



Проект «Сфера»

Гуманитарная хартия и
минимальные стандарты,
применяемые при
оказании гуманитарной
помощи





Проект «Сфера»

Гуманитарная
Хартия и минимальные
стандарты, применяемые
при оказании
гуманитарной помощи



Издание проекта «Сфера»:

The Sphere Project

Copyright©The Sphere Project 2011

Электронный адрес: info@sphereproject.org

Сайт: www.sphereproject.org

Проект «Сфера» был создан в 1997 г. группой неправительственных организаций и Движением Красного Креста и Красного Полумесяца с целью разработки универсальных минимальных стандартов в ключевых областях оказания гуманитарной помощи – руководства проекта «Сфера». Целью данного руководства является повышение качества гуманитарной помощи в случае чрезвычайной ситуации или конфликта, а также повышение степени подотчетности гуманитарной системы перед пострадавшим от ЧС населением. Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании гуманитарной помощи, являются результатом коллективных усилий многих людей и организаций. Таким образом, не следует видеть в них выражение взглядов какой-либо одной организации.

Первое пробное издание 1998 г.

Первое окончательное издание 2000 г.

Второе издание 2004 г.

Третье издание 2011 г.

1-й дополнительный тираж

ISBN 978-1-908176-03-5

Каталожную выписку по данной публикации можно получить в Британской библиотеке и Библиотеке Конгресса США.

Все права защищены. Настоящее издание защищено авторским правом, однако никто не может воспроизводиться любым способом без оплаты в образовательных целях, но не для перепродажи. Для всех подобных целей требуется формальное разрешение, которое, как правило, предоставляется незамедлительно. Для воспроизведения издания в других обстоятельствах, для его опубликования в интернете или для использования его в других публикациях, включая с целью перевода или дистрибуции, необходимо предварительно получить письменное разрешение владельца авторских прав, и, возможно, предоставить оплату.

По поручению проекта «Сфера» настоящее издание распространяется в различных странах мира компанией Practical Action Publishing, ее агентами и представителями.

Заказы направлять по адресу:

Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology and Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, CV23 9QZ, United Kingdom

Телефон: +44 (0) 1926 634501; Факс: +44 (0) 1926 634502

Электронный адрес: sphere@practicalaction.org.uk

Сайт: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Издательская компания Practical Action Publishing (Регистрационный номер в Великобритании 1159018) является полной собственностью компании Practical Action и осуществляет коммерческую деятельность исключительно в рамках благотворительных целей материнской компании.

Оформление:  **messaggio**, Мец-Тесси, Франция

Перевод на русский язык: Михаил Смирнов и Элла Кобер

Печать: Hobbs the Printers, Hampshire, Великобритания



Предисловие

Настоящее последнее издание руководства проекта «Сфера» *Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании гуманитарной помощи* – результат широкого межучрежденческого сотрудничества.

Гуманитарная хартия и минимальные стандарты являются свидетельством решимости гуманитарных организаций повысить эффективность предоставляемой ими помощи и подотчетность перед заинтересованными сторонами и содействуют созданию практической основы для обеспечения подотчетности.

Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, разумеется, не в состоянии предотвратить ни возникновение гуманитарных кризисов, ни страдания людей. Однако они дают возможность повысить действенность предоставляемой помощи, и их целью является улучшение жизни людей, пострадавших от чрезвычайных ситуаций.

Стандарты проекта «Сфера», разработанные в конце 1990-х годов по инициативе группы гуманитарных неправительственных организаций и Движения Красного Креста и Красного Полумесяца, в настоящее время стали применяться в качестве повсеместно принятых фактических стандартов оказания гуманитарной помощи в XXI столетии.

В связи с этим хотелось бы выразить признательность всем, благодаря кому это стало возможным.



Тон ван-Зутфен
Председатель правления
проекта «Сфера»



Джон Дамерелл
Руководитель проекта

Лица и организации, принимавшие участие в подготовке издания

Настоящее переработанное и исправленное издание руководства проекта «Сфера» является результатом большой совместной работы и широких консультаций, в которых принимало участие значительное число людей из разных стран мира, поэтому упомянуть каждого в отдельности не представляется возможным. Проект «Сфера» выражает признательность всем организациям и отдельным лицам за тот огромный вклад, который они внесли в эту работу, и проявленную ими готовность участвовать в ней.

Процессом переиздания руководила группа координаторов, осуществлявшая работу над техническими главами и комплексными вопросами, при поддержке экспертов по возникающим вопросам, которые представляли гуманитарный сектор, являясь либо сотрудниками, откомандированными гуманитарными организациями, либо специально приглашенными на работу специалистами, в зависимости от запланированного масштаба работы. Консультанты возглавляли процесс редактирования элементов, связанных с руководством в целом, что потребовало дополнительной работы значительных объемов. Лица, перечисленные ниже, являются консультантами проекта (если не указано иное).

Гуманитарная хартия: Джеймс Дарси, Мэри Пикард, Джим Бишоп (InterAction), Клэр Смит (CARE International) и Ивонн Климан (МФКК)

Принципы обеспечения защиты: Эд Шенкенберг ван Миероп (ICVA) и Клодин Энни Даль

Базовые стандарты: Пет Сандисон и Сэр Дэвидсон

Технические главы

- ▶ **Водоснабжение, санитарное обеспечение и содействие соблюдению гигиены:** Негя Базезев Легессе (Oxfam GB)
- ▶ **Продовольственная безопасность и питание:**
 - **Питание:** Съюэн Терстанс (Save the Children UK)
 - **Продовольственная безопасность и средства к существованию:** Девриг Велли (Action Contre la Faim)
 - **Продовольственная помощь:** Пол Тёрнбулл (World Food Programme) и Уолтер Миддлтон (World Vision International)

- ▶ **Обеспечение временным жильем, организация размещения и непродовольственной помощи:** Грэхэм Сондерс (МФКК)
- ▶ **Оказание медицинской помощи:** Месфин Теклу (World Vision International)

Комплексные вопросы

- ▶ **Дети:** Моника Бломстрём и Мари Мёрт (Save the Children Sweden)
- ▶ **Пожилые люди:** Джо Уэллз (HelpAge International)
- ▶ **Инвалиды:** Мария Кетт (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- ▶ **Гендер:** Шивон Форан (IASC GenCap Project)
- ▶ **Психосоциальные вопросы:** Марк ван Оммерен (Всемирная организация здравоохранения) и Майк Уэсселз (Columbia University)
- ▶ **ВИЧ и СПИД:** Пол Спигел (UNHCR)
- ▶ **Окружающая среда, изменение климата и снижение риска ЧС:** Анита ван Бреда (WWF) и Найджел Тимминс (Christian Aid)

Дополняющие стандарты «Сфера»

- ▶ **Образование:** Дженнифер Хофманн и Цветомира Лауб (МСОЧС)
- ▶ **Домашний скот:** Кэти Уотсон (LEGS)
- ▶ **Восстановление экономики:** Трейси Герстл и Лора Мейсснер (сеть SEEP)

Консультанты по дополнительным вопросам

- ▶ **Плановое восстановление:** Мария Ольга Гонсалес (UNDP/BCPR)
- ▶ **Координация и управление лагерями:** Джиллиан Данн (IRC)
- ▶ **Программы денежной помощи:** Нупур Кукрети (Cash Learning Partnership network)

Кроме того, проводились консультации с рядом специалистов по военно-гражданским вопросам, по вопросам прогнозирования и урегулирования конфликтов и городских поселений.

Рабочие и референтные группы были организованы с тем, чтобы оказывать поддержку работе координаторов; проект «Сфера» выражает признательность всем членам этих групп. В данном разделе не приводится список их имен, однако его можно найти на сайте проекта «Сфера»: www.sphereproject.org.

Ред кторы: Фил Грини, Сью Пфиффнер, Дэвид Уилсон.

Помощник ред кционной группы Раджа Джарра

Специ листы по мониторингу и оценке результ тов: Клаудия Шнайдер, SKAT

Пр вление проект «Сфер » (сост в н 31 дек бря 2010 г.)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Джон Ндуна) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Лорен Сейяр) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Мануэла Россбах) * CARE International (Оливье Браунштеффер) * CARITAS Internationalis (Ян Бейтс) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Эд Шенкенберг ван Миерон) * International Rescue Committee (IRC) (Джилиан Данн) * InterAction (Линда Потит) * Intermón Oxfam (Елена Сгорбати) * Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК) (Саймон Экклзхолл) * The Lutheran World Federation (LWF) (Рудельмар Буэно де Фариа) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Мия Вукоевич) * Plan International (Унни Кришнан) * Save the Children Alliance (Анни Фостер) * Sphere India (Н.М. Прусти) * The Salvation Army (Рэлтон Гиббс) * World Vision International (Тон ван Зутфен).

Доноры

Помимо вышеуказанных организаций, входящих в Правление, средства на переиздание данного руководства проекта «Сфера» также предоставили:

Австралийское агентство по международному развитию (AusAID) * Бюро Европейского сообщества по гуманитарным вопросам (ECHO) * Министерство иностранных дел Германии * Министерство иностранных дел Испании * Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству (SDC) * Министерство Великобритании по международному развитию (DFID) * Бюро по делам населения, беженцев и миграции Госдепартамента США (US-PRM) * Американский отдел оказания помощи жертвам бедствий, произошедших за рубежом (US-OFDA).

Шт тные сотрудники проект «Сфер »

Руководитель проекта: Джон Дамерелл

Вопросы тренинга и обучения: Вероника Фубер

Вопросы рекламы и обеспечения материалами: Анинья Надиг

Содействие тренингу и рекламе: Сесилия Фуртаде

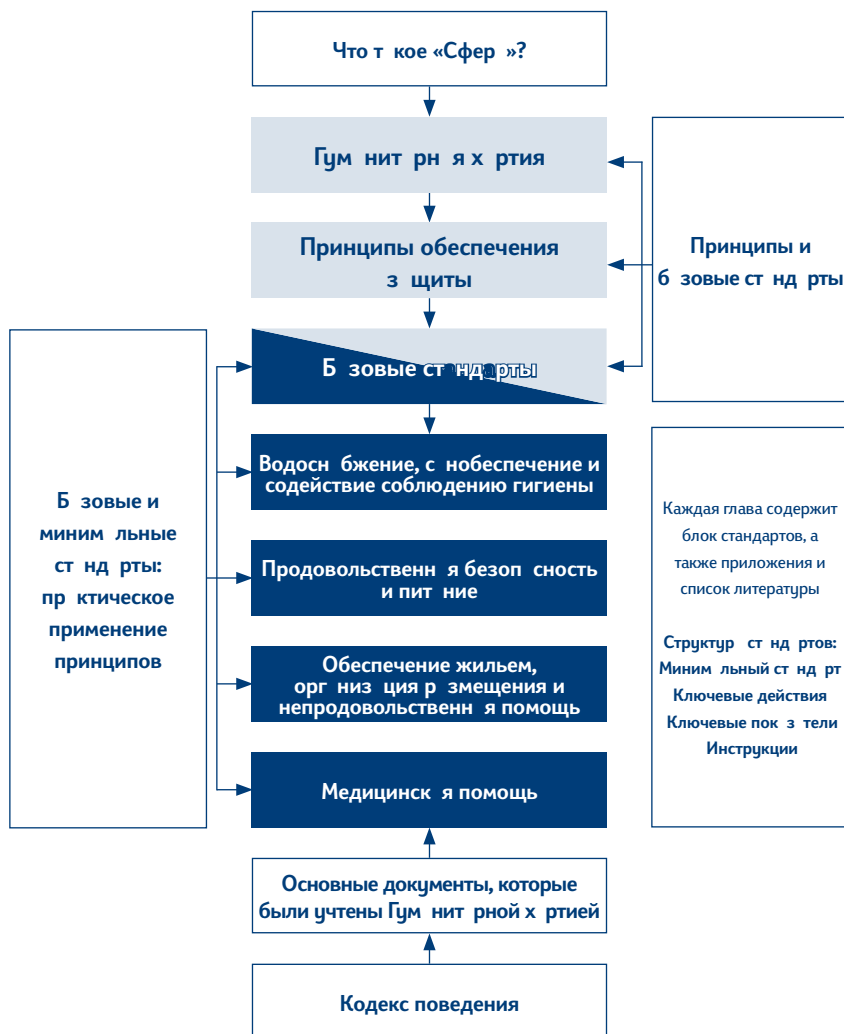
Административные вопросы и финансы: Лидия Боки

На разных этапах в процессе редактирования данного руководства дополнительную помощь участникам проекта оказывали Элисон Джойнер, Хани Эскандари и Лаура Лопес.

Содержание

Предисловие.....	iii
Лица и организации, принимавшие участие в подготовке издания.....	iv
Что такое «Сфера»?.....	3
Гуманитарная хартия.....	21
Принципы обеспечения защиты.....	29
Базовые стандарты.....	55
Минимальные стандарты водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены.....	93
Минимальные стандарты продовольственной безопасности и питания.....	161
Минимальные стандарты, касающиеся обеспечения временным жильем, организации размещения и непродуктивной помощи.....	283
Минимальные стандарты в области оказания медицинской помощи.....	343
Приложения.....	423
Приложение 1: Основные документы, которые были учтены Гуманитарной хартией.....	424
Приложение 2: Кодекс поведения Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении помощи в случае стихийных бедствий и катастроф.....	438
Приложение 3: Список сокращений.....	449
Алфавитный указатель.....	453

Руководство проект «Сфер »



Что такое «Сфера»?



Что такое «Сфера»?

Проект «Сфера» и входящее в его состав руководство широко известны тем, что пропагандируют внедрение учета таких факторов, как качество и подотчетность, в рамках оказания гуманитарной помощи. Однако каковы истоки проекта «Сфера»? В чем состоит концепция и каковы подходы к ее осуществлению? Как и почему возникла идея создания данного руководства? Каково его место в сфере гуманитарной деятельности? Кто и когда должен применять данное руководство? Целью этой главы является дать ответ на некоторые из этих основных вопросов. Помимо этого, здесь разъясняется структура руководства и объясняется, как его применять и как вы или ваша организация можете соблюдать минимальные стандарты проекта «Сфера».

Концепция проект «Сфера»: про жизнь с достоинством

Проект «Сфера» был начат в 1997 году группой гуманитарных неправительственных организаций (НПО) совместно с Международным движением Красного Креста и Красного Полумесяца. Их цель состояла в повышении качества их деятельности по оказанию помощи в чрезвычайных ситуациях и внедрении подотчетности за эту деятельность. Концепция проекта «Сфера» основывалась на **двух основных убеждениях**: во-первых, все пострадавшие от ЧС или конфликта имеют право на жизнь с достоинством, и как следствие, имеют право на помощь; во-вторых, следует предпринимать все необходимые меры для того, чтобы облегчать страдания людей, вызванные чрезвычайной ситуацией или конфликтом.

На основании этих двух убеждений в рамках проекта «Сфера» была выработана Гуманитарная хартия и были определены **минимальные стандарты** в основных секторах по спасению жизни людей. Эти стандарты теперь отражены в четырех технических главах, посвященных вопросам водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены; продовольственной безопасности и питания; обеспечения временным жильем, организации размещения и непродовольственной помощи, а также медицинского обслуживания. **Базовые стандарты** являются стандартами, касающимися процесса оказания помощи, и относятся ко всем техническим главам.



Минимальные стандарты являются стандартами, основанными на доказательствах, и отражают выработанное в секторе общее мнение относительно наилучшей практики в области оказания гуманитарной помощи. Каждый стандарт сопровождаются ключевые действия, ключевые показатели и инструкции (описанные ниже в разделе «Рекомендации по применению данных стандартов»), которые позволяют адаптировать сформулированные в общем смысле минимальные стандарты к местным условиям.

Минимальные стандарты описывают условия, которые необходимо создать в рамках оказания любой гуманитарной помощи для обеспечения выживания пострадавшего от ЧС населения и восстановления в стабильной обстановке с соблюдением человеческого достоинства. **Включение пострадвшего населения** в процесс консультирования составляет ядро концепции проекта «Сфера». Впоследствии проект «Сфера» стал одной из первых инициатив, известных в настоящее время как программы по обеспечению **к честв и подотчетности**.

В настоящее издание руководства включены Гуманитарная хартия и минимальные стандарты. Руководство проекта «Сфера» предназначено для планирования, осуществления, контроля и оценки действий в рамках оказания гуманитарной помощи. Оно также является эффективным разъяснительно-пропагандистским инструментом при согласовании с властями вопросов, касающихся оказания гуманитарной помощи и предоставления ресурсов. Помимо этого, руководство применимо для осуществления мероприятий по обеспечению готовности к ЧС и при планировании действий в чрезвычайных обстоятельствах. Все большее число доноров гуманитарной помощи включает в настоящее время эти стандарты в свои требования к отчетности.

Благодаря тому, что данное руководство не принадлежит какой-либо одной организации, оно получило одобрение всего гуманитарного сектора и приобрело широкую известность и мировое признание в качестве свода стандартов, касающихся оказания гуманитарной помощи, и применяется в качестве межучрежденческого инструмента коммуникации и координации.

Впервые руководство было издано в 2000 году, а в 2003 и в 2009-2010 годах в него были внесены изменения и дополнения. Каждый раз в ходе процесса переиздания проводились консультации с представителями всего гуманитарного сектора с привлечением целого ряда агентств, организаций и отдельных лиц, включая правительства и учреждения системы Организации Объединенных Наций (ООН).

Основными пользователями руководства «Сфера» являются специалисты, участвующие в планировании, управлении или оказании гуманитарной помощи. В их число входят сотрудники и добровольцы местных, национальных и

международных гуманитарных организаций. Минимальные стандарты также часто служат ориентиром в контексте сбора денег на благотворительные нужды и представления проектных предложений.

Другие участники, такие как правительство и местные власти, военный или частный сектор, также призываются к применению руководства «Сфера». Оно может быть полезно не только для осуществления управления их собственными действиями, но также будет способствовать пониманию ими стандартов, применяемых гуманитарными организациями, с которыми им, возможно, придется взаимодействовать.

Руководство к к отр жение системы ценностей проект «Сфер »

Структура данного руководства отражает цель проекта «Сфера» прочно связать оказание гуманитарной помощи с использованием подхода, основанного на соблюдении прав и соучастии.

Гум нит рн я х ртия, принципы обеспечения з щиты и б зовые ст нд рты

Гуманитарная хартия, принципы обеспечения защиты и базовые стандарты отражают подход проекта «Сфера», ориентированный на соблюдение прав и интересов людей в рамках оказания гуманитарной помощи. Их приоритетом является значимость включения пострадавшего населения, а также местных и национальных властей на всех этапах оказания гуманитарной помощи.

Главным элементом данного руководства является Гуманитарная хартия (с приведенным в на странице 406 аннотированным перечнем основных правовых и программных документов). В Гуманитарной хартии заложены этические и правовые основы принципов обеспечения защиты, а также базовых и минимальных стандартов, которые определяют этапы их правильной интерпретации и применения. Она является выражением установленных юридических прав и обязанностей, а также общих убеждений и обязательств гуманитарных организаций, объединенных в свод **общих принципов, пр в и обяз нностей**. Опираясь на принцип гуманности и гуманитарного долга оказывать помощь, они включают право на жизнь с достоинством; право на получение гуманитарной помощи, а также право на защиту и безопасность. Гуманитарная хартия также подчеркивает значение **подотчетности гум нит рных орг низ ций перед постр д вшим н селением**. Базовые и минимальные стандарты определяют практическое значение этих принципов.



Гуманитарная хартия разъясняет, почему оказание помощи и обеспечение защиты являются основополагающими элементами гуманитарной деятельности. С целью дальнейшего развития аспекта, касающегося обеспечения защиты, в руководство включен ряд **принципов обеспечения защиты**, претворяющих некоторые правовые принципы и права, приведенные в Гуманитарной хартии, в стратегии и мероприятия, которые должны составлять сущность гуманитарной деятельности с точки зрения обеспечения защиты. Обеспечение защиты является основной частью гуманитарной деятельности, и принципы обеспечения защиты указывают на обязанность гуманитарных организаций обеспечить, чтобы их деятельность была направлена на более серьезные угрозы, которым чаще всего подвергается население во время конфликта или ЧС.

Все гуманитарные организации должны обеспечить, чтобы их деятельность не наносила пострадавшим людям большего вреда (принцип обеспечения защиты 1); чтобы их деятельность приносила пользу наиболее пострадавшим и уязвимым людям (принцип обеспечения защиты 2); чтобы содействовать защите людей от насилия и других нарушений прав человека (принцип обеспечения защиты 3); и чтобы оказывать пострадавшим людям помощь в восстановлении от последствий злоупотреблений (принцип обеспечения защиты 4). Роли и обязанности гуманитарных организаций в плане обеспечения защиты, как правило, являются вспомогательными по отношению к юридической ответственности государства и других соответствующих правительственных органов. Обеспечение защиты обычно касается напоминания властям об их обязанностях.

Базовые стандарты являются первым блоком минимальных стандартов и определяют суть всех остальных. В них объясняется, насколько важны процессы и подходы, применяемые в ходе оказания гуманитарной помощи, для достижения наибольшей эффективности. Для достижения технических стандартов необходимы сосредоточение внимания на ресурсах и активном участии пострадавших от ЧС или конфликта, проведение комплексного анализа и оценки потребностей и обстановки, обеспечение эффективной координации действий организаций, стремление постоянно повышать эффективность работы, а также обладающий соответствующей квалификацией персонал и оказание ему соответствующей поддержки.

Принципы обеспечения защиты и базовые стандарты приводятся в одном разделе в начале данного руководства с тем, чтобы избежать их повторения в каждой посвященной тем или иным техническим аспектам главе. Они составляют основу всей гуманитарной деятельности и **должны применяться совместно с главными, посвященными техническим аспектам оказания помощи**. Их соблюдение необходимо для достижения технических стандартов с учетом обеспечения качества и подотчетности перед пострадавшим населением.

Базовые и минимальные стандарты в четырех посвященных техническому спектру оказания помощи главах

Базовые и минимальные стандарты касаются методов планирования программ помощи четырех видов мероприятий, направленных на спасение жизни, а именно: водоснабжение, санобеспечение и содействие соблюдению гигиены; продовольственная помощь и питание; обеспечение жильем, организация размещения и непродовольственная помощь; медицинское обслуживание.

Рекомендации по применению стандартов

Базовые и минимальные стандарты представлены в определенном формате. Они начинаются с общей и всеобъемлющей формулировки – минимального стандарта – за которым следует ряд ключевых действий, ключевых показателей и инструкций.

Сначала приводится минимальный стандарт. Каждый стандарт вытекает из принципа, согласно которому пострадавшее от ЧС население имеет право на жизнь с достоинством. Это стандарты качества, задающие минимальные уровни, которые должны быть достигнуты в процессе оказания гуманитарной помощи. Они универсальны и применимы в любой ЧС, чем объясняется тот факт, что они сформулированы в общих выражениях.

Далее приведены **ключевые действия** практического характера, необходимые для достижения минимального стандарта. Некоторые из этих действий могут быть неприменимы ко всем ситуациям, поэтому тем, кто на практике осуществляет помощь, надлежит выбрать необходимые действия и спланировать альтернативные мероприятия, которые обеспечат достижение данного стандарта.

Затем следуют **ключевые показатели**, которые служат индикатором, определяющим, был ли достигнут тот или иной стандарт. Они позволяют оценивать результаты ключевых действий и информировать о ходе их осуществления. Ключевые показатели относятся к минимальным стандартам, а не к ключевым действиям.

Инструкции касаются зависящих от конкретной ситуации аспектов, которые необходимо принимать во внимание, чтобы выполнить ключевые действия и достичь ключевых показателей. Они содержат указания по преодолению практических затруднений, а также ориентиры или рекомендации по наиболее важным вопросам и вопросам, требующим комплексного подхода. Инструкции **не** содержат указаний относительно того, **как именно** следует осуществлять на практике то или иное действие.



В кратком **введении** к каждой главе изложены основные вопросы, рассматривающиеся в ней. Главы, посвященные техническим минимальным стандартам, содержат также приложения, включающие, в частности, перечни контрольных вопросов, формулы, таблицы и образцы отчетных форм. В конце каждой главы приводятся списки литературы и дополнительных материалов. Подробный (www.sphereproject.org) глоссарий для всего руководства можно найти на сайте проекта «Сфера».

Все главы взаимосвязаны. Во многих случаях стандарты, описанные в одном разделе, должны рассматриваться вместе со стандартами других разделов. Таким образом, данное руководство содержит большое количество перекрестных ссылок.

Соблюдение минимальных стандартов проект «Сфера»

Руководство проекта «Сфера» является добровольным кодексом и самоуправляемым инструментом для обеспечения качества и подотчетности, и проект «Сфера» не предусматривает какого-либо механизма контроля за соблюдением нормативных требований. Не существует никакой формальной процедуры «вступления» в проект «Сфера», членства в нем или какого-либо процесса аккредитации. Для того чтобы способствовать расширению круга пользователей данного руководства, проект «Сфера» сознательно предпочел такой вид руководства, которое не является предписывающим или требующим неукоснительного соблюдения.

Данное руководство не содержит практических указаний относительно способа предоставления определенных услуг (ключевые действия содержат рекомендации по мероприятиям, способствующим достижению какого-либо стандарта, не указывая конкретных способов их осуществления). В нем, скорее, объясняется, **что необходимо иметь в наличии** для обеспечения достойной жизни пострадавшего населения. Таким образом, каждая применяющая данное руководство организация должна сама выбрать механизм, обеспечивающий соответствие минимальным стандартам проекта «Сфера». Некоторые организации используют исключительно внутренние механизмы контроля, в то время как другие предпочитают внешнюю экспертизу со стороны коллег. Некоторые объединенные в сети организации используют проект «Сфера» для оценки их совместных действий по оказанию помощи в конкретных чрезвычайных ситуациях.

Следование проекту «Сфера» не подразумевает соблюдения всех стандартов и показателей. Степень, до которой организации могут соблюдать стандарты, зависит от ряда факторов, на некоторые из которых эти организации влиять не способны. В некоторых случаях трудности получения доступа к пострадавшему населению, отсутствие необходимой меры сотрудничества с властями или серьезная угроза безопасности препятствуют соблюдению стандартов.

В случае если в целом уровень жизни пострадавшего населения был значительно ниже минимальных стандартов еще до наступления ЧС, то существует вероятность, что организации не будут располагать достаточными ресурсами для достижения этих стандартов. В таких случаях предоставление самых необходимых удобств и услуг для всего пострадавшего населения может быть важнее достижения минимальных стандартов лишь для его части.

В некоторых случаях минимальные стандарты могут превышать повседневный жизненный уровень соседнего населения, тем не менее необходимо придерживаться этих стандартов в рамках оказания помощи пострадавшему от ЧС населению. Однако подобные ситуации могут также требовать принятия мер по оказанию поддержки оседлому населению и указывать на необходимость ведения диалога с руководителями общин. При этом адекватные и осуществимые меры определяются обстановкой.

В случ ях, когд достижение ст нд ртов невозможно, гуманитарным организациям следует:

- В своей отчетности (оценке, анализе и т.д.) фиксировать расхождение между соответствующими показателями проекта «Сфера» и теми показателями, которые были достигнуты на практике
- Привести причину этого и объяснить, что необходимо изменить
- Проанализировать негативные последствия для пострадавшего населения
- Принять необходимые смягчающие меры по снижению отрицательного воздействия этих последствий.

Стремясь к принятию вышеуказанных мер, организации демонстрируют приверженность концепции проекта «Сфера» и его минимальным стандартам, даже если они не способны достичь этих стандартов, как указано в руководстве.

Место проект «Сфер » в р мк х ок з ния гум нит рной помощи

Руководство «Сфера» предназначено для использования в ходе оказания гуманитарной помощи в таких ситуациях, как стихийные бедствия, конфликты, постепенно и внезапно развивающиеся ситуации, в сельских и городских местностях, а также в сложных политических ЧС во всех странах. Понятие «чрезвычайная ситуация» охватывает вышеупомянутые случаи, а там, где это необходимо, используется понятие «конфликт». Понятие «население» означает отдельных лиц, семьи, общины и более широкие группы. Этим объясняется тот факт, что в данном руководстве широко употребляется понятие «население, пострадавшее от ЧС».



В каких случаях использовать данное руководство

Минимальные стандарты проекта «Сфера», уделяющие первостепенное внимание периоду оказания **гуманитарной помощи**, касаются мероприятий, направленных на удовлетворение неотложных жизненно важных потребностей пострадавшего от ЧС населения. Продолжительность этого периода может варьироваться от нескольких дней до нескольких недель, месяцев и даже лет, особенно в условиях, связанных с отсутствием в течение длительного времени безопасности и с перемещением населения. Таким образом, невозможно точно определить сроки, в течение которых могут быть применимы стандарты проекта «Сфера».

Тем не менее данное руководство имеет определенное место в сфере осуществления **гуманитарной деятельности**, которая не ограничивается оказанием неотложной помощи пострадавшим, а охватывает целый ряд мероприятий, начинающихся с обеспечения готовности к ЧС, затем включает оказание гуманитарной помощи, и, наконец, переходит в стадию содействия раннему восстановлению. В качестве справочного пособия данное руководство может быть полезным как на стадии подготовки к ЧС, так и на стадии раннего восстановления, которые на понятийном уровне «обрамляют» гуманитарную деятельность, хотя в действительности должны рассматриваться вместе.

Обеспечение готовности к ЧС требует, чтобы участники оказания помощи – правительства, гуманитарные организации, местные гражданские общественные организации, общины и отдельные лица – обладали ресурсами, связями и знаниями, требуемыми для подготовки и эффективного реагирования на возникновение ЧС или конфликта. До и во время оказания помощи они должны начать предпринимать меры, направленные на повышение уровня готовности для снижения рисков в будущем. Они должны быть, по меньшей мере, подготовлены к достижению минимальных стандартов проекта «Сфера» во время будущей ЧС.

Ранним восстановлением является процесс, следующий после оказания помощи пострадавшим и ведущий к восстановлению в долгосрочной перспективе. Для того чтобы повысить эффективность этого процесса, его необходимо планировать заранее и принимать меры по содействию ему в самом начале оказания гуманитарной помощи. Признавая значение раннего восстановления, данное руководство во всех необходимых случаях постоянно ссылается на него.

Инновации в гуманитарном секторе и их последствия для проект «Сфера»

За последние несколько лет в гуманитарном секторе и других соответствующих областях произошел ряд преобразований, вызванных изменениями, касающимися

характера ЧС и конфликтов, а также гуманитарной деятельности. Инновации, учтенные при редактировании данного руководства, включают следующее:

- Больше внимания с точки зрения подхода и практики уделяется оказанию помощи на местном и национальном уровне с осознанием того, что требуется консультироваться с **пострадавшим населением** и укреплять потенциал пострадавшего государства и национальных организаций и учреждений в области оказания помощи
- Повышается подотчетность, в особенности перед пострадавшим населением, при этом также улучшается координация, в частности, в рамках реформирования гуманитарных организаций (кластерный подход) по инициативе Межучрежденческого постоянного комитета (МПК)
- Уделяется повышенное внимание вопросам и мероприятиям по обеспечению **зщиты**
- Растущая осведомленность о возможной крупномасштабной вынужденной миграции вследствие **стихийных бедствий, вызванных изменением климата**, а также осведомленность о том, что ухудшение качества окружающей среды повышает степень уязвимости населения
- Осознание того, что быстро растет численность бедного городского населения и что оно подвержено особым рискам, в особенности связанным с денежным сектором экономики, социальной сплоченностью и физическим пространством
- Новые подходы к предоставлению гуманитарной помощи, такой как помощь в виде наличных денег и ваучеров, а также местные закупки вместо ввоза гуманитарной помощи, предоставляемой в натуральной форме
- Растущее признание снижения риска ЧС в качестве отдельного сектора и подхода
- Растущая доля участия в оказании гуманитарной помощи **вооруженных сил**, которые являются участниками, не руководствующимися в первую очередь гуманитарным императивом, что требует разработки специальных инструкций и координационных стратегий для ведения диалога между вооруженными силами и гражданскими гуманитарными организациями;
- Растущая доля участия в оказании гуманитарной помощи **гражданского сектора**, нуждающегося в инструкциях и стратегиях, аналогичных тем, которые необходимы для ведения диалога между гражданскими и военными сторонами

Проект «Сфера» по возможности интегрирует эти инновации в данное руководство, в особенности **возникающие проблемы**, связанные с предоставлением денежной помощи, ранним восстановлением и отношениями между гражданскими и военными сторонами.

Оценк обст новки в ходе ок з ния гум нит рной помощи

Эффективность оказания гуманитарной помощи должна основываться на проведении всестороннего анализа конкретной обстановки (исследование, мониторинг и оценка) с тем, чтобы **исследов ть потребности людей, ф кторы уязвимости и имеющиеся возможности в к ждой конкретной ситу ции.**



Данное руководство создавалось главным образом как инструмент, позволяющий распознавать различные ситуации и соответствующим образом адаптировать к ним программы оказания помощи. Руководство помогает участникам оказания помощи выбрать способ достижения универсально применимого стандарта в конкретной ситуации или обстановке, при этом обращая особое внимание на конкретные факторы уязвимости и имеющиеся возможности.

Не все представители пострадавшего от ЧС населения в равной мере контролируют ресурсы и обладают равными полномочиями. В результате последствия ЧС сказываются на людях по-разному в зависимости от их этнического происхождения, а также от религиозной или политической принадлежности. Перемещение населения может стать причиной уязвимости людей, которые при обычных обстоятельствах не были бы подвержены риску. Женщины, дети, пожилые люди, инвалиды или люди, живущие с ВИЧ, могут быть лишены жизненно важной помощи или возможности быть услышанными вследствие существования физических, культурных и/или социальных барьеров. Из опыта известно, что включение этих людей в длинный перечень «уязвимых групп» может привести к тому, что осуществляемые вмешательства будут носить фрагментарный характер и окажутся неэффективными, поскольку в этом случае не учитываются накладывающиеся друг на друга виды уязвимости и их меняющийся даже на протяжении одной кризисной ситуации характер.

При осуществлении мер по оказанию помощи и содействию восстановлению необходимо учитывать угрозы и различные виды уязвимости, которые могут возникнуть в будущем, с тем чтобы восстанавливать общины с большей степенью защищенности, а также содействовать повышению устойчивости к воздействию внешних факторов. Во многих регионах мира изменение климата уже начинает сказываться на характере опасностей; традиционные знания об опасных факторах, факторах уязвимости и имеющихся возможностях должны сочетаться с оценкой будущих опасностей, связанных с изменением климата.

Признавая специфику каждой отдельной чрезвычайной ситуации, а также конкретных видов уязвимости и возможностей пострадавшего населения, данное руководство обращается к ряду **вопросов, требующих комплексного подход** . Вопросы, касающиеся **детей, гендер , пожилых людей, ВИЧ и СПИД , людей с огр ниченными возможностями, т кже психосоци льной поддержки,** рассматриваются в контексте уязвимости отдельных лиц и подгрупп.

Вопросы снижения риска ЧС (включая изменение климата) и окружающей среды включают рассмотрение аспектов уязвимости, касающихся всего пострадавшего населения. В конце данной главы приводится более подробное описание каждого вопроса.

Связь с другими гуманитарными стандартами

Для того чтобы сохранить однотомный формат руководства проекта «Сфера» и не увеличивать объем издания, основное внимание в нем уделяется четырем важнейшим секторам оказания гуманитарной помощи. Во многих смежных секторах, являющихся частью эффективного оказания гуманитарной помощи, были разработаны собственные стандарты. Некоторые из них входят в число **дополняющих стандартов проекта «Сфера»**, опубликованных отдельно, но также разработанных в процессе консультирования и с применением таких же строгих критериев, какие применялись при разработке стандартов проекта «Сфера»: Минимальные стандарты образования: готовность, реагирование, восстановление (Межучрежденческая сеть по вопросам образования в чрезвычайных ситуациях – МСОЧС), Образование и содействие малым предприятиям (SEEP), Минимальные стандарты восстановления экономики после кризиса, а также Руководящие принципы и стандарты проведения операций помощи в ЧС по спасению домашнего скота (LEGS).

Образовательный процесс в условиях чрезвычайной ситуации может не только поддерживать жизнедеятельность, но и спасти жизнь. При организации образовательного процесса в безопасных местах он создает атмосферу «нормальности» и обеспечивает психосоциальную поддержку и защиту от эксплуатации и причинения вреда. Его также можно использовать для распространения информации, касающейся безопасности и навыков безопасной жизнедеятельности, а также информации, касающейся охраны здоровья и соблюдения гигиены. Минимальные стандарты образования: готовность, реагирование, восстановление (МСОЧС) были впервые опубликованы в 2004 году и обновлены в 2010 году, став дополняющими стандартами проекта «Сфера» в 2008 году. Они представляют собой систему, обеспечивающую необходимую взаимосвязь между образованием и здравоохранением, водоснабжением, санобеспечением и гигиеной, питанием, жильем и обеспечением защиты, а также способствующую повышению безопасности, качества и подотчетности в том, что касается обеспечения готовности и мер реагирования в области образования. Вопросы, касающиеся развития малых предприятий и скотоводства, освещены в Минимальных стандартах восстановления экономики после кризиса, составленных сетью SEEP, а также в Руководящих принципах и стандартах LEGS соответственно. Предполагается, что эти два комплекта стандартов войдут в число дополняющих стандартов проекта «Сфера» в 2011 году.

Дополняющие стандарты, примененные совместно с данным руководством, улучшат качество помощи, оказываемой пострадавшему от ЧС или конфликта



населению. В данном руководстве учтены соответствующие руководящие принципы МСОЧС, SEEP и LEGS, и везде даются перекрестные ссылки на них.

Гуманитарными организациями, коалициями и сетями были приняты также другие стандарты и кодексы для удовлетворения определенных потребностей, касающихся осуществления ими своей деятельности, в частности, касающихся особых полномочий организаций, специальных технических знаний либо выявленных недостатков в системе управления. По мере необходимости в технических главах данного руководства приводятся ссылки на эти стандарты.

Проект «Сфера» входит в группу **программ по обеспечению качества и подотчетности** в рамках гуманитарного сектора и работает в тесном сотрудничестве с Проектом наращивания потенциала в области оказания помощи в ЧС (ECB), которым было подготовлено руководство Good Enough Guide, и с Международным партнерством в целях обеспечения подотчетности гуманитарной деятельности (НАР), которое занимается вопросами контроля за соблюдением установленных требований на основе разработанного им стандарта подотчетности и управления качеством гуманитарной деятельности. Другие программы по обеспечению качества и подотчетности, с которыми регулярно взаимодействует проект «Сфера», включают People In Aid, группу URD (Urgence, Réhabilitation, Développement), организацию Coordination Sud, а также сеть ALNAP (the Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action).

Руководство «Сфера» и расширение области его применения

Данное руководство является основным и наиболее используемым инструментом проекта «Сфера». Оно доступно в электронном виде на сайте проекта «Сфера» (www.sphereproject.org), где также можно узнать о последних новостях и получить информацию об изменениях в имеющихся изданиях и других источниках.

Текст данного руководства переведен на несколько языков и дополнен различными учебными и информационными материалами, которые, как правило, адаптированы к местным условиям с опорой на опыт специалистов. Это является свидетельством активности сообщества участников проекта «Сфера», составляющих порой неформальную, постоянно растущую сеть со свободными связями между практикующими участниками, поддерживающими идеологию проекта «Сфера». Проект «Сфера» основывается на потребности совершенствовать оказание гуманитарной помощи с тем, чтобы обеспечить права и удовлетворить потребности населения, пострадавшего от ЧС или конфликта, и быть подотчетными перед ним. С момента своего возникновения проект «Сфера» далеко продвинулся в этом плане, однако ни одно руководство не способно самостоятельно достичь этого — на это способны только вы сами.

Комплексные вопросы

Комплексные вопросы (т.е. вопросы, требующие комплексного подхода и скоординированных действий), рассматриваемые в данном руководстве, уделяют особое внимание конкретным вызывающим озабоченность проблемам, связанным с гуманитарной помощью, а также затрагивают вопросы, касающиеся уязвимости отдельных лиц и групп, или общие вопросы уязвимости. В данном разделе каждый вопрос раскрывается более подробно.

Дети. Необходимо принимать особые меры для обеспечения защиты детей от причинения им вреда, а также предоставления им равноправного доступа к основным услугам. Ввиду того, что зачастую дети составляют большую часть пострадавшего населения, крайне важно, чтобы их мнения и знания учитывались не только в ходе проведения оценки и планирования при ЧС, но и оказывали влияние на процесс предоставления гуманитарной помощи, мониторинг и оценку результатов. В некоторых случаях дети и молодые люди более подвержены негативному воздействию, обусловленному уязвимостью. Это касается, например, недостаточного питания, эксплуатации, похищений, а также вербовки в вооруженные группировки и ведущие боевые действия войска, сексуального насилия и отсутствия возможности принимать участие в процессе принятия решений. Согласно Конвенции ООН о правах ребенка, ребенком считается лицо, не достигшее 18 лет. Это определение может меняться в зависимости от культурного и социального контекста. Необходимо провести тщательное исследование того, каким образом пострадавшее население определяет возрастные рамки детей, для обеспечения того, чтобы ни один ребенок или молодой человек не был лишен гуманитарной помощи.

Снижение риск ЧС. Под этим подразумевается теория и практика снижения риска ЧС путем осуществления на регулярной основе мер по изучению факторов, являющихся причиной возникновения ЧС, и по управлению ими, в частности путем снижения подверженности опасностям, уменьшения степени уязвимости людей и имущества, рационального землеустройства и природопользования, а также повышения уровня готовности к неблагоприятным явлениям. В их число входят такие стихийные бедствия как штормы, наводнения, засухи и подъем уровня моря. Ввиду того, что они постоянно видоизменяются и принимают все более опасный характер, эти явления все чаще связывают с глобальным **изменением клим т** .

Окруж ющ я сред . Под окружающей средой принято понимать физические, химические и биологические характеристики среды и процессы, оказывающие влияние на жизнь и способы обеспечения средств к существованию



пострадавшего от ЧС и местного населения. Окружающая среда обеспечивает людей природными ресурсами, которые являются материальной основой их существования и от которых зависит качество жизни. Окружающая среда нуждается в защите и рациональном использовании для поддержания ее основных функций. Минимальные стандарты указывают на необходимость предотвращать использование природных ресурсов выше уровня их естественного восстановления, загрязнение окружающей среды и ухудшение условий окружающей среды. Они также нацелены на сохранение жизнеобеспечивающих функций окружающей среды, снижение риска и уязвимости и стремление внедрить механизмы, стимулирующие способность природных систем к самовосстановлению.

Гендер и полов я прин длежность. Гендер имеет отношение к тому факту, что люди реагируют на ту или иную ситуацию в зависимости от их гендера (социального пола). Пол относится к биологическим свойствам мужчин и женщин и является естественным, врожденным, а следовательно, как правило, неизменяемым и универсальным состоянием. Равенство прав женщин и мужчин четко определено в правозащитных документах, составляющих основу Гуманитарной хартии. Женщины и мужчины имеют равное право на гуманитарную помощь и защиту, уважение их человеческого достоинства, на признание равенства человеческих способностей, включая способность делать выбор, на равные возможности действовать в соответствии со своим выбором, а также на равные возможности влиять на результаты своих действий.

Гуманитарная помощь является более эффективной, когда ее оказание основывается на понимании различия потребностей, уязвимости, интересов, возможностей и стратегий приспособления женщин и мужчин, девочек и мальчиков всех возрастов, а также учитывает различие последствий ЧС для них. Понимание этих различий, а также неравенства между женщинами и мужчинами в отношении исполняемых ими функций и их рабочих нагрузок, доступа к ресурсам и контроля над ними, права принимать решения и возможностей для развития навыков – все это достигается с помощью гендерного анализа. Гендерная проблематика имеет отношение ко всем другим комплексным вопросам. Гуманитарные принципы пропорциональности и беспристрастности подразумевают, что необходимо уделять внимание достижению равноправия между женщинами и мужчинами, а также обеспечению равенства результатов. Исторически внимание к гендерным взаимоотношениям было вызвано необходимостью учитывать потребности и положение женщин и девочек, ввиду того, что они находятся в более неблагоприятных условиях, чем мужчины и мальчики. Тем не менее гуманитарное сообщество

все больше признает необходимость принимать во внимание то, с чем сталкиваются мужчины и мальчики в кризисных ситуациях.

ВИЧ и СПИД. Осведомленность о степени распространения ВИЧ-инфекции в определенных условиях оказания гуманитарной помощи играет важную роль для понимания факторов уязвимости и рисков, а также для планирования эффективного оказания помощи. Помимо наиболее подверженных риску групп населения (например, мужчины, вступающие в половую связь с мужчинами, потребители внутривенных наркотиков и лица, занимающиеся проституцией), которым зачастую требуется предоставление особой помощи для защиты себя от пренебрежительного отношения, дискриминации и насилия, в некоторых случаях могут существовать другие уязвимые группы, такие как беженцы, мигранты, молодежь и матери-одиночки. Массовое переселение может привести к повышению степени уязвимости и рисков, связанных с ВИЧ-инфекцией, вследствие разъединения членов семей, нарушения целостности общины и временного прекращения действия регулирующих поведение социальных и сексуальных норм. Женщины и дети могут подвергаться эксплуатации со стороны вооруженных группировок и быть особенно подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией вследствие сексуального насилия и эксплуатации. Во время ЧС гуманитарного характера люди могут оказаться лишены доступа к помощи, направленной на борьбу с ВИЧ-инфекцией, в частности, к профилактическим программам, может быть прервано проведение курса антиретровирусной терапии, лечение туберкулеза и профилактика и лечение других оппортунистических инфекционных заболеваний. Так как люди, живущие с ВИЧ, зачастую подвергаются дискриминации и стигматизации, необходимо строго придерживаться принципа конфиденциальности и при необходимости обеспечивать защиту. Гуманитарные мероприятия в секторах, описанные в данном руководстве, должны обеспечивать надлежащую помощь в рамках борьбы с ВИЧ-инфекцией в соответствии с распространенностью заболевания и обстановкой, а также не повышать уязвимость и риски в отношении ВИЧ-инфекции.

Пожилые люди. Согласно ООН, пожилыми считаются мужчины и женщины, старше 60 лет, однако понятие «пожилой» может меняться в зависимости от обстоятельств. В развивающихся странах пожилые люди часто являются наименее материально обеспеченными и составляют наибольшую и постоянно увеличивающуюся часть уязвимого населения, пострадавшего от ЧС или конфликта (например, люди старше 80 лет входят в наиболее быстро увеличивающуюся возрастную группу в мире), тем не менее в ходе устранения последствий ЧС или конфликта они зачастую не принимаются во внимание. Изоляция и физическая слабость являются ключевыми факторами, усугубляющими уязвимость пожилых людей в случае ЧС или конфликта, наряду с



нарушением механизма обеспечения средств к существованию и ограничением доступа к помощи на уровне семьи и общины, хроническими болезнями и ограниченной подвижностью, а также ухудшающимся состоянием психического здоровья. Необходимо предпринимать особые меры для выявления пожилых людей, привязанных к дому, и получения доступа к ним, а также к домохозяйствам, возглавляемым пожилыми людьми. Пожилые люди также способны оказывать значительное содействие процессу выживания и восстановления. Они выполняют важную функцию, осуществляя уход за детьми, управляя ресурсами и обеспечивая доход, при этом они обладают знаниями и опытом в плане стратегий приспособления общины и способствуют сохранению культурной и социальной идентичности.

Люди с ограниченными возможностями (инвалиды). Согласно подсчетам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от 7 – 10% населения в мире – включая детей и пожилых людей – живут с ограниченными возможностями, т.е. являются инвалидами. ЧС и конфликт могут спровоцировать учащение случаев нарушения здоровья и последующей инвалидности. Конвенция ООН о правах инвалидов определяет инвалидность как эволюционирующее понятие, и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми (нарушения могут быть физическими, сенсорными, интеллектуальными или психосоциальными) и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Таким образом, наличие этих барьеров препятствует полноценному или значимому участию инвалидов в основных гуманитарных программах по оказанию помощи и получению гуманитарной помощи. Новая Конвенция ООН о правах инвалидов уделяет особое внимание обеспечению безопасности и защиты инвалидов во время конфликта и ЧС (Конвенция ООН о правах инвалидов, статья 11).

Люди с ограниченными возможностями подвергаются повышенным рискам в ЧС и зачастую оказываются лишены предоставления помощи и исключены из процесса восстановления. Такое исключение усложняет эффективное использование стандартных программ по оказанию помощи при ЧС и участие в них. Важно отметить, что в число людей с ограниченными возможностями входят различные представители населения, включая детей и пожилых людей, чьи потребности не могут быть удовлетворены на основании стандартного общего для всех подхода. Следовательно, при оказании гуманитарной помощи необходимо принимать во внимание особые способности, навыки, возможности и знания людей с различными типами и степенью нарушения здоровья. Необходимо также учитывать, что люди с ограниченными возможностями имеют те же первоочередные потребности, что и все остальные члены общины. Кроме

того, у некоторых из них могут также иметься особые потребности, такие как потребность в замене вспомогательных средств или приспособлений, а также доступ к реабилитационным услугам. При этом любые меры, направленные на помощь людям с ограниченными возможностями, не должны приводить к их изоляции от своих семей и действующих на уровне общины социальных сетей. Наконец, если при оказании гуманитарной помощи права людей с ограниченными возможностями не принимаются во внимание, то это приводит к утрате реальной возможности восстановления общины, включающей все население. Таким образом, необходимо вовлекать людей с ограниченными возможностями во все аспекты оказания помощи и восстановления. Для этого требуются программы не только по оказанию помощи общего характера, но и ориентированные на решение определенных задач.

Психосоциальная поддержка. Некоторые из наиболее существенных факторов уязвимости и источников страданий в ЧС обусловлены сложными эмоциональными, социальными, физическими и моральными последствиями ЧС. Многие из таких реакций являются нормальными и могут быть преодолены по прошествии времени. Необходимо создать соответствующую местным условиям систему охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки, содействующую организации самопомощи, приспособлению и устойчивости к внешним воздействиям пострадавшего населения. Гуманитарная деятельность будет более эффективной, если в подходящий момент на наиболее ранней стадии пострадавшее население оказывается вовлеченным в процесс координации и осуществления гуманитарной помощи. В каждом гуманитарном секторе способ, которым предоставляется гуманитарная помощь, оказывает определенное психологическое воздействие, которое способно либо поддерживать пострадавшее население, либо нанести ему вред. Гуманитарная помощь должна предоставляться способом, который демонстрирует сострадание, способствует сохранению человеческого достоинства, обеспечивает самоэффективность путем привлечения к активному участию, учитывает значение религиозных и культурных практик, а также укрепляет способность представителей общины поддерживать общее благополучие.

Список литературы и дополнительных материалов

Конвенция ООН о правах ребенка:

www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml

Конвенция ООН о правах инвалидов:

www.un.org/russian/disabilities/

ВОЗ о вопросах инвалидности:

www.who.int/topics/disabilities/ru/ www.who.int/disabilities/en/

Гумнит рн я х ртия



Гуманитарная хартия является этической и правовой основой принципов обеспечения защиты, а также базовых и минимальных стандартов, представленных в настоящем руководстве. В ней изложены как установленные юридические права и обязательства, так и коллективные убеждения.

В плане юридических прав и обязательств Гуманитарная хартия резюмирует основные правовые принципы, которые имеют наиболее важное значение для благополучия тех, кто пострадал от чрезвычайной ситуации или конфликта. В плане коллективных убеждений – она стремится закрепить выработанное общими усилиями гуманитарных организаций мнение относительно тех принципов, которыми следует руководствоваться при оказании помощи в случае чрезвычайной ситуации или конфликта, включая функции и обязанности различных участников оказания этой помощи.

Гуманитарная хартия образует основу тех обязательств, которые берут на себя гуманитарные организации, поддерживающие проект «Сфера», и является призывом ко всем, кто участвует в осуществлении гуманитарной деятельности, придерживаться в своей работе тех же принципов.

Гуманитарная хартия

Наше убеждение

1. Гуманитарная хартия выражает разделяемую нами как гуманитарными организациями убежденность в том, что все пострадавшие от чрезвычайной ситуации или конфликта люди имеют право на получение защиты и помощи в целях обеспечения их основными условиями существования, необходимыми для достойной жизни. Мы убеждены в том, что изложенные в Гуманитарной хартии принципы являются универсальными и распространяются на всех пострадавших от чрезвычайной ситуации или конфликта, где бы они ни происходили, а также на всех, кто стремится оказать им помощь или обеспечить их безопасность. Данные принципы отражены в международном праве, однако источником их действенности является то, что они опираются в конечном счете на основополагающий этический принцип **гуманности**, согласно которому все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Основываясь на этом принципе, мы подтверждаем первоочередное значение **гуманитарного императива** – обязанности предпринимать действия в целях предотвращения или облегчения страданий людей, вызванных чрезвычайной ситуацией или конфликтом, и ни при каких обстоятельствах не отказываться от следования этому принципу.

Мы – местные, национальные и международные гуманитарные организации – обязуемся содействовать распространению и твердо придерживаться принципов,

изложенных в настоящей Гуманитарной хартии, и в своих усилиях по защите пострадавших соблюдать минимальные стандарты. Мы призываем всех, кто участвует в осуществлении гуманитарной деятельности, включая правительства и частный сектор, принять общие принципы, изложенные ниже, как выражение разделяемых всеми гуманитарных убеждений.

Н ш роль

2. Мы подтверждаем, что основные потребности людей, пострадавших от чрезвычайной ситуации или конфликта, удовлетворяются в первую очередь их собственными усилиями и при поддержке со стороны общины и местных организаций и учреждений. Мы признаем главную роль и ответственность пострадавшего государства за оказание своевременной помощи пострадавшим, обеспечение их защиты и безопасности и предоставление поддержки для их восстановления. Мы считаем, что для эффективного предупреждения чрезвычайных ситуаций и реагирования на них необходимо сочетание действий, предпринимаемых официальными инстанциями и добровольцами, и в этом отношении важную роль в деле оказания поддержки органам государственной власти выполняют национальные общества, входящие в состав Движения Красного Креста и Красного Полумесяца. В случае отсутствия у государства достаточных ресурсов мы признаем роль более широкого международного сообщества, включая государства-доноры и региональные организации, в оказании помощи странам в деле выполнения своих обязательств. Мы признаем и поддерживаем те особые функции, которые выполняют уполномоченные учреждения ООН и Международный комитет Красного Креста.

3. Как гуманитарные организации мы определяем свою роль, прежде всего, в контексте потребностей пострадавшего населения и имеющихся у него возможностей, а также обязанностей правительств или осуществляющих контроль властей. Наша роль в деле оказания помощи отражает тот факт, что в реальности те, на ком лежит главная ответственность за это, не всегда способны в полной мере самостоятельно выполнить эту функцию, или могут не желать делать это. По мере возможности, выполняя свой гуманитарный долг и руководствуясь принципами, изложенными в настоящей Гуманитарной хартии, мы будем оказывать поддержку усилиям соответствующих властей по обеспечению защиты и оказанию помощи пострадавшим. Мы призываем всех правительственных и неправительственных действующих субъектов уважать беспристрастную, независимую и нейтральную роль гуманитарных организаций и оказывать содействие их работе, устраняя излишние препятствия юридического и практического характера, обеспечивая их безопасность и предоставляя им своевременный и надежный доступ к пострадавшему населению.



Общие принципы, права и обязанности

4. Как гуманитарные организации мы предлагаем свои услуги, основываясь на принципе гуманности и гуманитарном долге, и признаем права всех людей, пострадавших от чрезвычайной ситуации или конфликта, – женщин и мужчин, мальчиков и девочек. Сюда входят также права на защиту и помощь, закрепленные в положениях международного гуманитарного права, правах человека и нормах права, регулирующих положение беженцев. Для целей настоящей Гуманитарной хартии мы резюмируем эти права следующим образом:

- ▶ *право на жизнь с достоинством*
- ▶ *право на получение гуманитарной помощи*
- ▶ *право на защиту и безопасность.*

Хотя данные права в международном праве в таких формулировках не представлены, они сводят воедино целый ряд установленных юридических прав и повышают практическую значимость того, что вкладывается в понятие гуманитарного долга.

5. **Право на жизнь с достоинством** отражено в положениях международного права и, в частности, в предусмотренных правами человека мерах, касающихся права на жизнь, права на достаточный жизненный уровень, а также свободы от пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения и наказания. Право на жизнь влечет за собой обязанность охранять жизнь, когда она оказывается под угрозой. Это подразумевает обязанность не отказывать или препятствовать предоставлению помощи, направленной на спасение жизни. Достоинство предполагает не только физическое благополучие; оно требует уважения собственно человеческой личности, включая ценности и верования отдельных лиц и пострадавших общин, а также соблюдения их прав человека, в том числе права на свободу, а также права на свободу совести и религии.

6. **Право на получение гуманитарной помощи** является неотъемлемой составляющей права на жизнь с достоинством. Сюда включено право на достаточный жизненный уровень, в том числе на достаточное питание, воду, одежду, жилище и медицинский уход, что в прямой форме гарантируется международным правом. Эти права нашли отражение и получили практическое выражение в базовых и минимальных стандартах проекта «Сфера», в особенности в отношении предоставления помощи тем, кто пострадал от чрезвычайной ситуации или конфликта. Если правительства или неправительственные субъекты не предоставляют эту помощь, они, как мы считаем, должны позволить помочь это сделать другим. Любая помощь такого рода должна предоставляться в соответствии с принципом **беспристрастности**, который требует, чтобы она предоставлялась исключительно на основе

потребности и сообразно ей. Это отражает более широкий принцип **недискриминции**, согласно которому никто не должен подвергаться дискриминации на каком бы то ни было основании, касающемся его положения, как то в отношении возраста, пола, расы, цвета кожи, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, языка, религии, инвалидности, состояния здоровья, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения.

7. Право на защиту и безопасность основывается на положениях международного права, резолюциях ООН и других межправительственных организаций, а также на суверенной обязанности государств защищать тех, кто находится под их юрисдикцией. Защищенность и безопасность людей в чрезвычайных ситуациях или в ситуациях конфликта является особенно важной проблемой гуманитарного характера, включая обеспечение защиты беженцев и внутренне перемещенных лиц. Правом признается, что некоторые люди могут быть особенно уязвимы в отношении противоправного обращения и незаконной дискриминации, обусловленной их положением, как то возраста, пола или расы, и могут нуждаться в особых мерах защиты и помощи. Мы считаем, что государство, которое не имеет достаточных ресурсов для обеспечения защиты людей в этих обстоятельствах, должно обращаться за международной помощью.

Нормы права, касающиеся защиты гражданских лиц и перемещенного населения, требуют здесь особого внимания:

I. Во время **вооруженного конфликта**, как это определено в международном гуманитарном праве, действует специальная правовая норма, касающаяся обеспечения защиты и оказания помощи тем, кто не участвует в конфликте. В частности, Женевские конвенции 1949 года и Дополнительные протоколы к ним от 1977 года возлагают определенные обязательства на стороны в международных и немеждународных вооруженных конфликтах. Мы подчеркиваем важность общей неприкосновенности гражданского населения в отношении нападения и репрессалий и, в частности, важность принципа проведения различия между гражданским населением и комбатантами, а также между гражданскими и военными объектами; принципы **пропорциональности** в использовании военной силы и меры **предосторожности** при нападении; обязанность воздерживаться от применения оружия неизбирательного действия или оружия, которое по своей природе наносит людям чрезмерные увечья или причиняет излишние страдания, а также обязанность позволять оказывать пострадавшим беспристрастную помощь. Несоблюдение этих основных принципов является причиной многих страданий, которых можно было избежать, причиняемых гражданскому населению во время вооруженных конфликтов.



II. Пр во убежищ по-прежнему является жизненно важным для обеспечения защиты тех, кто подвергается преследованиям или насилию. Лица, пострадавшие от чрезвычайной ситуации или конфликта, часто вынуждены покидать родину в поисках безопасности и средств к существованию. Положения, содержащиеся в Конвенции о статусе беженцев 1951 года (с внесенными поправками и изменениями) и других международных и региональных договорах и соглашениях, обеспечивают основными гарантиями тех, кто не может пользоваться защитой страны своей гражданской принадлежности или проживания и вынужден искать защиты в другой стране. Главной из этих гарантий является принцип **невывсылки**, согласно которому никто не будет выслан в страну, где его жизни, свободе или физической безопасности может угрожать опасность или где ему может угрожать опасность применения пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Этот же принцип распространяется на внутренне перемещенных лиц, что отражено в международном праве прав человека и детально разработано в Руководящих принципах о перемещении лиц внутри страны от 1998 года и соответствующих региональных и национальных законодательствах.

Н ши обяз тельств

8. Мы предлагаем наши услуги, веря в то, что объектом гуманитарной деятельности является прежде всего пострадавшее население, и признаем, что его активное участие имеет важнейшее значение для того, чтобы помощь оказывалась таким образом, который наиболее эффективно удовлетворяет потребности пострадавшего населения, включая потребности уязвимых и социально изолированных лиц. Мы будем стараться поддерживать местные усилия в области предупреждения, подготовки и реагирования на чрезвычайные ситуации и укреплять потенциал местных действующих субъектов на всех уровнях.

9. Мы отдаем себе отчет в том, что попытки предоставить гуманитарную помощь в ряде случаев могут иметь непредусмотренные неблагоприятные последствия. Мы ставим перед собой цель в сотрудничестве с пострадавшими общинами и властями свести к минимуму любые негативные последствия гуманитарной деятельности для местной общины или окружающей среды. В том, что касается вооруженных конфликтов, мы признаем, что способ, которым оказывается гуманитарная помощь, может стать причиной повышения степени уязвимости гражданского населения подвергнуться нападению или в определенных случаях непреднамеренно давать преимущество одной или нескольким из сторон в конфликте. Мы обязуемся минимизировать любые из неблагоприятных последствий такого рода в той мере, в которой это согласуется с изложенными выше принципами.

10. Мы будем действовать в соответствии с принципами гуманитарной деятельности, сформулированными в настоящей Гуманитарной хартии, и конкретно руководствуясь Кодексом поведения Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении помощи в случае стихийных бедствий и катастроф (1994 г.).

11. Базовые и минимальные стандарты проекта «Сфера» придают практическую значимость общим принципам, изложенным в настоящей Гуманитарной хартии, и в их основе лежит понимание гуманитарными организациями того, что является основными минимальными условиями жизни с достоинством, а также их опыт в области предоставления гуманитарной помощи. Несмотря на то, что выполнение этих стандартов зависит от целого ряда факторов, многие из которых могут быть нам неподвластны, мы берем на себя обязательство постоянно стремиться к их выполнению и готовы соответственно нести за это ответственность. Мы призываем все стороны, включая пострадавшие государства и государства-доноры, международные организации, частных и неправительственных действующих субъектов, принять базовые и минимальные стандарты проекта «Сфера» в качестве общепринятых норм деятельности.

12. Приняв решение выполнять эти базовые и минимальные стандарты, мы берем на себя обязательство делать все возможное для того, чтобы обеспечить пострадавшим от чрезвычайных ситуаций или конфликтов людям доступ к, по крайней мере, минимальным условиям, необходимым для жизни с достоинством и обеспечения безопасности, включая доступ к соответствующему водоснабжению, санобеспечению, продовольствию, питанию, жилью и медицинскому обслуживанию. С этой целью мы будем продолжать бороться за то, чтобы правительства и другие стороны выполняли свои моральные и юридические обязательства перед пострадавшим населением. Со своей стороны мы берем на себя обязательство повысить эффективность, целесообразность и подотчетность нашей деятельности в области предоставления помощи путем проведения тщательной оценки и мониторинга меняющейся местной обстановки за счет транспарентности процесса информирования и принятия решений, а также посредством повышения эффективности координации действий и сотрудничества с другими соответствующими участниками оказания помощи на всех уровнях, как это подробно оговорено в базовых и минимальных стандартах. В частности, мы обязуемся осуществлять нашу деятельность в сотрудничестве с пострадавшим населением, уделяя первостепенное внимание его активному участию в программах по оказанию помощи. Мы сознаем, что в первую очередь мы обязаны отчитываться перед теми, кому мы стремимся помочь.



Принципы обеспечения 3 щиты



Рекомендации по применению данной главы

В основе действий гуманитарных организаций лежит выполнение двух основных задач: обеспечение защиты и оказание гуманитарной помощи. Большая часть данного руководства, и в особенности технические главы, посвящена оказанию гуманитарной помощи, в то время как данная глава уделяет внимание обеспечению защиты. Опираясь на Гуманитарную хартию, данная глава рассматривает вопрос о том, как гуманитарные организации могут способствовать защите тех, кому может угрожать насилие или ограничение свободы. В более широком смысле в этой главе рассматривается роль гуманитарных организаций, чья деятельность нацелена на соблюдение и выполнение прав, описанных в Гуманитарной хартии, включая право на доступ к помощи. Данная глава состоит из двух разделов:

- **Введение**, раскрывающее основные обязанности всех участвующих в предоставлении гуманитарной помощи в отношении оказания защиты пострадавшему населению и соблюдения его прав.
- Четыре **принципа обеспечения защиты**, лежащие в основе всех видов гуманитарной деятельности и охватывающие основные элементы обеспечения защиты в рамках оказания гуманитарной помощи. Данные принципы сопровождаются инструкциями, которые более подробно раскрывают роль гуманитарных организаций в процессе обеспечения защиты. Раздел, содержащий список литературы, включает другие стандарты и материалы, связанные с более специализированными областями в рамках обеспечения защиты.

Содержание

Введение.....	33
Принципы обеспечения защиты.....	38
Список литературы и дополнительных материалов	50





Введение

Обеспечение защиты и гуманитарная помощь

Обеспечение защиты касается обеспечения безопасности, соблюдения человеческого достоинства и прав людей, пострадавших от ЧС либо вооруженного конфликта. В Гуманитарной хартии выделены некоторые из основополагающих прав, обеспечиваемых в рамках оказания гуманитарной помощи. Данная глава посвящена тому, как эти права должны приниматься во внимание в процессе гуманитарной деятельности с точки зрения обеспечения защиты, а также, в частности, тому, как гуманитарные организации могут избежать нанесения пострадавшему населению большего вреда и как они могут способствовать обретению населением наибольшей безопасности и защищенности.



В данном контексте основными задачами в рамках обеспечения защиты являются соблюдение права не подвергаться различным видам насилия и ограничения свободы, а также права не подвергаться преднамеренному лишению средств выживания и сохранения человеческого достоинства.

Выполнение данных задач обуславливает четыре основных принципа обеспечения защиты, лежащих в основе всех видов гуманитарной деятельности:

1. *Не допускать того, чтобы в результате ваших действий люди подвергались опасности причинения большего вреда.*
2. *Обеспечить людям доступ к беспристрастной помощи, предоставляемой в соответствии с потребностями и без какой-либо дискриминации.*
3. *Предоставлять людям защиту от физического и психологического вреда, причиняемого в результате насилия или ограничения свободы.*
4. *Оказывать людям поддержку в попытке добиться соблюдения своих прав, получить доступ к имеющимся средствам правовой защиты, а также способствовать восстановлению от последствий неправомерного обращения.*

В рамках оказания гуманитарной помощи эти четыре принципа отражают более серьезные угрозы, которым люди подвергаются в период вооруженных конфликтов и чрезвычайных ситуаций. Инструкции затрагивают соответствующие обязанности и

варианты действий для гуманитарных организаций, а также конкретные потребности в рамках обеспечения защиты. Четыре принципа обеспечения защиты вытекают из совокупности прав, описанных в Гуманитарной хартии: право на жизнь с достоинством, право на гуманитарную помощь и право на защиту и безопасность.

Толков ние принципов обеспечения з щиты

Ниже приведено краткое толкование принципов обеспечения защиты:

Принцип 1 (недопущение нанесения вреда) рассматривает проблемы в рамках обеспечения защиты, которые могут возникнуть или усугубиться в ходе оказания гуманитарной помощи. Согласно Гуманитарной хартии, участники оказания гуманитарной помощи обязаны прикладывать максимум усилий, чтобы не причинять населению, пострадавшему от ЧС или вооруженного конфликта, большего вреда. Например, не следует строить поселения для перемещенного населения в небезопасных местах.

Принцип 2 (обеспечение доступа к беспристрастной помощи) требует обеспечения того, чтобы гуманитарная помощь была доступна всем нуждающимся в ней, в особенности наиболее уязвимым группам или лицам, которым грозит исключение по политическим или иным причинам. Отказ в доступе к необходимой помощи является одной из основных проблем, возникающих в рамках обеспечения защиты. Это может касаться также (но не ограничивается этим) отказа гуманитарным организациям в безопасном доступе для предоставления помощи.

Принцип 3 (защита людей от насилия) имеет целью защиту от насилия и принуждения или побуждения совершать против своей воли те или иные действия (например, братья за оружие), быть насильственно перемещенным или ограниченным в свободе передвижения, а также подвергаться унижающему достоинство обращению и наказанию. Его целью являются предотвращение и уменьшение физического и психологического вреда, включая устрашение и умышленное нагнетание страха или насаждение паники.

Принцип 4 (оказание поддержки в попытке отстаивания своих прав, в доступе к средствам правовой защиты и помощи в восстановлении от неправомерного обращения) рассматривает роль гуманитарных организаций, оказывающих помощь пострадавшему населению отстаивать свои права и получать доступ к таким средствам правовой защиты, как возмещение ущерба, компенсация или восстановление прав собственности. В число рассматриваемых вопросов также входит оказание помощи в преодолении последствий изнасилования, а в более широком

смысле – последствий неправомерного обращения физического, психологического, социального и экономического характера.

В сочетании с инструкциями четыре принципа обеспечения защиты указывают на возможные и обязательные действия гуманитарных организаций для обеспечения защиты пострадавшего населения. Однако необходимо отметить, что в данном контексте роли и обязанности гуманитарных организаций, как правило, носят второстепенный характер. Согласно Гуманитарной хартии, эти роли должны рассматриваться в связи с первоочередным долгом государства или иных соответствующих структур власти, таких как стороны конфликта, контролирующие или оккупирующие данную территорию. Такие структуры власти несут формальную юридическую ответственность за благополучие населения на данной территории или находящегося под их контролем, и, в более широком смысле, за безопасность гражданского населения в период вооруженного конфликта.

Именно данные структуры власти располагают средствами обеспечения безопасности населения путем принятия соответствующих мер или наложения ограничений. Основная роль гуманитарных организаций может заключаться в том, чтобы побуждать и склонять их к этим действиям, а также в оказании помощи людям в преодолении последствий, в случае, если власти оказываются не в состоянии выполнить свои обязанности перед гражданами.

Применение принципов обеспечения защиты в практике

Для того чтобы соблюдать стандарты, описанные в данном руководстве, **все** гуманитарные организации должны руководствоваться настоящими принципами обеспечения безопасности, даже в случае отсутствия у них четких полномочий на обеспечение защиты или необходимой квалификации в этой области.

Принципы обеспечения защиты не являются «безусловными», так как обстоятельства могут ограничивать степень, до которой гуманитарные организации способны их выполнять. В частности, аспекты, содержащиеся в принципе 3, могут не входить в компетенцию гуманитарных организаций. Тем не менее принципы обеспечения защиты отражают универсальные цели, которым гуманитарные организации должны следовать неизменно.

Некоторые гуманитарные организации располагают полномочиями или выполняют особые задачи в рамках обеспечения защиты уязвимых групп. Часть этих организаций осуществляет деятельность по обеспечению защиты, проводя самостоятельные программы или проекты, либо в рамках оказания помощи со



стороны «кластера по обеспечению защиты» или «сектора обеспечения защиты» со специально выделенными ресурсами и квалифицированными кадрами. В 2011 году Глобальный кластер защиты включает координационные структуры, которые сосредоточены на конкретных проблемах:

- Защита детей
- Гендерное насилие
- Право на жилье, землю и частную собственность
- Разминирование
- Правовое регулирование и правосудие

Данный список иллюстрирует некоторые из особых областей в рамках обеспечения защиты. Он не является исчерпывающим, и следует принять во внимание тот факт, что существует много других конкретных проблем, связанных с обеспечением защиты.

Для некоторых из них и других вопросов, касающихся обеспечения защиты, в частности, гражданского населения или внутренне перемещенных лиц или защиты при стихийных бедствиях, были разработаны специальные стандарты и инструкции в рамках инициатив, которые предпринимались отдельно от проекта «Сфера». Эти проекты указаны в списке литературы и дополнительных материалов в конце этой главы. Данная глава должна служить дополнением этих стандартов.

Р зличные виды деятельности по обеспечению з щиты

Четыре принципа обеспечения защиты в равной мере применимы как к специализированной деятельности по обеспечению защиты, так и к гуманитарной деятельности общего характера, хотя применяемые в первом и втором случае меры могут различаться. Деятельность всех гуманитарных организаций, связанная с обеспечением защиты, может быть классифицирована по трем видам мероприятий, которые являются взаимозависимыми и могут осуществляться одновременно:

- **Предупредительные меры:** меры, предотвращающие возникновение физической угрозы или н рушение пр в или снижающие подверженность воздействию или уязвимость в отношении таких угроз и нарушений. Меры по предупреждению угроз, касающихся защиты, также включают мероприятия, способствующие созданию обстановки, благоприятствующей соблюдению прав женщин, мужчин, девочек и мальчиков всех возрастов в соответствии с положениями международного права.

- ▶ **Меры реагирования:** прекращение текущих нарушений путем реагирования на случаи применения насилия и другие нарушения прав.
- ▶ **Меры правовой защиты:** принятие мер правовой защиты в отношении текущих или прошлых нарушений прав путем возмещений и реабилитации, предоставления медицинской помощи, психологической поддержки, юридической помощи и других услуг и видов поддержки, а также содействие пострадавшему населению в получении имеющихся средств правовой защиты и попытке добиться защиты своих прав.

Информационно-пропагандистская деятельность – публичная и на индивидуальном уровне – является общим элементом, связывающим эти три вида мер. Угрозы для пострадавшего населения возникают в результате принятия преднамеренных решений, действий и мер, поэтому многие связанные с этим меры реагирования в рамках обеспечения защиты заключаются в стремлении изменить подобные поведенческие установки и принципы. Информационно-пропагандистская деятельность, осуществляемая гуманитарными и другими организациями, такими как НПО, является основным фактором, способным инициировать подобные изменения. Для гуманитарных организаций возможно возникновение трудного выбора между открытыми высказываниями о нарушениях и потребностью продолжать осуществлять гуманитарную деятельность. В результате от этой ситуации может зависеть то, следует ли вести информационно-пропагандистскую деятельность по тому или иному вопросу, и если да, то каким образом.

В случаях продолжения информационно-пропагандистской деятельности успех кампании, как правило, зависит от наличия доступа к надежным доказательствам, анализа заинтересованных сторон и тщательного анализа обстановки. Таким образом, это связано со стандартом проведения оценки, изложенным в базовых стандартах (см. базовый стандарт 3 на стр. 70).

Как разъясняется в нижеприведенных инструкциях, любое использование доказательств, таких как показания свидетелей, обнаруживающих источник информации, может быть крайне опасным, так как способно подвергнуть людей риску, поэтому этот метод следует применять с максимальной осторожностью (см. принцип обеспечения защиты 1, инструкция 8 на странице 40).



Принципы обеспечения

3 щиты

Принцип обеспечения щиты I: не допускать того, чтобы в результате ваших действий люди подверглись опасности причинения большего вреда

Участники оказания гуманитарной помощи предпринимают шаги, направленные на недопущение или минимизацию любых отрицательных последствий их вмешательства, в особенности риска подвергнуть людей большей опасности или нарушения их прав.

Данный принцип включает следующие элементы:

- Д Способ оказания гуманитарной помощи и обстановка, в которой она предоставляется, не подвергают людей дополнительной физической опасности, насилию и другим нарушениям прав.
- Д Меры по оказанию помощи и обеспечению защиты не ослабляют способность пострадавшего населения к самозащите.
- Д Гуманитарные организации обращаются с конфиденциальной информацией способом, не ставящим под угрозу безопасность тех, кто ее предоставил, или тех, чья личность может быть установлена из содержания этой информации.

Инструкции

Оценки обстановки и возможных последствий гуманитарной деятельности для обеспечения защиты и благополучия пострадавшего населения.

1. **Избегайте соучастия** в нарушении прав. Возможно возникновение ситуаций, ставящих вас перед трудным выбором, например, в случае необходимости принять решение, касательно того, оказывать ли помощь людям, удерживаемым в лагерях против их воли. Такие решения должны приниматься в индивидуальном порядке и должны подлежать регулярному пересмотру в связи с изменением обстоятельств.

2. Перечень контрольных вопросов: При проведении анализа деятельности, следует регулярно сверяться с приведенным ниже неполным списком вопросов, который может служить в качестве контрольного как для анализа программы гуманитарной помощи в целом, так и для проведения конкретных мероприятий:

- Какова польза от нашей деятельности для пострадавшего населения?
- Каковы могут быть непредусмотренные негативные последствия нашей деятельности для безопасности людей, и как мы можем избежать этих последствий или свести их к минимуму?
- Принимаются ли во внимание в рамках осуществления гуманитарной деятельности потенциальные угрозы безопасности пострадавшего населения? Могут ли они воспрепятствовать попыткам людей самим защитить себя?
- Подвергает ли гуманитарная деятельность дискриминации какую-либо группу населения или существует ли вероятность того, что эта деятельность воспринимается таким образом? Защищает ли гуманитарная деятельность права людей, в течение длительного времени в прошлом подвергавшихся маргинализации или дискриминации?
- Как отразится деятельность по защите и содействию соблюдению прав представителей таких групп на взаимоотношения внутри и за пределами общины?
- Может ли гуманитарная деятельность усугубить существующую раздробленность в общине или между соседствующими общинами?
- Может ли гуманитарная деятельность непреднамеренно поспособствовать усилению позиции вооруженных групп или других участников?
- Может ли гуманитарная деятельность быть использована кем-либо в преступных целях?

3. Консультироваться с различными сегментами пострадавшего населения – или представляющими их организациями – в ходе оценки положительных и потенциально негативных последствий программы оказания гуманитарной помощи в целом и конкретных мероприятий.

4. Способ, которым предоставляется помощь, может повысить степень уязвимости людей в отношении совершения нападения на них. Например, обладающие ценностью продукты, в частности сухие пайки, могут стать предметом грабежа, вследствие чего получатели помощи могут подвергаться опасности причинения им вреда и лишения помощи. Следует рассмотреть вариант альтернативных способов предоставления помощи (например, обеспечение готовой пищей на общественных кухнях и в центрах питания) в случае существования серьезной угрозы. Следует проконсультироваться с пострадавшими общинами относительно того, какой вид помощи они предпочитают.



5. **Обстановка, в которой предоставляется гуманитарная помощь**, должна быть максимально безопасной для получателей. Не следует принуждать людей, которым требуется помощь, проходить через опасные места для получения помощи. В местах расположения поселений или лагерей пункты предоставления помощи должны быть максимально безопасными для их жителей и должны быть удалены от мест, на которые может быть совершено нападение или которые могут быть подвержены воздействию иных опасных факторов.

С моз щит постр д вшего н селения

6. **Определить средства**, с помощью которых люди пытаются защитить себя, свои семьи и общины. Следует поддерживать инициативы общин по организации самопомощи (см. принцип обеспечения защиты 3, инструкции 13–14 на странице 46). Способы, которые гуманитарные организации применяют для осуществления вмешательства, не должны подвергать риску способность людей к самозащите и защите других – включая перемещение в более безопасные места и избегание контакта с вооруженными группами.
7. **Первоочередные нужды**: Необходимо помочь людям найти безопасные источники для удовлетворения первоочередных нужд. Подобные меры могут включать, например, предоставление таких необходимых людям для удовлетворения их повседневных нужд материалов, как вода, дрова или иное топливо для приготовления пищи, без необходимости добывать их, совершая сопряженные с опасностью и трудностями передвижения по местности. Подобная ситуация является особенно затруднительной для пожилых людей, женщин, детей и людей с ограниченными возможностями.

Обр щение с конфиденци льной информ цией

8. **Связанная с обеспечением защиты информация** может иметь конфиденциальный характер. Работники гуманитарных организаций должны руководствоваться четко установленными правилами и порядком действий относительно того, как поступать в тех случаях, когда они получают сведения о нарушениях или становятся свидетелями злоупотреблений, а также относительно конфиденциальности связанной с этим информации. Сотрудники гуманитарных организаций также должны получить инструкции относительно надлежащего способа донесения о засвидетельствованных ими случаях нарушений или заявлениях об имевших место нарушениях.
9. **Предоставление конфиденциальной информации**: Следует рассмотреть вопрос о предоставлении информации, касающейся нарушений, соответствующим инстанциям и организациям, располагающим соответствующими полномочиями в рамках обеспечения защиты. Эти инстанции и организации могут находиться в районах, не являющихся местом нахождения источника данной информации.

10. **Порядок предоставления конфиденциальной информации** должен быть установлен и должен включать отчеты о случаях нарушений и анализ тенденций. В нем должно быть оговорено, как следует обращаться с конфиденциальной информацией, а также указаны обстоятельства, при которых возможно предоставление этой информации. Гуманитарные организации должны стремиться по возможности добиваться согласия заинтересованных лиц относительно использования такой информации. Любая передача информации на рассмотрение кому бы то ни было должна осуществляться таким образом, чтобы не подвергнуть опасности источник информации или лицо (лиц), которых она касается.
11. **Информацию о конкретных противоправных действиях и нарушениях прав** следует собирать только тогда, когда ясно, с какой целью ее планируется использовать, а необходимые конкретные подробности определены с учетом планируемого использования. Подобную информацию, касающуюся обеспечения защиты, следует собирать гуманитарным организациям, имеющим мандат на обеспечение защиты или располагающим необходимыми ресурсами, навыками, системами и протоколами. Сбор такой информации должен происходить при условии получения информированного согласия, и во всех случаях на передачу информации третьей стороне требуется согласие конкретного лица, которого эта информация касается.
12. **Следует оценить возможную реакцию со стороны правительства** или иных соответствующих органов власти на использование информации о злоупотреблениях. Требуется все тщательно взвесить, сопоставив необходимость продолжать операцию по оказанию гуманитарной помощи и потребность использовать эту информацию. Различные гуманитарные организации могут в этом отношении принимать различные решения.



Принцип обеспечения защиты 2: Обеспечить людям доступ к беспристрастной помощи, предоставляемой в соответствии с потребностями и без какой-либо дискриминации

Люди имеют доступ к гуманитарной помощи в соответствии со своими потребностями, не подвергаясь имеющей негативные последствия дискриминации. Нуждающимся в помощи не отказывается в ее оказании, и обеспечен доступ к гуманитарным организациям, необходимый для того, чтобы были достигнуты стандарты проекта «Сфера».

Этот принцип включает следующие элементы:

- ▶ Обеспечение всем представителям пострадавшего населения доступа к гуманитарной помощи.

- ▶ Любое умышленное лишение представителей населения средств выживания должно всегда подвергаться критике на основании соответствующего законодательства и общих гуманитарных принципов, описанных в Гуманитарной хартии.
- ▶ Пострадавшие люди получают помощь в соответствии с потребностями и не подвергаются дискриминации на каких-либо основаниях.

Инструкции

Обеспечение доступ

1. ***В случаях, когда пострадавшее население не способно удовлетворить свои насущные потребности,*** а местные власти не в состоянии самостоятельно предоставить необходимую помощь, они не должны отказывать беспристрастным гуманитарным организациям в ее предоставлении. Отказ в разрешении предоставить гуманитарную помощь может нарушать нормы международного права, особенно в случаях вооруженного конфликта.
2. ***Контроль доступа:*** Тщательно следить за тем, чтобы пострадавшее население, особенно наиболее уязвимые люди, имело доступ к гуманитарной помощи.
3. ***Доступ к гуманитарной помощи и свобода передвижения*** тесно взаимосвязаны (см. принцип обеспечения защиты 3, инструкции 7–9). При осуществлении контроля за наличием доступа следует принимать во внимание такие препятствия, как контрольно-пропускные пункты, блокады и наличие наземных мин. При вооруженном конфликте стороны могут организовать контрольно-пропускные пункты, однако эти барьеры не должны порождать дискриминацию между категориями пострадавшего населения или незаконно препятствовать доступу людей к гуманитарной помощи. Следует принимать особые меры для обеспечения равноправного доступа для пострадавшего населения в удаленных или труднодоступных регионах.
4. ***Особые меры, способствующие доступу к помощи уязвимых групп,*** следует принимать в ходе оценки обстановки, социальных и культурных условий, а также поведения общин. Такие меры могут включать строительство безопасных помещений для людей, ставших жертвами неправомерного обращения, в частности изнасилования или торговли людьми; сюда может также входить обеспечение средств, облегчающих доступ для людей с ограниченными возможностями. Любые подобные меры должны избегать стигматизации этих групп (см. базовый стандарт 3, инструкции 5–6).

Меры в случае отказа в предоставлении доступа к средствам выживания

5. ***Право на получение гуманитарной помощи:*** Согласно Гуманитарной хартии, пострадавшее население имеет право на получение гуманитарной помощи.

Это право проистекает из ряда правовых норм и правил, являющихся частью международного права. В более узком смысле международное гуманитарное право содержит ряд соответствующих положений, касающихся доступа к гуманитарной помощи, а также «защиты объектов, необходимых для выживания гражданского населения» (Дополнительный протокол II 1977 г. к Женевским конвенциям от 1949 г.). Гуманитарные организации могут рассмотреть вопрос об оказании содействия соблюдению соответствующих законов (см. также принцип обеспечения защиты 3, инструкции 3–4).

Недопущение дискриминации

6. **Беспристрастность:** Гуманитарные организации должны уделять первоочередное внимание пострадавшему населению, которому они хотят оказывать помощь, исключительно на основании его потребности в ней и предоставлять помощь в мере, соответствующей этой потребности. Этот принцип беспристрастности утвержден в Кодексе поведения Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении операций помощи в случае стихийных бедствий и катастроф (см. приложение 2 на стр. 438 и Гуманитарную хартию). Гуманитарные организации не должны сосредотачиваться исключительно на определенной группе (например, перемещенных лицах в лагерях), если это происходит в ущерб другой группе пострадавшего населения.
7. **Пострадавшему населению не требуется иметь какой-либо особый правовой статус** для того, чтобы получать гуманитарную помощь и обеспечиваться защитой.



Принцип обеспечения защиты 3: Предостерегать людей от физического и психологического вреда, причиняемого в результате насилия или ограничения свободы.

Люди защищены от насилия, от принуждения или необходимости действовать вопреки своей воле и от страха быть подвергнутым такому противоправному обращению.

Этот принцип включает следующие элементы:

- ▶ Предпринимать все адекватные меры для обеспечения того, чтобы пострадавшее население не подвергалось насильственному нападению, либо путем устранения источника угрозы, либо помогая людям избежать угрозы.
- ▶ Предпринимать все адекватные меры для обеспечения того, чтобы пострадавшее население не подвергалось ограничению свободы, т.е. не принуждалось

или было вынуждено действовать вопреки своей воле, методами, способными причинить им вред или нарушить их права (например, право на свободу передвижения).

- Поддерживать собственные усилия пострадавшего населения обеспечить защищенность, обрести безопасность и восстановить человеческое достоинство, включая механизмы самопомощи внутри общины.

Инструкции

3 щит от н силия и огр ничения свободы

1. **Первоочередная обязанность защитить людей** от угрозы их жизни и безопасности лежит на правительстве и других соответствующих органах власти (см. Гуманитарную хартию на странице 22). Во время вооруженных конфликтов стороны, вовлеченные в конфликт, должны защищать гражданское население и тех, кто сложил оружие. При проведении анализа с точки зрения рисков и угроз для населения гуманитарные организации должны установить, кто несет юридическую ответственность и/или обладает надлежащими ресурсами для обеспечения защиты.
2. **Помощь в сведении к минимуму других угроз:** Эти меры включают оказание помощи способом, который повышает степень безопасности людей, содействие собственным усилиям людей обеспечить свою защищенность или шаги (посредством осуществления информационно-пропагандистской правозащитной деятельности или иным способом), направленные на снижение подверженности населения опасности.
3. **Контроль и отчетность:** Гуманитарные организации должны учитывать свою обязанность контролировать и сообщать о серьезных нарушениях прав. Они также должны рассматривать возможность выступления в защиту прав пострадавшего населения перед соответствующими властями и участниками путем напоминания им об их обязанностях. При этом они могут прибегать к различным видам деятельности, включая дипломатический подход, лоббирование и общественную защиту, придерживаясь при этом руководящих принципов, касающихся хранения конфиденциальной информации (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).
4. **В ходе вооруженного конфликта** гуманитарные организации должны рассматривать контроля за организациями, подлежащими особой защите согласно международному гуманитарному праву, в число которых входят школы и больницы, и сообщать о любых нападениях на эти объекты. Гуманитарные организации также должны прикладывать усилия для снижения рисков и угроз, касающихся похищения людей или принудительной вербовки, которые могут возникнуть в этих местах.

5. *В случаях, если взрывчатые вещества представляют угрозу пострадавшему населению*, гуманитарные организации должны сотрудничать с соответствующими правительственными структурами и специализированными организациями в рамках устранения наземных мин и неразорвавшихся боеприпасов. Эта угроза может реально существовать в тех случаях, когда население возвращается в места своего изначального проживания после вооруженного конфликта.
6. *Политические, правоохранные и военные структуры* играют значительную роль в обеспечении защиты населения от неправомерного обращения и нарушений прав. В конечном счете, именно в политической сфере решаются основные вопросы, зачастую непосредственно связанные с обеспечением защиты. Органы безопасности и правоохранные органы, в частности полиция и вооруженные силы, включая миротворческие войска, могут и должны играть важную роль в обеспечении физической безопасности людей, находящихся в опасности. Гуманитарные организации могут уведомить соответствующих участников о происходящих нарушениях. Подобное сотрудничество с воинскими контингентами, их командованием или властями, под контролем которых находятся эти вооруженные силы, может служить необходимым шагом к пресечению нарушений, совершаемых вооруженными силами.



Свобод передвижения

7. *Неправомерно принуждать людей оставаться* либо покидать место, не являющееся местом их выбора (например, лагерь), а также накладывать какие-либо необоснованные ограничения на их передвижение. Ограничения свободы передвижения и выбора места жительства могут быть применены только в случае наличия серьезных причин, касающихся безопасности или охраны здоровья населения, и должны соответствовать масштабу цели. Люди, пострадавшие от конфликта или чрезвычайной ситуации, всегда имеют право искать убежище.
8. *Эвакуация:* Участие гуманитарных организаций в процессе эвакуации должно быть только исключительной мерой в критических обстоятельствах, когда отсутствуют альтернативные способы оказания неотложной помощи или обеспечения защиты в случае возникновения серьезной угрозы жизни, безопасности и здоровью.
9. *Не следует поощрять желание пострадавшего населения остаться в небезопасном месте*, а также способствовать возвращению или переселению, когда люди не имеют полного доступа к информации относительно условий в этих местах.

Особая уязвимость в отношении насилия и ограничения свободы

10. **Уязвимые люди:** Следует принимать во внимание индивидуальные, социальные и ситуативные факторы с целью выявления лиц, наиболее незащищенных в отношении определенных рисков и угроз. Особые меры могут понадобиться для тех, кто подвержен конкретным рискам; в их число могут входить женщины, дети, принудительно перемещенные лица, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, а также группы религиозных и этнических меньшинств.
11. **Безопасная обстановка для детей:** Гуманитарные организации должны обеспечивать безопасную обстановку для детей. Семьи и общины должны получать помощь в предпринимаемых ими усилиях по обеспечению безопасности и защищенности детей.
12. **Дети, в особенности отделенные от своих семей** или оказавшиеся без сопровождения взрослых, более подвержены насилию либо эксплуатации во время ЧС или конфликта. Гуманитарные организации должны предпринимать все адекватные меры для предотвращения вербовки детей в вооруженные силы, и в случае если они каким-либо образом задействованы в вооруженных силах, добиваться их немедленного освобождения и интеграции в гражданское общество.
13. **Женщины и девочки могут подвергаться повышенному риску** гендерного насилия. Принимая участие в обеспечении защиты этих групп, гуманитарные организации должны уделять особое внимание мерам, направленным на снижение потенциальной опасности, включая торговлю людьми, принудительную проституцию, изнасилование и бытовое насилие. Они также должны применять стандарты и меры, предотвращающие и искореняющие практику сексуальной эксплуатации и насилия. Жертвами такого обращения могут быть пострадавшие от бедствия люди с повышенной степенью уязвимости, например, изолированные или лишенные дееспособности женщины, вынужденные заниматься проституцией для получения гуманитарной помощи.

Социальная помощь на уровне общины и с помощью

14. **Механизм защиты и оказания психосоциальной поддержки на уровне семьи и общины** необходимо оказывать содействие путем сохранения целостности семьи, обучения людей способам предотвращения отлучения детей от семьи, обеспечения соответствующего ухода за отделенными от семьи детьми, а также путем организации поиска пропавших членов семьи и процесса воссоединения отделенных от семьи детей и других членов семьи. По возможности необходимо стремиться к сохранению целостности семей и предоставлять возможность жить в том же районе людям из одной деревни или являющихся членами одной сети взаимопомощи.

15. **Содействие мероприятиям общины по организации самопомощи:** Такие мероприятия включают, в частности, женские группы, занимающиеся вопросами гендерного насилия, молодежные группы, сотрудничающие в рамках обеспечения средств к существованию, родительские группы, пропагандирующие позитивное взаимодействие с детьми, а также уход за родителями маленьких детей и детей, нуждающихся в особом уходе. Сюда входят также молодежные группы, которые распространяют информацию, касающуюся защиты от таких опасностей, как наземные мины, и общинные группы, которые занимаются потерявшими своих партнеров мужчинами и женщинами, пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями.

Принцип обеспечения защиты 4: Оказывать людям поддержку в попытке добиться соблюдения своих прав, получить доступ к имеющимся средствам правовой защиты, а также способствовать восстановлению от последствий неправомерного обращения

Пострадавшему населению оказывается помощь в борьбе за соблюдение его прав путем предоставления информации, документации и помощи в нахождении средств правовой защиты. Людям оказывается надлежащая поддержка в восстановлении от физических, психологических и социальных последствий насилия и иных правонарушений.



Этот принцип включает следующие элементы:

- ▶ Оказывать поддержку пострадавшему населению в отстаивании его прав и получении доступа к средствам правовой защиты от государства и других источников, а также обеспечивать его информацией относительно его прав и доступных правозащитных средств.
- ▶ Оказывать помощь пострадавшему населению в сборе документации, необходимой для доказательства его прав.
- ▶ Оказывать людям помощь в восстановлении путем предоставления поддержки на уровне общины и других видов психосоциальной поддержки.

Инструкции

Оказание помощи пострадавшему населению в отстаивании своих прав

1. **Правительство и иные соответствующие органы власти ответственны** за обеспечение признания и соблюдения прав пострадавшего населения. Гуманитарные организации должны стараться оказывать поддержку пострадавшему населению в попытке отстаивания своих прав либо через структуры правовой системы, либо иные каналы.

2. **Права:** Гуманитарные организации должны уведомлять пострадавшее население о его правах как в рамках той или иной гуманитарной программы, так и согласно законодательству конкретной страны. Следует уделять особое внимание установлению (восстановлению) прав на жилье, землю и частную собственность.
3. **Информация и консультирование:** Правительство и гуманитарные организации должны доносить информацию до сведения пострадавшего населения доступным способом и языком. Население должно быть задействовано в важном процессе консультирования относительно решений, касающихся жизни его представителей, без создания дополнительных рисков (см. базовый стандарт 1 на стр. 62). Это является одним из способов оказания помощи населению в отстаивании своих прав.

Документация

4. **Обеспечение документами или замена утраченных документов:** Гуманитарные организации должны оказывать поддержку пострадавшему населению в получении документов – либо замене утраченных – необходимых для доказательства прав. Люди, в целом, обладают правами независимо от наличия определенных документов. Однако для того, чтобы обрести свои права в полном объеме, как правило, требуется наличие некоторых документов и удостоверяющих свидетельств, таких как свидетельство о рождении или о заключении брака, паспорт или документ, подтверждающий право собственности на землю. Доступ к документации на землевладение часто особенно важен после ЧС, однако в ряде стран права собственности не всегда тщательно документируются юридически и могут служить основным предметом спора. Следует организовать выдачу свидетельств о смерти во избежание излишних финансовых и юридических проблем для родственников. Как правило, свидетельства о смерти не выдаются при массовых погребениях, производимых без соблюдения необходимых формальностей, чего следует избегать.
5. **Правовую документацию,** признаваемую правительством или иными соответствующими органами власти, следует отличать от документов, выдаваемых гуманитарными агентствами. Это касается, в частности, регистрационных документов, продовольственных карточек и транспортных ваучеров. Официальные документы, выданные правительственными органами, не должны служить определяющим фактором того, кто имеет право на помощь гуманитарных организаций.

Доступ к средствам первоочередной защиты

6. **Люди имеют право на взыскание юридической и иных видов компенсации** от правительства и иных соответствующих органов за нарушение своих прав. Сюда может входить компенсация за потерю или восстановление в правах собственности. Люди также имеют право ожидать, что правона-

рушители их прав будут привлечены к ответственности. Это может играть ключевую роль в восстановлении доверия пострадавшего населения. Гуманитарные организации могут иметь возможность оказывать людям помощь при обращении в суды либо передавать рассмотрение вопросов в другие организации, способные оказать такую поддержку.

7. **Помощь в сфере медицинского обслуживания и реабилитации:** Следует оказывать помощь людям в получении надлежащего медицинского обслуживания или иных видов реабилитации после нападения, актов гендерного насилия и связанных с ним проблем (см. стандарт 3 основного медицинского обслуживания – борьба с инфекционными заболеваниями на стр. 378, а также стандарты 1-2 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на стр. 384-386).
8. **При наличии правовой помощи,** предоставляемой неправительственными структурами, по возможности следует оказывать людям поддержку в нахождении и получении доступа к этой помощи.



Виды психосоциальной помощи, включая помощь на уровне общины

9. **Следует оказывать поддержку позитивным механизмам адаптации общины,** таким как приемлемые в культурном отношении погребения, религиозные церемонии и ритуалы, а также не наносящие ущерба культурные и социальные практики.
10. **Мероприятия для детей:** Следует по возможности поощрять общины организовывать структурированные вспомогательные детские мероприятия образовательного и защитного характера путем применения неформальных средств, таких как обустройство участков, адаптированных для детей. Механизмы защиты на уровне общины должны включать мероприятия по организации самопомощи, стимулирующие благоприятные психосоциальные условия.
11. **Оказывать помощь в организации надлежащей психосоциальной поддержки** для лиц, перенесших насилие. Следует обеспечить для них наличие доступа к социальным сетям общины и мероприятиям самопомощи. Доступ к социальной помощи на уровне общины должен дополняться предоставлением доступа к медицинской помощи в области охраны психического здоровья.
12. **Интегрированная система оказания помощи:** Организации, занимающиеся предоставлением психосоциальной поддержки и охраной психического здоровья в различных секторах, должны сотрудничать для того, чтобы создать интегрированную систему оказания помощи населению (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания - психическое здоровье на стр. 400).
13. **Клиническая помощь:** Установить механизмы направления людей с серьезными нарушениями на доступное клиническое лечение.

Список литературы и дополнительных материалов

Общие вопросы обеспечения защиты: история вопроса и методы

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia (2008), Minimum Agency Standards for Incorporating Protection into Humanitarian Response – Field Testing Version. www.icva.ch/doc00002448.pdf

Gioffi Caverzasio, S (2001), Strengthening Protection in War – A Search for Professional Standards. Ref 0783. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2002), Growing the Sheltering Tree – Protecting Rights through Humanitarian Action – Programmes & practices gathered from the field. Geneva. www.icva.ch/gstree.pdf

IASC (2010), Operational Guidelines and Manual for the Protection of Persons Affected by Natural Disasters.

ICRC (2009), Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/p0999 or www.unhcr.org/refworld/type,THEMGUIDE,,,4b39cba52,0.html

ICRC (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

O'Callaghan, S and Pantuliano, S (2007), Incorporating Civilian Protection into Humanitarian Response. HPG Report 26. Overseas Development Institute (ODI). London.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2009), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York. www.humansecuritygateway.com/showRecord.php?RecordId=33206

Slim, H and Bonwick, A (2005), Protection – an ALNAP guide for humanitarian agencies. ODI. London. www.alnap.org/initiatives/protection.aspx

Особые стандарты по обеспечению защиты

Дети

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

UNICEF (2007), Paris Principles and Commitments to Protect Children from Unlawful recruitment or Use by Armed Forces or Groups. Paris. www.un.org/children/conflict/english/parisprinciples.html

UN Disarmament, Demobilization and Reintegration (UN-DDR) (2006), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. www.unddr.org/iddrs/05/20.php and www.unddr.org/iddrs/05/30.php



Вопросы инвалидности

Handicap International (2006), Protection – Issues for People with Disabilities and Injuries.

Handicap International (2008), Toolkit on Protection of Persons with Disabilities

Гендерное насилие

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3

World Health Organization (WHO) (2007), Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. Geneva. www.who.int/gender/documents/violence/9789241595681/en/index.html

Права на жилье, землю и жилищную собственность

Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. E/CN.4/SUB.2/RES/2005/21. “Pinheiro Principles”. http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=11644

Global Land Tool Network and Early Recovery Cluster (2010), Land and natural disasters – Guidance for Practitioners. UN Human Settlements Programme (UN-Habitat) and Food and Agriculture Organization (FAO). Nairobi. www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2973

Global Protection Cluster, Housing, Land And Property Area of Responsibility (2009), Checklist of Housing, Land and Property Rights and Broader Land Issues Throughout the Displacement

Timeline from Emergency to Recovery. [www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/\(httpInfoFiles\)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/\\$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Checklist%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf)

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

Внутренне перемещенные лица

Bagshaw, S and Paul, D (2004), Protect or Neglect? Towards a More Effective United Nations Approach to the Protection of Internally Displaced Persons – An Evaluation. Brookings-SAIS Project on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC. www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

Brookings Institution – University of Bern Project of Internal Displacement (2005), Addressing Internal Displacement: A Framework for National Responsibility. Washington DC. www.brookings.edu/projects/idp/20050401_nrframework.aspx

Global Protection Cluster (2010), Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons. www.unhcr.org/refworld/docid/4790cbc02.html

IASC (2004). Implementing the Collaborative Approach to Situations of Internal Displacement – Guidance for UN Humanitarian and/or Resident Coordinators. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=10

IASC (2010), Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. www.brookings.edu/reports/2010/0305_internal_displacement.aspx

UN Economic and Social Council (1998), UN Guiding Principles on Internal Displacement. E/CN.4/1998/53/Add.2. www.idpguidingprinciples.org/ or www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?OpenDocument

Экономический и социальный совет ООН (1998), Руководящие принципы по вопросу о перемещении лиц внутри страны. E/CN.4/1998/53/Add.2 http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/ecn4-1998-53a2.pdf

Психическое здоровье и психосоциальная помощь

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-default

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Protection Programme Managers Know. www.psychosocialnetwork.net/explore/tags/mhpss/

Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях (2010), Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях: что должны знать гуманитарные организации

здравоохранения? <http://kg.humanitarianresponse.info/LinkClick.aspx?fileticket=5fe5Bmwa2kU%3D&tabid=88&mid=511>

Действия по р зминиров нию

The International Mine Action Standards (IMAS):
www.mineactionstandards.org/imas.htm#english

Международные стандарты по противоминной деятельности (МСПМД):
www.mineactionstandards.org/international-standards/imas-in-russian/o-mspmd/

Пожилые люди

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO-HelpAge International. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=24



Б зовые ст нд рты



Рекомендации по применению базовых стандартов

Базовые стандарты – это важнейшие стандарты, касающиеся процесса оказания помощи, общие для всех секторов. Они задают единую отправную точку для подходов к решению задач и являются основой для всех других предоставленных в настоящем руководстве стандартов. Они должны применяться при реализации стандартов, изложенных в каждой посвященной тому или иному техническому спектру главе.

Здесь представлены шесть базовых стандартов:

- Социально ориентированный гуманитарный подход
- Координация и сотрудничество
- Проведение оценки
- Организация и оказание помощи
- Эффективность работы, транспарентность и обучение
- Эффективность работы участников оказания помощи

Каждый раздел по базовым стандартам содержит:

- **Базовый стандарт:** стандарт качества, задающий уровень, который должен быть достигнут в процессе оказания гуманитарной помощи.
- **Ключевые действия:** рекомендуемые мероприятия и вводимые ресурсы, необходимые для достижения базовых стандартов.
- **Ключевые показатели:** индикаторы, определяющие, был ли достигнут тот или иной стандарт. Они позволяют оценивать результаты и информировать о ходе осуществления ключевых действий: они относятся к минимальным стандартам, а не к ключевым действиям.
- **Инструкции** – конкретные вопросы, касающиеся применения в различных ситуациях минимальных стандартов, ключевых действий и ключевых показателей. Они содержат указания по преодолению практических трудностей, а также ориентиры и рекомендации по наиболее важным вопросам. Здесь также могут рассматриваться основные проблемы, касающиеся стандартов, действий и показателей, а также дилеммы, противоречия и пробелы в современных знаниях по данному вопросу.

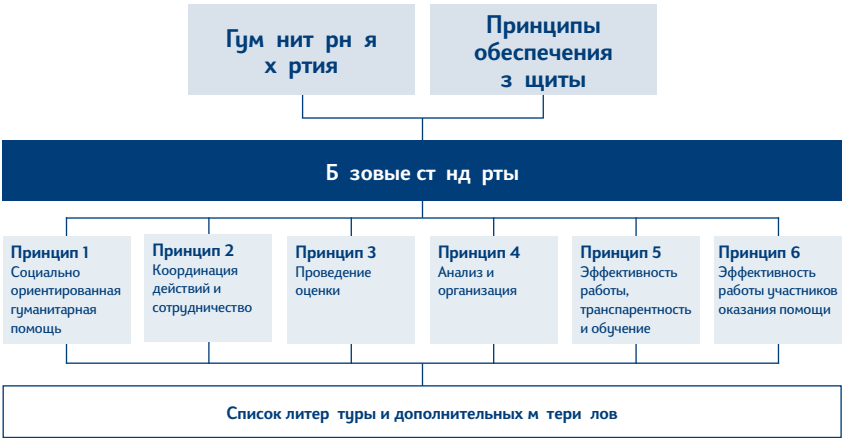
Ключевые показатели базовых стандартов предусматривают возможность широкого варьирования в зависимости от применения их пользователями и конкретной ситуации. Измеримые и ограниченные временными рамками спецификации для каждого показателя в значительной мере зависят от конкретной обстановки и сектора. В связи с этим пользователи должны адаптировать ключевые показатели к соответствующей конкретной ситуации.

В конце главы приведен список литературы и дополнительных материалов.

Содержание

Введение.....	59
Базовые стандарты	62
Список литературы и дополнительных материалов.....	87





Введение

Базовые стандарты содержат описание процессов, которые имеют важное значение для достижения всех минимальных стандартов проекта «Сфера». Они являются практическим выражением принципов, изложенных в Гуманитарной хартии проекта «Сфера», и гарантией осуществления прав людей, пострадавших от конфликтов или чрезвычайных ситуаций, на получение помощи, обеспечивающей им достойную жизнь. Базовые стандарты задают минимальный уровень оказания помощи (определяемый ключевыми показателями), который должен быть обеспечен всеми гуманитарными организациями – работающими на базе общины, местными, национальными или международными.

Базовые стандарты связаны также с другими основными инициативами по обеспечению подотчетности, цель которых – повысить координацию действий и приверженность принципу соблюдения подотчетности. Так, базовые стандарты и критерии *Стандартов (2010) подотчетности и управления к честному* организации НАР содержат требования, которые дополняют друг друга. Стандарт эффективности работы участников оказания помощи согласуется с *Кодексом должностей практики* организации People In Aid. Базовые стандарты 1 и 5 составлены с учетом руководства *The Good Enough Guide*, подготовленного Проектом наращивания потенциала в области оказания помощи в ЧС (ECB), «Комплекс к честности» группы URD, а также документов сети ALNAP (Активная учебная сеть по обеспечению подотчетности и эффективности гуманитарной деятельности). Взаимодополняющими являются базовые стандарты руководства проекта «Сфера» и основополагающие стандарты МСОЧС (Межучрежденческая сеть по вопросам образования в ЧС), изложенные в руководстве *Минимальные стандарты обращения: готовность, реагирование, восстановление*.



Значение базовых стандартов для всех секторов

Первый базовый стандарт признает, что участие населения, пострадавшего от ЧС, – женщин, мужчин, девочек и мальчиков всех возрастов – а также их возможности и стратегии выживания с сохранением человеческого достоинства являются неотъемлемой частью процесса оказания гуманитарной помощи. Базовый стандарт 2 касается необходимости координировать и осуществлять эффективное оказание помощи

совместно с другими гуманитарными организациями и органами государственной власти, участвующими в оказании беспристрастной гуманитарной помощи.

Базовый стандарт 3 касается необходимости систематически проводить оценку в целях выяснения характера ЧС, того, кто и как пострадал от ЧС, а также степени уязвимости населения и имеющихся у него возможностей. В нем подчеркивается исключительная важность осмысления существующих потребностей с учетом политической, социальной и экономической обстановки, условий окружающей среды и интересов широких слоев населения. Организации, обеспечивающие соблюдение базового стандарта 4, должны организовывать свои программы оказания помощи, основываясь на проведении объективной оценки потребностей, а также удовлетворении существующих потребностей с учетом конкретной обстановки и возможностей пострадавшего населения и государств в отношении удовлетворения своих потребностей.

Базовый стандарт 5 достигается гуманитарными организациями при условии постоянного проведения анализа эффективности, качества и целесообразности своих программ по оказанию помощи. Организации должны корректировать свои стратегии в соответствии с информацией, получаемой в ходе мониторинга, и отзывами лиц, пострадавших от ЧС, а также предоставлять информацию об эффективности своей работы. Им следует проводить объективный анализ и оценку и использовать полученные результаты в целях совершенствования принятых политики и практики.

Базовый стандарт 6 формулирует положение, согласно которому гуманитарные организации имеют обязательство в отношении пострадавшего населения нанимать на работу персонал, обладающий соответствующими знаниями, навыками и поведенческими установками, необходимыми для оказания эффективной гуманитарной помощи. Организации также несут ответственность за предоставление возможности участникам оказания помощи надлежащим образом выполнять свою работу, обеспечив эффективное управление и заботу о психологическом и физическом благополучии персонала.

Уязвимость

Основное внимание в данном руководстве проекта «Сфера» уделяется удовлетворению неотложных жизненно необходимых потребностей людей, пострадавших от ЧС или конфликта. Однако базовые стандарты могут быть использованы для обеспечения готовности к ЧС и для принятия мер, направленных на снижение будущих рисков и степени уязвимости, укрепление потенциала и содействия раннему восстановлению. Эти меры учитывают воздействие оказания помощи

на природную окружающую среду и более широкий контекст и имеют важное значение для принимающего населения и более широких слоев населения.

В данном руководстве термин «уязвимые лица» относится к людям, особенно уязвимым в отношении воздействия стихийных бедствий, антропогенных ЧС или конфликтов. Степень уязвимости людей в отношении ЧС зависит от сочетания целого ряда физических, социальных, политических и связанных с окружающей средой факторов. Причиной их маргинализации в обществе могут быть этническая принадлежность, возраст, пол, инвалидность, принадлежность к тому или иному классу или касте, а также политическая или религиозная принадлежность. Различные виды уязвимости могут быть следствием сочетания ряда факторов уязвимости и воздействия изменчивой обстановки. Уязвимые лица, как и все другие пострадавшие от ЧС, имеют различные возможности для приспособления и восстановления после ЧС. Для организации оказания помощи, призванной удовлетворить потребности тех, кто более всего в ней нуждается, большое значение имеет четкое понимание имеющихся у уязвимых лиц возможностей и препятствий, с которыми они могут сталкиваться в отношении доступа к получению гуманитарной помощи.



Базовые стандарты

Базовый стандарт 1: социально ориентированная гуманитарная помощь

Возможности населения и стратегии выживания, обеспечивающие сохранение человеческого достоинства, являются неотъемлемым компонентом организации и принципов оказания гуманитарной помощи.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Поддерживать имеющийся местный потенциал путем скорейшего выявления групп общины и социальных сетей и опираться на инициативы, осуществляемые на базе общины, и программы организованной самопомощи (см. инструкцию 1).
- ▶ Создавать постоянно работающие и прозрачные системы и механизмы, посредством которых население, пострадавшее от ЧС или конфликта, сможет осуществлять на регулярной основе обратную связь и оказывать влияние на происходящее (см. инструкцию 2).
- ▶ Обеспечивать сбалансированное представительство уязвимых групп населения в консультациях с пострадавшим населением (см. инструкцию 3).
- ▶ Предоставлять пострадавшему населению информацию в приемлемой форме и изложенную понятным языком о гуманитарной организации, ее проекте (проектах) и правах людей на получение помощи (см. инструкцию 4).
- ▶ При первой возможности предоставлять пострадавшему населению доступ к безопасным и соответствующим требованиям объектам, предназначенным для проведения общественных собраний и обмена информацией (см. инструкцию 5).
- ▶ Предоставлять людям возможность свободно и безопасно предъявлять претензии в отношении осуществляемой программы помощи и установить прозрачные, своевременные процедуры по реагированию на жалобы и принятию мер по исправлению недостатков (см. инструкцию 6).

- Д По возможности использовать местную рабочую силу, не наносящие ущерба окружающей среде материалы и задействовать социально ответственные торгово-промышленные предприятия в целях оказания поддержки местной экономике и процессу восстановления.
- Д По возможности организовывать проекты, приспособленные и относящиеся с уважением к имеющим важное значение для местного населения полезным культурным, духовным и традиционным практикам (см. инструкцию 7).
- Д В ходе осуществления программы помощи постепенно расширять полномочия пострадавшего от ЧС населения в области принятия решений и его участие в осуществляемых программах.

Ключевые пох з тели (читать вместе с инструкциями)

- Д Стратегии проекта напрямую связаны с имеющимися возможностями и осуществляемыми на базе общины инициативами.
- Д Пострадавшее от ЧС население принимает активное участие в регулярно проводимых собраниях, посвященных вопросам организации и реализации программ помощи (см. инструкции 1–2).
- Д В ходе осуществления программы помощи увеличивается число инициатив в области организации самопомощи, предпринимаемых пострадавшей общиной и местными властями (см. инструкцию 1).
- Д Гуманитарные организации рассмотрели жалобы, заявленные по поводу предоставленной помощи, и соответствующим образом отреагировали на них.

Инструкции

1. **Местные возможности.** Люди, пострадавшие от ЧС, имеют и приобретают навыки, знания и возможности, необходимые для приспособления к чрезвычайным ситуациям, реагирования на них и восстановления после них. Активное участие в операциях по оказанию гуманитарной помощи составляет основу права людей на жизнь с достоинством, которое закреплено в принципах 6 и 7 Кодекса поведения Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении операций помощи в случае стихийных бедствий и катастроф (см. приложение 2 на странице 438). Организация самопомощи и предпринимаемые самими общинами инициативы способствуют обеспечению психологического и социального благополучия, т.к. позволяют пострадавшему населению вновь обрести чувство достоинства и в определенной степени осуществлять контроль за происходящим. Доступ к социальной, финансовой, культурной и психологической поддержке, которую оказывают родственники, религиозные организации и институты, друзья, а



также предоставляют школы и организуемые общиной мероприятия, дает возможность каждому человеку в отдельности и общине в целом вновь обрести самоуважение и осознание своей идентичности, а также снижает степень уязвимости и повышает устойчивость к внешним воздействиям. Необходимо оказывать помощь местному населению в выявлении и, если потребуется, в возобновлении деятельности или в создании сетей социальной поддержки и групп взаимопомощи. Степень и способы участия населения в программах помощи будут зависеть от того, сколько времени прошло с момента бедствия, а также от конкретных материальных, социальных и политических условий. В связи с этим показатели участия должны быть выбраны в соответствии с конкретной ситуацией и представлять всех пострадавших. Местное население обычно первым реагирует на ЧС, и даже в самом начале оказания помощи всегда возможна определенная степень участия в этом местного населения. Обращение к населению, консультации с ним и привлечение к участию на ранней стадии поможет повысить качество и участие общины в управлении на более поздних стадиях осуществления программы помощи.

2. **Механизмы обратной связи** дают всем пострадавшим от ЧС возможность оказывать воздействие на планирование и осуществление программы помощи (см. стандарт «участия» организации НАР). Сюда входят обсуждения в фокус-группах, обследования, опросы и встречи в рамках обсуждения «извлеченных уроков» с репрезентативными избранными группами всего пострадавшего населения (см. руководство *Good Enough Guide* (ECB), где предложены соответствующие инструменты, а также инструкции 3–4). О результатах этой работы и мерах, предпринимаемых организацией в ответ на полученные отзывы, следует регулярно сообщать пострадавшему населению.
3. **Представительное участие.** Для того чтобы обеспечить сбалансированное участие, необходимо выявлять и устранять препятствия к участию, с которыми сталкиваются те или иные лица. Следует принимать меры, направленные на обеспечение участия представителей всех групп пострадавшего населения – молодежи и пожилых людей, мужчин и женщин. Необходимо прилагать особые усилия, направленные на включение в этот процесс недостаточно представленных групп, маргинализированных групп (например, на почве этнической или религиозной принадлежности), а также «невидимых» по иным причинам (как, например, лица, вынужденные оставаться дома по причине болезни, или лица, находящиеся в учреждениях закрытого типа). Следует также содействовать участию в программе молодежи и детей, при условии, что это служит их интересам и что приняты меры, гарантирующие, что они не будут подвергаться опасности неправомерного обращения и им не будет причинен вред.

4. **Предоставление информации.** Люди имеют право на получение точной и регулярно дополняемой информации относительно действий, предпринимаемых в их интересах. Информирование позволит снизить напряженность и является основой для обеспечения ответственного отношения общины и солидарности. Гуманитарные организации должны, как минимум, предоставлять сведения относительно мандата организации и ее проекта (проектов), права населения на получение помощи и иных правах, а также о том, где и как можно получить помощь (см. стандарт «предоставления информации» организации НАР). Обычными способами и средствами информирования являются доски для объявлений, общие собрания, школы, газеты и радиопередачи. Информация должна отражать взвешенное понимание положения населения и предоставляться на местном языке (языках), с использованием различных средств, чтобы быть доступной всем заинтересованным лицам. Например, детей и взрослых, не умеющих читать, следует информировать в устной форме или с использованием графических изображений и использовать простой язык (т.е. понятный 12-летним детям). Письменная информация должна быть набрана крупным шрифтом, в расчете на лиц с нарушениями зрения. Собрания следует проводить таким образом, чтобы пожилые люди и лица с нарушениями слуха могли слышать все, что на них обсуждается.
5. **Безопасные и доступные зоны.** Места, где проводятся общественные собрания, должны располагаться в безопасных зонах и быть доступны для лиц с ограниченной подвижностью, а также для женщин, чье присутствие на общественных мероприятиях ограничивается культурными нормами. Необходимо предоставлять детям площадки для игр, обучения, общения и развития.
6. **Жалобы.** Люди имеют право обращаться с жалобами и рассчитывать на соответствующие ответные меры (см. стандарт «обращения с жалобами» организации НАР). Официальные механизмы подачи жалоб и их удовлетворения являются важным элементом подотчетности организации перед населением и помогают общинам восстановить контроль над своей жизнью.
7. **Соответствующие культурные практики,** такие как похороны и религиозные обряды, обычно являются важнейшим элементом сохранения идентичности, человеческого достоинства и способности к восстановлению после ЧС. Некоторые приемлемые в культурном отношении практики ведут к нарушению прав человека (например, отрицание права девочек на получение образования и проведение калечащих операций на женских половых органах) и к ним не следует относиться терпимо.



Базовый стандарт 2: координация действий и сотрудничество

Оказание гуманитарной помощи планируется и осуществляется совместно с соответствующими властями, гуманитарными организациями и организациями гражданского общества, которые участвуют в проведении беспристрастной гуманитарной акции и работают сообща в целях достижения максимальной эффективности, охвата населения и результативности.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- С самого начала участвовать в работе общих и всех других координационных механизмов в соответствующих секторах (см. инструкции 1–2).
- Быть осведомленными относительно обязанностей, целей и координационных функций государства и иных координационных групп, если таковые имеются (см. инструкцию 3).
- Предоставлять координационным группам информацию, касающуюся мандата организации, ее целей и программы.
- Предоставлять информацию по результатам оценки соответствующим координационным группам своевременно и в такой форме, чтобы этой информацией могли незамедлительно воспользоваться другие гуманитарные организации (см. базовый стандарт 3 на странице 70).
- Использовать информацию, касающуюся программы, которая поступает от других гуманитарных организаций, и учитывать ее при проведении анализа, выборе географической зоны действия и составлении планов оказания помощи.
- Регулярно предоставлять координационным группам дополнительные сведения о ходе операции, информируя о любых серьезных задержках, дефиците имеющихся у организации ресурсов или о наличии невостребованных ресурсов (см. инструкцию 4).
- Сотрудничать с другими гуманитарными организациями в целях укрепления информационно-пропагандистской работы в области содействия решению важнейших общих проблем гуманитарного характера.
- Выработать четкую стратегию и правила, касающиеся сотрудничества организации с негуманитарными действующими субъектами, руководствуясь гуманитарными принципами и целями (см. инструкцию 5).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Отчеты по результатам проведенной оценки и информация о планах программы и ходе ее осуществления регулярно предоставляются соответствующим координационным группам (см. инструкцию 4).
- ▶ Действия по оказанию гуманитарной помощи, осуществляемые в том же географическом районе или в том же секторе другими организациями, не дублируются.
- ▶ Замечания, высказанные на координационных собраниях, учитываются в практической работе и своевременно доводятся до сведения всех заинтересованных сторон.
- ▶ При осуществлении организаций гуманитарной помощи принимаются во внимание возможности и стратегии других гуманитарных организаций, организаций гражданского общества и соответствующих властей.

Инструкции

1. **Скоординированные действия по оказанию помощи.** Для обеспечения надлежащего охвата населения, своевременности программы помощи и качества необходимы коллективные действия. Активное участие в координационной работе даст возможность руководителям координации действий своевременно организовать четкое разделение труда и обязанностей, определить рамки, в которых потребности населения будут удовлетворяться совместными усилиями, снизить дублирование действий и устранить недостатки, касающиеся степени охвата населения и качества программ. Скоординированные действия по оказанию помощи, своевременно проведенная оценка на межучрежденческом уровне и предоставление информации помогут снизить нагрузку на пострадавшее население в связи с возможным повторным сбором тех же самых сведений целым рядом групп по проведению оценки. Сотрудничество и там, где это возможно, совместное использование ресурсов и оборудования обеспечивают достижение наивысшей эффективности потенциала общин, их соседей, принимающих стран, доноров и гуманитарных организаций с различными мандатами и компетентностью. Участие в работе координационных механизмов, функционирующих до ЧС, позволяет наладить связи и повышает координацию действий во время оказания помощи. Местные организации гражданского общества и власти могут оказаться исключенными из участия, если координационные механизмы будут предназначены только для международных организаций. Совещания и другие совместные информационные мероприятия следует проводить с использованием местного языка (языков). Необходимо выявлять действующих субъектов местного гражданского общества и социальные сети, задействованные в программах помощи, и содействовать их участию в



работе. Это касается также других местных и международных гуманитарных организаций. Персонал, представляющий организации на координационных совещаниях, должен располагать соответствующей информацией, навыками и полномочиями, необходимыми для того, чтобы эффективно участвовать в планировании и принятии решений.

2. ***Совместные координационные механизмы*** включают проведение совещаний – общих (для всех программ), на уровне сектора (такого как здравоохранение) и межсекторных (таких как гендерная проблематика) – и механизмы обмена информацией (такие как базы данных, содержащие результаты оценки и информацию о текущем положении). Проведение совещаний с участием различных секторов обеспечит возможность удовлетворять потребности населения в целом, а не разрозненно (например, потребности населения в областях обеспечения временным жильем, водоснабжения, санобеспечения, гигиены и психосоциальной поддержки взаимосвязаны). Необходимо осуществлять обмен соответствующей информацией между различными координационными механизмами, что позволит обеспечить единую координацию действий между всеми программами. От качества координационных механизмов будет зависеть заинтересованность организаций в участии в координации любых аспектов деятельности: ответственные за координацию действий лица обязаны обеспечить, чтобы совещания и процесс информирования были надлежащим образом организованы, эффективны и ориентированы на достижение конкретных результатов. Если этого не происходит, то принимающие участие организации обязаны требовать усовершенствования координационных механизмов и оказывать этому содействие.
3. ***Координационные функции.*** Координация оказания гуманитарной помощи, предоставляемой участвующими в ней организациями, является функцией пострадавшего государства. Роль гуманитарных организаций - помогать государству в выполнении им этой координационной функции. Однако в некоторых случаях могут потребоваться альтернативные координационные механизмы, когда, например, государственные власти сами совершают злоупотребления и нарушения или их участие в оказании помощи не является беспристрастным, а также в случае, когда государство желает выполнять координационную функцию, но не имеет для этого ресурсов. В подобных ситуациях координационные совещания могут проводиться раздельно или совместно местными властями с ООН или НПО. В настоящее время во многих крупномасштабных ЧС гуманитарного характера координация обычно осуществляется в рамках «кластерного подхода», когда организации, работающие в одном секторе, объединяются в группу, которой руководит ведущая организация.

4. **Эффективность совместного использования данных** будет выше, если информация проста в использовании (ясна, релевантна и лаконична) и представлена в виде, соответствующем принятым во всемирном гуманитарном сообществе стандартам, которые в техническом отношении совместимы с данными других организаций (см. базовый стандарт 3 на странице 70). Частота совместного использования данных будет зависеть от конкретной организации и конкретной ситуации, однако чтобы информация оставалась релевантной, обмен данными должен совершаться оперативно. Информация, предназначенная для ограниченного круга лиц, должна оставаться конфиденциальной (см. базовые стандарты 3–4 на страницах 70–75).
5. **Вооруженные силы и частный сектор.** Частный сектор и иностранные и национальные вооруженные силы все чаще привлекаются к участию в программах оказания помощи в ЧС и поэтому могут оказывать влияние на процесс координации действий. Вооруженные силы располагают важным практическим опытом и ресурсами, в том числе в таких областях, как обеспечение безопасности, логистика, транспорт и связь. Однако их действия могут нивелировать имеющие принципиальное значение различия, существующие между целями гуманитарного характера и военными или политическими задачами, и создавать впоследствии опасности в области обеспечения безопасности. Любая связь с вооруженными силами должна осуществляться в интересах – и под руководством – гуманитарных организаций в соответствии с принятыми руководящими принципами. Одним организациям будет достаточно поддерживать минимальный диалог, необходимый для обеспечения эффективности оперативной работы (например, общий обмен информацией по программе), другим – потребуются устанавливать более тесные связи (например, использовать имущество и ресурсы вооруженных сил). Однако в любом случае гуманитарные организации должны дистанцироваться от вооруженных сил, чтобы не допустить реальной или мнимой связи в сознании людей с военными или политическими целями, что может подрывать доверие к организациям и иметь негативные последствия для их независимости и безопасности, а также препятствовать доступу к пострадавшему населению. Частный сектор может предоставить в распоряжение гуманитарных организаций имеющиеся у него коммерческие навыки и оперативность, дополнительный практический опыт и ресурсы. Обмен информацией необходим для того, чтобы избежать дублирования действий и содействовать внедрению надлежащей гуманитарной практики. Партнерские соглашения между частным сектором и гуманитарными организациями должны заключаться исключительно для достижения целей гуманитарного характера.



Базовый стандарт 3: проведение оценки

Потребности первостепенной важности выявляются посредством проведения систематической оценки текущей обстановки, рисков для жизни с достоинством, а также способности пострадавшего населения и соответствующих властей реагировать на ЧС.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Собрать и использовать информацию, имевшуюся до ЧС, относительно местных ресурсов в области оказания гуманитарной помощи, пострадавшего населения и более широких слоев населения, а также относительно обстановки и иных существовавших ранее факторов, которые могли повысить степень подверженности людей к воздействию ЧС (см. инструкцию 1).
- Незамедлительно провести предварительную оценку, основываясь на имевшейся до ЧС информации, чтобы исследовать изменения обстановки, вызванные ЧС, и выявить все новые факторы, которые ведут к появлению уязвимости или повышению степени уязвимости (см. инструкцию 2).
- Провести как можно раньше быструю оценку, а затем, когда будет время и позволит обстановка, всеобъемлющую детальную оценку (см. глоссарий на странице 454 и инструкцию 3).
- Детализировать данные о населении с разбивкой, как минимум, по возрасту и половой принадлежности (см. инструкцию 4).
- В ходе проведения оценки выслушать мнение самого широкого круга респондентов – женщин и мужчин всех возрастов, девочек, мальчиков и уязвимых лиц, пострадавших от ЧС, а также более широких слоев населения (см. базовый стандарт 1 на странице 62 и инструкции 5–6).
- По возможности принимать участие в проведении оценки, осуществляемой на уровне нескольких секторов, совместно или на межучрежденческом уровне.
- Систематически собирать сведения с использованием различных методов, проверять их путем триангуляции со сведениями, полученными из различных источников и организаций, и регистрировать данные по мере их поступления (см. инструкцию 7).
- Провести оценку возможностей приспособления, навыков, ресурсов и стратегий восстановления пострадавшего населения (см. инструкцию 8).
- Провести оценку планов реагирования и возможностей государства.

- Д Провести оценку воздействия ЧС на психосоциальное благополучие отдельных лиц и общин.
- Д Провести оценку имеющихся и возможных проблем в отношении обеспечения защищенности, касающихся пострадавшего от ЧС населения и персонала гуманитарных организаций, включая вероятность того, что оказание помощи может привести к усугублению конфликта или созданию напряженности между пострадавшим населением и принимающим местным населением (см. инструкцию 9).
- Д Предоставлять полученные в процессе проведения оценки данные своевременно и в форме, доступной другим гуманитарным организациям (см. базовый стандарт 2 на странице 66 и инструкцию 10).

Ключевые пок з тели (читать вместе с инструкциями)

- Д Потребности, выявленные в результате оценки, в прямой форме привязаны к возможностям пострадавшего населения и государства в области реагирования на ЧС.
- Д Отчеты по результатам проведения быстрой и последующей всеобъемлющей оценки содержат мнения, которые представляют все группы населения, включая мнения представителей уязвимых групп населения и населения прилегающих районов.
- Д Отчеты по результатам оценки содержат детализированные данные с разбивкой, как минимум, по возрасту и половой принадлежности.
- Д Отчеты по результатам всеобъемлющей оценки содержат информацию и анализ, касающиеся факторов уязвимости, текущей обстановки и имеющихся возможностей.
- Д Там, где формы проведения оценки были согласованы и получили широкую поддержку, они применяются на практике.
- Д Проведение быстрой оценки сопровождалось проведением всеобъемлющей оценки групп населения, которые были намечены для охвата программой помощи.

Инструкции

1. **Информация, имевшаяся до ЧС.** При проведении предварительной и быстрой оценок очень важное значение имеет совместное объединение имеющейся информации. Практически всегда имеется значительный объем информации, касающейся обстановки (например, политической, социальной, экономической ситуации, положения в области безопасности, сведения о конфликте и окружающей природной среды) и населения (например, сведения о половозрастном



составе, здравоохранении, культуре, религии и образовании). Источниками этой информации могут быть соответствующие министерства (например, министерство здравоохранения и данные переписи) учебные и исследовательские учреждения, общинные организации, а также местные и международные гуманитарные организации, которые имели свои представительства в регионе до ЧС. Программы, осуществляемые в рамках обеспечения готовности к ЧС и раннего предупреждения, современные разработки в области совместно используемого доступного через сеть картирования, «краудсорсинга» и платформ мобильной телефонии (таких как Ushahidi) также располагают сформированными базами данных, содержащими релевантную информацию.

2. **Предварительная оценка**, которая обычно проводится в первые часы после ЧС, может основываться почти всецело на информации из косвенных источников и имевшихся ранее данных. Такого рода оценка имеет важное значение для определения неотложных потребностей в помощи и должна проводиться незамедлительно, а полученные результаты должны быть сразу же доступны всем заинтересованным сторонам.
3. **Поэтапная оценка**. Проведение оценки является процессом, а не единичным событием. Предварительная и быстрая оценки задают основу для проведения последующей всесторонней оценки, которая уточняет (но не повторяет) результаты проведенной ранее оценки. Следует учитывать тот факт, что повторное проведение оценки таких деликатных проблем, касающихся обеспечения защиты населения, как гендерное насилие, может иметь для отдельных лиц и общин скорее неблагоприятные, нежели положительные последствия.
4. **Детализация данных**. Детализировать данные на начальном этапе обычно не представляется возможным, однако это имеет важное значение для определения различных потребностей и прав детей и взрослых всех возрастов. При первой же возможности необходимо детализировать данные с разбивкой по возрасту и половой принадлежности: дети в возрасте 0–5 лет мужского/женского пола, 6–12 лет мужского/женского пола и 13–17 лет мужского/женского пола; затем по 10-летним возрастным группам: 50–59 лет мужского/женского пола, 60–69 лет мужского/женского пола, 70–79 лет мужского/женского пола, 80+ лет мужского/женского пола. В отличие от основанной на физиологических критериях разбивки на возрастные группы, применяемой в главе, посвященной вопросам здравоохранения, данная классификация представляет возрастные различия, связанные с целым рядом прав, а также с различными социальными и культурными аспектами.
5. **Репрезентативность оценки**. При проведении оценки, основанной на определении потребностей, необходимо охватывать все пострадавшее от ЧС население. Следует принимать особые меры, чтобы охватить оценкой лиц, находящихся в труднодоступных местах, например лиц, которые размещены

не в лагерях, находятся в районах, куда затруднен доступ, или расселены в принимающих семьях. Это касается также таких лиц, доступ к которым ограничен и которые при этом часто подвергаются опасности, в частности, люди с ограниченными возможностями, пожилые люди, лица, которые из-за болезни или по иным причинам не имеют возможности выйти из дому, дети и молодые люди, которым грозит опасность быть незаконно рекрутированными в солдаты, или подвергнуться гендерному насилию. Источники первичной информации включают непосредственное наблюдение, обсуждения в фокус-группах, опросы и обсуждения среди максимально широкого круга людей и групп населения (например, местные власти, руководители общин (мужчины и женщины), пожилые мужчины и женщины, персонал учреждений здравоохранения, учителя и другие работники образования, коммерсанты, а также другие гуманитарные организации). Открытое высказывание своего мнения для некоторых людей может быть затруднительно или опасно. Детей следует опрашивать отдельно, поскольку существует малая вероятность того, что они будут говорить в присутствии взрослых, в то время как высказывание своего мнения может подвергнуть их опасности. Женщин и девочек также в большинстве случаев желательно опрашивать отдельно от остальных. Персонал гуманитарных организаций, занимающийся систематическим сбором информации от лиц, ставших жертвами неправомерного обращения или изнасилования, должен обладать необходимыми навыками и пользоваться надлежащими методами, обеспечивающими безопасность. В районах конфликтов информация может быть неправильно использована, что может стать причиной возникновения дополнительной опасности для людей и затруднить работу гуманитарной организации. Сообщать полученные сведения другим гуманитарным организациям или иным соответствующим организациям можно только с согласия лиц, которых эти сведения касаются (см. принцип 1 обеспечения защиты на странице 38). Провести незамедлительно оценку всех пострадавших будет невозможно: не охваченные оценкой районы или группы населения должны быть надлежащим образом зарегистрированы в отчете по результатам оценки и опрошены при первой же возможности.

6. **Проведение оценки уязвимости.** Опасности, с которыми население сталкивается после ЧС, различны для различных групп населения и отдельных лиц. Уязвимость некоторых лиц может быть обусловлена такими индивидуальными факторами, как возраст (в особенности это касается очень молодых и очень пожилых людей) и болезни (в особенности это касается людей, живущих с ВИЧ, и больных СПИДом). Однако индивидуальные факторы сами по себе не ведут автоматически к повышению опасности. Необходимо исследовать социальные и контекстуальные факторы, вызывающие уязвимость, такие как дискриминация и маргинализация (например, низкий статус и правомочия женщин и девочек), социальная изоляция, ухудшение качества окружающей среды, изменчивость климата, бедность, безземельность, неэф-



фективное управление, этническая принадлежность, класс или каста, а также религиозная и политическая принадлежность. Последующая всесторонняя оценка должна выявить такие потенциальные опасности в будущем, как изменение характера рисков в связи с ухудшением качества окружающей среды (например, эрозия почвы или вырубка лесов) и изменение климата и геологического строения района (например, циклоны, наводнения, засухи, оползни и подъем уровня моря).

7. ***Сбор данных и перечни контрольных вопросов.*** Полученная при проведении оценки информация, включая сведения, касающиеся передвижения населения и численности, должна быть перепроверена, подтверждена и снабжена ссылками на максимальное количество источников. Если на начальной стадии проведение многосекторной оценки невозможно, то следует уделять особое внимание связыванию данных с другими отдельными секторами, проведению оценки в области обеспечения защиты и перекрестной оценки. С самого начала необходимо регистрировать источники данных и уровни детализации, а также документировать смертность и заболеваемость среди детей в возрасте до 5 лет. Имеется несколько перечней контрольных вопросов для проведения оценки, основанных на согласованных стандартах в области оказания гуманитарной помощи (см. перечни контрольных вопросов в приложениях к некоторым главам, посвященным техническим вопросам). Перечни контрольных вопросов повышают согласованность данных и их доступность для других учреждений, обеспечивают охват анализом всех ключевых областей и снижают степень субъективности оценок на индивидуальном уровне или на уровне организации. Общий межучрежденческий формат проведения оценки может быть выработан до ЧС или согласован в ходе оказания помощи. В любом случае проведение оценки должно прояснять цели и планируемые методы, а также собирать объективные сведения относительно воздействия кризиса на пострадавшее население. Необходимо использовать комбинацию методов количественной и качественной оценки в соответствии с конкретной ситуацией. В состав групп по проведению оценки должны по возможности входить мужчины и женщины, специалисты широкого и узкого профиля, в том числе лица, обладающие соответствующими навыками в области сбора данных, касающихся гендерной проблематики, а также умеющие контактировать с детьми. В эти группы следует включать лиц, владеющих местным языком (языками) и знакомых с данным районом, а также способных контактировать с местным населением приемлемым в культурном отношении образом.
8. ***Оценка ресурсов.*** Общины обладают возможностями и ресурсами для приспособления и восстановления (см. базовый стандарт 1 на странице 62). Многие механизмы приспособления являются устойчивыми и полезными, однако некоторые из них, как, например, продажа имущества и чрезмерное употребление алкоголя, могут быть неблагоприятными и чреватými

вредными последствиями в долгосрочной перспективе. При проведении оценки необходимо выявлять положительные стратегии, которые повышают устойчивость к внешним воздействиям, а также причины обращения населения к негативным стратегиям.

9. **Оценка безопасности.** Оценку защищенности и безопасности пострадавшего от ЧС и принимающего местного населения следует осуществлять при проведении предварительной оценки и всех последующих оценок в целях выявления угрозы насилия и любых иных форм принуждения, а также непредоставления средств к существованию или несоблюдения основных прав человека (см. принцип обеспечения защиты 3 на странице 43).
10. **Предоставление полученных в результате проведения оценки сведений.** Отчеты по результатам оценки содержат ценную информацию для других гуманитарных организаций, формируют базу исходных данных и повышают прозрачность решений, касающихся осуществления помощи. Независимо от различий в форматах, принятых в тех или иных организациях, отчеты по результатам оценки должны быть ясными и лаконичными, давать возможность пользователям определять первоочередные действия, а также содержать описание принятой в них методологии проведения оценки, что должно подтверждать надежность данных и, в случае необходимости, давать возможность провести сравнительный анализ.

Базовый стандарт 4: Организация и оказание помощи

В процессе оказания гуманитарной помощи удовлетворяются выявленные в ходе проведения оценки потребности пострадавшего от ЧС населения в соответствии с конкретной ситуацией, существующими рисками и ресурсами пострадавшего населения и государства в отношении приспособления и восстановления нормальной жизни.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Организовать программу помощи на основе объективной оценки потребностей, существующих рисков и возможностей пострадавшего населения (см. базовый стандарт 3 на странице 70).
- ▶ Организовать программу помощи в целях удовлетворения потребностей, которые не могут быть удовлетворены или не будут удовлетворены в силу объективных причин государством или самим пострадавшим населением (см. инструкцию 1).



- Д Уделять первостепенное внимание мероприятиям по спасению жизни, направленным на удовлетворение основных, неотложных потребностей, касающихся выживания, которые возникли непосредственно вследствие ЧС.
- Д Используя детализированные данные результатов оценки, проводить анализ последствий ЧС для отдельных лиц и групп населения и организовать программу помощи в целях удовлетворения их конкретных потребностей.
- Д Организовать программу помощи таким образом, чтобы уязвимые лица получили неограниченный доступ к предоставляемой помощи и услугам в области обеспечения защиты (см. инструкцию 2).
- Д Обеспечить, чтобы способ организации программы помощи и применяемые методы обеспечивали оказание поддержки всем аспектам сохранения человеческого достоинства отдельных лиц и групп населения, пострадавших от ЧС (см. базовый стандарт 1 на странице 62 и инструкцию 3).
- Д Провести анализ всех обусловленных конкретной ситуацией факторов, которые ведут к повышению уязвимости населения, организуя программу помощи таким образом, чтобы постепенно снижать степень уязвимости (см. базовый стандарт 3 на странице 70 и инструкцию 4).
- Д Организовать программу помощи в целях минимизации риска подвергнуть население опасности, усугубить конфликт или подвергнуть угрозе безопасность, а также создать возможность для эксплуатации и злоупотреблений (см. инструкцию 5 и принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).
- Д Постепенно ликвидировать различия между выявленными в ходе проведения оценки условиями существования населения и минимальными стандартами проекта «Сфера», стараясь достичь показателей, заданных проектом «Сфера», или превысить их (см. инструкцию 6).
- Д Организовать программы помощи, направленные на оказание содействия раннему восстановлению, снижению риска и увеличению возможностей пострадавшего населения в области предупреждения, минимизации последствий или повышения адаптивности к воздействию будущих факторов опасности (см. инструкцию 7).
- Д Постоянно вносить в программу помощи необходимые изменения, чтобы обеспечить ее соответствие требованиям и целесообразность (см. базовый стандарт 5 на странице 80).
- Д Укреплять устойчивое восстановление путем планирования стратегий завершения программы и обсуждения этого с пострадавшим населением на ранних стадиях осуществления программы.

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Организация программы помощи основана на проведении анализа конкретных потребностей и рисков, которым подвергаются различные группы населения.
- ▶ Программа помощи организована таким образом, чтобы ликвидировать расхождения в отношении имеющихся у населения потребностей и возможностями самого населения или государства удовлетворить эти потребности.
- ▶ Планы организации программ помощи корректируются с учетом изменений ситуации, рисков, а также потребностей и имеющихся возможностей.
- ▶ В план организации программы помощи включены мероприятия, направленные на снижение уязвимости населения в отношении будущих факторов опасности и повышения способности населения к реагированию на них и адаптации к ним.

Инструкции

1. **Оказание поддержки имеющимся ресурсам.** Своевременное оказание помощи и обеспечение защиты пострадавших является важнейшей функцией и обязанностью государства (см. § 2 Гуманитарной хартии на странице 23). Необходимо осуществлять вмешательство в случаях, когда пострадавшее население и/или государство не имеют достаточных ресурсов для реагирования (особенно на раннем этапе оказания помощи), или если государство или осуществляющие контроль органы власти в явной форме проводят политику дискриминации в отношении определенных групп населения и/или пострадавших районов. В любом случае при определении масштаба и вида оказания гуманитарной помощи должны учитываться возможности государства и его намерения в отношении всех пострадавших лиц.
2. **Доступ.** Помощь должна предоставляться всем, кто в ней нуждается, на равноправной основе (см. принцип обеспечения защиты 2 на странице 41). Доступ людей к предоставляемой помощи и возможность использовать ее и извлекать пользу обеспечиваются посредством своевременного предоставления информации, организованного таким образом, который отвечает их насущным потребностям и учитывает аспекты, касающиеся приемлемости в культурном отношении и обеспечения безопасности (например, отдельные очереди при получении продовольственной помощи для пожилых людей или женщин с детьми). Для этого необходимо привлекать к участию в организации программы женщин, мужчин, девочек и мальчиков всех возрастов. Чтобы обеспечить лучший доступ к помощи, следует использовать тщательно подобранные критерии определения целевых групп и процедуры, о которых необходимо широко оповещать население. Организация доступа к помощи должна быть понятна общине и регулярно контролироваться. Мероприятия, описанные в главах, посвященных техническим вопросам, содействуют



обеспечению равного доступа к помощи за счет тщательно продуманной организации, как, например, размещение соответствующих объектов в безопасных зонах и т.д.

3. ***Основой достойной жизни*** являются обеспечение доступа к основным услугам, безопасность и соблюдение прав человека (см. Гуманитарную хартию на странице 22). Способ, которым гуманитарная помощь осуществляется на практике, также влияет на сохранение человеческого достоинства и благополучия пострадавшего от ЧС населения. Аспекты программы оказания помощи, которые обеспечивают уважение неоспоримой ценности человеческой личности, сохранение религиозной и культурной идентичности, содействуют организации самопомощи на базе общины и стимулируют надлежащие сети социальной поддержки, - способствуют психосоциальному благополучию и являются основой права людей на достойную жизнь.
4. ***Контекст и уязвимость***. Социальные, политические, культурные и экономические факторы, а также факторы, связанные с ситуацией конфликта и окружающей природной средой, могут повысить степень уязвимости людей в отношении ЧС. Изменение контекста может привести к появлению новых уязвимых лиц (см. базовый стандарт 3 на странице 70). Уязвимые лица могут испытывать на себе влияние одновременно нескольких факторов (например, пожилые люди, входящие в состав маргинализированных этнических групп). Необходимо проводить анализ взаимодействия индивидуальных и контекстуальных факторов, которые ведут к повышению опасности. Программы помощи должны быть организованы таким образом, чтобы устранять эти опасности и смягчать их последствия, а также ориентироваться на потребности уязвимых лиц.
5. ***Учет возможности возникновения конфликта***. Предоставление гуманитарной помощи может иметь непредусмотренные негативные последствия. Ценные ресурсы, предоставляемые в рамках оказания помощи, могут стать причиной роста эксплуатации и злоупотреблений, возникновения конкурентной борьбы, а также неправильного использования или незаконного присвоения помощи. Голод может стать средством ведения войны (например, в случае умышленного сокращения численности населения района или отторжения имущества). Предоставление помощи может иметь негативные последствия для более широких слоев населения и усугубить правовое неравенство между различными группами населения, в том числе между мужчинами и женщинами. Тщательный анализ и организация программ помощи позволят снизить вероятность того, что предоставляемая помощь станет причиной обострения конфликта и снижения уровня безопасности (в том числе во время стихийных бедствий). Следует организовывать программы таким образом, чтобы обеспечить равное распределение и беспристрастное определение целевых групп, которым адресована помощь. Необходимо

обеспечить защиту безопасности людей и их человеческого достоинства, соблюдая конфиденциальность личных данных. Например, люди, живущие с ВИЧ, и больные СПИДом могут подвергаться стигматизации. Лицам, чьи права человека были нарушены, должна быть предоставлена надежная и гарантирующая конфиденциальность помощь (см. базовый стандарт 3 на странице 70).

6. **Достижение минимальных стандартов проекта «Сфера».** Количество времени для достижения минимальных стандартов, зависит от конкретной ситуации: на это влияет наличие ресурсов, доступность, степень обеспечения безопасности и уровень жизни в районе до ЧС. Возможно возникновение напряженности в случае, если пострадавшее население достигнет уровня жизни, превышающего уровень жизни принимающего населения, или же станет причиной ухудшения их условий жизни. Необходимо разрабатывать стратегии в целях минимизации неравенства и рисков, смягчая любые негативные последствия оказания помощи для окружающей природной среды и экономики за пределами данного района и содействуя повышению уровня жизни принимающего населения. По возможности следует повсеместно расширять сферу действия программы помощи, включая в нее местное население.
7. **Раннее восстановление и снижение риска.** Предпринимаемые при первой же возможности действия, направленные на укрепление местного потенциала, использование местных ресурсов и услуг в области восстановления, образование, создание благоприятных возможностей для рынков и в области занятости — все это будет способствовать раннему восстановлению и даст возможность населению управлять рисками после того, как завершится предоставление внешней помощи (см. базовый стандарт 1 на странице 62). Как минимум, оказание гуманитарной помощи не должно причинять вреда или вести к ухудшению качества жизни будущих поколений и непреднамеренно способствовать возникновению опасностей в будущем (например, вследствие вырубки леса или экологически небезопасного использования природных ресурсов). После устранения прямых угроз жизни необходимо провести анализ имеющихся и (многочисленных) возможных будущих факторов опасности (например, возникающих вследствие изменения климата). Следует организовывать оказание помощи таким образом, чтобы снизить будущие риски. Например, в процессе оказания помощи необходимо воспользоваться благоприятной возможностью, чтобы инвестировать в программы снижения рисков и «строительства с запасом прочности». Примерами этого являются строительство сейсмоустойчивых и ураганоустойчивых зданий, защита заболоченных территорий, способных поглощать большие штормовые волны, а также оказание поддержки в отношении выработки политики и осуществляемых силами общин инициатив в области раннего предупреждения и готовности к ЧС.



Б зовый ст нд рт 5: эффективность р боты, тр нсп рентность и обучение

Эффективность работы гуманитарных организаций постоянно проверяется, и результаты проверок сообщаются заинтересованным сторонам; в проекты вносятся изменения в целях повышения эффективности.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Разработать четкие и при этом простые, регулярные и коллективные механизмы для осуществления контроля за ходом достижения соответствующих стандартов проекта «Сфера» и установленных принципов программы, конечных результатов и реализации запланированных мероприятий (см. инструкцию 1).
- Д Создать основные механизмы для проведения мониторинга эффективности работы организации с учетом имеющихся у организации систем управления и контроля качества (см. инструкцию 2).
- Д Проводить мониторинг конечных результатов и по возможности первоначальных последствий оказания гуманитарной помощи для пострадавшего населения и более широких слоев населения (см. инструкцию 3).
- Д Разработать систему по внесению изменений в стратегии программы в соответствии с получаемыми данными мониторинга, изменяющимися потребностями и развитием текущей обстановки (см. инструкцию 4).
- Д В ходе осуществления программы помощи периодически проводить занятия по обучению и обсуждению положения дел.
- Д Проводить итоговую оценку программы или иного рода объективный обзор в целях обучения с учетом установленных целей программы, принципов и согласованных минимальных стандартов (см. инструкцию 5).
- Д По возможности участвовать в совместных, межучрежденческих и иных общих инициативах в области обучения.
- Д Своевременно предоставлять сведения об основных результатах мониторинга и, когда это необходимо, о результатах итоговой оценки и других основных мероприятий в области обучения пострадавшему населению, соответствующим властям и координационным группам (см. инструкцию 6).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Программы скорректированы в соответствии с информацией, полученной в ходе проведения мониторинга и обучения.
- ▶ Источники проведения мониторинга и итоговой оценки включают мнения репрезентативного числа лиц, которым адресована помощь, а также принимающей общины, если предусмотрено иное.
- ▶ Точная, обновленная, не являющаяся конфиденциальной информация предоставляется на регулярной основе лицам, которым адресована помощь, соответствующим местным властям и другим гуманитарным организациям.
- ▶ Регулярно проводится мониторинг эффективности работы в отношении соответствия всем базовым стандартам проекта «Сфера» и соответствующим техническим минимальным стандартам (а также связанным с ними всеобщим стандартам эффективности работы или стандартам эффективности организации) и полученные результаты предоставляются основным заинтересованным сторонам (см. инструкцию 9).
- ▶ Организации последовательно проводят объективную итоговую оценку или обзор в целях обучения (извлеченные уроки) основных мероприятий в области оказания гуманитарной помощи в соответствии с установленными стандартами практики проведения оценки (см. инструкцию 6).



Инструкции

1. **Цель мониторинга** - сравнить намерения с результатами и измерить достигнутый прогресс в сопоставлении с целями проекта и показателями, а также его воздействие на степень уязвимости и ситуацию. Полученная в ходе проведения мониторинга информация определяет, какие изменения необходимо вносить в проект, проверяет правильность критериев выбора целей, а также то, доходит ли помощь до тех лиц, которым она предназначалась. Мониторинг дает возможность ответственным за принятие решений лицам реагировать на отзывы общины и выявлять возникающие проблемы и тенденции. При проведении мониторинга организации получают также благоприятную возможность предоставлять (и собирать) информацию. Эффективный мониторинг предусматривает выбор методов, соответствующих конкретной программе и ситуации, включает необходимые количественные и качественные данные и предполагает ведение согласованных отчетов. Открытость и обмен (транспарентность) информацией, полученной в ходе мониторинга, повышают подотчетность перед пострадавшим населением. Мониторинг, проводимый самим населением еще более повышает транспарентность, а также качество и степень сопричастности населения к этой информации. Следует четко понимать, как и кем конкретно должна быть использована информация, что позволит опреде-

лить, какие сведения необходимо собирать и в каком виде их представлять. Данные должны быть представлены в краткой доступной форме, удобной для распространения и принятия решений.

2. **Эффективность работы организации** оценивается не только измерением степени выполнения программы. Это касается всей деятельности организации, которая включает результаты, достигнутые в таких областях, как взаимоотношения с другими организациями, строгое соблюдение норм надлежащей гуманитарной практики, кодексов и принципов, а также эффективность и результативность систем управления организации. Для оценки эффективности работы организации могут быть использованы такие инструменты гарантии качества, как *Комп с к чест* группы URD.
3. **Мониторинг воздействия.** В настоящее время довольно широко распространено мнение, что оценку воздействия оказания гуманитарной помощи (т.е. более широких последствий гуманитарных вмешательств в краткосрочной и среднесрочной перспективе, позитивных или негативных, как предусмотренных, так и непредусмотренных) можно и даже необходимо проводить. Проведение оценки воздействия является важной новой областью, устанавливающей связь между оказанием конкретной гуманитарной помощи и сложными и взаимозависимыми изменениями, которые затрагивают население и конкретную ситуацию. Только сами пострадавшие от ЧС люди способны объективно оценить перемены, произошедшие в их жизни. Вот почему в проведение оценки конечного результата и воздействия необходимо включать отзывы населения, подробные расспросы, а также другие качественные и количественные методы исследования.
4. **Обеспечение соответствия.** При проведении мониторинга необходимо регулярно проверять, остается ли программа релевантной, т.е. отвечающей интересам пострадавшего населения. По результатам мониторинга в осуществляемую программу, когда это необходимо, должны вноситься соответствующие изменения.
5. **Методы исследования эффективности работы.** Различным целям, касающимся оценки эффективности работы, обучения и подотчетности, соответствуют различные подходы. Может быть использован целый ряд методов, как то: мониторинг и оценка конечных результатов, совместные исследования воздействия и мероприятия по проведению опросов, инструменты гарантии качества, аудит и мероприятия на уровне организации в области обучения (извлеченные уроки) и обсуждения. Оценка результатов программы обычно проводится по завершении оказания помощи, и в ней даются рекомендации относительно внесения изменений в политику организации и будущие программы. Мониторинг эффективности работы и «оценка в реальном масштабе времени» могут также проводиться в ходе оказания помощи с целью оперативного внесения изменений в политику и принятую

практику. Оценка результатов обычно проводится независимыми внешними экспертами, однако проводить оценку программы, при условии объективности подхода, могут и сами сотрудники организации. Обычно это делают сотрудники организации, которые лично не участвуют в программе оказания помощи. Оценка программы гуманитарной помощи включает восемь аспектов, известных как критерии КСР (Комитета содействия развитию): уместность, целесообразность, связность, обоснованность, охват, эффективность, результативность и воздействие.

6. **Эффективность работы сектора.** Предоставление информации о ходе достижения каждой организацией минимальных стандартов проекта «Сфера» координационным группам содействует проведению мониторинга операции по оказанию помощи и формирует ценный источник данных об эффективности работы в рамках сектора.

Базовый стандарт 6: эффективность работы участников оказания помощи

Гуманитарные организации осуществляют соответствующее управление, контроль и психосоциальную поддержку, которые обеспечивают участников оказания помощи знаниями, навыками и поведенческими установками, необходимыми для осуществления эффективной гуманитарной помощи в соответствии с принципами гуманности и уважения к пострадавшим.



Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Обеспечить, чтобы специалисты по управлению получили соответствующую подготовку в области осуществления руководства и были осведомлены в вопросах, касающихся принципов и ресурсов, которые необходимы для эффективного управления (см. инструкцию 1).
- ▶ Учредить систематизированные, справедливые и прозрачные процедуры найма на работу в целях привлечения максимального числа соответствующих требованиям кандидатов (см. инструкцию 2).
- ▶ Нанимать на работу персонал, формируя группы, в составе которых были бы в равной мере представлены женщины и мужчины, представители различных этнических групп и социальных слоев населения и чтобы разнообразие состава этих групп соответствовало местным культурным традициям и конкретной ситуации.
- ▶ Предоставлять участникам оказания помощи (персоналу, добровольцам и консультантам, как местным, так и международным) соответствующее и своевременное введение в курс дела, инструктаж, четкие указания о порядке

подотчетности, обновленные должностные инструкции, чтобы они могли ясно понимать свои обязанности, цели работы, систему ценностей организации, основные принципы, а также местную обстановку.

- Д Разработать руководящие принципы, касающиеся обеспечения безопасности и эвакуации, стандарты охраны здоровья и обеспечения защиты и использовать их при инструктировании участников оказания помощи перед тем, как они приступят к работе в организации.
- Д Обеспечить, чтобы участники оказания помощи имели доступ к медицинскому обслуживанию и психосоциальной поддержке.
- Д Разработать кодексы поведения для участников оказания помощи, которые обеспечивали бы защиту пострадавшего населения от сексуального насилия, коррупции, эксплуатации и иных видов нарушения прав человека. Предоставлять информацию об этих кодексах пострадавшему от ЧС населению (см. инструкцию 3).
- Д Содействовать формированию корпоративной культуры уважительного отношения к пострадавшему населению (см. инструкцию 4).
- Д Учредить порядок рассмотрения жалоб и принимать дисциплинарные меры в отношении участников оказания помощи в случае подтвержденного нарушения кодекса поведения организации.
- Д Регулярно проводить аттестацию персонала и добровольцев и информировать их о результатах оценки эффективности работы в аспектах, касающихся целей работы, знаний, навыков, образа действий и поведенческих установок.
- Д Предоставлять поддержку участникам оказания помощи, необходимую для того, чтобы они смогли справиться с трудовой нагрузкой и минимизировать стресс (см. инструкцию 5).
- Д Обеспечить, чтобы персонал и специалисты в области управления совместно изыскивали благоприятные возможности для непрерывного обучения и развития (см. инструкцию 6).
- Д Оказывать соответствующую поддержку участникам оказания помощи, которые пережили тяжелые травмирующие события или были их свидетелями (см. инструкцию 7).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Анализ эффективности работы персонала и добровольцев показывает адекватные уровни компетентности в отношении их знаний, навыков, поведенческих установок и обязанностей, определенных в их должностных инструкциях.

- Д На участников оказания помощи, которые нарушают кодексы поведения, запрещающие безнравственное и дурное поведение, в официальном порядке налагаются дисциплинарные взыскания.
- Д Принципы, изложенные (или аналогичные) в Кодексе надлежащей практики управления персоналом, участвующим в оказании гуманитарной помощи (People In Aid Code of Good Practice), учтены в политике и принятой практике организации.
- Д Уровень заболеваемости среди участников оказания помощи, травмирования и расстройств здоровья, обусловленных стрессом, остается неизменным или снижается в ходе осуществления операции по оказанию помощи в ЧС.

Инструкции

1. **Надлежащая практика управления:** Системы управления человеческими ресурсами зависят от конкретной организации и ситуации, однако руководители программ и лица, осуществляющие контроль, должны быть ознакомлены с Кодексом надлежащей практики управления персоналом, участвующим в оказании гуманитарной помощи, в котором изложены стандарты и руководящие принципы, касающиеся планирования, набора персонала, управления, обучения и развития, перехода по завершении контракта и распределения персонала (для международных организаций).
2. **Порядок найма на работу** должен быть открытым и понятным для всех сотрудников и соискателей. Такая транспарентность предусматривает разработку и предоставление обновленных и соответствующих должностных инструкций для каждой должности и необходима для того, чтобы сформировать разнообразные по составу и компетентные рабочие группы. Большая адекватность и репрезентативность состава существующих рабочих групп (бригад) может быть достигнута за счет найма, когда это необходимо, новых сотрудников. Быстрое расширение штата может привести к набору сотрудников, не имеющих опыта работы, и в этом случае им должна быть оказана помощь со стороны опытных сотрудников.
3. **Контроль участников оказания помощи** над управлением и распределением ценных ресурсов помощи ставит их в положение, при котором пострадавшее население оказывается в зависимости от них. Такая власть над зависящими от помощи людьми, чьи социальные сети, которые обеспечивали их защиту, были нарушены или полностью разрушены, чревата коррупцией и злоупотреблениями. Женщины, дети и инвалиды часто оказываются в ситуациях, связанных с сексуальным насилием. Гуманитарная помощь или защита ни в коем случае не должны предлагаться в обмен на вступление в половые отношения. Никто из лиц, имеющих отношение к оказанию гуманитарной помощи (персонал гуманитарных организаций, военнослужащие, государс-



твенные служащие или лица, работающие в частном секторе), не имеет права быть замешанным в действиях, связанных со злоупотреблениями, коррупцией или сексуальной эксплуатацией. Запрещены также принудительный труд взрослых или детей, незаконное употребление наркотических средств и торговля товарами и услугами, предоставляемыми в рамках оказания гуманитарной помощи, со стороны лиц, имеющих отношение к распределению этой помощи.

4. *Участники оказания гуманитарной помощи должны уважительно относиться* к моральным ценностям и достоинству пострадавшего от ЧС населения и воздерживаться от не приемлемого для населения в культурном отношении поведения (как, например, одеваться ненадлежащим образом).
5. *Участникам оказания гуманитарной помощи часто приходится длительное время работать* в условиях, сопряженных с опасностью и стрессом. В обязанность организации заботиться о своих сотрудниках входит содействие их благополучию и недопущение их переутомления, травмирования или заболевания. Руководители программ должны информировать участников оказания помощи относительно существующих опасностей и не допускать, чтобы они подвергались неоправданным рискам для своего физического и психического здоровья. Эта защита может быть обеспечена, например, за счет принятия эффективных мер безопасности, организации надлежащего отдыха и восстановления сил и здоровья, активной поддержки рационального планирования продолжительности рабочего дня и оказания психологической помощи. Руководители программ могут содействовать выполнению обязанности проявлять заботу о подчиненных путем следования модели надлежащей практики и личным примером соблюдения принятой политики. Участники оказания гуманитарной помощи также должны лично нести ответственность за заботу о своем благополучии.
6. *На ранней стадии ЧС* развитие потенциала персонала может быть ограничено. Со временем руководители программ, проводя анализ эффективности работы сотрудников и получая их отзывы, должны определить области для проведения обучения и развития и оказывать этому содействие. Мероприятия, касающиеся обеспечения готовности к ЧС, также предоставляют благоприятную возможность для определения и развития компетентности в области оказания гуманитарной помощи.
7. *Первая психологическая помощь* должна незамедлительно оказываться сотрудникам, пережившим тяжелые травмирующие события или оказавшимся их свидетелями (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания – психическое здоровье на странице 400 и список литературы и дополнительных материалов). Психологический дебрифинг является неэффективным и его не следует применять.

Список литературы и дополнительных материалов

Список использованных источников информации

Социально-ориентированная гуманитарная помощь

Emergency Capacity Building (ECB) Project (2007), Impact Measurement and Accountability in Emergencies: The Good Enough Guide. Oxfam Publishing. Oxford.
www.oxfam.org.uk/publications

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Geneva.
www.hapinternational.org/projects/standard/hap_2010_standard.aspx

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Координация действий и сотрудничество

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva.
www.globalhumanitarianplatform.org/pop.html

IASC (2008), Guidance Note on using the Cluster Approach to Strengthen Humanitarian Response. Geneva.

IASC, Global Cluster Approach: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Pages/default.aspx>

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York.
<http://ochaonline.un.org/cmcs/guidelines>

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – “Oslo Guidelines”. Rev. 1.1. Geneva. <http://ochaonline.un.org/cmcs>



УКГВ (2007), Руководящие принципы использования иностранных военных ресурсов и средств гражданской обороны для оказания помощи в случае бедствий – «Руководящие принципы Осло». Пересмотренный вариант 1.1.
<http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&docId=1100690>

Проведение оценки

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc

IASC (forthcoming), Needs Assessment Task Force (NATF) Operational Guidance for Needs Assessments.

Ushahidi mobile phone-based information gathering and sharing: www.ushahidi.com

Организация и оказание помощи

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

Методы и руководящие принципы, способствующие раннему восстановлению: <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Early%20Recovery/Pages/Tools%20and%20Guidance.aspx>

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva.
<http://onerresponse.info/crosscutting/gender/Pages/Gender.aspx>

МПК (2008), Женщины, девочки, мальчики и мужчины: разные потребности – равные возможности (Пособие по осуществлению гуманитарной деятельности с учетом гендерной проблематики).
<http://www.humanitarianinfo.org/iascweb2/downloaddoc.aspx?docID=4500&type=pdf>

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva.
www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/tools_for_mainstreaming_GN9.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2005), Hyogo Framework for Action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. Geneva. www.unisdr.org/eng/hfa/docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf

Международная стратегия ООН уменьшения опасности бедствий (МСУОБ) (2005), Хиогская рамочная программа действий на 2005–2015 годы: создание потенциала противодействия бедствиям на уровне государств и общин.
<http://www.unisdr.org/eng/hfa/docs/final-report-wcdr-russian.pdf>

Эффективность работы, ответственность и обучение

Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP) (2009), 8th Review of Humanitarian Action. Overseas Development Institute (ODI). London. www.alnap.org/initiatives/current/rha/8.aspx

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_project_description_Pdf.pdf

Groupe URD (2009), Quality Compass. www.compasqualite.org/en/index/index.php

Organisation for Economic Co-operation and Development (1999), Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Эффективность работы волонтеров из числа помощи

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

World Health Organization, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

Дополнительные материалы

Проведение оценки и оценка помощи

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and World Food Programme (WFP) (2008), Joint Assessment Mission Guidelines. 2nd Edition. Rome. www.unhcr.org/45f81d2f2.html

Дети

Action for the rights of children (ARC) (2009), www.arc-online.org/using/index.html

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) and The Sphere Project (2009), Integrating Quality Education within Emergency Response for Humanitarian Accountability: The Sphere–INEE Companionship. Geneva.

Инвалидность

Women's Commission for Refugee Women and Children (2008), Disabilities among Refugees and Conflict-affected Populations: A Resource Kit for Fieldworkers. New York. www.womensrefugeecommission.org/docs/disab_res_kit.pdf

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_checklist_booklet_01.pdf



Окружающая среда

Joint United Nations Environment Programme and OCHA Environment Unit: www.reliefweb.int/ochaunep

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Centre, University College London and CARE International. London.

UNHCR and CARE International (2005), Framework for Assessing, Monitoring and Evaluating the Environment in Refugee-related Operations: Toolkit for practitioners and managers to help assess, monitor and evaluate environmental circumstances, using mainly participatory approaches. Geneva. www.unhcr.org/4a97d1039.html

UNHCR and International Union for the Conservation of Nature. 2005. UNHCR Environmental Guidelines. Geneva. www.unhcr.org/3b03b2a04.html

Гендер

WFP (2009), WFP Gender Policy. www.wfp.org/content/wfp-gender-policy

Gender and Disaster Network: <http://gdnonline.org>

ВИЧ/СПИД

IASC (2010), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=9

Пожилые люди

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – an essential brief for humanitarian actors. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-common&tempid=94

HelpAge International: www.helpage.org

ODI (2005), Network paper 53: Assisting and protecting older people in emergencies. London. www.odi.org.uk/resources/details.asp?id=357&title=protecting-assisting-older-people-emergencies

Эффективность работы, мониторинг и проведение оценки

ALNAP Annual Review (2003), Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning. London. www.alnap.org

ALNAP (2009), Real Time Evaluations of Humanitarian Action (Pilot Version). London. www.alnap.org

Catley, A. et al. (2008), Participatory Impact Assessment. Feinstein International Center, Tufts University. <https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/display/FIC/Participatory+Impact+Assessment>

Группа URD (2009), Quality COMPAS Companion Book.

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

OECD (1999), Guidance for the Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies. Paris. www.oecd.org/dac

Further information on evaluation (including training modules) and approaches to learning can be found on ALNAP: www.alnap.org

Определение целей

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2003), World Disasters Report 2003 – Chapter 1: Humanitarian ethics in disaster and war. www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp

UNISDR (2001), Countering Disasters, Targeting Vulnerability. Geneva. www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2001/pdf/Kit_1_Countering_Disasters_Targeting_Vulnerability.pdf



Минимальные
стандарты
водоснабжения,
с гарантированного
обеспечения
и содействия
соблюдению
гигиены



Рекомендации по применению данной главы

Настоящая глава состоит из семи основных разделов:

- Водоснабжение, санобеспечение и содействие соблюдению гигиены (WASH)
- Содействие соблюдению гигиены
- Водоснабжение
- Ассенизация
- Борьба с переносчиками инфекций
- Управление твердых отходов
- Дренаж

Главы, посвященные принципам обеспечения защиты и базовым стандартам, должны применяться в соответствии с данной главой.

Эти стандарты предназначены в первую очередь для организации гуманитарной помощи на начальной стадии после ЧС, однако их можно применять также в отношении обеспечения готовности к ЧС и в отношении мероприятий по ликвидации последствий ЧС и восстановлению.

В каждом разделе содержатся:

- **Минимальные стандарты:** стандарты качества, задающие минимальные уровни, которые должны быть достигнуты в процессе оказания гуманитарной помощи в отношении водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены.
- **Ключевые действия:** рекомендуемые мероприятия и вводимые ресурсы, необходимые для достижения минимальных стандартов.
- **Ключевые показатели:** индикаторы, определяющие, был ли достигнут тот или иной стандарт. Они позволяют оценивать результаты и информировать о ходе осуществления ключевых действий; они относятся к минимальным стандартам, а не к ключевым действиям.
- **Инструкции:** сюда входят конкретные вопросы, касающиеся применения в различных ситуациях минимальных стандартов, ключевых действий и ключевых показателей. Они содержат указания по преодолению практических трудностей, а также ориентиры и рекомендации по наиболее важным вопросам. Здесь также могут рассматриваться основные проблемы, касающиеся стандартов, действий и показателей, а также дилеммы, противоречия и пробелы в современных знаниях по данному вопросу.

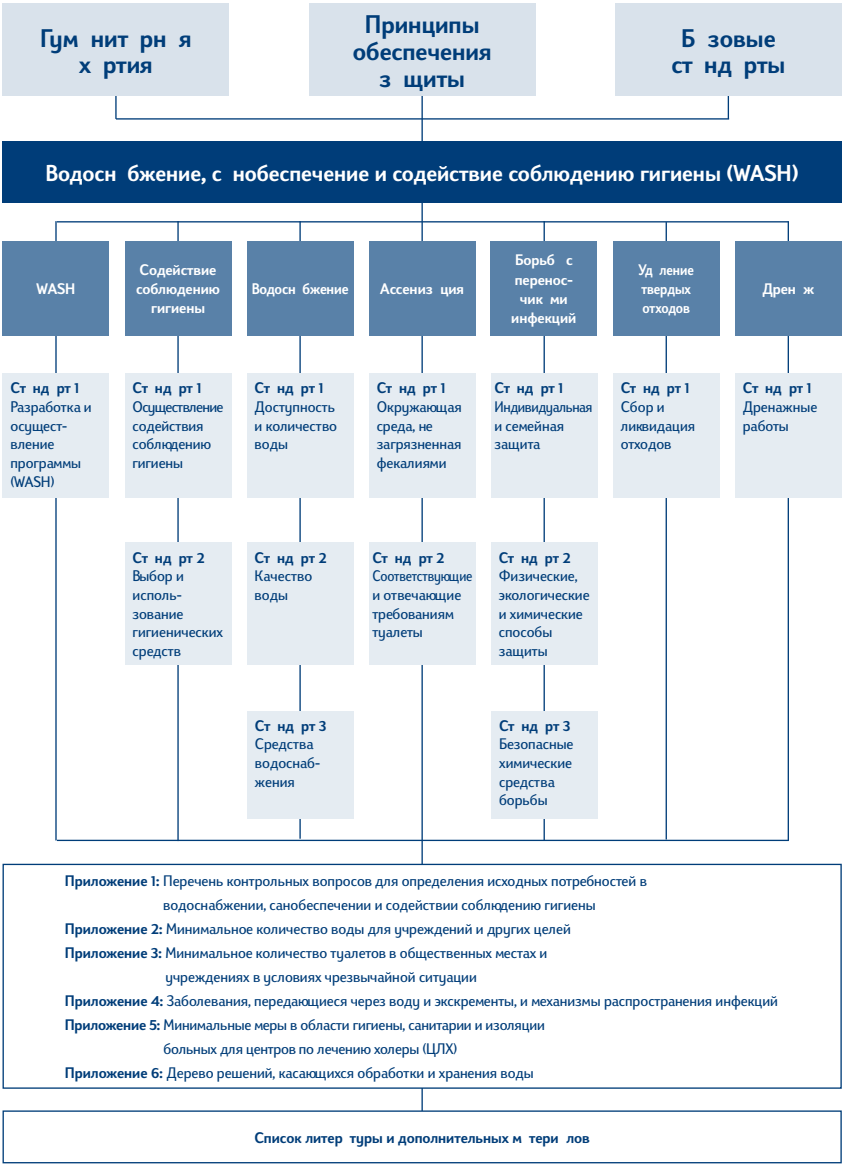
В случае, если не могут быть достигнуты требуемые ключевые показатели и осуществлены необходимые действия, требуется произвести оценку вероятных при этом отрицательных последствий для пострадавшего населения и предпринять соответствующие действия по смягчению этих последствий.

В приложении 1 содержится перечень контрольных вопросов для определения потребностей, а в приложениях 2 – 6 даны инструкции. Прилагается также список литературы и дополнительных материалов, где указаны источники информации как по общим, так и по конкретным техническим вопросам, относящимся к этой главе.

Содержание

Введение	97
1. Водоснабжение, санобеспечение и содействие соблюдению гигиены (WASH).....	103
2. Содействие соблюдению гигиены.....	106
3. Водоснабжение.....	113
4. Ассенизация	123
5. Борьба с переносчиками инфекций.....	130
6. Удаление твердых отходов	138
7. Дренаж.....	143
Приложение 1: Перечень контрольных вопросов для определения исходных потребностей в водоснабжении, санобеспечении и содействии соблюдению гигиены.....	146
Приложение 2: Минимальное количество воды для учреждений и других целей.....	152
Приложение 3: Минимальное количество туалетов в общественных местах и учреждениях в условиях чрезвычайной ситуации	153
Приложение 4: Заболевания, передающиеся через воду и экскременты, и механизмы распространения инфекций.....	154
Приложение 5: Минимальные меры в области гигиены, санитарии и изоляции больных для центров по лечению холеры (ЦЛХ)	155
Приложение 6: Дерево решений, касающихся обработки и хранения воды	156
Список литературы и дополнительных материалов	157





Введение

Связь с Гуманитарной хартией и международно-правовыми документами

Минимальные стандарты в области водоснабжения, санитарного обеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH) являются практическим выражением разделяемых гуманитарными организациями взглядов, убеждений и принципов, на которых строится гуманитарная деятельность, изложенных в Гуманитарной хартии. Эти принципы, опирающиеся на гуманность и зафиксированные в международном праве, включают право на жизнь с достоинством, право на защиту и безопасность и право на получение необходимой гуманитарной помощи. Перечень основных правовых и программных документов, определяющих существо Гуманитарной хартии, приводится для ознакомления в приложении 1 (страница 424) с комментариями для сотрудников гуманитарных организаций.

Несмотря на то, что основными гарантами перечисленных выше прав являются государства, гуманитарные организации обязаны соблюдать эти права при осуществлении своей деятельности в интересах пострадавшего от бедствий населения. Из этих общих прав проистекает целый ряд особых прав. В их число входят право на участие, право на информацию и право не подвергаться дискриминации, которые образуют основу базовых минимальных стандартов, а также особые права на доступ к воде, санитарное обеспечение, питание, жилище и медицинское обслуживание, подводящие фундамент под эти и другие минимальные стандарты в настоящем руководстве.

Каждый человек имеет право на доступ к воде и санитарное обеспечение. Это право закреплено в международно-правовых документах и предусматривает наличие для личных и бытовых нужд в достаточном количестве воды, безопасной по санитарным нормам, приемлемого качества, физически доступной и доступной по средствам, а также наличие доступных санитарно-технических объектов. Человеку требуется адекватное количество безопасной воды, достаточное для того, чтобы предотвратить смерть от обезвоживания, снизить риск заболеваний, передаваемых через воду, а также для удовлетворения бытовых потребностей, приготовления пищи, личных и домашних нужд.



Право на доступ к воде и санитарное обеспечение неотъемлемо от других прав человека, в том числе права на медицинское обслуживание, права на жилье и права на достаточное питание. Это право является частью гарантий, необходимых для выживания человека. Государства и негосударственные действующие субъекты несут ответственность за обеспечение права на доступ к воде и санитарное обеспечение. Так, в период вооруженных конфликтов запрещается нападать, уничтожать, демонтировать или выводить из строя системы снабжения питьевой водой и ирригационные сооружения.

Минимальные стандарты, приведенные в настоящей главе, не в полном объеме отражают право на доступ к воде и санитарное обеспечение. Однако эти стандарты проекта «Сфера» выражают непосредственно суть права на доступ к воде и санитарное обеспечение и способствуют постепенной реализации этого права во всем мире.

Значение водоснабжения, санитарного обеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH) в чрезвычайных ситуациях

На начальных стадиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) водоснабжение и санитарное обеспечение имеют решающее значение для выживания. Как правило, людям, пострадавшим от ЧС, в гораздо большей мере грозят заболевания и смертельный исход, в значительной степени обусловленные антисанитарией, некачественным водоснабжением и невозможностью соблюдать надлежащим образом нормы гигиены. Наибольшую опасность представляют диарейные заболевания и болезни, передающиеся фекально-оральным путем (см. приложение 4: Заболевания, передающиеся через воду и экскременты, и механизмы распространения инфекций). К болезням, связанным с водой и санитарией, относятся также заболевания, передаваемые переносчиками возбудителей инфекций в воде и твердых отходах. Используемый в настоящем руководстве проекта «Сфера» термин «санитарное обеспечение» означает ассенизацию, борьбу с переносчиками инфекций, удаление твердых отходов и дренаж.

Главной задачей программ водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH) в чрезвычайных ситуациях является снижение распространения болезней с фекально-оральным механизмом передачи и наличия контакта с переносчиками возбудителей инфекций путем:

- надлежащего соблюдения гигиены
- снабжения населения безопасной по санитарным нормам питьевой водой
- уменьшения рисков в отношении гигиены окружающей среды
- создания условий, позволяющих людям быть здоровыми, жить в достоинстве, комфорте и безопасности.

Само по себе предоставление достаточного количества воды и санитарных удобств не сможет обеспечить их наилучшее использование или повлиять на состояние здоровья населения. Для достижения максимального эффекта от оказания помощи крайне важно предоставить пострадавшему населению всю необходимую информацию и знания о том, как предупредить заболевания, вызванные некачественным водоснабжением и низким уровнем санитарии, а также привлечь самих представителей населения к организации и обслуживанию санитарных объектов.

При пользовании общественными санитарными объектами и источниками водоснабжения, в частности в лагерях для беженцев или перемещенных лиц, возрастает вероятность того, что женщины и девочки-подростки могут подвергнуться сексуальному и другим видам гендерного насилия. Для того, чтобы свести этот риск к минимуму и повысить качество программ помощи, следует поощрять участие женщин в программах водоснабжения и санобеспечения. Равноправное участие представителей обоих полов в планировании, принятии решений и управлении на местах обеспечит безопасный и беспрепятственный доступ к воде и санитарным удобствам, а также адекватность оказываемых услуг для всего пострадавшего населения.

В чрезвычайной ситуации более эффективное оказание помощи в области общественного здравоохранения достигается за счет лучшей готовности. Надлежащая готовность является результатом возможностей, взаимосвязей и знаний, имеющих у правительств, гуманитарных организаций, местных организаций гражданского общества, общин и у каждого отдельного человека, позволяющих предвидеть и эффективно реагировать на воздействие вероятной надвигающейся опасности. Основой готовности является анализ рисков, она же, в свою очередь, тесно связана с системами раннего предупреждения. Готовность включает планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах, складирование оборудования и запасов, службы неотложной помощи и резервные соглашения, обучение персонала, планирование обучения на уровне общин и проведения учений.



Связь с другими главами

Многие стандарты, описанные в других главах, имеют непосредственное отношение к данной главе. Успех в осуществлении стандартов в одной области часто приводит к успеху и даже определяет его в других областях. Тесная координация действий и сотрудничество с другими секторами являются залогом благополучного осуществления программ по оказанию помощи. Для того, чтобы удовлетворить неотложные нужды, не допустить дублирования усилий и обеспечить наилучшее качество водоснабжения и санитарного обеспечения, необходима также координация усилий с местными властями и другими организациями, оказывающими помощь.

К примеру, при несоблюдении стандартов питания резко возрастает необходимость улучшения стандартов водоснабжения и санитарного обеспечения, поскольку в этом случае существенно увеличивается угроза заболеваний. Эти условия аналогичны также для групп населения, в которых высок уровень распространенности ВИЧ/СПИДа или высока доля пожилых людей либо людей с ограниченными возможностями. Приоритеты должны устанавливаться на основе надежной информации, обмен которой по мере развития событий осуществляется между всеми секторами. В тех случаях, когда это уместно, даются ссылки на смежные и дополнительные стандарты.

Связь с принципами обеспечения защиты и базовыми минимальными стандартами

Для того чтобы соблюдать стандарты, описанные в данном руководстве, все гуманитарные организации должны руководствоваться настоящими принципами обеспечения безопасности, даже в случае отсутствия у них четких полномочий на обеспечение защиты или необходимой квалификации в этой области. Принципы обеспечения защиты не являются «безусловными», так как обстоятельства могут ограничивать степень, до которой гуманитарные организации способны их выполнять. Тем не менее принципы обеспечения защиты отражают универсальные цели, которым гуманитарные организации должны следовать неизменно.

Базовые минимальные стандарты – это важнейшие стандарты, касающиеся процесса оказания помощи и его участников, общие для всех секторов. Шесть базовых стандартов охватывают социально ориентированную гуманитарную помощь, координацию и сотрудничество, проведение оценки, организацию и оказание помощи, эффективность работы, транспарентность и обучение, а также эффективность работы участников оказания помощи. Они задают единый ориентир для подходов к решению задач, который лежит в основе всех остальных стандартов,

представленных в настоящем руководстве. В связи с этим для реализации стандартов, заданных в каждой посвященной тому или иному техническому аспекту главе, должны применяться базовые минимальные стандарты. В частности, для обеспечения целесообразности и качества любой оказываемой помощи следует максимально задействовать пострадавшее население, включая группы и отдельных лиц, которые наиболее часто подвергаются опасности в чрезвычайных ситуациях.

Уязвимость и возможности пострадавшего населения

Данный раздел следует читать вместе с разделом, где изложены базовые минимальные стандарты, которые здесь раскрываются более подробно.

Важно понимать, что дети, старики, женщины, люди с ограниченными возможностями и ВИЧ-инфицированные являются уязвимыми и подвергаются повышенному риску не по определению, а в силу взаимодействия целого ряда факторов. Так, человек старше 70 лет, одинокий и больной, вероятно, будет в большей степени уязвим, нежели человек того же возраста и имеющий такое же слабое здоровье, но живущий в большой семье в достатке. Аналогичным образом трехлетняя девочка, оставшаяся без сопровождения взрослых, в гораздо большей степени уязвима, чем в случае, если бы она жила на попечении ответственных родителей.

При осуществлении стандартов группы WASH анализ уязвимости и возможностей способствует тому, чтобы в ЧС на равноправной основе была предоставлена помощь имеющим право на ее получение и более всего нуждающимся в ней. Для этого необходимо хорошо знать местную обстановку и то, какое конкретное воздействие та или иная кризисная ситуация оказывает на определенные группы населения с учетом их ранее существовавшей уязвимости (например, крайняя бедность или дискриминация), возможные угрозы в плане личной безопасности (например, гендерное насилие, включая сексуальную эксплуатацию), заболеваемость и распространенность заболеваний (например, ВИЧ-инфекции или туберкулеза), а также вероятность эпидемий (например, кори или холеры). ЧС может усугубить существовавшее ранее неравенство. Тем не менее очень важно способствовать поддержанию имеющихся у населения стратегий выживания, жизнеспособности и способности к восстановлению. Необходимо учитывать знания людей, их навыки и стратегии, а также обеспечивать им доступ к социальной, юридической, финансовой и психологической помощи. Помимо этого должны быть приняты во внимание различные физические, культурные, экономические и социальные препятствия, с которыми они могут столкнуться при получении этих услуг на равноправной основе.



Ниже обозначены некоторые из ключевых областей, которые предусматривают, что права и возможности уязвимых групп населения оказываются приняты во внимание:

- ▶ Обеспечьте широкое участие населения, добившись того, чтобы в этот процесс были включены все репрезентативные группы населения, в особенности наименее заметные (например, лица с ограниченными возможностями передвижения или коммуникации, лица, живущие в учреждениях закрытого типа, подвергающаяся стигматизации молодежь и другие недостаточно представленные или непредставленные группы населения).
- ▶ При проведении оценки детализируйте данные с разбивкой по полу и возрасту (0–80+ лет). Это является важным элементом, предусматривающим, что сектор WASH надлежащим образом учитывает разнообразные группы населения.
- ▶ Позаботьтесь о том, чтобы все члены общины без исключения были доступным способом уведомлены о своем праве на информацию о получении помощи.

Минимальные стандарты

1. Водоснабжение, санобеспечение и содействие соблюдению гигиены (WASH)

Задачей любой программы по водоснабжению, санобеспечению и содействию соблюдению гигиены (WASH) является содействие соблюдению надлежащей личной гигиены и гигиены окружающей среды с целью защиты здоровья, как это показано в приведенной ниже схеме. Эффективность программы по водоснабжению, санобеспечению и содействию соблюдению гигиены (WASH) зависит от эффективности обмена информацией между предоставляющей помощь организацией и пострадавшим населением с целью определения основных проблем в области гигиены и приемлемых в культурном отношении решений. Обеспечение оптимального использования объектов водоснабжения и санобеспечения и безопасные гигиенические навыки будут наиболее эффективными мерами охраны здоровья населения.

Содействие соблюдению гигиены является важнейшим аспектом эффективности программы по водоснабжению, санобеспечению и содействию соблюдению гигиены (WASH). Содействие соблюдению гигиены касается как общих, так и конкретных вопросов. В широком смысле, содействие соблюдению гигиены является составной частью всех разделов, и этот аспект отражен в показателях, касающихся водоснабжения, ассенизации, борьбы с переносчиками инфекций, удаления твердых отходов и дренажа. В более же узком смысле, это относится к представленным в этой главе двум стандартам содействия соблюдению гигиены и соответствующим мероприятиям по содействию соблюдению гигиены.





Стандарт 1 водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH): Проектирование и осуществление программы водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH)

Удовлетворены все потребности пострадавшего населения в области водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены. Пользователи по возможности участвуют в проектировании, эксплуатации и обслуживании соответствующих объектов, оборудования и сооружений.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Определить основные риски для здоровья населения, консультируясь с пострадавшим населением (см. инструкцию 1 и базовые на странице 62, 70-75).
- ▶ Обеспечить удовлетворение потребностей пострадавшего населения в области охраны здоровья в соответствии с его первоочередными нуждами (см. инструкции 1).
- ▶ Регулярно обращаться ко всем группам пользователей за отзывом о разработке и доступности объектов и сооружений, а также рекламно-пропагандистских методах, по всем мероприятиям программы водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (см. базовые на странице 62, 70-75).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Все группы населения имеют надежный и равный доступ к ресурсам и объектам водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH), используют предоставленные средства и объекты, а также принимают меры, направленные на снижение риска для здоровья населения (см. стандарт 2 содействия соблюдению гигиены на странице 110).
- ▶ Все сотрудники программы водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH) общаются с пострадавшими в удобопонятной и вежливой форме, открыто доводя информацию о проекте до сведения населения. Персонал знает, как отвечать на вопросы членов общины относительно проекта.
- ▶ Создана система эксплуатации и обслуживания объектов и сооружений в соответствии с требованиями, в чем в равной степени участвуют различные группы населения (см. инструкцию 1).
- ▶ Все пользователи удовлетворены тем, как разработка и осуществление программы водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH) обеспечили повышение уровня безопасности и вернули им чувство человеческого достоинства.

Инструкции

1. **Оценка потребностей:** необходимо определить рискованные действия, которые могут привести к повышению уязвимости, и спрогнозировать ожидаемый благоприятный конечный результат предоставления средств водоснабжения и санобеспечения и мероприятий по содействию соблюдению гигиены. По всей вероятности, основные риски будут связаны с физической безопасностью доступа к объектам и сооружениям, с затрудняющей доступ дискриминацией маргинализированных групп, использованием и обслуживанием туалетов, отсутствием практики мытья рук с мылом или его заменителями, несоблюдением гигиены при заборе и хранении воды, а также при хранении продуктов питания и приготовлении пищи. В ходе оценки должны учитываться доступные населению ресурсы, а также имеющиеся у местного населения знания и навыки с тем, чтобы пропагандистские мероприятия были эффективны, целесообразны и имели практическое значение. При проведении начальной и последующей оценок необходимо определять социальные и культурные нормы, которые могут способствовать и/или препятствовать надлежащему соблюдению безопасных гигиенических навыков. Особое внимание требуется уделять потребностям уязвимых групп населения. При отсутствии возможности проконсультироваться с какой-либо уязвимой группой этот факт должен быть четко зафиксирован в отчете по оценке, и проблема должна быть разрешена с минимальными потерями времени (см. базовый стандарт 3 на странице 70).



2. Содействие соблюдению гигиены

Содействие соблюдению гигиены является планируемым систематическим подходом, дающим людям возможность принять меры по предупреждению заболеваний, связанных с водой, санитарией и гигиеной, и/или снижению вреда от них. Оно может также обеспечить на практике возможность задействовать общину, способствовать подотчетности и проведению мониторинга в программах водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH). При определении наиболее эффективных методов охраны здоровья населения содействие соблюдению гигиены должно иметь целью опираться на знания, практику и ресурсы, имеющиеся у пострадавшего населения, а также использовать наличествующие в настоящее время фактические данные в области водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH).

Частью содействия соблюдению гигиены является обеспечение того, чтобы население наилучшим образом использовало предоставляемые услуги и объекты водоснабжения и санитарно-гигиенического обеспечения, включая эффективное функционирование и эксплуатацию этих объектов и сооружений.

Тремя ключевыми факторами при этом являются:

1. взаимообмен информацией и знаниями
2. мобилизация пострадавшего населения
3. предоставление самых необходимых материалов, оборудования и объектов

Мобилизация местного населения особенно необходима в случае ЧС, поскольку главная задача состоит в том, чтобы убедить людей действовать в целях защиты собственного здоровья. В рамках мероприятий по содействию соблюдению гигиены по возможности следует прибегать к использованию интерактивных методов, нежели ограничиваться исключительно массовым распространением призывов.

Стандарт 1 содействия соблюдению гигиены: Осуществление содействия соблюдению гигиены

Пострадавшие мужчины, женщины и дети всех возрастов осведомлены об основных рисках для здоровья населения и мобилизованы для того, чтобы принять соответствующие меры по предотвращению ухудшения условий гигиены и по использованию и содержанию предоставленных средств и объектов.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Систематически предоставлять информацию о связанных с соблюдением гигиены рисках, используя соответствующие каналы СМИ (см. инструкции 1–2).
- Д Выявлять конкретные социальные, культурные и религиозные факторы, которые способны мотивировать различные социальные группы населения, и использовать их в качестве основы коммуникационной стратегии в рамках содействия соблюдению гигиены (см. инструкцию 2).
- Д Стремиться по возможности максимально задействовать интерактивные коммуникационные методы содействия соблюдению гигиены в целях поддержания постоянного диалога и процесса консультаций с пострадавшим населением (см. инструкцию 3).
- Д Совместно с пострадавшим населением регулярно проводить мониторинг гигиенической практики и использования предоставленных средств и объектов (см. инструкцию 3 и базовый стандарт 5, инструкции 1, 3–5 на странице 81).
- Д Путем обсуждения с населением и основными заинтересованными сторонами определить условия и порядок участия в работе общественных агитаторов (см. инструкцию 5).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все группы пользователей в состоянии объяснить и продемонстрировать предпринятые ими меры, направленные на предотвращение ухудшения санитарно-гигиенических условий (см. инструкцию 1).
- Д Все предоставленные средства и объекты используются надлежащим образом и систематически обслуживаются.
- Д Все люди моют руки после дефекации, после процедуры вытирания заднего прохода ребенка, а также перед едой и приготовлением пищи (см. инструкцию 6).



- Д Все мероприятия по содействию соблюдению гигиены и агитационно-пропагандистские призывы направлены на основные модели поведения и ошибочные представления и нацелены на все группы пользователей (см. инструкцию 6).
- Д Представители всех групп пользователей участвуют в планировании, обучении, реализации, мониторинге и оценке деятельности по содействию соблюдению гигиены (см. инструкции 1–6 и базовый стандарт 1, инструкции 1–5 на странице 63).
- Д Лица, осуществляющие уход за детьми младшего возраста и младенцами, обеспечены средствами для безопасного удаления детских фекалий (см. стандарт 1 ассенизации на странице 123 и инструкцию 6).

Инструкции

1. **Выявление ключевых рисков и моделей поведения, касающихся вопросов гигиены:** результаты оценки рисков гигиенического характера, определение задач и обязанностей различных групп населения должны быть использованы для планирования и определения приоритетов в рамках оказания помощи таким образом, чтобы обмен информацией между гуманитарными организациями и пострадавшим населением был целенаправленным и чтобы выявленные ошибочные представления могли быть искоренены.
2. **Охват всех слоев населения:** на ранних стадиях ЧС, возможно, возникнет необходимость полагаться на СМИ с целью обеспечения максимального количества людей важной информацией, касающейся рисков для здоровья. Различные группы населения должны через соответствующие каналы коммуникации дифференцированно получать информационные, образовательные и коммуникационные материалы, с тем чтобы информация доводилась до всех членов общины. Это особенно важно для людей, не обладающих навыками чтения и письма, и/или тех, кто не имеет доступа к радио и телевидению. В этом отношении могут быть также эффективны народные средства информационных связей (драматические постановки, песни, уличный театр, танец и т.д.). Важное значение будет иметь координация работы с образовательным кластером, чтобы определить, какие благоприятные возможности имеются для проведения мероприятий по содействию соблюдению гигиены в школах.
3. **Интерактивные методы:** рассчитанные на совместное участие материалы и методы, учитывающие соответствующие культурные нормы, дают возможность потерпевшему населению планировать и контролировать совершенствование своих собственных гигиенических навыков. Это также позволяет им в случае необходимости вносить свои предложения или критические замечания в отношении осуществляемой программы. При

планировании содействия соблюдению гигиены необходимо учитывать культурную специфику. Мероприятия по содействию соблюдению гигиены должны проводить посредники, способные работать с группами населения, верования и навыки которых могут отличаться от их собственных (например, у некоторых народов женщинам запрещается разговаривать с незнакомыми мужчинами).

4. **Чрезмерная нагрузка:** важно проследить, чтобы ни одна группа пострадавшего населения (например, женщины) не была перегружена ответственностью за проведение мероприятий по содействию соблюдению гигиены или за управление этими мероприятиями. Получаемые в связи с этим преимущества, такие как обучение или возможности трудоустройства, должны в равной степени предоставляться женщинам, мужчинам и маргинализированным группам населения.
5. **Условия и порядок участия в работе общественных агитаторов:** использование лиц, занимающихся информационно-разъяснительной работой или работой с населением на дому, обеспечивает потенциально более интерактивный способ доступа ко многим членам общины, однако этим работникам потребуется помощь в приобретении ими навыков в посреднической работе. Ориентировочно в условиях лагеря для пострадавшего населения на каждую 1000 человек потребуется 2 работника-организатора по содействию соблюдению гигиены/общественных пропагандиста. Общественные пропагандисты могут быть также задействованы в качестве поденных работников на контрактной или добровольной основе в соответствии с национальным законодательством. Вопрос о том, будет ли эта работа оплачиваемой или будет осуществляться на общественных началах, должен обсуждаться с пострадавшим населением, с привлечением организаций и различных кластеров во избежание создания напряженности и нарушения долгосрочной устойчивости уже существующих систем.
6. **Мотивирование различных групп населения на принятие мер по соблюдению гигиены:** важно понимать, что вопросы здоровья могут не быть самым важным фактором мотивации для изменения поведенческих установок. Более сильными, чем охрана своего здоровья побудительными мотивами могут стать потребность в сохранении неприкосновенности частной жизни, безопасность, комфорт, соблюдение религиозных и культурных норм, социальный статус и престиж. Следует учитывать эти стимулы при организации и планировании агитационно-разъяснительных мероприятий, а также при проектировании и выборе месторасположения соответствующих объектов в сотрудничестве с инженерно-технической службой. Особое внимание следует уделять не только изменению индивидуальных поведенческих установок, но и социальной мобилизации и совместной работе в группах.



Стандарт 2 содействия соблюдению гигиены: Выбор и использование гигиенических средств

Пострадавшее в ЧС население имеет доступ и участвует в выборе и содействии использованию гигиенических средств в целях обеспечения личной гигиены, здоровья, сохранения человеческого достоинства и благополучия.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Консультироваться со всеми мужчинами, женщинами и детьми всех возрастов относительно приоритетности гигиенических средств, которые им требуются (см. инструкции 1, 3–4).
- ▶ Осуществлять своевременное распределение гигиенических средств в целях удовлетворения первоочередных потребностей общины (см. инструкции 2–3).
- ▶ После распределения проводить мониторинг для проведения оценки использования распределенных гигиенических средств и удовлетворенности ими получателей помощи (см. инструкции 3 и 5).
- ▶ Исследовать и оценивать использование альтернатив распределению гигиенических средств, в частности, предоставление наличных денег, ваучеров и/или непродовольственных товаров (см. стандарт 1 продовольственной безопасности – помощь в виде наличных денег и ваучеров на странице 240).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Женщины, мужчины и дети имеют доступ к гигиеническим средствам, которые при этом эффективно используются в целях поддержания здоровья, человеческого достоинства и благополучия (см. инструкции 1, 7 и 9).
- ▶ После проведения консультаций с пострадавшим населением все женщины и девочки, достигшие менструального возраста, обеспечены материалами, необходимыми для соблюдения гигиены менструального периода (см. инструкции 5 и 8).
- ▶ Все женщины, мужчины и дети имеют доступ к информации и программам обучения, касающимся безопасного использования незнакомых им гигиенических средств (см. инструкцию 5).
- ▶ Информация о распределении продовольственной помощи относительно времени, места, содержимого и целевых групп доведена до сведения пострадавшего населения (см. инструкции 3–5).

- Д Первостепенное внимание при организации распределения непродовольственных товаров уделяется вопросам безопасности пострадавшего населения и персонала (см. принцип 1 обеспечения защиты и инструкции 1-3 на странице 38).

Инструкции

1. **Основные гигиенические средства:** основной минимальный набор гигиенических средств включает емкости для воды (ведра), туалетное и хозяйственное мыло и средства менструальной гигиены.

Перечень основных гигиенических средств

10–20-литровая емкость для транспортировки воды	Одна на одно домохозяйство
10–20-литровая емкость для хранения воды	Одна на одно домохозяйство
250 г туалетного мыла	Одно на человека в месяц
200 г хозяйственного мыла	Одно на человека в месяц
Подходящий материал для соблюдения менструальной гигиены, например, стирающаяся хлопчатобумажная ткань	Один на человека

2. **Координация:** необходимо обсуждать с кластером, занимающимся обеспечением жилищем, и пострадавшим населением вопрос о необходимости предоставления дополнительных непродовольственных товаров, таких как одеяла, не включенных в число основных гигиенических средств (см. стандарт 1 непродовольственной помощи на странице 321).
3. **Своевременность распределения гигиенических средств:** в целях обеспечения своевременного распределения гигиенических средств, возможно, потребуется распределять ряд основных универсальных средств (мыло, канистры и т.д.), не согласовывая этот вопрос с пострадавшим населением, и в дальнейшем приходить к соглашению о поставках после консультаций с ним.
4. **Первоочередные потребности:** люди могут решить продать предоставленные им средства, если их первоочередные потребности не будут надлежащим образом удовлетворены, поэтому при планировании распределения помощи должны быть учтены потребности населения, касающиеся средств к существованию.
5. **Соответственность:** необходимо избегать включения в поставки таких средств, которыми люди не смогут воспользоваться, ввиду того что они им недостаточно хорошо известны, или которые могут использоваться не по назначению (например, средства, которые могут быть ошибочно приняты



за продукты питания). В случаях, когда это приемлемо в культурном отношении или предпочтительно, вместо хозяйственного мыла можно поставлять стиральный порошок.

6. **Замещение:** следует рассмотреть вопрос о расходных материалах, которые в случае необходимости должны быть заменены.
7. **Особые потребности:** некоторым людям, имеющим особые потребности (например, в случае недержания или тяжелой диареи), может потребоваться большее количество таких гигиенических средств, как мыло. Людям с ограниченными возможностями и людям, прикованным к постели, могут потребоваться дополнительные средства, такие как подкладные судна. Некоторые средства, возможно, придется приспособливать для санитарных нужд (например, табурет с отверстием или стульчак для ночного горшка).
8. **Менструальная гигиена:** должна быть обеспечена возможность для стирки средств менструальной гигиены или их удаления в специальном отгороженном месте.
9. **Дополнительные средства:** существующие социальные и культурные навыки и обычаи могут потребовать обеспечения доступа к дополнительным гигиеническим средствам. В зависимости от их наличия, в число этих средств (на одного человека в месяц) могут входить следующие:
 - 75 мл / 100 г зубной пасты
 - одна зубная щетка
 - 250 мл шампуня
 - 250 мл лосьона для младенцев и детей в возрасте до двух лет
 - одна бритва одноразового использования
 - нижнее белье для женщин и девочек, достигших менструального возраста
 - одна волосная щетка и/или расческа
 - маникюрные щипчики
 - подгузники (пеленки) и детские горшки (в зависимости от потребностей домохозяйства).

3. Водоснабжение

Вода необходима для поддержания жизни, здоровья и человеческого достоинства. В чрезвычайных ситуациях случается, что воды для удовлетворения основных потребностей не хватает, и в этих условиях наличие необходимого для выживания количества безопасной питьевой воды приобретает решающее значение. В большинстве случаев причиной основных заболеваний оказываются неприемлемые гигиенические условия, вызванные нехваткой воды или потреблением загрязненной воды.

Стандарт водоснабжения 1: Доступность и количество воды

Все представители населения имеют безопасный и равный доступ к воде в количестве, достаточном для питья, приготовления пищи, личной и домашней гигиены. Общественные пункты водоснабжения находятся достаточно близко к жилью, чтобы выполнялись минимальные требования, касающиеся водоснабжения.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Определить соответствующий ситуации источник водоснабжения, принимая во внимание вопросы качества и воздействия на источники водоснабжения окружающей среды (см. инструкцию 1).
- ▶ Определить приоритеты и обеспечить водой таким образом, чтобы удовлетворить потребности пострадавшего населения (см. инструкции 2 и 4).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Средняя норма потребления воды для питья, приготовления пищи и личной гигиены в любом домохозяйстве составляет не менее 15 литров в день на человека (см. инструкции 1–7).
- ▶ Максимальное расстояние от любого жилого помещения до ближайшего пункта водоснабжения составляет не более 500 метров (см. инструкции 1, 2, 5 и 6).
- ▶ Время нахождения в очереди за водой у пункта водоснабжения составляет не более 30 минут (см. инструкцию 6).



Инструкции

1. **Выбор источников водоснабжения:** следующие факторы должны приниматься во внимание при выборе источника водоснабжения: наличие, близость и устойчивое поддержание достаточного количества воды; необходимость обработки воды; осуществимость этого, включая наличие каких-либо социальных, политических или юридических факторов, касающихся данного источника водоснабжения. В целом, почвенные источники воды и/или безнапорное водоснабжение из родников является более предпочтительным, так как вода из них меньше нуждается в обработке и ее не требуется выкачивать. На ранней стадии чрезвычайной ситуации часто требуется сочетание различных подходов и источников водоснабжения. Необходимо регулярное наблюдение за всеми источниками водоснабжения с тем, чтобы избежать их чрезмерного использования.
2. **Потребности:** количество воды, необходимое для домашнего пользования, зависит от обстановки и может варьироваться в зависимости от климата, имеющихся в наличии санитарных объектов, привычек людей, их культурных и религиозных обычаев, пищи, которую они готовят, одежды, которую они носят, и т.д. Как правило, чем ближе к жилищу расположен источник воды, тем выше ее потребление. Где это возможно, норма 15 литров в день на человека может быть выше с тем, чтобы соответствовать местным стандартам, где эта норма потребления выше.

Основные жизнеобеспечивающие потребности в воде

Жизнеобеспечивающие потребности: потребление воды (питье и пища)	2,5–3 литра в день	Зависит от климата и физиологии индивида
Основные гигиенические потребности	2–6 литров в день	Зависит от социальных и культурных норм
Основные потребности при приготовлении пищи	3–6 литра в день	Зависит от вида пищи, а также социальных и культурных норм
Итого: основные потребности в воде	7,5–15 литров в день	

Относительно норм минимального количества воды для учреждений и других целей см. приложение 2. Относительно неотложных потребностей домашнего скота см. Руководящие принципы и стандарты проведения операций помощи в ЧС по спасению домашнего скота (LEGS) (см. список литературы и дополнительных материалов).

3. **Измерение:** более эффективными способами сбора данных относительно использования и потребления воды являются проведение опросов, наблюдение и обсуждение в группах населения, чем измерение количества воды, закачиваемого в водопроводную сеть, или времени работы ручных насосов для закачки воды.
4. **Количество/охват:** в ЧС и до того момента, пока не будут достигнуты минимальные стандарты, касающиеся количества и качества воды, приоритет должен отдаваться обеспечению равноправного доступа к достаточному количеству воды, даже если она посредственного качества. Люди, пострадавшие в результате ЧС, более уязвимы в отношении заболеваний, в связи с чем необходимо добиваться показателей, касающихся доступности и количества воды, даже если их значения выше, чем те, которыми пользуются пострадавшее или принимающее пострадавших население. Особое внимание следует уделять удовлетворению потребности в дополнительном количестве воды людей живущих с ВИЧ и СПИДом, а также обеспечению водой домашнего скота и сельскохозяйственных угодий во время засухи. Во избежание возникновения враждебности, рекомендуется обеспечить, чтобы водоснабжение и санобеспечение по своему охвату в равной степени удовлетворяли потребности как пострадавшего населения, так и местного населения, принимающего пострадавших (см. приложение 2: Минимальное количество воды для учреждений и других целей).
5. **Максимальное число людей на один источник воды:** количество людей на один источник воды зависит от дебита и наличия воды в каждом источнике. Существуют следующие приблизительные нормы:

250 человек на один кран	при расходе воды 7,5 л/мин
500 человек на один ручной насос	при расходе воды 17 л/мин
400 человек на открытый колодец для индивидуального пользователя	при расходе воды 12,5 л/мин

Эти нормы предполагают, что пункт водоснабжения доступен приблизительно всего 8 часов в день при постоянном наличии воды в течение этого периода. В случае большего времени доступа население может забирать больше минимальной дневной нормы, т.е. 15 литров в день на одного человека. При этом необходимо проявлять осторожность, так как соблюдение этих норм не всегда гарантирует минимальное количество воды или равный доступ к источнику водоснабжения.

6. **Длительность пребывания в очереди:** чрезмерно длинные очереди являются показателем нехватки воды ввиду недостаточного числа пунктов водоснабжения или недостаточного дебита источников воды. Слишком



долгое стояние в очереди за водой может привести к таким негативным последствиям, как снижение потребления воды на душу населения, повышение потребления воды из незащищенных поверхностных источников и сокращение времени для выполнения других важных задач, связанных с жизнеобеспечением, у тех, кто занимается забором воды.

7. **Доступ и соблюдение принципа справедливости:** даже если имеющейся в наличии воды достаточно для удовлетворения минимальных потребностей, необходимо принимать дополнительные меры по обеспечению равного и справедливого доступа к воде для всех групп населения. Пункты водоснабжения должны располагаться в местах, доступных для всех, независимо, в частности, от половой или этнической принадлежности. Существует вероятность того, что часть ручных насосов и емкости для транспортировки воды будет необходимо специально конструировать или приспособлять для людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, пожилых людей, людей с ограниченными возможностями и детей. В случае, если потребление воды нормировано или вода подается в определенные часы, забор воды следует планировать с участием потребителей, в число которых также входят женщины.

Стандарт 2 водоснабжения: Качество воды

Вода приятна на вкус, по качеству пригодна для питья, приготовления пищи, для целей личной и домашней гигиены и не создает опасности для здоровья.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Провести быстрое санитарное обследование и, когда позволяет время и обстановка, ввести в действие план безопасности воды для источника (см. инструкции 1–2).
- ▶ Принять все необходимые меры для сведения к минимуму загрязнения воды после ее набора (см. инструкции 3–4 и стандарт 1 содействия соблюдению гигиены на странице 107).
- ▶ При водопроводном водоснабжении и для всех видов водоснабжения в случае существования опасности эпидемии диареи обрабатывать воду дезинфицирующим средством таким образом, чтобы на выходе из крана содержание остаточного хлора составляло 0,5 мг/л, а мутность не превышала 5 нефелометрических единиц мутности (NTU). При особых эпидемиях диареи обеспечить уровень остаточного хлора выше 1 мг/л (см. инструкции 5–8).
- ▶ Там, где предлагается обработка воды на уровне домохозяйств, необходимо проследить, чтобы она сопровождалась проведением соответствующих

информационно-разъяснительных мероприятий, обучения и мониторинга (см. инструкции 3 и 6).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д В пункте подвода и подачи отсутствуют фекальные колиформы в 100 мл воды (см. инструкцию 2, 4-7).
- Д Любые меры обработки воды, предпринимаемые на уровне домохозяйств, эффективны в рамках улучшения микробиологического качества воды и сопровождаются проведением соответствующих информационно-разъяснительных мероприятий, обучения и мониторинга (см. инструкции 3–6).
- Д Отсутствует какое-либо негативное воздействие на здоровье в результате кратковременного пользования водой, зараженной химическими веществами (включая остаточные дезинфицирующие вещества) или источниками радиации, и, согласно оценкам, вероятность подобного воздействия невелика (см. инструкцию 7).
- Д Все пострадавшее население предпочитает пить воду из защищенного или обеззараженного источника, нежели из других имеющихся легкодоступных источников (см. инструкции 3 и 6).
- Д Отсутствие вспышек заболеваний, передаваемых или связанных с водой (см. инструкции 1–9).

Инструкции

1. **Санитарное обследование и план безопасности воды:** санитарное обследование является оценкой условий и мероприятий, которые могут создавать риск для здоровья населения. Обследование должно охватывать все возможные источники заражения воды непосредственно в месте расположения самого источника, при транспортировке и в жилищах, а также практику дефекации, дренаж и удаление твердых отходов. Картирование местного населения считается наиболее результативным способом определения рисков для здоровья населения, а следовательно, и изыскания способов уменьшить эти риски с помощью самих жителей. Необходимо отметить, что, хотя фекалии животных не столь опасны, как фекалии человека, они все же могут содержать криптоспоридии, лямблии, сальмонеллу, кампилобактер, калицивирусы и некоторые другие распространенные возбудители диареи и представляют собой существенную опасность для здоровья человека. ВОЗ рекомендует использовать разработанный ею план безопасности воды (ПБВ), который является всеобъемлющим подходом, включающим определение угрозы и оценку риска, план усовершенствования/модернизации, мониторинг контрольных мер, а также процедуры



управления, в том числе разработку вспомогательных программ (см. список литературы и дополнительных материалов).

2. **Микробиологическое качество воды:** наличие фекальных колиформных бактерий (более 99% из которых составляют *E. coli*) служит показателем уровня заражения воды экскрементами человека и/или животных и возможности наличия болезнетворных организмов. В случае обнаружения в воде каких-либо фекальных колиформных бактерий ее необходимо обрабатывать.
3. **Содействие использованию защищенных источников:** само по себе предоставление защищенных источников воды или обработанной воды не приведет к значительному результату, пока люди сами не осознают, какую пользу здоровью несет такая вода и не начнут использовать ее. Они могут предпочесть незащищенные источники водоснабжения (например, реки, озера, незащищенные колодцы), исходя из соображений вкусовых качеств воды, близости источника и удобства пользования им по социально-бытовым причинам. В подобных случаях технические специалисты, специалисты по содействию соблюдению гигиены и пропагандисты из числа местного населения обязаны, выяснив причины таких предпочтений, включать эти соображения в свои пропагандистские материалы и собеседования.
4. **Заражение после забора воды:** вода, которая является безопасной в пункте забора, может, тем не менее, представлять существенную угрозу здоровью вследствие ее заражения во время водосбора, хранения и розлива. Для уменьшения угрозы здоровью используются такие меры, как, например, усовершенствованные методы сбора и хранения воды и распределение среди населения чистых и подходящих для этой цели емкостей для сбора и хранения воды (см. стандарт 3 водоснабжения на странице 120). Необходимо регулярно брать пробы воды в местах ее использования для того, чтобы контролировать уровень возможного заражения воды после ее забора.
5. **Дезинфекция воды:** при возникновении серьезной опасности заражения источника водоснабжения или воды после ее забора воду следует обрабатывать остаточными дезинфектантами типа хлора. Степень опасности определяется такими условиями жизни в поселении, как плотность населения, механизм ассенизации, гигиеническая практика и уровень распространения диареи. В случае угрозы возникновения или наличия эпидемии диареи вся питьевая вода должна обрабатываться либо до ее поступления в систему распределения, либо в жилищах. Мутность воды для обеспечения надлежащего уровня дезинфекции не должна превышать 5 нефелометрических единиц мутности (NTU), хотя для кратковременного использования в критическом положении воду с более высоким показателем мутности можно надлежащим образом продезинфицировать двойной дозой хлора после фильтрации до достижения снижения мутности (см. приложение 6: Дерево решений, касающихся обработки и хранения воды в домохозяйствах).

6. **Обработка воды на уровне домохозяйств:** в случае отсутствия возможности использовать централизованную систему обработки воды возможно применение метода обработки воды в точке пользования на уровне домохозяйств. Различные виды обработки воды в точке пользования, приводящие к снижению заболеваемости диареей и улучшающие микробиологическое качество хранимой в домохозяйствах воды, включают кипячение, хлорирование, солнечную дезинфекцию, фильтрование через керамический фильтр, медленное фильтрование через песок и флокуляционную очистку/дезинфекцию. Наиболее подходящий способ обработки воды в точке пользования в конкретной ситуации зависит от существующих условий водоснабжения и санобеспечения, качества воды, приемлемости в культурном отношении и осуществимости использования на практике того или иного способа. Эффективная обработка воды в точке пользования предполагает обеспечение надлежащими материалами и системами и обучение пользователей. В чрезвычайной ситуации следует избегать использования непроверенных способов обработки воды. В прогнозируемых зонах риска для обеспечения возможности быстрого реагирования следует позаботиться о предварительном размещении на местах систем обработки воды в точке пользования. В случае существования намерения продолжать использовать эти системы в период по завершении ЧС следует отдавать предпочтение использованию систем, имеющихся в наличии на месте. Для эффективного использования обработки воды в точке пользования требуются регулярное проведение последующего контроля, оказание поддержки и мониторинг, что должно быть необходимым предварительным условием выбора данного способа в качестве альтернативного метода обработки воды.
7. **Обработка воды в точке пользования с использованием хлора:** хлорирование двойной дозой может применяться в случае высокой степени мутности при отсутствии иного источника воды. Этот способ можно использовать только в течение коротких периодов времени и после проведения обучения пользователей методам снижения мутности посредством фильтрования, отстаивания и отделения осадка перед обработкой (см. приложение 6: Дерево решений, касающихся обработки и хранения воды в домохозяйствах).
8. **Химическое и радиологическое заражение:** в местах, где данные о гидрогеологической обстановке, промышленной деятельности или военных действиях дают основания предполагать, что водоснабжение может представлять химическую или радиационную угрозу для здоровья, степень опасности должна быть незамедлительно оценена с помощью химического анализа. В результате должно быть принято решение, соизмеряющее отрицательные и положительные последствия пользования такой водой для состояния здоровья населения в ближайшем будущем. Решение же об использовании потенциально зараженной воды в течение более длитель-



ного периода принимается на основе более тщательной оценки и анализа последствий для здоровья населения.

9. **Вкусовые свойства:** всю воду для больниц, медицинских центров и центров питания необходимо обрабатывать хлором или другим остаточным дезинфектантом. В случае существования вероятности того, что воду будут нормировать в связи с перебоями в водоснабжении, необходимо обеспечить запас воды, достаточный для бесперебойного снабжения при нормальных уровнях водопользования (см. приложение 2: Минимальное количество воды для учреждений и других целей и приложение 5: Минимальные меры в области гигиены, санитарии и изоляции больных для центров по лечению холеры).
10. **Качество воды для медицинских центров:** всю воду для больниц, медицинских центров и центров питания необходимо обрабатывать хлором или другим остаточным дезинфектантом. В случае существования вероятности того, что воду будут нормировать в связи с перебоями в водоснабжении, необходимо обеспечить запас воды, достаточный для бесперебойного снабжения при нормальных уровнях водопользования (см. приложение 2: Минимальное количество воды для учреждений и других целей и приложение 5: Минимальные меры в области гигиены, санитарии и изоляции больных для центров по лечению холеры).

Стандарт 3 водоснабжения: Средства водоснабжения

Люди имеют необходимые средства для сбора, хранения и использования достаточного количества воды, предназначенной для питья, приготовления пищи и личной гигиены. Питьевая вода остается безопасной для здоровья вплоть до момента потребления.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Обеспечить пострадавшее население соответствующими средствами сбора и хранения воды (см. инструкцию 1 и стандарт 2 содействия соблюдению гигиены на странице 110).
- ▶ Активно содействовать участию всего пострадавшего населения и уязвимых лиц в выборе места и обустройстве пунктов водоснабжения, а также в строительстве сооружений для стирки и мытья (см. инструкцию 2).
- ▶ В пунктах водоснабжения и в общественных сооружениях для мытья выделить индивидуальные моечные ванны и места для стирки, где женщины могут стирать и сушить нижнее белье и гигиенические прокладки (см. инструкцию 2 и стандарт 2 содействия соблюдению гигиены на странице 110).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ В каждом домохозяйстве имеются как минимум две чистых 10-20-литровых емкости для воды: одна для хранения, другая для транспортировки (см. инструкцию 1 и стандарт 2 содействия соблюдению гигиены, инструкцию 1 на странице 111).
- ▶ Емкости для сбора и хранения воды имеют узкие горловины и/или крышки для ведер или иных средств хранения, обеспечивающие безопасный розлив и переноску; при этом очевидно, что население пользуется данными емкостями (см. инструкцию 1).
- ▶ На 100 человек приходится как минимум одна моечная ванна, при этом для женщин выделены специальные места для мытья и стирки. Для мытья и стирки предоставляется достаточное количество воды (см. инструкцию 2).
- ▶ Вода в домохозяйствах всегда чистая, заражению не подвергается (см. инструкцию 1).
- ▶ Все люди удовлетворены имеющимися у них соответствующими средствами для сбора и хранения воды, помывки, мытья рук и стирки (см. инструкцию 2).
- ▶ Обеспечено регулярное обслуживание установленных систем и средств, при этом пользователи по возможности максимально задействованы в этой работе (см. инструкцию 3).

Инструкции

1. **Сбор и хранение воды:** для сбора воды, ее хранения, использования для питья, приготовления пищи, мытья и стирки людям требуются емкости. Эти емкости должны быть чистыми, гигиеничными, легко переносимыми, а их размер, внешний вид и форма должны соответствовать местным потребностям и обычаям. Детям, людям с ограниченными возможностями, пожилым людям и людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, могут потребоваться меньшие по размеру или специально изготовленные емкости для переноски воды. Вместимость таких емкостей зависит от размера домохозяйства и постоянного наличия воды, например, приблизительно 4 литра на человека при наличии постоянного источника воды. Внедрение и контроль навыков безопасного сбора, хранения и розлива воды дают хорошую возможность организовать обсуждение вопросов загрязнения воды с уязвимыми группами, в особенности с женщинами и детьми.
2. **Общественные сооружения для стирки и мытья:** людям требуется уединенное место, чтобы вымыться, не унижая своего достоинства. В случае отсутствия такой возможности в месте проживания семьи, возникает необходимость в общественных сооружениях, отдельных для женщин и мужчин. В тех случаях, когда не хватает мыла или оно не используется, могут



применяться такие альтернативные моющие средства, как, в частности, зола, чистый песок, сода или различные растения, пригодные для мытья или чистки. Стирка одежды, прежде всего детской, является важнейшим гигиеническим мероприятием; необходимо также мыть посуду для приготовления пищи и столовую посуду. Решения об обустройстве, безопасности, количестве и расположении этих сооружений принимаются совместно с потенциальными пользователями, прежде всего, женщинами, девочками–подростками и людьми с ограниченными возможностями. Расположение таких сооружений вблизи от центра, в доступных и хорошо освещенных местах с хорошей видимостью окружающей местности сделает их более безопасными для пользователей.

3. ***Обслуживание систем водоснабжения:*** необходимо, чтобы пострадавшее население было проинформировано и обеспечено всеми необходимыми средствами для обслуживания и содержания в исправности предоставленных систем.

4. Ассенизация

Безопасное по санитарным нормам удаление экскрементов человека ставит первую преграду на пути передающихся через экскременты инфекций, препятствуя их прямому и опосредованному распространению. Таким образом безопасная ассенизация является делом первоочередной важности, которое в условиях ЧС, как правило, требует такой же срочности и внимания, как и водоснабжение. Организация соответствующих отхожих мест относится к числу важнейших мероприятий в рамках оказания помощи, обеспечивающих достоинство, безопасность, охрану здоровья и благополучие людей в условиях ЧС.

Стандарт 1 ассенизации: Окружающая среда, не загрязненная фекалиями человека

Среда обитания в целом, и в особенности жилая среда, зоны производства пищевых продуктов, общественные центры и зоны вокруг источников питьевой воды не подвергаются заражению фекалиями человека.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Немедленно принять соответствующие защитные меры по локализации экскрементов (см. инструкцию 1).
- ▶ В срочном порядке провести консультацию с пострадавшим населением относительно безопасной практики ассенизации и гигиены (см. стандарт 1 содействия соблюдению гигиены и инструкции 1-6 на странице 108-109).
- ▶ Провести согласованную кампанию по содействию соблюдению гигиены, посвященную вопросу безопасной ассенизации и использованию соответствующих средств и объектов (см. стандарт 1 содействия соблюдению гигиены и инструкции 1-6 на странице 108-109).

Ключевые показатели (читать одновременно с инструкциями)

- ▶ Среда, в которой живет пострадавшее население, не загрязнена фекалиями человека (см. инструкции 1-2).
- ▶ Все защитные объекты по локализации экскрементов, т.е. отхожие рвы, надворные туалеты и выгребные ямы располагаются на расстоянии не менее 30



метров от источников подземных вод, а их дно приходится как минимум на 1,5 метра выше уровня грунтовых вод (см. инструкцию 3).

- Д При наводнении или высоком уровне грунтовых вод принимаются соответствующие меры, чтобы избежать заражения фекалиями источников подземных вод (см. инструкцию 3).
- Д Дренаж или отвод сточных вод из отхожих мест не загрязняет водные источники, находящиеся на поверхности земли или на небольшой глубине под землей (см. инструкцию 3).
- Д Туалеты используются с максимально возможным соблюдением норм гигиены; детские фекалии удаляются немедленно безопасными с санитарной точки зрения способами (см. инструкцию 4).

Инструкции

1. **Безопасность ассенизации:** цель безопасной ассенизации – обеспечить, чтобы окружающая среда не была загрязнена фекалиями человека. Сразу же после ЧС и в ходе реализации плана ассенизации следует позаботиться о проведении кампании по первоначальному наведению чистоты и порядка, разграничивая и ограждая места дефекации, выбирая местоположение и строя общественные туалеты. Наиболее эффективным является учитывающий сложившуюся обстановку поэтапный подход решения имеющихся проблем санобеспечения. К проведению мероприятий по безопасной ассенизации необходимо привлекать все группы пострадавшего населения. В тех случаях, когда пострадавшее население традиционно не пользовалось туалетами, необходимо проводить согласованную кампанию содействия соблюдению гигиены, направленную на обеспечение безопасной ассенизации и создание спроса на обустройство большего числа туалетов. В случае ЧС в городских зонах, когда могут выйти из строя имеющиеся системы канализации, необходимо оценить сложившуюся ситуацию и рассмотреть вариант установки переносных туалетов или использовании септических резервуаров и/или резервуаров закрытого типа, из которых может регулярно удаляться осадок. Следует позаботиться об их очищении, обращении с ними, транспортировке и окончательном удалении осадка.
2. **Места дефекации:** на ранней стадии ЧС и там, где позволяет место, следует отгородить зону для дефекации и/или устроить отхожие рвы. Эти меры будут эффективны только при надлежащем содержании таких мест и при условии, что пострадавшее население осознает необходимость в пользовании этими объектами, при этом именно там, где они размещены.
3. **Расстояние между отхожими местами и источниками водоснабжения:** выгребные ямы, отхожие рвы и/или туалеты должны находиться на расстоянии не менее 30 метров от источников водоснабжения, а их дно – на

расстоянии как минимум 1,5 метра выше уровня грунтовых вод. Эти расстояния должны быть больше в условиях растрескавшегося скалистого грунта или известняковой почвы и могут быть меньше при мелкозем. В некоторых ЧС загрязнением грунтовых вод можно пренебречь, если эта вода не употребляется непосредственно для питья. Вместо этого следует использовать обработку воды на уровне домохозяйства или другие методы (см. стандарт 2 водоснабжения, инструкция 6 на странице 119). При наводнениях или высоком уровне грунтовых вод может появиться необходимость строить надземные туалеты или устанавливать септические резервуары для экскрементов, чтобы предотвратить загрязнение окружающей среды. Необходимо также позаботиться о том, чтобы дренаж или сбросы из септических резервуаров не загрязняли поверхностные воды и/или источники подземных вод.

4. **Локализация детских фекалий:** удалению детских фекалий следует уделять особое внимание, поскольку они, как правило, представляют большую опасность, чем фекалии взрослых (передающиеся через экскременты инфекции встречаются у детей чаще, и у них могут отсутствовать антитела к инфекциям). Родители и лица, осуществляющие уход за детьми, должны быть проинформированы о безопасных способах удаления детских фекалий, стирке и надлежащем использовании подгузников (пеленок) и детских горшков.

Стандарт 2 санитарии: Отвечающие требованиям туалеты

У населения имеются отвечающие требованиям и приемлемые туалеты, расположенные достаточно близко от жилища, чтобы обеспечить быстрый, безопасный и удобный доступ к ним в любое время дня и ночи.



Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Проконсультироваться и заручиться одобрением всех пользователей (особенно женщин и лиц с ограниченной подвижностью) относительно выбора местоположения, конструкции и пригодности санитарных объектов (см. инструкции 1–4, а также принципы обеспечения защиты 1-2 на страницах 38-41).
- ▶ Обеспечить пострадавшее население средствами, инструментами и материалами для строительства, обслуживания и очистки собственных туалетов (см. инструкции 6-7).

- Д Обеспечить надлежащее снабжение водой для мытья рук и для туалетов со смывом и/или водным затвором, а также соответствующие дезинфицирующие средства для использования в обычных отхожих местах (см. инструкции 7–8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Туалеты спроектированы, построены и размещены в соответствии со следующими требованиями:
 - они могут безопасно использоваться всеми группами населения, включая детей, пожилых людей, беременных женщин и людей с ограниченными возможностями (см. инструкцию 1)
 - они расположены таким образом, чтобы свести к минимуму угрозу безопасности для пользователей, в особенности женщин и девочек, в любое время суток (см. инструкцию 3 и принцип обеспечения защиты 1, инструкции 1-6 на на страницах 38-40)
 - они обеспечивают пользователям степень приватности, являющуюся для них нормой (см. инструкцию 3)
 - ими достаточно просто пользоваться и их легко содержать в чистоте; они не представляют угрозы для гигиены окружающей среды. В зависимости от ситуации туалеты обеспечены достаточным количеством воды для мытья рук и/или смывания (см. инструкции 7–8)
 - в них предусмотрена возможность удаления средств менструальной гигиены женщин, а также созданы необходимые условия для того, чтобы женщины имели возможность без присутствия посторонних стирать и сушить средства менструальной гигиены (см. инструкцию 9)
 - они сводят к минимуму возможность размножения мух и комаров (см. инструкцию 7)
 - они обеспечены средствами для очистки от осадка, вывоза и соответствующего удаления содержимого, если это туалеты закрытого типа или предназначены для долгосрочного использования, и существует необходимость опорожнять их (см. инструкцию 11)
 - при наводнениях и высоком уровне грунтовых вод выгребные ямы и резервуары для испражнений должны быть водонепроницаемыми, для того чтобы свести к минимуму загрязнение грунтовых вод и окружающей среды (см. инструкции 11).
- Д На 20 человек приходится как минимум один туалет (см. инструкции 1–4 и приложение 3: Минимальное количество туалетов в общественных местах и учреждениях в условиях чрезвычайной ситуации).
- Д В общественных местах (на рынках, в местах распределения помощи, в медицинских центрах, в школах и т.д.) имеются отдельные, закрывающиеся изнутри туалеты для женщин и мужчин (см. инструкцию 2 и принципы обеспечения защиты 1-2 на страницах 38-41).

- Д Туалеты располагаются не далее, чем в 50 метрах от жилища (см. инструкцию 5).
- Д Пользование туалетами организовано по семейному принципу и/или по принципу половой принадлежности (см. инструкции 2–5).
- Д Все группы пострадавшего населения удовлетворены тем, как проводятся консультации с ними, а также предоставленными им туалетами, и используют их надлежащим образом (см. инструкции 1–10).
- Д Люди моют руки после туалета, а также перед едой и приготовлением пищи (см. инструкцию 8).

Инструкции

1. **Приемлемость туалетов:** успех программ ассенизации зависит от понимания разнообразия человеческих потребностей, а также от участия пользователей. Ввиду того, что не все группы населения смогут пользоваться имеющимися туалетами, высока вероятность возникновения необходимости строить специальные туалеты для детей, пожилых людей и людей с ограниченными возможностями, например, туалеты с сиденьями или рукоятками, или обеспечивать население подкладными суднами, детскими горшками и стульчаками. Тип избираемого санитарного объекта зависит от времени проведения операции по оказанию помощи, от предпочтений и обычаев предполагаемых пользователей, имеющейся инфраструктуры и наличия воды (для смыва и водных затворов), состава почвы и наличия строительных материалов. Ниже в таблице приводятся соответствующие виды ассенизации для различных стадий операции по оказанию помощи в ЧС.

Возможные варианты безопасной ассенизации

	Вид безопасной ассенизации	Пояснения относительно применения
1	Разграниченная зона дефекации (например, с отгороженными отсеками)	Начальная стадия: первые 2–3 дня, когда неотложно требуются отхожие места для большого числа людей
2	Отхожие рвы	Начальная стадия: до двух месяцев
3	Простые надворные туалеты	Необходимо планировать с самого начала и далее до долгосрочного использования
4	Усовершенствованные вентилируемые надворные туалеты (VIP)	В зависимости от обстановки в качестве среднесрочной и долгосрочной меры реагирования
5	Мочеотводящие туалеты «Экосан»	В зависимости от обстановки: могут служить в качестве меры реагирования при наводнениях и высоком уровне грунтовых вод, с самого начала или средне—долгосрочно
6	Септические резервуары	Средне — долгосрочная стадия

2. **Общественные туалеты:** в общественных местах установлены туалеты и организована их надлежащая регулярная очистка и обслуживание.



Используются дезагрегированные данные о составе населения для того, чтобы запланировать число кабин для женщин и мужчин в пропорции приблизительно 3:1. Там, где это возможно, необходимо устроить писсуары для мужчин (см. приложение 3: Минимальное количество туалетов в общественных местах и учреждениях в условиях чрезвычайной ситуации).

3. **Семейные туалеты:** там, где это возможно, наилучшим вариантом являются семейные туалеты. Целевой показатель – минимум один туалет на каждые 20 человек. В тех местах, где туалетов нет, можно допустить первоначально наличие одного туалета на 50 человек, при этом надо стремиться к наискорейшему снижению числа пользователей до 20. В некоторых случаях по причине нехватки места не всегда представляется возможным соблюсти эту норму. В таких случаях необходимо настоятельно добиваться выделения дополнительных площадей под туалеты. Однако следует помнить, что основной целью является обеспечение и поддержание чистоты окружающей среды, не загрязненной фекалиями человека.
4. **Совместные удобства:** следует консультироваться с домохозяйствами относительно выбора места и планировки, а также ответственности за содержание и уборку туалетов совместного пользования. Предположительно, содержащиеся в чистоте туалеты будут использоваться чаще. Необходимо принимать меры для того, чтобы не был затруднен доступ к туалетам для людей с такими хроническими болезнями, как ВИЧ-инфекция и СПИД, т.к. они часто страдают от хронической диареи и ограниченной подвижности.
5. **Безопасность туалетов:** неудачно выбранные места для туалетов могут создать для женщин и девочек угрозу нападения, особенно в ночное время. В связи с этим необходимо обеспечить их безопасность при пользовании предоставленными туалетами, и при этом проследить, чтобы они чувствовали себя в безопасности. Там, где это возможно, общественные туалеты должны иметь освещение, либо домохозяйства должны быть обеспечены фонарями. Для обеспечения защиты пользователей необходимо добиваться участия местных жителей (см. принципы обеспечения защиты 1-2 на страницах 38-41).
6. **Использование местных строительных материалов и инструментов:** для строительства туалетов настоятельно рекомендуется использовать имеющиеся на местах материалы. Это способствует более активному участию местного населения в использовании и обслуживании санитарных объектов. Достижению этой цели будет содействовать также обеспечение местного населения строительными инструментами.
7. **Вода и средства для очищения заднего прохода:** туалеты со смывом и/или водными затворами должны быть обеспечены водой. Обычные надворные туалеты, возможно, будет необходимо обеспечить туалетной бумагой или

иными средствами для очищения заднего прохода. У пользователей следует выяснить, какие материалы являются для них наиболее подходящими с точки зрения культурных традиций и каков наиболее безопасный для них способ удаления этих материалов после использования.

8. **Мытье рук:** у пользователей должны быть средства для мытья рук с мылом или с помощью альтернативных моющих средств (например, золы) после посещения туалета, после очищения заднего прохода ребенка после дефекации, а также перед едой и приготовлением пищи. Для этих целей рядом с туалетом должен располагаться постоянный источник водоснабжения.
9. **Менструация:** женщины и девочки, достигшие менструального возраста, включая школьниц, должны иметь доступ к материалам, подходящим для впитывания и удаления менструальной крови. Следует выяснить у женщин и девочек, что именно им более всего подходит с учетом местных культурных традиций. Туалеты должны быть обеспечены всем необходимым для надлежащего удаления средств менструальной гигиены, или в них должно быть отгороженное место для стирки (см. стандарт 2 содействия соблюдению гигиены, инструкции 2 и 8 на страницах 111 и 112).
10. **Удаление осадка:** там, где это требуется, при необходимости следует с самого начала позаботиться об удалении осадка из туалетов/септических резервуаров и емкостей для экскрементов, включая выбор месторасположения конечного пункта вывоза нечистот.
11. **Туалеты в сложных условиях окружающей среды:** при наводнениях или в случае ЧС в городских зонах обеспечение надлежащей ассенизации, как правило, представляет серьезную проблему. В этих случаях следует позаботиться о разнообразных защитных мерах локализации выделений человеческого организма, таких как надземные туалеты, мочеотводящие туалеты, резервуары для нечистот и использование временных одноразовых пластиковых мешков с соответствующими системами их сбора и удаления. Эти методы должны внедряться вместе с проведением вспомогательных мероприятий по содействию соблюдению гигиены.



5. Борьба с переносчиками инфекций

Во многих чрезвычайных ситуациях болезни, передающиеся через переносчиков инфекций, являются главной причиной заболеваний и смерти. Комары переносят малярию, которая является одной из основных причин заболеваемости и смертности. Помимо этого комары также являются переносчиками таких заболеваний, как желтая лихорадка, лихорадка денге и геморрагическая лихорадка. Опасными переносчиками диареи являются некусающиеся, или синантропические мухи: комнатные мухи, синие мясные мухи и серые мясные мухи. Кусаящиеся мухи, постельные клопы и блохи не только причиняют значительные неудобства, но в некоторых случаях могут служить переносчиками таких серьезных заболеваний, как эндемический сыпной тиф, чесотка и чума. Клеши передают эпидемический возвратный тиф, а вши являются переносчиками тифа и вшиного возвратного тифа. Крысы и мыши могут служить переносчиками таких заболеваний, как лептоспироз и сальмонеллез и могут быть хозяевами паразитов, например, блох, которые могут передавать лихорадку Ласса, чуму и другие инфекционные заболевания.

Борьба с переносчиками инфекций предполагает многообразную деятельность, включая выбор мест для стройплощадки, устройство поселений, водоснабжение, ассенизацию и удаление твердых отходов, дренаж, организацию медицинского обслуживания (включая мобилизацию общины и пропаганду здоровья), использование химических средств, меры по защите семей и индивидуальной защите, а также эффективную защиту запасов продовольствия. Несмотря на то, что инфекционные болезни имеют сложную природу и борьба с ними часто требует привлечения специалистов, для предотвращения распространения этих болезней можно добиться существенных результатов при помощи простых и действенных мер, к которым следует прибегать в случаях, когда установлена болезнь и выявлен ее переносчик.

Стандарт 1 борьбы с переносчиками инфекций: Индивидуальный и семейный защит

Все пострадавшее от ЧС население имеет необходимые знания и средства защиты от заболеваний и неудобств, связанных с переносчиками инфекций, которые могут представлять серьезную опасность для их здоровья и благополучия.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Повышать осведомленность всего пострадавшего населения, подвергающегося опасности заражения болезнями, передающимися через переносчиков инфекций, относительно возможных причин этих болезней, способах передачи инфекций и возможных мерах по предупреждению этих заболеваний (см. инструкции 1–5).
- Д Помогать пострадавшему населению избегать контактов с комарами в периоды их повышенной активности при помощи доступных безвредных для здоровья средств (например, кроватных противомоскитных сеток, лосьонов от комаров и т.д.) (см. инструкцию 3).
- Д Уделять особое внимание защите таких групп повышенного риска, как беременные женщины и кормящие матери, новорожденные, младенцы, пожилые люди, люди с ограниченными возможностями передвижения и больные (см. инструкцию 3).
- Д Принимать меры по борьбе с головными вшами в тех случаях, когда существует опасность вшиного сыпного или вшиного возвратного тифа (см. инструкцию 4).
- Д Обеспечить, чтобы постельное белье и одежда регулярно проветривались и стирались (см. инструкцию 4).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все население имеет доступ к жилищам, в которых отсутствует опасность появления переносчиков инфекций и в которых они не могут размножаться и которые защищены при помощи соответствующих средств борьбы с переносчиками инфекций (см. инструкции 3–5).
- Д Все население, подвергающееся опасности заражения болезнями, передающимися через переносчиков инфекций, имеет представление о способах передачи инфекций и принимает соответствующие защитные меры (см. инструкции 1–5).



- Д Все люди обеспечены противомоскитными сетками, обработанными инсектицидами, и эффективно используют их (см. инструкцию 3).
- Д Все хранящиеся в домохозяйствах продукты питания защищены от заражения такими переносчиками инфекций, как мухи, насекомые и грызуны (см. инструкцию 4).

Инструкции

1. **Определение опасности возникновения заболеваний, вызываемых переносчиками инфекций:** в рамках оказания помощи решение о принятии мер по борьбе с переносчиками инфекций должно приниматься на основе оценки степени опасности возникновения заболевания, а также клинических данных об угрозе распространения болезни, вызываемой переносчиками инфекций. Эту опасность определяют следующие факторы:
 - иммунный статус населения, включая продолжительность действия вредного фактора в прошлом, стресс, вызванный нарушением питания, и другие стрессы. Передвижения людей (например, беженцев и лиц, перемещенных внутри страны) из неэндемических районов в эндемические часто становятся причиной возникновения эпидемий
 - тип возбудителя и распространенность – как у переносчиков инфекций, так и людей
 - виды переносчиков инфекций, их поведение и экология
 - численность переносчиков инфекций (сезон, места размножения и т.д.)
 - повышенная длительность и интенсивность контакта с переносчиками инфекций: пространственная близость, вид поселения, типы временных жилищ, существующие виды индивидуальной защиты и меры по предотвращению заражения.
2. **Показатели для программ борьбы с переносчиками инфекций:** простейшими показателями эффективности борьбы с переносчиками инфекций являются уровень заболеваемости болезнями, вызванными переносчиками инфекций (на основании эпидемиологических данных, информации от местных жителей и данных, полученных в процессе оказания помощи), а также численность популяции паразитов (определяемая при помощи комплектов экспресс-диагностики или микроскопии).
3. **Средства индивидуальной защиты от малярии:** при серьезной опасности вспышки эпидемии малярии рекомендуется своевременно и систематически снабжать людей такими средствами индивидуальной защиты, как противомоскитные сетки, тенты и занавески, обработанные инсектицидами. Импрегнированные кроватные сетки обладают дополнительным преимуществом, поскольку также защищают от вшей, блох, тараканов и постельных клопов. Иными средствами индивидуальной защиты от комаров

также может служить одежда с длинными рукавами, фумигаторы, горящие спирали, аэрозоли и средства, отпугивающие насекомых. Необходимо убедиться в том, что пользователи осознают важность мер защиты и умеют правильно и эффективно использовать средства защиты. В случае ограниченности ресурсов их необходимо направлять группам наибольшего риска, например, детям до пяти лет, лицам, не обладающим иммунитетом, и беременным женщинам.

4. **Средства индивидуальной защиты от других переносчиков инфекций:** наиболее эффективными средствами индивидуальной защиты против вшей является регулярная стирка одежды и постельных принадлежностей. Меры личной гигиены (использование порошка), массовые стирки или массовые вошебойные мероприятия, а также обработка вновь прибывающих перемещенных лиц, могут предотвратить заражение паразитами. Чистота в жилище, тщательная уборка отходов и правильное хранение продуктов питания (приготовленных и неприготовленных) воспрепятствует появлению крыс, других грызунов и насекомых (таких как тараканы) в домах или временных жилищах.
5. **Заболевания, передаваемые через воду:** люди должны быть уведомлены об угрозе здоровью и избегать контакта с источниками воды, в которых существует риск заражения такими заболеваниями, как шистосомоз, дракункулез или лептоспироз, передающимися через мочу млекопитающих, в особенности крыс (см. приложение 4: Заболевания, передающиеся через воду и экскременты, и механизмы распространения инфекций). Гуманитарным организациям, возможно, придется проводить работу среди пострадавшего населения, чтобы найти альтернативные источники воды или принять меры для того, чтобы вся используемая для различных целей вода подвергалась соответствующей обработке.



Стандарт 2 борьбы с переносчиками инфекций: Физические, экологические и химические способы защиты

Среда обитания, в которой размещены пострадавшие от ЧС люди, не подвергает их вредному воздействию вызывающих болезни переносчиков инфекций и паразитов, а численность популяций этих переносчиков инфекций по возможности удерживается на более низком уровне

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Селить перемещенное население в зонах, где сведен до минимума контакт людей с переносчиками инфекций, в особенности с комарами (см. инструкцию 1).

- Д Там, где это практически осуществимо, расчищать и/или трансформировать гнездовья и места размножения переносчиков инфекций (см. инструкции 2–4).
- Д При угрозе или эпидемии диареи в поселениях с высокой плотностью населения организовать интенсивную борьбу с популяцией мух (см. инструкцию 2).
- Д Обеспечить действенные механизмы направления к врачам-специалистам людей, зараженных малярией, для прохождения ранней диагностики и лечения (см. инструкцию 5).

Ключевые пок з тели

- Д Плотность популяции комаров удерживается на низком уровне, что позволяет избежать опасности чрезмерно высоких уровней передачи инфекции и инфицирования (см. инструкцию 4).
- Д Меньшее число людей страдают от заболеваний, связанных с переносчиками инфекций (см. инструкции 1–5).

Инструкции

1. **Выбор места расположения** играет важную роль в снижении опасности эпидемий болезней, вызываемых переносчиками инфекций. Отсутствие такого риска должно быть одним из ключевых факторов при выборе места расположения. Так, с точки зрения борьбы с малярией лагерь должны располагаться с подветренной стороны на расстоянии 1–2 км от таких крупных мест размножения малярийных комаров, как болота или озера, при условии, что может быть обеспечен дополнительный источник чистой воды (см. стандарт 2 организации и размещения временного жилья, инструкции 5–9 на страницах 305–307).
2. **Средства экологической и химической борьбы с переносчиками болезней:** существует целый ряд экологических технических мер, препятствующих размножению переносчиков болезней в местах поселения людей. Правильное удаление фекалий человека и животных (см. раздел «Ассенизация» на странице 123) и отходов уменьшает количество мух и грызунов (см. раздел «Удаление твердых отходов»), а отвод стоячей воды и удаление нежелательного растительного покрова вокруг открытых каналов и водоемов препятствует размножению комаров (см. раздел «Дренаж»). Эти первоочередные меры в области гигиены окружающей среды будут определенным образом воздействовать на плотность популяции некоторых переносчиков инфекций. Поскольку этими методами не всегда удастся уничтожить все места размножения, питания и гнездовья переносчиков инфекций внутри и вокруг поселений даже при продолжительном их применении, возникает необходимость в использовании локальных химических средств борьбы и индивидуальных средств защиты. В частности, распы-

ление инсектицидов в зараженных местах может привести к сокращению числа взрослых особей мух и тем самым предупредить возникновение эпидемии диареи или уменьшить бремя болезни во время эпидемии.

3. **Подготовка вмешательства:** программы борьбы с переносчиками инфекций могут оказаться неэффективными, если они направлены не на того переносчика инфекций, если используются неправильные методы, или если переносчик инфекций установлен правильно, но мероприятия по борьбе с ним проводятся не вовремя и не там, где нужно. Программы по борьбе с переносчиками инфекций в их начальной фазе должны быть направлены на решение следующих трех задач: 1) уменьшить популяцию переносчиков инфекций; 2) уменьшить контакт переносчиков инфекций с населением; 3) сократить места размножения переносчиков инфекций. Неправильно организованные программы могут привести к обратному результату. Необходимо получить от национальных и международных здравоохранительных организаций детальные анализы и экспертные мнения, а местные органы здравоохранения должны предоставить информацию о местных характерных особенностях протекания заболеваний, местах размножения, данные о сезонных изменениях численности популяции переносчиков инфекций, частоте заболеваний и т.д.
4. **Экологические методы борьбы с комарами:** экологические методы борьбы нацелены в первую очередь на уничтожение мест размножения комаров. Существуют три главных рода комаров, переносящих инфекцию: Кулекс (филяриатоз), Анофелес (малярия и филяриатоз) и Аедес (желтая лихорадка и лихорадка денге). Комары рода Кулекс размножаются в стоячей воде, наполненной органическими веществами (например, в содержимом выгребных ям); комары рода Анофелес размножаются в относительно незагрязненном поверхностном слое воды (в лужах, ручьях с медленным течением и колодцах); комары рода Аедес размножаются в емкостях с водой (бутылках, ведрах, автомобильных шинах и т.д.). В число экологических средств борьбы с комарами входят надлежащий дренаж, нормально функционирующие усовершенствованные вентилируемые надворные туалеты, закрытые крышками отверстия в выгребных ямах и емкости с водой, а также плотно накрытые колодцы, обработанные инсектицидами, убивающими личинок, в районах, эндемических для лихорадки денге.
5. **Лечение малярии:** стратегия борьбы с малярией путем уменьшения плотности популяции комаров с помощью ликвидации мест размножения, сокращения уровня ежедневного выживания комаров и ограничения числа укусов людей должна совмещаться с ранней диагностикой и лечением антималярийными препаратами. Необходимо организовывать и поддерживать кампании по внедрению ранней диагностики и лечения. При комплексном подходе, наличии обученных сотрудников на местах, выявляющих случаи заболевания, и



лечении эффективными антималярийными препаратами сократить заболеваемость малярией можно быстрее, чем при пассивной регистрации случаев заболевания в системе централизованного медицинского обслуживания (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания - борьба с инфекционными заболеваниями, инструкция 3 на странице 377).

Стандарт 3 борьбы с переносчиками инфекции: безопасные химические средства борьбы

Применение химических средств борьбы с переносчиками инфекций осуществляется таким образом, чтобы обеспечить безопасность персонала, пострадавшего населения и защиту местной окружающей среды. При этом важно не допускать появления у паразитов сопротивляемости химическому воздействию применяемых веществ.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Обеспечить безопасность персонала, работающего с химическими веществами, предоставив ему обучение, снабдив защитной одеждой, средствами для мытья, а также ограничив время работы с химикатами (см. инструкцию 1).
- ▶ Проинформировать пострадавшее от ЧС население о потенциальной опасности, которую несут используемые для борьбы с переносчиками инфекций химические вещества, и о графике работ по их применению. Обеспечить защиту населения во время и после применения ядов и пестицидов в соответствии с принятыми в международной практике правилами (см. инструкцию 1).

Ключевые положения (читать вместе с инструкциями)

- ▶ При выборе химикатов для борьбы с переносчиками инфекций, их хранении и перевозке соблюдаются международные стандарты и нормы. Не зарегистрированы и не наблюдаются нежелательные побочные реакции в результате применения химических веществ борьбы с переносчиками инфекций (см. инструкцию 1).
- ▶ Ведется непрерывный учет всех используемых для борьбы с переносчиками инфекций химикатов (см. инструкцию 1).

Инструкции

1. **Национальные и международные правила:** существуют четкие международные правила и стандартные инструкции, опубликованные ВОЗ, которых следует неукоснительно придерживаться. Данные международные правила касаются как выбора, так и применения химикатов в борьбе с переносчиками инфекций, и включают обеспечение безопасности персонала и его подготовки. Меры по борьбе с переносчиками инфекций должны быть направлены на достижение двух основных целей: результативность и безопасность. В случае, если национальные нормы, касающиеся выбора химикатов, менее жестки по сравнению с международными стандартами, что не приводит к желаемым результатам или представляет угрозу здоровью и безопасности, то гуманитарная организация должна выяснить обстоятельства и добиться от соответствующих властей разрешения придерживаться международных стандартов.



6. Удаление твердых отходов

Управление отходами – это процесс сбора и удаления органических и опасных твердых отходов, которые, если они не убираются надлежащим образом, могут представлять опасность для здоровья пострадавшего населения и оказывать негативное воздействие на окружающую среду. Эти опасности могут быть связаны с размножением быстро плодящихся в твердых отходах мух и крыс (см. раздел «Борьба с переносчиками инфекций» на странице 130) и с загрязнением поверхностных и грунтовых вод вследствие попадания сточных вод из бытовых отходов и отходов медицинских учреждений или промышленных предприятий. Накопившиеся неубранные твердые отходы, обломки и мусор, оставшиеся после стихийного бедствия, также могут создавать неприятную и гнетущую атмосферу, лишая людей желания заниматься улучшением других аспектов гигиены окружающей среды. Твердые отходы часто засоряют дренажные канавы и создают повышенную опасность затопления, в результате чего возникают проблемы гигиены окружающей среды, обусловленные застойными и загрязненными поверхностными водами. Люди, в целях заработка собирающие на мусорных свалках пригодные для переработки отходы, также подвергаются опасности заражения, соприкасаясь с находящимися вместе с бытовым мусором отходами медицинских учреждений.

Стандарт 1 удаления твердых отходов: Сбор и ликвидация отходов

Среда обитания пострадавшего населения не засорена твердыми отходами, в том числе отходами медицинских учреждений, и люди обеспечены средствами для того, чтобы эффективно удалять свои бытовые отходы необременительным способом.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Привлекать пострадавшее население к участию в планировании и осуществлении программы по удалению твердых отходов (см. инструкцию 1).
- ▶ Периодически проводить кампании по уборке твердых отходов (см. инструкцию 1).

- Д Рассмотреть возможность создания предприятий малого бизнеса по переработке отходов или получения от занятия этим промыслом дополнительного заработка (см. инструкцию 3).
- Д Совместно с пострадавшим населением организовать систему, обеспечивающую сбор бытовых отходов в специальные контейнеры и регулярный вывоз отходов для сжигания или закапывания в специальных карьерах для мусора. При этом отходы медицинского происхождения и опасные отходы должны всегда собираться и удаляться отдельно от всех прочих (см. инструкцию 3).
- Д Вывозить отходы с территории поселения, прежде чем они превратятся в помеху жизнедеятельности или угрозу для здоровья (см. инструкции 2–6).
- Д Обеспечить местное население, принимающее пострадавших, дополнительными средствами для хранения и сбора отходов, учитывая добавочное накопление отходов в чрезвычайных ситуациях.
- Д Обеспечить, чтобы в общественных местах, таких как рынки, бойни и места разделки рыбы, были четко обозначенные и надлежащим образом огороженные выгребные ямы, мусорные баки или специально отведенные места для мусора (см. инструкции 3–6).
- Д Обеспечить регулярный сбор и вывоз мусора и отходов (см. инструкции 3–6).
- Д Осуществлять окончательную ликвидацию твердых отходов таким образом и в таких местах, чтобы не создавать опасности для здоровья как местного населения, принимающего пострадавших, так и для пострадавшего населения, а также для окружающей среды (см. инструкции 6–7).
- Д Обеспечить персонал, который занимается сбором и удалением твердых отходов, а также персонал, занимающийся сбором материала для последующей переработки, соответствующей защитной одеждой. Этим людям должны быть сделаны предохранительные прививки от столбняка и гепатита В (см. инструкцию 7).
- Д В случаях, когда первоочередной потребностью является надлежащее и достойное погребение тел погибших и умерших, координировать эту работу с компетентными органами и властями (см. инструкцию 8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все домохозяйства имеют доступ к контейнерам для отходов, которые опорожняются не менее двух раз в неделю, а также находятся на расстоянии не более 100 метров от коммунального мусоросборника (см. инструкцию 3).



- Д Все отходы, производимые населением, живущим в поселениях, вывозятся из непосредственной жилой зоны ежедневно, а с территории поселения как минимум два раза в неделю (см. инструкции 1–3).
- Д Там, где бытовые отходы не подвергаются захоронению на месте, на каждые 10 домохозяйств приходится контейнер для отходов емкостью 100 литров (см. инструкцию 3).
- Д Удаление твердых отходов производится своевременно и контролируется, а также с минимальным риском загрязнения твердыми отходами окружающей среды (см. инструкции 4–6).
- Д Все отходы медицинского происхождения (включая такие опасные отходы, как стеклянная посуда, иглы, перевязочные материалы и лекарственные средства) собирают отдельно и ликвидируют в надлежащем образом спроектированных, сконструированных и эксплуатируемых ямах или мусоросжигателях с глубоким зольником на территории каждого медицинского учреждения (см. инструкции 4–7).

Инструкции

1. **Планирование и осуществление на практике:** удаление твердых отходов следует планировать и осуществлять на практике, консультируясь с пострадавшим населением и координируя эту работу с соответствующими учреждениями и органами власти. Эти меры необходимо принимать на начальном этапе оказания помощи, прежде чем проблема твердых отходов превратится в серьезную угрозу для здоровья пострадавшего населения. В зависимости от обстановки и после консультации с населением и компетентными властями необходимо организовать периодическое проведение кампаний по уборке и очистке территории.
2. **Закапывание отходов:** отходы, закапываемые на территории домохозяйства или в общественных ямах, необходимо ежедневно засыпать тонким слоем земли, чтобы предотвратить появление таких переносчиков инфекций, как мухи и грызуны. Если закапываются детские фекалии или подгузники, их надо сразу засыпать слоем земли. Места закапывания должны быть огорожены для предотвращения несчастных случаев или доступа детей и животных; необходимо принять меры, чтобы не допустить заражения сточными водами грунтовых вод.
3. **Виды отходов и их количество:** состав и количество отходов во временных поселениях сильно различаются в зависимости от экономической деятельности и основных продуктов питания населения в данном районе, а также от местных обычаев переработки и/или ликвидации отходов. Решение относительно того, как поступать с твердыми отходами, следует принимать на основе взвешенной оценки их воздействия на здоровье людей. Бытовые

отходы следует собирать в контейнеры для мусора, а затем вывозить в мусорную яму для закапывания или сжигания. Там, где нет возможности обеспечить контейнером для мусора каждое домохозяйство, необходимо предоставлять коммунальные контейнеры для мусора. Следует всячески поддерживать переработку твердых отходов на территории поселения, если это не представляет угрозы для здоровья. В поселениях следует избегать раздачи предметов потребления, от которых остается много твердых отходов в виде упаковки или после переработки.

4. **Медицинские отходы:** небрежное обращение с медицинскими отходами может причинить вред здоровью населения, сотрудников медицинских учреждений и лиц, занимающихся уборкой, в результате инфицирования, токсического действия и травмирования. В чрезвычайных ситуациях самыми опасными видами отходов, как правило, являются зараженные острые предметы и перевязочные средства, окровавленная ткань и органические вещества, в частности плацента, и т.д. Различные виды медицинских отходов необходимо сортировать на месте. Незаразные отходы (бумага, пластиковая упаковка, пищевые отходы) могут ликвидироваться как твердые отходы. Зараженные острые предметы, особенно иглы и шприцы, необходимо помещать в специальные коробки сразу после использования. Коробки для безопасного сбора и хранения использованных шприцев и игл и другие заразные отходы могут быть закопаны, сожжены или ликвидированы на месте другими безопасными способами (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания, инструкция 11 на странице 358).
5. **Мусор на рынке:** мусор на рынке можно удалять так же, как и бытовые отходы. Отходы скотобоен и рыбных рынков требуют специального оборудования для удаления сопутствующих жидких отходов. Забой скота должен проводиться в гигиенических условиях и в соответствии с местным законодательством. Отходы скотобоен могут уничтожаться в больших ямах с крышками над отверстиями рядом со скотобойней или рыбообработывающим цехом. Кровь и прочие жидкие отходы следует сливать в яму через укрытый сток, чтобы избежать доступа мух. Необходимо наличие воды для мытья и уборки.
6. **Контролируемые сброс и/или закапывание отходов с учетом санитарных норм:** отходы в больших объемах можно удалять путем санитарного сброса или закапывания на расстоянии от поселений. Данный способ требует свободного места и механического оборудования. В идеальном случае сваливаемые отходы должны покрываться слоем грунта в конце каждого дня для того, чтобы предотвратить использование отбросов или размножение переносчиков инфекций.
7. **Обеспечение безопасности персонала:** все, кто задействован в процессе сбора, перевозки или уничтожения твердых отходов, должны быть снаб-



жены защитной одеждой, включая как минимум перчатки, но желательно также комбинезонами, сапогами и лицевыми защитными масками. В случае необходимости следует также провести предохранительные прививки от столбняка и гепатита В. Персонал, контактирующий с медицинскими отходами, должен быть проинформирован относительно правильных способов их хранения, перевозки и уничтожения, а также относительно рисков для здоровья, связанных с несоблюдением этих правил.

8. ***Обращение с телами умерших и погибших:*** обращение с телами умерших и погибших и/или погребение умерших или погибших в результате стихийного бедствия должно совершаться надлежащим и достойным образом. Эту работу обычно проводят поисково-спасательные бригады, координируя свою деятельность с компетентными государственными учреждениями и органами власти. Погребение тел людей, умерших от инфекционных заболеваний, также должно осуществляться надлежащим образом путем проведения консультаций и согласования действий с органами здравоохранения (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания, инструкция 12 на странице 359). Дополнительную информацию о надлежащем порядке погребения тел умерших и погибших можно получить из источников, приведенных в списке литературы и дополнительных материалов.

7. Дрен ж

Поверхностные воды во временных поселениях и их окрестностях смешиваются со сточными водами из жилищ и пунктов водоснабжения, утечками из отхожих мест и канализации, а также водой, которую несут с собой дожди и наводнения. Эти воды представляют опасность для здоровья людей главным образом потому, что они загрязняют системы водоснабжения и среду обитания, разрушают отхожие места и жилища, способствуют размножению переносчиков инфекций и могут привести к утоплению людей. Дождевая вода и наводнения могут ухудшить дренаж в поселениях и увеличить опасность загрязнения. Необходимо тщательно разработанный план дренажа, который решит проблему дренажа сточных ливневых вод при планировке участка для поселения и отвода сточных вод с проведением мелких дренажных работ на месте, чтобы уменьшить потенциальную угрозу здоровью населения. В данном разделе рассматриваются проблемы, связанные с дренажом и его проведением в ограниченном масштабе. Необходимость крупномасштабных осушительных мероприятий, как правило, определяется при выборе места для поселения и его обустройстве (см. стандарт 2 организации и размещения временного жилья, инструкция 5 на странице 305).

Ст и д р т 1 дрен ж : Дрен жные р боты

В месте, где живут люди, сведены до минимума опасность для здоровья и другие виды опасности, обусловленные водяной эрозией и стоячими водами, включая ливневые сточные воды, паводки, сточные воды из домохозяйств и медицинских учреждений.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Провести дренажные работы, обеспечивающие, чтобы вокруг пунктов водоснабжения и на всей территории поселения не было стоячей воды и чтобы была исправна система отвода ливневых сточных вод (см. инструкции 1–2, 4–5).
- Д Договориться с пострадавшим населением относительно того, каким образом будет решаться проблема дренажа, и обеспечить их там, где это необходимо, достаточным количеством соответствующих инструментов для проведения мелких дренажных работ и обслуживания дренажной системы (см. инструкцию 4).



- Д Позаботиться о том, чтобы пункты водоснабжения и места расположения рукомойников надлежащим образом дренировались во избежание образования вокруг них грязи (см. инструкцию 2).

Ключевые пункты (читать вместе с инструкциями)

- Д Водостоки в пунктах водоснабжения надлежащим образом спроектированы, построены и содержатся в порядке. Это относится также к прачечным, баням, пунктам сбора воды и местам расположения рукомойников (см. инструкции 2 и 4).
- Д Дренажные воды не загрязняют поверхностные и/или грунтовые воды (см. инструкцию 5).
- Д Временные жилища, дорожки, объекты водоснабжения и санитарные сооружения не затопливаются и не размываются водой (см. инструкции 2–4).
- Д Дренажные воды не вызывают эрозии (см. инструкцию 5).

Инструкции

1. **Выбор места и планирование:** наиболее эффективный способ решения проблем дренажа заключается в правильном выборе места расположения и планировании поселения (см. стандарты 1–2 организации и размещения временного жилья на страницах 295–302).
2. **Сточные воды:** бытовые сточные воды считаются нечистотами, если они смешаны с человеческими испражнениями. Бытовые сточные воды не должны смешиваться с человеческими испражнениями, за исключением тех случаев, когда в поселении имеется действующая канализационная система. Нечистоты гораздо труднее поддаются очистке, чем бытовые сточные воды, а соответствующие мероприятия являются более дорогостоящими. Необходимо всячески поощрять устройство маленьких садов возле пунктов водоснабжения, стирки и мытья, чтобы использовать сточные воды. Особое внимание надо обратить на то, чтобы сточные воды из пунктов стирки и мытья не загрязняли водные источники.
3. **Дренаж и ассенизация:** особые усилия должны предприниматься для защиты выгребных ям и канализации от затопления, которое может вызвать структурные разрушения и утечку.
4. **Привлечение к участию населения:** очень важно привлекать пострадавшее население к проведению мелких дренажных работ, поскольку его представители могут быть хорошо знакомы с естественными потоками дренажной воды и знают, куда их лучше направить. Кроме того, если пострадавшее население осознает существование опасности для здоровья и физической опасности и если оно оказывало помощь в строительстве дренажной сис-

темы, то существует более высокая вероятность того, что население будет поддерживать эту систему в надлежащем порядке (см. раздел о борьбе с переносчиками инфекций на странице 130). В таком случае могут потребоваться инструменты и техническая помощь.

5. **Удаление сточных вод на месте:** везде, где это возможно, при наличии благоприятных почвенных условий необходимо устраивать дренаж воды из пунктов водоснабжения и мытья непосредственно на месте, а не через открытые водоводы, так как их трудно содержать в порядке и они часто засоряются. Для дренажа на месте можно применять такие простые и недорогие способы удаления сточных вод, как устройство ям для сточных вод и посадка банановых деревьев. Там, где необходимо отвести сточные воды, открытые водоводы предпочтительнее труб. Водоводы необходимо проектировать таким образом, чтобы обеспечить скорость потока как для сточных вод в сухую погоду, так и для отвода ливневых вод. При уклоне поверхности более 5 % необходимо провести технические работы для предупреждения нежелательной эрозии. Необходимо строго контролировать дренаж осадков после обработки воды с тем, чтобы люди не могли использовать такую воду, а также следить, чтобы эта вода не загрязняла поверхностные воды и источники грунтовых вод.



Приложение 1

Перечень контрольных вопросов для определения исходных потребностей в водоснабжении, с обеспечением и содействии соблюдению гигиены

Данный перечень вопросов предназначен прежде всего для оценки потребностей населения, выявления местных ресурсов и описания местных условий. В него не включены вопросы, касающиеся внешних ресурсов, необходимых помимо тех, которые можно незамедлительно получить на месте.

1 Общие вопросы

- ▶ Сколько людей пострадало и где они находятся? Необходимо разбить данные по таким категориям, как пол, возраст, наличие инвалидности и т.д., добившись максимальной дифференциации представителей населения.
- ▶ Каких действий следует ожидать от людей? Какие опасности грозят пострадавшим и тем, кто мог бы оказать помощь?
- ▶ Какие болезни, связанные с водой и санитарными условиями, отмечаются в настоящее время, распространены или могут возникнуть в будущем? Насколько серьезны проблемы и каково их возможное развитие?
- ▶ С кем необходимо связаться и проконсультироваться в первую очередь?
- ▶ Какая часть населения наименее защищена и почему?
- ▶ Существует ли равный доступ ко всем существующим удобствам, включая удобства, находящиеся в общественных местах, медицинских центрах и школах?
- ▶ Какие особые опасности грозят женщинам, девочкам и уязвимым группам?
- ▶ Каким образом водоснабжением и санитарными удобствами население пользовалось до возникновения чрезвычайной ситуации?
- ▶ Каковы формальные и неформальные структуры власти (например, руководители общин, старейшины, женские организации)?
- ▶ Как принимаются решения на уровне домохозяйств и на уровне общины?

2 Содействие соблюдению гигиены

- Д Каким образом население пользовалось водоснабжением и санитарными удобствами до возникновения чрезвычайной ситуации?
- Д Какие навыки вредны для здоровья, кто их практикует и почему?
- Д Кто продолжает надлежащим образом соблюдать гигиену и что дает им возможность и побуждает делать это?
- Д Каковы плюсы и минусы любых предлагаемых изменений существующей практики?
- Д Каковы существующие формальные и неформальные каналы коммуникации и работы с населением (работники общественного здравоохранения, народные акушерки, народные знахари, клубы, кооперативы, церкви, мечети и т.д.)?
- Д Доступ к каким СМИ существует в данном районе (радио, телевидение, видеопродукция, газеты и т.д.)?
- Д Какие существуют местные органы СМИ и/или неправительственные организации (НПО)?
- Д Какие группы населения необходимо выбирать в качестве целевых групп (матери, дети, руководители общин, работники системы общественного питания и т.д.)?
- Д Какая система работы с населением будет эффективна в данном контексте (добровольцы, клубы здоровья, комитеты и т.д.) для экстренной и среднесрочной мобилизации общины?
- Д Каковы потребности, касающиеся обучения и подготовки штатных сотрудников и добровольцев, занимающихся содействием соблюдению гигиены?
- Д Какие непродовольственные товары имеются в наличии и какие товары необходимы в первую очередь с учетом существующих предпочтений и потребностей?
- Д Насколько эффективно соблюдаются нормы гигиены в медицинских учреждениях (особенно в случае эпидемий)?

3 Водоснабжение

- Д Каким источником воды пользуется население в настоящее время? Кто является пользователем?
- Д Какое количество воды в день приходится на человека?
- Д Сколько раз в день/в неделю подается вода?



- Д Достаточно ли воды в существующем источнике для удовлетворения неотложных и долгосрочных потребностей всех групп населения?
- Д Насколько близко расположены пункты водоснабжения к местам размещения людей? Являются ли они безопасными?
- Д Насколько надежно существующее водоснабжение? На какой срок его хватит?
- Д Достаточно ли у людей емкостей для воды необходимого размера и типа?
- Д Заражен ли источник воды, существует ли риск его заражения (микробиологического, химического, радиационного)?
- Д Необходима ли обработка воды? Возможна ли она? Какой тип обработки требуется?
- Д Существует ли необходимость в дезинфекции даже в случае, если вода не заражена?
- Д Существуют ли поблизости альтернативные источники воды?
- Д Какие традиционные верования и практика связаны с набором, хранением и использованием воды?
- Д Существуют ли какие-либо препятствия при использовании существующих источников воды?
- Д Имеется ли возможность переселить людей в другое место, если источники воды не соответствуют потребностям населения?
- Д Можно ли завозить воду, если местные источники воды непригодны для пользования?
- Д Каковы главные гигиенические проблемы, связанные с водоснабжением?
- Д Имеется ли у людей в данной ситуации возможность использовать воду с соблюдением гигиенических норм?
- Д Что является обычным источником водоснабжения домашнего скота в случае перемещения населения в сельской местности?
- Д Окажут ли воздействие на окружающую среду возможное осуществление мероприятий по водоснабжению, забор воды и использование источников воды?
- Д Кто еще в настоящее время пользуется имеющимися источниками воды? Существует ли опасность возникновения конфликта, если этими источниками будут пользоваться новые группы населения?

4 Ассенизация

- ▶ Какова практика дефекации в настоящее время? Если она происходит на открытом воздухе, происходит ли это в специально отведенном месте? Насколько это место безопасно?
- ▶ Каковы традиционные верования и практика (включая практику, обусловленную половой принадлежностью), связанные с ассенизацией?
- ▶ Существуют ли какие-либо удобства? Если да, то пользуются ли ими? Достаточно ли их? Можно ли их расширить или усовершенствовать?
- ▶ Представляет ли существующая практика дефекации опасность для водоснабжения (поверхностная или грунтовая вода) или мест проживания?
- ▶ Моют ли люди руки после дефекации, перед приготовлением пищи, перед едой? Есть ли в наличии мыло или другие моющие средства?
- ▶ Знакомы ли люди с устройством туалетов и правилами пользования ими?
- ▶ Какие материалы местного происхождения могут использоваться для строительства туалетов?
- ▶ Готово ли население пользоваться отхожими местами, дефекационными зонами, ямами и т.д.?
- ▶ Достаточно ли места для устройства дефекационных зон, ям для отхожих мест и т.д.?
- ▶ Каков уклон местного рельефа?
- ▶ Каков уровень грунтовых вод?
- ▶ Позволяет ли характер почвы ликвидировать нечистоты на месте?
- ▶ Способствуют ли существующие методы удаления нечистот размножению переносчиков инфекций?
- ▶ Имеются ли материалы или вода для очищения заднего прохода? Каким образом ликвидируются эти материалы?
- ▶ Как женщины решают проблемы гигиены, связанные с менструацией? Имеются ли подходящие для этого материалы и помещения?
- ▶ Имеются ли особые санитарные удобства или средства, предоставляемые инвалидам и людям, находящимся на постельном режиме в медицинских учреждениях?
- ▶ Какие экологические факторы следует учитывать?



5 Болезни, переносимые переносчиками инфекций

- ▶ При существовании угрозы возникновения заболеваний, распространяемых переносчиками инфекций, каковы эти заболевания? Насколько серьезна эта угроза?
- ▶ Какие традиционные верования и практика (например, вера в то, что причиной малярии является грязная вода) связаны с переносчиками инфекций и заболеваниями, которые они вызывают? Вредны ли такие верования и практика или из них можно извлечь пользу?
- ▶ При высокой опасности возникновения заболевания, связанного с переносчиками инфекций, имеются ли у людей, которые подвергаются этой опасности, средства индивидуальной защиты?
- ▶ Возможно ли проведение в данной местности мероприятий, препятствующих размножению переносчиков инфекций (дренажные работы, вырубка кустарника, удаление отходов и т.д.)?
- ▶ Существует ли необходимость в химических средствах борьбы с переносчиками инфекций? Каковы имеющиеся программы, правила и средства борьбы с переносчиками инфекций и использования химикатов?
- ▶ Какие меры предосторожности должны приниматься в жилищах, и какую информацию необходимо предоставить их обитателям?

6 Удаление твердых отходов

- ▶ Представляют ли скапливающиеся твердые отходы проблему?
- ▶ Как люди избавляются от отходов? Каковы количество и виды производимых твердых отходов?
- ▶ Существует ли возможность ликвидировать отходы на месте или их приходится собирать и вывозить?
- ▶ Какова обычная для пострадавшего населения практика удаления твердых отходов (ямы для компоста/отходов, система сбора мусора, контейнеры)?
- ▶ Существуют ли в данном районе медицинские или другие учреждения, производящие отходы? Как ликвидируются эти отходы? Кто за это отвечает?
- ▶ В каких местах удаляются женские гигиенические прокладки? Насколько эффективна эта процедура и соблюдаются ли при этом приличия?
- ▶ Какое воздействие на окружающую среду оказывает существующая практика удаления твердых отходов?

7 Дрен ж

- Д Существуют ли проблемы, связанные с дренажом, например затопление жилых помещений и туалетов, места размножения переносчиков инфекций, загрязненные воды, заражающие источники водоснабжения и места проживания?
- Д Существует ли вероятность заболачивания почвы?
- Д Имеются ли у людей средства защиты жилищ и отхожих мест от локального затопления?
- Д Хорошо ли дренированы пункты водоснабжения и места для мытья?



Приложение 2

Минимальное количество воды для учреждений и других целей

Поликлиники и больницы	5 литров/амбулаторный больной в день, 40-60 литров/ стационарный больной в день. Дополнительное количество воды может потребоваться для прачечных, туалетов со смывом и т.п.
Центры по лечению холеры	60 л/больной/день, 15 л/медсестра/день
Центры лечебного питания	30 л/стационарный больной/день, 15 л/медсестра/день
Приемные/транзитные центры	15 л/человек/день при пребывании более одного дня 3 л/человек/день при пребывании только в дневное время
Школы	3 л/ученик/день для питья и мытья рук (не включен расход воды на туалеты: см. ниже «Общественные туалеты»)
Мечети	2-5 л/человек/день для мытья рук и питья
Общественные туалеты	1-2 л/пользователь/день для мытья рук, 2-8 л/кабина/ день для уборки туалета
Все туалеты со смывом	20-40 л/пользователь/день для обычных туалетов со смывом, соединенных с канализацией; 3-5 л/пользователь/день для туалетов с ручной заливкой воды
Подмывание заднего прохода	1-2 л/человек/день
Домашний скот	20-30 л/большое или среднее животное/день; 5 л/ малое животное/ день

Приложение 3

Минимальное количество туалетов в общественных местах и учреждениях в условиях чрезвычайной ситуации

Учреждения	Краткосрочно	Долгосрочно
Рынки	1 туалет на 50 торг. мест	1 туалет на 20 торговых мест
Больницы/медицинские центры	1 туалет на 20 коек или 50 амбулаторных пациентов	1 туалет на 20 коек или 20 амбулаторных пациентов
Центры питания	1 туалет на 50 взрослых 1 туалет на 20 детей	1 туалет на 20 взрослых 1 туалет на 10 детей
Приемные/транзитные центры	1 туалет на 50 человек; из расчета 3 женских на 1 мужской	
Школы	1 туалет на 30 девочек 1 туалет на 60 мальчиков	1 туалет на 30 девочек 1 туалет на 60 мальчиков
Офисы		1 туалет на 20 сотрудников

Источник: адаптированная версия по изданию Harvey, Baghri & Reed (2002)



Приложение 4

3 болев ния, перед ющиеся через воду и фек лии, и мех низмы р спростр нения инфекций

Перед ются через воду или при мытье	Холера, шигеллез и т.д. Брюшной тиф, паратиф и т.д. Амебная дизентерия, лямблиоз Гепатит А, полиомиелит, Ротавирусная диарея	Фек льно- ор льный микробный Фек льно- ор льный мех низм Безмикробный	Заражение воды Антисанитарные условия Несоблюдение личной гигиены Заражение с/х культур
Перед ется при мытье или при недост тке воды	Кожные и глазные инфекции Тиф и возвратный тиф, передающиеся через вшей		Необеззараженная вода Несоблюдение личной гигиены
Гельминты, перед ющиеся через фек лии	Глисты различные	Гельминты, перед ющиеся через почву	Открытая дефекация Заражение почвы
Гельминты в говядине и свинине	Тениоз	Человек- животное	Недостаточная тепловая обработка мяса Заражение почвы
Перед ется через воду	Шистосомоз, дракункулез, клонорхоз и т.д.	Длительное пребыв ние в з р женной воде	Заражение воды
Н секомые- переносчики инфекций через воду	Малярия, денге, нарколепсия, филяриатоз и т.д.	Укусы ком ров, мух	Укусы возле воды Размножение в воде
Н секомые- переносчики инфекций через фек лии	Диарея, дизентерия	Перед ется через мух и т р к нов	Загрязненная окружающая среда

Приложение 5

Минимальные меры в области гигиены, санитарии и изоляции больных для центров по лечению холеры (ЦЛХ)

Важнейшие правила, которые необходимо соблюдать всем медицинским учреждениям и ЦЛХ:

1. Необходимо изолировать тяжелых больных
2. Необходимо локализовать весь экскрет (фекалии и рвотные массы)
3. За каждым больным осуществлять уход должно только одно лицо
4. Необходимо мыть руки хлорированной водой
5. Все полы должны быть с моющимся покрытием
6. Необходимо дезинфицировать подошвы при выходе из центра
7. Необходимо дезинфицировать (путем кипячения или дезинфекции) одежду инфицированных людей перед тем, как они покинут центр
8. Необходимо обеспечить регулярное мытье полов и всех помещений центра
9. Должны быть отдельные туалеты и душевые для больных и лиц, осуществляющих уход за больными
10. Пищу следует готовить на территории центра. В случае, если пища доставляется извне, то на входе в центр ее следует выкладывать из контейнера, чтобы не допустить заражения контейнера после использования и попадания за пределы центра вызывающих холеру микроорганизмов (вибрионов)
11. Необходимо осуществлять контроль за семьями и родственниками больного во избежание новых случаев заболевания. Необходимо дезинфицировать дом больного и информировать относительно правил гигиены
12. Если люди поступают в центр на общественном транспорте, следует дезинфицировать транспортные средства
13. Следует локализовать и обрабатывать стоки от дождевых осадков и сточные воды на территории изоляционного лагеря
14. Необходимо обрабатывать отходы на территории изоляционного лагеря.

Хлоросодержащие растворы для ЦЛХ

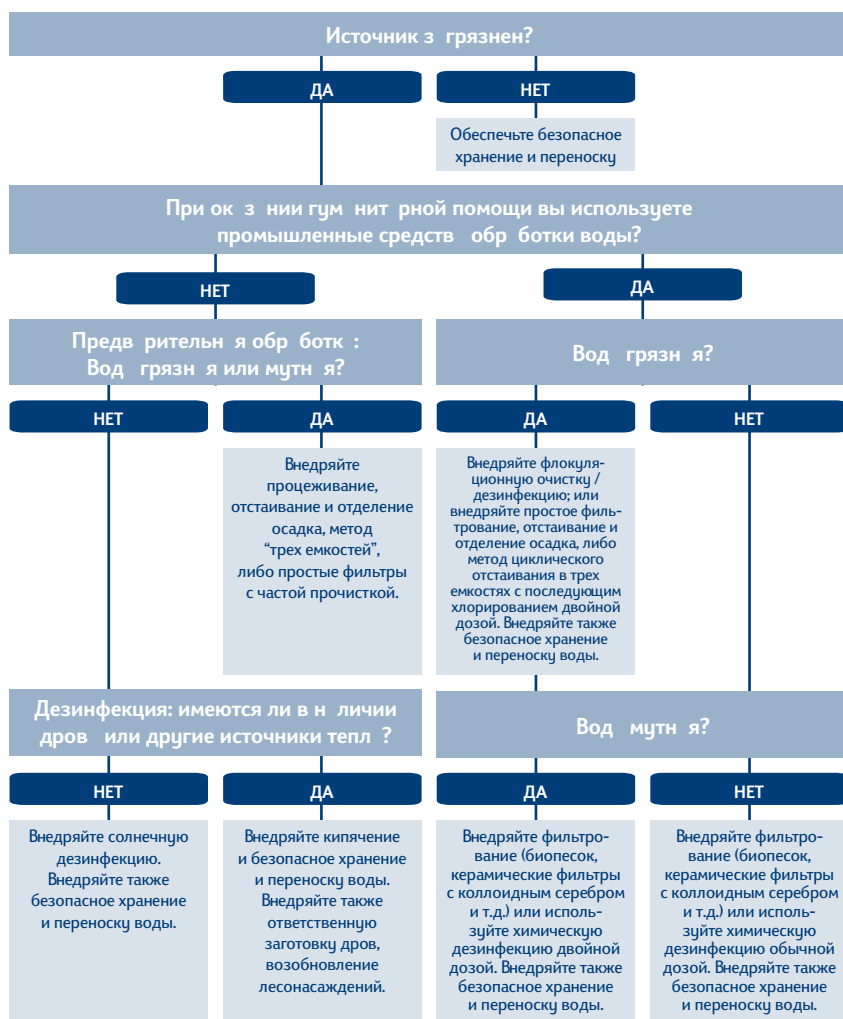
% хлор для различных целей	2% р-створ	0,2% р-створ	0,05% р-створ
	Отходы и экскременты Трупы	Полы Предметы / кровати Ножные ванны Одежда	Руки Кожа

NB: Хлоросодержащие растворы необходимо готовить каждый день заново, поскольку свет и тепло снижают концентрацию хлора



Приложение 6

Дерево решений, касающихся обработки и хранения воды в домохозяйствах



Взято из руководства МФКККП по обработке воды в домохозяйствах в чрезвычайных ситуациях.

Список литературы и дополнительных материалов

Список использованных источников информации

Международные документы

Право на воду (статьи 11 и 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах), Замечание общего порядка № 15, 26 ноября 2002 года, UN Doc. E/C.12/2002/11, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам.

Общие вопросы

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

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

Walden, V M, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming., Oxfam GB, Oxford.

www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. New York. www.ineesite.org

Санитарное обследование

British Geological Survey (2001), ARGOSS manual. London. www.bgs.ac.uk

Гендерные вопросы

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Handbook. Geneva.

www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20Approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Handbook_Wash.pdf



(Межучрежденческий постоянный комитет (МПК), «Гендерный фактор и водоснабжение, санитария и гигиена в чрезвычайных ситуациях» в Пособии по осуществлению гуманитарной деятельности с учетом гендерной проблематики).

http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/Gender%20Handbook%20Russian_full%20w%20covers%20.pdf

Содействие соблюдению гигиены

Almedom, A, Blumenthal, U and Manderson, L (1997), Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water- and Sanitation-Related Hygiene Practices. The International Foundation for Developing Countries. Practical Action Publishing, UK.

Ferron, S, Morgan, J and O'Reilly, M (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development. Practical Action Publishing, UK.

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project.
www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Default.aspx?tabid=160

Водоснабжение

House, S and Reed, R (1997), Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK

Action against Hunger (2006), Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk, Paris.
www.actioncontrelafaim.org/english/.

Потребности в воде для обеспечения продовольственной безопасности

Food and Agriculture Organization of the United Nations, FAO Water:
www.fao.org/nr/water/index.html

Потребности в воде домашнего скота

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS), Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

Качество воды

WHO (2003), Guidelines for Drinking-Water Quality, Third Edition, Geneva.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines2/en/

ВОЗ (2004), Руководство по обеспечению качества питьевой воды, 3-е изд., Женева
http://www.who.int/entity/water_sanitation_health/dwq/gdwq3uprelim_1to5.pdf

План безопасности воды

WHO (2005), Water safety plans: managing drinking-water quality from catchment to consumer.
www.who.int/water_sanitation_health/dwq/wsp0506/en/

Ассенизация

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual

WEDC Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/>

Борьба с переносчиками инфекций

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

Lacarin, CJ and Reed, RA (1999), Emergency Vector Control Using Chemicals. WEDC, Loughborough, UK.

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

Удаление твердых отходов

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org

International Solid Waste Association: www.iswa.org

Обращение с телами умерших и погибших

WHO (2009), Disposal of dead bodies in emergency conditions. Technical Note for Emergencies No. 8. Geneva.

http://wedc.lboro.ac.uk/resources/who_notes/WHO_TN_08_Disposal_of_dead_bodies.pdf

Медицинские отходы

Préss, A, Giroult, E and Rushbrook, P (eds) (1999), Safe Management of Health-Care Wastes. (Currently under review.) WHO. Geneva.

Дренаж

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

Дополнительные материалы

Общие вопросы

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), Health Library for Disasters: www.helid.desastres.net/en

WHO (2002), Environmental health in emergencies and disasters. Geneva.



Ассенизация

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

Борьба с переносчиками инфекций

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

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

WHO, Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance.
www.who.int.

Обращение с телами умерших и погибших

PAHO and WHO (2004), Management of Dead Bodies in Disaster Situations. Disaster Manuals and Guidelines Series, No 5. Washington DC.

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

Медицинские отходы

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

WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org

Люди с ограниченными возможностями

Jones, H and Reed, R (2005), Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: designing services to improve accessibility. WEDC, Loughborough University, UK.
<http://wedc.lboro.ac.uk/wsdp>

Oxfam GB (2007), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies. Technical Briefing Note 1. Oxfam, UK.
www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBNI_disability.pdf

Oxfam GB (2007), Vulnerability and socio-cultural considerations for PHE in emergencies Technical Briefing Note 2. Oxfam, UK.
www.oxfam.org.uk/resources/learning/humanitarian/downloads/TBN2_watsan_sociocultural.pdf

**Миним льные
ст нд рты
продовольственной
безоп сности и
пит ния**



Рекомендации по применению данной главы

Данная глава состоит из четырех разделов, в которых рассматриваются минимальные стандарты в следующих областях:

Оценку продовольственной безопасности и питания

Кормление детей грудного и младшего возраста

Ведение острой нехватки питания и дефицит микронутриентов

Продовольственная безопасность

Четвертый раздел, посвященный продовольственной безопасности, имеет три подраздела: продовольственная безопасность — продовольственная помощь; продовольственная безопасность — наличные деньги и ваучеры; и продовольственная безопасность — средства к существованию.

Главы, посвященные принципам обеспечения защиты и базовым стандартам, должны применяться в соответствии с данной главой.

Эти стандарты предназначены в первую очередь для организации гуманитарной помощи на начальной стадии после ЧС, однако их можно применять также в отношении обеспечения готовности к ЧС и в отношении мероприятий по ликвидации последствий ЧС и восстановлению.

В каждом разделе содержатся:

- **Минимальные стандарты:** стандарты качества, задающие минимальные уровни, которые должны быть достигнуты в процессе оказания гуманитарной помощи в отношении обеспечения продовольствием и питания.
- **Ключевые действия:** рекомендуемые мероприятия и вводимые ресурсы, необходимые для достижения минимальных стандартов.
- **Ключевые показатели:** индикаторы, определяющие степень достижения того или иного стандарта. Они позволяют оценивать результаты и информировать о ходе осуществления ключевых действий; они относятся к минимальным стандартам, а не к ключевым действиям.
- **Инструкции:** сюда входят конкретные вопросы, касающиеся применения в различных ситуациях минимальных стандартов, ключевых действий и ключевых показателей. Они содержат указания по преодолению практических трудностей, а также ориентиры и рекомендации по наиболее важным вопросам. Здесь также могут рассматриваться основные проблемы, касающиеся стандартов, действий и показателей, а также дилеммы, противоречия и пробелы в современных знаниях по данному вопросу.

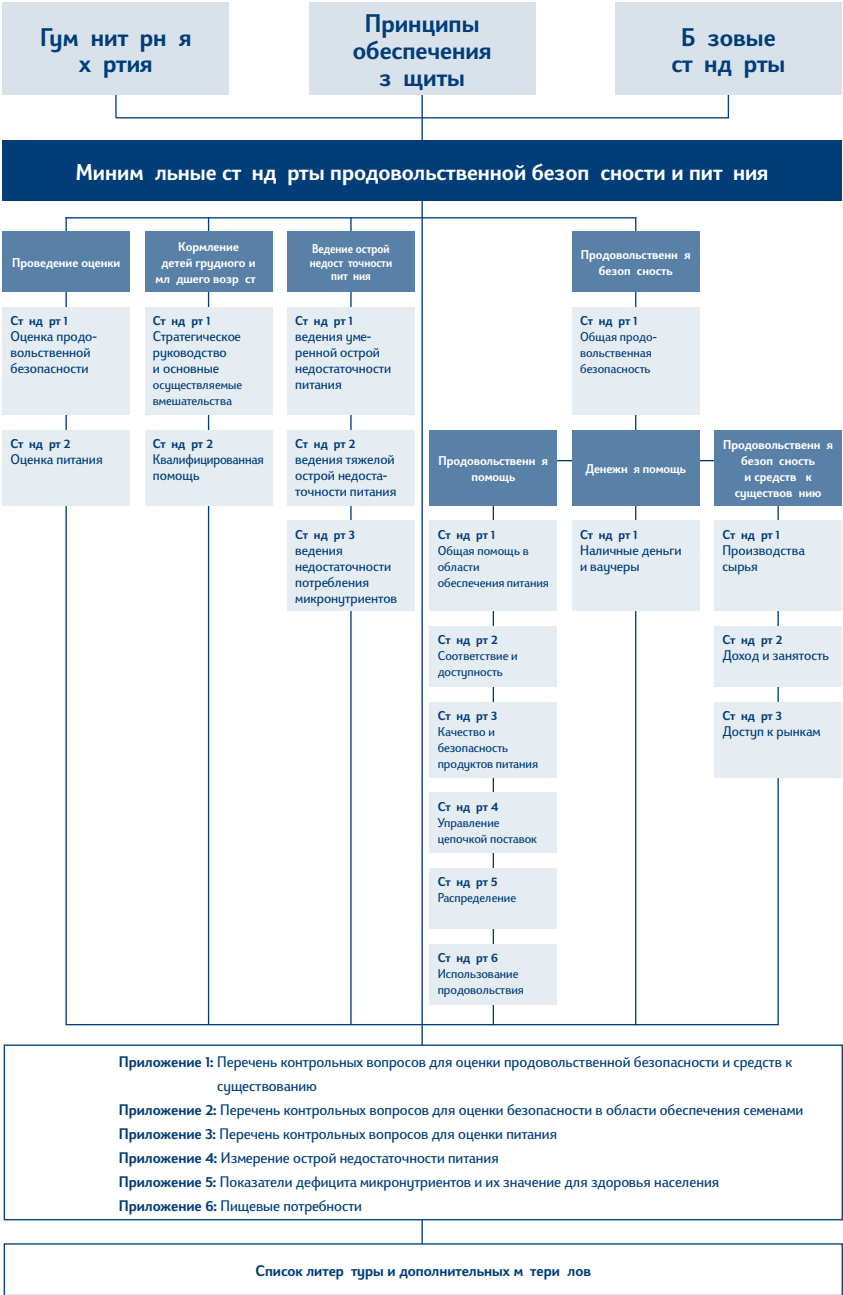
Если не могут быть достигнуты требуемые ключевые показатели и осуществлены необходимые действия, то должна быть произведена оценка отрицательных последствий этого для пострадавшего населения и предприняты соответствующие действия по смягчению этих последствий.

В приложении содержатся перечни контрольных вопросов для проведения оценки, руководство по определению степени острой недостаточности питания и показателей дефицита микронутриентов и их значения для здоровья населения и пищевые потребности. Прилагается также список литературы и дополнительных материалов, где указаны источники информации как по общим, так и по конкретным техническим вопросам, относящимся к этой главе.

Содержание

Введение.....	165
1. Оценка продовольственной безопасности и питания.....	174
2. Кормление детей грудного и младшего возраста.....	184
3. Ведение острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов.....	192
4. Продовольственная безопасность.....	206
4.1. Продовольственная безопасность – продовольственная помощь.....	211
4.2. Продовольственная безопасность – помощь в виде наличных денег и ваучеров.....	238
4.3. Продовольственная безопасность – средства к существованию.....	245
Приложение 1: Перечни контрольных вопросов для оценки продовольственной безопасности и средств к существованию.....	258
Приложение 2: Перечень контрольных вопросов для оценки безопасности в области обеспечения семенами	260
Приложение 3: Перечень контрольных вопросов для оценки питания	262
Приложение 4: Измерение острой недостаточности питания.....	265
Приложение 5: Показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения	269
Приложение 6: Пищевые потребности.....	271
Список литературы и дополнительных материалов.....	275





Введение

Связь с Гуманитарной хартией и международными правовыми документами

Минимальные стандарты в области продовольственной безопасности и питания являются практическим выражением разделяемых гуманитарными организациями взглядов, убеждений и принципов, на которых строится гуманитарная деятельность, изложенных в Гуманитарной хартии. Эти принципы, основанные на принципе гуманности и зафиксированные в международном праве, включают право на жизнь с достоинством, право на защиту и безопасность и право на получение необходимой гуманитарной помощи. Перечень основных правовых и программных документов, определяющих существо Гуманитарной хартии, с комментариями для сотрудников гуманитарных организаций приводится для ознакомления в приложении 1 (страница 424).

Несмотря на то, что основными гарантами перечисленных выше прав являются государства, гуманитарные организации обязаны соблюдать эти права при осуществлении своей деятельности в интересах пострадавшего от бедствий населения. Из этих общих прав проистекает целый ряд особых прав. В их число входят право на участие, право на информацию и право не подвергаться дискриминации, которые образуют основу базовых минимальных стандартов, а также особые права на доступ к воде, санитарное обеспечение, питание, жилище и медицинское обслуживание, подводящие фундамент под эти и другие минимальные стандарты в настоящем руководстве.

Каждый человек имеет право на достаточное питание. Это право закреплено в международно-правовых документах и включает право на свободу от голода. В тех случаях, когда отдельное лицо или группа лиц по независящим от них причинам оказываются не в состоянии пользоваться правом на достаточное питание, используя находящиеся в их распоряжении средства, государства обязаны непосредственно обеспечивать это право. Право на питание налагает на государства следующие обязательства:

- ▶ Обязательство «уважать существующий доступ к достаточному питанию» требует от государств-участников не принимать каких-либо мер, препятствующих такому доступу.



- Д Обязательство «защищать» требует принятия государством мер по обеспечению того, чтобы юридические или физические лица не лишали физических лиц доступа к достаточному питанию.
- Д Обязательство «осуществлять» (облегчать) означает, что государство должно быть инициатором мероприятий по расширению доступа людей к ресурсам и средствам обеспечения их существования и использования ими этих ресурсов и средств, включая продовольственную безопасность.

В случае чрезвычайных ситуаций государства обязаны обеспечивать питанием всех нуждающихся в нем или обращаться за международной помощью, если они не располагают собственными достаточными ресурсами. Они обязаны также обеспечивать безопасный и беспрепятственный доступ международной помощи.

Женевские конвенции и Дополнительные протоколы к ним включают право на доступ к питанию в случае вооруженных конфликтов и оккупации. Запрещается использовать голод среди гражданского населения в качестве метода ведения войны, подвергать нападению, уничтожать, вывозить или приводить в негодность запасы продуктов питания, производящие продовольствие сельскохозяйственные районы, посевы, скот, сооружения для снабжения питьевой водой и запасы последней, а также ирригационные сооружения. В случае оккупации одним государством другого положения международного гуманитарного права обязывают оккупирующую державу обеспечить достаточное питание гражданского населения и ввозить необходимые съестные припасы в тех случаях, когда ресурсы оккупированной территории будут недостаточны. Государства обязаны принимать соответствующие меры для обеспечения доступа в любое время к достаточному питанию беженцев и перемещенных внутри страны лиц.

Приведенные в данной главе минимальные стандарты отражают основное содержание права на питание и содействуют постепенному осуществлению этого права во всем мире.

Значение продовольственной безопасности и питания в условиях чрезвычайной ситуации

Доступность продовольствия и обеспечение адекватных объемов пищи являются важнейшими факторами, от которых зависит выживание людей в чрезвычайной ситуации. Часто пострадавшее население страдает от хронического недоедания еще до наступления чрезвычайной ситуации. Недостаточное питание представляет серьезную проблему здравоохранения, являясь – прямо или косвенно – одной из основных причин смерти.

Причины недостаточного питания разнообразны. Нижеприведенная концептуальная схема предлагает метод анализа, демонстрирующий взаимодействие факторов, обуславливающих недостаточное питание. Непосредственными причинами недостаточного питания являются болезни и/или недостаточное потребление пищи, обусловленные бедностью, отсутствием продовольственной безопасности на уровне домохозяйств, отсутствием надлежащего ухода на уровне домохозяйств и общины, отсутствием надлежащего водоснабжения и санитарно-гигиенического обеспечения, а также неудовлетворительным медицинским обслуживанием. Такие чрезвычайные ситуации, как циклоны, землетрясения, наводнения, военные конфликты и засуха, оказывают непосредственное воздействие на основные причины недостаточного питания. Незащищенность домохозяйств и общины сказывается на их способности реагировать на воздействие этих бедствий. Способность управлять связанными с этим рисками во многом зависит от особенностей того или иного домохозяйства или общины, в частности от имеющихся у них средств и принятых стратегий приспособления и обеспечения средств к существованию.

В данной главе используются следующие определения:

- *Продовольственная безопасность* существует тогда, когда все люди имеют постоянный физический, социальный и экономический доступ к достаточному количеству безопасного и питательного продовольствия, удовлетворяющего их потребности в пище и отвечающего их пищевым предпочтениям, для поддержания здорового и активного образа жизни. В это определение пищевой безопасности входят следующие три компонента:

 - *Наличие* касается количества, качества и сезонности снабжения продовольствием в пострадавшем от ЧС районе. Сюда входят местные источники производства продовольствия (сельское хозяйство, домашний скот, рыболовство, продукты питания из диких растений и животных) и пищевые продукты, ввозимые коммерсантами (на наличие продовольствия могут повлиять вмешательства со стороны правительства и агентств). Важным определяющим наличие фактором являются местные рынки, которые способны поставлять населению продовольствие.
 - *Доступ* касается возможностей домохозяйства надежно обеспечить себя продовольствием, достаточным для удовлетворения потребностей в пище всех членов семьи. Это определяет способность домохозяйства получить доступное продовольствие посредством производства на дому и имеющихся запасов, закупки, бартера, дарения, займа или получения продовольственной помощи, наличных денег и/или ваучеров.
 - *Употребление* касается использования домохозяйством продовольствия, к которому у него есть доступ, включая хранение, переработку и приготовление, а также распределение его среди членов семьи. Сюда входит



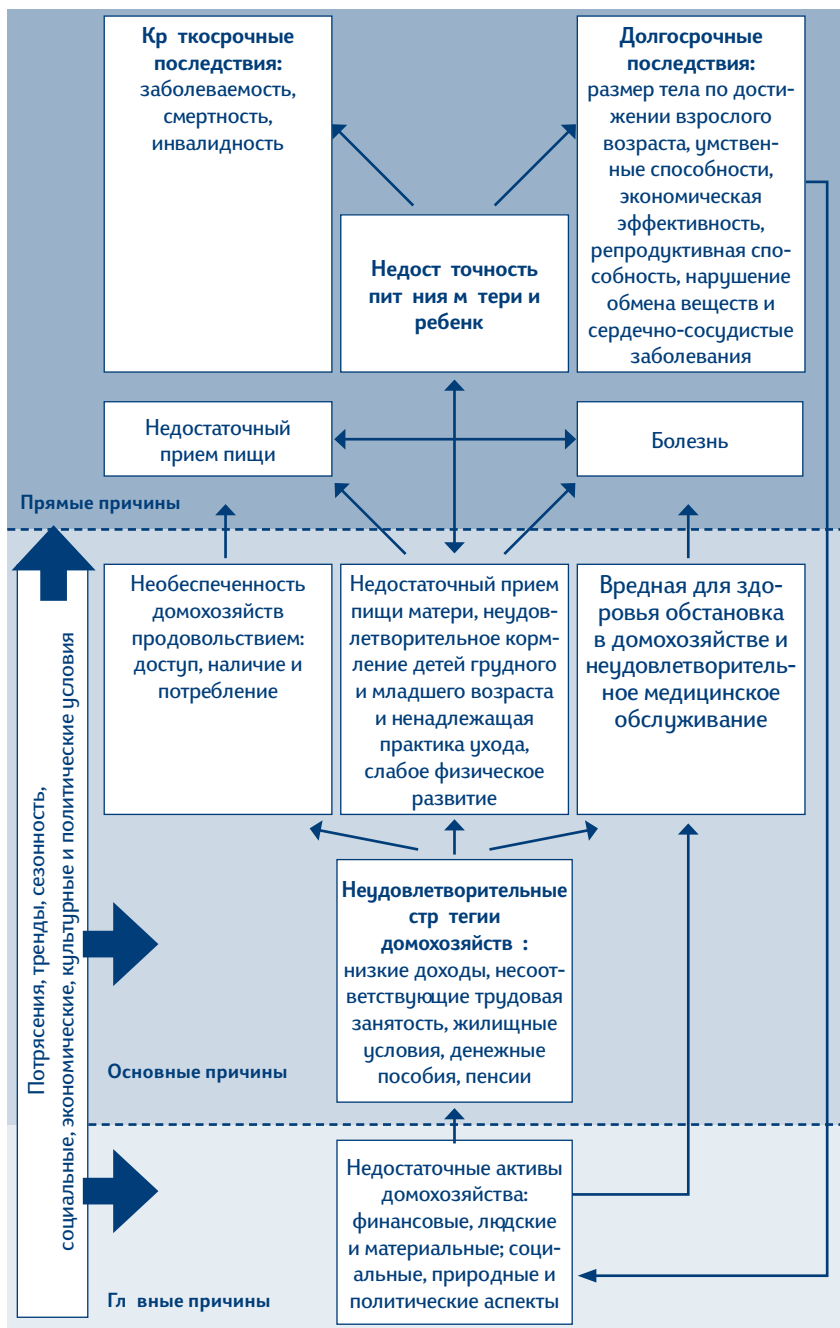
также способность индивида поглощать и усваивать питательные вещества, на что могут оказывать воздействие болезни и нарушение питания.

- Д *Средств к существованию* включают в себя возможности, ресурсы (включая природные, материальные и социальные) и деятельность, необходимые домохозяйству для выживания и обеспечения благополучия в будущем. Стратегии обеспечения средств к существованию означают практические средства или деятельность, с помощью которых люди используют свои ресурсы для получения дохода и достижения иных целей, связанных с обеспечением средств к существованию. Стратегии приспособления означают временные меры реагирования, вызванные отсутствием продовольственной безопасности. Механизм обеспечения средств к существованию домохозяйства надежен тогда, когда он в состоянии приспосабливаться к вызванному бедствием потрясениям и восстанавливаться после них, а также сохранять и укреплять свои потенциальные возможности и производительные ресурсы.
- Д *Питание* это широкий термин, касающийся процессов, включающих принятие, переваривание и употребление пищи организмом для обеспечения роста и развития, воспроизводства, физической активности и поддержания здоровья. Формально термин «нарушение питания» включает недостаточное питание (недоедание) и переизбыток. Недостаточное питание включает целый ряд нарушений здоровья, в том числе острую недостаточность питания, хроническую недостаточность питания и дефицит микронутриентов. Острая недостаточность питания выражается в истощении (худобе) и/или алиментарной дистрофии (голодный отек), в то время как хроническая недостаточность питания провоцирует задержку в росте (низкорослость). Задержка в росте и истощение представляют собой два вида нарушения физического развития. В данной главе рассматриваются недостаточное питание (недоедание) и острая недостаточность питания как вид недостаточного питания.

Нижеприведенная диаграмма показывает, что подверженность риску обусловлена частотой и тяжестью стихийных и антропогенных бедствий и их социально-экономическими последствиями, а также географической зоной действия. Факторы, определяющие адаптивную способность домохозяйства, включают уровень имеющихся у него финансовых, человеческих, физических, социальных, природных и политических ресурсов, уровень производства, доходов и потребления, а также способность диверсифицировать источники дохода и потребление в целях смягчения последствий существующих опасностей.

Уязвимость детей грудного и младшего возраста предполагает, что обеспечение их питанием является приоритетной задачей. Предотвращение недоедания является таким же важным вопросом, как и ведение (лечение) острой недостаточности питания. От вмешательств в области обеспечения продовольственной безопас-

Концептуальная схема недостаточности питания



ности зависят питание и здоровье людей в краткосрочной перспективе, а также их существование и благополучие в долгосрочной перспективе.

Как правило, более важную роль в планировании продовольственного обеспечения и приготовлении пищи в домохозяйстве выполняют женщины. Вследствие чрезвычайной ситуации стратегии обеспечения средств к существованию домохозяйства могут измениться. Для повышения продовольственной безопасности на уровне домохозяйств важно четко понимать, кто и какие функции внутри семьи выполняет в отношении обеспечения питанием. При разработке соответствующих программ продовольственной помощи необходимо также учитывать особые потребности в пище беременных женщин, кормящих матерей, детей младшего возраста, пожилых людей и людей с ограниченными возможностями.

Более эффективное оказание помощи в ЧС в области обеспечения продовольственной безопасности и питания достигается за счет лучшей готовности. Надлежащая готовность – это возможности, взаимосвязи и знания, имеющиеся у правительств, гуманитарных организаций, местных организаций гражданского общества, общин и у каждого отдельного человека, позволяющие предвидеть и эффективно реагировать на воздействие существующей или возможной надвигающейся опасности. Основой готовности является анализ рисков, и она тесно связана с системами раннего предупреждения. Готовность включает планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах, складирование оборудования и запасов, службы неотложной помощи и резервные соглашения, обучение персонала, планирование обучения на уровне общин и проведения учений.

Основными рассматриваемыми в настоящем руководстве областями в рамках программ оказания помощи в ЧС по обеспечению продовольственной безопасности и питания являются кормление и питание детей грудного и младшего возраста, лечение острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов, продовольственная помощь, предоставление наличных денег и ваучеров, а также средства к существованию.

Связь с другими гл в ми

Многие стандарты, описанные в других главах, имеют непосредственное отношение к данной главе. Успех в осуществлении стандартов в одной области часто приводит к успеху и даже определяет его в других областях. Тесная координация действий и сотрудничество с другими секторами являются залогом благополучного осуществления программ по оказанию помощи. Для того, чтобы удовлетворить неотложные нужды, не допустить дублирования усилий и обеспечить наилучшее качество обеспечения продовольственной безопасности и программ питания,

необходима также координация усилий с местными властями и другими организациями, оказывающими помощь.

Приведенная концептуальная схема недостаточности питания (страница 169) определяет неудовлетворительные условия существования домохозяйства и не отвечающее требованиям медицинское обслуживание в качестве основных причин нарушения питания. Программы помощи, призванные предотвратить и скорректировать недостаточность питания, требуют осуществления минимальных стандартов как данной главы, так и минимальных стандартов водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH), организации временного жилья и медицинского обслуживания. Необходимо также обеспечить соблюдение базовых стандартов и принципов обеспечения безопасности. Для того чтобы обеспечить продовольственную безопасность и питание всех групп населения таким образом, чтобы были гарантированы их выживание и уважение человеческого достоинства, недостаточно осуществить только те стандарты, которые приводятся в данной главе настоящего руководства.

Там, где это необходимо, даются ссылки на конкретные стандарты и инструкции в других главах, а также на смежные и дополнительные стандарты.

Связь с принципами обеспечения защиты и базовыми минимальными стандартами

Для того чтобы соблюдать стандарты, описанные в данном руководстве, все гуманитарные организации должны руководствоваться настоящими принципами обеспечения безопасности, даже в случае отсутствия у них четких полномочий на обеспечение защиты или необходимой квалификации в этой области. Принципы обеспечения защиты не являются «безусловными», так как обстоятельства могут ограничивать степень, до которой гуманитарные организации способны их выполнять. Тем не менее принципы обеспечения защиты отражают универсальные цели, которым гуманитарные организации должны следовать неизменно.

Базовые стандарты – это важнейшие стандарты, касающиеся процесса оказания помощи и его участников, общие для всех секторов. Шесть базовых стандартов охватывают социально ориентированную гуманитарную помощь, координацию и сотрудничество, проведение оценки, организацию и оказание помощи, эффективность работы, транспарентность и обучение, а также эффективность работы участников оказания помощи. Они задают единый ориентир для подходов к решению задач, который лежит в основе всех остальных представленных в настоящем руководстве стандартов. В связи с этим для реализации стандартов, заданных в каждой посвященной тому или иному техническому аспекту главе,



должны совокупно применяться базовые стандарты. В частности, для обеспечения целесообразности и качества любой оказываемой помощи следует максимально задействовать пострадавшее население, включая группы и отдельных лиц, которые наиболее часто подвергаются опасности в чрезвычайных ситуациях.

Уязвимость и возможности пострадавшего населения

Данный раздел следует читать вместе с разделом, где изложены базовые минимальные стандарты, которые здесь раскрываются более подробно.

Важно понимать, что дети, старики, женщины, люди с ограниченными возможностями и ВИЧ-инфицированные являются уязвимыми и подвергаются повышенному риску не по определению, а в силу взаимодействия целого ряда факторов. Так, человек старше 70 лет, одинокий и больной, вероятно, будет в большей степени уязвим, нежели человек того же возраста и имеющий такое же слабое здоровье, но живущий в большой семье в достатке. Аналогичным образом трехлетняя девочка, оставшаяся без сопровождения взрослых, в гораздо большей степени уязвима, чем в случае, если бы она жила на попечении ответственных родителей.

При осуществлении стандартов продовольственной безопасности и питания анализ уязвимости и возможностей способствует тому, чтобы в ЧС на равноправной основе была предоставлена помощь имеющим право на ее получение и более всего нуждающимся в ней. Для этого необходимо хорошо знать местную обстановку и то, какое конкретное воздействие та или иная кризисная ситуация оказывает на определенные группы населения с учетом их ранее существовавшей уязвимости (например, крайняя бедность или дискриминация), возможные угрозы в плане личной безопасности (например, гендерное насилие, включая сексуальную эксплуатацию), заболеваемость и распространенность заболеваний (например, ВИЧ-инфекция или туберкулез), а также вероятность эпидемий (например, кори или холеры). ЧС может усугубить существовавшее ранее неравенство. Тем не менее очень важно способствовать поддержанию имеющихся у населения стратегий выживания, жизнеспособности и способности к восстановлению. Необходимо учитывать знания людей, их навыки и стратегии, а также обеспечивать им доступ к социальной, юридической, финансовой и психологической помощи. Помимо этого должны быть приняты во внимание различные физические, культурные, экономические и социальные барьеры и препятствия, с которыми они могут столкнуться при получении этих услуг на равноправной основе.

Ниже обозначены некоторые из ключевых областей, которые предусматривают, что права и возможности уязвимых групп населения оказываются приняты во внимание:

- ▶ Обеспечьте широкое участие населения, добившись того, чтобы в этот процесс были включены все репрезентативные группы населения, в особенности те, которые наименее заметные (например, лица с ограниченными возможностями передвижения или коммуникации, лица, живущие в учреждениях закрытого типа, подвергающаяся стигматизации молодежь и другие недостаточно представленные или непредставленные группы населения).
- ▶ При проведении оценки детализируйте данные с разбивкой по полу и возрасту (0–80+ лет). Это является важным элементом, предусматривающим, что сектор продовольственной безопасности и питания надлежащим образом учитывает разнообразные группы населения.
- ▶ Позаботьтесь о том, чтобы все члены общины без исключения были доступным способом уведомлены о своем праве на информацию о получении помощи



Миним альные ст нд рты

1. Оценк продовольственной безоп сности и пит ния

При острых кризисах и необходимости оказать экстренную помощь может быть достаточно провести быструю многосекторную оценку ситуации, позволяющую решить, необходимо ли немедленное вмешательство. Целью ее проведения является быстрое получение ясного представления о конкретной обстановке в данный момент времени. Вероятно, в дальнейшем потребуются проводить более полную оценку продовольственной безопасности и питания, которая потребует значительных затрат времени и средств. Проведение оценки является непрерывным процессом, в особенности в условиях продолжительного кризиса, и должно определять установление целей и задач и принятие решений в качестве элемента управления операциями по оказанию гуманитарной помощи.

В идеале оценки продовольственной безопасности и питания должны совмещаться и стремиться определить факторы, препятствующие достаточному питанию, а также то, какие вмешательства следует осуществлять, чтобы улучшить ситуацию в отношении наличия, доступа и оптимального употребления пищевых продуктов. Перечни контрольных вопросов для оценки приведены в приложениях: 1 Перечень контрольных вопросов для оценки продовольственной безопасности и средств к существованию; 2 Перечень контрольных вопросов для оценки безопасности в области обеспечения семенами; 3 Перечень контрольных вопросов для оценки питания.

Данные два стандарта оценки продовольственной безопасности и питания непосредственно связаны с базовым стандартом 3 (на странице 70) и всегда должны применяться при планировании и внедрении программ помощи в области продовольственной безопасности и питания.

Стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания: продовольственная безопасность

В тех случаях, когда люди подвергаются повышенному риску в отношении продовольственной безопасности, проводится оценка с использованием общепринятых методов в целях выяснения вида, степени и масштаба продовольственной необеспеченности, выявления лиц, пострадавших в наибольшей степени, и определения наиболее целесообразных мер реагирования.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Использовать методологию, соответствующую широко распространенным принципам проведения оценки, и подробно описать используемые методы в отчете об оценке (см. инструкцию 1).
- Д Собрать и проанализировать данные на начальной стадии проведения оценки (см. инструкцию 2).
- Д Проанализировать воздействие отсутствия продовольственной безопасности на состояние питания населения (см. инструкцию 4).
- Д При проведении оценки основываться на местных возможностях, включая официальные и неформальные институты власти, когда это возможно (см. инструкцию 9).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Исследованы продовольственная безопасность и средства к существованию отдельных лиц, домохозяйств и общин в целях определения задач в рамках программ по оказанию гуманитарной помощи (см. инструкции 3–9).
- Д Результаты оценки представлены в аналитическом отчете, включая четкие рекомендации в отношении действий, ориентированных на наиболее уязвимых индивидов и наиболее уязвимые группы населения (см. инструкции 1–10).
- Д Меры реагирования определяются неотложными потребностями населения в отношении продовольствия и имеют целью также защитить и поддерживать механизмы обеспечения средств к существованию (см. инструкцию 10).

Инструкции

1. **Методы оценки:** большое значение имеют определение области оценки и методы выборочного обследования, даже если они являются неформальными. Оценка продовольственной безопасности должна иметь четкие цели и осуществляться признанными во всем мире методами. Для обеспечения



надежности выводов их следует подтверждать данными, полученными из разнообразных источников информации (например, оценка урожайности, спутниковые фотографии и опросы домохозяйств). (см. базовый стандарт 3 на странице 70 и список литературы и дополнительных материалов).

2. **Источники информации:** во многих случаях имеется вторичная информация, касающаяся ситуации до наступления ЧС. Поскольку женщины и мужчины выполняют различные функции в обеспечении пищевого благополучия домохозяйства, эти данные по возможности должны быть представлены с разбивкой по половому признаку (см. базовый стандарт 70 на странице и приложение I: перечень контрольных вопросов для оценки продовольственной безопасности и средств существования).
3. **Наличие, доступ, потребление и использование продуктов питания:** (см. определения терминов «наличие, доступ и употребление продуктов питания» на странице 167). Потребление продуктов питания является показателем потребления энергии (калорий) и питательных веществ членами домохозяйств. При проведении этого вида оценки отсутствует необходимость определять фактическую энергетическую ценность (калорийность) пищи и состав питательных веществ. Изменение количества приемов пищи до и после ЧС может служить простым, но убедительным показателем изменений в отношении продовольственной безопасности. Количество видов пищевых продуктов, потребляемых индивидом или домохозяйством, и частота потребления за определенный период времени являются показателем пищевого разнообразия. Этот показатель является достаточно надежным, особенно в сочетании с социально-экономическим положением домохозяйства, а также с общей энергетической ценностью потребляемой пищи и качеством продуктов питания. Методы, позволяющие довольно точно определить структуру потребления продуктов питания и существующие проблемы, включают сезонные календари, показатели пищевого разнообразия домохозяйств, шкалу оценки продовольственной необеспеченности домохозяйств и показатели потребления продуктов питания.
4. **Отсутствие продовольственной безопасности и состояние питания:** отсутствие продовольственной безопасности является одной из трех основных причин недостаточного питания. Тем не менее из этого не следует, что это является единственной причиной недостаточности питания.
5. **Конкретные обстоятельства:** продовольственная необеспеченность может являться результатом действия целого ряда макроэкономических и структурных социально-политических факторов, как то: национальная и международная политика, процессы или институты, которые оказывают влияние на доступ пострадавшего от ЧС населения к достаточному в отношении питательной ценности питанию, а также на ухудшение усло-

вий местной окружающей среды. Такое состояние обычно определяется как хроническая необеспеченность продовольствием, т.е. долговременное состояние как следствие структурной уязвимости, которая может быть усугублена воздействием ЧС. Важными средствами анализа информации являются местные и региональные информационные системы продовольственной безопасности, включая системы раннего предупреждения об опасности голода и интегрированную классификацию стадий продовольственной безопасности.

6. **Анализ вмешательства:** продовольственная безопасность меняется в зависимости от имеющихся у населения средств к существованию, места его проживания, рыночных систем, доступа к местным рынкам, социального положения (включая пол и возраст), времени года, характера ЧС и оказываемой в связи с этим помощи. Основное внимание при проведении оценки должно быть направлено на то, каким образом пострадавшее население получало продовольствие и доход до начала ЧС и на то, как оно приспосабливается к ситуации в настоящее время. В районах перемещения населения необходимо также учитывать вопрос продовольственной безопасности населения, принимающего пострадавших. При проведении оценки следует также проводить анализ рынков, финансовых институтов или иных местных платежных механизмов в случае оказания помощи в виде наличных денег, а также учитывать каналы поставок продовольствия, в том числе и связанные с ними риски (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38). Это поможет оценить осуществимость вмешательств по оказанию продовольственной помощи или помощи в виде наличных денег, а также организацию надежных и эффективных систем поставок.
7. **Анализ рынка** должен быть частью предварительной оценки и всех последующих. В анализ рынка должны быть включены такие аспекты, как тенденции изменения цен, наличие основных товаров и услуг, воздействие ЧС на рыночные структуры и ожидаемый восстановительный период. Осведомленность относительно возможностей рынков обеспечивать занятость, продовольствие, предметы и услуги первой необходимости после ЧС помогут в организации своевременной, оправдывающей затраты и соответствующей помощи, способной положительно воздействовать на местную экономику. Рыночные системы могут не ограничиваться удовлетворением краткосрочных потребностей после ЧС, чтобы защитить средства к существованию, поставляя средства производства (семена, инструменты и т.д.) и поддерживая спрос в области занятости. По возможности следует разрабатывать программы по оказанию поддержки местным закупкам (см. стандарт 4 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкции 2–3 на странице 226, стандарт 1 продовольственной безопасности – средства к существованию, инструкция 7 на странице 250,



а также стандарт 3 продовольственной безопасности – средства к существованию, инструкция 2 на странице 256).

8. **Стратегии приспособления:** при проведении оценки и анализа необходимо рассматривать все возможные способы преодоления последствий ЧС, конкретных лиц, осуществляющих эти стратегии приспособления, где и насколько эффективно они осуществляются, а также характер отрицательного воздействия (если таковое имеет место). Рекомендуется применять такие инструменты, как указатель стратегий приспособления. Стратегии бывают разными, однако существуют четко определенные этапы приспособления. Существуют обычные, конструктивные стратегии приспособления, которым можно оказывать содействие, в то время как так называемые кризисные стратегии, могут нанести существенный ущерб продовольственной безопасности в будущем (продажа земли, вынужденная миграция целых семей и вырубка лесов). Некоторые способы приспособления, к которым прибегают или вынуждены прибегать женщины и девочки, могут иметь серьезные и отрицательные последствия для их здоровья, психологического благополучия и социальной интеграции. Стратегии приспособления могут также оказывать влияние на окружающую среду, например, в случае чрезмерной эксплуатации общественных природных ресурсов. При проведении оценки необходимо определить критический уровень средств к существованию, чтобы выбрать наиболее подходящую комбинацию вмешательств, обеспечивающих защиту и поддержку продовольственной безопасности до тех пор, пока не будут реализованы все не наносящие ущерба способы приспособления (см. принципы обеспечения защиты 1–2 на страницах 38–41).
9. **Анализ уязвимости с участием населения:** очень важным является полноценное участие на всех этапах проведения оценки различных групп мужчин и женщин и соответствующих местных организаций и учреждений. Программы должны опираться на опыт местного населения, основываться на потребностях и учитывать местные условия. В районах, подверженных частым стихийным бедствиям, или там, где возможны затяжные вооруженные конфликты, могут существовать системы раннего предупреждения, системы или сети чрезвычайного реагирования и планы действий на случай чрезвычайных ситуаций, которые следует включать в процесс проведения оценки. Очень важно, чтобы в разработке и осуществлении проекта принимали участие женщины (см. принципы обеспечения защиты 2–4 на страницах 41–47).
10. **Неотложные потребности и долгосрочное планирование:** вмешательства, имеющие целью удовлетворение неотложных потребностей в продовольствии, могут включать оказание продовольственной помощи и помощи в виде наличных денег и ваучеров. Эти мероприятия могут про-

водиться как отдельно, так и в комбинации с другими вмешательствами в области обеспечения средств к существованию. Несмотря на то, что удовлетворение неотложных потребностей и сохранение производственных активов должно всегда оставаться первоочередной задачей в начальный период кризиса, вмешательства необходимо планировать с учетом долгосрочной перспективы, в том числе с учетом воздействия изменения климата на экологическое восстановление пострадавшей от бедствия окружающей среды.

Стандарт 2 оценки продовольственной безопасности и питания: питание

В тех случаях, когда население подвергается повышенному риску недостаточного питания, проводится оценка с использованием признанных во всем мире методов, целью которой являются определение вида, степени и масштабов недостаточности питания, выявление лиц, пострадавших в наибольшей степени, и лиц, в наибольшей степени подвергающихся риску, а также определение надлежащих мер реагирования.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Собрать имеющиеся данные оценки, проведенной до наступления ЧС, и начальной оценки, уделяя особое внимание характеру и тяжести положения в области питания (см. инструкции 1–6).
- ▶ Выявить группы, наиболее нуждающиеся в помощи в области питания, и основные факторы, которые могут оказывать влияние на состояние питания (см. инструкции 1–2).
- ▶ Выяснить, необходимо ли проводить качественную или количественную оценку на уровне населения для того, чтобы более точно определить и знать антропометрический статус, содержание в пище микронутриентов, практику кормления детей грудного и младшего возраста, практику охраны материнства и связанные с этим факторы, которые могут стать причиной недостаточности питания (см. инструкции 1–2).
- ▶ Учесть мнения местной общины и других местных заинтересованных сторон относительно факторов, которые могут стать причиной недостаточности питания (см. инструкцию 7).
- ▶ Включить оценку национального и местного потенциала в целях осуществления управления и/или содействия оказанию помощи (см. инструкции 1 и 8).



- Использовать данные оценки питания для определения того, стабильна ли ситуация или положение ухудшается (см. инструкции 7–8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- При проведении антропометрической и неантропометрической оценки используются методы оценки и анализа, включающие стандартные показатели, в соответствии с общепринятыми принципами (см. инструкции 3–6).
- Результаты оценки представлены в аналитическом отчете, включая четкие рекомендации относительно действий, ориентированных на наиболее уязвимых индивидов и наиболее уязвимые группы населения (см. инструкции 3–6).

Инструкции

- Контекстуальная информация:** данные о причинах недостаточного питания могут быть получены из первичных и вторичных источников информации, как то: имеющиеся характеристики состояния здоровья и питания, отчеты о проведенных исследованиях, информация, касающаяся раннего предупреждения, картотеки медицинских учреждений, отчеты о продовольственной безопасности и опросы групп общины. В случае отсутствия данных, касающихся конкретных областей оценки или возможного вмешательства, следует обращаться к другим источникам информации, как то: медико-демографические обследования населения, многоиндексаторные кластерные исследования, иные национальные обследования состояния здоровья и питания, информационная система ВОЗ ситуационного анализа в области питания, информационная система ВОЗ о содержании витаминов и минеральных веществ в продуктах питания, база данных по сложным ЧС (CE-DAT), информационная система по питанию в кризисных ситуациях (NICS), национальные системы контроля за питанием, также число получивших помощь на тысячу человек населения за определенный период и охват в существующих программах лечения недостаточности питания. Там, где доступны репрезентативные данные, следует рассматривать скорее тенденции в состоянии питания за определенный период, нежели уровень распространения недостаточности питания в определенный момент (см. приложение 3: перечень контрольных вопросов для оценки питания). Оценка питания должна проводиться в рамках осуществления оценок более широкого масштаба, в частности тех, которые сосредоточены на вопросах общественного здравоохранения и продовольственной безопасности. Необходимо собирать информацию об уже осуществляемых вмешательствах в области питания, их оперативных возможностях, а также возможностях на национальном и местном уровне в области осуществления мер реагирования, что позволит выявить имеющиеся пробелы и направлять оказание помощи.

2. **Диапазон анализа:** всестороннюю оценку после проведения начальной оценки (см. базовый стандарт 3 на странице 70) следует проводить только в тех случаях, когда были выявлены пробелы в информации и когда требуется дополнительная информация, необходимая для принятия решений, оценки конечных результатов программы или для информационно-пропагандистских целей. Всесторонняя оценка питания предусматривает целый ряд методов оценки, включая антропометрические обследования, оценку практики кормления детей грудного и младшего возраста, обследования, касающиеся микронутриентов, а также причинно-следственный анализ. Можно также использовать системы контроля и мониторинга питания.
3. **Методы оценки:** при проведении оценки питания необходимо иметь ясные цели, использовать принятые во всем мире методы, выявлять уязвимых в отношении питания лиц и факторы, которые могут обуславливать недостаточное питание. Процесс оценки и анализа должен быть задокументирован и результаты представлены в своевременно составленном отчете в логичной и ясной форме. Для того, чтобы данные анализа взаимно дополнялись, были согласованными и сопоставимыми, необходимо применять объективные, репрезентативные методы проведения оценки, согласуя их с гуманитарными организациями и государственными инстанциями. При проведении широкомасштабной и охватывающей большие географические зоны и разнообразные технические области оценки для наибольшей эффективности следует применять подход с привлечением к участию учреждений и агентств различного профиля.
4. **Антропометрические обследования** являются репрезентативными, охватывающими разные группы обследованиями, которые основаны на случайных выборках и всестороннем скрининге. Антропометрические обследования позволяют оценить уровень распространения недостаточности питания (хронической и острой). Они должны давать в первую очередь Z-показатель соотношения «масса тела – рост» в соответствии со стандартами ВОЗ (см. приложение 4: измерение острой недостаточности питания). Можно также указывать Z-показатель соотношения «масса тела – рост» в соответствии со стандартами Национального центра медико-санитарной статистики (НЦМС), что позволит провести сравнение с результатами прошлых обследований. В антропометрические обследования следует также включать показатели истощения и истощения тяжелой формы, замеряемые по окружности середины плеча (MUAC – ОСП). Оценку и регистрацию алиментарной дистрофии (голодный отек) следует проводить отдельно. Должны быть отмечены доверительные интервалы в отношении распространенности недостаточности питания и обеспечена гарантия качества обследования. Это можно сделать, используя существующие инструменты и средства (например, методические руководства и инструменты Стандартизированной системы мониторинга и оценки оказания помощи в ЧС и в переходный период (SMART) или компьютерная программа



ENA (оценка питания в ЧС) и компьютерная программа EpiInfo). Наиболее распространенный способ заключается в оценке степени недостаточности питания у детей в возрасте от 6 до 59 месяцев в качестве индикативного показателя для всего населения. Однако в тех случаях, когда наиболее пострадавшими или наиболее уязвимыми с точки зрения питания могут быть другие группы населения, необходимо поставить вопрос о проведении оценки (см. приложение 4: измерение острой недостаточности питания).

5. **Неантропометрические показатели:** важное значение имеют также данные, дополняющие антропометрические измерения, однако к ним следует относиться с осторожностью и ограничивать при включении в антропометрические обследования во избежание снижения качества обследования. К таким показателям относятся уровень охвата иммунизацией (особенно против кори), добавка витамина А, дефицит микронутриентов, а также показатели ВОЗ кормления детей грудного и младшего возраста (IYCF). Там, где это уместно, можно измерять общий коэффициент смертности и коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет.
6. **Дефицит микронутриентов:** в случае, если в период, предшествующий ЧС, население страдало от дефицита витамина А, йода или железодефицитной анемии, можно предположить, что эта проблема осложнится вследствие ЧС. Существует вероятность вспышки пеллагры, авитаминоза (бери-бери), цинги или других видов дефицита микронутриентов, что следует принимать во внимание при планировании и анализе проводимых оценок. Наличие людей, страдающих от одной из этих болезней, в лечебном центре может служить свидетельством недостаточного питания, и, по всей вероятности, может характеризовать состояние всего населения в целом. Оценка дефицита микронутриентов может быть прямой и опосредованной. Опосредованная оценка включает определение потребления питательных веществ на уровне населения и экстраполирование риска дефицита путем анализа имеющихся данных, касающихся доступа, наличия и употребления продуктов питания (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 175), а также посредством проведения оценки достаточности рациона питания (см. стандарт 1 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на странице 213). Прямая оценка, где это осуществимо, включает определение клинически выраженного или скрытого дефицита микронутриентов у отдельных пациентов или в выборочной группе населения, например, измерение в ходе обследования гемоглобина, в соответствии с чем распространенность анемии может быть использована в качестве индикативного показателя дефицита железа.
7. **Анализ уровней недостаточности питания:** для того, чтобы определить, требуется ли вмешательство при тех или иных уровнях недостаточности питания, необходимо провести анализ конкретной ситуации в свете численности

и плотности обследуемого населения и коэффициентов заболеваемости и смертности (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания, инструкция 3 на странице 372). Необходимо также учитывать показатели здоровья, сезонные колебания, показатели кормления детей грудного и младшего возраста, уровни недостаточности питания в период до ЧС, уровни дефицита микронутриентов (см. приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения), долю тяжелой острой недостаточности питания относительно общей острой недостаточности питания и другие факторы, влияющие на основные причины недостаточного питания. Вероятно, наиболее экономичным способом ведения наблюдения за тенденциями является использование нескольких дополняющих друг друга информационных систем. Везде, где это возможно, следует привлекать местные организации и население к участию в проведении мониторинга, анализе полученных результатов и в планировании любых программ помощи. Желательно применять методы принятия решений и подходы, которые учитывают различные параметры, включая продовольственную безопасность, средства к существованию и состояние здоровья и питания (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания, инструкция 5 на странице 176).

8. **Принятие решений:** результаты проведенной оценки должны определять решения, принимаемые в отношении вмешательств, направленных на организацию ведения недостаточности питания. Для принятия решений, касающихся общего распределения продовольственной помощи или других профилактических или неотложных лечебных вмешательств в критической стадии чрезвычайной ситуации, отсутствует необходимость дожидаться результатов всесторонней оценки. В местах проведения оценки ее результаты должны использоваться для осуществления практических действий. Решения должны приниматься на основе понимания феномена недостаточности питания, как он определен в концептуальной схеме, результатов оценки питания и имеющихся возможностей для оказания помощи.



2. Кормление детей грудного и младшего возраста

Не отвечающая всем необходимым требованиям практика кормления детей грудного и младшего возраста (IYCF) повышает уязвимость в отношении недостаточного питания, болезней и смерти. Эта опасность возрастает в условиях ЧС, и в наибольшей степени уязвимыми оказываются маленькие дети. Оптимальные виды практики кормления, которые максимально повышают выживаемость и снижают заболеваемость у детей в возрасте до 24 месяцев, — это начало исключительно грудного вскармливания на самом раннем этапе, вскармливание исключительно грудью в течение 6 месяцев, продолжение вскармливания грудью до 24 месяцев и более, а также введение в рацион надлежащего, соответствующего и безопасного прикорма в 6-месячном возрасте.

Кормление детей грудного и младшего возраста (IYCF) предусматривает вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей в питании как вскармливаемых грудным молоком, так и не вскармливаемых грудным молоком младенцев и детей младшего возраста. В первую очередь необходимо всячески поддерживать и поощрять грудное вскармливание, минимизировать риски, связанные с искусственным питанием и вводить приемлемое безопасное дополнительное питание. Особого внимания требуют грудные дети и дети младшего возраста, находящиеся в крайне сложных условиях, как то: группы населения, в которых распространена ВИЧ-инфекция, сироты, младенцы с низкой массой тела при рождении и дети с недостаточностью питания тяжелой формы. Охрана и поддержка физического и психического здоровья и здорового питания матерей в период беременности и кормления грудью имеют очень важное значение для благополучия матери и ребенка. Необходимо также учитывать особые потребности лиц, осуществляющих уход за детьми: дедушек и бабушек, одиноких отцов или братьев/сестер. Для надлежащего и своевременного удовлетворения более широких потребностей в питании детей грудного и младшего возраста и их матерей необходимо участие всех секторов. Кормление детей грудного и младшего возраста (IYCF) является составной частью многих стандартов, представленных в данной главе, и включено также в другие главы.

Стандарт 1 кормления детей грудного и младшего возраст : стратегическое руководство и координация деятельности

Обеспечена защита практики безопасного и надлежащего кормления детей грудного и младшего возраста для населения посредством осуществления основных руководящих принципов и тесного взаимодействия.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Содействовать выполнению положений Операционных правил в отношении питания детей грудного и младшего возраста при ЧС (IFE) и Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (ЗГМ), а также последующих соответствующих резолюций, принятых Всемирной ассамблеей здравоохранения (БАЗ), известных под общим названием как Свод правил (см. инструкции 1–2).
- Д Воздерживаться от просьб о предоставлении в виде пожертвований или получения заменителей грудного молока, иных молочных продуктов, бутылок и сосок на бутылки (см. инструкцию 2).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Существует национальная стратегия и/или стратегический план действий гуманитарной организации, касающийся решения вопросов кормления детей грудного и младшего возраста с учетом Операционных правил в отношении питания детей грудного и младшего возраста при ЧС (IFE) (см. инструкцию 1).
- Д Для каждой ЧС учрежден главный координационный орган по вопросам кормления детей грудного и младшего возраста (см. инструкцию 1).
- Д Учрежден орган, занимающийся вопросами предоставления в виде пожертвований заменителей грудного молока (ЗГМ), иных молочных продуктов, бутылок и сосок на бутылки (см. инструкцию 2).
- Д Ведется мониторинг и регистрация нарушений Свода правил (см. инструкции 1–2).

Инструкции

1. **Стратегическое руководство, координация деятельности и информирование:** к числу документов, содержащих основные руководящие указания, касающиеся организации программ чрезвычайной помощи, принадлежат Операционные правила в отношении питания детей грудного и младшего



возраста при ЧС (IFE) и Свод правил. Дополнительные руководства приводятся в прилагаемом списке литературы и дополнительных материалов. Резолюция ВАЗ 63.23 (2010) призывает государства-члены обеспечить, чтобы национальные и международные планы обеспечения готовности и ответные меры при ЧС соответствовали Операционным правилам в отношении питания детей грудного и младшего возраста при ЧС (IFE). Обеспечение готовности к ЧС включает выработку стратегии, информирование населения и организацию обучения в области питания детей грудного и младшего возраста при ЧС, а также определения источников поставок, соответствующих Своду правил сбыта ЗМГ и дополнительного питания (прикорма). Для каждой ЧС должен быть учрежден главный координационный орган в области кормления детей грудного и младшего возраста. Для обеспечения подотчетности предоставляемой помощи рекомендуется проводить мониторинг и регистрацию нарушений Свода правил. Предоставление в пресс-релизах, а также пострадавшему населению в ясной и понятной форме соответствующей информации, имеет большое значение для повышения эффективности осуществляемого вмешательства.

2. **Обращение с молоком и молочными продуктами:** молоко и молочные продукты должны быть исключены из нецелевых поставок продуктов питания (см. стандарт 2 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкция 5 на странице 221). Назначение и ведение искусственного питания должны осуществляться в соответствии с Операционными правилами в отношении питания детей грудного и младшего возраста при ЧС (IFE) и Сводом правил сбыта ЗМГ, желательно под руководством учрежденного координационного органа в области кормления детей грудного возраста при ЧС. В чрезвычайной ситуации следует воздерживаться от просьб о предоставлении в виде пожертвований или получения заменителей грудного молока, молочных продуктов, бутылок и сосок для бутылок. В тех случаях, когда такие пожертвования все же поступают, их следует передавать под контроль специально учрежденного для этой цели органа, а управление ими должно осуществляться в соответствии с решениями координационного органа в области кормления детей грудного возраста при ЧС.

Стандарт 2 кормления детей грудного и младшего возраст : обеспечение общей и квалифицированной помощи

Матери детей грудного и младшего возраста и лица, осуществляющие за ними уход, имеют доступ к своевременной и надлежащей помощи в области кормления, сводящей до минимума риски и обеспечивающей достижение наилучших результатов в отношении питания, охраны здоровья и выживания.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Осуществлять комплексные многосекторные вмешательства для обеспечения защиты и поддержки практики безопасного и надлежащего кормления детей грудного и младшего возраста (см. инструкцию 1).
- ▶ Обеспечить в первую очередь доступ беременных и кормящих грудью женщин к продовольственной помощи, помощи в виде наличных денег и/или ваучеров и к другим видам предоставляемой помощи (см. инструкцию 1).
- ▶ Включать квалифицированное консультирование в области грудного вскармливания в целевые программы помощи для беременных и кормящих грудью женщин и детей в возрасте 0–24 месяцев (см. инструкции 2–7).
- ▶ Оказывать целенаправленно содействие матерям всех новорожденных с тем, чтобы они с самого начала кормили своих детей исключительно грудью (см. инструкцию 3).
- ▶ Оказывать содействие практике своевременного, безопасного и адекватного прикармливания (см. инструкцию 5).
- ▶ Обеспечить матерям, детям которых требуется искусственное питание, и лицам, осуществляющим уход за такими детьми, доступ к соответствующим заменителям грудного молока (ЗГМ) в достаточном количестве, а также к оказываемой в связи с этим помощи (см. инструкцию 6).
- ▶ Уделять особое внимание вопросам обеспечения питания детей грудного и младшего возраста, находящихся в крайне сложных условиях (сироты, дети с недостаточностью питания тяжелой формы, младенцы с низкой массой тела при рождении и дети, затронутые ВИЧ-инфекцией) (см. инструкции 4–7).



Ключевые пок з тели (читать вместе с инструкциями)

- Д Измерение стандартных показателей ВОЗ в отношении раннего начала грудного вскармливания, исключительного грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни и продолжения грудного вскармливания детей в возрасте одного и двух лет (см. инструкции 2–3, 5–6).
- Д Лица, осуществляющие уход за детьми, имеют доступ к своевременному, надлежащему, питательному и безопасному прикорму для детей в возрасте от 6 до 24 месяцев (см. инструкции 5–6).
- Д Кормящие грудью матери имеют доступ к квалифицированной помощи в области грудного вскармливания (см. инструкции 1–3).
- Д Для детей, которым требуется искусственное питание, обеспечен доступ к соответствующим заменителям грудного молока, отвечающим требованиям Свода правил, и к предоставляемой в связи с этим помощи (см. инструкцию 5).

Инструкции

1. *Простые меры и основные вмешательства* необходимы для обеспечения защиты и поддержки практики кормления детей грудного и младшего возраста (IYCF). Следует обращать должное внимание и тщательно изучить сообщения о затруднениях, касающихся грудного вскармливания, прикармливания и/или практики искусственного питания детей в возрасте 0–24 месяцев. Экстренную помощь необходимо оказывать детям, которых не кормят грудью. В первую очередь следует оказывать помощь матерям, лицам, осуществляющим уход, беременным и кормящим грудью женщинам, чтобы удовлетворить их неотложные насущные потребности. Необходимо регистрировать домохозяйства, где есть дети в возрасте до двух лет, и кормящих грудью матерей всех новорожденных детей и включать их в программы продовольственной безопасности, чтобы обеспечить их доступ к достаточному питанию. Специальные приюты для матерей и лиц, осуществляющих уход за детьми, могут обеспечить доступ к помощи, организованной по принципу «равный помогает равному», и другим основным видам помощи в области кормления детей грудного и младшего возраста (IYCF). Поддержка практики грудного вскармливания должна быть с самого начала включена в систему предоставления таких основных услуг, как охрана репродуктивного здоровья, первичная медико-санитарная помощь, психосоциальная помощь и избирательные программы питания.
2. *Беременные и кормящие грудью женщины*: недостаточное потребление питательных веществ беременными и кормящими грудью женщинами чревато осложнениями беременности, смертью матери при родах, рождением детей с низкой массой тела и ухудшением состояния питания матерей, приводящим к снижению содержания некоторых питательных веществ в грудном молоке.

Низкая масса тела матери при зачатии напрямую связана с низкой массой тела ребенка при рождении, что особенно характерно при беременности в подростковом возрасте. Беременные и кормящие грудью женщины должны ежедневно получать добавки, обеспечивающие суточную потребность во многих микронутриентах, чтобы поддерживать их запасы в материнском организме и выработку достаточного количества грудного молока, независимо от того получают они усиленный рацион питания или нет. В случае, если женщины уже получали добавки, содержащие железо и фолиевую кислоту, то следует продолжать их давать. Женщины также должны получать в течение 6 – 8 недель после родов витамин А. Дозировка и сроки приема микронутриентов должны определяться в соответствии с международными рекомендациями. Существует вероятность того, что потребуются направление для получения психосоциальной помощи, в особенности, когда речь идет о травмированном населении. Важной мерой является оказание поддержки обеспечению питания матерей подросткового возраста, однако, вероятно, более эффективным способом снижения числа случаев рождения детей с низкой массой тела служат программы по предупреждению беременности в подростковом возрасте.

3. **Раннее начало исключительно грудного вскармливания** (в течение часа после рождения) является приоритетной мерой охраны здоровья матери и ребенка. Постоянный телесный контакт сразу же после родов и раннее начало исключительно грудного вскармливания особенно благотворны для младенцев с низкой массой тела при рождении и их матерей (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания - охрана здоровья детей, инструкция 1 на странице 387).
4. **Грудное вскармливание:** при исключительно грудном вскармливании ребенок получает только грудное молоко и не получает воды, других жидкостей или твердой пищи, за исключением необходимых добавок микронутриентов или лекарственных средств. Это обеспечивает в течение первых шести месяцев жизни безопасность снабжения организма ребенка питательными веществами и жидкостями и активную иммунную защиту. Грудное вскармливание предохраняет от опасностей также младенцев и детей более старшего возраста, особенно в условиях неудовлетворительного состояния водоснабжения, санобеспечения и гигиены, поэтому следует продолжать кормить детей грудью до 24 месяцев и больше. Следует убеждать в пользе грудного вскармливания матерей, семьи, общины и работников здравоохранения, поскольку доверие к этой практике может быть подорвано вследствие возникновения экстремальных чрезвычайных ситуаций. Необходимо планировать вмешательства и выделять ресурсы для оказания квалифицированной помощи в области грудного вскармливания при работе в более сложных условиях, когда, например, население находится в состоянии стресса, в случаях острой недостаточности питания у грудных детей в возрасте до 6 месяцев (см. стандарт 2 ведения



острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов на странице 198), среди населения, где распространена практика смешанного вскармливания, и в случаях вскармливания грудных детей в условиях ВИЧ-инфекции (см. инструкцию 7).

5. **Прикармливание**– это питание в дополнение к грудному молоку (или в дополнение к заменителям грудного молока, если ребенка не кормят грудью), которое дают ребенку по достижении им 6-месячного возраста. В период прикармливания (6 - 24 месяцев) грудное вскармливание по-прежнему в значительной мере обеспечивает безопасность снабжения организма ребенка питательными веществами и жидкостями. Младенцы, которых не кормят грудью, нуждаются в прикорме для возмещения нехватки питательных веществ. Для поддержки практики прикармливания необходимо включать эти вопросы в программы продовольственной безопасности. В тех случаях, когда население зависит от продовольственной помощи, в общий рацион питания необходимо включать соответствующие продукты питания с повышенным содержанием микронутриентов; может потребоваться поголовное обеспечение дополнительным питанием. Для различных чрезвычайных ситуаций необходимо выработать четкие критерии включения, использования и продолжительности применения пищевых добавок на основе липидов в течение периода прикармливания. Готовое к употреблению терапевтическое питание не является прикормом. При распределении прикорма следует одновременно предоставлять практические рекомендации и демонстрировать способы приготовления. Добавки микронутриентов, включая витамин А, следует применять в соответствии с новейшими рекомендациями. Младенцам с низкой массой тела при рождении и детям младшего возраста полезны добавки, содержащие железо. В районах, где распространена малярия, добавки, содержащие железо, следует давать анемичным детям с дефицитом железа в организме, принимая одновременно соответствующие меры по борьбе с малярией.
6. **Искусственное кормление**: необходимо на раннем этапе выявлять детей, которых не кормят грудью, и при участии квалифицированных специалистов определять возможные виды их кормления. В тех случаях, когда материнское грудное вскармливание невозможно, важное значение имеет донорское грудное молоко, в частности практика кормления грудью чужого ребенка, особенно при кормлении детей младшего возраста и детей с низкой массой тела при рождении. Там, где показано искусственное кормление, матери и лица, осуществляющие уход за детьми, должны иметь гарантированный доступ к соответствующим заменителям грудного молока (ЗГМ) в достаточном количестве и в течение всего периода, когда это требуется (до достижения грудными детьми как минимум 6-месячного возраста), а также доступ к соответствующей связанной с этим помощи и поддержки (снабжение водой, снабжение топливом, оборудование для хранения, мониторинг роста, медицинское обслуживание, сроки). Следует содействовать тому, чтобы дети в

возрасте до 6 месяцев, получающие смешанное кормление, переводились на исключительно грудное вскармливание. Не следует пользоваться бутылочками для кормления ввиду того, что их трудно очищать. В рамках программ поддержки искусственного питания следует проводить мониторинг принятой в общине практики кормления детей грудного и младшего возраста, применяя стандартные показатели, чтобы обеспечить надлежащую практику грудного вскармливания. Необходимо осуществлять контроль за заболеваемостью на индивидуальном и популяционном уровнях, обращая особое внимание на диарею. Детям в возрасте до 6 месяцев, которых не кормят грудью, следует давать добавки, содержащие витамин А, малыми дозами.

7. **ВИЧ-инфекция и кормление детей грудного возраста:** первоочередной целью при выборе вида кормления детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, является максимальное повышение выживаемости детей, не инфицированных ВИЧ. Согласно рекомендациям населению в области кормления детей грудного и младшего возраста (см. инструкции 3-5), матерям с неустановленным или отрицательным ВИЧ-статусом следует рекомендовать грудное вскармливание и оказывать им в этом содействие. У ВИЧ-инфицированных матерей сочетание терапии антиретровирусными препаратами с грудным вскармливанием может значительно снизить риск передачи ВИЧ в послеродовой период. Следует уделять первостепенное внимание ускоренному получению антиретровирусных препаратов (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания - сексуальное и репродуктивное здоровье на странице 393). В условиях ЧС риски для детей, получающих заместительное питание, значительно возрастают. Это означает, что грудное вскармливание способно значительно повысить выживаемость детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, а также выживаемость ВИЧ-инфицированных грудных детей, в том числе и там, где еще недоступны антиретровирусные препараты. Грудным детям, которым уже назначено заместительное питание, необходима срочная помощь по обеспечению искусственного питания (см. инструкцию 6).



3. Ведение острой недостаточности питания и дефицит микронутриентов

Острая недостаточность питания и дефицит микронутриентов связаны с повышенным риском заболеваний и смертности среди пострадавшего населения. В связи с этим при высоком уровне распространения или риске недоедания необходимо обеспечить доступ к услугам, которые корректируют и предотвращают недостаточность питания. Эффективность этих услуг окажется значительно меньше, если устранение основных причин недостаточного питания не будет осуществляться одновременно через другие вмешательства в области здравоохранения, водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены (WASH), продовольственной помощи и продовольственной безопасности.

Проблема умеренной острой недостаточности питания может быть решена разными способами. В чрезвычайной ситуации главным методом предупреждения и ведения умеренной острой недостаточности питания и тяжелой острой недостаточности питания часто является дополнительное питание. Оно может предоставляться всем без исключения или быть целевым, в зависимости от степени недостаточности питания, уязвимых групп населения и опасности роста недостаточности питания. Показатели стандарта 1 ведения острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов относятся главным образом к целевому дополнительному питанию. Хотя точно определенные показатели воздействия обеспечения дополнительным питанием всех без исключения отсутствуют, большое значение имеют мониторинг охвата, приемлемость и предоставляемые рационы.

Тяжелая острая недостаточность питания требует терапевтического ухода, который можно осуществлять различными способами. Там, где позволяют условия, предпочтительным способом ведения острой недостаточности питания является осуществление ухода силами общины. Программы лечения тяжелой острой недостаточности должны включать мобилизацию общины (в том числе эффективную систему информирования, активное выявление случаев заболевания, направление к специалистам и последующее наблюдение), амбулаторное лечение

тяжелой острой недостаточности без осложнений медицинского характера и стационарное лечение лиц, у которых наблюдаются осложнения, а также детей младшего возраста.

Выявление дефицита микронутриентов во многих случаях затруднительно. Достаточно легко распознаются клинические признаки тяжелой недостаточности, однако гораздо более серьезным бременем для здоровья и выживания может быть бессимптомная недостаточность микронутриентов. Там, где отмечался ранее и продолжает отмечаться высокий уровень распространения дефицита микронутриентов у населения, можно предположить, что положение усугубится вследствие ЧС. Проблему дефицита микронутриентов следует решать путем осуществления охватывающих все население вмешательств и проведения индивидуального лечения.

Стандарт 1 ведения острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов: умеренная острая недостаточность питания

Предпринимаются меры для решения проблемы умеренной острой недостаточности питания.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ С самого начала определить четко заданные и согласованные стратегии, цели и критерии в отношении начала и завершения осуществляемых вмешательств (см. инструкцию 1).
- ▶ С самого начала максимально увеличить доступ и степень охвата программы путем привлечения к участию населения (см. инструкцию 2 и базовый стандарт 1 на странице 62).
- ▶ Включение тех или иных лиц в проводимые программы и выведение из них осуществлять на основании проведения оценки в соответствии с национальными и международными нормами антропометрических измерений (см. инструкции 3–4 и приложение 4: измерение острой недостаточности питания и приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения).
- ▶ По возможности обеспечить взаимодействие программ ведения умеренной острой недостаточности питания с программами ведения тяжелой острой недостаточности питания и с существующими структурами здравоохранения (см. инструкции 5–6).
- ▶ Предоставлять дополнительное питание в виде сухих пайков или соответствующего готового к употреблению питания, за исключением тех случаев,



когда существуют неоспоримые причины для организации питания на месте (см. инструкцию 8).

- Д Выяснять причины прерывания лечения и неэффективности лечения и принимать соответствующие меры (см. инструкции 5–6).
- Д Обеспечить кормление детей грудного и младшего возраста (IYCF), уделяя особое внимание защите, поддержке и внедрению практики грудного вскармливания (см. инструкцию 7).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

Данные показатели относятся в первую очередь к группе детей в возрасте 6–59 месяцев, хотя в осуществляемую программу могут входить и другие возрастные группы.

- Д Более 90% целевой группы населения находятся в пределах менее одного дня ходьбы пешком - в обоих направлениях - (включая время на лечение) от центра, работающего по программам распределения сухих пайков дополнительного питания, и не более одного часа ходьбы до пункта, работающего по программам дополнительного питания на месте (см. инструкцию 2).
- Д Степень охвата населения в сельской местности составляет >50%, в городской местности >70%, а в лагерях временного размещения >90% (см. инструкцию 2).
- Д Доля лиц, выбывших из целевых программ дополнительного питания по причине смерти, составляет <3%, вследствие выздоровления - >75%, а прервавших лечение - <15% (см. инструкцию 4).

Инструкции

1. **Организация программы** должна основываться на понимании сложности и динамики развития ситуации в области питания. Предоставление дополнительного питания может быть целевым и поголовным. Выбор одного из этих двух подходов должен зависеть от степени острой недостаточности питания и количества людей, обслуживаемых за определенный период, опасности роста недостаточности питания, возможности осуществлять скрининг и мониторинг обслуживаемого населения с использованием норм антропометрических измерений, а также наличия ресурсов и доступа к пострадавшему населению. Целевое дополнительное питание обычно требует больше времени и усилий для проведения скрининга и мониторинга людей с острой недостаточностью питания, но меньшего количества продовольствия, в то время как для предоставления дополнительного питания всему населению поголовно не требуется такая высокая квалификация персонала, но зато требуется большее количество продовольствия. Эффективная мобилизация общины обеспечит осведомленность населения и эффек-

тивность осуществляемой программы. Важно обеспечить взаимодействие программы с осуществлением терапевтического ухода, структурами системы здравоохранения, сетями оказания помощи больным ВИЧ/СПИДом и туберкулезом (ТБ), а также с программами продовольственной безопасности, включая продовольственную помощь и помощь в виде наличных денег или ваучеров. Пострадавшее население следует привлекать к участию в принятии решения относительно местоположения пунктов питания. Следует также обеспечить доступ к пунктам питания уязвимым группам населения, у которых могут возникнуть затруднения с доступом к пункту питания. С самого начала необходимо позаботиться о разработке стратегии завершения программы или планах продолжения оказания помощи в долгосрочной перспективе.

2. **Охват населения** - это отношение числа тех, кто нуждается в лечении, к числу тех, кто его в действительности получает. На уровень охвата могут оказать влияние такие факторы, как приемлемость программы для населения, обеспечение безопасности, расположение пунктов питания и доступ к ним, частота выдачи продуктов питания, время ожидания, качество обслуживания, степень мобилизации населения, частота посещений на дому и уровень скрининга, а также согласование критериев допуска к программе. Пункты питания должны располагаться недалеко от целевых групп населения, чтобы снизить риски и затраты, связанные с необходимостью передвижения на большие расстояния с маленькими детьми, и риск, связанный с перемещением населения к ним. Методы измерения степени охвата населения различны по степени надежности и виду получаемых данных. Используемый метод должен быть указан в отчете. При решении вопроса о том, какой метод наиболее приемлем для той или иной ситуации, необходимо обращаться к действующим руководствам. Оценку степени охвата населения следует рассматривать как инструмент управления, а не проводить в конце фазы оказания чрезвычайной помощи.
3. **Критерии допуска к программе:** помимо лиц, которые подпадают под определение страдающих острой недостаточностью питания в соответствии с антропометрическими измерениями, другие категории людей также могут рассчитывать на получение дополнительного питания, как то: люди, живущие с ВИЧ, или больные ТБ, выбывшие из программы (чтобы избежать рецидива), лица, имеющие другие хронические заболевания, а также люди с ограниченными возможностями. Для того чтобы включить эти категории населения в программу, необходимо скорректировать соответствующим образом системы мониторинга и отчетности.
4. **Критерии выбытия из программы** должны соответствовать национальным нормативам, а там, где отсутствуют национальные, - международным;



их следует указывать в отчете о показателях эффективности программы (см. инструкцию 5).

5. *Показатели эффективности программы* касаются лиц, выбывших из программы по окончании лечения. Общее число выбывших из программы состоит из тех, кто излечился, умер, прервал лечение или не излечился. Лица, которые были направлены в учреждения, где оказываются дополнительные услуги (например, в учреждения здравоохранения), это лица, которые не завершили лечение, и будут либо продолжать лечение, либо вернуться для продолжения лечения позднее. Лица, переведенные в другие центры, это лица, которые не завершили лечение, и не должны включаться в показатели эффективности программы. Показатели, касающиеся эффективности программы, следующие:

Доля лиц, выбывших из программы к излеченным =

$$\frac{\text{число излеченных}}{\text{общее число выбывших}} \times 100\%$$

Доля лиц, выбывших из программы к умершим =

$$\frac{\text{число умерших}}{\text{общее число выбывших}} \times 100\%$$

Доля лиц, выбывших из программы к прервавшим лечение =

$$\frac{\text{число прервавших лечение}}{\text{общее число выбывших}} \times 100\%$$

Доля лиц, выбывших из программы к неизлеченным =

$$\frac{\text{число неизлеченных}}{\text{общее число выбывших}} \times 100\%$$

Лица, включенные в программу после завершения ими курса терапевтического ухода, должны быть представлены в отчете отдельной категорией во избежание «улучшения» показателя излечения. Не следует исключать из отчета об эффективности программы детей с острой недостаточностью питания, связанной с инвалидностью, расщелиной нёба или проблемами хирургического характера и т.д. Основной группой при составлении отчета являются дети в возрасте от 6 до 59 месяцев. В дополнение к показателям, перечисленным выше, при анализе эффективности программы следует систематически проводить мониторинг участия населения, приемлемости программы для населения (достаточно надежным показателем этого является уровень прерывания лечения и степень охвата), количества и качества предоставляемых продуктов питания, охвата населения, причин перевода

в другие программы (в особенности детей, состояние питания которых ухудшается до тяжелой острой недостаточности питания) и числа лиц, включаемых в программу и проходящих лечение. Следует также учитывать внешние факторы, такие как тип заболевания, уровни недостаточности питания населения, степень продовольственной необеспеченности домохозяйств и населения, доступ населения к дополнительным программам помощи (включая общее распределение продовольствия среди населения или равнозначные программы) и способность существующих систем оказывать услуги. Необходимо регулярно исследовать причины прерывания лечения и отсутствия соответствующего ответа на лечение.

6. **Вопросы здравоохранения:** Целевые программы дополнительного питания – это место, где может проводиться скрининг и направление больных к врачам-специалистам. Эти программы должны учитывать возможности существующих служб здравоохранения и обеспечить надлежащее предоставление антигельминтных средств, добавок, содержащих витамин А, добавок железа и фолиевой кислоты одновременно со скринингом и лечением малярии, добавок цинка для лечения диареи, а также проведение иммунизации (см. стандарт 2 борьбы с инфекционными заболеваниями на странице 376 и стандарты 1-2 охраны здоровья детей на страницах 384-386). В районах широкой распространенности ВИЧ-инфекции должен быть обеспечен доступ к тестированию на ВИЧ и профилактическому лечению, и особое внимание следует обращать на качество и количество продуктов, входящих в рацион дополнительного питания.
7. **Кормящие грудью матери** дети с острой недостаточностью питания в возрасте до 6 месяцев должны быть включены в программу дополнительного питания независимо от состояния питания матерей. Матери с умеренной острой недостаточностью питания могут успешно кормить грудью, и им необходимо предоставлять соответствующую помощь для обеспечения удовлетворительного состояния их питания. Матери должны получать продукты дополнительного питания, квалифицированную помощь, касающуюся практики исключительно грудного вскармливания, и консультирование по вопросам безопасного, питательного и эффективного прикармливания. Грудных детей в возрасте до 6 месяцев с острой недостаточностью питания следует направлять соответствующим образом в программу оказания квалифицированной помощи в области грудного вскармливания и при необходимости на стационарное лечение.
8. **Рационы:** выдача сухих пайков или готового к употреблению питания раз в неделю или раз в две недели предпочтительнее организации питания на месте, однако при определении размера и состава пайка следует учитывать обеспеченность домохозяйства продовольствием и вероятность того, что им будут делиться. Следует предоставить ясные инструкции, касающиеся



приготовления и хранения продуктов дополнительного питания в гигиенических условиях и того, каким образом и когда следует их употреблять (см. стандарт 6 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкция 1 на странице 237), а также информировать о важности продолжения грудного вскармливания детей в возрасте до 24 месяцев. Программу, возможно, придется соответствующим образом приспосабливать для удовлетворения особых потребностей лиц, относящихся к категории уязвимых, таких как лица с ограниченной подвижностью.

Стандарт 2 ведения острой недостаточности питания и дефицит микронутриентов: тяжелая острая недостаточность питания

Принимаются меры по решению проблемы тяжелой острой недостаточности питания.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ С самого начала определить четко заданные и согласованные критерии, касающиеся организации услуг или укрепления уже существующих служб, а также постепенного свертывания или завершения осуществляемых программ (см. инструкцию 1).
- ▶ В ведение тяжелой острой недостаточности питания включать такие компоненты, как стационарное лечение, амбулаторное лечение, направление больных к специалистам и мобилизация общины (см. инструкцию 2).
- ▶ С самого начала максимально увеличить доступ и степень охвата программами путем привлечения к участию населения (см. инструкцию 1–3 и базовый стандарт 1 на странице 62).
- ▶ Обеспечить оказание продовольственной и медицинской помощи в соответствии с национальными и международными общепринятыми руководящими принципами ведения тяжелой острой недостаточности питания (см. инструкции 4–8).
- ▶ Обеспечить, чтобы критерии выбытия из программы включали как антропометрические, так и неантропометрические показатели (см. инструкцию 6).
- ▶ Выяснять причины прерывания лечения и неэффективности лечения или увеличения смертности и принимать соответствующие меры (см. инструкции 6–7).
- ▶ Обеспечить кормление детей грудного и младшего возраста (IYCF), уделяя особое внимание защите, поддержке и внедрению практики грудного вскармливания (см. инструкции 9–10).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

Данные показатели относятся в первую очередь к группе детей в возрасте 6–59 месяцев, хотя в осуществляемую программу могут входить и другие возрастные группы.

- ▶ Более 90% целевой группы населения находятся в пределах менее одного дня ходьбы пешком – в обоих направлениях - (включая время на лечение) от работающего по программе центра.
- ▶ Степень охвата населения в сельской местности составляет >50%, в городской местности >70%, а в лагерях временного размещения >90% (см. инструкцию 3).
- ▶ Доля лиц, выбывших из программ терапевтического ухода по причине смерти, составляет <3%, в результате излечения >75%, а прервавших лечение <15% (см. инструкцию 6).

Инструкции

1. **Организация программы:** программы должны быть организованы таким образом, чтобы укреплять и поддерживать потенциал существующей системы здравоохранения, когда это возможно. Размер дополнительной помощи, необходимой для обеспечения эффективного ведения тяжелой острой недостаточности питания, должен определяться на основе возможностей, имеющихся у учреждений здравоохранения и на уровне общин, численности пострадавшего населения и географической зоны их расселения, а также обстановки в области обеспечения безопасности. С самого начала программы должны предусматривать стратегии завершения работы или планы продолжения оказания помощи в долгосрочной перспективе по завершении чрезвычайной ситуации. Критерии в отношении завершения или преобразования программ должны учитывать имеющиеся потенциал и благоприятные возможности для интеграции в существующие системы.
2. **Компоненты программы:** программы ведения тяжелой острой недостаточности питания должны включать стационарное лечение лиц с осложнениями медицинского характера и грудных детей в возрасте до 6 месяцев с острой недостаточностью питания и децентрализованное амбулаторное лечение детей, не имеющих осложнений медицинского характера. Стационарное лечение может осуществляться непосредственно на месте или путем направления к врачам-специалистам. Следует также обеспечить взаимодействие программ с другими службами, занимающимися вопросами, касающимися непосредственных и основных причин недостаточного питания, такими как обеспечение дополнительного питания, сети оказания помощи больным ВИЧ/СПИДом и туберкулезом (ТБ), службы первичной медико-санитарной помощи, а также с программами продовольственной безопасности, вклю-



чая продовольственную помощь и помощь в виде наличных денег или ваучеров. Эффективная мобилизация общины поможет обеспечить приемлемость программы для населения, доступность и охват населения. Пункты амбулаторного лечения должны располагаться недалеко от целевых групп населения, чтобы снизить риски и затраты, связанные с необходимостью передвижения на большие расстояния с маленькими детьми, и риск, связанный с перемещением населения к ним.

3. **Охват:** как и в случае умеренной острой недостаточности питания, на уровень охвата могут оказать влияние такие факторы, как приемлемость программы для населения, обеспечение безопасности, месторасположение пунктов питания и доступ к ним, частота выдачи продуктов питания, время ожидания, качество обслуживания, степень мобилизации населения, частота посещений на дому и уровень скрининга, а также согласование критериев допуска к программе. Методы измерения степени охвата населения различны по степени надежности и виду получаемых данных. Используемый метод должен быть указан в отчете. При решении вопроса о том, какой метод наиболее приемлем для той или иной ситуации, необходимо обращаться к действующим руководствам (см. стандарт 1 ведения острой недостаточности питания, инструкцию 2 на странице 195).
4. **Руководящие принципы:** необходимо выполнять действующие национальные руководства (там, где они имеются). В случае отсутствия национальных руководств или в случае, когда действующие на национальном уровне руководящие принципы не соответствуют международным стандартам, необходимо следовать международным руководящим принципам. Принятые в международной практике руководства приведены в списке литературы и дополнительных материалов.
5. **Критерии допуска к программе** должны соответствовать действующим национальным и международным руководствам (см. приложение 4: измерение острой недостаточности питания, а также список литературы и дополнительных материалов). Критерии допуска к программе в отношении грудных детей в возрасте до 6 месяцев и групп, антропометрический статус которых сложно определить, должны учитывать клиническое состояние и статус, касающийся грудного вскармливания. Лица, у которых тестированием установлен положительный статус ВИЧ, или с подозрением на заболевание, а также больные ТБ или хронически больные лица должны иметь равный доступ к программам, если эти лица отвечают критериям допуска. Лица, живущие с ВИЧ-инфекцией, которые не отвечают критериям допуска к программе, часто нуждаются в поддержке в области питания, но предоставление такой помощи в рамках ведения тяжелой острой недостаточности питания в чрезвычайной ситуации не является оптимальным вариантом решения проблемы. Этим лицам и их семьям следует оказывать помощь через работающие на базе общин службы

ухода на дому, центры лечения ТБ и программы профилактики передачи инфекции от матери ребенку.

6. **Критерии выбытия из программы и выздоровление:** лица, выбывающие из программы, не должны иметь никаких осложнений медицинского характера, у них должен быть восстановлен аппетит, и они должны достичь соответствующего прироста веса и сохранять его, не обнаруживая признаков алиментарной дистрофии (например, в течение двух последовательных взвешиваний). Особенно важное значение для грудных детей в возрасте до 6 месяцев, а также для детей в возрасте до 24 месяцев имеет статус, касающийся грудного вскармливания. Грудные младенцы, которых не кормят грудью, нуждаются в тщательном последующем врачебном наблюдении. Должны соблюдаться критерии выбытия из программы, чтобы избежать рисков, связанных с преждевременным выбытием из программы. Действующие руководства определяют продолжительность среднего срока пребывания на лечении и ставят целью не допускать слишком долгих периодов выздоровления. Средняя продолжительность лечения в разных странах разная, зависит от действующих нормативов и должна быть скорректирована с учетом ситуации в стране и применяемых руководств. Средний прирост веса следует подсчитывать отдельно для лиц с алиментарной дистрофией и без нее. ВИЧ-инфекция, СПИД и ТБ могут привести к тому, что в некоторых случаях лечение лиц с недостаточностью питания не даст ожидаемых результатов. Необходимо предусмотреть возможность лечения или ухода в течение более длительного срока совместно со службами здравоохранения и другими социальными и действующими в местной общине службами оказания помощи (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания - сексуальное и репродуктивное здоровье на странице 393).
7. **Показатели эффективности** программы ведения тяжелой острой недостаточности питания должны включать результаты стационарного и амбулаторного лечения без двойного счета (т.е. не считать лиц, которые переводятся из одной составной части этой программы в другую). В случае, когда это невозможно, показатели результата лечения следует соответствующим образом адаптировать, например, программы должны иметь лучшие показатели эффективности, если применяется только амбулаторное лечение, и должны стремиться к показателям, задаваемым для комбинированного лечения, если применяется только стационарное лечение. Контингент выбывших из программы лечения тяжелой острой недостаточности состоит из тех, кто излечен, умер, прервал лечение или не излечился (см. стандарт 1 ведения острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов, инструкцию 4 на странице 195). Лица, направленные в другие службы (например, в медицинские учреждения), являются лицами, которые не завершили лечение. Если программы представляют отчет только по амбулаторному лечению, следует представлять отчет о переводе больных на стационарное лечение



при проведении оценки эффективности программы. Такие факторы, как клинические осложнения в связи с ВИЧ-инфекцией, будут влиять на уровень смертности там, где часть поступающих в программу лиц, являются ВИЧ-положительными больными. Несмотря на то, что показатели эффективности программы не были адаптированы к такого рода ситуациям, их обязательно надо учитывать при интерпретации результатов. Помимо показателей выбытия из программы при проведении мониторинга эффективности программы следует определять число лиц, впервые поступающих на лечение, число находящихся на лечении детей и степень охвата населения. Необходимо регулярно исследовать и регистрировать причины повторной госпитализации, ухудшения клинического состояния, прерывания лечения и лечения, не давшего ожидаемого результата. Определение этих понятий следует привести в соответствие с действующими нормативами.

8. **Вопросы здравоохранения:** все программы ведения тяжелой острой недостаточности питания должны включать проведение надлежащего лечения в соответствии с национальными и международными методическими рекомендациями и организованное направление к врачам-специалистам для лечения основных заболеваний, таких как ТБ и ВИЧ-инфекция. В районах широкого распространения ВИЧ-инфекции стратегии ведения недостаточности питания должны предусматривать одновременно вмешательства, направленные на предупреждение передачи ВИЧ-инфекции, и вмешательства, обеспечивающие выживание матери и ребенка. Необходимо также иметь эффективную систему направления к специалистам для тестирования на ТБ и ВИЧ.
9. **Поддержка практики грудного вскармливания:** среди пациентов, находящихся в наиболее тяжелом состоянии, часто оказываются поступающие на стационарное лечение грудные дети. В связи с этим матери нуждаются в квалифицированной помощи в области грудного вскармливания как части процесса реабилитации питанием и выздоровления, в особенности это касается детей в возрасте до 6 месяцев. Для этого должны уделяться достаточное время и предоставляться соответствующие ресурсы – целесообразно организовать специальный пункт (уголок грудного вскармливания), где будет целенаправленно оказываться квалифицированная помощь и помощь по принципу «равный помогает равному». Кормящие грудью матери детей с тяжелой недостаточностью питания в возрасте до 6 месяцев должны получать дополнительное питание, каким бы ни было их состояние питания за исключением тех случаев, когда они удовлетворяют антропометрическим критериям тяжелой острой недостаточности питания, в случае чего они также должны быть приняты в программу для прохождения лечения.
10. **Социальная и психологическая поддержка:** детям с тяжелой острой недостаточностью питания во время периода реабилитации очень важно

обеспечить эмоциональное и физическое стимулирование с помощью игровых ситуаций. Лица, осуществляющие уход за этими детьми, также часто нуждаются в социальной и психологической помощи, чтобы доставить своих детей в центры проведения лечения. Этих целей можно достичь с помощью программ мобилизации, в которых особое внимание должно уделяться аспектам стимулирования и взаимодействия в качестве одновременно лечения и профилактики будущей недееспособности и когнитивных нарушений (см. принцип обеспечения защиты 4 на странице 47). Всем лицам, осуществляющим уход за детьми с тяжелой недостаточностью питания, должна быть обеспечена возможность кормить своих детей и осуществлять за ними уход во время лечения путем предоставления им информации, касающейся вопросов охраны здоровья и питания, консультирования и наглядного примера.

Стандарт 3 ведения острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов: дефицит микронутриентов

Вмешательства в области охраны здоровья населения и питания сопровождаются вмешательствами по обеспечению микронутриентами в целях снижения числа распространенных заболеваний, обусловленных чрезвычайными ситуациями, и восполнения дефицита микронутриентов.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Обучать персонал служб здравоохранения методам диагностики и ведения (лечения) дефицита микронутриентов (см. инструкции 1–2).
- ▶ Разработать методику эффективного реагирования на те виды дефицита микронутриентов, риску развития которых может подвергаться население (см. инструкцию 2).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Лечение лиц с дефицитом микронутриентов проводится в соответствии с принятой в данное время надлежащей клинической практикой (см. инструкции 1–2).
- ▶ Вмешательства в области охраны здоровья сопровождаются вмешательствами по обеспечению микронутриентами в целях снижения числа таких распространенных заболеваний, обусловленных чрезвычайными ситуациями, как корь (витамин А) и диарея (цинк) (см. инструкции 3–4).



Инструкции

1. **Диагностика и лечение дефицита микронутриентов, проявляющегося клинически:** диагностика клинически проявляющегося дефицита некоторых микронутриентов возможна уже при обычном обследовании. Клинические признаки такого вида дефицита могут в дальнейшем учитываться в системах мониторинга состояния здоровья и питания, хотя для обеспечения точности оценки необходимо проводить тщательное обучение персонала. Точная диагностика весьма проблематична, и в условиях ЧС диагностировать заболевание зачастую бывает возможно только на основе получения клинического эффекта после назначения различных добавок микронутриентов лицам, которые обратились за медицинской помощью. Лечение дефицита микронутриентов должно включать активное выявление случаев заболевания и согласованные определения случаев заболевания и руководства по лечению. Выявление случаев заболевания и лечение необходимо проводить в рамках системы здравоохранения и программ дополнительного питания (см. стандарт 2 оценки продовольственной безопасности и питания, инструкцию 6 на странице 182). Там, где распространенность дефицита микронутриентов превышает пороговые показатели, принятые в системе общественного здравоохранения (см. приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения), возможно, потребуется поголовное лечение населения при помощи добавок. Наиболее часто наблюдающимися эпидемиями, вызванными недостаточным доступом к микронутриентам зависимого от продовольственной помощи населения, являются цинга (витамин С), пеллагра (витамин РР), бери-бери (тиамин) и арибофлавиноз (витамин В2). С учетом этого проблемы дефицита микронутриентов должны решаться путем проведения вмешательств, охватывающих все население, а также проведения лечения на индивидуальном уровне.
2. **Диагностика и лечение бессимптомного дефицита микронутриентов:** бессимптомный дефицит микронутриентов может иметь отрицательные последствия для здоровья, однако он не может быть диагностирован без проведения биохимического исследования. Исключением является анемия, для диагностирования которой существует биохимический анализ, который можно легко провести на месте (см. стандарт 2 оценки продовольственной безопасности и питания, инструкцию 6 на странице 182 и приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения). Для оценки риска формирования дефицита микронутриентов у пострадавшего населения и определения того момента, когда может потребоваться повышение потребления питательных веществ или применение добавок, могут быть использованы косвенные показатели (см. стандарт 2 оценки продовольственной безопасности и питания, инструкцию

6 на странице 182 и приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения).

3. **Профилактика:** методы профилактики дефицита микронутриентов приводятся в разделе «Безопасность питания – продовольственная помощь» (см. стандарт 1 безопасности питания – продовольственная помощь на странице 207). Профилактика также требует осуществления контроля за такими заболеваниями, как острые респираторные инфекции и корь, а также такие паразитарные инфекции, как малярия и диарея, которые истощают запасы микронутриентов в человеческом организме (см. стандарты 1-2 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на страницах 384-386). Готовность к лечению дефицита микронутриентов должна предусматривать разработку системы определения случаев заболевания и руководств по лечению, а также методы активного выявления случаев заболевания.
4. **Использование микронутриентов при лечении распространенных заболеваний:** назначение добавок микронутриентов должно быть включено в профилактику и лечение некоторых заболеваний. Сюда входит обеспечение добавками, содержащими витамин А, параллельно с вакцинацией от кори, а также включение цинка вместе с пероральной регидратацией солевыми растворами в руководства по лечению диареи (см. стандарты 1-2 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на страницах 384-386 и стандарт 2 кормления детей грудного и младшего возраста на странице 187).



4. Продовольственная безопасность

Меры реагирования в области продовольственной безопасности должны быть направлены на удовлетворение краткосрочных потребностей, отвечать требованию «не навреди», в значительной мере избавлять пострадавшее население от необходимости использовать стратегии приспособления, которые могут нанести ущерб, и содействовать восстановлению более долговременной продовольственной безопасности.

Проведение тщательной оценки позволит проанализировать правильность выбора и осуществимость возможных мер реагирования (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 175). Меры реагирования в области обеспечения продовольственной безопасности в данном разделе объединены в следующие группы стандартов: общая продовольственная безопасность, продовольственная помощь, помощь в виде наличных денег и ваучеров и обеспечение средств к существованию.

В случае, когда населению требуются продукты питания, необходимо определить соответствующий вид оказания помощи и тщательным образом сформировать продовольственную корзину как в отношении натуральной помощи, так и в отношении помощи в виде ваучеров. Обеспечение средств к существованию включает производство сырья, доходы и трудовую занятость населения, а также доступ к имеющимся на рынке товарам и услугам.

Помощь в виде наличных денег и ваучеров может использоваться для приобретения различных товаров и услуг в области продовольственной безопасности, а также в других секторах. При планировании вмешательств в области продовольственной безопасности важное значение имеет осведомленность относительно возможностей рынка и соответствующих способов поставки товаров и услуг.

Стандарты продовольственной безопасности касаются вопросов наличия ресурсов, необходимых для удовлетворения потребностей в продуктах питания как населения в целом, так и конкретных уязвимых лиц, подвергающихся повышенному риску в отношении доступа к питанию. Пока не будут удовлетворены эти потребности, все меры реагирования, направленные на лечение недостаточности питания, будут малоэффективны, поскольку лица, излеченные

от недостаточности питания, вернуться в условия недостаточного потребления пищи, и состояние их питания может снова ухудшиться.

Применяемые методы определения целевых групп, способы поставки и распределения помощи среди населения должны снижать риск совершения ошибок в отношении включения или исключения тех или иных лиц из программ помощи. Сюда относится опасность того, что продовольствие, наличные деньги и другие виды помощи будут неправомерно присвоены воюющими сторонами. Очень важно не допускать того, чтобы вмешательства в области обеспечения продовольственной безопасности приводили к усугублению конфликтов.

Стандарт 1 продовольственной безопасности: общая продовольственная безопасность

Люди имеют право на получение гуманитарной продовольственной помощи, которая обеспечивает их выживание и сохранение их достоинства, а также, по возможности, обеспечивает сохранность их имущества и средств и укрепляет способность к восстановлению.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Организовать первоначальные вмешательства по удовлетворению неотложных потребностей (см. инструкцию 1).
- ▶ Поставить вопрос о принятии мер по оказанию поддержки, защите и по укреплению продовольственной безопасности (см. инструкцию 2).
- ▶ Строить осуществляемые вмешательства на основе тщательного анализа, исходя из их общего полезного результата, связанных с ними рисков и расходов, а также имеющихся у населения стратегий приспособления (см. инструкцию 3).
- ▶ Разработать стратегии переходного периода и завершения для всех мер реагирования в ЧС, повышать осведомленность о них населения и осуществлять их соответствующим образом (см. инструкцию 4).
- ▶ Обеспечить, чтобы получающие помощь лица имели доступ к соответствующей поддержке, включая приобретение необходимых знаний и услуг, а также предоставление соответствующих услуг (см. инструкцию 5).
- ▶ При проведении всех вмешательств обеспечить охрану природной среды и принимать меры, предупреждающие негативное воздействие на нее (см. инструкцию 6).



- Д Проводить мониторинг в целях определения уровня принятия и доступности предоставляемой помощи для различных групп населения и отдельных лиц и обеспечить охват всего пострадавшего населения без какой-либо дискриминации (см. инструкцию 7).
- Д Проводить оценку результатов воздействия оказываемой помощи на местную экономику, социальные сети, средства к существованию и природную среду и обеспечить, чтобы полученные данные были всем доступны и учитывались в дальнейшем при осуществлении всех других вмешательств (см. инструкцию 8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все пострадавшее население, нуждающееся в продовольственной помощи, получает помощь, которая удовлетворяет их первоочередные потребности, обеспечивает сохранность их имущества и средств, предоставляет им возможность выбора и содействует сохранению их достоинства.
- Д Домохозяйства не применяют имеющие негативные последствия стратегии приспособления (см. инструкцию 3).
- Д Выбор предоставления помощи в виде наличных денег, ваучеров или в виде сочетания того и другого осуществляется на основе тщательной оценки и анализа (см. стандарт 1 продовольственной безопасности – помощь в виде наличных денег и ваучеров на странице 240).

Инструкции

1. **Первоочередные меры, направленные на спасение жизни:** самой распространенной формой оказания помощи на начальном этапе в связи с острой нехваткой продовольствия является распределение среди населения продуктов питания, наличных денег или ваучеров. Следует также учитывать другие виды помощи, включая выделение субсидий на продовольствие, временное освобождение от сборов, программы по найму, оказание эффективной поддержки обеспечению средств к существованию, реализация товарных запасов, обеспечение кормом для скота и поддержка рынков. Если функционируют рынки и к ним есть доступ, а также отсутствует серьезная опасность инфляции, в первую очередь, возможно, будет необходимо восстановить нормальные рыночные механизмы и оживить те виды экономической деятельности, которые обеспечивают занятость населения (см. разделы, посвященные рынкам и вмешательствам в области обеспечения продовольственной безопасности, в списке литературы и дополнительных материалов). Такие меры могут быть более уместны, чем распределение продовольствия среди населения, если они эффективнее в плане оказания поддержки обеспечению средств к существованию, уменьшения уязвимости в будущем и поддержания достоинства

людей. Гуманитарные организации обязаны принимать во внимание действия других участников с тем, чтобы совместные вмешательства, предоставляющие ресурсы и услуги, дополняли друг друга.

2. **Поддержка, защита и содействие продовольственной безопасности:** включает осуществление целого ряда вмешательств и информационно-пропагандистскую деятельность. Вмешательства, направленные на удовлетворение неотложных потребностей и сохранение производительных средств, являются приоритетными на начальных стадиях ЧС, однако они должны планироваться на долгосрочную перспективу и быть интегрированы во вмешательства, осуществляемые другими секторами. В течение короткого периода времени, вероятно, будет невозможно обеспечить продовольственную безопасность за счет имеющихся у населения стратегий обеспечения средств к существованию. Тем не менее следует оказывать поддержку тем стратегиям, которые содействуют обеспечению продовольственной безопасности и способствуют сохранению достоинства. Вмешательства в области обеспечения продовольственной безопасности должны предотвращать дальнейшую утрату населением своего имущества и имеющихся средств и быть направлены на восстановление утраченных вследствие ЧС имущества и средств и повышение способности населения к восстановлению в случае возникновения чрезвычайных ситуаций в будущем.
3. **Риски, связанные со стратегиями приспособления:** следует оказывать поддержку стратегиям приспособления, обеспечивающим продовольственную безопасность и сохранение человеческого достоинства. Однако стратегии приспособления могут приводить к росту затрат и возникновению рисков, повышающих уязвимость (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 175). Следует как можно быстрее выявлять эти риски и незамедлительно осуществлять вмешательства, направленные на то, чтобы помочь населению воздерживаться от применения таких стратегий приспособления. Например, предоставление населению дров и/или экономящих топливо печей может помочь избежать чрезмерного использования природных ресурсов и необходимости посещать небезопасные районы; денежная безвозмездная помощь может помочь избежать вынужденной продажи по низким ценам имущества и земли (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).
4. **Стратегии, касающиеся завершения программы помощи и переходного периода** следует планировать уже на начальном этапе, особенно в тех случаях, когда вмешательства могут иметь долгосрочные последствия: например, бесплатное предоставление таких услуг, за которые обычно необходимо платить, таких как ветеринарная помощь, может затруднить возврат к практике оказания платных услуг. Перед завершением программы или переходом к



новой фазе необходимо получить подтверждение того, что существующее положение улучшилось, либо того, что ответственность за осуществление вмешательства могут взять на себя другие, лучше подготовленные участники оказания помощи. В том, что касается оказания помощи в виде продуктов питания, наличных денег и/или ваучеров, это может означать взаимодействие с существующими системами социального обеспечения или системами долговременной социальной защиты, либо работу с правительствами и организациями-донорами в целях создания систем, которые занимаются решением проблемы хронической необеспеченности продовольствием.

5. ***Доступ к знаниям, навыкам и услугам:*** необходимо создать организационные структуры и спланировать их работу совместно с пользователями таким образом, чтобы они отвечали соответствующим требованиям и надлежащим образом функционировали, по возможности и после завершения вмешательства. У некоторых представителей населения могут существовать особые потребности, например, дети, осиротевшие в результате смерти больных СПИДом родителей, могут быть лишены возможности получить информацию и усвоить навыки, которые приобретаются в семье, что может быть им обеспечено путем предоставления соответствующих услуг.
6. ***Воздействие на окружающую среду:*** необходимо сохранять природные ресурсы, которые являются базой для производства и обеспечения средств к существованию пострадавшего населения (и населения, принимающего у себя пострадавших). Воздействие на окружающую среду должно учитываться уже на стадии оценки и планирования любого вмешательства по оказанию помощи. Например, людям, живущим в лагерях, требуется топливо для приготовления пищи, что может привести к вырубке местных лесов. Распределение продуктов питания, приготовление которых требует много времени, и, следовательно, больше топлива, таким образом также может иметь отрицательные последствия для окружающей среды (см. стандарт 2 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на странице 219). Осуществляемые вмешательства могут также содействовать восстановлению окружающей среды, которой был нанесен ущерб. Например, программы по реализации имеющихся запасов снижают слишком активную эксплуатацию пастбищ во время засухи, в результате чего выживший домашний скот получает больше корма. Там, где это возможно, осуществляемые вмешательства должны расширять возможности населения рационально использовать природные ресурсы. Следует оценивать и снижать опасность возникновения вследствие осуществления того или иного вмешательства напряженности в связи с использованием природными ресурсами, что может привести к конфликту (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).
7. ***Охват, доступ и приемлемость:*** прежде чем определять уровень участия различных групп населения (уделяя особое внимание уязвимым группам),

необходимо определить получателей помощи и их характеристики, а также их численность с разбивкой по возрасту и половой принадлежности. Участие определяется частично легкостью доступа и приемлемостью осуществляемых мероприятий для участников. Даже если некоторые вмешательства в области обеспечения продовольственной безопасности направлены на экономически активную часть населения, они должны носить недискриминационный характер и быть доступны уязвимым лицам, а также защищать иждивенцев, включая детей. Участие населения могут препятствовать различные обстоятельства, включая ограниченную трудоспособность, большой объем работ, выполняемых в домохозяйстве, беременность, кормление и уход за детьми, а также болезни и инвалидность. Чтобы преодолеть эти ограничения, необходимо выбирать мероприятия, которые были бы по силам этим группам населения, или создать соответствующие структуры по оказанию содействия. Необходимо также создать механизмы определения целевых групп на основе самостоятельного выбора, проведя предварительно широкие консультации со всеми группами населения (см. принцип обеспечения защиты 2 на странице 41).

8. **Мониторинг и оценка результатов:** необходимо проводить мониторинг общей ситуации с продовольственной безопасностью с тем, чтобы оценить уместность продолжения того или иного вмешательства, определить время окончания конкретных мероприятий, внести изменения или ввести в действие новые проекты и выявить потребность в проведении информационно-пропагандистских мероприятий. Оценка результатов должна основываться на установленных Комитетом по содействию развитию критериях, представленных в документах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), которые определяют следующее: уместность, связанность, последовательность, охват, эффективность, результативность и воздействие.

4.1. Продовольственная безопасность – продовольственная помощь

Цель оказания продовольственной помощи – обеспечить безопасный доступ населения к продуктам питания надлежащего качества и в надлежащем количестве и предоставить средства для их приготовления и потребления безопасным способом.

Общее (безвозмездное) распределение продуктов питания проводится тогда, когда это, согласно проведенной оценке, необходимо, адресовано тем, кто в наибольшей степени нуждается в продуктах питания, и прекращается, когда получатели помощи вновь обретают возможность производить продукты



питания или получить к ним доступ другими способами. Получателям помощи может потребоваться перевод на другие виды оказания помощи, такие как оказание помощи на определенных условиях или программы обеспечения средств к существованию. Сверх получаемых общих пайков лицам, входящим в группы риска (например, дети в возрасте от 6 до 59 месяцев, а также беременные и кормящие грудью женщины), может требоваться дополнительное питание. Дополнительное питание может предоставляться всем без исключения или быть целевым, что зависит от конкретной ситуации (см. стандарт 1 ведения острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов на странице 193).

Там, где это возможно, общее распределение продуктов питания и дополнительное питание предоставляются в виде выдаваемых на руки пайков. Пункты питания на месте организуют только в тех случаях, когда люди не имеют возможности самостоятельно приготавливать пищу (сразу после ЧС или во время перемещения населения), когда получатели выдаваемых на руки пайков могут подвергаться риску в связи с общей небезопасной ситуацией, а также когда необходимо организовать экстренное питание детей в школах (хотя выдаваемые на руки пайки можно распределять через школы).

Управление цепочкой поставок (SCM) должно быть в высокой степени надежным и подотчетным — от этого может зависеть жизнь людей, и продовольственная помощь часто является основным видом помощи, оказываемой в рамках гуманитарных вмешательств по реагированию на ЧС. Системы поставок и распределения должны контролироваться на всех стадиях, в том числе и на уровне общины; большое значение имеет обеспечение транспарентности через эффективную систему информирования населения. Необходимо регулярно проводить оценку эффективности программ и предоставлять полученные данные для обсуждения со всеми заинтересованными сторонами, включая пострадавшее население и местные организации и ведомства.

Стандарт 1 продовольственная безопасность – продовольственная помощь: основные пищевые потребности

Обеспечить удовлетворение потребностей в отношении питания пострадавшего населения, включая наиболее уязвимые группы.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ❑ Ориентироваться на уровни доступа к достаточному питанию в достаточном количестве, если ситуация нестабильна или существует реальная опасность того, что она ухудшится (см. инструкции 1, 4–5).
- ❑ Организовать продовольственную помощь на основе стандартных изначально планируемых потребностей в калориях, белках, жирах и микронутриентах в соответствии с местными условиями (см. ключевые показатели, инструкцию 2 и приложение 6: пищевые потребности).
- ❑ Обеспечить доступ населения к соответствующим питательным пищевым продуктам и защиту, содействие и поддержку оказанию помощи в области питания (см. инструкции 3–8).
- ❑ Обеспечить доступ детей в возрасте от 6 до 24 месяцев к питательному, высококалорийному прикорму, а также доступ беременных и кормящих грудью женщин к получению дополнительной помощи в области питания (см. инструкцию 2).
- ❑ Обеспечить доступ семей с хронически больными, включая людей, живущих с ВИЧ, семей, в которых есть инвалиды или лица, уязвимые в каком-либо другом отношении, к соответствующим питательным пищевым продуктам и получению надлежащей помощи в области питания (см. инструкции 6–8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ❑ Имеется надлежащий доступ к определенному ассортименту продуктов питания, включая основные пищевые продукты (зерновые или клубневые), бобовые (или продукты, содержащие животный белок) и источники жиров, которые в совокупности обеспечивают пищевые потребности (см. инструкции 2–3, 5).
- ❑ Имеется надлежащий доступ к йодированной соли для большинства (>90 %) домохозяйств (см. инструкции 2–4 и приложение 6: пищевые потребности).
- ❑ Имеется надлежащий доступ к дополнительным источникам ниацина (например, бобовые, орехи, сушеная рыба), если основными продуктами питания являются кукуруза или сорго (см. инструкции 2–3 и приложение 5: показатели)



дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения, а также приложение 6: пищевые потребности).

- Имеется надлежащий доступ к дополнительным источникам тиамина (например, бобовые, орехи, яйца), если основным продуктом питания является полированный рис (см. инструкции 2–3).
- Имеется надлежащий доступ к адекватным источникам рибофлавина, если рацион питания населения очень ограниченный (см. инструкции 2–3).
- Не отмечаются случаи цинги, пеллагры, бери-бери или недостаточности рибофлавина (см. инструкцию 5 и приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения).
- Уровень распространения дефицита витамина А, железодефицитной анемии и расстройств, обусловленных дефицитом йода, не представляет серьезной опасности для общественного здравоохранения (см. инструкцию 5 и приложение 5: показатели дефицита микронутриентов и их значение для здоровья населения).

Инструкции

1. **Определение степени доступности продуктов питания:** степень доступности продуктов питания может быть измерена посредством использования таких инструментов анализа, как шкала коэффициентов потребления продуктов питания или методики оценки разнообразия рациона питания. Для того чтобы определить степень стабильности ситуации и то, насколько необходимы вмешательства в области обеспечения населения продовольствием, может потребоваться применять методы, учитывающие различные переменные величины, включая продовольственную безопасность, доступ к рынкам, средства к существованию, а также состояние здоровья и питания (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 175).
2. **Пищевые потребности и планирование рациона:** приведенные ниже показатели минимальных пищевых потребностей населения должны использоваться при планировании общих рационов питания, с корректировкой цифр для каждой группы населения, как указано в приложении 6: пищевые потребности:
 - 2.100 килокалорий на человека в день;
 - 10 % - белковая составляющая общей энергетической ценности;
 - 17 % - жировая составляющая общей энергетической ценности;
 - достаточное потребление микронутриентов.

Общие пищевые рационы могут быть сформированы с использованием методик планирования рациона питания (например, NutVal). В случаях, когда

население вообще не имеет доступа к продуктам питания, продуктовые пайки должны обеспечить все пищевые потребности. Следует установить согласованные расчетные показатели для среднего количества пищевых продуктов, которые доступны пострадавшему населению (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 175). Тогда будет необходимо планировать продуктовый паек таким образом, чтобы покрыть разницу между пищевыми потребностями населения и продуктами питания, которыми население способно обеспечить себя самостоятельно. Так, если нормативная потребность составляет 2.100 килокалорий на человека в день, и проведенная оценка показывает, что лица, входящие в целевую группу населения, могут получать в среднем 500 килокалорий на человека в день, используя имеющиеся у них ресурсы и возможности, то продуктовый паек должен быть рассчитан таким образом, чтобы предоставить $2.100 - 500 = 1.600$ килокалорий на человека в день. Помимо энергетической ценности (калорийности) питания при планировании рациона следует также учитывать потребности в белках, жирах, витаминах и минеральных веществах.

Если продуктовый паек формируется таким образом, чтобы полностью обеспечить требуемую калорийность рациона питания, то он должен содержать достаточное количество всех питательных веществ. Если же паек предназначен для того, чтобы обеспечить только часть требуемой энергетической ценности рациона питания, то он может формироваться одним из следующих двух способов. Если содержание питательных веществ в других пищевых продуктах, доступных населению, **неизвестно**, то продуктовый паек должен быть сформирован таким образом, чтобы обеспечить сбалансированную концентрацию питательных веществ, пропорциональную требуемой энергетической ценности рациона. Если содержание питательных веществ в других пищевых продуктах, доступных населению, **известно**, то продуктовый паек может быть сформирован таким образом, чтобы дополнить эти пищевые продукты за счет включения недостающих питательных веществ. Средние планируемые количественные показатели для общих продуктовых пайков учитывают дополнительные потребности беременных и кормящих грудью женщин. В общий продуктовый паек следует включать приемлемые и в достаточном количестве продукты питания для детей младшего возраста, такие как витаминизированные смеси для детского питания (см. стандарт 2 кормления детей грудного и младшего возраста на странице 177). Следует обеспечить соблюдение принципа справедливости: все в равной мере пострадавшие группы и подгруппы населения должны получать равноценные продуктовые пайки. Лица, занимающиеся планированием рациона, должны осознавать тот факт, что различие в нормах пищевого рациона соседних общин может создать напряженную обстановку. Потребление микронутриентов в чрезмерно большом количестве может причинить вред, и при планировании рациона это следует принимать во внимание, в особенности



если в состав пайка должны входить несколько разных продуктов питания с высоким содержанием питательных веществ.

3. **Профилактика острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов:** когда обеспечены ключевые показатели по продуктам питания, необходимо предотвратить ухудшение состояния питания населения в целом при условии, что осуществляются соответствующие меры в области общественного здравоохранения по профилактике таких заболеваний, как корь, малярия и паразитарные инфекции (стандарты 1-2 основного медицинского обслуживания - борьба с инфекционными заболеваниями на страницах 373-376). Обеспечение надлежащего содержания питательных веществ в пайках продовольственной помощи может стать довольно сложной задачей в ситуациях, когда ограничен выбор видов пищевых продуктов. Способы повышения питательной ценности продуктового пайка включают следующее: обогащение добавками основных продуктов питания, включение в рацион насыщенных питательными веществами пищевых смесей, включение закупаемых на месте продуктов, содержащих недостающие питательные вещества и/или использование таких пищевых добавок, как готовое к употреблению питание на основе липидов с высокой концентрацией питательных веществ и таблетки или порошок, содержащие несколько микронутриентов. Эти пищевые продукты можно целенаправленно предоставлять таким уязвимым группам населения, как дети в возрасте 6–24 или 6–59 месяцев и беременные и кормящие грудью женщины. В исключительных случаях, когда имеются местные продукты питания, богатые питательными веществами, можно рассмотреть вопрос об увеличении количества продовольствия в общем рационе, чтобы иметь более широкий выбор для замены продуктов питания, однако следует учитывать соотношение затрат и эффективности и воздействие на рынки. Другие возможные варианты профилактики дефицита микронутриентов включают меры в области продовольственной безопасности, обеспечивающие доступ к питательным пищевым продуктам (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 175; стандарты 1-2 продовольственной безопасности – средства к существованию на страницах 246-251). Следует также учитывать возможные потери микронутриентов во время перевозки, хранения, переработки и приготовления пищи, а также биодоступность различных химических форм витаминов и минеральных веществ.
4. **Мониторинг употребления продуктовых пайков:** ключевые показатели касаются доступа к питанию, но не определяют в количественной форме употребление продуктов питания или биодоступность питательных веществ. Непосредственное измерение количества потребляемых питательных веществ является трудноосуществимой задачей в рамках сбора информации. Однако при помощи информации, собранной различными методами из разных источников, вполне возможно измерить показатели употребления продуктов питания. Такими методами сбора информации могут быть: мониторинг наличия

продовольствия и его использования в домашних хозяйствах; анализ цен и наличия продуктов питания на местных рынках; анализ планов и отчетности по распределению продовольствия; оценка использования продуктов питания из диких растений и животных; и оценка продовольственной безопасности. Распределение продуктов питания внутри домохозяйства не всегда может быть справедливым, при этом особенно сильно страдают уязвимые группы, однако измерить данный фактор не всегда представляется возможным. Такие меры, как надлежащая система распределения (см. стандарт 5 продовольственной помощи на странице 229), выбор продуктов питания для продовольственной помощи и консультации с пострадавшим населением, могут улучшить ситуацию с распределением продовольствия внутри домохозяйств (см. базовый стандарт 1 на стр. 62).

5. **Пожилые люди** особенно уязвимы в отношении чрезвычайных ситуаций. К факторам риска питания, которые уменьшают доступность продуктов питания и увеличивают пищевые потребности, относятся заболевания, инвалидность, психологический стресс, изоляция, большие семьи, холод и бедность. Необходимо обеспечить незатрудненный доступ к источникам продовольствия (включая продовольственную помощь). Продукты не должны представлять сложностей с точки зрения их приготовления и потребления и соответствовать повышенным требованиям к содержанию белка и микронутриентов для пожилых людей.
6. **Люди, живущие с ВИЧ** могут оказаться наиболее уязвимыми с точки зрения недостаточности питания в силу нескольких факторов. Эти факторы включают малое количество потребляемой пищи в результате потери аппетита или трудностей при принятии пищи; плохое усвоение питательных веществ по причине диареи; наличие паразитов или заболеваний кишечника; нарушения обмена веществ; хронические инфекции и заболевания. Энергетические потребности людей, живущих с ВИЧ, растут в зависимости от стадии инфекции. Они должны быть обеспечены хорошим питанием и быть как можно более здоровыми для того, чтобы противостоять наступлению СПИДа. Лучший доступ людей, живущих с ВИЧ, к адекватному питанию возможен при измельчении и обогащении пищевых продуктов, предоставлении насыщенных питательными веществами пищевых смесей или специальных добавок, а в некоторых случаях при увеличении рационов питания. Следует учитывать предоставление им антиретровирусной терапии (АРТ) и вспомогательную роль, которую может выполнять питание в отношении переносимости лечения и соблюдения режима предписанного лечения.
7. **Люди с ограниченными возможностями:** могут попасть в особенно уязвимое положение в чрезвычайной ситуации в случае разлуки с наиболее близкими членами семьи и с теми, кто обычно осуществляет уход за ними. Они могут также подвергаться дискриминации, ограничивающей доступ к продуктам. Необходимо предпринять усилия для того, чтобы определить



и уменьшить такие риски, обеспечив физический доступ к продуктам, разработав меры по оказанию помощи по кормлению, например, предоставив ложки и соломинки для питья, или разработав систему посещения инвалидов на дому или программу поддержки, а также доступ к высококалорийным и богатым питательными веществами продуктам. Особые риски в отношении питания включают в себя трудности, которые возникают при пережевывании и глотании пищи (что приводит к уменьшению приема пищи и асфиксии в результате закупорки гортани или трахеи), неправильное положение во время кормления; пониженная подвижность, которая ухудшает доступ к продуктам и к солнечному свету (что влияет на статус по витамину D); запоры, возможные, например, у лиц с церебральным параличом.

8. *Лица, осуществляющие уход, и те, за кем они осуществляют уход* могут сталкиваться с особыми препятствиями в отношении доступа к питанию: например, они могут располагать меньшим временем для доступа к продуктам, поскольку они либо ухаживают за больными, либо сами являются больными; они могут испытывать значительно большую потребность в соблюдении гигиенических правил, что может быть поставлено под угрозу; у них может быть меньше средств, которые они могли бы предложить в обмен на продукты, по причине высоких затрат на лечение или похороны; или они могут быть подвергнуты социальному ostracism и иметь ограниченный доступ к помощи, оказываемой в общине. Очень важно оказывать поддержку лицам, которые осуществляют уход за людьми в группах риска; в эти меры поддержки входят кормление, гигиена, здравоохранение, психологическая поддержка и защита. Возможно использование существующих социальных механизмов для обучения отобранных лиц из местного населения с тем, чтобы они взяли на себя ответственность за решение этих вопросов (см. принцип обеспечения защиты 4 на странице 47).

Стандарт 2 продовольственной безопасности – продовольственная помощь: уместность и приемлемость

Предоставляемые продукты питания уместны и приемлемы для получателей помощи и могут рационально и эффективно использоваться на уровне домохозяйств.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Во время оценки и планирования программы проводить с пострадавшим населением консультации о приемлемости, известности и уместности продуктов, предлагаемых в качестве помощи, и обеспечить, чтобы результаты консультаций учитывались при выборе видов продуктов для программы продовольственной помощи (см. инструкцию 1).
- ▶ При отборе видов продуктов для распределения в ходе продовольственной помощи провести оценку имеющихся у населения возможностей по хранению продуктов питания, доступа населения к топливу для приготовления пищи и воде, времени и частоты приготовления пищи, а также продолжительности замачивания продуктов в воде (см. инструкцию 2).
- ▶ В случае, если распределяемые продукты питания не известны населению данной местности, требуется предоставить лицам, приготовляющим пищу, инструкции, желательно на местном языке, по приготовлению пищи (см. инструкцию 1).
- ▶ При раздаче круп из цельного зерна обеспечить, чтобы получатели имели средства для их помола/переработки в домашних условиях, либо имели доступ к соответствующим установкам для помола/переработки (см. инструкцию 3).
- ▶ Обеспечить, чтобы пострадавшее население имело доступ к важным в культурном отношении продуктам, включая приправы и специи (см. инструкцию 4).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Решения, касающиеся включения в программу помощи тех или иных продуктов питания, принимаются на основе полноправного участия всех целевых групп населения (см. инструкции 1 и 4).
- ▶ При организации программы помощи учитывается доступ к водоснабжению, топливу для приготовления пищи и оборудованию по переработке пищевых продуктов (см. инструкции 2–3).



- ▶ Молочный порошок и жидкое молоко или молочные продукты как отдельный продукт исключены из общего распределения продуктов питания среди населения (см. инструкцию 5).

Инструкции

1. ***Знакомые и приемлемые продукты питания:*** питательность продуктов является главным критерием при отборе видов продовольствия для продуктовой корзины, однако продукты, распределяемые среди населения, должны быть знакомы получателям продовольственной помощи и совместимы с их религиозными и культурными традициями, включая любые запреты для беременных или кормящих грудью женщин. Уязвимые группы населения также должны участвовать в обсуждении вопросов, касающихся отбора видов продуктов питания. В случае использования незнакомых населению продуктов следует позаботиться о том, чтобы их вкусовые качества не претили местному населению. При составлении отчетов по результатам проведенных оценок или запросов к возможным спонсорам о помощи необходимо давать объяснения по поводу включения определенных продуктов питания или отказа от них. В чрезвычайных ситуациях, когда у населения нет доступа к оборудованию для приготовления пищи, необходимо предоставлять продукты питания, готовые к употреблению (см. также стандарт 2 кормления детей грудного и младшего возраста на странице 187). При таких обстоятельствах могут возникнуть ситуации, когда придется распределять не известные местному населению продукты, и тогда можно прибегнуть к раздаче специальных пайков «неприкосновенного запаса».
2. ***Хранение и приготовление продуктов питания:*** при выборе продуктов питания следует учитывать имеющиеся у населения возможности для хранения продовольствия. В отношении требований, касающихся водоснабжения, см. стандарт 1 водоснабжения на странице 113. Следует провести оценку ситуации с топливом, чтобы выбрать соответствующие продукты питания и чтобы пострадавшие могли приготавливать пищу способом, безопасным для них и для окружающей среды, а также исключить возможные риски в отношении обеспечения безопасности, когда заготавливаются чрезмерные запасы дров (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38). В целом, необходимо предоставлять такие продукты питания, которые не требуют долгого приготовления или использования большого количества воды. Предоставление молотого зерна обычно сокращает время на приготовление пищи и расход топлива. Об оборудовании для приготовления пищи см. стандарт 6 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на странице 236 и стандарты 3–4 непродовольственной помощи на страницах 222–224.
3. ***Переработка пищевых продуктов:*** цельное зерно хранится гораздо дольше, а также имеет большую экономическую ценность для получателей помощи.

Цельное зерно можно предоставлять там, где помол осуществляется традиционно в домохозяйствах и где есть доступ к местным мельницам. Возможно предоставление оборудования для коммерческого помола зерна с низким выходом, при котором извлекаются бактерии, масло и ферменты, которые способствуют прогорклости. Это резко увеличивает срок хранения зерна, но в тоже время сокращает содержание белка. Помол зерна особенно важен в случае предоставления кукурузы, поскольку молотое кукурузное зерно может храниться не более 6–8 недель. В связи с этим помол кукурузы необходимо производить незадолго перед употреблением. Необходимо соблюдать национальное законодательство, касающееся импорта и распределения цельного зерна. Расходы получателей помощи на помол можно покрывать за счет предоставления наличных денег или ваучеров, за счет дополнительного зерна (что менее предпочтительно), а также предоставляя оборудование для помола.

4. **Продукты, важные в культурном отношении:** в ходе оценки необходимо четко определить важные в культурном отношении приправы и специи, а также продукты питания, которые являются неотъемлемой частью ежедневного пищевого рациона, и выявить доступ населения к этим продуктам. Продуктовая корзина должна быть спланирована надлежащим образом, в особенности это касается тех случаев, когда население зависит от распределяемых рационов питания в течение длительного времени.
5. **Молоко:** поставляемые всем бесплатно или дотированные детские молочные смеси, порошковое молоко или жидкое молоко, распределяемые как отдельный продукт питания, в том числе молоко, предназначенное для добавления в чай, не должны включаться в общую раздачу продовольствия или в программу дополнительного питания в домашних условиях, поскольку их неосторожное использование может нанести серьезный ущерб здоровью. Все программы, связанные с распределением молока, должны осуществляться в строгом соответствии с Операционными правилами в отношении питания детей грудного и младшего возраста при ЧС, Международным сводом правил сбыта заменителей грудного молока и последующими соответствующими резолюциями, принятыми Всемирной ассамблеей здравоохранения (см. стандарты 1–2 кормления детей грудного и младшего возраста на страницах 185–187).



Стандарт 3 продовольственной безопасности – продовольственная помощь: качество и безопасность продуктов питания

Распределяемые продукты питания пригодны для потребления населением и имеют надлежащее качество.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Отбирать продукты питания, которые соответствуют национальным (страны-получателя) и другим принятым международным стандартам (см. инструкции 1–2).
- ▶ Распределять продукты питания до истечения их срока годности или в течение рекомендованного срока их потребления (см. инструкцию 1).
- ▶ Консультироваться с получателями помощи относительно качества распределяемых продуктов питания и безотлагательно принимать меры в связи с возникающими проблемами (см. инструкцию 3).
- ▶ Выбирать соответствующую упаковку продуктов питания, которая должна быть прочной, удобной для транспортировки, хранения и распределения и не представлять угрозы для окружающей среды (см. инструкцию 4).
- ▶ Маркировать упаковки продуктов питания на соответствующем языке; указывать на упакованных продуктах дату изготовления, изготовителя, сроки годности (для потенциально опасных пищевых продуктов) и содержание питательных веществ (см. инструкцию 4).
- ▶ Перевозить и хранить продукты питания в соответствующих условиях, используя надлежащие методы управления хранением и регулярно проводя проверку качества продуктов питания (см. инструкцию 5).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Все получатели помощи получают «соответствующие предназначению» продукты питания: в плане безопасности продукты питания не должны представлять угрозы для здоровья, в плане качества продукты питания должны отвечать соответствующим требованиям и быть питательными (см. инструкции 1–2, 4).
- ▶ В процессе мониторинга подотчетности фиксируются и удовлетворяются все жалобы получателей помощи (см. инструкцию 3).

Инструкции

1. **Качество продуктов питания:** качество продуктов должно соответствовать государственным стандартам на продовольствие страны–получателя продовольственной помощи и/или стандартам Codex Alimentarius во всем, что касается качества, упаковки, маркировки и «соответствия предназначению». Продукты питания должны всегда быть годны для потребления людьми, но также должны «соответствовать предназначению». Когда продукты питания по своему качеству не могут быть использованы предполагаемым способом, они не соответствуют своему предназначению, хотя и пригодны для потребления людьми (например, качество муки может не позволять выпекать хлеб в домашних условиях, хотя при этом мука может быть пригодной для употребления). Для проверки качества необходимо отбирать образцы продуктов в соответствии с планом выборочного контроля и подвергать систематической проверке закупочными организациями с тем, чтобы качество продуктов поддерживалось на высоком уровне. Там, где это требуется, продовольственные товары, закупленные на месте или импортированные, должны сопровождаться фитосанитарными сертификатами или другими соответствующими документами, которые подтверждают годность этих продуктов к потреблению людьми. На складах необходимо проводить проверку качества произвольной выборки продуктов. Необходимо проводить фумигацию соответствующих видов продовольствия, строго соблюдая предписания, касающиеся этой процедуры. В случаях, когда ввозится большое количество продовольствия или существуют сомнения и разногласия по поводу качества продовольствия, необходимо привлекать независимых инспекторов для проверки качества продовольственных грузов. Сведения о сроке годности и качестве конкретного груза продовольствия можно получить из сертификатов поставщика, документа контроля качества продукта, ярлыков на упаковках и складских документов. Не соответствующие предназначению продукты питания должны надлежащим образом изыматься (см. стандарт 4 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкцию 10 на странице 228).
2. **Генетически модифицированные продукты:** следует знать и соблюдать положения национального законодательства, которое регулирует получение и использование генетически модифицированных продуктов питания. Такие положения законодательства должны учитываться при планировании программ по оказанию продовольственной помощи, в которые предполагается включать продукты, ввозимые из-за рубежа.
3. **Механизм подачи жалоб и реагирования на них:** гуманитарные организации должны обеспечить наличие действенного механизма подачи жалоб и реагирования на них по поводу качества и безопасности поставляемых продуктов



в целях обеспечения подотчетности перед получателями помощи (см. базовый стандарт 1, инструкцию 2 на странице 64).

4. **Упаковка:** по возможности упаковка должна позволять осуществлять распределение продуктов напрямую, т.е. без перемеривания (например, ковшом) или расфасовки: соответствующие размеры упаковки позволят обеспечить соблюдение норм рациона. На упаковке продуктов питания не должно быть каких-либо надписей или призывов политического или религиозного содержания или секущего распри характера. Опасность для окружающей среды может быть минимизирована за счет выбора типа упаковки и утилизации пустой тары (такой как мешки и консервные банки). Может потребоваться специально контролировать безопасное удаление упаковок готового для употребления питания (например, оберточной фольги).
5. **Зоны хранения продовольствия** должны быть сухими и безопасными с точки зрения санитарии, надлежащим образом защищены от воздействия погодных условий, а также свободны от химического и других видов загрязнений. Кроме того, эти зоны должны быть защищены от таких вредителей, как насекомые и грызуны (см. также стандарт 4 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на странице 224 и стандарт 1 удаления твердых отходов на странице 138).

Стандарт 4 продовольственной безопасности – продовольственная помощь: управление цепочкой поставок (SCM)

Осуществляется надлежащее управление поставками продовольствия и связанными с этим затратами с использованием способных быстро реагировать систем, действующих на основе беспристрастности и транспарентности.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Создать слаженную, эффективную систему управления цепочкой поставок, использующую там, где это осуществимо, местные ресурсы (см. инструкции 1–3).
- ▶ Обеспечить транспарентную, справедливую и открытую процедуру присуждения контрактов на поставку товаров (см. инструкции 1–2, 4).
- ▶ Установить надежные взаимоотношения с поставщиками товаров и услуг и упрочить соблюдение принципов деловой этики (см. инструкции 1–2, 4–5).

- Д Провести обучение сотрудников и контролировать персонал на всех уровнях системы управления цепочкой поставок с тем, чтобы они соблюдали правила, касающиеся качества и безопасности продуктов питания (см. инструкцию 5).
- Д Создать надлежащую систему подотчетности, включая системы инвентаризации, отчетности и управления финансами (см. инструкции 6–8).
- Д Свести до минимума потери, включая хищения, и вести учет всех потерь (см. инструкции 9–11).
- Д Осуществлять мониторинг и управление каналом движения продовольственных товаров таким образом, чтобы принимались все возможные меры для того, чтобы исключить незаконное перенаправление продовольственной помощи и задержки в распределении продуктов питания, а также регулярно информировать все заинтересованные стороны относительно эффективности функционирования цепочки поставок (см. инструкции 12–13).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Продовольствие доставляется в запланированные пункты распределения (см. инструкции 1 и 7).
- Д Системы слежения за прохождением товаров, а также системы учета складских запасов и отчетности функционируют с самого начала осуществления вмешательства (см. инструкции 7-8, 11-13).
- Д Отчеты по результатам оценки управления цепочкой поставок подтверждают, что произведена оценка и учет возможностей местного управления цепочкой поставок, наличия местного продовольствия и местных логистических инфраструктур (см. инструкции 2–3).
- Д Отчет по управлению цепочкой поставок показывает:
 - наличие транспарентных, справедливых и открытых систем присуждения контрактов на поставку товаров и услуг;
 - наличие управления эффективностью работы поставщиков товаров/услуг и отчетности в этой области;
 - число и процент прошедшего подготовку персонала, отвечающего за управление цепочкой поставок;
 - полнота и точность документирования;
 - потери сведены до минимума и поддерживаются на уровне менее 2% и ведется учет всего продовольствия;
 - проводится регулярный анализ канала движения товаров и соответствующие заинтересованные стороны проинформированы относительно канала движения продовольственных товаров и цепочки поставок.



Инструкции

1. **Управление цепочкой поставок** является интегрированным методом логистики. Он включает в себя не только отбор продовольственных товаров, но и выбор источников снабжения продовольствием, закупки, обеспечение качества, упаковку, погрузочно-разгрузочные работы, транспортировку, складирование, управление учетом запасов и страхование. В систему управления цепочкой поставок входят различные участники, поэтому очень важна координация их действий (см. базовый стандарт 2 на странице 66). Для того, чтобы все продовольственные товары дошли в сохранности до пунктов распределения помощи, необходимо обеспечить надлежащее управление запасами и контроль за ними. Однако гуманитарные организации также несут ответственность за то, чтобы продовольствие доходило до получателей помощи (см. стандарты 5 и 6 продовольственной безопасности на страницах 229-236).
2. **Использование местных поставщиков услуг:** перед тем, как обращаться к внешним источникам, следует произвести оценку наличия и надежности местных возможностей. Необходимо позаботиться о том, чтобы привлечение местных поставщиков не привело к обострению вражды и не нанесло вреда общине. Имеющие хорошую деловую репутацию местные перевозчики и грузовые экспедиционные агентства обладают ценными знаниями местных законодательства, правил, методов и имеющихся ресурсов и могут помочь в обеспечении соблюдения законодательства страны-получателя, а также ускорить работу по доставке грузов. В условиях конфликта проверку поставщиков услуг следует проводить особенно тщательно.
3. **Привлечение местных поставщиков или импортирование:** следует произвести оценку возможности использования местных продовольственных ресурсов, а также влияния такого использования на местное производство и на рыночные системы местного или импортируемого продовольствия (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 207, а также стандарты 1 и 3 средств к существованию на страницах 246 и 255). Закупки продовольствия на местном и региональном уровне стимулируют и поддерживают рынки, что может побуждать производителей сельхозпродукции производить больше и содействовать развитию местной экономики. В тех случаях, когда в поставках продовольствия принимают участие несколько организаций, координация закупок у местных производителей продовольственных товаров должна быть максимально тщательной. Другими местными источниками продовольствия могут быть займы или перераспределение ресурсов из существующих программ по оказанию продовольственной помощи (необходимо согласие на это организаций-доноров) или национальных запасов зерна, а также займы у коммерческих поставщиков или товарообмен с ними.

4. **Беспристрастность:** во избежание подозрений в пристрастности или коррупции очень важно соблюдать справедливые и гласные правила заключения контрактов. Следует проводить оценку эффективности работы поставщиков услуг и регулярно уточнять список кандидатов.
5. **Навыки и обучение:** необходимо привлечь опытных специалистов по управлению цепочкой поставок продовольственных товаров и руководителей программ для организации управления такими поставками и провести обучение персонала. Особенно важна квалификация в таких областях, как контроль за исполнением контрактов, перевозка и хранение грузов, учет запасов, анализ системы снабжения и информационное обеспечение, контроль за ходом перевозки и контроль за импортом. К обучению необходимо привлечь также персонал партнерских организаций и поставщиков услуг, при этом оно должно проводиться на местном языке.
6. **Продовольствие не используется в качестве оплаты:** не следует допускать использование продовольствия в качестве оплаты за такие операции по материально-техническому снабжению, как разгрузка на складах и в пунктах распределения помощи. В случае, если невозможно оплатить эту работу наличными деньгами, следует соответствующим образом корректировать количество поставляемого на пункты распределения продовольствия с тем, чтобы запланированное количество продовольствия все же доходило до получателей помощи, которым оно предназначалось.
7. **Требования к отчетности (включая кластер логистики и межведомственный кластер):** большинство организаций-доноров устанавливают собственные требования к отчетности при оказании продовольственной помощи; управляющим цепочкой поставок следует знать об этих требованиях и организовывать системы в соответствии с ними. В эти ежедневные требования входит оперативная отчетность о любых задержках или отклонениях в цепочке поставок. Информация о системе снабжения и другая отчетность по управлению цепочкой поставок должны открыто предоставляться всем заинтересованным сторонам.
8. **Документирование:** для документирования всего процесса поставок продовольственной помощи в пунктах назначения и хранения продуктов и/или пунктах доставки необходимо обеспечить наличие достаточного количества учетной документации, бланков накладных, амбарных книг и других форм отчетности на местном языке.
9. **Складирование:** специальные склады для продовольствия предпочтительнее складов смешанного типа, хотя надлежащее управление последними поможет минимизировать риски. При выборе складских помещений необходимо убедиться, что никаких опасных грузов в данных помещениях ранее не складировалось и не существует опасности заражения продовольственных



грузов. Другими факторами, которые следует учесть, являются безопасность, вместимость, легкость доступа, надежность конструкций (крыш, стен, дверей, пола), а также отсутствие угрозы затопления.

10. **Утилизация продуктов, не пригодных к употреблению в пищу:** испорченные продукты проверяются квалифицированными инспекторами (санэпидемнадзор, лаборатории системы здравоохранения) с тем, чтобы определить их годность или непригодность для употребления в пищу. Утилизацию следует осуществлять незамедлительно, до того как продукты станут представлять угрозу для здоровья. Утилизация может проводиться путем продажи продуктов на корм скоту, захоронения или сжигания с разрешения и под контролем компетентных органов власти. Если продукты утилизируются на корм скоту, необходимо обеспечить соответствующую сертификацию о годности продуктов для этих целей. Во всех случаях необходимо убедиться, что не пригодные к употреблению в пищу продукты не появятся снова в цепочке снабжения продуктами людей или животных, и что их утилизация не нанесет ущерба окружающей среде и не загрязнит источники воды.
11. **Угроза цепочке поставок:** в условиях вооруженного конфликта существует опасность того, что продовольствие может быть разграблено или реквизировано воюющими сторонами; поэтому следует обратить внимание на безопасность транспортных маршрутов и складских помещений. Существует потенциальная возможность потерь по причине хищений на всех уровнях цепочки поставок. В связи с этим системы контроля должны быть разработаны и применены таким образом, чтобы свести к минимуму угрозу воровства на пунктах хранения, передачи и распределения продовольственной помощи. Системы внутреннего контроля должны обеспечить разделение обязанностей и ответственности, чтобы избежать риска тайного сговора с целью хищения. Должна производиться регулярная проверка запасов, хранимых на складах, чтобы предупредить хищения. Необходимо не только принимать меры по обеспечению целостности цепочки поставок, но также проанализировать и решить проблемы более масштабных последствий, как политических, так и с точки зрения безопасности (например, предупредить возможность использования похищенного продовольствия для поддержания вооруженного конфликта) (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).
12. **Анализ системы снабжения** следует проводить регулярно, а его результаты, касающиеся уровней запасов, ожидаемого прибытия грузов, распределения продовольствия и т. д., должны распространяться среди всех заинтересованных сторон, задействованных в цепочке поставок. Постоянное отслеживание уровней запасов и их прогнозирование должны быть направлены на своевременное выявление возможного дефицита и

проблем, чтобы найти способ их решения. Обмен информацией между партнерами может облегчить получение займов в целях предотвращения сбоев в системе снабжения. При отсутствии достаточных ресурсов сбои в системе снабжения будут неизбежны. В этих случаях при программировании ресурсов (т.е. выборе того, что необходимо закупать) из имеющихся в наличии фондов потребуется определять приоритеты включения тех или иных продуктов в продовольственную корзину. Необходимо консультироваться с заинтересованными сторонами и решать эти проблемы за счет уменьшения величины пайка, либо уменьшения ассортимента продуктов или исключения некоторых видов продуктов, которые более доступны получателям помощи (физически и экономически).

13. **Информирование:** Во избежание недоразумений необходимую информацию следует предоставлять только соответствующим заинтересованным сторонам, а не всем заинтересованным сторонам. Использование местных средств массовой информации и традиционных способов распространения информации, а также современных технических средств (передача коротких сообщений по мобильным телефонам, электронная почта) должно рассматриваться как один из способов оповещения местных властей и населения о поставках продовольственной помощи и обеспечения гласности.

Статья 5 продовольственной безопасности – продовольственная помощь: определение целей и распределение

Целевое распределение продовольствия осуществляется быстро реагирующим, своевременным, транспарентным и безопасным способом, который содействует сохранению человеческого достоинства и соответствует местным условиям.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Определить и выбрать получателей помощи в зависимости от потребностей в продовольствии и на основе консультаций с соответствующими заинтересованными сторонами (см. инструкции 1–2).
- Разработать эффективные и справедливые способы распределения продовольственной помощи, которые содействуют сохранению достоинства, на основе консультаций с партнерскими организациями, группами местного населения и получателями помощи. К участию в разработке этих способов следует привлекать женщин и представителей инвалидов, пожилых людей и лиц с ограниченной подвижностью (см. инструкции 1–4).



- Д Проконсультироваться с местными заинтересованными сторонами относительно соответствующих пунктов распределения продовольственной помощи с тем, чтобы для получателей помощи были обеспечены удобный доступ и безопасность (см. инструкции 5–6).
- Д Заблаговременно уведомить получателей о планах распределения продовольствия, а также качестве и количестве продуктов питания, входящих в паек (см. инструкции 7–8).
- Д Проводить мониторинг и оценивать результаты распределения целевой продовольственной помощи (см. инструкцию 9).

Ключевые принципы (читать вместе с инструкциями)

- Д Критерии определения целей должны формироваться на основе анализа уязвимости (см. инструкцию 1).
- Д Механизмы определения целей согласованы с пострадавшим населением (см. инструкции 1–2).
- Д Для лиц с ограниченной подвижностью существуют соответствующие альтернативные модели распределения продовольственной помощи (см. инструкции 3–4).
- Д Расстояние, которое получатели помощи должны пройти до пункта распределения, не должно превышать 10 км, т.е. время в пути в обоих направлениях должно быть не более 4 часов (см. инструкцию 5).
- Д Наличие продовольственных карточек, баннеров и/или указателей, информирующих о продуктовых пайках во время распределения продовольственной помощи (см. инструкции 7–8).
- Д Механизмы мониторинга и/или подотчетности перед получателями помощи (см. инструкцию 9) отслеживают:
 - предпочтения заинтересованных сторон в отношении способов распределения;
 - предоставленную получателям помощи информацию о распределении;
 - получателей помощи/получение продовольствия: в действительности по сравнению с запланированным (своевременность, количество, качество).

Инструкции

1. **Определение целей:** продовольственная помощь должна направляться тем, кто в ней наиболее нуждается: наименее обеспеченные продовольствием домохозяйства и плохо питающиеся лица (см. Уязвимость и возможности пострадавшего населения на странице 172 и стандарты 1 и 2 оценки продо-

вольтвенной безопасности и питания на страницах 213-219). Определение целей проводится в ходе всего осуществления вмешательства, а не только на начальной стадии. Найти правильное решение, балансируя между совершением ошибки, исключая тех или иных лиц из программ оказания помощи (что может быть опасно для жизни), и ошибочным включением в программы (что может принести вред или привести к расточению средств) является сложной задачей; более того, уменьшение ошибок обычно ведет к увеличению расходов. Во время экстремальных чрезвычайных ситуаций уместнее ошибочное включение в программы помощи, нежели ошибочное исключение из них: поголовное распределение продовольствия будет надлежащей мерой в условиях неожиданно наступившей чрезвычайной ситуации, когда все домохозяйства пострадали в равной степени или когда проведение точной оценки для адресации помощи невозможно ввиду отсутствия доступа к пострадавшему населению. Критериями отбора уполномоченных представителей, участвующих в определении целевых групп, должны быть их беспристрастность, компетенция и ответственность. В число таких уполномоченных могут входить местные старейшины, комитеты по оказанию помощи, избранные из числа местных жителей, организации гражданского общества, местные НПО, местные правительственные организации и международные НПО. Настоятельно рекомендуется выбирать женщин в качестве уполномоченных. Методы определения целей должны быть понятными и приемлемыми как для населения, получающего помощь, так и для населения, помощь не получающего, чтобы не допустить возникновения напряженности и не причинить вреда (см. базовый стандарт 1, инструкцию 3, принцип обеспечения защиты 2 на странице 41).

2. **Регистрация:** при первой же возможности необходимо проводить официальную регистрацию домохозяйств-получателей помощи и, когда это потребуется, обновлять ее. Сведения о получателях помощи необходимы для организации эффективной системы распределения помощи (численность и демографический профиль населения влияют на организацию распределения продовольственной помощи), для составления списков получателей помощи, учетных ведомостей и продовольственных карточек (если их выдают), а также для выявления лиц, имеющих особые потребности. Проведение регистрации в лагерях зачастую затруднительно, в особенности если перемещенные лица не имеют удостоверений личности (см. принцип обеспечения защиты 4, инструкции 4–5 на странице 48). Могут быть использованы списки, составленные местными властями, и списки домохозяйств, представленные общиной, при условии, что проведение независимой оценки подтверждает их точность и объективность. К участию в проведении регистрации следует привлекать женщин из пострадавшего населения. Гуманитарные организации должны обеспечить, чтобы из списков на раздачу продовольствия не были исключены уязвимые лица, особенно те, кто не имеет возможности выходить из



дому (из-за болезни и т.п.). Как правило, регистрируют главу семьи, однако женщины должны иметь право на регистрацию под своими собственными именами, поскольку получаемую продовольственную помощь женщины могут использовать на уровне домохозяйства более подходящим способом. Если регистрация невозможна на начальных этапах ЧС, следует ее завершить, когда ситуация стабилизируется; это особенно важно в случае, если требуется долгосрочное оказание продовольственной помощи. Для процесса регистрации должен быть создан механизм подачи жалоб и реагирования на них (см. базовый стандарт 1, инструкции 2 и 6 на страницах 64 и 65).

3. **Способы распределения «сухих» пайков:** с течением времени способы распределения продовольственной помощи совершенствуются. Общее распределение продовольственной помощи осуществляется в форме выдачи сухих пайков продуктов питания, которые получатели помощи приготавливают у себя дома. Получать продовольственную помощь могут лица, имеющие индивидуальную или семейную продуктовую карточку, традиционные руководители общины или руководители целевого распределения продовольственной помощи на базе общины. Отбор тех, кто в первую очередь должен получать продовольственную помощь, зависит от условий на местах, и при изменении этих условий получателями помощи могут стать другие люди. Следует учитывать неминуемые опасности при распределении продовольственной помощи, исходящие от полномочных представителей и руководителей общин. При отборе получателей помощи необходимо также учитывать увеличение объема работы и опасность проявления насилия, включая насилие в семье (см. принципы обеспечения защиты 1–2 на страницах 38–41). При определении частоты распределения продовольственной помощи следует учитывать вес продуктового пайка и то, каким образом получатель помощи сможет доставить его домой. Возможно, потребуются принять особые меры, чтобы обеспечить возможность получения пожилыми людьми и людьми с ограниченными возможностями положенного им продовольствия: в этом могут помочь другие члены общины, однако будет удобнее предоставлять им вместо выдаваемых раз в месяц пайков недельные или двухнедельные рационы. Отбор в качестве получателей продовольственной помощи уязвимых групп населения не должен приводить к еще большей их стигматизации. В особенности это касается населения, в составе которого велико число лиц, живущих с ВИЧ и СПИДом (см. принцип обеспечения защиты 4, инструкции 1, 9–11 на страницах 47 и 49).
4. **Способы распределения жидкой пищи:** в исключительных случаях, на начальной стадии экстремальной ЧС, общее распределение продовольственной помощи может быть в виде приготовленной пищи или готовых к употреблению пищевых продуктов. Такие рационы питания уместны, когда, например, люди находятся в пути, в случае существования серьезной опасности, когда при доставке продуктов питания домой получатели помощи могут

подвергаться рискам, связанным с воровством или насилием, при высоком уровне злоупотреблений или при обложении налогом, лишаящим уязвимых лиц возможности получить помощь, когда вследствие массового перемещения населения люди лишаются своего имущества (кухонной утвари и/или топлива) или ослабевают настолько, что не в состоянии готовить для себя пищу, когда руководители местных общин расхищают продовольствие, или когда существуют причины, связанные с состоянием окружающей среды (например, когда не допускается вырубка леса на дрова в целях сохранения природной среды). В чрезвычайных ситуациях в качестве метода распределения продовольственной помощи могут быть использованы школьное питание и продукты в качестве мер поощрения для работников образовательных учреждений (см. минимальные стандарты в области образования Межучрежденческой сети по вопросам образования в чрезвычайных ситуациях - INEE).

5. **Пункты распределения помощи и время в пути к ним:** пункты распределения помощи необходимо располагать в самых безопасных местах, наиболее удобных для получателей помощи, а не по принципу удобства для предоставляющей помощи организации с точки зрения логистики (см. принцип обеспечения защиты 3, инструкции 6–9 на странице 45). При этом должны учитываться местоположение и близость других удобств и средств обеспечения поддержки (питьевая вода, туалеты, медицинские службы, тень, укрытия, специальные безопасные места для женщин). Пункты распределения помощи не должны располагаться там, где людям придется переходить через военные или охраняемые пропускные пункты или договариваться о безопасном проходе. Частота распределения помощи и количество пунктов распределения должны зависеть от времени, которое требуется получателям помощи, чтобы добраться до них и вернуться назад, а также практических возможностей и затрат на транспортировку продовольствия. Получатели помощи должны иметь возможность добраться до пункта распределения и вернуться в течение одного дня; для тех, кто не в состоянии это сделать или изолирован (например, лица с ограниченными возможностями передвижения), должны быть предусмотрены альтернативные средства распределения помощи. Средняя скорость движения пешком составляет 5 км/час, однако она ниже на неровной местности и склонах; время в пути зависит также от возраста и степени подвижности. В чрезвычайных ситуациях доступ к пунктам распределения помощи является обычной причиной для беспокойства у маргинализированных и социально исключенных групп населения. Расписание раздачи продовольственной помощи должно быть составлено таким образом, чтобы свести к минимуму перебои в повседневных занятиях населения. Для обеспечения безопасности получателей помощи раздачу продовольствия следует производить в такое время, чтобы они могли добраться до пункта распределения и вернуться домой до наступления темноты. Нельзя допускать, чтобы получатели помощи оставались в пунктах распределения в ночное



время, поскольку для них это связано с дополнительными рисками (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).

6. **Сведение к минимуму угрозы безопасности:** распределение продовольствия может привести к возникновению угрозы безопасности, включая хищение продовольствия и физическое насилие. При распределении помощи может резко возрасти напряженность обстановки. Особенно высокому риску лишиться положенного им пайка подвергаются женщины, дети, пожилые люди и люди с ограниченными возможностями. Существование этих опасностей следует учитывать заранее и принимать меры для их минимизации. Эти меры должны включать осуществление подготовленным персоналом контроля за распределением помощи и организацию охраны пунктов распределения самим пострадавшим населением. В случае необходимости к этому следует привлекать местную полицию, при этом полицейские должны быть проинформированы относительно целей и задач оказания продовольственной помощи. Тщательное планирование месторасположения пунктов распределения помощи и зоны вокруг них позволит облегчить задачу по пресечению массовых беспорядков и снизить угрозу безопасности. Следует усилить особые меры по предупреждению, контролю и реагированию на акты гендерного насилия, включая сексуальную эксплуатацию, связанные с распределением продовольственной помощи. Эти меры включают изоляцию мужчин от женщин, например, барьерами, или предлагая им раздельное время раздачи, информирование всех членов бригад, работающих в пунктах распределения помощи, о том, как следует себя вести, и об ответственности за совершение сексуальных преступлений, а также привлечение охранников из числа женщин для наблюдения за разгрузкой, регистрацией, распределением и последующим распределением продовольствия (см. также инструкцию 5 и принцип обеспечения защиты 2 на странице 41).

7. **Распространение информации:** получатели помощи должны быть осведомлены:

- о количестве и типе распределяемых пайков и причинах любых изменений в плане распределения; информация о пайках должна доводиться до сведения населения в пунктах раздачи помощи в наглядной и доступной форме, понятной для людей, не обладающих навыками чтения, и людей, испытывающих затруднения в общении (например, на местном языке и/или в виде картинок и/или в устной форме), чтобы люди знали о своем праве на получение продовольственной помощи.
- о плане распределения помощи (дне, времени, месте, частоте) и любых изменениях в нем;
- о питательных свойствах продуктов питания, а также о том, какие в случае необходимости надо принять меры для сохранения питательной ценности продуктов;

- о правилах безопасного обращения с продуктами и их использования;
- относительно специальных рекомендаций по оптимальному использованию детского питания (см. стандарты 1-2 кормления детей грудного и младшего возраста на страницах 185-187)
- о соответствующих способах получения получателями помощи дополнительной информации относительно программы и процедуре подачи жалоб. (См. базовый стандарт 1, инструкции 4–6 на странице 65)

8. **Изменения в программе:** изменения состава продовольственной корзины или объема пайка, обусловленные недостаточной доступностью продовольствия, должны обсуждаться с получателями помощи при посредничестве комиссий по распределению помощи, руководителей местных общин и уполномоченных организаций. Необходимо выработать совместный план действий до начала распределения продовольственной помощи. Комиссии по распределению помощи должны проинформировать население об изменениях в программе и причинах изменений, а также о том, когда возобновится нормальное распределение пайков. Возможны следующие варианты:

- уменьшить пайки всем получателям помощи (равная доля имеющихся в наличии продуктов или уменьшенная продовольственная корзина);
- давать «полный» паек уязвимым лицам и «уменьшенный» паек всему остальному населению;
- в качестве крайней меры отсрочить распределение продовольственной помощи.

Если распределение запланированных пайков невозможно, то недостаток необязательно восполнять при следующей выдаче пайков (т.е. осуществлять ретроактивное снабжение нецелесообразно).

9. **Мониторинг и оценка результатов** должны проводиться на всех уровнях цепочки поставок вплоть до места потребления продуктов питания (см. базовый стандарт 5 на странице 80). На пунктах распределения продовольственной помощи система распределения помощи должна быть надлежащим образом отлажена еще до начала распределения (это касается, например, регистрации, обеспечения безопасности и распространения информации). Необходимо производить выборочное взвешивание пайков, полученных домохозяйствами, с тем чтобы измерить соответствие и справедливость распределения помощи, и опросить получателей помощи. Следует проводить выборочное посещение домохозяйств, с тем чтобы удостовериться в приемлемости и полезности предоставляемого рациона питания, а также выявить группы, имеющих в соответствии с критериями отбора право на продовольственную помощь, но не получающих ее. Такие посещения могут определить, выдается ли помощь сверх нормы, источник ее получения, а также кем и в каких целях она используется (например, в результате присвоения, побуждения к каким-либо действиям или эксплуатации, в том числе



сексуальной). При проведении мониторинга следует проанализировать воздействие предоставления продовольственной помощи на безопасность ее получателей. Следует также проанализировать влияние распределения продовольствия в более широком плане с учетом последствий в отношении сельскохозяйственного цикла, сельскохозяйственных работ, конъюнктуры рынка и наличия ресурсов сельскохозяйственного производства.

Стандарт 6 продовольственной безопасности – продовольственная помощь: использование продовольствия

Продукты питания хранятся, приготавливаются и потребляются надлежащим образом с соблюдением мер безопасности, как на уровне домохозяйств, так и на уровне местной общины.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Защищать получателей помощи от опасности, вызванной неправильными обращением с продуктами питания и их приготовлением (см. инструкцию 1).
- ▶ Предоставлять получателям помощи соответствующую информацию о важности соблюдения норм гигиены питания и содействовать их надлежащей осведомленности в отношении гигиенических навыков обращения с продуктами питания (см. инструкции 1–2).
- ▶ В случаях распределения готовых к употреблению продуктов обучать персонал безопасному хранению продуктов, обращению с ними и приготовлению, а также информировать его о потенциальном вреде здоровью вследствие неправильного обращения с продуктами питания (см. инструкцию 1).
- ▶ Консультировать (и инструктировать, когда это необходимо) получателей помощи по вопросам хранения, приготовления, тепловой обработки и потребления распределенных продуктов, а также значения целевого предоставления продовольствия для уязвимых лиц и реагирования на возникающие проблемы (см. инструкции 1–2).
- ▶ Обеспечить, чтобы домохозяйства имели доступ к соответствующей кухонной утвари, топливу, питьевой воде и средствам гигиены (см. инструкции 1–4).
- ▶ Обеспечить, чтобы отдельные лица, которые не в состоянии приготовить пищу или самостоятельно принимать ее, имели доступ к лицам, осуществляющим уход и способным при необходимости приготовить соответствующую пищу и накормить нуждающихся в помощи (см. инструкцию 5).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Не отмечается каких-либо случаев, когда продукты питания, распределенные в рамках оказания продовольственной помощи, представляли угрозу здоровью.
- ▶ Повышена осведомленность получателей относительно надлежащей гигиены питания (см. инструкции 1–2).
- ▶ Весь соответствующий персонал проинструктирован относительно надлежащего обращения с продуктами и опасности, связанной с несоблюдением надлежащей практики (см. инструкцию 1).
- ▶ Домохозяйства имеют доступ ко всем необходимым и безопасным материалам и оборудованию для приготовления пищи (см. инструкции 3–4).
- ▶ Наличие всех лиц, осуществляющих уход за лицами, которым требуется оказание особых видов помощи (см. инструкцию 5).

Инструкции

1. **Гигиена питания:** в чрезвычайных ситуациях люди могут временно утратить свои нормальные гигиенические навыки. Поэтому может возникнуть необходимость в содействии соблюдению гигиены питания и активной поддержке мероприятий, соответствующих местным условиям и видам болезней, например, настаивать на важности мытья рук при обращении с продуктами питания, избегать загрязнения воды, принимать меры по борьбе с вредителями. Получатели продовольственной помощи должны знать, как безопасно хранить продукты в условиях домохозяйств. Лица, осуществляющих уход, необходимо информировать о надлежащих способах использования ресурсов домохозяйства для кормления детей и о безопасных способах приготовления пищи (см. стандарты 1 и 2 содействия соблюдению гигиены на страницах 107–110). При организации общественных кухонь для обеспечения населения горячей пищей, особое внимание следует уделять выбору их месторасположения, учитывая доступность, безопасность и санитарные условия этого места, наличие воды для приготовления пищи и питья, а также наличие места для приема пищи.
2. **Источники информации:** необходимо создать механизмы для обмена информацией и сбора информации от получателей помощи, в особенности от женщин (см. базовый стандарт 1, на страницах 64–65). Удобными местами для распространения инструкций, касающихся продуктов питания, являются школы и безопасные учебные зоны. Могут потребоваться доступные пониманию материалы или графические схемы, адресованные лицам с различными информационно-коммуникационными запросами (см. базовый стандарт 1, инструкцию 4 на странице 65).



3. **Топливо, питьевая вода и предметы домашнего обихода:** в случае необходимости следует обеспечить население соответствующим топливом или разработать программу по засадке леса или заготовке дров, следя за обеспечением безопасности женщин и детей, основных сборщиков дров и хвороста (относительно печей и топлива см. стандарт 4 продовольственной помощи на странице 328). Относительно доступа к воде, количества, качества и средств водоснабжения см. стандарты 1–3 водоснабжения на страницах 113–120. Относительно кухонной утвари и посуды, а также емкостей для воды см. стандарт 3 продовольственной помощи, на странице 327.
4. **Доступ к средствам переработки пищевых продуктов** таким как зернодробилки, дает возможность людям приготовить пищу по своему выбору, а также экономить время для другой полезной деятельности. Переработка продуктов в домашних условиях, включая размол зерна, поможет сэкономить время, а также воду и топливо, необходимые для приготовления пищи (см. стандарт 2 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкцию 2 на странице 220).
5. **Особые потребности:** в число лиц, которые обычно нуждаются в помощи при кормлении, входят маленькие дети, пожилые люди, инвалиды и люди, живущие с ВИЧ (см. стандарт 2 кормления детей грудного и младшего возраста и стандарт 1 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкции 5–7 на странице 217). Для оказания помощи некоторым людям, не способным обеспечить продуктами питания лиц, находящихся на их иждивении (например, психически больные родители), могут потребоваться программы оказания помощи населению или программы по оказанию дополнительной поддержки с последующим наблюдением.

4.2. Продовольственная безопасность – оказание помощи в виде наличных денег и вouchers

Предоставление наличных денег и вачеров представляют собой два вида оказания помощи: наличные средства обеспечивают население деньгами, а вачеры – талонами, дающими право на приобретение фиксированного количества таких конкретных товаров, как продукты питания («товарные вачеры»), или имеющими фиксированную стоимость в денежном выражении («денежные вачеры»). Предоставление наличных денег и вачеров может преследовать разные цели и быть организовано разными способами, однако оба вида помощи основаны на рыночном подходе, обеспечивающем покупательную способность получателей помощи.

Помощь в виде наличных денег и ваучеров призвана удовлетворять основные потребности в продуктах питания и в непродовольственных товарах или приобретать средства, необходимые для возобновления людьми хозяйственной деятельности. Неограниченное условием предоставления наличных денег (или нецелевое, либо «всеобщее») позволяет получателям использовать денежные средства по своему усмотрению, однако, если при проведении оценки были определены основные потребности, подразумевается, что деньги будут потрачены на удовлетворение этих потребностей. Если в качестве потребности было определено оказание поддержки обеспечению средств к существованию или производственной деятельности, то предоставляемые наличные деньги должны быть потрачены именно на это. Неограниченное условием предоставления наличных денег может быть уместно в начале чрезвычайной ситуации. Целевое предоставление наличных денег предусматривает выполнение получателем определенных условий, например, потратить деньги на восстановление своего жилья, на наем работников, на получение или восстановление средств к существованию и/или получение медицинских услуг. Ваучеры предоставляют доступ к заранее установленным товарам (например, продукты питания, домашний скот, семена, инструменты) или услугам (например, мельницы, транспорт, доступ на рынок или к прилавкам, банковские кредиты). Ваучеры могут иметь стоимость в денежном выражении или давать право на получение конкретных товаров, могут использоваться в заранее выбранных магазинах, у конкретных торговцев или поставщиков услуг или на базарах. Программы распределения ваучеров должны учитывать стандарты, принятые в том или ином конкретном секторе; например, программа распределения ваучеров на продукты питания должна соответствовать стандартам 1–3 и 6 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на страницах 213–222 и 236.

Для того чтобы выбрать соответствующий вид помощи (продукты питания, наличные деньги или ваучеры), необходимо провести учитывающий конкретную ситуацию анализ: эффективность затрат, влияние на вторичный рынок, гибкость управления оказанием помощи, определение целей и риски, связанные с обеспечением безопасности и коррупцией.



Стандарт 1 продовольственной безопасности – помощь в виде наличных денег и в виде ваучеров: доступ к имеющимся в наличии товарам и услугам

Предоставление наличных денег и ваучеров имеет своей целью удовлетворение основных потребностей населения и защиту и восстановление средств к существованию.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Консультироваться и привлекать получателей помощи, представителей общины и другие основные заинтересованные стороны к участию в проведении оценки, организации, осуществлении на практике, мониторинге и проведении оценки результатов программы (см. инструкции 1, 3, 6–7 и базовые стандарты 1–3 на страницах 62–70).
- Д Проводить оценку и анализ возможности для населения покупать на местных рынках товары, в которых они нуждаются, по ценам, оправдывающим затраты в сравнении с альтернативными видами помощи, а также анализ рыночной цепочки (см. инструкцию 2).
- Д Выбирать предоставление наличных денег или ваучеров, либо того или другого вида помощи в сочетании на основе наиболее адекватного механизма осуществления поставок и возможных выгод для пострадавшего населения и местной экономики (см. инструкции 1–3, 5–6).
- Д Осуществлять меры, направленные на снижение рисков, касающихся незаконного присвоения, отсутствия безопасности, инфляции, причиняющего вред использования и отрицательных последствий для неимущих групп населения. Особое внимание следует уделять системам определения целей (см. инструкции 4 и 7).
- Д Проводить мониторинг в целях оценки того, является ли предоставление наличных денег и/или ваучеров наиболее адекватным видом помощи и требуется ли вносить в программу изменения (см. инструкцию 8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все целевые группы населения удовлетворяют определенную часть или все свои основные потребности в области питания и другие потребности, касающиеся обеспечения средств к существованию (например, средства производства, медицинское обслуживание, образование, транспортировка, кров, транспорт), за счет закупок на местных рынках (см. инструкции 1–2, 8).

- Д Предоставление наличных денег и/или ваучеров является предпочтительной формой помощи для всех целевых групп населения, в особенности для женщин и уязвимых лиц (см. инструкции 3–8).
- Д Оказание помощи не приводит к затратам, противоречащим интересам всего общества в целом (см. инструкции 4 и 8).
- Д Оказание помощи не приводит к возникновению опасностей (см. инструкции 3–4, 8).
- Д Местной экономике оказывается содействие по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации (см. инструкции 1–2, 8).

Инструкции

1. **Помощь в виде наличных денег и ваучеров как инструменты оказания помощи:** предоставление наличных денег и ваучеров является лишь механизмом достижения поставленных целей, а не вмешательством как таковым. Проведение тщательной сравнительной оценки должно определить, уместно ли предоставление наличных денег и/или ваучеров и следует ли использовать этот вид помощи автономно или в сочетании с другими мерами по оказанию помощи, такими как пособия натурой. Помощь в виде наличных денег и ваучеров можно использовать на всех стадиях чрезвычайной ситуации. Выбор этой меры по оказанию помощи должен определяться не только ожидаемой эффективностью и результативностью в плане удовлетворения основных потребностей получателей помощи или в отношении восстановления средств к существованию населения, но и ожидаемым более низким уровнем связанных с этим рисков. Предоставление наличных денег и ваучеров может обеспечить возможность более широкого выбора и большую гибкость, чем натуральная помощь, что позволит укрепить чувство собственного достоинства получателей помощи. Предоставление наличных денег и ваучеров может также оказать умноженное положительное воздействие на местную экономику, что следует учитывать в процессе проведения оценки. Помощь в виде наличных денег и ваучеров может быть оказана следующими способами:
 - денежные дотации – предусматривающее выполнение получателем определенных условий или не ограниченное никакими условиями предоставление наличных денег целиком или частями для удовлетворения ряда потребностей;
 - товарный или денежный ваучер – предоставление ваучеров в виде бумажных или электронных карточек, которые можно обменять на конкретные товары или ряд товаров в соответствии с ценой ваучера в денежном эквиваленте;



- «наличные деньги за работу» – выплата наличных денег в виде заработка, получаемого за участие в конкретных работах (обычно работах, требующих использования физического труда).

В процессе планирования, осуществления на практике и проведения мониторинга должны участвовать местные заинтересованные стороны, такие как правительства, местные власти, организации и представители общины, кооперативы, ассоциации, группы местного населения, а также получатели помощи. Это поможет обеспечить релевантность и устойчивость оказания помощи. На этапе планирования необходимо заранее и при участии основных заинтересованных сторон выработать стратегию завершения программы.

2. ***Последствия для местной экономики и рыночной системы:*** при проведении оценки рынка необходимо проанализировать положение до и после чрезвычайной ситуации, а также конкурентоспособность и уровень интеграции рынка в отношении удовлетворения существующих в данный момент потребностей. Анализ должен также определить функции различных действующих субъектов рынка, наличие товаров и цены на них (ресурсы, касающиеся обеспечения средств к существованию, материалы для изготовления временных жилищ, продовольствие и прочее, в зависимости от поставленных целей), сезонные колебания, а также физическую, социальную и экономическую доступность товаров для различных уязвимых групп населения. Предоставление наличных денег и ваучеров целесообразно тогда, когда рынки нормально функционируют и доступны, а также когда продовольствие и другие основные товары имеются в наличии в необходимом количестве и по приемлемым ценам. Такой вид оказания помощи может содействовать более быстрому и устойчивому восстановлению местной экономики. Ответные действия рынка могут содействовать закупкам на местном уровне и лучшему использованию возможностей, имеющихся у участников рынка. Предоставление наличных денег и ваучеров в неподходящих условиях может привести к деформации рынков и иметь такие негативные последствия, как инфляция. Необходимо осуществлять наблюдение за состоянием рынка, чтобы понимать, какое влияние предоставление наличных денег и ваучеров может оказать на местную экономику и население.
3. ***Механизмы предоставления наличных денег и ваучеров:*** наличные деньги и ваучеры могут предоставляться населению через местные банки, магазины, оптовых торговцев, местные компании, осуществляющие перевод денег, и почту. Эти средства могут выдаваться прямо на руки или пересылаться через системы банковского обслуживания по сетям сотовой связи. Банки обычно выполняют эту функцию надлежащим образом и эффективно, но к ним в большей мере затруднен доступ для уязвимых лиц; при наличии доступа к банкам, вероятно, более безопасным способом может

быть банковское обслуживание по сетям сотовой связи. Для того чтобы выбрать механизм предоставления наличных денег и ваучеров, следует провести оценку имеющихся вариантов и проконсультироваться с получателями помощи. При этом следует учитывать следующие факторы: затраты получателей помощи (комиссия, взимаемая банком, время в пути и расходы на транспорт, время ожидания в пунктах распределения помощи), расходы по организации (расходы и затраты на наладочные работы поставщика, временные затраты персонала на организацию и управление, транспорт, обеспечение безопасности, обучение и подготовку получателей помощи), эффективность и результативность программы (надежность, устойчивость, подотчетность, транспарентность, мониторинг, гибкость, финансовый контроль, финансовая безопасность и доступность для уязвимых лиц). Способ, который может представляться дорогостоящим, тем не менее, может быть самым подходящим механизмом предоставления этой помощи.

4. **Учет рисков:** обычно озабоченность по поводу рисков, связанных с предоставлением наличных денег и ваучеров, вызывают такие вопросы, как опасение того, что предоставление наличных денег и ваучеров может вызвать вздутие цен (что снизит покупательную способность пострадавшего населения и других людей), использование наличных денег и ваучеров в целях, которые противоречат интересам общества (например, злоупотребление алкоголем и/или табаком) и разница в доступе к наличным деньгам женщин и мужчин в сравнении со средствами, получаемыми в натуральной форме. Другим вызывающим озабоченность вопросом является опасение того, что доставка наличных денег может привести к возникновению рисков в плане обеспечения защиты задействованного в этом персонала и пострадавшего населения (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38), а также того, что привлекательность получения наличных денег может затруднить процедуру определения целевых групп получателей помощи и увеличить риски, связанные с незаконным присвоением денег или захватом их вооруженными группами. Впрочем, оказание помощи в натуральной форме тоже сопряжено с рисками (см. стандарты 4-5 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на страницах 224-229). Риски в отношении наличных денег и ваучеров могут быть сведены к минимуму посредством надлежащей организации, тщательного анализа рисков и надлежащего управления. Решения должны приниматься путем основанного на доказательствах консультирования: беспочвенные страхи не должны влиять на планирование программы.
5. **Определение суммы предоставляемых наличных денег и стоимости ваучеров:** сумма денежного пособия и стоимость ваучера определяется в зависимости от конкретной ситуации. Расчеты должны производиться при согласовании с другими организациями и учитывать приоритеты и потребности пострадавшего населения, цены на основные товары, которые



планируется закупать на местных рынках, другие виды помощи, которая уже оказывается и/или будет оказана, дополнительные сопутствующие расходы (например, предоставление транспорта для лиц с ограниченной подвижностью), способ, величину, частоту выплат и выбор времени выплат в зависимости от времени года, а также цели программы и предоставляемой помощи (например, удовлетворение потребностей в продуктах питания на основе продуктовой корзины или обеспечение занятости на основе дневной ставки заработной платы). Колебания цен могут снизить эффективность помощи, предоставляемой в виде наличных денег и ваучеров. Важное значение имеет гибкость бюджета, что позволит скорректировать размер пособий в стоимостном выражении или добавить товарный компонент на основе проведения мониторинга рынка.

6. ***Выбор вида денежной помощи или предоставления ваучеров:*** выбор соответствующего вида денежной помощи или предоставления ваучеров зависит от целей программы и местной обстановки. Может быть целесообразным сочетать несколько подходов, в том числе с оказанием помощи в натуральной форме и с учетом сезонных колебаний. Гуманитарные организации должны путем проведения информированных консультаций выяснить, какую форму (формы) оказания помощи пострадавшее население считает для себя наиболее подходящей (см. стандарт 2 продовольственной безопасности – средства к существованию на странице 251).
7. ***Определение целей (адресатов помощи) в программах предоставления наличных денег и ваучеров:*** при осуществлении программ по оказанию услуг и помощи в натуральной форме также возникают сложные проблемы, однако ввиду привлекательности получения наличных денег и ваучеров, следует уделять особое внимание тому, чтобы свести к минимуму ошибки, связанные с исключением тех или иных лиц из программы помощи или включением в нее. Охват программой может осуществляться путем прямой адресации (к пострадавшим домохозяйствам или населению) или путем опосредованной адресации (например, местные торговцы или поставщики услуг). В условиях отсутствия безопасности может потребоваться применять подход опосредованной адресации (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38). Вопрос половой принадлежности влияет на решения, касающиеся того, кто из членов семьи регистрируется на получение наличных денег или ваучеров, так же как это происходит в случае получения помощи в натуральной форме (см. стандарт 5 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на странице 229). При определении адресатов этой помощи (так же как и при оказании помощи в натуральной форме) очень важно консультироваться с заинтересованными сторонами, включая государственные программы оказания материальной помощи и социального обеспечения, предоставляющие денежные пособия.

8. *Мониторинг оказания помощи в виде наличных денег и ваучеров:* необходимо собирать базовую информацию, проводя мониторинг до, во время и по завершении программ оказания помощи в виде наличных денег и ваучеров и учитывая прямые и косвенные последствия предоставления наличных денег и ваучеров для рынка. Необходимо вносить изменения в программу в ответ на изменения обстановки и ситуации на рынке. Мониторинг должен включать отслеживание цен на основные товары, умноженное воздействие на местную экономику и колебание цен. Основными являются вопросы, касающиеся того, что покупают люди на предоставляемые им наличные деньги и ваучеры. Могут ли люди безопасно получать и тратить наличные деньги? Не расхищаются ли деньги и ваучеры? Оказывают ли женщины влияние на то, как используются предоставленные наличные деньги или ваучеры (см. базовый стандарт 5 на странице 80)?

4.3. Продовольственная безопасность средств к существованию

Устойчивость к воздействию опасных факторов средств к существованию населения и их уязвимость в отношении необеспеченности продовольствием в значительной степени определяются ресурсами (или активами), доступными населению, а также результатами воздействия на них ЧС. Эти ресурсы включают финансовый капитал (например, наличные деньги, кредиты, сбережения), капитал в форме материальных активов (дома, машинное оборудование), природный капитал (земля, вода), человеческий капитал (труд, навыки), социальный капитал (социальные сети, нормы) и политический капитал (влияние, политика). Самым важным для тех, кто производит продовольствие, является наличие доступа к земле, которая дает возможность его производить, а также наличие средств, чтобы продолжать заниматься сельским хозяйством. Самым важным для тех, кто нуждается в заработке, чтобы обеспечить себя продовольствием, является наличие доступа к работе, рынкам и услугам. Для населения, пострадавшего от ЧС, основной задачей является сохранение, восстановление и дальнейшее развитие ресурсов, необходимых для обеспечения продовольственной безопасности и средств к существованию в будущем.

Длительная политическая нестабильность, отсутствие безопасности и угроза конфликта могут серьезным образом ограничить деятельность людей по обеспечению себя средствами к существованию и доступ к рынкам. Семьи могут оказаться вынуждены покинуть свои земельные участки и могут утратить свое имущество, оставленное при бегстве из дома или уничтоженное или присвоенное воюющими сторонами.



Представленные здесь три стандарта касаются производства сырья, создания у населения дохода и обеспечения занятости, а также доступа к рынкам, включая товары и услуги.

Стандарт 1 продовольственной безопасности – средств к существованию: производство сырья

Механизмы производства сырья защищены и им оказывается поддержка.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Основывать вмешательства, направленные на поддержку производства сырья, на проведении оценки средств к существованию, анализе ситуации и подтвержденном понимании жизнеспособности производственных систем, включая доступность и наличие необходимых поступающих ресурсов, услуг и рыночного спроса (см. инструкцию 1).
- Вводить новые технологии только там, где есть понимание их последствий для местных производственных систем, принятых агротехнических приемов и природной среды и где они приемлемы для производителей продовольствия и местных потребителей (см. инструкцию 2).
- Предоставлять ресурсы производства или наличные деньги для приобретения ряда ресурсов с тем, чтобы дать производителям возможность вырабатывать соответствующие стратегии и гибко управлять своим производством, а также снижать риски (см. инструкцию 3).
- Поставлять необходимые ресурсы своевременно и обеспечить, чтобы они были приемлемы для местного населения и отвечали соответствующим требованиям качества (см. инструкции 4–5).
- Вводить ресурсы и услуги с осторожностью, чтобы не усугубить уязвимость и не увеличить риск, что может произойти, например, в случае усиления конкурентной борьбы за дефицитные природные ресурсы или при нанесении ущерба существующим социальным сетям (см. инструкцию 6).
- Когда это возможно и целесообразно, проводить обучение производителей продовольствия более эффективным методам управления производством (см. инструкции 1–2, 5–6).
- Приобретать ресурсы и услуги по возможности на месте, за исключением тех случаев, когда такая практика будет иметь отрицательные последствия для местных производителей, рынков или потребителей (см. инструкцию 7).

- Д Регулярно проводить мониторинг с тем, чтобы выявить, используются ли поступающие ресурсы производства получателями помощи надлежащим образом (см. инструкцию 8).

Ключевые пок з тели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все домохозяйства, потребности которых определены, имеют доступ к ресурсам, необходимым для защиты и возобновления производства сырья на предшествовавшем чрезвычайной ситуации уровне, когда это обоснованно, и в соответствии с календарным графиком сельскохозяйственных работ (см. инструкции 1–6).
- Д Если это считается (или определено) практически осуществимым в конкретных операционных условиях, всем целевым домохозяйствам предоставлены наличные деньги или ваучеры, являющиеся эквивалентом рыночной стоимости требующихся ресурсов, что дает домохозяйствам возможность выбора варианта обеспечения средств к существованию (см. инструкции 3, 5 и 7).

Инструкции

1. **Жизнеспособность производства сырья:** для обеспечения жизнеспособности производства продовольствия необходимо обеспечить ему возможность успешно развиваться (см. Руководящие принципы и стандарты проведения операций помощи в ЧС по спасению домашнего скота (LEGS) в списке литературы и дополнительных материалов). Этому способствуют следующие факторы:
 - доступ к достаточным природным ресурсам (обрабатываемая земля, пастбища, вода, реки, озера, прибрежные воды и т.п.). Недопустимо нарушение экологического равновесия из-за чрезмерной эксплуатации окраинных земель, рыбных запасов, загрязнения рек, особенно в районах, расположенных вблизи городов
 - уровни квалификации и возможности, которые могут быть ограниченными в районах, где население серьезно поражено заболеваниями, или где образование и обучение недоступны некоторым группам населения
 - соотношение трудовых ресурсов и существующей практики производства, а также временные периоды основной сельскохозяйственной деятельности и хозяйственной деятельности в области разведения и выращивания водных организмов (аквакультура)
 - наличие и доступность ресурсов, необходимых для производства сельскохозяйственной продукции и продукции аквакультуры



Уровень производства в предшествующий ЧС период мог быть неудовлетворительным, поэтому стремление восстановить его может противоречить принципу «не навреди» (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).

2. **Развитие технологий:** «новые» технологии могут включать в себя улучшенные сорта сельскохозяйственных культур или улучшенные виды домашнего скота или рыбы, новые сельскохозяйственные орудия и удобрения, а также передовые методы управления. Деятельность по производству продовольствия должна по возможности следовать и содействовать существующим местным традициям и/или быть привязана к национальным планам развития. Новые технологии должны применяться после ЧС только при условии, что они уже были опробованы в данной местности и считаются приемлемыми для получателей помощи. Введение новых технологий должно сопровождаться надлежащими консультациями с местными жителями, предоставлением информации, обучением и другими мерами соответствующей поддержки. По возможности это следует согласовывать с частными и государственными организациями предоставления помощи и кредита и поставщиками ресурсов, чтобы обеспечить непрерывную поддержку и доступность новых технологий в будущем и, что особенно важно, коммерческую жизнеспособность.
3. **Расширение выбора:** примерами поддержки производителей могут служить такие меры, как предоставление наличных средств и кредитов или дополнительных средств производства, организация ярмарок семян и домашнего скота с предоставлением фермерам ваучеров, дающих им возможность самостоятельно выбирать необходимые им сорта и виды семян и домашнего скота. Оказание поддержки производству должно предусматривать проведение оценки возможных последствий для обеспечения питания, включая доступ к богатым питательными веществами продуктам питания за счет собственного производства или за счет наличных средств, которые приносит это производство. Предоставление фуража для домашнего скота во время засухи может дать больший положительный результат для скотоводов, чем просто раздача продовольствия. Оценка осуществимости предоставления домохозяйствам наличных денег в целях обеспечения доступа к ресурсам производства должна основываться на наличии товаров на местном уровне, доступа к рынкам и наличии безопасного и приемлемого механизма предоставления помощи.
4. **Своевременность и приемлемость:** ресурсами производства могут быть, например, семена, орудия труда, удобрения, домашний скот, принадлежности для рыболовства и охоты, займы и кредиты, рыночная информация и транспортные средства. Альтернативой предоставлению ресурсов в натуральной форме является предоставление населению наличных денег или ваучеров для покупки ресурсов по своему выбору. Предоставление сельскохозяйственных ресурсов и ветеринарных услуг должно совпадать по времени с соответству-

ющими сезонами, например, семена и орудия труда должны предоставляться перед началом сева. Срочная распродажа или забой домашнего скота во время засухи должны производиться до того, как наступит падеж скота, а пополнение поголовья должно начинаться при условии, что будет обеспечено восстановление поголовья, например, после начала сезона дождей.

5. **Семена:** приоритет надо отдавать семенам тех культур и сортов, которые уже используются на местном уровне, чтобы фермеры имели возможность применять собственные критерии для установления качества продукции. Предлагаться должны культуры, имеющие наивысший приоритет для наступающего сезона. Выбор конкретных сортов семян должен быть одобрен фермерами и местными специалистами в области сельского хозяйства. Как минимум, семена должны соответствовать местным агроэкологическим требованиям и условиям ведения хозяйства местных фермеров, быть устойчивыми к болезням и отбираться с учетом возможных в будущем явлений, связанных с изменением климата, таких как наводнения, засухи и повышение уровня моря. Семена из других местностей должны пройти надлежащую сертификацию и проверку на соответствие местным условиям. При осуществлении любых вмешательств в области обеспечения семенами фермерам должен быть обеспечен доступ к различным культурам и сортам с тем, чтобы они имели возможность выбрать стратегию, наиболее подходящую для их конкретной системы ведения фермерского хозяйства. Гибриды могут быть полезны в тех случаях, когда фермеры имеют опыт их выращивания. Это можно установить только в результате консультаций с местным населением. Если семена предоставляются бесплатно и фермеры выращивают кукурузу, то фермеры могут предпочесть семена гибридов местным сортам, за которые пришлось бы платить. Необходимо также соблюдать нормы, определенные государственной политикой в отношении семян гибридов, при их раздаче. Нельзя распределять генетически модифицированные семена без разрешения местных властей. В этом случае фермеры также должны знать, что предоставляемая помощь содержит генетически модифицированные семена.
6. **Влияние на источники средств к существованию в сельских районах:** производство сырья для продовольствия, возможно, не будет жизнеспособным при недостатке важнейших природных ресурсов (и может быть нежизнеспособным в долгосрочной перспективе, если до наступления ЧС уже отмечался спад производства) или при отсутствии доступа к этому виду хозяйственной деятельности определенных групп населения (например, безземельных крестьян). Меры поддержки производства сырья для продовольствия могут потерпеть неудачу, если они требуют более интенсивного (или организованного иначе) использования местных природных ресурсов, что может усилить напряженность в отношениях среди местного населения и, как следствие, ограничить доступ к воде и удовлетворению других важнейших потребностей. При предоставлении ресурсов в натуральной форме или в форме единовременных



выплат или кредитов необходимо соблюдать осторожность, поскольку эти вмешательства способны повысить риски, связанные с обеспечением безопасности, и вызвать конфликты (см. стандарт 2 продовольственной безопасности – средства к существованию на странице 251 и стандарт 1 продовольственной безопасности – помощь в виде наличных денег и ваучеров на странице 240). Кроме того, бесплатное предоставление ресурсов может дестабилизировать традиционные механизмы оказания социальной помощи и перераспределения, одновременно вытесняя из бизнеса частный сектор и ставя под угрозу доступ к ресурсам в будущем.

7. **Приобретение ресурсов на местном уровне:** приобретение ресурсов и услуг для производства продуктов питания (например, ветеринарное обслуживание и семена) по возможности должно осуществляться через существующие местные легальные и поддающиеся проверке системы поставок. Для поддержания местного частного сектора следует использовать такие механизмы, как предоставление наличных денег или ваучеров, устанавливая прямые связи между производителями сырья и поставщиками. При организации таких систем по поддержке осуществления закупок на местном уровне следует принимать во внимание наличие соответствующих ресурсов и возможности поставщиков увеличить поставки, учитывая при этом опасность инфляции (например, вследствие повышения цен на дефицитные товары) и качество ресурсов. Прямые поставки импортных ресурсов следует осуществлять только тогда, когда отсутствуют альтернативы этому на местном уровне.
8. **Мониторинг использования:** вполне возможно определить показатели, касающиеся процессов и результатов производства продовольствия, обработки и распределения, как то: площадь посевов, количество посаженных семян на один гектар, урожай и поголовье потомства домашнего скота. Важно определить, каким образом производители распоряжаются предоставленными им ресурсами, т.е. проверить, какие именно семена были посажены и какие орудия, удобрения, приспособления для охоты и рыболовства были использованы, или как были потрачены наличные деньги на приобретение ресурсов. Необходимо также проверять качество предоставляемых ресурсов в плане их приемлемости и предпочтительности для производителей. Кроме этого, очень важно учитывать, какое влияние данный проект оказывает на обеспеченность продовольствием домашних хозяйств, например, запасы продовольствия в домашних хозяйствах, количество и качество потребляемой пищи, количество продовольствия, которое было продано (обменено) или роздано. В тех случаях, когда проект направлен на увеличение производства конкретных видов продовольствия, например, мяса или рыбы, или овощей с высоким содержанием белков, необходимо проанализировать, каким образом эти продукты потребляются в домашних хозяйствах.

Стандарт 2 продовольственной безопасности – средств к существованию: доход и занятость

В тех случаях, когда создание дохода и занятость населения являются осуществимыми стратегиями обеспечения средств к существованию, люди имеют равные возможности для получения соответствующих доходов.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Принимать решения в отношении мероприятий по созданию у населения дохода на основе проведения оценки рынка и соответствующего совместного анализа имеющихся у домохозяйств возможностей для участия в этих мероприятиях (см. инструкции 1–2).
- ▶ Выбор вида оплаты (наличные деньги, ваучеры, продовольствие или сочетание первого, второго и третьего) осуществлять на основе тщательного анализа местных возможностей, неотложных потребностей, рыночных систем и предпочтений пострадавшего населения (см. инструкцию 3).
- ▶ Определять уровень оплаты на основе потребностей, целей по восстановлению средств к существованию и местных ставок заработной платы (см. инструкцию 4).
- ▶ Позаботиться о том, чтобы были приняты меры по обеспечению безопасных, надлежащих условий труда (см. инструкцию 5).
- ▶ Принимать меры, направленные на то, чтобы не допустить хищения и/или возникновения опасности, когда задействованы крупные суммы наличных денег (см. инструкцию 6).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Все охваченные целевой программой лица получают доход от осуществляемой ими деятельности, что способствует удовлетворению их основных и других касающихся обеспечения средств к существованию потребностей.
- ▶ Программы помощи, предоставляющие населению возможность трудовой занятости, равно доступны женщинам и мужчинам и не имеют отрицательных последствий для местного рынка, а также не оказывают отрицательного воздействия на обычную деятельность, связанную с обеспечением средств к существованию (см. инструкцию 7).
- ▶ Население осведомлено и осознает тот факт, что получаемое за работу вознаграждение призвано содействовать обеспечению продовольственной безопасности всех членов домохозяйства в равной степени (см. инструкцию 8).



Инструкции

1. **Уместность инициатив:** при обосновании и определении того, какие меры следует предпринимать, необходимо в первую очередь проводить анализ рынка. Следует использовать существующие инструменты, предназначенные для анализа рынков и экономических систем (см. раздел, посвященный рынкам, в списке литературы и дополнительных материалов). Необходимо максимально использовать местные человеческие ресурсы при разработке проекта и определении соответствующих мероприятий. Альтернативные варианты для определенных групп населения (таких как беременные женщины, люди с ограниченными возможностями и пожилые люди) должны обсуждаться с этими целевыми группами. При большой численности перемещенного населения (беженцев или перемещенных внутри страны лиц) следует предоставлять возможности для трудоустройства как перемещенным лицам, так и местному населению. При определении мест проведения работ необходимо принимать во внимание существование угрозы вооруженного нападения, риски, связанные с обеспечением безопасности (такие как минные поля) и экологически небезопасные зоны (например, загрязненная или зараженная местность, участки, где возможна просадка грунта или которые подвержены затоплению во время наводнений или расположенные на крутых склонах) (см. принципы обеспечения защиты 1–3 на страницах 38–43).
2. **Помощь в области получения дохода, предоставляемая домохозяйствам с ограниченными возможностями участия:** многие домохозяйства смогут воспользоваться программами обеспечения занятости и создания у населения дохода, однако последствия ЧС для некоторых домохозяйств могут помешать им воспользоваться этими благоприятными возможностями; для некоторых из них период ожидания получения соответствующих доходов от трудовой деятельности может быть слишком длительным. Для таких домохозяйств следует предусмотреть меры подстраховки, такие как неограниченное условиями предоставление наличных денег и/или ваучеров, одновременно с планом, предусматривающим либо включение их в существующие системы социального обеспечения, либо, где это необходимо, содействие созданию новых «страховочных сетей».
3. **Виды вознаграждения:** вознаграждение за труд может быть в форме выплаты наличными или выдаваться продуктами, или сочетанием того и другого; его цель – помочь удовлетворить свои потребности необеспеченным продовольствием домашним хозяйствам. Вместо оплаты за общественные работы вознаграждение может принимать форму стимулирования, чтобы помочь людям производить работы для своей прямой выгоды. Следует учитывать покупательные потребности населения, а также влияние распределения наличных средства или продуктов на другие основные потребности (посещение школ, доступ к медицинскому обслуживанию, социальные обязательства).

Вид и величину вознаграждения следует определять в каждом конкретном случае с учетом перечисленных выше факторов, наличия денежных средств и продовольствия и возможного влияния на местные рынки труда.

4. **Выплаты:** не существует универсально принятых правил для установки величины вознаграждения, однако в случае оплаты труда натурой и предоставления ресурсов необходимо принимать во внимание перепродажную стоимость (например, продуктов) на местных рынках. Чистый доход, получаемый отдельными лицами за участие в программах, должен быть выше, чем если бы в это время они занимались другой деятельностью. Это касается схем «продовольствие за работу» и «наличные за работу», а также кредитных схем, создания бизнеса т.д. Открывающиеся возможности для получения дохода должны расширять круг источников дохода, а не заменять собой уже имеющиеся источники. Вознаграждение за труд не должно отрицательно воздействовать на местные рынки труда, например, вызывая инфляцию ставок заработной платы, или отвлекая трудовые ресурсы из других областей занятости, или нанося ущерб основным общественным службам.
5. **Риски на рабочих местах:** практические меры по минимизации рисков на рабочих местах – разъяснения, приемы и средства первой помощи, защитная одежда – помогают избежать опасных ситуаций. Эти меры также должны свести к минимуму опасность инфицирования ВИЧ. Способы повышения безопасности следования на рабочее место включают такие меры, как организация безопасных маршрутов следования, обеспечение освещения этих маршрутов, предоставление фонарей, использование систем раннего предупреждения (с использованием колоколов, свистков, радио и других устройств), а также правила безопасности, такие как передвижение в группах и воздержание от передвижения после наступления темноты. Особое внимание следует уделять женщинам, девочкам и другим лицам, которые могут подвергаться угрозе сексуального насилия. Необходимо обеспечить, чтобы все участники программ были проинформированы о порядке действий в чрезвычайной ситуации и имели доступ к системам раннего предупреждения (см. принцип обеспечения защиты 1 и 3 на страницах 38 и 43).
6. **Риски, связанные с отсутствием безопасности и хищением:** обращение с ресурсами, предоставляемыми в рамках схем «продовольствие или наличные деньги за работу» (например, займы или выплаты за выполненную работу), сопряжено с проблемами безопасности как персонала программ, так и получателей помощи (см. стандарт 5 продовольственной безопасности – продовольственная помощь, инструкция 6 на странице 234 и стандарт 1 продовольственной безопасности – помощь в виде наличных денег и ваучеров, инструкция 4 на странице 243).
7. **Обязанности по осуществлению ухода и средства к существованию:** деятельность с целью получения дохода не должна наносить вред уходу



за детьми и выполнению других обязанностей, связанных с осуществлением ухода, поскольку это может привести к повышению риска недостаточности питания и других рисков для здоровья. Могут потребоваться программы для найма людей по уходу или организация учреждений для ухода. Не следует слишком увеличивать трудовую нагрузку населения, в особенности женщин. Программы по оказанию помощи не должны отрицательно влиять на доступ к другим возможностям, например занятости в других областях или образование, или отвлекать ресурсы домохозяйств от других видов уже осуществляемой ими хозяйственной деятельности. При привлечении к участию в программах создания у населения дохода необходимо соблюдать национальные законы, определяющие минимальный возраст допуска к работе по найму, обычно это как минимум возраст завершения обязательного школьного обучения.

8. **Использование вознаграждения за труд:** справедливое вознаграждение за труд означает, что полученный доход дает существенную часть ресурсов, необходимых для обеспечения продовольственной безопасности. Необходимо принимать во внимание практику распоряжения в домашнем хозяйстве наличными средствами или продуктами, включая распределение этих ресурсов внутри самого хозяйства и их конечное применение, поскольку способ распределения наличных средств может привести к обострению или распространению существующих напряженных отношений и по-разному повлиять на продовольственную безопасность и питание членов домашнего хозяйства. Программы помощи, которые обеспечивают заработок и занятость, часто бывают многоцелевыми в обеспечении продовольственной безопасности и включают ресурсы местных общин, которые влияют на продовольственную безопасность. Например, ремонт дорог может облегчить доступ к рынкам и медицинскому обслуживанию, а ремонт систем сбора поверхностного стока и орошения может повысить производительность.

Стандарт 3 продовольственной безопасности – доступ к рынкам

Безопасному доступу пострадавшего населения к рынкам товаров и услуг в качестве производителей, потребителей и торговцев обеспечена защита и оказывается содействие.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Обеспечить защиту и оказывать содействие доступу к соответствующим действующим рынкам для производителей, потребителей и торговцев (см. инструкцию 1).
- Д Осуществлять вмешательства в области обеспечения продовольственной безопасности и средств к существованию, основываясь на ясном понимании того, продолжают ли местные рынки нормально функционировать или они подорваны, а также на их потенциальных возможностях для укрепления (см. инструкцию 2).
- Д Осуществлять информационно-пропагандистские меры по содействию усовершенствованию и изменению политики на основе анализа рынка, перед тем как предпринять какое-либо вмешательство (см. инструкцию 3).
- Д Предпринимать меры, направленные на оказание содействия и поддержки обеспечения доступа к рынкам уязвимых лиц (см. инструкцию 4).
- Д Осуществлять контроль над отрицательным воздействием на местные рынки программ оказания помощи, включая закупки и распределение продовольствия (см. инструкцию 5).
- Д Сводить к минимуму отрицательные для рынков последствия чрезмерных сезонных и других аномальных колебаний цен (см. инструкцию 6).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Осуществляемые вмешательства организованы с целью оказания поддержки восстановлению рынков либо путем прямого воздействия, либо посредством оказания содействия местным торговцам через программы предоставления наличных денег и/или ваучеров.
- Д Все целевые группы населения имеют безопасный и ничем не ограниченный доступ к предлагаемым на рынке товарам, услугам и системам на протяжении всего действия программы помощи.



Инструкции

1. **Рыночный спрос и предложение:** экономический доступ к рынкам зависит от покупательной способности, рыночных цен и наличия товаров. Доступность обусловлена балансом между товарами первой необходимости (продукты питания, основные сельскохозяйственные средства, например, семена, орудия труда, здравоохранение и т.п.) и источниками дохода (товарные сельскохозяйственные культуры, домашний скот, заработная плата и т.п.). Активы населения начинают уменьшаться, когда ухудшение условий торговли заставляет людей продавать свое имущество (по низкой цене), чтобы приобрести (по возросшей вследствие инфляции цене) предметы первой необходимости. На доступность рынков также влияют политические условия и уровень безопасности, культурные и религиозные факторы, что ограничивает доступ к ним некоторых групп населения, таких как меньшинства.
2. **Анализ рынка:** необходимо рассмотреть доступность работающих рынков для всего населения, включая уязвимые группы. Программам, которые предусматривают выплату наличными деньгами, ваучерами и продуктами, или предоставление ресурсов производства (семена, сельскохозяйственные орудия и т.п.), должен предшествовать соответствующий анализ рынка по тем видам товаров, которые будут поставляться. Закупки любых излишков должны иметь целью поддержку местных производителей, однако необходимо также определить риски неблагоприятного воздействия. Импорт, как правило, ведет к понижению местных цен (см. стандарт 1 оценки продовольственной безопасности и питания, инструкцию 7 на странице 177).
3. **Поддержка:** рынки функционируют как часть более широких национальных и глобальных экономических систем, которые влияют на местные рыночные условия. Например, государственная политика, включая ценообразование и торговлю, оказывает влияние на доступность и наличие товаров. Несмотря на то, что оказание помощи в чрезвычайных ситуациях не предусматривает осуществления каких-либо мероприятий на этом уровне, анализ таких факторов будет уместным, поскольку могут появиться возможности для осуществления совместных мер или для обращения к правительству и другим организациям с целью исправить ситуацию (см. принцип обеспечения защиты 3 на странице 43).
4. **Уязвимые лица:** необходимо провести анализ уязвимости с целью выявления лиц, имеющих ограниченный доступ к рынкам и возможностям в области обеспечения средств к существованию. Следует оказывать помощь в отношении доступа к рынкам людям с ограниченными возможностями, лицам, живущим с ВИЧ, пожилым людям и женщинам, имеющим обязанности по осуществлению ухода за детьми.

5. **Влияние осуществляемых вмешательств:** закупки на местном уровне продовольствия, семян или других товаров могут вызвать инфляцию в ущерб потребителям, но на пользу местным производителям. И наоборот, импортное продовольствие может способствовать понижению цен и затормозить местное производство продовольствия, что может привести к ухудшению положения в области продовольственной безопасности. Предоставление наличных денег может оказать положительное умноженное воздействие на местную экономику, однако это также может вызвать вздутие цен на основные товары на местном уровне. Лица и организации, отвечающие за закупки, обязаны учитывать эти факторы. Кроме того, на покупательную способность получателей помощи влияет распределение продовольствия, так как оно, в свою очередь, является формой перераспределения дохода. Одни продукты продать по хорошей цене легче, чем другие, например, растительное масло по сравнению с пищевыми смесями. Покупательная способность, связанная с определенным видом продуктов питания или продуктовой корзиной, будет оказывать влияние вне зависимости от того, будет семья, получающая помощь, съедать или продавать эти продукты питания. Поэтому необходимо понимать суть покупок и продаж в домашнем хозяйстве, чтобы быть в состоянии определить влияние программ по распределению продовольственной помощи в более широком плане.
6. **Чрезвычайно резкие сезонные колебания цен** могут отрицательно повлиять на небогатых производителей продовольствия, вынужденных продавать сельскохозяйственную продукцию по самой низкой цене, например, сразу после сбора урожая, или на скотоводов, которые вынуждены продавать домашний скот во время засухи. Потребители, которые располагают ограниченным чистым доходом, напротив, не могут позволить себе вложить средства в запасы продовольствия и вынуждены делать небольшие, но частые закупки продовольствия. В связи с этим им приходится покупать продукты по высоким ценам, например, во время засухи. Примеры осуществления вмешательств, способных свести к минимуму такие последствия, включают усовершенствование транспортных систем и систем хранения, производство более разнообразных видов продовольствия, а также распределение наличных денег и продуктов питания в критические периоды.



Приложение 1

Перечень контрольных вопросов для оценки продовольственной безопасности и средств к существованию

При оценке продовольственной безопасности часто принято выделять группы пострадавшего населения по средствам к существованию в соответствии с их источниками дохода и продовольствия, а также стратегиями их получения. Такая классификация может включать группы населения по размеру благосостояния или классам. Представляется важным сравнить текущую ситуацию с положением в области продовольственной безопасности, существовавшим до чрезвычайной ситуации. Отправной точкой можно считать так называемые «средние нормальные годы». Также следует уделить внимание конкретным функциям и уязвимости женщин и мужчин, а также возможные последствия для продовольственной безопасности домохозяйств.

Нижеследующий перечень контрольных вопросов охватывает широкий круг проблем, обычный при анализе продовольственной безопасности.

1 Продовольственная безопасность групп населения в зависимости от средств к существованию

- 1 Есть ли в данной местности группы населения с одинаковыми стратегиями обеспечения средств к существованию? Каким образом можно классифицировать эти группы по признаку основных источников их дохода или продовольствия?

2 Положение с продовольственной безопасностью до чрезвычайной ситуации (отправная точка)

- 2 Каким образом группы с различными средствами к существованию обеспечивали себя продовольствием или доходом до чрезвычайной ситуации? Каковы были источники их продовольствия и дохода в недавнем прошлом в «средний год»?
- 2 Каким образом менялись эти различные источники продовольствия и дохода в зависимости от времени года в «средний год»? (Наличие сезонного календаря может оказаться полезным).

- Д Если сравнивать ситуацию, существовавшую 5 или 10 лет назад, каким образом менялось положение с продовольственной безопасностью год от года? (Описание истории хороших и плохих лет может оказаться полезным).
- Д Каким имуществом, сбережениями или другими ресурсами обладают группы населения с различными средствами к существованию (например, запасы продовольствия, сбережения в виде наличных средств, домашний скот, капиталовложения, кредиты, невостребованная задолженность и т.д.)?
- Д Что входит в затраты домашнего хозяйства в течение одной недели или одного месяца, и какова доля затрат по каждой статье?
- Д Кто отвечает за контроль над наличными средствами в домашнем хозяйстве, и на что тратятся наличные средства?
- Д Насколько доступен ближайший рынок для приобретения основных товаров (учитывать расстояние, безопасность, легкость передвижения, наличие рыночной информации, транспорт и т.п.)?
- Д Каковы наличие основных товаров и цены на них, включая продовольствие?
- Д Каковы были в среднем условия обмена между основными источниками дохода и продовольствием до чрезвычайной ситуации (например, между заработной платой и продовольствием, между домашним скотом и продовольствием)?

3 Продовольственная безопасность во время чрезвычайной ситуации

- Д Каким образом чрезвычайная ситуация отразилась на различных источниках продовольствия и дохода каждой из выделенных групп с различными средствами к существованию?
- Д Каким образом чрезвычайная ситуация повлияла на сезонные особенности продовольственной безопасности для различных групп населения?
- Д Каким образом чрезвычайная ситуация повлияла на доступ к рынкам, наличие товаров и цены на основные товары на рынках?
- Д Каковы стратегии приспособления различных групп, и какой процент входящих в эти группы людей в них участвуют?
- Д Какие произошли в этом изменения по сравнению с положением до чрезвычайной ситуации?
- Д Какая группа пострадала больше всего?
- Д Каковы краткосрочные и долгосрочные последствия стратегий приспособления для финансовых и иных активов пострадавшего населения?
- Д Каковы последствия стратегий приспособления для здоровья, общего благосостояния и сохранения достоинства групп населения с различными средствами к существованию и всех уязвимых лиц? Связаны ли стратегии приспособления с какими-либо рисками?



Приложение 2

Перечень контрольных вопросов для оценки безопасности в области обеспечения семян

Ниже приведены примерные вопросы для проведения оценки безопасности в области обеспечения семенами:

1. До чрезвычайной ситуации (отправная точка)

- ▶ Какие сельскохозяйственные культуры имеют для фермеров наиболее важное значение? Для каких целей они ими используются – потребления, получения дохода или того и другого? Выращиваются ли эти культуры каждый сезон? Какие малоурожайные культуры могут приобрести важное значение в сложные периоды?
- ▶ Каким образом фермеры обычно обеспечивают себя семенами или посадочным материалом этих культур? (Учитываются все каналы снабжения).
- ▶ Каковы параметры засева по каждой основной культуре? Какова средняя площадь засева? Каковы нормы высева? Каковы коэффициенты размножения (отношение количества посаженных семян к количеству полученных после сбора урожая семян или зерна)?
- ▶ Существуют ли предпочтительные сорта конкретных культур или сорта, имеющие важное значение?
- ▶ Какие производственные ресурсы необходимы для выращивания конкретных культур или сортов?
- ▶ Кто в домохозяйстве несет ответственность за принятие решений, руководит процессом культивирования и распоряжается продукцией на различных стадиях производства и в послепроизводственный период?

2. После чрезвычайной ситуации

- ▶ Осуществимо ли с точки зрения получателей помощи вмешательство, касающееся занятия сельским хозяйством?
- ▶ Уверены ли фермеры в том, что ситуация в данный момент является достаточно стабильной и безопасной для того, чтобы выращивать ту или иную культуру, собирать урожай и потреблять полученную продукцию?

- ▶ Имеют ли они соответствующий доступ к земляным угодьям и другим средствам производства (удобрения, инвентарь, рабочий скот)?
- ▶ Готовы ли они продолжать занятие сельским хозяйством?

3. Оценк обеспечения семян ми и спрос : з п сы домохозяйств

- ▶ Достаточны ли собственные запасы семян домохозяйства для проведения сева? Сюда входят семена собственного урожая фермера и семена, потенциально доступные через социальные сети (например, соседей).
- ▶ Является ли данная сельскохозяйственная культура той культурой, которую фермеры по-прежнему желают выращивать? Приспособлена ли она к местным условиям? Есть ли на нее еще спрос?
- ▶ Годятся ли сорта, получаемые в результате собственного производства фермера, для посадки в следующем сезоне? Отвечает ли качество семян обычным требованиям фермера к качеству семян?

4. Оценк обеспечения семян ми и спрос : местные рынки

- ▶ Функционируют ли в целом рынки, несмотря на чрезвычайную ситуацию (работают ли рынки в установленные дни, есть ли у фермеров возможность свободно передвигаться, продавать и покупать)?
- ▶ Соизмеримо ли имеющееся в наличии количество семян или зерна с количеством, имевшимся в наличии в обычных условиях в то же самое время в предшествующие сезоны?
- ▶ Имеются ли на рынках культуры и сорта, которые устраивают фермеров?
- ▶ Соизмеримы ли сегодняшние рыночные цены на семена или зерно с ценами в то же самое время в предшествующие сезоны? Если отмечается разница в ценах, то может ли это поставить фермеров в затруднительное положение?

5. Оценк обеспечения семян ми и спрос : семен госуд рственного сектор

- ▶ Адаптированы ли к находящимся в особенно сложном положении районам поступающие в продажу из государственного сектора культуры и сорта? Есть ли основание считать, что они подходят фермерам?
- ▶ Могут ли имеющиеся у государственного сектора запасы семян удовлетворить потребности в оказании какой-либо помощи? Если нет, то какая часть потребностей фермеров может быть обеспечена?



Приложение 3

Перечень контрольных вопросов для оценки питания

Ниже следуют примерные вопросы для оценки основных причин недостаточности питания, опасных уровней недоедания и возможных вариантов помощи. Вопросы основаны на концептуальной схеме недостаточности питания (см. стр.169). Информация может поступать из различных источников, и для ее получения нужно будет воспользоваться самыми разными способами, включая собеседования с основными информантами, наблюдения и анализ вторичных данных (см. базовые стандарты 1, 3-4 на странице 62, 70-75).

Положение с питанием перед чрезвычайной ситуацией

Какая информация уже имеется о характере, масштабе и причинах недостаточного питания среди пострадавшего населения (см. стандарт 2 оценки продовольственной безопасности и питания на странице 179)?

Риск недостаточности питания в данный момент

1. *Риск недостаточности питания, связанный с ограниченным доступом к продуктам питания. См. приложение 1: перечень контрольных вопросов для оценки продовольственной безопасности и средств к существованию.*
2. *Риск недостаточности питания, связанный с практикой кормления детей грудного и младшего возраста и осуществлением ухода:*
 - Изменился ли характер труда и социальный уклад (например, вследствие миграции, перемещения или вооруженного конфликта); что означали бы изменения в функциях и распределении обязанностей в домохозяйстве?
 - Произошли ли изменения в обычном составе домохозяйств? Наблюдается ли большое количество детей, разлученных с родителями?
 - Произошло ли нарушение нормальных условий осуществления ухода (например, в результате перемещения населения), которое повлияло на доступ к лицам, осуществляющим специализированный уход, доступ к продуктам детского питания, доступ к воде и т.д.?
 - Есть ли младенцы, которых не кормят грудью? Есть ли младенцы, которые получают искусственное питание?
 - Имеются ли свидетельства (или подозрение) того, что в чрезвычайной ситуации снижается применение практики грудного вскармливания, в

особенности это касается снижения показателей раннего начала грудного вскармливания или исключительно грудного вскармливания? Отмечается ли повышение показателя искусственного вскармливания и/или увеличение количественного соотношения детей, которых не кормят грудью?

- Доступны ли соответствующий возрасту, достаточно питательный, безопасный подкорм и гигиеничные средства его приготовления?
- Имеются ли свидетельства (или подозрение) того, что среди населения распределяются заменители грудного молока, такие как детские молочные смеси, другие молочные продукты, бутылочки и соски на бутылочку, поступающие от доноров или закупаемые?
- Как долго маленькие дети находились вне контакта с домашним скотом в скотоводческих районах? Изменился ли по сравнению с обычным доступ к молоку?
- Повлияли ли ВИЧ-инфекция и СПИД на практику осуществления ухода на уровне домохозяйств?

3. *Риск недостаточности питания, связанный с неудовлетворительным здравоохранением (см. главу, посвященную медицинскому обслуживанию, на странице 353):*

- Существуют ли сведения о вспышках заболеваний, которые могут повлиять на состояние питания (например, корь или острые кишечные инфекции)? Есть ли вероятность того, что эти вспышки могут повториться (см. стандарты 1–3 основного медицинского обслуживания – борьба с инфекционными заболеваниями на страницах 373–378.)
- Каков расчетный охват вакцинацией от кори пострадавшего населения (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на странице 384.)?
- Дается ли витамин А при вакцинации от кори? Каков расчетный охват населения витамином А при дополнительном питании?
- Делал ли кто-нибудь расчет коэффициентов смертности (общего или детей младше пяти лет)? Каковы эти коэффициенты и каким методом они рассчитывались? (См. стандарт 1 основного медицинского обслуживания на странице 370.)
- Наблюдается ли или ожидается существенное снижение температуры окружающей среды, которое может вызвать широкое распространение острых респираторных заболеваний, или повлиять на потребности пострадавшего населения в энергетической ценности пищи?
- Широко ли распространена ВИЧ-инфекция?
- Насколько уязвимо население в отношении недостаточности питания по причине бедности или плохого состояния здоровья?
- Отмечается ли перенаселенность или риск широкого распространения туберкулеза?
- Высока ли заболеваемость малярией?



- Находились ли люди в воде или в мокрой одежде, или подвергались продолжительное время воздействию других суровых условий окружающей среды?
4. *Через какие существующие местные официальные и неформальные структуры могут осуществляться вмешательства по оказанию помощи?*
- Каковы возможности министерства здравоохранения, религиозных организаций, общественных групп помощи, групп содействия практике грудного вскармливания или НПО, осуществляющих свою деятельность в районе в течение короткого или продолжительного периода времени?
 - Какого рода помощь в области обеспечения питания или помощь на базе общин уже оказывается местными общинами, отдельными лицами, НПО, государственными учреждениями, агентствами ООН и т.д.? В чем заключается суть стратегий по обеспечению питания (прошлых, настоящих или завершенных), запланированных долгосрочных вмешательств в области обеспечения питания, а также осуществляемых или планируемых программ оказания помощи в связи с настоящей ситуацией?

Приложение 4

Измерение острой недостаточности питания

В чрезвычайных ситуациях в отношении обеспечения питанием в оценку состояния питания или программы питания может оказаться необходимым включить детей в возрасте до 6 месяцев, беременных и кормящих грудью женщин, детей старшего возраста, подростков, взрослых или пожилых людей.

Обследование возрастных групп старше 6–59 месяцев требуется только в тех случаях, когда:

- Д произведен тщательный анализ конкретной ситуации, в ходе которого выявлены причины недостаточного питания. Если результаты этого анализа показывают, что состояние питания маленьких детей не отражает состояние питания всего населения, тогда можно проанализировать состояние питания другой возрастной группы
- Д существует технический экспертный потенциал для того, чтобы обеспечить качественный сбор информации, адекватный анализ и надлежащее представление и объяснение результатов анализа
- Д были приняты во внимание затраты ресурсов и/или альтернативные издержки включения в анализ других возрастных групп
- Д были сформулированы четкие и надлежащим образом задокументированные цели анализа.

Дети в возрасте до 6 месяцев

Исследования, касающиеся этой возрастной группы, еще продолжаются, поэтому доказательная база для проведения оценки и лечения пока ограничена. Большинство руководств рекомендуют такие же антропометрические методы определения случаев острой недостаточности питания младенцев, как и для детей в возрасте от 6 до 59 месяцев (за исключением измерения окружности середины плеча (MUAC - ОСП), что в настоящее время не рекомендуется для детей в возрасте до 6 месяцев). Критерии включения акцентируют внимание скорее на размере тела ребенка в данный момент, нежели оценке роста. Результатом перехода с показателей роста (физического развития) НЦМС на разработанные ВОЗ в 2006 году нормы роста детей стало выявление большего числа случаев истощения (кахексии) детей в возрасте до 6 месяцев. Необходимо учитывать эти изменения и принимать соответствующие меры. Это может означать также увеличение числа детей, включаемых в программы питания, и рост озабоченности лиц, осуществляю-



щих уход за детьми, относительно адекватности практики исключительно грудного вскармливания. Необходимо проводить оценку и учитывать следующие аспекты:

- рост ребенка в длину – удовлетворителен ли коэффициент роста, несмотря на то, что размер тела остается маленьким (некоторые дети, например, могут «нагонять отставание», потому что имели низкую массу тела при рождении)?
- практика кормления ребенка – кормят ли ребенка исключительно грудью?
- клиническое состояние – отмечают ли у ребенка какие-либо осложнения или болезни, которые поддаются лечению или вследствие которых он подвергается повышенному риску?
- материнские факторы – например, оказывается ли матери необходимая поддержка со стороны семьи, находится ли она в состоянии депрессии? Дети, подвергающиеся повышенному риску, должны в первую очередь направляться в стационарные программы лечебного питания.

Дети в возрасте 6–59 месяцев

В нижеприведенной таблице представлены часто используемые показатели различных степеней недостаточности питания среди детей в возрасте от 6 до 59 месяцев. Показатели соотношения «масса тела - рост» (WFH) следует рассчитывать, используя нормы роста детей ВОЗ (2006). Z-показатель соотношения «масса тела - рост» (в соответствии с нормами ВОЗ) является предпочтительным показателем представления результатов антропометрических измерений. Окружность по середине плеча (MUAC - ОСП) является самостоятельным критерием острой недостаточности питания, а также одним из самых лучших прогнозирующих параметров смертности. Частота случаев низких показателей MUAC (ОСП) также исследуется при проведении анализа с тем, чтобы прогнозировать количество пациентов, обслуживаемых программами дополнительного питания и терапии. Граничными значениями обычно считаются <11,5 см для тяжелой острой недостаточности питания и 1,5 - <12,5 см для умеренной острой недостаточности питания. Этот показатель, с более высоким граничным значением, также часто применяется при двухступенчатой процедуре скрининга. Этот показатель не должен применяться изолированно при антропометрических измерениях, однако может быть использован в качестве единственного критерия доступа к программам питания.

	Общая острая недостаточность питания	Умеренная острая недостаточность питания	Тяжелая острая недостаточность питания
Дети 6,0 – 59,9 месяцев	WFH <-2 Z-показателя и/или ОСП <12,5 см и/или алиментарная дистрофия (голодный отек)	WFH -3 - <-2 Z-показателя и/или ОСП 11,5--<12,5 см	WFH <-3 Z-показателя и/или ОСП <11,5 см и/или алиментарная дистрофия (голодный отек)

Дети в возрасте от 5 до 19 лет

Для определения состояния питания детей в возрасте 5–19 лет рекомендуется использовать нормы роста, разработанные ВОЗ в 2007 году. Эти кривые данных показателей роста являются реконструкцией показателей НЦМС/ВОЗ 1977 года и близко совпадают с нормами роста ВОЗ для детей в возрасте 6–59 месяцев и рекомендуемыми граничными значениями для взрослых. В отношении детей старшего возраста и подростков, особенно в случае ВИЧ-инфекции, может использоваться показатель окружности по середине плеча (MUAC - ОСП). Поскольку это техническая область является областью, которая постоянно развивается, необходимо обращаться к новейшим руководствам и техническим модификациям.

Взрослые (20–59.9 лет)

Не существует согласованного определения недостаточности питания у взрослых, но факты говорят о том, что граничными показателями в отношении тяжелой острой недостаточности питания должен считаться индекс массы тела (ИМТ) 16 и ниже 18,5 в отношении легкой или умеренной острой недостаточности питания. При анализе недостаточности питания у взрослых следует обращать внимание на данные о весе, росте, росте в положении сидя и измерениях окружности середины плеча (ОСП). Эти данные могут помочь подсчитать ИМТ. Необходимо также делать поправки значений ИМТ с учетом индекса Cormic (соотношение роста в положении сидя и в положении стоя) для того, чтобы провести сравнение между различными популяциями. Такие поправки могут существенно изменить картину видимой распространенности недостаточности питания, что, в свою очередь, внесет серьезные изменения в планирование программ по оказанию помощи. Измерения ОСП необходимо делать всегда. В случаях, когда результаты измерений требуются немедленно, или при ограниченных ресурсах, анализ должен базироваться только на измерениях ОСП.

Поскольку интерпретация результатов антропометрических измерений осложняется отсутствием проверенных данных о практических конечных результатах и ориентиров для определения значения этих результатов, такие результаты можно рассматривать вместе с подробной контекстуальной информацией. Инструкции по оценке приводятся в списке литературы и дополнительных материалов.

Процедура скрининга отдельных лиц для включения в программу ухода и лечения в связи недостаточностью питания и для выписки из нее должна учитывать сочетание антропометрических показателей и клинических признаков (в особенности слабости, отмечавшегося в последнее время снижения массы тела), а также социальных факторов (например, доступ к продуктам питания, наличие осуществляющих уход лиц, наличие крова и др.). Необходимо помнить, что алиментарная дистрофия (голодные отеки) у взрослых может быть вызвана не только недостаточностью питания, но и многими другими причинами, и клиницистам следует обращать внимание на отеки с тем, чтобы выяснить их истинную причину. Гуманитарным организациям необходимо определиться с показателями для того, чтобы решить, кто подходит для категории ухода, учитывая при этом известные



недостатки измерений ИМТ, отсутствие данных по ОСП, а также последствия их использования для программы по оказанию помощи. Поскольку эта техническая область постоянно развивается, необходимо обращаться к новейшим руководствам и техническим модификациям.

Измерения ОСП могут использоваться как инструмент скрининга беременных женщин, например, в качестве критерия включения в программу питания. Беременные женщины могут представлять группу большего риска, чем другие группы населения, поскольку им требуется дополнительное питание. В ходе беременности показания ОСП мало изменяются. Было доказано, что ОСП <20,7 см (большой риск) и <23,0 см (умеренный риск) замедляет рост плода. Примерные граничные показатели, касающиеся риска, зависят от конкретной страны и остаются в пределах от 21 до 23 см. Показатель меньше 21 см считается соответствующим граничным показателем для отнесения женщин к категории лиц с повышенным риском во время чрезвычайных ситуаций.

Пожилые люди

В настоящее время не существует согласованных критериев определения недостаточности питания у пожилых людей, однако данная группа населения в значительной мере подвержена риску недостаточного питания в условиях чрезвычайной ситуации. ВОЗ рекомендует считать, что предельные значения ИМТ для взрослых соответствуют таковым у пожилых людей в возрасте 60–69 лет и старше. Однако точность антропометрических измерений при этом весьма проблематична в связи с искривлениями позвоночника (сутулость) и компрессией позвонков. При этом вместо измерения роста можно оценивать величину размаха или полуразмаха рук с последующим умножением на соответствующий коэффициент, который, однако, может варьироваться в зависимости от популяции. Необходимо применять визуальные способы оценок. Измерение ОСП также может оказаться полезным для оценки степени недостаточности питания у пожилых людей, однако исследования, касающиеся определения соответствующих граничных значений, еще не завершены.

Люди с ограниченными возможностями

В настоящее время не существует руководств по измерению лиц с физическими дефектами, и поэтому они часто исключаются из антропометрических измерений. Необходимо применять визуальные способы оценок. Измерения ОСП могут дать неправильную картину в тех случаях, когда мышцы плеча хорошо развиты в связи с необходимостью их постоянного использования для обеспечения подвижности. Кроме стандартных методов измерений роста существуют и альтернативные методы, включая измерение длины, размаха рук, полуразмаха, а также длины голени. Для этого следует ознакомиться с результатами последних научных исследований, чтобы найти наилучший способ измерения людей с ограниченными возможностями в случаях, когда стандартные измерения веса, роста и ОСП не могут быть применены.

Приложение 5

Покрывает ли дефицит микронутриентов и их значение для здоровья населения

В случае выявления клинически выраженного дефицита микронутриентов необходимо проводить лечение каждого отдельного случая. Отдельные случаи клинически выраженного дефицита микронутриентов обычно также указывают на основную причину дефицита микронутриентов на уровне всего населения. Определение и классификация дефицита микронутриентов на уровне населения имеют важное значение для планирования и проведения мониторинга осуществляемых вмешательств.

Преимуществом биохимических анализов является то, что они дают объективные показатели содержания микронутриентов. Однако забор биопроб для проведения анализа часто сопряжен с трудностями, связанными с логистикой, обучением персонала, системой обеспечения оптимального температурного режима хранения и транспортировки медицинских препаратов и приемлемостью. Биохимические исследования также не всегда являются настолько очевидно полезными, т.е. настолько чувствительными и специфичными, как это кажется. Возможны также изменения, обусловленные тем, в какое время дня сделан забор пробы, а также временем года, как в случае с острой недостаточностью питания. Необходим надлежащий контроль качества, что следует учитывать при выборе лаборатории для проведения анализа проб.

При проведении оценки содержания микронутриентов следует иметь в виду не только дефицит, но и избыточное их потребление. Об этом следует помнить особенно в тех случаях, когда для обеспечения микронутриентами пострадавшего населения используются разнообразные, обогащенные питательными веществами и витаминами продукты питания или добавки.

В нижеприведенной таблице представлена классификация значения для здоровья населения дефицита ряда микронутриентов с использованием различных показателей.



Пок з тель дефицит микронутриентов	Рекомендов нн я для обследов ния р спростр ненности возр стн я групп	Определение проблемы здр воохр нения	
		Степень тяжести	Р спростр ненность (%)
Дефицит витамина А			
Куриная (ночная) слепота (ХN)	24-71 месяцев	Слабая	> 0 – < 1
		Умеренная	≥ 1 – < 5
		Тяжелая	≥ 5
Ксеротические бляшки (Х1В)	6-71 месяцев	Не определено	> 0,5
Роговичный ксероз/язвы/ кератомалиция (Х2, Х3А, Х3В)	6-71 месяцев	Не определено	> 0.01
Роговичные рубцы (Х5)	6-71 месяцев	Не определено	> 0,05
Ретинол в сыворотке крови (± 0.7 мкмоль/л)	6-71 месяцев	Слабая	≥ 2 – < 10
		Умеренная	≥10 – < 20
		Тяжелая	≥ 20
Дефицит йода			
Зоб (видимый + прощупываемый)	Дети школьного возраста	Слабая	5,0 – 19,9
		Умеренная	20,0 – 29,9
		Тяжелая	≥ 30,0
Медиана содержания йода в моче (мкг/л)	Дети школьного возраста	Избыточно	> 300 ¹
		Достаточно	100 – 199 ¹
		Слабая	50 – 99 ¹
		Умеренная	20 – 49 ¹
		Тяжелая	< 20 ¹
Дефицит железа			
Анемия (Не беременные женщины: гемоглобин <12,0 г/дл; дети 6-59 месяцев: <11,0 г/дл)	Женщины, дети 6-59 месяцев	Низкая	5 – 20
		Средняя	20 – 40
		Высокая	≥ 40
Бери-бери ¹			
Клинические признаки	Все население	Слабая	≥ 1 случай & <1%
		Умеренная	1 – 4
		Тяжелая	≥ 5
Потребление с пищей (< 0,33 мг/1000 ккал)	Все население	Слабая	≥ 5
		Все население	5 – 19
		Тяжелая	20 – 49
Младенческая смертность	Младенцы 2-5 месяцев	Слабая	Нет увеличения коэффициентов
		Умеренная	Небольшое увеличение коэффициентов
		Тяжелая	Заметное увеличение коэффициентов
Пеллагра ¹			
Клинические признаки (дерматит) в обследованной возрастной группе	Все население или женщины >15 лет	Слабая	≥ 1 случай & <1%
		Умеренная	1 – 4
		Тяжелая	≥ 5
Потребление с пищей ниациновых эквивалентов <5 мг/день	Все население или женщины >15 лет	Слабая	5 – 19
		Умеренная	20 – 49
		Тяжелая	≥ 50
Цинга ¹			
Клинические признаки	Все население	Слабая	≥ 1 случай & <1%
		Умеренная	1 – 4
		Тяжелая	≥ 5

¹ Для получения информ ции относительно биохимических тестов и п р метров здр воохр нения требуется обр щ ться к
новейшим печ тным источникам либо специ лист м.

^{*} Приведенные здесь цифры ук зыв ют концентр цию йод в моче, нер спростр ненность

Приложение 6

Пищевые потребности

Нижеприведенные показатели могут использоваться при планировании программ на начальных стадиях чрезвычайной ситуации. Приведенные в таблице данные, касающиеся минимальных пищевых потребностей, следует использовать для оценки достаточности общих рационов питания, предназначенных для населения. Потребности рассчитаны на основе предполагаемого демографического профиля, предположений относительно температуры окружающей среды и уровней физической активности населения. Принимаются во внимание также дополнительные потребности беременных и кормящих грудью женщин. Приведенные здесь данные о пищевых потребностях не предназначены для проведения оценки достаточности рационов дополнительного или лечебного питания или оценки рационов питания, предназначенных для особых групп населения, таких как лица, больные туберкулезом, или лица, живущие с ВИЧ.

Прежде чем использовать приведенные ниже показатели, необходимо принять во внимание два важных обстоятельства. Во-первых, средние минимальные потребности групп населения рассчитываются независимо от пола и возраста. В связи с этим они не специфичны для отдельно взятых возрастных/половых групп и не могут быть использованы для оценки потребностей каждого отдельного лица. Во-вторых, указанные значения пищевых потребностей основываются на определенном демографическом профиле.



Пит ьельное вещество	Миним льные потребности н селения ¹
Энергетическая ценность	2100 ккал
Белок	53 г (10% общей энергетической ценности)
Жир	40 г (17% общей энергетической ценности)
Витамин А	550 мкг RAE*
Витамин D	6,1 мкг
Витамин E	8,0 мг alpha-TE*
Витамин К	48,2 мкг
Витамин В1 (тиамин)	1,1 мг
Витамин В2 (рибофлавин)	1,1 мг
Витамин В3 (ниацин)	13,8 мг NE
Витамин В6 (пиридоксин)	1,2 мг
Витамин В12 (кобаламин)	2,2 мг
Фолат (фолиевая кислота)	363 мг DFE*
Нантотенат	4,6 мг
Витамин С	41,6 мг
Железо	32 мг
Йод	138 мкг
Цинк	12,4 мг
Медь	1,1 мг
Селен	27,6 мкг
Кальций	989 мг
Магний	201 мг

* Alpha-TE – эквив лент льф -токоферол

RAE – эквив лент ктивности ретинол

NE – эквив лент ни цин

DFE – пищевой эквив лент фол т

¹ Определены к к нормы потребления пит ьельных веществ (RNI) для всех пит ьельных веществ, кроме энергетической ценности и меди.

Смoтpите: Нормы потребления пит ьельных веществ из руководств FAO/ВОЗ (2004), *Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition* (Пищевые потребности человек в витам ин х и минер льных веществ х). Второе изд ние. Применялись в отношении р счeт потребностей во всех витам ин х и минер льных веществ х, кроме меди, поскольку потребности в меди не были включены в руководство FAO/ВОЗ (2004). Потребности в меди приводятся по изд нию ВОЗ (1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health*.

В приведенной ниже таблице дается показатель средней общей структуры населения с разбивкой по возрастам. Однако необходимо помнить, что это зависит от конкретной ситуации и может в значительной мере меняться. Например, в некоторых сельских общинах вследствие миграции населения средних возрастов непропорционально высоко число пожилых людей, осуществляющих уход за детьми.

Групп	Процент н селения
0 – 6 месяцев	1,32
7 – 11 месяцев	0,95
1 – 3 года	6,58
4 – 6 лет	6,41
7 – 9 лет	6,37
10 – 18 лет женщины	9,01
10 – 18 лет мужчины	9,52
19 – 50 женщины	17,42
51 – 65 женщины	4,72
19 – 65 мужчины	27,90
65+ женщины	2,62
65+ мужчины	2,18
Беременные	2,40
Кормящие грудью	2,60

Source: United Nations (2003), World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050.

При расчете белково-энергетических потребностей населения необходимо учитывать следующие факторы:

- демографическую структуру населения, в частности, процент детей в возрасте до 5 лет и лиц женского пола
- среднюю массу тела взрослых, а также реальную, обычную и желательную массу тела
- уровни физической активности, необходимые для продуктивной жизнедеятельности. Пищевые потребности будут повышаться, если степень



физической активности выше легкой (т.е. 1.6 x интенсивность основного обмена)

- среднюю температуру окружающей среды, обеспеченность одеждой и временным жильем. Пищевые потребности будут возрастать, если средняя температура воздуха ниже 20 С°
- состояние питания и состояние здоровья населения. Пищевые потребности будут возрастать, если значительный процент населения страдает от недостаточности питания и у людей возникают потребности его компенсировать. Широкое распространение ВИЧ/СПИДа может серьезно повлиять на средние потребности населения (см. стандарт 1 продовольственной безопасности – продовольственная помощь на странице 213). Вопрос об изменении рациона питания в целях удовлетворения этих потребностей должен решаться на основе анализа конкретной ситуации и действующих международных рекомендаций

Если получение такого рода информации оказывается невозможным при проведении оценки, то цифры, приведенные выше в таблице, следует использовать в качестве величин минимальных пищевых потребностей.

Список литературы и дополнительных материалов

Источники

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.enonline.net/ife (Центральная группа ВМДЧУ, Операционные правила по вскармливанию младенцев и детей в чрезвычайных условиях).

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva. (МСОЧС, Минимальные стандарты обучения в чрезвычайных ситуациях, в условиях хронических кризисов и на раннем этапе восстановительных работ).

Международная организация труда (МОТ) (1973), Конвенция о минимальном возрасте для приема на работу № 138. <http://www.ilo.org/ilolex/russian/docs/convdisp1.htm>

LEGS (2009), Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). Practical Action Publishing, UK. www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf

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



SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, p (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.

Право на достаточное питание (статья 11 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, Замечание общего порядка № 12, 12 мая 1999 года, UN Doc. E/C.12/1999/5, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам).
www.unhchr.ch

UNHCR/World Food Programme (WFP)/University College London/IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net/2008/05/download-page.html

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents.
www.who.int/growthref/en/

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions: www.ibfan.org (ВОЗ, Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока).

Дополнительные материалы

Список литературы по проведению оценки

Первоначальная оценка

IIASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

Оценки продовольственной безопасности

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners, USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC.
www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

FAO/WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Оценк безо пности в обл сти обеспечения семен ми

Longley, C et al (2002), Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems. Disasters, 26, 343–355.

Sperling, L (2008), When disaster strikes: a guide to assessing seed system security. International Center for Tropical Agriculture. Cali, Colombia.

Оценк средств к существов нию

Jaspers, S and Shoham, J (2002), A Critical Review of Approaches to Assessing and Monitoring Livelihoods in Situations of Chronic Conflict and Political Instability. ODI.

IASC (2009), Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multi-Sectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Version 1.1. Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in Humanitarian Settings.

Рынки

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Mike, A (2010), Emergency Market Mapping and Analysis (EMMA) toolkit. Practical action, Oxfam GB.

Потребление продуктов пит ния

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

Методы совместного уч стия

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis handbook.

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.

Информ ционные системы в обл сти продовольственной безо пности и пит ния

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net



Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS):www.fivims.net/index.jsp

Integrated Food Security Phase Classification (2008), Technical Manual. Version 1.1.

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture, FAO: www.fao.org

Shoham, J, Watson, F and Dolan, C, The use of nutrition indicators in surveillance systems, Technical paper 2.ODI. London.

Антропометрические измерения

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp49–51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London

Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

Оценк потребности в микронутриент х

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A. and Prudhon C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva.

Оценк пр ктики кормления детей грудного и мл дшего возр ст

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide.www.enonline.net/resources

Кормление детей грудного и мл дшего возр ст

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. www.enonline.net/ife.

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. www.enonline.net/ife

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. www.enonline.net/ife

UNICEF/WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva. (ЮНИСЕФ/ВОЗ, Глобальная программа по кормлению детей грудного и раннего возраста)

UNHCR (2009), Guidance on Infant feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations. www.enonline.net/ife

USAID/AED/FANTA/University of California DAVIS/International Food Policy Research Institute (IFPRI)/UNICEF/WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva. (ВОЗ, Руководящие принципы по вскармливанию младенцев и детей в чрезвычайных условиях).

Вмешательств в области обеспечения продовольственной безопасности

Общие вопросы

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on Prevention of and response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1–4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition. (МПК, Руководящие положения в отношении мер по борьбе с гендерным насилием в условиях гуманитарных операций).

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

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

Определение целей и распределение продовольствия

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

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva.

WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome.

WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.

Управление цепочкой поставок и качество и безопасность продовольствия

CARE, Food Resource Management handbook.



Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control: <http://foodquality.wfp.org>

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute/WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International. World Vision Food Resource Manual. Second edition.

World Vision International. Food Monitors Manual.

Вмешательств по оказанию помощи в виде наличных денег и в ученов

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK/Oxfam GB/British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Вмешательств по оказанию помощи в области обеспечения семенами

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

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture/CRS. Rome.

Общие руководства, касающиеся питания в чрезвычайных ситуациях

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

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

UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

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

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

Уязвимые лиц

FANTA and WFP (2007), Food Assistance Programming in the Context of HIV.

FAO and WHO (2002), Living Well with HIV and AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV and AIDS.

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

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities. (МПК, «Женщины, девочки, мальчики и мужчины: разные потребности – равные возможности»).

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

Ведение острой недостаточности питания

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.

FANTA-2 (2008), Training guide for Community based management of acute malnutrition.

Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (in progress), Supplementary feeding Minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

Дефицит микронутриентов

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.



UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

Минимальные
стандарты, касающиеся
обеспечения
временным жильем,
организации
размещения и
непродовольственной
помощи



Рекомендации по применению данной главы

Данная глава состоит из двух разделов:

Обеспечение временным жильем и организация размещения

Непродовольственная помощь: одежда, постельные принадлежности и предметы домашнего обихода

Оба раздела включают общие стандарты при любом сценарии оказания помощи перемещенному, а также неперемещенному населению, включая временное или транзитное жилье для семей в местах первоначального проживания, либо возвращение в отремонтированные жилища; временное размещение среди местного населения; временное коллективное размещение, включая запланированные или стихийно возникающие лагеря, коллективные центры, транзитные центры или центры по возвращению.

Стандарты, описанные в данной главе, должны применяться в соответствии с принципами обеспечения защиты и базовыми стандартами, описанными в предыдущих главах.

Эти стандарты касаются в первую очередь организации гуманитарной помощи на начальной стадии после ЧС, однако их можно применять и при обеспечении готовности к ЧС, и при осуществлении мероприятий по ликвидации последствий ЧС и восстановлению.

Каждый раздел включает:

- **Минимальные стандарты:** стандарты качества, задающие минимальные уровни, которые должны быть достигнуты в процессе оказания гуманитарной помощи в отношении обеспечения временным жильем.
- **Ключевые действия:** рекомендуемые мероприятия и вводимые ресурсы, необходимые для достижения минимальных стандартов.
- **Ключевые показатели:** индикаторы, определяющие, был ли достигнут тот или иной стандарт. Они позволяют оценивать результаты и информировать о ходе осуществления ключевых действий и относятся к минимальным стандартам, а не к ключевым действиям.
- **Инструкции:** конкретные вопросы, касающиеся применения в различных ситуациях минимальных стандартов, ключевых действий и ключевых показателей. Они содержат указания по преодолению практических трудностей, а также ориентиры и рекомендации по наиболее важным вопросам. Здесь могут рассматриваться основные проблемы, касающиеся стандартов, действий и показателей, а также дилеммы, противоречия и пробелы в современных знаниях по данному вопросу.

В случае, если не могут быть достигнуты требуемые ключевые показатели и осуществлены необходимые действия, требуется провести оценку вероятных при этом отрицательных последствий для пострадавшего населения и предпринять соответствующие действия по смягчению этих последствий.

В приложении содержится перечень контрольных вопросов для определения потребностей для учета применения стандартов при определении мероприятий по оказанию помощи и осуществлению мониторинга. Прилагается также список литературы и дополнительных материалов, в котором имеется раздел, содержащий ссылки на ряд практических руководств.

Содержание

Введение	287
1. Обеспечение временным жильем и организация размещения.....	295
2. Непродовольственная помощь: одежда, постельные принадлежности и предметы домашнего обихода	320
Приложение 1: Список контрольных вопросов по оценке обеспечения временным жильем, организации размещения и непродуктивной помощи	332
Список литературы и дополнительных материалов.....	339





Введение

Связь с Гуманитарной хартией и международными правовыми документами

Минимальные стандарты в области обеспечения временным жильем, размещения пострадавшего населения и непродуктивной помощи являются практическим выражением разделяемых гуманитарными организациями взглядов, убеждений и принципов, на которых строится гуманитарная деятельность. Они изложены в Гуманитарной хартии и Кодексе поведения Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении операций помощи в случае стихийных бедствий и катастроф. Эти принципы гуманности, отраженные в международном праве, включают право на жизнь с достоинством, право на защиту и безопасность и право на получение необходимой гуманитарной помощи. Перечень основных правовых и программных документов, определяющих существо Гуманитарной хартии, с комментариями для сотрудников гуманитарных организаций приводится для ознакомления в приложении 1 (страница 406). При оказании гуманитарной помощи обеспечение временным жильем, размещение пострадавшего населения и непродуктивная помощь имеют непосредственное отношение к осуществлению права на достаточное жилище, закрепленного в международном праве прав человека.

Каждый человек имеет право на достаточное жилище. Это право закреплено в международно-правовых документах (см. список литературы и дополнительных материалов: международно-правовые документы) наряду с правом на жизнь в безопасности, мире и с соблюдением достоинства, а также гарантиями пользования жильем и правом на защиту от насильственного выселения и реституцию. В этих документах достаточное жилище определено как жилье, которое удовлетворяет следующим требованиям:

- ▶ надлежащая площадь и защита от холода, сырости, жары, дождя, ветра и иных угроз для здоровья, включая структурные опасности и переносчиков болезней
- ▶ наличие услуг, возможностей, материалов и инфраструктуры
- ▶ доступность с точки зрения расходов, пригодность для проживания, доступность, местонахождение и адекватность с точки зрения культуры



- Д устойчивый доступ к природным и общим ресурсам, к безопасной питьевой воде, источникам энергии для приготовления пищи, отопления и освещения, к объектам санитарии и гигиены, к средствам хранения продуктов питания, к удалению отходов, дренажу территории проживания и службам экстренной помощи
- Д соответствующее местоположение поселений и жилья, обеспечивающее безопасный доступ к медицинскому обслуживанию, школам, центрам по уходу за детьми и иным социальным учреждениям, а также к возможностям в области занятости
- Д используемые строительные материалы и нормы строительства жилья разнообразны и соответствуют культурным традициями местного населения

Хотя минимальные стандарты, приведенные в настоящей главе, не в полном объеме отражают право на достаточное жилище, как оно представлено в соответствующих международно-правовых документах, они выражают суть права на достаточное жилище и способствуют постепенной реализации этого права.

Зн чение обеспечения временным жильем, орг низ ции р змещения постр д вшего н селения и непродовольственной помощи в условиях чрезвычайной ситу ции

Обеспечение временным жильем является важнейшим фактором, определяющим выживание в начальный период чрезвычайной ситуации. Временное жилье обеспечивает защищенность и личную безопасность, защиту от воздействия природно-климатических условий, а также способствует сохранению здоровья и укреплению сопротивляемости к болезням. Обеспечение жильем также является важным условием сохранения человеческого достоинства и поддержания семейной и общественной жизни и дает пострадавшему населению возможность для восстановления от последствий ЧС. Обеспечение временным жильем и связанное с этим размещение пострадавшего населения, а также продовольственная помощь, должны укреплять существующие стратегии приспособления, содействовать автономности (самообеспечиваемости) и укреплять механизмы самоуправления среди пострадавших от ЧС. Следует максимально использовать местный опыт и ресурсы, если это не будет иметь отрицательных последствий для пострадавшего населения или местной экономики. При осуществлении любых мероприятий по оказанию помощи необходимо учитывать известные риски возникновения ЧС и сводить к минимуму долгосрочное негативное воздействие на окружающую среду, максимально увеличивая при этом возможности пострадавшего населения по сохранению или созданию механизмов обеспечения средств к существованию.

Температурный комфорт, защита от воздействия природно-климатических условий, а также личная безопасность и уважение достоинства личности обеспечиваются путем удовлетворения целого ряда потребностей, касающихся как самих людей, так и жилищ (крытых пространств) и их местоположения. Для удовлетворения этих потребностей требуются соответствующие средства для приготовления и употребления пищи, соответствующее укрытие или временное жилище, необходимые средства для обогрева и вентиляции, а также доступ к самым необходимым услугам.

Потребности пострадавшего от ЧС населения в области обеспечения временным жильем, организации размещения и непродуктивной помощи зависят от характера и масштаба ЧС, а также масштабов перемещения населения. При оказании помощи следует учитывать способность и желание перемещенного населения вернуться в места, где оно первоначально проживало, и начать процесс восстановления. В случае невозможности или отсутствия желания вернуться перемещенным лицам потребуются предоставить временные или транзитные жилища или пункты размещения (см. диаграмму, приведенную ниже). Многое будет зависеть от конкретной обстановки, в том числе от условий пострадавшей от ЧС местности (городская или сельская), политического положения и уровня безопасности, а также от способности пострадавшего населения конструктивно участвовать в удовлетворении своих потребностей в обеспечении временным жильем. В суровых погодных условиях, при которых временное укрытие будет крайне необходимо для того, чтобы выжить, или когда в результате перемещения пострадавшее население будет не в состоянии построить надлежащие временные жилища, потребуются принять такие срочные меры по обеспечению людей временным жильем, как, например, развертывание палаточных городков или временное размещение в сохранившихся общественных зданиях. Перемещенное население может найти пристанище в домах местных жителей, поселиться отдельными семьями или группами семей в существующих пунктах размещения. Возможно, людей придется временно размещать в запланированных и управляемых лагерях или коллективных центрах.



Возможные варианты временного жилья
и организации размещения и скрининга
оказания помощи



Следует по возможности оказывать содействие пострадавшему населению в ремонте или приспособлении имеющихся жилых построек или строительстве новых. Помощь может включать поставку соответствующих строительных материалов, инструментов и крепежных средств, предоставление наличных денег или ваучеров, техническое руководство и обучение или комбинацию этих элементов. Содействие и техническая помощь должны оказываться пострадавшему населению, которое не имеет возможности или опыта для того, чтобы заниматься строительством. Следует учитывать также права тех, кто косвенно пострадал от ЧС, как, например, население, принимающее у себя лиц, перемещенных вследствие ЧС. В случае использования для временного размещения общественных зданий, в частности школ, необходимо как можно раньше осуществлять спланированное и управляемое безопасное переселение размещенного там населения с тем, чтобы эти учреждения могли возобновить свою работу.

Любая помощь должна осуществляться с учетом мер, которые принимаются пострадавшим населением для обеспечения временного или постоянного жилья с использованием собственного опыта и ресурсов. Помощь в области обеспечения жильем должна давать пострадавшему населению возможность постепенно улучшать свое положение и/или осуществлять переход от обеспечения временным укрытием к строительству долговременного жилья.

Может также потребоваться проведение ремонта поврежденных общественных зданий или предоставление временных сооружений под школы, медицинские центры и иные общественные учреждения. Важным дополнением к обеспечению жильем домохозяйств части пострадавшего населения может быть защита их средств к существованию, например домашнего скота. При оказании помощи необходимо учитывать существующие риски для жилищ и пунктов размещения и уязвимость в отношении выбора местоположения, планирования, проектирования и строительства, в том числе риски, которые повысились вследствие ЧС или в результате воздействия, обусловленного изменением климата. Для сведения к минимуму долгосрочных последствий ЧС очень важно принимать во внимание последствия, которые могут иметь для окружающей среды организация пунктов размещения и сооружение временных жилищ.

В чрезвычайной ситуации более эффективное оказание помощи в области обеспечения временным жильем, организации размещения и непродуктивной помощи достигается за счет лучшей готовности. Надлежащая готовность является результатом возможностей, взаимосвязей и знаний, имеющихся у правительств, гуманитарных организаций, местных организаций гражданского общества, общин и у каждого отдельного человека, позволяющих предвидеть и эффективно реагировать на воздействие вероятной надвигающейся опасности. Основой готовности является анализ рисков и использование систем раннего предупреждения.



Связь с другими главами

Непосредственное отношение к данной главе имеют многие стандарты, описанные в других главах. Успешное применение стандартов в одной области часто приводит к успеху и даже определяет его в других областях. Тесная координация действий и сотрудничество с другими секторами являются залогом эффективного осуществления программ по оказанию помощи. Например, для охраны здоровья и достоинства пострадавшего населения крайне необходимо также адекватное водоснабжение и наличие в достаточном количестве санитарных объектов в районах, где осуществляются мероприятия по развертыванию и сооружению временных жилищ. Точно так же обеспечение достаточным жильем содействует здоровью и благополучию перемещенного населения, а обеспечение необходимой кухонной утвари и столовыми принадлежностями необходимо для пользования продовольственной помощью и удовлетворения потребностей в питании. Для того чтобы удовлетворить неотложные нужды, не допустить дублирования усилий и обеспечить высокую эффективность программ в области обеспечения временным жильем, организации размещения и непродовольственной помощи, необходима координация действий с местными властями, другими организациями, оказывающими помощь, а также с действующими на базе общин и уполномоченными местными организациями.

Связь с принципами обеспечения защиты и базовыми минимальными стандартами

Для соблюдения стандартов, описанных в данном руководстве, все гуманитарные организации должны руководствоваться настоящими принципами обеспечения защиты, даже в случае отсутствия у них четких полномочий на обеспечение защиты или необходимой квалификации в этой области. Не исключено, что обстоятельства могут влиять на реализацию принципов обеспечения защиты, не позволяя гуманитарным организациям соблюдать их в полном объеме. Тем не менее принципы обеспечения защиты отражают универсальные цели, которым гуманитарные организации должны следовать неизменно.

Для успешного осуществления программы помощи большое значение имеет процесс разработки и реализации этой программы, при которой должны учитываться шесть важнейших базовых стандартов, касающихся процесса оказания помощи и его участников. Шесть базовых стандартов охватывают социально ориентированную гуманитарную помощь, координацию и сотрудничество, проведение оценки, организацию и оказание помощи, эффективность работы, транспарентность и обучение, а также эффективность работы участников оказания помощи. Они задают единый ориентир для подходов к решению задач, который лежит в

основе всех остальных стандартов, представленных в настоящем руководстве. Поэтому для реализации стандартов, заданных в каждой посвященной тому или иному техническому аспекту главе, должны применяться базовые стандарты. В частности, для обеспечения целесообразности и качества любой оказываемой помощи следует максимально задействовать пострадавшее население, включая группы и отдельных лиц, которые наиболее часто подвергаются опасности в чрезвычайных ситуациях.

Уязвимость и возможности пострадавшего населения

Данный раздел следует читать вместе с разделом, где изложены базовые минимальные стандарты, которые здесь раскрываются более подробно.

Важно понимать, что дети, старики, женщины, люди с ограниченными возможностями и ВИЧ-инфицированные являются уязвимыми и подвергаются повышенному риску в силу взаимодействия целого ряда факторов. Так, человек старше 70 лет, одинокий и больной, вероятно, будет в большей степени уязвим, нежели человек того же возраста и имеющий такое же слабое здоровье, но живущий в большой семье в достатке. Аналогичным образом трехлетняя девочка, оставшаяся без сопровождения взрослых, в гораздо большей степени уязвима, чем в случае, когда бы она жила на попечении ответственных родителей.

При осуществлении стандартов, касающихся обеспечения временным жильем, размещения пострадавшего населения и непродовольственной помощи, необходим анализ уязвимости и возможностей, чтобы в ЧС на равноправной основе была предоставлена помощь тем, кто имеет право на ее получение, и тем, кто более всего в ней нуждается. Для этого необходимо хорошо знать местную обстановку и то, какое конкретное воздействие та или иная кризисная ситуация оказывает на определенные группы населения с учетом их ранее существовавшей уязвимости (например, крайняя бедность или дискриминация), возможные угрозы в плане личной безопасности (например, гендерное насилие или сексуальная эксплуатация), заболеваемость и распространенность заболеваний (например, ВИЧ-инфекции или туберкулеза), а также вероятность эпидемий (например, кори или холеры). ЧС может усугубить существовавшее ранее неравенство. При этом важно способствовать и поддерживать имеющиеся у населения стратегии выживания, жизнеспособность и способность к восстановлению. Необходимо учитывать знания людей, их навыки и стратегии, а также обеспечивать им доступ к социальной, юридической, финансовой и психологической помощи. Важно также принимать во внимание различные физические, культурные, экономические и



социальные трудности, с которыми они могут столкнуться при получении этих услуг на равноправной основе.

Для учета прав и возможностей уязвимых групп населения важно, в первую очередь, принимать во внимание следующее:

- ▶ Обеспечьте широкое участие населения, добившись того, чтобы в этот процесс были включены все репрезентативные группы населения, особенно наименее заметные из них (например, лица с ограниченными возможностями передвижения или коммуникации, лица, живущие в учреждениях закрытого типа, подвергающаяся стигматизации молодежь и другие недостаточно представленные или непредставленные группы населения).
- ▶ При проведении оценки детализируйте данные с разбивкой по полу и возрасту (0–80+ лет). Это обеспечит учет интересов разнообразных групп населения.
- ▶ Позаботьтесь о том, чтобы все члены общины без исключения были доступным способом уведомлены об их праве на информацию о получении помощи.

Минимальные стандарты

1. Обеспечение временным жильем и организация размещения

Неперемещенному пострадавшему от ЧС населению следует оказывать помощь на местах их первоначального проживания, предоставляя временные или транзитные семейные жилища, либо средства для ремонта или строительства соответствующего жилья. Жилища для отдельных семей могут быть временными или постоянными в зависимости от объема предоставляемой помощи, прав на пользование землей или прав собственности, наличия необходимых услуг и возможностей для улучшения или расширения такого жилища. Перемещенное население, которое не имеет возможности вернуться на свое первоначальное местожительство, часто предпочитает оставаться у родственников или у людей, с которыми существуют исторические, культурные или другие связи, и этим перемещенным лицам следует оказывать помощь в этом. В случае, когда такое рассредоточенное расселение невозможно, может быть организовано временное общее размещение в запланированных или стихийно возникающих лагерях вместе с предоставлением временных или транзитных семейных жилищ. Люди могут быть также размещены в больших общественных зданиях, используемых в качестве коллективных центров временного проживания.

Стандарт 1 обеспечения временным жильем и организации размещения: стратегическое планирование

Стратегии в области обеспечения временным жильем и организации размещения способствуют обеспечению безопасности, защищенности, сохранению здоровья и благополучия перемещенного и неперемещенного населения и по возможности содействуют процессу восстановления и реконструкции.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- 1 Провести оценку и анализ потребностей пострадавшего населения в области обеспечения временным жильем и организации размещения после кон-



сультации с соответствующими органами власти и самим населением (см. инструкцию 1).

- Д Разработать план мероприятий по оказанию помощи в области обеспечения временным жильем и организации размещения (включая по возможности восстановительные работы на раннем этапе) после консультаций с соответствующими органами власти, участвующими в оказании помощи организациями и самим населением (см. инструкцию 1).
- Д Уделять первостепенное внимание и по возможности содействовать возвращению пострадавших от ЧС семей на их первоначальное место жительства или к месту, где оно находилось (см. инструкцию 2).
- Д Оказывать помощь тем, кто не имеет возможности или желания вернуться на свое первоначальное место жительства, в размещении в других семьях или в пунктах временного коллективного размещения (см. инструкции 3–4).
- Д Обеспечить доступ к непродовольственной помощи, средствам для укрытия (таким как палатки или комплекты материалов и инструментов для сооружения укрытия), строительным материалам, денежной помощи, технической помощи и информации, либо комбинации этих видов помощи в зависимости от потребностей (см. инструкции 5–6).
- Д Обеспечить, чтобы жилье или пункты размещения находились на безопасном расстоянии от любых фактических или возможных источников опасности, а также чтобы были сведены к минимуму риски, связанные с существующими опасностями (см. инструкцию 7).
- Д Обеспечить расчистку от развалин, образовавшихся в результате ЧС, основных зон поселения, включая участки, на которых находятся поврежденные или разрушенные дома, временные коллективные поселения, важнейшие общественные здания и подъездные пути (см. инструкцию 8).
- Д Разработать план обеспечения безопасного доступа к водоснабжению и санитарно-гигиеническим объектам, учреждениям здравоохранения, школам и местам отдыха и отправления культа, а также к земле, рынкам и услугам, необходимым для продолжения деятельности по обеспечению средств к существованию (см. инструкции 9–10).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Предоставляемые виды обеспечения временным жильем и организации размещения с целью удовлетворения насущных потребностей всего пострадавшего населения согласованы с самим населением и соответствующими органами власти совместно со всеми участвующими в оказании помощи организациями (см. инструкцию 1).

- Д Все предоставляемые виды обеспечения временным жильем и организации размещения безопасны, отвечают необходимым требованиям и будут оставаться таковыми, пока население не будет обеспечено более долговечными жилыми конструкциями (см. инструкции 2–10).

Инструкции

1. **Проведение оценки, консультации и координация действий:** Важное значение имеет проведение первоначальной оценки потребностей в целях выявления потребностей пострадавшего населения в области обеспечения временным жильем и организации размещения, определения рисков в период после ЧС, факторов уязвимости и потенциальных возможностей, благоприятных возможностей для начала процесса восстановления уже на начальном этапе, а также потребности в проведении более детальной оценки, включая оценку воздействия на окружающую среду. К проведению оценки должны привлекаться пострадавшее от ЧС население (в первую очередь уязвимые лица, имеющие особые потребности) и соответствующие органы власти. При планировании и осуществлении мероприятий по оказанию помощи необходимо учитывать существующие планы действий в чрезвычайных обстоятельствах. Все действия следует координировать с соответствующими органами власти, гуманитарными и иными организациями, а также с пострадавшим населением, для чего должны использоваться согласованные механизмы координации. При планировании программ оказания помощи необходимо учитывать наличие ресурсов, местную обстановку (включая сезонные особенности погоды), безопасность и доступ к существующим и новым местам поселения и земле (см. базовые стандарты 1–5 на странице 62–80, стандарты 1–5 непродуктивной помощи на страницах 321–330 и приложение 1: список контрольных вопросов для оценки обеспечения временным жильем, организации размещения и непродуктивной помощи).
2. **Возвращение:** Одной из главных целей большинства людей, пострадавших от ЧС, является возможность вернуться на свою землю и в свои дома. Ремонт жилых построек или выбранные самим населением варианты модернизации жилья являются мерами, направленными на оказание поддержки коллективным стратегиям приспособления, сохранение сложившегося характера поселений и использование имеющейся инфраструктуры (см. базовый стандарт 1 на странице 62). Возвращение может быть отсрочено или ему могут препятствовать какие-либо обстоятельства, поэтому в течение определенного периода времени пострадавших будет необходимо временно разместить в другом месте. Обстоятельствами, которые могут препятствовать возвращению, являются продолжение таких ЧС, как наводнения, оползни, продолжающиеся толчки после землетрясения, а также проблемы безопасности, такие как захват собственности или земли и необходимость



их вернуть, продолжающийся вооруженный конфликт, напряженность между этническими группами, или возникающая на религиозной почве, боязнь преследований, а также наземных мин и неразорвавшихся боеприпасов. Важное значение для содействия возвращению перемещенного населения имеет восстановление школ. Возвращению на прежнее место жительства семей, возглавляемых женщинами, тех, кто овдовел или стал сиротой вследствие ЧС, а также лиц с ограниченными возможностями могут препятствовать не отвечающие требованиям или дискриминационные законы, касающиеся землевладения и собственности, или процедуры, основанные на местных обычаях. Препятствием для возвращения или причиной нежелания перемещенного населения вернуться на прежнее место жительства может быть также отсутствие средств и возможности осуществлять строительные работы по восстановлению.

3. ***Размещение в семьях и местных общинах:*** Перемещенное население, которое не имеет возможности вернуться в места первоначального проживания, часто предпочитает оставаться у родственников или среди людей, с которыми есть исторические, культурные или другие связи (см. базовый стандарт 1 на странице 62). Предоставляемая в этих случаях помощь может включать расширение или приспособление имеющегося жилья и удобств семьи, которая принимает пострадавших, или предоставление пострадавшим дополнительного отдельного временного жилища рядом с домом принимающей семьи. В связи с этим необходимо провести оценку увеличения вследствие этого плотности населения, определить дополнительные потребности, касающиеся социального обслуживания, обеспечения инфраструктуры и природных ресурсов, и принять меры по смягчению неблагоприятных последствий.
4. ***Временные коллективные поселения:*** Такой вид размещения пострадавшего населения не должен становиться обычной практикой. Однако временные запланированные лагеря могут использоваться для размещения пострадавшего населения, не имеющего возможности или желания вернуться в места своего первоначального жительства или возможности найти пристанище в других семьях. Такие решения проблемы с размещением пострадавших могут потребоваться в местах, где низкий уровень безопасности увеличивает риск для изолированных домохозяйств, или где ограничен доступ к таким жизненно важным услугам и ресурсам, как водоснабжение, обеспечение продовольствием и местные строительные материалы. Использование имеющихся зданий в качестве коллективных центров размещения обеспечивает экстренную временную защиту от непогоды. Однако может возникнуть необходимость приспособлять и модернизировать используемые для этих целей здания, например, строить внутренние перегородки или пандусы для лиц с ограниченными возможностями передвижения. Во многих странах отведение заранее

выбранных зданий под коллективные центры является стандартной мерой реагирования на случай возникновения известных видов ЧС с заранее определенными обязанностями в области управления и предоставления услуг. Для размещения пострадавшего населения часто используются здания школ; при этом необходимо подыскивать другие помещения для проведения занятий, чтобы не прерывался учебный процесс. При организации временных коллективных поселений следует учитывать возможные неблагоприятные последствия, касающиеся личной безопасности, неприкосновенности сферы частной жизни и соблюдения человеческого достоинства размещаемых в них лиц, а также доступ к самым необходимым удобствам. Следует принять меры, чтобы временные коллективные поселения не стали мишенью для нападения, не представляли угрозу для безопасности окрестного населения и не наносили ущерба окружающей природной среде.

5. **Виды помощи в области обеспечения временным жильем:** Для удовлетворения потребностей пострадавшего населения в области обеспечения временным жильем могут потребоваться различные виды помощи. В первую очередь это касается обеспечения предметами личного пользования, такими как одежда и спальные принадлежности, или обычными предметами хозяйственного назначения, такими как кухонные плиты и топливо. Предметы, предоставляемые в качестве оказания помощи в обеспечении временным жильем, включают палатки, полимерную пленку и наборы инструментов, строительные материалы, а также временные или транзитные жилища, в которых применяются материалы, которые могут быть в дальнейшем использованы при строительстве постоянного жилья. Могут потребоваться рабочая сила или специалисты, работающие на общественных началах или по контракту, а также техническое руководство в отношении применения соответствующих строительных технологий. Необходимо рассмотреть вопрос о предоставлении наличных средств или ваучеров для того, чтобы поддержать использование местных цепочек поставок и ресурсов, с учетом функционирования местной экономики. Наличные средства могут быть также использованы для аренды жилья. Товарную помощь можно дополнить предоставлением информации или рекомендаций – путем проведения общественных кампаний или через местные центры – относительно того, как получить доступ к безвозмездным ссудам, материалам или другим видам помощи в области обеспечения жильем.
6. **Транзитное жилье:** Обеспечение транзитным жильем является скорее одним из методов, нежели этапом оказания помощи и отражает тот факт, что обеспечение жильем после ЧС осуществляется часто силами самого пострадавшего населения. Эту практику самоуправления следует поддерживать (см. базовый стандарт 1 на странице 62). Обеспечение в период после ЧС



такими временными жилищами, которые могут быть снова использованы частично или полностью при возведении более долговечных конструкций, либо перевезены из мест временного размещения в места постоянного жительства, будет содействовать транзиту пострадавшего населения в жилища более длительного пользования. Для перемещенного населения, оставшегося на местах своего первоначального проживания, транзитное жилье будет служить базовым начальным жилищем, которое может быть в дальнейшем благоустроено, расширено или со временем заменено другим, когда это позволят сделать средства. Такое транзитное временное жилье для перемещенного пострадавшего населения может быть разобрано и снова использовано, когда люди смогут вернуться на места первоначального проживания или поселиться в новом месте. Транзитное жилье можно предоставлять пострадавшему населению, которое получило приют в других домохозяйствах, где есть возможность для возведения временного жилища по соседству или в непосредственной близости от жилища принимающей семьи. Все конструкции такого типа могут быть вывезены и снова использованы, когда пострадавшее население сможет вернуться на места своего первоначального проживания или в другие места.

7. ***Оценка рисков, факторов уязвимости и опасных факторов:*** Необходимо проводить и периодически пересматривать всестороннюю оценку рисков и факторов уязвимости (см. базовый стандарт 3 на странице 70). При проведении такой оценки следует учитывать существующие и возможные угрозы безопасности и особые риски и факторы уязвимости, обусловленные возрастом, половой принадлежностью, инвалидностью, социальным и экономическим положением, зависимостью местного населения от природных ресурсов, а также взаимоотношениями между пострадавшим населением и всеми принимающими его общинами (см. принцип обеспечения защиты 3 на странице 43). При выборе вариантов обеспечения жильем и организации размещения должны учитываться риски, обусловленные такими стихийными бедствиями, как землетрясения, вулканическая активность, оползни, наводнения и сильные ветры. Места размещения пострадавшего населения должны быть безопасны в отношении рисков заболеваний и заражения, а также существенных рисков, связанных с переносчиками инфекций. Результатом таких стихийных бедствий, как землетрясения, наводнения и тайфуны, может стать нанесение или выход на поверхность потенциально опасных веществ и материалов. В зоне ЧС могут быть мины и неразорвавшиеся боеприпасы, оставшиеся поле имевших место в прошлом или продолжающихся вооруженных конфликтов. Технические специалисты должны проверять устойчивость строений в населенных пунктах, пострадавших от ЧС. В центрах коллективного размещения следует проверять способность конструкций существующих зданий вынести дополнительную нагрузку и оценить возросшую опасность обрушения таких элементов конструкций, как полы, внутренние перекрытия, крыши и т.п.

8. **Расчистка от развалин:** Расчистка от развалин после стихийного бедствия или конфликта является задачей первостепенной важности. Это позволит обеспечить пострадавших временным жильем и выбрать соответствующие виды организации размещения. Планирование расчистки от развалин следует начинать сразу же после ЧС, чтобы обеспечить возможность для повторного использования обломков или их сортировки, сбора и/или обработки (см. стандарт 5 обеспечения временным жильем и организации размещения на странице 317). Основными проблемами здесь могут стать наличие трупов, которые необходимо опознавать и надлежащим образом обращаться с ними, возвращение личного имущества, опасные конструкции и материалы, а также права собственности на те материалы, которые можно спасти, чтобы повторно использовать или продать. Расчистка от развалин может дать возможность для осуществления программ «деньги за работу» и/или потребует использования специального оборудования и профессиональных знаний. Следует принимать во внимание вопросы, касающиеся использования, управления, владения и воздействия на окружающую среду мест, куда будут свозиться обломки и строительный мусор.
9. **Школы, учреждения здравоохранения и коммунальная инфраструктура:** Необходимо обеспечить доступ к услугам первостепенной важности, в том числе школам, учреждениям здравоохранения, безопасным игровым площадкам и местам, где проводятся общественные собрания. Необходимо использовать существующую или восстановленную инфраструктуру, а также при необходимости обеспечивать население дополнительными временными услугами и удобствами. Там, где ремонт или восстановление общественных зданий связан с разработкой новых планов поселения или подлежит регулированию иного рода, для предоставления неотложных, кратковременных услуг может возникнуть потребность в возведении временных сооружений. Предоставление таких услуг с использованием временных или постоянных сооружений должно осуществляться в соответствии с установленными стандартами (см. стандарт 1 водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению гигиены на странице 107, стандарт 1 медицинского обслуживания на странице 370 и Минимальные стандарты основного образования МСОЧС: готовность, реагирование и восстановление).
10. **Содействие в обеспечении средств к существованию:** Размещение пострадавшего от ЧС населения должно определяться пониманием и знанием особенностей экономической деятельности в период до ЧС, а также возможностей в период после окончания ЧС (см. стандарты 1–2 оценки продовольственной безопасности и питания на страницах 175–179 и базовый стандарт 1 на странице 62). Должны учитываться наличие земли и доступ к возделыванию сельскохозяйственных культур и пастбищам, а также доступ



к рынкам и местным услугам, необходимым для осуществления той или иной экономической деятельности.

Стандарт 2 обеспечения жильем и организации размещения: планирование размещения

Планирование возвращения, размещения среди населения, предоставляющего приют потерпевшим, или в местах временного коллективного размещения обеспечивает безопасное и надежное пользование пострадавшим населением предоставленным жильем и наиболее необходимыми услугами.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ По возможности установить и использовать принятые процедуры планирования с учетом согласованной наилучшей практики, сводящие к минимуму риски и факторы уязвимости, касающиеся организации размещения (см. инструкцию 1).
- ▶ Установить, кому принадлежат права собственности на жилье, землю и имущество и/или права на пользование зданиями или земельными участками (см. инструкцию 2).
- ▶ Обеспечить безопасный доступ ко всем временным жилищам и местам размещения, а также наиболее необходимым услугам (см. инструкции 3–4).
- ▶ Использовать существующие системы населенных пунктов и топографические особенности в целях минимизации неблагоприятных последствий для окружающей природной среды (см. инструкцию 5).
- ▶ Привлекать пострадавшее население к участию в планировании мест временного коллективного размещения на уровне семьи, группы соседей или сельских общин в зависимости от ситуации (см. инструкцию 6).
- ▶ Обеспечить достаточную площадь поверхности и наличие соответствующих противопожарных стен во временных запланированных или стихийно возникающих лагерях (см. инструкции 7–8).
- ▶ Свести к минимуму риски, связанные с переносчиками инфекций (см. инструкцию 9).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Благодаря согласованным процедурам планирования все население, получающее помощь в области обеспечения жильем, было опрошено и одобрило

решения, касающиеся местонахождения своего временного жилья или крытой жилой зоны, а также доступа к важнейшим услугам (см. инструкцию 1).

- Д Подтверждено, что во всех планах организации размещения были определены риски и факторы уязвимости, касающиеся пользования временными жилищами, крытыми жилыми зонами и важнейшими услугами, и учтены меры по предупреждению неблагоприятных последствий (см. инструкции 2–9).

Инструкции

1. **Процедуры планирования:** Следует применять местную принятую практику планирования и учитывать вид ЧС или кризисной ситуации, выявленные опасности и возможные последствия для пострадавшего населения. Должны быть приняты соответствующие меры по минимизации рисков и степени уязвимости мест размещения. Должны соблюдаться нормы, регулирующие процесс планирования, когда этого требуют соответствующие органы власти и если это не является препятствием для выполнения гуманитарного долга по удовлетворению неотложных потребностей в области обеспечения пострадавших временным жильем и организации размещения. Необходимо определить, каковы будут более долгосрочные последствия принимаемых в процессе планирования решений, в особенности решений, касающихся мест временного коллективного размещения.
2. **Права собственности на жилье, землю и имущество и права пользования:** При решении вопросов, касающихся обеспечения жильем перемещенного и перемещенного населения, следует устанавливать, кому принадлежат права собственности на соответствующую землю, жилье или иные здания, а также обладателей формальных или основанных на обычаях прав на пользование ими. Такого рода вопросы зачастую являются спорными, в особенности в тех случаях, когда могла не вестись регистрация, или когда на вопросы, касающиеся собственности, могла повлиять ситуация конфликта. Совместно арендуемые жилые помещения или здания, которыми пользуются несколько лиц, могут находиться в общей или смешанной собственности или временном владении. Необходимо также выяснять, какими правами на землю и правами собственности обладают уязвимые лица, и оказывать им поддержку. Это касается прежде всего женщин, лиц, овдовевших или ставших сиротами вследствие ЧС, инвалидов, арендаторов, лиц, имеющих право на аренду социального жилья, а также скваттеров. Необходимо выяснить вопросы, касающиеся формальных, неформальных или предполагаемых прав собственности или наследования, особенно после чрезвычайной ситуации, во время которой правообладатель или собственник мог умереть или быть перемещенным. Передача земли и недвижимости в групповое владение или во владение аналогичной формы определенному числу домохозяйств там, где до ЧС не сущест-



вовали формальные права собственности, может помочь постепенному установлению такого рода прав. Оказание помощи в области обеспечения жильем может также восприниматься или использоваться как узаконивание притязания на право собственности на землю, что может препятствовать или мешать осуществлению гуманитарной акции. При отведении земли под места временного коллективного размещения необходимо учитывать права пользования землей и природными ресурсами, которыми обладают местные и соседние общины (см. стандарт 5 обеспечения жильем и организации размещения на странице 317).

3. ***Важнейшие услуги и удобства (объекты инфраструктуры):*** Пострадавшее от ЧС население, которое возвращается в места своего первоначального проживания, которому предоставляется приют в принимающих общинах или которое находится в местах временного коллективного размещения, нуждается в безопасном, надежном и основанном на принципе соблюдения справедливости доступе к важнейшим услугам. Сюда входят, в зависимости от конкретной ситуации, водоснабжение, санитарно-гигиенические объекты, топливо для приготовления пищи или коллективные кухни, медицинское обслуживание, удаление твердых отходов, школы, объекты социального обслуживания, места отправления культа, места проведения собраний, зоны отдыха, включая детские площадки, а также места для размещения домашнего скота (при этом необходимо обеспечить раздельное содержание этого домашнего скота от скота местных пород). Необходимо выделить достаточную территорию для соответствующего культурным традициям погребения умерших и осуществления связанных с погребением ритуалов. Следует максимально использовать имеющиеся или отремонтированные объекты при условии, что это не будет иметь отрицательных последствий для окрестных или местных общин. Необходимо также предоставлять дополнительные объекты или пункты доступа для обеспечения удовлетворения потребностей целевых групп населения, в особенности уязвимых лиц. При предоставлении услуг необходимо учитывать социальную структуру пострадавшего населения и традиционные формы поведения женщин и мужчин (гендерные роли), а также потребности уязвимых лиц. Это касается, например, обеспечения того, чтобы места оказания услуг были расположены на приемлемом для лиц с ограниченной подвижностью расстоянии, а также организации в местах временного коллективного размещения безопасных зон для грудного кормления. Необходимо обеспечить соответствующий доступ к объектам для пожилых людей, а также инвалидов и лиц, часто нуждающихся в них. В местах временного коллективного размещения должны в соответствии с требованиями иметься административные помещения, складские помещения, помещения для размещения персонала, а также выделяться места для карантина (см. стандарт 1 водоснабжения, санобеспечения и содействия соблюдению

гигиены на странице 107 и стандарт 1 основного медицинского обслуживания на страницах 370).

4. **Доступ:** Следует учитывать такие факторы, как доступ к местам размещения пострадавшего населения, состояние инфраструктуры местных дорог и близость к транспортным узлам, которые могут быть использованы для поставок по программам помощи, принимая во внимание сезонные ограничения, возможные опасности и риски в области обеспечения безопасности. Что касается мест временного коллективного размещения, то само место их расположения, а также все основные пункты хранения и распределения продовольствия должны быть доступны для грузовых автомобилей большой грузоподъемности по дороге, пригодной для использования в любую погоду. Другие объекты должны быть доступны для автомобилей малой грузоподъемности. Дороги и пешеходные дорожки в пределах мест размещения должны обеспечивать безопасный, надежный и пригодный для использования в любую погоду доступ к индивидуальным жилищам и объектам общественного назначения, включая школы и учреждения здравоохранения. Необходимо обеспечить в соответствии с требованиями искусственное освещение. В пределах мест временного коллективного размещения или коллективных центров при прокладке подъездных путей и маршрутов эвакуации следует избегать образования изолированных или скрытых зон, которые могли бы создать угрозу личной безопасности пользователей. Вблизи выходов из коллективных центров не должно быть ступенек или перепада уровня, а все лестницы и пандусы должны быть снабжены перилами. Для лиц с ограниченной подвижностью на первых этажах зданий должна быть оборудована площадка около выходов или рядом с подъездными путями, расположенная на одном с ними уровне. Все проживающие в зданиях, используемых в качестве коллективных центров, должны находиться на установленном разумно необходимом расстоянии от как минимум двух выходов, обеспечивающих запасные пути эвакуации, и эти выходы должны быть хорошо видны.
5. **Выбор местоположения и дренаж:** При выборе местоположения и планировании мест временного коллективного размещения следует провести оценку дренажной системы поверхностных вод, а также опасности запруживания или затопления. Уклон местности не должен превышать 6%, если не проводятся масштабные работы по дренажу и не принимаются меры по борьбе с эрозией почвы, или составлять менее 1%, чтобы обеспечивать достаточное дренирование. Тем не менее для снижения опасности запруживания или затопления может потребоваться прокладка дренажных канав. Самая низкая точка выбранной территории должна находиться на уровне не менее трех метров над предполагаемым максимальным уровнем грунтовых вод. Грунт должен подходить для рытья ям под туалеты, и особенности грунта следует учитывать при выборе месторасположения



туалетов и других объектов (см. стандарты 1–2 ассенизации на страницах 123–125 и стандарт 1 дренажа на странице 143).

6. *Планирование, касающееся мест временного коллективного размещения:* При распределении пространства в пределах коллективных центров и выделяемых семьям участков внутри временных запланированных лагерей необходимо учитывать существующие социальные практики и совместно используемые ресурсы, включая воду, санитарно-гигиенические объекты, коллективные кухни, распределение продовольствия и т.п. Планирование «микрорайонов» должно оказывать содействие существующим социальным сетям, укреплять безопасность и давать возможность пострадавшему населению осуществлять самоуправление. План размещения участков в запланированных лагерях должен обеспечивать неприкосновенность сферы личной жизни и сохранение человеческого достоинства членов каждой живущей отдельно от других семьи. Это может быть обеспечено за счет такой планировки, при которой все жилища для отдельной семьи имели бы выход на общую или закрытую территорию, предназначенную для пользования членами этой семьи, а не располагались прямо напротив входа в жилище другой семьи. Необходимо также обеспечить безопасными, объединенными жилыми зонами группы перемещенного населения, в состав которых входит большое число бессемейных взрослых и детей без сопровождения взрослых. Для рассредоточенных поселений также применимы принципы планирования «микрорайонов», например, когда группы семей возвращаются в определенный географический район или находят принимающие семьи в непосредственной близости друг от друга (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).

7. *Площадь территории временных запланированных или стихийно возникающих лагерей:* Для поселений лагерного типа необходимо обеспечить минимальную используемую площадь 45 кв. м на человека, включая подсобное хозяйство. На территории лагеря должно быть достаточно места для размещения дорог и пешеходных дорожек, надворных зон для приготовления пищи или коллективных кухонь, образовательных учреждений и зон отдыха, санитарно-гигиенических объектов, противопожарных полос, административных помещений, водохранилища, пунктов распределения, рынков, складов, а также небольших огородов для индивидуальных домохозяйств. Там, где коммунальные услуги могут быть предоставлены за счет использования имеющихся или дополнительных объектов, используемая площадь должна составлять 30 кв. м на человека. При планировании площади территории следует учитывать изменение численности населения. Если нет возможности обеспечить минимальную норму площади, следует принять меры по смягчению последствий более высокой плотности заселения, например за счет обеспечения достаточного обособления семей и неприкосновенности сферы их частной жизни, места для необходимых объектов и т.д.

8. **Пожарная безопасность:** При планировании расположения мест временного коллективного размещения и группировании индивидуальных семейных жилищ необходимо провести оценку пожарной опасности. Меры по предупреждению неблагоприятных последствий должны включать обеспечение наличия 30-метровой противопожарной полосы через каждые 300 метров на застроенной территории и минимум двухметрового (но желательно вдвое больше высоты любой постройки) противопожарного разрыва между отдельными зданиями или временными жилищами в целях предотвращения возможного соприкосновения упавших конструкций с расположенными рядом зданиями. При общем планировании месторасположения и определении безопасного расстояния между семейными жилищами следует также учитывать принятую практику приготовления пищи и использования печей (кухонных плит) и отопительных приборов (см. стандарт 4 непродуктивной помощи на странице 328).
9. **Риски, связанные с переносчиками инфекций:** Низинные участки, образовавшиеся в результате ЧС развалины, пустующие здания и котлованы (например, образовавшиеся в результате использования грунта в строительстве) могут служить местом размножения паразитов, которые могут представлять опасность для здоровья окрестного населения. Что касается мест временного коллективного размещения, то для уменьшения последствий заболеваний, передаваемых переносчиками инфекций, для пострадавшего от ЧС населения главным является выбор соответствующего местоположения и предупреждение рисков, связанных с переносчиками инфекций (стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на странице 131–136).

Стандарт 3 обеспечения временным жильем и организации размещения: крытое жилое пространство

Люди имеют достаточное жилое пространство, предоставляющее им тепловой комфорт, свежий воздух и защиту от непогоды, обеспечивающее неприкосновенность сферы частной жизни, безопасность и сохранение здоровья, а также дающее возможность осуществлять основные виды деятельности, связанные с ведением домашнего хозяйства и обеспечением средств к существованию.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Обеспечить все пострадавшие домохозяйства достаточным крытым жилым пространством (см. инструкции 1–2).



- Д Обеспечить неприкосновенность сферы частной жизни и при необходимости обособление людей разного пола, различных возрастных групп и, когда это требуется, отдельных семей в составе одного домохозяйства (см. инструкцию 3).
- Д Обеспечить возможность осуществлять в пределах крытого жилого пространства или на прилегающей территории основные виды деятельности, связанные с ведением домашнего хозяйства и обеспечением средств к существованию (см. инструкцию 4).
- Д Способствовать использованию таких видов временных жилищ и материалов, которые известны пострадавшему населению, по возможности приемлемы в культурном и социальном отношении и которые не наносят ущерба окружающей среде (см. инструкции 5–6).
- Д Произвести оценку характерных погодных условий для каждого времени года с тем, чтобы были обеспечены оптимальный тепловой комфорт, вентиляция и защита (см. инструкции 7–10).
- Д Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Первоначальная минимальная площадь крытого жилого помещения, предоставленная всем пострадавшим от ЧС лицам, составляет 3,5 кв. м на человека (см. инструкции 1–2).
- Д Все виды временных жилищ и материалы соответствуют установленным техническим стандартам и стандартам качества функционирования, а также приемлемы в культурном отношении (см. инструкции 3–10).

Инструкции

1. **Климат и среда:** В условиях холодного климата все виды деятельности, связанные с ведением домашнего хозяйства, обычно осуществляются в крытых помещениях, поэтому пострадавшее население может проводить основное время внутри помещений в комфортных температурных условиях. В городских условиях деятельность, связанная с ведением домашнего хозяйства, как правило, осуществляется внутри крытого жилого помещения, поскольку внешняя прилегающая территория, которую можно использовать, обычно меньшего размера. Чтобы отвечать этим требованиям, часто требуется площадь крытого жилого помещения, превышающая 3,5 кв. м на человека. Высота от пола до потолка также является важным фактором, поскольку в условиях жаркого и влажного климата предпочтительнее высокие потолки, что улучшает циркуляцию воздуха. В условиях же холодного климата предпочтительнее более низкие потолки, что позволяет уменьшить кубатуру обогрева. Высота от пола до потолка внутри поме-

щения должна быть не менее 2-х метров в самой высокой точке. В условиях теплого климата прилегающее внешнее затененное пространство может быть использовано для приготовления и тепловой обработки пищи. Поставляемые временные жилища должны быть приспособлены к различным экстремальным климатическим условиям – холодным ночам в зимнее время года и жарким дням летом. В случае невозможности поставить материалы для сооружения полноценного временного жилища следует в первую очередь предоставлять кровельные материалы, чтобы обеспечить пострадавших минимальным крытым жилым пространством. Такие конструкции не всегда обеспечивают необходимую защиту от непогоды, безопасность, неприкосновенность сферы личной жизни и сохранение человеческого достоинства, поэтому необходимо как можно быстрее принимать меры по удовлетворению этих требований (см. инструкцию 2).

2. **Продолжительность:** Сразу после ЧС, особенно в экстремальных климатических условиях, когда в наличии нет материалов для сооружения временного жилища, крытое пространство размером менее 3,5 кв. м на человека может быть приемлемым для того, чтобы спасти жизнь и предоставить соответствующее кратковременное жилье. В таких случаях следует как можно быстрее добиваться доведения площади предоставляемого крытого жилого пространства до нормы 3,5 кв. м на человека, чтобы свести к минимуму отрицательные последствия для здоровья и благополучия размещенных во временных жилищах людей. В случае невозможности обеспечить норму 3,5 кв. м на человека или когда данный показатель превышает размер жилой площади, обычно используемой пострадавшим или окрестным населением, следует принимать во внимание неблагоприятные последствия отсутствия достаточного по площади крытого жилого пространства для сохранения здоровья, соблюдения человеческого достоинства и обеспечения неприкосновенности сферы частной жизни. Ни в коем случае не следует оставлять без внимания решения предоставить менее 3,5 кв. м жилого пространства на человека и уделять важное внимание мерам, направленным на смягчение негативных последствий этого для пострадавшего населения. Возможно, потребуется предоставлять временные или транзитные жилища, чтобы обеспечить соответствующим жильем на длительный срок, рассчитанным на использование в разных климатических условиях в разное время года и, возможно, в течение нескольких лет. Планы оказания помощи, согласованные с местными властями или иными заинтересованными сторонами, должны полностью исключать возможность превращения временных или транзитных жилищ в стандартное постоянное жилье.

3. **Культурные практики, безопасность и неприкосновенность сферы частной жизни:** При обустройстве крытых жилых помещений должны учитываться местные культурные практики, касающиеся использования крытого жилого пространства, например организация спальных мест и



размещение семей, состоящих из двух и более поколений. В консультациях должны участвовать представители уязвимых групп населения и те, кто осуществляет за ними уход. Следует предусмотреть возможность для установки в индивидуальных семейных временных жилищах внутренних перегородок. При коллективном размещении помочь в обеспечении соответствующей неприкосновенности сферы частной жизни и безопасности могут такие меры, как поселение родственных семей группами, хорошо спланированные маршруты перемещения внутри крытой жилой зоны, а также материалы, позволяющие отгородить личное пространство и пространство, принадлежащее семье. Следует добиваться максимального общего полезного результата в психосоциальном отношении от предоставления пострадавшим соответствующей жилой площади и обеспечения неприкосновенности сферы личной жизни как в индивидуальных семейных временных жилищах, так и в местах временного коллективного размещения (см. принцип обеспечения защиты 1 на странице 38).

4. ***Деятельность, связанная с ведением домашнего хозяйства и обеспечением средств к существованию:*** В крытой жилой зоне необходимо обеспечить пространство для сна, мытья и одевания, ухода за младенцами, детьми, больными и инвалидами, для хранения продовольствия, воды, имущества домохозяйства и основных материально-вещественных ценностей, при необходимости для приготовления пищи и ее потребления внутри помещения, а также для сбора всех членов домохозяйства. При планировке крытой жилой зоны, в особенности местоположения проемов и отсеков, необходимо максимально использовать внутреннее пространство и прилегающую внешнюю территорию.
5. ***Средства обеспечения временным жильем, материалы и строительство:*** Если местные средства обеспечения временным жильем после ЧС получить без задержки невозможно, либо их нет в достаточном количестве или они могут причинить впоследствии ущерб окружающей природной среде, пострадавшему населению необходимо предоставлять готовые средства обеспечения временным жильем, как то: семейные палатки, комплекты для сооружения временного жилища, комплекты материалов или сборные дома. Когда для сооружения временного укрытия в рамках оказания помощи в ЧС предоставляется армированная полимерная пленка, следует дополнительно поставлять веревку, инструменты, крепежные средства и материалы для сооружения опор, такие как деревянные столбы или приобретаемые на месте элементы несущих конструкций. Все эти материалы и готовые средства обеспечения временным жильем должны соответствовать установленным национальным и международным техническим требованиям и стандартам и быть приемлемыми для пострадавшего населения. Если предоставляется только часть материалов для сооружения базового временного жилища (например, полимерная пленка), необходимо

провести оценку и принять меры по смягчению возможных негативных последствий выбора источников снабжения другими необходимыми материалами (например, деревянными столбами для несущих конструкций) для местной экономики и окружающей природной среды. При определении технических требований к материалам и технологиям необходимо также учитывать технические и финансовые возможности местного населения в отношении технического обслуживания и ремонта своих временных жилищ (см. стандарт 5 непродуктивной помощи на странице 330). Следует регулярно осуществлять мониторинг в целях обеспечения поддержания по прошествии времени адекватности эксплуатационных характеристик поставляемых средств обеспечения временным жильем.

6. **Участие в проектировании:** Все члены каждого пострадавшего домохозяйства должны принимать максимально возможное участие в определении вида предоставляемой им помощи в области обеспечения временным жильем. В первую очередь следует выяснять мнение тех групп или отдельных лиц, которым обычно приходится проводить больше времени в пределах крытого жилого пространства, а также лиц, имеющих особые потребности, касающиеся обеспечения удобного доступа в жилые помещения. При этом следует проводить оценку существующих типовых жилых построек и учитывать полученные результаты. Необходимо информировать домохозяйства относительно недостатков, а также преимуществ малоизвестных «современных» типов конструкций и материалов, которые могут восприниматься как средство повышения социального статуса этих домохозяйств (см. базовый стандарт I на стр. 62).
7. **В условиях теплого, влажного климата:** временные жилища должны быть ориентированы и спланированы таким образом, чтобы обеспечить максимальную вентиляцию и свести к минимуму проникновение в них прямых солнечных лучей. Крыша должна иметь достаточный уклон для стока дождевой воды и широкие выступы (за исключением мест, подверженных сильным ветрам). Конструкция временного жилища должна быть легкой, так как требуется низкая теплоемкость. Необходимо предусмотреть соответствующую систему отвода поверхностных вод вокруг временного жилища, а также высокие полы для того, чтобы снизить риск проникновения воды в крытые помещения.
8. **В условиях жаркого, сухого климата:** конструкции должны быть массивными, чтобы обеспечить высокую теплоемкость, что обеспечивает при колебаниях ночной и дневной температур попеременное охлаждение и нагревание внутренней части помещения, либо легкими, но с соответствующей теплоизоляцией. Следует принимать соответствующие меры предосторожности при проектировании тяжелых конструкций в сейсмически опасных зонах. Если в распоряжении имеются только полимерная



пленка или палатки, необходимо предоставлять двухслойные крыши с вентиляцией между слоями для снижения притока лучистой теплоты. Расположение дверных и оконных проемов в стороне от преобладающего направления ветров позволит уменьшить нагревание жилища, вызываемое суховеями и тепловым излучением, исходящим от почвы окружающей жилище территории. Должна быть обеспечена плотная стыковка настила пола и внешних стен, чтобы уменьшить проникновение внутрь пыли и переносчиков инфекций.

9. ***В условиях холодного климата:*** для обеспечения временного жилья, в котором люди находятся в течение всего времени суток, необходимы тяжелые конструкции с высокой теплоемкостью. Если люди находятся во временных жилищах только в ночное время, то предпочтительнее легкие конструкции с низкой теплоемкостью и надежной теплоизоляцией. Необходимо ограничить потоки воздуха, особенно вблизи дверных и оконных проемов, таким образом, чтобы были обеспечены личный комфорт и одновременно с этим необходимый для обогревателей и кухонных плит воздухообмен. Печи и другие виды обогревателей являются предметами первой необходимости и должны соответствовать типу временного жилища. Следует произвести оценку пожарной безопасности пользования печами и нагревателями и принять меры по предупреждению возможных негативных последствий (см. стандарт 4 непродуктивной помощи на странице 328). Необходимо предусмотреть соответствующую систему отвода поверхностных вод вокруг временного жилища, а также высокие полы для того, чтобы снизить риск проникновения в крытые помещения дождевой воды, а также воды, образующейся в результате таяния снега. Для снижения теплопотерь организма от контакта с поверхностью пола необходимо изолировать пол и использовать теплоизоляционные спальные коврики, матрасы или кровати, высоко поднятые над полом (см. стандарт 2 непродуктивной помощи на странице 325).
10. ***Вентиляция и борьба с переносчиками инфекций:*** Внутри индивидуальных семейных временных жилищ и таких общественных зданий, как школы и учреждения здравоохранения, должен быть обеспечен соответствующий уровень вентиляции для поддержания здоровой внутренней среды, минимизации вредного воздействия дыма от находящихся внутри жилых помещений печей и обусловленных этим респираторных инфекций и глазных заболеваний, а также для снижения риска заражения заболеваниями, передаваемыми воздушно-капельным путем, в частности туберкулезом. Мероприятия по борьбе с переносчиками инфекций должны учитывать местную практику строительства, особенности использования перемещенным населением временных жилищ, а также выбор используемого материала (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания

– борьба с инфекционными заболеваниями на странице 373 и стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций 131–136).

Стандарт 4 обеспечения временным жильем и организации размещения: строительство

Там, где это необходимо, используются местные безопасные технологии ведения строительных работ, материалы, специальные знания и возможности, обеспечивается максимальное участие пострадавшего населения и создаются благоприятные местные возможности по обеспечению средств к существованию.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Привлекать пострадавшее население, местных специалистов в области строительства и соответствующие органы власти к участию в процессе согласования использования соответствующих безопасных технологий ведения строительных работ, материалов и специальных знаний, максимально способствующих созданию на местном уровне благоприятных возможностей в области обеспечения средств к существованию, т.е. в сфере занятости (см. инструкции 1–3).
- ▶ Обеспечить пострадавшим от ЧС людям, не имеющим возможности, квалификации или неспособным вести строительные работы, доступ к дополнительной помощи и ресурсам (см. инструкции 1–3).
- ▶ Минимизировать риски и степень уязвимости конструкций за счет применения соответствующих строительных технических условий и технических требований к материалам (см. инструкции 4–5).
- ▶ Соблюдать установленные стандарты, касающиеся материалов и качества исполнения работ (см. инструкции 5–6).
- ▶ Осуществлять управление обеспечением материалами, трудовыми ресурсами, оказанием технической помощи и получением разрешения от регулятивных органов, используя соответствующие принятые методы проведения тендеров, осуществления закупок и руководства строительными работами (см. инструкцию 7).
- ▶ Обеспечить техническое обслуживание и благоустройство индивидуальных семейных временных жилищ за счет использования имеющихся в наличии на местном уровне инструментов и средств (см. инструкцию 8).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)



- Д Строительство всегда осуществляется в соответствии с установленными стандартами и с соблюдением принятых безопасных технологий ведения строительных работ (см. инструкции 2–7).
- Д Имеются убедительные доказательства того, что в осуществлении строительных работ участвует пострадавшее население и что это максимально способствует созданию на местном уровне благоприятных возможностей в области обеспечения средств к существованию, т.е. занятости (см. инструкции 1–2, 8).

Инструкции

1. **Участие пострадавшего населения:** При привлечении пострадавшего населения к работам по обеспечению временным жильем и организации размещения необходимо учитывать существующие методы, применяемые при планировании, строительстве и техническом обслуживании жилищ и мест размещения. Программы обучения навыкам труда и профессионального обучения могут способствовать участию населения в строительстве жилья, особенно это относится к лицам, не имеющим необходимых навыков и опыта ведения строительных работ. К участию в мероприятиях в области обеспечения временным жильем и осуществления строительных работ, а также в программах обучения, следует активно привлекать женщин всех возрастов. Лица, неспособные выполнять тяжелую физическую работу, а также лица, которым недостает специальных технических знаний, могут быть задействованы в таких работах, как наблюдение за объектом и управление запасами, уход за детьми, временное размещение и приготовление пищи для тех, кто участвует в строительных работах, а также оказывать помощь в административной работе. Следует также принимать во внимание другие потребности пострадавшего населения, касающиеся времени и трудовых ресурсов. При осуществлении строительных работ, в которых участвуют отдельные домохозяйства, им может дополнительно предоставляться помощь со стороны состоящих из добровольцев рабочих бригад общины или наемных рабочих. Такая помощь особенно необходима в семьях и домохозяйствах, которыми руководят женщины, поскольку женщины могут подвергаться повышенному риску сексуальной эксплуатации в ситуациях, когда им требуется помощь в сооружении их временного жилища (см. базовый стандарт 1 на странице 62, принцип обеспечения защиты 2 на странице 41 и стандарт 5 непродуктивной помощи на странице 330). Помощь может потребоваться также лицам с ограниченной подвижностью, пожилым людям и другим лицам, неспособным проводить строительные работы.
2. **Специальные технические знания и опыт:** Пострадавшему населению дополнительно к имеющимся навыкам и знаниям потребуются специальные знания в области технического проектирования, строительства и управления,

а также профессиональный опыт в области установленных технических и регулирующих процедур (см. базовый стандарт 6). В районах, подверженных сезонным или регулярно повторяющимся бедствиям, к участию в процессе проектирования и строительства следует привлекать технических специалистов, имевших в прошлом опыт, касающийся соответствующих, принимаемых на местном уровне мер, и согласованной установившейся практики.

3. **Подбор поставщиков материалов и рабочей силы:** Незамедлительное предоставление временных жилищ или материалов и инструмента (отдельно или в виде готовых комплектов) даст возможность пострадавшему населению самостоятельно возвести или построить временные жилища. Проведя быструю оценку и анализ рынка, следует по возможности закупать местные строительные материалы и использовать местных специалистов-строителей и неквалифицированную рабочую силу, чтобы оказать поддержку местной системе обеспечения средств к существованию (сфере занятости населения). Если же снабжение материалами через местных поставщиков может иметь отрицательные последствия для местной экономики или окружающей природной среды, то следует использовать несколько источников снабжения, применять альтернативные материалы или процессы производства, организовать снабжение материалами через региональных или международных поставщиков, а также использовать патентованные готовые временные жилища (см. стандарт 5 обеспечения временным жильем и организации размещения на странице 317). Следует способствовать тому, чтобы повторно использовались материалы, взятые из поврежденных зданий, предварительно выяснив, кому принадлежат права собственности на них.
4. **Предотвращение ЧС и снижение риска:** Конструкции должны быть устойчивы к воздействию известных климатическими условий и стихийных бедствий и учитывать необходимость во внесении в них изменений в ответ на неблагоприятные для данного района последствия изменения климата. Внесение изменений в стандарты и методы производства строительных работ должно быть согласовано с пострадавшим населением и соответствующими органами власти.
5. **Проектирование и строительство безопасных общественных зданий:** Временные и постоянные общественные здания, такие как школы и учреждения здравоохранения, должны строиться и восстанавливаться таким образом, чтобы они были устойчивы к воздействию ЧС и обеспечивали безопасность и легкость доступа для всех. Такие объекты должны строиться в соответствии с определенными для каждого сектора строительными стандартами и порядком выдачи разрешений, а также отвечать требованиям, касающимся обеспечения удобства доступа в них для лиц



с ограниченной подвижностью, нарушениями зрения и затруднениями в коммуникации. Осуществление ремонта или строительства таких зданий должно быть одобрено соответствующими органами власти и предусматривать согласованную инфраструктуру обслуживания и экономичную стратегию эксплуатации (см. Минимальные стандарты образования МСОЧС: готовность, реагирование, восстановление).

6. **Строительные стандарты:** Строительные нормы и правила должны согласовываться с соответствующими органами власти, чтобы обеспечить соблюдение основных требований, касающихся безопасности и технологий выполнения строительных работ. В тех случаях, когда местные или национальные строительные нормы и правила не всегда соблюдаются или применяются принудительно, следует согласовать их поэтапное применение, с учетом местной культуры жилищного строительства, климатических условий, ресурсов, производственных возможностей в области строительства и технического обслуживания, легкости доступа и экономичности (доступности по цене).
7. **Закупки и управление строительством:** Для планирования работы должен быть разработан календарный график производства строительных работ. Этот график должен включать такие основные этапы, как плановые сроки завершения работ, переселение перемещенного населения в конкретные временные жилища и места размещения, а также время наступления сезонных погодных условий. Необходимо организовать гибкую, эффективную и подотчетную цепочку поставок и систему управления такими аспектами строительства, как строительные материалы, рабочая сила и надзор за ходом строительства объекта. Сюда также должны входить подбор поставщиков, закупки, транспортировка, погрузочно-разгрузочные работы и управление – от места отправления и далее, когда это требуется, до соответствующих строительных площадок (см. стандарт 4 продовольственной безопасности: продовольственная помощь на странице 224).
8. **Обустройство и техническое обслуживание жилищ:** Обычно осуществляемые на начальном этапе программы помощи в области обеспечения временным жильем в ЧС предоставляют только минимальное защищенное жилое пространство и материальную помощь. В связи с этим пострадавшему населению приходится самому изыскивать альтернативные способы расширения предоставленного защищенного жилого пространства и улучшения его качества. Тип конструкции и использованные материалы должны позволять отдельным домохозяйствам поддерживать в исправном состоянии временное жилище и постепенно обустраивать его, чтобы обеспечить удовлетворение своих потребностей в более долгосрочной перспективе, используя для этого доступные на местном уровне инструменты и материалы (см. стандарт 5 непродовольственной помощи на странице 330).

Стандарт 5 обеспечения временным жильем и организации размещения: воздействие на окружающую среду

Предоставляемые временные жилища и способы организации размещения, а также выбор источников снабжения материалами и применяемые технологии производства строительных работ, сводят к минимуму отрицательное воздействие на местную природную окружающую среду.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Д Провести оценку и анализ отрицательного воздействия ЧС на местную природную окружающую среду, а также рисков для окружающей среды и факторов уязвимости (см. инструкцию 1).
- Д Учитывать при планировании организации временного или постоянного размещения пострадавшего населения запасы доступных местных природных ресурсов (см. инструкции 1–3).
- Д Осуществлять управление ресурсами местной природной окружающей среды таким образом, чтобы обеспечить текущие и будущие потребности пострадавшего от ЧС населения (см. инструкции 1–3).
- Д Свести к минимуму отрицательные последствия для ресурсов местной природной окружающей среды, которые могут иметь производство и поставки строительных материалов, а также процесс ведения строительных работ (см. инструкции 3–4).
- Д По возможности сохранять деревья и другую растительность в целях увеличения водоудержания, уменьшения эрозии почвы и обеспечения тени (см. инструкцию 5).
- Д Произвести работы по приведению в первоначальное состояние территории, на которой располагались места временного коллективного размещения, после того как они станут ненужными, если не предусмотрено иное (см. инструкцию 6).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Подтверждено, что планирование организации возвращения пострадавшего населения, размещения в принимающих семьях и в местах временного коллективного размещения максимально снизило негативное воздействие на окружающую природную среду и/или смягчение последствий (см. инструкции 1–6).
- Д Подтверждено, что процессы ведения строительных работ и выбор источников снабжения материалами для строительства временных жилищ обеспечили



сведение к минимуму негативного воздействия на окружающую природную среду и/или смягчение последствий (см. инструкцию 4).

Инструкции

1. **Оценка условий окружающей среды:** Необходимо произвести оценку воздействия ЧС на природную окружающую среду для того, чтобы предусмотреть меры реагирования и смягчения последствий. Многие стихийные бедствия, например оползни, часто являются следствием неправильного управления ресурсами природной окружающей среды. Они также могут быть обусловлены имеющимися рисками для окружающей среды или факторами уязвимости, к которым относятся сезонные наводнения в низменных районах и недостаток ресурсов природной окружающей среды, которые можно безопасно заготавливать. Необходимо быть осведомленным относительно этих рисков, что даст возможность учесть их при планировании мест размещения населения и обеспечить, чтобы известные факторы уязвимости, включая воздействие изменения климата, были устранены в рамках осуществления ответных мер.
2. **Устойчивость и управление ресурсами окружающей среды:** В районах, где ресурсы окружающей среды недостаточны для того, чтобы выдерживать значительное увеличение плотности проживающего в них населения, следует принять меры по смягчению последствий такой дополнительной нагрузки на природную окружающую среду. Необходимо обеспечить возобновляемые внешние поставки топлива и предусмотреть альтернативные возможности для выпаса домашнего скота, а также принять меры по поддержке производства сельскохозяйственной продукции и других зависимых от природных ресурсов видов обеспечения средств к существованию и осуществлять управление ими. Более экологически устойчивыми являются крупные управляемые места размещения пострадавшего населения, нежели большое количество рассредоточенных мест размещения меньшего размера, которыми сложнее управлять и которые труднее контролировать. Следует также учитывать последствия, обусловленные потребностями в ресурсах природной окружающей среды населения, принимающего пострадавших от ЧС, а также населения, живущего вблизи пострадавшего от ЧС района.
3. **Меры по смягчению долговременного воздействия на окружающую среду:** Вопросы управления ресурсами природной окружающей среды следует учитывать на всех уровнях планирования. Там, где обеспечение пострадавшего населения временным жильем оказывает существенное неблагоприятное воздействие на природную окружающую среду в результате истощения ресурсов местной окружающей среды, необходимо сводить к минимуму долговременные последствия этого, проводя дополнительные мероприятия по охране, рациональному использованию и восстановлению

окружающей среды. Рекомендуется согласовывать осуществление этих мер с соответствующими экологическими организациями.

4. **Выбор источников снабжения строительными материалами:** Следует произвести оценку воздействия на окружающую среду использования в качестве источников снабжения таких ресурсов природной окружающей среды, как вода, строительный лесоматериал, песок, грунт и травы, а также топливо для обжига кирпича и кровельной черепицы. Необходимо установить традиционных пользователей, степени извлечения и восстановления этих ресурсов, а также то, кому принадлежат права собственности на них или кто осуществляет контроль над ними. Обращение к альтернативным или дополнительным источникам снабжения может оказать поддержку местной экономике и уменьшить любое долговременное неблагоприятное воздействие на местную природную окружающую среду. Следует содействовать использованию разнообразных источников снабжения и повторному использованию уцелевших материалов, а также применению альтернативных материалов и процессов производства (например, использовать строительные блоки из укрепленного грунта). Необходимо также проводить такие работы по смягчению неблагоприятных последствий, как дополнительные посадки.
5. **Эрозия почвы:** Планировать мероприятия в области обеспечения временным жильем и организации размещения необходимо таким образом, чтобы оставить в неприкосновенности деревья и другую растительность в целях укрепления грунта и максимизации возможностей для защиты от солнца (затенения) и защиты от воздействия погодных условий. При прокладке дорог, пешеходных дорожек и дренажных сетей следует использовать рельеф местности с тем, чтобы свести к минимуму эрозию почвы и возможность затопления. Там же, где сделать это невозможно, следует предпринимать такие меры по предотвращению возможной эрозии почвы, как прокладка дренажных канав, дренажных трубопроводов под дорогами или возведение обсаженных земляных насыпей для уменьшения поверхностного стока воды (см. стандарт 1 дренажа на странице 143).
6. **Передача территории:** Следует принимать соответствующие меры по восстановлению качества окружающей среды, направленные на улучшение естественного восстановления окружающей среды в местах временного коллективного размещения и на прилегающей территории. Необходимо предусмотреть соответствующие меры в области управления на случай возможного закрытия таких пунктов размещения населения с тем, чтобы обеспечить удовлетворительное удаление всех материалов и отходов, не подлежащих повторному использованию или наносящих ущерб окружающей среде.



2. Непродовольственная помощь: одежда, постельные принадлежности и предметы домашнего обихода

Одежда, одеяла и постельные принадлежности обеспечивают удовлетворение основных личных потребностей в защите от воздействия погодных условий и сохранении здоровья, неприкосновенности сферы частной жизни и человеческого достоинства. Для того чтобы пострадавшее население имело возможность готовить и употреблять пищу, обеспечить свой тепловой комфорт, удовлетворить личные гигиенические потребности, а также строить, обслуживать и ремонтировать временное жилье, требуется доступ к основным ресурсам и предметам первой необходимости (см. стандарт 2 содействия соблюдению гигиены на странице 110 и стандарт 1 водоснабжения на странице 113).

Все пострадавшее население – включая тех, кто в состоянии вернуться в места своего первоначального проживания, а также тех, кто обрел приют в других семьях или был поселен в местах временного коллективного размещения – будет иметь потребности в предметах личного пользования и хозяйственного назначения. Эти потребности должны быть оценены и соответствующим образом удовлетворены. Населению, побочно пострадавшему от ЧС, в особенности принимающим семьям, также может потребоваться продовольственная помощь, чтобы удовлетворить дополнительные потребности, возникшие в связи с размещением у себя пострадавших, или вследствие неблагоприятных последствий ЧС для местной экономики и ограничения в связи с этим доступа к этим товарам.

Оказание продовольственной помощи является обычным видом помощи в ЧС, однако следует предусматривать предоставление наличных денег или ваучеров для приобретения продовольственных товаров такого рода там, где местные

рынки продолжают функционировать (см. стандарт 1 продовольственной безопасности – помощь в виде наличных денег и ваучеров на странице 240).

При предоставлении предметов личного пользования или хозяйственного назначения не требуется дополнительная информация или инструктирование в отношении того, как ими следует пользоваться. Однако при поставке предметов и материалов, предназначенных для оказания помощи при ремонте или строительстве жилья, таких как строительные материалы, крепежные средства и инструменты, требуется обеспечить дополнительное техническое руководство по их безопасному и эффективному использованию. Поставки предметов личной гигиены также должны сопровождаться проведением соответствующих мероприятий в области содействия соблюдению гигиены (см. стандарты 1–2 содействия соблюдению гигиены на страницах 107–110).

Стандарт 1 продовольственной помощи: предметы личного пользования, основные предметы домашнего обихода и материалы, предназначенные для строительства временного жилья

У пострадавшего населения имеются в достаточном количестве предметы личного пользования, основные предметы домашнего обихода и материалы, предназначенные для строительства временного жилья, необходимые для сохранения своего здоровья, человеческого достоинства и обеспечения безопасности и благополучия.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Провести оценку в отдельности потребностей пострадавшего населения в предметах продовольственной помощи (непродовольственных товарах) (см. инструкции 1–2 и стандарт 3 водоснабжения на странице 120).
- ▶ Выяснить, какие из предметов продовольственной помощи могут быть получены из местных источников снабжения, либо приобретены пострадавшим населением самостоятельно за счет предоставления помощи в виде наличных денег или ваучеров (см. инструкцию 3).
- ▶ Учитывать уместность каждого предмета, включенного в тот или иной комплект продовольственной помощи (см. инструкцию 4).
- ▶ Разработать план по организованному, гласному и справедливому распределению всех предметов продовольственной помощи (см. инструкцию 5).



- Д Обеспечить инструктирование, техническое руководство или содействие использованию материалов для строительства временного жилья, когда это потребуется (см. инструкцию 6).
- Д Разработать план по пополнению запасов предметов непродовольственной помощи, предназначенных для перемещенного населения на длительный период времени (см. инструкцию 7).

Ключевой пункт 3 (читать вместе с инструкциями)

- Д Удовлетворены все установленные потребности пострадавшего от ЧС населения в предметах непродовольственной помощи (см. инструкции 1–7).

Инструкции

1. **Оценка потребностей:** Следует провести оценку потребностей в таких предметах личного пользования, как одежда и предметы личной гигиены, в таких основных предметах домашнего обихода, как оборудование для хранения продуктов питания и приготовления пищи, а также в предметах и материалах, предназначенных для удовлетворения потребностей в области обеспечения временным жильем, таких как полимерная пленка, веревка, инструменты и основные строительные материалы. Следует проводить различие между индивидуальными и коллективными потребностями, особенно в том, что касается приготовления пищи и топлива. Необходимо определить, какие потребности в непродовольственных товарах могут быть удовлетворены за счет использования знакомых населению, получаемых из местных источников снабжения предметов и материалов. Следует учитывать и включать в программу оказания непродовольственной помощи потребность в коробках, мешках или других аналогичных видах тары для хранения и перевозки личных вещей и предметов домашнего обихода перемещенного и транзитного населения. Предоставление непродовольственной помощи должно быть включено в общий план оказания помощи в ЧС (см. базовые стандарты 1–3 на страницах 62–70 и стандарт 1 обеспечения временным жильем и организации размещения на странице 295).
2. **Объекты общественного назначения:** Следует предоставлять предметы непродовольственной помощи, необходимые для соблюдения личной гигиены, охраны здоровья и приготовления и термической обработки пищи и т.п., предназначенные для школ и других учреждений общественного назначения. Следует обеспечить доступ к учебным материалам и материалам для рекреационных занятий. Необходимо устанавливать связи с секторами здравоохранения и образования, и проводить информационно-просветительскую работу в области охраны здоровья населения и гигиены, способствуя надлежащему использованию предметов предоставляемой непродовольственной помощи (см. стандарты 1–2 содействия соблюдению

гигиены на страницах 107-110 и Минимальные стандарты образования МСОЧС: готовность, реагирование, восстановление).

3. **Выбор источников снабжения непродовольственными товарами:** Чрезвычайные ситуации оказывают воздействие на местную экономику и цепочки поставок, в связи с чем часто возникает необходимость в обращении к внешним источникам снабжения непродовольственными товарами и организации прямого распределения помощи среди отдельных лиц, домохозяйств или общин. Проведение экспресс-анализа рынка в рамках предварительной оценки потребностей поможет определить, возможно ли организовать снабжение непродовольственными товарами на местном уровне, или необходимо обращаться к поставщикам в соседних, не пострадавших от ЧС районах. Там, где местная экономика продолжает функционировать или ей может быть оказана поддержка за счет оказания конкретной помощи в области управления подбором источников снабжения или цепочками поставок товаров, дать местному населению возможность удовлетворить свои потребности в предметах первой необходимости, предоставляемых в рамках оказания помощи в ЧС, может предоставление наличных денег и/или ваучеров (см. стандарт 1 продовольственной безопасности - помощь в виде наличных денег и ваучеров на странице 240). Предоставление такого рода помощи следует планировать таким образом, чтобы обеспечить, чтобы не ущемлялись интересы уязвимых лиц и удовлетворялись потребности в оказании помощи.
4. **Комплекты помощи в ЧС:** Предметы непродовольственной помощи, как правило, комплектуются и заблаговременно хранятся на складах, и в эти комплекты входит стандартный набор и количество предметов. Необходимо принимать во внимание количество и номенклатуру непродовольственных товаров, включаемых в комплекты помощи, рассчитанные на семью, с учетом числа членов в обычной семье, их возраста, пола и наличия лиц с особыми потребностями, а также приемлемость предоставляемых предметов в культурном отношении.
5. **Распределение:** Следует спланировать эффективные и обеспечивающие соблюдение справедливости способы распределения помощи, консультируясь с пострадавшим населением. Население должно быть проинформировано относительно любых программ распределения помощи и необходимых для участия в них процедур, касающихся регистрации или проведения оценки. Следует организовать официальную регистрацию или распределение номерных талонов на получение помощи. Необходимо также обеспечить, чтобы уязвимые лица или семьи были включены в списки получателей помощи и имели доступ к информации, касающейся распределения помощи, а также к получению помощи. Надлежит установить процедуру заявления претензий для урегулирования любых проблем, возникающих



в связи с регистрацией или распределением помощи. Необходимо проконсультироваться с соответствующими органами власти относительно того, какие пункты распределения помощи лучше подходят для обеспечения безопасного доступа и получения непродовольственной помощи, а также безопасного возвращения получателей помощи в места их проживания. Следует учитывать расстояние до пунктов распределения помощи, которое необходимо преодолевать пешком, физические особенности местности и практические аспекты ситуации, а также затраты на транспортировку более крупных предметов, таких как материалы для строительства временного жилья. Необходимо также проводить мониторинг распределения помощи и использования предоставляемых непродовольственных товаров для того, чтобы определить соответствие требованиям и целесообразность процедуры распределения помощи, а также самих предметов и материалов, предоставляемых в рамках оказания непродовольственной помощи (см. стандарт 5 продовольственной безопасности - продовольственная помощь на странице 229).

6. ***Содействие использованию, инструктирование и техническое руководство:*** Предметы личного пользования и основные предметы домашнего обихода должны быть знакомы пострадавшему от ЧС населению, и для их использования не требуются какие-либо дополнительные рекомендации или инструкции. Однако потребуются осуществление технического руководства и инструктирование при предоставлении таких материалов для строительства и обустройства временного жилья, как строительные материалы, инструменты и крепежные средства (см. стандарт 5 непродовольственной помощи на странице 330). Можно размещать на упаковке простые рисунки, иллюстрирующие то, как должны безопасно использоваться те или иные изделия при ремонте или строительстве безопасного и соответствующего требованиям временного жилища. Пострадавшее от ЧС население и местные специалисты в области строительства должны привлекаться к участию в проводящихся на местах мероприятиях по повышению осведомленности (например, ремонт или возведение показательных образцов временных жилищ), чтобы знать необходимые технологии производства строительных работ. Следует обращать внимание всех участвующих в строительных работах лиц на недостатки, имевшиеся в период до ЧС в проектах и конструкциях жилищ и поселений, которые привели к повреждению или разрушению жилых зданий, а также приводить примеры надлежащей практики строительства, благодаря которой местные сооружения выдержали воздействие ЧС.
7. ***Пополнение запасов:*** При планировании распределения оказываемой в ЧС помощи следует учитывать норму потребления, итоговую продолжительность использования, а также возможности пострадавшего населения

пополнять запасы предметов, поставляемых в рамках оказания непродуктивной помощи.

Стандарт 2 непродуктивной помощи: одежда и постельные принадлежности

Пострадавшее от ЧС население имеет достаточное количество одежды, одеял и постельных принадлежностей, необходимых для обеспечения личного комфорта, сохранения человеческого достоинства, здоровья и благополучия.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Определить в отдельности потребности в одежде женщин, девочек, мужчин и мальчиков всех возрастов, включая детей младшего возраста, а также уязвимых и маргинализированных лиц и обеспечить им доступ к необходимым предметам одежды нужного размера и соответствующим культурным традициям, времени года и погодным условиям (см. инструкции 1–5).
- ▶ Определить потребности пострадавшего населения в одеялах и обеспечить ему, когда это требуется, доступ к одеялам и постельным принадлежностям, необходимым для обеспечения достаточного теплового комфорта и возможности для соответствующего размещения мест для сна (см. инструкции 2–5).
- ▶ Провести оценку потребности в противомоскитных надкроватных сетках, пропитанных инсектицидом, и предоставить их, если это требуется (см. стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на страницах 131–136).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Все женщины, девочки, мужчины и мальчики имеют по крайней мере два полных комплекта одежды нужного размера, соответствующей культурным традициям, времени года и погодным условиям (см. инструкции 1–5).
- ▶ Все пострадавшее население имеет набор одеял, постельных принадлежностей, спальных ковров или матрасов и, когда это необходимо, противомоскитных надкроватных сеток, пропитанных инсектицидом, необходимых для обеспечения достаточного теплового комфорта и возможности для соответствующего размещения мест для сна (см. инструкции 2–5 и стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на страницах 131–136).



Инструкции

1. **Сменная одежда и белье:** Все пострадавшие должны иметь доступ к сменной одежде в достаточном количестве, необходимой для обеспечения теплового комфорта, сохранения человеческого достоинства, здоровья и благополучия. Для этого потребуются минимум два комплекта необходимых предметов, в частности нижнего белья, чтобы дать возможность производить стирку.
2. **Соответствие:** Одежда (а также, если потребуется, обувь) должна соответствовать погодным условиям и культурным традициям и быть нужного размера. Младенцы и дети в возрасте до двух лет помимо соответствующей одежды также должны иметь одеяло. Постельное белье и постельные принадлежности должны соответствовать культурным традициям и иметься в достаточном количестве для того, чтобы обеспечить, когда это требуется, возможность для раздельного сна членов семьи.
3. **Тепловые характеристики:** Следует учитывать изоляционные свойства одежды и постельных принадлежностей, а также влияние на их тепловые характеристики влажного или сырого климата. Необходимо предусмотреть такой набор одежды и постельных принадлежностей, который будет обеспечивать требуемый уровень теплового комфорта. Для того чтобы предотвратить потери тепла вследствие контакта с землей, более эффективной мерой, чем предоставление дополнительных одеял, может быть использование теплоизоляционных спальных ковриков или матрасов.
4. **Прочность:** Одежда и спальные принадлежности должны быть достаточно прочными, чтобы обеспечить нормальное изнашивание и долговременное использование.
5. **Особые потребности:** Лица, принадлежащие к группам риска, должны быть обеспечены дополнительными комплектами одежды и спальных принадлежностей, необходимыми для удовлетворения их потребностей. К ним относятся лица с проблемами недержания, лица, страдающие хроническими заболеваниями, беременные женщины и кормящие матери, пожилые люди и лица с ограниченной подвижностью. Младенцы, дети, лица с ограниченной подвижностью и пожилые люди более подвержены переохлаждению, и поэтому им могут потребоваться дополнительная одежда, одеяла и т.п. для поддержания соответствующего уровня теплового комфорта. Пожилым людям, а также больным или немощным, ввиду их недостаточной подвижности, потребуется особая забота, например предоставление им матрасов или высоких кроватей.

Стандарт 3 непродуктивной помощи: кухонная утварь и столовые принадлежности

Пострадавшее от ЧС население имеет доступ к приемлемым в культурном отношении предметам и принадлежностям, необходимым для приготовления и хранения продуктов питания, приготовления пищи, употребления пищи и питья.

Ключевое действие (читать вместе с инструкциями)

- Д Определить потребности пострадавшего населения, касающиеся приготовления и хранения продуктов питания, а также приготовления пищи, употребления пищи и питья, и обеспечить доступ к необходимым для этого, приемлемым в культурном отношении принадлежностям (см. инструкции 1–2).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Каждое домохозяйство или группа из 4 – 5 человек располагает двумя кастрюлями большого размера («на семью») с ручками и крышками, тазом для приготовления продуктов питания или раздачи пищи, кухонным ножом и двумя половниками (см. инструкции 1–2).
- Д Каждый пострадавший от ЧС имеет в своем распоряжении глубокую тарелку, ложку или другие столовые принадлежности, а также кружку или посуду для питья (см. инструкции 1–2).

Инструкции

1. **Соответствие:** Предоставляемая кухонная утварь и столовые принадлежности должны быть приемлемыми в культурном отношении и обеспечивать возможность для безопасного пользования ими. При выборе предоставляемых принадлежностей следует консультироваться с женщинами или теми лицами, которые обычно занимаются приготовлением пищи. При определении требуемого количества кухонной утвари необходимо учитывать культурные традиции и обычаи, в частности, например, такие, которые требуют организации раздельного приготовления пищи для различных семей в составе одного домохозяйства или обязательного раздельного приготовления тех или иных видов пищевых продуктов. Кухонная утварь и столовые принадлежности должны быть такого типа и таких размеров, которые будут учитывать особые потребности пожилых людей, инвалидов и детей.
2. **Материал изготовления:** Все изделия из пластмассы (ведра, миски, канистры, емкости для хранения воды и т.п.) должны быть изготовлены из пищевой пластмассы. Все металлические изделия (столовые приборы,



миски, тарелки, кружки и т.п.) должны быть изготовлены из нержавеющей стали или быть эмалированными.

Стандарт 4 непродуктивной помощи: печи (кухонные плиты), топливо и освещение

Пострадавшее от ЧС население имеет доступ к безопасным, экономичным печам (кухонным плитам) и доступному снабжению топливом или местными энергоресурсами, либо к коммунальным объектам, предназначенным для приготовления пищи. Каждое домохозяйство имеет доступ к соответствующим средствам, предоставляющим надежное искусственное освещение для обеспечения личной безопасности.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Определить и удовлетворить потребности домохозяйств, касающиеся приготовления пищи и обогрева жилых помещений, обеспечив доступ к безопасным, экономичным печам (кухонным плитам), к доступному снабжению топливом или местными энергоресурсами, либо к коммунальным объектам, предназначенным для приготовления пищи (коллективным кухням) (см. инструкцию 1).
- Обеспечить возможность безопасной эксплуатации печей (кухонных плит) и минимизацию пожарной опасности (см. инструкции 2–3).
- Определить и использовать в первую очередь источники топлива или местных энергоресурсов, обеспечивающие экологическую и экономическую устойчивость (см. инструкцию 4).
- Обеспечить безопасную и надежную систему заготовки и хранения топлива (см. инструкцию 5).
- Определить и удовлетворить потребности домохозяйств, касающиеся надежных средств обеспечения искусственного освещения и доступа к спичкам или иным соответствующим средствам зажигания топлива, свечам и т.п. (см. инструкцию 6).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Пострадавшее население использует экономичные печи (кухонные плиты), которые снабжаются в необходимом количестве топливом или местными энергоресурсами (см. инструкции 1–3).

- Д Не отмечены несчастные случаи или причинение людям вреда при обычном пользовании печами (кухонными плитами), а также при заготовке и хранении топлива (см. инструкции 4–5).
- Д Пострадавшее от ЧС население имеет доступ к безопасным и надежным средствам обеспечения искусственного освещения, а также доступ к спичкам или иным соответствующим средствам зажигания топлива, свечам и т.п. (см. инструкцию 6).

Инструкции

1. **Печи (кухонные плиты):** При выборе типа печей (кухонных плит) следует учитывать местную практику. Необходимо содействовать использованию энергосберегающих способов приготовления пищи. Это касается также использования экономичных печей (кухонных плит), заготовки дров, поддержания огня, приготовления пищевых продуктов, совместного приготовления пищи и т.п. В местах коллективного размещения целесообразнее использовать коммунальные или объединенные в одном месте объекты, предназначенные для приготовления пищи (кухни), нежели обеспечивать каждое домохозяйство индивидуальной печью (кухонной плитой), что позволит снизить опасность пожара и задымление внутренних помещений (см. стандарт 2 продовольственной безопасности - продовольственная помощь на странице 219).
2. **Вентиляция:** Печи (кухонные плиты), используемые внутри помещения, должны быть оборудованы дымоходами для отвода отходящих газов и дыма наружу безопасным способом. Дверные и оконные проемы должны быть защищены от непогоды, чтобы обеспечивать надлежащую вентиляцию и уменьшать опасность возникновения респираторных заболеваний.
3. **Пожарная безопасность:** Необходимо обеспечить, чтобы печь (кухонная плита) находилась на безопасном расстоянии от всех других структурных элементов временного жилища. Внутренние печи (кухонные плиты) должны быть установлены на платформу, изготовленную из невоспламеняющегося материала, а в месте выхода дымохода наружу должна быть установлена изготовленная из невоспламеняющегося материала муфта, изолирующая дымоход от корпуса жилища. Печи (кухонные плиты) должны устанавливаться на достаточном расстоянии от входов и располагаться в таком месте, чтобы к ним был обеспечен безопасный доступ во время пользования.
4. **Пополняемые источники топлива:** Необходимо осуществлять управление источниками топлива, в особенности там, где от них зависят принимающие пострадавших или соседние общины. Ресурсы должны пополняться, чтобы обеспечить устойчивость снабжения, например, путем посадки деревьев, используемых в качестве древесного топлива, с тем чтобы сократить или прекратить заготовку топливной древесины в имеющихся лесах. Следует оказывать содействие использованию нетрадиционных источников топлива,



например топливных брикетов, изготовленных из древесных опилок и иных органических веществ, если это приемлемо для пострадавшего населения.

5. **Заготовка и хранение топлива:** Необходимо консультироваться с пострадавшим населением, в особенности с женщинами и девочками, относительно мест нахождения и способах заготовки топлива для приготовления пищи и обогрева, чтобы учесть вопросы, касающиеся обеспечения личной безопасности. Следует также учитывать трудности заготовки топлива такими особо уязвимыми группами населения, как домохозяйства, возглавляемые женщинами, лица, осуществляющие уход за хронически больными, а также лица с ограниченной подвижностью. Необходимо содействовать использованию таких видов топлива, заготовка которого требует меньших затрат труда, а также использованию экономичных печей (кухонных плит) и доступных источников топлива. Топливо должно храниться на безопасном расстоянии от печи (кухонной плиты), а любые виды жидкого топлива, как, например, керосин, необходимо хранить в недоступном для детей месте.
6. **Искусственное освещение:** Знакомыми и легко доступными средствами обеспечения освещения являются керосиновые лампы или свечи, однако следует принимать во внимание пожарную опасность их использования. Необходимо предоставлять также другие виды искусственного освещения, чтобы обеспечить личную безопасность в местах размещения и вокруг них, где нет общего освещения. Следует предусмотреть возможность использования таких экономичных средств освещения, как светодиоды, а также предоставление солнечных панелей для локального производства электроэнергии.

Стандарт 5 непродуктивной помощи: инструменты и крепежные средства

Пострадавшее население, отвечающее за строительство или техническое обслуживание временного жилья или расчистку от развалин, имеет доступ к необходимым инструментам и крепежным средствам, а также дополнительному обучению.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

1. Определить и удовлетворить потребности, касающиеся инструментов и крепежных средств, населения, отвечающего за безопасное строительство части или всего временного жилья и коммунальных объектов, а также за основное техническое обслуживание и за расчистку от развалин (см. инструкции 1–2).
2. Обеспечить согласование и общее знание соответствующих процедур использования, технического обслуживания и хранения инструментов и крепежных

средств там, где они предоставляются для личного или совместного пользования (см. инструкции 1–2).

- Д Обеспечить в случае необходимости обучение или инструктирование по использованию предоставленных инструментов при проведении строительных работ, техническом обслуживании и расчистке от развалин (см. инструкцию 3).

Ключевые пох з тели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все домохозяйства или группы общины имеют доступ к инструментам и оборудованию, необходимым для осуществления работ по строительству, техническому обслуживанию или расчистке от развалин (см. инструкции 1–2).
- Д Все домохозяйства или группы общины имеют доступ к программам обучения и повышения осведомленности по безопасному использованию предоставленных инструментов и крепежных средств (см. инструкцию 3).

Инструкции

1. **Стандартные наборы инструментов:** Предоставляемые инструменты и крепежные средства должны быть знакомы населению и соответствовать конкретной ситуации. Следует предусмотреть поставку таких крепежных средств, как гвозди различных размеров, оцинкованная проволока и веревка, а также приспособлений для проведения разметки и измерения. Следует предоставлять инструменты для коллективного пользования там, где они используются при строительстве общественных зданий или требуются только на короткое время, либо когда такие ресурсы ограничены. Перед тем как распределять инструменты, необходимо согласовать вопросы, касающиеся любого их совместного использования, технического обслуживания и хранения.
2. **Деятельность по обеспечению средств к существованию:** По возможности предоставленные инструменты должны быть также применимы для осуществления деятельности по обеспечению средств к существованию. Использование инструментов должно контролироваться во избежание негативного воздействия на окружающую среду (как, например, нелегальное или нерациональное пользование природными ресурсами и т.п.). Необходимо также проводить мониторинг любого совместного и коллективного использования этих инструментов.
3. **Обучение и техническая помощь:** Необходимо обеспечить обучение и повышение осведомленности в вопросах, касающихся безопасного использования и элементарного технического обслуживания инструментов, а также запланированных мероприятий. Домохозяйствам, которые возглавляют женщины, и другим выявленным лицам для осуществления обозначенных работ по строительству или техническому обслуживанию должна быть предоставлена помощь со стороны родственников, соседей или лиц, работающих по найму (см. стандарт 4 обеспечения временным жильем и организации размещения, инструкцию 1 на странице 314).



Приложение 1

Список контрольных вопросов по оценке обеспечения временным жильем, организации размещения и непродовольственной помощи

Настоящий список вопросов служит общим руководством и является перечнем контрольных вопросов, цель которого – обеспечить получение соответствующей информации, необходимой для оказания помощи в области обеспечения временным жильем и организации размещения в период после ЧС. Данный список вопросов не является обязательным и должен использоваться и корректироваться в соответствии с конкретными обстоятельствами. Предполагается, что информация об основных причинах ЧС, уровне безопасности, основных демографических показателях, касающихся перемещенного населения и населения, принимающего пострадавших, а также об основных информаторах, с которыми необходимо консультироваться и устанавливать связь, поступает из различных источников (см. базовый стандарт 3 на странице 70).

1 Обеспечение временным жильем и организацией размещения

Проведение оценки и координация действий

- Д Был ли создан согласованный механизм координации действий соответствующими органами власти и организациями?
- Д Какие имеются исходные данные, касающиеся пострадавшего населения, и каковы известные опасности, а также риски и факторы уязвимости в отношении обеспечения временным жильем и организации размещения?
- Д Имеется ли план действий в чрезвычайных обстоятельствах, который необходимо учитывать при организации оказания помощи в ЧС?
- Д Какая информация, полученная в ходе проведения предварительной оценки, уже доступна?

- Д Запланировано ли проведение оценки на межучрежденческом и/или много-секторном уровнях, и включены ли в нее вопросы, касающиеся обеспечения временным жильем, организации размещения и непродуктивной помощи?

Демографические показатели

- Д Каков количественный состав типичного домохозяйства?
- Д Какое количество, с разбивкой по половой принадлежности и возрасту, в составе пострадавшего населения составляют лица, которые не образуют типичных домохозяйств (например, дети без сопровождения взрослых), или отдельные группы меньшинств, количественный состав домохозяйств которых является нетипичным?
- Д Какое количество пострадавших домохозяйств не имеет соответствующего временного жилья, и где находятся эти домохозяйства?
- Д Сколько человек, с разбивкой по половой принадлежности и возрасту, которые не являются членами отдельных домохозяйств, не имеют никакого или соответствующего временного жилья, и где находятся эти домохозяйства?
- Д Сколько пострадавших домохозяйств, не имеющих соответствующего временного жилья, не были перемещены и которым может быть предоставлена помощь на местах их первоначального жительства?
- Д Сколько пострадавших домохозяйств, не имеющих соответствующего временного жилья, были перемещены и нуждаются в помощи в обеспечении временным жильем за счет расселения в принимающих семьях или в местах временного коллективного размещения?
- Д Сколько человек, с разбивкой по половой принадлежности и возрасту, не имеют доступа к таким объектам общественного назначения, как школы, учреждения здравоохранения и общественные центры?

Риски

- Д Существует ли прямая угроза жизни из-за отсутствия соответствующего временного жилья, какова степень риска и какое количество людей подвергаются этой угрозе?
- Д Каковы потенциальные опасности в дальнейшем для жизни, здоровья и безопасности пострадавшего населения, возникающие вследствие неблагоприятного воздействия ЧС или других известных опасных факторов на ситуацию в области обеспечения временным жильем?



- Д Какие особые опасности отсутствие соответствующего временного жилья создает для уязвимых лиц, включая женщин, детей, инвалидов или хронически больных, и почему?
- Д Какие последствия присутствие перемещенного населения имеет для местного принимающего населения?
- Д Какова потенциальная опасность возникновения конфликтов или дискриминации среди групп пострадавшего населения или между ними?

Ресурсы и ограничения

- Д Какие имеются в наличии материальные, финансовые и человеческие ресурсы у пострадавшего населения для удовлетворения частично или полностью неотложных потребностей в области обеспечения временным жильем?
- Д Какие проблемы, касающиеся наличия земли, прав собственности на землю и пользования ею, возникают при удовлетворении неотложных потребностей в области обеспечения временным жильем, включая, если это требуется, организацию мест временного коллективного размещения?
- Д Какие проблемы могут возникнуть у населения, которое, возможно, будет принимать пострадавших, при размещении перемещенного населения в своих жилищах или на прилегающей к ним территории?
- Д Какие существуют возможности и ограничения в отношении использования существующих, пригодных и не пострадавших от ЧС зданий или строений для временного размещения в них перемещенного населения?
- Д Насколько возможно, учитывая особенности рельефа и местной окружающей среды, использовать доступные свободные земли для размещения на них временных поселений?
- Д Каковы требования и ограничения регулятивных предписаний местных властей, которые необходимо учитывать при разработке программ обеспечения временным жильем?

Материалы, проектирование и строительство

- Д Какие первоначальные виды временного жилья или материалы были обеспечены на настоящий момент пострадавшим населением или другими участниками оказания помощи?
- Д Какие имеющиеся материалы могут быть извлечены из поврежденных зданий для того, чтобы использовать их при перестройке временных жилищ?

- Д Каковы обычные методы ведения строительных работ, применяемые пострадавшим населением, и какого рода материалы используются для возведения несущего каркаса, крыши и корпуса внешних стен?
- Д Какие другие виды конструкции или материалов могут быть доступны и знакомы или приемлемы для пострадавшего населения?
- Д Каким конкретно должен быть проект, чтобы обеспечить безопасный и свободный доступ в предоставляемые временные жилища и использование их всеми представителями пострадавшего населения, в особенности лицами с ограниченной подвижностью?
- Д Каким образом установленные возможные варианты обеспечения временным жильем могут минимизировать будущие риски и факторы уязвимости?
- Д Кто и каким образом обычно строит временное жилье?
- Д Кто и каким образом обычно приобретает строительные материалы?
- Д Каким образом можно организовать обучение женщин, молодежи, инвалидов и пожилых людей или предоставить им помощь с тем, чтобы они могли участвовать в строительстве своего временного жилья, и что может препятствовать этому?
- Д Потребуется ли оказывать дополнительное содействие в виде предоставления помощи с участием добровольцев или наемных работников, либо оказания технической помощи отдельным лицам или домохозяйствам, не способным либо не имеющим возможности осуществлять строительные работы?

Деятельность, связанная с ведением домашнего хозяйства и обеспечением средств к существованию

- Д Какого рода деятельность по ведению домашнего хозяйства и по поддержке механизма обеспечения средств к существованию обычно осуществляется во временных жилищах или на прилегающей к ним территории, и в какой мере эта деятельность учитывается при предоставлении жилого пространства и его проектировании?
- Д Какие легальные и экологически рациональные благоприятные возможности по оказанию поддержки в области обеспечения средств к существованию (сфере занятости) могут быть предоставлены за счет выбора источников снабжения материалами и строительства временного жилья и пунктов размещения?

Важнейшие услуги и объекты общественного значения

- Д Каково фактическое наличие воды, предназначенной для питья и личной гигиены, и какие имеются возможности и ограничения, касающиеся удовлетворения ожидаемых потребностей в области санобеспечения?



- Д Какова фактическая обеспеченность объектами социального назначения (учреждения здравоохранения, школы, места отправления культа и т.п.), и какие имеются ограничения и благоприятные возможности, касающиеся организации доступа к этим объектам?
- Д Если общественные здания, в особенности школы, используются для размещения в них перемещенного населения, то каковы процедура и календарный план возвращения этих объектов для использования по назначению?

Последствия для принимающей общины и окружающей среды

- Д Какие вопросы вызывают озабоченность принимающей общины?
- Д Каковы проблемы организации и планирования, касающиеся размещения перемещенного населения в местной принимающей общине или на территории временных поселений?
- Д Какие могут быть негативные последствия для местной окружающей среды при выборе местных источников снабжения строительными материалами?
- Д Какие могут быть негативные последствия для местной окружающей среды в связи с удовлетворением потребностей перемещенного населения в топливе, санобеспечении, удалении отходов, пастбищах для скота, когда это требуется, и т.п.?

2 Непродовольственные товары

Потребности, касающиеся непродовольственных товаров

- Д Какие непродовольственные товары необходимы пострадавшему населению в первую очередь?
- Д Можно ли приобрести какие-либо из требуемых непродовольственных товаров на местном уровне?
- Д Возможно ли использовать наличные деньги или ваучеры?
- Д Потребуется ли оказание технической помощи в дополнение к предоставлению предметов и материалов для строительства временного жилья?

Одежда и постельные принадлежности

- Д Одежда, одеяла и постельные принадлежности какого типа обычно используются женщинами, мужчинами, детьми и младенцами, беременными женщинами и кормящими матерями, пожилыми людьми, и какие особые социальные и культурные факторы следует учитывать?

- Д Сколько женщин и мужчин всех возрастов, а также детей и младенцев имеют несоответствующую требованиям или в недостаточном количестве одежду, одеяла и постельные принадлежности, необходимые для того, чтобы защитить их от непогоды и сохранить здоровье, человеческое достоинство и благополучие?
- Д Какова потенциальная опасность для жизни, здоровья и личной безопасности пострадавшего населения, связанная с неудовлетворенной потребностью в соответствующей одежде, одеялах и постельных принадлежностях?
- Д Какие меры по борьбе с переносчиками инфекций, в частности, предоставление противомоскитных сеток, необходимы для обеспечения сохранения здоровья и благополучия домохозяйств?

Приготовление и употребление пищи, печи (кухонные плиты) и топливо

- Д Какой кухонной утварью и столовыми принадлежностями располагало типичное домохозяйство до ЧС?
- Д Сколько домохозяйств не имеют доступа к кухонной утвари и столовым принадлежностям в достаточном количестве?
- Д Как пострадавшее население обычно приготавливало пищу и обогревало свои жилища до ЧС, и где происходило приготовление пищи?
- Д Какое топливо обычно использовалось для приготовления пищи и обогрева, и где оно приобреталось?
- Д Сколько домохозяйств не имеют доступа к печам (кухонным плитам) для приготовления пищи и обогрева и почему?
- Д Сколько домохозяйств не имеют доступа к достаточному количеству топлива для приготовления пищи и обогрева?
- Д Какие имеются благоприятные возможности и ограничения, в особенности связанные с защитой природной окружающей среды, касающиеся выбора источников снабжения в достаточном количестве топлива, для пострадавшего от ЧС населения и населения соседних районов?
- Д Какие последствия выбор источников снабжения в достаточном количестве топлива может иметь для пострадавшего населения, в особенности для женщин всех возрастов?
- Д Какие культурные аспекты, имеющие отношение к приготовлению и употреблению пищи, необходимо принимать во внимание ?



Инструменты и оборудование

- ▶ К каким основным инструментам, необходимым для ремонта, строительства или технического обслуживания временного жилья, имеют доступ домохозяйства?
- ▶ В каких видах деятельности, связанных с поддержкой механизмов обеспечения средств к существованию, могут быть также использованы основные инструменты, необходимые для строительства, технического обслуживания и расчистки от развалин?
- ▶ Какие программы обучения или повышения осведомленности необходимы для того, чтобы обеспечить безопасное использование инструментов?

Список литературы и дополнительных материалов

Международные документы

Право на достаточное жилье (статья 11 (1) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах), Замечание общего порядка № 4, 12 декабря 1991 года, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1981); статья 14(2)(h).

Конвенция о правах ребенка (1990); статья 27(3).

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1969); статья 5(e)(iii).

Конвенция о статусе беженцев (1954); статья 21.

Всеобщая декларация прав человека (1948); статья 25.

Общие вопросы

Corsellis, T and Vitale, A (2005), *Transitional Settlement: Displaced Populations*. Oxfam. Oxford.

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

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), *Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery*. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), *Shelter Projects 2008*. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), *Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines*. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), *Shelter Projects 2009*. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), *Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction*. Geneva.

ProVention Consortium (2007), *Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection*, Guidance Note 12. Geneva.



United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva.

УВКБ, Справочник по чрезвычайным ситуациям

www.the-ecentre.net/resources/e_library/doc/handbook_russian.pdf

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The “Pinheiro Principles”).

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington.

Временное коллективное размещение

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Окружающая среда

Kelly, C (2005), Guidelines for Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters. Benfield Hazard Research Center, University College London and CARE International. London.

Kelly, C (2005), Checklist-Based Guide to Identifying Critical Environmental Considerations in Emergency Shelter Site Selection, Construction, Management and Decommissioning. ProAct Network and CARE International.

UNHCR (2002), Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps. Geneva.

WWF and American Red Cross (2010), Green Recovery and Reconstruction Toolkit for Humanitarian Aid. Washington DC. www.worldwildlife.org/what/partners/humanitarian/green-recovery-and-reconstruction-toolkit.html

Нличные деньги, в учеры и оценк рынок

Albu, M (2010), The Emergency Market Mapping and Analysis Toolkit. Practical Action Publishing. Rugby, UK.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford

International Committee of the Red Cross (ICRC)/IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Инв лдность

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response.

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

Гендерн я проблем тик

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva.

МПК (2008), Женщины, девочки, мальчики и мужчины: разные потребности – равные возможности. Пособие по осуществлению гуманитарной деятельности с учетом гендерной проблематики.

Психосоци льн я поддержк

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Школы и общественные зд ния

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Непродуктивной я помощь/предметы первой необходимости

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009). Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC/IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC/Oxfam International (2007), Plastic Sheetting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.



Минимальные
стандарты
в области оказания
медицинской
помощи



Рекомендации по применению ДНН ГЛ В

ДНН ГЛ В состоит из двух основных разделов:

Системы здравоохранения

Основное медицинское обслуживание

(основные элементы медико-санитарной помощи)

Системный подход к планированию, осуществлению, наблюдению и оценке медицинского обслуживания взят за основу организации медицинского обслуживания в условиях чрезвычайной ситуации. Такой подход является наиболее надежным для определения и эффективного выполнения приоритетных задач. Особое внимание уделяется вопросам поддержки национальной и местной систем здравоохранения, координации и стандартизации инструментов и методов.

Главы, посвященные принципам обеспечения защиты и базовым стандартам, должны применяться в соответствии с данной главой.

Эти стандарты предназначены в первую очередь для организации гуманитарной помощи на начальной стадии после ЧС, однако их можно применять как при подготовке к ЧС, так и в ликвидации последствий ЧС и в период восстановления.

Каждый раздел включает:

- **Минимальные стандарты:** стандарты качества, задающие минимальные уровни, которые должны быть достигнуты в процессе оказания гуманитарной помощи в отношении предоставления медицинского обслуживания.
- **Ключевые действия:** рекомендуемые мероприятия и вводимые ресурсы, необходимые для достижения минимальных стандартов.
- **Ключевые показатели:** индикаторы, определяющие, был ли достигнут тот или иной стандарт. Они позволяют оценивать результаты и информировать о ходе осуществления ключевых действий; они относятся к минимальным стандартам, а не к ключевым действиям.
- **Инструкции:** конкретные вопросы, касающиеся применения минимальных стандартов, ключевых действий и ключевых показателей в различных ситуациях. Они содержат указания по преодолению практических трудностей, а также ориентиры и рекомендации по наиболее важным вопросам. Здесь также могут рассматриваться и основные проблемы, касающиеся стандартов, действий и показателей, а также дилеммы, противоречия и пробелы в современных знаниях по данному вопросу.

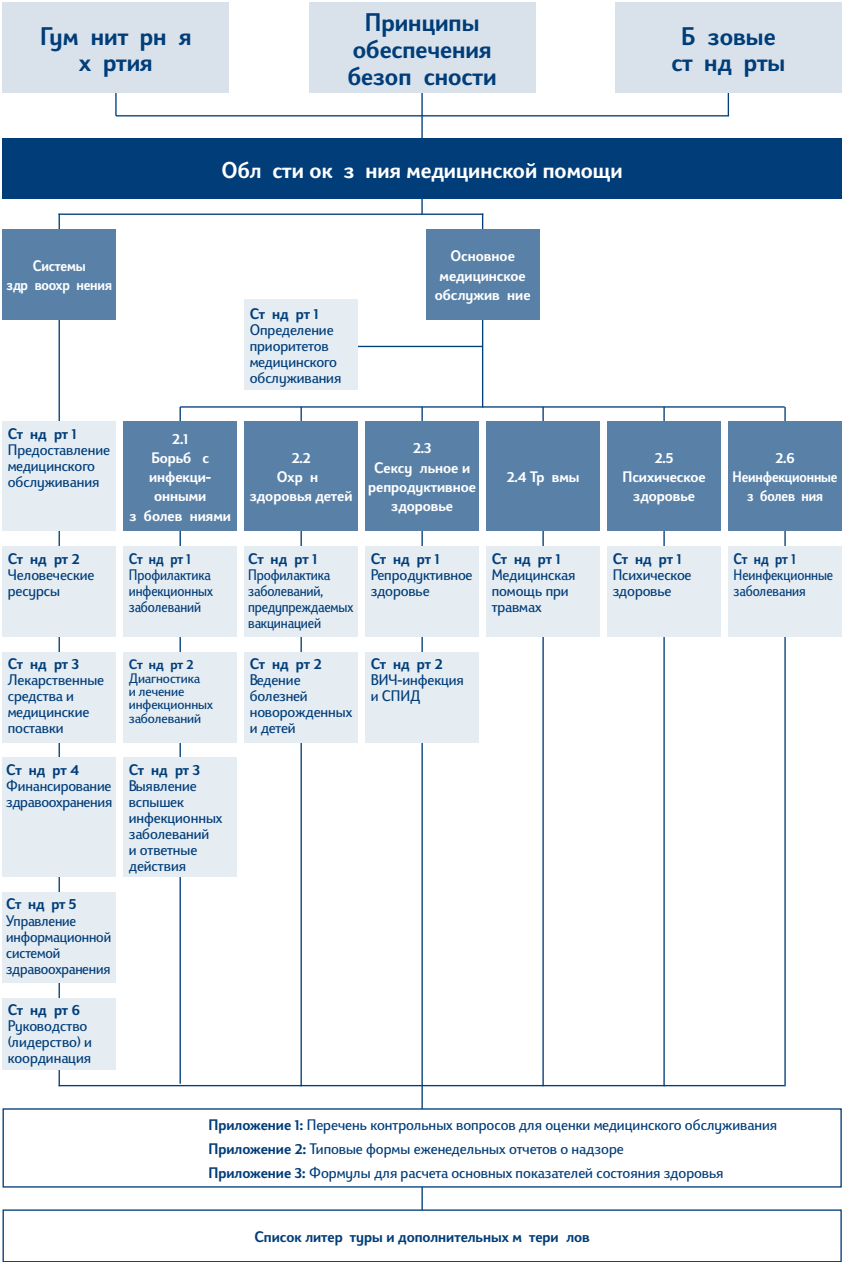
При невозможности достичь требуемых ключевых показателей и осуществить необходимые действия нужно произвести оценку вероятных при этом отрицательных последствий для пострадавшего населения и предпринять соответствующие действия по смягчению этих последствий.

В приложении дается перечень контрольных вопросов для проведения оценки медицинского обслуживания, типовые формы отчетов о наблюдении и формулы для расчета основных показателей состояния здоровья. Прилагается также список литературы и дополнительных материалов.

Содержание

Введение.....	347
1. Системы здравоохранения	353
2. Основное медицинское обслуживание	370
2.1. Основное медицинское обслуживание – борьба с инфекционными заболеваниями.....	373
2.2. Основное медицинское обслуживание – охрана здоровья детей.....	384
2.3. Основное медицинское обслуживание – сексуальное и репродуктивное здоровье	389
2.4. Основное медицинское обслуживание – травмы.....	397
2.5. Основное медицинское обслуживание – психическое здоровье.....	400
2.6. Основное медицинское обслуживание – неинфекционные заболевания.....	403
Приложение 1: Список контрольных вопросов для оценки медицинского обслуживания	406
Приложение 2: Типовые формы еженедельных отчетов о надзоре	409
Приложение 3: Формулы для расчета основных показателей состояния здоровья	414
Список литературы и дополнительных материалов.....	416





Введение

Связь с Гуманитарной и международно-правовыми документами

Минимальные стандарты в области оказания медицинской помощи являются практическим выражением разделяемых гуманитарными организациями взглядов, убеждений и принципов, на которых строится гуманитарная деятельность и которые изложены в Гуманитарной хартии. Эти гуманные принципы, зафиксированные в международном праве, включают право на жизнь с достоинством, право на защиту и безопасность и право на получение необходимой гуманитарной помощи. В приложении I на странице 406 дается перечень основных правовых и программных документов, относящихся к Гуманитарной хартии, с комментариями для сотрудников гуманитарных организаций.

Государства являются основными гарантами перечисленных выше прав, и гуманитарные организации обязаны соблюдать эти права при осуществлении своей деятельности в интересах пострадавшего от бедствий населения. Из общих вытекает ряд особых прав, включая право на участие, право на информацию и право не подвергаться дискриминации, а также права на доступ к воде, санитарное обеспечение, питание, жилище и медицинское обслуживание. Эти права лежат в основе минимальных стандартов данного руководства.

Каждый человек имеет право на здоровье (охрану здоровья и медицинскую помощь), что закреплено в ряде международно-правовых документов. Право на здоровье может быть обеспечено только тогда, когда население защищено; когда профессионалы, ответственные за состояние системы здравоохранения, хорошо обучены и придерживаются всеобщих этических принципов и стандартов профессиональной деятельности; когда системы, в которых они работают, имеют целью обеспечить минимальные нормы потребностей; когда государство желает и способно обеспечить безопасность и стабильность. Во время вооруженных конфликтов гражданские больницы и медицинские учреждения ни в коем случае не должны становиться объектами нападения, а медицинский персонал имеет право на уважение и защиту. Запрещены действия, нарушающие нейтралитет медицинских учреждений, в частности, ношение оружия на их территории.

Приведенные в данной главе минимальные стандарты не являются исчерпывающим выражением права на здоровье. Тем не менее стандарты проекта «Сфера» отражают основное содержание права на здоровье и содействуют постепенному осуществлению этого права во всем мире.



Значение оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации

Доступ к медицинской помощи является определяющим фактором обеспечения выживания на начальных стадиях чрезвычайных ситуаций. Бедствия всегда оказывают серьезное воздействие на состояние здоровья в обществе и на благополучие пострадавшего населения. Это влияние может быть прямым (например, насильственная смерть и телесные повреждения) или косвенным (например, высокие коэффициенты инфекционных заболеваний и/или недостаточное питание). Косвенные последствия обычно связывают с такими факторами, как недостаточное количество и качество водоснабжения, выход из строя систем санобеспечения, перебои в снабжении продовольствием, а также отсутствие или ограничение доступа к медицинскому обслуживанию. Отсутствие безопасности, ограничение передвижения, перемещение населения и ухудшение условий жизни (скученность и неудовлетворительное временное жилье) также могут представлять угрозу для здоровья населения. К повышению уязвимости и опасности может вести изменение климата.

Главными целями гуманитарной помощи в чрезвычайной ситуации являются предупреждение и снижение слишком высокой смертности и заболеваемости. Основная задача – добиться того, чтобы общий коэффициент смертности и коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет поддерживался на уровне или снижался до уровня, меньше удвоенного базового коэффициента смертности населения, зарегистрированного в период до чрезвычайной ситуации (см. таблицу «Данные базовых уровней смертности по регионам» на странице 372). Масштабы и особенности смертности и заболеваемости обусловлены разными видами бедствий (см. таблицу «Воздействие некоторых видов чрезвычайных ситуаций на состояние здоровья населения»), поэтому состояние общественного здоровья и медицинские потребности пострадавшего населения меняются в зависимости от вида и масштабов бедствия.

Главной задачей сектора здравоохранения является предоставление основного медицинского обслуживания, включая эффективные профилактические и содействующие укреплению здоровья населения вмешательства, снижающие риски для здоровья. Основное медицинское обслуживание – это осуществление первоочередных вмешательств в области здравоохранения, эффективных в устранении основных причин повышенной смертности и заболеваемости. Предоставление основного медицинского обслуживания должно поддерживаться мероприятиями по укреплению системы здравоохранения. То, как вмешательства в области здравоохранения в рамках оказания помощи в чрезвычайных ситуациях планируются, организуются и осуществляются, может укрепить существующие системы здра-

воохранения или нанести им ущерб, а также содействовать их восстановлению и развитию в будущем.

Необходимо проводить анализ существующей системы здравоохранения с тем, чтобы определить эффективность ее функционирования и выявить основные факторы, ограничивающие предоставление медицинского обслуживания или доступ к нему. Для начальных стадий чрезвычайной ситуации характерна нехватка информации, поэтому важные решения по здравоохранению могут приниматься без учета всех необходимых данных. Требуется как можно раньше проводить многоаспектную оценку (см. базовый стандарт 3 на странице 70).

Эффективное оказание помощи при ЧС зависит от подготовленности к бедствиям. Основой готовности является анализ рисков и наличие систем раннего предупреждения. Готовность включает планирование действий в чрезвычайных обстоятельствах, складирование оборудования и запасов, создание и/или поддержание в рабочем состоянии служб неотложной помощи и резервные соглашения, системы связи, системы информации и координации действий, обучение персонала, планирование на уровне общин обучения и проведение учений. Введение более жестких строительных норм и правил может значительно сократить число смертей и тяжелых телесных повреждений вследствие землетрясений и/или обеспечить функционирование учреждений здравоохранения после чрезвычайных ситуаций.

Воздействие некоторых видов чрезвычайных ситуаций на состояние здоровья населения

Примечание: Даже в отношении определенных видов ЧС характер заболеваемости и смертности значительно меняется в зависимости от каждой конкретной ситуации.

Воздействие	Сложные ЧС	Землетрясения	Сильные ветры (без зтопления)	Нводнения	Внезные воднения / цунми
Смертность	Высокая	Высокая	Низкая	Низкая	Высокая
Тяжелые телесные повреждения	Зависит от конкретных условий	Много	Умеренно	Мало	Мало
Повышенный риск инфекционных заболеваний	Высокий	Зависит от конкретных условий*	Низкий	Зависит от конкретных условий*	Зависит от конкретных условий*
Нехватка продовольствия	Часто	Редко	Редко	Зависит от конкретных условий	Часто
Массовые перемещения населения	Часто	Редко (может иметь место в сильно разрушенных городских зонах)	Редко (может иметь место в сильно разрушенных городских зонах)	Часто	Зависит от конкретных условий

* Зависит от перемещения населения после ЧС и условий жизни населения
Источник: Всемирная организация здравоохранения, 1981



Связь с другими главами

Состояние здоровья зависит от многих факторов, поэтому многие стандарты, описанные в других главах, имеют непосредственное отношение к данной главе. Успех в осуществлении стандартов в одной области часто приводит к успеху и даже определяет его в других областях. Тесная координация действий и сотрудничество с другими секторами являются залогом благополучного осуществления программ по оказанию помощи. Для того, чтобы удовлетворить неотложные нужды, не допустить дублирования усилий и обеспечить наилучшее качество медицинского обслуживания, необходима также координация действий с местными властями и другими организациями, оказывающими помощь. Там, где это необходимо, даются ссылки на конкретные стандарты и инструкции в других главах, а также на смежные и дополнительные стандарты.

Связь с принципами обеспечения защиты и базовыми минимальными стандартами

Для того чтобы соблюдать стандарты, описанные в данном руководстве, все гуманитарные организации должны руководствоваться настоящими принципами обеспечения защиты, даже в случае отсутствия у них четких полномочий на обеспечение защиты или необходимой квалификации в этой области. Принципы обеспечения защиты не являются «безусловными», так как обстоятельства могут ограничивать степень, до которой гуманитарные организации способны их выполнять. Принципы обеспечения защиты отражают общие цели, которым гуманитарные организации должны следовать неизменно.

Базовые стандарты – это важнейшие стандарты, касающиеся процесса оказания помощи и его участников, общие для всех секторов. Шесть базовых стандартов охватывают социально ориентированную гуманитарную помощь, координацию и сотрудничество, проведение оценки, организацию и оказание помощи, эффективность работы, транспарентность и обучение, а также эффективность работы участников оказания помощи. Они задают единый ориентир для подходов к решению задач, который лежит в основе всех остальных стандартов. Базовые стандарты должны совокупно применяться для реализации стандартов, заданных в каждой из глав данного руководства, посвященной тому или иному техническому аспекту. Целесообразность и качество любой оказываемой помощи зависят от вовлечения и участия пострадавшего населения, включая группы и отдельных лиц, которые наиболее часто подвергаются опасности в чрезвычайных ситуациях.

Уязвимость и возможности построения здорового населения

Данный раздел следует читать вместе с разделом, где изложены базовые минимальные стандарты, которые здесь раскрываются более подробно.

Важно понимать, что дети, старики, женщины, люди с ограниченными возможностями и ВИЧ-инфицированные являются более уязвимыми и подвергаются повышенному риску в силу взаимодействия целого ряда факторов. Так, человек старше 70 лет, одинокий и больной, вероятно, будет в большей степени уязвим, нежели человек такого же возраста и имеющий такое же слабое здоровье, но живущий в большой семье в достатке. Аналогичным образом трехлетняя девочка, оставшаяся без сопровождения взрослых, в гораздо большей степени уязвима, чем в случае, если бы она жила под опекой родителей.

Для соблюдения стандартов в области оказания медицинской помощи необходим анализ уязвимости и возможностей, чтобы в ЧС помощь предоставлялась на равноправной основе людям, имеющим право на ее получение, особенно наиболее нуждающимся в ней. Для этого необходимо хорошо знать местную обстановку и то, какое воздействие та или иная кризисная ситуация оказывает на определенные группы населения с учетом их ранее существовавшей уязвимости (например, крайняя бедность или дискриминация), возможные угрозы в плане личной безопасности (например, гендерное насилие, включая сексуальную эксплуатацию), заболеваемость и распространенность заболеваний (например, ВИЧ-инфекция или туберкулез), а также вероятность эпидемий (например, кори или холеры). ЧС может усугубить существовавшее ранее неравенство. Очень важно поддерживать имеющиеся у населения стратегии выживания, жизнеспособность и способность к восстановлению. Необходимо учитывать знания людей, их навыки и стратегии, а также обеспечивать им доступ к социальной, юридической, финансовой и психологической помощи. Помимо этого должны быть приняты во внимание различные физические, культурные, экономические и социальные препятствия, с которыми они могут столкнуться при получении этих услуг на равноправной основе.

Ниже приведены примеры, которые помогут учитывать права и возможности уязвимых групп населения:

- Обеспечьте широкое участие населения, добившись того, чтобы в этот процесс были включены все репрезентативные группы населения, в особенности, наименее заметные (например, лица с ограниченными возможностями передвижения или коммуникации, лица, живущие в учреждениях закрытого типа, подвергающаяся стигматизации молодежь и другие недостаточно представленные или непредставленные группы населения).
- При проведении оценки детализируйте данные с разбивкой по полу и возрасту (0–80+ лет). Это является важным элементом, предусматривающим, что



сектор здравоохранения надлежащим образом учитывает разнообразные группы населения.

- ▶ Позаботьтесь о том, чтобы все члены общины без исключения были доступным способом уведомлены о своем праве на информацию о получении помощи.

Минимальные стандарты

1. Системы здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет системы здравоохранения как «совокупность организаций, учреждений и ресурсов, основной целью которых является улучшение здоровья населения». Это определение включает всех участников процесса предоставления, финансирования и управления системой медицинских услуг, которая влияет на показатели здоровья и на предоставление услуг и охватывает все уровни: центральный, региональный, районный, уровень общины и отдельного домохозяйства.

Стандарты систем здравоохранения проекта «Сфера» организованы в соответствии со структурой систем здравоохранения ВОЗ, состоящей из шести структурных элементов: лидерство и управление, человеческие ресурсы здравоохранения, лекарственные средства и медицинские поставки, финансирование систем здравоохранения, управление информационной системой здравоохранения и предоставление услуг. Эти функции тесно взаимосвязаны и взаимозависимы: любое действие, оказывающее влияние на один из компонентов, может оказать влияние на все остальные. Эти структурные элементы являются функциями, необходимыми для обеспечения основного медицинского обслуживания. Вмешательства по обеспечению медицинского обслуживания во время чрезвычайных ситуаций должны планироваться и осуществляться таким образом, чтобы содействовать укреплению систем здравоохранения.

Стандарт 1, касающийся систем здравоохранения: предоставление медицинского обслуживания

Люди имеют равный доступ к эффективному, безопасному и качественному медицинскому обслуживанию, которое стандартизировано и осуществляется в соответствии с общепринятыми протоколами и руководящими принципами.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- Предоставлять медицинское обслуживание на соответствующем уровне системы здравоохранения, т.е. на уровне домохозяйства и общины, на уровне



поликлиники или медпункта, на уровне медицинского центра и на уровне больницы (см. инструкцию 1).

- Д Применять или создать стандартные протоколы лечения наиболее распространенных заболеваний, принимая во внимание национальные стандарты и руководящие принципы (см. инструкцию 2).
- Д Создавать или укреплять существующую стандартизированную систему направления к врачам-специалистам и обеспечивать, чтобы ее применяли все участвующие в оказании помощи организации (см. инструкцию 1).
- Д Создавать или укреплять существующую стандартизированную систему сортировки раненых и больных (медицинскую сортировку) во всех медицинских учреждениях, чтобы нуждающиеся в экстренной медицинской помощи получали ее незамедлительно.
- Д Организовывать медико-санитарное обучение и санитарно-просветительскую работу на уровне общины и учреждений здравоохранения (см. инструкцию 3).
- Д Создавать банки крови и продуктов крови и придерживаться практики безопасного и рационального их использования (см. инструкцию 5).
- Д Обеспечивать предоставление услуг медицинских лабораторий и их использование, когда это показано (см. инструкцию 6).
- Д Воздерживаться от создания альтернативных или параллельных медицинских служб, включая передвижные клиники и полевые госпитали (см. инструкции 7–8).
- Д Организовывать медицинское обслуживание таким образом, чтобы было обеспечено соблюдение прав пациента на неприкосновенность сферы частной жизни, на соблюдение врачебной тайны и на информированное согласие (см. инструкцию 9).
- Д Осуществлять в учреждениях здравоохранения соответствующие меры по удалению медицинских отходов, меры обеспечения безопасности, а также меры по борьбе с инфекционными заболеваниями (см. инструкции 10–11, а также стандарт 1 удаления твердых отходов на странице 138).
- Д Обращаться с телами погибших и умерших достойным образом, в соответствии с культурными традициями и с надлежащей практикой здравоохранения (см. инструкцию 12 и стандарт 1 удаления твердых отходов, инструкцию 8 на странице 142).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Имеется достаточное количество учреждений здравоохранения для удовлетворения потребностей в оказании медицинской помощи всему пострадавшему населению:
 - один базовый медпункт на 10.000 человек населения (базовый медпункт – это учреждение первичной врачебной помощи, в котором предоставляется основное медицинское обслуживание)
 - один медицинский центр на 50.000 человек
 - одна районная или сельская больница на 250.000 человек
 - не менее 10 больничных коек в стационарах и в родильных домах на 10.000 человек (см. инструкцию 1)
- Степень использования медицинских учреждений (посещаемость) составляет 2–4 новых посещения/человек/год для пострадавшего населения и более 1 нового посещения/человек/год для сельского населения и перемещенного населения (см. инструкцию 4 и приложение 3: формулы для расчета основных показателей состояния здоровья).

Инструкции

1. **Уровень оказания медицинской помощи:** Учреждения здравоохранения классифицируются по уровню оказания медицинской помощи в соответствии с их размером и предоставляемыми услугами. Количество и местоположение необходимых учреждений здравоохранения могут быть различными, что зависит от конкретной ситуации.

Системы здравоохранения должны также предусматривать непрерывность оказания медицинской помощи. Наилучшим способом достижения этого является система направления к врачам-специалистам, в особенности, когда речь идет о спасении жизни. Система направления к врачам-специалистам должна функционировать круглосуточно семь дней в неделю.

2. **Национальные стандарты и руководящие принципы:** При ЧС оказывающие помощь организации должны соблюдать стандарты и руководящие принципы здравоохранения страны, в которой оказывается гуманитарная помощь, включая протоколы лечения и перечни основных лекарственных средств. Если они устарели или не соответствуют проверенной и доказанной практике, следует использовать международные стандарты в качестве эталонных, а головная организация здравоохранения должна оказать помощь министерству здравоохранения страны, чтобы привести имеющиеся стандарты в соответствие с современными.
3. **Содействие укреплению здоровья населения:** Важно в сотрудничестве с местными органами здравоохранения и представителями местного населения разработать программу обучения населения по вопросам здоровья.



При этом должно быть обеспечено сбалансированное представительство женщин и мужчин. В рамках программы следует предоставить информацию об основных проблемах, касающихся здоровья, присущих этой местности, главных угрозах здоровью, местоположении учреждений здравоохранения, а также о навыках, которые помогают защитить и обеспечить хорошее здоровье. Должны учитываться привычки, вредящие здоровью, и проводиться мероприятия, направленные на их искоренение. Такая информация должна излагаться приемлемым и понятным языком, не нарушать культурных и иных традиций и распространяться через приемлемые для данной цели средства массовой информации. Важными каналами распространения информации среди детей и их родителей являются школы и другие детские образовательные учреждения (см. минимальные стандарты в области образования МСОЧС (INEE) – стандарт 3: доступность и учебная среда).

4. ***Степень использования (посещаемость) медицинских учреждений:*** Не существует минимальных пороговых величин для определения степени использования медицинских учреждений, поскольку все зависит от конкретных ситуаций. В отношении стабильного сельского и рассредоточенного населения степень использования должна быть как минимум 1 новое посещение/человек/год. Для пострадавшего населения степень использования может достичь приблизительно 4 новых посещения/человек/год. Если количество посещений ниже, чем ожидалось, это может свидетельствовать о том, что население не имеет достаточного доступа к медицинским учреждениям. Если же посещаемость выше, это может означать, что она вызвана конкретными проблемами общественного здравоохранения или неверным подсчетом численности целевой группы населения. Необходимо учитывать такие факторы, влияющие на посещаемость, как половая принадлежность, возраст, этническое происхождение и инвалидность (см. приложение 3: формулы для расчета основных показателей состояния здоровья).
5. ***Безопасное переливание крови:*** Необходимо координировать работу с национальной службой переливания крови, если таковая имеется. Забор донорской крови следует проводить только у добровольных и безвозмездно сдающих кровь доноров. Необходимо обеспечить функционирование надлежащей лабораторной службы, включая скрининг передающихся через кровь инфекций, определение группы крови, тестирование на совместимость, производство компонентов крови, хранение и транспортировку продуктов крови. Можно сократить число ненужных переливаний крови за счет эффективного клинического использования крови, включая использование, когда это возможно, альтернатив переливанию крови (растворов кристаллоидов и коллоидов). Чтобы обеспечить снабжение безопасной кровью и ее эффективное клиническое использование, необходимо обучить соответствующий медицинский персонал.

6. **Лабораторные услуги:** Наиболее часто встречающиеся инфекционные заболевания могут быть успешно диагностированы клинически (например, диарея, острые респираторные инфекции), с помощью диагностических экспресс-тестов или микроскопии (например, малярия). Лабораторные исследования наиболее эффективны для подтверждения причины подозреваемой вспышки заболевания, для исследования культуры и определения чувствительности к антибиотикам при выборе варианта лечения (например, дизентерии) и вакцин, когда может быть показана массовая иммунизация (например, менингококковый менингит). Лабораторные исследования необходимы также для диагностики и лечения ряда неинфекционных заболеваний, таких как диабет.
7. **Передвижные клиники:** В некоторых чрезвычайных ситуациях может возникнуть необходимость задействовать передвижные клиники, чтобы удовлетворить потребности населения в изолированных районах или населения, находящегося в пути, имеющего ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию. Передвижные клиники, как показывает практика, необходимы для расширения доступа к лечению в случае возникновения эпидемий, когда ожидается большое число случаев заболевания, как, например, при эпидемии малярии. Передвижные клиники следует использовать только после проведения консультации с головной организацией в секторе здравоохранения и с местными властями (см. стандарт 6 систем здравоохранения на странице 368).
8. **Полевые госпитали:** В некоторых случаях полевые госпитали могут быть единственной возможностью предоставления медицинской помощи, когда существующие больницы сильно повреждены или разрушены. Тем не менее, как правило, больший результат будет получен, если снабжать ресурсами существующие больницы с тем, чтобы они возобновили свою работу или смогли справиться с дополнительной нагрузкой. Возможно, будет целесообразно развернуть полевой госпиталь для оказания экстренной помощи при травматических повреждениях (первые 48 часов), для оказания вторичной (специализированной) медицинской помощи при травматических повреждениях и для оказания обычной хирургической и родовспомогательной помощи (с 3 по 15 день), а также в качестве временного учреждения для замены поврежденного местного госпиталя до тех пор, пока он не будет восстановлен. Ввиду того что полевые госпитали – это очень заметный вид помощи, государства-доноры зачастую оказывают значительное политическое давление для того, чтобы их развернуть, однако решение о развертывании полевых госпиталей должно приниматься исключительно на основе потребностей и конечной пользы.
9. **Права пациентов:** Учреждения здравоохранения и медицинское обслуживание должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить



неприкосновенность сферы частной жизни и конфиденциальность. Перед началом лечения или хирургического вмешательства следует получить информированное согласие пациента (или опекунов, если пациент неспособен давать согласие самостоятельно). Медицинский персонал должен понимать, что у пациентов есть право знать, в чем заключается каждая медицинская процедура, какую пользу она должна принести, сколько она будет длиться, каковы возможные риски и затраты.

10. Инфекционный контроль в учреждениях здравоохранения и безопасность пациентов: Чтобы оказание помощи во время ЧС было результативным, необходимо повысить эффективность действующих программ профилактики инфекций и инфекционного контроля (IPC) на национальном и районных уровнях, а также на уровнях различных учреждений здравоохранения. Такая программа профилактики инфекций и инфекционного контроля (IPC) в учреждении здравоохранения должна включать:

- четко определенную политику в области профилактики инфекций и инфекционного контроля (например, обычные и дополнительные меры инфекционного контроля, направленные на устранение возможных опасностей)
- квалифицированный, специальный технический персонал (группа по вопросам профилактики инфекций и инфекционному контролю), осуществляющий программу инфекционного контроля, с четко определенными сферой действия, функциями и обязанностями
- контрольную систему раннего предупреждения для выявления вспышек инфекционных заболеваний
- утвержденный бюджет для осуществления мероприятий (например, обучение персонала) и снабжения средствами и материалами, необходимыми для осуществления мер реагирования на ЧС
- усиленные стандартные меры предосторожности и дополнительные специальные меры предосторожности, предназначенные для эпидемического заболевания
- административные средства контроля (например, правила изоляции больных), а также контроль окружающей среды и инженерные средства контроля (например, улучшение вентиляции окружающей среды)
- использование средств индивидуальной защиты
- мониторинг профилактики инфекций и инфекционного контроля и пересмотр рекомендаций на регулярной основе

11. Медицинские отходы: Скапливающиеся в учреждениях здравоохранения вредные отходы можно сортировать на заразные «неострые» отходы, «острые» отходы (иглы, шприцы и т.п.) и незаразные общие отходы. Небрежное обращение с медицинскими отходами подвергает угрозе заражения такими инфекциями, как ВИЧ, гепатит В и С сотрудников медицинских

учреждений, лиц, занимающихся уборкой, мусорщиков, пациентов и других членов общины. Для того чтобы свести к минимуму риск инфицирования, необходимо проводить надлежащую сортировку отходов на месте и удалять их соответствующим каждой категории отходов образом. Персонал, занимающийся медицинскими отходами, должен пройти соответствующую подготовку и носить защитную одежду (как минимум перчатки и резиновые сапоги). Обращаться с отходами следует в соответствии с их видом: зараженные неострые предметы, а также острые предметы могут помещаться в специальные закрытые ямы или сжигаться.

12. **Обращение с телами и останками умерших:** В случае высокой смертности в результате ЧС неизбежно возникает проблема, связанная с большим количеством трупов. Решение о захоронении большого количества трупов в общие могилы часто принимается на основе неверного представления о том, что если трупы не захоронить или не сжечь немедленно, то это может представлять опасность для здоровья населения. На самом деле человеческие останки представляют опасность для здоровья населения и требуют особых мер предосторожности только в некоторых особых случаях (например, в случае смерти, вызванной холерой или геморрагической лихорадкой). Нельзя погребать тела умерших и погибших в общих могилах без соблюдения соответствующих ритуалов. Люди должны иметь возможность опознать своих родных и близких и провести надлежащие похороны и погребение с соблюдением традиций. Массовое погребение может быть препятствием для получения свидетельств о смерти, необходимых для заявления правовых требований. Если погребаемые являются жертвами насилия, следует учитывать вопросы, касающиеся судебного разбирательства (см. стандарт 2 организации и размещения временного жилья, инструкцию 3 на странице 304).

Стандарт 2, касающийся систем здравоохранения: человеческие ресурсы

Службы здравоохранения укомплектованы обученными и компетентными кадрами системы здравоохранения, обладающими соответствующими знаниями и практическими навыками, необходимыми для удовлетворения потребностей населения.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Проанализировать степень укомплектованности персоналом и потенциальные возможности – ключевой компонент исходной оценки здравоохранения.
- ▶ Исправить несоответствия в отношении численности персонала, имеющих у сотрудников практических навыков и урегулировать по возможности дис-



пропорции в плане гендерного и/или этнического представительства (см. инструкцию 1).

- Оказывать поддержку местным работникам здравоохранения и полностью интегрировать их в систему медицинского обслуживания, учитывая их компетентность (см. инструкцию 1).
- Обеспечить все учреждения здравоохранения обслуживающим персоналом для выполнения вспомогательных функций.
- Обучить технический персонал по вопросам использования клинических протоколов и руководств (см. инструкцию 2).
- Обеспечить регулярный направленный на оказание помощи контроль за персоналом в целях обеспечения соблюдения сотрудниками стандартов и руководящих принципов, включая обеспечение обратной связи.
- Стандартизировать программы обучения, уделяя первостепенное внимание тем, которые наиболее соответствуют основным потребностям в области здравоохранения и пробелам в профессиональной компетенции.
- Обеспечить справедливое и надежное вознаграждение всех работников здравоохранения; вопрос о вознаграждении должен быть согласован всеми гуманитарными агентствами при участии руководящих органов национального здравоохранения.
- Обеспечить безопасные условия труда, включая основные аспекты гигиены и охраны труда, для всех работников здравоохранения.

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Имеется минимум 22 квалифицированных медработника (врачи, медсестры и акушерки) на 10.000 человек населения (см. инструкцию 1):
 - минимум один врач на 50.000 человек населения
 - минимум одна квалифицированная медсестра на 10.000 человек населения
 - минимум одна акушерка на 10.000 человек населения.
- Имеется минимум один работник службы коммунального здравоохранения (CHW) на 1.000 человек населения, один куратор на 10 сотрудников, посещающих население на дому, и один старший куратор.
- Клиницисты не должны принимать более 50 пациентов в день. Если эта норма постоянно превышает, то в учреждение нанимается дополнительный врачебный персонал (см. инструкцию 1 и приложение 3: формулы для расчета основных показателей состояния здоровья).

Инструкции

1. **Укомплектование персоналом:** Кадры системы здравоохранения включают самых разных работников здравоохранения, как то: врачи, медсестры, акушерки, медицинские специалисты или фельдшеры, лаборанты, фармацевты, работники службы коммунального здравоохранения и т.д., а также административный и вспомогательный персонал. Нет единого мнения относительно оптимального числа работников здравоохранения, необходимого населению, таким образом эта цифра может меняться в зависимости от ситуации. Однако существует взаимозависимость между наличием работников здравоохранения и охватом вмешательств в области здравоохранения. Например, наличие в штате хотя бы одного медработника-женщины или одного представителя маргинализованной этнической группы может в значительной мере увеличить доступ к медицинскому обслуживанию женщин или людей, принадлежащих к меньшинствам по какому-либо признаку. Имеющиеся несоответствия в отношении укомплектования персоналом должны исправляться путем перенаправления и/или найма на работу работников здравоохранения в тех областях, где имеются серьезные пробелы в плане удовлетворения потребностей в области здравоохранения (см. базовый стандарт 6 на странице 83).
2. **Обучение и руководящий контроль за персоналом:** Медработники должны иметь соответствующую подготовку и квалификацию и получать руководящую поддержку в соответствии с уровнем возложенных на них обязанностей. Организации обязаны обучать и осуществлять руководство персоналом, обеспечивая соответствие уровня знаний сотрудников современному состоянию медицины. Обучение и руководящий контроль являются приоритетными задачами, особенно в тех случаях, когда персонал не имел возможности повышать свою квалификацию, или когда в практику вводятся новые протоколы лечения. По мере возможности следует стандартизировать программы обучения, уделяя первостепенное внимание тем, которые в наибольшей степени соответствуют основным потребностям в области здравоохранения и пробелам в профессиональной компетенции, выявленным в процессе осуществления контроля за работой персонала. Необходимо вести учет, кто проходил обучение, в каких областях, кто проводил обучение, когда и где. Эти сведения следует сообщать в отделы кадров местных руководящих органов здравоохранения (см. базовый стандарт 6 на странице 83).



Стандарт 3, касающийся систем здравоохранения: лекарственные средства и медицинские поставки

Люди имеют доступ к регулярно поставляемым основным лекарственным средствам и расходным материалам.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ На начальной стадии оказания помощи при ЧС проанализировать перечень основных лекарственных средств, существующий в стране, пострадавшей от ЧС, с целью определения их соответствия требованиям (см. инструкцию 1).
- ▶ Составить и утвердить стандартный перечень основных лекарственных средств и медицинского оборудования, в который входят наименования, соответствующие потребностям в области здравоохранения и уровню профессиональной квалификации работников здравоохранения (см. инструкции 1–2).
- ▶ Создать или адаптировать эффективную систему управления лекарственными средствами (см. инструкцию 3).
- ▶ Обеспечить наличие основных лекарственных средств, необходимых для лечения основных заболеваний.
- ▶ Принимать в дар лекарственные средства только в том случае, если дарение осуществляется в соответствии с признанными международными правилами. Не использовать пожертвования, которые не соответствуют международным стандартам, и ликвидировать их с соблюдением мер безопасности.

Ключевой показатель (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Ни в одном из учреждений здравоохранения отдельные основные лекарственные средства и индикаторные наименования не имеются в наличии более чем одну неделю (см. инструкцию 4).

Инструкции

1. *Перечень основных лекарственных средств:* В большинстве стран существует утвержденный перечень основных лекарственных средств. На начальной стадии ЧС этот документ должен быть проанализирован, когда это необходимо, при участии министерства здравоохранения, чтобы определить пригодность этих лекарственных средств в данной ситуации. В некоторых случаях может потребоваться внесение изменений или дополнений в перечни основных лекарственных средств, например, когда имеются свидетельства устойчивости к рекомендованным антибактериальным препаратам. В случае отсутствия уточненного современного перечня,

следует руководствоваться рекомендациями ВОЗ, например Примерным перечнем основных лекарственных средств ВОЗ. Использовать стандартные готовые комплекты лекарственных средств следует только на ранних стадиях ЧС.

2. **Медицинское оборудование:** Следует позаботиться о составлении перечня необходимого оборудования, которое должно иметься на разных уровнях оказания медицинской помощи. При этом следует также учитывать необходимую компетентность персонала.
3. **Управление лекарственными средствами:** Учреждения здравоохранения должны организовать эффективную систему управления лекарственными средствами. Такая система должна обеспечить эффективное, экономичное и рациональное использование высококачественных лекарственных средств, их хранение и безопасную ликвидацию просроченных лекарственных средств. Эта система должна включать четыре основных элемента цикла управления лекарственными средствами: выбор, закупку, распределение и использование.
4. **Индикаторные наименования:** Сюда входит список основных или главных лекарственных средств, отобранных для того, чтобы регулярно проводить оценку функционирования системы управления лекарственными средствами. Препараты, выбранные в качестве индикаторных наименований, должны соответствовать приоритетам местного здравоохранения и быть всегда в наличии в учреждениях здравоохранения. Это касается, в частности, амоксициллина и парацетамола.

**Стандарт 4, касающийся систем здравоохранения:
финансирование здравоохранения**

Люди имеют доступ к бесплатному основному медицинскому обслуживанию во время ЧС.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Выявить и мобилизовать финансовые средства для предоставления бесплатного медицинского обслуживания пострадавшему населению во время ЧС (см. инструкцию 1).
- ▶ Там, где с пользователей взимается плата через государственную систему, принять меры для того, чтобы плата была отменена, по меньшей мере на период ЧС (см. инструкцию 2).
- ▶ Обеспечить финансовую и техническую помощь системе здравоохранения для покрытия недостатка финансовых средств, вызванного отменой и/или



временным прекращением взимания платы с пользователей, и для приспособления к возросшему спросу на медицинские услуги (см. инструкцию 1).

Ключевой посыл (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Первичная медицинская помощь оказывается пострадавшему населению бесплатно во всех государственных учреждениях и учреждениях неправительственных организаций во время оказания помощи в ЧС.

Инструкции

1. **Финансирование здравоохранения:** Стоимость основных медицинских услуг зависит от конкретной обстановки, т.е. от существующей системы здравоохранения, пострадавшего населения и от конкретных потребностей в области здравоохранения, обусловленных ЧС. Согласно Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здравоохранению, предоставление минимального набора основных медицинских услуг требует расходования минимум 40 долларов США на человека в год в странах с низким доходом (данные 2008 года). Очевидно, что предоставление медицинского обслуживания в условиях ЧС будет более затратным, чем в обычных условиях.
2. **Взимаемая с пользователей плата** касается прямой оплаты получателями помощи услуг в месте их предоставления. Взимание с пользователей платы препятствует доступу к медицинскому обслуживанию и приводит к тому, что малоимущие и уязвимые лица не всегда обращаются за соответствующей медицинской помощью, когда это требуется. Одним из основных принципов гуманитарной деятельности является то, что услуги и товары, предоставляемые гуманитарными организациями, должны быть для получателей помощи бесплатными. В тех случаях, когда это невозможно, следует рассмотреть вопрос о предоставлении пострадавшему населению наличных денег/ваучеров, чтобы обеспечить доступ к медицинскому обслуживанию (стандарт 1 продовольственной безопасности — оказание помощи в виде наличных денег и ваучеров на странице 240). Отмена взимания с пользователей платы должна сопровождаться другими мерами, направленными на оказание поддержки системе здравоохранения, чтобы компенсировать утраченные доходы и увеличение объема работы (например, выплата медицинскому персоналу премий, дополнительные поставки лекарственных средств). После отмены взимания с пользователей платы необходимо проводить мониторинг доступности и качества медицинского обслуживания.

Стандарт 5, касающийся систем здравоохранения: управление информационными системами здравоохранения

Организация и предоставление медицинского обслуживания основаны на сборе, анализе, интерпретации и использовании соответствующей информации о состоянии здоровья населения.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Принять решение об использовании существующей информационной системы здравоохранения (ИСЗ), о ее адаптации или использовании альтернативной ИСЗ (см. инструкцию 1).
- ▶ Когда это уместно, проводить оценку и обследования в целях сбора информации, которая не доступна через ИСЗ и необходима для принятия решений относительно медицинских услуг первостепенной важности (см. инструкцию 2).
- ▶ Разработать и/или использовать стандартные определения случаев заболевания, касающиеся всех подлежащих регистрации заболеваний и болезней, и обеспечить, чтобы они использовались всеми организациями.
- ▶ Создать системы (эпидемиологического) надзора и раннего предупреждения (EWARN) для выявления вспышек заболеваний в качестве компонента ИСЗ и встроить их в существующую ИСЗ, когда это возможно (стандарт 3 см. основного медицинского обслуживания – борьба с инфекционными заболеваниями на странице 378 и приложение 2: типовые формы еженедельных отчетов о надзоре).
- ▶ Выявлять и сообщать через ИСЗ о наиболее значимых заболеваниях и болезнях.
- ▶ Все участвующие в оказании помощи организации договариваются относительно использования единых количественных данных, таких как численность населения (см. инструкцию 3).
- ▶ Организации и учреждения здравоохранения регулярно передают данные эпидемиологического надзора и другие данные по ИСЗ головной организации. Частота этих отчетов зависит от конкретной ситуации и вида представляемых данных: отчеты могут быть ежедневными, еженедельными и ежемесячными.
- ▶ Постоянно привлекать и использовать дополнительные данные из других важных источников, таких как обследования, для оценки данных эпидемиологического надзора и принятия решений (см. инструкцию 2).



- Д Принимать надлежащие меры предосторожности для защиты информации, чтобы обеспечить соблюдение прав и безопасность отдельных лиц и/или населения (см. инструкцию 4).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все организации и учреждения здравоохранения регулярно представляют головной организации отчет по ИСЗ в течение 48 часов до окончания отчетного периода.
- Д Все организации и учреждения здравоохранения сообщают о случаях, связанных с опасностью возникновения эпидемии заболеваний в течение 24 часов после проявления болезни (см. стандарт 3 основного медицинского обслуживания – борьба с инфекционными заболеваниями на странице 378).
- Д Головная организация регулярно представляет общий отчет, содержащий информацию о здоровье населения, включая анализ эпидемиологических данных, а также отчет об охвате населения услугами здравоохранения и их использовании.

Инструкции

1. **Информационная система здравоохранения:** Там, где это возможно, систему эпидемиологического надзора следует создавать на основе существующей ИСЗ. В некоторых чрезвычайных ситуациях могут потребоваться новые или параллельные ИСЗ. Это определяется в процессе проведения оценки эффективности и адекватности существующей ИСЗ и зависит от информационных потребностей в связи с конкретной ЧС. Во время оказания помощи в ЧС информация о состоянии здоровья населения должна включать, как минимум, следующие данные:
 - число смертей, зарегистрированных учреждениями здравоохранения, включая число смертей детей в возрасте до 5 лет
 - пропорциональная смертность (пропорциональный показатель смертности)
 - летальность от нозологических форм
 - коэффициенты заболеваемости, касающиеся обычных болезней
 - пропорциональная заболеваемость
 - посещаемость (степень использования) учреждений здравоохранения
 - число консультаций на одного врача-клинициста в день.
2. **Источники информации:** При интерпретации и использовании данных по учреждениям здравоохранения следует принимать во внимание источник информации и ее ограниченность. Использование для принятия решений дополнительных данных имеет большое значение для всеобъемлющей ИСЗ, например оценка распространенности заболеваний или информация о

поведенческих установках, ориентированных на заботу о здоровье. Другие источники информации, которые могут повысить эффективность анализа, включают массовые обследования населения, отчеты лабораторий и оценку качества оказываемых услуг. При проведении обследований и оценки необходимо придерживаться признанных международных критериев качества и использовать стандартные методы и протоколы, а также по возможности представлять полученные результаты на отзыв экспертам.

3. **Детализация данных:** Данные, если это целесообразно для процесса принятия решений, должны быть детализированы с разбивкой на категории: пол, возраст, уязвимость конкретных лиц, пострадавшее население и население, принимающее пострадавших, а также положение (например, ситуация нахождения в лагере в сравнении с ситуацией нахождения вне лагеря). Детализация данных может быть трудноосуществима на ранних стадиях ЧС. Тем не менее должны быть детализированы по крайней мере данные, касающиеся смертности и заболеваемости среди детей в возрасте до 5 лет. По мере того как будут позволять время и обстоятельства, необходимо добиваться более детальной классификации данных, что поможет выявить возможное неравенство и уязвимых лиц (см. базовый стандарт 3 на странице 70).
4. **Конфиденциальность:** Следует принять надлежащие меры предосторожности для того, чтобы обеспечить защиту отдельных лиц, а также самой информации. Персонал не должен сообщать касающиеся пациента сведения кому-либо, не связанному непосредственно с медицинским уходом за пациентом, без согласия на то пациента. Особое внимание следует обращать на пациентов умственно неполноценных, с расстройствами психики или сенсорными нарушениями, поскольку это может лишать их возможности дать информированное согласие. С большой осторожностью надо обращаться со сведениями, касающимися телесных повреждений, вызванных пытками или другими нарушениями прав человека, включая сексуальное насилие. Может быть поставлен о вопрос о передаче такой информации в соответствующие инстанции, если пострадавший даст на это свое информированное согласие (см. стандарт 1 систем здравоохранения на странице 353 и принцип обеспечения защиты 1, инструкции 7–12 на страницах 40–41).

См. приложение 2, где представлены типовые формы мониторинга смертности, раннего предупреждения (EWARN) и заболеваемости. Формулы расчета основных показателей состояния здоровья приведены в приложении 3.



Стандарт 6, касающийся систем здравоохранения: руководство (лидерство) и координация

Люди имеют доступ к медицинскому обслуживанию, которое координируется со всеми организациями и секторами для достижения максимальной эффективности.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ❑ Обеспечить, чтобы по возможности представители министерства здравоохранения возглавляли или, как минимум, активно участвовали в координации деятельности сектора здравоохранения.
- ❑ Если у министерства здравоохранения нет необходимых возможностей или желания возглавить оказание помощи, необходимо определить иную организацию с надлежащими возможностями, чтобы она руководила координацией деятельности сектора здравоохранения (см. инструкции 1–2).
- ❑ Регулярно проводить координационные встречи для местных и внешних сотрудничающих организаций на центральном, субнациональном и местном уровнях сектора здравоохранения, а также встречи между сектором здравоохранения и другими секторами и соответствующими комплексными тематическими группами (см. инструкцию 3 и базовый стандарт 2 на странице 66).
- ❑ Уточнить и документально зафиксировать конкретные обязанности и возможности каждой организации здравоохранения, чтобы обеспечить оптимальный охват населения (см. инструкцию 1).
- ❑ Создавать рабочие группы внутри системы координации деятельности в области здравоохранения, когда этого потребует та или иная особая ситуация (например, готовность к вспышкам заболеваний и меры по реагированию на них, репродуктивное здоровье).
- ❑ Регулярно составлять и распространять сводки последних данных и информационные бюллетени сектора здравоохранения.

Ключевой показатель (читать вместе с инструкциями)

- ❑ Главная организация разработала документ, излагающий стратегию реагирования сектора здравоохранения, в целях определения приоритетных вмешательств и роли головной и участвующих организаций в начале оказания помощи в ЧС (см. инструкцию 2).

Инструкции

1. **Головная организация здравоохранения:** Министерство здравоохранения должно быть головной организацией и отвечать за руководство оказанием помощи в секторе здравоохранения. В некоторых случаях у министерства здравоохранения может не хватать возможностей или не быть желания взять на себя выполнение этой руководящей роли эффективно и беспристрастно. Тогда такую ответственность обычно берет на себя ВОЗ, как головная организация во всемирном кластере здравоохранения. В том случае, когда ни министерство здравоохранения, ни ВОЗ не имеют соответствующих возможностей, может потребоваться иная организация для координации деятельности. Головная организация здравоохранения обязана обеспечить, чтобы осуществляющие оказание помощи организации координировали свою работу с местными руководящими органами здравоохранения, а также чтобы они оказывали поддержку местным системам здравоохранения (см. базовый стандарт 2 на странице 66).
2. **Стратегия сектора здравоохранения:** Головная организация здравоохранения несет ответственность за разработку общей стратегии оказания помощи в секторе здравоохранения в ЧС. Желательно, чтобы был подготовлен документ, в котором определены приоритетные задачи сектора здравоохранения и его цели, а также указаны способы их достижения. Такой документ следует разрабатывать после проведения консультаций с соответствующими организациями и представителями общины, обеспечив их максимальное участие в этом процессе.
3. **Координационные встречи** должны быть ориентированы на практические действия и предоставлять участникам возможность для обмена информацией, для определения приоритетов и их мониторинга, выработки и регулирования общих стратегий здравоохранения, распределения конкретных заданий и согласования стандартизированных протоколов и вмешательств. Координационные встречи следует использовать для обеспечения того, чтобы все участники оказания помощи в области здравоохранения по возможности использовали единые общие показатели и другие соответствующие количественные данные, инструменты, руководящие принципы и стандарты. Такие встречи должны проводиться чаще в начале ЧС.



2. Основное медицинское обслуживание

Основное медицинское обслуживание – это медицинские услуги профилактического и лечебного характера, необходимые для удовлетворения потребностей в области здравоохранения населения, пострадавшего от ЧС. Сюда входят вмешательства, наиболее эффективные в плане предупреждения и снижения повышенной заболеваемости и смертности от инфекционных и неинфекционных заболеваний, последствий вооруженных конфликтов и событий, приводящих к большому числу раненых и погибших от ранений или несчастных случаев. Во время ЧС коэффициенты смертности могут быть чрезвычайно высокими, поэтому для организации надлежащего основного медицинского обслуживания очень важно определить основные причины заболеваемости и смертности. В этой части главы, посвященной вопросам здравоохранения, приводятся стандарты основного медицинского обслуживания, сгруппированные в шесть разделов: борьба с инфекционными заболеваниями, охрана здоровья детей, сексуальное и репродуктивное здоровье, травмы (повреждения), психическое здоровье и неинфекционные заболевания.

Стандарт 1, касающийся основного медицинского обслуживания: определение приоритетов медицинского обслуживания

Люди имеют доступ к медицинскому обслуживанию, приоритетной задачей которого является устранение основных причин повышенной смертности и заболеваемости.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- 1. Собрать и проанализировать данные о болезнях и рисках для здоровья с целью выявления основных причин повышенной смертности и заболеваемости, координируя свою работу с местными органами здравоохранения (см. базовый стандарт 3 на странице 70).
- 2. Выявить уязвимых лиц (например, женщин, детей, пожилых людей, инвалидов и т. д.), которые могут подвергаться особой опасности (см. принцип 2 обеспечения защиты на странице 41).

- Д Уделять первостепенное внимание и на практике предоставлять медицинское обслуживание, соответствующее, осуществимое и эффективное в плане снижения повышенной заболеваемости и смертности, координируя свою работу с местными органами здравоохранения (см. инструкцию 1).
- Д Выявить препятствия, затрудняющие доступ к медицинскому обслуживанию первостепенной важности, и принять практические меры, направленные на их устранение (см. инструкцию 2)
- Д Предоставлять медицинское обслуживание первостепенной важности, координируя свою работу со всеми другими секторами и/или кластерами и группами, занимающимися комплексными вопросами (см. базовый стандарт 2 на странице 66).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Общий коэффициент смертности (ОКС) поддерживается на уровне или снижается до уровня, меньше удвоенного базового уровня смертности, зарегистрированного в период до ЧС (см. инструкцию 3).
- Д Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет поддерживается на уровне или снижается до уровня, меньше удвоенного базового уровня смертности, зарегистрированного в период до ЧС (см. инструкцию 3).

Инструкции

1. *Медицинское обслуживание первостепенной важности* это основное медицинское обслуживание, эффективное в плане устранения основных причин повышенной смертности и заболеваемости. Его задачи и цели зависят от конкретной ситуации, в том числе от вида ЧС и ее последствий. По возможности медицинское обслуживание первостепенной важности должно основываться на практически доказанных данных и приносить реальную пользу общественному здравоохранению. После снижения коэффициентов смертности до близких к базовым уровням можно со временем ввести предоставление более широкого круга услуг в области здравоохранения (см. базовый стандарт 4 на странице 75).
2. *Доступ к медицинскому обслуживанию* должен быть основан на принципах равноправия и беспристрастности, обеспечивающих равный доступ в соответствии с потребностями и без какой-либо дискриминации. Необходимо, чтобы местоположение медицинских учреждений и укомплектование их персоналом обеспечивали оптимальный доступ к медицинскому обслуживанию и охват населения. При организации медицинского обслуживания следует учитывать особые потребности уязвимых групп населения. Барьеры, препятствующие доступу к медицинскому обслуживанию, могут быть физическими, финансовыми, поведенческими и/или культурными, а



также коммуникационными. Необходимо выявлять и устранять эти барьеры, препятствующие доступу к медицинскому обслуживанию первостепенной важности (см. базовый стандарт 3 на странице 70 и принцип обеспечения защиты 2 на странице 41).

3. **Общий коэффициент смертности и коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет:** Общий коэффициент смертности (ОКС) является лучшим показателем состояния здоровья для проведения мониторинга и оценки тяжести чрезвычайной ситуации. Увеличение вдвое или более базового ОКС является свидетельством критического положения в области общественного здравоохранения, требующего немедленного вмешательства. В случаях, когда базовый уровень неизвестен или существуют сомнения относительно его достоверности, целью органов здравоохранения должно быть поддержание ОКС на уровне по крайней мере ниже 1,0/10.000/день.

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет является более чувствительным показателем, чем общий коэффициент смертности (ОКС). В случаях, когда базовый уровень неизвестен или существуют сомнения относительно его достоверности, целью органов здравоохранения должно быть поддержание коэффициента смертности детей в возрасте до 5 лет на уровне по крайней мере ниже 2,0/10.000/день (см. приложение 3: формулы для расчета основных показателей состояния здоровья).

Данные базовых уровней смертности по регионам

Регион	ОКС (смерти/ 10.000/день)	Порогов я величин ОКС для ЧС	Коэффициент смертности детей мл дше 5 лет (смерти/ 10.000/день)	Порогов я величин коэффициент смертности детей мл дше 5 лет для ЧС
Страны Африки южнее Сахары	0.41	0.8	1.07	2.1
Страны Ближнего Востока и Северной Африки	0.16	0.3	0.27	0.5
Южная Азия	0.22	0.4	0.46	0.9
Восточная Азия и страны Тихоокеанской зоны	0.19	0.4	0.15	0.3
Латинская Америка и страны Карибского бассейна	0.16	0.3	0.15	0.3
Центральная и Восточная Европа /СНГ* и страны Балтии	0.33	0.7	0.14	0.3
Промышленно развитые страны	0.25	0.5	0.03	0.1
Развивающиеся страны	0.22	0.4	0.44	0.9
Наименее развитые страны	0.33	0.7	0.82	1.7
В мире	0.25	0.5	0.40	0.8

* Содружество нез висимых госуд рств

Источник: ЮНИСЕФ, Докл д о положении детей в мире з 2009 год (д нные 2007 год).

2.1. Основное медицинское обслуживание – борьба с инфекционными заболеваниями

Во многих зонах конфликтов от 60 до 90 % случаев смерти обусловлены четырьмя основными причинами инфекционного характера, а именно: острые респираторные инфекции, диарея, корь и малярия (там, где она является эндемическим заболеванием). Острая недостаточность питания усугубляет эти заболевания, особенно у детей в возрасте до 5 лет. Вспышки инфекционных заболеваний гораздо менее часты в ситуациях внезапных стихийных бедствий. Они в этих случаях обусловлены, как правило, факторами риска, такими как перемещение населения, скученность, неудовлетворительное временное жилье, недостаточное и небезопасное водоснабжение и неудовлетворительные санитарные условия.

Основное медицинское обслуживание – стандарт 1 борьбы с инфекционными заболеваниями: профилактика инфекционных заболеваний

Люди имеют доступ к информации и медицинскому обслуживанию, цель которых состоит в предупреждении инфекционных заболеваний, являющихся основными причинами повышенной смертности и заболеваемости.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Разрабатывать и осуществлять вместе с соответствующими секторами общие меры профилактики (см. инструкцию 1).
- ▶ Применять надлежащие меры борьбы с переносчиками инфекций, возбудителями малярии, лихорадки денге и других трансмиссивных инфекционных болезней в соответствии с местной эпидемиологической ситуацией (см. инструкции 2–3).
- ▶ Осуществлять меры профилактики конкретных заболеваний, такие как массовая вакцинация против кори, если показано (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на странице 384).

Ключевой показатель (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Заболеваемость инфекционными заболеваниями, являющимися основными в соответствующей ситуации, остается неизменной (не повышается).



Инструкции

1. **Общие меры профилактики:** включают надлежащее планирование места размещения, обеспечение чистой водой и соответствующими санитарными условиями, доступ к санитарно-гигиеническим объектам, вакцинацию против конкретных заболеваний, обеспечение в достаточном количестве безопасными продуктами питания, индивидуальную защиту и борьбу с переносчиками инфекций, а также санитарное просвещение на уровне общины и социальную мобилизацию. Бóльшую часть этих вмешательств следует разрабатывать в сотрудничестве с другими секторами, включая:
 - временное жилье – необходимое количество временных жилищ (укрытий), находящихся друг от друга на достаточном расстоянии, надлежащим образом проветриваемых, защищенных от насекомых и расположенных в стороне от стоячей воды, достаточно близко от пунктов водоснабжения и санитарных объектов (см. стандарты 1–3 обеспечения временным жильем и организации размещения на страницах 295-307 и стандарт 2 продовольственной помощи на странице 325)
 - водоснабжение, санитария, гигиена – достаточное количество безопасной воды, надлежащие санитарные объекты и содействие соблюдению гигиены (стандарты 1–2 содействия соблюдению гигиены на страницах 107-110, стандарты 1–3 водоснабжения на страницах 113-120 и стандарты 1–2 ассенизации на страницах 123-125)
 - санитария окружающей среды, безопасное удаление отходов и борьба с переносчиками инфекций (см. инструкции 2–3, стандарт 4 организации и размещения временного жилья на странице 313, стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на страницах 131-136, стандарт 1 удаления твердых отходов на странице 138 и стандарт 1 дренажа на странице 143)
 - продовольственная безопасность, питание и продовольственная помощь – доступ к достаточному питанию и ведение недостаточности питания (см. стандарты 1–2 кормления детей грудного и младшего возраста на страницах 185-187, стандарты 1–3 ведения острой недостаточности питания на страницах 193-203 и стандарт 1 продовольственной безопасности на странице 207)
 - санитарное просвещение и социальная мобилизация – разработка информационных сообщений, призванных обеспечить эффективное осуществление вышеперечисленных мер профилактики
2. **Профилактика малярии:** Применять методы профилактики малярии с учетом опасности инфекции, стадии ЧС и мобильности населения, вида временного жилья и поведения местных разносчиков инфекций в районе, где малярия является эндемическим заболеванием. Меры борьбы с переносчиками инфекций, такие как распыление внутри помещений эффективных инсектицидов остаточного действия и раздача противомоскитных сеток,

пропитанных инсектицидом длительного действия, должны основываться на анализе энтомологической ситуации и экспертной оценке. Для того чтобы распыление инсектицидов остаточного действия внутри помещений было эффективной мерой борьбы с переносчиками инфекции на уровне общины, оно должно охватывать минимум 80% жилых помещений. Противомоскитные сетки, пропитанные инсектицидом длительного действия, обеспечивают долгосрочную индивидуальную защиту и являются предпочтительными стандартными сетками. Раздача не пропитанных инсектицидом сеток не рекомендуется (см. стандарт 2 непродовольственной помощи на странице 325 и стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на страницах 131–136).

Определение приоритетов в отношении распределения противомоскитных сеток, пропитанных инсектицидом длительного действия, среди групп риска зависит от стадии ЧС и уровня передачи малярии. На ранней стадии ЧС в районах с высоким и средним уровнем передачи малярии приоритетной группой должны быть пациенты больниц, лица, страдающие недостаточностью питания тяжелой формы, и члены их семей, беременные женщины и дети в возрасте до 2 лет. Следующая группа – лица, включенные в программы дополнительного питания, дети в возрасте до 5 лет и домохозяйства беременных женщин и детей в возрасте до 2 лет. Наконец, защита посредством противомоскитных сеток, пропитанных инсектицидом длительного действия, может потребоваться всему подверженному риску населению. На ранней стадии ЧС в районах с низким уровнем передачи инфекции противомоскитные сетки, пропитанные инсектицидом длительного действия, следует использовать в клинических медицинских учреждениях (например, стационарных центрах терапевтического питания и больницах).

3. **Профилактика лихорадки денге:** Основным методом профилактики лихорадки денге является борьба с переносчиками инфекции (личинками и взрослыми особями). Борьба с переносчиками лихорадки денге должна основываться на данных наблюдения, касающихся распределения случаев заболевания среди людей и плотностью популяции переносчиков инфекции. Необходимо обращать внимание в первую очередь на места наиболее активного размножения переносчиков, характерных для разных районов. В городских зонах комары вида *Aedes* размножаются в емкостях для хранения воды и других местах, в которых собирается вода (пластмассовые банки, старые автомобильные шины, разбитые бутылки, цветочные горшки и т.д.). Наиболее эффективным способом сокращения количества мест размножения переносчиков являются периодическое опорожнение и удаление емкостей для воды. Вода в домах должна всегда храниться в закрытых емкостях, а емкости следует еженедельно тщательно мыть и очищать. Пострадавшее население следует обеспечить соответствующими емкостями для хранения воды с крышками. Эффективным методом уничтожения личинок



переносчиков инфекции является обработка емкостей соответствующим ларвицидом. Эффективным методом снижения количества взрослых особей комаров является распыление инсектицидов. Необходимо также содействовать применению мер индивидуальной защиты (см. стандарт 2 непродовольственной помощи на странице 325 стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на страницах 131-136).

Основное медицинское обслуживание – стандарт 2 борьбы с инфекционными заболеваниями: диагностика и лечение инфекционных заболеваний

Люди имеют доступ к эффективной диагностике и лечению инфекционных заболеваний, являющихся основной причиной повышенной заболеваемости и смертности, которые можно предотвратить.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Разработать санитарно-просветительные информационные мероприятия, призывающие население своевременно обращаться к врачу в случае высокой температуры, кашля, диареи и т.п.
- ▶ Обеспечить оказание медицинской помощи во всех учреждениях здравоохранения первого уровня на основе стандартного протокола ведения больных или на основе Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИББДВ) и Интегрированного ведения болезней взрослых (ИМВ) там, где они применяются, и направления к врачу-специалисту для ведения тяжелых заболеваний (см. инструкцию 1).
- ▶ Применять протоколы сортировки, диагностики и ведения больных для раннего лечения таких болезней, как пневмония, малярия, диарея, корь, менингит, недостаточность питания и лихорадка денге, а также проводить обучение персонала по вопросам, касающимся протоколов лечения (см. инструкции 2–3 и стандарт 2 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на странице 386).
- ▶ Инициировать программы по борьбе с туберкулезом только после того, как они будут отвечать установленным критериям (см. инструкцию 4).

Ключевой показатель (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Имеются в наличии и постоянно применяются стандартизированные протоколы ведения больных, касающиеся диагностики и лечения распространенных инфекционных заболеваний (см. инструкции 1–3 и стандарт 1 систем здра-

вохранения – стандарт предоставления медицинского обслуживания на странице 353.

Инструкции

1. **Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ) и Интегрированное ведение болезней взрослых (ИМАИ):** Смертность от инфекционных заболеваний может быть снижена за счет ранней и точной диагностики и надлежащего лечения. Применение ИББДВ и ИМАИ там, где они используются, или других национальных диагностических алгоритмов, необходимо для сортировки больных и классификации заболеваний в соответствии с видом и тяжестью, а также для проведения надлежащего лечения. Наличие опасных симптомов является показанием для направления пациента в стационар. Стандартные протоколы ведения больных дают возможность провести надлежащую диагностику и рационально использовать лекарственные средства (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания – охрана здоровья детей на странице 386).
2. **Пневмония:** Основной способ снижения смертности от пневмонии – своевременное введение перорально таких антибиотиков, как амоксициллин, в соответствии с национальными протоколами лечения. При пневмонии тяжелой формы потребуются госпитализация и парентеральная терапия.
3. **Малярия:** Важнейшим элементом успешной борьбы с малярией является своевременное и эффективное лечение. В районах, где широко распространена малярия, необходимо применять протокол ранней диагностики (менее 24 часов) лихорадки и лечения высокоэффективными препаратами первой линии. Стандартным методом лечения молниеносной трехдневной малярии является основанная на артемизинине комбинированная терапия (АКТ). Выбор лекарственных средств производится при консультациях с головной организацией здравоохранения и национальной программой борьбы с малярией. При определении поставщиков необходимо учитывать качество лекарственных средств. Перед тем как начать лечение, желательно подтвердить диагноз малярии лабораторными исследованиями (диагностический экспресс-тест, микроскопия). Тем не менее, если не доступна лабораторная диагностика, не следует откладывать лечение малярии с клиническими проявлениями.
4. **Борьба с туберкулезом:** Плохо организованная программа по борьбе с туберкулезом может принести больше вреда, чем пользы, поскольку продлевает инфективность и способствует распространению бактерий с множественной лекарственной устойчивостью. Лечение отдельных лиц, больных туберкулезом, вполне возможно во время ЧС, однако комплексная программа борьбы с туберкулезом должна применяться только после того, как будет отвечать установленным критериям. Эти критерии



включают заинтересованность и ресурсы организации, гарантированную устойчивость населения в течение как минимум 12–15 месяцев, а также наличие возможностей осуществления высококачественной программы. При реализации программ по борьбе с туберкулезом их следует интегрировать в национальную программу страны и следовать рекомендуемой ВОЗ стратегии лечения под непосредственным наблюдением, коротким курсом (ДОТС).

На критической стадии ЧС серьезной проблемой, вероятно, может стать возможная приостановка лечения всех хронических заболеваний, включая туберкулез, и прекращение последующего наблюдения за больными. Необходимо устанавливать тесное сотрудничество между медицинскими работниками, участвующими в оказании помощи в ЧС, и службами, работающими в рамках действующей национальной программы по борьбе с туберкулезом. Это поможет обеспечить продолжение лечения лицам, получавшим лечение до ЧС (см. стандарт 1 основного медицинского обслуживания – неинфекционные заболевания на странице 404).

Основное медицинское обслуживание – стандарт 3 борьбы с инфекционными заболеваниями: выявление вспышек заболеваний и ответные действия

Обеспечена готовность к вспышкам заболеваний, они выявляются, анализируются, и проводятся своевременные и эффективные мероприятия по борьбе с ними.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

Выявление

- ▶ Создать систему надзора для раннего предупреждения о вспышках заболеваний (EWARN) и ответных действий, основанную на всесторонней оценке риска инфекционных заболеваний, как часть более широкой информационной системы здравоохранения (см. инструкцию 1, стандарт 5 систем здравоохранения на странице 365).
- ▶ Обучить медицинский персонал и работников коммунальной службы здравоохранения, как выявлять возможные вспышки заболеваний и сообщать о них.
- ▶ Предоставить населению общую информацию, касающуюся симптомов эпидемических заболеваний и того, куда следует обращаться для получения помощи.

Готовность

- Д Подготовить план анализа вспышек заболеваний и ответных действий (см. инструкцию 2).
- Д Обеспечить, чтобы были подготовлены и предоставлены соответствующему персоналу протоколы для анализа и борьбы со вспышками наиболее распространенных инфекционных заболеваний, включая соответствующие протоколы лечения.
- Д Обеспечить наличие резервных запасов основных средств для лечения заболеваний первостепенной важности или возможность незамедлительно их получить из заранее установленного источника (см. инструкцию 3).
- Д Заранее определить места для изоляции и лечения инфекционных больных, например центры лечения холеры.
- Д Выбрать лабораторию (местную, региональную, национальную или зарубежную), которая сможет подтвердить появление эпидемий (см. инструкцию 4).
- Д Обеспечить наличие на месте материала для взятия проб и транспортных сред для возбудителей инфекций, которые наиболее вероятно могут вызвать внезапные вспышки заболеваний (см. инструкцию 5).

Меры по контролю

- Д При регистрации вспышки указывать точное время, место и конкретное лицо, с тем чтобы выявить лиц с высоким риском заболевания и определить соответствующие меры по контролю (см. инструкции 6–8).
- Д Применять соответствующие меры по контролю над конкретным заболеванием в конкретных условиях (см. инструкцию 9).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Имеется готовый в письменном виде план анализа вспышек заболеваний и ответных действий на них либо такой план разработан в начале оказания помощи в ЧС.
- Д Учреждения здравоохранения в течение 24 часов после выявления сообщают о предполагаемых вспышках заболеваний в вышестоящие организации системы здравоохранения.
- Д Главная организация здравоохранения начинает анализ зарегистрированных случаев заболевания грозящими эпидемиями болезнями в течение 48 часов по получении уведомления.
- Д Летальность поддерживается ниже приемлемых уровней:
 - холера – не более 1%



- дизентерия, вызванная шигеллами – не более 1%
- брюшной тиф – не более 1%
- менингококковый менингит – цифры варьируются, 5–15 %
- малярия – цифры варьируются; надо стремиться к показателю <5% в отношении больных малярией тяжелой формы
- корь – цифры варьируются; 2–21% зарегистрирован в зонах, пострадавших от конфликтов, надо стремиться к показателю <5 % (см. инструкцию 10).

Инструкции

1. Система раннего предупреждения для выявления вспышек заболеваний: Основные элементы этой системы включают:

- сеть применяющих систему партнеров;
- возможность применения во всех учреждениях здравоохранения и на уровне общины;
- всеобъемлющая оценка риска всех возможных эпидемических заболеваний;
- определение на основе оценки риска ограниченного числа наиболее важных болезней (10–12) для еженедельного эпидемического надзора и определенного числа заболеваний для включения в экстренные «тревожные» сообщения (см. приложение 2: типовые формы еженедельных отчетов о надзоре);
- четкие определения случаев заболевания по каждому заболеванию или болезни (состоянию) в стандартной форме по эпиднадзору;
- определены «тревожные» пороговые показатели для каждого наиболее важного заболевания или болезни для того, чтобы начинать исследование;
- средства связи, обеспечивающие возможность экстренного уведомления о формальных или неформальных тревожных сообщениях (слухи, сообщения в СМИ и т.д.) соответствующих органов здравоохранения;
- система регистрации и реагирования на экстренные тревожные сообщения;
- учет и сообщение данных, введение данных в стандартную базу данных и проведение еженедельного анализа;
- сообщение всем партнерам данных еженедельного эпиднадзора и экстренных тревожных сообщений;
- регулярный контроль в целях обеспечения качества данных, а также своевременности и полноты отчетности;
- стандартные протоколы исследования случаев заболевания и формы;
- стандартные процедуры для обмена информацией и инициации ответных действий на вспышку заболевания.

2. **Анализ вспышки заболеваний и план мероприятий по борьбе с эпидемиями:** В подготовке этого плана должны принимать участие все заинтересованные стороны. Необходимо уделять внимание следующим вопросам:
 - критерии, при наличии которых необходимо созывать группу по борьбе со вспышкой заболевания
 - состав группы по борьбе со вспышкой заболевания
 - конкретные функции и обязанности организаций и статус в группе
 - договоренности относительно проведения консультаций и обмена информацией на местном и национальном уровнях
 - наличие средств и возможностей для осуществления анализа вспышек заболеваний и ответных действий
 - перечень необходимых основных лекарственных средств, медицинских материалов и диагностических средств
3. **Резервные запасы:** Имеющиеся на месте запасы должны включать материалы, которые нужны для использования в ответных действиях на возможные вспышки заболеваний. В некоторых случаях могут потребоваться готовые комплекты для лечения диарейных заболеваний или холеры. По-видимому, нецелесообразно хранить на месте такие запасы, как вакцины от менингококкового менингита. Для такого рода препаратов следует заранее организовать систему срочной закупки, доставки и хранения, чтобы в случае необходимости их можно было быстро получить.
4. **Справочные лаборатории:** Лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза во время предполагаемой вспышки заболевания, для которого может потребоваться проведение массовой иммунизации (например, менингококковый менингит), или в случае которого культуральное исследование и исследование чувствительности к антибиотикам могут повлиять на выбор решения в отношении проведения лечения (например, шигеллез). Необходимо также определить справочную лабораторию (региональную или зарубежную), которая может оказать помощь при проведении более сложных анализов, например серологической диагностики кори, желтой лихорадки, лихорадки денге и вирусной геморрагической лихорадки.
5. **Транспортные среды и методы экспресс-анализа:** Необходимо иметь на месте (или обеспечить быстрый доступ к ним) материалы для взятия проб (например, ректальные тампоны) и транспортные среды (например, среда Кери-Блера для холеры, *Shigella*, *E. coli* и *Salmonella*), а также оборудование для транспортировки, обеспечивающее оптимальный температурный режим хранения. Кроме того, имеются системы экспресс-анализа, которые можно использовать на местах для скрининга инфекционных заболеваний, включая малярию и менингит.



6. Анализ вспышки заболевания: Десять основных этапов анализа вспышки заболевания:

1. *установить существование вспышки заболевания*
2. *подтвердить диагноз*
3. *определить случай заболевания*
4. *подсчитать количество случаев заболевания*
5. *зарегистрировать описательные эпидемиологические данные (время, индивид, место)*
6. *определить, кто подвергается риску заболевания*
7. *сформулировать гипотезу относительно заражения и заболевания*
8. *дать оценку гипотезе*
9. *сообщить полученные результаты*
10. *осуществить меры по контролю*

Нет необходимости осуществлять эти действия в строгой последовательности. Меры же по контролю следует осуществлять как можно скорее.

7. Подтверждение существования вспышки заболевания: Не всегда представляется возможным выявить бесспорное наличие вспышки заболевания. Не для всех заболеваний существуют четкие определения пороговых величин, свидетельствующих о появлении эпидемии. Однако для перечисленных ниже заболеваний пороговые величины установлены:

- заболевания, на вспышки которых может указывать один единственный случай заболевания: холера, корь, желтая лихорадка, вирусная геморрагическая лихорадка
- заболевания, существование вспышек которых следует подозревать, когда число случаев заболевания или смертей от него превышает число, ожидаемое для данной местности, или в два раза больше средних значений предыдущей недели. Шигеллез – в неэндемичных районах и лагерях беженцев: единичный случай заболевания должен вызывать беспокойство относительно возможной вспышки заболевания
- малярия – определение зависит от конкретной ситуации; увеличение числа случаев заболевания выше того, что ожидается в данное время года среди определенного населения в определенном районе, может свидетельствовать о вспышке заболевания. Если отсутствуют исторические данные, то сигналом тревоги может быть значительное увеличение за последние две недели процента случаев лихорадки, подтвержденных как случаи заболевания малярией, а также рост за последние недели процента умерших от числа больных
- менингококковый менингит – в менингиовом поясе: для населения более 30.000 - 15 случаев на 100.000 человек в неделю; однако в случае высокого риска появления эпидемии (т.е. при отсутствии вспышек в течение более 3-х лет и охвате вакцинацией менее 80%) эта пороговая величина уменьшается

до 10 случаев на 100.000 человек в неделю. При населении менее 30.000 – пять случаев заболевания за неделю или удвоение случаев заболевания за трехнедельный период служит подтверждением появления эпидемии. В лагерях беженцев свидетельством вспышки заболевания являются два подтвержденных случая заболевания за одну неделю

- лихорадка денге – увеличение числа случаев лихорадки за последние две недели, показывающих увеличение уровня иммуноглобулина G (на основе исследования двух последовательных проб сыворотки крови) у лихорадящего пациента со сроком заболевания 3–5 дней, а также понижение количества тромбоцитов ($<20,000$).

8. **Ответные действия на вспышки заболеваний:** Основными компонентами мер реагирования на эпидемии являются координация действий, ведение случаев заболевания, эпиднадзор и эпидемиология, лабораторные исследования, особые меры профилактики, такие как улучшение водоснабжения и санобеспечения, в соответствии с конкретным заболеванием, информирование об опасности, социальная мобилизация, связь со СМИ и управление информационной деятельностью, материально-техническое снабжение и обеспечение безопасности.

9. **Борьба со вспышками заболеваний (меры по контролю):** Должны быть разработаны специальные меры по борьбе с эпидемией, направленные на то, чтобы остановить передачу возбудителя болезни. Часто при разработке надлежащих мер борьбы с эпидемией оказываются полезными имеющиеся знания о возбудителе болезни. В целом ответные действия включают контроль над источником и/или предупреждение контакта (например, за счет улучшения водоснабжения для предупреждения холеры), прекращение передачи возбудителя болезни и/или предупреждение инфицирования (например, посредством массовой вакцинации для предупреждения кори или использования противомоскитных сеток, пропитанных инсектицидом длительного действия, для предупреждения малярии), а также воздействия на иммунную защиту организма-носителя возбудителя болезни (например, посредством своевременной диагностики и лечения или химиопрофилактики) (см. стандарт 5 систем здравоохранения на странице 365, стандарты 1–2 водоснабжения на страницах 113–116, стандарты 1–2 содействия соблюдению гигиены на страницах 107–110 и стандарты 1–3 борьбы с переносчиками инфекций на страницах 131–136).

10. **Летальность:** Допустимая летальность в отношении инфекционных заболеваний зависит от конкретной общей ситуации, доступности медицинского обслуживания и качества и оперативности лечения случаев заболевания. В целом необходимо стремиться снижать летальность, насколько это возможно. Если летальность превосходит ожидаемые минимальные уровни, следует безотлагательно произвести оценку мер по борьбе с



инфекционными заболеваниями и провести соответствующие мероприятия, направленные на то, чтобы летальность поддерживалась на допустимом уровне.

2.2. Основное медицинское обслуживание – охрана здоровья детей

Во время ЧС особо уязвимой группой населения в отношении повышенных уровней заболеваемости и смертности являются дети. Для удовлетворения особых потребностей детей в области здравоохранения требуется осуществление специальных вмешательств, ориентированных на детей. Вмешательства в области защиты здоровья детей включают мероприятия, направленные на устранение главных причин повышенной заболеваемости и смертности, включая острые респираторные инфекции, диарею, корь, недостаточное питание, а также причины, связанные с периодом новорожденности.

Основное медицинское обслуживание – стандарт 1 охрана здоровья детей: профилактика заболеваний, предупреждаемых вакцинацией

Дети в возрасте от 6 месяцев до 15 лет имеют иммунитет к кори и доступ к плановой вакцинации в рамках Расширенной программы иммунизации (РПИ) после того, как ситуация станет стабильной.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ В самом начале оказания помощи в ЧС произвести оценку охвата вакцинацией против кори детей в возрасте от 9 месяцев до 15 лет, чтобы определить риск появления эпидемии (см. инструкцию 1).
- ▶ При охвате вакцинацией против кори менее 90% или отсутствии данных об этом провести кампанию по массовой вакцинации против кори детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, включая назначение витамина А детям в возрасте от 6 до 59 месяцев (см. инструкции 1–2).
- ▶ Обеспечить, чтобы все младенцы, которые были привиты от кори в возрасте между 6 и 9 месяцами, получили вторую дозу вакцины по достижении возраста 9 месяцев (см. инструкцию 3).
- ▶ Создать для мобильного или перемещенного населения систему продолжающейся вакцинации, обеспечивающую вакцинацию против кори не менее 95% вновь прибывших в лагерь или общину детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет.

- Д Как только позволят условия, возобновить работу РПИ по плановой иммунизации детей от кори и других заболеваний, предупреждаемых вакцинацией, включенные в национальные календари прививок (см. инструкцию 4).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д По окончании кампании по вакцинации против кори:
 - как минимум 95% детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет получили вакцинацию против кори
 - как минимум 95% детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет получили соответствующую дозу витамина А
- Д После возобновления плановой вакцинации в рамках РПИ не менее 90% детей в возрасте 12 месяцев получили три дозы АКДС-вакцины (коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины), что является индикативным показателем полной иммунизации детей.

Инструкции

1. **Охват вакцинацией против кори:** Необходимо определить охват пострадавшего населения вакцинацией против кори, проанализировав данные, касающиеся охвата населения иммунизацией. На основе проведенного анализа выяснить, был ли охват плановой иммунизацией от кори $\geq 90\%$ в предшествующие 5 лет и/или охватила ли кампания по вакцинации против кори, проводившаяся в предшествующие 12 месяцев, $\geq 90\%$ детей в возрасте от 9 месяцев до 5 лет. При охвате вакцинацией против кори менее 90%, отсутствии сведений или существовании сомнений относительно степени охвата кампанию следует проводить, основываясь на предположении, что охват недостаточен для того, чтобы предупредить вспышки заболеваний.
2. **Возрастные группы для проведения вакцинации против кори:** Может случиться так, что предыдущие кампании по вакцинации против кори не охватили какое-то количество детей более старшего возраста и они не переболели корью. Эти дети подвержены опасности заболевания корью и могут стать источником инфекции для детей грудного и младшего возраста, которые в гораздо большей степени подвергаются риску умереть от этого заболевания. По этой причине рекомендуется вакцинировать детей вплоть до 15-летнего возраста. В условиях ограниченных ресурсов может оказаться невозможным вакцинировать всех детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. В этих случаях в первую очередь следует проводить вакцинацию детей в возрасте от 6 до 59 месяцев. Все дети в этой целевой возрастной группе должны быть привиты от кори вне зависимости от их прошлого прививочного статуса.



3. **Повторная вакцинация против кори детей в возрасте 6–9 месяцев:** Все дети в возрасте 6–9 месяцев, которые получали вакцину против кори, должны получить дополнительную дозу вакцины против кори по достижении ими возраста 9 месяцев, причем эту повторную вакцинацию следует проводить по прошествии не менее 30 дней после получения первой дозы вакцины.
4. **Возобновление работы национальной программы РПИ:** Одновременно с подготовкой программы по массовой вакцинации против кори необходимо начинать, проведя консультации с национальными властями, планирование возобновления программы РПИ. Своевременное возобновление вакцинации в рамках РПИ не только защитит детей непосредственно от таких заболеваний, как корь, дифтерия и коклюш, но и снизит риск заболевания респираторными инфекциями.

Основное медицинское обслуживание – стандарт 2 охраны здоровья детей: ведение болезней новорожденных и детей

Дети имеют доступ к медицинскому обслуживанию первоочередной важности, которое организовано в целях устранения главных причин младенческой (среди новорожденных) и детской заболеваемости и смертности.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Подготавливать санитарно-просветительные информационные материалы, призывающие пострадавшее население своевременно обращаться к врачу при возникновении любых признаков заболевания (повышенная температура, кашель, диарея и т.д.) у новорожденных. При подготовке санитарно-просветительных информационных материалов необходимо принимать во внимание детей, которые лишены попечения взрослых (см. стандарт 1 систем здравоохранения, инструкцию 3 на странице 355).
- ▶ Обеспечить оказание основной медицинской помощи всем новорожденным в соответствии, где это возможно, с руководящими принципами Интегрированного ведения беременности и родов (ИВБР) (см. инструкцию 1).
- ▶ Предоставлять медицинское обслуживание детям в учреждениях здравоохранения первого уровня в соответствии с национальными протоколами или руководящими принципами ИВБР (где они применяются), а также стационарное лечение тяжело больным детям (см. инструкцию 2).
- ▶ Создать стандартизованную систему экстренной оценки состояния и сортировки больных во всех учреждениях здравоохранения, где оказывается медицинская помощь больным детям, чтобы обеспечить оказание неотлож-

ной медицинской помощи всем, у кого имеются неотложные признаки (см. инструкцию 3).

- Д Обеспечить, чтобы детям, посещающим медицинские учреждения, проводился скрининг состояния питания, и чтобы они направлялись в службы питания (см. стандарты 1–3 ведения острой недостаточности питания и дефицита микронутриентов на страницах 193–203).
- Д Применять соответствующий протокол ведения больных для лечения дифтерии и коклюша в ситуациях высокого риска вспышек этих заболеваний (см. инструкцию 6).
- Д Обеспечить наличие основных лекарственных средств соответствующих дозировок и рецептов для лечения наиболее распространенных детских болезней.

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Все дети в возрасте до 5 лет, заболевшие малярией, получили эффективное противомаларийное лечение в течение суток с момента появления симптомов (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания – борьба с инфекционными заболеваниями на странице 376).
- Д Все дети в возрасте до 5 лет с диареей получили оральные регидрационные соли (ОРС) и добавки цинка (см. инструкцию 3).
- Д Все дети в возрасте до 5 лет, заболевшие пневмонией, получили соответствующие антибиотики (см. инструкцию 5)..

Инструкции

1. **Уход за новорожденными:** Все новорожденные должны получать квалифицированную медицинскую помощь и уход при рождении (желательно в учреждении здравоохранения), их следует держать в тепле и они с самого начала должны находиться на исключительно грудном вскармливании. Всех новорожденных необходимо обследовать, в особенности по поводу затруднений в кормлении. Все больные новорожденные должны быть обследованы по поводу возможного сепсиса и местных инфекций.
2. **Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ):** ИББДВ является комплексным подходом к охране здоровья детей, в центре которого находится уход за детьми в возрасте до 5 лет на уровне оказания первичной медицинской помощи. Там, где ИББДВ разрабатывалось на национальном уровне и где приняты клинические руководства, данные руководящие принципы желательно включить в стандартизированные протоколы, а медработники должны пройти в этой области соответствующее обучение.



3. **Сортировка больных:** Выполнение рекомендаций ИВБДВ и руководящих принципов, касающихся направления больных к специалистам, может быть усилено при использовании в сочетании с экстренной сортировкой и лечением. Сортировка – это процесс классификации пациентов на приоритетные категории в соответствии с их медицинскими потребностями, наличием ресурсов и шансами больных на выживание. Медперсонал, занимающийся оказанием помощи больным детям, должен пройти обучение в вопросах использования для экстренной диагностики руководства «Экстренная сортировка, диагностика и лечение» (ЕТАТ).
4. **Лечение диареи:** Лечение детей с диареей должно проводиться с использованием оральных регидрационных солей (ОРС) с низкой осмолярностью в сочетании с добавками цинка. Использование ОРС с низкой осмолярностью позволяет снизить продолжительность эпизодов диареи и снижает необходимость во внутривенных вливаниях.
5. **Лечение пневмонии:** Дети с кашлем должны обследоваться по поводу учащенного и/или затрудненного дыхания и втяжения нижней части грудной клетки. Дети с учащенным и/или затрудненным дыханием должны получать соответствующие антибиотики перорально, а детей с втяжением нижней части грудной клетки необходимо госпитализировать.
6. **Вспышки коклюша или дифтерии:** Вспышки коклюша часто имеют место среди перемещенного населения. Кампанию по вакцинации в качестве ответных действий на вспышку коклюша обычно не проводят ввиду опасений, связанных с неблагоприятной реакцией на цельноклеточную коклюшно-дифтерийно-столбнячную вакцину (АКДС) у получивших ее лиц более старшего возраста. Однако вспышкой заболевания можно воспользоваться для того, чтобы восполнить пробелы плановой иммунизации. Ведение заболевания включает лечение антибиотиками больных и раннее профилактическое лечение контактировавших в семьях, где имеются младенцы или беременные женщины. Вспышки дифтерии наблюдаются реже, однако опасность появления эпидемии всегда существует среди населения с низкой иммунизацией к дифтерии, находящегося в условиях скученности. Кампании по массовой вакцинации тремя отдельными дозами вакцины в ответ на вспышки дифтерии проводились в лагерях для беженцев и перемещенных лиц. Лечение включает назначение анатоксина и антибиотиков.

2.3. Основное медицинское обслуживание – сексуальное и репродуктивное здоровье

Все люди, включая тех, кто живет в районах, пострадавших от ЧС, имеют право на репродуктивное здоровье. Для того чтобы осуществить это право, пострадавшее население должно иметь доступ ко всей информации и услугам в области репродуктивного здоровья, чтобы иметь возможность сделать свободный и информированный выбор. Качественные услуги в области репродуктивного здоровья должны основываться на потребностях пострадавшего населения и обеспечивать уважительное отношение к религиозным верованиям, моральным ценностям и культурным традициям общины, а также соблюдение всемирно признанных стандартов в области прав человека.

Основное медицинское обслуживание – стандарт 1 сексуального и репродуктивного здоровья: репродуктивное здоровье

Люди имеют доступ к услугам первостепенной важности в области репродуктивного здоровья Минимального пакета первичных услуг (МППУ) в начале ЧС и к комплексным услугам в области репродуктивного здоровья (РЗ) после того, как ситуация стабилизируется.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Определить головную организацию в области репродуктивного здоровья (РЗ) в секторе или кластере здравоохранения для обеспечения координации действий и осуществления МППУ и обеспечить наличие специалиста в области РЗ (назначенного головной организацией в области РЗ), работающего в секторе или кластере здравоохранения (см. инструкцию 1).
- ▶ Принять меры для снижения риска сексуального насилия в сотрудничестве с другими соответствующими секторами или кластерами (см. инструкцию 3).
- ▶ Обеспечить предоставление услуг по лечению последствий сексуального насилия, включая доступ к психиатрической и психологической поддержке, а также юридической помощи (см. инструкцию 3 и принцип обеспечения защиты 2, инструкцию 7 на странице 43).
- ▶ Обеспечить предоставление минимального набора услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, лечению, обеспечению ухода и оказанию помощи, направленных на снижение передачи ВИЧ-инфекции (см. стандарт 2 основного медицинского обслуживания – сексуальное и репродуктивное здоровье на странице 393).



- Обеспечить наличие и доступность услуг по оказанию неотложной акушерской и неонатальной помощи (уход за новорожденными), в том числе:
 - в медицинских центрах – квалифицированные акушерки, средства и материалы для нормального родоразрешения, а также базового лечения осложнений неотложных родов и неонатальных осложнений; базовая неотложная акушерская помощь и неонатальная помощь;
 - в консультативных (специализированных) больницах – квалифицированный медперсонал, средства и материалы для лечения осложнений неотложных родов и неонатальных осложнений; комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь;
 - создана и работает круглосуточно семь дней в неделю транспортно-коммуникационная система для оказания неотложной акушерской и неонатальной помощи, обеспечивающая связь и сообщение общины с медицинским центром, а также связь и сообщение между медицинским центром и консультативной больницей (где оказывается специализированная помощь) (см. инструкцию 4).
- Предоставлять всем очевидно беременным женщинам чистые комплекты для родов и помощь акушеров для принятия родов в условиях чистоты и безопасности на дому, когда невозможен доступ к квалифицированным медицинским специалистам и учреждениям здравоохранения (см. инструкцию 4).
- Информировать население о пользе и доступности клинических услуг для лиц, переживших сексуальное насилие, а также о системе неотложного направления к врачам-специалистам по поводу осложнений беременности и родов (см. инструкции 3–4).
- Обеспечить наличие обычных средств контрацепции, полностью удовлетворяющее спрос (см. инструкцию 2).
- Как можно раньше разработать план оказания комплексных услуг в области РЗ, интегрированных в систему первичного медико-санитарного обслуживания (см. инструкцию 1).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Все учреждения здравоохранения укомплектованы прошедшим обучение персоналом, имеют в достаточном количестве средства, материалы и оборудование, необходимые для клинического ведения лиц, переживших изнасилование, в соответствии с национальными протоколами лечения или протоколами ВОЗ.
- Все беременные женщины на третьем триместре беременности получили чистые комплекты материалов для родов.

- Д Имеются минимум четыре учреждения здравоохранения на 500.000 человек населения, в которых оказывается базовая неотложная акушерская и неонатальная помощь.
- Д Имеется минимум одно учреждение здравоохранения на 500.000 человек населения, в котором оказывается комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь.
- Д Доля родоразрешений путем кесарева сечения составляет не менее 5% и не более 15% (см. инструкцию 4).

Инструкции

1. **Минимальный пакет первичных услуг (МППУ):** МППУ определяет услуги, имеющие наибольшее значение для предупреждения связанной с РЗ заболеваемости и смертности среди женщин, мужчин и подростков в условиях ЧС. МППУ включает сочетанный набор мер первоочередной важности в области РЗ, которые должны осуществляться одновременно в целях предупреждения и лечения последствий сексуального насилия, снижения передачи ВИЧ-инфекции, предупреждения повышенной материнской и неонатальной заболеваемости и смертности, а также планирования оказания комплексных услуг в области РЗ, как только стабилизируется положение. Планирование на начальном этапе ЧС интеграции оказания высококачественных услуг в области РЗ в систему первичного медико-санитарного обслуживания имеет важное значение для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи. Комплексное обслуживание в области РЗ предполагает усовершенствование уже оказываемых услуг, оказание дополнительных услуг и повышение качества обслуживания.
2. **Предназначенные для охраны репродуктивного здоровья средства и материалы:** Средства и расходные материалы для МППУ необходимо своевременно заказывать, распределять и складировать, чтобы избежать задержки в предоставлении этих крайне необходимых средств населению. В Межучрежденческий набор для оказания экстренной медицинской помощи (2006 г.) входит некоторое количество лекарственных препаратов для постконтактной профилактики, сульфат магния, а также инструменты и лекарственные средства для родовспоможения, но не все исходные материалы, необходимые для МППУ. В Межучрежденческий набор для охраны репродуктивного здоровья, подготовленный Межучрежденческой рабочей группой по вопросам РЗ в кризисных ситуациях, входят лекарственные средства и расходные материалы, рассчитанные на трехмесячный период.
3. **Сексуальное насилие:** Все участники оказания помощи в ЧС должны быть осведомлены относительно опасности сексуального насилия, включая сексуальную эксплуатацию и противоправные действия сексуального



характера со стороны сотрудников гуманитарных организаций, принимать меры, направленные на предотвращение этого, и предпринимать ответные действия. Сводную информацию о зарегистрированных инцидентах необходимо надежным и приемлемым с этической точки зрения образом собирать и сообщать в целях осуществления мер по предупреждению сексуального насилия и оказанию помощи. Учреждения здравоохранения системы первичного медико-санитарного обслуживания должны быть готовы оказывать помощь лицам, пережившим сексуальное насилие, и быть укомплектованы квалифицированным персоналом, способным обеспечить соответствующее лечение, включая экстренную контрацепцию, постконтактную профилактику для предупреждения ВИЧ-инфицирования, упреждающее лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП), лечение телесных повреждений, экстренную профилактику столбняка и гепатита В. Вопрос о применении экстренной контрацепции должны решать только сами женщины. Женщинам должна быть предложена объективная консультация, позволяющая им принять информированное решение. Лицам, пережившим сексуальное насилие, следует настоятельно рекомендовать обращаться за врачебной помощью и направлять их на лечение. Они также должны иметь доступ к психиатрической помощи и психологической поддержке.

По требованию жертв сексуального насилия персонал, ответственный за безопасность, должен обеспечить их защиту и оказание им юридической помощи. Любые медицинские освидетельствования и лечение должны проводиться только после получения информированного согласия на то от жертвы. Необходимо неукоснительно соблюдать конфиденциальность (см. стандарт 5 систем здравоохранения, инструкция 3 на странице 367 и принцип обеспечения защиты 1, инструкции 7–12 на страницах 40–41).

4. **Неотложная акушерская и неонатальная помощь:** Около 4% пострадавшего населения составляют беременные женщины. У приблизительно 15% беременных женщин возникают непредсказуемые осложнения беременности или родов, которые требуют неотложной акушерской помощи, и 5–15% родоразрешений требуют хирургического вмешательства, включая кесарево сечение. Для предупреждения материнской и неонатальной заболеваемости и смертности вследствие осложнений во всех учреждениях здравоохранения системы первичного медико-санитарного обслуживания необходимо организовать оказание квалифицированного родовспоможения при всех родах, базовой неотложной акушерской помощи и неонатальной реанимации. Базовая неотложная акушерская помощь включает парентеральное введение антибиотиков, парентеральное введение средств, стимулирующих сокращение матки (окситоцин), парентеральное введение противосудорожных средств (сульфат магния), ручное удаление задержавшихся в матке последа и его частей с исполь-

зованием соответствующих технических приемов, ручное отделение плаценты, оперативное влагалищное родоразрешение (вакуумное или при помощи щипцов), а также реанимацию для рожениц и новорожденных. Комплексная неотложная акушерская помощь включает все вмешательства базовой неотложной акушерской помощи, а также оперативные вмешательства под общей анестезией (родоразрешение посредством кесарева сечения, лапаротомия) и рациональное и безопасное переливание крови.

Система направления к врачам-специалистам должна обеспечивать, чтобы женщины и новорожденные направлялись на лечение и были обеспечены транспортными средствами для доставки их в учреждение здравоохранения системы первичного медико-санитарного обслуживания, где оказывается базовая неотложная акушерская и неонатальная помощь, а также в больницу, где оказывается комплексная неотложная акушерская и неонатальная помощь.

Основное медицинское обслуживание – стандарт 2 сексуального и репродуктивного здоровья: ВИЧ-инфекция и СПИД

Во время ЧС люди имеют доступ к минимальному набору услуг, касающихся профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, обеспечения ухода и оказания помощи.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Принять стандартные меры предосторожности и ввести безопасные процедуры по удалению отходов во всех учреждениях здравоохранения (см. инструкцию 2 и стандарт 1 систем здравоохранения, инструкции 10–11 на странице 358).
- ▶ Обеспечить снабжение безопасной кровью и придерживаться практики рационального использования переливания крови (см. инструкцию 2 и стандарт 1 систем здравоохранения, инструкция 5 на странице 356).
- ▶ Обеспечить доступ к высококачественным и предоставляемым бесплатно презервативам для мужчин и женщин, включая информацию о надлежащем использовании презервативами.
- ▶ Обеспечить, чтобы учреждения здравоохранения предоставляли синдромное лечение всем пациентам с симптомами заболевания инфекциями, передаваемыми половым путем.



- Д Обеспечить предоставление постконтактной профилактики лицам в течение 72 часов после инцидента, способного повлечь за собой их заражение ВИЧ-инфекцией (см. инструкцию 3).
- Д Предоставлять информацию в доступном виде, а также обучение по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции всему населению и группам высокого риска (например, женщинам, занимающимся проституцией).
- Д Обеспечить предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку путем обеспечения доступа к противозачаточным средствам, безопасного родоразрешения в гигиеничных условиях (включая неотложную акушерскую помощь), а также предоставления антиретровирусных препаратов (см. инструкцию 4).
- Д Предоставлять лечение, уход и помощь младенцам, чьи матери имеют установленный ВИЧ-положительный статус, включая руководство и консультирование в вопросах кормления грудных детей (см. стандарт 2 кормления детей грудного и младшего возраста на странице 187).
- Д Обеспечить, чтобы людям, живущим с ВИЧ, оказывалась медицинская помощь, включая профилактику котримаксозолом ВИЧ-ассоциированных инфекций.
- Д Обеспечить, чтобы лица, получавшие ранее антиретровирусную терапию, продолжали получать лечение (см. инструкцию 4).
- Д Обеспечить связь между программами по борьбе с ВИЧ-инфекцией и программами по борьбе с туберкулезом там, где они существуют.
- Д Обеспечить, чтобы лица с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией имели доступ к службам профилактики ВИЧ-инфекции в отношении передачи ВИЧ-инфекции половым путем, а также доступ к стерильному инъекционному инструментарию потребителей инъекционных наркотиков там, где такие службы уже существуют.
- Д Разрабатывать планы по расширению спектра услуг, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией в период после окончания ЧС (см. инструкцию 1).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- Д Лица, в наибольшей степени подверженные риску заражения ВИЧ-инфекцией, включены в программу профилактики ВИЧ-инфекции.
- Д Беременные женщины, чей ВИЧ-положительный статус известен, получили антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
- Д 100% переливаемой крови проходит скрининг на инфекции, передающиеся при переливании крови, включая ВИЧ-инфекцию.

- Д Лица, которые могут подвергаться заражению ВИЧ-инфекцией (профессиональное контактирование в учреждениях здравоохранения и непрофессиональное контактирование), получили постконтактную профилактику в течение 72 часов после инцидента.
- Д Все учреждения системы первичного медико-санитарного обслуживания обеспечены антибактериальными препаратами для синдромного лечения пациентов с симптомами инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Инструкции

1. **Борьба с ВИЧ-инфекцией:** Минимальный набор услуг, касающихся профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и оказания поддержки, описанных в ключевых действиях, касающихся настоящего стандарта, включен в мероприятия, которые сектор здравоохранения должен осуществлять в целях предупреждения передачи ВИЧ-инфекции и предоставления медицинской помощи и поддержки людям, живущим с ВИЧ. Эти меры должны применяться на ранних стадиях осуществления всех программ оказания помощи в ЧС.
2. **Предупреждение передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения:** Предупреждение передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения (например, в больницах, в поликлиниках и в ходе проведения кампаний по вакцинации) является задачей первоочередной важности на ранних стадиях осуществления всех программ оказания помощи в ЧС. Необходимо обеспечить соблюдение стандартных мер предосторожности, внедрить практику безопасного и рационального переливания крови и надлежащего удаления медицинских отходов (см. стандарт 1 систем здравоохранения, инструкции 5, 10–11 на страницах 356 и 358).
3. **Постконтактная профилактика:** Постконтактная профилактика в целях предупреждения ВИЧ-инфекции включает консультирование, оценку риска заражения ВИЧ-инфекцией, информированное согласие, а также проведение оценки источника и снабжения антиретровирусными препаратами. Однако постконтактную профилактику не следует проводить лицам, чей ВИЧ-положительный статус известен. Консультирование и тестирование никогда не должны проводиться в обязательном порядке, при этом не следует откладывать проведение постконтактной профилактики в ожидании результатов тестирования.
4. **Антиретровирусные препараты:** В условиях ЧС предоставление антиретровирусных препаратов для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, постконтактной профилактики и долгосрочной антиретровирусной терапии является вполне выполнимой задачей. Продолжение антиретровирусной терапии для тех, кто ее уже получал до ЧС, должно



быть приоритетной целью во время оказания помощи в ЧС. Беременные женщины, которые уже проходят антиретровирусную терапию, должны продолжать без перерыва получать антиретровирусные препараты. Беременные женщины с установленным ВИЧ-положительным статусом должны по возможности получать антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в соответствии с национальным протоколом.

Примечание

Организация Caritas Internationalis и ее члены не поддерживают использование и не предоставляют никаких средств искусственного контроля за рождаемостью.

2.4. Основное медицинское обслуживание – травмы

Травмы обычно являются главной причиной повышенной смертности и заболеваемости вследствие таких внезапно наступающих стихийных бедствий, как землетрясения. Многие внезапно наступающие стихийные бедствия являются событиями, приводящими к большому числу раненых и погибших от ранений или несчастных случаев (массовым санитарным потерям). В таких ситуациях имеющиеся на местах ресурсы и обычные методы оказания медицинской помощи не позволяют справиться с большим количеством людей, которым требуется помощь. Травмы, вызванные физическим насилием, также связаны со сложными чрезвычайными ситуациями. Например, во время вооруженных конфликтов большинство случаев смерти от полученных травм имеют место в районах, удаленных от медицинских учреждений, и по этой причине их, как правило, невозможно предупредить путем оказания медицинской помощи. Для предотвращения таких случаев смерти необходимо осуществлять вмешательства, целью которых является защита гражданского населения (см. принцип обеспечения защиты 3, инструкции 1–5 на страницах 44–45).

**Основное медицинское обслуживание – стандарт 1,
к которому относятся травмы: медицинская помощь при травмах**

Люди имеют доступ к эффективной медицинской помощи при травмах, целью которой является предупреждение заболеваемости, смертности и инвалидности, которых можно избежать.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Обеспечить, чтобы местные работники здравоохранения и лица, координирующие оказание помощи в ЧС в секторе здравоохранения, были осведомлены в вопросах оказания медицинской помощи при массовых санитарных потерях (см. инструкцию 1).
- ▶ При наличии большого количества раненых установить стандартизированную систему сортировки раненых с четкими инструкциями относительно проведения оценки, определения очередности, базовой реанимации и направления к врачам-специалистам (см. инструкцию 1).
- ▶ Обеспечить, чтобы работники здравоохранения были хорошо осведомлены в вопросах, касающихся основных принципов и профессиональных навыков оказания первой помощи и базовой реанимации (см. инструкцию 2).
- ▶ Обеспечить, чтобы местные работники здравоохранения были осведомлены в вопросах оказания медицинской помощи при ранениях (см. инструкцию 3).



- Д Предоставлять вакцину против столбняка, содержащую токсоид, лицам, имеющим грязные раны, а также лицам, участвующим в аварийно-спасательных работах и работах по санитарной очистке и обеззараживанию территории (см. инструкцию 4).
- Д Установить стандартизированные протоколы для направления травмированных и раненых пациентов для получения специализированной медицинской помощи, включая хирургическую и послеоперационную помощь (см. инструкцию 5).
- Д Обеспечить, чтобы радикальное лечение травм и оказание хирургической помощи, а также посттравматическая и послеоперационная реабилитация осуществлялись только теми организациями, которые обладают соответствующей профессиональной компетентностью и ресурсами (см. инструкцию 5).
- Д Обеспечить, чтобы стандартные вспомогательные средства и средства для передвижения (например, инвалидные коляски, костыли) предоставлялись при первой необходимости травмированным пациентам и инвалидам, а также чтобы эти вспомогательные средства могли быть отремонтированы на месте (см. инструкцию 6).

Ключевой пункт 3 (читать вместе с инструкциями)

- Д Во всех учреждениях здравоохранения имеются подготовленный персонал и службы для оказания медицинской помощи при массовых санитарных потерях.

Инструкции

1. **Сортировка раненых и больных:** Сортировка – это процесс классификации пациентов на категории в соответствии с тяжестью их травм и заболеваний, а также определения приоритетов в отношении лечения в соответствии с имеющимися ресурсами и шансами пациента на выживание. При массовых санитарных потерях (большом количестве раненых и травмированных) медицинская помощь может оказываться в первую очередь не лицам с тяжелыми травмами, представляющими угрозы для жизни, а раненым, травмы которых оставляют им больше шансов для выживания. Не существует стандартной системы по сортировке, и в международной практике применяются несколько методов. В наиболее распространенной классификации используется четырехцветная система кодов: красный цвет – означает высший приоритет, желтый – средний, зеленый используется для амбулаторных больных, а черный – для умерших.
2. **Первая помощь и базовая медицинская помощь и лечение:** Важнейшие меры включают восстановление и поддержание дыхания, для чего может потребоваться освобождение и защита дыхательных путей, а также оста-

новку кровотечения и осуществление внутривенных вливаний, когда это необходимо. Эти меры могут помочь стабилизировать состояние раненых с угрожающими жизни травмами до перевода их в специализированное лечебное учреждение, что в значительной мере повышает их шансы на выживание даже в случае тяжелых травм. Важное значение имеют также такие консервативные методы лечения, как промывание ран и перевязка, введение антибиотиков и профилактика столбняка.

3. **Медицинская помощь при ранениях:** В большинстве ЧС многие пациенты обращаются за помощью через более чем шесть часов после получения травмы. Позднее обращение за медицинской помощью в значительной мере повышает опасность нагноения раны и повышенной смертности, которую можно предотвратить. Вот почему важно, чтобы местные работники здравоохранения были осведомлены относительно соответствующих принципов и клинических протоколов, касающихся предупреждения и лечения раневой инфекции, что включает отсроченное первичное закрытие и санацию раны и хирургическое удаление инородного материала и мертвых тканей.
4. **Столбняк:** При внезапно наступающих стихийных бедствиях, когда обычно имеет место большое количество повреждений и случаев травмирования, довольно высока опасность столбняка. Хотя проводить массовую иммунизацию от столбняка не рекомендуется, лицам, имеющим грязные раны, и лицам, участвующим в аварийно-спасательных работах и работах по санитарной очистке и обеззараживанию территории, чтобы не подвергать их риску, рекомендуется вакцинирование против столбняка вакциной, содержащей токсин (АДС (DT) или АДС-М (Td) – вакцины против дифтерии и столбняка – или АКДС-вакцина (DPT), в зависимости от возраста и прививочного анамнеза). Лица с грязными ранами, которые не были ранее вакцинированы против столбняка, должны получить дозу противостолбнячного иммуноглобулина (TIG), если он есть в наличии.
5. **Медицинская помощь при травмах и хирургическая помощь:** Лечение травм хирургическими методами и военно-полевая хирургия спасают жизнь и избавляют от инвалидности, однако требуют специальной подготовки и ресурсов, которыми обладают лишь немногие организации. Неуместное или не соответствующее требованиям хирургическое вмешательство может принести больше вреда, чем его отсутствие. Более того, хирургические операции без осуществляемой незамедлительно последующей реабилитации могут привести к невозможности восстановить функциональные способности пациента. Такого рода медицинскую помощь, спасающую жизнь и предупреждающую инвалидность, должны предоставлять только организации и медицинские работники, имеющие соответствующую квалификацию.



6. **Послеоперационная реабилитация при связанных с травмами повреждении:** Ранняя реабилитация может значительно повысить выживаемость и качество жизни тех, кто был ранен или травмирован. Пациентам, нуждающимся во вспомогательных средствах (таких как протезы или средства передвижения) также понадобится физическая реабилитация. Повысить эффективность послеоперационного ухода и реабилитации может сотрудничество с программами реабилитации, действующими на базе общины, если таковые имеются.

2.5. Основное медицинское обслуживание – психическое здоровье

Проблемы психического здоровья и психосоциальные проблемы возникают во всех ЧС гуманитарного характера. Пережитое потрясение, утраты, неопределенность положения и иные факторы, вызывающие стрессы, связанные с конфликтом или другими бедствиями, являются причиной повышенного риска возникновения различных социальных, поведенческих, психосоциальных проблем и психических расстройств. Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка предполагает осуществление мер поддержки с участием многих секторов (см. «пирамиду мер» в приведенной ниже диаграмме). Для осуществления этих мер требуется координация действий, например, с помощью межкластерной или межсекторной рабочей группы. В нижеприведенном стандарте психического здоровья основное внимание уделяется мероприятиям, осуществляемым организациями здравоохранения. См. также базовый стандарт 1 на странице 62 и принцип обеспечения защиты 3 на странице 43.

Основное медицинское обслуживание – стандарт 1 психического здоровья: психическое здоровье

Люди имеют доступ к медицинскому обслуживанию, целью которого является предупреждение или сокращение проблем психического здоровья и связанных с ними функциональных нарушений.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Обеспечить, чтобы осуществляемые вмешательства разрабатывались на основе выявленных потребностей и имеющихся ресурсов.
- ▶ Создавать возможность для того, чтобы члены общины, включая маргинализированные группы населения, повышали эффективность самопомощи и социальной поддержки в общине (см. инструкцию 1).
- ▶ Обеспечить, чтобы общинные работники, включая добровольцев и персонал учреждений здравоохранения, оказывали первую психологическую помощь

лицам с острыми расстройствами, возникшими в результате воздействия сильных стресс-факторов (см. инструкцию 2).

- Д Обеспечить, чтобы во всех учреждениях здравоохранения был как минимум один специалист, занимающийся различными тяжелыми расстройствами психического здоровья у взрослых и детей (см. инструкцию 3).
- Д Обеспечить безопасность, удовлетворение основных потребностей и соблюдение прав лиц с психическими расстройствами в лечебных учреждениях (см. инструкцию 4).
- Д Свести до минимума вред, связанный с употреблением алкоголя и наркотических средств.
- Д Разработать в качестве элемента программы раннего восстановления планы по созданию устойчивой системы охраны психического здоровья в общине (см. инструкцию 5).

Ключевой пок з тель (читать вместе с инструкциями)

- Д Все учреждения здравоохранения укомплектованы обученным персоналом и имеют структуры, необходимые для оказания медицинской помощи лицам с проблемами психического здоровья.

Инструкции

1. **Самопомощь и социальная поддержка в общине:** Самопомощь и социальная поддержка в общине является ключевым элементом включающей многие секторы общей системы охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки, (см. приведенную ниже диаграмму) (см. базовый стандарт 1 на странице 62 и принцип обеспечения защиты 3, инструкцию 15 на странице 47 и принцип 4 обеспечения защиты, инструкции 9-13 на странице 49). Организации здравоохранения часто нанимают или привлекают к работе общинных работников и добровольцев, способных содействовать тому, чтобы члены общины, включая маргинализированные группы населения, повышали эффективность самопомощи и социальной поддержки.



Пирамида мер



Пирамида мер в области психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях

Источник: Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки, 2010 г.

2. Первая психологическая помощь: Наилучшим способом ведения острых тревожных расстройств, возникших в результате воздействия сильных стресс-факторов (например, травмирующих событий), является оказание помощи, построенное на принципах первой психологической помощи, которую часто ошибочно считают лечебным вмешательством. Это, скорее, является выражением человеческой реакции поддержки другого человека, испытывающего страдания и, возможно, нуждающегося в помощи. Она предполагает оказание базовой, осуществляемой неинвазивными методами помощи, направленной на выслушивание пациента, а не на то, чтобы заставить его говорить, на оценку его потребностей и забот, обеспечение удовлетворения основных потребностей, обеспечение оказания социальной поддержки со стороны близких, а также предупреждение причинения вреда в дальнейшем. Психологический дебрифинг (т.е. содействие разрядке напряжения путем побуждения индивида к короткому, но систематичному изложению ощущений, мыслей и эмоциональных реакций, возникших у него во время недавнего вызвавшего стресс события) является в лучшем случае неэффективным и его не следует применять. Аналогичным образом, не рекомендуется при ведении случаев острого стрессового расстройства применять бензодиазепины, поскольку они препятствуют процессу естественного восстановления.

3. **Базовая психиатрическая помощь:** Психические расстройства могут быть вызваны ЧС, существовать до ЧС или сочетаться. Лица с тяжелыми психическими расстройствами должны иметь доступ к сети оказания социальной поддержки на базе общины, а также к лечению в имеющихся учреждениях здравоохранения (например, больницах общего профиля, центрах первичной медико-санитарной помощи и т.д.). Организация базовой клинической психиатрической помощи включает организацию экстренного обучения и руководящего надзора за медперсоналом общего профиля или введение в штат медицинского учреждения психиатра. Необходимо иметь в наличии основные психотропные препараты и противоэпилептические средства. Лица, получавшие психиатрическое лечение до кризисной ситуации, должны иметь возможность продолжать лечение.
4. **Люди в лечебных учреждениях закрытого типа:** Психиатрические больницы и интернаты для лиц с тяжелыми психическими расстройствами необходимо регулярно инспектировать, особенно в начале ЧС, ввиду очень высокого риска отсутствия элементарного ухода за ними и жестокого обращения. Во время кризисной ситуации необходимо обеспечивать безопасность, удовлетворение насущных материальных потребностей (вода, питание, кров, санобеспечение и медицинская помощь), контроль за соблюдением прав человека и оказание базовой психиатрической и психосоциальной помощи.
5. **Раннее восстановление:** Ввиду того что гуманитарные кризисные ситуации приводят к повышению уровней многих психических расстройств, необходимо разрабатывать и осуществлять планы по развитию системы охраны психического здоровья в целях расширения масштаба охвата эффективной психиатрической помощью в пострадавшем от ЧС районе (см. базовый стандарт 4 на странице 75).

2.6. Основное медицинское обслуживание – неинфекционные заболевания

В результате старения населения и увеличения продолжительности жизни во многих странах, включая страны с низкими и средними доходами населения, в структуре заболеваемости вырос удельный вес неинфекционных заболеваний в сравнении с инфекционными заболеваниями. Вследствие этого возрастает значение неинфекционных заболеваний в качестве одной из главных проблем общественного здравоохранения в условиях ЧС. Рост проблем здоровья, обусловленный обострением существующих хронических заболеваний, стал распространенным явлением во многих ЧС.



Основное медицинское обслуживание – стандарт 1 неинфекционных заболеваний: неинфекционные заболевания

Люди имеют доступ к основным видам лечения, целью которого является снижение заболеваемости и смертности, вызванных острыми осложнениями или обострением хронических заболеваний.

Ключевые действия (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Произвести оценку и задокументировать уровень распространения неинфекционных заболеваний и предоставить полученные данные организациям, участвующим в оказании помощи в ЧС (см. инструкцию 1).
- ▶ Обеспечить выявление лиц с неинфекционными заболеваниями, которые получали лечение до ЧС, и обеспечить, чтобы они продолжали получать его. Не допускать резкого прерывания лечения.
- ▶ Обеспечить, чтобы лица с острыми осложнениями или обострением неинфекционных заболеваний, представляющих угрозу для их жизни (например, болезни сердца, гипертоническая болезнь в тяжелой форме), а также лица, страдающие от боли (например, на конечных стадиях рака), получали соответствующее лечение.
- ▶ В случаях, когда лечение неинфекционных заболеваний невозможно, установить четкий стандартный порядок действий по направлению пациентов к врачам-специалистам.
- ▶ Обеспечить, чтобы в системе первичной медико-санитарной помощи были в наличии необходимое диагностическое оборудование, основные лабораторные тесты и лекарственные препараты для стандартного, непрерывного лечения неинфекционных заболеваний. Эти лекарственные препараты должны быть точно определены в перечне основных лекарственных средств.
- ▶ Обеспечить предоставление лицам с ограниченной подвижностью и затруднениями в коммуникации вспомогательных средств (например, вспомогательных средств передвижения).

Ключевые показатели (читать вместе с инструкциями)

- ▶ Все учреждения первичной медико-санитарной помощи имеют установленный четкий стандартный порядок действий по направлению пациентов с неинфекционными заболеваниями в лечебные учреждения специализированной (вторичной) медицинской помощи и высокоспециализированной (третичной) медицинской помощи.

- ▶ Все учреждения первичной медико-санитарной помощи имеют соответствующие лекарственные препараты, необходимые для продолжения лечения лиц с неинфекционными заболеваниями, которые получали лечение до ЧС.

Инструкция

1. **Неинфекционные заболевания** включают болезни сердца, инсульт, гипертонию, хроническую почечную недостаточность, бронхиальную астму, хроническую почечную недостаточность у зависимых от диализа больных, инсулинозависимый диабет, эпилепсию. Во время ЧС лица с хроническими заболеваниями особенно уязвимы в отношении обострения этих заболеваний и таких осложнений, как вторичные инфекции, и подвергаются опасности в случае прекращения лечения. Клиническая стабилизация состояния и продолжение терапии должны быть основными мерами гуманитарной помощи, оказываемой сектором здравоохранения в ЧС.

Лицам с неинфекционными заболеваниями требуются долгосрочное медикаментозное лечение и последующее врачебное наблюдение. Необходимо обеспечить стандартное непрерывное лечение неинфекционных заболеваний в учреждениях системы первичной медико-санитарной помощи с использованием препаратов, включенных в перечень основных лекарственных средств. Обычно не рекомендуется вводить новые лечебные схемы или программы лечения хронических заболеваний во время оказания помощи в ЧС, особенно если эти лечебные схемы и программы вряд ли будут продолжены по окончании чрезвычайной ситуации.



Приложение 1

Перечень контрольных вопросов для оценки медицинского обслуживания

Подготовк

- ▶ Получить всю имеющуюся информацию о пострадавшем населении.
- ▶ Получить имеющиеся географические карты и данные аэрофотосъемки.
- ▶ Получить демографические данные и данные о состоянии здоровья населения.

Безоп сность и доступ

- ▶ Определить наличие существующих опасностей, как естественных, так и вызванных деятельностью человека.
- ▶ Определить ситуацию с безопасностью в целом, включая присутствие вооруженных сил.
- ▶ Определить уровень доступа гуманитарных организаций к пострадавшему населению.

Демогр фические пок з тели и соци льн я структур

- ▶ Определить общую численность пострадавшего населения.
- ▶ Определить половозрастной состав населения.
- ▶ Выявить группы повышенного риска, например, женщин, детей, пожилых людей и инвалидов.
- ▶ Определить средний размер семей и количество семей, возглавляемых женщинами или детьми.
- ▶ Определить существующую социальную структуру, в том числе иерархию власти и/или влияния.

Исходная информация о состоянии здравоохранения

- ▶ Определить проблемы с состоянием здоровья и приоритетные задачи здравоохранения в пострадавших районах в период до наступления чрезвычайной ситуации.
- ▶ Выявить имевшиеся проблемы в состоянии здоровья в стране исхода беженцев (в районе исхода перемещенного внутри страны населения).
- ▶ Определить существующие опасности для здоровья, например, потенциальные эпидемические заболевания.
- ▶ Выявить существовавшие ранее структуры медико-санитарной помощи.
- ▶ Проанализировать эффективность функционирования системы здравоохранения.

Показатели смертности

- ▶ Рассчитать общий коэффициент смертности.
- ▶ Рассчитать повозрастные коэффициенты смертности (например, коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет).
- ▶ Рассчитать коэффициенты смертности по причинам смерти.
- ▶ Рассчитать пропорциональный коэффициент смертности.

Показатели заболеваемости

- ▶ Определить коэффициенты заболеваемости основными болезнями, имеющими важное значение для общественного здравоохранения.
- ▶ Определить по возможности повозрастные коэффициенты заболеваемости основными болезнями.

Имеющиеся ресурсы

- ▶ Определить возможности министерства здравоохранения страны, пострадавшей от бедствия.
- ▶ Определить состояние национальных медицинских учреждений, включая их общее количество, вид предоставляемого медицинского обслуживания, физическое состояние и доступ к ним.
- ▶ Определить численность имеющегося медперсонала и их квалификацию.
- ▶ Определить имеющиеся бюджет здравоохранения и механизм финансирования.



- ▶ Определить возможности и функциональное состояние существующих программ здравоохранения, например, Расширенной программы иммунизации.
- ▶ Определить наличие стандартных клинических протоколов, основных лекарственных средств, материалов и оборудования и систем материально-технического снабжения.
- ▶ Определить состояние существующих систем направления к врачам-специалистам.
- ▶ Определить уровень гигиены окружающей среды в учреждениях здравоохранения.
- ▶ Определить состояние существующей информационной системы здравоохранения.

Д нные из других соответствующих секторов

- ▶ Состояние питания.
- ▶ Продовольствие и продовольственная безопасность.
- ▶ Условия окружающей среды.
- ▶ Временное жилье – качество временного жилья
- ▶ Образование – просвещение по вопросам здоровья и санитарно-гигиеническое просвещение

Приложение 2

Типовые формы еженедельных отчетов о состоянии здоровья

Формы 1 и 2 наблюдения за смертностью *

Место:

Дата: с Понедельника: По Воскресенье:

Общая численность населения на начало недели:

Родилось на этой неделе: Умерло на этой неделе:

Прибыло на этой неделе (если применимо): Убыло на этой неделе:

Общая численность населения на конец недели: Общая численность детей младше 5 лет:

	0-4 года		5+ лет		Всего
	муж.	жен.	муж.	жен.	
<i>Непосредственные причины</i>					
Острая инфекция нижних дыхательных путей					
Холера (подозрение)					
Кровавая диарея					
Водянистая диарея					
Травмы, не связанные с несчастным случаем					
Малярия					
Материнская смерть - прямая причина					
Корь					
Менингит (подозрение)					
Неонатальная (0-28 дней)					
Другое					
Не установлено					
<i>Всего по полу и возрасту</i>					
<i>Основные причины</i>					
СПИД (подозрение)					
Недостаточность питания					
Материнская смерть - косвенная причина					
Неинфекционные заболевания (указать)					
Другое					
<i>Всего по полу и возрасту</i>					

* Эта форма используется в случаях высокой смертности, в результате чего более подробная информация о конкретных случаях не может быть получена из-за временных ограничений.

- Иные причины смертности могут быть добавлены в зависимости от ситуации и эпидемиологической картины.
- Возможно дополнительное распределение по возрастным категориям (0-11 мес., 1-4 год, 5-14 лет, 15-49 лет, 50-59 лет, 60-69 лет, 70-79 лет, 80+ лет), если целесообразно.
- Данные о смертности должны поступать не только из медицинских учреждений, но и с мест, где религиозные лидеры, медицинских работников, женских групп и больницы.
- По возможности следует указать описание отдельных случаев и обороте формы.



Форм 2 н блюдения з смертностью*

Место:

Дата: с Понедельника: По Воскресенье:

Общая численность населения на начало недели:

Родилось на этой неделе: Умерло на этой неделе:

Прибыло на этой неделе (если применимо): Убыло на этой неделе:

Общая численность населения на конец недели: Общая численность детей младше 5 лет:

№	Пол (м, ж)	Возраст (день-д, мес-м, год-г)	Прямая причина смерти													Основные причины					
			Острая инфекция нижних дыхательных путей	Холера (подозрение)	Кровавая диарея	Воднистая диарея	Травмы, не связанные с несчастными случаями	Малярия	Материнская смерть - прямая причина	Корь	Менингит (подозрение)	Неонатальная (0-28 дней)	Неинфекционные заболевания (указать)	Другое (указать)	Неизвестно	СПИД (подозрение)	Недостаточность питания	Материнская смерть - косвенная причина	Другое (указать)	Дата (д/м/г)	Точный адрес на месте
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

*Эт т блнц используется, когд в н личи имеется дост точно времени для регистр ции единичных случ ев лет льного исход ; д нн я т блнц позволяет н лизиров ть смертность по возр стным к тегориям, вспышки з болев ний в определенной местности и посещ емость медицинских учреждений.

- Ч стот отчетности (ежедневно или еженедельно) в з висимости от количеств лет льных исходов.

- Иные причины смерти могут быть дополнительно ук з ны в з висимости от ситу ции.

- Д нные о смертности должны поступ ть не только от медицинских учреждений и должны включ ть сведения, полученные н месте, от религиозных лидеров, местных медицинских р ботников и, женских групп и больниц.

- По возможности следует ук зыв ть опис ние отдельных случ ев н обороте формы.

Форм недельной отчетности по системе раннего предупреждения EWARN*

*данная форма должна применяться в период экстремальной фазы ЧС, когда высока опасность вспышки эпидемических заболеваний

Дата: с понедельника: По воскресенье:

Город/Деревня/Поселок/Лагерь:

Территориально-административная единица: Район: Подрайон:

Название участка: - Стационарный пациент - Амбулаторный пациент - Поликлиника - Передвижная клиника

Вспомогательная организация (-ни): Лицо, составившее отчет, и его контактный телефон:

Общая численность населения: Общая численность детей до 5 лет:

А. СВОДНЫЕ ДАННЫЕ ЗА НЕДЕЛЮ

Новые случаи:	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ		СМЕРТНОСТЬ		Всего
	< 5 лет	5 лет и старше	< 5 лет	5 лет и старше	
ОБЩЕЕ ЧИСЛО ПРИБЫВШИХ					
ОБЩЕЕ ЧИСЛО СМЕРТЕЙ					
Острая респираторная инфекция					
Острая водянистая диарея					
Острая кровавая диарея					
Малярия – подозрение/диагноз					
Корь					
Менингит – подозрение					
Геморрагическая лихорадка					
Желтуха					
Острый вялый паралич (ОВП)					
Столбняк					
Повышенная температура > 38.5°C					
Травмы/раны					
Другое					
Всего					

- Возможно указать не более одного диагноза; наиболее вероятный диагноз должен быть указан. Данные по каждому больному следует фиксировать только один раз.
- И регистрировать только с свидетельствованием о заболевании (или смерти) в течение недели, когда велось наблюдение.
- Писать "0" (нуль), если в течение недели не было зарегистрировано ни одной смерти в результате заболевания, перечисленных в данной форме. Информацию о смерти следует фиксировать только в разделе «Смертность», не «Заболеваемость».
- Описание заболеваний конкретных лиц, находящихся под наблюдением, должны быть зафиксированы на оборотной стороне формы.
- Причины заболеваний могут быть добавлены в перечень или изъяты из него в зависимости от эпидемиологии и оценки риска заболевания.
- Цель наблюдения по системе EWARN состоит в раннем выявлении эпидемических заболеваний.
- Данные по тем проблемам, к которым нет точного питания, должны быть получены посредством опросов (уровень распространения), нежели наблюдения (число новых случаев).

В. ОПОВЕЩЕНИЕ О ВСПЫШКЕ

При подозрении на наличие какого-либо из следующих заболеваний, сообщите по телефону или пошлите SMS-сообщение на номер..... или по электронному адресу..... предоставив максимум сведений о количестве случаев и смертей:

Холера, бактериальная дизентерия, корь, полиомиелит, тиф, столбняк, гепатит А или Е, лихорадка денге, менингит, дифтерия, коклюш, геморрагическая лихорадка

(Данный перечень заболеваний может меняться в зависимости от эпидемиологии в конкретной стране).



Форм текущей отчетности о заболеваниях*

* Данная форма может быть содержать более развернутую информацию , чем форма раннего оповещения
EWARN, после экстремальной фазы ЧС и при необходимости включать другие заболевания и мониторинг
других показателей

Место:

Дата: с понедельника: По воскресенье:

Общая численность населения на начало месяца:

Родилось на этой неделе/месяце: Умерло на этой неделе/месяце:

Прибыло на этой неделе/месяце (если применимо):

Убыло на этой неделе/месяце:

Общая численность населения на конец недели/месяца: ...Общая численность детей младше 5 лет:

Заболеваемость	До 5 лет (новые случаи)*			5 лет и старше (новые случаи)			Всего	Рецидивы
	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.	Всего	Новые случаи	
Диагноз**								
Острая респираторная инфекция**								
Острая водянистая диарея								
Острая кровавая диарея								
Малярия								
- подозрение/ диагноз								
Корь								
Менингит - подозрение								
Геморрагическая лихорадка								
Желтуха								
Острый вялый паралич (ОВП)								
Столбняк								
Повышенная температура > 38.5°C								
СПИД- подозрение**								
Глазные заболевания								
Недостаточность питания****								
Травмы (несчастный случай)								
Травмы (не несчастный случай)								
Инфекции, передающиеся половым путем								
Генитальные язвенные заболевания								
Выдел. из мочеиспуск. канала (муж.)								
Вагинальные выделения								
Боли в нижней части живота								
Кожные заболевания								
Неинфекц. заболевания. (напр. диабет)								
Глисты								
Другое								
Неустановленные								
Всего								

* Возможно указать не более одного диагноза ; причины заболеваний могут быть добавлены в перечень или изъяты из него в зависимости от эпидемиологической ситуации.

** Острые инфекции дыхательных путей: в некоторых странах эту категорию подразделяют на инфекции верхних и нижних дыхательных путей.

*** Наиболее эффективным способом оценки распространенности ВИЧ/СПИД являются обследования.

**** Наиболее эффективным способом оценки распространенности недостаточности питания являются быстрые обследования (MUAC или W/H), так как в результате обследования учитываются только лица, обратившиеся за помощью.

При необходимости возможно более подробное разделение возрастных категорий..

ОПОВЕЩЕНИЕ О ВСПЫШКЕ

При подозрении на наличие какого-либо из следующих заболеваний сообщите по телефону или пошлите SMS-сообщение на номер или по электронному адресу.....предоставив максимум сведений о времени, месте и количестве случаев:

Холера, бактериальная дизентерия, корь, острый вялый паралич, тиф, столбняк, гепатит, лихорадка денге, менингит, дифтерия, коклюш, геморрагическая лихорадка.

Посещения медицинских учреждений	До 5 лет			5 лет и старше			Всего		
	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.	Всего
Всего посещений									

Степень посещаемости: количество посещений медицинского учреждения на одного человека в год = общее количество посещений за одну неделю / общая численность населения x 52 недели

- Количество консультаций на одного клинициста: число всех посещений (новых и повторных) / клиницист в медицинском учреждении / количество рабочих дней медицинского учреждения в неделю.



Приложение 3

Формулы для расчета основных показателей состояния здоровья

Общий коэффициент смертности (ОКС)

Определение: показатель смертности всего населения, включая лиц обоего пола и всех возрастных категорий.

Формула :

$$\frac{\text{Общее число умерших за определенный период времени}}{\text{Средняя численность населения, подверженного риску, за данный период} \times \text{число дней в периоде}} \times 10 \text{ тыс. человек} = \frac{\text{Число умерших на 10 тыс. человек в день}}$$

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет

Определение: показатель смертности среди детей в возрасте до 5 лет в популяции.

Формула :

$$\frac{\text{Общее число умерших среди детей в возрасте до 5 лет за определенный период времени}}{\text{Общее число детей в возрасте до 5 лет} \times \text{число дней в данном периоде}} \times 10 \text{ тыс. человек} = \frac{\text{Число умерших на 10 тыс. человек в день}}$$

Коэффициент заболеваемости

Определение: число новых случаев заболевания в определенный период времени в группе населения, подверженного риску возникновения этого заболевания.

Формула :

$$\frac{\text{Число новых случаев заболевания конкретной болезнью за определенный период времени}}{\text{Группа населения, подверженного риску возникновения этого заболевания} \times \text{число месяцев в данном периоде времени}} \times 10 \text{ тыс. человек} = \frac{\text{Новые случаи заболевания конкретной болезнью на 1000 человек в месяц}}$$

Летальность

Определение: отношение числа умерших от какой-либо болезни к числу больных этой болезнью.

Формула :

$$\frac{\text{Число умерших от болезни за определенный период времени}}{\text{Число больных данной болезнью в течение данного периода времени}} \times 100 = x\%$$

Посещаемость медицинского учреждения

Определение: количество посещений амбулаторными пациентами на человека в год. Необходимо по возможности разграничивать посещения старых и новых пациентов. Для подсчета посещаемости необходимо использовать новые посещения. Однако не всегда имеется возможность учитывать посещения новых и старых пациентов, поэтому часто оба вида посещаемости суммируются для получения общего количества посещений во время чрезвычайной ситуации.

Формула :

$$\frac{\text{Общее количество посещений за неделю}}{\text{Общее количество населения}} \times 52 \text{ недели} = \frac{\text{Посещения на одного человека в год}}{\text{человека в год}}$$

Число консультаций на одного клинициста

Определение: среднее число консультаций на каждого клинициста в день.

Формула :

$$\frac{\text{Общее число консультаций за одну неделю}}{\text{Кол-во клиницистов в медицинском учреждении на эквиваленте полного рабочего дня}^*} = \frac{\text{количество рабочих дней медицинского учреждения в течение недели}}{\text{в течение недели}}$$

* Эквивалент полного рабочего дня означает эквивалентное количество клиницистов, работающих в медицинском учреждении. Например, если в учреждении работают шесть клиницистов, принимающих амбулаторных пациентов, но два из них заняты только половиной рабочего времени, тогда количество клиницистов на основе эквивалентного полного рабочего дня = 4 человек, работающих полный рабочий день, + 2 человек, работающих половину рабочего времени = 5



Список литературы и дополнительных материалов

Источники

Международные документы

Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах), Замечание общего порядка № 14, 11 августа 2000 года. UN Doc. E/C.12/2000/4. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva.
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>

Системы здравоохранения

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva.
www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Межучрежденческая сеть по образованию в чрезвычайных ситуациях (МСОЧС). Минимальные нормы по образованию в чрезвычайных ситуациях, хронических кризисах и на ранних этапах восстановления.

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington, DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva.
www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva.
www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств
www.who.int/medicines/publications/.../EssMedsList_15th-ru.pdf

WHO (in press), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. <http://helid.desastres.net/>

Борьба с инфекционными заболеваниями

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington, DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

ВОЗ (2007), Борьба с туберкулезом среди беженцев и перемещенных лиц: межведомственное практическое руководство. whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_TB_97.221_rus.pdf

Охрана здоровья детей

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

Сексуальное и репродуктивное здоровье

IASC (2009). Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings.

www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf



Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. <http://misp.rhrc.org/>

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Тр вмы

Hayward-Karlsson, J et al. (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.

PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington, DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

Психическое здоровье

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/

Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях (2010 г.). Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера: Что должны знать гуманитарные организации здравоохранения?

http://www.who.int/entity/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_russian.pdf

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva. www.who.int/mental_health/

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

Неинфекционные заболевания

Spiegel et al. (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *Lancet*, Vol 375, January 23, 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

Дополнительные материалы

Международные документы

Mann, J et al. (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts*. ICRC. Geneva.

Системы здравоохранения

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), *Basic Epidemiology*, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), *GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), *Public health guide in emergencies*. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*. Macmillan. London.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters*. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health*. ICRC. Geneva.

WHO (2006), *The Interagency Emergency Health Kit 2006*. Geneva.

Основное медицинское обслуживание

Checchi, F and Roberts, L (2005), *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies*. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), *Rapid health assessment of refugee or displaced populations*. Paris.

SMART (2006), *Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition*. www.smartindicators.org



UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

Борьба с инфекционными заболеваниями

Cook, G C, Manson, P and Zumla, A I (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, M A et al. (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae type 1. Geneva.

Охрана здоровья детей

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546700_rus.pdf

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva.
www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Тр вмы

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: <http://www.usispo.org/code.asp>

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Психическое здоровье

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva.
www.who.int/mental_health/emergencies/en/

WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva.
www.who.int/mental_health/

Неинфекционные з болев ния

Fauci, AS et al. (eds.) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al. (eds.), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York..



Приложения



Приложение 1

Основные документы, которые были учтены Гуманитарной Хартией

В Гуманитарной Хартии изложены коллективные убеждения и общие принципы, касающиеся гуманитарной деятельности и обязанностей в чрезвычайных ситуациях и ситуациях конфликтов, которые – на что обращается внимание – нашли отражение в гуманитарном праве. В приведенный ниже аннотированный список основных документов входят наиболее важные международно-правовые документы в области прав человека, международного гуманитарного права (МГП), норм права, регулирующего положение беженцев, и гуманитарной деятельности. В него не входят нормы регионального права и инновации. В данный список включен также целый ряд руководящих ориентиров, принципов, стандартов и основных положений, которые были приняты во внимание Гуманитарной Хартией. Поскольку этот список неизбежно является выборочным, на сайте проекта «Сфера» размещены дополнительные ресурсы и ссылки на эти документы. Ввиду нехватки места, комментарии даны только к тем документам, которые, как нам представляется, нуждаются в представлении или специальном разъяснении, т.к. они принадлежат к числу более новых документов или содержат особые разделы, касающиеся чрезвычайных ситуаций или конфликтов.

Документы приводятся в списке в тематическом порядке под следующими заголовками:

1. *Права человека, защита и уязвимость*
2. *Вооруженные конфликты и гуманитарная помощь*
3. *Беженцы и внутренне перемещенные лица (ВПЛ)*
4. *Чрезвычайные ситуации и гуманитарная помощь*

Для того чтобы был ясен правовой статус каждого документа, каждый из них классифицирован под соответствующими подзаголовками:

1. *Международные договоры и обычное право (в соответствующих случаях)*
2. *Руководящие ориентиры и принципы ООН и другие официально принятые межправительственные руководящие принципы*
3. *Основные положения гуманитарной политики, руководящие ориентиры и принципы*

1. Пр в человек , з щит и уязвимость

Представленные ниже документы касаются главным образом прав человека, признанных международными договорами и декларациями. Сюда включен также ряд основных документов, касающихся вопросов возраста (дети и пожилые люди), гендера и инвалидности, поскольку некоторые из этих аспектов наиболее часто являются причиной возникновения уязвимости в чрезвычайных ситуациях или во время конфликтов.

1.1. Междун родные договоры и обычное пр во в обл сти пр в человек , з щиты и уязвимости

Действие договорного права в области прав человека распространяется на государства, участвующие в соответствующем договоре, а действие обычного права (например, запрещение пыток) распространяется на все государства. Право прав человека применяется всегда, за возможным исключением двух случаев:

- Осуществление некоторого ограниченного числа гражданских и политических прав может быть временно приостановлено во время чрезвычайного положения в государстве, о наличии которого официально объявлено, в соответствии со статьей 4 Международного пакта о гражданских и политических правах («отступление»)
- В период признанных вооруженных конфликтов применяется в первую очередь МГП, если возникает какая-либо несовместимость с правом прав человека.

1.1.1. Всеобщие пр в человек

Всеобщ я декл р ция пр в человек 1948 год , принятая резолюцией 217 A (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года.

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml

Провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН в 1948 году Всеобщая декларация прав человека является первым международным документом, в котором изложены основные права человека, подлежащие защите во всем мире. Несмотря на то, что Всеобщая декларация прав человека не является международным договором, общепризнан тот факт, что она стала составной частью обычного международного права. В первом предложении преамбулы вводится концепция «достоинства, присущего всем членам человеческой семьи», а в первой статье провозглашается, что «Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах».

Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 год, принятый резолюцией 2200А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 года и вступивший в силу 23 марта 1976 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml

Второй Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах (нравственный запрет на смертную казнь) 1989 год, принятый резолюцией 44/128 Генеральной Ассамблеи ООН от 15 декабря 1989 года и вступивший в силу 11 июля 1991 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/deathpro.shtml

Каждое участвующее в Международном пакте о гражданских и политических правах государство обязуется уважать и обеспечивать всем находящимся в пределах его территории и под его юрисдикцией лицам права, признаваемые в пакте, и признает право народов на самоопределение и равные права мужчин и женщин. Отступление от обязательства соблюдать ряд прав (отмеченных звездочкой *) недопустимо даже во время крайне тяжелого чрезвычайного положения в государстве.

Права: право на жизнь*; свобода от пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания*; свобода от рабства*; свобода от произвольного ареста или задержания; право лиц, лишенных свободы, на гуманное обращение и уважение достоинства; никто не может быть лишен свободы на том только основании, что он не в состоянии выполнить какое-либо договорное обязательство*; право на свободу передвижения и выбора места жительства; высылка иностранцев только во исполнение решения, вынесенного в соответствии с законом; равенство перед законом, право на справедливое судебное разбирательство и право на презумпцию невиновности; запрещение ретроактивного применения уголовного законодательства*; право каждого человека на признание его правосубъектности*; невмешательство в личную жизнь; свобода мысли, религии и совести*; свобода убеждений, их выражения и мирных собраний; свобода ассоциаций; право вступать в брак и основывать семью; защита прав детей; право голосовать и принимать участие в ведении государственных дел; право меньшинств пользоваться своей культурой, исповедовать свою религию и пользоваться родным языком.*

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 год, принятый резолюцией 2200А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 года и вступивший в силу 3 января 1976 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml

Государства-участники обязуются принять в максимальных пределах имеющихся ресурсов меры к тому, чтобы обеспечить «постепенное осуществление» признаваемых в пакте прав и равное для мужчин и женщин право пользования ими.

Права: право на труд; право на справедливое вознаграждение за труд; право вступать в профессиональные союзы; право на социальное обеспечение/страхование; право на семейную жизнь, включая охрану матерей после родов и защиту детей от эксплуатации; право на достаточный жизненный уровень, включающий достаточное питание, одежду и жилище; право на физическое и психическое здоровье; право на образование; право на участие в культурной жизни и пользование результатами научного и культурного прогресса.

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации 1969 год, принятая резолюцией 2106 (XX) Генеральной Ассамблеи ООН от 21 декабря 1965 года и вступившая в силу 4 января 1969 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/raceconv.shtml

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации женщин 1979 год, принятая резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1979 года и в отношении вступившая в силу 3 сентября 1981 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/cedaw.shtml

Конвенция о правах ребенка 1989 год, принятая резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года и вступившая в силу 2 сентября 1990 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml

Факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка, касающийся участия детей в вооруженных конфликтах, 2000 год, принятый резолюцией A/RES/54/263 Генеральной Ассамблеи ООН от 25 мая 2000 года и вступивший в силу 18 января 2002 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/rightschild_protocol2.shtml

Факультативный протокол к Конвенции о правах ребенка, касающийся торговли детьми, детской проституции и детской порнографии, 2000 года, принятый резолюцией A/RES/54/263 Генеральной Ассамблеи ООН от 25 мая 2000 года и вступивший в силу 18 января 2002 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/rightschild_protocol2.shtml

Участниками Конвенции о правах ребенка стали практически все государства мира. Эта конвенция подтверждает основные права ребенка и определяет случаи, в которых детям требуется особая защита (например, в случае разлучения со своей семьей). Протоколы к конвенции требуют от государств-участников совершения позитивных действий по конкретным вопросам, касающимся защиты детей.

Конвенция о правах инвалидов 2006 год, принятая резолюцией A/RES/61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 года и вступившая в силу 3 мая 2008 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

Конвенция о правах инвалидов защищает права инвалидов, которые гарантируются всеми другими международными договорами в области прав человека, а также специально рассматривает такие аспекты, как повышение просвещенности общества в вопросах, касающихся инвалидов, недискриминация и обеспечение доступа инвалидов к услугам и удобствам. В конвенции особо упоминаются «ситуации риска и чрезвычайные гуманитарные ситуации» (статья 11).

1.1.2. Геноцид, пытки и другие преступные нарушения прав

Конвенция о предупреждении преступления геноцида и наказании за него 1948 год, принятая резолюцией 260 (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1948 года и вступившая в силу 12 января 1951 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/genocide.shtml

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания 1984 год, принятая резолюцией 39/46 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1984 года и вступившая в силу 26 июня 1987 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/torture.shtml

Участниками этой конвенции являются очень многие государства. Запрещение пыток в настоящее время также в целом признается в качестве составной части международного обычного права. Никакое чрезвычайное положение в государстве или состояние войны не могут служить оправданием пыток. Государства не должны возвращать (refouler) какое-либо лицо на территорию, если существуют серьезные опасения полагать, что ему может угрожать там применение пыток.

Римский статут Международного уголовного суда, принятый 17 июля 1998 года проходившей в Риме Дипломатической конференцией и вступивший в силу 1 июля 2002 года.

[http://www.un.org/russian/law/icc/rome_statute\(r\).pdf](http://www.un.org/russian/law/icc/rome_statute(r).pdf)

В статье 9 Статута (элементы преступлений), принятого Международным уголовным судом в 2002 году, содержится подробное описание военных преступлений, преступлений против человечности и геноцида, что является кодификацией большинства положений международного обычного уголовного права. Международный уголовный суд имеет право проводить расследования и осуществлять уголовное преследование по делам, переданным ему на рассмотрение Советом Безопасности ООН (даже если государство, гражданином которого является обвиняемое лицо, не является участником этого соглашения),

а также преступлений якобы совершенных гражданами государств-участников этого соглашения, либо на их территории.

1.2. Принципы и руководящие ориентиры ООН и другие официально принятые межправительственные принципы и руководящие ориентиры, касающиеся прав человека, защиты и уязвимости

Мадридский международный план действий по проблеме старения 2002 год, вторая Всемирная ассамблея ООН по проблемам старения, Мадрид, 2002 год, одобренный резолюцией 37/51 Генеральной Ассамблеи ООН от 3 декабря 1982 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml

Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей 1991 год, резолюция 46/91 Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1991 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/oldprinc.shtml

1.3. Основные положения гуманитарной политики, руководящие ориентиры и принципы, касающиеся прав человека, защиты и уязвимости

Protecting Persons Affected by Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters 2006, Inter-Agency Standing Committee. (Оперативные руководящие принципы МПК по правам человека и стихийным бедствиям). www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

Inter-agency guiding principles on unaccompanied and separated children 2002, developed by the ICRC, the Office of the UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), the UN Children's Fund (UNICEF), World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee, 2009. (Межучрежденческие руководящие принципы в отношении несопровождаемых и разлученных детей). www.icrc.org/

Пособие по осуществлению гуманитарной деятельности с учетом гендерной проблематики 2006 год, Межучрежденческий постоянный комитет. [http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/Gender%20Handbook%20Russian_full%20w%20covers\[2\].pdf](http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/Gender%20Handbook%20Russian_full%20w%20covers[2].pdf)

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007, Inter-Agency Standing Committee. (Руководящие принципы МПК по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайных ситуаций 2007 года, Межучрежденческий постоянный комитет). www.humanitarianinfo.org/iasc/pagelader.aspx?page=content-subsidi-tf_mhps-default

Минимальные стандарты обращения в чрезвычайных ситуациях, в условиях хронических кризисов и непрерывного восстановления (редакция 2010 год), Межучрежденческая сеть по вопросам образования в чрезвычайных ситуациях (МСОЧС) (официально признанные с 2008 года в качестве дополняющих стандарты проекта «Сфера»).
<http://kg.humanitarianresponse.info/LinkClick.aspx?fileticket=JWTO6RmcrZs%3D&tabid=70&mid=425>
http://www.ineesite.org/assets/Minimum_Standards_2010_Russian.pdf

2. Вооруженные конфликты, международное гуманитарное право и гуманитарная помощь

2.1. Международные договоры и обычное право вооруженных конфликтов, международное гуманитарное право и гуманитарная помощь

Международное гуманитарное право (МГП) определяет границы, когда насильственный конфликт переходит в «вооруженный конфликт», что позволяет применять данный особый правовой режим. Международный комитет Красного Креста является официальным хранителем договоров МГП и предоставляет на своем сайте (www.icrc.org) обширную информацию и ресурсы, включая официальные комментарии к Женевским конвенциям и Дополнительным протоколам к ним, а также нормы исследования обычного гуманитарного права (Customary International Humanitarian Law Study).

2.1.1. Основные договоры МГП

Четыре Женевских конвенции от 1949 год

Дополнительный протокол к Женевским конвенциям, касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов, от 1977 год (Протокол I)

Дополнительный протокол к Женевским конвенциям, касающийся защиты жертв конфликтов немеждународного характера, от 1977 год (Протокол II)
<http://www.cicr.org/Web/rus/siterusO.nsf/html/genevaconventions>

Четыре Женевские конвенции – участниками которых являются все государства и которые также в целом приняты в качестве составной части обычного права – касаются защиты и обращения с ранеными и больными во время войны на суше (I) и на море (II), обращения с военнопленными (III) и защиты гражданских лиц во время вооруженного конфликта (IV). Женевские конвенции применяются в основном к международным вооруженным конфликтам, за исключением общей для всех четырех конвенций статьи 3, касающейся немеждународных конфликтов, и некоторых других элементов, принимаемых в настоящее время в качестве обычного права немеждународных конфликтов. Два Дополнительных протокола 1977 года дополнили конвенции, в частности, дав определения комбатантам и кодифицировав немеждународные конфликты. Ряд государств не присоединился к Дополнительным протоколам.

2.1.2. Международные договоры, касающиеся ограничения или запрещения применения определенных видов оружия и охраны культурных ценностей

Помимо представленного выше «Женевского права», существует совокупность правовых норм, которые часто именуют «Гаагским правом» вооруженных конфликтов. Сюда входит конвенция о защите культурных ценностей и ряд конвенций, касающихся видов оружия, применение которых ограничено или запрещено, включая газы и другие виды химического и биологического оружия, обычное оружие неизбирательного действия или причиняющее излишнее страдание, а также противопехотные наземные мины и кассетные боеприпасы. www.icrc.org/ihlnsf

2.1.3. Обычное МГП

Обычное МГП касается права вооруженных конфликтов, которое принято государствами (что отражено в их заявлениях, политике и практике) в качестве основанных на обычаях норм, применяемых ко всем государствам, независимо от их участия в договорах МГП. Не существует согласованного списка норм обычного права, однако наиболее авторитетным источником их толкования является нижеуказанное исследование.

Обычное международное право. Нормы, МККК, Жан-Мари Хенкертс и Луиза Досвальд-Бек, перевод с английского, Cambridge University Press, 2006 г. <http://www.icrc.org/Web/rus/siterus0.nsf/html/pcustom>

Данное исследование охватывает практически всю область действия права вооруженных конфликтов. В нем представлена 161 конкретная норма и рассматривается вопрос применимости каждой из них в международных и/или в немеждународных вооруженных конфликтах. Методология этого исследования подвергается критике

со стороны некоторых правоведов, однако оно является результатом тщательного исследовательского процесса, длившегося в течение 10 лет и осуществлявшегося в рамках широких консультаций, и получило широкое признание как одно из наиболее авторитетных в области толкования норм обычного права.

2.2. Принципы и руководящие ориентиры ООН и другие официально принятые межправительственные руководящие принципы, касающиеся вооруженных конфликтов, международного гуманитарного права и гуманитарной деятельности

Защита гражданских лиц в вооруженном конфликте. Прямая ссылка в отношении рассмотрения вопросов, касающихся защиты гражданских лиц, 2002 год, в редакции 2003 год (S/PRST/2003/27). <http://daccess-ods.un.org/TMP/3447178.60221863.html>

Этот документ является не резолюцией, обязательной для выполнения государствами, а руководством для Совета Безопасности, касающимся операций по поддержанию мира и чрезвычайных ситуаций конфликтов, подготовленным в рамках проведения консультаций с рядом учреждений ООН и МПК.

Резолюции Совет Безопасности ООН, касающиеся сексуального насилия над женщинами в условиях вооруженного конфликта, в особенности резолюции № 1820 (2008), № 1888 (2009) и № 1889 (2009)

См. все резолюции Совета Безопасности ООН по году принятия и номеру:

www.un.org/russian/document/scresol

2.3. Основные положения гуманитарной политики, руководящие ориентиры и принципы, касающиеся вооруженных конфликтов, международного гуманитарного права и гуманитарной деятельности

Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence 2009, ICRC.

www.icrc.org

3. Беженцы и внутренне перемещенные лиц (ВПЛ)

УВКБ – Агентство ООН по делам беженцев – имеет особые юридические полномочия по защите беженцев в соответствии с конвенцией о статусе беженцев и протоколом к ней. УВКБ было также уполномочено Генеральной Ассамблеей ООН поддерживать связь с государствами в области защиты ВПЛ. На сайте УВКБ представлены обширные ресурсы информации по этому вопросу.

3.1. Междун родные договоры, к с ющиеся беженцев и ВПЛ

Помимо международного договора о статусе беженцев в данный раздел включены также два договора Африканского союза (бывшая Организация африканского единства, ОАЕ), поскольку оба этих документа создали исторические прецеденты

Конвенция о ст тусе беженцев 1951 год (с внесенными изменениями и дополнениями), принятая 28 июля 1951 года Конференцией полномочных представителей по вопросу о статусе беженцев и апатридов и вступившая в силу 22 апреля 1954 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml

Протокол, к с ющийся ст тус беженцев, 1967 год, принятый к сведению Генеральной Ассамблеей ООН в резолюции 2198 (XXI) 2 от 16 декабря 1966 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/refugees_prot.pdf

Это первое международное соглашение, касающееся беженцев, в котором «беженец» определяется как лицо, которое «в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений...».

Орг низ ция фрик нского единств . Конвенция 1969 год по конкретным спект м проблем беженцев в Африке, принятая на 6-ой очередной сессии Ассамблеи глав государств и правительств в Аддис-Абебе 10 сентября 1969 года. <http://www.unhcr.ru/doc/1969-afrika.doc>

Данная конвенция принимает и расширяет определение понятия «беженец», данное в Конвенции о статусе беженцев 1951 года, включая в него лиц, которые были вынуждены покинуть свою страну не только вследствие преследований, но и

вследствие внешней агрессии, оккупации, иностранного господства или событий, серьезно нарушающих общественный порядок. Определение Африканского союза также признает негосударственные группы в качестве преследователей и не требует, чтобы беженцы доказывали прямую связь между собой и будущей угрозой.

Конвенция Африканского союза о защите внутренне перемещенных лиц и о защите им помощи в Африке (Кмпальская конвенция) 2009 год, принятая Специальным саммитом Африканского союза, проходившим в Кампале, Уганда, по состоянию на октябрь 2010 года еще не вступившая в силу.

www.unhcr.org/4ae9bede9.html

Эта первая многосторонняя конвенция, касающаяся ВПЛ. В октябре 2009 года ее подписали 17 государств-членов Африканского союза, но для вступления ее в силу необходимо, чтобы к ней официально присоединились/ратифицировали 15 государств.

3.2. Принципы и руководящие ориентиры ООН и другие официально принятые межправительственные руководящие принципы, касающиеся беженцев и ВПЛ

Руководящие принципы по вопросу о перемещении лиц внутри страны 1998 год, признанные в сентябре 2005 года главами государств и правительств на Всемирном саммите в резолюции 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) Генеральной Ассамблеи ООН в качестве «важной международной основы защиты вынужденных переселенцев».

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/ecn4-1998-53a2.pdf

Данные принципы основываются на положениях международного гуманитарного права и права прав человека и аналогичных нормах права, регулирующих положения беженцев, и призваны служить международными стандартами, которыми следует руководствоваться правительствам, международным организациям и другим соответствующим действующим субъектам при оказании помощи и обеспечении защиты ВПЛ.

4. Чрезвычайные ситуации и гуманитарная помощь

4.1. Международные договоры, касающиеся чрезвычайных ситуаций и гуманитарной помощи

Конвенция о безопасности персонала ООН и связанного с ней персонала 1994 год, принятая резолюцией 49/59 Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1994 года и вступившая в силу 15 января 1999 года.

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/un_personnel_safety.shtml

Фидуциарный протокол к Конвенции о безопасности персонала ООН и связанного с ней персонала, принятый резолюцией A/60/42 Генеральной Ассамблеи ООН от 8 декабря 2005 года и вступивший в силу 19 августа 2010 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prot_safetypersonal.shtml

В данной конвенции обеспечение защиты ограничивается миротворческими операциями ООН, за исключением случаев, когда ООН объявляет о возникновении «особого риска», что на практике является неосуществимым условием. Протокол устраняет этот существенный пробел в конвенции и распространяет правовую защиту на все операции ООН, включая оказание чрезвычайной гуманитарной помощи, миростроительство, предоставление политической помощи и помощи в области развития.

Конвенция об оккупации продовольственной помощи 1999 год, отдельный правовой инструмент, действующий в рамках Международного соглашения по зерну 1995 года, административное управление которым осуществляется Комитетом по продовольственной помощи через секретариат Международного совета по зерну. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/food_aid.shtml

Конвенция в Тампере о предоставлении телекоммуникационных ресурсов для смягчения последствий бедствий и осуществления операций по оккупации помощи 1998 год, одобренная Межправительственной конференцией по вопросам коммуникаций в связи со стихийными бедствиями и вступившая в силу 8 января 2005 года. <http://www.tampere-convention.org>

Рамочная конвенция ООН об изменении климата 1992 год (РКИК), принятая на проходившей в Рио-де-Жанейро 4 – 14 июня 1992 года Конференции ООН по окружающей среде и развитию, одобренная резолюцией 47/195 Генеральной Ассамблеи ООН от 22 декабря 1992 года и вступившая в силу 21 марта 1994 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/climate.pdf

Киотский протокол к рамочной конвенции ООН об изменении климата 1997 год, принятый 11 декабря 1997 года на 3-ей Конференции сторон рамочной конвенции, проходившей в Киото, Япония, и вступивший в силу 16 декабря 2005 года.

<http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kprus.pdf>

http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

РКИК и Киотский протокол были реакцией на неотложную потребность осуществления стратегий приспособления к изменениям климата и снижения риска, а также создания местного потенциала и противодействия бедствиям, в особенности в странах, подверженных стихийным бедствиям. В этих документах подчеркивается важность осуществления стратегий по уменьшению опасности бедствий и управлению риском, особенно в связи с изменением климата.

4.2. Принципы и руководящие ориентиры ООН и другие официально принятые межправительственные руководящие принципы, касающиеся чрезвычайных ситуаций и гуманитарной помощи

Укрепление координации в области чрезвычайной гуманитарной помощи ООН, приложение: Руководящие принципы, резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 46/182 от 19 декабря 1991 года. <http://www.un.org/ru/documents/ods.asp?m=A/RES/46/182>

Принятие этого документа привело к созданию Департамента ООН по гуманитарным вопросам, который в 1998 году был преобразован в Управление по координации гуманитарных вопросов (УКГВ).

Хиогская рамочная программа действий на 2005–2015 годы: Создание потенциала противодействия бедствиям на уровне государств и общин, принятая в 2005 году Всемирной конференцией по уменьшению опасностей бедствий. <http://www.un.org/russian/conferen/wcdr/hyogoframework.pdf>

В этом документе определены стратегии для государств и гуманитарных организаций по принятию мер по уменьшению опасности бедствий при осуществлении программ в области реагирования на чрезвычайные ситуации, восстановления и обеспечения готовности, а также по интеграции этих мер в процесс устойчивого развития и по созданию потенциала противодействия бедствиям.

Руководство по внутригосударственному содействию и регулированию междугосударственной помощи при чрезвычайных ситуациях и помощи в проведении первичных восстановительных работ (IDRL Guidelines) 2007 год, принятое 30-й Международной конференцией Красного Креста и Красного Полумесяца (включая страны-члены Женевских конвенций) http://www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index_ru.asp

4.3. Основные положения гуманитарной политики, руководящие ориентиры и принципы, касающиеся чрезвычайных ситуаций и оказания гуманитарной помощи

Кодекс поведения Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении помощи в случае стихийных бедствий и катастроф (см. приложение 2: кодекс поведения на странице 438).

Основопологающие принципы Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца (1965 г.), принятые 20-й Международной конференцией Красного Креста.

www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

HAP Standards in Humanitarian Accountability 2007, Humanitarian Accountability Partnership (an international self-regulatory body for the humanitarian sector, including certification) (Стандарты, касающиеся гуманитарной подотчетности, организации HAP, являющейся международным органом, регулирующим гуманитарный сектор, в том числе сертификацию).

www.hapinternational.org

Принципы надлежащей практики в области гуманитарного донорства (2003 г.), одобренные Стокгольмской конференцией стран-доноров, учреждений системы ООН, НПО и Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и подписанные Европейской Комиссией и 16 странами. www.goodhumanitarianandonorship.org

Принципы партнерств: заявление об обязательствах (2007 г.), одобренные в июле 2007 года совещанием Глобальной гуманитарной платформы (механизм осуществления диалога между учреждениями системы ООН и гуманитарными организациями, не входящими в систему ООН).

www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html

Приложение 2

Кодекс поведения

Международного движения Красного
Креста и Красного Полумесяца и
неправительственных организаций (НПО)
при осуществлении операций помощи в
случае стихийных бедствий и конфликтов

Подготовлен совместно Международной Федерацией обществ Красного
Креста и Красного Полумесяца и Международным Комитетом Красного
Креста¹

¹ Примечание: Работы при поддержке Комитета Интернационалус*, Catholic Relief Services* (католическая благотворительная организация), Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца*, Международного Альянса Спасения Детей*, Всемирной лютеранской федерации*, Оксфам*, Всемирного совета церквей*, Международного Комитета Красного Креста (* члены Руководящего комитета по оказанию гуманитарной помощи).

Цели

Цель настоящего Кодекса – сохранить наши нормы поведения. Он не содержит оперативных инструкций, например, о том, как рассчитать продовольственную норму или разбить лагерь для беженцев. Задачей Кодекса является поддержание высокого уровня независимости, эффективности и результативности, к которому стремятся осуществляющие оказание помощи при стихийных бедствиях и катастрофах НПО и Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца. Это добровольный Кодекс, соблюдение которого обеспечивается стремлением присоединившейся к нему организации поддерживать изложенные в нем нормы.

В случае вооруженного конфликта настоящий Кодекс поведения будет толковаться и применяться в соответствии с положениями международного гуманитарного права. В начале представлен текст самого Кодекса поведения. Он имеет три приложения с описанием условий работы, которые способствуют эффективному оказанию гуманитарной помощи и создания которых нам хотелось бы ожидать от принимающих государств, государств-доноров и межправительственных организаций.

Определения

НПО: (неправительственные организации) – этот термин в настоящем документе относится к национальным и международным организациям, учрежденным отдельно от правительства страны, в которой они созданы..

НПГО: (неправительственные гуманитарные организации) – термин создан специально для настоящего документа и охватывает составные части Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца – Международный Комитет Красного Креста, Международную Федерацию обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и входящие в нее национальные общества – а также НПО, как они определены выше. В данном Кодексе речь идет о тех НПГО, которые занимаются оказанием помощи при стихийных бедствиях и катастрофах.

МПО: (межправительственные организации) – термин относится к организациям, учрежденным двумя или более правительствами. Таким образом, сюда включаются все организации ООН и региональные организации.

Стихийное бедствие или к т стрóf : событие катастрофического характера, результатом которого является гибель и значительные страдания людей, а также серьезный материальный ущерб.

КОДЕКС ПОВЕДЕНИЯ

Принципы деятельности Международного Крестного Красного и Красного Полумесяца и неправительственных организаций (НПО) при осуществлении программ ликвидации последствий стихийных бедствий и катастроф

1 Приоритет отдается насущным потребностям в гуманитарной помощи

Право получить гуманитарную помощь и оказывать ее является основополагающим гуманитарным принципом, и граждане всех стран должны иметь возможность пользоваться этим правом. Как члены международного сообщества мы признаем свою обязанность предоставлять гуманитарную помощь, где бы в ней ни возникла потребность. Этим обуславливается необходимость беспрепятственного доступа к пострадавшему населению, что является крайне важным при выполнении этой обязанности. Основная цель нашей деятельности по оказанию помощи в условиях стихийных бедствий и катастроф состоит в облегчении страданий людей, которые менее всего способны противостоять стрессу, вызываемому стихийными бедствиями и катастрофами. Предоставление нами гуманитарной помощи не является выражением пристрастий или политическим актом и не должно рассматриваться в качестве такового.

2 Помощь предоставляется независимо от расы, вероисповедания или национальности того, кто ее получает, и без каких-либо различий неблагоприятного характера. Очередность предоставления помощи определяется только потребностями

Во всех случаях, когда это возможно, при предоставлении помощи мы будем основываться на тщательной оценке потребностей населения, пострадавшего в результате стихийного бедствия или катастрофы, и оценке существующих на местах возможностей для удовлетворения этих потребностей. Во всех наших программах найдут отражение соображения соразмерности. Где бы ни имели место страдания людей, мы должны эти страдания облегчить; жизнь имеет такую же ценность в одной части страны, как и в другой. Таким образом, предоставляемая нами помощь будет отражать степень страданий, которая она предназначена облегчить. При осуществлении этого подхода мы признаем ту важнейшую роль, которую играют женщины там, где особенно высока вероятность стихийных бедствий и катастроф. Нашими программами помощи будет обеспечена поддержка этой роли, а не ее снижение. Такая универсальная, беспристрастная и независимая политика может быть эффективна, только если мы и наши партнеры будем иметь доступ к

необходимым ресурсам для обеспечения беспристрастной помощи и доступ ко всем жертвам катастрофы без каких-либо различий.

3 Помощь не будет использоваться для поддержки какой-либо политической или религиозной позиции

Гуманитарная помощь будет предоставляться в соответствии с потребностями отдельных лиц, семей или групп населения. Несмотря на право неправительственных гуманитарных организаций (НПГО) придерживаться определенных политических или религиозных точек зрения, мы твердо заявляем, что помощь не будет зависеть от приверженности той или иной точки зрения получающих ее лиц. Мы не будем обуславливать обещание, поставку и распределение помощи приверженностью определенной политической точке зрения или вероисповеданию либо их принятием.

4 Мы будем стремиться к тому, чтобы не выступать в качестве орудия внешней политики правительства

НПГО являются организациями, действующими независимо от правительств. Поэтому мы сами определяем свою политику и стратегию ее проведения и не стремимся проводить в жизнь политику какого-либо правительства, за исключением тех случаев, когда она совпадает с нашей собственной независимой политикой. Мы никогда сознательно или в результате недосмотра не позволим, чтобы мы сами или наши сотрудники использовались для сбора информации политического, военного или экономического характера для правительств или других органов, информации, которая может служить иным целям, нежели строго гуманитарным. Мы также не будем выступать в качестве орудия проведения внешней политики правительств, которые оказывают нам материальную поддержку. Мы будем использовать помощь, которую получаем, для удовлетворения существующих потребностей, и эта помощь не должна предоставляться вследствие необходимости избавиться от излишков каких-либо принадлежащих донору товаров или быть продиктована политическими интересами какого-либо донора. Мы ценим и поощряем работу добровольцев и добровольную финансовую помощь со стороны отдельных лиц для поддержки нашей деятельности и признаем независимость таких действий, основанных на добровольности. Для того, чтобы сохранить нашу независимость, мы будем стремиться к тому, чтобы не полагаться на какой-либо один источник финансирования.

5 Мы должны с уважением относиться к культуре и обычаям

Мы будем стараться с уважением относиться к культуре, внутренней организации и обычаям отдельных групп населения и стран, в которых мы работаем.

6 Мы должны пытаться действовать во время стихийных бедствий или к т строф, опираясь на местные возможности

У всех людей и сообществ – даже во время стихийных бедствий и катастроф – есть как уязвимые стороны, так и определенные возможности. Там, где позволяет ситуация, мы будем укреплять эти возможности, пользуясь услугами местного персонала, приобретая материалы, имеющиеся на местном рынке, и совершая торговые операции с местными компаниями. Там, где это возможно, мы будем осуществлять свою деятельность через местные НПО, которые должны быть нашими партнерами по планированию и осуществлению действий во время стихийных бедствий и катастроф, а также сотрудничать с местными правительственными структурами там, где это уместно. Мы будем считать первоочередной задачей должную координацию наших действий в чрезвычайных ситуациях. В странах, где произошло стихийное бедствие или катастрофа, это наилучшим образом могут осуществить те, кто принимает непосредственное участие в операциях по оказанию помощи, включая представителей соответствующих организаций ООН.

7 Необходимо идти пути привлечения лиц, в интересах которых осуществляется прогресс, к участию в организации операций по оказанию гуманитарной помощи

Гуманитарную помощь при стихийных бедствиях и катастрофах ни в коем случае не следует навязывать тем, для кого она предназначена. Эффективное оказание гуманитарной помощи и восстановление нормальной жизни наиболее достижимы, если в разработке, организации и осуществлении программы по оказанию помощи принимают участие те, в чьих интересах она осуществляется. Мы будем стремиться к тому, чтобы все жители пострадавшего района участвовали в наших программах по оказанию гуманитарной помощи и восстановлению.

8 При оказании гуманитарной помощи необходимо стремиться не только удовлетворить основные потребности, но и снизить уязвимость по отношению к стихийным бедствиям и к т строфам в будущем

Все акции по оказанию гуманитарной помощи сказываются на перспективах долгосрочного развития либо положительным, либо отрицательным образом. Признавая это, мы будем стремиться осуществлять такие программы по оказанию гуманитарной помощи, которые существенно уменьшают уязвимость лиц, получающих помощь, по отношению к будущим стихийным бедствиям или катастрофам, и содействуют созданию для них возможностей самостоятельно удовлетворять свои потребности. При разработке и организации программ по оказанию гуманитарной помощи мы будем уделять особое внимание вопросам охраны окружающей среды. Мы также будем стремиться свести к минимуму отри-

цательные последствия гуманитарной помощи, стараясь не допускать длительной зависимости от помощи, поступающей извне..

9 Мы подотчетны к к перед теми, кому н мерены ок з ть помощь, т к и перед теми, от кого получ ем средств

Мы часто выступаем в качестве официального посредника между теми, кто желает оказать помощь, и теми, кто нуждается в помощи при стихийных бедствиях и катастрофах. Поэтому мы подотчетны перед обеими сторонами. Все наши отношения с донорами и с получающими помощь должны строиться по принципу открытости и гласности. Мы признаем необходимость предоставлять информацию о нашей деятельности – как о ее финансовой стороне, так и об ее эффективности. Мы признаем обязательство обеспечивать соответствующий контроль за распределением помощи и проводить регулярную оценку результатов оказания помощи при стихийных бедствиях и катастрофах. Мы также будем открыто предоставлять информацию о результатах нашей работы и о факторах, ограничивающих или, напротив, повышающих ее эффективность. Наши программы будут осуществляться на высоком уровне профессионализма и компетентности, чтобы свести к минимуму бесполезное расходование ценных ресурсов.

10 В н шей информ ционной и рекл мной деятельности лиц , постр д вшие в результ те стихийных бедствий и к т строф, должны призн в ться обл - д ющими достоинством личностями, не объектом ж лости

Никогда не должно утрачиваться уважение к жертвам стихийных бедствий и катастроф, они – равноправные партнеры при осуществлении деятельности. В нашей информации для общественности мы должны давать объективную картину ситуации, подчеркивать возможности и устремления пострадавших в результате стихийного бедствия или катастрофы, а не только говорить об их уязвимости и страхе. Мы будем сотрудничать со средствами массовой информации для того, чтобы усилить ответную реакцию общественности, но при этом не допустим, чтобы желание привлечь к себе внимание как со стороны самой гуманитарной организации, так и вне ее, возобладало над принципом оказания гуманитарной помощи в максимально возможном объеме. Мы будем избегать соперничества с другими организациями, оказывающими помощь во время стихийного бедствия или катастрофы, за освещение в средствах массовой информации, если последнее может нанести ущерб деятельности в интересах жертв, или безопасности наших сотрудников, или тех, кто является получателем помощи.

Условия р боты

Согласившись в одностороннем порядке делать все возможное для соблюдения вышеизложенного Кодекса, мы прилагаем некоторые указания относительно условий работы, создания которых нам хотелось бы ожидать от правительств-доноров, принимающих правительств и межправительственных организаций (в основном организаций ООН), и которые позволили бы МПО эффективно участвовать в оказании помощи при стихийных бедствиях и катастрофах. Эти указания имеют силу рекомендации. Они не являются юридически обязательными, и мы не предлагаем правительствам и МПО подтверждать принятие этих указаний подписанием какого-либо документа, хотя можно поставить такую задачу на будущее. Указания составлены на основе принципов открытости и взаимопомощи, что поможет нашим партнерам понять, к какому идеалу в отношениях с ними мы стремимся.

Приложение I: Рекоменд ции пр вительств м стр н, постр д вших в результ те стихийных бедствий или к т строф

1 Пр вительств должны призн в ть и ув ж ть нез висимый, гум нит рный и беспристр стный х р ктер деятельности НПО

НПО являются независимыми учреждениями. Правительства принимающих стран должны уважать их независимость и беспристрастность.

2 Пр вительств приним ющих стр н должны нез медлительно предост влять НПО доступ к постр д вшим в результ те стихийного бедствия или к т строфы

Чтобы НПО могли действовать в полном соответствии со своими гуманитарными принципами, необходимо незамедлительно и без какой-либо предвзятости предоставить им доступ к пострадавшим в результате стихийного бедствия или катастрофы для оказания гуманитарной помощи. Долг принимающего правительства в рамках исполнения обязанностей, налагаемых на суверенное государство, — не препятствовать оказанию такой помощи и стоящей вне политики деятельности НПО. Принимающие правительства должны обеспечить незамедлительный въезд персонала, занимающегося оказанием помощи, в первую очередь снятием требований о транзитных, въездных и выездных визах или обеспечением их быстрой выдачи. Правительства должны выдать разрешение на перелет и право на посадку самолетам, осуществляющим перевозку предметов гуманитарной помощи и персонала на период экстренного оказания гуманитарной помощи.

3 Пр вительств должны способствов ть своевременному поступлению пред-метов гум нит рной помощи и информ ции в период стихийных бедствий и к т строф

Предметы гуманитарной помощи и необходимая для ее оказания техника ввозятся в страну единственно с целью облегчить страдания людей, а не ради какой-либо коммерческой выгоды или прибыли. Как правило, должно быть разрешено бесплатное и неограниченное прохождение таких предметов, на которые не налагались бы требования о наличии консульских сертификатов о происхождении или накладных, лицензий на экспорт и импорт и другие ограничения, и с которых не взимались бы налоги на импорт, посадочные или портовые сборы. Принимающие правительства должны облегчать временный ввоз необходимой для оказания гуманитарной помощи техники, включая автомобили, легкие самолеты и радио-телевизионную аппаратуру, временно снимая лицензионные и регистрационные ограничения. Правительства также не должны налагать ограничения на обратный вывоз техники по окончании операции по оказанию помощи. Чтобы облегчить обмен информацией при стихийном бедствии или катастрофе, принимающим правительствам предлагается выделить определенные радиочастоты, которыми организации, оказывающие помощь, могли бы пользоваться для обмена информацией по стихийному бедствию или катастрофе в пределах и за пределами данной страны. Следует заранее сообщить эти частоты всем, кто так или иначе связан с деятельностью по реагированию на стихийные бедствия и катастрофы. Правительства должны предоставить персоналу, занимающемуся оказанием помощи при стихийных бедствиях и катастрофах, полномочия на использование всех видов связи, необходимых для проведения соответствующих операций.

4 Пр вительств должны стремиться созд ть хорошо н л женные службы информ ции и пл ниров ния в р мк х прогр мм ликвид ции последствий стихийных бедствий и к т строф

Основная ответственность за общее планирование и координацию деятельности по оказанию помощи лежит на принимающем правительстве. Планирование и координация могут быть значительно улучшены, если НПГО предоставляется информация о потребностях в гуманитарной области и об используемой правительством системе планирования и оказания помощи, равно как и информация о возможных угрожающих их безопасности ситуациях, с которыми они могут столкнуться. Правительствам предлагается снабжать НПГО такого рода информацией. Чтобы способствовать эффективной координации усилий по оказанию помощи и извлечению из них максимальной пользы, принимающим правительствам предлагается заранее указать, через кого прибывающие в страну НПГО могли бы осуществлять постоянную связь с государственными властями.

5 Ок з ние гум нит рной помощи в ситу ции вооруженных конфликтов

В ситуации вооруженных конфликтов деятельность по оказанию помощи регулируется соответствующими положениями международного гуманитарного права.

Приложение II: Рекоменд ции пр вительств м и донор м

1 Пр вительств -доноры должны призн в ть и ув ж ть нез висимый, гум - нит рный и беспристр стный х р ктер деятельности НПГО

НПГО являются независимыми структурами, и правительства-доноры должны уважать их независимость и беспристрастность. Правительства-доноры не должны использовать НПГО в каких-либо политических либо идеологических целях.

2 Предост вляя средств , пр вительств -доноры должны г р нтиров ть НПГО нез висимость действий

Принимая финансовую и материальную помощь от правительств-доноров, НПГО придерживаются тех же принципов, что и при оказании помощи пострадавшим от стихийных бедствий и катастроф, то есть принципов гуманности и беспристрастности. Основную ответственность за оказание помощи несет НПГО, поэтому НПГО будет осуществлять данную деятельность в соответствии со своими установками.

3 Пр вительств -доноры должны проявлять добрую волю в том, что к с - ется предост вления НПГО доступ к постр д вшим от стихийных бедствий и к т строф

Правительства - доноры должны сознавать, что им необходимо брать на себя определенную долю ответственности за безопасность и свободу доступа сотрудников НПГО к месту катастрофы или стихийного бедствия. Они должны быть готовы вести при необходимости дипломатические переговоры с принимающими государствами по этим вопросам.

Приложение III: Рекомендации межправительственным организациям

1 МПО должны высоко ценить в качестве партнеров НПО, как местные, так и из зарубежных

Чтобы наиболее эффективно оказывать помощь при стихийных бедствиях и катастрофах, НПО хотели бы сотрудничать с ООН и другими межправительственными организациями. Это сотрудничество осуществляется в духе партнерства, что предполагает уважение целостности и независимости всех партнеров. Межправительственные организации должны уважать независимость и беспристрастность НПО. Разрабатывая планы оказания помощи, органам ООН необходимо консультироваться с НПО.

2 МПО должны содействовать принимающим государствам в том, чтобы обеспечить общую координацию действий по оказанию помощи при стихийных бедствиях и катастрофах как на международном, так и на местном уровнях

Как правило, НПО не обладают полномочиями на то, чтобы осуществлять общую координацию действий по оказанию помощи при стихийных бедствиях и катастрофах, требующих реакции со стороны международного сообщества. Ответственность за подобную координацию лежит на принимающем государстве и на соответствующих руководящих органах ООН. Они призываются к тому, чтобы осуществлять своевременную и эффективную координацию данной деятельности в интересах пострадавшего государства и лиц, занимающихся оказанием помощи при стихийных бедствиях или катастрофах на национальном и международном уровнях. В любом случае НПО должны предпринимать все возможные усилия для обеспечения эффективной координации собственных действий. В ситуации вооруженного конфликта деятельность по оказанию помощи регулируется соответствующими положениями международного гуманитарного права.

3 МПО должны распространять и НПО меры по обеспечению безопасности и предостережению жизни, принимаемые в интересах организаций, входящих в ООН

При необходимости меры безопасности, принимаемые в интересах межправительственных организаций, должны распространяться на их партнеров по работе из числа НПО.

4 МПО должны предоставлять НПО тот же доступ к необходимой информации, к которой предоставляется организациям ООН

МПО предлагается делиться всей информацией, могущей способствовать эффективному выполнению программ реагирования на стихийные бедствия и катастрофы, со своими партнерами по работе из числа НПО.

Приложение 3

Список сокращений

ACT	основанная на артемизинине комбинированная терапия (АКТ)
ALNAP	Активная учебная сеть в целях обеспечения подотчетности и эффективности гуманитарной деятельности
ART	антиретровирусная терапия (АРТ)
ARV	антиретровирусный (АРВ)
BEmOC	базовая неотложная акушерская помощь
BMI	индекс массы тела
BMS	заменители грудного молока (ЗГМ)
BTS	служба переливания крови
CDC	Центры по контролю заболеваемости
CE-DAT	База данных по сложным чрезвычайным ситуациям
CEDAW	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
CEmOC	комплексная неотложная акушерская помощь
CFR	показатель летальности
CHW	работник службы коммунального здравоохранения
CIHL	обычное международное гуманитарное право
cm	сантиметр (см)
CMR	общий коэффициент смертности (ОКС)
CRC	Конвенция о правах ребенка
CRPD	Конвенция о правах инвалидов
CRS	Католическая служба помощи
CTC	центр лечения холеры (ЦЛХ)
DAC	Комитет содействия развитию (КСР)
DPT	дифтерия, коклюш, столбняк
ECB	Наращивание потенциала в области оказания помощи в ЧС (проект)

ENA	Оценка питания в чрезвычайных ситуациях
EPI	Расширенная программа иммунизации (РПИ)
ETAT	Экстренная сортировка, диагностика и лечение
EWARN	раннее предупреждение
FANTA	Техническая помощь в области продовольствия и питания
FAO	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН (ФАО)
FTE	работающий полную неделю
GMO	генетически модифицированный организм (ГМО)
HAP	Партнерство в целях обеспечения подотчетности гуманитарной деятельности
HIS	информационная система здравоохранения
IASC	Межучрежденческий постоянный комитет (МПК)
ICC	Международный уголовный суд (МУС)
ICCPR	Международный пакт о гражданских и политических правах
ICERD	Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации
ICESCR	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
ICRC	Международный комитет Красного Креста (МККК)
ICVA	Международный совет добровольных учреждений (МСДУ)
IDLO	Международная организация по праву развития
IDP	внутренне перемещенное лицо (ВПЛ)
IFE	питание детей грудного и младшего возраста при ЧС
IFPRI	Международный исследовательский институт по разработке продовольственной политики (МИИПП)
IFRC	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКК)
IGC	Международный совет по зерну
IHL	международное гуманитарное право (МГП)
IMAI	Интегрированное ведение болезней взрослых
IMCI	Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ)
IMPAC	Интегрированное ведение беременности и родов (ИББР)
INEE	Межучрежденческая сеть по вопросам образования в чрезвычайных ситуациях (МСОЧС)
IPC	профилактика инфекций и инфекционный контроль
IRS	распыление инсектицидов остаточного действия внутри помещений
ISPO	Международное общество протезистов и ортопедов

IYCF	кормление детей грудного и младшего возраста
km	километр (км)
LBW	низкая масса тела при рождении
LEDS	светодиоды
LEGS	Руководящие принципы и стандарты оказания помощи в ЧС по спасению домашнего скота
LLIN	противомоскитные сетки, обработанные инсектицидами длительного действия
MISP	Миниматрство здравоохранения
MSF	«Врачи без границ»
MUAC	окружность по середине плеча
NCDs	неинфекционные заболевания
NCHS	Национальный центр медицинской статистики
NFI	непродовольственные товары
NGO	неправительственная организация (НПО)
NICS	Информационная система по питанию в кризисных ситуациях
NRC	Совет по делам беженцев Норвегии
NTU	нефелометрические стандарты мутности
OAU	Организация африканского единства (ОАЕ) (в настоящее время Африканский союз)
OCHA	Управление по координации гуманитарных вопросов ООН (УКГВ)
OECD	Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)
OHCHR	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ)
ORS	оральные регидрационные соли (ОРС)
ПАНО	Панамериканская организация здравоохранения
PEP	постконтактная профилактика
PLHIV	люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ)
PLWHA	люди, живущие с ВИЧ и СПИДом
PMTCT	профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
PoUWT	обработка воды в точке пользования
Q&A	качество и подотчетность
RH	репродуктивное здоровье (РЗ)
RNI	нормы потребления питательных веществ
SCM	управление цепочкой поставок
SEEP	Образование и содействие малым предприятиям (сеть)
SMART	Стандартизированный мониторинг и оценка оказания помощи в ЧС и переходные периоды

STIs	инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)
TB	туберкулез
TIG	противостолбнячный иммуноглобулин
U5MR	коэффициент смертности среди детей в возрасте до 5 лет
UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UN	Организация Объединенных Наций (ООН)
UNAIDS	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
UNFCCC	Рамочная конвенция ООН об изменении климата (РКИК)
UNFPA	Фонд ООН для деятельности в области народонаселения (ЮНФПА)
UNHCR	Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ) (Агентство ООН по делам беженцев)
UNICEF	Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)
USAID	Агентство США по международному развитию
VCA	анализ уязвимости и возможностей
VIP	усовершенствованный вентилируемый надворный туалет)
WASH	водоснабжение, санобеспечение и содействие соблюдению гигиены
WEDC	Центр водного инжиниринга и развития
WFH	масса тела – рост
WFP	Мировая продовольственная программа (МПП)е
WHA	Всемирная ассамблея здравоохранения (ВАЗ)
WHO	Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)
WSP	план безопасности воды

Алф витный ук з тель



А

Административные помещения 304, 306

Амбулаторные пациенты 153, 415

Анализ 7, 13, 17, 37, 39, 41, 44, 58, 60, 66, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 86, 99, 101, 119, 120, 167, 170, 172, 177, 178, 180, 181, 182, 204, 207, 208, 214, 217, 225, 227, 228, 230, 239, 240, 242, 243, 251, 252, 255, 256, 262, 265, 266, 267, 269, 274, 291, 293, 295, 315, 317, 323, 349, 351, 366, 367, 379, 380, 381, 382, 385, 452

Антиретровирусная терапия 18, 217, 395, 449

Арибофлавиноз 204

Ассенизация 94, 95, 96, 103, 108, 118, 123, 124, 125, 127, 129, 134, 144, 149, 159, 160, 306, 374

Б

Базовые стандарты iv, 1, 2, 4, 6, 7, 37, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 69, 96, 164, 171, 240, 262, 286, 292, 293, 297, 322, 346, 350

Бедствие см. ЧС vi, 1, 12, 27, 43, 61, 63, 78, 88, 97, 165, 167, 168, 287, 300, 315, 347, 348, 373, 397, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 442, 443, 444, 445, 446

Беженцы vi, 18, 24, 25, 26, 99, 132, 166, 252, 339, 382, 383, 388, 407, 417, 424, 433, 434, 439, 451, 452

Безопасность iv, 1, 2, 4, 6, 9, 11, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 38, 39, 44, 45, 46, 69, 71, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 86, 97, 99, 100, 101, 105, 109, 110, 111, 116, 117, 122, 123, 124, 126, 128, 136, 137, 141, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 195, 198, 199, 200, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 262, 274, 276, 277, 279, 287, 288, 289, 293, 295, 297, 298, 299, 300, 301, 305, 306, 307, 309, 310, 312, 315, 316, 321, 323, 324, 328, 329, 330, 332, 333, 337, 346, 347, 348, 351, 354, 358, 362, 364, 366, 374, 383, 390, 392, 401, 402, 403, 406, 408, 435, 443, 445, 446, 447, 452

Беременные женщины 126, 131, 170, 252, 268, 270, 326, 375, 388, 390, 392

Беспристрастность 17, 24, 43, 224, 227, 231, 371, 446, 447

Биологическое оружие 431

Больницы 44, 152, 120, 347, 354, 357, 375, 403, 409, 410

Борьба с переносчиками инфекций 18, 49, 78, 94, 95, 96, 98, 103, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 150, 159, 160, 197, 216, 246, 263, 307,

312, 313, 325, 345, 365, 366, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 383, 387, 394

В

Вакцинация 263, 373, 374, 383, 384, 385, 386, 388, 395

Ваучеры 12, 48, 110, 162, 163, 164, 167, 170, 178, 187, 195, 200, 206, 208, 210, 221, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 255, 280, 291, 299, 320, 321, 323, 336, 340, 364

Вентиляция 289, 308, 312, 329, 358

Витамин D 182, 189, 190, 191, 197, 203, 204, 205, 214, 263, 270, 272, 384, 385

Витамин А 182, 189, 190, 191, 197, 203, 204, 205, 214, 263, 270, 384, 385

Витамин С 182, 189, 190, 191, 197, 203, 204, 205, 214, 263, 270, 384, 385

Витамины 180, 216

Власти 6, 7, 23, 35, 41, 42, 44, 47, 48, 60, 67, 68, 70, 73, 77, 80, 81, 137, 140, 142, 146, 175, 228, 229, 242, 249, 296, 297, 303, 313, 315, 316, 324, 332, 334, 406

Влияние на окружающую среду 16, 62, 69, 78, 176, 178, 179, 195, 200, 226, 236, 239, 242, 245, 250, 252, 253, 256, 257, 326, 348, 353, 406

Внутренне перемещенные лица (ВПЛ) 424, 433

Водоснабжение iv, 1, 2, 4, 8, 68, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 139, 141, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 151, 158, 167, 171, 189, 192, 220, 238, 292, 298, 301, 304, 320, 321, 348, 373, 374, 383, 452

Войны 78, 166, 428, 431

Вооруженные группировки 16, 18

Вооруженные силы 12, 45, 46, 69, 406

Вред 7, 14, 16, 20, 32, 33, 34, 38, 39, 43, 44, 64, 79, 106, 141, 215, 226, 231, 240, 253, 329, 377, 399, 401, 402

Временное жилье v, 4, 68, 134, 143, 144, 171, 274, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 299, 300, 301, 303, 307, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 348, 359, 373, 374, 408

Вспышки 117, 132, 182, 263, 346, 357, 358, 365, 373, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 387, 388, 410, 411

Вши 130, 132, 133, 154

Выгребные ямы 123, 124, 126, 135, 139, 144

Г

Гендерное насилие 36, 46, 47, 49, 51, 72, 73, 99, 101, 172, 234, 293, 351

Гепатит 139, 142, 154, 358, 392, 411, 413

Гигиена iv, 1, 2, 4, 8, 14, 68, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 120, 121, 123, 124, 126, 129, 133, 134, 138, 139, 141, 143, 145, 146, 147, 149, 154, 155, 158, 171, 189, 192, 218, 236, 237, 288, 301, 305, 320, 321, 322, 323, 335, 360, 374, 383, 408, 452

Гигиена питания 236, 237

Готовность iv, 5, 11, 14, 16, 59, 60, 72, 79, 86, 94, 99, 162, 170, 186, 205, 284, 291, 301, 316, 323, 349, 368, 378, 379, 436

Грудное вскармливание 184, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 197, 198, 200, 201, 202, 262, 263, 264, 266

Грудное молоко 185, 186, 187, 188, 189, 190, 221, 263, 276, 449

Грызунуы 132, 133, 134, 140, 224

Гуманитарная помощь ii, iii, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 92, 94, 97, 138, 140, 142, 144, 156, 160, 162, 165, 174, 175, 186, 236, 238, 240, 242, 244, 246, 248, 250, 252, 254, 256, 276, 282, 284, 287, 322, 324, 326, 328, 332, 342, 344, 347, 348, 355, 394, 396, 398, 400, 402, 404, 405, 406, 424, 430, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446

Гуманитарная хартия ii, iii, iv, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 17, 22, 23, 24, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 42, 43, 44, 59, 77, 78, 97, 164, 165, 286, 287, 346, 347

Гуманитарные организации 6, 7, 10, 11, 12, 22, 23, 24, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 52, 60, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 80, 81, 85, 97, 99, 100, 165, 170, 171, 223, 226, 287, 291, 292, 347, 350, 392, 406, 418, 436, 439, 441

Д

Данные 22, 24, 30, 33, 35, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 102, 106, 115, 119, 121, 128, 132, 135, 137, 146, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 194, 195, 199, 200, 208, 212, 227, 262, 267, 268, 271, 294, 332, 348, 349, 351, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 375, 380, 382, 384, 385, 387, 404, 406, 408, 409, 410, 411, 434, 449

Девочки 17, 24, 36, 46, 59, 65, 70, 73, 77, 88, 99, 110, 112, 126, 128, 129, 146, 153, 178, 253, 281, 325, 341

Дезинфекция 118, 148, 155, 156

Денежная помощь v, 12, 164, 244, 296

Дети v, 13, 16, 18, 19, 36, 40, 46, 47, 49, 51, 64, 65, 72, 73, 74, 77, 85, 86, 89, 101, 107, 108, 110, 112, 116, 121, 125, 126, 127, 133, 140, 147, 153, 162, 163, 164, 168, 169, 170, 172, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196,

197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 220, 221, 234, 235, 237, 238, 254, 256, 262, 263, 265, 266, 267, 270, 273, 275, 278, 279, 288, 293, 306, 310, 314, 325, 326, 327, 330, 333, 334, 336, 337, 345, 346, 348, 351, 356, 366, 367, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 384, 385, 386, 387, 388, 394, 401, 406, 407, 409, 410, 411, 412, 414, 420, 425, 426, 427, 429, 450, 451, 452

Дети младше 5 лет 372, 409, 410, 412

Дети, нуждающиеся в особом уходе 47

Дефицит железа 270

Дефицит йода 270

Дефицит микронутриентов 162, 163, 164, 168, 170, 182, 183, 190, 192, 193, 198, 201, 203, 204, 205, 212, 214, 216, 269, 270, 281, 387

Диагноз 377, 381, 382, 411, 412

Диарея 112, 116, 117, 118, 128, 130, 134, 135, 154, 197, 203, 205, 217, 357, 373, 376, 386, 388, 409, 410, 411, 412

Дифтерия 386, 387, 388, 399, 411, 413, 449

Домашний скот v, 14, 114, 115, 148, 152, 158, 167, 247, 248, 249, 250, 256, 257, 259, 291, 304, 318, 451

Домохозяйство 111, 112, 118, 119, 121, 125, 128, 132, 139, 140, 141, 156, 167, 168, 169, 170, 171, 176, 188, 197, 217, 221, 230, 231, 232, 236, 237, 247, 251, 252, 261, 300, 307, 308, 310, 311, 314, 327, 328, 329, 330, 331, 333, 337, 338, 353, 375

Дренаж 95, 96, 98, 103, 117, 124, 125, 130, 134, 135, 143, 144, 145, 151, 159, 305, 306, 319, 374

Ж

Желтуха 411, 412

Женевские конвенции 25, 166, 431, 436

Женщины 17, 18, 24, 36, 40, 46, 59, 64, 65, 70, 73, 74, 77, 83, 85, 88, 99, 101, 107, 109, 110, 112, 116, 120, 121, 125, 126, 128, 129, 131, 133, 146, 149, 170, 172, 176, 178, 187, 188, 189, 212, 213, 215, 216, 220, 229, 231, 232, 233, 234, 237, 238, 241, 243, 245, 251, 252, 253, 254, 256, 258, 265, 268, 270, 271, 273, 281, 293, 303, 304, 314, 325, 326, 331, 334, 335, 337, 339, 341, 351, 356, 361, 370, 375, 388, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 406, 426, 427, 440, 449

Жилье v, 1, 2, 4, 8, 14, 36, 48, 51, 68, 98, 134, 143, 144, 171, 239, 274, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 339, 348, 359, 373, 374, 408

З

Заболевание см. Болезнь 18, 86, 97, 98, 99, 100, 101, 104, 106, 113, 115, 117, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 142, 150, 155, 169, 172, 192, 195, 197, 202, 203, 204, 205, 216, 217, 263, 293, 300, 307, 312, 329, 345, 346, 348, 349, 351, 354, 357, 358, 362, 365, 366, 368, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 393, 398, 403, 404, 405, 407, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 419, 420, 421, 451

Заболевания, передающиеся через воду 95, 96, 98, 133, 154

Загрязнение 17, 116, 121, 125, 126, 140, 143, 237, 247

Засуха 16, 74, 115, 167, 210, 248, 249, 257

Захоронение 228

Здравоохранение в, 19, 53, 68, 72, 73, 99, 135, 142, 147, 166, 180, 185, 189, 192, 193, 195, 196, 197, 199, 201, 202, 203, 204, 214, 216, 218, 221, 228, 256, 264, 270, 296, 301, 305, 312, 315, 322, 333, 336, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 376, 377, 378, 379, 380, 383, 384, 386, 387, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 397, 398, 399, 400, 401, 403, 405, 407, 408, 416, 418, 419, 449, 450, 451, 452

Землетрясения 167, 297, 300, 349, 397

Злоупотребления 7, 40, 76, 78, 233

И

Изменения климата 79, 179, 315, 318

Инвалидность 19, 20, 25, 51, 61, 89, 146, 169, 211, 217, 341, 356, 397, 399, 425

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) 98, 103, 123, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 140, 150, 151, 202, 205, 267, 307, 337, 356, 373, 374, 379, 384, 389, 391, 392, 393, 394, 395, 399, 405, 452

Инфекционные заболевания 18, 49, 130, 136, 142, 197, 216, 263, 313, 345, 346, 348, 349, 354, 357, 358, 365, 366, 370, 373, 376, 377, 378, 379, 381, 383, 387, 403, 417, 420

Источники воды 114, 115, 118, 119, 121, 133, 148, 228

К

Качество ii, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 56, 59, 60, 64, 67, 68, 73, 74, 79, 80, 81, 82, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 158, 162, 164, 167, 170, 171, 172, 181, 182, 195, 196, 197, 200, 211, 220, 222, 223, 225, 226, 230, 238, 246, 249, 250, 261, 269, 279, 284, 293, 308, 313, 316, 319, 344, 348, 350, 364, 367, 377, 380, 383, 391, 400, 408, 451

Кластер 36, 227

Клиницисты 360, 413, 415

Кодекс поведения 1, 2, 437, 438, 439

Количество воды 95, 96, 113, 114, 115, 120, 121, 147, 152

Комары 126, 130, 131, 132, 134, 135, 154, 375, 376

Компенсация 34, 48

Конфиденциальная информация 40, 41, 44

Конфликт ii, в, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 42, 44, 45, 46, 59, 60, 61, 62, 71, 73, 76, 78, 98, 148, 166, 207, 226, 228, 245, 262, 298, 300, 301, 303, 334, 347, 370, 373, 380, 397, 424, 425, 430, 431, 432, 439, 446, 447

Координация в, 5, 7, 12, 20, 27, 56, 58, 66, 67, 68, 69, 87, 100, 108, 111, 170, 171, 185, 226, 292, 297, 332, 344, 346, 349, 350, 368, 369, 383, 389, 400, 436, 445, 447, 451

Кормление 162, 163, 164, 169, 170, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 194, 198, 205, 211, 215, 218, 220, 221, 235, 237, 238, 262, 266, 278, 304, 374, 387, 394, 451

Кормящие грудью матери 188, 197, 202

Корь 101, 172, 182, 203, 205, 216, 263, 293, 351, 373, 376, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 409, 410, 411, 412, 413

Л

Лагерь 38, 40, 43, 45, 73, 99, 109, 134, 155, 194, 199, 210, 231, 284, 289, 290, 295, 298, 302, 306, 367, 382, 383, 384, 388, 411, 439

Лекарственные средства 362, 363, 364, 377, 381, 387, 404, 405, 408, 417

Летальность 366, 379, 383, 384, 415, 449

Личная гигиена 103, 110, 113, 120, 133, 154, 321, 322, 335

Люди, живущие с ВИЧ iii, 4, 13, 18, 19, 22, 23, 24, 33, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 59, 60, 61, 64, 73, 78, 79, 98, 101, 108, 112, 114, 116, 121, 126, 131, 133, 134, 142, 143, 149, 150, 172, 182, 194, 195, 210, 212, 213, 217, 234, 238, 268, 273, 289, 293, 295, 297, 298, 304, 313, 326, 327, 351, 361, 370, 389, 394, 395, 397, 439, 440, 445, 451

Люди, пострадавшие от ЧС см. Пострадавшее население iii, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 30, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 94, 98, 99, 101, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 149, 150, 162, 166, 172, 177, 182, 186, 192, 194, 195, 199, 204, 206, 208, 210, 212, 213, 215, 217, 219, 230, 231, 234, 238, 240, 243, 244, 251, 255, 258, 259, 262, 263, 268, 269, 273, 284, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298,

299, 300, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 321, 324, 325, 326, 327, 330, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 344, 348, 350, 351, 355, 356, 361, 363, 364, 367, 370, 385, 386, 389, 392, 394, 395, 397, 406, 439, 440, 445, 451

Люди с ограниченными возможностями см. Инвалиды ii, iii, iv, v, 4, 6, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 49, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 73, 77, 78, 79, 82, 85, 90, 100, 101, 106, 107, 108, 111, 114, 115, 116, 118, 121, 123, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 140, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 155, 166, 167, 168, 170, 172, 175, 182, 194, 195, 209, 212, 213, 217, 218, 228, 229, 232, 233, 234, 237, 238, 243, 245, 251, 252, 254, 256, 259, 264, 265, 268, 273, 274, 289, 293, 295, 297, 298, 300, 303, 304, 308, 309, 310, 312, 326, 327, 333, 334, 335, 351, 361, 370, 375, 389, 393, 397, 406, 425, 428, 429, 439, 440, 442, 445, 449, 451

M

Мальчики 17, 18, 24, 36, 59, 70, 77, 88, 153, 281, 325, 341

Малярия 132, 134, 135, 136, 150, 154, 190, 197, 205, 216, 263, 357, 373, 374, 375, 376, 377, 380, 382, 383, 387, 409, 410, 411, 412

Медицинские отходы 141, 159, 160, 354, 358, 395

Медицинские учреждения 138, 141, 143, 147, 149, 180, 201, 347, 354, 355, 356, 358, 371, 375, 387, 397, 407, 409, 410, 413

Медицинские центры 120, 126, 146, 291, 390, 402

Медицинское обслуживание 4, 8, 49, 86, 97, 98, 130, 136, 141, 142, 165, 169, 171, 183, 189, 190, 191, 201, 205, 216, 240, 263, 301, 304, 305, 312, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 353, 354, 355, 357, 360, 363, 364, 365, 366, 370, 371, 373, 376, 377, 378, 383, 384, 386, 387, 389, 393, 397, 400, 403, 404, 406, 407, 419

Международное право 24, 25, 36, 42, 43, 425, 431

Менингококковый менингит 357, 380, 381, 382

Менструация 129

Мигранты 18

Микронутриенты 164, 168, 170, 179, 181, 182, 183, 189, 190, 192, 193, 198, 201, 203, 204, 205, 212, 214, 215, 216, 217, 269, 270, 281, 387

Минимальные стандарты ii, iii, 1, 2, 4, 5, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 160, 162, 164, 165, 166, 171, 172, 174, 186, 187, 233, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 275, 276, 277, 282, 283, 284, 287, 288, 293, 295,

301, 316, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 332, 333, 342, 343, 344, 347, 351, 353, 356, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 430, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 28, 54, 56, 59, 79, 80, 83, 92, 93, 94, 97, 98, 100, 101, 103, 115

Младенцы 112, 131, 184, 187, 189, 190, 201, 262, 265, 270, 275, 279, 326, 337, 384, 388

Мониторинг 13, 16, 27, 60, 80, 81, 82, 83, 90, 100, 106, 107, 108, 110, 117, 119, 171, 181, 183, 185, 186, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 202, 204, 208, 211, 216, 222, 225, 230, 235, 236, 240, 242, 243, 244, 245, 247, 250, 269, 284, 292, 311, 324, 331, 350, 358, 364, 367, 369, 372, 412, 452

Моча 270

Мухи 126, 130, 132, 134, 135, 138, 140, 141, 154

Мыло 105, 111, 112, 121, 129, 149

Мытье 105, 120, 121, 122, 125, 126, 129, 136, 141, 144, 145, 151, 152, 154, 155, 237, 310

Мытье рук 105, 121, 125, 126, 129, 152, 237

N

Наводнения 74, 125, 126, 127, 129, 143, 167, 249, 252, 297, 300, 318, 349

Нарушение прав 7, 36, 37, 45, 84, 428

Насекомые 132, 133, 154, 224, 374

Национальные власти 6, 386

Невысылка 26

Недискриминация 25, 428

Неинфекционные заболевания 345, 346, 357, 370, 378, 403, 404, 405, 409, 410, 419, 421, 451

Непродовольственная помощь v, 1, 2, 4, 8, 110, 111, 220, 238, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 296, 297, 307, 311, 312, 314, 316, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 336, 341, 374, 375, 376

Ниацин 213, 272

Новорожденные 131, 187, 188, 346, 386, 387, 393

O

Обеспечение защиты iv, 1, 2, 6, 7, 12, 16, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 50, 51, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 84, 94, 100, 111, 125, 126, 128, 162, 171, 177, 178, 187, 188, 203, 209, 210, 211, 218, 220, 228, 231, 232, 233, 234, 243, 244, 248, 252, 253, 256, 284, 292, 300, 306, 310, 314, 344, 350, 367, 370, 372, 389, 392, 397, 400, 401, 435

Обеспечение продовольствием 298

Обработка и хранение воды 95, 96, 118, 119

Обучение vi, 46, 56, 58, 65, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 89, 99, 109, 110, 117, 119, 136, 147, 170, 186, 204, 218, 225, 227, 243, 246, 247, 254, 275, 291,

314, 330, 331, 335, 338, 349, 354, 355, 358, 360,
361, 376, 387, 388, 390, 394, 403

Общий коэффициент смертности (ОКС) 182,
348, 371, 372, 407, 414, 449

Община 10, 11, 13, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 39,
40, 42, 44, 46, 47, 49, 59, 62, 63, 64, 65, 67, 71,
72, 73, 78, 79, 81, 88, 99, 102, 105, 106, 108, 109,
110, 130, 146, 147, 167, 170, 173, 175, 179, 180, 189,
192, 194, 198, 199, 200, 201, 212, 215, 232, 233,
235, 236, 240, 242, 254, 264, 273, 291, 292, 294,
298, 302, 304, 314, 323, 329, 331, 336, 349, 352,
353, 354, 359, 369, 374, 375, 380, 384, 389, 390,
400, 401, 402, 403, 436

Ограничение свободы 30

Одежда 24, 114, 122, 131, 133, 155, 253, 284,
285, 286, 299, 320, 322, 325, 326, 336, 337,
359, 427

Оказание первой помощи ii, iii, vi, 1, 2, 4, 5,
6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25,
27, 28, 30, 33, 34, 35, 38, 39, 43, 45, 46, 48, 49,
54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69,
70, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86,
88, 89, 92, 94, 99, 100, 108, 123, 132, 138, 140,
142, 144, 156, 160, 162, 170, 171, 177, 181, 183, 186,
189, 195, 197, 199, 201, 206, 208, 209, 210, 211,
212, 227, 231, 234, 236, 237, 238, 240, 241, 242,
244, 245, 246, 248, 250, 252, 254, 255, 256,
261, 264, 276, 282, 284, 287, 289, 290, 291, 292,
296, 297, 299, 304, 309, 310, 321, 322, 323, 324,
325, 326, 328, 332, 334, 335, 342, 343, 344, 346,
347, 348, 350, 351, 354, 355, 357, 362, 363, 364,
365, 366, 368, 369, 378, 379, 384, 387, 390, 391,
393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401,
402, 403, 404, 405, 406, 407, 434, 435, 437,
442, 443, 444, 445, 446, 447, 450, 451, 452

Окружающая среда 12, 14, 16, 17, 26, 60, 61,
63, 73, 74, 90, 96, 99, 103, 113, 123, 124, 125, 126,
128, 129, 134, 136, 138, 139, 140, 148, 150, 154,
177, 178, 179, 210, 220, 222, 224, 228, 233, 263,
264, 271, 274, 286, 288, 291, 297, 301, 308, 317,
318, 319, 331, 334, 336, 337, 340, 358, 374, 408,
435, 442

Организации гражданского общества 67,
99, 170, 231, 291

Острая недостаточность питания см.

Недостаточность питания 162, 163, 164, 168,
169, 170, 171, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 189, 190,
192, 193, 194, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203,
206, 207, 212, 216, 217, 254, 262, 263, 265, 266,
267, 268, 274, 281, 373, 374, 376, 387, 412

Отходы 94, 95, 96, 98, 103, 117, 130, 133, 134,
138, 139, 140, 141, 150, 155, 159, 160, 224, 288,
304, 319, 336, 354, 358, 359, 374, 393, 395

Отчеты 41, 67, 71, 75, 81, 180, 220, 225, 344,
345, 346, 365, 367, 380, 409

Охрана здоровья детей 197, 384, 386

Оценка 5, 7, 9, 13, 16, 27, 37, 38, 39, 42, 56, 58,
60, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 81,

82, 83, 84, 88, 89, 90, 94, 100, 102, 105, 108,
110, 117, 120, 132, 140, 146, 162, 163, 164, 171, 173,
174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 193,
202, 204, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215,
216, 219, 220, 221, 225, 226, 227, 230, 231, 239,
240, 241, 242, 243, 246, 248, 251, 256, 258, 260,
261, 262, 265, 266, 268, 269, 271, 274, 276, 277,
278, 284, 294, 295, 297, 298, 300, 301, 305,
307, 308, 311, 312, 315, 317, 318, 319, 321, 322, 323,
325, 332, 333, 344, 345, 346, 349, 350, 351, 359,
363, 365, 366, 367, 372, 380, 382, 383, 384, 386,
395, 397, 402, 404, 406, 411, 412, 443, 450

Оценка обстановки 13, 38, 42

П

Пеленки 112, 125

Пеллагра 204

Передвижные клиники 354, 357

Перемещенное население 25, 34, 133, 252,
289, 292, 295, 298, 303, 306, 316, 322, 332, 334,
336, 355, 384, 388

Переносчики инфекций 95, 96, 98, 103, 130,
131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 143,
145, 149, 150, 151, 154, 159, 160, 300, 302, 307,
312, 313, 325, 337, 373, 374, 375, 376, 383

Печи 209, 238, 286, 307, 312, 328, 329, 330,
337

Питание iv, 1, 2, 4, 8, 16, 24, 39, 97, 98, 100,
105, 112, 120, 132, 133, 134, 140, 147, 152, 153, 161,
162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172,
173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185,
186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196,
197, 198, 199, 200, 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,
230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239,
240, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251,
253, 254, 255, 256, 257, 262, 263, 264, 265, 266,
267, 268, 269, 271, 274, 276, 277, 280, 281, 288,
301, 322, 327, 347, 348, 373, 374, 375, 376, 384,
387, 403, 408, 409, 410, 411, 412, 427, 450

Питьевая вода 113, 118, 120, 123, 158, 233, 238

Пища 40, 97, 105, 107, 113, 114, 116, 120, 121,
122, 127, 129, 149, 155, 166, 167, 168, 169, 170, 176,
189, 207, 210, 212, 216, 217, 218, 219, 220, 228,
232, 233, 236, 237, 238, 250, 263, 288, 289, 304,
306, 307, 309, 310, 314, 320, 322, 327, 328, 329,
330, 337

Пневмония 376, 377

Поверхностные воды 125, 143, 145, 305, 311,
312

Погибшие 139, 142, 159, 160, 354, 359, 370,
397

Подгузники 112, 140

Подотчетность ii, iii, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 27,
59, 65, 81, 82, 84, 106, 186, 222, 224, 225, 230,
243, 437, 449, 450, 451

Пожилые люди v, 13, 18, 19, 40, 46, 53, 64, 65, 73, 77, 78, 90, 100, 116, 126, 127, 131, 170, 217, 229, 234, 238, 252, 265, 268, 273, 304, 326, 327, 335, 370, 406, 425, 429

Показатели смертности 407

Полевые госпитали 354, 357

Помощь ii, iii, iv, v, vi, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 94, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 114, 123, 126, 127, 130, 131, 132, 138, 140, 142, 144, 145, 146, 156, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 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, 260, 261, 262, 264, 267, 268, 274, 276, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 302, 304, 305, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 316, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 341, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 357, 358, 360, 362, 363, 364, 365, 366, 368, 369, 374, 375, 376, 378, 379, 381, 384, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 420, 424, 430, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 449, 450, 451, 452

Поселение v, 34, 40, 130, 132, 134, 139, 140, 141, 143, 144, 288, 290, 296, 297, 298, 299, 301, 306, 310, 324, 334, 336

Постельные принадлежности 133, 284, 285, 286, 320, 325, 326, 336, 337

Потребности 7, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 23, 25, 26, 33, 42, 43, 60, 61, 67, 68, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 88, 94, 95, 96, 97, 104, 105, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 127, 146, 147, 148, 158, 162, 163, 164, 167, 170, 177, 178, 179, 184, 188, 198, 206, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 215, 217, 229, 231, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 247, 249, 251, 252, 261, 263, 271, 272, 273, 274, 278, 281, 284, 289, 292, 295, 296, 297, 298, 299, 303, 304, 311, 314, 316, 317, 320, 321, 322, 323, 325, 326, 327, 328, 330, 334, 335, 336, 341, 347, 348, 355, 357, 359, 361, 364, 366, 370, 371, 384, 400, 401, 402, 403, 440, 441, 442

Права человека 7, 24, 26, 65, 75, 78, 79, 84, 98, 287, 339, 367, 389, 403, 424, 425, 428, 429, 434

Предметы домашнего обихода 141, 238, 284, 285, 299, 312, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 336, 444, 445

Приватность 126

Приготовление пищи 40, 97, 113, 116, 120, 121, 122, 210, 216, 219, 220, 237, 238, 288, 304, 306, 307, 310, 314, 322, 327, 328, 329, 330, 337

Прикармливание 187, 188, 190, 197

Принимающее население 61, 79, 334

Принцип гуманности 24, 165

Принципы обеспечения защиты 2, 6, 7, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 42, 44, 52, 59, 62, 63, 66, 69, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 97, 100, 114, 125, 126, 128, 165, 171, 178, 180, 185, 198, 200, 224, 232, 247, 252, 279, 284, 287, 292, 306, 347, 350, 353, 354, 355, 360, 364, 369, 371, 386, 387, 388, 397, 399, 402, 424, 429, 430, 432, 434, 436, 437, 444, 446, 451

Программы дополнительного питания 8, 15, 19, 60, 63, 67, 68, 77, 78, 85, 86, 98, 99, 100, 118, 127, 132, 170, 174, 175, 183, 185, 191, 193, 194, 197, 198, 199, 203, 204, 207, 212, 223, 226, 227, 231, 244, 245, 253, 255, 257, 264, 267, 271, 292, 297, 301, 323, 334, 350, 358, 375, 378, 395, 408, 436, 440, 442, 445, 448

Программы помощи 8, 62, 63, 64, 67, 76, 77, 78, 79, 80, 99, 171, 174, 183, 187, 207, 209, 219, 231, 244, 251, 254, 255, 292, 316

Продовольственная помощь iv, 8, 77, 162, 163, 164, 167, 170, 177, 178, 182, 183, 186, 187, 190, 192, 195, 198, 200, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 243, 244, 253, 257, 274, 316, 324, 329, 374, 435

Продовольственная безопасность 1, 4, 110, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 187, 188, 190, 192, 195, 198, 199, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 226, 229, 230, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 262, 274, 276, 277, 279, 301, 316, 321, 323, 324, 329, 364, 374, 408

Продуктовые пайки 215, 216

Продукты 39, 105, 112, 123, 132, 133, 140, 164, 166, 167, 174, 176, 182, 185, 186, 190, 195, 196, 197, 198, 200, 206, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 250, 252, 253, 254, 256, 257, 263, 269, 277, 288, 322, 327, 329, 354, 356, 374

Противомоскитные сетки 131, 132, 337, 374, 375, 383, 451

Протокол 25, 43, 166, 354, 355, 361, 367, 376, 377, 379, 380, 387, 398, 426, 427, 430, 431, 433, 435, 436

Процесс принятия решений iv, vi, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 16, 19, 20, 27, 30, 33, 45, 46, 48, 56, 59, 64, 68, 69, 71, 75, 79, 94, 100, 102, 107, 132, 138, 141, 162, 171, 173, 178, 202, 222, 227, 232, 241, 242, 284, 289, 292, 294, 297, 299, 303, 313, 315, 317, 344, 350, 351, 353, 361, 366, 367, 369, 388, 398, 432, 436

Психическое здоровье 49, 52, 86, 345, 346, 370, 400, 418, 421, 427

Психосоциальная поддержка 13, 14, 20, 46, 47, 49, 52, 68, 83, 341, 400, 402, 418

Пункт водоснабжения 40, 42, 113, 115, 120, 143, 144, 145, 148, 151, 195, 200, 202, 225, 226, 227, 228, 230, 233, 234, 235, 243, 289, 291, 296, 300, 302, 304, 305, 306, 319, 324, 335, 374

Р

Работники гуманитарных организаций 40, 73, 109, 147, 189, 233, 239, 335, 360, 361, 362, 378, 397, 399, 400, 401, 409, 410

Работники здравоохранения 73, 109, 147, 189, 233, 239, 335, 360, 361, 362, 378, 397, 399, 400, 401, 409, 410

Работники общественного здравоохранения 73, 109, 147, 189, 233, 239, 335, 360, 361, 362, 378, 397, 399, 400, 401, 409, 410

Размещение см. Жилье v, 1, 2, 4, 8, 78, 134, 143, 144, 148, 194, 199, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 310, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 322, 323, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 340, 359, 374

Разминирование 36, 53

Раннее восстановление v, 11, 60, 76, 79, 88, 401, 403

Репродуктивное здоровье 188, 191, 201, 345, 346, 368, 370, 389, 391, 393, 417, 420, 451

Рибофлавин 214, 272

Риски v, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 37, 38, 40, 44, 46, 48, 60, 70, 74, 75, 76, 77, 79, 86, 97, 99, 101, 104, 105, 108, 117, 119, 131, 133, 134, 142, 148, 168, 170, 172, 175, 177, 179, 182, 184, 187, 191, 195, 200, 201, 203, 204, 206, 207, 209, 212, 217, 218, 220, 227, 228, 233, 234, 239, 240, 241, 243, 246, 250, 252, 253, 254, 256, 263, 266, 268, 288, 291, 293, 296, 297, 298, 300, 302, 303, 305, 307, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 326, 332, 333, 335, 348, 349, 351, 358, 359, 370, 373, 375, 378, 380, 382, 384, 385, 386, 387, 389, 394, 395, 399, 400, 403, 406, 411, 414, 428, 435, 436

Родители 101, 125, 172, 210, 238, 293, 351, 356

С

Санобеспечение iv, 2, 8, 27, 94, 95, 96, 103, 115, 403, 452

Сбор и ликвидация отходов 96, 138

Свобода передвижения 42, 44, 45, 426

Связь iii, 14, 18, 35, 38, 56, 62, 64, 67, 69, 74, 82, 97, 100, 101, 109, 115, 120, 128, 165, 170, 171, 177, 187, 188, 192, 202, 208, 210, 212, 221, 222, 228, 242, 243, 250, 257, 264, 267, 268, 271, 287, 292, 295, 298, 316, 320, 322, 323, 324, 332, 336, 347, 349, 350, 360, 366, 380, 383, 390, 394, 433, 434, 435, 436, 445

Сексуальная эксплуатация 46, 293, 314

Сексуальное насилие 367, 390, 391, 392

Семена 177, 239, 248, 249, 250, 256, 257, 260, 261

Сетки 131, 132, 252, 325, 337, 374, 375, 383, 451

Системы здравоохранения 17, 80, 82, 109, 119, 121, 122, 177, 183, 195, 197, 199, 204, 210, 224, 225, 228, 246, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 291, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 353, 355, 357, 359, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 368, 376, 378, 379, 383, 386, 392, 393, 395, 407, 408, 416, 419

Системы распределения ii, 5, 6, 17, 47, 62, 80, 82, 98, 109, 119, 121, 122, 124, 143, 144, 147, 177, 178, 180, 181, 183, 195, 197, 199, 204, 205, 210, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 242, 246, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 277, 291, 302, 305, 344, 347, 348, 349, 353, 357, 359, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 368, 376, 378, 379, 380, 381, 383, 386, 392, 393, 395, 398, 401, 403, 405, 407, 408, 437

Смертность 74, 130, 169, 182, 183, 192, 198, 202, 263, 266, 270, 348, 349, 359, 366, 367, 370, 371, 372, 373, 376, 377, 384, 386, 391, 392, 397, 399, 404, 407, 409, 410, 411, 414, 449, 452

Снижение риска ЧС v, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 44, 46, 60, 76, 77, 78, 79, 98, 105, 106, 116, 118, 119, 128, 182, 188, 189, 203, 240, 263, 267, 305, 312, 315, 348, 370, 371, 376, 377, 389, 391, 404, 436, 440

Собственность на землю 34, 36, 48, 51, 295, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 315, 319, 334

Состояние здоровья населения 25, 99, 119, 175, 176, 177, 179, 180, 182, 183, 188, 189, 197, 200, 202, 204, 207, 214, 216, 263, 265, 266, 267, 274, 305, 317, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 355, 356, 360, 367, 372, 386, 387, 399, 405, 407, 408, 414, 428

Состояние питания iii, 35, 42, 107, 165, 168, 175, 176, 179, 180, 189, 197, 202, 233, 236, 257, 263, 265, 266, 274, 289, 316, 320, 349, 365, 366, 406, 407, 408, 426

Социальная мобилизация 374, 383

Социальные сети 20, 62, 67, 85, 208, 245, 261, 402

СПИД см. ВИЧ и СПИД 13, 73, 79, 100, 115, 116, 121, 195, 199, 210, 217, 232, 274, 412, 451

Средства к существованию iv, 16, 19, 26, 47, 75, 111, 162, 163, 164, 167, 168, 170, 174, 175, 177, 178, 179, 183, 206, 208, 209, 210, 212, 214, 216, 226, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 253, 255, 256, 258, 262, 277, 288, 291, 296, 301, 307, 308, 310, 313, 314, 315, 318, 331, 335, 338

Средства правовой защиты 37, 47

Стирка 112, 120, 121, 122, 129, 133, 144

Столбняк 139, 142, 392, 398, 399, 411, 412, 413, 449

Сточные воды 124, 138, 143, 144, 145, 155

Стратегии приспособления 12, 17, 19, 70, 76, 101, 167, 168, 172, 178, 206, 207, 208, 209, 259, 264, 369, 436

Строительные материалы 127, 128, 288, 291, 298, 299, 315, 316, 317, 321, 322, 324, 335

Строительство 42, 79, 125, 128, 149, 286, 288, 291, 295, 310, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 321, 322, 324, 330, 334, 335, 336, 338

Сухие пайки 39, 193, 194, 197, 232

Т

Тепловые характеристики 326

Тиф 130, 154, 380, 411, 413

Топливо 40, 190, 209, 210, 220, 233, 238, 286, 299, 304, 318, 319, 322, 328, 329, 330, 337

Травмы 345, 346, 370, 397, 398, 399, 409, 410, 411, 412, 418, 421

Транспарентность 27, 56, 58, 75, 80, 81, 85, 89, 212, 224, 243

Транспорт 69, 239, 240, 243, 244, 259

Трупы 155, 301, 359

Туалеты 95, 96, 105, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 135, 149, 151, 152, 153, 155, 233, 305

Туберкулез 18, 101, 172, 263, 293, 351, 378, 452

У

Удаление твердых отходов 94, 95, 96, 98, 103, 117, 130, 134, 138, 140, 150, 159, 224, 304, 354, 374

Удаление фекалий 134

Умершие 139, 142, 159, 160, 196, 304, 354, 359, 382, 398, 414, 415

Управление цепочкой поставок 164, 212, 224, 225, 226, 279, 451

Уровень заболеваемости 85, 132

Уход 19, 24, 46, 47, 108, 125, 155, 167, 169, 184, 187, 188, 190, 192, 195, 196, 199, 201, 203, 211, 217, 218, 236, 237, 253, 254, 256, 262, 263, 265, 267,

273, 288, 310, 314, 330, 387, 389, 390, 393, 394, 395, 400, 403

Ущерб 34, 43, 49, 63, 178, 206, 210, 221, 228, 246, 253, 257, 299, 308, 310, 319, 349, 439, 443

Уязвимые группы 13, 18, 35, 42, 62, 71, 102, 105, 173, 175, 180, 192, 213, 217, 220, 232, 242, 256, 294, 310, 351, 371

Уязвимые лица 61, 70, 76, 78, 120, 206, 231, 233, 236, 241, 242, 243, 255, 256, 259, 281, 297, 303, 304, 323, 334, 364, 367, 370

Ф

Фекалии 108, 117, 124, 125, 134, 140, 154, 155

Х

Химические средства 96, 130, 134, 136

Холера 154, 379, 382, 409, 410, 411, 413

Хроническая недостаточность питания 168

Хронические заболевания 195, 378, 403, 404, 405

Ц

Центры по лечению холеры (ЦЛХ) 95, 96, 120, 155, 295, 298, 305, 306, 402

Цинга 204

Ч

Частный сектор 6, 12, 23, 69, 250

Численность населения 78, 306, 365, 409, 410, 411, 412, 413, 414

Чрезвычайная ситуация см. ЧС ii, iii, 10, 13, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 33, 45, 59, 95, 96, 98, 99, 114, 119, 126, 128, 146, 147, 153, 166, 167, 170, 178, 183, 186, 189, 190, 192, 199, 200, 209, 217, 231, 239, 241, 242, 247, 253, 258, 259, 260, 262, 268, 271, 288, 291, 303, 344, 348, 349, 353, 372, 405, 407, 415, 424, 430, 432, 435, 436, 437

Ш

Школа 44, 64, 65, 108, 126, 146, 212, 237, 291, 304, 305, 312, 315, 333, 336, 356

Э

Эвакуация 45, 84, 305

Экскременты 95, 96, 98, 123, 125, 129, 133, 155

Эпидемиологические данные 132, 366, 382

Эпидемия 101, 116, 118, 132, 134, 135, 147, 172, 293, 351, 357, 366, 379, 382, 383, 384, 388

Посетите сайт проект «Сфера»

www.sphereproject.org

Заказать руководство проект «Сфера» в Интернете можно на сайте

www.practicalactionpublishing.org/sphere

Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании гуманитарной помощи Право на жизнь с достоинством

Проект «Сфера» является инициативой, направленной на установление и продвижение стандартов, на которые мировое сообщество должно ориентироваться при оказании помощи людям, пострадавшим от чрезвычайных ситуаций.

Посредством данного руководства проект «Сфера» стремится к достижению того, чтобы во всем мире соблюдалось право всех пострадавших от ЧС людей на восстановление жизни и источников обеспечения средств к существованию, и при этом учитывалось их мнение и оказывалось содействие сохранению их человеческого достоинства и обеспечению безопасности.

Данное руководство содержит:

- ▶ Гуманитарную хартию: свод правовых и моральных принципов, отражающих права пострадавшего от ЧС населения;
 - ▶ Принципы обеспечения защиты;
 - ▶ Базовые и минимальные стандарты для четырех ключевых секторов гуманитарной помощи, направленных на спасение жизни: водоснабжение, санобеспечение и содействие соблюдению гигиены; продовольственная помощь и питание; обеспечение жильем, организация размещения и непродовольственная помощь; медицинское обслуживание.
- В них разъясняется, **чего необходимо достичь в ходе оказания гуманитарной помощи, чтобы обеспечить выживание и восстановление пострадавшего населения в стабильных условиях и с соблюдением человеческого достоинства.**

Руководство проекта «Сфера» является результатом совместной заинтересованной работы многих организаций и отдельных лиц, тем самым обеспечивая гуманитарный сектор **универсальным средством общения в целях осуществления сотрудничества в области улучшения качества и подотчетности в чрезвычайных ситуациях и конфликтах.**

Руководство а «Сфера» включает ряд дополняющих стандартов: минимальные стандарты по защите детей (CPMS), INEE по вопросам образования в ЧС, LEGS по вопросам оказания помощи в ЧС по спасению домашнего скота и минимальные стандарты восстановления экономики (MERS). Таким образом, проект «Сфера» расширяет область его применения в ответ на новые потребности, которые возникают в гуманитарном секторе.

INEE



Проект «Сфера» был начат в 1997 году группой гуманитарных неправительственных организаций совместно с Движением Красного Креста и Красного Полумесяца.

ISBN 978-1-908176-03-5



9 781908 176035