آب و فاضلاب، تسهیلات پخت‌وپز مشترک، فضاهای دوستدار کودک، محله‌ای تجمع، نیازهای مذهبی و نقاط توزیع غذا در نظر بگیرید.
- رعایت استانداردها را برای ایمنی، حمایت و کرامت در جانیایی خدمات اساسی تضمین کنید.
- ۵ برنامه‌ریزی زهکشی آب حاصل از سیلاب یا باران را در انتخاب محل و توسعه سکونتگاه لحاظ کنید.
- تسهیلات مناسب زهکشی را به‌گونه‌ای تأمین نمایید که تمامی اقامتگاه‌ها و خدمات عاری از آب راکد باشند و زهکشی آب حاصله از طوفان باز نگه داشته شود.
- مناطق تولیدمثل ناقلین بیماری را پیش‌بینی و مدیریت نمایید.

شاخص‌های کلیدی

- درصد سرپناه‌ها و یا مناطق سکونتگاه که در مناطق فاقد یا دارای حداقل تهدیدها، خطرها و مخاطره‌های شناخته‌شده طبیعی و انسان‌ساز قرار دارند.
- درصد سرپناه‌ها و یا مناطق سکونتگاه که دارای دسترسی ایمن به خدمات اساسی با فاصله زمانی یا مکانی قابل‌قبول هستند.
- درصد افراد دریافت‌کننده کمک‌های اسکان که جانیایی سرپناه یا سکونتگاه خود را ایمن می‌دانند.
- درصد مناطق سکونتگاه که دارای مساحت کافی قابل‌استفاده برای انجام فعالیت‌های عمومی و خصوصی بیرون از منزل مناسب با موقعیت هستند.
- ۴۵ مترمربع برای هر فرد در سکونتگاه‌هایی از نوع اردوگاه شامل فضای خانوار.
- ۳۰ مترمربع برای هر فرد شامل فضای خانوار که خدمات اجتماعی در خارج از فضای برنامه‌ریزی‌شده سکونتگاه تأمین می‌گردند.
- حداقل نسبت میان فضای زندگی مسقف و اندازه قطعه زمین یک به دو است. در اسرع وقت، این نسبت را یک به سه نمایید.

یادداشت‌های راهنما

اصول و فرایندهای برنامه‌ریزی: دولت‌ها یا مقامات مسئول محلی اغلب سیاست‌های جدیدی را در خصوص مناطق ممنوعیت ساخت‌وساز، مناطق ایمن یا مناطق حائل پس از بحران اعلام می‌نمایند. در راستای برنامه‌ریزی بر مبنای اطلاعات خطر و گزینه‌های مناسب کمک مطالبه‌گری نمایید. منطقه ممنوعیت ساخت‌وساز به معنای منطقه ممنوعیت کمک نیست و نباید باعث تأخیر در پاسخ‌دهی سرپناه یا سکونتگاه گردد.

با وضعیت تملک زمین و ملک آشنا شوید. ⊕ بگریزید به / استاندارد ۶ سرپناه و سکونتگاه: امنیت تصرف.

مشارکت افراد متأثر را در محاسبه و ساماندهی فضای پشتیبان فعالیت‌های موجود اجتماعی و فرهنگی ترغیب نمایید. زنان و سایر گروه‌های در معرض خطر را در طراحی و اجرای برنامه‌ریزی سرپناه و سکونتگاه وارد کنید.

خدمات و تسهیلات اساسی: افراد بازگشت‌کننده به موطن خود و افراد در حال زندگی در سکونتگاه‌ها یا مناطق موقت نیازمند دسترسی ایمن، امن و عادلانه به تسهیلات و خدمات اساسی ازجمله موارد زیر هستند:

- تسهیلات آفاب، ⊕ بنگرید به / استانداردهای تأمین آب.
- راه‌حلهایی برای روشنایی اجتماع و خانوار.
- تسهیلات تهیه و ذخیره‌سازی غذا (شامل اجاق و سوخت). ⊕ بنگرید به / استاندارد ۱-۱ / ارزیابی امنیت غذایی و تغذیه استاندارد ۴-۶ / کمک‌های غذایی.
- تسهیلات مراقبت‌های سلامت. ⊕ بنگرید به / استاندارد ۱-۱ / نظام‌های سلامت: ارائه خدمات سلامت.
- دفع پسماند جامد. ⊕ بنگرید به / استانداردهای مدیریت پسماند جامد آفاب.
- مدارس. ⊕ بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران‌ها.
- مراکز اجتماعی مانند پرستشگاه‌ها، نقاط تجمع افراد و مناطق تفریحی.
- فضا برای خاک‌سپاری منطبق بر آیین فرهنگی و مناسک مربوطه.
- فضا برای نگهداری دام (همراه با جداسازی مناسب از فضاهای اقامتی). ⊕ بنگرید به کتاب راهنمای استانداردها و راهکارها برای دامداری در بحران.

برنامه‌ریزی محل برای سکونتگاه‌های موقت: چیدمان محل باید بر مبنای طراحی شهری و اصول برنامه‌ریزی شهرک‌ها همراه با اجزای متصل‌کننده مانند نقاط دسترسی، تقاطع‌ها و فضای عمومی باشد. این اجزا که عوامل فیزیکی، اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی در آن‌ها در نظر گرفته می‌شوند، طرح فضایی سکونتگاه جدید را شکل می‌دهند. برنامه‌ریزی سکونتگاه باید پشتیبان شبکه‌های اجتماعی موجود باشد، فرصت‌ها را برای شکل‌گیری شبکه‌های جدید ایجاد نماید، به ایمنی و امنیت کمک کند و خودمدیریتی^۱ را توسط افراد متأثر ممکن سازد.

حریم و کرامت هر خانوار را هنگام طراحی چیدمان قطعات زمین برای سکونتگاه‌های موقت حفظ کنید. سرپناه هر خانوار نباید به‌سوی ورودی سرپناه دیگر، بلکه به سمت فضای مشترک یا منطقه عمومی باز شود. مناطق زندگی ایمن را برای تهیه گروه‌های بالقوه آسیب‌پذیر تأمین نمایید؛ اما از خوشه‌سازی آن‌ها به علت احتمال افزایش آسیب‌پذیری افراد اجتناب کنید. خانواده‌ها، خانواده‌های گسترده^۲ و گروه‌های دارای پیشینه مشابه را برای حفظ پیوندهای اجتماعی گروه‌بندی نمایید. نیازها، سلايق و عادات گروه‌های گوناگون سنی، جنسی و معلولین را در نظر بگیرید.

مساحت سکونتگاه‌های برنامه‌ریزی‌شده یا خوداسکان^۳: در خصوص سکونتگاه‌های برنامه‌ریزی‌شده حداقل مساحت قابل استفاده ۴۵ مترمربع شامل زمین خانوار است. این میزان همچنین موارد زیر را در بر می‌گیرد: خیابان‌ها، مسیرهای پیاده‌روی، اماکن پخت‌وپز خارج از خانوار یا مشترک، فضاهای آموزشی و تفریحی، تسهیلات مراقبت‌های سلامت، بهداشت فاضلاب، مسیرهای اضطراری فرار از حریق، قسمت‌های اداری، مخازن آب، زهکشی منطقه، مراکز مذهبی، اماکن توزیع غذا، بازارها، انبارها و آشپزخانه‌های محدود برای هر خانوار (به‌استثنای فعالیت‌های قابل‌ملاحظه کشاورزی یا دام‌پروری). در مواردی که خدمات مشترک توسط مراکز موجود یا بیشتر خارج از مکان برنامه‌ریزی‌شده تأمین می‌گردند، حداقل مساحت باید ۳۰ مترمربع برای هر فرد باشد. چنانچه حداقل مساحت قابل تأمین نیست، گام‌هایی را به شکلی فعال در جهت پاسخ‌دهی به عواقب جمعیت پرتراکم اتخاذ نمایید. در برنامه‌ریزی سکونتگاه همچنین باید به تغییرات در جمعیت توجه نمود.

هنگام کار در منطقه شهری، از انبار مسکن و خدمات موجود استفاده نمایید. حریم و جداسازی کافی را مابین تک‌تک

1. self-management
2. extended families
3. self-settled



خانوارها و فضای ذخیره‌شده برای تسهیلات ضروری تضمین نمایند.

اندازه قطعه زمین برای سربانه: نسبت ۱ به ۲ یا ۱ به ۳ برای اندازه یک قطعه زمین سربانه به‌منظور ایجاد امکان فضای کافی برای اساسی‌ترین فعالیت‌های خارج از منزل هر خانوار توصیه می‌گردد. باین‌وجود، نسبت نزدیک‌تر به ۱ به ۴ یا ۱ به ۵ ارجح است. در این نسبت، هنجارهای فرهنگی و اجتماعی و موجود بودن فضای عملی را در نظر بگیرید.

زهکشی آب باران و آب حاصل از سیلاب: زهکشی نامناسب آب باران یا آب حاصله از سیلاب می‌تواند فضای زندگی، تردد و دسترسی به خدمات افراد را به‌شدت محدود سازد. به‌طور کلی، انتخاب محل و توسعه زیرساخت باعث تعیین ماهیت سامانه‌های گسترده زهکشی می‌شوند. از انتخاب مکان‌هایی که در دشت‌های سیلاب‌خیز واقع شده‌اند، اجتناب کنید چراکه ایمنی و امنیت مخصوصاً در فضاهای محدود یا متراکم به خطر می‌افتد. ورود آب به محل زندگی، تحصیل و کار افراد و راکد شدن آن در چنین فضاهایی، تهدید کلی نسبت به سلامت، کرامت و نیک‌بود آن‌ها خواهد بود.

از سرویس‌های بهداشتی و مسیرهای فاضلاب در برابر سیلاب به‌منظور جلوگیری از نشت و خسارت ساختاری حفاظت نمایید. تهدید اصلی سلامت عمومی مرتبط با زهکشی نامناسب عبارت است از افزایش مواجهه با بیماری‌های اسهالی در اثر تماس با آب آلوده.

آب مهار نشده نیز می‌تواند باعث وارد شدن خسارت به سایر زیرساخت‌ها، مناطق اقامت و متعلقات گردد، فرصت‌های معیشتی را محدود سازد و مشکلاتی ایجاد کند. علاوه بر این، زهکشی نامناسب شرایطی را برای تولیدمثل و تکثیر ناقلین بیماری ایجاد می‌کند. $\oplus$ بگریه به *استانداردهای ۱-۴ و ۲-۴ کنترل ناقلین بیماری فصل آفاب*.

دسترسی: وضعیت خیابان‌های محلی و نزدیکی به مراکز حمل‌ونقل را برای تأمین کمک‌های امدادی و سایر اقدام در نظر بگیرید. در تأمین کمک‌های امدادی باید از وارد شدن خسارت به زیرساخت مسیرهای محلی دوری کرد. مخاطرات، خطرهای امنیتی و محدودیت‌های فصلی را در نظر بگیرید. محل و تمامی نقاط توزیع غذا و ذخیره‌سازی اولیه باید قابل‌دسترس کامیون‌های سنگین از طریق خیابان‌ها و جاده‌های مناسب در تمام شرایط آب‌وهوایی باشند. سایر تسهیلات باید در دسترس خودروهای سبک قرار بگیرند. مسیرها و خیابان‌های ایمن و امن درون سکونتگاه‌ها و همچنین دسترسی را به کلیه اقامتگاه‌های فردی و مراکز اجتماعی در نظر بگیرید. به نیازهای افراد مواجه با موانع دسترسی یا تردد توجه کنید.

مسیرهای فرار اضطراری: در برنامه‌ریزی محل باید از اطلاعات به‌دست‌آمده از خطرشنجی حریق بهره جست. در فضاهای ساخت‌وساز شده درون سکونتگاه‌های اردوگاهی، مسیرهای فرار اضطراری ۳۰ متری را در فواصل ۳۰۰ متری احداث نمایید. فضای مابین ساختمان‌ها باید حداقل ۲ متر باشد و در مطلوب‌ترین وضعیت، به‌منظور پیشگیری از فروریختن سازه‌ها در اثر تماس با ساختمان‌های مجاور، این فضا باید دو برابر ارتفاع ساختمان باشد.

روش‌های مرسوم گرمایش و پخت‌وپز محلی را (مانند انواع اجاق‌ها و بهترین محل استقرار آن‌ها) در نظر بگیرید. به تأمین اجاق‌های ایمن، تجهیزات ایمنی حریق با آموزش به ساکنین توجه کنید. اقلام خانوار و مصالح ساختمانی مقاوم در برابر حریق را انتخاب کنید. به ساکنین (از جمله افراد مواجه با موانع دسترسی و حرکت) درباره برنامه‌های پیشگیری، مدیریت و تخلیه در زمان حریق اطلاع‌رسانی نمایید.

کاهش ارتکاب جرم: طراحی سکونتگاه می‌تواند به کاهش ارتکاب جرائم و خشونت‌های جنسیت‌محور کمک نماید. موارد زیر را در نظر بگیرید: جانمایی و دسترسی سربانه‌ها، ساختمان‌ها و تسهیلات، روشنایی شب، فاصله سربانه تا سرویس بهداشتی و مکان استحمام و نظارت غیرحضور از طریق مشخص کردن مسیرها. ساختمان‌های به‌کاررفته به‌عنوان مراکز جمعی باید دارای مسیرهای فرار جایگزین باشند.

تغییر تهدیدها و خطرها: ارزیابی‌های مرتب موقعیت، مخاطره و خطر را در اثر تغییرات وضعیت انجام دهید. این

امر شامل مخاطرات فصلی، تغییرات در وضعیت امنیتی، مهمات منفجرنشده باقیمانده در محل از مخصصات پیشین یا کنونی یا عواقب تغییرات در ویژگی‌های جمعیتی می‌باشد.

ایمنی مراکز جمعی و زیرساخت اجتماعی: متخصصین فنی باید ثبات ساختاری ساختمان‌های اجتماعی، مراکز جمعی و سایر سازه‌ها را در مناطق مسکونی متأثر از بحران ارزیابی نمایند. تهدیدهای سلامت یا امنیتی بالقوه و بالفعل را در نظر بگیرد.

پشتیبانی معیشتی: فعالیت‌های اقتصادی پیش از سانحه و فرصت‌های معیشتی بالقوه را در موقعیت پسا سانحه در نظر بگیرید. زمین موجود برای کشت یا چرا یا دسترسی را به بازارها و یا فرصت‌های اشتغال شناسایی نمایید. پاسخ‌دهی سرپناه و سکونتگاه همراه با پتانسیل تأمین اشتغال محلی ازجمله نقش‌ها در کمک‌های فنی، اقلام و بازار کار هستند. از برنامه‌های آموزشی برای تقویت ظرفیت محلی با کسب نتایج در چارچوب زمانی مشخص می‌توان استفاده نمود. ⊕
بنگرید به /استاندارد ۵ سرپناه و سکونتگاه و /استانداردهای ۱-۷ و ۲-۷ /امنیت غذایی و تغذیه، معیشت‌ها.

کارکرد و تعمیر و نگهداری: برنامه عملیات و تعمیر و نگهداری را برای تضمین کارکرد اثربخش تمامی تسهیلات، خدمات و امکانات (ازجمله آب، بهداشت فاضلاب، زهکشی، مدیریت پسماند، مدارس) ایجاد نمایید. اجزای کلیدی برنامه شامل مشارکت اجتماعی، تشکیل گروه‌های کاربران، تعریف نقش‌ها و مسئولیت‌ها و جبران هزینه یا تدوین برنامه اشتراک‌گذاری هزینه می‌باشند.

از رده خارج کردن مراکز و واگذاری: با اقدامات مناسب بازتوانی زیست‌محیطی می‌توان به ارتقای بازتولید طبیعی محیط‌زیست داخل و پیرامون سکونتگاه‌های موقت پرداخت. مراکز باید دارای برنامه از رده خارج کردن باشند و در بهترین حالت، این برنامه باید در مرحله طراحی مداخله تدوین گردد. ⊕ بنگرید به /استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط‌زیست.

تدریس تکنیک‌های مدیریت پایدار زمین به جمعیت‌های محلی متضمن بازتوانی محل و محیط‌زیست پیرامون می‌گردد. از نیروی کاری محلی در فعالیت‌های از رده خارج کردن و پاک‌سازی در موارد ممکن استفاده کنید.



۳. فضای زندگی

فضای زندگی حائز نقش شاخصی در نیک‌بود افراد است. برخورداری از فضای سکونت همراه با احساس ایمنی برای خانواده و امکان انجام مجموعه‌ای از فعالیت‌های اساسی خانگی، یکی از نیازها و حقوق محوری انسان‌ها می‌باشد.

استاندارد ۳ سرپناه و سکونتگاه:

فضای زندگی

افراد دارای دسترسی به فضاهای زندگی ایمن و کافی هستند و از توان انجام فعالیت‌های اساسی معیشتی و خانوار به شکلی آبرومندانه برخوردارند.

اقدامات کلیدی

۱. اطمینان حاصل کنید که هر خانواده متأثر دارای فضای زندگی کافی برای انجام فعالیت‌های پایه خانگی می‌باشد.

- فضای زندگی را به شکلی تأمین کنید که پاسخگوی نیازهای متنوع اعضای خانوار برای خوابیدن، تهیه و صرف غذا و همچنین رعایت سبک زندگی و فرهنگ محلی باشد.
- دیوارها و سقف پایه را برای افراد ساکن خانوار و دارایی‌های آن‌ها تأمین نمایید تا امنیت فیزیکی، کرامت و حفاظت در برابر آب‌وهوا حفظ گردد.
- روشنایی مناسب، تهویه هوا و دمای مطبوع را فراهم کنید.

۲. تضمین نمایید که محل مجاور فضای زندگی، دسترسی ایمن را به فعالیت‌های اساسی ایجاد می‌کند.

- فضاهای مناسب پخت‌وپز، سرویس‌های بهداشتی، لباسشویی، استحمام، فعالیت‌های معیشتی و بازی را لحاظ نمایید.

۳. کاربرد راه‌حل‌های سرپناه، تکنیک‌های ساخت‌وساز و مصالح قابل قبول فرهنگی و اجتماعی و پایدار زیست‌محیطی را ترویج کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد جمعیت متأثر دارای فضای زندگی کافی درون سرپناه‌های خود و محیط مجاور آن به‌منظور انجام فعالیت‌های روزمره.

- حداقل ۳/۵ مترمربع فضای زندگی به ازای هر فرد بدون در نظر گرفتن فضای پخت‌وپز محل استحمام و امکانات بهداشت فاضلاب.
- ۴/۵ الی ۵/۵ مترمربع فضای زندگی به ازای هر فرد در آب‌وهوای سرد یا مراکز شهری که فضای پخت‌وپز داخلی و تسهیلات استحمام و یا بهداشت فاضلاب در این فضا لحاظ شده است.

- ارتفاع حداقل ۲ متر (۲/۶ متر در آبوهوای داغ) داخلی از کف تا سقف در بالاترین نقطه.
- درصد سرپناه‌های مطابق با استانداردهای فنی و عملکردی مورد توافق و قابل قبول از لحاظ فرهنگی.
- درصد افراد دریافت‌کننده کمک سرپناه که احساس ایمنی در سرپناه خود دارند.

یادداشت‌های راهنما

فضای زندگی: فضای زندگی باید برای فعالیت‌های روزمره از جمله موارد زیر کفایت داشته باشد. خوابیدن، تهیه و صرف غذا، شستشو، لباس پوشیدن، ذخیره‌سازی غذا و آب و مراقبت از متعلقات خانوار و سایر دارایی‌های کلیدی. این فضا باید متضمن حریم و جدایی ضروری مابین جنسیت‌ها، گروه‌های مختلف سنی و خانواده‌های ساکن درون یک خانوار مطابق با هنجارهای فرهنگی و اجتماعی باشد. ⊕ بنگرید به / استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی.

فضای زندگی را برای اعضای خانوار به‌منظور دوره‌می و مراقبت از اطفال شیرخوار، کودکان و افراد بیمار یا مجروح در نظر بگیرید. به تغییر کاربری فضا در طی روز و شب توجه نمایید و جانمایی پنجره‌ها، درها و پارتیشن‌ها را برای حداکثرسازی استفاده از فضای داخلی و هرگونه فضای خارجی مجاور مانند آشپزخانه یا محل بازی مشخص کنید.

به‌منظور پوشش این فعالیت‌ها به شکلی آبرومدانه، سرپناه‌ها نیازمند فضای بسته (دیوارها، پنجره‌ها، درها و سقف) و فضای کافی کف می‌باشند. تراکم جمعیتی یا قرار گرفتن در معرض عناصر باعث افزایش خطر طغیان بیماری یا ناخوشی می‌گردد. کاهش فضا نیز می‌تواند به خطرهای حمایتی و افول امنیت و حریم بیانجامد.

حداقل فضای زندگی باید نشانگر هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، موقعیت، فاز پاسخ‌دهی و راهنمایی توسط مقامات مسئول ملی یا بخش پاسخ‌دهی بشردوستانه باشد. با دقت عواقب احتمالی اجرای حداقل فضای محاسبه‌شده را (۳/۵ مترمربع به ازای هر فرد، ۴/۵ مترمربع در آبوهوای سرد) در نظر بگیرید و درباره هرگونه تغییر و تعدیل با شرکا به توافق برسید و در اسرع وقت به حداقل فضا برای همگان دست پیدا کنید.

در صورت نیاز به اقدام سریع و نجات جان افراد، کمک اولیه را برای یکی از گزینه‌های زیر در نظر داشته باشید:

- پوشش سقف را برای حداقل فضای زندگی بسازید و پشتیبانی بیشتر را برای دیوارها، درها و پنجره‌ها پیگیری کنید.
- سرپناه‌ها را با مساحت کوچک‌تر کف زمین بسازید و برای افزایش این مساحت پیگیری نمایید.

در برخی شرایط، استاندارد فضا می‌تواند توسط محدودیت‌های فیزیکی تعیین گردد. این مسئله می‌تواند در سکونتگاه محدود، موقعیت‌های پرتراکم شهری یا شرایط آبوهوای حدی و ناموجود بودن مصالح ساخت سرپناه صدق نماید. حداقل فضای مشخص‌شده در فاز اضطراری و راه‌حل‌های موقت یا گذرای سرپناه در این خصوص کاربرد دارند. در صورت ادامه مدت‌زمان اقامت، محاسبات فضای قابل سکونت را باید مجدداً مرور کرد. در فاز بازتوانی، استانداردهای قابل قبول محلی و راهبردهای خروج باید در نظر گرفته شوند.

خانوارها و اجتماعات متأثر را باید حتی‌المقدور در تعیین نوع کمک ارائه‌شده مشارکت داد. با افرادی که وقت بیشتری را در فضای مسقف می‌گذرانند و همچنین افراد مواجه با موانع دسترسی یا حرکتی مشورت کنید.

اطمینان حاصل کنید که فضای زندگی برای افراد دارای معلولیت و افراد در حال زندگی با این‌گونه اشخاص، قابل دسترس است. افراد دارای معلولیت مخصوصاً افراد مبتلا به معلولیت‌های روانی - و ذهنی شاید نیازمند فضای بیشتری



باشند.

رویه‌های فرهنگی، ایمنی و حریم: رویه‌ها و آیین موجود و چگونگی اثرگذاری آن‌ها را بر مقسم‌های داخلی (پرده‌ها، دیوارها) رعایت نمایید. به‌عنوان نمونه، محل سکونت را در راستای پوشش تمهیدات خواب برای اعضای خانواده گسترده یا خانواده‌های مختلف درون یک خانوار طراحی کنید.

در سکونتگاه جمعی، مسیرهای دارای روشنایی و طراحی مناسب در کل فضای زندگی همراه با پارتیشن برای جداسازی فضای شخصی و خانوار می‌تواند ایمنی و حریم شخصی فراهم نمایند.

در سکونتگاه جمعی، امکان اشتراک‌گذاری فضا را برای گروه‌های همسان ایجاد کنید. به‌عنوان مثال، برخی افراد دگرپاش زندگی با دوستان و همسانان را به زندگی با خانواده‌های خود ترجیح می‌دهند.

حمایت: نسبت به وجود مسیرهای متعدد خروجی و باز شدن فضاهای داخلی به سمت فضاهای عمومی اطمینان حاصل کنید. تضمین نمایید که کارکنان با نحوه ارجاع موارد نگرانی حمایتی در خصوص خشونت خانگی یا آزار، خشونت به‌طور کلی، بهره‌کشی یا بی‌توجهی به کودکان آشنا هستند. زنان، دختران و افراد نیازمند بهداشت فردی اغلب به فضای بیشتری احتیاج دارند. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۳-۱ ارتقای بهداشت فردی آقاب: مدیریت بهداشت فردی قاعدگی و بی‌اختیاری*.

در موارد استفاده از سکونتگاه‌های جمعی موقت، اقدامات خاصی را برای پیشگیری از بهره‌کشی جنسی و خشونت جنسی اتخاذ نمایید. با اعضای اجتماع در راستای شناخت خطرهای و توجه به آن‌ها همکاری نمایید و سامانه منسجم شکایات را با اقدامات فوری و محک‌پذیر احداث کنید.

ملاحظات روانی-اجتماعی: طراحی و چیدمان سکونتگاه باید همراه با فضاهای زندگی باز عمومی خانوادگی باشد تا امکان معاشرت اجتماعی افزایش یابد.

در شرایط آب‌وهوایی گرم و مرطوب، سریانه‌ها را به‌منظور حداکثرسازی تهویه و حداقل‌سازی ورود نور مستقیم خورشید طراحی و جهت‌دهی کنید. سقف بلندتر به چرخش هوا کمک می‌نماید. فضای غیرمسقف دارای پوشش به کاهش نور مستقیم خورشید و حفاظت در برابر باران کمک می‌کند. کاربرد فضاهای خارجی مجاور دارای سایه یا پوشش را برای آماده‌سازی و پخت‌وپز غذا همراه با فضای جداگانه برای سایر فعالیت‌های زندگی در نظر بگیرید. برای زهکشی آب باران، سقف باید در مناطق آسیب‌پذیر نسبت به بادهای شدید دارای شیب و لبه‌های بزرگ باشد. مصالح ساختمانی سریانه باید کم‌وزن همراه با ظرفیت پایین حرارتی مانند الوار باشند. از سطح بالاتر از زمین به‌عنوان کف برای پیشگیری از ورود آب به فضای زندگی مسقف استفاده نمایید. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۲ سریانه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی*.

در شرایط آب‌وهوایی داغ و خشک، مصالح ساختمانی سنگین (مانند خاک یا سنگ) متضمن آسایش حرارتی علیرغم تغییرات در دماهای روز و شب می‌باشند. جایگزین این مسئله، ساخت‌وساز کم‌وزن با عایق‌بندی کافی است. به طراحی سازه‌های ساخت‌وساز سنگین در مناطق زلزله‌خیز توجه نمایید. فضاهای دارای سایه و تهویه را در موارد ممکن و مناسب تعبیه کنید. در مواردی که فقط مصالح ورق‌سازی یا چادرها موجودند، سقف دولایه را با تهویه میان لایه‌ها برای کاهش بالا رفتن دمای پرتویی به‌کار ببرید. ورودی‌های درب و پنجره را با فاصله از باد غالباً داغ قرار دهید. کف داخلی فضا باید به دیوارکشی بیرونی بدون فاصله برای پیشگیری از ورود خاک و ناقلین بیماری بچسبد.

در آب‌وهوای سرد، سقف کوتاه‌تر برای حداقل‌سازی حجم داخلی نیازمند گرمایش، گزینه مطلوب است. در سریانه‌های اشغال‌شده در طی روز باید از ساخت‌وساز سنگین‌وزن با ظرفیت بالای حرارتی استفاده نمود. در خصوص سریانه‌های اشغال‌شده در شب، ساخت‌وساز کم‌وزن با ظرفیت پایین حرارتی و عایق‌بندی قابل‌ملاحظه مناسب خواهد بود. جریان هوا را مخصوصاً پیرامون ورودی‌های در و پنجره به‌منظور تضمین آسایش شخصی هنگام تأمین تهویه

کافی برای دستگاه‌های گرم‌کننده فضا یا اجاق‌های پخت‌وپز به حداقل برسانید.

تهویه کافی به محیط داخلی سالم کمک می‌نماید، از میعان پیشگیری می‌کند و باعث کاهش انتشار بیماری‌های واگیردار می‌گردد. این‌گونه تهویه تأثیر دود اجاق‌های داخل خانه را که خود عامل عفونت‌های تنفسی و مشکلات چشم است، کاهش خواهد داد. در موارد ممکن، تهویه طبیعی را در نظر بگیرید.

کنترل ناقلین بیماری: مناطق پست، آوار و ساختمان‌های خالی می‌توانند به مناطق تکثیر و تولیدمثل ناقلین بیماری منجر به خطرهای سلامت عمومی تبدیل گردند. انتخاب محل و کاهش فعالانه خطر ناقلین بیماری در سکونتگاه‌های اجتماعی، نقش کلیدی را در کاهش تأثیر بیماری‌های منتقله توسط ناقلین ایفا می‌نمایند. $\oplus$ بگردید به / استاندارد ۲-۴ کنترل ناقلین بخش آفاب: اقدامات خانوادگی و فردی برای کنترل ناقلین بیماری.



۴. اقلام خانوار

کمک‌های اقلام خانوار پشتیبان ترمیم و حفظ سلامت، کرامت، ایمنی و انجام فعالیت‌های روزمره درون خانه و پیرامون آن می‌باشند. در این استاندارد، اقلام برای خوابیدن، آماده و ذخیره‌سازی غذا، خوردن و نوشیدن، تأمین دمای آسوده، روشنایی و پوشاک شخصی تشریح می‌شوند. در فصل آفاب، جزئیات بیشتر درباره اقلامی مانند پشه‌بند، سطل، محل ذخیره آب و اقلام بهداشت فردی ارائه شده‌اند.

استاندارد ۴ سرپناه و سکونتگاه:

اقلام خانوار

کمک‌های اقلام خانوار پشتیبان حفظ و بازگرداندن سلامت، کرامت، ایمنی و انجام فعالیت‌های روزمره درون خانه و پیرامون آن می‌باشند.

اقدامات کلیدی

- ۱ دسترسی به اقلامی که خانوارها را قادر به حفظ و ازسرگیری فعالیت‌های اصلی خانگی می‌نمایند، ارزیابی و تضمین نمایید.
 - نیازهای گوناگون را مطابق با سن، جنس، معلولیت، رویه‌های اجتماعی و فرهنگی و اندازه خانواده در نظر بگیرید.
 - دسترسی به اقلام را برای فعالیت‌های خانگی، پوشاک شخصی بهداشت فردی و پشتیبانی از ایمنی و سلامت اولویت‌بندی نمایید.
- ۲ در خصوص نحوه تأمین اثربخش و مناسب کمک‌های اقلام خانوار تصمیم‌گیری کنید.
 - مواردی را که می‌توان به شکل محلی از طریق کمک‌های نقدی یا کالابری همچنین از طریق خرید محلی، منطقه‌ای یا بین‌المللی برای توزیع اقلام غیرنقدی تأمین نمود، در نظر بگیرید.
 - مسائل زیست‌محیطی مرتبط را با نحوه بسته‌بندی یا ارسال اقلام لحاظ کنید.
- ۳ موجودیت، کیفیت و کاربرد اقلام خانوار را پایش کنید و مطابق با ضرورت تنظیم نمایید.
 - ذخیره‌سازی مجدد را در موارد بیجا شدگی طولانی‌مدت برنامه‌ریزی کنید.
 - بازارهای انتخابی را از لحاظ موجود بودن اقلام، قیمت و کیفیت پایش کنید. روش ارائه کمک را هم‌زمان با تغییر شرایط مطابقت دهید.

شاخص‌های کلیدی

افراد دارای پوشاک با کیفیت مناسب و کافی هستند.

- حداقل دو مجموعه کامل لباس برای هر فرد با اندازه درست و متناسب با رسوم فرهنگی، فصل و آب‌وهوا و

مطابقت داده شده با هر گونه نیاز خاص.

افراد دارای اقلام با کیفیت مناسب و کافی برای خوابیدن ایمن، سالم و خصوصی هستند.

- حداقل یک پتو و یک دست لوازم خواب (تشک، زیرانداز و ملحفه) به ازای هر فرد، پتوهای اضافه / عایق بندی زمین برای آب و هوای سرد مورد نیاز است.
- پشه بندهای آغشته به حشره کش ماندگار در صورت نیاز.

افراد دارای اقلام مناسب و کافی برای تهیه، خوردن و ذخیره سازی غذا هستند.

- برای هر خانوار یا گروه چهار الی پنج نفره: قابلمه های اندازه دو خانواده دارای درپوش و دستگیره، یک تشک برای تهیه غذا یا سرو آن، یک چاقوی آشپزخانه و دو قاشق بزرگ.
- برای هر فرد: یک ظرف مسطح، یک مجموعه اقلام خوردن و یک وسیله نوشیدن.

درصد جمعیت متأثر دارای دسترسی به منبع انرژی کافی، ایمن و استطاعت پذیر به منظور تأمین دمای مناسب، تهیه غذا و تأمین روشنایی.

تعداد موارد آسیب وارده شده به افراد استفاده کننده از اجاق ها یا ذخیره کننده و یا تأمین کننده سوخت.

- شاخص مبنا را مشخص کنید و پیشرفت را در راستای وضعیت صفر سنجش نمایید.

یادداشت های راهنما

اقلام اساسی خانوار باید در مقدار کافی و کیفیت مناسب برای موارد زیر موجود باشند:

- خوابیدن، تأمین دمای مطبوع و پوشاک شخصی.
- ذخیره سازی آب، تهیه و ذخیره سازی غذا، خوردن و آشامیدن.
- روشنایی.
- پخت و پز، جوشاندن آب و گرمایش شامل سوخت و انرژی. ⊕ بنگرید به استاندارد ۵ امنیت غذایی و تغذیه: امنیت غذایی کلی.
- بهداشت فردی شامل اقلام بی اختیاری یا بهداشت فردی قاعدگی. ⊕ بنگرید به استانداردهای ۱-۲ و ۱-۳ ارتقای بهداشت فردی بخش آفاب.
- حفاظت در برابر ناقلین بیماری، به عنوان مثال پشه بند. ⊕ بنگرید به استاندارد ۲-۴ کنترل ناقلین بیماری بخش آفاب.
- ایمنی در برابر حریق و دود.

انتخاب اقلام مناسب خانوار: اقلام خانوار باید به عنوان بخشی از برنامه کلی تأمین گردند. هنگام مشخص کردن نوع، کمیت و کیفیت اقلام، موارد حیاتی را اولویت بندی کنید. موارد زیر را در نظر بگیرید:

- فعالیت های اساسی روزمره در سطح فردی، خانوار و اجتماعی.



- هنجارهای فرهنگی، متناسب بودن و سن.
- ایمنی و آسان بودن استفاده (همراه با حداقل دستورالعمل یا راهنمایی فنی).
- پایداری، میزان مصرف و نیاز به ذخیره‌سازی مجدد.
- تمهیدات و شرایط زندگی کنونی.
- موجودیت محلی.
- نیازهای خاص مطابق با دسته‌های جمعیت متأثر شامل زنان، دختران، پسران، اطفال شیرخوار، سالمندان، افراد دارای معلولیت و سایر افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر.
- تأثیر زیست‌محیطی اقلام انتخاب‌شده. $\oplus$ بنگرید به /استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط‌زیست.
- **ایمنی:** تمامی اقلام پلاستیک باید از جنس پلاستیک مناسب برای غذا باشند. تمامی اقلام فلزی باید استیل ضدزنگ یا لعاب‌دار باشند.

اطمینان حاصل کنید که اجاق و سایر عناصر سرپناه از فاصله ایمن برخوردارند. اجاق‌های داخلی را بر پایه غیرقابل اشتعال قرار دهید. لایه غیرقابل اشتعال را پیرامون لوله بخاری که از سرپناه به بیرون می‌رود، نصب نمایید. اجاق‌ها را به دور از در ورودی مستقر کنید تا دسترسی ایمن در طی استفاده ممکن شود. سوخت باید در فاصله مناسب از خود اجاق جاگذاری گردد و هرگونه سوخت مایع مانند نفت سفید باید از دسترس کودکان و اطفال به دور باشد.

دمای مطبوع یعنی آنکه افراد در سرما و گرما احساس آسایش کنند و پوشیده و خشک باشند. پوشاک، پتو و لوازم خواب باعث آسایش شخصی می‌گردند. تشک‌های خواب و لوازم حرارتی و برودت‌ی فضا، شرایطی مناسب برای زندگی ایجاد می‌کنند. تمامی اقدامات ممکن را باید در سطح خانوار و فردی به‌منظور پیشگیری از کاهش دما و افزایش شدید آن اتخاذ نمود.

منبع انرژی خانوار و سوخت استطاعت‌پذیر: سوخت و سایر منابع انرژی برای روشنایی، پخت‌وپز، دمای مطبوع و ارتباطات ضرورت دارند. جمع‌آوری یا پرداخت برای سوخت یا انرژی یکی از هزینه‌های مکرر و دائمی است که باید برنامه‌ریزی شود. رویه‌های همراه با بهره‌وری انرژی را در پخت‌وپز شامل کاربرد اجاق‌های کارآمد سوختی، تهیه هیزم، مدیریت آتش، تکنیک‌های آماده‌سازی غذا و پخت‌وپز مشترک ترویج نمایید. با افراد متأثر از بحران و اجتماع میزبان درباره جانمایی روش‌های جمع‌آوری سوخت به‌منظور برطرف کردن مسائل ایمنی شخصی و پایداری محیط‌زیست مشورت کنید.

روشنایی مصنوعی باید در موارد ضروری و در صورت نبود روشنایی عمومی برای ارتقای ایمنی شخصی درون و پیرامون سکونتگاه‌ها تأمین گردد. علاوه بر کبریت و شمع، استفاده از روشنایی مصنوعی همراه با بهره‌وری انرژی را ازجمله لامپ‌های ال‌ای‌دی و پنل‌های خورشیدی در نظر بگیرید.

برنامه‌ریزی بازارمحور برای اقلام خانوار: ارزشیابی بازار برای اقلام خانوار باید بخشی از ارزیابی گسترده‌تر نظام بازار را تشکیل دهد. تأمین اقلام خانوار باید حتی‌المقدور پشتیبان بازارهای محلی باشد. هزینه‌کرد را در ارتباط با این اقلام به‌عنوان بخشی از اشکال هزینه‌کرد کلیه خانوار تحلیل کنید و آن‌ها را در گذر زمان برای مطابقت‌دهی و تنظیم پایش نمایید. **بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.**

توزیع: روش‌های کارآمد و عادلانه توزیع را با مشورت مقامات مسئول محلی و افراد متأثر برنامه‌ریزی کنید. اطمینان حاصل کنید که خانوارها یا افراد آسیب‌پذیر در فهرست‌های توزیع گنجانده می‌شوند و هم به اطلاعات و هم به خود توزیع دسترسی خواهند داشت. مناطق توزیع را باید با دقت و با توجه به فاصله پیاپی، نوع زمین و مسائل عملی

حمل و نقل اقلام بزرگ‌تر مانند کالاهای پشتیبانی از سرپناه انتخاب نمود. استفاده از محفظه‌ها را برای ذخیره‌سازی و حمل و نقل اقلام شخصی و خانوار در نظر بگیرید.

پایش پساتوزیع: مناسب بودن هم فرایند توزیع و هم خود اقلام خانوار را ارزیابی کنید. در صورت عدم استفاده یا فروش اقلام در بازار و یا تأخیر در دسترسی به اقلام، فرایند یا محصولات را مطابقت دهید. توجه داشته باشید که نیازها در گذر زمان تغییر می‌کنند و برنامه‌ها باید با این تغییرات مطابقت یابند.



۵. کمک فنی

کمک‌های فنی جزء لاینفک پاسخ‌دهی سرپناه و سکونتگاه هستند. این کمک‌ها پشتیبان خودبازتوانی^۱ افراد متأثر می‌باشند و کیفیت و ایمنی سرپناه و سکونتگاه را بهبود می‌بخشند. مشارکت فعال اجتماعات و خانوارهای متأثر در گزینش سکونتگاه، طراحی سرپناه‌ها، مصالح و چیدمان محل و نظارت یا انجام کار برای ساختن سرپناه‌ها و سایر موارد ساخت‌وساز ضرورت دارد.

استاندارد ۵ سرپناه و سکونتگاه:

کمک‌های فنی

افراد به کمک‌های فنی مناسب دسترسی بهنگام دارند.

اقدامات کلیدی

۱. روش‌های برنامه‌ریزی و ساخت‌وساز پیش از بحران، مصالح موجود، تخصص و ظرفیت‌ها را بشناسید.
 - با افراد متأثر، عوامل حرفه‌ای و محلی ساخت‌وساز و مقامات مسئول در خصوص موافقت بر سر مصالح و رویه‌های ساخت‌وساز و یافتن تخصص ضروری برای تضمین کیفیت مشورت نمایید.
۲. به جلب مشارکت و پشتیبانی از افراد متأثر، دولت محلی و عوامل حرفه‌ای محلی در فرایند ساخت‌وساز بپردازید.
 - مقررات ساخت‌وساز و برنامه‌ریزی، خصوصیات مصالح و استانداردهای کیفیت مربوطه را مطابق با چرخه عمر مدنظر سرپناه، سکونتگاه و مداخلات خانوار رعایت نمایید.
 - رویه‌های ساخت‌وساز و فرصت‌های معیشتی محلی را بهینه‌سازی نمایید.
۳. رویه‌های ایمن ساخت‌وساز را برای پاسخ‌دهی به نیازهای فعلی سرپناه و کاهش خطرهای آتی ترویج نمایید.
 - مخاطرات و خطرات، دلایل هرگونه خرابی یا موارد احتمالی خرابی را در آینده در خصوص سرپناه‌ها یا خانه‌های تخریب‌شده یا خسارت‌دیده شناسایی نمایید.
 - از تکنیک‌ها و رویه‌های محلی ساخت‌وساز درس بگیرید و در موارد ممکن، به بهبود و نوآوری آن‌ها بپردازید. انتقال اثربخش دانش را برای ترویج رویه‌های مناسب ساخت‌وساز تسهیل کنید.
۴. اطمینان حاصل کنید که افراد به کمک‌های فنی کافی دسترسی دارند.
 - نیاز به دانش حرفه‌ای تخصصی، نحوه پایبندی به استانداردها و مقررات ساخت‌وساز و چگونگی افزایش ظرفیت فنی را میان جمعیت متأثر در نظر بگیرید.
 - به افراد دارای ظرفیت، توانایی یا فرصت کم در زمینه انجام فعالیت‌های مرتبط با ساخت‌وساز به شکلی ایمن و قابل‌قبول از لحاظ فنی توجه کنید یا در ارتباط با سکونت آن‌ها در ملک موجود ایمن، مناسب و فنی مذاکره کنید.

1. self-recovery

مدیریت مناسب پروژه را در زمینه فرایندها و کمک‌های فنی، مصالح، تأمین مالی و کارگر ایجاد نمایید و الزامات تأیید نظارتی را با هدف تضمین پیامدهای کیفیت دنبال کنید.

- فرایندهای مناسب مناقصه، مزایده، خریداری، قرارداد و مدیریت ساخت‌وساز و منشورهای رفتاری را رعایت کنید.
- کاربرد فناوری‌ها، ابزار و مصالح محلی موجود، پایدار و آشنا را ترغیب نمایید و نیروی کار محلی را برای حفظ و ارتقای سرپناه‌ها استخدام کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد برنامه‌هایی که طی آن‌ها مقامات مسئول محلی در تعریف استانداردها و پایش فعالیت‌های ساخت‌وساز مشارکت می‌کنند.

درصد فعالیت‌های ساخت‌وساز نشانگر مشارکت فعال جمعیت متأثر.

درصد واحدهای سرپناه ساخته، تعمیر، مقاوم‌سازی، ارتقا یا نگهداری شده مطابق با رویه‌های ایمن ساخت‌وساز توافق شده برای مخاطرات و موقعیت خاص.

درصد خانوارهایی که دریافت راهنمایی و کمک مناسب فنی را گزارش می‌کنند.

یادداشت‌های راهنما

مشارکت و تعامل با جمعیت متأثر: مشارکت در فعالیت‌های سرپناه و ساخت‌وساز باید مطابق با رویه‌های موجود محلی باشند و برنامه‌های آموزشی و طرح‌های کارآموزی می‌توانند به حداکثرسازی فرصت‌ها برای مشارکت افراد متأثر (اجتماع میزبان و افرادی که مستقیماً متأثرند) در طی ساخت‌وساز منجر گردند. فرصت‌ها را برای مشارکت زنان و افراد دارای معلولیت تأمین کنید. افرادی که کمتر امکان انجام کارهای فیزیکی دارند می‌توانند به فعالیت‌هایی مانند پایش محل، کنترل سیاهه اقلام^۱، پشتیبانی اداری، مراقبت از کودکان یا تهیه غذا برای افراد مشغول کار ساخت‌وساز، کمک نمایند. توجه داشته باشید که افراد متأثر ممکن است محدودیت‌های زمانی دیگری داشته باشند. تیم‌های کار داوطلبانه یا نیروی کار قراردادی می‌توانند از تلاش‌های ساخت‌وساز تک‌تک خانوارها مخصوصاً خانوارهای زن سرپرست، سالمندان یا افراد دارای معلولیت پشتیبانی کنند. چنین کمکی ضرورت دارد؛ زیرا آن گروه‌ها شاید در معرض خطر بهره‌کشی جنسی هنگام دریافت کمک ساخت‌وساز قرار داشته باشند.

جلب مشارکت جوانان در فعالیت‌های ساخت‌وساز: حضور در پروژه ساخت‌وساز می‌تواند باعث گسترش مهارت‌های ارزشمند، اطمینان، عزت‌نفس و ارتباط با اجتماع در میان جوانان گردد.

تضمین کنید که کودکان زیر حداقل سن کار، در برنامه‌های پرداخت نقدی در ازای کار ساخت‌وساز سرپناه مشغول نیستند. کودکان مابین حداقل سن کار (معمولاً ۱۴ یا ۱۵) و ۱۸ سال باید به‌نوعی مناسب با سن و میزان رشد خود مشارکت داشته باشند. اطمینان حاصل کنید که مشارکت آن‌ها مطابق با قوانین ملی مربوطه است. اقداماتی را باید برای تضمین پیروی از استانداردهای بین‌المللی و قوانین ملی کار به‌منظور اجتناب از کار پرمخاطره و زیر حداقل سن کار کودک اعمال نمود. هرگونه پرسش یا مسئله مشکوک در ارتباط با کار کودک باید به متخصصین حمایت از کودکان یا خدمات اجتماعی ارجاع گردند. [⊕] بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استاندارد برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه: ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه.



تخصص حرفه‌ای: در زمینه مسائلی مانند محل و چیدمان فضا، تکنیک‌های ساخت‌وساز محلی، ارزیابی خسارت، کوبیدن ساختمان‌ها و برداشت ضایعات، ساخت‌وساز، مدیریت محل، ارزیابی ذخایر موجود ساخت‌وساز و امنیت تصرف، توصیه ارائه نمایید. این مسئله می‌تواند متضمن رعایت استانداردها در سرپناه‌ها گردد. اطلاعات درباره بازارهای کار و مصالح نیز همراه با پشتیبانی قانونی و اداری مفید واقع گردد. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ع سرپناه و سکونتگاه: امنیت تصرف*.

پیروی از مقررات ساخت‌وساز: درباره رعایت یا اعمال مقررات ملی یا محلی ساخت‌وساز، اطلاعات به دست آورید. در صورت عدم رعایت این مقررات، در زمینه کاربرد و رعایت آن‌ها به مطالبه‌گری بپردازید. مقررات مذکور باید نشانگر فرهنگ مسکن محلی، شرایط اقلیمی، منابع، ظرفیت‌های ساخت‌وساز و نگهداری، دسترسی و استطاعت‌پذیری باشند. اطمینان حاصل کنید که امکان برآورده ساختن یا دستیابی تدریجی به مقررات و استانداردهای توافق شده در برنامه‌های سرپناه مخصوصاً برنامه‌های کمک‌های نقدی برای پاسخ‌دهی به نیازهای سرپناه تعبیه شده است. در موارد عدم وجود استانداردها، حداقل استانداردها را با همکاری مقامات مسئول محلی و دست‌اندرکاران مربوطه (شامل افراد متأثر در موارد ممکن) در راستای پاسخ‌دهی آن‌ها به نیازهای ایمنی و عملکرد تدوین کنید.

افزایش ظرفیت فنی: ظرفیت اجتماع را از طریق کمک به آموزش و ارتقای آگاهی مابین اجتماعات متأثر، مقامات مسئول محلی، عوامل حرفه‌ای محلی ساخت‌وساز، کارکنان دارا و فاقد مهارت، مالکین، متخصصین حقوقی و شرکای محلی افزایش دهید.

در مناطق آسیب‌پذیر در برابر بحران‌های فصلی یا دوره‌ای، با متخصصین فنی و کارشناسان محلی مجرب در زمینه ارائه راه‌حل‌ها یا برترین عملکردهای محلی مناسب تعامل نمایید. این افراد می‌توانند اطلاعاتی را در خصوص رویه‌های طراحی و ساخت‌وساز ارائه کنند و به تدوین راه‌حل‌های بهبودیافته کمک کنند.

تأمین منبع مصالح: در مواردی که مصالح ساختمانی را می‌توان به سرعت تأمین نمود، جمعیت متأثر خود قادر به ساخت سرپناه خواهد بود. راه‌حل‌های سرپناه متشکل از اجزای جداگانه یا بسته از پیش تعریف‌شده همراه با ابزار مناسب ساخت‌وساز می‌باشند. باید از تحلیل و ارزشیابی سریع بازار و ارزشیابی تأثیرگذاری بر محیط‌زیست در گزینش مصالح استفاده نمود.

تأمین مصالح از منابع محلی می‌تواند بر اقتصاد، نیروی کار یا محیط‌زیست طبیعی محلی اثر بگذارد. در برخی موقعیت‌ها، مصالح باکیفیت کافی شاید در محل موجود نباشند. در چنین شرایطی، از فرایندهای تولید، مصالح جایگزین یا نظام‌های سرپناه تجاری استفاده کنید؛ اما تأثیر استفاده از مصالح نامأنوس با فرهنگ محلی را در نظر بگیرید. از مصالح تولیدشده از طریق استثمار کودکان و کارگران محلی دوری کنید.

ساختمان‌های عمومی ایمن: ساختمان‌های عمومی دائمی و موقت را مانند مدارس و مراکز سلامت را احداث یا تعمیر نمایید تا در برابر سوانح مقاوم گردند و تهدیدی برای سلامت عموم محسوب نشوند. چنین مراکزی باید مطابق با استانداردهای ساخت‌وساز و رویه‌های تأیید باشند. ایمنی و دسترسی را برای همگان از جمله افراد مواجه با موانع حرکتی و ارتباطات تضمین نمایید (در موارد ممکن، با سازمان‌های نماینده افراد دارای معلولیت هماهنگی کنید). با مقامات مسئول مناسب در فرایند تعمیر و ساخت‌وساز چنین ساختمان‌هایی مشورت کنید. راهبردهای عملیات و نگهداری مقرون به صرفه‌ای را تعبیه کنید.

مدیریت ساخت‌وساز و خریداری: برنامه زمانی ساخت‌وسازی را تدوین نمایید که شامل رویدادهای هدف مانند تاریخ‌های آغاز و تکمیل و تاریخ‌ها و مدت‌زمان تغییر محل بيجاشدگان باشد. این امر در موارد مدیریت ساخت‌وساز توسط مالک یا پیمانکار موضوعیت دارد. در برنامه زمانی، زمان شروع مورد انتظار تغییر فصلی آب‌وهوا و برنامه اقتضایی برای رویدادهای غیرمترقبه باید لحاظ گردند. نظام مدیریت ساخت‌وساز و پایش مصالح، کارگران و نظارت بر محل را

ایجاد کنید تا به تأمین مالی، خریداری، حمل و نقل، جابجایی و ارائه در طی فرایند توجه شود.

نیروی کار محلی را حتی المقدور برای افزایش کلیه مهارت‌ها و پشتیبانی از معیشت افراد متأثر استخدام نمایید. متخصصین حرفه‌ای (مانند مهندسين، معماران، طراحان شهری، مدیران قراردادها یا وکلا) را برای اجرای کارهای خاص استخدام کنید.

در خصوص توجه به دغدغه‌های زیست‌محیطی اطمینان حاصل کنید. مسئولیت اجتماعی کاربرد مجدد مصالح بازیافتی را در مواردی که حق برخورداری از چنین مصالح و کیفیت آن‌ها مورد تأیید است، ترویج نمایید. $\oplus$ بنگرید به /ستاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه: پایداری محیط‌زیست.

ارتقا و نگهداری: پاسخ‌دهی اولیه سرپناه نوعاً شامل حداقل میزان فضای زندگی در بسته یا مسقف است. البته مصالح و روش‌های اولیه ساخت‌وساز باید خانوارها را قادر به نگهداری، مطابقت یا ارتقای سرپناه برای پاسخ‌دهی به نیازهای درازمدت آن‌ها نمایند. مطابقت‌ها باید به شکلی ایمن با استفاده از ابزار و مصالح موجود محلی، آشنا و استطاعت‌پذیر در موارد ممکن انجام گردند.

ابزار جمعی: رویه‌های نشانگر نحوه کاربرد، نگهداری و ذخیره‌سازی ایمن مصالح و ابزار جمعی یا استفاده شده را به‌صورت مشترک ایجاد کنید.



۶. امنیت تصرف

امنیت تصرف عبارت است از آنکه افراد می‌توانند در خانه خود بدون ترس از تخلیه اجباری چه در سکونتگاه جمعی اشتراکی، سکونتگاه غیررسمی، اجتماعات میزبان و چه پس از بازگشت زندگی کنند. این مفهوم، زیربنای حق برخورداری از مسکن مناسب و بسیاری از سایر حقوق بشر است. در موقعیت‌های بشردوستانه، رویکرد گام‌به‌گام یا تدریجی شاید بهترین گزینه باشد و در طی آن تصریح می‌گردد که می‌توان از بیجاشدگان برای بهبود وضعیت زندگی آن‌ها در انواع مختلف محل سکونت پشتیبانی نمود. این مسئله به معنای اولویت دادن مالکین برای کمک نیست و مالکیت یا پابندی نیز در آن الزاماً اعمال نمی‌گردد. کنشگران سرپناه بر آن هستند تا آنچه را بشناسند که برای اهداف طراحی گزینه‌های سرپناه در راستای پشتیبانی از آسیب‌پذیرترین افراد و فاقد امنیت تصرف «به میزان کافی امن» است.

استاندارد ۶ سرپناه و سکونتگاه:

امنیت تصرف

جمعیت متأثر دارای امنیت تصرف در خصوص گزینه‌های سرپناه و سکونتگاه خود است.

اقدامات کلیدی

- ۱ راستی‌آزمایی را در طراحی و اجرای برنامه دنبال کنید.
 - تا آنجا که می‌توانید قطعی‌ترین قانونی درباره سکونت (رویکرد «به میزان کافی امن») در خصوص موقعیت و محدودیت‌ها به دست آورید.
 - با مقامات مسئول محلی، متخصصین حقوقی و مجامع میان‌سازمانی هماهنگی و همکاری نمایید.
- ۲ چارچوب قانونی و شرایط عملی را شناسایی کنید.
 - تمهیدات و نظام‌های تصرف را برای سناریوهای گوناگون پس‌ابحران سرپناه و سکونتگاه ترسیم نمایید و چگونگی اثرگذاری آن‌ها را بر گروه‌هایی که بیشتر در معرض خطرند، شناسایی کنید.
 - با مقامات مسئول محلی در راستای شناخت مقرراتی که اعمال خواهند شد یا خیر و نیز چارچوب‌های زمانی مرتبط همکاری نمایید.
 - با نحوه مدیریت روابط تصرف و حل‌وفصل منازعات و چگونگی تغییر آن‌ها از آغاز بحران آشنا گردید.
- ۳ چگونگی اثرگذاری نظام‌ها، تمهیدات و رویه‌های تصرف را بر امنیت تصرف گروه‌های در معرض خطر بشناسید.
 - امنیت تصرف را به‌عنوان شاخص آسیب‌پذیری لحاظ کنید.
 - اسناد موردنیاز توسط افراد مشارکت‌کننده در برنامه را با توجه به احتمال عدم امکان دسترسی آسیب‌پذیرترین افراد به این اسناد شناسایی نمایید.
 - اطمینان حاصل نمایید که پاسخ‌دهی همراه با سوگیری نسبت به مالک-متصرف یا تمهیدات ملک مطلق^۱ نیست.

1. freehold agreement

۴ برنامه‌های سرپناه و سکونتگاه را برای پشتیبانی از امنیت تصرف اجرا کنید.

- از تخصص محلی برای مطابقت برنامه‌ریزی با انواع مختلف تصرف مخصوصاً برای گروه‌های آسیب‌پذیر استفاده کنید.
- تضمین کنید که مستندات ازجمله توافقات تصرف به شکلی مناسب تهیه شده‌اند و حقوق تمامی طرفین انعکاس پیدا می‌کنند.
- خطر ایجاد تنش‌ها را در رابطه با برنامه‌ریزی سکونتگاه یا کمک به پدید آمدن آن در اجتماعات محلی کاهش دهید.

۵ از حمایت در برابر تخلیه اجباری پشتیبانی کنید.

- در خصوص تخلیه یا خطر تخلیه، موارد ارجاع را برای شناسایی راه‌حل‌های سرپناه جایگزین و سایر کمک‌های بخشی اتخاذ نمایید.
- به حل‌وفصل منازعات کمک کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد دریافت‌کنندگان سرپناه دارای امنیت تصرف برای گزینه سرپناه و سکونتگاه‌های خود حداقل برای طول مدت برنامه کمک خاص.

درصد دریافت‌کنندگان سرپناه دارای توافق مناسب در زمینه امنیت تصرف برای گزینه سرپناه خود.

درصد دریافت‌کنندگان سرپناه دچار چالش‌های تصرف که به خدمات حقوقی و یا سازوکارهای حل‌وفصل منازعات به شکلی مستقل یا از طریق ارجاع دسترسی داشته‌اند.

-  بنگرید به اصل ۴ حمایت.

یادداشت‌های راهنما

تصرف عبارت است از رابطه مابین گروه‌ها یا افراد با توجه به مسکن و زمین که از طریق قوانین موضوعه یا تمهیدات عرفی، غیررسمی یا مذهبی ایجاد می‌گردد. در نظام‌های تصرف، مشخص می‌شود که کدام فرد از کدام منبع برای چه مدت‌زمان و تحت چه شرایطی بهره‌برداری خواهد نمود. اشکال مختلف تمهیدات تصرف موجودند: از مالکیت کامل و تمهیدات رسمی استیجاری گرفته تا اسکان اضطراری و اشغال زمین در سکونتگاه‌های غیررسمی. فارغ از نوع تصرف، تمامی افراد همچنان از حقوق مالکیت، زمین و مسکن برخوردارند. افراد ساکن در سکونتگاه‌های غیررسمی که اغلب بیجاشده داخلی هستند شاید فاقد حق قانونی تصرف زمین باشند؛ اما هنوز دارای حق برخورداری از مسکن مناسب و حمایت در برابر تخلیه اجباری از خانه خود هستند. برای مشخص نمودن وجود امنیت تصرف مناسب، اطلاعاتی مانند مستندسازی تصرف و کاربرد سازمانی روش‌های راستی‌آزمایی ضرورت دارد.

امنیت تصرف بخش لاینفک حق برخورداری از مسکن مناسب و متضمن حمایت قانونی در برابر تخلیه اجباری، آزار و سایر تهدیدات است و افراد را قادر می‌سازد تا در خانه خود همراه با امنیت، صلح و کرامت زندگی کنند. همه افراد ازجمله زنان باید از درجه‌ای از امنیت تصرف برخوردار باشند. شناخت چگونگی مدیریت و اجرای روابط تصرف ازجمله سازوکارهای حل‌وفصل منازعات و نحوه تغییر آن‌ها از بدو بحران مهم است. داده‌های ارزشیابی امنیت تصرف می‌توانند



شامل تعداد منازعات، میزان تخلیه و ادراک امنیت تصرف باشند.

تصرف تدریجی^۱: یکی از مؤثرترین روش‌های تقویت امنیت تصرف همانا بهره‌گیری از نظام‌های موجود تصرف همراه با درجه‌ای از مشروعیت اجتماعی است.

⊕ بنگرید به منابع مندرج در پانویس^۲.

ملاحظات شهری: اکثریت بیجاشدگان شهری در سکونتگاه‌های غیررسمی یا اقامتگاه‌های استیجاری بدون مالکیت رسمی، اجاره‌نامه و یا توافقات کاربری زندگی می‌کنند؛ بنابراین، خطر تخلیه اجباری و اشکال مربوطه بهره‌کشی و آزار یکی از ویژگی‌های معرف زندگی آن‌هاست. گزینه‌های سرپناه و سکونتگاه‌ها برای مناطق شهری باید معطوف به وضعیت‌های پیچیده تصرف باشند و رویکردهای تصرف تدریجی برای موجرین، ساکنین غیررسمی، ساکنین املاک خالی از سکنه^۳ و سایرین در این گزینه‌ها لحاظ گردند.

اجتناب از آسیب: در برخی موقعیت‌ها، مداخلات سرپناه بشردوستانه می‌توانند به تخلیه گروه‌های آسیب‌پذیر منجر شوند. در سایر این موارد، تأکید بر امنیت تصرف می‌تواند باعث افزایش خطر تخلیه برای گروه‌های آسیب‌پذیر گردد. با به‌کارگیری رویکرد راستی‌آزمایی می‌توان خطرات امنیت تصرف را برای گروه‌های گوناگون شناسایی کرد. در برخی شرایط که خطرات امنیت تصرف بسیار زیادند، شاید بهتر باشد که اصلاً هیچ اقدامی انجام نشود.

محرك‌های مشترک برای تخلیه: تهدید تخلیه ناشی از تعامل پیچیده مابین عوامل است که اکثر آن‌ها همچنین می‌توانند پیشران بهره‌کشی و آزار باشند. این محرك‌ها شامل موارد زیر هستند:

- عدم توانایی پرداخت اجاره اغلب به علت محدودیت‌ها در زمینه معیشت از جمله حق کار.
- نبود اجاره‌نامه کتبی یا مالک که افراد را در برابر تخلیه و افزایش بها آسیب‌پذیر می‌سازد.
- منازعات با مالکین.
- تبعیض علیه افراد متأثر.
- محدودیت‌ها در زمینه بهبود محیط مسکن و تحت تهدید دائمی قرار گرفتن افراد ناقض مجوزهای ساخت‌وساز.
- عدم امکان منتظم‌سازی وضعیت تصرف‌کنندگان مناطق قابل ساخت‌وساز مطابق با دستگاه‌های مدیریت شهری.
- تراکنش‌های مسکن که در چارچوب‌های عرفی یا مذهبی اتفاق می‌افتند و بنابراین از سوی قوانین موضوعه به رسمیت شناخته نمی‌شوند و یا برعکس.
- در خصوص زنان: طلاق، خشونت شریک جنسی و سایر انواع خشونت خانگی یا مرگ شوهر.
- عدم وجود مدارک ثبت‌احوال برای زنان (ثبت آن‌ها در مدارک پدر یا شوهر) و گروه‌های در حاشیه یا تحت آزار.

موارد تخلیه و جانمایی مجدد: اسکان مجدد ممکن است با مبانی حقوق بشر در راستای حمایت از سلامت و ایمنی ساکنین در معرض سوانح طبیعی، مخاطرات زیست‌محیطی یا حفظ منابع حیاتی زیست‌محیطی مطابقت داشته باشد. باین‌وجود، سوءاستفاده از مقررات معطوف به حفاظت از سلامت عمومی و ایمنی یا محیط‌زیست به‌منظور توجیه تخلیه در شرایط فقدان خطر جدی و واقعی یا در شرایط وجود سایر گزینه‌ها، مغایر با قوانین بین‌المللی حقوق بشر است.

1. incremental tenure
 2. Social Tenure Domain Model. UN Habitat and GLTN. <https://stdm.glt.net/> Payne, G. Durand-Lasserve, A. Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges. 2012. www.ohchr.org
 3. squatters

۷. پایداری محیط زیست

در پایداری محیط زیست، به آن نوع برنامه ریزی توجه می شود که توأم با پاسخ دهی مسئولانه به نیازهای فعلی بدون اختلال در توانایی نسل های آتی برای پاسخ دهی به نیازهای خود باشد. بی توجهی به مسائل زیست محیطی در کوتاه مدت می تواند به اختلال در بازتوانی، وخامت مشکلات موجود یا پیدایش مشکلات جدید منجر گردد.  بنگرید به اصل ۱ حمایت و تعهدات ۳ و ۹ استاندارد محوری بشردوستانه.

استاندارد ۷ سرپناه و سکونتگاه:

پایداری محیط زیست

کمک های سرپناه و سکونتگاه باعث حداقل سازی هرگونه تأثیر منفی برنامه بر محیط زیست طبیعی می گردند.

اقدامات کلیدی

- ۱ مدیریت و ارزیابی اثرگذاری بر محیط زیست را در کلیه موارد برنامه ریزی سرپناه و سکونتگاه ادغام نمایید.
 - اثرگذاری بحران بر خطر ها و آسیب های زیست محیطی را به منظور حداقل سازی تأثیرات منفی گزینه های سرپناه و سکونتگاه ارزیابی کنید.
 - برنامه مدیریت زیست محیطی را در رویه های عملیات و پایه ادغام نمایید.
- ۲ پایدارترین تکنیک ها و مصالح را در میان گزینه های موجود انتخاب کنید.
 - مواردی را ارجحیت دهید که منابع طبیعی محلی را از بین نمی برند یا به تخریب در درازمدت زیست محیطی کمک نمی کنند.
 - اقلام موجود شامل ضایعات را بازیافت، استفاده مجدد یا تغییر کاربری دهید.
- ۳ پسماند جامد را به شکلی ایمن، به موقع، متناسب با شرایط فرهنگی و پایدار زیست محیطی در تمامی سکونتگاه ها مدیریت کنید.
 - با بخش آقاب، سلامت، خدمات عمومی و سایر مقامات مسئول، بخش خصوصی و سایر دست اندرکاران در راستای تعبیه یا تعبیه مجدد رویه های پایدار مدیریت پسماند هماهنگی نمایید.
- ۴ سامانه های تأمین انرژی ایمن، قابل اطمینان، استطاعت پذیر و پایدار زیست محیطی را ایجاد، ترمیم و ارتقا ببخشید.
 - تعیین کنید که آیا سامانه های تأمین انرژی موجود، اثرگذاری زیست محیطی منفی بر منابع طبیعی، آلودگی، سلامت و ایمنی دارند یا خیر.
 - اطمینان حاصل کنید که گزینه های جدید یا بازبینی شده تأمین انرژی نیازهای کاربران را برآورده می سازند و آموزش و پیگیری را بنا به ضرورت تأمین می کنند.
- ۵ ارزش اکولوژیک محل های عملیات (مانند اقامتگاه های موقت) را در طی کاربری و پس از آن حفاظت، ترمیم و ارتقا دهید.



- شرایط شاخص مبنای زیست‌محیطی و منابع طبیعی محلی موجود را برای هر مکان ارزیابی کنید و مخاطرات زیست‌محیطی را شامل مخاطرات ناشی از استفاده قبلی تجاری یا صنعتی شناسایی نمایید.
- مخاطرات فوری و آشکار را از منطقه حذف نمایید و هرگونه فرسایش جدی زیست‌محیطی را ضمن حداقل‌سازی حذف پوشش گیاهی طبیعی و اختلال زهکشی طبیعی اصلاح کنید.
- محل را در شرایطی ترک کنید که جمعیت محلی قادر به استفاده فوری از آن و در صورت امکان، شرایطی بهتر از قبل باشد.

شاخص‌های کلیدی

- درصد فعالیت‌های سریانه و سکونتگاه انجام‌شده پس از بررسی زیست‌محیطی.
- تعداد توصیه‌های برنامه‌های مدیریت و پایش زیست‌محیطی که اجرا شده‌اند.
- درصد ساخت‌وسازهای سریانه با استفاده از روش‌های خرید و مصالح ساختمانی دارای انتشار کم کربن.
- درصد پسماند جامد در محل که بازیافت، استفاده مجدد یا تغییر کاربری می‌شود.
- هدف حداقل ۷۰ درصد حجم.
- درصد محل‌های سکونتگاه موقت که شرایط زیست‌محیطی آن‌ها نسبت به کاربری قبلی ترمیم می‌گردند.

یادداشت‌های راهنما

ارزیابی اثرگذاری زیست‌محیطی متشکل از سه عنصر است: تشریح شاخص مبنای محیط‌زیست محلی در برابر ارزیابی فعلی، شناخت فعالیت پیشنهادی و تهدید بالقوه آن برای محیط‌زیست و شناخت عواقب در صورت رویداد تهدید. مشورت با سازمان‌های زیست‌محیطی مربوطه شاید مفید باشد. نکات کلیدی را که باید در ارزیابی اثرگذاری زیست‌محیطی به آن‌ها توجه نمود عبارت‌اند از:

- استفاده و دسترسی پیش از بحران به منابع طبیعی محلی شامل سوخت، مصالح ساخت‌وساز، تأمین منابع آبی و مدیریت پسماند.
- میزان منابع طبیعی موجود محلی و اثرگذاری بحران بر این دارایی‌ها.
- مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی (شامل نقش‌های جنسیتی) تأثیرگذار بر پایداری پاسخ‌دهی و بهبود اثربخشی و کارآمدی کلی آن‌ها.

تأمین مصالح: در فرایند تأمین منابع طبیعی مانند آب، الوار، ماسه، خاک، علوفه و سوخت برای کاشی و آجرپزی، به اثرگذاری زیست‌محیطی توجه کنید. کاربرد منابع متعدد، استفاده مجدد از مواد بازیافتی و تولید مواد جایگزین را ترویج نمایید. جنگل‌زایی یکی از روش‌های مناسب برای تولید مصالح ساخت‌وساز پایدار است. از کاربرد مصالح تولیدشده از طریق بهره‌کشی از بزرگ‌سالان و کودکان بر حذر باشید. ⊕ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.

انتخاب محل: در انتخاب محل، باید از اطلاعات ارزیابی اثرات زیست‌محیطی استفاده نمود. به‌عنوان مثال، جانمایی سکونتگاه‌ها در نزدیکی زیرساخت موجود می‌تواند باعث کاهش اثرات زیست‌محیطی مرتبط با ساخت‌وساز زیرساخت جدید گردد. مواجهه با خطرهای مرتبط با اقلیم را در نظر بگیرید. ⊕ بنگرید به استاندارد ۲ پناه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی.

فرسایش: درختان و سایر پوشش‌های نباتی را برای تثبیت خاک و حداکثرسازی سایه حفاظت در برابر اقلیم حفظ نمایید. استفاده از حدفصل‌های طبیعی برای خدمات مانند جاده‌ها و خیابان‌ها، مسیرها و شبکه‌های زهکشی باعث حداقل‌سازی فرسایش و سیلاب می‌گردد. در موارد ضروری، کانال‌های زهکشی، مسیرهای زهکشی لوله‌کشی شده زیر جاده‌ها، خیابان‌ها یا سواحل رودخانه‌ای زیر کشت را برای پیشگیری از فرسایش خاک ایجاد نمایید. در مواردی که شیب خاک بیش از پنج درصد است، باید از تکنیک‌های مهندسی برای جلوگیری از فرسایش گسترده بهره جست.

مدیریت ضایعات و بازیافت یا تغییر کاربری پسماند: برنامه‌ریزی فوری مدیریت ضایعات پس از بحران به ارتقای بازیابی ضایعات برای استفاده مجدد، تغییر کاربری یا دفع ایمن می‌انجامد.

امکان استفاده مجدد یا تغییر کاربری پسماند جامد یافت شده در موقعیت‌های بشردوستانه مطرح می‌باشد. استفاده مجدد مواد و مصالح در این موقعیت‌ها به‌عنوان بخشی از راهبرد قاعده‌مند پسماند جامد بستگی به نگرش‌های فرهنگی دست زدن و جابجایی پسماند و نزدیک بودن کسب‌وکارهای متمایل به خرید اقلام جدا شده دارد. در موقعیت‌های بشردوستانه، فرصت‌هایی برای استفاده مجدد نوآورانه اقلام تأمین می‌گردد. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۱-۳ مدیریت فضولات انسانی بخش آفاب و استانداردهای ۱-۵ و ۳-۵ مدیریت پسماند جامد بخش آفاب*.

انرژی: هنگام بررسی مصرف انرژی، موارد زیر را در نظر بگیرید: شرایط اقلیمی، منابع طبیعی موجود، آلودگی فضای در بسته و فضای باز، اثرگذاری بر سلامت، ایمنی و سلاقی کاربران. در موارد ممکن، برنامه‌ها باید نیازهای انرژی خانوار را کاهش دهند. طراحی همراه با بهره‌وری انرژی، اتخاذ رویکردهای انفعالی (بدون نیاز به انجام کاری از سمت کاربر) نسبت به گرمایش یا برودت سازه‌ها و استفاده از اقلام همراه با بهره‌وری انرژی در خانوار مانند چراغ‌های خورشیدی باعث کاهش هزینه‌های خانوار و اثرگذاری زیست‌محیطی می‌گردند. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۵/امنیت غذایی و تغذیه: امنیت غذایی کلی*.

خطراتی فراروی عموم مردم را ناشی از منابع انرژی تخریب‌شده از جمله خطوط برق تخریب‌شده و نشت پروپان یا سوخت از مخازن نفت و روغن شناسایی کنید. با دولت محلی و فروشندگان انرژی در راستای ترمیم، ارائه و حفظ خدمات انرژی هماهنگی نمایید. یارانه یا سایر انگیزش‌ها را شاید بتوان به‌عنوان گزینه‌ای برای تضمین ایمنی و کاهش آلودگی یا مطالبات در خصوص منابع طبیعی به‌کار برد.

مدیریت منابع طبیعی: در موارد محدودیت منابع طبیعی برای پشتیبانی از افزایش چشمگیر در اسکان انسانی، برنامه مدیریت منابع بسیار ضروری خواهد بود. در صورت نیاز، با کارشناسان بیرون از محل مشورت نمایید. در برنامه مدیریت منابع می‌توان به گزینه‌ها و منابع سوخت از خارج از محل برای چرای دام، تولیدات کشاورزی و سایر روش‌های درآمدی وابسته به منابع طبیعی اشاره نمود. سکونتگاه‌های بزرگ دارای مدیریت مناسب شاید از سکونتگاه‌های متعدد کوچک‌تر و غیرمتمرکز که مدیریت یا پیش‌آن‌ها دشوار است، از پایداری محیط‌زیست بیشتری برخوردارند. بااین‌وجود، سکونتگاه‌های جمعی بزرگ ممکن است فشار بیشتری بر اجتماعات میزبان نزدیک نسبت به سکونتگاه‌های کوچک‌تر غیرمتمرکز ایجاد کنند. کنشگران بخش ثبت‌نام باید اثرگذاری مداخلات خود را بر نیازهای اجتماع میزبان به منابع طبیعی در نظر بگیرند. $\oplus$ بنگرید به *تعهّد ۹ استاندارد محوری بشردوستانه و کتاب راهنمای حداقل استانداردهای اقتصادی بازتوانی: استاندارد محوری ۲ و استانداردهای ارزیابی و تحلیل*.

موقعیت‌های شهری و روستایی: افراد در مناطق روستایی در مقایسه با ساکنین مناطق شهری عموماً بیشتر به منابع طبیعی محیط پیرامون خود متکی هستند. درعین‌حال، مناطق شهری حجم زیادی از منابع طبیعی را مانند الوار، ماسه، سیمان، آجر و سایر مصالح طبیعی ساختمانی استخراج‌شده از منطقه بسیار گسترده‌تر پیرامون جذب می‌کنند. تصمیمات آگاهانه‌ای را باید هنگام استفاده از مقادیر زیاد مصالح ساختمانی در برنامه‌های شهری یا سایر برنامه‌های کلان سرپناه و موارد تأثیرگذاری زیست‌محیطی فراتر از منطقه اجرای برنامه اتخاذ نمود.



ضمیمه ۱

چک لیست ارزیابی سرپناه و سکونتگاه

از فهرست پرسش‌ها می‌توان به‌عنوان چک‌لیست برای تضمین جمع‌آوری داده‌های مناسب به‌منظور ارائه اطلاعات در پاسخ‌دهی سرپناه و سکونتگاه پسابحران استفاده نمود. فهرست پرسش‌ها الزامی نیست و آن را بنا به ضرورت استفاده کنید و مطابقت دهید.

اطلاعات پیرامون عوامل زمین‌های بحران، وضعیت امنیت، ویژگی‌های جمعیتی بیجاشدگان و اجتماعات میزبان و همچنین افراد کلیدی مورد مشورت و مشخصات تماس را باید به‌صورت جداگانه کسب نمود.

ارزیابی و هماهنگی

- آیا سازوکار هماهنگی موردتوافق، توسط مقامات مسئول و سازمان‌های بشردوستانه مربوطه به دست آمده است؟
- کدام دسته از داده‌های شاخص مبنا درباره افراد متأثر موجود است و مخاطرات شناخته‌شده و آسیب‌پذیری و خطرهای سرپناه و سکونتگاه کدام‌اند؟
- آیا برنامه اقتضایی برای استفاده در پاسخ‌دهی موجود است؟
- کدام دسته اطلاعات ارزیابی اولیه موجود است؟
- آیا ارزیابی میان‌سازمانی و یا چندبخشی طراحی شده است و آیا اقلام خانوار، سرپناه و سکونتگاه در آن ذکر شده‌اند؟

اطلاعات جمعیتی

- هر خانوار متوسط متشکل از چند نفر است؟
- چه تعداد افراد متأثر در انواع مختلف خانوارها به سر می‌برند؟ گروه‌های محروم از ارتباطات خانوادگی را مانند کودکان بدون همراه، خانوارهای فاقد اندازه متوسط یا سایرین در نظر بگیرید. موارد را برحسب جنس، سن، معلولیت، قومیت و وابستگی مذهبی یا زبانی و بنا به ضرورت در موقعیت تفکیک کنید.
- چه تعداد از خانوارهای متأثر فاقد سرپناه کافی هستند و این خانوارها کجا مستقرند؟
- چه تعداد از افراد تفکیک‌شده برحسب جنس، سن و معلولیت که عضو خانوار نیستند، هیچ‌گونه سرپناه ندارند یا سرپناه آن‌ها نامناسب است و این افراد کجا مستقر هستند؟
- چه تعداد از خانوارهای متأثر فاقد سرپناه کافی، بی‌جا نشده‌اند و به آن‌ها می‌توان در محل سکونت اصلی خود کمک رساند؟
- چه تعداد خانوارهای متأثر فاقد سرپناه کافی بی‌جا شده‌اند و نیازمند کمک‌های سرپناه با خانواده‌های میزبان یا ساکن سکونتگاه‌های موقت می‌باشند؟
- چه تعداد از افراد تفکیک‌شده برحسب جنس و سن فاقد دسترسی به مراکز عمومی مانند مدارس، تسهیلات مراقبت‌های سلامت و مراکز اجتماعی هستند؟

خطرها

- خطرهای فوری در خصوص حیات، سلامت و امنیت در اثر نبود سرپناه مناسب کدام‌اند و چه تعداد افراد در معرض

خطر قرار دارند؟

- مواردی که خطر نه‌چندان فوری نسبت به زندگی، سلامت و امنیت افراد محسوب می‌شوند و ناشی از نبود سرپناه مناسب هستند، کدام‌اند؟
- نظام‌ها، تمهیدات و رویه‌های تصرف چه تأثیری بر امنیت تصرف در میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر و در حاشیه دارند؟
- خطرهای خاص ناشی از عدم وجود سرپناه مناسب برای گروه‌های آسیب‌پذیر شامل زنان، کودکان، اطفال فاقد همراه و افراد دارای معلولیت و یا مبتلا به بیماری‌های مزمن کدام‌اند و علت این خطرها چیست؟
- تأثیر حضور افراد بیجاشده بر اجتماعات میزبان چیست؟
- خطرهای بالقوه برای مخاصمات یا تبعیض درون گروه‌ها یا میان آن‌ها در جمعیت متأثر مخصوصاً زنان و دختران کدام‌اند؟

منابع و محدودیت‌ها

- منابع مادی، مالی و انسانی موجود جمعیت متأثر برای برطرف نمودن برخی از نیازهای فوری سرپناه یا همه این نیازها کدام‌اند؟
- مسائل مرتبط با موجود بودن، مالکیت و کاربرد زمین که بر توانایی افراد در پاسخ‌دهی به نیازهای فوری سرپناه شامل سکونتگاه‌های جمعی در موارد موردنیاز کدام‌اند؟
- اجتماعات میزبان احتمالی با چه خطرهایی در اسکان بیجاشدگان درون اقامتگاه خود یا زمین‌های مجاور مواجه خواهند شد؟
- فرصت‌ها و محدودیت‌های اثرگذار بر کاربرد سازه‌ها یا ساختمان‌های موجود و غیرمتأثر برای اسکان موقت بیجاشدگان کدام‌اند؟
- آیا زمین خالی قابل‌دسترس برای سکونتگاه‌های موقت با توجه به توپوگرافی سایر محدودیت‌های زیست‌محیطی مناسب است؟
- محدودیت‌ها و الزامات نظارتی اثرگذار بر شکل‌گیری راه‌حل‌های سرپناه کدام‌اند؟

مصالح، طراحی و ساخت‌وساز

- کدام مصالح یا راه‌حل‌های سرپناه اولیه را افراد و اجتماعات متأثر یا سایر کنشگران تأمین نموده‌اند؟
- کدام مصالح موجود را می‌توان از محل تخریب‌شده برای استفاده در بازسازی سرپناه‌ها بازیابی کرد؟
- رویه‌های معمول ساخت‌وساز افراد متأثر کدام‌اند و از چه مصالحی برای قاب سازه، سقف و دیوارهای خارجی استفاده می‌کنند؟
- کدام راه‌حل‌های جایگزین برای طراحی یا مصالح موجودند و آیا افراد متأثر با آن‌ها آشنا هستند و آن‌ها را می‌پذیرند؟
- کدام ویژگی‌های طراحی باعث دسترسی ایمن و سریع به کاربرد محل‌های سرپناه توسط تمامی افراد متأثر می‌گردند؟
- راه‌حل‌های شناسایی‌شده سرپناه به چه شکل آسیب‌پذیری و خطرهای آتی را به حداقل می‌رسانند؟
- سرپناه‌ها عموماً چگونه و توسط چه کسی ساخته می‌شوند؟
- مصالح ساختمانی عموماً به چه شکل و توسط کدام افراد تهیه می‌گردند؟



- زنان، جوانان، افراد دارای معلولیت و سالمندان به چه شکل در راستای مشارکت در ساخت و ساز سرپناه‌های خود آموزش می‌بینند یا به آن‌ها کمک می‌شود و محدودیت‌ها کدام‌اند؟
- آیا کمک بیشتر در موارد عدم برخورداری افراد یا خانوارها از ظرفیت یا فرصت ساختن سرپناه‌های خود، برای حمایت از آن‌ها ضرورت خواهد داشت؟ نمونه‌ها شامل تأمین نیروی کار داوطلبانه یا قراردادی یا کمک‌های فنی می‌باشند.

فعالیت‌های خانوار و معیشتی

- معمولاً کدام فعالیت‌های پشتیبانی خانوار و معیشتی در سرپناه‌های افراد متأثر و یا نزدیک آن سرپناه‌ها انجام می‌شوند و نتایج طراحی و تأمین فضا به چه شکل نشانگر این فعالیت‌ها هستند؟
- چه فرصت‌هایی را برای پشتیبانی از معیشت‌های پایدار زیست‌محیطی و قانونی می‌توان از طریق تأمین مصالح و راه‌حل‌های ساخت و ساز سرپناه و سکونتگاه ارائه نمود؟

خدمات اساسی و تسهیلات جمعی اشتراکی

- میزان آب موجود فعلی برای شرب و بهداشت فردی چقدر است و امکانات و محدودیت‌ها در پاسخ‌دهی به نیازهای بهداشت فاضلاب کدام‌اند؟
- در حال حاضر، میزان تأمین امکانات اجتماعی (مانند درمانگاه‌ها، مدارس و عبادتگاه‌ها) چقدر است و محدودیت‌ها و فرصت‌های دسترسی به این امکانات کدام‌اند؟
- در موارد کاربرد ساختمان‌های جمعی مخصوصاً مدارس برای ایجاد سرپناه برای افراد بیجاشده، فرایند و برنامه زمانی بازگرداندن آن‌ها به کاربری مدنظر چیست؟

جمعیت میزبان و اثرگذاری زیست‌محیطی

- دغدغه‌های جمعیت میزبان کدام‌اند؟
- محدودیت‌های سازمانی و فیزیکی مرتبط با اسکان بیجاشدگان در اجتماع میزبان یا در اقامتگاه‌های موقت کدام‌اند؟
- دغدغه‌های زیست‌محیطی در ارتباط با تأمین منابع محلی مصالح ساختمانی کدام‌اند؟
- دغدغه‌های زیست‌محیطی در ارتباط با نیازهای بیجاشدگان به مواردی از جمله سوخت، بهداشت فاضلاب، دفع پسماند و چرا برای حیوانات کدام‌اند؟

اقلام مورد نیاز خانوار

- اقلام غیرخوراکی اساسی مورد نیاز افراد متأثر کدام‌اند؟
- آیا می‌توان اقلام غیرخوراکی مورد نیاز را در محل به دست آورد؟
- آیا استفاده از پول نقد یا کالا برگ ممکن است؟
- آیا کمک‌های فنی برای تکمیل تأمین اقلام پشتیبانی از سرپناه ضرورت دارند؟

پوشاک و لوازم خواب

- کدام نوع پوشاک، پتو و لوازم خواب را معمولاً زنان، مردان، کودکان و اطفال، زنان باردار و شیرده، افراد دارای معلولیت و سالمندان استفاده می‌کنند؟ آیا ملاحظات خاص اجتماعی و فرهنگی مطرح هستند؟

- چه تعداد از زنان و مردان در همه سنین، کودکان و اطفال دارای پوشاک، پتو یا لوازم رختخواب ناکافی یا نامناسب برای حفاظت از خود در برابر اثرات منفی آب‌وهوایی و حفظ سلامت، کرامت و نیک‌بود خود می‌باشند؟
- خطرهای بالقوه نسبت به جان افراد متأثر و سلامت و ایمنی شخصی آن‌ها در صورت عدم پاسخ‌دهی به نیاز آن‌ها به پوشاک، پتو یا لوازم خواب کافی کدام‌اند؟
- کدام اقدامات کنترل ناقلین بیماری مخصوصاً تأمین پشه‌بندها برای تضمین سلامت و نیک‌بود خانوارها ضرورت دارند؟

پخت‌وپز و صرف غذا، اجاق‌ها و سوخت

- پیش از بحران، کدام ظروف برای پخت‌وپز و صرف غذا در اختیار خانوار معمولی قرار داشتند؟
- چه تعداد خانوار به ظروف کافی برای پخت‌وپز و صرف غذا دسترسی دارند؟
- پیش از بحران، افراد متأثر چگونه در اقامتگاه خود آشپزی می‌کردند و آن را گرم می‌نمودند و پخت‌وپز در کجا انجام می‌شد؟
- پیش از بحران، عموماً از چه سوختی برای پخت‌وپز و گرمایش استفاده می‌شد و این سوخت از کجا به دست می‌آمد؟
- چه تعداد خانوار به اجاق برای پخت‌وپز و گرمایش دسترسی ندارند و به چه علت؟
- چه تعداد خانوار به مقدار کافی سوخت برای پخت‌وپز و گرمایش دسترسی ندارند؟
- فرصت‌ها و محدودیت‌های تأمین منابع کافی سوخت (مخصوصاً دغدغه‌های زیست‌محیطی) برای جمعیت‌های متأثر از بحران و هم‌جوار کدام‌اند؟
- تأثیر تأمین منابع کافی سوخت بر جمعیت‌های متأثر بخصوص زنان در تمامی گروه‌های سنی، چیست؟
- آیا مسائل فرهنگی وجود دارند که باید در ارتباط با پخت‌وپز و صرف غذا آن‌ها را در نظر گرفت؟

ابزار و تجهیزات

- کدام ابزار پایه برای تعمیر، ساخت‌وساز یا حفظ سرپناه در اختیار خانوارها قرار دارند؟
- از ابزار پایه برای ساخت‌وساز، نگهداری و آواربرداری می‌توان در کدام فعالیت‌های پشتیبان معیشتی استفاده نمود؟
- کدام فعالیت‌های آموزشی یا ارتقای آگاهی می‌تواند باعث استفاده ایمن از ابزار گردند؟



ضمیمه ۲

تشریح سناریوهای سکونتگاه

در سناریوهای سکونتگاه، دسته‌بندی اولیه مکان و چگونگی زندگی افراد متأثر ممکن می‌گردد. برای برنامه‌ریزی راهبردهای کمک می‌توان از شناخت بحران از طریق این سناریوهای سکونتگاه بهره جست. جزئیات بیشتر را برای ارائه اطلاعات حین برنامه‌ریزی تفصیلی جمع‌آوری نمایید. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۳: ویژگی‌های بیشتر سناریوهای سکونتگاه.

گروه جمعیتی	سناریوی سکونتگاه	تشریح	نمونه‌ها
افراد بیجان‌شده	اقامتگاه یا زمین تحت تصرف مالک	تصرف کننده، مالک ملک یا زمین خود است (مالکیت می‌تواند رسمی یا غیررسمی باشد) یا مالک مشترک می‌باشد.	خانه ویلایی، آپارتمان، زمین
	زمین یا اقامتگاه استیجاری	اجاره فرد یا خانوار را قادر به استفاده از مسکن یا زمین برای بازه خاص زمانی با قیمتی مشخص بدون انتقال مالکیت بر مبنای قرارداد کتبی یا شفاهی با مالک خصوصی یا عمومی می‌نماید.	
	زمین یا اقامتگاه تصرف شده غیررسمی	خانوارها ملک یا زمین را بدون مجوز صریح مالک یا نماینده منتسب ملک تصرف کرده‌اند.	خانه‌های ویلایی، آپارتمان‌ها و زمین‌های خالی از سکنه
بیجان‌شدگان پراکنده	تمهیدات استیجاری	اجاره به فرد یا خانوار امکان استفاده از مسکن یا زمین را برای بازه زمانی مشخص به بهای معلوم و بدون انتقال مالکیت می‌دهد. این توافق بر اساس قرارداد کتبی یا شفاهی با مالک خصوصی یا عمومی است. مبلغ اجاره را می‌توان توسط شخص یا اجتماع یا با استفاده از یارانه دولتی یا اجتماع بشردوستانه پرداخت نمود.	خانه ویلایی، آپارتمان، زمین از مجموعه اسکان موجود
افراد بیجان‌شده	تمهیدات میزبانی	اجتماعات میزبان برای جمعیت‌های بیجان‌شده یا تک‌تک خانواده‌های بیجان‌شده سرپناه تأمین می‌کنند.	خانه ویلایی، آپارتمان، زمین تحت تصرف یا تأمین شده توسط جمعیت میزبان
	تمهیدات خودجوش	خانوارهای بیجان‌شده به شکلی خودجوش در محلی بدون توافق با کنشگران مربوطه (مانند مالک، دولت محلی، سازمان‌های بشردوستانه و یا اجتماع میزبان) اسکان می‌یابند.	خانه ویلایی، آپارتمان، زمین خالی از سکنه و کنار خیابان

گروه جمعیتی	سناریوی سکونتگاه	تشریح	نمونه‌ها
جمعی اشتراکی	اسکان جمعی	سازه یا مکان از پیش موجود که خانوارهای متعدد در آن پناه می‌گیرند. خدمات پایه و زیرساختی بر مبنای استفاده عمومی یا دسترسی به این خدمات ممکن می‌گردند.	ساختمان‌های عمومی، مراکز تخلیه، پذیرش و ترانزیت، ساختمان‌های متروکه، املاک شرکتی، ساختمان‌های ناتمام
	سکونتگاه برنامه‌ریزی شده	سکونتگاه ساخته شده برای بیجاشدگان که دارای مدیریت و برنامه‌ریزی چیدمان محل است و زیرساخت، امکانات و خدمات موجودند.	سکونتگاه‌های رسمی توسط دولت، سازمان ملل متحد، سمن‌ها یا اجتماع مدنی مدیریت می‌گردند و می‌توانند شامل مراکز پذیرش یا ترانزیت یا محل‌های تخلیه باشند
	سکونتگاه برنامه‌ریزی نشده	خانوارهای متعدد به صورت خودجوش و جمعی در محل اسکان می‌یابند و سکونتگاه جدید ایجاد می‌کنند. خانوارها یا مجموعه افراد شاید دارای تعمیرات استیجاری با مالک باشند. این روند اغلب بدون تمهیدات پیشین یا کنشگران مربوطه (از جمله مالک، دولت محلی و یا اجتماع میزبان) است. خدمات پایه در محل در ابتدا برنامه‌ریزی نشده‌اند.	سکونتگاه‌ها و محل‌های غیررسمی



ضمیمه ۳

ویژگی‌های بیشتر سناریوهای سکونتگاه

ویژگی‌های ثانویه‌ای که امکان گسترش سناریوهای سرپناه مندرج در ضمیمه ۲ شرح سناریوهای سکونتگاه را ایجاد می‌کنند، در جدول زیر ذکر شده‌اند. با استفاده از این جدول برای شناخت جزئیات بحران باید به ارائه اطلاعات در فرایندهای برنامه‌ریزی تفصیلی پرداخت.

نکته: انتخاب ویژگی‌ها و تعریف آن‌ها در موقعیت‌های مختلف متغیرند و باید با راهنمایی مربوطه هم‌راستا گردند. ویژگی‌های بیشتر را بنا به ضرورت برای موقعیت خاص ایجاد کنید.

دسته‌بندی	نمونه‌ها	یادداشت‌ها
انواع اجتماعات بیجا شده	پناهندگان، پناهجویان، بیجا شدگان داخلی، پناهندگان بازگشت‌کننده، بیجا شدگان داخلی بازگشت‌کننده، سایر گروه‌های هدف (به عنوان نمونه مهاجرین)	⊕ بگیرید به راهنمای پشتیبانی نمایه بشردوستانه مندرج در پانویس!
افراد متأثر به شکل غیر مستقیم	اجتماعات میزبان، جمعیت‌های از پیش موجود	اجتماعات میزبان اغلب تحت تأثیر اجتماعات متأثر مستقیم به عنوان مثال از طریق اشتراک‌گذاری خدمات عمومی مانند مدارس یا اقدام به عنوان خانواده‌های میزبان قرار می‌گیرند.
موقعیت جغرافیایی	شهری، حومه شهر، روستایی	حومه شهر: منطقه‌ای مابین مناطق روستایی و شهری دور از دسترسی.
سطح خسارت	هیچ‌گونه خسارت، مقداری خسارت، انهدام کامل	اطلاعات دسته‌بندی سطح خسارت باید در تعیین ایمنی سکونت در خانه یا سرپناه به کار رود.
مدت زمان / فاز	کوتاه مدت، میان مدت، درازمدت، دائمی، اضطراری، موقت، بازیابی، ماندگار	تعاریف این عبارات متغیرند و باید در سطح پاسخ‌دهی مشخص شوند.

دسته‌بندی	نمونه‌ها	یادداشت‌ها
نظام‌های تصرف	التزام‌آور قانونی، عرفی، مذهبی، آمیخته	تمهیدات غیررسمی زمین یا مسکن شامل ساکنین منتظم یا نامنتظم ^۱ ملک خالی از سکنه، تقسیم‌بندی غیرمجاز زمین دارای مالک قانونی و انواع مختلف تمهیدات استیجاری غیررسمی می‌باشند. در برخی از موارد، اشکال مختلف تصرف در یک محل با هم رخ می‌دهند و هر یک از طرفین از حقوق خاصی برخوردارند.
اشکال تصرف مسکن	مالکیت، حقوق بهره‌برداری، استیجاری، تصرف جمعی	
اشکال تصرف زمین	خصوصی، جمعی اشتراکی، جمعی، دسترسی باز، دولتی / عمومی	
نوع سرپناه	چادر، سرپناه جایگزین، سرپناه موقت، سرپناه اصلی، خانه ویلایی، آپارتمان، فضای استیجاری در واحدی بزرگ‌تر، توقفگاه خودرو، کاروان، کانتینر	⊕ بنگرید به ضمیمه ۴: گزینه‌های کمک.
مدیریت محل	مدیریت‌شده، مدیریت‌شده از راه دور یا به شکل سیار، خودمدیریت شده، فاقد مدیریت	مدیریت‌شده بدون اعتراض از سویی مالک و پذیرفته‌شده توسط مقامات مسئول. مدیریت‌شده از راه دور یا به شکل سیار در مواردی که تیم مشغول مدیریت تعدادی از محل‌ها است. خودمدیریت شده توسط ساختار رهبری اجتماع یا کمیته‌های داخلی.

1. regular / irregular

توضیح مترجم: عبارت "irregular" یا «نامنتظم» در متون حقوق بشری برای پرهیز از انگ‌گذاری ناشی از کاربرد عباراتی همچون "illegal" یا «غیرقانونی» به کار می‌رود.



ضمیمه ۴

گزینه‌های کمک

دامنه گزینه‌های کمک مختص موقعیت شرایط را می‌توان برای پاسخ‌دهی به نیازهای افراد متأثر ترکیب نمود. محاسن و مضرات هر یک را در نظر بگیرید و مناسب‌ترین برنامه را تدوین کنید.

گزینه کمک	تشریح
اقلام خانوار	⊕ بنگرید به استاندارد ۴ سریانه و سکونتگاه: اقام خانوار.
بسته‌های سریانه	مصالص ساختمانی، ابزار و اتصالات ضروری برای ایجاد یا بهبود فضای زندگی. تأمین مصالح سازه‌ای مانند تیر یا گل میخ و یا تأمین آن‌ها توسط خانوارها را در نظر بگیرید. نیاز به دستورالعمل، ترویج، آموزش یا آگاهی‌رسانی بیشتر را لحاظ نمایید.
بسته‌های ابزاری سریانه	سخت‌افزار و ابزار ساخت‌وساز ضروری برای ایجاد یا بهبود فضای زندگی و سکونتگاه.
چادرها	سریانه‌های قابل حمل پیش‌ساخته دارای پوشش و سازه.
پشتیبانی از بازگشت و ترانزیت	پشتیبانی از افراد متأثری که بازگشت به مبدأ خود یا اسکان مجدد را در محل جدید انتخاب می‌کنند. این گونه پشتیبانی می‌تواند شامل دامنه گسترده‌ای از خدمات از جمله تأمین حمل‌ونقل، کرایه‌ها یا کالابریک‌های حمل‌ونقل و یا اقامی مانند ابزار، مصالح و ذخایر بدر باشد.
تعمیرات	تعمیر عبارت است از ترمیم ساختمان از خسارت یا خرابی و بازگرداندن آن به وضعیت مناسب کاری مطابق با ویژگی‌ها و استانداردهای مدنظر. چنانچه ساختمان‌ها دچار خسارات جزئی شده باشند، تعمیر آن‌ها بدون مقاومت‌سازی جدی بیشتر امکان‌پذیر است. برای بیجاشدگان، تعمیر مراکز جمعی یا بهسازی ساختمان‌های از پیش موجود مانند مدارس برای استفاده به‌عنوان سریانه جمعی شاید ضرورت داشته باشد.
مقاومت‌سازی	مقاومت‌سازی ساختمان‌ها شامل تقویت و یا اصلاح سازه ساختمان است. هدف از این امر عبارت است از افزایش تاب‌آوری ساختمان در برابر مخاطرات آتی از طریق نصب ویژگی‌های ایمنی. ساختمان‌های خسارت‌دیده در بحران را شاید باید هم تعمیر و هم مقاومت‌سازی نمود. مقاومت‌سازی خانه‌های خانواده‌های میزبان در معرض مخاطره، شاید برای بیجاشدگان ضرورت داشته باشد.
کمک به میزبان	افرادی که توان بازگشت به وطن خود را ندارند اغلب با خانواده و دوستان یا اجتماعات دارای ارتباطات تاریخی یا مذهبی و یا سایر ارتباطات زندگی می‌کنند. پشتیبانی از میزبان برای ادامه پناه دادن به افراد متأثر شامل موارد زیر است: کمک به گسترش یا مطابقت دادن سریانه موجود خانواده میزبان یا پشتیبانی مالی و مادی برای پرداخت هزینه‌ها.

گزینه کمک	تشریح
کمک استیجاری	کمک به خانوارهای متأثر برای اجاره اقامتگاه و زمین می‌تواند شامل کمک‌های مالی، پشتیبانی برای ارائه توصیه یا توافق عادلانه در خصوص استانداردهای ملک باشد. اجاره هزینه‌ای مستمر است و لذا راهبردهای خروج، ارتقای خودکفایی یا متصل کردن فعالیتهای معیشتی را از ابتدا برنامه‌ریزی کنید. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۳ سرپناه و سکونتگاه: فضای زندگی و استاندارد ۶ امنیت تصرف. (نکته: با کمک استیجاری می‌توان پول نقد را در جمعیت میزبان تزیق نمود یا باعث فرسودگی بازار شد و تورم ایجاد نمود.)
سرپناه‌های موقت	راحل‌های سرپناه کوتاه‌مدت که به‌منظور از رده خارج کردن پس از تأمین مرحله بعدی راهحل سرپناه طراحی می‌گردند. معمولاً این راهحل‌ها با هزینه‌های محدود ساخته می‌شوند.
سرپناه‌های گذار	سرپناه‌های سریع طراحی‌شده با استفاده از مصالح و تکنیک‌ها برای گذار به سازه‌های پایدارتر. این سرپناه‌ها باید قابل بهسازی، استفاده و فروش مجدد قابل انتقال از محله‌ای موقت به مناطق دائمی باشند.
اسکان محوری	واحدهای مسکونی همراه با برنامه‌ریزی، طراحی و ساخت‌وساز با هدف تبدیل نهایی به مسکن دائمی بدون تکمیل این‌گونه واحدها. اسکان محوری امکان فرایند آتی گسترش را توسط خانوار با استفاده از امکانات و منابع خود میسر می‌سازد. هدف این‌گونه اسکان، ایجاد فضای زندگی ایمن و کافی دارای ۱ یا ۲ اتاق همراه با تسهیلات آب و بهداشت فاضلاب و اقلام ضروری خانوار است. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۳ سرپناه و سکونتگاه: فضای زندگی و استاندارد ۴ اقلام خانوار.
بازسازی	تخریب و بازسازی سازه‌های غیرقابل تعمیر
مراکز اطلاعات	مراکز اطلاع‌رسانی توصیه و راهنمایی به افراد متأثر ارائه می‌نمایند. اطلاعات ارائه‌شده از طریق مراکز محلی می‌تواند مبین موارد زیر باشد: حقوق برخورداری از مشاوره و کمک، گزینه‌ها و فرایندهای بازگشت، حق برخورداری از زمین، دسترسی به خسارت، کمک و توصیه فنی، بازگشت، ادغام و جانمایی مجدد، کانال‌های ارائه بازخورد و روش‌های پیگیری مطالبات شامل داوری و معاضدت حقوقی.
تخصص حقوقی و اداری	تأمین مشاوره حقوقی و اداری به افراد متأثر در آگاهی یافتن از حقوق خود و دریافت پشتیبانی اداری مورد نیاز خود به‌صورت رایگان یا هزینه کاهش یافته. باید به نیازهای آسیب‌پذیرترین گروه‌ها توجه خاص نمود.
ایجاد امنیت تصرف	پشتیبانی از امنیت اسکان و یا حقوق اشغال زمین برای افراد متأثر متضمن حمایت قانونی در برابر تخلیه اجباری آزار و سایر تهدیدات و تأمین‌کننده امنیت، صلح و کرامت است. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۶ سرپناه و سکونتگاه: امنیت تصرف.
برنامه‌ریزی سکونتگاه و زیرساخت	با برنامه‌ریزی سکونتگاه و زیرساخت می‌توان در جهت بهبود خدمات اجتماع و پشتیبانی از برنامه‌ریزی سکونتگاه پایدار گذار و راهحل‌های بازسازی اقدام نمود. پشتیبانی از برنامه‌ریزی زیرساخت و سکونتگاه را می‌توان به دو دسته تقسیم نمود: آنکه در ابتدا با بخش سرپناه هماهنگ می‌گردد و مواردی که در ابتدا با سایر بخش‌ها هماهنگ می‌شوند.



گزینه کمک	تشریح
پشتیبانی از اسکان جمعی	ساختمان‌های موجود را می‌توان به‌عنوان مراکز جمعی یا مراکز تخلیه استفاده نمود و سرپناه سریع تأمین کرد. نمونه‌ها شامل مدارس، ساختمان‌های اجتماع، زمین‌های بازی سرپوشیده، مراکز مذهبی یا املاک خالی از سکنه می‌باشند. این‌گونه املاک شاید نیازمند مطابقت‌دهی یا بهسازی برای سکونت باشند. ⊕ بنگرید به استاندارد ۳ سرپناه و سکونتگاه: فضای زندگی. در صورت استفاده از ساختمان‌های مدارس برای اسکان افراد متأثر از بحران، سازه‌های جایگزین را فوراً برای قادرسازی مدارس به ادامه کار شناسایی و استفاده نمایید. ⊕ بنگرید به راهکارهای مرکز جمعی و کتاب راهنمای حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران‌ها.
مدیریت سکونتگاه‌ها و مراکز جمعی	⊕ بنگرید به راهکارهای مراکز جمعی.
آواربرداری و مدیریت اجساد	آواربرداری به بهبود ایمنی عمومی و دسترسی به افراد متأثر کمک می‌نماید. تأثیرات زیست‌محیطی را نیز در نظر بگیرید. ⊕ بنگرید به استانداردهای ۲ و ۷ سرپناه و سکونتگاه. اجساد را به شکلی مناسب شناسایی و جابجا کنید. بنگرید به سلامت ۱-۱ و بخش آقاب ۶.
بازتوانی و یا نصب زیرساخت	زیرساخت را مانند تأمین آب، بهداشت فاضلاب، خیابان‌ها و جاده‌ها، زهکشی، پل‌ها و شبکه برق احیا نمایید یا آن‌ها را احداث کنید. ⊕ بنگرید به فصل آقاب برای راهنمایی و استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه راه و جانمایی.
بازتوانی و یا احداث تسهیلات اجتماع	آموزش: مدارس، فضاهای دوستدار کودک، مناطق بازی ایمن. ⊕ بنگرید به کتاب راهنمای حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی، شبکه میان‌سازمانی برای آموزش در بحران. خدمات سلامت: بیمارستان‌ها و مراکز سلامت. ⊕ بنگرید به استاندارد ۱-۱ نظام‌های سلامت: ارائه خدمات سلامت. امنیت: محل ایست پلیس یا ساختارهای نگهداری از اجتماع. فعالیت‌های جمعی: مناطق گردهمایی برای تصمیم‌گیری، تفریح و عبادت، ذخیره‌سازی سوخت، مراکز پخت‌وپز و دفع پسماند جامد. فعالیت‌های اقتصادی: بازارها، زمین و فضا برای دامداری، فضا برای معیشت و کسب‌وکار.
برنامه‌ریزی و پهنه‌بندی شهری / روستایی	در فرایند برنامه‌ریزی مجدد مناطق مسکونی پس از بحران، مقامات مسئول محلی و برنامه‌ریزان شهری را مشارکت دهید تا مقررات و منافع دوجانبه تمامی دست‌اندرکاران رعایت گردند. ⊕ بنگرید به استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه و جانمایی.
جانمایی مجدد	جانمایی عبارت است از برآیند شامل بازسازی مسکن، دارایی‌ها و زیرساخت عمومی خانواده یا اجتماع در محل متفاوت.

ضمیمه ۵

گزینه‌های اجرا

روش ارائه کمک بر کیفیت، زمان‌بندی، مقیاس ارائه و هزینه اثرگذار است. گزینه‌های اجرا را بر مبنای شناخت بازارهای محلی شامل اقلام، نیروی کار و بازارهای استیجاری برای پشتیبانی از بازتوانی اقتصادی انتخاب کنید. $\oplus$ بنگرید به کمک‌رسانی/از طریق بازارها. اثرگذاری گزینه‌های انتخابی اجرا را بر میزان مشارکت و حس مالکیت، مناسبات جنسیتی، انسجام اجتماعی و فرصت‌های معیشتی در نظر بگیرید.

گزینه اجرا	تشریح
کمک فنی و تضمین کیفیت	کمک فنی جزء لاینفک هرگونه پاسخدهی برای سرپناه و سکونتگاه فارغ از نوع کمک است. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۵ سرپناه و سکونتگاه: کمک فنی.
پشتیبانی مالی	از طریق پشتیبانی مالی، خانوارها و اجتماعات می‌توانند به اقلام یا خدمات دسترسی پیدا کنند یا نیازهای مرتبط با سرپناه و سکونتگاه خود را برآورده سازند. با توجه به خطر و پیچیدگی‌های کار، پشتیبانی مالی را با کمک فنی و ظرفیت‌سازی تکمیل کنید. موارد انتقال بازارمحور شامل گزینه‌های زیر است: موارد انتقال نقدی مشروط: مفید در مواردی که پاسخدهی به شرایط خاص بسیار مهم است. به‌عنوان مثال، نظام اقساطی. نقدینگی یا کالا بزرگ‌های محدود: مفید در موارد کالاهای خاص یا جلب مشارکت فروشندگان. نامشروط، نامحدود یا چندمنظوره دسترسی به خدمات مالی مانند پس‌انداز، وام، اعتبار خرد، بیمه و تضمین. $\oplus$ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.
پشتیبانی از اقلام غیرنقدی	خرید و سپس توزیع اقلام و مواد مستقیماً به خانوارهای متأثر، یکی از گزینه‌ها هنگام عدم توانایی تأمین کمیت یا کیفیت مناسب توسط بازارهای محلی به شکلی زمانمند است. $\oplus$ بنگرید به کمک‌رسانی از طریق بازارها.
نیروی کار پیمانکاری و عقد قرارداد	گزینه نیروی کار پیمانکاری و عقد قرارداد برای تحقق اهداف سرپناه و سکونتگاه از طریق الگوهای تحت پیشرانی مالک، پیمانکار یا سازمان. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۵ سرپناه و سکونتگاه: کمک فنی.
ظرفیت‌سازی	دوره‌های آموزش و ارتقای مهارت‌ها فرصت‌هایی را برای دست‌اندرکاران در زمینه افزایش توان فردی و جمعی آن‌ها به پاسخدهی و همچنین تعامل و در نظر گرفتن چالش‌ها و ابزار مشترک مانند تدوین و اجرای مقررات و استانداردهای ساخت‌وساز ارائه می‌کنند. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۵ سرپناه و سکونتگاه: کمک فنی ظرفیت‌سازی موفق باید کارشناسان را قادر به تمرکز بر فعالیت‌های نظارتی انجام‌شده توسط دست‌اندرکاران محلی و تأمین کمک آن‌ها به تعداد بیشتر افراد دریافت‌کننده نماید.

برای دسترسی به جدول دارای گزینه‌های بالقوه کمک و اجرا در ارتباط با سناریوهای سکونتگاه لطفاً به تارنمای مندرج در پانویس^۱ رجوع کنید.

1. www.spherestandards.org/handbook/online-resources



ضمیمه ۶

گزینه‌های کمک و اجرای بالقوه مرتبط با سناریوهای سکونتگاه

سناریوی سکونتگاه									
بیجاننده					بیجاننده				
پراکنده					جمع				
اسکان یا زمین استیجاری					اسکان یا زمین تحت تصرف غیررسمی				
اسکان یا زمین تحت تصرف مالک					اسکان یا زمین تحت تصرف				
مقایس سربانه خانوار					گزینه‌های کمک				
اقدام خانوار									
بسته‌های سربانه									
بسته‌های ابزار سربانه									
چادرها									
بشتیبانی از بازگشت و ترانزیت									
تعمیرات									
مقاوم‌سازی									
کمک به میزبان									
کمک استیجاری									
سربانه‌های موقت									
سربانه‌های گذار									
اسکان محوری									
بازسازی									

سناریوی سکونتگاه									
بیجان‌نشده								بیجان‌نشده	
پراکنده								جمع	
مناظر غیرمستقیم	سکونتگاه برنامه‌ریزی نشده	سکونتگاه برنامه‌ریزی شده	اسکان جمعی	تأمینات خودجوش	تأمینات میزبان	تأمینات استیجاری	اسکان یا زمین تحت تصرف غیررسمی	اسکان یا زمین استیجاری	اسکان یا زمین تحت تصرف مالک
									مراکز اطلاعات
									تخصّص حقوقی و اداری
									امنیت تصرف
									برنامه‌ریزی زیرساخت و سکونتگاه
									برنامه‌ریزی و پهنه‌بندی شهری / روستای
									پشتیبانی از اسکان جمعی
									مدیریت سکونتگاه‌ها و مراکز جمعی
									آواربرداری و مدیریت اجساد
									بازتوانی و یا احداث زیرساخت مشترک



بیجا نشده		بیجا شده		سناریوی سکونتگاه	
پراکنده		جمعیه			
اسکان یا زمین تحت تصرف مالک	اسکان یا زمین استیجاری	اسکان یا زمین تحت تصرف غیررسمی	تمهیدات استیجاری	تمهیدات میزبان	تمهیدات خورجوش
					اسکان جمعی
					سکونتگاه برنامه ریزی شده
					سکونتگاه برنامه ریزی شده
					سکونتگاه برنامه ریزی نشده
					مناظر غیر مستقیم

مأخذ و منابع بیشتر

ابزار بین المللی حقوقی

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

کلیات

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 Handbook4 ,th Edition .UNHCR .2015 ,www.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>



سناریوهای سکونتگاه

Humanitarian Profile Support Guidance .IASC Information Management Working Group.2016 ,
www.humanitarianresponse.info

Shelter after Disaster .Shelter Centre .2010 ,<http://shelterprojects.org>

سکونتگاه موقت مشترک

Collective Centre Guidelines .UNHCR and IOM .2010 ,<https://www.globalccmcluster.org>

پرداخت نقدی ارزیابی بازار / معلولیت‌ها

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 جنسیت‌محور

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action .In-
ter-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

حمایت از کودکان

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action :Standard .24 Alliance for Child
Protection in Humanitarian Action ,Global Protection Cluster .2012 ,<http://cpwg.net>

مدارس و ساختمان‌های عمومی

Guidance Notes on Safer School Construction) INEE Toolkit .(INEE .2009 ,<http://toolkit.ineesite.org>

موقعیت 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 تصرف

Land Rights and Shelter :The Due Diligence Standard .Shelter Cluster .2013 ,www.sheltercluster.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

منابع بیشتر

برای آشنایی با منابع پیشنهادی بیشتر، بنگرید به تارنمای زیر:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



سلامت





استاندارد محوری بشردوستانه



اصول حمایت



سلامت

مراقبت‌های اساسی سلامت							نظام‌های سلامت
مراقبت‌های تسکینی ^۱	بیماری‌های غیرواگیر	سلامت روان	مراقبت‌ها از آسیب و مصدومیت	سلامت جنسی و باروری	سلامت کودکان	بیماری‌های واگیردار	استاندارد ۱-۱ ارائه خدمات سلامت
استاندارد ۲-۷ مراقبت‌های تسکینی	استاندارد ۲-۶ مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر	استاندارد ۲-۵ مراقبت‌های سلامت روان	استاندارد ۲-۴ مراقبت‌های آسیب و مصدومیت	استاندارد ۲-۳-۱ مراقبت‌های سلامت باروری، مادران و نوزادان	استاندارد ۲-۲-۱ بیماری‌های قابل پیشگیری کودکان یا واکسن	استاندارد ۲-۱-۱ پیشگیری	
				استاندارد ۲-۳-۲ مدیریت خشونت جنسی و مدیریت بالینی تجاوز جنسی	استاندارد ۲-۲-۲ بیماری‌های نوزادان و کودکان	استاندارد ۲-۱-۲ مراقبت و ردیابی و پاسخ‌دهی سریع به طغیان	
				استاندارد ۲-۳-۳ اچ‌ای‌وی		استاندارد ۲-۱-۳ تشخیص و مدیریت موردی ^۲	
						استاندارد ۲-۱-۴ آمادگی و پاسخ‌دهی به طغیان	
							استاندارد ۱-۲ نیروی کار سلامت
							استاندارد ۱-۳ تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی
							استاندارد ۱-۴ تأمین مالی سلامت
							استاندارد ۱-۵ اطلاعات سلامت

ضمیمه ۱ چک‌لیست ارزیابی سلامت

ضمیمه ۲ نمونه فرم‌های گزارش‌دهی مراقبت هفتگی

ضمیمه ۳ فرمول‌های محاسبه شاخص‌های کلیدی سلامت

ضمیمه ۴ مسمومیت

1. palliative

2. case management

فهرست محتوا

مفاهیم اساسی در سلامت	۳۰۰
۱. نظام‌های سلامت	۳۰۴
۲. مراقبت‌های اساسی سلامت	۳۱۸
۲-۱ بیماری‌های واگیردار	۳۲۹
۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودکان	۳۲۹
۲-۳ سلامت جنسی و باروری	۳۳۴
۲-۴ مراقبت‌های مصدومیت و آسیب	۳۴۲
۲-۵ سلامت روان	۳۴۵
۲-۶ بیماری‌های غیرواگیر	۳۴۹
۲-۷ مراقبت تسکینی	۳۵۲
ضمیمه ۱: چک‌لیست ارزیابی سلامت	۳۵۵
ضمیمه ۲: نمونه فرم‌های گزارش‌دهی دیده‌بانی هفتگی	۳۵۷
ضمیمه ۳: فرمول‌های محاسبه شاخص‌های کلیدی سلامت	۳۶۵
ضمیمه ۴: مسمومیت	۳۶۷
مأخذ و منابع بیشتر	۳۷۰



مفاهیم اساسی در سلامت

همه افراد از حق مراقبت‌های مناسب و به‌موقع سلامت برخوردارند

حداقل استانداردهای اسفیر برای مراقبت‌های سلامت عبارت‌اند از بیان عملی حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت در موقعیت‌های بشردوستانه. این استانداردها بر مبنای باورها، اصول، وظایف و حقوق تصریح‌شده در منشور بشردوستانه می‌باشند و شامل حق برخورداری از زندگی توأم با کرامت، حمایت و امنیت و دریافت کمک‌های بشردوستانه بر مبنای نیاز هستند.

برای دسترسی به فهرست اسناد کلیدی حقوقی و سیاست‌گذاری که در منشور بشردوستانه به‌کار رفته‌اند و همچنین توضیحات برای کارکنان بخش بشردوستانه، [بنگرید به پیوست ۱: بنیان حقوقی اسفیر](#).

هدف از مراقبت‌های سلامت در بحران، کاهش ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر بیش‌ازحد است

بحران‌های بشردوستانه تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر سلامت و نیک‌بود جمعیت‌های متأثر دارند. دسترسی به مراقبت‌های سلامت نجات‌بخش در مراحل اولیه بحران بسیار تعیین‌کننده است. مراقبت‌های سلامت همچنین می‌توانند شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توان‌بخشی و مراقبت‌های تسکینی در هر مرحله از پاسخ‌دهی باشند.

اثرگذاری بحران بر سلامت عمومی می‌تواند هم به‌صورت مستقیم (مصدومیت یا مرگ‌ومیر ناشی از خود بحران) و هم غیرمستقیم (تغییرات در شرایط زندگی، بیجاشدگی اجباری، نبود حمایت قانونی یا کاهش دسترسی به مراقبت‌های سلامت) باشد.

ازدحام جمعیت، سرپناه ناکافی، بهداشت فاضلاب نامناسب، کیفیت و کمیت نامناسب آب و امنیت غذایی کاهش‌یافته همگی باعث افزایش خطر سوءتغذیه و طغیان بیماری‌های واگیردار می‌گردند. فشارهای شدید همچنین می‌توانند به پیدایش مشکلات سلامت روان منجر شوند. فرسودگی نظام‌های خودیاری و سازوکارهای پشتیبانی اجتماعی باعث راهبردهای سازگاری منفی و کاهش جستجو برای کمک می‌شوند. کاهش دسترسی به مراقبت‌های سلامت و عرضه ناپیوسته دارو، درمان مستمر را مانند مراقبت‌های سلامت مادران و درمان برای اچ‌آی‌وی، دیابت و مسائل سلامت روان مختل می‌سازد.

هدف اولیه پاسخ‌دهی سلامت در طی بحران همانا پیشگیری و کاهش ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر بیش‌ازحد است. اشکال مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری و لذا نیازهای مراقبت‌های سلامت بنا به نوع و دامنه هر بحران متغیر خواهند بود.

مفیدترین شاخص‌های پایش و ارزشیابی شدت بحران عبارت‌اند از میزان خام مرگ‌ومیر و میزان خام مرگ‌ومیر زیر پنج سال که حساسیت بیشتر دارد. دو برابر شدن میزان این دو شاخص در شرایط معمول نشانگر بحران قابل‌ملاحظه سلامت عمومی و مستلزم پاسخ‌دهی فوری خواهد بود. [بنگرید به ضمیمه ۳: فرمول‌های محاسبه شاخص‌های کلیدی سلامت](#).

در نبود شاخص مبنای شناخته‌شده، مقادیر زیر مؤید آستانه بحران هستند:

- میزان خام مرگ‌ومیر حداقل یک نفر از هر ۱۰ هزار نفر در روز
- میزان خام مرگ‌ومیر زیر پنج سال حداقل دو کودک از هر ۱۰ هزار کودک در روز

آستانه‌های بحران باید در سطح کشوری تعیین گردند. به‌عنوان نمونه، در شرایطی که شاخص مبنای میزان خام مرگ‌ومیر زیر پنج سال بیشتر از آستانه‌های بحران دارد، انتظار برای دو برابر شدن آن غیراخلاقی است.

از نظام‌های موجود سلامت پشتیبانی نمایید و آن‌ها را توسعه دهید

در رویکرد نظام‌های سلامت، حق برخورداری از سلامت در طی بحران و بازتوانی به تدریج تحقق پیدا می‌کند و لذا توجه به چگونگی پشتیبانی از نظام‌های موجود اهمیت دارد. استخدام کارکنان (ملی و بین‌المللی) دارای تبعات کوتاه‌مدت و درازمدت برای مدیریت سلامت است. مداخلات سلامت دارای طراحی مناسب پس از تحلیل می‌توانند باعث ارتقای نظام‌های موجود سلامت و توسعه بازتوانی آتی آن‌ها گردند.

در اولین فاز بحران، ارزیابی‌های سریع هدفمند سلامت و چندبخشی را اولویت‌بندی نمایید. اطلاعات ناکامل و مناطق غیرقابل دسترس نباید مانع تصمیم‌گیری به موقع سلامت عمومی گردند. ارزیابی‌های جامع‌تر را در اسرع وقت انجام دهید.

بحران‌های شهری نیازمند رویکرد متفاوت نسبت به پاسخ‌دهی سلامت هستند

در پاسخ‌دهی شهری، تراکم جمعیت، سیاست‌های مرتبط با محیط‌های ساخت‌وساز شده، ساختارهای اجتماعی و خدمات اجتماعی موجود باید در نظر گرفته شوند. شناسایی افراد در معرض خطر یا فاقد دسترسی به مراقبت‌های سلامت چالش‌برانگیز است. مقدار نیاز به کمک می‌تواند با سرعت زیاد از میزان کمک عرضه‌شده سبقت بگیرد. افراد به دنبال پناه در شهرهای کوچک و بزرگ به‌ندرت اطلاعاتی درباره خدمات سلامت موجود یا نحوه دسترسی به آن‌ها دارند که این ناآگاهی خود خطر بیماری‌های واگیردار را افزایش می‌دهد. در برنامه‌های یاری‌رسانی، به افراد در حل‌وفصل فشارهای جدید شهری مانند دسترسی نامناسب به سرپناه، غذا، مراقبت‌های سلامت، مشاغل یا شبکه‌های حمایت اجتماعی کمک می‌شود.

شیایات و دروغ‌رسانی / غلط‌رسانی^۱ به‌سرعت در شهرها انتشار می‌یابند. از فناوری برای تأمین فوری اطلاعات صحیح در خصوص مراقبت‌های سلامت و خدمات استفاده نمایید. ارائه‌کنندگان ثانویه و ثالث مراقبت‌های سلامت اغلب در شهرها فعال‌تر هستند و از این‌رو، ظرفیت آنان در ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت افزایش پیدا می‌کند. این کارکنان را در سامانه‌های هشدار و پاسخ‌دهی به‌نگام برای بیماری‌های واگیردار مشارکت دهید و ظرفیت آن‌ها را برای ارائه خدمات تخصصی معمول خود بالا ببرید.

این حداقل‌های استاندارد نباید به‌تنهایی اعمال گردند

حداقل استانداردهای مندرج در این فصل نشانگر محتوای محوری حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت مناسب هستند و به تحقق تدریجی این حق به شکلی فراگیر کمک می‌کنند. حق مذکور با حق برخورداری از آب و بهداشت فاضلاب، غذا و سرپناه پیوند دارد. تحقق در یک حوزه برای پیشرفت در سایر حوزه‌ها تأثیرگذار است. با سایر بخش‌ها هماهنگی و همکاری تنگاتنگ داشته باشید.

با مقامات مسئول محلی و سایر سازمان‌های پاسخ‌دهنده در راستای تضمین پاسخ‌دهی به نیازها، تداوم تلاش‌ها و بهینه‌سازی کیفیت پاسخ‌دهی مراقبت‌های سلامت هماهنگی نمایید. هماهنگی مابین کنشگران مراقبت‌های سلامت نیز برای تأمین بی‌غرضانه نیازها و تضمین دسترسی افراد دور از دسترس، در معرض خطر و در حاشیه به مراقبت اهمیت دارد. ارجاعات مابین بخش‌های مختلف در کل این کتاب راهنما نشانگر برخی پیوندهای بالقوه هستند.

در مواردی که استانداردهای ملی کمتر از حداقل استانداردهای اسفیر هستند، با دولت در راستای افزایش تدریجی آن‌ها همکاری نمایید.

در خصوص اولویت‌ها باید بر مبنای اطلاعات مناسب تبادل شده مابین بخش‌ها تصمیم‌گیری شود و اولویت‌ها باید همراه با تغییر وضعیت بررسی گردند.

۱. یادداشت مترجم: دروغ‌رسانی (disinformation): انتشار عامدانه و آگاهانه موارد کذب. غلط‌رسانی (misinformation): انتشار ناآگاهانه و غیرعمدی موارد کذب. برای توضیحات تفصیلی، بنگرید به روزنامه نگاری، «اخبار جعلی» و دروغ‌رسانی. تهران: یونسکو (۱۳۹۹).



قوانین بین‌المللی به‌طور خاص حافظ حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت هستند

مراقبت‌های سلامت را باید بدون تبعیض ارائه نمود و باید قابل‌دسترس باشند بدان معنا که این مراقبت‌ها باید موجود، قابل‌قبول، استطاعت‌پذیر و با کیفیت خوب باشند. دولت‌ها موظف به تضمین حقوق در طی بحران‌ها هستند. **⊕** بنگرید به پیوست ۱: بنیان حقوقی اسفیر.

حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت را فقط در موارد زیر می‌توان تضمین نمود:

- جمعیت حمایت شده است.
- کارکنان حرفه‌ای مسئول نظام سلامت از آموزش کافی و تعهد به اصول اخلاقی همگانی استانداردهای حرفه‌ای برخوردارند.
- نظام سلامت حداقل استانداردها را برآورده می‌سازد.
- دولت توان و قصد ایجاد و حفظ شرایط ایمن و پایدار را برای تأمین مراقبت‌های سلامت دارد.

حملات، تهدیدات و سایر موانع خشونت‌آمیز کار مراقبین سلامت، مراکز و حمل‌ونقل پزشکی، نقض قوانین بین‌المللی بشردوستانه هستند. این حمایت‌ها منبعث از تعهدات پایه برای رعایت و حمایت از افراد مجروح و بیمار می‌باشند.

سازمان‌های بشردوستانه باید با دقت ماهیت هرگونه تهدید و نحوه پاسخگویی به آن را بررسی نمایند. به‌عنوان مثال، حمله توسط ارتش ملی را باید به شکلی متفاوت نسبت به تهدیدی از اجتماع محلی پاسخ داد. **⊕** بنگرید به ملاحظات ویژه برای حمایت از مراقبت‌های سلامت در قسمت ذیل.

پیوندها با اصول حمایت و استاندارد محوری بشردوستانه

مراقبین سلامت باید از مجروحین و بیماران به شکل انسانی مراقبت به عمل آورند و مراقبت‌های بی‌غرض را بدون تمایز بر مبنای نیاز ارائه کنند. تضمین محرمانگی، حفاظت از داده‌ها و حریم شخصی برای حمایت از افراد در برابر خشونت، آزار و سایر مشکلات بسیار ضروری است.

کارکنان بخش پزشکی اغلب اولین پاسخ‌دهندگان به موارد خشونت علیه افراد از جمله خشونت جنسیت‌محور و آزار و بی‌توجهی به کودکان هستند. کارکنان را در راستای شناسایی و ارجاع موارد به کنشگران حمایتی یا رفاه اجتماعی با استفاده از نظام‌های ارجاع و اطلاع‌رسانی محرمانه آموزش دهید. کودک فاقد همراه یا جداشده نیازمند مراقبت‌های سلامت بسیار ضروری که فاقد سرپرست قانونی برای اعلام رضایت به درمان است، چالش خاص حمایتی قلمداد می‌شود. با کودک و مقامات مسئول محلی مربوطه در صورت امکان مشورت نمایید. حق حیات و برخورداری از مراقبت‌های سلامت در راستای تحقق مصالح عالیه کودک ضرورت دارد و ممکن است حتی مهم‌تر از حق اعلام رضایت برای درمان باشد. تصمیمات باید حساس به موقعیت و رویه‌ها و هنجارهای فرهنگی باشند. انتقال بین‌المللی پزشکی و ارجاع و جابجایی کودکان فاقد همراه مستلزم مستندات دقیق و همچنین مشارکت خدمات حمایتی و مقامات مسئول محلی می‌باشد.

مراقبت‌های سلامت باید به شکلی فزاینده در دریا از جمله آب‌های بین‌المللی یا زمان رسیدن افراد به خشکی ارائه گردند. این مسئله همراه با چالش‌های حمایتی و پیچیدگی‌های سیاسی است و مستلزم برنامه‌ریزی، آمادگی و کاهش دقیق خطرات حمایتی می‌باشد.

همکاری نیروهای نظامی و غیرنظامی را مخصوصاً در مخاصمات با دقت ارزیابی کنید. گروه‌های نظامی و مسلح می‌توانند ارائه‌کنندگان مهم مراقبت‌های سلامت حتی برای غیرنظامیان باشند. سازمان‌های بشردوستانه می‌توانند به‌عنوان آخرین حربه از ظرفیت‌های نظامی مانند پشتیبانی زیرساختی برای ایجاد مجدد منابع برق برای مراکز سلامت یا ارائه همکاری لجستیک از جمله حمل‌ونقل اقلام سلامت یا تخت پزشکی استفاده نمایند. با این وجود، اتکا بر نیروی

نظامی را باید با توجه به دسترسی به مراقبت‌های سلامت و برداشت از بی‌غرضی و بی‌طرفی در نظر گرفت. ⁺ بنگرید به منشور بشردوستانه و موقعیت‌های همراه با نیروهای نظامی داخلی یا بین‌المللی در بخش آشنایی با اسفیر.

در فرایند اعمال حداقل استانداردها، تعهدات در استاندارد محوری بشردوستانه باید رعایت گردند. سازوکارهای بازخورد باید در طی پاسخ‌دهی مراقبت‌های سلامت تعبیه شوند. ⁺ بنگرید به تعهد ۵/ استاندارد محوری بشردوستانه.

ملاحظات ویژه برای حمایت از مراقبت‌های سلامت

پیشگیری از حملات علیه مراکز مراقبت‌های سلامت، آمبولانس‌ها و مراقبین سلامت مستلزم تلاش پایدار در سطوح بین‌المللی، کشوری و اجتماع است. ماهیت تهدیدها در موقعیت‌های مختلف به شدت متغیر است و باید به آن‌ها توجه شود و گزارش گردند. کنشگران سلامت باید برای حمایت از مراقبت‌های سلامت مسائل زیر را در کار خود و در وزارتخانه‌های پشتیبان سلامت یا سایر طرفین مربوطه در نظر بگیرند.

در طی شرایط بحرانی و مخصوصاً مخاصمات، کارکنان سلامت باید به‌عنوان افرادی بی‌غرض و بی‌طرف حاضر گردند و مطابق با این اصول عمل کنند چراکه طرفین مخاصمه، اجتماع بیماران شاید به‌درستی متوجه این مسئله نشوند.

هنگام ارائه خدمات حیاتی پزشکی نجات‌بخش، اصول بشردوستانه را رعایت کنید و مراقبت‌های سلامت بی‌غرض را صرفاً بر مبنای نیاز ارائه کنید. در راستای ارتقای بی‌طرفی، به مجروحین و افراد بیمار بدون تمایز مراقبت ارائه کنید، ایمنی بیمار را تضمین کنید و محرمانگی اطلاعات پزشکی و اطلاعات شخصی را حفظ نمایید.

مقبولیت از سوی اجتماعات محلی، مقامات مسئول و طرفین مخاصمه شاید به حمایت از مراقبت‌های سلامت کمک کند. کنشگران سلامت باید هم افراد پیرامون خود را آموزش دهند و هم برداشت بی‌غرضی و بی‌طرفی را حفظ کنند. استاندارد مراقبتی، کیفیت خدمات و جانمایی مرکز مراقبت‌های سلامت (به‌عنوان مثال، در صورت نزدیک بودن به اردوگاه نظامی) بر این‌گونه برداشت‌ها تأثیرگذار خواهند بود.

مراکز مراقبت‌های سلامت نوعاً سیاست «ممنوعیت سلاح» را اعمال می‌کنند و سلاح باید خارج از مرکز یا آمبولانس قرار بگیرند. این رویه باعث ترویج محیط بی‌طرف خواهد بود که به اجتناب از تنش‌ها یا گسترش مخاصمه درون مرکز کمک می‌نماید و از تبدیل مرکز به هدف در مخاصمه جلوگیری می‌کند.

اقدامات امنیت فیزیکی را برای حفاظت از مرکز و کارکنان در برابر مخاطرات اتخاذ نمایید. درعین‌حال، با نحوه تأثیرگذاری اقدامات امنیتی بر برداشت‌ها و مقبولیت مرکز مراقبت‌های سلامت از سویه عموم مردم آشنا شوید.

سازمان‌های بشردوستانه باید خطرها و مزایای چگونگی نمایه‌سازی^۱ خدمات خود و نحوه تأثیرگذاری این نمایه‌سازی را بر اعتماد و مقبولیت اجتماعی در نظر بگیرند. عدم رؤیت‌پذیری گسترده (به‌عنوان مثال از طریق عدم نام‌گذاری و نشانه‌گذاری دارایی‌ها یا مراکز) شاید در برخی از انواع عملیات مناسب باشد درحالی‌که در سایر موارد، بهتر است که نشان‌های بزرگ روی دارایی‌ها یا مراکز قرار بگیرند.



۱. نظام‌های سلامت

نظام سلامت دارای کارکرد مناسب می‌تواند به کلیه نیازهای مراقبت سلامت در بحران پاسخ دهد تا آنکه حتی در طی بحران گسترده سلامت از جمله طغیان بیماری ابولا، سایر فعالیت‌های مراقبت سلامت را می‌توان ادامه داد. موارد قابل درمان به آسانی درمان خواهند شد. برنامه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت مادران و کودکان ادامه خواهد یافت و این روند باعث کاهش ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر بیش‌ازحد می‌گردد. تمامی کارکنانی که مشغول ارتقا، بازیابی یا حفظ سلامت هستند، به نظام کلی سلامت کمک می‌نمایند. نظام سلامت شامل تمامی سطوح اعم از سطوح ملی، منطقه‌ای، ناحیه و اجتماع تا مراقبین خانگی، نیروهای نظامی و بخش خصوصی است.

در شرایط بحران، نظام‌های سلامت و تأمین مراقبت‌های سلامت اغلب قبل از افزایش تقاضا تضعیف می‌گردند. مراقبین سلامت شاید از دست برون، تأمین اقلام پزشکی متوقف گردد یا زیرساخت خسارت ببینند. توجه به اثرگذاری بحران بر نظام‌های سلامت برای تعیین اولویت‌های پاسخ‌دهی بشردوستانه اهمیت دارد.

کنشگران بشردوستانه به‌ندرت در شرایط بحران فاقد نظام سلامت از پیش موجود، به فعالیت می‌پردازند. نظام‌های سلامت ضعیف باید تقویت شوند و توسعه پذیرند (به‌عنوان نمونه، از طریق مسیرهای ارجاع، جمع‌آوری اطلاعات سلامت و تحلیل).

استانداردهای مندرج در این بخش معطوف به جوانب پنج‌گانه محوری نظام سلامت کارآمد می‌باشند:

- ارائه خدمات سلامت باکیفیت.
- نیروی کار آموزش‌دیده و باانگیزه مراقبت‌های سلامت.
- تأمین، مدیریت و کاربرد مناسب دارو، مواد تشخیصی و فناوری.
- تأمین مالی مناسب مراقبت‌های سلامت.
- تحلیل و اطلاعات مناسب سلامت.

این جوانب بر یکدیگر به طرق مختلف تأثیرگذارند. به‌عنوان مثال، کمبود مراقبین سلامت یا نبود داروهای اساسی بر خدمت‌رسانی اثر خواهد داشت.

رهبری و هماهنگی برای تضمین توجه بی‌غرض به نیازها بسیار مهم خواهد بود. وزارت بهداشت معمولاً پاسخ‌دهی را رهبری و هماهنگ می‌نماید و می‌تواند از سایر کنشگران سلامت درخواست پشتیبانی کند. وزارتخانه مذکور برخی اوقات فاقد ظرفیت یا اراده پذیرش این نقش به شکلی کارآمد و بی‌غرض است؛ بنابراین، نهاد دیگری باید این مسئولیت را ایفا نماید. در صورت عدم دسترسی وزارت بهداشت به تمامی مناطق کشور یا عدم مقبولیت آن در کلیه مناطق، کنشگران بشردوستانه باید در پی پشتیبانی از نظام موردپذیرش موجود مخصوصاً در شرایط بحران حاد برآیند. نحوه همکاری با کنشگران غیردولتی یا سایرین و همچنین توانایی آن‌ها را در ارائه هماهنگی مراقبت‌های سلامت برای جمعیت با دقت تعیین نمایید.

دسترسی به جمعیت اهمیت دارد؛ اما باید آن را همراه با شناخت صریح اصول و مضامین بشردوستانه برای کمک بی‌غرض و بی‌طرف در نظر گرفت. هماهنگی باید درون و مابین کلیه سطوح مراقبت‌های سلامت از سطح ملی تا اجتماعات همراه با سایر بخش‌ها مانند آفاب، تغذیه و آموزش و همچنین کارگروه‌های فنی میان‌بخشی از قبیل حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان، خشونت جنسیت‌محور و اچ‌آی‌وی انجام گردد.

استاندارد ۱-۱ نظام‌های سلامت:

ارائه خدمات سلامت

افراد به مراقبت‌های سلامت با کیفیت یکپارچه ایمن، اثربخش و بیمارمحور^۱ دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱. مراقبت‌های سلامت کافی و مناسب را در سطوح مختلف نظام سلامت ارائه کنید.
 - خدمات سلامت را در سطح کشوری یا در نزدیک‌ترین سطح عملیاتی آن در بحران‌های حاد بر اساس نوع بحران، نمایه اپیدمیولوژیک و ظرفیت نظام سلامت اولویت‌بندی کنید.
 - انواع گوناگون مراقبت‌هایی را که باید در سطوح مختلف (خانوار، اجتماع، مرکز مراقبت‌های سلامت و بیمارستان) موجود باشند، شناسایی کنید.
۲. نظام‌های ارجاع و سازوکارهای تریاژ^۲ را ایجاد و تقویت نمایید.
 - شیوه‌نامه‌های تریاژ را در مراکز مراقبت‌های سلامت و تسهیلات میدانی در شرایط مخصصات اجرا نمایید. افراد نیازمند توجه فوری باید شناسایی گردند و تحت درمان سریع قرار بگیرند یا وضعیت آن‌ها پیش از ارجاع و انتقال به مکانی دیگر برای مراقبت‌های بیشتر، تثبیت گردد.
 - موارد ارجاع اثربخش را مابین سطوح مراقبت و خدمات شامل خدمات انتقال اورژانس ایمن و حفاظت‌شده و همچنین مابین بخش‌ها از جمله تغذیه یا حمایت از کودک تضمین نمایید.
۳. از شیوه‌نامه‌های استاندارد برای مراقبت‌های سلامت، مدیریت موردی و مصرف صحیح دارو استفاده نمایید یا چنین شیوه‌نامه‌هایی را مطابقت دهید
 - از استانداردهای ملی شامل فهرست‌های داروهای اساسی استفاده کنید و آن‌ها را با موقعیت بحران مطابقت دهید.
 - از راهکارهای بین‌المللی در صورت انقضا یا نبود راهکارهای ملی استفاده کنید.
۴. مراقبت‌های سلامت متضمن حقوق بیماران را در زمینه برخورداری از کرامت، حریم شخصی، محرمانگی، ایمنی و رضایت آگاهانه ارائه کنید.
 - تأمین ایمنی و حریم شخصی را تضمین نمایید تا کلیه افراد از جمله افرادی که ممکن است اغلب مورد انگ قرار گیرند مانند اچ‌ای‌وی یا عفونت‌های منتقله جنسی^۳ بتوانند به مراقبت‌ها دسترسی داشته باشند.
۵. مراقبت‌های سلامت ایمن ارائه کنید و از آسیب، رویدادهای نامطلوب پزشکی یا آزار پیشگیری نمایید.
 - نظامی را برای گزارش‌دهی و بررسی رویدادهای پزشکی نامحدود اجرا کنید.
 - سیاستی را برای گزارش‌دهی هرگونه آزار و خشونت جنسی تدوین نمایید.
۶. اقدامات مناسب پیشگیری و کنترل عفونت را شامل حداقل استانداردهای آفاب و سازوکارهای دفع پسماند

1. patient-centred
2. triage
3. sexually transmitted infection (STI)



پزشکی در تمامی مراکز مراقبت‌های سلامت اتخاذ نمایند.

■ در طی موارد طغیان بیماری مانند وبا و ابولا، از نهادهای تخصصی مانند سازمان جهانی بهداشت، صندوق کودکان سازمان ملل متحد و سازمان پزشکان بدون مرز^۱، درخواست راهنمای جامع نمایید.

۷ اجساد را به شکلی ایمن، آبرومندانه و مناسب با رسوم فرهنگی بر مبنای عملکرد مناسب سلامت عمومی، مدیریت یا دفن نمایید.

شاخص‌های کلیدی

درصد جمعیت دارای دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت با فاصله ۱ ساعت پیاده‌روی از محل اقامت.

■ حداقل ۸۰ درصد.

درصد مراکز مراقبت‌های سلامت ارائه‌کننده خدمات سلامت اولویت‌بندی شده.

■ حداقل ۸۰ درصد.

تعداد تخت‌خواب‌های بستری (بدون تخت‌خواب‌های بخش زنان و زایمان) به ازای هر ۱۰ هزار نفر.

■ حداقل ۱۸.

درصد جمعیت نیازمند ارجاع به سطح بعدی مراقبت‌های سلامت.

درصد بیماران ارجاع شده در زمان مناسب.

یادداشت‌های راهنما

دسترسی به مراقبت‌های سلامت بستگی به موجود بودن این مراقبت‌ها شامل پوشش فیزیکی، مقبولیت و استطاعت‌پذیری برای همگان دارد.

موجود بودن: مراقبت‌های سلامت را می‌توان از طریق ترکیب مراکز اجتماعی، سیار و ثابت مراقبت‌های سلامت ارائه نمود. تعداد، نوع و جانیابی هر یک بنا به موقعیت متغیر است. راهکار گسترده برای برنامه‌ریزی پوشش تسهیلات ثابت مراقبت‌های سلامت عبارت است از:

■ یک مرکز مراقبت‌های سلامت به ازای هر ۱۰ هزار نفر.

■ یک بیمارستان روستایی یا محلی به ازای هر ۲۵۰ هزار نفر.

البته موارد فوق متضمن پوشش مراقبت‌های سلامت در تمامی موقعیت‌ها نخواهد بود. در مناطق روستایی، ۱ مرکز برای ۵۰ هزار نفر همراه با برنامه‌های مدیریت موردی اجتماعی و درمانگاه‌های سیار، هدف‌گذاری بهتری خواهد بود. در مناطق شهری، تسهیلات مراقبت‌های ثانوی سلامت شاید نقطه اول دسترسی باشند و بنابراین، مراقبت‌های اولیه را برای جمعیت بیشتر از ۱۰ هزار نفر پوشش می‌دهند.

افزایش ظرفیت مراقبت‌های سلامت در بحران‌ها امری است حیاتی. از موازی‌کاری در خدمات موجود که باعث اتلاف منابع و کاهش اعتماد نسبت به مراکز موجود می‌گردد، اجتناب نمایید. افراد باید بتوانند با اطمینان به آن مراکز در زمان

تعطیلی مراکز موقت باز گردند.

میزان بهره‌مندی از خدمات را پایش نمایید. میزان پایین می‌تواند نشانگر کیفیت نامناسب، موانع مستقیم یا غیرمستقیم هزینه، تمایل به سایر خدمات، تخمین بیش‌ازحد جمعیت یا سایر مشکلات دسترسی باشد درحالی‌که میزان بالا حاکی از وجود مشکل سلامت عمومی یا تخمین کمتر از حد جمعیت هدف و یا مشکلات دسترسی در جای دیگر است. کلیه داده‌ها را باید بر مبنای جنس، سن، معلولیت، منشأ عمومی و سایر عوامل مرتبط با موقعیت تحلیل نمود. برای محاسبه میزان بهره‌مندی، $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۳.

مقبولیت: با کلیه بخش‌های اجتماع در راستای شناسایی و برطرف نمودن موانع دسترسی و خدمات توسط قسمت‌های مختلف اجتماع و تمامی طرفین محاصمه مخصوصاً گروه‌های در معرض خطر مشورت نمایید. با زنان، مردان، کودکان، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی و یا در معرض بالای خطر آن، افراد دارای معلولیت و سالمندان به‌منظور شناخت رفتار جویای سلامت به تعامل بپردازید. تعامل با افراد در طراحی مراقبت‌های سلامت باعث جلب مشارکت بیماران و بهبود سیر زمانی مراقبت خواهد شد.

استطاعت پذیر: $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۴-۱ نظام‌های سلامت - تأمین مالی سلامت

مراقبت‌های در سطح اجتماع: مراقبت‌های اولیه سلامت شامل مراقبت‌های خانوار و اجتماع می‌باشند. دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت را می‌توان از طریق مراقبین سلامت اجتماع یا داوطلبین، آموزشگران همسان و یا با همکاری کمیته‌های سلامت روستایی در جهت افزایش جلب مشارکت بیمار و اجتماع تأمین نمود. مراقبت‌ها می‌توانند شامل برنامه‌های پیشگیری، ارتقای سلامت یا مدیریت مودی و همچنین بر مبنای واقعیت باشند. در کلیه برنامه‌ها باید با نزدیک‌ترین مرکز مراقبت‌های اولیه سلامت به‌منظور حصول اطمینان از مراقبت‌های یکپارچه، نظارت بالینی و پایش برنامه، پیوند برقرار شود. در صورت غربالگری سوءتغذیه حاد توسط مراقبین سلامت اجتماع، ارجاع به خدمات تغذیه در مراکز مراقبت‌های سلامت یا سایر اماکن ضرورت دارد. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۲-۱: ارزیابی‌های امنیت غذایی و تغذیه - ارزیابی تغذیه. مراقبت‌ها را با برنامه‌های اجتماع در سایر بخش‌ها مانند آفاب و تغذیه اقدام نمایید. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۱ ارتقای بهداشت فردی آفاب و استاندارد ۱-۲ مدیریت سوءتغذیه - امنیت غذایی و تغذیه.

سامانه‌های ارجاع اضطراری همراه با سازوکارهای از پیش تعیین شده، ایمن و حفاظت‌شده حمل‌ونقل باید به شکل شبانه‌روزی بدون نیاز به وقت قبلی موجود باشند. باید مابین ارجاع دهنده و مراقب سلامت دریافت‌کننده بیمار، گزارش بالینی وجود داشته باشد.

حقوق بیمار: مراکز و خدمات مراقبت‌های سلامت را به‌گونه‌ای طراحی نمایید که متضمن حریم شخصی و محرمانگی از جمله از طریق احداث اتاق‌های مشاوره جداگانه باشند. پیش از آغاز رویه‌های پزشکی یا جراحی، از بیماران یا سرپرست‌های قانونی آن‌ها رضایت آگاهانه کسب نمایید. به هرگونه ملاحظات ویژه اثرگذار بر رضایت آگاهانه و ایمنی مانند سن، جنس، معلولیت، زبان یا قومیت توجه کنید. سازوکارهای بازخورد بیمار را در اسرع وقت ایجاد نمایید. از اطلاعات بیماران حفاظت به عمل آورید. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۵-۱ نظام‌های سلامت: اطلاعات سلامت.

مراکز مناسب و ایمن: شیوه‌نامه‌های استفاده معقول از داروهای مخدر و مدیریت ایمنی داروها و تجهیزات را اعمال کنید. بنگرید به استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی.

اطمینان حاصل کنید که مراکز حتی در شرایط بحران نیز مناسب هستند. استقرار فضاهای خصوصی را برای مشاوره، جریان منظم سازمان‌دهی بیمار، فضای ۱ متری مابین تخت‌خواب‌ها، تهویه مطبوع، اتاق استریل برای بیمارستان‌ها (غیر فضای باز)، منبع کافی برق برای تجهیزات حیاتی و ساختارهای کافی آفاب تضمین نمایید. در طی موارد طغیان بیماری، راهنمایی و الزامات زیرساخت را از جمله تریاژ، معاینه و قسمت‌های انزواسازی بررسی کنید.

تجهیزات را برای حفظ ایمنی، حفاظت و دسترسی مراکز مراقبت‌های سلامت در طی بحران از جمله سیلاب یا



مخاصمات طراحی نمایید.

پیشگیری و کنترل عفونت در کلیه موقعیت‌ها برای پیشگیری از بیماری و مقاومت ضد میکروبی حاوی نقش کلیدی است. حتی در موقعیت غیر بحران، ۱۲ درصد بیماران در سطح جهانی هنگام دریافت مراقبت‌های سلامت دچار عفونت می‌گردند و ۵۰ درصد عفونت‌های پس از جراحی نسبت به آنتی‌بیوتیک‌های شناخته‌شده مقاوم هستند.

اجزای محوری پیشگیری و کنترل عفونت شامل موارد زیر هستند: تدوین و اجرای راهکارها (در خصوص موارد احتیاط استاندارد، موارد احتیاط بر مبنای انتقال و تکنیک‌های بالینی ضد عفونی)، حضور تیم پیشگیری و کنترل عفونت در هر مرکز، آموزش مراقبین سلامت، برنامه‌های پایش و گنجاندن ردیابی مقاومت ضد میکروبی و عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت در نظام‌های مراقبت. مراکز مراقبت‌های سلامت باید دارای بار کاری و نیروی کاری مناسب، میزان مناسب اشغال تخت بستری (حداکثر یک بیمار در تخت‌خواب) و محیط احداث‌شده مناسب باشند و رویه‌های ایمن بهداشت فردی در آن‌ها رعایت شوند. $\oplus$ **بنگرید به استاندارد ۲-۱: نظام‌های سلامت: مراقبین سلامت، مراکز مناسب و ایمن در قسمت فوق، تجهیزات زیرساخت آفاب، استاندارد ۶ آفاب: آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت.**

استاندارد پیشگیرانه بخشی از اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت هستند و شامل موارد زیر می‌باشند:

- **پیشگیری از مصدومیت‌های ناشی از اشیاء برنده:** سوزن‌ها، تیغ‌های جراحی و سایر اشیاء برنده را به‌عنوان مثال هنگام تمیز کردن ابزار استفاده‌شده یا دور ریختن سوزن‌های مصرف‌شده با دقت جایجا کنید. کلیه افراد دارای مصدومیت ناشی از اشیاء برنده باید از پروفیلاکسی پس از مواجهه^۱ با آج‌آوی به مدت ۷۲ ساعت برخوردار گردند. $\oplus$ **بنگرید به استاندارد ۳-۳: مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری: آج‌آوی.**
- **استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی:** تجهیزات مناسب حفاظت شخصی را بر مبنای میزان خطر و کاری که قرار است انجام شود، ارائه نمایید. نوع مواجهه مدنظر (به‌عنوان مثال، پاشیده شدن، افشانه، تماس یا لمس) و دسته‌بندی انتقال بیماری، مدت‌زمان و مناسب بودن تجهیزات حفاظت شخصی برای کار (از جمله مقاومت در برابر مایعات) صحت تجهیزات را ارزیابی نمایید. کاربرد تجهیزات حفاظت شخصی بیشتر بستگی به نوع انتقال دارد: تماس (به‌عنوان مثال، گان یا دستکش)، قطره کوچک (ماسک جراحی باید در فاصله یک متری بیمار استفاده شود) یا انتقال از طریق هوا (دستگاه‌های تنفسی خاص). $\oplus$ **بنگرید به استاندارد ۶ آفاب: آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت.**
- سایر اقدامات شامل شستشوی دست‌ها، مدیریت پسماند پزشکی، نگهداری محیط تمیز، نظافت تجهیزات پزشکی، بهداشت فردی تنفسی و سرفه و شناخت اصول گندزدایی می‌باشند. $\oplus$ **بنگرید به استاندارد ۶ آفاب: آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت.**

عوارض نامطلوب: در سطح جهانی، ۱۰ درصد بیماران بستری دچار عارضه نامطلوب (حتی دور از بحران بشردوستانه) می‌گردند که اکثر این موارد ناشی از رویه‌های غیرایمن جراحی، خطا در تجویز دارو و عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت هستند. فهرست عوارض نامطلوب باید در مرکز مراقبت‌های سلامت حفظ گردد و به‌منظور ارتقای یادگیری، مورد ممیزی قرار گیرد.

مدیریت اجساد: مناسب اعتقادی و رسوم محلی را برای مدیریت اجساد همراه با احترام رعایت کنید و جسد را به خانواده‌ها تحویل دهید. مدیریت اجساد تمامی مواقع همه‌گیری، سوانح طبیعی، مخاصمات یا کشتار دسته‌جمعی مستلزم هماهنگی مابین بخش‌های سلامت، آفاب، قضایی، حمایت و پزشکی قانونی می‌باشد.

مدیریت اجساد به‌ندرت نشانگر خطر فوری سلامت است. بیماری‌های خاصی (مانند وبا یا ابولا) نیازمند مدیریت خاص

ویژه هستند. برای بازیابی اجساد، شاید تجهیزات حفاظت شخصی، تجهیزات بازیابی، امکانات حمل و نقل، ذخیره سازی و همچنین مستندسازی ضرورت داشته باشند. $\oplus$ بگرید به / استاندارد ۶ آفاب: آفاب در مراکز مراقبت های سلامت.

استاندارد ۲-۱ نظام های مراقبت های سلامت:

مراقبین سلامت

افراد به مراقبین سلامت دارای مهارت های کافی در تمامی سطوح مراقبت های سلامت دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ میزان کارکنان و سطح توزیع موجود را در مقایسه با طبقه بندی های ملی به منظور تعیین کمبودها و مناطق محروم بررسی کنید.
 - میزان کارکنان را به ازای هر ۱۰۰۰ نفر با توجه به عملکرد و محل اشتغال ردیابی نمایید.
- ۲ کارکنان را در خصوص نقش های خود مطابق با استانداردهای ملی راهکارهای بین المللی آموزش دهید.
 - اذعان داشته باشید که کارکنان در شرایط بحرانی حاد شاید نقش های گسترده ای را ایفا کنند و لذا نیازمند آموزش و پشتیبانی هستند.
 - دوره های آموزشی یادآوری را هنگام بالا بودن گردش نیروی کار اجرا کنید.
- ۳ از مراقبین سلامت در فرایند کار در محیط ایمن کاری پشتیبانی نمایید.
 - کلیه اقدامات ممکن را برای حفاظت از مراقبین سلامت در مخاصمات اجرا و ترویج کنید.
 - دوره آموزشی بهداشت کار و ایمن سازی را برای هیاتیت بی و کزاز مابین کارکنان بالینی ارائه نمایید.
 - تجهیزات حفاظت شخصی پیشگیری و کنترل عفونت کافی را در اختیار کارکنان قرار دهید تا بتوانند به انجام وظایف خود بپردازند.
- ۴ راهبردهای انگیزشی مرتبط با حقوق و دستمزد را تدوین نمایید تا بتوان اختلاف پرداخت و توزیع ناعادلانه مراقبین سلامت را مابین وزارت بهداشت و سایر ارائه کنندگان مراقبت های سلامت به حداقل ممکن رساند.
- ۵ اطلاعات در خصوص آمادگی مراقبین سلامت و داده های مربوط به آنان را با وزارت بهداشت و سایر دست اندکاران مربوطه محلی و ملی به اشتراک بگذارد.
 - به بیجا شدگی و ترک کار مراقبین سلامت در طی مخاصمات توجه داشته باشید.

شاخص های کلیدی

تعداد مراقبین سلامت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر.

- حداقل یک الی دو مراقب سلامت اجتماع.

درصد زایمان های تحت مراقبت کارکنان حرفه ای (پزشک، پرستار، ماما).



■ حداقل ۸۰ درصد.

تعداد کارکنان حرفه‌ای مراقب زایمان (پزشک، پرستار، ماما) به ازای هر ۱۰ هزار نفر.

■ حداقل ۲۳ نفر به ازای هر ۱۰ هزار نفر.

کلیه کارکنان بخش سلامت اجراکننده کار بالینی که تحت آموزش شیوه‌نامه‌های بالینی و مدیریت موردی قرار گرفته‌اند.

یادداشت‌های راهنما

موجود بودن مراقبین سلامت: مراقبین سلامت شامل نیروهای زیر هستند: پزشکان، پرستاران، ماماها، کارشناسان بالینی، تکنسین‌های آزمایشگاهی، داروسازان و مراقبین سلامت اجتماع و همچنین کارکنان بخش مدیریت و پشتیبانی. تعداد و نمایه کارکنان باید مطابق با نیازهای جمعیت و خدمات باشد. کمبود تعداد کارکنان می‌تواند به بار کاری گسترده و مراقبت‌های سلامت غیرایمن منجر گردد. مراقبین سلامت موجود را در پاسخ‌دهی به بحران ادغام نمایید.

در فرایند استخدام و آموزش کارکنان محلی، راهکارهای ملی را (یا بین‌المللی در صورت موجود نبودن راهکارهای ملی) رعایت کنید. استخدام کارکنان بین‌المللی باید مطابق با مقررات ملی و وزارت بهداشت باشد (به‌عنوان نمونه، شواهد صلاحیت مخصوصاً برای کارهای بالینی).

ارائه مراقبت را برای افراد دور از دسترس در مناطق شهری و روستایی از جمله افراد نزدیک به منطقه محاصره در نظر بگیرید. کارکنان باید مراقبت را برای کلیه افراد از قومیت‌ها، زبان‌ها و گرایش‌های مختلف ارائه نمایند. مراقبین سلامت را در سطوح پایین‌تر برای یاری‌رسانی اجتماع، مدیریت موردی در تیم‌های سیار یا پایگاه‌های سلامت و توسعه سازوکارهای منسجم ارجاع، استخدام نمایید و تحت آموزش قرار دهید. بسته‌های انگیزشی شاید برای کار در مناطق مختلف ضرورت داشته باشند.

مراقبین سلامت/ اجتماع: برنامه‌ریزی اجتماعی با مراقبین سلامت اجتماع (شامل داوطلبین) باعث افزایش دسترسی به جمعیت‌های دور از دسترس از جمله گروه‌های در حاشیه یا انگ‌گذاری شده می‌گردد. در صورت وجود محدودیت‌های جغرافیایی یا مسائل مقبولیت در اجتماعات متنوع، یک مراقب سلامت اجتماع فقط می‌تواند عملاً به ۳۰۰ نفر بجای ۵۰۰ نفر خدمت‌رسانی کند.

کار مراقبین سلامت اجتماعی متغیر است. این مراقبین شاید در حوزه کمک‌های اولیه یا مدیریت موردی و یا انجام غربالگری سلامت آموزش‌دیده باشند. آن‌ها باید با نزدیک‌ترین مرکز مراقبت‌های سلامت به‌منظور تضمین نظارت مناسب با مراقبت یکپارچه متصل باشند. در اغلب موارد، مراقبین سلامت اجتماع می‌توانند پس از فروکش بحران جذب نظام سلامت گردند. در برخی موقعیت‌ها، این‌گونه مراقبین شاید عموماً فقط در مناطق روستایی مشغول به کار باشند؛ بنابراین الگوی متفاوتی برای بحران‌های شهری ضرورت دارد.

مقبولیت: برآورده کردن انتظارات اجتماعی - فرهنگی افراد باعث افزایش جلب مشارکت بیمار خواهد شد. کارکنان باید تنوع جمعیتی را از گروه‌های گوناگون اجتماعی - اقتصادی، قومیتی، زبانی و گرایش‌های جنسی و همچنین توازن مناسب جنسیتی بازنمایی کنند.

کیفیت: سازمان‌ها باید کارکنان را به‌منظور تضمین به‌روز بودن دانش و اطلاعات و ایمنی عملکرد آن‌ها تحت آموزش قرار دهند و بر آن‌ها نظارت داشته باشند. برنامه‌های آموزشی را با راهکارهای ملی (مطابقت یافته برای بحران‌ها) یا راهکارهای مورد توافق بین‌المللی همراستا سازید.

آموزش را در خصوص موارد زیر لحاظ نمایید:

- شیوه‌نامه‌های بالینی و مدیریت موردی.
 - دستورالعمل استاندارد (مانند پیشگیری و کنترل عفونت، مدیریت پسماند پزشکی).
 - امنیت و ایمنی (مطابقت یافته با سطح خطر).
 - منشورهای رفتاری (مانند اخلاق پزشکی، حقوق بیماران، اصول بشردوستانه، مراقبت از کودکان، حمایت در برابر آزار و بهره‌کشی جنسی). $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۲-۳ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری*.
- نظارت منظم و پایش باکیفیت باعث تشویق عملکرد مناسب خواهند شد. با برگزاری صرفاً یک دوره آموزش نمی‌توان کیفیت خوب را تضمین نمود. سوابق مربوط به افراد آموزش‌یافته، دوره آموزشی، مدرس، زمان و مکان دوره آموزشی را با وزارت بهداشت به اشتراک بگذارید.

استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت:

تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی

افراد به تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی ایمن، اثربخش و با کیفیت تضمین شده دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ فهرست‌های تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی استاندارد شده را برای مراقبت‌های اولویت‌دار سلامت تدوین کنید.
 - فهرست‌های ملی موجود تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی را در ابتدای پاسخدهی بررسی نمایید و با موقعیت بحران مطابقت دهید.
 - به داروهای کنترل شده^۱ نیازمند مطالبه‌گری ویژه برای تضمین موجود بودن توجه خاص نمایید.
- ۲ نظام‌های اثربخش مدیریتی را برای تضمین موجود بودن تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی ایمن تعبیه کنید.
 - حمل‌ونقل، ذخیره‌سازی و زنجیره سرد را برای واکسن‌ها و همچنین جمع‌آوری و ذخیره‌سازی محصولات خونی لحاظ نمایید.
- ۳ اهدای دارو و تجهیزات پزشکی را فقط در صورت مطابقت آن‌ها با راهکارهای به رسمیت شناخته شده بین‌المللی بپذیرید.

شاخص‌های کلیدی

تعداد روزهای موجود نبودن داروهای اساسی.

- حداکثر ۴ روز از ۳۰ روز.

1. controlled medicines

توضیح مترجم: داروهایی که نیازمند نظارت دولت بر چرخه تأمین تا مصرف آن‌ها هستند.



درصد مراکز سلامت دارای داروهای اساسی.

■ حداقل ۸۰ درصد.

درصد مراکز سلامت دارای تجهیزات کارآمد اساسی پزشکی.

■ حداقل ۸۰ درصد.

تاریخ انقضای کلیه داروهای ارائه شده به بیماران گذشته است.

یادداشت‌های راهنما

مدیریت داروهای اساسی: داروهای اساسی شامل داروهای مخدر، واکسن‌ها و محصولات خونی می‌باشند. مدیریت مناسب دارو متضمن موجود بودن دارو و همچنین ممنوعیت داروهای غیرایمن یا منقضی است. اجرای اصلی مدیریت عبارت‌اند از گزینش، پیش‌بینی، خریداری، ذخیره‌سازی و توزیع.

گزینش باید بر مبنای فهرست ملی داروهای اساسی انجام گردد. در راستای حذف کمبودها از جمله برای بیماری‌های غیرواگیر، سلامت باروری، کاهش درد برای مراقبت‌های تسکینی و جراحی، بیهوشی، سلامت روان، داروهای کنترل شده (بگیرید به قسمت ذیل) یا سایرین، مطالبه‌گری نمایید.

پیش‌بینی باید بر مبنای مصرف، داده‌های بیماری و تحلیل موقعیت باشد. تأمین ملی دارو شاید به علت مواردی مانند ایراد تأثیرات بر تولید داخلی، خسارت و انبارها یا تأخیر در خرید بین‌المللی، دچار اختلال گردد.

روش‌های **خریداری** باید مطابق با قوانین ملی، مقررات گمرک و سازوکارهای تضمین کیفیت برای خرید بین‌المللی باشند. در راستای بهبود سازوکارها در صورت تأخیر (از طریق وزارت بهداشت، نهاد متولی، مقامات مسئول ملی مدیریت سوانح یا هماهنگ‌کننده بشردوستانه) به مطالبه‌گری بپردازید. چنانچه این‌گونه سامانه‌ها موجود نباشند، محصولات از پیش تعیین شده را پیش از زمان انقضا و در بسته‌بندی دارای توضیحات به زبان مرسوم کشور و آشنا برای کارکنان خریداری نمایید.

ذخیره‌سازی: داروها باید به شکلی ایمن در طی کل چرخه تأمین دارو ذخیره گردند. نیازها در محصولات مختلف متغیرند. داروها نباید مستقیماً روی کف زمین ذخیره گردند. نسبت به وجود قسمت‌های جداگانه برای اقلام منقضی (قفل شده)، محصولات قابل اشتعال (دارای تهویه مناسب همراه با حفاظت در برابر حریق)، مواد کنترل شده (دارای امنیت اضافی) و محصولات نیازمند به زنجیره سرد یا کنترل دما اطمینان حاصل نمایید.

توزیع: سازوکارهای حمل و نقل ایمن، حفاظت شده، قابل پیش‌بینی و همراه با مستندات را از انبارهای مرکزی به مراکز مراقبت‌های سلامت ایجاد نمایید. شرکا می‌توانند از سامانه فشاری^۱ (عرضه خودکار) یا کششی^۲ (عرضه هنگام تقاضا) استفاده نمایند.

دفع ایمن داروهای منقضی: از آلودگی زیست‌محیطی و ایجاد مخاطره به افراد جلوگیری کنید. از مقررات ملی (مطابقت یافته با بحران‌ها) یا راهکارهای بین‌المللی پیروی نمایید. سوزاندن با دمای بسیار بالا پرهزینه است و انبارسازی داروها فقط در درازمدت کاربرد دارد. ⊕ بگیرید به *استاندارد ۶ بخش آفاب: آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت*.

تجهیزات اساسی پزشکی: دستگاه‌ها و تجهیزات ضروری را (شامل شناسه‌گرهای آزمایشگاهی، دستگاه‌های

1. push system
2. pull system

بزرگ‌تر) در هر سطح مراقبت‌های سلامت مطابقت یافته با رویه‌های ملی یا بین‌المللی تعریف و خریداری نمایید. دستگاه‌های یاری‌رسان را برای افراد دارای معلولیت لحاظ نمایید. کاربرد ایمن تجهیزات را شامل تعمیر و نگهداری منظم و تعمیر لوازم‌بدکی ترجیحاً محلی تضمین کنید. تجهیزات را به شکل ایمن از رده خارج کردن نمایید. تجهیزات یاری‌رسان از بین رفته را توزیع یا جایگزین کنید و اطلاعات صریح را در خصوص کاربرد و نگهداری ارائه نمایید. به خدمات بازتوانی برای اندازه، تناسب، کاربرد و نگهداری مناسب مراجعه کنید. از توزیع فقط در یک مرحله اجتناب کنید.

بسته‌های از پیش تأییدشده در مراحل اولیه بحران یا استقرار از قبل برای آماده‌سازی مناسب هستند. این بسته‌ها شامل تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی از پیش تأییدشده هستند و بنا به مداخلات سلامت ارائه‌شده، متغیر خواهند بود. سازمان جهانی بهداشت نهاد اصلی تأمین‌کننده بسته‌های سلامت میان‌سازمانی در بحران^۱ و بسته‌های بیماری‌های غیرواگیر و همچنین بسته‌های مدیریت اسهال، آسیب و سایر موارد است. صندوق جمعیت سازمان ملل متحد^۲ تأمین‌کننده اصلی بسته‌های سلامت جنسی و باروری می‌باشد.

داروهای مخدر کنترل‌شده: داروهای تسکین درد، سلامت روان و خونریزی پس از زایمان معمولاً کنترل می‌شوند. از آنجا که ۸۰ درصد کشورهای دارای درآمد پایین فاقد دسترسی به داروهای کافی مسکن هستند، با وزارت بهداشت و دولت در راستای بهبود موجود بودن داروهای مخدر کنترل‌شده مطالبه‌گری نمایید.

محصولات خونی: با خدمات ملی انتقال خون در موارد موجود هماهنگی کنید. فقط از داوطلبین خون بگیرید. کلیه محصولات را حداقل در خصوص آج‌آوی، هپاتیت بی و سی و همچنین سیفلیس به‌عنوان حداقل همراه با گروه خونی و آزمایش مطابقت، آزمایش نمایید. محصولات را در حالت ایمن ذخیره‌سازی و توزیع کنید. کارکنان بالینی را در زمینه استفاده معقول خون و محصولات خونی آموزش دهید.

استاندارد ۴-۱ نظام‌های سلامت:

تأمین مالی سلامت

افراد به مراقبت‌های رایگان و اولویت‌دار سلامت در طول مدت بحران دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱ در جهت حذف یا تعلیق موقت پرداخت کاربران در موارد تأمین شدن آن‌ها از سوی نظام‌های دولتی برنامه‌ریزی کنید.

۲ هزینه‌های غیرمستقیم یا سایر موانع مالی را برای دستیابی و کاربرد این‌گونه خدمات کاهش دهید.

شاخص‌های کلیدی

درصد مراکز مراقبت‌های سلامت که هزینه‌های مراقبت‌های اولویت‌دار سلامت را (شامل مشاوره، درمان، بررسی و تأمین دارو) از کاربران دریافت نمی‌کنند.

▪ هدف‌گذاری ۱۰۰ درصد.

1. Interagency Emergency Health Kits
2. United Nations Population Fund (UNFPA)



درصد افرادی که قادر به پرداخت مستقیم هنگام دسترسی استفاده از مراقبت‌های سلامت (شامل مشاوره، درمان، بررسی و تأمین دارو) نیستند.

- هدف‌گذاری ۱۰۰ درصد.

یادداشت‌های راهنما

پرداخت کاربران: التزام به پرداخت برای خدمات در طی بحران مانع پیگیری و دسترسی افراد به مراقبت‌های سلامت می‌گردد.

تعلیق پرداخت‌های کاربران برای ارائه‌کنندگان دولتی مراقبت‌های سلامت الزاماً باعث فشار مالی خواهد شد. از مراکز وزارت بهداشت یا سایر تأمین‌کنندگان مسئول از طریق پرداخت مشوق‌ها و حقوق کارکنان، داروهای اضافی، تجهیزات پزشکی و دستگاه‌های باری‌رسان پشتیبانی نمایید. در صورت تعلیق موقت پرداخت‌های کاربران، اطمینان حاصل کنید که کاربران از اطلاعات صریح درباره زمان‌بندی و دلایل برخورداری و دسترسی و کیفیت خدمات را پایش کنید.

هزینه‌های غیرمستقیم را می‌توان از طریق تأمین خدمات کافی در اجتماعات و استفاده از سازوکارهای برنامه‌ریزی‌شده برای حمل‌ونقل و ارجاع به حداقل رساند.

کمک‌های نقدی: در اهداف پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۳۰، تصریح شده است که افراد باید مراقبت‌های سلامت را بدون دشواری مالی غیرقابل‌توجه دریافت نمایند. هیچ شواهد صریحی دال بر اثرگذاری مثبت کمک‌های نقدی مختص پاسخ‌دهی سلامت در موقعیت‌های بشردوستانه بر پیامدهای سلامت تا زمان نگارش این متن وجود ندارد. ⊕ بنگرید به بخش آشنایی با اسفیر و کمک‌رسانی از طریق بازارها.

تجربه نشان می‌دهد که کاربرد کمک‌های نقدی برای پاسخ‌دهی سلامت در موارد زیر شاید مفید واقع گردد:

- بحران تثبیت شده است.
- وجود خدمات قابل پیش‌بینی برای پشتیبانی از جمله مراقبت‌های پیش از زایمان یا مدیریت بیماری مزمن.
- وجود رفتار مثبت پیگیری سلامت و درخواست بالا.
- برآورده شدن سایر نیازهای حیاتی خانوار از جمله غذا و سرپناه.

استاندارد ۵-۱ نظام‌های سلامت:

اطلاعات سلامت

مراقبت‌های سلامت با شواهد حاصله از طریق جمع‌آوری، تحلیل و کاربرد داده‌های مرتبط با سلامت عمومی انجام می‌شوند.

اقدامات کلیدی

۱) نظام اطلاعات سلامت را که اطلاعات کافی، صحیح و به‌روز را برای پاسخ‌دهی اثربخش و عادلانه سلامت ارائه می‌نماید، تقویت کنید یا توسعه ببخشید.

- مطمئن شوید که نظام اطلاعات سلامت کلیه دست‌اندرکاران را در بر می‌گیرد، اجرای آن ساده است و جمع‌آوری،

تحلیل و تفسیر اطلاعات برای راهبری پاسخ‌دهی نیز ساده است.

۲ سازوکارهای هشدار، هوشیاری و پاسخ‌دهی به‌هنگام به بیماری^۱ را برای کلیه مخاطراتی که نیازمند پاسخ‌دهی فوری هستند، تقویت نمایند یا توسعه ببخشید.

▪ در خصوص انتخاب رویدادها و بیماری‌های اولویت‌داری که باید با توجه به نمایه خطر اپیدمیولوژیک^۲ و موقعیت بحران لحاظ شوند، تصمیم‌گیری نمایید.

▪ هم اجزای شاخص محور^۳ و هم اجزای رویدادمحور^۴ را به‌کار گیرید.

۳ پیرامون تعاریف و داده‌های مشترک عملکرد به توافق برسید و از آن‌ها استفاده نمایید.

▪ ارقام مخرج کسر را ازجمله جمعیت، اندازه خانواده و تفکیک جنسیتی در نظر بگیرید.

▪ مناطق اداری و کدهای جغرافیایی را ایجاد کنید.

۴ در خصوص دستورالعمل استاندارد برای تمامی کنشگران سلامت هنگام استفاده از اطلاعات سلامت، به توافق برسید.

۵ سازوکارهای حفاظت از داده‌ها را برای تضمین حقوق و ایمنی افراد، واحدهای گزارش دهنده و یا جمعیت‌ها تعبیه نمایید.

۶ از کنشگر اصلی مسئول جمع‌آوری، تحلیل، تفسیر و توضیح اطلاعات سلامت به تمامی دست‌اندرکاران در قالبی به‌موقع و مرتب و در جهت راهنمایی تصمیم‌گیری برای برنامه‌های سلامت، پشتیبانی به عمل آورید.

▪ پوشش و بهره‌مندی از خدمات سلامت و تحلیل و تفسیر داده‌های اپیدمیولوژیک را ادغام نمایید.

شاخص‌های کلیدی

درصد گزارش‌های مراقبت / هشدار، هوشیاری و پاسخ‌دهی به‌هنگام ارائه‌شده در زمان موعد.

▪ حداقل ۸۰ درصد.

فراوانی گزارش‌های اطلاعات سلامت تولیدشده توسط کنشگر اصلی سلامت.

▪ حداقل ماهانه.

یادداشت‌های راهنما

نظام اطلاعات سلامت: نظام کارآمد اطلاعات سلامت متضمن تولید، تحلیل، انتشار و کاربرد اطلاعات به‌موقع و قابل‌اطمینان در زمینه مؤلفه‌های سلامت، عملکرد نظام‌های سلامت و وضعیت سلامت است. داده‌ها می‌توانند کمی یا کیفی باشند و از منابع متعدد زیر قابل جمع‌آوری هستند: پیمایش‌های سرشماری، ثبت‌احوال، پیمایش‌های جمعیتی، پیمایش‌های نیازهای احساس شده، سوابق شخصی فردی و گزارش‌های مراکز مراقبت‌های سلامت (مانند نظام‌های اطلاعات مدیریت سلامت). نظام مذکور باید از انعطاف‌پذیری کافی برای ادغام و انعکاس چالش‌های غیرمترقبه ازجمله

1. early warning, alert, and response (EWAR)
2. epidemiological risk profile
3. indicator-based
4. event-based



طغیان بیماری‌ها یا فروپاشی کامل خدمات یا نظام سلامت برخوردار باشد. با این اطلاعات می‌توان مشکلات و نیازها را در کلیه سطوح نظام سلامت شناسایی نمود.

اطلاعات جاقفاده را از طریق پیمایش‌ها یا ارزیابی‌های بیشتر جمع‌آوری نمایید. جابجایی میان‌مرزی افراد و اطلاعات مورد نیاز یا موجود را لحاظ کنید. در خصوص آنکه چه کسی، کجا، چه کار می‌کند، تحلیل منظم ارائه کنید.

در نظام‌های مدیریت اطلاعات سلامت یا گزارش‌دهی مستمر، از اطلاعات سلامت تولیدشده توسط مراکز مراقبت‌های سلامت به‌منظور ارزیابی عملکرد ارائه این‌گونه مراقبت‌ها استفاده می‌شود. موارد زیر در نظام مدیریت اطلاعات سلامت پایش می‌شوند: ارائه مداخلات خاص، درمان وضعیت‌های پزشکی، منابعی مانند موجود بودن داروهای ردیاب^۱ منابع انسانی و میزان بهره‌مندی.

مراقبت سلامت عبارت است از جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر مستمر و قاعده‌مند داده‌های سلامت. بیماری‌های متفاوت و الگوهای پیشرفت بیماری به‌طور خاص در مراقبت از بیماری پایش می‌گردند و اغلب در گزارش‌دهی نظام مدیریت اطلاعات سلامت در مراقبت بیماری ثبت می‌شوند.

هشدار، هوشیاری و پاسخ‌دهی به‌نگام بخشی از نظام مراقبت سلامت مرسوم است و در آن، هشدار در خصوص هرگونه رویداد سلامت عمومی نیازمند پاسخ‌دهی فوری مانند مسمومیت شیمیایی، بیماری‌های مستعد همه‌گیری، ردیابی و تولید می‌گردد. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۲-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: مراقبت، ردیابی طغیان و پاسخ‌دهی به‌نگام*.

دستورالعمل استاندارد: تعاریف و روش‌های مشترک ارسال اطلاعات را در تمامی مکان‌های جغرافیایی، سطوح مراقبت و برای کنشگران سلامت تدوین نمایید. در مورد موارد زیر به‌عنوان حداقل، به توافق برسید:

- تعاریف موردی.
- شاخص‌های موارد پایش.
- واحدهای گزارش‌دهی (مانند درمانگاه‌های سیار، بیمارستان‌های صحرایی، پایگاه‌های سلامت).
- مسیرهای گزارش‌دهی.
- فراوانی ارسال، تحلیل و گزارش‌دهی داده‌ها.

تفکیک داده‌ها: داده‌های اطلاعات سلامت را باید برحسب موارد زیر تفکیک نمود: جنس، معلولیت، جمعیت‌های بیجاشده و میزان، موقعیت (مانند وضعیت اردوگاهی / غیراردوگاهی) و سطح تقسیم‌بندی اداری (منطقه، ناحیه) برای راهنمایی تصمیم‌گیری و ردیابی بی‌عدالتی برای گروه‌های در معرض خطر.

در ارتباط با هشدار، هوشیاری و پاسخ‌دهی به‌نگام، داده‌های مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری را برای کودکان زیر و بیش از پنج سال تفکیک کنید. هدف از این تفکیک درواقع ارائه سریع هشدار است. داده‌های دارای جزئیات کمتر قابل قبول هستند. داده‌های بررسی موارد طغیان، ردیابی تماس، فهرست‌بندی و پایش بیشتر روندهای بیماری باید دارای داده‌های تفکیک‌شده باشند.

مدیریت، امنیت و محرمانگی داده‌ها: اقدامات احتیاطی را برای حفاظت از امنیت فرد و داده‌ها اتخاذ کنید. کارکنان هرگز نباید اطلاعات بیمار را بدون اجازه وی با کسی که مستقیماً درگیر مراقبت بیماری نیست به اشتراک بگذارند. به افرادی که اختلالات ذهنی، روانی یا حسی آن‌ها بر توانایی ارائه رضایت آگاهانه تأثیر می‌گذارد، توجه

نمایید. در نظر داشته باشید که بسیاری از افراد در حال زندگی با وضعیت‌هایی مانند اچ‌آی‌وی شاید وضعیت خود را به اعضای خانواده درجه‌یک خود افشا نکرده باشند. در مورد داده‌های مرتبط با مصدومیت ناشی از شکنجه یا سایر موارد نقض حقوق بشر شامل آزار جنسی، دقت داشته باشید. انتقال این‌گونه اطلاعات را به نهادها یا کنشگران مربوطه در صورت ارائه رضایت آگاهانه توسط شخص، در نظر بگیرید. $\oplus$ بنگرید به اصل ۱ حمایت و تعهد ۴/ استاندارد محوری بشردوستانه.

تهدیدهای مراقبت‌های سلامت: تهدیدهای مراقبین سلامت یا هرگونه رویداد خشونت‌آمیز دربرگیرنده این دسته از مراقبین باید با استفاده از سازوکارهای موردتوافق محلی و ملی گزارش گردد. $\oplus$ بنگرید به مفاهیم اساسی در سلامت (فوق) و مآخذ و منابع بیشتر (ذیل).



۲. مراقبت‌های اساسی سلامت

مراقبت‌های اساسی سلامت معطوف به عوامل اصلی مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری در جمعیت متأثر از بحران هستند. با وزارتخانه‌های بهداشت و سایر کنشگران مسئول بخش سلامت در خصوص توافق بر سر اولویت‌بندی خدمات و زمان و مکان ارائه این خدمات هماهنگی نمایید. اولویت‌ها را بر مبنای موقعیت، خطرسنجی و شواهد موجود تعریف کنید.

جمعیت متأثر از بحران دارای نیازهای جدید و متفاوت است که همچنان تغییر خواهند نمود. ممکن است افراد در معرض ازدحام جمعیت، بیجاشدگی متعدد، سوءتغذیه، نبود دسترسی به آب یا مخاصمه ادامه‌دار باشند. سن، جنس، معلولیت، وضعیت اچ‌آی‌وی و هویت زبانی یا قومی می‌تواند باعث تأثیرگذاری بیشتر بر نیازها گردد و به موانع قابل‌ملاحظه دسترسی به مراقبت تبدیل شوند. نیازهای افراد ساکن را در مناطق محروم یا دور از دسترس در نظر بگیرید.

در ارتباط با خدمات اولویت‌دار با وزارت بهداشت و سایر کنشگران سلامت با تمرکز بر خطرهای احتمالی و عامل بالاترین میزان ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر، به توافق برسید. در برنامه‌های سلامت باید مراقبت اثربخش و مناسب با توجه به موقعیت، تدارکات و منابع ضروری ارائه شود. اولویت‌ها هم‌زمان با بهبود یا وخامت بیشتر موقعیت شاید تغییر کنند. این تمرین باید به شکلی مرتب بر اساس اطلاعات موجود و هم‌زمان با تغییر موقعیت اجرا شود.

پس از کاهش میزان مرگ‌ومیر یا تثبیت وضعیت، خدمات جامع طرح سلامت شاید ممکن باشند. در موقعیت‌های بحران درازمدت، بسته اساسی خدمات سلامت را می‌توان در سطح کشوری تعریف نمود.

در بخش حاضر، حداقل مراقبت‌های اساسی سلامت در حوزه‌های کلیدی پاسخ‌دهی به بحران یا موارد زیر ترسیم شده‌اند. بیماری‌های واگیردار، سلامت کودکان، سلامت جنسی و باروری، مراقبت از مصدومیت و آسیب، سلامت روان، بیماری‌های غیرواگیر و مراقبت تسکینی.

۱-۲ بیماری‌های واگیردار

بحران بشردوستانه ناشی از سانحه طبیعی، مخاصمه یا قحطی اغلب باعث افزایش ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر حاصل از بیماری‌های واگیردار می‌گردد. ورود افراد به داخل سرپناه‌ها یا سکونتگاه‌های پرازدحام جمعی به معنای انتشار آسان بیماری‌هایی مانند اسهال و سرخک است. ایراد خسارت به تسهیلات بهداشت فاضلاب یا نبود آب پاکیزه باعث انتقال سریع بیماری‌های منتقل از آب و ناقلین می‌شود. کاهش ایمنی جمعیت به افزایش آسیب‌پذیری در برابر بیماری می‌انجامد. فروپاشی نظام‌های سلامت می‌تواند باعث توقف درمان درازمدت از جمله تأمین ایمن‌سازی معمول برای اچ‌آی‌وی و سل و تأمین درمان ساده وضعیت‌های پزشکی مانند عفونت‌های تنفسی شود.

عفونت‌های تنفسی حاد، سرخک و مالاریا همچنان باعث بیشترین میزان بیماری در میان جمعیت‌های متأثر از بحران قلمداد می‌گردند. سوءتغذیه حاد، این بیماری‌ها را مخصوصاً در میان کودکان زیر پنج سال و سالمندان تشدید می‌نماید.

هدف در بحران، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار از همان ابتدا، مدیریت تمامی موارد و تضمین پاسخ‌دهی سریع و مناسب در صورت بروز طغیان بیماری می‌باشد. مداخلات برای پاسخ‌دهی به بیماری‌های واگیردار باید شامل پیشگیری، مراقبت، ردیابی طغیان، تشخیص و مدیریت موردی و همچنین پاسخ‌دهی به طغیان آن‌ها باشند.

استاندارد ۱-۱-۲ بیماری‌های واگیردار:

پیشگیری

افراد به اطلاعات و مراقبت‌های سلامت برای پیشگیری از بیماری‌های واگیردار دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ خطر بیماری‌های واگیردار را در جمعیت متأثر تعیین نمایید.
 - اطلاعات سلامت از قبل موجود و داده‌های مراقبت را در کنار وضعیت تغذیه و دسترسی به آب سالم و بهداشت فاضلاب بررسی نمایید.
 - خطر سنجی‌ها را با جمعیت متأثر شامل رهبران محلی و کارشناسان حرفه‌ای سلامت اجرا کنید.
- ۲ با سایر بخش‌ها به‌منظور تدوین اقدامات پیشگیری کلی و طراحی برنامه‌های یکپارچه ارتقای سلامت در سطح اجتماع همکاری نمایید.
 - به موارد ترس، شایعات و باورهای رایج خاص که باعث تضعیف رفتار سالم می‌گردند، توجه نمایید.
 - با سایر بخش‌های تأمین یاری‌رسانی از جمله مروجین بهداشت فردی یا کارکنان بخش تغذیه اجتماع در راستای تضمین پیام‌رسانی یکدست هماهنگی نمایید.
- ۳ اقدامات واکسیناسیون را برای پیشگیری از بیماری اجرا کنید.
 - نیاز را برای پوشش‌های واکسیناسیون بیماری‌های خاص واگیردار بر مبنای خطر، امکان‌پذیری و موقعیت تعیین نمایید.
 - ارائه واکسیناسیون معمول را از طریق برنامه‌های از پیش موجود ایمن‌سازی در اسرع وقت از سر بگیرید.
- ۴ اقدامات پیشگیری بیماری‌های خاص را بنا به ضرورت اجرا کنید.
 - پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش ماندگار را در مناطق مالاریا ارائه نمایید و نسبت به استفاده از آن‌ها توسط تمام بیماران اطمینان حاصل کنید.
- ۵ اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت را در تمامی سطوح مراقبت‌های بهداشتی مطابق با نوع و میزان خطر اجرا کنید. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۱-۱ نظام‌های سلامت و پشتیبانی از آفاب در استاندارد ۶ بخش آفاب: آفاب در مراکز مراقبت‌های سلامت.

شاخص‌های کلیدی

- درصد افراد اتخاذکننده رویه‌های کلیدی که در پیام‌ها و فعالیت‌های آموزش سلامت ترویج شده‌اند.
- درصد خانوارهای متأثر که اطلاعات مناسب را در زمینه خطرها و اقدامات پیشگیری از بیماری‌های واگیردار دریافت کردند.
- درصد خانوارهای متأثر که سه اقدام اتخاذشده را توسط خود برای پیشگیری از بیماری‌های واگیردار توصیف می‌کنند.



کلیه بیماران بستری در مراکز مراقبت‌های سلامت که از پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش ماندگار در مناطق مالاریا استفاده می‌کنند.

بروز بیماری‌های واگیردار اصلی به ثبات رسیده است یا در مقایسه با سطح پیش از بحران افزایش نشان نمی‌دهد.

یادداشت‌های راهنما

خطر سنجی: خطرسنجی را با جمعیت متأثر، رهبران محلی و مراقبین حرفه‌ای سلامت اجرا کنید. خطرهای منبعث از موقعیت و محیط‌زیست را مانند مناطق شهری و سکونتگاه‌های پرآزدحام جمعیتی تحلیل کنید. به بخش‌های مختلف جمعیت به شکلی فعال برای شناسایی عوامل مختص بیماری، ایمنی پایین یا سایر خطرها توجه کنید.

اقدامات پیشگیری میان‌بخشی: اقدامات پیشگیری عمومی را مانند بهداشت فردی، دفع پسماند، آب کافی و ایمن و مدیریت مناسب ناقلین بیماری تدوین کنید. سرپناه کافی، فاصله‌گذاری سرپناه‌ها و تهویه مناسب به کاهش انتقال بیماری کمک می‌کنند. تغذیه انحصاری با شیر مادر و دسترسی به تغذیه مناسب مستقیماً به وضعیت سلامت کمک می‌نماید. $\oplus$ بنگرید به تمهید ۳ استاندارد محوری بشردوستانه، استاندارد ۱-۱ ارتقای بهداشت فردی بخش آفاب، استانداردهای ۱-۲ و ۲-۲ تأمین آب بخش آفاب، استانداردهای ۱-۵ الی ۳-۵ مدیریت پسماند جامد بخش آفاب، استاندارد ۲ سرپناه و سکونتگاه و استانداردهای ۱-۴ و ۲-۴ امنیت غذایی و تغذیه - تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال.

ارتقای سلامت: با اجتماعات در راستای تأمین اطلاعات در قالب و زبان قابل‌دسترس برای سالمندان، افراد دارای معلولیت، زنان و کودکان به تعامل بپردازید. برای آزمایش و معتبرسازی^۱ پیام‌ها در زمینه مسائل حساس، وقت اختصاص دهید.

واکسیناسیون: تصمیم اجرای پوشش واکسیناسیون بر مبنای سه فاکتور زیر خواهد بود:

- **ارزشیابی عوامل خطر عمومی** مانند سوءتغذیه، بار زیاد بیماری مزمن، ازدحام جمعیت، شرایط نامناسب آفاب و خطرهای مختص بیماری از جمله جغرافیا، اقلیم، فصل و ایمنی جمعیتی.
 - **امکان‌پذیری پوشش** بر مبنای ارزیابی ویژگی‌ها واکسن شامل موجود بودن، کارایی، ایمنی، وجود یک یا بیش از یک آنتی‌ژن، خوراکی یا تزریقی و پایداری آن. عوامل عملیاتی را مانند دسترسی به جمعیت، محدودیت‌های زمانی، حمل‌ونقل، نیازهای مادی، هزینه و توانایی کسب رضایت آگاهانه در نظر بگیرید.
 - **موقعیت کلی** شامل محدودیت‌های اخلاقی و عملی از جمله مخالفت‌ورزی اجتماعی، بی‌عدالتی‌های ناشی از نبود منابع و محدودیت‌های سیاسی یا امنیتی یا تهدیدهای شناخته‌شده علیه کارکنان بخش واکسیناسیون.
- $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودکان: بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن در دوران کودکی و مأخذ مندرج در پانویس^۲ شامل ۲۳ آنتی‌ژن از جمله وبا، مننژیت، سرخک و روتاویروس.

پیشگیری از مالاریا: در موارد انتقال شدید تا متوسط مالاریا، پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش ماندگار را در اختیار خانوارها و افراد مبتلا به سوءتغذیه شدید، زنان باردار، کودکان زیر پنج سال، کودکان فاقد همراه و افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی قرار دهید. متعاقباً افراد را در برنامه‌های تغذیه تکمیلی، خانوارهای دارای کودکان زیر پنج سال و خانوارهای زنان باردار اولویت دهید. پروفیلاکسی شیمیایی را مطابق با شیوه‌نامه‌های ملی و اشکال مقاومت بیماری به دارو در

1. validation

2. Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making, WHO, 2017

اختیار زنان باردار قرار دهید. در مناطق درگیر مرگ‌ومیر سرخک و سوء‌تغذیه بالا، پروفیلاکسی شیمیایی فصلی هدفمند مالاریا را در نظر بگیرید.

بیماری‌های منتقله از طریق پشه آندس: تب دنگی، چیکنگونیا، ویروس زیکا و تب زرد توسط پشه آندس منتقل می‌گردند. مدیریت یکپارچه ناقلین بیماری می‌تواند از بیماری‌ها پیشگیری نماید. افراد باید لباس مناسب برای جلوگیری از نیش این پشه بر تن داشته باشند و خانوارها نیز از آب مناسب و رویه‌های مدیریت پسماند و مواد دفع‌کننده یا پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش ماندگار برای کودکان خردسال و اطفال شیرخوار که در طی روز خواب هستند، استفاده نمایند. ⊕ بنگرید به استاندارد ۲-۴ کنترل ناقلین بیماری بخش آفاب: اقدامات شخصی و خانوارها برای کنترل ناقلین بیماری.

استاندارد ۲-۱-۲ بیماری‌های واگیردار:

دیدهبانی، ردیابی طغیان و پاسخ‌دهی بهنگام

در نظام‌های دیدهبانی و گزارش‌دهی، ردیابی بهنگام طغیان و پاسخ‌دهی بهنگام تأمین می‌گردند.

اقدامات کلیدی

- ۱ سازوکار هشدار و پاسخ‌دهی بهنگام را برای بیماری مختص موقعیت ایجاد نمایید یا تقویت کنید.
 - در خصوص رویدادها و بیماری‌های اولویت‌دار که باید بر مبنای خطر اپیدمیولوژیک لحاظ گردند، تصمیم‌گیری نمایید.
 - مراقبین سلامت را در کلیه سطوح در ارتباط با بیماری‌های اولویت‌دار و سازوکارهای اطلاع‌رسانی به مقامات مسئول سلامت و تولید هشدار آموزش دهید.
 - گزارش‌های هفتگی هشدار و پاسخ‌دهی بهنگام را به کلیه دست‌اندرکاران برای اتخاذ اقدام ضروری توزیع نمایید.
- ۲ تیم‌های بررسی طغیان را تشکیل دهید.
 - اطمینان حاصل نمایید که اقدامات با سرعت پس از تولید هشدار آغاز می‌گردند.
 - بررسی از راه دور را در موارد عدم دسترسی تیم‌ها به جمعیت‌های متأثر از جمله در مناطق مخصصات فعال آغاز کنید.
- ۳ تضمین نمایید که نمونه‌ها را می‌توان با آزمایش‌های تشخیصی سریع یا آزمایشگاه‌ها به‌منظور تأیید بروز طغیان آزمایش نمود. ⊕ بنگرید به استاندارد ۳-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: تشخیص و مدیریت موردی.

شاخص‌های کلیدی

درصد هشدارهای گزارش‌شده در ۲۴ ساعت.

- ۹۰ درصد.

درصد هشدارهای گزارش‌شده در حال راستی‌آزمایی در ۲۴ ساعت.



■ ۹۰ درصد.

درصد هشدارهای راستی‌آزمایی شده تحت بررسی در ۲۴ ساعت.

■ ۹۰ درصد.

یادداشت‌های راهنما

هشدار و پاسخ‌دهی به‌نگام: با هماهنگی تمامی دست‌اندرکاران شامل وزارت بهداشت، شرکا و اجتماع، سامانه هشدار و پاسخ‌دهی به‌نگام را با بازنمایی جمعیت متأثر تقویت یا ایجاد نمایید. $\oplus$ بگرید به / استاندارد ۵-۱ نظام‌های سلامت: اطلاعات سلامت. در این سامانه باید بتوان شایعات، رویدادهای نامعمول و گزارش‌های اجتماع را مشخص نمود.

مراقبت و هشدار به‌نگام: سامانه هشدار و پاسخ‌دهی به‌نگام را با شرکا تقویت کنید و در خصوص واحدهای گزارش‌دهی، جریان داده‌ها، ابزار گزارش‌دهی، ابزار تحلیل داده‌ها، تعاریف موردی و فراوانی گزارش‌دهی به توافق برسید.

گزارش‌دهی و ارائه هشدار: هشدارها در ارتباط با رویدادهای نامعمول سلامت هستند که می‌توانند نشانگر مراحل اولیه طغیان بیماری باشند. آستانه‌های هشدار را مختص هر بیماری تعریف نمایید و آن‌ها را در اسرع وقت گزارش دهید. از روش گزارش‌دهی اطلاع‌رسانی فوری رویدادمحور توسط مراقبین سلامت استفاده نمایید یا گزارش‌های شاخص‌محور را (هفتگی یا بیشتر) تحلیل کنید. کلیه هشدارها را فوراً ثبت نمایید و آن‌ها را در اختیار تیم‌های بررسی طغیان به‌منظور راستی‌آزمایی قرار دهید.

راستی‌آزمایی هشدار: اطلاعات هشدار را در ۲۴ ساعت راستی‌آزمایی کنید. راستی‌آزمایی را می‌توان از راه دور ازجمله از طریق تلفن انجام داد و شامل جمع‌آوری اطلاعات بیشتر و تحلیل موردی یا موارد بر مبنای علائم بیماری، تاریخ بروز، مکان، جنس، سن، پیامدهای سلامت و تشخیص‌های افتراقی^۱ است.

ردیابی طغیان: در صورت راستی‌آزمایی هشدار، بررسی میدانی را در طی ۲۴ ساعت انجام دهید. اطمینان حاصل کنید که تیم‌ها دارای مهارت‌های کافی برای راستی‌آزمایی هشدارها، انجام بررسی میدانی، ردیابی طغیان احتمالی و نمونه‌گیری آزمایشگاهی هستند. در طی بررسی، طغیان در صورت رسیدن به آستانه همه‌گیری یا تعیین انعکاس موارد تصادفی یا حداکثرهای فصلی در هشدار تأیید می‌گردد.

موارد را بررسی و نمونه‌برداری کنید و خط‌رسنجی را اجرا نمایید. پیامدهای احتمالی عبارت‌اند از:

- موردی وجود ندارد.
 - مورد تأیید شده است؛ اما در حد طغیان نیست.
 - مورد تأیید شده است و طغیان محتمل / تأییدشده می‌باشد.
- برخی انواع طغیان را فقط از طریق آنالیز آزمایشگاهی می‌توان تأیید نمود؛ اما حتی موارد مشکوک شاید نیازمند اقدام فوری باشند.

آستانه‌های هشدار و طغیان

آستانه هشدار	آستانه طغیان	
وبا	دو مورد مبتلا به اسهال آبکی و دئیدراته شدن^۱ شدید در افراد دو سال به بالا یا دو مورد مرگ‌ومیر ناشی از اسهال آبکی در همان منطقه یا فاصله یک هفته از همدیگر یک مورد مرگ ناشی از اسهال آبکی شدید در فرد پنج سال به بالا یک مورد اسهال آبکی حاد با آزمایش تشخیصی سریع مثبت برای وبا در یک منطقه	یک مورد تأیید شده
مالاریا	تصمیم‌گیری شده در سطح کشوری بسته به موقعیت	تصمیم‌گیری شده در سطح کشوری بسته به موقعیت
سرخک	یک مورد	تعریف‌شده در سطح کشوری
مننژیت	دو مورد در یک هفته (در جمعیت کمتر از ۳۰ هزار نفر) سه مورد در یک هفته (در جمعیت مابین ۳۰ هزار و ۱۰۰ هزار نفر) پنج مورد در یک هفته (در جمعیت کمتر از ۳۰ هزار نفر) ۱۰ مورد در ۱۰۰ هزار نفر در یک هفته (در جمعیت مابین ۳۰ هزار و ۳۰۰ هزار نفر) دو مورد تأییدشده در یک هفته در اردوگاه	
تب‌های هموراژیک ویروسی	یک مورد	یک مورد
تب زرد	یک مورد	یک مورد

بررسی طغیان و پاسخ‌دهی بهنگام: در صورت تأیید یا احتمال طغیان، بررسی بیشتر انجام دهید. عامل / منبع، افراد مبتلا، اشکال انتقال و افراد در معرض خطر را به‌منظور اتخاذ اقدامات کنترل مناسب مشخص نمایید. بررسی‌های اپیدمیولوژی توصیفی را شامل موارد زیر انجام دهید:

- موارد، مرگ‌ومیر و فرد، زمان و مکان بروز برای تهیه منحنی همه‌گیری و نقشه نقاط.
 - انجام فهرست‌بندی متعاقب هر مورد و تحلیل میزان طغیان، به‌عنوان نمونه برای موارد بستری، مبتلا به عوارض، میزان کشندگی موردی^۲.
 - محاسبه میزان حمله بیماری بر مبنای اعدادی که مورد توافق جمعیت هستند.
- فرضیه‌ای را برای توضیح در معرض قرار گرفتن و بیماری تدوین کنید. پاتوژن، منبع و مسیر انتقال را در نظر بگیرید.

1. dehydration
2. case fatality rate (CFR)



فرضیه را ارزشیابی کنید و در زمینه تعریف مورد طغیان به توافق برسید. این مسئله می‌تواند در مقایسه با تعریف مورد به کاررفته برای مراقبت، مشخص‌تر باشد. پس از تأیید طغیان در منابع متعدد در بررسی‌های آزمایشگاهی، تعریف مورد طغیان را رعایت نمایید. شاید نیازی به ادامه جمع‌آوری نمونه‌ها نباشد.

یافته‌ها را فوراً و مرتب به‌روز و اطلاع‌رسانی نمایید. اقدامات کنترل جمعیت‌محور^۱ را در اسرع وقت اجرا کنید.

کلیه این فعالیت‌ها شاید در یک زمان، مخصوصاً در طی طغیان مستمر اتفاق افتادند.  بگردید به / استاندارد ۴-۱-۲ مراقبت‌های/اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: آمادگی و پاسخ‌دهی به طغیان.

استاندارد ۳-۱-۲ بیماری‌های واگیردار:

تشخیص و مدیریت موردی

افراد به درمان و تشخیص اثربخش برای بیماری‌های عفونی که به بیشترین میزان به ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر منجر می‌گردند، دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱  پیام‌های صریحی را برای تشویق افراد به پیگیری مراقبت از علائم مانند تب، سرفه و اسهال تهیه کنید.
 - مطالب مکتوب، برنامه‌های رادیویی یا پیامک‌ها را در زبان و قالب قابل‌دسترسی تدوین نمایید.
- ۲  از شیوه‌نامه‌های مدیریت موردی استاندارد مصوبه برای تأمین مراقبت‌های سلامت استفاده کنید.
 - اجرای مدیریت مراقبت‌های اجتماع‌محور را برای مواردی همچون مالاریا، اسهال و ذات‌الریه در نظر بگیرید.
 - موارد شدید را به سطوح بالاتر مراقبت یا انزواسازی ارجاع دهید.
- ۳  ظرفیت، اقلام و تضمین کیفیت را برای موارد آزمایشگاهی و تشخیصی مناسب تأمین کنید.
 - کاربرد آزمایش‌های تشخیصی سریع یا آزمایشگاهی برای پاتوژن‌ها و ارائه آن‌ها را در سطح مراقبت‌های سلامت (به‌عنوان مثال، آزمایش‌های تشخیصی سریع در اجتماع) تعیین کنید.
- ۴  اطمینان حاصل کنید که درمان برای افراد تحت مراقبت‌های درازمدت برای بیماری‌های واگیردار مانند سل و اچ‌آی‌وی متوقف نمی‌شود.
 - برنامه‌های کنترل سل را فقط پس از برآورده‌سازی معیارهای مشخص‌شده، آغاز نمایید.
 - با برنامه‌های اچ‌آی‌وی به‌منظور تضمین ارائه مراقبت‌های سلامت برای افراد مبتلا به عفونت هم‌زمان اچ‌آی‌وی و سل هماهنگی کنید.

شاخص‌های کلیدی

درصد مراکز سلامت پشتیبانی جمعیت متأثر از بحران با استفاده از شیوه‌نامه‌های درمان استانداردشده برای بیماری خاص.

- از بررسی ماهانه سوابق برای پایش روندها استفاده کنید.

درصد موارد مشکوک تأییدشده با روش تشخیصی بنا به شیوه‌نامه مورد توافق.

یادداشت‌های راهنما

شیوه‌نامه‌های درمان: شیوه‌نامه‌ها باید حاوی بسته تشخیصی، درمان و ارجاع باشند. در صورت عدم موجودیت چنین بسته‌ای در شرایط بحران، راهکارهای بین‌المللی را در نظر بگیرید. اشکال محلی مقاومت به دارو را (همچنین با توجه به بیجاگذاری) مخصوصاً برای مالاریا، سل و حصه شناسایی کنید. به گروه‌های در معرض خطر بالای بالینی مانند کودکان زیر ۲ سال، زنان باردار، سالمندان، افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی و کودکان مبتلا به سوءتغذیه حاد که در بیشترین معرض خطر نسبت به برخی بیماری‌های واگیردار بسر می‌برند، توجه نمایید.

عفونت‌های تنفسی حاد: در شرایط بحران، آسیب‌پذیری تحت تأثیر ازدحام جمعیت، دود در فضای در بسته و تهویه نامطبوع و همچنین سوءتغذیه و یا کمبود ویتامین آ افزایش پیدا می‌کند. موارد مرگ‌ومیر را از طریق شناسایی به‌موقع، مصرف آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی و ارجاع موارد شدید کاهش دهید.

اسهال و اسهال خونی: میزان مرگ‌ومیر را از طریق افزایش دسترسی و کاربرد درمانی آب‌رسانی به بدن^۱ و روی مکمل در سطح خانوار، اجتماعی یا مراقبت‌های اولیه سلامت کنترل نمایید. درمان می‌تواند در نقاط توزیع آب در اجتماع ارائه شود.

مدیریت موردی اجتماع: مراقبین آموزش دیده سلامت اجتماع می‌توانند بیماران مبتلا به مالاریا، ذات‌الریه یا اسهال را درمان نمایند. اطمینان حاصل نمایید که تمامی برنامه‌ها با همدیگر مرتبط هستند و تحت نظارت نزدیک‌ترین مرکز مراقبت‌های سلامت قرار دارند. دسترسی عادلانه و بی‌غرض را برای همگان تضمین کنید.

تست‌های آزمایشگاهی: شبکه ارجاع مراکز آزمایشگاهی ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی را برای آزمایش نمونه‌ها احداث کنید. نسبت به انجام آزمایش تشخیصی سریع برای مالاریا، وبا و تب دنگی و همچنین آزمایش سطح هموگلوبین خون اطمینان پیدا کنید. وسایل مناسب حمل‌ونقل را برای نمونه‌های آزمایشی در خصوص سایر پاتوژن‌ها (ازجمله مدیوم کری بلر^۲ برای وبا) تأمین کنید.

مراقبین سلامت را در زمینه روش‌های تشخیصی، تضمین کیفیت و جمع‌آوری نمونه، حمل‌ونقل و مستندسازی آموزش دهید. شیوه‌نامه را برای آزمایش قطعی در آزمایشگاه‌های مرجع ملی، منطقه‌ای یا بین‌المللی تدوین کنید. آزمایش قطعی شامل نمونه‌های کشت، آزمایش‌های آنتی‌ژن و سرولوژیک^۳ یا آزمایش‌ها یا آران‌ای^۴ برای تب زرد، تب‌های هموراژیک ویروسی و هپاتیت ای است. شیوه‌نامه‌ها را در خصوص سازوکارهای ایمن حمل‌ونقل برای پاتوژن‌ها مخصوصاً تب هموراژیک ویروسی، طاعون یا موارد مشابه تهیه کنید. مقررات هوابردی را برای حمل‌ونقل هوایی نمونه‌ها لحاظ نمایید.

کنترل سل به علت افزایش مقاومت به دارو پیچیده است. فقط در صورتی برنامه‌ها را تدوین کنید که دسترسی مستمر به جمعیت و تأمین مراقبت برای حداقل ۱۲ الی ۱۵ ماه تضمین شده باشد. سل مقاوم به چند دارو (مقاوم در برابر ۲ داروی اصلی سل: ایزونیاژید و ریفامپیسین^۵) و سل شدیداً مقاوم به دارو (مقاوم در برابر ۴ داروی اصلی سل) شناسایی شده‌اند. هر ۲ نوع این بیماری نیازمند درمان‌های طولانی‌تر، گران‌تر و پیچیده‌تر هستند. در شرایط بحران، دسترسی به آزمایش‌های تشخیصی و حساسیت ضروری برای تضمین انتخاب و مصرف صحیح داروهای سل اغلب دشوار است.

1. oral rehydration therapy (ORT)
2. Cary-Blair Medium
3. serologic
4. RNA
5. isoniazid and rifampicin



استاندارد ۴-۱-۲ بیماری‌های واگیردار:

آمادگی و پاسخ‌دهی به طغیان

آمادگی و کنترل بهنگام و اثربخش موارد طغیان در وضعیت مناسب است.

اقدامات کلیدی

۱ برنامه آمادگی و پاسخ‌دهی یکپارچه به طغیان را با شراکت تمامی دست‌اندرکاران و بخش‌ها تهیه و توزیع نمایید.

- آموزش را بر کارکنان کلیدی در مناطق پرخطر متمرکز کنید.
- داروهای اساسی، تجهیزات پزشکی، آزمایش‌های سریع، تجهیزات حفاظت شخصی و بسته‌ها را (مانند موارد ضروری برای وبا و بیماری اسهالی) در مناطق مستعد همه‌گیری و مناطق دارای دسترسی محدود از قبل مستقر سازید.

۲ اقدامات کنترل مختص بیماری را پس از ردیابی طغیان اجرا کنید.

- نیاز را به پوشش هدف‌دار واکسیناسیون تعیین نمایید.
- اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت را شامل تأمین فضاهای انزواسازی برای وبا، هپاتیت ای یا سایر موارد طغیان گسترش دهید.

۳ ظرفیت پاسخ‌دهی و تدارکات مختص طغیان را ایجاد و هماهنگ سازید.

- ظرفیت ذخیره‌سازی و حمل‌ونقل را برای داروها و اقلام شامل زنجیره سرد برای واکسن‌ها تضمین کنید.
- ظرفیت مراکز مراقبت‌های سلامت را مانند چادرهای مننژیت یا وبا اضافه کنید.
- دسترسی و حمل‌ونقل را به آزمایشگاه‌ها در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی برای آزمایش نمونه‌ها تضمین نمایید.

۴ با سایر بخش‌ها در صورت نیاز از جمله بخش حمایت از کودکان هماهنگی نمایید.

شاخص‌های کلیدی

درصد مراقبین سلامت در مناطق پرخطر آموزش‌دیده در زمینه شیوه‌نامه‌ها و برنامه پاسخ‌دهی به طغیان.

میزان مرگ‌ومیر به سطح قابل‌قبول کاهش یافته است.

- وبا حداکثر یک درصد.
- مننژیت حداکثر ۱۵ درصد.
- هپاتیت ای حداکثر چهار درصد در جمعیت کلی، ۱۰ الی ۵۰ درصد در میان زنان باردار در سه ماهه سوم.
- دیفتری^۱ (تنفسی) حداکثر پنج الی ۱۰ درصد.

1. diphtheria

- سیاه‌سرفه حداکثر چهار درصد در کودکان زیر یک سال، حداکثر یک درصد در کودکان یک الی چهار سال.
- تب دنگی حداکثر یک درصد.

یادداشت‌های راهنما

برنامه آمادگی و پاسخ‌دهی به طغیان بیماری: این برنامه را با شرکای سلامت، وزارت بهداشت، اعضای اجتماع و رهبران تدوین کنید. شرکای بخش آفاب، تغذیه، سرپناه و آموزش، دولت میزبان، زندان‌ها و نیروهای نظامی (در موارد مربوطه) نیز باید مشارکت نمایند. اطمینان حاصل کنید که سایر خدمات حیاتی سلامت هنگام پاسخ‌دهی به طغیان بیماری دچار اختلال نخواهند شد.

موارد زیر باید در برنامه تعریف گردند:

- سازوکار هماهنگی پاسخ‌دهی به طغیان در سطح ملی، داخل کشور و اجتماع.
- سازوکارهای بسیج اجتماعی و اطلاع‌رسانی خطر.
- تقویت هشدار و پاسخ‌دهی بهنگام: رصد بیماری، ردیابی طغیان، بررسی طغیان (اپیدمیولوژیک).
- بررسی موردی.
- اقدامات کنترل مختص بیماری و موقعیت.
- اقدامات میان‌بخشی.
- شیوه‌نامه‌های مسیرهای ارجاع و حمل‌ونقل ایمن نمونه‌ها برای بررسی آزمایشگاهی.
- برنامه‌های اقتصادی برای گسترش خدمات در سطوح مختلف مراقبت شامل ایجاد مناطق انزواسازی در مراکز درمان.
- ظرفیت‌های تیم کنترل طغیان و نیازهای مراقبین سلامت در شرایط بحران.
- موجودیت داروهای اساسی، واکسن‌ها، تجهیزات پزشکی، اقلام آزمایشگاهی و تجهیزات حفاظت شخصی برای مراقبین سلامت شامل خرید بین‌المللی (به‌عنوان نمونه، ذخیره‌سازی جهانی واکسن‌ها).

کنترل طغیان متکی به اطلاع‌رسانی کافی مناسب در خصوص خطر و تیم‌های اختصاص یافته به کنترل طغیان است. طغیان را به شکلی جامع مهار نمایید تا به مناطق جدید گسترش پیدا نکند و تعداد موارد جدید را در زمان رویداد طغیان بتوانید کاهش دهید. این رویکرد مستلزم شناسایی فعال موارد و مدیریت موردی و تشخیص سریع می‌باشد. مناطق انزواسازی را بنا به ضرورت تأمین نمایید (به‌عنوان مثال، برای وبا یا هیپاتیت ای). کنترل ناقلین بیماری را با هدف کاهش مواجهه با عفونت بهبود دهید، از پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش ماندگار استفاده کنید و رویه‌های مناسب‌تر بهداشت فردی را به کار ببرید.

پوشش‌های واکسیناسیون

مننژیت: گروه‌های سرمی ای، سی، دلبو و وای^۱ می‌توانند باعث طغیان در بحران گردند. واکسن‌ها برای گروه‌های ای و سی برای استفاده در همه‌گیری موجودند. واکسیناسیون منظم در بحران‌ها توصیه نمی‌گردد و برای گروه‌های سرمی سی و دلبو ممکن نیستند. واکسیناسیون را در گروه‌های خاص سنی بر اساس میزان شناخته‌شده حملات یا در

1. Serogroups A, C, W and Y



گروه‌های ۶ ماهه الی ۳۰ ساله هدف‌گذاری کنید. با توجه به نیاز لامبر پانکچر^۱ برای تشخیص قطعی، تعریف موردی صریحی را تدوین کنید.

تب هموراژیک ویروسی: مدیریت و تشخیص تب‌های هموراژیک ویروسی مانند ابولا یا تب لاسا^۲ بر مبنای راهکارهای دقیق ملی و بین‌المللی می‌باشد. این راهکارها شامل شیوه‌نامه‌های روش‌های درمان نوآور و واکسن‌های جدید هستند. جلب مشارکت اثربخش اجتماع در طی این موارد طغیان بسیار ضرورت دارد.

تب زرد: واکسیناسیون انبوه به مجرد تأیید یک مورد در هر سکونتگاه بیجاشدگان و جمعیت‌های میزبان توصیه می‌شود. این روند را با اقدامات کنترل پشه آندس و انزواسازی دقیق موارد ترکیب نمایید.

فلج اطفال: فلج اطفال در برنامه گسترده سازمان جهانی بهداشت در زمینه ایمن‌سازی گنجانده شده است و واکسیناسیون باید پس از مراحل اولیه بحران از سر گرفته شود. واکسیناسیون انبوه را در صورت ردیابی یک مورد این بیماری آغاز کنید.

وبا: شیوه‌نامه‌های صریح درمان و طغیان باید موجود باشند و کاربرد آن‌ها در تمامی بخش‌ها هماهنگ شود. واکسن‌های وبا را مطابق با چارچوب سازمان جهانی بهداشت استفاده کنید و راهبردهای موجود را برای کنترل این بیماری تکمیل کنید.

هیپاتیت آ و ای: این بیماری‌ها همراه با خطر قابل ملاحظه مخصوصاً در اردوگاه‌های پناهندگان می‌باشند. از موارد طغیان بیماری با استفاده از بهداشت فاضلاب و بهداشت فردی ارتقا یافته و دسترسی به آب ایمن پیشگیری کنید و این تغییر آن‌ها را کنترل نمایید.

سرخک:  **بنگرید به استاندارد ۲-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودکان: بیماری‌های کودکان قابل پیشگیری با واکسن.**

سیاه‌سرفه یا دیفتری: طغیان سیاه‌سرفه در شرایط بیجاشدگی افراد رایج است. به علت دغدغه‌ها در ارتباط با خطرهای میان دریافت‌کنندگان سالمند واکسن دیفتری تمام سلولی، سیاه‌سرفه و کزاز^۳، مراقب پویش واکسیناسیون مرتبط با طغیان سیاه‌سرفه باشید. از شرایط طغیان برای توجه به کمبودها و شکاف‌های معمول در ایمن‌سازی استفاده نمایید. مدیریت موردی شامل درمان موارد با آنتی‌بیوتیک و درمان پیشگیرانه پنهان‌گام تمام افراد در تماس در خانواده در صورت حضور طفل شیرخوار یا زن باردار است. احتمال طغیان دیفتری در موقعیت‌های پرازدحام همراه با ایمنی پایین در برابر این بیماری کمتر است؛ اما همچنان به‌عنوان تهدیدی مطرح می‌باشد. در اردوگاه‌ها، پویش‌های واکسیناسیون انبوه دیفتری با سه دوز جداگانه واکسن ناشناخته نیستند. مدیریت موردی شامل ارائه هم آنتی‌بیوتیک و هم آنتی‌توکسین است.

میزان مرگ‌ومیر: میزان مرگ‌ومیر قابل‌قبول برای بیماری‌های خاص در موقعیت‌ها و میزان موجود ایمنی متغیر است. کاهش میزان مرگ‌ومیر را تا جای ممکن به‌عنوان هدف دنبال کنید. میزان بالای مرگ‌ومیر شاید نشانگر نبود دسترسی به مراقبت‌های سلامت مناسب، مدیریت موردی و مراجعه دیر هنگام، بیماری‌های هم‌زمان قابل ملاحظه در میان جمعیت یا مراقبت‌های سلامت بی‌کیفیت باشد. میزان مرگ‌ومیر را مرتباً پایش کنید و اقدامات اصلاحی فوری را در موارد بالاتر بودن میزان از حد انتظار، اتخاذ نمایید.

مراقبت از کودکان: در طی طغیان بیماری، کودکان را به‌عنوان گروهی خاص در فرایند طراحی و اجرای برنامه‌ها لحاظ کنید. موارد را مابین بخش‌های سلامت و حمایت از کودکان، هماهنگ و ارجاع نمایید. به خطرهای جداسازی

1. lumbar puncture
2. Lassa fever
3. whole-cell diphtheria, pertussis and tetanus (DPT) vaccine

کودکان از والدین آن‌ها توجه کنید. خطرهای ناشی از ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر والدین یا در اثر طراحی برنامه باشند. بر پیشگیری از جدایی از خانواده تمرکز کنید و اخذ رضایت والدین یا کودک را برای درمان تضمین کنید. اقدامات را برای بازنگه‌داشتن مراکز آموزشی ضمن توجه به فعالیت‌های ضروری کنترل و آموزش سلامت دنبال نمایید.

۲-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت – سلامت کودکان

در طی شرایط بحران، آسیب‌پذیری کودکان در برابر عفونت‌ها، بیماری‌ها و سایر خطرهای سلامت و زندگی آن‌ها گسترش می‌یابد. نه تنها شرایط زندگی رو به وخامت گذاشته‌اند بلکه برنامه‌های ایمن‌سازی نیز متوقف شده‌اند. خطرهای برای کودکان فاقد سرپناه یا جداسده حتی بیشترند.

پاسخ‌دهی هماهنگ متمرکز بر کودک ضرورت دارد. این پاسخ‌دهی در ابتدا بر مراقبت‌های نجات‌بخش تمرکز دارد؛ اما نهایتاً مداخلات باید باعث کاهش آلام و ارتقای رشد و نمو گردند. در برنامه‌ها باید به عوامل اصلی ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر توجه نمود. در سطح جهانی، این خطرهای عفونت‌های تنفسی حاد، اسهال، سرخک، مالاریا، سوءتغذیه و عوامل نوزادی ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر هستند.

استاندارد ۲-۲-۱ سلامت کودکان:

بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن دوران کودکی

کودکان ۶ ماهه الی ۱۵ ساله از ایمنی در برابر بیماری و دسترسی به خدمات برنامه‌های گسترش‌یافته ایمن‌سازی در طی شرایط بحران برخوردارند.

اقدامات کلیدی

۱. ضرورت واکسیناسیون و رویکرد مناسب را برای بحران مشخص کنید.
 - این ضرورت را بر مبنای خطرستجی (مانند جمعیت، فصل)، امکان‌پذیری پوشش (شامل نیاز به دوزهای متعدد، موجود بودن) و موقعیت (ازجمله امنیت، نیازهای متضاد همدیگر) قرار دهید که باید فرایندی مستمر در صورت گسترش بحران باشد. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۱-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت -بیماری‌های واگیردار: پیشگیری.
۲. پوشش انبوه واکسیناسیون سرخک را برای کودکان ۶ ماهه الی ۱۵ ساله فارغ از سابقه واکسیناسیون سرخک در صورت پوشش تخمینی کمتر از ۹۰ درصد یا ناشناخته بودن این میزان اجرا کنید.
 - ویتامین آ را برای کودکان ۶ الی ۵۹ ماهه لحاظ کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که کلیه اطفال شیرخوار واکسیناسیون شده مابین ۶ الی ۹ ماهه، دیگر واکسن سرخک را در ماه نهم دریافت کنند.
۳. برنامه تعریف‌شده گسترده ایمن‌سازی را در جدول ضمیمه ۴ در اسرع وقت اجرا کنید.
 - مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت یا سامانه‌های تیم‌های سیار / یاری‌رسانی را برای ارائه برنامه زمانی ملی ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن حداقل ۲۰ روز در هر ماه هدف‌گذاری کنید.
۴. کودکان حاضر در مراکز مراقبت‌های سلامت یا درمانگاه‌های سیار را از لحاظ وضعیت واکسیناسیون غربالگری



کنید و هرگونه واکسن مورد نیاز را ارائه نمایید.

شاخص‌های کلیدی

درصد کودکان شش ماهه الی ۱۵ ساله که واکسن سرخک را در پایان پوشش واکسیناسیون سرخک دریافت کرده‌اند.

■ حداقل ۹۵ درصد.

درصد کودکان شش الی ۵۹ ماهه که دوز مناسب ویتامین آ را در پایان پوشش واکسیناسیون سرخک دریافت کرده‌اند.

■ حداقل ۹۵ درصد.

درصد کودکان ۱۲ ماهه که سه دوز واکسن دیفتتری و کزاز دریافت کرده‌اند.

■ حداقل ۹۰ درصد.

درصد مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه‌کننده خدمات پایه برنامه گسترده ایمن‌سازی حداقل ۲۰ روز در ماه.

یادداشت‌های راهنما

واکسیناسیون: واکسن‌ها در پیشگیری از مرگ‌ومیر بیش‌ازحد در بحران‌های حاد، نقش حیاتی را ایفا می‌کنند. راهکارهای ملی شاید بحران‌ها یا افراد عبور کننده از مرزها را پوشش ندهند؛ بنابراین، بدون فوت وقت در جهت تعیین واکسن‌های ضروری و تدوین برنامه اجرا شامل فرایندهای خرید دسته‌به‌کار شوید. برای آشنایی با خطرسنجی و تصمیمات واکسیناسیون، $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار و برای آشنایی با خرید و ذخیره‌سازی واکسن‌ها، بنگرید به استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی*.

واکسیناسیون سرخک: ایمن‌سازی در برابر سرخک، مداخله اولویت‌دار سلامت در شرایط بحران است.

■ پوشش: داده‌های مربوط به پوشش واکسیناسیون را برای جمعیت‌های میزبان و بیجا شده به‌منظور ارزیابی پوشش ایمن‌سازی معمول سرخک و یا پوشش پوشش سرخک بیش از ۹۰ درصد در سه سال گذشته بررسی نمایید. چنانچه پوشش واکسیناسیون کمتر از ۹۰ درصد باشد یا ناشناخته و همراه با تردید باشد، پوشش سرخک را اجرا نمایید و مکمل ویتامین آ را نیز در همان زمان ارائه کنید. اطمینان حاصل کنید که حداقل ۹۵ درصد افراد جدیدالورود به سکونتگاه در گروه سنی شش ماه الی ۱۵ سال واکسن دریافت کرده باشند.

■ گروه‌های سنی: شاید برخی کودکان در سنین بالاتر تحت واکسیناسیون معمول، پوشش‌های سرخک و خود بیماری سرخک قرار نگرفته باشند. این کودکان در معرض خطر عفونت سرخک به سر می‌برند و می‌توانند باعث عفونت اطفال شیرخوار و کودکان خردسال گردند که احتمال خطر مرگ در میان گروه اخیر بالاتر است. در این راستا، به همه کودکان زیر سن ۱۵ سال واکسن بزنید. در صورت عدم امکان چنین واکسیناسیونی، کودکان شش الی ۵۹ ماه را در اولویت قرار دهید.

■ تکرار واکسیناسیون: تمامی کودکان نه ماهه الی ۱۵ ساله باید دو دوز واکسن سرخک به‌عنوان بخشی از برنامه‌های ملی استاندارد ایمن‌سازی دریافت نمایند. کودکان شش الی نه ماهه که واکسن سرخک دریافت

کرده‌اند (به‌عنوان مثال در پویش بحران) باید دو دوز دیگر در سنین توصیه‌شده مطابق با برنامه زمانی ملی (معمولاً نه ماه و ۱۵ ماه در مناطق پرخطر) دریافت نمایند.

فلج اطفال: پویش‌های فلج اطفال را در موارد طغیان این بیماری یا وجود تهدیدات نسبت به برنامه‌های ریشه‌کنی آن بنا به مأخذ مندرج در پانویس^۱ در نظر بگیرید. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۱-۱-۲-۱ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: پیشگیری*.

برنامه ملی گسترده ایمن‌سازی: برنامه گسترده ایمن‌سازی را سریعاً برای حمایت از کودکان در برابر سرخک، دیفتری و سیاه‌سرفه و کاهش خطر عفونت‌های تنفسی از سر بگیرید. برنامه‌های ملی مذکور شاید نیازمند واکسن‌های تکمیلی باشند. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۴-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار: آمادگی و پاسخ‌دهی به طغیان*.

ایمنی واکسن: ایمنی واکسن را در تمامی مواقع تضمین نمایید. دستورالعمل تولیدکننده را برای ذخیره‌سازی و نگهداری در یخچال دنبال کنید. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۳-۱-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی*.

رضایت آگاهانه: رضایت آگاهانه را از والدین یا سرپرستان قانونی برای ارائه واکسن اخذ نمایید. این مسئله شامل شناخت خطرهای و عوارض جانبی بالقوه است.

استاندارد ۲-۲-۲ سلامت کودکان:

مدیریت بیماری‌های دوران نوزادی و کودکی

کودکان به مراقبت‌های اولویت‌دار سلامت معطوف به عوامل اصلی ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر دوران نوزادی و کودکی دسترسی دارند.

اقدامات کلی

- ۱ $\triangleleft$ مراقبت‌های مناسب سلامت را در سطوح گوناگون (مراکز، درمانگاه‌های سیار یا برنامه‌های اجتماعی) ارائه کنید.
 - راهکارهای «سلامت نوزادان در موقعیت‌های بشردوستانه» را برای مراقبت‌های اساسی از نوزادان به کار ببرید. $\oplus$ بنگرید به مأخذ.
 - اعمال مدیریت موردی یکپارچه در اجتماع و همچنین مدیریت یکپارچه بیماری‌های دوران کودکی را در نظر بگیرید.
- ۲ $\triangleleft$ نظام استاندارد ارزیابی و تریاژ را در تمامی مراکز ارائه‌کننده مراقبت از نوزادان یا کودکان بیمار تعبیه کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که کودکان دارای علائم خطر (آن‌هایی که فاقد توانایی نوشیدن یا تغذیه با شیر مادر هستند، همه چیز را استفراغ می‌کنند، دچار رعشه، بی‌حالی یا بی‌هوشی هستند) تحت درمان سریع قرار می‌گیرند.
 - ارزیابی آسیب و مسمومیت‌های شیمیایی را در موقعیت‌های خطر افزوده لحاظ کنید.
- ۳ $\triangleleft$ داروهای اساسی را در دوزها و فرمولاسیون‌های^۲ مناسب برای درمان بیماری‌های دوران کودکی در تمامی

1. Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework For Decision Making
2. formulation



مراحل مراقبت تأمین کنید.

- ۴ **کودکان را از لحاظ رشد و وضعیت تغذیه غربالگری کنید.**
 - تمام کودکان مبتلا به سوءتغذیه را به خدمات تغذیه ارجاع دهید.
 - کودکان مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید و عواقب آن را تحت درمان مرکز محور^۱ قرار دهید.
- ۵ **شیوهنامه مناسب مدیریت موردی را برای درمان بیماری‌های دوران کودکی و قابل‌پیشگیری با واکسن مانند دیفتی و سیاه‌سرفه در شرایط بالا بودن خطر طغیان تدوین کنید.**
 - از شیوهنامه‌های موجود در موارد ممکن استفاده کنید.
- ۶ **پیام‌های آموزش سلامت را برای تشویق خانواده‌ها به پیگیری رفتارهای سالم و رویه‌های پیشگیری از بیماری طراحی کنید.**
 - اقداماتی را مانند تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه اطفال شیرخوار، شستشوی دست‌ها، گرم نگاه‌داشتن اطفال شیرخوار و تشویق رشد دوران اوان کودکی ترویج کنید.
- ۷ **پیام‌های آموزش سلامت را برای تشویق افراد به پیگیری مراقبت‌های بهنگام برای هرگونه بیماری مانند تب، سرفه یا اسهال میان کودکان و نوزادان طراحی نمایید.**
 - اقداماتی را برای دسترسی به کودکان محروم از مراقبت بزرگسالان یا والدین اتخاذ نمایید.
- ۸ **کودکان دارای معلولیت یا تأخیر رشدی را شناسایی کنید.**
 - توصیه و ارجاع را به خدمات مراقبتی یا بازتوانی ارائه کنید.

شاخص‌های کلیدی

میزان خام مرگ‌ومیر زیر پنج سال

- کمتر از دو مورد مرگ‌ومیر به ازای هر ۱۰ هزار نفر در روز. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۳ برای محاسبات.
- درمان اثربخش و به‌موقع مالاریا که به همه کودکان زیر پنج سال مبتلا به این بیماری ارائه می‌گردد.
- طی ۲۴ ساعت پس از بروز علائم.
- استثنا برای کودکان زیر پنج سال که مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید هستند.
- مایع نمکین خوراکی و روی تکمیلی ارائه‌شده به شکلی به‌موقع به تمامی کودکان زیر پنج سال مراجعه‌کننده با اسهال.
- طی ۲۴ ساعت پس از بروز علائم.
- مراقبت مناسب ارائه‌شده به‌موقع به کلیه کودکان زیر پنج سال مراجعه‌کننده با ذات‌الریه.
- طی ۲۴ ساعت پس از بروز علائم.

یادداشت‌های راهنما

مراقبت اساسی از نوزادان: برای همه نوزادان، مراقبت‌های حرفه‌ای را هنگام زایمان ترجیحاً در مرکز مراقبت‌های سلامت و مطابق با راهکارهای مندرج در پانویس^۱ ارائه کنید. فارغ از آنکه زایمان همراه با مراقبت‌های حرفه‌ای بوده است یا خیر، مراقبت‌های اساسی از نوزادان شامل موارد زیر هستند:

- مراقبت‌های حرارتی (تعویق استحمام و حفظ نوزاد در شرایط خشک و گرم همراه با تماس پوستی).
- پیشگیری از عفونت (رویه‌های زایمان بهداشتی، شستشوی دست‌ها، بند ناف تمیز و مراقبت‌های پوست و چشم را ترویج کنید).
- پشتیبانی از تغذیه (تغذیه انحصاری و فوری با شیر مادر، بدون حذف آغوز).
- پایش (ارزیابی برای نشانه‌های خطر عفونت‌ها یا وضعیت‌های نیازمند ارجاع).
- مراقبت پس از زایمان (این مراقبت‌ها را در هفته اول تولد در خانه یا نزدیک آن ارائه کنید و ۲۴ ساعت اول مهم‌ترین زمان برای معاینه پس از زایمان است و سه ویزیت خانگی باید در هفته اول تولد انجام گردند).

مدیریت یکپارچه بیماری‌های دوران کودکی بر مراقبت از کودکان زیر پنج سال در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت تمرکز دارد. پس از جا انداختن مدیریت مذکور، راهکارهای بالینی را در شیوه‌نامه‌های استاندارد ادغام کنید و مراقبین حرفه‌ای را تحت آموزش صحیح قرار دهید.

مدیریت موردی یکپارچه اجتماعی رویکردی برای تأمین درمان به‌موقع و اثربخش مالاریا، ذات‌الریه و اسهال برای افراد دارای دسترسی محدود به مراکز مراقبت‌های سلامت مخصوصاً کودکان زیر پنج سال است.

مدیریت اسهال: کودکان مبتلا به اسهال را با استفاده از مایع نمکین خوراکی اسمولالیت به پایین^۲ و مکمل‌های روی درمان کنید. روی باعث کوتاه شدن مدت‌زمان اسهال می‌گردد و مایع نمکین خوراکی از دئیدراته شدن جلوگیری می‌نمایند. مراقبین را به استمرار یا افزایش شیردهی در طی چنین اپیزودی و افزایش تمام موارد تغذیه پس از این اپیزود ترغیب کنید.

مدیریت ذات‌الریه: در صورت ابتلای کودکان به سرفه، تنفس سریع یا دشوار و همچنین حرکت سینه به سمت داخل را بررسی کنید. در صورت وجود چنین علائمی، درمان را با آنتی‌بیوتیک خوراکی مناسب آغاز کنید و افراد دارای نشانه‌های خطر ذات‌الریه شدید را برای مراقبت‌های اولویت‌دار ارجاع نمایید.

میزان تنفس سریع مختص سن است:

تولد تا دو ماه حداقل ۶۰ بار در دقیقه	یک الی پنج ساله حداقل ۴۰ بار در دقیقه
۱۲ ماهه حداقل ۵۰ بار در دقیقه	پنج ساله حداقل ۲۰ بار در دقیقه

1. Integrated Management of Pregnancy And Childbirth' (IMPAC) And 'Newborn Health in Humanitarian Settings' Guidelines
2. low osmolality oral rehydration salts (ORS)



اچ‌آی‌وی: در مواردی که شیوع اچ‌آی‌وی بیشتر از ۱ درصد است، کلیه کودکان دچار سوء‌تغذیه حاد شدید را آزمایش کنید. مادران و مراقبین اطفال شیرخوار در معرض اچ‌آی‌وی نیازمند پشتیبانی و توصیه مطابقت یافته هستند. ⊕ بگریید به *استانداردهای امنیت غذایی و تغذیه*.

تغذیه کودکان جدانشده از والدین: برای تغذیه تحت نظارت کودکان جدانشده از والدین یا فاقد همراه برنامه‌ریزی کنید.

دغدغه‌های حمایت از کودکان: از خدمات معمول سلامت برای شناسایی موارد اهمال، آزار و بهره‌کشی از کودکان استفاده کنید. موارد را به بخش خدمات سلامت کودکان ارجاع دهید. رویه‌های مدیریت موردی حساس به جنسیت و شناسایی را در خدمات معمول سلامت برای مادران و اطفال شیرخوار، کودکان و نوجوانان ادغام نمایید.

موارد ارجاع تغذیه: ⊕ بگریید به *استاندارد ۳/ امنیت غذایی و تغذیه: کمبود ریزمغذی‌ها و استانداردها ۲-۳* مدیریت سوء‌تغذیه: سوء‌تغذیه حاد شدید.

لودگی هوا در خانوار: تأمین اجاق‌های آشپزی جایگزین برای کاهش دود و بیماری‌های تنفسی ناشی از دود را در نظر بگیرید. ⊕ بگریید به *استاندارد ۳ سرپناه و سکونتگاه: فضای زندگی و استاندارد ۴: اقلام خانوار*.

مسمومیت: ⊕ بگریید به ضمیمه ۴.

۲-۳ سلامت جنسی و باروری

از همان ابتدای بحران، مراقبت‌های اساسی نجات‌بخش جنسی و باروری باید موجود باشند. خدمات جامع را در اسرع وقت ایجاد کنید.

این خدمات اساسی بخشی از پاسخ‌دهی سلامت یکپارچه هستند و کاربرد بسته‌های سلامت باروری به این خدمات کمک می‌نماید. ⊕ بگریید به *استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی*.

مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری شامل ارتقای خدمات موجود، اضافه کردن خدمات غیرموجود و بهبود کیفیت می‌باشند. شناخت معماری نظام‌های سلامت به تعیین چگونگی پشتیبانی از این نظام‌ها کمک می‌نماید. ⊕ بگریید به *استانداردهای ۱-۱ الی ۱-۵ نظام‌های سلامت*.

کلیه اشخاص از جمله در موقعیت‌های بشردوستانه دارای حق برخورداری از سلامت جنسی و باروری هستند. به پیشینه‌های فرهنگی و باورهای مذهبی اجتماعی باید در مراقبت‌های سلامت جنسی و باروری احترام گذاشته شود. در عین حال، استانداردهای بین‌المللی اذعان شده جهان‌شمول حقوق بشر نیز باید رعایت گردند. نسبت به نیازهای نوجوانان، سالمندان، افراد دارای معلولیت و جمعیت‌های در معرض خطر فارغ از گرایش جنسی یا هویت جنسیتی آن‌ها حساسیت به خرج بدهید.

در بحران‌ها، خطرهای خشونت جنسی شامل بهره‌کشی و آزار افزایش پیدا می‌کند. کلیه کنشگران باید در راستای پیشگیری و پاسخ‌دهی به این موارد با هماهنگی تنگاتنگ بخش حمایت به فعالیت بپردازند. اطلاعات را به شکلی ایمن و اخلاقی گردآوری نمایید. اطلاعات را فقط مطابق با شیوه‌نامه‌های مورد توافق به اشتراک بگذارید. ⊕ بگریید به *اصول حمایت و استاندارد ۵-۱ نظام‌های سلامت: اطلاعات سلامت*.

استاندارد ۱-۳-۲ سلامت جنسی و باروری: مراقبت‌های سلامت باروری، مادران و نوزادان

افراد به برنامه‌ریزی خانوادگی و مراقبت‌های سلامت پیشگیری از مرگ‌ومیر زیاد و ابتلای گسترده به بیماری مادران و نوزادان دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ اطمینان حاصل کنید که زایمان ایمن و بهداشتی، مراقبت‌های اساسی از نوزادان و خدمات مراقبت‌های زایمان و نوزادی در بحران همیشه موجود هستند.
- ۲ بسترهای زایمان بهداشتی را در اختیار تمام زنانی که مشخصاً باردار هستند در شرایط عدم تضمین دسترسی به مراقبین حرفه‌ای سلامت و مراکز مراقبت‌های سلامت ارائه نمایید.
- ۳ با اجتماع در راستای شناسایی سلايق، رویه‌ها و نگرش‌های محلی در خصوص جلوگیری از بارداری مشورت کنید
- ۴ مردان، زنان، پسران نوجوان و دختران نوجوان را در مباحثات جداگانه و خصوصی شرکت دهید.
- ۴ مجموعه‌ای از روش‌های بازگشت‌پذیر درازمدت و کوتاه‌مدت جلوگیری از بارداری را در مراکز مراقبت‌های سلامت بر مبنای تقاضا به شکلی خصوصی و محرمانه ارائه کنید.
- مشاوره با تأکید بر اثربخشی انتخاب آگاهانه ارائه کنید.

شاخص‌های کلیدی

- مراقبت‌های حرفه‌ای برای موارد زایمان در بحران و مراقبت از نوزادان در تمامی مواقع موجودند.
- مراقبت‌های اولیه زایمان و نوزادان در بحران: حداقل پنج مرکز سلامت به ازای هر ۵۰۰ هزار نفر.
 - مراقبت‌های جامع زایمان و نوزادان در بحران: حداقل یک مرکز به ازای هر ۵۰۰ هزار نفر.
- درصد زایمان‌های تحت نظارت کادر حرفه‌ای.
- هدف حداقل: ۸۰ درصد.
- نظام ارجاع موجود برای بحران‌های زایمان و نوزادان.
- شبانه‌روزی تمام ایام هفته.
- درصد موارد سزارین در مراکز مراقبت‌های سلامت.
- هدف: پنج الی ۱۵ درصد.



کلیه مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت موجود بودن حداقل چهار روش جلوگیری از بارداری را مابین سه الی شش ماه پس از آغاز بحران گزارش می‌کنند.

یادداشت‌های راهنما

مراقبت‌های فوری^۱ زایمان و نوزادان: حدود چهار درصد از جمعیت زنان باردار هستند و تقریباً ۱۵ درصد از این زنان دچار مشکلات غیرمترقبه حاملگی در طی بارداری و یا هنگام زایمان می‌گردند و مراقبت‌های فوری زایمان ضرورت پیدا می‌کند. حدود پنج الی ۱۵ درصد از موارد زایمان به جراحی از جمله سزارین ختم می‌گردند. در سطح جهانی، نه الی ۱۵ درصد از نوزادان نیازمند مراقبت‌های فوری نجات‌بخش هستند. تقریباً پنج الی ۱۵ درصد از نوزادان هنگام تولد تنفس ندارند و به تحریک تنفسی نیاز دارند که برای نیمی از آن‌ها باید از روش‌های تنفس مصنوعی و احیا استفاده نمود. عمده‌ترین عوامل عدم تنفس عبارت‌اند از زایمان زودرس و رویدادهای حاد دوران بارداری منجر به خفگی شدید. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۲-۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت کودکان: مدیریت بیماری‌های نوزادی و کودکی.

مراقبت‌های اولیه زایمان و نوزادان در بحران شامل موارد زیرند: آنتی‌بیوتیک‌های پارانتال^۲، داروهای اوتروتونیک^۳ (میزوپروستول، اکسی توسین^۴ پارانتال)، داروهای ضد تشنج^۵ پارانتال (سولفات منیزیم)، برداشتن موارد باقیمانده از بارداری با استفاده از تجهیزات مناسب، برداشتن دستی بند ناف، زایمان واژینال همراه با کمک (وکیوم^۶) و احیای نوزاد و مادر.

مراقبت‌های جامع فوری زایمان نوزادان شامل تمامی موارد فوق و همچنین جراحی همراه با بیهوشی عمومی (سزارین، لاپاراتومی^۷) و انتقال خون ایمن و مناسب با حفظ اقدامات احتیاطی استاندارد می‌باشد. مراقبت‌های پس از سقط‌جنین مداخله‌ای نجات‌بخش است که از جمله مراقبت‌های زایمان و نوزادان در بحران قلمداد می‌گردد و هدف آن کاهش موارد مرگ‌ومیر و ابتلا به مشکلات سقط‌جنین خودانگیخته و سقط‌جنین غیرایمن می‌باشد. درمان شامل مدیریت خونریزی (احتمالاً از طریق مداخله جراحی) و عفونت و تأمین پروفیلاکسی کزاز خواهد بود.

دسترسی همیشگی هم به خدمات پایه و هم به خدمات جامع مراقبت‌های فوری زایمان و نوزادان بسیار ضروری است.

نظام ارجاع باید متضمن برخورداری زنان و نوزادان از امکان رفتن به مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت و دستیابی به مراقبت‌های اولیه فوری زایمان و نوزادان و بیمارستان دارای مراقبت‌های جامع فوری زایمان و نوزادان باشد.

برنامه تنظیم خانواده: با گروه‌های متعدد در اجتماع به‌منظور شناخت صلاحیت و نگرش‌های فرهنگی به تعامل بپردازید. اطمینان حاصل کنید که اجتماع نسبت به محل و نحوه دسترسی به خدمات جلوگیری از بارداری آگاهی دارد. اطلاعات را در زبان‌ها و اشکال متعدد برای تضمین دسترسی به اشتراک بگذارید. رهبران اجتماع را به مشارکت در توزیع اطلاعات ترغیب کنید.

خدمت‌دهندگان آموزش‌دیده که نسبت به سلاقی، فرهنگ و موقعیت مراجعه‌کننده شناخت دارند، باید مشاوره جلوگیری از بارداری ارائه کنند. محرمانگی و حریم، رضایت و انتخاب آگاهانه و داوطلبانه، اثربخشی روش‌های پزشکی و

1. emergency care
2. parenteral
3. uterotonic
4. oxytocin, misoprostol
5. anticonvulsant
6. vacuum
7. laparotomy

غیرپزشکی، عوارض جانبی احتمالی، مدیریت و پیگیری و راهکارهای برداشتن موارد در صورت نیاز باید در فرایند مشاوره مورد تأکید قرار بگیرند.

مجموعه‌ای از انواع روش‌های جلوگیری باید فوراً برای پاسخدهی به مطالبات پیش‌بینی‌شده در اختیار قرار بگیرند. خدمت‌دهندگان باید در زمینه برداشتن لوازم جلوگیری برگشت‌پذیر^۱ در درازمدت آموزش دیده باشند.

سایر خدمات: سایر مراقبت‌های مادران و نوزادان را در اسرع وقت شامل مراقبت‌های پیش و پس از زایمان آغاز نمایند.

هماهنگی با سایر بخش‌ها: با بخش تغذیه برای تضمین ارجاع زنان باردار و شیرده به خدمات تغذیه به شکلی مناسب از جمله به‌منظور تغذیه مکمل هدفمند هماهنگی نمایند. $\oplus$ بگریب به *استانداردهای ۱-۲ و ۲-۲/ امنیت غذایی و تغذیه - مدیریت سوءتغذیه*.

استاندارد ۲-۳-۲ سلامت جنسی و باروری:

خشونت جنسی و مدیریت بالینی تجاوز جنسی

افراد به مراقبت‌های سلامت ایمن و پاسخ‌دهنده به نیازهای بازماندگان خشونت جنسی دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱ سازمان متولی را برای هماهنگی رویکرد چندبخشی به‌منظور کاهش خطر خشونت جنسی شناسایی کنید، موارد ارجاع را تضمین نمایید و پشتیبانی کل نگر برای بازماندگان ارائه کنید.

▪ با سایر بخش‌ها در زمینه تقویت پیشگیری و پاسخدهی هماهنگی به عمل آورید.

۲ اجتماع را در زمینه خدمات موجود و اهمیت پیگیری مراقبت‌های پزشکی فوری پس از خشونت جنسی مطلع نمایید.

▪ پروفیلاکسی پس از مواجهه را برای اچ‌آی‌وی در اسرع وقت (حداکثر ۷۲ پس از مواجهه) تأمین نمایید.

▪ روش‌های جلوگیری فوری را در طی ۱۲۰ ساعت ارائه کنید.

۳ فضاهای ایمن را در مراکز مراقبت‌های سلامت برای پذیرش بازماندگان خشونت جنسی برقرار کنید و مراقبت بالینی و ارجاع تأمین کنید.

▪ شیوه‌نامه‌های مشخص و فهرست حقوق بیماران را نمایش دهید و از آن‌ها استفاده کنید.

▪ مراقبین سلامت را نسبت به اطلاع‌رسانی همراه با حفظ محرمانگی و حفاظت از داده‌ها و اطلاعات از بازماندگان آموزش دهید.

۴ ارجاع و مراقبت‌های بالینی را به سایر خدمات پشتیبان برای بازماندگان خشونت جنسی ممکن سازید.

▪ سازوکار ارجاع را برای شرایط تهدیدکننده زندگی، پیچیده یا شدید تضمین کنید.

▪ سازوکارهای ارجاع را مابین خدمات سلامت، حقوقی، حمایتی، امنیتی، روانی- اجتماعی و اجتماعات محلی برقرار سازید.

1. reversible contraceptives



شاخص‌های کلیدی

کلیه مراکز سلامت دارای کارکنان آموزش‌دیده و تجهیزات و امکانات کافی برای مدیریت بالینی خدمات بازماندگان تجاوز جنسی بر مبنای شیوه‌نامه‌های ملی یا بین‌المللی هستند.

کلیه بازماندگان خشونت جنسی اعلام می‌نمایند که مراقبت‌های سلامت را به شکلی ایمن و محرمانه دریافت کردند.

تمامی بازماندگان واجد شرایط خشونت جنسی موارد زیر را دریافت می‌کنند:

- پروفیلاکسی پس از مواجهه در طی ۷۲ ساعت بعد از رویداد یا مواجهه.
- روش‌های جلوگیری از بارداری فوری در طی ۱۲۰ ساعت پس از رویداد یا مواجهه.

یادداشت‌های راهنما

پیشگیری از تجاوز و خشونت جنسی نیازمند اقدام از سوی کلیه بخش‌ها است. ⊕ بنگرید به /استاندارد ۱-۲ تأمین آب بخش آفتاب، بنگرید به /استاندارد ۲-۳ مدیریت فصولات انسانی بخش آفتاب، بنگرید به /استاندارد ۳-۶ امنیت غذایی و تغذیه - کمک‌های غذایی و /استاندارد ۲-۷ معیشت‌ها، /استانداردهای ۲ و ۳ سرپناه و سکونتگاه، بنگرید به اصل ۱ حمایت و تعهدات ۴ و ۸ /استاندارد محوری بشردوستانه، بنگرید به /استانداردهای ۱-۱ الی ۱-۳ /نظام‌های سلامت برای اطلاعات بیشتر در خصوص ایمن‌سازی مراکز مراقبت‌های سلامت و تأمین مراقبت‌های ایمن.

مراقبت‌های بالینی شامل مراقبت‌های سلامت روان و ارجاع برای بازماندگان باید در تمامی مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت و تیم‌های سیار تعبیه گردند. ⊕ بنگرید به /استاندارد ۱-۲ /نظام‌های سلامت و /استاندارد ۵-۲ /مراقبت‌های /سازسی سلامت، این مسئله شامل ارائه مشاوره و درمان دلسوزانه، به‌موقع و محرمانه به کلیه کودکان، بزرگسالان و سالمندان توسط کارکنان حرفه‌ای در خصوص موارد زیر است:

- روش‌های جلوگیری فوری.
- تست بارداری، اطلاعات درباره گزینه‌های بارداری و ارجاع سقط ایمن با رعایت تمامی مفاد قانونی.
- درمان عفونت‌های منتقله جنسی احتمالی.
- پروفیلاکسی پس از مواجهه برای پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی. ⊕ بنگرید به /استاندارد ۳-۳-۲ سلامت: /اچ‌آی‌وی.
- پیشگیری از هپاتیت بی.
- مراقبت از جراحات و پیشگیری از کزاز.
- ارجاع به خدمات بیشتر مانند سایر خدمات سلامت، روانشناسی، حقوقی و مددکاری.

توزیع برابر جنسیتی مراقبین سلامت مسلط به زبان‌های بیماران و زبان‌های محلی را تضمین نمایید و به تربیت زنان و مردان مترجم و نگهبان برای ارائه خدمات عاری از تبعیض و سوگیری بپردازید. مراقبین سلامت را در زمینه مراقبت‌های بالینی برای بازماندگان خشونت جنسی با تمرکز بر اطلاع‌رسانی همراه با پشتیبانی، سابقه و معاینه بیمار، درمان و مشاوره آموزش دهید. در موارد ممکن و ضروری، آموزش در خصوص جمع‌آوری شواهد پزشکی قانونی و همچنین مفاهیم پزشکی قانونی ارائه کنید.

کودکان بازمانده خشونت جنسی: کودکان باید تحت مراقبت مراقبین سلامت آموزش‌دیده در زمینه مدیریت

پس از تجاوز جنسی کودکان قرار بگیرند. کودکان باید بتوانند جنسیت مراقب سلامت را انتخاب کنند. کنشگران حمایت تخصصی را به سرعت در کلیه موارد مشارکت دهید.

جلب مشارکت اجتماعی: با بیماران و اجتماع در راستای بهبود دسترسی و مقبولیت مراقبت و ارائه برنامه‌های پیشگیری در کل بحران تعامل نمایید. سازوکارهای بازخورد محرمانه و بازخورد سریع را تضمین کنید. زنان، مردان، دختران و پسران نوجوان جمعیت‌های در معرض خطر را مانند افراد دارای معلولیت و گروه‌های دگرباش مشارکت دهید.

چارچوب‌های قانونی: نسبت به نظام ملی پزشکی قانونی و قوانین مربوطه در زمینه خشونت جنسی آگاهی داشته باشید. بازماندگان را در زمینه کلیه قوانین گزارش‌دهی الزامی محدودکننده محرمانگی اطلاعات افشاشده توسط بیماران به مراقبین سلامت مطلع سازید. این امر می‌تواند بر تصمیم‌گیری آن‌ها برای ادامه پیگیری مراقبت تأثیرگذار باشد؛ اما باید به تصمیم آن‌ها احترام گذاشت.

در بسیاری از کشورها، سقط‌جنین القایی تحت شرایطی مانند تجاوز جنسی قانونی است. در چنین مواردی، دسترسی یا ارجاع باید بدون تبعیض تأمین گردد.

اگرچه توجه به خشونت جنسی بسیار ضروری است؛ اما باید توجه داشت که خشونت‌های جنسیت‌محور از جمله خشونت از سوی شریک جنسی، ازدواج اجباری کودکان و ناقص‌سازی تناسلی زنان نیز در بحران‌های بشردوستانه شایع هستند و در برخی سناریوها می‌توانند در طی بحران افزایش یابند و اثرات منحصر به فرد قابل ملاحظه نیازمند پاسخ‌دهی خاص بر سلامت (جسمانی، جنسی، روانی) افراد داشته باشند. در سایر راهکارهای بین‌المللی، نه تنها خشونت‌های جنسی، بلکه سایر اشکال خشونت‌های جنسیت‌محور و تأثیرات آن بر سلامت بیش‌ازپیش به رسمیت شناخته می‌شوند. ⊕
بگیرید به مآخذ مندرج در پانویس^۱.

استاندارد ۳-۲-۳ سلامت جنسی و باروری:

اچ‌آی‌وی

افراد به مراقبت‌های سلامت پیشگیری‌کننده از انتقال و کاهش‌دهنده ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر ناشی از اچ‌آی‌وی دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱. رویه‌ها و موارد احتیاطی استاندارد را برای کاربرد ایمن و معقول انتقال خون تعبیه نمایید و از آن‌ها پیروی کنید.
۲. درمان آنتی‌رتروویرال را برای افراد تحت این درمان شامل زنان در برنامه‌های پیشگیری از انتقال مادر به کودک ارائه کنید.
۳. افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی را برای ادامه درمان به شکلی فعال ردیابی کنید.
۳. کاندوم‌های روان‌کننده^۲ مردانه و نیز نوع زنانه آن را برای جمعیت‌های استفاده‌کننده تأمین کنید.
- با رهبران و جمعیت متأثر در راستای شناخت مصرف محلی، افزایش مقبولیت و تضمین توزیع کاندوم مطابق با آیین فرهنگی تعامل کنید.

1. IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action
2. Lubricant



۴ تست اچ‌آی‌وی را برای کلیه زنان باردار در موقعیت‌هایی که شیوع اچ‌آی‌وی بالاتر از ۱ درصد است، ارائه کنید.

۵ پروفیلاکسی پس از مواجهه را در اسرع وقت آغاز کنید؛ اما حداکثر در طی ۷۲ ساعت پس از مواجهه در مورد بازماندگان خشونت جنسی و همچنین مواجهه با مخاط خونی^۱.

۶ پروفیلاکسی کوتریموکسازول^۲ را برای عفونت‌های فرصت‌طلب^۳ در میان افراد زیر تأمین کنید:

- الف. بیماران در حال زندگی با اچ‌آی‌وی.
- ب. کودکان متولد از مادران در حال زندگی با اچ‌آی‌وی در سن ۴ الی ۶ هفته. پروفیلاکسی را تا حذف عفونت اچ‌آی‌وی ادامه دهید.

۷ موجودیت مواد آنتی‌میکروبیال^۴ را در مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت تضمین کنید و بیماران مبتلا به علائم عفونت منتقله جنسی را تحت مدیریت سندرومیک قرار دهید.

شاخص‌های کلیدی

تمامی خون‌های انتقال‌یافته غربالگری می‌شوند و عاری از عفونت‌های قابل انتقال از جمله اچ‌آی‌وی هستند.

درصد افرادی که قبلاً تحت درمان آنتی‌روتروویرال قرار داشته‌اند همچنان این‌گونه داروها را دریافت می‌کنند.

▪ ۹۰ درصد.

درصد زنان دارای دسترسی به خدمات سلامت که مورد آزمایش اچ‌آی‌وی در شرایط بالاتر بودن میزان شیوع از یک درصد، قرار گرفته‌اند.

▪ ۹۰ درصد.

درصد افراد در معرض احتمالی اچ‌آی‌وی که به مراکز سلامت مراجعه می‌کنند و پروفیلاکسی پس از مواجهه را در طی ۷۲ ساعت پس از مواجهه دریافت می‌کنند.

▪ ۱۰۰ درصد.

درصد اطفال شیرخوار در معرض اچ‌آی‌وی دریافت‌کننده کوتریموکسازول در سن چهار الی شش هفته.

▪ ۹۵ درصد.

یادداشت‌های راهنما

اقدامات کلیدی باید در کلیه موقعیت‌های بشردوستانه فارغ از اپیدمیولوژی اچ‌آی‌وی در محل اتخاذ شوند.

1. occupational exposure
2. co-trimoxazole
3. opportunistic infections
4. antimicrobials

اجتماع متأثر و اجتماعات کلیدی را (مراقبین سلامت، رهبران، زنان، دگرباشان، افراد دارای معلولیت) در تأمین خدمات اچ‌آی‌وی مشارکت دهید و اطمینان حاصل کنید که آن‌ها به محل دسترسی به داروهای آنتی‌رتروویرال آشنا هستند. در صورت موجودیت انجمن افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی با آن‌ها مشورت نمایید و در طراحی و اجرای برنامه به تعامل بپردازید.

توزیع کاندوم درون گروه‌های همسان به رهبری اجتماع، گزینه‌ای مفید است. جمعیت‌های کلیدی و نوجوانان اغلب با محل تجمع همسانان خود آشنا هستند و داوطلبین می‌توانند کاندوم‌ها را به همسانان خود توزیع نمایند. به جمعیت‌های کلیدی در خصوص پیام‌های مناسب فرهنگی در ارتباط با نحوه صحیح استفاده و دفع کاندوم‌های مصرف‌شده آموزش دهید. کاندوم‌ها را در اختیار اجتماع، کارکنان سازمان‌های کمک‌رسان، کارکنان بی‌اطلاع، رانندگان خودروهای ارسال و سایرین قرار دهید.

انتقال خون: + بنگرید به استانداردهای ۱-۱ و ۱-۳ نظام‌های سلامت.

درمان و مراقبت‌های پس از مواجهه باید شامل مشاوره، ارزیابی خطر مواجهه، رضایت آگاهانه، ارزیابی منابع و تأمین داروهای آنتی‌رتروویرال باشند. پروفیلاکسی پس از مواجهه را در اختیار افراد شناخته‌شده در حال زندگی با اچ‌آی‌وی قرار ندهید. اگرچه مشاوره و آزمایش پیش از آغاز پروفیلاکسی پس از مواجهه توصیه می‌گردد؛ اما آغاز این‌گونه پروفیلاکسی را در صورتی که مشاوره و آزمایش ممکن نباشند، به تأخیر نیندازید. + بنگرید به *استاندارد ۲-۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری: خشونت جنسی و مدیریت بالینی تجاوز جنسی*.

فعالیت‌های جامع مرتبط با اچ‌آی‌وی در شرایط بحران: فعالیت‌های زیر را در اسرع وقت آغاز نمایید:

اطلاع‌رسانی درباره اچ‌آی‌وی: اطلاعات قابل‌دسترس را درباره پیشگیری از اچ‌آی‌وی و سایر عفونت‌های منتقله جنسی به عموم مردم مخصوصاً جمعیت‌های در معرض خطر بیشتر ارائه نمایید.

پیشگیری از اچ‌آی‌وی: خدمات کاهش آسیب را مانند تجهیزات استریل تزریق و درمان جایگزین مواد افیونی^۱ را در اختیار افراد تزریق‌کننده مواد مخدر و جمعیت‌های پرخطر در شرایط موجود بودن این‌گونه خدمات ارائه کنید. + بنگرید به *استاندارد ۲-۵ مراقبت‌های اساسی سلامت: مراقبت‌های سلامت روان*.

آزمایش و مشاوره اچ‌آی‌وی: خدمات مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی مرتبط با آغاز درمان آنتی‌رتروویرال را تأمین (یا از سرگیری) نمایید. گروه‌های اولویت‌دار برای آزمایش اچ‌آی‌وی عبارت‌اند از زنان باردار و شرکای آن‌ها، کودکان مبتلا به سوءتغذیه حاد شدید در موارد بالاتر بودن شیوع اچ‌آی‌وی بیش از یک درصد سایر گروه‌های در معرض خطر.

انگ و تبعیض: حصول اطمینان نسبت به عدم افزایش انگ در برنامه‌ها و راهبردها بسیار ضرورت دارد. در جهت کاهش انگ و تبعیض در مناطق شناخته‌شده دارای شاخص بالای انگ و رفتارهای تبعیض‌آمیز فعالیت نمایید.

مداخلات درمان آنتی‌رتروویرال: درمان آنتی‌رتروویرال را در اسرع وقت برای همه اشخاص نیازمند و نه صرفاً افراد قبلاً ثبت‌نام کرده تعمیم دهید.

پیشگیری از انتقال مادر به کودک: زنان باردار و شرکای آن‌ها را مورد آزمایش قرار دهید و تشخیص بهنگام اچ‌آی‌وی اطفال شیرخوار را تأمین کنید. درمان آنتی‌رتروویرال را به زنان شناخته‌شده دارای نتیجه مثبت تست یا زانی که نتیجه تست آن‌ها اخیراً مثبت بوده است، ارائه کنید. راهکارهای تغذیه اطفال شیرخوار مختص زنان در حال زندگی با اچ‌آی‌وی و پشتیبانی از نگهداری و پایداری ارائه کنید. + بنگرید به *استانداردهای ۱-۱ و ۲-۴ امنیت غذایی و تغذیه - تغذیه اطفال شیرخوار و کودکان خردسال*.



نکته: سازمان کاریتاس اینترنشنالیز^۱ و اعضای آن استفاده یا توزیع هرگونه کنترل مصنوعی زادوولد را ترویج نمی‌کنند.

خدمات برای عفونت هم‌زمان اچ‌آی‌وی و سل: ارجاع و غربالگری سل را برای افراد در حال زندگی با اچ‌آی‌وی تأمین نمایید. درمان سل را برای افراد قبلاً ثبت‌نام کرده در برنامه درمان ارائه کنید. $\oplus$ بنگرید به استاندارد ۳-۱-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - بیماری‌های واگیردار تشخیص و مدیریت موردی. خدمات آزمایش را برای سل و اچ‌آی‌وی با یکدیگر در موقعیت‌های شیوع بالای اچ‌آی‌وی پیوند زنید و کنترل عفونت سل را در مراکز مراقبت‌های سلامت دنبال کنید.

۲-۴ مراقبت‌های مصدومیت و آسیب

در هر شرایط بحرانی، بار سنگین ابتلا به بیماری و مرگومیر در اثر مصدومیت ایجاد می‌گردد. تقاضای فزاینده برای خدمات مراقبت‌های آسیب احتمالاً به‌سرعت از سقف ظرفیت‌های نظام‌های سلامت محلی تجاوز می‌نماید. به‌منظور کاهش اثرات موارد مصدومیت و خطر فروپاشی نظام سلامت، تریاژ قاعده‌مند و مدیریت انبوه جراحات را همراه با مراقبت‌های فوری اولیه، ایمن و بازتوانی ارائه کنید. در این قسمت، پاسخ‌دهی نظام سلامت به مصدومیت‌های جسمانی بررسی می‌گردد. راهکارهای خاص در مورد مسمومیت، سلامت روان و خشونت جنسی در قسمت‌های دیگر بحث خواهند شد. $\oplus$ بنگرید به ضمیمه ۴: مسمومیت، استاندارد ۵-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت و استاندارد ۲-۳-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت - سلامت جنسی و باروری.

استاندارد ۲-۴ مراقبت‌های مصدومیت و آسیب:

مراقبت‌های مصدومیت و آسیب

افراد به مراقبت‌های اثربخش و ایمن آسیب در طی بحران‌ها برای پیشگیری از مرگومیر، ابتلا به بیماری، آلام و معلولیت قابل اجتناب دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

- ۱ $\leftarrow$ مراقبت‌ها را برای بیماران در کلیه سطوح در ارتباط با آسیب ارائه نمایید.
 - نظام‌های ایمن ارجاع را مابین مراکز و همچنین مابین اجتماعات متأثر و مراکز به‌سرعت برقرار کنید.
 - درمانگاه‌های سیار یا بیمارستان‌های صحرایی را در صورت عدم دسترسی اجتماع به ساختارهای ثابت احداث نمایید.
- ۲ $\leftarrow$ اطمینان حاصل کنید که مراقبین سلامت از مهارت‌ها و دانش ضروری برای درمان مصدومیت‌ها برخوردارند.
 - کلیه سطوح را از پاسخ‌دهندگان اولیه تا ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بیهوشی و جراحی مشخص لحاظ کنید.
- ۳ $\leftarrow$ شیوه‌نامه‌های استاندارد شده را برای تریاژ و مراقبت‌های مصدومیت و آسیب تدوین و تقویت نمایید.
 - نظام‌های ارجاع را برای حمایت از کودکان، بازماندگان خشونت جنسی و افراد نیازمند حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان لحاظ نمایید.

۴ تمامی افراد در معرض خطر مصدومیت، افراد دچار زخم‌های باز و افراد مشغول عملیات امداد و پاک‌سازی را تحت پروفیلاکسی کزاز قرار دهید.

۵ حداقل استانداردهای ایمنی و حکمرانی را برای کلیه مراکز تأمین‌کننده مراقبت‌های مصدومیت و آسیب شامل بیمارستان‌های صحرایی تضمین کنید.

۶ دسترسی به‌موقع را به خدمات بازتوانی، تجهیزات یاری‌رسان اولویت‌دار و تجهیزات کمک به تردد بیماران مصدوم تضمین کنید.

▪ مطمئن شوید که تجهیزات یاری‌رسان مانند صندلی چرخ‌دار و عصا یا سایر تجهیزات کمک به تردد در محل قابل تأمین هستند.

۷ دسترسی به‌موقع را به خدمات سلامت روان و حمایت روانی-اجتماعی تضمین کنید.

۸ نظام‌های اطلاعات سلامت را برای گنجاندن داده‌های مصدومیت و آسیب ایجاد یا تقویت نمایید.

▪ مستندات اولیه بالینی را مانند سوابق شخصی پزشکی برای تمامی بیماران آسیب‌دیده اولویت‌بندی کنید.

▪ تعاریف استاندارد را برای ادغام مصدومیت در مجموعه داده‌های نظام اطلاعات سلامت به‌کار ببرید.

شاخص‌های کلیدی

درصد مراکز سلامت دارای برنامه سوانح شامل مدیریت انبوه مجروحین که به‌طور منظم بررسی و تمرین می‌گردند.

درصد مراکز سلامت برخوردار از شیوه‌نامه‌های مخصوص افراد دچار مصدومیت‌ها شامل ابزار رسمی تریاژ.

درصد مراکز سلامت با کارکنان آموزش‌دیده در خصوص رویکرد درمان مصدومین حاد.

درصد مراکز سلامت مجری اقدامات بهبود کیفیت که هدف کاهش میزان ابتلا به بیماری و مرگ‌ومیر را در شاخص وضعیت کنونی مطابق با داده‌های موجود دنبال می‌کنند.

یادداشت‌های راهنما

آموزش و توسعه مهارت‌ها برای مراقبت‌های مصدومیت و آسیب باید شامل موارد زیر باشند:

▪ مدیریت مجروحین انبوه برای افراد پاسخ‌دهنده و هماهنگ‌کننده پاسخ.

▪ تجهیزات کمک‌های اولیه پایه.

▪ تریاژ استانداردشده در سطح میدانی و مراکز مراقبت‌های سلامت.

▪ تشخیص بهنگام، احیا، مدیریت زخم، کنترل درد و حمایت‌های روانی-اجتماعی حساس به زمان.

شیوه‌نامه‌های استانداردشده باید برای پوشش موارد زیر موجود یا در حال تدوین باشند.

▪ طبقه‌بندی تریاژ بر مبنای تیزی^۱ برای شرایط معمول و اضطراری شامل ارزیابی، اولویت‌بندی، احیای پایه و

1. acuity



معیارهای ارجاع فوری.

- مراقبت‌های فوری خط مقدم در نقطه دسترسی.
 - ارجاع برای مراقبت‌های پیشرفته و فوری شامل جراحی، مراقبت پس از جراحی و بازتوانی.
- حداقل استانداردهای ایمنی و کیفیت:** حتی در مواردی که مراقبت‌های آسیب در پاسخدهی به رویدادها یا منحصراً ادامه‌دار ارائه می‌گردند، حداقل استانداردها باید تضمین شوند. حوزه‌هایی را که باید به آن‌ها توجه نمود عبارت‌اند از:

- استفاده ایمن و معقول داروها، تجهیزات و محصولات خونی شامل زنجیره تأمین.
- پیشگیری و کنترل عفونت.
- تأمین انرژی کافی برای روشنائی، ارتباطات و کاربری تجهیزات اساسی پزشکی مانند دستگاه‌های احیای فوری و اتوکلاوهای استریل‌سازی.

کمک‌های اولیه/اجتماع محور: کمک‌های اولیه به‌موقع و مناسب ارائه‌شده به شکلی ایمن و قاعده‌مند از سوی افراد غیرحرفه‌ای می‌تواند باعث نجات جان افراد گردد. کلیه ارائه‌کنندگان کمک‌های اولیه باید رویکردی ساختارمند را نسبت به مصدومین اعمال کنند. آموزش پایه مدیریت زخم مانند تمیز کردن و پانسمان بسیار ضرورت دارد.

کمک‌های اولیه در سطح خانوار و اجتماع و راهکارهای زمان و مکان کسب کمک‌های پزشکی را لحاظ نمایید. در خصوص خطرهای مختص موقعیت مانند زیرساخت بدون ثبات یا خطر مصدومیت در طی تلاش‌های امداد، آگاهی افراد را ارتقا دهید.

تربیت‌ها: عبارت است از فرایند دسته‌بندی بیماران بر مبنای شدت مصدومیت‌ها و نیازهای آنان به مراقبت. در تربیت، افراد نیازمند مداخلات فوری پزشکی شناسایی می‌شوند. نظام‌های متعدد تربیت موجودند. یکی از رایج‌ترین نظام‌های تربیت شامل پنج رنگ است: قرمز برای بیماران با بالاترین میزان اولویت، زرد برای متوسط، سبز برای کمتر، آبی برای بیماران فراتر از ظرفیت فنی مرکز یا افراد نیازمند مراقبت تسکینی و خاکستری برای افراد متوفی.

مراقبت فوری حرفه‌ای خط مقدم: تمامی مراقبین سلامت سطح بالاتر از جمله پزشکان باید دارای مهارت‌های رویکرد قاعده‌مند نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های حاد و مصدوم باشند. ⊕ بگریه به منبع مندرج در پانویس^۱. مداخلات نجات‌بخش و احیای اولیه از جمله ارائه مایعات و آنتی‌بیوتیک، کنترل خونریزی و درمان پنوموتوراکس^۲ را می‌توان در بسیاری از مراکز پیش از انتقال بیمار به خدمات پیشرفته ارائه نمود.

مراقبت‌های جراحی، آسیب و بیهوشی: مراقبت‌های فوری، جراحی و بازتوانی فقط باید از سوی نهادهای برخوردار از تخصص مربوطه انجام شوند. خدمت‌دهندگان باید در حوزه حرفه‌ای کار خود ضمن در دست داشتن منابع کافی برای ادامه فعالیت‌های خود وارد عمل گردند. مراقبت نامناسب و ناکافی می‌تواند باعث ایراد آسیب بیشتر از عدم مراقبت شود. جراحی انجام‌شده بدون مراقبت‌های مناسب پیش و پس از عمل و بازتوانی مستمر می‌تواند به عدم ترمیم ظرفیت‌های کارکردی بیمار منجر گردد.

بیمارستان‌های صحرایی: استفاده از بیمارستان‌های صحرایی موقت مخصوصاً در بحران‌های حاد شاید ضرورت داشته باشند و باید با وزارت بهداشت یا سازمان‌های متولی و سایر کنشگران سلامت هماهنگ گردد. در استانداردها و ایمنی مراقبت، استانداردهای ملی و بین‌المللی باید رعایت گردند. ⊕ بگریه به مآخذ برای آشنایی با راهکارهای بیشتر.

1. ABCDE approach in the IFRC International First Aid and Resuscitation Guidelines
2. pneumothorax

بازتوانی و ادغام مجدد اجتماعی: بازتوانی سریع می‌تواند زنده‌مانی را افزایش دهد، تأثیر مداخلات پزشکی و جراحی را به حداکثر برساند و کیفیت زندگی را برای بازماندگان مصدوم ارتقا دهد. تیم‌های پزشکی دارای ظرفیت بستری باید توان تأمین بازتوانی بهنگام را داشته باشند. ظرفیت‌های موجود بازتوانی و مسیرهای ارجاع را ترسیم کنید و پیوندهای نظام‌های موجود در رفاه اجتماعی و کمک‌های نقدی را شناسید. پیوندها را با مراکز بازتوانی محلی یا سازمان‌های بازتوانی اجتماع‌محور در راستای مراقبت ادامه‌دار ایجاد کنید.

پیش از ترخیص، نیازهای ادامه‌دار بیماران مبتلا به مصدومیت و آسیب را از جمله افراد مبتلا به معلولیت از پیش موجود در نظر بگیرید. نسبت به موجودیت موارد زیر اطمینان حاصل نمایید: پیگیری پزشکی و بازتوانی، آموزش بیماران و مراقبین، تجهیزات یاری‌رسان اساسی (مانند عصا یا صندلی چرخ‌دار)، حمایت روانی-اجتماعی و سلامت روان و دسترسی به سایر خدمات اساسی. تیم‌ها و برنامه‌های مراقبت چندرشته‌ای را شامل متخصصین بازتوانی جسمانی و کارکنان حرفه‌ای حمایت‌های روانی-اجتماعی و مراقبت‌های سلامت روان تشکیل دهید. حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان را باید برای افراد مبتلا به مصدومیت‌های تغییردهنده زندگی از زمان بستری بودن آن آغاز نمود. پیوندها با خدمات پشتیبانی ادامه‌دار ضرورت دارند. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۵-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت: مراقبت‌های سلامت روان*.

ملاحظات مدیریت ویژه - کنترل درد: مدیریت مناسب درد پس از مصدومیت باعث کاهش خطرهای ذات‌الریه و ترومبوز^۱ عمیق وریدی می‌گردد و به بیمار در آغاز کردن فیزیوتراپی کمک می‌کند. چنین مدیریتی باعث کاهش پاسخ‌دهی استرس فیزیولوژیک و پایین آمدن بیماری‌های قلبی عروقی و همچنین فروکش استرس روانی خواهد شد. درد حاد ناشی از آسیب را باید مطابق با برنامه نردبان درد معکوس سازمان جهانی بهداشت^۲ درمان نمود. درد نوروپاتیک^۳ منبع از مصدومیت عصب شاید از ابتدا وجود داشته باشد و باید به شکلی مناسب درمان گردد. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی و استاندارد ۷-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت: مراقبت‌های تسکینی، بنگرید به نردبان درد سازمان جهانی بهداشت*.

ملاحظات ویژه مدیریتی - مدیریت زخم: در اکثر بحران‌ها، بسیاری از بیماران برای مراقبت بیش از ۶ ساعت پس از مصدومیت مراجعه می‌کنند. مراجعه با تأخیر به شدت خطر عفونت زخم و مرگ‌ومیر مرتبط را افزایش می‌دهد. مراقبین سلامت باید با شیوه‌نامه‌های مدیریت زخم (شامل سوختگی) و پیشگیری و درمان عفونت هم برای مراجعین و هم برای مراجعین با تأخیر آشنا باشند. این شیوه‌نامه‌ها شامل ارائه آنتی‌بیوتیک‌های مناسب، حذف مواد خارجی و بافت مرده از طریق جراحی و پانسمان هستند.

کزاز: در سوانح طبیعی ناگهانی، خطر کزاز می‌تواند نسبتاً بالا باشد. واکسن کزاز محتوی مواد سمی را (واکسن‌های دیفتری و کزاز یا دیفتری، سیاه‌سرفه و کزاز بسته به سن و سابقه واکسیناسیون) به افراد دارای زخم‌های باز تزریق کنید. اشخاص دارای زخم‌های آلوده یا به‌شدت آلوده نیز باید دوز ایمونوگلوبولین کزاز^۴ در صورت عدم واکسیناسیون در برابر کزاز دریافت کنند.

۵-۲ سلامت روان

مشکلات روانی-اجتماعی و سلامت روان میان بزرگسالان، نوجوانان و کودکان در کلیه موقعیت‌های بشردوستانه رواج دارند. عوامل فشار شدید مرتبط با بحران‌ها افراد را در معرض خطر فزاینده مشکلات اجتماعی، رفتاری، روان‌شناختی و روان‌پزشکی قرار می‌دهند. پشتیبانی روانی-اجتماعی سلامت روان شامل اقدامات چندبخشی است. استاندارد مذکور بر

1. thrombosis
2. Reverse WHO Pain Ladder
3. neuropathic
4. tetanus immune globulin (TIG)



اقدامات انجام یافته توسط کنشگران سلامت تمرکز دارد. $\oplus$ بنگرید به *استاندارد محوری بشردوستانه و اصول حمایت* برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص مداخلات روانی-اجتماعی در بخش های مختلف.

استاندارد ۵-۲ سلامت روان:

مراقبت های سلامت روان

افراد در کلیه سنین به مراقبت های سلامت معطوف به مسائل سلامت روان و مرتبط با اختلالات کارکردی خود دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱. حمایت های روانی- اجتماعی و سلامت روان را در کلیه بخش ها هماهنگ سازید.
 - کارگروه فنی میان بخشی را برای مسائل روانی-اجتماعی و سلامت روان تشکیل دهید. این کارگروه می تواند تحت رهبری مشترک یکی از نهادهای سلامت و یکی از سازمان های بشردوستانه حمایت قرار بگیرد.
۲. برنامه هایی را بر مبنای منابع و نیازهای شناسایی شده تدوین کنید.
 - نظام های موجود سلامت روان، توانمندی های کارکنان و سایر منابع و خدمات را تحلیل نمایید.
 - نیازسنجی را با در نظر گرفتن مسائل سلامت روان از پیش موجود و همچنین القا شدن آن ها توسط بحران و یا ترکیب دو وضعیت، اجرا کنید.
۳. با اعضای اجتماع از جمله افراد در حاشیه، برای تقویت خودیاری و پشتیبانی اجتماعی همکاری کنید.
 - گفتگوی اجتماعی را در زمینه روش های حل و فصل مشکلات با همکاری و بهره مندی از خرد، تجربه و منابع اجتماع ارتقا ببخشید.
 - از فعال سازی مجدد سازوکارهای پشتیبانی از پیش موجود مانند گروه های زنان، جوانان و افراد در حال زندگی با اچ ای وی حمایت نمایید.
۴. داوطلبین و کارکنان را با نحوه ارائه کمک های اولیه روانشناسی آشنا سازید.
 - اصول کمک های اولیه روانشناسی را برای مدیریت استرس حاد پس از مواجهه اخیر با رویدادهای بالقوه پراسیب اعمال کنید.
۵. مراقبت های سلامت روان بالینی پایه را در تمامی مراکز مراقبت های سلامت ارائه کنید.
 - ارائه آموزش مختصر را سازمان دهی نمایید و مراقبین سلامت عمومی را برای ارزشیابی و مدیریت وضعیت های سلامت روان اولویت دار تحت نظارت قرار دهید.
 - سازوکار ارجاع را میان متخصصین سلامت روان، مراقبین سلامت عمومی، پشتیبانی اجتماع محور و سایر خدمات ساماندهی کنید.
۶. مداخلات روانشناسی را در موارد ممکن برای افراد دچار مشکلات ناشی از ناآرامی طولانی مدت مهیا نمایید.
 - در صورت امکان، افراد غیرمتخصص را آموزش دهید و بر آن ها نظارت کنید.
۷. از حقوق افراد مبتلا به وضعیت های شدید سلامت روان در اجتماع، بیمارستان ها و مراکز حمایت نمایید.

- از بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مراکز اقامتی برای افراد مبتلا به وضعیت‌های سلامت روان به شکلی مرتب از همان ابتدای بحران بازدید به عمل آورید.
 - بی‌توجهی و آزار را در مراکز مورد توجه قرار دهید و مراقبت‌ها را ساماندهی نمایید.
- ۸ آسیب مرتبط با الکل و مواد مخدر را به حداقل برسانید.
- کارکنان را درباره مداخلات مختصر و ردیابی، کاهش آسیب و مدیریت ترک و مسمومیت آموزش دهید.
- ۹ گام‌هایی را برای تدوین نظام سلامت روان پایدار در فرایند برنامه‌ریزی بهنگام بازتوانی و بحران‌های طولانی‌مدت اتخاذ کنید.

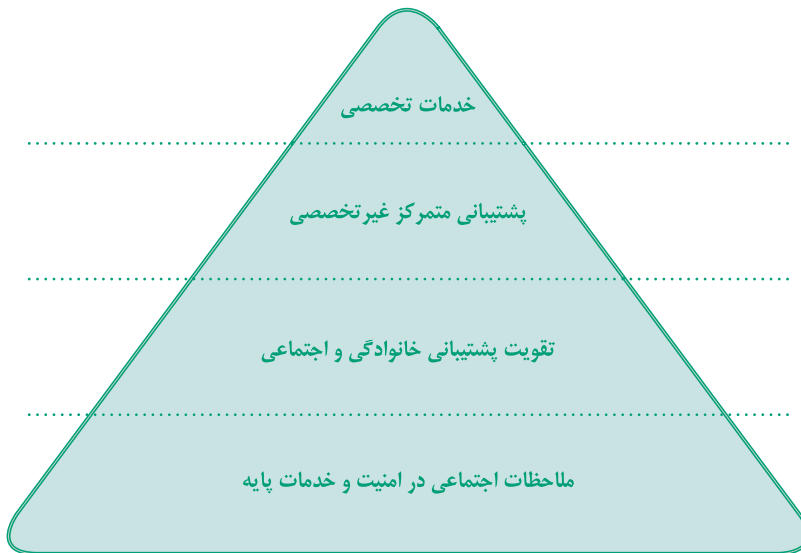
شاخص‌های کلیدی

- درصد خدمات مراقبت‌های ثانویه سلامت دارای کارکنان آموزش‌دیده و تحت نظارت و نظام‌های مدیریت شرایط سلامت روان.
- درصد خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت دارای کارکنان آموزش‌دیده و تحت نظارت و نظام‌های مدیریت شرایط سلامت روان.
- تعداد افراد شرکت‌کننده در فعالیت‌های پشتیبانی اجتماعی و خودیاری اجتماع.
- درصد کاربران خدمات سلامت دریافت‌کننده مراقبت برای شرایط سلامت روان.
- درصد افراد دریافت‌کننده مراقبت برای شرایط سلامت روان که بهبود کارکرد و کاهش علائم را گزارش می‌کنند.
- تعداد روزهایی که داروهای اساسی روان‌گردان در ۳۰ روز گذشته موجود نبودند.
- کمتر از ۴ روز

یادداشت‌های راهنما

پشتیبانی چندسطحی: بحران‌ها بر افراد به اشکال مختلف تأثیر می‌گذارند و لذا انواع گوناگون پشتیبانی ضرورت پیدا می‌کند. یکی از روش‌های کلیدی برای ساماندهی حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان عبارت است از تدوین نظام متشکل از لایه‌های پشتیبانی تکمیلی برای پاسخدهی به نیازهای متفاوت، مطابق با آنچه در شکل ذیل ترسیم شده است.





هرم پشتیبانی و خدمات چندلایه (شکل ۱): منبع مندرج در پانویس^۱

هرم مذکور نشانگر نحوه تکمیل اقدامات مختلف توسط یکدیگر می‌باشد. کلیه لایه‌های هرم اهمیت دارد و باید در مطلوب‌ترین حالت همراه و هم‌زمان با یکدیگر اجرا شود.

ارزیابی: میزان شرایط سلامت روان در هر بحران قابل ملاحظه است. مطالعات شیوع برای آغاز خدمات ضرورت ندارند. از رویکردهای مشارکتی سریع استفاده نمایید و در موارد ممکن، سلامت روان را در سایر ارزیابی‌ها ادغام نمایید. ارزیابی را به یک مسئله بالینی محدود نسازید.

پشتیبانی و خودیاری اجتماع: به جلب مشارکت مراقبین سلامت، رهبران و داوطلبین جهت قادر ساختن اعضای اجتماع شامل افراد در حاشیه به افزایش پشتیبانی اجتماعی و خودیاری بپردازید. فعالیت‌ها می‌توانند شامل ایجاد شرایط و فضاهای ایمن برای گفتگوی اجتماعی باشند.

کمک‌های اولیه روانشناسی: کمک‌های اولیه روانشناسی باید برای افراد در معرض رویدادهای همراه با آسیب بالقوه از جمله خشونت فیزیکی یا جنسی، مشاهده فجایع و تجربه مصدومیت‌های عمده موجود باشند. این کمک‌ها مداخله بالینی نیستند بلکه پاسخ‌دهی پایه، انسانی و حمایتی به درد و آلام می‌باشند و شامل شنیداری با دقت، ارزیابی نیازهای پایه و تضمین برآورده شدن آن‌ها و همچنین تشویق پشتیبانی اجتماعی و حمایت در برابر آسیب بیشتر خواهند بود. کمک‌های مذکور غیرتهاجمی و عاری از اجبار افراد به صحبت درباره ناآرامی خود هستند. پس از جلسه توجیهی مختصر، رهبران اجتماع، مراقبین سلامت و سایر افراد درگیر پاسخ‌دهی بشردوستانه می‌توانند کمک‌های اولیه روانشناسی را در اختیار افراد دچار ناآرامی قرار دهند. اگرچه کمک‌های اولیه روانشناسی باید به شکلی گسترده موجود باشند؛ اما پاسخ‌دهی کلی حمایت روانی-اجتماعی و سلامت روان نباید به این کمک‌ها محدود گردند.

تک جلسه گزارش‌گیری روانشناسی باعث ترویج خالی کردن درد و غم توسط افراد از طریق بیان مختصر؛ اما قاعده‌مند برداشت‌ها، افکار با واکنش‌های عاطفی تجربه‌شده در طی رویداد پراسترس اخیر توسط افراد می‌گردد. چنین جلساتی اصلاً اثربخش نخواهند بود و نباید برگزار گردند.

1. IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010)

سایر مداخلات روانشناسی: مراقبین غیر تخصصی سلامت می‌توانند مداخلات روانشناسی را برای افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از آسیب در صورتی ارائه کنند که تحت آموزش، نظارت و پشتیبانی مناسب قرار داشته باشند. این مداخلات شامل درمان شناختی رفتار یا درمان میان‌فردی می‌باشند.

مراقبت‌های سلامت روان بالینی: کلیه داوطلبین و کارکنان سلامت را درباره مراقبت‌های سلامت روان موجود توصیه نمایید. مراقبین سلامت را منطبق با شیوه‌نامه‌های شواهدمحور آموزش دهید و در موارد ممکن، مراقب حرفه‌ای سلامت روان را از جمله پرستار روان‌پزشکی به مراکز مراقبت‌های سلامت عمومی اضافه نمایید. فضای خصوصی را برای مشاوره تأمین کنید. ⊕ بگریه به منبع مندرج در پانویس^۱.

رایج‌ترین وضعیت‌های مراجعه شده به خدمات سلامت در شرایط بحران عبارت‌اند از روان‌پریشی یا پس‌پسوز^۲، افسردگی و سرع که وضعیت نورولوژیک است. سلامت روان مادران به علت تأثیرگذاری بالقوه آن بر مراقبت کودکان دغدغه‌ای خاص است.

دسته‌های سلامت روان را در نظام اطلاعات سلامت ادغام سازید. ⊕ بگریه به ضمیمه ۲: *فرم نمونه نظام مدیریت اطلاعات سلامت*.

داروهای اساسی روان‌گردان^۳: تأمین بدون وقفه داروهای اساسی روان‌گردان را با حداقل ۱ مورد از هر دسته درمانی (ضدپسپیکوز، ضدافسردگی، ضداضطراب، ضدسرع و داروهای مقابله با عوارض جانبی داروهای ضدپسپیکوز) ساماندهی کنید. ⊕ بگریه به منبع مندرج در پانویس^۴ و *استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی*.

حمایت از حقوق افراد مبتلا به وضعیت‌های سلامت روان: در طی بحران‌های بشردوستانه، افراد مبتلا به وضعیت‌های شدید سلامت روان در برابر موارد نقض حقوق بشر مانند آزار، بی‌توجهی، رها ماندن و نبود سرپناه، غذا یا مراقبت‌های پزشکی بسیار آسیب‌پذیرند. حداقل یک سازمان را به توجه به نیازهای افراد در مراکز اختصاص دهید.

گذار به پسابحران: بحران‌های بشردوستانه باعث افزایش درازمدت بسیاری از وضعیت‌های سلامت روان می‌گردند؛ بنابراین، برنامه‌ریزی برای افزایش پوشش ادامه‌دار درمان در مناطق متأثر ضروری است. این روند شامل تقویت نظام‌های ملی موجود سلامت روان و گسترش شمول گروه‌های در حاشیه (شامل پناهندگان) در این نظام‌ها می‌باشد. پروژه‌های الگویی که همراه با تأمین مالی کوتاه‌مدت برای شرایط بحران هستند را می‌توان به‌عنوان شواهد مفهومی و عوامل جذب پشتیبانی و منابع مالی بیشتر برای توسعه نظام سلامت روان اجرا نمود.

۶-۲ بیماری‌های غیرواگیر

نیاز به تمرکز بر بیماری‌های غیرواگیر در بحران‌های بشردوستانه نشانگر افزایش جهانی امید به زندگی همراه با عوامل خطر رفتاری مانند استعمال دخانیات و رژیم‌های غیر سالم غذایی است. حدود ۸۰ درصد موارد مرگ‌ومیر در کشورهای دارای درآمد پایین یا متوسط در اثر بیماری‌های غیرواگیر رخ می‌دهند و بحران‌ها باعث تشدید این مسئله می‌گردند.

به‌طور میانگین در هر جمعیت ۱۰ هزار نفر بزرگسال، ۱۵۰۰ الی ۳۰۰۰ نفر مبتلا به فشارخون و ۵۰۰ الی ۲۰۰۰ نفر مبتلا به دیابت هستند و سه الی هشت مورد حمله قلبی حاد در طی بازه زمانی معمول ۹۰ روزه اتفاق می‌افتد.

1. MhGAP Humanitarian Intervention Guide

2. psychosis

3. psychotropic

4. Interagency Emergency Health Kit for Suggested Psychotropic Medicines and Health Systems Standard 1.3: Essential Medicines and Medical Devices



بیماری‌ها متغیرند؛ اما اغلب شامل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی (شامل فشارخون، نارسایی قلبی، ایست قلبی)، بیماری مزمن کلیوی، بیماری مزمن ریوی (مانند آسم و بیماری مزمن انسدادی ریوی) و سرطان می‌باشند.

در پاسخ‌دهی اولیه، مشکلات حاد را باید مدیریت نمود و از توقف درمان اجتناب کرد و برنامه‌های جامع را پیگیری نمود. مراقبت‌های تسکینی و سلامت روان به‌طور خاص در بخش‌های زیر تشریح شده‌اند: *استانداردهای ۵-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت؛ مراقبت‌های سلامت روان و استاندارد ۷-۲: مراقبت‌های تسکینی.*

استاندارد ۶-۲ بیماری‌های غیرواگیر:

مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر

افراد به برنامه‌های پیشگیری، موارد تشخیصی و درمان‌های اساسی مشکلات حاد و مدیریت درازمدت بیماری‌های غیرواگیر دسترسی دارند.

اقدامات کلیدی

۱. نیازهای سلامت بیماری‌های غیرواگیر را شناسایی نمایید و موجودیت خدمات را پیش از بحران تحلیل کنید.
 - گروه‌های دارای نیازهای اولویت‌دار را شامل موارد در معرض مشکلات تهدیدکننده جان از جمله دیابت وابسته به انسولین یا آسم شدید شناسایی کنید.
۲. برنامه‌ها با رویکرد مقطع‌دار را بر مبنای اولویت‌های نجات‌بخش و تسکین درد و آرام اجرا کنید.
 - اطمینان حاصل کنید که بیماران دارای تشخیص مشکلات تهدیدکننده جان (به‌عنوان مثال، حمله شدید آسم، کتواسیدوز دیابتی^۱) از مراقبت‌های مناسب برخوردارند. در صورت عدم موجود بودن مراقبت‌های مناسب، مراقبت‌های تسکینی و حمایتی ارائه کنید.
 - از توقف ناگهانی درمان برای بیماران تشخیص داده‌شده، پیش از بحران اجتناب نمایید.
۳. مراقبت‌های بیماری‌های غیرواگیر را در نظام سلامت در کلیه سطوح ادغام نمایید.
 - نظام ارجاع را برای مدیریت مشکلات حاد و موارد پیچیده در مراقبت‌های ثانویه یا ثالث و مراقبت تسکینی و حمایتی ایجاد نمایید.
 - بیماران را برای پاسخ‌دهی تغذیه یا امنیت غذایی در موارد ممکن ارجاع دهید.
۴. برنامه‌های ملی آمادگی را برای بیماری‌های غیرواگیر تهیه کنید.
 - اقلام و داروهای اساسی را پیش از بحران یا در قالب برنامه‌ریزی اقتضایی در نظر بگیرید.
 - داروها و دستورالعمل‌های اضافی ضروری را در زمینه محل دسترسی به مراقبت‌های فوری در صورت رخداد بحران برای افراد بیمار آماده کنید.

1. ketoacidosis

شاخص‌های کلیدی

درصد مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت تأمین‌کننده مراقبت برای بیماری‌های غیرواگیر اولویت‌دار.

تعداد روزهای موجود نبودن داروهای اساسی برای بیماری‌های غیرواگیر در ۳۰ روز گذشته.

▪ کمتر از چهار روز.

تعداد روزهایی که تجهیزات اساسی برای بیماری‌های غیرواگیر در ۳۰ روز گذشته موجود (یا آماده کار) نبودند.

▪ کمتر از چهار روز.

کلیه مراقبین سلامت ارائه‌کننده درمان بیماری‌های غیرواگیر که در حوزه مدیریت بیماری‌های غیرواگیر آموزش دیده‌اند.

یادداشت‌های راهنما

ارزیابی نیازها و خطر برای شناسایی بیماری‌های غیرواگیر اولویت‌دار: مطابق با شرایط و مقطع بحران طراحی نمایید. این مسئله می‌تواند شامل بررسی سوابق، استفاده از داده‌های پیش از بحران و اجرای پیمایش‌های خانوار یا ارزیابی اپیدمیولوژیک با پیمایش میان‌بخشی باشد. داده‌های مرتبط را با بروز و شیوع بیماری غیرواگیر خاص جمع‌آوری کنید و نیازهای تهدیدکننده جان افراد یا شرایط شدیداً علامت‌دار^۱ را شناسایی نمایید.

استفاده و موجودیت خدمات پیش از بحران را مخصوصاً برای موارد پیچیده‌ای مانند سرطان یا بیماری کلیوی مزمن با هدف ارزیابی انتظارات و ظرفیت نظام سلامت در موقعیت مورد تحلیل قرار دهید. هدف میان‌مدت تا درازمدت عبارت است از پشتیبانی و فعال‌سازی مجدد این خدمات.

نیازهای درمان پیچیده: استمرار مراقبت را برای بیماران دارای نیازهای پیچیده مانند دیالیز کلیوی، پرتودرمانی^۲ و شیمی‌درمانی در صورت امکان تأمین کنید. اطلاعات صریح و قابل‌دسترس را درباره مسیرهای ارجاع ارائه نمایید. امکان ارجاع را برای مراقبت‌های تسکینی در صورت موجود بودن تأمین کنید.  بنگرید به *استاندارد ۷-۲ مراقبت‌های اساسی سلامت: مراقبت‌های تسکینی*.

ادغام مراقبت‌های بیماری‌های غیرواگیر در نظام سلامت: اطلاعات پایه را برای بیماری‌های غیرواگیر در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت مطابق با استانداردهای ملی یا راهکارهای بین‌المللی بحران در صورت نبود استانداردهای ملی فراهم کنید.

با اجتماعات در راستای بهبود موارد ارجاع و ردیابی به‌نگام همکاری نمایید. مراقبین سلامت اجتماعی را در مراکز مراقبت‌های اولیه ادغام کنید و با رهبران اجتماع، شفا دهندگان سنتی و بخش خصوصی به تعامل بپردازید. خدمات یاری‌رسانی می‌توانند مراقبت‌های سلامت را برای بیماری‌های غیرواگیر به جمعیت‌های در انزوا تأمین کنند.

نظام اطلاعات سلامت موجود را با موقعیت بحران مطابقت دهید یا نظام جدیدی را برای ادغام پایش بیماری‌های

1. symptomatic
2. radiotherapy



اصلی غیرواگیر (فشارخون، دیابت، آسم، بیماری مزمن انسداد ریوی^۱، بیماری اسکیمی قلب^۲ و صرع) تدوین نمایید. ⊕
 بنگرید به استاندارد نظام‌های سلامت ۵-۱: اطلاعات سلامت و ضمیمه ۲.

تجهیزات پزشکی و داروها: فهرست ملی تجهیزات و داروهای اساسی را شامل فناوری‌ها و تست‌های اصلی آزمایشگاهی برای مدیریت بیماری‌های غیرواگیر بررسی نمایید. بر فرم مراقبت‌های اولیه سلامت تمرکز داشته باشید. ⊕
 بنگرید به استاندارد ۳-۱ نظام‌های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی. در صورت نیاز، به مطالبه‌گری برای گنجاندن تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی مطابق با راهکارهای بین‌المللی بحران در خصوص بیماری‌های غیرواگیر بپردازید. دسترسی را برای تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی در سطوح مناسب مراقبت فراهم سازید. بسته‌های داروهای غیرواگیر را می‌توان همراه با بسته‌های سلامت میان‌سازمانی برای مراحل اولیه بحران به‌منظور افزایش موجودیت تجهیزات و داروهای اساسی به‌کار برد. از این بسته‌ها برای تأمین اقلام درازمدت استفاده نکنید.

آموزش: به کلیه سطوح کارکنان بالینی در خصوص مدیریت موردی بیماری‌های غیرواگیر و همچنین تمامی کارکنان در زمینه مدیریت بیماری‌های غیرواگیر اولویت‌دار شامل دستورالعمل استاندارد در زمینه ارجاع آموزش دهید. ⊕
 به استاندارد ۲-۱ نظام‌های سلامت: نیروی کار مراقبت‌های سلامت.

آموزش و ترویج سلامت: اطلاعات را درباره خدمات بیماری‌های غیرواگیر و محل دسترسی به مراقبت فراهم نمایید. اطلاعات باید قابل دسترس همگان ازجمله سالمندان و افراد دارای معلولیت به‌منظور ترویج رفتارهای سالم، اصلاح عوامل خطر و بهبود خودمراقبتی و پایبندی به درمان باشد. رفتارهای سالم می‌توانند به‌عنوان مثال شامل فعالیت جسمانی منظم یا کاهش مصرف الکل و تنباکو باشند. با بخش‌های مختلف اجتماع برای تهیه پیام‌ها و راهبردهای توزیع همکاری نمایید تا آن‌ها مناسب با سن، جنس و فرهنگ محیط باشند. راهبردهای کنترل و پیشگیری را متناسب با شرایط با در نظر گرفتن محدودیت‌هایی مانند تأمین غذای محدود یا ازدحام جمعیتی مطابقت دهید.

برنامه‌های پیشگیری و آمادگی: مدیریت بیماری‌های غیرواگیر را در برنامه‌های ملی سوانح و بحران‌ها ادغام نمایید تا مختص بودن آن‌ها را به انواع گوناگون مراکز مراقبت‌های سلامت (به‌عنوان مثال، مراکز مراقبت کوچک یا بیمارستان‌های اصلی دارای واحدهای دیالیز) تضمین کنید. مراکز سلامت در موقعیت‌های بی‌ثبات یا مستعد سوانح باید برای تأمین خدمات بیماری‌های غیرواگیر آماده‌سازی شوند.

فهرست بیماران دارای شرایط پیچیده و نیازهای اساسی را تهیه کنید و شیوه‌نامه‌های استاندارد عملیاتی را برای ارجاع آن‌ها در صورت رخداد بحران تدوین نمایید.

۷-۲ مراقبت تسکینی

مراقبت‌های تسکینی عبارت‌اند از پیشگیری و رفع درد و آلام مرتبط با مراقبت‌های پایان زندگی. این مراقبت‌ها شامل شناسایی، ارزشیابی و درمان درد و همچنین سایر نیازهای جسمانی، روانی-اجتماعی و معنوی هستند. مراقبت‌های فیزیولوژیک، روان‌شناختی و معنوی را صرفاً بر مبنای درخواست بیمار یا خانواده ادغام کنید و نظام‌های حمایتی را برای کمک به بیماران، خانواده‌ها و مراقبین ایجاد سازید. این گونه مراقبت‌های پایان زندگی باید فارغ از عوامل بیماری تأمین گردند.

1. chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
2. ischemic heart disease

استاندارد ۷-۲ مراقبت‌های تسکینی:

مراقبت‌های تسکینی

افراد به مراقبت‌های تسکینی و پایان زندگی دسترسی دارند و این مراقبت‌ها باعث رفع درد و آلام، حداکثرسازی آسایش، کرامت و کیفیت زندگی بیماران و پشتیبانی از اعضای خانواده می‌گردند.

اقدامات کلیدی

- ۱ سیاست‌ها و راهکارها را برای پشتیبانی از مراقبت‌های منسجم تسکینی تأمین نمایید.
 - راهکارهای ملی یا بین‌المللی را برای کنترل درد و علائم در مراکز مراقبت‌های سلامت ادغام کنید.
 - راهکارهای تریاژ را بر مبنای وضعیت پزشکی و پیش‌آگهی بیمار و همچنین موجود بودن منابع تدوین نمایید.
- ۲ برنامه مراقبت را تأمین کنید و به بیماران در حال فوت، مراقبت‌های تسکینی ارائه کنید.
 - تسکین درد و حفظ کرامت را در حین فوت به‌عنوان حداقل مداخله در شرایط بحران حاد تضمین کنید.
 - شناخت بیمار یا خانواده را نسبت به وضعیت و همچنین دغدغه‌ها، ارزش‌ها و باورهای فرهنگی آن‌ها بررسی نمایید.
- ۳ مراقبت‌های تسکینی را در کلیه سطوح نظام سلامت ادغام سازید.
 - شبکه‌های قدرتمند ارجاع را برای تأمین استمرار پشتیبانی و مراقبت ایجاد کنید.
 - مدیریت اجتماع‌محور را همراه با مراقبت‌های خانگی اولویت‌بندی کنید.
- ۴ مراقبین سلامت را در زمینه فراهم ساختن مراقبت‌های تسکینی شامل کنترل درد و علائم و حمایت‌های روانی-اجتماعی و سلامت روان آموزش دهید.
 - استانداردهای ملی یا استانداردهای بین‌المللی را در شرایط نبود استانداردهای ملی برآورده سازید.
- ۵ تجهیزات و اقلام پزشکی اساسی را تأمین نمایید.
 - داروهای تسکینی و تجهیزات مناسب پزشکی را مانند سوند و پوشک بی‌اختیاری در مراکز مراقبت‌های سلامت ذخیره‌سازی کنید.
 - به مقررات داروهای کنترل‌شده که باعث تأخیر موجودیت داروهای اساسی می‌گردند، توجه کنید.
- ۶ با نظام‌ها و شبکه‌های محلی در راستای پشتیبانی از بیماران، مراقبین و خانواده‌ها هم در اجتماع و هم در منزل همکاری نمایید.

شاخص‌های کلیدی

تعداد روزهای موجود نبودن داروهای اساسی مراقبت‌های تسکینی در ۳۰ روز گذشته.

- کمتر از چهار روز.

درصد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص کنترل پایه علائم و درد یا مراقبت‌های تسکینی در هر مرکز سلامت، بیمارستان، درمانگاه سیار و بیمارستان صحرایی.



درصد بیماران شناسایی شده به عنوان افراد دارای نیاز در نظام مراقبت های سلامت که از مراقبت های پایان زندگی برخوردار شده اند.

یادداشت های راهنما

کنشگران بخش مراقبت های بشردوستانه باید نسبت به روش های محلی تصمیمات پزشکی و ارزش های محلی مرتبط با بیماری، درد و مرگ و میر آگاه باشند و این روش ها را رعایت نمایند. کاهش درد مهم است و بیماران در حال مرگ باید از مراقبت های معطوف به ایجاد آسایش هم در موارد بیماری های ناشی از مصدومیت های مرگبار و هم در بیماری های عفونی یا سایر عوامل برخوردار گردند.

تدوین برنامه مراقبت: بیماران مرتبط را شناسایی کنید و به حق آن ها نسبت به تصمیم گیری آگاهانه درباره مراقبت های خود احترام بگذارید. اطلاعات بدون سوگیری را در اختیار آنان قرار دهید و به نیازها و انتظارات آن ها توجه کنید. برنامه مراقبت باید مورد توافق قرار بگیرد و بر مبنای ترجیحات بیمار باشد. دسترسی را به حمایت های روانی-اجتماعی و سلامت روان فراهم سازید.

موجود بودن داروها: برخی از داروهای مراقبت تسکینی مانند تسکین درد در پودمان های پایه و تکمیلی بسته میان سازمانی سلامت در بحران و فهرست داروهای اساسی لحاظ شده اند. بسته های میان سازمانی سلامت در بحران برای مقاطع اولیه بحران مفید هستند؛ اما مناسب شرایط طولانی مدت که نیازمند ایجاد نظام های پایدارتر هستند، نمی باشند. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۳-۱ نظام های سلامت: تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی و مآخذ و منابع بیشتر*.

خانواده، اجتماع و پشتیبانی اجتماعی: با سایر بخش ها در راستای توافق بر سر مسیر ارجاع برای بیماران و خانواده های آن ها برای فراهم سازی پشتیبانی یکپارچه، هماهنگی نمایید. این امر شامل موارد زیر است: دسترسی به سازمان ها یا نظام های ملی اجتماعی و رفاهی ارائه کننده کمک در ساختن سرپناه، بسته های بهداشت فردی و کرامت، کمک نقدی، حمایت روانی-اجتماعی و سلامت روان و معاضدت حقوقی برای تضمین پاسخ دهی به نیازهای اساسی روزانه.

با بخش های مربوطه برای ردیابی خانواده های جداسده هماهنگی نمایید تا بیماران بتوانند با آن ها در ارتباط باشند.

با شبکه های موجود مراقبت های اجتماع که اغلب دارای تسهیلگران آموزش دیده مراقبت های خانگی و مددکاران روانی-اجتماعی هستند به منظور تأمین پشتیبانی بیشتر از بیماران و اعضای خانواده و کمک به فراهم سازی مراقبت های خانگی در صورت نیاز (از جمله برای افراد در حال زندگی با آج آی وی) همکاری کنید.

پشتیبانی معنوی: تمامی پشتیبانی ها باید بر مبنای درخواست های بیمار یا خانواده باشند. با رهبران اعتقادی محلی در راستای شناسایی ارائه کنندگان مراقبت های معنوی دارای باورها و اعتقادات مشترک با بیمار همکاری نمایید. این خدمت دهندگان می توانند در قالب منبعی برای بیماران، مراقبین و کنشگران بشردوستانه اقدام کنند.

رهبران اعتقادی محلی را با اصول کلیدی پشتیبانی روانی-اجتماعی در خصوص بیمارانی که در معرض مشکلات عمده سلامت هستند، آشنا سازید.

سازوکارهای قابل اطمینان را برای ارجاع دوجانبه مابین نظام مراقبت های سلامت و رهبران معنوی برای بیماران، مراقبین یا اعضای خانواده درخواست کننده ایجاد نمایید.

از رویه های خاک سپاری ایمن و همراه با کرامت با همکاری اجتماع محلی مطابق با راهکارهای ملی یا بین المللی پشتیبانی نمایید. ⊕ بنگرید به *استاندارد ۱-۱ نظام های سلامت: ارائه مراقبت های سلامت*.

ضمیمه ۱

چک لیست ارزیابی سلامت

آماده سازی

- اطلاعات موجود را در زمینه جمعیت متأثر از بحران کسب نمایید.
- نقشه ها، عکس های هوایی یا تصاویر ماهواره ای داده های سامانه اطلاعات جغرافیایی موجود را در خصوص منطقه متأثر جمع آوری کنید.
- داده های جمعیتی، اداری و سلامت را کسب کنید.

امنیت و دسترسی

- امکان رخداد مخاطرات مستمر طبیعی یا انسان ساز را تعیین کنید.
- وضعیت کلی امنیتی را شامل حضور نیروهای مسلح مشخص سازید.
- دسترسی سازمان های بشردوستانه را به جمعیت متأثر از بحران مشخص نمایید.

ویژگی ها جمعیتی و ساختار اجتماعی

- اندازه جمعیت متأثر از بحران را به تفکیک جنس، سن و معلولیت تعیین کنید.
- گروه های در معرض خطر فزاینده را از جمله زنان، کودکان، سالمندان، افراد دارای معلولیت، افراد در حال زندگی با آج آوی یا گروه های در حاشیه شناسایی نمایید.
- اندازه خانوار متوسط را تعیین کنید و تعداد خانوار زن سرپرست و کودک سرپرست را تخمین بزنید.
- هنجارهای جنسیتی و ساختار اجتماعی موجود را شامل موقعیت های مقامات مسئول و یا تأثیرگذاری در اجتماع و خانوار مشخص کنید.

پیشینه اطلاعات سلامت

- مشکلات سلامت موجود را در منطقه متأثر از بحران پیش از وقوع بحران شناسایی کنید.
- مشکلات سلامت از پیش موجود را در کشور مبدأ پناهندگان یا منطقه مبدأ برای بیجاشدگان داخلی شناسایی کنید.
- خطرات موجود را برای سلامت از جمله موارد بالقوه همه گیری شناسایی نمایید.
- موانع موجود و از پیش موجود را برای مراقبت های سلامت، هنجارهای اجتماعی و باورها شامل رویه های مثبت و منفی شناسایی کنید.
- منابع پیشینه مراقبت سلامت را شناسایی نمایید.
- ابعاد گوناگون نظام سلامت و عملکرد آن را تحلیل کنید. ⊕ بنگرید به استانداردهای ۱-۱ الی ۱-۵ نظام های سلامت.

میزان مرگ و میر

- میزان خام مرگ و میر را محاسبه نمایید.



- میزان مرگ‌ومیر مختص سن را (مانند میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال) محاسبه کنید.
- میزان مرگ‌ومیر مختص علت را محاسبه کنید.
- میزان مرگ‌ومیر نسبی را محاسبه نمایید.

میزان ابتلا به بیماری

- میزان بروز وضعیت‌های کلی سلامت دارای اهمیت بر سلامت عمومی را تعیین کنید.
- میزان بروز بیماری مختص سن و جنس افراد و شرایط کلی سلامت آن‌ها را در صورت امکان مشخص نمایید.

منابع موجود

- ظرفیت وزارت بهداشت کشور متأثر از بحران را تعیین نمایید.
- وضعیت مراکز ملی سلامت را شامل تعداد کل مراقبت‌های ارائه‌شده به تفکیک نوع آن‌ها، میزان خسارت زیرساختی و دسترسی تعیین کنید.
- تعداد و مهارت‌های مراقبین سلامت موجود را مشخص کنید.
- سازوکار تأمین مالی و بودجه‌های موجود سلامت را مشخص نمایید.
- ظرفیت و وضعیت کارکردی برنامه‌های موجود سلامت عمومی را مانند برنامه گسترده ایمن‌سازی معلوم کنید.
- موجود بودن شیوه‌نامه‌های استاندارد شده، تجهیزات پزشکی و داروهای اساسی و نظام‌های تدارکاتی را مشخص سازید.
- وضعیت نظام‌های موجود ارجاع را معلوم کنید.
- سطح استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت را در مراکز سلامت مشخص نمایید.
- وضعیت نظام موجود اطلاعات سلامت را معلوم نمایید.

داده‌ها از سایر بخش‌های مرتبط

- وضعیت تغذیه.
- شرایط زیست‌محیطی و آفاب.
- سبب غذایی و امنیت غذایی.
- سرپناه — کیفیت سرپناه.
- آموزش — آموزش سلامت و بهداشت فردی.

ضمیمه ۲

نمونه فرم‌های گزارش دهی هفتگی مراقبت

۱-۲ فرم مراقبت مرگومیر (تجمع شده)*

مرکز: _____ تاریخ از دوشنبه [شنبه]: _____ تا یکشنبه [جمعه]: _____
 کل جمعیت در ابتدای این هفته: _____ مرگومیر این هفته: _____
 تعداد تولد در این هفته: _____ خروجی‌های این هفته: _____
 ورودی‌های این هفته (در موارد مربوطه): _____ کل جمعیت در پایان این هفته: _____
 کل جمعیت زیر پنج سال: _____

جمع کل	بیش از پنج سال		زیر پنج سال		
	زن	مرد	زن	مرد	
					عامل اولیه
					عفونت تنفسی تحتانی حاد
					وبا (موارد مشکوک)
					اسهال - خونی
					اسهال - آبکی
					مصدومیت - غیر تصادفات
					مالاریا
					مرگومیر مادران - مستقیم
					سرخک
					مننژیت (موارد مشکوک)
					نوزادان (زیر ۲۸ روز)
					سایر موارد
					موارد ناشناخته
					جمع کل به تفکیک سن و جنس



جمع کل		بیش از پنج سال		زیر پنج سال	
				عامل زمینه‌ای	
				ایندز (موارد مشکوک)	
				سوء تغذیه	
				مرگومیر مادران - غیرمستقیم	
				بیماری‌های غیرواگیر (مشخص نمایید)	
				سایر موارد	
				جمع کل به تفکیک سن و جنس	

* این فرم در موارد بالا بودن مرگومیر به کار می‌رود و بنابراین، اطلاعات تفصیلی درباره مرگومیر اشخاص را نمی‌توان بنا به محدودیت‌های زمانی جمع‌آوری نمود.

- سایر عوامل مرگومیر را می‌توان مطابق با شکل اپیدمیولوژیک و موقعیت اضافه نمود.

- سن را می‌توان در صورت امکان بیشتر تفکیک نمود: به عنوان مثال: زیر ۱۱ ماه، یک الی چهار ساله، پنج الی ۱۴ ساله، ۱۵ الی ۴۹ ساله، ۵۰ الی ۵۹ ساله، ۶۰ الی ۶۹ ساله، ۷۰ الی ۷۹ ساله، ۸۰ ساله به بالا.

- مرگومیر نباید صرفاً از مراکز سلامت گزارش گردند بلکه گزارش‌های رهبران مذهبی و محلی، کارکنان اجتماع، گروه‌های زنان و بیمارستان‌های ارجاع نیز باید گنجانده شوند.

- در موارد ممکن، تعاریف موردی باید در پشت فرم ذکر شوند.

۲-۲ فرم مراقبت مرگومیر (سوابق شخصی)*

محل: _____
 تاریخ از دوشنبه [شنبه]: _____ تا یکشنبه [جمعه]: _____
 کل جمعیت در ابتدای این هفته: _____
 تعداد تولد در این هفته: _____ مرگومیر این هفته: _____
 ورودی‌های این هفته (در موارد مربوطه): _____ خروجی‌های این هفته: _____
 کل جمعیت در پایان این هفته: _____ کل جمعیت زیر پنج سال: _____

ردیف	جنس (مرد، زن)	سن (روزها، ماه‌ها، سال‌ها)	عامل مستقیم مرگ‌ومیر										عامل زمینه‌ای									
			عفونت تحتانی تنفسی حاد	وبا (موارد مشکوک)	اسهال – خونی	اسهال – آبکی	مصدومیت – غیر تصادفات	مالاریا	مرگ‌ومیر مادران – مستقیم	سرخک	مننژیت (موارد مشکوک)	نوزادان (صفر الی ۲۸ روز)	بیماری‌های غیرواکسیر (مشخص کنید)	سایر موارد (مشخص کنید)	ناشناخته	ایدز (موارد مشکوک)	سوء تغذیه	مرگ‌ومیر مادران (غیر مستقیم)	سایر موارد (مشخص کنید)	تاریخ (روز / ماه / سال)	جانمایی در محل (مانند شماره واحد)	فوت‌شده در بیمارستان یا در منزل
۱																						
۲																						
۳																						
۴																						
۵																						
۶																						
۷																						
۸																						

* این فرم در شرایطی به کار می‌رود که وقت کافی برای ثبت داده‌ها در خصوص مرگومیر افراد موجود باشد و امکان تحلیل را برحسب سن، جانمایی و میزان استفاده از مرکز فراهم می‌نماید.
 - فراوانی گزارش‌دهی (روزانه یا هفتگی) بستگی به تعداد مرگومیر دارد.
 - سایر عوامل مرگومیر را می‌توان مطابق با موقعیت اضافه نمود.
 - مرگومیر نباید صرفاً از مراکز سلامت گزارش گردد بلکه گزارش‌های رهبران مذهبی و محلی، کارکنان اجتماع، گروه‌های زنان و بیمارستان‌های ارجاع نیز باید گنجانده شوند.
 - سن را می‌توان در صورت امکان بیشتر تفکیک نمود: به‌عنوان مثال: زیر ۱۱ ماه، ۱ الی ۴ ساله، ۵ الی ۱۴ ساله، ۱۵ الی ۳۹ ساله، ۵۰ الی ۵۹ ساله، ۶۰ ساله و بالاتر.



۳.۲ نمونه فرم گزارش دهی هشدار، هوشیاری و پاسخ‌دهی بهنگام

این فرم در فاز حاد بحران و بالا بودن خطر رویدادهای سلامت عمومی از جمله آسیب، مسمومیت یا طغیان بیماری‌های مستعد همه‌گیری به کار می‌رود.

تاریخ از دوشنبه [شنبه]: ----- تا یکشنبه [جمعه]: -----

شهر / روستا / سکونتگاه / اردوگاه: -----

استان: ----- منطقه: -----

ناحیه: ----- نام مرکز: -----

بستری - سرپایی - مرکز سلامت - درمانگاه سیار: -----

نهاد / نهادهای پشتیبان: -----

کارشناس گزارشگر و شماره تماس: -----

جمعیت کل: ----- کل جمعیت زیر پنج سال: -----

الف. داده‌های تجميع شده هفتگی

موارد جدید:	ابتلا به بیماری		مرگ‌ومیر		جمع کل
	زیر پنج سال	پنج سال و بالاتر	زیر پنج سال	پنج سال و بالاتر	
تعداد کل موارد پذیرش					
تعداد کل مرگ‌ومیر					
عفونت تنفسی حاد					
اسهال آبکی حاد					
اسهال خونی حاد					
مالاریا - موارد مشکوک / قطعی					
سرخک					
مننژیت - موارد مشکوک					
سندروم تب هموراژیک حاد					
سندروم زردی حاد					
فلج شل حاد					
کزاز					
سایر تب‌ها حداقل ۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد					
آسیب					
مسمومیت شیمیایی					
سایر موارد					
جمع کل					

- بیش از یک تشخیص ممکن است و مهم‌ترین باید ثبت گردد. هر مورد فقط باید یک‌بار شمرده شود.

- فقط مواردی را که در طی هفته ارائه مراقبت دیده شدند (یا موارد مرگ‌ومیر که رخ دادند) لحاظ نمایید.

- در صورت نداشتن مورد یا مرگ‌ومیر در طی هفته برای یکی از سندروم‌های مندرج در فرم، «صفر / ۰» را منظور کنید.

- موارد مرگ‌ومیر فقط باید در بخش مرگ‌ومیر و نه در بخش ابتلا به بیماری گزارش شوند.

- تعاریف موردی برای هر وضعیت تحت مراقبت باید پشت این فرم نگاشته شوند.

- عوامل ابتلا به مرگ‌ومیر را می‌توان مطابق با خطرسنجی و اپیدمیولوژی بیماری اضافه یا حذف نمود.

- هدف دیده‌بانی هشدار و پاسخ‌دهی بهنگام درواقع ردیابی بهنگام رویدادهای سلامت عمومی نیازمند پاسخ‌دهی فوری است.

- داده‌ها در خصوص وضعیت‌هایی مانند سوءتغذیه را باید از طریق پیمایش‌ها (شیوع بیماری) بجای مراقبت (بروز بیماری) کسب نمود.

ب. هشدار طغیان بیماری

در موارد شک به هر یک از بیماری‌های زیر، لطفاً بیشترین میزان اطلاعات را درباره زمان، مکان و تعداد موارد و مرگ‌ومیر از طریق تماس یا پیامک به شماره ----- یا رایانامه ----- اطلاع دهید: وبا، شیگلوز، سرخک، فلج اطفال، حصبه، کزاز، هپاتیت آ یا ای، تب دنگی، مننژیت، سیاه‌سرفه، تب هموراژیک و مسمومیت شیمیایی. این فهرست بیماری‌ها بسته به اپیدمیولوژی بیماری در کشور متغیر خواهد بود.



۲.۲ نمونه فرم گزارش دهی مراقبت نظام اطلاعات مدیریت سلامت معمول

مرکز: _____

تاریخ از دوشنبه [شنبه]: _____ تا یکشنبه [جمعه]: _____

کل جمعیت در ابتدای این هفته / ماه: _____

تعداد تولد در این هفته / ماه (در موارد مربوطه): _____ مرگ و میر این هفته / ماه: _____

ورودی‌های این هفته / ماه (در موارد مربوطه): _____

خروجی‌های این هفته / ماه: _____

کل جمعیت در پایان این هفته / ماه: _____

کل جمعیت زیر پنج سال: _____

ابتلا به بیماری		زیر پنج سال (موارد جدید)		پنج سال و بالاتر (موارد جدید)		جمع کل		موارد تکراری	
تشخیص		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
عفونت تنفسی حاد									
اسهال آبکی حاد									
اسهال خونی حاد									
مالاریا - موارد مشکوک / قطعی									
سرخک									
مننژیت									
سندروم تب هموراژیک حاد									
سندروم زردی حاد									
فلج شل حاد									
کزاز									
سایر موارد تب حداقل ۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد									
اچ‌ای وی / ایدز									
بیماری‌های چشم									
بیماری‌های پوستی									
سوء تغذیه حاد									

ابتلا به بیماری		زیر پنج سال (موارد جدید)		پنج سال و بالاتر (موارد جدید)		جمع کل		موارد تکراری	
تشخیص	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	مرد	زن
عفونت‌های منتقله از تماس جنسی									
بیماری زخم تناسلی									
ترشح مجرای ادراری مردان									
ترشح واژینال									
بیماری التهاب لگن									
ورم ملتحمه نوزادان									
سفلیس مادرزادی									
بیماری‌های غیرواگیر									
فشارخون									
بیماری قلبی ایسکمیک									
دیابت									
آسم									
بیماری انسدادی ریوی مزمن									
صرع									
سایر بیماری‌های غیرواگیر مزمن									
سلامت روان									
مصرف الکل یا سایر مواد اعتیادآور									
معلولیت ذهنی و اختلالات رشدی									
اختلالات روان‌پریشی (شامل اختلال دوقطبی)									
زوال عقلی یا هذیان									



ابتلا به بیماری		زیر پنج سال (موارد جدید)		پنج سال و بالاتر (موارد جدید)		جمع کل		موارد تکراری
تشخیص		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
افسردگی / اختلال عاطفی متوسط - شدید								
شکایات بدنی بدون توضیح پزشکی								
خودآسیبی (شامل تلاش برای خودکشی)								
سایر شکایات روانشناسی								
مصدومیت‌ها								
مصدومیت جدی سر / نخاع								
مصدومیت جدی تنه								
مصدومیت جدی اندام‌ها								
مصدومیت متوسط								
مصدومیت جزئی								
جمع کل								

سن را می‌توان در صورت امکان بیشتر تفکیک نمود: به عنوان مثال: زیر ۱۱ ماه، ۱ الی ۴ ساله، ۵ الی ۱۴ ساله، ۱۵ الی ۴۹ ساله، ۵۰ الی ۵۹ ساله، ۶۰ ساله و بالاتر.

ضمیمه ۳

فرمول‌های محاسبه شاخص‌های کلیدی سلامت

میزان خام مرگ‌ومیر

تعریف: میزان مرگ‌ومیر در کل جمعیت شامل هم زنان و هم مردان در کلیه سنین.

فرمول:

$$\text{تعداد کل مرگ‌ومیر در طی بازه زمانی} \\ \text{جمعیت در معرض خطر در نیمه بازه زمانی} \times \\ \text{تعداد روزها در بازه زمانی}$$

میزان مرگ‌ومیر زیر پنج سال

تعریف: میزان مرگ‌ومیر میان کودکان زیر پنج سال در جمعیت.

فرمول:

$$\text{تعداد کل مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال} \\ \text{در بازه زمانی} \\ \text{تعداد کل کودکان زیر پنج سال} \times \\ \text{تعداد روزها در بازه زمانی}$$

میزان شیوع

تعریف: تعداد موارد جدید بیماری که طی بازه زمانی خاص در جمعیت در معرض خطر ابتلا به بیماری رخ می‌دهد.

فرمول:

$$\text{تعداد موارد جدید ناشی از بیماری خاص در بازه زمانی} \\ \text{جمعیت در معرض خطر ابتلا به بیماری} \times \text{نفر / ماه} \\ \text{تعداد ماه‌ها در بازه زمانی}$$

میزان کشندگی موردی

تعریف: تعداد افراد فوتی در اثر بیماری تقسیم بر تعداد افراد مبتلا به بیماری.

فرمول:

$$\text{تعداد افراد فوتی در اثر بیماری در بازه زمانی} \\ \text{تعداد افراد مبتلا به بیماری در بازه زمانی} \times 100 = \%$$



میزان استفاده از مرکز سلامت

تعریف: تعداد ویزیت‌های سرپایی به ازای هر فرد در سال. در صورت امکان، مابین ویزیت‌های جدید و ویزیت‌های قدیم تمایز قائل شوید. ویزیت‌های **جدید** باید برای محاسبه میزان استفاده گردند. بالین وجود، اغلب تمایز مابین ویزیت‌های جدید و قدیم دشوار است و باید آن‌ها را مکرراً به‌عنوان ویزیت‌های کلی در طی بحران ترکیب نمود.

فرمول:

$$\frac{\text{تعداد ویزیت‌ها در هفته}}{\text{کل جمعیت}} \times 52 \text{ هفته} = \text{ویزیت‌ها / فرد / سال}$$

تعداد مشاوره‌ها به ازای هر کارشناس بالینی در روز

تعریف: تعداد متوسط کل مشاوره‌ها (موارد جدید و تکراری) معاینه شده توسط هر کارشناس بالینی در روز.

فرمول:

$$\frac{\text{تعداد کل مشاوره‌ها در یک هفته}}{\text{تعداد کارشناسان بالینی معادل تمام‌وقت}^* \text{ در مرکز سلامت}} + \text{تعداد روزهای باز بودن مرکز سلامت در هفته}$$

* «معادل تمام‌وقت» عبارت است از معادل تعداد کارشناسان بالینی مشغول کار در مرکز سلامت. به‌عنوان مثال، چنانچه شش کارشناس بالینی در بخش سرپایی مشغول کار باشند؛ اما ۳ نفر از آن‌ها به‌صورت نیمه‌وقت کار کنند، تعداد کارشناسان بالینی معادل تمام‌وقت = چهار کارشناسی تمام‌وقت + دو کارشناس نیمه‌وقت = پنج کارشناس بالینی معادل تمام‌وقت.

ضمیمه ع

مسمومیت

مسمومیت می‌تواند در صورت مواجهه افراد با مواد شیمیایی سمی از طریق دهان، پوست یا گوش یا جهاز هاضمه اتفاق افتد. کودکان در معرض خطر بالاتری قرار دارند چراکه آن‌ها با سرعت بیشتری نفس می‌کشند، سطح بدن آن‌ها نسبت به توده بدن بیشتر است، نفوذپذیری پوست آن‌ها بالاتر است و نزدیک‌تر به سطح زمین قرار دارند. مواجهه با مواد سمی می‌تواند بر رشد کودک اثرگذار باشد و به مواردی مانند عقب‌ماندگی رشدی و تغذیه دچار اختلال و نهایتاً بیماری یا مرگ‌ومیر منجر گردد.

مدیریت اولیه

در صورت مراجعه بیمار به مرکز سلامت که در معرض مواد شیمیایی قرار گرفته است یا دارای علائم چنین مواجهه‌ای می‌باشد:

- موارد احتیاطی را برای مراقبین سلامت شامل استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی مناسب اتخاذ نمایید.
- بیمار را تحت تریاژ قرار دهید.
- مداخلات نجات‌بخش جان را اجرا کنید.
- به گندزدایی (از جمله درآوردن لباس بیمار یا شستن موضع در معرض قرار گرفته با آب صابونی) مخصوصاً در خارج از مرکز سلامت بپردازید تا از مواجهه بیشتر پیشگیری شود.
- متعاقباً شیوه‌نامه‌های درمانی بیشتر را شامل درمان حمایتی رعایت کنید.

شیوه‌نامه‌های درمانی

این شیوه‌نامه‌ها بسته به کشور متغیرند. به‌طور کلی، تأمین پادزهر و درمان حمایتی (از جمله تنفس) ضرورت دارد. علائم مواجهه شیمیایی و پادزهرهای رایج به‌کاررفته در جدول زیر مندرج شده‌اند.



علائم مواجهه با مواد شیمیایی سمی و درمان احتمالی

دسته بندی مواد شیمیایی سمی	ویژگی ها رایج مواجهه	پادزهرها (راهکارهای کشوری متغیرند)
عوامل تأثیرگذار بر دستگاه عصبی مانند سارین، تابون یا وی اکس ^۱	مردمک های لکه دار، تاری دید، سردرد، ترشحات فراوان، تنگی سینه و دشواری تنفسی، تهوع، استفراغ، اسهال، گرفتگی عضلانی، تشنج، از دست دادن هوشیاری.	آتروپین ^۲ اکسیم ها (پرالیدوکسیم، اویدوکسیم) ^۳ بنزودیازپین ها ^۴ (برای تشنج)
عوامل تاول زای مانند گاز خردل	اشک، تحریک چشم، التهاب ملتحمه، آسیب به قرنیه، قرمزی و تاول پوستی همراه با درد، نارامی تنفسی.	درمان حمایتی + / - تیوسولفات سدیم ^۵ به عنوان مثال، خیس کردن چشم ها، آنتی بیوتیک موضعی، شستن پوست، اتسادهنده ریوی، استفاده از تیوسولفات سدیم در موارد شدید.
سیانور	تنفس های تند، خفگی، رعشه، سردرگمی، تهوع.	آمیل نیتريت ^۶ (کمک های اولیه) تیوسولفات سدیم و نیترات سدیم یا ۴ دی ام ای بی ^۷ یا هیدروکسوکوبالامین ^۸ یا دی کوبالت ادرات ^۹
عوامل ناتوان کننده مانند بی زی ^{۱۰}	پوست و دهان خشک، تپش قلب، تغییر در وضعیت هوشیاری، سردرگمی، توهمات بینایی، دمای بالای بدن، عدم هماهنگی، مردمک های اتسا یافته.	فیزوستیگمین ^{۱۱}
گاز اشک آور و عوامل کنترل آشوب	سوزش و ذوق غشای مخاطی، ریزش اشک، ترشح بزاق، ترشح بینی، تنگی قفسه سینه، سردرد، تهوع.	عمدتاً درمان حمایتی
کلر	ریزش اشک و قرمزی چشم، تحریک بینی و گلو، سرفه، حس خفگی، تنگی نفس، خس خس تنفسی، صدای گرفته، ادم ریوی.	ان استیل سیستئین ^{۱۲}

1. sarin, tabun, or VX
2. atropine
3. oximes (pralidoxime, obidoxime)
4. benzodiazepines
5. sodium thiosulphate
6. amyl nitrite
7. 4 DMAP
8. hydroxocobalamin
9. dicobalt edetate
10. BZ
11. physostigmine
12. N acetylcysteine (NAC)

دسته‌بندی مواد شیمیایی سمی	ویژگی‌ها رایج مواجهه	پادزهرها (راهکارهای کشوری متغیرند)
تالیوم ^۱ (سم موش صحرایی)	درد شکم، تهوع، استفراغ، اسهال یبوست، هذیان، افسردگی، ریزش موی بدن و کف سر، نوروپاتی محیطی ^۲ دردناک، ضعف حرکتی اندام دور آتاکسی ^۳ ، کمبودهای عصبی شناختی.	پراسین بلو ^۴
سرب	بی‌اشتهایی، استفراغ یبوست، درد شکم، عدم توجه، رنگ‌پریدگی، ضعف، فلجی محیطی.	کلاسیون ^۵
ارگانوفسفاتها ^۶ (شامل برخی حشره‌کش‌ها و گاز اعصاب)	ترشح بزاق، اشک‌ریزی، ادرار، دفع مدفوع، انقباض معده، استفراغ.	آتروپین اکسیم‌ها (پرالیدوکسیم، اوپیدوکسیم)

اقتباس و تغییر یافته از منبع مندرج در پانویس^۷.

1. thallium
2. peripheral neuropathy
3. ataxia
4. Prussian Blue
5. chelation
6. organosphates
7. WHO, Environmental Health in Emergencies guidance



مآخذ و منابع بیشتر

سلامت و حقوق بشر

*The Right to Health :Fact Sheet No .31.*OHCHR and WHO .2008 ,<http://www.ohchr.org>

هماهنگی نیروهای نظامی-غیرنظامی

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>

حمایت و قوانین بین المللی بشردوستانه

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

سلامت در بحران‌ها

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 frame-works* .The Lancet .2010 ,<http://www.thelancet.com>

راهکارهای بالینی

Clinical Guidelines - Diagnosis and Treatment Manual .MSF .2016 ,<http://refbooks.msf.org>

نظام‌های سلامت

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.hfgproject.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://www-wnc.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>

ایمنی

Comprehensive Safe Hospital Framework .WHO .2015 ,<http://www.who.int>

Patient Safety :Making Health Safer .WHO .2017 ,<http://www.who.int>

پیشگیری و کنترل عفونت

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>

مراقبين سلامت

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>

داروها

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.

تجهیزات پزشکی شامل تجهیزات یاری‌رسان

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>

داروهای 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 خونی

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>

تأمین مالی سلامت

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> *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>

اطلاعات سلامت

IASC Guidelines :Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response .IASC2011 ,
<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 نیازهای سلامت و اولویت بندی خدمات مراقبت های سلامت

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>

پیشگیری از بیماری های واگیردار

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>

بیماری‌های واگیردار (بیماری‌های خاص)

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>

ردیابی طغیان و پاسخ‌دهی بهنگام

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>

پاسخ‌دهی و آمادگی به طغیان

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>

سلامت کودکان و نوزادان

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>

سلامت 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 5 ,th 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://www.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 بالینی 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 .47–44 .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>

اچ‌آی‌وی

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://iaawg.net>

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders .WHO .2012 ,<http://www.who.int>

مراقبت از مصدومیت و آسیب

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-ecbhfa.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 prehos-



pital 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](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>

سلامت روان

*A faith-sensitive approach in humanitarian response :Guidance on mental health and psychoso-
 cial 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 Set-
 tings* .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 Sub-
 stance 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>

بیماری‌های غیرواگیر

Disaster Risk Management for Health :Non-Communicable Diseases Fact Sheet .2011 WHO ,
.2011<http://www.who.int>

Jobanputra ,K .Bouille ,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 in1990 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>

مراقبت‌های 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 shortterm 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>

مسمومیت

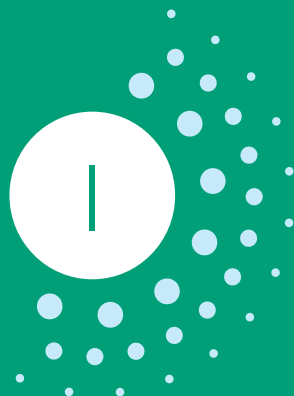
Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons .WHO .2015 ,<http://www.who.int>

منابع بیشتر

برای آشنایی با منابع پیشنهادی بیشتر، بنگرید به تارنمای زیر:

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

پیوست‌ها



فهرست محتوا

پیوست ۱: بنیاد حقوقی اسفیر	۳۸۴
پیوست ۲: منشور رفتاری نهضت بین‌المللی صلیب‌سرخ و هلال‌احمر و سازمان‌های غیردولتی (سمن‌ها) در امداد و سوانح	۳۹۹
پیوست ۳: اختصارات	۴۰۵

پیوست ۱

بنیان حقوقی اسفیر

در منشور بشردوستانه، اصول مشترک و باورهای رایج در ارتباط با مسئولیت‌ها و کنش بشردوستانه در شرایط سوانح یا مخاصمات تصریح شده‌اند که همه موارد فوق در قوانین بین‌المللی انعکاس یافته‌اند. فهرست گردآوری شده اسناد کلیدی در بخش ذیل حاوی مهم‌ترین ابزار حقوقی بین‌المللی مرتبط با قوانین بین‌المللی حقوق بشر، قوانین بین‌المللی بشردوستانه، قوانین پناهندگی و کنش بشردوستانه است. منابع و نشانی تارنماهای بیشتری نیز شامل تعدادی از سایر راهکارها، اصول، استانداردها و چارچوب‌های پشتیبان اجرایی موجود در تارنمای اسفیر (نشانی در پانویس^۱) می‌باشند. یادداشت‌ها فقط برای اسناد نیازمند به توضیح یا موارد جدید الحاق شده یا دارای بخش‌های خاص مرتبط با سوانح یا مخاصمات فراهم شده‌اند.

کتاب راهنمای اسفیر حاوی دغدغه‌های خاصی است که بخشی از چارچوب حقوقی بین‌المللی می‌باشند. به‌طور کلی، این موارد حق برخورداری از کرامت و ایمنی شخصی، عاری بودن از تبعیض و دسترسی به آب و بهداشت فاضلاب، سرپناه، امنیت غذایی و تغذیه و مراقبت‌های سلامت را پوشش می‌دهند. اگرچه برخی از این حقوق در میثاق‌های خاص بین‌المللی تشریح شده‌اند؛ اما همگی در یکی از عمومی‌ترین ابزار حقوق بشر یا در زمینه حقوق سیاسی و مدنی و یا در خصوص حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موجودند.

این پیوست شامل اسناد تقسیم‌بندی شده موضوعی در چهار دسته کلی است:

۱. حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری.
 ۲. مخاصمه مسلحانه و کمک بشردوستانه.
 ۳. پناهندگان و بیجاشدگان داخلی.
 ۴. سوانح و کمک بشردوستانه.
 ۵. چارچوب‌های سیاست‌گذاری بشردوستانه، راهکارها و اصول حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری در پاسخ‌دهی و آمادگی برای بحران (نشانی تارنما مندرج در پانویس^۲)
- به‌منظور حصول اطمینان درباره جایگاه هر یک از اسناد فوق‌الذکر، آن‌ها تحت قالب الف) معاهدات و قوانین عرفی یا ب) راهکارها و اصول سازمان ملل متحد یا سایر موارد مصوب رسمی مابین دولت‌ها طبقه‌بندی شده‌اند.

۱. ابزار بین‌المللی در خصوص حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری

اسناد زیر عمدتاً با حقوق بشر به رسمیت شناخته‌شده در اعلامیه‌ها و معاهدات جهان‌شمول مرتبط هستند. تعدادی از اسناد کلیدی مرتبط با سن (کودکان و سالمندان)، جنس و معلولیت نیز لحاظ شده‌اند چراکه موارد مذکور برخی از رایج‌ترین مبانی آسیب‌پذیری در سوانح یا مخاصمات را شکل می‌دهند.

۱-۱ معاهدات و قوانین عرفی در خصوص حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری

قوانین معاهدات حقوق بشر فقط در کشورهای عضو معاهده مربوطه موضوعیت دارند درحالی‌که قوانین عرفی (ازجمله ممنوعیت شکنجه) در تمامی کشورها مصداق دارند. قوانین حقوق بشر در کلیه شرایط به‌جز دو مورد استثنا موضوعیت دارند.

- برخی حقوق محدود مدنی و سیاسی را می‌توان در طی بحران‌های ملی اعلام‌شده مطابق با ماده ۴ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی («انکار» به حالت تعلیق درآورد).
- در طی مخاصمات مسلحانه به رسمیت شناخته‌شده، قوانین بین‌المللی بشردوستانه در درجه اول در مواردی موضوعیت پیدا می‌کنند که مغایرت‌هایی با قوانین حقوق بشر موجود داشته باشند.

۱-۱-۱ حقوق بشر جهان‌شمول

اعلامیه جهانی حقوق بشر^۱ مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه شماره ۲۱۷ الف (۳) مورخ ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ (نشانی منبع در پانویس^۲).

توضیح: در اعلامیه جهانی حقوق بشر که توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۸ اعلام شد، حقوق اساسی بشر که باید تحت حمایت جهان‌شمول قرار بگیرند برای اولین بار تصریح شدند. این اعلامیه معاهده نیست؛ اما عموماً توافق شده است که به بخشی از قوانین عرفی بین‌المللی تبدیل گشته است. در اولین جمله مقدمه اعلامیه مذکور، مفهوم «کرامت ذاتی» انسان‌ها به‌عنوان مبانی اساسی حقوق بشر تعریف شده است و در ماده ۱ تصریح شده است که «تمامی انسان‌ها آزاد و برابر از حیث کرامت و حقوق متولد می‌شوند».

میثاق بین‌المللی حقوق سیاسی و مدنی^۳ ۱۹۶۶ مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه ۲۲۰۰ الف (۲۱) مورخ ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ و لازم‌الاجرا از تاریخ ۲۳ مارس ۱۹۷۶، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۹۹۱، صفحه ۱۷۱ و جلد ۱۰۵۷، صفحه ۴۰۷ (نشانی منبع در پانویس^۴).

پروتکل اختیاری دوم میثاق بین‌المللی حقوق سیاسی و مدنی^۵ ۱۹۸۹ (با هدف امحای مجازات اعدام) مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه ۱۲۸/۴۴ مورخ ۱۵ دسامبر ۱۹۸۹ و لازم‌الاجرا از تاریخ ۱۱ ژوئیه ۱۹۹۱، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۱۶۴۲، صفحه ۴۱۴ (نشانی منبع در پانویس^۶).

1. Universal Declaration of Human Rights (UDHR)
2. www.un.org
3. International Covenant on Civil and Political Rights 1966 (ICCPR)
4. www.ohchr.org
5. Second Optional Protocol to ICCPR 1989
6. www.ohchr.org

توضیح: کشورهای عضو میثاق مذکور باید حقوق کلیه افراد را در خاک یا حوزه قضایی خود رعایت و تضمین نمایند و در عین حال حق «مردمان» نسبت به تعیین سرنوشت از سوی خود و حقوق برابر مردان و زنان را به رسمیت بشناسند. برخی از حقوق (نشانه‌گذاری شده با علامت *) را هرگز نمی‌توان حتی در شدیدترین وضعیت اضطراری ملی به حالت تعلیق درآورد.

حقوق مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی: حق حیات*، ممنوعیت شکنجه یا سایر رفتار ظالمانه، غیرانسانی یا تحقیرآمیز*، ممنوعیت برده‌داری*، ممنوعیت بازداشت یا دستگیری خودسرانه*، انسانیت و کرامت در بازداشت، ممنوعیت حبس برای نقض قرارداد*، آزادی تردد و اقامت، صرفاً اخراج قانونی اتباع خارجی، مساوات در برابر قانون، محاکمه عادلانه و اصل برائت در محاکم کیفری، ممنوعیت عطف به ماسبق در جرائم کیفری*، به رسمیت شناخته شدن به شکلی مساوی در برابر قانون*، زندگی خصوصی، آزادی اندیشه، مذهب و وجدان*، آزادی عقیده، بیان و اجتماع صلح‌آمیز، آزادی تشکیل مجمع، حق ازدواج و زندگی خانوادگی، حمایت از کودکان، حق رأی دادن و مشارکت در امور عمومی، حقوق اقلیت در رعایت فرهنگ، مذهب و زبان خود*.

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶^۱ مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در طی قطعنامه شماره ۲۲۰۰ الف (۲۱) مورخ ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ و لازم‌الاجرا از تاریخ ۳۱ ژانویه ۱۹۷۶، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۳، صفحه ۹۹۳، (نشانی منبع در پانویس^۱).

توضیح: کشورهای عضو بر سر متعهد ساختن حداکثر منابع موجود خود برای «تحقق تدریجی» حقوق مندرج در میثاق مذکور که باید زنان و مردان به‌طور مساوی از آن برخوردار باشند، توافق دارند.

حقوق مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی: کار کردن، دریافت پرداخت عادلانه، عضویت در اتحادیه‌های صنفی، برخورداری از بیمه یا تأمین اجتماعی، زندگی خانوادگی شامل حمایت از مادران پس از تولد و حمایت از کودکان در برابر بهره‌کشی، استاندارد مناسب زندگی شامل غذا، پوشاک و مسکن، سلامت جسمانی و روانی، آموزش و مشارکت در زندگی فرهنگی و برخورداری از مزایای پیشرفت علمی و فرهنگی.

کنوانسیون بین‌المللی امحای کلیه اشکال تبعیض نژادی ۱۹۶۹^۲ مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه ۲۱۰۶ (۲۰) مورخ ۲۱ دسامبر ۱۹۶۵ لازم‌الاجرا از ۴ ژانویه ۱۹۶۹ سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۶۶۰ صفحه ۱۹۵ (نشانی منبع در پانویس^۲).

کنوانسیون امحای کلیه اشکال تبعیض علیه زنان ۱۹۷۹^۳ مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه شماره ۳۴/۱۸۰ مورخ ۱۸ دسامبر ۱۹۷۹ و لازم‌الاجرا از ۳ دسامبر ۱۹۸۱، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۱۲۴۹، صفحه ۱۳ (نشانی منبع در پانویس^۳).

کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹^۴ مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل متحد قطعنامه ۴۴/۲۵ مورخ ۲۰ نوامبر ۱۹۸۹ و لازم‌الاجرا از ۲ سپتامبر ۱۹۹۰، مجموعه معاهدات، جلد ۱۵۷۷، صفحه ۳ (نشانی منبع در پانویس^۴).

1. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 (ICESCR)
2. www.ohchr.org
3. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination 1969 (ICERD)
4. www.ohchr.org
5. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women 1979 (CEDAW)
6. www.ohchr.org
7. Convention on the Rights of the Child 1989 (CRC)
8. www.ohchr.org

پروتکل الحاقی اختیاری کنوانسیون حقوق کودک در خصوص به کارگیری کودکان در مخاصمات مسلحانه^۱ ۲۰۰۰ مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل متحد قطعنامه شماره مندرج در پانویس^۲ مورخ ۲۵ مه ۲۰۰۰ و لازم الاجرا از ۱۲ فوریه ۲۰۰۲، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۲۱۷۳، صفحه ۲۲۲ (نشانی منبع در پانویس^۳).

پروتکل اختیاری کنوانسیون حقوق کودک در خصوص فروش کودکان، تن فروشی کودکان و هرزه نگاری کودکان^۴ ۲۰۰۰ مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه شماره مندرج در پانویس^۵ مورخ ۲۵ مه ۲۰۰۰ و لازم الاجرا از ۱۸ ژانویه ۲۰۰۲، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۲۱۷۱، صفحه ۲۲۷ (نشانی منبع در پانویس^۶).

توضیح: تقریباً همه کشورهای جهان به کنوانسیون حقوق کودک پیوسته‌اند. در این کنوانسیون، حقوق پایه انسانی کودکان مجدداً تصریح شده‌اند و موارد ضرورت حمایت ویژه از آن‌ها (از جمله در صورت جدا شدن از خانواده‌های خود) شناسایی گشته‌اند. این الحاقیه‌ها مستلزم اقدام مثبت و ایجابی در خصوص مسائل خاص حمایت از کودکان برای کشورهای عضو آن‌ها هستند.

کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت^۷ ۲۰۰۶ مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه شماره مندرج در پانویس^۸ مورخ ۱۳ دسامبر ۲۰۰۶ و لازم الاجرا از ۳ مه ۲۰۰۸، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، فصل ۴، ۱۵ (نشانی منبع در پانویس^۹).

توضیح: کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت حامی حقوق این دسته از افراد در کلیه معاهدات دیگر حقوق بشری است و همچنین به‌طور خاص مرتبط با افزایش آگاهی در زمینه افراد دارای معلولیت، عدم تبعیض و دسترسی به خدمات و مراکز می‌باشد. مسئله «شرایط خطر و بحران‌های بشردوستانه» نیز به‌طور خاص در این کنوانسیون ذکر شده است (ماده ۱۱).

۲-۱-۱ نسل‌کشی، شکنجه و سایر انواع نقض کفیری حقوق

کنوانسیون پیشگیری و مجازات جرم نسل‌کشی^{۱۰} ۱۹۴۸ مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل متحد قطعنامه شماره ۲۶۰ (۳) مورخ ۹ دسامبر ۱۹۴۸ و لازم الاجرا از ۱۲ ژانویه ۱۹۵۱، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۷۸، صفحه ۲۷۷ (نشانی منبع در پانویس^{۱۱}).

کنوانسیون منع شکنجه و سایر مجازات یا رفتارهای ظالمانه، غیر انسانی یا تحقیرآمیز^{۱۲} ۱۹۸۴ مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه ۳۹/۴۶ مورخ ۱۰ دسامبر ۱۹۸۴ و لازم الاجرا از ۲۶ ژوئن ۱۹۸۷، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۱۴۶۵، صفحه ۸۵ (نشانی منبع در پانویس^{۱۳}).

1. Optional Protocol to CRC on the Involvement of Children in Armed Conflict 2000
2. A/RES/54/263
3. www.ohchr.org
4. Optional Protocol to CRC on the Sale of Children, Child Prostitution and Child Pornography 2000
5. A/RES/54/263
6. www.ohchr.org
7. Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006 (CRPD)
8. A/RES/61/106
9. www.ohchr.org
10. Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide 1948
11. www.ohchr.org
12. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 1984
13. www.ohchr.org

توضیح: این کنوانسیون دارای تعداد بسیار زیاد کشورهای عضو است. ممنوعیت شکنجه همچنین در شرایط فعلی عموماً به‌عنوان قوانین بین‌المللی عرفی به رسمیت شناخته می‌شود. هیچ‌گونه بحران عمومی یا جنگ را نمی‌توان برای توجیه شکنجه به کار برد. کشورها نباید فردی را به قلمرویی استرداد نمایند که فرد دلایل قابل قبولی را برای باور آنکه وی در آنجا در خطر شکنجه بسر خواهد برد، ارائه می‌نماید.

دیوان کیفری بین‌المللی بر مبنای اساسنامه رم ۱۹۹۸ مصوب کنفرانس دیپلماتیک در رم مورخ ۱۷ ژوئیه ۱۹۹۸ و لازم‌الاجرا در ۱ ژانویه ۲۰۰۲، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۲۱۸۷، صفحه ۳ (نشانی منبع در پانویس^۲).

توضیح: در ماده ۹ اساسنامه مذکور (عناصر جرائم) مصوب دیوان کیفری بین‌المللی در ۲۰۰۲، جنایات جنگی، جنایات علیه بشریت و نسل‌کشی به تفصیل تشریح شده‌اند و بنابراین بسیاری از موارد قوانین بین‌المللی عرفی کیفری در آن تدوین گشته‌اند. دیوان کیفری بین‌المللی می‌تواند موارد ارجاع شده به آن را از سوی شورای امنیت سازمان ملل متحد (حتی اگر کشور شخص متهم عضو معاهده نباشد) و همچنین جرائم نسبت داده‌شده به اتباع کشورهای عضو معاهده و یا در خاک آن‌ها، بررسی و تحت پیگرد قرار دهد.

۲-۱ اصول و راهکارهای سازمان ملل متحد و سایر راهکارها و اصول رسم مصوب شده میان‌دولتی در خصوص حقوق بشر، حمایت و آسیب‌پذیری

برنامه عمل بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی ۲۰۰۳، مجمع جهانی دوم سازمان ملل متحد در خصوص سالمندی، مادرید، ۲۰۰۲، مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه ۵۱/۳۷ مورخ ۳ دسامبر ۱۹۸۹ (نشانی منبع در پانویس^۳).

اصول سازمان ملل متحد برای سالمندان ۱۹۹۱^۵، قطعنامه شماره ۹۱/۴۶ مجمع عمومی سازمان ملل متحد مورخ ۱۶ دسامبر ۱۹۹۱ (نشانی منبع در پانویس^۴).

1. Rome Statute of the International Criminal Court 1998
2. www.icrc.org
3. Madrid International Plan of Action on Ageing 2002
4. www.ohchr.org
5. United Nations Principles for Older Persons 1991
6. www.ohchr.org

۲. ابزار بین‌المللی در خصوص مخاصمات مسلحانه، قوانین بین‌المللی بشردوستانه و کمک‌های بشردوستانه

۲-۱ معاهدات و قوانین عرفی در خصوص مخاصمات مسلحانه، قوانین بین‌المللی بشردوستانه و کمک‌های بشردوستانه

در قوانین بین‌المللی بشردوستانه، آستانه‌های تبدیل مخاصمه خشونت‌آمیز به «مخاصمه مسلحانه» مشخص شده‌اند و لذا این نظام خاص حقوقی موضوعیت خواهد داشت. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ مخزن رسمی معاهدات قوانین بین‌المللی بشردوستانه است و اطلاعات و منابع گسترده در تارنمای آن (مندرج در پانویس^۱) شامل تفسیر رسمی کنوانسیون‌های ژنو و پروتکل‌های الحاقی آن‌ها و مقررات مطالعات قوانین بین‌المللی بشردوستانه عرفی موجودند.

۱-۲-۱ معاهدات محوری قوانین بین‌المللی بشردوستانه

کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو ۱۹۴۹ (نشانی منابع در پانویس^۲)

پروتکل الحاقی کنوانسیون‌های ژنو، حمایت از قربانیان مخاصمات مسلحانه بین‌المللی ۱۹۷۷ (پروتکل ۱)^۳

پروتکل الحاقی کنوانسیون‌های ژنو، حمایت از قربانیان مخاصمات مسلحانه غیربین‌المللی ۱۹۷۷ (پروتکل ۲)^۴

توضیح: کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو که تمامی کشورها عضو آن‌ها هستند و عموماً به‌عنوان بخشی از قوانین عرفی پذیرفته شده‌اند، در زمینه حمایت و درمان مجروحین و بیماران در جنگ‌های زمینی (۱) و جنگ‌های دریایی (۲)، رفتار با اسرای جنگی (۳) و حمایت از غیرنظامیان در طی مخاصمات مسلحانه (۴) نگارش یافته‌اند. این کنوانسیون‌ها عمدتاً در مخاصمات مسلحانه بین‌المللی به‌استثنای ماده ۳ مشترک در کنوانسیون‌های مرتبط با مخاصمات غیربین‌المللی و برخی عناصر هم‌اکنون پذیرفته‌شده، به‌عنوان قوانین عرفی در مخاصمات غیربین‌المللی موضوعیت دارند. کنوانسیون‌های مذکور در آن زمان و مخصوصاً تعاریف جنگجویان و تدوین مخاصمات غیربین‌المللی در ۲ پروتکل ۱۹۷۷ به‌روز شدند. تعدادی از کشورها به پروتکل‌ها پیوسته‌اند.

۲-۱-۲ معاهدات در خصوص سلاح محدودشده، مین و اموال فرهنگی

علاوه بر «قوانین ژنو» ترسیم‌شده در بخش فوق، مجموعه‌ای از قوانین اغلب تحت عنوان «قوانین لاهه» در زمینه مخاصمات مسلحانه موجودند. مجموعه مذکور حاوی کنوانسیون حفاظت از اموال فرهنگی و تعدادی از کنوانسیون‌ها در خصوص انواع سلاح محدود یا ممنوع شده شامل گازها و سایر سلاح شیمیایی و بیولوژیک، سلاح متعارف بدون تفکیک یا ایجادکننده درد و آلام غیرضروری و همچنین مین‌های ضدنفز و مهمات خوشه‌ای است (نشانی منبع در پانویس^۵).

۳-۱-۲ قوانین بین‌المللی بشردوستانه عرفی

قوانین بین‌المللی بشردوستانه عرفی عبارت‌اند از قوانین مخاصمات مسلحانه پذیرفته‌شده توسط کشورها از طریق بیانیه‌ها، سیاست‌ها و رویه‌های آن‌ها به‌عنوان نمایانگر مقررات عرفی موضوع برای تمامی کشورها فارغ از پیوستن

1. www.icrc.org

۲. پیشین.

3. Protocol Additional to the Geneva Conventions, Protection of Victims of International Armed Conflicts 1977

4. Protocol Additional to the Geneva Conventions, Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts 1977

5. www.icrc.org

آن‌ها به معاهدات قوانین بین‌المللی بشردوستانه، هیچ فهرست مورد توافق مقررات عرفی موجود نیست؛ اما بیشترین تفسیر قابل استناد، مطالعه مندرج در پانویس^۱ است.

توضیح: در این مطالعه تقریباً تمام حوزه قوانین مخاصمات مسلحانه پوشش یافته‌اند. تعداد ۱۶۱ مقررات خاص و امکان موضوعیت هر یک در مخاصمات مسلحانه بین‌المللی و یا غیربین‌المللی در این مطالعه عنوان‌بندی شده‌اند. علیرغم انتقاد برخی از مفسرین حقوقی به روش به‌کار رفته در این مطالعه، متن مذکور حاصل فرایند گسترده مشورتی و دقیق پژوهشی در طی ۱۰ سال می‌باشد و جایگاه آن به‌عنوان مجموعه و تفسیر مقررات عرفی به شکلی گسترده اذعان گشته است.

۲-۲ اصول و راهکارهای سازمان ملل متحد و سایر اصول و راهکارهای رسمی مصوب میان‌دولتی در خصوص مخاصمات مسلحانه، قوانین بین‌المللی بشردوستانه و کمک‌های بشردوستانه

«یادداشت پیشنهادی» شورای امنیت سازمان ملل متحد در خصوص حمایت ۲۰۰۲ و به‌روز شده در ۲۰۰۳^۲

توضیح: متن مذکور، قطعنامه‌ای التزام‌آور برای کشورها نیست و صرفاً سند راهنمایی برای شورای امنیت سازمان ملل متحد در زمینه حفظ صلح و شرایط اولیه مخاصمات است که محصول مشورت‌ها با دامنه‌ای از نهادهای سازمان ملل متحد و کمیته‌های دائمی میان‌سامانی آن دستگاه است.

قطعنامه‌های شورای امنیت سازمان ملل متحد در خصوص خشونت جنسی و زنان در مخاصمات مسلحانه مخصوصاً اولین قطعنامه از این قبیل با شماره ۱۳۲۵ در سال ۲۰۰۰ در زمینه زنان، صلح و امنیت که نقطه عطفی در توجه به خشونت علیه زنان در شرایط مخاصمات مسلحانه بود و متعاقباً قطعنامه ۱۸۲۰ (۲۰۰۸)، قطعنامه ۱۸۸۸ (۲۰۰۹)، قطعنامه ۱۸۸۹ (۲۰۰۹) و قطعنامه ۱۳۲۵ (۲۰۱۲). تمامی قطعنامه‌های شورای امنیت سازمان ملل متحد به تفکیک سال و تعداد در تارنمای مندرج در پانویس^۳ موجودند.

1. Customary International Humanitarian Law (CIHL) Study, ICRC, Henckaerts, J-M. and Doswald-Beck, L., Cambridge University Press, Cambridge and New York, 2005. www.icrc.org
2. UN Security Council "Aide Memoire" on Protection (S/PRST/2003/27) www.undocs.org
3. www.un.org

۳. ابزار بین‌المللی در خصوص پناهندگان و بیجاشدگان داخلی

۳-۱ معاهدات مربوط به پناهندگان و بیجاشدگان داخلی

علاوه بر معاهده بین‌المللی، دو معاهده اتحادیه آفریقا (قبلاً تحت عنوان سازمان وحدت آفریقا) در این بخش به علت شاخص بودن تاریخی آن‌ها ذکر شده‌اند.

کنوانسیون مربوط به وضعیت پناهندگان ۱۹۵۱ (اصلاح‌شده) مصوب کنفرانس مقامات تام‌الاختیار سازمان ملل متحد در خصوص وضعیت پناهندگان و افراد بی‌تابعیت، ژنو، مورخ ۲ الی ۲۵ ژوئیه ۱۹۵۱ و لازم‌الاجرا از ۲۲ آوریل ۱۹۵۴، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۱۸۹ صفحه ۱۳۷.

پروتکل مربوط به وضعیت پناهندگان ۱۹۶۷، اذعان شده توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد در قطعنامه ۲۱۹۸ (۲۱) مورخ ۲ الی ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۶۰۶، صفحه ۲۶۷.

توضیح: در این کنوانسیون که اولین توافق بین‌المللی در خصوص پناهندگان است، پناهنده به‌عنوان فردی تعریف می‌شود که «بنا به ترس موجه از آزار بر مبنای نژاد، مذهب، ملیت، عضویت در گروه خاص اجتماعی یا نقطه‌نظر سیاسی خارج از کشور ملیت خود بسر می‌برد و بنا به چنین ترسی قادر یا مایل به بازگشت و یا برخورداری از حمایت آن کشور به علت وجود ترس از آزار نمی‌باشد...»

کنوانسیون سازمان وحدت آفریقا حاکم بر جوانب خاص مشکلات پناهندگان در آفریقا ۱۹۶۹ مصوب مجمع سران کشورها و دولت‌ها در طی جلسه عادی ششم آن در آدیس‌آبابا مورخ ۱۰ سپتامبر ۱۹۶۹.

توضیح: کنوانسیون مذکور پذیرا و گسترش‌دهنده تعریف کنوانسیون ۱۹۵۱ برای شمول افراد مجبور به ترک کشور خود نه‌فقط در اثر آزار بلکه به علت تجاوز خارجی، اشغال خاک، تسلط خارجی یا رخدادهایی که در نظم عمومی شدیداً اختلال ایجاد می‌کنند، است. در این کنوانسیون، گروه‌های غیردولتی نیز به‌عنوان مرتکبین آزار شناخته می‌شوند و ضرورت ندارد که پناهندگان پیوند مستقیمی مابین خود و خطر آتی نشان دهند.

کنوانسیون اتحادیه آفریقا برای حمایت و کمک به بیجاشدگان داخلی در آفریقا (کنوانسیون کامپالا) ۲۰۰۹ مصوب نشست ویژه اتحادیه آفریقا برگزار شده در کامپالا، لازم‌الاجرا از ۶ دسامبر ۲۰۱۲.

توضیح: سند مذکور اولین کنوانسیون چندجانبه در ارتباط با بیجاشدگان داخلی است.

۳-۲ اصول و راهکارهای سازمان ملل متحد و سایر اصول و راهکارهای رسماً تصویب‌شده میان‌دولتی در خصوص پناهندگان و بیجاشدگان داخلی

اصول راهنمای بیجاشدگی داخلی ۱۹۹۸ به رسمیت شناخته‌شده در سپتامبر ۲۰۰۵ کشورها و دولت‌ها گرد هم آمده در

1. United Nations Conference of Plenipotentiaries on the Status of Refugees and Stateless Persons - www.unhcr.org
2. Protocol Relating to the Status of Refugees 1967 - www.unhcr.org
3. OAU Convention Governing the Specific Aspects of Refugee Problems in Africa 1969
4. African Union Convention for the Protection and Assistance of Internally Displaced Persons in Africa (Kampala Convention) 2009 - www.ohchr.org

نشست جهانی در نیویورک در قطعنامه (مندرج در پانویس^۱) مجمع عمومی سازمان ملل متحد تحت عنوان «چارچوب مهم بین‌المللی برای حمایت از بیجاشدگان داخلی».

توضیح: این اصول بر مبنای قوانین بین‌المللی بشردوستانه و حقوق بشر و قوانین متجانس پناهندگی هستند و با هدف به‌کارگیری به‌عنوان استاندارد بین‌المللی راهنمای دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و سایر کنشگران مربوطه در ارائه کمک و حمایت از بیجاشدگان داخلی تدوین شده‌اند.

1. Resolution 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1)

۴. ابزار بین‌المللی در خصوص سوانح و کمک‌های بشر دوستانه

۴-۱ معاهدات در خصوص سوانح و کمک‌های بشر دوستانه

کنوانسیون ایمنی کارکنان سازمان ملل متحد و کارکنان مرتبط^۱ ۱۹۹۴ مصوب قطعنامه مجمع عمومی سازمان ملل متحد ۴۹/۵۹ مورخ ۹ دسامبر ۱۹۹۴، لازم‌الاجرا از ۱۵ ژانویه ۱۹۹۹، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۲۰۵۱، صفحه ۳۶۳.

پروتکل اختیاری برای کنوانسیون ایمنی کارکنان سازمان ملل متحد و کارکنان مرتبط^۲ ۲۰۰۵ مصوب قطعنامه مجمع عمومی سازمان ملل متحد الف/۴۲/۶۰ مورخ ۸ دسامبر ۲۰۰۵، لازم‌الاجرا از ۱۹ اوت ۲۰۱۰ سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۲۶۸۹، صفحه ۵۹ (تارنمای مندرج در پانویس^۳).

توضیح: در این کنوانسیون، حمایت به حافظین صلح سازمان ملل متحد محدود می‌گردد مگر آنکه سازمان مذکور «خطری استثنایی» را عنوان کرده باشد (که الزامی غیرعملی است). در پروتکل، این اشتباه عمده کنوانسیون اصلاح شده است و تمامی عملیات سازمان ملل متحد از کمک‌های بشر دوستانه در بحران گرفته تا حفظ صلح و ارائه کمک‌های بشر دوستانه، سیاسی و توسعه‌محور^۴ تحت حمایت قانونی قرار دارند.

کنوانسیون تامپر در خصوص تأمین منابع مخابرات برای عملیات امداد و کاهش سوانح^۵ ۱۹۹۸ تأیید شده توسط کنفرانس میان‌دولتی مخابرات در بحران ۱۹۹۸ و لازم‌الاجرا از ۸ ژانویه ۲۰۰۵، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۲۳۹۶، صفحه ۵ (تارنمای مندرج در پانویس^۶).

کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در خصوص تغییر اقلیم^۷ ۱۹۹۲ مصوب کنفرانس سازمان ملل متحد در خصوص محیط‌زیست و توسعه، ریودوژانیرو^۸، مورخ ۴ الی ۱۴ ژوئن ۱۹۹۲ مورد استقبال مجمع عمومی سازمان ملل متحد در قطعنامه ۴۷/۱۹۵ مورخ ۲۷ دسامبر ۱۹۹۲ و لازم‌الاجرا از ۲۱ مارس ۱۹۹۴، سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۱۷۷۱ صفحه ۱۰۷ (تارنمای مندرج در پانویس^۹).

- پروتکل کیوتو برای کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در خصوص تغییر اقلیم^{۱۰} ۱۹۹۷ مصوبه نشست سوم کنفرانس طرفین کنوانسیون چارچوب، کیوتو، ژاپن، ۱۹۹۷ لازم‌الاجرا از ۱۶ فوریه ۲۰۰۵ سازمان ملل متحد، مجموعه معاهدات، جلد ۳۳۰۳، صفحه ۱۴۸ (تارنمای مندرج در پانویس^{۱۱}).
- توافق پاریس ۲۰۱۵، مصوب نشست بیست و یکم کنفرانس طرفین کنوانسیون چارچوب^{۱۲}، پاریس،

1. Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel 1994
2. Optional Protocol to the Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel 2005
3. www.un.org
4. development-based
5. Tampere Convention on the Provision of Telecommunication Resources for Disaster Mitigation and Relief Operations
6. www.itu.int
7. UN Framework Convention on Climate Change 1992 (UNFCCC)
8. United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro
9. www.unfccc.int
10. Kyoto Protocol to the UNFCCC 1997
11. www.unfccc.int
12. Paris Agreement 2015, adopted at the 21st session of the Conference of the Parties to the Framework Convention (COP-21)

فرانسه، دسامبر ۲۰۱۵، لازم‌الاجرا از نوامبر ۲۰۱۶ (تارنمای مندرج در پانویس^۱).

توضیح: کنوانسیون چارچوب سازمان ملل متحد در خصوص تغییر اقلیم، پروتکل کیوتو و توافق پاریس همگی بخشی از یک چارچوب معاهده هستند که این چارچوب معطوف به نیاز فوری برای اجرای سازگاری تغییر اقلیم راهبردهای کاهش خطر و همچنین گسترش ظرفیت محلی و تاب‌آوری مخصوصاً در کشورهای مستعد سوانح طبیعی است. مجموعه مذکور بر راهبردهای کاهش سوانح و مدیریت خطر مخصوصاً با توجه به تغییر اقلیم تأکید دارد.

۲-۴ اصول و راهکارهای سازمان ملل متحد و سایر اصول و راهکارهای رسماً تصویب‌شده میان‌دولتی در خصوص سوانح و کمک‌های بشردوستانه

تقویت هماهنگی کمک‌های بشردوستانه سازمان ملل متحد در بحران، همراه با پیوست، اصول راهنما، قطعنامه ۴۶/۱۸۲ مورخه ۱۹ دسامبر ۱۹۹۱ مجمع عمومی (تارنمای مندرج در پانویس^۲).

توضیح: این امر به شکل‌گیری بخش امور بشردوستانه سازمان ملل متحد منجر شد که در سال ۱۹۹۸ به اداره هماهنگی امور بشردوستانه آن سازمان تبدیل گشت.

چارچوب سندای برای کاهش خطر سوانح ۲۰۱۵ الی ۲۰۳۰ (چارچوب سندای)^۳.

توضیح: چارچوب سندای ابزار جانشین چارچوب هوگو برای اقدام ۲۰۰۵ الی ۲۰۱۵: تاب‌آوری ملت‌ها و اجتماعات در برابر سوانح^۴ است که در اعلامیه کنفرانس سوم جهانی سازمان ملل متحد در خصوص کاهش خطر در سوانح تصویب شد و توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد (در قطعنامه ۶۹/۲۸۳) موردپذیرش قرار گرفت. اداره کاهش خطر در سوانح سازمان ملل متحد^۵ از اجرای آن پشتیبانی به عمل می‌آورد. سند مذکور، توافق ۱۵ ساله داوطلبانه غیرالزام‌آور با هدف کاهش چشمگیر خطرات سوانح و از دست رفتن جان انسان‌ها، معیشت و سلامت آن‌ها می‌باشد.

راهکارهای تنظیم و تسهیل داخلی امداد بین‌المللی سوانح و کمک‌های بازتوانی اولیه^۶ ۲۰۰۷ مصوب کنفرانس ۳۰ بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر (شامل کشورهای عضو کنوانسیون‌های ژنو^۷).

1. www.unfccc.int
2. www.unocha.org
3. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 (Sendai Framework) - www.unisdr.org
4. Hyogo Framework for Action (HFA) 2005–2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters
5. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR)
6. Guidelines for the domestic facilitation and regulation of international disaster relief and initial recovery assistance, (IDRL Guidelines) 2007
7. www.ifrc.org

۵. چارچوب سیاست گذاری بشردوستانه، راهکارها و اصول حقوق بشر، حمایت و آسیب پذیری در پاسخ دهی و آمادگی برای بحران

در حال حاضر دامنه‌ای از راهنمای عملیاتی کلی و خاص در خصوص پاسخ دهی بشردوستانه به بحران‌ها موجود است. از آنجا که در این گونه ابزار تمایزی مابین مخاصمات مسلحانه، شرایط پناهندگان و پاسخ دهی به سوانح دیگر مطرح نیست، مجموعه منتخبی در اینجا تحت عناوین موضوعی زیر فراهم شده است: استانداردهای کلی، برابری جنسیتی و حمایت در برابر خشونت‌های جنسیت محور، کودکان در بحران‌ها و پناهندگان و بیجاشدگان داخلی.

۱. استانداردهای متمم اسفیر

حداقل استانداردها برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه. ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه، ۲۰۱۲ ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه، ۲۰۱۲.^۱

حداقل استاندارد تحلیل بازار. شراکت یادگیری نقدی، ۲۰۱۷.^۲

حداقل استانداردها برای آموزش: آمادگی، پاسخ، بازتوانی. شبکه میان سازمانی برای آموزش در بحران، ۲۰۱۰.^۳

استانداردها و راهکارهای دامداری در بحران، ۲۰۱۴.^۴

حداقل استانداردهای بازتوانی اقتصادی. شبکه آموزش و ترویج بنگاه‌های کوچک، ۲۰۱۷.^۵

استانداردهای بشردوستانه شمول سالمندان و افراد دارای معلولیت. کنسرسیوم سن و معلولیت، مؤسسه بین‌المللی هلپ ایج، مؤسسه بین‌المللی هندیپک، ۲۰۱۸.^۶

۲. سایر کدها، راهنماها و دستورالعمل‌ها به تفکیک موضوع

۱-۲ استانداردهای کلی حمایت و کیفیت در پاسخ دهی بشردوستانه

منشور رفتاری نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) در امداد سوانح.  بنگرید به پیوست ۲.

اصول بنیادین نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر ۱۹۶۵^۷، مصوب بیستین کنفرانس بین‌المللی

1. Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action) CPMS (<https://resourcecentre.savethechildren.net>
2. Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org
3. Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010. <http://s3.amazonaws.com>
4. Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014. <https://www.livestock-emergency.net>
5. Minimum Economic Recovery Standards (MERS). The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017. <https://seepnetwork.org>
6. Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. <https://reliefweb.int>
7. Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement - www.ifrc.org

صلیب سرخ.

راهکارهای عملیاتی کمیته دائمی میان‌سازمانی در خصوص حمایت از افراد در شرایط سوانح طبیعی. کمیته دائمی میان‌سازمانی و پروژه بروکینگز-برن در خصوص بیجاشدگی داخلی، ۲۰۱۱.

راهکارهای کمیته دائمی میان‌سازمانی در زمینه حمایت روانی-اجتماعی و سلامت روان در موقعیت‌های بحران ۲۰۰۷، کمیته دائمی میان‌سازمانی.^۲

راهکارهای کمیته دائمی میان‌سازمانی در زمینه شمول افراد دارای معلولیت در کنش بشردوستانه.^۳

سیاست‌گذاری کمیته دائمی میان‌سازمانی در خصوص کنش بشردوستانه ۲۰۱۶. کمیته دائمی میان‌سازمانی.

اصول و عملکرد مناسب اهداگری بشردوستانه ۲۰۰۳، مورد پذیرش کنفرانس استکهلم کشورهای اهداکننده، نهادهای سازمان ملل متحد، سمن‌ها و نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال‌احمر و امضاشده توسط کمیسیون اروپا و ۱۶ کشور.

استانداردهای حرفه‌ای برای حمایت ۲۰۱۸. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ.

استانداردها و قوانین بین‌المللی در شرایط سوانح طبیعی ۲۰۰۹، سازمان بین‌المللی قوانین توسعه.^۴

۲-۲ برابری جنسیتی و حمایت در برابر خشونت جنسیت‌محور

مرجع متمم ثابت خشونت جنسیت‌محور. خوشه سرپناه جهانی، کارگروه خشونت جنسیت‌محور در برنامه‌ریزی سرپناه. ۲۰۱۶.

راهنمای جنسیت در کنش بشردوستانه ۲۰۰۶، «زن، دختران، پسران و مردان، نیازهای گوناگون - فرصت‌های برابر، کتاب راهنمای جنسیت برای کنش بشردوستانه». کمیته دائمی میان‌سازمانی.^۵

برنامه‌ریزی آمادگی جنسیتی در اردوگاه: برنامه‌ریزی سکونتگاه، اردوگاه‌های رسمی، راهنمای

1. IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters. Inter-Agency Standing Committee and Brookings-Bern Project on Internal Displacement. 2011. <https://www.brookings.edu>
2. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007. UN Inter-Agency Standing Committee. www.who.int
3. IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action. <https://interagencystandingcommittee.org>
4. IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016. UN Inter-Agency Standing Committee. <https://interagencystandingcommittee.org>
5. Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003 - www.ghdinitiative.org
6. Professional Standards for Protection Work - <https://shop.icrc.org>
7. International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). <https://www.sheltercluster.org>
8. GBV Constant Companion. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://sheltercluster.org>
9. Gender Handbook in Humanitarian Action 2006, "Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action". Inter-Agency Standing Committee. <http://www.unhcr.org>

سکونتگاه‌های غیررسمی^۱. خوشه جهانی سرپناه، کارگروه خشونت جنسیت‌محور در برنامه‌ریزی سرپناه ۲۰۱۶. راهکارهای کمیته دائمی میان‌سازمانی برای ادغام مداخلات خشونت جنسیت‌محور در کنش بشردوستانه. ۲۰۱۵. نیویورک، کمیته دائمی میان‌سازمانی و خوشه حمایت جهانی^۲.

ادغام مدیریت حساس به جنسیت خطر در سوانح درون برنامه‌های توسعه با پیشرانی اجتماع. یادداشت‌های راهنما در خصوص جنسیت و مدیریت خطر در سوانح. شماره ۶ نقطه بانک جهانی، ۲۰۱۳.

حساس ساختن مدیریت خطر در سوانح نسبت به جنسیت: راهکارهای عملی و سیاست‌گذاری^۳. ژنو، اداره کاهش خطر در سوانح سازمان ملل متحد، برنامه عمران سازمان ملل متحد و اتحادیه بین‌المللی حفاظت از طبیعت، ۲۰۰۹.

نیز به راهنمایی: همکاری با مردان و پسران بازمانده خشونت جنسی و جنسیت‌محور در بیجاشدگی اجباری. کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان، ۲۰۱۱.

قابل پیش‌بینی، قابل پیشگیری: بهترین عملکردها برای پاسخ‌دهی به خشونت میان‌فردی و خودالقا شده در طی بحران و پس از آن. ژنو، فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ و هلال‌احمر، صلیب سرخ کانادا، ۲۰۱۴.

۳-۲ کودکان در شرایط بحران

کتاب راهنمای میدانی درباره کودکان فاقد همراه و جدانشده از والدین، ۲۰۱۷. کارگروه میان‌سازمانی در زمینه کودکان فاقد همراه و جدانشده از والدین، ائتلاف برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه^۴.

حداقل استانداردهای کمیته دائمی میان‌سازمانی برای حمایت از کودکان در کنش بشردوستانه، ۲۰۱۲. نیویورک، کمیته دائمی میان‌سازمانی و خوشه حمایت جهانی (کارگروه حمایت از کودکان)^۵.

اصول راهنمای میان‌سازمانی در زمینه کودکان فاقد همراه و جدانشده از والدین، ۲۰۰۴. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان، صندوق کودکان سازمان ملل متحد،

1. Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016. <https://www.sheltercluster.org>
2. IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org
3. Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6. World Bank. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org>
4. Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. <https://www.unisdr.org>
5. Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement. UNHCR. 2011.
6. Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012. www.ifrc.org
7. Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. <https://reliefweb.int>
8. IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. 2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group). cpwg.net

مؤسسه بین‌المللی بینش جهانی، مؤسسه بریتانیایی نجات کودکان و کمیته بین‌المللی امداد^۱.

۴-۲ پناهندگان و بیجاشدگان داخلی

کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان دارای اساسنامه خاص حقوقی برای حمایت از پناهندگان وفق کنوانسیون پناهندگان و پروتکل مربوطه است. منابع گسترده‌ای در تارنمای کمیساریا^۲ موجودند.

کتاب راهنمای کمیته دائمی میان‌سازمانی در زمینه حمایت از بیجاشدگان داخلی (مارس ۲۰۱۰).
کمیته دائمی میان‌سازمانی^۳.

1. Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee. <https://www.icrc.org>
2. www.unhcr.org
3. IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (March 2010). UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org

پیوست ۲

منشور رفتاری نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) در امداد سوانح

محصول مشترک فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر کمیته بین‌المللی صلیب سرخ^۱

هدف

هدف از این منشور رفتاری، پاسداری از استانداردهای رفتاری است. جزئیات عملیاتی از جمله نحوه محاسبه سهمیه غذا یا احداث اردوگاه پناهندگان در این منشور ذکر نشده‌اند بلکه حفظ استانداردهای متعالی استقلال اثربخشی و تأثیرگذاری مدنظر سمن‌های مشغول پاسخ‌دهی به سوانح و نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر، در این منشور دنبال شده است. منشور مذکور داوطلبانه است و توسط سازمان پذیرنده آن به‌منظور حفظ استانداردهای مندرج در آن اعمال می‌گردد.

در موارد رویداد مخاصمات مسلحانه منشور رفتاری حاضر مطابق با قوانین بین‌المللی بشردوستانه تفسیر و اعمال خواهد شد.

منشور رفتاری در ابتدا ارائه می‌گردد و ۳ پیوست تشریح‌کننده محیط کاری مدنظر دولت‌های میزبان، دولت‌های اهداکننده و سازمان‌های میان‌دولتی نیز به‌منظور تسهیل ارائه اثربخش کمک‌های بشردوستانه موجودند.

تعاریف

سمن‌ها: سمن‌ها (سازمان‌های مردم‌نهاد) در این متن عبارت‌اند از سازمان‌های ملی و بین‌المللی که جداگانه از دولت هر کشور که در آن تأسیس شده‌اند.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی: در متن حاضر عبارت آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی برای پوشش اجزای نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر (کمیته بین‌المللی صلیب سرخ، فدراسیون بین‌المللی جمعیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر و جمعیت‌های ملی عضو) و همچنین سمن‌ها بنا به تعریف فوق به کار می‌رود. در این منشور، مشخصاً آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی فعال در پاسخ‌دهی به سوانح مدنظر می‌باشند.

سازمان‌های میان‌دولتی: این سازمان‌ها عبارت‌اند از نهادهای تشکیل‌شده توسط حداقل دو دولت و لذا تمامی آژانس‌های سازمان ملل متحد و سازمان‌های منطقه‌ای را شامل می‌شوند.

سوانح: سانحه عبارت است از رویداد ناگوار منجر به از دست رفتن جان انسان‌ها، ناآرامی و رنج گسترده بشری و خسارت مادی در مقیاس زیاد.

۱. مورد حمایت مالی سازمان‌های زیر:

Caritas Internationalis,* Catholic Relief Services,* International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies,* International Save the Children Alliance,* Lutheran World Federation,* Oxfam,* World Council of Churches,* International Committee of the Red Cross (* members of the Steering Committee for Humanitarian Response).

منشور رفتاری

اصول رفتاری برای نهضت بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر و سمن‌ها در برنامه‌های پاسخ‌دهی به سوانح

۱. ضرورت بشردوستانه اولویت دارد.

حق دریافت کمک‌های بشردوستانه و ارائه آن یکی از اصول اساسی بشردوستانه است که تمامی شهروندان کلیه کشورها باید از آن برخوردار گردند. ما به‌عنوان اعضای جامعه بین‌المللی تعهد خود را برای تأمین کمک‌های بشردوستانه در موارد ضروری اذعان می‌نماییم. از این‌رو، نیاز به دسترسی بلامانع به جمعیت‌های متأثر ضرورتی اساسی در انجام این مسئولیت قلمداد می‌گردد. انگیزه اصلی ما در پاسخ‌دهی به سوانح درواقع کاهش آلام انسانی در میان افرادی است که از کمترین توان مقابله با فشار ناشی از آن سوانح برخوردارند. فراهم ساختن کمک‌های بشردوستانه از سوی ما اقدامی سیاسی و جناحی نیست و نباید این‌گونه تلقی گردد.

۲. کمک‌ها فارغ از نژاد، مرام یا ملیت دریافت‌کنندگان و بدون هرگونه تمایز نامطلوب از هر نوع ارائه می‌شوند. کمک‌های اولویت‌دار صرفاً بر مبنای نیاز محاسبه می‌گردند.

در کلیه موارد ممکن، ما تأمین کمک‌های امدادی را بر مبنای ارزشیابی دقیق و جامع نیازهای قربانیان سوانح و ظرفیت‌های محلی موجود برای پاسخ‌دهی به این نیازها در نظر می‌گیریم. ما در تمامی برنامه‌های خود ملاحظات متناسب بودن را لحاظ می‌نماییم. درد و آلام انسانی باید در تمامی موارد موجود مرتفع گردند چراکه زندگی در یک قسمت کشور از ارزش برابر با زندگی در قسمتی دیگر برخوردار است. در این راستا، تأمین کمک از سوی ما نشانگر میزان درد و آلامی است که ما در پی برطرف کردن آن هستیم. در حین اجرای این رویکرد، ما نقش اساسی ایفا شده را توسط زنان در اجتماعات مستعد سوانح به رسمیت می‌شناسیم و تضمین می‌نماییم که این نقش در برنامه‌های کمک‌رسانی ما نه تنها تضعیف نگردد، بلکه از آن پشتیبانی نیز به عمل آید. اجرای چنین سیاست جهان‌شمول، بی‌غرض و مستقلی فقط در صورتی اثربخش خواهد بود که ما همراه با شرکای خود به منابع ضروری به‌منظور فراهم ساختن چنین امداد عادلانه و همچنین به کلیه قربانیان سوانح دسترسی برابر داشته باشیم.

۳. کمک‌ها در جهت پیشبرد موضوع خاص سیاسی یا مذهبی به کار نخواهند رفت.

کمک‌های بشردوستانه مطابق با نیاز افراد، خانواده‌ها و اجتماعات ارائه می‌گردند. علیرغم حق آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی برای تقویت آرای خاص سیاسی یا مذهبی، ما تأکید داریم که کمک‌ها بستگی به پایبندی دریافت‌کنندگان به چنین اعتقاداتی نخواهند داشت. ما وعده، ارائه یا توزیع کمک را بر مبنای پذیرش یا پیروی از مرام خاص سیاسی یا مذهبی قرار نخواهیم داد.

۴. ما تلاش خواهیم نمود تا به‌عنوان ابزار سیاست خارجی دولت اقدام نکنیم.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی نهادهایی هستند که مستقل از دولت‌ها عمل می‌کنند. در این راستا، ما سیاست‌ها و راهبردهای اجرای خود را تدوین می‌نماییم و در پی اجرای سیاست‌های هیچ دولتی نیستیم مگر آنکه آن سیاست‌ها با سیاست‌های مستقل ما همگام باشند. ما هرگز آگاهانه یا از روی اهمال به خود یا کارکنان خود اجازه نخواهیم داد که برای جمع‌آوری اطلاعات دارای ماهیت حساس سیاسی، نظامی یا اقتصادی برای دولت‌ها یا سایر نهادهای دارای اهدافی به‌جز موارد مشخصاً بشردوستانه مورد استفاده قرار گیرند. علاوه بر این، ما به‌عنوان ابزار سیاست خارجه دولت‌های اهداکننده وارد عرصه عمل نخواهیم شد. ما از کمک‌هایی که دریافت می‌کنیم برای پاسخ‌دهی به نیازها استفاده خواهیم کرد و این کمک‌ها نباید متأثر از نیاز به صرفاً هزینه‌کرد مبالغ و اقلام اضافی حامیان مالی یا منافع

سیاسی هر يك از آن‌ها باشند. ما فراهم‌سازی داوطلبانه نیروی كار و مبالغ مالی را توسط افراد مربوطه در جهت حمایت از كارفرما و به رسمیت شناختن استقلال كنش بر مبنای چنین انگیزه‌های داوطلبانه اذعان و ترویج می‌نماییم. در راستای مراقبت از استقلال خود، ما از وابستگی به منبع تأمین مالی واحد اجتناب خواهیم كرد.

۵. ما به فرهنگ و رسوم احترام می‌گذاریم.

ما تلاش خواهیم نمود تا به فرهنگ، ساختارها و رسوم اجتماع و کشورهایی که در آن‌ها مشغول کار هستیم، احترام بگذاریم.

۶. ما تلاش می‌نماییم که پاسخ‌دهی به سوانح را بر مبنای ظرفیت‌های محلی بنا کنیم.

همه افراد و اجتماعات حتی در شرایط سوانح هم ظرفیت و هم آسیب‌پذیری دارند. در موارد ممکن، ما این ظرفیت‌ها را از طریق استخدام کارکنان محلی، خرید مواد محلی و کسب‌وکار با شرکت‌های محلی تقویت خواهیم نمود. ما حتی‌المقدور از طریق آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی به‌عنوان شرکا در برنامه‌ریزی و اجرا کار خواهیم كرد و با ساختارهای دولتی محلی در موارد ضروری همکاری می‌نماییم. ما مسئله هماهنگی صحیح پاسخ‌دهی خود را به بحران به‌عنوان اولویته بالا در نظر می‌گیریم. این امر به بهترین شکل در کشورهای مربوطه توسط افرادی انجام می‌گردد که مستقیماً در عملیات امداد دخیل باشند و نمایندگان نهادهای مربوطه سازمان ملل متحد نیز در آن‌ها حضور داشته باشند.

۷. روش‌هایی برای جلب مشارکت ذینفعان برنامه در مدیریت کمک‌های امداد پیدا خواهند شد.

كمك‌های پاسخ‌دهی به سوانح را هرگز نباید بر ذینفعان تحمیل نمود. امداد اثربخش و بازتوانی درازمدت را می‌توان از طریق جلب مشارکت ذینفعان مدنظر در طراحی، مدیریت و اجرای برنامه كمك‌ها به دست آورد. ما در جهت مشارکت كامل اجتماع در برنامه‌های امداد و بازتوانی خود تلاش می‌نماییم.

۸. كمك‌های امدادی باید با هدف کاهش آسیب‌پذیری‌های آتی در برابر سوانح و همچنین برآورده کردن نیازهای پایه انجام گردند.

تمامی اقدامات امدادی بر جوانب آتی توسعه درازمدت چه به‌صورت مثبت و چه به‌صورت منفی تأثیر گذارند. ما با اذعان این مسئله در جهت اجرای برنامه‌های امدادی که به شکلی فعال باعث کاهش آسیب‌پذیری ذینفعان در برابر سوانح آینده می‌شوند و به ایجاد سبک زندگی پایدار كمك می‌کنند، تلاش خواهیم نمود. ما به دغدغه‌های زیست‌محیطی در طراحی و مدیریت برنامه‌های امدادی توجه خاص خواهیم كرد. ما همچنین برای حداقل‌سازی تأثیر منفی كمك‌های بشردوستانه و دوری از وابستگی درازمدت ذینفعان به كمك‌های خارجی تلاش می‌نماییم.

۹. ما خود را در برابر افرادی که به آن‌ها قصد كمك داریم و همچنین افرادی که منابع آن‌ها را می‌پذیریم، پاسخگو می‌دانیم.

ما اغلب به‌عنوان رابط سازمانی در شراکت مابین افرادی که تمایل دارند كمك کنند و آن‌هایی که نیازمند كمك در طی سوانح هستند عمل می‌کنیم. در این راستا ما خود را به هر دو طرف پاسخگو قلمداد می‌کنیم. تمامی مراودات ما با حامیان مالی و ذینفعان نشانگر نگرشی باز و شفاف هستند. ما نیاز به گزارش‌دهی را درباره فعالیت‌های خود هم از دیدگاه مالی و هم دیدگاه اثربخشی اذعان می‌نماییم. ما همچنین تعهد خود را به تضمین پایش مناسب توزیع كمك‌ها و اجرای ارزشیابی‌های مرتب تأثیرگذاری كمك‌ها در سوانح به رسمیت می‌شناسیم. علاوه بر این، ما در پی گزارش‌دهی تأثیرگذاری کار خود و عوامل محدودکننده یا ارتقادهنده آن تأثیرگذاری به شکلی عمومی خواهیم بود. برنامه‌های ما بر مبنای استانداردهای بالای عملکرد حرفه‌ای و تخصص به‌منظور حداقل‌سازی اتلاف منابع ارزشمند

شکل خواهند گرفت.

۱۰. ما در فعالیتهای اطلاع‌رسانی و تبلیغات، قربانیان سوانح را به‌عنوان انسان‌های باکرامت و نه اشیاء در نظر می‌گیریم.

احترام به قربانی سوانح به‌عنوان شریک برابر در کنش بشردوستانه هرگز نباید از بین برود. ما در اطلاع‌رسانی عمومی خود تصویری را از وضعیت بحران ترسیم خواهیم نمود که ظرفیت‌ها و امیدهای قربانیان سوانح و نه صرفاً آسیب‌پذیری و ترس آن‌ها مورد تأکید قرار خواهند گرفت. اگرچه ما با رسانه‌ها در راستای ارتقای پاسخ‌دهی عمومی همکاری می‌نماییم، اما اجازه نخواهیم داد که مطالبات بیرونی یا درونی برای تبلیغات بر اصل حداکثرسازی کمک‌های کلی امداد تقدم یابند. ما از رقابت با سایر نهادهای پاسخ‌دهنده به بحران برای کسب پوشش رسانه‌ای در شرایطی که چنین پوششی به ضرر خدمات ارائه‌شده به ذینفعان یا امنیت کارکنان ما یا ذینفعان باشند، دوری می‌نماییم.

محیط کاری

ما با توافق یک‌جانبه بر سر تلاش برای پایبندی به منشور فوق‌الذکر، برخی از راهکارهای نشانگر را در بخش ذیل ارائه می‌نماییم که در آن‌ها محیط کاری مدنظر ایجادشده توسط دولت‌های اهداکننده، دولت‌های میزبان و سازمان‌های میان‌دولتی مخصوصاً آژانس‌های سازمان ملل متحد در راستای تسهیل مشارکت اتریش آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی در پاسخ‌دهی به سوانح، تشریح خواهد شد.

این راهکارها برای راهنمایی ارائه می‌گردند و التزام‌آور حقوقی نیستند و ما از دولت‌ها و سازمان‌های میان‌دولتی انتظار پذیرش این راهکارها را از طریق امضای هرگونه سندی نخواهیم داشت اگرچه شاید چنین امری را به‌عنوان یکی از اهداف آتی پیگیری نماییم. راهکارهای مذکور با حفظ روحیه‌ای باز همراه با همکاری ارائه می‌شوند تا شرکای ما بتوانند نسبت به رابطه مطلوب مدنظر ما در قبال آن‌ها آگاهی پیدا کنند.

پیوست ۱: توصیه‌ها برای دولت‌های کشورهای متأثر از سوانح

۱. دولت‌ها باید اقدامات مستقل، بشردوستانه و بی‌غرض آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی را به رسمیت بشناسند و به آن‌ها احترام بگذارند.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی نهادهایی مستقل هستند. این استقلال و بی‌غرضی باید توسط دولت‌های میزبان رعایت گردند.

۲. دولت‌های میزبان باید دسترسی سریع را برای آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی به قربانیان سوانح تسهیل کنند.

اگر قرار است که آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی کاملاً مطابق با اصول بشردوستانه خود عمل کنند آن‌ها باید از دسترسی سریع و بی‌غرض به قربانیان سوانح به‌منظور تأمین کمک‌های بشردوستانه برخوردار گردند. دولت میزبان در فرایند اجرای مسئولیت‌های حاکمیتی خود موظف است که مانع چنین کمکی نگردد و کنش بی‌غرض و غیرسیاسی آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی را بپذیرد. کشورهای میزبان باید به تسهیل ورود سریع کارکنان امدادی مخصوصاً از طریق حذف الزامات ترانزیت، روادید ورود و خروج یا اعطای سریع این روادید بپردازند. دولت‌ها باید به هوایم‌های حامل کارکنان و اقلام امداد بین‌المللی در طی فاز امداد در بحران اجازه پرواز را برای ورود به مرزهای هوایی کشور ارائه نمایند.

۳. دولت‌ها باید انتقال به موقع اطلاعات و اقلام امدادی را در طی سوانح تسهیل کنند.

تجهیزات و اقلام امدادی صرفاً برای هدف کاهش و حذف درد و آلام بشری و نه مزایای تجاری وارد کشور می‌گردند. به چنین اقلامی باید عموماً اجازه ورود آزاد و بدون محدودیت اعطا نمود و نباید الزامات گواهی‌های کنسولگری مبدأ یا فاکتور خرید، مجوزهای واردات و یا صادرات یا سایر این قبیل محدودیت‌ها و همچنین مالیات و عوارض ورود، هزینه‌های فرود یا تخلیه در بنادر در مورد آن‌ها اعمال گردند.

واردات موقت تجهیزات ضروری امداد از جمله خودرو، هواپیمای سبک و تجهیزات مخابراتی باید توسط دولت میزبان دریافت‌کننده از طریق حذف موقت محدودیت‌های مجوز یا ثبت‌نام تسهیل گردد. بر همین منوال، دولت‌ها نباید صادرات مجدد تجهیزات امدادی را در پایان عملیات امداد محدود نمایند.

دولت‌های میزبان ترغیب می‌گردند که به منظور تسهیل ارتباطات در سوانح، فرکانس‌های خاص رادیویی قابل استفاده را برای سازمان‌های امداد در ارتباطات بین‌المللی و درون کشوری برای هدف ارتباطات در سوانح تعیین کنند و این فرکانس‌ها را به اجتماع پاسخ‌دهنده به سوانح پیش از رخداد اعلام نمایند. دولت‌های مذکور باید مجوز کاربرد تمامی روش‌های ارتباطی ضروری را برای عملیات امداد خود در اختیار کارکنان امداد قرار دهند.

۴. دولت‌ها باید در پی تأمین خدمات برنامه‌ریزی و اطلاع‌رسانی هماهنگ در سوانح باشند.

هماهنگی و برنامه‌ریزی کلی تلاش‌های امداد در نهایت مسئولیت دولت میزبان است. برنامه‌ریزی و هماهنگی را می‌توان در صورت برخورداری آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی از اطلاعات در خصوص نیازهای امداد و نظام‌های دولتی برنامه‌ریزی و اجرای تلاش‌های امداد و همچنین اطلاعات در خصوص خطرهای امنیتی بالقوه ارتقا بخشید.

از دولت‌های میزبان مصرانه تقاضا می‌شود که به منظور تسهیل هماهنگی اثربخش و بهره‌مندی کارآمد از تلاش‌های امداد، یک واحد را برای تماس و رایزنی آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی ورودی با مقامات مسئول ملی پیش از رخداد سوانح انتصاب کنند.

۵. امداد در سوانح در صورت رخداد مخاصمات مسلحانه.

در صورت رخداد مخاصمات مسلحانه، اقدامات امدادی تحت حاکمیت مفاد مربوطه قوانین بین‌المللی بشردوستانه قرار دارند.

پیوست ۲: توصیه‌ها به دولت‌های اهداکننده

۱. دولت‌های اهداکننده باید اقدامات مستقل، بشردوستانه و بی‌غرض آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی را به رسمیت بشناسند و به آن‌ها احترام بگذارند.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی سازمان‌های مستقلی هستند که استقلال و بی‌غرضی آن‌ها باید توسط دولت‌های میزبان رعایت گردد. دولت‌های اهداکننده نباید از این نمونه آژانس‌ها برای پیشبرد اهداف سیاسی یا اعتقادی خود استفاده نمایند.

۲. دولت‌های اهداکننده باید منابع مالی را با ضمانت استقلال عملیاتی فراهم کنند.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی باید منابع مالی و کمک‌های مادی را از دولت‌های اهداکننده با حفظ همان روحیه‌ای که این کمک‌ها را در اختیار قربانیان سوانح قرار می‌دهند، دریافت کنند: روحیه انسانیت و استقلال کنش. اجرای اقدامات امدادی در نهایت مسئولیت آژانس‌های مذکور است و مطابق با سیاست‌های آن‌ها انجام خواهد شد.

۳. دولت‌های اهداکننده باید از دفاتر مناسب خود برای کمک به آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی در دستیابی به قربانیان سوانح استفاده نمایند.

دولت‌های اهداکننده باید اهمیت پذیرش مقداری مسئولیت را برای امنیت و آزادی دسترسی کارکنان آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی به مناطق سوانح به رسمیت بشناسند. آن‌ها باید برای تعامل دیپلماتیک با دولت‌های میزبان در خصوص چنین مواردی در مواقع ضروری آماده باشند.

پیوست ۳: توصیه‌ها برای سازمان‌های میان‌دولتی

۱. سازمان‌های میان‌دولتی باید آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی محلی و خارجی را به‌عنوان شرکای ارزشمند به رسمیت بشناسند.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی تمایل به همکاری با سازمان ملل متحد و سایر نهادهای میان‌دولتی برای اِعمال پاسخدهی بهتر به سوانح دارند. این آژانس‌ها با حفظ روحیه شراکت به این همکاری روی می‌آورند که در طی آن، تمامیت و استقلال تمامی شرکا حفظ می‌گردد. آژانس‌های میان‌دولتی باید به استقلال و بی‌غرضی آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی احترام بگذارند. آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی باید طرف مشورت آژانس‌های سازمان ملل متحد در تدوین برنامه‌های امداد قرار گیرند.

۲. سازمان‌های میان‌دولتی باید به دولت‌های میزبان در تأمین چارچوب کلی هماهنگی برای امداد محلی و بین‌المللی سوانح کمک نمایند.

آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی عموماً فاقد وظیفه و مأموریت تأمین چارچوب هماهنگی کلی برای سوانح نیازمند پاسخدهی بین‌المللی هستند. این مسئولیت بر عهده دولت میزبان و مقامات مسئول مربوطه سازمان ملل متحد است. از آن‌ها مصرانه درخواست می‌گردد که این خدمات را به شکلی به‌موقع و اثربخش برای کمک به کشور متأثر و اجتماع پاسخ‌دهندگان ملی و بین‌المللی به سوانح ارائه نمایند. به هر صورت، آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی باید تمامی تلاش‌ها را در راستای تضمین هماهنگی اثربخش خدمات خود اتخاذ نمایند. در موارد مخاصمات مسلحانه، اقدامات امدادی تحت حاکمیت مفاد مربوطه قوانین بین‌المللی بشردوستانه قرار دارند.

۳. سازمان‌های میان‌دولتی باید حمایت امنیتی ارائه‌شده به آژانس‌های سازمان ملل متحد را در اختیار آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی نیز قرار دهند.

چنانچه خدمات امنیتی برای سازمان‌های میان‌دولتی فراهم می‌شوند، خدمات مذکور باید در اختیار شرکای عملیاتی آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی در موارد درخواستی آن‌ها قرار بگیرند.

۴. سازمان‌های میان‌دولتی باید همان میزان دسترسی به اطلاعات مربوطه را که برای آژانس‌های سازمان ملل متحد تأمین می‌کنند، در اختیار آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی نیز قرار دهند.

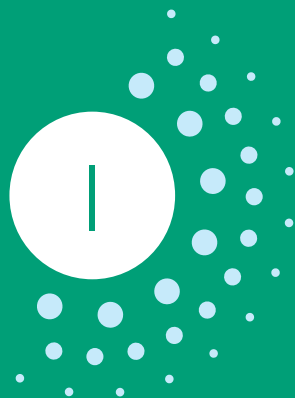
از سازمان‌های میان‌دولتی مصرانه درخواست می‌گردد که تمامی اطلاعات مرتبط با اجرای پاسخدهی اثربخش به سوانح را با شرکای عملیاتی آژانس‌های بشردوستانه غیردولتی به اشتراک بگذارند.

پیوست ۳ اختصارات

ART	anti-retroviral therapy
BMI	body mass index
CBA	cash-based assistance
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CHS	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability
CHW	community health worker
cm	centimetre
CMR	crude mortality rate
CPMS	Child Protection Minimum Standards
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DPT	diphtheria, pertussis and tetanus
EPI	Expanded Programme on Immunization
EWAR	Early warning alert and response
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FRC	free residual chlorine
GBV	gender-based violence
HMIS	health management information system
HWTSS	household-level water treatment and safe storage
IASC	Inter-agency standing committee
iCCM	Integrated Community Case Management
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights
ICRC	International Committee of the Red Cross
IDP	internally displaced person
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
IHL	international humanitarian law
IMCI	integrated management of childhood illness
INEE	Inter-Agency Network for Education in Emergencies
IPC	infection prevention and control
IYCF	infant and young child feeding
km	kilometre
LEGS	Livestock Emergency Guidelines and Standards
LGBTQI	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex
LLIN	long-lasting insecticide-treated net
MAM	moderate acute malnutrition
MEAL	monitoring, evaluation, accountability and learning
MERS	Minimum Economic Recovery Standards
MISMA	Minimum Standard for Market Analysis
MOH	ministry of health
MSF	Médecins sans Frontières (Doctors without Borders)

MUAC	mid upper arm circumference
NCDs	non-communicable diseases
NGO	non-governmental organisation
NTU	nephelometric turbidity units
OAU	Organization of African Unity (now African Union)
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
PEP	post-exposure prophylaxis
PPE	personal protective equipment
RNI	reference nutrient intakes
SEEP	Small Enterprise Education and Promotion (Network)
STIs	sexually transmitted infections
TB	tuberculosis
U5CMR	under-5 crude mortality rate
UN	United Nations
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)
UNICEF	United Nations Children's Fund
WASH	water supply, sanitation and hygiene promotion
WFH	weight for height
WFP	World Food Programme
WHO	World Health Organization

فهرست اعلام



اطفال شیرخوار و کودکان خردسال / ۱۴۰، ۱۵۹، ۱۶۴، ۱۶۸، ۱۶۹،
۱۷۰، ۱۷۳، ۱۷۶، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۷، ۲۰۱، ۲۲۰،
۲۲۳، ۲۳۸، ۳۱۸، ۳۳۹، ۳۹۸، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۸، ۴۱۰

[illegible]

اطلاعات شخص: / ۲۹۱، ۴۰۹

[illegible]

اطلاع‌رسانی، مشارکت و بازخورد / ۳۹۷

اعمال / ۲۲، ۳۶، ۳۹۷

افراد / ش، ح، د، ر، ف، م، ن، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳

[illegible]

افراد د حال حاجان: ۹۷، ۹۹، ۱۰۲، ۱۰۶، ۱۲۵، ۲۰۴، ۲۳۹، ۳۹۸

0.3 0.296 93 92 90 81 86.46 45 79 71 79 78 7.
2.8 1.99 1.93 1.65 1.63 1.62 1.6 1.29 1.19 1.16 1.09 1.0
252 251 250 249 248 246 243 242 24 238 231 229
4.6 4.3 4.1 3.9 3.8 3.8 3.7 3.7 3.7 3.9 3.9 3.8 3.8

استانداردهای، هم‌راه / ۳۹۷

استحمام / ٩٨، ١٠٠، ١٠١، ١٠٢، ١٠٣، ١٠٤، ١٠٥، ١٠٦، ١٠٧، ١١٨،
١٢٠، ١٢٢، ١٣٩، ١٤٤، ١٥٠، ١٥٢، ١٥٣، ١٥٤، ١٥٦

[illegible]

استفاده از غذا / ۱۶۴، ۲۰۶، ۴۰۱

استفاده - کاربرد / ۴۰۶

استفاده مجدد / ث، ۱۰۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۴۷، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹،
۴۰۲، ۳۹۷

استقلال / ۱۹، ۶۷، ۷۱، ۷۳، ۸۰، ۸۱، ۳۸۷، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۴۰۰

استقلال از دولت‌ها / ۴۰۰

اسفیر / أ، ب، ت، ث، ض، ا، ٤، ٣٧١، ٣٧٢، ٣٩٧

اسفہال / ۱۰۹، ۱۱۵، ۱۲۲، ۱۲۹، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۷۶، ۱۸۱، ۱۸۸، ۲۲۱، ۳۰۱، ۳۰۶، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۷، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۴۵، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۵۰، ۳۵۷، ۳۹۷، ۴۰۰

اشتراک گذاری / ۷۵، ۹۵، ۱۷۳، ۱۷۹، ۲۴۵، ۲۵۱، ۲۵۴، ۲۷۶، ۳۹۸

اصول، حمایتی / ۳۹۷، ۴۰۳

اصول محوری / ۲۸، ۳۰، ۴۱۰

اصول مشترک / ۳۱، ۳۷۲، ۴۰۹

١٧٠. ١٦٩. ١٦٨. ١٦٤. ١٥٩. ١٤٦. ١٤٥. ١٤٠. ١٣٣. ١٣٢. ١٢ / لظاف
 ١٨٦. ١٨٥. ١٨٤. ١٨٣. ١٧٩. ١٧٨. ١٧٧. ١٧٦. ١٧٤. ١٧٣. ١٧٢. ١٧١.
 ٢٧١. ٢٥٨. ٢٥٣. ٢٢٢. ٢٢٧. ٢٢٣. ٢٢٠. ٢٠١. ١٩٧. ١٨٩. ١٨٨. ١٨٧.
 ٢٢٩. ٢٢٨. ٢٢٢. ٢٢٠. ٢١٩. ٢١٨. ٢١٧. ٢١٦. ٢٠٩. ٢٠٨. ٢٠٧. ٢٠٦.
 ٢١٠. ٢٠٨. ٢٠٦. ٢٠٤. ٢٠٢. ٢٠١. ٢٠٠. ١٩٨. ١٩٩.

اطفال شیرخوار/ ۱۲، ۱۴، ۱۵۹، ۱۶۴، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۳، ۱۷۶، ۱۷۹، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۷، ۲۰۱، ۲۲۰، ۲۲۳، ۲۲۷، ۲۳۲، ۲۵۳، ۲۵۸، ۳۰۹، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۸، ۳۳۹، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۴، ۴۰۸، ۴۱۰

ب

٤٠٤ / یارش

پارشر و سیلاب / ۴۰۴

بازار محور / ۹، ۱۰، ۲۰، ۲۱، ۲۶، ۹۲، ۹۹، ۱۰۶، ۱۶۷، ۱۹۱، ۲۴۰، ۲۵۸،
۲۸۱، ۳۹۹، ۴۰۶

بازنوازی / خ، غ، ه، ا، ی، ۲۰، ۲۸، ۳۶، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۵۲، ۵۶
 ج، د، ۹۶، ۱۰۲، ۱۰۶، ۱۱۴، ۱۱۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۹۱، ۱۹۳،
 ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱،
 ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۶، ۲۴۹، ۲۵۱، ۲۵۳، ۲۶۷، ۲۶۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۹،
 ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۱۱، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۹، ۴۰۰

باز خورد/ ک، ۴۱، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۹۱، ۹۴، ۹۵، ۹۷، ۹۸، ۱۰۶، ۱۲۳، ۱۶۳، ۱۸۴، ۱۹۲، ۲۰۰، ۲۰۲، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۷۹، ۲۹۱، ۲۹۲، ۳۲۷، ۳۲۹، ۴۰۹، ۴۰۰

۳۹۹، ۳۷۹، ۲۷۹، ۲۷۸، ۲۶۴، ۲۴۶، ۲۴۵، ۲۰۵، ۱۰۶، ۴۳ / با گشت

۴۰۲، ۳۹۹، ۲۶۹، ۲۶۸، ۲۶۷، ۲۴۶، ۱۳۴، ۱۲۶، ۱۲۵، ۱۲۴ / بافت:

[illegible]

بحران‌ها/ خ ۱، ۱۴، ۱۵، ۳۹، ۴۴، ۵۶، ۹۴، ۱۰۰، ۱۷۱، ۱۷۴، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۸، ۱۹۷، ۱۹۹، ۲۰۳، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۲۴، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸

بخش خصوصی / ۴، ۱۸، ۲۸، ۳۱، ۳۷، ۷۰، ۷۱، ۹۲، ۱۰۶، ۱۳۹، ۲۱۱،
۲۱۲، ۲۱۴، ۲۴۰، ۲۶۷، ۲۹۲، ۳۳۹، ۳۹۹

٢٠٣، ٣٩٩، ٢٧٨، ٢١٩، ٢١٨، ٢١٤، ٢١١، ٢١٠، ٢٠٩، ١٥٩ / ج٢

[illegible]

برنامه / ر، ص، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۵۲، ۵۵، ۵۶، ۵۸، ۶۰، ۶۱، ۶۵، ۷۳، ۷۴، ۷۶، ۷۸، ۸۰، ۸۱، ۹۳، ۹۴، ۱۰۷، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴،

201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300.

[illegible]

پیرنامہ ریزی سکونتگاہ و سریناہ / ۳۹۷

ب. نامه، نذ، محب / ۲۴۹، ۲۵۰، ۴۰۵

۱۱۳، ۱۱۵، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۹، ۲۶۸، ۳۲۰، ۳۲۶ / بزرگسالان / ۴۰، ۲۳۳

۴۰۶,۳۰۰,۲۵۶,۲۱۱,۲۰۱,۲۰۰,۱۲۵,۹۹,۲۳ / بسته بندی

پسته‌ها / ۳۰۱، ۳۱۴، ۳۴۰

شهرستان/آب، ت، ج، خ، د، ز، س، ض، ظ، و، ح، ط، ث، ج، د، ز، س، ض، ظ، و، ح، ط، ث

۹۷ ۹۶ ۹۵ ۹۴ ۹۳ ۹۲ ۹۱ ۹۰ ۸۹ ۸۸ ۸۷ ۸۶ ۸۵ ۸۴ ۸۳ ۸۲ ۸۱ ۸۰ ۷۹ ۷۸ ۷۷ ۷۶ ۷۵ ۷۴ ۷۳ ۷۲ ۷۱ ۷۰ ۶۹ ۶۸ ۶۷ ۶۶ ۶۵ ۶۴ ۶۳ ۶۲ ۶۱ ۶۰ ۵۹ ۵۸ ۵۷ ۵۶ ۵۵ ۵۴ ۵۳ ۵۲ ۵۱ ۵۰ ۴۹ ۴۸ ۴۷ ۴۶ ۴۵ ۴۴ ۴۳ ۴۲ ۴۱ ۴۰ ۳۹ ۳۸ ۳۷ ۳۶ ۳۵ ۳۴ ۳۳ ۳۲ ۳۱ ۳۰ ۲۹ ۲۸ ۲۷ ۲۶ ۲۵ ۲۴ ۲۳ ۲۲ ۲۱ ۲۰ ۱۹ ۱۸ ۱۷ ۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ ۰

بطري / ١٠١، ١٠٦، ١٢١، ٣٩٩، ٤٠٠

بطء، آب / ۱۰۶، ۳۹۹، ۴۰۰

۳۹۷ / سنگ بد به سکونتگاه جمع

شماره: ۴۰۰، ۳۷۲، ۲۹۰، ۲۸۸، ۲۴۳، ۲۴۲، ۹۳، ۹۲، ۹۰، ۵۲، ۱۴، ۵، ج، ۱

بنیان حقوقی / ج، ۵، ۹۰، ۹۲، ۲۴۲، ۲۸۸، ۲۹۰، ۳۷۲، ۴۰۰

[illegible]

[illegible]

ص

سیاست‌های پیشگیری از اثرات منفی / ۴۰۵

سیاست‌های نوآوری / ۳۹۸، ۴۰۵

سیاست‌های یادگیری / ۴۰۹

سیاه‌رسته / ۳۱۶، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۳۳، ۳۴۹، ۴۰۰، ۴۰۶

سیلاب / ۱۶، ۲۴، ۵۹، ۲۴۸، ۲۵۰، ۲۶۹، ۲۹۵، ۴۰۴

ش

شاخص / ۷، ۲۱، ۱۱۷، ۱۲۰، ۱۲۵، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۹، ۱۷۱، ۱۷۵،

۱۹۲، ۲۱۶، ۲۱۸، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۳۰، ۲۵۷، ۲۶۴، ۲۶۸،

۲۷۰، ۲۸۸، ۳۲۹، ۳۳۱، ۳۳۹

شاخص‌های سلامت / ۴۰۶

شاخص‌های عملکرد، مدیریت سوءتغذیه / ۴۰۶

شاخص‌های کلیدی / ۳، ۷، ۲۳، ۹۵، ۹۸، ۱۰۰، ۱۰۳، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۱۲،

۱۱۴، ۱۲۳، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۶۵، ۱۶۸، ۱۷۲، ۱۷۷، ۱۸۱، ۱۸۴، ۱۸۷، ۱۹۲،

۱۹۶، ۱۹۸، ۲۰۰، ۲۰۲، ۲۰۶، ۲۰۹، ۲۱۲، ۲۴۴، ۲۴۸، ۲۵۲، ۲۵۶، ۲۶۱،

۲۶۵، ۲۶۸، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۹۴، ۲۹۷، ۲۹۹، ۳۰۱، ۳۰۳، ۳۰۷، ۳۰۹، ۳۱۲،

۳۱۴، ۳۱۸، ۳۲۰، ۳۲۳، ۳۲۶، ۳۲۸، ۳۳۱، ۳۳۵، ۳۳۹، ۳۴۱، ۳۵۳، ۴۰۶

شاک / ۶، ۲۷، ۲۸، ۴۰۶

شبکه ایمنی / ۱۸۹، ۳۹۸

شخصی / ع، ۹۲، ۹۳، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۶، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۵، ۱۳۶،

۱۴۰، ۲۰۴، ۲۵۴، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۳، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۳، ۲۹۵،

۲۹۶، ۲۹۷، ۳۰۳، ۳۰۹، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۳۱، ۳۴۷، ۳۵۵، ۳۷۲، ۳۹۸، ۴۰۱،

۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۷

شستن / ۹۵، ۹۷، ۱۴۳، ۳۵۶، ۴۰۲، ۴۰۶

شستن دست‌ها / ۹۵، ۴۰۶

شفافیت / ۳۱، ۵۸، ۶۴، ۷۴، ۸۲، ۴۰۶

شکایات / ۶۱، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۳، ۸۰، ۱۹۲، ۱۹۳، ۲۰۰، ۲۱۲،

۲۵۴، ۳۵۲، ۴۰۹

شکایت / ۶۲، ۶۳، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۲۹۷، ۳۹۹، ۴۰۴، ۴۰۶

شکنتجه / ۲۹، ۳۰، ۳۰۵، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۴۰۶

شیر / ۹۹، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۶۹، ۱۷۲، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹،

۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۲۰۱، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۳۰۸،

۳۱۹، ۳۲۱، ۴۰۶

شیردही / ۱۷۹، ۱۸۳، ۱۸۶، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۷، ۲۲۰، ۲۲۱، ۴۰۲،

۴۰۴، ۴۰۶

شیر فرمول برای اطفال شیرخوار / ۴۰۶

شیوه‌نامه / ع، ۱۷۴، ۳۱۳، ۳۲۰، ۴۰۶

شیوه‌نامه درمان / ۴۰۶

شیوه‌نامه‌ها / ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۳۳، ۳۵۵

شیوه‌نامه‌های ملی و بین‌المللی / ۱۲۲، ۴۰۷

صحرايي / ۳۰۴، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۴۱، ۳۵۷، ۴۰۰

صف / ۱۰۴، ۱۰۶، ۳۹۹

طراحی / ش، ۳، ۵، ۶، ۸، ۱۲، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۹، ۳۹، ۴۵، ۵۲، ۵۴،

۵۵، ۵۷، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۸، ۷۳، ۷۴، ۷۹، ۸۴، ۹۳، ۹۵، ۹۷،

۱۰۰، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۴،

۱۳۹، ۱۴۰، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۹، ۱۷۳، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۶،

۱۹۷، ۲۰۲، ۲۰۴، ۲۱۱، ۲۱۴، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۴، ۲۶۰، ۲۶۲،

۲۶۴، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۹، ۲۸۹، ۲۹۵، ۲۹۶، ۳۰۷، ۳۱۶، ۳۱۷،

۳۲۰، ۳۲۹، ۳۳۹، ۳۸۹، ۴۰۳، ۴۰۶، ۴۰۸

طراحی برنامه / ۳، ۹، ۱۲، ۲۱، ۲۴، ۱۰۶، ۱۶۹، ۱۷۳، ۳۱۷، ۴۰۳،

۴۰۶

طفیان / ظ، ق، ۸۹، ۱۱۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۶،

۱۳۹، ۱۵۳، ۱۶۰، ۱۶۶، ۲۲۱، ۲۵۳، ۲۸۸، ۲۹۴، ۲۹۵، ۳۰۴، ۳۰۶،

۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۳۹، ۳۴۹،

۴۰۰، ۴۰۲، ۴۰۶

طفیان بیماری / ظ، ق، ۸۹، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۳۶، ۱۶۰، ۲۲۱،

۲۵۳، ۲۹۲، ۲۹۴، ۲۹۵، ۳۰۶، ۳۱۰، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۴۹، ۴۰۰، ۴۰۶

طولانی مدت / ر، ۳، ۴، ۵، ۱۴، ۱۷، ۸۱، ۱۹۷، ۲۲۲، ۲۵۶، ۳۳۴، ۳۳۵،

۳۹۹، ۳۴۲

ظ

ظرفیت / ا، ۸، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۸، ۳۰، ۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳،

۵۴، ۵۵، ۵۷، ۶۰، ۶۱، ۷۰، ۷۶، ۷۸، ۹۰، ۹۹، ۱۳۷، ۱۳۹، ۱۴۱، ۱۶۸،

۱۶۹، ۱۷۳، ۱۷۵، ۱۷۶، ۲۰۱، ۲۱۱، ۲۲۱، ۲۴۵، ۲۴۷، ۲۵۱، ۲۵۴، ۲۶۰،

۲۶۲، ۲۷۲، ۲۸۹، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۳۱۲، ۳۱۴، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴،

۳۸۲، ۳۸۹

ظرفیت‌های محلی / ع، ۴، ۵۴، ۵۹، ۶۱، ۶۲، ۱۲۵، ۲۱۲، ۳۸۸، ۳۸۹،

۳۹۸، ۴۰۰

ظروف / ۹۳، ۹۵، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۶، ۱۲۱، ۱۲۶،

۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۸، ۱۶۵، ۱۸۸، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۴۲، ۲۷۳، ۳۹۹

ع

عاری بودن / ۳۷۲، ۴۰۳

عفونت / ع، غ، ۱۲۲، ۱۲۹، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۳۵، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۵۴،

۱۷۹، ۱۸۱، ۱۸۹، ۱۹۸، ۲۲۱، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۹، ۳۰۷، ۳۱۲، ۳۱۴،

۳۱۵، ۳۱۸، ۳۲۱، ۳۲۴، ۳۲۸، ۳۳۰، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۷، ۳۴۸،

۳۵۰، ۳۶۰، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۶، ۴۰۸

عفونت‌های تنفسی / ۳۵۵، ۳۰۶، ۳۱۳، ۳۱۷، ۳۱۹، ۴۰۶

عملیات و تعمیر و نگهداری / ۱۱۶، ۱۱۸، ۱۳۹، ۲۵۱، ۴۰۵

عمومی / ع، ۱۰، ۱۲، ۲۵، ۳۷، ۴۵، ۶۷، ۹۰، ۹۱، ۹۴، ۹۵، ۹۷،

۹۸، ۱۰۳، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶،

نقد/ ۶۰۷، ۱۳۷، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۵، ۲۰۷، ۲۱۴، ۲۷۲، ۲۷۹، ۴۰۷

نقد و کالابریگ/ ۲۰۱، ۴۰۷

نکات/ خ، ۴۴، ۲۰۴، ۲۳۸، ۲۶۸، ۴۰۷

نگاه کلی/ ۱۳۰، ۱۶۶، ۳۹۷، ۴۰۲، ۴۰۵، ۴۰۸، ۴۱۰

نمودار اف/ ۸۹، ۱۰۸، ۱۱۱، ۱۴۲، ۴۱۰

نواوری/ ۷۳، ۷۴، ۲۶۰، ۳۹۸، ۴۰۵

نورپردازی/ ۳۹۸، ۴۱۰

نورپردازی مصنوعی/ ۳۹۸، ۴۱۰

نوسانات/ ۵۶، ۱۰۸، ۱۷۰، ۱۹۱، ۲۰۲، ۴۰۲

نوسانات در قیمت/ ۴۰۲

نیازها/ ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۵۴، ۵۵، ۵۷، ۵۹، ۷۳، ۹۱، ۹۲، ۹۹، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۳۱، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۶۲، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۹، ۱۸۴، ۱۸۷، ۲۱۰، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۴، ۲۴۹، ۲۵۲، ۲۵۹، ۲۷۱، ۲۸۹، ۲۹۲، ۳۰۰، ۳۰۴، ۳۰۶، ۳۳۹، ۳۴۲، ۳۸۸

نیازهای تغذیه/ ۱۶۷، ۱۸۳، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۶، ۱۹۷، ۲۴۲، ۴۰۷

نیازهای درمانی، مجموعه/ ۴۱۰

نیروها/ ۱۳، ۷۶

نیروهای نظامی/ ز، ۳، ۴، ۱۹، ۴۲، ۷۱، ۹۳، ۱۶۳، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۳۱۵، ۳۵۸، ۴۰۰، ۴۱۰

نیکبود/ غ، ۱۹، ۲۹، ۴۰، ۷۸، ۷۷، ۸۱، ۹۷، ۱۰۰، ۱۱۱، ۱۲۲، ۱۶۲، ۱۶۶، ۱۸۳، ۱۹۰، ۲۱۷، ۲۴۰، ۲۴۴، ۲۵۰، ۲۵۲، ۲۷۳، ۲۸۸، ۴۰۷

و

واکسن/ ۷، ۳۰۸، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۳۳، ۳۹۹

واکسیناسیون/ ۷، ۱۸۲، ۲۲۱، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۳۳، ۳۹۷، ۴۰۱، ۴۰۸، ۴۱۰

واکسیناسیون بیماری‌های واگیردار/ ۴۰۱

واگیردار/ ۹۴، ۱۰۵، ۱۱۹، ۱۲۲، ۱۲۶، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۷۶، ۱۹۸، ۲۱۴، ۲۲۱، ۲۵۵، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۳۰۴، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۳۰، ۳۶۲، ۳۶۳، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲

وبا/ ۹۴، ۱۱۸، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۳۹، ۱۴۳، ۱۴۵، ۱۴۷، ۱۹۰، ۲۹۶، ۲۹۷، ۳۰۸، ۳۱۱، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۳۵، ۳۴۷، ۳۴۹، ۴۰۰، ۴۱۰

وضعیت سلامت روان/ ۳۹۷

وظایف، وظایف خانوادگی، وظایف خانوار/ ۱۸، ۲۸، ۲۹، ۵۵، ۶۷، ۷۰، ۷۶، ۹۰، ۱۲۹، ۱۳۹، ۱۶۰، ۲۱۴، ۲۳۸، ۲۸۸، ۲۹۷، ۴۱۰

ه

هیاتیت/ ۱۲۵، ۱۳۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۲۹۷، ۳۰۱، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۲۶، ۳۴۹، ۴۰۰، ۴۱۰

هذایا/ ۸۲

هذایای غیرنقدی/ ۸۱، ۴۱۰

هدف‌گذاری/ ۷، ۱۲، ۲۲، ۹۷، ۱۰۴، ۱۱۹، ۱۲۱، ۱۲۴، ۱۳۸، ۱۸۰، ۱۸۴، ۱۸۶، ۱۸۸، ۱۹۱، ۱۹۴، ۲۰۰، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۱۳، ۲۹۴، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۱۶، ۳۱۷، ۴۰۷، ۴۱۰

هدف‌گذاری، کمک غذایی/ ۴۱۰

هزینه/ ظ، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۶۱، ۶۴، ۷۹، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۶۴، ۱۶۷، ۱۷۰، ۱۸۸، ۱۹۷، ۲۱۳، ۲۴۴، ۲۵۱، ۲۷۹، ۲۸۱، ۲۹۵، ۳۰۸، ۴۱۰

هزینه رژیم غذایی/ ۱۶۷، ۱۹۷، ۴۱۰

هشدار/ ظ، ۵۸، ۱۶۶، ۱۶۸، ۲۱۴، ۲۸۹، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۵، ۳۴۸، ۳۴۹، ۴۰۶، ۴۱۰

هشدار و پاسخ‌دهی به‌نگام/ ۲۸۹، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۵، ۳۴۸، ۴۱۰

هماهنگی/ ز، ش، ق، ۵، ۹، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۳، ۳۱، ۳۹، ۵۴، ۵۷، ۵۸، ۶۸، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۸۱، ۸۴، ۹۲، ۹۴، ۹۶، ۹۸، ۹۹، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۰۷، ۱۲۲، ۱۲۹، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۹، ۱۷۹، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۸، ۲۱۰، ۲۳۰، ۲۴۴، ۲۴۷، ۲۶۲، ۲۶۴، ۲۶۷، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۸۹، ۲۹۲، ۲۹۶، ۳۰۱، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۱۰، ۳۱۲، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۲۲، ۳۲۵، ۳۴۲، ۳۵۵، ۳۵۸، ۳۸۲، ۳۸۹، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۷، ۴۰۰، ۴۱۰

هماهنگی و رویکرد تکمیلی/ ۳۹۷

همکاری/ ذ، ز، س، ۴، ۵، ۱۰، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۳۱، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۶۰، ۶۱، ۶۴، ۶۷، ۶۸، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۴، ۸۱، ۹۲، ۹۳، ۹۸، ۹۹، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۶، ۱۰۹، ۱۱۷، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۹، ۱۶۰، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۹، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۱، ۱۹۴، ۲۱۳، ۲۴۰، ۲۴۲، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۷، ۲۵۴، ۲۶۲، ۲۶۴، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۲، ۲۹۵، ۳۰۷، ۳۳۴، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۸۵، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۲، ۴۰۹، ۴۱۰

ی

یادداشت‌ها/ ۲۷۶، ۳۷۲

یادداشت‌های راهنما/ ۷، ۶، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۵۳، ۵۵، ۵۸، ۶۱، ۶۴، ۶۸، ۷۱، ۷۴، ۷۷، ۸۰، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۴، ۱۰۸، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۷، ۱۲۰، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۸، ۱۳۳، ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۷۳، ۱۷۷، ۱۸۱، ۱۸۵، ۱۸۷، ۱۹۳، ۱۹۷، ۲۰۰، ۲۰۳، ۲۰۷، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۳۵، ۲۳۷، ۲۶۱، ۲۶۵، ۲۶۸، ۲۹۴، ۲۹۸، ۳۰۰، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۸، ۳۱۰، ۳۱۳، ۳۱۵، ۳۱۸، ۳۲۴، ۳۲۶، ۳۲۸، ۳۳۱، ۳۳۵، ۳۳۹، ۳۴۲، ۳۸۵، ۴۱۰

یادگیری/ د، ز، س، ۳، ۸، ۹، ۲۳، ۲۵، ۵۳، ۶۰، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۶، ۱۲۴، ۱۲۷، ۱۳۸، ۱۸۰، ۲۴۶، ۳۸۳، ۳۹۸، ۴۰۱، ۴۰۵، ۴۰۹، ۴۱۰

یادگیری توأم با همکاری/ ۷۴، ۴۱۰