



Sphere Projesi

İnsani Yardım
Sözleşmesi ve
İnsani Yardımda
Asgari Standartlar





Sphere Projesi

İnsani Yardım
Sözleşmesi ve
İnsani Yardımda
Asgari Standartlar



Yayınlayan:

Sphere Projesi

Telif hakkı @ Sphere Projesi 2011

E-posta: info@sphereproject.org

Web sitesi : www.sphereproject.org

Sphere Projesi, 1997 yılında bir grup STK, Kızılhaç/Kızılay Hareketi tarafından, insani yardıma ilişkin temel alanlarda genel asgari standartlar geliştirebilmek amacıyla başlatılmış ve bunun sonucunda Sphere Rehberi ortaya çıkmıştır. Bu rehberin amacı, afet ve çatışma durumlarında yapılan insani yardımın kalitesini geliştirmek ve afetten etkilenen insanlara ulaştırılan insani yardım sisteminin hesap verebilirliğini artırmaktır. İnsani Yardım Sözleşmesi ve İnsani Yardımda Asgari Standartlar, pek çok kurum ve kişinin ortak deneyimlerinin ürünüdür. Bu nedenle tek bir kurumun görüşleri olarak anlaşılmamalıdır.

İlk deneme baskısı 1998

İlk nihai baskı 2000

İkinci baskı 2004

Üçüncü baskı 2011

İkinci yeniden baskı Ekim 2011

ISBN 978-1-908176-00-4

Bu yayının bir katalog kaydı, British Library ve US Library of Congress'de bulunabilir. *Tüm hakları gizlidir. Materyalin telif hakkı vardır ancak eğitim amaçlı olarak ücretsiz şekilde çoğaltılabilir. Bu tür kullanımlar için resmi izin gerekir, normal şartlarda izin hemen verilmektedir. Diğer durumlarda kopyalamak, online göndermek ya da diğer yayınlarda yeniden kullanmak, çeviri ya da adaptasyon için telif hakkı sahibinden yazılı ön izin alınmalıdır ve bunun için bir ücret uygulanabilir.*

Sphere Projesi dünya çapındaki Practical Action Publishing (yayınevi) ve acente ile temsilci kurumları tarafından dağıtılmaktadır.

Practical Action Publishing, Schumacher Centre for Technology ve Development, Bourton on Dunsmore, Rugby, CV23 9QZ, Birleşik Krallık

Tel +44 (0) 1926 634501; Fax +44 (0)1926 634502

E-posta: sphere@practicalaction.org.uk

Web sitesi: www.practicalactionpublishing.org/sphere

Practical Action Publishing (Birleşik Krallık Şirket Kayıt no 1159018), Practical Action'ın sahip olduğu bir yayınevi şirkettir ve sadece kurucu bağlı kurumlarının desteği ile faaliyetlerini sürdürmektedir.

Tasarım: Messaggio studios, Metz-Tessy, Fransa

Basım: Belmont Press Ltd, Northampton, Birleşik Krallık

Önsöz

Sphere Rehberi, İnsani Yardım Sözleşmesi ve İnsani Yardımda Asgari Standartlar'ın son baskısı, kurumlar arası geniş bir işbirliğinin ürünüdür.

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Asgari Standartlar, hem kurumların yaptığı yardımların etkinliğini geliştirmek hem de paydaşlarca hesap verebilirliği artırarak uygulanabilir bir hesap verebilirliğe katkıda bulunmak konusunda sahip oldukları kararlılığı yansıtmaktadır.

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Asgari Standartlar, insani krizlerin meydana gelmesini önleyemez ya da insanların acı çekmesini elbette engelleyemez. Ancak bu standartlar afetlerden etkilenen insanların hayatlarını değiştirmek amacıyla yürütülen yardım çalışmalarının geliştirilmesine yönelik bir fırsat sunmaktadır.

1990'ların sonunda, bir grup insani yardım amaçlı STK'nın ve Kızılhaç ve Kızılay hareketinin bir girişimi olarak ortaya çıkan Sphere standartları, 21. yüzyılda insani yardım alanındaki uygulama ölçütleri haline gelmiştir.

Bu nedenle, bunların hayata geçirilmesine katkıda bulunan kişilere duyduğumuz minnettarlığı ifade etmek isteriz.



Ton van Zutphen
Sphere Kurulu Başkanı



John Damerell
Proje Yöneticisi

Teşekkürler

Sphere Rehberinin revizyonu kapsamlı, işbirliği içinde ve katılımcı bir süreçte gerçekleşmiştir ve tüm dünya dan tek tek adları anılamayacak kadar çok kimseyi içermiştir. Sphere Projesi, bu projede yer alan organizasyon ve bireylere gönüllü katkılarından dolayı teşekkür eder.

Rehberin gözden geçirilmesinde teknik bölümler ve bölümler arası kesitlerin ele alınması sorumluluğunu ilgili alanlardan uzmanlar üstlenmiştir. Bununla birlikte, gerektiğinde ve konunun özelliğine göre, alanı bilen ve doğrudan görevlendirilen ya da insani yardım örgütlerinde ilgili alanda görev yapan kaynak kişiler de rehberin gözden geçirilmesine destek olmuştur. Danışmanlar, Rehber'deki konuları hem bir bütün olarak gözden geçirmiş hem de gerektiğinde bazı bölümleri kapsamlı olarak yeniden yazmıştır. Aşağıda adı geçen kişiler, bu rehberin revizyonunda danışmanlık yapmışlardır.

İnsani Yardım Sözleşmesi: James Darcy, Mary Picard, Jim Bishop (InterAction), Clare Smith (CARE International) ve Yvonne Klynman (IFRC)

Koruma İlkeleri: Ed Schenkenberg van Mierop (ICVA) ve Claudine Haenni Dale

Temel standartlar: Peta Sandison ve Sara Davidson

Teknik bölümler

- **Su temini, sanitasyon ve hijyen teşviki:** Nega Bazezew Legesse (Oxfam GB)
- **Gıda güvenliği ve beslenme:**
 - Beslenme: Susan Thurstans (Save the Children UK)
 - Gıda güvenliği ve geçim: Devrig Velly (Action contre la Faim)
 - Gıda yardımı: Paul Turnbull (WFP) ve Walter Middleton (World Vision International)
- **Barnak, yerleşim ve gıda dışı maddeler:** Graham Saunders (IFRC)
- **Sağlık faaliyetleri:** Mesfin Teklu (World Vision International)

Kesişen Ortak konular

- **Çocuklar:** Monica Blomström ve Mari Mörth (Save the Children Sweden)
- **Yaşlı insanlar:** Jo Wells (HelpAge International)
- **Engelli insanlar:** Maria Kett (Leonard Cheshire Disability ve Inclusive Development Centre)

- **Cinsiyet:** Siobhán Foran (IASC GenCap Projesi)
- **Psiko-sosyal konular:** Mark van Ommeren (WHO) ve Mike Wessells (Columbia Üniversitesi)
- **HIV ve AIDS:** Paul Spiegel (UNHCR)
- **Çevre, iklim değişikliği ve afet riski azaltma:** Anita van Breda (WWF) ve Nigel Timmins (Christian Aid)

Sphere eş standartları

- **Eğitim:** Jennifer Hofmann ve Tzvetomira Laub (INEE)
- **Canlı hayvanlar:** Cathy Watson (LEGS)
- **Ekonomik iyileşme:** Tracy Gerstle ve Laura Meissner (SEEP network)

Kaynak kişiler

- **Erken iyileşme:** Maria Olga Gonzalez (UNDP-BCPR)
- **Kamp eş güdümü ve kamp yönetimi:** Gillian Dunn (IRC)
- **Nakdi yardım transfer programı:** Nupur Kukrety (Cash Learning Partnership network)

Buna ek olarak sivil-asker işbirliği, çatışmaya karşı hassasiyet ve kentsel ortam konularında birçok kişiye de danışılmıştır.

Ana danışmanların çalışmalarını desteklemek için çalışma grupları ve referans gruplar kurulmuştur. Sphere Projesi, bireysel olarak isimleri burada yer almayan bu insanlara, katkılarından dolayı teşekkür eder. Ancak çalışma grupları ve referans grup üyelerinin tam listesi Sphere web sitesinde bulunabilir: www.sphereproject.org.

Editörler: Phil Greaney, Sue Pfiffner, David Wilson

Revizyon çalıştay yöneticisi: Raja Jarrah

İzleme ve değerlendirme uzmanı: Claudia Schneider, SKAT

Sphere Kurulu (31 Aralık 2010' daki haliyle)

Action by Churches Together (ACT) Alliance (John Nduna) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Laurent Saillard) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Manuela Rossbach) * CARE International (Olivier Braunsteffer) * CARITAS Internationalis (Jan Weuts) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ed Schenkenberg van Mierop) * International Rescue Committee (IRC) (Gillian Dunn) * InterAction (Linda Poteat) * Intermón Oxfam (Elena Sgorbati) * International Federation of Red Cross ve Red Crescent Societies (IFRC) (Simon Eccleshall) * The Lutheran World Federation (LWF) (Rudelmar Bueno de Faria) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Mia Vukojevic) * Plan International (Unni Krishnan) * Save the Children Alliance (Annie Foster) * Sphere India (N.M. Prusty) * The Salvation Army (Raelton Gibbs) * World Vision International (Ton van Zutphen)

Fon Sağlayanlar

Yukarıdaki Kurul organizasyonlarının katkılarına ek olarak Rehber revizyon süreci için fon sağlayan kurumlar:

Avustralya Uluslararası Kalkınma Ajansı (Australian Agency for International Development - AusAID) * Avrupa Komitesi İnsani Yardım Ofisi (ECHO) * Almanya Dış İşleri Bakanlığı * İspanya Dış İşleri Bakanlığı * İsviçre Kalkınma ve İşbirliği ajansı (Swiss Agency for Development ve Cooperation - SDC) * Birleşik Krallık Uluslararası Kalkınma Departmanı (DFID) * Amerika Birleşik Devletleri United States Mülteciler ve Göç Bürosu (US-PRM) * Amerika Birleşik Devletleri Dış Afet Yardımı için Uluslararası Kalkınma Ofisi Ajansı (US-OFDA)

Sphere Projesi ekibi

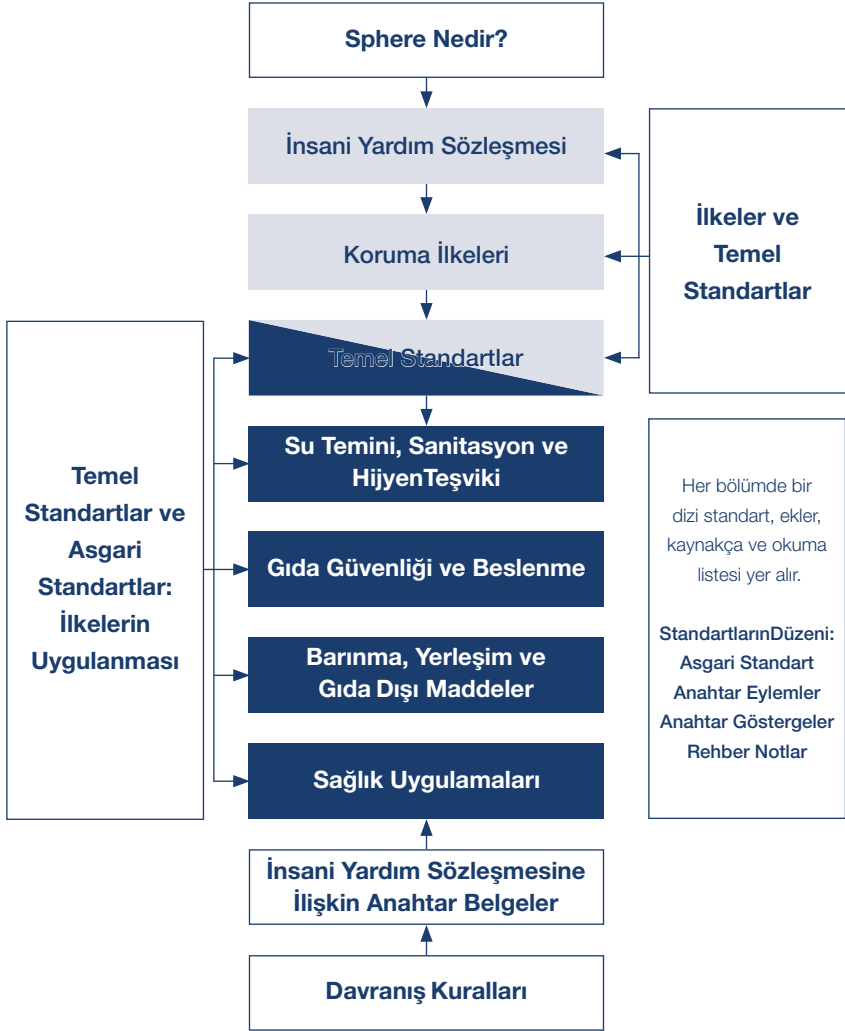
Proje Yöneticisi: John Damerell
Eğitim ve Öğrenim yönetimi: Verónica Foubert
Teşvik ve Materyal Yönetimi: Aninia Nadig
Eğitim ve Teşvik yönetimi: Cécilia Furtade
İdare ve Finans: Lydia Beauquis

Rehber revizyon sürecinin çeşitli aşamalarında ek ekip desteği Alison Joyner, Hani Eskandar ve Laura Lopez tarafından sağlanmıştır.

İçindekiler

Önsöz.....	III
Teşekkürler.....	IV
Sphere Nedir?.....	3
İnsani Yardım Sözleşmesi.....	19
Koruma İlkeleri.....	25
Temel Standartlar.....	49
Su Temini, Sanitasyon ve Hijyen Teşvikine İlişkin Asgari Standartlar.....	79
Gıda Güvenliği ve Beslenmede Asgari Standartlar.....	139
Barınak, Yerleşim ve Gıda Dışı Maddeler İçin Asgari Standartlar.....	239
Sağlık Faaliyetlerinde Asgari Standartlar.....	287
Ekler.....	355
Ek 1. İnsani Yardım Sözleşmesine Kaynak Olan Temel Dokümanlar.....	356
Ek 2. Afet Yardımlarında Kızılhaç ve Kızılay Hareketi ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) Uyması Gereken Davranış Kuralları.....	368
Ek 3. Kısaltma ve tanımlar.....	377
İndeks.....	381

Rehber



Sphere nedir?



Sphere nedir?

Sphere Projesi ve Rehberi, insani yardımın kalite ve hesap verebilirliğiyle ilgili konuları gündeme getirmesiyle bilinir. Ancak Sphere Projesinin kaynakları nelerdir? Felsefe ve yaklaşımı nedir? Bu rehber nasıl ve neden hazırlanmıştır? İnsani faaliyetlerin geniş kapsamı içerisindeki yeri nedir? Ve kim ne zaman kullanmalıdır? Bu bölüm, buradaki anahtar sorulara cevap vermeye çalışacaktır. Ayrıca rehberin yapısı ile ilgili detaylar verirken, Sphere Asgari Standartlarına sizin ya da kuruluşunuzun nasıl uyabileceğini de açıklamaktadır.

Sphere Projesi felsefesi: Onurla yaşama hakkı

Sphere Projesi - ya da kısaca 'Sphere - 1997 yılında bir grup Sivil Toplum Kuruluşu (STK) ve Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Hareketi tarafından başlatılmıştır. Projenin amacı, afetten etkilenen kişilere yapılan yardımlar sırasında faaliyetlerin kalitesini arttırmak ve bunların hesap verebilir olmasını sağlamaktır. Sphere'in felsefesi iki temel kabule dayanır: İlki afetten ya da çatışmadan etkilenen insanların onurla yaşama haklarının olduğu; ikincisi ise, afet ya da çatışmalardan dolayı insanların acı çekmesini en aza indirmek için mümkün olan tüm tedbirlerin alınması gerektiği.

Bu iki temel inancı destekleme çabasıyla Sphere Projesi, bir İnsani Yardım Sözleşmesi hazırlamış ve Rehberin dört teknik bölümünde anlatılan anahtar hayat kurtarıcı sektörlerin **Asgari Standartlarını** belirlemiştir: Su temini, sanitasyon ve hijyen teşviki; gıda güvenliği ve beslenme; barınak, yerleşme ve gıda-dışı maddeler; ve sağlık faaliyetleri. **Temel standartlar** süreç standartları olup tüm teknik bölümlere uygulanmaktadır.

Asgari Standartlar kanıtlara dayanır ve insani yardımda, görüş birliği ile en iyi uygulamaları sektör bazlı olarak temsil ederler. Her standartta Anahtar faaliyetler, Anahtar göstergeler ve rehber notları bulunur (aşağıdaki "Standartlar nasıl kullanılmalıdır?" Bölümünde tanımlandığı gibi), bunlar standardın nasıl elde edileceği hakkında yol göstericidir.



Asgari Standartlar, afetten etkilenen insanların hayatta kalması, güvenli koşullarda ve insan onuruna uygun şekilde iyileştirmeleri için başarılması gereken şartları tanımlar. **Etkilenen insanların danışma sürecinde yer alması**, Sphere felsefesinin odak noktasıdır. Sonuç olarak Sphere Projesi, şimdi kalite ve hesap verebilirlik (Q ve A) faaliyetlerinin ilk örneklerinden biridir.

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Asgari Standartlar, şu anda okuduğunuz son baskı olan **Rehber** şeklinde birlikte basılmıştır. Sphere Rehberi, insani yardım sırasında planlama, uygulama, izleme ve değerlendirme için tasarlanmıştır. Aynı zamanda, yetkililerle insani yardım ve kaynak sağlanması konularında görüşürken yardımcı olabilecek etkin bir destek aracıdır. Üstelik standartları kendi raporlama gereksinimlerine dahil eden giderek artan sayıda bağışçının afete karşı hazırlık faaliyetleri ve beklenmeyen durum planlamaları için de faydalıdır.

Yalnızca bir organizasyona ait olmadığından Rehber, insani yardım alanında geniş kabul görmektedir. İnsani yardım çalışmalarında en çok bilinen ve uluslararası kabul gören standartlar seti haline gelen Sphere kurumlar arası iletişim ve eş güdüm aracı olarak kullanılmaktadır.

İlk olarak 2000 yılında basılan Rehber 2003 yılında gözden geçirilmiş ve yine 2009-2010'da revize edilmiştir. Her gözden geçirme sürecinde sektör bazlı görüşmeler yapılmış, bu görüşmelere kurumlar, örgütler ve bireyler ile hükümetler ve Birleşmiş Milletler (UN) kurumları da katılmıştır.

Sphere Rehberinin ana kullanıcıları, insani yardımı planlama, yönetme ya da uygulama süreçlerinde yer alan kişilerdir. Bu kişiler arasında yerel, ulusal ve uluslararası insani yardım kurumlarında görevli ekip ve gönüllüler vardır. Fon bulma ve proje teklifleri kapsamında da Asgari Standartlara sıklıkla atıfta bulunmaktadır.

Hükümet ve yerel yetkililer, askeri ya da özel sektör gibi diğer aktörler de Sphere Rehberini kullanmaya teşvik edilmektedir. Rehber değinilen çevrelerin kendi faaliyetlerini yürütmelerinde ve irtibata geçebilecekleri insani yardım kurumları tarafından kullanılan standartları anlamalarında yardımcı olacaktır.

Rehber: Sphere değerlerinin yansıması

Rehberin yapısı, insani yardım faaliyetlerini hak temelli, katılımcı yaklaşımın kapsamına iyice yerleştirmeyi hedefleyen Sphere'in amacını yansıtmaktadır.

İnsani Yardım Sözleşmesi, Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar.

İnsani Yardım Sözleşmesi, Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar, Sphere'in insani yardıma yönelik hak temelli ve insan odaklı yaklaşımını açıkça dile getirmektedir. Sözü edilen unsurlar, etkilenen insanların, yerel ve ulusal yetkililerin, yardım faaliyetlerinin tüm aşamalarına dahil edilmelerinin önemine odaklanmaktadır. Koruma İlkeleri ve Temel Standartlara Rehber'in başında yer verilerek bunların her teknik bölümde tekrarlanması önlenmiştir. Belirli bir teknik alandaki uzmanlar da dâhil olmak üzere tüm Sphere kullanıcıları, Koruma İlkeleri ve Temel Standartları, bölümlerin bütünsel parçası olarak görmelidir.

Rehberin esasını ise (sayfa 356, Ek 1'de yasal ve politik belgelerin açıklayıcı bir listesi ile birlikte verilen) İnsani Yardım Sözleşmesi oluşturur. **İnsani Yardım Sözleşmesi**, koruma ilkelerine ilişkin etik ve yasal ortam ile Temel Standartlar ve Asgari Standartları sağlayarak, bunların doğru yorumlanması ve uygulanması için gerekli aşamaları belirler. Sözleşme, belirlenen yasal hak ve yükümlülüklerin, insani yardım kuruluşlarının paylaştığı inanç ve taahhütlerin tamamının **ortak ilke, hak ve yükümlülüklerde** toplanmasını sağlayan bir ifade özelliği taşır. İnsancılık ve insani zorunluluklar ilkesi üzerine oturtulmuş bulunan söz konusu ilke, hak ve yükümlülükler, onurla yaşama hakkı, insani yardım alma hakkı ve korunma ve güvenlik içinde bulunma haklarını içerir. Sözleşme ayrıca kurumların **etkilenen insanlara hesap verebilir** olmalarının önemini de vurgular. Temel Standartlar ve Asgari Standartlar, bu ilke ve yükümlülüklerin uygulamada ne anlama geldiğinin sözlü ifadesi durumundadır.

İnsani Yardım Sözleşmesi, yardım ve korumanın neden insani faaliyetlerin kritik unsurları olduğunu açıklar. Bu koruma açısını daha da geliştirmek için Rehber, bir dizi **Koruma İlkesi** içerir; bunlarsa Sözleşmede yer alan yasal ilke ve hakların bir bölümünü insani uygulamaları koruma açısından biçimlendiren stratejilere ve faaliyetlere dönüştürür. Koruma olgusu insani faaliyetlerin özünde yer alır; Koruma ilkeleri ise, yardım kuruluşlarının çalışmalarının, afet ya da çatışmadan etkilenen insanların genellikle karşılaştığı daha ciddi tehlikelere yönelik olması sorumluluğunun altını çizer.

Tüm insani yardım örgütleri; faaliyetlerinin etkilenen insanlara daha fazla zarar vermesini önlemekten (Koruma İlkesi 1); faaliyetlerinin özellikle en çok etkilenen ve savunmasız kişilere yönelik olmasını sağlamaktan (Koruma İlkesi 2); etkilenen insanları şiddet ve diğer insan hakkı ihlallerinden korumaktan (Koruma İlkesi 3) ve etkilenen insanların bu ihallerin ardından iyileştirmesine yardımcı olmaktan (Koruma İlkesi 4) sorumludurlar. İnsani yardım örgütlerinin rol ve sorumlulukları genel olarak devlet ya da diğer yetkililerin yasal sorumluluklarından sonra gelir. Korumanın kapsamına bu yetkililere sorumluluklarını hatırlatmak da girer.



Temel Standartlar, Asgari Standartların ilk bölümünü oluşturur ve diğerleri açısından bağlayıcıdır. Bunlar, insani yardım sırasında etkin bir faaliyetin yürütülmesi için süreçlerin ve yaklaşımların nasıl olması gerektiğini tanımlar. Afet ya da çatışmadan etkilenen kişilerin kapasite ve aktif katılımlarına odaklanarak ihtiyaç ve durumun kapsamlı bir analizi ve anlaşılması sağlanır, kurumlar arasında etkin eş güdüm, performansın sürekli iyileştirilmesi, yetenekli ve desteklenen yardım çalışanlarının görev alması, teknik standartlara ulaşmakta önemlidir.

Koruma İlkeleri ve Temel standartlar, teknik bölümde tekrarlanmamaları için bu rehberin başında bir arada toplanmıştır. İnsani faaliyetlerin temelini oluşturan bu ilke ve standartlar **teknik bölümler ile bağlantılı olarak kullanılmalıdır**. Bunlar, tüm teknik standartların kalite ve hesap verebilirlik içinde başarılması için önemlidir.

Dört Teknik Bölümde Yer Alan Temel Standartlar ve Asgari Standartlar

Temel standartlar ve Asgari Standartlar, programlama ve dört set yaşam kurtaran faaliyet ile ilgili yaklaşımlara ilişkindir: Su temini, sanitasyon ve hijyen teşviki, gıda güvenliği ve beslenme, barınak, yerleşim ve gıda-dışı maddeler ve sağlık faaliyetleri.

Standartlar Nasıl Kullanılmalıdır ?

Temel standartlar ve Asgari Standartlar, belirli bir formata sahiptir. Genel ve kapsayıcı bir ifade ile başlarlar -Asgari Standart- ve ardından bir dizi anahtar faaliyet, anahtar gösterge ve rehberlik notları gelir.

Öncelikle **Asgari Standart** ifade edilir. Her standart afetten etkilenen insanların onurla yaşama hakkı olduğu ilkesini beyan eder. Bunlar kaliteye ilişkindir ve insani yardımda ulaşılması gereken minimum seviyeleri belirtir. Bunların kapsamı evrenseldir ve her afet durumunda uygulanabilir. Bu nedenle genel formüller olarak oluşturulmuşlardır.

Ardından Asgari Standartlara ulaşmak için pratik **anahtar faaliyetler** önerilir. Bazı faaliyetler tüm ortamlarda uygulanamayabilir ve standardın karşılanması için alternatif faaliyetler üretmek ve seçim yapmak uygulayanın sorumluluğundadır.

Daha sonra standartlara ulaşılıp ulaşılmadığını gösteren ve “işaret” işlevine sahip bir dizi **kilit gösterge** yer alır. Bunlar Anahtar faaliyetlerin süreç ve sonuçlarını ölçme yolunda bir yöntem sağlar. Anahtar göstergeler, anahtar faaliyetler ile değil asgari standartlar ile ilgilidir.

Son olarak **rehberlik notları**, Kilit faaliyet ve Anahtar göstergeleri hedeflerken göz önüne alınacak kapsama özgü noktaları içerir. Bunlar uygulama güçlüklerinin ele alınması, kıyaslamalar ya da öncelikli ve paralel temalar ile ilgili tavsiyelerde bulunur. Aynı zamanda standartlar, faaliyetler ve göstergeler ile ilgili kritik konuları içerir, güncel bilgilerde yer alan ikilemleri, uyumsuzluk ve boşlukları tanımlar. Belirli bir faaliyetin **nasıl uygulanacağı** konusunda rehberlik sağlamaz.

Her bir bölüm ile ilgili **kısa tanımlamalar**, ilgili temel konuları özetlemektedir. Teknik Asgari Standart bölümleri ayrıca ekler içerir, örneğin analiz kontrol listesi, formüller, tablo ve rapor formu örnekleri. Her bölüm sonunda referanslar ve diğer kaynaklar başlıklı bölümler vardır. Rehber bölümlerine ait detaylı bir sözlük ise Sphere web sitesinde bulunabilir (www.sphereproject.org).

Tüm bölümler birbiriyle bağlantılıdır. Bir sektörde yer alan standartların genellikle, diğer sektörlerdeki standartlara referans verilerek tanımlanması gerekmektedir. Dolayısıyla, Rehber çeşitli çapraz referanslar içermektedir.

Sphere Asgari Standartlarına Uyulması

Sphere Rehberi, kalite ve hesap verebilirlik sağlamak için gönüllülük temelinde kullanılan düzenleyici bir araçtır ve Sphere Projesi herhangi bir akreditasyon (uygunluk) mekanizması içermez. Sphere'e 'dahil olmak', Sphere üyeliği, herhangi bir akreditasyon süreci gibi konular söz konusu değildir. Sphere Projesi bilinçli olarak Rehberin kuralcı ya da akreditasyon odaklı olmamasını tercih etmiştir. Bu şekilde rehberin daha geniş kitlelere ulaşması teşvik edilmektedir.

Rehber, belirli hizmetlerin nasıl sağlanacağına dair uygulama talimatları sunmaz (anahtar faaliyetler bir standarda ulaşmak için bazı faaliyetler önerirken nasıl yapılacağını belirtmezler). Bunun yerine etkilenen insanların onurla yaşamasını sağlamak için **ne yapılması gerektiğini** açıklar. Bu nedenle Sphere Asgari Standartları ile uyumluluğu sağlayacak bir sistem seçmek, bunu uygulayan kurumların görevidir. Bazı kurumlar sadece dâhili mekanizmaları kullanırken, diğerleri emsal inceleme yolunu seçebilir. Bazı kurumsal ağlar Sphere'i özel acil durumlarda toplu yardımlarını değerlendirmek üzere kullanmaktadır.

Sphere'e uymak, tüm standart ve göstergelerin karşılanması anlamına gelmez. Kurumların standartları karşılama derecesi, bazıları kontrolleri dışında olan bir dizi faktöre bağlıdır. Bazen etkilenen insanlara ulaşma güçlükleri, yetkililer ile işbirliği eksikliği ya da aşırı güvensizlik, standartların karşılanmasını olanaksız hale getirir.



Etkilenen halkın genel yaşam şartları afet öncesinde de Asgari Standartların altında ise kurumların standartları karşılamak için yeterli kaynakları olmayabilir. Bu tür durumlarda, etkilenen tüm insanları temel imkanlarla buluşturmak, yalnızca bir bölümünü Asgari Standartlara ulaştırmaktan daha önemli olabilir.

Bazen ilgili nüfusun günlük yaşam koşulları Asgari Standartların altında kalabilir. Afetten etkilenen insanları standartlara ulaştırmaya çalışmak esastır. Ancak bu tür durumlar çevre nüfusun desteği ve toplum liderleri ile iletişimi gerekli kılabilir. Neyin uygun ve uygulanabilir olduğu koşullara bağlıdır.

Standartların karşılanamadığı durumlarda, insani yardım kuruluşları şunları yapmalıdır:

- Raporlarında Sphere göstergeleri ile uygulamada ulaşılan hedefler arasındaki boşlukları belirtmek (analiz, değerlendirme vs.)
- Bunun sebeplerini ve nelerin değişmesi gerektiğini belirtmek
- Etkilenen insanlar için negatif sonuçları analiz etmek
- Bu sonuçların neden olduğu zararları asgariye indirmek için uygun adımları atmak

Kuruluşlar bunları yaparak, Rehberde belirtildiği gibi, standartları tam olarak karşılayamazlarsa Sphere felsefesine ve Asgari Standartlarına uyduklarını gösterebilirler.

İnsani Yardımda Sphere'in Yeri

Sphere Rehberi, tüm ülkelerde doğal afet, çatışma, yavaş ve hızlı gelişen olaylar, kırsal ve kentsel çevreler, karmaşık politik acil durumlar sırasında yürütülen insani yardım çalışmalarında kullanılmak üzere tasarlanmıştır. 'Afet' terimi bu durumları kapsar ve uygun yerlerde 'çatışma' terimi kullanılmıştır. 'İnsanlar' ifadesi bireyler, aileler, toplumlar ve daha geniş grupları işaret eder. Rehberde genelde 'afetten etkilenen insanlar' ifadesi kullanılmıştır.

Bu Rehber ne zaman kullanılmalıdır?

İnsani yardımın süresine odaklanarak Sphere Asgari Standartları afetten etkilenen insanların acil hayatta kalma ihtiyaçlarını karşılayan temel faaliyetleri kapsar. Bu evre birkaç gün ya da hafta, hatta özellikle uzun süreli emniyetsizlik, güvensizlik ve yer değiştirme içeren durumlarda birkaç ay ya da yıl sürebilir. Bu nedenle Sphere standartlarının kullanışı için belirli bir zaman çizelgesi belirlemek olanaksızdır.

Ancak Rehber, **insani yardımın** daha geniş döneminde belirli bir yere sahiptir; bu yer, acil yardım faaliyetinden sonra afete hazırlıklı olma ile başlayan ve erken iyileştirmeye kadar giden faaliyetleri kapsar. Referans araç durumundaki Rehber, hem afete hazırlıklı olma, hem de erken iyileştirme aşamalarında kullanışlıdır ve kavramsal açıdan insani yardımın “çerçevesini”, gerçekte ise eş zamanlı olarak göz önüne alınması gerekenleri içerir.

Afete hazırlıklı olma, afet ya da çatışma durumunda etkin cevap verme ve etkin faaliyet hazırlama kapasitesi, ilişkileri ve bilgisi olan aktörleri gerektirir; yani hükümetleri, insani yardım kuruluşlarını, yerel sivil toplum kuruluşlarını, toplumları ve bireyleri. Bir yardım öncesinde ve sırasında, hazırlık olma durumunu geliştirecek ve gelecek için riski azaltacak önlemler alınmalıdır. Bu aktörler, gelecek bir afet için en azından Sphere Asgari Standartlarını karşılamak üzere hazırlıklı olmalıdırlar.

Erken iyileştirme, yardım sonrasında devam eden ve uzun vadeli iyileşmeye yönelten bir süreçtir ve insani yardımın başlangıcından itibaren tasarlanan en etkili yöntemdir. Erken iyileştirmenin önemini anlatmak için Rehber, gerektiğinde bu duruma atıfta bulunur.

İnsani Yardım Sektöründeki Gelişmeler ve Sphere Açısından Sonuçları

Afet ve çatışmalar ile insani yardım çalışmalarının doğasındaki değişiklikleri içeren insani yardım sektöründe ve diğer ilgili alanlardaki çeşitli gelişmeler son birkaç yılda gündeme gelmiştir. Rehberin revizyon sürecinde göz önüne alınan gelişmeler şunlardır:

- Etkilenen insanlara danışılması gerektiği ve krizden etkilenen devlet ve ulusal kurumların güçlendirilmesi farkındalığı ile yerel ve ulusal yardımlara giderek artan şekilde kavramsal ve operasyonel açıdan odaklanma
- Kurumlar arası Daimi Komitenin (IASC) destekleri ile insani reform(yeniden inşaa) sürecinde (küme yaklaşımı), insani yardımların hesap verebilirliği, özellikle etkilenen insanlara yönelik hesap verebilirlik ve daha etkin katkıların sağlanması
- Koruma konusu ve yardımlara daha fazla odaklanma
- İklim değişikliklerinin neden olduğu afetler nedeniyle ve çevresel gerilemenin zarar görebilirliği arttıracak bilinci ile potansiyel büyük ölçekli göçlerin farkına varılması
- Yoksul kent nüfusunun hızla artması ve özellikle ekonomi, sosyal bağlılık ve fiziksel alan ile ilgili özel hassasiyetlerin farkında olma



- İnsani yardımın aynı şekilde yapılmasının yerini alan nakdî yardım ve belge transferleri, yerel satın almalar gibi yeni yaklaşımlar
- Afet riski azaltmanın giderek yaygın şekilde hem bir sektör ve hem de bir yaklaşım olarak görülmesi
- İnsani yardımda ordunun daha fazla yer almaya başlamasıyla insani yardım konusundaki sivil-asker işbirliğine ilişkin belirli rehber ve eş güdüm stratejilerinin geliştirilmesi gereği
- Sivil-asker iş birliğine benzer rehber ve stratejileri gerektirecek şekilde özel sektörün insani yardım alanında giderek daha fazla yer alması

Özellikle nakdî yardım transferleri, erken iyileştirme ve sivil-asker ilişkileri gibi ortaya çıkan bu yeni gelişmeler Sphere Projesinde uygun şekilde yer almıştır.

İnsani Yardım Çalışmalarındaki Ortamın Anlaşılması

Etkin bir insani yardım, **insanların ihtiyaçlarını, hassasiyetlerini ve kapasitelerini her ortamda analiz etmeyi** öngören kapsamlı ve ortama uygun tespiti (analiz, izleme ve değerlendirme) dayanmalıdır.

Rehber esas olarak farklı kavramları tanımak ve buna göre yardım programları geliştirmek için bir araç olarak tasarlanmıştır: Buna göre somut bir durum ya da kapsamda, özel hassasiyet ve kapasitelere özen göstererek evrensel olarak uygulanabilir standarda ulaşmaları için uygulayıcıları yönlendirir.

Bir afetten etkilenen nüfustaki tüm bireylerin kaynak ve güç kontrolü eşit değildir. Bu nedenle insanlar, etnik köken, dini ya da politik ilişkileri bazında farklı şekillerde etkilenirler. Normal durumda risk altında olmayan kişileri yer değiştirme etkileyebilir. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelli insanlar ya da HIV ile yaşayan insanlara yardım götürülemeyebilir ya da fiziksel, kültürel ve/veya sosyal engeller yüzünden seslerini duyuramayabilirler. Deneyimlere göre, bu insanlara “zarar görebilir gruplar” olarak hitap etmek, parçalı ve etkin olmayan müdahalelere neden olabilmekte ve zaman içinde, hatta özel krizler sırasında bile zarar görebilirliklerin örtüşmesi ve değişen doğaları göz ardı edilebilmektedir.

Yardım ve iyileştirme çalışmaları, toplumların daha güvenli hale gelmesi ve daha dirençli olması için gelecek tehlike ve zarar görebilirlikleri de göz önüne almalıdır. Dünyanın pek çok yerinde iklim değişiklikleri halihazırda risk şekilleri üzerinde etkili olmaya başlamıştır; geleneksel tehlikelere ilişkin bilgiler, zarar görebilirliklerin ve kapasitelerin birleştirilerek gelecek iklim risklerinin analizi gerekmektedir.

Rehber, her kendine hasafet durumunda adil olmak ve insanların zarar görebilirlik ve kapasitelerini belirlemek için bir dizi kesişen paralel temayı ele alır. Çocuklar, cinsiyet, yaşlılar, HIV ve AIDS, engelli insanlar ve psiko-sosyal destekle ilgili temalar, bireyler ve alt grup hassasiyetlerine ilişkindir. Afet riskini azaltma ve çevre (iklim değişiklikleri dâhil), tüm etkilenen nüfusun zarar görebilir olduğu konuları ele almaktadır. Bu girişin ardından her tema detaylı olarak tanımlanacaktır.

Diğer İnsani Standartlarla Bağlantılar

Sphere Rehberinin kullanışlı boyutta tek bir el kitabı olabilmesi için, insani yardım alanındaki dört temel sektör üzerine odaklanılmıştır. Etkin bir insani yardımın parçalarını oluşturan pek çok ilgili sektör kendi standartlarını geliştirmiştir. Bunlardan bir kısmı, ayrı el kitapları halinde yayınlanmış ancak Sphere ile aynı danışmanlık süreci ile geliştirilmiş bir dizi Sphere standardı serisinde yer alır - Acil durumlarda Eğitim için Kurumlar arası Ağ (INEE) Eğitim için Asgari Standartlar: Hazırlık, Müdahale, İyileştirme; Küçük Ölçekli Eğitim ve Teşvik (SEEP), Krizden sonra Ekonomik İyileştirme için Minimum Ağ Standartları ve Canlı hayvan Acil Durum Rehberleri ve Standartları (LEGS).

Acil durumlarda eğitim hem hayat kurtarıcı hem de yaşamsal olabilir. Güvenli yerlerde sağlandığında eğitim normal bir hayat, psiko-sosyal destek ve istismar ve zararlara karşı koruma sağlar. Aynı zamanda güvenlik, hayat becerisi, temel sağlık ve hijyen hakkındaki mesajları iletmek için de kullanılabilir. INEE Asgari Eğitim .^1 Standartları: Hazırlık, Müdahale, İyileştirme ilk olarak 2004 yılında basılmış ve 2010 yılında güncellenerek, 2008 Sphere eş standartlarını oluşturmuştur. Bunlar eğitim ve sağlık, su, sanitasyon ve hijyen, beslenme, barınak ve koruma arasındaki kritik bağları oluşturur ve eğitimsel hazır bulunuşluk ve yardımın kalite ve hesap verebilirliğini geliştirir.

Küçük çaplı işletme geliştirme ve canlı hayvan ile ilgili konular, Kriz sonrası Ekonomik Kurtarma için SEEP Ağı Asgari Standartları ve Canlı Hayvan Acil Durum Rehberleri ve Standartlarında yer almaktadır. Bu iki Asgari Standart setinin 2011 Sphere eş standartlarını oluşturması beklenmektedir.

Bu rehberde birlikte kullanıldığında eş standartlar afet ya da çatışmadan etkilenen insanlara sağlanan yardımın kalitesini geliştirecektir. INEE, SEEP ve LEGS standartlarının ilgili kılavuzları entegre edilmiştir ve bu rehberde çapraz referans verilmiştir.

Kurumların yetki, teknik uzmanlık ya da rehberde algılanan boşluklar gibi belirli operasyonel ihtiyaçlarını karşılamak için kurumlar, koalisyonlar ve ağlar diğer standartları ve kanunları belirlemiştir. İlgili alanlarda bu diğer standartlara, rehberin teknik bölümlerinde atıfta bulunulmuştur.

Sphere Projesi, sektörün **kalite ve hesap verebilirlik** girişimi grubunun bir parçasıdır ve Yeterince İyi Rehberini ve İnsani Hesap Verebilirlik ve Kalite Yönetim Standardı yoluyla uyumluluk konusunu ele alan İnsani Hesap Verebilirlik Ortaklığını (HAP) geliştiren Acil Durum Kapasite Geliştirme (ECB) Projesi ile yakın bir işbirliği vardır. Sphere'in düzenli olarak ele aldığı diğer Q&A teşvikleri Yardıma Giden İnsanlar Grubu URD (Urgence, Réhabilitation, Développement), İnsani yardımda Hesap verebilirlik ve Performans için Aktif Öğrenme Ağıdır (ALNAP).

Rehberin Dışında

Sphere Projesinin temel ve en çok kullanılan aracı elinizdeki bu Rehberdir. Aynı zamanda Sphere web sitesinde elektronik formatta da bulunmaktadır (www.sphereproject.org), burada mevcut versiyon ve diğer kaynaklar hakkında en yeni haber ve güncellemeleri alabilirsiniz.

Rehber, çeşitli dillerde sunulmaktadır ve çeşitli eğitim ve tanıtım materyalleri de mevcuttur. Bunlar genellikle yerel ortamlarda, uygulayıcıların deneyim temelinde uyarlanmaktadır. Bu ise uygulamalarındaki esnek, bazen resmi olmayan ve sürekli genişleyerek Sphere ruhunu ayakta tutan Sphere uygulayıcılarının hareketliliğini gösterir. Sphere Projesi, afet ya da çatışmadan etkilenen insanların hak ve ihtiyaçlarını karşılamak ve hesap verebilir olmak için insani yardımları geliştirme ihtiyacı temelinde kurulmuştur. Sphere Projesi, başlangıcından itibaren önemli ilerleme kaydetmiştir ancak bunu rehberler değil, sadece siz başarılırsınız.



Kesişen Paralel Temaların Çerçevesi

Bu rehberde yer alan paralel temalar, afet yardımları yapılan alanlara odaklıdır ve birey, grup ya da genel zarar görülebilirlik konularını ele alır. Bu bölümde her tema bazı detayları ile birlikte verilmiştir.

Çocuklar: Tüm çocukların zarardan korunması ve temel hizmetlere eşit erişimlerinin sağlanması için özel önlemler alınmalıdır. Etkilenen nüfusun büyük kısmını çocuklar oluşturduğundan, acil durum analiz ve planları sırasında görüş ve deneyimlerinin sadece alınması değil, çocukların aynı zamanda insani yardım dağıtımı ve değerlendirilmesinde de yer alması gerekir. Çocuklar ve gençler belirli durumlarda zarar görülebilir olmanın etkilerine maruz kalırlar; örneğin yetersiz beslenme, sömürülme, kaçınılma, silahlı gruplara alınma ve karar verme süreçlerine katılma fırsatı bulamama. Çocuk Hakları Sözleşmesine göre 18 yaşın altındaki her birey çocuktur. Bu tanım, kültürel ve sosyal ortamlarda değişebilir. Etkilenen insanların çocukları nasıl tanımladığına dair bir analiz yapılmalı, insani yardımdan çocuk ve genç insanların mahrum kalmaması sağlanmalıdır.

Afet riskini azaltma: Bu durum, afetin sebeplerinin analiz edilmesi ve yönetimi için sistematik çalışmalar yoluyla risklerin azaltılması kavramı ve uygulamasıdır. Bu bağlamda tehlikelere daha az maruz kalma, insan ve eşyaların zarar görülebilirlikleri azaltılması, toprak ve çevrenin makul yönetimi ve olumsuz etkilere karşı hazırlıklı olma yer alır. Olumsuz etkiler arasında fırtına, sel, kuraklık ve deniz seviyesinin yükselmesi gibi olaylar vardır. Bunlar değişken ve şiddetli olduğundan, giderek artan ölçüde global iklim değişikliklerinden kaynaklanmaktadır.

Çevre: Çevre, afetten etkilenen ve bölge halkının yaşamını etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik öğeler ve süreçlerdir. Bireyleri barındıran ve yaşam kalitesine katkıda bulunan doğal kaynakları içerir. Önemli fonksiyonlarının sürdürülmesi için koruma ve yönetim gerektirir. Asgari Standartlar, aşırı kullanma, kirlilik ve çevre şartlarının kötüleşmesini önlemeye ve çevrenin yaşamı destekleyen fonksiyonlarının korunması, risk ve zarar görülebilirliğin azaltılması ve kendini yenileyen doğal sistemlerin adaptasyonunu sağlayan mekanizmaların kullanılmasına yöneliktir.

Cinsiyet: Bu ifade, kişinin bir durumu cinsiyetine bağlı olarak farklı deneyimleme durumunu ifade etmek için kullanılır. Erkek ve kadınların biyolojik özelliklerini belirler. Doğaldır, doğumda belirlenir ve bu nedenle değişmez ve evrenseldir.



İnsan hakları belgelerinde erkek ve kadınların eşit haklarının olması, İnsani Yardım Sözleşmesinin temelini oluşturur. Erkek ve kadınların yardım ve koruma, insan onuru, seçim yapmak için eşit insani kapasitelerde olma, eşit şartlara sahip olma, seçimleri üzerinden hareket etme, faaliyetlerinin sonuçlarını şekillendirmek için eşit hakları vardır. İnsani yardımlar, erkek ve kadın, her yaştaki kız ve erkek çocukların farklı ihtiyaç, zarar görebilirlik, ilgi-menfaat, kapasite ve başa çıkma stratejilerini temel aldığında ve afetin onlar üzerinde farklı etkilerini incelediğinde daha etkilidir. Bu farklılıkları erkek ve kadınların iş yükü ve rolleri, kaynaklara erişim ve kontrolü, karar verme gücü ve yetenek geliştirme fırsatları arasındaki farkları anlamak cinsiyet analizi ile mümkündür. Cinsiyet, diğer paralel konuların ötesindedir. İnsani yardımın tarafsızlık ve orantılı olma amaçları, erkek ve kadınlar arasında adaletin olması ve sonuçların eşit olmasını sağlamaya özen gösterilmesi anlamındadır. Tarihi olarak cinsiyet ilişkilerinin ele alınması, kadın ve kız çocuklarının ihtiyaç ve durumlarının ele alınması gereğinden ortaya çıkmıştır çünkü kadınlar ve çocuklar, erkeklere ve erkek çocuklarına göre daha dezavantajlı durumdadır. Ancak insani yardım çevreleri, kriz durumlarında erkeklerin ve erkek çocuklarının ne yaşadıklarının da anlaşılması gerektiği ihtiyacını her geçen gün fark etmektedir.

HIV ve AIDS: Belirli topluluklar için HIV yaygınlığını bilmek etkin bir yardımı planlamada risk ve zarar görebilirliklerin anlaşılması açısından önemlidir. Kendilerini ihmal, ayırım ve şiddete karşı korumak için özel tedbirler alması gereken en riskli toplumlara ek olarak (örneğin, erkekler ile beraber olan erkekler, damardan ilaç kullananlar ve seks işçileri), mülteciler, göçmenler, gençler ve yalnız anneler gibi başka zarar görebilir gruplar da bulunabilir. Aile üyelerinin ayrılması, toplum birliğinin dağılması ve davranışı düzenleyen sosyal ve cinsi normlara uyulmaması sonucu toplu yer değiştirmeler HIV hassasiyetini ve riskini arttırabilir. Kadınlar ve çocuklar silahlı gruplarca sömürülebilir ve cinsel şiddet ve sömürü nedeniyle HIV'e karşı daha savunmasız kalabilirler. Acil durumlarda insanların HIV müdahalelerine erişimi olmayabilir, mesela korunma programları, anti-retroviral tedavi (ART), tüberküloz (TB) tedavileri bozulabilir ve diğer fırsatçı enfeksiyonlar ortaya çıkabilir.

HIV ile yaşayan insanlar (PLHIV) genellikle ayrımcılık ve damgalanma problemleri yaşar ve bu nedenle gizlilik kurallarına uyulmalı ve gerek olduğunda koruma sağlanabilmelidir. Bu rehberdeki sektör faaliyetleri yaygınlık ve kapsama göre uygun HIV müdahalelerini içermeli ve insanların HIV hassasiyet ve riskini arttırmamalıdır.

Yaşlı insanlar: BM tanımına göre 60 yaşın üzerinde olan erkek ve kadınlar yaşlı insanlardır ancak farklı ortamlarda “yaşlı” tanımı değişebilir. Yaşlılar genellikle gelişmekte olan ülkelerde en zayıf olanlardır ve afet ya da çatışmadan etkilenen insanların en zarar görebilir gruplarını oluştururlar (örneğin, dünya da en hızlı büyüyen yaş grubu 80 yaş üzeridir) ve genellikle afet ya da çatışma müdahalesinde ihmal edilirler. İzolasyon ve fiziksel zayıflık afet ve çatışmalarda yaşlıların zarar görebilirliğini arttıran önemli faktörlerdir, bunların yanı sıra yaşam stratejilerinin bozulması, aile ve toplum destek yapıları, kronik sağlık ve hareketlilik problemleri ve gerileyen akıl sağlığı da bu zarar görebilirliği arttıran etkenlerdir. Yaşlıların aileyi bir arada tutması ve evlerin yaşlılar tarafından yönetilmesi için özel çaba gösterilmelidir. Yaşlıların hayatta kalma ve rehabilitasyon için önemli katkıları da vardır. Çocuk bakımı, kaynak yönetimi, gelir üretimine katkıları, toplum stratejileri hakkında bilgi ve deneyimleri söz konusudur ve kültürlerin ve sosyal kimliklerin korunmasına yardımcı olurlar.

Engelli insanlar: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocuklar ve yaşlılar dâhil dünya nüfusunun yüzde 7 ila 10’unun engelli insanlardan oluştuğunu söylemektedir. Afetler ve çatışmalar insanlarda kalıcı engellere neden olabilir. BM Engelli İnsan Hakları Sözleşmesi (CRPD) engeli, fiziksel, algısal, zihinsel ya da psiko-sosyal bozuklukları olan kişiler arasındaki etkileşimden kaynaklanan ve topluma diğer insanlar ile eşit oranda tam ve etkin katılımı engelleyen davranışsal ve çevresel engellerin olduğu değişken bir kavram biçiminde tanımlar. Bu nedenle bu engellerin varlığı, engelli insanların ana akım yardım programlarına tam olarak katılmalarını ya da bunlardan faydalanmalarını önler. Yeni CRPD’de çatışma ve acil durumlarda engelli kişilerin güvenlik ve korunmasına özellikle atıfta bulunulur (Madde 11).

Engelli insanlar afet durumlarında orantısız risklerle karşılaşır ve genellikle yardım ve rehabilitasyon süreçlerinin dışında kalırlar. Bu muafiyetler afet destek hizmetlerinin etkin kullanım ve katılımını zorlaştırır. Engelli insanlar çocuklardan yaşlılara çeşitli yaş gruplarındadır ve ihtiyaçları “herkese uygun” olarak belirlenemez. Bu nedenle insani yardımlar farklı engel dereceleri ve türleri hakkındaki özel yetenek, kaynak ve bilgilerini kullanmalıdır. Engelli insanların da toplumdaki herkesle aynı temel ihtiyaçları olduğunu unutmamak gerekir. Buna ek olarak bazılarının özel ihtiyaçları olabilir, mesela yardım gereçleri ve rehabilitasyon hizmetlerine erişim. Ayrıca engelli insanlara yönelik tedbirler, aile ve toplumlarından ayrılmalarına neden olmamalıdır. Son olarak, engelli bir insanın hakları insani yardım sürecinde göz önüne alınmazsa, tüm insanlar için toplumu yeniden yapılandırma fırsatı kaybolur. Bu nedenle engelli insanların yardım ve iyileştirmenin her alanında yer alması önemlidir. Buda planlı ve yapılandırılmış yardımlar gerektirir.



Psiko-sosyal destek: Zarar görebilirliğin en büyük kaynaklarından biri, karmaşık, doğal, duygusal, sosyal, fiziksel ve ruhsal etkilerden kaynaklanır. Afetten etkilenen insanlarda bu tepkilerin çoğu normal olup zihinsel sağlık ve psiko-sosyal destekleri uygun şekilde yerel olarak sağlamak, kendi kendine yardım, başa çıkma ve dirençli olma duygularını teşvik etmek gerekir. Etkilenen insanlara mümkün olan ilk rehberlik ve uygulama aşamalarında yer psiko-sosyal destek verilirse insani yardım çalışmalarının etkisi güçlenir. Her insani sektörde yardımın uygulama yönteminin etkilenen insanlara ya destek ya da zarar verici etkileri olabilir. Yardım uygun şekilde dağıtılmalı ve anlamlı katılımı onuru ve yararlılığı ön plana çıkarmalı, dini ve kültürel uygulamaların önemine saygı duymalı ve genelin refahını sağlamak üzere etkilenen insanların kapasitesini güçlendirmelidir.

Referanslar

BM Çocuk Hakları Sözleşmesi: www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

BM Engelli İnsan Hakları Sözleşmesi: www.un.org/disabilities/

Engelliler ile ilgili WHO görüşleri: www.who.int/disabilities/en/

İnsani Yardım Sözleşmesi



İnsani Yardım Sözleşmesi, bu rehberde izlenen Koruma İlkeleri ve Temel standartlar ile Asgari Standartların etik ve yasal temelini oluşturur. Yasal hak ve yükümlülüklerin bir parçası ve kısmen paylaşılan inançlardır.

Yasal hak ve yükümlülükler açısından afet ya da çatışmadan etkilenen insanların refahı ile ilgili temel yasal ilkeleri özetler. Paylaşılan inançlar açısından insani yardım kurumları arasında, afet ve çatışma anındaki yönetimle ilgili ilkeler, çeşitli aktörlerin görev ve sorumlulukları hakkında bir fikir birliği oluşturmaya çalışır.

Sphere'i uygulayan tüm insani yardım kuruluşları ve bu kurumların aynı ilkeleri benimsemeleri için bir taahhüt temeli oluşturmaktadır.

İnsani Yardım Sözleşmesi

İnançlarımız - görüşlerimiz

1. İnsani Yardım Sözleşmesi, insani yardım kuruluşları olarak ortak inançlarımızın ifadesidir, yani afet ya da çatışmalardan etkilenen tüm insanların onurla yaşamak için koruma ve yardım alma hakkı vardır. Bu İnsani Yardım Sözleşmesinde tanımlanan ilkeler evrenselidir ve nerede olursa olsun tüm afetzedeler ile afetzedelere yardım etmek, onların güvenliğini sağlamak isteyenler için geçerlidir. Bu ilkeler uluslararası kanunda yer alır ancak güçlerini insanlığın temel prensibinden alırlar: Tüm insanlar özgür doğar ve eşit onur ve haklara sahiptirler. Bu prensip temelinde insani şartların önceliğini savunuyoruz: Afet ya da çatışmalardan dolayı insanların acı çekmesini önlemek ya da bunu azaltmak için önlemler alınmalıdır ve hiçbir şey bu ilkenin üzerinde olamaz.

Yerel, ulusal ve uluslararası insani yardım kurumları olarak bu sözleşmedeki ilkelere bağlı olmayı ve bunları teşvik etmeyi, etkilenen nüfusa yardım edip koruma sağlarken çalışmalarımızda Asgari Standartlara uymayı taahhüt ederiz. İnsani yardım faaliyetlerinde yer alan herkesi, devlet ve özel sektör de dâhil, aşağıda verilen ortak ilkeleri hak ve görevleri, ortak insani inançların ifadesi olarak uygulamaya davet ediyoruz.

Rolümüz

2. Afet ve çatışmadan etkilenen insanların temel ihtiyaçlarının, öncelikle kendi gayretleri ve yerel ve toplumsal kurumların desteği ile karşılanmasını desteklediğimizi belirtmek isteriz. Etkilenen devletlerin temel görev ve sorumluluğu,

etkilenen insanlara zamanında yardım götürmektir. Aynı zamanda, koruma ve güvenliğini garantiye alarak iyileştirilmesini desteklemektir. Bize göre resmi ve gönüllü faaliyetler, yardım ve tedbirlerin etkin olmasında önemlidir ve bu bağlamda Ulusal Kızılhaç ve Kızılay Kurumları ve diğer sivil toplum örgütleri, kamu yetkililerinin desteklenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ulusal kapasitenin yetersiz olduğu yerlerde devletlerin görevlerini yerine getirmesi için daha geniş çaplı uluslararası toplulukların, devlet ve bölgesel organizasyonların görevini onaylıyoruz. Birleşmiş Milletler ve Uluslararası Kızılhaç Komitesi kurumlarının özel rollerini tanıyor ve destekliyoruz.



3. İnsani yardım kurumları olarak görevimizi, etkilenen insanların ihtiyaç ve kapasiteleri ve hükümetlerin sorumlulukları ve kontrol yetkileri ile ilgili olarak yorumluyoruz. Yardım sağlamada görevimiz, öncelikli sorumluluğa sahip olanların her zaman görevlerini yapamadıkları ya da yapmaya istekli olmadıkları gerçeğini yansıtmaktır. Bu sözleşmede belirtilen insani zorunluluk ve diğer ilkeler ile tutarlı olacak şekilde, etkilenen insanları korumak ve onlara yardım sağlamak için ilgili yetkililerin gayretlerini destekleyeceğiz. Tüm devlet ve devlet kurumu olmayan aktörleri, insani yardım kurumlarının tarafsız, bağımsız ve yanlı-partizan olmayan görevlerine saygı duymaya, yasal ve uygulamadaki engelleri kaldırarak işlerini kolaylaştırmaya davet ediyoruz.

Ortak ilkeler, haklar ve görevler

4. İnsani yardım kurumları olarak hizmetlerimizi, insanlık ve insani zorunluluklar temelinde, kadın-erkek, kız-erkek çocuk tüm etkilenen insanların haklarını tanıyarak sunuyoruz. Bunlar arasında uluslararası insani kanun, insan hakları ve mülteci kanunu şartlarında belirtilen koruma ve yardım hakları da yer almaktadır. Bu sözleşmenin amaçları gereği hakları şu şekilde özetlemekteyiz:

- ▶ **Onurla yaşama hakkı**
- ▶ **İnsani yardım alma hakkı**
- ▶ **Korunma ve güvenlik hakkı**

Bu haklar uluslararası kanunda bu ifadeler ile yer almazken, bir dizi kurulu yasal hakkı kapsar ve insani zorunluluklara önem verirler.

5. Onurla yaşama hakkı, uluslararası kanun maddelerinde yer alır ve özellikle yaşama hakkı, yeterli standartlara sahip olma, işkence ve zalimliğe maruz kalmama, insani olmayan ya da çağ dışı tedavi ya da cezalara maruz kalmama ile ilgili insan hakları konularını ele alır. Yaşama hakkı, tehdit edildiği yerde yaşamı koruma görevi verir. Burada belirtilen görevdir, yaşamı kurtaran yardımı bekletmek ya da geri çevirmek değildir. Onur ise fiziksel iyi oluştan daha fazlasını içerir; kişiliğe saygı, bireylerin ve etkilenen insanların değer ve inançlarına saygı ve özgürlük, vicdan özgürlüğü ve dini törenler gibi insani haklara saygıyı kapsar.

6. İnsani yardım alma hakkı, onurla yaşama hakkının önemli bir ögesidir. Bu bağlamda uluslararası hukukta da garanti edilen yeterli standartlarda yaşama, yeterli su, gıda, kıyafet, barınak ve sağlığın gerektirdiği öğelere sahip olma yer alır. Sphere temel standartları ve Asgari Standartlar bu hakları yansıtır ve özellikle afet ve çatışmadan etkilenen insanlara yardım sağlanması için bunlara pratik ifadeler getirir. Devlet ya da devlet olmayan aktörler bu yardımı kendileri sağlamadıklarında diğerlerinin bu yardımı yapmalarına izin vermeleri gerektiğine inanıyoruz. Bu yardım, ihtiyacın ne olduğu ve hangi oranda olduğu temelinde yardımın sağlanmasını gerektiren tarafsızlık ilkesine göre sağlanmalıdır. Bu, daha geniş kapsamlı bir ilke olan ayırım yapmamayı yansıtır: Bu ilkeye göre hiç kimse yaş, cinsiyet, ırk, renk, etnik köken, cinsel yönelim, dil, din, engel, sağlık durumu, siyasi ve diğer görüşleri, ulusal ya da sosyal orijinine göre ayırma uğrayamaz.

7. Korunma ve güvenlik hakkı, uluslararası kanun hükümlerinde, Birleşmiş Milletler kararlarında ve diğer hükümetler arası organizasyonlarda, devletlerin yargı alanları dâhilindeki herkesi koruma sorumluluğunda yer alır. Afet ve çatışma durumundaki insanların güvenlik ve emniyeti, mültecilerin korunması ve dâhili olarak yer değiştirenler de dâhil olmak üzere önemli insani konulardır. Kanununda tanıdığı şekilde bazı insanlar yaş, cinsiyet ya da ırk nedeniyle sistematik ve olumsuz ayrımcılığa maruz kalmaktadır ve bu kişiler için özel korunma ve yardım önlemleri alınmalıdır. Bu durumda bir devlet vatandaşını koruyamaz halde ise uluslararası yardım alması gerektiğine inanıyoruz.

Sivillerin ve yer değiştirmiş insanların korunması ile ilgili kanun burada özel bir vurgu gerektirmektedir:

- (i) Uluslararası insani yardım kanununda tanımlandığı gibi silahlı çatışmalar sırasında, çatışmada yer almayan kişilerin korunması ve onlara yardım edilmesi için özel yasal düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle 1949 Cenevre Anlaşması ve 1977 Ek protokolleri, uluslararası ve uluslararası olmayan silahlı

çatışma taraflarına yükümlülükler getirmektedir. Sivil nüfusun saldırılardan genel olarak uzak durması ve özellikle siviller ve çatışmacıların, sivil ve askeri güçlerin ayrı tutulması, saldırıda kullanılan güç ve orantılı olma ilkeleri; doğası gereği yaralanmaya neden olan silahların kullanımından kaçınılması ve tarafsız yardım sağlanması gerekmektedir. Silahlı çatışmalarda sivillere gelen kaçınılmaz zararların çoğu bu temel ilkelere uyulmamasından kaynaklanır.

- (ii) Barınma ve sığınak isteme hakkı şiddet ya da zulme maruz kalanların korunması için esastır. Afet ya da çatışmadan etkilenen insanlar güvenlik ve geçimlerinin devamı için evlerinden kaçmak zorunda kalır. 1951 Mültecilerin Durumu ile ilgili Sözleşme şartları (değişik haliyle) ve diğer uluslararası ve ulusal sözleşmeler, kendi uluslarında güvende olmayarak başka bir ülkede güvenlik aramaya mecbur kalan kişiler için temel güvenliğin sağlanması hükümlerini içerir. Bunlar arasında temel olan **geri çevirmeme ilkesidir**: Bu ilke, kişinin hayatı, özgürlüğü ya da fiziksel güvenliğinin tehdit altında olacağı ya da işkence veya diğer kötü durumlara, insanlık dışı, ceza ve davranışlara maruz kalacağı ülkeye geri gönderilmemelidir. Aynı ilke, insan hakları kanununda ve 1988 Dâhili Yerinden Edilme Kılavuz İlkelerinde, ilgili bölgesel ve ulusal kanunlarda da detayları verildiği gibi dâhili yer değişiklikleri için de uygulanır.

Taahhüdümüz

8. Hizmetlerimizi, etkilenen nüfusu insani yardımın merkezine alarak, aktif katılımın yardımın önemli bir parçası olduğunun bilinci ile hassas ve sosyal olarak dışlanan insanlar da dâhil temel ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak şekilde sunmaktayız. Afete hazırlıklı olmak, zararların önlenmesi ve etkilerinin azaltılması, her seviyede yerel aktörlerin kapasitelerinin güçlendirilmesi için çalışmaktayız.

9. İnsani yardımı sağlamak için yapılan girişimlerin bazen olumsuz etkilerinin olduğunun farkındayız. Etkilenen toplum ve yetkilileri ile işbirliği içinde olarak yerel toplum ya da çevrelerdeki insani faaliyetlerin negatif etkilerini asgariye indirmeyi amaçlıyoruz. Silahlı çatışmalar açısından insani yardımların sağlanma şeklinin bazen sivilleri daha savunmasız hale getirdiğini ya da duruma göre çatışmanın taraflarına niyetsiz avantaj sağlayabildiğini biliyoruz. Yukarıdaki ilkeler ile tutarlı olduğu sürece bu olumsuz etkileri asgariye indirmeyi taahhüt ederiz.



10. Bu sözleşmede yer alan insani yardım ilkelerine ve Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Hareketi ve İnsani Yardımda Sivil Toplum Kuruluşları için Davranış Kurallarına (Beklenen Davranışlar) (1994) göre hareket ederiz.

11. Sphere Temel Standartları ve Asgari Standartlar, kurumların onurla yaşamak ve insani yardım sağlama deneyimi için asgari gereksinimleri anlamaları ve sözleşmedeki temel ilkelerin uygulanma esasını verir. Standartlara ulaşma çoğu kontrolümüz dışındaki faktörlere bağlı olsa da bunları tutarlı şekilde uygulamaya gayret edecek ve hesap verebilirliği buna göre sağlayacağız. Etkilenen ve fon sağlayan devletler de dâhil, özel sektör,uluslararası organizasyonları ve tüm tarafları, kabul edilen normlar olarak Sphere Temel standartlarını ve Asgari Standartları benimsemeye davet ediyoruz.

12. Temel Standartlar ve Asgari Standartlara bağlı olarak afet ya da çatışmadan etkilenen insanların güven ve onurla yaşaması, su, temizlik, gıda, beslenme, barınma ve sağlık gibi temel ihtiyaçların karşılanması için yardıma erişimlerini sağlamak üzere her türlü çabayı göstereceğimizi taahhüt ederiz. Bu bağlamda ahlaki ve yasal yükümlülüklerini karşılamak için devlet ve diğer tarafları göreve davet etmeye devam edeceğiz. Kendi sorumluluğumuz kapsamında yardımlarımızı daha etkin, uygun ve hesap verebilir olacak şekilde yerel kapsamın gelişmesini tam analiz ve izleme yoluyla; Temel Standartlar ve Asgari Standartlarda da detaylandırıldığı gibi şeffaf bilgilendirme ve karar verme, daha etkin eş güdüm ve ilgili kurumlarla her seviyede işbirliği yaparak yapacağız. Özellikle etkilenen insanlar ile ortak çalışarak, aktif yardımlaşma için katılımlarının önemli olduğunu vurgulayacağız. Temel sorumluluğumuzun, yardıma ihtiyacı olan kişiler olması gerektiğini belirtiriz.

Koruma İlkeleri



Bu bölüm nasıl kullanılmalıdır?

İnsani yardım iki temel bölümden oluşur: Koruma ve yardım. Bu Rehberin çoğunluğu, özellikle teknik bölümler yardım ile ilgiliyken bu bölüm koruma konusuna odaklanır. İnsani Yardım Sözleşmesini temel alarak insani yardım kurumlarının şiddet ve çatışma riski ile karşı karşıya kalan insanlara nasıl katkıda bulunabileceği sorusuna cevap verir. Daha genel olarak yardıma erişim de dâhil, bu Sözleşmede geçen hakların gerçekleştirilmesi kurumların rolleri ile ilgilidir.

Bu bölüm iki kısım halinde verilmiştir:

- Etkilenen nüfusun korunmasında ve haklarına saygı duyulmasının sağlanmasında insani yardımda bulunan kurumların genel sorumluluklarını belirleyen bir giriş kısmı.
- Tüm insani faaliyetlerin altını çizen ve insani yardımda korumanın temel öğelerini kapsayan dört Koruma İlkesi. Bunların yanı sıra, koruma açısından insani yardım kurumlarının rollerini detaylı olarak veren Kılavuz notlar verilmiştir. Korumanın daha özel alanları ile ilgili diğer standart ve materyaller için de bir referanslar bölümü vardır.

İçindekiler

Giriş.....	29
Koruma İlkeleri.....	33
Referanslar ve Diğer Kaynaklar.....	44





Giriş

Koruma ve İnsani Müdahale

Koruma, afet ya da silahlı çatışmalardan etkilenen kişilerin güvenlik, onur ve hakları ile ilgilidir. İnsani Yardım Sözleşmesi, insani yardımda yer alan en temel hakların bazılarını özetler. Bu bölümde koruma açısından bu hakların insanları bilgilendirme şekli, özellikle kurumların etkilenen insanları zarardan koruması ve daha iyi güvenlik ve emniyeti sağlamasına yönelik yöntemler verilmiştir.

Temel insani koruma konusu bu bağlamda çeşitli türde şiddetten uzak durma ve kasıtlı olarak insanların onurla hayatta kalmasına engel durumların önlenmesini içerir.

Bu konular tüm insani yardımları çıkış noktası olan dört temel **Koruma İlkesini ortaya çıkarır:**

1. Faaliyetleriniz sonucunda insanların daha fazla zarar görmesinden kaçınmak
2. İnsanların tarafsız şekilde yardıma erişimini sağlamak - ihtiyaçlara göre ve ayırım yapmadan
3. İnsanların, şiddet ve baskıdan kaynaklı fiziksel ve psikolojik zararlara maruz kalmasını önlemek
4. İnsanların haklarını talep etmesine, yardım olanaklarına ulaşmasına ve zarardan korunmasına yardımcı olmak

İnsani yardım kapsamında bu dört ilke, çatışma ve afet durumlarında insanların genel olarak karşılaştığı daha ciddi tehditleri yansıtır. Kılavuz notlar, kurumlar için ilgili sorumlulukları ve seçenekleri ele alırken daha özel korunma ihtiyaçlarını belirtir.

Dört Koruma İlkesi, İnsani Yardım Sözleşmesinde belirtilen hakların özetini oluşturur: Onurla yaşama hakkı, insani yardım alma hakkı ile korunma ve güvenlik hakkı.



Koruma İlkelerinin Anlaşılması

Aşağıda Koruma İlkelerinin kısa açıklaması almaktadır:

İlke 1 (zarar vermekten kaçın) insani yardımın sebep olduğu ya da şiddetini arttırdığı tehlikelerden koruma konusunu ele alır. Bu bölümde de belirtildiği gibi insani yardımda yer alan kişiler, afet ya da çatışmadan etkilenen insanların daha fazla zarar görmesini engellemek için makul her şeyi yapmalıdır, örneğin güvensiz alanlarda yer değiştiren insanlar için yerleşim alanları inşa etmek.

İlke 2 (tarafsız yardıma erişim sağla) ihtiyacı olan herkese, özellikle savunmasız ya da siyasi ve diğer sebeplerle dışlanan kişilerin insani yardım almasını sağlama sorumluluğudur. Gerekli yardıma erişimin reddi, önemli bir korunma problemidir. Bu bağlamda insani yardımını sağlayan insani yardım kurumlarının güvenli erişiminin reddi de yer alabilir (ancak bununla sınırlı değildir).

İlke 3 (insanları şiddetten koru) şiddetten, baskıdan korumak ya da birisinin isteğine göre hareket etmeye zorlanmaktan, korumak, örneğin silah zoruyla bir kişiyi bir yerden ayrılmaya zorlamak ya da hareket etmemesine neden olmak ya da aşağılayıcı ceza ve davranışlara maruz kalmasını önlemekle ilgilidir. Bu ilke, korkunun yayılması, kasıtlı terör ya da panik oluşturulması da dâhil fiziksel ve psikolojik zararların önlenmesi ve azaltılmasına yöneliktir.

İlke 4 (hak iddialarına, yardıma erişime ve suistimalden kurtulmaya yardımcı ol) insani yardım kurumlarının, insanların haklarını elde etmesi, yasal tazminat, malların geri kazanımı gibi yardımlara erişimi sağlamasındaki rolü ile ilgilidir. Aynı zamanda insanların tecavüzün etkilerinden kurtulması, daha geniş anlamda suistimal etkilerinden fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamda kurtulmasını sağlamakla ilgilidir.

Kılavuz notlarla birlikte dört Koruma İlkesi insani yardım kurumlarının afetten etkilenen insanları korumak ve toparlamak için neler yapabileceklerini, yapmaları gerekeni tanımlar. Ancak bu bağlamda kurumların görev ve sorumluluklarının ikincil olduğunu belirtmek gerekir. Sözleşmede de belirtildiği gibi bu roller devletin ve ilgili yetkililerin birincil görevi olarak görülmelidir, örneğin bir bölgeyi kontrol eden ya da işgal eden çatışma tarafları. Bu yetkiyi elinde bulunduranlar, kontrol ettikleri bölgede bulunan insanların refahından, silahlı çatışmalarda ise sivillerin emniyetinden sorumludurlar.

Son olarak faaliyet ya da kısıtlamalar ile bu etkilenen nüfusun güvenliğini sağlamak için gerekli yöntemler de bu yetkililerin elindedir. İnsani yardım kurumlarının kilit rolü

bu yetkililer görevini yapamadığında devreye girerek yetkilileri, insanlara yardımcı olmaya ikna etmek veya teşvik etmektir.

Koruma İlkelerinin Uygulanması

Bu rehber standartlarını karşılamak için tüm insani yardım kurumları, belirlenmiş koruma görevi ya da özel koruma kapasiteleri olmasa bile bu Koruma İlkelerine uymalıdır.

İlkeler “kayıtsız şartsız” değildir: Bazı durumlarda, kurumların bu ilkeleri yerine getirme kapasitesi sınırlı olabilir. Özellikle ilke 3, kurum bu kapasitede olmayabilir. Ancak ilkeler her zaman eyleme yön veren evrensel insani konuları yansıtır.

Bazı insani yardım kurumlarının koruma görevi ve özel rolleri vardır. Bu kurumlardan bazıları koruma faaliyetlerini tek başına program ya da proje olarak yürütür veya belirli kaynak ve personel ile koruma kümesi ya da koruma sektörü yardımlarında bulunur. 2011 yılında Global Koruma Kümesinde, aşağıdaki alanlara odaklanan eş güdüm yapıları yer almıştır:

- Çocukların korunması
- Cinsiyet temelli şiddet
- Konut, arsa ve mülk
- Mayın faaliyetleri
- Kanunlar ve adalet

Bu liste, bazı özel koruma alanlarını gösterir. Kapsamlı bir liste değildir ve diğer koruma konularının da olduğu bilinmelidir.

Bu ve benzeri konular, örneğin sivillerin korunması, dâhili olarak yeri değiştirmeye zorlanan insanlar, doğal afetlerde koruma gibi diğer koruma konuları için özel standartlar ve Kılavuz notlar, bu bölümün bir parçası olarak geliştirilmiştir. Bu bölüm sonunda Referanslar ve diğer kaynaklar verilmiştir. Bu bölüm, bu standartları tamamlayıcı olarak tasarlanmıştır.



Koruma faaliyetlerinin farklı tipleri

Dört koruma ilkesi, aktiviteler farklı olsa da çoğunlukla genel insani faaliyetlerin özel koruma aktivitelerine uygulanır. Koruma ile ilgili tüm insani yardım kurumları faaliyetleri aşağıdaki üç faaliyet tipine göre sınıflandırılır, bunlar birbirine bağlıdır ve eş zamanlı yürütülebilir.

- **Önleyici: Fiziksel tehdit ya da hakların suistimalinin** meydana gelmesinin önlenmesi ya da bu tür tehdit ve şiddete maruz kalmanın azaltılmasıdır. Koruma tehditlerinin önlenmesi, uluslararası kanuna göre her yaşta kadın, erkek ve çocukların haklarına saygılı bir çevre oluşturma çabalarını da içerir.
- **Müdahale odaklı: Devam eden şiddeti** durdurmak için hakların suistimal edilmesine müdahale edilir.
- **İyileştirici (Toparlayıcı):** Devam eden ya da geçmişteki suistimaller için sağlık, psiko-sosyal destek, yasal yardım ya da diğer hizmet ve destekler ile etkilenen nüfusun iyileştirici (toparlayıcı) yardım ve haklarına ulaşmasını sağlamaktır.

Kamu ya da özel alanlarda sunulan savunuculuk hizmetleri, bu üç faaliyet tipini birleştiren ortak öğedir. Etkilenen nüfusun tehdit edilmesi kasıtlı karar, faaliyet ya da politikalardan ortaya çıkar ve ilgili koruma yardımlarının çoğu bu davranış ve politikaları değiştirmek içindir. İnsani yardım kurumları ve diğerlerinin sunduğu savunuculuk bu değişiklikleri etkileme girişimlerinin merkezindedir. İnsani yardım kurumları arasında suistimal hakkında “yüksek sesle” konuşma ve operasyonel varlığın devamına olan ihtiyaç arasında bazı gerilimler olabilir ve bu gerilimler belirli bir konu hakkında savunuculuğun nasıl ve nerede yapılacağını bildirebilir.

Savunuculuğun gerektiği zamanlarda bunun başarısı genel olarak güvenilir kanıt, paydaş analizi ve kapsam analizine bağlıdır. Bu nedenle Temel standartlarda bulunan analiz standardına bağlıdır (bkz. sayfa 61, Temel Standartlar). Kılavuz notlar bu kanıtların tanık ifadesi olarak kullanımının, bilgi kaynağını açıkça ortaya çıkaracağını belirttiğinden, insanları riske atabilir ve çok özenle ele alınmalıdır (bkz. Koruma İlkesi 1, Yol gösterici notlar B sayfa 35).

Koruma İlkeleri

Koruma İlkesi 1: Faaliyetleriniz sonucunda insanların daha fazla zarar görmesine neden olmaktan kaçının.

İnsani yardımda yer alan kişiler özellikle insanların tehlikede olması ya da haklarının sömürülmesi riskine karşı, müdahalelerinin olumsuz etkilerinin olmasından kaçınmalıdır.



Bu ilkede şu öğeler bulunur:

- İnsani yardım şekli ve sağlanan ortam insanlar için daha fazla fiziksel zarar, şiddet ve diğer hakların suistimaline neden olmamalıdır.
- Yardım ve koruma çabaları, etkilenen nüfusun kendiliğinden koruma kapasitesini sarsmamalıdır.
- İnsani yardım kurumları, bilgi verenlerin güvenliğini tehlikeye atmayarak bilgileri hassas şekilde yönetmelidir.

Kılavuz notlar

Afetten etkilenen insanların güvende ve iyi olma hali için İnsani faaliyetlerin kapsamı analiz edilmeli ve sonuçları öngörülmelidir.

1. Hakların suistimalinde suç ortağı olmaktan kaçının. Zorlu kararlar ve seçimler söz konusu olabilir. Örneğin, kampta istekleri dışında tutulan insanlara yardım yapmak gibi bir karar. Bu kararlar durum bazında alınmalıdır ancak durumlar değiştikçe gözden geçirilmelidir.

2. Kontrol listesi: Faaliyetler analiz edilirken aşağıdaki soru listesi genel insani yardım ve özel faaliyetler açısından düzenli olarak gözden geçirilmelidir:

- Faaliyetlerimiz sonucu etkilenen nüfus ne kazanır?

- İnsanların güvenliği için amaçlamadığımız olumsuz etkiler ne olabilir ve bu sonuçları nasıl önleyebilir ya da azaltabiliriz?
- Faaliyetler etkilenen nüfusun karşılaştığı olası koruma tehditlerini kapsıyor mu? Bunlar insanların kendilerini koruma çabalarına zarar verir mi?
- Faaliyetler, herhangi bir gruba karşı ayrımcılık yapıyor mu ya da böyle algılanıyor mu? Faaliyetler marjinalleşmiş ya da ayrımcılık yapılmış kişilerin haklarını koruyor mu?
- Bu grupların haklarını korurken toplum içi ve dışı ilişkilerin etkisi ne olmalıdır?
- Bu faaliyetler toplum içinde ya da komşu topluluklar arasındaki bölünmeleri şiddetlendirir mi?
- Aktiviteler silahlı grupların ya da aktörlerin pozisyonunu olumsuz etkiler mi?
- Bu faaliyetler kriminal sömürüye tabi olabilir mi?

3. Genel yardım ve özel faaliyetlerde, pozitif ve olası negatif etkilerin değerlendirilmesi için etkilenen nüfusun farklı bölümlerine ya da güvenilen organizasyonlarına danışın.

4. Yardımın sağlanma şekli insanları saldırıya karşı savunmasız hale getirebilir. Mesela kuru gıda gibi değerli ürünler yağmaya maruz olabilir ve alıcıları zarar görme ve mahrum kalma riski ile karşı karşıya bırakabilir. Bu önemli riske karşı alternatif yollar düşünün (mutfak ya da beslenme alanlarında pişirilmiş gıda sağlanması gibi). Etkilenen toplumlara, yardımın tercih edilen şekli konusunda danışılmalıdır.

5. Yardımın sağlandığı ortam etkilenen insanlar için mümkün olduğu kadar güvenli olmalıdır. İhtiyacı olan insanlar yardıma ulaşmak için tehlikeli yollardan geçmek zorunda kalmamalıdır. Kamp ve diğer yerleşim alanları kurulduğunda bunlar, etkilenen insanların saldırı ya da diğer tehlikelerden uzakta kaldığı güvenli alanlar olmalıdır.

Etkilenen insanların kendini koruması

6. İnsanların kendini, aile ve toplumları koruma yolları anlaşılmalıdır. Toplumun kendini koruma yolları desteklenmelidir (bkz. Koruma İkesi Kılavuz notlar 13-14 sayfa 40). İnsani yardım kurumlarının müdahale ettiği yollar, insanların kendilerini ve diğerlerini koruma kapasitesine zarar vermemelidir, burada daha güvenli alanlar seçilmeli ve silahlı gruplar ile temastan kaçınılmalıdır.

7. **Geçim ihtiyaçları:** İnsanların geçim ihtiyaçlarını karşılamak için güvenli yollar bulmasına yardımcı olunmalıdır. Bunlar arasında insanların tehlikeli bölgelerden geçmesine gerek kalmadan günlük ihtiyaçları için örneğin, su, odun ve diğer malzemelerin sağlanması olabilir. Bu konu yaşlılar, kadınlar, çocuklar ve engelliler için özel bir konu olabilir.

Hassas bilgilerin yönetimi

8. **Koruma ile ilgili veriler hassas olabilir.** İnsani yardım kurumlarının, bilgilerin gizliliğinin farkında olması ve tanık ya da suistimallerde nasıl davranacağı konusunda net politika ve prosedürleri olmalıdır. Ekip, tanık olunan olay ya da şikayetleri uygun şekilde raporlamak üzere bilgilendirilmelidir.
9. **Hassas bilgilere atıf:** İlgilere atıfta bulunulması, zorunlu koruma önlemleri olan uygun aktörlerce yapılmalıdır. Bu aktörler, bilginin bulunduğu yerin dışında olabilir.
10. **Hassas bilgilere atıf politikası uygulanmalı ve rapor ve trend analizi yapılmalıdır.** Hassas bilgilerin nasıl yönetileceği ve bilgilerin nasıl kullanılacağı belirtilmelidir. Mümkünse kurumlar bu bilgilerin kullanılması ile ilgili bireylerin iznini almalıdır. Bu bilgilere atıf, bilgi kaynağı ya da kişileri tehlikeye atmamalıdır.
11. **Spesifik olarak hakların suistimal edilmesi ve şiddet hakkındaki bilgiler ancak amaçlanan kullanımı net ve detayları konu ile bağlantılı ise toplanmalıdır.** Bu tür koruma bilgileri koruma zorunluluğu altında kurumlarca toplanmalı ve gerekli kapasite, yetenek, sistem ya da protokoller yerinde olmalıdır. Bu bilgilerin toplanması her durumda bireyin, bilgilerin üçüncü taraflar ile paylaşımı konusunda iznini almalıdır.
12. **Hükümet ya da diğer yetkililerin bilginin toplanması hakkındaki olası tepkileri analiz edilmelidir.** Farklı insani yardım kurumları bu bağlamda farklı seçimler yapabilir.



Koruma İlkesi 2: İnsanların tarafsız yardıma erişiminin sağlanması ihtiyaç oranında ve ayrımcılık yapılmadan

İnsanlar ihtiyaçlarına göre olumsuz ayrımcılık olmadan insani yardıma erişebilirler. Yardım, ihtiyacı olan insanlardan uzak tutulmaz ve insani yardım kurumlarına erişim, Sphere standartlarının karşılanması için sağlanır.

Bu ilke aşağıdaki öğeleri içerir:

- Etkilenen nüfusun her kesiminin insani yardıma ulaşması sağlamalıdır.
- İnsani Yardım Sözleşmesinde tanımlandığı gibi toplumun belirli kısımlarının kastlı olarak yardımdan yoksun bırakılması, ilgili kanun ve genel insani prensipler ışığından engellenmelidir.
- Etkilenen insanlar ihtiyaçları bazında destek almalı ve ayrımcılığa uğramamalıdır.

Kılavuz notlar

Erişimin sağlanması

1. **Etkilenen insanlar temel ihtiyaçlarını karşılayamadığında** ve yetkililer kendilerine gerekli yardımı sağlayamadığında, yetkililer insani yardım kurumlarının bu yardımı yapmasını engellememelidir. Bu ret, özellikle silahlı çatışmaların olduğu durumlarda uluslararası kanunların ihlali anlamına gelebilir.
2. **Erişimin izlenmesi:** Etkilenen nüfusun İnsani yardıma erişimi, özellikle en hassas insanlar açısından özenle takip edilmelidir.
3. **İnsani yardıma erişim ve hareket özgürlüğü birbirine bağlıdır** (bkz. Koruma İlkesi 3, Kılavuz notlar 7-9 sayfa 39). Erişimin izlenmesi kontrol noktaları, abluka ve kara mayını gibi engelleri de göz önüne almalıdır. Silahlı çatışma olması durumunda taraflar kontrol noktaları kurabilir ancak bu bariyerler etkilenen insan kategorilerini ayırmamalı ya da yetkisiz olarak insanların insani yardıma erişimlerini engellememelidir. Yardımın uzakta ya da erişilmez bölgelerde bulunan etkilenen insanlara ulaşması için özel tedbirler alınmalıdır.

4. **Hassas gruplar arasında erişimin kolaylaştırılması için özel önlemler alınmalı**, bu arada kapsam, sosyal ve kültürel şartlar ve toplum davranışları göz önüne alınmalıdır. Bu önlemler insanlar için güvenli alanların oluşturulması, engelli insanların erişimini kolaylaştırmak için yerinde araçların bulundurulması olabilir. Bu tür önlemler bu grupların ayrılmasına neden olmamalıdır (bkz. Temel Standart 3, Yol gösterici notlar 5-6 sayfa 63).

Yardım ulaşmasının ya da geçim ihtiyaçlarına erişimin reddi

5. **İnsani yardım alma hakkı**: İnsani Yardım Sözleşmesine detayları verildiği gibi etkilenen nüfusun İnsani yardıma erişim hakkı vardır. Bu hak pek çok yasal norm ve kuraldan kaynaklanır ve bunlar uluslararası kanunun birer parçasıdır. Daha özel olarak uluslar arası insani kanunlar, sivil nüfusun hayatta kalması için vazgeçilmez objelerin korunması hakkında ve yardıma erişim sağlanması hakkında şartlar içerir (1977 Ek protokoller I ve II, 1949 Cenevre Anlaşması). İnsani yardım kurumları, bu kanunların uygulanmasını teşvik edebilir (ayrıca bkz. Koruma İlkesi 3, Yol gösterici notlar 3-4 sayfa 38-39).



Ayrımcılık yapılmamasını sağlama

6. **Tarafsızlık**: İnsani yardım kurumları, ihtiyaçları bazında yardım etmek istediği insanların önceliklerini belirlemeli ve orantılı olarak yardımlarını sunmalıdır. Bu, Uluslararası Kızılhaç/Kızılay Hareketi ve Afet Yardımlarında görevli STK'lar için Davranış Kurallarında onaylanmış tarafsızlık ilkesidir (bkz. Ek 2 sayfa 368 ve İnsani Yardım Sözleşmesi, sayfa 19). İnsani yardım kurumları, etkilenen nüfusun başka bir kesiminin zararına ise sadece belirli gruplara odaklanmamalıdır (örn. kamplarda yerinden edilmiş nüfus).
7. **Etkilenen insanların** insani yardım alma ve korunma için özel bir yasal statüye ihtiyacı yoktur.

Koruma İlkesi 3: İnsanların şiddet ve baskıdan kaynaklı fiziksel ve psikolojik zararlardan korunması

İnsanlar şiddet, zorlama ya da istekleri dışında hareket etme ve bu tür istismarların korkusundan korunmalıdır.

Bu ilke, aşağıdaki öğeleri içerir:

- ▶ Etkilenen nüfusun saldırıya maruz kalmaması için makul önlemlerin alınır, tehdidin kaynağı ele alınır ya da insanların tehditten uzak kalmasını sağlar.
- ▶ Etkilenen nüfusun baskıya maruz kalmaması için makul önlemler alınır, yani haklarına zarar verici şekilde istekleri dışında davranmaya zorlanmaz (örneğin hareket özgürlüğü).
- ▶ Etkilenen nüfusun güvende kalma, güvenli yer bulma ve toplumun kendiliğinden hareket etme çabaları desteklenir.

Kılavuz notlar

Şiddet ve baskıdan korunma

1. **İnsanların yaşamlarını ve güvenliklerini tehdit eden unsurlardan korunması sorumluluğu**, hükümet ve diğer yetkililere aittir (bkz. İnsani Yardım Sözleşmesi sayfa 19). Silahlı çatışma sırasında çatışmada yer alan taraflar sivil nüfusu ve silahını bırakanları korumalıdır. Nüfus için risk ve tehditler açısından değerlendirildiğinde insani yardım kurumları, yasal sorumluluk sahibi olan ve/veya asıl kapasite sahiplerini belirlemelidir.
2. **Diğer tehditlerin azaltılmasına yardımcı olma**: Bu kapsamda insanların daha güvende olması, gerekli tedbirlerin alınması için kendi gayretleri kolaylaştırılmalı ve desteklenmelidir (savunacak ya da diğer şekilde).
3. **İzleme ve raporlama**: İnsani yardım kurumları, hakların ihlalini izlemeli ve rapor etmelidir. Ayrıca etkilenen nüfusun haklarının korunması için danışmanlık yapmalıdır. Diplomasi, kamu danışmanlığı gibi farklı yöntemleri, hassas bilgilerin korunması ilkesini akılda tutarak uygulayabilirler (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).

4. **Silahlı çatışmalar sırasında insani yardım kurumları**, uluslararası insani kanunlar kapsamında korunan kurumları izlemeli -yani okullar, hastaneler- bunlara yapılan saldırıları bildirmelidir. Kurumlar da bu yerlerde meydana gelen kaçırma risk ve tehditleri ile zorla yapılan istihdamları azaltmak için çaba göstermelidir.
5. **Patlayıcıların etkilenen nüfusu tehdit ettiği yerlerde insani yardım kurumları**, ilgili hükümet yetkilileri ve uzman kurumlar ile irtibata geçerek kara mayınlarının ve patlamamış mühimmatın giderilmesini sağlamalıdır. Bu tehdit, özellikler silahlı çatışmanın ardından evlerine dönen insanlar için söz konusudur.
6. **İnsanların istismar ve şiddetten uzak kalmasında** siyasiler, kanunları yürütenler ve askeri aktörler önemli rollere sahiptir. Sonuçta, problemlerin çözümleri genellikle koruma konularının temelinde bulunur. Güvenlik ve kanun yürütme kurumları, örneğin askeri ve polis güçleri ile toplum refahından sorumlu yetkililer riskte olan insanların fiziksel güvenliğinin sağlanmasına önemli görevlere sahiptir.



Hareket özgürlüğü

7. **İnsanlar seçimleri olmayan yerlere gitmeye** (kamp gibi) zorlanmamalı ya da hareketlerine başka makul olmayan sınırlılıklar getirilmemelidir. Hareket özgürlüğünün kısıtlanması ve yerleşim seçimi sadece ciddi sağlık ve güvenlik sorunlarının olduğu yerlerde, amaca orantılı olarak uygulanır. Her zaman çatışma ve afetlerden etkilenen insanların sığınma arama hakkı vardır.
8. **Tahliyeler:** İnsani yardım kurumları istisnai durumlarda, yani yaşam, güvenlik ve sağlık tehditleri olan durumlarda başka bir çözüm yok ise yer boşaltma faaliyetinde bulunmalıdır.
9. **Etkilenen nüfus tehlikeli bir yerde kalmaya yönlendirilmemeli** ya da bir bölge ile ilgili tam bilgi alınmadan o bölgeye dönme ya da yeniden yerleşme faaliyetlerinde bulunulmamalıdır.

Şiddet ya da baskıya karşı özellikle zarar görebilir olanlar

10. **Zarar görebilir olanlar:** Risk ve tehditlere karşı en zarar görebilir grupların belirlenmesi için bireysel, sosyal ve kavramsal faktörlere özen gösterilmelidir. Kadın, çocuk ve yerinden edilmiş insanlar, yaşlılar, engelli insanlar, dini ya da etnik açıdan azınlık olan gruplar için özel tedbirler gerekebilir.

11. **Çocuklar için güvenlik önlemleri:** Kurumlar, çocukların güvenli ortamlara erişimini sağlamalıdır. Aileler ve toplumlar çocukları güvende ve emniyetli şekilde tutmak için destek almalıdır.
12. **Çocuklar özellikle ailelerinden ayrıldığında** ve bir yetişkin tarafından refakat edilmediğinde, çatışma ve afetlerde daha kolay şekilde istismar ve kaçırılmaya maruz kalabilir. Kurumlar çocukların silahlı gruplara alınmaması için gerekli önlemleri almalıdır.
13. **Kadınlar ve çocuklar,** cinsiyet bazlı şiddete maruz kalma riski altında olabilir. Bu grupların korunması için insani yardım kurumları, kaçakçılık, zorunlu fuhuş, tecavüz ya da aile içi şiddet gibi olası riskleri azaltmak için önlemler almalıdır. Ayrıca cinsel istismar ve kötüye kullanım uygulamalarını önlemek için standart ve araçlar uygulanmalıdır. Kabul edilemez uygulamalar arasında özellikle zarar görebilir konumda olan, örneğin izole, engelli kadınlar gibi özel grupların insani yardım için sekse zorlanması yer alabilir.

Toplum bazlı sosyal destek ve kendiliğinden yardım

14. **Koruma ve psiko-sosyal destek için aile ve toplum mekanizmaları,** aileleri bir arada tutarak, ayrılan çocukların uygun şekilde bakımlarını üstlenerek, aile izleme ve yeniden birleştirme süreçlerini gözeterek teşvik etmelidir. Mümkün olan yerlerde ailelerin bir arada tutulması ve aynı köyden ya da destek ağından insanların aynı alanda yaşamaları sağlanmalıdır.
15. **Toplumun kendiliğinden yardım faaliyetlerinin desteklenmesi:** Bu faaliyetler arasında kadın grupların cinsiyet bazlı şiddete karşı işbirliği, günlük yaşam destekleri sağlayan genç gruplar, genç çocukları ve özel ihtiyaçları olan çocukları olan ailelerin desteklenmesi, kara mayınları gibi tehlikeler hakkında bilgi yayan gençler, eşlerini kaybeden kadın ve erkeklerle, yaşlılara ve engelli kişilere ulaşmaya çalışan toplum grupları yer alır.

Koruma İlkesi 4: Haklarını arayan, desteğe erişim sağlamak ve suistimalin izlerini silmek isteyen insanlara yardım

Haklarını arayan etkilenen nüfusa bilgilendirilme, Dokümantasyon ve destek ile yardım edilir. İnsanlar şiddet ya da diğer istismarların psikolojik, fiziki ve sosyal etkilerin kurtulmaları için desteklenir.

Bu ilkede aşağıdaki öğeler bulunur:

- ▶ Etkilenen insanların haklarını almalarına yardım edilir ve hükümet ya da diğer kaynakların sağladığı yardıma erişimleri desteklenir ve hak yetki ve yardımlar açısından bilgilendirilir.
- ▶ Etkilenen insanların haklarını almak için göstermek durumunda oldukları dokümanlar korunur.
- ▶ Toplum temelli ve diğer psiko-sosyal desteklerin sağlanması ile etkilenen insanlara yardımcı olunur.



Kılavuz notlar

Etkilenen insanların haklarını destekleyerek onlara yardımcı olunmalıdır.

1. **Hükümet ve diğer ilgili yetkililer etkilenen nüfusun haklarına** saygı göstermekten ve gereklerini yerine getirmekten sorumludur. Hukuk sistemleri veya diğer kanallardan insani yardım kurumları haklarını talep eden etkilenen nüfusu desteklemelidir.
2. **Yetkiler:** Kurumlar, etkilenen insanların haklarını verilen yardım programında ve ülkenin kanun ve yönetmelikleri ile bilgilendirmelidir. İnsanların evlerini yeniden kurma, arazi ve mülkiyet haklarına özellikle önem verilmelidir.
3. **Bilgi ve Danışma:** Etkilenen nüfus, yetkililer ve insani yardım kurumları tarafından anlayacakları bir dilde ve şekilde bilgilendirilmelidir. Hayatlarını etkileyen ve ek riskler oluşturmeyen anlamlı danışma süreçlerinde bulunulmalıdır. (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55). Bu, onlara haklarını vermenin bir yoludur.

Dokümantasyon

4. **Dokümanların korunması ya da kaybolanların yenilenmesi:** İnsani yardım kurumları, haklarına ulaşmaları için etkilenen insanların Dokümanlarını korumalı ya da kayıp olanları yenilemelidir. İnsanların, belirli dokümanları elinde bulundurma hakları vardır. Tüm haklarına ulaşmak için bazı belgeler gerekir, mesela kimlik ya da doğum belgesi, evlilik cüzdanı, pasaport ve tapu gibi. Bu tür şahsi dokümanlara ulaşmak özellikle afet gibi durumlardan sonra önemlidir, sahiplik bazı tapularda açıkça belirtilmediğinden bu durum önemli bir konu haline gelebilir. Gereksiz mali ve yasal problemlerden kaçınmak için ölüm belgelerinin de düzenlenmesi gerekir. Kaçınılması gereken bir durum olan törensiz olarak ölenlerin gömülmesi işleminde ölüm belgeleri genellikle düzenlenmemektedir.
5. **Hükümet ya da ilgili yetkililerin** tanıdığı yasal Dokümantasyon ile insani yardım kurumlarının çıkardığı kayıt dokümanları, ulaşım kuponları ya da karneler karıştırılmamalıdır. Yetkililer tarafından çıkarılan resmi dokümanlar, insani yardım kurumlarından yardım almaya yetkili kişileri belirlememelidir.

Yardıma erişim

6. **İnsanlar,** haklarının ihlali durumunda yasal ve diğer tazminatlarla hükümet ve yetkililerden haklarını arama yetkisine sahiptir. Bu kapsamda mülkiyet kaybı ve yeniden alınması tazminatı da yer alır. Bu kişiler ayrıca ihlalin mahkemeye getirilmesini isteme hakkına da sahiptir. Bu da etkilenen insanlarda güvenin yeninden sağlanması açısından önemlidir. İnsani yardım kurumları, adalet arayan kişilere yardımcı olabilir ya da konuyu ilgili kuruluşlara iletebilir.
7. **Sağlık ve rehabilitasyon desteği:** İnsanlar, saldırı, cinsiyet temelli şiddet ya da ilgili problemlerin ardından sağlık ve rehabilitasyona erişim için desteklenmelidir (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 3 sayfa 316 ve Gerekli sağlık hizmetleri - Çocuk sağlıkları standardı 1-2 sayfa 321-323).
8. **Hükümet kurumu olmayan** yerlerden yardım geldiğinden insanlara uygun şekilde bu yardıma ulaşmaları için destek olunmalıdır.

Toplum temelli ve diğer psiko-sosyal destek

9. **Kültürel olarak uygun cenaze törenleri, dini törenler** ve uygulamaların yapılması için pozitif yardım mekanizmaları ve zararlı olmayan kültürel ve sosyal uygulamalar desteklenmelidir.
10. **Çocuklar için faaliyetler:** Uygun yerlerde toplumlar, yapılı, destekleyici eğitimsel ve koruyucu faaliyetlerin yapılması için çocuk alanları gibi resmi olmayan yollarla desteklenmelidir. Toplumu koruma mekanizmaları psiko-sosyal iyi olma halini teşvik eden kendiliğinden yardım faaliyetlerini içermelidir.
11. **Şiddetten kurtulanların** psiko-sosyal desteğe ihtiyaçları vardır. Bu kişilerin sosyal ağlara ve kendiliğinden yardım mekanizmalarına erişimi sağlanmalıdır. Toplum temelli sosyal destek, akıl sağlığına erişim ile tamamlanmalıdır.
12. **Entegre destek sistemleri:** Psikolojik destek ve akıl sağlığı alanında çalışan kurumlar, nüfusun entegre sistemini oluşturmak için çeşitli sektörlerde işbirliği yapmalıdır (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - akıl sağlığı standardı 1 sayfa 333).
13. **Klinik destek:** Ciddi seviyede etkilenen insanların klinik desteğe erişimi için mekanizmalar kurulmalıdır.



Referanslar ve diğer kaynaklar

Genel koruma: Temel bilgi ve araçlar

Caritas Australia, CARE Australia, Oxfam Australia and World Vision Australia, Minimum Agency Standard 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 Solidarity 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 (2008), Enhancing protection for civilians in armed conflict and other situations of violence. Geneva. www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/p0956.htm

ICRC (2009), Professional standard 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

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

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

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

Koruma için özel standartlar

Çocuklar

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

Engelliler

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

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

Cinsiyet bazlı şiddet

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

Ev, arsa ve mülkiyet hakları

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, Kontrol listesi 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%20Kontrollistesi%20on%20HLP%20and%20Land%20Issues_Final2.pdf](http://www.internal-displacement.org/8025708F004BE3B1/(httpInfoFiles)/430298C3C285133DC12576E7005D360D/$file/HC%20Kontrollistesi%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), Guide on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the 'Pinheiro Principles', IASC. Geneva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c2.html

Dâhili olarak yer değiştiren insanlar

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 Projesi on Internal Displacement and UNOCHA, Interagency Internal Displacement Division. Washington DC. www.brookings.edu/papers/2004/1123humanrights_bagshaw.aspx

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

Global Protection Cluster (2010), Guide 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/orwww.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d2e008c61b70263ec125661e0036f36e?Opendocument

Akıl sağlığı ve psiko-sosyal destek

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/

Mayın faaliyetleri

International Mine Activities Standards: www.mineactionstandards.org/imas.htmtenenglish

Yaşlılar

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



Temel Standartlar



Bu bölüm nasıl kullanılmalıdır?

Temel Standartlar, tüm sektörlerce paylaşılan önemli süreç standartlarıdır. Bunlar Rehberdeki tüm standartların altını çizen tek referans noktası sağlarlar. Bu nedenle her bölümde kendi standartlarının anlaşılması için Temel Standartlar eşliğinde kullanılması gerekir.

Altı Temel Standart vardır:

İnsan merkezli insani yardım

Koordinasyon ve işbirliği

Analiz

Tasarım ve müdahale

Performans, şeffaflık ve öğrenme

Yardım çalışanı performansı

Her Temel Standart aşağıdaki şekilde yapılandırılmıştır:

- **Temel standart:** Doğası gereği nitelikselidir ve insani yardımda ulaşılması gereken seviyeyi belirler.
- **Anahtar faaliyetler:** Bunlar faaliyetlerde önerilir ve standartlara ulaşmada yardımcı olur.
- **Anahtar göstergeler:** Bunlar bir standarda ulaşıp ulaşılmadığını gösteren 'işaretlerdir'. Anahtar göstergeler süreç ve sonuçlarının ölçümü ve anlatılması-duyurulması için bir yol sunar; anahtar faaliyet ile değil, asgari standartlar ile ilgilidir.
- **Kılavuz notlar:** Bunlar farklı durumlarda Temel standart, Anahtar faaliyetler ve Anahtar göstergeler uygulanırken göz önüne alınması gereken noktaları belirtir. Bunlar uygulama güçlüklerinin ele alınması, kıyasla malar ya da öncelikli ve kesişen paralel temalar ile ilgili tavsiyelerde bulunur. Aynı zamanda standartlar, faaliyetler ve göstergeler ile ilgili kritik konuları içerir, güncel bilgilerde yer alan ikilemleri, uyumsuzluk ve boşlukları tanımlar. Belirli bir faaliyetin nasıl uygulanacağı ile ilgili rehberlik sağlayamaz.

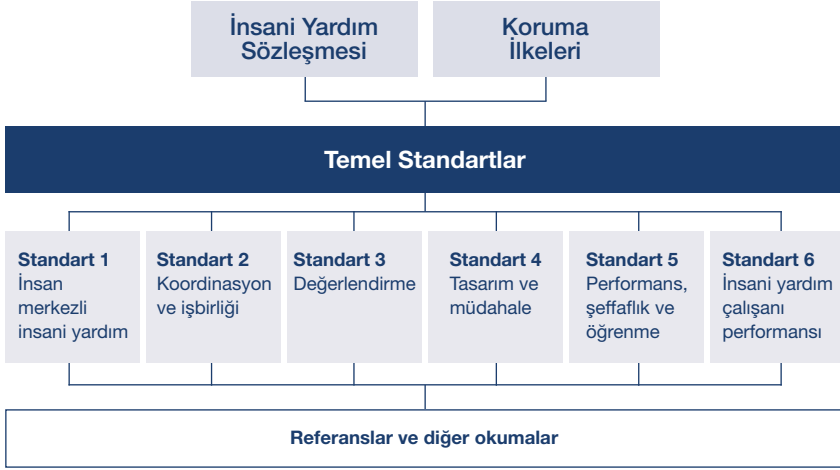
Temel Standartların anahtar göstergeleri, kullanıcı uygulama ve kapsamlarında geniş ölçekte değişiklikler içerir. Ölçülebilir ve zamana bağlı özellikler her gösterge için kapsam ve sektöre özgüdür. Bu nedenle kullanıcılar anahtar göstergeleri kendi durumlarına uygun şekilde adapte edebilir.

Bu bölüm sonunda referanslar ve diğer kaynakların bir listesi verilmiştir.

İçindekiler

Giriş.....	53
Temel Standartlar.....	55
Referanslar ve Diğer Kaynaklar.....	74





Giriş

Temel Standartlar, Sphere Asgari Standartlarına erişmek için gerekli süreçleri tanımlamaktadır. Bunlar Sphere İnsani Yardım Sözleşmesi ilkelerinin uygulamadaki ifadesidir ve afet ya da çatışmalardan etkilenen insanların hakları ve onurla yaşamalarının sağlanması için önemlidir. Temel Standartlar (Anahtar göstergelerde de verildiği gibi) insani yardım kurumlarının yardımlarının minimum seviyesini, toplum bazında, yerel, ulusal ve uluslararası olarak belirler.

Temel Standartlar aynı zamanda diğer Kilit teşviklere, hesap verebilirliğin ortak şekilde yürütülmesini sağlamaya bağlıdır. Örneğin İnsani Hesap verebilirlik Ortaklığı (HAP) 2010 Hesap verebilirlik ve Kalite Yönetim Standardı kıyaslamaları ve Temel Standartlar tamamlayıcı gereksinimleri içerir. Yardım işçisi performans standardı İyi Uygulama Yardım Kanunlarında yer alan İnsanlar ile ilgilidir. Acil Durum Kapasite Geliştirme İyi Durum Rehberi (ECB) Projesi, Groupe URD'nin Kalite Kompas ve İnsani Yardımda Hesap Verebilirlik ve Performans için Aktif Öğrenme Ağı (ALNAP) özellikle Temel Standartlar 1 ve 5 hakkında bilgi verir. Temel Standartlar, INEE (Acil Durumlarda Eğitim için Kurumlar arası Ağ) Eğitim için Asgari Standartlarının kurucu temellerini oluşturur: Hazırlık, Müdahale ve İyileştirme.



Tüm Sektörler için Temel Standartların Önemi

İlk Temel Standart, afetten etkilenen insanların - her yaşta kadın, erkek, kız ve erkek çocukların - yardıma katılımı ve kapasite ve stratejilerinin insani yardımla bütünsel şekilde hayatta kalmasıdır. Temel Standart 2, tarafsız insani yardımda yer alan diğer kurumlar ve devlet kurumları ile etkin bir yardım eş güdümüne olan ihtiyacı belirtir.

Temel Standart 3, afetin doğasını, kimin ne kadar etkilendiğini ve insanların kapasite ve zarar görebilirliğinin sistematik olarak analiz etme ihtiyacını tanımlar. Politik, sosyal, ekonomik ve çevresel kapsamda anlayışın kritik önemini belirtir. Temel Standart 4'ü uygulayan kurumlar, ihtiyaçların tarafsız analizine bağlı olarak, karşılanması gereken ihtiyaçları, etkilenen insanların ve devletin durum ve kapasiteleri ile birlikte ele alırlar.

Temel Standart 5, müdahalenin etkinliği, kalite ve uygunluğu kurumlar tarafından sürekli incelenerek elde edilir. Kurumlar stratejilerini bilgiyi ve afetten etkilenen insanlardan alınan geri bildirimleri izleyerek benimser ve performansları ile ilgili bilgiyi paylaşırlar. Ön yargısız inceleme ve değerlendirmelere yatırım yapar ve politika ve uygulamalarını geliştirmek için bulgularını kullanırlar.

Temel Standart 6, insani yardım kurumlarına, afetten etkilenen insanlar arasından uygun bilgi, yetenek, davranışa sahip kişileri yardım görevlisi olarak istihdam etme yükümlülüğü getirir. Bütün kurumlar, yardım görevlilerinin etkin şekilde çalışması için duygusal ve fiziksel iyi halleri gözetten bir yönetim sergilemekten sorumludur.

Zarar görebilirlik

Sphere'in odak noktası, afet ya da çatışmadan etkilenen insanların acil hayatta kalma ihtiyaçlarını karşılamaya yöneliktir. Ancak Temel Standartlar, afete karşı hazırlıklı olmayı ve gelecek riski ve Zarar görebilirliği azaltma, kapasiteyi geliştirme ve erken iyileştirmeyi sağlama yaklaşımlarını da içerebilir. Bu yaklaşımlar müdahalenin doğal çevreye olan etkisini dikkate alır, bu durum ev sahibi ve daha geniş nüfusun ihtiyaçları ile çok yakından ilgilidir.

Rehberde, 'zarar görebilir ' kelimesi özellikle doğal afetlerde ya da insan kaynaklı afetlerde ve çatışmalarda zarar görebilirliği yüksek kişileri belirtir. İnsanlar devam eden fiziksel, sosyal, çevresel ve politik faktörler sonucunda afetlerde zarar görebilir hale gelebilirler. Etnik köken, yaş, cinsiyet, engel, sınıf ya da kast, politik işler ve din nedeniyle toplum tarafından marjinal görülebilir. Zarar görebilirliğin kombinasyonu ve genellikle değişken durumlar, insanların farklı şekillerde ve farklı nedenlerle zarar görebilir olmasına katkıda bulunabilir. Zarar görebilir insanların ve afetten etkilenen kişilerin bu durumla baş etmek için çeşitli kapasiteleri vardır. İnsanların kapasitelerinin ve karşılaştıkları engellerin tam olarak anlaşılması, en çok yardıma ihtiyacı olan kişilerin yardıma erişimini sağlayabilir.

Temel Standartlar

Temel Standart 1: İnsan merkezli insani müdahale

Onurla hayatta kalmak için insanların kapasitesi ve stratejileri, insani yardımın tasarım ve yaklaşımlarının bütünsel birer parçasıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Toplumdaki gruplarının ve sosyal ağların ilk fırsatta belirlenerek yerel kapasitenin desteklenmesi ve toplum temelli kendiliğinden yardım teşviklerinin geliştirilmesi (bkz. Yol gösterici notlar 1).
- Sistematik ve şeffaf mekanizmaların kurularak afet ya da çatışmadan etkilenen insanlar için düzenli bilgi ve etki programlarının sağlanması (bkz. Yol gösterici notlar 2).
- Afetten etkilenen insanlar ile birlikte yapılan görüşmeler ile dengeli şekilde zarar görebilir kişilerin temsil edilmesini sağlamak (bkz. Yol gösterici notlar 3).
- İnsani yardım kurumları hakkında etkilenen nüfus için bilgi sağlamak, proje ve yardıma erişim haklarını kabul edilir dil ve formatta sunmak (bkz. Yol gösterici notlar 4).
- Etkilenen nüfus için güvenli ve uygun toplantı ve bilgi paylaşım alanları sağlamak (bkz. Yol gösterici notlar 5).
- İnsanların programın kolay ve güvenilir olmaması konusundaki şikayetlerini dinlemek, müdahale ve iyileştirme için zamanında ve şeffaf prosedürler belirlemek (bkz. Yol gösterici notlar 6).
- Uygulanabilir yerlerde yerel iş gücünü kullanarak çevresel olarak sürdürülebilir materyal ve sosyal sorumluluk işlerini, yerel ekonomi yararına sunmak.
- Uygulanabilir yerlerde bölge insanı için önemli olan kültürel, ruhsal ve geleneksel uygulamaların yapıldığı projeleri tasarlamak (bkz. Yol gösterici notlar 7).



- ▶ Afetten etkilenen kişilerin müdahale sürecinde karar verme gücünü ve sahiplenmelerini arttırmak.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Proje stratejileri, toplum bazlı kapasite ve teşviklere bağlıdır.
- ▶ Afetten etkilenen insanlar düzenli toplantılara aktif katılım sağlayarak yardımın uygulanması konusunda fikirlerini belirtir (Kılavuz notlar 1-2).
- ▶ Etkilenen toplum ve yerel yetkililerin sürdürdüğü kendi teşvikleri yardım sürecinde artar (bkz. Kılavuz notlar 1).
- ▶ Kurumlar yapılan yardımları inceler ve alınan şikayetleri değerlendirir.

Yol gösterici notlar

1. **Yerel kapasite:** Afetten etkilenen insanlar bu afetle baş edecek, bundan kurtulacak yetenek, bilgi ve kapasiteyi edinir. İnsani yardıma aktif katılım, insanların onurla yaşama hakkı için önemlidir ve Afet müdahalesinde Kızılhaç ve Kızılay Hareketi ile Sivil Toplum Örgütlerinin Davranış Kuralları 6. ve 7. ilkelerde belirtilmiştir (bkz. Ek 2 sayfa 368). Kendine yardım ve toplum bazlı teşvikler, onurla yaşam, psikolojik ve sosyal refaha katkıda bulunur. Sosyal, kültürel, duygusal ve mali desteğe geniş aile, dini bağlar ve törenler, arkadaş, okul, toplum aktiviteleri yoluyla ulaşmak, bireysel ve toplumsal güvenin kazanılmasına, azalmasını ve direncin artmasını sağlar. Yerel insanlar destek ağları ve kendine yardım grupları oluşturmak için desteklenmelidir. İnsanların katılım sağladığı kapsam ve çerçeve, fiziksel, sosyal ve politik duruma ve afetin şekline göre belirlenir. Afete ilk olarak genellikle yerel nüfus müdahale eder, bu müdahale bir dereceye kadar öngörüldür. İnsanların erken aşamalarda katılımı için dinlenmesi ve danışılması, sonraki programların kalitesini ve toplum yönetimini arttıracaktır.
2. **Geri bildirim mekanizmaları** etkilenen insanların tümü içindir ve program planlama ve uygulamasını etkiler (bkz. HAP 'katılım' kıyaslaması). Bunlar 'öğrenilen dersler' üzerine odak grubu tartışmalarını, araştırmaları, mülakatlar ve toplantıları içerir. Etkilenen nüfusta her gruptan belirli bir oranda temsilciler bu toplantılara katılır (bkz. ECB araçlar için Yeterince İyi Rehberi ve Yol gösterici notlar 3–4). Bulgular ve kurumların faaliyetleri sistematik olarak etkilenen nüfusla paylaşılır.

3. **Temsilci katılım:** İnsanların karşılaştığı engelleri anlamak ve bunlara yönelmek dengeli bir katılım için önemlidir. Tüm grup üyelerinin katılımını sağlamak için, kadın erkek, her yaşta kız ve erkek çocuklar, önlemler alınmalıdır. Temsil edilmeyen, marjinal grupların da (örn. dini ya da etnik olarak) ya da "görünmeyen" (evde ya da bir kurumda olan kişiler) insanların da yer alması sağlanmalıdır. Genç ve çocukların katılımı da sağlanarak istismar ya da tehlikelere maruz kalmadıklarından emin olmak önemlidir.
4. **Bilgileri paylaşımı:** İnsanların kendi adlarına yapılan faaliyetlere ulaşma hakkı vardır. Bilgiler endişeyi azaltır ve toplum bilinci için önemlidir. Kurumlar en azından, yardımın ne zaman ve nereye ulaşılacağını, insanların yetki ve haklarını tanımlayan bilgileri paylaşmalıdır (bkz. HAP 'bilgi paylaşım' kıyaslaması). Bilgi paylaşımının ortak yolları arasında bilgi panoları, kamu toplantıları, okullar, gazeteler ve radyo yayınları vardır. Bilgiler, insanların durumunun anlaşıldığını göstermeli ve yerel dillerde, ilgili kişilere ulaşılmasını sağlayan medya kullanılarak yayılmalıdır. Mesela çocuklar ve okuma yazma bilmeyen yetişkinler için konuşma dili ve resimler kullanılır, karmaşık olmayan bir dil (12 yaşındaki çocukların anlayabileceği şekilde) kullanılır ve bilginin insanlara dağıtılması için basılması sırasında büyük yazı biçimi kullanılır. Yaşlıların ve duyma güçlüğü olanların da duyacağı şekilde toplantılar yönetilir.
5. **Emniyetli ve erişilebilir alanlar:** Güvenli alanlarda halk toplantıları yapılır ve kültürel normlara göre katılımı sınırlı olan kişiler ve sınırlı hareketi olan kişilerin de toplantıya katılımı sağlanır. Çocukların oyun oynaması, öğrenmesi, sosyalleşmesi ve gelişimi için çocuklara özel alanlar sağlanır.
6. **Şikayetler:** İnsanların bir kuruma şikayette bulunma ve yanıt arama hakkı vardır (bkz. HAP 'şikayeti ele alma' kıyaslaması). Şikayetler ve tazminat için resmi mekanizmalar, kurumun insanlar açısından hesap verebilirliği ve toplumlarının hayatlarını tekrar kontrol altına alması açısından önemlidir.
7. **Kültürel olarak uygun cenaze törenleri ve dini törenler gibi uygulamalar,** genellikle insanların kimliğinin, onurunun ve kapasitesinin korunması afetle baş etme mekanizmalarının önemli birer ögesidir. Bazı kültürel olarak kabul edilir uygulamalar insan haklarını ihlal etmektedir (mesela kızların eğitim hakkının reddi ya da kadın genital sünneti) ve bunlar desteklenmemelidir.



Temel Standart 2: Koordinasyon ve işbirliği

İnsani yardım, ilgili yetkililer ile eşgüdüm içinde planlanır ve uygulanır, insani yardımda yer alan insani yardım kurumları ve sivil toplum örgütleri maksimum etkinlik, kapsam ve verimlilik için birlikte çalışır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Başlangıçtan itibaren genel ve uygulanabilir sektörel eş güdümüne katılın (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Devletin ve diğer eş güdüm gruplarının sorumluluk, amaç ve eş güdümleri hakkında bilginin (bkz. Yol gösterici notlar 3).
- Kurumun zorunluluk, hedef ve programı hakkındaki bilgileri koordinasyon gruplarına sağlayın.
- Zamanlı şekilde ilgili koordinasyon grupları ile analiz bilgilerini, diğer insani yardım kurumlarının da kullanabileceği şekilde paylaşın (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).
- Diğer insani yardım kurumlarının program bilgilerini kullanarak analiz, coğrafik alan seçimi ve yardım planları hakkında bilginin.
- Koordinasyon gruplarını düzenli olarak gelişmeler hakkında bilgilendirin, önemli gecikmeler, kurumsal sınırlılıklar-kesintiler ya da yedek kapasite hakkında haber verin (bkz. Yol gösterici notlar 4).
- Diğer insani yardım kurumları ile işbirliği yaparak kritik insani yardım konuları hakkında dayanışmayı arttırın.
- İnsani ilke ve amaçlara bağlı olarak kurumun İnsani yardım kurumu olmayan aktörler ile faaliyetleri hakkında net politika ve uygulamalarını belirleyin (bkz. Yol gösterici notlar 5).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Program planları ve analiz raporları düzenli olarak ilgili eş güdüm gruplarına sunulur (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Diğer kurumların aynı bölge ve sektörel alan içindeki insani yardım faaliyetleri tekrarlanmaz.

- Koordinasyon toplantılarında verilen taahhütlere göre hareket edilir ve zamanında raporlanır.
- Diğer insani yardım kurumları, sivil toplum kuruluşları ve yetkililerin kapasite ve stratejileri göz önüne alınır.

Kılavuz notlar

1. **Koordineli müdahale:** Yeterli program kapsamı, zamanlı ve kaliteli kolektif faaliyet gerektirir. Koordinasyon çalışmalarına aktif katılım, koordinasyon liderlerinin zamanında ve net çalışma ve sorumluluk alanlarını belirlemesine, karşılanan ihtiyaçların seviyesini ölçmesine, tekrarın azalmasına ve kapsam ve kalite boşluklarının belirlenmesine yardımcı olur. Devam eden yardımlar, zamanında kurumlar arası analiz ve bilgi paylaşımı, analiz ekiplerinin aynı bilgi için etkilenen insanlara defalarca soru sormasını önler. İşbirliği ve uygunsa kaynak ve ekipmanların paylaşılması toplumun, komşularının, bağışçıların, insani yardım kurumlarının kapasitelerini optimize eder. Afetten önce koordinasyon mekanizmalarına katılım, yardım sırasında koordinasyonu artırır. Yerel sivil toplum kuruluşları ve yetkililer, sadece uluslararası kurumları ilgilendiren koordinasyon mekanizmaları varsa buna katılmayabilir. Bu nedenle, toplantı ve diğer ortak iletişimlerde yerel dilin kullanılması önemlidir. Koordinasyon toplantılarında kurumlarını temsil eden personelin uygun bilgi, yetenek ve yetkiye sahip olması, planlama ve karar vermeye katılması önemlidir.
2. **Ortak koordinasyon mekanizmaları** arasında genel (tüm programlar için), sektörel (sağlık gibi) ve kesişen tematik konu (cinsiyet gibi) toplantıları ve bilgi paylaşım mekanizmaları (analiz ve kavramsal bilgi veritabanları gibi) vardır. Farklı sektörleri bir araya getiren toplantılar insanların ihtiyaçlarının bir bütün olarak ele alınmasını sağlayabilir (örn. insanların su, barınak, hijyen ve psiko-sosyal ihtiyaçları birbirine bağlıdır). Tüm programlar arasında entegre koordinasyon için farklı mekanizmalar arasında bilgiler paylaşılmalıdır. Tüm koordinasyon bağlamında, kurum taahhütleri, koordinasyon mekanizmalarının kalitesinden etkilenir: Koordinasyon liderlerinin toplantı ve bilgileri iyi, etkin ve sonuç odaklı olarak yürütmesi gerekir. Aksi halde katılımcı kurumlar mekanizmaların desteklenmesinin ve geliştirilmesinin savunuculuğunu yapmak durumundadır.
3. **Koordinasyon rolleri:** İnsani yardım kurumlarının müdahale faaliyetlerinin koordine edilmesi. Etkilenen devletlerin görevidir. İnsani yardım kurumları,



devletin koordinasyon fonksiyonunu destekler. Ancak bazı durumlarda, örneğin, devlet kurumlarının kendisi şiddet ve istismardan sorumludur ya da müdahalesi tarafsız değildir ya da devletin kendisi koordinasyonda yer almak istemekle birlikte, yeterli koordinasyon kapasitesi olmayabilir. Bu gibi durumlarda alternatif koordinasyon mekanizmaları uygun olabilir. Bu durumda koordinasyon toplantıları ayrı ya da ortak olarak Birleşmiş Milletler ya da STK'lar ile yapılabilir. Günümüzde, geniş çaplı insani acil durumlar, aynı sektörde çalışan kuruluşların bir yürütücü kuruluş altında çalışmasına dayalı 'küme yaklaşımı' koordine edilmektedir.

4. Etkin veri paylaşımı: Bilgi kullanımı kolaysa ve diğer kurumların verileri ile kolay uyumlu hale gelen global insani protokoller izliyorsa (açık, ilgili ve uygun) etkin veri paylaşımı gelişir (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61). Veri paylaşım sıklığı kuruma ve kapsama özgüdür ancak tutarlı olması için hızlı olması gerekir. Hassas bilgiler gizli kalmalıdır (bkz. Temel Standartlar 3-4 sayfa 61-65).

5. Askeri ve özel sektör: Özel sektör, yabancı ve ulusal askeriye, yardım çalışmalarının içinde yer almakta ve koordinasyonu etkilemektedir. Askeriye özel uzmanlık ve kaynak getirir, bunlar arasında güvenlik, lojistik, nakliye ve iletişim vardır. Ancak askeri faaliyetler, insani hedefler ile askeri ve politik gündem arasındaki çizgiyi yok edebilir ve güvenlik riskleri oluşturabilir. Askeriye ile koordinasyon, onaylı kılavuzlara göre insani yardım kurumlarının liderliğinde ve hizmetine olmalıdır. Bazı kurumlar operasyonel etkinlik için minimum diyalogda kalırlar (örneğin, temel bilgi paylaşım programı) diğerleri ise daha güçlü bağlantılar kurabilir (örneğin, askeri değerlerin kullanımı). Her durumda insani müdahale kuruluşları, bağımsızlık, güvenilirlik, güvenlik ve etkilenen insanlara erişimini bozabilecek politik ya da askeri birliklerden uzak durmalıdır. Özel sektör insani yardım kurumlarına ticari etkinliği tamamlayıcı uzmanlık ve kaynaklarını getirebilir. Bilgi paylaşımının tekrarı önlemesi ve insani iyi uygulamaları teşvik etmesi gerekir. Özel sektör - insani yardım kuruluşu ortaklıkları insani yardım amacına kesin şekilde uygun olmalıdır.

Temel Standart 3: Analiz

Afetten etkilenen insanların öncelikli ihtiyaçları koşulların sistematik analizi, onurla yaşam risklerinin ve etkilenen nüfus ve yardım kurumlarının kapasitelerinin değerlendirilmesi ile belirlenmesi ile belirlenir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yerel insani kapasite, etkilenen nüfusun boyutu, koşullar, insanların afete duyarlılığını arttırabilen diğer mevcut faktörler hakkında önceki afet bilgilerini bulun ve kullanın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Öncelikli analizi hemen yapın ve afetin neden olduğu değişiklikleri analiz ederek öncelikli afet bilgileri oluşturun, zarar görebilirliği arttırabilen yeni faktörleri belirleyin (bkz. Kılavuz notlar 2).
- En kısa zamanda hızlı bir analiz yapın -zaman ve koşulların izin verdiği ölçüde-, takiben derin analizleri yapın (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Nüfus verilerini ayrıştırın; en azından cinsiyet ve yaşa göre ayırın (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Analizde yer alan kadın - erkek ve her yaşta kız ve oğlanların yanı sıra afetten etkilenen diğer kişiler de dahil olmak üzere geniş bir nüfusa kulak verin (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55 ve Kılavuz notlar 5-6).
- Çok sektörlü, ortak ya da kurumlar arası analizleri mümkün olduğu kadar takip edin.
- Çeşitli yöntemler ile sistematik bilgiler toplayın, kaynaklardan ve kurumlardan alınan bilgileri birleştirin ve verileri dokümente edin (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Etkilenen insanların başa çıkma kapasitesini, yetenek ve kaynaklarını, kurtarma stratejilerini değerlendirin (bkz. Kılavuz notlar 8).
- Müdahale planlarını ve devletin kapasitesini değerlendirin.
- Birey ve toplumların psiko-sosyal refahını afetin nasıl etkilendiğini analiz edin.
- Afetten etkilenen insanlar ve insani yardım görevlilerinin mevcut ve potansiyel güvenlik endişelerini analiz edin (bkz. Kılavuz notlar 9).



- Analiz verilerini zamanında paylaşın ve diğer insani yardım kurumlarının ulaşmasını sağlayın (bkz. Temel Standart 2 sayfa 58 ve Kılavuz notlar 10).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Analiz edilen ihtiyaçlar etkilenen insan ve yardım kurumlarının kapasitelerine açıkça bağlıdır.
- Hızlı ve detaylı analiz raporları etkilenen tüm insanları temsil eden görüşler içermelidir.
- Analiz raporları en az yaş ve cinsiyet olarak ayrılmış nüfus verilerini içermelidir.
- Detaylı analiz raporları, Zarar görülebilirlik, koşullar ve kapasite analizine dair bilgiler içerir.
- Analiz formatlarına karar verildiğinde ve geniş çaplı desteklendiğinde bunlar kullanılmalıdır.
- Müdahale için seçilen insanların detaylı analizinin ardından hızlı değerlendirmeler yapılmalıdır.

Kılavuz notlar

1. **Öncelikli afet bilgileri:** İlk ve hızlı değerlendirmeler için var olan bilgilerin ortak paylaşım- işbirliği havuzu çok değerlidir. Önemli miktarda bilgi neredeyse her zaman koşullara bağlı olarak elde edilebilecektir (örn. politik, sosyal, güvenlik, çatışma ve doğal çevre ve insanlar cinsiyet, yaş, sağlık, kültür, ruhsal ve eğitim). Bilgi kaynakları arasında ilgili bakanlıklar (örn. sağlık ve nüfus verileri için), akademik ya da araştırma kurumları, toplum bazlı organizasyonlar, yerel ve uluslararası insani yardım kurumları da yer alır. Afete karşı hazır bulunma ve erken uyarı girişimleri, web bazlı harita, kitle kaynaklı veri (crowd- source), ve mobil platformların gelişmesi ile (Ushahidi gibi) ilgili bilgi veritabanlarının geliştirilmesine katkıda bulunmuştur.
2. **İlk analizler:** Genellikle bir afetin ardından birkaç saat içinde yapılan ilk analizler ikinci el bilgilere ve önceki mevcut bilgilere dayalı olabilir. Bunlar acil yardım ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemlidir ve derhal paylaşılmalıdır.

3. **Aşamalı analizler:** Bir süreç içindeki analizdir, tek bir olay değildir. İlk ve hızlı analizler, ilk bulguları detaylandıran (ancak tekrar etmeyen) analizler için temel sağlar. Cinsiyet temelli şiddet gibi koruma konularının tekrarlı analizi için özen gösterilmelidir çünkü bunlar birey ve toplumlara faydadan çok zarar getirebilir.
4. **Veri sınıflandırma:** Çocuklar ve her yaştaki yetişkinlerin hak ve ihtiyaçlarının belirlenmesi için kritik öneme sahip detaylı sınıflandırma ilk etapta nadiren mümkündür. İlk fırsatta cinsiyet ve yaşa göre 0-5 erkek / kız çocuk, 6-12 erkek / kadın ve 13-17 erkek / kadın ve ardından 10 - yıllık parantezler içinde örn. 50-59, erkek / kadın; 60-69, erkek / kadın; 70-79, erkek / kadın; 80+, erkek / kadın şeklinde belirtilmelidir. Fizyolojik olarak sağlık bölümünde verilen yaş gruplarının aksine yaşla ilgili farklılıklar haklar, sosyal ve kültürel konularla bağlantılıdır.
5. **Temsilci analizi:** İhtiyaç bazlı analizler afetten etkilenen insanların tümünü koşullardır. İnsanların ulaşması zor olan lokasyonlar örn. kamplarda olmayan insanlar, ulaşımı zor coğrafik alanlar ya da ev sahibi ailelerin yanında bulunan aileler için özel tedbirler alınmalıdır. Aynı durum, kolay ulaşılan ancak risk altındaki kişiler için de geçerlidir, örneğin çocuk asker olarak hedeflenenler, cinsiyet bazlı şiddete maruz kalanlar, yaşlılar, engelliler, eve bağlı bireyler, çocuk ve gençler. Birincil bilgi kaynakları doğrudan gözlem, araştırma ve gruplar ile yapılan görüşmeleri içerir. (örn. yerel yetkililer, erkek ve kadın toplum liderleri, yaşlı kadın ve erkekler, öğretmen ve diğer eğitim personeli ve diğer insani yardım kurumları). Bazı insanlar için açıkta konuşmak zor ya da tehlikeli olabilir. Çocuklar ile yetişkinlerin önünde konuşulması uygun olmayabilir ayrıca çocukları riske atabilir. Çoğu durumda kadın ve kızlar ile ayrı yerlerde görüşülmelidir. Sistematik bilgilerin toplanmasında yer alan yardım görevlileri şiddete uğrayan insanlardan bilgi toplamak için gerekli yeteneklere sahip olmalıdır. Çatışma alanlarında bilgi yanlış kullanılabilir ve insanları daha fazla riske atabilir. Sadece bireylerin rızası ile bilgiler diğer insani yardım kurumları ya da ilgili organizasyonlar ile paylaşılmalıdır (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33). Etkilenen kişilere derhal erişim olanaklı değildir. Hariç tutulan grup ya da alanlar, analiz raporunda açıkça belirtilmeli ve en kısa zamanda bu alanlara dönüş yapılmalıdır.
6. **Zarar görülebilirlik analizi:** Bir afetin ardından insanların karşılaştığı riskler farklı birey ve gruplara göre değişir. Bazı kişiler yaş gibi bireysel faktörlere (özellikle



çok genç ya da yaşlı olanlar) ve hastalıklara (özellikle HIV ve AIDS olan insanlar) karşı daha duyarlı olabilir. Ancak sadece bireysel faktörler riski otomatik olarak arttırmaz. Zarar görebilirliği arttıran ayrımcılık ve marjinalleştirme gibi sosyal ve kavramsal faktörler de analiz edilmelidir (örn; düşük statüde, olmak, kadın ve kızların gücü); sosyal izolasyon, çevresel bozulma, iklim değişikliği, fakirlik, arazi sahibi olmama, zayıf yönetim, etnik durum, sınıf ya da kast ve dini ya da politik durum. Detaylı analizler potansiyel tehlikeleri belirlemeli, değişen çevresel risk faktörleri (örn. erozyon ya da ormanların yok edilmesi) ve iklim değişiklikleri ile jeoloji (örn. hortum, sel, toprak kayması ve deniz seviyesinin yükselmesi) araştırılmalıdır.

7. Veri toplama ve kontrol listeleri: Analiz bilgilerinde nüfus hareketleri ve sayıların çapraz kontrolleri de dâhil geçerli kaynaklara mümkün olduğunca referans verilmelidir. Çok sektörlü analizler ilk aşamada mümkün değilse diğer bireysel sektör, koruma ve kesişen ortak konuların analizlerine daha çok özen gösterilmelidir. Veri kaynakları ve verinin ayrıştırılma seviyeleri not edilmeli, 5 yaşın altındaki çocukların ölüm ve hastalık olasılığı raporlanmalıdır. Uzlaşılan insani yardım standartlarında pek çok analiz kontrol listesi vardır (bkz. bazı teknik bölümlerin eklerinde yer alan kontrol listeleri). Kontrol listeleri verinin diğer kurumlara erişimini ve ilgisini kolaylaştırır, tüm anahtar alanların analiz edilmesi, organizasyonel ve bireysel ön yargıların kaldırılmasını sağlar. Ortak bir kurumlar arası analiz formatı afetten önce geliştirilebilir ya da müdahale sırasında belirlenebilir. Koşullara uygun kalitatif ve kantitatif yöntemlerin karışımı kullanılmalıdır. Analiz ekipleri mümkün olduğu kadar kadınlar ve erkekler, uzman ve genel danışmanlardan oluşmalıdır. Ekipler yerel dili bilen ve insanlar ile kültürel açıdan uygun şekilde iletişim kurabilen kişileri içermelidir.

8. Kapasitelerin analiz edilmesi: Toplamların baş etme ve iyileştirme kapasiteleri vardır (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55). Pek çok baş etme mekanizması sürdürülebilir ve yardımcı iken bazıları, mesela varlıkların satışı ya da fazla alkol tüketimi, uzun vadede zararlı sonuçlara yol açabilir. Analizler direnci arttıran pozitif stratejileri ve negatif stratejilerin nedenlerini belirlemelidir.

9. Analiz güvenliği: Afetten etkilenen ve ev sahibi insanlar için güvenli bir analiz yöntemi seçilmelidir, şiddet ve her türlü baskı, insan haklarına erişimin reddi ve yardımların ulaştırılmaması gibi tehditler belirlenmelidir (bkz. Koruma İlkesi 3 sayfa 38).

- 10. Analizlerin paylaşılması:** Analiz raporları diğer insani yardım kurumları için çok değerli bilgiler sağlar, temel araştırma verileri oluşturur ve müdahale kararlarının şeffaflığını artırır. Bireysel kurum tasarımlarındaki farklılıklara bakılmaksızın analiz raporları net ve öz olmalı, kullanıcıların faaliyet önceliklerini belirlemeli, yöntemlerini tanımlamalı ve verinin güvenilirliğini göstermek için kıyaslamalı analizlere olanak sağlamalıdır.

Temel Standart 4: Tasarım ve müdahale

İnsani yardım, afetten etkilenen insanların ihtiyaçlarını, koşullar ile karşılaşılan risklerle, etkilenen insanların kapasite ve başa çıkma durumu ile ilgili olarak karşılar.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfusun tarafsız ihtiyaç analizi, koşullar, riskler ve kapasitesine göre program tasarlayın (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).
- Etkilenen nüfusun devleti ya da kendileri tarafından karşılanamayan ihtiyaçlara yönelik program tasarlayın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Afetin ardından temel, acil hayatta kalma ihtiyaçlarına yönelik hayat kurtarıcı faaliyetleri önceliklendirin.
- Sınıflandırılmamış analiz verilerini kullanarak afetin farklı bireyleri nasıl etkilediğini belirleyin ve programı, özel ihtiyaçlarına göre tasarlayın.
- Zarar görebilir insanların yardım ve korumaya ulaşmasını sağlayacak şekilde yardımı tasarlayın (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Program tasarımı ve yaklaşımı ile etkilenen insanların onurla yaşama hakkının desteklenmesini sağlayın (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55 ve Kılavuz notlar 3).
- İnsanların Zarar görebilirliği arttıran kavramsal faktörleri analiz edin, programı tasarlarken Zarar görebilirliklerini azaltan programları tasarlayın (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61 ve Kılavuz notlar 4).
- İnsanları tehlikeye atan, çatışma dinamiklerini kötüleştiren ya da istismar fırsatları yaratan riskleri asgariye indiren programlar tasarlayın (bkz. Kılavuz notlar 5 ve Koruma İlkesi 1 sayfa 33).



- Analiz edilen şartlarla Sphere Asgari Standartları arasındaki boşlukları, Sphere göstergelerini karşılayarak ya da aşarak, aşamalı olarak kapatın (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Erken müdahaleyi teşvik eden, riski azaltan ve etkilenen insanların gelecek tehlikelerini asgariye indiren programlar tasarlayın (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Uygunluk ve tutarlılık içeren şekilde programı benimseyin (bkz. Temel Standart 5 sayfa 68).
- Program uygulamasının erken safhalarında etkilenen nüfus ile iletişim halinde stratejilerinin planlanmasını sağlayarak sürdürülebilir iyileştirmeyi destekleyin.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Program tasarımı, farklı insan gruplarının özel ihtiyaçları ve karşılaşılan riskleri temel alır.
- Program tasarımı, insanların ihtiyaçları ile kendilerinin ve devletin bunları karşılama kapasitesi arasındaki boşluğu ele alır.
- Program tasarımı, insanların ihtiyaç ve kapasitelerindeki değişiklikleri yansıtacak şekilde revize edilir.
- Program tasarımı insanların gelecek tehlikelere karşı Zarar görülebilirliğini azaltır ve bunlarla başa çıkma kapasitelerini geliştirir.

Kılavuz notlar

1. **Mevcut kapasitenin desteklenmesi:** Etkilenen kişilere zamanında yardım ve koruma sağlamak devletin ilk sıradaki görevi ve sorumluluğudur (bkz. İnsani Yardım Sözleşmesi, paragraf 2 sayfa 20). Devletin bunun için yeterli kapasitesi yoksa (özellikle müdahalenin ilk aşamasında) ya da devlet veya yetkililer etkilenen alanlarda belirli grup insanlara karşı ayrımcı davranıyorsa müdahale edin. Her durumda devletin etkilenen nüfusun tüm üyelerine karşı sahip olduğu kapasite ve bu kapasiteyi kullanma amacı ve niyeti, insani müdahalenin ölçeğini ve türünü belirler.
2. **Erişim:** Ayrımcılık olmadan ihtiyacı olanlara yardım sağlanır (bkz. Koruma İlkesi sayfa 36). İnsanların yardımdan faydalanması, zamanında bilgilendirme ve özel ihtiyaçlarının, kültürel ve emniyetle ilgili Zarar görülebilirliklerin ele alınması

ile artar (örneğin, yemek dağıtımlarında yaşlılar ya da çocuklu kadınlar için ayrı kuyruk oluşturma). Erkek, kadın ve her yaştaki kız ve oğlanların program tasarımına katılımı önemlidir. Dikkatli tasarlanmış hedef kriter ve süreçlerin kullanımı ile erişim artar, toplum tarafından anlaşılır ve sistematik olarak izlenir. Teknik bölümlerde tasarlanan faaliyetlerde anlatıldığı gibi güvenli alanlara tesislerin kurulması ile eşit erişim sağlanır.

3. **Onurlu yaşam hakkı temel hizmet,** güvenlik ve insan haklarına saygının güvencesidir (bkz. İnsani Yardım Sözleşmesi sayfa 19). İnsani yardımın eşit olarak ulaştırılma yöntemi afetten etkilenen insanların refahını önemli ölçüde etkiler. Program, her birey için içgüdüsel bir değer ile yaklaşır, dini ve kültürel kimliklerini destekler, toplum bazlı kendine yardım mekanizmalarını teşvik eder ve psiko-sosyal refaha katkıda bulunan pozitif sosyal destek ağlarını destekler, bunlar insanların onurlu yaşam hakları için önemli öğelerdir.
4. **Koşullar-koşullar ve zarar görülebilirlik:** Sosyal, politik, kültürel, ekonomik, çatışma ve doğal çevre faktörleri insanların afetler karşısında Zarar görülebilirliğini artırabilir; koşullardaki değişiklikler insanlar için yeni Zarar görülebilirlikler ortaya çıkarabilir (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61). Zarar görülebilir insanlar eş zamanlı olarak pek çok faktörle karşılaşabilir (örneğin, marjinal etnik grupların üyesi olan yaşlılar). Riskleri arttıran kişisel ve kavramsal faktörler analiz edilmeli, programlar bu riskleri azaltacak şekilde tasarlanmalıdır.
5. **Çatışma duyarlı olmak:** İnsani yardımların amaçlanmayan negatif etkileri olabilir. Değerli yardım kaynakları istismarı artırabilir ve rekabete, yardımın yanlış kullanılmasına neden olabilir. Açlık bir savaş silahı olabilir (örn. bir alanın zorla boşaltılması ya da varlıkların zorla nakli). Yardımlar daha geniş insanları olumsuz etkileyerek, erkek ve kadınlar dâhil, insanlar arasında eşit olmayan yetki ilişkilerini pekiştirebilir. Dikkatli analiz ve tasarım, çatışma ve güvensizliğin artma potansiyelini azaltabilir (doğal afetler de dâhil). Eşit dağılımın sağlanması ve yardımın tarafsız olması yönünde tasarımlar yapılmalıdır. Gizli kişisel bilgilere saygı duyularak insanların güvenlik ve onuru korunmalıdır. Örneğin HIV ve AIDS ile yaşayan insanlar toplumda damgalanabilir; insan hakları ihlallerinden kurtulan kişilerin güvende olması sağlanmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).
6. **Sphere asgari standartlarının karşılanması:** Asgari Standartlara ulaşmak için geçen zaman koşullara bağlıdır. Bir afet öncesinde alandaki kaynak, erişim, güvensizlik ve yaşam standartlarından etkilenir. Etkilenen insanların ev sahibi ve/veya toplumdaki insanların standartlarını aşan seviyelere ulaşması durumunda gerilim olabilir ve şartları kötüleşebilir. Daha geniş doğal çevre ve



ekonomi üzerindeki negatif etkiler azaltılarak riskleri ortadan kaldıran ve ev sahibi nüfusun standartlarını arttıran stratejiler geliştirilmelidir. Mümkün olan yerlerde ev sahibi nüfusu da dâhil ederek yardım koşulları genişletilmelidir.

- 7. Erken iyileştirme ve risk azalması:** Yerel kapasitesinin güçlenmesi için önlemler alınır, yerel kaynaklar ile çalışılarak hizmetlerin yerine getirilmesi, eğitim, pazar ve geçim olanaklarının sağlanması erken ekonomik iyileştirme sağlanarak harici yardımın sona ermesinin ardından insanların riski yönetmesi olanağı verilir (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55). En azından insani yardım gelecek nesillerin yaşam kalitesini bozmamalı, gelecek tehlikelere karşı olumsuz durumlara sebep olmamalıdır (örneğin doğal kaynakların aşırı kullanımı ve ormanların yok edilmesi yoluyla). Yaşam tehditleri kontrol altına alındıktan sonra mevcut ve potansiyel gelecek tehlikeler analiz edilir (iklim değişikliklerinin sebep oldukları gibi). Gelecek risklerin azaltılmasını sağlayacak şekilde programlar tasarlanmalıdır. Örnekler arasında depreme ve kasırgaya dayanıklı binalar, fırtına dalgalarını absorbe eden sulak alanların korunması, politika geliştirilmesini desteklemek ve erken uyarı ve hazır bulunuşlukta toplum bazlı girişimler bulunur.

Temel Standart 5: Performans, şeffaflık ve öğrenme

İnsani yardım kurumlarının performansı sürekli incelenir ve paydaşlara bildirilir; performansa yanıt olarak projeler benimsenir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Sphere standartlarındaki ilerlemesini ve program ilkelerini, sonuç ve faaliyetleri izlemek için sistematik ancak zamanlı ve katılımcı mekanizmalar kurun (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Kurumun genel performansını kurumun yönetim ve kalite kontrol sistemlerini izlemek için temel mekanizmalar kurun (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Sonuçları izleyin ve mümkün olan yerlerde insani yardımın etkilenen insanlar ve geniş insanlar üzerindeki etkilerini takip edin (bkz. Kılavuz notlar 3).
- İzlenen verilerin, değişen ihtiyaçların ve gelişen koşulların program stratejilerinin benimsenmesi için sistematik mekanizmalar kurun (bkz. Kılavuz notlar 4).

- Yardımın uygulanması sırasında periyodik yansıtma ve öğrenme alıştırmaları düzenleyin.
- Programın incelenmesi için bir final değerlendirme ya da bir başka objektif öğrenme incelemesi uygulayın ve hedeflerine, ilke ve asgari standartlarına atıfta bulunun (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Uygulanabilir yerlerde ortak, kurumlar arası ve iş birliğine dayalı diğer öğrenme girişimlerine katılın.
- Anahtar izleme bulgularını ve uygun olan yerlerde değerlendirme ve diğer anahtar öğrenme süreçlerini etkilenen insanlar, eş güdüm grupları ve yetkililer ile zamanında paylaşın (bkz. Kılavuz notlar 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Programlar, izleme ve öğrenme bilgilerine göre benimsenir.
- İzleme ve değerlendirme kaynakları, temsilcilerin ve ev sahibi toplumun da görüşlerini içerir.
- Doğru, güncel, gizli olmayan ilerleme bilgileri, yardımda hedeflenen kişiler ve yerel yetkililer ile diğer insani yardım kurumları arasında paylaşılır.
- Performans düzenli olarak tüm Sphere temel ve asgari standartları ile bağlantılı şekilde izlenir (ve ilgili küresel ve kurum performansı standartları ile), ve temel sonuçlar anahtar paydaşlar ile paylaşılır (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Kurumlar tutarlı şekilde tanınmış değerlendirme standartlarına uygun olarak temel insani müdahalenin tarafsız değerlendirmesini yapar (bkz. Kılavuz notlar 6).

Kılavuz notlar

1. ***İzleme, niyet ile sonuçları kıyaslar.*** Proje hedeflerinin ilerlemesi ile göstergeleri karşılaştırır ve bunların koşullar üzerindeki etkilerini izler. İzleme bilgileri proje revizyonlarını yönlendirir. Karar verenlerin toplum geri bildirimlerine yanıt vermesini ve ortaya çıkan problemlerin ve trendlerin belirlenmesi sağlar. Kurumların bilgi toplaması için de uygun bir araçtır. Etkin bir izleme, özel program ve koşullara uyar ve uygun şekilde kalitatif ve kantitatif verileri birleştirir, tutarlı kayıtları muhafaza eder. Hesap verebilirlik bilgileri hakkındaki açıklık ve iletişim (şeffaflık) etkilenen nüfusa karşı hesap verebilirliği sağlar.



Nüfusun kendisi tarafından gerçekleştirilen hesap verebilirlik, şeffaflığı artırır ve insanların bilgi sahibi olmasını ve bu bilgilerin kalitesini geliştirir. Amaçlanan kullanımın netliği, toplanan verilerin ne olduğunu ve nasıl kullanıldığını gösterir. Veriler basit ve erişilebilir bir formatta olmalı, paylaşma ve karar verme mekanizmalarını kolaylaştırmalıdır.

2. **Kurum performansı**, program başarılarının ölçülmesi ile sınırlı değildir. Kurumun genel fonksiyonlarını kapsar, diğer organizasyonlar ile ilişkileri, kural ve ilkelere bağlılık, yönetim sistemlerinin etkin ve verimli olması gibi açılardan değerlendirilir. Kalite güvence yaklaşımları, örn. Groupe URD'nin Quality Kompas'i (Kalite Pusula) genel kurum performansı ölçümünde kullanılabilir.
3. **Etki izleme**: Etkinin analizi (kısa ve orta vadede, pozitif ya da negatif, amaçlı ya da amaçsız geniş koşulları etkiler) insani yardımın uygulanabilir ve önemli bir parçası olarak görülür. Etki analizi, değişikliklere katkıda bulunan özel insani yardımları kompleks ve birbirine bağlı koşullara bağlayan bir alandır. Etkilenen insanlar, yaşamlarındaki değişime en iyi karar verecek olanlardır. Etki analizi, katılımcı kalitatif yaklaşımlar ile kantitatif yaklaşımları içermelidir.
4. **Alanın muhafazası**: İzleme periyodik olarak devam etmeli, etkilenen insanlar ile alakalı olması sürdürülmelidir. Bulgular, program revizyonlarına katkıda bulunmalıdır.
5. **Performans değerlendirme yöntemleri**: Farklı yaklaşımlar farklı performans, öğrenme ve hesap verebilirlik amaçlarına uyar. İzleme ve değerlendirme, katılımcı etki analizi ve dinleme çalışmaları, kalite güvence araçları, dâhili öğrenme ve yansıtma egzersizleri ve, denetimler dâhil çeşitli yöntemler kullanılabilir. Program değerlendirmeleri tipik olarak bir müdahalenin sonunda paylaşılır, değişiklikler organizasyon politikalarına ve gelecek programlara tavsiye edilir. Performans izleme ve gerçek zamanlı değerlendirme müdahale sırasında da yapılabilir. Değerlendirmeler müdahale sırasında da yapılarak politika ve prosedürlerde ani değişikliklere gidilebilir. Değerlendirmeler genellikle bağımsız, harici uzmanlar tarafından yapılır ancak dâhili üyeler de tarafsız oldukları sürece programı değerlendirebilir. Bu, normalde müdahale ekibinde bulunmayan kurum çalışanıdır. İnsani değerlendirmelerde DAC (Kalkınma Yardım Komitesi) kriterleri olarak bilinen sekiz boyut seti kullanılır: İlgili-alakalı, uygunluk, bağlantılı olma, tutarlılık, etkinlik, verimlilik ve etki.

6. **Sektör çapında performans:** Her kurumun Sphere Asgari Standartlarına göre eş güdüm grupları ile bilgi paylaşımı yardım çapında izlemeyi destekler ve sektör çapında değerli kaynaklara erişim sağlar.

Temel Standart 6: Yardım çalışanı performansı

İnsani yardım kurumları uygun yönetim, denetim ve psiko-sosyal destekte bulunarak yardım çalışanlarının, insani yardımın uygulanmasında gerekli bilgi, beceri ve davranışlarının olmasını sağlar.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yöneticilerin yeterli liderlik eğitimi, anahtar politikalara aşinalığı ve etkin kaynak yönetiminin olmasını sağlamak (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Maksimum sayıda uygun aday için sistematik, adil ve şeffaf prosedürler oluşturmak (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Erkek ve kadın, etnik, yaş ve sosyal geçmişi açısından dengeli bir grup oluşturmak, böylece ekip çeşitliliğinin yerel kültür ve koşullara uygun olmasını sağlamak.
- Yardım çalışanlarının (ulusal ve uluslararası alanda ekip, gönüllü ve danışmanlar) yeterli ve zamanında bilgiye, raporlama ve güncel iş tanımlarına, iş hedeflerine, organizasyonel değerlere, anahtar politikalara ve yerel koşullar hakkında bilgiye ulaşmasını sağlamak.
- Güvenlik ve tahliye rehberleri, sağlık ve güvenlik politikaları hazırlamak ve kurumda çalışmaya başlamadan önce yardım çalışanlarını bilgilendirmek.
- Yardım çalışanlarının tıbbi yardım ve psiko-sosyal desteğe erişiminin olmasını sağlamak.
- Afetten etkilenen insanların cinsel istismar, sömürü ve diğer insan haklarına aykırı durumlardan korunması için yardım çalışanlarının davranış kurallarını belirlemek (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Afetten etkilenen insanlar için saygı kültürünü teşvik etmek (bkz. Kılavuz notlar 4).



- Kurumun davranış kurallarını ihlal eden çalışanlar için şikayet ve disiplin prosedürlerini belirlemek.
- Ekip ve gönüllüler için düzenli denetimler yapmak, iş hedefleri, bilgi, yetenek, davranış ve tavırları ile ilgili performanslar hakkında geribildirim sağlamak.
- Yardım çalışanlarının iş yükünü yönetmesinde destek olmak ve stresi azaltmak (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Ekip ve yöneticilerin sürekli öğrenme ve gelişim için fırsatlarını belirlemek (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Aşırı üzücü olaylar ile karşılaşan çalışanlar için uygun desteği sağlamak (bkz. Kılavuz notlar 7).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Ekip ve gönüllülerin performans incelemeleri, bilgi, yetenek, davranışları ve iş tanımlarındaki sorumlulukları ile ilgili yeterliliklerini gösterir.
- Davranış kurallarını çiğneyen ya da istismar edici davranışlarda bulunan yardım çalışanları için resmi disiplin prosedürü işletilir.
- İlkeler ya da Yardım Çalışanlarının İyi Uygulama Davranışları kurumun politika ve uygulamalarına yansır.
- Afet müdahalesi sırasında yardım çalışanlarının hasta, yaralı, stresle ilgili sağlık durumları stabildir ya da giderek azalır.

Kılavuz notlar

1. **Yönetimin iyi uygulamaları:** İnsanların yönetim sistemleri kurum ve koşullara bağlıdır Ancak yöneticiler, rehberlik ve denetim sorumluları, uluslararası kurumlar için yapılan sözleşmelerin sonunda planlama, istihdam, yönetim, öğrenme ve geliştirme için politika ve rehber içeren İyi Uygulama Yardım Kurallarına aşina olmalıdır.
2. **İstihdam prosedürleri** açık ve tüm çalışanlar için anlaşılır olmalıdır. Bu şeffaflık güncel ve ilgili iş tanımlarının geliştirilmesi ve paylaşılması için önemlidir. Mevcut ekipler gerekli şekilde istihdamlar yaparak çeşitlilik ve uygunluklarını arttırabilirler. Hızlı ekip genişletmesi, denetimli personelce desteklenmesi gereken deneyimsiz çalışanları içerebilir.

3. ***Yardım çalışanlarının yönetim ve değerli kaynak tahsisi üzerindeki kontrolü,*** onları afetten etkilenen insanlar üzerinde yetkili bir pozisyona getirir. Yardıma bağlı ve sosyal koruyucu ağırları yıkılmış insanlar üzerindeki bu yetki yolsuzluk ve istismara yol açabilir. Kadınlar, çocuklar ve engelli insanlar sıklıkla cinsel olarak istismar edilen durumlara karşılaşmaktadır. İnsani yardıma ya da korumaya karşılık olarak cinsel eylem asla istenemez. İnsani yardımla ilgili hiçbir birey (yardım çalışanları ve askeri, devlet ya da özel sektör personeli) cinsel istismar ve genel istismarın bir tarafı olmamalıdır. Çocuk ve yetişkinlerin zorla çalıştırılması, insanların eşya ve servislerinin insani yardım görevlileri tarafından pazarlanması da yasaktır.
4. ***Yardım çalışanları,*** afetten etkilenen insanların onur ve değerlerine saygı duymalı ve onlar için kültürel olarak kabul edilemez eylemlerden kaçınmalıdır (uygun olmayan kıyafet gibi).
5. ***Yardım çalışanları riskli ve stresli şartlarda uzun süreli çalışırlar.*** Bir kurumun çalışanları için aşırı yorgunluk, yaralanma ve hastalık gibi durumlardan kaçınmalarını ve refahlarını sağlamaları önemlidir. Yöneticiler yardım çalışanlarının risklerin farkında olmasını sağlamalı ve gereksiz tehditlere maruz kalmalarını önlemeli, fiziksel ve duygusal sağlıklarını, etkin güvenlik, yeterli dinlenme ve iyileşme, makul çalışma saatlerini destekleme, psikolojik destek almalarını sağlama yoluyla muhafaza etmelidir. Yöneticiler iyi uygulama modelleri yoluyla görevlileri teşvik etmeli ve kişisel olarak politikalara uymalıdır. Yardım çalışanları kendi iyi olma hallerinin yönetimi için de kişisel sorumluluk almalıdır.
6. ***Bir afetin erken dönemlerinde personel kapasitesi gelişimi sınırlı olabilir.*** Zaman içinde, performans inceleme ve geribildirimler yoluyla yöneticiler öğrenme ve gelişme alanlarını belirlemeli ve desteklemelidir. Afete hazır olma durumu da insani yardımla ilgili yeterlilikleri belirleme ve geliştirmede fırsatlar sağlar.
7. ***Psikolojik ilk yardım,*** aşırı stresli olaylar gören ya da yaşayan çalışanlar için derhal sağlanmalıdır (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - akıl sağlığı standardı 1 sayfa 333 ve Referanslar ve diğer kaynaklar). Psikolojik sorgulama- derinlemesine bilgi almak (debriefing) etkisizdir ve kaçınılmalıdır.



Referanslar ve diğer kaynaklar

Kaynaklar

İnsan merkezli insani yardım

Emergency Capacity Building (ECB) Projesi (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/Projesis/standard/hap_2010_standard.aspx

Internation Solidarity Committee (IASC) (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Koordinasyon ve işbirliği

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), Guiding note 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>

Analiz

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Kılavuz notlar for Country Level. Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page?/clusters%20page?s?/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

Tasarım ve müdahale

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org/

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

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

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Kılavuz not 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

Performans, şeffaflık ve öğrenme

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/rhaZ8.aspx

Collaborative Learning Projesi (2007), The Listening Projesi (LISTEN). Cambridge, Mass.
www.cdainc.com/cdawww/pdf/other/cda_listening_Projesi_description_Pdf.pdf

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

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



Yardım çalışanı performansı

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/

Diğer kaynaklar

Analiz ve müdahale

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

Çocuklar

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

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

Engelliler

Handicap International, Disability Checklist for Emergency Response. www.handicap-international.de/fileadmin/redaktion/pdf/disability_kontrollistesi_booklet_01.pdf

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

Çevre

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

Cinsiyet

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

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

HIV/AIDS

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

Yaşlılar

HHelpAge International: www.helpage.org

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons - an essential brief for humanitarian actors. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&sel=24

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

Performans, izleme ve değerlendirme

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>

Groupe 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

Hedef belirleme

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

Su Temini, Sanitasyon ve Hijyen Teşvikinde Asgari Standartlar



Bu bölüm nasıl kullanılmalıdır?

Bu bölüm yedi ana kısma ayrılmıştır:

Su Temini, sanitasyon ve hijyen teşviki (WASH)

Hijyen teşviki

Su temini

Dışkı bertarafı

Vektör kontrolü

Katı atık yönetimi

Drenaj

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar bu bölüm ile tutarlı olarak kullanılmalıdır.

Öncelikle afet durumunda insani müdahale hakkında bilgilendirmeyi amaçlasa da Asgari Standartlar afete hazır olma ve iyileştirme faaliyetlerine geçişte de kullanılabilir.

Her bölüm şunları içerir:

- **Asgari standartlar:** Doğası gereği kalitatif ve su, sanitasyon ve hijyen teşvikinde ulaşılmaması gereken minimum seviyeyi belirler.
- **Anahtar faaliyetler:** Bunlar faaliyetlerde önerilir ve standartlara ulaşmada yardımcı olur.
- **Anahtar göstergeler:** Bunlar bir standarda ulaşıp ulaşılmadığını gösteren 'işaretlerdir'. Anahtar faaliyet süreç ve sonuçlarının ölçüm ve iletimi için bir yol sunar; anahtar faaliyet ile değil, Asgari Standartlar ile ilgilidir.
- **Kılavuz notlar:** Bunlar farklı durumlarda Temel Standart, Anahtar faaliyetler ve Anahtar göstergeler uygulanırken göz önüne alınması gereken noktaları belirtir. Bunlar uygulama güçlüklerinin ele alınması, kıyaslamalar ya da öncelikli ve kesişen paralel temalar ile ilgili tavsiyelerde bulunur. Aynı zamanda standartlar, faaliyetler ve göstergeler ile ilgili kritik konuları içerir, güncel bilgilerde yer alan ikilemleri, uyumsuzluk ve boşlukları tanımlar. Belirli bir faaliyetin nasıl uygulanacağı ile ilgili rehberlik sağlamaz.

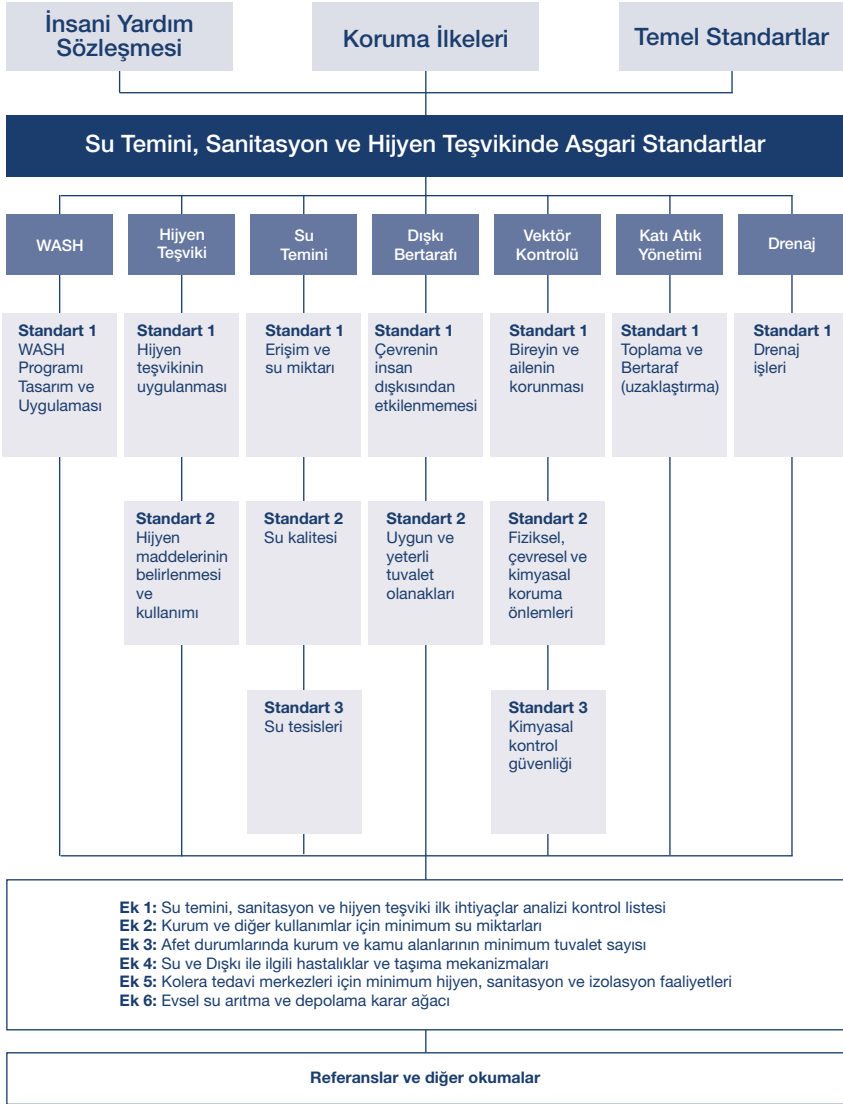
Asgari Standartların Anahtar göstergeleri ve faaliyetleri karşılanamazsa etkilenen nüfus için adapte edilerek hafifletici önlemler alınmalıdır.

Ek 1'de bir ihtiyaç analizi kontrol listesi, Ek 2-6 da Kılavuz notlar ve bir Referanslar ve diğer kaynakların bir listesi verilmiştir, bunlar hem özel hem de bölümle ilgili genel konuların kaynaklarını gösterir.

İçindekiler

Giriş.....	83
1. Su Temini, Sanitasyon ve Hijyen Teşviki (WASH).....	88
2. Hijyen Teşviki.....	91
3. Su Temini.....	97
4. Dışkı Bertarafı.....	105
5. Vektör (Hastalık Taşıyıcı) Kontrolü.....	111
6. Katı Atık Yönetimi.....	117
7. Drenaj.....	121
Ek 1: Su Temini, Sanitasyon ve Hijyen Teşviki İlk İhtiyaçlar Analizi Kontrol Listesi.....	124
Ek 2: Kurumlar ve Diğer Kullanımlar İçin Minimum Su Miktarları.....	129
Ek 3: Afet Durumlarında Kurum Ve Kamu Alanlarının Minimum Tuvalet Sayısı.....	130
Ek 4: Su Ve Dışkı İle İlgili Hastalıklar ve Taşıma Mekanizmaları.....	131
Ek 5: Kolera Tedavi Merkezleri İçin Minimum Hijyen, Sanitasyon ve İzolasyon Faaliyetleri (CTCs).....	132
Ek 6: Evsel Su Arıtma ve Depolama Karar Ağacı.....	133
Referanslar ve Diğer Kaynaklar.....	134





Giriş

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Uluslararası Yasal Mevzuatlarla Bağlantılar

Su temini, sanitasyon ve hijyen teşviki (WASH) Hizmetlerinde Asgari Standartlar, İnsani Yardım Sözleşmesinde yer alan, insani yardımın yönetimi, haklar, ortak ilkeler çerçevesinde insani yardım kuruluşlarının paylaştığı inançlar ve taahhütlerin tatbiki bir ifadesidir. İnsanlık ilkesi üzerine kurulmuş olup, uluslararası hukuku yansıtır. Bu prensipler, onurlu yaşama hakkı, korunma hakkı, temel gereksinimlere dayalı olarak insani yardım alma hakkını da içerir. İnsani yardım Sözleşmesi hakkında bilgilendiren Yasal ve politika Dokümanlarının bir listesi (bkz. sayfa 356) ile açıklamaları Ek 1' de verilmiştir.

Devletler yukarıdaki görevlerin birincil sorumluları olsa da insani yardım kurumlarının afetten etkilenen insanlar ile hakları açısından tutarlı şekilde çalışma yükümlülükleri vardır. Bu genel haklardan yola çıkarak pek çok özel hak ortaya çıkmaktadır. Temel standartların temelini oluşturan bu haklar arasında katılım, bilgilendirme, ayrımcılık yapmama ile bu Rehberdeki asgari standartların altını çizen su, gıda, barınak ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması yer alır.

Her insanın suya ve hijyene erişim hakkı vardır. Uluslararası yasal mevzuatla tanınmış olan bu hak, suyun kişisel ve evsel kullanımına yönelik olarak, yeterli miktarda, güvenilir, kabul edilebilir, fiziksel olarak erişilebilir ve ekonomik olarak karşılanabilir su hakkına işaret etmektedir. Yeterli miktardaki güvenli ve sağlıklı suyun varlığı; sıvı kaybı nedeniyle ölümlerin önüne geçmek, suyla ilintili hastalık riskini azaltmak ve tüketim, yemek pişirme ve kişisel/evsel hijyenik gerekliliklerin yerine getirilmesi için zorunludur.

Suya erişim hakkı, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, barınma hakkı ve yeterli beslenme hakkı gibi diğer temel insan haklarından ayrı olarak değerlendirilemez. Bu açıdan, insanın hayatta kalmasını sağlayan temel unsurlardan biri olarak suya erişim hakkı teminat altındadır. Devletlerin ve devletten bağımsız aktörlerin su hakkının tam olarak sağlanmasına yönelik sorumlulukları sabittir. Örneğin silahlı çatışmalarda, içme suyu ve sulama tesislerine saldırmak, bu tesisleri yıkmak, yerini değiştirmek ya da kullanılmaz hale getirmek kesinlikle önlenmelidir.



Bu bölümdeki asgari standartlar, suya erişim hakkının tam içeriğini vermemesine rağmen, Sphere standartları bu hakkın içerdiği özü yansıtmakta ve küresel olarak hayata geçirilmesine katkıda bulunmaktadır.

WASH Programının Afet Durumlarında Önemi

Su ve sanitasyon bir afetin ilk safhalarında hayatta kalmanın kritik belirleyicisidir. Afetten etkilenen insanlar, hastalık ve ölümlere karşı, büyük ölçüde yetersiz temizlik, yetersiz su sağlanması ve düşük hijyen eksikliği gibi koşullar nedeniyle, genellikle daha zarar görebilir bir konumdadır. Bu hastalıkların en belirgin örnekleri ishali hastalıklar ve dışkı-ağız yoluyla taşınan bulaşıcı hastalıklardır (bkz. Ek 4). Su ve sanitasyon koşullarından kaynaklanan diğer hastalıklar, katı atık ve suyla bağlantılı hastalık taşıyıcı canlıların taşıdığı hastalık türleridir. Afet durumunda su temini ve sanitasyon programlarının asıl amacı, iyi hijyen pratiklerinin desteklenmesi, güvenli/sağlıklı içilebilir suyun temini ve çevresel sağlıklı risklerinin azaltılmasıyla dışkı-ağız yoluyla bulaşan hastalıkların taşınmasının, hastalık taşıyan canlılara maruz kalmanın önüne geçirilerek nüfusunun sağlıklı, güvenli, rahat ve onurlu bir yaşam sürmelerini sağlayacak koşulları oluşturmaktır. Sphere dâhilinde "sanitasyon" (halk sağlığı ile ilgili çevresel koşullar) terimi, temiz su, dışkı uzaklaştırma, hastalık taşıyıcı canlıların kontrolü, katı atık yönetimi ve drenaj hizmetlerini işaret etmektedir.

Afet durumunda WASH programlarının temel amacı hastalık taşıyan vektörlerin ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasının şu yollarla azaltılmasıdır:

- İyi hijyen uygulamaları
- Güvenli içme suyu temini
- Çevresel sağlık risklerinin azaltılması
- İnsanların iyi sağlık, onur, rahat ve güvenle yaşamasını sağlayan şartlar

Yeterli miktarda su temin edilmesi ve sanitasyon hizmetlerinin yeterli olması, kendi başına, kullanıcıların bu hizmetlerden optimal olarak yararlanacağı ya da halk sağlığına beklenen etkiyi sağlayacağı anlamına gelmez. Bu tür bir müdahaleden azami faydayı sağlayabilmek için, afetten etkilenen insanların su ve temizlikle ilintili hastalıkların önüne geçilmesini sağlayacak temel bilgileri edinmesi ve hastalıkların oluşmasını engelleyecek koşulları kavramış olmaları zorunluluğu vardır. Ayrıca bu insanların su ve sanitasyon hizmetlerinin tasarım, kurulum, bakım sürecine iştirak etmeleri için teşvik edilmeleri gerekmektedir.

Afet durumlarında, su bulma sorumluluğu sıklıkla kadın ve çocukların üzerine düşmektedir. Kadınlar ve kız çocukları halka açık su ve sanitasyon hizmetlerinin kullanımı esnasında, örneğin mültecilerin ya da yerinden edilmiş insanların birlikte yaşadığı şartlarda, cinsel istismar ya da sömürüye karşı savunmasız kalabilmektedir. Bu tür riskleri asgari düzeye çekmek ve müdahalenin niteliğini arttırmak amacıyla, kadınların mümkün olan her yerde ve şekilde, su ve sanitasyon çalışmalarına katılmalarının teşvik edilmesi önemlidir. Kadın ve erkeklerin planlama, karar verme ve yerel yönetim aşamalarına eşit katılımı, afetten etkilenen tüm nüfusun su ve sanitasyon hizmetlerine güvenli ve kolay bir yoldan erişmesinin ve bu hizmetlerin adaletli ve en uygun şekilde sağlanacağını garantisidir.

Diğer Bölümlerle Bağlantılar

Diğer sektörlerin bölümlerinde yer alan birçok standart bu bölümle de bağlantılıdır. Bir alanda standartlara ulaşılmasında kaydedilen gelişme çoğu kez diğer alanlardaki gelişmeleri de etkileyecek ve hatta belirleyici olacaktır. Bir yardım müdahalesinin etkili olabilmesi için diğer sektörlerle eş güdümlü ve yakın işbirliği içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Benzer şekilde; ihtiyaçların tam olarak karşılanması, birbirine eş müdahalelerin aynı anda ve yerel tekrarlanması önüne geçilmesi, su ve sanitasyon müdahalelerinin en iyi şekilde yapılması için yerel yönetimler ve müdahalede yer alan diğer ilgili kuruluşlarla eş güdümlü çalışma zorunludur.

Yukarıdaki bağlantıları açıklamak için örnek verilecek olursa, gıda ve beslenme standartlarının tam olarak karşılanmaması durumunda insanların hastalıklar karşısında zarar görebilirliği belirgin olarak artacağından su ve sanitasyon standartlarının bir an önce iyileştirilmesi aciliyet kazanacaktır. Aynı durum, HIV/AIDS vakalarının yaygın olduğu ya da yaşlı veya engelli insanların nüfusun yüksek bir yüzdesini teşkil ettiği topluluklar için de geçerlidir. Durumun seyri değerlendirilerek önceliklere sektörler arasında paylaşılan geçerli ve sağlıklı bilgi üzerinden karar verilmelidir. Gerektiği durumlarda, diğer teknik bölümlerdeki belirli standartlara ya da Kılavuz notlara referanslar verilmiştir.

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar ile Bağlantılar

Bu Rehber standartlarını karşılamak için tüm insani yardım kurumları, koruma zorunluluğu ya da uzman koruma kapasiteleri olmasa bile Koruma İlkeleri tarafından yönlendirilmelidir. İlkeler "kati" değildir: Bazı durumlar bu şartların karşılanmasını sınırlayabilmektedir. Ancak ilkeler her zaman faaliyetleri yönlendiren evrensel insani konuları içerir.



Temel Standartlar önemli süreçlerdir ve kişisel standartlar tüm sektörlerce paylaşılmaktadır. Altı Temel Standart, İnsan merkezli insani müdahaleyi kapsar; koordinasyon ve işbirliği; analiz; tasarım ve müdahale; performans, şeffaflık ve öğrenme; ve yardım çalışanı performansı. Bunlar rehberdeki diğer tüm standartların altını çizen yaklaşımlar için tek referans noktası sağlar. Bu nedenle her bir teknik bölüm temel standartlar ile birlikte kullanılarak kendi standardına ulaşmaya çalışmalıdır. Özellikle yardımın kaliteli ve uygun olması için afetten etkilenen insanların -genellikle afet durumunda risk altında olan grup ve bireyler de dâhil- katılımları artırılmalıdır.

Afetten Etkilenen İnsanların Zarar Görebilirliği ve Kapasitesi

Bu bölüm, Temel standartlar ile birlikte okunarak, temel standartları pekiştirmelidir.

Genç ya da yaşlı olmanın, kadın ya da engelli bir birey ya da HIV olan bir birey olmanın kendi başına insanların zarar görebilirliğini artırmadığını anlamak önemlidir.

Tam tersi bunu yapan iç faktörlerdir: Mesela 70 yaşın üzerinde, yalnız yaşayan ve sağlığı iyi olmayan bir kimse, aynı yaşta ve sağlıklı olup geniş bir ailesi ve yeterli geliri olan bir kimseye göre daha zarar görebilir durumdadır. Benzer şekilde 3 yaşında bir kız çocuğu ona eşlik eden bir yetişkinin yanında değilse, aileleriyle olan akranlarına göre daha zarar görebilir bir durumdadır.

WASH standartları ve anahtar faaliyetler uygulandığında zarar görebilirlik ve kapasite analizi, afet yardım çalışanlarının ayrımcılık yapmayan şekilde ve en çok ihtiyacı olan kişilere ulaşmasını sağlar. Bu da yerel koşulların tam olarak anlaşılmasını ve belirli risklerin bazı insan gruplarını farklı şekillerde nasıl etkilendiğinin görülmesini gerektirir, örn. çok fakir olmak ya da ayrımcılığa uğramak, çeşitli koruma tehditlerine maruz kalmak (cinsel istismar dâhil cinsiyet bazlı şiddet), hastalık ya da yayılması (HIV ya da tüberküloz) ve salgın olasılıkları (kızamık ya da kolera). Hastalıklar, eşitsizlikleri daha kötü hale getirebilir. Ancak insanların başa çıkma stratejilerinin, direnç ve iyileştirme kapasitelerinin desteklenmesi önemlidir. Bilgi, yetenek ve stratejileri desteklenmeli, sosyal, mali, yasal ve psiko-sosyal destek sağlanmalıdır. Çeşitli fiziksel, kültürel, ekonomik ve sosyal bariyerler eşit şartlarda ele alınmalıdır.

Aşağıda, zarar görebilir insanların hak ve kapasitelerinin göz önüne alınmasını sağlayacak bazı anahtar alanlar yer almaktadır:

- Tüm temsilci grupları kapsayacak şekilde -özellikle daha az görülenleri (örn. iletişim ya da hareket güçlüğü olanlar, kurumlarda yaşayanlar, toplumca damgalanan genç ve diğer temsil edilmeyen gruplar)- insanların katılımlarını sağlamak.
- Verileri analiz sırasında cinsiyet ve yaşa göre ayırmak (0-80 + yaş) nüfus çeşitliliğini göz önüne almak için WASH sektöründe bu önemli bir öğedir.
- Haklarla ilgili bilgilerin toplumun tüm üyelerini kapsamasını ve herkese ulaşacak şekilde dağıtılmasını sağlamak.



Asgari Standartlar

1. Su Temini, Sanitasyon ve Hijyen Teşviki (WASH)

WASH programının amacı, aşağıdaki şemada gösterildiği gibi iyi sağlık ve çevresel hijyen koşullarını teşvik etmektir. Etkin bir WASH programı, kurumlar ve afetten etkilenen insanlar arasında bilgi alış veriş i ile anahtar hijyen problemlerinin belirlenmesi ve kültürel olarak uygun çözümlerin bulunmasına bağlıdır. Su temininin ve sanitasyon olanaklarının optimal şekilde kullanılması ve güvenli hijyen uygulamaları, kamu sağlığı üzerinde en büyük etkiyi gösterecektir.

Başarılı bir WASH programı için hijyen teşviki önemlidir. Hijyen teşvikinin odak noktası özel ve geneldir. Genel bağlamda hijyen teşviki, tüm sektörler için bütünseldir ve su temini, dışkı bertarafı, vektör kontrolü, katı atık yönetimi ve drenaj göstergelerine de yansır. Daha özel olarak odak noktası iki hijyen promosyon standardı üzerinde daralır ve özel hijyen teşviki faaliyetlerine bağlanır.



WASH standardı 1: WASH programı tasarım ve uygulaması

Etkilenen insanların WASH ihtiyaçları karşılanır ve kullanıcılar uygunsa olanakların hizmetlerin tasarım, yönetim ve korunması aşamalarında yer alır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfus ile görüşülerek kamu sağlığının anahtar riskleri belirlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1 ve Temel Standartlar 1, 3-4 sayfa 55-65).
- Öncelikli ihtiyaçlarına göre etkilenen nüfusun kamu sağlığı ihtiyaçları karşılanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Hizmetlerin teşvik yöntemlerinin tasarım ve kabul edilebilirliği ile ilgili sistematik geribildirimler, WASH program faaliyetleri için her kullanıcı grubundan alınmalıdır (bkz. Temel Standartlar 1, 3-4 sayfa 55-65).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfusta yer alan tüm gruplar WASH kaynak ve hizmetlerine eşit erişime sahip olmalı ve kamu sağlık riskleri açısından önlemler alınmalıdır (bkz. Hijyen teşvik standardı 2 sayfa 94).
- Tüm WASH ekibi net olarak ve etkilenen insanlara saygıyla iletişim kurmalı ve proje bilgilerini onlarla paylaşmalıdır, proje hakkında toplum üyelerinin sorularına nasıl cevap vereceklerini bilmelidirler.
- Tüm hizmetlerin yönetim ve bakımı için uygulanan ve tüm grupların eşit katkıda bulunduğu bir sistem vardır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- WASH programı uygulaması ve tasarımının; emniyet duygusunu artırması ve onurlu yaşam hissini yeniden kurmasıyla tüm kullanıcıların memnuniyetleri sağlanır.

Kılavuz notlar

1. ***İhtiyaçların analizi:*** Zarar görebilirliği arttırabilecek riskli uygulamaları saptamak ve WASH hizmetleri ile hijyen teşvik faaliyetlerinin olası başarıları tahmin etmek için bir analiz yapılmalıdır. Anahtar riskler; hizmetlere ulaşma, marjinal grupların ayrıma uğraması, tuvaletlerin kullanımı ve bakımı, sabun ya da alternatifleri ile el yıkama eksikliği, hijyenik olmayan su alma ve depolama



şartları ile hijyenik olmayan gıda depolama ve hazırlama şartları üzerinde odaklanır. Analizde nüfusun eriştiği kaynaklar ile bilgi ve uygulamaları değerlendirilmeli, teşvik faaliyetleri etkin, alakalı ve pratik olmalıdır. Güvenli hijyen uygulamalarına bağlılığı sağlayacak ve/veya kolaylaştıracak sosyal ve kültürel normlar, ilk ve devam eden analizlerde belirlenmelidir. Analizler, zarar görebilir insanların ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır. Zarar görebilir insan grupları ile görüşmek mümkün değilse analiz raporunda bu durum açıkça belirtilmeli ve en kısa zamanda ele alınmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).

2. Hijyen Teşviki

Hijyen teşviki insanların su, sanitasyon ve hijyen ile ilgili hastalıklardan korunmak için önlemler alınmasını sağlayan planlı, sistematik bir yaklaşımdır. Toplumun WASH programına katılım, hesap verebilirlik ve takibini de pratik bir şekilde sağlar. Hijyen promosyonu etkilenen nüfusun bilgisini, uygulama ve kaynaklarını ve mevcut WASH kanıtlarını, insan sağlığının en iyi şekilde nasıl korunacağını belirlemek üzere kullanmalıdır.

Hijyen teşviki, insanların su, sanitasyon ve hijyen tesis ve hizmetlerini daha iyi kullanmalarını ve hizmetlerin etkin operasyon ve bakımını sağlar. Burada üç anahtar faktör vardır:

1. Bilgi ve verilerin karşılıklı paylaşımı
2. Etkilenen toplumların mobilizasyonu
3. Önemli materyal ve tesislerin sağlanması

Toplum mobilizasyonu özellikle afetler sırasında uygundur çünkü insanların sağlıklarını korumak için önlem almaya teşvik edilmesi önemlidir. Teşvik faaliyetleri arasında mesajların kitle halinde dağıtımı yerine mümkünse etkileşimli yöntemler olmalıdır.



Hijyen teşvik standardı 1: Hijyen teşvikinin uygulanması

Her yaşta etkilenen erkek, kadın ve çocuklar anahtar kamu sağlığı risklerinin farkındadır ve hijyenik şartların gerilemesini önlemek ve sağlanan hizmetleri kullanmak için önlemleri uygulamak üzere mobilize edilir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Hijyenle ilgili risklerin ve önleyici faaliyet bilgilerinin uygun kitle iletişim kanalları yoluyla sistematik olarak sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 1-2).

- Toplumdaki farklı sosyal grupları motive eden özel sosyal, kültürel ve dini faktörlerin belirlenmesi ve hijyen teşviki için strateji temeli olarak kullanılması (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Uygun yerlerde enteraktif hijyen iletişim yöntemleri kullanarak etkilenen kişiler ile diyalogların devamının sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Etkilenen toplum ile ortaklık içinde anahtar hijyen uygulamaların düzenli olarak izlenmesi (bkz. Kılavuz notlar 3 ve Temel Standart 5, Kılavuz notlar 1, 3-5 sayfa 69-70).
- Nüfus ve paydaşlar ile görüşerek toplumu mobilize edenler için terim ve şartların tanımlanması (bkz. Kılavuz notlar 5).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm kullanıcı grupları hijyen şartlarının kötüleşmemesi için yaptıklarını tanımlamalı ve göstermelidir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Temin edilen tüm hizmetler uygun şekilde kullanılmalı ve bakımı yapılmalıdır.
- İhtiyaçlarını giderdikten, çocukların altını değiştirdikten sonra, yemek yemeden ve yemek yapmadan önce tüm insanlar ellerini yıkamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Tüm hijyen teşvik faaliyetleri ve mesajlar, tüm kullanıcı gruplarına hitap eden davranış ve kavramları içermelidir (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Tüm kullanıcı gruplarından temsilciler hijyen teşvik işinin planlama, izleme ve değerlendirme aşamalarında yer almalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-6 ve Temel Standart 1, Kılavuz notlar 1-5, sayfa 56-57).
- Çocuklara ve bebeklere bakan kişilere çocukların dışkılarını bertaraf için uygun araçlar sağlanmalıdır (bkz. Dışkı bertaraf standardı 1 sayfa 105 ve Kılavuz notlar 6).

Kılavuz notlar

1. **Öncelikli hijyen risklerinin ve davranışlarının hedeflenmesi:** Hijyen risklerinin analizi ile elde edilen anlayışla, farklı grupların görev ve sorumlulukları, yardımın planlanması ve öncelikli konuların belirlenmesinde kullanılmalıdır. Bu şekilde insani aktörler ile etkilenen nüfus arasındaki bilgi akışı uygun şekilde gerçekleştirilir ve yanlış kavramlar düzeltilir.
2. **Nüfusun bütün kesimlerine ulaşma:** Bir afetin erken aşamalarında çok sayıda kişinin sağlık risklerini azaltmak için bilgi almasını sağlamak üzere kitle iletişim araçlarını kullanmak gerekebilir. Farklı gruplar için farklı eğitim,

iletişim materyalleri hedefleri belirlenmelidir. Bu şekilde bilgi toplumun tüm üyelerine ulaşır. Özellikle okuma yazması olmayan, iletişim güçlüğü çeken ve radyo / televizyon erişimi olmayan kişiler için bu durum önemlidir. Popüler medya (drama, şarkı, sokak tiyatrosu, dans vs.) de bu durumda etkili olabilir. Eğitim grubu ile işbirliği yapmak hijyen faaliyetlerinin okullarda yürütülmesi için fırsatları belirlemekte önemli olacaktır.

3. **Etkileşimli yöntemler:** Kendi hijyen aktivitelerinin planlanması ve izlenmesi için etkilenen nüfusa uygun fırsatların sağlanmasında, katılımcı materyal ve yöntemler kullanılır. Aynı zamanda bunlar program için öneri ve varsa şikayetlerin belirtilmesi için fırsat sunacaktır. Hijyen faaliyetlerinin planlanması, kendi inanç ve uygulamalarından farklı gruplar ile çalışma yetisi ve kapasitesi olan kişilerce gerçekleştirilmelidir (örneğin, bazı kültürlerde kadınların tanımadıkları erkeklerle konuşması kabul edilemez).
4. **Aşırı sorumluluk yükleme:** Etkilenen nüfustaki hiç kimsenin (örn. kadınların) üzerinde hijyen teşviki ya da hijyen faaliyetlerinin yönetimi ile ilgili aşırı sorumluluk olmamasına özen gösterilmelidir. Eğitim ve istihdam fırsatları gibi faydalar kadın, erkek ve marjinal gruplara sunulmalıdır.
5. **Toplumu harekete geçiriciler için hüküm ve şartlar:** Sosyal yardım programları çalışanlarının ya da ev ziyaretçilerinin bulunması, potansiyel olarak hizmet yeteneklerinin geliştirilmesi için daha etkileşimli bir yol sunar. Kamp senaryosunda genel bir rehber olarak etkilenen nüfusun her 1000 üyesi için iki hijyen lideri / toplumu harekete geçiriciler olmalıdır. Sistemin uzun vadeli sürdürülebilirliğini bozmaktan kaçınmak için etkilenen insanlar, uygulama organizasyonları ve gruplar ile çalışanların ücretli ya da gönüllü olup olmaması uygulama yapılan yerde etkilenen insanlar ile görüşülmelidir.
6. **Farklı grupların faaliyet için motive edilmesi:** Sağlığın, davranış değişikliği için en önemli motivasyon kaynaklarından biri olduğunun farkına varmak önemlidir. Daha iyi bir sağlık sözünün verilmesi yerine gizlilik, güvenlik, uygunluk, dini ve kültürel normlara saygı, sosyal durum daha güçlü motive ediciler olabilir. Bu faktörler teşvik faaliyetlerinin tasarlanmasında göz önüne alınmalı ve yapılandırıcı ekip ile birlikte tasarım ve hizmetlerin yerleştirilmesinde etkin olarak yer almalıdır. Vurgu sadece bireysel davranış değişikliğinde değil, sosyal mobilizasyon ve grup ile çalışmada da olmalıdır.



Hijyen teşvik standardı 2: Hijyen maddelerinin belirlenmesi ve kullanımı

Kişisel hijyen, sağlık, onur ve refahın sağlanması için afetten etkilenen insanların hijyen maddelerinin kullanımını belirleme ve teşvik etmeye erişimleri olmalı ve bu süreç dahil edilmeli.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm kadın, erkek ve her yaşta çocuğa, istedikleri hijyen maddelerindeki öncelikleri sorulmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1, 3-4).
- Hijyen maddelerinin toplumun ihtiyaçlarına göre zamanında dağıtılması önemlidir (bkz. Kılavuz notlar 2-3).
- Dağıtılan hijyen maddelerinin erişim ve kullanımı ile hedef grubun memnuniyeti izlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3 ve 5).
- Hijyen maddelerinin dağıtımında alternatif yolların kullanımı araştırılmalıdır, örn. nakdî yardım sağlanması, gıda kuponu ve/veya gıda-dışı maddeler (NFI) (bkz. Gıda güvenliği - Nakdî yardım ve gıda kuponu iletimi standardı 1 sayfa 200).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Sağlık, onur ve refahlarının sağlanması için kadın, erkek ve çocukların hijyen maddelerine etkin olarak erişimi (bkz. Kılavuz notlar 1, 7 ve 9).
- Etkilenen nüfus ile görüşüldükten sonra regl dönemindeki tüm kadın ve kızlara hijyen için gerekli materyallerin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 5 ve 8).
- Bilmedikleri hijyen maddeleri için tüm kadın, erkek ve çocukların bu maddeleri güvenli kullanmaları için bilgilendirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Etkilenen nüfusa gıda-dışı maddelerin dağıtımında zamanlama, lokasyon, içerik ve hedef gruplar hakkında bilgilendirme (bkz. Kılavuz notlar 3-5).
- Gıda olmayan madde dağıtımında etkilenen nüfusun ve ekibin güvenliği (bkz. Koruma İlkesi 1, Kılavuz notlar 1-3 sayfa 33-34).

Kılavuz notlar

1. **Temel hijyen maddeleri:** Temel minimum hijyen maddeleri arasında su bidonları (kova), banyo ve çamaşır sabunu ve regl ile ilgili hijyen materyalleri vardır.

Temel hijyen maddelerinin listesi

Nakliye için 10–20 litre kapasitede su konteyneri	Ev halkı için bir adet
Depolama için 10–20 litre kapasitede su konteyneri	Ev halkı için bir adet
250 gr banyo sabunu	Kişi başına her ay
200 gr çamaşır sabunu	Kişi başına her ay
Adet döneminde hijyen için gerekli materyaller, örn. Yıkabilir pamuklu kumaşlar	Kişi başına bir adet

2. **Koordinasyon:** Battaniye gibi ek materyallerin gerekip gerekmediğinin etkilenen nüfus ve barınak grubu ile görüşülmesi (bkz. Gıda olmayan maddeler standardı 1 sayfa 269).
3. **Hijyenik maddelerin zamanında dağıtılması:** Hijyen maddelerinin zamanında dağıtılmasını sağlamak için bazı temel maddelerin (sabun, sıvı kabi vs.) etkilenen nüfusun onayını beklemeden dağıtılması ve danıştıktan sonra gelecek dağıtımların yapılması gerekebilir.
4. **Öncelikli ihtiyaçlar:** İnsanların öncelikli ihtiyaçlarının uygun şekilde karşılanmaması durumunda insanlar sağlanan bazı maddeleri satmayı seçebilirler ve bu yüzden dağıtımlar planlanırken insanların geçimlerinin de düşünülmesi gerekir.
5. **Uygunluk:** Bilgi eksikliğinden dolayı kullanılamayacak ya da yanlış kullanılabilecek ürünlerin belirlenmesine özen gösterilmelidir (örn. yanlışlıkla yiyecek sanılan maddeler). Kültürel olarak uygunsa çamaşır sabunu yerine deterjan tercih edilebilir.
6. **Değiştirme:** Gerekli durumlarda tüketim maddelerinin değiştirilmesi düşünülebilir.
7. **Özel ihtiyaçlar:** Bazı insanların özel durumlar nedeniyle sabun gibi kişisel hijyen maddelerine daha fazla ihtiyacı olabilir (örn. idrar tutamama ya da



şiddetli ishal). Engelli ya da yatağa bağımlı kişilerin yatak bezi gibi maddelere ihtiyacı olabilir. Bazı maddeler sanitasyon aracı olarak kullanılması gerekebilir (örn. delikli bir tabure ya da klozet sandalyesi)

8. *Adet dönemi hijyeni:* Adet dönemi materyallerinin ihtiyatlı şekilde yıkanması ya da atıklarının yok edilmesi için.

9. *Ek maddeler:* Kültürel ve sosyal uygulamalar, ek olarak kişisel hijyen maddelerine ihtiyacı ortaya çıkarabilir. Bulunurluğa bağlı olarak bu maddeler (kişi başına her ay) şunları içerebilir:

- 75ml/100 gr diş macunu
- Bir diş fırçası
- 250 ml şampuan
- Bebekler ve 2 yaşa kadar çocuklar için 250 ml losyon
- Tek kullanımlık tıraş makinesi
- Adet çağındaki kadınlar ve kızlar için iç çamaşırı
- Bir saç fırçası ve/veya tarak
- Tırnak makası
- Bez (bebek bezi) ve lazımlık (hanedekilerin ihtiyacına bağlı olarak).

3. Su Temini

Su, hayat, sağlık ve insanlık onuru için temel bir gereksinimdir. Olağanüstü durumlarda temel ihtiyaçları karşılayacak yeterli su bulunmayabilir. Bu şartlar altında yaşamsal seviyede güvenli ve sağlıklı içme suyu sağlanması kritiktir. Pek çok durumda temel sağlık sorunlarının oluşmasına, su yetersizliğinden kaynaklı hijyen eksikliği ve kirli suyun tüketilmesi neden olur.

Su temin standardı 1: Erişim ve su miktarı

İnsanlar içme, yemek yapma, kişisel ve evsel hijyen sağlama gibi temel ihtiyaçları için suya güvenli ve adil şekilde ulaşmalıdır. Halka açık su dağıtım noktaları, asgari su gereksiniminin karşılanmasına kolaylık sağlayacak şekilde barınaklara yakın olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Durum için uygun su kaynakları, kaynakların miktar ve çevresel etkilerine göre belirlenir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Etkilenen nüfusun ihtiyaçlarına göre su önceliği ve miktarı belirlenir (bkz. Kılavuz notlar 2 ve 4).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- İçme, yemek pişirme ve kişisel hijyen için ortalama su miktarı günlük kişi başına en az 15 litredir (bkz. Kılavuz notlar 1-7).
- Evden en yakın su kaynağına maksimum uzaklık 500 metredir (bkz. Kılavuz notlar 1, 2, 5 ve 6).
- Bir su kaynağında bekleme süresi en fazla 30 dakika olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).

Kılavuz notlar

1. **Su kaynağı seçimi:** Su kaynağı seçiminde şu faktörler göz önüne alınmalıdır: Yeterli miktarda suyun bulunması, yakınlığı ve sürekli olması; arıtmanın gerekip



gerekmediği ve sosyal, politik ya da yasal faktörler de dahil olmak üzere bunun uygulanabilirliği. Genel olarak yer altı kaynakları ve/veya akarsu kaynakları tercih edilir çünkü daha az arıtma gerekir ve pompalama gerekmez. Afet durumlarında yaklaşım ve kaynakların kombinasyonu genellikle ilk aşamada gerekir. Tüm kaynakların düzenli olarak incelenmesi ve aşırı kullanımından kaçınılması gerekir.

2. **İhtiyaçlar:** Evsel kullanım için gerekli su miktarı, iklim, sanitasyon tesis ve hizmetleri, insanların alışkanlıkları, din, kültür, yemekleri, kıyafetleri gibi faktörlere göre değişiklik gösterir. Evler su kaynaklarına yaklaştıkça su tüketiminde de artış görülür. Standartlar daha yüksek ise yerel standartlara uymak için kişi başına günlük 15 litreden fazla su temin edilebilir.

Temel yaşamsal su ihtiyacı

Yaşamsal ihtiyaç: su alımı (içme ve yemek)	Günlük 2.5–3 litre	İklim ve bireysel fizyolojiye bağlıdır
Temel hijyen uygulamaları	2–6 litre / gün	Sosyal ve kültürel normlara bağlıdır
Temel yemek pişirme ihtiyacı	3–6 litre / gün	Yemek türüne, sosyal ve kültürel normlara bağlıdır
Toplam temel su ihtiyaçları	7.5–15 litre / gün	

Diğer kullanımlarda minimum su miktarlarına bakmak için Ek 2'yi inceleyiniz: Kurumlar ve diğer kullanımlar için minimum su miktarları. Acil durumlarda hayvanların su ihtiyaçları için Canlı Hayvan Acil Durum Rehberleri ve Standartlarını inceleyiniz (bkz. Referanslar ve diğer kaynaklar).

3. **Ölçüm:** Hane bazında yapılan gözlem ve anketler yoluyla inceleme ve grup tartışmalarında edinilen bilgiler, su kullanımı ve tüketimine ait verilerin toplanmasında daha etkili bir yöntemdir.
4. **Nitelik ve nicelik:** Acil durumlarda, suya ilişkin hastalıkların bulaşmasına karşı su kaynakları kadar kişisel ve evsel hijyen için yeterli miktarda suyun olmaması da neden olmaktadır. Nitelik ve nicelik açısından asgari standartlar tam anlamıyla karşılanana dek öncelik asgari nitelik standartlarını sağlayan ancak yetersiz miktardaki suyun temin edilmesinden, yeterli miktarda suya adil bir erişimin olmasıdır. Bazı hastalıklarda, örneğin HIV AIDS, insanlar içmek ve

kişisel hijyen için daha fazla suya ihtiyaç duyarlar. Husumete neden olmamak için su ve sanitasyon koşullarının, ev sahibi ve etkilenen nüfusun ihtiyaçlarını eşit olarak karşılamasına özen gösterilmelidir (bkz. Ek 2: Kurumlar ve diğer kullanımlar için minimum su miktarları).

5. **Bir su kaynağına düşen maksimum kişi sayısı:** Kaynak başına düşen kişi sayısı her kaynaktaki suyun verim ve kullanılabilirliğine bağlıdır. Takribi rehberler şu şekildedir:

Musluk başına 250 kişi	Debisi 7.5 litre / dakika olarak alınır
El tulumbası başına 500 kişi	Debisi 17 litre / dakika olarak alınır
Tek kullanıcı açık kuyu başına 400 kişi	Debisi 12.5 litre / dakika olarak alınır

Bu rakamlar su kaynağına günde sekiz saat erişim olduğu hesaplanarak verilmiştir; erişim süresinin daha uzun olması insanların günlük asgari 15 litrelik gereksinimlerinin üzerinde bir miktarda su alabilecekleri anlamına gelir. Erişim bundan fazla ise insanlar 15 litre minimum gereksinimden fazlasını alabilirler. Bu değerler dikkatli kullanılmalıdır çünkü bunlara erişim her zaman asgari miktarda suyun kullanılması ya da eşit erişim olduğu anlamına gelmeyebilir.

6. **Bekleme süresi:** Su sırasında bekleme süresinin fazla uzun olması, yetersiz su miktarı olduğunu gösterir. Aşırı bekleme süresinin potansiyel negatif sonuçları, su tüketiminin kişi başına azalması, korunmayan yüzey sularının artan tüketimi ve su alanlar için diğer önemli yaşamsal görev zamanlarının azalması anlamına gelir.

7. **Erişim ve eşitlik:** Asgari ihtiyaçlar için yeterli miktarda su bulunsa bile nüfusta bulunan tüm grupların suya erişimini sağlamak amacıyla ek önlemler gerekebilir. Su dağıtım noktaları cinsiyet ya da etnik kimliğe bakılmaksızın herkesin erişebileceği bir alanda olmalıdır. El tulumbaları ve su taşıma kaplarının bazıları HIV ve AIDS ile yaşayan insanlar, yaşlılar, engelliler ve çocukların kullanabileceği şekilde tasarlanabilir ya da uyarlanabilir. Suyun günlük belli bir miktarda dağıtıldığı ya da günün belli saatlerinde verildiği durumlarda, günlük su miktarı ve ne zaman suyun verileceği kullanıcılar ile birlikte planlanmalıdır.



Su temin standardı 2: Su kalitesi

Su, sağlığı tehdit edecek riskler olmadan yeterli kalitede, tadı hoş ve içilebilir; kişisel / evsel hijyen için kullanılabilir olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Zaman ve duruma uygun olarak kaynak için su güvenlik planı hazırlanmalı ve hızlı bir sanitasyon araştırması yapılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Dağıtımdan sonra su kirliliğini asgariye indirmek için gerekli önlemler alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3-4 ve Hijyen teşvik standardı 1 sayfa 91).
- Suyun borularla iletilmesi durumunda ya da su teminlerinin ishal gibi salgınlara sebep olma riski varsa dezenfektanlar ile su artırılmalı, musluktaki suyun klorür kalıntısı 0.5mg/l ve bulanıklık 5 NTU (nefelometrik bulanıklık birimi) altında olmalıdır. Spesifik ishal salgınları durumunda kalıntı klorürün 1mg/l üzerinde olması sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5-8).
- Ev seviyesinde su artımanın önerildiği durumlarda uygun teşvikler, eğitim ve izleme faaliyetlerinin olması sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3 ve 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Dağıtım ve kullanım noktasında 100 ml suda dışkı organizmaları (fokal koliform) bulunmamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2, 4-7).
- Uygulanan evsel seviyede su artıma seçenekleri, mikrobiyolojik su kalitesini arttırmalıdır ve uygun eğitim, teşvik ve izleme faaliyetleri ile birlikte sunulmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3-6).
- Kimyasallar (artıma kimyasallarının taşınması da dâhil) ya da radyolojik kaynaklar tarafından kirlenilen suyun kısa süreli kullanımı nedeniyle sağlık üzerinde negatif etkisi olmamalıdır ve analizlerde bu tür bir etkinin olacağına dair önemli olasılıklar görülmemelidir (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Etkilenen tüm insanlar, diğer hazır bulunan su kaynakları yerine korunan ya da artılan kaynaklardan su içmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3 ve 6).
- Sudan kaynaklı ya da su ile ilgili hastalıklar ortaya çıkmamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-9).

Kılavuz notlar

1. **Sanitasyon araştırması ve su güvenlik planı:** Sağlık araştırması, halk sağlığına yönelik tehdit oluşturabilecek şartların ve uygulamaların bir değerlendirmesidir. Değerlendirme, suyun kaynağında, taşınmasında ve evlerde meydana gelen olası kirlilik nedenlerini içermeli ve dışkılama, drenaj ve katı atık yönetimi konularını da ele almalıdır. Topluluğun haritalanması, halk sağlığına yönelik tehditlerin saptanmasında ve topluluğun riskli durumlarını azaltabilecek yollar bulunmasında etkili bir yöntem olabilir. Hayvan dışkılarının insan dışkısı kadar zararlı olmasa da insanda ishale neden olan kriptosporidyum, giyardia, salmonella, campylobacter, kalısivirüs ve benzerlerini içerebileceğinden, sağlık için risk oluşturduğu bilinmelidir. WHO, tehlike belirleme ve risk analizinde değerli bir yaklaşım olan su güvenlik planını (WSP), destekleme planlarını geliştirmek, kontrol önlemlerini ve yönetim prosedürlerini izlemek ve güncellemek için tavsiye etmektedir (bkz. Referanslar ve diğer kaynaklar).
2. **Mikrobiyolojik su kalitesi:** Fekal bakterileri (bunların % 99'dan fazlası E. Coli'dir) sudaki insan/hayvan dışkı kirliliği seviyesini ve zararlı patojenlerin bulunma olasılığını gösterir. Sude fekal koliform varsa su artırılmalıdır.
3. **Korunan kaynaklara yönlendirme:** İnsanlara sağlık için tehdit oluşturan etkenlerden korunmuş kaynaklardan gelen suyun ya da artırılmış suyun sağlık üzerinde olumlu etkileri anlatılmadan sadece güvenilir su ya da artırılmış su sağlamak yeterli değildir; beklenen etkiyi oluşturmak için insanların bu suyu kullanmaları gerekir. İnsanlar suyun tadı, yakınlığı ve sosyal olarak uygunluğu gibi nedenlerle korunmayan su kaynaklarını, örn. nehir, göl ve korunmayan kuyular, tercih edebilir. Bu durumlarda teknisyenler, hijyen destekleme görevlileri ve toplulukları harekete geçirenler, bu tercihlerin gerekçelerini dikkate alarak destekleme mesajlarında ve grup tartışmalarında bu görüşlere yer vermelidir.
4. **Dağıtım sonrası kirlenme:** Dağıtım noktasındaki suyun güvenli oluşu, doldurma, saklama ve su çekme sırasında suyun kirlenmesini engellemez, bu işlemler belirgin bir sağlık riski teşkil etmektedir. Bu riskleri azaltmak için geliştirilmiş doldurma ve saklama yöntemlerinin iyileştirilmesi gerekir, temiz ve uygun doldurma ve saklama kapları dağıtılmalıdır (bkz. Su temin standardı 3 sayfa 103). Kullanım noktasındaki sudan rutin numuneler alınarak dağıtım sonrası kirliliğin seviyesi izlenmelidir.
5. **Suyun dezenfekte edilmesi:** Su kaynağında ya da dağıtım sonrasında kirlenme riski varsa, klor gibi kalıntı dezenfektanlarla arıtma işlemi yapılmalıdır. Bu riski belirleyen toplulukla ilgili koşullardır; nüfus yoğunluğu, dışkı uzaklaştırma sistemleri, hijyen uygulamaları, ishal gibi hastalıkların yaygınlığı vs. Eğer ishal gibi bir salgın tehdidi varsa dağıtımdan önce ya da evlerde içme



suyu sisteminin tamamı arıtılmalıdır. Kısa süreli acil kullanım için daha yüksek bulanıklık oranına sahip su, filtrelendikten sonra çift klorlu dozaj ile yeterince dezenfekte edilse de suyun uygun şekilde dezenfekte edilmesi için bulanıklık oranı 5 NTU altında olmalıdır (bkz. Ek 6: Evsel su arıtma ve depolama karar ağacı).

6. **Evsel seviyede su arıtma:** Merkezi çalışan bir su arıtma sistemi yoksa, hane seviyesinde, su kullanım noktasında arıtma (PoUWT) bir seçenek olarak uygulanabilir. İshal riskini azaltmak ve depolanan ev suyunun mikrobiyolojik kalitesini arttırmak için farklı türde PoUWT seçenekleri vardır; bunlar kaynatma, klorlama, güneş ile dezenfekte etme, seramik filtreleme, yavaş kum filtrasyonu ve çökeltme / dezenfekte etmedir. En uygun PoUWT seçeneği, su ve sanitasyon şartlarına, su kalitesine, kültürel olarak kabul edilirliğine ve seçeneklerin uygulanabilirliğine bağlıdır. Başarılı bir PoUWT yeterli materyallerin ve ürünlerin sağlanması, hedef grup için uygun eğitim sağlanmasına bağlıdır. Afet durumlarında test edilmemiş bir suyun kullanılmasından kaçınılmalıdır. Risk beklenen alanlarda PoUW ürünlerinin önceden bulundurulması, hızlı şekilde yardım sağlanmasını kolaylaştırır. Afet sonrası aşamada devam eden kullanım isteniyorsa, yerel olarak elde edilebilen ürünlerin kullanılması öncelikli olmalıdır. PoUWT seçeneklerinin etkin kullanımı takip, destek, izleme gerektirir ve bunlar, alternatif su arıtma yaklaşımını benimsemenin ön koşulu olmalıdır.
7. **Klorür ile PoUWT:** Alternatif su kaynağı yoksa çift dozlu klorür, fazla bulanıklık için kullanılabilir. Bu işlem sadece kısa süreli olarak ve kullanıcıların bulanıklığı azaltma konusunda arıtmadan önce filtreleme, çökertme ve boşaltma ile ilgili eğitilmesinin ardından yapılmalıdır (bkz. Ek 6: Evsel su arıtma ve depolama karar ağacı).
8. **Kimyasal ve radyolojik kirlenme:** Hidrojeoloji kayıtları ya da askeri / endüstriyel bilgi kaynaklarında sağlığa kimyasal veya radyolojik tehditler bulunabileceğini ifade ediyorsa, en kısa sürede bu risklerin varlığı kimyasal analizler ile doğrulanmalıdır. Analizlerin ardından kısa dönem halk sağlığı riskleri ve faydalar arasında bir denge sağlayacak kararlar alınmalıdır. Ayrıca uzun süreli kullanım için kirlenmiş olması muhtemel suyun kullanılması kararı, ancak sağlık üzerindeki etkilerine dair profesyonel bir değerlendirme ve analizin ardından verilmelidir.
9. **Suyun lezzeti:** Suyun tadı tek başına bir sağlık tehdidi oluşturmaz (örn. hafif tuzlu su sağlığa zararlı değildir), ancak güvenli suyun tadı hoş değilse kullanıcılar güvenli olmayan su kaynaklarına yönelebilir ve sağlıklarını riske atabilir. Bundan kaçınmak için sadece güvenli kaynakların kullanıldığından emin olunmalıdır.

- 10. Sağlık merkezleri için suyun kalitesi:** Hastane, sağlık merkezleri ve beslenme tesislerine kullanılan suyun klor ya da başka bir atık dezenfektan ile arıtılması gerekir. Suyun sınırlı verilmesi, su kesintisi gibi hallerde kullanmak üzere bu merkezlerde normal kullanım oranında su depolanmalıdır (bkz. Ekler 2: Kurum ve diğer kullanımlar için minimum su miktarları ve 5: Kolera tedavi merkezleri için minimum hijyen, sanitasyon ve izolasyon faaliyetleri).

Su temin standardı 3: Su tesisleri

İnsanlar; içmek, yemek yapmak ve kişisel hijyen sağlamak için yeterli miktarda suyu doldurmak, saklamak, kullanmak üzere evde tüketilene dek güvenli kalmasını sağlayacak yeterli tesislere sahiptir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Etkilenen nüfusa uygun su alma ve depolama olanakları sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1 ve Hijyen teşvik standardı 2 sayfa 94).
- ▶ Etkilenen tüm bireyler ve zarar görebilir kişiler, su noktalarının belirlenmesi ve çamaşır ve banyo tesislerinin yerleştirilmesinde katılıma teşvik edilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 2).
- ▶ Su dağıtım noktalarında ve çamaşırhanelerde, kadınlara özel yıkama lavabolarında ve çamaşır alanlarında iç çamaşır ve hijyenik malzemeleri yıkama ve kurutma olanakları yer almalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2 ve Hijyen Teşvik Standardı 2 sayfa 94).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Her evde en az iki adet 10 - 20 litrelik su bidonu ile evde her zaman su olmasını sağlamak üzere temiz su kapları bulunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1 ve Hijyen Teşvik Standardı 2, Kılavuz notlar 1 sayfa 95).
- ▶ Su alma ve saklama kaplarının boğazları dar olur ve/veya kapakları vardır ya da depolama, su alma ve yükleme / boşaltmada kullanılan başka güvenilir araçlar bulunur (bkz. Kılavuz notlar 1).
- ▶ Her 100 kişi için en az bir banyo tesisi ve kadınlar için özel banyo ve çamaşır alanları olmalıdır. Banyo ve çamaşır için yeterli su bulunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).
- ▶ Evsel kullanım için bulundurulmuş Su her zaman kirlilikten uzak olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).



- Herkesin su alma, depolama, banyo, el yıkama ve çamaşır için yeterli tesise erişimi olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Kurulu sistem ve tesislerin düzenli bakımı yapılmalı, kullanıcıların mümkün olan yerlerde bu aşamada katılımı sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).

Kılavuz notlar

1. **Su alma ve depolama:** İnsanlar su doldurmak, saklamak ve çamaşır, yemek, banyo gibi işlerde kullanmak için kaplara ihtiyaç duyarlar. Bu kaplar temiz, hijyenik, taşınması kolay olmalıdır ve boyut, şekil ve tasarım açısından mahalli ihtiyaçlara ve alışkanlıklara uygun olmalıdır. Çocuklar, engelliler, yaşlılar ve HIV ve AIDS olan insanlar daha küçük ve özel tasarlanmış taşıma kaplarına ihtiyaç duyabilirler. Gerekli depolama kapasitesi ev halkının sayısına ve suyun kullanılabilirliğine bağlıdır, örn. sürekli günlük temin olduğunda kişi başına yaklaşık dört litre uygundur. Güvenli toplama, depolama ve su çekmenin teşviki ve izlenmesi, su kirlilik konularının, zarar görebilir kişiler özellikle kadınlar ve çocuklarla görüşülmesi için bir fırsattır.
2. **Toplu yıkama ve banyo olanakları:** İnsanları gizlilik ve onur ile banyo yapmaları için alanlar gerekir. Ev seviyesinde bu mümkün değilse erkek ve kadınlar için ayrı tesisler sağlanmalıdır. Sabun yoksa kül, temiz toprak, soda ya da çeşitli maddeler yıkanma için alternatif yöntemler olarak sağlanabilir. Çamaşır için, özellikle çocukların kıyafetlerinin yıkanması önemli bir hijyen faaliyetidir; pişirme ve bulaşıkların yıkanması için de su gerekir. Tesislerin sayı, lokasyon, güvenlik, uygunluğu; kullanıcılara, özellikle kadınlar, ergen kızlar ve engelli kişilere danışarak karar verilmesi gereken bir konudur. Merkezi, ulaşılabilir ve iyi aydınlanmış alanlarda tesislerin bulunması, kullanıcıların güvenliğini sağlayacaktır.
3. **Su sistemlerinin muhafazası:** Etkilenen nüfusun temin edilen sistemlerin korunması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasında bilgilendirilmesi önemlidir. 75ml/100 gr diş macunu

4. Dışkı Bertarafı

İnsan dışkılarının güvenli şekilde bertarafı, dışkıyla ilgili hastalıklar için ilk bariyerdir, doğrudan ve dolaylı yollarla hastalık riskini azaltmaya yardımcı olur. Güvenli şekilde dışkı bertarafı, bu nedenle güvenli su temini gibi hız ve gayret gerektiren ve öncelikli olarak ele alınması gereken konulardan biridir. İnsanların onurla, güven içinde ve sağlıklı, refah içinde yaşaması için acil durumda uygun ihtiyaç tesislerinin sağlanması çok önemlidir.

Dışkı bertaraf standardı 1: Çevrenin insan dışkısından etkilenmesi

Genel çevre ve özel olarak hayvanların yaşam alanı, gıda üretme alanı, kamu merkezleri, içme suyu çevresi insan dışkısının neden olduğu kirlilikten muaf olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Derhal uygun dışkı bertaraf önlemleri alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Dışkının güvenli bertarafı ve hijyenik uygulamalar hakkında etkilenen nüfusla hızlı bir konsültasyon yapılmalıdır (bkz. Hijyen Teşvik Standardı 1, Kılavuz notlar 1- 6 sayfa 92-93).
- Güvenli dışkı bertarafı ve uygun tesislerin kullanımı açısından hijyen teşvik kampanyaları düzenlenmelidir (bkz. Hijyen Teşvik Standardı 1, Kılavuz notlar 1-6 sayfa 92-93).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfusun yaşadığı çevre insan dışkısından muaftır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Dışkı toplama önlemleri, yani hendek tuvalet, dışkı çukuru ve atık kanalı çukurları, yer altı su kaynaklarından en az 30 metre uzak olmalıdır. Tuvalet ya da atık kanal çukurlarının tabanı, su tabakasından en az 1.5 metre yüksekte olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).



- Sel ya da yüksek su tabakası durumlarında uygun önlemler alınarak yer altı su kaynaklarının dışkı nedeniyle kirlenmesini önleyecek önlemler alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Dışkılama sistemlerinin drenaj ya da dökülmelerinin yüzey sularını ya da sığ yer altı kaynaklarını etkilememesi sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Tuvaletler en hijyenik şekilde kullanılmalı ve çocukların dışkıları derhal ve hijyenik olarak bertaraf edilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 4).

Kılavuz notlar

1. **Güvenli dışkı bertarafı:** Güvenli olarak dışkı bertarafının amacı, çevrenin kontrolsüz ve dağınık insan dışkısından korunmasıdır. Bir afetten hemen sonra ve dışkı bertaraf planı uygulamaya koyulduğunda, ilk olarak temizleme kampanyası, sınır çekme ve dışkılama alanlarının belirlenmesi, toplu tuvaletlerin yapılması işleri uygulanır. Koşullara bağlı olarak aşamalı bir yaklaşım sanitasyon problemlerinin çözülmesinde en etkili yöntemdir. Afetten etkilenen insanlardaki en etkili yöntem, güvenli dışkı bertaraf faaliyetlerinin uygulanmasıdır. Etkilenen nüfusun geleneksel olarak tuvalet kullanmadığı yerlerde, güvenli dışkı bertarafı ve tuvalet talebini teşvik için uygun hijyen kampanyalarının yapılması gerekir. Mevcut kanalizasyon sisteminin hasar gördüğü kentsel afetlerde, durum analiz edilir ve portatif tuvaletler veya düzenli olarak boşaltılan septik ya da içerik tankları kullanılabilir. Vidanjör, elle toplama, nakliye ve nihai bertaraf yöntemlerine özen gösterilmelidir.
2. **Dışkılama alanları:** İlk aşamada, arazinin uygun olduğu yerlerde bir dışkılama alanı işaretlenmeli ve/veya hendek tuvaletler yapılmalıdır. Bu işlem sadece alanın doğru şekilde yönetilmesi ve etkilenen nüfusun bu tesisleri kullanımının çok önemli olduğunun anlaması ile işe yarar.
3. **Dışkılama sistemlerinin su kaynaklarından uzaklığı:** Atık kanal çukur-larının, hendek tuvaletlerin su kaynaklarından en az 30 metre uzakta olması ve çukur tabanlarının da yer altı sularından en az 1.5 metre yüksekte olması gerekir. Çatlaklı kaya ve kireç taşı olan arazilerde bu mesafeler arttırılmalıdır. Bazı afet yardımlarında yer altı kirliliği, su doğrudan içmek için kullanılmıyorsa birincil endişe değildir. Bunun yerine ev seviyesinde su artımı ya da diğer seçenekler benimsenmelidir (bkz. Su temin standardı 2, Kılavuz notlar 6 sayfa 102). Sel basan ya da yüksek su tabakasının olduğu ortamlarda yüksek tuva-let ya da septik tanklar kullanılabilir. Septik tankların sızıntı ve dökülmelerinin de yüzey ve yeraltı sularını kirlletmesi önlenmelidir.

4. **Çocukların dışkıları:** Yetişkinlere göre çocuk dışkıları daha tehlikeli olduğundan çocuk dışkılarının bertarafına özen gösterilmelidir (çocuklarda dışkı ile ilgili enfeksiyonların görülme sıklığı daha yüksektir ve çocuklar enfeksiyonlara karşı antikor üretmemiş olabilirler). Ebeveyn ve çocuk bakıcılarına, çocukların dışkı bertarafı, çamaşırlarının yıkanması ve bez, lazımlık kullanımı hakkında bilgi verilerek daha etkin bir bertaraf işlemi uygulanabilir.

Dışkı bertaraf standardı 2: Uygun ve yeterli tuvalet olanakları

İnsanların evlerine yakın, gece ve gündüz hızlı, güvenli ve emniyetli erişimleri olan yeterli sayıda ve uygun tuvalet olanakları olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tuvalet olanaklarının yeri, tasarımı ve uygunluğu konusunda kullanıcıların, özellikle kadın ve sınırlı hareketi olan insanların, görüşü alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-4 ve Koruma İlkeleri 1-2 sayfa 33-36).
- Etkilenen insanlara tuvalet tesislerini yapmak, muhafaza etmek ve temizlemek için yeterli araç ve materyaller sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6-7).
- El yıkama ve tuvaletlerin sifonları için yeterli su sağlanmalı ve geleneksel dışkı çukurlarında kullanılmak üzere uygun anal sanitasyon materyalleri sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 7-8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tuvaletler aşağıdaki gereksinimlere uygun olarak tasarlanmalı, inşa edilmeli ve yerleştirilmelidir:
 - Çocuk, yaşlı, hamile ve engelli insanlar da dâhil tüm nüfusun kullanımına uygun olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).
 - Gündüz ve gece boyunca kullanıcılara, özellikle kadın ve kızlara, tehdit oluşturmayacak şekilde olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3 ve Koruma İlkesi 1, Kılavuz notlar 1-6 sayfa 33-34).



- Kullanıcıların normlarına uygun olarak mahremiyet sağlamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
 - Çevreye zarar vermeyecek şekilde, kullanımı kolay olmalı ve temiz tutulmalıdır. Koşullara bağlı olarak tuvaletlerde el yıkama ya da sifon için yeterli su bulunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 7-8).
 - Kadınların regl materyallerini atmaları ve regl bezleri ve çamaşırlarını yıkamaları için gerekli mahremiyeti sağlamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 9).
 - Sinek ve sivrisinek üremesi asgariye seviyede olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 7).
 - Tuvaletlerin uzun dönemli kullanım ve sızdırmaz olmaları durumunda boşaltma, nakliye ve uygun bertaraf mekanizmaları sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 11).
 - Yüksek su tabakaları ya da sel durumu varsa, yer altı suyu ve çevrenin kirlenmemesi için dışkı çukurları ve konteynerler su geçirmez olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 11).
- Her tuvaleti maksimum 20 kişi kullanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-4 ve Ek 3: Afet durumlarında kurum ve kamu alanlarının minimum tuvalet sayısı).
- Pazar, dağıtım merkezi, sağlık merkezi, okul vs. gibi ortak alanlarda ayrı, içten anahtarlı tuvaletler olmalıdır. (bkz. Kılavuz notlar 2 ve Koruma İlkeleri 1-2 sayfa 33-36).
- Tuvaletler evlerden en fazla 50 metre uzakta olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Tuvaletlerin kullanımı ev halkına ve/veya cinsiyet ayrımına göre olur (bkz. Kılavuz notlar 2-5).
- Etkilenen tüm nüfus danışmanlık sürecinden ve kendilerine sağlanan tuvalet olanaklarından memnun ve uygun şekilde kullanmaktadır (bkz. Kılavuz notlar 1-10).
- İnsanların tuvaletleri kullandıktan sonra ve yemek yapmadan ve yemeden önce ellerini yıkamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 8).

Kılavuz notlar

1. **Erişim tesisleri:** Başarılı bir bertaraf programı, insanların çeşitli ihtiyaçların anlaşılmasına ve katılım sağlamalarına bağlıdır. Tüm tuvaletlerin tüm gruplarca kabul edilebilir olmasını sağlamak mümkündür. Çocuklar, yaşlılar ve engelliler için özel tuvaletler tasarlanabilir, örn. oturaklı tuvaletler ya da parmaklıklı tuvaletler, lazımlık sağlanması. Benimsenen sanitasyon tesisleri

türü, müdahalenin zamanına, tercihlere, amaçlanan kullanıcıların kültürlerine, mevcut altyapıya, su tesislerinin erişebilirliğine, toprak yapısına (sifon ve su sızdırmazlığı açısından) ve inşaat materyallerinin kullanılabilirliğine bağlıdır. Farklı afet fazları için çeşitli dışkı bertaraf seçenekleri aşağıda verilmiştir.

Güvenli dışkı bertarafı için olası alternatifler

	Güvenli dışkı bertaraf türü	Uygulama durumları
1	Sınırlanan dışkılama alanı (örn. Kullanılmayan alanlar ile)	İlk aşama: çok fazla kişinin tesislere ihtiyacı olduğunda ilk iki ya da üç gün
2	Hendek tuvalet	İlk aşama: iki aya kadar
3	Basit dışkı çukurları	Başlangıçtan uzun vadeli kullanıma göre planlama
4	Havali dışkı çukurları (VIP)	Koşullara bağlı orta ya da uzun vadeli müdahale
5	İdrar yollu ekolojik tesis (Ecosan)	Koşullara bağlı yüksek su tabakalarının ve sel durumunun olması halinde başlangıç ya da orta vadeli
6	Septik tank	Orta ya da uzun vadeli kullanım

- 2. Umumi tuvaletler:** Kamu alanlarında tuvaletler, uygun ve düzenli sanitasyon ve bakımla sağlanır. Ayrıştırılmış nüfus verileri, kadınların kabinleri ile erkeklerin kabinleri kullanma oranının 3:1 olduğunu göstermektedir. Mümkün olan yerlerde pisuarlar bulunmalıdır (bkz. Ek 3: Afet durumlarında kurum ve kamu alanlarının minimum tuvalet sayısı).
- 3. Aile tuvaletleri:** Aile tuvaletler mümkün olan yerlerde tercih edilen seçenektir. Maksimum 20 kişiye bir tuvalet hedef olmalıdır. Mevcut tuvaletin olmadığı yerlerde 50 kişi için bir tane ile başlayarak kullanıcı sayısı en kısa zamanda içinde 20'ye düşürülebilir. Bazı durumlarda alan sınırlılıkları nedeniyle bu rakamları karşılamak mümkün değildir. Bu durumda ekstra alan sağlamak için görüşülmelidir. Ancak asıl amacın, insan dışkısından muaf bir çevrenin muhafazası olduğu unutulmamalıdır.
- 4. Paylaşılan tesisler:** Ev halkına yerleşim ve tasarım konusunda, paylaşılan tuvaletlerin temizlenme ve bakımı konusunda danışılmalıdır. Genel olarak temiz tuvaletler daha sık kullanılır. HIV ve AIDS gibi kronik hastalıklar ile yaşayan



insanların tuvalete kolay erişimi sağlanmalıdır çünkü sıklıkla kronik ishal ve azalan hareket güçleri vardır.

5. **Güvenli tesisler:** Yanlış konumlandırılmış tuvaletler, kadınları ve kızları, özellikle geceleri olası saldırılara karşı savunmasız durumda bırakabilir. Kadınların tuvaletleri kullanırken kendilerini güvende hissedecekleri ve güvende olacakları yerler seçilmelidir. Mümkünse umumi tuvaletlerde aydınlatma olmalı ya da ailelere el feneri sağlanmalıdır. Kullanıcıların güvenliğini sağlayacak önlemlerle ilgili olarak toplumun görüşleri alınmalıdır (bkz. Koruma İlkeleri 1-2 sayfa 33-36).
6. **Yerel bina materyal ve araçlarının kullanımı:** Tuvalet inşasında yerel olarak elde edilen materyalin kullanımı tavsiye edilir. Bu, etkilenen nüfusun tesisleri kullanma ve muhafaza etmeye katılımını artırır. Etkilenen nüfusa inşa araçları vermek de bu amacı destekler.
7. **Su ve anal sanitasyon materyalleri:** Sifonlu ya da hijyenik sızdırmaz mekanizmalı tuvaletler için su sağlanmalıdır. Geleneksel bir dışı çukurunda tuvalet kağıdı ya da anal sanitasyon için diğer materyaller bulunabilir. Kullanıcıların kültürel olarak tercih ettiği sanitasyon materyalleri ile bunların güvenli bertaraf şekilleri görüşülmelidir.
8. **El yıkama:** Kullanıcıların tuvaletten çıkınca, çocuklarının altını değiştirdikten sonra yemeğe oturmadan önce ve yemek hazırlamadan önce sabun ya da alternatif yollarla (kül gibi) ellerini yıkama olanağının olması gerekir. Bu amaç için tuvaletin yanında sürekli bir su kaynağı bulunmalıdır.
9. **Regl dönemi:** Regl gören kadın ve kızların, okula giden kızlar dâhil, regl kanamasına uygun emici materyallere erişimi olmalıdır. Kadın ve kızlara kültürel olarak neyin uygun olduğu sorulmalıdır. Tuvaletlerde regl materyallerinin bertarafı için uygun yöntemler ya da özel yıkama bölümleri olmalıdır (bkz. Hijyen teşvik standardı 2, Kılavuz notlar 2 ve 8 sayfa 95-96).
10. **Tuvaletlerin boşaltımı:** Uygun zamanda ve ihtiyaca bağlı olarak tuvaletlerin boşaltılması, nihai kanalizasyon boşaltım noktaları da dâhil, başlangıçtan itibaren düşünülmelidir.
11. **Zorlu çevrelerdeki tuvaletler:** Sel ya da kentsel afetlerin olduğu durumlarda uygun dışı bertaraf tesislerinin bulunması genellikle zordur. Bu durumda yüksek tuvalet, idrar kanallı tuvaletler, kanalizasyon tankları ve bertaraf edilebilir plastik paketler gibi çeşitli insan atığı konteyner mekanizmaları düşünülmelidir. Bu farklı yaklaşımları hijyen promosyon faaliyetleri ile desteklenmesi gerekir.

5. Vektör (hastalık taşıyıcı) Kontrolü

Vektör, hastalıkların taşınmasına aracılık eder ve birçok afet durumunda hastalıklara ve ölümlere ağırlıklı olarak vektörlerin bulaştırdığı hastalıklar neden olur. Sivrisinekler, ölüme neden olan hatalıkların başında gelen sıtmanın taşıyıcısıdır. Sivrisinekler ayrıca sarı humma ve dang hemorajik ateşi gibi başka ölümcül hastalıkları da taşımaktadır. Ev sineği, yeşil ve karasinek, et sineği gibi sokmayan ya da insanla aynı çevreyi paylaşan sinek türleri ise ishal gibi hastalıkların taşınmasında rol oynar. Isıran / sokan sinekler, tahta kuruları ve pireler, yaşattıkları acı / ağrı gibi durumların ötesinde, murin tifüs ve veba gibi hastalıkların taşıyıcısı olabilir. Keneler tekrarlayan ateşe neden olurken vücut bitleri de tifüs ve tekrarlayan ateşi taşıyabilir. Sıçanlar ve fareler leptospiroz ve salmonelloz gibi hastalıkları taşıyabildikleri gibi Lassa humması, veba ve diğer enfeksiyonların da taşıyıcısı olan pirelere konaklık edebilirler.

Vektörlerle bulaşan hastalıkları kontrol altında tutmak ve taşınmalarını engellemek için çok çeşitli tedbirler almak mümkündür. Uygun barınak ve yerleşim alanı seçimi, su temini, dışkı uzaklaştırma, katı atık yönetimi ve drenaj işlerinin uygun ve doğru olarak yönetimi, sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, kimyasal kontroller, aile ve bireysel seviyede korunma, gıda stoklarının etkili korunması gibi önlemler alınmalıdır. Vektörle bulaşan hastalıkların karmaşık bir yapıda olduğu ve vektör kaynaklı sorunların çözümünde uzman desteğine ihtiyaç duyulabileceği doğrudur, ancak hastalık ve taşıyıcısı ve bunların insanlarla olan etkileşimi saptandığında, bu hastalığın yayılmasını engelleyecek basit ama etkili önlemler alınmalıdır.



Vektör kontrol standardı 1: Bireyin ve ailenin korunması

Afetten etkilenen tüm insanlar, hastalık ve rahatsızlık kaynağı olan vektörlerden ve vektörlerin sağlık ve refahlarına neden olabileceği ciddi tehditlerden kendilerini koruyacak bilgi, malumat ve imkanlara sahip olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Vektörler bulaşan hastalık riski altında bulunan tüm insanların, hastalıkların taşınma yöntemleri ve korunma yöntemleri hakkında bilgilenmesi sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-5).

- Zararlı olmayan yöntemler ile sivrisineklerin yaygın olduğu dönemlerde etkilenen nüfusun sivrisineklere maruz kalmamasına yardımcı olunmalıdır (cibinlik, sinek kovucu losyonlar gibi) (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Hamile kadınlar, emziren anneler, küçük çocuklar ve yaşlılar, hastalar gibi yüksek risk grupları özellikle korunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Bit kaynaklı tifüs ve tekrarlayan ateş tehdidi varsa vücut biti kontrolü yapılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Yatak ve kıyafetlerin havalandırılması ve düzenli yıkanması sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm nüfus, vektör kontrol önlemleri ile korunmalı ve vektörlerin üremesine uygun ortamlardan uzak yerlerde barınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3-5).
- Vektörlerin neden olduğu hastalık riski altındaki tüm nüfus hastalıkların taşınma yolları ile kendilerini koruma yöntemlerini anlamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-5).
- Tüm insanlara sivrisinekten korunma cibinlikleri sağlanmalı ve bunların etkin kullanımı teşvik edilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Evsel seviyede depolanan gıdalar, sinek, böcek ve kemirgenler gibi vektörlerin neden olduğu kirlilikten korunmalıdır. (bkz. Kılavuz notlar 4).

Kılavuz notlar

1. **Vektörlerle bulaşan hastalık riskinin belirlenmesi:** Vektör kontrolüyle ilgili alınacak kararlar, potansiyel hastalık riskinin belirlenmesine yönelik değerlendirmelerin sonuçlarına ve vektörle bulaşan hastalık probleminin klinik bulgularına göre verilmelidir. Potansiyel hastalık riskini etkileyen etmenler:
 - Hastalık bağışıklık durumu, önceden maruz kalınan hastalıklar, beslenme ve diğer faktörlerin neden olduğu durumlar (örn. mülteciler, dâhili olarak yer değiştirenler); endemik olmayan bir alandan endemik alana geçenler (farklı ekolojik alandan gelenler), salgının genel bir sebebidir.
 - Patojen tipleri ve yaygınlığı; hem vektörlerde hem de insanlarda
 - Vektör türleri, alışkanlıklar ve ekoloji
 - Vektör sayısı (mevsim, üreme alanları vs.)
 - Vektörlere maruz kalmak: Yakınlık, yerleşim planı, barınak türü, barınak tipi, bireysel koruma ve kaçınma önlemleri

2. **Vektör kontrol programlarının göstergeleri:** Vektör kontrol faaliyetlerinin etkisini ölçen göstergeler, vektörden kaynaklı hastalık oranlarını (epidemiyojik veri, toplum bazlı veriler ve yakınlık göstergeleri, müdahaleye bağlı olarak) ve parazit sayımı (hızlı tanıma kitleri ve mikroskop kullanarak).
3. **Bireysel sıtmadan korunma önlemleri:** Önemli ölçüde sıtma riski varsa koruma önlemlerinin sistematik ve zamanında sağlanması tavsiye edilir, örneğin dezenfekte edilmiş materyaller, çadırlar, perde ve cibinlikler. Güçlendirilmiş cibinliklerin vücut ve saç biti, pire, kene, hamam böceği ve tahtakurusuna karşı da koruması olacağından daha avantajlıdır. Uzun kollu kıyafetler, spreyler ve püskürtücüler diğer koruma yöntemleridir. Kullanıcıların bu koruma yöntemlerini anlaması ve doğru şekilde kullanması, böylece önlemlerin etkin olması önemlidir. Kaynaklar yetersiz ise, en çok risk altında olan, mesela 5 yaşın altındaki çocuklar, bağışıklığı olmayanlar ve hamilelere yönlendirilmelidir.
4. **Diğer vektörler için bireysel korunma yöntemleri:** Kişisel hijyene dikkat etmek, düzenli kıyafetleri ve nevresimleri yıkama, vücut bitlerine karşı en etkili korunma yöntemlerindendir. Bunların yayılması, kişisel bakımlar (pudralama) çamaşır yıkama ve tedavi prosedürleri ile kontrol altına alınabilir. Temiz bir ev ortamı, iyi atık yönetimi ve gıdaların depolanması (pişirilmiş ya da pişirilmemiş), fare ve diğer kemirgenlerin ve böceklerin barınak ya da evlerden uzak olmasını sağlayacaktır.
5. **Sudan kaynaklanan hastalıklar:** İnsanlar sağlık riskleri hakkında bilgilendirilmeli ve sistozomyas, Gine kurdu ya da leptospiroz gibi (memeli idrarına, özellikle farelerin, maruz kalmakla bulaşan hastalık, Bkz. Ek 4: Su ve dışkı ile ilgili hastalıklar ve taşıma mekanizmaları) gibi hastalık riski olan suları kullanmamalıdır. Kurumlar alternatif su kaynakları bulmak ya da suyun uygun şekilde artırılması için etkilenen nüfusla çalışmalıdır.



Vektör kontrol standardı 2: Fiziksel, çevresel ve kimyasal koruma önlemleri

Afetten etkilenen insanların bulunduğu ortam, hastalıklara neden olan vektörlerden uzak olmalı ve bu vektörler mümkünse en az seviyelerde tutulmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yer değiştiren nüfus, vektörlere, özellikle sivrisineklere en az maruz kalacakları lokasyonlara yerleştirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Yerleşim alanlarında vektörler temizlenmeli ve/veya üremelerinin azaltıldığı önlemler alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2-4).
- İshal salgınının ya da riskinin olduğu yerleşim alanlarında sinek kontrolleri uygulanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Sıtma enfeksiyonu olan insanların ilk tanı ve tedavisinde referans mekanizmalar sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5).

Anahtar göstergeler

- Sivrisineklerin popülasyon yoğunluğu, aşırı taşıma seviyeleri ve enfeksiyon riskinden kaçınmak için düşük seviyede tutulur (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Vektörlerin neden olduğu hastalıklardan daha az kişi etkilenir (bkz. Kılavuz notlar 1-5).

Kılavuz notlar

1. **Etkilenen nüfusun vektöre bağlı hastalıklara maruz kalmasını** azaltmak için yer seçimi önemlidir. Bu, olası alanlar düşünülürken anahtar faktörlerden biridir. Sıtma kontrolü için, örneğin, kamplar üreme alanlarından 1-2 kilometre karşı rüzgar yönünde olmalıdır, gerekli yerlerde ek temiz su kaynakları sağlanmalıdır (bkz. Barınak ve yerleşim standardı 2, Kılavuz notlar 5-9 sayfa 256-257).
2. **Çevresel ve kimyasal vektör kontrolü:** Vektör üremesi imkanlarını azaltmak için temel çevre mühendisliği önlemleri alınmalıdır. Bunlar arasında insan ve hayvan dışkılarının uygun bertarafı (bkz. Dışkı bertarafı bölümü sayfa 105), kemirgenlerin kontrolü için kalıntıların uygun şekilde bertarafı (bkz. Katı atık

yönetimi bölümü sayfa 117), duran suyun drenajı ve sivrisineklerin kontrolü için açık kanallar çevresindeki istenmeyen bitkilerin temizlenmesi (bkz. Drenaj bölümü sayfa 121) vardır. Bu tür öncelikli çevresel sağlık konuları insanların vektörlerin nüfus yoğunluğu üzerindeki etkisini gösterecektir.

3. **Müdahalenin tasarlanması:** Vektör kontrol programları yanlış vektörü hedeflerse, hastalığın üzerinde hiçbir etkisi olmaz. Kontrol programlarının ilk olarak şu hedefleri ele alması gerekir; vektör yoğunluğunu azaltmak, insan - vektör irtibatını azaltmak, vektör üreme alanlarını azaltmak. İyi yönetilmeyen programlar ters etkilere neden olabilir. Ulusal ve uluslararası sağlık örgütlerinden uzman tavsiyeleri alınmalıdır. Ayrıca yerel hastalık şekilleri, üreme alanları, mevsimsel değişiklikler konusunda yerel insanların görüşleri önemlidir.
4. **Çevresel sivrisinek kontrolü:** Çevre kontrolü öncelikle sivrisinek üreme bölgeleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Hastalığa neden olan sivrisinek üç ana türde görülür: Culex (filaryaz), Anofel (sıtma ve filaryaz) ve Aedes (sarı humma ve dang). Culex türleri tuvaletler gibi organik madde bulunan durgun sularda ürer, Anofel gölet gibi nispeten kirlenmemiş sularda ve şişe, kova, lastik gibi kapalı yerlerde ürer. Sivrisinek kontrol önlemleri arasında iyi drenaj, VIP (havalandırılan çukur) tuvaletler, dışkı çukurlarının kapaklarının kapatılması ve kuyuların düzgün kapatılması ve larva öldürücüler ile arındırılması yer alır (örn. dang ateşinin endemik olduğu yerlerde).
5. **Sıtma tedavisi:** Sivrisinek popülasyonunu kontrol etmeye yönelik sıtma kontrol stratejileri, anti-sıtma tedavileri ile eş zamanlı yürütülmelidir. Bu tür stratejiler, üreme alanlarının elimine edilmesi, sivrisinek sayısının azaltılması gibi önlemleri içermelidir. Bunları kombine eden entegre bir yaklaşım eğitilmiş kişilerce yönetilmeli, merkezi sağlık servislerinin pasif vaka bulma sistemi-ne kıyasla sıtma vakalarını azaltmakta çok daha etkili olacaktır (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 2, Kılavuz notlar 3 sayfa 315).



Vektör kontrol standardı 3: Kimyasal kontrol güvenliği

Kimyasal kontrol önlemleri, ekibin, afetten etkilenen insanların ve çevrenin yeterince korunmasını sağlayacak ve kullanılan maddelere karşı kimyasal direnç oluşturmaktan kaçınacak şekilde uygulanır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Personel; eğitim, koruyucu kıyafetler, yıkanma olanakları, kimyasallarla kısıtlı bir süre ile ilgilenmek gibi önlemler ile korunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Afetten etkilenen insanlar, kimyasal vektör kontrolünde kullanılan maddelerin potansiyel riskleri hakkında bilgilendirilmelidir. Nüfusa zehir ya da haşere ilaçlarının uygulanması sırasında ve sonrasında, uluslararası prosedürlere göre koruma sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Kabul edilen uluslararası standartlar ve normlar, vektörle mücadelede kullanılan kimyasalların kalitesi, depolama ve nakliyesinde uygulanmalıdır. Vektör kontrolünden kaynaklı olumsuz reaksiyonlar bildirilmemiş ve gözlemlenmemiştir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Tüm vektör kontrol kimyasalları her zaman sayılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).

Kılavuz notlar

- Ulusal ve uluslararası protokoller:** WHO tarafından yayınlanan ve uyulması gereken uluslararası protokol ve normlar vardır. Bunlar, vektör kontrolünde seçilen ve kullanılan kimyasallar ile personel eğitim ve korunmasında uygulanması gereken protokollerdir. Vektör kontrol önlemleri, iki temel konuya odaklanmalıdır: Etkinlik ve güvenlik. Ulusal normlar kimyasalların seçimi hakkında yeterli değilse, sağlık ve güvenliği riske atıyorsa ya da sağlık üzerinde bir etkisi neredeyse yok ise kurum, yetkililere danışıp izin alarak uluslararası standartları uygulamalıdır.

6. Katı Atık Yönetimi

Katı atık yönetimi, organik ve tehlikeli katı atıkların alınması ve bertarafıdır. Yerleşim bölgelerinden uzaklaştırılmadığı takdirde, etkilenen nüfusun sağlığını riske atabilir ve çevre üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bu riskler sineklerin ve kemirgenlerin üremesine (bkz. vektör kontrol bölümü sayfa 111) ve yüzey suyu kirliliği gibi durumlara neden olabilir. Toplanmayan ve biriken katı atıklar ve afet sonrasında ya da çatışma sonucu oluşan enkazlar, çirkin ve depresif bir görüntü oluşturmalarının yanı sıra çevresel sağlıkla ilgili diğer durumlara yönelik iyileştirme çabalarının üzerinde de olumsuz etkiye sahiptir. Katı atıklar çoğu zaman drenaj kanallarının kapanmasına neden olurken durgun ve kirlı sularla bağlantılı olarak gelişen çevresel sağlık problemlerinin oluşmasına yol açar.

Katı atık yönetimi standardı 1: Toplama ve bertaraf (uzaklaştırma)

İnsanların, tıbbi atıklar da dâhil, katı atıklarla kirlenmemiş bir çevrede yaşamaları ve evsel atıklarını rahatça ve etkili şekilde uzaklaştırabilecekleri araçlara sahip olmaları sağlanmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfus, katı atık bertaraf programı tasarım ve uygulanmasına katılır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Periyodik katı atık temizleme kampanyaları düzenlenir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Atık dönüşümünden gelen gelir ile küçük ölçekli iş fırsatları elde edilebilir (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Etkilenen nüfus ile birlikte evsel atıkların konteynerlere koyularak düzenli şekilde toplanması, belirlenen alanlarda yakılması ya da gömülmesini içeren bir sistem organize edilir ve klinik atıklar ile tehlikeli atıklar, bertaraf zinciri boyunca ayrı tutulur (bkz. Kılavuz notlar 3).



- Sağlık riski oluşturmadan önce atıklar yerleşim alanında uzaklaştırılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2-6).
- Afet durumlarında atık miktarının artacağı düşünülerek ev sahibi aileler için ek atık depolama ve toplama tesisleri sağlanmalıdır.
- Kamu alanlarında atık çukurları, kova ve balık işleme ve mezbaha gibi alanlarda atık noktaları açıkça işaretlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3-6).
- Düzenli bir atık toplama sisteminin olması sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3-6).
- Katı atıkların nihai bertarafı, sağlık ve çevre tehditleri oluşturmayacak şekilde yapılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6-7).
- Katı atık materyaller ile ilgilenen personele uygun koruyucu kıyafet ile tetanos ve hepatit B'ye karşı bağışıklık araçları sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Cenazelerin uygun ve onurlu bir şekilde bertarafı için gerekiyor ise sorumlu kurumlar ve yetkililer ile görüşülerek eş güdüm sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm ev halkının en az haftada iki kez boşaltılan atık bidonlarına erişimi olmalıdır ve bunlar toplu atık çukurlarından en fazla 100 metre mesafede bulunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Nüfusların ürettiği tüm atıklar günlük bazda yaşam ortamından ve en az haftada iki defa uzaklaştırılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- Evsel atıkların alanda gömülmediği yerlerde, her 10 ev için en az 100 litrelik çöp bidonları olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Çevrede minimum riske neden olan kontrollü, güvenli katı atık bertaraf yöntemleri bulunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4-6).
- Tüm tıbbi atıklar (cam, iğne ve ilaç gibi tehlikeli atıklar da dâhil) izole edilerek doğru tasarlanmış ve yapılandırılmış çukur ya da dibi kül çukuru olan yerlerde, sağlık tesisi sınırları içinde bertaraf edilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 4-7).

Kılavuz notlar

1. **Planlama ve uygulama:** Katı atık bertarafı, etkilenen nüfus ve ilgili kurumlar ile yakın konsültasyon içinde planlanmalıdır. Bir katı atık problemi, etkilenen nüfus sağlığına tehdit oluşturmadan önce bu durum planlanmalıdır. Koşullara bağlı olarak düzenli sanitasyon kampanyaları organize edilmelidir.
2. **Atıkların gömülmesi:** Eğer atıklar, ev ya da ortak kullanım hendeklerine gömülecekse, günlük olarak ince bir toprak tabakası ile kaplanmalı ve sinek gibi vektörleri çekmemelidir. Çocuk bezleri bertaraf ediliyor ise doğrudan toprakla kapatılmalıdır. Bertaraf alanları çitle çevrilmeli, böylece çocuk ve hayvanların erişimine kapalı olmalıdır. Atıkların yer altı suyunu etkilememesi için özen gösterilmelidir.
3. **Atık tipleri ve kalitesi:** Yerleşim yerlerindeki atıklar kompozisyon ve kaliteye göre, ekonomik aktivitenin miktar ve türüne göre, tüketilen gıdalara göre, geri dönüşüm ve bertaraf için uygulanan yerel uygulamalara göre büyük ölçüde değişiklik gösterir. Katı atıkların insanların sağlığı üzerindeki etkisi ölçülmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Evsel atıklar konteynerlerde toplanmalı ve daha sonra gömülme ya da yakılma ile bertaraf edilmelidir. Büyük miktarda katı atık oluşturan ürünlerin alanda dağıtımından kaçınılmalıdır.
4. **Tıbbi atık:** Tıbbi atıkların zayıf yönetimi, nüfusu ve sağlık çalışanlarını, katı atık toplayanları enfeksiyon, toksik etki ve yaralanmalara maruz bırakır. Bir afet durumunda atıkların en tehlikeli türleri enfeksiyonlu keskin ve keskin olmayan maddelerdir (yara bantları, kanlı bez ve plasenta gibi organik maddeler vs.) Farklı atık türleri kaynaқта ayrılmalıdır (kâğıt, plastik, gıda atığı vs). Kirli keskin maddeler, özellikle iğne ve şırıngalar, kullanımdan sonra güvenli kutulara atılmalıdır. Güvenli kutular ile diğer enfeksiyonlu atıklar alanda gömülme, yakma ya da diğer güvenli yöntemler ile bertaraf edilebilir (bkz. Sağlık sistemleri standardı 1, Kılavuz notlar 11 sayfa 300).
5. **Pazar atıkları:** Pazar atıklarının çoğu evsel atık gibi ele alınır. Mezbaha ve balık pazarlarının özel tesislere ihtiyacı olabilir, bu şekilde ortaya çıkan sıvı ve diğer maddeler hijyenik şartlarda, yerel kanunlara uygun olarak taşınır. Mezbaha atıkları, işleme tezgâhlarının yanındaki büyük çukur ya da kovalarda biriktirilmelidir. Kan vb. gibi atıklar kesim evinden, katmanla kapalı bir kanal yoluyla atılabilir (çukura sineklerin ulaşmasını önleyecektir). Sanitasyon amacıyla su bulunmalıdır.



6. **Kontrollü boşaltma ya da toprak dolgu:** Büyük ölçekli atıkların bertarafı, kontrollü boşaltma ya da toprak dolgu yoluyla olur. Bu yöntem, mekanik ekipman için yeterli erişim sahası olmasına bağlıdır. Vektör üremesini engellemek için, ideal olarak boşaltılan atıkların toprak tabakası ile kapatılması gerekir.
7. **Çalışanların refahı:** Katı atık toplama, taşıma, bertaraf ve geri dönüşümünde yer alan herkese, en az eldiven ve ideal olarak tulum, bot ve koruyucu maske içeren koruyucu kıyafet verilmelidir. Gerekirse tetanos ve hepatit B'ye karşı bağışıklık kazandırılmalıdır. El ve yüz yıkama için su ve sabun bulunmalıdır. Tıbbi atık ile temas eden ekip depolama, nakliye ve atık yönetiminde doğru yöntemleri kullanılmalıdır.
8. **Cenazeler:** Doğal afetlerin ardından cenazelerin gömülmesi ve/veya diğer törenler uygun ve onurlu şekilde yapılmalıdır. Genellikle arama ve kurtarma ekipleri tarafından, sorumlu devlet kurumları ve yetkilileri ile birlikte bu işlemler gerçekleştirilir. Bulaşıcı hastalıklardan ölen insanlar da sağlık yetkilileri ile eş güdüm içinde uygun şekilde ele alınmalıdır. (bkz. Sağlık sistemleri standardı Kılavuz notlar 12 sayfa 300). Cenazeler ile ilgili işlemler hakkında detaylı bilgiler Referanslar ve diğer kaynaklar bölümündeki materyallerden elde edilebilir.

7. Drenaj

Yerleşim yerlerinde bulunan yüzey suyu, evsel ya da su dağıtım noktalarındaki atık sular, sızıntı yapan tuvaletler ve kanalizasyon kanalları, yağmur suyu ve yükselen sel sularından kaynaklanabilir. Yüzey suları ile ilgili temel sağlık riskleri; yaşam alanındaki su temininin kirlenmesi, tuvalet ve lavaboların zarar görmesi, vektör üremesi ve boğulmadır. Küçük çaplı bir alanda iyi bir drenaj planlaması ile yağmursuyu taşkınları boşaltılabilir, afetten etkilenen insanların potansiyel sağlık riskleri azaltılabilir. Bu bölüm küçük ölçekli drenaj problemlerini ve işlerini kapsar. Büyük ölçekli drenaj işleri genellikle yerleşim yeri seçimi ve gelişimiyle belirlenir (bkz. Barınak ve yerleşim standardı 2, Kılavuz notlar 5 sayfa 256).

Drenaj standardı 1: Drenaj işleri

İnsanların yağmur suları, yükselen sel suları, evsel atık su, sağlık merkezlerinin atık suları da dâhil, su erozyonu ve durağan sulardan kaynaklı sağlık risklerinin asgariye indirildiği bir ortamda yaşaması sağlanır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Yerleşim birimlerinin ve su dağıtım noktalarının etrafındaki alanlar durağan atık sulardan arındırılır ve yağmur suyu drenaj ve tahliyeleri açık tutulur (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 4-5).
- ▶ Etkilenen nüfus ile çözüme gidilerek drenaj problemi ele alınır ve bakım ve drenaj için gerekli araç ve gereçler sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 4).
- ▶ Tüm su dağıtım ve el yıkama noktalarının, çamuru önlemek için etkin drenajı olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).



Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Su noktası drenajı iyi planlanır, yapılır ve korunur. Bu kapsama yıkama ve yıkama alanlarının drenajı ile su alma noktaları ve el yıkama tesisleri de dahildir. (bkz. Kılavuz notlar 2 ve 4).
- Drenaj işlerinden dolayı yüzey suyu ve/veya yeraltı suyu kaynakları kirlenmez (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Barınak, yol ve su tesislerinde su baskını ya da su erozyonu olmaz (bkz. Kılavuz notlar 2-4).
- Drenaj suyu erozyona neden olmaz (bkz. Kılavuz notlar 5).

Kılavuz notlar

1. **Yerleşim yeri seçimi ve planlaması:** Yer seçilirken veya yerleşim planı yapılırken drenaj işlerinin göz önünde bulundurulması suyun tahliyesi ile ilgili sorunların kontrol altında tutulmasında en etkili yöntemdir (bkz. Barınak ve yerleşim standardı 1-2 sayfa 249-254).
2. **Atık su:** Çamurlu su ya da evsel atık sular insan dışkılarıyla karışırsa kanalizasyon suyu olarak adlandırılır. Yerleşim yerlerinin bulunduğu noktada halihazırda işler durumda bir kanalizasyon sistemi yoksa evsel atık sulara insan dışkısının karışmasına izin verilmemelidir. Kanalizasyon suyunun artırılması, evsel atık sulara göre çok daha zor ve pahalıdır. Su dağıtım noktalarında, çamaşır ve banyo sahalarında, atık sulardan yararlanmak için küçük bahçe düzenlemeleri önerilir. Çamaşır ve banyo sahalarındaki atık suların su kaynaklarını kirlenmemesine özen gösterilmelidir.
3. **Drenaj ve dışkı bertarafı:** Yapısal hasar ve sızıntıların olmaması için tuvaletler ve kanalizasyon sistemleri, su baskınlarında ve sel sularının yükselmesinden korunmalıdır.
4. **Teşvik:** Genellikle drenaj sularının doğal akışını ve kanalların olması gerektiği yerleri bilmelerinden dolayı afetten etkilenen insanların küçük ölçekli drenaj işlerine dâhil edilmesi gerekir. Ayrıca, oluşabilecek riskleri anlar ve inşaa işlerine katkıda bulunurlarsa, gereken özeni gösterme olasılıkları da yüksek olacağından, afetten etkilenen insanların katılımı önemli hale gelir. (bkz. vektör kontrol bölümü sayfa 111). Teknik destek ve araçlara ihtiyaç duyulabilir.
5. **Yerinde tahliye:** Su doldurma ve çamaşır yıkama alanlarının drenajı, bakımı zor ve sıklıkla tıkanan açık kanallarla atık suların tahliyesinden ziyade, arazi

şartlarının da izin verdiği ölçüde yerinde yapılmalıdır. Atık suların yerinde tahliyesi için süzme çukurları gibi basit ve ucuz teknikler bulunabilir. Yerinde tahliye mümkün değilse atık suların yerleşim alanlarından uzaklaştırılması için boru yerine kanal tercih edilmelidir. Kanallar hem kurak mevsim atıklarının hem de sel sularının akışına izin verecek ve akış hızı sağlayacak şekilde tasarlanır. Eğim % 5'in üzerinde ise fazla aşınmayı engelleyecek mühendislik müdahaleleri gerekir. Su arıtma işlemlerinden arta kalanların drenajı kontrollü yapılmalıdır. İşlem dikkatlice kontrol edilmeli, insanların bu suyu kullanmalarına izin verilmemeli ve yer altı sularına karışması önlenmelidir.



Ek 1

Su Temini, Sanitasyon ve Hijyen Teşviki İlk İhtiyaçlar Analizi Kontrol Listesi

Aşağıdaki sorular listesi temel olarak ihtiyaçları saptamak, yerel kaynaklar ve bölge şartlarını tespit etmekte kullanılır. Listede, eldeki kullanıma uygun kaynaklar ve mevcut kaynaklar haricinde ihtiyaç duyulacak dış kaynakların belirlenmesine yönelik sorular yoktur.

1. Genel

- Afetten etkilenen insan sayısı nedir ve bu insanlar neredeler? Veriyi cinsiyet, yaş, engelli olma durumuna göre ayırın.
- Olası insan akımları nelerdir? Etkilenen nüfus ve potansiyel yardımlar için güvenlik faktörleri nelerdir?
- Mevcut, yaygın ya da olası su ve sanitasyon ile bağlantılı hastalıklar nelerdir? Problemlerin boyutu ve beklenen evrimi nasıldır?
- Danışılacak ya da irtibat kurulacak kişiler kimlerdir?
- Nüfustaki risk grubu kimlerdir ve riskin nedeni nedir?
- Kamu alanları, sağlık merkezleri ve okullar dâhil tesislere herkesin eşit erişimi var mı?
- Kadınlar, kızlar ve zarar görebilir kişiler için güvenlik riskleri nelerdir?
- Afetten önce halkın su ve sanitasyon ihtiyacı nasıl karşılanıyordu?
- Resmi ve resmi olmayan yetki yapısı nedir (örn. toplum liderleri, yaşlılar, kadın grupları)?
- Evlerde ve toplumda kararlar nasıl alınır?

2. Hijyen teşviki

- Afetten önce nüfusun su ve hijyen uygulamaları nelerdir?
- Sağlığa zararlı uygulamalar hangileridir, kimler tarafından neden yapılır?
- Pozitif hijyen davranışlarını uygulayanlar kimlerdir ve onları motive eden nedir?
- Önerilen değişikliklerin uygulamadaki avantaj ve dezavantajları nelerdir?
- Mevcut resmi ve resmi olmayan iletişim kanalları nelerdir (toplum sağlık çalışanları, ebeler, sağlıkçılar, kooperatifler, kulüpler, camiler, kiliseler vs.)?
- Alandaki kitle iletişim erişimi nedir (radyo, televizyon, video, gazete vs.)?
- Yerel medya örgütleri ve/veya sivil örgütler nelerdir?
- Nüfusun hangi kesimleri hedef alınmalıdır (anneler, çocuklar, toplum liderleri, mutfak çalışanları.)?
- Acil ve orta vadeli mobilizasyonda ne tür sosyal sistemler kullanılmalıdır (gönüllüler, sağlık kulüpleri, komiteler vs.)?
- Hijyen teşvik ekibi ve gönüllülerin öğrenme ihtiyaçları nelerdir?
- Kullanılabilir gıda maddesi olmayan maddeler nelerdir ve tercih ve ihtiyaçlara göre en acil olanlar nelerdir?
- Sağlık tesislerinde hijyen uygulamaları ne kadar etkilidir (özellikle epidemik durumlarda)?

3. Su temini

- Mevcut su kaynağı nedir ve kullanıcıları kimler?
- Kişi başına günlük su miktarı nedir?
- Günlük / haftalık su dağıtım sıklığı nedir?
- Su kaynağı, nüfus dâhilindeki tüm grupların kısa ve uzun dönemli ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli mi?
- Su alma noktaları yerleşim alanlarına yakın mı? Güvenli mi?
- Su kaynakları güvenilir mi? Ne kadar süre daha su sağlar?



- ▶ İnsanların yeterli, uygun tür ve boyutta su kapları var mı?
- ▶ Su kaynağı kirli mi ya da kirlenme riski var mı (mikrobiyolojik ya da kimyasal / radyolojik)?
- ▶ Yerde bir su arıtma sistemi var mı? Arıtma gerekli mi? Arıtma mümkün mü? Ne tür arıtma gerekli?
- ▶ Temin kaynağı kirli olmasa bile dezenfeksiyon gerekli mi?
- ▶ Alternatif kaynaklar var mı?
- ▶ Su alma, depolama ve kullanma ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalar var mı?
- ▶ Su temin kaynaklarının kullanımında engeller var mı?
- ▶ Su kaynağı yeterli değilse nüfusun yer değiştirmesi mümkün mü?
- ▶ Tankerle su getirmek mümkün mü?
- ▶ Su temini ile ilgili anahtar hijyen konuları nelerdir?
- ▶ İnsanların suyu hijyenik kullanmasına olanak sağlayan araçlar nelerdir?
- ▶ Kırsal yer değişimi durumunda hayvanlar için olağan su kaynakları nelerdir?
- ▶ Su kaynaklarına müdahale ve kullanım sonucu olası çevresel etkiler var mı?
- ▶ Diğer su kaynağı kullanıcıları kimlerdir? Yeni insanlarda kullanılırsa çatışma riski var mıdır?

4. Dışkı bertarafı

- ▶ Mevcut dışkılama çözümü nedir? Çözüm açık alanlar ise ayrılmış bir alan var mı? Bu alan güvenli mi?
- ▶ Dışkı bertarafı için geçerli inanış ve uygulamalar, toplumsal cinsiyet uygulamalarını da içerecek şekilde, nelerdir?
- ▶ Mevcut tesisler var mı? Varsa kullanılıyor mu?, Yeterlimi ve uygun şekilde çalışıyor mu? Genişletilebilir mi ya da adapte edilebilir mi?
- ▶ Mevcut dışkılama uygulamaları su kaynakları (yüzey ve yeraltı suları) ve yerleşim bölgeleri için risk oluşturuyor mu?
- ▶ İnsanlar dışkılama sonrası ve yemek öncesinde ellerini yıkıyor mu? Sabun ve diğer sanitasyon maddeleri var mı?

- ▶ İnsanlar tuvalet yapımı ve kullanımına alışkın mı?
- ▶ Tuvalet inşası için hangi yerel materyaller var?
- ▶ İnsanlar dışkı çukuru, dışkılama sahası ve hendekleri kullanmak için hazır mı?
- ▶ Dışkılama alanı, dışkı çukurları vs. olarak yeterli alan var mı?
- ▶ Arazi eğimi nedir?
- ▶ Yeraltı su tabakası seviyesi nedir?
- ▶ Yerinde dışkı bertarafı için toprak şartları uygun mu?
- ▶ Mevcut dışkılama bertaraf düzenlemeleri vektörlerin üremesine zemin hazırlıyor mu?
- ▶ Anal sanitasyon için malzeme ve su var mı? İnsanlar kullanılmış materyalleri nereye atıyor?
- ▶ Kadınlar adet dönemi ihtiyaçlarını nasıl gideriyor? Bunun için yeterli malzeme ve tesis var mı?
- ▶ Engelli insanlar ya da sağlık merkezlerindeki hareket edemeyen insanlar için özel tesis ya da ekipmanlar var mı?
- ▶ Hangi çevresel konular analiz edilmelidir?

5. Vektörle bulaşan hastalıklar

- ▶ Vektörle bulaşan hastalık riski nedir ve risklerin önemi nedir?
- ▶ Vektörle bulaşan hastalıklara karşı geleneksel anlayış ve inançlar nelerdir (mesela sıtma kirlı suların neden olduğu inancı)? Bu inançlar faydalı mı, zararlı mı?
- ▶ Vektörle bulaşan hastalık riski yüksekse, risk altındaki insanlar bireysel koruma tedbirlerine ulaşabiliyor mu?
- ▶ Vektör üremesini engellemek için yerel ortamda değışiklik yapmak mümkün mü (drenaj, çöplerin temizlenmesi, dışkı bertarafı vs.)?
- ▶ Kimyasal yollarla vektörler kontrol edilebilir mi? Vektör kontrolü ve kimyasal kullanımı için hangi düzenleme ve kaynaklar var?
- ▶ Ev halkı için hangi bilgi ve güvenlik tedbirleri alınmalıdır?

6. Katı atık yönetimi

- ▶ Biriken katı atık problemi var mı?



- İnsanlar atıklarını nasıl bertaraf ediyor? Oluşan katı atık türü ve miktarı nedir?
- Katı atık alanda bertaraf ediliyor mu ya da toplanarak uzaklaştırılıyor mu?
- Etkilenen insanlarda katı atık bertarafının normal yöntemi nedir (sıkıştırma ve/veya atık çukurları, toplama sistemi, bidonlar vs.)?
- Atık üreten tıbbi tesisler var mı? Bunlar nasıl bertaraf ediliyor? Sorumlusu nedir?
- Adet dönemi petleri nasıl bertaraf ediliyor ve bu yöntem etkili mi?
- Mevcut uygulamaların çevre üzerindeki etkisi nedir?

7. Drenaj

- Drenaj problemi var mı, örn. tuvaletlerin ya da barnakların su basması, vektör üreme alanları, yaşam alanlarını kirleten atık sular?
- Toprak su tutmaya meyillimi?
- İnsanların evlerini ve tuvaletleri su baskınından koruyacak araçları var mı?
- Su noktaları ve banyo alanlarının drenajı iyimi?

Ek 2

Kurum ve Diğer Kullanımlar için Minimum Su Miktarları

Sağlık merkezi ve hastaneler	Her ayakta hasta için 5 litre Yatan hastalar için 40–60 litre Çamaşır ekipmanları sifonlar için ek miktarlar gerekebilir.
Kolera merkezleri	Hasta başına günlük 60 litre Her bakıcı için günlük 15 litre
Bakım besleme merkezleri	Yatan hasta başına günlük 30 litre Her bakıcı için günlük 15 litre
Alım / transit merkezleri	Bir günden fazla kalırsa kişi başına günlük 15 litre Sınırlı saatlerde kalıyorsa kişi başına günlük 3 litre
Okullar	İçme ve el yıkama için her öğrenciye günlük 3 litre (tuvalet kullanımı dışında: bkz öğrenci tuvaletleri)
Camiler	Yıkama ve içme için günlük 2–5 litre
Umumi tuvaletler	El yıkama için günlük kişi başına 1–2 litre Tuvalet temizliği için kabin başına günlük 2–8 litre
Sifonlu tuvaletler	Kanalizasyona bağlı sifonlu tuvaletler için kullanıcı başına günlük 20–40 litre Rezervuarsız tuvaletler için kullanıcı başına günlük 3–5 litre
Anal temizlik	Kişi başına günlük 1–2 litre
Hayvanlar	Büyük ve orta boy hayvanlar için günlük 20–30 litre Küçük hayvanlar için günlük 5 litre



Ek 3

Afet Durumlarında Kurum ve Kamu Alanlarının Minimum Tuvalet Sayısı

Kurum	Kısa vade	Uzun vade
Pazar alanları	50 stant için 1 tuvalet	20 stant için 1 tuvalet
Hastane / tıp merkezleri	50 ayakta hasta ya da 20 yataklı hasta için 1 tuvalet	20 ayakta hasta ya da 10 yataklı hasta için 1 tuvalet
Beslenme merkezleri	50 yetişkine 1 tuvalet 20 çocuğa 1 tuvalet	20 yetişkine 1 tuvalet 10 çocuğa 1 tuvalet
Alım / transit merkezleri	50 bireye 1 tuvalet kadın / erkek oranı 3:1	
Okullar	30 kıza 1 tuvalet 60 erkeğe 1 tuvalet	30 kıza 1 tuvalet 60 erkeğe 1 tuvalet
Ofisler		20 personele 1 tuvalet

Kaynak: Harvey, Baghri ve Reed'den uyarlanmıştır (2002)

Ek 4

Su ve Dışkı ile İlgili Hastalıklar ve Taşıma Mekanizmaları

Su kaynaklı veya su ile yıkanmış	Kolera, shigellosis, ishal, salmonella, vs Tifo, paratifo vb Ampli dizanteri, giardiasis Hepatit A, çocuk felci, rotavirüs, ishal	Bakteriyel fekal-oral Fekal-oral bakteriyel olmayan	Su kirliliği Kötü sağlık Kötü kişisel hijyen Mahsul kirlenmesi
Su ile yıkanmış veya kıt su	Cilt ve göz enfeksiyonları Bit kaynaklı tifüs ve tekrarlayan ateş		Yetersiz su Kötü kişisel hijyen
Dışkı kurtları	Yuvarlak kurt, kancalı kurt, sarmal kurt vb.	Toprakla iletilen kurtlar	Açık alanda dışkılama Toprak kirlenmesi
Sığır ve domuz tenyası	Taeniasis	İnsan – hayvan	Yarı pişmiş yemek Toprak kirlenmesi
Su bazlı	Skitozomiyaz, Gine solucanı, clonorchiasis, vb	Enfekte suda kalma	Su kirliliği
Su ile ilgili böcek vektörler	Sıtma, dang, uyku hastalığı, filaryaz, vb	Sivrisinek ısırması	Su yanında ısırma Suya yakın cinsler
Dışkıyla ilgili böcek vektörler	İshal, dizanteri	Sinek ve hamamböcekleri ile bulaşan	Kirli çevre



Ek 5

Kolera Tedavi Merkezleri için Minimum Hijyen, Sanitasyon ve İzolasyon Faaliyetleri (CTCs)

Tüm sağlık tesisi ve CTC'ler şu temel ilkelere uymalıdır:

1. Ağır vakalarda izolasyon.
2. Tüm dışkıların (dışkı ve kusmuk) kaplarda olması.
3. Hasta başına sadece bir bakıcı bulunması.
4. Klorlu su ile elleri yıkama.
5. Tüm zeminlerin yıkanabilir olması.
6. Merkezden ayrılırken ayakların dezenfekte edilmesi.
7. (Kaynama veya dezenfeksiyon ile) merkezden ayrılmadan önce enfekte kişilerin giysilerinin dezenfekte edilmesi.
8. Kat merkezinin, tüm alanların düzenli temizlenmesi.
9. Hastalar ve bakıcılar için ayrı banyo ve tuvalet sağlanması.
10. Merkezde yemeklerin hazırlanması: Dışarıdan gelen gıdalar kapıda kaptan transfer edilmelidir.
11. Hastanın aileleri ve yakınları takip edilerek başka vakalar olup olmadığından emin olunur. Ev dezenfekte edilir ve hijyen bilgileri verilir.
12. İnsanlar toplu taşıma ile gelirse araçlar dezenfekte edilir.
13. İzolasyon kampı alanı içinde yağmur ve atık arıtımı yapılır.
14. İzolasyon kamp alanı içinde atık arıtımı yapılır.

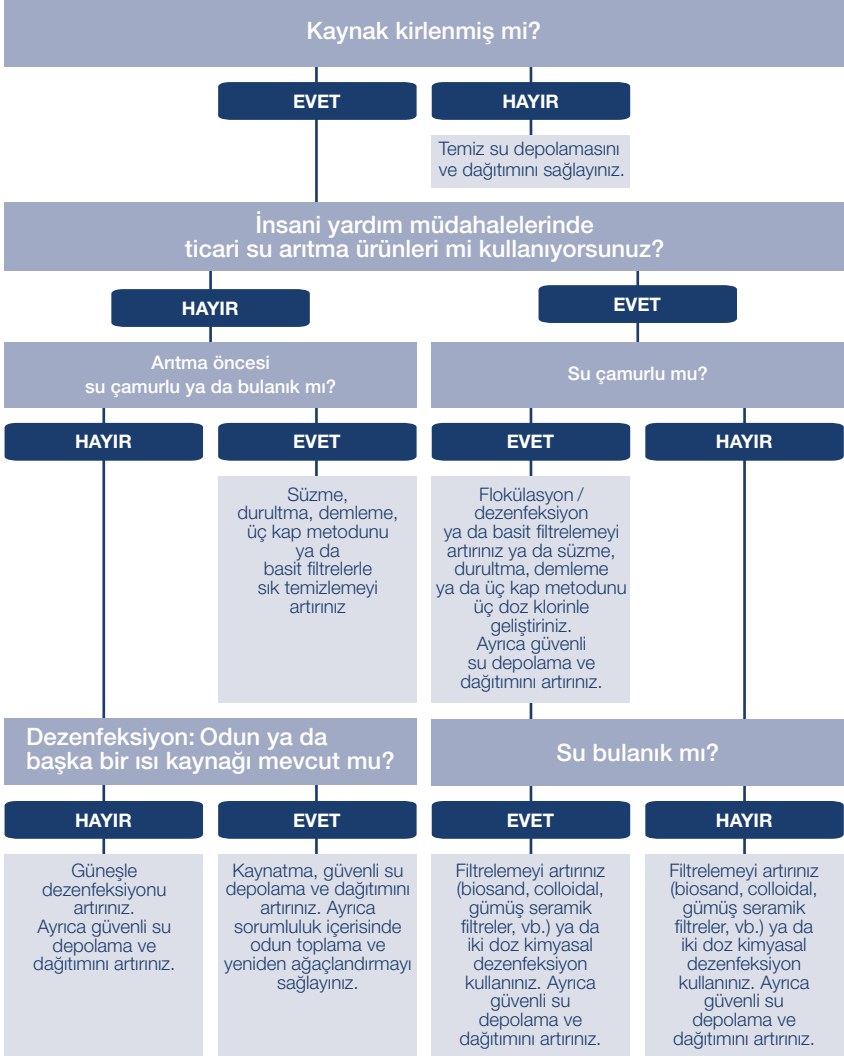
CTC'ler için klor solüsyonları

Farklı kullanımlar için klor %	2% solüsyon	0.2% solüsyon	0.05% solüsyon
	Atık ve dışkı Cenazeler	Zemin Nesne/ yataklar Ayak banyoları Kıyafetler	Eller Cilt

Not: Solüsyon günlük hazırlanmalıdır, ılık ve ısı solüsyonun etkisini azaltır

Ek 6

Evsel Su Arıtma ve Depolama Karar Ağacı



Kaynak: IFRC (2008) den uyarlamadır, Acil durumlarda evsel su arıtma ve güvenli depolama rehberi



Referanslar ve diğer kaynaklar

Kaynaklar

Uluslararası yasal araçlar

The Right to Water (articles 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR, General Comment 15, 26 November 2002. UN Doc. E/C.12/2002/11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Genel

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

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

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

Walden, VM, 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

Sanitasyon araştırmaları

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

Cinsiyet

Inter Agency Solidarity Committee (IASC) (no date), Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies. IASC Gender Rehber. Geneva. www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/WASH/Gender%20Rehber_Wash.pdf

Hijyen teşviki

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

Su temini

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

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

Gıda güvenliği için su ihtiyacı

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

Hayvanların su ihtiyacı

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

Su kalitesi

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

Su güvenlik planı

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



Dışkı bertarafı

Harvey, P (2007), Excreta Disposal in Emergency, An inter-agency manual. WEDC, Loughborough University, UK. <http://wedc.lboro.ac.uk/>

Vektör kontrolü

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 University, UK.

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

Katı atık

Centre for appropriate technology (2003), Design of landfill sites. www.lifewater.org International Solid Waste Association: www.iswa.org

Cenazelerin yönetimi

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

Tıbbi atık

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

Drenaj

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

Diğer kaynaklar

Genel

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.

Dışkı bertarafı

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

Vektör kontrolü

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.

Cenazelerin yönetimi

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

Tıbbi atıklar

WHO (2000), Aide-Memoire: Safe Health-Care Waste Management. Geneva. WHO, Healthcare waste management: www.healthcarewaste.org WHO, Injection safety: www.injectionsafety.org engelli olma ve genel zarar görbilirlikler

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/TBN1_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



Gıda Güvenliği ve Beslenmede Asgari Standartlar



Bu bölüm nasıl kullanılmalıdır?

Bölüm dört ana kısma ayrılmıştır:

Gıda güvenliği ve beslenme analizi

Çocuk ve bebeklerin beslenmesi

Akut yetersiz beslenme ve mikro besin eksiklikleri

Gıda güvenliği

Dördüncü bölüm olan gıda güvenliği, üç alt kısma ayrılmıştır: Gıda güvenliği – gıda transferleri; Gıda güvenliği – nakdi yardım ve gıda kuponu transferleri; ve gıda güvenliği – geçim kaynakları.

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar bu bölüme uygun olarak kullanılmalıdır.

Asgari Standartlar öncelikle afet durumunda insani yardım hakkında bilgilendirmeyi amaçlasa da, afete hazır olma ve iyileştirme faaliyetlerine geçişte de kullanılabilir.

Her bölüm şunları içerir:

- **Asgari standartlar:** Doğası gereği niteleyicidir ve su, sanitasyon ve hijyen teşvikinde ulaşılmaması gereken minimum seviyeyi belirler.
- **Anahtar faaliyetler:** Bunlar faaliyetlerde önerilir ve standartlara ulaşmada yardımcı olur.
- **Anahtar göstergeler:** Bunlar bir standarda ulaşıp ulaşılmadığını gösteren 'işaretlerdir'. Anahtar faaliyet süreç ve sonuçlarının ölçüm ve iletimi için bir yol sunar; anahtar faaliyet ile değil, Asgari Standartlar ile ilgilidir.
- **Kılavuz notlar:** Bunlar farklı durumlarda Temel Standart, Anahtar faaliyetler ve Anahtar göstergeler uygulanırken göz önüne alınması gereken noktaları belirtir. Bunlar uygulama güçlüklerinin ele alınması, kıyaslamalar ya da öncelikli ve paralel temalar ile ilgili tavsiyelerde bulunur. Aynı zamanda standartlar, faaliyetler ve göstergeler ile ilgili kritik konuları içerir, güncel bilgilerde yer alan ikilemleri, uyumsuzluk ve boşlukları tanımlar. Belirli bir faaliyetin nasıl uygulanacağı ile ilgili rehberlik sağlamaz.

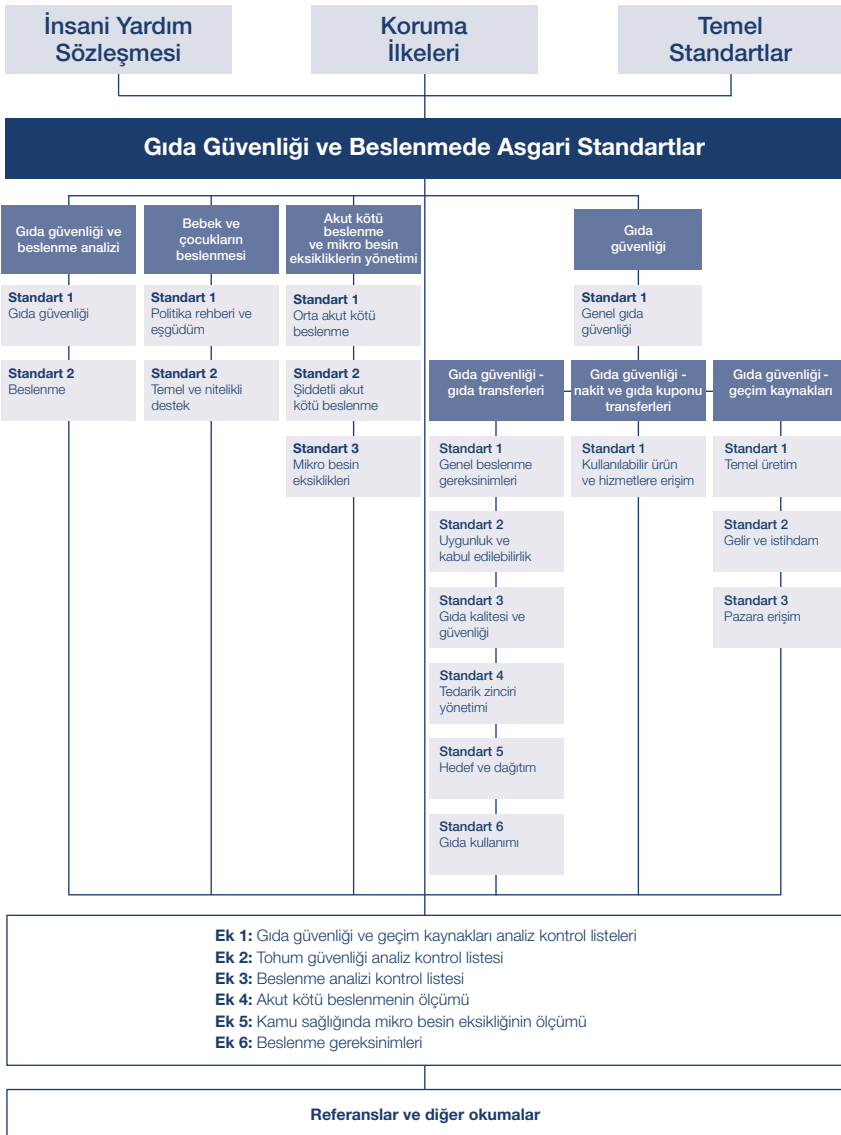
Asgari Standartların Anahtar göstergeleri ve faaliyetleri karşılanamazsa etkilenen nüfus için adapte edilerek hafifletici önlemler alınmalıdır.

Eklerde akut kötü beslenme ölçümü ile ilgili analiz ve rehberler, kamu sağlığının öneminin belirlenmesi ve beslenme gereksinimleri için kontrol listeleri yer alır. Bölüm sonunda referanslar ve diğer kaynaklar listesi verilmiştir, bunlar hem özel hem de bölümle ilgili genel konuların kaynaklarını gösterir.

İçindekiler

Giriş.....	143
1. Gıda Güvenliği ve Beslenme Analizi.....	150
2. Bebek ve Çocukların Beslenmesi.....	158
3. Akut Yetersiz Beslenme ve Mikro Besin Eksikliklerinin Yönetimi.....	164
4. Gıda Güvenliği.....	175
4.1. Gıda Güvenliği – Gıda Transferleri.....	179
4.2. Gıda Güvenliği – Nakdi Yardım ve Gıda Kuponu Transferleri.....	199
4.3. Gıda Güvenliği – Geçim Kaynakları.....	203
Ek 1: Gıda Güvenliği ve Geçim Kaynakları Analiz Kontrol Listeleri.....	214
Ek 2: Tohum Güvenliği Analiz Kontrol Listesi.....	216
Ek 3: Beslenme Analizi Kontrol Listesi.....	218
Ek 4: Akut Kötü Beslenmenin Ölçümü.....	220
Ek 5: Kamu Sağlığında Mikro Besin Eksikliğinin Ölçümü.....	224
Ek 6: Beslenme Gereksinimleri.....	227
Referanslar ve Diğer Kaynaklar.....	231





Giriş

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Uluslararası Kanunlara Bağlantılar

Gıda güvenliği ve beslenme asgari standartları, insani Yardım Sözleşmesinde yer alan, insani yardımın yönetimi, haklar, ortak ilkeler çerçevesinde insani yardım kuruluşlarının paylaştığı inançların ve taahhütlerin tatbiki bir ifadesidir. Gıda güvenliği ve beslenme asgari standartları, insanlık ilkesi üzerine kurulmuş olup, uluslararası hukuku yansıtır. Bu prensipler, onurlu yaşama hakkı, korunma hakkı, temel gereksinimlere dayalı olarak insani yardım alma hakkını da içerir. İnsani Yardım Sözleşmesi hakkında bilgilendiren yasal ve politik dokümanların bir listesi (bkz. sayfa 356) ile açıklamaları Ek 1' de verilmiştir.

Devletler yukarıdaki görevlerin birincil sorumluları olsa da insani yardım kurumlarının afetten etkilenen insanlar ile hakları açısından uyumlu şekilde çalışma yükümlülükleri vardır. Bu genel haklardan yola çıkarak pek çok özel hak ortaya çıkmaktadır. Temel standartların zeminini oluşturan bu haklar arasında katılım, bilgilendirme, ayrımcılık yapmama ile bu rehberdeki asgari standartların altını çizen su, gıda, barınak ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması yer alır

Herkesin yeterli gıdaya erişim hakkı vardır. Bu hak, uluslararası yasal araçlarda tanınır ve açıktan muafiyeti içerir. Bireyler ya da gruplar kontrolleri dışındaki sebeplerden dolayı gıdaya ulaşamıyor ise, devlet bu yükümlülüğü derhal yerine getirmelidir. Gıdaya erişim hakkı devletler için şu yükümlülükleri içerir:

- ▶ "Mevcut yeterli gıdaya erişime saygı duyulması", devlet ve tarafların bu erişimi önlemeye yönelik faaliyetlerinin olmaması gerektiğini gösterir.
- ▶ "Koruma", birey ya da kurumların yeterli gıda erişiminden yoksun kalmaması için devletin önlemler almasını içerir.
- ▶ "Başarma (kolaylaştırma)", insanların kaynak ve gıdaya ulaşımı, geçimlerini sağlaması ve gıda güvenliği için devletin proaktif olarak önlemler alması demektir.



Afet durumlarında devletler ihtiyacı olanlara gıda temin eder ancak kaynakları yeterli değilse uluslararası yardım talep edebilir. Devletler uluslararası yardımların ulaşmasını kolaylaştırmalıdır.

Cenevre Anlaşmasında ve ek protokollerinde silahlı çatışma ve işgal durumlarında gıdaya erişim hakkına yer verilir. Silahlı çatışmalarda tarafların gıda stoklarına ya da gıda, tahıl veya çiftlik hayvanı üreten tarım bölgelerine saldırması yasaklanmıştır. Bu gibi durumlarda insani yardım faaliyetleri, mağdur halkın haklarını, milli hukuk ve uluslararası insan hakları yükümlülükleri çerçevesinde gıda yardımı yaparak gözetebilir.

Bu bölümdeki Asgari Standartlar, gıdaya erişim hakkının temel içeriğini yansıtır ve bu hakkın evrensel olarak gerçekleştirilmesine katkıda bulunur.

Afetlerde Gıda Güvenliği ve Beslenmenin Önemi

Afetlerde yeterli gıdaya erişim ve gıdanın besin değerlerinin korunması, insanların hayatta kalmaları için önemli etkenlerdendir. (bkz. İnsani yardımda Sphere'in yeri sayfa 9) Afetten etkilenen insanlar bu durumda zaten yetersiz beslenmeye başlar. Yetersiz beslenme doğrudan ya da dolaylı olarak ölüme neden olabilen ciddi bir genel sağlık sorunudur.

Yetersiz beslenmenin nedenleri karışıktır. Kavramsal çerçeve (bkz. sayfa 146) yetersiz beslenmeye neden olan faktörler arasındaki etkileşimi gösteren analitik bir araçtır. Yetersiz beslenme ya doğrudan yol açan sebepler ailelerin gıda güvenliğinin olmayışı, aile ya da toplum seviyesinde elverişsiz sağlık uygulamaları; su, hijyen ve sanitasyon yetersizliği ve sağlık hizmetlerine erişimin olmayışı gibi sebeplerden kaynaklanan hastalıklar ve / veya yetersiz gıda alımıdır. Fırtına, hortum, deprem, sel, çatışma ve kuraklık gibi afetler, yetersiz beslenmenin altta yatan nedenlerini tetikler. Yetersiz beslenmeye neden olan bu gibi risklerle baş etme becerisi büyük ölçüde toplum ya da hanelerin özelliklerine, öncelikle de etkilenen insanların baş etme ve geçim stratejilerine bağlıdır.

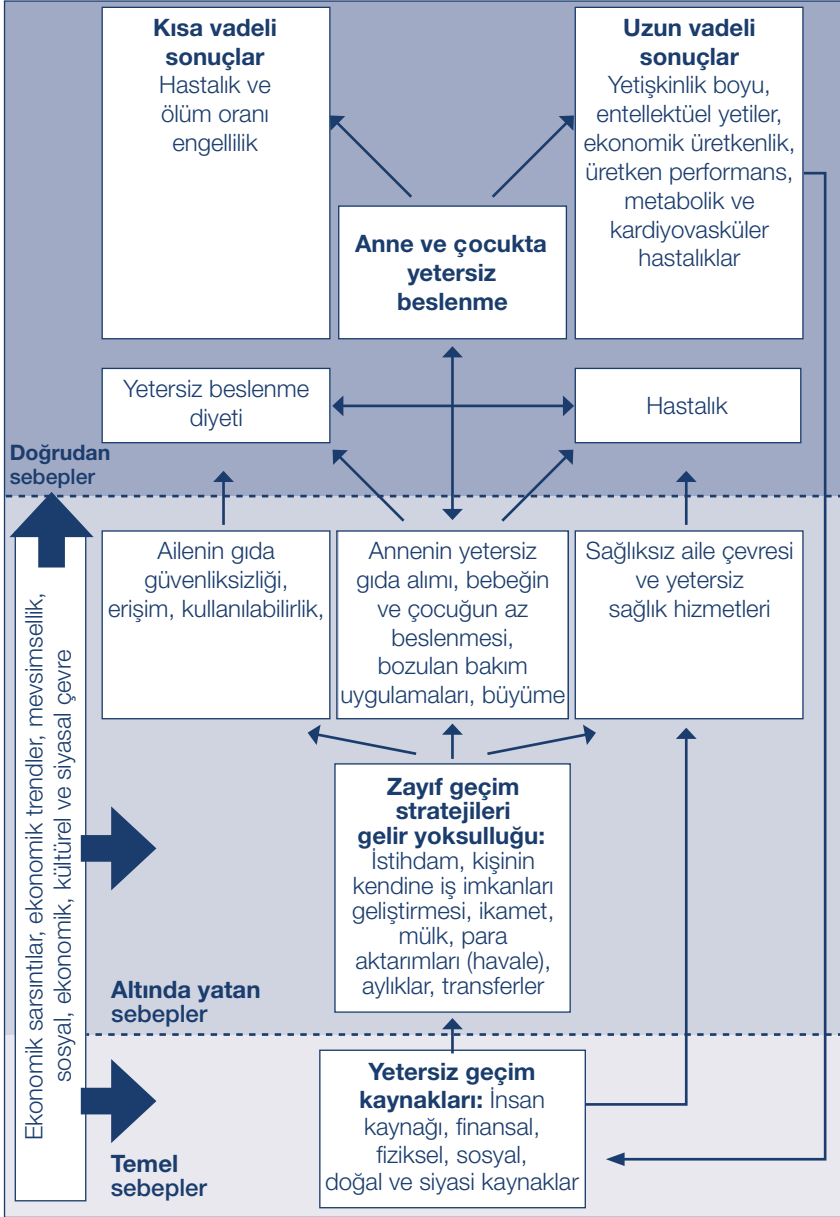
Bu bölümde aşağıdaki tanımlamalar kullanılmıştır:

- **Gıda güvenliği** bütün insanların sürekli olarak sağlıklı yaşayabilmeleri için güvenli ve besleyici gıdaya ulaşabilecekleri ekonomik ve fiziksel güçleri olduğunda sağlanmış sayılır. Bu tanımda Gıda güvenliğinin üç bileşeni vardır:

 - Elde edilebilirlik, etkilenen alandaki gıda teminlerinin miktar, kalite ve mevsimini gösterir. Üretimin yerel kaynaklarını (tarım, hayvancılık ve yabani gıdalar) ve yatırımcılar tarafından ithal edilen gıdaları (hükümet ve kurumların müdahaleleri kullanılabilirliği etkiler) belirtir. İnsanlara gıda dağıtma kapasitesi olan yerel pazarlar elde edilebilirliğin en önemli belirleyicileridir.
 - Erişim insanların güvenli şekilde gıdaya ulaşmalarını belirtir. Halkın ev üretimi ve stok, satın alma, hediye, ödünç alma ya da gıda, nakdi yardımlar ve/veya gıda kuponu transferleri ile gıda alma kapasitesini ölçer.
 - Faydalanma, insanların gıdaya erişimi, depolaması, işlemesi, hazırlaması ve dağıtım yollarıyla gıdayı kullanmasıdır. Faydalanma aynı zamanda hastalık ve kötü beslenmeye maruz kalmış bireylerin besinleri, sindirmesi ve metabolize etme yetisidir.
- **Geçim kaynakları**, ailelerin hayatlarını sürdürebilme ve gelecekte de bu iyi hâli muhafaza edebilmeleri için kullandıkları gerekli yetenekleri, faaliyetleri, maddi ve sosyal kaynakları kapsamaktadır. Geçim stratejileri insanların gıdaya ya da gıda elde etmek için gerekli gelire ulaşmalarını sağlayan faaliyetlerken, mücadele stratejileri ise gıda güvenliğindeki eksikliklere yönelik geçici müdahalelerdir.
- **Beslenme**, büyüme, gelişme, üreme, fiziksel aktivite ve vücut sağlığının muhafaza edilebilmesi için gıdaların vücut tarafından alınması, sindirilmesi ve kullanılması gibi evreleri kapsayan geniş bir süreçtir. Kötü beslenme, teknik olarak yetersiz ve aşırı beslenmeye işaret etmektedir. Yetersiz beslenme ise akut kötü beslenme, kronik kötü beslenme ve mikro besin eksiklikleri gibi bir dizi durumu kapsamaktadır. Akut kötü beslenme aşırı zayıflık (yaşlılarına nazaran) ve/veya nutrisyonel ödemle ilgiliyken, kronik kötü beslenme ise bodurluğa (yaşlılarından daha kısa) işaret etmektedir. Bodurluk ve aşırı zayıflık büyüme geriliğinin iki farklı şeklidir. Bu bölümde yetersiz beslenme ve özellikle akut kötü beslenme üzerinde durulacaktır.



Yetersiz beslenme sebepleri kavramsal çerçevesi



Bu çerçeve göstermektedir ki, riske maruz kalma durumu, doğal ve insan kaynaklı afetlerin sıklık ve şiddet dereceleri; bu afetlerin sosyo-ekonomik ve coğrafi kapsamıyla belirlenmektedir. Başa çıkma kapasitesinin belirleyicileri hanelerin finansal, sosyal, insancıl, doğal ve politik varlıklarını, üretim, gelir ve tüketim seviyelerini, gelir kaynaklarının ve tüketimlerinin bu risklerin olası etkilerini hafifletebilme kabiliyetini kapsamaktadır.

Çocuk ve bebeklerin zarar görebilirliği, beslenmelerinin daha öncelikli olduğunu gösterir. Yetersiz beslenmenin önlenmesi, akut kötü beslenme tedavisi kadar önemlidir. Gıda güvenliği müdahaleleri, kısa vadede beslenme ve sağlık durumu, uzun vadede ise hayatta kalma ve iyi olmayı belirler.

Kadınlar genellikle evlerinde yemeğin planlanması ve hazırlanmasında büyük rol oynar. Bir afetin ardından geçim stratejileri değişebilir. Aile beslenmesindeki farklı rollerin tanınması, gıda güvenliğinin artırılmasında önemlidir. Hamile ve emziren kadınların, çocukların, yaşlıların ve engellilerin beslenme ihtiyaçlarının anlaşılması, uygun gıda yardımlarının geliştirilmesinde önemlidir.

Daha iyi gıda güvenliği ve afetlerde gıda müdahalesi, daha iyi bir hazırlık ile başarılı. Bu hazırlık, hükümetlerin, insani yardım kuruluşlarının, yerel sivil toplum örgütlerinin, toplumların ve bireylerin geliştirdiği kapasite, ilişki ve bilginin sonucudur. Afete hazırlık, büyük ölçüde risk analizi ve erken uyarı sistemleriyle ilişkilidir. Bu durum strateji planlama, ekipman ve teminlerin depolanması, acil hizmetler ve yedek düzenleme, iletişim, bilgi yönetimi ve eş güdüm, personel eğitimi ve toplum seviyesinde planlama ve uygulamaları içerir.

Bu rehberde yer alan Gıda güvenliği ve beslenmenin temel müdahale alanları; bebek ve çocukların beslenmesi, akut yetersiz beslenme ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi, gıda transferleri, nakdi yardım ve gıda kuponu, geçim kaynaklarıdır.

Diğer bölümler ile bağlantılar

Başka bölümlerdeki pek çok standart, bu bölümle ilgilidir. Bir alanda standartların yakalanması konusundaki gelişim, çoğu zaman diğer alanların gelişimini de etkilemektedir. Bir müdahalenin etkili olması için sektörler arasındaki güçlü bir eş güdümün ve işbirliğinin olması gerekir. Yerel yönetim ve diğer kurumlarla koordinasyon içinde faaliyet göstermek, ihtiyacın karşılandığından emin olmak, tekrardan kaçınmak ve gıda güvenliği, beslenme ve gıda yardımları kalitesinin en üst seviyede tutmak için gereklidir.



Yetersiz beslenmenin kavramsal çerçevesi (bkz. sayfa 146), kötü beslenmenin altında yatan sebepler arasında, aile çevresinde ve sağlık hizmetlerindeki yetersizliklere işaret etmektedir. Kötü beslenmenin önlenmesi ve düzeltilmesine yönelik müdahaleler, bu bölümde ve WASH'ın, barınma ve sağlık ile ilgili bölümlerinde ele alınan asgari standartların yakalanmasına bağlıdır. Ayrıca, temel standartlar ve koruma ilkeleri de yerine getirilmelidir. Sadece Rehberin bu bölümünde yer verilen standartların sağlanması, tüm gruplarda kişilerin hayatta kalıp ve insan onurunu sürdürebileceği şekilde gıda güvenliği ve beslenmenin sağlanabilmesi için yeterli değildir.

Başka bölümlerdeki özel standartlara ve kılavuz notlara da atıfta bulunulmuştur.

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlarla Bağlantılar

Bu rehber standartlarını karşılamak için tüm insani yardım kurumları, aynı bir koruma zorunluluğu ya da özel bir koruma kapasiteleri olmasa bile bu koruma ilkeleri tarafından yönetilmelidir. İlkeler "kati" değildir; durumlar, kurumların bu ilkeleri yerine getirme kapasitesini sınırlayabilir. Ancak ilkeler her zaman insani eylemi yönetmesi gereken evrensel insani konuları yansıtır.

Bazı insani yardım kurumlarının koruma görevi ve özel rolleri vardır. Bu kurumlardan bazıları koruma faaliyetlerini tek başına program ya da proje olarak yürütür veya belirli kaynak ve personel ile koruma kümesi ya da koruma sektörü yardımlarında bulunur.

Temel Standartlar önemli süreçlerdir ve kişisel standartlar tüm alanlarca paylaşılmaktadır. Altı temel standart, ön değerlendirme, müdahale, hedef belirleme, gözlem, değerlendirme, insani yardım çalışanının performansı, denetlenmesi ve çalışanı yönelik destek gibi hususları kapsar. Bunlar rehberdeki diğer tüm standartların altını çizen yaklaşımlar için tek referans noktası sağlar. Bu nedenle her bir teknik bölüm temel standartlar ile birlikte kullanılarak kendi standardına ulaşmaya çalışmalıdır. Özellikle yardımın kaliteli ve uygun olması için afetten etkilenen insanların -genellikle afet durumunda risk altında olan grup ve bireyler de dâhil- katılımları artırılmalıdır.

Afetten Etkilenen İnsanların Zarar Görebilirlik ve Kapasiteleri

Bu bölüm, Temel standartlar ile birlikte okunarak onları pekiştirmelidir.

Genç ya da yaşlı olmanın, kadın ya da engelli bir birey ya da HIV olan bir birey olmanın kendi başına insanları zarar görebilir ya da savunmasız hâle getirmediğini

anlamak önemlidir. Bunu yapan, daha ziyade birden çok unsurun karşılıklı etkileşimidir: Mesela 70 yaşın üzerinde, yalnız yaşayan ve sağlığı iyi olmayan bir kimse, aynı yaşta ve sağlıklı olup geniş bir ailesi ve yeterli geliri olan bir kimseye göre daha zarar görebilir durumdadır. Benzer şekilde 3 yaşında bir kız çocuğu, ona eşlik eden bir yetişkinin yanında değilse, ailelerinin bakımında olan akranlarına göre daha zarar görebilir durumdadır.

Anahtar faaliyetler uygulandığında gıda güvenliği ve beslenme standartları zarar görebilirlik ve kapasite analizi, afet yardım çalışanlarının ayırım gözetmeksizin, en çok ihtiyacı olan kişilere ulaşmasını sağlar. Bu da yerel koşulların tam olarak anlaşılmasını ve belirli risklerin bazı insan gruplarını farklı şekillerde nasıl etkilendiğinin görülmesini gerektirir (örn. çok fakir olmak ya da ayrımcılığa uğramak), çeşitli koruma tehditlerine maruz kalma (örn. cinsel istismar dâhil toplumsal cinsiyet bazlı şiddet), hastalık ya da yayılması (örn. HIV ya da tüberküloz) ve salgın olasılıklar (örn. kızamık ya da kolera). Afetler, mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirebilir. Ancak insanların başa çıkma stratejilerinin, dirençlilik ve iyileşme kapasitelerinin desteklenmesi önemlidir. Bilgi, yetenek ve stratejileri desteklenmeli; kendilerine sağlanan, sosyal, mali, yasal ve psiko-sosyal desteklere erişimleri artırılmalıdır. Ayrıca kişilerin bu hizmetlere adaletli bir biçimde erişebilmelerinde karşılarına çıkan çeşitli fiziksel, kültürel, ekonomik ve sosyal engellerde ele alınmalıdır.

Aşağıda, zarar görebilir kişilerin hak ve kapasitelerinin göz önüne alınması gereken alanlar belirtilmektedir:

- Tüm temsil gruplarını kapsayacak şekilde (özellikle daha az görülenleri (örn. iletişim ya da hareket güçlüğü olanlar, kurumlarda yaşayanlar, damgalanan genç ve diğer temsil edilmeyen gruplar) insanların katılımlarını sağlamak.
- Verileri analiz sırasında cinsel yönelim ve yaşa göre ayırmak (0-80+ yaş) gıda güvenliği ve beslenme alanında nüfus çeşitliliğinin göz önünde bulundurulabilmesi için bu, önemli bir öğedir.
- Sağlanan yardımlarla ilgili bilgi alma hakkının, toplumun tüm üyelerini kapsayıcı ve onların erişebileceği şekilde iletilmesini sağlayınız.



Asgari Standartlar

1. Gıda Güvenliği ve Beslenme Analizi

Akut krizlere acil müdahalede, acil yardımın gerekip gerekmediğini belirlemek için, çok sektörlü ön acil tespit, yeterli olabilir. Ön acil tespit, vaktinde konuya özel hızlı ve açık bir vizyonla hareket edilebilmesi için gereklidir. Daha sonrasında kayda değer bir zaman ve kaynak gerektiren detaylı gıda güvenliği ve beslenme analizleri yapılacaktır. Değerlendirme, devam eden bir süreçtir ve müdahale yönetiminin hedef belirleme ile karar alma kısımları hususundadır.

Gıda güvenliği ve beslenme değerlendirmeleri tercihen, yeterli beslenme önündeki engellerin belirlenebilmesinin ve gıdanın kullanılabilirliği, gıdaya erişim ve gıdanın optimal biçimde kullanımının geliştirilmesi için yapılan müdahalelerin örtüşmesidir. Ek 1: Gıda güvenliği ve geçim kaynakları değerlendirmesi kontrol listesi, 2: Tohum güvenliği değerlendirmesi kontrol listesi ve 3: Beslenme değerlendirmesi kontrol listeleri, bölüm sonunda verilmiştir.

İki Gıda güvenliği ve beslenme değerlendirmesi standardı Temel Standart 3 kaynaklıdır (bkz. sayfa 61) ve her ikisi de Gıda güvenliği ve beslenme müdahalelerinin planlı ve destekli olmasına yöneliktir.

Gıda güvenliği ve beslenme değerlendirmesi standardı 1: Gıda güvenliği

İnsanlar gıda güvenliği riski altında olduğunda, program, insanların normalde nasıl gıdaya eriştiğini ve afetin mevcut ve gelecekteki gıda güvenliğini nasıl etkileyeceğini temel olarak belirler ve en uygun müdahaleyi yapar.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Genel olarak kabul edilen ilkeleri uygun yöntemleri kullanın ve bunları değerlendirme raporunda tanımlayın. (bkz. Kılavuz notlar 1).

- Değerlendirmenin ilk aşamasında bilgileri toplayın ve analiz edin (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Nüfusun beslenme durumunda gıda güvensizliğinin etkisini analiz edin (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Yerel kapasiteler üzerinde, resmi ve resmi olmayan kurumlar dâhil, bir analiz yapın (bkz. Kılavuz notlar 9).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Bireylerin, ailelerin ve toplumların Gıda güvenliği ve geçim kaynakları araştırılarak ihtiyaçlar belirlenir (bkz. Kılavuz notlar 3-9).
- Değerlendirme bulguları analitik bir rapor içinde sentezlenir ve en fazla zarar görebilir grup ve bireyleri hedefleyen kesin tavsiyelere yer verilir (bkz. Kılavuz notlar 1-10).
- Müdahale, kişilerin acil gıda ihtiyaçlarını temel alır ve geçim stratejilerinin korunması ve teşvik edilmesini de kapsar (bkz. Kılavuz notlar 10).

Kılavuz notlar

1. **Yöntem:** Resmi olmasa bile değerlendirmenin koşulları ve örneklemelerin yöntemi önemlidir. Gıda güvenliği değerlendirmeleri net hedeflere yönelik olmalı ve dünya genelinde kabul gören yöntemler kullanılmalıdır. Bilginin farklı kaynaklarla teyit edilmesi (örn. mahsul analizi, uydu görüntüsü ve evsel değerlendirmeler) tutarlı bir sonuç önemlidir (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61 ve Referanslar ve diğer kaynaklar).
2. **Bilgi kaynakları:** Afet öncesi durumla ilgili ikincil bilgiler bulunabilir. Beslenmenin güvence altında olması konusunda kadın ve erkeklerin farklı ve tamamlayıcı rolleri olduğundan, bu bilgi cinsiyete göre ayrılmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61 ve Ek 1: Gıda güvenliği ve geçim kaynakları analiz kontrol listeleri)
3. **Gıdaların elde edilmesi, erişim, tüketim ve kullanma:** (bkz. Gıdaların kullanılabilirliği, gıdaya erişim ve kullanım tanımları sayfa 145.) Gıda tüketimi, ailedeki bireylerin enerji ve besin alımlarını yansıtır. Asıl enerji içeriği ve besin detaylarını bu analizler sırasında ölçmek pratikte uygun değildir. Bir afet öncesi ve sonrasında tüketilen gıda miktarındaki değişiklikler Gıda güvenliğindeki değişikliklerin göstergesi olabilir. Birey ya da aile halkı tarafından tüketilen gıda gruplarının sayısı ve sıklığı, belirli bir referans döneminin ardından tüketim sıklığı, diyet çeşitliliğini gösterir. Gıda tüketim şekilleri ve problemleri ile ilgili



sağlam ölçümler yapan araçlar, mevsim takvimlerini, ailenin diyet çeşitlilik skorunu, gıda güvenliği erişim ölçeğini ya da gıda tüketim skorunu gösterir.

4. **Gıda güvensizliği ve beslenme durumu:** Gıda güvensizliği, yetersiz beslenmenin altında yatan üç nedenden biridir. Ancak yetersiz beslenmenin tek nedeni olarak görülmemelidir.
5. **Koşullar:** Gıda güvensizliği, afetlerden etkilenen nüfusun besin yönünden yeterli gıdaya erişimi ve yerel çevrenin bozulması üzerinde etkisi olan kuruluşlar, süreçler, ulusal ve uluslararası yönergeler dâhil olmak üzere geniş kapsamlı olarak makro-ekonomik ve yapısal olarak sosyo-politik faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Bu, genellikle afetin etkisi nedeniyle daha da kötüye gidebilen yapısal hassasiyetlerden kaynaklanan uzun vadeli bir durum olan kronik gıda güvensizliği olarak tanımlanır. Kıtık erken uyarı sistemleri ve Bütünleşik Gıda Güvenliği Faz Sınıflandırması dâhil olmak üzere yerel ve bölgesel gıda güvenliği bilgi sistemleri, bilgi analizi için önemli mekanizmalardır.
6. **Müdahale analizi:** Gıda güvenliği, insanların geçim kaynakları, bulundukları bölge, sosyal statüleri, yıl içindeki zaman dilimi ve afetin doğasına göre farklılıklar gösterebilir; değerlendirmelerin odak noktası, insanların afetten önce gıda ve gelirlerini nasıl elde ettikleri ve afetin bunu nasıl etkilediğini yansıtır. İnsanların yerlerinin değiştirildiği durumlarda ev sahibi olan halkın Gıda güvenliği de göz önüne alınmalıdır. Analiz, pazar, banka, mali kurumlar, nakdî yardım transferleri durumunda yerel transfer mekanizmaları, gıda tedarik zinciri ve bunlarla ilgili riskleri de ele almalıdır (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33). Bu, nakdî yardım ya da gıda transfer müdahalelerinin uygulanabilirliğine ve güvenli ve etkin teslimat mekanizmalarının ortaya çıkmasına da katkı sağlar.
7. **Pazar analizi,** öncül ve ardıl analizlerin bir parçası olmalıdır. Pazarların analizi, fiyat eğilimleri, temel ihtiyaç ve servislerin kullanılabilirliği, pazar yapılarında afetin etkisi ve beklenen iyileştirme dönemini içermelidir. Pazarların istihdam, gıda, önemli servis ve maddeleri sağlama kapasiteleri, zamanında, maliyet etkinliği ve uygun yardımların sağlanmasına yardımcı olur. Pazar sistemleri ayrıca kısa vadeli ihtiyaçların ötesinde insanların geçim kaynaklarını, üretken maddeler sunarak (tohum, araç vs.) ve istihdam talebini muhafaza ederek koruyabilir. Programlar, yerel satın alımını destekleyecek şekilde tasarlanmalıdır (bkz. Gıda güvenliği gıda transferleri standardı 4, Kılavuz notlar 2-3 sayfa 189, Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 1, Kılavuz notlar 7 sayfa 207 ve Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 3, Kılavuz notlar 2 sayfa 212)

- 8. Mücadele stratejileri:** Analizler ve değerlendirmelerde, farklı mücadele stratejileri göz önüne alınmalıdır. Stratejiler farklılık göstermekle birlikte hepsinin değişik aşamaları vardır. Bazı mücadele stratejileri çoğunlukla marjinal değildir, tersine çevrilebilir ve kalıcı hasarlara yol açmaz. Daha sonraki stratejiler, yani kriz stratejileri, kalıcı olarak gelecekteki gıda güvenliğine zarar verebilir, örneğin toprak satımı, ailelerin tamamen göç ettirilmesi ve ormansızlaştırma gibi. Kadınlar ve kız çocukları tarafından kullanılan bazı stratejiler sağlık, psikolojik durum ve sosyal entegrasyona önemli ölçüde zararlar verebilir. Mücadele stratejileri aynı zamanda çevreyi de etkileyebilir, mesela doğal kaynakların aşırı kullanımı. Analizler, yardımlarda Gıda güvenliğinin korunması için en uygun strateji kombinasyonlarını ortaya koymalı ve zarar vermeyen seçenekler tükenmeden önce bunları desteklemelidir (bkz. Koruma İlkeleri 1-2 sayfa 33-36).
- 9. Savunmasızlık katılımcı analizi:** Farklı grupların, kadın ve erkeklerin yerel örgütlere ve kurumlara anlamlı şekilde katılımı, analizin her aşamasında önemlidir. Programlar yerel bilgiler üzerinde odaklanmalıdır, yerel koşullardaki ihtiyaç ve isteklere göre şekillendirilmelidir. Tekrarlayan doğal afetlere tabi alanlar, erken uyarı ve acil durum yardım sistemleri ya da ağlar açısından önemli planlara sahip olabilir ve bunlar analizlerde kullanılmalıdır. Proje tasarım ve uygulamada kadınların da yer alması önemlidir (bkz. Koruma İlkeleri 2-4 sayfa 36-41).
- 10. Acil ihtiyaçlar ve uzun vadeli planlama:** Acil gereksinimleri karşılamak üzere yapılan planlar gıda transferleri ile nakdi yardım ve gıda kuponu transferlerini de içerebilir. Bunlar tek başına ya da geçim kaynakları faaliyetleri ile kombine edilebilir. Üretici değerlerini korumaya krizin ilk aşamalarında öncelik verilse de müdahaleler uzun vadeli olmalıdır ve gerilemiş bir çevrenin üzerindeki iklim değişikliği etkilerinin farkındalığını da içermelidir.



Gıda güvenliği ve beslenme değerlendirmesi standardı 2: Beslenme

İnsanların yetersiz beslenme riski altında olduğu durumlarda, yetersiz beslenmenin yaygınlığı, nedenleri, çeşidi, derecesini anlamak için uluslararası kabul edilmiş yöntemler kullanılarak analizler yapılmalı, en çok risk altında olanlar için en uygun müdahaleler uygulanmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afet öncesi ve ön değerlendirmeden elde edilen bilgileri derleyin ve beslenme durumunun doğasını ve şiddetini belirleyin (bkz. Kılavuz notlar 1-6).
- Beslenme desteğine en çok ihtiyacı olan grupları ve beslenme durumunu etkileyen temel faktörleri belirleyin (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Nüfus seviyesindeki kalitatif ve kantitatif analizlerin antropometrik durum, mikro besleyici durum, bebek ve çocukların beslenmesi, anne bakımı ve ilgili potansiyel belirleyicileri daha iyi anlamak için gerekip gerekmediğini araştırın (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Yetersiz beslenmenin potansiyel belirleyicileri hakkında yerel toplum ve diğer yerel paydaşları göz önüne alın (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Yardımı yönlendirmek ve/veya desteklemek için ulusal ve yerel kapasite analizi yapın (bkz. Kılavuz notlar 1 ve 8).
- Durumu stabil ya da gerilemekte olup olmadığını kontrol için beslenme analizi bilgilerini kullanın. (bkz. Kılavuz notlar 7-8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Antropometrik ve antropometrik olmayan analizler için geniş ölçekli benimsenen ilkelere bağlı göstergeler de dâhil analiz ve analiz yöntemlerinin benimsenmesi (bkz. Kılavuz notlar 3-6).
- Analiz bulgularının, net öneriler ve en zarar görebilir birey ve grupları hedefleyen analitik raporlarda verilmesi (bkz. Kılavuz notlar 3-6).

Kılavuz notlar

1. **Kavramsal bilgiler:** Yetersiz beslenmenin altında yatan sebepler hakkında, mevcut sağlık ve beslenme profilleri, araştırma raporları, erken uyarı bilgileri, sağlık merkezi kayıtları, gıda güvenliği raporları ve toplum grupları da dâhil

birincil ve ikincil kaynaklardan bilgi elde edilmelidir. Spesifik analiz alanlarında bilgi eksikliği varsa demografik sağlık araştırmaları, çoklu gösterge araştırmaları, diğer ulusal sağlık ve beslenme araştırmaları, WHO Beslenme Alanı Bilgi sistemi, WHO Vitamin ve Mineral beslenme bilgi sistemi, karmaşık acil durum veri tabanı (CE-DAT), Kriz durumunda beslenme bilgi sistemi (NICS), ulusal beslenme araştırmaları ve hastalık oranları, mevcut programların kapsamı gibi kaynaklara başvurulmalıdır. Temsilî verilerin olması durumunda zaman içinde beslenme durumundaki eğilimlere bakılabilir (bkz. Ek 3: Beslenme analizi kontrol listesi). Beslenme analizi, daha geniş analizlerin, özellikle kamu sağlığı ve gıda güvenliğinin içinde incelenmelidir. Mevcut beslenme teşvikleri hakkında bilgiler, operasyonel kapasite ve lokal ve ulusal yardım kapasitesi, boşlukların doldurulması ve yardımların yönlendirilmesi açısından toplanmalıdır.

2. **Analiz koşulları:** Bilgi boşluklarının belirlendiği yerlerde ilk analizin ardından detaylı analiz yapılmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61). Detaylı bir beslenme analizi, antropometrik* (insan vücudunu ölçme) araştırma bebek ve çocukların beslenmesi dair analizleri, mikro besleyici analizlerini ve nedensel analizler gibi çeşitli yaklaşımları içermelidir. Beslenme araştırması ve izleme yöntemleri de kullanılmalıdır.

* **Antropometri:** İnsanın ölçülebilir (ağırlık, boy, kafa boyutları, solunum sıklığı vb) ve sınıflandırılabilir (göz rengi, saç biçimi, kanın biyokimyasal özellikleri vb.) fiziksel özelliklerini istatistik açıdan inceleyen antropoloji dalı.

3. **Yöntem:** Beslenme analizlerinin net hedefleri olmalıdır, uluslararası kabul edilen yöntemler kullanılmalıdır, beslenme açısından risk altındaki gruplar belirlenmelidir ve yetersiz beslenmenin temelindeki nedenler belirlenmelidir. Analiz ve değerlendirme süreci, dokümanite edilerek zamanında bir rapor şeklinde sunulmalıdır. Analiz yaklaşımları tarafsız, temsilciler ve kuruluşlar arasında iyi koordine edilmiş olabilir, bu şekilde bilgiler tutarlı ve kıyaslanabilir olur. Çok kuruluşlu analizlerde büyük ölçekli teknik ve geniş coğrafi alanların değerlendirilmesi faydalı olabilir.

4. **Antropometrik ölçümler,** beslenme bozukluğunun görülme sıklığını tahmin etmeyi sağlar (kronik ve akut). Bunlar WHO standartlarına göre Z skorundaki ağırlık boy ölçümlerini rapor eder (bkz. Ek 4: Akut yetersiz beslenmenin ölçümü). Z skorunda ağırlık ve boy ölçümleri Sağlık istatistikleri ulusal merkezine (NCHS) göre, geçmiş araştırmalar ile kıyaslamak üzere raporlanabilir. Orta üst kol çevresi ile ölçülen (ÜOKÇ) aşırı zayıflık antropometrik araştırmada yer almalıdır. Beslenme şişlikleri analiz edilmeli ve ayrıca kaydedilmelidir. Yetersiz beslenme yaygınlığı ile ilgili güven aralığı raporlanmalı ve kalite güvence gösterilmelidir. Bu, mevcut araçlar kullanılarak yapılabilir (örn. Yardım ve Geçişleri Standart İzleme ve Analiz yöntemi (SMART) el kitabı ve araçları ya da ENA (Acil Durum



Beslenme analizi) yazılımı ve epi info yazılımı). En çok kabul gören uygulama, 6-59 aylık çocuklarda beslenme bozukluğunun ölçülmesidir. Ancak diğer gruplar daha büyük risk altında olabilir. (bkz. Ek 4: Akut yetersiz beslenmenin ölçümü).

5. Antropometrik olmayan göstergeler: Antropometriye ek bilgiler de önemlidir ancak dikkatlice ele alınmalı ve antropometrik çalışmalara bağlandığında sınırlı kalmalıdır, böylece çalışmanın kalitesi düşürülmemelidir. Bu tür göster-geler bağışıklık koşullara oranlarını (özellikle kızamık), Vitamin A desteği, mikro besleyici eksikliği ve WHO Bebek ve çocukların beslenmesi (IYCF) göstergelerini içerir. Uygunsa cenin, bebek ve 5 yaş altı ölüm oranı ölçülmelidir.

6. Mikro besin eksiklikleri: Toplumda afet öncesinde A vitamini, iyot ya da demir eksikliği olduğu biliyorsa bu, afet sürecinde de bir sorun teşkil edebilir. Analizlerin planlanması ve incelenmesi sırasında mikro besin eksikliklerinden kaynaklanan pelegra, beriberi, iskorbit hastalıklarının ortaya çıkma olasılığı göz önüne alınmalıdır. Sağlık merkezlerinde bu eksiklikleri bilinen bireyler varsa, yeterli besine erişim eksikliğini göstermek gereklidir ve bu durum toplum için de bir gösterge olabilir. Mikro besleyici eksikliklerinin analizi doğrudan ya da dolaylı olabilir. Dolaylı analizler, besleyici alımlarının nüfus seviyesinde olması, eksiklik riskinin ekstrapolasyonu, gıda erişim verilerinin ölçülmesi ve (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1 sayfa 150), ve gıda oranı yeterliliğinin değerlendirilmesi (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 1 sayfa 180) olabilir. Doğrudan analiz, mümkünse, bireysel hasta ya da nüfus örneklerinde klinik ya da alt klinik eksikliklerin ölçülmesi olabilir, örn. araştırmalar sırasında hemoglobin seviyesinin ölçülmesi, demir eksikliğin ölçülmesinde kullanılan anemi yaygınlığının göstergesi olabilir.

7. Yetersiz beslenme seviyelerinin yorumlanması: Yetersiz beslenme seviyelerinin belirlenmesi referans nüfusun boyut ve yoğunluğu, hastalık ve ölüm oranlarının detaylı analizini gerektirir (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri standardı 1, Kılavuz notlar 3 sayfa 310). Ayrıca sağlık göstergeleri, mevsimsel değişiklikler, IYCF göstergeleri, afet öncesi yetersiz beslenme seviyesi, temel besin eksiklikleri seviyesi (bkz. Ek 5: Kamu sağlığında mikro besleyici eksikliğin ölçümü), küresel akut yetersiz beslenme ile ilgili şiddetli akut yetersiz beslenme ve diğer faktörler, bu yetersizliğin altındaki sebeplerdir. Tamamlayıcı bilgi sistemlerinin bir kombinasyonu eğilimleri görüntülemek için en maliyet etkinliği yol olabilir. Uygunsa yerel kurumlar ve insanlar izleme faaliyetlerinde, bulguların yorumlanmasında ve kaynak planlamasında yer almalıdır. Karar verme ve modellerin uygulanması gıda güvenliği, geçim kaynakları ve sağlık

ve beslenme gibi değişkenleri içerir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1, Kılavuz notlar 5 sayfa 152).

8. **Karar verme:** Analiz bulguları, yetersiz beslenmenin yönetilmesine yönelik müdahale kararlarını belirtmelidir. Genel gıda dağıtımı ve diğer önleyici ya da acil durum müdahalelerini uygulama kararları, afetin akut döneminde derin analiz sonuçlarını beklemek zorunda değildir. Analizler yapıldığında sonuçlar faaliyetlere dair bilgi içermelidir. Karar verme, kavramsal çerçevede gösterildiği gibi yetersiz beslenme sebeplerinin anlaşılmasına, beslenme analizi sonuçlarına ve mevcut kapasite yardımına bağlıdır.



2. Bebek ve Çocukların Beslenmesi

Bebek ve çocukların beslenmesine yönelik standardın altında kalan uygulamalar, yetersiz beslenme, hastalık ve ölüm olasılığını artırır. Afetlerde bu riskler artar ve en gençler en zarar görebilir durumdadır. Optimal beslenme uygulamaları, hayatta kalma oranını en üst seviyeye çıkarır, 24 ayın altındaki çocukların hastalıklarını azaltır ve 6 aylık çocuklar için emzirme, 24 ay ya da daha uzun süre emzirmeye devam etme, yeterli, uygun ve güvenli tamamlayıcı gıdalara 6 ayda başlanmasını içerir.

IYCF (Bebek ve çocukların beslenmesi) , henüz anne sütü ile beslenen ve bu çağı geçmiş küçük çocukların beslenme ihtiyaçlarının desteklenmesi ile ilgilidir. Öncelikli müdahaleler arasında, anne sütünün korunması ve anne sütü desteği, yapay beslenmenin risklerini azaltma ve güvenli tamamlayıcı gıdalara geçilmesi yer alır. İstisnai ve zor durumlarda olan bebekler ve çocuklar, mesela HIV'in yaygın olduğu nüfuslar, öksüzler, düşük ağırlıkla doğanlar (LBW) ve aşırı derecede besinsiz kalmış çocuklar özel dikkat gerektirir. Hamile ve emziren annelerin beslenme, fiziksel ve zihinsel sağlıklarının korunması ve desteklenmesi, anne ve çocuğun refahı için önemlidir. Büyük anne ve babalar, tek babalar ya da kardeşler gibi çocuğun bakımını üstlenen kişilerin özel ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Çocuk ve genç çocukların beslenme ihtiyaçlarının zamanında karşılanmasında sektörler arası dayanışma önemlidir. IYCF, bu bölümdeki ve diğer bölümlerdeki pek çok standardın bütünsel bir parçasıdır.

Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 1: Yol gösterici politikalar ve eş güdüm

Bebek ve çocukların güvenli ve uygun beslenmesi, anahtar yol gösterici politikalar ve güçlü eş güdüm uygulaması yoluyla korunur.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Acil durumlarda çocukların beslenmesi (IFE) ve anne sütünü ikame edebilecek besinlerin pazarlanmasında uluslararası kanunlar ve Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu (WHA) kararlarının şartlarına uyulması (birlikte kanunlar olarak bilinir) (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Anne sütüne ikame besinlerin (BMS), diğer süt ürünlerinin, biberon ve emziklerin pazarlanması ya da bağışlanmasından kaçınılması (bkz. Kılavuz notlar 2).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- IYCF hükümlerini ve operasyonel IFE rehberlerini yansıtan ulusal ve/veya ajans politikaları (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Her acil durumda IYCF için liderlik edebilecek bir koordinasyon makamı atama (bkz. Kılavuz notlar 1).
- BMS, süt ürünleri, biberon ve emzik bağışlarını yöneten bir organ belirleme (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Kanun ihlallerinin izlenmesi ve raporlanması (bkz. Kılavuz notlar 1-2).

Kılavuz notlar

1. **Politika rehberliği, eş güdüm ve iletişim:** Acil durum programlarını bilgilendiren anahtar yol gösterici politikalarla ilgili dokümanlar arasında IFE ve Kanun hakkında Operasyonel Rehber de yer alır. Ek kılavuzlar Referanslar ve diğer kaynaklar bölümünde bulunabilir. WHA Kararı 63.23 (2010), üye ülkelerin ulusal ve uluslararası acil durum planlarının ve acil durum yardımlarının IFE Hakkında Operasyonel Rehberine uygun olmasını gerektirir. Afete hazırlıklı olma, politika geliştirme, oryantasyon ve IFE hakkında eğitim, Kanuna uyumlu BMS kaynakları ve tamamlayıcı gıdaların belirlenmesini içerir. IYCF hakkında liderlik edebilecek bir koordinasyon organı her acil durumda bulunmalıdır. Kanun ihlallerini izlemek ve raporlandırmak, hesap verebilirliğe yardımcı olacaktır. Etkilenen nüfus için tutarlı bir iletişim sağlamak ve basın açıklamaları, yardım için etkili olacaktır.



- 2. Süt ve süt ürünlerinin ele alınması:** Süt ve süt ürünleri, hedefe uygun olmayan dağıtımlarda dâhil edilmemelidir (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 2, Kılavuz notlar 5 sayfa 186). Yapay beslenme yöntemleri ve göstergeleri, IFE eş güdüm organı rehberliği altında IFE ve Kanun Hakkında Operasyonel Rehberde uygun olmalıdır. BMS, süt ürünleri biberon ve emzik bağışları acil durumlarda satılmamalı ya da satışı kabul edilmemelidir. Ulaşan bağışlar kontrol altında tutulmalı ve IFE koordinasyon organı tarafından yönetilmelidir.

Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 2: Temel ve nitelikli destek

Bebek ve küçük çocukların anne ve bakıcıları, riskleri azaltan ve beslenme, sağlık ve hayatta kalma sonuçlarını iyileştiren beslenme desteklerine zamanında ulaşmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Güvenli ve uygun IYFC için çok sektörlü müdahalelerin entegre şekilde sağlanması gerekir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gıda, nakdî yardımlar ve/veya gıda kuponu transferleri ile diğer hizmetlere, emziren ve hamile kadınlar öncelikli olarak ulaşmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Hamile ve 0-24 ay arası çocuklu emziren kadınları hedefleyen anne sütü danışmanlıkları sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2-7).
- Yeni doğan bebekli annelere haricî emzirmeye erken başlama desteği verilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Zamanında, güvenli ve uygun tamamlayıcı gıda desteği sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Bebekleri yapay beslenmeye ihtiyaç duyan anne ve bakıcılar için uygun BMS ve diğer besin destleri zamanında sunulmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).
- İstisnâî zor durumda olan bebekler ve çocuklar için (yetim, uzun süre besinsiz kalmış, LBW ve HIV den etkilenen) özel beslenme destleri sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4-7).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- 6 aydan küçük çocuklarda sadece anne sütü ve anne sütünün erken verilmesi ile 1 ve 2 yaşlarında devam eden anne sütü oranlarının WHO standartlarına göre ölçülmesi (bkz. Kılavuz notlar 2-3, 5-6).
- Bakıcıların, 6 ve 24 ay arasındaki çocukların tamamlayıcı gıdalarına zamanında, uygun ve güvenli olarak erişiminin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 5-6).
- Emziren annelerin etkin desteklere erişiminin olması (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- Yapay beslenme gerektiren bebekler için uygun BMS ve ilgili desteklerin sağlanması için kanunlara uygun yöntemlerin uygulanması (bkz. Kılavuz notlar 5).

Kılavuz notlar

1. **IYCF için koruyucu ve destekleyici bir ortam** oluşturmak üzere basit ölçümlerin ve temel müdahalelerin yapılması gerekir. Emzirme, tamamlayıcı gıda ve/veya yapay beslenme uygulanan 0-24 aylık bebeklerin beslenme zorlukları konusu dikkatle ele alınmalıdır. Emzirilmeyen bebeklerin acil desteğe ihtiyacı vardır. Anneler, bakıcılar; hamile ve emziren annelerin öncelikli ihtiyaçları karşılanmalıdır. 24 ayın altında çocukları olan anneler kaydedilmeli ve yeterli gıdanın ulaşması için gıda güvenliği programlarına bağlanmalıdır. Anneler ve bakıcılar için özel bannakların olması, IYCF desteği için emsal teşkil ederek inceleme olanağı sağlar. Emzirme desteği, etkin sağlık, psikolojik hizmetler, öncelikli sağlık ve seçici beslenme programları ile başından itibaren entegre hâlde olmalıdır.
2. **Hamile ve emziren kadınlar:** Hamile ve emziren annelerin yetersiz beslenmesi, hamilelik komplikasyonları, anneyle ilgili ölüm, düşük ağırlıklı bebek doğumları ve anne sütünde temel besinlerin eksikliği gibi sonuçlara yol açar. Hamile kalırken anne ağırlığının düşük olması genellikle bebeğin ağırlığının düşük olması ile ilgilidir ve ergen dönemde hamile kalmanın bir sonucudur. Hamile ve emziren annelerin sağlıklarını koruma ve anne sütünün içeriğinin tam olmasını sağlamak için gıda desteği alması gerekir. Demir ve folik asit takviyelerine devam edilmelidir. Kadınlar, doğumdan sonraki altı ila sekiz hafta A vitamini almaya devam etmelidir. Mikro besin destekleri uluslararası önerilen doz ve zamanda olmalıdır. Ergen annelerin beslenme desteği de önemli iken



LBW vakalarının önlenmesinde ergen yaşta hamile kalmayı önleyici programlar daha etkilidir.

3. **Anne ve bebeğin sağlığının korunmasında** harici anne sütüne erken başlanması (doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde) önemlidir. LBW bebekler ve anneleri, doğumdaki ciltten cilde temasının ve emzirmeye erken başlamanın faydalarını göreceklerdir (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 2, Kılavuz notlar 1 sayfa 324).
4. **Emzirme:** Harici anne sütü, bebeğin sadece anne sütü alması, gerekli temel besin ya da ilaçların dışında su ya da diğer sıvıları almamasıdır. Emzirme daha büyük bebek ve çocukları da koruyucudur, özellikle su ve hijyen şartlarının eksik olduğu yerlerde, 24 ay ya da daha fazla emzirmeye devam etmek önemlidir. Annelere, aile ve toplumlara emzirmenin önemi anlatılmalıdır; akut acil durumlarda toplumların güveni sarsılabilir. Baskı altındaki nüfus ve 6 ay altındaki yetersiz beslenen bebeklere yönetimi zor durumlarda nitelikli anne sütü sağlamak için planlama ve kaynak tahsisi yapılmalıdır (bkz. Akut yetersiz beslenme ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi standardı 2 sayfa 169), karışık beslenmenin yaygın olduğu insanlarda ve HIV olan yerlerde çocukların beslenmesine özen gösterilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 7).
5. **Tamamlayıcı beslenme,** anne sütünün yanı sıra 6 aydan itibaren bebeklere ek besin verilmelidir (ya da emzirilmeyen bebekler için anne sütü ikamelerinin sağlanması). Tamamlayıcı besin döneminde (6-24 ay), gıda ve sıvı güvenliğinin devamı için emzirme önemli rol oynamaya devam eder. Emzirilmeyen bebeklerde beslenme eksikliğini kapatmak için destek gerekir. Bunun gıda güvenliği programlarıyla bağlantılı olması tamamlayıcı beslenmenin desteklenmesi için önemlidir. Nüfusun gıda yardımına tâbi olduğu yerlerde uygun mikro besleyiciler genel programda yer alırken tamamlayıcı gıdalar için kapalı bir biçimde muhafaza edilmesi gerekebilir. Tamamlayıcı gıda alma döneminde lipit bazlı besin takviyelerinin farklı acil durum koşullarında kullanılması gerekir. Kullanıma hazır tedavi amaçlı gıdalar tamamlayıcı değildir. Tamamlayıcı gıdaların dağıtımı, hazırlanmasını gösteren rehberler ile birlikte yapılmalıdır. Mikro besin desteği ve A vitamini önerilere uygun olarak dağıtılmalıdır. Bu takviyelerden düşük ağırlıklı bebekler ve çocuklar da faydalanabilir. Nüfus bir sıtma endemik alanında ise, anemik ve demir eksikliği olan çocuklara demir takviyesi yapılmalıdır.

- 6. Yapay beslenme:** Emzirilmeyen bebeklerin beslenme seçenekleri için vasıflı personel tarafından belirlenmesi ve analiz edilmesi gerekir. Anne sütü yok ise gönüllü süt annelerin özellikle düşük ağırlıklı bebeklerin beslenmesinde önemli rolü olacaktır. Yapay beslenme gerekiyor ise anne ve bakıcıların yeterli miktarda BMS'ye (bebekler en az 6 aylık olana kadar) ve diğer önemli desteklere (su, yakıt, depolama tesisi, büyüme takibi, tıbbi yardım) zamanında ulaşması önemlidir. Karışık beslenen 6 aydan küçük çocuklar anne sütüne yönlendirilmelidir. Sanitasyon sorunları nedeniyle biberonlar kullanılmamalıdır. Bireysel ve toplum seviyelerinde hastalık yaygınlığı belirlenmelidir, özellikle ishal yaygınlığı üzerinde durulmalıdır. 6 ayın altındaki emzirilmeyen bebeklere düşük dozda A vitamini verilmelidir.
- 7. HIV ve bebeklerin beslenmesi:** Çocukların HIV'den uzak büyümesini üst düzeye çıkarmak, HIV ile enfekte annelerin çocukları için en iyi beslenme yönteminin bulunmasında göz önüne alınacak ilk konudur. Bilinmeyen ve negatif HIV olan anneler genel IYFC önerilerine göre emzirebilir. (bkz. Kılavuz notlar 3-5). HIV olan anneler, emzirme ile anti-retroviral (ARV) müdahaleyi birleştirdiğinden, doğum sonrası HIV iletimini önemli ölçüde azaltır. ARV ye hızlı erişim öncelikli olmalıdır (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - cinsel ve üreme sağlığı standardı 2 sayfa 328). Alternatif besleme ile ilgili riskler, acil durum şartlarında daha fazladır. Yani HIV ile enfekte annelerin bebeklerinin anne sütü alması, ARV'lerin olmadığı yerler de dâhil, bebeklerin hayatta kalması için daha büyük olasılık sunar. Alternatif beslemeye başlanan çocuklar için acil yapay beslenme yardımı sunulmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).



3. Akut Yetersiz Beslenme ve Mikro Besin Eksikliklerinin Yönetimi

Akut yetersiz beslenme ve mikro besin eksiklikleri, etkilenen bireylerin ölüm ve hastalık riskini artırır. Bu nedenle bu tür yaygınlık ve yüksek risk durumunda, doğru ve eksik beslenmeyi destekleyici yardıma ulaşmak önemlidir. Bu hizmetlerin etkisi, temeldeki yetersiz beslenme diğer müdahaleler, WASH, gıda transferleri ve Gıda güvenliği ile eş zamanlı olarak ele alınırsa önemli ölçüde azalır.

Orta dereceli beslenme bozukluğu, çeşitli şekillerde ele alınabilir. Afet durumlarında destekçi beslenme genellikle en temel strateji, orta dereceli akut beslenme bozukluğunun düzeltilmesi ile şiddetli akut yetersiz beslenmenin önlenmesine yöneliktir. Akut yetersiz beslenme ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi standardı 1, özellikle tedavi hedeflenen destekçi beslenmeye atıfta bulunur. Örtülü destekçi beslenme için tanımlı göstergeler yokken, sunulan koşullar, kabul edilebilirlik ve oranlar önemlidir.

Şiddetli akut yetersiz beslenme, çeşitli yöntemlerle sağlanabilen tedavi edici bakım yoluyla ele alınır. Akut yetersiz beslenmenin toplum bazlı yönetimi, şartlar izin verdiği ölçüde olmalıdır. Şiddetli akut beslenmeyi ele alan programla toplum mobilizasyonunu (etkin iletişim, aktif vaka bulma, referans ve takip), medikal komplikasyonlar olmadan şiddetli akut beslenme bozukluğu için ayakta tedavisi ve bebekler için medikal komplikasyonlu şiddetli akut yetersiz beslenme hastane tedavisini içerir.

Mikro besin eksikliklerinin belirlenmesi pek çok durumda zordur. Şiddetli eksikliklerin klinik bulguları kolayca teşhis edilebilir, ancak alt-klinik mikro besin eksikliği tanısı için bu çok kolay değildir. Nüfusta temel besin maddelerinin eksikliği

yaygınsa, bu durumun afet ile kötüye gideceği varsayılabilir. Bu eksiklikler, nüfus bazlı müdahaleler ve kişisel tedavi ile giderilmelidir.

Akut beslenme bozukluğu ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi standardı 1: Orta dereceli akut beslenme bozukluğu

Orta dereceli akut beslenme bozukluğu problemi ele alınır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Başlangıçtan itibaren net tanımlanmış ve üzerinde hemfikir olunmuş stratejiler, hedefler ve kriterler belirlenir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Başlangıçtan itibaren nüfusun yer alması ile birlikte erişim ve kapsam en üst seviyeye çıkarılır (bkz. Kılavuz notlar 2 ve Temel Standart 1 sayfa 55).
- Analizde yer alan kişilerin hastaneye yatması ve taburcu edilmesi, ulusal ve uluslararası kabul edilen antropometrik kriterlere göre yapılır (bkz. Kılavuz notlar 3-4 ve Ekler 4: Akut yetersiz beslenmenin ölçümü ve 5: Kamu sağlığında mikro besleyici eksikliğinin ölçümü).
- Orta dereceli akut yetersiz beslenme yönetimi, şiddetli akut yetersiz beslenme yönetimi ve mümkünse sunulan sağlık hizmetlerine bağlanır (bkz. Kılavuz notlar 5-6).
- Yerinde beslenme için açık bir erzak yoksa, kuru ve kullanıma hazır takviye gıdalar orantılı olarak sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 8).
- Zayıf müdahalelerin nedenleri araştırılır ve önlem alınır (bkz. Kılavuz notlar 5-6).
- IYCF, anne sütü ile ilgili koruma, destek ve anne sütünü teşvik faaliyetleri ile yönlendirilir (bkz. Kılavuz notlar 7).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

Programda diğer çocuklar da yer almasına rağmen bu göstergeler özellikle 6-59 aylık çocuklara uygulanır.

- Hedef nüfusun yüzde 90' dan fazlası, kuru erzak destekleyici programa bir günden daha az sürede gidip gidebilecek yürüme mesafesinde olmalı (tedavi süresi dâhil) ve yerinde sağlanan beslenme programları için bir yürüme mesafesi bir saatten fazla olmamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).



- Kırsal alanlarda kapsam yüzde >50, kentsel alanlarda yüzde >70 ve kamplarda yüzde >90 olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Hedeflenen destekleyici beslenme programlarından çıkanların oranı ölenler için yüzde <3, iyileşenler için yüzde >75 ve isteğiyle ayrılanlar için yüzde <15 olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4).

Kılavuz notlar

1. **Program tasarımı**, beslenme durumunun karmaşıklığını ve dinamiklerini anlama temelinde olmalıdır. Destekleyici gıdalar, hedefe yönelik (tedavi edici) ve üstü örtülü (koruyucu) yaklaşım ile uygulanmalıdır. Hangi yaklaşımın uygulanacağı kararı, antropometrik kriterleri kullanarak akut yetersiz beslenme, yetersiz beslenme artış riski, izleme kapasitesi ve afetten etkilenen insanların kaynak ve kapasitelerine bağlıdır. Hedeflenen destek beslenme genellikle akut beslenme bozukluğu olan bireylerin izlenmesi için daha fazla zaman ve çaba gerektirirken örtülü yaklaşım genellikle daha az personel ve daha fazla gıda kaynağı gerektirir. Tedavi edici bakım, sağlık sistemleri, HIV ve AIDS ve tüberküloz ağlarına (TB) ve Gıda güvenliği programlarına bağlantılar önemlidir. Afetten etkilenen insanlar, program alanları belirlenirken karar verme aşamasına katılmalıdır. Alanlara erişimde güçlük çeken insanlara özen gösterilmelidir. Başlangıçtan itibaren uzun vadeli destek için çıkış stratejileri ya da planlar düşünülmelidir.
2. Kapsam, tedaviyi alan insanları belirtir. Bu kapsam, programın kabul edilebilirliği, lokasyon ve program alanlarına erişim, güvenlik durumu, dağıtım sıklığı, bekleme süresi, servis kalitesi, mobilizasyon koşulları, ev ziyareti, izleme ve kabul kriterlerinin sıralanmasından etkilenir. Program alanları, küçük çocuklar ile seyahat etmenin maddi zorluklarını ve risklerini azaltacak şekilde hedef nüfusa yakın olmalıdır. Kapsamı ölçme yöntemleri, üretilen bilginin güvenilirliği ve türüne göre değişir. Kullanılan yöntem raporlama sırasında belirtilmelidir. Mevcut rehber, belirli bir koşulda hangi yöntemin uygulanmasına karar verilirken kullanılmalıdır. Kapsam değerlendirmesi bir yönetim aracı olarak görülmelidir, dolayısıyla acil (akut dönem) destek safhasının sonuna bırakılmamalıdır.
3. **Kabul kriterleri**: Antropometrik kriterleri karşılayanlar dışında kalan, beslenme bozukluğundan muzdarip bireyler de beslenme desteklerinden faydalanabilir, örn. HIV (PLHIV) ya da TB olan insanlar, tekrarlamayı önlemek için tedavi

bakımdan çıkarılan insanlar, kronik hastalığı ya da engeli olan insanlar. Antropometrik kriterlerin dışındaki insanlar da programda yer alacaksa, izleme ve raporlama sistemlerinin buna ayarlanması gerekir.

4. Ulusal yönergelerin olmadığı yerlerde **taburcu kriterleri** uluslararası rehberlere göre düzenlenmelidir ve raporlama performans göstergelerinin kullanıldığı yerler belirtilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 5).
5. **Performans göstergeleri** tedaviyi sonlandırarak programı tamamlayan insanlar içindir. Taburcu edilen kişilerin toplam sayısı, ölen, vazgeçen-kendi isteğiyle ayrılan, iyileşen ve iyileşmeyen kişileri de kapsar. Tamamlayıcı hizmetlere yönlendirilen kişiler (sağlık servisleri gibi) tedaviyi bitirmemiştir, ya tedaviye devam eder ya da daha sonra geri dönerler. Diğer alanlara yönlendirilen insanlar tedaviyi bitirmemiştir ve performans göstergelerine dâhil edilmez. Performans ile ilgili göstergeler şöyledir:

Taburcu olanların oranı =

$$\frac{\text{İyileşen kişi sayısı}}{\text{Toplam taburcu sayısı}} \times \text{yüzde } 100$$

Ölerek ayrılanların oranı =

$$\frac{\text{Ölüm sayısı}}{\text{Toplam ayrılış sayısı}} \times \text{yüzde } 100$$

İsteğiyle ayrılanların oranı =

$$\frac{\text{İstekli ayrılanların sayısı}}{\text{Toplam ayrılış sayısı}} \times \text{yüzde } 100$$

İyileşmeden ayrılanların oranı =

$$\frac{\text{İyileşmeden ayrılanların sayısı}}{\text{Toplam ayrılış sayısı}} \times \text{yüzde } 100$$

Engellilik, damak yarığı ya da cerrahi problemleri vs. olan çocukların akut beslenme bozukluğu sorunları da varsa, bu çocuklar raporlamadan çıkarılmamalıdır. Raporlama sırasında asıl odaklanılan grup 6-59 aylık çocuklardır. Performans analizinde yukarıdaki göstergelere ek olarak sistemler, nüfusun katılımı, programın kabul edilebilirliğini (ayrılan ve koşullara oranı bunun iyi bir ölçü yöntemidir), sağlanan gıdanın miktar ve kalitesi, koşulları, diğer programlara transfer sebepleri (özellikle beslenme durumu şiddetli akut beslenme bozukluğuna dönüşen çocuklar), kabul edilen ve tedavide olan birey sayısı da görüntülemelidir. Hastalık şekilleri, nüfusun yetersiz beslenme



seviyesi, ailelerdeki ve nüfustaki gıdanın güvensizlik seviyesi, nüfusa sağlanan tamamlayıcı müdahaleler (genel gıda dağıtımı ya da eş değer programlar) ve servis dağıtımı için mevcut kapasite gibi harici faktörler de göz önüne alınmalıdır. Ayrılma ve tedaviye yeterince cevap verememenin nedenler, devamlılığı olan bir yaklaşımla araştırılmalıdır.

6. Sağlık girdileri ve göz önüne alınması gereken konular: Hedeflenen destekleyici gıda programları, hastalıkların izlenmesi ve hastalıklar arasındaki bağlantıların tespiti için önemli temas noktalarıdır. Programlar, mevcut sağlık hizmetlerinin kapasitesini göz önüne almalı ve sıtma takibinde A vitamini takviyesi, demir ve folik asit kombinasyonu; ishal ve bağışıklık takibinde ise çinko takviyesinin etkili bir şekilde sağlanmasını içermelidir (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 2 sayfa 314 ve gerekli sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 1-2 sayfa 321-323). HIV yaygınlığının olduğu bölgelerde HIV testi ve profilaktik tedavi yapılabilmesi, destekleyici gıda kalite ve miktarı itinalı biçimde verilmelidir.

7. Akut olarak yetersiz beslenmiş 6 ayın altındaki çocukları emziren anneler, takviye gıda programına alınmalıdır. Orta derecede dengesiz beslenen anneler emzirmeye devam edebilir ve kendi beslenme durumlarını korumak için yeterli beslenme desteğine ihtiyaç duyabilir. Anneler, takviye beslenme erzakları, nitelikli anne sütü desteği ve güvenilir, besleyici ve yardımcı tamamlayıcı destek hakkında bilgilendirilmelidir. Akut olarak dengesiz beslenmiş 6 ayın altındaki çocuklar, uygun nitelikli anne sütü desteğine ve gerekirse tedaviye alınmalıdır.

8. Erzak: Haftalık ya da iki haftalık olarak sağlanan kuru erzak ya da kullanıma hazır gıdalar, yerinde beslenmeye tercih edilir ancak bunların yapısı ve boyutları, ailenin gıda güvenliği ve paylaşma olasılığı temelinde belirlenmelidir. Hijyenik şekilde ailede gıdaların nasıl hazırlanması ve muhafazası ve ne zaman tüketilmesi gerektiği (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 6, Kılavuz notlar 1 sayfa 198) ve 24 ayın altındaki çocukların emzirilmesine devam etmenin önemi ile ilgili açık bilgiler verilmelidir. Hareket güçlüğü çekenler gibi zarar görebilir kişilerin özel ihtiyaçlarına göre program adaptasyonu gerekebilir.

Akut dengesiz beslenme ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi standardı 2: Şiddetli akut dengesiz beslenme (beslenme bozukluğu)

Şiddetli akut beslenme bozukluğu ele alınır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Başlangıçtan itibaren net olarak tanımlanmış ve üzerinde hemfikir olunmuş stratejiler, hedefler ve kriterler belirlenir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Şiddetli beslenme bozukluğunun yönetiminde yataklı hasta bakımı, ayakta hasta bakımı, nüfusun mobilizasyon bileşenleri gibi müdahaleler yer almalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Başlangıçtan itibaren nüfusun yer alması ile birlikte erişim ve koşullar en üst seviyeye çıkarılır (bkz. Kılavuz notlar 1-3 ve temel standart 1 sayfa 55).
- Şiddetli akut beslenme bozukluğunun yönetiminde ulusal ve uluslararası yönergeler göre beslenme ve tıbbi destek sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 4-8).
- Antropometrik ve antropometrik olmayan endekslere göre taburcu etme kriterleri de yer alır (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Tedaviye yanıt vermeme ve ölüm oranlarının artış nedeni araştırılır ve buna göre tedbirler alınır (bkz. Kılavuz notlar 6-7).
- IYCF, anne sütü ile ilgili koruma, destek ve anne sütü teşvik faaliyetleri ile yönlendirilir (bkz. Kılavuz notlar 9-10).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

Programda diğer çocuklar da yer almasına rağmen bu göstergeler özellikle 6–59 aylık çocuklara uygulanır.

- Hedef nüfusun yüzde 90'ından fazlası, destekleyici programa bir günden az sürede gidiş-geliş yürüme mesafesinde olmalı (tedavi süresi dâhil) ve yerinde sağlanan beslenme programları için bir yürüme mesafesi bir saatten fazla olmamalıdır.
- Kırsal alanlarda kapsam yüzde >50, kentsel alanlarda yüzde >70 ve kamplarda yüzde >90 olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Hedeflenen destekleyici beslenme programlarından çıkanların oranı ölenler için yüzde <10, iyileşenler için yüzde >75 ve vazgeçenler için yüzde <15 olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).



Kılavuz notlar

- 1. Program tasarımı:** Mevcut sağlık sisteminin kapasitesini destekleme temelinde olmalıdır. Etkin şekilde şiddetli akut yetersiz beslenme yönetiminin sağlanması için ek destek seviyesi, afetten etkilenen insanların sayı ve coğrafi yayılımı ve güvenlik durumu başından itibaren göz önüne alınmalıdır. Başlangıçtan itibaren uzun vadeli destek için çıkış stratejileri ya da planlar düşünülmelidir. Programların kapanış ve geçiş kriterleri için mevcut kapasite ve mevcut sistemlere entegrasyon göz önüne alınmalıdır.
- 2. Program bileşenleri:** Şiddetli akut yetersiz beslenme problemine yönelik programlar, medikal komplikasyonları olan bireylerin ve akut yetersiz beslenmesi olan ve medikal komplikasyonları olmayıp ayakta tedavi gören 6 aydan küçük tüm çocukların hastane bakımından oluşur. Hastane bakımı doğrudan referans uygulamalar ile olabilir. Programlar, yetersiz beslenmenin altında-ki nedenleri ele alan servisler ile de bağlantılı olmalıdır, örneğin destekleyici gıda, HIV ve AIDS ve TB ağırları, birincil sağlık hizmetleri ve gıda, nakdi yardım ya da gıda kuponu transferlerini içeren gıda güvenliği programları. Programın kabul edilmesi, ulaşımı ve kapsamı için etkin bir topluluk mobilizasyonu önemlidir. Hasta programlarının alanı, küçük çocuklarla gelen hedef nüfusun ve yeri değiştirilen nüfusun risk ve maliyetini arttırmayacak şekilde konumlandırılmalıdır.
- 3. Kapsam:** Orta dereceli akut beslenme bozukluğunda olduğu gibi koşullar programın kabul edilebilirliği, lokasyon ve program alanlarına erişim, güvenlik durumu, dağıtım sıklığı, bekleme süresi, servis kalitesi, mobilizasyon koşulları, ev ziyareti, izleme ve kabul edilme kriterlerinin sıralanmasından etkilenir. Koşulları ölçme yöntemleri, üretilen bilginin güvenilirliği ve türüne göre değişir. Kullanılan yöntem raporlama sırasında belirtilmelidir. Mevcut rehber, belirli koşullarda hangi yöntemin uygulanmasına karar verilirken kullanılmalıdır. (bkz. Akut yetersiz beslenme ve mikro besleyici eksikliklerinin yönetimi standardı 1, Kılavuz notlar 2 sayfa 166).
- 4. Yönlendirici ilkeler:** Ulusal yönergelerin bulunduğu yerlerde bunlara uyulmalıdır. Ulusal yönergeler yoksa ve uluslararası standartlara ulaşamıyor ise uluslararası yönlendirici ilkeler uyarlanmalıdır. Uluslararası kabul edilen kriterler referanslar ve diğer kaynaklar bölümünde bulunabilir.
- 5. Hastaneye kabul kriterleri,** ulusal ve uluslararası yol gösterici ilkelere uygun olmalıdır (bkz. ek 4: Akut beslenme bozukluğunun ölçümü ve referanslar ve diğer kaynaklar). <6 aydan büyük olan bebeklerin ve antropometrik grupların hastaneye kabulünde klinik ve anne sütü alma durumları göz önüne alınmalıdır.

Test edilen ya da HIV pozitif şüphesi olan bireyler ile TB (tüberküloz) ya da kronik hastalıkları bulunan bireyler, hastaneye kabul kriterlerini karşılıyor ise eşit erişime sahip olmalıdır. Bu kriterleri karşılamayan ve PL HIV olan bireyler genellikle beslenme desteğine ihtiyaç duyarlar, ancak afet durumlarında şiddetli akut beslenme bozukluğu tedavisinde bu durum önerilen bir yöntem değildir. Bu bireyler ve aileleri, toplum bazlı tedavi, TB tedavi merkezleri ve anne-çocuk geçişi önleme programları gibi çeşitli servislerde tedavi görmelidir.

6. **Taburcu kriterleri ve iyileşme:** Taburcu edilen bireylerin medikal komplikasyonları olmamalı, iştahlarını geri kazanmış, uygun bir ağırlıkta ve beslenme ile ilgili ödemleri olmamalıdır (örn. iki arka arkaya tartılma işleminde). 6 aydan küçük ve 24 aya kadar çocuklarda anne sütü alma özellikle önemlidir. Emzirilmeyen çocuklar yakından takip edilmelidir. Erken taburcu ile ilgili risklerden kaçınmak için taburcu kriterlerine uyulmalıdır. Ortalama hastanede kalma süresi, kullanımdaki yönlendirici ilkelere bağlıdır ve bu nedenle ulusal koşullar ve yönlendirici ilkelere göre ayarlanmalıdır. Beslenme ödemi olan ve olmayan bireylere göre, kilo alma oranı değişebilir. HIV, AIDS ve TB olan bazı yetersiz beslenmiş bireylerde tedaviye yanıt alınamayabilir. Uzun vadeli tedavi ya da bakım seçenekleri, sağ-lık servisleri ve diğer toplum destek servisleri ile bir arada yürütülmelidir (bkz. gerekli sağlık hizmetleri - cinsel ve üreme sağlığı standardı 2 sayfa 328).
7. **Şiddetli akut beslenme bozukluğu yönetiminin performans göstergelerine,** yatılı ve ayakta tedavi edilen hastalar, bir kişi iki defa sayılmaksızın dâhil edilmelidir (yani iki bileşen arasındaki transferleri çıkararak). Bu mümkün değilse, sonuç oranları buna uygun yorumlanmalı, örneğin sadece ayakta tedavi uygulamasında programlardan daha iyi sonuçlar beklemeli ve sadece yatan hasta tedavisi uygulanırken kombine bakımdaki göstergeler hedeflenmelidir. Şiddetli akut beslenme bozukluğunda performans göstergeleri taburcu edilen hasta sayısı, iyileşen, ölen, tedaviyi yarıda bırakan ya da henüz iyileşmemiş kişileri kapsar (bkz. akut beslenme bozukluğu ve mikro besleyici eksikliklerinin yönetimi standardı 1, Kılavuz notlar 4 sayfa 167). Diğer servislere gönderilen bireyler (örn. medikal servisler) tedaviyi bitirmemiştir. ‘Sadece ayakta hasta tedavisi olan’ program raporlarında, yataklı tedaviye gönderilen hastalar belirtilmelidir. Hastaların bir kısmında HIV pozitif varsa bu durum ölüm oranlarını etkileyecektir. Performans göstergeleri bu durumlara göre düzenlenirken, yorumlama sırasında göz önüne alınmaları önemlidir. Taburcu göstergelerine ek olarak yeni hasta kabulleri, tedavideki çocuk sayısı, kapsam oranları, performansların izlenmesinde analiz edilmelidir. Yeniden kabul, tıbbi durumda gerilemesi, tedaviyi yarıda ve tedaviye yanıt vermeme sebepleri düzenli şekilde araştırılarak raporlanmalıdır. Bunların tanımı, kullanılan yol gösterici ilkelere uygun olmalıdır.



8. **Sağlık girdileri:** Şiddetli akut beslenme bozukluğu yönetimiyle ilgili tüm programlar ulusal ve uluslararası yol gösterici ilkeler ve TB ile HIV durumunda yönetim için belirlenen talimatlara göre sistematik tedaviler içermelidir. HIV'in çok yaygın olduğu alanlarda, beslenme bozukluğu tedavi stratejileri, HIV geçişini engelleme ile anne ve çocukların hayatta kalmasını desteklemeye yönelik olmalıdır. TB ve HIV testi ve hastaların bakımı için etkin tedavi sistemlerinin bulunması da önemlidir.
9. **Emzirme desteği:** Yatılı tedavi için kabul edilen çocuklar, durumu kritik olanlar arasında yer almaktadır. Beslenme rehabilitasyonu ve iyileştirme uygulamalarının bir parçası olarak, annelerin –özellikle 6 aydan küçük çocukları olanlar için,- nitelikli emzirme desteğine ihtiyaçları vardır. Bunun için yeterli zaman, kaynak ve özel bir alan (emzirme köşesi) ayrılarak kaliteli destek sağlanmalı, akran desteği teşvik edilmelidir. 6 aydan küçük şiddetli akut beslenme bozukludan muzdarip bebekleri emziren anneleri, şiddetli akut yetersiz beslenme için antropometrik kriterleri karşılamıyorsa, beslenme durumları ne olursa olsun destekleyici gıda almalıdır ve bu durumda tedavi için kendilerinin de başvuruda bulunması gerekir.
10. **Sosyal ve psikolojik destek:** Rehabilitasyon sürecinde şiddetli akut beslenme bozukluğu yaşayan çocukların duygusal ve fiziksel olarak oyun yoluyla motive edilmesi önemlidir. Bu çocukların bakımını üstlenen kişiler genellikle çocuklarını tedaviye getirmek için sosyal ve psiko-sosyal desteğe gereksinim duyarlar. Bu da gelecekte engelliliğin önlenmesi, tedavi ile bilişsel bozuklukların önlenmesi için motivasyon ve tüm bunların etkileşimi vurgulayan mobilizasyon programları ile mümkündür (bkz. Koruma İlkesi 4 sayfa 41). Şiddetli akut beslenme bozukluğu görülen çocukların bakımını üstlenen kişiler, tedavi süresince çocukları, tavsiyeler, gösterimler, sağlık ve beslenme bilgilerinin edinilmesi yoluyla besleyebilmeli ve bakımlarını yapabilmelidir.

Akut beslenme bozukluğu ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi standardı 3: Mikro besin eksiklikleri

Mikro besin müdahaleleri, kamu sağlığı ve diğer beslenme konularına yönelik müdahaleler ile acil durumlar ve temel besin eksikliğiyle ilgili hastalıkları azaltmak amacıyla uygulanır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Mikro besin eksikliklerinin belirlenmesi ve tedavisinde sağlık ekibinin eğitilmesi (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Nüfusun risk altında olabileceği mikro besin eksikliği türlerinin etkin şekilde tedavisi için prosedürlerin belirlenmesi (bkz. Kılavuz notlar 2).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Mikro besin eksikliği vakaları, en iyi klinik uygulamalara göre tedavi edilir (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Mikro besin müdahaleleri, kızamık (Vitamin A) ve ishal (çinko) gibi acil durumlarla ilgili hastalıkların azaltılması için kamu sağlığı işlemleri ile birlikte yürütülür (bkz. Kılavuz notlar 3-4).

Kılavuz notlar

1. **Klinik mikro besin eksikliği tanı ve tedavisi:** Klinik mikro besin eksikliğunun tanısı basit bir muayene ile mümkündür. Bu eksikliklerin klinik göstergeleri, sağlık ve beslenme gözetim sistemlerinde yer alabilir ancak analizin doğru olması için ekibin iyi eğitilmiş olması şarttır. Vaka tanımları problemlidir ve acil durumlarda sadece uzman sağlık ekipleri aracılığıyla belirlenebilir. Mikro besin eksikliği tedavisi ayrıca vaka bulgularını, üzerinde hemfikir olunan vaka açıklamalarını ve yol gösterici tedavi ilkelerinin kullanılmasını içerir. Vakaların saptanması ve tedavi, sağlık sistemi içinde olduğu kadar, beslenme programlarında da yer almalıdır (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 2, Kılavuz notlar 6 sayfa 156). Mikro besin eksikliğunun yaygın olduğu yerlerde, kamu sağlığını tehdit eden eşik değerlerinin aşıldığı durumlarda (bkz. Ek 5: Kamu sağlığında mikro besin eksikliğunun ölçümü), nüfusun besin takviyeleri alması uygun olacaktır. İskorbut (C vitamini), pelagra (niasin), beriberi (tiamin) ve ariboflavinos (riboflavin) gıda yardımına bağımlı insanlarda mikro



besinlere yetersiz erişim sonucu en sık görülen salgın hastalıklardandır. Bu bilinen eksikliklerin yanı sıra bireysel tedaviler de nüfus çapında müdahaleler ile birlikte ele alınmalıdır.

2. Alt-klinik (daha az belirgin) mikro besin eksikliği tanısı ve tedavisi:

Alt-klinik mikro besin eksikliğinin olumsuz sağlık sonuçları doğrudan biyokimyasal inceleme olmaksızın tespit edilemez. Bu alanda istisna olan anemidir, bunun için bir biyokimyasal test alanı (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 2, 3.2. Kılavuz notlar 6 sayfa 156 ve Ek 5: Kamu sağlığında mikro besin eksikliğinin ölçümü) nispeten kolayca oluşturulabilir. Dolaylı göstergeler, etkilenen nüfusun besin eksikliği riskini değerlendirmek için kullanılabilir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 2, Kılavuz notlar 6 sayfa 156 ve Ek 5: Kamu sağlığında mikro besin eksikliğinin ölçümü).

3. Önleme: Mikro besin eksikliğinin önlenmesi için stratejiler kısaca Gıda Güvenliği - gıda transferleri bölümünde açıklanmıştır. (bkz. Gıda Güvenliği - Gıda transferleri standardizasyonu 1 sayfa 180). Önleme aynı zamanda akut solunum yolu enfeksiyonu, kızamık, mikro besin depolarını tüketen sıtma ve ishal gibi parazit enfeksiyonları gibi hastalıkların kontrolünü gerektirir (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 1-2 sayfa 321-323). Tedavi süreci, hazırlıklı olma, vaka tanımlarının geliştirilmesi, aktif vaka bulmak için sistemlerin ve tedavilerin geliştirilmesini içerecektir.

4. Yaygın hastalıkların tedavisinde mikro besin kullanımı: Mikro besin desteğinin bazı hastalıkların önlenmesi ve tedavisine dâhil edilmesi gerekir. Bu, ishal tedavisi rehberlerinde yer aldığı gibi, kızamık aşısı, A vitamini desteğinin sağlanması, çinko ve oral rehidrasyon (su ve elektrolit) tuzlarının (ORS) alınmasını içerir (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 1-2 sayfa 321-323 ve Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 2 sayfa).

4. Gıda Güvenliği

Gıda güvenliği müdahaleleri “zarar vermeme” ilkesi gözetilerek kısa vadeli ihtiyaçları karşılanması ve etkilenen nüfus için onları potansiyel olarak olumsuz etkileyecek stratejilerin terk edilmesi temelinde gıda güvenliğinin uzun vadeli olarak inşa edilmesini amaçlamalıdır.

Doğru bir analizde, potansiyel yardım seçeneklerinin uygunluğu ve uygulanabilirliği incelenir (bkz. Gıda Güvenliği ve Beslenme Analizi standardı 1 sayfa 150). Gıda güvenliği yardımları bu bölümde genel gıda güvenliği, gıda transferleri, nakdî yardım ve gıda kuponu transferleri ve geçim kaynakları yardımları olarak gruplara ayrılmıştır.

Gıda gerekli ise uygun nakliye şekilleri düşünülmeli ve gıda kolisi, aynı yardım ve gıda kuponu transferlerine göre seçilmelidir. Geçim yardımları birincil üretim, gelir ve istihdam, pazar ürün ve hizmetlerine ulaşmayı içerir.

Nakdî yardımlar ve gıda kuponları, gıda güvenliği kapsamında olduğu gibi, diğer hizmetlerden yararlanmak için de kullanılabilir. Pazar kapasitesinin ve teslimat için uygun modellerin seçilmesi, gıda güvenliği faaliyetlerinin planlanmasında önemlidir.

Gıda güvenliği standartları belirlenirken, genel nüfus ve beslenme riski fazla olan zarar görebilir kişilerin ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Bu ihtiyaçlar karşılanana kadar beslenme bozukluğuna yönelik tedavilerin sınırlı bir etkisi olur çünkü bu tedaviden taburcu olan kişiler tekrar dengesiz gıda alımı durumuna gelir ve sağlıkları yine kötüye gider.

Hedef belirleme, teslimat ve dağıtım yöntemlerinin dâhili ve harici risklerini azaltmalıdır. Bu koşullarda gıda kuponu, nakdî yardımları ve diğer yardımların zorla alınması riski olabilir (örneğin savaştan taraflar tarafından). Gıda güvenliği müdahalelerinin çatışmaları daha da kötüleştirecek hale getirmemesi önemlidir.



Gıda güvenliği standardı 1: Genel Gıda güvenliği

İnsanların, hayatlarını devam ettirebileceği, sosyal değerlerini ve itibarlarını koruyabileceği kadar, uygun ve yeterli gıdaya ve gıda dışı kalemlere erişim hakkı vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Acil ihtiyaçları karşılamak için ilk yardımların tasarlanması (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gıda güvenliğini desteklemek, korumak ve teşvik etmek için önlemler alınması (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Yardımların sağlık analizi, ilgili riskler ve maliyetler ve insanların başa çıkma stratejileri temelinde olması (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Afet durumunda geçiş ve çıkış stratejilerinin geliştirilmesi, farkındalığın artırılması ve bunların uygulanması (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Hedef gruba uygun desteklere erişiminin sağlanması, gerekli bilgi, yetenek ve hizmetlerin sunulması (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Her yardımda doğal çevrenin korunması ve zarar görmemesinin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Farklı grup ve bireylere ulaşarak kabul seviyesinin ve yardımlara ulaşma seviyesinin izlenmesi ve ayırım yapmadan afetten etkilenen insanların tümünün kapsanması (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Yerel ekonomi, sosyal ağ, geçim kaynakları ve doğal çevre üzerinde yardımın etkilerinin değerlendirilmesi ve bulguların etkin şekilde paylaşılarak, diğer faaliyetlerin yönlendirilmesinde kullanılması (bkz. Kılavuz notlar 8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Gıda güvenliği, yardıma ihtiyacı duyan tüm etkilenen insanların öncelikli ihtiyaçlarını karşılar; onların onurunu zedelemeyen, onlara seçim hakkı sunarak itibarlarını korur.
- Hane halkı, negatif mücadele stratejilerine başvurmaz (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Nakit, gıda kuponu ya da bunların kombinasyonunun seçimi, detaylı analiz ve değerlendirmeler ile belirlenmektedir (bkz. Gıda Güvenliği - Nakdi Yardım ve Gıda Transferi Standardı 1 sayfa 200).

Kılavuz notlar

1. **Yaşam kurtarıcı müdahalelere öncelik tanınması:** Akut gıda güvensizliğinde gıda yardımı, nakdî yardım, kupon dağıtımı ya da bunların farklı kombinasyonları en yaygın öncelikli yardımlardır. Gıda yardımları, geçici olarak afetlerden etkilenen kişilerin bazı hizmetlerden ücretsiz yararlanmasını sağlamak, istihdam programları, geçim kaynaklarına üretken destek, stokların elden, hayvan yemi sağlama ve pazar desteği bu yardımlar kapsamındadır. Pazarların etkin ve erişilebilir olduğu zamanlarda ve ciddi enflasyon riski yok ise, öncelik normal pazar düzenlemelerinin yeniden oturtulması ve istihdam sağlayan ekonomik faaliyetlerin yeniden canlandırılmasına verilmelidir (bkz. Pazarlar ve gıda güvenliği müdahaleleri, referanslar ve diğer kaynaklar). Bu stratejiler, geçim kaynaklarının desteklenmesine katkı sağladığı takdirde, gelecekteki olası zarar görebilirliği azaltacağından, gıda dağıtımına nazaran daha büyük fayda sağlayacaktır. Kurumlar, bütünsel yardımların birbirini tamamlayıcı nitelikte girdi ve hizmet sunmasını sağlamak için birbirlerinin faaliyetlerini takip etmelidir.
2. **Gıda güvenliğinin desteklenmesi, korunması ve teşvik edilmesi:** Bu koşullarda çeşitli yardım ve danışmanlıklar yer alır. Acil ihtiyaçların karşılanması ve üretici kaynakların muhafazası ilk aşamalarda öncelikli iken, yardımlar uzun vadeli olarak planlanmalı ve diğer sektörler ile eş güdümlü olarak yürütülmelidir. Kısa sürede gıda güvenliğini sağlamak geçim olanaklarına dayalı çözümler bulmak kolay olmasa da, insanların sağlığını koruyan ve geçimlerine katkıda bulunan stratejiler geliştirilmeli ve şayet varsa, bu amaca uygun mevcut stratejilere destek verilmelidir. Gıda güvenliği ne yönelik müdahaleler, afette maddî kaynakların daha fazla kaybedilmesini engellemeli, kaybedilenlerin geri kazanımı için yönlendirmeli ve iyileşme sürecine katkıda bulunmalıdır.
3. **Başa çıkma stratejileri ile ilgili riskler:** Gıda güvenliği ve onurlu yaşama katkıda bulunan gıda güvenliği stratejileri desteklenmelidir. Ancak bu stratejiler maliyetli olabilir ve zarar görebilirliği arttıran risklere yol açabilir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1 sayfa 150). Riskler en kısa zamanda belirlenerek, bu tür stratejilerden kaçınmaları için insanları erken safhalarda uyarmalıdır. Örneğin, odun dağıtımı ve/veya yakıtla çalışan sobalar, doğal kaynakların aşırı kullanımını ve güvensiz alanlara gitmeyi önleyebilir ve nakdî bağışlar, mülk ve arazi satışlarını önleyebilir (bkz. Koruma ilkesi 1 sayfa 33).
4. **Normal duruma geçiş ve çıkış stratejileri,** özellikle yardımın uzun vadeli etkileri olabileceğinde, başından itibaren planlanmalıdır, örn. normalde ödemeli olan servislerin ücretsiz sağlanması, mesela veteriner hizmetleri, tekrar ödemeli hizmetlere geçişi zorlaştırabilir. Bir programın kapanmasından önce ya da yeni bir sürece geçmeden önce, daha nitelikli aktörlerin süreci devralabildiğinden emin olunmalıdır. Gıda, nakdî yardım ya da gıda kuponu



transferleri durumunda, mevcut sosyal koruma ya da uzun vadeli güvenlik ağ sistemlerine ya da danışman hükümetlere ve bağışçılara bağlanarak kronik gıda güvensizliğini çözen sistemler kurulmalıdır.

5. Bilgi, beceri ve hizmetlere erişim: Organizasyonel yapılar tasarlanarak kullanıcılar ile birlikte planlanmalı, böylece uygun şekilde muhafaza edilmeleri sağlanmalıdır. Bazı bireylerin özel ihtiyaçları olabilir, mesela AIDS nedeniyle öksüz kalan çocuklar, ailelerinde yer alan bilgi ve beceri transferlerinden mahrum kalabilir, bu da uygun hizmetler ile sağlanmalıdır.

6. Çevresel etki: Üretim için doğal kaynaklar ve afetten etkilenen insanların (ve ev sahibi olan kişilerin) geçim kaynakları korunmalıdır. Çevre üzerindeki etkiler yardımın planlama ve analizinde ele alınmalıdır. Örneğin kamplarda yaşayan insanlar yemek pişirmek için yakıtı ihtiyaç duyarlar, bu da ormanların yok edilmesini çabuklaştırır, potansiyel olarak çevreye zarar verir (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 2 sayfa 184). Yardımlar, çevrenin iyileşmesine de yardımcı olmalıdır. Örneğin, bir kuraklık sırasında stokların boşaltılması otlak üzerindeki baskıyı azaltır, hayvanlar için daha fazla otlağın kullanılabilmesini sağlar. Mümkün olan yerlerde yardımlar doğal kaynakların yönetimi için insanların kapasitesini geliştirmelidir. Doğal kaynaklar üzerinde olumsuz etkilere neden olabilecek yardımlar ve yakıt çatışması bu nedenle değerlendirilerek hafifletilmelidir (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).

7. İmkanlara erişim ve kabul edilebilirlik: Farklı grupların katılım düzeylerini belirlemeden önce, risk altındaki gruplara özel önem gösterilerek, yardım alanların özellikleri tanımlanmalı ve sayıları öngörülebilir. Katılım çoğunlukla, kolay erişilebilirlik ve aktivitelerin katılımcılarca kabul edilebilirliği ile belirlenir. Bazı gıda güvenliği müdahaleleri, ekonomik olarak aktif kesimleri hedef alsa da ayırım yapmamalı ve risk altındaki tüm grupları ve bireyleri korumayı hedeflemelidir. Çalışma kapasitesi, evdeki çalışma yükü, çocuk bakma sorumluluğu, sürekli hastalık ya da sakatlık gibi kısıtlamalar, kadınların, yaşlıların ve engellilerin katılımını sınırlandırabilir. Bireysel tercihler temelinde belirlenecek hedefler toplumdaki bütün gruplara danışarak oluşturulmalıdır (bkz. Koruma İlkesi 2 sayfa 36).

8. İzleme ve değerlendirme: Rutin izlemenin yanı sıra gıda güvenliği hakkında daha geniş kapsamlı bir durum analizi yapmak, programın işe yararlılığını değerlendirmek, bazı aktivitelerin ne zaman yürürlükten kaldırılacağını, hangi değişikliklerin ya da yeni projelerin uygulamaya gireceğini belirlemek ve tarafların hangi projelerin ihtiyacı olduğunu görmek açısından gereklidir.

Değerlendirme, OECD tarafından kaydedilen geliştirme yardım komitesi kriterlerini temel almalıdır, bu kriterler şunları ölçer: Uygunluk, bağlılık, tutarlılık, kapsam, verimlilik, etkinlik ve etki.

4.1. Gıda Güvenliği – Gıda Transferleri

Gıda transferlerinin amacı, insanların yeterli kalite ve miktarda gıdaya güvenli erişimini sağlamak ve bunları güvenli şekilde hazırlamaları ve tüketmeleri için araçlar sunmaktır.

Genel (ücretsiz) gıda dağıtımlarının gerekli olduğu analiz edildiğinde gıdaya en çok ihtiyacı olanlar hedeflenir ve hedef kitle diğer yollarla gıdalarını üretebildiği ya da gıdalarına erişebildiği zaman yardım sonlandırılır. Hedef kitle, şartlı transfer ya da geçim yardımları gibi diğer yardım türlerine geçmeyi isteyebilir. Risk altındaki bireylere normal erzakların yanı sıra destek gıdalar da gerekebilir (örn. 6-59 aylık çocuklar ve hamile ve emziren kadınlar). Kapsama bağlı olarak bu geniş kapsamlı (genel) ya da hedefli yardım olabilir (bkz. Akut yetersiz beslenme ve mikro besin eksikliklerinin yönetimi standardı 1 sayfa 165).

Genel gıda dağıtımları ve takviye beslenme için uygun yerlerde eve götürmeye hazır erzak sağlanır. İnsanların pişirme olanakları olmadığında yerinde beslenme tercih edilir (afetten hemen sonra ya da nüfus hareketleri sırasında), burada güvensizlik gıdayı eve götürülen kişileri ya da acil okul beslenmelerini riske atar (eve götürülen erzaklar okullarda da dağıtılabılır).

Tedarik zinciri yönetimi (SCM) sağlam ve hesap verebilirliğe uygun olmalıdır. Afet yardımlarında insanların hayatı tehlikede olabilir ve gıda transferleri sıklıkla afet yardımlarının önemli bir bölümünü oluşturur. Teslimat ve dağıtım sistemleri, toplum seviyesinde de her aşamada izlenmeli ve etkin iletişim ile şeffaflık sağlanmalıdır. Periyodik değerlendirmeler ile bulgular dağıtılmalı ve etkilenen nüfus, yerel kurumlar ve paydaşlar ile tartışılmalıdır.



Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 1: Genel beslenme gereksinimleri

Risk altında olanlar da dâhil afetten etkilenen insanların beslenme ihtiyaçlarının karşılanması

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Durum stabil ya da büyük ölçüde geriliyor ise gerekli olan gıda nitelik ve niceliğinin belirlenmesi (bkz. Kılavuz notlar 1, 4-5).
- Gıda transferlerinin enerji, protein, yağ ve mikro besinler açısından ilk planlama gereksinimleri standardında tasarlanması ve yerel duruma göre düzenlenmesi (bkz. Anahtar göstergeler, Kılavuz notlar 2 ve ek 6: Beslenme gereksinimleri).
- Nüfusun, gıda ve beslenme desteğine uygun şekilde erişiminin sağlanması, korunması ve desteklenmesi (bkz. Kılavuz notlar 3-8).
- 6-24 aylık çocukların besleyici, enerjisi yoğun tamamlayıcı gıdaları alması ve hamile, emziren kadınların ek besleyici desteğe erişiminin olması (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Hanelerde PL HIV dâhil, belirli işlev bozukluğu olan, zarar görebilir veya kronik hasta üyelerin uygun besleyici gıda ve yeterli beslenme desteğine erişiminin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 6-8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Beslenme gereksinimlerini karşılanması lifli gıdalara (tahıl veya kök), bakliyatlara (veya hayvansal ürünler) ve yağ kaynakları gibi bir dizi gıdaya erişimin kapsamaktadır (bkz. Kılavuz notlar 2-3, 5).
- Ailelerin çoğunun (yüzde > 90) iyotlu tuza yeterli erişimi olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2-4 ve ek 6: Beslenme gereksinimleri).
- Eğer başlıca ürün mısır ya da süpürge darısı (sorgum) ise, (nikotinic asit-B kompleks vitamin) kaynaklarına yeterli erişim vardır (örn. bakliyat, fındık, kurutulmuş balık) (bkz. Kılavuz notlar 2-3 ve ekler 5: Kamu sağlığında mikro besin eksikliğinin ölçümü ve 6: Beslenme gereksinimleri).
- Eğer başlıca ürün parlatılmış, piring ise ek tiamin kaynaklarına erişim var (örn. bakliyat, fındık, yumurta) (bkz. Kılavuz notlar 2-3).

- İnsanların çok sınırlı diyetle bağlı iseler, ek riboflavin (B2 Vitamin) kaynaklarına yeterli erişim vardır (bkz. Kılavuz notlar 2-3).
- İskorbut, pelagra (vitamin eksikliği), beriberi (B1 vitamin eksikliğine bağlı sinir hastalığı) ya da riboflavin (B2 Vitamin eksikliği) vakaları yok (bkz. Kılavuz notlar 5 ve ek 5: Kamu sağlığında mikro besleyici eksikliğinin ölçümü).
- A vitamini eksikliği, demir eksikliği anemi ve iyot eksikliği bozukluklarını, önemli derecede kamu sağlığını tehdit eden bir durum olarak değerlendirilmez (bkz. Kılavuz notlar 5 ve ek 5: Kamu sağlığında mikro besleyici eksikliğinin ölçümü).

Kılavuz notlar

1. **Gıdaya erişimin yorumlanması:** Gıdaya erişim, gıda tüketimi skoru ya da diyet çeşitliliği araçları gibi analitik yollarla ölçülebilir. Gıda güvenliği, pazara erişim, geçim kaynakları, sağlık ve beslenme gibi değişkenleri içeren yaklaşımlar durumun sabit ya da gerilemekte olduğu ve gıda müdahalelerinin gerekip gerekmediğini gösterir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1 sayfa 150).
2. **Beslenme gereksinimleri ve erzak planlama:** Ek 6 beslenme gereksinimlerinde açıklandığı gibi nüfusun asgari gereksinimlerini karşılamak için aşağıdaki tahminler genel erzak planlamasında kullanılmalıdır:
 - 2.100 kcal / kişi / gün
 - Protein ile sağlanan toplam enerji %10
 - Yağ ile sağlanan toplam enerji %17
 - Yeterli mikro besin alımı.

Genel gıda erzakları, erzak planlama araçları kullanılarak tasarlanabilir (örn. NutVal). İnsanların gıdalara erişimi yoksa, dağıtılan tüm erzak toplam beslenme gereksinimlerini karşılamalıdır. Etkilenen nüfusun ortalama erişebildiği gıda miktarına ulaşması için doğru hesaplar yapılmalıdır. (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1 sayfa 150). Erzaklar daha sonra planlanarak beslenme gereksinimleri ile insanların kendileri için neler sağlayabildikleri kıyaslanır. Bu nedenle, standart gereksinimi 2,100 kcal/kişi/gün ve analiz hedef gruptaki insanların kendi kaynaklarından ortalama 500 kcal/kişi/ gün alabildiğini gösteriyor ise, erzak $2,100 - 500 = 1,600$ kcal/kişi/gün sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bir diyetin enerji içeriğinin yanı sıra protein, yağ ve vitamin ile mineralleri içermesi de önemlidir.



Erzaklar, bir diyetin tüm enerji içeriğini sağlıyorsa, yeterli miktarda besin içeriyor demektir. Bir erzakta sadece enerji gereksiniminin bir kısmını karşılayan besinler varsa, iki yaklaşımdan biri seçilir. Nüfusun elde ettiği diğer gıdaların besin içeriği bilinmiyor ise, erzak dengeli bir besin içeriğine sahip olmalı, erzak enerji içeriğine orantılı olmalıdır. Nüfusun elde ettiği diğer gıdaların besin içeriği biliniyor ise erzak bu besinleri tamamlayıcı şekilde tasarlanabilir. Genel erzaklar için ortalama plan rakamları, hamile ve emziren kadınların ek ihtiyaçlarını da göz önüne almalıdır. Genç çocuklar için yeterli ve kabul edilebilir yiyecekler, mesela zenginleştirilmiş içerikli gıdalar, erzakta bulunmalıdır (bkz. Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 2 sayfa 160). Eşitlik sağlanarak benzer şekilde etkilenen insanlara aynı gıdaların ulaşmasına özen gösterilmelidir. Planı yapanlar, farklı erzak ölçeklerinin toplumlarda tansiyonun artmasına neden olabileceğini unutmamalıdır. Aşırı miktarda mikro besinlerin hazmı tehlikeli olabilir ve gıda malzemelerini planlayanlar bunu özellikle düşünerek, zengin içerikli farklı gıdaların pakette yer almasını sağlamalıdır.

3. ***Akut beslenme bozukluğu (dengesiz beslenme) ve mikro besin***

eksikliği: Anahtar gıda göstergeleri karşılandysa, genel nüfusta besin durumunun gerilemesi önlenir ve kızamık, sıtma, parazit enfeksiyonları gibi hastalıkların önlenmesi için sağlık önlemleri alınır (bkz. Gerekli sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 1-2 sayfa 312-314). Gıda yardımı erzaklarının yeterli mikro besin içeriği, sınırlı gıda türü olan hallerde eksik kalabilir. Erzakların beslenme kalitesini artırmak için seçenekler arasında zenginleştirilmiş gıdaların bulunması, yerel olarak satın alınan ürünler ile eksik besinlerin tamamlanması ve lipit bazlı, yoğun besinli, kullanıma hazır ya da mikro besin tableti ya da tozlar ile takviye gıdaların sağlanması yer alır. Bu ürünler 6-24 ya da 6-59 aylık çocuklara, hamile ya da emziren annelere yönelik olabilir. İstisna olarak besin içeriği zengin gıdalar erzaklardaki gıda miktarını artırır ve daha fazla gıda takası düşünülebilir ancak maliyet etkinliği ve pazar üzerindeki etkileri de göz önüne alınmalıdır. Diğer seçenekler arasında mikro besin eksikliğini önlemek için, besleyici gıdalara erişim sağlayarak gıda güvenliği teşvik edilebilir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1 sayfa 150 ve gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 1-2 sayfa 204-208). Nakliye, işleme, pişirme sırasında kaybolabilen mikro besinler, vitamin ve minerallerin kimyasal formlarının biyolojik elde edilebilirliği de düşünülmelidir.

4. **Erzak kullanımının takibi:** Anahtar göstergeler, gıdaya erişimi gösterir ancak gıdanın kullanımı ya da besinin biyolojik olarak kolay bulunup bulunmayacağını göstermez. Besin alımlarının doğrudan ölçülmesi bilgi toplama gerçeği olmayan bir gereksinimdir. Ancak kullanım dolaylı olarak çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgilerle hesaplanabilir. Bu kaynaklar arasında gıda kullanılabilirliğinin izlenmesi ve aileler seviyesinde kullanımı, gıda fiyatlarının analizi, yerel piyasadaki bulunuşu, yardım dağıtım planlarının ve kayıtlarının incelenmesi, yabani gıda katkılarının analizi ve gıda güvenliği analizleri yer alır. Evlerde gıda tahsisi her zaman eşit olmayabilir ve zarar görebilir olan bireyler durumdan etkilenebilir ancak bu durumu yerelde ölçmek mümkün değildir. Uygun dağıtım mekanizmalarının sağlanabilmesi için (bkz. gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 5 sayfa 192), gıdanın seçimi ve etkilenen nüfus ile istişare içinde olmak, evlerde gıda tahsislerinin daha iyi olmasını sağlayabilir (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55).
5. **Özellikle yaşlı insanlar afetlerden daha fazla etkilenebilirler.** Gıdaya erişimi azaltan ve besin gereksinimini arttıran risk faktörleri hastalık ve engelli olma, psiko- sosyal stres, çok nüfuslu aileler, soğuk hava şartları ve yoksulluktur. Yaşlılar kolayca gıda yardımlarına ulaşabilmelidir (gıda transferleri dâhil). Yiyeceklerin hazırlanması ve tüketilmesi kolay olmalı, yaşlıların ek protein ve mikro besin ihtiyaçlarını karşılamalıdır.
6. **HIV ile yaşayan insanların pek çok faktör sonucu,** yetersiz beslenme riskleri daha fazla olabilir. Bunlar arasında iştah kaybı, yeme güçlüğü, ishal nedeniyle zayıf emilim, parazit ya da benzer bağırsak hücreleri hasarları, metabolizma değişikliği ve kronik enfeksiyonlar olabilir. PL HIV insanların enerji ihtiyaçları, enfeksiyonun aşamasına göre değişir. PL HIV insanlar, AIDS başlangıcını geciktirmek için mümkün olduğu kadar iyi beslenmeli ve sağlıklı kalmalıdır. Besinlerin öğütülmesi ve zenginleştirilmesi, harmanlanmış ya da özel gıda takviyelerinin sunulması, yeterli bir rejime erişim için olası stratejilerdir. Bazı durumlarda erzakların genel boyutunu arttırmak uygun olabilir. Anti retroviral terapinin sağlanması (ART) ve destekleyici roller de bu tedavinin destekleyicisi olabilir.
7. **Engelli bireyler:** Engelli bireyler, bir afet durumunda aile üyelerinden ve bakıcılarından ayrılma riski ile karşılaşabilir. Ayrıca gıda erişimi konusunda ayrımcılığa maruz kalabilirler. Riskleri belirlemek ve azaltmak için gıdaya fiziksel erişim, beslenme desteği sağlamak ile ilgili mekanizmalar geliştirilmelidir (örn. kamyol ve çatallı sağlanması, ev ziyaretleri için sistemler



geliştirmek ya da uzaktan yardım) ve besin açısından yoğun ve enerji içerikli gıdalara erişim sağlanmalıdır. Özel beslenme riskleri arasında çiğneme ve yutma zorlukları (daha az gıda alımı ve boğulmaya neden olur), beslenme sırasında uygun olmayan duruş, gıda ve güneş ışığına erişimi engelleyen az hareketlilik (D Vitamini durumu) ve peklik, serebral palsili (beyin felci) insanları etkileyebilir.

- 8. Bakıcılar ve bakımlarını üstlendikleri kişiler** özel beslenme engelleri ile karşılaşabilir. Örneğin hasta oldukları ya da hastaya baktıkları zaman gıdaya erişim için daha az zamanları olabilir ve hijyen koşulları için daha fazla zaman ayırmaları gerekebilir, tedavi masrafları ya da cenazeler için takas yapmak üzere az varlıkları olabilir ve sosyal baskı ile ya da toplu destek mekanizmalarının azalması ile karşılaşabilirler. Hasta bakıcıların desteklenmesi ve savunmasız insanların bakımının kesintiye uğramaması önemlidir, sunulan destekler beslenme, hijyen, sağlık ve psiko-sosyal destek, koruma içerikli olmalıdır. Mevcut sosyal ağlar, bu alanlarda toplum içinde seçilen üyelerin eğitilmesi için kullanılabilir (bkz. koruma İlkesi 4 sayfa 41).

Gıda güvenliği - gıda transfer standart 2: Uygunluk ve kabul edilebilirlik

Temin edilen gıda maddeleri alıcılar için uygun ve kabul edilebilir olmalıdır, bu şekilde hanelerde etkin ve verimli şekilde kullanılabilir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Gıda maddelerinin analizi ve program tasarımı sırasında afetten etkilenen insanlara danışılmalı ve gıda seçimi hakkındaki kararlar bildirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- İnsanların gıda depolama, su ve yakıta erişim kapasiteleri ve pişirme süreleri ile gıda türlerini seçerken gereksinimleri analiz edilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Dağıtılan yemeğe aşına değilse, yemeği hazırlayacak kişilere gerekli bilgiler yerel dilde sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Bütün tahıl dağıtılıyorsa, alıcıların bunları evde öğütme/işleme araçları olduğundan emin olunmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Afetten etkilenen insanların, baharatlar da dâhil, kültürel olarak önemli maddelere erişimi sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Program kararları, hedef kitlelerin gıda maddeleri seçimine katılımına bağlıdır (bkz. Kılavuz notlar 1 ve 4).
- Program tasarımı, su, pişirme yakıtı ve gıda işleme ekipmanlarını içermelidir (bkz. Kılavuz notlar 2-3).
- Toz şeklinde ya da sıvı süt ve süt ürünlerinin tekil ürün olarak dağıtımı gibi genel bir dağıtım yoktur (bkz. Kılavuz notlar 5).

Kılavuz notlar

1. **Aşinalık ve kabul edilebilirlik:** Bir gıda sepeti seçerken besin değeri birincil öncelik iken ürünler alıcıları tarafından bilinmeli ve dini ve kültürel normlara uygun olmalı, hamile ve emziren anneler için gerekli tabu gıdaları da içermelidir. Savunmasız insanların gıda seçiminde fikirleri alınmalıdır. Bilinmeyen gıdalar kullanılıyorsa yerel olarak lezzetli bulunma potansiyeli olmalıdır. Analiz raporlarında ve bağışçı taleplerinde, gıda seçimi (dâhil ve hariç) açıklanmalıdır. Afetler pişirme olanaklarını engelliyor ise hazır gıdalar seçilmelidir. (ayrıca bkz. Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 2 sayfa 160). Pişirme olanakları yok ise, bilinmeyen gıda sağlama ve özel acil durum erzaklarına alternatif olmayabilir ve bu da göz önüne alınmalıdır.
2. **Gıda depolama ve hazırlama:** İnsanların yiyeceklerini depolama olasılığı, seçilen ürüne göre belirlenmelidir. Su gereksinimleri için bkz. Su temin standardı 1 sayfa 97. gıda seçimi hakkında bilgilendirmek için faydalanıcıların sağlık risklerinden kaçınmak ve çevresel gerilemeyi önlemek için yemeği pişirmelerini sağlamak ve odun - yakıt toplanmasından kaynaklı güvenlik risklerini belirlemek için yakıt analizi yapılmalıdır. (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33). Genel olarak temin edilen gıda uzun süreli pişirme süresini ya da fazla miktarda suyu gerektirmemelidir. Öğütülmüş tahıl normalde pişirme süresini azaltır. Pişirme ekipmanları için bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 6 sayfa 197 ve Gıda-dışı maddeler standardı 3-4 sayfa 273-274.
3. **Gıda işleme:** Bütün tahıllar uzun raf ömrü avantajına sahiptir ve alıcılar için daha değerli olabilir. Hanelerde öğütme geleneksel ise ya da yerel değirmenlere ulaşmak mümkün değilse bütün tahıllar dağıtılabılır. Küçük ticari değirmenler için olanaklar sağlanabilir: Bu bakteri, yağ ve enzimleri giderir (acılığa neden olan) ve raf ömrünü artırır ancak protein içeriğini azaltır. Öğütme mısır için özellikle gerekli olabilir. Öğütülmüş mısırın raf ömrü sadece altı ila sekiz haftadır ve tüketmeden kısa süre önce öğütülmelidir. İthalat ve tüm tahılların dağıtımı hakkındaki ulusal kanunlara uyulmalıdır. Alıcıların öğütme maliyetleri nakdi yardım ya



da kuponla karşılanması, ek tahlil ya da öğütme ekipmanları için daha az tercih edilen bir yöntemdir.

4. **Kültürel olarak önemli maddeler:** Analiz, kültürel olarak önemli baharatları ve günlük alışkanlıkların önemli bir parçası olan diğer gıda maddelerini içermelidir (örn. baharat ve çay) ve insanların bu maddelere erişimini desteklemelidir. Özellikleri insanların uzun süreli olarak erzaklara bağlı olacağı zamanlarda gıda yardımı buna göre tasarlanmalıdır.
5. **Süt:** Serbest ya da finanse edilmiş bebek formülleri, süt tozu, sıvı süt ya da süt ürünleri tekil ürün olarak sağlanmamalıdır (bu koşullarda çayla karıştırılan süt de vardır) çünkü bunların ayrılmadan kullanımı ciddi sağlık problemlerine neden olabilir. Süt içeren müdahaleler, IFE Operasyon Rehberine uygun olarak süt, Uluslararası BMS pazarlama Kuralları ve ardıl WHA kararlarına uygun olarak yapılmalıdır (bkz. Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 1-2 sayfa 159-160).

Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 3: Gıda kalitesi ve güvenliği

Dağıtılan gıda, insan tüketimine uygun ve gerekli kalitede olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır)

- ▶ Alıcı ülkenin ulusal standartlarına ve diğer uluslararası standartlara uyan gıdaların seçilmesi (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- ▶ Son kullanma tarihinden önce dağıtılmalı ve en uygun kullanım tarihinden önce tüketilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- ▶ Alıcılara, dağıtılan gıdanın kalitesi hakkında danışılmalı ve ortaya çıkan problemler ele alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- ▶ Sağlam, taşıma, depolama ve dağıtımına uygun, çevreye zarar vermeyen gıda paketleri seçilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 4).
- ▶ Gıda paketleri uygun dilde etiketlenmeli ve potansiyel olarak tehlikeli ve paketlenmiş gıdalar için üretim, kaynak, son kullanma tarihi ile detaylı besin içerikleri yazılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4).
- ▶ Yiyecekler uygun şartlarda taşınmalı ve depolanmalı, depolama yönetiminde en iyi uygulamalar seçilmeli, gıda kalitesinde sistematik kontroller yapılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm alıcıların "amaca uygun" gıdaya erişimi sağlanır: Güvenlik için gıdalar sağlık üzerinde risk oluşturmamalı, kalite açısından gıdalar kalite özelliklerine uymalı ve besleyici olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 4).
- İzlenebilirlik çalışmaları, tüm hedef grubun şikayetlerini izler ve çözülmesini sağlar (bkz. Kılavuz notlar 3).

Kılavuz notlar

1. **Gıda kalitesi:** Gıdalar, alıcı hükümet ve/veya Kodeks Alimentarius standartlarına, kalite, paketlenme, etiketleme ve amaca uygunluk açısından uymalıdır. Gıdalar her zaman insan tüketimi için uygun olmalı ve amaca da uygun olmalıdır. Gıdaların amaçlanan kullanım için uygun kalitede olmaması durumunda insan tüketimi için uygun olsa bile amaca uygun değildir (örn. un kalitesi tüketime uygun olsa da evsel seviyede ekmek yapmaya yeterli değildir). Kalite testi için numuneler alınarak sistematik şekilde satın alan kurumlarda test edilmeli ve kalitenin uygunluğu onaylanmalıdır. Gerekli zamanlarda yerel olarak alınan gıdalar ya da ithal edilen gıdalar, bitki sağlığı sertifikaları ve diğer inceleme belgeleri ile birlikte sağlanmalıdır. Rastgele test, stoklarda yapılmalıdır. Uygun ürünlerde tütsüleme yapılmalı ve prosedürlere uyulmalıdır. Büyük miktarda gıda varsa ve kalitesi hakkında şüphe duyuluyorsa, bağımsız kalite denetçileri konsinyeleri incelemelidir. Gıda konsinyelerinin yaş ve kalitesi hakkında tedarikçi belgelerinden, kalite inceleme raporlarından, paket etiketlerinden ve ambar raporlarından bilgi alınabilir. Amacına uygun olmayan gıdalar dikkatlice bertaraf edilmelidir (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 4, Kılavuz notlar 10 sayfa 190).
2. **Genetiği değiştirilen gıdalar:** Genetiği değiştirilen gıdalar ile ilgili yerel yönetmelikler anlaşılmalı ve uyulmalıdır. Bu yönetmelikler, ithalatı beklenen gıda transferlerini planlamada göz önüne alınmalıdır.
3. **Şikayetler ve cevap mekanizması:** Kurumlar gıda güvenliği ve kalitesi hakkında alınan şikayet ve cevap mekanizmalarının hesap verebilirlik için yerinde olmasını sağlamalıdır (bkz. Temel Standart 1, Kılavuz notlar 2 sayfa 56).
4. **Paketlenme:** Mümkünse paketlenme, yeniden ölçüm (örn. kepçeleme) ya da yeniden paketlenme olmadan doğrudan gönderimi sağlamalıdır, uygun paket boyutları, erzak standartlarının karşılanmasını sağlayabilir. Gıda paketleri politik ya da dini motif ya da doğasında bölücü mesajlar içermemelidir. Çevresel riskler, paketlenme seçimi ve boş paketlerin yönetimi yoluyla asgariye



indirilmelidir (kese ve kutular gibi). Kullanıma hazır gıdaların paketleri, güvenli bertaraf için özel kontroller gerektirebilir (folyo sargılar gibi).

5. **Depolama, kuru ve hijyenik bir alanda olmalı**, hava şartlarından korunmalı ev kimyasal ya da diğer kalıntılardan uzak tutulmalıdır. Böcek ve kemirgenlere karşı güvence altında olmalıdır (ayrıca bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 4 sayfa 188 ve katı atık yönetimi standardı 1 sayfa 117).

Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 4: Tedarik zinciri yönetimi (SCM)

Tarafsız, şeffaf ve detaylı sistemler ile maliyet ve ürünler iyi yönetilmelidir

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Koordine ve etkili bir SCM (Tedarik Zinciri Yönetim) sistemi kurulmalı ve bunun için uygun yerlerde yerel kapasite kullanılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- Sözleşmeler yapılırken şeffaf, adil ve açık prosedürler izlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 4).
- Tedarikçiler ve hizmet sağlayıcılar ile sağlam ilişkiler kurulmalı ve etnik uygulamalar güçlendirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 4-5).
- SCM sisteminin her seviyesinde personel eğitilmeli ve denetlenmeli, gıda kalite ve güvence prosedürleri gözetilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Envanter, raporlama ve mali sistemler ile ilgili uygun prosedürler kurulmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6-8).
- Tüm kayıplar, hırsızlık dâhil, asgariye indirilmeli ve muhasebesi tutulmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 9-11).
- Gıda yolları izlenmeli ve yönetilmeli, bu şekilde yasal olmayan değiştirmeler önlenmeli ve tüm paydaşlar, tedarik zincirinin performansı hakkında bilgilendirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 12-13).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yiyecekler, istenen dağıtım noktalarına ulaşır (bkz. Kılavuz notlar 1 ve 7).
- Ürün izleme sistemleri, envanter muhasebesi ve raporlama sistemleri, başından itibaren uygulanır (bkz. Kılavuz notlar 7-8, 11-13).

- SCM analiz raporları, yerel SCM kapasitelerinin envanterini, yerel gıda kullanımını ve yerel lojistik altyapısını göstermelidir (bkz. Kılavuz notlar 2-3).
- SCM raporları şunları içermelidir:
 - Sözleşmelerin verilmesinde şeffaf, adil ve açık sistemlerin kanıtı
 - Tedarikçi/servis sağlayıcı performans yönetimi ve raporlarının kanıtları
 - Eğitimli SCM personelinin sayısı ve oranı
 - Dokümantasyonun tamlığı ve doğruluğu
 - Kayıplar yüzde 2'den az olmalı ve tüm yiyecekler sayılmalıdır
 - Düzenli olarak rota analizi yapılmalı ve paydaşlar gıda zinciri ve rotası konusunda bilgilendirilmelidir.

Kılavuz notlar

1. **Tedarik zinciri yönetimi**, lojistik yaklaşımının bütünsel bir parçasıdır. Ürün seçiminden başlamak üzere kaynak, tedarik, kalite güvence, paketleme, nakliye, ulaşım, depolama, envanter yönetimi ve sigortayı içerir. SCM pek çok farklı ortak içerir ve faaliyetlerin koordine olması önemlidir. (bkz. Temel Standart 2 sayfa 58). Yönetim ve izleme uygulamaları dağıtım noktalarından koruma altında olmalıdır. Ancak insani yardım kurumları da gıdanın hedef gruba ulaşmasından sorumludur (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 5-6 sayfa 192-197).
2. **Yerel hizmetlerin kullanılması**: Alan dışından kaynak almadan önce yerel kapasite analiz edilmelidir. Yerel kaynakların tehdit oluşturmaması ve topluma zarar vermemesi için özen gösterilmelidir. Yerel ya da bölgesel nakliye şirketlerinin yerel yönetmelikler, prosedürler ve tesisler ile ilgili bilgileri vardır ve ev sahibi ülkenin kanunlarına uygunluk sağlamada yardımcı olurlar. Çatışma ortamında, servis sağlayıcıların güvenlik araştırmaları özellikle yararlı olacaktır.
3. **Yerel kaynak ve ithalat**: Ürünlerin yerelde kullanılabilir olması, yerel üretim ve pazar sistemlerinin yerel ya da ithal olması analiz edilmeli, çevresel sürdürülebilirliği incelenmelidir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1 sayfa 150 ve Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 1 ve 3 sayfa 204-211). Pazarlar yerel ya da bölgesel olarak alışverişi desteklemelidir, bu çiftçilere, daha fazla üretim yapmak ve yerel ekonomiyi kaldırmak için teşvik olabilir. Çeşitli örgütlerin olduğu yerlerde, yerel kaynaklar mümkün olduğu kadar koordine edilmelidir. Diğer ülke için ürün kaynakları da kredi ve



toplamlar, ulusal tohum rezervleri ya da ticari tedarikçi sözleşmeleri ile gıda programlarına alınmalıdır (bağışçı sözleşmeleri gerekebilir).

4. **Tarafsızlık:** Adil ve şeffaf sözleşme prosedürleri, yolsuzluk ve kayırmayı önleyecektir. Servis sağlayıcıların performansı değerlendirilmeli ve listeler güncellenmelidir.
5. **Beceri ve eğitim:** Deneyimli SCM Uygulayıcıları ve program yöneticileri SCM sistemini kurmak üzere mobilize edilmeli ve personeli eğitmelidir. Özel uzmanlık türleri arasında sözleşme yönetimi, nakliye ve depo yönetimi, envanter yönetimi, öncelik analizi, bilgi yönetimi, nakliye takibi ve ithalat yönetimi vardır. Eğitim yapılırken ortak organizasyon ve servis sağlayıcıların yerel dilinde olmasına dikkat edilmelidir.
6. **Gıdanın ödeme için kullanılmaması:** Depoya boşaltma ve dağıtım noktalarına götürme gibi lojistik operasyonlarının ödenmesi için gıdanın kullanımından kaçınılmalıdır. Nakdi yardım mümkün değilse ve gıda kullanılmışsa, gerekli düzenlemeler yapılarak orijinal olarak planlanan miktarda gıdanın hedef nüfusa ulaştırılması sağlanmalıdır.
7. **Raporlama (lojistik kümesi ve kurumlar arası dâhil):** Çoğu gıda bağışçılarının özel raporlama gereksinimleri vardır ve tedarik zincirinin yöneticileri bu gereksinimlerin farkında olmalıdır ve bunları karşılayan sistemler kurmalıdır. Konum bilgileri ve diğer SCM raporları şeffaf şekilde paylaşılmalıdır.
8. **Dokümantasyon:** Ürünlerin alındığı, depolandığı ve/veya dağıtıldığı yerlerde yerel dilde yeterli dokümanlar ve formlar (fatura, stok defterleri, rapor formları vs.) sağlanmalıdır, bu şekilde işlemlerin belgeli denetimi sağlanır.
9. **Depolama:** Gıdalar için belirlenen depolar ortak tesislere nispeten tercih edilir ancak iyi yönetim ile ortak tesislerdeki riskler de azaltılabilir. Bir depo seçilirken tehlikeli gıdaların bulunmaması ve kirlilik riski olmaması önemlidir. Göz önüne alınması gereken faktörler arasında güvenlik, kapasite, erişim kolaylığı, yapısal izolasyon (duvar, kapı ve zemin) ve sel tehdidinin olmaması vardır.
10. **İnsan tüketimine uygun olmayan ürünlerin bertaraf edilmesi:** Hasarlı mal insan tüketimi için uygun ya da uygun olmayan olarak müfettişler (örneğin gıda güvenliği uzmanları halk sağlığı laboratuvarları gibi) tarafından kontrol edilmelidir. Yiyeceklerin bertaraf edilmesi bir sağlık tehlikesi haline gelmeden hızla yürütülmelidir. Uygun olmayan malların imha yöntemleri, hayvan yemi

olarak satma ve gömme / yakma yöntemlerini içerebilir ve ilgili makamlarca denetlenir. Hayvan yemi olarak satmak için, amaca uygun olduğunu gösteren belgelendirmeler olmalıdır. Her durumda, uygun olmayan mal, insan ya da hayvan gıda tedarik zincirine girmemeli ve imha edilmeli, çevreye zarar vermemeli ve su kaynaklarını kirletmemelidir.

11. Tedarik zinciri tehditleri: Silahlı çatışma veya genel güvensizlik durumlarında, savaşan tarafların yiyecekleri yağmalama tehlikesi vardır, depolar ve ulaşım yollarının güvenliği için riskler asgari düzeye indirilmelidir. Tedarik zincirinin her aşamasında hırsızlık için potansiyel vardır. Kontrol sistemleri tüm depolarda denetlenmeli ve bu riski azaltmak için teslimat ve dağıtım noktaları kurulmalıdır. İç kontrol sistemlerinde hile riskini azaltmak için sorumlulukların bölünmesi sağlanmalıdır. Stoklar düzenli olarak kontrol edilmelidir. Önlemler sadece tedarik zincirinin bütünlüğünü sağlamak için değil, aynı zamanda analiz etmek için de uygulanmalıdır (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).

12. Konum analizi düzenli olarak yapılmalı ve seviye, beklenen ulaşım, dağıtım bilgileri, tedarik zincirinde yer alan paydaşlar arasında paylaşılmalıdır. Stok seviyelerinin izleme ve tahmini beklenen eksiklik ve problemleri ortaya çıkarmalı ve zamanında çözümler bulunmalıdır. Ortaklar arasındaki bilgi paylaşımı, rota kırımlarını önlemeyi kolaylaştırabilir. Kaynaklar yetersiz ise rota kırımları kaçınılmaz olabilir. Bu durumda yemek sepetindeki maddelerin önceliklendirilmesi, kaynak planlamada gerekli olabilir (yani ne almak istediğinizi seçmek). Paydaşlara danışılmalı ve çözümler, faydalanıcıların erişim sağladığı gıda türlerinin muafiyeti ya da genel erzakların boyutunun azaltılmasını içermelidir (fiziksel ve ekonomik).

13. Bilgi sağlama: Yanlış anlamalardan kaçınmak için tüm paydaşlar yerine gerekli paydaşlara ilgili bilgiler sağlanmalıdır. Yerel medya, geleneksel haber yayma yolları ve mevcut teknoloji (cep telefonu mesajları) kullanılarak yerel yetkili ve alıcılar, teslimat hakkında bilgilendirilir, şeffaflık sağlanır.



Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 5: Hedef ve dağıtım

Hedeflenen gıda dağıtımı yöntemi yerel şartlara göre, zamanında, şeffaf, güvenli ve insan onuruna uygun olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- İhtiyaçlar bazında uygun paydaşlara danışarak gıda yardımı ihtiyacı olanlar belirlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Ortak örgütler, yerel gruplar ve alıcılara danışarak etkin ve eşdeğer gıda dağıtım yöntemleri tasarlanmalıdır. Tasarım süreci kadın, engelli insanlar, yaşlılar ve sınırlı hareketi olan kişilerin aktif katılımını içermelidir (bkz. Kılavuz notlar 1-4).
- Alıcıların güvenli erişimi ve güvenliğini sağlayacak şekilde uygun noktalar konusunda yerel paydaşlara danışılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5-6).
- Dağıtım planı, yiyeceklerin kalite ve miktarı konusunda alıcılar bilgilendirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 7-8).
- Hedeflenen gıda dağıtımı performansı izlenmeli ve değerlendirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 9).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Hedef kriterler, zarar görülebilirlik kapsamlı bir analizini içermelidir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Afetten etkilenen insanlarla hedef grup belirleme mekanizmaları konusunda anlaşmaya varılır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Sınırlı hareketi olan insanlar için alternatif dağıtım yolları vardır (bkz. Kılavuz notlar 3-4).
- Alıcılar, dağıtım alanına en fazla 10 kilometre yürümelidir, yani en fazla dört saatlik yürüyüş mesafesi (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Erzak kartlarının bulunması, etiket ve/veya levhalar ile dağıtım yerlerinin bildirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 7-8).
- İzleme ve hedef grup takip mekanizmaları şunları takip eder (bkz. Kılavuz notlar 9):

- Dağıtım yöntemleri hakkında paydaşların tercihleri
- Dağıtımda hedef gruba sağlanan bilgiler
- Hedef grup/gıda teslim tutanağı: Asıl ya da planlı (zaman çizelgesi, miktar ve kalite).

Kılavuz notlar

1. Hedef belirleme: Gıdalar, en çok ihtiyacı olan insanlar belirlenerek buna göre dağıtılmalıdır: Gıda güvenliğinin olmadığı haneler ve yetersiz beslenmiş bireyler (bkz. afetten etkilenen insanların zarar görebilirlik ve kapasiteleri sayfa 148 ve gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1-2 sayfa 150-154) tespit edilmelidir. Hedef belirleme sadece ilk aşamada olmaz, bütün müdahale boyunca sürer. Muafiyet-dışarda bırakma hataları (yaşamı tehdit edici olabilir) arasındaki doğru dengeyi bulmak ve dâhil etme hataları (potansiyel olarak ciddi problem ve israf nedeni olabilir) karmaşıktır, ayrıca hataları azaltmak normalde maliyetleri de azaltır. Akut acil durumlarda dâhil etme hataları dışarıda bırakma hatalarına göre daha kabul edilebilir; aniden meydana gelen afetlerde bütün hanelerin benzer kayıpları varken ya da detaylı bir analiz mümkün değil iken hepsine battaniye dağıtımları uygun olabilir. Hedef belirmede yer alan kuruluşların seçiminde tarafsızlık, kapasite ve hesap verebilirlik temel alınmalıdır. Hedef belirleyen kurumlar yereldeki yaşlılar, yardım komiteleri, sivil toplum örgütleri, yerel STK'lar, devlet kurumları ya da uluslararası STK'lar olabilir. Hedef belirleyen kurumlara kadınların seçilmesi teşvik edilir. Hedef belirleme yaklaşımları net olmalı ve alıcı olmayan insanlar tarafından kabul edilerek tansiyon yükselmesine sebep olmamalıdır (bkz. Temel Standart 1, Kılavuz notlar 3 sayfa 57 ve Koruma İlkesi 2 sayfa 36).

2. Kayıt: Yiyecek almak için hanelerin resmi kaydı ve gerekli güncellemeleri, mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır. Hedef grup hakkında bilgi alınarak yardım alacaklar listeleri hazırlamak için, etkili bir dağıtım sistemi (nüfusun ve demografik profilin boyutları dağıtım organizasyonunu etkiler) tasarlamak gereklidir. Yardım alacaklar listeleri, erzak kartları (verilmiş ise) ve özel ihtiyaçları olan insanlar tanımlamak için belgeler varsa bu bilgileri almak gereklidir. Kamplarda kayıtlı ve özellikle yeri değişen kişilerin kimliklerini belirlemek (bkz. Koruma İlkesi 4, Kılavuz, notlar 4-5 sayfa 42) genellikle zordur. Yerel yönetimler ve toplum tarafından oluşturulan hane listesi yararlı olabilir, bağımsız bir değerlendirme ile doğru ve tarafsız kanıtlar sağlanır. Afetten etkilenen insanlarda kadınların kayıt sürecine yardımcı olması teşvik edilmelidir. Kurumlar zarar görebilir bireylerin özellikle evden çıkamayan insanların dağıtım listelerinde yer almasını sağlamalıdır. Hane reisleri kayıtlı olsa da, kadınlar kendi



adlarına kayıtlı olma hakkına sahip olmalıdır: Kadın hane düzeyinde transferleri daha uygun şekilde kullanabilir. Kayıt bir afetin ilk aşamalarında mümkün değilse, en kısa sürede durum stabil hale geldiğinde tamamlanmalıdır, bu özellikle gıda transferlerinin uzun dönem verileceği zaman önemlidir. Bir şikayet ve yanıt mekanizması da kayıt süreci içinde yer almalıdır (bkz. Temel Standart 1, Kılavuz notlar 2 ve 6 sayfa 56-57).

3. Kuru erzakların dağıtım yöntemi: Dağıtım yöntemleri zaman için de değişir. Genel gıda dağıtımını normalde kuru erzak şeklindedir ve faydalanicılar evlerinde pişirir. Alıcılar erzak kartı olan bireyler, hane temsilcileri, grup temsilcileri ya da toplum bazlı dağıtımda bir toplumun liderleri olabilir. En iyi temsilcinin seçilmesinde temel şartlar ve değişen şartlar göz önüne alınır. Alıcıların seçiminde aile içi şiddet ve istismar (bkz. Koruma İlkeleri 1-2 sayfa 33-36) gibi olumsuz durumlar göz önüne alınmalıdır. Dağıtım sıklığı, erzakların boyutunu ve faydalanicıların taşıma olanaklarını göz önüne almalıdır. Yaşlı ve engellilerin haklarını alabilmesi için özel önlemler gerekebilir: Diğer toplum üyeleri de yardımcı olabilir ancak haftalık ya da iki haftalık erzaklar sağlamak, aylık erzaklardan daha kolay olabilir. Zarar görebilir insanlara yönelik girişimler toplumda dam-galanmalarına neden olmamalıdır: Bu durum HIV ve AIDS ile yaşayan kişilerin olduğu insanlarda çok daha önemlidir (bkz. Koruma İlkesi 4, Kılavuz notlar 1, 9-11 sayfa 41-43).

4. Yaş erzakların dağıtım yöntemleri: İstisnai olarak genel gıda dağıtımları, afetin ilk aşamalarında pişirilmiş yemek ya da hazır yemeklerden oluşabilir. Bu erzaklar mesela insanlar taşındığında, aşırı güvensiz durumlarda erzak taşımalarının risk oluşturabileceği durumlarda (pişirme ekipmanlarının ve/veya yakıtın olmadığı) ya da kendileri pişiremeyecek kadar zayıf durumda oldukları, yerel liderlerin erzakların yönünü değiştirdiği ya da çevresel etkilerin olduğu (örn. ateş yakmak için uygun olmayan ekolojik çevrelerde) daha uygundur. Okul yemekleri ve eğitim personeli için gıda teşvikleri acil durumlarda dağıtım mekanizması olarak kullanılabilir (bkz. INEE Eğitim için Asgari Standartlar).

5. Dağıtım noktaları ve seyahat: Alıcılar için güvenli ve uygun yerlerde dağıtım noktaları bulunmalıdır, kurum için lojistik uygunluk burada önemli olmamalıdır (bkz. Koruma İlkesi 3, Kılavuz notlar 6-9 sayfa 39). Diğer destek kaynaklarına erişim ve yakınlık da dağıtım noktası belirlemede önemlidir (içme suyu, tuvalet, tıbbi hizmetler, gölgelik, kadınlar için güvenli alanlar). Dağıtım noktaları askeri

ya da silahlı kontrol noktaları ya da güvenli geçiş müzakerelerinin olduğu alanlar olmamalıdır. Dağıtım noktalarının sıklığı, alıcıların seyahati için gereken süreyi göz önüne almalıdır. Alıcılar bir gün içinde bir dağıtım noktasına seyahat edebilmelidir, dağıtım için güvenli alternatif yollar (örn. hareket güçlüğü olan bireyler) sağlanmalıdır. Yürüyüş hızları ortalama 5 km/saat olsa da kötü arazi şartları bunu yavaştır; hareket hızı da yaşa göre değişir. Dağıtım erişimi, bir afet durumunda marjinal ve dışlanmış nüfus için bir endişe kaynağıdır. Dağıtımlar, günlük faaliyetleri aksatmayacak şekilde olmalı ve alıcılar için güvenlik sağlamak adına gündüz saatlerinde yapılmalıdır. (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).

- 6. Güvenlik risklerinin azaltılması:** Gıda dağıtımları güvenlik riskleri taşıyabilir, bu riskler arasında rota değiştirmek zorunluluğu ve şiddet vardır. Dağıtımlar sırasında gerilim yaşanabilir. Kadınlar, çocuklar, engelliler ve yaşlılar özellikle haklarını kaybetme tehlikesini yaşayabilirler. Bu riskler için önceden önlemler alınmalı ve azaltılmalıdır. Bu önlemler arasında dağıtımların eğitilmiş personel tarafından izlenmesi, dağıtım noktalarının afetten etkilenen nüfus tarafından korunması olabilir. Gerekirse yerel polis de yer alabilir ancak polis, gıda dağıtım hedefleri hakkında bilgilendirilmelidir. Alanın dikkatli planlanması, kalabalık kontrolünü kolaylaştırır ve güvenlik risklerini azaltır. Gıda dağıtımında cinsel istismar gibi cinsiyet bazlı şiddete meydan vermemek için özel izleme ve değerlendirme önlemleri alınmalıdır. Bunun için, örneğin bir fiziksel bariyer ile erkek ve kadınların gıda alım yerleri ayrılabilir, dağıtım ekiplerine cinsel istismar için verilen cezalar hakkında bilgi verilir. Dağıtımlarda, kadın güvenlik görevlileri kayıt, dağıtılan hane, dağıtım sonrası hane takibi görevlerinde bulunabilir (ayrıca bkz. Kılavuz notlar 5 ve Koruma İlkesi 2 sayfa 36).

- 7. Bilginin yayılması:** Alıcılar şunlar hakkında bilgilendirilmelidir:

- Erzak miktarı ve türü, varsa plan farklılıklarının nedenleri ve okuması olmayan ve iletişim güçlüğü çeken kişiler için erzak bilgilerinin görüntülenmesi (örn. yerel dilde yazılmış olan formatlarda olması, dağıtım bölgelerinde belirgin olarak görüntülenmesi gerekir), böylece insanların haklarının farkında olması sağlanır.
- Dağıtım planı (gün, saat, yer, sıklık) varsa değişiklikler,
- Gıdaların besin değeri ve bunu korumak için gerekirse uygulanması gereken özel bilgiler,



- Gıdaların kullanımı ve güvenliği hakkında bilgiler.
- Çocuklar için gıdanın en verimli kullanımına dair özel bilgiler, (bkz. Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 1-2 sayfa 159-160)
- Program hakkında alıcıların daha fazla bilgi alması ve şikayetlerin ele alınması için uygun yollar. (bkz. Temel Standart 1, Kılavuz notlar 4-6 sayfa 57.)

8. Program değişiklikleri: Gıdanın yetersizliği gibi nedenlerle yemek sepetindeki ya da erzak seviyesindeki değişiklikler, alıcılar ile dağıtım komiteleri, toplum liderleri ve temsilci organizasyonlar aracılığıyla görüşülmelidir. Dağıtımlar yapılmadan önce faaliyetler dikkatlice planlanmalıdır. Dağıtım komitesi üyeleri değişiklikler hakkında bilgilendirmeli ve bunların nedenlerini açıklamalıdır.

Aşağıdaki seçenekler düşünülebilir:

- Alıcıların erzak oranlarını düşürmek (eldeki ürünlerin eşit paylaşılması ya da yemek sepetlerindeki miktarın azaltılması)
- Risk altındaki kişilere "tam" erzak, genel nüfusa "azaltılmış" erzak verilmesi
- Son çare olarak dağıtımın ertelenmesi.

Planlanan erzakın dağıtılması mümkün değilse, eksikliğin bir sonraki dağıtımla bağdaşması şart değildir (yani geriye yönelik temin uygun olmayabilir).

9. İzleme ve değerlendirme, tedarik zincirinin ve tüketim noktalarının her alanında yapılmalıdır (bkz. Temel Standart 5 sayfa 68). Dağıtım noktalarında düzenlemeler kontrol edilmelidir (örn. kayıt, güvenlik, bilginin yayılması). Rastgele ölçümler ile hanelerde toplanan erzakların doğruluk ve eşitliği kontrol edilmeli, alıcılar ile görüşülmelidir. Hane ziyaretleri düzenlenerek erzakın kabul ve kullanılabilirlik dereceleri belirlenir, ayrıca seçim kriterlerine uyan ancak gıda almayan insanlar belirlenir. Bu ziyaretler aynı zamanda fazladan gıda alan kişilerin ortaya çıkması, ne için kullanıldığı ve kim tarafından kullanıldığının ortaya çıkmasını sağlar (örn. el koyma, istihdam ya da cinsel amaçlı sömürü sonucu). İzleme, yararlananların güvenliği ile ilgili gıda transferleri etkisini analiz etmelidir. Gıda dağıtımlarının daha geniş etkileri, tarım döngüsündeki etkileri, tarımsal faaliyetler, piyasa koşulları ve tarımsal girdilerin durumu olarak değerlendirilmelidir.

Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 6: Gıda kullanımı

Gıdalar depolanır, hazırlanır, güvenli ve uygun şekilde hane ve toplum seviyesinde tüketilir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Gıda alıcılarının uygun olmayan şekilde gıda alımı ve hazırlanmasından korunması (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gıda alıcılarına gıda hijyeninin öneminin anlatılması ve hijyenik uygulamaların iyi anlaşılmasının sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Pişmiş gıda dağıtımında, gıdanın depolanması alınması, hazırlanması konusunda personelin eğitilmesi ve uygulamalardan kaynaklanan potansiyel tehlikeler hakkında bilgilendirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gıdanın depolanması, hazırlanması ve tüketimi hakkında faydalanıcılara danışılması (ve gerekirse tavsiyelerde bulunulması) ve zarar görebilir insanlar için gıda dağıtımının etkilerinin belirlenmesi, ortaya çıkan problemlerin çözülmesi (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Uygun pişirme gereçleri, yakıt, içme suyu ve hijyen materyallerinin evlere dağıtılması (bkz. Kılavuz notlar 1-4).
- Kendileri yemek pişiremeyen ve yiyemeyen kişiler için, yardımcı olarak evlere bakıcıların erişiminin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 5).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Dağıtılan gıdanın sağlık tehlikeleri yoktur
- İyi gıda ve hijyene yönelik hizmetlerden yararlananlar arasında farkındalık oluşmuştur (bkz. Kılavuz notlar 1-2)
- İlgili tüm personel gıda işleme ve uygun olmayan uygulamaların tehlikeleri üzerinde eğitilmiştir. (bkz. Kılavuz, değil 1)
- Tüm haneler yeterli ve güvenli gıda hazırlama malzemeleri ve ekipmanlarına erişim sağlar (bkz. Kılavuz notlar 3-4).
- Özel yardıma ihtiyacı olan tüm bireyler için bakıcılar vardır (bkz. Kılavuz, değil 5)



Kılavuz notlar

- 1. Gıda hijyeni:** Afetler insanların normal hijyen uygulamalarını bozabilir. Yerel koşullar ve hastalık durumuna uygun tedbirleri desteklemek ve gıda hijyenini teşvik etmek gerekli olabilir. Örneğin Yiyeceklerle dokunmadan önce elleri yıkamanın önemini vurgulamak, suyun kirlenmesini önlemek ve haşere kontrol önlemleri almak. Gıda alıcılar hane halkı düzeyinde güvenle yiyecek saklamak konusunda bilgilendirilmelidir. Bakıcılara, çocukları beslemek için ev kaynaklarının en uygun kullanımı hakkında bilgi sağlanmalıdır (bkz. Hijyen Teşvik standardı 1-2 sayfa 91-94). Afetten etkilenen insanlar için sıcak yemek sağlamak üzere kurulan toplu mutfaklar varsa, erişilebilirlik alanının güvenliği ve hijyen koşulları, pişirme ve içme suyu durumu, yemek alanı dikkate alarak mutfak için yer seçimi yapılmalıdır.
- 2. Bilgi kaynakları:** Özellikle kadınlar olmak üzere faydalanıcılardan geribildirim sağlamak ve bilgi toplamak için mekanizmalar oluşturulmalıdır (bkz. Temel Standart 1, Kılavuz notlar 2 ve 6 sayfa 56-57). Gıda, okullar ve güvenli öğrenme alanları hakkında bilgiler yayılarak uygun yer seçimleri yapılmalıdır. Farklı iletişim ihtiyaçları olan insanlar için erişilebilir format ya da şemalar gerekebilir (bkz. Temel Standart 1, Kılavuz notlar 4 sayfa 57).
- 3. Yakıt, içme suyu ve evsel maddeler:** Ateş için odun toplayanlar genellikle kadın ve çocuklar olduğundan, güvenlik önlemleri ile birlikte gerekli yerlerde uygun yakıtlar sağlanmalı ya da ağaç dikme ve odun toplama programları oluşturulmalıdır (soba ve yakıt için bkz. Gıda olmayan maddeler standardı 4 sayfa 274). Su erişimi, tesislerin kalite ve miktarı için bkz. Su temin standardı 1-3 sayfa 97-103. Pişirme ve yeme içme materyalleri için bkz. Gıda olmayan maddeler standardı 3 sayfa 273.
- 4. Tahıl öğütme değirmenleri gibi gıda işleme tesislerine ulaşım,** insanların kendi tercihlerine göre yemek yapmasını ve diğer faaliyetlere zaman ayırmasını sağlar, gıda işleme, pişirme için gerekli su ve yakıt miktarını azaltabilir (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 2, Kılavuz notlar 2 sayfa 185).
- 5. Özel ihtiyaçlar:** Beslenme için yardım isteyen bireyler küçük çocuklar, yaşlılar, engelliler ve HIV ile yaşayan insanlar olabilir (bkz. Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 2 sayfa 160 ve Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 1, Kılavuz notlar 5-7 sayfa 183). Ek yardım programları ya da erişim programları, bağılı kişilere yemek sağlama kapasitesi yetersiz olan kişilerin desteklenmesinde uygulanabilir (örn. zihinsel hastalığı olan ebeveynler).

4.2. Gıda Güvenliği – Nakdî Yardım ve Gıda Kuponu Transferleri

Nakdî yardım ve gıda kuponu transferleri iki türlü yardımı temsil eder: Nakdî yardım transferleri insanlara para sağlarken, kupon transferleri ise gıda gibi belirli ürünleri belirli miktarda satın alma imkanı (ürün bazlı kuponlar) ya da sabit bir parasal değer sağlar (değer bazlı kuponlar). Bunların amaçları ve uygulama modelleri farklı olsa da nakdî yardım ve kupon transferleri, pazar temelli bir yaklaşıma sahiptir ve insanlara satın alma gücü verir.

Nakdî yardım ve kupon transferleri, temel gıda ve gıda-dışı madde ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayarak insanların ekonomik faaliyetlerine geri dönmesine yardımcı olur. Şartsız (ya da genel ya da geniş kapsamlı) nakdî bağışların, nakitin nasıl kullanıldığı konusunda bir şartı yoktur ancak analizde temel ihtiyaçlar belirlenmişse, para bu ihtiyaçların karşılanmasında kullanılır. Geçim kaynakları ya da üretici faaliyetleri desteklemek bir ihtiyaç olarak belirlenmişse dağıtılan nakdî yardım bunun için kullanılmalıdır. Şartsız nakdî yardım bağışları acil durumların başında uygun olabilir. Şartlı nakdî yardım bağışları, alıcıların bu parayı belirli amaçlarla kullanmasını gerektirir (örn. evlerini yeniden yapma, iş sağlama, geçimini kurma ya da sağlık hizmetleri alma). Kuponlar, önceden belirlenen ürünlere (örn. gıda, çiftlik hayvanları, tohum, araç) ya da hizmetlere (örn. öğütme değirmeni, nakliye, pazar ya da stant erişimi, banka kredisini) erişim sağlar. Kuponlar nakit değerinde ya da ürün değerinde olabilir ve önceden belirlenmiş mağazalarda veya çarşılarında/pazarlarda kullanılır. Kupon programları ilgili standartlara referans verir; örneğin gıda kuponu uygulaması programları Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 1-3 ve 6 sayfa 180-197'ye atıfta bulunmalıdır.

Uygun transfer seçimi (gıda, nakdî yardım ya da kupon) koşullara özgü analizler yoluyla maliyet etkinliği, ikincil pazar etkisi, transfer esnekliği, güvensizlik ve yolsuzluk risklerine göre belirlenmesini gerektirir.



Gıda güvenliği - Nakdî yardım ve gıda kuponu transferleri standard 1: Kullanılabilir ürün ve hizmetlere erişim

Nakdî yardım ve gıda kuponları, temel ihtiyaçları karşılamanın, geçim kaynaklarını korumanın ve yeniden kurmanın bir yolu olarak görülür.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Analiz, tasarım, uygulama, izleme ve değerlendirmede faydalanıcıların, toplum temsilcilerinin ve diğer paydaşların yer alması (bkz. Kılavuz notlar 1, 3, 6-7 ve Temel Standartlar 1-3 sayfa 55-61).
- İnsanların ihtiyaçlarının karşılanması için yerel pazarlarda, diğer alternatif transferlere kıyasla daha maliyet etkinliği yolların analizi ve değerlendirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 2).
- En uygun teslimat mekanizmalarını temel alarak nakdî yardım ve gıda kuponlarının seçilmesi ve afetten etkilenen insanların ve yerel ekonominin olası faydaları (bkz. Kılavuz notlar 1-3, 5-6).
- Yasal olmayan çarpıtma, güvensizlik, enflasyon, zararlı kullanım risklerinin azaltılması ve dezavantajlı gruplar üzerinde negatif etkilerin olmaması için önlemler alınması (bkz. Kılavuz notlar 4 ve 7).
- En uygun transfer yollarının ve düzenlemelerin gerekip gerekmediğinin belirlenmesi için analizlerin izlenmesi (bkz. Kılavuz notlar 8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm hedeflenen insanların temel gıda ihtiyaçları ve diğer ihtiyaçları (örn. üretim varlıkları, sağlık, eğitim, nakliye, barınak, ulaşım), yerel pazarlardan karşılanır (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 8).
- Hedeflenen insanların ihtiyaçları için, özellikle kadınlar ve diğer zarar görebilir bireyler için nakdî yardım ve gıda kuponu tercih edilen transfer yöntemleridir (bkz. Kılavuz notlar 3-8).
- Transfer anti-sosyal harcamalar ile sonuçlanmaz (bkz. Kılavuz notlar 4 ve 8).
- Transferler güvensizliğe neden olmaz (bkz. Kılavuz notlar 3-4, 8).
- Yerel ekonomi, afetten toparlanacak şekilde desteklenir (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 8).

Kılavuz notlar

1. Nakdî yardım ve gıda kuponu transferleri birer araçtır: Nakdî yardım ve gıda kuponları amaçlanan hedeflere ulaşmak için uygulanan araçlardır/ mekanizmalardır, müdahalenin kendisi değildir. Dikkatli bir karşılaştırmalı değerlendirme ile nakdî yardım ve gıda kuponlarının uygun olup olmadığı belirlenir ve aynı (maddi olmayan) destekler gibi diğer yardımlar ile birlikte kullanım uygunluğu ölçülür. Nakdî yardım ve gıda kuponu transferleri bir afetin farklı aşamalarında kullanılabilir. Müdahaleden beklenen, sadece etkin ve verimli şekilde yararlanıcıların temel ihtiyaçlarını karşılanması ya da geçim kaynaklarını yeniden tesis edilmesi değil mevcut risklerin seviyelerinin de azaltılmasıdır. Nakdî yardım ve gıda kuponları alıcılara daha fazla seçenek ve esneklik sunarak onurlarının korunmasını sağlar. Nakdî yardım ve gıda kuponlarının yerel ekonomilerde olumlu çarpan etkisi değerlendirmeler sırasında dikkate alınmalıdır. Nakdî yardım ve gıda kuponları aşağıdaki gibi kullanılabilir:

- nakit hibeler, koşullu veya koşulsuz nakdî yardım transferi bir veya birkaç taksitle ihtiyaçları karşılamak için sağlanır.
- mal veya değer "tabanlı kuponlar" değerine göre özel mal veya mallar karşılığında değiştirilebilir kupon veya elektronik kuponlardır.
- iş karşılığı nakit ödeme, belirli aktiviteler (genellikle fiziksel güç gerektiren aktiviteler) karşılığında kazanılan gelir olarak nakit transferi.

Planlama, uygulama ve izleme; hükümetler, yerel yönetimler, toplum temsilcileri, kooperatifler, dernekler, yerel gruplar ve yararlanıcılar ile yerel paydaşları içermelidir. Bu, tutarlılık ve sürdürülebilirliği sağlamakta yardımcı olacaktır. Başlangıçtan itibaren anahtar paydaşlarla bir çıkış stratejisi planlanmalıdır.

2. Yerel ekonomi ve pazar sistemlerine etkisi: Pazar değerlendirmeleri yapılarak, afet öncesi ve sonrasındaki durum analiz edilir ve mevcut ihtiyaçların karşılanmasında rekabet ve entegrasyon durumu belirlenir. Analiz aynı zamanda farklı pazar aktörlerinin rollerini (geçim kaynakları, barınak materyalleri, gıda ve diğer nesneler) zarar görebilir kişilerin mevsimsel ve fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak yardıma erişimini gösterir. Nakdî yardım ve gıda kuponları, pazarların fonksiyonel olduğu zamanlarda ve istenen miktarlarda gıda ve diğer ihtiyaçların alınabilir olduğu zamanlarda uygun şekilde kullanılabilir. Nakdî yardım ve gıda kuponlarının, uygun olmayan durumlarda kullanılması, enflasyon gibi negatif sonuçlar doğurabilir. Nakdî yardım ve gıda kuponlarının yerel ekonomi üzerindeki etkilerini değerlendirmek için pazarın takibi önemlidir.



3. Nakdî yardım ve gıda kuponu dağıtma mekanizmaları: Nakdî yardım ve gıda kuponları yerel bankalar, mağazalar, esnaf, yerel para transferi şirketleri, havale şirketleri ve postaneler aracılığıyla teslim edilebilir. Bunlar fiziksel ya da mobil bankacılık ve mobil telefon şebekeleri gibi teknolojiler ile de teslim edilebilir. Bankalar genellikle etkin ve verimli şekilde erişim sağlar ancak zarar görebilir konumda olan insanlara daha az erişilebilir olabilir; bu nedenle mobil bankacılık aracılığıyla erişim daha güvenli bir seçenek olabilir. Teslimat mekanizmasının seçiminde alıcılar ile seçenekler konusunda bir değerlendirme yapmak gerekir. Ele alınacak konular, alıcılar için maliyet (banka masrafları, seyahat süresi ve maliyetleri), organizasyon için maliyet (aracı kurum ücretleri, sistemi kurmak ve yönetmek için personel maliyetleri, güvenlik, eğitim, ulaşım, alıcıların eğitimi), verimlilik ve etkinliktir (savunmasız insanlar tarafından güvenilirlik, esneklik, hesap verebilirlik, şeffaflık, izleme, esneklik, mali kontrol, finansal güvenlik ve erişim). Pahalı görünen bir yaklaşım yine de en uygun aktarım mekanizması olabilir.

4. Risklerin göz önüne alınması: Nakdî yardım gıda kuponu transferlerinin riskleri konusunda ortak kaygılar nakdî yardım ve gıda kuponlarının enflasyona katkı sağlaması (etkilenen insanlar ve diğerleri için daha az satın alma gücü), anti-sosyal amaçlı olarak gıda kuponlarının kullanımı (örn. alkol ve/veya tütün kullanımı) aynı kaynaklar ile karşılaştırıldığında kadın ve erkeklerin eşit erişiminin olmamasıdır. Diğer endişeler, nakit taşımanın personelin güvenliğini riske atması olabilir (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33) nakit cazibesi, hedef alıcılara ulaşmayı zorlaştırabilir ve yolsuzluk ve silahlı gruplarca el koyma riskleri yaratabilir. Ancak, aynı dağılımların da riskleri vardır (Gıda transferleri standardı 4-5 sayfa 188-192 bkz. Gıda Güvenliği). İyi tasarım, ayrıntılı risk analizi ve iyi bir yönetim ile nakdî yardım ve gıda kuponu riskleri en aza indirilebilir. Karar verme kanıta dayalı ve istişare yoluyla olmalıdır: Temelsiz korkuların program planlama üzerinde etkisi olmamalıdır.

5. Nakdî yardım ve gıda kuponu transferlerinde değerin belirlenmesi: Transfer için değer belirleme koşullara özgüdür. Hesaplamalar, diğer kurumlar ile işbirliği içinde ve afetten etkilenen insanların öncelik ve ihtiyaçlarına göre, yerel pazarlardan karşılanacak ürünlere, ek maliyetlere (örn. engelli insanlar için seyahat yardımı), ödemelerin yöntem, boyut ve sıklığına, zamanlamasına, program ve transferlerin hedeflerine göre (örn. gıda sepeti ihtiyacına göre yiyecek ya da ihtiyaçları bazında günlük çalışmaya göre istihdam sağlanması) belirlenir. Ücret değişiklikleri nakdî yardım ve gıda kuponu transferlerinin başarısını azaltır. Bütçe esnekliği, bunların değerlerinin belirlenmesinde önemlidir ya da pazar takibine bağlı olarak bir ürün bileşeni eklenebilir.

- 6. Ne tür nakdî yardım ve gıda kuponu transferlerinin seçileceği:** Uygun transfer türlerinin seçilmesi, program hedeflerine ve yerel koşullara bağlıdır. Yaklaşım kombinasyonu, aynı yardım ve mevsimsel varyasyonlar da dâhil, daha uygun olabilir. Kurumlar afetten etkilenen insanların en uygun transfer yolu tercihlerini kendilerine danışarak öğrenmelidir (bkz. Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 2 sayfa 208).
- 7. Nakdî yardım ve gıda kuponu transfer programlarının hedefi:** Aynı ürün ve hizmetler için zorluklar olabilir ancak nakdî yardım ve gıda kuponlarının cazibesi nedeniyle, harici ve dâhili hataların önlenmesi için önlemler alınmalıdır. İnsanlara doğrudan (afetten etkilenen hanelere ve insanlara) ya da dolaylı olarak (örn. yerel tüccar ya da hizmet sağlayıcılar yoluyla) ulaşılabilir. Güvensiz şartlar dolaylı hedef yaklaşımını gerektirebilir (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33). Cinsiyet, nakdî yardım ya da gıda kuponu almak veya aynı yardımlar için kayıtlı hane üyelerinin belirlenmesi kararını etkileyebilir (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 5 sayfa 192). Devlet iyi olma hali ve sosyal koruma programları da dâhil, paydaşlar ile eş güdümlü içinde hedeflerin belirlenmesinde önemli rol oynar (aynı transferler de dâhil).
- 8. Nakdî yardım ve gıda kuponu transferlerinin izlenmesi:** Transfer programları sonrası ve öncesinde ya da sırasında, nakdî yardım ve gıda kuponlarının pazardaki etkilerinin dolaylı ve doğrudan görülmesi için izlenme yoluyla temel bilgilerin elde edilmesi gereklidir. Müdahaledeki değişiklikler, koşullar ve piyasa durumu değişikliklere yanıt vermelidir. İzleme, temel mal fiyatlarını, yerel ekonomilerde çarpan etkilerini, fiyat dalgalanmalarını içermelidir. Anahtar sorular şunlardır: İnsanlar bu nakit, gıda kuponları ile neler alıyor? İnsanlar güvenli bir şekilde para alıp harcayabiliyor mu? Nakdî yardım ve gıda kuponları yönlendiriliyor mu? Kadınlar ne kadar nakdî yardım veya gıda kuponu harcadığını etkileyebiliyor mu? (bkz. Temel Standart 5 sayfa 68).

4.3. Gıda Güvenliği – Geçim Kaynakları

İnsanların geçim kaynaklarının elde etmesi ve gıda güvensizliğine karşı zarar görebilir olmaları, büyük ölçüde kaynak (ya da varlık) mevcudiyetine ve bunların afetten nasıl etkilendiğine bağlıdır. Bu kaynaklar mali sermayeleri (mesela nakit, kredi ve tasarruf) ve aynı zamanda fiziksel (ev, makine), doğal (arazi, su), insan (çalışma, yetenek), sosyal (ağ, normlar) ve politik (etki, politika) sermayeleri içerir. Gıda üreticilerinin araziye erişim durumları ve üretimi destekleyebilme durumları, çiftçiliğe devam etmeleri önemli konulardır. Gıda almak için gelire ihtiyacı olanlar, istihdam, pazar ve hizmetlere ihtiyacı olanlar belirlenmelidir. Afetten etkilenen insanlar için kaynakların korunması, kurtarılması ve geliştirilmesi, gıda güvenliği ve gelecekteki geçim kaynakları için öncelikli olmalıdır.



Uzun süren politik dengesizlik, güvensizlik ve çatışma tehditleri pazarlara erişimi önemli oranda kısıtlar. Hane halkı yerlerini terk etmek, varlıklarını kaybetmek ve savaştan tarafların el koyduğu değerlerini geride bırakmak zorunda kalabilir.

Temel üretim, gelir üretme ve gıda ve hizmetler için pazara erişim ile ilgili üç standart vardır.

Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 1: Temel üretim

Temel üretim mekanizmaları korunur ve desteklenir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Temel üretim müdahaleleri, geçim kaynakları analizi, kapsam analizi ve üretim sistemlerinin sürdürülebilirliğinin anlaşılması üzerinde temellendirilir, bunlar gerekli girdi, hizmet ve pazar taleplerine erişimi de içerir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Yerel üretim sistemleri kültürel uygulamalar ve doğal çevre koşullarında anlaşılır ve üreticiler ve tüketiciler tarafından kabul edilirse yeni teknolojiler uygulanır (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Strateji geliştirme ve üretimin yönetimi, risklerin azaltılmasında üretim girdileri ve satın alma için nakit sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Girdiler zamanında sağlanır, bunların yerelde kabul edilebilmesi ve uygun kalite normlarına uyması gerekir (bkz. Kılavuz notlar 4-5).
- Girdi ve servisler dikkatlice ele alınmalı, zarar görebilirliği ve riski arttırmamalıdır; örn. nadir bulunan doğal kaynaklar için rekabeti arttırmak ya da mevcut sosyal ağların zarar görmesi (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Gıda üreticiler, mümkün ve uygun yerlerde daha iyi yönetim uygulamaları ile eğitilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 5-6).

- Mümkün yerlerde girdi ve servisler, yerel üreticileri, pazarları ve tüketicileri olumsuz etkilemesi ise yerel olarak satın alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Üretimin hedef grup tarafından uygun olarak kullanıldığı yerlerde düzenli izleme faaliyetleri yapılmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- İhtiyaçları analiz edilen tüm hane halkı, afet öncesi seviyeyi korumak ve buna ulaşmak için tarımsal takvime göre gerekli girdileri elde eder. Hane halkının ihtiyaçları ve afet öncesi seviye uyumu esastır (bkz. Kılavuz notlar 1-6).
- Operasyonel olarak uygulanabilir olması düşünüldüğünde, gerekli girdilerin pazar değerinde ve geçim kaynağı seçimlerine göre hedef nüfusa nakdî yardım ya da gıda kuponu verilir (bkz. Kılavuz notlar 3, 5 ve 7).

Kılavuz notlar

1. **Temel üretimin uygulanabilirliği:** Uygulanabilir olması için gıda üretim stratejilerinin, yeterli kalkınma ve başarıyı sağlamak adına makul değişiklikler içermesi gerekir (bkz. Çiftlik Hayvanları için Acil Durum Rehber ve Standartları (LEGS), Referanslar ve diğer kaynaklar). Bu da şu gibi çeşitli faktörlerden etkilenir:

- Yeterli doğal kaynaklara (tarım arazileri, mera, yem, su, nehir, göl, kıyı suları, vb) erişim. Ekolojik denge tehlike altında olmamalıdır. Örneğin Marjinal toprakların aşırı sömürüsü, özellikle kentsel alanlarda aşırı balıkçılık ve su kirliliği,
- Nüfusun ciddi hastalıklarla karşılaştığı ya da eğitim ve öğretimin engellendiği yerlerde sınırlı olabilen beceri ve kapasitelerin seviyesi,
- Üretim mevcut kalıpları ile ilgili olarak iş durumu ve temel tarım ve su ürünleri faaliyetlerinin zamanlaması,
- Tarım ve su ürünleri için gerekli girişlerine erişim.

Üretimin afet öncesi seviyesi iyi olmayabilir ve buna geri dönme çabaları, "zarar vermeme" ilkesine ters düşebilir (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).

2. **Teknolojik gelişme:** Yeni teknolojiler geliştirilmiş ürün çeşitleri, çiftlik hayvanları veya balık -stok türleri, yeni araçlar, gübre ve yenilikçi yönetim uygulamalarını içerebilir. Mümkün olduğu kadar, gıda üretim faaliyetleri mevcut şekil ve/veya ulusal kalkınma planları ile bağlantılı olmalıdır. Daha önce



yararlanıcılar tarafından kabul ve adapte olduğu bilinen ve yerel olarak test edilen yeni teknolojiler ancak afet sonrasında getirilmelidir. Yeni teknolojiler uygun topluluk istişareleri, bilgi, eğitim ve diğer ilgili destek yoluyla tanıtılmalıdır. Mümkün yerlerde özel ve kamu tedarikçileri, girdi sağlayıcılar ile koordineli olarak yapılmalıdır ve destek ve kullanımın devamlılığı sağlanmalıdır.

3. Seçeneklerin geliştirilmesi: Üreticilere daha fazla seçenek sunan müdahaleler üretim girdileri yerine (veya tamamlamak için) nakit ya da kredi içerir gıda kuponu kullanan tohum ve çiftlik hayvanları fuarları çiftçilere çeşitli tohum veya çiftlik hayvanlarını seçmek için fırsat sağlar. Üretime destek, kendi üretimi yoluyla ya da bu üretim tarafından oluşturulan nakit ile besin açısından zengin gıda erişimi de dâhil olmak üzere beslenme için potansiyel etkileri değerlendirilmelidir. Kuraklık sırasında kırsalılara çiftlik hayvanları yemi sağlanması, insanlara gıda transferleri sağlanmasından daha doğrudan bir insan beslenmesi sağlar. Üretim girdisine erişim sağlamak amacıyla haneye nakit aktarılması fizibilitesi yerel olarak malların temin edilebilmesine, pazara erişime ve karşılanabilir aktarım mekanizmasının bulunmasına bağlı olmalıdır.

4. Zamanlama ve kabul edilebilirlik: Üretim girdileri, tohumlar, gübre, çiftlik hayvanları, balıkçılık ekipmanları, avcılık uygulamaları, krediler ve kredi imkanlarını, piyasa bilgileri ve ulaşımı içerir. Aynı girdilere alternatif olarak nakdi yardım ya da gıda kuponu sağlanarak insanların kendi seçtikleri ürünleri satın almaları sağlanır. Tarımsal girdiler ve veteriner hizmetlerinin sağlanması, ilgili tarım ve hayvancılık mevsimi ile aynı zamana denk olmalıdır. Örneğin, tohum ve araçların sağlanması ekim döneminden önce, çiftlik hayvanları alımı da kuraklık sırasında çiftlik hayvanlarının ölümleri meydana gelmeden önce sağlanmalıdır (örn. bir sonraki yağmurlar sonrasında).

5. Tohumlar: Öncelik, yerel olarak kullanılan tohum ve çeşitliliklere verilmelidir. Sunulan bitkiler, gelecek sezon için en öncelikli bitkiler olmalıdır. Özel çeşitler çiftçiler ve yerel tarım uzmanları tarafından onaylanmalıdır. En azından, tohumlar çiftçilerin kendi yönetim koşullarına, yerel tarımsal ekolojiye adapte edilmeli ve dayanıklı olmalıdır. Bölge dışından gelen tohumların, yerel koşullara uygunluğu açısından test edilmesi gerekir. Çiftçiler aşına ise ve yetiştirme deneyimine sahipse hibrit (melez) tohumlar uygun olabilir. Bu sadece yerel nüfus ile istişare yoluyla tespit edilebilir. Tohumlar ücretsiz ise ve çiftçiler mısır

yetiştiriyor ise çiftçi yerel çeşitleri melez tohumlara tercih edebilir. Hibrit tohum ile ilgili hükümet politikalarına da dağıtımdan önce uyulmalıdır. Yerel yetkililer tarafından onaylanmış olduğu sürece genetiği değiştirilmiş (GDO) tohum dağıtımı yapılmamalıdır. Bu gibi durumlarda, çiftçiler de yardımın GDO'lu tohum içerdiğinin farkında olmalıdır.

6. **Kırsal geçim kaynakları üzerindeki etki:** Hayati doğal kaynakların kıt olduğu ya da belirli insanlara (örn. toprağı olmayan insanlar) erişimin olmadığı yerlerde temel gıda üretimi uygulanamayabilir (ve afet öncesinde geriler durumunda ise uzun süre uygulanabilir olmaz). Üretim teşviki, doğal kaynaklara kolay erişim gerektirir, bu da yerel nüfus ile gerilime neden olabilir ve sonuçta su ve diğer önemli ihtiyaçlara erişimi kısıtlar. Kaynak sağlarken nakit ya da aynı, bu güvenlik riskleri ya da çatışmaya neden olabilecek durumlar göz önüne alınmalıdır (bkz. Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 2 sayfa 208 ve Gıda güvenliği - Nakdi yardım ve gıda kuponu iletimi standardı 1 sayfa 200). Ayrıca girdilerin ücretsiz olarak sağlanması sosyal destek için geleneksel mekanizmaları rahatsız edebilir ve girdilere ulaşımı tehlikeye atabilir.
7. **Girdilerin lokal olarak alınması:** Veteriner hizmetleri ve tohum gibi gıda üretimi girdi ve servisleri, mevcut yerel yasal ve değişken tedarik sistemleri yoluyla alınmalıdır. Yerel özel sektörü desteklemek için nakdi yardım ya da gıda kuponu gibi mekanizmalar kullanılmalı, temel üreticileri doğrudan tedarikçilere bağlamalıdır. Yerel satın almayı teşvik için bu tür sistemler tasarlarırken, uygun girdilerin varlığı, tedarikçilerin kapasitesi göz önüne alınmalı, enflasyon ve girdi kalitesi gibi riskler (nadir maddelerinin fiyatlarının artması) düşünülmelidir. İthal edilen ürünlerin doğrudan sağlanması, yerel alternatifler mümkün değilse yapılmalıdır.
8. **İzleme kullanımı:** Gıda üretiminde, işleme ve dağıtımında süreç göstergeleri ve çıktılar hesaplanabilir; örn. ekilen alan, her hektarda ekilen tohum sayısı, verim ve yavru çiftlik hayvanları sayısı. Bu üreticilerin girdileri nasıl kullandığı (yani bu tohum gerçekten ekilip ekilmediği ve gübre, ağılar, olta takımı gibi araçların amaca uygun kullanılması) ya da ne kadar nakdin girdilere harcandığını belirlemek önemlidir. Girdilerin kalitesi, üreticilerin kabul etmesi de performans açısından gözden geçirilmelidir. Değerlendirme için önemli olan projenin nasıl bir etkisi olduğu hususudur, örn. evsel gıda stokları, gıda



tüketim miktarı ve kalitesi. Proje, çiftlik hayvanları veya balık ürünleri ya da protein açısından zengin baklagiller gibi belirli bir gıda türü üretimini artırmayı hedefliyor ise bu ürünleri hane halkının kullanımı araştırılmalıdır.

Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 2: Gelir ve istihdam

Geçim stratejilerinde gelir getirici uygulamalar ve istihdam mümkün ise kadın ve erkeklerin gelir fırsatlarına eşit erişimi olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Gelir getiren faaliyetler ile ilgili kararlar, pazar analizleri ve ev halkının bu faaliyetlere katılım kapasitesinin analizine dayanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Ücret türleri (nakit, gıda kuponu, gıda ya da bunların kombinasyonu), yerel kapasite, acil ihtiyaç, pazar sistemleri ve afetten etkilenen insanların tercihlerine göre belirlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3).
- İhtiyaçlara göre ücret seviyeleri, geçim kaynaklarının yehiden tesisi ve yerel işgücü oranlarına göre belirlenmelidir (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Prosedürler, güvenli çalışma ortamları sağlamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Büyük miktarda nakit varken güvensizlik ya da çarpıtmaya-yanlış yönlendirmeye karşı önlemler alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Hedeflenen tüm insanların gelirleri, onların faaliyetleri ve temel-diğer geçim kaynakları ihtiyaçlarının karşılanmasına katkı sağlamaları yoluyla olmalıdır.
- İstihdam olanakları sağlayan müdahaleler, kadın ve erkekler için eşit istihdam olanakları sağlamalı ve yerel pazarı ve normal günlük faaliyetleri olumsuz etkilememelidir (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Toplum, tüm ev halkı üyelerinin gıda güvenliğine yönelik katkıların farkında olmalı ve bunları anlamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 8).

Kılavuz notlar

1. **Teşviklerin uygunluğu:** Bir pazar analizi, faaliyetleri tanımlamak ve hesap verilebilirlik için esastır. Mevcut araçlar, pazarlar ve ekonomik sistemleri (bkz.

Referanslar ve diğer kaynaklar, pazarlar bölümü) anlamak için kullanılmalıdır. Uygun faaliyetlerin belirlenmesi ve proje tasarımıda yerel insan kaynaklarının maksimum kullanımı olmalıdır. Bazı gruplar (örneğin hamile kadınlar, engelli veya yaşlı insanlar olan kişiler gibi) için alternatifler hedeflenen grup içinde tartışılmalıdır. Yerinden edilmiş kişilerin (mülteci ya da ülke içinde yerinden edilmiş kişiler) çok sayıda olduğu yerlerde, her iki grup insan için ana istihdam ve beceri sağlamak için fırsatlar dikkate alınmalıdır. Faaliyetler için yer seçiminde güvenlik saldırıları, tehdit riskleri (örneğin mayınlı alanlar gibi) ve çevresel olarak uygun olmayan alanlar (örn. kontamine veya kirliliği, heyelan ya da sele eğilimli, ya da aşırı dik araziler) göz önünde bulundurulmalıdır (bkz. Koruma İlkeleri 1-3 sayfa 33-38).

2. **Sınırlı katılım kapasitesi olan ev halkı için gelir transferleri:** Birçok hane için istihdam ve gelir getirici faaliyetlerden yararlanmak mümkün olsa da, bazı haneler üzerinde afet etkisi çok uzun süreli olabilir ve onların bu fırsatlardan yararlanmasına izin vermeyebilir. Koşulsuz nakdi yardım ve/veya gıda transferleri gibi güvenlik önlemleri bu kişiler için düşünülmeli ve mevcut sosyal koruma sistemleri veya gereken yerlerde yeni emniyet ağlarının savunuculuğunu yapmak için bağlantılar kurulmalıdır.
3. **Ücret türleri:** Ücretler, nakit veya gıda olabilir ya da gıda güvenliği olmayan hanelerin kendi ihtiyaçlarını karşılamak için imkanlar vermelidir. Toplum işleri için yapılan ödemeler yerine ücretler, doğrudan kendilerine yararlı olabilecek şekilde yardım etmeyi teşvik şeklinde yapılabilir. Halkın temel ihtiyaçlarını (sağlık hizmetleri, okul, erişim ve sosyal yükümlülükleri gibi) karşılamak için nakit veya yiyecek verilmesinin etkileri dikkate alınmalıdır. Ücret türü ve seviyesi, olay bazında, yukarıdaki faktörler ve iş piyasası üzerindeki olası etkiler dikkate alınarak belirlenir.
4. **Ödemeler:** Ücret seviyesini belirlemekte evrensel olarak kabul görmüş rehberler yoktur ancak ücret aynı ve gelir transferi olarak yapılırsa, yerel pazarlarda yeniden satış değeri (örn. gıda) düşünülmelidir. Bireylerin program faaliyetlerine katılım gelirindeki net kazançlar, diğer faaliyetlere katılımlarından daha fazla olmalıdır. Bu, hem iş faaliyetleri için gıda ve nakit gelirine hem de kredi, iş kurma vs. gelirlerine uygulanır. Ücretlerin yerel pazarlar üzerinde olumsuz etkileri olmamalıdır; örn. ücret oranı enflasyonu, işin diğer faaliyetlere yönlendirilmesi, önemli kamu hizmetlerinin sarsılması.
5. **Çalışma ortamındaki risk:** Yüksek riskli çalışma ortamı riskleri, yaralanmaların tedavisi için pratik prosedürlerin uygulanması gibi yöntemlerle en aza indi-



rilmelidir, örn. brifing, koruyucu giysi ve ilk yardım çantaları. Bu bağlamda HIV maruz kalma riskini en aza indirmek de söz konusudur. Nakliye güvenliğini arttırmak için güvenli erişim yolları sağlanması da dâhil olmak üzere yolların iyi aydınlatılması ya da erken uyarı sistemleri (çan, ısıık, radyo ve diğer cihazlar kullanmak olabilir) ve güvenlik normları uygulanarak riskler azaltılmalıdır. Özellikle kadınlara, kızlara ve cinsel istismar tehlikesiyle karşılaşan kişilere dikkat edilmelidir. Tüm katılımcıların acil durum prosedürlerinin farkında olduğundan emin olunmalı ve erken uyarı sistemlerine erişim sağlanmalıdır. (bkz. Koruma İlkeleri 1 ve 3 sayfa 33-38).

6. **Güvensizlik ve çarpıtma-yanlış yönlendirme riski:** Kaynakların gıda ya da nakdî yardım şeklinde dağıtılması (örn. kredi ya da yapılan işin ödemesi) program ekibi ve alıcılar için güvensiz bir ortam oluşturur (bkz. Gıda güvenliği - gıda transferleri standardı 5, Kılavuz notlar 6 sayfa 195 ve Gıda güvenliği - Nakdî yardım ve gıda kuponu iletimi standardı 1, Kılavuz notlar 4 sayfa 202).
7. **Bakım sorumlulukları ve geçim kaynakları:** Gelir getirici çalışmalara katılım çocukların bakımı veya diğer bakım sorumluluklarının ihmal edilmesine yol açmamalıdır; bu durum yetersiz beslenme ve diğer sağlık risklerini artırabilir. Programlarda bakım sağlayanlar için istihdam veya bakım tesislerinin dikkate alınmasına ihtiyaç olabilir. Özellikle kadınların hayatlarına artan iş yükü getirmek uygun olmayabilir. Programlar, diğer iş ya da eğitim gibi olanaklara erişimi ya da devam etmekte olan üretken faaliyetleri olumsuz etkilememelidir. Gelir getirici faaliyetlere katılımı, yerel kanunlara göre genellikle zorunlu eğitimin tamamlanması gereken yaşı üzerinde olan istihdam için asgari yaş sınırına uymalıdır.
8. **Ücretin kullanımı:** Adil bir ücret, Gıda Güvenliği için gerekli kaynakların önemli bir bölümüne katkı anlamına gelir. Nakdî yardım veya gıda transferlerinin ev içinde yönetimi (ev içi dağıtım ve kullanım alanları dâhil) anlaşılmalıdır çünkü bunların dağıtım şekli mevcut gerilimi artırabilir ve ev halkının gıda güvenliğini farklı şekillerde etkileyebilir. Gelir ve istihdam sağlayan yardımların çoklu gıda güvenliği hedefleri vardır. Örneğin, yolların tamiri, pazarlara ve sağlık hizmetlerine erişimi artırabilir ve sulama sistemleri verimliliği geliştirebilir.

Gıda güvenliği - geçim kaynakları standardı 3: Pazara erişim

Afetten etkilenen insanların üretici, tüketici ve esnaf olarak pazar ürünlerine ve hizmetlerine güvenli erişimi korunmalı ve teşvik edilmelidir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Elde edilebilir pazarlara üretici, tüketici ve esnafın erişiminin korunması ve pekiştirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gıda güvenliği ve geçim kaynakları yardımlarının, yerel pazarların işlemesi ya da zarar görmesinin ya da güçlenmesi potansiyelinin anlaşıldığı analizlere dayandırılması (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Pazar analizindeki gelişme ve politika değişikliklerinin her müdahale öncesi yapılan pazar analizlerine dayandırılması (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Zarar görebilir insanlar için pazar erişiminin teşvik ve desteği için önlemler alınması (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Gıda satışları ve dağıtımı dâhil, yerel pazarlarda yardımların olumsuz etkilerinin kontrolü (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Aşırı mevsimsel ya da diğer anormal fiyat değişikliklerinin negatif sonuçlarının asgariye indirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Pazarların doğrudan müdahale ya da yerel tüccarların nakit ya da gıda kuponu programları yoluyla iyileştirmesinin desteği için faaliyetler planlanır.
- Hedef insanların ürün, hizmet ve sistemlere program boyunca güvenli erişimi sağlanır.

Kılavuz notlar

1. **Pazar arz ve talebi:** Pazarlara ekonomik erişim, piyasa fiyatları ve satın alma durumu ile etkilenir. Karşılabilme gücü temel ihtiyaçlar (örneğin, tohum, araçlar, sağlık, vb gibi gıda ve temel tarımsal girdiler) ve gelir kaynakları (bitkiler, çiftlik hayvanları, ücretler, vb) arasındaki ticaret koşullarına bağlıdır. Varlıkların erozyonu meydana geldiğinde temel ihtiyaçlarını (şişirilmiş fiyatlarla) satın almak için varlıklarını satan (genellikle düşük fiyatlarla) insanların ticari güçleri zarar görür. Pazarlara erişim aynı zamanda azınlıklar gibi belirli gruplar



tarafından erişimi kısıtlayan kültürel ya da dini düşünceler ve siyasi ve güvenlik ortamlarından etkilenebilir.

2. **Pazar analizi:** Zarar görebilir bireyler de dâhil, tüm etkilenen insanların işlek pazarlara erişimi sağlanmalıdır. Nakit, gıda kuponu ya da gıda olarak yapılan yardımlar ya da sağlanan girdiler, temin edilen ürünlerin uygun pazar seviyesi analizi ardından verilmelidir. Ürünlerin yerel olarak alımı yerel üreticileri destekler ancak riskler de belirlenmelidir. İthalatlar, yerel fiyatları azaltacaktır (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1, Kılavuz notlar 7 sayfa 152).
3. **Danışmanlık:** Geniş ulusal ve küresel ekonomilerde yer alan pazarlar yerel piyasa koşullarını etkiler. Örneğin fiyatlandırma ve ticaretin dahil olduğu hükümet politikaları, erişim ve elde edilebilirliği etkiler. Bu seviyedeki faaliyetler afet yardımı koşulları dışında olsa da, bu faktörler analiz edilmelidir çünkü hükümet ve diğer organizasyonların gelişimi için danışmanlık ya da ortak acente yaklaşımı fırsatları olabilir (bkz. Koruma İlkesi 3 sayfa 38).
4. **Zarar görebilir insanlar:** Zarar görülebilirlik analizi, pazarlara sınırlı erişimi olan insanları belirlemeli ve geçim fırsatları bu kişilere sağlanmalıdır. Engelli, PL HIV, yaşlı kişiler ve bakıcılık sorumluluğu olan kadınlar pazara erişim için desteklenmelidir.
5. **Müdahalelerin etkisi:** Gıda, tohum ve diğer ürünlerin yerel olarak temini yerel enflasyona ve tüketiciler için bazı dezavantajlara yol açabilir. Bunun tam aksine ithal ürünler fiyatları aşağı çekebilir ancak yerel gıda üretimi için olumsuz bir durum ve potansiyel gıda güvensizliği oluştururlar. Nakit sağlamak, yerel ekonomilerde olumlu çarpan etkisi yapabilir ancak anahtar ürünler için yerel enflasyona neden olabilir. Tedarik için sorumlu kişiler bu etkileri incelemeli ve göz önünde bulundurmalıdır. Gıda dağıtımı faydalanicıların satın alma gücünü etkileyebilir çünkü bir çeşit gelir transferidir. Bazı ürünlerin iyi bir fiyata satışı diğerlerine göre daha kolaydır, örneğin yağ ve harmanlanmış gıdalar. Belirli bir gıda ya da gıda paketi için 'satın alma gücü' faydalancı tarafından tüketilmesini ya da satılmasını belirler. Bu satış ve alışların anlaşılması, gıda dağıtım programlarının belirlenmesinde daha geniş bir etkiye sahiptir.
6. **Anormal-Aşırı mevsimsel fiyat dalgalanmaları,** ürünlerini en düşük fiyata satmak zorunda olan (hasattan sonra) ya da kuraklık sırasında çiftlik hayvanlarını satmak zorunda kalan güçsüz üreticileri olumsuz etkileyebilir. Bunun aksine az bir geliri olan tüketiciler sık ancak küçük alımlar yerine stoklamaya gidebilir.

Bu nedenle fiyatlar yüksek olsa bile satın almak zorunda kalırlar (örn. kuralık durumunda). Bu etkileri azaltan müdahale örnekleri, gelişmiş nakliye ve depolama sistemleri, çeşitli gıda üretimi ve kritik zamanlarda nakdi yardım ya da gıda transferleri yapmaktır.



Ek 1

Gıda Güvenliği ve Geçim Kaynakları Analiz Kontrol Listeleri

Gıda güvenliği analizleri genellikle etkilenen insanları geçim yolları kümelerine göre, gıda ve gelir elde etme kaynaklarına ve yollarına göre kategorize eder. Bu, topluluğun varlık ya da gelir gruplarına göre dökümünü de içerebilir. Gıda güvenliğinin şu anki durumunu afet öncesiyle kıyaslamak önemlidir. Bunun için yıl ortalaması tanımlı temel alınabilir. Hane içi gıda güvenliği farklarını dikkate almak önemlidir. Bu kontrol listesi genelde gıda güvenliği değerlendirmelerinde dikkat edilmesi gereken temel alanları kapsar. Afet etkisinin genişliğine (örn. politik koşullar, nüfus hareketleri) ve diğer alanlara göre ek bilgi toplanmalıdır. Kadın ve erkeklerin özel rolleri ve gıda güvenliği üzerindeki etkileri göz önüne alınmalıdır

Aşağıdaki kontrol listesi genellikle gıda güvenliği analizinde ele alınan alanları kapsar.

1. Geçim gruplarının gıda güvenliği

- Toplumda aynı geçim yollarını paylaşan gruplar var mı? Bunlar ana gelir ve gıda kaynaklarına göre nasıl sınıflandırılabilir?

2. Afet öncesi gıda güvenliği (temel)

- Afetten önce farklı geçim grupları hangi yollarla gelir ve gıda sağlamaktaydı? Geçen dönemde yıl ortalaması anlamında gıda ve gelir kaynakları nelerdir?
- Normal yıldaki mevsimlere göre farklı gıda ve gelir kaynakları nasıl değişiklik göstermekteydi? (mevsim takvimi hazırlamak faydalı olabilir.)
- Son beş ya da on yılda gıda güvenliği yıldan yıla nasıl değişiklikler göstermiş? (Zaman çizelgesi ya da olumlu ve olumsuz yılların tarihçesi ile ilgili dokümanlar faydalı olabilir.)
- Farklı geçim grupları ne çeşit değer ve birikimlere sahiplerdi (örn. gıda stokları, maddi birikim, çiftlik hayvanları, yatırımlar, kredi, tahsil edilmemiş borçlar vs.)?

- Bir haftalık ya da bir aylık süreçte bir hanenin giderleri nelerdi ve her bir kaleme ait ne oranda harcama yapılmaktaydı?
- Evlerde nakitten sorumlular kimdir ve para nereye harcanır?
- Temel ürünleri almak için en yakın pazar ne kadar mesafededir? (mesafe, güvenlik, pazar bilgilerine erişim ve ulaşım vs. ele alınmalıdır).
- Gıda dâhil temel ürünlerin fiyatları ve bulunabilirlikleri nelerdir?
- Afet öncesinde temel gıda ve gelir kaynakları arasındaki ortalama ticaret şartları nelerdi, örn. gıda ücretlerinden , çiftlik hayvanları ücretlerine kadar vs.?

3. Afet sırasında gıda güvenliği

- Afet tanımlanan geçim gruplarının gıda ve gelir kaynaklarına erişimini nasıl etkiledi?
- Grupların gıda güvenliğinin mevsimsel koşullarını nasıl etkiledi?
- Afet, pazarlara erişimi, pazardaki ürün çeşitliliğini ve temel ürün fiyatlarını nasıl etkiledi?
- Farklı geçim gruplarının uyguladığı değişik mücadele ve stratejiler nelerdir ve toplumun ne kadarı bu mücadeleye katkıda bulunur?
- Bu durumun afet öncesi durumu ne kadar değiştirmiştir?
- Hangi gruplar ve insanlar afetten en çok etkilenmiştir?
- İnsanların finansal ve diğer varlıkları ile kısa ve orta vadeli başa çıkma stratejileri nelerdir?
- Tüm geçim grupları ve zarar görebilir grupların uyguladığı başa çıkma stratejilerinin sağlık, iyi olma hali ve insan onuruna etkileri nelerdir? Bu başa çıkma stratejilerine eşlik eden riskler var mıdır?



Ek 2

Tohum Güvenliği Analiz Kontrol Listesi

Aşağıda tohum güvenliği analizleri için örnek sorular yer almaktadır:

1. Afet öncesi (temel)

- Çiftçilerin en önemli ürünleri nelerdir? Onları ne için kullanırlar - tüketim, gelir ya da her ikisi? Bu ürünler her sezon yetiştirilmekte midir? Zor şartlarda önemli hale gelen bitkiler nelerdir?
- Çiftçiler genellikle bu ürünler için tohum veya dikim malzemelerini nereden alır? (tüm kanalları göz önünde bulundurun.)
- Her ana ürün için ekim parametreleri nelerdir? Ortalama ekim alanı nedir? Ekim oranları nelerdir? Çarpma oranları (ekilen tohumun hasada oranları) nelerdir?
- Özel ürünlerin önemli ya da tercih edilen çeşitleri var mı?
- Hangi üretim girdileri, belirli ürünler veya çeşitleri için gereklidir?
- Evde karar vermekten, mahsullerin yönetilmesinden ve üretim ve üretim sonrası farklı aşamalarında bitkisel ürünlerin elden çıkarılmasından kim sorumludur?

2. Afet sonrasında

- Çiftçilikle ilgili uygulamalar faydalanıcılara göre uygun mu?
- Çiftçiler, şu anda başarıyla ekim, hasat ve satış ya da tüketim yapabilecekleri bir durum olduklarını düşünüyor mu?
- İnsanların alanlara ve diğer üretim yollarına yeterli erişimi var mı (gübre, uygulama, çekme çiftlik hayvanları)?
- İnsanlar tarıma dönmeye hazır mı?

3. Tohum talep ve arzının değerlendirilmesi: Yerli mahsul

- ▶ Ekmek için yeterli miktarda yerli üretim tohum var mı? Bu koşullarda çiftçinin kendi hasadı ve sosyal ağlarla elde edilen tohumlar da vardır (örn. komşular).
- ▶ Bu çiftçilerin hala ekmek istediği bir tohum mu? Yerel şartlara uygun mu? Bunun için hala talep var mı?
- ▶ Çiftçilerin kendi üretimi yoluyla elde edilebilen çeşitler sonraki mevsim için uygun mu? Tohum kalitesi çiftçilerin normal standartlarını karşılıyor mu?

4. Tohum arz ve talebinin değerlendirilmesi: Yerel pazarlar

- ▶ Afete rağmen yerel pazarların üretimi sürüyor mu (pazarın olduğu günler devam ediyor mu, çiftçiler seyahat edebiliyor ve ürünlerini satabiliyor mu)?
- ▶ Mevcut tohum hacimleri, önceki dönemler ve normal şartlar ile kıyaslanabilir mi?
- ▶ Çiftçilerin uygun bulduğu ekinler ve çeşitler pazarlarda var mı?
- ▶ Tohum ya da ekinlerin mevcut pazar fiyatları önceki dönemler ile aynı mı? Fiyatlar farklı ise büyüklüğü çiftçiler için bir problem olabilir mi?

5. Tohum arz ve talebinin analizi: Resmi sektör tohumu

- ▶ Sunulan çeşit ve tohumlar özel zorluk alanlarına göre adapte edilmiş mi? Çiftçilerin bunları kullanmak istediğine dair bir kanıt var mı?
- ▶ Resmi sektör tohumu miktarları yardım için gerekli ihtiyacı karşılıyor mu? Karşılamıyorsa yardıma ihtiyacı olan çiftçi sayısı nedir?



Ek 3

Beslenme Analizi Kontrol Listesi

Aşağıda, yetersiz beslenmenin altında yatan nedenler, beslenme risk dereceleri ve müdahale oranlarını inceleyen değerlendirmeler için örnek sorular vardır. Sorular, yetersiz beslenmenin nedenlerinin kavramsal çerçevesine göre hazırlanmıştır. (bkz. sayfa 146). Bilgi toplamak için değişik bilgi kaynaklarından faydalanılabilir ve anahtar bilgi kaynaklarıyla görüşme, gözlem ve ikincil verilerin değerlendirilmesi gibi çeşitli değerlendirme araçlarının kullanımı gerekecektir (ayrıca bkz. temel standartlar 1, 3-4 sayfa 55-65).

Acil durum öncesi

Doğada ne gibi bilgiler var, etkilenen nüfustaki yetersiz beslenmenin ölçek ve nedenleri nelerdir (bkz. gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 2 sayfa 154)?

Mevcut yetersiz beslenme riski

1. Azalan gıda erişimi ile ilgili yetersiz beslenme riski - bkz. ek 1: Gıda güvenliği ve geçim kaynakları analiz kontrol listeleri.
2. Bebek ve çocukların beslenmesi ve bakımlarında yetersiz beslenme riski:
 - Ev halkının görev ve sorumluluklarını değiştiren bir iş ya da sosyal durum değişikliği (örn. göç, yer değiştirme ya da silahlı çatışma nedeniyle)?
 - Evlerin normal yapısında değişiklik var mı? Ayrılan çocuk sayısı fazla mı?
 - Normal bakım çevresi dağıldı mı (yer değiştirmeden dolayı vs), ikincil bakıcılara erişim, çocukların gıdaya erişimi, suya erişimi etkilendi mi?
 - Anne sütü almayan bebekler var mı? Yapay beslenen bebekler var mı?
 - Acil durumlarda bebeklerin beslenmesi ile ilgili gerileme şüphesi ya da kanıtı var mı, özellikle anne sütü alan bebeklerin sayısında azalma, yapay besleme oranlarında artış ve/veya anne sütü almayan bebek oranında artış?
 - Yaşa uygun, besleyici, güvenli olan tamamlayıcı gıdalar ve bunları hazırlama şekillerine hijyenik olarak erişilebilir mi?
 - Anne sütü ikamelerinin, mesela bebek formülleri, diğer süt ürünlerinin, biberon ve emziklerin genel dağıtımına dair bir şüphe ya da bu şüpheyi destekleyen kanıt var mı?

- Kırsal toplumlarda sürüler küçük çocuklardan uzun süre uzak mı? Süte erişim normalde farklı mı?
 - HIV ve AIDS bakım uygulamaları evsel seviyede mi?
3. Zayıf kamu sağlığı ile ilgili yetersiz beslenme riski (bkz. sağlık bölümü sayfa 287):
- Kızamık, akut ishal gibi beslenme durumunu etkileyen hastalık raporları var mı? Bunların yayılma riski var mı? (bkz. gerekli sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 1-3 sayfa 312-316.)
 - Etkilenen nüfusun tahmini kızamık aşısı koşulları nedir? (bkz. gerekli sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 1 sayfa 321.)
 - Kızamık aşısında A vitamini düzenli olarak veriliyor mu? Tahmini A vitamini takviye koşulları nedir?
 - Ölüm oranlarının tahmini değeri var mı (yeni doğan ya da 5 yaş altı)? Varsa nedir ve hangi yöntemler kullanılmıştır? (bkz. gerekli sağlık hizmetleri standardı 1 sayfa 309.)
 - Etkilenen nüfusun enerji gereksinimleri ya da akut solunum enfeksiyon yaygınlığını etkileyen ortam ısı azalmaları olacak mı?
 - HIV yaygınlığı var mı?
 - Yoksulluk ya da hastalık nedeniyle insanlar yetersiz beslenmeye karşı savunmasız mı?
 - TB yaygınlığı ya da riski ya da aşırı kalabalık olma durumu var mı?
 - Sıtma sık görülüyor mu?
 - Suda ve ıslak kıyafetler içinde kalan insanlar var mı ya da uzun süre sert hava koşullarına maruz kalıyorlar mı?
4. Potansiyel müdahalelerin yapıldığı mevcut resmi ve resmi olmayan yerel yapılar nelerdir?
- Sağlık Bakanlığı, dini kurumlar, toplu destek grupları, anne sütü destek grupları ya da stokların uzun ya da orta vadeli varlığı ile ilgili kapasiteler nelerdir?
 - Yerel toplumlar, bireyler, stoklar, devlet kurumları, dini kurumlar vs. tarafından organize edilen beslenme faaliyetleri ya da toplum bazlı destekler nelerdir? Mevcut duruma yardımcı olmak için uygulanan ya da planlanan beslenme politikaları (geçmiş, devam eden), planlanan uzun vadeli beslenme yardımları ve programları var mı?



Ek 4

Akut Beslenme Bozukluğunun Ölçümü

Temel acil beslenme durumlarında, 6 aydan küçük çocukların, hamile ve emziren kadınların, yaşlıların, ergenlerin, yetişkinlerin beslenme analizi ve beslenme programlarında yer alması gerekir.

6-59 aylık çocukların dışında yaş grubu araştırmaları şu koşullarda yapılır:

- Durumun komple analizi yapılarak, beslenme bozukluğunun sebepleri araştırılır. Sadece bu analiz sonuçları, küçük çocukların beslenme durumunun genel nüfusun beslenme durumunu yansıtmadığını söyler ise başka bir yaş grubu için beslenme analizi yapılmalıdır.
- Teknik uzmanlık ise kaliteli veri toplama, yeterli analiz ve sonuçların doğru yorumlanması ve sunumu sağlanır.
- Diğer yaş gruplarının analizde yer alması için kaynak ve/veya fırsatlar göz önüne alınmalıdır.
- Araştırma için net ve iyi dokümente edilmiş hedefler belirlenmiştir.

6 aydan küçük çocuklar

Bu araştırma, bu yaş grubu için yapılırken, analiz ve yönetim için kanıt temelleri şu anda sınırlıdır. Çoğu rehber, 6-59 ay üzerindeki çocuklar için akut bebek beslenme bozukluğunun antropometrik durum tanımlarını tavsiye etmektedir (<6 aylık çocuklar için şu anda tavsiye edilmeyen üst kol çevresi ölçümü (ÜOKÇ) haricinde). Kabul kriterleri, büyüme analizi yerine mevcut boyut üzerine odaklanmaktadır. NCHS büyüme referanslarından WHO 2006 büyüme standartlarına geçiş, <6 aylık bebek zayıflıklarının daha fazla görülmesi ile sonuçlanır. Bu değişikliğin göstergeleri ele alınmalı ve incelenmelidir. Potansiyel konular arasında beslenme programlarına sunulan bebekler ya da bakıcıların harici anne sütü yeterliliği hakkındaki konular vardır. Şunları değerlendirmek önemlidir:

- Bebeklerin boyunun uzaması - Vücut ebatının küçük olmasına rağmen büyümenin iyi olmasıdır (bazı bebekler düşük doğum ağırlığının ardından, örneğin akranlarını yakalıyor olabilir).
- Bebek beslenme uygulamaları- bebeklerin sadece harici anne sütü alması.
- Klinik durum- Bebekte tıbbi komplikasyonlar var mı ya da kendisini riske atan bir durum var mı?
- Maternal faktörler - örn. anne aile desteğinden yoksun mu ya da depresyonda mı? Terapötik besleme programları, yüksek risk altındaki bebeklere uygulanmalıdır.

6–59 aylık çocuklar

Aşağıdaki tablo, 6-59 aylık çocuklardaki farklı derecede beslenme bozukluğunu ölçmekte genellikle kullanılan göstergeleri gösterir. BYA göre ağırlık (BGA) göstergeleri WHO 2006 çocuk büyüme standartlarına göre hesaplanmalıdır. BGA Z skoru (WHO standartlarına göre) antropometrik araştırma sonuçlarının raporlanması için tercih edilen göstergedir. ÜOKÇ, akut beslenme bozukluğunun bağımsız göstergesidir ve ölümlerin en iyi tahmincisidir. Düşük ÜOKÇ yaygınlığı, takviye beslenme ve terapötik bakım programlarının vaka yükü tahmini için araştırmalarda yer almaktadır. Kullanılan ölçüler genellikle şiddetli akut beslenme bozukluğu için <11.5 cm ve Orta dereceli akut dengesiz beslenme için 11.5-12.5 cm dir. Ölçüm çoğunlukla beslenme programlarına kayıt için yapılan iki aşamalı taramanın bir parçası olarak kullanılır. Antropometrik araştırmalarda tek başına kullanılmamalıdır ancak beslenme programları için tekil kabul kriteri olarak kullanılabilir.

	Global akut yetersiz beslenme	Orta dereceli akut yetersiz beslenme	Şiddetli akut yetersiz beslenme
6.0–59.9 aylık çocuklar	WFH <-2 Z skoru ve / veya ÜOKÇ <12.5cm ve / veya Beslenme ödemi	WFH -3 - <-2 Z skoru ve / veya ÜOKÇ 11.5-<12.5cm	WFH <-3 Z skoru ve / veya ÜOKÇ <11.5cm ve / veya Beslenme ödemi

5–19 yaş arası çocuklar

WHO 2007 büyüme standartlarının kullanılması, 5-19 yaş arası çocukların beslenme durumunun belirlenmesi için tavsiye edilir. Bu büyüme referans verileri eğrisi 1977 NCHS/WHO referans verilerinin yeniden yapılandırılmasıdır ve 6-59 aylık çocuklar için WHO çocuk büyüme standartları ile paraleldir. Daha büyük çocuk ve yetişkinlerde ÜOKÇ kullanımı, özellikle HIV koşullarında düşünülebilir. Bu gelişen bir teknik alan olduğundan, en son rehber ve teknik güncellemelere bakmak önemlidir.



Yetişkinler (20–59.9 yaş)

Akut dengesiz beslenmenin yetişkinler için bir tanımı olmasa da araştırma bulguları şiddetli akut yetersiz beslenme noktasının 16'dan küçük vücut kitle indeksi (VKI) ve orta dereceli akut yetersiz beslenme noktasının ise 18.5'ten küçük vücut kitle indeksi olduğunu göstermektedir. Yetişkinlerde beslenme bozukluğu araştırmaları ağırlık, boy, oturma yüksekliği ve ÜOKÇ ölçüleri verileri almaya yönelik olmalıdır. Bu veriler VKI hesaplamasında kullanılabilir. VKI, cormic indekse (oturma durumundaki boyun ayakta dururkenki boya oranı) ayarlanması, topluluklar arasında karşılaştırma yapmaya olanak sağlar. Bu gibi ayarlamalar yetişkinlerdeki beslenme bozukluğu görülme sıklığını büyük oranda değiştirebilir ve program niteliğinde önemli sonuçlar doğurabilir. ÜOKÇ ölçümleri her zaman yapılmalıdır. Acil sorunlar gerekiyorsa ya da kaynaklar ciddi oranda ise araştırmalar tek başına ÜOKÇ bazında sürdürülebilir.

Antropometrik bilgilerin yorumlanması işe yarar değerlerde çıktılarının ve sonucu belirleyen referans ölçülerinin azlığı nedeniyle zor olduğundan, bu sonuçlar ayrıntılı bağlamsal bilgilerle yorumlanmalıdır. Değerlendirme için referanslar ve diğer kaynaklara bakınız.

Bireylerin beslenme bakımına kabulü ya da taburcu edilmesi için taramalarda kullanılan kriterler antropometrik göstergeleri, klinik belirtileri ve sosyal etkenleri (gıdaya erişim, bakıcıların varlığı, barınak) içermelidir. Yetişkinlerde ödemin beslenme bozukluğundan başka birçok nedenden kaynaklanabileceğine dikkat edilmeli ve diğer nedenleri dışarıda bırakmak için yetişkin ödeminin sağlık uzmanları değerlendirmelidir. Bireysel araçlar bakıma uygunluğu belirleyen göstergelere karar verirken VKI eksikliklerini ÜOKÇ ve bunların program noktalarındaki veri kayıplarını göz önüne almalıdır. Bu gelişen bir teknik alan olduğundan en son rehber ve teknik güncellemelere bakmak önemlidir.

ÜOKÇ hamile kadınlarda bir tarama aracı olarak kullanılabilir, örneğin bir beslenme programına giriş için. Ek gıda gereksinimleri göz önüne alındığında hamile kadınlar diğer gruplara göre daha büyük risk altında olabilir. ÜOKÇ hamilelik döneminde önemli bir değişiklik göstermez. ÜOKÇ <20.7cm (ciddi risk) ve <23cm (orta risk) fetüsün büyüme geriliği riski altında olduğunu gösterir. Bu risk ülkelere ve 21 cm - 23 cm aralığına göre değişebilir. 21 cm altının, acil durumlarda kadınlar için risk altında olduğuna dair seçim kriteri olması önerilmiştir.

Yaşlılar

Yaşlılar için tanımlanmış bir beslenme bozukluğu olmasa da bu grubun acil durumlarda beslenme bozukluğu riski altında olması olasıdır. WHO, yetişkinler için kullanılan VKI eşiğinin 60-69 yaş ve üzeri insanlar için de uygun olduğunu öne sürer. Ayrıca ölçümlerin doğruluğu omurga eğrilmeleri (kamburluk) ve omurga sıkışması nedeniyle problemlili olabilir. Kulaç ve yarı kulaç uzunlukları boy yerine kullanılabilir ancak boyu hesaplamak için kullanılacak çarpan toplumlara göre değişebilir. Görsel analizler gereklidir. ÜOKÇ yaşlılarda beslenme bozukluğu için uygun bir araç olabilir ancak uygun kesim noktası ile ilgili araştırmalar hala sürmektedir.

Engelliler

Fiziksel engellilerde ölçüm yapmak için herhangi bir kılavuz yoktur ve bu yüzden çoğunlukla antropometrik ölçümlerin dışında bırakılırlar. Görsel değerlendirme gereklidir. ÜOKÇ ölçümleri, üst kol kasının mobiliteye yardımcı olmak için geliştiği durumlarda yanıltıcı olabilir. Standart boy ölçümlerine alternatif olarak uzunluk, kulaç, yarı kulaç boyu ya da alt bacak ölçümleri kullanılabilir. Standart ÜOKÇ, boy ve ağırlık ölçümü yapılması uygun olmayan insanlarda en uygun ölçüm şeklini bulmak için yeni araştırma bulgularına başvurulmalıdır.



Ek 5

Kamu Sağlığında Mikro Besin Eksikliğinin Ölçümü

Klinik olarak mikro besleyici eksikliği saptandığında, bireysel bazda acilen tedavi edilmelidir. Klinik mikro besleyici eksikliği vakaları genellikle nüfus seviyesinde mikro besleyici eksikliğinin olduğu probleminin göstergesidir. Mikro besleyici eksikliği ölçüm ve sınıflandırılması, planlama ve izleme için nüfus seviyesinde yapılmalıdır.

Biyokimyasal testlerin mikro besin eksikliği ölçümlerinde tarafsız veri sağlama avantajı vardır. Ancak test için biyolojik numunelerin toplanması genellikle lojistik, personel eğitimi, soğuk zincir ve bazen de kabul edilebilirlik zorluklarını getirir. Biyokimyasal ölçümler her zaman net olarak kullanılabilir değildir. Günün zamanına ve yılın mevsimine göre ve akut yetersiz beslenme durumuna göre değişiklikler gösterebilir. İyi kalite kontrolleri önemlidir ve numune test için laboratuvar seçiminde her zaman göz önüne alınmalıdır.

Mikro besleyici durumunun analizinde aşırı alımların olasılığı, eksiklik kadar akılda tutulmalıdır. Mikro besleyici takviyesi için çoklu, yüksek zenginleştirilmiş ürünlerin ya da takviyelerin kullanımı durumunda özellikle bu olasılık göz önüne alınmalıdır.

Aşağıdaki tabloda, farklı göstergeler kullanılarak seçilen mikro besleyici eksiklikleri için kamu sağlığının sınıflandırmaları verilmiştir.

Mikro besleyici eksiklik göstergesi	Araştırmalar için önerilen yaş grubu	Kamu sağlık problemi tanımı	
		Ciddiyet	Yaygınlık (%)
Vitamin A eksikliği			
Gece körlüğü (XN)	24–71 ay	Hafif	> 0 – < 1
		Orta	≥ 1 – < 5
		Ciddi	≥ 5
Bitots noktalar (X1B)	6–71 ay	Belirtilmemiş	> 0.5
Kornea Kserozis / ülser / Keratomalacia (X2, x3a, X3B)	6–71 ay	Belirtilmemiş	> 0.01
Kornea izleri (XS)	6–71 ay	Belirtilmemiş	> 0.05
Serum retinol (≤ 0.7 µmol/L)	6–71 ay	Hafif	≥ 2 – < 10
		Orta	≥10 – < 20
		Ciddi	≥ 20
İyot eksikliği			
Guatr (görülür + hissedilir)	Okul yaşındaki çocuklar	Hafif	5.0 – 19.9
		Orta	20.0 – 29.9
		Ciddi	≥ 30.0
Medyan üriner iyot konsantrasyonu (mg/l)	Okul yaşındaki çocuklar	Aşırı alım	> 300 ¹
		Yeterli alım	100 – 199 ¹
		Hafif eksiklik	50 – 99 ¹
		Orta eksiklik	20 – 49 ¹
		Ciddi eksiklik	< 20 ¹



Mikro besleyici eksiklik göstergesi	Araştırmalar için önerilen yaş grubu	Kamu sağlık problemi tanımı	
		Ciddiyet	Yaygınlık (%)
Demir eksikliği			
Anemi (hamile olmayan kadınlarda hemoglobin <12.0 g/dl; 6-59 aylık çocuklar <11.0 g/dl)	Kadınlar, 6-59 aylık çocuklar	Hafif	5 – 20
		Orta	20 – 40
		Ciddi	≥ 40
Beriberi ¹			
Klinik işaretler	Tüm nüfus	Hafif	≥ 1 vaka & <1%
		Orta	1 – 4
		Ciddi	≥ 5
Diyet alımı (< 0.33 mg/1000 kcal)	Tüm nüfus	Hafif	≥ 5
		Orta	5 – 19
		Ciddi	20 – 49
Bebek ölümü	2-5 aylık bebekler	Hafif	Oradna artış yok
		Orta	Oranda hafif artış
		Ciddi	Oranda önemli artış
Pelagra ¹			
Araştırılan yaş grubunda klinik işaretler (dermatit)	Tüm nüfus ya da >15 yaş kadınlar	Hafif	≥ 1 vaka & <1%
		Orta	1 – 4
		Ciddi	≥ 5
Niasin eşdeğerlerinin alımı <5 mg/day	Tüm nüfus ya da >15 yaş kadınlar	Hafif	5 – 19
		Orta	20 – 49
		Ciddi	≥ 50
İskorbit ¹			
Klinik işaretler	Tüm nüfus	Hafif	≥ 1 vaka & < 1%
		Orta	1 – 4
		Ciddi	≥ 5

Ek 6

Beslenme Gereksinimleri

Bir afetin ilk aşamasını planlarken aşağıdaki rakamlar kullanılabilir. Aşağıdaki tabloda verilen minimum beslenme gereksinimleri, hedef nüfusun genel erzak ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde kullanılmalıdır. Bu gereksinimler, varsayılan demografik profile göre, hava sıcaklığı ve insanların faaliyet seviyelerine göre belirlenir. Aynı zamanda hamile ve emziren kadınların da ihtiyaçları göz önüne alınır. Gereksinimler, takviyelerin yeterliliğini ya da terapötik bakım oranlarının yeterliliğini analiz etmez ya da belirli bir grubun, örneğin TB ya da HIV olan insanların erzaklarını belirlene amacı gütmeyiz.

Bu tablodaki gereksinimleri kullanmadan önce ele alınması gereken iki önemli nokta vardır. İlk olarak ortalama nüfusun minimum gereksinimleri, tüm yaş grubu ve cinsiyetlerin gereksinimlerini ele alır. İkinci olarak beslenme gereksinimleri nüfus profiline dayalıdır.



Besleyici	Minimum nüfus gereksinimleri ¹
Enerji	2,100 kals
Protein	53 g (toplam enerjinin %10)
Yağ	40 g (toplam enerjinin %17)
A vitamini	550 µg RAE*
D vitamini	6.1 µg
E vitamini	8.0 mg alpha-TE*
K vitamini	48.2 µg
B1 vitamini (Tiamin)	1.1 mg
Vitamin B2 (Riboflavin)	1.1 mg
Vitamin B3 (Niasin)	13.8 mg NE
B6 Vitamini (Pyidoxine)	1.2 mg
Vitamin B12 (Kobalamin)	2.2 µg
Folat	363 µg DFE*
Pantotenat	4.6 mg
C vitamini	41.6 mg
Demir	32 mg
İyot	138 µg
Çinko	12.4 mg
Bakır	1.1 mg
Selenyum	27.6 µg
Kalsiyum	989 mg
Magnezyum	201 mg

* Alpha-TE – alfa tokoferol eşdeğerleri

RAE - retinol aktivite eşdeğeri

DFE – diyet folat eşdeğeri

1 Enerji ve bakır dışında tüm besleyiciler için referans besin alımı (RNI) olarak açıklanır.

Referans: FAO/WHO (2004) ten alınan RNI, İnsan Beslenmesinde Vitamin ve Mineral Gereksinimleri. İkinci baskı, bakır dışında tüm vitamin ve mineral gereksinim hesaplarında kullanılmıştır, çünkü bu mineral gereksinimleri FAO/WHO (2004) içinde yer almamıştır. Bakır gereksinimleri WHO (1996), İnsan Beslenme ve Sağlığı için Eser Öğelerden alınmıştır.

Aşağıdaki tabloda yaşa göre ayrılan global nüfus yapısının göstergeleri verilmiştir. Ancak bu koşullara özgüdür ve önemli ölçüde değişebilir. Mesela bazı kırsal alanlarda orta neslin dışarıya göç etmesi, çocuklara bakan yaşlı nüfusun orantısız artışına neden olmuştur.

Grup	Nüfus yüzdesi %
0–6 aylık	1.32
7–11 aylık	0.95
1–3 yaş	6.58
4–6 yaş	6.41
7–9 yaş	6.37
10–18 yaş kadınlar	9.01
10–18 yaş erkekler	9.52
19–50 kadınlar	17.42
51–65 kadınlar	4.72
19–65 erkekler	27.90
65+ kadınlar	2.62
65+ erkekler	2.18
Hamile	2.40
Emziren	2.60

Referans: Birleşmiş Milletler (2003), Dünya Nüfus Tahminleri: 2002 Revizyonu, Cinsiyet, yaş ve takvim yılına göre nüfusun kutuplara ayrılması, 1950 - 2050.

Nüfusun enerji gereksinimleri aşağıdaki faktörlere göre ayarlanmalıdır:

- Nüfusun demografik yapısı, özellikle 5 yaş altında olan çocukların ve kadınların yüzdesi.
- Ortalama yetişkin kilosu ve genel ve istenen vücut ağırlıkları.
- Verimli bir yaşam sürdürmek için yapılan aktivite düzeyleri, aktivite düzeylerinin ışığı (yani 1,6 x Bazal Metabolizma Hızı) aşması durumunda gereksinimleri artar.
- Ortalama ortam sıcaklığı ve barınak ve giyim kapasiteleri - ortalama ortam sıcaklığı 20°C altında ise gereksinimleri artar.



- Nüfusun beslenme ve sağlık durumu - nüfus yetersiz beslenme durumunda ise büyümeyi yakalamak için ekstra gereksinimler vardır. HIV ve AIDS yaygınlığı ortalama nüfus gereksinimlerini etkileyebilir (bkz. Gıda güvenliği gıda transferleri standardı 1 sayfa 180). Genel erzakların bu ihtiyaçları karşılamak için ayarlanması, bağlamsal analiz ve mevcut uluslararası önerilere bağlıdır.

Analizler ile bu bilgileri elde etmek mümkün değilse, tabloda verilen rakamlar minimum gereksinimler olarak kullanılır.

Referanslar ve diğer kaynaklar

Kaynaklar

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 Nutrition of the infants and children in emergencies. www.enonline.net/ife

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (I NEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva.

International Labour Office (ILO) (1973), Minimum Age Convention No. 138. www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

LEGS (2009), Emergency Guide and Standards for Animals (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, p. 1097. Geneva. www.icrc.org.

SMART (Standardied 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.

The Right to Adequate Food (Article 11: 12/05/99. E/C 12/1999/5, CESCR General Comment 12. United National Economic and Social Council (1999). www.unhchr.ch

UNHCR, World Food Programme (WFP), University College London and 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 Standard 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

Diğer kaynaklar

Analiz referansları

İlk analiz

IASC (2009), Multi-sectoral Initial Rapid Assessment (IRA) Tool. Global Health, Nutrition and WASH Clusters.

Gıda Güvenliği analizi

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](http://fantaproject.org/publications/asg2009.shtml)

FAO and 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 Rehber (EFSA) - second edition. Rome.

WFP (2009), Comprehensive Food security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Tohum güvenliği analizi

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.

Geçim kaynağı analizi

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. London.

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.

Pazarlar

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.

Gıda tüketimi

Food and Nutrition Technical Assistance Projesi (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.

Katılımcı yöntemler

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

CARE (2009), Climate Vulnerability and Capacity Analysis Rehber.



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.

Gıda ve Gıda Güvenliği bilgi sistemleri

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.

Antropometrik analizler

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and 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 analysis, 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.

Mikro besin analizi

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 micro nutrient deficiency in emergencies: Current practice and future directions. Geneva

IYCF analizi

CARE (2010), Infants and children nutrition practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.enonline.net/resources

Bebek ve çocukların beslenmesi

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 and WHO (2003), Global Strategy for infants and children nutrition. Geneva.

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 and WHO (2007), Indicators for assessing infants and children nutrition 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.

Gıda güvenliği müdahaleleri

Genel

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.

Maxwell, D et al (2008), Emergency food security interventions. ODI, Good Practice Review #10. Relief and Rehabilitation Network, ODI. London.

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



Hedef bulma ve gıda dağıtımı

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 Guide 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.

Tedarik zinciri yönetimi ve gıda kalite ve güvenliği

CARE, Food Resource Management Rehber.

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 and WFP. Chatham, UK and Rome.

World Vision International, World Vision Food Resource Manual. Second edition. World Vision International, Food Monitors Manual.

Nakdî yardım ve gıda kuponu müdahaleleri

AAction 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 and 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 voucher in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Tohum müdahaleleri

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 and CRS. Rome

Genel acil durum beslenme kılavuzları

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 Rehber. Rome.

WHO (2000), The Management of Nutrition in Major Emergencies. Geneva.

Savunmasız insanlar

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.

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



Akut yetersiz beslenme yönetimi

ENN, CIHD and ACF (2010), MAMI Report. Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes.

ENN, IFE Core Group and collaborators (2009), Integration of IYCF support into CMAM. www.ennonline.net/resources

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 (forthcoming), 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.

Mikro besin eksikliği

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micro nutrient deficiency 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.

Barınak, Yerleşim ve Gıda Dışı Maddeler için Asgari Standartlar



Bu bölüm nasıl kullanılmalıdır?

Bu bölüm iki temel kısma ayrılmıştır:

Barınak ve yerleşim

Gıda dışı kalemler: giysi, yatak malzemeleri, ev araç gereçleri

Her iki bölüm de çeşitli barınma temelli müdahale senaryolarında kullanılacak genel standartlar yer alır: örneğin, yerinden edilen ve yerinden edilmeyenler, geçici yerleşim barınaklarında kalanlar, onarılan evlerine geri dönenler, ev sahibi ailelerin yanında kalanlar, planlı ya da kendi yaptıkları kamplarda, toplu yerleşim merkezlerinde, geçiş ya da dönüş merkezlerinde kalan insanlar, vb çeşitli senaryolar.

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar bu bölüm ile tutarlı olarak kullanılmalıdır.

Öncelikle afet durumunda insani yardım hakkında bilgilendirmeyi amaçlasa da Asgari Standartlar afete hazır olma ve iyileştirme faaliyetlerine geçişte de kullanılabilir.

Her bölüm şunları içerir:

- **Asgari standartlar:** Doğası gereği kalitatif ve su, sanitasyon ve hijyen teşvikinde ulaşılmaması gereken minimum seviyeyi belirler.
- **Anahtar faaliyetler:** Bunlar faaliyetlerde önerilir ve standartlara ulaşmada yardımcı olur.
- **Anahtar göstergeler:** Bunlar bir standarda ulaşıp ulaşılmadığını gösteren “sinyallerdir”. Anahtar faaliyet süreç ve sonuçlarının ölçüm ve iletimi için bir yol sunar, Anahtar faaliyet ile değil, Asgari Standartlar ile ilgilidir.
- **Kılavuz notlar:** Bunlar farklı durumlarda Temel Standart, Anahtar faaliyetler ve Anahtar göstergeler uygulanırken göz önüne alınması gereken noktaları belirtir. Bunlar uygulama güçlüklerinin ele alınması, kıyaslamalar ya da öncelikli ve paralel temalar ile ilgili tavsiyelerde bulunur. Aynı zamanda standartlar, faaliyetler ve göstergeler ile ilgili kritik konuları içerir, güncel bilgilerde yer alan ikilemleri, uyumsuzluk ve boşlukları tanımlar. Belirli bir faaliyetin nasıl uygulanacağı ile ilgili rehberlik sağlamaz.

Asgari Standartların Anahtar göstergeleri ve faaliyetleri karşılanamazsa etkilenen nüfus için adapte edilerek hafifletici önlemler alınmalıdır.

Müdahale faaliyetlerinin tanımlanması ve izlenmesinde Asgari Standartlar için ihtiyaç analizi yapılmalıdır. Referanslar ve diğer kaynaklar bölümünde, yöntem bildiren rehber kaynakların seçimi için de bir liste yer almaktadır.

İçindekiler

Giriş 243

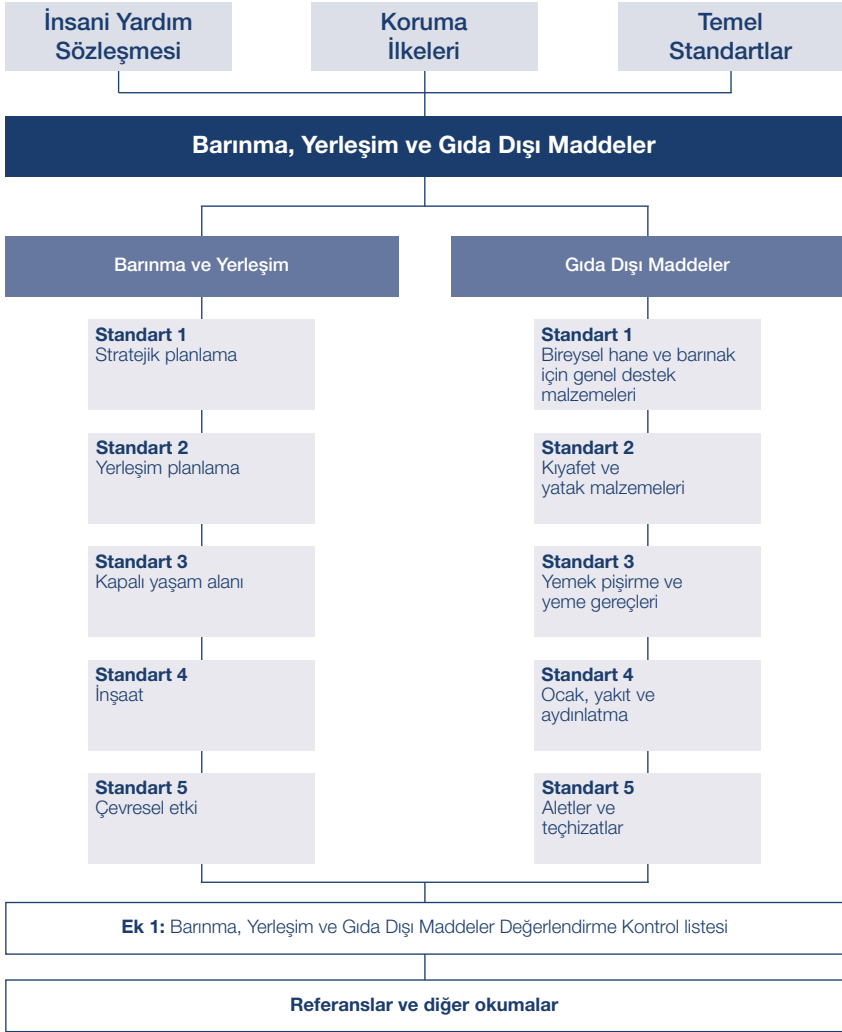
1. Barınak ve Yerleşim.....249

2. Gıda Dışı Kalemler: Giyim, Yatak Malzemeleri, Ev Araç Malzemeleri...268

Ek 1: Barınak, Yerleşim ve Gıda Dışı Kalemler Analiz Kontrol Listesi.....278

Referanslar ve Diğer Kaynaklar.....284





Giriş

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Uluslararası Kanunlara Bağlantılar

Barınak, yerleşim ve gıda dışı kalemler için Asgari Standartlar, İnsani Yardım Sözleşmesi'nde yer alan ilke, hak ve görevler ile insani yardım kurumlarının paylaştığı inanç ve taahhütlerin pratik birer ifadesidir. İnsanlık ilkesini temel alan ve uluslararası kanunlara da yansıtılan bu ilkeler, onurla yaşama hakkı, korunma ve güvenlik, ihtiyaç bazında insani yardım alma hakkıdır. İnsani Yardım Sözleşmesi'ni bilgilendiren Anahtar doküman ve belgeler referans olarak Ek 1'de (bkz. sayfa 356), insani yardım çalışanları için açıklamaları ile birlikte verilmiştir. İnsani yardım faaliyetlerinde barınak, yerleşim ve onlara eşlik eden gıda dışı kalemler uygun barınma hakkı kapsamındadır ve İnsan Hakları Yasası'nda yer alır.

Her insan uygun bir barınma yeri hakkına sahiptir. Uluslararası mevzuatta da tanınmış olan bu hak, (bkz. Referanslar ve diğer kaynaklar: Uluslararası yasal araçlar) güvenlik, huzur ve onur, mülkiyet güvenliği, zorla tahliye ve iadeye karşı korunma haklarını içerir. Bu araçlar şunları sağlayan uygun bir barınmayı tanımlar:

- Yeterli alan, yapısal tehlikeler ve hastalık vektörleri (taşıyıcılar) de dâhil olmak üzere soğuk, nemli, sıcak, yağmur, rüzgar veya sağlığı tehdit eden diğerlerine karşı yeterli koruma
- Hizmetler, tesisler, malzeme ve altyapı bulunması
- Ekonomik olarak karşılanabilirlik, yaşanabilirlik, erişilebilirlik, yer ve kültürel uygunluk
- Doğal ve ortak kaynaklara sürdürülebilir erişim; güvenli içme suyu, yemek pişirmek için enerji ve aydınlatma ısıtma, sanitasyon ve yıkama tesisleri, gıda depolama araçları; atık bertarafı, saha drenajı ve acil hizmetlere erişim
- Sağlık hizmetleri, okullar, çocuk bakım merkezleri ve diğer sosyal tesislere güvenli erişim sağlamak için barınakların uygun yerleşimi
- Konut inşaatı ile ilgili inşaat malzemeleri ve politikaları ile kültürel kimlik ve çeşitliliği ifade edebilme olanağı



Bu bölümdeki Asgari Standartlar ilgili uluslararası yasal araçlarda tanımlanan uygun barınak hakkının tam bir ifadesi değildir. Bunun yerine Asgari Standartlar, barınak hakkının ana içeriğini yansıtır ve bu hakkın gerçekleştirilmesine katkıda bulunur.

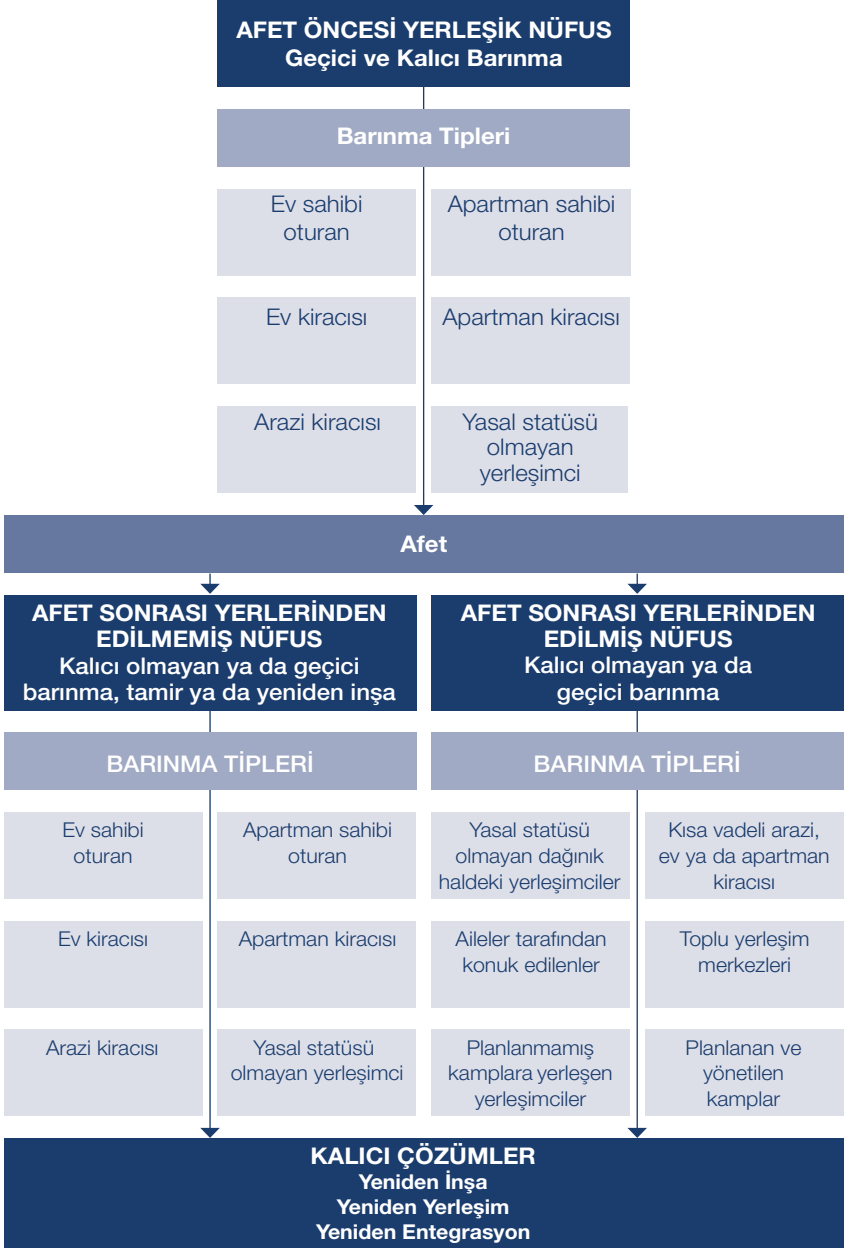
Afetlerde Barınak, Yerleşim ve Gıda Dışı Kalemlerin Önemi

Barınma yeri, bir afetin ilk safhalarında yaşamı sürdürmek için kritik öneme sahiptir. Barınak hakkı, yaşamı sürdürmenin ötesinde, genel ve kişisel güvenliğin hava şartlarına, hastalıklara ve salgınlara karşı korumanın sağlanması açısından gereklidir. Barınma ayrıca insan onuru, zor durumlarda aile ve toplumsal yaşamın mümkün olduğunca desteklenmesi açısından büyük önem arz eder. Barınak ve bağlantılı yerleşim yeri ve gıda dışı madde yardımları, toplumun afetle başa çıkma stratejilerini kendi kendilerine yetebilmelerini ve yönetebilmelerini desteklemelidir. Aynı zamanda bu müdahaleler, afetten etkilenen halkın geçinme imkanlarını korurken ya da oluşturmalarını sağlarken, bilinen afet risklerini dikkate almalı ve çevre üzerindeki etkileri asgaride tutmalıdır.

Bireysel seviyede ihtiyaçları karşılanması, termal rahatlık, iklim etkilerinden korunma ve kişisel güvenlik ve onur, yerleşim alanlarının olması ve bu alanın uygun bir lokasyonda yer alması kombinasyonundan oluşur. Benzer şekilde bu ihtiyaçların karşılanması kapsamında uygun şekilde yemek hazırlama, pişirme ve yeme, giysi ve yatak malzemeleri, yeterli barınak alanı, ısıtma sistemi ve gerekli şekilde havalandırma ile temel hizmetlere erişim de yer alır.

Afetten etkilenen insanların barınak, yerleşim ve gıda dışı madde ihtiyaçları, afetin tür ve ölçeğine göre, nüfusun yer değiştirme oranına göre belirlenir. Yardım aynı zamanda yeri değişen nüfusun orijinal yerlerine dönme ve iyileştirme sürecine başlama kapasitesi ve isteği ile de şekillenir: Geri dönmeye istekli değilse geçici barınak çözümü gerekecektir (bkz. aşağıdaki şema). Afetin yerel koşullarında müdahaleyi, etkilenen alanın kırsal ya da kentsel alan oluşu, yerel çevresel ve iklim koşulları, siyasî ve güvenlik durumu, etkilenen nüfusun barınak ihtiyacına katkısı belirleyecektir.

Barınak ve Yerleşme Seçenekleri ve Yardım Senaryoları



Aşırı hava koşullarında barınaklar hayatta kalmak için kritik olabilir ya da yerinden edilme sonucunda etkilenen nüfus uygun barınakları yapamayabilir, bu durumda mevcut kamu binalarında yatacak yer sağlamak ya da çadır gibi daha kolay barınak çözümleri bulunabilir. Yerinden edilen insanlar ev sahibi aileler ile kalabilir ya da planlı şekilde yapılan ve yönetilen kamplarda ya da toplum merkezlerinde geçici olarak kalabilirler.

Etkilenen insanların mümkün olması halinde mevcut evlerini onarma ya da yeni yapılar inşa etme olanakları olmalıdır. Bunun için yardımlar arasında uygun inşaat materyali, araç, donatı, nakdî yardım ya da gıda kuponu, teknik yardım ve eğitim ya da bunların bir kombinasyonu sunulabilir. İnşaat faaliyetlerini kendi başına yapamayan etkilenen nüfus için destek ya da teknik yardım sağlanır. Yerinden edilen insanlara ev sahipliği yapan bir anlamda afetten ikinci derecede etkilenen ev sahibi toplumun da ihtiyaçları da göz önüne alınmalıdır. Geçici yerleşim olarak kamu binalarında, özellikle okullarda kalan nüfusun planlı ve güvenli şekilde yeniden yerleşimleri bu binalardaki hizmetlerin en kısa zamanda normale dönmesini sağlayacak şekilde yapılmalıdır.

Etkilenen nüfus, geçici ve kalıcı barınak sağlanmak için atılacak adımlar konusunda bilgilendirilmelidir, böylece etkilenen nüfusun kendi kapasiteleri ve kaynakları kullanılabilir. Barınak konusundaki müdahaleler (yardımlar) etkilenen insanların geçici barınak çözümlerinden sürekli yaşam alanlarına geçmelerine de olanak sağlamalıdır.

Hasar gören kamu binalarının onarımı ya da geçici yapıların okul, sağlık merkezi ve diğer tesisler olarak kullanılması gerekebilir. Çiftlik hayvanları gibi bazı geçim kaynaklarına barınak sağlanması da bazı haneler için bir gereklilik olabilir. Müdahale kurumlarının mevcut barınak ve yerleşim riskleri, lokasyon, planlama, tasarım ve inşaat, afetten dolayı ya da iklim değişikliğinin etkileri ile kötü hale gelen yapıların zarar görebilirlik durumunu da ele alması gerekir. Barınak çözümleri ve yapılar üzerindeki çevresel etkiler, afetin uzun vadeli etkilerinin asgariye indirilmesi için de önemlidir.

Daha iyi koruma, yerleşim ve gıda dışı kalemlerin temini, afete daha iyi hazır olma durumu ile sağlanır. Bu tür hazır olma, hükümetlerin, insani yardım kurumlarının, yerel sivil toplum örgütlerinin ve bireylerin olası ve mevcut tehlikelere karşı geliştirdiği kapasite, ilişki ve bilginin bir sonucudur. Hazırlıklı olma, erken uyarı sistemlerinin analizi ile bilgilenebilir.

Diğer Bölümlere Bağlantılar

Başka sektörlerin başlıklarında birçok standart, bu bölümle ilgilidir. Bu alanda standartların yakalanması, çoğu zaman başka alandaki gelişme sürecine ön ayak, hatta neden olur. Bir müdahalenin etkili olması için sektörler arasındaki güçlü bir eş güdümün ve işbirliğinin olması gerekir. Benzer şekilde yeterli barınak alanı sağlanması, insanların sağlık ve refahı ile yeme-içme gereçleri ve beslenme ihtiyaçlarının karşılanması açısından önemlidir. Yerel yönetim ve diğer kurumlarla koordine olmak da ihtiyacın karşılandığından emin olmak, tekrardan kaçınmak ve barınak kalitesi, yerleşim ve gıda dışı kalem yardımları kalitesinin en üst seviyede tutmak için gereklidir.

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar ile Bağlantılar

Bu rehber standartlarını karşılamak için tüm insani yardım kurumları, aynı bir koruma zorunluluğu ya da özel bir koruma kapasiteleri olmasa bile bu koruma ilkeleri tarafından yönetilmelidir. İlkeler "kati" değildir. Durumlar, kurumların bu ilkeleri yerine getirme kapasitesini sınırlayabilir. Ancak ilkeler her zaman eylemi yönetmesi gereken evrensel insani konuları yansıtır.

Temel Standartlar önemli süreçlerdir ve kişisel standartlar tüm sektörlerce paylaşılmaktadır. Altı Temel Standart, insan merkezli insani yardımı kapsar: koordinasyon ve işbirliği, analiz, tasarım ve yardım, performans, şeffaflık ve öğrenme ve yardım çalışanı performansı. Bunlar rehberdeki diğer tüm standartların altını çizen yaklaşımlar için tek referans noktası sağlar. Bu nedenle her bir teknik bölüm temel standartlar ile birlikte kullanılarak kendi standardına ulaşmaya çalışmalıdır. Özellikle yardımın nitelikli ve uygun olması için afetten etkilenen insanların - genellikle afet durumunda risk altında olan grup ve bireyler de dâhil - katılımları artırılmalıdır.

Afetten Etkilenen İnsanların Zarar Görebilirlik ve Kapasiteleri

Bu bölüm Temel Standartlar ile birlikte okunmalı ve onları pekiştirmelidir.

Genç ya da yaşlı olmanın, kadın ya da engelli bir birey ya da HIV olan bir birey olmanın kendi başına insanların zarar görebilirlik ya da riski arttırmadığını anlamak önemlidir. Bunu yapan iç faktörlerdir: Mesela 70 yaşın üzerinde, yalnız yaşayan ve sağlığı iyi olmayan bir kimse, aynı yaşta ve sağlıkta olup geniş bir ailesi ve yeterli geliri olan bir kimseye göre daha zarar görebilir durumdadır. Benzer şekilde



3 yaşında bir kız, ona eşlik eden bir yetişkinin yanında değilse, aileleriyle olan akranlarına göre daha zarar görebilir bir durumdur.

Barınak, yerleşim ve gıda dışı madde standartları açısından ve anahtar faaliyetler uygulandığında, zarar görebilirlik ve kapasite analizi, afetten etkilenen insanlara yapılan yardımın ayrımcılık olmadan ve en çok ihtiyacı olan kişilere iletilmesini sağlar. Bu da yerel koşulların tam olarak anlaşılmasını ve belirli risklerin bazı insan gruplarını farklı şekillerde nasıl etkilendiğinin görülmesini gerektirir (örn. çok fakir olmak ya da ayrımcılığa uğramak), çeşitli koruma tehditlerine maruz kalmak (örn. cinsel istismar dâhil cinsiyet bazlı şiddet), hastalık ya da hastalığın yayılması (örn. HIV ya da tüberküloz) ve salgın olasılıkları (örn. kızamık ya da kolera). Hastalıklar, eşitsizlikleri daha kötü hale getirebilir. Ancak insanların başa çıkma stratejilerinin, direnç ve iyileştirme kapasitelerinin desteklenmesi önemlidir. Bilgi, yetenek ve stratejileri desteklenmeli, sosyal, mali, yasal ve psiko-sosyal destek sağlanmalıdır. Çeşitli fiziksel, kültürel, ekonomik ve sosyal bariyerler eşit şartlarda ele alınmalıdır.

Aşağıda, zarar görebilir insanların hak ve kapasitelerinin göz önüne alınmasını sağlayacak bazı anahtar alanlar yer almaktadır:

- Tüm temsilci grupları kapsayacak şekilde - özellikle görünürlüğü daha az olanları (örn. iletişim ya da hareket güçlüğü olanlar, kurumlarda yaşayanlar, toplumca yaftalanan genç ve diğer temsil edilmeyen gruplar) - insanların katılımlarını sağlamak.
- Verileri analiz sırasında cinsiyet ve yaşa göre ayırmak (0-80+ yaş) nüfus çeşitliliğini göz önüne almak için gıda güvenliği ve beslenme sektöründe bu önemli bir öğedir.
- Haklarla ilgili bilgilerin toplumun tüm üyelerini kapsayacak şekilde ve herkesin de ulaşabileceği şekilde dağıtılmasını sağlamak.

Asgari Standartlar

1. Barınak ve yerleşim

Yerinden edilmemiş afetten etkilenen insanlar, kendi yerlerinde geçici evsel barınaklar ile ya da barınaklarının onarımı için veya uygun bir barınak yapımı için yardım sağlanması yoluyla desteklenmelidir. Bu insanlar için bireysel hane seviyesinde de geçici ya da kalıcı barınaklar sağlanabilir, bunlar sağlanan yardımın koşullarına giren faktörlere, arazi kullanım hakkı ve sahipliğine, temel hizmetlere erişime, barınakların güncelleme ve genişletilme olanaklarına tabidir. Yerinden edilen ve evlerine dönemeyen insanlar genellikle tarihi, kültürel, dini ve diğer bağları olan ve yine yardıma ihtiyacı olan diğer aile üyeleri ile birlikte kalmayı tercih ederler. Bu şekilde yerleşim mümkün değilse geçici toplu yerleşimler planlı ya da kendiliğinden kurulan kamplar ile sağlanır ya da uygun kamu binaları toplu merkezler olarak kullanılabilir.

Barınak ve yerleşim standardı 1: Stratejik planlama

Barınak ve yerleşim stratejileri, yerinden olan ve olmayan afetten etkilenen insanların güvenlik, sağlık ve refahına katkıda bulunmalı, mümkünse iyileştirme ve yeniden inşasını desteklemelidir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afetten etkilenen nüfusun barınak ve yerleşim ihtiyaçlarını ilgili yetkililer ve afetten etkilenen nüfus ile değerlendirin ve analiz edin (bkz. Kılavuz notlar 1).
- İlgili yetkililer, yardım kurumları ve etkilenen nüfus ile koordineli olarak bir barınak ve yerleşim yardım planı hazırlayın (mümkünse erken iyileştirme planı ile birlikte) (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Etkilenen insanların kendi evlerine ya da evlerinin bulunduğu yere dönmesini öncelikli olarak destekleyin (bkz. Kılavuz notlar2).
- Kendi evlerine dönmek istemeyen ya da dönemeyen kişilerin geçici toplu yerleşim alanlarında kalmasını ya da diğer haneler tarafından misafir edilmesini sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 3-4).
- Gıda dışı kalemler, inşaat materyalleri, nakit, teknik yardım ya da bilgi ya da bunların bir kombinasyonu şeklinde barınak çözümleri (çadır ya da barınak kitleri) sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 5-6).



- Yerleşim yeri ya da hanelerin potansiyel tehlikelerin uzağında ve mevcut risklerin asgariye indirildiği güvenli alanlarda olmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 7).
- Afetten kaynaklanan atıkların, hasarlı ya da yıkılmış evler, geçici yerleşim alanları, önemli kamu binaları ve erişim yolları dâhil anahtar lokasyonlardan uzak tutulması sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 8).
- Su ve sanitasyon hizmetleri, sağlık tesisleri, okullar ve rekreasyon alanları, ibadet yerleri, pazarlar ve geçim kaynağı faaliyetlerinin sürekli olması için kullanılan hizmet alanlarına güvenli erişimi planlayın (bkz. Kılavuz notlar 9-10).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afetten etkilenen insanların temel ihtiyaçlarının karşılanması için barınak ve yerleşim çözümlerinde, nüfusun kendisi ile anlaşmaya varılarak ilgili makamlar, yardım kurumları ve ilgili organizasyonların koordinasyonu söz konusudur (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Tüm geçici barınak ve yerleşim çözümleri daha dayanıklı çözümler sağlanana kadar güvenli ve yeterlidir (bkz. Kılavuz notlar 2-10).

Kılavuz notlar

1. **Analiz, danışma ve koordinasyon:** Öncelikli ihtiyaç değerlendirmesi etkilenen nüfusun barınak ve yerleşim ihtiyaçları, afet sonrası riskleri, zarar görülebilirlik ve kapasiteleri, başlangıçtan itibaren toparlama fırsatlarını çevresel etkiler de dâhil olmak üzere daha ayrıntılı şekilde belirlemek için önemlidir. Afetten etkilenen insanlar (özellikle zarar görülebilir kişilerin özel ihtiyaçları), bu tür değerlendirmelere dâhil edilmelidir. Mevcut acil durum planları, koordinasyon mekanizmalarını kullanarak, ilgili makamları, insani ve diğer kurumlarını ve etkilenen nüfus ile koordineli şekilde müdahale faaliyetleri hakkında bilgilendirmek için kullanılmalıdır. Kaynaklarının durumu, yerel koşullar (mevsimsel hava durumu da dâhil olmak üzere), güvenlik ve mevcut veya yeni alanlara karadan erişim yardım planlaması şekillendirecektir. (bkz. Temel Standartlar 1-5 sayfa 55-68, Gıda Dışı Kalemler Standardı 1-5 sayfa 269-276 ve Ek 1: Barınak, Yerleşim ve Gıda Dışı Kalemler Analiz Kontrol Listesi).

2. Dönüş: Afetten etkilenen insanların çoğu için kendi yerleşim yerine ve evine dönme fırsatı asıl amaçtır. Nüfus tarafından belirlenen evlerinin onarılması ya da barınaklarının iyileştirilmesi çözümleri, toplu başa çıkma stratejilerini destekler, kurulan yerleşim şekillerinin muhafazasını sağlar ve mevcut altyapının kullanılmasını sağlar (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55). Dönüş engelleniyor ya da geciktiriliyor olabilir ve bu nedenle başka bir yerde geçici barınak gerekebilir. Dönüşü etkileyen konular arasında afetin sürmesi, mesela devam eden sel, toprak kayması ya da deprem artçıları ve alan ya da mülkün işgal edilmesi, şiddetli çatışmalar, etnik ya da dini gerilimler, kuşatma korkusu, mayın ya da patlamamış cephane gibi güvenlik endişeleri vardır. Okulların yeniden yapılması da nüfusun dönmesi için önemlidir. Kadınların yönetiminde olan ev halkının dönüşü, dul kalan ya da afet nedeniyle öksüz kalan çocuklar, ya da engelli insanlar, yetersiz ya da ayırma maruz arazi ve mülk ya da geleneksel prosedürler nedeniyle engellenebilir. Yerinden olmuş insanların evlerini yeniden inşa kapasitesi yoksa bu dönmek için bir engel olabilir ya da dönmeyi istemeyebilirler.

3. Aile ve toplumların ev sahipliği: Yer değiştiren insanlar evlerine dönemez ise genellikle tarihi, dini, kültürel bağları olan aileler ile birlikte kalmak isterler (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55). Bu ev sahipliği için yardım, mevcut ailenin barınak ve tesislerini misafir aileyi de alacak şekilde adapte etmek, ev sahibi aile için ek olarak ayrı barınak ve tesis temin etmek olabilir. Nüfus yoğunluğunun artışı ve sosyal tesislere, altyapıya ve doğal kaynaklara olan talep değerlendirilmeli ve karşılanmalıdır.

4. Geçici toplu yerleşimler: Varsayılan bir yardım olmaması gerekse de geçici planlı kamplar, orijinal yerleşim alanlarına dönmek istemeyen ya da dönemeyen veya diğer ailelerin yanında kalma seçeneği olmayan insanların barınması için kullanılabilir. Bu yerleşim çözümleri, güvenlik tehditlerinin izole nüfus riskini arttırdığı ya da su, gıda ve yerel bina materyallerinin sınırlı olduğu alanlarda gerekebilir. Toplu merkezler olarak kullanılan mevcut binalar iklim koşullarından korunmak için hızlı bir geçici yerleşim olabilir. Bu amaçla kullanılan binaların uyarılma, veya güncellemeye tabi tutulması gerekebilir; örneğin hareket güçlüğü olan insanlara göre alt bölümler ya da rampalar gerekir. Pek çok ülkede önceden belirlenen binaların toplu merkezler olarak kullanılması, ilgili yönetim ve servis sağlama sorumluluğu ile birlikte bilinen yardımlardır. Okul binaları genellikle afetten etkilenen insanların barınması için kullanılsa da alternatif yapılar belirlenerek eğitimin devam etmesi sağlanmalıdır. Geçici toplu yerleşimlerin planlanması, kişisel güvenlik, gizlilik ve insanların



onurunu korumalı, çevre nüfus için güvenlik riski oluşturmamalı ya da çevre için sürdürülebilir olmayan taleplere neden olmamalıdır.

- 5. Barınak yardımı türleri:** Farklı tür yardım kombinasyonları afetten etkilenen insanların ihtiyaçlarını karşılamak için gerekebilir. Temel yardımlar arasında giysi, yatak malzemeleri, soba ve yakıt gibi genel ev araç gereçleri vardır. Barınak destek sistemleri arasında ise çadır, plastik şilte ve araç kiti, malzemeleri daha sonra tekrar kullanılabilen geçici ya da geçiş barınakları bulunur. Yerel ekonominin durumuna göre yerel tedarik zincirleri ve kaynaklarını destekleyen nakdi yardım ve gıda kuponu düşünülebilir. Nakit desteği kiralık barınaklar için de yardımcı olur. Kamu kampanyaları yoluyla dağıtılan bilgi ve tavsiyeler, bağışlara erişim, materyal ve diğer barınak destek türlerini içermelidir.
- 6. Geçiş barınakları:** Müdahalenin bir aşaması olmaktan çok, genellikle afet sonrası etkilenen nüfus tarafından oluşturulan geçiş barınaklarının, etkilenen nüfus tarafından yönetimi desteklenmelidir. (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55). Afet sonrası barınak çözümlerinin tamamı ya da bir kısmı kalıcı barınaklar olarak kullanılabilir ya da etkilenen insanlar tarafından geçici barınaklardan kalıcı barınaklara geçiş aşamasında kullanılabilir. Yerinden edilmeyen insanlar için orijinal evlerindeki geçici barınaklar, geliştirilebilir ya da zaman içinde kaynaklara göre genişletilebilir. Yerinden edilen insanlar için geçici barınaklar, afet sonrası asıl yerleşim alanlarına döndüklerinde ya da başka bir yere yerleştiklerinde sökülüp yeniden kurulabilecek barınaklar olabilir. Geçici barınaklar ayrıca, etkilenen insanları misafir eden, bitişik bir yapıyı montajı edebilme kapasitesine sahip hanelere de verilebilir Bu tür yapılar taşınabilir ve yeniden kullanılabilir olmalıdır.
- 7. Risk, zarar görülebilirlik ve tehlike analizi:** Düzenli ve kapsamlı olarak risk ve zarar görülebilirlik analizleri yapılmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61). Asıl ya da potansiyel güvenlik tehditleri ve yaş, cinsiyet, engellilik, sosyal ya da ekonomik durum, etkilenen nüfusun doğal kaynaklara bağımlılığı ve etkilenen insanlar arasındaki ilişkiler gibi özel risk ve Zarar görülebilirlikler de bu analizlerde yer almalıdır (bkz. Koruma İlkesi 3 sayfa 38). Deprem, toprak kayması, volkanik faaliyetler, sel ya da şiddetli rüzgarlar gibi doğal afet riskleri barınak ve yerleşim çözümleri planlanırken düşünülmelidir. Yerleşim lokasyonları hastalık ya da kirlilik ile önemli vektör risklerine maruz olmamalıdır. Potansiyel olarak tehlikeli materyaller ve ürünler, deprem, sel ve tayfun gibi doğal afetlerin ardından bertaraf edilebilir olmalıdır. Önceki çatışmalardan dolayı çevrede mayın ve patlamamış cephane bulunabilir. Yerleşilecek alanlardaki binaların dayanıklılığı

teknik uzmanlar tarafından analiz edilmelidir. Toplu merkezler için mevcut bina yapılarının ek yüklerle ve artan doğal afet risklerine dayanıklılığı,örneğin zemin, ara duvarlar, çatılar vs. değerlendirilmelidir.

8. **Atıkların uzaklaştırılması:** Bir doğal afet ya da çatışma sonrasında atıkların bertarafı, uygun yerleşim çözümlerinin sağlanması için önemlidir. Atık yönetimi, afetten hemen sonra başlatılmalı ve ayırma, toplama ve/veya arıtma işlemlerine tabi tutulmalıdır (bkz. Barınak ve yerleşim standardı 5 sayfa 265). Buradaki anahtar konular arasında cesetlerde kimlik belirleme ve uygun şekilde taşınması, kişisel eşyaların alınması, yapısal olarak tehlikeli alanların ve tehlikeli maddelerin yönetimi, kurtarılabılır materyaller sahipleri tarafından kullanılabilir ya da satılabilir. Atıkların toplanması iş karşılığı nakit programları için ve/veya temel ekipman ve uzmanlıkların kullanımı için fırsatlar sağlayabilir. Atık alanlarının kullanımı, yönetimi, sahipliği ve çevresel etkileri göz önüne alınmalıdır.
9. **Okullar, sağlık tesisleri ve kamu - altyapı hizmetleri:** Temel hizmetlere erişim sağlanmalı, okullar, sağlık tesisleri, güvenli oyun alanları ve toplu toplanma alanları sağlanmalıdır. Mevcut ya da onarılan altyapı hizmetleri kullanılmalı, gerekirse ek geçici altyapı hizmetleri ve tesisler sağlanmalıdır. Kamu binalarının onarım ya da yapısı yeni yerleşim planları ya da diğer yönetmelik süreçlerine tabi olursa acil, geçici yapılar, kısa vadeli tesisler gerekebilir. Geçici ya da kalıcı sağlanan hizmetler standartları sağlamalıdır (bkz. WASH standardı 1 sayfa 89, Sağlık sistemleri standardı 1 sayfa 296 ve INEE Eğitim için Asgari Standartlar: Hazırlık, Müdahale, İyileştirme).
10. **Geçim kaynağı desteği:** Afetten etkilenen insanların yerleşimi, afet öncesi ekonomik faaliyetler ve afet sonrası fırsatlar mevcut koşullar ile belirlenir (bkz. Gıda güvenliği ve beslenme analizi standardı 1-2 sayfa 150-154 ve Temel Standart 1 sayfa 55). Arazi kullanımı ve tarım ve otlak alanlarına erişim, pazar alanlarına ve yerel hizmetlere erişim, ekonomik faaliyetler açısından düşünülmelidir.



Barınak ve yerleşim standardı 2: Yerleşim planlama

Geri dönüş, ev sahipliği ya da geçici toplu yerleşimlerin planlanması, etkilenen insanların barınma ve temel hizmetleri güvenli olarak kullanmasını sağlar.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Mümkün olan yerlerde mevcut planlama süreçlerinin en iyi uygulamalara göre ve yerleşim risk ve zarar görülebilirliklerinin minimize ederek belirlenmesi ve kullanımı (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Ev, yer ve mülk sahipliği durumlarının ve/veya bina ya da lokasyonların kullanım hakkının belirlenmesi (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Tüm barınakların ve yerleşim lokasyonlarının temel hizmetlere güvenli erişiminin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 3-4).
- Mevcut yerleşim planlarının ve topografik özelliklerin kullanılarak doğal çevrede olumsuz etkilerin asgariye indirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Etkilenen insanların aile, komşu ve köy grupları olarak geçici toplulukların planlanmasında yer almasının sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Geçici planlanan ve kendiliğinden yerleşilen kamplarda, yerleşim için yeterli alanın olması ve yangın güvenliği için yeterli alanının olması (bkz. Kılavuz notlar 7-8).
- Vektör risklerinin asgariye indirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 9).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Uzlaşılan planlama süreçleri yoluyla tüm barınak yardımı yapılan insanlara, barınak ve kapsanan alanların yeri ve temel hizmetlere erişim hakkında danışılır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Tüm yerleşim planları, barınak kullanımı, kapsanan alan ve temel hizmetlerin risk ve Zarar görülebilirliklerinin belirlendiğini ve azaltıldığını gösterir (bkz. Kılavuz notlar 2-9).

Kılavuz notlar

1. **Planlama süreci:** Yerel planlama uygulamaları, bir afet ya da kriz durumunda kullanılmalı ve etkilenen nüfus üzerindeki tehlike ve etkileri belirlenmelidir.

Yerleşim risklerini ve zarar görebilirliklerini asgariye indirmek için uygun önlemler alınmalıdır. Yerleşim ve barınma ihtiyacının acil karşılanmasının insani zorunluluk olması, mevcut planlama düzenlemelerinin, yetkililer tarafından istenen gereklilikler ile uyumlu olmasına engel değildir. Uzun vadeli planlama kararları, özellikle geçici yerleşim ile ilgili alanlar belirlenmelidir.

2. Ev, arazi ve mülkiyet sahipliği, haklar ve kullanımı: Yerinden edilmeyen ve edilen insanlar için ilgili arazinin ve binaların ya da diğer yapıların sahipleri, resmi kullanıcıları ya da geleneksel kullanıcıları belirlenmelidir. Bu konular genellikle ve özellikle kayıtların olmadığı zamanlarda tartışmalara yol açabilir. Karışık kullanıma tabi binalar ya da evler, ortak ya da paylaşılan sahiplik ya da kullanım haklarını kapsayabilir. Zarar görebilir insanların arazi ve mülkiyet hakları araştırılmalı ve özellikle kadınların, dul kalanların ve afetten dolayı öksüz kalanların, engelli insanların, kiracıların, sosyal kullanım hakkı olanların ve resmi olmayan yerleşik insanların belirlenmesi önemlidir. Özellikle bir afetin ardından hak ya da unvan sahiplerinin resmi ve resmi olmayan ya da anlaşılan hakları belirlenmelidir. Grup imtiyazları ya da afet öncesinde resmi hakların olmadığı yerlerdeki hane sayısı, bu hakların belirlenmesine yardımcı olabilir. Geçici toplu yerleşim için arazinin kullanılması, mevcut arazi ya da doğal çevresel kaynakların komşu topluluklar tarafından kullanımını da göz önüne almalıdır (bkz. Barınak ve Yerleşim Standardı 5 sayfa 265).

3. Temel servisler ve tesisler: Asıl evlerinin olduğu yere dönen, geçici barınaklarda kalan afetten etkilenen insanlar güvenli şekilde gerekli hizmetlere erişebilmelidir. Bunlar arasında mümkün ise su, sanitasyon tesisleri, pişirme için yakıt ya da toplu pişirme tesisleri, sağlık, katı atık bertarafı, okul, sosyal tesisler, ibadet yerleri, toplantı yerleri, rekreasyon alanları, çocuk bahçeleri ve çiftlik hayvanları için ahırlar (yaşam alanlarından yeterince uzaklıkta) olmalıdır. Kültürel olarak uygun cenaze törenleri ve diğer ayinler için alan oluşturulmalıdır. Mevcut ya da onarılan tesislerin kullanımının üst seviyeye çıkarılması sırasında komşu ya da ev sahibi topluluklarının bundan etkilenmesi önlenmelidir. Hedef nüfusun ihtiyaçlarının karşılanması için ek tesisler ya da erişim noktaları yapılmalı ve özelliklere zarar görebilir insanlara bu imkanlar sağlanmalıdır. Etkilenen nüfusta sosyal yapı ve cinsiyet rolleri, sağlanan hizmetlere de yansıtılmalıdır, örneğin hizmetlerin hareket engeli olan insanlara yürüme mesafesinde olması ve toplum alanlarında güvenli emzirme yerlerinin oluşturulması. Yaşlılar için de uygun erişim tesisleri sağlanmalı, fiziksel engelli ve erişime sıklıkla ihtiyacı olanlar göz önüne bulundurulmalıdır. İdari ofisler, ambar ve personel barınma ve karantina alanları gerekli şekilde sağlanmalıdır (bkz. WASH Standardı 1 sayfa 89 ve Sağlık Sistemleri Standardı 1 sayfa 296).



4. **Erişim:** Yerleşim alanlarına erişim, yerel yol alt yapısının durumu ve ulaşım olanaklarına yakınlık, yardımın sağlanması sırasında analiz edilmeli, mevsimsel sınırlamalar, tehlikeler ve güvenlik riskleri göz önüne alınmalıdır. Geçici toplu yerleşimler için alanın kendisi ve öncelikli depolama ile gıda dağıtım noktalarına ağır yük kamyonları ile her hava şartında ulaşılabilir olmalıdır. Diğer tesislere hafif araçlar ile ulaşılabilir. Yerleşim alanlarındaki yollar ve patikalar hanelere ve okul, sağlık merkezi gibi tesislere güvenli, emniyetli erişim sağlamalıdır. Gerekirse yapay aydınlatma kullanılmalıdır. Geçici toplum alanlarında ya da toplu merkezlerde erişim ve acil çıkış yolları için izole alanlar oluşturmamalıdır, bunlar kullanıcıların güvenliğini tehlikeye atabilir. Toplu alanlardaki basamak ya da seviye değişikliklerinden kaçınılmalı, merdivenler ve rampalar için parmaklık bulunmalıdır. Hareket güçlüğü olan bireyler için zeminde, çıkışlara yakın ve erişim rotası boyunca seviyesi değişmeyen alanlar olmalıdır. Toplu merkezler olarak kullanılan binaların kullanıcıları en az iki çıkış kapısına makul bir uzaklıkta olmalı, alternatif çıkış yolları sağlanmalı ve bu çıkışlar açıkça görülür olmalıdır.
5. **Alan seçimi ve drenaj:** Yüzey suyu drenajı, bakımı zor ve sıklıkla tıkanan açık kanallarla atık suların tahliyesinden ziyade, arazi şartlarının da izin verdiği ölçüde yerinde yapılmalıdır. Yeterli drenaj ve erozyon kontrol önlemleri alınmadığı sürece eğim yüzde 5'in üzerinde olmamalı ya da yeterli drenaj sağlamak için yüzde 1' in altında olmalıdır. Atık suların yerinde tahliyesi için süzme çukurları gibi basit ve ucuz teknikler bulunabilir. Yerinde tahliye mümkün değilse atık suların yerleşim alanlarından uzaklaştırılması için boru yerine kanal tercih edilmelidir. Kanallar hem kurak mevsim atıklarının hem de sel sularının akışına izin verecek ve akış hızı sağlayacak şekilde tasarlanır. Su arıtma işlemlerinden arta kalanların drenajı kontrollü yapılmalıdır. İşlem dikkatlice kontrol edilmeli, insanların bu suyu kullanmalarına izin verilmemeli ve yer altı sularına karışması önlenmelidir. (bkz. Dışkı Bertaraf Standardı 1-2 sayfa 105-107 ve Drenaj Standardı 1 sayfa 121).
6. **Geçici toplu yerleşimler için alan planlama:** Toplu merkezlerde ve geçici kampların olduğu alanlarda belirli aralıklarla mevcut sosyal uygulama ve kaynakların paylaşarak kullanımı yoluyla alan tahsisı yapılmalıdır, örn su ve sanitasyon tesisleri, yemek pişirme , yemek dağıtma vb. Komşuluk planlaması mevcut sosyal ağları desteklemeli, güvenliğe katkıda bulunmalı ve etkilenen nüfusun kendiliğinden yönetimini sağlamalıdır. Geçici planlı kamplardaki yerleşimlerde evlerin onur ve mahremiyetini korumalı ve her hane kapısının ortak bir alana açılması sağlanmalıdır. Yerinden edilen insanlar için tek yaşayan yetişkinler ya da ebeveyni olmayan çocuklar için güvenli, entegre yaşam alanları sağlanmalıdır. Yaygın yerleşimlerde komşuluk planlaması ilkeleri uygulanır, örn.

hane gruplarının belirli bir coğrafik alana dönmesi ya da birbirine yakın hanelerdeki ailelerin belirlenmesi (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).

7. **Geçici planlanan ya da kendiliğinden yerleştirilen kampların yüzey alanları:** Kamp türü yerleşimler için minimum kullanılabilir alan her kişi için dâhil 45 m² olmalıdır. Bu alana, yol ve patikalar için ayrılmış yerler, harici pişirme ya da toplu pişirme yerleri, eğitim tesisleri ve rekreasyon alanları, temizlik, ateş yakma, idare, su depolama, dağıtım alanları, pazar, depolama ve her hane için sınırlı mutfak bahçeleri olmalıdır. Toplu hizmetler yerleşim alanı dışında mevcut ya da ek tesisler ile sağlanabiliyorsa minimum kullanılabilir yüzey alanı kişi başına 30 m² olmalıdır. Alan planlanırken, nüfustaki değişiklikler göz önüne alınmalıdır. Kişi başı minimum yüzey alanı sağlanamıyorsa yoğun kullanım olan yerlerde, haneler ve kullanım alanları arasında yeterli ayırım ve mahremiyet sağlanarak bu durum hafifletilmelidir.
8. **Yangın güvenliği:** Geçici toplu yerleşimlerin alan planlamasında yangın risklerinin analizi ve hanelerin gruplanması gerekir. Hafifletme önlemleri arasında yerleşim alanında her 300 metrede bir 30 metre yangın emniyet şeridi ayrılmalıdır. Yan yana binaların çökmesini önlemek için her hane arasında en az 2 metre (tercihen yapının iki katı yüksekliğinde) mesafe olmalıdır. Tercih edilen pişirme uygulamaları ve soba ve ısıtıcıların kullanımı da genel yerleşim ve haneler arasındaki mesafeler önemlidir (bkz. Gıda Olmayan Maddeler Standardı 4 sayfa 274).
9. **Vektör riski:** Alçak alanlarda, afetten kaynaklanan çöpler, boş binalar ve kazılar haşerelerin üremesi için uygun ortam oluşturabilir. Geçici barınak alanlarında uygun yer seçimi ve vektör risklerinin azaltılması ile vektörden kaynaklı hastalık risklerinin önüne geçilebilir (bkz. Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).



Barınak ve yerleşim standardı 3: Kapalı yaşam alanı

İnsanların termal rahatlık, temiz hava, iklim şartlarından korunma, sağlık ve güvenlik içinde yaşayabileceği ve günlük faaliyetlerine devam edebileceği yeterli kapalı yaşam alanı olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afetten etkilenen insanların yeterli kapalı yaşam alanı olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Cinsiyet, farklı yaş grupları ve ayrı aileler arasında gerektiği kadar ayrı alan ve mahremiyet olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Temel hane ve yaşam aktivitelerinin kapalı yaşam alanında ya da eklenen alanda yapılması sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Afetten etkilenen insanların aşına olduğu barınak çözümleri ve materyallerinin kullanılması, mümkünse kültürel, ekonomik ve sosyal olarak sürdürülebilir materyaller teşvik dilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 5-6).
- Optimal termal rahatlık, havalandırma ve koruma sağlamak için her mevsimde özel iklim koşullarına erişim olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 7-10).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen tüm bireylerin kişi başına minimum kapalı alanı of 3.5 m² olmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Tüm barınak çözümleri ve materyaller uzlaşılın teknik ve performans standartlarını ve kültürel olarak kabul edilir standartları karşılamalıdır (bkz. Kılavuz notlar 3-10).

Kılavuz notlar

1. **İklim ve şartlar:** Soğuk iklimlerde hane faaliyetleri genellikle kapalı alanda yapılır ve afetten etkilenen insanlar yeterli şekilde ısınmak için zamanlarının önemli bir kısmını içeride geçirir. Kent içindeki düzenlemelerde, kullanılabilecek

dış alan genellikle az olduğundan hane faaliyetleri kapalı alan dâhilinde sürdürülür. Sıcak ve nemli iklimlerde sağlıklı bir çevre oluşturmak için gerekli olan ilave hava dolaşımına imkan tanıyacak alanın sağlanması gerekir. Kişi başına üşen 3.5 m² den fazla kapalı alanda bunların hesaplanması gerekir. Zeminden tavana olan yükseklik de anahtar etmenlerden biridir; sıcak ve nemli iklimlerde hava dolaşımının sağlanması için yüksek tavan tercih edilirken soğuk iklimlerde ısıtılması gereken dâhili alanın asgari noktaya çekilmesi için tavan alçak olmalıdır. Sıcak iklimlerde yemek hazırlamak, pişirmek ve uyumak için bir haneye bitişik gölgeli dış mekanlar oluşturulabilir. Barınak çözümleri insanları çeşitli iklim şartlarından koruyabilir. Komple barınak için materyal olmayan yerlerde minimum kapalı alan önceliklidir. Ortaya çıkan çerçevede güvenlik, mahremiyet ve onurlu yaşam için gerekli şartlar sağlanamayabilir, bu nedenle, bu sorunların çözümü için en kısa zamanda tedbirler alınmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 2).

2. **Süre:** Bir afet sonrasındaki ilk aşamalarda özellikle de barınak malzemelerinin sağlamadığı aşırı iklim koşullarında insanların yaşamlarını kurtarmak ve azami sayıda ihtiyaç içindeki insanlara elverişli barınakları sağlamak için kişi başına 3.5 m² den az bir kapalı alan daha uygun olabilir. Bu durumda sürenin uzaması insanların refahını olumsuz etkileyeceğinden kişi başına 3.5 m² alana en kısa sürede ulaşmak planlanmalıdır. Kişi başına 3.5 m² ye ulaşamadığında, kısıtlı kapalı alanın onur, sağlık ve mahremiyet üzerindeki etkilerine özen gösterilmelidir. Kişi başına 3.5 m² den az alan sağlamaya yönelik kararlar, afetten etkilenen insanlar üzerindeki olumsuz etkileri de hafifletecek önlemler ile birlikte alınmalıdır. Geçici barınak çözümleri uzun süreli olarak yılın farklı mevsimleri boyunca gerekebilir. Yerel yetkililer ile uzlaşılan yardım planları geçici barınakların varsayılan sürekli evleri olmasına izin vermemelidir.

3. **Kültürel uygulamalar, güvenlik ve mahremiyet:** Kapalı alanların kullanılmasına yönelik mevcut yerel uygulamalar, örn. uyuma düzeni, aile fertlerinin yerleşimi, gerekli kapalı alanın planlanması sırasında göz önüne alınmalıdır. Planlama sırasında zarar görebilir gruplara dâhil insanlar kadar, hareket güçlüğü çeken kişilere de danışılmalıdır. Evler için dâhili ayırıcılar (bölme - paravan) sağlanmalıdır. Toplu barınmalarda akraba ailelerin gruplanması, iyi planlı erişim yolları ve birey ve hane alanı görüntüleme materyalleri ile yeterli kişisel mahremiyet ve güven ortamının sağlanmasına yardımcı olunmalıdır. Yeterli alan sağ-lamanın psiko-sosyal faydaları artırılarak, bireysel barınaklar ve geçici toplu barınakların kalabalık olması önlenmelidir (bkz. Koruma İlkesi 1 sayfa 33).



- 4. Hane ve yaşam alanı günlük faaliyetler:** Kapalı alanlar, şu faaliyetlere izin vermelidir: Uyuma, çamaşır yıkama, giyinme, bebek bakımı, çocuk ve hasta bakımı, gıda depolama, su depolama, haneye ait eşyalar ve diğer varlıklar; , gerektiğinde yemek pişirme, yeme ve aile üyelerinin toplanma alanı. Kapalı alan planı, özellikle açıklık ve alt bölmeler, dâhili alan ve bitişik dış alanların kullanımını arttırmalıdır.
- 5. Barınak çözümleri, materyal ve yapı:** Afet sonrasında yerel olarak barınak imkanı yoksa, aile çadırı, barınak kitleri, materyal paketleri ya da prefabrik binalar gibi tanımlı çözümlere başvurulur. Acil durum barınağı olarak güçlendirilmiş plastik çatı sağlanıyor ise halat, araç ve kereste direk ya da yerel çerçeve elemanları gibi donatılar ile tamamlanmalıdır. Bu tür materyaller ya da tanımlı çözümler uzlaşılan ulusal ve uluslararası standartları karşılamalı , etkilenen nüfus için kabul edilebilir olmalıdır. Temel barınak için barınağın sadece bir kısmı sağlanmışsa (örn. plastik kaplama), yerel ekonomiye ve çevreye olan potansiyel etkilerini ve riskleri de analiz edin (örn. çerçeve için kereste direkler). Etkilenen nüfusun teknik ve mali kapasitesi materyal ve teknolojileri de yönlendirmelidir (bkz. Gıda Dışı Kalemler Standardı 5 sayfa 276). Barınak çözümlerinin yeterli olup olmadığını görmek için düzenli izleme yapılmalıdır.
- 6. Katılımcı tasarım:** Etkilenen nüfusun tüm üyeleri barınakların türüne ve kullanılacak malzemelere kadar karar sürecine dâhil edilmelidir. Barınaklar içinde zaman geçirecek olan grup ya da bireylerin fikirlerine öncelik verilmelidir. Barınak ya da kapalı alanların oryantasyonu sağlanan alanın boyutu ve yerleşimi, uygun erişim sağlamak için kapı ve pencerelerin konumu, aydınlatma ve havalandırma ve dâhili bölmeler güvenli olduğu bilinen yerleri yansıtmalıdır. Farklı ihtiyaçların karşılanması için bölgedeki mevcut ev tiplerine dair değerlendirmelerden yararlanılmalıdır. Barınakları kullanacak insanlar, bilmedikleri modern inşaat ve materyallerin faydaları hakkında bilgilendirilmelidir, bu hane halkının sosyal statü gelişimi olarak görülebilir (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55).
- 7. Sıcak ve nemli iklimler:** Barınaklar, havalandırmayı maksimum, güneş ışığını minimum alacak şekilde tasarlanmalıdır. Mümkün en yüksek hava akımını sağlamak için kapı ve pencereleri kapatacak engeller bulunmamalıdır. Çatılar, yağmur suyu drenajına imkan sağlamalıdır. Isı kapasitesinin düşük olması gerektiğinden barınak inceltilmiş malzemeden yapılmalıdır. Mevsimsel yağışlar da göz önüne alınarak barınak etrafındaki alanda yeterli düzeyde su drenajı sağlanmalı ve su girişinin asgaride tutulmasına özen gösterilmelidir. Mevcut bitki örtüsü, toprağın su emme kapasitesini artırılabilir.

- 8. Sıcak ve kuru iklimler:** Yüksek ısı kapasitesi sağlamak için barınak inşaatı, içerisini gece ve gündüz sıcaklıklarındaki değişimi göz önüne alarak soğutacak ya da ısıtacak şekilde ağır malzemelerle yapılmalı veya yeterli düzeyde bir yalıtımla inceltilmiş malzemeler kullanılmalıdır. Sismik risk taşıyan bölgelerde ağır malzemelerle inşa edilen barınak yapısı tasarımına dikkat edilmelidir. Yalnızca plastik kaplama ya da tentelerin kullanıldığı durumlarda yayılan ısı artışını düşürecek şekilde yüzeyler arasında havalandırmaya imkan tanıyan çift tabakalı çatılar elde edilmelidir. Kapı ve pencerelerin doğrudan rüzgar almayacak şekilde konumlandırılması, sıcak rüzgarlarla ısı artışının ve barınak çevrelerindeki ısı dağılımının asgari bir noktaya çekilmesine yardımcı olacaktır. Boşluklu olmayan harici duvarlar ile zeminler, toz ve vektör sızıntılarını önleyecektir.
- 9. Soğuk iklimler:** Gün boyu kullanılan barınaklarda yüksek ısı kapasiteleri sağlamak için ağır malzeme inşaatı temin edilmelidir. Sadece geceleri kullanılan barınaklarda düşük ısı kapasitesi ve yüksek yalıtımlı, inceltilmiş malzemelerin kullanımı daha uygundur. Barınak içindeki hava akımı, insanların rahat edeceği kadar düşük olmalı fakat ısıtıcı ve ocaklar için de yeterli alan sağlamalıdır. Kapı ve pencereler ısı kaybını asgari düzeyde tutacak şekilde tasarlanmalıdır (bkz. Gıda dışı maddeler standardı 4 sayfa 274). Barınak çevresinde yüzey suyu drenajı sağlanmalı, yükseltilmiş zemin kullanılarak yağmur ve kar sularının kapalı alana girmesi önlenmelidir. Zeminden kaynaklı vücut ısı kaybı, zeminin izole olması ve izole uyku tulumlarının ya da zeminden yüksek yatak malzemelerinin sağlanması ile önlenmelidir (bkz. Gıda Olmayan Maddeler Standardı 2 sayfa 271).
- 10. Havalandırma ve vektör kontrolü:** Okul, sağlık tesisleri gibi kamu binalarında ve barınaklarda sağlıklı bir kapalı ortam sağlamak ve TB gibi hastalıkların yayılma riskini düşürmek, soba gibi araçların dumanından etkilenmeyi, solunum enfeksiyonlarının yayılmasını önlemek için barınak tasarımı yeterli düzeyde havalandırmaya imkan tanımalıdır. Bölgedeki bina tipleri, yerlerinden olmuş insanların barınakları kullanım şekli ve tasarımı, vektörlere yönelik tedbirlerin belirlenmesinde göz önüne alınmalıdır (bkz. Gerekli Sağlık Hizmetleri - Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 1 sayfa 312 ve Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).



Barınak ve yerleşim standardı 4: İnşaat

Yerel güvenli inşaat uygulamaları, materyal, uzmanlık ve kapasite uygun şekilde kullanılarak etkilenen nüfusun katılımını ve yerel geçim fırsatlarını en üst seviyeye çıkarmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Etkilenen nüfusun yerel bina uzmanlarının ve ilgili yetkililerin güvenli bina uygulamaları, materyal ve uzmanlarının dâhil edilerek geçim kaynaklarının artırılması (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- ▶ İnşaat ile ilgili faaliyet kapasitesi olmayan afetten etkilenen insanların ek destek ya da kaynaklara erişiminin sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- ▶ Uygun inşaat ve materyal özellikleri ile risk ve zarar görülebilirliklerin asgariye indirilmesi (bkz. Kılavuz notlar 4-5).
- ▶ Materyal ve iş kalitesi için uzlaşılan standartların karşılanması (bkz. Kılavuz notlar 5-6).
- ▶ Uygun ihale, tedarik ve inşaat idari uygulamaları ile materyal, işçi ve teknik yardımın sağlanması (bkz. Kılavuz notlar 7).
- ▶ Yerel olarak elde edilebilir araç ve kaynakların kullanımı ile bireysel barınakların bakım ve güncellemesini sağlamak (bkz. Kılavuz notlar 8).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Güvenli bina uygulamaları ve standartlara uygun olarak inşaatın yapılması (bkz. Kılavuz notlar 2-7).
- ▶ İnşaat faaliyetlerinin etkilenen nüfusun yerel geçim kaynağı fırsatlarını çoğaltması (bkz. Kılavuz notlar 1-2, 8).

Kılavuz notlar

1. **Etkilenen nüfusun katılımı:** Etkilenen nüfus, mevcut , barınak ve yerleşim planlama, inşaat ve bakım uygulamaları hakkında bilgilendirilmelidir. Beceri

eğitim programları ve çıraklık programları, yapı-inşaat konusunda yeterli beceri ve deneyime sahip olmayan kişilerin inşaat konularına mümkün olan en üst düzeyde katılımını sağlamak için fırsatlar yaratabilir. Fiziksel güç ya da teknik düzey gerektiren işleri üstlenemeyen insanların inşaat bölgesi izleme ve envanter kontrolü, çocuk bakımı ve geçici yerleşim yerlerinin düzenlenmesi, inşaat çalışanlarının yemek ihtiyacının desteklenmesi ve idari işler yoluyla, inşaat sürecini desteklemesi sağlanabilir. Her yaşta kadın inşaatla ilgili aktivitelere ve eğitimlere katılması için teşvik edilmelidir. Afetten etkilenen nüfusun insan kaynakları göz önüne alınmalıdır. Gönüllü çalışma ekiplerinin ya da sözleşmeli işçilerin müdahale aktiviteleri ile hane halkının katılımı desteklenebilir.

Bu destek özellikle hane reisinin yalnız kadın olduğu evlerde önemlidir, çünkü yalnız kadınlar cinsel istismar riskiyle karşılaşabilir (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55, Koruma İlkesi 2 sayfa 36 ve Gıda Olmayan Maddeler standardı 5 sayfa 276). Hareket güçlüğü olan kişiler , yaşlılar ve inşaat faaliyetlerini yapamayana kişiler de yardım isteyebilir.

2. **Teknik uzmanlık ve deneyim:** Uygun teknik tasarım, inşaat ve yönetim uzmanlığı etkilenen nüfusun konuyu anlama ve beceri geliştirmesini desteklemeli, teknik ve yasal düzenleyici süreçler hakkında deneyim sağlamalıdır (bkz. Temel Standart 6 sayfa 71). Mevsimsel ve döngüsel hastalıklara maruz kalan yerlerde daha önce yerelde uygun deneyimleri olan ve en iyi uygulamaları bilen teknik uzmanlar inşaat sürecinin tasarımını ve yapımında bilgi verebilir.
3. **Materyal ve iş gücü temini:** Hızlı barınak çözümleri ve materyallerin ayrı ayrı ya da bir set olarak sağlanması, etkilenen nüfus için yerel olarak materyallerin tedariki ve inşaatın yapılmasını sağlar. Mümkün olan yerlerde yerel geçim kaynakları, bina materyallerinin, uzman bina becerilerinin ve fiziksel -el emeği iş gücünün yerelden satın alınması- tedariki ile desteklenmelidir. Materyallerin yerel olarak temini yerel ekonomide ya da çevrede olumsuz etkilere neden olacaksa şunlar gerekebilir: Çoklu kaynakların kullanımı; alternatif materyaller ya da üretim süreçleri; bölgesel ya da uluslararası kaynaklı materyaller ya da S tescilli barınaklar (bkz. Barınak ve Yerleşim Standardı 5 sayfa 265). Hasarlı IH binalardan kalan malzeme ve materyallerin yeniden kullanımı teşvik edilmelidir.
4. **Afetlerin engellenmesi ve risklerin azaltılması:** İnşaat tasarımı iklim koşullarına uyumlu, rüzgar yüküne dayanıklı ve soğuk iklimlerde kar yükünü karşıyor olmalıdır. Depreme karşı direnç ve zemin taşıma şartları tespit edilmelidir. Afet sonucunda bina standartları ya da genel bina uygulamaları konusunda önerilen veya fiili değişimler, yerel yetkililer ve afetten etkilenen kişilere danışılarak uygulanmalıdır.



5. **Güvenli kamu binalarının tasarımı ve inşaatı:** Okul ve sağlık merkezleri gibi geçici ve kalıcı kamu binaları inşa edilmeli ve herkes için güvenli erişim sağlamalıdır. Bu tesisler hareket, görme ya da iletişim engeli olan kişiler için sektöre özgü inşaat standartları ve onay süreçlerine uyumlu olmalıdır. Bu binaların onarım ya da inşaatı yetkililere danışılarak yapılmalı ve gerekli altyapı ve bakım stratejileri uygun şekilde uygulamalıdır (bkz. INEE Eğitimde Asgari Standartlar: Hazırlık, Müdahale, İyileştirme).
6. **İnşaat standartları:** Temel güvenlik ve performans gerekliliklerinin karşılanması için inşaat standartları ve Kılavuz rehberler üzerinde yetkili mercilerle anlaşmaya varılmalıdır. Kullanılabilir yerel ya da ulusal bina yapım yönetmeliği söz konusu değilse yeni standartlar üzerinde anlaşmaya varılmalıdır. Bu standartlar; yerel konut kültürü ile uyumlu, iklim koşullarına uygun, yerel kaynaklar, bina ve bakım kapasitelerine uygun, erişilebilirlik ve uygun fiyat özelliklerini kapsamalıdır.
7. **Tedarik - satın alma ve inşaat yönetimi:** Faaliyetlerin planlanması için bir inşaat is programı hazırlanır. İnşaat is programı inşaat ile ilgili kilometre taşlarını, örneğin alt hedeflerin tamamlanma tarihlerini, yerinden edilen nüfusun belirli barınaklara ve yerleşimlere yeniden yerleştirilme çözümlerini ve mevsimsel aniden gelişebilecek durumlarını belirtir. Materyaller, iş gücü, saha denetim ve rehberliği konusunda ihtiyaca uygun, etkin ve hesap verebilir bir tedarik zinciri ve inşaat yönetim sistemi kurulmalıdır. Bu sistem,kaynak bulma, satın alma, taşıma, sevk ve idareyi kapsayacak şekilde baştan sona bütün aşamaları kapsamalıdır. (bkz. Gıda Güvenliği - Gıda Transferleri Standardı 4 sayfa 188).
8. **Geliştirme ve bakım:** Öncelikli barınak yardımları tipik olarak sadece minimum seviyede belirli alan ve materyal yardımı sağlamalı, ayrıca etkilenen insanların belirlenen alanda yaşam kalitesini arttırmak ya da genişletmek üzere alternatif arayışları için de uygun olmalıdır. Seçilen inşaat şekli ve kullanılan malzemeler, afetten etkilenen hanelere, uzun dönemli ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde barınaklarını uyarlama ve geliştirme ve yerel olarak mevcut araç ve malzemelerle onarım yapabilme imkanı tanımalıdır (bkz. Gıda Olmayan Maddeler Standardı 5 sayfa 276).

Barınak ve yerleşim standardı 5: Çevresel etki

Barınak ve yerleşim çözümleri ve kullanılan materyal ve inşaat tekniklerinin yerel çevre üzerindeki olumsuz etkileri asgariye indirilmelidir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afetin doğal çevre ve çevresel risk ve zarar görülebilirlikler üzerindeki olumsuz etkisi değerlendirilmeli ve analiz edilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Etkilenen nüfusun geçici ya da kalıcı yerleşimi planlanırken doğal kaynakların durumu göz önüne alınır (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- Yerel doğal kaynaklar, afetten etkilenen insanların devam eden ihtiyaçlarının karşılanması için kullanılır (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- İnşaat materyallerinin temininden ve bina sürecinden kaynaklanan çevresel kaynaklar üzerindeki olumsuz etkiler asgariye indirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 3-4).
- Mümkün yerlerde ağaç ve diğer bitkiler korunmalı, toprak erozyonu riski azaltılmalı ve gölge sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Geçici toplumsal yerleşimlerin ihtiyaç kalmadığında, uzlaşıldığı gibi orijinal durumlarına getirilmesi sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm ev sahibi ve geçici toplu yerleşimlerin planı çevreye olumsuz etkilerin olduğu gösteriyor ise bu etkiler hafifletilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 1-6).
- Yerel çevre üzerinde olumsuz etkileri olan inşaat süreci ve kaynak materyaller tüm barınak çözümleri için asgariye indirilmelidir (bkz. Kılavuz notlar 4).

Kılavuz notlar

1. **Çevresel analiz:** Afetin doğal kaynaklar üzerindeki etkisi, yardımın başlangıcından itibaren izlenmeli ve hafifletici önlemler alınmalıdır. Pek çok doğal afet, örneğin toprak kayması, doğal çevre kaynaklarının yanlış yönetiminin doğru-



dan sonucudur. Alternatif olarak mevcut çevresel riskler, mesela mevsimsel sel ya da hasat edilecek doğal kaynakların azlığı gibi nedenlerden de kaynaklanabilir. Bu risklerin anlaşılması, yerleşim planlamasının bilinen Zarar görülebilirliklerin ele alınarak yapılması için önemlidir.

2. Çevresel kaynakların sürdürülebilirliği ve yönetimi: Doğal kaynakların insanların bölgede yerleşim imkânlarının artması açısından kısıtlı olduğu yerlerde, çevre için sürdürülebilir olmayan taleplere dikkat edilmelidir. Dışarıdan sağlanan sürekli bir yakıt temini, çiftlik hayvancılığına imkân tanıyan otlaklara yönelik seçenekler, tarımsal üretim ve doğal kaynaklara bağımlı olma yolları desteklenmelidir. Daha az sayıda, ancak daha büyük yerleşim alanları, yönetimi ve izlenmesi zor olan çok sayıda ve dağınık yerleşim alanlarına göre daha sürdürülebilir olabilir. Bu yerleşim alanlarının, doğal çevresel kaynaklara etkisi, afetten etkilenen bölgenin yakınlarında olan ya da afetten etkilenen kişilere ev sahipliği yapan nüfusun ihtiyaçlarına göre dikkate alınmalıdır. Yakıt, su, inşaatlarda kullanılmak için kereste, taş ve kum gibi mevcut kaynaklara erişim hakkı ve mevcut arazi ve ağaçlık alanların kullanım ve bakım ihtiyaçları belirlenmelidir.

3. Uzun vadeli çevresel etkilerin hafifletilmesi: Doğal kaynakların yönetimi tüm planlama seviyelerinde göz önüne alınmalıdır. Etkilenen nüfus için barınak sağlama ihtiyacı doğal çevre üzerinde olumsuz etkilere sahipse, örneğin doğal kaynakların tüketilmesi, tamamlayıcı çevre yönetimi ve rehabilitasyon (tükenenin yerine yenisini koyma) faaliyetleri vasıtasıyla uzun dönemli etkilerin asgari bir noktada tutulmasına çaba gösterilmelidir.

4. İnşaat malzemelerinin temini: Temin edilen doğal çevre kaynaklarının çevreye etkisi analiz edilmelidir, mesela su, kereste, kum, toprak, çim, tuğla yakımı için ateş vb. Bu kaynakların bölgedeki kullanıcıları, kaynak çıkarma oranları ve yenilenen oranları belirlenmelidir. Alternatif ya da tamamlayıcı temin kaynakları çevre üzerindeki uzun vadeli olumsuz etkileri hafifletebilir. Farklı kaynakları, hasarlı yapıların malzemelerinin yeniden kullanımı, alternatif malzeme ve üretim süreçleri, tamamlayıcı geri dönüşüm ya da geri kazanım programları gibi sürdürülebilir uygulamaların hayata geçirilmesiyle birlikte belirlenmelidir.

5. Erozyon: Barınak ve yerleşim çözümleri, toprağı sabitleyen ağaç ve diğer bitkilerin muhafaza edilmesini, iklimden koruma ve gölgelik fırsatlarının çoğaltılmasına yönelik olarak planlanmalıdır. Doğal hatlar (rotalar) yol, patika ve drenaj ağları için kullanılarak erozyon ve sel önlenmelidir. Bu mümkün değilse

olası erozyonlar, kazılan drenaj kanalları, boru hatları ve su akışını azaltan yol altı toprak bentleri ile sınırlı olmalıdır (bkz. Drenaj standardı 1 sayfa 121).

6. **Teslimat:** Toplu barınaklar ve geçici olarak kurulmuş ya da kendiliğinden oluşan kampların etrafındaki çevrenin doğal olarak yeniden canlanması, geçici yerleşim süresince, şartlara uygun çevre iyileştirme tedbirleri ile desteklenmelidir. Geçici yerleşimlerin sona ermesiyle birlikte yeniden kullanılmayacak veya çevre üzerinde olumsuz etkiye neden olacak bütün malzeme ve atıkların uzaklaştırılması sağlanmalıdır.



2. Gıda Dışı Kalemler: Giyim, Yatak Malzemeleri ve Ev Malzemeleri

Kıyafet, battaniye ve yatak malzemeleri, hava şartlarından korunmaya ve sağlık, mahremiyet ve onur korunmasına yönelik kişisel insani ihtiyaçlarını karşılayan eşyalardır. Etkilenen nüfusun kişisel hijyen, yemek hazırlayıp yeme, ısınma, barınak inşaatı, bakımı ya da tamiri gibi temel eşya ve maddelere erişimi gereklidir (bkz. Hijyen Teşvik Standardı 2 sayfa 94 ve Su Temin Standardı 1 sayfa 97).

Etkilenen tüm insanlar - asıl evlerine dönme imkanı olan, konuk olarak kalan ya da geçici toplu merkezlerde kalan - bireysel ve evsel seviyede gıda dışı kalemlere olan ihtiyaçları analiz edilmeli ve uygun şekilde karşılanmalıdır. Afetlerden ikincil olarak etkilenen insanlar, özellikle ev sahibi aileler, afetin yerel ekonomiler üzerindeki ek yükünü karşılamak için bu tür malzemelere erişim ihtiyacı duyabilir.

Gıda dışı kalemlerin dağıtımı genel bir yardım faaliyeti olsa da yerel ekonominin devam ettiği yerlerde nakdî yardım ve gıda kuponlarının temin edilmesi de göz önünde bulundurulmalıdır (bkz. Gıda güvenliği - Nakdî Yardım ve Gıda Kuponu İletimi Standardı 1 sayfa 200).

Bireysel ve evsel kullanım maddeleri tipik olarak kullanım hakkında ek bilgi ya da talimatlar gerektirmez. Ancak barınak onarımı ya da inşaat için, mesela bina malzemeleri, donatı ve araçlar, güvenli ve etkin kullanım için genellikle teknik talimatlar içermelidir. Benzer şekilde kişisel hijyen ihtiyaçlarını karşılamak için kullanılan maddelerin uygun hijyen teşvik faaliyetleri ile desteklenmesi gerekir (bkz. Hijyen Teşvik Standardı 1-2 sayfa 91-94).

Gıda dışı kalemler standardı 1: Bireysel hane ve barınak için genel destek maddeleri

Etkilenen nüfus sağlık, onur, güven ve refah içinde yaşamak için yeterli genel destek materyallerine birey, hane ve barınak bazında sahiptir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfusun gıda dışı kalemlere olan ihtiyaçları ayrı ayrı analiz edilir (bkz. Kılavuz notlar 1-2 ve Su temin standardı 3 sayfa 103).
- Hangi gıda dışı kalemlerin yerel olarak sağlanacağı ya da etkilenen nüfusun nakdi yardım ya da gıda kuponu aracılığıyla kendisi tarafından temin edeceği belirlenir (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Verilen pakette yer alan gıda dışı kalemlerin uygunluğu göz önüne alınır (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Tüm gıda dışı kalemler için düzenli, şeffaf ve eşit dağıtımlar planlanır (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Barınak destek maddeleri için yönergeler ve teknik rehberlik gerekli şekilde sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 6).
- Tüm etkilenen insanlar için gıda dışı kalemlerin uzun süreli temini için plan yapılır (bkz. Kılavuz notlar 7).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Analiz edilen gıda dışı madde ihtiyaçları tüm afetten etkilenen insanlar için temin edilir (bkz. Kılavuz notlar 1-7).

Kılavuz notlar

1. **İhtiyaç analizi:** Kişilerin kıyafet, kişisel hijyen, gıda depolama ve hazırlama, barınak ihtiyaçlarını karşılama için plastik kova, halat, araçlar ve temel bina malzemeleri gibi ihtiyaçları analiz edilmelidir. Bireysel ve toplumsal ihtiyaçlar arasındaki fark, özellikle yemek pişirme ve yakıt açısından değerlendirilmelidir. Gıda dışı maddeler aşına olunan yerel materyaller ile temin edilebilir. Kişisel eşyaların depolanması ve taşınması için gerekli kutu, çanta ve benzer maddeler ile geçiş alanlarında kalan insanların ihtiyaçları da gıda-dışı maddeler paketinde düşünülmelidir. Gıda dışı kalemlerin sağlanması, genel yardım



planının bir parçası olmalıdır (bkz. Temel Standartlar 1-3 sayfa 55-61 ve Barınak ve Yerleşim Standardı 1 sayfa 249).

- 2. Toplu tesisler:** Gıda dışı kalemler, kişisel hijyen, sağlık, yemek hazırlama ve pişirme vb. gibi maddeler okullar ve diğer toplu tesislerde sağlamak üzere temin edilmelidir. Rekreasyon ve öğrenme materyalleri için de erişim sağlanmalıdır. Sağlık ve eğitim sektörleri arasında bağlantı kurularak kişisel hijyen ve kamu sağlığı mesajlarının gıda dışı kalemlerin kullanımını desteklemesi sağlanmalıdır (bkz. Hijyen Teşvik Standardı 1-2 sayfa 91-94 ve INEE Eğitimde Asgari Standartlar: Hazırlıklı olma, Yardım, Kurtarma).
- 3. Gıda dışı kalemlerin temini:** Afetler çoğunlukla gıda dışı kalemlerin dışarıdan temin edilmesini ve bireylere, toplumlara doğrudan dağıtılmasını gerektirdiğinden yerel ekonomi ve tedarik zincirlerini etkiler. Hızlı bir pazar analizi yoluyla aşına olunan gıda dışı kalemler yerel ya da afetten etkilenmemiş komşu pazarlardan temin edilebilir. Yerel ekonomi hala canlı ise ya da özel yardım ya da tedarik zinciri yönetimi yoluyla ile temin mümkünse, nakdî yardım ve/veya gıda kuponu dağıtımı ile etkilenen insanların ihtiyaçlarını karşılaması sağlanabilir (bkz. Gıda Güvenliği - Nakdî Yardım ve Gıda Kuponları Standardı 1 sayfa 200). Bu yardımlar zarar görebilir insanların da ihtiyaçlarının karşılanmasının, göz ardı edilmemesini sağlamalıdır.
- 4. Yardım paketleri:** *Gıda dışı kalemler genellikle önceden paketlenerek depolarda yer alır. Gıda dışı kalemler miktar, içerik - kültürel olarak uygunluk ve kalite göz önüne alınarak tipik bir hanedeki insanların yaş, cinsiyet ve özel ihtiyaçları referans alınarak temin edilmelidir.*
- 5. Dağıtım:** Verimli ve adil dağıtım yöntemleri etkilenen nüfusa danışılarak planlanmalıdır. Nüfus, bu tür dağıtımlara katılmak için gerekli herhangi bir kayıt veya değerlendirme süreci hakkında bilgilendirilmelidir. Resmi kayıtlar veya ürünlerin tahsisi yapılmalıdır. Zarar görebilir bireylerin veya hanelerin dağıtım listelerinde yer aldığından emin olunmalıdır. Kayıt ya da dağıtım sırasında ortaya çıkan herhangi bir problemi yönetmek için şikayet (sorun giderme) sistemi kurulmalıdır. Dağıtım yerlerinin güvenli ve uygun yerler olarak seçilmesi için ilgili yetkililere danışılmalı ve gıda dışı kalemlere güvenli şekilde erişilmesi sağlanmalıdır. Yürüme mesafeleri dâhil, arazi barınma destek öğeleri gibi büyük mal taşıma maliyeti etkileri dikkate alınmalıdır. Dağıtılan gıda dışı kalemler ve kullanımının, dağıtım sürecinin ve gıda dışı kalemlerin yeterliliği

ve uygunluğunu değerlendirmek için izleme işlemleri yapılmalıdır (bkz. Gıda Güvenliği - Gıda Transferleri Standardı 5 sayfa 192).

6. **Teşvik, talimat ve teknik rehberlik:** Bireysel ve tipik hane araç gereçleri ek yardıma gerek olmadan afetten etkilenen insanların bildiği maddeler olmalıdır. Ancak teknik yardım ve yönergeler, inşaat malzemeleri, aletler ve teçhizat için sağlanabilir (bkz. Gıda Olmayan Maddeler Standardı 5 sayfa 276). Paketlerde maddelerin güvenli kullanımı için gerekli şemalar bulunmalıdır. Afetten etkilenen insanlar ve yerel inşaat uzmanları yerinde farkındalık oluşturma faaliyetlerinde yer almalıdır (örn. uygulamalı gösterim-model barınakların yapımı veya onarımında). Bu şekilde inşaat teknikleri daha iyi anlaşılır. Afet öncesi barınak ve yerleşim tasarım ve inşaatlarındaki zayıflıklar, evlerin hasar görmesine katkıda bulunabilir ve afete dayanıklı yerel iyi uygulama örnekleri ile inşaat faaliyetleri sürdürülmelidir.
7. **İkmal (yenileme):** Yardım dağıtımlarının planlanması; tüketim oranı, etkilenen nüfusun bu maddeleri kullanma ve ikmal (yenileme) kapasitesini de göz önüne almalıdır.

Gıda dışı kalemler standardı 2: Kıyafet ve yatak malzemeleri

Tüm afetten etkilenen insanların sağlık, onur, güven ve refah (iyi olma hali) içinde yaşaması için yeterli kıyafet, battaniye ve yatak malzemeleri malzemelerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Kadın, erkek ve her yaşta kız ve erkek çocuklar ve bebekler, zarar görebilir ve marjinal bireyler de dâhil ayrı şekilde kıyafet ihtiyaçları belirlenir ve kültür, mevsim ve iklime uygun bedende (ölçüde) ve malzemelere erişimleri sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 1-5).
- Etkilenen nüfusun battaniye ve yatak malzemeleri ihtiyaçları belirlenir ve yeterli termal (ısı) rahatlık ve uyku malzemelerine erişimleri sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 2-5).
- Gerekli yerlerde haşere kontrolü için cibinlik ihtiyaçları analiz edilir (bkz. Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).



Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Tüm kadın, erkek, kız ve oğlanların uygun ölçülerde, kültür, iklim ve mevsim şartlarına uygun en az iki takım kıyafetleri vardır (bkz. Kılavuz notlar 1-5).
- ▶ Etkilenen tüm insanların düzgün bir uyku için, battaniye, yatak malzemeleri, uyku tulumu, şilte ve cebinliği vardır. (bkz. Kılavuz notlar 2-5 ve Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).

Kılavuz notlar

1. **Kıyafet değiştirme:** İnsanların termal rahatlık, onur, sağlık ve iyi olma halini korumak için yeterli miktarda değişik kıyafete sahip olmalıdır. Bu da en az iki takım kıyafet, özellikle iç çamaşırı olmalı, kıyafetlerin yıkanmasına olanak sağlanmalıdır.
2. **Uygunluk:** Kıyafetler (ayakkabı da dâhil) iklim şartları, kültüre ve beden ölçüsüne uygun olmalıdır. 2 yaşa kadar çocukların kıyafete ek olarak uygun battanileri de olmalıdır. Yatak materyalleri kültürel uygulamaları yansıtmalı ve gerektiğinde ayrı uyuma düzenini sağlayacak şekilde yeterli olmalıdır.
3. **Termal (ısı) performansı:** Kıyafet ve yatak malzemeleri takımlarının yalıtım özellikleri ile ıslak ya da nemli iklim koşullarının bu malzemelerin ısı performansları üzerindeki etkisine dikkat edilmelidir. Gerek duyulan ısı düzeyinin sağlanması için kıyafet ve yatak malzemelerinin uygun bir kombinasyonu gerekir. Yalıtım özelliği olan uyku takımlarını kullanmak, zemin vasıtasıyla ısı kaybını engellemek için ilave battanilerden daha etkili bir yöntem olabilir.
4. **Dayanıklılık:** Kıyafet ve yatak malzemeleri, bölge şartlarına ve uzun süreli kullanıma dayanıklı olacak şekilde temin edilmelidir.
5. **Özel ihtiyaçlar:** Risk altındaki bireylerin ek kıyafet ve yatak malzemeleri ihtiyaçları olabilir. Bu bağlamda idrar tutama problemi olan, kronik hastalığı olan bireyler, hamile ve emziren kadınlar, yaşlılar ve hareket güçlüğü olan bireyler olabilir. Kısıtlı hareketi olan insanlar ısı kaybına daha meyillidir ve ek kıyafet, battaniye ihtiyaçları olabilir. Hareketleri daha az olduğu için yaşlılar, hastalar ve güçsüz kişiler de özel ilgi gerektirir; şilte ya da yükseltilmiş yatak malzemelerinin temini gerekebilir.

Gıda dışı kalemler standardı 3: Yemek pişirme ve yeme gereçleri

Tüm afetten etkilenen insanların yemek hazırlama, saklama, pişirme, yeme ve içme için gerekli araç ve gereçleri vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Etkilenen nüfusun yemek hazırlama, saklama, pişirme, yeme ve içme için ihtiyaçları belirlenmeli ve kültürel olarak uygun maddeler sağlanmalıdır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Her hanenin ya da dört- beş kişilik grupların iki adet, aile boyu kulplu kapaklı pişirme tenceresi, yemek hazırlama için bir tezgahı, mutfak bıçağı ve iki servis kaşığı vardır. (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Afette etkilenen tüm insanların yemek tabağı, çatal ya da diğer yemek yeme gereçleri, bir kupası ya da bir bardağı vardır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).

Kılavuz notlar

1. **Uygunluk:** Temin edilen mutfak malzemelerinin seçimi kültürel olarak uygun olmalı ve güvenli uygulamaların takibini sağlamalıdır. Gıdanın hazırlanmasından sorumlu kişilere ihtiyaçların belirlenmesi sırasında danışılmalıdır. Pişirme maddelerinin miktarı, kültürel uygulamalara göre belirlenebilir, mesela bir hane içindeki farklı aile grupları için ayrı pişirme düzenleri vb. Pişirme ve yeme gereçlerinin tür ve boyutu yaşlılar, engelliler ve çocuklar için de uygun olmalıdır.
2. **Materyaller:** Tüm plastik eşyalar (kova, kase, bidon, su kapları vs.) gıda sınıfı plastikten yapılmış olmalıdır. Tüm metal eşyalar (çatal-bıçak, kap, tabak, bardak vb.) paslanmaz çelik ya da emaye olmalıdır.



Gıda dışı kalemler standardı 4: Ocak, yakıt ve aydınlatma

Tüm afetten etkilenen insanların toplu yemek pişirme tesislerine ya da ocak, pişirme ve ısıtma için yakıt tedarikine erişimi vardır. Ayrıca her hanenin kişisel güvenlik için yeterli aydınlatmaya erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Hanenin yemek pişirme ve ısıtma için alan ihtiyaçları belirlenir ve karşılanır, yakıt verimliliği olan ocaklara güvenli erişim sağlanır, hanelerde ya da toplu pişirme tesislerinde yakıta erişim sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Ocakların güvenli şekilde kullanılması, yangın risklerinin azaltılması sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 2-3).
- Yerel enerji ya da yakıt için çevresel ve ekonomik olarak sürdürülebilir kaynaklar belirlenir ve önceliklendirilir (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Yakıtın güvenli ve emniyetli şekilde temini ve depolanması sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Sürdürülebilir yapay aydınlatma ve kibrit ya da diğer alternatif yakıt ya da mumlara vb. erişim ihtiyaçları belirlenerek uygun şekilde karşılanır (bkz. Kılavuz notlar 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yakıt verimliliği olan ocaklar gerekli yakıt ve yerel enerji ile birlikte, etkilenen nüfusun kullanımı için temin edilir (bkz. Kılavuz notlar 1-3).
- Ocakların rutin kullanımı ve yakıt temini ve depolanması konusunda zarara yol açan kaza vakaları yaşanmaz (bkz. Kılavuz notlar 4-5).
- Afetten etkilenen insanların yapay aydınlatma, kibrit ya da diğer alternatif yakıt ya da mumlara vb. güvenli erişimi vardır. (bkz. Kılavuz notlar 6).

Kılavuz notlar

1. **Ocaklar:** Ocakların özellikleri yerel uygulamalara göre belirlenir. Enerji verimliliği olan pişirme uygulamaları teşvik edilmelidir. Bunlar arasında yakıt verimli ocaklar, yakacak hazırlığı, yakacak yönetimi, yemek hazırlama, birlikte pişirme vb. bulunur. Toplu barınaklarda, ortak ya da merkezi pişirme tesislerinde

yangın risklerini ve kapalı alanda duman kirliliğini minimize etmek için tercihen her haneye ocak sağlanır (bkz. Gıda Güvenliği - Gıda Transferleri Standardı 2 sayfa 184).

2. **Havalandırma:** Kapalı alanda kullanıldığında gaz ya da dumanın dışarıya güvenli şekilde verilmesi için ocakların baca bağlantıları düzgün olmalıdır. Hava-korumalı delikler kullanılarak solunum problemi riskleri asgariye indirilmeli ve yeterli havalandırma sağlanmalıdır.
3. **Yangın güvenliği:** Ocak ve barınak malzemeleri arasında güvenli ayırım sağlanmalıdır. İçerdeki ocaklar yanmaz yüzeylere yerleştirilmeli ve barınak dışına verilen bacanın etrafı yanmaz koruyucu ile kaplı olmalıdır. Ocaklar girişlerden uzakta ve güvenli şekilde kullanıma uygun konumda olmalıdır.
4. **Sürdürülebilir yakıt kaynakları:** Yakıt kaynakları, özellikle ev sahibi ve komşu toplulukların da güvenliğini sağlayacak şekilde yönetilmelidir. Kaynaklar arz sürekliliğini sağlayacak şekilde ikmal edilmelidir, örn. yakacak odunların mevcut ormanlardan kesilmesini önlemek için yakılacak odun ormanları oluşturmak üzere ağaç dikmek. Geleneksel olmayan yakıt kaynaklarının kullanımı teşvik edilmelidir, örn. etkilenen insanlarca kabul edilebilir olduğu sürece talaş tozu ya da diğer organik maddelerden yapılan briketlerin kullanımı.
5. **Yakıtların alınması ve depolanması:** Afetten etkilenen insanlar, özellikle kadınlar ve kızların, yakıt alma ve yemek pişirme, ısınma yolları hakkında görüşleri alınmalıdır. Özellikle zarar görebilir insanların, mesela aile reisinin kadın olduğu aileler gibi zarar görebilir grupların talepleri dikkate alınmalıdır. Mümkün olan yerlerde daha az iş gücü gerektiren yakıtların seçimi, düşük yakıt tüketimi olan ocakların kullanımı ve kolay ulaşılabilir yakıt kaynakları gibi özel çözümler oluşturulmalıdır. Yakıtlar, ocaktan uzak olmalı ve gaz yağı gibi sıvı yakıtlar çocuk ve bebeklerin erişemeyeceği yerlerde bulunmalıdır.
6. **Yapay aydınlatma:** Fener ya da mumlar, hazır temin edilen aydınlatma türleri arasındadır ancak bu maddeleri kullanmanın yangın riskleri de düşünülmelidir. Genel aydınlatmanın olmadığı yerlerde diğer yapay aydınlatma türleri, yerleşim içinde ve çevresinde kişisel güvenliğe katkıda bulunmalıdır. Enerji verimliliği bulunan yapay aydınlatma göz önüne alınmalıdır, mesela ışık yayan diyetler (LED) ve güneş panelleri sağlanarak yerel elektrik enerjisi üretilmelidir.



Gıda dışı kalemler standardı 5: Aletler ve teçhizatlar

Etkilenen nüfus barınakların inşasından, bakımından ve molozların kaldırılmasından sorumlu olduğunda aletler ve teçhizatlar ile gerekli eğitimler sağlanır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Barınakların bir kısmının veya tamamının veya ortak tesislerin inşası ve bakımı ile molozların uzaklaştırılması için insanların ihtiyacı olan aletler ve teçhizat belirlenir ve sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Toplu ya da ortak kullanım için sağlandığında herkesçe kabul edilen şekilde aletler ve teçhizatın kullanım, bakım ve muhafazası için yeterli mekanizmalar oluşturulur (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- İnşaat, bakım ya da molozların uzaklaştırılmasında ve araçların kullanımında gerekirse eğitim ve rehberlik sağlanır (bkz. Kılavuz notlar 3).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm hanelerin veya toplum gruplarının güvenli olarak inşaat, bakım ya da moloz uzaklaştırma görevleri için araç ve teçhizata güvenli erişimi vardır (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Tüm hanelerin veya toplum gruplarının temin edilen alet ve teçhizat kullanımı hakkında eğitim ve farkındalık oluşturma faaliyetlerine erişimi vardır (bkz. Kılavuz notlar 3).

Kılavuz notlar

1. **Tipik alet setleri:** Temin edilen aletler ve teçhizatlar aşına olunanlardan ve koşullara uygun olmalıdır. Ölçü almaya ve yer belirlemeye yardımcı farklı boyutlarda çiviler, galvanize tel ve halat gibi sabitleyicilerin temini sağlanmalıdır. Kamu binalarında kullanım için sadece sınırlı bir dönem için lazım olduğunda ve kaynaklar sınırlı ise ortak araçlar sağlanmalıdır. Ortak kullanımlarda dağıtımdan önce bakım ve muhafaza sistemi belirlenmelidir.
2. **Geçim faaliyetleri:** Mümkünse temin edilen aletler geçinmeye yönelik faaliyetler için de uygun olmalıdır. Araç kullanımı izlenmeli ve çevreye negatif

etkilerinin olmasından kaçınılmalıdır (doğal kaynakların yetkisiz ya da izinsiz olarak kullanımı gibi).

3. **Eğitim ve teknik yardım:** Aletlerin güvenli kullanımında, onların kolay temin edilmesinde ve planlanan etkinliklerde eğitim ve farkındalık oluşturma faaliyetleri bulunmalıdır. Kadının aile reisi olduğu hanelere ve diğer zarar görebilir bireylerin bulunduğu hanelere, inşaat ve bakım yardımı ailenin diğer üyeleri, komşuları, sözleşmeli işçiler kanalı ile sağlanmalıdır (bkz. Barınak ve Yerleşim Standardı 4, Kılavuz notlar 1 sayfa 262).



Ek 1

Barınak, Yerleşim ve Gıda Dışı Kalemler Analiz Kontrol Listesi

Aşağıdaki soru listesi, afet sonrası barınak oluşturmaya yönelik bir müdahale için uygun bilgilerin toplanmasını sağlayacak bir kontrol listesi ve rehber olarak kullanılmaya yöneliktir. Soru listeleri birebir uygulanmak zorunda değildir ve şartlara göre uyarlanabilir. Afetin temel nedenleri, güvenlik durumu, yer değiştirmek zorunda kalan ve ev sahibi konumundaki toplulukların toplumsal istatistikleri ve temas kurulup danışılacak Anahtar insanlara dair bilgiler, ayrı ayrı belirlenmelidir (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).

1. Barınak ve yerleşim

Analiz ve koordinasyon

- İlgili kuruluşlar ve yetkililer tarafından üzerinde uzlaşılan bir koordinasyon mekanizması kuruldu mu?
- Etkilenen nüfus hakkındaki temel veriler nelerdir ve bilinen tehlikeler, barınak ve yerleşim riskleri ve zarar görülebilirlikler nelerdir?
- Bu müdahale hakkında bilgi vermek için bir süreklilik planı var mı?
- Elde edilen ilk analiz bilgileri nelerdir?
- Kurumlar arası ve/veya çoklu sektörel olarak planlanan analiz var mı ve bu barınak, yerleşim ve gıda dışı kalemleri içeriyor mu?

Demografik bilgiler

- Tipik bir hanede kaç kişi var?
- Afetten etkilenen nüfus içinde, velisi olmayan çocuklar ya da genel hane özelliklerini taşımayan azınlık gruplar gibi farklı durumda bulunan insanlar var mı?

- Barınak sahibi olmayan kaç hane var ve bu hane halkı nerede?
- Yaş ve cinsiyete göre ayrılmış, bir hane üyesi olmayan, yeterli ya da hiç barınağı olmayan kaç kişi var ve bu kişiler neredeler?
- Yerinden edilmeyen ancak etkilenerek barınak eksiği olan hane sayısı nedir ve asıl evlerinin olduğu alanda yardım edilebilir mi?
- Yerinden edilen ve yeterli barınağı olmayan hane sayısı nedir ve ev sahibi ailelerin yanında mı geçici ortak yerleşimlerde mi yardım istiyorlar?
- Yaş ve cinsiyete göre ayrılan ve ortak tesislere erişimi olmayan, örn. okul, sağlık tesisleri ve merkezler, kaç kişi var?

Riskler

- Barınak eksikliği ya da yetersiz barınak şartlarından kaynaklanan yaşamsal riskler nelerdir ve risk altında kaç kişi var?
- Barınak ihtiyacı açısından, afetten etkilenen halkın hayatına, sağlığına ve güvenliğine yönelik riskler ve etkileri nelerdir?
- Kadınlar, çocuklar, azınlık grupları, engelli ya da kronik hastalığı bulunanlar da dâhil, barınak eksikliğinden dolayı hangi riskler altındadır, neden?
- Yer değiştirmek zorunda kalan hanelerin varlığından kaynaklı ev sahibi halkın karşılaştığı potansiyel riskler nelerdir?
- Etkilenen nüfus dâhilinde ya da gruplar arasında çatışma ya da ayrımcılığa yönelik potansiyel riskler nelerdir?

Kaynaklar ve sınırlamalar

- Acil barınak ihtiyaçlarının bazılarının ya da tamamının karşılanması için materyal finans ve insan kaynakları nelerdir?
- Geçici ortak yerleşimler de dâhil arazi kullanımı, acil barınak ihtiyaçlarının sahipliği ve kullanımı ile ilgili konular nelerdir?
- Kendi hanelerinde ya da bitişik arazilerde potansiyel ev sahibi insanların, yerinden edilen haneleri misafir etmekle karşılaştığı sorunlar nelerdir?



- Mevcut, elde edilen ve etkilenmeyen bina ya da yapıları kullanmanın fırsat ve sınırlılıkları nelerdir?
- Erişilebilir boş arazi ve geçici yerleşimlere yönelik topografik ve yerel çevresel ortam uygunluğu nedir?
- Barınak çözümlerinin geliştirilmesinde yerel mevzuatın gereksinim ve sınırlılıkları nelerdir?

Materyal, tasarım ve inşaat

- Etkilenen nüfusa ya da diğer aktörlere sağlanan barınak çözümleri ve materyalleri nelerdir?
- Barınakların yeniden inşasında kullanmak için hasarlı yapılardan alınabilecek materyaller nelerdir?
- Etkilenen nüfusun tipik inşa uygulamaları nelerdir ve yapısal çerçeve ve çatı ile harici duvar çerçeveleri sağlamak için kullanılan farklı materyaller nelerdir?
- Etkilenen nüfus için sağlanan ve aşına oldukları ve kabul ettikleri alternatif tasarım ya da materyal çözümleri nelerdir?
- Hareket güçlüğü olan üyeler de dahil olmak üzere, etkilenen nüfusun tüm üyeleri için geçerli barınak çözümlerinde güvenli ve kullanıma hazır olması için hangi tasarım özelliklerini sağlamak gereklidir?
- Tespit edilen potansiyel barınak çözümleri gelecekteki riskleri ve zarar görebilirliği nasıl en aza indirebilir?
- Barınaklar genellikle kim tarafından ve nasıl inşa edilir?
- İnşaat malzemeleri genellikle kim tarafından ve nasıl elde edilir?
- Kadınlar, gençler, engelliler ve yaşlılar kendi barınaklarının inşasına katılmak için nasıl eğitilir ve olası sınırlılıklar nelerdir?
- Ek yardım, gönüllü ya da sözleşmeli işçi veya teknik yardım, kapasite ya da fırsat eksikliği olan aileleri desteklemek için gerekli olur mu?

Hane halkı ve geçim faaliyetleri

- Etkilenen nüfusun barınma alanı ya da etkilenen alanda yer alan hane ve geçim destek faaliyetleri hangileridir ve sağlanan alan ve tasarım bu faaliyetlere nasıl yansımaktadır?

- Barınak ve yerleşim çözümleri için sağlanan yasal ve çevresel açıdan sürdürülebilir geçim desteği fırsatları ve malzemeleri nelerdir?

Temel servisler ve ortak tesisler

- İçme ve kişisel hijyen için su elde edilebilirliği nedir ve sanitasyon ihtiyaçları ile ilgili karşılaşması beklenen sınırlılıklar nelerdir?
- Mevcut sosyal tesislerin ihtiyaca karşılık verme durumu nedir (sağlık klinikleri, okul, ibadethane vb.) ve bu tesislere erişimde karşılaşılan sınırlılık ve fırsatlar nelerdir?
- Ortak binalar, özellikle okulların yerinden olan insanlar için kullanılması durumunda, bu binaların aslına uygun (okul) olarak kullanımına dönüş için süreç ve zaman planı nedir?

Ev sahibi toplum ve çevresel etkiler

- Ev sahibi toplumu ilgilendiren sorunlar nelerdir?
- Yerinden edilen insanların barınması ile ilgili organizasyonel ve fiziksel planlama konuları nelerdir?
- İnşaat materyallerinin yerel olarak temini ile ilgili yerel çevresel sorunlar nelerdir?
- Yerinden edilen nüfusun yakıt, temizlik, atık bertarafı, çiftlik hayvanları otlakları için karşılanması gereken ihtiyaçları konusunda çevresel problemler nelerdir?

2. Gıda dışı kalemler

Gıda dışı kalem ihtiyaçları

- Etkilenen nüfus için gerekli gıda dışı kalemler nelerdir?
- Gerekli gıda dışı kalemler yerel olarak temin edilebilir mi?
- Nakit ya da gıda kuponu kullanımı mümkün mü?
- Barınak destek maddelerinin tamamlanması için teknik yardım gerekiyor mu?



Kıyafet ve yatak malzemeleri

- Kadın, erkek, çocuk ve bebeklerin, hamile ve yaşlıların ihtiyacı olan kıyafet, battaniye ve yatak malzemeleri nelerdir ve ne tür sosyal ve kültürel konulara özen gösterilmelidir?
- Kendilerini iklime karşı korumak ve sağlık, onur ve iyi olma hali içinde yaşamak için her yaştan kaç kadın ve erkek, çocuk ve bebeğin yetersiz ya da ihtiyaç duyduğu kıyafet, battaniye ve yatak malzemeleri vardır?
- Etkilenen nüfusun kıyafet, battaniye ve yatak malzemeleri ihtiyaçları açısından yaşam, sağlık ve kişisel güvenlikleri ile ilgili potansiyel riskleri nelerdir?
- Hangi vektör kontrol önlemleri, özellikle cibinlik sağlama, ev halkının sağlığı ve refahı için gereklidir?

Yemek pişirme ve yeme, ocaklar ve yakıt

- Bir afetten önce tipik bir ev halkının kullandığı pişirme ve yeme gereçleri nelerdir?
- Kaç hanenin yeterli pişirme ve yeme gereçlerine erişimi yoktur?
- Etkilenen insanlar afet öncesinde evlerini nasıl ısıtır ve yemeklerini nasıl ve nerede pişirirlerdi?
- Bir afet öncesinde ısınma ve pişirme için hangi yakıt tipik olarak kullanılırdı ve nereden temin edilirdi?
- Pişirme ve ısıtma için kaç ev hanesinin ocağa erişimi vardır ve neden?
- Pişirme ve ısıtma için kaç ev hanesinin yeterli yakıt teminine erişimi yoktur?
- Afetten etkilenen ve komşu insanlar için yeterli yakıt temininde, özellikle doğal çevre ile ilgili hangi fırsat ve sınırlılıklar vardır?
- Yeterli yakıt temininin, özellikle her yaştan kadınlar olmak üzere afetten etkilenen insanlar üzerindeki etkisi nedir?
- Pişirme ve yeme ile ilgili hangi kültürel özellikle göz önüne alınmalıdır?

Aletler ve ekipman

- Bir barınak yapmak için hangi aletlere ihtiyaç vardır ve bunlara nasıl erişim sağlanır?
- İnşaat, bakım ve molozların uzaklaştırılması için hangi temel araçlar geçim destek faaliyetlerinde de kullanılabilir?
- Araçların (aletlerin) güvenli kullanımı için hangi eğitim ve farkındalık faaliyetleri gereklidir?



Referanslar ve Diğer Kaynaklar

Uluslararası yasal araçlar

The Right to Adequate Housing (Article 11 (1) Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CECSR General Comment 4, 12 December 1991. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1981); Article 14(2)(h).

Convention on the Rights of the Child (1990); Article 27(3).

International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1969); Article 5(e)(iii).

International Convention Relating to the Statüs of Refugees (1954); Article 21. Universal Declaration of Human Rights (1948); Article 25.

Genel

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: Readiness, Relief, Rescue. New York. www.ineesite.org

Inter Agency Solidarity Committee (IASC) (2008), Shelter Projesis 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 Projesis 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 Standard and Site Selection, Kılavuz notlar 12. Geneva.

United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Guide for Emergencies. Third Edition. Geneva.

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), Guide on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The 'Pinheiro Principles').

World Bank (2010), Guide for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

Geçici ortak yerleşimler

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Çevre

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

Nakit, gıda kuponu ve pazar analizleri

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) and IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Engelliler

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

Cinsiyet

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs-Equal Opportunities: The Gender Guide in Humanitarian Action. Geneva.

Psiko-sosyal destek

IASC (2007), Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Okullar ve kamu binaları

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guiding notes on Safer School Construction.

Gıda dışı kalemler ve acil durum maddeleri

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 and IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC and Oxfam International (2007), Plastic Sheetting: A guide to the specification and use of plastic sheetting 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.

Sağlık Faaliyetlerinde Asgari Standartlar



Bu bölüm nasıl kullanılmalıdır?

Bu bölüm iki temel kısma ayrılmıştır:

Sağlık sistemleri

Temel sağlık hizmetleri

Sağlık sistemleri yaklaşımında sağlık hizmetlerinin tasarımı, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi, bir afet yardımı sırasında sağlık hizmetlerinin organizasyonu için çerçeve olarak ele alınır. Sağlık hizmeti ihtiyaçlarının etkin şekilde belirlenmesi ve karşılanması için en iyi yaklaşım budur. Ulusal ve yerel sağlık sistemleri, araç ve yaklaşımların koordinasyon ve standardizasyonunun önemi bu bölümde vurgulanmıştır.

Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar bu bölüm ile tutarlı olarak kullanılmalıdır.

Öncelikle afet durumunda insani müdahale hakkında bilgilendirmeyi amaçlasa da Asgari Standartlar afete hazırlık sırasında da dikkate alınabilir.

Her bölüm şunları içerir:

- **Asgari standartlar:** Doğası gereği nitelikseldir ve afet müdahalesinde sağlık hizmetlerinin karşılanmasında ulaşılabilecek asgari seviyeyi belirler.
- **Anahtar faaliyetler:** Bunlar önerilen faaliyetler ve girdiler olup, standartların karşılanmasında yardımcı olur.
- **Anahtar göstergeler:** Bunlar bir standarda ulaşıp ulaşılmadığını gösteren “sinyallerdir”. Anahtar faaliyet süreç ve sonuçlarının ölçüm ve anlatılması-duyurulması için bir yol sunar; anahtar faaliyet ile değil, asgari standartlar ile ilgilidir.
- **Kılavuz notlar:** Bunlar farklı durumlarda asgari standartlar, anahtar faaliyetler ve anahtar göstergeler uygulanırken göz önüne alınması gereken noktaları belirtir. Önceliklendirme için uygulama güçlüklerinin ele alınması, kıyaslamalar ya da tavsiyeler yoluyla rehberlik sağlar. Aynı zamanda standartlar, faaliyetler ve göstergeler ile ilgili kritik konuları içerir, mevcut bilgilerde yer alan ikilemleri, uyumsuzlukları ve boşlukları tanımlayabilir.

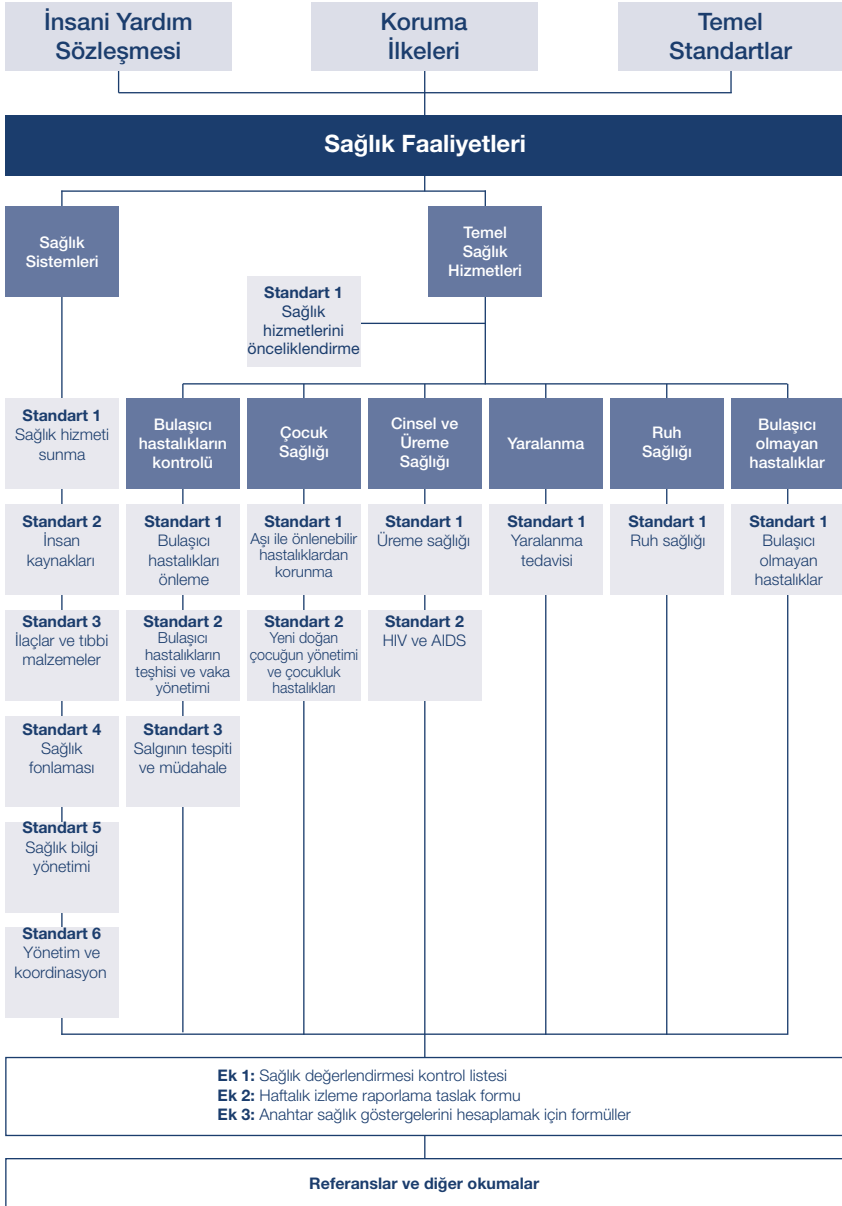
Anahtar faaliyetler ve göstergeler karşılanamazsa etkilenen nüfus için oluşan olumsuz etkiler değerlendirilerek hafifletici önlemler alınmalıdır.

Bu bölümün sonundaki eklerde, sağlık hizmeti analizi için bir kontrol listesi, örnek izlem raporlama formları ve anahtar sağlık göstergelerinin hesaplanması için formüller yer almaktadır. Ayrıca bölüm sonunda bir referanslar ve diğer kaynaklar bölümü de bulunmaktadır.

İçindekiler

Giriş.....	291
1. Sağlık Sistemleri.....	296
2. Temel Sağlık Hizmetleri.....	309
2.1. Temel Sağlık Hizmetleri – Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü.....	311
2.2. Temel Sağlık Hizmetleri – Çocuk Sağlığı.....	320
2.3. Temel Sağlık Hizmetleri – Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı.....	325
2.4. Temel Sağlık Hizmetleri – Yaralanma.....	331
2.5. Temel Sağlık Hizmetleri – Akıl Sağlığı.....	333
2.6. Temel Sağlık Hizmetleri – Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar.....	336
Ek 1:	
Sağlık Değerlendirme Kontrol Listesi.....	338
Ek 2:	
Örnek Haftalık İzlem Rapor Formları.....	341
Ek 3:	
Kilit Sağlık Göstergelerinin Hesaplama Formülleri.....	346
Referanslar ve Diğer Kaynaklar.....	348





Giriş

İnsani Yardım Sözleşmesi ve Uluslararası Kanunlara Bağlantılar

Sağlık hizmetlerindeki asgari standartlar, insani yardım sözleşmesinde atıfta bulunulan hakların ve ilkelerin uygulamaya yansımalarıdır. İnsanlık ilkesini temel alan ve uluslararası kanunlara da yansıtılan bu ilkeler, onurla yaşama hakkı, korunma ve güvenlik, ihtiyaç bazında insani yardım alma hakkıdır. İnsani Yardım Sözleşmesi'ni bilgilendiren anahtar doküman ve belgeler referans olarak Ek 1 'de (bkz. sayfa 356), insani yardım çalışanları için açıklamaları ile birlikte verilmiştir.

Devletler yukarıdaki görevlerin birincil sorumluları olsa da insani yardım kuruluşlarının afetten etkilenen insanlar ile hakları açısından tutarlı şekilde çalışma yükümlülükleri vardır. Bu genel haklardan hareketle pek çok özel hak ortaya çıkmaktadır. Temel standartların esasını oluşturan bu haklar arasında katılım, bilgilendirme, ayrımcılık yapmama ile bu Rehberdeki Asgari Standartların altını çizen su, gıda, barınak ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması yer alır.

Herkesin, uluslararası yasal düzenlemelerde de tanınmış olan sağlık hizmetlerine erişim hakkı vardır. Sağlık hakkı, eğer nüfus korunuyorsa, sağlıktan sorumlu meslek elemanları iyi eğitilmiş ve uluslararası etik ilkelere ve mesleki standartlara bağlı bir sistem içinde çalışıyorlarsa, -ki bu sistem temel asgari standartları karşılamak üzere tasarlanmıştı- eğer devlet emniyet ve istikrar koşullarını tesis etmek için istekli ise söz konusudur. Çatışma halinde sivil hastanelerin ve tıbbi tesislerin hiçbir koşulda saldırı hedefi olması mümkün değildir, sağlık ve tıp ekiplerinin korunma hakkı vardır. Sağlık faaliyetlerinin tarafsızlığını riske atan faaliyet ya da eylemler yasaktır.

Bu bölümdeki asgari standartlar, sağlığa erişimin tam bir ifadesidir. Ancak Sphere standartları, özellikle acil durumlarda sağlık hizmetlerinin ana içeriğini yansıtır ve bu hakkın küresel olarak gerçekleştirilmesine katkıda bulunur.



Afet Durumunda Sağlık Faaliyetlerinin Önemi

Sağlığa erişim, bir afetin ilk aşamalarında hayatta kalmanın temel belirleyicisidir. Afet, hemen her zaman halk sağlığı üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Halk sağlığı üzerindeki bu etki doğrudan (örn. şiddetten dolayı ölüm ya da yaralanma) veya dolaylı (örn. bulaşıcı hastalıkların artışı ve/veya yetersiz beslenme) olabilir. Bu dolaylı sağlık etkilerinin çoğu, suyun uygun olmayan özellikte ve miktarda olması, sanitasyonun bozulması, gıda desteğinin ve sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması, yerinde edilmiş insanlar ve nüfusun kalabalıklaşması gibi faktörler ile ilgilidir (fazla nüfus ve yetersiz barınak). Potansiyel olarak iklim değişiklikleri de zarar görebilirliği ve riski artırır.

İnsani yardımın temel amaçları arasında ölüm ve hastalıkları önlemek ve bunları azaltmak yer alır. Asıl amaç, kaba ölüm oranının (CMR) ve 5 yaş altı ölüm oranının (U5MR) afet öncesinde nüfus için belirlenen taban oranın iki katının altında tutulmasıdır (bkz. bölgelere göre taban ölüm oranı değerleri sayfa 311). Farklı türde afetler, ölüm ve hastalık oranlarının şeklini ve ölçeğini belirler (bkz. seçilen afetlerin halk sağlığı üzerindeki etkisi ile ilgili tablo) ve etkilenen insanların sağlık ihtiyaçları, bu nedenle afetin türü ve kapsamına göre değişiklik gösterir.

Temel sağlık hizmetlerinin sağlanması için önleyici ve teşvik eden müdahaleler de dâhil sağlık tesisleri, sağlık risklerinin azaltılmasında etkilidir. Temel sağlık hizmetleri, aşırı ölüm ve hastalıkların temel nedenlerinin ele alınmasında etkilidir. Temel sağlık hizmetlerinin uygulanması, sağlık sistemlerini güçlendiren faaliyetler ile olmalıdır. Sağlık müdahalelerinin planlanma, organizasyon şekli ve afetlerde yardım olarak sağlanması, mevcut sağlık sistemlerini ve gelecekteki iyileştirme ve gelişme durumunu geliştirebilir ya da sarsabilir.

Sağlık sistemlerinin analizi, sistemin performans seviyesini belirlemeli ve sağlık hizmetlerinin temel sınırlılık ve erişimini belirlemelidir. Afetin ilk aşamalarında, bilgiler tam olmayabilir ve önemli halk sağlığı kararları, bilgiler tam olmadan alınmak zorunda kalabilir. Çok sektörlü bir analiz, en kısa zamanda yapılmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).

Daha iyi müdahale, hazır olmayla gerçekleştirilebilir. Hazırlıklı olma, risklerin analizine dayanır ve erken uyarı sistemlerine yakından bağlıdır. Hazırlıklı olma koşullarında acil durum planlama, ekipman ve temin stoklama ve/veya acil durum hizmetlerinin bakımı ve yedek düzenlemeler, iletişim, bilgi yönetimi ve eşgüdüm düzenlemeleri, personel eğitimi, toplum seviyesinde planlama, tatbikatlar ve pratik uygulamalar

vardır. Binaların güçlendirilmesi, depremler ile ilgili ölümleri ve ciddi yaralanmaları önemli ölçüde azaltır ve/veya afetlerin ardından sağlık hizmetlerinin fonksiyonel kalmasını sağlar.

Seçilen hastalıkların halk sağlığına etkisi

Not: Spesifik hastalık türlerinde bile hastalık ve ölüm şekilleri koşullara göre önemli ölçüde değişebilir.

Etki	Acil durum	Deprem	Fırtına (sel olmadan)	Sel	Şiddetli sel / Tsunami
Ölüm	Çok	Çok	Az	Az	Çok
Şiddetli yaralanma	Değişir	Çok	Orta	Az	Az
Bulaşıcı hastalıkların artma riski	Yüksek	Değişir *	Küçük	Değişir *	Değişir *
Yemek kıtlığı	Yaygın	Ender	Ender	Değişir	Yaygın
Büyük nüfus yer değişimi	Yaygın	Ender (fazla zarar görmüş kentsel alanlarda görülebilir)	Ender (fazla zarar görmüş kentsel alanlarda görülebilir)	Yaygın	Değişken

* Afet sonrası yer değişimi ve nüfusun yaşam şartlarına bağlıdır.

Kaynak: Pan American Health Organization, 2000'den adapte edilmiştir.

Diğer bölümlere bağlantılar

Başka sektörlerin başlıklarındaki birçok standart, bu bölümle de ilgilidir. Bu alanda standartların yakalanması, çoğu zaman başka alandaki gelişme sürecine ön ayak, hatta neden olur. Bir müdahalenin etkili olması için sektörler arasında güçlü bir koordinasyon ve işbirliğinin olması gerekir. Benzer şekilde yeterli barınak alanı sağlanması, insanların sağlık ve refahı ile yeme-içme gereçleri ve beslenme ihtiyaçlarının karşılanması açısından önemlidir. Yerel yönetim ve diğer kurumlarla koordine olmak da ihtiyacın karşılandığından emin olmak, tekrardan kaçınmak ve barınak kalitesi, yerleşim ve gıda dışı kalem yardımları kalitesinin en üst seviyede tutmak için esastır.



Koruma İlkeleri ve Temel Standartlar ile Bağlantılar

Bu El Kitabı standartlarını karşılamak için tüm insani yardım kurumları, koruma konusunda belirgin bir görev yükümlülüğü ya da koruma konusunda özel bir uzmanlığı olmasa bile koruma ilkeleri tarafından yönlendirilmelidir. İlkeler "kati" değildir; koşullar, kurumların bu ilkeleri yerine getirmelerinin bir ölçüde sınırlandırabilir. Ancak ilkeler her zaman eylemi yönetmesi gereken evrensel insani konuları yansıtır.

Temel Standartlar önemli süreçlerdir ve kişisel standartlar tüm sektörlerce paylaşılmaktadır. Altı Temel Standart, insan merkezli insani müdahaleyi kapsar: Koordinasyon ve işbirliği, analiz, tasarım ve müdahale; performans, şeffaflık ve öğrenme; ve yardım çalışanı performansı. Bunlar rehberdeki diğer tüm standartların altını çizen yaklaşımlar için tek referans noktası sağlar. Bu nedenle her bir teknik bölüm temel standartlar ile birlikte kullanılarak kendi standardına ulaşmaya çalışmalıdır. Özellikle yardımın kaliteli ve uygun olması için afetten etkilenen insanların - genellikle afet durumunda risk altında olan grup ve bireyler de dâhil - katılımları artırılmalıdır.

Afetten Etkilenen İnsanların Zarar Görebilirlikleri ve Kapasiteleri

Bu bölüm Temel Standartlar ile birlikte okunmalı ve onları pekiştirmelidir.

Genç ya da yaşlı olmanın, kadın ya da engelli bir birey ya da HIV'li bir birey olmanın kendi başına insanların zarar görebilirliğini artırmadığını anlamak önemlidir. Bunu yapan iç faktörlerdir: Mesela 70 yaşın üzerinde, yalnız yaşayan ve sağlıklı iyi olmayan bir kimse, aynı yaşta ve sağlıklı olup geniş bir ailesi ve yeterli geliri olan bir kimseye göre daha zarar görebilir durumdadır. Benzer şekilde 3 yaşında bir kız, ona eşlik eden bir yetişkinin yanında değilse, aileleriyle olan akranlarına göre daha zarar görebilir bir durumdadır.

Barınak, yerleşim ve gıda dışı madde standartları açısından ve anahtar faaliyetler uygulandığında, zarar görebilirlik ve kapasite analizi, afetten etkilenen insanlara yapılan yardımın ayrımcılık olmadan ve en çok ihtiyacı olan kişilere iletilmesini sağlar. Bu da yerel koşulların tam olarak anlaşılmasını ve belirli risklerin bazı insan gruplarını farklı şekillerde nasıl etkilendiğinin görülmesini gerektirir (örn. çok fakir olmak ya da ayrımcılığa uğramak), çeşitli koruma tehditlerine maruz kalmak (örn. cinsel istismar dâhil cinsiyet bazlı şiddet), hastalık ya da yayılması (örn. HIV ya da tüberküloz) ve salgın olasılıkları (örn. kızamık ya da kolera). Hastalıklar, eşitsizlikleri daha kötü hale getirebilir. Ancak insanların başa çıkma stratejilerinin, direnç ve iyileştirme kapasitelerinin desteklenmesi önemlidir. Bilgi, yetenek ve stratejileri

desteklenmeli, sosyal, mali, yasal ve psiko-sosyal destek sağlanmalıdır. Çeşitli fiziksel, kültürel, ekonomik ve sosyal bariyerler eşit şartlarda ele alınmalıdır.

Aşağıda, zarar görebilir insanların hak ve kapasitelerinin göz önüne alınmasını sağlayacak bazı anahtar alanlar yer almaktadır:

- Tüm temsilci grupları kapsayacak şekilde -özellikle daha az görünür olan (örn. iletişim ya da hareket güçlüğü olanlar, kurumlarda yaşayanlar, etiketlenen -damgalanan genç ve diğer göz ardı edilen veya temsil edilmeyen gruplar)- insanların katılımlarını sağlamak.
- Analiz sırasında veriyi cinsiyet ve yaşa göre ayrıştırın (0-80+ yaş). Sağlık sektöründe nüfus çeşitliliğinin yeterince dikkate alındığından emin olmak için bu önemli bir ögedir.
- Haklarla ilgili bilgilerin toplumun tüm üyelerini kapsayacak ve herkese ulaşacak bir yol ile iletilindiğinden emin olun.



Asgari Standartlar

1. Sağlık Sistemleri

Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ (WHO) sağlık sistemlerini, kendini sağlık faaliyetleri üretmeye adanmış tüm organizasyonlar, kurumlar ve kaynaklar olarak tanımlar. Bu, sağlık hizmetlerinin karşılanması, finansmanı ve yönetimi, sağlık alanındaki karar vericileri etkileme çabaları ile sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlanmasında yer alan tüm seviyelerdeki aktörleri kapsar: Merkezi, bölgesel, mahalle, toplum ve hane seviyelerinde.

Sphere Rehberinin sağlık sistemi standartları, DSÖ sağlık sistemi çerçevesine göre organize edilmiştir ve altı bileşenden oluşur: Liderlik, insan kaynakları, ilaçlar ve tıbbi malzemeler, sağlık finansı, sağlık bilgisi yönetimi ve hizmetin verilmesi. Bu fonksiyonların her biri arasında bağlantılar ve etkileşimler vardır ve bir bileşeni etkileyen faaliyet diğerlerini de etkileyebilir. Bu sağlık sistemi yapısal bileşenleri, temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde önemlidir. Afet yardımları sırasında sağlık müdahalelerinin tasarımı ve uygulaması, sağlık sistemlerini güçlendirmeye yönelik olmalıdır.

Sağlık sistemleri standardı 1: Sağlık hizmetlerinin verilmesi

İnsanların standart ve kabul edilmiş protokol ve rehberleri takip eden etkin, güvenli ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Sağlık sisteminde uygun (çeşitli) seviyelerde sağlık hizmeti sağlayın. Bu seviyeler hane ve toplum, klinik ya da sağlık merkezi ve hastanedir (bkz. Kılavuz notlar 1).
- En yaygın hastalıklar için standart vaka yönetimi protokollerini uyarlayın, yeniden oluşturun ya da ulusal rehber ve standartları dikkate alın. (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Standart sevk sistemi oluşturun veya güçlenmesini sağlayın ve tüm kurumlarca kullanıldığından emin olun (bkz. Kılavuz notlar 1).

- Bütün sağlık tesislerinde, acil tedavi işaretleri alındığında, standart triyaj (müdahale ve nakil önceliği için vaka sınıflandırması) sistemi oluşturun veya bunun güçlenmesini sağlayın
- Toplum ve sağlık tesisleri seviyelerinde sağlık eğitimlerini başlatın veya teşvik edin (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Kan temini ve kan ürünlerinin güvenli ve rasyonel kullanımından emin olun (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Laboratuvar hizmetlerinin kullanılabilir olmasından ve gerektiği zaman kullanılmasından emin olun(bkz. Kılavuz notlar 6).
- Mobil klinik ve sahra hastaneleri de dâhil olmak üzere alternatif ya da paralel sağlık hizmetlerinden kaçının (bkz. Kılavuz notlar 7-8).
- Sağlık hizmetlerini hastaların mahremiyet ve gizlilik çerçevesinde bilgilendirilerek rızasını alacak şekilde tasarlayın (bkz. Kılavuz notlar 9).
- Sağlık tesislerinde uygun atık yönetim prosedürlerini, emniyet önlemlerini ve enfeksiyon kontrol yöntemlerini uygulayın (bkz. Kılavuz notlar 10-11 ve Katı Atık Yönetimi Standardı 1 sayfa 117).
- Cenazelerin onurlu, kültürel olarak uygun ve halk sağlığı uygulamalarına uygun şekilde defnedilmesini sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 12 ve Katı Atık Yönetimi Standardı 1, Kılavuz notlar 8 sayfa 120).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afetten etkilenen insanların sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli sayıda sağlık tesisi vardır :
 - Bir temel sağlık birimi / 10,000 kişi (temel sağlık birimlerinde birincil sağlık tesisleri ve genel sağlık hizmetleri bulunur)
 - Bir sağlık merkezi / 50,000 kişi
 - Bir ilçe ya da kırsal hastane / 250,000 kişi
 - >10 yataklı ve doğum tesisi / 10,000 kişi (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Sağlık tesislerinin kullanım oranı, afetten etkilenen insanlar arasında 2-4 yeni konsültasyon / kişi / yıl ve kırsal ve dağınık bulunan insanlar arasında >1 konsültasyon / kişi / yıldır (bkz. Kılavuz notlar 4 ve Ek 3: Anahtar Sağlık Göstergelerinin Hesaplama Formülleri).

Kılavuz notlar

1. **Bakım seviyesi:** Sağlık tesisleri, sağlanan hizmetlere ve boyutuna göre sınıflandırılır. Sağlık hizmetlerinin sayı ve lokasyonu koşullara göre değişebilir.



Sağlık sistemleri bakımın sürekliliği konusunda da bir sistem geliştirmelidir. Bu, en iyi şekilde özellikle yaşam kurtaran müdahaleler için etkin bir sevk sisteminin kurulması, ile sağlanır. Sevk sistemi haftanın yedi günü 24 saat işlemelidir.

2. Ulusal standartlar ve rehberler: Genelde kuruluşları, tedavi protokolleri ve önemli ilaç listeleri de dahil olmak üzere afet müdahalesinin uygulandığı ülkenin standartlarına ve rehberlerine uymalıdır. Eğer bunlar güncel değilse ve kanıta dayalı- bilimsel uygulamaları yansıtmıyorsa, referans olarak uluslararası standartlar kullanılmalı ve sağlık sektörünün lider kurumu bunları güncellemek için Sağlık Bakanlığını (SB-MOH) desteklemelidir.

3. Sağlık teşviki: Yerel sağlık yetkilileri ve toplum temsilcilerinin görüşleri alınarak aktif bir toplum sağlık teşviki programı oluşturulmalı ve erkek ve kadınların dengeli temsil edildiğinden emin olunmalıdır. Program, temel sağlık problemleri, sağlık riskleri, sağlık hizmetlerinin varlığı ve yerleri ile iyi sağlık için uyulması gereken davranışlar ve zararlı sağlık uygulamaları hakkında bilgiler sağlamalıdır. Halk sağlığı mesajları ve materyalleri uygun dil ve kanalları kullanmalı, kültürel olarak uygun, kolay ve anlaşılır olmalıdır. Okullar ve çocuk dostu alanlar da, çocuk ve ebeveynlere bilgi ulaştırmak için önemli yerlerdir (bkz. INEE Eğitim için Asgari Standartlar - Erişim Ve Öğrenme Ortamı Standardı 3).

4. Sağlık hizmetlerinin kullanım oranı: Koşullara göre değişeceğinden bu oran için minimum eşik yoktur. Sabit kırsal ve dağınık yerleşimdeki insanlar arasında kullanım oranları en az 1 yeni konsültasyon / kişi / yıl olmalıdır. Afetten etkilenen insanlar arasında ortalama 2-4 yeni konsültasyon / kişi / yıl olabilir. Eğer beklenenden daha düşük bir oran varsa bu, sağlık hizmetlerine yetersiz erişimi işaret edebilir. Beklenenden daha yüksek oranda kullanım da, özel halk sağlığı problemlerinden ya da hedef nüfus sayısının eksik öngörülmesinden kaynaklanabilir. Kullanım oranlarının analizinde cinsiyet, yaş, etnik köken ve engelli olma durumu da göz önüne alınmalıdır (bkz. Ek 3: Anahtar Sağlık Göstergelerinin Hesaplama Formülleri).

5. Güvenli kan nakli: Eğer varsa ulusal kan nakli servisi (BTS) ile koordinasyon sağlanmalıdır. Kan alınması sadece gönüllü bağışçılardan olmalıdır. İyi laboratuvar uygulamaları ile bulaşıcı enfeksiyonların varlığı, kan grubu, uygunluk testi, kan bileşenleri üretimi ve kan ürünlerinin depolama ve nakliyesi izlenmelidir. Etkin klinik kullanımlar ile gereksiz nakillerden kaçınılmalı, uygun yerlerde nakil alternatifleri (kristaloid ve koloid) tercih edilmelidir. Uygun klinik ekip, güvenli ve etkin klinik kullanımın olmasını sağlamak için eğitilmelidir.

- 6. Laboratuvar hizmetleri:** En yaygın bulaşıcı hastalıklar klinik olarak teşhis edilebilir (örn. ishal, akut solunum enfeksiyonları) ya da hızlı tanısal test ya da mikroskop yardımı (örn. sıtma). Laboratuvar testleri, şüphe duyulan salgınların nedenini doğrulamaya, kültür ve antibiyotik hassasiyeti test edilmesine ve karar yönetimlerine, (örn. dizanteri) ve toplu bağışıklamanın gerekli görüldüğü yerlerde aşı seçimine yardımcı olur (örn. meningokoksik menenjit). Belirli bulaşıcı olmayan hastalıklar için, mesela diyabet, tanı ve tedavide laboratuvar testi temeldir.
- 7. Mobil klinik:** Bazı afetler sırasında sağlık servislerine sınırlı erişimi olan mobil ya da izole edilmiş insanların ihtiyaçları için mobil klinikler bulunabilir. Sıtma salgınları gibi çok sayıda vakaların beklendiği durumlarda, bu kliniklerin vaka sayısını azaltmadaki önemi kanıtlanmıştır. Mobil klinikler sadece sağlık sektörü lider kurumları ve yerel yetkililer ile görüşüldükten sonra kurulmalıdır (bkz. Sağlık Sistemleri Standardı 6 sayfa 307).
- 8. Sahra hastaneleri:** Durumsal olarak sahra hastaneleri, mevcut hastanelerin hasar görmüş olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin verilmesi için bir yol olabilir. Ancak mevcut hastane kaynaklarının yeniden sağlanması ve eski konumuna getirilmesi genellikle daha etkilidir. Travmatik yaralanmaların acil bakımı için bir sahra hastanesinin bulunması uygun olabilir (ilk 48 saat), ikincil travmatik yaralanma ve rutin cerrahi ve doğum acillerinde (3-15 gün) ya da geçici tesisler, hastane yeniden yapılan ya da onarılan kadar hizmet sunulabilir. Ancak sahra hastanelerinin sadece ihtiyaç ve katma değere göre konuşlandırılması önemlidir.
- 9. Hasta hakları:** Sağlık hizmetleri ve tesisleri gizlilik ve mahremiyet sağlanacak şekilde tasarlanmalıdır. Medikal ya da cerrahi prosedürlerden önce hastanın izni alınmalıdır (ya da karar ehliyeti olmayanlar için refakatçilerinden). Sağlık ekibi hastaların her prosedürün içeriğini, beklenen faydaları, potansiyel riskleri ve maliyet ve süresini bilmeye hakkı olduğunu anlamalıdır.
- 10. Sağlık alanlarında ve hasta emniyetinde enfeksiyon kontrolü:** Afetler sırasında etkin bir müdahale için enfeksiyon önleme ve kontrol (IPC) programlarının sürekliliği ulusal ve çevresel (perifer) seviyelerde ve çeşitli sağlık tesislerinde uygulanmalıdır. Sağlık tesislerindeki bu tür enfeksiyon önleme ve kontrol - EÖK (IPC) programı şunları içermelidir:
- Tanımlı enfeksiyon önleme ve kontrol politikaları (örn. potansiyel tehlikelerin belirlenmesi için rutin ve ek enfeksiyon kontrol önlemleri)



- Tanımlı koşullar içinde bilinen fonksiyon ve sorumluluk ile enfeksiyon kontrol programını yürütmek için kalifiye, adanmış teknik ekip (IPC ekibi)
- Bulaşıcı hastalık salgınlarının saptanması için erken uyarı gözlem sistemleri
- Acil durumlarda faaliyetler ve malzemeler için belirlenmiş bütçe (örn. ekibin eğitimi)
- Salgın hastalıklar için güçlendirilmiş standart önlemler ve ek önlemler
- İdari kontroller (örn. izolasyon-tecrit politikaları) ve çevresel ve mühendislik kontrolleri (örn. çevresel havalandırmanın geliştirilmesi)
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
- IPC uygulamaları izlenir ve öneriler düzenli olarak gözden geçirilir.

11. Sağlık hizmetleri atıkları: Sağlık tesislerinde çıkan tehlikeli atıklar, enfeksiyonlu keskin olmayan atıklar, keskin ve enfeksiyon içermeyen atıklar şeklinde ortak toplanmalıdır. Sağlık ekipleri, atık toplayıcılar, hastalar ve diğer kişilerin maruz kaldığı atıkların yetersiz yönetimi, HIV, hepatit B ve C gibi hastalıklara neden olabilir. Kaynak noktasında atıkların toplanması ve özel bertaraf prosedürlerine uyularak atılması sağlanarak enfeksiyon riskleri asgariye indirilmelidir. Tıbbi atıkları ele alan personel eğitilmiş olmalı, kişisel koruyucu ekipmanları kullanılmalıdır (en azından eldiven ve bot gereklidir). Atık türlerine göre bertaraf işlemleri yapılmalıdır: Örneğin enfekte olmayan keskin olmayan atıklar ile keskin atıkların korumalı çukurlarda ya da yakılarak bertaraf edilmesi.

12. Ölü bedenler: Afetler sonucunda ölüm oranı yüksekse, ölü bedenlerin yönetimi gerekir. Çok sayıda ölü beden toplu mezarlara defni, ölü bedenlerin gömülmezse ya da derhal yakılmaz ise sağlık riski oluşturduğu gibi yanlış bir inancı dayandır. Sadece birkaç vakada (örn. kolera ya da hemorajik ateş kaynaklı ölümlerde) insan bedenleri sağlık riskleri taşır ve özel olarak dikkat gerektirir. Ölü bedenler, törensiz olarak toplu mezarlara defnedilmemelidir. İnsanların aile üyelerinin nerede olduğunu bilme ve kültürel olarak uygun törenler düzenleme hakkı vardır. Toplu definler, yasal iddialarda bulunmak için temel ölüm belgelerinin alınmasına engel teşkil edebilir. Şiddet kurbanlarının defni durumunda, adli tip konuları göz önüne alınmalıdır (bkz. Barınak ve Yerleşim Standardı 2, Kılavuz notlar 3 sayfa 255).

Sağlık sistemleri standardı 2: İnsan kaynakları

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık hizmetlerini karşılayacak seviyede bilgi ve beceriye sahip, eğitilmiş ve yeterli sağlık çalışanları tarafından verilir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır..)

- Temel sağlık analizlerinde (taban araştırmasında) sağlık ekiplerinin seviye ve kapasitesini anahtar bileşen olarak belirleyin.
- Mümkün olan yerlerde, ekip sayısındaki, yetenek, cinsiyet ve/veya etnik oranlarındaki dengesizliklere dikkat çekin- dile getirin (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Yerel sağlık çalışanlarını destekleyin ve yeterliklerini de göz önüne alarak bütün sağlık hizmetlerine entegre edin (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Her sağlık tesisinde yeterli sayıda yardımcı personelin olması sağlayın.
- Klinik çalışanlarını protokol ve rehberleri kullanarak eğitin(bkz. Kılavuz notlar 2).
- Düzenli olarak destekleyici rehberlik ve denetim sağlayın ve geri bildirim de dahil olmak üzere, standartlar ve rehberler ile uyum konusunda emin olun.
- Eğitim programlarını standart hale getirin ve temel sağlık ihtiyaçlar ile yeterlik boşluklarına göre önceliklendirin.
- Bütün sağlık çalışanları için adil ve güvenilir ücret konusunda emin olun, tüm kurumlar arasında anlaşmaya varın ve ulusal sağlık yetkilileri ile işbirliği içinde olun.
- Tüm sağlık çalışanları için temel hijyen ve koruma dâhil güvenli çalışma ortamı sağlayın.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- En az 22 kalifiye sağlık çalışanı vardır (tıp doktoru, hemşire ve ebe) / 10,000 kişi (bkz. Kılavuz notlar 1):
 - En az bir tıp doktoru / 50,000 kişi
 - En az bir kalifiye hemşire / 10,000 kişi
 - En az bir ebe / 10,000 kişi.
- En az bir Toplum Sağlığı Çalışanı - TSC (CHW) / 1,000 kişi, bir süpervizör (rehber-denetmen) / 10 ev ziyaretçisi ve 1 kıdemli süpervizör



- Klinik hekimlerden günde 50'den fazla hastaya bakmaları beklenmez. Bu eşik düzenli olarak aşılsa ek klinik uzmanlar istihdam edilir (bkz. Kılavuz notlar 1 ve Ek 3: Anahtar Sağlık Göstergelerinin Hesaplama Formülleri).

Kılavuz notlar

1. **Ekip seviyeleri:** Sağlık çalışanları tıp doktoru, hemşire, ebe, klinik görevlileri veya hekim yardımcıları, laboratuvar teknisyenleri, eczacı, toplum sağlığı çalışanlarının yanı sıra yönetim ve destek personeli dâhil olmak üzere geniş bir yelpazeyi içerir. Koşuldan koşula değişebilir bir nüfus ve sağlık çalışanlarının optimal düzeyi hakkında bir görüş birliği yoktur. Ancak, sağlık çalışanlarının varlığı ve kapsanan nüfus arasında bir bağlantı vardır. Örneğin, sadece bir kadın sağlık çalışanı ya da marjinal gruplardan bir temsilcinin varlığı, kadınların ya da marjinal etnik grupların sağlık hizmetlerine erişimini artırabilir. Sağlık ihtiyaçları ile ilgili kritik boşlukların olduğu yerde, personelin dengesiz olduğu alanlara sağlık çalışanlarının yeniden organize edilmesi ve/veya işe alım yoluyla dengelenmesi gerekmektedir. (bkz. Temel Standart 6 sayfa 71).
2. **Ekibin eğitimi ve süpervizyonu (rehberlik ve denetimi):** Sağlık çalışanları sorumluluk seviyelerine uygun eğitim, beceri, rehberlik ve denetim desteklerine sahip olmalıdır. Kurumların, çalışanlarının bilgilerinin güncel olduğundan emin olmak için onları eğitmek, rehberlik ve denetim sağlamak yükümlülüğü vardır. Eğitim, rehberlik ve denetim özellikle ekibin sürekli eğitim almadığı ya da yeni protokollerle karşılaştıkları zamanlarda önceliklidir. Eğitim programları mümkün olduğu kadar standart olmalı ve rehberlik ve denetim kanalı ile temel sağlık ihtiyaçlarına ve yeterlilik boşluklarına göre önceliklendirilmelidir. Bunlar insan kaynakları bölümleri ve yerel sağlık yetkilileri ile paylaşılmalıdır (bkz. Temel Standart 6 sayfa 71).

Sağlık sistemleri standardı 3: İlaçlar ve tıbbî malzemeler

İnsanların uygun ilaç ve tıbbi sarf malzemelerine sürekli erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afetten etkilenen ülkenin mevcut ve temel ilaç listesini, müdahalenin ilk aşamalarında inceleyin ve uygunluklarını belirleyin (bkz. Kılavuz notlar 1).

- Sağlık ihtiyaçları ve sağlık çalışanlarının seviyesi için uygun bir standart ilaç ve tıbbi ekipman listesi belirleyin ve onaylayın (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- Etkin bir ilaç yönetim sistemi kurulur ve uyarlanır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Yaygın hastalıkların tedavisi için temel ilaçların bulunabilmesini sağlayın.
- Sadece uluslararası tanınan rehberlere uygun ilaç bağışlarını kabul edin. Bu rehberlere uymayan bağışları kullanmayın ve emniyetli şekilde bertaraf edin.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Seçilen temel ilaçlar ve ikame (muadil) ürünlerin, bir sağlık tesisi deposunda stok dışı olma (bulunmama) süresi en fazla bir haftadır (bkz. Kılavuz notlar 4).

Kılavuz notlar

1. **Temel ilaçların listesi:** Çoğu ülkede kurulu bir temel ilaç listesi vardır. Bu belge gerektiğinde, afet müdahalelerinde lider sağlık yetkilileri ile görüşerek, gözden geçirilmeli ve uygunluğu belirlenmelidir. Bazen, temel ilaç listesinde değişiklikler olabilir, örn. tavsiye edilen anti-mikrobiyal ilaçlara karşı kanıtlanmış direnç varsa. Güncelleştirilmiş bir liste yoksa, DSÖ tarafından belirlenen esaslar, takip edilmelidir. Örn, DSÖ Model Temel İlaçlar Listesi. Standart önceden paketlenmiş kitlerin kullanımı bir afetin erken aşamaları ile sınırlı olmalıdır.
2. **Tıbbi ekipmanlar:** Farklı sağlık seviyelerinde temel ekipman listelerinin tanımlanmasına özen gösterilmelidir. Bu da ekibin yeterliliği ile bağlantılı olmalıdır.
3. **İlaç yönetimi:** Sağlık kurumlarının etkin bir ilaç yönetim sistemi olmalıdır. Bu sistemin amacı, uygun maliyetle kaliteli ilaçların akılcı kullanımı, depolama ve raf ömrü gecen ilaçların doğru şekilde yok edilmesinden emin olunmasına yöneliktir. Bu sistem ilaç yönetim döngüsünün dört temel bileşenine dayalı olmalıdır: Seçim, tedarik, dağıtım ve kullanım.
4. **İkame (muadil) ürünler:** Bunlar arasında ilaç yönetim sisteminin işlevini kontrol etmek için seçilen temel ilaçlar listesi yer alır. Bu maddeler yerel kamu sağlığı öncelikleriyle ilgilidir ve sağlık tesislerinde her zaman bulunabilmelidir. Örnekler arasında amoksisilin ve parasetamol vardır.



Sağlık sistemleri standardı 4: Sağlık finansmanı

İnsanların afet süresi boyunca birincil sağlık servislerine erişimi olmalıdır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afet boyunca etkilenen insanlar sağlık hizmeti verilen noktalar için mali kaynakları belirleyin ve mali kaynak sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Hükümet resmi sağlık sistemi ile kullanıcıdan ücret alınıyor ise, bunların kaldırılması ya da afet müdahalesi boyunca askıya alınması için düzenlemeler yapın (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Sağlık hizmetlerine olan talep arttığında, kullanıcı ücretlerinin kaldırılmasından ve/veya askıya alınmasından kaynaklanan mali boşluğu kapatmak için sağlık sistemlerine mali ve teknik yardımda bulunun (bkz. Kılavuz notlar 1).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Temel sağlık hizmetleri, afetten etkilenen insanlara ücretsiz olarak devlet ve sivil toplum kuruluşları tarafından afet müdahalesi boyunca sağlanır.

Kılavuz notlar

1. **Sağlık finansmanı:** Temel sağlık hizmetlerinin maliyeti, koşullara göre değişir. Bu koşullarda mevcut sağlık sistemi, afetten etkilenen nüfus ve afetten kaynaklı temel sağlık ihtiyaçları yer alır. DSÖ Makroekonomi ve Sağlık Komitesine göre en azından temel sağlık hizmetleri paketinin sağlanması düşük gelirli ülkelerde minimum US\$ 40 / kişi / yıl maliyet gerektirir (2008 rakamları). Afetten etkilenen yerlerde sağlık hizmetlerinin sağlanması, diğer etkilenemeyen yerlere göre daha maliyetlidir.
2. **Kullanıcı ücretleri:** Hizmet sunumu noktasında hizmetten yararlananlar tarafından yapılan ödemedir. Kullanıcı ücretleri yoksul ve zarar görebilir insanların sağlık hizmetlerine erişimini engeller. Temel insani yardım prensibi gereği, insani yardım kuruluşları tarafından sağlanan hizmetlerin ve malzemelerin kullanıcıya ücretsiz sağlanması esastır. Bunun mümkün olmadığı yerlerde sağlık hizmetleri için afetten etkilenen insanlara nakdi yardım ve/veya

gıda kuponu sağlanabilir (bkz. Gıda Güvenliği Nakit ve Gıda Kuponu İletimi Standardı 1 sayfa 200). Sağlık sistemlerinin gelir kaybını tazmin etmesi için ücretin kaldırılmasından başka önlemler de uygulanmalıdır (örn. sağlık ekibine teşvik ödenmesi, ek ilaç temini sağlanması). Servise erişim ve kalite, kullanıcı ücretlerinin kaldırılmasından sonra takip edilmelidir.

Sağlık sistemleri standardı 5: Sağlık bilgisi yönetimi

Sağlık hizmetlerinin tasarım ve dağıtımı, ilgili kamu sağlık verilerinin toplanması, analizi, yorumlanması ve kullanımı ile yönetilir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Mevcut sağlık bilgi sisteminin -SBS (HIS) kullanımı, uyarlanması veya alternatif -SBS sistemlerinin kullanımı konusunda karar verin (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gerektiğinde, -SBS' den alınamayan ve sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesine karar vermek için kritik öneme sahip bilgilerin toplanması için analiz ve araştırmalar yapın (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Bütün sağlık koşulları ve raporlanabilir hastalıklar için standart vaka tanımlarını geliştirin veya kullanıma hazır hale getirin ve tüm kurumlar tarafından kullanıldığından emin olun.
- İzleme ve erken uyarı - EU (EWARN) sistemlerini, SBS bileşeni olarak tasarlayın ve mümkünse mevcut SBS sistemleri üzerine entegre edin (bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 3 sayfa 316 ve Ek 2: Örnek haftalık gözlem rapor formları).
- SBS yoluyla öncelikli hastalıkları ve sağlık koşullarını belirleyin ve raporlayın .
- Tüm müdahale kurumları, nüfus gibi ortak rakamlar üzerinde anlaşmaya varır ve onu kullanır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Sağlık tesisleri ve kurumlar izleme ve diğer SBS verilerini düzenli olarak lider kuruma sunar. Bu raporların sıklığı koşullara ve veri türüne göre değişebilir. Örn günlük, haftalık, aylık.
- Araştırmalar gibi ilgili çeşitli kaynaklardan sürekli desteklenen ek veriyi, izleme verisini yorumlamak ve karar vermeyi desteklemek için kullanın (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Verilerin korunması sağlamak için uygun önlemleri alarak birey veya grupların emniyet ve hakları garantileyin (bkz. Kılavuz notlar 4).



Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm sağlık tesisleri ve kurumları raporlama döneminden sonraki 48 saat içinde SBS raporunu lider kuruma sunar.
- Tüm sağlık tesisleri ve kurumları, salgına meyilli hastalık vakalarını, hastalık başlangıcından itibaren 24 saat içinde lider kuruma bildirir (bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 3 sayfa 316).
- Lider kurum, epidemiyolojik verilerin analizi ve yorumları da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kullanımına yönelik raporları da içeren genel bir sağlık bilgi raporu üretir.

Kılavuz notlar

1. **Sağlık bilgi sistemi:** Mümkün olan yerlerde mevcut SBS üzerinde bir izleme sistemi kurulmalıdır. Bazı afet bölgelerinde yeni ya da paralel SBS gerekebilir. Bu da mevcut SBS'nin performansı ve yeterliliği ile afetten kaynaklı ihtiyaçlara bağlıdır. Afet müdahalesi sırasında sağlık verileri şunları içermelidir ancak bunlarla sınırlı değildir:
 - 5 yaş altı ölümler de dâhil olmak üzere sağlık kuruluşları tarafından kaydedilen ölüm
 - Orantılı ölüm hızı
 - Nedene özel ölüm hızı
 - En yaygın hastalıklar için görülme hızları
 - Orantılı hastalık
 - Sağlık tesisi kullanım oranı
 - Danışma-hasta sayısı / klinisyen / gün sayısı
2. **Veri kaynakları:** Sağlık tesislerinin veriyi kullanma ve yorumlaması, kaynakları ve sınırlılıkları da ele almalıdır. Karar verme için destekleyici verilerin kullanılması, kapsamlı bir SBS için önemlidir, örneğin hastalık yaygınlığı ile ilgili tahminler ya da sağlık arayış bilgisi. Diğer veri kaynakları nüfus bazlı araştırmalar, Laboratuvar raporları ve servis ölçümlerinin kalitesi analizi geliştirebilir. Araştırma ve analizler, uluslararası alanda tanınan kalite kriterleri ve standart araç ve protokollere uygun olmalı ve mümkünse akran (meslektaş) görüş sürecine sunulmalıdır.
3. **Verilerin ayrıştırılması:** Veriler, yaş, cinsiyet, bazı bireylerin zarar görülebilirliği, afetten etkilenen nüfus ve ev sahibi nüfus ve koşullara göre ayrılarak (örn. kamp ya da kamp dışı) karar alma süreçlerine yardımcı olmalıdır. Acil durumların ilk aşamalarında detaylı bir sınıflandırma zor olabilir. Ancak 5 yaş altı çocuklar için ölüm ve hastalık oranları ayrılmalıdır. Zaman ve şartlara göre detaylı

sınıflandırmalar yapılarak potansiyel eşitsizliklerin saptanması ve zarar görebilir durumdaki kişilerin belirlenmesi sağlanmalıdır (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).

4. **Gizlilik:** Tıbbi kayıtlar ve verilerin gizliliğinden emin olunmalıdır. Bireylerin ve bunun yanı sıra verilerin emniyetini sağlamak için gereken önlemler alınmalıdır. Sağlık çalışanları hasta bilgilerini, hastanın izni olmadan, hastanın tedavisiyle doğrudan ilgisi olmayan kişilerle asla paylaşmamalıdır. Bilgilendirilmiş olarak rıza gösterme durumunda olamayacak entelektüel, akıl ya da duyuşal açıdan yeterli olan kişilerin durumuna özellikle dikkat edilmelidir. İşkence veya buna benzer herhangi bir şiddet sonucunda hastaların yaşadığı travmaya ilişkin veriler en büyük titizlikle korunmalıdır. Bireylerin rızasıyla bu tür bilgiler uygun görülen kişi ve kurumlara verilebilir (bkz. Sağlık Sistemleri Standardı 1 sayfa 296 ve Koruma İlkesi 1, Kılavuz notlar 7-12 sayfa 35).

Ölüm, EU ve hastalık izleme programları için bkz. Ek 2. Anahtar Sağlık Göstergelerinin Hesaplama Formülleri için bkz. Ek 3.

Sağlık sistemleri standardı 6: Liderlik ve eşgüdüm

İnsanların maksimum etki elde etmek için kurum ve sektörlerin koordine sağlık hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Mümkünse, Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin ya da en azından sağlık sektörü koordinasyonunda yer alanların bütün süreçlere dahil olmasını sağlayın
- ▶ Sağlık Bakanlığının müdahalede liderlik yapmak için yeterli kapasitesi ya da isteği yoksa, sağlık sektörü koordinasyonu için yeterli kapasiteye sahip başka bir kurum belirleyin (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- ▶ Ulusal, il ve ilçe seviyelerinde, sağlık sektörü, diğer ilgili sektörler ve kesişen paralel tematik alanlar ile düzenli toplantılar yapın (bkz. Kılavuz notlar 3 ve Temel Standart 2 sayfa 58).
- ▶ Nüfusun optimal olarak - mümkün olan en yüksek seviyede kapsanması için her kurumun özel sorumlulukları ve kapasitelerini belirleyin ve rapor edin (bkz. Kılavuz notlar 1).
- ▶ Özel durumların gerektirdiği hallerde sağlık koordinasyon mekanizmaları içinde çalışma grupları oluşturun (örn. salgınlara hazırlık ve müdahale, üreme sağlığı).



- Güncellemelerin düzenli olarak yapılması ve sağlık sektörü bültenlerinin dağıtılması.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Lider kurum, bir acil durumda müdahaleleri önceliklendirmek, kendi rolunu ve diğer kuruluşların rolunu belirlemek için için bir sağlık sektörü yardım strateji dokümanı geliştirmiştir (bkz. Kılavuz notlar 2).

Kılavuz notlar

- 1. Lider sağlık kurumu:** Sağlık sektörü yardımlarını yöneten ve bunlardan sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı olmalıdır. Bazı durumlarda Sağlık Bakanlığı, liderlik rolünü etkin ve tarafsız olarak yürütemeyebilir. Bu durumda küresel sağlık kümesinin lideri olarak WHO bu sorumluluğu alır. Hem WHO hem de SB bu kapasiteye sahip değilse faaliyet koordinasyonu için başka bir kurum görevlendirilebilir. Lider sağlık kurumu yerel sağlık kurumları arasındaki koordinasyonu sağlamalı ve yerel sağlık sistemlerinin kapasitelerini desteklemelidir (bkz. Temel Standart 2 sayfa 58).
- 2. Sağlık sektörü stratejisi:** Lider sağlık kurumunun önemli bir sorumluluğu, sağlık sektörü içinde, acil durumlar için genel stratejiyi belirlemektir. İdeal olarak bu doküman, sağlık sektörü önceliklerini, hedeflerini ve bunlara ulaşmak için ana faaliyetleri belirten bir strateji dokümanı olarak hazırlanmalı ve kurumlara sunulmalıdır. Bu doküman, ilgili kurumlara ve toplum temsilcilerine danışıldıktan sonra hazırlanmalı ve katılımı mümkün olduğu kadar teşvik etmelidir.
- 3. Koordinasyon toplantıları:** Faaliyet odaklı olmalı ve önceliklerin belirlendiği ve izlendiği, ortak sağlık stratejilerinin geliştirildiği ve benimsendiği, kuruluşlara göre görev dağılımlarının yapıldığı ve standart protokollerin ve müdahalelerin kararlaştırıldığı bir forum sağlamalıdır. Toplantılar, afetin başlangıcında saha sık gerçekleştirilmelidir.

2. Temel Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri, afetten etkilenen insanların sağlık ihtiyaçlarını uygun şekilde ele almak için önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetleridir. Bu müdahaleler, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan, çatışma ve kitleleri etkileyen olaylardan kaynaklı yüksek hastalık ve ölüm oranlarının azaltılmasını ve önlenmesini sağlar. Afetler sırasında ölüm oranları çok yüksek olabilir ve temel sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sağlanması için hastalık ve ölüm nedenlerinin bilinmesi gerekir. Sağlık bölümünün bu kısmı, altı bölümde toplanan temel sağlık hizmeti standartlarını belirtmektedir: Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çocuk sağlığı, cinsel ve üreme sağlığı, yaralanma, akıl sağlığı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar.

Temel sağlık hizmetleri standardı 1: Sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi

İnsanların yüksek ölüm ve hastalıkların nedenlerini belirlemek için öncelikle sağlık hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Ölüm ve hastalıkların temel nedenlerini belirlemek için, yerel sağlık yetkilileri ile koordineli şekilde sağlık problemleri ve riskleri ile ilgili verilerin toplanıp analiz edin (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61).
- Risk altında olabilecek zarar görebilir olan insanları (örn. kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelliler vb.) belirleyin (bkz. Koruma İlkesi 2 sayfa 36).
- Yüksek hastalık ve ölümlerin azaltılması için yerel sağlık yetkilileri ile koordineli şekilde uygulanabilir ve etkin sağlık hizmetlerinin belirleyin ve uygulayın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Öncelikli sağlık hizmetlerine erişim önündeki engelleri belirleyin ve bunları ortadan kaldırmak için pratik çözümler oluşturun (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Öncelikli sağlık hizmetlerini diğer sektörler ve/veya kümeler ve kesişen temalar ile koordineli olarak uygulayın (bkz. Temel Standart 2 sayfa 58).



Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Ham ölüm oranı - HÖO (CMR) afet öncesi nüfusun taban oranının iki katından daha az seviyede tutulur ya da azaltılır (bkz. Kılavuz notlar 3).
- 5 yaş altı ölüm oranı - 5YAÖO (U5MR) afet öncesi nüfusun taban oranının iki katından daha az seviyede tutulur ya da azaltılır (bkz. Kılavuz notlar 3).

Kılavuz notlar

1. **Öncelikli sağlık hizmetleri:** Yüksek ölüm ve hastalık oranlarının etkin şekilde ele alınması için temel sağlık hizmetleridir. Afetler sırasında ölüm oranları çok yüksek olabilir ve temel sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sağlanması için hastalık ve ölüm nedenlerinin bilinmesi gerekir. Öncelikli sağlık hizmetleri mümkün olduğu kadar kanıt bazlı uygulamalara dayanmalı ve halk sağlığına faydalı olmalıdır. Ölüm oranları taban seviyesine yaklaştığında daha kapsamlı bir sağlık hizmetleri tasarımı zaman içinde yapılabilir (bkz. Temel Standart 4 sayfa 65).
2. **Sağlık servislerine erişim:** Eşitlik ve tarafsızlık ilkesini temel almalıdır ve ayırım yapılmadan tüm etkilenen insanlara sunulmalıdır. Uygulamada sağlık servislerinin yeri ve personeli, optimal erişimi ve kapsamı sağlayacak şekilde organize edilmelidir. Zarar görebilir grupların özel ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Erişim engelleri fiziksel, mali, davranışsal ve/veya kültürel ya da iletişim engellerinden olabilir. Öncelikli sağlık hizmetlerine ulaşılması için bu bariyerlerin belirlenmesi ve üstesinden gelinmesi önemlidir (bkz. Temel Standart 3 sayfa 61 ve Koruma İlkesi 2 sayfa 36).
3. **Ham ölüm oranı ve 5 yaş altı ölüm oranı:** HÖO(CMR), acil durumlarda durumun ciddiyetinin değerlendirilmesinde en faydalı sağlık göstergesidir. Taban HÖO'nin iki katına çıkması ya da daha fazlası, önemli bir acil durumdur ve acil yardım gerektirir. Taban oran bilinmiyorsa ya da şüpheliyse kurumlar HÖO oranını en azından 1.0 / 10,000 / günün altında tutmayı hedeflemelidir.

5YAÖO (U5MR), HÖO(CMR)' dan daha hassas bir göstergedir. Taban oranı bilinmiyor ya da şüpheli ise kurumlar 5YAÖO oranını en azından 2.0 / 10,000 / gün altında tutmayı hedeflemelidir (bkz. Ek 3: Anahtar sağlık göstergelerinin hesaplama formülleri).

Bölgeye göre taban referans ölüm verileri

Bölge	CMR (ölüm/ 10,000/ gün)	CMR acil durum eşiği	5YAÖÖ (ölüm/ 10,000/ gün)	5YAÖÖ acil durum eşiği
Sahra-altı Afrika	0.41	0.8	1.07	2.1
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	0.16	0.3	0.27	0.5
Güney Asya	0.22	0.4	0.46	0.9
Doğu Asya ve Pasifik	0.19	0.4	0.15	0.3
Latin Amerika ve Karayipler	0.16	0.3	0.15	0.3
Orta ve Doğu Avrupa bölgesi/ BDT* ve Baltık Devletleri	0.33	0.7	0.14	0.3
Sanayileşmiş ülkeler	0.25	0.5	0.03	0.1
Gelişmekte olan ülkeler	0.22	0.4	0.44	0.9
Az gelişmiş ülkeler	0.33	0.7	0.82	1.7
Dünya	0.25	0.5	0.40	0.8

* Bağımsız Devletler Topluluğu

Kaynak: UNICEF, State of the World's Children 2009 (2007 verileri)

2.1. Temel Sağlık Hizmetleri – Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

Bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan hastalık ve ölüm oranları, afetler ile artar. Çatışmadan etkilenen birçok ülkede ölümlerin yüzde 60 ile yüzde 90 arası dört temel enfeksiyondan kaynaklanmaktadır: Yaygın olarak, akut solunum enfeksiyonları, ishal, kızamık ve sıtma. Özellikle 5 yaş altı çocuklarda, akut yetersiz beslenme bu hastalıkları artırır. Bulaşıcı hastalıkların salgın olması, akut başlayan afetlerle nadiren bağlantılıdır. Salgınlar olduğunda bunlar genellikle nüfusun yer değiştirmesi, aşırı kalabalık, yetersiz ve güvensiz su ve yetersiz temizlik, yetersiz barınak gibi risk faktörleri ile ilgilidir.



Temel sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 1: Bulaşıcı hastalığın önlemesi

İnsanların hastalık ve ölüme en çok katkıda bulunan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için tasarlanan bilgi ve hizmetlere erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- İlgili sektörler ile koordineli olarak önleme faaliyetlerinin geliştirilmesi ve uygulanması (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Sıtma, dang ateşi- humması ve diğer vektör (hastalık taşıyıcı) kaynaklı hastalıklar için yerel epidemiyolojiye (salgın hastalıklar bilimi) göre uygun vektör kontrol yöntemlerinin uygulanması (bkz. Kılavuz notlar 2-3).
- Hastalığa özgü önleme önlemleri, mesela kızamığa karşı aşılama (bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Çocuk Sağlığı Standardı 1 sayfa 321).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Koşullara göre temel bulaşıcı hastalık vakası istikrarlıdır, sabittir, artış yoktur.

Kılavuz notlar

1. **Genel önleme tedbirleri:** Bu önlemler, planlama, temiz su ve uygun temizlik, hijyen tesislerine erişim, özel hastalıklara karşı aşılama, yeterli ve güvenli gıda temini, kişisel koruma ve vektör kontrolü ve toplum sağlık eğitimi ve toplumsal seferberliği içerir. Bu tedbirlerin çoğu diğer sektörler ile koordineli olarak geliştirilmelidir:
 - Barınak - yeterli sayıda ve aralarında yeterli alana sahip barınaklar, yeterince havalandırılmış ve böcek geçirmez, yeterince yakın su ve sanitasyon tesisleri (bkz. Barınak ve Yerleşim Standardı 1-3 sayfa 249-258 ve Gıda Olmayan Maddeler Standardı 2 sayfa 271)
 - Su, sanitasyon (temizlik - sağlık önlemleri), hijyen - yeterli miktarda temiz su ve yeterli sanitasyon tesisleri ve hijyen teşviki (bkz. Hijyen Teşvik Standardı 1-2 sayfa 91-94, Su Temin Standardı 1-3 sayfa 97-103 ve Dışkı Bertaraf Standardı 1-2 sayfa 105-107)

- Çevre sanitasyonu ve güvenli atık yönetimi ve vektör kontrolü (bkz. Kılavuz notlar 2-3, Barınak ve yerleşim standardı 4 sayfa 262, Vektör kontrol standardı 1-3 sayfa 111-116, Katı Atık Yönetimi Standardı 1 sayfa 117 ve Drenaj Standardı 1 sayfa 121)
- Gıda güvenliği, beslenme ve gıda yardımı - yeterli gıdaya erişim ve yetersiz beslenme yönetimi (bkz. Bebek ve çocukların beslenmesi standardı 1-2 sayfa 159-160, Akut yetersiz beslenme ve mikro besleyici eksikliklerinin yönetimi standardı 1-3 sayfa 165-173 ve Gıda Güvenliği Standardı 1 sayfa 176)
- Sağlık eğitimi ve toplumu harekete geçirme (mobilizasyon) - Yukarıdaki önleyici tedbirlerin etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamak için mesajlar geliştirmek

- 2. Sıtma önleme:** Enfeksiyon riski, acil durum aşaması ve, nüfusun mobilizasyonu, barınak tipleri ve yerel vektör durumuna göre sıtma salgını olan bölgede sıtma önleme yöntemleri uygulanır. Ev içi spreyley (IRS) gibi vektör kontrol yöntemleri ve uzun süreli böcek önleme cibinlikleri (böcek ilacı ile işlenmiş) USBÖC(LLIN), entomolojik (böcek bilim) analiz ve uzmanlıklar ile yönetilmelidir. Etkin bir toplum kontrol önlemi sağlamak için IRS, hanelerin yüzde 80'ni kapsamalıdır. USBÖC, uzun vadeli kişisel koruma sağlar ve standart cibinlik seçimleridir. Böcek ilacı işlenmemiş cibinliklerin dağıtımı tavsiye edilmemektedir (bkz. Gıda Dışı Kalemler Standardı 2 sayfa 271 ve Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).

Risk gruplarına USBÖC dağıtımının önceliklendirilmesi, sıtma bulaşma seviyesine ve hastalık aşamasına bağlıdır. Hastalığın ilk aşamalarında yüksek bulaşma seviyesinden ortaya seviyede bulaşma alanları, hastane hastaları, çok yetersiz beslenmeye maruz kalmış insanlar ve o hane üyeleri, hamileler ve 2 yaş altındaki çocuklar öncelikli olmalıdır. Bir sonraki öncelik takviyeli beslenme programlarına kayıtlı olanlar, 5 yaş altı çocuklar ve hamile kadınların olduğu hane üyeleri ve 2 yaş altındaki çocuklardır. Son olarak risk altındaki nüfusun USBÖC (LLIN) ile korunması gerekir. Afetlerin ilk aşamalarında klinik ortamlarda da USBÖC kullanılmalıdır (örn. tedavi edici beslenme merkezleri ve hastaneler).

- 3. Dang Humması önleme:** Vektör kontrolü (larva ve yetişkin) dang hummasını önlemenin ana yöntemidir. Dang vektörü, vektör yoğunluğu ve insanlardaki yaygınlığı verilerine göre ele alınır. Yerlere göre değişen vektör üreme alanlarının bulunması gerekir. Kentsel alanlarda Aedes sivrisinekleri su depolama konteynerlerinde ve diğer yapay su biriktirme alanlarında ürer (plastik kap, kullanılmış lastik, kırık şişeler, saksılar vb.). Konteynerlerin periyodik drenajı ve atıkların bertarafı üreme alanlarının azaltılması için en önemli yoldur. Evlerde



depolanan suyun üzeri kapalı olmalı ve konteynerler haftalık olarak temizlenmeli ve silinmelidir. Afetten etkilenen insanlara kapaklı su kapları sağlanmalıdır. Konteynerlerin onaylı larva gidericiler ile arıtılması da larva önlenmesinde etkilidir. Kişisel koruma önlemleri de teşvik edilmelidir (bkz. Gıda Dışı Kalemler Standardı 2 sayfa 271 ve Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).

Temel sağlık hizmetleri - bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 2: Bulaşıcı hastalık tanısı ve vaka yönetimi

İnsanların önlenebilir yüksek hastalık ve ölüme katkısı olan bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- İnsanların ateş, öksürük, ishal vb. Gibi hastalıkların erken tedavisi için halk sağlığı eğitim mesajları geliştirin.
- Standart durum yönetimi protokolüne bağlı olarak tüm birinci seviye sağlık tesislerinde ya da ciddi hastalıkların referans bakımlarının uygulandığı Çocuk Hastalıkları Bütüncül Yönetimi- CHBY (IMCI) ve Yetişkin Hastalıkları Bütüncül Yönetiminde - YHBY (IMAI) sağlık hizmetleri verin (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Zatürree, sıtma, ishal, kızamık, menenjit, yetersiz beslenme ve dang humması durumlarının erken tedavisi için aciliyetine göre sınıflandırma (triya), tedavi ve bakım yönetim protokolleri uygulayın ve personeli bu protokoller hakkında eğitin (bkz. Kılavuz notlar 2-3 ve Temel Sağlık Hizmetleri - Çocuk Sağlığı Standardı 2 sayfa 323).
- Tanınmış kriterler karşılandıktan sonra tüberküloz kontrol programlarını tanıttın (bkz. Kılavuz notlar 4).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yaygın bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisinin tutarlı kullanımı için standart vaka yönetimi vardır (bkz. Kılavuz notlar 1-3 ve Sağlık Sistemleri Standardı 1 sayfa 296).

Kılavuz notlar

1. **çocuk hastalıkları bütüncül yönetimi ve yetişkin hastalıkları bütüncül yönetimi:** Bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölüm, erken ve doğru tanı ve uygun tedavi ile azaltılabilir. CHBY ve YHBY veya diğer ulusal tanı algoritmaları kullanımı, uygun tedavilerin uygulanmasına yardım etmek ve şiddet türüne göre hastalıkları sınıflandırmak için önemlidir. Yataklı tedavi için sevk tehlike işaretlerinin göstergesidir. Standart vaka yönetimi protokolleri uygun tanı ve akılcı ilaç kullanımına izin verir (ayrıca bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Çocuk Sağlığı Standardı 2 sayfa 323).
2. **Zatürre:** Zatürre ölümlerinin azaltılması için önemli ulusal protokollere göre, amoksisilin gibi ağızdan alınan antibiyotikler bir an önce uygulanması çok önemlidir. Şiddetli zatürre vakalarında hastanede ve parenteral (damar yolu ile) tedavi gerektirir.
3. **Sıtma:** Sıtma kontrolünde acil ve etkin tedavi başarılı bir kontrol için önemlidir. Sıtmanın salgın olduğu yerlerde ateş tanısı koyulduktan sonra 24 saatten az bir sürede bir protokol belirlenmesi ve yüksek etkili ilk sıradaki ilaçlar ile tedavi başlamalıdır. Artemisinin- bazlı kombinasyon tedavileri (ACT) falsiparum sıtmanın tedavisinde normdur. İlaç seçimi lider sağlık kurumuna danışılarak ve ulusal sıtma kontrol programına göre belirlenmelidir. Kaynak tedariklerinde ilaç kalitesi göz önüne alınmalıdır. Sıtma tedavisi başlamadan önce, tercihan Laboratuvar testleri ile teşhis edilmelidir (hızlı tanı testi, mikroskopi). Ancak Laboratuvar tanısı imkanı yoksa, klinik sıtma tedavisi ertelenmemelidir.
4. **Tüberküloz (TB) kontrolü:** Zayıf TB kontrol programları, çok ilaç kürlerine karşı dirençli bakterilerin yayılmasına ve enfeksiyona neden olma etkisinin uzamasına neden olarak yarardan çok zarara yol açabilir. Afetlerde TB olan hastaların bakımında sorunlar yaşanmayabilir ancak TB kontrolü için kapsamlı programlar yalnız belirlenmiş ilkelere uygun olarak yürütülmelidir. Bu ilkelere arasında kurum kaynakları ve taahhüdü ile nüfusun en az 12-15 ay stabil (tedavi programında) olmasını sağlama ve iyi bir kaliteli program sunulabilmesi bulunmaktadır. TB kontrol programları uygulanırken, ulusal- ülke programı ile entegre olmalı ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi DGTS (DOTS) takip edilmelidir.

Acil durumların akut fazında, TB dâhil kronik hastalıklar için tüm tedavilerin potansiyel kesintisi ve hasta takibinin kaybı önemli bir problem olabilir. Acil durum sağlık çalışanları ile kurulan ulusal TB programı hizmetleri arasında güçlü bir işbirliği olmalıdır. Bu da afet öncesinde tedavi gören insanların tedavilerinin devam etmesini sağlayacaktır (bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Standardı 1 sayfa 336).



Temel sağlık hizmetleri-bulaşıcı hastalıkların kontrolü standardı 3: Salgın tespiti ve müdahale

Salgınlar zamanında ve etkin şekilde tespit edilir, araştırılır ve kontrol edilir.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

Tespit

- Sağlık hizmeti sisteminin bir parçası olarak bulaşıcı hastalıkların kapsamlı bir risk analizine dayanan erken uyarı (EU) gözlem ve müdahale sistemleri oluşturun (bkz. Kılavuz notlar 1 ve Sağlık Sistemleri Standardı 5 sayfa 305).
- Sağlık ekibini ve Toplum Sağlık Çalışanlarını potansiyel salgınları teşhisi ve raporlaması için eğitin.
- Salgına meyilli olan ve yardım için gidilen yerlerdeki nüfusa hastalık semptomları hakkında basit bilgiler verin

Hazırlık

- Bir salgın ve müdahale planı hazırlayın (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Salgınların araştırılması ve kontrolü için ilgili tedavi protokolleri dâhil gerekli protokolleri gerekli çalışanlara dağıtıldığına emin olun.
- Önemli materyal stoklarının öncelikli hastalıklar için kullanılabilmesi ve önceden tanımlanan kaynaklardan hızla temin edilebilmesi konusunda emin olun (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Bulaşıcı hastalıklarla enfekte olan hastaların karantina ve tedavisi için önceden ayrı alanlar belirleyin, örn. kolera tedavi merkezleri.
- Yerel, bölgesel, ulusal ya da başka bir ülkede salgınların onaylanmasını sağlamak için bir laboratuvar belirleyin(bkz. Kılavuz notlar 4).
- Numune materyallerin ve nakliye kanallarının olmasını ve ani salgınlarda kullanılabilmesini sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 5).

Kontrol

- Zaman, yer ve kişiye göre salgınları tanımlayın, yüksek riskli bireyleri ve uygulanan kontrol önlemlerini belirleyin (bkz. Kılavuz notlar 6-8).
- Hastalık ya da koşullara özgü uygun kontrol önlemlerinin uygulanmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 9).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afet müdahalesinin başlangıcında yazılı bir salgın araştırması ve müdahale planının hazırlanır.
- Sağlık kurumları, şüpheli salgınları tanıdan sonraki 24 saat içinde sağlık tesislerine rapor eder.
- Lider sağlık kurumları, salgına meyilli alanlarda, bildirimden sonraki 48 saat içinde raporlanan vakalar ile ilgili araştırma başlatır.
- Vaka olum oranları- VÖO (CFRs) kabul edilebilir seviyelerin altında tutulur:
 - Kolera - yüzde 1 veya daha düşük
 - Shigella dizanteri - yüzde 1 veya daha düşük
 - Tifo - yüzde 1 veya daha düşük
 - Meningokok menenjit - yüzde 5-15 arasında değişir
 - Sıtma - değişir, ağır sıtma hastalarında amaç yüzde <5
 - Kızamık - değişir, çatışmalardan etkilenen ortamlarda bildirilen yüzde 2-21, amaç yüzde <5 (bkz. Kılavuz notlar 10).

Kılavuz notlar

1. **Salgın tespit için erken uyarı sistemleri:** Sistemin anahtar öğeleri şunlardır:

- Uygulayıcı ortakların (paydaşların) bir ağı
- Mümkünse topluluk düzeyinde ve tüm sağlık tesislerinde uygulanması
- Tüm potansiyel salgın eğilimli hastalıkların kapsamlı bir risk değerlendirmesi
- Haftalık izleme için risk değerlendirmesine dayalı olarak az sayıdaki öncelikli şartların belirlenmesi (10-12) ve hemen 'uyan' raporlama için hastalıkların belirlenmesi (bkz. Ek 2: Örnek haftalık gözlem rapor formları)
- Her hastalık veya durum için standart takip formunda yer alan açık-net vaka tanımları
- Her bir öncelikli hastalık veya soruşturma başlatmak için tanımlanan uyarı eşikleri



- İlgili sağlık makamlarına resmi veya gayri resmi uyarıları hızlı bildirmek (söylentiler, basında çıkan haberler, vb) için iletişim
- Acil uyarıların kayıt edilmesi ve yanıtlanması için bir sistem
- Veri raporlama, haftalık olarak standart veritabanına giriş ve analiz
- Tüm paydaşlara- ortaklara haftalık izleme geri bildirimi ve acil uyarı bilgileri
- Veri kalitesi yanı sıra raporlamanın zamanında ve eksiksiz olması için düzenli rehberlik ve denetim
- Standart vaka soruşturma protokolleri ve formlar
- Salgın müdahalesi başlatılması ve bilgi paylaşımı için standart prosedürler

2. Salgın araştırma ve kontrol planı: Tüm paydaşların tam katılımı ile yapılmalıdır. Aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

- Salgın kontrol ekibinin uyduğu kriterler
- Salgın kontrol ekibinin yapısı
- Ekipteki organizasyon ve pozisyonların özel rol ve sorumlulukları
- Yerel ve ulusal seviyede bilgi paylaşımı ve danışmanlık düzenlemeleri
- Salgınlarda araştırma ve yardım için kaynak ve tesisler
- İhtiyaç duyulan temel ilaç, temin ve tanıtıl araçlar

3. Yedek stoklar: Alandaki yedekler, olası salgınlarda müdahale olarak kullanılacak materyalleri içermelidir. Önceden paketlenen ishal ya da kolera hastalık kiti bazı durumlarda gerekebilir. Meningokoksik aşı gibi bazı stokları tutmak pratik olmayabilir. Bu maddeler için acil tedarik prosedürleri, nakliye ve depolama önceden belirlenmeli, böylece hızlı bir şekilde elde edilmesi sağlanmalıdır.

4. Referans laboratuvarlar: Şüphe edilen bir kitle bağışıklı vakası salgını olması durumunda (örn. meningokoksik menenjit) ya kültür ve antibiyotik hassasiyet testi vaka yönetim kararlarını değiştire bilecekse (örn. shigellosis) Laboratuvar testi faydalı olacaktır. Bir referans Laboratuvar, bölgesel ya da uluslararası olarak belirlenmeli ve daha güvenilir testler uygulanmalıdır, örn. kızamığın serolojik tanısı, sarı humma, dang humması- ateşi ve viral hemorajik ateş.

5. Taşıma kanalları ve hızlı testler: Numune alma materyalleri (örn. rektal çubuk) ve taşıma kanalları (örn. kolera Shigella, E. Coli ve Salmonella için

Cary-Blair kanal) ve nakliye için soğuk zincir materyalleri alanda ve ulaşılabilir olmalıdır. Buna ek olarak pek çok hızlı test yapılarak sıtma ve menenjit dâhil bulaşıcı hastalıkların alandaki salgın olasılığı belirlenmelidir.

6. Salgın inceleme-araştırma: Salgın araştırmalarının on temel aşaması şunlardır:

1. Bir salgın varlığını belirleyin-
2. Tanıyı doğrulayın
3. Bir vakayı tanımlayın
4. Vakaları sayın
5. Tanımlayıcı epidemiyolojik bilgilere ulaşın (zaman, kişi, yer)
6. Risk altında kimlerin olduğunu belirleyin
7. Hastalığa maruz kalma ve yayılma olasılığını belirleyen öngörülerde bulunun
8. Öngörülerini değerlendirin
9. Bulguları duyurun- yaygınlaştırın
10. Kontrol önlemleri uygulayın

Bu aşamaların sırayla uygulanmasına gerek yoktur. Kontrol önlemlerinin en kısa zamanda alınması önemlidir.

7. Mevcut salgın vakalarının onaylanması: Bir salgının olup olmadığını belirlemek her zaman kolay değildir ve salgın eşiklerinin net tanımları bulunmayabilir. Ancak hastalıklar için bilinen salgın eşikleri şöyledir:

- Kolera, kızamık, sarı humma, viral hemorajik ateş gibi: Tek bir vakanın salgını gösterebildiği hastalıklar
- Bir lokasyon için beklenenden fazla sayıda vaka ya da ölüm olan hastalıklar ya da önceki hafta ortalamalarının iki katı olan durumlar; shigellosis - endemik olmayan bölgelerde ve mülteci kamplarında tek bir shigellosis vakası potansiyel salgını gösterebilir.
- Sıtma - tanımlar duruma özgüdür, belirli bir alanda belirli bir nüfusta yılın belli zamanı için beklenenin üzerinde vaka sayısı salgını gösterebilir. Geçmiş-tarihi veriler olmadan, uyarı sinyalleri arasında, son iki hafta içinde sıtma olarak bildirilen ateş vakaları ve son haftalarda artan bir fatalite ölüm oranı vardır.
- Meningokok menenjit - menenjit kuşağında, 30.000 üzerinde insanlar için, 15 vaka 100, 000 kişi / hafta olup yüksek salgın riski vardır (yani 3+ yaş ve aşı koşulları yüzde <80), bu eşik 10 vaka / 100, 000 kişi / haftaya düşürülür. 30.000 kişinin altında insanlarda, haftada beş vaka bir hafta içinde iki doğrulanmış vaka salgını gösterir.



- Dang humması - 3-5 günlük hastalıkta ateşli bir hastanın artan IgG seviyesi (ardışık sera-örneklerinin eşleştirilmiş testlerine dayanarak) göstermek ve azalan platelet sayısı (<20,000) ile son iki haftada ateş son iki hafta içinde ateş vakalarındaki artış.

8. Salgın yardımı: Salgın yardımlarında bileşenler koordinasyon, vaka yönetimi, izleme ve epidemiyoloji, Laboratuvar, su ve sanitasyonun geliştirilmesi gibi özel önleyici önlemler, risk iletişimi, medya ilişkileri ve bilgi yönetimi, lojistik ve güvenlidir.

9. Kontrol önlemleri: Kontrol önlemleri özellikle salgına neden olan ajanın iletimini durdurmak için geliştirilmelidir. Genellikle, ajan ile ilgili mevcut bilgi belirli durumlarda uygun kontrol tedbirlerinin tasarımına rehberlik eder. Genel olarak, müdahale faaliyetleri arasında kaynak kontrolü ve enfeksiyonu önlemek (örn. Kolerayı önlemek için iyileştirilmiş su kaynağına erişim) ve/veya maruz kalanın iletimi kesintiye uğratmak (örn. kitlesel aşı ile kızamık ya da sıtmayı önlemek için LLIN kullanımı) ve modifying host savunma mekanizmalarının geliştirilmesi vardır (örn. Hızlı tanı ve tedavi veya kemoprofilaksi ile) (bkz. Sağlık sistemleri standardı 5 sayfa 305, Su temin standardı 1-2 sayfa 97-100, Hijyen Teşvik Standardı 1-2 Sayfa 91-94 ve Vektör Kontrol Standardı 1-3 sayfa 111-116).

10. Vaka fatalite olum oranları (CFR): Genel koşullara, sağlık hizmetlerine erişime ve vaka yönetiminin etkinliğine ve hızına göre bu oranlar bulaşıcı hastalıklar için değişiklik gösterir. Genel olarak CFR'yi azaltmak mümkündür. CFR oranları minimum beklenen seviyeleri aşarsa, kontrol önlemlerinin acilen gözden geçirilmesi ve CFR oranlarının kabul edilebilir seviyelerde tutulması için düzeltici önlemlerin alınması gerekir.

2.2. Temel Sağlık Hizmetleri – Çocuk Sağlığı

Acil durumlarda özellikle çocuklar artan hastalık ve ölüm oranlarına bağlı olarak zarar görebilir konumdadır. Çocukların spesifik sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çocuk merkezli müdahaleler gerekir. Çocuk sağlığı müdahaleleri, akut solunum enfeksiyonları, ishal, kızamık, yetersiz beslenme ve neonatal sebepler de dahil olmak üzere yüksek hastalık ve ölümlerin sebeplerinin bulunmasını gerektirir.

Temel sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 1: Aşı ile önlenebilen hastalıkların önlenmesi

6 ay - 15 yaş arası çocukların kızamık bağışıklığı vardır ve durum stabil olana (istikrar kazanana) kadar rutin Genişletilmiş Bağışıklık Programına GBP (EPI) erişimleri vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Afet müdahalesinin başlangıcında salgın risklerinin belirlenmesi için 9 aylık- 15 yaş arasındaki çocukların kızamık aşısı durumu hakkında tahminde bulunun (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Kızamık aşısının koşulları yüzde <90 ya da bilinmiyor ise 6 ay- 15 yaş arası çocuklar için toplu kızamık aşısı kampanyası başlatın ve 6-59 aylık çocuklara A vitamini takviyesini de kampanyaya dahil edin (bkz. Kılavuz notlar 1-2).
- 6-9 aylık tüm çocukların aşılanmasını ve 9 aya ulaştığında bir doz daha kızamık aşısı yapılmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Mobil ya da yerinden edilen nüfuslar için, kampa ya da yerleşim alanına yeni gelen 6 ay -15 yaş arası çocukların en az yüzde 95'inin kızamık aşısı olması için sürekli bir sistem oluşturun.
- Çocukların rutin olarak kızamık ve diğer aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı bağışıklık kazanması için GBP (EPI) sistemini ulusal aşı programı içinde şartların elverdiği ilk fırsatta yeniden kurun (bkz. Kılavuz notlar 4).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Kızamık aşısı kampanyasının bitişinin ardından:
 - 6 ay ila 15 yaş arası çocukların en az yüzde 95 i kızamık aşısı olmuştur.
 - 6-59 aylık çocukların en az yüzde 95 i uygun dozda A vitamini takviyesi almıştır.
- Rutin GBP (EPI) hizmetlerine döndükten sonra 12 aylık çocukların en az yüzde 90'ı tam bağışıklığın göstergesi olan üç doz DPT (difteri, boğmaca ve tetanos) aşısı olmuştur.



Kılavuz notlar

- 1. Kızamık aşısı koşulları:** Aşılama verilerinin incelenmesi suretiyle etkilenen nüfusun kızamık aşısı durumunu belirleyin. Bu incelemeye göre rutin kızamık aşılama oranları önceki beş yıla göre veya kızamık aşı kampanyası önceki 12 ayda uygulandıysa 9 ay ile 5 yaş arası çocukların yüzde > 90ına ulaşmış olup olmadığını belirleyin. Kızamık aşısının kapsamı yüzde <90 ise ya da kapsamı tam olarak bilinmiyorsa veya şüpheli ise, kampanya, salgınları önlemek için yetersiz olduğu varsayımına göre yapılmalıdır.
- 2. Kızamık aşısı yaş aralıkları:** Bazı büyük çocuklar önceki kızamık aşısı kampanyasını kaçırmış olabilir ve/veya kızamık hastalığı geçirmemiş olabilir. Bu çocuklar kızamık riski altındadır ve bebekler ile hastalıktan ölme riskine sahip diğer çocuklar için enfeksiyon kaynağı olabilirler. Bu nedenle aşılanmanın tavsiye edildiği yaş 15 yaşa kadardır. Kaynakları kıt olan yerleşimlerde 6 ay ila 15 yaş arası tüm çocukların aşılanması mümkün olmayabilir. Bu yerlerde öncelik, 6-59 aylık çocuklarda olmalıdır. Hedef gruptaki tüm çocuklar, önceki bağışıklı durumuna bakılmaksızın kızamığa karşı aşılanarak bağışıklık kazandırılmalıdır.
- 3. 6-9 aylık çocuklarda kızamık aşısının tekrarı:** 6-9 aylık olup kızamık aşısı olan çocuklar, 9 ayı tamamladıklarında bir doz daha kızamık aşısı almalı ve iki doz arasında en az bir ay olmalıdır.
- 4. Ulusal GBP (EPI) programının tekrar kurulması:** Kızamığa karşı toplu aşı kampanyalarının hazırlanması sırasında ulusal yetkililer ile birlikte GBP (EPI) programının yeniden kurulması için planlar yapılmalıdır. GBP programının yeniden kurulması sadece çocukları kızamık, difteri ve boğmacadan korumaz, aynı zamanda solunum yolları enfeksiyonlarının da azalmasını sağlar.

Temel sağlık hizmetleri - çocuk sağlığı standardı 2: Yeni doğan ve çocuk hastalıklarının ele alınması

Çocukların, yeni doğan ve çocuk hastalıkları ve ölümlerinin temel nedenlerini ele alan sağlık hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Etkilenen insanları yeni doğanlarda herhangi bir hastalığın (ateş, öksürük, ishal vb) erken teşhisi için harekete geçmeyi teşvik edici sağlık eğitim mesajları hazırlayın. Sağlık eğitim mesajlarını hazırlarken, ebeveyni olmayan çocukları da dikkate alın (bkz. Sağlık Sistemleri Standardı 1, Kılavuz notlar 3 sayfa 298).
- ▶ Tüm yeni doğanlar için mümkün olduğunca Bütünleşik Hamilelik ve Çocuk Doğumu Yönetimi - BHCDY (IMPAC) rehberlerine göre temel bakım sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- ▶ Çocuklara birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve ciddi hastalıkları olan çocuklara da hastanelerde ulusal protokol ve Bütünleşik Çocuk Hastalıkları Yönetimi-BCHY (IMCI) rehberine göre sağlık hizmeti sağlayın(bkz. Kılavuz notlar 2).
- ▶ Hasta çocuklara bakım sağlayan ve acil durumdakileri hemen tedaviye alan tüm tesislerde standart acil durum analiz ve tedavi için önceliklendirmeye dayalı sınıflandırma (triya) sistemi oluşturun (bkz. Kılavuz notlar 3).
- ▶ Sağlık hizmetlerini alan çocukların beslenme durumlarını inceleyin ve beslenme hizmetlerine yönlendirin (bkz. Akut Yetersiz Beslenme ve Mikro Besleyici Eksikliklerinin Yönetimi Standardı 1-3 sayfa 165-173).
- ▶ Salgın riskinin yüksek olduğu yerlerde difteri ve boğmaca tedavisi için uygun bir vaka yönetim protokolünün belirlenmesini sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 6).
- ▶ Uygun dozaj ve formüllerde çocukluk hastalıklarının tedavisi için temel ilaçların temini sağlayın.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Sıtma olan 5 yaşın altındaki tüm çocukların semptomlar başladıktan sonraki 24 saat içinde anti -sıtma tedavisine başlanır (bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Standardı 2 sayfa 314).
- ▶ İshal olan 5 yaşın altındaki tüm çocukların oral rehidrasyon tuzu (ORS) ve çinko takviyesi alır (bkz. Kılavuz notlar 3).



- Pnömoni olan 5 yaşın altındaki tüm çocuklar uygun antibiyotikleri alır (bkz. Kılavuz notlar 5).

Kılavuz notlar

- 1. Yeni doğanların bakımı:** Tüm yeni doğan bebekler doğumdan itibaren bakıma alınmalı (tercihen bir sağlık merkezinde), sıcak tutulmalı ve erkenden anne sütü alması sağlanmalıdır. Tüm yeni doğanlar özellikle beslenme zorluğu açısından çeşitli problemlere karşı kontrol edilmelidir. Tüm hasta yeni doğanlar, olası sepsis (kan zehirlenmesi) ve yerel enfeksiyonlara karşı kontrol edilmelidir.
- 2. bütünleşik çocukluk hastalıkları yönetimi BCHY- (IMCI):** BCHY, 5 yaş altında birincil bakım seviyesinde çocuk sağlığına odaklanan bütünleşik bir yaklaşımdır. BCHY bir ülkede geliştirilmişse ve klinik rehberler adapte edilmişse, bu rehberler standart protokollere entegre edilmeli ve sağlık uzmanları buna göre eğitilmelidir.
- 3. Triyaj-müdahale önceliğine göre sınıflandırma:** BCHY ve referans verilen bakım rehberleri, hızlı müdahale önceliğine göre sınıflandırma ve tedavi kombinasyonu ile geliştirilebilir. Triyaj, hastaların tıbbi ihtiyaçlarına göre, hayatta kalma şansları ve kaynaklara göre sınıflandırılmasıdır. Hasta çocukların bakımında yer alan klinik ekip Acil Triyaj, Analiz ve Tedavi (ATAT- (ETAT) rehberi kullanılarak eğitilmelidir.
- 4. İshal yönetimi:** İshal olan çocuklar düşük ozmolalite ORS ile tedavi edilmeli ve çinko takviyesi almalıdır. Düşük ozmolaliteli (partikül sayılı) ORS (ağızdan sıvı tabletleri) ishal süresini kısaltır ve intravenöz (damar içi) sıvı verilmesi ihtiyacını azaltır.
- 5. Zatürre (Pnömoni) yönetimi:** Öksüren çocuklar hızlı ve/veya zor soluk alma ve göğüs hırıltısına karşı kontrol edilmelidir. Hızlı ve/veya zor nefes alanlara uygun oral antibiyotik verilmeli, göğüs hırıltısı olanlar hastaneye yönlendirilmelidir.
- 6. Boğmaca ya da difteri salgınları:** Nüfusların yer değiştirdiği alanlarda boğmaca salgınları yaygındır. Boğmaca salgınında bir aşı kampanyasından genellikle kaçınılır çünkü DPT aşısı olan yaşlı kişiler arasında olumsuz etkilere neden olmasından çekinilir. Difteri salgınları daha nadirdir ancak kalabalık ortamda düşük difteri bağışıklığı olan insanlar için bir tehdittir. Difteri salgınlarında kamp yerleşimlerinde üç ayrı doz aşı yapılır. Vaka yönetimlerinde antitoksin ve antibiyotik vardır.

2.3. Temel Sağlık Hizmetleri – Cinsel ve Üreme Sağlığı

Afetten etkilenen alanlarda yaşayanlar dâhil tüm insanların üreme sağlığı - US (RH) erişimine hakkı vardır. Bu hakkı kullanmak için etkilenen insanların kapsamlı bir üreme sağlığı bilgisi olmalı ve hizmetler ücretsiz ve bilgiye dayalı seçilebilmelidir. Kaliteli US (RH) hizmetleri, etkilenen nüfusun ihtiyaçlarına göre belirlenir. Bunlar dini inançları, etik değerleri ve toplumun kültürel geçmişini göz önüne almalı, uluslararası insan hakları standartlarına uymalıdır.

Temel sağlık hizmetleri - cinsel ve üreme sağlığı standardı 1: Üreme sağlığı

İnsanların bir acil durumun ilk aşamalarında öncelikle Asgari İlk Hizmet Paketi - AIHP (MISP) kapsamındaki üreme sağlığı hizmetlerine, durum dengeye kavuştuğunda da kapsamlı US (RH) hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Sağlık sektöründeki lider ÜS (RH) kurumunu belirleyin ve AIHP (MISP) uygulanması için koordinasyon sağlayın, bir ÜS(RH) görevlisinin (lider ÜS kurumu tarafından seçilen) görev başında olmasını ve sağlık sektörü ya da sağlık kümesi ile çalışmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Diğer ilgili sektörler ya da kümeler ile koordineli olarak cinsel istismar risklerini azaltmak için önlemler uygulayın (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Cinsel şiddetin klinik yönetimini sağlayan hizmetler de dahil olmak üzere akıl sağlığı ve psiko sosyal destek ve yasal yardım hizmetlerine erişimi sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 3 ve Koruma İlkesi 2, Kılavuz notlar 7 sayfa 37).
- HIV bulaşmasını azaltmak için asgari HIV önleme, tedavi ve bakım - destek hizmetleri seti belirleyin (bkz. Temel Sağlık Hizmetleri - Cinsel ve Üreme Sağlığı Standardı 2 sayfa 328).
- Aşağıdakiler de dâhil acil durum obstetrik* ve yeni doğan bakım hizmetlerinin bulunması sağlayın:
(*obstetrik; doğum ve doğum sonrası dönemde tüm kadın üreme yollarıyla ve çocukların bakımı ile ilgilenen tıbbi uzmanlık alanıdır)
- Sağlık merkezlerinde- yetenekli doğum görevlileri ve normal doğum acil obstetrik temel yönetimi ve yeni doğan komplikasyonları için ve temel acil obstetrik bakım - TAcOB (BEmOC) ve yeni doğan bakımı malzemeleri



- Sevk hastanelerinde - obstetrik ve yeni doğan komplikasyonları için kapsamlı bir yönetim ve kalifiye sağlık personeli ve malzemeleri; kapsamlı acil obstetrik bakım (KAcOB) yeni doğan bakımı
 - Obstetrik ve yeni doğan bakımı için sağlık merkezi ve sevk hastane arasında yedi gün 24 saat işleyen bir haberleşme ve nakil sistemi (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Yetenekli bir sağlık görevlisi ya da sağlık tesisine ulaşmak mümkün değilse doğum sırasında hamile kadın ve doğuma girecekler için temiz doğum eşyaları sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Nüfusun cinsel istismara uğrayanlar için klinik hizmetleri ve hamile kadınların komplikasyon ve çocuk doğumlarında acil durum sevk sistemleri hakkında etkilenen nüfusu bilgilendirin (bkz. Kılavuz notlar 3-4).
- Talebe yönelik gebeliği önleyici (kontraseptif) yöntemleri sunun (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Birincil sağlık bakımı ile bütünleşik kapsamlı bir ÜS hizmetinin mümkün olan kısa zamanda sunun (bkz. Kılavuz notlar 1).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm sağlık tesislerinde ulusal ve DSÖ(WHO) protokollerine uygun olarak tecavüze maruz kalanlar için eğitimli kadro, yeterli tedarik ve klinik yönetim ekipmanı vardır.
- Üçüncü üç ayına giren tüm hamile kadınlara temiz doğum eşyaları sağlanır.
- TAcOB(BEmOC) ve yeni doğan bakımı için /500,000 nüfus için en az dört sağlık tesisi vardır.
- KAcOB ve yeni doğan bakımı için /500,000 nüfus için en az bir sağlık tesisi vardır.
- Sezaryen doğum oranı yüzde beşten az ya da yüzde on beşten fazla değildir (bkz. Kılavuz notlar 4).

Kılavuz notlar

1. **Asgari ilk hizmet paketi - AHP:** Afet durumlarında kadınlar, erkekler ve ergenler ile ilgili ÜS hastalık ve ölüm vakalarını önlemekte önemli olan hizmetleri sağlar. Cinsel istismarı önlemek ve sonuçlarını yönetmek, HIV vakasını azaltmak, maternal ve yeni doğan hastalık ve ölümü azaltmak ve

kapsamlı ÜS servislerinin en kısa zamanda planlanması için eş zamanlı olarak uygulanan koordine ÜS hizmetlerini içerir. Kapsamlı ÜS, mevcut hizmetlerin geliştirilmesi, olmayanların dâhil edilmesi ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.

2. **ÜS malzemeleri:** AIHP malzemeleri sipariş edilmeli, depolanmalı ve etkilenen nüfusa geciktirmeden dağıtılmalıdır. Kurumlar arası Acil Durum Sağlık Kiti, sınırlı miktarda, HIV'e maruz kalma sonrası koruyucu uygulama için profilaksis, magnezyum sülfat ilaçları ve araçları ile ebelik-hemşirelik hizmetleri ilaçlarını içerir, ancak AIHP için temel olan tüm malzemeleri içermez. Krizlerde, Kurumlar arası ÜS Çalışma Grubu tarafından geliştirilen, Kurumlar Arası Üreme Sağlığı Kitleri, üç aylık bir süre için gerekli malzemeler içerir.
3. **Cinsel istismar:** Afet yardımındaki tüm aktörler cinsel istismar ve somuru risklerinin farkında olmalı, bunu önlemek ve buna müdahale etmek için çalışmalıdır. Raporlanan vakalar hakkında bilgiler etik ve güvenli şekilde toplanmalı, önlemeyi ve müdahaleyi sağlamak için paylaşılmalıdır. Buna maruz kalan kimselere yardım için önlemler tüm birincil sağlık tesislerine bulunmalıdır ve acil durum kontraseptifi, maruziyet sonrası HIV önlemek için profilaksis, cinsel olarak bulaşan enfeksiyonların öncelikli önlenmesi- CYBE (STI), yara bakımı, tetanos önleme, hepatit B önleme ile ilgili klinik yönetim yetenekli sağlık ekipleri tarafından sağlanmalıdır. Ayrıca cinsel istismara maruz kalanlar klinik bakıma yönlendirilerek akıl sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerine de erişebilmelidir.

Bu kişilerin isteği üzerinde koruma ekibi, koruma ve yasal destek de sağlanmalıdır. Tüm inceleme ve tedavi sadece kişinin rızası ile yapılmalıdır. Her aşamada gizlilik esastır (bkz. Sağlık Sistemleri Standardı 5, Kılavuz notlar 4 sayfa 307 ve Koruma İlkesi 1, Kılavuz notlar 7-12 sayfa 35).

4. **Acil durum obstetrik ve yeni doğan bakımı:** Afetten etkilenen insanların yaklaşık yüzde 4'ü hamile kadınlardan oluşur. Hamile kadınların yaklaşık yüzde 15'i hamilelik sırasında beklenmeyen obstetrik komplikasyonlar yaşar, doğumların yüzde 5-15 i sezaryen gibi cerrahi müdahale gerektirir. Materyal (anne) ve yeni doğan ölüm ve hastalıklarını önlemek için, TAcOB ve yeni doğan canlandırma (neonatal resüsitasyon) tüm birinci basamak sağlık tesislerinde olmalıdır. TAcOB uygulamaları, parenteral antibiyotik, parenteral uterotonik ilaçlar (oksitosin), parenteral antikonvülzan ilaçlar (magnezyum sülfat), uygun teknoloji ile plasentanın elle çıkarılması, destekli vajinal doğum (vakum veya forseps doğum) gebelik kontrol ürünlerin elle çıkarılması ve maternal ve yeni doğan resüsitasyon hizmetlerini içerir. KAcOB uygulamaları arasında TAcOB



müdahalelerinin yanı sıra cerrahi genel anestezi (sezaryen, laparotomi) ve rasyonel ve emin kan nakli bulunmaktadır.

Sevk sistemi, kadın ve yeni doğanların TAcOB ve yeni doğan bakımı olan birinci basamak sağlık tesislerinden, KAcOB ve yeni doğan bakımı olan hastanelere sevkini sağlamalıdır.

Temel sağlık hizmetleri - cinsel ve üreme sağlığı standardı 2: HIV ve AIDS

İnsanların afetler sırasında HIV önleme, tedavi, bakım ve destek hizmetlerinin olduğu asgari setlere erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm sağlık tesislerinde atık bertarafı için standart tedbir ve güvenlik prosedürleri uygulayın (bkz. Kılavuz notlar 2 ve Sağlık Sistemleri Standardı 1, Kılavuz notlar 10–11 sayfa 299–300).
 - Kan naklinin akılcı ve güvenli şekilde yapılmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 2 ve Sağlık Sistemleri Standardı 1, Kılavuz notlar 5 sayfa 298).
 - İyi kalitede erkek ve kadın kondomlarına ve kondom kullanma talimatlarına erişim sağlayın.
 - Cinsel olarak bulaşan enfeksiyon belirtisi olan bütün hastalara sağlık tesislerinde sendromik yönetim sağlandığından emin olun.
 - Potansiyel bir HIV durumuna karşı, HIV temasini takip eden 72 saat içinde HIV teması sonrası profilaksi* (hastalıktan korunma)-TSP (PEP) hizmeti sağlandığından emin olun. (bkz. Kılavuz notlar 3).
- * Profilaksi hastalıkların oluşumu veya ilerlemesini önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler.*
- Genel halk ve risk gruplarına ulaşılabilir biçimde HIV hakkında bilgi ve eğitim sağlayın (örn. seks işçileri).
 - Kontraseptife erişimden, temiz ve güvenli çocuk doğumları için (acil durum obstetrik vakaları dâhil) anti-retroviral (ARV) ilaçlar ile HIV'in anneden çocuğa geçişinin önlenmesinden- ACGÖ (PMCT) emin olun (bkz. Kılavuz notlar 4).

- HIV pozitif olduğu bilinen annelerin bebeklerine bebek beslenmesi de dahil olmak üzere tedavi, bakım ve destek sağlayın, (bkz. Bebek ve Çocukların Beslenmesi Standardı 2 sayfa 160).
- HIV ile yaşayan insanların - HIVYI (PLHIV) HIV ile ilgili enfeksiyonlar için co-trimoxazole profilaksis içeren bakım aldığından emin olun.
- Daha önce anti-retroviral tedavi (ART) gören kişilerin tedaviye devam ettiğinden emin olun (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Varsa HIV ve tüberküloz programları arasında bağlantılar kurun.
- HIV'e maruz kalma (maruziyet) riski yüksek olan insanlara cinsel yolla HIV bulaşmasını önlemek için HIV önleme ve müdahale hizmetlerine erişimi ve varsa bilinen ilaç kullanıcılar için temiz enjeksiyon sağlandığından emin olun.
- HIV kontrol hizmetlerinin kapsamını genişletmek için afet sonrası aşamada tedbirler alın (bkz. Kılavuz notlar 1).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- HIV'e maruz kalma riski olan insanlar HIV önleme programına yönlendirilir.
- HIV pozitif olduğu bilinen hamile kadınlar ACGÖ (PMTCT) için ARV alır
- Kan nakillerinin yüzde 100'ü HIV de dâhil olmak üzere nakil ile geçen hastalıklar için taranır.
- Potansiyel olarak HIV virüslü bireyler (sağlık tesislerinde temasa maruz kalmak ve mesleki olmayan temas) olaydan sonra 72 saat içinde maruziyet sonrası prophylaksi (MSP) alır
- Tüm birinci basamak sağlık tesislerinde CYBE (STI) semptomları ile başvuran hastalara sendromik yönetimi* sağlamak için anti-mikrobik verilir.

**Sendromik yönetim: Dünya Sağlık Örgütü, "sendromik yaklaşım"a dayalı, basit tedaviler geliştirmiştir. Bir sendrom, kolayca tanınabilen işaretler ve semptomlar grubudur ve sendromik yaklaşım; bu sendromun en genel nedeni olan organizmaların tedavi olanağını sağlar.*

Kılavuz notlar

1. **HIV kontrolü:** HIV önleme, tedavi bakım ve destek için tanımlanan asgari aktiviteler tanımlanır. Bunlar HIV enfeksiyonlarını önlemek ve HIV ile yaşayan insanlar için bakım ve destek sağlamak için temel faaliyetleri içerir. Bu faaliyetler, afet müdahalesinin ilk aşamalarında uygulanmalıdır.



2. **Sağlık tesislerinde HIV bulaşmasının önlenmesi:** Sağlık tesislerinde HIV bulaşmasının önlenmesi (örn. hastane, klinik aşı kampanyaları) afet müdahalesinin öncelikli aşamalarında sağlanır. Öncelikli faaliyetler, standart tedbirlerin alınması, güvenli ve rasyonel kan nakilleri, tıbbi atıkların doğru şekilde ele alınmasını içerir (bkz. Sağlık sistemleri standardı 1, Kılavuz notlar 5, 10-11 sayfa 298-300).
3. **Maruz kalma sonrası profilaksis:** HIV enfeksiyonlarını önlemek için MSP (PEP); danışmanlık, HIV maruz kalma risk değerlendirmesi, izin, ARV kaynağı ve teminin değerlendirilmesini içerir. Ancak, MSP'in HIV pozitif olduğu bilinen bir kişiye verilmesine gerek yoktur; danışmanlık ve test asla zorunlu değildir ya da test sonuçları beklenirken MSP sağlanması ertelenmez.
4. **Anti-retroviral ilaçlar:** ACGÖ (PMTCT) için ARV, afet durumlarında MSP ve uzun vadeli ART sağlanması mümkündür. Afet öncesinde tedavi olanlar için ART devamı afet müdahalesi sırasında da öncelikli düşünülmelidir. ART alan hamile kadınlar kesintisiz şekilde buna devam eder. HIV pozitif olduğu bilinen hamile kadınlara mümkün olan ulusal protokollere göre ACGÖ için ARV verilmelidir.

Not

Caritas Internationalis ve Üyeleri hiçbir yapay doğum kontrol yöntemi kullanımını ya da dağıtımını teşvik etmez.

2.4. Temel Sağlık Hizmetleri – Yaralanma

Yaralanma genellikle depremler gibi akut başlayan doğal afetler sonrasında yüksek sayıda ölüm ve hastalıkların temel nedenlerinden biridir. Fiziksel şiddet nedeniyle yaralanmalar, kompleks acil durumlar ile ilgilidir. Mesela bir silahlı çatışma sırasında, travma ile ilgili ölümler sağlık tesislerinden uzakta güvensiz bölgelerde meydana gelir ve tıbbi bakım ile önlenemez. Sivil nüfusu korumak için yapılan müdahaleler, bu ölümlerin önlenmesine yöneliktir (bkz. Koruma İlkesi 3, Kılavuz notlar 1-5 sayfa 38-39).

Temel sağlık hizmetleri - yaralanma (yara) standardı 1: Yara bakımı

Afetler sırasında etkin yaralanma (yara) bakımına erişimi olan insanların önlenebilir hastalık, ölüm ve engelli (sakat) kalma için yara bakımı hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Yerel sağlık çalışanlarının ve sağlık sektörü sorumlularının toplu (kitle) yaralanma yönetimine aşina olduğundan emin olun (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Toplu yaralanmalarda analiz, önceliklendirme, temel canlandırma (resüsinasyon) ve sevk için net talimatları olan bir standart aciliyete göre sınıflandırma sistemi oluşturun (bkz. Kılavuz notlar 1).
- İlk yardım ve temel canlandırma ilkeleri ve becerilerinin, sağlık çalışanları tarafından büyük ölçüde anlaşıldığından-uygulanabilir olduğundan emin olun (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Yerel sağlık çalışanlarının yara yönetiminin temel ilkelerini bildiğinden emin olun (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Kirliliği yaratanlar için ve kurtarma ya da temizleme işinde yer alanlar için toksoid içeren tetanos aşısı hazırlayın (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Cerrahi ve operasyon sonrası da dâhil olmak üzere ileri bakım için yaralı sevkinde standart protokollerin uygulanmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 5).
- Tanımlayıcı travma ve cerrahi hizmetlerin ve travma sonrası ve cerrahi işlem sonrası rehabilitasyon hizmetlerinin sadece uygun deneyim ve kaynak sahibi kurumlarca yapılmasını sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 5).



- En kısa zamanda standart yardımcı cihazlar ile yaralı hastalar ve engelliler için hareketlerine yardım gereçlerinin (örn. tekerlekli sandalye, koltuk değneği) teminini sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 6).

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm sağlık tesislerinin çoklu yaralanma vakası yönetimi için eğitimli personel ve sistemleri vardır.

Kılavuz notlar

1. **Triyaj-müdahale önceliğine göre sınıflandırma:** Triage, hayatta kalma şansı olan hastaların tedavide önceliğinin olması, yaralanma veya hastalık şiddetine göre hastaların sınıflandırması işlemidir. Kitlesele kaza olaylarında, yaşamı tehdit eden ciddi yaralanmaları olanlar, yaşama şansı daha yüksek olanlara kıyasla müdahale açısından daha düşük öncelikli değerlendirilebilir. Dünya çapında kullanımda olan, aciliyete göre sınıflandırmanın standart bir sistemi yoktur. En yaygın sınıflandırma dört renkli kod sistemidir: Kırmızı yüksek öncelikli, sarı orta öncelikli, yeşil ayakta hastalar/müdahale ve siyah ölenler için kullanılır.
2. **İlk yardım ve temel tıbbi bakım:** Kritik işlemler gerektiğinde, damar için sıvı verilmesi, kanama kontrolü de dahil olmak üzere havayolunun açılması, temizlenmesi, nefesin sağlanması ve sürdürülmesini içerir. Bu işlemler bir sağlık merkezine aktarılmadan önce, büyük ölçüde ciddi yaralanmalar için, hayatta kalma şanslarını artırmak, hayatı tehdit eden yaralanmalarda ise bireylerin durumunu korumak- dengede tutmak (stabilize etmek) için uygulanır. Diğer operatif olmayan prosedürler, yara temizleme, tetanos profilaksisi, antibiyotik uygulanması olarak sıralanabilir.
3. **Yara yönetimi:** Çoğu afetlerde, birçok hasta yaralanma sonrası bakım için altı saatten fazla bekler. Geç müdahale, büyük ölçüde yara enfeksiyonunu ve önenebilir yüksek ölüm riskini artırır. Bu nedenle, yerel sağlık çalışanlarının uygun ilkelere ve protokollere göre yara kapatma ve yara pansumanı yapma, yabancı madde ve ölü dokunun cerrahi olarak çıkarılması dâhil yaraya müdahale ve yara yeri enfeksiyonu önlemek için protokolleri bilmesi gerekir.
4. **Tetanos:** Aniden gerçekleşen doğal afetlerde genellikle çok sayıda travma ve yaralanma vakaları meydana gelir, buna bağlı olarak tetanos riski yüksektir. Toplu tetanos aşılması önerilmemekle beraber tetanos toksoide içeren aşı (DT ya da TD - difteri ve tetanos aşıları - ya da DPT, yaşa ve aşı geçmişine göre) kirli yarası olanlar, kurtarma ve sanitasyon işinde görev almış olanlar için

tavsiye edilir. Daha önce tetanos aşısı olmamış ve kirlı yaralı olanların bir doz tetanos immün globülin (TIG) alması önerilir.

5. **Travma ve cerrahi bakım:** Travma cerrahisi bakımı ve savaş cerrahisi hayat kurtarı ve uzun dönemli engelli-sakat kalmayı onler, çok az kurumun sahip olduğu özel eğitim gerektirir. Yetersiz ya da uygun olmayan cerrahi uygulamalar hiçbir şey yapmamaktan daha zararlı olabilir. Ayrıca acil rehabilitasyon desteği olmadan hastanın fonksiyonel kapasitesinin tümüyle kaybına da yol açabilir. Bu nedenle, travma ve cerrahi bakım hizmetleri sadece yeterli uzmanlığa sahip organizasyonlar ve profesyoneller tarafından sunulduğunda hayat kurtarmayı sağlayabilir ve uzun dönemli sakat kalmayı önleyebilir.
- ▶ Travmayla bağlı yaralanmalarda ameliyat (operasyon) sonrası rehabilitasyon: Erken rehabilitasyon hayatta kalma oranının büyük ölçüde artırılabilir ve kurtulan insanların yaşam kalitesini yükseltebilir. Yardımcı cihaz-araç gerektiren insanlar (protez ya da hareket gereçleri) fiziksel rehabilitasyona ihtiyaç duyar. Toplum temelli rehabilitasyon programları ile işbirliği ameliyat (operasyon) sonrası bakım ve rehabilitasyonun en uygun (optimum) şekilde yapılmasını sağlayabilir.

2.5. Temel Sağlık Hizmetleri – Akıl Sağlığı

Akıl sağlığı ve psiko-sosyal problemler tüm yerleşim yerlerinde ortaya çıkabilir. Dehşet, kayıplar, belirsizlikler ve diğer stres kaynakları çatışma ve afet ortamlarına eşlik eder. Bu ortamlardaki insanlar için çeşitli sosyal, davranışsal, psikolojik ve psikiyatrik sorun risklerini artırır. Akıl sağlığı ve psiko-sosyal destek çok sektörlü destekleri (aşağıda Bkz. 'müdahale piramit' diyagramı) içerir. Bu destekler koordineli uygulama gerektirir. Örneğin bir kesışen küme veya sektörler arası çalışma grubu araçılığıyla. Aşağıdaki akıl sağlık standartları, sağlık aktörleri tarafından uygulanan eylemlere odaklanır. Okuyucular, Temel Standart 1 sayfa 55 ve Koruma İlkesi 3 sayfa 38'i de incelemelidir.

Temel sağlık hizmetleri - akıl sağlığı standardı 1: Akıl sağlığı

İnsanların akıl sağlık problemlerini ve ilgili fonksiyon bozukluklarını önleyen ve azaltan sağlık hizmetlerine erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- ▶ Tüm müdahalelerin belirlenen temel ihtiyaç ve kaynaklar temelinde geliştirildiđine emin olun.



- Marjinal gruplar da dahil olmak üzere toplum üyelerinin, toplumun kendiliğinden yardım ve destek mekanizmalarını geliştirmesini sağlayın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Gönüllülerde dahil olmak üzere, sağlık alanında çalışanların, aşırı strese maruz kalan kişilere psikolojik ilk yardım hizmeti sağladığından emin olun (bkz. Kılavuz notlar 2).
- Her sağlık tesisinde, yetişkinlerin ve çocukların çeşitli akıl sağlığı problemleri ile ilgilenen en az bir sağlık ekibi üyesinin bulunduğuna emin olun (bkz. Kılavuz notlar 3).
- Kurumlarda, akıl sağlığı problemleri olan insanların temel güvenlik ve ihtiyaçları ile ilgili haklarını koruyun (bkz. Kılavuz notlar 4).
- Alkol ve uyuşturucu kaynaklı zararları asgariye indirin.
- Erken iyileştirmenin bir parçası olarak sürdürülebilir toplum akıl sağlık sistemi geliştirilmesini planlayın (bkz. Kılavuz notlar 5).

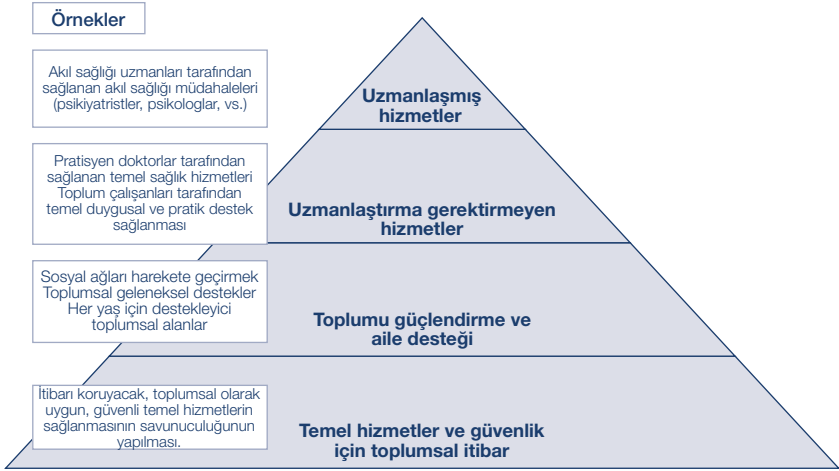
Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm sağlık tesislerinde akıl sağlığı problemlerinin yönetimi için eğitimli ekip ve sistemler vardır.

Kılavuz notlar

1. **Toplum kendi kendine yardım ve sosyal destek:** Toplum kendi kendine yardım ve sosyal destek, genel akıl sağlığı ve çok sektörlü psiko-sosyal desteklerin anahtar bileşenini oluşturur (bkz. aşağıdaki şema) (bkz. Temel Standart 1 sayfa 55 ve Koruma İlkesi 4, Kılavuz notlar 9-13 sayfa 43 ve Koruma İlkesi 3, Kılavuz notlar 15 sayfa 40). Sağlık kurumları genellikle marjinal kişiler dâhil yardım ve sosyal desteği arttırmak üzere gönüllü ve toplum üyesi çalışanları istihdam eder.

Müdahale piramidi



Kaynak: Kurumlar arası Yönlendirme Komitesi, Akıl sağlığı ve Psiko-sosyal Destek Referans Grubu, 2010

- 2. Psikolojik ilk yardım:** Genellikle yanlış bir anlayışla klinik müdahale olarak görülür. Yüksek stres kaynaklarına (örneğin, psikolojik travmalar) maruz kalmaya bağlı ortaya çıkan akut kaygı (anksiyete), aşağıda prensipleri yer alan psikolojik ilk yardım prensipleri ile yönetilebilir. Daha çok, acı çeken ve desteğe ihtiyacı olan bir dost için insancıl, destekleyici bir müdahale olarak tanımlanabilir.

Bu, dinleme odaklı ancak konuşmaya zorlamayan, ihtiyaçları ve endişeleri belirleyen, temel ihtiyaçların karşılanmasına, cesaretlendirici sosyal destek sağlanmasına, kişinin daha çok zarardan korunmasına yönelik müdahaleci olmayan, faydaya yönelik (pragmatik) bir bakımdır.

Psikolojik bilgi alma - debriefing (kişiyi motive ederken, kişinin algı, düşünce ve duygusal tepkilerini dikkate almak) en iyi şekilde etkisiz olmalı ve uygulanmamalıdır. Benzer şekilde akut stresin yönetiminde benzodiazepin'lerden kaçınılmalıdır çünkü doğal iyileştirmeyi etkileyebilirler.

- 3. Temel akıl sağlığı bakımı:** İnsanların akıl sağlığı problemleri önceden olabilir, acil durumdan kaynaklı olabilir ya da her ikisi de olabilir. Ciddi akıl sağlığı problemleri olan kişilerin toplum temelli sosyal destek ağlarına ve klinik bakıma erişimi olmalıdır (örn. genel hastane, ilk yardım klinikleri vb.).

Temel akıl sağlığı klinik hizmeti genellikle ya sağlık ekibi için hızlı bir eğitim, rehberlik- denetim organize edilmesini ya da sağlık kliniğine bir akıl sağlığı çalışanı alınmasını içerir. Önemli psikotropik ve anti-epileptik (sinir sistemi



üzerinde etkili ilaç) hastaların ihtiyaçları sağlanabilmelidir. Krizden önce akıl sağlığı tedavisi alan hastaların sürekli tedaviye erişimi olmalıdır.

4. **Kurumlardaki insanlar:** Hastane ve yerleşim yerlerinde yer alan ciddi mental problemlerin olan insanların düzenli olarak ziyaret edilmesi gerekir, çünkü ihmal ve kurumdaki insanların istismar edilmesi olasılığı vardır. Güvenlik, temel fiziksel ihtiyaçlar (su, gıda, barınak, sanitasyon ve tıbbi bakım), insan hakları izleme süreci, temel psikiyatri ve psikososyal bakım kriz boyunca sağlanmalıdır.
5. **Erken iyileştirme:** Krizlerinin mental bozuklukların oranını arttırma riski olmasından dolayı, etkilenen alanlarda akıl sağlığı sistemlerinin geliştirilmesi için planlar yapılmalıdır (bkz. Temel Standart 4 sayfa 65).

2.6. Temel Sağlık Hizmetleri – Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Yaşlanan nüfus ve yaşam ömrü artması ile hastalık profilleri, düşük ve ortak gelirli ülkeler de dâhil olmak üzere bulaşıcıdan bulaşıcı olmayan hastalıklara - BOH (NCD) dönüşmüştür. Sonuç olarak bulaşıcı olmayan hastalıkların ciddiyeti kamu sağlığına önemli bir tehdit oluşturmadığından gerilemektedir. Sağlık durumundaki kronik sağlık şartları nedeniyle büyüyen problemler pek çok hastalığın ortak özelliği haline gelmiştir.

Temel sağlık hizmetleri - bulaşıcı olmayan hastalıklar standardı 1: Bulaşıcı olmayan hastalıklar

İnsanların akut komplikasyonlardan kaynaklı hastalıkları ve ölümleri azaltmak ya da kronik sağlık durumlarının kötüleşmemesi için temel tedavilere erişimi vardır.

Anahtar faaliyetler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır).

- BOH'lerin yaygınlık verisine erişin ve belgeleyin. Bu veriyi afet müdahalesinde bulunan kurumlar ile paylaşın (bkz. Kılavuz notlar 1).
- Acil durumdan önce BOH tedavisi gören kişileri belirleyin ve buna devam etmelerinin sağlayın. Tedavinin aniden kesilmesinden kaçının.

- Akut BOH komplikasyon ve hastalıkları olan insanların (örn. kalp hastalıkları, ciddi yüksek tansiyon) ve ağrı çeken insanların (örn. ileri kanser nedeniyle) tedavilerini sağlayın.
- BOH tedavisinin mümkün olmadığı yerlerde, sevk için net, standart operasyon prosedürleri belirleyin.
- BOH'in birincil sağlık tesislerinde rutin ve sürekli yönetimi için temel tanısal ekipmanları, temel Laboratuvar testlerini ve rutin ilaçları sağlayın. Bu ilaçlar, önemli tıbbi ilaç listesinde yer almalıdır.
- Hareket ya da iletişim güçlüğü çeken insanlar için yardımcı cihazları (örn. koltuk değneği) sağlayın.

Anahtar göstergeler (Kılavuz notlar ile birlikte okunmalıdır.)

- Tüm birincil sağlık tesislerinde BOH hastalarının ikincil ya da üçüncül tesislere sevkı için net, standart operasyon prosedürleri vardır.
- Tüm birincil sağlık tesislerinde afetten önce de tedavi gören BOH hastalarının tedavisi için yeterli ilaç bulunur.

Kılavuz notlar

1. **Bulaşıcı olmayan hastalıklar:** Bu hastalıklar arasında kalp hastalığı, felç, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, bronşiyal astım, diyaliz, kronik böbrek yetmezliği, insüline bağımlı şeker hastalığı ve epilepsi vardır. Acil durumlarda tedavi kesildiğinde, kronik sağlık sorunları olan kişiler, ağırlaşma veya ikincil enfeksiyonlar gibi komplikasyon riskleri açısından zarar görebilir durumdadır. Tedavinin klinik istikrar ve bakımı insani ortamlarda gerçekleştirilmelidir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarda uzun süreli ilaç ve hasta takibi gerekir. Bu kişilerin rutin ilaçları temel ilaçlar listesinde bulunur ve birincil sağlık tesisleri aracılığıyla temin edilir. Özellikle acil durum aşamasından sonra devam etme olası bulunmayan programların varlığı durumunda, müdahale aşamasında kronik sağlık durumları için yeni tedavi yöntemlerinin tanıtılması genellikle tavsiye edilmez.



Ek 1

Sağlık Değerlendirme Kontrol Listesi

Hazırlık

- ▶ Afetten etkilenen insanlar hakkında mevcut bilgileri elde edin.
- ▶ Mevcut haritaları ve hava fotoğraflarını elde edin.
- ▶ Demografik (nüfus istatistikleri) ve sağlık verilerini elde edinin.

Güvenlik ve erişim

- ▶ Devam eden doğal ya da insan kaynaklı tehlikelerin varlığı belirleyin.
- ▶ Silahlı kuvvetlerin varlığı da dâhil olmak üzere genel güvenlik durumu belirleyin
- ▶ İnsani yardım kurumlarının afetten etkilenen insanlara erişim durumunu belirleyin.

Demografi ve sosyal yapı

- ▶ Afetten etkilenen nüfusun toplam büyüklüğünü, nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı belirleyin.
- ▶ Artan risk grubunu belirleyin, örn. kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelliler.
- ▶ Aile reisinin kadın ve çocuk olduğu hane sayısını ve ortalama hane halkı büyüklüğünü belirleyin.
- ▶ Yetki ve/veya etki pozisyonları da dâhil olmak üzere mevcut sosyal yapıyı belirleyin.

Geçmiş sağlık bilgileri

- ▶ Afet-etkilenen bölgede afet öncesinde var olan sağlık sorunlarını tanımlayın.

- Mültecilerin kendi ülkesinde (yerinden edilen kişilerin bulunduğu ana alan) önceden var olan sağlık sorunlarını tanımlayın.
- Sağlık için mevcut riskleri belirleyin. Örneğin potansiyel salgın hastalıklar.
- Sağlık hizmetleri için önceki kaynakları belirleyin.
- Sağlık sistemi fonksiyonlarının performansını analiz edin.

Ölüm oranları

- Kaba ölüm oranını hesaplayın.
- Yaşa dayalı ölüm oranını (örneğin, 5 yaş altı ölüm oranı) hesaplayın.
- Nedene dayalı ölüm oranlarını hesaplayın.
- Orana göre ölüm oranını hesaplayın.

Hastalık oranları

- Halk sağlığı için öneme sahip önemli hastalıkların görülme sıklığı belirleyin.
- Önemli hastalıkların yaşa ve cinsiyete göre görülme sıklığı belirleyin.

Elde edilebilir kaynaklar

- Afetten etkilenen ülkenin Sağlık Bakanlığı'nın kapasitesini belirleyin.
- Fiziksel durumu ve erişim sağlanan bakım türüne göre sayı da dâhil olmak üzere ulusal sağlık imkanlarının durumunu belirleyin.
- Mevcut sağlık personelinin seviyesini ve becerilerini belirleyin.
- Mevcut sağlık bütçeleri ve finansman mekanizmasını belirleyin.
- Mevcut halk sağlığı programlarının kapasitesini ve fonksiyonel durumunu belirleyin, örneğin, Genişletilmiş Aşı Programı.
- Standart protokoller, temel ilaçlar, malzeme, lojistik sistemlerin mevcut durumunu belirleyin.
- Mevcut yönlendirme sistemlerinin durumunu belirleyin.
- Sağlık hizmetlerinde çevresel sağlık seviyesini belirleyin.
- Mevcut sağlık bilgi sisteminin durumunu belirleyin.



Diğer sektörlerden alınan kaynaklar

- Beslenme ile ilgili durumu
- Gıda ve gıda güvenliği
- Çevresel koşullar
- Barınak ve barınak kalitesi
- Eğitim - sağlık ve hijyen eğitimi

Ek 2

Örnek Haftalık İzlem Rapor Formları

Ölüm İzlem Formu 1*

Alan :

Tarih Pazartesi:.....Pazara:.....

Bu haftanın başındaki toplam nüfus:

Bu hafta doğumlar:.....Bu hafta ölümler:.....

Bu hafta gelenler (eğer uygunsa):.....Bu hafta ayrılıklar:

Hafta bitimi itibari ile toplam nüfus:.....5 yaş altı toplam nüfus:.....

	0-4 yaş		5+ yaş		Toplam
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	
Birincil- görünen neden					
Akut alt solunum yolu enfeksiyonu					
Kolera (şüpheli)					
Diyare - kanlı					
Diyare - sulu					
Yaralanma - kaza dışı					
Sıtma					
Anne ölümü - doğrudan					
Kızamık					
Menenjit (şüpheli)					
Yeni doğan (0-28 gün)					
Diğer					
Bilinmeyen					
Yaş ve cinsiyete göre toplam					
Altta yatan neden					
AIDS (şüpheli)					
Yetersiz beslenme					
Anne ölümü - dolaylı					
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (belirtiniz)					
Diğer					
Yaş ve cinsiyete göre toplam					

* Bu form çoklu ölüm olduğunda kullanılır ve zaman sınırlamaları nedeniyle bireysel ölüme ilgili detaylı bilgiler toplanamaz.

- Ölümün diğer nedenleri ve epidemiyolojik örnekler göre eklenebilir.

- Yaş gerektğinde (0-11 ay, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-49 yaş, 50-59 yaş, 60-69 yaş, 70-79 yaş, 80 + yaş) şeklinde ayrıştırılabilir.

- Ölümler sadece sağlık tesislerinden rapor edilmemelidir, dini liderlerin, toplum görevlilerinin, kadın gruplarının ve sevk hastanelerinin raporlarını da içermelidir.

- Mümkün olduğunda, vaka tanımları formun arka kısmına yazılmalıdır.



Ölüm İzlem Formu 2*

Alan :

Tarih Pazartesi:.....Pazar gününe:

Bu haftanın başındaki toplam nüfus:

Bu hafta doğumlar:.....Bu hafta ölümler:.....

Bu hafta gelenler (eğer varsa):.....Bu hafta ayrılışlar:.....

Hafta bitimi itibari ile toplam nüfus:.....5 yaş altı toplam nüfus:.....

No	Cinsiyet (k, e)	Yaş(gun=gg, ay=a, yıl=y)	Ölümün doğrudan nedeni														Alttaki nedenler		Tarih(gg/ay/yıl)	Lokasyon-yer (örn. Blok no.)	Hastanede ya da evde ölüm
			Akut alt solunum yolu enf.	Kolera (şüpheli)	Dişare – kanlı	Dişare – sulu	Yaralanma – kazayla değil	Sıtma	Maternal ölüm doğrudan	Kızamık	Menenjit(şüpheli)	Yeni doğan (0-28 gün)	Bulaşıcı olmayan has. (belirtin)	Diğer (belirtin)	Bilinmeyen	AIDS (şüpheli)	Yetersiz beslenme	Anne ölümü – dolayı			
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

* Bu form bireysel ölüm olduğunda kullanılır ve yaş, lokasyon - yer, tesis kullanım oranına göre analiz yapılabilir

- Raporlama sıklığı günlük ya da haftalık, ölüm sayısına bağlıdır

- Ölümün diğer nedenleri ve epidemiyolojik örneklerle göre eklenebilir.

- Ölümler sadece sağlık tesislerinden rapor edilmemelidir, dini liderlerin, toplum görevlilerinin, kadın gruplarının ve sevk hastanelerinin de raporlarını içermelidir.

- Mümkün olduğunda, vaka tanımları formun arka kısmına yazılmalıdır.

Haftalık EWARN Rapor Formu Örneği *

* Erken uyarı ve Müdahale Ağı - EUMA (EWARN)

* Bu form, acil durumların ilk aşamalarında salgın hastalık olasılığının fazla olduğu zamanlarda kullanılır.

Pazartesisiden itibaren:.....Pazarakadar.....
 Kasaba/Köy/Yerleşim/Kamp:.....
 İl:.....İlçe:.....Mahalle:.....
 Yer adı:.....• yatan hasta • ayakta hasta • sağlık merkezi • mobil-gezici klinik
 Destekleyen kurumlar:.....Raporlayan görevli ve iletişim no:.....
 Toplam nüfus:.....5 yaş altı toplam nüfus:.....

A. HAFTALIK TOPLANAN VERİ

Yeni vaka:	HASTALIK ORANI		ÖLÜM ORANI		Toplam
	< 5 yaş	5 yaş ve üzeri	< 5 yaş	5 yaş ve üzeri	
TOPLAM KABUL					
TOPLAM ÖLÜMLER					
Akut solunum yolu enfeksiyonu					
Akut sulu diyare					
Akut kanlı diyare					
SITMA - şüpheli / doğrulanmış					
Kızamık					
Meningit - şüpheli					
Akut kanamalı ateş sendromu					
Akut sarılık sendromu					
Akut gevsek felç (AFP)					
Tetanos					
Diğer ateş > 38.5°C					
Yaralanmalar / yaralar					
Diğer					
Toplam					

- Birden fazla tanı mümkündür; en önemlisi kaydedilmelidir. Her vaka sadece bir kez sayılmalıdır.
- Sadece gözetim haftası boyunca görülen vakalar (ya da meydana gelen ölümler) kaydedilir.
- Hafta boyunca formda listelenen herhangi bir durum ya da ölüm yoksa "0" (sıfır) yazın.
- Ölümler sadece ölüm bölümünde belirtilmelidir. Hastalık bölümünde belirtmeyin.
- Gözetim altındaki her durum için vaka tanımları bu form arkasına yazılmalıdır.
- Hastalık nedenleri hastalığın epidemiyolojisi ve risk değerlendirmesine göre ilave edilebilir veya çıkartılabilir.
- EWARN gözetim amacı salgın riski olan hastalıkların erken teşhisidir.
- Yetersiz beslenme gibi durumsal veriler vak'a sayısı üzerinden değil de görülmeye sıklığı üzerinden belirtilmelidir.

B. SALGIN UYARISI

Aşağıdaki hastalıklardan birinden şüphelenirseniz, vaka ve ölüm sayısı ile birlikte maksimum bilgiyi zamanında vermek üzere, şu numaraya SMS gönderin ya da telefon edin.

Kolera, dizanteri/shigella, kızamık, çocuk felci, tifo, tetanos, hepatit A veya E, dang ateşi, menenjit, difteri, boğmaca, kanamalı ateş

(ülkenin hastalık epidemiyolojisine bağlı olarak bu liste değişir).



Hastalık Gözetim Raporlama Formu *

* Hastalık gözetimi, akut fazın ardından diğer göstergeleri içerecek şekilde EUME (EWARN)'dan sonra genişletilebilir

Alan:.....
 Tarih Pazartesi'den itibaren: Pazara kadar gün:.....
 Bu hafta/aybaşında toplam nüfus:.....
 Bu hafta/ay gerçekleşen doğumlar:.....Bu hafta/ay gerçekleşen ölümler:.....
 Bu hafta/ay geleneler (eğer varsa):.....Bu hafta/ay ayrılanlar (eğer varsa):.....
 Bu hafta/ay sonunda toplam nüfus:.....5 yaşın altı toplam nüfus:.....

Hastalık	5 yaş altı (yeni vaka) sayısı			5 yaş ve üstü (yeni vaka) sayısı			Toplam	Tekrar vakaları
Tanı*	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Yeni vaka	Toplam
Akut solunum yolu enfeksiyonu **								
Akut sulu diyare								
Akut kanlı diyare								
SITMA - şüpheli / doğruladı								
Kızamık								
Menenjit - şüpheli								
Akut hemorajik ateş sendromu								
Akut sarılık sendromu								
Akut geçsek felç - flask paralizi (AFP)								
Tetanos								
Diğer ateş > 38,5°C								
AIDS - şüpheli ***								
Göz hastalıkları								
Yetersiz beslenme ****								
Yaralanma - kaza								
Yaralanma – kaza dışı								
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar								
Genital ülser hastalığı								
Erkek üretral akıntı								
Vajinal akıntı								
Alt karın ağrısı								
Deri hastalıkları								
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (örn. Şeker hastalığı)								
Kurt- solucan								
Diğer								
Bilinmeyen								
Toplam								

* Birden fazla tanı mümkündür; hastalık nedenleri şartlara ve epidemiyolojik duruma göre eklenebilir veya çıkarılabilir.

** Akut solunum yolu enfeksiyonları: Bazı ülkelerde, bu enfeksiyonlar üst ve alt sistem kategorilerine ayrılabilir.

*** HIV ve AIDS yaygınlığı iyi araştırmalar ile belirlenir.

**** Yetersiz beslenme sıklığı hızlı araştırmalar (OUKÇ- veya kilo / boy taraması) ile sağlık kuruluşlarına başvuranlar üzerinden değerlendirilir.

Yaş gerekiyorsa daha da ayrıştırılabilir.

SALGIN UYARISI

Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birinden, herhangi bir zamanda şüphelenirseniz, vaka ve ölüm sayısı ile birlikte maksimum bilgiyi zamanında vermek üzere, şu numaraya.....SMS gönderin ya da telefon edin.

Kolera, dizanteri / shigellosis, kızamık, Akut Gevsek Felç (AFP), tifo, tetanos, hepatit, dang ateşi, menenjit, difteri, boğmaca, kanamalı ateş.

Sağlık tesisini ziyaret	5 yaş altı			5 yaş ve üzeri			Toplam	
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam ziyaret								

Kullanım oranı: Sağlık kuruluşuna yılda kişi başına düşen ziyaretçi sayısı=1 hafta içindeki toplam ziyaretçi sayısı/ toplam nüfus x 52 hafta

- Yaşlar mümkün olduğunca (0-11 ay, 1-4 yaş, 5-14 yaş, 15-49 yaş, 50-59 yaş, 60 + yaş) ayrıştırılmış olabilir.

Klinisyen başına konsültasyon sayısı: Toplam ziyaret (yeni ve tekrarlama) / sağlık tesisinde Tam Zaman Eşdeğeri (TZE) / her hafta için sağlık tesisinin çalıştığı gün.



Ek 3

Kilit Sağlık Göstergelerinin Hesaplama Formülleri

Kaba Ölüm Oranı KÖO (CMR)

Tanım: Her yaşta kadın ve erkeğin dâhil tüm nüfusun ölüm oranıdır.

Formül:

$$\frac{\text{Belirli bir zaman içinde toplam ölüm sayısı}}{\text{Risk altındaki dönem ortası nüfus x zaman içindeki gün sayısı}} \times 10,000 \text{ kişi} = \frac{\text{ölümler}}{10,000 \text{ kişi / gün}}$$

5 Yaş Altı Ölüm - 5YAÖ (U5MR)

Tanım: Nüfusta, 5 yaş altındaki çocukların ölüm oranıdır.

Formül:

$$\frac{\text{Belirli bir zaman içinde toplam 5 yaş altı çocuk ölüm sayısı}}{\text{Toplam 5 yaş altı çocuk x Zaman dilimindeki gün sayısı}} \times 10,000 \text{ kişi} = \frac{\text{ölümler}}{10,000 \text{ 5 yaş altı çocuk / gün}}$$

Görülme Sıklık (İnsidans) Oranı

Tanım: Belirli bir zaman içinde hastalık riski olan nüfusta yer alan hastalık vakası sayısı.

Formül:

$$\frac{\text{Zaman içinde özel hastalık kaynaklı yeni vaka sayısı}}{\text{Hastalık riski altındaki nüfus x dönem içindeki toplam ay}} \times 1,000 \text{ kişi} = \frac{\text{Spesifik hastalık nedeniyle yeni vaka}}{1,000 \text{ kişi / ay}}$$

Vaka Fatalite Oranı (CFR)

Tanım: Bir hastalıktan dolayı ölen insanların, o hastalığa yakalanan insan sayısına oranı

Formül:

$$\frac{\text{Belirli bir zamanda hastalıktan dolayı ölen insan sayısı}}{\text{Bu zaman içinde hastalığa yakalanan insan sayısı}} \times 100 = x\%$$

Sağlık Tesisi Kullanım Oranı

Tanım: Yıllık ayakta hasta sayısıdır. Mümkün olan yerlerde yeni ve eski ziyaretler ayrılmalı ve yeni ziyaretler, bu oranı hesaplamak için kullanılmalıdır. Ancak bu yeni ve eski ziyaretlerin ayrılması zor olduğundan, bir afet sırasında kombine toplam sayı olarak alınır.

Formül:

$$\frac{\text{Haftalık toplam ziyaret sayısı}}{\text{Toplam nüfus}} \times 52 \text{ hafta} = \frac{\text{ziyaret}}{\text{insan}} \text{ / yıl}$$

Yıllık Doktor Başına Konsültasyon Sayısı

Tanım: Her doktor tarafından günde yapılan toplam konsültasyon sayısı (yeni ve kontroller).

Formül:

$$\frac{\text{Haftalık toplam konsültasyon sayısı}}{\text{Sağlık tesisindeki FTE* doktor sayısı}} \div \frac{\text{hafta boyunca}}{\text{sağlık tesisinin açık olduğu gün sayısı}}$$

* FTE (tam zamanlı), sağlık tesisinde çalışan doktorların çalışma zamanını belirtir. Örn. bir poliklinikte altı doktor çalışıyorsa ancak ikisi yarı zamanlı ise FTE doktorlar = 4 tam zamanlı + 2 yarı zamanlı = 5 FTE doktordur.



Referanslar ve Diğer kaynaklar

Kaynaklar

Uluslar arası yasal araçlar

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

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>

Sağlık sistemleri

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

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 - Sağlık sistemleri: Improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (2008), 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/>

Bulaşıcı hastalık kontrolü

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 Rehber. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

Çocuk sağlığı

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Rehber (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

Cinsel ve üreme sağlığı

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 Andalusia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Cinsel and üreme sağlığı in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Yaralanma

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

Zihinsel sağlık

IIASC (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/

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.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: Future trends and changing frameworks. Lancet, Vol. 375, 23 January 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.

Diğer kaynaklar

Uluslar arası yasal araçlar

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.

Sağlık sistemleri

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), Guide on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

Gerekli sağlık hizmetleri

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 Statüs and Gıda güvenliği 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.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA 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.

Çocuk sağlığı

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

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>

Cinsel ve üreme sağlığı

Inter Agency Solidarity 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/earch?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

Yaralanma

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: 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 Projesi Guide: Supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid Projesi. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Zihinsel sağlık

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/



Bulaşıcı olmayan hastalıklar

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.

Tiery, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment.

EKLER



Ek 1

İnsani Yardım Sözleşmesine Kaynak Olan Temel Dokümanlar

İnsani Yardım Sözleşmesi, afet ya da çatışma durumlarında, İnsani yardım ve sorumluluklar ile ilgili ortak inanç ve ilkelerimizin ifadesidir ve bunlar uluslar arası kanunlarda yer alır. Aşağıdaki doküman listesi, uluslararası insan hakları, uluslar arası insani hukuk (UİH), mülteci kanunları ve insani yardım faaliyetleri ile ilgili kilit doküman listesini kapsar. Bölgesel kanun ve gelişmeleri temsil etmez. Listede aynı zamanda İnsani Yardım Sözleşmesini şekillendiren diğer rehber, ilke, standart ve çerçeveler de yer alır. Çok seçici olmak gerektiğinden diğer kaynaklar ve web bağlantıları Sphere Projesi web sitesinde verilmiştir (www.sphereproject.org). Yer sınırı nedeniyle notlar sadece özel açıklama gerektiren dokümanlar için yazılmıştır, bunlar daha yenidir; afet ve çatışma ile ilgili özel bölümler içerir.

Tematik olarak dokümanlar şu başlıklar altında listelenmiştir:

- 1. İnsan hakları, koruma ve zarar görbilirlik**
- 2. Silahlı çatışma ve insani yardım**
- 3. Mülteciler ve yerinden edilen insanlar (IDPs)**
- 4. Afetler ve insani yardım**

Her doküman hakkında netlik sağlamak için şu alt başlıklara ayrılmışlardır:

- 1. Sözleşmeler ve örfi-teamül hukuk (mümkün olan yerlerde)**
- 2. BM ve diğer resmi olarak benimsenen hükümetler arası rehber ve ilkeler**
- 3. İnsani politika çerçeveleri, rehber ve ilkeler**

1. İnsan hakları, koruma ve zarar görebilirlik

Aşağıdaki dokümanlar, özellikle insan hakları ile ilgili olarak tanınan evrensel sözleşmeler ve beyannamelerdir. Yaş (çocuk ve yaşlılar), cinsiyet ve engelliler ile ilgili birkaç kilit doküman da afet ve çatışmalardaki zarar görebilirlikleri nedeniyle burada yer almıştır.

1.1. İnsan hakları, koruma ve zarar görebilirlik hakkında sözleşmeler ve kanunlar

İnsan hakları sözleşme hukuku, ilgili anlaşmaya taraf olan devletler için geçerlidir, ama orfi-teamül hukuku (örn. işkence yasağı) tüm devletler için geçerlidir. İnsan hakları hukuku iki olası istisna dışında her zaman geçerlidir:

- Sivil ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi ('istisna') Madde 4 ile uyumlu ulusal acil durumlar sırasında askıya alınabilen bazı sınırlı medeni ve siyasal haklar
- İnsan hakları hukuku (İHH) ile herhangi bir tutarsızlık varsa - tanınan silahlı çatışma sırasında, İHH öncelikli geçerlidir.

1.1.1. Evrensel insan hakları

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 1948 (UDHR), Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 217 sayılı kararı 217 A(III) of 10 Aralık 1948.

www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml

1948 yılında BM Genel Kurulu tarafından ilk kez ilan edilen İHEB temel insan hakları evrensel olarak korunmasını öngörür. Bu bir anlaşma değildir ama genel olarak uluslararası teamül hukukunun bir parçası haline gelmiştir. Ön sözün ilk cümlesi "doğuştan gelen onur" kavramını getirir ve insan hakları ilk Maddesi "Bütün insanlar onur ve haklar bakımından özgür ve eşit doğarlar" şeklinde başlar.

Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Anlaşma 1966 (ICCPR), Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 2200A (XXI) sayılı kararı 16 Aralık 1966, 23 Mart 1976 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 999, p. 171 ve vol. 1057, p. 407. www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm

Ölüm Cezalarının kaldırılmasına yönelik iki opsiyonlu protokol ICCPR 1989, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 44/128 sayı ve 15 Aralık 1989 tarihli kararı. 11 Temmuz 1991 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 1642, p. 414. www2.ohchr.org/english/law/ccpr-death.htm

Erkek ve kadınların eşit haklara sahip olduğunu ve kendi kaderini tayin için "insanların hakkını kabul ederken" ICCPR Taraf Devletler, kendi sınırları içinde veya yetkisi altında tüm bireylerin haklarını sağlamalı ve saygı göstermelidir der. Bazı haklar (* ile işaretli) en ciddi acil durumlardan bile askıya alınamaz.

Haklar: Yaşam hakkı;* hiçbir işkence veya diğer zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele; * hiçbir kölelik; * hiçbir keyfi tutuklama veya gözaltı, gözaltında insanlık ve haysiyet, sözleşmenin ihlali için hapis cezasına maruz kalmama; hareket ve ikamet özgürlüğü*, sadece yabancıların yasal sınır dışı, kanun önünde eşitlik, ceza davalarında masumiyet adil yargılanma ve karinesi, kanun önünde * eşit tanıma; * Özel hayat, serbest düşünce, din ve vicdan; * ücretsiz görüş, ifade ve barışçıl toplanma, dernek kurma özgürlüğü, evlilik ve aile hayatı hakkı, çocukların korunması, kamu işlerine katılma ve oy kullanma hakkı;. * kendi kültür, din ve dilini kullanma hakkı.*

Ekonomik. Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Anlaşma 1966 (ICESCR), Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 2200A (XXI) sayı ve 16 Aralık 1966 tarihli kararı, 3 Ocak 1976 tarihinde yürürlüğe girdi, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3 www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

Taraf devletler kadın ve erkeklerin bu haklardan eşit şekilde faydalanması için maksimum düzeyde kaynak kullanacağını taahhüt eder.

Haklar: Çalışmak, sadece ücret almak; sendikalara katılmak, sosyal güvenlik / sigorta; aile hayatı; çocukların ve doğum sonrası annelerin korunması, gıda dâhil olmak üzere yeterli bir yaşam standardına, sahip olmak, fiziksel ve zihinsel sağlık, eğitim ve kültürel yaşama katılmak ve bilimsel ve kültürel ilerlemenin avantajlarından yararlanmak.

Irkcı Ayrımın Her Şekilde Yok edilmesine İlişkin Uluslararası Anlaşma 1969 (ICERD), Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 2106 (XX) sayılı ve 21 Aralık 1965 tarihli kararı, 4 Ocak 1969 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195. [Www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm)

Kadına Karşı Ayrımcılığın Her Şekilde Yok Edilmesine İlişkin Uluslararası Anlaşma 1979 (CEDAW), Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 34/180 sayı ve 18 Aralık 1979 tarihli kararı, 3 Aralık 1981 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13. [Www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm)

Çocuk Hakları İlişkin Anlaşma 1989 (CRC), Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 44/25 sayı ve 20 Kasım 1989 tarihli kararı, 2 Aralık 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3. [Www2.ohchr.org/english/law/crc.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm)

Çocukların Silahlı Çatışmalarda Yer alma Durumuna İlişkin Protokol 2000, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun A/RES/54/263 sayı ve 25 Mayıs 2000 tarihli kararı, United Nations, Treaty Series, vol. 2173, p. 222. [Www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc-conflict.htm)

Çocukların Satılması. Çocukların Fuhuş Aracı olarak kullanılması ve Çocuk Pornografisi hakkında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun A/RES/54/263 sayı ve 25 Mayıs 2000 tarihli kararı, 18 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 2171, p. 227. [Www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/crc-sale.htm)

Çocuk Hakları Sözleşmesi - CHS (CRC)'ne neredeyse evrensel devlet katılımı vardır. Çocukların özel korumaya ihtiyaç duydukları durumlar belirlenir ve gerektiğinde çocuklar için temel İnsan hakları yeniden tanımlanır (örn. ailelerinden ayrıldıkları zaman). Protokoller taraf olan devletler için özel çocuk koruma konularında olumlu eylem gerektirir.

Engelli Kişilerin Haklarına İlişkin Anlaşma 2006 (CRPD), Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun A/RES/61/106 sayı ve 13 Aralık 2006 sayılı kararı, 3 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations Treaty Collection, Chapter IV, 15. [Www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm)

Engelli Kişilerin Hakları Anlaşması (EKHA), diğer bütün insan hakları sözleşmeleri ile engelli kişilerin haklarını destekler. Engelli kişilere duyarlı olunması, ayrımcılık yapılmaması, hizmetlere ve tesislere ulaşımının sağlanması da bu anlaşma içinde yer alır. 'Risk durumu ve insani acil durumlar' özellikle yer almaktadır (Article 11).

1.1.2. Soykırım, işkence ve diğer hak ihlali suçları

Soykırımı Engelleme ve Cezalandırmaya Yönelik Anlaşma 1948, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 260 (III) sayı ve 9 Aralık 1948 tarihli Anlaşması, 12 Ocak 1951 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 78, p. 277 www2.ohchr.org/english/law/genocide.htm

İşkence ve Diğer İnsanlık Dışı Uygulamalar için Anlaşma 1984, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 39/46 sayı ve 10 Aralık 1984 tarihli kararı, 26 Haziran 1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 1465, p. 85. [Www2.ohchr.org/english/law/cat.htm](http://www2.ohchr.org/english/law/cat.htm)

Bu anlaşmaya taraf devletlerin sayısı yüksektir. İşkence yasağı genel olarak uluslararası teamül hukukunun bir parçası olarak kabul edilmektedir. Olağanüstü

hal veya savaş dâhil hiçbir tür işkence haklı gösterilemez. Devletler, kişinin işkence tehlikesiyle karşı karşıya olacağını makul nedenler durumunda kişiyi (mülteciyi) o bölgeye geri göndermemelidir.

Uluslararası Ceza Mahkemesinin Roma Statüsü, Romadaki Diplomatik Konferansta alınan karar, 17 Temmuz 1998, 1 Temmuz 2002 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 2187, p. 3. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/585?Opendocument

2002 yılında Uluslararası Ceza Mahkemesi - ICM (ICC) tarafından kabul edilen 9. Maddesi uluslararası teamül ceza hukuku, savaş suçlarını insanlığa karşı ve soykırım olarak açıklamaktadır. ICM, BM Güvenlik Konseyi tarafından işlendiği iddia edilen suçları anlaşılmaya taraf devletlerin vatandaşları tarafından işlenen suçları (suçlanan kişinin devlet anlaşılmaya taraf olmasa bile) araştırır ve takip eder.

1.2. İnsan hakları, koruma ve zarar görebilirlik hakkında Birleşmiş Milletler ve diğer hükümetler arası resmi olarak benimsenen ilkeler ve rehberler

Madrid Yaşlanma için Uluslararası Eylem Planı 2002, UN Second World Assembly on Ageing, Madrid, 2002, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 37/51 tarih ve 3 Eylül 1982. www.globalaging.org/agingwatch/events/CSD/mipaa+5.htm

BM Yaşlılar için İlkeler 1991, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 46/91 sayı ve 16 Aralık 1991 tarihli kararı. www2.ohchr.org/english/law/olderpersons.htm

1.3. İnsan hakları, koruma ve zarar görebilirlik hakkında İnsani politika çerçeveleri, rehber ve ilkeler

Doğal Afetlerden Etkilenenleri Korumak: IASC İnsan Hakları için Operasyonel İlkeler ve Doğal Afetler 2006, Inter Agency Solidarity Committee. [Www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx)

Doğal Afetlerde Uluslararası Hukuk ve Uygulanabilir Standartlar (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). [Www.idlo.int/docnews/352doc.pdf](http://www.idlo.int/docnews/352doc.pdf)

Refakatsiz ve Ailelerinden Ayrılmış Çocuklar için Kurumlar arası Anlaşma

Inter-agency guiding principles on unaccompanied ve 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 ve the International Rescue Committee, 2009. www.icrc.org

İnsani Faaliyetlerde Cinsiyet Rehberi 2006, Inter Agency Solidarity Committee. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?Page=content-subsidi-tf_gender-genderh

IASC Acil Durumlarda Akıl Sağlığı ve Psikososyal Destek Rehberi Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007, Inter Agency Solidarity Committee. www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?Page=content-subsidi-tf_mhps-default

INEE Acil Durumlarda Eğitim için Minimum Standartlar, Chronic Crises ve Early Reconstruction 2007, as updated 2010, Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (formally recognised as companion standard with Sphere since 2008). www.ineesite.org/index.php/post/inee_minimum_standards_overview/

2. Silahlı çatışma, uluslararası insani kanun ve insani yardımlar

2.1. Silahlı çatışma, uluslararası insani kanun ve insani yardım hakkındaki sözleşmeler ve kanunlar

Uluslararası insani hukuk- UIH (İHL) şiddetli çatışma 'silahlı çatışma' hallerinde özel hukuk rejimini geçerli hale getiren eşikleri belirtir. Kızılhaç Uluslararası Komitesi (ICRC), UIH anlaşmalarının resmi havuzudur. Kendi web sitesinde (www.icrc.org), Cenevre Sözleşmeleri ile ilgili resmi açıklamaları, Uluslararası İnsani Teamül Hukuk Çalışması kuralları hakkında geniş bilgi ve kaynak sağlar.

2.1.1. Temel Uluslararası İnsani Hukuk - UIH (İHL) sözleşmeleri

1949 tarihli dört Cenevre Sözleşmesi

Cenevre Sözleşmelerine ek Protokol, Uluslararası Silahlı Çatışma Mağdurlarını Koruma 1977 (Protokol I)

Cenevre Sözleşmelerine ek Protokol, Uluslararası olmayan Silahlı Çatışma Mağdurlarını Koruma 1977 (Protokol II)

www.icrc.org/ihl.nsf/CONVPRES?Openview

Dört Cenevre Sözleşmesi - tüm devletlerin taraf olduğu ve genellikle teamül hukukunun bir parçası olarak kabul ettiği sözleşmelerdir. Kara savaşlarında (I), deniz savaşlarında (II), savaş mahkumları ile ilgili işlemlerde (III) ve silahlı çatışma sırasında sivillerin korunması (IV) ile ilgili konuları içerir. Özellikle uluslararası anlaşmazlıklarda, uluslararası olmayan çatışmaların ilgili olduğu Madde 3 hariçinde ve teamül hukuku olarak kabul edilmeyen bazı diğer unsurlar hariçinde geçerlidir. Zamanında güncellenmiş olan iki 1977 protokolü, özellikle uluslararası olmayan çatışmaların taraflarını tanımlar. Bazı devletler bu protokollere katılmış değildir.

2.1.2. Kısıtlı ya da yasaklanan silah ve kültürel mülkler hakkında sözleşmeler

Yukarıdaki Cenevre Sözleşmesine ek olarak silahlı çatışmalar hakkında "Hague Kanunu" olarak kanun da vardır. Bu kanun, kültürel malların korunması, kullanımı halinde sivillere de zarar veren kullanımı sınırlı ya da yasak olan bazı silah türleri, gazlar ve diğer kimyasal ve biyolojik silahlar, konvansiyonel (geleneksel) silahlar, kara mayınları ve misket bombalarını kapsar. www.icrc.org/ihl.nsf

2.1.3. Örfi (Teamüli) UIH

Orfi-teamüli UIH, sözleşmelere katılımları nasıl olursa olsun tüm devletlerin politika ve uygulamaları yoluyla geçerli olan kuralları temsil eden, devletler tarafından kabul edilen silahlı çatışma hukukunu ifade eder. Örfi (teamüli) kurallar üzerinde anlaşılmış bir liste yoktur, ancak en kapsamlı yorumlanmış hali aşağıdaki çalışmadır.

Örfi Uluslararası İnsancıl Hukuk (CIHL), ICRC, Henckaerts, J-M ve Doswald-Beck, L, Cambridge University Press, Cambridge & New York, 2005. www.icrc.org/ihl.nsf/INTRO/6127Opendocument

Çalışma silahlı çatışma hukukunun neredeyse tamamını kapsar. Her uluslar arası silahlı çatışma ve/veya uluslararası olmayan silahlı çatışmalarda geçerli olup olmadığını 161 özel kural belirler. Bazı yasal yorumcular yöntemini eleştirse de, CIHL çalışması on yıl içinde, titiz bir araştırma süreci ile ortaya çıkmış ve alışılmış kuralların bir yorumu olarak yaygın olarak kabul edilmektedir.

2.2. Silahlı çatışma, uluslararası insan hakları kanunları ve insani yardım hakkında Birleşmiş Milletler ve diğer hükümetler arası resmi olarak benimsenen ilkeler ve rehberler

UBM Güvenlik Konseyi 'Aide Memoire' 2002, 2003"de güncellendi (S/PRST/2003/27). www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?IVkS/PRST/2003/27

Bu, devletleri bağlayıcı bir karar değildir ancak BM ve IASC arasındaki konsültasyonlarda ortaya çıkan, çatışma durumundaki acil durum ve barış ile ilgili BM Güvenlik Konseyinin rehber dokümanıdır.

Cinsel şiddet ve silahlı çatışmalarda kadınların durumu ile ilgili BM Güvenlik Konseyi kararları 1820 (2008), 1888 (2009) ve 1889 (2009)

Yıllara ve sayılarına göre tüm BM Güvenlik Konseyi kararları: www.un.org/documents/scres.htm

2.3. Silahlı çatışma, uluslararası insan hakları kanunları ve insani yardım hakkında insani politika çerçeveleri, rehber ve ilkeler

İnsani ve insan hakları aktörlerinin silahlı çatışma ve diğer şiddet durumlarında gerçekleştirdiği koruma aktiviteleri için profesyonel standart 2009, ICRC. www.icrc.org

3. Mülteciler ve yerinden edilen insanlar (IDPs)

BMMYK - BM Mülteci Ajansı - Mülteci Sözleşmesi ve Protokolü kapsamında mültecilerin korunması için özel bir yasal yetkiye sahiptir. Ayrıca yerinden edilmiş kişilerin korunması için devletler ile ilişkilerin yürütülmesi BM Genel Kurulu tarafından zorunlu olmuştur. BMMYK kendi web sitesinde geniş kaynaklara sahiptir.

3.1. Mülteciler ve IDP hakkındaki sözleşmeler

Uluslararası sözleşmelerin yanı sıra bu bölümde, tarihi önceliklerine göre iki Afrika Birliği (Eski Afrika Birlik Örgütü OAU) sözleşmesi yer alır.

Mültecilerin Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi, BM Mülteciler ve Vatansız Kişiler için Mutlak Temsilciler Konferansı, Cenevre, 2-25 Temmuz 1951, 22 Nisan 1954 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137.

Mültecilerin Statüsüne İlişkin Protokol. 1967, BM Genel Kurulunun 2198 (XXI) sayılı ve 2-16 Aralık 1966 tarihli toplantı kararı, United Nations, Treaty Series, vol. 606, p. 267. www.unhcr.org/protect/PROTECTION/3b66c2aa10.pdf

Mültecilerle ilgili ilk uluslararası anlaşma: Anlaşma bir mülteciyi 'ırk, din, milliyet, belli bir sosyal gruba veya siyasi görüşe üyelik, gibi nedenlerle ülkesi dışında olan, zulüm görme korkusu nedeniyle mensubu olduğunu ülkenin korumasından yararlanmayan veya oraya dönmek istemeyen' kişi olarak tanımlar

OAU Afrika'daki Mültecilerin Problemlerine İlişkin Anlaşma. 1969, Devlet Başkanları ve Hükümetler 6. Olağan Toplantısı, Addis Ababa, 10 September 1969.

www.unhcr.org/45dc1a682.html

Bu sözleşme, 1951 sözleşmesinin tanımını kabul eder ve genişletir, zulüm ve aynı zamanda dış saldırganlık, işgal, yabancı egemenliği ya da kamu düzenini ciddi rahatsız edici olaylar nedeniyle sadece kendi ülkelerini terk etmek zorunda olan insanlar da tanıma dâhil edilir. Ayrıca zulüm faillerini devlet dışı gruplar olarak tanımlar ve mülteciler ile kendi aralarında geleceği tehlike altında olduğunu gösteren doğrudan bir bağlantı olmasını gerektirmez.

Afrika Birliği Afrika'da yerlerinden edilmiş kişiler için yardımlar ve koruma Anlaşması (Kampala Convention) 2009, adopted by a Special Summit of the African Union, held in Kampala, Uganda, on 22 October 2009, not yet in force as at October 2010. www.unhcr.org/4ae9bede9.html

Bu yerinden edilmiş kişilerle ilgili ilk çok taraflı sözleşmedir. Başlangıçta 2009 yılı Ekim ayında 17 Afrika Birliği devlet tarafından imzalanmış ancak yürürlüğe girmesi için 15 ülkenin resmi katılımı onayı gerekmektedir.

3.2. Mülteciler ve IDP'ler hakkında Birleşmiş Milletler ve diğer hükümetler arası resmi olarak benimsenen ilkeler ve rehberler

Yerlerinden Edilmiş Kişiler için Yönlendirici İlkeler 1998, Eylül 2005'de New York'daki devlet başkanları ve hükümetler toplantısında ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 60/L.1 (132, UN Doc. A/60/L.1) sayılı kararı. www.idpguidingprinciples.org/

Bu ilkeler, uluslararası insani ve insan hakları hukuku ve benzer mülteci hukukuna dayanmaktadır ve yerinden edilmiş kişilere yardım ve koruma sağlayan hükümet ve tüm diğer ilgili aktörler ile uluslararası kuruluşlara rehberlik için uluslararası bir standart olarak tasarlanmıştır.

4. Afetler ve insani yardım

4.1. Afetler ve insani yardım sözleşmeleri

BM Personelinin ve İlgili Personelin Güvenliğine İlişkin Anlaşma, 1994, adopted by UN Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 49/59 sayılı ve 9 Aralık 1994 tarihli kararı, 15 Ocak 1999 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 2051, p. 363. www.un.org/law/cod/safety.htm

BM Personelinin ve İlgili Personelin Güvenliğine İlişkin Anlaşma, 2005, adopted by UN Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun A/60/42 sayılı ve 8 Aralık 2005 tarihli kararı, 19 Ağustos 2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. www.ocha.unog.ch/drptoolkit/pnornativeguidanceinternationalconventions.html#unspecificconventions

Sözleşmeye göre, BM'in "istisnai risk" ilan etmesini gerektiren bir durum olmadıkça, koruma BM barışı ile sınırlıdır. Protokol, bu sözleşmedeki bu önemli hatayı düzeltir ve yasal korumayı, barış için insani yardım ve insani, uygulama ve kalkınma yardımı da dâhil olacak şekilde tüm BM operasyonları için genişletir.

Gıda Yardımı Anlaşması 1999, Buğday Ticareti Konvansiyonu için Ayrı Yasal Araçlar, Uluslararası Buğday Konseyi (IGC) Sekreteryası aracılığıyla Gıda Yardım Komitesi tarafından yönetilmiştir.

Afete Müdahale ve Yardım Operasyonları için Telekomünikasyon Araçları hakkındaki Hükümler üzerine Anlaşma, 1998, 8 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 2296, p. 5. www.unhcr.org/refworld/publisher/ICET98,,41dec59d4,0.html

İklim Değişikliği üzerine BM Çerçeve Anlaşması 1992 (UNFCCC), BM İklim Değişikliği için Çerçeve Anlaşması (BMİDCA) BM Çevre ve Geliştirme Konferansı, Rio de Janeiro, 4-14 Haziran 1992, BM Genel Kurulunun 47/195 sayılı ve 22 Aralık 1992 tarihli kararı, 21 Mart 1994 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 1771, p. 107. http://unfccc.int/essential_background/convention/items/2627.php

UNFCC'ye Kyoto Protokolü 1997, Kyoto Protokolü için Çerçeve Konvansiyonun Üçüncü Seansı, Kyoto, Japan on 11 Aralık 1997, 16 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir, United Nations, Treaty Series, vol. 2303, p. 148. [Http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php](http://unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php)

BMİDÇA ve Kyoto Protokolü, iklim değişikliğine uyum ve risk azaltma stratejileri uygulamak için acil ihtiyaç gidermek ve özellikle doğal afet riski altındaki ülkelerde, yerel kapasite ile baş etme ve iyileştirme ihtiyaçlarını ele alır. Özellikle iklim değişikliği ile ilgili olarak, afet azaltma stratejileri ve risk yönetimini vurgular.

4.2. Afetler ve insani yardım hakkında BM ve diğer hükümetler arası resmi olarak benimsenen ilkeler ve rehberler

Birleşmiş Milletler'in İnsani Acil Yardım Koordinasyonunu Güçlendirme, Ekle birlikte, Rehber İlkeler, Genel Kurulun 46/182 sayılı ve 19 Aralık 1991 tarihli kararı. www.reliefweb.int/ocha_ol/about/resol/resol_e.html

Bu konu, 1998 yılında BM İnsani İşler Koordinasyon Ofisi Bölümünün (OCHA) oluşturulmasına yol açmıştır.

Eylem için Hyogo Çerçevesi 2005-2015: Ulusların ve Toplamların Afetlere Dayanıklılığının Geliştirilmesi, Dünya Afet Riskini Azaltma Konferansı, 2005. [Www. unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm](http://www.unisdr.org/eng/hfa/hfa.htm)

Kapasite oluşturma, acil müdahale, kurtarma ve hazırlık programlarının uygulanmasında afet riskinin azaltılması dâhil sürdürülebilir kalkınma için devletler ve insani yardım kurumları için stratejileri tanımlar.

İlk iyileştirme yardımı ve uluslararası afet müdahale kuralları ve yerel kolaylaştırmaya ilişkin prensipler, (IDRL Guidelines) 2007, 30th Uluslararası Kızılhaç Kızılay Konferansı (Cenevre Konvansiyonlarına taraf ülkeleri de içerir). www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index.asp

4.3. Afetler ve insani yardımla ilgili insani politika çerçeveleri, rehber ve ilkeler

Afet yardımında Kızılhaç ve Kızılay ile Sivil Toplum Örgütlerinin Davranış Kuralları (bkz. Annex 2: Code of Conduct sayfa 368). Fundamental Principles of the International Red Cross ve Red Crescent Movement 1965, adopted by the 20th International Conference of the Red Cross. [Www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp](http://www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp)

İnsani Hesap Verebilirlik için HAP Standardı, 2007, İnsani Hesap Verebilirlik
İnsani Hesap Verebilirlik Ortaklığı. www.hapinternational.org

İnsani İyilikseverliğin Prensipleri ve İyi Uygulamaları 2003, Bağışçı
ölkeler tarafından Stockholm'de düzenlenen konferans, BM Kuruluşları,
Uluslararası Kızılhaç Kızılay Hareketi, Avrupa Komisyonu ve 16 ölkede [www.
goodhumanitarianandonorship.org](http://www.goodhumanitarianandonorship.org)

Partnerlik İlkeleri: Bağlılık Beyanı 2007, Temmuz 2007 Küresel İnsani
Platformu Toplantısı (BM ve BM dışı insani örgütlerin diyalogu). [www.
globalhumanitarianplatform.org/ghp.html](http://www.globalhumanitarianplatform.org/ghp.html)

Ek 2

Afet Yardımında Kızılhaç, Kızılay Hareketi ve Sivil Toplum Kuruluşları için Davranış Kuralları

Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri ve Uluslar arası Kızılhaç Federasyonu
ile birlikte hazırlanmıştır.¹

¹ Sponsored by: Caritas Internationalis,* Catholic Relief Services,* International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies,* International Save the Children Alliance,* Lutheran World Federation,* Oxfam,* World Council of Churches,* International Committee of the Red Cross (* members of the Steering Committee for Humanitarian Response

Amaç

Burada yer alan Davranış Kuralları, hareketlerimizle ilgili standartları koruma amacını taşır. Değinilen kurallar, kişi başı gıda miktarının nasıl hesaplanacağı veya bir mülteci kampının nasıl kurulacağı gibi operasyonel ayrıntılarla ilgili değildir. Daha çok, STK'ların ve Uluslararası Kızılhaç/Kızılay Hareketi'nin afet yardımı sürecinde ulaşmak istediği bağımsızlık, verimlilik ve etkililik gibi yüksek standartların korunmasını amaçlamaktadır. Bu kurallar, burada ortaya konulan standartlara sahip çıkmayı kabul eden örgütlerin kendi iradeleriyle uyguladıkları, isteğe bağlı ilkelerdir.

Silahlı çatışma durumlarında söz konusu Davranış Kuralları uluslararası insancıl hukuka uygun biçimde yorumlanacak ve uygulanacaktır.

Burada ilk olarak Davranış Kuralları sunulmaktadır. Ayrıca, insani yardımın etkin bir şekilde ulaştırılmasını kolaylaştırmak için ev sahibi hükümetler, bağışçı devletler ve hükümetler arası kuruluşlarca sağlanması arzu edilen çalışma ortamını tanımlayan üç adet Davranış Kuralları'nın ardından sunulmuştur.

Tanımlar

STK'lar: STK'lar (Sivil Toplum Kuruluşları) bulundukları ülkelerin hükümetlerinden ayrı olarak kurulmuş olan ulusal ve uluslararası örgütleri ifade eder.

SiYK'ler: SiYK'ler (Sivil İnsani Yardım Kuruluşları) Bu belgenin amaçları açısından, sivil insani yardım kuruluşları terimi Uluslararası Kızılhaç/Kızılay Hareketi'ni, Uluslararası Kızılhaç Komitesini, Uluslararası Kızılhaç/Kızılay Dernekleri Federasyonu'nu ve ona üye Ulusal Dernekleri ve de yukarıda tanımlanan sivil toplum kuruluşlarını ifade etmektedir. Davranış Kuralları özellikle afet müdahalesine katılan sivil insani yardım kuruluşlarına yöneliktir.

HÖ'ler: HÖ'ler (Hükümetler arası Örgütler) iki ya da daha fazla hükümet tarafından kurulan örgütleri ifade eder. Birleşmiş Milletlerin bütün kurumlarını ve bölgesel kuruluşları kapsar.

Afetler: Afetler can kayıplarına, insanların ıstırap ve üzüntü çekmesine ve büyük maddi kayıplara yol açan olaylardır.

Uluslararası Kızılhaç/Kızılay Hareketi ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) Afetlere Müdahale Ederken Uymaları Gereken Davranış Kuralları

1. İnsani zorunluluklar önceliklidir.

İnsani yardım alma ve sağlama hakkı dünyadaki her ülkenin tüm vatandaşlarının yararlanılması gereken temel bir insan hakkıdır. Uluslararası toplumun üyeleri olarak, ihtiyaç duyulan her yerde insani yardım sağlamakla yükümlü olduğumuzu kabul ediyoruz. Bu nedenle, afetlerden etkilenmiş insanlara herhangi bir engelle karşılaşmadan erişebilme ihtiyacı, söz konusu yükümlülüğün yerine getirilmesinde temel önem taşır. Afet müdahalesinde temel hareket noktamız, afetten en fazla etkilenen insanların yaşadığı acıları hafifletmektir. Sağladığımız insani yardım taraflı ya da siyasal bir çalışma değildir ve böyle görülmemelidir.

2. Yardımlar, bu yardımı alanların ırkı, dini ya da uyruklarına bakılmaksızın ve hiçbir ayırım gözetilmeksizin sağlanır. Yardım öncelikleri yalnızca ihtiyaç temelinde belirlenir.

İnsani yardımın sağlanmasını mümkün olduğunca, etkilenen insanların ihtiyaçlarının ve bu ihtiyaçları hali hazırda karşılayacak yerel kapasitenin kapsamlı bir değerlendirmesine dayanarak düzenleyeceğiz. Programlarımızın tüm aşamalarında orantılı olma ilkesini göz önünde bulunduracağız. İnsanların acıları her zaman hafifletilmelidir; insan hayatı bir ülkenin bir yerinde olduğu kadar diğer yerlerinde de kıymetlidir. Bu nedenle, yardımları sağlama biçimimiz, hafifletmeye çalıştığımız acının derecesini yansıtacaktır. Böyle bir yaklaşımı uygularken, afet riskinin yüksek olduğu topluluklarda, kadınların oynadıkları önemli rolü kabul etmekteyiz ve bu rolün yardım programlarımız tarafından azaltılmayacağını, aksine destekleneceğini temin ederiz. Böylesi evrensel, tarafsız ve bağımsız bir politikanın hayata geçirilmesi, ancak bizim ve ortaklarımızın bu türden bir adil yardım sağlamak için gerekli kaynaklara ulaşabilmesi ve afetten etkilenen bütün kişilere eşit biçimde erişebilmesi halinde mümkün olabilir.

3. Yardımlar belli bir siyasal ya da dini görüşü desteklemek için kullanılmayacaktır.

İnsani yardım bireylerin, ailelerin ve toplulukların ihtiyaçlarına göre sağlanır. SiyK'lerin belli bir siyasal ya da dini görüşü destekleme hakları olmasına rağmen, yardımların, bunlardan yararlanacak olanların, değinilen türden fikirleri kabul edip etmemesine bağlı olmayacağını belirtiriz. Yardım yapılacağına dair verilen sözler ve yardımların ilgili yerlere ulaştırılması ya da dağıtılması hususları, belirli bir politik veya dini inancın desteklenmesi ya da kabul edilmesiyle ilişkilendirilmeyecektir.

4. Hükümetlerin dış politika araçları olarak hareket etmemek için çaba göstereceğiz.

Sivil insani yardım kuruluşları hükümetlerden bağımsız hareket eden kuruluşlardır. Bu nedenle, politikalarımızı ve uygulama stratejilerimizi kendimiz biçimlendiririz ve bağımsız politikamızla örtüştüğü durumlar hariçinde, herhangi bir hükümetin politikasını uygulama çabasında olmayız. Bizim ya da çalışanlarımızın, açıkça insani olan amaçlar dışındaki amaçlara hizmet edebilecek ve hükümetler ya da diğer kurumlar için hassas bir mahiyete sahip olan siyasi, askeri ya da ekonomik bilgilerin toplanması için kullanılmasına hiçbir şekilde müsaade etmeyeceğiz ve de bağışçı devletlerin dış politika araçları olarak hareket etmeyeceğiz. Aldığımız yardımları ihtiyaçları karşılamak üzere kullanacağız; bu yardım ne bağışçıların mal fazlalarını elden çıkarma ihtiyaçları ne de belli bir bağışçının siyasi çıkarı tarafından yönlendirilemez. İlgili bireylerce çalışmalarımızı desteklemek için gönüllü olarak verilen emeğin ve maddi desteğin kıymetini biliyor ve bunu teşvik ediyoruz. Bağımsızlığımızı korumak için tek bir destek kaynağına bağımlı olmaktan kaçınmaya gayret edeceğiz.

5. Kültürlere ve geleneklere saygılı olacağız.

Çalıştığımız ülkelerin ve toplulukların kültürlerine, toplumsal yapılarına ve geleneklerine saygılı olmak için caba göstereceğiz.

6. Afet müdahalesini yerel kapasite üzerine kurmaya çalışacağız.

Bütün birey ve topluluklar-afet durumunda dahi-zarar görebilir olmanın yanı sıra kapasiteye de sahiptir. Bu kapasiteyi mümkün olduğu ölçüde, yerel personel istihdam ederek, yerel piyasadan alış veriş yaparak ve yerel şirketlerle ticaret yaparak güçlendireceğiz. Yine mümkün olan her yerde, planlama ve uygulama aşamalarında yerel insani yardım kuruluşlarıyla ortak çalışacağız ve uygun oldukça yerel devlet kurumlarıyla işbirliği yapacağız. Acil durum müdahalesinin gereği gibi koordine edilmesine özellikle öncelik vereceğiz. Bu, en iyi biçimde yardım operasyonu yapılan ülkelerde operasyona doğrudan katılanlar tarafından gerçekleştirilebilir; bu gruba ilgili BM kuruluşlarının temsilcileri de katılmalıdır.

7. İnsani yardım çalışmalarının yönetimine, bu yardımı alan kişilerin katılımını sağlayacak yollar bulacağız.

Afet müdahale yardımı hiçbir surette bu yardımı alan kişilere dayatılmamalıdır. Etkin bir müdahale ve kalıcı iyileştirme en iyi şekilde, yardımlardan yararlanacak kimselerin yardım programının tasarım, yönetim ve uygulamasına katılımı ile sağlanabilir. Yardım ve iyileştirme programlarımıza toplumun tam olarak katılımını sağlamak için çalışacağız.

8. İnsani yardım, temel ihtiyaçları karşılamaya olduğu kadar, gelecekteki zarar görülebilirlikleri de azaltmaya yönelik olmalıdır.

Her tür insani yardım çalışması uzun döneme ilişkin gelişme beklentilerini olumlu ya da olumsuz biçimde etkiler. Yardım alan kişilerin gelecekteki afetlere karşı savunmasızlıklarını etkili bir şekilde azaltacak ve sürdürülebilir yaşam biçimlerinin yaratılmasına yardımcı olacak insani yardım çalışmalarımızı, bu durumun bilincinde olarak uygulayacağız. Çalışmaların tasarımında ve yönetiminde çevreyle ilgili kaygılara özel önem göstereceğiz. Yardımdan faydalananların dış yardıma uzun süreli biçimde bağımlı kalmalarını önlemeye çalışarak, insani yardımın olumsuz etkisini en aza indirmeye gayret edeceğiz.

9. Kendimizi hem yardım etmeye çalıştıklarımıza hem de bağışçılarımıza karşı sorumlu tutuyoruz.

Bizler, afetler sırasında çoğu zaman yardımda bulunmak isteyenlerle yardıma ihtiyaç duyanlar arasındaki ortaklıkta kurumsal bir bağlantı işlevi görürüz. Bu nedenle, her iki tarafa da hesap verme yükümlülüğüne sahibiz. Bağışçılar ve yardım alanlarla kurduğumuz bütün ilişkilerimizde açık ve şeffaf olacağız. Faaliyetlerimize ilişkin olarak hem mali açıdan hem de verimlilik açısından rapor verilmesi gerektiğinin farkındayız. Yardım dağıtımlarının uygun bir şekilde izlenmesi ve afet yardımının etkilerine ilişkin düzenli değerlendirmeler yapılmasını sağlamamız gerektiğinin de farkındayız. Çalışmalarımızın etkileri ve bu etkileri azaltan ya da artıran unsurları açık bir şekilde rapor etmek için de çaba göstereceğiz. Değerli kaynakların israfını en aza indirebilmek için programlarımız yüksek profesyonellik ve uzmanlık standartlarına dayalı olacaktır.

10. Bilgilendirme, tanıtım ve duyuru faaliyetlerimizde afetten etkilenen kişileri umutsuz - acınacak varlıklar olarak değil, gerçekte oldukları gibi onurlu insanlar olarak göstereceğiz.

Yapılan çalışmalarda afetten etkilenen kişilere eşit ortaklardan biri olarak duyduğumuz saygı hiçbir şekilde kaybedilmemelidir. Kamuoyunu bilgilendirme çalışmalarında afetten etkilenenlerin yalnızca zarar görülebilirliklerini, hassaslıklarını ve korkularını değil, kapasitelerini ve isteklerini de vurgulayan yansız bir afet durum tasviri yapacağız. Kamuoyunun desteğini artırmak için medyayla işbirliği yaparken, dıştan ya da içten gelen tanıtım taleplerinin, insani yardım çalışmalarının önüne geçmesine izin vermeyeceğiz. Afete müdahale alanında çalışan diğer kuruluşlarla, medya da yer alma konusunda, bu durumun, yardımlardan yararlanacak olanlarla verilen hizmetler ya da personelimiz veya yardımlardan yararlananların güvenliği açısından zararlı olabileceği durumlarda rekabet etmekten kaçınacağız.

Çalışma Ortamı

Yukarıda açıklanan Davranış Kurallarına tek taraflı olarak uymaya çalışacağımızı kabul ederken, başışçı devletler, ev sahibi hükümetler ve Birleşmiş Milletler kuruluşları başta olmak üzere hükümetler arası kuruluşlar tarafından sivil insani yardım kuruluşlarının afet müdahalesine etkin bir şekilde katılmalarını kolaylaştırmak için oluşturulduğunu görmeyi arzu ettiğimiz çalışma ortamını tanımlayan belirleyici rehber ilkeleri aşağıda sunuyorum.

Bu rehber ilkeler yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır. Yasal olarak bağlayıcı olmadıkları gibi, her ne kadar, gelecekte ulaşmayı arzu ettiğimiz bir hedef olsa da, hükümetlerden ve hükümetler arası kuruluşlardan herhangi bir belgeyi imzalamak suretiyle bu rehber ilkeleri kabul ettiklerini göstermelerini de beklemiyoruz. Söz konusu rehber ilkeler, ortaklarımızın bizim onlarla kurmayı arzu ettiğimiz ideal ilişkinin çerçevesinden haberdar olmalarını sağlamak amacıyla açıklık ve işbirliği düşüncesiyle sunulmuştur.

Ek 1: Afetten Etkilenen Ülkelerin Hükümetlerine Tavsiyeler

1. Hükümetler sivil insani yardım kuruluşlarının bağımsız, insani ve tarafsız faaliyetlerini kabul etmeli ve saygı göstermelidir.

SİYK'ler bağımsız kuruluşlardır. Ev sahibi hükümetler, bu bağımsızlık ve tarafsızlığa saygı göstermelidir.

2. Ev sahibi hükümetler, sivil insani yardım kuruluşlarının afetzedelere hızla ulaşmalarını kolaylaştırmalıdır.

SİYK'lerin, kendi insani ilkelerine tam anlamıyla uyarak çalışmaları isteniyorsa, insani yardımın sağlanması için afetzedelere hızlı ve tarafsız biçimde ulaşmaları sağlanmalıdır. Egemenlik sorumluluğunun hayata geçirilme gereği olarak, ev sahibi hükümetlerin değinilen türden yardımları engellememe ve SİYK'lerin tarafsız ve politik olmayan faaliyetlerini kabul etme yükümlülüğü vardır. Ev sahibi hükümetler, transit, giriş ve çıkış vizelerinden muaf tutarak ya da bu vizelerin hızlı biçimde verilmesini sağlayarak yardım personelinin ülkeye girişini kolaylaştırmalıdır. Hükümetler, acil yardım çalışmaları süresince, uluslararası yardım malzemelerini ve personeli taşıyan hava araçlarına transit geçiş ve iniş izni vermelidirler.

3. Hükümetler afetlerde yardım malzemelerinin ve bilgi akışının zamanında yapılmasını kolaylaştırmalıdır.

Yardım malzemeleri ve ekipmanları, bir ülkeye ticari yarar ya da kazanç amacıyla değil, yalnızca insanların acılarını hafifletmek için getirilir. Bu tür malzemelerin serbest ve

kısıtlamasız geçişi sağlanmalı ve söz konusu malzemeler, konsolosluk belgesi veya makbuzları, ihracat ve/veya ithalat ruhsatları ya da ithalat vergisi, havaalanı ücreti veya liman vergisine tabi olmamalıdır.

Motorlu araçlar, hafif hava araçları ve telekomünikasyon ekipmanları da dâhil olmak üzere zaruri yardım ekipmanlarının geçici olarak ithali, ev sahibi hükümetler tarafından geçici lisans ya da tescil zorunluluğu muafiyeti sağlanarak kolaylaştırılmalıdır. Ayrıca hükümetler, kurtarma çalışmalarının sona ermesinden sonra yardım ekipmanlarının ülkeden çıkarılmasını da kısıtlamamalıdır.

Ev sahibi hükümetler, afetler sırasında haberleşmeyi kolaylaştırmak için, insani yardım kuruluşlarına ülke içi ve uluslar arası iletişimde kullanabilecekleri radyo frekanslarının tahsis edilmesini ve bu frekansların afet öncesinde müdahale grupları tarafından bilinmesinin sağlanmasını teşvik etmelidir. Yardım personeline yürüttükleri operasyonlarda ihtiyaç duydukları her türlü iletişim araçından faydalanmaları için yetki verilmelidirler.

4. Hükümetler koordineli bir afet bilgilendirme ve planlama hizmeti sağlamaya gayret etmelidir.

İnsani yardım çalışmalarının genel olarak planlaması ve koordinasyonu ev sahibi hükümetin sorumluluğundadır. SİYK'lere, yardım ihtiyaçları ve devletin yardım ve kurtarma çalışmalarına ait planları ve koordinasyonunun yanı sıra karşılaşılabilecekleri olası güvenlik riskleriyle ilgili bilgiler sağlandığında, planlama ve koordinasyon çok büyük ölçüde desteklenmiş olacaktır. Hükümetlerden bu tür bilgileri SİYK'lere vermeleri beklenmektedir.

İnsani yardım çalışmalarının etkili koordinasyonu ve verimli kullanımını kolaylaştırmak için, ev sahibi hükümetlerin, ülkeye gelen SİYK'lerin ulusal yetkililerle irtibata geçeceği tek bir bağlantı noktasını, afetten önce belirlemeleri beklenir.

5. Silahlı çatışma durumlarında afet yardımı

Silahlı çatışma durumlarında yardım faaliyetleri uluslararası insancıl hukukun ilgili hükümlerince düzenlenir.

Ek 2: Bağışçı Devletlere Tavsiyeler

1. Bağışçı devletler, sivil insani yardım kuruluşlarının bağımsız, insani ve tarafsız faaliyetlerini kabul etmeli ve saygı göstermelidir.

SİYK'ler bağımsızlıklarına ve tarafsızlıklarına bağlı devletlerce saygı gösterilmesi gereken bağımsız kuruluşlardır. Bağışçı devletler, SİYK'leri herhangi bir siyasi ya da ideolojik amaç için kullanmamalıdır.

2. Bağışçı devletler sağladıkları desteği operasyonların bağımsızlığını sekteye uğratmayacak şekilde sunmalıdır.

SİYK'ler bağışçı devletlerce kendilerine verilen mali ve malzeme alanındaki desteği, afetzedelere hizmet ederken benimsedikleri ruhu, yani insaniyetçilik ve faaliyetlerin bağımsızlığı ilkelerini gözeterek kabul ederler. Yardım faaliyetlerinin uygulanması nihai olarak SİYK'lerin sorumluluğudur ve bu faaliyetler kuruluşların kendi politikalarına göre hayata geçirilir.

3. Bağışçı devletler, sivil insani yardım kuruluşlarının afetzedelere ulaşmasını sağlama konusunda yardımcı olmalıdır.

Bağışçı devletler, SİYK çalışmalarının güvenlikleri ve afet alanına serbestçe erişimleri konularında belirli ölçüde sorumluluk üstlenmeleri gerektiğini kabul etmelidirler. Bağışçı devletler, gerektiği takdirde bu tür konularda ev sahibi hükümetlerle görüşmeye hazır olmalıdır.

Ek 3: Hükümetler Arası Kuruluşlara Tavsiyeler

1. Hükümetler arası kuruluşlar, yerli ve yabancı sivil insani yardım kuruluşlarını önemli ortaklar olarak görmelidir.

SİYK'ler afetlere daha iyi müdahale edebilmek için BM ve diğer hükümetler arası kuruluşlarla birlikte çalışmaya hazırdır. Bunu, tüm ortakların bütünlüklerine ve bağımsızlıklarına saygı gösteren bir ortaklık ruhu ile gerçekleştirirler. Hükümetler arası kuruluşlar, SİYK'lerin bağımsızlığına saygı göstermelidir. BM kuruluşları yardım planlarının hazırlanmasında SİYK'lere danışmalıdır.

2. Hükümetler arası kuruluşlar ev sahibi hükümetlere, yerel ve uluslar arası afet müdahalesine yönelik genel bir koordinasyon çerçevesi hazırlama konusunda destek olmalıdır.

SİYK'ler uluslararası müdahale gerektiren afetler için genel bir koordinasyon hazırlama yetkisine genellikle sahip değildir. Bu sorumluluk ev sahibi hükümetler ve ilgili Birleşmiş Milletler yetkililerine aittir. Söz konusu yetkililer, afetten etkilenmiş devlete ve ulusal ve uluslararası afet yardım topluluklarına bu hizmeti zamanında ve etkili bir şekilde sağlamaktan sorumludurlar. SİYK'ler her durumda verdikleri hizmetlerin etkili koordinasyonunu sağlamak için her türlü çabayı göstermelidir. Silahlı çatışma durumlarında yardım faaliyetleri uluslararası insancıl hukukun ilgili hükümlerince düzenlenir.

3. Hükümetler arası kuruluşlar, BM örgütlerine sağlanan güvenlik korumasını sivil insani yardım kuruluşlarını da içerecek şekilde genişletmelidir.

Hükümetler arası kuruluşlara güvenlik hizmetlerinin sağlandığı yerlerde ve talep olduğu takdirde, bu hizmetler operasyonel ortaklar durumundaki SİYK'lere de sunulmalıdır.

4. Hükümetler arası kuruluşlar, BM kuruluşlarına aktardıkları bilgiye, sivil insani yardım kuruluşlarının da erişmesini sağlamalıdır.

Hükümetler arası kuruluşların, afet müdahalesinin etkin biçimde yürütülmesine yönelik her tür bilgiyi operasyonel ortakları olan SİYK'ler ile paylaşmaları gerekir.

Ek 3

Kısaltmalar ve Tanımlar

ACT	Artemisinin ve Tedavisi
ALNAP	İnsani Eylem Sorumluluk ve Performans için Aktif Öğrenme Ağı
ART	Antiretroviral Tedavi
ARV	Antiretroviral
(UNDP)	Kriz Önleme ve Kurtarma Bürosu
Bemoc	Temel Acil Obstetrik Bakım
BMI	Vücut kitle indeksi
BMS	Bebek maması
BTS	Kan transfüzyonu hizmeti
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
CE-DAT	Kompleks Acil Veritabanı
CEDAW	Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi
Cemoc	Kapsamlı acil obstetrik bakım
CFR	Vaka ölüm oranı
CHW	Toplum Sağlığı Çalışanı
CIHL	Uluslararası İnsani Hukuk
Cm	Santimetre
CMR	Ana ölüm hızı
ÇHS	Çocuk Hakları Sözleşmesi
EHS	Engellilerin Hakları Sözleşmesi
CRS	Katolik Yardım Hizmetleri

CTC	Kolera tedavi merkezi
DAC	Kalkınma Yardımları Komitesi
DPT	Difteri, boğmaca ve tetanos
ECB	Acil Durum Kapasite Geliştirme (Projesi)
ENA	Acil Beslenme analizi
ACT	Artemisinin ve tedavisi
EPI	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
ETAT	Acil Aciliyetine göre sıralama, Değerlendirme ve Tedavi
EWARN	Erken uyarı
FANTA	Gıda ve Beslenme Teknik Yardım
FAO	Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
FTE	Tam zamanlı
GDO	Genetiği değiştirilmiş organizma
HAP	İnsani Sorumluluk Ortaklığı
HIS	Sağlık bilgi sistemi
IASC	Kurumlar Arası Dayanışma Komitesi
ICC	Uluslararası Ceza Mahkemesi
ICCPR	Sivil ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi
ICERD	Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme
ICESCR	Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi
ICRC	Kızılhaç Uluslararası Komitesi
ICVA	Gönüllü Ajanslar Uluslararası Konseyi
IDLO	Uluslararası Kalkınma Hukuku Örgütü
IDP	Yerinden edilmiş kimse
IFE	Acil durumlarda bebek beslenmesi
IFPRI	Uluslararası Gıda Politikası Araştırma Enstitüsü
IFRC	Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Uluslararası Federasyonu
IGC	Uluslararası Hububat Konseyi
İHL	Uluslararası insancıl hukuk
IMAI	Yetişkin Hastalık Entegre Yönetimi
IMCI	Çocuk Hastalıklarının Entegre Yönetimi
IMPAC	Gebelik ve doğum Entegre Yönetimi
INEE	Acil Durumlarda Eğitim için Kurumlar Arası Ağ
IPC	Enfeksiyon önleme ve kontrolü
IRC	Uluslararası Kurtarma Komitesi
IRS	Kapalı kalan püskürtme
ISPO	Protez ve Ortez Derneği

IYCF	Bebek ve çocukların beslenmesi
Km	Kilometre
LBW	Düşük doğum ağırlığı
LED	Işık yayan diyetler
LEGS	Hayvanlar için Acil Durum Rehber ve Standartları
LLIN	Dayanıklı haşere ağı
MISP	Minimum İlk Servis Paketi
SB	Sağlık Bakanlığı
MSF	Sınır Tanımayan Doktorlar
OÜKÇ	Orta üst kol çevresi
Ncds	Bulaşıcı olmayan hastalıklar
NCHS	Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi
NFI	Gıda dışı madde
STK	Sivil toplum kuruluşu
NIC	Kriz Bilgi Sistemi
NRC	Norveç Mülteci Konseyi
NTU	Nefelometrik bulanıklık üniteleri
OAU	Afrika Birliği Örgütü (şimdi Afrika Birliği)
OCHA	İnsani İşler Koordinasyon Birleşmiş Milletler Ofisi
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OHCHR	İnsan Hakları için Birleşmiş Milletler Yüksek Komiserliği
ORS	Oral rehidrasyon tuzları
PAHO	Pan Amerikan Sağlık Örgütü
PEP	Maruziyet sonrası profilaksi
PLHIV	HIV ile yaşayan insanlar
PLWHA	HIV ve AIDS ile yaşayan insanlar
PMTCT	Anneden çocuğa geçişin önlenmesi (HIV)
Pouwt	Kullanma noktası su arıtımı
Q & A	Kalite ve Güvence
RH	Üreme sağlığı
RNI	Referans besin alımı
SCM	Tedarik zinciri yönetimi
SEEP	Küçük İşletmeler Eğitim ve Tanıtım (Ağ)
SKAT	Uygun Teknoloji İsviçre Merkezi
SMART	Yardım ve Geçişlerde Standart İzleme ve Değerlendirme

CYBE	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
TB	Tüberküloz
TIG	Tetanos immün globülin
TZE	Tam Zaman Eşdeğeri
5YAÖH	5 yaş altı ölüm oranı
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
BM	Birleşmiş Milletler
HIV / AIDS UNAIDS	Birleşmiş Milletler Ortak Programı
BM-DDR	Birleşmiş Milletler Silahsızlanma, Terhis ve Yeniden Entegrasyon
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNFCCC	Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
BM-Habitat	Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Programı
BMMYK	Mülteciler için Birleşmiş Milletler Yüksek Komiserliği (BM Mülteciler Yüksek Komiserliği) Ofisi
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
UNISDR	Afet Zararlarının Azaltılması Birleşmiş Milletler Uluslararası Strateji
USAID	Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı
VCA	Açık ve kapasite analizi
VIP	Geliştirilmiş çukur (tuvalet) havalandırması
WASH	Su, sanitasyon ve hijyen teşviki
WEDC	Su, Mühendislik ve Geliştirme Merkezi
WFH	Yükseklik ağırlık
WFP	Dünya Gıda Programı
WHA	Dünya Sağlık Meclisi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WSP	Su Güvenlik Planı

İNDEKS



5 yaş altı ölüm oranı 292, 310, 311, 339, 346, 380

(Ayrıca bakınız: Ana ölüm hızı (CMR))

A

administrative offices 256

afet hazırlığı 5, 10, 54, 62, 68, 73, 80, 140, 159, 240, 288

afet müdahale 4, 14, 17, 20, 72, 85, 86, 106, 109, 147, 149, 179, 201, 212, 246, 248, 270, 288, 293, 294, 296, 298, 303, 304, 306, 317, 321, 327, 329, 330, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376

afetler ii, iii, v, vi, 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 37, 39, 40, 42, 44, 45, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 91, 92, 98, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 117, 118, 119, 120, 124, 125, 130, 136, 137, 140, 144, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 164, 165, 171, 176, 177, 179, 183, 185, 193, 194, 195, 198, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 212, 214, 215, 216, 217, 227, 233, 237, 240, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 259, 260, 263, 264, 265, 266, 268, 270, 271, 278, 279, 282, 284, 285, 286, 288, 292, 293, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 303, 304, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 315, 317, 321, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 338, 339, 347, 348, 349, 350, 351, 356, 357, 360, 365, 366, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 380

(Ayrıca bakınız: İlk değerlendirme, şehir felaketleri)

afetten etkilenen insanlar 5, 7, 9, 11, 30, 33, 55, 56, 61, 63, 65, 67, 71, 73, 83, 86, 88, 94, 106, 116, 121, 143, 148, 152, 166, 176, 178, 180, 192, 193, 198, 200, 202, 203, 208, 211, 247, 249, 250, 251, 254, 255, 258, 264, 265, 269, 271, 273, 274, 275, 278, 282, 291, 294, 297, 298, 304, 314, 327, 338

afetten etkilenen insanlar ii, 53, 54, 56, 71, 84, 86, 98, 111, 114, 148, 176, 184, 202, 247, 262, 273, 294

AIDS HIV ve AIDS v, 12, 15, 64, 67, 77, 85, 98, 99, 104, 109, 134, 166, 170, 171, 178, 183, 194, 219, 230, 237, 328, 344, 352, 353, 379, 380, 382, 386

akut yetersiz beslenme 147, 156, 164, 165, 166, 170, 172, 222, 224, 311,

(Ayrıca bakınız: Yetersiz beslenme)

aletler 5, 8, 10, 11, 13, 44, 45, 57, 70, 75, 107, 110, 113, 121, 122, 144, 152, 153, 156, 166, 181, 199, 201, 205, 206, 207, 208, 211, 218, 222, 223, 232, 242, 246, 260, 262, 263, 264, 268, 269, 271, 276, 277, 283, 285, 288, 306, 308, 350

(Ayrıca bakınız: Gıda dışı kalemler (NFIs))

ana ölüm hızı (CMR) 292, 310, 311, 339, 346, 377

(Ayrıca bakınız: 5'in altında ölüm oranı (U5MR))

anne sütü 159, 161, 162, 163, 219, 377

(Ayrıca bakınız: Süt, ek besleme)

antropometrik araştırma 155, 156, 221, 223

aşılama 174, 219, 312, 319, 320, 321, 322, 324, 330, 33 2

(Ayrıca bakınız: Bağışıklık kazandırma)

atık yönetimi 80, 81, 82, 88, 101, 111, 114, 117, 119, 120, 127, 137, 188, 297, 313

ayakta tedavi edilen hastalar 129, 130, 164, 169, 170, 171, 343, 347

(Ayrıca bakınız: Yatarak tedavi gören hastalar)

ayırım gözetmeme 22, 37, 83, 143, 291, 359

B

bağışıklık kazandırma 118, 120, 156, 168, 299, 318, 322, 324, 332, 349

(Ayrıca bakınız: Aşılama)

banyo yapma 382

(Ayrıca bakınız: Yıkama)

barnak 1, 2, 4, 7, 12, 22, 24, 59, 83, 95, 111, 112, 113, 114, 121, 122, 143, 148, 161, 195, 200, 201, 222, 229, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265,

266, 268, 269, 270, 271, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284, 285, 286, 291, 292, 300, 311, 312, 313, 336, 340

(Ayrıca bakınız: Kamplar, çevresel etki, mülkiyet, mahremiyet, risk analizi, yerleşim, termal konfor)

barınak materyalleri 201, 259, 260, 280

geleneksel barınak 244, 245, 249, 252, 259

havalandırma 244, 258, 260, 261, 275, 300

başa çıkma stratejileri 15, 16, 86, 145, 149, 153, 175, 176, 177, 215, 231, 244, 248, 251, 295

bebekler 92, 96, 107, 112, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 168, 170, 171, 172, 174, 182, 185, 186, 196, 198, 218, 219, 220, 221, 226, 231, 232, 235, 260, 271, 272, 275, 282, 313, 321, 322, 324, 329, 378, 379

(Ayrıca bakınız: Emzirme, çocuklar, savunmasız insanlar)

beriberi 156, 173, 181

besleme 34, 103, 112, 115, 129, 130, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 173, 174, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 196, 197, 198, 218, 220, 221, 222, 231, 235, 236, 237, 238, 313, 324, 329, 378, 379

(Ayrıca bakınız: Ek besleme, yetersiz beslenme)

beslenme iv, 1, 2, 4, 7, 12, 24, 85, 112, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 189, 193, 196, 206, 212, 218, 219, 220, 221, 222, 227, 228, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 247, 254, 313, 323, 340, 352, 378, 379

(Ayrıca bakınız: Gıda, kötü beslenme, yetersiz beslenme, mikro besleyici eksikliği)

bilgi 35, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 87, 98, 109, 113, 124, 149, 155, 156, 218, 220, 221, 222, 232, 235, 248, 278,

292, 295, 305, 306, 307, 309, 311, 313, 318, 319, 322, 336, 338, 340, 342, 343, 351, 377

(Ayrıca bakınız: Değerlendirme, izleme)

bilginin mahremiyeti 35, 307

biyolojik silahlar 362

boğmaca 321, 322, 323, 324, 343, 345, 378

(Ayrıca bakınız: DPT)

böcekler 112, 113, 131, 188, 312

bulaşıcı hastalık 42, 115, 120, 168, 182, 219, 261, 289, 290, 293, 299, 300, 305, 306, 309, 311, 312, 314, 315, 316, 319, 320, 323, 349, 352

(Ayrıca bakınız: Hastalık, bulaşıcı olmayan hastalık)

bulaşıcı hastalıklar 299, 320, 383

bulaşıcı olmayan hastalık 289, 290, 299, 309, 315, 336, 337, 341, 344, 351, 354, 379

(Ayrıca bakınız: Bulaşıcı hastalık, hastalık)

C

Cenevre Anlaşmaları 22, 37, 144, 361, 362, 366

cesetleri kaldırma 118, 136

cinsel istismar 71, 195

cinsel sömürü 40, 73, 86, 149, 195, 196, 248, 263, 295, 327

cinsiyet temelli şiddet 31, 40, 42, 45, 63, 84, 86, 149, 195, 235, 248, 295, 352

Ç

çamaşırhane 95, 103, 104, 129

(Ayrıca bakınız: Sabun, yıkama)

çatışma ii, v, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 36, 38, 39, 40, 44, 45, 53, 54, 55, 62, 63, 65, 67, 75, 76, 83, 126, 144, 153, 175, 178, 189, 191, 204, 207, 218, 231, 233, 251, 253, 255, 279, 291, 309, 311, 317, 331, 333, 350, 351, 353, 356, 357, 359, 361, 362, 363, 369, 374, 376

çevresel etki 76, 97, 178, 242, 246, 250,

253, 265, 266, 281, 285

çiftlik hayvanı v, 12, 98, 99, 126, 129, 135, 144, 145, 178, 199, 205, 206, 207, 211, 212, 214, 215, 231, 246, 255, 266, 379

çocuklar iv, v, vi, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 31, 35, 40, 42, 43, 45, 57, 63, 64, 66, 73, 76, 91, 92, 94, 96, 99, 104, 106, 107, 108, 110, 113, 119, 125, 130, 140, 141, 142, 146, 147, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 178, 179, 180, 182, 185, 186, 195, 196, 198, 218, 219, 220, 221, 225, 226, 229, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 255, 257, 260, 272, 273, 275, 278, 279, 282, 284, 289, 290, 298, 306, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 320, 321, 322, 323, 324, 328, 329, 334, 338, 346, 349, 350, 352, 357, 358, 359, 361, 368, 377, 379, 380

(Ayrıca bakınız: *Bebekler, savunmasız insanlar*)

D

dağıtım sistemleri 179, 193

dang humması 111, 115, 131, 312, 313, 314, 318, 320, 343, 345

Davranış Kuralları 1, 2, 24, 37, 56, 72, 353, 366, 368, 369, 370

defnetme 43, 57, 119, 120, 191, 255, 300
kültürel olarak uygun defnetme 43, 255

değerlendirme

(Ayrıca bakınız: *Başlangıç değerlendirme- si, ihtiyaç analizi, risk değerlendirmesi*)

değerlendirme v, 5, 8, 9, 11, 14, 46, 54, 69, 70, 75, 77, 78, 86, 92, 135, 148, 176, 178, 179, 190, 192, 196, 200, 207, 247, 251, 288, 294, 303, 310, 319, 320

(Ayrıca bakınız: *Veri, izleme*)

depremler 144, 251, 253, 293, 331

destek iii, vi, 4, 6, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 53, 56, 57, 60, 65, 66, 67, 68, 70, 73, 75, 78, 83, 86, 92, 143, 144, 149, 150, 163, 175, 176, 179, 197, 198, 199, 202, 203, 231, 233, 236, 237, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 255, 256, 260, 262, 263, 264, 268,

269, 270, 277, 279, 280, 281, 285, 291, 294, 299, 313, 325, 353, 356, 361, 363, 364, 365, 366, 369, 370, 371, 372, 373, 375, 378

dışkı 80, 81, 82, 84, 88, 92, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 122, 126, 127, 132, 136, 137, 256, 312

(Ayrıca bakınız: *Tuvaletler, atık yönetimi*)

dışkı kaldırma 80, 81, 82, 84, 88, 92, 101, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 122, 126, 127, 136, 137, 256, 312

dışkısal hastalıklar 81, 82, 84, 105, 107, 113, 131

(Ayrıca bakınız: *Hastalıklar*)

difteri 321, 322, 323, 324, 332, 343, 345, 378

(Ayrıca bakınız: *DPT*)

doğal felaketler 253, 263

doğum görevlileri 125, 325, 326

(Ayrıca bakınız: *Kadınlar*)

DPT (difteri, boğmaca ve tetanos) 321, 324, 332, 378

(Ayrıca bakınız: *Difteri, boğmaca, tetanos*)

E

ebeveynler 40, 86, 107, 149, 198, 248, 294, 298

(Ayrıca bakınız: *Hasta bakıcılar*)

eğitim vi, 13, 71, 78, 85, 92, 93, 94, 100, 102, 116, 147, 159, 173, 184, 190, 202, 205, 206, 224, 237, 238, 246, 262, 263, 276, 277, 283, 293, 300, 301, 302, 333, 335

ek besleme 164, 165, 166, 168, 170, 179, 186, 221, 238, 313

(Ayrıca bakınız: *Emzirme, besleme, kötü beslenme, mikro besleyici eksikliği*)

el yıkama 104, 107, 108, 110, 121, 122, 129

(Ayrıca bakınız: *Sabun, yıkama*)

emzirme 158, 160, 161, 162, 163, 165, 168, 169, 171, 172, 179, 180, 182, 185, 218, 219, 220, 221, 227, 229, 256, 324

en iyi pratikler 4, 173, 186, 254, 263

engelli insanlar v, 11, 12, 16, 17, 35, 37, 40, 45, 63, 73, 85, 95, 99, 104, 107, 108, 127, 147, 166, 183, 192, 194, 195, 198, 209, 212, 223, 251, 255, 273, 279, 280, 309, 332, 338, 359, 377

(Ayrıca bakınız: Savunmasız insanlar)

engelli kişiler entegrasyon 153, 201, 238, 327

EPI see Expanded Programme on Immunization

erken uyarı sistemleri 85, 147, 152, 210, 234, 246, 292, 317

erozyon 64, 121, 122, 123, 176, 177, 211, 256, 265, 266, 267

mal varlıklarının erozyonu 177, 211

eşya mülkiyeti 384

(Ayrıca bakınız: Mülkiyet)

ev sahibi aileler 63, 118, 240, 246, 251, 257, 268, 279

ev sahibi halk 69, 253, 255, 281

Expanded Programme on Immunization (EPI) 321, 322, 378

F

faecal contamination 105, 106

faeco-oral diseases see diseases

G

geçim ihtiyaçları 35, 37

geçim kaynakları iv, 14, 16, 40, 68, 95, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 157, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 189, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 232, 233, 243, 244, 246, 250, 254, 258, 260, 262, 263, 266, 276, 280, 281, 283

genetiği değiştirilmiş gıdalar 187

gerekli sağlık hizmetleri 42, 43, 73, 115, 156, 162, 163, 168, 171, 174, 182, 219, 261, 288, 289, 290, 292, 296, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 320, 321, 323, 325, 328, 331, 333, 336, 351

gıda depolama 89, 113, 185, 236, 243, 256, 260, 269

gıda erzakları 34, 165, 181, 182, 183, 186, 192, 369

gıda hazırlığı 108, 126, 147, 197, 198, 259, 263, 270, 273, 274

gıdaya erişim 144, 160, 179, 181, 183, 184, 198, 222

parçalara ayrılmış 61, 62, 63, 64, 65, 87, 109, 124, 149, 248, 278, 295, 306, 307

sağlık hizmetlerine erişim 209, 292, 298, 304, 307, 309, 310, 333

gerekli sağlık hizmetleri 42, 43, 73, 115, 156, 162, 163, 168, 174, 182, 261, 351, 385

(Ayrıca bakınız: Sağlık hizmetleri)

geri vermeme (mültecileri) 23

gıda dışı kalemler (NFIs) 1, 2, 4, 7, 94, 95, 125, 185, 198, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 248, 250, 257, 260, 261, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 276, 278, 281, 286, 312, 313, 314, 379

(Ayrıca bakınız: Yatak takımı, giyim)

gıda güvenliği değerlendirmeleri 151, 183, 214, 232, 233

gıda güvenliği iv, 1, 2, 4, 7, 94, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 166, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 193, 195, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 218, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 254, 264, 268, 270, 271, 275, 292, 304, 313, 340, 352

gıda güvensizliği 144, 145, 146, 150, 151, 152, 168, 177, 178, 203, 212, 231, 233, 234

gıda transferleri 140, 141, 142, 147, 152, 153, 156, 160, 164, 168, 174, 175, 178, 179, 180, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 203, 206, 209, 210, 213, 230, 264, 271, 275

(Ayrıca bakınız: Nakit ve fiş transferleri)

gıda yardımı iv, 162, 182, 183, 233, 235, 365

giyim 22, 98, 104, 112, 113, 116, 118, 120,

132, 210, 219, 229, 240, 241, 242, 244, 252, 268, 269, 271, 272, 282, 358

(Ayrıca bakınız: Gıda dışı kalemler (NFIs), termal konfor)

güvenli içme suyu 84, 97, 243

(Ayrıca bakınız: Kirlilik, su tedariki)

güvenlik iv, 1, 2, 4, 6, 7, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 33, 34, 38, 39, 60, 62, 64, 67, 71, 73, 83, 84, 89, 94, 107, 124, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 160, 161, 162, 164, 166, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 218, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 237, 243, 244, 249, 250, 251, 252, 254, 256, 257, 259, 264, 268, 270, 271, 275, 278, 279, 291, 292, 304, 313, 320, 338, 340, 352, 358, 360, 363, 372, 374, 375, 376

H

haklar ii, 4, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46, 53, 56, 57, 58, 63, 65, 67, 71, 76, 83, 84, 86, 87, 109, 110, 115, 134, 143, 144, 149, 176, 193, 231, 232, 243, 244, 246, 248, 249, 254, 255, 263, 284, 285, 291, 294, 295, 297, 299, 305, 307, 325, 334, 336, 348, 351, 356, 357, 358, 359, 360, 363, 364, 370, 373, 377, 378, 379, 380

(Ayrıca bakınız: İnsan hakları, ayırım gözet-meme, hak ihlali 33, 359, hak çiğneme 35, 38)

hamile kadınlar 107, 113, 209, 222, 313, 324, 326, 327, 329, 330

(Ayrıca bakınız: Savunmasız insanlar, kadınlar)

doğum kiti 326

hane halkı atıkları 117, 119

(Ayrıca bakınız: Atık yönetimi)

haplar 15, 73, 118, 290, 296, 302, 303, 315, 328, 329, 330, 334, 348

(Ayrıca bakınız: Temel ilaçlar, tıbbi ikmal malzemeleri)

eczacı yönetimi 303

hareket özgürlüğü 36, 38, 39, 358

hastabakıcılar 107, 158, 160, 161, 163, 172, 183, 184, 198, 218, 220, 222

hastalık 42, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 91, 98, 100, 101, 105, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 120, 124, 127, 131, 136, 144, 145, 146, 149, 158, 166, 168, 173, 174, 182, 183, 198, 205, 206, 219, 234, 243, 244, 248, 253, 258, 261, 289, 290, 292, 293, 295, 296, 299, 300, 305, 306, 309, 311, 312, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 336, 337, 339, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 349, 351, 352, 354, 377, 379

(Ayrıca bakınız: Bulaşıcı hastalık, kronik hastalık, mikro besleyici eksikliği, dışkısal hastalık, taşıyıcı yoluyla bulaşan hastalık)

hastalıklı olma hali verisi 306

(Ayrıca bakınız: Ana ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm oranı (U5MR))

hastaneler 39, 103, 117, 129, 130, 291, 296, 297, 299, 313, 323, 324, 326, 328, 330, 335, 336, 341, 342, 349, 350, 353

(Ayrıca bakınız: Saha hastaneleri, sağlık merkezleri, sağlık çalışanları, mobil klinikler)

hedefleme 17, 67, 69, 78, 86, 92, 142, 148, 150, 151, 154, 175, 178, 192, 193, 199, 200, 203, 227, 236, 247, 294, 309

helalar

(Ayrıca bakınız: Tuvaletler)

hepatitler (A, B, C) 118, 120, 131, 300, 327, 343, 345

hesap verilebilirlik ii, iii, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 24, 53, 57, 70, 74, 75, 76, 77, 91, 159, 187, 188, 192, 193, 202, 367, 377, 378, 379

HIS see health information system

HIV ile yaşayan insanlar (PLHIV) 11, 16, 64, 67, 99, 104, 166, 171, 180, 183, 194, 198, 212, 227, 237, 329, 379

HIV ve AIDS v, 11, 12, 15, 16, 17, 64, 67, 77, 85, 86, 99, 104, 109, 134, 149, 160, 162, 163, 166, 168, 170, 171, 172, 178, 183, 194, 198, 210, 219, 221, 227, 230,

235, 236, 237, 248, 290, 294, 295, 300, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 337, 341, 342, 344, 349, 352, 353, 379, 380

(Ayrıca bakınız: *HIV ile yaşayan insanlar*)

hijyen tanıtımı iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 100, 102, 103, 105, 106, 110, 124, 125, 135, 198, 268, 270, 312, 320, 380

(Ayrıca bakınız: *Su tedariki, sağlık önlemleri*)

hizmet bedeli 208, 209, 210, 212, 301, 358

I

IDP see internally displaced persons

IMAI see Integrated Management of Adult Illness

IMCI see Integrated Management of Childhood Illnesses

Integrated Management of Adult Illness (IMAI) 314, 315, 378

Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) 314, 315, 323, 324, 349, 378

i

ihtiyaç analizi 54, 65, 75, 80, 81, 82, 89, 124, 240, 250, 269, 270

(Ayrıca bakınız: *İlk değerlendirme, risk analizi*)

iklim değişimleri v, 10, 11, 12, 14, 64, 68, 153, 206, 234, 246, 263, 266, 292, 365, 366, 380

ilk değerlendirme 61, 62, 75, 81, 82, 86, 124, 148, 150, 154, 155, 232, 247, 250, 270, 278, 294

(Ayrıca bakınız: *İhtiyaç analizi, risk analizi*)

ilk yardım 73, 76, 331, 332, 334, 335, 350

insan hakları 6, 15, 21, 22, 23, 32, 44, 46, 58, 65, 67, 71, 83, 243, 284, 285, 307, 325, 336, 348, 351, 356, 357, 359, 360, 363, 364, 379, 380

(Ayrıca bakınız: *Haklar*)

insani destek 6, 11, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 29, 30, 33, 36, 37, 40, 42, 67, 73, 75,

78, 83, 143, 176, 243, 291, 356, 361, 363, 365, 366, 369, 370, 372, 373

insani krizler iii, 292, 336, 351

insani yardım kurumları 5, 6, 9, 10, 20, 21, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 68, 69, 71, 83, 85, 143, 147, 148, 189, 243, 246, 247, 291, 294, 338, 366, 369

İnsani Yardım Sözleşmesi ii, iii, iv, 1, 2, 4, 5, 6, 15, 19, 20, 24, 26, 28, 29, 36, 37, 38, 52, 53, 66, 67, 78, 82, 83, 142, 143, 238, 242, 243, 286, 290, 291, 356

(Ayrıca bakınız: *Temel standartlar, minimum standartlar, Koruma İlkeleri*)

insanlık prensibi 6, 20, 21, 83, 143, 243, 291

internally displaced persons (IDP) 22, 23, 31, 46, 144, 209, 339, 350, 353, 356, 363, 364, 378

(Ayrıca bakınız: *Yerel aileler, savunmasız insanlar*)

ishal 84, 95, 100, 101, 102, 110, 111, 114, 115, 131, 163, 168, 173, 174, 183, 219, 299, 311, 314, 318, 320, 323, 324, 341, 342, 343, 344

iskorbüt 156, 173, 181, 238

istihdam 93, 142, 146, 152, 175, 177, 202, 204, 208, 209, 210

iş için nakit 201, 209, 210, 253

iyileşme süreci 152, 171

izleme v, 5, 11, 14, 24, 36, 38, 39, 45, 46, 54, 67, 68, 69, 70, 71, 77, 86, 91, 92, 93, 94, 98, 100, 101, 102, 104, 148, 155, 156, 157, 159, 163, 164, 166, 167, 172, 176, 178, 179, 183, 187, 188, 189, 192, 195, 196, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 212, 224, 231, 233, 240, 247, 260, 263, 266, 270, 276, 288, 294, 300, 305, 307, 308, 310, 327, 344, 352, 372, 379

(Ayrıca bakınız: *Veri, değerlendirme*)

K

kadınlar 11, 15, 16, 21, 32, 35, 40, 53, 57, 61, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 75, 76, 84, 91, 93, 94, 96, 99, 103, 104, 107, 108, 109,

110, 113, 124, 127, 147, 151, 153, 158, 160, 161, 179, 180, 182, 185, 192, 193, 195, 198, 200, 202, 203, 208, 209, 210, 212, 214, 220, 222, 226, 227, 237, 255, 263, 271, 272, 273, 275, 279, 280, 282, 284, 286, 298, 302, 309, 313, 326, 327, 328, 329, 330, 338, 341, 342, 346, 350, 358, 363, 370, 377

(Ayrıca bakınız: Cinsiyet temelli şiddet, hamile kadınlar, mahremiyet, savunmasız insanlar)

kadınların katılımı 66, 84, 192

kalite ve hesap verebilirlik 4, 5, 7, 8, 12, 13, 53, 74, 379

kamplar 33, 34, 37, 63, 114, 178, 193, 240, 245, 246, 249, 251, 254, 257, 285, 319

(Ayrıca bakınız: Yerleşme, barınak)

kamu sağlığı 84, 85, 88, 89, 91, 101, 102, 117, 124, 134, 137, 140, 141, 142, 144, 155, 157, 165, 173, 174, 180, 181, 182, 190, 219, 224, 225, 226, 270, 292, 293, 297, 298, 303, 305, 310, 314, 336, 339, 348, 349, 350, 351

kap-kacak 104, 197, 198, 242, 247, 273, 282

(Ayrıca bakınız: Yemek pişirme, ocaklar)

karantina alanları 256

karar alma 14, 15, 24, 56, 59, 70, 84, 150, 155, 157, 202, 216, 305, 306

kemirgenler 112, 113, 114, 117, 119, 188

kızamık 86, 149, 156, 173, 174, 182, 219, 248, 295, 311, 312, 314, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 341, 342, 343, 344, 345

(Ayrıca bakınız: Aşılama, A vitamini)

kızlar 15, 21, 32, 40, 53, 58, 61, 63, 64, 66, 75, 84, 86, 94, 96, 104, 107, 110, 124, 130, 149, 153, 210, 237, 248, 271, 272, 275, 286, 294

(Ayrıca bakınız: Çocuklar, cinsiyet temelli şiddet, kadınlar)

kirlilik 14, 106, 117, 118, 122, 205, 275

(Ayrıca bakınız: Yeraltı suyu, yağmur suyu, yüzey suyu, tuvaletler, su kaynakları)

kişisel hijyen 94, 95, 96, 97, 103, 113, 131, 268, 269, 270, 281

klinsiyenler 222, 302, 306, 345, 347, 353

kolera 81, 82, 86, 103, 129, 131, 132, 149, 248, 295, 300, 316, 317, 318, 319, 320, 341, 342, 343, 345, 352, 378

konaklama 240, 246, 252, 254, 255, 256, 259, 260, 263, 274

(Ayrıca bakınız: Barınak)

koordinasyon v, vi, 5, 7, 10, 11, 13, 24, 31, 39, 44, 50, 52, 53, 58, 59, 60, 69, 71, 74, 85, 93, 95, 118, 119, 120, 142, 147, 155, 159, 160, 188, 189, 190, 202, 203, 206, 233, 247, 249, 250, 278, 285, 288, 290, 293, 298, 307, 308, 309, 312, 320, 322, 325, 326, 331, 333, 366, 374, 375, 379

Koruma İlkeleri iv, 1, 2, 6, 7, 20, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 52, 80, 82, 85, 107, 108, 110, 140, 142, 148, 153, 194, 209, 210, 240, 242, 247, 288, 290, 294

(Ayrıca bakınız: Temel Standartlar, İnsani Yardım Sözleşmesi, minimum standartlar)

koruyucu giyinme 116, 118, 120, 210

kötü beslenme 14, 140, 141, 142, 145, 147, 148, 155, 156, 157, 162, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 179, 182, 183, 220, 221, 222, 223, 224, 232, 234, 237, 238, 292, 311, 313, 314, 320, 323, 341, 342, 343, 344

(Ayrıca bakınız: Besleme, mikro besleyici eksikliği, besin, ek besleme, yetersiz beslenme)

kronik hastalıklar 166, 315

kronik yetersiz beslenme

(Ayrıca bakınız: Yetersiz beslenme)

kullanma noktası su arıtımı (PoUWT) 102, 379

(Ayrıca bakınız: Su tedariki)

kuraklık 99, 144, 178, 206, 212, 213

kurutulan arazi 80, 81, 82, 84, 88, 101, 106, 111, 114, 115, 117, 121, 122, 123, 127, 128, 136, 243, 256, 260, 261, 267, 313

(Ayrıca bakınız: Yeraltı suyu, kirlilik, yağmur suyu, yüzey suyu)

kültürel pratikler 17, 96, 98, 204, 259, 272, 273

L

laboratuvar hizmetleri 297, 299

laboratuvar testi 299, 318

M

mahremiyet 93, 104, 108, 252, 257, 258, 259, 260, 268, 297, 299

(Ayrıca bakınız: *Barınak, kadınlar*)

marketler 68, 108, 118, 119, 130, 142, 145, 152, 175, 177, 181, 182, 183, 189, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 233, 250, 254, 257, 263, 268, 270, 285

menenjit 299, 314, 317, 318, 319, 341, 342, 343, 344, 345

(Ayrıca bakınız: *Bağışıklık kazandırma, aşı-lama*)

menstruasyon 94, 95, 96, 108, 110, 127, 128

(Ayrıca bakınız: *Kadınlar*)

mikro besleyici eksikliği 140, 141, 142, 145, 147, 156, 157, 162, 164, 165, 169, 170, 171, 173, 174, 179, 180, 181, 182, 224, 225, 234, 238, 313, 323

(Ayrıca bakınız: *Kötü beslenme, ek besleme*)

mineraller 155, 181, 182, 228, 234, 238

Minimum Initial Service Package (MISP) 325, 326, 327, 350, 379

minimum standartlar ii, iii, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 20, 22, 24, 44, 53, 66, 67, 69, 71, 78, 79, 80, 83, 84, 88, 98, 134, 139, 140, 143, 144, 148, 150, 194, 231, 238, 239, 240, 243, 244, 249, 253, 264, 270, 284, 286, 287, 288, 291, 296, 298, 348, 361

(Ayrıca bakınız: *Temel Standartlar, İnsani Yardım Sözleşmesi, Koruma İlkeleri*)

mobilklinikler 297, 299

(Ayrıca bakınız: *Saha hastaneleri, sağlık merkezleri, hastaneler*)

mülkiyet 8, 42, 56, 57, 70, 249, 253, 254, 255, 266, 279

mülteciler vi, 15, 21, 22, 23, 45, 46, 76, 84,

112, 137, 144, 209, 235, 284, 285, 319, 339, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 356, 361, 363, 364, 369, 379, 380

N

nakit ve gıdakuponu transferleri 11, 94, 140, 141, 142, 145, 147, 152, 153, 160, 166, 170, 175, 176, 178, 199, 200, 201, 202, 203, 207, 210, 268, 304

(Ayrıca bakınız: *Gıda transferleri*)

niyasın 173, 180, 226, 228

O

ocaklar 177, 198, 242, 252, 257, 261, 274, 275, 282

(Ayrıca bakınız: *Yemek pişirme, yakıt, kap-kacak*)

oğlanlar 15, 21, 32, 53, 61, 66, 75, 130, 237, 271, 272, 286

(Ayrıca bakınız: *Çocuklar*)

okullar 39, 56, 57, 93, 108, 124, 129, 130, 179, 194, 198, 209, 210, 231, 236, 243, 246, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 261, 264, 270, 279, 281, 286, 298, 350, 351

oral rehidrasyon tuzları (ORS) 174, 323, 324, 379

oranlar 298, 310

(Ayrıca bakınız: *Gıda, gıda oranları*)

oyun alanları 253

Ö

ödeme 145, 156, 171, 221, 222

ölüm oranı verisi 292, 311, 351

(Ayrıca bakınız: *Ana ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm oranı (U5MR)*)

P

pelagra 156, 173, 181, 238

planlama 5, 14, 56, 59, 66, 72, 84, 85, 92, 93, 95, 119, 121, 122, 147, 153, 156, 157, 162, 178, 180, 181, 182, 187, 195, 201, 202, 224, 227, 232, 242, 246, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 260, 265, 266, 271, 281, 293, 312, 327, 371, 374

programme design 65, 66, 82, 89, 137, 166, 170, 184, 185

psikososyal destek 12, 17, 32, 40, 41, 43, 46, 47, 71, 74, 86, 149, 172, 184, 248, 286, 295, 325, 327, 333, 335, 350, 361

R

riboflavin eksikliği 181

risk analizi 101, 156, 316, 317, 330, 343

(Ayrıca bakınız: İlk değerlendirme, ihtiyaç analizi)

S

sabun 89, 95, 104, 110, 120

(Ayrıca bakınız: El yıkama, çamaşırhane, yıkama)

sağlık bilgilendirme sistemi (HIS) 305, 306, 316, 339, 348, 364, 378

sağlık çalışanları 125, 162, 238, 301, 302, 303, 315, 316, 331, 349

sağlık eğitimi 12, 200, 270, 297, 312, 313, 314, 323, 340, 358

sağlık etkisi 292, 293

sağlık hizmetleri 24, 32, 42, 43, 119, 137, 144, 161, 210, 211, 243, 246, 255, 256, 261, 264, 292, 297, 299, 300, 303, 304, 314, 316, 323, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 335, 337, 339

sağlık hizmetleri 42, 43, 73, 111, 115, 146, 148, 156, 162, 163, 165, 167, 168, 170, 171, 174, 182, 199, 209, 219, 250, 261, 288, 289, 290, 292, 294, 296, 297, 298, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 314, 315, 316, 320, 321, 323, 325, 328, 331, 333, 334, 335, 336, 351

sağlık önlemleri iv, 1, 2, 4, 7, 12, 24, 59, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 91, 98, 99, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 122, 124, 125, 127, 131, 132, 134, 135, 137, 144, 162, 243, 247, 250, 257, 281, 292, 311, 312, 313, 320, 336, 380

(Ayrıca bakınız: Su tedariki, hijyen teşviki)

sağlık tesisleri 118, 125, 132, 170, 250, 253, 281, 291, 293, 297, 299, 301, 303, 305, 306, 314, 317, 323, 324, 326, 327,

328, 331, 332, 334, 339, 341, 342, 345, 347, 348, 353

sağlık 103, 108, 124, 129, 154, 156, 296, 297, 325, 326, 343

(Ayrıca bakınız: Saha hastaneleri, sağlık çalışanları, hastaneler, mobil klinikler)

saha hastaneleri 297, 299

(Ayrıca bakınız: Sağlık merkezi, hastaneler, mobil klinikler)

savunmasız insanlar 11, 34, 36, 39, 54, 55, 61, 65, 67, 87, 90, 103, 104, 124, 137, 149, 166, 168, 175, 178, 183, 185, 194, 197, 200, 201, 202, 211, 212, 215, 219, 237, 248, 250, 255, 256, 270, 275, 277, 279, 295, 304, 307, 309, 310

(Ayrıca bakınız: Çocuklar, yaşlılar, HIV ile yaşayan insanlar, engelli insanlar, kadınlar)

savunmasızlık ve kapasite analizi 75, 86, 149, 233, 248, 294, 380

SCM 179, 188, 189, 190, 379, 389, 390

(Ayrıca bakınız: Tedarik zinciri yönetimi)

sel basma 117, 122, 128, 190, 209, 251, 253, 256, 266, 267, 293

seller 14, 64, 106, 108, 109, 110, 121, 122, 144, 206, 253, 293

sıtma 111, 113, 114, 115, 127, 131, 162, 168, 174, 182, 219, 299, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 319, 320, 323, 341, 342, 343, 344, 349

(Ayrıca bakınız: Uzun ömürlü böcek ilacı barındıran ağlar (LLINs), sivrisinek kontrolü)

sıtma önleme 313

sinekler 111, 112, 114, 115, 117, 119, 131

sivil toplum kuruluşları 10, 58, 59, 85, 147, 193, 246

sivrisinek kontrolü 115

(Ayrıca bakınız: Uzun ömürlü böcek ilacı barındıran ağlar (LLINs), sıtma)

sosyal ağlar 43, 55, 67, 73, 176, 184, 203, 204, 217, 257, 335

su güvenlik planı (WSP) 100, 101, 135, 380

su kaynakları 97, 98, 99, 100, 102, 105, 106, 110, 113, 114, 122, 125, 126, 135, 191, 320

(Ayrıca bakınız: Kirlilik, su tedariki)

su tedariki iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 111, 121, 124, 125, 126, 128, 135, 185, 198, 247, 268, 269, 312, 320, 380, 387, 390, 391, 392, 393, 394

(Ayrıca bakınız: Kullanım noktası su arıtımı (PoUWT), güvenli içme suyu, su toplama noktaları)

su toplama noktaları 122, 125

(Ayrıca bakınız: Kirlilik, güvenli içme suyu, su tedariki)

su yoluyla bulaşan hastalıklar 113

(Ayrıca bakınız: hastalık, taşıyıcı yoluyla bulaşan hastalıklar)

su, sanitasyon ve hijyen teşviki (WASH) iv, 1, 2, 4, 7, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 103, 108, 110, 124, 126, 132, 134, 135, 148, 164, 232, 253, 256, 380

sunî besleme

(Ayrıca bakınız: Besleme)

süt 159, 160, 185, 186, 219

(Ayrıca bakınız: Anne sütü, ek besleme)

Ş

şehir felaketleri 106, 110

(Ayrıca bakınız: Felaketler)

şiddetli kötü beslenme

(Ayrıca bakınız: Kötü beslenme)

T

tamir

(Ayrıca bakınız: Alet)

taşıyıcıyla yayılan hastalık 111, 112, 113, 114, 127, 258, 312

(Ayrıca bakınız: Hastalık, su yoluyla bulaşan hastalık)

Tedarik zinciri yönetimi (SCM) 142, 179, 188, 189, 190, 236, 270, 379

Temel ilaçlar 298, 302, 303, 318, 323, 337, 339, 349

(Ayrıca bakınız: İlaçlar, tıbbi ikmal malzemeleri)

Temel Standartlar ii, iv, 1, 2, 4, 6, 7, 20, 22, 24, 32, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 80,

82, 83, 85, 86, 89, 140, 142, 143, 148, 200, 218, 240, 242, 247, 250, 270, 288, 290, 294

(Ayrıca bakınız: İnsani Yardım Sözleşmesi, minimum standartlar, Koruma İlkeleri)

termal konfor 244, 258, 268, 271, 272

(Ayrıca bakınız: Yatak takımı, giyinme)

teşhis 11, 113, 114, 115, 164, 173, 174, 290, 299, 314, 315, 318, 319, 320, 337, 343, 344, 354

(Ayrıca bakınız: Hastalık)

tetanos 118, 120, 321, 327, 331, 332, 333, 343, 344, 345, 378, 380

(Ayrıca bakınız: DPT)

tıbbi atık 117, 118, 119, 120, 136, 137

(Ayrıca bakınız: Atık yönetimi)

tıbbi ikmal maddeleri 290, 296, 302

(Ayrıca bakınız: Haplar, temel ilaçlar)

tifo 131, 317, 343, 345

tiyamin 173, 180, 238

tohumlar 141, 142, 150, 152, 199, 206, 207, 211, 212, 216, 217, 233, 237

(Ayrıca bakınız: Gıda, genetiği değiştirilmiş gıdalar)

topluluk eşleştirme 101

topluluk hareketlenmesi 91, 92, 93, 101, 111, 164, 166, 170

Toplum Sağlık Çalışanları 125, 301, 316, 377

toprak mülkiyeti

(Ayrıca bakınız: Mülkiyet)

triyaaj 297, 314, 315, 323, 324, 331, 332, 378

tuvaletler 81, 82, 89, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 115, 121, 122, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 194, 256, 332

(Ayrıca bakınız: Kirlilik, su tedariki)

tüberküloz 16, 86, 149, 166, 248, 295, 314, 315, 329, 349, 380

U

ulusal yetkililer 6, 21, 116, 301, 322, 374

uluslararası hukuk 20, 21, 22, 32, 36, 37, 39, 83, 143, 144, 243, 291, 356, 357, 359, 360, 361, 362, 363, 369, 374, 376, 377, 378

uzun ömürlü böcek ilacı barındıran ağlar (LLINs) 313, 320

(Ayrıca bakınız: *Sıtma, sivrisinek kontrolü*)

Ü

üretken sağlık 161, 163, 171, 289, 290, 307, 309, 325, 327, 328, 349, 350, 352, 379

V

vaka felaket oranları 317, 319, 320, 347, 377

Vitamin A 156, 161, 162, 163, 168, 173, 174, 181, 219, 225, 228, 238, 321

Vitamin C 173, 228

Vitamin D 184, 228

Y

yağmur suyu 121, 122

(Ayrıca bakınız: *Kanalizasyon, yeraltı suyu, kirlilik, yerüstü suyu*)

yakıt 35, 163, 178, 184, 185, 194, 197, 198, 233, 242, 247, 252, 255, 266, 269, 274, 275, 281, 282, 286

(Ayrıca bakınız: *Yemek pişirme, ocaklar*)

yapı malzemeleri 109, 246, 250, 260, 265, 266, 271, 280, 281

yaralanma 23, 45, 72, 73, 119, 209, 289, 290, 292, 293, 299, 307, 309, 331, 332, 333, 341, 342, 343, 344, 350, 353

yardım ajansları

(Ayrıca bakınız: *İnsani yardım kurumları*)

yardım çalışanı 7, 50, 52, 53, 54, 61, 63, 71, 72, 73, 76, 86, 148, 236, 247, 294

yaşlılar v, 11, 12, 16, 17, 35, 40, 47, 57, 63, 66, 67, 77, 85, 99, 104, 107, 108, 112, 147, 183, 192, 194, 195, 198, 209, 212, 220, 223, 229, 237, 256, 263, 272, 273, 280, 282, 309, 338, 357

(Ayrıca bakınız: *Savunmasız insanlar*)

yatak takımı 112, 113, 240, 241, 242, 244, 252, 268, 271, 272, 282

(Ayrıca bakınız: *Gıda dışı kalemler (NFIs), termal konfor*)

yatarak tedavi görenler 129, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 221, 297, 315, 343

yeme-içme aletleri

(Ayrıca bakınız: *Yemek pişirme, kap-kacak*)

yemek yapma 34, 35, 83, 97, 98, 100, 103, 104, 113, 131, 178, 179, 182, 184, 185, 194, 197, 198, 242, 243, 244, 247, 255, 257, 259, 260, 261, 269, 270, 273, 274, 275, 282, 352

(Ayrıca bakınız: *Yakıt, ocak, kap-kacak*)

yemek iv, 1, 2, 4, 7, 22, 24, 34, 45, 66, 76, 83, 89, 92, 94, 95, 98, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 119, 126, 132, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 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, 218, 219, 222, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 243, 244, 247, 251, 254, 256, 257, 259, 260, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 273, 274, 275, 285, 291, 292, 293, 304, 312, 313, 336, 340, 352, 358, 365, 369, 378, 380

(Ayrıca bakınız: *Yemek pişirme, gıda transferleri, yetersiz beslenme, mikro besleyici eksikliği, beslenme, kötü beslenme*)

yeniden kurma 134, 221, 231, 240, 245, 249, 251, 280, 284, 285, 348, 361

yeraltı suyu 98, 105, 106, 107, 108, 117, 119, 122, 123, 126, 127

(Ayrıca bakınız: *Kurutulan arazi, kirlilik, yağış suyu, yüzey suyu, su kaynakları*)

yerel yetkililer 5, 56, 60, 63, 69, 85, 119, 147, 193, 201, 207, 247, 259, 270, 293, 298, 299, 302, 308, 309

yerinden edilmiş topluluklar 114, 235, 244, 245, 246, 247, 249, 251, 252, 255, 257, 264, 269, 279, 280, 281, 284, 321, 349, 352, 353

yerleşim 1, 2, 4, 7, 30, 34, 45, 101, 112, 113, 114, 115, 118, 119, 121, 122, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 284, 285, 300, 312, 313, 343, 380

(Ayrıca bakınız: *Barrak*)

toplu yerleşim 240, 249, 251, 255, 285

geçici yerleşim 240, 249, 251, 255, 285

yerüstü suyu 106, 107, 115, 117, 121, 122, 256, 261

(Ayrıca bakınız: *Kanalizasyon, yeraltı suyu, kirlilik, yağmur suyu*)

yetersiz beslenme 144, 145, 146, 147, 148, 152, 154, 155, 156, 157, 158, 164, 168, 170, 210, 218, 219, 222, 231, 234

(Ayrıca bakınız: *Besleme, kötü beslenme, mikro besleyici eksikliği, beslenme, ek besleme*)

yıkama 95, 103, 104, 107, 108, 110, 113, 120, 121, 122, 129, 198, 243, 260

(Ayrıca bakınız: *El yıkama, çamaşırhane, sabun*)

Z

zarar verme prensibi 175, 205

zatürre 314, 315, 324

zihinsel sağlık 16, 17, 43, 46, 47, 73, 74, 76, 158, 286, 289, 290, 309, 325, 327, 333, 334, 335, 336, 350, 353, 358, 361

Visit Sphere Projesi website
www.sphereproject.org

To order Sphere Rehberi please go to
www.practicalactionpublishing.org/sphere



Bu kitap Türk Kızılayı tarafından basıma hazırlanmıştır.

Tercüme eden: Kamil Kurtul

Türk Kızılayı Sphere yaygınlaştırma çalışma grubu:

Seval Güzelkılınç

Ece Yılmaztürk

Kamil Erdem Güler

Feriyâ Öztürk

Ayşe Coşar

Yasemin Coşkun

Neriman Kızıldaş

Zeynep Türkmen'e katkılarından dolayı teşekkür ederiz.