



Проект «Сфера»

Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти при наданні гуманітарної допомоги

The Sphere Handbook 2011:
Humanitarian Charter and Minimum
Standards in Humanitarian Response
(Ukrainian Edition)





Проект «Сфера»

Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти при наданні гуманітарної допомоги

The Sphere Handbook 2011:
Humanitarian Charter and Minimum
Standards in Humanitarian Response
(Ukrainian Edition)



Видання проекту «Сфера»:

The Sphere Project

Copyright©The Sphere Project 2011

Електронна адреса: info@sphereproject.org

Сайт: www.sphereproject.org

Проект «Сфера» було створено 1997 року групою неурядових організацій і Рухом Червоного Хреста і Червоного Півмісяця з метою розробки універсальних мінімальних стандартів у ключових сферах надання гуманітарної допомоги – посібника проекту «Сфера». Метою цього посібника є підвищення якості гуманітарної допомоги при виникненні надзвичайної ситуації або конфлікту, а також підвищення рівня підзвітності гуманітарної системи перед постраждалим від НС населенням. Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти при наданні гуманітарної допомоги, – результат колективних зусиль багатьох людей і організацій. Тому не варто вбачити в них вираження поглядів якоїсь однієї організації.

Перше пробне видання 1998 р.

Перше остаточне видання 2000 р.

Друге видання 2004 р.

Третє видання 2011 р.

1-й додатковий тираж

ISBN 978-0-994830-11-1

Усі права захищено. Це видання захищене а вторським правом, однак може відтворюватися будь-яким способом без оплати з освітньою метою, але не для перепродажу. Для будь-якої подібної цілі потрібен формальний дозвіл, який, як правило, надається нехайно. Для відтворення видання за інших обставин, для його опублікування на сайті або для використання його в інших публікаціях, так само як і з метою перекладу або адаптації, необхідно заздалегідь отримати письмовий дозвіл власника авторського права і, можливо, надати оплати

The translation and publication of this Ukrainian language edition was made possible by the generous support of the Rev Marian and Dr Roman Curkowskyj Foundation, Canada.

Оформлення -  **messaggio**, Мец-Тессі, Франція

Координація діяльності з перекладу українською - Даніель Стоділка

Переклад українською мовою - Ірина Бабаніна, Сергій Чемеркін

Набір тексту - Сергій Чемеркін

Набір тексту, верстка - Сергій Шишкін

Передмова

Це останнє видання посібника проекту «Сфера» *Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти при наданні гуманітарної допомоги* – результат широкого міжорганізаційного співробітництва.

Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти – свідчення рішучості гуманітарних організацій підвищити ефективність допомоги, яку вони надають, та запровадити підзвітність перед зацікавленими сторонами, сприяючи створенню практичної основи для забезпечення підзвітності.

Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти, безперечно, не в змозі запобігти ні виникненню гуманітарних криз, ні стражданню людей. Проте вони дають можливість підвищити дієвість допомоги, що надається, і їх метою є поліпшення життя людей, постраждалих від надзвичайних ситуацій.

Стандарти проекту «Сфера», розроблені наприкінці 1990-х років за ініціативи групи гуманітарних неурядових організацій та Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, сьогодні почали застосовувати як повсюдно прийняті фактичні стандарти надання гуманітарної допомоги в XXI столітті.

У зв'язку з цим хотілося б висловити вдячність усім, завдяки кому це стало можливим.



Тон ван Зутфен
Голова правління
проекту «Сфера»



Джон Дамерелл
Керівник проекту

Особи та організації, які брали участь у підготовці видання

Це перероблене і виправлене видання посібника проекту «Сфера» є результатом великої співпраці та широких консультацій, у яких брала участь значна кількість людей із різних країн світу, тому згадати кожного окремо неможливо. Проект «Сфера» висловлює вдячність усім організаціям і окремим особам за той величезний внесок, який вони зробили в цю роботу, і виявлену ними готовність брати участь у цій роботі.

Процесом перевидання керувала група координаторів, які здійснювали роботу над технічними розділами та вирішували комплексні питання, за підтримки експертів із питань, що виникали, які представляли гуманітарний сектор, будучи або працівниками, відрядженими гуманітарними організаціями, або спеціально запрошеними на роботу фахівцями – залежно від запланованого масштабу роботи. Консультанти очолювали процес редагування елементів, пов'язаних із посібником у цілому, що потребувало значних обсягів додаткової роботи. Особи, перелічені нижче, є консультантами проекту (якщо не вказано інше).

Гуманітарна Хартія: Джеймс Дарсі, Мері Пікард, Джим Бішоп (InterAction), Клер Сміт (CARE International) та Івонн Клінман (МФЧХ)

Принципи забезпечення захисту: Ед Шенкенберг ван Міроп (ICVA) і Клодін Енні Даль

Базові стандарти: Пета Сандісон і Сара Девідсон

Технічні розділи

- ▶ **Водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни:** Негя Базезев Легессе (Oxfam GB)
- ▶ **Продовольча безпека та харчування:**
 - **Харчування:** Сьюзен Терстанс (Save the Children UK)
 - **Продовольча безпека та засоби до існування:** Девриг Веллі (Action Contre la Faim)
 - **Продовольча допомога:** Пол Тернбулл (World Food Programme) і Волтер Міддлтон (World Vision International)

- ▶ **Забезпечення тимчасовим житлом, організація розміщення і непродуктивна допомога:** Грехем Сондерс (МФКК)
- ▶ **Надання медичної допомоги:** Месфін Теклу (World Vision International)

Комплексні питання

- ▶ **Діти:** Моніка Бломстрем і Марі Мерт (Save the Children Sweden)
- ▶ **Літні люди:** Джо Беллз (HelpAge International)
- ▶ **Інваліди:** Марія Кетт (Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre)
- ▶ **Гендер:** Шивон Форан (IASC GenCap Project)
- ▶ **Психосоціальні питання:** Марк ван Оммерен (Всесвітня організація охорони здоров'я) і Майк Усселз (Columbia University)
- ▶ **ВІЛ і СНІД:** Пол Спігел (UNHCR)
- ▶ **Довкілля, зміна клімату та зниження ризику НС:** Аніта ван Бреда (WWF) і Найджел Тіммінс (Christian Aid)

Додаткові стандарти «Сфера»

- ▶ **Освіта:** Дженніфер Хофманн і Цветомира Лауб (INEE)
- ▶ **Домашня худоба:** Кеті Вотсон (LEGS)
- ▶ **Відновлення економіки:** Трейсі Герстл і Лора Мейсснер (мережа SEEP)

Консультанти з додаткових питань

- ▶ **Раннє відновлення:** Марія Ольга Гонсалес (UNDP/BCPR)
- ▶ **Координація та управління таборами:** Джилліан Данн (IRC)
- ▶ **Програми грошової допомоги:** Нупур Кукреті (Cash Learning Partnership network)

Крім того, було проведено консультації з низкою фахівців із військово-цивільних питань, із питань прогнозування та врегулювання конфліктів і міських поселень.

Робочі й референтні групи були організовані з тим, щоб надавати підтримку роботі координаторів; проект «Сфера» висловлює вдячність усім членам цих груп. У цьому розділі не наведено список їхніх імен, однак його можна знайти на сайті проекту «Сфера»: www.sphereproject.org.



Редактори: Філ Грині, Сью Піффер, Девид Вілсон.

Помічник редакційної групи Раджа Джарра

Фахівці з моніторингу та оцінювання результатів: Клаудія Шнайдер, SKAT

Правління проекту «Сфера» *(склад на 31 грудня 2010 р.)*

Action by Churches Together (ACT) Alliance (Джон Ндуна) * Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR) (Лорен Сейяр) * Aktion Deutschland Hilft (ADH) (Мануела Россбах) * CARE International (Олів'є Браунштеффер) * CARITAS Internationalis (Ян Бейтс) * The International Council of Voluntary Agencies (ICVA) (Ед Шенкенберг ван Мірон) * International Rescue Committee (IRC) (Джилліан Данн) * InterAction (Лінда Потіт) * Intermón Oxfam (Олена Сторбаті) * Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (МФЧХ) (Саймон Екклзхолл) * The Lutheran World Federation (LWF) (Рудельмар Буено де Фаріа) * Policy Action Group on Emergency Response (PAGER) (Мія Вукоєвич) * Plan International (Унні Крішнан) * Save the Children Alliance (Анні Фостер) * Sphere India (Н. М. Прусті) * The Salvation Army (Релтон Гіббс) * World Vision International (Тон ван Зутфен).

Донори

Крім вищевказаних організацій, що входять до Правління, кошти на перевидання цього посібника проекту «Сфера» також надали:

Австралійське агентство з міжнародного розвитку (AusAID) * Бюро ЄС із гуманітарної допомоги та громадянського захисту (ECHO) * Міністерство закордонних справ Німеччини * Міністерство закордонних справ Іспанії * Швейцарське агентство з розвитку та співробітництва (SDC) * Міністерство міжнародного розвитку Великобританії (DFID) * Бюро у справах населення, біженців і міграції Держдепартаменту США (US-PRM) * Відділ надання допомоги жертвам лиха, яке сталося за кордоном (США) (US-OFDA).

Штатні співробітники проекту «Сфера»

Керівник проекту: Джон Дамерелл

Питання тренінгу і навчання: Вероніка Фубер

Питання реклами та забезпечення матеріалами: Анінья Надіг

Сприяння тренінгу та рекламі: Сесілія Фуртаде

Адміністративні питання і фінанси: Лідія Бокі

На різних етапах у процесі редагування цього посібника додаткову допомогу учасникам проекту надавали Елісон Джойнер, Хані Ескандар і Лаура Лопес.

Зміст

Передмова.....	III
Особи та організації, які брали участь у підготовці видання.....	IV
Що таке «Сфера»?.....	3
Гуманітарна Хартія.....	21
Принципи забезпечення захисту.....	29
Базові стандарти.....	55
Мінімальні стандарти водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни.....	93
Мінімальні стандарти продовольчої безпеки і харчування.....	161
Мінімальні стандарти щодо забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуктивної допомоги.....	283
Мінімальні стандарти в галузі надання медичної допомоги.....	343
Додатки.....	423
Додаток 1: Основні документи, які були враховані Гуманітарної Хартією.....	424
Додаток 2: Кодекс поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій при наданні допомоги для пом'якшення наслідків стихійного лиха.....	438
Додаток 3: Список скорочень.....	449
Алфавітний покажчик.....	453

Посібник проекту «Сфера»



Що таке «Сфера»?



Що таке «Сфера»?

Проект «Сфера» та його керівний склад зарекомендували себе пропагандистами запровадження обліку таких факторів, як якість і підзвітність, у рамках надання гуманітарної допомоги. Однак які витоки проекту «Сфера»? У чому полягає концепція і які підходи до її реалізації? Як і чому виникла ідея створення цього посібника? Яке його місце в сфері гуманітарної діяльності? Хто і коли має використовувати цей посібник? Мета цього розділу – дати відповідь на деякі з цих основних питань. Крім того, тут пояснено структуру посібника, подано рекомендації щодо його застосування і того, як ви чи ваша організація можете дотримуватися мінімальних стандартів проекту «Сфера».

Концепція проекту «Сфера»: право на життя з гідністю

Проект «Сфера» розпочато в 1997 році групою гуманітарних неурядових організацій (НУО) спільно з Міжнародним рухом Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. Їхня мета полягала у підвищенні якості діяльності щодо надання допомоги в надзвичайних ситуаціях та запровадження підзвітності у цій сфері діяльності. Концепцію проекту «Сфера» визначають **дві засадничі позиції**: по-перше, всі постраждалі від НС або конфлікту мають право на життя з гідністю, і як наслідок – мають право на допомогу; по-друге, варто вживати всіх необхідних заходів для того, щоб полегшувати страждання людей, викликані надзвичайною ситуацією або конфліктом.

На підставі цих двох позицій у рамках проекту «Сфера» було розроблено Гуманітарну Хартію і визначено **мінімальні стандарти** в основних секторах із порятунку життя людей. Ці стандарти тепер відображено в чотирьох технічних розділах, присвячених питанням водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни; продовольчої безпеки та харчування; забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродовольчої допомоги, а також медичного обслуговування. **Базові стандарти** – це стандарти, що стосуються процесу надання допомоги і належать до всіх технічних розділів.

Мінімальні стандарти – це стандарти, що ґрунтуються на доказах, і відображають вироблену в секторі спільну позицію щодо найкращої практики в галузі надання



гуманітарної допомоги. Кожен стандарт супроводжують ключові дії, ключові показники та інструкції (описані нижче в розділі «Рекомендації щодо застосування стандартів»), які дозволяють адаптувати сформульовані узагальнені мінімальні стандарти до місцевих умов.

Мінімальні стандарти описують умови, які необхідно створити в рамках надання будь-якої гуманітарної допомоги для забезпечення виживання постраждалого від НС населення і відновлення в стабільній обстановці з дотриманням людської гідності. **Залучення постраждалого населення до процесу консультування становить ядро концепції проекту «Сфера».** Згодом проект «Сфера» став однією з перших ініціатив, відомих тепер як програми з забезпечення **якості та підзвітності**.

До цього видання посібника входять Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти. Посібник проекту «Сфера» призначений для здійснення планування, контролю й оцінки дій у рамках надання гуманітарної допомоги. Він також є ефективним роз'яснювально-пропагандистським інструментом при узгодженні з владою питань, що стосуються надання гуманітарної допомоги та надання ресурсів. Крім того, посібник може використовуватися для здійснення заходів із забезпечення готовності до НС та при плануванні дій у надзвичайних обставинах. Сьогодні усе більше число донорів гуманітарної допомоги вводять ці стандарти в свої вимоги до звітності.

Саме тому, що цей посібник не належить якійсь одній організації, його було схвалено усім гуманітарним сектором, що сприяло його широкій популярності й світовому визнанню як збірки стандартів щодо надання гуманітарної допомоги, і посібник стали використовувати як міжорганізаційний інструмент комунікації та координації.

Уперше посібник було видано 2000 року, а в 2003 і в 2009-2010 роках у нього було внесено зміни і доповнення. Щоразу під час перевидання здійснювалися консультації з представниками усього гуманітарного сектора із залученням низки агентств, організацій та окремих осіб, зокрема й урядів та установ системи Організації Об'єднаних Націй (ООН) включно.

Основними користувачами посібника «Сфера» є фахівці, які беруть участь у плануванні, управлінні або наданні гуманітарної допомоги. До їх числа належать співробітники і добровольці місцевих, національних та міжнародних гуманітарних організацій. Мінімальні стандарти також часто слугують орієнтиром у контексті збору грошей на благодійні потреби та подання проектних пропозицій.

Інших учасників, таких як уряд і місцева влада, військовий або приватний сектор, також закликають долучатися до використання посібника «Сфера». Це не тільки

може бути корисним для здійснення управління їхніми діями, але й сприятиме розумінню ними стандартів, застосовуваних гуманітарними організаціями, з якими їм, можливо, доведеться взаємодіяти.

Посібник як відображення системи цінностей проекту «Сфера»

Структура цього посібника відображає мету проекту «Сфера» – міцно пов'язати надання гуманітарної допомоги з використанням підходу, заснованого на дотриманні прав і співчутті.

Гуманітарна Хартія, принципи забезпечення захисту та базові стандарти

Гуманітарна Хартія, принципи забезпечення захисту та базові стандарти відображають підхід проекту «Сфера», орієнтований на дотримання прав та інтересів людей у рамках надання гуманітарної допомоги. Їхнім пріоритетом є значимість залучення постраждалого населення, а також місцевої і національної влади на всіх етапах надання гуманітарної допомоги.

Головним елементом цього посібника є Гуманітарна Хартія (з наведеним на с. 406 анотованим переліком основних правових і програмних документів). У Гуманітарну Хартію закладено етичні та правові основи принципів забезпечення захисту, а також базові й мінімальні стандарти, які визначають етапи їхньої правильної інтерпретації і застосування. Вона є вираженням встановлених юридичних прав і обов'язків, а також загальних переконань і зобов'язань гуманітарних організацій, об'єднаних у збірку **загальних принципів, прав і обов'язків**. Спираючись на принцип гуманності та гуманітарного обов'язку надавати допомогу, до них належать: право на життя з гідністю, право на отримання гуманітарної допомоги, а також право на захист і безпеку. Гуманітарна Хартія також підкреслює значення **підзвітності гуманітарних організацій перед постраждалим населенням**. Базові й мінімальні стандарти визначають практичне значення цих принципів.

Гуманітарна Хартія пояснює, чому надання допомоги та забезпечення захисту є основоположними елементами гуманітарної діяльності. З метою подальшого розвитку аспекту, який стосується забезпечення захисту, до посібника внесено низку **принципів забезпечення захисту**, що перетворюють деякі правові принципи і права, наведені у Гуманітарній Хартії, в стратегії і заходи, які повинні становити сутність гуманітарної діяльності з точки зору забезпечення захисту. Забезпечення захисту – основна частина гуманітарної діяльності, й принципи забезпечення



захисту вказують на обов'язок гуманітарних організацій забезпечити те, щоб їхня діяльність була спрямована на найсерйозніші загрози, яких найчастіше зазнає населення під час конфлікту чи НС.

Усі гуманітарні організації повинні забезпечити, щоб їх діяльність не заподіяла постраждалим більшої шкоди (принцип забезпечення захисту 1); щоб їх діяльність приносила користь найбільш постраждалим і вразливим особам (принцип забезпечення захисту 2); щоб сприяти захисту людей від насильства та інших порушень прав людини (принцип забезпечення захисту 3) і щоб надавати постраждалим особам допомогу у відновленні від наслідків зловживань (принцип забезпечення захисту 4). Ролі та обов'язки гуманітарних організацій у плані забезпечення захисту здебільшого є допоміжними щодо юридичної відповідальності держави та інших відповідних урядових органів. Забезпечення захисту зазвичай полягає у нагадуванні владі про її обов'язки.

Базові стандарти є першим блоком мінімальних стандартів і визначають суть усіх інших. Вони пояснюють, наскільки важливі процеси і підходи, що застосовуються при наданні гуманітарної допомоги для досягнення найбільшої ефективності. Для досягнення технічних стандартів необхідно зосередити увагу на ресурсах і активній участі постраждалих від НС або конфлікту, на здійсненні комплексного аналізу та оцінки потреб і обстановки, забезпеченні ефективної координації дій організацій; необхідне прагнення постійно підвищувати ефективність роботи, а також потрібен кваліфікований персонал, якому має бути надана належна підтримка.

Принципи забезпечення захисту та базові стандарти наведено в одному розділі на початку цього посібника з тим, щоб уникнути їх повторення в кожному присвяченому тим чи іншим технічним аспектам розділі. Вони складають основу всієї гуманітарної діяльності та **повинні застосовуватися разом із розділами, присвяченими технічним аспектам надання допомоги**. Їх дотримання необхідне для досягнення технічних стандартів із урахуванням забезпечення якості та підзвітності перед постраждалим населенням.

Базові та мінімальні стандарти в чотирьох присвячених технічним аспектам надання допомоги розділах

Базові й мінімальні стандарти стосуються методів планування програм допомоги чотирьох різновидів заходів, спрямованих на порятунок життя, а саме: водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни; продовольча допомога та харчування; забезпечення житлом, організація розміщення і непродуктового допомоги; медичне обслуговування.

Рекомендації щодо застосування стандартів

Базові та мінімальні стандарти представлено в певному форматі. Вони починаються із загального та всеохоплюючого формулювання – мінімального стандарту – за яким іде перелік ключових дій, ключових показників та інструкцій.

Спочатку наведено мінімальний стандарт. Кожен стандарт базується на принципові, згідно з яким постраждале від НС населення має право на життя з гідністю. Це стандарти якості, що задають мінімальні рівні, яких потрібно досягти в процесі надання гуманітарної допомоги. Вони універсальні й можуть застосовуватись за будь-якої НС, тому й сформульовані в загальних виразах.

Далі наведено **ключові дії** практичного характеру, необхідні для досягнення мінімального стандарту. Деякі з цих дій можуть бути незастосовні до всіх ситуацій, тому тим, хто на практиці надає допомогу, належить вибрати необхідні дії і спланувати альтернативні заходи, які забезпечать досягнення зазначеного стандарту.

Потім ідуть **ключові показники**, які слугують індикатором, що визначає, чи був досягнутий той чи інший стандарт. Вони дозволяють оцінювати результати ключових дій та інформувати про хід їх реалізації. Ключові показники належать до мінімальних стандартів, а не до ключових дій.

Інструкції стосуються аспектів, що залежать від конкретної ситуації, які необхідно брати до уваги, щоб виконати ключові дії і досягти ключових показників. Вони містять вказівки щодо подолання практичних труднощів, а також орієнтири або рекомендації з найбільш важливих питань та питань, які потребують комплексного підходу. Інструкції не містять вказівок щодо того, як варто здійснювати на практиці ту чи іншу дію.

У короткому **вступі до кожного розділу** викладено основні питання, які розглянуто в розділі. Розділи, присвячені технічним мінімальним стандартам, містять також додатки, зокрема, з переліками контрольних запитань, формулами, таблицями та зразками звітних форм. У кінці кожного розділу наведено списки літератури та додаткових матеріалів. Докладний глосарій для всього посібника можна знайти на сайті проекту «Сфера» (www.sphereproject.org).

Усі розділи взаємопов'язані. У багатьох випадках стандарти, описані в одному розділі, повинні бути розглянутими разом зі стандартами інших розділів. Тому цей посібник містить велику кількість перехресних посилань.



Дотримання мінімальних стандартів проекту «Сфера»

Посібник проекту «Сфера» є добровільним кодексом і самоврядним інструментом для забезпечення якості та підзвітності, відповідно проект «Сфера» не передбачає будь-якого механізму контролю за дотриманням нормативних вимог. Не існує ніякої формальної процедури «вступу» в проект «Сфера», членства в ньому або якого-небудь процесу акредитації. Для того щоб сприяти розширенню кола користувачів цього посібника, проект «Сфера» свідомо вважав за краще використання такого формату посібника, який не є розпорядчим або потребує неухильного дотримання.

Цей посібник не містить практичних вказівок щодо способу надання певних послуг (ключові дії містять рекомендації щодо заходів, які сприяють досягненню будь-якого стандарту, не вказуючи на конкретні способи їх здійснення). У ньому радше пояснюється, що **необхідно мати в наявності** для забезпечення гідного життя постраждалого населення. Таким чином, кожна організація, застосовуючи цей посібник, повинна сама обрати механізм, що забезпечує відповідність мінімальним стандартам проекту «Сфера». Деякі організації використовують виключно внутрішні механізми контролю, в той час як інші надають перевагу зовнішній експертизі з боку колег. Деякі організації, об'єднані в мережі, використовують проект «Сфера» для оцінки їх спільних дій із надання допомоги в конкретних надзвичайних ситуаціях.

Робота з проектом «Сфера» не потребує дотримання усіх стандартів і показників. Міра, до якої організації можуть дотримуватися стандартів, залежить від низки факторів, і на деякі з них ці організації впливати не можуть. Деколи виникають труднощі з отриманням доступу до постраждалого населення, відсутні необхідні заходи співпраці з владою чи існує серйозна загроза безпеці – усе це перешкоджає дотриманню стандартів.

У разі, якщо в цілому рівень життя постраждалого населення був значно нижчим мінімальних стандартів ще до настання НС, то існує ймовірність, що організації не матимуть достатніх ресурсів для досягнення цих стандартів. У таких випадках надання найбільш необхідних зручностей і послуг для всього постраждалого населення може бути важливішим, ніж досягнення мінімальних стандартів лише для його частини.

У деяких випадках мінімальні стандарти можуть перевищувати повсякденний життєвий рівень населення, що проживає навколо зони, ураженої стихійним лихом, і все ж необхідно дотримуватися цих стандартів у рамках надання допомоги постраждалому від НС населенню. Однак подібні ситуації можуть також потребувати вжиття заходів із надання підтримки населенню, що проживає навколо зони, ураженої стихійним лихом, а також вказувати на необхідність ведення діалогу

з керівниками громад. При цьому адекватні й здійснювані заходи визначаються наявною ситуацією.

У випадках, коли досягнення стандартів неможливе, гуманітарним організаціям потрібно:

- У своїй звітності (оцінці, аналізі та ін.) фіксувати розбіжності між відповідними показниками проекту «Сфера» і тими показниками, яких було досягнуто на практиці
- Указати причину цього і пояснити, що необхідно змінити
- Проаналізувати негативні наслідки для постраждалого населення
- Ужити необхідних пом'якшувальних заходів щодо зниження негативного впливу цих наслідків

Прагнучи до прийняття вищевказаних заходів, організації демонструють прихильність концепції проекту «Сфера» і його мінімальним стандартам, навіть якщо вони не спроможні досягти цих стандартів, як зазначено в посібнику.

Місце проекту «Сфера» в рамках надання гуманітарної допомоги

Посібник «Сфера» призначено для використання під час надання гуманітарної допомоги в таких ситуаціях, як стихійні лиха, конфлікти у ситуації, яка виникла поступово чи раптово, в сільських і міських місцевостях, а також у складних політичних НС в усіх країнах. Поняття «надзвичайна ситуація» охоплює вищезазначені випадки, а там, де це необхідно, використовується поняття «конфлікт». Поняття «населення» означає окремих осіб, сім'ї, громади та більш широкі групи. Цим пояснюємо той факт, що в посібнику «Сфера» широко вжито поняття «населення, що постраждало від НС».

У яких випадках використовувати цей посібник

Мінімальні стандарти проекту «Сфера», у яких приділено першорядну увагу періоду надання **гуманітарної допомоги**, стосуються заходів, спрямованих на задоволення нагальних життєво важливих потреб постраждалого від НС населення. Тривалість цього періоду може варіюватися від кількох днів до кількох тижнів, місяців і навіть років, особливо в умовах, пов'язаних із відсутністю упродовж тривалого часу безпеки, а також у зв'язку з переміщенням населення. Отже, неможливо точно визначити терміни, впродовж яких може бути застосовано стандарти проекту «Сфера».



І все ж цей посібник посідає певне місце у сфері здійснення **гуманітарної діяльності**, до якої зараховують не лише надання невідкладної допомоги постраждалим, а й цілу низку заходів, що починаються із забезпечення готовності до НС, далі йдуть заходи власне надання гуманітарної допомоги і нарешті переходять у стадію сприяння ранньому відновленню. Як збірник довідкової інформації цей посібник може бути корисним як на стадії підготовки до НС, так і на стадії раннього відновлення, які на понятійному рівні «обрамують» гуманітарну діяльність, хоча насправді повинні розглядатися разом.

Забезпечення готовності до НС потребує, щоб учасники надання допомоги – уряди, гуманітарні організації, місцеві цивільні громадські організації, громади й окремі особи – мали ресурси, зв'язки і знання, необхідні для підготовки та ефективного реагування на виникнення НС або конфлікту. До і під час надання допомоги вони повинні почати вживати заходів, спрямованих на підвищення рівня готовності для зниження ризиків у майбутньому. Вони повинні бути принаймні підготовлені до досягнення мінімальних стандартів проекту «Сфера» під час майбутньої НС.

Раннє відновлення є процес, який іде після надання допомоги постраждалим і сприяє відновленню в довгостроковій перспективі. Для того щоб підвищити ефективність цього процесу, його необхідно планувати заздалегідь і вживати заходів щодо сприяння йому на самому початку надання гуманітарної допомоги. Розуміючи важливість значення раннього відновлення, цей посібник в усіх необхідних випадках постійно посилається на раннє відновлення.

Інновації в гуманітарному секторі та їх наслідки для проекту «Сфера»

За останні кілька років у гуманітарному секторі та інших відповідних галузях відбулась низка перетворень, викликаних змінами, що стосуються характеру НС і конфліктів, а також гуманітарної діяльності. До інновацій, врахованих при редагуванні цього посібника, належать такі:

- Більше уваги з позиції підходу і практики зосереджено на наданні допомоги на місцевому та національному рівнях з усвідомленням того, що потрібно консультуватися з **постраждалим населенням** і зміцнювати потенціал потерпілої держави і національних організацій та установ у галузі надання допомоги
- Підвищено рівень підзвітності, особливо перед постраждалим населенням, а також поліпшено координацію, зокрема, в рамках реформування гуманітарних організацій (кластерний підхід) з ініціативи Міжорганізаційного постійного комітету (МПК)
- Приділено підвищену увагу до питань і заходів щодо забезпечення захисту

- Зросла обізнаність про можливу великомасштабну вимушену міграцію внаслідок **стихійних лих, викликаних зміною клімату**, а також обізнаність стосовно того, що погіршення стану навколишнього середовища підвищує ступінь уразливості населення
- З'явилося усвідомлення того, що швидко зростає чисельність **бідного міського населення** і що воно зазнає особливих ризиків, які можуть виникати у грошовому секторі економіки, через соціальну згуртованість і у зв'язку з проблемами щодо використання фізичного простору
- З'явилися нові підходи до надання гуманітарної допомоги, такі як допомога у вигляді **готівки і ваучерів**, а також здійснення місцевих закупівель товарів для допомоги, що надається в натуральній формі, замість її ввезення
- Зросло визнання **зниження ризику НС** як окремого сектора і підходу
- Зросла частка участі в наданні гуманітарної допомоги **збройних сил**, які є учасниками, що не керуються насамперед гуманітарним імперативом, що потребує розробки спеціальних інструкцій і координаційних стратегій для ведення діалогу між збройними силами і цивільними гуманітарними організаціями
- Зросла частка участі в наданні гуманітарної допомоги **приватного сектора**, що потребує інструкцій і стратегій, аналогічних тим, які необхідні для ведення діалогу між громадянськими і військовими сторонами

Проект «Сфера» по можливості інтегрує наведені вище інновації в цей посібник, особливо проблеми, що виникли й пов'язані з наданням грошової допомоги, раннім відновленням і взаємозв'язками між цивільними та військовими сторонами.

Оцінювання обставинки при наданні гуманітарної допомоги

Ефективність надання гуманітарної допомоги повинна ґрунтуватися на здійсненні всебічного аналізу конкретної обставинки (дослідження, моніторинг та оцінка) з тим, щоб **дослідити потреби людей, фактори вразливості та наявні можливості в кожній конкретній ситуації**.

Цей посібник створювався здебільшого як інструмент, що дозволяє розпізнавати різні ситуації і відповідно адаптувати до них програми надання допомоги. Посібник допомагає учасникам надання допомоги вибрати спосіб досягнення універсального у застосуванні стандарту в конкретній ситуації або обставині, при цьому звертаючи особливу увагу на конкретні фактори вразливості й наявні можливості.

Не всі представники постраждалого від НС населення однаково контролюють ресурси і мають однакові повноваження. В результаті наслідки НС по-різному позначаються на людях залежно від їхнього етнічного походження, релігійної чи політичної приналежності. Переміщення населення може стати причиною вразливості людей, які за звичайних обставин не зазнали б ризику. Жінки, діти, літні



люди, інваліди або люди з ВІЛ можуть бути позбавлені життєво важливої допомоги або можливості бути почутими внаслідок існування фізичних, культурних та/або соціальних бар'єрів. З досвіду відомо, що внесення цих людей у довгий перелік «вразливих груп» може призвести до того, що здійснювані втручання будуть мати фрагментарний характер і виявляться неефективними, оскільки в цьому випадку не враховується накладання один на одного видів уразливості, а також їх мінливий, навіть упродовж однієї кризової ситуації, характер.

При здійсненні заходів із надання допомоги та сприяння відновленню необхідно враховувати загрози і різні види вразливості, які можуть виникнути в майбутньому, з тим, щоб відновлювати громади з більшим ступенем захищеності, а також сприяти підвищенню стійкості до впливу зовнішніх факторів. У багатьох регіонах світу зміна клімату вже починає позначатися на характері небезпек; традиційні знання про небезпечні фактори, фактори ризиків та наявні можливості повинні поєднуватися з оцінкою майбутніх небезпек, пов'язаних зі зміною клімату.

Визначаючи специфіку кожної окремої надзвичайної ситуації, а також конкретних різновидів уразливості й можливостей постраждалого населення, цей посібник окреслює питання, які потребують комплексного підходу. Питання щодо дітей, гендеру, літніх людей, людей із ВІЛ та СНІД, осіб з обмеженими можливостями, а також питання, що торкаються проблем психосоціальної підтримки, розглянуто в контексті вразливості окремих осіб і підгруп.

До питань зниження ризику НС (зокрема й зміни клімату) та питань навколишнього середовища належить розгляд аспектів уразливості, що стосуються всього постраждалого населення. Наприкінці цього розділу наведено докладний опис кожного питання.

Зв'язок з іншими гуманітарними стандартами

Для того щоб зберегти однотомний формат посібника проекту «Сфера» і не збільшувати обсяг видання, основну увагу в ньому приділено чотирьом найважливішим секторам надання гуманітарної допомоги. У багатьох суміжних секторах, що є частиною ефективного надання гуманітарної допомоги, було розроблено власні стандарти. Деякі з них входять до числа **додаткових стандартів проекту «Сфера»**, опублікованих окремо, але також розроблених у процесі консультування та із застосуванням таких самих суворих критеріїв, які застосовувалися при розробці стандартів проекту «Сфера»: Мінімальні стандарти освіти: готовність, реагування, відновлення (Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях – INEE), Освіта та сприяння малим підприємствам (SEEP), Мінімальні стандарти відновлення економіки після кризи, а також Керівні принципи та стандарти здійснення операцій допомоги в НС з порятунку домашньої худоби (LEGS).

Освітній процес в умовах надзвичайної ситуації може не тільки підтримувати життєдіяльність, але і врятувати життя. Організація освітнього процесу в безпечних місцях створює атмосферу «нормальності» і забезпечує психосоціальну підтримку й захист від експлуатації та заподіяння шкоди. Освітній процес також можна використовувати для поширення інформації щодо безпеки та навичок безпечної життєдіяльності, а також інформації, яка стосується охорони здоров'я та дотримання гігієни. Мінімальні стандарти освіти: готовність, реагування, відновлення (INEE) були вперше опубліковані в 2004 році й оновлені в 2010 році, ставши додатковими стандартами проекту «Сфера» у 2008 році. Вони стосуються системи забезпечення взаємозв'язку між освітою та охороною здоров'я, водопостачанням, санзабезпеченням та гігієною, харчуванням, житлом і забезпеченням захисту, а також сприяють підвищенню безпеки, якості та підзвітності в забезпеченні готовності та заходів реагування в галузі освіти.

Питання, які стосуються розвитку малих підприємств і скотарства, висвітлено в Мінімальних стандартах відновлення економіки після кризи, складених мережею SEEP, а також у Керівних принципах і стандартах LEGS відповідно. Ці два комплекти стандартів увійшли до переліку додаткових стандартів проекту «Сфера» у 2011 році.

Додаткові стандарти, застосовані разом із цим посібником, поліпшать якість допомоги, наданої постраждалому від НС або конфлікту населенню. У цьому посібнику враховано відповідні керівні принципи INEE, SEEP і LEGS, всюди подано перехресні посилання на них. Гуманітарними організаціями, коаліціями та мережами було прийнято також інші стандарти і кодекси для задоволення певних потреб, які торкаються здійснюваного цими структурами різновиду діяльності, зокрема, щодо особливих повноважень організацій, спеціальних технічних знань або виявлених недоліків у системі управління. За необхідності в технічних розділах посібника «Сфера» наведено посилання на ці стандарти.

Проект «Сфера» входить до групи **програм із забезпечення якості та підзвітності** в рамках гуманітарного сектора і працює в тісній співпраці з Проектом нарощування потенціалу у сфері надання допомоги в НС (ECB), яким було підготовлено посібник *Good Enough Guide*, та з Міжнародне партнерство з забезпечення підзвітності гуманітарної діяльності (HAP), що займається питаннями контролю за дотриманням встановлених вимог на основі розробленого ним стандарту підзвітності та управління якістю гуманітарної діяльності. До інших програми із забезпечення якості та підзвітності, з якими регулярно взаємодіє проект «Сфера», належать People In Aid, група URD (Urgence, Réhabilitation, Développement), організація Coordination Sud, а також мережа ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action).

Посібник «Сфера» і розширення сфери його застосування

Цей посібник є основним і найбільш використовуваним інструментом проекту «Сфера». Він доступний в електронному вигляді на сайті проекту «Сфера» (www.sphereproject.org), де також можна дізнатися останні новини й отримати інформацію про зміни в його виданнях та інших джерелах.

Текст цього посібника перекладено кількома мовами і доповнено різними навчальними та інформаційними матеріалами, які здебільшого адаптовані до місцевих умов з опорою на досвід фахівців. Це свідчить про активність спільноти учасників проекту «Сфера», що становлять іноді неформальну, постійно зростаючу мережу з вільними зв'язками між учасниками-практиками, що підтримують ідеологію проекту «Сфера». Проект «Сфера» ґрунтується на потребі вдосконалювати надання гуманітарної допомоги з тим, щоб забезпечити права і задовольнити потреби населення, постраждалого від НС або конфлікту, і бути підзвітними перед ним. Із часу виникнення проект «Сфера» далеко просунувся в цьому плані, однак жоден посібник не може самостійно досягти цього – на це здатні лише ви самі.



Комплексні питання

У комплексних питаннях (тобто питаннях, що потребують комплексного підходу і скоординованих дій), які розглянуто в цьому посібнику, зосереджено особливу увагу на конкретних гострих проблемах, пов'язаних із гуманітарною допомогою, а також зроблено акценти на вразливості окремих осіб і груп чи загальній проблематиці вразливості. У цьому розділі кожне питання розкрито більш докладно.

Діти. Необхідно вживати особливих заходів для забезпечення захисту дітей від заподіяння їм шкоди, а також надання їм рівноправного доступу до основних послуг. З огляду на те, що найчастіше діти складають більшу частину постраждалого населення, вкрай важливо, щоб їхні думки і знання враховувалися не лише при здійсненні оцінювання та планування при НС, але і впливали на процес надання гуманітарної допомоги, моніторинг та оцінку результатів. У деяких випадках діти та молодь більше схильні до негативного впливу, зумовленого вразливістю. Це стосується, наприклад, недостатнього харчування, експлуатації, викрадень, а також вербування в збройні угруповання та війська, що ведуть бойові дії, сексуального насильства і відсутності можливості брати участь у процесі прийняття рішень. Відповідно до Конвенції ООН про права дитини, дитина – це особа, яка не досягла 18 років. Це визначення може змінюватися залежно від культурного і соціального контексту. Необхідно ретельно дослідити, як постраждале населення визначає вікові рамки дітей, для забезпечення того, щоб жодна дитина або молода людина не була позбавлена гуманітарної допомоги.

Зниження ризику НС. Під цим мається на увазі теорія і практика зниження ризику НС шляхом здійснення на регулярній основі заходів із вивчення факторів, що є причиною виникнення НС, та управління ними, зокрема, шляхом зниження рівня можливості виникнення небезпек, зменшення ступеня вразливості людей та майна, раціонального землеустрою та природокористування, а також підвищення рівня готовності до несприятливих явищ. До цього переліку входять такі стихійні лиха, як шторми, повені, посухи і підйом рівня моря. З огляду на те, що вони постійно видозмінюються і набувають все більш небезпечного характеру, ці явища все частіше пов'язують з глобальною **зміною клімату**.

Навколишнє середовище. Під навколишнім середовищем варто розуміти фізичні, хімічні та біологічні характеристики середовища і процеси, що впливають на життя і способи забезпечення засобів до існування постраждалого від НС місцевого населення. Навколишнє середовище забезпечує людей



природними ресурсами, які є матеріальною основою їхнього існування і від яких залежить якість життя. Навколишнє середовище потребує захисту і раціонального використання для підтримки його основних функцій. Мінімальні стандарти вказують на необхідність запобігати використанню природних ресурсів вище рівня їх природного відновлення, запобігати забрудненню та погіршенню умов навколишнього середовища. Ці стандарти орієнтовані на збереженні життєзабезпечувальних функцій довкілля, зниженні ризику та вразливості, прагненні впровадити механізми, які стимулюють здатність природних систем до самовідновлення.

Гендер і статевая приналежність. Питання гендеру пов'язане з тим, як люди реагують на ту чи іншу ситуацію залежно від їхнього гендеру (соціальної статі). Стать – це біологічна властивість чоловіків і жінок, яка є природним, вродженим, а отже, як правило, незмінним і універсальним станом. Рівність прав жінок і чоловіків чітко визначена в правозахисних документах, що складають основу Гуманітарної Хартії. Жінки і чоловіки мають рівне право на гуманітарну допомогу і захист, повагу їхньої людської гідності, на визнання рівності людських здібностей, зокрема й здатність робити вибір, на рівні можливості діяти відповідно до свого вибору, а також на рівні можливості впливати на результати своїх дій.

Гуманітарна допомога більш ефективна, коли її надання ґрунтується на розумінні відмінності потреб, рівня вразливості, інтересів, можливостей і стратегій пристосування жінок і чоловіків, дівчаток і хлопчиків різного віку, а також коли взято до уваги відмінність наслідків НС для них. Розуміння цих відмінностей, а також нерівності між жінками і чоловіками щодо виконуваних ними функцій та їхніх робочих навантажень, доступу до ресурсів та контролю над ними, права приймати рішення і можливостей для розвитку навичок – все це досягається за допомогою гендерного аналізу. Гендерна проблематика стосується всіх інших комплексних питань. Гуманітарні принципи пропорційності й неупередженості базуються на тому, що необхідно приділяти увагу досягненню рівноправності між жінками і чоловіками, а також забезпеченню рівності результатів. Історично увага до гендерних взаємин була викликана необхідністю враховувати потреби і становище жінок і дівчаток з огляду на те, що вони перебувають у більш несприятливих умовах, ніж чоловіки і хлопчики. Однак гуманітарне співтовариство все більше визнає необхідність брати до уваги те, з чим стикаються чоловіки і хлопчики в кризових ситуаціях.

ВІЛ та СНІД. Поінформованість про ступінь поширення ВІЛ-інфекції за певних умов надання гуманітарної допомоги відіграє важливу роль для розуміння

факторів уразливості й ризиків, а також для планування ефективного надання допомоги. Крім груп населення, які найбільше піддаються ризику (наприклад, чоловіки, що вступають у статевий зв'язок із чоловіками, споживачі внутрішньовенних наркотиків і особи, які займаються проституцією) і потребують особливої допомоги у захисті від зневажливого ставлення, дискримінації та насильства, в деяких випадках можуть існувати інші вразливі групи, такі як біженці, мігранти, молодь та самотні матері. Масове переселення може призвести до підвищення ступеня вразливості й ризиків, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, внаслідок роз'єднання членів сімей, порушення цілісності громади та тимчасового припинення дії соціальних і сексуальних норм, які регулюють поведінку. Жінки і діти можуть зазнавати експлуатації з боку збройних угруповань і бути особливо схильні до ризику зараження ВІЛ-інфекцією внаслідок сексуального насильства та експлуатації. Під час НС гуманітарного характеру люди можуть бути позбавленими доступу до допомоги, спрямованої на боротьбу з ВІЛ-інфекцією, зокрема, до профілактичних програм, може бути перервано курс антиретровірусної терапії, лікування туберкульозу та профілактика й лікування інших опортуністичних інфекційних захворювань. Оскільки люди, що живуть з ВІЛ, часто піддаються дискримінації та стигматизації, необхідно суворо дотримуватися принципу конфіденційності та за необхідності забезпечувати їм захист. Гуманітарні заходи в секторах, описані в цьому посібнику, повинні забезпечувати належну допомогу в рамках боротьби з ВІЛ-інфекцією відповідно до поширеності захворювання і загальною ситуацією, а також не підвищувати вразливість і ризику щодо ВІЛ-інфекції.

Літні люди. Згідно з визначенням ООН літніми людьми вважають чоловіків і жінок старших за 60 років, однак поняття «літній» може змінюватися залежно від обставин. У країнах, що розвиваються, літні люди часто є найменш матеріально забезпеченими і складають найбільшу й таку, що постійно збільшується, частину вразливого населення, постраждалого від НС або конфлікту (наприклад, люди старші за 80 років належать до найбільш швидкозростаючої вікової групи у світі), проте в ході усунення наслідків НС або конфлікту цю групу часто не беруть до уваги. Ізоляція і фізична слабкість – ключові фактори, що збільшують уразливість літніх людей при НС або конфлікті, поряд із порушенням механізму забезпечення засобами до існування і обмеженням доступу до допомоги на рівні сім'ї та громади, хронічними хворобами й обмеженою рухливістю, а також погіршенням стану психічного здоров'я. Необхідно вживати особливих заходів для виявлення літніх людей, прив'язаних до будинку, для отримання доступу до них, а також до домогосподарств, якими управляють літні люди. Літні люди також здатні значно сприяти процесу виживання і відновлення. Вони виконують важливу функцію, здійснюючи догляд за



дітьми, управляючи ресурсами і забезпечуючи прибуток, при цьому вони мають знання та досвід у плані стратегій пристосування громади та сприяють збереженню культурної й соціальної ідентичності.

Люди з обмеженими можливостями (інваліди). За підрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 7-10% населення світу – зокрема й діти та літні люди – живуть із обмеженими можливостями, тобто є інвалідами. НС та конфлікти можуть спровокувати почастищення випадків порушення здоров'я і подальшої інвалідності. Конвенція ООН про права інвалідів визначає інвалідність як поняття, що еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, що мають порушене здоров'я (порушення можуть бути фізичними, сенсорними, інтелектуальними або психосоціальними), і бар'єрами та перешкодами у стосунках і середовищі, які заважають їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими. Отже, наявність цих бар'єрів перешкоджає повноцінній або суттєвій участі інвалідів у основних гуманітарних програмах із надання та отримання гуманітарної допомоги. Нова Конвенція ООН про права інвалідів приділяє особливу увагу забезпеченню безпеки і захисту інвалідів під час конфлікту та НС (Конвенція ООН про права інвалідів, стаття 11).

Люди з обмеженими можливостями зазнають підвищених ризиків під час НС і часто бувають позбавлені надання допомоги та не охоплені процесом відновлення. Таке становище ускладнює ефективне використання стандартних програм із надання допомоги при НС та участь у них. Важливо зазначити, що до групи людей з обмеженими можливостями належать представники різних верств населення, зокрема діти і літні люди. Їхні потреби не можуть бути задоволені на підставі стандартного загального для всіх підходу. Відповідно при наданні гуманітарної допомоги необхідно брати до уваги особливі здібності, навички, можливості й знання людей із різними типами і ступенем порушення здоров'я. Необхідно також враховувати, що люди з обмеженими можливостями мають такі самі першочергові потреби, як і усі інші члени громади. Крім того, у деякого з них можуть також бути особливі потреби, такі як потреба в заміні допоміжних засобів або пристосувань, а також доступ до реабілітаційних послуг. При цьому будь-які заходи, спрямовані на допомогу людям з обмеженими можливостями, не повинні призводити до їхньої ізоляції від родин та чинних на рівні громади соціальних контактів. Нарешті, якщо при наданні гуманітарної допомоги права людей з обмеженими можливостями не беруть до уваги, то це призводить до втрати реальної можливості відновлення громади, яка охоплює все населення. Тому необхідно долучати людей з обмеженими можливостями до усіх аспектів надання допомоги та відновлення. Для цього

потрібні програми не тільки з надання допомоги загального характеру, а й такі, що орієнтовані на вирішення окремих завдань.

Психосоціальна підтримка. Деякі з найбільш істотних факторів уразливості та джерел страждань у НС зумовлені складними емоційними, соціальними, фізичними та моральними наслідками НС. Більшість випадків такої реакції є нормальною, і з часом її можна подолати. Необхідно створити відповідну до місцевих умов систему охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, що сприятиме організації самопомоги, пристосуванню і стійкості постраждалого населення до зовнішніх впливів. Гуманітарна діяльність буде ефективнішою, якщо у відповідний момент на найбільш ранній стадії постраждале населення буде залучене до процесу координації та реалізації гуманітарної допомоги. У кожному гуманітарному секторі спосіб, у який надається гуманітарна допомога, створює певний психологічний вплив, який здатен або підтримати постраждале населення, або завдати йому шкоди. Гуманітарну допомогу потрібно надавати способом, що демонструє співчуття, сприяє збереженню людської гідності, забезпечує самоєфективність шляхом залучення до активної участі, враховує значення релігійних і культурних практик, а також зміцнює здатність представників громади підтримувати загальне благополуччя.

Список літератури та додаткових матеріалів

Конвенція ООН про права дитини:

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

Конвенція ООН про права інвалідів:

zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

ВООЗ про питання інвалідності:

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

Гуманітарна Хартія



Гуманітарна Хартія є етичною і правовою основою принципів забезпечення захисту, а також базових і мінімальних стандартів, представлених у цьому посібнику. В ній викладено як встановлені юридичні права і зобов'язання, так і колективні переконання.

У плані юридичних прав і зобов'язань Гуманітарна Хартія резюмує основні правові принципи, які мають найбільш важливе значення для благополуччя тих, хто постраждав від надзвичайної ситуації або конфлікту. В плані колективних переконань – вона прагне закріпити вироблену спільними зусиллями гуманітарних організацій думку щодо тих принципів, якими варто керуватися при наданні допомоги в разі надзвичайної ситуації або конфлікту, зокрема, функцій та обов'язків різних учасників надання цієї допомоги.

Гуманітарна Хартія створює основу тих зобов'язань, які беруть на себе гуманітарні організації, що підтримують проект «Сфера», і закликає всіх, хто бере участь у здійсненні гуманітарної діяльності, дотримуватися тих самих принципів.

Гуманітарна Хартія

Наші переконання

1. Гуманітарна Хартія виражає нашу спільну як гуманітарних організацій позицію щодо того, що всі постраждали від надзвичайної ситуації або конфлікту люди мають право на отримання захисту і допомоги з метою забезпечення їх основними умовами існування, необхідними для гідного життя. Ми переконані в тому, що викладені в Гуманітарній Хартії принципи універсальні й поширюються на всіх постраждалих від надзвичайної ситуації чи конфлікту, де б вони не відбувалися, а також на всіх, хто прагне надати їм допомогу або забезпечити їхню безпеку. Ці принципи відображено у міжнародному праві, проте джерелом їх дієвості є те, що вони спираються врешті на основний етичний принцип **гуманності**, згідно з яким всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Ґрунтуючись на цьому принципі, ми підтверджуємо найважливіше значення **гуманітарного імперативу** – обов'язку діяти з метою запобігання або полегшення страждань людей, викликаних надзвичайною ситуацією або конфліктом, і ні за яких обставин не відмовлятися від дотримання цього принципу.

Ми – місцеві, національні й міжнародні гуманітарні організації – зобов'язуємося сприяти поширенню і віддано дотримуватися принципів, викладених у цій Гуманітарній Хартії, і в своїх зусиллях із захисту постраждалих дотримуватися мінімальних стандартів. Ми закликаємо всіх, хто бере участь у здійсненні гуманітар-

ної діяльності, зокрема уряди та приватний сектор, прийняти загальні принципи, викладені нижче, як вираження гуманітарних переконань, які поділяють усі.

Наша роль

2. Ми підтверджуємо, що основні потреби людей, які постраждали від надзвичайної ситуації або конфлікту, задовольняються насамперед їхніми власними зусиллями та за підтримки громади й місцевих організацій і установ. Ми визнаємо головну роль і відповідальність постраждалої держави за надання своєчасної допомоги постраждалим, забезпечення їхнього захисту та безпеки і надання підтримки для їх відновлення. Ми вважаємо, що для ефективного запобігання надзвичайним ситуаціям та реагування на них необхідне поєднання заходів, яких уживають офіційні інстанції і добровольці, й у цьому сенсі важливу роль у справі надання підтримки органам державної влади виконують національні товариства, що входять до складу Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. У разі відсутності у держави достатніх ресурсів ми визнаємо роль більш широкого міжнародного співтовариства, зокрема й держав-донорів і регіональних організацій, у наданні допомоги країнам у виконанні їх обов'язків. Ми визнаємо і підтримуємо ті особливі функції, які виконують уповноважені установи ООН і Міжнародний комітет Червоного Хреста.

3. Як гуманітарні організації ми визначаємо свою роль насамперед у контексті потреб постраждалого населення і наявних у нього можливостей, а також обов'язків урядів або органів влади, які здійснюють контроль. Наша роль у справі надання допомоги відображає той факт, що реально буває так, що ті, на кому лежить головна відповідальність за це, не завжди здатні повною мірою самостійно виконати цю функцію або можуть не хотіти робити це. По можливості, виконуючи свій гуманітарний обов'язок і керуючись принципами, викладеними у цій Гуманітарній Хартії, ми будемо надавати підтримку зусиллям відповідних владних органів щодо забезпечення захисту і надання допомоги постраждалим. Ми закликаємо всіх урядових та неурядових діючих суб'єктів поважати неупереджену, незалежну і нейтральну роль гуманітарних організацій та сприяти їх роботі, усуваючи зайві перешкоди юридичного і практичного характеру, забезпечуючи їх безпеку і надаючи їм своєчасний і надійний доступ до постраждалого населення.

Загальні принципи, права та обов'язки

4. Як гуманітарні організації ми пропонуємо свої послуги, ґрунтуючись на принципі гуманності й гуманітарного обов'язку, і визнаємо права всіх людей, постраждалих від надзвичайної ситуації або конфлікту, – жінок і чоловіків, хлопчиків і дівчаток. Сюди входять також права на захист і допомогу, закріплені у положеннях міжнародного гуманітарного права, права людини і нормах права, що регулюють



становище біженців. Для цілей цієї Гуманітарної Хартії ми резюмуємо зазначені права так:

- *право на життя з гідністю*
- *право на отримання гуманітарної допомоги*
- *право на захист та безпеку.*

Хоча ці права в міжнародному праві в таких формулюваннях не представлені, вони зводять воедино цілий ряд встановлених юридичних прав і підвищують практичну значимість того, що вкладається в поняття гуманітарного обов'язку.

5. Право на життя з гідністю відображено в положеннях міжнародного права і, зокрема, у передбачених правами людини заходах, що стосуються права на життя, права на достатній життєвий рівень, а також свободи від катування та жорстокого, нелюдського і принижуючого гідність поводження і покарання. Право на життя тягне за собою обов'язок охороняти життя, коли воно виявляється під загрозою. Це передбачає обов'язок не відмовляти або не перешкоджати наданню допомоги, спрямованої на порятунок життя. Гідність передбачає не тільки фізичне благополуччя, вона потребує поваги власне людської особистості, зокрема, цінності й вірування окремих осіб і постраждалих громад, а також дотримання їх прав людини, водночас і права на свободу, а також права на свободу совісті та релігії.

6. Право на отримання гуманітарної допомоги – невід'ємна складова права на життя з гідністю. Сюди входить право на достатній життєвий рівень, зокрема, на достатнє харчування, воду, одяг, житло і медичний догляд, що в прямій формі гарантовано міжнародним правом. Ці права знайшли відображення й отримали практичне вираження в базових і мінімальних стандартах проекту «Сфера», особливо щодо надання допомоги тим, хто постраждав від надзвичайної ситуації або конфлікту. Якщо уряди або неурядові суб'єкти не надають цю допомогу, вони, як ми вважаємо, повинні дозволити це зробити іншим. Будь-яку подібну допомогу потрібно надавати згідно з принципом **безсторонності**, який потребує, щоб допомогу надавали виключно на основі потреби і відповідно їй. Це відображає більш широкий принцип **недискримінації**, згідно з яким ніхто не повинен зазнавати дискримінації, якою б не була підстава, якого б це не стосувалося стану щодо віку, статі, раси, кольору шкіри, етнічної приналежності, сексуальної орієнтації, мови, релігії, віросповідання, інвалідності, стану здоров'я, політичних або інших переконань, національного або соціального походження.

7. Право на захист і безпеку ґрунтується на положеннях міжнародного права, резолюціях ООН та інших міжурядових організацій, а також на суверенному обов'язку держав захищати тих, хто знаходиться під їх юрисдикцією. Захищеність

і безпека людей у надзвичайних ситуаціях або в ситуаціях конфлікту є особливо важливою проблемою гуманітарного характеру, включно із питанням забезпечення захисту біженців і внутрішньо переміщених осіб. Правом визнано, що деякі люди можуть бути особливо вразливі щодо протиправного поводження та незаконної дискримінації, зумовленої їх станом щодо віку, статі або раси, і можуть потребувати особливих заходів захисту і допомоги. Ми вважаємо, що держава, яка не має достатніх ресурсів для забезпечення захисту людей за цих обставин, повинна звертатися по міжнародну допомогу.

Норми права, що стосуються захисту цивільних осіб і переміщеного населення, потребують тут особливої уваги:



I. Під час **збройного конфлікту**, як це визначено в міжнародному гуманітарному праві, діє спеціальна правова норма, що стосується забезпечення захисту і надання допомоги тим, хто не бере участі в конфлікті. Зокрема, Женевські конвенції 1949 року і Додаткові протоколи до них від 1977 року покладають певні зобов'язання на сторони в міжнародних і неміжнародних збройних конфліктах. Ми підкреслюємо важливість загальної недоторканності цивільного населення щодо нападу й репресалій і, зокрема, важливість таких принципів та зобов'язань: принципу визначення розмежування між цивільним населенням і комбатантами, а також між цивільними і військовими об'єктами; принципу **пропорційності** у використанні військової сили і заходів **безпеки** при нападі; обов'язку утримуватися від застосування зброї невибіркової дії або зброї, яка за своєю природою завдає людям надмірні каліцтва або спричиняє зайві страждання, а також обов'язку дозволяти надавати постраждалим неупереджену допомогу. Недотримання цих основних принципів є причиною багатьох страждань, яких можна було уникнути, завданих цивільному населенню під час збройних конфліктів.

II. **Право притулку**, як і раніше, є життєво важливим для забезпечення захисту тих, хто зазнає переслідувань або насильства. Особи, що постраждали від надзвичайної ситуації або конфлікту, часто змушені залишати батьківщину в пошуках безпеки та засобів до існування. Положення, що містяться в Конвенції про статус біженців 1951 року (з внесеними поправками та змінами) та в інших міжнародних і регіональних договорах і угодах, забезпечують основними гарантіями тих, хто не може користуватися захистом країни своєї громадянської приналежності або проживання і змушений шукати захисту в іншій державі. Головною з цих гарантій є принцип **невислання**, згідно з яким ніхто не буде висланий в країну, де його життя, свободі або фізичній безпеці може загрожувати небезпека або де йому може загрожувати небезпека застосування катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження і покарання. Цей самий принцип поширюється на внутрішньо переміщених осіб, що відобра-

жено в міжнародному праві щодо прав людини і детально розроблено в Керівних принципах про переміщення осіб усередині країни від 1998 року та відповідних регіональних і національних законодавствах.

Наші зобов'язання

8. Ми пропонуємо наші послуги, вірячи в те, що об'єктом гуманітарної діяльності є насамперед постраждале населення, і визнаємо, що його активна участь має найважливіше значення для того, щоб допомога надавалася у такий спосіб, який найбільш ефективно задовольняє потреби постраждалого населення, зокрема й потреби вразливих та соціально ізольованих осіб. Ми будемо намагатися підтримувати місцеві зусилля у сфері запобігання надзвичайним ситуаціям, підготовки до них та реагування на них і зміцнювати потенціал місцевих діючих суб'єктів на всіх рівнях.

9. Ми усвідомлюємо, що спроби надати гуманітарну допомогу за певних обставин можуть мати непередбачувані несприятливі наслідки. Ми ставимо перед собою мету у співпраці з постраждалими громадами і владою звести до мінімуму будь-які негативні наслідки гуманітарної діяльності для місцевої громади чи навколишнього середовища. Щодо збройних конфліктів ми визнаємо, що спосіб, яким надають гуманітарну допомогу, може стати причиною підвищення вразливості цивільного населення, коли воно може потрапити під напад або в певних випадках ненавмисно буде надано перевагу одній або декільком сторонам конфлікту. Ми зобов'язуємося мінімізувати будь-які з таких несприятливих наслідків такою мірою, якою це може бути узгоджено з викладеними вище принципами.

10. Ми будемо діяти відповідно до принципів гуманітарної діяльності, сформульованих у цій Гуманітарній Хартії, і конкретно керуючись Кодексом поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій при здійсненні допомоги під час стихійних лих і катастроф (1994 р.).

11. Базові та мінімальні стандарти проекту «Сфера» додають практичну значимість загальним принципам, викладеним у цій Гуманітарній Хартії, і в їх основі лежить розуміння гуманітарними організаціями того, що є основними мінімальними умовами життя з гідністю, а також їх досвід із надання гуманітарної допомоги. Незважаючи на те, що виконання цих стандартів залежить від цілої низки факторів, значна частина яких можуть бути нам невідладними, ми беремо на себе зобов'язання постійно прагнути до їх виконання і готові нести за це відповідальність. Ми закликаємо всі сторони, включно з постраждалими державами і державами-донорами, міжнародні організації, приватних та неурядових діючих суб'єктів використовувати базові та мінімальні стандарти проекту «Сфера» як загальноприйнятні норми діяльності.

12. Приймаючи рішення виконувати ці базові та мінімальні стандарти, ми беремо на себе зобов'язання робити все можливе, щоб забезпечити постраждалим від надзвичайних ситуацій чи конфліктів людям доступ хоча б до мінімальних умов, необхідних для життя з гідністю, і забезпечення безпеки, зокрема й із доступом до водопостачання, санітарного забезпечення, продовольства, харчування, житла та медичного обслуговування включно. Маючи це на меті, ми будемо продовжувати боротися за те, щоб уряди та інші сторони виконували свої моральні та юридичні зобов'язання перед постраждалим населенням. Зі свого боку ми беремо на себе зобов'язання підвищувати ефективність, доцільність і підзвітність нашої діяльності у сфері надання допомоги шляхом проведення ретельної оцінки і моніторингу мінливої місцевої ситуації за допомогою транспарентності процесу інформування і прийняття рішень, а також підвищуючи ефективність координації дій та співпраці з іншими учасниками надання допомоги на всіх рівнях, як це докладно прописано в базових і мінімальних стандартах. Зокрема, ми зобов'язуємося здійснювати нашу діяльність у співпраці з постраждалим населенням, зосереджуючи першочергову увагу на його активній участі в програмах із надання допомоги. Ми усвідомлюємо, що насамперед ми зобов'язані звітувати перед тими, кому прагнемо допомогти.



Принципи забезпечення захисту



Рекомендації щодо застосування цього розділу

В основу дій гуманітарних організацій покладено виконання двох основних завдань: забезпечення захисту і надання гуманітарної допомоги. Більша частина цього посібника, і особливо технічні розділи, присвячена наданню гуманітарної допомоги, в той час як цей розділ зосереджує увагу на забезпеченні захисту. Спираючись на Гуманітарну Хартію, у цьому розділі розглянуто питання про те, як гуманітарні організації можуть сприяти захисту тих, кому буде загрожувати насильство або обмеження волі. У більш широкому сенсі у розділі розглянуто роль гуманітарних організацій, чия діяльність спрямована на дотримання та виконання прав, описаних у Гуманітарній Хартії, зокрема й право на доступ до допомоги. Цей розділ складається з двох частин:

- **Вступ**, де роз'яснено основні обов'язки всіх учасників процесу гуманітарної допомоги щодо надання захисту постраждалому населенню та дотримання його прав.
- Чотири **принципи забезпечення захисту**, що лежать в основі всіх різновидів гуманітарної діяльності й охоплюють основні елементи забезпечення захисту в рамках надання гуманітарної допомоги. Вказані принципи подано з інструкціями, які більш докладно розкривають роль гуманітарних організацій у процесі забезпечення захисту. До розділу, у якому міститься список літератури, входять й інші стандарти та матеріали, пов'язані з більш спеціалізованими сферами в межах забезпечення захисту.

Зміст

Вступ.....	33
Принципи забезпечення захисту.....	38
Список літератури та додаткових матеріалів	50





Вступ

Забезпечення захисту і гуманітарна допомога

Забезпечення захисту стосується забезпечення безпеки, відстоювання людської гідності й прав людей, постраждалих від НС чи збройного конфлікту. У Гуманітарній Хартії виокремлено деякі з основоположних прав, які забезпечуються в рамках надання гуманітарної допомоги. Цей розділ присвячено тому, як ці права потрібно брати до уваги в процесі гуманітарної діяльності з точки зору забезпечення захисту, а також, зокрема, тому, як гуманітарні організації можуть діяти, щоб не завдати постраждалому населенню більшої шкоди, і як можуть сприяти тому, щоб забезпечити населення найвищим рівнем безпеки і захищеності.



У цьому контексті основними завданнями в рамках забезпечення захисту є дотримання права людини не зазнавати різних видів насильства та обмеження свободи, а також права не бути умисно позбавленими засобів виживання і права збереження людської гідності.

Виконання цих завдань зумовлене чотирма основними принципами забезпечення захисту, які лежать в основі всіх різновидів гуманітарної діяльності:

1. ***Не допускати, щоб у результаті ваших дій люди могли наражатися на небезпеку заподіяння більшої шкоди.***
2. ***Забезпечити людям доступ до неупередженої допомоги, яку надають відповідно до потреб і без будь-якої дискримінації.***
3. ***Надавати людям захист від фізичної та психологічної шкоди, завданої в результаті насильства або обмеження волі.***
4. ***Надавати людям підтримку в спробі домогтися дотримання своїх прав, отримати доступ до наявних засобів правового захисту, а також сприяти відновленню від наслідків неправомірного поводження.***

У рамках надання гуманітарної допомоги ці чотири принципи відображають більш серйозні загрози, під які потрапляють люди в період збройних конфліктів та надзвичайних ситуацій. Інструкції стосуються відповідних обов'язків і варіантів дій для гуманітарних організацій, а також конкретних потреб при забезпеченні захисту.

Чотири принципи забезпечення захисту впливають із сукупності прав, описаних у Гуманітарній Хартії: право на життя з гідністю, право на гуманітарну допомогу і право на захист та безпеку.

Тлумачення принципів забезпечення захисту

Нижче наведено коротке тлумачення принципів забезпечення захисту:

Принцип 1 (недопущення заподіяння шкоди) розглядає проблеми в рамках забезпечення захисту, які можуть виникнути або посилитися у ході надання гуманітарної допомоги. Згідно з Гуманітарною Хартією учасники надання гуманітарної допомоги зобов'язані докладати максимум зусиль, щоб не заподіювати населенню, постраждалому від НС або збройного конфлікту, більшої шкоди. Наприклад, не варто будувати поселення для переміщеного населення в небезпечних місцях.

Принцип 2 (забезпечення доступу до неупередженої допомоги) потребує забезпечення того, щоб гуманітарна допомога була доступна всім, кому вона потрібна, особливо це стосується найбільш уразливих груп чи осіб, яким із політичних чи інших причин допомогу можуть не надавати. Відмова в доступі до необхідної допомоги є однією з основних проблем, що виникають у рамках забезпечення захисту. Це може стосуватися також (але не обмежуватися цим) відмови гуманітарним організаціям у безпечному доступі для надання допомоги.

Принцип 3 (захист людей від насильства) має на меті захист від насильства і примусу чи спонукання робити проти своєї волі ті чи інші дії (наприклад, братися за зброю), бути насильно переміщеним або обмеженим у свободі пересування, а також зазнавати поведження та покарання, що принижують гідність. Його метою є запобігання та зменшення фізичної і психологічної шкоди, зокрема й залякування та умисне нагнітання страху або насадження паніки.

Принцип 4 (надання підтримки у спробі відстоювання своїх прав, у доступі до засобів правового захисту і допомоги у відновленні від неправомірного поведження) розглядає роль гуманітарних організацій, які надають допомогу постраждалому населенню відстоювати свої права й отримувати доступ до таких засобів правового захисту, як відшкодування збитків, компенсація або відновлення прав власності. До переліку розглянутих питань також входить надання допомоги у подоланні наслідків зґвалтування, а в більш широкому сенсі – наслідків неправомірного поведження фізичного, психологічного, соціального та економічного характеру.

У поєднанні з інструкціями чотири принципи забезпечення захисту вказують на можливі й обов'язкові дії гуманітарних організацій щодо забезпечення захисту постраждалого населення. Однак необхідно зазначити, що в цьому контексті ролі та обов'язки гуманітарних організацій здебільшого мають другорядне значення. Згідно з Гуманітарною Хартією ці ролі потрібно розглядати як першочерговий обов'язок держави або інших відповідних владних структур, таких як сторони конфлікту, що контролюють або окупували конкретну територію. Такі владні структури несуть формальну юридичну відповідальність за благополуччя населення на цій території або на тій, що перебуває під їх контролем, і у більш широкому сенсі – за безпеку цивільного населення в період збройного конфлікту.

Саме ці владні структури мають у своєму розпорядженні засоби забезпечення безпеки населення шляхом прийняття відповідних заходів або накладення обмежень. Основна роль гуманітарних організацій може полягати в тому, щоб спонукати і схилити владу до цих дій, а також у наданні допомоги людям у подоланні наслідків у разі, якщо влада виявиться не в змозі виконати свої обов'язки перед громадянами.



Застосування принципів забезпечення захисту на практиці

Для того щоб дотримуватися стандартів, описаних у цьому посібнику, **всі** гуманітарні організації повинні керуватися цими принципами забезпечення безпеки, навіть у разі відсутності у них чітких повноважень на забезпечення захисту або необхідної кваліфікації в цій сфері.

Принципи забезпечення захисту не є «безумовними», оскільки обставини можуть обмежувати ступінь, до якого гуманітарні організації здатні їх виконувати. Зокрема, аспекти, що містяться в принципі 3, можуть не входити в компетенцію гуманітарних організацій. Однак принципи забезпечення захисту відображають універсальні цілі, яких гуманітарні організації повинні дотримуватися неодмінно.

Деякі гуманітарні організації мають повноваження або виконують особливі завдання в рамках забезпечення захисту вразливих груп. Частина цих організацій реалізують діяльність із забезпечення захисту, впроваджуючи програми або проекти самостійно або в рамках надання допомоги з боку «кластера із забезпечення захисту» чи «сектора забезпечення захисту» зі спеціально виділеними ресурсами і кваліфікованими кадрами. У 2011 році до Глобального кластера захисту входили координаційні структури, які зосереджували свої зусилля на конкретних проблемах:

- захист дітей
- гендерне насильство

- ▶ право на житло, землю і приватну власність
- ▶ протимінна діяльність
- ▶ правове регулювання та правосуддя.

Наведений список ілюструє деякі з особливих сфер у межах забезпечення захисту. Він не є вичерпним, і варто взяти до уваги той факт, що існує багато інших конкретних проблем, пов'язаних із забезпеченням захисту.

Для деяких із цих та інших питань, що стосуються забезпечення захисту, зокрема, цивільного населення або внутрішньо переміщених осіб чи захисту при стихійних лихах, було розроблено спеціальні стандарти та інструкції в рамках ініціатив, які було реалізовано окремо від проекту «Сфера». Ці проекти, зазначено у списку літератури і додаткових матеріалів у кінці цього розділу. Цей розділ має стати додатком до цих стандартів.

Різноманітні види діяльності з забезпечення захисту

Чотири принципи забезпечення захисту однаковою мірі можуть бути застосовані як до спеціалізованої діяльності із забезпечення захисту, так і до гуманітарної діяльності загального характеру, хоча саме застосовування заходів у першому і другому випадках може відрізнятися. Діяльність усіх гуманітарних організацій, яка пов'язана із забезпеченням захисту, може бути класифікована за трьома різновидами заходів, які є взаємозалежними і можуть здійснюватися одночасно:

- ▶ **Запобіжні заходи:** заходи, що запобігають виникненню фізичної загрози або порушенню прав чи знижують схильність впливу або вразливості щодо таких загроз і порушень. Заходи із запобігання загрозам, які стосуються захисту, також охоплюють заходи, що сприяють створенню ситуації, за якої дотримуються права жінок, чоловіків, дівчаток і хлопчиків різного віку відповідно до положень міжнародного права.
- ▶ **Заходи реагування:** припинення поточних порушень шляхом реагування на випадки застосування насильства та інші порушення прав.
- ▶ **Заходи правового захисту:** вживання заходів правового захисту щодо поточних або минулих порушень прав шляхом відшкодування та реабілітації, надання медичної допомоги, психологічної підтримки, юридичної допомоги та інших послуг і різновидів підтримки, а також сприяння постраждалому населенню в отриманні діючих засобів правового захисту і в намаганні домогтися захисту своїх прав.

Інформаційно-просвітницька діяльність – публічна і на індивідуальному рівні – є загальним елементом, що зв'язує ці три різновиди заходів. Загрози для постраждалого населення виникають в результаті прийняття навмисних рішень, дій та заходів, тому багато пов'язаних із цим заходів реагування в рамках забезпечення захисту полягають у намаганні змінити подібні поведінкові установки і принципи. Інформаційно-просвітницька діяльність, здійснювана гуманітарними та іншими організаціями, такими як НУО, є основним чинником, здатним ініціювати такі зміни. Для гуманітарних організацій імовірно виникнення важкого вибору між відкритими висловлюваннями про порушення і потребою продовжувати реалізовувати гуманітарну діяльність. У результаті від цієї ситуації може залежати те, чи варто вести інформаційно-просвітницьку діяльність з того чи іншого питання, і якщо так, то як саме.

У випадках продовження інформаційно-просвітницької діяльності успіх кампанії здебільшого залежить від наявності доступу до надійних доказів, аналізу зацікавлених сторін та ретельного аналізу дійсного становища. Тобто усе це пов'язано зі стандартом здійснення оцінювання, який наведено у базових стандартах (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).

Як роз'яснено в наведених нижче інструкціях, будь-яке використання доказів, таких як покази свідків, що виявляють джерело інформації, може бути вкрай небезпечним, оскільки здатне піддавати людей ризику, тому цей метод треба застосовувати з максимальною обережністю (див. принцип забезпечення захисту 1, інструкція 8 на сторінці 40).



Принципи забезпечення захисту

Принцип забезпечення захисту 1: не допускати того, щоб через ваші дії люди наражалися на небезпеку заподіяння більшої шкоди

Учасники надання гуманітарної допомоги здійснюють заходи, спрямовані на те, щоб не допустити або мінімізувати будь-які негативні наслідки їх втручання, особливо ризику наразити людей на небезпеку або порушити їхні прав.

Цей принцип охоплює такі елементи:

- ▶ Спосіб надання гуманітарної допомоги та обстановка, при якій її надають, не наражають людей на додаткову фізичну небезпеку, насильство та інші порушення прав.
- ▶ Заходи з надання допомоги та забезпечення захисту не послаблюють здатність постраждалого населення до самозахисту.
- ▶ Гуманітарні організації звертаються з конфіденційною інформацією у спосіб, що не ставить під загрозу безпеку тих, хто її надав, або тих, чия особистість може бути встановлена зі змісту цієї інформації.

Інструкції

Оцінка наявного стану і можливих наслідків гуманітарної діяльності для забезпечення захисту і благополуччя постраждалого населення.

1. **Уникайте співучасті** у порушенні прав. Може виникнути ситуація, яка поставить вас перед складним вибором, наприклад, у разі необхідності прийняти рішення щодо того, чи надавати допомогу людям, які утримуються у таборах проти їх волі. Такі рішення повинні бути прийняті в індивідуальному порядку і підлягати регулярному перегляду в зв'язку із зміною обставин.
2. **Перелік контрольних запитань:** При здійсненні аналізу діяльності потрібно регулярно звірятися з наведеним нижче неповним списком питань, який

можна використовувати як контрольний для аналізу програми гуманітарної допомоги в цілому і для проведення конкретних заходів:

- Яка користь від нашої діяльності для постраждалого населення?
- Які можуть бути непередбачені негативні наслідки нашої діяльності для безпеки людей, і як ми можемо уникнути цих наслідків або звести їх до мінімуму?
- Чи беруть до уваги в рамках здійснення гуманітарної діяльності потенційні загрози безпеки постраждалого населення? Чи можуть вони перешкодити спробам людей самим захистити себе?
- Чи піддає гуманітарна діяльність дискримінації яку-небудь групу населення або чи існує ймовірність того, що цю діяльність сприймають саме так? Чи захищає гуманітарна діяльність права людей, що протягом тривалого часу в минулому піддавалися маргіналізації або дискримінації?
- Як позначиться діяльність із захисту і сприяння дотриманню прав представників таких груп на взаєминах у самій громаді й поза її межами?
- Чи може гуманітарна діяльність посилити наявну роздрібненість у громаді або між сусідніми громадами?
- Чи може гуманітарна діяльність ненавмисно посприяти посиленню позиції озброєних угруповань або інших учасників?
- Чи може гуманітарна діяльність бути використана ким-небудь із злочинною метою?

3. **Консультуватися з представниками різних сегментів** постраждалого населення – або організаціями, що представляють їх, – при оцінюванні позитивних і потенційно негативних наслідків програми надання гуманітарної допомоги в цілому і конкретних заходів зокрема.
4. **Спосіб, у який надають допомогу**, може підвищити ступінь уразливості людей щодо здійснення нападу на них. Наприклад, деякі продукти, зокрема сухі пайки, можуть спровокувати грабіж, внаслідок чого ті, хто отримує допомогу, можуть зазнавати небезпеки й заподіяння їм шкоди і позбавлення допомоги. Тому варто розглянути варіант альтернативних способів надання допомоги (наприклад, забезпечення готовою їжею на громадських кухнях і в центрах харчування) у разі існування серйозної загрози. Треба проконсультуватися з постраждалими громадами, якому різновиду допомоги вони надають перевагу.
5. **Обстановка, в якій надають гуманітарну допомогу**, повинна бути максимально безпечною для тих, хто її отримує. Не варто змушувати людей, яким потрібна допомога, проходити через небезпечні місця для її отримання. У місцях розташування поселень або таборів пункти надання допомоги повинні бути максимально безпечними для їх мешканців і віддаленими від місць, на



які може бути скоєно напад або які можуть зазнавати впливу інших небезпечних факторів.

Самозахист постраждалого населення

6. **Визначити засоби**, за допомогою яких люди намагаються захистити себе, свої родини і громади. Варто підтримувати ініціативи громад з організації самопомоги (див. принцип забезпечення захисту 3, інструкції 13-14 на сторінці 46). Способи, які гуманітарні організації застосовують для здійснення втручання, не повинні піддавати ризику здатність людей до самозахисту і захисту інших, зокрема й переміщення в більш безпечні місця, уникання контакту з озброєними групами.
7. **Першочергові потреби**: Необхідно допомогти людям знайти безпечні джерела для задоволення першочергових потреб. До таких заходів можуть належати, наприклад, надання вкрай необхідних для задоволення повсякденних потреб людей матеріалів, таких як вода, дрова чи інше паливо для приготування їжі, без необхідності добувати їх, здійснюючи пов'язані з небезпекою і труднощами пересування по місцевості. Така ситуація особливо складна для літніх людей, жінок, дітей і людей з обмеженими можливостями.

Поводження з конфіденційною інформацією

8. **Пов'язана із забезпеченням захисту інформація** може мати конфіденційний характер. Працівники гуманітарних організацій повинні дотримуватися чітко встановлених правил і порядку дій щодо того, як діяти у випадках, коли вони отримують дані про порушення або стають свідками зловживань, а також щодо конфіденційності пов'язаної з цим інформації. Співробітники гуманітарних організацій також повинні отримати інструкції щодо належного способу повідомлення про засвідчені ними випадки порушень або заяви про порушення, що мали місце.
9. **Надання конфіденційної інформації**: Варто розглянути питання про надання інформації, яка стосується порушень, тим інстанціям і організаціям, які мають відповідні повноваження в рамках забезпечення захисту. Ці інстанції та організації можуть знаходитися в районах, що локалізовані поза місцем перебування джерела такої інформації.
10. **Порядок надання конфіденційної інформації** повинен бути визначений і має передбачати звіти про випадки порушень та аналіз тенденцій. У ньому має бути зазначено, як треба поводитися з конфіденційною інформацією, а також тут мають бути вказані обставини, за яких можливе надання цієї інформації. Гуманітарні організації повинні прагнути по можливості домагатися згоди зацікавлених осіб щодо використання такої інформації. Будь-яка передача

інформації на розгляд будь-кому повинна здійснюватися так, щоб не наражати на небезпеку джерело інформації або особу (особи), яких вона стосується.

11. **Інформацію про конкретні протиправні дії і порушення прав** потрібно збирати тільки тоді, коли зрозуміло, з якою метою її передбачено використовувати, а необхідні конкретні подробиці визначено з урахуванням запланованого використання. Подібну інформацію, яка стосується забезпечення захисту, необхідно збирати гуманітарним організаціям, що мають мандат на забезпечення захисту або необхідні ресурси, навички, системи та протоколи. Збір такої інформації повинен відбуватися за умови отримання інформованої згоди, і в усіх випадках на передачу інформації третій стороні потрібна згода конкретної особи, якої ця інформація стосується.
12. **Необхідно оцінити можливу реакцію з боку уряду** або інших відповідних органів влади на використання інформації про зловживання. Потрібно все ретельно зважити, зіставивши необхідність продовжувати операцію з надання гуманітарної допомоги та потребу використовувати цю інформацію. Різні гуманітарні організації можуть в такій ситуації приймати різні рішення.



Принцип забезпечення захисту 2: Забезпечити людям доступ до неупередженої допомоги, яку надають відповідно до потреб і без будь-якої дискримінації

Люди мають доступ до гуманітарної допомоги відповідно до своїх потреб, не зазнаючи дискримінації, що має негативні наслідки. Тим, хто потребує допомоги, не відмовляють у її наданні, й забезпечено доступ до гуманітарних організацій, необхідний для того, щоб були досягнуті стандарти проекту «Сфера».

До цього принципу належать такі елементи:

- ▶ Забезпечення всім представникам постраждалого населення доступу до гуманітарної допомоги.
- ▶ Будь-яке умисне позбавлення представників населення засобів виживання завжди повинно піддаватися критиці на підставі відповідного законодавства і загальних гуманітарних принципів, описаних в Гуманітарній Хартії.
- ▶ Постраждалі особи отримують допомогу відповідно до потреб і не зазнають дискримінації на будь-яких підставах.

Інструкції

Забезпечення доступу

1. *У випадках, коли постраждале населення не спроможне задовольнити свої нагальні потреби*, а місцева влада не в змозі самостійно надати необхідну допомогу, вона не повинна відмовляти неупередженим гуманітарним організаціям у її наданні. Відмова у дозволі надати гуманітарну допомогу може порушувати норми міжнародного права, особливо у випадках збройного конфлікту.
2. *Контроль доступу*: Ретельно стежити за тим, щоб постраждале населення (особливо найбільш уразливі люди) мало доступ до гуманітарної допомоги.
3. *Доступ до гуманітарної допомоги і свобода пересування* тісно взаємопов'язані (див. принцип забезпечення захисту 3, інструкції 7-9). При здійсненні контролю за наявністю доступу варто брати до уваги такі перешкоди, як контрольно-пропускні пункти, блокади та наявність наземних мін. Під час збройного конфлікту сторони можуть організувати контрольно-пропускні пункти, однак ці бар'єри не повинні породжувати дискримінацію між різними категоріями постраждалого населення або незаконно перешкоджати доступу людей до гуманітарної допомоги. Необхідно вживати особливих заходів для забезпечення рівноправного доступу для постраждалого населення у віддалених або важкодоступних регіонах.
4. *Особливі заходи, що сприятимуть доступу до допомоги вразливих груп*, варто здійснювати, оцінюючи наявне становище, соціальні й культурні умови, а також поведінку громад. Такі заходи можуть передбачати і побудову безпечних приміщень для людей, які стали жертвами неправомірного поводження, зокрема зґвалтування або торгівлі людьми; сюди може також належати забезпечення засобами, що полегшують доступ для людей з обмеженими можливостями. Будь-які подібні заходи повинні уникати стигматизації цих груп (див. базовий стандарт 3, інструкції 5-6).

Заходи у разі відмови у наданні доступу до засобів виживання

5. *Право на отримання гуманітарної допомоги*: Відповідно до Гуманітарної Хартії постраждале населення має право на отримання гуманітарної допомоги. Це право виникає з низки правових норм і правил, які є частиною міжнародного права. У більш вузькому значенні міжнародне гуманітарне право містить відповідні положення, що стосуються доступу до гуманітарної допомоги, а також «захисту об'єктів, необхідних для виживання цивільного населення» (Додатковий протокол II 1977 р. до Женевських конвенцій від 1949 р.). Гуманітарні організації можуть розгля-

нути питання про сприяння дотриманню відповідних законів (див. також принцип забезпечення захисту 3, інструкції 3-4).

Недопущення дискримінації

6. **Неупередженість:** Гуманітарні організації повинні приділяти першочергову увагу постраждалому населенню, якому вони хочуть надавати допомогу, тільки на підставі його потреби в ній і надавати допомогу в обсязі, що відповідає цій потребі. Цей принцип неупередженості затверджено у Кодексі поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій при здійсненні операцій допомоги у разі стихійних лих і катастроф (див. додаток 2 на сторінці 438 і Гуманітарну Хартію). Гуманітарні організації не повинні зосереджуватися винятково на певній групі (наприклад, переміщених особах у таборах), якщо це відбувається за рахунок інтересів іншої групи постраждалого населення.
7. **Постраждалому населенню не потрібно мати якийсь особливий правовий статус** для того, щоб одержувати гуманітарну допомогу та бути забезпеченим захистом.

Принцип забезпечення захисту 3: Надавати людям захист від фізичної і психологічної шкоди, завданої внаслідок насильства або обмеження волі.

Люди захищені від насильства, примусу або необхідності діяти всупереч своїй волі та від страху бути підданими такому протиправному поведінню.

До цього принципу належать такі елементи:

- ▶ Уживати всіх адекватних заходів для забезпечення того, щоб постраждале населення не зазнавало насильницького нападу, або шляхом усунення джерела загрози, або допомагаючи людям уникнути загрози.
- ▶ Уживати всіх адекватних заходів для забезпечення того, щоб постраждале населення не зазнавало обмеження волі, тобто щоб його не примушували чи змушували діяти всупереч своїй волі, методами, здатними заподіяти йому шкоду або порушити його права (наприклад, право на свободу пересування).
- ▶ Підтримувати власні зусилля постраждалого населення у забезпеченні захищеності, безпеки, відновленні людської гідності й напрацюванні механізмів самопомоги всередині громади.



Інструкції

Захист від насильства і обмеження волі

1. **Першочерговий обов'язок захистити людей** від загрози їхньому життю і безпеці покладено на уряд та інші органи влади (див. Гуманітарну Хартію на сторінці 22). Під час збройних конфліктів сторони, залучені до конфлікту, повинні захищати цивільне населення і тих, хто склав зброю. При здійсненні аналізу з точки зору ризиків і загроз для населення гуманітарні організації повинні встановити, хто несе юридичну відповідальність і/або володіє належними ресурсами для забезпечення захисту.
2. **Допомога у зведенні до мінімуму інших загроз:** Ці заходи передбачають: надання допомоги способом, який підвищує ступінь безпеки людей; сприяння зусиллям самих людей забезпечити свою захищеність; здійснення кроків (шляхом здійснення інформаційно-просвітницької правозахисної діяльності або іншим способом), спрямованих на зниження рівня небезпеки для населення.
3. **Контроль і звітність:** Гуманітарні організації повинні враховувати свій обов'язок контролювати і повідомляти про серйозні порушення прав. Вони також повинні розглядати можливість виступу на захист прав постраждалого населення перед відповідними органами влади та учасниками шляхом нагадування їм про їхні обов'язки. При цьому вони можуть вдаватися до різних видів діяльності, зокрема й дипломатичного регулювання, лобіювання і суспільного захисту, дотримуючись при цьому керівних принципів, які стосуються зберігання конфіденційної інформації (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).
4. **Під час збройного конфлікту** гуманітарні організації повинні передбачити здійснення контролю за організаціями, що підлягають особливому захисту відповідно до міжнародного гуманітарного права (зокрема, до таких належать школи і лікарні), і повідомляти про будь-які напади на ці об'єкти. Гуманітарні організації також повинні докладати зусиль для зменшення ризиків і загроз, що стосуються викрадення людей або примусового вербування, які можуть виникнути в цих місцях.
5. **У випадках, якщо вибухові речовини становлять загрозу постраждалому населенню,** гуманітарні організації повинні співпрацювати з відповідними урядовими структурами та спеціалізованими організаціями щодо усунення наземних мін та боєприпасів, що не вибухнули. Ця загроза може реально існувати в тих випадках, коли населення повертається до місць свого постійного проживання після збройного конфлікту.

6. **Політичні, правоохоронні та військові структури** відіграють значну роль у забезпеченні захисту населення від неправомірного поводження та порушення прав. Адже саме у політичній площині передбачено вирішення основних питань, часто безпосередньо пов'язаних із забезпеченням захисту. Органи безпеки та правоохоронні органи, зокрема, поліція і збройні сили включно з миротворчими військами можуть і повинні відігравати важливу роль у забезпеченні фізичної безпеки людей, що перебувають у небезпеці. Гуманітарні організації можуть повідомити відповідних учасників про наявні порушення. Така співпраця з військовими контингентами, їх командуванням або владою, під контролем якої перебувають ці збройні сили, може стати необхідним кроком до припинення порушень, які здійснюють збройні сили.

Свобода пересування

7. **Неправомірно примушувати людей залишатися** або йти з місця, яке не є місцем їхнього вибору (наприклад, табір), а також здійснювати будь-які необґрунтовані обмеження на їхнє пересування. Обмеження свободи пересування і вибору місця проживання можуть бути застосовані тільки при наявності серйозних причин, що стосуються безпеки або охорони здоров'я населення, і повинні відповідати масштабу мети. Люди, які постраждали від конфлікту або надзвичайної ситуації, завжди мають право шукати прихисток.
8. **Евакуація:** Участь гуманітарних організацій у процесі евакуації повинна бути тільки винятковим заходом у критичних обставинах, коли відсутні альтернативні способи надання невідкладної допомоги або забезпечення захисту в разі виникнення серйозної загрози життю, безпеці й здоров'ю.
9. **Не варто підтримувати бажання постраждалого населення залишатися в небезпечному місці,** а також сприяти поверненню або переселенню, коли люди не мають повного доступу до інформації щодо ситуації в цих місцях.



Особлива вразливість щодо насильства та обмеження волі

10. **Уразливі люди:** Варто брати до уваги індивідуальні, соціальні й ситуативні фактори з метою виявлення осіб, найбільш незахищених щодо певних ризиків і загроз. Особливі заходи можуть знадобитися для тих, хто може зазнавати конкретних ризиків; до їх числа можуть входити жінки, діти, примусово переміщені особи, літні люди, люди з обмеженими можливостями, а також групи релігійних і етнічних меншин.
11. **Безпечне середовище для дітей:** Гуманітарні організації повинні забезпечувати безпечне середовище для дітей. Сім'ї й громади повинні отримувати допомогу в своїх зусиллях щодо забезпечення безпеки і захищеності дітей.
12. **Діти, особливо ті, що відлучені від своїх сімей** або які опинилися без супроводу дорослих, мають більшу ймовірність наражатися на насилля чи зазнавати експлуатації під час НС або конфлікту. Гуманітарні організації повинні вживати всіх адекватних заходів для запобігання вербування дітей у збройні сили, а у випадку, якщо вони якимось чином задіяні у таких структурах, домагатися їхнього негайного звільнення та інтеграції в громадянське суспільство.
13. **Жінки і дівчата можуть зазнавати підвищеного ризику** гендерного насильства. Беручи участь у забезпеченні захисту цих груп, гуманітарні організації повинні приділяти особливу увагу заходам, спрямованим на зниження потенційної небезпеки, зокрема й торгівлю людьми, примусову проституцію, зґвалтування і побутове насильство. Вони також повинні застосовувати стандарти та заходи, що запобігають та знищують практику сексуальної експлуатації й насильства. Жертвами такого поводження можуть бути постраждалі від лиха люди з підвищеним ступенем уразливості, наприклад, ізольовані або позбавлені дієздатності жінки, змушені займатися проституцією для отримання гуманітарної допомоги.

Соціальна допомога на рівні громади і самопомога

14. **Механізми захисту та надання психосоціальної підтримки на рівні сім'ї та громади** необхідно підтримувати шляхом збереження цілісності сім'ї, навчання людей способам запобігання відлученню дітей від сім'ї, забезпечення відповідного догляду за відлученими від сім'ї дітьми, а також шляхом організації пошуку зниклих членів сім'ї та процесу возз'єднання відокремлених від сім'ї дітей та інших членів сім'ї. По можливості необхідно прагнути до збереження цілісності сімей та надавати можливість жити в одному районі людям з одного села або членам однієї мережі взаємодопомоги.
15. **Сприяння заходам громади щодо організації самопомоги:** Така робота передбачає, зокрема, допомогу жіночим групам, що займаються питаннями гендерного насильства, молодіжним групам, які співпрацюють у забезпе-

ченні засобів до існування, батьківським групам, які пропагують позитивну взаємодію з дітьми, а також догляд за батьками маленьких дітей і дітей, які потребують особливого догляду. До цього переліку варто додати допомогу молодіжним групам, які поширюють інформацію, що стосується захисту від таких небезпек, як наземні міни, і групам представників громад, які займаються тими чоловіками і жінками, що втратили своїх партнерів, літніми людьми і людьми з обмеженими можливостями.

Принцип забезпечення захисту 4: Надавати людям підтримку в намаганні домогтися дотримання своїх прав, отримати доступ до наявних засобів правового захисту, а також сприяти відновленню від наслідків неправомірного поводження

Постраждалому населенню допомагають у боротьбі за дотримання його прав шляхом надання інформації, документації та допомоги щодо пошуку засобів правового захисту. Людям надають належну підтримку у відновленні від фізичних, психологічних і соціальних наслідків насильства й інших правопорушень.



До цього принципу належать такі елементи:

- ▶ Надавати підтримку постраждалому населенню у відстоюванні його прав і отриманні доступу до засобів правового захисту від держави та інших джерел, а також забезпечувати його інформацією щодо його прав і доступних правозахисних засобів.
- ▶ Надавати допомогу постраждалому населенню у збиранні документації, необхідної для доказу його прав.
- ▶ Надавати людям допомогу у відновленні шляхом надання підтримки на рівні громади та інших різновидів психосоціальної підтримки.

Інструкції

Надання допомоги постраждалому населенню у відстоюванні своїх прав

1. **Уряд та інші відповідні органи влади відповідальні** за забезпечення визнання та дотримання прав постраждалого населення. Гуманітарні організації повинні намагатися надавати підтримку постраждалому населенню в спробі відстоювання своїх прав через структури правової системи або через інші канали.
2. **Права:** Гуманітарні організації повинні повідомляти постраждале населення про його права як в рамках тієї чи іншої гуманітарної програми, так і відпо-

відно до законодавства конкретної країни. Варто приділяти особливу увагу встановленню (відновленню) прав на житло, землю і приватну власність.

3. **Інформація та консультування:** Уряд і гуманітарні організації повинні доносити інформацію до відома постраждалого населення доступним способом і мовою. Населення повинно бути задіяне у важливому процесі консультування щодо рішень, які стосуються життя його представників, без створення додаткових ризиків (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62). Це один зі способів надання допомоги населенню у відстоюванні своїх прав.

Документація

4. **Забезпечення документами або заміна втрачених документів:** Гуманітарні організації повинні надавати підтримку постраждалому населенню в отриманні документів (або заміні втрачених), необхідних для доказу прав. Люди загалом мають права безвідносно до наявності певних документів. Однак для того, щоб користуватися своїми правами у повному обсязі, зазвичай потрібна наявність деяких документів і свідоцтв, таких як свідоцтво про народження або про укладання шлюбу, паспорт або документ, що підтверджує право власності на землю. Доступ до документації на землеволодіння особливо часто важливий після НС, однак є країни, де права власності не завжди ретельно документуються юридично і можуть стати основним предметом спорів. Необхідно організувати видавання свідоцтв про смерть, щоб уникнути зайвих фінансових і юридичних проблем для родичів. Здебільшого свідоцтва про смерть не видають при масових похованнях, які здійснюються без дотримання необхідних формальностей, чого варто уникати.
5. **Правову документацію,** визнану урядом або іншими відповідними органами влади, потрібно відрізняти від документів, які видають гуманітарні агентства. Це стосується, зокрема, реєстраційних документів, продовольчих карток і транспортних ваучерів. Офіційні документи, видані органами влади, не повинні бути визначальним фактором у тому, хто має право на допомогу гуманітарних організацій.

Доступ до засобів правового захисту

6. **Люди мають право на стягнення юридичної та інших видів компенсації** від уряду та інших відповідних органів за порушення їхніх прав. Сюди може входити компенсація за втрату або відновлення в правах власності. Люди також мають право очікувати, що порушники їхніх прав будуть притягнуті до відповідальності. Це може відігравати ключову роль у відновленні довіри постраждалого населення. Гуманітарні організації можуть мати можливість надавати людям допомогу при зверненні в суди або передавати розгляд питань в інші організації, здатні надати таку підтримку.
7. **Допомога у сфері медичного обслуговування та реабілітації:** Необхідно надавати допомогу людям в отриманні належного медичного обслуговування

або інших різновидів реабілітації після нападів, актів гендерного насильства та пов'язаних з ним проблем (див. стандарт 3 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінці 378, а також стандарти 1-2 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінках 384-386).

8. **При наявності правової допомоги**, що надається неурядовими структурами, по можливості варто надавати людям підтримку в знаходженні та отриманні доступу до цієї допомоги.

Різновиди психосоціальної допомоги, зокрема й допомога на рівні громади

9. **Необхідно надавати підтримку позитивним механізмам адаптації громади**, таким як прийнятні в культурному плані поховання, релігійні церемонії та ритуали, а також культурні та соціальні практики, що не завдають шкоди.
10. **Заходи для дітей**: Необхідно по можливості заохочувати громади організовувати структуровані допоміжні заходи з освіти та захисту дітей шляхом застосування неформальних засобів, таких як облаштування ділянок, адаптованих для дітей. До механізмів захисту на рівні громади повинні входити заходи з організації самодопомоги, стимулюючі сприятливі психосоціальні умови.
11. **Надавати допомогу в організації належної психосоціальної підтримки** для осіб, які зазнали насильства. Варто забезпечити для них реалізацію соціальних контактів громади і заходів самодопомоги. Доступ до соціальної допомоги на рівні громади має бути доповненим наданням доступу до медичної допомоги у галузі охорони психічного здоров'я.
12. **Інтегрована система надання допомоги**: Організації, які займаються наданням психосоціальної підтримки та охороною психічного здоров'я в різних секторах, повинні співпрацювати для того, щоб створити інтегровану систему надання допомоги населенню (див. стандарт 1 базового медичного обслуговування – стандарти психіатричної допомоги на сторінці 400).
13. **Клінічна допомога**: Встановити механізми відправлення людей із серйозними порушеннями на доступне клінічне лікування.



Список літератури та додаткових матеріалів

Загальні питання забезпечення захисту: історія питання та методи

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

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

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

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

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

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

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

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

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2011), Aide Mémoire: For the Consideration of Issues Pertaining for the Protection of Civilians. New York

Особливі стандарти із забезпечення захисту

Діти

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) (2014), Integrated Disarmament, Demobilisation, and Reintegration Standards. New York. www.unddr.org/iddrs/05/20.phpf

Питання інвалідності

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

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

Гендерне насилля

IASC (2005), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings – Focusing on the Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies. Geneva. interagencystandingcommittee.org

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

Права на житло, землю і приватну власність

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

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

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

Internal Displacement Monitoring Centre, FAO, OCHA, Office of the UN High Commissioner for Human Rights, UN-HABITAT and UNHCR (2007), Handbook on Housing and Property



Restitution for Refugees and Displaced Persons. Implementing the 'Pinheiro Principles', IASC. Geneva. www.unhcr.org/refworld/docid/4693432c.html

Внутрішньо переміщені особи

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

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

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

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

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

Психічне здоров'я та психосоціальна допомога

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.

Протимінна діяльність

The International Mine Action Standards (IMAS): www.mineactionstandards.org

Міжнародні стандарти з протимінної діяльності (МСПМД): www.mineactionstandards.org/fileadmin/MAS/documents/imas-international-standards/Ukrainian/IMAS_05.10_ukr.pdf

Літні особи

IASC (2008), Humanitarian Action and Older Persons – An essential brief for humanitarian actors. WHO-HelpAge International. www.humanitarianinfo.org



Базові стандарти



Рекомендації щодо застосування цього розділу

Базові стандарти – це найважливіші стандарти, які стосуються процесу надання допомоги, загальні для всіх секторів. Вони задають єдину відправну точку для підходів до вирішення завдань і є основою для всіх інших представлених у цьому посібнику стандартів. Їх потрібно застосовувати при реалізації стандартів, викладених у кожному присвяченому тому або іншому технічному аспекту розділі.

Тут представлено шість базових стандартів:

- Соціально орієнтована гуманітарна допомога
- Координація та співпраця
- Здійснення оцінювання
- Організація та надання допомоги
- Ефективність роботи, транспарентність і навчання
- Ефективність роботи учасників надання допомоги

Кожен розділ із базових стандартів містить:

- **Базовий стандарт:** стандарт якості, що визначає рівень, якого варто досягнути в процесі надання гуманітарної допомоги.
- **Ключові дії:** рекомендовані заходи і початкові ресурси, необхідні для досягнення базових стандартів.
- **Ключові показники:** індикатори, що визначають, чи було досягнуто той чи інший стандарт. Вони дозволяють оцінювати результати та інформувати про перебіг здійснення ключових дій: вони належать до мінімальних стандартів, а не до ключових дій.
- **Інструкції:** конкретні питання, які стосуються застосування в різних ситуаціях мінімальних стандартів, ключових дій і ключових показників. Вони містять вказівки щодо подолання практичних труднощів, а також орієнтири і рекомендації з найбільш важливих питань. Тут також можуть бути розглянуті основні проблеми, що стосуються стандартів, дій і показників, а також дилеми, протиріччя і прогалини в сучасних знаннях із цього питання.

Ключові показники базових стандартів передбачають можливість широкого варіювання залежно від застосування їх користувачами та конкретної ситуації. Вимірні й обмежені часовими параметрами специфікації для кожного показника значною мірою залежать від конкретної ситуації й сектора. У зв'язку з цим користувачі повинні адаптувати ключові показники до відповідної конкретної ситуації.

У кінці розділу наведено список літератури та додаткових матеріалів.

Зміст

Вступ.....	59
Базові стандарти.....	62
Список літератури та додаткових матеріалів.....	87





Вступ

До базових стандартів входить опис процесів, які мають важливе значення для досягнення всіх мінімальних стандартів проекту «Сфера». Вони є практичним вираженням принципів, викладених в Гуманітарній Хартії проекту «Сфера», і гарантією реалізації прав людей, які постраждали від конфліктів або надзвичайних ситуацій, на отримання допомоги, що забезпечує їм гідне життя. Базові стандарти задають мінімальний рівень надання допомоги (який визначають через ключові показники), що повинен бути забезпечений усіма гуманітарними організаціями – тими, що працюють на базі громади, місцевими, національними або міжнародними.

Базові стандарти пов'язані також з іншими основними ініціативами щодо забезпечення підзвітності, мета яких – підвищення координації дій і прихильність принципу дотримання підзвітності. Так, базові стандарти і критерії *Стандарту (2010) підзвітності та управління якістю* організації НАР містять вимоги, які взаємодоповнюються. Стандарт ефективності роботи учасників надання допомоги узгоджено з *Кодексом належної практики* організації People In Aid. Базові стандарти 1 і 5 складено з урахуванням довідника *The Good Enough Guide*, підготовленого Проектом нарощування потенціалу в сфері надання правової допомоги в НС (ECBV), *Компаса якості* групи URD, а також документів мережі ALNAP (Активна навчальна мережа із забезпечення підзвітності та ефективності гуманітарної діяльності). Взаємодоповнювальними є базові стандарти довідника проекту «Сфера» й основоположні стандарти INEE (Міжорганізаційна мережа з питань освіти в НС), викладені в довіднику *Мінімальні стандарти освіти: готовність, реагування, відновлення*.



Значення базових стандартів для усіх секторів

Перший базовий стандарт визнає, що участь населення, постраждалого від НС, – жінок, чоловіків, дівчаток і хлопчиків усіх вікових груп, – а також їхні можливості й стратегії виживання зі збереженням людської гідності є невід'ємною частиною процесу надання гуманітарної допомоги. Базовий стандарт 2 стосується необхідності координувати і здійснювати ефективне надання допомоги спільно з іншими гума-

нітарними організаціями та органами державної влади, які беруть участь у наданні неупередженої гуманітарної допомоги.

Базовий стандарт 3 стосується необхідності систематично здійснювати оцінку з метою з'ясування характеру НС, того, хто і як постраждав від НС, а також ступеня вразливості населення і наявних у нього можливостей. У ньому зроблено акцент на винятковій важливості осмислення наявних потреб з урахуванням політичної, соціальної й економічної ситуації, умов навколишнього середовища та інтересів широких верств населення. Організації, що забезпечують дотримання базового стандарту 4, повинні реалізовувати свої програми надання допомоги, ґрунтуючись на здійсненні об'єктивної оцінки потреб, а також задоволенні виниклих потреб з урахуванням конкретної ситуації і можливостей постраждалого населення та держав щодо задоволення своїх потреб.

Базового стандарту 5 гуманітарні організації досягають за умови постійного здійснення аналізу ефективності, якості та доцільності їх програм із надання допомоги. Організації повинні коригувати власні стратегії відповідно до інформації, отриманої під час моніторингу, і відгуків осіб, постраждалих від НС, а також мають надавати інформацію про ефективність своєї роботи. Їм варто здійснювати об'єктивний аналіз та оцінку і використовувати отримані результати з метою вдосконалення прийнятих політики і практики.

Базовий стандарт 6 формулює положення, згідно з яким гуманітарні організації мають зобов'язання щодо постраждалого населення наймати на роботу персонал із знанням, навичками і поведінковими настановами, необхідними для надання ефективної гуманітарної допомоги. Організації також несуть відповідальність за те, щоб надати можливість учасникам надання допомоги належно виконувати свою роботу, забезпечивши ефективне управління і турботу про психологічне і фізичне благополуччя персоналу.

Уразливість

Основну увагу в цьому посібнику проекту «Сфера» приділено задоволенню невідкладних життєво необхідних потреб людей, постраждалих від НС або конфлікту. Однак базові стандарти можуть бути використані для забезпечення готовності до НС та для вжиття заходів, спрямованих на зниження майбутніх ризиків і ступеня вразливості, зміцнення потенціалу та сприяння ранньому відновленню. Ці заходи передбачають вплив надання допомоги на природне навколишнє середовище й більш широкий контекст та мають важливе значення для людей, які приймають постраждалих, і більш широких верств населення.

У цьому посібнику термін «вразливі особи» вжито стосовно людей особливо вразливих щодо впливу стихійних лих, антропогенних НС або конфліктів. Ступінь вразливості людей щодо НС залежить від поєднання багатьох фізичних, соціальних, політичних і пов'язаних із навколишнім середовищем факторів. Причиною їх маргіналізації в суспільстві можуть бути етнічна належність, вік, стать, інвалідність, належність до того чи іншого класу або касты, а також політична чи релігійна належність. Різні види вразливості можуть бути наслідком поєднання низки факторів уразливості та впливу мінливої ситуації. Вразливі особи, як і всі інші постраждалі від НС, мають різні можливості для пристосування і відновлення після НС. Для організації надання допомоги, покликаної задовольнити потреби тих, хто найбільше її потребує, велике значення має чітке розуміння наявних у вразливих осіб можливостей і перешкод, з якими вони можуть стикатися щодо доступу до отримання гуманітарної допомоги.



Базові стандарти

Базовий стандарт 1: соціально орієнтована гуманітарна допомога

Можливості населення і стратегії виживання, що забезпечують збереження людської гідності, є невід'ємним компонентом організації і принципів надання гуманітарної допомоги.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Підтримувати наявний місцевий потенціал шляхом якнайшвидшого виявлення груп громади та пошуку соціальних контактів і спиратися на ініціативи, що впроваджуються на базі громади, а також на програми організованої само-допомоги (див. інструкцію 1).
- ▶ Створювати постійно діючі й транспарентні системи і механізми, за допомогою яких населення, постраждале від НС або конфлікту, зможе регулярно здійснювати зворотний зв'язок і впливати на те, що відбувається (див. інструкцію 2).
- ▶ Забезпечувати збалансоване представництво вразливих груп населення у консультаціях із постраждалим населенням (див. інструкцію 3).
- ▶ Надавати постраждалому населенню інформацію в прийнятній формі й викладену зрозумілою мовою про гуманітарну організацію, її проект (проекти) і права людей на отримання допомоги (див. інструкцію 4).
- ▶ При першій нагоді надавати постраждалому населенню доступ до безпечних і організованих відповідно до вимог об'єктів, призначених для проведення громадських зборів та обміну інформацією (див. інструкцію 5).
- ▶ Надавати людям можливість вільно і безпечно пред'являти претензії щодо здійснюваної програми допомоги і встановити транспарентні, своєчасні процедури реагування на скарги і вжиття заходів із виправлення недоліків (див. інструкцію 6).
- ▶ По можливості використовувати місцеву робочу силу та матеріали, що не завдають шкоди довкіллю, і задіювати соціально відповідальні торгово-про-

мислові підприємства з метою підтримки місцевої економіки та процесу відновлення.

- Д По можливості організовувати проекти, які пристосовані до тих корисних культурних, духовних і традиційних практик, що мають важливе значення для місцевого населення, а також у яких виказано повагу до цих практик (див. інструкцію 7).
- Д Упродовж реалізації програми допомоги поступово розширювати повноваження постраждалого від НС населення у сфері прийняття рішень і активізовувати його участь у здійснюваних програмах.

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Стратегії проекту безпосередньо пов'язані з наявними можливостями та ініціативами, які впроваджуються на базі громади.
- Д Постраждале від НС населення бере активну участь у зборах, які відбуваються регулярно і присвячені питанням організації й реалізації програм допомоги (див. інструкції 1-2).
- Д При реалізації програми допомоги збільшується число ініціатив з організації самопомоги, які впроваджує постраждала громада і місцева влада (див. інструкцію 1).
- Д Організації розглядають скарги щодо питань наданої допомоги і належно реагують на них.

Інструкції

1. **Місцеві можливості:** Люди, які постраждали від НС, мають і набувають навички, знання і можливості, необхідні для пристосування до надзвичайних ситуацій, реагування на них та відновлення після них. Активна участь у операціях із надання гуманітарної допомоги — основа права людей на життя з гідністю, яке закріплене в принципах 6 і 7 Кодексу поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій при здійсненні операцій допомоги у разі стихійних лих і катастроф (див. додаток 2 на сторінці 438). Організація самопомоги і здійснювані самими громадами ініціативи сприяють забезпеченню психологічного і соціального благополуччя, оскільки дозволяють постраждалому населенню знову знайти почуття гідності й певною мірою здійснювати контроль за тим, що відбувається. Доступ до соціальної, фінансової, культурної та психологічної підтримки, яку надають родичі, релігійні організації та інституції, друзі, а також школи та організовані громадою заходи, створює можливість кожній людині окремо і громаді загалом знову здобути самоповагу і усвідомлення власної ідентичності, а також знижує ступінь уразливості й підвищує стійкість



до зовнішніх впливів. Необхідно надавати допомогу місцевому населенню у виявленні та (якщо потрібно) відновленні діяльності або у створенні мереж соціальної підтримки та груп взаємодопомоги. Міра і способи участі населення в програмах допомоги будуть залежати від того, скільки часу пройшло з моменту лиха, а також від конкретних матеріальних, соціальних і політичних умов. У зв'язку з цим показники участі повинні бути обрані відповідно до конкретної ситуації й представляти всіх постраждалих. Місцеве населення зазвичай першим реагує на НС, і навіть на самому початку надання допомоги завжди можлива певна міра участі місцевого населення. Звернення до населення, консультації з ним і залучення до участі на ранній стадії допоможе підвищити якість і участь громади в управлінні на більш пізніх стадіях реалізації програми допомоги.

2. **Механізми зворотного зв'язку** дають усім постраждалим від НС можливість впливати на планування і реалізацію програми допомоги (див. стандарт «участі» організації НАР). Сюди входять обговорення у фокус-групах, обстеження, опитування і зустрічі в рамках обговорення «засвоєних уроків» із репрезентативними обраними групами всього постраждалого населення (див. посібник Good Enough Guide (ECB), де запропоновано відповідні інструменти, а також інструкції 3-4). Про результати цієї роботи та заходи, яких уживає організація у відповідь на отримані відгуки, необхідно регулярно повідомляти постраждалому населенню.
3. **Представницька участь:** Для того щоб забезпечити збалансовану участь, необхідно виявляти й усувати можливі перешкоди щодо участі, з якими стикаються ті чи інші особи. Варто вживати заходи, спрямовані на забезпечення участі представників усіх груп постраждалого населення – молоді й літніх людей, чоловіків і жінок. Необхідно докладати особливих зусиль, спрямованих на залучення до цього процесу неповною мірою представлених груп, маргіналізованих груп (наприклад, на ґрунті етнічної або релігійної приналежності), а також «невидимих» з інших причин (як, наприклад, осіб, які змушені лишатися вдома через хворобу або які перебувають в установах закритого типу). Варто також сприяти участі у програмі молоді та дітей за умови, що це відповідає їхнім інтересам і що вжито заходів, які гарантують, що вони не будуть наражатися на небезпеку неправомірного поводження та їм не буде заподіяно шкоди.
4. **Надання інформації:** Люди мають право на отримання точної та регулярно поновлюваної інформації щодо дій, які виконуються в їхніх інтересах. Інформування дозволить знизити напругу і стане основою для забезпечення відповідального ставлення громади і співпричетності. Гуманітарні організації повинні принаймні надавати відомості про мандат організації і її проекту (проектів), про право населення на отримання допомоги та інші права, а також про те, де і як можна отримати допомогу (див. стандарт «надання інформації»).

ції» організації НАР). Звичними способами і засобами інформування є дошки для оголошень, загальні збори, школи, газети і радіопередачі. Інформація повинна відображати зважене розуміння становища населення і бути репрезентована місцевою мовою (мовами), з використанням різних засобів, щоб бути доступною всім зацікавленим особам. Наприклад, дітей і дорослих, які не вміють читати, необхідно інформувати в усній формі або з використанням графічних зображень і використовувати просту мову (тобто зрозумілу 12-річним дітям). Письмова інформація має бути набрана великим шрифтом, з урахуванням того, що її можуть читати особи з вадами зору. Збори варто проводити так, щоб літні люди й особи з порушеннями слуху могли чути все, що на них обговорюють.

5. **Безпечні й доступні зони:** Місця, де проводять громадські збори, повинні бути розташовані в безпечних зонах і бути доступними для осіб з обмеженою рухливістю, а також для жінок, чия присутність на громадських заходах обмежена культурними нормами. Необхідно надавати дітям майданчики для ігор, навчання, спілкування та розвитку.
6. **Скарги:** Люди мають право звертатися зі скаргами і розраховувати на отримання відповідних заходів (див. стандарт «звернення зі скаргами» організації НАР). Офіційні механізми подання скарг та їх задоволення є важливим елементом підзвітності організації перед населенням. Такі механізми допомагають громадам відновити контроль над своїм життям.
7. **Відповідні культурні практики,** такі як похорони і релігійні обряди, зазвичай є найважливішим елементом збереження ідентичності, людської гідності та здатності до відновлення після НС. Деякі прийнятні в культурному відношенні практики призводять до порушення прав людини (наприклад, заперечення права дівчаток на отримання освіти та здійснення операцій на жіночих статевих органах, результатом яких є каліцтво) і до них не варто ставитися терпимо.



Базовий стандарт 2: координація дій і співпраця

Надання гуманітарної допомоги планують і реалізують спільно з відповідними органами влади, гуманітарними організаціями та організаціями громадянського суспільства, які беруть участь у проведенні неупередженої гуманітарної акції та разом працюють із метою досягнення максимальної ефективності, охоплення населення і результативності.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Із самого початку брати участь у роботі загальних і всіх інших координаційних механізмів у відповідних секторах (див. інструкції 1-2).
- ▶ Бути обізнаними щодо обов'язків, цілей і координаційних функцій держави та інших координаційних груп, якщо такі є (див. інструкцію 3).
- ▶ Надавати координаційним групам інформацію щодо мандата організації, її мети і програми.
- ▶ Надавати інформацію за результатами оцінки відповідним координаційним групам своєчасно і в такій формі, щоб цією інформацією могли вчасно скористатися інші гуманітарні організації (див. базовий стандарт 3, сторінка 70).
- ▶ Використовувати інформацію щодо програми, яка надходить від інших гуманітарних організацій, і враховувати її при здійсненні аналізу, обиранні географічної зони дії і складанні планів надання допомоги.
- ▶ Регулярно надавати координаційним групам додаткові відомості про перебіг операції, інформуючи про будь-які серйозні затримки, дефіцит наявних в організації ресурсів або про наявність незатребуваних ресурсів (див. інструкцію 4).
- ▶ Співпрацювати з іншими гуманітарними організаціями з метою зміцнення інформаційно-просвітницької роботи в галузі сприяння вирішенню найважливіших загальних проблем гуманітарного характеру.
- ▶ Виробити чітку стратегію і правила щодо співпраці організації з негуманітарними суб'єктами – учасниками процесу, керуючись гуманітарними принципами і цілями (див. інструкцію 5).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Звіти за результатами проведеного оцінювання та інформація про плани програми й хід її здійснення регулярно надають відповідним координаційним групами (див. інструкцію 4).
- ▶ Дії з надання гуманітарної допомоги, які відбуваються в тому самому географічному районі або в тому самому секторі іншими організаціями, не дублюються.
- ▶ Зауваження, висловлені на координаційних зборах, враховують у практичній роботі та своєчасно доводять до відома усі зацікавлені сторони.
- ▶ При здійсненні організацією гуманітарної допомоги беруть до уваги можливості й стратегії інших гуманітарних організацій, організацій громадянського суспільства та відповідних органів влади

Інструкції

1. **Скоординовані дії з надання допомоги:** Для забезпечення належного охоплення населення, своєчасності реалізації програми допомоги й її якості необхідні колективні дії. Активна участь у координаційній роботі дасть можливість керівникам координування дій своєчасно організувати чіткий розподіл праці й обов'язків, визначити межі, в яких потреби населення будуть задоволені спільними зусиллями, знизити дублювання функцій та усунути недоліки, що стосуються міри охоплення населення та якості програм. Скоординовані дії з надання допомоги, своєчасно проведене оцінювання на міжорганізаційному рівні та надання інформації допоможуть знизити навантаження на постраждале населення у зв'язку з можливим повторним збиранням тих самих відомостей низкою груп із здійснення оцінювання. Співпраця і (там, де це можливо) спільне використання ресурсів та обладнання забезпечують досягнення найвищої ефективності потенціалу громад, їх сусідів, приймаючих країн, донорів і гуманітарних організацій із різними мандатами і рівнем компетентності. Участь у роботі координаційних механізмів, що функціонують до НС, дозволяє налагодити зв'язки і підвищує координацію дій під час надання допомоги. Місцеві організації громадянського суспільства та місцева влада не зможуть брати участі, якщо координаційні механізми будуть призначені лише для міжнародних організацій. Наради та інші спільні інформаційні заходи треба проводити з використанням місцевої мови (мов). Необхідно виявляти чинних суб'єктів місцевого громадянського суспільства і знаходити соціальні контакти для того, щоб задіювати їх у програмах допомоги. Це стосується також інших місцевих і міжнародних гуманітарних організацій. Персонал, що представляє організацію на координаційних нарадах, повинен мати відповідну інформацію, навички і повноваження, необхідні для того, щоб ефективно брати участь у плануванні та прийнятті рішень.



2. **Спільні координаційні механізми** охоплюють проведення нарад – загальних (для всіх програм), на рівні сектора (такого як охорона здоров'я) і міжсекторальних (таких як гендерна проблематика), а також механізми обміну інформацією (такі як бази даних, що містять результати оцінки та інформацію про поточний стан). Проведення нарад за участі різних секторів забезпечить можливість задовольняти потреби населення в цілому, а не нарізно (наприклад, потреби населення в забезпеченні тимчасовим житлом, водопостачанні, санзабезпеченні, дотриманні гігієни та у психосоціальній підтримці взаємопов'язані). Необхідно здійснювати обмін відповідною інформацією між різними координаційними механізмами, що дозволить забезпечити єдине координування дій між усіма програмами. Від якості координаційних механізмів буде залежати зацікавленість організацій в участі у координуванні будь-яких аспектів діяльності: відповідальні за координування дій особи зобов'язані забезпечити, щоб наради та процес інформування були належним чином організовані, ефективні та орієнтовані на досягнення конкретних результатів. Якщо цього не відбувається, то організації, які беруть участь у процесі, зобов'язані вимагати вдосконалення координаційних механізмів і сприяти цьому.
3. **Координаційні функції:** Координування надання гуманітарної допомоги, що здійснюється задіяними у ній організаціями, є функцією постраждалої держави. Роль гуманітарних організацій – допомагати державі у виконанні нею цієї координаційної функції. Однак в деяких випадках можуть знадобитися альтернативні координаційні механізми, коли, наприклад, органи державної влади самі вчиняють зловживання і порушення або їх участь у наданні допомоги не є неупередженою, а також у разі, коли держава прагне виконувати координаційну функцію, але не має для цього ресурсів. За таких ситуацій координаційні наради можуть бути проведені роздільно або місцевою владою зі структурами ООН чи неурядовими організаціями. У теперішній час у багатьох великомасштабних НС гуманітарного характеру координування зазвичай здійснюють у рамках «кластерного підходу», коли організації, що працюють в одному секторі, об'єднуються в групу, якою керує провідна організація.
4. **Ефективність спільного використання даних** буде вищою, якщо інформація буде простою у використанні (зрозумілою, релевантною і лаконічною), а також представлена у вигляді, який відповідає прийнятим у світовому гуманітарному співтоваристві стандартам, що в технічному відношенні сумісні з даними інших організацій (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70). Частота спільного використання даних буде залежати від конкретної організації та конкретної ситуації, однак, щоб інформація лишалася релевантною, обмін даними повинен відбуватися оперативно. Інформація, призначена для обме-

женого кола осіб, має бути конфіденційною (див. базові стандарти 3-4 на сторінках 70-75).

5. **Збройні сили та приватний сектор:** До участі в програмах надання допомоги в НС все частіше залучають приватний сектор, іноземні та національні збройні сили, тому вони можуть впливати на процес координування дій. Збройні сили мають важливий практичний досвід і ресурси, зокрема, в таких сферах, як забезпечення безпеки, логістика, транспорт і зв'язок. Однак їх дії можуть нівелювати ті принципові відмінності, що існують між цілями гуманітарного характеру і воєнними чи політичними завданнями, і створювати згодом ризики у сфері забезпечення безпеки. Будь-який зв'язок зі збройними силами повинен здійснюватися в інтересах (і під керівництвом) гуманітарних організацій відповідно до прийнятих керівних принципів. Одним організаціям буде достатньо підтримувати мінімальний діалог, необхідний для забезпечення ефективності оперативної роботи (наприклад, загальний обмін інформацією з програми), іншим – потрібно встановлювати тісніші зв'язки (наприклад, використовувати майно і ресурси збройних сил). Проте у будь-якому випадку гуманітарні організації повинні дистанціюватися від збройних сил, щоб не допустити реального або уявного зв'язку в свідомості людей із військовими чи політичними цілями, що може підірвати довіру до організацій і мати негативні наслідки для їх незалежності та безпеки, а також перешкоджати доступу до постраждалого населення. Приватний сектор може надати в розпорядження гуманітарних організацій наявні у нього комерційні навички й оперативність, додатковий практичний досвід і ресурси. Обмін інформацією необхідний для того, щоб уникнути дублювання функцій і сприяти впровадженню належної гуманітарної практики. Партнерські угоди між приватним сектором і гуманітарними організаціями потрібно укладати винятково для досягнення цілей гуманітарного характеру.



Базовий стандарт 3: здійснення оцінювання

Потреби першорядної важливості виявляються за допомогою здійснення систематичного оцінювання поточної обстановки, ризиків для життя з гідністю, а також здатності постраждалого населення і відповідних органів влади реагувати на НС.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Зібрати і використовувати інформацію, що була до НС, щодо місцевих ресурсів у сфері надання гуманітарної допомоги, постраждалого населення і більш широких верств населення, а також щодо ситуації та інших існуючих раніше факторів, які могли підвищити рівень схильності людей до впливу НС (див. інструкцію 1).
- Д Негайно здійснити попереднє оцінювання, ґрунтуючись на інформації, що була до НС, щоб дослідити зміни ситуації, викликані НС, і виявити всі нові фактори, які призводять до появи вразливості або підвищення ступеня вразливості (див. інструкцію 2).
- Д Зробити якомога раніше швидке оцінювання, а потім, коли буде час і дозволить ситуація, всебічне детальне оцінювання (див. глосарій на сторінці 454 та інструкцію 3).
- Д Деталізувати дані про населення, прокласифікувавши їх щонайменше за віком і статевою приналежністю (див. інструкцію 4).
- Д При здійсненні оцінювання вислухати думку найширшого кола респондентів – жінок і чоловіків різного віку, дівчаток, хлопчиків і вразливих осіб, постраждалих від НС, а також більш широких верств населення (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62 та інструкції 5-6).
- Д По можливості брати участь у здійсненні оцінювання, яке відбувається на рівні кількох секторів, спільно або на міжорганізаційному рівні.
- Д Систематично збирати відомості з використанням різних методів, перевіряти їх шляхом триангуляції з відомостями, отриманими від різних джерел і організацій, і реєструвати дані у міру того, як вони надходять (див. інструкцію 7).
- Д Здійснити оцінювання можливостей пристосування, навичок, ресурсів і стратегій відновлення постраждалого населення (див. інструкцію 8).
- Д Здійснити оцінювання планів реагування та можливостей держави.
- Д Здійснити оцінювання впливу НС на психосоціальний добробут окремих осіб і громад.

- Д Здійснити оцінювання наявних і можливих проблем щодо забезпечення захищеності, які стосуються постраждалого від НС населення та персоналу гуманітарних організацій, зокрема й вірогідність того, що надання допомоги може призвести до поглиблення конфлікту або створення напруженості між постраждалим населенням і тим місцевим населенням, яке приймає постраждале (див. інструкцію 9).
- Д Надавати отримані при здійсненні оцінювання дані своєчасно й у формі, доступній іншим гуманітарним організаціям (див. базовий стандарт 2 на сторінці 66 та інструкцію 10).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Потреби, виявлені в результаті оцінювання, у прямій формі прив'язані до можливостей постраждалого населення і держави у сфері реагування на НС.
- Д Звіти за результатами швидкого та подальшого всебічного оцінювання містять думки, які представляють всі групи населення, зокрема й думки представників уразливих груп населення і населення прилеглих районів.
- Д Звіти за результатами оцінювання містять деталізовані дані, прокласифіковані щонайменше за віком та статевою приналежністю.
- Д Звіти за результатами всебічного оцінювання містять інформацію і аналіз, що стосуються факторів уразливості, поточної ситуації та наявних можливостей.
- Д Там, де форми здійснення оцінювання були узгоджені й отримали широку підтримку, вони застосовуються на практиці.
- Д Здійснення швидкого оцінювання супроводжувалося здійсненням всебічного оцінювання груп населення, які були визначені для охоплення програмою допомоги.

Інструкції

1. *Інформація, що була до НС:* При здійсненні попереднього і швидкого оцінювання важливе значення має спільне об'єднання наявної інформації. Практично завжди існує значний обсяг інформації, який стосується загального стану (наприклад, політична, соціальна, економічна ситуація, стан справ у сфері безпеки, відомості про конфлікт та навколишнє природне середовище) і населення (наприклад, відомості про статево-віковий склад, охорону здоров'я, культуру, релігію та освіту). Джерелами цієї інформації можуть бути відповідні міністерства (наприклад, міністерство охорони здоров'я і дані перепису), навчальні та дослідницькі установи, громадські організації, а також місцеві та міжнародні гуманітарні організації, які мали свої представництва в регіоні до НС. Програми, реалізовані у рамках забезпечення готовності до НС та раннього попередження, а також сучасні



розробки у сфері спільно використовуваного, доступного через картування на веб-платформах, «краудсорсингу» і платформ мобільної телефонії (таких як Ushahidi), передбачають наявність сформованих баз даних із релевантною інформацією.

2. **Попереднє оцінювання**, яке зазвичай здійснюється у перші години після НС, може ґрунтуватися майже цілком на інформації з непрямих джерел і наявних раніше даних. Такого типу оцінювання має важливе значення для визначення нагальних потреб у допомозі й повинно здійснюватися негайно, а одержані результати повинні бути доступні всім зацікавленим сторонам.
3. **Поетапне оцінювання**: Оцінювання – це процес, а не поодинокі подія. Попереднє і швидке оцінювання створює базу для здійснення подальшого всебічного оцінювання, за допомогою якого уточнюють (але не повторюють) результати зробленого раніше оцінювання. Варто враховувати той факт, що повторне оцінювання таких делікатних проблем забезпечення захисту населення, як гендерне насильство, може мати для окремих осіб і громад радше негативні, ніж позитивні наслідки.
4. **Деталізація даних**: Деталізувати дані на початковому етапі зазвичай неможливо, проте це має важливе значення для визначення різних потреб та прав дітей і дорослих різного віку. При першій можливості необхідно класифікувати дані за віком і статеву приналежністю: діти віком 0-5 років чоловічої/жіночої статі, 6-12 років чоловічої/жіночої статі та 13-17 років чоловічої/жіночої статі; потім за 10-річними віковими групами: 50-59 років чоловічої/жіночої статі, 60-69 років чоловічої/жіночої статі, 70-79 років чоловічої/жіночої статі, 80+ років чоловічої/жіночої статі. На відміну від заснованого на фізіологічних критеріях поділу на вікові групи, використовуваного в розділі, присвяченому питанням охорони здоров'я, запропонована класифікація представляє вікові відмінності, пов'язані з цілою низкою прав, а також із різними соціальними і культурними аспектами.
5. **Репрезентативність оцінювання**: При здійсненні оцінювання, заснованого на визначенні потреб, необхідно охоплювати все постраждале від НС населення. Варто вживати особливих заходів, щоб охопити оцінюванням осіб, що перебувають у важкодоступних місцях, наприклад осіб, які розміщені не в таборах або знаходяться в районах, куди ускладнено доступ, або розселені у сім'ях, які приймають постраждалих. Це стосується також осіб, доступ до яких обмежений і які при цьому часто піддаються небезпеці, зокрема, люди з обмеженими можливостями, літні люди, особи, які через хворобу або з інших причин не мають можливості вийти з дому, діти і молоді люди, яким загрожує небезпека бути незаконно рекрутованими у солдати чи піддатися гендерному насильству. До джерел первинної інформації належать безпосереднє спостереження, обговорення у фокус-групах, опитування та обговорення

серед максимально широкого кола людей і груп населення (наприклад, місцева влада, керівники громад (чоловіки і жінки), літні чоловіки і жінки, персонал закладів охорони здоров'я, вчителі й інші працівники освіти, торговельні компанії, а також інші різноманітні гуманітарні організації). Відкрите висловлення власної думки для деякого з людей може бути складним або небезпечним. Дітей необхідно опитувати окремо, оскільки існує мала ймовірність того, що вони будуть говорити в присутності дорослих, у той час як висловлення власної думки може наразити їх на небезпеку. Жінок і дівчаток також у більшості випадків бажано опитувати окремо від інших. Персонал гуманітарних організацій, що займається систематичним збором інформації від осіб, які стали жертвами неправомірного поводження або зґвалтування, повинен мати необхідні навички і використовувати належні методи, що забезпечують безпеку. В районах конфліктів інформація може бути використана неправильно, що може стати причиною виникнення додаткової небезпеки для людей і ускладнити роботу гуманітарної організації. Повідомляти отримані відомості іншим гуманітарним організаціям або іншим відповідним організаціям можна лише за згоди осіб, яких ці відомості стосуються (див. принцип 1 забезпечення захисту на сторінці 38). Негайно здійснити оцінювання всіх постраждалих неможливо: не охоплені оцінюванням райони або групи населення повинні бути належним чином зареєстровані в звіті за результатами оцінювання й опитані при першій же нагоді.

6. **Здійснення оцінювання вразливості:** Небезпеки, з якими населення стикається після виникнення НС, різні для різних груп населення та окремих осіб. Уразливість деяких осіб може бути зумовлена такими індивідуальними факторами, як вік (особливо це стосується дуже молодих людей і осіб у глибокому віці) і хвороби (особливо це стосується людей, які живуть із ВІЛ, та хворих на СНІД). Однак індивідуальні фактори самі по собі не ведуть автоматично до підвищення небезпеки. Необхідно дослідити соціальні та контекстуальні фактори, що викликають уразливість, такі як дискримінація та маргіналізація (наприклад, невисокий статус та права жінок і дівчаток), соціальна ізоляція, погіршення стану навколишнього середовища, мінливість клімату, бідність, безземелля, неефективне управління, етнічна приналежність, клас чи каста, а також релігійна і політична приналежність. Подальше всебічне оцінювання повинно виявити такі потенційні небезпеки в майбутньому, як зміна характеру ризиків у зв'язку з погіршенням стану навколишнього середовища (наприклад, ерозія ґрунту або вирубування лісів), зміна клімату і геологічної будови району (наприклад, циклони, повені, посухи, зсуви і підйом рівня моря).
7. **Збір даних та переліки контрольних запитань:** Отримана при проведенні оцінювання інформація, зокрема й відомості, які стосуються пересування населення і чисельності, повинна бути перевірені ще раз, підтверджена і забезпечена посиланнями на максимальну кількість джерел. Якщо на почат-



ковій стадії здійснення багатосекторного оцінювання неможливе, то варто приділяти особливу увагу прив'язуванню даних до інших окремих секторів, здійсненню оцінювання у сфері забезпечення захисту і перехресному оцінюванню. З самого початку необхідно реєструвати джерела даних і рівні деталізації, а також документувати смертність і захворюваність серед дітей у віці до 5 років. Є кілька переліків контрольних запитань для здійснення оцінювання, заснованих на узгоджених стандартах в галузі надання гуманітарної допомоги (див. переліки контрольних запитань у додатках до деяких розділів, присвячених технічним питанням). Переліки контрольних запитань підвищують узгодженість даних та їх доступність для інших установ, забезпечують охоплення аналізом усіх ключових сфер і знижують ступінь суб'єктивності оцінок на індивідуальному рівні або на рівні організації. Загальний міжорганізаційний формат здійснення оцінювання може бути вироблений до настання НС або узгоджений під час надання допомоги. У будь-якому випадку здійснення оцінювання має прояснити цілі й заплановані методи, а також дати змогу зібрати об'єктивні дані щодо впливу кризи на постраждале населення. Необхідно використовувати комбінацію методів кількісної та якісної оцінки відповідно до конкретної ситуації. До складу груп зі здійснення оцінювання повинні входити чоловіки і жінки, спеціалісти широкого і вузького профілю, а також особи, які мають навички зі збору даних, що стосуються гендерної проблематики, і вміють контактувати з дітьми. У ці групи варто залучати осіб, які володіють місцевою мовою (мовами) та знайомі з цим районом, а також здатні адекватно контактувати з місцевим населенням в культурному відношенні.

8. **Оцінювання ресурсів:** Громади мають можливості та ресурси для пристосування та відновлення (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62). Багато механізмів пристосування є стійкими і корисними, однак деякі з них, як, наприклад, продаж майна і надмірне вживання алкоголю, можуть бути несприятливими і загрожувати шкідливими наслідками у довгостроковій перспективі. При здійсненні оцінювання необхідно виявляти позитивні стратегії, які підвищують стійкість до зовнішніх впливів, а також причини, завдяки яким населення звертається до негативних стратегій.
9. **Оцінювання безпеки:** Оцінювання захищеності й безпеки постраждалого від НС населення та місцевого населення, яке приймає постраждалих, варто здійснювати при реалізації попереднього оцінювання й усіх наступних оцінювань із метою виявлення загрози насильства і будь-яких інших форм примусу, а також ненадання засобів до існування або недотримання основних прав людини (див. принцип забезпечення захисту 3 на сторінці 43).
10. **Надання отриманих у результаті здійснення оцінювання відомостей:** Звіти за результатами оцінювання містять цінну інформацію для інших гуманітарних організацій, формують базу вихідних даних і підвищують прозорість

рішень, що стосуються надання допомоги. Незалежно від відмінностей у форматах, прийнятих у тих чи інших організаціях, звіти за результатами оцінювання повинні бути чіткими і лаконічними, надавати можливість користувачам визначати першочергові дії, а також містити опис прийнятої в них методології здійснення оцінювання, що має підтверджувати надійність даних і при потребі давати можливість провести порівняльний аналіз.

Базовий стандарт 4: організація та надання допомоги

У процесі надання гуманітарної допомоги задовольняються виявлені в ході здійснення оцінювання потреби постраждалого від НС населення відповідно до конкретної ситуації, наявних ризиків та ресурсів постраждалого населення і держави щодо пристосування і відновлення нормального життя.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Організувати програму допомоги на підставі об'єктивної оцінки потреб, наявних ризиків і можливостей постраждалого населення (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).
- Д Організувати програму допомоги з метою задоволення потреб, які не можуть бути задоволені або не будуть задоволені через об'єктивні причин державою або самим постраждалим населенням (див. інструкцію 1).
- Д Приділяти першочергову увагу заходам щодо порятунку життя, спрямованим на задоволення основних, невідкладних потреб, що стосуються виживання, які виникли безпосередньо внаслідок НС.
- Д Використовуючи деталізовані дані результатів оцінювання, здійснювати аналіз наслідків НС для окремих осіб і груп населення та організувати програму допомоги з метою задоволення конкретних потреб.
- Д Організувати програму допомоги таким чином, щоб уразливі особи отримали необмежений доступ до наданої допомоги і послуг у сфері забезпечення захисту (див. інструкцію 2).
- Д Забезпечити, щоб спосіб організації програми допомоги та застосовані методи передбачали підтримку всіх аспектів збереження людської гідності окремих осіб та груп населення, що постраждали від НС (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62 та інструкцію 3).
- Д Зробити аналіз усіх зумовлених конкретною ситуацією факторів, які спричиняють підвищення вразливості населення, організовуючи програму допомоги



таким чином, щоб поступово знижувати міру вразливості (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70 та інструкцію 4).

- ▶ Організувати програму допомоги з метою мінімізації ризику наразити населення на небезпеку, ускладнити конфлікт або піддати загрозі безпеку, а також створити можливість для експлуатації та зловживань (див. інструкцію 5 і принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).
- ▶ Поступово ліквідувати відмінності між виявленими при оцінюванні умовами існування населення і мінімальними стандартами проекту «Сфера», намагаючись досягти показників, заданих проектом «Сфера», або перевищити їх (див. інструкцію 6).
- ▶ Організувати програми допомоги, спрямовані на надання сприяння ранньому відновленню, зниженню ризику і збільшенню можливостей постраждалого населення у сфері запобігання наслідкам, їх мінімізації або підвищення адаптивності до дії майбутніх факторів небезпеки (див. інструкцію 7).
- ▶ Постійно вносити в програму допомоги необхідні зміни, щоб забезпечити її відповідність вимогам і доцільність (див. базовий стандарт 5 на сторінці 80).
- ▶ Зміцнювати стійке відновлення шляхом планування стратегій завершення програми і обговорення цього з постраждалим населенням на ранніх стадіях реалізації програми.

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Організація програми допомоги заснована на проведенні аналізу конкретних потреб і ризиків, яких зазнають різні групи населення.
- Програма допомоги організована таким чином, щоб ліквідувати розбіжності щодо наявних у населення потреб і можливостями самого населення або держави задовольнити ці потреби.
- Плани організації програм допомоги коригуються з урахуванням змін ситуації, ризиків, а також потреб та наявних можливостей.
- До плану організації програми допомоги входять заходи, спрямовані на зниження вразливості населення щодо майбутніх факторів небезпеки та підвищення спроможності населення до реагування на них та адаптації до них.

Інструкції

1. **Надання підтримки наявним ресурсам:** Своєчасне надання допомоги і забезпечення захисту постраждалих – найважливіша функція й обов'язок держави (див. §2 Гуманітарної Хартії на сторінці 23). Необхідно здійснювати втручання у випадках, коли постраждале населення та/або держава, не мають достатніх ресурсів для реагування (особливо на ранньому етапі надання допомоги) або якщо держава чи органи влади, що здійснюють контроль, в явній формі здійснюють політику дискримінації щодо певних груп населення та/або постраждалих районів. У будь-якому разі при визначенні масштабу і різновиду надання гуманітарної допомоги повинні бути враховані можливості держави і її наміри щодо всіх постраждалих осіб.
2. **Доступ:** Допомогу необхідно надавати всім, хто її потребує, на рівноправній основі (див. принцип забезпечення захисту 2 на сторінці 41). Доступ людей до наданої допомоги і можливість використовувати її й отримувати користь забезпечують за допомогою своєчасного надання інформації, організованого у такий спосіб, який відповідає їхнім нагальним потребам і враховує аспекти, що стосуються прийнятності в культурному відношенні й забезпечення безпеки (наприклад, розділення черги при отриманні продовольчої допомоги для літніх людей чи жінок з дітьми). Для цього необхідно долучати до участі в організації програми жінок, чоловіків, дівчаток і хлопчиків різного віку. Щоб забезпечити кращий доступ до допомоги, варто використовувати ретельно підібрані критерії визначення цільових груп та процедури, про які необхідно широко сповіщати населення. Організація доступу до допомоги повинна бути зрозуміла громаді й перебувати під регулярним контролем. Заходи, описані в розділах, присвячених технічним питанням, сприяють забезпеченню однакового доступу до допомоги за рахунок ретельно продуманої організації, як, наприклад, розміщення відповідних об'єктів у безпечних зонах тощо.



3. **Основою гідного життя** є забезпечення доступу до основних послуг, безпека і дотримання прав людини (див. Гуманітарну Хартію на сторінці 22). Спосіб, у який гуманітарну допомогу реалізовано на практиці, також впливає на збереження людської гідності й добробуту постраждалого від НС населення. Аспекти програми надання допомоги, які забезпечують повагу незаперечної цінності людської особистості, збереження релігійної та культурної ідентичності, сприяють організації самопомоги на базі громади і стимулюють належні мережі соціальної підтримки, сприяють психосоціальному благополуччю і є основою права людей на гідне життя.
4. **Контекст і вразливість:** Соціальні, політичні, культурні та економічні фактори, а також фактори, пов'язані з ситуацією конфлікту і навколишнім природним середовищем, можуть підвищити міру вразливості людей щодо НС. Зміна контексту може призвести до появи нових вразливих осіб (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70). Уразливі особи можуть відчувати на собі вплив одночасно декількох факторів (наприклад, літні люди, що входять до складу маргіналізованих етнічних груп). Необхідно здійснювати аналіз взаємодії індивідуальних і контекстуальних факторів, які сприяють підвищенню небезпеки. Програми допомоги повинні бути організовані у такий спосіб, щоб усувати ці небезпеки і пом'якшувати їх наслідки, а також орієнтуватися на потреби вразливих осіб.
5. **Облік можливості виникнення конфлікту:** Надання гуманітарної допомоги може мати непередбачувані негативні наслідки. Цінні ресурси, які надають у рамках реалізації допомоги, можуть стати причиною зростання експлуатації і зловживань, виникнення конкурентної боротьби, а також неправильного використання або незаконного присвоєння допомоги. Голод може стати засобом ведення війни (наприклад, у разі умисного скорочення чисельності населення району або відчуження майна). Надання допомоги може мати негативні наслідки для більш широких верств населення і посилити правову нерівність між різними групами населення, зокрема й між чоловіками і жінками. Ретельний аналіз і організація програм допомоги дозволять знизити ймовірність того, що надана допомога стане причиною загострення конфлікту та зниження рівня безпеки (зокрема й під час стихійних лих). Варто організовувати програми так, щоб забезпечити рівний розподіл і неупереджене визначення цільових груп, яким адресована допомога. Необхідно забезпечити захист безпеки людей і їх людської гідності, дотримуючись конфіденційності особистих даних. Наприклад, люди, що живуть з ВІЛ, та хворі на СНІД можуть зазнавати стигматизації. Особам, чиї права людини були порушені, повинна бути надана надійна допомога з гарантією конфіденційності (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).
6. **Досягнення мінімальних стандартів проекту «Сфера»:** Кількість часу для досягнення мінімальних стандартів залежить від конкретної ситуації: на це

впливає наявність ресурсів, доступність, ступінь забезпечення безпеки і рівень життя в районі до виникнення НС. Можлива поява напруженості у випадку, якщо постраждале населення досягне рівня життя, що перевищує рівень життя населення, яке приймає постраждалих, або ж стане причиною погіршення умов їхнього життя. Необхідно розробляти стратегії з метою мінімізації нерівності й ризиків, пом'якшуючи негативні наслідки надання допомоги для навколишнього природного середовища та економіки за межами цього району і сприяючи підвищенню рівня життя населення, яке приймає постраждалих. По можливості варто повсюдно розширювати сферу дії програми допомоги, залучаючи до неї місцеве населення.

7. **Раннє відновлення та зниження ризику:** Ужиті при першій же нагоді дії, спрямовані на зміцнення місцевого потенціалу, використання місцевих ресурсів і послуг у сфері відновлення, освіти, створення сприятливих можливостей для ринків, зокрема й у сфері зайнятості, – все це буде сприяти ранньому відновленню і дасть можливість населенню управляти ризиками після того, як завершиться надання зовнішньої допомоги (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62). Надання гуманітарної допомоги принаймні не повинно завдавати шкоди або спричиняти погіршення якості життя майбутніх поколінь і ненавмисно сприяти виникненню небезпек у майбутньому (наприклад, внаслідок вирубування лісу або екологічно небезпечного використання природних ресурсів). Після усунення прямих загроз життю необхідно зробити аналіз наявних і (численних) можливих майбутніх факторів небезпеки (наприклад, таких, що виникають внаслідок зміни клімату). Варто організовувати надання допомоги у такий спосіб, щоб знизити майбутні ризики. Наприклад, у процесі надання допомоги необхідно скористатися сприятливою можливістю для інвестування в програми зниження ризиків та «будівництва з запасом міцності». Прикладами цього є будівництво сейсмостійких і ураганостійких будівель, захист заболочених територій, здатних поглинати великі штормові хвилі, а також надання підтримки щодо вироблення політики та реалізації силами громад ініціатив щодо раннього запобігання надзвичайним ситуаціям і готовності до них.



Базовий стандарт 5: ефективність роботи, транспарентність і навчання

Ефективність роботи гуманітарних організацій постійно перевіряють, а результати перевірок повідомляють зацікавленим сторонам; до проєктів вносять зміни з метою підвищення ефективності.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Розробити чіткі й водночас прості, регулярні й колективні механізми для здійснення контролю за ходом досягнення відповідних стандартів проєкту «Сфера» і встановлених принципів програми, кінцевих результатів реалізації запланованих заходів (див. інструкцію 1).
- Створити основні механізми для здійснення моніторингу ефективності роботи організації з урахуванням наявних у організації систем управління і контролю якості (див. інструкцію 2).
- Здійснювати моніторинг кінцевих результатів і по можливості початкових наслідків надання гуманітарної допомоги для постраждалого населення і більш широких верств населення (див. інструкцію 3).
- Розробити систему внесення змін у стратегії програми згідно з отриманими даними моніторингу, змінюваними потребами та розвитком поточної ситуації (див. інструкцію 4).
- Під час здійснення програми допомоги періодично проводити навчання та обговорення стану справ.
- Здійснювати підсумкову оцінку програми або інший об'єктивний огляд із метою навчання з урахуванням встановлених завдань програми, принципів і узгоджених мінімальних стандартів (див. інструкцію 5).
- По можливості брати участь у спільних, міжорганізаційних та інших загальних ініціативах у сфері навчання.
- Своєчасно надавати інформацію про основні результати моніторингу і (коли це необхідно) про результати підсумкової оцінки та інші основні заходи у сфері навчання постраждалому населенню, органам влади і координаційним групам (див. інструкцію 6).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Програми скореговані відповідно до інформації, яку отримано при проведенні моніторингу та навчання.
- ▶ До джерел здійснення моніторингу та підсумкового оцінювання належать думки репрезентативної кількості осіб, яким адресована допомога, а також громади, яка їх прийняла, якщо передбачено інше.
- ▶ Точну, оновлену, таку, що не є конфіденційною, інформацію надають на регулярній основі особам, яким адресована допомога, органам місцевої влади та іншим гуманітарним організаціям.
- ▶ Регулярно здійснюється моніторинг ефективності роботи щодо відповідності всім базовим стандартам проекту «Сфера» та відповідним технічним мінімальним стандартам (а також пов'язаним із ними загальним стандартам ефективності роботи або стандартам ефективності організації) й отримані результати надають основним зацікавленим сторонам (див. інструкцію 9).
- ▶ Організації послідовно здійснюють об'єктивне підсумкове оцінювання або огляд з метою навчання (засвоєні уроки) основних заходів у сфері надання гуманітарної допомоги відповідно до встановлених стандартів практики здійснення оцінювання (див. інструкцію 6).

Інструкції

1. **Мета моніторингу** - порівняти наміри з результатами і виміряти прогрес у зіставленні з цілями проекту і показниками, а також його вплив на ступінь уразливості й ситуацію. Отримана в ході здійснення моніторингу інформація дає змогу визначити, які зміни необхідно вносити в проект, перевірити правильність критеріїв вибору цілей, а також те, чи доходить допомога до тих осіб, кому вона призначена. Моніторинг дає можливість відповідальним за прийняття рішень особам реагувати на відгуки громади і виявляти проблеми, що виникають, а також тенденції. При здійсненні моніторингу організації отримують також сприятливу можливість надавати (і збирати) інформацію. Ефективний моніторинг передбачає вибір методів, які відповідають конкретній програмі й ситуації. Моніторинг передбачає наявність необхідних кількісних та якісних даних і ведення узгоджених звітів. Відкритість та обмін (транспарентність) інформацією, отриманою в ході моніторингу, підвищують підзвітність перед постраждалим населенням. Моніторинг, який здійснює саме населення, ще більше підвищує прозорість, а також якість і міру причетності населення до цієї інформації. Необхідно чітко розуміти, як і ким конкретно має бути використана інформація, що дозволить визначити, які дані треба збирати і в якому вигляді їх подавати.



Дані повинні бути представлені в короткій, доступній формі, зручній для поширення і прийняття рішень.

2. **Ефективність роботи організації** оцінюють не лише вимірюванням ступеня виконання програми. Це стосується всієї діяльності організації, куди входять результати, досягнуті в таких сферах, як взаємовідносини з іншими організаціями, суворе дотримання норм належної гуманітарної практики, кодексів та принципів, а також ефективність і результативність систем управління організації. Для оцінки ефективності роботи організації можуть бути використані такі інструменти гарантії якості, як Компас якості групи URD.
3. **Моніторинг впливу:** Сьогодні досить поширеною є думка, що оцінювання впливу надання гуманітарної допомоги (тобто більш широких наслідків гуманітарних втручань у короткостроковій і середньостроковій перспективах, позитивних чи негативних, як передбачених, так і непередбачених) здійснювати можна і навіть необхідно. Оцінювання впливу – важлива нова галузь, яка встановлює зв'язок між наданням конкретної гуманітарної допомоги та складними і взаємозалежними змінами, які зачіпають населення та конкретну ситуацію. Лише самі постраждалі від НС люди здатні об'єктивно оцінити зміни, що відбулися в їхньому житті. Ось чому до здійснення оцінювання кінцевого результату та впливу необхідно долучати відгуки населення, детальні розпитування, а також використовувати інші якісні й кількісні методи дослідження.
4. **Забезпечення відповідності:** При здійсненні моніторингу необхідно регулярно перевіряти, чи лишається програма релевантною, тобто чи відповідає інтересам постраждалого населення. За результатами моніторингу в програму, яка здійснюється, потрібно вносити (коли це необхідно) відповідні зміни.
5. **Методи дослідження ефективності роботи:** Різним цілям, що стосуються оцінки ефективності роботи, навчання та підзвітності, відповідають різні підходи. Може бути використано ряд методів, як-от: моніторинг і оцінка кінцевих результатів, спільні дослідження впливу та заходи з проведення опитувань, інструменти гарантії якості, аудит та заходи на рівні організації навчання (засвоєні уроки) й обговорення. Оцінювання результатів програми зазвичай здійснюють після завершення надання допомоги, і в ньому дають рекомендації щодо внесення змін у політику організації та майбутні програми. Моніторинг ефективності роботи і «оцінювання в реальному масштабі часу» можуть також здійснювати упродовж надання допомоги з метою оперативного внесення змін у політику і прийняту практику. Оцінювання результатів зазвичай здійснюють незалежні зовнішні експерти, однак оцінювати програми (за умови об'єктивності підходу) можуть і самі працівники організації. Зазвичай це роблять співробітники організації, які особисто не беруть участь у програмі надання допомоги. До критеріїв оцінювання програми

гуманітарної допомоги належать вісім аспектів, відомих як критерії КСР (Комітету сприяння розвитку): доречність, доцільність, зв'язність, обґрунтованість, охоплення, ефективність, результативність та вплив.

6. **Ефективність роботи сектора:** Надання інформації про перебіг досягнення кожною організацією мінімальних стандартів проекту «Сфера» координаційним групам сприяє проведенню моніторингу операції з надання допомоги і формує цінне джерело даних про ефективність роботи в межах сектора.

Базовий стандарт 6: ефективність роботи учасників надання допомоги

Гуманітарні організації здійснюють необхідне управління, контроль і психосоціальну підтримку, які забезпечують учасників надання допомоги знаннями, навичками і поведінковими настановами, необхідними для здійснення ефективної гуманітарної допомоги згідно з принципами гуманності та поваги до постраждалих.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Забезпечити, щоб фахівці з управління отримали відповідну підготовку в галузі здійснення управління і були обізнані в питаннях, що стосуються принципів і ресурсів, які необхідні для ефективного управління (див. інструкцію 1).
- Д Запровадити систематизовані, справедливі й прозорі процедури найму на роботу з метою залучення максимального числа кандидатів, які відповідають вимогам (див. інструкцію 2).
- Д Наймати на роботу персонал, формуючи групи, у складі яких були б однаковою мірою представлені жінки і чоловіки, представники різних етнічних груп і соціальних верств населення і щоб різноманітність складу цих груп відповідала місцевим культурним традиціям та конкретній ситуації.
- Д Організовувати учасникам надання допомоги (персоналу, добровольцям та консультантам, як місцевим, так і міжнародним) належне і своєчасне введення в курс справи, інструктаж, чіткі вказівки про порядок підзвітності, оновлені посадові інструкції, щоб вони могли чітко розуміти свої обов'язки, мету роботи, систему цінностей організації, основні принципи, а також місцеву ситуацію.
- Д Розробити керівні принципи, що стосуються забезпечення безпеки та евакуації, стандарти охорони здоров'я і забезпечення захисту та використовувати їх при інструктажі учасників надання допомоги перед тим, як вони почнуть роботу в організації.



- ▶ Забезпечити, щоб учасники надання допомоги мали доступ до медичного обслуговування та психосоціальної підтримки.
- ▶ Розробити кодекси поведінки для учасників надання допомоги, які б забезпечували захист постраждалого населення від сексуального насильства, корупції, експлуатації та інших різновидів порушення прав людини. Надавати інформацію про ці кодекси постраждалому від НС населенню (див. інструкцію 3).
- ▶ Сприяти формуванню корпоративної культури шанобливого ставлення до постраждалого населення (див. інструкцію 4).
- ▶ Заснувати порядок розгляду скарг та вживати дисциплінарних заходів щодо учасників надання допомоги у разі підтвердженого порушення кодексу поведінки організації.
- ▶ Регулярно проводити атестацію персоналу і волонтерів та інформувати їх про результати оцінки ефективності роботи в аспектах, які стосуються мети роботи, знань, навичок, способу дій і поведінкових установок.
- ▶ Організовувати підтримку учасникам надання допомоги для того, щоб вони змогли впоратися з трудовим навантаженням і мінімізувати стрес (див. інструкцію 5).
- ▶ Забезпечити, щоб персонал та фахівці в галузі управління спільно знаходили сприятливі можливості для безперервного навчання та розвитку (див. інструкцію 6).
- ▶ Організовувати належну підтримку учасникам надання допомоги, які пережили важкі травматичні події або були їх свідками (див. інструкцію 7).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Аналіз ефективності роботи персоналу і добровольців показує адекватні рівні компетентності щодо їхніх знань, навичок, поведінкових установок та обов'язків, визначених у їхніх посадових інструкціях.
- ▶ На учасників надання допомоги, що порушують кодекси поведінки, відповідно до яких заборонена аморальна і негідна поведінка, в офіційному порядку накладають дисциплінарні стягнення.
- ▶ Принципи, викладені (або аналогічні) у Кодексі належної практики управління персоналом, який бере участь у наданні гуманітарної допомоги (People In Aid Code of Good Practice), враховано в політиці й прийнятій практиці організації.
- ▶ Рівень захворюваності серед учасників надання допомоги, травмування і розладів здоров'я, зумовлених стресом, лишається незмінним чи знижується при здійсненні операції з надання допомоги при НС.

Інструкції

1. **Належна практика управління:** Системи управління людськими ресурсами залежать від конкретної організації і ситуації, проте керівники програм та особи, які здійснюють контроль, повинні бути ознайомлені з Кодексом належної практики управління персоналом, що бере участь у наданні гуманітарної допомоги, в якому викладено стандарти та керівні принципи, що стосуються планування, набору персоналу, управління, навчання і розвитку, переходу після завершення контракту і розподілу персоналу (для міжнародних організацій).
2. **Порядок наймання на роботу** повинен бути відкритим і зрозумілим для всіх співробітників і пошукачів. Така транспарентність передбачає розробку і надання оновлених і відповідних посадових інструкцій для кожної посади, вона необхідна для того, щоб сформувати різноманітні за складом, а також компетентні робочі групи. Високого рівня адекватності й репрезентативності складу існуючих робочих груп (бригад) можна досягти за рахунок наймання (коли це необхідно) нових співробітників. Швидке розширення штату може спричинити набір співробітників, які не мають досвіду роботи, і в цьому випадку їм повинна бути надана допомога з боку досвідчених співробітників.
3. **Контроль учасників надання допомоги** над управлінням і розподілом цінних ресурсів допомоги створює ситуацію, при якій постраждале населення виявляється залежним від них. Така влада над залежними від допомоги людьми, чиї соціальні контакти, які забезпечували їхній захист, були порушені або повністю зруйновані, небезпечна корупцією та зловживаннями. Жінки, діти та інваліди часто опиняються в ситуаціях, пов'язаних із сексуальним насильством. Гуманітарна допомога, захист ні в якому разі не повинні бути запропонованими в обмін на вступ у статеві стосунки. Ніхто з осіб, пов'язаних із наданням гуманітарної допомоги (персонал гуманітарних організацій, військовослужбовці, державні службовці чи особи, які працюють у приватному секторі), не має права бути причетними до дій, пов'язаних зі зловживаннями, корупцією чи сексуальною експлуатацією. Заборонені також примусова праця дорослих або дітей, незаконне вживання наркотичних засобів і торгівля товарами та послугами, які надають у рамках надання гуманітарної допомоги з боку осіб, що мають відношення до розподілу цієї допомоги.
4. **Учасники надання гуманітарної допомоги повинні шанобливо ставитися** до моральних цінностей і гідності постраждалого від НС населення й утримуватися від неприйнятної для населення в культурному сенсі поведінки (наприклад, одягатися неналежним чином).
5. **Учасникам надання гуманітарної допомоги часто доводиться тривалий час працювати** в умовах, пов'язаних із небезпекою і стресом. До обов'язку



організації піклуватися про своїх співробітників входить сприяння їх благополуччю і недопущення їх перевтоми, травмування або захворювання. Керівники програм повинні інформувати учасників надання допомоги щодо існуючих небезпек і не допускати, щоб вони зазнавали невинуватених ризиків для свого фізичного і психічного здоров'я. Цей захист може бути забезпечений, наприклад, за рахунок прийняття ефективних заходів безпеки, організації належного відпочинку і відновлення сил і здоров'я, активної підтримки раціонального планування тривалості робочого дня і надання психологічної допомоги. Керівники програм можуть сприяти виконанню обов'язку піклуватися про підлеглих, дотримуючись моделі прийнятої практики, а також власним прикладом демонструючи прийняту політику. Учасники надання гуманітарної допомоги також повинні особисто нести відповідальність за турботу про свій добробут.

6. *На ранній стадії НС* розвиток потенціалу персоналу може бути обмеженим. Згодом керівники програм, здійснюючи аналіз ефективності роботи співробітників і отримуючи їх відгуки, повинні визначити сфери для проведення навчання і розвитку й активно сприяти цьому. Заходи щодо забезпечення готовності до НС також надають сприятливу можливість для визначення та розвитку компетентності в галузі надання гуманітарної допомоги.
7. *Першу психологічну допомогу* потрібно негайно надати працівникам, які пережили важкі травматичні події або стали їх свідками (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування – психічне здоров'я на сторінці 400 і список літератури та додаткових матеріалів). Психологічний дебрифінг – неефективний, застосовувати його не варто.

Список літератури та додаткових матеріалів

Список використаних джерел інформації

Соціально орієнтована гуманітарна допомога

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

Human Accountability Partnership (HAP) International (forthcoming), Standard in Accountability and Quality Management. Geneva. www.hapinternational.org

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

Координація дій і співпраця

Global Humanitarian Platform (2007), Global Humanitarian Principles of Partnership. A Statement of Commitment Endorsed by the Global Humanitarian Platform. Geneva. icvanetwork.org/global-humanitarian-platform-ghp-overview

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

IASC, Global Cluster Approach.

IASC and United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (2008), Civil-Military Guidelines and Reference for Complex Emergencies. New York. www.unocha.org/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCoord/publications

OCHA (2007), Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief – «Oslo Guidelines». Rev. 1.1. Geneva.

УКГВ (2007), Руководящие принципы использования иностранных военных ресурсов и средств гражданской обороны для оказания помощи в случае бедствий –



«Руководящие принципы Осло». Пересмотренный вариант 1.1. docs.unocha.org/sites/dms/Documents/OSLO-GUIDELINES-RUSSIAN.pdf

Здійснення оцінювання

IASC (2003), Initial Rapid Assessment (IRA) Guidance Notes for Country Level. Geneva.

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

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

Організація та надання допомоги

Conflict Sensitivity Consortium: www.conflictsensitivity.org

Методы и руководящие принципы, способствующие раннему восстановлению.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (The Gender Handbook in Humanitarian Action). Geneva.

МПК (2008), Женщины, девочки, мальчики и мужчины: разные потребности – равные возможности (Пособие по осуществлению гуманитарной деятельности с учетом гендерной проблематики).

Provention Consortium (2007), Vulnerability and Capacity Analysis Guidance Note 9. Geneva. www.proventionconsortium.org

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/we/inform/publications/1037

Международная стратегия ООН уменьшения опасности бедствий (МСУОБ) (2005), Хиогская рамочная программа действий на 2005-2015 годы: создание потенциала противодействия бедствиям на уровне государств и общин.

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

Ефективність роботи, транспарентність і навчання

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

Collaborative Learning Projects (2007), The Listening Project (LISTEN). Cambridge, Mass. www.cdainc.com

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

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

Ефективність роботи учасників надання допомоги

People In Aid (2003), The People In Aid Code of Good Practice in the Management and Support of Aid Personnel. London. www.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

Додаткові матеріали

Здійснення оцінювання та надання допомоги

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

Діти

Action for the rights of children (ARC) (2009).

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

Інвалідність

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

Навколишнє середовище

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

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

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



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

Гендер

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

Gender and Disaster Network. gdnonline.org

ВІЛ/СНІД

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

Літні люди

HelpAge 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-common&tempid=94

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

Ефективність роботи, моніторинг та здійснення оцінювання

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

Визначення цілей

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/en/publications-and-reports/world-disasters-report/wdr2003/

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



**Мінімальні
стандарти
водопостачання,
санзабезпечення
і сприяння
дотриманню
гігієни**



Рекомендації щодо застосування цього розділу

Цей розділ складається з семи основних підрозділів:

- Водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH)
- Сприяння дотриманню гігієни
- Водопостачання
- Асенізація
- Боротьба з переносниками інфекцій
- Утилізація твердих відходів
- Дренаж

Розділи, присвячені принципам забезпечення захисту і базовим стандартам, потрібно застосовувати згідно з цим розділом.

Ці стандарти призначено насамперед для організації гуманітарної допомоги на початковій стадії після НС, проте їх можна застосовувати також при забезпеченні готовності до НС та щодо заходів із ліквідації наслідків НС і відновлення.

До кожного розділу входять:

- **Мінімальні стандарти:** стандарти якості, що визначають мінімальні рівні, яких треба досягти в процесі надання гуманітарної допомоги щодо водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни.
- **Ключові дії:** рекомендовані заходи і початкові ресурси, необхідні для досягнення мінімальних стандартів.
- **Ключові показники:** індикатори, що визначають, чи було досягнуто той чи інший стандарт. Вони дозволяють оцінювати результати та інформувати про перебіг здійснення ключових дій: вони належать до мінімальних стандартів, а не до ключових дій.
- **Інструкції:** конкретні питання, які стосуються застосування в різних ситуаціях мінімальних стандартів, ключових дій і ключових показників. Вони містять вказівки щодо подолання практичних труднощів, а також орієнтири і рекомендації з найбільш важливих питань. Тут також можуть бути розглянуті основні проблеми, що стосуються стандартів, дій і показників, а також дилеми, протиріччя і прогалини в сучасних знаннях із цього питання.

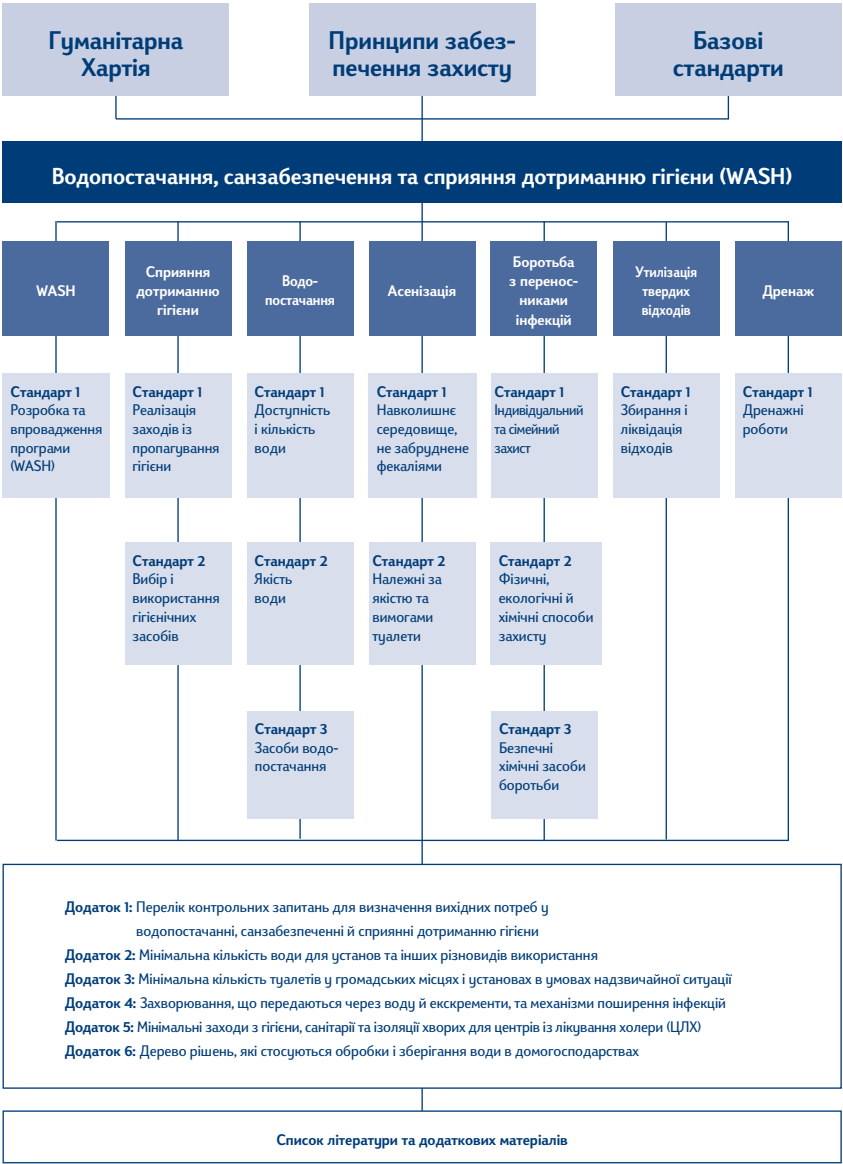
У разі, якщо неможливо досягти необхідних ключових показників і виконати необхідні дії, потрібно здійснити оцінювання ймовірних при цьому негативних наслідків для постраждалого населення та зробити відповідні дії щодо пом'якшення цих наслідків.

У додатку 1 представлено перелік контрольних запитань для визначення потреб, а в додатках 2-6 – інструкції. Додано також список літератури та додаткових матеріалів, де вказано джерела інформації як із загальних, так і з конкретних технічних питань, що належать до цього розділу.

Зміст

Вступ.....	97
1. Водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH).....	103
2. Сприяння дотриманню гігієни.....	106
3. Водопостачання.....	113
4. Асенізація.....	123
5. Боротьба з переносниками інфекцій.....	130
6. Утилізація твердих відходів.....	138
7. Дренаж.....	143
Додаток 1: Перелік контрольних запитань для визначення вихідних потреб у водопостачанні, санзабезпеченні й сприянні дотриманню гігієни	146
Додаток 2: Мінімальна кількість води для установ та інших різновидів використання	152
Додаток 3: Мінімальна кількість туалетів у громадських місцях і установах в умовах надзвичайної ситуації.....	153
Додаток 4: Захворювання, що передаються через воду й екскременти, та механізми поширення інфекцій.....	154
Додаток 5: Мінімальні заходи з гігієни, санітарії та ізоляції хворих для центрів із лікування холери (ЦЛХ).....	155
Додаток 6: Дерево рішень, які стосуються обробки і зберігання води в домогосподарствах.....	156
Список літератури та додаткових матеріалів	157





Вступ

Зв'язок із Гуманітарною Хартією і міжнародно-правовими документами

Мінімальні стандарти у сфері водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH) є практичним вираженням поділюваних гуманітарними організаціями поглядів, переконань і принципів, викладених у Гуманітарній Хартії, на яких побудована гуманітарна діяльність. До цих принципів, заснованих на гуманності й зафіксованих у міжнародному праві, входять право на життя з гідністю, право на захист і безпеку та право на одержання необхідної гуманітарної допомоги. Перелік основних правових і програмних документів, що визначають сутність Гуманітарної Хартії, наведено для ознайомлення в додатку 1 (сторінка 424) із коментарями для співробітників гуманітарних організацій.

Незважаючи на те, що основними гарантами перерахованих вище прав є держави, гуманітарні організації зобов'язані дотримуватися цих прав при здійсненні своєї діяльності в інтересах постраждалого від лиха населення. З цих загальних прав впливає низка особливих прав. До їх числа входять право на участь, право на інформацію та право не зазнавати дискримінації, які створюють основу базових мінімальних стандартів; а також особливі права на доступ до води, санітарне забезпечення, харчування, житло і медичне обслуговування, які створюють фундамент під ці та інші мінімальні стандарти у нашому посібнику.

Кожна людина має право на доступ до води і санітарне забезпечення. Це право закріплене в міжнародно-правових документах і передбачає наявність для особистих і побутових потреб у достатній кількості води, безпечної за санітарними нормами, прийнятної якості, фізично доступної та за доступну ціну, а також наявність доступних санітарно-технічних об'єктів. Людині потрібна адекватна кількість безпечної води, достатня для того, щоб запобігти смерті від зневоднення, знизити ризик захворювань, що передаються через воду, а також для задоволення побутових потреб, приготування їжі, особистих і домашніх запитів.

Право на доступ до води і санітарне забезпечення невід'ємне від інших прав людини, зокрема, права на медичне обслуговування, житло, на достатнє харчування. Це право – частина гарантій, необхідних для виживання людини. Держави і недержавні чинні суб'єкти несуть відповідальність за забезпечення права на



доступ до води і санітарне забезпечення. Так, у період збройних конфліктів заборонено нападати, знищувати, демонтувати або виводити з ладу системи постачання питної води та іригаційні споруди.

Мінімальні стандарти, наведені в цьому розділі, не в повному обсязі відображають право на доступ до води і санітарне забезпечення. Однак ці стандарти проекту «Сфера» безпосередньо виражають суть права на доступ до води і санітарне забезпечення та сприяють поступовій реалізації цього права в усьому світі.

Значення водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH) у надзвичайних ситуаціях

На початкових стадіях надзвичайних ситуацій водопостачання і санітарне забезпечення мають вирішальне значення для виживання. Найчастіше людям, постраждалим від НС, найбільше загрожують захворювання і смерть із причин, значною мірою зумовлених антисанітарією, неякісним водопостачанням і неможливістю дотримання належним чином норм гігієни. Найбільше загрожують небезпекою діарейні захворювання та хвороби, що передаються фекально-оральним шляхом (див. додаток 4: Захворювання, що передаються через воду й екскременти, та механізми поширення інфекцій). До хвороб, пов'язаних із водою та санітарією, належать також захворювання, що передаються переносниками збудників інфекцій у воді та твердих відходах. Використовуваний у цьому посібнику проекту «Сфера» термін «санітарне забезпечення» означає асенізацію, боротьбу з переносниками інфекцій, утилізацію твердих відходів і дренаж.

Головним завданням програм водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH) у надзвичайних ситуаціях є зменшення поширення хвороб із фекально-оральним механізмом передачі, а також зменшення наявності контакту з переносниками збудників інфекцій шляхом:

- ▶ належного дотримання гігієни
- ▶ постачання населенню безпечної за санітарними нормами питної води
- ▶ зменшення ризиків щодо гігієни навколишнього середовища
- ▶ створення умов, що дозволяють людям бути здоровими, жити в гідності, комфорті та безпеці.

Однак лише надання достатньої кількості води і санітарних зручностей не зможе забезпечити їх найкраще використання або вплинути на стан здоров'я населення. Для досягнення максимального ефекту від надання допомоги вкрай важливо надати постраждалому населенню всю необхідну інформацію і знання про те,

як запобігти захворюванням, викликаним неякісним водопостачанням і низьким рівнем санітарії, а також залучити самих представників населення до організації та обслуговування санітарних об'єктів.

При користуванні громадськими санітарними об'єктами і джерелами водопостачання, зокрема у таборах для біженців або переміщених осіб, зростає ймовірність того, що жінки і дівчатка-підлітки можуть зазнавати сексуального та інших різновидів гендерного насильства. Для того щоб знизити цей ризик до мінімуму і підвищити якість програм допомоги, варто заохочувати участь жінок у програмах водопостачання і санзабезпечення. Рівноправна участь представників обох статей у плануванні, прийнятті рішень та управлінні на місцях створить безпечний та безперешкодний доступ до води та санітарних зручностей, а також адекватність надаваних послуг для всього постраждалого населення.

При надзвичайній ситуації більш ефективно надання допомоги у галузі громадської охорони здоров'я досягається за рахунок кращої готовності. Належна готовність є результатом можливостей, взаємозв'язків і знань, які мають уряди, гуманітарні організації, місцеві організації громадянського суспільства, громади і кожна окрема людина, що дає змогу передбачати й ефективно реагувати на ймовірну небезпеку. Основою готовності є аналіз ризиків, а вона відповідно тісно пов'язана з системами раннього попередження. Готовність передбачає: планування дій у надзвичайних обставинах, складування обладнання та запасів, роботу служб невідкладної допомоги та функціонування резервних технічних рішень, навчання персоналу, планування навчання на рівні громад та проведення навчань.



Зв'язок з іншими розділами

Багато стандартів, описаних в інших розділах, безпосередньо стосуються і цього розділу. Успіх у реалізації стандартів у одній сфері часто спричиняє успіх (і навіть визначає його) в інших. Тісна координація дій і співпраця з іншими секторами є запорукою благополучної реалізації програм із надання допомоги. Для того щоб задовольнити нагальні потреби, уникнути дублювання зусиль і забезпечити найкращу якість водопостачання й санітарного забезпечення, необхідна також координація зусиль із місцевою владою та іншими організаціями, що надають допомогу.

Наприклад, при недотриманні стандартів харчування різко зростає необхідність поліпшення стандартів водопостачання та санітарного забезпечення, оскільки в цьому випадку істотно збільшується загроза захворювань. Ці умови аналогічні також для груп населення, в яких високий рівень поширеності ВІЛ/СНІДу або висока частка літніх людей чи людей з обмеженими можливостями. Пріоритети повинні бути встановлені, спираючись на надійну інформацію, обмін якою, зважаючи на розвиток подій, здійснюється між усіма секторами. У тих випадках, коли це доречно, подано посилання на суміжні та додаткові стандарти.

Зв'язок із принципами забезпечення захисту і базовими мінімальними стандартами

Для того щоб дотримуватися стандартів, описаних у цьому посібнику, всі гуманітарні організації повинні керуватися цими принципами забезпечення безпеки, навіть у разі відсутності у них чітких повноважень на забезпечення захисту або необхідної кваліфікації в цій сфері. Принципи забезпечення захисту не є «безумовними», оскільки здатність гуманітарних організацій їх виконати може бути обмежена обставинами. Однак принципи забезпечення захисту відображають універсальні цілі, до яких гуманітарні організації повинні незмінно прагнути.

Базові мінімальні стандарти – це найважливіші стандарти, які стосуються процесу надання допомоги і його учасників, загальні для всіх секторів. Шість базових стандартів охоплюють соціально орієнтовану гуманітарну допомогу, координацію і співпрацю, оцінювання, організацію й надання допомоги, ефективність роботи, транспарентність і навчання, а також ефективність роботи учасників надання допомоги. Вони встановлюють єдиний орієнтир для підходів до розв'язання задач, який є підґрунтям усіх інших стандартів, представлених у посібнику. У зв'язку з цим для реалізації стандартів, заданих у кожному присвяченому якомусь технічному

аспекту розділі, повинні застосовуватися базові мінімальні стандарти. Зокрема, для забезпечення доцільності та якості будь-якої наданої допомоги необхідно максимально задіювати постраждале населення, включно з групами й окремими особами, які найбільш часто наражаються на небезпеку в надзвичайних ситуаціях.

Уразливість і спроможності постраждалого населення

Цей розділ варто читати разом із розділом, де викладено базові мінімальні стандарти, які тут розкрито більш докладно.

Важливо розуміти, що діти, літні люди, жінки, люди з обмеженими можливостями та ВІЛ-інфіковані є вразливими і зазнають підвищеного ризику не за визначенням, а через накладання багатьох факторів. Так, особа, яка старша 70 років, самотня і хвора, ймовірно, буде більшою мірою вразлива, ніж людина того самого віку, яка має таке саме слабе здоров'я, але живе у великій родині в достатку. Аналогічно трирічна дівчинка, яка лишилася без супроводу дорослих, більш уразлива, ніж коли б вона жила під захистом відповідальних батьків.

При дотриманні стандартів групи WASH аналіз уразливості й спроможності сприяє тому, щоб у НС на рівноправній основі було надано допомогу тим, хто має право на її отримання і найбільше потребує її. Для цього необхідно добре знати місцеву ситуацію і те, як конкретно впливає та чи інша кризова ситуація на певні групи населення з урахуванням їхньої докризової вразливості (наприклад, крайня бідність або дискримінація), можливі загрози щодо особистої безпеки (наприклад, гендерне насильство, зокрема й сексуальна експлуатація), захворюваність та поширеність захворювань (наприклад, ВІЛ-інфекції або туберкульозу), а також імовірність епідемій (наприклад, кору або холери). НС може посилити наявну раніше нерівність. Тому дуже важливо сприяти підтримці наявних у населення стратегій виживання, життєздатності та здатності до відновлення. Необхідно враховувати знання людей, їхні навички і стратегії, а також забезпечувати їм доступ до соціальної, юридичної, фінансової та психологічної допомоги. Крім того, необхідно брати до уваги різноманітні фізичні, культурні, економічні та соціальні перешкоди, з якими вони можуть зіткнутися при отриманні цих послуг на рівноправній основі.

Нижче окреслено деякі ключові сфери, де передбачено, що права і можливості вразливих груп населення було взято до уваги:

- ▶ Забезпечте широку участь населення, домігшись того, щоб до цього процесу було залучено всі репрезентативні групи населення, особливо найменш помітні (наприклад, особи з обмеженими можливостями пересування або комунікації, особи, що живуть у закладах закритого типу, молодь, що зазнає



стигматизації, та інші недостатньо представлені або не представлені групи населення).

- ▶ При оцінюванні деталізуйте дані, класифікуючи їх за статтю та віком (0-80+ років). Це важливий елемент, який передбачає, що сектор WASH добре враховує різноманітні групи населення.
- ▶ Подбайте про те, щоб усі члени громади без винятку були у доступний спосіб повідомлені про своє право на інформацію про отримання допомоги.

Мінімальні стандарти

1. Водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH)

Завданням будь-якої програми з водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH) є підтримка дотримання належної особистої гігієни і гігієни навколишнього середовища з метою захисту здоров'я, як це показано у наведеній нижче схемі. Ефективність програми з водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH) залежить від ефективності обміну інформацією між організацією, що надає допомогу, і постраждалим населенням з метою визначення основних проблем у галузі гігієни та прийнятих у культурному сенсі рішень. Забезпечення оптимального використання об'єктів водопостачання та санзабезпечення та безпечні гігієнічні навички будуть найбільш ефективними заходами охорони здоров'я населення.

Сприяння дотриманню гігієни – найважливіший аспект ефективності програми з водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH). Сприяння дотриманню гігієни стосується як загальних, так і конкретних питань. У широкому сенсі сприяння дотриманню гігієни є складовою частиною всіх розділів, і цей аспект відображено в показниках, які стосуються водопостачання, асенізації, боротьби з переносниками інфекцій, утилізації твердих відходів і дренажу. У більш вузькому сенсі це стосується двох представлених у цьому розділі стандартів сприяння дотриманню гігієни та відповідним заходам щодо цього сприяння.





Стандарт 1 водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH): Розробка та реалізація програми водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH)

Забезпечено всі потреби постраждалого населення щодо водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни. Користувачі по можливості беруть участь у проектуванні, експлуатації та обслуговуванні відповідних об'єктів, обладнання та споруд.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- 1. Визначити основні ризики для здоров'я населення, консультуючись із постраждалим населенням (див. інструкцію 1 і базові стандарти на сторінках 62, 70-75).
- 2. Забезпечити задоволення потреб постраждалого населення в галузі охорони здоров'я відповідно до його першочергових потребам (див. інструкцію 1).
- 3. Регулярно звертатися до всіх груп користувачів щодо відгуку про розробку і доступність об'єктів і споруд, а також про рекламно-просвітницькі методи з усіх заходів програми водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (див. базові стандарти на сторінках 62, 70-75).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Усі групи населення мають надійний і однаковий доступ до ресурсів і об'єктів водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH), використовують надані кошти й об'єкти, а також вживають заходів, спрямованих на зниження ризику для здоров'я населення (див. стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни на сторінці 110).
- ▶ Усі працівники програми водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH) спілкуються з постраждалими у зрозумілій і ввічливій формі, відкрито доносять інформацію про проект до населення. Персонал знає, як відповідати на запитання членів громади щодо проекту.
- ▶ Створено систему експлуатації та обслуговування об'єктів і споруд згідно з вимогами, й у ній однаковою мірою беруть участь різні групи населення (див. інструкцію 1).
- ▶ Усі користувачі задоволені тим, як розробка і реалізація програми водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH) підвищили рівень безпеки і повернули їм почуття людської гідності.

Інструкції

1. **Оцінювання потреб:** Необхідно визначити ризиковані дії, які можуть призвести до підвищення вразливості, та спрогнозувати очікуваний сприятливий кінцевий результат надання засобів водопостачання і санзабезпечення та заходів щодо сприяння дотриманню гігієни. Ймовірно, основні ризики будуть пов'язані з фізичною безпекою доступу до об'єктів і споруд, із ускладненим доступом маргіналізованих груп через їхню дискримінацію, з використанням і обслуговуванням туалетів, відсутністю практики миття рук із милом або його заміниками, недотриманням гігієни при заборі та зберіганні води, а також при зберіганні продуктів харчування і приготуванні їжі. При оцінюванні повинні бути враховані доступні населенню ресурси, а також наявні у місцевого населення знання і навички з тим, щоб просвітницькі заходи були ефективними, доцільними і мали практичне значення. При початковому і подальшому оцінюванні необхідно визначати соціальні й культурні норми, які можуть сприяти або перешкоджати належному дотриманню безпечних гігієнічних навичок. Особливу увагу потрібно приділяти потребам уразливих груп населення. При відсутності можливості проконсультуватися з представниками будь-якої вразливої групи цей факт повинен бути чітко зафіксований у звіті з оцінювання, і проблема повинна бути вирішена з мінімальними втратами часу (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).



2. Сприяння дотриманню гігієни

Сприяння дотриманню гігієни є запланованим систематичним підходом, що дає людям можливість вжити заходів із запобігання захворюванням, пов'язаним із водою, санітарією і гігієною, та/або зі зменшення шкоди від них. Воно може також забезпечити на практиці можливість задіяти громаду, сприяти підзвітності та здійснити моніторинг у програмах водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH). При визначенні найбільш ефективних методів охорони здоров'я сприяння дотриманню гігієни повинно брати за основу знання, практику і ресурси, наявні у постраждалого населення, а також використовувати наявні у цей час фактичні дані в галузі водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни (WASH).

Частиною сприяння дотриманню гігієни є забезпечення того, щоб населення якнайкраще використало надані послуги та об'єкти водопостачання і санітарно-гігієнічного забезпечення, зокрема й шляхом ефективного функціонування та експлуатації цих об'єктів та споруд.

Трьома ключовими факторами при цьому є:

1. взаємообмін інформацією та знаннями
2. мобілізація постраждалого населення
3. надання найбільш необхідних матеріалів, обладнання та об'єктів.

Мобілізація місцевого населення особливо необхідна у разі НС, оскільки головне завдання полягає в тому, щоб переконати людей діяти з метою захисту власного здоров'я. У рамках заходів щодо сприяння дотриманню гігієни по можливості варто вдаватися до використання інтерактивних методів, а не обмежуватися винятково масовим поширенням закликів.

Стандарт 1 сприяння дотриманню гігієни: Упровадження сприяння дотриманню гігієни

Постраждали чоловіки, жінки і діти різного віку обізнані про основні ризики для здоров'я населення і мобілізовані для того, щоб вжити відповідних заходів із запобігання погіршенню умов гігієни та використання й утримання наданих засобів і об'єктів.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Систематично надавати інформацію про ризики, пов'язані з недотриманням гігієни, використовуючи відповідні канали ЗМІ (див. інструкції 1-2).
- Д Виявляти конкретні соціальні, культурні й релігійні чинники, які здатні мотивувати різні соціальні групи населення, і використовувати їх як підґрунтя комунікаційної стратегії в рамках сприяння дотриманню гігієни (див. інструкцію 2).
- Д Прагнути по можливості максимально задіяти інтерактивні комунікаційні методи сприяння дотриманню гігієни з метою підтримування постійного діалогу та процесу консультацій із постраждалим населенням (див. інструкцію 3).
- Д Спільно з постраждалим населенням регулярно здійснювати моніторинг гігієнічної практики та використання наданих засобів і об'єктів (див. інструкцію 3 і базовий стандарт 5, інструкції 1, 3-5 на сторінці 81).
- Д Шляхом обговорення з населенням та основними зацікавленими сторонами визначити умови та порядок участі у роботі громадських агітаторів (див. інструкцію 5).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі групи користувачів у змозі пояснити і продемонструвати вжиті ними заходи, спрямовані на запобігання погіршенню санітарно-гігієнічних умов (див. інструкцію 1).
- Д Усі надані засоби, а також об'єкти використовуються належним чином і систематично обслуговуються.
- Д Усі люди мють руки після дефекації, після процедури витирання заднього проходу дитини, а також перед прийняттям і приготуванням їжі (див. інструкцію 6).



- Д Усі заходи щодо сприяння дотриманню гігієни та агітаційні заклики спрямовано на основні моделі поведінки і неправильне розуміння й адресовано усім групам користувачів (див. інструкцію 6).
- Д Представники всіх груп користувачів беруть участь у плануванні, навчанні, реалізації, моніторингу та оцінюванні діяльності зі сприяння дотриманню гігієни (див. інструкції 1-6 і базовий стандарт 1, інструкції 1-5 на сторінці 63).
- Д Особи, які здійснюють догляд за дітьми молодшого віку і немовлятами, забезпечено засобами для безпечного видалення дитячих фекалій (див. стандарт 1 асенізації на сторінці 123 та інструкцію 6).

Інструкції

1. **Пошук ключових ризиків та моделей поведінки, які стосуються питань гігієни:** Результати оцінки ризиків гігієнічного характеру, визначення завдань і обов'язків різних груп населення повинні бути використані для планування та з'ясування пріоритетів у рамках надання допомоги таким чином, щоб обмін інформацією між гуманітарними організаціями та постраждалим населенням був цілеспрямованим і щоб виявлені факти неправильного розуміння могли бути викоринені.
2. **Охоплення усіх верств населення:** На ранніх стадіях НС, можливо, постане необхідність покладатися на ЗМІ з метою забезпечення максимальної кількості людей важливою інформацією, яка стосується ризиків для здоров'я. Різні групи населення повинні через відповідні канали комунікації диференційовано отримувати інформаційні, освітні та комунікаційні матеріали з тим, щоб інформацію було доведено до всіх членів громади. Це особливо важливо для людей, які не володіють навичками читання і письма, та/або тих, хто не має доступу до радіо і телебачення. У цій ситуації можуть бути також ефективні народні засоби інформаційних зв'язків (драматичні постановки, пісні, спектаклі вуличного театру, танці тощо). Важливе значення буде мати координація роботи з освітнім кластером, щоб визначити, які існують сприятливі можливості для проведення заходів щодо сприяння дотриманню гігієни в школах.
3. **Інтерактивні методи:** Розраховані на спільну участь матеріали і методи, що враховують відповідні культурні норми, дають можливість постраждалому населенню планувати і контролювати вдосконалення власних гігієнічних навичок. Це також дозволяє їм за необхідності вносити свої пропозиції або критичні зауваження щодо здійснюваної програми. При плануванні сприяння дотриманню гігієни необхідно враховувати культурну специфіку. Заходи щодо сприяння дотриманню гігієни повинні проводити посередники, здатні працювати з групами населення, вірування і навички яких можуть відрізнятися від їхніх власних (наприклад, у деяких народів жінкам заборонено розмовляти з незнайомими чоловіками).

4. **Надмірне навантаження:** важливо простежити, щоб жодна група постраждалого населення (наприклад, жінки) не була перевантажена відповідальністю за проведення заходів щодо сприяння дотриманню гігієни або щодо управління цими заходами. Одержувані у зв'язку з цим переваги, такі як навчання або можливості працевлаштування, повинні однаковою мірою надаватись жінкам, чоловікам і маргіналізованим групам населення.
5. **Умови та порядок участі у роботі громадських агітаторів:** Залучення осіб, які займаються інформаційно-роз'яснювальною роботою або роботою з населенням удома, забезпечує потенційно більш інтерактивний спосіб доступу до багатьох членів громади, однак цим працівникам потрібна допомога в оволодінні ними навичками посередницької роботи. Орієнтовно в умовах табору для постраждалого населення на кожну 1000 осіб буде потрібно 2 працівники-організатори щодо сприяння дотриманню гігієни/громадських агітатори. Громадські агітатори можуть бути також задіяні як поденні робітники на контрактній або добровільній основі відповідно до національного законодавства. Питання про те, чи буде ця робота оплачуваною або здійснюватися на громадських засадах, потрібно обговорювати з постраждалим населенням із залученням організацій і різних кластерів, щоб уникнути напруженості й порушення довгострокової стійкості вже існуючих систем.
6. **Мотивування різних груп населення вживати заходи щодо дотримання гігієни:** Важливо розуміти, що питання здоров'я можуть і не бути найважливішим фактором мотивації для зміни поведінкових установок. Більш сильними, ніж охорона здоров'я, спонукальними мотивами можуть стати потреба у збереженні недоторканності приватного життя, безпека, комфорт, дотримання релігійних і культурних норм, соціальний статус і престиж. Варто враховувати ці стимули при організації і плануванні просвітницько-роз'яснювальних заходів, а також при проектуванні й виборі місця розташування відповідних об'єктів у співпраці з інженерно-технічною службою. Особливу увагу необхідно звертати не тільки на зміну індивідуальних поведінкових установок, але й на соціальну мобілізацію та спільну роботу в групах.



Стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни: Вибір і використання гігієнічних засобів

Постраждале в НС населення має доступ і бере участь у виборі й сприянні використанню гігієнічних засобів із метою забезпечення особистої гігієни, здоров'я, збереження людської гідності й добробуту.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Консультуватися з усіма чоловіками, жінками та дітьми різного віку щодо пріоритетності гігієнічних засобів, які їм потрібні (див. інструкції 1, 3-4).
- Д Здійснювати своєчасний розподіл гігієнічних засобів із метою задоволення першочергових потреб громади (див. інструкції 2-3).
- Д Після розподілу здійснювати моніторинг для оцінювання використання розподілених гігієнічних засобів та рівня задоволеності ними одержувачів допомоги (див. інструкції 3 і 5).
- Д Досліджувати й оцінювати альтернативи розподілу гігієнічних засобів, зокрема, надання готівкових грошей, ваучерів та/або непродовольчих товарів (див. стандарт 1 продовольчої безпеки – допомога у вигляді готівки і ваучерів на сторінці 240).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Жінки, чоловіки і діти мають доступ до гігієнічних засобів, які при цьому ефективно використовуються з метою підтримки здоров'я, людської гідності й благополуччя (див. інструкції 1, 7 і 9).
- Д Після проведення консультацій із постраждалим населенням усі жінки та дівчата, які досягли менструального віку, забезпечені матеріалами, необхідними для дотримання гігієни менструального періоду (див. інструкції 5 і 8).
- Д Усі жінки, чоловіки і діти мають доступ до інформації і програм навчання, що стосуються безпечного використання незйомих їм гігієнічних засобів (див. інструкцію 5).
- Д Інформацію про розподіл непродовольчої допомоги щодо часу, місця, вмісту і цільових груп доведено до відома постраждалого населення (див. інструкції 3-5).
- Д Під час організації розподілу непродовольчих товарів першорядну увагу варто надавати питанням безпеки постраждалого населення та персоналу (див. принцип 1 забезпечення захисту та інструкції 1-3 на сторінці 38).

Інструкції

1. **Основні гігієнічні засоби:** Основний мінімальний набір гігієнічних засобів складається з ємностей для води (відра), туалетного і господарського мила та засобів менструальної гігієни.

Перелік основних гігієнічних засобів

10-20-літрова ємність для транспортування води	Одна на одне домогосподарство
10-20-літрова ємність для зберігання води	Одна на одне домогосподарство
250 г туалетного мила	Одне на людину на місяць
200 г господарського мила	Одне на людину на місяць
Відповідний матеріал для дотримання менструальної гігієни, наприклад, бавовняна тканина, яку можна прати	Один набір на людину

2. **Координація:** Необхідно обговорювати з представниками кластеру, які займаються забезпеченням житлом, і постраждалим населенням питання про необхідність надання додаткових непродовольчих товарів, таких як ковдри, що не входять до складу основних гігієнічних засобів (див. стандарт 1 непродовольчої допомоги на сторінці 321).
3. **Своєчасність розподілу гігієнічних засобів:** Для забезпечення своєчасного розподілу гігієнічних засобів, можливо, постане потреба розподіляти низку основних універсальних засобів (мило, каністри тощо), не узгоджуючи питання із постраждалим населенням, і надалі приходити до угоди про постачання після консультацій із ним.
4. **Першочергові потреби:** Люди можуть вирішити продати надані їм засоби, якщо їхні першочергові потреби не будуть належним чином задоволені, тому при плануванні розподілу допомоги потрібно враховувати потреби населення щодо засобів до існування.
5. **Відповідність:** Необхідно уникати внесення до переліку постачання таких засобів, якими люди не зможуть скористатися, зважаючи на те, що ці засоби недостатньо відомі або вони такі, що можуть використовуватися не за призначенням (наприклад, засоби, які можуть помилково сприйнятися як продукти харчування). У випадках, коли це доречно в культурному плані, замість господарського мила можна постачати пральний порошок.
6. **Заміщення:** Варто розглянути питання про витратні матеріали, які в разі необхідності повинні бути замінені.



7. **Особливі потреби:** Деяким людям, що мають особливі потреби (наприклад, при нетриманні сечі або важкій формі діареї), може знадобитися більша кількість таких гігієнічних засобів, як мило. Людям з обмеженими можливостями і людям, прикутим до ліжка, можуть знадобитися додаткові засоби, такі як підкладні судна. Деякі засоби, можливо, доведеться пристосовувати для санітарних потреб (наприклад, табурет з отвором або стільчак для нічного горщика).
8. **Менструальна гігієна:** Повинна бути забезпечена можливість для прання засобів менструальної гігієни або їх видалення в спеціально відгородженому місці.
9. **Додаткові засоби:** Наявні соціальні й культурні навички та звичаї можуть потребувати забезпечення доступу до додаткових гігієнічних засобів. Залежно від їх наявності до переліку цих засобів (на одну людину на місяць) можуть входити такі:
 - 75 мл/100 г зубної пасти
 - одна зубна щітка
 - 250 мл шампуню
 - 250 мл лосьйону для немовлят і дітей у віці до двох років
 - одна бритва одноразового використання
 - нижня білизна для жінок і дівчаток, які досягли менструального віку
 - одна щітка для волосся і/або гребінець
 - манікюрні щипчики
 - підгузки (пелюшки) і дитячі горщики (залежно від потреб домогосподарства).

3. Водопостачання

Вода необхідна для підтримання життя, здоров'я і людської гідності. За надзвичайних ситуацій буває так, що води для задоволення основних потреб не вистачає, тому наявність необхідної для виживання кількості безпечної питної води стає вирішальним для виживання. Причиною основних захворювань переважно стають неприйнятні гігієнічні умови, викликані нестачею води або споживанням забрудненої води.

Стандарт 1 водопостачання: Доступність і кількість води

Усі представники населення мають безпечний і однаковий доступ до води в кількості, достатній для пиття, приготування їжі, особистої й домашньої гігієни. Громадські пункти водопостачання знаходяться досить близько до житла, щоб виконувалися мінімальні вимоги, які стосуються водопостачання.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Визначити відповідне до ситуації джерело водопостачання, беручи до уваги питання якості та впливу навколишнього середовища на джерела водопостачання (див. інструкцію 1).
- Д Визначити пріоритети і забезпечити водою так, щоб задовольнити потреби постраждалого населення (див. інструкції 2 і 4).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Середня норма споживання води для пиття, приготування їжі та особистої гігієни в кожному домогосподарстві становить не менше 15 літрів на день на людину (див. інструкції 1-7).
- Д Максимальна відстань від будь-якого житлового приміщення до найближчого пункту водопостачання становить не більше 500 метрів (див. інструкції 1, 2, 5 і 6).
- Д Час перебування у черзі по воду в пункті водопостачання є не більшим за 30 хвилин (див. інструкцію 6).



Інструкції

1. **Вибір джерел водопостачання:** Зазначені фактори потрібно брати до уваги при виборі джерела водопостачання: наявність, близькість і стійке підтримання достатньої кількості води; необхідність обробки води; можливість реалізувати усе це, беручи до уваги й будь-які соціальні, політичні чи юридичні фактори, які стосуються обраного джерела водопостачання. Загалом ґрунтові джерельні води та/або безнасосне водопостачання з джерел є більш бажаним, оскільки вода з них менше потребує обробки і її не потрібно викачувати. На ранній стадії надзвичайної ситуації часто потрібне поєднання різних підходів і джерел водопостачання. Необхідне регулярне спостереження за всіма джерелами водопостачання з тим, щоб уникнути їх надмірного використання.
2. **Потреби:** Кількість води, необхідна для домашнього користування, залежить від ситуації і може змінюватися залежно від клімату, наявних санітарних об'єктів, звичок людей, їхніх культурних і релігійних звичаїв, їжі, яку вони готують, одягу, який носять, тощо. Здебільшого що ближче до помешкання розташоване джерело води, то більше її споживання. Де це можливо, норма 15 літрів на день на людину може бути вищою з тим, щоб відповідати місцевим стандартам, там, де ця норма споживання вища.

Основні життєзабезпечувальні потреби у воді

Життєзабезпечувальні потреби: споживання води (пиття і їжа)	2,5-3 літри на день	Залежить від клімату і фізіології індивіда
Основні гігієнічні потреби	2-6 літрів на день	Залежить від соціальних і культурних норм
Основні потреби при приготуванні їжі	3-6 літрів на день	Залежить від різновиду їжі, а також соціальних і культурних норм
Усього: основні потреби у воді	7,5-15 літрів на день	

Щодо норм мінімальної кількості води для установ та інших різновидів використання див. додаток 2. Щодо невідкладних потреб домашньої худоби див. Керівні принципи і стандарти проведення операцій допомоги в НС із порятунку худоби (LEGS) (див. список літератури та додаткових матеріалів).

3. **Вимірювання:** Більш ефективними способами збору даних щодо використання та споживання води є опитування, спостереження та обговорення в

групах населення порівняно з вимірюванням кількості води, що закачується у водогін, або часу роботи ручних насосів для закачування води.

4. **Кількість/охоплення:** У НС і до того моменту, доки не буде досягнуто мінімальних стандартів щодо кількості та якості води, пріоритет потрібно надавати забезпеченню рівноправного доступу до достатньої кількості води, навіть якщо вона посередньої якості. Люди, постраждалі в результаті НС, більш уразливі щодо захворювань, тому необхідно домагатися показників, що стосуються доступності та кількості води, навіть якщо їх значення вище, ніж ті, якими зазвичай користується постраждале населення або люди, які приймають постраждалих. Особливу увагу варто зосереджувати на задоволенні потреби в додатковій кількості води людей, що живуть з ВІЛ та СНІДом, а також забезпеченню водою домашньої худоби і сільсько-господарських угідь під час посухи. Щоб уникнути виникнення ворожості, рекомендовано задовольняти потреби з водопостачання і санзабезпечення за своїм охопленням однаковою мірою як постраждалого населення, так і людей, що приймають постраждалих (див. додаток 2: Мінімальна кількість води для установ та інших різновидів використання).
5. **Максимальна кількість людей на одне джерело води:** Кількість людей на одне джерело води залежить від дебіту і наявності води в кожному джерелі. Існують такі приблизні норми:

250 осіб на один кран	при витраті води 7,5 л/хв
500 осіб на один ручний насос	при витраті води 17 л/хв
400 осіб на відкритий колодязь для індивідуального користувача	при витраті води 12,5 л/хв

Ці норми передбачають, що пункт водопостачання доступний приблизно 8 годин на день при постійній наявності води упродовж цього періоду. У разі більшого часу доступу населення може забирати більше мінімальної денної норми, тобто 15 літрів на день на одну людину. При цьому необхідно виявляти обережність, оскільки дотримання цих норм не завжди гарантує мінімальну кількість води або рівний доступ до джерела водопостачання.

6. **Тривалість перебування в черзі:** Надмірно довгі черги є показником нестачі води через недостатню кількість пунктів водопостачання або недостатній дебіт джерел води. Занадто довге стояння у черзі за водою може призвести до таких негативних наслідків, як зниження споживання води на душу населення, підвищення споживання води з незахищених поверхневих джерел і скорочення часу для виконання інших важливих завдань, пов'язаних із життєзабезпеченням, у тих, хто займається забором води.



7. **Доступ і дотримання принципу справедливості:** Навіть якщо наявної води достатньо для задоволення мінімальних потреб, необхідно здійснювати додаткові заходи щодо забезпечення однакового і справедливого доступу до води для всіх груп населення. Пункти водопостачання повинні бути розташовані в місцях, доступних для всіх, незалежно, зокрема, від статеві або етнічної приналежності. Існує ймовірність того, що частину ручних насосів і ємності для транспортування води буде необхідно спеціально конструювати або пристосовувати для людей, які живуть з ВІЛ та СНІДом, літніх людей, людей з обмеженими можливостями і дітей. У випадку, якщо споживання води нормовано або воду подають у певні години, забір води варто планувати за участі споживачів, до яких також входять жінки.

Стандарт 2 водопостачання: Якість води

Вода приємна на смак, за якістю придатна для пиття, приготування їжі, для особистої та домашньої гігієни і не створює небезпеки для здоров'я.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Зробити швидке санітарне обстеження і (коли дозволяє час і ситуація) ввести в дію план безпеки води для джерела (див. інструкції 1-2).
- ▶ Ужити всіх необхідних заходів для зведення до мінімуму забруднення води після її набирання (див. інструкції 3-4 і стандарт 1 сприяння дотриманню гігієни на сторінці 107).
- ▶ При водопровідному водопостачанні, а також для всіх різновидів водопостачання у разі існування небезпеки епідемії діареї обробляти воду дезинфікуючим засобом так, щоб на виході з крана вміст залишкового хлору складав 0,5 мг/л, а каламутність не перевищувала 5 нефелометричних одиниць каламутності (NTU). При особливих епідеміях діареї забезпечити рівень залишкового хлору вище 1 мг/л (див. інструкції 5-8).
- ▶ Там, де запропоновано робити обробку води на рівні домогосподарств, необхідно простежити, щоб її супроводжувало проведення відповідних інформаційно-роз'яснювальних заходів, навчання та моніторинг (див. інструкції 3 і 6).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ У пункті підведення і подачі відсутні фекальні коліформи в 100 мл води (див. інструкцію 2, 4-7).
- ▶ Будь-які дії з обробки води, що відбуваються на рівні домогосподарств, ефективні в рамках покращення мікробіологічної якості води і супроводжуються реалізацією відповідних інформаційно-роз'яснювальних заходів, навчання та моніторингу (див. інструкції 3-6).
- ▶ Відсутній будь-який негативний вплив на здоров'я в результаті короткочасного користування водою, забрудненою хімічними речовинами (із залишками дезінфікуючої речовини включно) або джерелами радіації. І згідно з оцінками ймовірність такого впливу невисока (див. інструкцію 7).
- ▶ Усе постраждале населення хоче пити воду з захищеного або незараженого джерела, ніж з інших наявних легкодоступних джерел (див. інструкції 3 і 6).
- ▶ Відсутність вогнищ захворювань, які передаються або пов'язані з водою (див. інструкції 1-9).

Інструкції

1. **Санітарне обстеження і план безпеки води:** Санітарне обстеження є оцінкою умов і заходів, які можуть створювати ризик для здоров'я населення. Обстеження повинно охоплювати всі можливі джерела зараження води безпосередньо в місці розташування самого джерела, при транспортуванні та в оселях, а також практику дефекації, дренажу та утилізації твердих відходів. Створення карти проживання місцевого населення прийнято вважати найбільш результативним способом визначення ризиків для здоров'я населення, а отже і пошуку способів зменшити ці ризики за допомогою самих жителів. Необхідно зазначити: хоча фекалії тварин не такі небезпечні, як фекалії людини, вони все ж можуть містити криптоспоридії, лямблії, сальмонелу, кампілобактерії, каліцивіруси і деякі інші поширені збудники діареї, що загрожують значною небезпекою для здоров'я людини. ВООЗ рекомендує використовувати розроблений нею план безпеки води (ПБВ), який передбачає реалізацію всебічного підходу, куди входять визначення загрози та оцінка ризику, план удосконалення/ модернізації, моніторинг контрольних заходів, а також процедури управління включно з розробкою допоміжних програм (див. список літератури та додаткових матеріалів).
2. **Мікробіологічна якість води:** Наявність фекальних коліформних бактерій (понад 99% із яких складають кишкові палички) є показником рівня зараження води екскрементами людини і/або тварин та ймовірного існування



хвороботворних організмів. При виявленні у воді будь-яких фекальних коліформних бактерій її необхідно обробляти.

3. **Сприяння використанню захищених джерел:** Лише облаштування захищених джерел води або надання обробленої води не дасть значного результату, доки люди самі не усвідомлять, яку користь здоров'ю має така вода, і не почнуть використовувати її. Вони можуть віддати перевагу незахищеним джерелам водопостачання (наприклад, річкам, озерам, незахищеним колодязям), виходячи з міркувань смакових якостей води, близькості джерела і зручного користування ним із соціально-побутових причин. У таких випадках технічні спеціалісти, фахівці зі сприяння дотриманню гігієни і агітатори з місцевого населення зобов'язані, з'ясувавши причини таких переваг, використовувати ці теми у своїх просвітницьких матеріалах та співбесідах.
4. **Зараження після забору води:** Вода, яка є безпечною у пункті забору, може однак суттєво загрожувати здоров'ю внаслідок її зараження під час водозбору, зберігання і розливу. Для зменшення загрози здоров'ю потрібно використовувати такі заходи, як, наприклад, удосконалені методи збору і зберігання води і розподіл серед населення чистих і придатних для цієї мети ємностей для збору і зберігання води (див. стандарт 3 водопостачання на сторінці 120). Необхідно регулярно брати проби води у місцях її використання для того, щоб контролювати рівень можливого зараження води після її забору.
5. **Дезінфекція води:** Коли існує серйозна загроза зараження джерела водопостачання або води, після забору воду необхідно обробляти залишковими дезінфектантами типу хлору. Ступінь небезпеки може бути визначений такими умовами життя в поселенні, як густота населення, механізм асенізації, гігієнічна практика і рівень поширення діареї. При загрозі виникнення або наявності епідемії діареї всю питну воду потрібно обробляти або до її надходження в систему розподілу, або в оселях. Каламутність води для забезпечення належного рівня дезінфекції не повинна перевищувати 5 нефелометричних одиниць каламутності (NTU), хоча для короткочасного використання в критичній ситуації воду з більш високим показником каламутності можна належним чином продезінфікувати подвійною дозою хлору після фільтрації до досягнення зниження каламутності (див. додаток 6: Дерево рішень, що стосуються обробки і зберігання води в домогосподарствах).
6. **Обробка води на рівні домогосподарств:** Коли немає можливості використовувати централізовану систему обробки води, можна застосувати метод обробки води в місці використання на рівні домогосподарств. До переліку різновидів обробки води в місці використання, які сприяють зниженню рівня захворювання на діарею і поліпшують мікробіологічну

якість води, що зберігається в домогосподарствах, належать: кип'ятіння, хлорування, сонячна дезінфекція, фільтрування через керамічний фільтр, повільне фільтрування через пісок і флокуляційне очищення/дезінфекція. Найбільш придатний спосіб обробки води у місці використання в конкретній ситуації залежить від наявних умов водопостачання і санзабезпечення, якості води, прийнятності в культурному аспекті та можливості здійснювати використання на практиці того або іншого способу. Ефективна обробка води у місці використання передбачає забезпечення належними матеріалами та системами і навчання користувачів. У надзвичайній ситуації варто уникати використання неперевіраних способів обробки води. У прогнозованих зонах ризику для забезпечення можливості швидкого реагування варто заздалегідь подбати про розміщення систем обробки води на місцях в місці використання. Якщо існує намір продовжувати використовувати ці системи у період після закінчення НС, необхідно віддавати перевагу використанню систем, які наявні на місці. Для ефективного використання обробки води в місці використання потрібне регулярне здійснення подальшого контролю, надання підтримки та моніторинг, що має бути необхідною попередньою умовою вибору саме цього способу як альтернативного методу обробки води.

7. **Обробка води у місці використання із застосуванням хлору:** Хлорування подвійною дозою може застосовуватися при високому рівні каламутності за відсутності іншого джерела води. Цей спосіб можна використовувати тільки упродовж коротких періодів часу і лише після проведення навчання користувачів методам зниження каламутності за допомогою фільтрування, відстоювання і відділення осаду перед обробкою (див. додаток 6: Дерево рішень, що стосуються обробки і зберігання води у домогосподарствах).
8. **Хімічне і радіологічне зараження:** У місцях, де дані про гідрогеологічну ситуацію, промислову діяльність або військові дії дають підстави припускати, що водопостачання може нести хімічну або радіаційну загрозу для здоров'я, ступінь небезпеки повинен бути негайно оцінений за допомогою хімічного аналізу. У результаті потрібно прийняти зважене рішення з оцінкою негативних і позитивних наслідків користування такою водою для стану здоров'я населення в найближчому майбутньому. Що ж до рішення про використання потенційно зараженої води упродовж більш тривалого періоду, то його потрібно прийняти, ґрунтуючись на більш ретельному оцінюванні й аналізованні наслідків для здоров'я населення.
9. **Смакові властивості:** Всю воду для лікарень, медичних центрів та центрів харчування необхідно обробляти хлором або іншим залишковим дезінфектантом. При існуванні ймовірності того, що воду будуть нормувати через перебої у водопостачанні, необхідно забезпечити запас води, достатній для



безперебійного постачання при нормальних рівнях водокористування (див. додаток 2: Мінімальна кількість води для установ та інших різновидів використання і додаток 5: Мінімальні заходи з гігієни, санітарії та ізоляції хворих для центрів із лікування холери (ЦЛХ).

10. **Якість води для медичних центрів:** Усю воду для лікарень, медичних центрів та центрів харчування необхідно обробляти хлором або іншим залишковим дезінфектантом. При існуванні ймовірності того, що воду будуть нормувати через перебої у водопостачанні, необхідно забезпечити запас води, достатній для безперебійного постачання при нормальних рівнях водокористування (див. додаток 2: Мінімальна кількість води для установ та інших різновидів використання і додаток 5: Мінімальні заходи з гігієни, санітарії та ізоляції хворих для центрів із лікування холери (ЦЛХ).

Стандарт 3 водопостачання: Засоби водопостачання

Люди мають необхідні засоби для збору, зберігання і використання достатньої кількості води, призначеної для пиття, приготування їжі та особистої гігієни. Питна вода лишається безпечною для здоров'я аж до моменту споживання.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Забезпечити постраждале населення відповідними засобами збору і зберігання води (див. інструкцію 1 і стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни на сторінці 110).
- ▶ Активно сприяти участі всього постраждалого населення і вразливих осіб у виборі місця й облаштування пунктів водопостачання, а також у будівництві споруд для прання та миття (див. інструкцію 2).
- ▶ У пунктах водопостачання і в громадських спорудах для миття виділити індивідуальні мийні ванни і місця для прання, де жінки можуть прати і сушити білизну та гігієнічні прокладки (див. інструкцію 2 і стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни на сторінці 110).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ У кожному домогосподарстві є щонайменше дві чисті 10-20-літрові ємності для води: одна для зберігання, інша для транспортування (див. інструкцію 1 і стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни, інструкцію 1 на сторінці III).
- ▶ Ємності для збирання і зберігання води мають вузькі горловини та/або кришки для відер чи інших засобів зберігання, забезпечують безпечне розливання і перенесення; при цьому очевидно, що населення користується цими ємностями (див. інструкцію 1).
- ▶ На 100 осіб припадає щонайменше одна мийна ванна, при цьому для жінок виділено спеціальні місця для миття і прання. Для миття і прання надано достатню кількість води (див. інструкцію 2).
- ▶ Вода в домогосподарствах завжди чиста, не зазнає зараження (див. інструкцію 1).
- ▶ Усі люди задоволені наявними у них відповідними засобами для збору і зберігання води, вмивання, миття рук і прання (див. інструкцію 2).
- ▶ Забезпечено регулярне обслуговування встановлених систем і засобів, при цьому користувачі по можливості максимально задіяні в цій роботі (див. інструкцію 3).

Інструкції

1. **Збір і зберігання води:** Для збору води, її зберігання, використання для пиття, приготування їжі, миття і прання людям потрібні ємності. Ці ємності повинні бути чистими, гігієнічними, легко переноситися, а їх розмір, зовнішній вигляд і форма повинні відповідати місцевим потребам і звичаям. Дітям, людям з обмеженими можливостями, особам літнього віку та людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, можуть знадобитися менші за розміром або спеціально виготовлені ємності для перенесення води. Місткість таких ємностей залежить від розміру домогосподарства та постійної наявності води, наприклад, приблизно 4 літри на людину при наявності постійного джерела води. Впровадження та контроль навичок безпечного збирання, зберігання та розливу води дають хорошу можливість організувати обговорення питань забруднення води з уразливими групами, особливо з жінками і дітьми.
2. **Громадські споруди для прання і миття:** Людям потрібне місце для усамітнення, щоб вимитися, не принижуючи своєї гідності. При відсутності такої можливості у місці проживання сім'ї виникає необхідність у громадських спорудах, окремих для жінок і чоловіків. У тих випадках, коли не вистачає мила або ним не користуються, можуть бути застосовані такі альтернативні миючі засоби, як, зокрема, попіл, чистий пісок, сода або різні рослини,



придатні для миття чи чищення. Прання одягу, насамперед дитячого, є найважливішим гігієнічним заходом; необхідно також мити посуд для приготування та споживання їжі. Рішення про облаштування, безпеку, кількість і розташування цих споруд приймають спільно з потенційними користувачами, насамперед жінками, дівчатами-підлітками і людьми з обмеженими можливостями. Розташування таких споруд неподалік центру, в доступних і добре освітлених місцях із хорошою видимістю місцевості зробить їх більш безпечними для користувачів.

3. **Обслуговування систем водопостачання:** Необхідно, щоб постраждале населення було поінформоване і забезпечене всіма необхідними засобами для обслуговування та утримання в робочому стані наданих систем.

4. Асенізація

Безпечне за санітарними нормами видалення екскрементів людини – це перша перешкода на шляху передавання через екскременти інфекцій, бар'єр для їх прямого й опосередкованого поширення. Тому безпечна асенізація є справою першочергової ваги, яка в умовах НС здебільшого потребує такої ж терміновості й уваги, як і водопостачання. Організація відповідних відхожих місць належить до переліку найважливіших заходів у рамках надання допомоги, таких, що забезпечують гідність, безпеку, охорону здоров'я і благополуччя людей в умовах НС.

Стандарт 1 асенізації:

Навколишнє середовище, не забруднене фекаліями людини

Середовище проживання в цілому, й особливо житло, зони виробництва харчових продуктів, громадські центри і зони навколо джерел питної води не зазнають зараження фекаліями людини.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Негайно прийняти відповідні захисні заходи з локалізації екскрементів (див. інструкцію 1).
- ▶ Терміново провести консультацію з постраждалим населенням щодо безпечної практики асенізації та гігієни (див. стандарт 1 сприяння дотриманню гігієни та інструкції 1-6 на сторінках 108-109).
- ▶ Провести узгоджену кампанію щодо сприяння дотриманню гігієни, присвячену питанню безпечної асенізації і використання відповідних засобів і об'єктів (див. стандарт 1 сприяння дотриманню гігієни та інструкції 1-6 на сторінках 108-109).

Ключові показники (читати одночасно з інструкціями)

- ▶ Середовище, в якому живе постраждале населення, не забруднене фекаліями людини (див. інструкції 1-2).
- ▶ Усі захисні об'єкти з локалізації екскрементів, тобто відхожі рови, надвірні туалети і вигрібні ями, розташовують на відстані не менше 30 метрів від



джерел підземних вод, а їх дно розміщене щонайменше на 1,5 метра вище рівня ґрунтових вод (див. інструкцію 3).

- ▶ При повені або високому рівні ґрунтових вод потрібно вживати відповідних заходів, щоб уникнути зараження фекаліями джерел підземних вод (див. інструкцію 3).
- ▶ Дренаж або відведення стічних вод із відхожих місць не забруднює водні джерела, що знаходяться на поверхні землі або на невеликій глибині під землею (див. інструкцію 3).
- ▶ Туалети використовують із максимально можливим дотриманням норм гігієни; дитячі фекалії видаляють негайно безпечними щодо санітарних норм способами (див. інструкцію 4).

Інструкції

1. **Безпека асенізації:** Мета безпечної асенізації – створити усі умови, щоб навколишнє середовище не було забруднене фекаліями людини. Відразу ж після НС і при реалізації плану асенізації необхідно подбати про проведення кампанії з початкового наведення чистоти і порядку, розмежовуючи й огорожуючи місця дефекації, вибираючи місце їх розташування і облаштовуючи громадські туалети. Найбільш ефективним є поетапний підхід, який враховує ситуацію у вирішенні наявних проблем санзабезпечення. До проведення заходів щодо безпечної асенізації необхідно залучати всі групи постраждалого населення. У тих випадках, коли постраждале населення традиційно не користувалося туалетами, необхідно проводити узгоджену кампанію сприяння дотриманню гігієни, спрямовану на забезпечення безпечної асенізації і створення попиту на облаштування більшої кількості туалетів. У тих випадках, коли НС відбувається в міських зонах і відповідно можуть вийти з ладу діючі системи каналізації, необхідно оцінити ситуацію і розглянути варіант встановлення переносних туалетів або використання септичних резервуарів та/або резервуарів закритого типу, з яких може регулярно видалятися осад. Варто потурбуватися про їх очищення, про те, як користуватися ними, їх транспортування і остаточне видалення осаду.
2. **Місця дефекації:** На ранній стадії НС і там, де дозволяє місце, потрібно відгородити зону для дефекації і/або влаштувати відхожі рови. Ці заходи будуть ефективні лише при належному утриманні таких місць та за умови, що постраждале населення усвідомлює необхідність користування цими об'єктами, причому саме там, де вони розміщені.
3. **Відстань між відхожими місцями і джерелами водопостачання:** Вигрібні ями, відхожі рови та/або туалети повинні знаходитися на відстані щонайменше 30 метрів від джерел водопостачання, а їх дно – на відстані щонайменше 1,5 метра вище рівня ґрунтових вод. Ці відстані повинні бути

більшими, якщо місцевість, де треба облаштовувати ями, рови та туалети, – розтрісканий скелястий ґрунт або вапняковий ґрунт; водночас відстані можуть бути меншими, якщо місцевість – дрібнозем. У деяких НС забрудненню ґрунтових вод можна знехтувати, якщо таку воду не вживають безпосередньо для пиття. Замість цього треба використовувати оброблення води на рівні домогосподарства або інші методи (див. стандарт 2 водопостачання, інструкцію 6 на сторінці 119). При повенях або високому рівні ґрунтових вод може з'явитися необхідність будувати надземні туалети або встановлювати септичні резервуари для екскрементів, щоб запобігти забрудненню навколишнього середовища. Необхідно також подбати про те, щоб дренаж або скиди з септичних резервуарів не забруднювали поверхневі води та/або джерела підземних вод.

4. **Локалізація дитячих фекалій:** Видаленню дитячих фекалій варто приділяти особливу увагу, оскільки вони здебільшого становлять більшу небезпеку, ніж фекалії дорослих (інфекції, що передаються через екскременти, трапляються у дітей частіше, й у них можуть бути відсутні антитіла до інфекцій). Батьки та особи, які доглядають за дітьми, повинні бути поінформовані про безпечні способи видалення дитячих фекалій, прання і правильне використання підгузків (пелюшок) і дитячих горщиків.

Стандарт 2 асенізації: Туалети, що відповідають вимогам

У населення є нормальні туалети, які відповідають вимогам, і розташовані досить близько від житла, щоб забезпечити швидкий, безпечний і зручний доступ до них у будь-який час доби.



Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Проконсультуватися й отримати схвалення усіх користувачів (особливо жінок та осіб з обмеженою рухливістю) щодо вибору місця розташування, конструкції та придатності санітарних об'єктів (див. інструкції 1-4, а також принципи забезпечення захисту 1-2 на сторінках 38-41).
- Д Забезпечити постраждале населення засобами, інструментами і матеріалами для будівництва, обслуговування та очищення власних туалетів (див. інструкції 6-7).
- Д Забезпечити належне постачання водою для миття рук і для туалетів зі зливом та/або водяним затвором, а також відповідні дезінфікуючі засоби для використання в звичайних відхожих місцях (див. інструкції 7-8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Туалети спроектовано, побудовано і розміщено відповідно до таких вимог:
 - їх можуть безпечно використовувати всі групи населення, зокрема й діти, літні люди, вагітні жінки та люди з обмеженими можливостями (див. інструкцію 1)
 - вони розташовані так, щоб звести до мінімуму загрозу безпеці користувачів, особливо жінок та дівчаток, у будь-який час доби (див. інструкцію 3 і принцип забезпечення захисту 1, інструкції 1-6 на сторінках 38-40)
 - вони забезпечують користувачам ступінь приватності, яка є для них нормою (див. інструкцію 3)
 - ними досить просто користуватися і їх легко утримувати в чистоті; вони не загрожують гігієні навколишнього середовища. Залежно від ситуації туалети забезпечено достатньою кількістю води для миття рук і/або змивання (див. інструкції 7-8)
 - у них передбачено можливість видалення засобів менструальної гігієни жінок, а також створено необхідні умови для того, щоб жінки мали можливість без присутності сторонніх прати і сушити засоби менструальної гігієни (див. інструкцію 9)
 - вони зводять до мінімуму можливість розмноження мух та комарів (див. інструкцію 7)
 - вони забезпечені засобами для очищення від осаду, вивезення та відповідного видалення вмісту, якщо це туалети закритого типу або призначені для довгострокового використання, й існує необхідність спорожнити їх (див. інструкцію 11)
 - при повенях та високому рівні ґрунтових вод вигрібні ями і резервуари для випорожнень повинні бути водонепроникними для того, щоб звести до мінімуму забруднення ґрунтових вод та навколишнього середовища (див. інструкції 11).
- ▶ На 20 осіб припадає щонайменше один туалет (див. інструкції 1-4 та додаток 3: Мінімальна кількість туалетів у громадських місцях і установах в умовах надзвичайної ситуації).
- ▶ У громадських місцях (на ринках, у місцях розподілу допомоги, медичних центрах, школах тощо) є окремі туалети для жінок і чоловіків, які закриваються зсередини (див. інструкцію 2 і принципи забезпечення захисту 1-2 на сторінках 38-41).
- ▶ Туалети розташовано не далі, ніж за 50 метрів від житла (див. інструкцію 5).

- Д Користування туалетами організовано за сімейним принципом та/або за принципом статевої приналежності (див. інструкції 2-5).
- Д Усі групи постраждалого населення задоволені тим, як проводять консультації з ними, а також наданими їм туалетами і використовують їх належним чином (див. інструкції 1-10).
- Д Люди мють руки після туалету, а також перед уживанням і приготуванням їжі (див. інструкцію 8).

Інструкції

1. **Прийнятність туалетів:** Успіх програм асенізації залежить від розуміння різноманітності людських потреб, а також від участі користувачів. Зважаючи на те, що не всі групи населення зможуть користуватися наявними туалетами, висока ймовірність виникнення необхідності будувати спеціальні туалети для дітей, літніх людей і людей з обмеженими можливостями (наприклад, туалети з сидіннями або рукоятками) або забезпечувати населення підкладними суднами, дитячими горщиками і стільчаками. Тип обраного санітарного об'єкта залежить від часу проведення операції з надання допомоги, від уподобань і звичаїв імовірних користувачів, наявної інфраструктури і наявності води (для змиву і водяних затворів), складу ґрунту і наявності будівельних матеріалів. Нижче в таблиці наведено відповідні види асенізації для різних стадій операції з надання допомоги в НС.

Можливі варіанти безпечної асенізації

	Різновид безпечної асенізації	Пояснення щодо застосування
1	Розмежована зона дефекації (наприклад, з відгородженими відсіками)	Початкова стадія: перші 2-3 дні, коли нагально потрібні відхожі місця для великої кількості людей
2	Відхожі рови	Початкова стадія: до двох місяців
3	Прості надвірні туалети	Необхідно планувати з самого початку і далі до довгострокового використання
4	Удосконалені вентильовані надвірні туалети (VIP)	Залежно від ситуації в якості середньострокових і довгострокових заходів реагування
5	Сечовідвідні екологічні санітарні туалети	Залежно від ситуації: можуть слугувати заходами реагування при повенях та високому рівні ґрунтових вод, з самого початку або в середньо-довгостроковому періоді
6	Септичні резервуари	Середньо-довгостроковий період

2. **Громадські туалети:** В громадських місцях встановлено туалети й організовано їх належне і регулярне очищення та обслуговування. Використовують дезагрегуючі дані про склад населення для того, щоб запланувати кількість



кабін для жінок і чоловіків у пропорції приблизно 3:1. Там, де це можливо, необхідно влаштувати пісуари для чоловіків (див. додаток 3: Мінімальна кількість туалетів у громадських місцях і установах в умовах надзвичайної ситуації).

3. **Сімейні туалети:** Там, де це можливо, найкращим варіантом є сімейні туалети. Цільовий показник – мінімум один туалет на кожні 20 осіб. У тих місцях, де туалетів немає, можна допустити спочатку наявність одного туалету на 50 осіб, при цьому треба прагнути до якнайшвидшого зниження кількості користувачів до 20. У деяких випадках через брак місця не завжди є можливість виконати цю норму. У таких випадках необхідно наполегливо домагатися виділення додаткових площ під туалети. Однак варто пам'ятати, що основною метою є забезпечення і дотримання чистоти навколишнього середовища, не забрудненого фекаліями людини.
4. **Спільні зручності:** Варто консультуватися з домогосподарствами щодо вибору місця і планування, а також відповідальності за утримання і прибирання туалетів спільного користування. Імовірно, що чисті туалети будуть використовувати частіше. Необхідно вживати заходів для того, щоб не було ускладнено доступу до туалетів для людей із такими хронічними хворобами, як ВІЛ-інфекція та СНІД, адже вони часто страждають від хронічної діареї і обмеженої рухливості.
5. **Безпека туалетів:** Невдало вибрані місця для туалетів можуть спричинити для жінок і дівчаток загрозу нападу, особливо в нічний час. У зв'язку з цим необхідно забезпечити їхню безпеку при користуванні наданими туалетами і водночас простежити, щоб вони відчували себе в безпеці. Там, де це можливо, у громадських туалетах повинно бути освітлення або домогосподарства повинні бути забезпечені ліхтарями. Для забезпечення захисту користувачів необхідно домагатися участі у таких заходах місцевих жителів (див. принципи забезпечення захисту 1-2 на сторінках 38-41).
6. **Використання місцевих будівельних матеріалів та інструментів:** Для будівництва туалетів настійно рекомендовано використовувати наявні на місцях матеріали. Це сприяє більш активній участі місцевого населення у використанні й обслуговуванні санітарних об'єктів. Досягненню цієї мети сприятиме також забезпечення місцевого населення будівельними інструментами.
7. **Вода і засоби для очищення заднього проходу:** Туалети зі зливом та/або водяним затвором повинні бути забезпечені водою. Звичайні надвірні туалети, можливо, буде необхідно забезпечити туалетним папером або іншими засобами для очищення заднього проходу. У користувачів необхідно з'ясувати, які матеріали є найбільш придатними для них з точки зору культурних

традицій, а також який найбільш безпечний для них спосіб видалення цих матеріалів після використання.

8. **Миття рук:** У користувачів повинні бути засоби для миття рук із милом або за допомогою альтернативних миючих засобів (наприклад, попелу) після відвідування туалету, очищення заднього проходу дитини після дефекації, а також перед прийняттям і приготуванням їжі. Для цього поряд із туалетом повинно бути постійне джерело водопостачання.
9. **Менструація:** Жінки і дівчата, які досягли менструального віку, зокрема й школярки, повинні мати доступ до матеріалів, що призначені для вбирання і видалення менструальної крові. Варто з'ясувати у жінок і дівчаток, що саме їм найбільше підходить із урахуванням місцевих культурних традицій. Туалети повинні бути забезпечені всім необхідним для належного видалення засобів менструальної гігієни або в них повинно бути відгороджене місце для прання (див. стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни, інструкції 2 і 8 на сторінках 111 і 112).
10. **Видалення осаду:** Там, де це потрібно, за необхідності варто з самого початку подбати про видалення осаду з туалетів/септичних резервуарів та ємностей для екскрементів, а також потурбуватися і про вибір місця розташування кінцевого пункту вивезення нечистот.
11. **Туалети в складних умовах навколишнього середовища:** При повенях або в разі НС в міських зонах забезпечення належної асенізації здебільшого становить серйозну проблему. У цих випадках необхідно подбати про різноманітні захисні заходи щодо локалізації виділень людського організму, таких як надземні туалети, сечовідвідні туалети, резервуари для нечистот та використання тимчасових одноразових пластикових мішків із відповідними системами їх збирання і видалення. Ці методи повинні бути впроваджені разом із реалізацією допоміжних заходів щодо сприяння дотриманню гігієни.



5. Боротьба з переносниками інфекцій

Під час багатьох надзвичайних ситуацій хвороби, які передаються через переносників інфекцій, є головною причиною захворювань і смерті. Комарі переносять малярію, яка є однією з основних причин захворювань та смертності. Крім того, комарі – переносники таких захворювань, як жовта лихоманка, лихоманка Денге і геморагічна лихоманка. Небезпечними переносниками діареї є некусючі, або синантропічні, мухи: кімнатні мухи, сині м'ясні мухи і сірі м'ясні мухи. Кусючі мухи, постільні блощиці та блохи не тільки завдають значних незручностей, а й у деяких випадках можуть бути переносниками таких серйозних захворювань, як ендемічний висипний тиф, короста і чума. Кліщі переносять епідемічний поворотний тиф, а воші – тиф і вошиний поворотний тиф. Пацюки і миші можуть бути переносниками таких захворювань, як лептоспіроз і сальмонельоз, та можуть бути господарями паразитів, наприклад, бліх, які можуть бути переносниками лихоманки Ласса, чуми та інших інфекційних захворювань.

Боротьба з переносниками інфекцій передбачає різноманітну діяльність, зокрема, вибір місць для будмайданчика, організацію поселень, водопостачання, асенізації та утилізацію твердих відходів, дренаж, організацію медичного обслуговування (зокрема й мобілізацію громади і пропаганду здоров'я), використання хімічних засобів, заходів щодо захисту сімей та індивідуального захисту, а також ефективний захист запасів продовольства. Незважаючи на те, що інфекційні хвороби мають складну природу і боротьба з ними часто потребує залучення фахівців, запобігти поширенню цих хвороб можна шляхом досягнення істотних результатів за допомогою простих і дієвих заходів, до яких необхідно вдаватися у випадках, коли встановлена хвороба та виявлено її переносник.

Стандарт 1 боротьби з переносниками інфекцій: Індивідуальний і сімейний захист

Усе постраждале від НС населення має необхідні знання та засоби захисту від захворювань і незручностей, пов'язаних із переносниками інфекцій, які можуть становити серйозну загрозу їхньому здоров'ю і благополуччю.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Підвищувати обізнаність усього постраждалого населення, що наражається на небезпеку зараження хворобами, які передаються через переносників інфекцій, щодо можливих причин цих хвороб, способів передавання інфекцій і можливих заходів щодо запобігання цим захворюванням (див. інструкції 1-5).
- Д Допомогати постраждалому населенню уникати контактів із комарами у періоди підвищеної активності за допомогою доступних нешкідливих для здоров'я засобів (наприклад, ліжкових протимоскітних сіток, лосьйонів від комарів тощо) (див. інструкцію 3).
- Д Приділяти особливу увагу захисту таких груп підвищеного ризику, як вагітні жінки і матері-годувальниці, новонароджені, немовлята, літні особи, люди з обмеженими можливостями пересування та хворі (див. інструкцію 3).
- Д Здійснити заходи боротьби з головними вошами в тих випадках, коли існує небезпека вошиного висипного або вошиного поворотного тифу (див. інструкцію 4).
- Д Забезпечити, щоб постільна білизна та одяг регулярно провітрювалися і пралися (див. інструкцію 4).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усе населення має доступ до осель, у яких відсутня небезпека появи переносників і розмноження інфекцій і які захищені за допомогою відповідних засобів боротьби з переносниками інфекцій (див. інструкції 3-5).
- Д Усе населення, що наражається на небезпеку заразитися хворобами, які передаються через переносників інфекцій, має уявлення про способи передачі інфекцій та вживає відповідних захисних заходів (див. інструкції 1-5).
- Д Усі люди забезпечені протимоскітними сітками, обробленими інсектицидами, й ефективно використовують їх (див. інструкцію 3).
- Д Усі наявні в домогосподарствах продукти харчування захищено від зараження такими переносниками інфекцій, як мухи, комахи і гризуни (див. інструкцію 4).



Інструкції

1. **Визначення небезпеки виникнення захворювань, що виникають від переносників інфекцій:** У рамках надання допомоги рішення про вжиття заходів щодо боротьби з переносниками інфекцій потрібно приймати на підставі оцінки ступеня небезпеки виникнення захворювання, а також клінічних даних про загрозу поширення хвороби, яка виникає від переносників інфекції. Цю небезпеку визначають такі фактори:
 - імунний статус населення, зокрема й тривалість дії шкідливого фактора в минулому, стрес, викликаний порушенням харчування, та інші стреси. Пересування людей (наприклад, біженців та осіб, переміщених усередині країни) з неендемичних районів у ендемічні часто стає причиною виникнення епідемії
 - тип збудника і поширеність – як у переносників інфекцій, так і людей
 - види переносників інфекцій, їх поведінка та екологія
 - чисельність переносників інфекцій (сезон, місця розмноження тощо)
 - підвищена тривалість та інтенсивність контакту з переносниками інфекцій: просторова близькість, вид поселення, типи тимчасових жител, існуючі види індивідуального захисту і заходів із запобігання зараженню.
2. **Показники для програм боротьби з переносниками інфекцій:** Найпростішими показниками ефективності боротьби з переносниками інфекцій є рівень захворюваності хворобами, що виникають від переносників інфекцій (на підставі епідеміологічних даних, інформації від місцевих жителів і даних, отриманих у процесі надання допомоги), а також чисельність популяції паразитів (визначають за допомогою комплектів експрес-діагностики або мікроскопії).
3. **Засоби індивідуального захисту від малярії:** Під час серйозної загрози спалаху епідемії малярії рекомендовано своєчасно та систематично забезпечувати людей такими засобами індивідуального захисту, як протимоскітні сітки, тенти і фіранки, оброблені інсектицидами. Імпрегновані ліжкові сітки мають додаткову перевагу, оскільки захищають ще і від вошей, бліх, тарганів та постільних блощиць. Іншими засобами індивідуального захисту від комарів також може слугувати одяг із довгими рукавами, фумігатори, запалені спіралі, аерозолі та засоби, що відлякують комах. Необхідно переконатися в тому, що користувачі усвідомлюють важливість заходів захисту і вміють правильно й ефективно їх застосовувати. У разі обмеженості ресурсів їх необхідно надавати групам найбільшого ризику, наприклад, дітям до п'яти років, особам, що не мають імунітету, вагітним жінкам.
4. **Засоби індивідуального захисту від інших переносників інфекцій:** Найбільш ефективними засобами індивідуального захисту проти вошей є регулярне прання одягу та постільних речей. Заходи особистої гігієни

(використання порошку), масові прання або масові антипедикульозні заходи, а також обробка новоприбулих переміщених осіб можуть запобігти зараженню паразитами. Чистота в оселі, ретельне прибирання відходів та правильне зберігання продуктів харчування (приготовлених і неготовлених) перешкоджають появі пацюків, інших гризунів та комах (тарганів) у будинках або тимчасових житлах.

5. **Захворювання, що передаються через воду:** Населення повинно бути поінформоване про загрозу здоров'ю й уникати контакту з джерелами води, в яких існує ризик зараження такими захворюваннями, як шистосомоз, дракункульоз та лептоспіроз, що передаються через сечу ссавців, особливо пацюків (див. додаток 4: Захворювання, що передаються через воду й екскременти, та механізми поширення інфекцій). Гуманітарним організаціям, можливо, доведеться проводити роботу серед постраждалого населення, щоб знайти альтернативні джерела води, або вжити заходів для того, щоб уся використовувана для різних цілей вода належним чином була оброблена.

Стандарт 2 боротьби з переносниками інфекцій: Фізичні, екологічні та хімічні способи захисту

Середовище, в якому розміщені постраждалі від НС люди, не наражає їх на шкідливий вплив переносників інфекцій і паразитів, що викликають хвороби, а чисельність популяцій цих переносників інфекцій по можливості утримується на більш низькому рівні



Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Селити переміщене населення в зонах, де зведено до мінімуму контакт людей із переносниками інфекцій, особливо з комарами (див. інструкцію 1).
- Там, де це практично можливо, розчищати і/або трансформувати гніздування та місця розмноження переносників інфекцій (див. інструкції 2-4).
- При загрозі або епідемії діареї в поселеннях із високою густотою населення організувати інтенсивну боротьбу з популяцією мух (див. інструкцію 2).
- Забезпечити дієві механізми направлення до лікарів-спеціалістів людей, заражених малярією, для проходження ранньої діагностики і лікування (див. інструкцію 5).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Щільність популяції комарів утримується на низькому рівні, що дозволяє уникнути небезпеки надмірно високих рівнів передачі інфекції та інфікування (див. інструкцію 4).
- ▶ Менша кількість людей страждають на захворювання, пов'язані з переносниками інфекцій (див. інструкції 1-5).

Інструкції

1. **Вибір місця розташування** відіграє важливу роль у зниженні небезпеки епідемій хвороб, що виникають від переносників інфекцій. Відсутність такого ризику має бути одним із ключових чинників при виборі місця розташування. Так, з точки зору боротьби з малярією табори повинні бути розташовані з підвітряного боку на відстані 1-2 км від таких великих місць розмноження малярійних комарів, як болота чи озера, за умови, що можна забезпечити додаткове джерело чистої води (див. стандарт 2 організації та розміщення тимчасового житла, інструкції 5-9 на сторінках 305–307).
2. **Засоби екологічної та хімічної боротьби з переносниками хвороб:** Існує багато екологічних технічних заходів, що перешкоджають розмноженню переносників хвороб у місцях поселення людей. Правильне видалення фекалій людини і тварин (див. розділ «Асенізація» на сторінці 123) і відходів зменшує кількість мух і гризунів (див. розділ «Утилізація твердих відходів»), а відведення стоячої води і видалення небажаного рослинного покриву навколо відкритих каналів і водойм перешкоджає розмноженню комарів (див. розділ «Дренаж»). Ці першочергові заходи в сфері гігієни навколишнього середовища будуть певним чином впливати на щільність популяції деяких переносників інфекцій. Оскільки цими методами не завжди вдається знищити всі місця розмноження, живлення та гніздування переносників інфекцій всередині й навколо поселень навіть при тривалому їх застосуванні, постає необхідність у використанні локальних хімічних засобів боротьби та індивідуальних засобів захисту. Зокрема, розпилення інсектицидів у заражених місцях може сприяти зменшенню кількості дорослих особин мух і тим самим запобігти виникненню епідемії діареї або зменшити інтенсивність хвороби під час епідемії.
3. **Підготовка втручання:** Програми боротьби з переносниками інфекцій можуть виявитися неефективними, якщо вони спрямовані не на того переносника інфекцій, якщо використовуються неправильні методи або якщо переносник інфекцій встановлено правильно, але заходи з боротьби з ним здійснюються не вчасно і не там, де потрібно. Програми боротьби з переносниками інфекцій у їх початковій фазі повинні бути спрямовані на вирішення таких трьох завдань: 1) зменшити популяцію переносників інфекцій; 2) змен-

шити контакт переносників інфекцій із населенням; 3) скоротити кількість місць розмноження переносників інфекцій. Неправильно організовані програми можуть призвести до зворотного результату. Необхідно отримати від національних і міжнародних організацій охорони здоров'я детальні аналізи й експертні думки, а місцеві органи охорони здоров'я повинні надати інформацію про місцеві характерні особливості протікання захворювань, місця розмноження, дані про сезонні зміни чисельності популяції переносників інфекцій, частоті захворювань тощо.

4. **Екологічні методи боротьби з комарами:** Екологічні методи боротьби спрямовані насамперед на знищення місць розмноження комарів. Існують три основні різновиди комарів, які переносять інфекцію: кулекс (філяріатоз), анофелес (малярія і філяріатоз) і аедес (жовта лихоманка і лихоманка Денге). Комарі роду кулекс розмножуються в стоячій воді, наповненій органічними речовинами (наприклад, у вмісті вигрібних ям); комарі роду анофелес розмножуються у відносно незабрудненому поверхневому шарі води (в калюжах, струмках із повільною течією і колодязях); комарі роду аедес розмножуються в ємностях із водою (пляшках, відрах, автомобільних шинах тощо). До числа екологічних засобів боротьби з комарами входять належний дренаж, удосконалені вентильовані надвірні туалети, які нормально функціонують, закриті кришками отвори у вигрібних ямах і ємності з водою, а також щільно накриті колодязі, оброблені інсектицидами, які вбивають личинок, у районах, ендемічних для лихоманки Денге.
5. **Лікування малярії:** Стратегія боротьби з малярією шляхом зменшення щільності популяції комарів за допомогою ліквідації місць розмноження, скорочення рівня щоденного виживання комарів та обмеження числа укусів людей повинна поєднуватися з ранньою діагностикою та лікуванням антималарійними препаратами. Необхідно організовувати і підтримувати кампанії з упровадження ранньої діагностики і лікування. При комплексному підході, наявності навчених співробітників на місцях, які виявляють випадки захворювання, і лікуванні ефективними антималарійними препаратами можна скоротити захворюваність малярією швидше, ніж при пасивній реєстрації випадків захворювання в системі централізованого медичного обслуговування (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями, інструкція 3 на сторінці 377).



Стандарт 3 боротьби з переносниками інфекції: Безпечні хімічні засоби боротьби

Застосування хімічних засобів боротьби з переносниками інфекцій здійснюється так, щоб забезпечити безпеку персоналу, постраждалому населенню та захистити місцеве навколишнє середовище. При цьому важливо не допускати появи в паразитів опірності до хімічного впливу застосовуваних речовин.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Забезпечити безпеку персоналу, що працює з хімічними речовинами, провівши навчання, забезпечивши захисним одягом, засобами для миття, а також обмеживши час роботи з хімікатами (див. інструкцію 1).
- Д Поінформувати постраждале від НС населення про те, що використовувані для боротьби з переносниками інфекцій хімічні речовини можуть бути потенційно небезпечними, а також надати постраждалому населенню графік робіт із застосування таких речовин. Забезпечити захист населення під час і після застосування отрут і пестицидів відповідно до прийнятих у міжнародній практиці правил (див. інструкцію 1).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д При виборі хімікатів для боротьби з переносниками інфекцій, їх зберіганні та перевезенні дотримуються міжнародних стандартів і норм. Не зареєстровано та не помічено небажаних побічних реакцій у результаті застосування хімічних речовин, які використовують для боротьби з переносниками інфекцій (див. інструкцію 1).
- Д Ведеться постійний облік усіх використовуваних для боротьби з переносниками інфекцій хімікатів (див. інструкцію 1).

Інструкції

1. **Національні й міжнародні правила:** Існують чіткі міжнародні правила та стандартні інструкції, опубліковані ВООЗ, яких необхідно неухильно дотримуватися. Ці міжнародні правила стосуються як вибору, так і використання хімікатів у боротьбі з переносниками інфекцій, і до цих правил входять забезпечення безпеки персоналу та його підготовка. Заходи щодо боротьби з переносниками інфекцій повинні бути спрямовані на досягнення двох основних цілей: результативності й безпеки. Якщо національні норми, що стосуються вибору хімікатів, менш жорсткі порівняно з міжнародними стандартами, що не дає бажаних результатів або становить загрозу здоров'ю та безпеці, то гуманітарна організація повинна з'ясувати обставини і домогтися від відповідних органів влади дозволу дотримуватися міжнародних стандартів.



6. Утилізація твердих відходів

Управління відходами – це процес збору і видалення органічних і небезпечних твердих відходів, які (якщо їх не прибирають належним чином) можуть становити небезпеку для здоров'я постраждалого населення і негативно впливати на навколишнє середовище. Ці небезпеки можуть бути пов'язані з швидким розмноженням у твердих відходах мух і пацюків (див. розділ «Боротьба з переносниками інфекцій» на сторінці 130) і з забрудненням поверхневих і ґрунтових вод внаслідок потрапляння стічних вод із побутових відходів та відходів медичних установ або промислових підприємств. Накопичені неприбрані тверді відходи, уламки та сміття, що лишилися після стихійного лиха, також можуть створювати неприємну і гнітючу атмосферу, позбавляючи людей бажання займатися поліпшенням інших аспектів гігієни навколишнього середовища. Тверді відходи часто засмічують дренажні канали і створюють підвищену небезпеку затоплення, в результаті чого виникають проблеми щодо гігієни навколишнього середовища, зумовлені застійними і забрудненими поверхневими водами. Люди, які з метою заробітку збирають на сміттєвих звалищах придатні для переробки відходи, також наражаються на небезпеку інфікування, стикаючись із відходами з медичних закладів, які знаходяться разом із побутовим сміттям.

Стандарт 1 утилізації твердих відходів: Збір і ліквідація відходів

Середовище проживання постраждалого населення не засмічене твердими відходами, зокрема й відходами з медичних закладів; людей забезпечено засобами для ефективного видалення своїх побутових відходів у необтяжливий спосіб.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Залучати постраждале населення до участі в плануванні та реалізації програми з утилізації твердих відходів (див. інструкцію 1).
- ▶ Періодично проводити кампанії з прибирання твердих відходів (див. інструкцію 1).

- ▶ Розглянути можливість створення підприємств малого бізнесу з переробки відходів або отримання від заняття цим промислом додаткового заробітку (див. інструкцію 3).
- ▶ Спільно з постраждалим населенням організувати систему, яка забезпечує збір побутових відходів у спеціальні контейнери і регулярне вивезення відходів для спалювання або закопування в спеціальних кар'єрах для сміття. При цьому відходи медичного походження та небезпечні відходи потрібно збирати і видаляти окремо від усіх інших (див. інструкцію 3).
- ▶ Вивозити відходи з території поселення, перш ніж вони перетворяться на перешкоду життєдіяльності або загрозу для здоров'я (див. інструкції 2-6).
- ▶ Забезпечити місцеве населення, яке приймає постраждалих, додатковими засобами для зберігання і збирання відходів, враховуючи додаткове накопичення відходів у надзвичайних ситуаціях.
- ▶ Забезпечити, щоб у громадських місцях, таких як ринки, бойні та місця розбирання риби, були чітко визначені й належним чином огорожені вигрібні ями, смітєві баки або спеціально відведені місця для сміття (див. інструкції 3-6).
- ▶ Забезпечити регулярний збір та вивезення сміття і відходів (див. інструкції 3-6).
- ▶ Здійснювати остаточну ліквідацію твердих відходів таким чином і в таких місцях, щоб не створювати небезпеки для здоров'я як місцевого населення, що приймає постраждалих, так і постраждалих від НС, а також не створювати небезпеки для навколишнього середовища (див. інструкції 6-7).
- ▶ Забезпечити персонал, який займається збиранням і утилізацією твердих відходів, а також персонал, що займається збиранням матеріалу для подальшої переробки, належним захисним одягом. Цим людям повинні бути зроблені запобіжні щеплення від правця і гепатиту В (див. інструкцію 7).
- ▶ У випадках, коли першочерговою потребою є належне і гідне поховання тіл загиблих і померлих, координувати цю роботу з компетентними органами та владою (див. інструкцію 8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Усі домогосподарства мають доступ до контейнерів для відходів, які спорожняються не рідше двох разів на тиждень, а також перебувають на відстані не більшій за 100 метрів від комунального сміттєзбірника (див. інструкцію 3).
- ▶ Усі відходи від людей, які проживають у поселеннях, вивозять з безпосередньої житлової зони щодня, а з території поселення щонайменше два рази на тиждень (див. інструкції 1-3).



- Д Там, де побутові відходи не піддаються захороненню на місці, на кожні 10 домогосподарств припадає контейнер для відходів ємністю 100 літрів (див. інструкцію 3).
- Д Утилізацію твердих відходів здійснюють своєчасно і контролюють цей процес, а сама утилізація відбувається з мінімальним ризиком забруднення твердими відходами навколишнього середовища (див. інструкції 4-6).
- Д Усі відходи медичного походження (зокрема й такі небезпечні відходи, як скляний посуд, голки, перев'язувальні матеріали та лікарські засоби) збирають окремо і ліквідують у належним чином спроектованих, сконструйованих і експлуатованих ямах або сміттєспалювачах із глибоким зольником на території кожного медичного закладу (див. інструкції 4-7).

Інструкції

1. **Планування і реалізація на практиці:** Утилізацію твердих відходів необхідно планувати і реалізовувати на практиці, консультуючись із постраждалим населенням і координуючи цю роботу з відповідними установами та органами влади. Ці заходи необхідно здійснювати на початковому етапі надання допомоги, перш ніж проблема твердих відходів перетвориться на серйозну загрозу для здоров'я постраждалого населення. Залежно від ситуації і після консультації з населенням та компетентними органами влади необхідно організувати періодичне проведення кампаній зі збирання та очищення території.
2. **Закопування відходів:** Відходи, які закопують на території домогосподарства або в громадських ямах, необхідно щодня засипати тонким шаром землі, щоб запобігти появі таких переносників інфекцій, як мухи і гризуни. При закопуванні дитячих фекалій або підгузків їх треба відразу засипати шаром землі. Місця закопування повинні бути огорожені для запобігання нещасним випадкам або доступу дітей і тварин; необхідно вжити заходів, щоб не допустити зараження стічними водами ґрунтових вод.
3. **Види відходів і їх кількість:** Склад і кількість відходів у тимчасових поселеннях сильно розрізняються залежно від економічної діяльності та основних продуктів харчування населення в цьому районі, а також від місцевих звичаїв переробки та/або ліквідації відходів. Рішення щодо того, що робити з твердими відходами, варто приймати на підставі виваженої оцінки їх впливу на здоров'я людей. Побутові відходи необхідно збирати у контейнери для сміття, а потім вивозити в сміттєву яму для закопування або спалювання. Там, де немає можливості забезпечити контейнером для сміття кожне домогосподарство, необхідно надавати комунальні контейнери для сміття. Треба всіляко підтримувати переробку твердих відходів на території поселення, якщо це не становить загрози для здоров'я. В поселеннях варто уникати

роздачі предметів споживання, від яких лишається багато твердих відходів у вигляді упаковки або після переробки.

4. **Медичні відходи:** Недбале поводження з медичними відходами може заподіяти шкоду здоров'ю населення, працівників медичних установ та осіб, які займаються прибиранням, у результаті інфікування, токсичної дії і травмування. У надзвичайних ситуаціях найбільш небезпечними різновидами відходів здебільшого є заражені гострі предмети і перев'язувальні засоби, закривавлена тканина й органічні речовини, зокрема плацента, тощо. Різні види медичних відходів необхідно сортувати на місці. Незаразні відходи (папір, пластик, харчові відходи) можуть бути ліквідовані як тверді відходи. Заражені гострі предмети, особливо голки та шприци, необхідно складати в спеціальні коробки відразу після використання. Коробки для безпечного збирання та зберігання використаних шприців і голок та інші заразні відходи можуть бути закопані, спалені або ліквідовані на місці іншими безпечними способами (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування, інструкція 11 на сторінці 358).
5. **Сміття на ринку:** Сміття на ринку можна видаляти так само, як і побутові відходи. Відходи боєнь і рибних ринків потребують спеціального обладнання для видалення супутніх рідких відходів. Забій худоби потрібно здійснювати в гігієнічних умовах та відповідно до місцевого законодавства. Відходи боєнь можна знищувати у великих ямах із кришками над отворами поруч зі скотозабійником або рибопереробним цехом. Кров та інші рідкі відходи треба зливати у яму через закритий стік, щоб уникнути доступу мух. Для миття і прибирання необхідна наявність води.
6. **Контрольовані скидання і/або закопування відходів із урахуванням санітарних норм:** Відходи у великих обсягах можна видаляти шляхом санітарного скидання чи закопування на відстані від поселень. Цей спосіб потребує вільного місця і механічного устаткування. В ідеальному випадку скинуті відходи потрібно покривати шаром ґрунту наприкінці кожного дня для того, щоб запобігти використанню покидьків або розмноженню переносників інфекцій.
7. **Забезпечення безпеки персоналу:** Всі, хто задіяний у процесі збирання, перевезення або знищення твердих відходів, повинні бути забезпечені захисним одягом, щонайменше рукавичками, але бажано також комбінезонами, чобітьми і лицьовими захисними масками. У разі необхідності треба зробити запобіжні щеплення від правця і гепатиту В. Персонал, який контактує з медичними відходами, повинен бути поінформований щодо правильних способів зберігання, перевезення та знищення відходів, а також щодо ризиків для здоров'я, пов'язаних із недотриманням цих правил.



8. ***Поводження з тілами померлих і загиблих:*** Поводження з тілами померлих і загиблих і/або поховання померлих або загиблих в результаті стихійного лиха має бути виконане належним і гідним чином. Цю роботу зазвичай здійснюють пошуково-рятувальні бригади, координуючи свою діяльність із компетентними державними установами та органами влади. Поховання тіл людей, померлих від інфекційних захворювань, також потрібно здійснювати достойно шляхом проведення консультацій і узгодження дій з органами охорони здоров'я (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування, інструкція 12 на сторінці 359). Додаткову інформацію про належний порядок поховання тіл померлих і загиблих можна отримати з джерел, наведених у списку літератури і додаткових матеріалів.

7. Дренаж

Поверхневі води у тимчасових поселеннях та на їх околицях змішуються зі стічними водами з осель і пунктів водопостачання, витоками з відхожих місць і каналізації, а також водою, яку несуть з собою дощі й повені. Ці води небезпечні для здоров'я людей здебільшого тому, що забруднюють системи водопостачання та середовище проживання, руйнують відхожі місця і житло, сприяють розмноженню переносників інфекцій, а також можуть призвести до втоплення людей. Дощова вода і повені можуть погіршити дренаж у поселеннях і збільшити небезпеку забруднення. Необхідний ретельно розроблений план дренажу, який вирішить проблему дренажу стічних зливових вод при плануванні ділянки для поселення і відведення стічних вод із проведенням дрібних дренажних робіт на місці, щоб зменшити потенційну загрозу здоров'ю населення. У цьому розділі розглянуто проблеми, пов'язані з дренажем та проведенням дренажних робіт в обмеженому масштабі. Необхідність великомасштабних осушувальних заходів здебільшого визначають при виборі місця для поселення і його облаштуванні (див. стандарт 2 організації та розміщення тимчасового житла, інструкція 5 на сторінці 305).

Стандарт 1 дренажу: Дренажні роботи

У місці, де живуть люди, зведено до мінімуму небезпеку для здоров'я та інші види небезпеки, зумовлені водяною ерозією і стоячими водами, зокрема й зливовими стічними водами, паводками, стічними водами з домогосподарств і медичних установ.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Провести дренажні роботи, що забезпечують, щоб навколо пунктів водопостачання і на всій території поселення не було стоячої води, а також була справна система відведення зливових стічних вод (див. інструкції 1-2, 4-5).
- Д Домовитися з постраждалим населенням про те, яким чином буде вирішено проблему дренажу, і забезпечити його (там, де це необхідно) достатньою кількістю відповідних інструментів для проведення дрібних дренажних робіт і обслуговування дренажної системи (див. інструкцію 4).



- Д Подбати про те, щоб пункти водопостачання та місця розташування умивальників можна було належно дренажувати, щоб уникнути утворення навколо них бруду (див. інструкцію 2).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Водостоки у пунктах водопостачання належним чином спроектовані, побудовані й у хорошому стані. Це стосується також пралень, лазень, пунктів збору води та місць розташування рукомийників (див. інструкції 2 і 4).
- Д Дренажні води не забруднюють поверхневі та/або ґрунтові води (див. інструкцію 5).
- Д Тимчасове житло, доріжки, об'єкти водопостачання та санітарні споруди не затоплюються і не розмиваються водою (див. інструкції 2-4).
- Д Дренажні води не спричиняють ерозії (див. інструкцію 5).

Інструкції

1. **Вибір місця і планування:** Найбільш ефективний спосіб вирішення проблем дренажу полягає в правильному виборі місця розташування та планування поселення (див. стандарти 1-2 організації та розміщення тимчасового житла на сторінках 295–302).
2. **Стічні води:** Побутові стічні води вважають нечистотами, якщо вони змішані з людськими випорожненнями. Побутові стічні води не можна змішувати з людськими випорожненнями, за винятком тих випадків, коли у поселенні є діюча каналізаційна система. Нечистоти набагато важче піддаються очищенню, ніж побутові стічні води, а відповідні заходи очищення дорожчі. Необхідно всіляко заохочувати облаштування маленьких садів біля пунктів водопостачання, прання і миття, щоб використовувати стічні води. Особливу увагу треба звернути на те, щоб стічні води з пунктів прання і миття не забруднювали водні джерела.
3. **Дренаж і асенізація:** Особливих зусиль потрібно докладати для захисту вигрібних ям і каналізації від затоплення, яке може викликати структурні руйнування і витік.
4. **Залучення до участі населення:** Дуже важливо залучати постраждале населення до проведення дрібних дренажних робіт, оскільки його представники можуть бути добре знайомі з природними потоками дренажної води і можуть знати, куди їх краще спрямовувати. Крім того, якщо постраждале населення усвідомлює існування небезпеки для здоров'я і фізичної небезпеки і якщо воно надавало допомогу в будівництві дренажної системи, то існує висока ймовірність того, що населення буде підтримувати цю систему в належному порядку (див. розділ про боротьбу з переносниками інфекцій).

на сторінці 130). У такому випадку можуть знадобитися інструменти і технічна допомога.

5. **Видалення стічних вод на місці:** Усюди, де це можливо, при наявності сприятливих ґрунтових умов необхідно облаштовувати дренаж води з пунктів водопостачання та миття безпосередньо на місці, а не через відкриті водоводи, оскільки їх важко утримувати в порядку і вони часто засмічуються. Для дренажу на місці можна застосовувати такі прості й недорогі способи видалення стічних вод, як облаштування ям для стічних вод і насадження бананових дерев. Там, де необхідно відвести стічні води, відкриті водоводи кращі, ніж труби. Водоводи необхідно проектувати так, щоб забезпечити швидкість потоку для стічних вод у суху погоду, а також для відведення зливових вод. При нахилі поверхні понад 5% необхідно провести технічні роботи для запобігання небажаній ерозії. Треба суворо контролювати дренаж опадів після обробки води з тим, щоб люди не могли використовувати таку воду, а також стежити, щоб ця вода не забруднювала поверхневі води та джерела ґрунтових вод.



Додаток 1

Перелік контрольних запитань для визначення вихідних потреб у водопостачанні, санзабезпеченні й сприянні дотриманню гігієни

Цей перелік питань призначено насамперед для оцінювання потреб населення, виявлення місцевих ресурсів і опису місцевих умов. У нього не внесено питання, які стосуються необхідних зовнішніх ресурсів, крім тих, які можна негайно отримати на місці.

1 Загальні питання

- ▶ Скільки людей постраждало, і де вони знаходяться? Необхідно розбити дані за такими категоріям, як стать, вік, наявність інвалідності та ін., досягнувши максимальної диференціації представників населення.
- ▶ Яких дій варто очікувати від людей? Які небезпеки загрожують постраждалим і тим, хто міг би надати допомогу?
- ▶ Які хвороби, пов'язані з водою і санітарними умовами, існують на цей момент, поширені або можуть виникнути в майбутньому? Наскільки серйозні проблеми, і який їх можливий розвиток?
- ▶ Із ким потрібно зв'язатися і проконсультуватися насамперед?
- ▶ Яка частина населення найменш захищена і чому?
- ▶ Чи є однаковий доступ до всіх наявних зручностей, зокрема й зручностей, що знаходяться в громадських місцях, медичних центрах і школах?
- ▶ Які особливі небезпеки загрожують жінкам, дівчаткам і вразливим групам?
- ▶ Як населення користувалося водопостачанням та санітарними зручностями до виникнення надзвичайної ситуації?
- ▶ Які є формальні й неформальні структури влади (наприклад, керівники громад, старійшини, жіночі організації)?
- ▶ Як приймають рішення на рівні домогосподарств і на рівні громади?

2 Сприяння дотриманню гігієни

- Д Яким чином населення користувалося водопостачанням та санітарними зручностями до виникнення надзвичайної ситуації?
- Д Які навички шкідливі для здоров'я, хто їх практикує і чому?
- Д Хто продовжує належним чином дотримуватися гігієни, і що дає можливість і спонукає їх це робити?
- Д Які плюси і мінуси будь-яких запропонованих змін існуючої практики?
- Д Які існують формальні й неформальні канали комунікації та роботи з населенням (працівники громадської охорони здоров'я, повитухи, знахарі, клуби, кооперативи, церкви, мечеті тощо)?
- Д Доступ до яких ЗМІ існує у цьому районі (радіо, телебачення, відеопродукція, газети і т. ін.)?
- Д Які існують місцеві органи ЗМІ та/або неурядові організації?
- Д Які групи населення необхідно вибирати як цільові групи (матері, діти, керівники громад, працівники системи громадського харчування тощо)?
- Д Яка система роботи з населенням буде ефективна в означеному контексті (добровольці, клуби здоров'я, комітети тощо) для екстреної та середньострокової мобілізації громади?
- Д Які існують потреби щодо навчання та підготовки штатних співробітників і добровольців, які займаються сприянням дотримання гігієни?
- Д Які є непродуктові товари і які товари необхідні насамперед з урахуванням існуючих переваг та потреб?
- Д Наскільки ефективно дотримуються норм гігієни в медичних установах (особливо у випадку епідемії)?

3 Водопостачання

- Д Яким джерелом води користується населення тепер? Хто є користувачем?
- Д Яка кількість води на день припадає на людину?
- Д Скільки разів на день/тиждень подають воду?
- Д Чи достатньо води в існуючому джерелі для задоволення невідкладних і довгострокових потреб усіх груп населення?
- Д Наскільки близько розташовані пункти водопостачання до місць розміщення людей? Вони безпечні?
- Д Наскільки надійне наявне водопостачання? На який термін його вистачить?



- ▶ Чи достатньо у людей ємностей для води необхідного розміру і типу?
- ▶ Чи заражене джерело води, і чи існує ризик зараження (мікробіологічного, хімічного, радіаційного)?
- ▶ Чи необхідна обробка води? Чи можлива вона? Який тип обробки потрібен?
- ▶ Чи існує потреба дезінфекції навіть у разі, якщо вода не заражена?
- ▶ Чи існують поблизу альтернативні джерела води?
- ▶ Які є традиційні вірування і практика пов'язані зі збором, зберіганням і використанням води?
- ▶ Чи існують які-небудь перешкоди при використанні існуючих джерел води?
- ▶ Чи є можливість переселити людей в інше місце, якщо джерела води не відповідають потребам населення?
- ▶ Чи можна завозити воду, якщо місцеві джерела води непридатні для користування?
- ▶ Які головні гігієнічні проблеми пов'язані з водопостачанням?
- ▶ Чи є у людей в конкретній ситуації можливість використовувати воду з дотриманням гігієнічних норм?
- ▶ Що є звичним джерелом водозабезпечення домашньої худоби в разі переміщення населення в сільській місцевості?
- ▶ Як буде впливати на навколишнє середовище можлива реалізація заходів щодо водопостачання, забору води та використання джерел?
- ▶ Хто зараз користується наявними джерелами води? Чи існує небезпека виникнення конфлікту, якщо цими джерелами будуть користуватися нові групи населення?

4 Асенізація

- ▶ Яка практика дефекації зараз? Якщо вона здійснюється на відкритому повітрі, чи відбувається це в спеціально відведеному місці? Наскільки це місце безпечне?
- ▶ Які традиційні вірування і практика (зокрема й практика, зумовлена статевим приналежністю), пов'язані з асенізацією?
- ▶ Чи існують які-небудь зручності? Якщо так, то чи користуються ними? Чи достатньо їх? Чи можна їх розширити або вдосконалити?
- ▶ Чи існуюча практика дефекації небезпечна для водопостачання (поверхнева або ґрунтова вода) або місць проживання?
- ▶ Чи мють люди руки після дефекації, перед приготуванням, прийняттям їжі? Чи є в наявності мило або інші миючі засоби?
- ▶ Чи знайомі люди з тим, як функціонує туалет, та правилами користування ним?
- ▶ Які матеріали місцевого походження можуть використовуватися для будівництва туалетів?
- ▶ Чи готове населення користуватися відокремленими місцями, дефекаційними зонами, ямами тощо?
- ▶ Чи достатньо місця для облаштування дефекаційних зон, ям для відхожих місць тощо?
- ▶ Який ухил місцевого рельєфу?
- ▶ Який рівень ґрунтових вод?
- ▶ Чи дозволяє характер ґрунту ліквідувати нечистоти на місці?
- ▶ Чи сприяють існуючі методи видалення нечистот розмноженню переносників інфекцій?
- ▶ Чи є матеріали або вода для очищення заднього проходу? Яким чином лікуються ці матеріали?
- ▶ Як жінки вирішують проблеми гігієни, пов'язані з менструацією? Чи є для цього відповідні матеріали і приміщення?
- ▶ Чи є особливі санітарні зручності або засоби, що надаються інвалідам і людям, що перебувають на постільному режимі у медичних закладах?
- ▶ Які екологічні фактори необхідно враховувати?



5 Хвороби, поширювані переносниками інфекцій

- ▶ При існуванні загрози виникнення захворювань, які поширюються переносниками інфекцій, які ці захворювання? Наскільки серйозна ця загроза?
- ▶ Які традиційні вірування і практика (наприклад, віра в те, що причиною малярії є брудна вода) пов'язані з переносниками інфекцій і захворюваннями, які вони викликають? Чи шкідливі такі вірування і практика, чи можна їх використати з користю?
- ▶ При високій небезпеці виникнення захворювання, пов'язаного з переносниками інфекцій, чи є у людей, які наражаються на цю небезпеку, засоби індивідуального захисту?
- ▶ Чи можлива у цій місцевості реалізація заходів, що перешкоджають розмноженню переносників інфекцій (дренажні роботи, вирубування кущів, видалення відходів тощо)?
- ▶ Чи існує необхідність у хімічних засобах боротьби з переносниками інфекцій? Які наявні програми, правила і засоби боротьби з переносниками інфекцій, а також правила використання хімікатів?
- ▶ Які заходи безпеки потрібно здійснювати в оселях, і яку інформацію необхідно надати мешканцям?

6 Утилізація твердих відходів

- ▶ Чи становлять скупчення твердих відходів проблему?
- ▶ Як люди позбавляються відходів? Яка кількість і які різновиди вироблених твердих відходів?
- ▶ Чи існує можливість ліквідації відходів на місці, чи їх доводиться збирати і вивозити?
- ▶ Яка звична для постраждалого населення практика утилізації твердих відходів (яма для компосту/відходів, система збору сміття, контейнери)?
- ▶ Чи існують в цьому районі медичні або інші установи, що продукують відходи? Як ліквідуються ці відходи? Хто за це відповідає?
- ▶ У яких місцях видаляються жіночі гігієнічні прокладки? Наскільки ефективна ця процедура, і чи дотримуються при цьому пристойності?
- ▶ Як впливає на навколишнє середовище наявна практика утилізації твердих відходів?

7 Дренаж

- ▶ Чи існують проблеми, пов'язані з дренажем, наприклад, затоплення житлових приміщень і туалетів, місця розмноження переносників інфекцій, забруднені води, що заражають джерела водопостачання, місця проживання?
- ▶ Чи існує ймовірність заболочування ґрунту?
- ▶ Чи є у людей засоби захисту помешкань і відхожих місць від локального затоплення?
- ▶ Чи добре дренавані пункти водопостачання та місця для миття?



Додаток 2

Мінімальна кількість води для установ та інших різновидів використання

Поліклініки і лікарні	5 літрів на амбулаторного хворого на день; 40-60 літрів на стаціонарного хворого на день. Додаткова кількість води може знадобитися для пралень, туалетів зі зливом тощо
Центри з лікування холери	60 л на хворого на день; 15 л на медсестру на день
Центри лікувального харчування	30 л на стаціонарного хворого на день; 15 л на медсестру на день
Прийомні/транзитні центри	15 л на людину на день при перебуванні понад один день; 3 л на людину на день при перебуванні тільки у денний час
Школи	3 л на учня на день для пиття і миття рук (сюди не входить витрата води на туалети: див. «Громадські туалети»)
Мечеті	2-5 л на людину на день для миття рук і пиття
Громадські туалети	11-2 л на користувача на день для миття рук; 2-8 л на кабінку на день для прибирання туалету
Усі туалети зі зливом	20-40 л на користувача на день для звичайних туалетів зі зливом, під'єднаних до каналізації; 3-5 л на користувача на день для туалетів із ручним заливанням води
Підмивання заднього проходу	1-2 л на людину на день
Худоба	20-30 л на велику або середню тварину на день; 5 л на малу тварину на день

Додаток 3

Мінімальна кількість туалетів у громадських місцях і установах в умовах надзвичайної ситуації

Установи	Короткотерміново	Довготерміново
Ринки	1 туалет на 50 торговельних місць	1 туалет на 20 торговельних місць
Лікарні/медичні центри	1 туалет на 20 ліжок чи 50 амбулаторних пацієнтів	1 туалет на 20 ліжок чи 20 амбулаторних пацієнтів
Центри харчування	1 туалет на 50 дорослих; 1 туалет на 20 дітей	1 туалет на 20 дорослих; 1 туалет на 10 дітей
Прийомні/транзитні центри	1 туалет на 50 осіб; із розрахунку 3 жіночих на 1 чоловічий	
Школи	1 туалет на 30 дівчаток; 1 туалет на 60 хлопчиків	1 туалет на 30 дівчаток 1 туалет на 60 хлопчиків
Офіси		1 туалет на 20 співробітників

Джерело: адаптована версія за виданням Harvey, Baghri & Reed (2002).



Додаток 4

Захворювання, що передаються через воду і фекалії, та механізми поширення інфекцій

Передаються через воду або при митті	Холера, шигельоз тощо Черевний тиф, паратиф тощо Амебна дизентерія, лямбліоз Гепатит А, поліомієліт Ротавірусна діарея	Фекально-оральний мікробний механізм Фекально-оральний механізм Безмікробний механізм	Зараження води Антисанітарні умови Недотримання особистої гігієни Зараження сільсько-господарських культур
Передається при митті або при нестачі води	Шкірні та очні інфекції Тиф і поворотний тиф, які передаються через воші		Незnezаражена вода Недотримання особистої гігієни
Гельмінти, що передаються через фекалії	Глисти різні	Гельмінти, що передаються через ґрунт	Відкрита дефекація Зараження ґрунту
Гельмінти в яловичині і свинині	Теніоз	Людина—тварина	Недостатня теплова обробка м'яса Зараження ґрунту
Передається через воду	Шистосомоз, дракункульоз, клонорхоз тощо	Тривале перебування в зараженій воді	Зараження води
Комахи-переносники інфекцій через воду	Малярія, лихоманка Денге, нарколепсія, філяріатоз тощо	Укуси комарів, мух	Укуси біля води Розмноження у воді
Комахи-переносники інфекцій через фекалії	Діарея, дизентерія	Передається через мух і тарганів	Забруднене навколишнє середовище

Додаток 5

Мінімальні заходи з гігієни, санітарії та ізоляції хворих для центрів із лікування холери (ЦЛХ)

Найважливіші правила, яких необхідно дотримуватися всім медичним
установам і ЦЛХ:

1. Необхідно ізолювати важких хворих
2. Необхідно локалізувати весь екскрет (фекалії і блювотні маси)
3. За кожним хворим здійснювати догляд має лише одна особа
4. Необхідно мити руки хлорованою водою
5. Уся підлога повинна бути з миючим покриттям
6. Необхідно дезінфікувати підшви при виході з центру
7. Необхідно дезінфікувати (шляхом кип'ятіння або дезінфекції) одяг інфікованих людей перед тим, як вони покинуть центр
8. Необхідно забезпечити регулярне миття підлог і всіх приміщень центру
9. Повинні бути окремі туалети і душові для хворих та осіб, які здійснюють догляд за хворими
10. Їжу треба готувати на території центру. У разі, якщо їжу доставляють іззовні, то на вході в центр її викладають із контейнера, щоб не допустити зараження контейнера після використання і потрапляння за межі центру мікроорганізмів (вібріонів), які викликають холеру
11. Необхідно здійснювати контроль за сім'ями і родичами хворого, щоб уникнути нових випадків захворювання. Необхідно дезінфікувати будинок хворого та інформувати про правила гігієни
12. Якщо люди прибувають у центр на громадському транспорті, треба дезінфікувати транспортні засоби
13. Необхідно локалізувати і обробляти стоки від дощу і стічні води на території ізоляційного табору
14. Необхідно обробляти відходи на території ізоляційного табору.

Хлоровмісні розчини для ЦЛХ

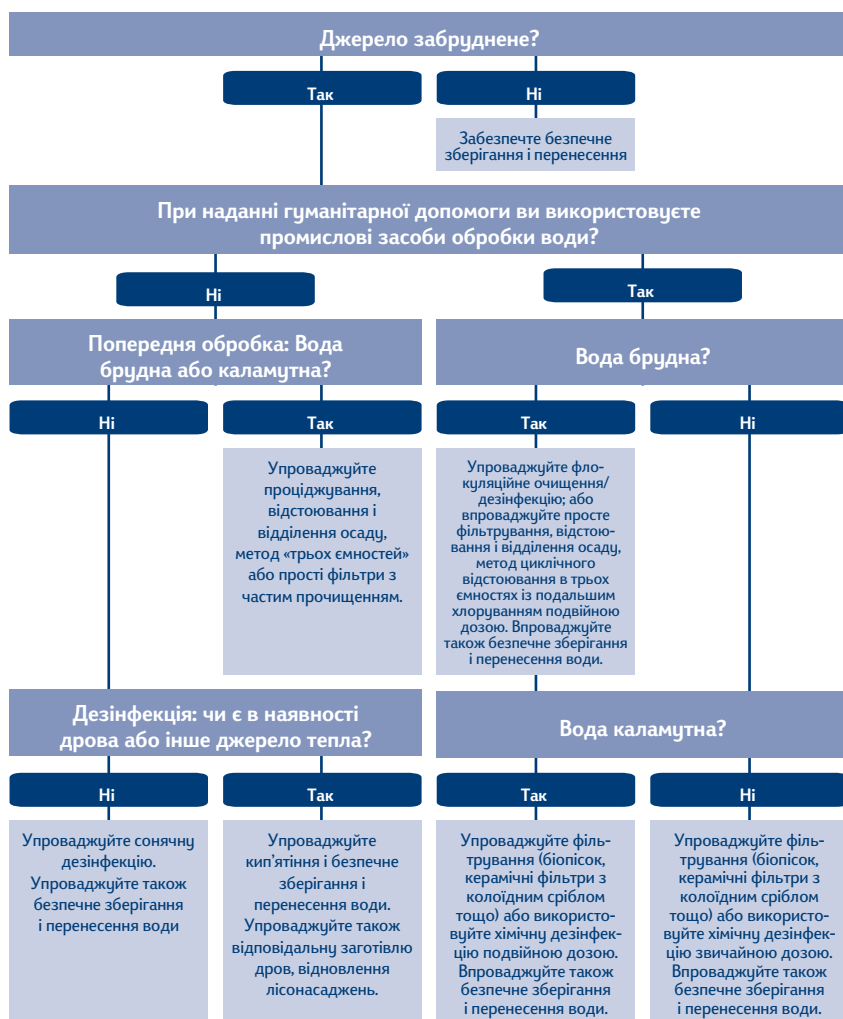
% хлору для різних завдань	2% розчин	0,2% розчин	0,05% розчин
	Відходи і екскременти Трупи	Підлога Предмети/ліжка Ножні ванни Одяг	Руки Шкіра

NB: Хлоровмісні розчини необхідно готувати кожен день заново, оскільки світло і тепло знижують концентрацію хлору.



Додаток 6

Дерево рішень, що стосуються обробки і зберігання води в домогосподарствах



Взято з посібника МФЧХЧП про обробку води в домогосподарствах у надзвичайних ситуаціях.

Список літератури та додаткових матеріалів

Список використаних джерел інформації

Міжнародно-правові документи

Право на воду (статті 11 і 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права), Зауваження загального порядку № 15, 26 листопада 2002 року, UN Doc. E/C.12/2002/11, Комітет з економічних, соціальних і культурних прав.

Загальні питання

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, V M, O'Reilly, M and Yetter, M (2007), Humanitarian Programmes and HIV and AIDS; A practical approach to mainstreaming., Oxfam GB, Oxford. www.oxfam.org.uk/what_we_do/emergencies/how_we_work/resources/health.htm

Санітарне обстеження

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

Гендерні питання

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



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

Сприяння дотриманню гігієни

Humanitarian Reform Support Unit. WASH Cluster Hygiene Promotion Project

Водопостачання

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.

Потреби у воді для забезпечення продовольчої безпеки

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

Якість води

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

ВОЗ (2004), Руководство по обеспечению качества питьевой воды, 3-е изд., Женева. www.who.int/entity/water_sanitation_health/dwq/gdwq3ruprelim_1to5.pdf

Асенізація

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

Боротьба з переносниками інфекцій

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

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

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

Утилізація твердих відходів

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

International Solid Waste Association. www.iswa.org

Поводження з тілами померлих і загиблих

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

Медичні відходи

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

Дренаж

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

Додаткові матеріали

Загальні питання

WHO and Pan American Health Organization (PAHO), *Health Library for Disasters*.

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

Асенізація

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



Боротьба з переносниками інфекцій

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

Поводження з тілами померлих і загиблих

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

Медичні відходи

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

WHO, Healthcare waste management. www.healthcarewaste.org

WHO, Injection safety. www.injectionsafety.org

Люди з обмеженими можливостями

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. 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

Мінімальні стандарти продовольчої безпеки і харчування



Рекомендації щодо застосування цього розділу

Цей розділ складається з чотирьох підрозділів, в яких розглянуто мінімальні стандарти у таких сферах:

Оцінка продовольчої безпеки та харчування

Годування дітей грудного та молодшого віку

Ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів

Продовольча безпека

Четвертий розділ, присвячений продовольчій безпеці, складається з трьох підрозділів: продовольча безпека – продовольча допомога; продовольча безпека – готівкові кошти і ваучери; і продовольча безпека – засоби до існування.

Розділи, присвячені принципам забезпечення захисту та базовим стандартам, повинні застосовуватися відповідно до цього розділу.

Ці стандарти призначені насамперед для організації гуманітарної допомоги на початковій стадії після НС, проте їх можна застосовувати також для забезпечення готовності до НС і в рамках заходів з ліквідації наслідків НС та відновлення.

У кожному розділі містяться:

- **Мінімальні стандарти:** стандарти якості, що визначають мінімальні рівні, яких треба досягти в процесі надання гуманітарної допомоги щодо забезпечення продовольством і харчування.
- **Ключові дії:** рекомендовані заходи і початкові ресурси, необхідні для досягнення мінімальних стандартів.
- **Ключові показники:** індикатори, що визначають, чи було досягнуто той чи інший стандарт. Вони дозволяють оцінювати результати та інформувати про перебіг здійснення ключових дій: вони належать до мінімальних стандартів, а не до ключових дій.
- **Інструкції:** конкретні питання, які стосуються застосування в різних ситуаціях мінімальних стандартів, ключових дій і ключових показників. Вони містять вказівки щодо подолання практичних труднощів, а також орієнтири і рекомендації з найбільш важливих питань. Тут також можуть бути розглянуті основні проблеми, що стосуються стандартів, дій і показників, а також дилеми, протиріччя і прогалини в сучасних знаннях із цього питання.

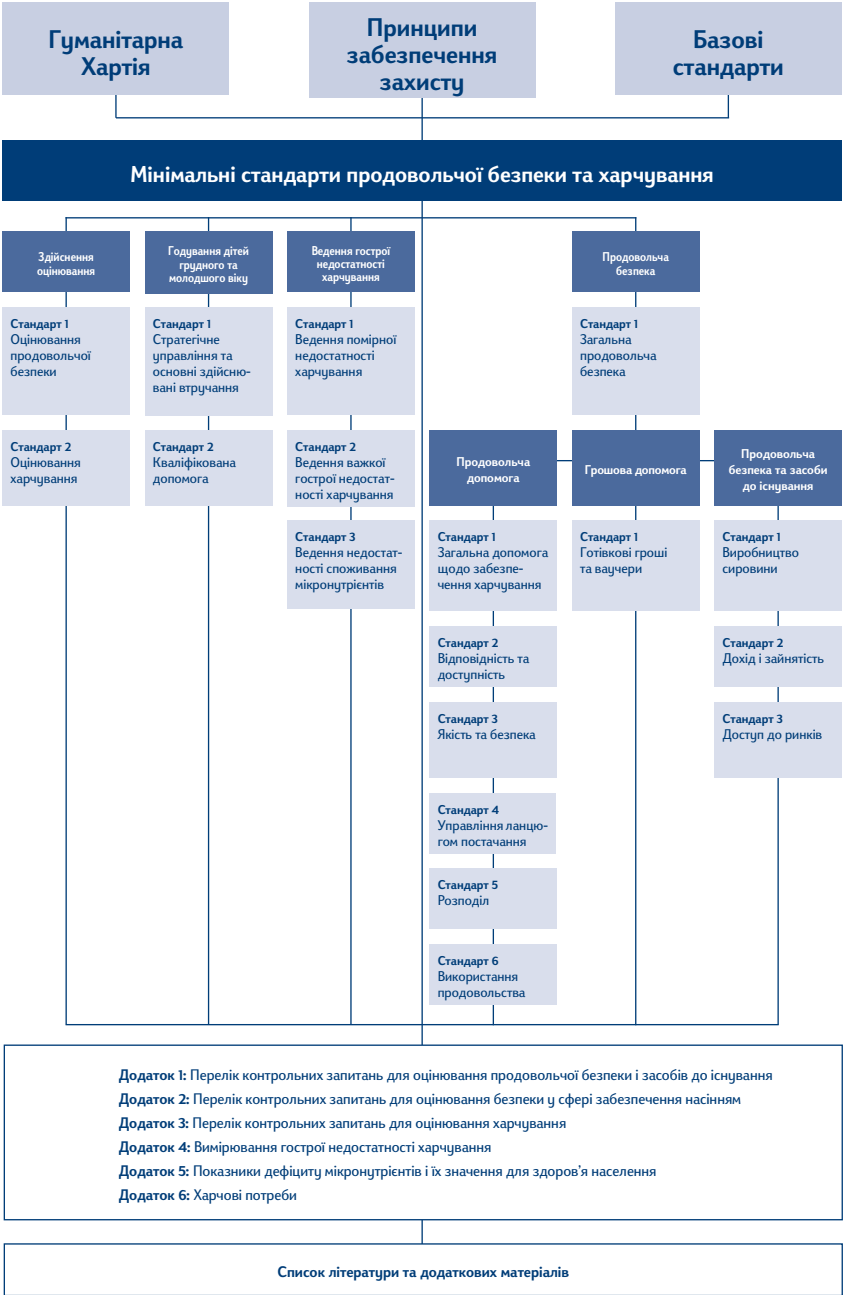
У разі, якщо неможливо досягти необхідних ключових показників і виконати необхідні дії, потрібно здійснити оцінювання ймовірних при цьому негативних наслідків для постраждалого населення та зробити відповідні дії щодо пом'якшення цих наслідків.

У додатках представлено переліки контрольних питань для здійснення оцінювання, інструкцію з визначення ступеня гострої недостатності харчування і показників дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення, а також інформацію про харчові потреби. Додано також список літератури та додаткових матеріалів, де вказано джерела інформації як із загальних, так і з конкретних технічних питань, що належать до цього розділу.

Зміст

Вступ.....	165
1. Оцінювання продовольчої безпеки та харчування	174
2. Годування дітей грудного та молодшого віку.....	184
3. Ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів	192
4. Продовольча безпека.....	206
4.1. Продовольча безпека – продовольча допомога.....	211
4.2. Продовольча безпека – допомога у вигляді готівкових грошей і ваучерів.....	238
4.3. Продовольча безпека – засоби до існування.....	245
Додаток 1: Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки і засобів до існування	258
Додаток 2: Перелік контрольних запитань для оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням	260
Додаток 3: Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування.....	262
Додаток 4: Вимірювання гострої недостатності харчування	265
Додаток 5: Показники дефіциту мікронутрієнтів і їх значення для здоров'я населення.....	269
Додаток 6: Харчові потреби	271
Список літератури та додаткових матеріалів.....	275





Вступ

Зв'язок із Гуманітарною Хартією та іншими документами міжнародного права

Мінімальні стандарти з продовольчої безпеки і харчування – це практичне вираження поглядів, переконань і принципів, що викладені у Гуманітарній Хартії, які поділяють міжнародні організації та на яких побудовано гуманітарну діяльність. До цих принципів, що ґрунтуються на засадах гуманності й закріплені в міжнародному праві, належать право на життя з гідністю, право на захист і безпеку й право на отримання необхідної гуманітарної допомоги. Перелік основних правових і програмних документів, що визначають сутність Гуманітарної Хартії, з коментарями для співробітників гуманітарних організацій, наведено для ознайомлення в додатку 1 (сторінка 424).

Незважаючи на те, що основними гарантами вищевказаних прав є держави, гуманітарні організації зобов'язані дотримуватися цих прав при здійсненні своєї діяльності в інтересах населення, постраждалого від лиха. Із цих загальних прав виникає цілий ряд особливих прав. До них належать право на участь, право на інформацію і право не зазнавати дискримінації, які утворюють основу базових мінімальних стандартів, а також особливі права на доступ до води, санітарне забезпечення, харчування, житло та медичне обслуговування, що підводять фундамент під ці та інші мінімальні стандарти в цьому посібнику.

Кожна людина має право на достатнє харчування. Це право закріплене в міжнародно-правових документах і передбачає право на свободу від голоду. В тих випадках, коли окрема особа або група осіб із незалежних від них причин не в змозі користуватися правом на достатнє харчування, послуговуючись засобами, які вони мають у своєму розпорядженні, держави зобов'язані безпосередньо забезпечувати це право. Право на харчування накладає на держави такі зобов'язання:

- Зобов'язання «поважати існуючий доступ до достатнього харчування» вимагає від держав-учасників не вживати жодних заходів, що заважають цьому доступу.



- Д Zobов'язання «захищати» потребує прийняття державою заходів щодо забезпечення того, щоб юридичні або фізичні особи не позбавляли фізичних осіб доступу до достатнього харчування.
- Д Zobов'язання «здійснювати» (полегшувати) означає, що держава повинна бути ініціатором заходів щодо розширення доступу людей до ресурсів і засобів забезпечення їхнього життя та використання ними цих ресурсів і засобів, зокрема й продовольчої безпеки.

У разі надзвичайних ситуацій держави зобов'язані забезпечувати харчуванням усіх, хто цього потребує, або звертатися по міжнародну допомогу, якщо вони не мають достатніх власних ресурсів. Вони зобов'язані також забезпечувати безпечний і безперешкодний доступ міжнародної допомоги.

Женевські конвенції та Додаткові протоколи до них передбачають право на доступ до харчування у випадку збройних конфліктів і окупації. Заборонено використовувати голод серед цивільного населення як метод ведення війни, піддавати нападу, знищувати, вивозити або приводити у непридатний для вживання стан запаси продуктів харчування, сільськогосподарські райони, що виробляють продовольство, посіви, худобу, споруди для постачання питної води та її запаси, а також іригаційні споруди. При окупації однією державою іншої положення міжнародного гуманітарного права зобов'язують державу-окупанта забезпечити достатнє харчування цивільного населення і ввозити необхідні їстівні припаси в тих випадках, якщо ресурсів окупованої території буде недостатньо.

Держави зобов'язані вживати належних заходів для забезпечення доступу до достатнього харчування біженців і внутрішньо переміщених осіб у будь-який час. Наведені в цьому розділі мінімальні стандарти відображають основний зміст права на харчування і сприяють поступовій реалізації цього права у всьому світі.

Значення продовольчої безпеки та харчування в умовах надзвичайної ситуації

Доступність продовольства і забезпечення достатніх обсягів їжі – найважливіші фактори, від яких залежить виживання людей у надзвичайній ситуації. Часто постраждале населення потерпає від хронічного недоїдання ще до настання надзвичайної ситуації. Недостатнє харчування становить серйозну проблему охорони здоров'я, оскільки безпосередньо чи опосередковано є однією з причин смертності.

Причини недостатнього харчування різноманітні. Наведена нижче концептуальна схема пропонує метод аналізу, що демонструє взаємодію факторів, які зумовлюють недостатнє харчування. Безпосередніми причинами недостатнього харчування є хвороби та/або недостатнє споживання їжі, зумовлені бідністю, відсутністю продовольчої безпеки на рівні домогосподарств, відсутністю належного догляду на рівні домогосподарств і громади, відсутністю належного водопостачання та санітарно-гігієнічного забезпечення, а також незадовільним медичним обслуговуванням. Такі надзвичайні ситуації, як циклони, землетруси, повені, військові конфлікти і посуха, безпосередньо впливають на основні причини недостатнього харчування. Незахищеність домогосподарств і громади впливає на їхню здатність реагувати на наслідки цих лих. Здатність управляти пов'язаними з цим ризиками багато в чому залежить від особливостей певного домогосподарства або громади, зокрема від наявних у них засобів і прийнятих стратегій пристосування і забезпечення засобів до існування.

У цьому розділі використано такі означення:

- *Продовольча безпека* існує тоді, коли всі люди мають постійний фізичний, соціальний та економічний доступ до достатньої кількості безпечного і поживного продовольства, що задовольняє їхні потреби в їжі та відповідає їхнім харчовим перевагам, для підтримання здорового та активного способу життя. У це визначення харчової безпеки входять такі три компоненти:

 - *Наявність* стосується кількості, якості та сезонності постачання продовольства у районі, постраждалому від НС. Сюди входять місцеві джерела виробництва продовольства (сільське господарство, домашня худоба, рибальство, продукти харчування з диких рослин і тварин) та харчові продукти, які ввозять комерсанти (на наявність продовольства можуть вплинути втручання з боку уряду й агентств). Важливим фактором, що визначає наявність продовольства, є місцеві ринки, які здатні постачати продовольство населенню.
 - *Доступ* стосується можливостей домогосподарства надійно забезпечити себе продовольством, достатнім для задоволення потреб у їжі всіх членів сім'ї. Це визначає здатність домогосподарства отримати доступне продовольство за допомогою виробництва вдома і наявних запасів, закупівлі, бартеру, дарування, позики або отримання продовольчої допомоги, готівки та/або ваучерів.
 - *Уживання* стосується використання домогосподарством продовольства, до якого у нього є доступ, яке передбачає й зберігання, переробку і приготування, а також розподіл його серед членів сім'ї. Сюди входить також здатність індивіда поглинати і засвоювати поживні речовини, на що можуть впливати хвороби і порушення харчування.



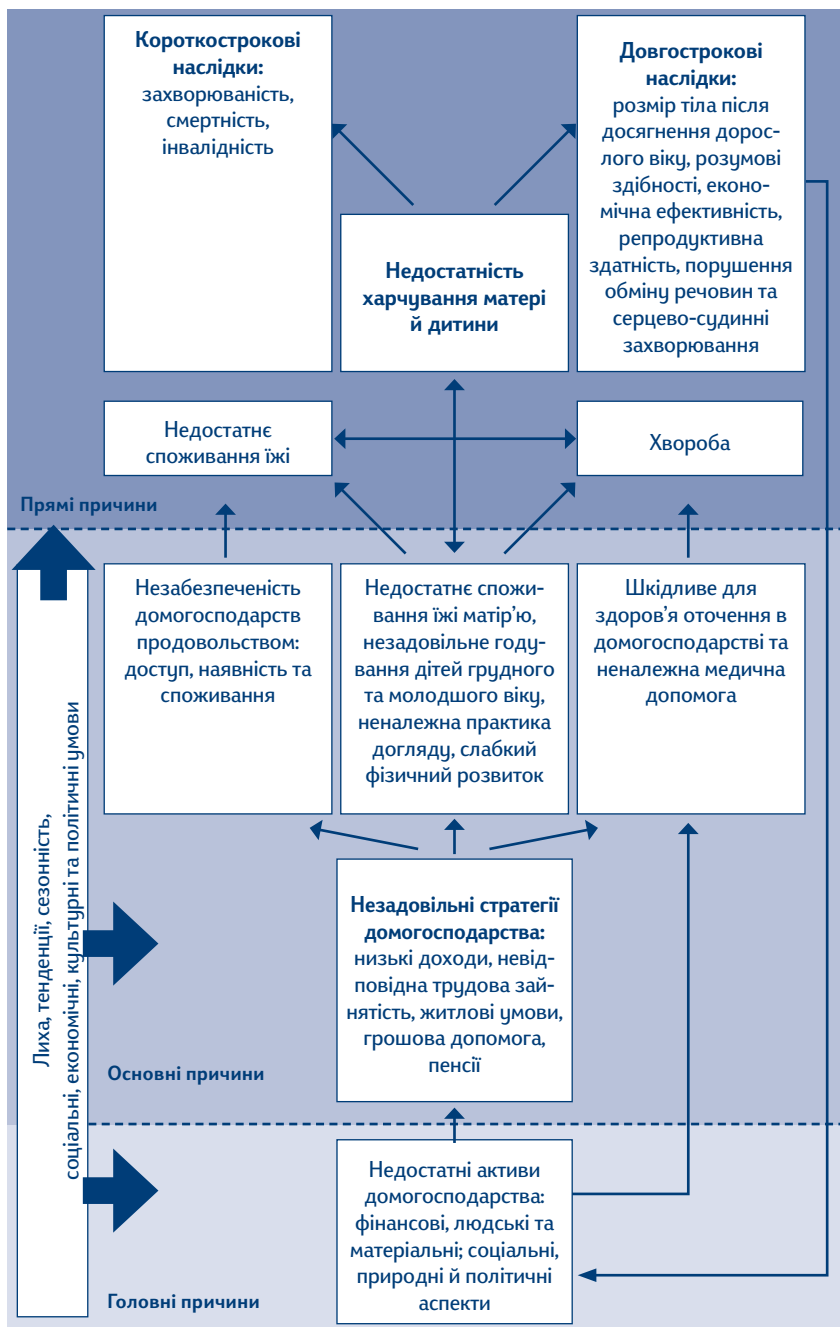
- *Засоби до існування* – це можливості, ресурси (зокрема природні, матеріальні та соціальні) та діяльність, необхідні домогосподарству для виживання й забезпечення благополуччя в майбутньому. Стратегії забезпечення засобів до існування означають практичні засоби або діяльність, за допомогою яких люди використовують свої ресурси для отримання доходу та досягнення інших цілей, пов'язаних із забезпеченням засобів до існування. Стратегії пристосування означають тимчасові заходи реагування, викликані відсутністю продовольчої безпеки. Механізм забезпечення засобів до існування домогосподарства є надійним лише тоді, коли він здатен пристосовуватися до негараздів, викликаних лихом, та відновлюватися після них, а також зберігати і зміцнювати свої потенційні можливості й продуктивні ресурси.
- *Харчування* – це широкий термін, який стосується процесів, куди входять вживання, переварювання і засвоєння їжі організмом для забезпечення зростання і розвитку, репродукції, фізичної активності та підтримки здоров'я. Формально термін «порушення харчування» передбачає й недостатнє харчування (недоїдання) і переїдання. Недостатнє харчування – це цілий ряд розладів здоров'я, зокрема й гостра недостатність харчування, хронічна недостатність харчування і дефіцит мікронутрієнтів. Гостра недостатність харчування – це виснаження (худорлявість) та/або аліментарна дистрофія (голодний набряк), тоді як хронічна недостатність харчування провокує затримку зростання організму (низькорослість). Затримка в зростанні і виснаження – два різновиди порушення фізичного розвитку. У цьому розділі розглянуто недостатнє харчування (недоїдання) і гостру недостатність харчування як різновиди недостатнього харчування.

Наведена нижче діаграма показує, що вразливість до ризику зумовлена частотою і тяжкістю стихійних і антропогенних лих та їхніми соціально-економічними наслідками, а також географічною зоною дії. До факторів, що визначають адаптивну здатність домогосподарства, входить рівень наявних у нього фінансових, людських, фізичних, соціальних, природних та політичних ресурсів, рівень виробництва, доходів і споживання, а також здатність диверсифікувати джерела доходу і споживання з метою пом'якшення наслідків існуючих небезпек.

Через уразливість дітей грудного та молодшого віку забезпечення їх харчуванням є пріоритетним завданням. Запобігання недоїданню є таким самим важливим питанням, як і ведення (лікування) гострої недостатності харчування. Від втручання у сфері забезпечення продовольчої безпеки залежить харчування та здоров'я людей у короткостроковій перспективі, а також їхнє існування та благополуччя у довгостроковій перспективі.

Зазвичай більш важливу роль у плануванні продовольчого забезпечення і приготуванні їжі в домогосподарстві виконують жінки. Внаслідок надзвичайної ситуації

Концептуальна схема недостатності харчування



стратегії забезпечення засобів до існування домогосподарств можуть змінитися. Для підвищення продовольчої безпеки на рівні домогосподарств важливо чітко розуміти, хто і які функції виконує щодо забезпечення харчуванням всередині сім'ї. При розробці відповідних програм продовольчої допомоги необхідно також враховувати особливі потреби в їжі вагітних жінок, матерів, що годують грудьми, дітей молодшого віку, літніх людей та людей з обмеженими можливостями.

Більш ефективно надання допомоги на випадок НС у галузі забезпечення продовольчої безпеки і харчування може бути досягнуто завдяки підвищеній готовності. Належна готовність – це можливості, взаємозв'язки і знання, які мають уряди, гуманітарні організації, місцеві організації громадянського суспільства, громади і кожна окрема людина, що дозволяють передбачати і ефективно реагувати на вплив існуючої або можливої небезпеки, що насувається. Основою готовності є аналіз ризиків, і вона тісно пов'язана з системами раннього попередження. Готовність передбачає планування дій у надзвичайних обставинах, складування обладнання та запасів служби невідкладної допомоги, резервні схеми постачання, навчання персоналу, планування навчання на рівні громад та проведення навчань.

У цьому посібнику розглянуто такі основні аспекти в рамках програм надання допомоги в НС щодо забезпечення продовольчої безпеки і харчування, як годування та харчування дітей грудного та молодшого віку, лікування гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів, продовольча допомога, надання готівкових грошей і ваучерів, а також засоби до існування.

Зв'язок з іншими розділами

Багато стандартів, описаних в інших розділах, безпосередньо стосуються і цього розділу. Успіх у реалізації стандартів у одній сфері часто спричиняє успіх (і навіть визначає його) в інших. Тісна координація дій і співпраця з іншими секторами є запорукою благополучної реалізації програм із надання допомоги. Для того щоб задовольнити нагальні потреби, уникнути дублювання зусиль і досягти найкращу якість забезпечення продовольчої безпеки та програм харчування, необхідна також координація зусиль із місцевою владою та іншими організаціями, що надають допомогу.

Наведена концептуальна схема недостатності харчування (сторінка 169) визначає незадовільні умови існування домогосподарства і неналежне медичне обслуговування як основні причини порушення харчування. Програми допомоги, що мають на меті запобігти і скоригувати недостатність харчування, потребують дотримання як мінімальних стандартів цього розділу, так і мінімальних стандартів водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни

(WASH), організації тимчасового житла і медичного обслуговування. Необхідно також забезпечити дотримання базових стандартів і принципів забезпечення безпеки. Для того щоб забезпечити продовольчу безпеку та харчування всіх груп населення так, щоб гарантувати їхнє виживання і повагу до людської гідності, недостатньо дотримуватися тільки тих стандартів, які наведені у цьому розділі посібника.

Там, де це необхідно, подано посилання на конкретні стандарти та інструкції в інших розділах, а також на суміжні й додаткові стандарти.

Зв'язок із принципами забезпечення захисту і базовими мінімальними стандартами

Для того щоб дотримуватися стандартів, описаних у цьому посібнику, всі гуманітарні організації повинні керуватися цими принципами забезпечення безпеки, навіть у разі відсутності у них чітких повноважень на забезпечення захисту або необхідної кваліфікації в цій сфері. Принципи забезпечення захисту не є «безумовними», оскільки обставини можуть обмежувати ступінь, до якого гуманітарні організації здатні ці принципи виконувати. Однак принципи забезпечення захисту відображають універсальні цілі, до яких гуманітарні організації повинні незмінно прагнути.

Базові стандарти — це найважливіші стандарти, які стосуються процесу надання допомоги і його учасників, загальні для всіх секторів. Шість базових стандартів охоплюють соціально орієнтовану гуманітарну допомогу, координацію і співпрацю, оцінювання, організацію й надання допомоги, ефективність роботи, прозорість і навчання, а також ефективність роботи учасників надання допомоги. Вони встановлюють єдиний орієнтир для підходів до розв'язання задач, який є підґрунтям усіх інших стандартів, представлених у посібнику. У зв'язку з цим для реалізації стандартів, заданих у кожному присвяченому якомусь технічному аспекту розділі, повинні застосовуватися базові стандарти. Зокрема, для забезпечення доцільності та якості будь-якої наданої допомоги необхідно максимально задіювати постраждале населення, включно з групами й окремими особами, які найбільш часто наражаються на небезпеку в надзвичайних ситуаціях.



Уразливість і спроможності постраждалого населення

Цей розділ варто читати разом із розділом, де викладено базові мінімальні стандарти, які тут розкрито більш докладно.

Важливо розуміти, що діти, літні люди, жінки, люди з обмеженими можливостями та ВІЛ-інфіковані є вразливими і зазнають підвищеного ризику не за визначенням, а через накладання багатьох факторів. Так, особа, яка старша 70 років, самотня і хвора, ймовірно, буде більшою мірою вразлива, ніж людина того самого віку, яка має таке саме слабе здоров'я, але живе у великій родині в достатку. Аналогічно трирічна дівчинка, яка лишилася без супроводу дорослих, більш уразлива, ніж коли б вона жила під захистом відповідальних батьків.

При дотриманні стандартів продовольчої безпеки та харчування аналіз уразливості й спроможності сприяє тому, щоб під час НС допомога надавалася на рівноправній основі тим, хто має право на її одержання, та тим, хто найбільше потребує її. Для цього необхідно бути добре обізнаним із місцевими обставинами та конкретним впливом кризової ситуації на певні групи населення з урахуванням їхньої вразливості, що існувала ще до настання НС (наприклад, гранична бідність або дискримінація), можливі загрози щодо особистої безпеки (наприклад, гендерне насильство, зокрема й сексуальна експлуатація), захворюваність та поширеність захворювань (наприклад, ВІЛ-інфекція або туберкульоз), а також імовірність епідемій (наприклад, кору або холери). НС може посилити нерівність, що існувала раніше. Тому дуже важливо сприяти підтримці наявних у населення стратегій виживання, життєздатності та здатності до відновлення. Необхідно враховувати знання людей, їхні навички і стратегії, а також забезпечувати їм доступ до соціальної, юридичної, фінансової та психологічної допомоги. Крім того, необхідно брати до уваги різноманітні фізичні, культурні, економічні та соціальні перешкоди, з якими вони можуть зіткнутися при отриманні цих послуг на рівноправній основі.

Нижче окреслено деякі ключові сфери, де передбачено, що права і можливості вразливих груп населення було взято до уваги:

- ▶ Забезпечте широку участь населення, домігшись того, щоб до цього процесу було залучено всі репрезентативні групи населення, особливо найменш помітні (наприклад, особи з обмеженими можливостями пересування або комунікації, особи, що живуть у закладах закритого типу, молодь, що зазнає стигматизації, та інші недостатньо представлені або не представлені групи населення).

- ▶ При оцінюванні деталізуйте дані, класифікуючи їх за статтю та віком (0-80+ років). Це важливий елемент, який передбачає, що сектор продовольчої безпеки та харчування добре враховує різноманітні групи населення.
- ▶ Подбайте про те, щоб усі члени громади без винятку були у доступний спосіб повідомлені про своє право на інформацію про отримання допомоги.



Мінімальні стандарти

1. Оцінювання продовольчої безпеки та харчування

При гострих кризах і необхідності надати екстрену допомогу може бути достатньо здійснити швидке багатосекторне оцінювання ситуації, що дозволяє вирішити, чи необхідно негайне втручання. Метою його проведення є швидке отримання чіткого уявлення про конкретні обставини на цей момент часу. Ймовірно, надалі буде потрібно проводити більш повне оцінювання продовольчої безпеки та харчування, яке потребуватиме значних витрат часу і коштів. Оцінювання – безперервний процес, особливо в умовах тривалої кризи, і як елемент управління операціями з надання гуманітарної допомоги має визначати встановлення цілей і завдань та прийняття рішень.

В ідеалі оцінювання продовольчої безпеки та харчування треба поєднувати і спрямовувати на визначення факторів, які перешкоджають доступу до достатнього харчування, а також на втручання, які варто здійснювати, щоб поліпшити ситуацію щодо наявності, доступу та оптимального вживання харчових продуктів. Переліки контрольних запитань для оцінки наведено в додатках: 1. Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки і засобів до існування; 2. Перелік контрольних запитань для оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням; 3. Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування.

Ці два стандарти оцінки продовольчої безпеки та харчування безпосередньо пов'язані з базовим стандартом 3 (на сторінці 70) і завжди повинні застосовуватися при плануванні та впровадженні програм допомоги в сфері продовольчої безпеки та харчування.

Стандарт 1 оцінки продовольчої безпеки та харчування: продовольча безпека

У тих випадках, коли люди зазнають підвищеного ризику щодо продовольчої безпеки, здійснюється оцінювання з використанням загальноприйнятих методів із метою з'ясування виду, ступеня і масштабу продовольчої незабезпеченості, виявлення осіб, які постраждали найбільше, та визначення найбільш доцільних заходів реагування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Використовувати методологію, яка відповідає широко розповсюдженим принципам здійснення оцінювання, і докладно описати використовувані методи у звіті про оцінювання (див. інструкцію 1).
- Д Зібрати і проаналізувати дані на початковій стадії здійснення оцінювання (див. інструкцію 2).
- Д Проаналізувати вплив відсутності продовольчої безпеки на стан харчування населення (див. інструкцію 4).
- Д При оцінюванні ґрунтуватися на місцевих можливостях, зокрема офіційних та неформальних інститутах влади, коли це можливо (див. інструкцію 9).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Досліджено продовольчу безпеку і засоби до існування окремих осіб, домогосподарств і громад із метою визначення завдань у рамках програм із надання гуманітарної допомоги (див. інструкції 3-9).
- Д Результати оцінювання представлено в аналітичному звіті, де зокрема подано чіткі рекомендації щодо дій, орієнтованих на найбільш уразливих індивідів і найбільш уразливі групи населення (див. інструкції 1-10).
- Д Заходи реагування визначають по невідкладних потребах населення щодо продовольства. Ці заходи мають також на меті захистити і підтримати механізми забезпечення засобів до існування (див. інструкцію 10).

Інструкції

1. **Методи оцінювання:** Велике значення мають визначення сфери оцінювання та методи вибіркового обстеження, навіть якщо вони неформальні. Оцінювання продовольчої безпеки повинне мати чіткі цілі й здійснюватися визнаними в усьому світі методами. Для забезпечення надійності висновків їх потрібно підтверджувати даними, отриманими з різноманітних джерел



інформації (наприклад, оцінювання врожайності, супутникові фотографії та опитування домогосподарств) (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70 і список літератури та додаткових матеріалів).

2. **Джерела інформації:** У багатьох випадках наявна вторинна інформація, яка стосується ситуації перед настанням НС. Оскільки жінки і чоловіки виконують різні функції в забезпеченні харчового благополуччя домогосподарства, ці дані за можливості потрібно представити з розбиванням за статевою ознакою (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70 і додаток 1: перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки і засобів до існування).
3. **Наявність, доступ, споживання і використання продуктів харчування:** (див. визначення термінів «наявність, доступ і споживання продуктів харчування» на сторінці 167). Споживання продуктів харчування є показником споживання енергії (калорій) і поживних речовин членами домогосподарств. При здійсненні цього різновиду оцінювання немає необхідності визначати фактичну енергетичну цінність (калорійність) їжі та склад поживних речовин. Зміна кількості прийомів їжі до і після НС може слугувати простим, але переконливим показником змін щодо продовольчої безпеки. Кількість різновидів харчових продуктів, споживаних індивідом чи домогосподарством, і частота споживання за певний період часу є показником харчової різноманітності. Цей показник доволі надійний, особливо в поєднанні з соціально-економічним становищем домогосподарства, а також із загальною енергетичною цінністю споживаної їжі і якістю продуктів харчування. Методи, які дозволяють досить точно визначити структуру споживання продуктів харчування й наявні проблеми, представлено в сезонних календарях, у показниках харчової різноманітності домогосподарств, шкалі оцінки продовольчої незабезпеченості домогосподарств і у показниках споживання продуктів харчування.
4. **Відсутність продовольчої безпеки та стан харчування:** Відсутність продовольчої безпеки є однією з трьох основних причин недостатнього харчування. Проте з цього не випливає, що це є єдиною причиною недостатності харчування.
5. **Конкретні обставини:** Продовольча незабезпеченість може бути результатом дії цілого ряду макроекономічних і структурних соціально-політичних факторів, таких як: національна і міжнародна політика, процеси або інститути, які впливають на доступ населення, постраждалого від НС, до харчування, а також на погіршення умов місцевого навколишнього середовища. Такий стан зазвичай визначають як хронічну незабезпеченість продовольством, тобто довготривалий стан як наслідок структурної вразливості, яка може бути посилена впливом НС. Важливими

засобами аналізу інформації є місцеві та регіональні інформаційні системи продовольчої безпеки, зокрема й системи раннього попередження про небезпеки голоду й інтегрована класифікація стадій державної продовольчої безпеки.

6. **Аналіз втручання:** Продовольча безпека змінюється залежно від наявних у населення засобів до існування, місця його проживання, ринкових систем, доступу до місцевих ринків, соціального стану (куди належать стать і вік), пори року, характеру НС і наданої у зв'язку з цим допомоги. Основну увагу при здійсненні оцінювання потрібно спрямовувати на те, яким чином постраждале населення отримувало продовольство і дохід до початку НС, та на те, як воно пристосовується до ситуації тепер. У районах, куди прибуває переміщене населення, необхідно також враховувати питання продовольчої безпеки населення, яке приймає постраждалих. При оцінюванні варто також здійснювати аналіз ринків, фінансових інститутів чи інших місцевих платіжних механізмів у разі надання допомоги у вигляді готівки, а також враховувати канали постачання продовольства, зокрема й пов'язані з ними ризики (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38). Це допоможе оцінити здійсненність втручань із надання продовольчої допомоги або допомоги у вигляді готівки, а також організацію надійних і ефективних систем постачання.
7. **Аналіз ринку** повинен входити як до попереднього, так і до всіх подальших оцінювань. Аналіз ринку повинен передбачати такі аспекти, як тенденції зміни цін, наявність основних товарів і послуг, вплив НС на ринкові структури й очікуваний відновлювальний період. Обізнаність щодо можливостей ринків забезпечувати зайнятість, продовольство, предмети і послуги першої необхідності після НС допоможе організувати своєчасну, належну та економічно обґрунтовану допомогу, що здатна позитивно впливати на місцеву економіку. Ринкові системи можуть не обмежуватися задоволенням короткострокових потреб після НС, щоб захистити засоби до існування, постачаючи засоби виробництва (насіння, інструменти тощо) і підтримуючи попит у сфері зайнятості. Якщо можливо, варто розробляти програми з надання підтримки місцевим закупівлям (див. стандарт 4 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкції 2-3 на сторінці 226, стандарт 1 продовольчої безпеки – засоби до існування, інструкція 7 на сторінці 250, а також стандарт 3 продовольчої безпеки – засоби до існування, інструкція 2 на сторінці 256).
8. **Стратегії пристосування:** При здійсненні оцінювання та аналізу необхідно розглядати всі можливі способи подолання наслідків НС, конкретних осіб, які реалізують ці стратегії пристосування, де і наскільки ефективно вони здійснюються, а також характер негативного впливу (якщо є). Рекомендовано застосовувати такі інструменти, як показник



стратегій пристосування. Стратегії бувають різними, однак існують чітко визначені етапи пристосування. Існують звичайні, конструктивні стратегії пристосування, яким можна сприяти, тоді як так звані кризові стратегії можуть суттєво зашкодити продовольчій безпеці в майбутньому (продаж землі, примусова міграція цілих сімей і вирубування лісів). Деякі способи пристосування, до яких вдаються або змушені вдаватися жінки і дівчата, можуть мати серйозні й негативні наслідки для їхнього здоров'я, психологічного благополуччя та соціальної інтеграції. Стратегії пристосування можуть також впливати на навколишнє середовище, наприклад, у випадку надмірної експлуатації спільних природних ресурсів. При здійсненні оцінювання необхідно визначити критичний рівень засобів до існування, щоб вибрати найбільш відповідну комбінацію втручань, що забезпечують захист і підтримку продовольчої безпеки до тих пір, доки не будуть реалізовані способи пристосування, які не завдають шкоди (див. принцип забезпечення захисту 1-2 на сторінках 38–41).

9. **Аналіз уразливості за участі населення:** Дуже важливою є повноцінна участь різних груп чоловіків та жінок і відповідних місцевих організацій та установ на всіх етапах здійснення оцінювання. Програми повинні спиратися на досвід місцевого населення, ґрунтуватися на потребах і враховувати місцеві умови. У районах, схильних до частих стихійних лих, або там, де можливі затяжні збройні конфлікти, можуть існувати системи раннього попередження, системи або мережі надзвичайного реагування та плани дій на випадок надзвичайних ситуацій, які потрібно долучати до процесу здійснення оцінювання. Дуже важливо, щоб у розробці і реалізації проекту брали участь жінки (див. принципи забезпечення захисту 2-4 на сторінках 41-47).
10. **Невідкладні потреби і довгострокове планування:** Втручання, які мають на меті задоволення нагальних потреб у продовольстві, можуть передбачати надання продовольчої допомоги і допомоги у вигляді готівки й ваучерів. Ці заходи можуть бути реалізовані як окремо, так і в поєднанні з іншими втручаннями у сфері забезпечення засобів до існування. Незважаючи на те, що задоволення невідкладних потреб і збереження виробничих активів має завжди бути першочерговим завданням у початковий період кризи, втручання необхідно планувати з урахуванням довгострокової перспективи, зокрема й з урахуванням впливу зміни клімату на екологічне відновлення навколишнього середовища, постраждалого від лиха.

Стандарт 2 оцінювання продовольчої безпеки та харчування: харчування

У тих випадках, коли населення зазнає підвищеного ризику недостатнього харчування, здійснюється оцінювання з використанням визнаних у всьому світі методів, мета якого – визначення різновиду, ступеня і масштабів недостатності харчування, виявлення осіб, що найбільше постраждали, та осіб, що зазнають найбільшого ризику, а також визначення належних заходів реагування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Зібрати наявні дані оцінювання, проведеного до настання НС, і початкового оцінювання, приділяючи особливу увагу характеру і тяжкості стану в сфері харчування (див. інструкції 1-6).
- Д Виявити групи, які найбільш потребують допомоги у сфері харчування, й основні чинники, які можуть впливати на стан харчування (див. інструкції 1-2).
- Д З'ясувати, чи необхідно здійснювати якісне або кількісне оцінку на рівні населення для того, щоб більш точно визначити і знати антропометричний статус, вміст у їжі мікронутрієнтів, практику годування дітей грудного та молодшого віку, практику охорони материнства і пов'язані з цим фактори, які можуть стати причиною недостатності харчування (див. інструкції 1-2).
- Д Врахувати думки місцевої громади та інших місцевих зацікавлених сторін щодо чинників, які можуть стати причиною недостатності харчування (див. інструкцію 7).
- Д Долучити оцінку національного та місцевого потенціалу з метою здійснення управління та/або сприяння наданню допомоги (див. інструкції 1 і 8).
- Д Використовувати дані оцінювання харчування для визначення того, чи є ситуація стабільною або чи вона погіршується (див. інструкції 7-8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д При здійсненні антропометричного та неантропометричного оціннювання використовують методи оцінювання та аналізу, куди входять стандартні показники відповідно до загальноприйнятих принципів (див. інструкції 3-6).
- Д Результати оцінювання представлено в аналітичному звіті, куди входять чіткі рекомендації щодо дій, орієнтованих на найбільш уразливих індивідів і найбільш уразливі групи населення (див. інструкції 3-6).



Інструкції

1. **Контекстуальна інформація:** Дані про причини недостатнього харчування можуть бути отримані з первинних і вторинних джерел інформації, таких як: наявні характеристики стану здоров'я і харчування, звіти про проведені дослідження, інформація, що стосується раннього попередження, картотеки медичних установ, звіти про продовольчу безпеку та опитування груп громади. У разі відсутності даних, які стосуються конкретних сфер оцінювання або можливого втручання, потрібно скористатися іншими джерелами інформації, наприклад: медико-демографічні обстеження населення, багатоіндикаторні кластерні дослідження, інші національні обстеження стану здоров'я і харчування, інформаційна система ВООЗ щодо ситуаційного аналізу у сфері харчування, інформаційна система ВООЗ щодо вмісту вітамінів і мінеральних речовин у продуктах харчування, база даних по складних НС (CE-DAT), інформаційна система щодо харчування в кризових ситуаціях (NICS), національні системи контролю за харчуванням, а також число людей, які отримали допомогу, в перерахунку на тисячу осіб за певний період і кількість людей, яку охоплюють існуючі програми лікування недостатності харчування. Там, де доступні репрезентативні дані, потрібно радше розглядати тенденції ситуації з харчуванням за певний період, ніж рівень поширення недостатності харчування в певний момент (див. додаток 3: перелік контрольних запитань для оцінювання харчування). Оцінювання харчування треба здійснювати в рамках оцінок більш широкого масштабу, зокрема тих, які зосереджені на питаннях суспільної охорони здоров'я і продовольчої безпеки. Необхідно збирати інформацію про втручання у сфері харчування, які вже здійснюються, їх оперативні можливості, а також можливості щодо заходів реагування на національному та місцевому рівні в області, що дозволить виявити наявні прогалини і спрямовувати надання допомоги.
2. **Діапазон аналізу:** Варто здійснювати всебічне оцінювання після початкового оцінювання (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70) тільки в тих випадках, коли було виявлено прогалини в інформації та коли потрібна додаткова інформація, необхідна для прийняття рішень, оцінювання кінцевих результатів програми або з інформаційно-просвітницькою метою. Всебічне оцінювання харчування передбачає цілий ряд методів оцінювання, серед яких антропометричні обстеження, оцінка практики годування дітей грудного та молодшого віку, обстеження, що стосуються мікронутрієнтів, а також причинно-наслідковий аналіз. Можна також використовувати системи контролю та моніторингу харчування.
3. **Методи оцінювання:** При здійсненні оцінювання харчування необхідно встановити чіткі цілі, використовувати прийняті в усьому світі методи, виявляти вразливих щодо харчування осіб та чинники, які можуть зумовлювати

недостатнє харчування. Процес оцінювання та аналізу повинен бути задокументований, і результати представлені в своєчасно складеному звіті у логічній та зрозумілій формі. Для того щоб дані аналізу взаємно доповнювалися, були узгодженими і порівнюваними, необхідно застосовувати об'єктивні, репрезентативні методи здійснення оцінювання, погоджуючи їх з гуманітарними організаціями та державними інстанціями. Для забезпечення ефективності при здійсненні широкомасштабного оцінювання, що охоплює великі географічні зони та різноманітні технічні галузі, потрібно залучати до участі установи та агенції різного профілю.

4. **Антропометричні обстеження** є репрезентативними та охоплюють різні групи аналізами, які засновані на випадкових вибірках і всебічному скринінгу. Антропометричні обстеження дозволяють оцінити рівень поширення недостатності харчування (хронічної та гострої). Вони повинні давати насамперед Z-показник співвідношення «маса тіла – зростання» відповідно до стандартів ВООЗ (див. додаток 4: вимірювання гострої недостатності харчування). Можна також вказувати Z-показник співвідношення «маса тіла – зростання» відповідно до стандартів Національного центру медико-санітарної статистики (НЦМС), що дозволить зробити порівняння з результатами минулих обстежень. У антропометричні обстеження варто також ввести показники виснаження і виснаження важкої форми, які заміряють по обводі середини плеча (МУАС – ОСП). Оцінювання та реєстрацію аліментарної дистрофії (голодний набряк) варто здійснювати окремо. Повинні бути відзначені довірчі інтервали щодо поширеності недостатності харчування і забезпечена гарантія якості обстеження. Це можна зробити, використовуючи існуючі інструменти і засоби (наприклад, методичні посібники та інструменти стандартизованої системи моніторингу й оцінки надання допомоги в НС і в перехідний період (SMART) або комп'ютерна програма ENA (оцінка харчування в НС) і комп'ютерна програма EpiInfo). Найпоширеніший спосіб полягає в оцінюванні ступеня недостатності харчування у дітей віком від 6 до 59 місяців як індикативного показника для всього населення. Однак у тих випадках, коли найбільш постраждалими або найбільш уразливими з погляду харчування можуть бути інші групи населення, необхідно поставити питання про здійснення оцінювання (див. додаток 4: вимірювання гострої недостатності харчування).
5. **Неантропометричні показники:** Важливе значення мають також дані, що доповнюють антропометричні вимірювання, однак до них варто ставитися з обережністю й обмежувати при внесенні до антропометричних обстежень, щоб уникнути зниження якості обстеження. До таких показників належать рівень охоплення імунізацією (особливо проти кору), добавка вітаміну А, дефіцит мікронутрієнтів, а також показники ВООЗ щодо годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF). Там, де це доречно, можна вимірювати



загальний коефіцієнт смертності та коефіцієнти смертності немовлят і смертності дітей у віці до п'яти років.

6. **Дефіцит мікронутрієнтів:** У випадку, якщо в період, що передує НС, населення страждало від дефіциту вітаміну А, йоду або залізодефіцитної анемії, можна припустити, що ця проблема ускладниться внаслідок НС. Існує ймовірність спалаху пелагри, авітамінозу (бері-бері), цинги або інших різновидів дефіциту мікронутрієнтів, що варто брати до уваги при плануванні та аналізі здійснених оцінювань. Наявність у лікувальному центрі людей, які страждають від однієї з цих хвороб, може свідчити про недостатнє харчування і, цілком імовірно, може характеризувати стан усього населення в цілому. Оцінювання дефіциту мікронутрієнтів може бути прямим і опосередкованим. Опосередковане оцінювання передбачає визначення споживання поживних речовин на рівні населення й екстраполяцію ризику дефіциту шляхом аналізу наявних даних, які стосуються доступу, наявності та вживання продуктів харчування (див. стандарт 1 оцінки продовольчої безпеки та харчування на сторінці 175), а також за допомогою здійснення оцінювання достатності раціону харчування (див. стандарт 1 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 213). Пряма оцінка, де це можливо, передбачає визначення клінічно вираженого або прихованого дефіциту мікронутрієнтів у окремих пацієнтів або у вибірковій групі населення, наприклад, вимірювання рівня гемоглобіну під час обстеження, за результатами якого поширеність анемії може бути використана як індикативний показник дефіциту заліза.
7. **Аналіз рівнів недостатності харчування:** Для того щоб визначити, чи потрібне втручання при тих чи інших рівнях недостатності харчування, необхідно зробити аналіз конкретної ситуації в аспекті чисельності й щільності обстежуваного населення та коефіцієнтів захворюваності й смертності (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування, інструкція 3 на сторінці 372). Необхідно також враховувати показники здоров'я, сезонні коливання, показники годування дітей грудного та молодшого віку, рівні недостатності харчування в період, що передував НС, рівні дефіциту мікронутрієнтів (див. додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення), частку важкої гострої недостатності харчування щодо загальної гострої недостатності харчування та інші фактори, які впливають на основні причини недостатнього харчування. Ймовірно, найбільш економічним способом ведення спостереження за тенденціями є використання декількох інформаційних систем, які доповнюють одна одну. Скрізь, де це можливо, варто залучати місцеві організації й населення до участі в проведенні моніторингу, аналізі отриманих результатів і при плануванні будь-яких програм допомоги. Бажано застосовувати методи прийняття рішень і підходи, які враховують різноманітні параметри, зокрема й продовольчу безпеку, засоби

для життя і здоров'я та харчування (див. стандарт 1 оцінки продовольчої безпеки та харчування, інструкція 5 на сторінці 176).

8. **Прийняття рішень:** Результати здійсненого оцінювання повинні визначати рішення, які приймаються щодо втручань, спрямованих на організацію ведення недостатності харчування. Немає необхідності чекати результатів остаточного оцінювання для прийняття рішень, які стосуються загального розподілу продовольчої допомоги або інших профілактичних чи невідкладних лікувальних втручань у критичній стадії надзвичайної ситуації. У місцях здійснення оцінювання ці результати потрібно використовувати для вжиття практичних заходів. Рішення необхідно приймати на основі розуміння феномену недостатності харчування, як він визначений у концептуальній схемі, результатів оцінки харчування і наявних можливостей для надання допомоги.



2. Годування дітей грудного та молодшого віку

Практика годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF), що не відповідає необхідним вимогам, підвищує вразливість до недостатності харчування, хвороб і смерті. Ця небезпека зростає в умовах НС, і найбільш вразливими виявляються маленькі діти. Оптимальні різновиди практики годування, які максимально підвищують виживаність і знижують захворюваність у дітей у віці до 24 місяців, – це початок виключно грудного вигодовування якомога раніше, виключно грудне вигодовування протягом 6 місяців, продовження вигодовування до 24 місяців і більше, а також уведення в раціон належного, відповідного та безпечного підгодовування в 6-місячному віці. Годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF) передбачає втручання, спрямовані на задоволення потреб у харчуванні немовлят і дітей молодшого віку, що перебувають чи не перебувають на грудному вигодовуванні. Насамперед необхідно всіляко підтримувати і заохочувати грудне вигодовування, мінімізувати ризики, пов'язані зі штучним харчуванням і вводити прийнятне безпечне додаткове харчування. Особливої уваги потребують немовлята і діти молодшого віку, що перебувають у вкрай складних умовах – це, зокрема, такі як групи населення, в яких поширена ВІЛ-інфекція, сироти, немовлята з низькою масою тіла при народженні й діти з важкою формою недостатності харчування. Охорона та підтримка фізичного та психічного здоров'я та здорового харчування матерів у період вагітності та годування грудьми мають дуже важливе значення для благополуччя матері й дитини. Необхідно також враховувати особливі потреби осіб, які здійснюють догляд за дітьми: дідусів і бабусь, самотніх батьків або братів/сестер. Для належного та своєчасного задоволення більш широких потреб у харчуванні дітей грудного та молодшого віку та їхніх матерів необхідна участь усіх відповідних секторів. Годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF) є складником багатьох стандартів, представлених у цьому розділі, а також складовою частиною інших розділів.

Стандарт 1 годування дітей грудного та молодшого віку: стратегічне управління та координація діяльності

Захист практики безпечного та належного годування дітей грудного та молодшого віку для населення забезпечено за допомогою виконання основних керівних принципів і тісної взаємодії.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Сприяти виконанню положень Операційних правил щодо харчування дітей грудного та молодшого віку при НС (IFE) та Міжнародного зводу правил збуту заміників грудного молока (ЗГМ), а також подальших відповідних резолюцій, прийнятих Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я (ВАЗ), відомих під загальною назвою як Звід правил (див. інструкції 1-2).
- Д Утримуватися від прохань про надання у вигляді пожертвувань або отримання заміників грудного молока, інших молочних продуктів, пляшок і сосок на пляшки (див. інструкцію 2).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Існує національна стратегія та/або стратегічний план дій гуманітарної організації, що стосується вирішення питань годування дітей грудного та молодшого віку з урахуванням Операційних правил щодо харчування дітей грудного та молодшого віку при НС (IFE) (див. інструкцію 1).
- Д Для кожної НС заснований головний координаційний орган із питань годування дітей грудного та молодшого віку (див. інструкцію 1).
- Д Засновано орган, що займається питаннями надання у вигляді пожертвувань заміників грудного молока (ЗГМ), інших молочних продуктів, пляшок і сосок на пляшки (див. інструкцію 2).
- Д Здійснюється моніторинг та реєстрація порушень Зводу правил (див. інструкції 1-2).

Інструкції

1. **Стратегічне керівництво, координація діяльності та інформування:** До документів, що містять основні керівні вказівки з питань організації програм надзвичайної допомоги, належать Операційні правила щодо харчування дітей грудного та молодшого віку при НС (IFE) і Звід правил. Додаткові керівництва наведено в доданому списку літератури та допоміжних мате-



ріалів. Резолюція ВАР 63.23 (2010) закликає держави-учасники забезпечити, щоб національні та міжнародні плани забезпечення готовності й відповідні заходи при НС відповідали Операційним правилам щодо харчування дітей грудного та молодшого віку при НС (IFE). Забезпечення готовності до НС передбачає вироблення стратегії, інформування населення та організацію навчання в галузі харчування дітей грудного та молодшого віку при НС, а також визначення джерел поставок, що відповідають Зводу правил збуту ЗМГ і додаткового живлення (підгодовування). Для кожної НС повинен бути заснований головний координаційний орган із питань годування дітей грудного та молодшого віку. Для забезпечення підзвітності наданої допомоги рекомендовано проводити моніторинг і реєстрацію порушень Зводу правил. Надання відповідної інформації в ясній і зрозумілій формі в прес-релізах, а також постраждалому населенню має велике значення для підвищення ефективності втручання, що здійснюється.

2. ***Поводження з молоком і молочними продуктами:*** Молоко і молочні продукти повинні бути виключені з нецільових поставок продуктів харчування (див. стандарт 2 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкція 5 на сторінці 221). Призначення та ведення штучного годування варто здійснювати відповідно до Операційних правил щодо харчування дітей грудного та молодшого віку при НС (IFE) і Зводу правил збуту ЗМГ, бажано під керівництвом заснованого координаційного органу в області годування дітей грудного віку при НС. У надзвичайній ситуації потрібно утримуватися від прохань про надання у вигляді пожертвувань або отримання замінників грудного молока, молочних продуктів, пляшок і сосок для пляшок. У тих випадках, коли такі пожертви все ж надходять, їх треба передавати під контроль спеціально заснованого для цієї мети органу, а управління ними потрібно здійснювати відповідно до рішень координаційного органу щодо годування грудних дітей при НС.

Стандарт 2 годування дітей грудного та молодшого віку: забезпечення загальної та кваліфікованої допомоги

Матері дітей грудного та молодшого віку й особи, які здійснюють за ними догляд, мають доступ до своєчасної та належної допомоги у сфері годування, що зводить до мінімуму ризики і забезпечує досягнення найкращих результатів щодо харчування, охорони здоров'я і виживання.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Здійснювати комплексні багатосекторні втручання для забезпечення захисту та підтримки практики безпечного та належного годування дітей грудного та молодшого віку (див. інструкцію 1).
- Д Забезпечити насамперед доступ вагітних жінок і жінок, що годують грудьми, до продовольчої допомоги, допомоги у вигляді готівки та/або ваучерів і до інших різновидів допомоги, що надається (див. інструкцію 1).
- Д Уводити кваліфіковане консультування у сфері грудного вигодовування в цільові програми допомоги для вагітних жінок і жінок, які годують грудьми, та дітей у віці 0-24 місяців (див. інструкції 2-7).
- Д Надавати цілеспрямоване сприяння матерям усіх новонароджених із тим, щоб вони з самого початку годували своїх дітей виключно грудьми (див. інструкцію 3).
- Д Сприяти практиці своєчасного, безпечного й адекватного підгодовування (див. інструкцію 5).
- Д Забезпечити матерям, дітям яких потрібне штучне харчування, й особам, які здійснюють догляд за такими дітьми, доступ до відповідних замінників грудного молока (ЗГМ) в достатній кількості, а також до наданої у зв'язку з цим допомоги (див. інструкцію 6).
- Д Приділяти особливу увагу питанням забезпечення харчування дітей грудного та молодшого віку, які перебувають у край складних умовах (сироти, діти з недостатністю харчування важкої форми, немовлята з низькою масою тіла при народженні й діти, уражені ВІЛ-інфекцією) (див. інструкції 4-7).



Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Вимірювання стандартних показників ВООЗ щодо раннього початку грудного вигодовування, виключно грудного вигодовування протягом перших шести місяців життя і продовження грудного вигодовування дітей у віці одного і двох років (див. інструкції 2-3, 5-6).
- ▶ Особи, які здійснюють догляд за дітьми, мають доступ до своєчасного, належного, поживного і безпечного підгодовування для дітей у віці від 6 до 24 місяців (див. інструкції 5-6).
- ▶ Матері, що годують грудьми, мають доступ до кваліфікованої допомоги у сфері грудного вигодовування (див. інструкції 1-3).
- ▶ Для дітей, яким потрібне штучне харчування, забезпечено доступ до відповідних заміників грудного молока, що відповідає вимогам Зводу правил, і до наданої у зв'язку з цим допомоги (див. інструкцію 5).

Інструкції

1. **Прості заходи й основні втручання**, що необхідні для забезпечення захисту та підтримки практики годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF). Варто звертати належну увагу і ретельно вивчити повідомлення про труднощі, які стосуються грудного вигодовування, підгодовування та/або практики штучного харчування дітей у віці 0-24 місяців. Екстрену допомогу необхідно надавати дітям, яких не годують грудьми. Насамперед варто надавати допомогу матерям, особам, що здійснюють догляд, вагітним і жінкам, що годують грудьми, щоб задовольнити їхні нагальні потреби. Необхідно реєструвати домогосподарства, де є діти у віці до двох років, і матерів, що годують грудьми, усіх новонароджених дітей і залучати їх до програми продовольчої безпеки, щоб зробити достатнє харчування доступним для них. Спеціальні притулки для матерів та осіб, які здійснюють догляд за дітьми, можуть забезпечити доступ до допомоги, організованої за принципом «рівний допомагає рівному», та до інших основних різновидів допомоги у сфері годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF). Підтримка практики грудного вигодовування має з самого початку входити в систему надання таких основних послуг, як охорона репродуктивного здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, психосоціальна допомога і вибіркові програми харчування.
2. **Вагітні жінки та жінки, що годують грудьми**: Недостатнє споживання поживних речовин вагітними жінками та жінками, що годують грудьми, загрожує ускладненнями вагітності, смертю матері при пологах, народженням дітей із низькою масою тіла і погіршенням стану харчування матерів, яке призводить до зниження вмісту деяких поживних речовин у грудному молоці.

Низька маса тіла матері при зачатті безпосередньо пов'язана з низькою масою тіла дитини при народженні, що особливо характерно при вагітності в підлітковому віці. Вагітні жінки та жінки, які годують грудьми, повинні щодня отримувати добавки, що забезпечують добову потребу в багатьох мікронутрієнтах, щоб підтримувати їхні запаси в материнському організмі й сприяти виробленню достатньої кількості грудного молока, незалежно від того отримують вони посилений раціон харчування чи ні. У випадку, якщо жінки вже отримували добавки, що містять залізо та фолієву кислоту, варто продовжувати їх давати. Жінки також повинні отримувати вітамін А впродовж 6-8 тижнів після пологів. Дозування і терміни прийому мікронутрієнтів повинні бути визначені відповідно до міжнародних рекомендацій. Існує ймовірність того, що необхідно буде надавати направлення для отримання психосоціальної допомоги, особливо для травмованого населення. Важливим заходом є забезпечення харчування матерів підліткового віку, однак, імовірно, більш ефективний спосіб зниження числа випадків народження дітей із низькою масою тіла – програми з запобігання вагітності в підлітковому віці.

3. **Ранній початок виключно грудного вигодовування** (упродовж години після народження) є пріоритетним заходом охорони здоров'я матері й дитини. Постійний тілесний контакт одразу ж після пологів і ранній початок виключно грудного вигодовування особливо корисні для немовлят із низькою масою тіла при народженні та їхніх матерів (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей, інструкція 1 на сторінці 387).
4. **Грудне вигодовування:** При виключно грудному вигодовуванні дитина отримує тільки грудне молоко і не отримує води, інших рідин або твердої їжі, за винятком необхідних добавок мікронутрієнтів чи лікарських засобів. Це забезпечує протягом перших шести місяців життя безпечне постачання організму дитини поживними речовинами і рідинами та активний імунний захист. Грудне вигодовування захищає від небезпек також немовлят і дітей більш старшого віку, особливо в умовах незадовільного стану водопостачання, санітарного забезпечення та гігієни, тому варто продовжувати годувати дітей грудьми до 24 місяців і більше. Потрібно переконувати в користі грудного вигодовування матерів, сім'ї, громади та працівників охорони здоров'я, оскільки довіра до цієї практики може бути підірвана внаслідок виникнення екстремальних ситуацій. Необхідно планувати втручання і виділяти ресурси для надання кваліфікованої допомоги у сфері грудного вигодовування при роботі в більш складних умовах, коли, наприклад, населення перебуває у стані стресу, при гострій недостатності харчування у грудних дітей у віці до 6 місяців (див. стандарт 2 ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів на сторінці 198), серед населення, де поширена практика змішаного вигодовування, й у випадках вигодовування немовлят в умовах ВІЛ-інфекції (див. інструкцію 7).



5. **Підгодовування** – це харчування на додачу до грудного молока (або на додачу до замінників грудного молока, якщо дитину не годують грудьми), яке дають дитині після досягнення нею 6-місячного віку. В період підгодовування (6-24 місяці) грудне вигодовування, як і раніше, значною мірою забезпечує безпеку постачання організму дитини поживними речовинами і рідинами. Немовлята, яких не годують грудьми, потребують підгодовування для компенсування нестачі поживних речовин. Для підтримки практики підгодовування необхідно вводити ці питання в програми продовольчої безпеки. У тих випадках, коли населення залежить від продовольчої допомоги, до загального раціону харчування необхідно вводити відповідні продукти харчування з підвищеним вмістом мікронутрієнтів; може знадобитися поглотне забезпечення додатковим харчуванням. Для різних надзвичайних ситуацій необхідно виробити чіткі критерії включення, використання та тривалості застосування харчових добавок на основі ліпідів протягом періоду підгодовування. Готове до споживання терапевтичне харчування не є підгодовуванням. При розподілі підгодовування потрібно одночасно надавати практичні рекомендації та демонструвати способи приготування. Добавки мікронутрієнтів, зокрема й вітамін А, потрібно використовувати відповідно до новітніх рекомендацій. Немовлятам із низькою масою тіла при народженні та дітям молодшого віку корисні добавки, які містять залізо. У районах, де поширена малярія, добавки, що містять залізо, треба давати анемічним дітям із дефіцитом заліза в організмі, одночасно вживаючи відповідних заходів з боротьби з малярією.
6. **Штучне годування:** Необхідно на ранньому етапі виявляти дітей, яких не годують грудьми, та за участю кваліфікованих фахівців визначати можливі різновиди їхнього годування. У тих випадках, коли материнське грудне вигодовування неможливе, важливе значення має донорське грудне молоко, зокрема, практика годувати грудьми чужу дитину, особливо при годуванні дітей молодшого віку та дітей із низькою масою тіла при народженні. У випадках, коли потрібне штучне годування, матері та особи, які здійснюють догляд за дітьми, повинні мати гарантований доступ до відповідних замінників грудного молока (ЗГМ) в достатній кількості й протягом усього періоду, коли це потрібно (до досягнення грудними дітьми щонайменше 6-місячного віку), а також доступ до відповідної допомоги і підтримки, пов'язаної з цим (постачання води, палива, обладнання для зберігання, моніторинг росту, медичне обслуговування, терміни). Варто сприяти тому, щоб діти у віці до 6 місяців, які отримують змішане годування, були переведені на виключно грудне вигодовування. Не потрібно користуватися пляшечками для годування з огляду на те, що їх важко очищати. В рамках програм підтримки штучного харчування треба проводити моніторинг прийнятої в громаді практики годування дітей грудного та молодшого віку, застосовуючи стандартні показники, щоб забезпечити належну практику грудного вигодовування. Необхідно здійснювати

контроль за захворюваністю на індивідуальному та популяційному рівнях, звертаючи особливу увагу на діарею. Дітям у віці до 6 місяців, яких не годують грудьми, варто давати добавки, що містять вітамін А, малими дозами.

7. **ВІЛ-інфекція та годування дітей грудного віку:** Першочерговою метою при виборі різновиду годування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, є максимальне підвищення виживання дітей, що не інфіковані ВІЛ. Згідно з рекомендаціями населенню у сфері годування дітей грудного та молодшого віку (див. інструкції 3-5) матерям із невстановленим чи негативним ВІЛ-статусом потрібно рекомендувати грудне вигодовування і надавати їм у цьому сприяння. У ВІЛ-інфікованих матерів поєднання терапії антиретровірусними препаратами з грудним вигодовуванням може значно знизити ризик передачі ВІЛ у післяпологовий період. Варто приділяти першочергову увагу прискореному отриманню антиретровірусних препаратів (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – сексуальне і репродуктивне здоров'я на сторінці 393). В умовах НС ризику для дітей, які отримують замісне харчування, значно зростають. Це означає, що грудне вигодовування здатне значно підвищити виживання дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, а також виживання ВІЛ-інфікованих грудних дітей, зокрема й там, де ще недоступні антиретровірусні препарати. Грудним дітям, яким вже призначено замісне харчування, необхідна термінова допомога із забезпечення штучного харчування (див. інструкцію 6).



3. Ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів

Гостра недостатність харчування і дефіцит мікронутрієнтів пов'язані з підвищеним ризиком захворювань і смертності серед постраждалого населення. У зв'язку з цим при високому рівні поширення або ризику недоїдання необхідно забезпечити доступ до послуг, які коригують недостатність харчування і запобігають їй. Ефективність цих послуг виявиться значно меншою, якщо усунення основних причин недостатнього харчування не супроводжуватиметься іншими втручаннями в галузі охорони здоров'я, водопостачання, санітарного забезпечення та сприяння дотриманню гігієни (WASH), продовольчої допомоги та продовольчої безпеки.

Проблема помірно гострої недостатності харчування може бути вирішена різними способами. У надзвичайній ситуації головним методом запобігання та ведення помірно гострої недостатності харчування і важкої гострої недостатності харчування часто є додаткове харчування. Воно може бути надане всім без винятку або бути цільовим залежно від ступеня недостатності харчування, уразливих груп населення та небезпеки зростання недостатності харчування. Показники стандарту 1 ведення гострої недостатності харчування і дефіциту мікронутрієнтів належать здебільшого до цільового додаткового харчування. Хоча немає точно визначених показників впливу забезпечення додатковим харчуванням усіх без винятку, велике значення мають моніторинг охоплення, прийнятність і раціони, що надаються.

Важка гостра недостатність харчування потребує терапевтичного догляду, який можна здійснювати різними способами. Якщо дозволяють умови, кращим способом ведення гострої недостатності харчування є здійснення догляду силами громади. До програм лікування важкої гострої недостатності має входити мобілізація громади (зокрема й ефективна система інформування, активне виявлення випадків захворювання, направлення до фахівців і подальше спостереження), амбулаторне лікування важкої гострої недостатності без ускладнень медичного

характеру та стаціонарне лікування осіб, у яких помічено ускладнення, а також дітей молодшого віку.

У багатьох випадках важко виявити дефіцит мікронутрієнтів. Досить легко розпізнати клінічні ознаки важкої недостатності, однак набагато більш серйозним тягарем для здоров'я і виживання може бути безсимптомна недостатність мікронутрієнтів. Можна припустити, що у місцях, де раніше було зафіксовано і продовжує бути високий рівень поширення дефіциту мікронутрієнтів у населення, проблема посилиться внаслідок НС. Проблема дефіциту мікронутрієнтів потрібно вирішувати шляхом охоплення всього населення відповідними втручаннями, а також через індивідуальне лікування.

Стандарт 1 ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів: помірна гостра недостатність харчування

Вжито заходів для вирішення проблеми помірно гострої недостатності харчування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Із самого початку визначити чітко задані й узгоджені стратегії, цілі й критерії щодо початку і завершення здійснюваних втручань (див. інструкцію 1).
- ▶ Із самого початку максимально збільшити доступ і ступінь охоплення програмами шляхом залучення до участі населення (див. інструкцію 2 і базовий стандарт 1 на сторінці 62).
- ▶ Ті чи інші особи долучаються до програм чи виводяться з них на підставі здійснення оцінювання відповідно до національних та міжнародних норм антропометричних вимірів (див. інструкції 3-4 і додаток 4: вимірювання гострої недостатності харчування і додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення).
- ▶ Якщо можливо, забезпечити взаємодію програм ведення помірної та гострої недостатності харчування з програмами ведення важкої гострої недостатності харчування і з існуючими структурами охорони здоров'я (див. інструкції 5-6).
- ▶ Надавати додаткове харчування у вигляді сухих пайків або відповідної їжі, готової до споживання, за винятком тих випадків, коли існують незаперечні причини для організації харчування на місці (див. інструкцію 8).
- ▶ З'ясовувати причини переривання лікування і неефективності лікування і вживати відповідних заходів (див. інструкції 5-6).



- Д Забезпечити годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF), приділяючи особливу увагу захисту, підтримці та впровадженню практики грудного вигодовування (див. інструкцію 7).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

Ці показники застосовують насамперед до групи дітей у віці 6-59 місяців, хоча у програму, яка реалізується, можуть входити й інші вікові групи.

- Д Понад 90% цільової групи населення перебуває на відстані, що не перевищує один день ходьби пішки в обох напрямках (включно з часом на лікування) від центру, який реалізує програми розподілу сухих пайків додаткового харчування, і не більше однієї години ходьби до пункту, який працює за програмами додаткового харчування на місці (див. інструкцію 2).
- Д Ступінь охоплення населення у сільській місцевості становить >50%, у міській місцевості >70%, а в таборах тимчасового розміщення >90% (див. інструкцію 2).
- Д Частка осіб, які вибули з цільових програм додаткового харчування через смерть, становить <3%, внаслідок видужання – >75%, а перервали лікування – <15% (див. інструкцію 4).

Інструкції

1. **Організація програми** повинна ґрунтуватися на розумінні складності й динаміки розвитку ситуації в галузі харчування. Надання додаткового харчування може бути цільовим та поголовним. Вибір одного з цих двох підходів повинен залежати від ступеня гострої недостатності харчування і кількості людей, що обслуговуються за певний період, небезпеки зростання недостатності харчування, можливості здійснювати скринінг та моніторинг населення, яке обслуговується, з використанням норм антропометричних вимірів, а також від наявності ресурсів і доступу до населення, що постраждало від лиха. Цільове додаткове харчування зазвичай потребує більше часу і зусиль для здійснення скринінгу та моніторингу людей із гострою недостатністю харчування, але меншої кількості продуктів, тоді як для надання додаткового харчування всьому населенню поголовно не потрібна така висока кваліфікація персоналу, але зате необхідна більша кількість продовольства. Ефективна мобілізація громади забезпечить поінформованість населення та ефективність здійснюваної програми. Важливо забезпечити взаємодію програми зі здійсненням терапевтичного догляду, структурами системи охорони здоров'я, мережами надання допомоги хворим на ВІЛ/СНІД і туберкульоз, а також із програмами продовольчої безпеки, куди входять продовольча допомога і допомога у вигляді готівкових грошей або ваучерів. Постраждале населення потрібно залучати до участі у прийнятті рішення щодо місця розташування пунктів харчування. Варто також

забезпечити доступ до пунктів харчування вразливим групам населення, у яких можуть виникнути труднощі з доступом до пункту харчування. З самого початку необхідно подбати про розробку стратегії завершення програми або про плани продовження надання допомоги в довгостроковій перспективі.

2. **Охоплення населення** – це відношення числа тих, хто потребує лікування, до числа тих, хто його насправді отримує. На рівень охоплення можуть впливати такі чинники, як прийнятність програми для населення, забезпечення безпеки, розташування пунктів харчування і доступ до них, частота видачі продуктів харчування, час очікування, якість обслуговування, ступінь мобілізації населення, частота відвідувань удома та рівень скринінгу, а також узгодження критеріїв допуску до програми. Пункти харчування повинні бути розміщені недалеко від цільових груп населення, щоб знизити ризики і витрати, пов'язані з необхідністю пересування на великі відстані з маленькими дітьми, і ризик, пов'язаний із переміщенням населення до них. Методи вимірювання ступеня охоплення населення різні за критерієм надійності та різновиду одержуваних даних. Використовуваний метод має бути зафіксований у звіті. При вирішенні питання про те, який метод найбільш прийнятний для тієї чи іншої ситуації, необхідно звертатися до чинних посібників. Оцінювання ступеня охоплення населення варто розглядати як інструмент управління, а не здійснювати в кінці фази надання надзвичайної допомоги.
3. **Критерії допуску до програми:** Крім осіб, що визначені як такі, що страждають на гостру недостатність харчування згідно з антропометричними вимірами, інші категорії людей також можуть розраховувати на отримання додаткового харчування, такі як: люди, живуть з ВІЛ, або хворі на туберкульоз, ті, що вибули з програми (щоб уникнути рецидиву), особи, які мають інші хронічні захворювання, а також люди з обмеженими можливостями. Щоб долучити ці категорії населення до програми, необхідно належним чином скоригувати системи моніторингу та звітності.
4. **Критерії вибуття з програми** повинні відповідати національним нормативам, а за відсутності національних – міжнародним. Їх потрібно вказувати у звіті про показники ефективності програми (див. інструкцію 5).
5. **Показники ефективності програми** стосуються осіб, які вибули з програми після закінчення лікування. Загальне число вибулих із програми складається з тих, хто вилікувався, помер, перервав лікування або не вилікувався. Особи, які були направлені в установи, де їм було надано додаткові послуги (наприклад, в установи охорони здоров'я) – це особи, що не завершили лікування і що будуть або продовжувати лікування, або повернуться для продовження лікування пізніше. Особи, переведені в інші центри, – це особи, що не завер-



шили лікування, отже їх дані не повинні входити в показники ефективності програми. Показники, що стосуються ефективності програми, такі:

Частка осіб, що вибули з програми як виліковані =

$$\frac{\text{кількість вилікованих}}{\text{загальна кількість вибулих}} \times 100\%$$

Частка осіб, що вибули з програми як померлі =

$$\frac{\text{кількість померлих}}{\text{загальна кількість вибулих}} \times 100\%$$

Частка осіб, що вибули з програми як такі, що перервали лікування =

$$\frac{\text{кількість осіб, що перервали лікування}}{\text{загальна кількість вибулих}} \times 100\%$$

Частка осіб, що вибули з програми як не виліковані =

$$\frac{\text{кількість невилікованих}}{\text{загальна кількість вибулих}} \times 100\%$$

Особи, долучені до програми після завершення ними курсу терапевтичного догляду, повинні бути представлені у звіті як окрема категорія, щоб уникнути штучного «поліпшення» показника виліковування. Не варто усувати зі звіту про ефективність програми дітей із гострою недостатністю харчування, пов'язаною з інвалідністю, розщепленням піднебіння або проблемами хірургічного характеру тощо. Основною групою при складанні звіту є діти віком від 6 до 59 місяців. На додаток до показників, перерахованих вище, при аналізі ефективності програми потрібно систематично здійснювати моніторинг участі населення, прийнятності програми для населення (доволі надійним показником цього є рівень переривання лікування і ступінь охоплення), кількості та якості наданих продуктів харчування, охоплення населення, причин переведення в інші програми (особливо дітей, стан харчування яких погіршується до важкої гострої недостатності харчування) і числа осіб, яких долучають до програми і які проходять лікування. Потрібно також враховувати зовнішні фактори, такі як тип захворювання, рівні недостатності харчування населення, ступінь продовольчої незабезпеченості домогосподарств і населення, доступ населення до додаткових програм допомоги (зокрема й загальний розподіл продовольства серед населення або рівнозначні програми) і здатність чинних систем надавати послуги. Необхідно регулярно досліджувати причини переривання лікування і відсутності належної відповіді на лікування.

6. **Питання охорони здоров'я:** Цільові програми додаткового харчування можуть передбачати скринінг та направлення хворих до лікарів-спеціалістів. Ці програми повинні враховувати можливості існуючих служб охорони здоров'я та забезпечити належне надання антигельмінтних засобів, добавок, що містять вітамін А, добавок заліза і фолієвої кислоти одночасно зі скринінгом та лікуванням малярії, добавок цинку для лікування діареї, а також проведення імунізації (див. стандарт 2 боротьби з інфекційними захворюваннями на сторінці 376 і стандарти 1-2 охорони здоров'я дітей на сторінках 384-386). У районах значної поширеності ВІЛ-інфекції необхідний доступ до тестування на ВІЛ та профілактичного лікування, а особливу увагу потрібно звертати на якість і кількість продуктів, що входять до раціону додаткового харчування.
7. **Матері, що годують грудьми:** Діти з гострою недостатністю харчування у віці до 6 місяців повинні бути долучені до програми додаткового харчування незалежно від стану харчування матерів. Матері з помірною гострою недостатністю харчування можуть успішно годувати грудьми, і їм необхідно надавати відповідну допомогу для забезпечення задовільного стану їхнього харчування. Матері повинні отримувати продукти додаткового харчування, кваліфіковану допомогу, яка стосується практики виключно грудного вигодовування, і консультування з питань безпечного, поживного й ефективного підгодовування. Грудних дітей віком до 6 місяців із гострою недостатністю харчування потрібно спрямовувати відповідним чином до програми надання кваліфікованої допомоги у сфері грудного вигодовування та, за необхідності, направляти на стаціонарне лікування.
8. **Раціони:** Видавання сухих пайків або готового до споживання харчування раз на тиждень чи раз на два тижні більш рекомендоване, ніж організація харчування на місці, однак при визначенні розміру і складу пайка варто враховувати забезпеченість домогосподарства продовольством та імовірність того, що ним будуть ділитися. Потрібно надати чіткі інструкції, які стосуються приготування та зберігання продуктів додаткового харчування в гігієнічних умовах і того, як і коли їх треба вживати (див. стандарт 6 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкція 1 на сторінці 237), а також інформувати про важливість продовження грудного вигодовування дітей віком до 24 місяців. Програму, можливо, доведеться відповідним чином пристосовувати для задоволення особливих потреб осіб, які належать до категорії вразливих, таких як особи з обмеженою рухливістю.



Стандарт 2 ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів: важка гостра недостатність харчування

Вживаються заходи для вирішення проблеми загостреної недостатності харчування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Із самого початку визначити чітко задані й узгоджені критерії, які стосуються організації послуг або зміцнення вже існуючих служб, а також поступового згортання або завершення здійснюваних програм (див. інструкцію 1).
- Д До ведення важкої гострої недостатності харчування мають бути введені такі компоненти, як стаціонарне лікування, амбулаторне лікування, перенаправлення хворих до фахівців і мобілізація громади (див. інструкцію 2).
- Д Із самого початку максимально збільшити доступ і ступінь охоплення програмами шляхом залучення до участі населення (див. інструкцію 1-3 і базовий стандарт 1 на сторінці 62).
- Д Забезпечити надання продовольчої і медичної допомоги відповідно до національних та міжнародних загальноприйнятих керівних принципів ведення важкої гострої недостатності харчування (див. інструкції 4-8).
- Д Забезпечити, щоб критерії вибуття з програми передбачали як антропометричні, так і неантропометричні показники (див. інструкцію 6).
- Д З'ясовувати причини переривання лікування та неефективності лікування або збільшення смертності та вживати відповідних заходів (див. інструкції 6-7).
- Д Забезпечити годування дітей грудного та молодшого віку (IYCF), приділяючи особливу увагу захисту, підтримці та впровадженню практики грудного вигодовування (див. інструкції 9-10).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

Ці показники належать насамперед до групи дітей у віці 6-59 місяців, хоча реалізовувана програма, може передбачати й інші вікові групи.

- Д Понад 90% цільової групи населення перебувають у межах менше одного дня ходьби пішки – в обох напрямках (включно з часом на лікування) – від центру, який працює за програмою.
- Д Ступінь охоплення населення у сільській місцевості становить >50%, у містах >70%, а в таборах тимчасового розміщення >90% (див. інструкцію 3).

- Д Частка осіб, які вибули з програм терапевтичного догляду через смерть, становить <3%, в результаті лікування >75%, а тих, що перервали лікування, <15% (див. інструкцію 6).

Інструкції

1. **Організація програми:** Програми повинні бути організовані таким чином, щоб зміцнювати і підтримувати потенціал існуючої системи охорони здоров'я, коли це можливо. Обсяг додаткової допомоги, необхідної для забезпечення ефективного ведення важкої гострої недостатності харчування, потрібно визначати, виходячи з можливостей, які мають установи охорони здоров'я та які доступні на рівні громад, чисельності постраждалого населення та географічної зони їхнього розселення, а також ситуації з забезпечення безпеки. З самого початку програми повинні передбачати стратегії завершення роботи або плани продовження надання допомоги в довгостроковій перспективі після закінчення надзвичайної ситуації. Критерії щодо завершення або трансформації програм повинні враховувати наявні потенціал і сприятливі можливості для інтеграції в існуючі системи.
2. **Компоненти програми:** Програми ведення важкої гострої недостатності харчування повинні передбачати стаціонарне лікування осіб з ускладненнями медичного характеру і грудних дітей віком до 6 місяців з гострою недостатністю харчування, а також децентралізоване амбулаторне лікування дітей, які не мають ускладнень медичного характеру. Стаціонарне лікування може здійснюватися безпосередньо на місці або шляхом направлення до лікарів-спеціалістів. Варто також забезпечити взаємодію програм з іншими службами, що займаються питаннями, які стосуються безпосередніх і основних причин недостатнього харчування, такими як забезпечення додаткового харчування, мережі надання допомоги хворим на ВІЛ/СНІД і туберкульоз, служби первинної медико-санітарної допомоги, а також із програмами продовольчої безпеки, куди входять продовольча допомога та допомога у вигляді готівки або ваучерів. Ефективна мобілізація громади допоможе забезпечити прийнятність програми для населення, доступність і його охоплення. Пункти амбулаторного лікування потрібно розташовувати недалеко від цільових груп населення, щоб знизити ризики і витрати, пов'язані з необхідністю пересування на великій відстані з маленькими дітьми, а також ризик, пов'язаний із пересуванням населення до них.
3. **Охоплення:** Як і у випадку помірної гострої недостатності харчування, на рівень охоплення можуть впливати такі чинники, як прийнятність програми для населення, забезпечення безпеки, розташування пунктів харчування і доступ до них, частота видачі продуктів харчування, час очікування, якість обслуговування, ступінь мобілізації населення, частота відвідувань вдома і рівень скринінгу, а також узгодження критеріїв допуску до програми.



Методи вимірювання ступеня охоплення населення різні за надійністю та різновидом одержуваних даних. У звіті має бути зазначено, який метод було використано. При вирішенні питання про те, який метод найбільш прийнятний для тієї чи іншої ситуації, необхідно керуватися чинними посібниками (див. стандарт 1 ведення гострої недостатності харчування, інструкцію 2 на сторінці 195).

4. **Керівні принципи:** Необхідно виконувати чинні національні інструкції (там, де вони є). У разі відсутності національних керівництв або у випадку, коли національні керівні принципи не відповідають міжнародним стандартам, необхідно дотримуватися міжнародних керівних принципів. Прийняті в міжнародній практиці керівництва наведено у списку літератури та додаткових матеріалів.
5. **Критерії допуску до програми** повинні відповідати чинним національним і міжнародним посібникам (див. додаток 4: вимірювання гострої недостатності харчування, а також список літератури та додаткових матеріалів). Критерії допуску до програми щодо грудних дітей у віці до 6 місяців і груп, антропометричний статус яких складно визначити, повинні враховувати клінічний стан і статус, який стосується грудного вигодовування. Особи з підозрою на ВІЛ або з ВІЛ-позитивним статусом, встановленим за допомогою тестування, а також хворі на туберкульоз чи хронічно хворі особи повинні мати однаковий доступ до програм, якщо ці особи відповідають критеріям допуску. Особи, які живуть із ВІЛ-інфекцією, які не відповідають критеріям допуску до програми, часто потребують підтримки у сфері харчування, але надання такої допомоги в рамках ведення важкої гострої недостатності харчування в надзвичайній ситуації не є оптимальним варіантом вирішення проблеми. Цим особам і їхнім сім'ям варто надавати допомогу через служби догляду вдома, що працюють на базі громад, центри лікування туберкульозу та програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
6. **Критерії вибуття з програми та одужання:** Особи, що вибувають із програми, не повинні мати ніяких ускладнень медичного характеру, у них має бути відновлений апетит, і вони повинні досягти відповідного приросту ваги й зберігати його, не демонструючи ознак аліментарної дистрофії (наприклад, упреждж двох послідовних зважувань). Статус щодо грудного вигодовування є особливо важливим для грудних дітей віком до 6 місяців, а також для дітей віком до 24 місяців. Грудні немовлята, яких не годують грудьми, потребують ретельного подальшого спостереження лікаря. Необхідно дотримуватися критеріїв вибуття з програми, щоб уникнути ризиків, пов'язаних із передчасним вибуттям із програми. Чинні посібники визначають тривалість середнього терміну перебування на лікуванні і мають на меті уникнення занадто тривалих періодів одужання. Середня тривалість лікування в різних країнах різна, залежить від діючих нормативів і повинна бути

скоригована з урахуванням ситуації в країні й застосовуваних інструкцій. Середній приріст ваги треба підраховувати окремо для осіб з аліментарною дистрофією і без неї. ВІЛ-інфекція, СНІД та туберкульоз можуть призвести до того, що в деяких випадках лікування осіб з недостатністю харчування не дасть очікуваних результатів. Необхідно передбачити можливість лікування або догляду впродовж більш тривалого терміну спільно зі службами охорони здоров'я та іншими соціальними службами і чинними в місцевій громаді службами надання допомоги (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – сексуальне і репродуктивне здоров'я на сторінці 393).

7. **Показники ефективності** програми ведення важкої гострої недостатності харчування повинні передбачати результати стаціонарного та амбулаторного лікування без подвійного обліку (тобто не враховувати осіб, яких переводять з одного складника цієї програми в інший). У випадку, коли це неможливо, показники результату лікування потрібно відповідно адаптувати, наприклад, програми повинні мати кращі показники ефективності, якщо застосовується тільки амбулаторне лікування, і повинні бути спрямованими на показники, що встановлені для комбінованого лікування, якщо застосовується тільки стаціонарне лікування. Контингент тих, хто вибув із програми лікування важкої гострої недостатності, складається з тих, кого вилікували, хто помер, перервав лікування або не кого вилікували (див. стандарт 1 ведення гострої недостатності харчування і дефіциту мікронутрієнтів, інструкцію 4 на сторінці 195). Особи, направлені в інші служби (наприклад, в медичні установи), є особами, що не завершили лікування. Якщо програми представляють звіт тільки з амбулаторного лікування, варто подавати звіт про переведення хворих на стаціонарне лікування при здійсненні оцінювання ефективності програми. Такі фактори, як клінічні ускладнення у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, будуть впливати на рівень смертності там, де частина осіб, що вступила у програму, є ВІЛ-позитивними. Незважаючи на те, що показники ефективності програми не були адаптовані до такого типу ситуацій, їх обов'язково треба враховувати при інтерпретації результатів. Крім показників вибуття з програми при проведенні моніторингу ефективності програми, потрібно визначати кількість осіб, які вперше надходять на лікування, число дітей, що перебувають на лікуванні, та міру охоплення населення. Необхідно регулярно досліджувати і реєструвати причини повторної госпіталізації, погіршення клінічного стану, переривання лікування та випадки, коли лікування не дає очікуваного результату. Визначення цих понять потрібно узгодити з чинними нормативами.

8. **Питання охорони здоров'я:** Усі програми ведення важкої гострої недостатності харчування повинні передбачати проведення належного лікування відповідно до національних і міжнародних методичних рекомендацій та організоване перенаправлення до лікарів-спеціалістів для лікування



основних захворювань, таких як туберкульоз і ВІЛ-інфекція. У районах широкого розповсюдження ВІЛ-інфекції стратегії ведення недостатності харчування повинні передбачати одночасно втручання, спрямовані на запобігання передаванню ВІЛ-інфекції, і заходи, що забезпечують виживання матері й дитини. Необхідно також мати ефективну систему направлення до спеціалістів для тестування на туберкульоз і ВІЛ.

9. **Підтримка практики грудного вигодовування:** Серед пацієнтів, що перебувають у найважчому стані, часто є грудні діти, що надходять на стаціонарне лікування. В зв'язку з цим матері потребують кваліфікованої допомоги у сфері грудного вигодовування як частини процесу реабілітації харчування й одужання, особливо це стосується дітей віком до 6 місяців. Для цього необхідно приділяти достатньо часу та надавати відповідні ресурси – доцільно організувати спеціальний пункт (куточок грудного вигодовування), де буде цілеспрямовано надаватися кваліфікована допомога і допомога за принципом «рівний допомагає рівному». Матері, що годують грудьми дітей із важкою недостатністю харчування у віці до 6 місяців, повинні одержувати додаткове харчування, незалежно від стану їхнього харчування, за винятком тих випадків, коли вони відповідають антропометричним критеріям важкої гострої недостатності харчування, в разі чого вони також повинні бути прийняті до програми для проходження лікування.
10. **Соціальна та психологічна підтримка:** Дітям із важкої гострою недостатністю харчування під час періоду реабілітації дуже важливо забезпечити емоційну та фізичну підтримку за допомогою ігрових ситуацій. Особи, які доглядають за цими дітьми, також часто потребують соціальної та психологічної допомоги, щоб доставити своїх дітей в центри проведення лікування. Цих цілей можна досягти за допомогою програм мобілізації, в яких особливу увагу потрібно приділяти аспектам стимулювання і взаємодії, що одночасно відіграють роль лікування та профілактики майбутньої недієздатності та когнітивних порушень (див. принцип забезпечення захисту 4 на сторінці 47). Усім особам, які здійснюють догляд за дітьми з важкою недостатністю харчування, необхідно забезпечити можливість годувати своїх дітей та доглядати за ними під час лікування; це можна зробити шляхом надання їм інформації, яка торкається питань охорони здоров'я і харчування, консультування та навчання на наочних прикладах.

Стандарт 3 ведення гострої недостатності харчування і дефіциту мікронутрієнтів: дефіцит мікронутрієнтів

Втручання в галузі охорони здоров'я населення і харчування супроводжуються заходами з забезпечення мікронутрієнтами для зниження числа поширених захворювань, зумовлених надзвичайними ситуаціями, і компенсації дефіциту мікронутрієнтів.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Навчати персонал служб охорони здоров'я методам діагностики та ведення (лікування) дефіциту мікронутрієнтів (див. інструкції 1-2).
- ▶ Розробити методику ефективного реагування на ті види дефіциту мікронутрієнтів, ризику розвитку яких може зазнавати населення (див. інструкцію 2).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Лікування осіб із дефіцитом мікронутрієнтів здійснюється відповідно до прийнятої тепер належної клінічної практики (див. інструкції 1-2).
- ▶ Втручання в галузі охорони здоров'я супроводжуються заходами з забезпечення мікронутрієнтами для зниження числа таких поширених захворювань, зумовлених надзвичайними ситуаціями, як кір (вітамін А) і діарея (цинк) (див. інструкції 3-4).



Інструкції

1. **Діагностика і лікування дефіциту мікронутрієнтів, що виявляється клінічно:** Діагностика дефіциту деяких мікронутрієнтів, що виявляється клінічно, можлива вже при звичайному обстеженні. Клінічні ознаки такого різновиду дефіциту можуть надалі враховуватися в системах моніторингу стану здоров'я та харчування, хоча для забезпечення точності оцінювання необхідно проводити ретельне навчання персоналу. Точна діагностика надто проблематична, і в умовах НС діагностувати захворювання найчастіше буває можливо тільки на основі отримання клінічного ефекту після призначення різних добавок мікронутрієнтів особам, які звернулися по медичну допомогу. Лікування дефіциту мікронутрієнтів має передбачати активне виявлення випадків захворювання й узгоджені визначення випадків захворювання та посібники з лікування. Виявляти випадки захворювання та лікувати необхідно в рамках системи охорони здоров'я і програм додаткового харчування (див. стандарт 2 оцінки продовольчої безпеки і питания, інструкцію 6 на сторінці 182). Там, де поширеність дефіциту мікронутрієнтів перевищує порогові показники, прийняті в системі громадської охорони здоров'я (див. додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення), може бути необхідне поголовне лікування населення за допомогою добавок. Серед населення, залежного від продовольчої допомоги, найчастіше виникають такі епідемії, пов'язані з дефіцитом мікронутрієнтів, як цинга (вітамін С), пелагра (вітамін РР), бері-бері (тіамін) і арібофлавіноз (вітамін В2). З урахуванням цього проблеми дефіциту мікронутрієнтів потрібно вирішувати шляхом здійснення втручань, які охоплюють все населення, а також проведення лікування на індивідуальному рівні.
2. **Діагностика і лікування безсимптомного дефіциту мікронутрієнтів:** Безсимптомний дефіцит мікронутрієнтів може мати негативні наслідки для здоров'я, проте він не може бути діагностований без здійснення біохімічного дослідження. Винятком є анемія, для діагностування якої існує біохімічний аналіз, який можна легко зробити на місці (див. стандарт 2 оцінювання продовольчої безпеки і харчування, інструкцію 6 на сторінці 182 і додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення). Для оцінювання ризику формування дефіциту мікронутрієнтів у постраждалого населення та визначення того моменту, коли може знадобитися підвищення споживання поживних речовин або застосування добавок, можна скористатися непрямими показниками (див. стандарт 2 оцінювання продовольчої безпеки і харчування, інструкцію 6 на сторінці 182 і додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення).
3. **Профілактика:** Методи профілактики дефіциту мікронутрієнтів наведено в розділі «Безпека харчування – продовольча допомога» (див. стандарт 1 без-

пеки харчування – продовольча допомога на сторінці 207). Профілактика також потребує здійснення контролю за такими захворюваннями, як гострі респіраторні інфекції й кір, а також такі паразитарні інфекції, як малярія і діарея, які виснажують запаси мікронутрієнтів у людському організмі (див. стандарти 1-2 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінках 384-386). Готовність до лікування дефіциту мікронутрієнтів повинна передбачати розробку системи визначення випадків захворювання і посібників із лікування, а також методи активного виявлення випадків захворювання.

4. **Використання мікронутрієнтів при лікуванні поширених захворювань:** Призначення добавок мікронутрієнтів має бути складником профілактики та лікування деяких захворювань. Сюди входить забезпечення добавками, що містять вітамін А, паралельно з вакцинацією від кору, а також приймання цинку разом із пероральною регідrataцією сольовими розчинами в посібнику з лікування діареї (див. стандарти 1-2 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінках 384-386 і стандарт 2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінці 187).



4. Продовольча безпека

Заходи реагування у сфері продовольчої безпеки мають бути спрямовані на задоволення короткострокових потреб, відповідати принципу «не зашкодь» та значною мірою допомагати постраждалому населенню уникнути тих стратегій пристосування, які можуть завдати шкоди, і сприяти відновленню більш довготривалої продовольчої безпеки.

Здійснення ретельного оцінювання дозволить проаналізувати правильність вибору і здійсненість можливих заходів реагування (див. стандарт 1 оцінювання продовольчої безпеки та харчування на сторінці 175). Заходи реагування в галузі забезпечення продовольчої безпеки в цьому розділі об'єднано в такі групи стандартів: загальна продовольча безпека, продовольча допомога, допомога у вигляді готівки і ваучерів та забезпечення засобів до існування.

У випадку, коли населенню потрібні продукти харчування, необхідно визначити відповідний різновид надання допомоги та ретельно сформувати продовольчий кошик щодо допомоги як у натуральній формі, так і у вигляді ваучерів. Забезпечення засобів до існування передбачає виробництво сировини, доходи і трудову зайнятість населення, а також доступ до наявних на ринку товарів і послуг.

Допомогу у вигляді готівки і ваучерів можна використовувати для придбання різних товарів і послуг у сфері продовольчої безпеки, а також в інших секторах. При плануванні втручань у сфері продовольчої безпеки важливе значення має поінформованість щодо можливостей ринку і відповідних способів постачання товарів і послуг.

Стандарти продовольчої безпеки торкаються питань наявності ресурсів, необхідних для задоволення потреб у продуктах харчування як населення в цілому, так і конкретних уразливих осіб, які зазнають підвищеного ризику щодо доступу до харчування. Доки не будуть задоволені ці потреби, всі заходи реагування, спрямовані на лікування недостатності харчування, будуть малоефективними, оскільки особи, вилікувані від недостатності харчування, повернуться в умови недостатності їжі, та стан їхнього харчування може знову погіршитися.

Застосовувані методи визначення цільових груп, способи постачання і розподілу допомоги серед населення повинні знижувати ризик здійснення помилок щодо внесення або усунення тих чи інших осіб із програм допомоги. Треба враховувати небезпеку того, що продовольство, готівкові гроші та інші різновиди допомоги можуть бути неправомірно привласнені воюючими сторонами. Дуже важливо не допускати того, щоб втручання у сфері забезпечення продовольчої безпеки призводили до посилення конфліктів.

Стандарт 1 продовольчої безпеки: загальна продовольча безпека

Люди мають право на отримання гуманітарної продовольчої допомоги, яка забезпечує їхнє виживання і збереження гідності, а також, якщо можливо, забезпечує збереження їхнього майна та коштів і зміцнює здатність до відновлення.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Організувати початкові втручання щодо задоволення невідкладних потреб (див. інструкцію 1).
- Поставити питання про вжиття заходів із надання підтримки, захисту та зміцнення продовольчої безпеки (див. інструкцію 2).
- Планувати майбутні здійснювані втручання, спираючись на ретельний аналіз, виходячи з їх загального корисного результату, пов'язаних із ними ризиків і витрат, а також наявних у населення стратегій пристосування (див. інструкцію 3).
- Розробити стратегії перехідного періоду і завершення для всіх заходів реагування в НС, підвищувати поінформованість про них населення і здійснювати їх відповідним чином (див. інструкцію 4).
- Забезпечити, щоб особи, які отримують допомогу, мали доступ до відповідної підтримки, зокрема й до набуття необхідних знань та одержання послуг, а також забезпечити надання відповідних послуг (див. інструкцію 5).
- При здійсненні всіх втручань забезпечити охорону природного середовища та вживати заходів, які запобігають негативному впливу на нього (див. інструкцію 6).
- Здійснювати моніторинг із метою визначення рівня прийняття та доступності наданої допомоги для різних груп населення й окремих осіб, а також забезпечити охоплення всього постраждалого населення без будь-якої дискримінації (див. інструкцію 7).



- Д Здійснювати оцінювання результатів впливу наданої допомоги на місцеву економіку, соціальні контакти людей, засоби до існування і природне середовище, а також забезпечити, щоб отримані дані були загальнодоступними і надалі їх було враховано при здійсненні всіх інших втручань (див. інструкцію 8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усе постраждале населення, яке потребує продовольчої допомоги, отримує допомогу, яка задовольняє першочергові потреби людей, забезпечує збереження їхнього майна та коштів, надає можливість вибору і сприяє збереженню їхньої гідності.
- Д Домогосподарства не вдаються до стратегій пристосування, що мають негативні наслідки (див. інструкцію 3).
- Д Вибір надання допомоги у вигляді готівки, ваучерів або у вигляді поєднання того й другого відбувається, виходячи з ретельного оцінювання та аналізу (див. стандарт 1 продовольчої безпеки – допомога у вигляді готівки і ваучерів на сторінці 240).

Інструкції

1. **Першочергові заходи, спрямовані на збереження життя:** Найпоширенішою формою надання допомоги на початковому етапі у зв'язку з гострою нестачею продовольства є розподіл серед населення продуктів харчування, готівки або ваучерів. Варто також враховувати інші різновиди допомоги, такі як виділення субсидій на продовольство, тимчасове звільнення від зборів, програми працевлаштування, надання ефективної підтримки забезпечення засобів до існування, реалізація товарних запасів, забезпечення поживою для худоби та підтримка ринків. Якщо функціонують ринки і до них є доступ, а також відсутня серйозна небезпека інфляції, може бути необхідним насамперед відновити нормальні ринкові механізми й оживити ті різновиди економічної діяльності, які забезпечують зайнятість населення (див. розділи, присвячені ринкам і втручанням у галузі забезпечення продовольчої безпеки, у списку літератури та додаткових матеріалів). Такі заходи можуть бути більш доречні, ніж розподіл продовольства серед населення, якщо вони ефективніші для забезпечення засобів до існування, зменшення вразливості в майбутньому і підтримки гідності людей. Гуманітарні організації зобов'язані брати до уваги дії інших учасників із тим, щоб спільні втручання, які надають ресурси та послуги, доповнювали одне одне.
2. **Підтримка, захист і сприяння продовольчій безпеці:** Передбачає здійснення цілого ряду втручань та інформаційно-просвітницьку діяльність.

Втручання, спрямовані на задоволення нагальних потреб і збереження продуктивних засобів, є пріоритетними на початкових стадіях НС, проте вони повинні бути сплановані на довгострокову перспективу і бути інтегровані у втручання, здійснювані іншими секторами. Впродовж короткого періоду часу, ймовірно, буде неможливо забезпечити продовольчу безпеку за рахунок наявних у населення стратегій забезпечення засобів до існування. Проте варто надавати підтримку тим стратегіям, які сприяють забезпеченню продовольчої безпеки та збереженню гідності. Втручання в галузі забезпечення продовольчої безпеки повинні запобігати дедалі більшій втраті населенням коштів та наявного майна, і мати на меті відновлення майна та коштів, втрачених внаслідок НС, а також підвищення здатності населення до відновлення у разі виникнення надзвичайних ситуацій у майбутньому.

3. **Ризики, пов'язані зі стратегіями пристосування:** Потрібно надавати підтримку стратегіям пристосування, які забезпечують продовольчу безпеку і збереження людської гідності. Однак стратегії пристосування можуть призводити до зростання витрат і виникнення ризиків, які підвищують уразливість (див. стандарт 1 оцінювання продовольчої безпеки та харчування на сторінці 175). Треба якомога швидше виявляти ці ризики і негайно здійснювати втручання, спрямовані на те, щоб допомогти населенню утримуватися від застосування таких стратегій пристосування. Наприклад, надання населенню дров та/або пічок з економним витрачанням палива може допомогти уникнути надмірного використання природних ресурсів та необхідності відвідувати небезпечні райони; грошова безоплатна допомога може допомогти уникнути вимушеного продажу майна і землі за низькими цінами (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).
4. **Стратегії, що стосуються завершення програми допомоги і перехідного періоду** варто планувати вже на початковому етапі, особливо в тих випадках, коли втручання можуть мати довгострокові наслідки: наприклад, безплатне надання таких послуг, за які зазвичай необхідно платити (наприклад ветеринарна допомога), може утруднити повернення до практики надання платних послуг. Перед завершенням програми або переходом до нової фази необхідно отримати підтвердження того, що існуючий стан покращився, або того, що відповідальність за здійснення втручання можуть взяти на себе інші, краще підготовлені учасники надання допомоги. Що стосується надання допомоги у вигляді продуктів харчування, готівки та/або ваучерів, це може означати взаємодію з чинними системами соціального забезпечення або системами довготривалого соціального захисту, або співпрацю з урядами та донорськими організаціями з метою створення систем, які займаються вирішенням проблеми хронічної незабезпеченості продовольством.



5. **Доступ до знань, навичок і послуг:** Необхідно створити організаційні структури і спланувати їхню роботу спільно з користувачами так, щоб вони відповідали встановленим вимогам і функціонували належним чином, по можливості і після завершення втручання. У деяких представників населення можуть існувати особливі потреби, наприклад, діти, що стали сиротами внаслідок смерті хворих на СНІД батьків, можуть бути позбавлені можливості отримати інформацію і засвоїти навички, яких набувають у сім'ї, тому це можна їм забезпечити шляхом надання відповідних послуг.
6. **Вплив на навколишнє середовище:** Необхідно зберігати природні ресурси, які є базою для виробництва і забезпечення засобів до існування постраждалого населення (і населення, яке приймає у себе постраждалих). Вплив на навколишнє середовище необхідно враховувати вже на стадії оцінювання і планування будь-якого втручання з надання допомоги. Наприклад, людям, які живуть у таборах, потрібно паливо для приготування їжі, що може призвести до вирубування місцевих лісів. Розподіл продуктів харчування, приготування яких потребує багато часу і, отже, більше палива, також може мати негативні наслідки для навколишнього середовища (див. стандарт 2 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 219). Здійснювані втручання можуть також сприяти відновленню навколишнього середовища, яке зазнало шкоди. Наприклад, програми з реалізації наявних запасів знижують занадто активну експлуатацію пасовищ під час засухи, в результаті чого домашня худоба, яка вижила, отримує більше поживи. Там, де це можливо, втручання повинні розширювати можливості населення раціонально використовувати природні ресурси. Варто оцінювати і знижувати небезпеку того, що при здійсненні певного втручання виникне напруження у зв'язку з користуванням природними ресурсами, що може призвести до конфліктів (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).
7. **Охоплення, доступ, прийнятність:** Перед тим як визначати рівень участі різних груп населення (приділяючи особливу увагу вразливим групам), необхідно визначити одержувачів допомоги та їхні характеристики, а також їхню чисельність із поділом на вік і стать. Участь певною мірою можна визначити легкістю доступу і прийнятністю здійснюваних заходів для учасників. Навіть якщо деякі втручання в галузі забезпечення продовольчої безпеки спрямовані на економічно активну частину населення, вони повинні мати недискримінаційний характер і бути доступними вразливим особам, а також захищати утриманців, зокрема й дітей. Участь населення можуть перешкоджати різні обставини, серед яких обмежена працездатність, великий обсяг робіт, виконуваних у домогосподарстві, вагітність, годування і догляд за дітьми, а також хвороби та інвалідність. Щоб подолати ці обмеження, необхідно вибирати заходи, які були б по силах цим групам населення, або створити відповідні структури з надання підтримки. Необхідно також створити механізми визна-

чення цільових груп на основі самостійного вибору, провівши попередньо широкі консультації з усіма групами населення (див. принцип забезпечення захисту 2 на сторінці 41).

8. **Моніторинг і оцінювання результатів:** Необхідно здійснити моніторинг загальної ситуації з продовольчою безпекою з тим, щоб оцінити доречність продовження того чи іншого втручання, визначити час закінчення конкретних заходів, внести зміни або ввести в дію нові проекти і виявити потребу в проведенні інформаційно-просвітницьких заходів. Оцінка результатів повинна ґрунтуватися на встановлених Комітетом зі сприяння розвитку критеріях, що викладені в документах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), які визначають таке: доречність, взаємопов'язаність, послідовність, охоплення, ефективність, результативність і вплив.

4.1. Продовольча безпека – продовольча допомога

Мета надання продовольчої допомоги – забезпечити безпечний доступ населення до продуктів харчування належної якості та у належній кількості і надати засоби для їх приготування і споживання безпечним способом.

Загальний (безоплатний) розподіл продуктів харчування здійснюється у випадках, коли це необхідно за результатами проведеного оцінювання. Він спрямований на тих, хто найбільшою мірою потребує продуктів харчування, і припиняється, коли одержувачі допомоги знову знаходять можливість виробляти продукти харчування або отримати до них доступ іншими способами. Може бути необхідним переведення одержувачів на інші різновиди надання допомоги, такі як надання допомоги на певних умовах або програми забезпечення засобів до існування. Особи, що входять до групи ризику (наприклад, діти віком від 6 до 59 місяців, а також вагітні жінки та жінки, що годують грудьми), можуть потребувати додаткового харчування понад встановлені пайки. Додаткове харчування може бути надане всім без винятку або бути цільовим, що залежить від конкретної ситуації (див. стандарт 1 ведення гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів на сторінці 193).

Якщо можливо, загальний розподіл продуктів харчування та додаткового харчування здійснюється у формі видавання пайків на руки. Пункти харчування на місці організовують тільки в тих випадках, коли люди не мають змоги самостійно готувати їжу (відразу після НС або під час переміщення населення), коли одержувачі пайків, які видають на руки, можуть зазнавати ризику у зв'язку із загальною небезпечною ситуацією, а також коли необхідно організувати



екстрене харчування дітей у школах (хоча пайки, які видають на руки, можна розподіляти через школи).

Управління ланцюгом постачання (SCM) має характеризуватися високою надійністю та підзвітністю – від цього може залежати життя людей, і продовольча допомога часто є основним різновидом допомоги, яку надають у рамках гуманітарних втручань із реагування на НС. Системи постачання і розподілу повинні контролюватися на всіх стадіях, зокрема й на рівні громади; велике значення має забезпечення транспарентності через ефективну систему інформування населення. Необхідно регулярно здійснювати оцінювання ефективності програм та надавати отримані дані для обговорення з усіма зацікавленими сторонами, зокроєма й постраждалому населенню та місцевим організаціям і відомствам.

Стандарт 1 продовольча безпека – продовольча допомога: основні харчові потреби

Забезпечити задоволення потреб щодо харчування постраждалого населення включно з найбільш уразливими групами.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Орієнтуватися на рівень доступності харчування у достатній кількості, якщо ситуація нестабільна або існує реальна небезпека того, що вона погіршиться (див. інструкції 1, 4-5).
- Д Організувати продовольчу допомогу на основі початково запланованих стандартних потреб у калоріях, білках, жирах і мікронутрієнтах згідно з місцевими умовами (див. ключові показники, інструкцію 2 та додаток 6: харчові потреби).
- Д Забезпечити доступ населення до відповідних поживних харчових продуктів і захист, сприяння і підтримку надання допомоги у сфері харчування (див. інструкції 3-8).
- Д Забезпечити доступ дітей віком від 6 до 24 місяців до поживного, висококалорійного прикорму, а також доступ вагітних жінок і жінок, що годують грудьми, до отримання додаткової допомоги у сфері харчування (див. інструкцію 2).
- Д Забезпечити доступ родин із хронічно хворими особами, зокрема людьми, які живуть з ВІЛ, а також родин, у яких є інваліди або особи, вразливі в якому-небудь іншому аспекті, до відповідних поживних харчових продуктів і отримання належної допомоги у сфері харчування (див. інструкції 6-8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Наявний належний доступ до певного асортименту продуктів харчування, куди входять основні харчові продукти (зернові або бульбові), бобові (або продукти, що містять тваринний білок) та джерела жирів, які в сукупності забезпечують харчові потреби (див. інструкції 2-3, 5).
- Д Є належний доступ до йодованої солі для більшості (>90%) домогосподарств (див. інструкції 2-4 та додаток 6: харчові потреби).
- Д Є належний доступ до додаткових джерел ніацину (наприклад, бобові, горіхи, сушена риба), якщо основними продуктами харчування є кукурудза або сорго (див. інструкції 2-3 та додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення, а також додаток 6: харчові потреби).



- Д Є належний доступ до додаткових джерел тіаміну (наприклад, бобові, горіхи, яйця), якщо основним продуктом харчування є полірований рис (див. інструкції 2-3).
- Д Є належний доступ до адекватних джерел рибофлавіну, якщо раціон харчування населення дуже обмежений (див. інструкції 2-3).
- Д Не виявлено випадків цинги, пелагри, бері-бері або недостатності рибофлавіну (див. інструкцію 5 та додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення).
- Д Рівень поширення дефіциту вітаміну А, залізодефіцитної анемії і розладів, зумовлених дефіцитом йоду, не становить серйозної небезпеки для громадської охорони здоров'я (див. інструкцію 5 і додаток 5: показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення).

Інструкції

1. **Визначення ступеня доступності продуктів харчування:** Ступінь доступності продуктів харчування можна виміряти за допомогою використання таких інструментів аналізу, як шкала коефіцієнтів споживання продуктів харчування або методика оцінювання різноманітності раціону харчування. Для того щоб визначити ступінь стабільності ситуації і те, наскільки необхідні втручання в галузі забезпечення населення продовольством, може знадобитися застосування методів, які враховують різні змінні величини, зокрема продовольчу безпеку, доступ до ринків, засоби до існування, а також стан здоров'я і харчування (див. стандарт 1 оцінки продовольчої безпеки та харчування на сторінці 175).
2. **Харчові потреби та планування раціону:** Наведені нижче показники мінімальних харчових потреб населення повинні використовуватися при плануванні загальних раціонів харчування, з коригуванням цифр для кожної групи населення, як зазначено в додатку 6: харчові потреби:
 - 2100 кілокалорій на людину в день;
 - 10% – білкова складова загальної енергетичної цінності;
 - 17% – жирова складова загальної енергетичної цінності;
 - достатнє споживання мікронутрієнтів.

Загальні харчові раціони можуть бути сформовані з використанням методик планування раціону харчування (наприклад NutVal). У випадках, коли населення взагалі не має доступу до продуктів харчування, продуктові пайки повинні забезпечити всі харчові потреби. Потрібно встановити узгоджені розрахункові показники для середньої кількості харчових продуктів, які доступні постраждалому населенню (див. стандарт 1 оцінювання про-

довольчої безпеки та харчування на сторінці 175). Тоді необхідно буде планувати продуктовий пайок так, щоб покрити різницю між харчовими потребами населення і продуктами харчування, якими населення здатне забезпечити себе самостійно. Так, якщо нормативна потреба становить 2100 кілокалорій на людину в день, і результати здійсненого оцінювання показують, що особи, які входять в цільову групу населення, можуть отримувати в середньому 500 кілокалорій на людину в день, використовуючи наявні у них ресурси і можливості, то продуктовий пайок повинен бути розрахований так, щоб надати $2100 - 500 = 1600$ кілокалорій на людину в день. Крім енергетичної цінності (калорійності) харчування при плануванні раціону, варто також враховувати потреби в білках, жирах, вітамінах і мінеральних речовинах.

Якщо продуктовий пайок формується так, щоб повністю забезпечити необхідну калорійність раціону харчування, то він повинен містити достатню кількість усіх поживних речовин. Якщо ж пайок призначений для того, щоб забезпечити тільки частину необхідної енергетичної цінності раціону харчування, то він може формуватися одним із двох способів. Якщо вміст поживних речовин у харчових продуктах, доступних населенню, невідомий, то продуктовий пайок має бути сформований так, щоб забезпечити збалансовану концентрацію поживних речовин, пропорційну необхідній енергетичній цінності раціону. Якщо вміст поживних речовин у харчових продуктах, доступних населенню, відомий, то продуктовий пайок може бути сформований так, щоб доповнити ці харчові продукти за рахунок додавання відсутніх поживних речовин. Середні заплановані кількісні показники для загальних продуктових пайків враховують додаткові потреби вагітних жінок і жінок, що годують грудьми. До загального продуктового пайка варто в достатній кількості додавати прийнятні продукти харчування для дітей молодшого віку, такі як вітамінізовані суміші для дитячого харчування (див. стандарт 2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінці 177). Треба забезпечити дотримання принципу справедливості: групи і підгрупи населення, які постраждали однаковою мірою, повинні отримувати рівноцінні продуктові пайки. Особи, які займаються плануванням раціону, повинні усвідомлювати той факт, що різниця в нормах харчового раціону сусідніх громад може створити напружену ситуацію. Споживання мікронутрієнтів у надмірно великій кількості може заподіяти шкоду, і при плануванні раціону це варто брати до уваги, особливо якщо до складу пайка входять кілька різних продуктів харчування з високим вмістом поживних речовин.

3. **Профілактика гострої недостатності харчування та дефіциту мікронутрієнтів:** Коли забезпечені ключові показники по продуктах харчування, необхідно запобігти погіршенню стану харчування населення в цілому за



умови, що здійснюються відповідні заходи у сфері загальної охорони здоров'я щодо профілактики таких захворювань, як кір, малярія та паразитарні інфекції (стандарти 1-2 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінках 373-376). Забезпечення належного вмісту поживних речовин у пайках продовольчої допомоги може стати доволі складним завданням у ситуаціях, коли різноманітність харчових продуктів обмежена. Способи підвищення поживної цінності продуктового пайка передбачають таке: збагачення добавками основних продуктів харчування, уведення в раціон насичених поживними речовинами харчових сумішей, додавання до раціону закуплених на місці продуктів, що містять поживні речовини, яких бракує постраждалому населенню, і/або використання таких харчових добавок, як готове харчування на основі ліпідів із високою концентрацією поживних речовин і таблетки або порошок, які містять кілька мікронутрієнтів. Ці харчові продукти можна цілеспрямовано надавати таким уразливим групам населення, як діти у віці 6-24 або 6-59 місяців і вагітні жінки та жінки, що годують грудьми. У виняткових випадках, коли є місцеві продукти харчування, багаті поживними речовинами, можна розглянути питання про збільшення кількості продовольства в загальному раціоні, щоб мати більш широкий вибір для заміни продуктів харчування, проте варто враховувати співвідношення витрат і ефективності та вплив на ринки. Інші можливі варіанти профілактики дефіциту мікронутрієнтів передбачають реалізацію заходів у сфері продовольчої безпеки, які забезпечують доступ до поживних харчових продуктів (див. стандарт 1 оцінки продовольчої безпеки та харчування на сторінці 175; стандарти 1-2 продовольчої безпеки – засоби до існування на сторінках 246-251). Треба також враховувати можливі втрати мікронутрієнтів під час перевезення, зберігання, переробки і приготування їжі, а також біодоступність різних хімічних форм вітамінів і мінеральних речовин.

4. **Моніторинг споживання продуктових пайків:** Ключові показники стосуються доступу до харчування, але не визначають у кількісній формі вживання продуктів харчування або біодоступність поживних речовин. Безпосереднє вимірювання кількості споживаних поживних речовин є завданням, яке важко здійснити в рамках збору інформації. Проте за допомогою інформації, зібраної різними методами з різних джерел, цілком можливо виміряти показники вживання продуктів харчування. Такими методами збору інформації можуть бути: моніторинг наявності продовольства і його використання в домашніх господарствах; аналіз цін та наявності продуктів харчування на місцевих ринках; аналіз планів та звітності з розподілу продовольства; оцінка використання продуктів харчування з диких рослин і тварин; оцінка продовольчої безпеки. Розподіл продуктів харчування всередині домогосподарства не завжди може бути справедливим, при цьому особливо сильно страждають уразливі групи, проте виміряти цей

фактор не завжди можливо. Такі заходи, як належна система розподілу (див. стандарт 5 продовольчої допомоги на сторінці 229), вибір продуктів харчування для продовольчої допомоги та консультації з постраждалим населенням, можуть поліпшити ситуацію з розподілом продовольства всередині домогосподарств (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62).

5. **Літні люди** особливо вразливі щодо надзвичайних ситуацій. До факторів ризику харчування, які зменшують доступність продуктів харчування і збільшують харчові потреби, належать захворювання, інвалідність, психологічний стрес, ізоляція, великі сім'ї, холод і бідність. Необхідно забезпечити неутруднений доступ до джерел продовольства (зокрема й продовольчу допомогу). Продукти не повинні бути складними з точки зору їх приготування і споживання й відповідати підвищеним вимогам до змісту білка і мікронутрієнтів для літніх людей.
6. **Люди, які живуть із ВІЛ**, можуть виявитися найбільш уразливими з погляду недостатності харчування в силу декількох факторів, серед яких мала кількість споживаної їжі в результаті втрати апетиту або труднощів при прийнятті їжі; погане засвоєння поживних речовин через діарею; наявність паразитів або захворювань кишечника; порушення обміну речовин; хронічні інфекції і захворювання. Енергетичні потреби людей, що живуть із ВІЛ, ростуть залежно від стадії інфекції. Вони повинні бути забезпечені хорошим харчуванням і бути якомога більш здоровими для того, щоб опиратися розвитку СНІДу. Покращений доступ людей, які живуть із ВІЛ, до адекватного харчування можливий при подрібненні й збагаченні харчових продуктів, наданні насичених поживними речовинами харчових сумішей або спеціальних добавок, а в деяких випадках при збільшенні раціонів харчування. Варто враховувати надання їм засобів антиретровірусної терапії (АРТ) і допоміжну роль, яку може виконувати харчування щодо переносності лікування та дотримання режиму запропонованого лікування.
7. **Люди з обмеженими можливостями** можуть потрапити в особливо вразливе становище в надзвичайній ситуації через розлуку з найбільш близькими членами родини і з тими, хто зазвичай здійснює догляд за ними. Вони можуть також зазнавати дискримінації, що обмежує доступ до продуктів. Необхідно зусилля для того, щоб визначити і зменшити такі ризики, забезпечивши фізичний доступ до продуктів, розробити заходи з надання допомоги з годування, наприклад, надавши ложки і соломинки для пиття, або розробивши систему відвідування інвалідів вдома або програму підтримки, а також доступ до висококалорійних продуктів, багатих поживними речовинами. Особливі ризики щодо харчування – це труднощі, які виникають при пережовуванні й ковтанні їжі (що призводить до зменшення прийому їжі й асфіксії в результаті закупорювання гортані або трахеї), неправильне положення під час годування; знижена рухливість, яка погіршує



доступ до продуктів і до сонячного світла (що впливає на статус щодо вітаміну D); запори, можливі, наприклад, у осіб з церебральним паралічем.

8. *Особи, що доглядають за кимось, і ті, за ким вони доглядають*, можуть стикатися з особливими перешкодами щодо доступу до харчування: наприклад, у них може бути менше часу для доступу до продуктів, оскільки вони або доглядають за хворими, або самі є хворими; вони можуть відчувати значно більшу потребу в дотриманні гігієнічних правил, що може бути поставлено під загрозу; у них може бути менше коштів, які вони могли б запропонувати в обмін на продукти, через високі витрати на лікування чи похорон; або вони можуть зазнавати соціального ostracizmu і мати обмежений доступ до допомоги, яку надають у громаді. Дуже важливо надавати підтримку особам, які здійснюють догляд за людьми в групах ризику; в ці заходи підтримки входять годування, гігієна, охорона здоров'я, психологічна підтримка і захист. Можливе використання існуючих соціальних механізмів для навчання відібраних осіб із місцевого населення з тим, щоб вони взяли на себе відповідальність за вирішення цих питань (див. принцип забезпечення захисту 4 на сторінці 47).

Стандарт 2 продовольчої безпеки – продовольча допомога: доречність і прийнятність

Надані продукти харчування є доречними і прийнятними для одержувачів допомоги і можуть раціонально й ефективно використовуватися на рівні домогосподарств.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Під час оцінювання та планування програми проводити з постраждалим населенням консультації щодо прийнятності, популярності та доречності продуктів, пропонуєваних у якості допомоги, і забезпечити, щоб результати консультацій враховувалися при виборі різновидів продуктів для програми продовольчої допомоги (див. інструкцію 1).
- ▶ При відборі видів продуктів для розподілу в ході продовольчої допомоги здійснити оцінювання наявних у населення можливостей зі зберігання продуктів харчування, з доступу населення до палива для приготування їжі і до води, тривалості і частоти приготування їжі, а також тривалості замочування продуктів у воді (див. інструкцію 2).
- ▶ У випадку, якщо продукти харчування, що розподіляються, невідомі населенню цієї місцевості, потрібно надати особам, які готують їжу, інструкції з приготування їжі, бажано місцевою мовою (див. інструкцію 1).
- ▶ При роздаванні круп із цільного зерна забезпечити, щоб одержувачі мали засоби для їх помелу/переробки в домашніх умовах або мали доступ до відповідних установок для помелу/переробки (див. інструкцію 3).
- ▶ Забезпечити, щоб постраждале населення мало доступ до важливих у культурному плані продуктів, включно з приправами і спеціями (див. інструкцію 4).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Рішення, які стосуються уведення в програму допомоги тих чи інших продуктів харчування, приймаються на основі повноправної участі всіх цільових груп населення (див. інструкції 1 і 4).
- ▶ При організації програми допомоги враховується доступ до водопостачання, палива для приготування їжі та обладнання з переробки харчових продуктів (див. інструкції 2-3).
- ▶ Сухе і рідке молоко або молочні продукти як окремий продукт не входять у загальний розподіл продуктів харчування серед населення (див. інструкцію 5).



Інструкції

1. **Знайомі та прийнятні продукти харчування:** Поживність продуктів – головний критерій при відборі різновидів продовольства для продуктового кошика, однак продукти, що розподіляють серед населення, мають бути знайомі одержувачам продовольчої допомоги і сумісні з їхніми релігійними і культурними традиціями, беручи до уваги й будь-які заборони для вагітних жінок або жінок, що годують грудьми. Вразливі групи населення також повинні брати участь в обговоренні питань, що стосуються відбору видів продуктів харчування. У разі використання незнайомих населенню продуктів варто подбати про те, щоб їхні смакові якості були прийнятними для місцевого населення. При складанні звітів за результатами здійснених оцінювань чи запитів до можливих спонсорів про допомогу необхідно давати пояснення щодо уведення певних продуктів харчування до переліку або відмови від них. У надзвичайних ситуаціях, коли у населення немає доступу до обладнання для приготування їжі, необхідно надавати продукти харчування, готові до споживання (див. також стандарт 2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінці 187). За таких обставин можуть виникнути ситуації, коли доведеться розподіляти невідомі місцевому населенню продукти, і тоді можна вдатися до роздавання спеціальних пайків «недоторканного запасу».
2. **Зберігання і приготування продуктів харчування:** При виборі продуктів харчування варто враховувати наявні у населення можливості для зберігання продовольства. Щодо вимог, які стосуються водопостачання, див. стандарт 1 водопостачання на сторінці 113. Треба здійснити оцінювання ситуації з паливом, щоб вибрати відповідні продукти харчування та щоб постраждалі могли готувати їжу способом, безпечним для них і для навколишнього середовища, а також уникнути можливих ризиків щодо забезпечення безпеки, коли заготовлюють надмірні запаси дров (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38). В цілому, необхідно надавати такі продукти харчування, які не потребують тривалого приготування або використання великої кількості води. Надання меленого зерна зазвичай скорочує час на приготування їжі і витрати палива. Про обладнання для приготування їжі див. стандарт 6 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 236 і стандарти 3-4 непродовольчої допомоги на сторінках 222-224.
3. **Переробка харчових продуктів:** Цільне зерно зберігається набагато довше, а також має велику економічну цінність для тих, хто отримує допомогу. Цільне зерно можна надавати там, де помел здійснюється в домогосподарствах традиційним способом і де є доступ до місцевих млинів. Можна надавати обладнання для комерційного помелу зерна з низьким виходом, при якому витягуються бактерії, олії і ферменти, які викликають згірклість. Це значно збільшує термін зберігання зерна та водночас скорочує вміст білка. Помел зерна особливо важливий у разі надання кукурудзи, оскільки

мелене кукурудзяне зерно може зберігатися не більше 6-8 тижнів. У зв'язку з цим помел кукурудзи необхідно здійснювати незадовго перед уживанням. Необхідно дотримуватися національного законодавства, що стосується імпорту та розподілу цільного зерна. Видатки одержувачів допомоги на помел можна покривати за рахунок надання готівки або ваучерів, за рахунок додаткового зерна (що менш рекомендовано), а також надаючи обладнання для помелу.

4. **Продукти, важливі в культурному відношенні:** У ході оцінювання необхідно чітко визначити важливі в культурному відношенні приправи і спеції, а також продукти харчування, які є невід'ємною частиною щоденного харчового раціону, і виявити доступ населення до цих продуктів. Продуктовий кошик повинен бути спланований належним чином, особливо це стосується тих випадків, коли населення тривалий час залежить від раціонів харчування, яке розподіляють.
5. **Молоко:** Дитячі молочні суміші, які постачають безплатно або дотують, сухе чи рідке молоко, яке розподіляють як окремий продукт харчування, зокрема й молоко, призначене для додавання в чай, не повинні входити до загальної роздачі продовольства або до програми додаткового харчування в домашніх умовах, оскільки необережне використання цих продуктів може завдати серйозної шкоди здоров'ю. Всі програми, пов'язані з розподілом молока, повинні здійснюватися із суворим дотриманням Операційних правил щодо харчування дітей грудного та молодшого віку при НС, Міжнародного зводу правил збуту заміників грудного молока і наступних відповідних резолюцій, прийнятих Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я (див. стандарти 1-2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінках 185-187).



Стандарт 3 продовольчої безпеки – продовольча допомога: якість і безпека продуктів харчування

Розподілювані продукти харчування придатні для споживання населенням і мають належну якість.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Обирати продукти харчування, які відповідають національним (країни-одержувача) та іншим прийнятим міжнародним стандартам (див. інструкції 1-2).
- Д Розподіляти продукти харчування до закінчення їхнього терміну придатності або протягом рекомендованого терміну споживання (див. інструкцію 1).
- Д Консультуватися з одержувачами допомоги щодо якості продуктів харчування, які розподіляють, і невідкладно вживати заходів у зв'язку з проблемами, які можуть виникнути (див. інструкцію 3).
- Д Вибирати відповідну упаковку продуктів харчування, яка повинна бути міцною, зручною для транспортування, зберігання і розподілу і не становити загрози для навколишнього середовища (див. інструкцію 4).
- Д Маркувати упаковки продуктів харчування відповідною мовою; вказувати на упакованих продуктах дату виготовлення, виробника, терміни придатності (для потенційно небезпечних харчових продуктів) і вміст поживних речовин (див. інструкцію 4).
- Д Перевозити і зберігати продукти харчування у відповідних умовах, використовуючи належні методи управління зберіганням і регулярно здійснюючи перевірку якості продуктів харчування (див. інструкцію 5).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі одержувачі допомоги отримують продукти харчування «згідно з призначенням»: у плані безпеки продукти харчування не повинні становити загрози для здоров'я, в плані якості продукти харчування повинні відповідати належним вимогам і бути поживними (див. інструкції 1-2, 4).
- Д У процесі моніторингу підзвітності потрібно реєструвати та задовольняти всі скарги одержувачів допомоги (див. інструкцію 3).

Інструкції

1. **Якість продуктів харчування:** Якість продуктів має відповідати державним стандартам на продовольство країни-одержувача продовольчої допомоги та/або стандартам Codex Alimentarius в усьому, що стосується якості, пакування, маркування та «відповідності призначенню». Продукти харчування повинні завжди бути придатні для споживання людьми, але також повинні «відповідати призначенню». Коли продукти харчування за своєю якістю не можуть бути використані передбачуваним способом, вони не відповідають своєму призначенню, хоча і придатні для споживання людьми (наприклад, якість борошна може не дозволяти випікати хліб у домашніх умовах, хоча при цьому борошно може бути придатним для споживання). Для перевірки якості необхідно відбирати зразки продуктів відповідно до плану вибіркового контролю і піддавати систематичній перевірці з боку закупівельних організацій з тим, щоб якість продуктів підтримувалася на високому рівні. Там, де це потрібно, продовольчі товари, закуплені на місці або імпортовані, повинні супроводжуватися фітосанітарними сертифікатами або іншими відповідними документами, які підтверджують придатність цих продуктів до споживання людьми. На складах необхідно здійснювати перевірку якості продуктів методом довільної вибірки. Необхідно проводити фумігацію відповідних видів продовольства, суворо дотримуючись розпоряджень, які стосуються цієї процедури. У випадках, коли ввозять велику кількість продовольства або існують сумніви і розбіжності щодо якості продовольства, необхідно залучати незалежних інспекторів для перевірки якості продовольчих вантажів. Відомості про термін придатності й якості конкретного вантажу продовольства можна отримати з сертифікатів постачальника, документа контролю якості продукту, ярликів на упаковках і складських документів. Продукти харчування, що не відповідають призначенню, необхідно належним чином вилучати (див. стандарт 4 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкцію 10 на сторінці 228).
2. **Генетично модифіковані продукти:** Варто знати і дотримуватися положень національного законодавства, яке регулює отримання та використання генетично модифікованих продуктів харчування. Такі положення законодавства необхідно враховувати при плануванні програм із надання продовольчої допомоги, до яких будуть входити продукти, що ввозяться з-за кордону.
3. **Механізм подання скарг та реагування на них:** Гуманітарні організації повинні забезпечити наявність дієвого механізму подання скарг та реагування на них щодо якості та безпеки продуктів, які постачаються, з метою забезпечення підзвітності перед одержувачами допомоги (див. базовий стандарт 1, інструкцію 2 на сторінці 64).



4. **Упаковка:** По можливості упаковка повинна дозволяти здійснювати розподіл продуктів безпосередньо, тобто без перемірювання (наприклад, ковшем) або розфасовування: відповідні розміри упаковки дозволять забезпечити дотримання норм раціону. На упаковці продуктів харчування не повинно бути яких-небудь написів або закликів політичного чи релігійного змісту чи характеру, що може розпалювати ворожнечу. Небезпека для навколишнього середовища може бути мінімізована за рахунок вибору типу упаковки та утилізації порожньої тари (такої як мішки і консервні банки). Може знадобитися спеціальний контроль за безпечною утилізацією упаковок готового для споживання харчування (наприклад, обгорткової фольги).
5. **Місця зберігання продовольства** повинні бути сухими і безпечними з точки зору санітарії, належним чином захищеними від впливу погодних умов, а також вільними від хімічного та інших видів забруднень. Крім того, ці місця повинні бути захищені від таких шкідників, як комахи і гризуни (див. також стандарт 4 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 224 і стандарт 1 видалення твердих відходів на сторінці 138).

Стандарт 4 продовольчої безпеки – продовольча допомога: управління ланцюгом постачання (SCM)

Здійснюється належне управління постачанням продовольства і пов'язаними з цим витратами з використанням систем, які здатні швидко реагувати та діють на основі неупередженості та прозорості.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Створити злагоджену, ефективну систему управління ланцюгом постачання, що використовує місцеві ресурси, там, де це можливо (див. інструкції 1-3).
- ▶ Забезпечити прозору, справедливую і відкриту процедуру відбору постачальників та укладення контрактів на постачання товарів (див. інструкції 1-2, 4).
- ▶ Установити надійні відносини з постачальниками товарів і послуг і зміцнити дотримання принципів ділової етики (див. інструкції 1-2, 4-5).
- ▶ Провести навчання співробітників і контролювати персонал на всіх рівнях системи управління ланцюгом постачання з тим, щоб вони дотримувалися правил, які стосуються якості та безпеки продуктів харчування (див. інструкцію 5).
- ▶ Створити належну систему підзвітності, зокрема й системи інвентаризації, звітності та управління фінансами (див. інструкції 6-8).

- Звести до мінімуму втрати, зокрема й розкрадання, і вести облік усіх втрат (див. інструкції 9-11).
- Здійснювати моніторинг і управління каналами руху продовольчих товарів так, щоб було вжито всіх можливих заходів для уникнення незаконного переспрямування продовольчої допомоги і затримки у розподілі продуктів харчування, а також для регулярного інформування всі зацікавлені сторони щодо ефективності функціонування ланцюга постачання (див. інструкції 12-13).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Продовольство доставляється в заплановані пункти розподілу (див. інструкції 1 і 7).
- Системи спостереження за проходженням товарів, а також системи обліку складських запасів та звітності функціонують з самого початку здійснення втручання (див. інструкції 7-8, 11-13).
- Звіти за результатами оцінки управління ланцюгом постачання підтверджують, що були здійснені оцінювання та облік можливостей місцевого управління ланцюгом постачання, наявності місцевого продовольства та місцевих логістичних інфраструктур (див. інструкції 2-3).
- Звіт щодо управління ланцюгом постачання демонструє:
 - наявність транспарентних, справедливих і відкритих систем відбору постачальників та укладення контрактів на постачання товарів і послуг;
 - наявність управління ефективністю роботи постачальників товарів/послуг та звітності у цій галузі;
 - чисельність і відсоток персоналу, що пройшов підготовку і відповідальний за управління ланцюгом постачання;
 - повноту і точність документування;
 - втрати, які зведені до мінімуму і підтримуються на рівні менше 2%, а також ведення обліку всього продовольства;
 - проведення регулярного аналізу каналів руху товарів, поінформованість відповідних зацікавлених сторін щодо каналів руху продовольчих товарів і ланцюга постачання.

Інструкції

1. **Управління ланцюгом постачання** є інтегрованим методом логістики. До нього входить не тільки відбір продовольчих товарів, а й вибір джерел постачання продовольства, закупівлі, забезпечення якості, упаковка, вантажно-розвантажувальні роботи, транспортування, складування, управління обліком запасів і страхування. У систему управління ланцюгом постачання



входять різні учасники, тому дуже важлива координація їхніх дій (див. базовий стандарт 2 на сторінці 66). Для того щоб усі продовольчі товари дійшли цілими до пунктів розподілу допомоги, необхідно забезпечити належне управління запасами і контроль за ними. Однак гуманітарні організації також несуть відповідальність за те, щоб продовольство доходило до одержувачів допомоги (див. стандарти 5 і 6 продовольчої безпеки на сторінках 229-236).

2. **Використання місцевих постачальників послуг:** Перед тим як звертатися до зовнішніх джерел, варто зробити оцінювання наявності та надійності місцевих можливостей. Необхідно подбати про те, щоб залучення місцевих постачальників не призвело до загострення ворожнечі й не завдало шкоди громаді. Місцеві перевізники та вантажні експедиційні агентства, що мають хорошу ділову репутацію, володіють цінними знаннями місцевого законодавства, правил, методів і наявних ресурсів і можуть допомогти в забезпеченні дотримання законодавства країни-одержувача, а також прискорити роботу з доставки вантажів. В умовах конфлікту перевірку постачальників послуг варто проводити особливо ретельно.
3. **Залучення місцевих постачальників чи імпортування:** Варто здійснити оцінювання можливості використання місцевих продовольчих ресурсів, а також впливу такого використання на місцеве виробництво і на ринкові системи місцевого або імпортованого продовольства (див. стандарт 1 оцінювання продовольчої безпеки та харчування на сторінці 207, а також стандарти 1 і 3 засобів до існування на сторінках 246-255). Закупівля продовольства на місцевому та регіональному рівнях стимулює і підтримує ринки, що може спонукати виробників сільгосппродукції виробляти більше і сприяти розвитку місцевої економіки. У тих випадках, коли у постачанні продовольства беруть участь кілька організацій, координація закупівель у місцевих виробників продовольчих товарів повинна бути максимально ретельною. Іншими місцевими джерелами продовольства можуть бути позики або перерозподіл ресурсів з існуючих програм із надання продовольчої допомоги (необхідна згода на це організацій-донорів) або національних запасів зерна, а також позики у комерційних постачальників або товарообмін з ними.
4. **Неупередженість:** Щоб уникнути підозри в упередженості або корупції, дуже важливо дотримуватися справедливих і відкритих правил укладання контрактів. Варто здійснювати оцінювання ефективності роботи постачальників послуг і регулярно уточнювати список кандидатів.
5. **Навички і навчання:** Необхідно залучити досвідчених фахівців із управління ланцюгом постачання продовольчих товарів і керівників програм для організації управління таким постачанням і провести навчання персоналу. Особливо важлива кваліфікація в таких сферах, як контроль за виконанням

контрактів, перевезення і зберігання вантажів, облік запасів, аналіз системи постачання та інформаційне забезпечення, контроль за ходом перевезення і контроль за імпортом. До навчання, яке потрібно проводити місцевою мовою, необхідно залучити також персонал партнерських організацій та постачальників послуг.

6. **Продовольство** не використовується як оплата: Не варто допускати використання продовольства в якості оплати за операції з матеріально-технічного постачання, наприклад, розвантаження на складах і в пунктах розподілу допомоги. У випадку, якщо неможливо оплатити цю роботу готівкою, треба відповідним чином коригувати кількість поставленого на пункти розподілу продовольства з тим, щоб запланована кількість продовольства все ж доходила до одержувачів допомоги, яким воно призначалося.
7. **Вимоги до звітності (включно з кластером логістики та міжвідомчим кластером):** Більшість організацій-донорів встановлюють власні вимоги до звітності при наданні продовольчої допомоги; керівникам ланцюга постачання варто знати ці вимоги і організовувати системи відповідно до них. У ці щоденні вимоги входить оперативна звітність про будь-які затримки або відхилення в ланцюгу постачання. Інформацію про систему постачання та іншу звітність з управління ланцюгом постачання потрібно відкрито надавати всім зацікавленим сторонам.
8. **Документування:** Для документування всього процесу постачання продовольчої допомоги в пунктах призначення і зберігання продуктів та/або пунктах доставки необхідно забезпечити наявність достатньої кількості облікової документації, бланків накладних, комірних книг та інших форм звітності місцевою мовою.
9. **Складування:** Треба надавати перевагу спеціальним складам для продовольства, а не складам змішаного типу, хоча належне управління останніми допоможе мінімізувати ризики. При виборі складських приміщень необхідно переконатися, що ніяких небезпечних вантажів у цих приміщеннях раніше не складували і немає небезпеки зараження продовольчих вантажів. Іншими факторами, які треба врахувати, є безпека, місткість, легкість доступу, надійність конструкцій (дахів, стін, дверей, підлоги), а також відсутність загрози затоплення.
10. **Утилізація продуктів, не придатних до вживання в їжу:** Зіпсовані продукти перевіряють кваліфіковані інспектори (санітарно-гігієнічний, лабораторії системи охорони здоров'я) з тим, щоб визначити їх придатність або непридатність для вживання в їжу. Утилізацію варто здійснювати негайно, до того як продукти почнуть становити загрозу для здоров'я. Утилізацію можна проводити шляхом продажу продуктів на корм худобі, поховання або спалювання з дозволу і під контролем компетентних органів влади. Якщо



продукти утилізуються на корм худобі, необхідно забезпечити відповідну сертифікацію про придатність продуктів для цієї мети. У всіх випадках необхідно переконатися, що не придатні до вживання в їжу продукти не з'являться знову в ланцюгу постачання продуктами людей або тварин і що їх утилізація не завдасть шкоди навколишньому середовищу і не забруднить джерела води.

11. **Загроза ланцюгу постачання:** В умовах збройного конфлікту існує небезпека того, що продовольство може бути розграбовано або реквізовано сторонами, які воюють, тому варто звернути увагу на безпеку транспортних маршрутів і складських приміщень. Існує потенційна можливість утрат унаслідок розкрадань на всіх рівнях ланцюга постачання. У зв'язку з цим системи контролю повинні бути розроблені й застосовані так, щоб звести до мінімуму загрозу крадіжки на пунктах зберігання, передавання й розподілу продовольчої допомоги. Системи внутрішнього контролю повинні забезпечити розподіл обов'язків і відповідальності, щоб уникнути ризику таємної змови з метою розкрадання. Для запобігання розкраданню необхідно проводити регулярну перевірку запасів, що зберігаються на складах. Необхідно не тільки вживати заходів щодо забезпечення цілісності ланцюга постачання, але також проаналізувати і вирішити проблеми більш масштабних наслідків, як політичних, так і з точки зору безпеки (наприклад, запобігти можливості використання викраденого продовольства для підтримки збройного конфлікту) (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).
12. **Аналіз системи постачання** треба здійснювати регулярно, а його результати, що стосуються рівнів запасів, очікуваного прибуття вантажів, розподілу продовольства і т. ін., повинні поширюватися серед усіх зацікавлених сторін, задіяних у ланцюгу постачання. Постійне відстеження рівнів запасів і їх прогнозування мають бути спрямовані на своєчасне виявлення можливого дефіциту і проблем, щоб знайти спосіб їх вирішення. Обмін інформацією між партнерами може полегшити отримання позик із метою запобігання збоїв у системі постачання. При відсутності достатніх ресурсів збоїв в системі постачання будуть неминучими. У цих випадках при програмуванні ресурсів (тобто виборі того, що необхідно закуповувати) з наявних фондів потрібно визначати пріоритети внесення тих чи інших продуктів у продовольчий кошик. Необхідно консультуватися з зацікавленими сторонами і вирішувати ці проблеми за рахунок зменшення розміру пайка або зменшення асортименту продуктів чи виключення деяких видів продуктів, які більш доступні одержувачам допомоги (фізично і економічно).
13. **Інформування:** Щоб уникнути непорозумінь, варто надавати необхідну інформацію тільки тим зацікавленим сторонам, які уповноважені її одержувати, а не всім зацікавленим сторонам. Використання місцевих засобів масової інформації та традиційних способів поширення інформації, а також

сучасних технічних засобів (передавання смс-повідомлень мобільними телефонами, електронна пошта) може бути одним зі способів оповіщення місцевої влади і населення про постачання продовольчої допомоги та забезпечення гласності.

Стандарт 5 продовольчої безпеки – продовольча допомога: визначення цілей і розподіл

Цільовий розподіл продовольства здійснюється у своєчасний, прозорий та безпечний спосіб, який дає змогу швидко реагувати на зміни обставин та сприяє збереженню людської гідності й відповідає місцевим умовам.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Визначити і вибрати одержувачів допомоги залежно від потреб у продовольстві й на основі консультацій із відповідними зацікавленими сторонами (див. інструкції 1-2).
- ▶ Розробити ефективні та справедливі способи розподілу продовольчої допомоги, які сприяють збереженню гідності, на основі консультацій із партнерськими організаціями, групами місцевого населення та одержувачами допомоги. До участі в розробці цих способів варто залучати жінок та представників інвалідів, літніх людей і осіб з обмеженою рухливістю (див. інструкції 1-4).
- ▶ Проконсультуватися з місцевими зацікавленими сторонами щодо відповідних пунктів розподілу продовольчої допомоги з тим, щоб для одержувачів допомоги були забезпечені зручний доступ і безпека (див. інструкції 5-6).
- ▶ Завчасно повідомити одержувачів про плани розподілу продовольства, а також якість та кількість продуктів харчування, що входять у пайок (див. інструкції 7-8).
- ▶ Проводити моніторинг та оцінювати результати розподілу цільової продовольчої допомоги (див. інструкцію 9).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Критерії визначення цілей повинні формуватися на основі аналізу уразливості (див. інструкцію 1).
- ▶ Механізми визначення цілей узгоджені з постраждалим населенням (див. інструкції 1-2).



- ▶ Для осіб з обмеженою рухливістю існують відповідні альтернативні моделі розподілу продовольчої допомоги (див. інструкції 3-4).
- ▶ Відстань, яку одержувачі допомоги мають пройти до пункту розподілу, не повинна перевищувати 10 км, тобто час у дорозі в обох напрямках не повинен перевищувати 4 години (див. інструкцію 5).
- ▶ Наявність продовольчих карток, банерів та/або покажчиків, що інформують про продуктові пайки під час розподілу продовольчої допомоги (див. інструкції 7-8).
- ▶ Механізми моніторингу та/або підзвітності перед одержувачами допомоги (див. інструкцію 9) дають змогу відстежити:
 - побажання зацікавлених сторін щодо способів розподілу;
 - надану одержувачам допомоги інформацію про розподіл;
 - одержувачів допомоги/отримання продовольства: реальна ситуація в порівнянні із запланованою (своєчасність, кількість, якість).

Інструкції

1. **Визначення цілей:** Продовольчу допомогу призначають для тих, хто її найбільше потребує: найменш забезпечені продовольством домогосподарства й особи, що погано харчуються (див. Уразливість і спроможності постраждалого населення на сторінці 172 і стандарти 1 і 2 оцінювання продовольчої безпеки і харчування на сторінках 213-219). Визначення цілей здійснюється в ході всього здійснення втручання, а не тільки на початковій стадії. Знайти правильне рішення, балансуючи між помилковим виведенням тих чи інших осіб із програм надання допомоги (що може бути небезпечно для життя), і помилковим уведенням до програми (що може завдати шкоди або змарнувати кошти) є складним завданням; навіть більше: зменшення помилок зазвичай спричиняє збільшення витрат. Під час екстремальних надзвичайних ситуацій доречніше помилкове введення в програми допомоги, ніж помилкове виведення з них: поголовний розподіл продовольства буде належним заходом в умовах надзвичайної ситуації, що настала несподівано, коли всі домогосподарства постраждали однаковою мірою або коли здійснення точного оцінювання для адресації допомоги неможливе через відсутність доступу до постраждалого населення. Критеріями відбору уповноважених представників, що беруть участь у визначенні цільових груп, повинні бути їхня безсторонність, компетентність і відповідальність. До групи таких уповноважених можуть входити місцеві старійшини, комітети з надання допомоги, обрані з числа місцевих жителів, організації громадянського суспільства, місцеві НУО, місцеві урядові організації та міжнародні НУО. Наполегливо рекомендовано вибирати жінок в якості уповноважених. Методи визначення цілей повинні бути зрозумілими і

прийнятними як для населення, що одержує допомогу, так і для населення, що не одержує її, щоб не допустити виникнення напруженості й не заподіяти шкоди (див. базовий стандарт 1, інструкцію 3, принцип забезпечення захисту 2 на сторінці 41).

2. **Реєстрація:** При першій же нагоді необхідно проводити офіційну реєстрацію домогосподарств-одержувачів допомоги і, коли буде потрібно, оновлювати ці дані. Відомості про одержувачів допомоги необхідні для організації ефективної системи розподілу допомоги (чисельність і демографічний профіль населення впливають на організацію розподілу продовольчої допомоги), для складання списків одержувачів допомоги, облікових відомостей та продовольчих карток (якщо їх видають), а також для виявлення осіб, які мають особливі потреби. Проведення реєстрації в таборах часто ускладнене, особливо якщо переміщені особи не мають посвідчень особи (див. принцип забезпечення захисту 4, інструкції 4-5 на сторінці 48). Можуть бути використані списки, складені місцевими органами влади, і списки домогосподарств, представлені громадою, за умови, що здійснення незалежного оцінювання підтверджує їх точність та об'єктивність. До участі в проведенні реєстрації варто залучати жінок із постраждалого населення. Гуманітарні організації повинні забезпечити, щоб зі списків на роздавання продовольства не були усунені вразливі особи, особливо ті, хто не має можливості виходити з дому (через хворобу, тощо). Здебільшого реєструють главу сім'ї, проте жінки повинні мати право на реєстрацію під своїми власними іменами, оскільки одержувану продовольчу допомогу жінки можуть використовувати на рівні домогосподарства більш відповідним способом. Якщо реєстрація неможлива на початкових етапах НС, її варто завершити, коли ситуація стабілізується; це особливо важливо у випадку, якщо потрібно довгострокове надання продовольчої допомоги. Для процесу реєстрації треба створити механізм подачі скарг і реагування на них (див. базовий стандарт 1, інструкції 2 і 6 на сторінках 64 і 65).

3. **Способи розподілу «сухих» пайків:** Із часом способи розподілу продовольчої допомоги удосконалюються. Загальний розподіл продовольчої допомоги здійснюється у формі видавання сухих пайків продуктів харчування, які одержувачі допомоги готують у себе вдома. Отримувати продовольчу допомогу можуть особи, які мають індивідуальну або сімейну продуктову картку, традиційні керівники громади або керівники цільового розподілу продовольчої допомоги на базі громади. Відбір тих, хто насамперед повинен отримувати продовольчу допомогу, залежить від умов на місцях, і при зміні цих умов одержувачами допомоги можуть стати інші люди. Варто враховувати неминучі небезпеки при розподілі продовольчої допомоги, джерелом яких є повноважні представники та керівники громад. При відборі одержувачів допомоги необхідно також



враховувати збільшення обсягу роботи і небезпеку проявів насильства, зокрема й насильство в сім'ї (див. принципи забезпечення захисту 1-2 на сторінках 38-41). При визначенні частоти розподілу продовольчої допомоги треба враховувати вагу продуктового пайка і те, яким чином одержувач допомоги зможе доставити його додому. Можливо, буде потрібно вжити особливих заходів, щоб забезпечити можливість отримання літніми людьми та людьми з обмеженими можливостями належного їм продовольства: в цьому можуть допомогти інші члени громади, однак буде зручніше надавати їм тижневі або двотижневі раціони замість пайків, які видають раз на місяць. Відбір вразливих груп населення як одержувачів продовольчої допомоги не повинен призводити до ще більшої їх стигматизації. Особливо це стосується населення, до складу якого входить велике число осіб, що живуть з ВІЛ та СНІД (див. принцип забезпечення захисту 4, інструкції 1, 9-11 на сторінках 47 и 49).

4. *Способи розподілу рідкої їжі:* У виняткових випадках, на початковій стадії екстремальної НС, загальний розподіл продовольчої допомоги може здійснюватися у вигляді приготованої їжі або готових до споживання харчових продуктів. Такі раціони харчування доречні, якщо, наприклад, люди перебувають у дорозі, в разі існування серйозної небезпеки, якщо при доставці продуктів харчування додому одержувачі допомоги можуть зазнавати ризиків, пов'язаних із крадіжкою або насильством, при високому рівні зловживань або при оподаткуванні податком, що позбавляє вразливих осіб можливості отримати допомогу, якщо внаслідок масового переміщення населення люди позбавляються свого майна (кухонного начиння і/або палива) або слабшають настільки, що не в змозі готувати для себе їжу, якщо керівники місцевих громад розкрадають продовольство або якщо існують причини, пов'язані зі станом навколишнього середовища (наприклад, коли не допускається вирубування лісу на дрова з метою збереження природного середовища). У надзвичайних ситуаціях в якості методу розподілу продовольчої допомоги можна використати шкільне харчування та продукти в якості мотивації для працівників освітніх установ (див. мінімальні стандарти в галузі освіти Міжорганізаційної мережі з питань освіти в надзвичайних ситуаціях - INEE).

5. *Пункти розподілу допомоги та час на дорогу до них:* Пункти розподілу допомоги необхідно розташовувати в найбезпечніших місцях, що найбільш зручні для одержувачів допомоги, а не за принципом зручності з точки зору логістики для організації, що надає допомогу (див. принцип забезпечення захисту 3, інструкції 6-9 на сторінці 45). При цьому треба враховувати місце розташування і близькість інших зручностей і засобів забезпечення підтримки (питна вода, туалети, медичні служби, тінь, укриття, спеціальні безпечні місця для жінок). Пункти розподілу допомоги

не повинні розташовуватися там, де людям доведеться переходити через військові або охоронювані пропускні пункти чи домовлятися про безпечний прохід. Частота розподілу допомоги і кількість пунктів розподілу повинні залежати від часу, який потрібен одержувачам допомоги, щоб дістатися до них і повернутися назад, а також від практичних можливостей і витрат на транспортування продовольства. Одержувачі допомоги повинні мати можливість дістатися до пункту розподілу і повернутися протягом одного дня; для тих, хто не в змозі це зробити або ізольований (наприклад, особи з обмеженими можливостями руху), повинні бути передбачені альтернативні засоби розподілу допомоги. Середня швидкість руху пішки становить 5 км/год, однак вона нижча на нерівній місцевості та схилах; час у дорозі залежить також від віку і ступеня рухливості. У надзвичайних ситуаціях доступ до пунктів розподілу допомоги є поширеною причиною для занепокоєння у маргіналізованих та соціально виключених груп населення. Розклад роздавання продовольчої допомоги повинен бути складений так, щоб звести до мінімуму перебої в повсякденних заняттях населення. Для забезпечення безпеки одержувачів допомоги роздавання продовольства варто проводити в такий час, щоб люди могли дістатися до пункту розподілу і повернутися додому до настання темряви. Не можна допускати, щоб одержувачі допомоги залишалися в пунктах розподілу в нічний час, оскільки для них це пов'язано з додатковими ризиками (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).

6. **Мінімізація загроз для безпеки:** Розподіл продовольства може призвести до виникнення загрози безпеки, зокрема розкрадання продовольства та фізичного насильства. При розподілі допомоги може різко зрости напруженість ситуації. Особливо високому ризику втратити належний їм пайок зазнають жінки, діти, літні люди і люди з обмеженими можливостями. Існування цих загроз варто враховувати заздалегідь і вживати заходів для їх мінімізації. Ці заходи повинні передбачати здійснення підготовленим персоналом контролю за розподілом допомоги та організацію охорони пунктів розподілу самим постраждалим населенням. У разі необхідності до цього треба залучати місцеву поліцію, при цьому поліцейські повинні бути проінформовані щодо цілей і завдань надання продовольчої допомоги. Ретельне планування місця розташування пунктів розподілу допомоги і зони навколо них дозволить полегшити завдання із припинення масових заворушень і знизити загрозу безпеці. Варто посилити особливі заходи щодо запобігання, контролю та реагування на акти гендерного насильства, зокрема й сексуальну експлуатацію, пов'язані з розподілом продовольчої допомоги. Ці заходи передбачають ізоляцію чоловіків від жінок, наприклад, бар'єрами, або пропонування їм роздільного графіку роздавання допомоги, інформування всіх членів бригад, що працюють в пунктах розподілу допомоги, про те, як треба поводитися, і про відповідальність за вчинення



сексуальних злочинів, а також залучення охоронців із числа жінок для спостереження за розвантаженням, реєстрацією, розподілом і подальшим розподілом продовольства (див. також інструкцію 5 і принцип забезпечення захисту 2 на сторінці 41).

7. Поширення інформації: Одержувачі допомоги повинні бути поінформовані:

- про кількість і тип пайків, що розподіляються, і причини будь-яких змін у плані розподілу; інформацію про пайки треба доводити до відома населення у пунктах роздавання допомоги у наочній і доступній формі, вона має бути зрозумілою для людей, що не володіють навичками читання, і людей, що зазнають труднощів у спілкуванні (наприклад, місцевою мовою і/або у вигляді картинок і/або в усній формі), щоб люди знали про своє право на отримання продовольчої допомоги;
- про план розподілу допомоги (день, час, місце, частота) і будь-які зміни в ньому;
- про поживні властивості продуктів харчування, а також про те, яких заходів треба вжити для збереження поживної цінності продуктів у разі необхідності;
- про правила безпечного поводження з продуктами та їх використання;
- щодо спеціальних рекомендацій з оптимального використання дитячого харчування (див. стандарти 1-2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінках 185-186);
- про відповідні способи отримання одержувачами допомоги додаткової інформації щодо програми та процедуру подання скарг (див. базовий стандарт 1, інструкції 4-6 на сторінці 65)

8. Зміни в програмі: Зміни складу продовольчого кошика або обсягу пайка, зумовлені недостатньою доступністю продовольства, необхідно обговорювати з одержувачами допомоги при посередництві комісій із розподілу допомоги, керівників місцевих громад та уповноважених організацій. Необхідно виробити спільний план дій до початку розподілу продовольчої допомоги. Комісії з розподілу допомоги повинні поінформувати населення про зміни в програмі й причини змін, а також про те, коли відновиться нормальний розподіл пайків. Можливі такі варіанти:

- зменшити пайки всім одержувачам допомоги (рівна частка наявних продуктів або зменшений продовольчий кошик);
- давати «повний» пайок уразливим особам і «зменшений» пайок усім іншим;
- у винятковому випадку відтермінувати розподіл продовольчої допомоги.

Якщо розподіл запланованих пайків неможливий, то нестачу не обов'язково заповнювати при наступному видаванні пайків (тобто здійснювати ретроактивне постачання недоцільно).

9. **Моніторинг і оцінювання результатів** повинні здійснюватися на всіх рівнях ланцюга постачання аж до місця споживання продуктів харчування (див. базовий стандарт 5 на сторінці 80). На пунктах розподілу продовольчої допомоги система розподілу допомоги повинна бути належним чином налагоджена ще до початку розподілу (це стосується, наприклад, реєстрації, забезпечення безпеки та поширення інформації). Необхідно проводити вибіркове зважування пайків, отриманих домогосподарствами, з тим щоб виміряти відповідність і справедливість розподілу допомоги, й опитати одержувачів допомоги. Варто проводити вибіркове відвідування домогосподарств, з тим щоб упевнитися в прийнятності та корисності наданого раціону харчування, а також виявити групи, що мають право на продовольчу допомогу відповідно до критеріїв відбору, але не отримують її. Такі відвідування можуть визначити, чи допомогу видано понад норму, з'ясувати джерело її отримання, а також ким і в яких цілях її використовують (наприклад, у результаті присвоєння, спонукання до яких-небудь дій або експлуатації, зокрема й сексуальної). При проведенні моніторингу варто проаналізувати вплив надання продовольчої допомоги на безпеку її одержувачів. Треба також проаналізувати вплив розподілу продовольства в більш широкому плані з урахуванням наслідків для сільськогосподарського циклу, сільськогосподарських робіт, кон'юнктури ринку і наявності ресурсів сільськогосподарського виробництва.



Стандарт 6 продовольчої безпеки – продовольча допомога: використання продовольства

Продукти харчування зберігають, готують і споживають належним чином із дотриманням заходів безпеки як на рівні домогосподарств, так і на рівні місцевої громади.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Захищати одержувачів допомоги від небезпеки, викликані неправильними поведінками із продуктами харчування та їх приготуванням (див. інструкцію 1).
- ▶ Надавати одержувачам допомоги відповідну інформацію про важливість дотримання норм гігієни харчування і сприяти їх належній поінформованості щодо гігієнічних навичок поведінки з продуктами харчування (див. інструкції 1-2).
- ▶ У випадках розподілу готових до споживання продуктів навчати персонал безпечному зберіганню продуктів, поводженню з ними і приготуванню, а також інформувати його про потенційну шкоду здоров'ю внаслідок неправильного поводження з продуктами харчування (див. інструкцію 1).
- ▶ Консультувати (та інструктувати, коли це необхідно) одержувачів допомоги з питань зберігання, приготування, теплової обробки і споживання розподілених продуктів, а також значення цільового надання продовольства для вразливих осіб і реагування на проблеми, що виникають (див. інструкції 1-2).
- ▶ Забезпечити, щоб домогосподарства мали доступ до відповідного кухонного начиння, палива, питної води та засобів гігієни (див. інструкції 1-4).
- ▶ Забезпечити, щоб окремі особи, які не здатні приготувати їжу або самостійно споживати її, мали доступ до осіб, які здійснюють догляд і можуть за необхідності приготувати відповідну їжу і нагодувати тих, хто потребує допомоги (див. інструкцію 5).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Не виявлено жодного випадку, коли продукти харчування, розподілені в рамках надання продовольчої допомоги, становили загрозу для здоров'я.
- ▶ Підвищено обізнаність одержувачів допомоги щодо належної гігієни харчування (див. інструкції 1-2).
- ▶ Увесь відповідний персонал проінструктовано щодо належного поводження з продуктами і небезпеки, пов'язаної з недотриманням належної практики (див. інструкцію 1).
- ▶ Домогосподарства мають доступ до всіх необхідних і безпечних матеріалів та обладнання для приготування їжі (див. інструкції 3-4).
- ▶ Наявність усіх осіб, які здійснюють догляд за особами, яким потрібно надання особливих видів допомоги (див. інструкцію 5).

Інструкції

1. **Гігієна харчування:** В надзвичайних ситуаціях люди можуть тимчасово втратити свої нормальні гігієнічні навички. Тому може виникнути необхідність у сприянні дотриманню гігієни харчування та активної підтримки заходів, відповідно до місцевих умов і видів хвороб, наприклад, наполягати на важливості миття рук при роботі з продуктами харчування, уникати забруднення води, вживати заходів з боротьби зі шкідниками. Одержувачі продовольчої допомоги повинні знати, яким чином безпечно зберігати продукти в умовах домогосподарств. Осіб, які здійснюють догляд, необхідно інформувати про належні способи використання ресурсів домогосподарства для годування дітей і про безпечні способи приготування їжі (див. стандарти 1 і 2 сприяння дотриманню гігієни на сторінках 107-110). При організації суспільних кухонь для забезпечення населення гарячою їжею особливу увагу варто приділяти вибору їх місця розташування, враховуючи доступність, безпеку і санітарні умови цього місця, наявність води для готування їжі й пиття, а також наявність місця для споживання їжі.
2. **Джерела інформації:** Необхідно створити механізми для обміну інформацією та збору інформації від одержувачів допомоги, особливо від жінок (див. базовий стандарт 1, на сторінках 64-65). Зручними місцями для поширення інструкцій, що стосуються продуктів харчування, є школи та безпечні навчальні зони. Можуть знадобитися матеріали або графічні схеми, адресовані особам із різними інформаційно-комунікаційними потребами (див. базовий стандарт 1, інструкцію 4 на сторінці 65).
3. **Паливо, питна вода і предмети домашнього побуту:** У разі необхідності варто забезпечити населення відповідним паливом або розробити



програму з насадження лісу чи заготівлі дров, стежачи за забезпеченням безпеки жінок і дітей, основних збирачів дров і хмизу (щодо печей і палива див. стандарт 4 непродовольчої допомоги на сторінці 328). Щодо доступу до води, кількості, якості і засобів водопостачання див. стандарти 1-3 водопостачання на сторінках 113-120. Щодо кухонного начиння і посуду, а також ємностей для води див. стандарт 3 непродовольчої допомоги на сторінці 327.

4. *Доступ до засобів переробки харчових продуктів*, таких як зернодробарки, дає можливість людям приготувати їжу за своїм вибором, а також економити час для іншої корисної діяльності. Переробка продуктів у домашніх умовах, включно із розмелюванням зерна, допоможе зекономити час, а також воду і паливо, необхідні для приготування їжі (див. стандарт 2 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкцію 2 на сторінці 220).
5. *Особливі потреби*: До переліку осіб, які зазвичай потребують допомоги при годуванні, входять маленькі діти, літні люди, інваліди та люди, що живуть з ВІЛ (див. стандарт 2 годування дітей грудного та молодшого віку і стандарт 1 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкції 5-7 на сторінці 217). Для надання допомоги деяким людям, не здатним забезпечити продуктами харчування осіб, які перебувають на їх утриманні (наприклад, психічно хворі батьки), можуть знадобитися програми надання допомоги населенню або програми з надання додаткової підтримки з подальшим спостереженням.

4.2. Продовольча безпека – надання допомоги готівковими коштами та ваучерами

Ще два можливі способи надання допомоги – готівкові кошти та ваучери. Готівкові кошти забезпечують населення грошима, а ваучери – талонами, що дають право на придбання фіксованої кількості конкретних товарів, як-от продукти харчування («товарні ваучери»), або мають фіксовану вартість у грошовому вираженні («грошові ваучери»). Надання готівкових грошей і ваучерів може мати різні цілі та бути організоване різними способами, однак обидва різновиди допомоги засновані на ринковому підході, що забезпечує купівельну спроможність одержувачів допомоги.

Допомога у формі готівки і ваучерів покликана задовольняти основні потреби в продуктах харчування і в непродовольчих товарах або надавати людям необхідні кошти для поновлення господарської діяльності. Надання готівко-

вих грошей без обмеження певними умовами (або нецільове, або «загальне») дозволяє одержувачам використовувати грошові кошти на власний розсуд, однак, якщо при здійсненні оцінювання були визначені основні потреби, припускається, що кошти буде витрачено на задоволення цих потреб. Якщо визначено потребу у підтримці засобів до існування або виробничої діяльності, то надана готівка повинна бути витрачена саме на це. Може бути доречно надавати готівкові кошти без обмеження умовами на початку надзвичайної ситуації. Цільові готівкові кошти передбачають дотримання одержувачем певних умов, наприклад, витратити гроші на відновлення свого житла, на наймання працівників, отримання або відновлення засобів до існування та/або отримання медичних послуг. Ваучери надають доступ до заздалегідь визначених товарів (наприклад, продукти харчування, свійська худоба, насіння, інструменти) або послуг (наприклад, млини, транспорт, доступ на ринок або до прилавків, банківські кредити). Ваучери можуть мати грошову вартість або давати право на отримання конкретних товарів, можуть використовуватися в заздалегідь вибраних магазинах, у конкретних торговців або постачальників послуг чи на базарах. Програми розподілу ваучерів повинні враховувати стандарти, прийняті в певному конкретному секторі; наприклад, програма розподілу ваучерів на продукти харчування повинна відповідати стандартам 1-3 та 6 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінках 213-222 и 236.

Для того щоб вибрати відповідний вид допомоги (продукти харчування, готівка або ваучери), необхідно провести аналіз із урахуванням конкретної ситуації: ефективність витрат, вплив на вторинний ринок, гнучкість управління наданням допомоги, визначення цілей і ризику, пов'язані з забезпеченням безпеки і корупцією.



Стандарт 1 продовольчої допомоги – допомога готівковими коштами та ваучерами: доступ до наявних товарів та послуг

Надання готівкових коштів та ваучерів має на меті задоволення основних потреб населення і захист й відновлення засобів до існування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Консультуватися і залучати одержувачів допомоги, представників громади та інші основні зацікавлені сторони до участі у проведенні огляду, організації, реалізації на практиці, моніторингу та оцінювання результатів програми (див. інструкції 1, 3, 6-7 і базові стандарти 1-3 на сторінках 62-70).
- Д Здійснювати оцінювання й аналіз здатності населення купувати на місцевих ринках товари, яких воно потребує, за цінами, що виправдовують витрати порівняно з альтернативними різновидами допомоги, а також аналіз ринкового ланцюга (див. інструкцію 2).
- Д Вибирати надання готівкових грошей або ваучерів, або поєднання цих різновидів допомоги на основі найбільш адекватного механізму здійснення постачання і можливих вигод для постраждалого населення та місцевої економіки (див. інструкції 1-3, 5-6).
- Д Здійснювати заходи для зниження ризиків, які пов'язані з незаконним присвоєнням, відсутністю безпеки, інфляцією, що шкодять використанню допомоги і призводять до негативних наслідків для незаможних груп населення. Особливу увагу варто приділяти системам визначення цілей (див. інструкції 4 і 7).
- Д Проводити моніторинг з метою оцінювання того, чи є надання готівкових грошей і/або ваучерів найбільш адекватним різновидом допомоги та чи потрібно вносити зміни до програми (див. інструкцію 8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі цільові групи населення повністю чи частково задовольняють свої основні потреби щодо харчування та інші потреби, які стосуються забезпечення засобів до існування (наприклад, засоби виробництва, медичне обслуговування, освіта, перевезення вантажів, житло, транспорт), за рахунок закупівель на місцевих ринках (див. інструкції 1-2, 8).
- Д Надання готівки та/або ваучерів – рекомендована форма допомоги для всіх цільових груп населення, особливо для жінок і вразливих осіб (див. інструкції 3-8).

- ▶ Надання допомоги не призводить до витрат, що суперечать інтересам всього суспільства в цілому (див. інструкції 4 і 8).
- ▶ Надання допомоги не спричиняє небезпеку (див. інструкції 3-4, 8).
- ▶ Місцевій економіці надається сприяння з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (див. інструкції 1-2, 8).

Інструкції

1. **Готівкові гроші і ваучери як інструменти надання допомоги:** Надання готівкових грошей і ваучерів є лише механізмом досягнення поставлених цілей, а не втручанням як таким. Ретельне порівняльне оцінювання необхідне для визначення того, чи доречно надавати готівкові гроші і/або ваучери і чи варто використовувати цей різновид допомоги автономно або в поєднанні з іншими заходами з надання допомоги, такими як матеріальна підтримка у натуральному вигляді. Допомогу у вигляді готівки і ваучерів можна використовувати на всіх стадіях надзвичайної ситуації. Вибір цього різновиду допомоги повинен бути визначений не тільки очікуваною ефективністю і результативністю в плані задоволення основних потреб одержувачів допомоги або відновлення засобів до існування, а й очікуваним більш низьким рівнем пов'язаних із цим ризиків. Надання готівкових грошей і ваучерів може забезпечити можливість більш широкого вибору і більшу гнучкість, ніж натуральна допомога, що дозволить зміцнити почуття власної гідності одержувачів допомоги. Надання готівкових грошей і ваучерів може також справляти множинний позитивний вплив на місцеву економіку, що варто враховувати в процесі оцінювання. Допомога у вигляді готівки і ваучерів може бути надана такими способами:

- грошові дотації – надання готівки одноразово або частинами для задоволення ряду потреб у разі виконання одержувачем певних умов або ж не обмежене жодними умовами;
- товарний або грошовий ваучер – надання ваучерів у формі паперових або електронних карток, які можна обміняти на конкретні товари або ряд товарів відповідно до ціни ваучера в грошовому еквіваленті;
- «готівкові гроші за роботу» – виплата готівки у вигляді заробітку за участь у конкретних роботах (зазвичай роботах, де використовується фізична праця).

У процесі планування, реалізації на практиці та проведення моніторингу повинні брати участь місцеві зацікавлені сторони, такі як уряд, місцева влада, організації та представники громади, кооперативи, асоціації, групи місцевого населення, а також одержувачі допомоги. Це допоможе забезпечити релевантність і стійкість надання допомоги. На етапі планування



необхідно заздалегідь виробити стратегію завершення програми за участі основних зацікавлених сторін.

2. **Наслідки для місцевої економіки і ринкової системи:** При здійсненні оцінювання ринку необхідно проаналізувати становище до і після надзвичайної ситуації, а також конкурентоспроможність і рівень інтеграції ринку щодо задоволення актуальних потреб. Аналіз повинен також визначити функції різних діючих суб'єктів ринку, наявність товарів і ціни на них (ресурси для забезпечення засобів до існування, матеріали для спорудження тимчасового житла, продовольство та інше, залежно від поставлених цілей), сезонні коливання, а також фізичну, соціальну та економічну доступність товарів для різних уразливих груп населення. Надання готівкових грошей і ваучерів доцільне тоді, коли ринки доступні й нормально функціонують, а також коли продовольство та інші основні товари наявні в необхідній кількості та за прийнятними цінами. Такий різновид надання допомоги може сприяти швидшому і стійкішому відновленню місцевої економіки. Відповідні дії ринку можуть сприяти закупівлям на місцевому рівні та кращому використанню можливостей, що їх мають учасники ринку. Надання готівкових грошей і ваучерів у неналежних умовах може призвести до деформації ринків і мати негативні наслідки, як-от інфляція. Необхідно спостерігати за станом ринку, щоб розуміти, який вплив на місцеву економіку і населення може справити надання готівкових грошей та ваучерів.

3. **Механізми надання готівки грошей і ваучерів:** Готівку і ваучери можна надавати населенню через місцеві банки, магазини, оптових торговців, місцеві компанії, що здійснюють грошові перекази, а також через пошту. Ці кошти можуть бути видані прямо на руки або пересилатися через системи банківського обслуговування по мережах стільникового зв'язку. Банки зазвичай виконують цю функцію належним чином та ефективно, але до них більшою мірою утруднено доступ для вразливих осіб; за умови доступності банків банківське обслуговування по мережах стільникового зв'язку, імовірно, може бути безпечнішим способом. Для того щоб вибрати механізм надання готівки і ваучерів, варто зробити оцінювання наявних варіантів і проконсультуватися з одержувачами допомоги. При цьому треба враховувати такі фактори: витрати одержувачів допомоги (комісія, що стягується банком, час у дорозі та витрати на транспорт, час очікування в пунктах розподілу допомоги), витрати з організації (видатки і витрати на наладжувальні роботи постачальника, тимчасові витрати персоналу на організацію та управління, транспорт, забезпечення безпеки, навчання і підготовку одержувачів допомоги), ефективність і результативність програми (надійність, стійкість, підзвітність, транспарентність, моніторинг, гнучкість, фінансовий контроль, фінансова безпека і доступність для вразливих осіб).

Хоча певний спосіб може здаватися нешкідливим, проте він може виявитися найбільш відповідним механізмом надання цієї допомоги.

4. **Урахування ризиків:** Зазвичай занепокоєння щодо ризиків, пов'язаних із наданням готівки і ваучерів, виникає з огляду на те, що надання готівки і ваучерів може викликати стрімке зростання цін (що знизить купівельну спроможність постраждалого населення та інших людей), використання готівкових грошей і ваучерів у цілях, які суперечать інтересам суспільства (наприклад, зловживання алкоголем та/або тютюном) і нерівний доступ до готівки для жінок і чоловіків в порівнянні з засобами в натуральній формі. Також приводом для занепокоєння є побоювання щодо того, що доставка готівки може спричинити загрозу для безпеки персоналу, що задіяний у цьому, і постраждалого населення (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38), а також того, що привабливість отримання готівки може утруднити процедуру визначення цільових груп одержувачів допомоги і збільшити ризики, пов'язані з незаконним привласненням грошей або захопленням їх збройними групами. Втім, надання допомоги в натуральній формі теж пов'язане з ризиками (див. стандарти 4-5 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінках 224-229). Ризики щодо готівки і ваучерів можуть бути зведені до мінімуму за допомогою належної організації, ретельного аналізу ризиків та відповідного управління. Рішення повинні прийматися шляхом заснованого на доказах консультування: безпідставні страхи не повинні впливати на планування програми.
5. **Визначення суми наданих готівкових грошей і вартості ваучерів:** Сума грошової допомоги та вартість ваучера визначаються залежно від конкретної ситуації. Розрахунки необхідно узгоджувати з іншими організаціями та враховувати пріоритети і потреби постраждалого населення, ціни на основні товари, які заплановано закупляти на місцевих ринках, інші різновиди допомоги, яка вже надають і/або будуть надавати, додаткові супутні витрати (наприклад, надання транспорту для осіб з обмеженою рухливістю), спосіб, величину, частоту виплат і вибір часу виплат залежно від пори року, а також цілі програми і наданої допомоги (наприклад, задоволення потреб у продуктах харчування на основі продуктового кошика або забезпечення зайнятості на основі поденної ставки заробітної плати). Коливання цін можуть знизити ефективність допомоги, яку надають у вигляді готівки і ваучерів. Важливе значення має гнучкість бюджету, що дозволить скоригувати розмір допомоги у вартісному вираженні або додати товарний компонент на основі моніторингу ринку.
6. **Вибір різновиду грошової допомоги або надання ваучерів:** Вибір відповідного різновиду грошової допомоги або надання ваучерів залежить від цілей програми та місцевих обставин. Може бути доцільним поєднання



кількох підходів, включно з наданням допомоги в натуральній формі й з урахуванням сезонних коливань. Гуманітарні організації повинні з'ясувати шляхом проведення інформованих консультацій, яку форму (форми) надання допомоги постраждале населення вважає для себе найбільш придатною (див. стандарт 2 продовольчої безпеки – засоби до існування на сторінці 251).

7. **Визначення цілей (адресатів допомоги) в програмах надання готівкових грошей і ваучерів:** При реалізації програм із надання послуг і допомоги в натуральній формі також виникають складні проблеми, проте, зважаючи на привабливість отримання готівки та ваучерів, варто приділяти особливу увагу тому, щоб звести до мінімуму помилки, пов'язані з усуненням тих чи інших осіб із програми допомоги або внесенням їх до неї. Охоплення програмою може здійснюватися шляхом прямої адресації (до постраждалих домогосподарств або населення) чи шляхом опосередкованої адресації (наприклад, до місцевих торговців або постачальників послуг). За відсутності безпеки може знадобитися опосередкована адресація (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38). Гендерна приналежність впливає на рішення щодо того, хто з членів сім'ї реєструється як одержувач готівки або ваучерів, так само як це відбувається в разі отримання допомоги в натуральній формі (див. стандарт 5 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 229). При визначенні адресатів цієї допомоги (так само як і при наданні допомоги в натуральній формі) дуже важливо консультиватися із зацікавленими сторонами, включно з державними програмами надання матеріальної допомоги та соціального забезпечення, що надають грошові допомоги.
8. **Моніторинг надання допомоги у вигляді готівкових грошей і ваучерів:** Необхідно збирати базову інформацію, здійснюючи моніторинг до, під час і після закінчення програм надання допомоги у вигляді готівки і ваучерів та враховуючи прямі й непрямі наслідки надання готівки і ваучерів для ринку. Необхідно вносити зміни в програму у відповідь на зміни обстановки і ситуації на ринку. Моніторинг має передбачати відстеження цін на основні товари, помножений вплив на місцеву економіку і коливання цін. Основними є питання, які стосуються того, що купують люди на надану їм готівку і ваучери. Чи можуть люди безпечно отримувати і витратити готівку? Чи не розкрадають гроші та ваучери? Чи справляють жінки вплив на те, як використовуються надана готівка або ваучери (див. базовий стандарт 5 на сторінці 80)?

4.3. Продовольча безпека: засоби до існування

Стійкість засобів до існування населення до впливу небезпечних факторів та їх уразливість через незабезпеченість продовольством значною мірою залежать від того, які ресурси (або активи) доступні населенню, а також від того, як НС вплинула на них. До цих ресурсів входять фінансовий капітал (наприклад, готівкові гроші, кредити, заощадження), капітал у формі матеріальних активів (будинки, механізми та обладнання), природні ресурси (земля, вода), людський капітал (праця, навички), соціальний капітал (соціальні контакти, норми) і політичний капітал (вплив, політика). Найважливішим для тих, хто виробляє продовольство, є наявність доступу до землі, яка дає можливість його виробляти, а також наявність коштів, щоб продовжувати займатися сільським господарством. Для тих, хто потребує заробітку, щоб забезпечити себе продовольством, найважливішим є доступ до роботи, ринків і послуг. Для населення, постраждалого від НС, основним завданням є збереження, відновлення і подальший розвиток ресурсів, необхідних для забезпечення продовольчої безпеки та засобів до існування в майбутньому.

Тривала політична нестабільність, відсутність безпеки і загроза конфлікту можуть серйозно обмежити діяльність людей щодо забезпечення себе засобами для існування і доступ до ринків. Сім'ї можуть бути змушені покинути свої земельні ділянки і втратити своє майно, залишене при втечі з дому або знищене чи присвоєне воюючими сторонами.

Представлені тут три стандарти стосуються виробництва сировини, створення доходу населення і забезпечення зайнятості, а також доступу до ринків, включно з товарами і послугами.



Стандарт 1 продовольчої безпеки: засоби до існування – виробництво сировини

Механізми виробництва сировини захищені й мають підтримку.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Втручання, спрямовані на підтримку виробництва сировини, повинні бути засновані на оцінці засобів до існування, аналізі ситуації і підтвердженому розумінні життєздатності виробничих систем, серед яких доступність та наявність необхідних початкових ресурсів, послуг і ринкового попиту (див. інструкцію 1).
- ▶ Вводити нові технології тільки там, де є розуміння їх наслідків для місцевих виробничих систем, застосовуваних агротехнічних прийомів і природного середовища, а також де вони прийнятні для виробників продовольства та місцевих споживачів (див. інструкцію 2).
- ▶ Надавати ресурси виробництва або готівкові гроші для придбання низки ресурсів із тим, щоб дати виробникам можливість виробляти відповідні стратегії й гнучко управляти своїм виробництвом, а також знижувати ризики (див. інструкцію 3).
- ▶ Постачати необхідні ресурси своєчасно і забезпечити, щоб вони були прийнятні для місцевого населення і відповідали відповідним вимогам до якості (див. інструкції 4-5).
- ▶ Надавати ресурси та послуги з обережністю, щоб не посилити вразливість і не збільшити ризик, що може статися, наприклад, у випадку посилення конкурентної боротьби за дефіцитні природні ресурси або при завданні шкоди існуючим соціальним контактам (див. інструкцію 6).
- ▶ Коли це можливо і доцільно, проводити навчання виробників продовольства більш ефективним методам управління виробництвом (див. інструкції 1-2, 5-6).
- ▶ Купувати ресурси та послуги на місці, якщо можливо, крім тих випадків, коли така практика буде мати негативні наслідки для місцевих виробників, ринків або споживачів (див. інструкцію 7).
- ▶ Регулярно здійснювати моніторинг із тим, щоб виявити, чи одержувачі допомоги використовують надані ресурси належним чином (див. інструкцію 8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі домогосподарства, потреби яких визначені, мають доступ до ресурсів, необхідних для захисту і відновлення виробництва сировини на рівні, який передував надзвичайної ситуації, якщо це обґрунтовано, і відповідно до календарного графіку сільськогосподарських робіт (див. інструкції 1-6).
- Д Якщо це вважається (або визначено) практично можливим у конкретних умовах роботи, всім цільовим домогосподарствам надано готівку або ваучери, які є еквівалентом ринкової вартості потрібних ресурсів, що дозволяє домогосподарствам вибрати забезпечення засобів до існування (див. інструкції 3, 5 і 7).

Інструкції

1. **Життєздатність виробництва сировини:** Для забезпечення життєздатності виробництва продовольства необхідно забезпечити йому можливість успішно розвиватися (див. Керівні принципи та стандарти проведення операцій допомоги в НС із порятунку домашньої худоби (LEGS) у списку літератури та додаткових матеріалів). Цьому сприяють такі чинники:

- доступ до достатніх природних ресурсів (оброблювана земля, пасовища, вода, річки, озера, прибережні води тощо). Неприпустиме порушення екологічної рівноваги через надмірну експлуатацію окраїнних земель, рибних запасів, забруднення річок, особливо в районах, розташованих поблизу міст;
- рівні кваліфікації і можливості, які можуть бути обмеженими в районах, де населення серйозно вражене захворюваннями, або де освіта і навчання недоступні деяким групам населення;
- співвідношення трудових ресурсів та існуючої практики виробництва, а також часові періоди основної сільськогосподарської діяльності та господарської діяльності у сфері розведення та вирощування водних організмів (аквакультура);
- наявність і доступність ресурсів, необхідних для виробництва сільськогосподарської продукції та продукції аквакультури

Рівень виробництва в період, що передував НС, міг бути незадовільним, тому прагнення відновити його може суперечити принципу «не зашкодь» (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).

2. **Розвиток технологій:** «Нові» технології можуть передбачати покращені сорти сільськогосподарських культур або поліпшені види домашньої худоби чи риби, нове сільськогосподарське знаряддя і добрива, а також передові методи управління. Діяльність із виробництва продовольства повинна



(якщо можливо) наслідувати існуючі місцеві традиції й сприяти їм і/або бути прив'язаною до національних планів розвитку. Нові технології повинні застосовуватися після НС тільки за умови, що вони вже були випробувані в цій місцевості й вважаються прийнятними для одержувачів допомоги. Введення нових технологій повинно супроводжуватися належними консультаціями з місцевими жителями, наданням інформації, навчанням та іншими заходами відповідної підтримки. Якщо можливо, це варто узгоджувати з приватними та державними організаціями, що надають допомогу та кредит, а також постачальниками ресурсів, щоб забезпечити безперервну підтримку і доступність нових технологій в майбутньому і, що особливо важливо, комерційну життєздатність.

3. **Розширення вибору:** Як приклад підтримки виробників можна навести заходи, як-от надання готівкових коштів і кредитів або додаткових засобів виробництва, організація ярмарків насіння і домашньої худоби з наданням фермерам ваучерів, що дають їм можливість самостійно вибирати необхідні їм сорти і види насіння та худоби. Надання підтримки виробництва повинно передбачати здійснення оцінювання можливих наслідків для забезпечення харчування, зокрема й доступ до багатих поживними речовинами продуктів харчування за рахунок власного виробництва або за рахунок готівкових коштів, які приносить це виробництво. Надання фуражу для худоби під час посухи може дати більший позитивний результат для скотарів, ніж просто роздавання продовольства. Оцінка здійсненності надання домогосподарствам готівки з метою забезпечення доступу до ресурсів виробництва повинна ґрунтуватися на наявності товарів на місцевому рівні, доступі до ринків і наявності безпечного і прийнятого механізму надання допомоги.
4. **Своєчасність і прийнятність:** Ресурсами виробництва можуть бути, наприклад, насіння, знаряддя праці, добрива, домашня худоба, засоби для рибальства та полювання, позики і кредити, ринкова інформація та транспортні засоби. Альтернативою надання ресурсів у натуральній формі є надання населенню готівки або ваучерів для покупки ресурсів за їхнім власним вибором. Надання сільськогосподарських ресурсів і ветеринарних послуг має збігатися у часі з відповідними сезонами, наприклад, насіння і знаряддя праці треба надавати перед початком сівби. Терміновий розпродаж або забій свійської худоби під час посухи треба проводити до того, як настане падіж худоби, а поповнення поголів'я необхідно починати за умови, що буде забезпечено відновлення поголів'я, наприклад, після початку сезону дощів.
5. **Насіння:** Пріоритет треба надавати насінню тих культур і сортів, які вже використовуються на місцевому рівні, щоб фермери мали можливість застосовувати власні критерії для встановлення якості продукції. Треба

пропонувати культури, що мають найвищий пріоритет для наступного сезону. Вибір конкретних сортів насіння має бути схвалений фермерами та місцевими фахівцями в галузі сільського господарства. Насіння зонайменше повинно відповідати місцевим вимогам і умовам господарювання місцевих фермерів, бути стійким до хвороб і бути відібраним з урахуванням можливих у майбутньому явищ, пов'язаних зі зміною клімату, таких як повені, посухи та підвищення рівня моря. Насіння з інших місцевостей повинно пройти належну сертифікацію і перевірку на відповідність місцевим умовам. При здійсненні будь-яких втручань у сфери забезпечення насінням фермерам повинен бути наданий доступ до різних культур і сортів, щоб вони мали можливість вибрати стратегію, найбільш придатну для їхньої конкретної системи ведення фермерського господарства. Гібриди можуть бути корисні в тих випадках, коли фермери мають досвід їх вирощування. Це можна встановити тільки в результаті консультацій із місцевим населенням. Якщо насіння надають безплатно і фермери вирощують кукурудзу, то фермери можуть надати перевагу насінню гібридів перед місцевими сортами, за які довелося б платити. При їх роздаванні необхідно також дотримуватися норм, визначених державною політикою щодо насіння гібридів. Не можна поширювати генетично модифіковане насіння без дозволу місцевої влади. У цьому випадку фермери також повинні знати, що пропонується допомога містить генетично модифіковане насіння.

6. **Вплив на джерела засобів до існування у сільських районах:** Виробництво сировини для продовольства, можливо, не буде життєздатним при нестачі найважливіших природних ресурсів (і може бути нежиттєздатним у довгостроковій перспективі, якщо до настання НС вже було відзначено спад виробництва) або за відсутності доступу до цього виду господарської діяльності певних груп населення (наприклад, безземельних селян). Заходи підтримки виробництва сировини для продовольства можуть виявитися невдалими, якщо вони потребують більш інтенсивного (або інакше організованого) використання місцевих природних ресурсів, що може посилити напруженість у відносинах серед місцевого населення і, як наслідок, обмежити доступ до води та задоволення інших найважливіших потреб. При наданні ресурсів у натуральній формі або у формі одноразових виплат чи кредитів необхідно дотримуватися обережності, оскільки ці втручання здатні підвищити ризики, пов'язані з забезпеченням безпеки, і викликати конфлікти (див. стандарт 2 продовольчої безпеки – засоби до існування на сторінці 251 і стандарт 1 продовольчої безпеки – допомога у вигляді готівкових коштів і ваучерів на сторінці 240). Крім того, безплатне надання ресурсів може дестабілізувати традиційні механізми надання соціальної допомоги та перерозподілу, одночасно витісняючи з бізнесу приватний сектор і ставлячи під загрозу доступ до ресурсів у майбутньому.



7. **Придбання ресурсів на місцевому рівні:** Якщо можливо, варто придбавати ресурси і послуги для виробництва продуктів харчування (наприклад, ветеринарне обслуговування і насіння) через існуючі місцеві легальні системи постачання та системи постачання, які можна перевірити. Для підтримки місцевого приватного сектора треба використовувати такі механізми, як надання готівки або ваучерів, встановлюючи прямі зв'язки між виробниками сировини та постачальниками. При організації таких систем із підтримки здійснення закупівель на місцевому рівні треба брати до уваги наявність відповідних ресурсів і можливості постачальників збільшити постачання, враховуючи при цьому небезпеку інфляції (наприклад, внаслідок підвищення цін на дефіцитні товари) і якість ресурсів. Пряме постачання імпорتنих ресурсів варто здійснювати тільки тоді, коли відсутні альтернативи цьому на місцевому рівні.
8. **Моніторинг використання:** Цілком можливо визначити показники, які стосуються процесів і результатів виробництва продовольства, обробки і розподілу, як-от: площа посівів, кількість посадженого насіння на один гектар, урожай і поголів'я потомства свійської худоби. Важливо визначити, яким чином виробники розпоряджаються наданими їм ресурсами, тобто перевірити, яке саме насіння було посажене і яке знаряддя, добрива, начиння для полювання та рибальства було використане, або як були витрачені готівкові гроші на придбання ресурсів. Необхідно також перевіряти якість надаваних ресурсів щодо їх прийнятності та переваги для виробників. Крім того, дуже важливо враховувати, як цей проект впливає на забезпеченість продовольством домашніх господарств, наприклад, запаси продовольства в домашніх господарствах, кількість і якість споживаної їжі, кількість продовольства, яке було продано (обміняно) або роздано. Якщо проект спрямовано на збільшення виробництва конкретних різновидів продовольства, наприклад, м'яса або риби, або овочів із високим вмістом білків, необхідно проаналізувати, яким чином ці продукти споживають у домашніх господарствах.

Стандарт 2 продовольчої безпеки – засоби до існування: дохід та зайнятість

У тих випадках, коли стратегії зі створення доходу та зайнятості населення для забезпечення засобів до існування здійсненні, люди мають рівні можливості для отримання відповідних доходів.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Приймати рішення щодо заходів зі створення доходу у населення на основі оцінювання ринку і відповідного спільного аналізу можливостей, які мають домогосподарства для участі в цих заходах (див. інструкції 1-2).
- Д Вибір виду оплати (готівка, ваучери, продовольство або поєднання першого, другого і третього) здійснювати на основі ретельного аналізу місцевих можливостей, нагальних потреб, ринкових систем і переваг постраждалого населення (див. інструкцію 3).
- Д Визначати рівень оплати на основі потреб, цілей щодо відновлення засобів до існування і місцевих ставок заробітної плати (див. інструкцію 4).
- Д Подбати про те, щоб було вжито заходів щодо забезпечення безпечних, належних умов праці (див. інструкцію 5).
- Д Вживати заходів, спрямованих на те, щоб не допустити розкрадання та/або виникнення небезпеки, коли використовують великі суми готівки (див. інструкцію 6).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі охоплені цільовою програмою особи отримують дохід від їхньої діяльності, що сприяє задоволенню їхніх основних та інших потреб щодо забезпечення засобів до існування.
- Д Програми допомоги, що надають населенню можливість трудової зайнятості, однаково доступні жінкам і чоловікам і не мають негативних наслідків для місцевого ринку, а також не чинять негативного впливу на звичайну діяльність, пов'язану із забезпеченням засобів до існування (див. інструкцію 7).
- Д Населення поінформоване й усвідомлює той факт, що винагорода за роботу має на меті сприяти забезпеченню продовольчої безпеки всіх членів домогосподарства однаковою мірою (див. інструкцію 8).



Інструкції

1. **Доречність ініціатив:** При обґрунтуванні та визначенні того, яких заходів варто вживати, необхідно насамперед здійснювати аналіз ринку. Треба використовувати існуючі інструменти, призначені для аналізу ринків та економічних систем (див. розділ, присвячений ринкам, у списку літератури та додаткових матеріалів). Необхідно максимально використовувати місцеві людські ресурси при розробці проекту та визначенні відповідних заходів. Альтернативні варіанти для певних груп населення (як-от вагітні жінки, люди з обмеженими можливостями та літні люди) необхідно обговорювати з цими цільовими групами. При великій чисельності переміщеного населення (біженців або переміщених всередині країни осіб) треба надавати можливості для працевлаштування як переміщеним особам, так і місцевому населенню. При визначенні місць проведення робіт необхідно брати до уваги існування загрози збройного нападу, ризику, пов'язані з забезпеченням безпеки (як-от мінні поля) та екологічно небезпечні зони (наприклад, забруднена або заражена місцевість, ділянки, де можливе просідання ґрунту, або вразливі до затоплення під час повеней чи розташовані на крутих схилах) (див. принципи забезпечення захисту 1-3 на сторінках 38-43).
2. **Допомога у сфері отримання доходу, яку надають домогосподарствам з обмеженими можливостями участі:** Багато домогосподарств зможуть скористатися програмами забезпечення зайнятості та створення у населення доходу, однак наслідки НС для деяких домогосподарств можуть перешкодити їм скористатися цими сприятливими можливостями; для деяких із них період очікування отримання відповідних доходів від трудової діяльності може бути занадто тривалим. Для таких домогосподарств варто передбачити заходи підстраховки, наприклад, необмежене умовами надання готівкових грошей і/або ваучерів, одночасно з планом, яким передбачено або уведення їх в існуючі системи соціального забезпечення, або (де це необхідно) сприяння створенню нових «страхувальних мереж».
3. **Види винагороди:** Винагорода за працю може бути у формі виплати готівкою або видаватися продуктами, або поєднанням того та іншого; її мета – допомогти домашнім господарствам, незабезпеченим продовольством, задовольнити свої потреби. Замість оплати за громадські роботи винагорода може набувати форми стимулювання, щоб допомогти людям виконувати роботи для своєї прямої вигоди. Варто враховувати купівельні потреби населення, а також вплив розподілу готівкових коштів або продуктів на інші основні потреби (відвідування шкіл, доступ до медичного обслуговування, соціальні зобов'язання). Різновид і величину винагороди варто визначати в кожному конкретному випадку з урахуванням вищевказаних факторів, наявності грошових коштів і продовольства та можливого впливу на місцеві ринки праці.

4. **Виплати:** Не існує універсально прийнятих правил для визначення розміру винагороди, проте у разі оплати праці натурою і надання ресурсів необхідно брати до уваги перепродажну вартість (наприклад, продуктів) на місцевих ринках. Чистий дохід, що одержують окремі особи за участь у програмах, повинен бути вищий, ніж якби в цей час вони займалися іншою діяльністю. Це стосується схем «продовольство за роботу» і «готівкові гроші за роботу», а також кредитних схем, створення бізнесу тощо. Можливості, що відкриваються для отримання доходу, повинні розширювати коло джерел доходу, а не замінити собою вже наявні джерела. Винагорода за працю не повинна негативно впливати на місцеві ринки праці, наприклад, викликаючи інфляцію ставок заробітної плати або відволікаючи трудові ресурси з інших сфер зайнятості, або завдаючи шкоду основним громадським службам.
5. **Ризики на робочих місцях:** Практичні заходи щодо мінімізації ризиків на робочих місцях – роз'яснення, прийоми і засоби першої допомоги, захисний одяг – допомагають уникнути небезпечних ситуацій. Ці заходи також повинні звести до мінімуму небезпеку інфікування ВІЛ. Способи підвищення безпеки прямування на робоче місце передбачають такі заходи, як організація безпечних маршрутів прямування, освітлення цих маршрутів, надання ліхтарів, використання систем раннього попередження (за допомогою дзвонів, свистків, радіо та інших пристроїв), а також правила безпеки, як-от рух у групах та утримання від пересування після настання темряви. Особливу увагу варто приділяти жінкам, дівчаткам та іншим особам, які можуть зазнавати загрози сексуального насильства. Необхідно забезпечити, щоб усі учасники програм були проінформовані про порядок дій у надзвичайній ситуації і мали доступ до систем раннього попередження (див. принцип забезпечення захисту 1 і 3 на сторінках 38 і 43).
6. **Ризики, пов'язані з відсутністю безпеки та розкраданням:** Поводження з ресурсами, які надають у рамках схем «продовольство або готівкові гроші за роботу» (наприклад, позики або виплати за виконану роботу), пов'язане з проблемами безпеки як персоналу програм, так і одержувачів допомоги (див. стандарт 5 продовольчої безпеки – продовольча допомога, інструкція 6 на сторінці 234 і стандарт 1 продовольчої безпеки – допомога у вигляді готівкових коштів і ваучерів, інструкція 4 на сторінці 243).
7. **Обов'язки з забезпечення догляду та засоби до існування:** Діяльність із метою отримання доходу не повинна шкодити догляду за дітьми та виконанню інших обов'язків, пов'язаних із здійсненням догляду, оскільки це може підвищити ризик недостатності харчування та інших загроз для здоров'я. Можуть знадобитися програми для найму людей із догляду або організація закладів для догляду. Не варто занадто збільшувати трудове навантаження населення, особливо жінок. Програми з надання допомоги



не повинні негативно впливати на доступ до інших можливостей, наприклад зайнятість в інших сферах або освіта, або відволікати ресурси домогосподарств від інших видів вже здійснюваної ними господарської діяльності. При залученні до участі в програмах створення у населення доходу необхідно дотримуватися національних законів, які визначають мінімальний вік допуску до роботи за наймом, зазвичай це як мінімум вік завершення обов'язкового шкільного навчання.

8. **Використання винагороди за працю:** Справедлива винагорода за працю означає, що отриманий дохід дає суттєву частину ресурсів, необхідних для забезпечення продовольчої безпеки. Необхідно брати до уваги практику розпорядження готівковими коштами або продуктами в домашньому господарстві, включно з розподілом цих ресурсів усередині самого господарства та їх кінцевим застосуванням, оскільки спосіб розподілу готівкових коштів може призвести до загострення або поширення існуючих напружених відносин і по-різному вплинути на продовольчу безпеку та харчування членів домашнього господарства. Програми допомоги, які забезпечують заробіток і зайнятість, часто бувають багатocільовими в забезпеченні продовольчої безпеки і передбачають ресурси місцевих громад, які впливають на продовольчу безпеку. Наприклад, ремонт доріг може полегшити доступ до ринків і медичного обслуговування, а ремонт систем збору поверхневого стоку і зрошення може підвищити продуктивність.

Стандарт 3 продовольчої безпеки – засоби до існування: доступ до ринків

Забезпечено захист та сприяння безпечному доступу до ринків товарів та послуг для постраждалого населення у якості виробників, споживачів та торговців.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Забезпечити захист і сприяти доступу до відповідних діючих ринків для виробників, споживачів і торговців (див. інструкцію 1).
- Д Здійснювати втручання щодо забезпечення продовольчої безпеки та засобів до існування, базуючись на ясному розумінні того, чи продовжують місцеві ринки нормально функціонувати або вони підірвані, а також на їхні потенційні можливості для зміцнення (див. інструкцію 2).
- Д Здійснювати інформаційно-просвітницькі заходи зі сприяння вдосконаленню і зміні політики на основі аналізу ринку, перед тим як зробити будь-яке втручання (див. інструкцію 3).
- Д Вживати заходів, головна мета яких – надання сприяння і підтримки забезпечення доступу до ринків уразливих осіб (див. інструкцію 4).
- Д Здійснювати контроль над негативним впливом програм надання допомоги на місцеві ринки, включно з закупівлями і розподілом продовольства (див. інструкцію 5).
- Д Зводити до мінімуму негативні для ринків наслідки надмірних сезонних та інших аномальних коливань цін (див. інструкцію 6).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Втручання організовано з метою надання підтримки відновленню ринків або шляхом прямого впливу, або через підтримку місцевих торговців за допомогою програм надання готівки та/або ваучерів.
- Д Усі цільові групи населення мають безпечний і нічим не обмежений доступ до пропонованих на ринку товарів, послуг і систем протягом усього терміну програми допомоги.



Інструкції

1. **Ринковий попит і пропозиція:** Економічний доступ до ринків залежить від купівельної спроможності, ринкових цін та наявності товарів. Доступність зумовлена балансом між товарами першої необхідності (продукти харчування, основні сільськогосподарські засоби, наприклад, насіння, знаряддя праці, охорона здоров'я тощо) та джерелами доходу (товарні сільськогосподарські культури, домашня худоба, заробітна плата тощо). Активи населення починають зменшуватися, коли погіршення умов торгівлі змушує людей продавати своє майно (за низькою ціною), щоб придбати (за збільшеною внаслідок інфляції ціною) предмети першої необхідності. На доступність ринків також впливають політичні умови і рівень безпеки, культурні та релігійні чинники, що обмежує доступ до них деяких груп населення, наприклад, меншин.
2. **Аналіз ринку:** Необхідно розглянути доступність працюючих ринків для всього населення, зокрема й для уразливих груп. Програмам, що передбачають виплату готівкою, ваучерами і продуктами або надання ресурсів виробництва (насіння, сільськогосподарські знаряддя тощо), повинен передувати відповідний аналіз ринку за тими різновидами товарів, які будуть постачати. Закупівлі будь-яких надлишків повинні мати на меті підтримку місцевих виробників, проте необхідно також визначити ризики несприятливого впливу. Імпорт здебільшого веде до зниження місцевих цін (див. стандарт 1 оцінки продовольчої безпеки і харчування, інструкцію 7 на сторінці 177).
3. **Підтримка:** Ринки функціонують у рамках ширших національних і глобальних економічних систем, які впливають на місцеві ринкові умови. Наприклад, державна політика, включно з ціноутворенням і торгівлею, впливає на доступність та наявність товарів. Незважаючи на те, що надання допомоги в надзвичайних ситуаціях не передбачає будь-яких заходів на цьому рівні, аналіз цих факторів буде доречним, оскільки можуть з'явитися можливості для здійснення спільних заходів або для звернення до уряду та інших організацій з метою виправлення ситуації (див. принцип забезпечення захисту 3 на сторінці 43).
4. **Уразливі особи:** Необхідно зробити аналіз уразливостей із метою виявлення осіб, які мають обмежений доступ до ринків, і можливостей щодо забезпечення засобів до існування. Варто надавати допомогу щодо доступу до ринків людям з обмеженими можливостями, особам, що живуть із ВІЛ, літнім людям і жінкам, які мають обов'язки з догляду за дітьми.
5. **Вплив здійснюваних втручань:** Закупівлі на місцевому рівні продовольства, насіння або інших товарів можуть спричинити інфляцію на шкоду споживачам, але на користь місцевим виробникам. І навпаки, імпорто-

ване продовольство може сприяти зниженню цін і загальмувати місцеве виробництво продовольства, що може погіршити становище у сфері продовольчої безпеки. Надання готівкових грошей може мати позитивний помножений вплив на місцеву економіку, проте це також може викликати роздування цін на основні товари на місцевому рівні. Особи та організації, що відповідають за закупівлі, зобов'язані враховувати ці чинники. Крім того, на купівельну спроможність одержувачів допомоги впливає розподіл продовольства, позаяк воно у свою чергу є формою перерозподілу доходу. Одні продукти легше продати за хорошою ціною, ніж інші, наприклад, рослинну олію в порівнянні з харчовими сумішами. Купівельна спроможність, пов'язана з певним різновидом продуктів харчування або продуктовим кошиком, матиме вплив незалежно від того, чи буде сім'я, яка отримує допомогу, з'їдати або продавати ці продукти харчування. Тому необхідно розуміти суть покупок і продажів у домашньому господарстві, щоб мати змогу визначити вплив програм із розподілу продовольчої допомоги в більш широкому плані.

6. **Надзвичайно різкі сезонні коливання цін** можуть негативно вплинути на небагатих виробників продовольства, змушених продавати сільськогосподарську продукцію за найнижчою ціною, наприклад, відразу після збору врожаю, або на скотарів, які змушені продавати домашню худобу під час посухи. Споживачі, які мають обмежений чистий дохід, навпаки, не можуть дозволити собі вкласти кошти в запаси продовольства і змушені робити невеликі, але часті закупівлі продовольства. У зв'язку з цим їм доводиться купувати продукти за високими цінами, наприклад, під час посухи. Приклади здійснення втручань, здатних мінімізувати ці наслідки, передбачають удосконалення транспортних систем і систем зберігання, виробництво більш різноманітних видів продовольства, а також розподіл готівкових грошей і продуктів харчування в критичні періоди.



Додаток 1

Перелік контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки та засобів до існування

При оцінюванні продовольчої безпеки часто виділяють групи постраждалого населення за засобами до існування відповідно до їхніх джерел доходу і продовольства, а також стратегій їх отримання. Така класифікація може складатися із груп населення за добробутом або класами. Важливо порівняти поточну ситуацію зі становищем у сфері продовольчої безпеки, що передувало надзвичайній ситуації. Відправною точкою можна вважати так звані «середні нормальні роки». Також варто приділити увагу конкретним функціям та вразливості жінок і чоловіків, а також можливим наслідкам для продовольчої безпеки домогосподарств.

Нижченаведений перелік контрольних запитань охоплює широке коло проблем, звичайних при аналізі продовольчої безпеки.

1. Продовольча безпека груп населення залежно від засобів до існування

- ❖ Чи є в цій місцевості групи населення з однаковими стратегіями забезпечення засобів до існування? Яким чином можна класифікувати ці групи за ознакою основних джерел їхнього доходу або продовольства?

2. Становище з продовольчою безпекою до надзвичайної ситуації (відправна точка)

- ❖ Як групи з різними засобами до існування забезпечували себе продовольством або доходом до надзвичайної ситуації? Якими були джерела їхнього продовольства і доходу в недавньому минулому в «середній рік»?
- ❖ Як змінювалися ці різні джерела продовольства і доходу залежно від пори року в «середній рік»? (Наявність сезонного календаря може стати в пригоді).
- ❖ Якщо порівнювати ситуацію, що існувала 5 або 10 років тому, як змінювалося становище з продовольчою безпекою з року в рік? (Опис історії хороших і поганих років може виявитися корисним).

- ▶ Яким майном, заощадженнями або іншими ресурсами володіють групи населення з різними засобами до існування (наприклад, запаси продовольства, заощадження у вигляді готівкових коштів, свійська худоба, капіталовкладення, кредити, незатребувана заборгованість тощо)?
- ▶ Що входить у витрати домашнього господарства протягом одного тижня або одного місяця, і яка частка витрат по кожній статті?
- ▶ Хто відповідає за контроль над готівковими коштами в домашньому господарстві, та на що витрачаються гроші?
- ▶ Наскільки доступний найближчий ринок для придбання основних товарів (враховувати відстань, безпеку, легкість пересування, наявність ринкової інформації, транспорт та ін.)?
- ▶ Чи наявні основні товари, і які ціни на них, зокрема й на продовольство?
- ▶ Які були в середньому умови обміну між основними джерелами доходу і продовольством до надзвичайної ситуації (наприклад, обмін заробітної плати і продовольства, свійської худоби і продовольства)?

3. Продовольча безпека під час надзвичайної ситуації

- ▶ Як надзвичайна ситуація відбилася на різних джерелах продовольства і доходу кожної з виділених груп із різними засобами до існування?
- ▶ Як надзвичайна ситуація вплинула на сезонні особливості продовольчої безпеки для різних груп населення?
- ▶ Як надзвичайна ситуація вплинула на доступ до ринків, наявність товарів і ціни на основні товари на ринках?
- ▶ Які стратегії пристосування різних груп, і який відсоток людей, що належать до цих груп, беруть участь у них?
- ▶ Якщо порівнювати зі становищем, що передувало надзвичайній ситуації, які зміни відбулися в цьому?
- ▶ Яка група постраждала найбільше?
- ▶ Які короткострокові й довгострокові наслідки стратегій пристосування для фінансових та інших активів постраждалого населення?
- ▶ Які наслідки стратегій пристосування для здоров'я, загального добробуту і збереження гідності груп населення з різними засобами до існування і всіх уразливих осіб? Чи пов'язані стратегії пристосування з якими-небудь ризиками?



Додаток 2

Перелік контрольних запитань для оцінювання безпеки в галузі забезпечення насінням

Нижче наведено орієнтовні питання для оцінювання безпеки щодо забезпечення насінням:

1. До надзвичайної ситуації (відправна точка)

- ▶ Які сільськогосподарські культури мають для фермерів найбільш важливе значення? Для яких цілей вони ними використовуються – споживання, отримання доходу або того й іншого? Чи вирощують ці культури кожен сезон? Які маловрожайні культури можуть набути важливого значення у складні періоди?
- ▶ Яким чином фермери зазвичай забезпечують себе насінням або посадковим матеріалом цих культур? (враховувати всі канали постачання).
- ▶ Які параметри засівання по кожній основній культурі? Яка середня площа засіву? Які норми висіву? Які коефіцієнти розмноження (відношення кількості посадженого насіння до кількості насіння або зерна, одержаного після збору врожаю)?
- ▶ Чи існують кращі сорти конкретних культур або сорти, що мають важливе значення?
- ▶ Які виробничі ресурси необхідні для вирощування конкретних культур або сортів?
- ▶ Хто в домогосподарстві відповідає за прийняття рішень, керує процесом культивування і розпоряджається продукцією на різних стадіях виробництва і в післявиробничий період?

2. Після надзвичайної ситуації

- ▶ Із точки зору одержувачів допомоги, чи можливо здійснити втручання, що стосується роботи у сільському господарстві?
- ▶ Чи впевнені фермери в тому, що ситуація в цей момент є досить стабільною і безпечною для того, щоб вирощувати певну культуру, збирати врожай і споживати отриману продукцію?

- Д Чи мають вони відповідний доступ до земельних угідь та інших засобів виробництва (добрива, інвентар, робочу худобу)?
- Д Чи готові вони продовжувати займатися сільським господарством?

3. Оцінювання забезпечення насінням і попиту: запаси домогосподарства

- Д Чи достатніми власні запаси насіння домогосподарства для проведення сівби? Сюди входять насіння власного врожаю фермера і насіння, потенційно доступні через соціальні контакти (наприклад, сусідів).
- Д Чи є ця сільськогосподарська культура тією культурою, яку фермери і раніше бажали вирощувати? Чи пристосована вона до місцевих умов? Чи є ще попит на неї?
- Д Чи придатні для посадки в наступному сезоні сорти, одержані в результаті власного виробництва фермера? Чи відповідає якість насіння звичайним вимогам фермера до якості насіння?

4. Оцінювання забезпечення насінням і попиту: місцеві ринки

- Д Чи функціонують в цілому ринки, незважаючи на надзвичайну ситуацію (чи працюють ринки у встановлені дні, чи є у фермерів можливість вільно пересуватися, продавати і купувати)?
- Д Чи є наявна кількість насіння або зерна співмірною із кількістю, що була наявна в звичайних умовах в той самий час у попередні сезони?
- Д Чи є на ринках культури і сорти, які влаштовують фермерів?
- Д Чи є поточні ринкові ціни на насіння або зерно співмірними з цінами в той самий час у попередні сезони? Якщо помічено різницю в цінах, то чи може це поставити фермерів в скрутне становище?

5. Оцінювання забезпечення насінням і попиту: насіння державного сектора

- Д Чи адаптовані культури і сорти, що надходять із державного сектора, до умов районів, які опинилися в особливо складному становищі? Чи є підстава вважати, що вони підходять фермерам?
- Д Чи можуть наявні у державного сектора запаси насіння задовольнити потреби в наданні будь-якої допомоги? Якщо ні, то яка частина потреб фермерів може бути забезпечена?



Додаток 3

Перелік контрольних запитань для оцінювання харчування

Нижче наведено орієнтовні запитання для оцінювання основних причин недостатності харчування, небезпечних рівнів недоїдання і можливих варіантів допомоги. Запитання засновані на концептуальній схемі недостатності харчування (див. сторінку 169). Інформація може надходити з різних джерел, і для її отримання потрібно буде скористатися різноманітними способами, серед яких співбесіди з основними інформантами, спостереження та аналіз вторинних даних (див. базові стандарти 1, 3-4 на сторінках 62, 70-75).

Становище з харчуванням перед надзвичайною ситуацією

Яка інформація про характер, масштаб і причини недостатнього харчування серед постраждалого населення вже наявна (див. стандарт 2 оцінювання продовольчої безпеки та харчування на сторінці 179)?

Поточний ризик недостатності харчування

1. *Ризик недостатності харчування, пов'язаний із обмеженим доступом до продуктів харчування (див. додаток 1: список контрольних запитань для оцінювання продовольчої безпеки та засобів до існування).*
2. *Ризик недостатності харчування, пов'язаний із практикою годування дітей грудного та молодшого віку, а також здійснення догляду:*
 - Чи змінився характер праці та соціальний устрій (наприклад, внаслідок міграції, переміщення або збройного конфлікту); що означали б зміни у функціях і розподіл обов'язків у домогосподарстві?
 - Чи відбулися зміни в звичайному складі домогосподарств? Чи велика кількість дітей позбавлена батьківського піклування?
 - Чи сталося порушення нормальних умов здійснення догляду (наприклад, у результаті переміщення населення), яке вплинуло на доступ до осіб, що здійснюють спеціалізований догляд, доступ до продуктів дитячого харчування, доступ до води тощо?

- Чи є немовлята, яких не годують грудьми? Чи є немовлята, які отримують штучне харчування?
 - Чи є свідчення (або підозра) того, що в надзвичайній ситуації помічено зниження застосування практики грудного вигодовування, зокрема це стосується зниження показників раннього початку грудного вигодовування або виключно грудного вигодовування? Чи помічено підвищення показника штучного вигодовування та/або збільшення кількісного співвідношення дітей, яких не годують грудьми?
 - Чи доступне безпечне та поживне підгодовування, що відповідає віку, а також гігієнічні засоби його приготування?
 - Чи є свідчення (або підозра) того, що серед населення розподіляють заміники грудного молока, такі як дитячі молочні суміші, інші молочні продукти, пляшечки і соски на пляшечку, що надходять від донорів або купуються?
 - Як довго маленькі діти перебували поза контактом зі свійською худобою в скотарських районах? Чи змінився доступ до молока в порівнянні зі звичайним?
 - Чи вплинули ВІЛ-інфекція та СНІД на практику здійснення догляду на рівні домогосподарств?
3. ***Ризики недостатності харчування, пов'язані з незадовільною охороною здоров'я (див. розділ, присвячений медичному обслуговуванню, на сторінці 353):***
- Чи існують відомості про спалахи захворювань, які можуть вплинути на стан харчування (наприклад, кір або гострі кишкові інфекції)? Чи є ймовірність того, що ці спалахи можуть повторитися (див. стандарти 1-3 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінках 373-378.)
 - Яке розрахункове охоплення постраждалого населення вакцинацією проти кору (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінці 384)?
 - Чи дають вітамін А при вакцинації проти кору? Яке розрахункове охоплення населення вітаміном А при додатковому харчуванні?
 - Чи розраховував хтось коефіцієнти смертності (загальної або дітей молодших п'яти років)? Які ці коефіцієнти, і яким методом їх розраховано? (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування на сторінці 370)
 - Чи спостерігається або очікується істотне зниження температури доквілля, яке може викликати широке поширення гострих респіратор-



них захворювань або вплинути на потреби постраждалого населення в енергетичній цінності їжі?

- Чи широко поширена ВІЛ-інфекція?
- Наскільки населення вже є вразливим щодо недостатності харчування через бідність або поганий стан здоров'я?
- Чи помітна перенаселеність або ризик широкого поширення туберкульозу?
- Чи висока захворюваність на малярію?
- Чи перебували люди у воді або в мокрому одязі чи зазнавали тривалий час впливу інших суворих умов навколишнього середовища?

4. *Через які існуючі місцеві офіційні чи неформальні структури можна здійснювати втручання з надання допомоги?*

- Які можливості міністерства охорони здоров'я, релігійних організацій, громадських груп допомоги, груп сприяння практиці грудного вигодовування або НУО, що здійснюють свою діяльність у районі впродовж короткого чи тривалого періоду часу?
- Якого типу допомогу в галузі забезпечення харчуванням або допомогу на базі громад вже надають місцеві громади, окремі особи, НУО, державні установи, агенції ООН та ін.? У чому полягає суть стратегій щодо забезпечення харчуванням (колишніх, нинішніх чи завершених), запланованих довгострокових втручань у сфері забезпечення харчуванням, а також здійснюваних або запланованих програм надання допомоги у зв'язку з реальною ситуацією?

Додаток 4

Вимірювання гострої недостатності харчування

У надзвичайних ситуаціях щодо забезпечення харчуванням може виникнути потреба внести до оцінювання стану харчування або програм харчування дітей у віці до 6 місяців, вагітних жінок та жінок, що годують грудьми, дітей старшого віку, підлітків, дорослих або літніх людей.

Обстеження вікових груп старших 6-59 місяців потрібно тільки в тих випадках, коли:

- Д здійснено ретельний аналіз конкретної ситуації, в ході якого виявлено причини недостатнього харчування. Якщо результати цього аналізу показують, що стан харчування маленьких дітей не відображає стану харчування всього населення, тоді можна проаналізувати стан харчування іншої вікової групи;
- Д існує технічний експертний потенціал для того, щоб забезпечити якісний збір інформації, адекватний аналіз та належне подання і пояснення результатів аналізу;
- Д було взято до уваги витрати ресурсів та/або альтернативні витрати на уведення до аналізу даних інших вікових груп;
- Д було сформульовано чіткі й належним чином задокументовані цілі аналізу.

Діти у віці до 6 місяців

Дослідження, що стосуються цієї вікової групи, ще тривають, отже доказова база для здійснення оцінювання та лікування наразі обмежена. Більшість посібників рекомендують такі самі антропометричні методи визначення випадків гострої недостатності харчування немовлят, як і для дітей віком від 6 до 59 місяців (за винятком вимірювання окружності середини плеча (MUAC – ОСП), що наразі не рекомендовано для дітей віком до 6 місяців). Критерії включення акцентують увагу радше на розмірі тіла дитини в цей момент, ніж на оцінці росту. Результатом переходу від показників зростання (фізичного розвитку) НЦМС (Національного центру медичної статистики США) на розроблені ВООЗ в 2006 році норми зросту дітей стало виявлення більшого числа випадків виснаження (кахексії) дітей у віці до 6 місяців. Необхідно враховувати ці зміни і вживати належних заходів. Це може означати також збільшення числа дітей, яких долучають до програм харчування, і зростання стурбованості осіб, що здійснюють догляд за дітьми, щодо адекватності



практики виключно грудного вигодовування. Необхідно здійснювати оцінювання і враховувати такі аспекти:

- зріст дитини в довжину – Чи задовільний коефіцієнт зростання, незважаючи на те, що розмір тіла лишається маленьким (деякі діти, наприклад, можуть «наганяти відставання», бо мали низьку масу тіла при народженні)?
- практика годування дитини – Чи годують дитину виключно грудьми?
- клінічний стан – Чи помітні у дитини які-небудь ускладнення або хвороби, які можна лікувати або внаслідок яких вона зазнає підвищеного ризику?
- материнські фактори – наприклад, Чи матір потребує підтримки з боку сім'ї, чи перебуває вона в стані депресії? Дітей, котрі зазнають підвищеного ризику, варто насамперед направляти в стаціонарні програми лікувального харчування.

Діти у віці 6-59 місяців

У нижче наведеній таблиці подано часто використовувані показники різних ступенів недостатності харчування серед дітей у віці від 6 до 59 місяців. Показники співвідношення «маса тіла – зріст» (WFH) треба розраховувати, використовуючи норми зросту дітей ВООЗ (2006). Z-показник співвідношення «маса тіла – зріст» (відповідно до норм ВООЗ) є кращим показником для результатів антропометричних вимірів. Окружність по середині плеча (MUAC – ОСП) є самостійним критерієм гострої недостатності харчування, а також одним із найкращих прогностуючих параметрів смертності. Частота випадків низьких показників MUAC (ОСП) також досліджується при здійсненні аналізу з тим, щоб прогнозувати кількість пацієнтів, які обслуговуються програмами додаткового харчування і терапії. Граничними значеннями зазвичай вважають <11,5 см для важкої гострої недостатності харчування і 11,5–<12,5 см для помірної гострої недостатності харчування. Цей показник, із більш високим граничним значенням, також часто застосовують при двоступеневій процедурі скринінгу. Цей показник не повинен застосовуватися ізольовано при антропометричних вимірах, проте може бути використаний як єдиний критерій доступу до програм харчування.

	Загальна гостра недостатність харчування	Помірна гостра недостатність харчування	Важка гостра недостатність харчування
Діти 6,0-59,9 місяця	WFH <-2 Z-показника та/або ОСП <12,5 см та/або аліментарна дистрофія (голодний набряк)	WFH -3 – <-2м Z-показника та/або ОСП 11,5–<12,5 см	WFH <-3 Z-показника та/або ОСП <11,5 см та/або аліментарна дистрофія (голодний набряк)

Діти віком від 5 до 19 років

Для визначення стану харчування дітей у віці 5-19 років рекомендовано використовувати норми зросту, розроблені ВООЗ у 2007 році. Ці криві даних показників зростання відтворюють показники НЦМС/ВООЗ 1977 року і близько збігаються з нормами зросту ВООЗ для дітей у віці 6-59 місяців й рекомендованими граничними значеннями для дорослих. Щодо дітей старшого віку і підлітків, особливо у випадку ВІЛ-інфекції, можна використовувати показник окружності по середині плеча (МУАС – ОСП). Оскільки ця технічна сфера постійно розвивається, необхідно ознайомлюватися з новітніми посібниками і технічними модифікаціями.

Дорослі (20-59,9 року)

Не існує узгодженого визначення недостатності харчування у дорослих, але факти говорять про те, що граничними показниками щодо важкої гострої недостатності харчування повинен вважатися індекс маси тіла (ІМТ) 16, а для легкої або помірної гострої недостатності харчування – нижче 18,5. При аналізі недостатності харчування у дорослих варто звертати увагу на дані про вагу, зріст, зріст у положенні сидячи і виміри окружності середини плеча (ОСП). Ці дані можуть допомогти підрахувати ІМТ. Необхідно також робити поправки значень ІМТ на індекс Сорміс (співвідношення зросту в положенні сидячи і в положенні стоячи) для того, щоб порівняти різні популяції. Такі поправки можуть суттєво змінити картину видимої поширеності недостатності харчування, що в свою чергу внесе серйозні зміни в планування програм із надання допомоги. Вимірювання ОСП необхідно робити завжди. У випадках, коли результати вимірювань потрібні негайно або при обмежених ресурсах, аналіз повинен базуватися тільки на вимірах ОСП.

Оскільки інтерпретація результатів антропометричних вимірів утруднена відсутністю перевірених даних про практичні кінцеві результати та орієнтири для визначення їх значення, ці результати можна розглядати разом із докладною контекстуальною інформацією. Інструкції з оцінювання наведено в списку літератури та додаткових матеріалів.

Процедура скринінгу окремих осіб для внесення їх до програми догляду та лікування у зв'язку з недостатністю харчування і для виписки з неї повинна враховувати поєднання антропометричних показників і клінічних ознак (зокрема, слабкості, що була помічена в останній період зниження маси тіла), а також соціальних факторів (наприклад, доступ до продуктів харчування, наявність осіб, що можуть здійснювати догляд, наявність даху над головою та ін.). Необхідно пам'ятати, що аліментарна дистрофія (голодний набряк) у дорослих може бути спричинена не тільки недостатністю харчування, а й багатьма іншими причинами, і клініцистам варто звертати увагу на набряки з тим, щоб з'ясувати їхню справжню причину. Гуманітарним організаціям необхідно визначитися з показниками для того, щоб вирішити, хто підходить для категорії догляду, враховуючи при цьому відомі недоліки вимірювань ІМТ, відсутність даних щодо ОСП, а також наслідки



їх використання для програми з надання допомоги. Оскільки ця технічна сфера постійно розвивається, необхідно звертатися до новітніх посібників і технічних модифікацій.

Вимірювання ОСП можуть бути використані як інструмент скринінгу вагітних жінок, наприклад, як критерій для введення в програму харчування. Вагітні жінки можуть представляти групу більшого ризику, ніж інші групи населення, оскільки вони потребують додаткового харчування. У ході вагітності показники ОСП мало змінюються. Було доведено, що ОСП <20,7 см (великий ризик) і <23,0 см (помірний ризик) уповільнює зростання плоду. Зразкові граничні показники, що стосуються ризику, залежать від конкретної країни і лишаються в межах від 21 до 23 см. Показник менше 21 см вважається відповідним граничним показником для віднесення жінок до категорії осіб із підвищеним ризиком під час надзвичайних ситуацій.

Літні люди

Наразі не існує узгоджених критеріїв визначення недостатності харчування у літніх людей, проте ця група населення значною мірою зазнає ризику недостатнього харчування в умовах надзвичайної ситуації. ВООЗ рекомендує вважати, що граничні значення ІМТ для дорослих відповідають таким значенням у літніх людей у віці 60–69 років і старших. Однак точність антропометричних вимірювань при цьому надто проблематична у зв'язку з викривленнями хребта (сутулість) і компресією хребців. При цьому замість вимірювання зросту можна оцінювати величину розмаху або напіврозмаху рук із подальшим множенням на відповідний коефіцієнт, який, однак, може варіюватися залежно від популяції. Необхідно застосовувати візуальні способи оцінок. Вимірювання ОСП також може виявитися корисним для оцінювання ступеня недостатності харчування у літніх людей, проте дослідження, що стосуються визначення відповідних граничних значень, ще не завершені.

Люди з обмеженими можливостями

Наразі не існує посібників із вимірювання осіб із фізичними вадами, і тому вони часто не входять до антропометричних вимірювань. Необхідно застосовувати візуальні способи оцінок. Вимірювання ОСП можуть дати неправильну картину в тих випадках, коли м'язи плеча добре розвинені у зв'язку з необхідністю їх постійного використання для забезпечення рухливості. Крім стандартних методів вимірювань зростання, існують й альтернативні методи, зокрема вимірювання довжини, розмаху рук, напіврозмаху, а також довжини гомілки. Для цього варто ознайомитися з результатами останніх наукових досліджень, щоб знайти найкращий спосіб вимірювання людей з обмеженими можливостями у випадках, коли стандартні вимірювання ваги, зросту і ОСП не можна застосовувати.

Додаток 5

Показники дефіциту мікронутрієнтів та їх значення для здоров'я населення

У разі виявлення клінічно вираженого дефіциту мікронутрієнтів необхідно проводити лікування кожного окремого випадку. Окремі випадки клінічно вираженого дефіциту мікронутрієнтів зазвичай також вказують на основну причину дефіциту мікронутрієнтів на рівні всього населення. Визначення та класифікація дефіциту мікронутрієнтів на рівні населення мають важливе значення для планування і здійснення моніторингу втручань.

Перевагою біохімічних аналізів є те, що вони дають об'єктивні показники вмісту мікронутрієнтів. Однак відбір біопроб для аналізу часто пов'язаний із труднощами, спричиненими логістикою, навчанням персоналу, системою забезпечення оптимального температурного режиму зберігання і транспортування медичних препаратів та прийнятністю. Біохімічні дослідження також не завжди є настільки очевидно корисними, тобто настільки чутливими і специфічними, як це здається. Можливі також зміни, зумовлені тим, у який час дня зроблено відбір проби, а також порою року, як у випадку з гострою недостатністю харчування. Необхідний належний контроль якості, що варто враховувати при виборі лабораторії для проведення аналізу проб.

При здійсненні оцінювання змісту мікронутрієнтів треба мати на увазі не тільки їх дефіцит, але і надмірне споживання. Про це варто пам'ятати особливо в тих випадках, коли для забезпечення мікронутрієнтами постраждалого населення використовують різноманітні збагачені поживними речовинами і вітамінами продукти харчування або добавки.

У нижче наведеній таблиці представлена класифікація значення для здоров'я населення дефіциту ряду мікронутрієнтів із використанням різних показників.



Показник дефіциту мікронутрієнтів	Вікова група, рекомендована для обстеження на поширеність	Визначення проблеми охорони здоров'я	
		Ступінь важкості	Поширеність (%)
ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ А			
Куряча (нічна) сліпота (XN)	24-71 місяць	Слабкий	> 0 – < 1
		Помірний	≥ 1 – < 5
		Важкий	≥ 5
Ксеротичні бляшки (XIB)	6-71 місяць	Не визначено	> 0,5
Ксероз/ виразки рогівки, кератомаліяція (X2, X3A, X3B)	6-71 місяць	Не визначено	> 0,5
Ксеротичні бляшки (XIB)	6-71 місяць	Не визначено	> 0,01
Рубці рогівки (XS)	6-71 місяць	Не визначено	> 0,05
Ретинол у сироватці крові (≤0,7 мкмоль/л)	6-71 місяць	Слабкий	≥ 2 – < 10
		Помірний	≥10 – < 20
		Важкий	≥ 20
ДЕФІЦИТ ЙОДУ			
Зоб (видимий та при пальпації)	Діти шкільного віку	Слабкий	5,0 – 19,9
		Помірний	20,0 – 29,9
		Важкий	≥ 30,0
Медіана вмісту йоду у сечі (мкг/л)	Діти шкільного віку	Надмірний	> 300 ¹
		Достатній	100 – 199 ¹
		Слабкий	50 – 99 ¹
		Помірний	20 – 49 ¹
		Важкий	< 20 ¹
ДЕФІЦИТ ЗАЛІЗА			
Анемія (не вагітні жінки: гемоглобін <12,0 г/дл; діти 6-59 місяців: <11,0 г/дл)	Жінки, діти 6-59 місяців	Слабкий	5 – 20
		Помірний	20 – 40
		Важкий	≥ 40
БЕРІ-БЕРІ ¹			
Клінічні ознаки	Усе населення	Слабкий	≥ 1 випадок & <1%
		Помірний	1 – 4
		Важкий	≥ 5
Споживання з їжею (<0,33 мг/1000 ккал)	Усе населення	Слабкий	≥ 5
		Помірний	5 – 19
		Важкий	20 – 49
Смертність немовлят	Немовлята 2-5 місяців	Слабкий	Немає підвищення
		Помірний	Незначне підвищення
		Важкий	Помітне підвищення
ПЕЛАГРА ¹			
Клінічні ознаки (дерматит) в обстеженій віковій групі	Усе населення чи жінки>15 років	Слабкий	≥ 1 випадок & <1%
		Помірний	1 – 4
		Важкий	≥ 5
Споживання ніацинових еквівалентів з їжею <5 мг/день	Усе населення чи жінки>15 років	Слабкий	5 – 19
		Помірний	20 – 49
		Важкий	≥ 50
ЦИНГА ¹			
Клінічні ознаки	Усе населення	Слабкий	≥ 1 випадок & <1%
		Помірний	1 – 4
		Важкий	≥ 5

¹ Для одержання інформації про біохімічні тести та параметри охорони здоров'я просимо звертатися до новітніх друкованих видань або спеціалістів.

^{*} Наведені цифри показують концентрацію йоду у сечі, а не поширеність

Додаток 6

Харчові потреби

Нижченаведені показники можна використовувати при плануванні програм на початкових стадіях надзвичайної ситуації. Наведені в таблиці дані, які стосуються мінімальних харчових потреб, варто використовувати для оцінювання достатності загальних раціонів харчування, призначених для населення. Потреби розраховано на основі передбачуваного демографічного профілю, припущень щодо температури навколишнього середовища і рівнів фізичної активності населення. Взято до уваги також додаткові потреби вагітних жінок та жінок, що годують грудьми. Наведені тут дані про харчові потреби не призначено для здійснення оцінювання достатності раціонів додаткового або лікувального харчування або оцінювання раціонів харчування, призначених для особливих груп населення, таких як особи, хворі на туберкульоз, або особи, які живуть з ВІЛ.

Перш ніж використовувати наведені нижче показники, необхідно взяти до уваги дві важливі обставини. По-перше, середні мінімальні потреби груп населення розраховують незалежно від статі й віку. У зв'язку з цим вони не є специфічними для окремо взятих вікових/статевих груп і не можуть бути використані для оцінювання потреб кожної окремої особи. По-друге, вказані значення харчових потреб ґрунтуються на певному демографічному профілі.



Поживна речовина	Мінімальні потреби населення ¹
Енергетична цінність	2100 ккал
Білок	53 г (10% загальної енергетичної цінності)
Жир	40 г (17% загальної енергетичної цінності)
Вітамін А	550 мкг RAE*
Вітамін D	6,1 мкг
Вітамін Е	8,0 мг alpha-TE*
Вітамін К	48,2 мкг
Вітамін В ₁ (тіамін)	1,1 мг
Вітамін В ₂ (рибофлавін)	1,1 мг
Вітамін В ₃ (ніацин)	13,8 мг NE
Вітамін В ₆ (піридоксин)	1,2 мг
Вітамін В ₁₂ (кобаламін)	2,2 мкг
Фолат (фолієва кислота)	363 мкг DFE*
Пантотенат	4,6 мг
Вітамін С	41,6 мг
Залізо	32 мг
Йод	138 мкг
Цинк	12,4 мг
Мідь	1,1 мг
Селен	27,6 мкг
Кальцій	989 мг
Магній	201 мг

* Alpha-TE – еквівалент альфа-токоферолу

RAE – еквівалент активності ретинолу

NE – еквівалент ніацину

DFE – харчовий еквівалент фолату

¹ Визначені як норми споживання поживних речовин (RNI) для всіх нутрієнтів, окрім значення енергетичної цінності та міді.

Див.: Норми споживання поживних речовин із посібника FAO/WHO (2004), *Vitamin and Mineral Requirements in Human Nutrition* (Харчові потреби людини у вітамінах і мінеральних речовинах). Друге видання. Застосовувалися щодо розрахунку потреб у всіх вітамінах і мінеральних речовинах, крім міді, оскільки потреби в міді не були внесені до посібника FAO/WHO (2004). Потреби в міді наведено за виданням WHO (1996), *Trace Elements in Human Nutrition and Health*.

У наведеній нижче таблиці подано показник середньої загальної структури населення з розбиванням за віком. Однак варто пам'ятати, що це залежить від конкретної ситуації і може значною мірою змінюватися. Наприклад, у деяких сільських громадах внаслідок міграції населення середнього віку непропорційно висока кількість літніх людей, які здійснюють догляд за дітьми.

Група	Відсоток населення
0 – 6 місяців	1,32
7 – 11 місяців	0,95
1 – 3 роки	6,58
4 – 6 років	6,41
7 – 9 років	6,37
10 – 18 років – жінки	9,01
10 – 18 років – чоловіки	9,52
19 – 50 жінки	17,42
51 – 65 жінки	4,72
19 – 65 чоловіки	27,90
65+ жінки	2,62
65+ чоловіки	2,18
Вагітні	2,40
Жінки, що годують грудьми	2,60

Джер.: United Nations (2003), *World Population Prospects: The 2002 Revision, Interpolated Population by Sex, Single Years of Age and Single Calendar Years, 1950 to 2050*.

При розрахунку білково-енергетичних потреб населення необхідно брати до уваги такі фактори:

- демографічну структуру населення, зокрема, відсоток дітей віком до 5 років і осіб жіночої статі;
- середню масу тіла дорослих, а також реальну, звичайну і бажану масу тіла;



- рівні фізичної активності, необхідні для продуктивної життєдіяльності. Харчові потреби будуть зростати, якщо ступінь фізичної активності вищий легкого (тобто 1.6 x інтенсивність основного обміну);
- середню температуру навколишнього середовища, забезпеченість одягом і тимчасовим житлом. Харчові потреби будуть зростати, якщо середня температура повітря нижче 20° C;
- стан харчування і стан здоров'я населення. Харчові потреби будуть зростати, якщо значний відсоток населення страждає від недостатності харчування й у людей виникають потреби його компенсувати. Широке поширення ВІЛ/СНІДу може серйозно вплинути на середні потреби населення (див. стандарт 1 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 213). Питання про зміну раціону харчування з метою задоволення цих потреб має бути вирішене на підставі аналізу конкретної ситуації і чинних міжнародних рекомендацій.

Якщо отримання такого типу інформації при здійсненні оцінювання неможливе, то цифри, наведені вище в таблиці, варто використовувати як величину мінімальних харчових потреб.

Список літератури та додаткових матеріалів

Джерела

Black et al (2008), Maternal and child undernutrition 1. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com, series, 17 January.

CARE (2008), Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual.

Castleman, T, Seumo-Fasso, E and Cogill, B (2004 rev.), Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings. Fanta (Food and Nutrition Technical Assistance) technical note no. 7. Washington DC.

Coates, J, Swindale, A and Bilinsky, P (2007), Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of food Access. Indicator Guide. Version 3. FANTA. Washington DC.

Committee on World Food Security (2004), Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome.

IFE Core Group (2007), Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. www.enonline.net/ife (Центральна група з годування дітей грудного та молодшого віку при НС, Операційні правила з вигодовування немовлят та дітей у надзвичайних умовах).

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction (includes School Feeding in Emergencies). Geneva. (МЧНС, Мінімальні стандарти навчання у надзвичайних ситуаціях, в умовах хронічної кризи та на початковому етапі відновлювальних робіт).

Міжнародна організація праці (МОП) (1973), Конвенція про мінімальний вік для прийому на роботу №138. www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C138

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

SMART (Standardised Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines: SMART methodology version.

Swindale, A and Bilinsky, p (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. FANTA. Washington DC.



Право на достатнє харчування (стаття 11 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права, Загальне зауваження, №12, 12 травня 1999 року, UN Doc. E/C.12/1999/5, Комітет ООН з економічних, соціальних та культурних прав). www.ohchr.org

UNHCR/World Food Programme (WFP)/University College London/IASC Nutrition Cluster (2006), NutVal 2006 version 2.2. www.nutval.net

WFP (2006), Food Distribution Guidelines. Rome.

WHO (2009), Child Growth Standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.

WHO (2007), Growth reference for school-aged children and adolescents. www.who.int/growthref/en

WHO (1981), The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. The full code and subsequent relevant World Health Assembly resolutions. www.ibfan.org (BOO3, Міжнародний звід правил збуту грудного молока).

Додаткові матеріали

Список літератури щодо здійснення оцінювання

Початкове оцінювання

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

Оцінювання продовольчої безпеки

CARE (2002), Household Livelihood Security Assessments: A Toolkit for Practitioners, USA.

FANTA-2 (2009), Alternative Sampling Designs for Emergency Settings: A Guide for Survey

Planning, Data Collection and Analysis. Washington DC. www.fantaproject.org/publications/asg2009.shtml

FAO/WFP (2009), Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines. Rome

Save the Children (2008), The Household Economy Approach: A guide for programme planners and policy-makers. London.

WFP (2009), Emergency Food Security Assessment Handbook (EFSA) – second edition. Rome. WFP (2009), Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. Rome.

Оцінювання безпеки у сфері забезпечення насінням

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.

Оцінювання засобів до існування

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.

Ринки

CARE (2008), Cash, Local Purchase, and/or Imported Food Aid?: Market Information and Food Insecurity Response Analysis.

Споживання продуктів харчування

Food and Nutrition Technical Assistance Project (2006), Household Dietary Diversity Score (HDDS).

WFP (2008), Food Consumption Analysis: Calculation and Use of the Food Consumption Score in Food Security Analysis. Technical Guidance Sheet. Rome.

Методи спільної участі

ActionAid (2004), Participatory Vulnerability Analysis. London.

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

IFRC (2007), How to do a Vulnerability and Capacity Assessment (VCA), a step-by-step guide for Red Cross and Red Crescent Staff and Volunteers. Geneva.

Tearfund (2009), Climate change and Environmental Degradation Risk and Adaptation assessment CEDRA.



Інформаційні системи у сфері продовольчої безпеки та харчування

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET): www.fews.net

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS). www.fao.org

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.

Антропометричні виміри

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/WFP (2005), A Manual: Measuring and Interpreting Malnutrition and Mortality. Rome.

Collins, S, Duffield, A and Myatt, M (2000), Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations. Geneva.

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001), Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies. Report of an SCN working group on emergencies special meeting in SCN News, 22, pp. 49-51. Geneva.

Save the Children UK (2004), Emergency nutrition assessment, and guidance for field workers. London.

Young, H and Jaspars, S (2006), The meaning and measurement of acute malnutrition in emergencies. A primer for decision makers. London.

Оцінювання потреби в мікронутрієнтах

Gorstein, J et al (2007), Indicators and methods for cross sectional surveys of vitamin and mineral status of populations.

Seal, A. and Prudhon C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions. Geneva.

Оцінювання практики годування дітей грудного та молодшого віку

CARE (2010), Infant and young child feeding practices. Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide. www.ennonline.net/resources

Годування дітей грудного та молодшого віку

IFE Core Group (2009), Protecting infants in emergencies, Information for the media. <http://www.ennonline.net/ifecoregroup>

IFE Core Group and collaborators (2009), IFE Module 1: Orientation package on IFE. <http://www.ennonline.net/ifecoregroup>

IFE Core Group and collaborators (2007), Module 2 on Infant Feeding in Emergencies for health and nutrition workers in emergency situations. <http://www.enonline.net/ifecoregroup>

UNICEF/WHO (2003), Global Strategy for infant and young child feeding. Geneva. (ЮНІСЕФ/ВООЗ, Глобальна програма з годування дітей грудного та молодшого віку)

UNHCR (2009), Guidance on Infant feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations.

USAID/AED/FANTA/University of California DAVIS/International Food Policy Research Institute (IFPRI)/UNICEF/WHO (2007), Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington DC.

WHO (2010), HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.

WHO (2004), Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva (ВООЗ, Керівні принципи вигодовування немовлят та дітей за надзвичайних обставин).

Втручання у сфері забезпечення продовольчої безпеки

Загальні питання

Barrett, C and Maxwell, D (2005), Food Aid After Fifty Years: Recasting Its Role. London.

IASC (2005), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings Focusing on Prevention of and response to Sexual Violence in Emergencies, Chapters 1-4, Action Sheet 6.1 Food Security and Nutrition (МПК, Керівні принципи заходів боротьби з гендерним насильством в умовах надзвичайних ситуацій).

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

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

Визначення цілей та розподіл продовольства

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

UNHCR (2003), UNHCR Handbook for Registration. Geneva. WFP (2009), School Feeding Quality Standards. Rome.

WFP (2008), Food Assistance in the context of HIV: Ration Design Guide. Rome. WFP (2006), Targeting in Emergencies. Rome.



Управління ланцюгом постачання, якість та безпека продовольства

CARE, Food Resource Management handbook.

Logistics Cluster (2010), Logistics Operational Guide. WFP. Rome.

United Nations Humanitarian Response Depot (2010), Catalogue and Standard Operating Procedures. www.unhrd.org

WFP (2010), Food Quality Control. www.foodquality.wfp.org

WFP (2003), Food Storage Manual. Natural Resources Institute/WFP. Chatham, UK and Rome.

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

World Vision International. Food Monitors Manual.

Втручання з надання допомоги у вигляді готівкових грошей і ваучерів

Action contre la faim (2007), Implementing Cash-Based Interventions. A guide for aid workers. Paris.

Adams, L (2007), Learnings from cash responses to the tsunami: Final report, HPG background paper.

Cash Learning Partnership (2010), Delivering Money: Cash Transfer Mechanisms in Emergencies. Save the Children UK/Oxfam GB/British Red Cross, with support from ECHO. London.

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in emergencies, Oxfam GB. London.

Harvey, P (2005), Cash and Vouchers in Emergencies, HPG background paper. ODI. London.

Втручання з надання допомоги у забезпеченні насінням

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

Sperling, L and Remington, T, with Haugen JM (2006), Seed Aid for Seed Security: Advice for Practitioners, Practice Briefs 1-10. International Centre for Tropical Agriculture/CRS. Rome.

Загальні посібники щодо харчування у надзвичайних умовах

IASC (2008), A toolkit for addressing nutrition in emergency situations.

IASC Nutrition Cluster's Capacity Development Working Group (2006), Harmonised Training Package (HTP).

Prudhon, C (2002), Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. Paris. UNHCR and WFP (2009), Guidelines for Selective Feeding the Management of Malnutrition in Emergencies.

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

WFP (2001), Food and Nutrition Handbook. Rome.

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

Уразливі особи

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.helppage.org/publications

HelpAge and UNHCR (2007), Older people in disasters and humanitarian crisis.

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities (МПК, «Жінки, дівчата, хлопчики і чоловіки: різні потреби – рівні можливості»).

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

Ведення гострої недостатності харчування

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

FANTA-2 (2008), Training guide for Community based management of acute malnutrition. Navarro-Colorado, C, Mason, F and Shoham, J (2008), Measuring the effectiveness of SFP in emergencies.

Navarro-Colorado, C and Shoham, J (in progress), Supplementary feeding Minimum reporting package.

VALID International (2006), Community Based Therapeutic Care (CTC): A field Manual.

WHO (1999), Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. Geneva.

WHO, WFP, UNSCN and UNICEF (2007), Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition. A Joint Statement by the WHO, WFP, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and UNICEF.

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



Дефіцит мікронутрієнтів

Seal, A and Prudhon, C (2007), Assessing micronutrient deficiencies in emergencies: Current practice and future directions.

UNICEF, UNU and WHO (2001), Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva.

WHO (2000), Pellagra and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Scurvy and Its Prevention and Control in Major Emergencies. Geneva.

WHO (1999), Thiamine Deficiency And Its Prevention And Control In Major Emergencies. Geneva.

WHO (1997), Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia. Second Edition. Geneva.

WHO and UNICEF (2007), Guiding principles for the use of multiple vitamin and mineral preparations in emergencies.

**Мінімальні стандарти
щодо забезпечення
тимчасовим житлом,
організації розміщення
та непродуктивної
допомоги**



Рекомендації щодо застосування цього розділу

Цей розділ складається з двох підрозділів:

Забезпечення тимчасовим житлом та організація розміщення

Непродовольча допомога: одяг, постіль та предмети домашнього вжитку

До обидвох розділів входять загальні стандарти при будь-якому сценарії надання допомоги переміщеному і непереміщеному населенню. До цих сценаріїв можуть входити також облаштування тимчасовим або транзитним житлом для сімей у місцях початкового проживання або повернення у відремонтоване житло; тимчасове розміщення серед місцевого населення; тимчасове колективне розміщення – із запланованими таборами або такими, що виникли стихійно, а також колективними, транзитними центрами або центрами з повернення.

Стандарти, описані в цьому розділі, потрібно застосовувати відповідно до принципів забезпечення захисту і базових стандартів, наведених у попередніх розділах.

Ці стандарти призначено насамперед для організації гуманітарної допомоги на початковій стадії після НС, проте їх можна застосовувати також при забезпеченні готовності до НС та щодо заходів із ліквідації наслідків НС і відновлення.

До кожного розділу входять:

- **Мінімальні стандарти:** стандарти якості, що визначають мінімальні рівні, яких треба досягти в процесі надання гуманітарної допомоги щодо забезпечення тимчасовим житлом.
- **Ключові дії:** рекомендовані заходи і початкові ресурси, необхідні для досягнення мінімальних стандартів.
- **Ключові показники:** індикатори, що визначають, чи було досягнуто той чи інший стандарт. Вони дозволяють оцінювати результати та інформувати про перебіг здійснення ключових дій: вони належать до мінімальних стандартів, а не до ключових дій.
- **Інструкції:** конкретні питання, які стосуються застосування в різних ситуаціях мінімальних стандартів, ключових дій і ключових показників. Вони містять вказівки щодо подолання практичних труднощів, а також орієнтири і рекомендації з найбільш важливих питань. Тут також можуть бути розглянуті основні проблеми, що стосуються стандартів, дій і показників, а також дилеми, протиріччя і прогалини в сучасних знаннях із цього питання.

У разі, якщо неможливо досягти необхідних ключових показників і виконати необхідні дії, потрібно здійснити оцінювання ймовірних при цьому негативних наслідків для постраждалого населення та зробити відповідні дії щодо пом'якшення цих наслідків.

У додатку представлено перелік контрольних запитань для визначення потреб для обліку застосування стандартів при визначенні заходів щодо надання допомоги і здійсненні моніторингу. Додано також список літератури та додаткових матеріалів, у якому є розділ, що містить посилання на низку практичних посібників.

Зміст

Вступ.....287

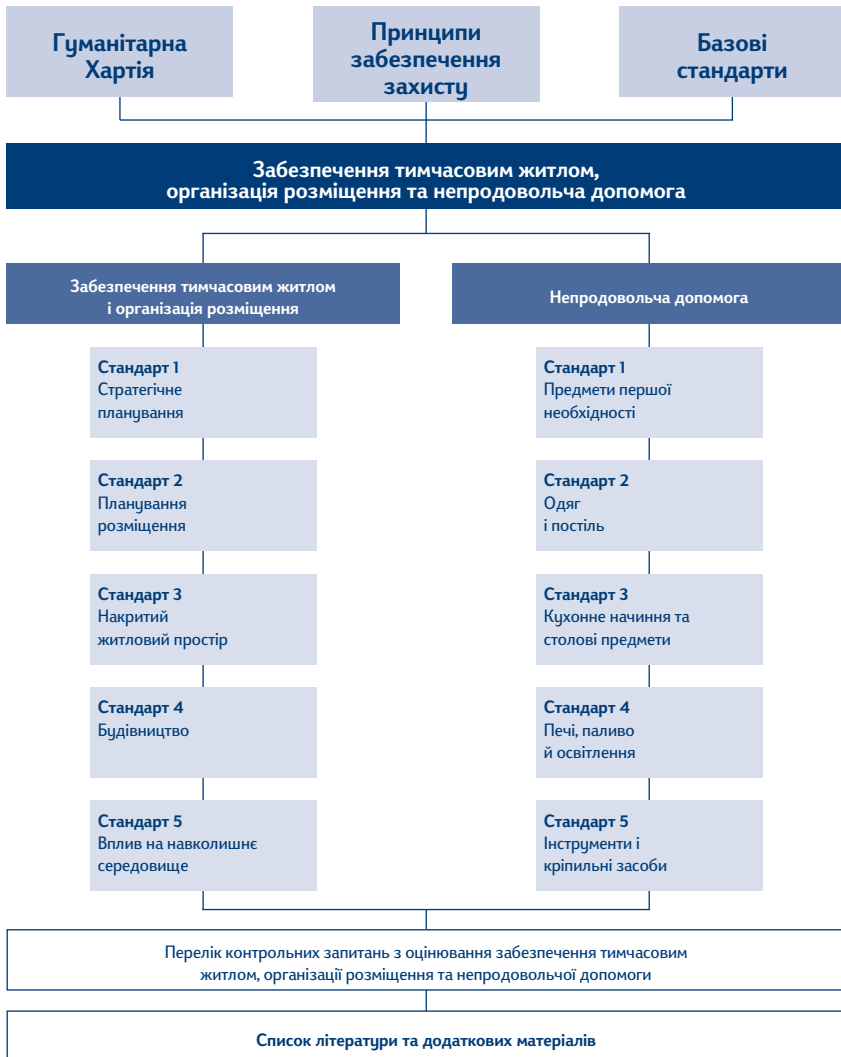
1. Забезпечення тимчасовим житлом та організація розміщення..... 295

2. Непродовольча допомога: одяг, постіль та предмети домашнього вжитку..... 320

Додаток 1: Перелік контрольних запитань з оцінювання забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуктивної допомоги.....332

Список літератури та додаткових матеріалів.....339





Вступ

Зв'язок із Гуманітарною Хартією і міжнародно-правовими документами

Мінімальні стандарти у сфері забезпечення тимчасовим житлом, розміщення постраждалого населення та непродуктивної допомоги є практичним вираженням поділюваних гуманітарними організаціями поглядів, переконань і принципів, на яких побудовано гуманітарну діяльність. Вони викладені в Гуманітарній Хартії та Кодексі поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій при здійсненні операцій допомоги під час стихійних лих і катастроф. До цих принципів гуманності, які відображено в міжнародному праві, належать право на життя з гідністю, право на захист і безпеку і право на одержання необхідної гуманітарної допомоги. Перелік основних правових і програмних документів, що визначають сутність Гуманітарної Хартії, з коментарями для співробітників гуманітарних організацій надано для ознайомлення у додатку 1 (сторінка 406). При наданні гуманітарної допомоги забезпечення тимчасовим житлом, розміщення постраждалого населення та непродуктивна допомога мають безпосереднє відношення до реалізації права людини на достатнє житло, закріпленого в міжнародному законодавстві.

Кожна людина має право на достатнє житло. Це право закріплено в міжнародно-правових документах (див. список літератури та додаткових матеріалів: міжнародно-правові документи) поряд із правом на життя в безпеці, мирі та з дотриманням гідності, а також гарантіями користування житлом та правом на захист від насильницького виселення та реституцію.

У цих документах достатнє житло визначене як житло, що відповідає таким вимогам:

- ▶ належна площа і захист від холоду, вологи, спеки, дощу, вітру та інших загроз для здоров'я разом із структурними небезпеками і переносниками хвороб включно
- ▶ наявність послуг, можливостей, матеріалів та інфраструктури
- ▶ доступність із точки зору витрат, придатність для проживання, доступність, місцезнаходження та адекватність із точки зору культури



- Д стійкий доступ до природних і загальних ресурсів, до безпечної питної води, джерел енергії для приготування їжі, опалення та освітлення, до об'єктів санітарії й гігієни, до засобів зберігання продуктів харчування, утилізації відходів, дренажу території проживання та служб екстреної допомоги
- Д належне розташування поселень та житла, що забезпечує безпечний доступ до медичного обслуговування, шкіл, центрів із догляду за дітьми та іншими соціальними установами, а також до можливостей у сфері зайнятості
- Д використовувані будівельні матеріали і норми будівництва житла різноманітні й відповідають культурним традиціям місцевого населення.

Хоча мінімальні стандарти, наведені в цьому розділі, не в повному обсязі відображають право на достатнє житло, як воно представлено у відповідних міжнародно-правових документах, вони виражають суть права на достатнє житло і сприяють поступовій реалізації цього права.

Значення забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення постраждалого населення та непродуктової допомоги в умовах надзвичайної ситуації

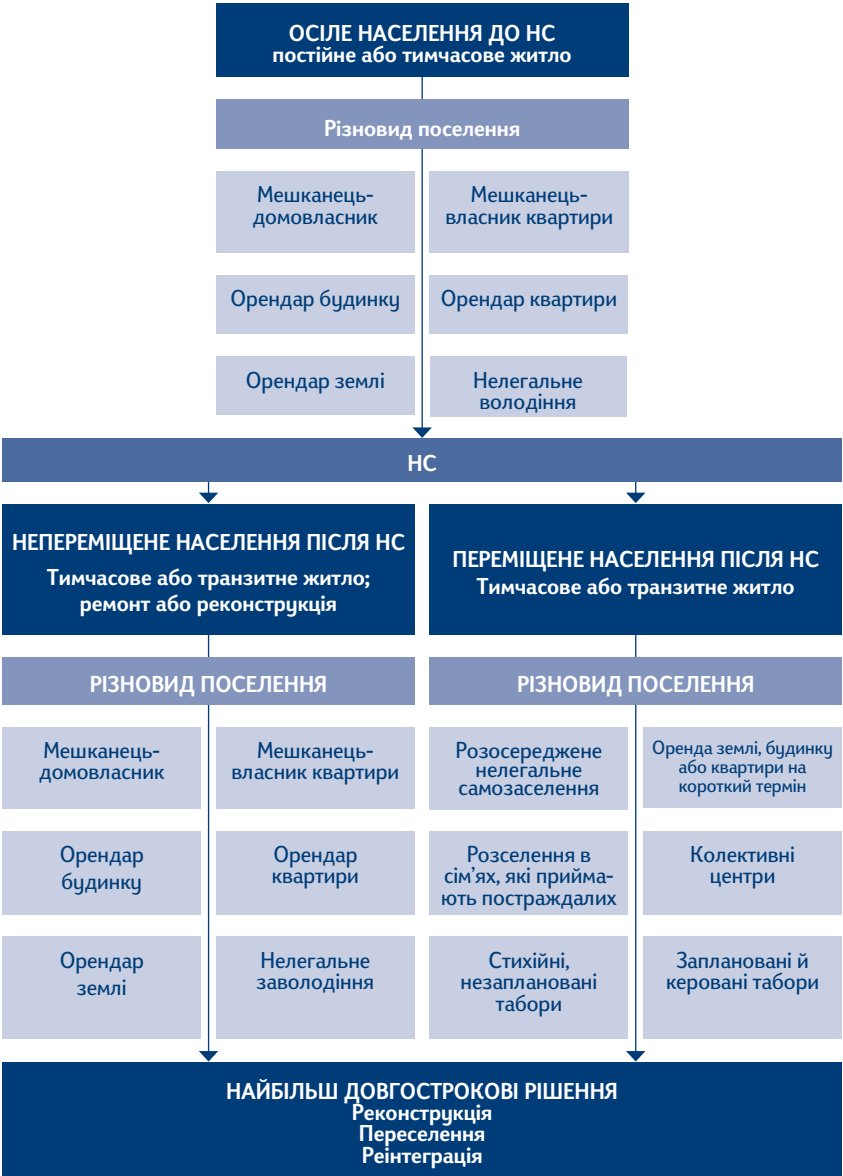
Забезпечення тимчасовим житлом — найважливіший чинник виживання в початковий період надзвичайної ситуації. Тимчасове житло забезпечує захищеність і особисту безпеку, захист від впливу природно-кліматичних умов, а також сприяє збереженню здоров'я і зміцненню опірності до хвороб. Забезпечення житлом також є важливою умовою збереження людської гідності та підтримки сімейного і суспільного життя і дає постраждалому населенню можливість для відновлення від наслідків НС. Забезпечення тимчасовим житлом та пов'язане з цим розміщення постраждалого населення, а також непродуктова допомога повинні підтримувати існуючі стратегії пристосування, сприяти автономності (самозабезпеченню) і зміцнювати механізми самоврядування серед постраждалих від НС. Варто максимально використовувати місцевий досвід і ресурси, якщо це не буде мати негативних наслідків для постраждалого населення або місцевої економіки. Під час реалізації будь-яких заходів щодо надання допомоги необхідно враховувати відомі ризики виникнення НС і зводити до мінімуму довгостроковий негативний вплив на навколишнє середовище, максимально збільшуючи при цьому можливості постраждалого населення щодо збереження або створення механізмів забезпечення засобів до існування.

Температурний комфорт, захист від впливу природно-кліматичних умов, а також особисту безпеку і повагу гідності особистості забезпечують шляхом задоволення низки потреб, які стосуються як самих людей, так і жител (накритих місць) і їхнього місцерозташування. Для задоволення цих потреб необхідні відповідні засоби для приготування і споживання їжі, відповідне укриття або тимчасове житло, необхідні кошти для обігріву і вентиляції, а також доступ до необхідних послуг.

Потреби постраждалого від НС населення у сфері забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуктивної допомоги залежать від характеру і масштабу НС, а також масштабу переміщення населення. При наданні допомоги варто враховувати здатність і бажання переміщеного населення повернутися в місця, де воно мешкало, і почати процес відновлення. Якщо переміщені особи не можуть повернутися або в них немає на це бажання, їм потрібно надати тимчасові або транзитні житла чи пункти розміщення (див. діаграму, наведену нижче). Багато чого буде залежати від конкретної ситуації, умов постраждалої від НС місцевості (міська чи сільська), політичної ситуації та рівня безпеки, а також від здатності постраждалого населення конструктивно брати участь у задоволенні своїх потреб щодо забезпечення тимчасовим житлом. За суворих погодних умов, при яких тимчасове укриття буде вкрай необхідне для того, щоб вижити, або коли в результаті переміщення постраждале населення буде не в змозі побудувати належні тимчасові житла, потрібно вжити термінових заходів щодо забезпечення людей тимчасовим житлом, як, наприклад, розгортання наметових містечок або тимчасове розміщення в збережених громадських будівлях. Переміщене населення може знайти притулок у будинках місцевих жителів, оселитися окремими сім'ями або групами сімей у діючих пунктах розміщення. Можливо, людей доведеться тимчасово розміщувати в запланованих і керованих таборах або колективних центрах.



Можливі варіанти надання тимчасового житла й організації розміщення та сценарії надання допомоги



Варто по можливості надавати допомогу постраждалому населенню в ремонті або пристосуванні наявних житлових будівель чи в будівництві нових. Допомога може складатися з постачання відповідних будівельних матеріалів, інструментів і кріпильних засобів, надання готівкових коштів або ваучерів, технічних посібників і навчання або комбінації цих елементів.

Сприяння і технічну допомогу потрібно надавати постраждалому населенню, яке не має можливості або досвіду для того, щоб займатися будівництвом. Необхідно враховувати також права тих, хто побічно постраждав від НС, як, наприклад, населення, що приймає у себе осіб, переміщених внаслідок НС. У разі використання для тимчасового розміщення громадських будівель, зокрема шкіл, необхідно якомога раніше здійснювати сплановане і кероване безпечне переселення розміщеного там населення з тим, щоб ці установи могли відновити свою роботу. Будь-яку допомогу потрібно здійснювати з урахуванням заходів, яких уживає постраждале населення для забезпечення тимчасовим або постійним житлом із використанням власного досвіду та ресурсів. Допомога із забезпечення житлом повинна надавати постраждалому населенню можливість поступово поліпшувати своє становище і/або здійснювати перехід від забезпечення тимчасовим укриттям до будівництва постійного житла.

Може також знадобитися ремонт пошкоджених громадських будівель або надання тимчасових споруд під школи, медичні центри та інші громадські установи. Важливим доповненням до забезпечення житлом домогосподарств частини постраждалого населення може бути захист їхніх засобів до існування, наприклад домашньої худоби. При наданні допомоги необхідно враховувати наявні ризики для жител і пунктів розміщення, а також можливу вразливість щодо вибору місця розташування, планування, проектування та будівництва, а також ризики, які підвищилися внаслідок НС або в результаті впливу, зумовленого зміною клімату. Для зведення до мінімуму довгострокових наслідків НС дуже важливо брати до уваги наслідки, які можуть мати для навколишнього середовища пункти розміщення і спорудження тимчасових жител.

При надзвичайній ситуації більш ефективного надання допомоги із забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуковольчої допомоги можна досягти за рахунок кращої готовності. Належна готовність є результатом можливостей, взаємозв'язків і знань, наявних в урядів, гуманітарних організацій, місцевих організацій громадянського суспільства, громад і кожної окремої людини, що дозволяють передбачати й ефективно реагувати на вплив імовірної небезпеки. Основою готовності є аналіз ризиків та використання систем раннього попередження.



Зв'язок з іншими розділами

Безпосередньо цього розділу стосується багато стандартів, описаних в інших розділах. Успішне застосування стандартів в одній сфері часто спричиняє успіх і навіть визначає його в інших сферах. Тісна координація дій і співробітництво з іншими секторами є запорукою ефективної реалізації програм із надання допомоги. Наприклад, для охорони здоров'я і гідності постраждалого населення вкрай необхідно також адекватне водопостачання та наявність у достатній кількості санітарних об'єктів у районах, де здійснюються заходи щодо розгортання і спорудження тимчасових жител. Точно так само забезпечення достатнім житлом сприяє здоров'ю та добробуту переміщеного населення, а забезпечення необхідним кухонним посудом і начинням для їжі необхідне для користування продовольчою допомогою і задоволення потреби в харчуванні. Для того щоб задовольнити нагальні потреби, не дублювати зусилля і забезпечити високу ефективність програм у сфері забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродовольчої допомоги, необхідна координація дій із місцевою владою, іншими організаціями, що надають допомогу, а також з діючими на базі громад та уповноваженими місцевими організаціями.

Зв'язок із принципами забезпечення захисту і базовими мінімальними стандартами

Для дотримання стандартів, описаних у цьому посібнику, всі гуманітарні організації повинні керуватися наведеними принципами забезпечення захисту, навіть у разі відсутності у них чітких повноважень на забезпечення захисту або необхідної кваліфікації в цій сфері. Ймовірно, що обставини можуть впливати на реалізацію принципів забезпечення захисту, не дозволяючи гуманітарним організаціям дотримуватися їх у повному обсязі. Однак принципи забезпечення захисту відображають універсальні цілі, до яких гуманітарні організації повинні незмінно йти.

Для успішної реалізації програми допомоги велике значення має процес розробки та впровадження цієї програми, у якій повинні бути враховані шість найважливіших базових стандартів, що стосуються процесу надання допомоги і його учасників. Шість базових стандартів охоплюють соціально орієнтовану гуманітарну допомогу, координацію і співпрацю, здійснення оцінювання, організацію і надання допомоги, ефективність роботи, транспарентність і навчання, а також ефективність роботи учасників надання допомоги. Вони задають єдиний орієнтир для підходів до розв'язання завдань, який лежить в основі всіх

інших стандартів, представлених у посібнику. Тому для реалізації стандартів, поданих у кожному присвяченому різним технічним аспектам розділі, повинні застосовуватися базові стандарти. Так, для забезпечення доцільності та якості будь-якої наданої допомоги варто максимально задіювати постраждале населення, зокрема й із групами та окремими особами, які найчастіше зазнають небезпеки у надзвичайних ситуаціях.

Уразливість і спроможності постраждалого населення

Цей розділ варто читати разом із розділом, де викладено базові мінімальні стандарти, які тут розкрито більш докладно.

Важливо розуміти, що діти, літні люди, жінки, люди з обмеженими можливостями та ВІЛ-інфіковані є вразливими особами. Вони зазнають підвищеного ризику не за визначенням, а через накладання багатьох факторів. Так, особа, яка старша 70 років, самотня і хвора, ймовірно, буде більшою мірою вразлива, ніж людина того самого віку, яка має таке саме слабе здоров'я, але живе у великій родині в достатку. Аналогічно трирічна дівчинка, яка лишилася без супроводу дорослих, більш уразлива, ніж коли б вона жила під захистом відповідальних батьків.

При дотриманні стандартів, що стосуються забезпечення тимчасовим житлом, розміщення постраждалого населення та непродуктивної допомоги, необхідно здійснити аналіз уразливості й спроможності, щоб у НС на рівноправній основі було надано допомогу тим, хто має право на її отримання, а також тим, хто найбільше її потребує. Для цього необхідно добре знати місцеву ситуацію і те, який конкретний вплив та чи інша кризова ситуація чинить на певні групи населення з урахуванням їхньої докризової вразливості (наприклад, крайня бідність або дискримінація), можливі загрози щодо особистої безпеки (наприклад, гендерне насильство або сексуальна експлуатація), захворюваність та поширеність захворювань (наприклад, ВІЛ-інфекції або туберкульозу), а також імовірність епідемій (наприклад, кору або холери). НС може посилити наявну раніше нерівність. При цьому важливо сприяти та підтримувати чинні у населення стратегії виживання, життєздатність і здатність до відновлення. Необхідно враховувати знання людей, їх навички і стратегії, а також забезпечувати їм доступ до соціальної, юридичної, фінансової та психологічної допомоги. Важливо також брати до уваги різноманітні фізичні, культурні, економічні та соціальні труднощі, з якими вони можуть зіткнутися при отриманні цих послуг на рівноправній основі.

Для обліку прав і можливостей уразливих груп населення важливо насамперед брати до уваги таке:



- ▶ Забезпечте широку участь населення, досягши того, щоб до цього процесу було долучено всі репрезентативні групи населення, особливо найменш помітні з них (наприклад, особи з обмеженими можливостями пересування або комунікації, особи, що живуть у закладах закритого типу, молодь, що зазнає стигматизації, та інші недостатньо представлені або не представлені групи населення).
- ▶ При здійсненні оцінювання деталізуйте дані, розбиваючи їх за статтю та віком (0-80+ років). Це забезпечить урахування інтересів різноманітних груп населення.
- ▶ Подбайте про те, щоб усіх членів громади без винятку було доступним способом повідомлено про їхнє право на інформацію про отримання допомоги.

Мінімальні стандарти

1. Забезпечення тимчасовим житлом та організація розміщення

Непереміщеному постраждалому від НС населенню треба надавати допомогу на місцях його первинного проживання, надаючи тимчасове або транзитне сімейне житло чи засоби для ремонту або будівництва відповідного житла. Житло для окремих сімей може бути тимчасовим або постійним залежно від обсягу надаваної допомоги, прав на користування землею або прав власності, наявності необхідних послуг і можливостей для поліпшення або розширення такого житла. Переміщене населення, яке не має можливості повернутися на своє первісне місце проживання, часто бажає залишатися у родичів або у людей, з якими вони пов'язані історично, культурно чи якимось іншим чином, і таким переміщеним особам необхідно надавати допомогу в цьому. Коли ж таке розосереджене розселення неможливе, може бути організоване тимчасове спільне розміщення в запланованих або стихійних таборах разом із наданням тимчасових або транзитних сімейних жител. Люди можуть бути також розміщені у великих громадських будівлях, що використовуються в якості колективних центрів тимчасового проживання.

Стандарт 1 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення: стратегічне планування

Стратегії із забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення сприяють забезпеченню безпеки, захищеності, збереженню здоров'я і благополуччя переміщеного і непереміщеного населення і по можливості сприяють процесу відновлення і реконструкції.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Здійснити оцінювання й аналіз потреб постраждалого населення у сфері забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення після консультації з відповідними органами влади і самим населенням (див. інструкцію 1).



- Д Розробити план заходів із надання допомоги в сфері забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення (по можливості включно з відновлювальними роботами на ранньому етапі) після консультацій із відповідними органами влади, які беруть участь у наданні допомоги, організаціями і самим населенням (див. інструкцію 1).
- Д Приділяти першорядну увагу і по можливості сприяти поверненню постраждалих від НС сімей на їхнє первісне місце проживання або до місця, де воно було (див. інструкцію 2).
- Д Надавати допомогу тим, хто не має можливості або бажання повернутися на своє первісне місце проживання, у тимчасовому розміщенні в інших сім'ях або в пунктах тимчасового колективного розміщення (див. інструкції 3-4).
- Д Забезпечити доступ до непродукованої допомоги, засобів для укриття (таких як намети або комплекти матеріалів та інструментів для спорудження укриття), будівельних матеріалів, грошової допомоги, технічної допомоги та інформації або комбінації цих різновидів допомоги залежно від потреб (див. інструкції 5-6).
- Д Забезпечити, щоб житло чи пункти розміщення перебували на безпечній відстані від будь-яких фактичних або можливих джерел небезпеки, а також щоб були зведені до мінімуму ризики, пов'язані з існуючими небезпеками (див. інструкцію 7).
- Д Забезпечити розчищення від руїн, що утворилися в результаті НС, основних зон поселення включно з ділянками, на яких перебувають пошкоджені або зруйновані будинки, тимчасові колективні поселення, найважливіші суспільні будівлі й під'їзні шляхи (див. інструкцію 8).
- Д Розробити план забезпечення безпечного доступу до водопостачання і санітарно-гігієнічних об'єктів, установ охорони здоров'я, шкіл і місць відпочинку та відправлення культу, а також до землі, ринків і послуг, необхідних для продовження діяльності щодо забезпечення засобів до існування (див. інструкції 9-10).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Надані різновиди забезпечення тимчасовим житлом та організація розміщення з метою задоволення повсякденних потреб усього постраждалого населення узгоджено з самим населенням, відповідними органами влади спільно з усіма організаціями-учасниками надання допомоги (див. інструкцію 1).
- Д Усі надані різновиди забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення безпечні, відповідають необхідним вимогам і будуть лишатися такими, доки населення не буде забезпечене більш довговічними житловими конструкціями (див. інструкції 2-10).

Інструкції

1. **Здійснення оцінювання, консультації та координація дій:** Важливе значення має здійснення первісного оцінювання потреб із метою виявлення потреб постраждалого населення у сфері забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення. Крім того, важливе значення має визначення ризиків у період після НС, факторів уразливості, потенційних та сприятливих можливостей для початку процесу відновлення вже на початковому етапі, а також потреби у здійсненні більш детального оцінювання, зокрема й оцінювання впливу на навколишнє середовище. До здійснення оцінювання потрібно залучати постраждале від НС населення (насамперед уразливих осіб, які мають особливі потреби) та відповідні органи влади. При плануванні та здійсненні заходів щодо надання допомоги необхідно враховувати чинні плани дій у надзвичайних обставинах. Усі дії необхідно координувати з відповідними органами влади, гуманітарними та іншими організаціями, а також з постраждалим населенням, для чого потрібно використовувати узгоджені механізми координації. При плануванні програм надання допомоги необхідно враховувати наявність ресурсів, місцеву ситуацію (зокрема й сезонні особливості погоди), безпеку і доступ до існуючих і нових місць поселення і землі (див. базові стандарти 1-5 на сторінках 62-80, стандарти 1-5 непродуковольчої допомоги на сторінках 321-330 та додаток І: перелік контрольних запитань для оцінювання забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуковольчої допомоги).
2. **Повернення:** Однією з найважливіших цілей більшості людей, постраждалих від НС, є можливість повернутися на свою землю й у свої будинки. Ремонт житлових будівель або вибрані самим населенням варіанти модернізації житла є заходами, спрямованими на надання підтримки колективним стратегіям пристосування, збереження усталеного характеру поселень і використання наявної інфраструктури (див. базовий стандарт І на сторінці 62). Повернення може бути відтерміноване або йому можуть перешкоджати які-небудь обставини, тому впродовж певного періоду часу постраждалих необхідно буде тимчасово розмістити в іншому місці. Обставинами, які можуть перешкоджати поверненню, є продовження таких НС, як повені, зсуви, поштовхи, які тривають після землетрусу, а також проблеми безпеки, як-от захоплення власності або землі та необхідність їх повернути, продовження збройного конфлікту, напруженість між етнічними групами або на релігійному ґрунті, страх переслідувань, а також боязкість наземних мін та боєприпасів. Важливе значення для сприяння поверненню переміщеного населення має відновлення шкіл. Поверненню на колишнє місце проживання сімей, очолюваних жінками, тими, хто овдовів або став сиротою внаслідок НС, а також осіб з обме-



женими можливостями можуть перешкоджати закони, які стосуються землеволодіння і власності, чи процедури, засновані на місцевих звичаях, що не відповідають вимогам або є дискримінаційними. Перешкодою для повернення або причиною небажання переміщеного населення повернутися на колишнє місце проживання може бути також відсутність коштів і можливості здійснювати будівельні роботи з відновлення.

3. **Розміщення в сім'ях і місцевих громадах:** Переміщене населення, яке не має можливості повернутися в місця початкового проживання, часто виявляє бажання залишатися у родичів або серед людей, з якими вони пов'язані історично, культурно чи якимось інакше (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62). До наданої в цих випадках допомоги може належати розширення або пристосування наявного житла і зручностей сім'ї, яка приймає постраждалих, або надання постраждалим додаткового окремого тимчасового житла поряд із будинком сім'ї, яка приймає. Відповідно необхідно здійснити оцінювання можливого збільшення густоти населення внаслідок такої ситуації, визначити додаткові потреби, що стосуються соціального обслуговування, забезпечення інфраструктури та природних ресурсів, та вжити заходів щодо пом'якшення несприятливих наслідків.
4. **Тимчасові колективні поселення:** Такий різновид розміщення постраждалого населення не повинен ставати звичною практикою. Однак тимчасові заплановані табори можуть бути використані для розміщення постраждалого населення, що не має можливості або бажання повернутися в місця свого первісного проживання чи можливості знайти притулок у інших сім'ях. Такі рішення проблеми з розміщенням постраждалих можуть знадобитися в місцях, де низький рівень безпеки збільшує ризик для ізольованих домогосподарств, або де обмежено доступ до таких життєво важливих послуг і ресурсів, як водопостачання, забезпечення продовольством і місцевих будівельних матеріалів. Використання наявних будівель як колективних центрів розміщення забезпечує безпосередньо доступний тимчасовий захист від негоди. Однак може виникнути потреба пристосовувати і модернізувати використовувані для цієї мети будівлі, наприклад, будувати внутрішні перегородки або пандуси для осіб з обмеженими можливостями пересування. У багатьох країнах відведення заздалегідь вибраних будівель під колективні центри – стандартний захід реагування на випадок виникнення відомих різновидів НС із заздалегідь визначеними обов'язками у сфері управління та надання послуг. Для розміщення постраждалого населення часто використовують будівлі шкіл; при цьому необхідно шукати інші приміщення для проведення занять, щоб не переривався навчальний процес. При організації тимчасових колективних поселень необхідно враховувати можливі несприятливі наслідки, що стосуються особистої безпеки, недоторканності сфери приватного життя

та дотримання людської гідності розміщених у них осіб, а також доступ до необхідних зручностей. Варто вжити заходів, щоб тимчасові колективні поселення не стали мішенню для нападу, не ставали загрозою для безпеки населення, яке проживає поряд, і не завдавали шкоди навколишньому природному середовищу.

5. **Різновиди допомоги у забезпеченні тимчасовим житлом:** Для задоволення потреб постраждалого населення у забезпеченні тимчасовим житлом можуть виникнути потреби у різноманітній допомозі. Насамперед це стосується забезпечення предметами особистого користування, такими як одяг і спальні речі, або звичайними предметами господарського призначення, такими як кухонні плити та паливо. До предметів, які дають у якості надання допомоги в забезпеченні тимчасовим житлом, належать намети, поліетиленова плівка і набори інструментів, будівельні матеріали, а також тимчасові або транзитні житла, в яких застосовують матеріали, які надалі можуть бути використані при будівництві постійного житла. Може знадобитися робоча сила або фахівці, що працюють на громадських засадах чи за контрактом, а також технічні посібники щодо застосування відповідних будівельних технологій. Необхідно розглянути питання про надання готівкових коштів або ваучерів для того, щоб підтримати використання місцевих ланцюгів постачання і ресурсів, з урахуванням функціонування місцевої економіки. Готівкові кошти можуть бути також використані для оренди житла. Товарну допомогу можна доповнити наданням інформації або рекомендацій – шляхом проведення громадських кампаній або через місцеві центри – щодо того, як отримати доступ до безоплатних позик, матеріалів або інших різновидів допомоги щодо забезпечення житлом.
6. **Транзитне житло:** Забезпечення транзитним житлом є радше одним із методів, ніж етапом надання допомоги і відображає той факт, що забезпечення житлом після НС часто здійснюється силами самого постраждалого населення. Цю практику самоврядування необхідно підтримувати (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62). Забезпечення в період після НС таким тимчасовим житлом, яке може бути знову використане частково або повністю при спорудженні більш довговічних конструкцій, або може бути перевезене з місць тимчасового розміщення до місця постійного проживання, буде сприяти транзиту постраждалого населення в оселі більш тривалого користування. Для непереміщеного населення, що лишилося на місцях свого первісного проживання, транзитне житло буде слугувати базовим початковим житлом, яке надалі може бути упорядковане, розширене або згодом замінене іншим, коли на це будуть кошти. Таке транзитне тимчасове житло для переміщеного постраждалого населення можна буде розібрати і знову використовувати після того, як люди зможуть повернутися на місця початкового проживання або оселитися в новому



місці. Транзитне житло можна надавати постраждалому населенню, яке отримало притулок в інших домогосподарствах, де є можливість для спорудження тимчасового житла по сусідству або в безпосередній близькості від житла сім'ї, яка приймає постраждалих. Усі конструкції такого типу можуть бути вивезені й знову використані, коли постраждале населення зможе повернутися на місця свого первісного проживання або в інші місця.

7. **Оцінка ризиків, факторів уразливості та небезпечних факторів:** Необхідно здійснювати і періодично переглядати всебічну оцінку ризиків і факторів уразливості (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70). При здійсненні такого оцінювання варто враховувати існуючі й можливі загрози безпеки та особливі ризики й фактори вразливості, зумовлені віком, статтю, інвалідністю, соціальним і економічним становищем, залежністю місцевого населення від використання природних ресурсів, а також взаємовідносинами між постраждалим населенням й усіма громадами, які його приймають (див. принцип забезпечення захисту 3 на сторінці 43). При виборі варіантів забезпечення житлом та організації розміщення повинні бути враховані ризики, зумовлені такими стихійними лихами, як землетруси, вулканічна активність, зсуви, повені й сильні вітри. Місця розміщення постраждалого населення повинні бути безпечні щодо ризиків захворювань і зараження, а також істотних ризиків, пов'язаних із переносниками інфекцій. Результатом таких стихійних лих, як землетруси, повені й тайфуни, може стати нанесення або вихід на поверхню потенційно небезпечних речовин і матеріалів. У зоні НС можуть бути міни і боєприпаси, які не вибухнули, що лишилися після минулих чи діючих збройних конфліктів. Технічні фахівці повинні перевіряти стійкість будівель у населених пунктах, постраждалих від НС. У центрах колективного розміщення необхідно перевіряти спроможність конструкцій наявних будівель витримати додаткове навантаження й оцінити збільшену небезпеку обвалення таких елементів конструкцій, як підлога, внутрішні перекриття, дах тощо.
8. **Розчищення від руїн:** Розчищення від руїн після стихійного лиха або конфлікту є завданням першорядної ваги. Це дозволить забезпечити тимчасовим житлом постраждалих і вибрати відповідні різновиди організації розміщення. Планування розчищення від руїн варто починати одразу ж після НС, щоб забезпечити можливість для повторного використання уламків або їх сортування, збору та/або обробки (див. стандарт 5 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення на сторінці 317). Основними проблемами тут можуть стати наявність трупів, які необхідно розпізнавати і належним чином поводитися з ними, повернення особистого майна, наявність небезпечних конструкцій та матеріалів, а також визначення права власності на ті матеріали, які можна врятувати,

щоб повторно використовувати або продати. Розчищення від руїн може дати можливість для здійснення програм «гроші за роботу» і/або потребує використання спеціального обладнання і професійних знань. Варто брати до уваги питання, які стосуються використання, управління, володіння і впливу на навколишнє середовище місць, куди звозитимуть уламки та будівельне сміття.

9. Школи, установи охорони здоров'я і комунальна інфраструктура:

Необхідно забезпечити доступ до послуг першорядної ваги, як-от: шкіл, закладів охорони здоров'я, безпечних гральних майданчиків і місць, де проводять громадські збори. Необхідно використовувати наявну або відновлену інфраструктуру, а також за необхідності забезпечувати населення додатковими тимчасовими послугами та зручностями. Там, де ремонт або відновлення громадських будівель пов'язані з розробкою нових планів поселення або підлягають регулюванню іншого типу, для надання невідкладних, короткочасних послуг може виникнути потреба у будіванні тимчасових споруд. Надання таких послуг із використанням тимчасових або постійних споруд потрібно здійснювати відповідно до встановлених стандартів (див. стандарт 1 водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни на сторінці 107, стандарт 1 медичного обслуговування на сторінці 370 і Мінімальні стандарти основної освіти INEE: готовність, реагування та відновлення).

10. Сприяння у забезпеченні засобами до існування: Розміщення постраждалого від НС населення повинно базуватися на розумінні й знаннях особливостей економічної діяльності у період до НС, а також на можливостях у період після закінчення НС (див. стандарти 1-2 оцінювання продовольчої безпеки та харчування на сторінках 175-179 і базовий стандарт 1 на сторінці 62). Потрібно враховувати наявність землі та доступ до обробітку сільськогосподарських культур і пасовищ, а також доступ до ринків та місцевих послуг, необхідних для здійснення тієї або іншої економічної діяльності.



Стандарт 2 забезпечення житлом та організації розміщення: планування розміщення

Планування повернення, розміщення серед осіб, які надають притулок постраждалим, або в місцях тимчасового колективного розміщення забезпечує безпечне і надійне користування постраждалим населенням наданим житлом і найнеобхіднішими послугами.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д По можливості встановити і використовувати прийняті процедури планування з урахуванням узгодженої найкращої практики, що зводять до мінімуму ризику та фактори уразливості, які стосуються організації розміщення (див. інструкцію 1).
- Д Встановити, кому належать права власності на житло, землю і майно та/або права на користування будівлями чи земельними ділянками (див. інструкцію 2).
- Д Забезпечити безпечний доступ до всіх тимчасових осель і місць розміщення, а також найбільш необхідних послуг (див. інструкції 3-4).
- Д Використовувати існуючі принципи, за якими розміщувалися населені пункти на місцевості, та топографічні особливості з метою мінімізації несприятливих наслідків для навколишнього природного середовища (див. інструкцію 5).
- Д Залучати постраждале населення до участі в плануванні місць тимчасового колективного розміщення на рівні сім'ї, групи сусідів або сільських громад залежно від ситуації (див. інструкцію 6).
- Д Забезпечити достатню площу поверхні й наявність відповідних протипожежних стін у тимчасових запланованих або стихійних таборах (див. інструкції 7-8).
- Д Звести до мінімуму ризику, пов'язані з переносниками інфекцій (див. інструкцію 9).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Завдяки узгодженим процедурам планування все населення, що одержує допомогу в забезпеченні житлом, було опитано і схвалило рішення, які стосуються місцерозташування свого тимчасового житла або покритої житлової зони, а також доступу до найважливіших послуг (див. інструкцію 1).
- Д Підтверджено, що у всіх планах організації розміщення було визначено ризики та фактори вразливості, що стосуються користування тимчасовими житлами,

покритими житловими зонами і найважливішими послугами, та враховано заходи щодо запобігання несприятливим наслідкам (див. інструкції 2-9).

Інструкції

1. **Процедури планування:** Необхідно застосовувати місцеву традиційну практику планування і враховувати різновид надзвичайної або кризової ситуації, виявлені небезпеки та можливі наслідки для постраждалого населення. Повинні бути вжиті відповідні заходи щодо мінімізації ризиків та ступеня вразливості місць розміщення. Повинні бути дотримані норми, що регулюють процес планування, коли цього потребують відповідні органи влади і якщо це не є перешкодою для виконання гуманітарного обов'язку задоволення нагальних потреб щодо забезпечення постраждалих тимчасовим житлом та організації розміщення. Необхідно визначити, якими будуть більш довгострокові наслідки прийнятих рішень у процесі планування рішень, особливо тих, що стосуються місць тимчасового колективного розміщення.
2. **Права власності на житло, землю і майно та права користування:** При вирішенні питань, які стосуються забезпечення житлом непереміщеного і переміщеного населення, варто встановлювати, кому належать права власності на землю, житло чи інші будівлі, а також з'ясовувати власників формальних або заснованих на звичаях прав на користування ними. Такі питання часто є суперечливими, особливо в тих випадках, коли могла не вестись реєстрація або коли на питання, які стосуються власності, могла вплинути ситуація конфлікту. Спільно орендовані житлові приміщення або будівлі, якими користуються кілька осіб, можуть перебувати у спільній або змішаній власності чи у тимчасовому володінні. Необхідно також з'ясовувати, які права на землю та права власності мають уразливі особи, і надавати їм підтримку. Це стосується насамперед жінок, осіб, які овдовіли чи стали сиротами внаслідок НС, інвалідів, орендарів, осіб, які мають право на оренду соціального житла, а також скватерів. Необхідно з'ясувати питання, які стосуються формальних, неформальних або передбачуваних прав власності чи спадкування, особливо після надзвичайної ситуації, під час якої правовласник або власник міг померти чи бути переміщеним. Передача землі та нерухомості в групове володіння або у володіння аналогічної форми якійсь кількості домогосподарств там, де до НС не існувало формальних прав власності, може допомогти поступовому встановленню такого типу прав. Надання допомоги в сфері забезпечення житлом може також сприйматися або використовуватися як узаконення домагання на право власності на землю, що може перешкоджати або заважати здійсненню гуманітарної акції. При відведенні землі під місця тимчасового колективного розміщення необхідно враховувати права



користування землею і природними ресурсами, якими володіють місцеві та сусідні громади (див. стандарт 5 забезпечення житлом та організації розміщення на сторінці 317).

3. **Найважливіші послуги та зручності (об'єкти інфраструктури):** Постраждале від НС населення, яке повертається в місця свого первісного проживання або якому надають притулок у громадах, що приймають таких людей, або яке знаходиться в місцях тимчасового колективного розміщення, потребує безпечного, надійного і заснованого на принципі дотримання справедливості доступу до найважливіших послуг. Сюди входять залежно від конкретної ситуації водопостачання, санітарно-гігієнічні об'єкти, паливо для приготування їжі або колективні кухні, медичне обслуговування, утилізація твердих відходів, школи, об'єкти соціального обслуговування, місця відправлення культу, місця проведення зборів, зони відпочинку, зокрема й дитячі майданчики, а також місця для розміщення домашньої худоби (при цьому необхідно забезпечити роздільне утримання цієї худоби від худоби місцевих порід). Необхідно виділити достатню територію для відповідного культурним традиціям поховання померлих і здійснення пов'язаних із похованням ритуалів. Варто максимально використовувати наявні або відремонтовані об'єкти за умови, що це не буде мати негативних наслідків для навколишніх або місцевих громад. Необхідно також надавати додаткові об'єкти або пункти доступу для забезпечення задоволення потреб цільових груп населення, особливо вразливих осіб. При наданні послуг необхідно враховувати соціальну структуру постраждалого населення і традиційні форми поведінки жінок і чоловіків (гендерні ролі), а також потреби вразливих осіб. Це стосується, наприклад, забезпечення того, щоб місця надання послуг були розташовані на прийнятній для осіб з обмеженою рухливістю відстані, а також організації в місцях тимчасового колективного розміщення безпечних зон для грудного годування. Необхідно забезпечити відповідний доступ до об'єктів для літніх людей, а також інвалідів та осіб, у яких існує потреба у використанні таких об'єктів. У місцях тимчасового колективного розміщення повинні бути згідно з вимогами розташовані адміністративні й складські приміщення, приміщення для розміщення персоналу, а також мають бути виділені місця для карантину (див. стандарт 1 водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни на сторінці 107 і стандарт 1 основного медичного обслуговування на сторінці 370).

4. **Доступ:** Необхідно враховувати такі чинники, як доступ до місць розміщення постраждалого населення, стан інфраструктури місцевих доріг та близькість до транспортних вузлів, які можуть бути використані для постачань за програмами допомоги, з урахуванням сезонних обмежень,

можливих небезпек та ризиків у сфері безпеки. Що стосується місць тимчасового колективного розміщення, то саме місце їх розташування, а також всі основні пункти зберігання і розподілу продовольства повинні бути доступні для вантажних автомобілів високої вантажопідйомності по дорозі, придатній для використання в будь-яку погоду. Інші об'єкти повинні бути доступні для автомобілів малої вантажопідйомності. Дороги і пішохідні доріжки в межах місць розміщення повинні забезпечувати безпечний, надійний і придатний для використання в будь-яку погоду доступ до індивідуальних осель і об'єктів громадського призначення, зокрема й шкіл та установ охорони здоров'я. Необхідно забезпечити відповідно до вимог штучне освітлення. В межах місць тимчасового колективного розміщення або колективних центрів при прокладанні під'їзних шляхів і маршрутів евакуації варто уникати утворення ізольованих або прихованих зон, які могли б створити загрозу особистій безпеці користувачів. Поблизу виходів із колективних центрів не повинно бути сходиночок або перепаду рівня, а всі сходи і пандуси повинні бути обладнані поручнями. Для осіб з обмеженою рухливістю на перших поверхах будівель повинен бути обладнаний майданчик біля виходів або поруч із під'їзними шляхами, розташований на одному з ними рівні. Усі, хто мешкає у будівлях, які використовують як колективні центри, повинні перебувати на визначено обґрунтованій відстані від щонайменше двох виходів, які забезпечують запасні шляхи евакуації, і ці виходи повинно бути добре видно.

5. ***Вибір місця розташування і дренаж:*** Під час вибору місця розташування і планування місць тимчасового колективного розміщення треба здійснити оцінювання дренажної системи поверхневих вод, а також небезпеки загачування чи затоплення. Ухил місцевості повинен: а) не перевищувати 6%, якщо не здійснюють масштабні роботи з дренажу і не вживають заходів із боротьби з ерозією ґрунту, б) не бути менше 1%, щоб забезпечувати достатнє дренажування. Однак для зниження небезпеки загачування або затоплення може знадобитися прокладання дренажних каналів. Найнижча точка обраної території повинна перебувати на рівні не менше трьох метрів над передбачуваним максимальним рівнем ґрунтових вод. Ґрунт повинен підходити для риття ям під туалети, крім того, особливості ґрунту треба враховувати при виборі місця розташування туалетів та інших об'єктів (див. стандарти 1-2 асенізації на сторінках 123-125 і стандарт 1 дренажу на сторінці 143).

6. ***Планування, яке стосується місць тимчасового колективного розміщення:*** При розподілі простору в межах колективних центрів, а також для виділення сім'ям ділянок усередині тимчасових запланованих таборів необхідно враховувати існуючі соціальні практики та зважати на спільно



використовувані ресурси, зокрема й воду, санітарно-гігієнічні об'єкти, колективні кухні, розподіл продовольства тощо. Планування «мікрорайонів» має сприяти наявним соціальним зв'язкам, зміцнювати безпеку і давати можливість постраждалому населенню здійснювати самоврядування. План розміщення ділянок у запланованих таборах повинен забезпечувати недоторканність сфери особистого життя і збереження людської гідності членів кожної конкретно сім'ї. Це може бути забезпечено за рахунок такого планування, коли усі житла для окремої сім'ї мали б вихід на загальну або закриту територію, призначену для користування членами цієї родини, а не розташовувалися прямо навпроти входу в житло іншої сім'ї. Необхідно також забезпечити безпечними, об'єднаними житловими зонами групи переміщеного населення, до складу яких входить велика кількість безсімейних дорослих і дітей без супроводу дорослих. Для розосереджених поселень також можуть бути застосовані принципи планування «мікрорайонів», наприклад, коли групи сімей повертаються в певний географічний район або знаходять сім'ї, які їх приймають, у безпосередній близькості один від одного (див. принцип забезпечення захисту 1 на с. 38).

7. **Площа території тимчасових запланованих таборів або таких таборів, що стихійно виникають:** Для поселень табірному типу необхідно забезпечити мінімальну використовувану площу 45 кв. м на людину включно з підсобним господарством. На території табору має бути достатньо місця для розміщення доріг і пішохідних доріжок, надвірних зон для приготування їжі або колективних кухонь, освітніх установ і зон відпочинку, санітарно-гігієнічних об'єктів, протипожежних смуг, адміністративних приміщень, водосховища, пунктів розподілу, ринків, складів, а також невеликих городів для індивідуальних домогосподарств. Там, де комунальні послуги можуть бути надані за рахунок використання наявних або додаткових об'єктів, використовувана площа повинна складати 30 кв. м на людину. При плануванні площі території необхідно враховувати зміну чисельності населення. Якщо немає можливості забезпечити мінімальну норму площі, варто вжити заходів щодо пом'якшення наслідків більш високої густоти заселення, наприклад, за рахунок забезпечення достатнього відокремлення сімей та недоторканності сфери приватного життя, місця для необхідних об'єктів тощо.
8. **Пожежна безпека:** При плануванні розташування місць тимчасового колективного розміщення і групуванні індивідуальних сімейних жителів необхідно здійснити оцінювання пожежної небезпеки. До заходів із запобігання несприятливим наслідкам повинні входити забезпечення наявності 30-метрової протипожежної смуги через кожні 300 метрів на забудованій території і мінімум двометрового (але бажано вдвічі більшої

за висоту будь-якої споруди) протипожежного розриву між окремими будівлями або тимчасовими житлами з метою унеможливити потрапляння конструкцій, які впали, поряд із розташованими будівлями. При загальному плануванні розташування та визначенні безпечної відстані між сімейними житлами варто також враховувати прийняту практику приготування їжі й використання печей (кухонних плит) та опалювальних приладів (див. стандарт 4 непродуковольчої допомоги на сторінці 328).

9. **Ризики, пов'язані з переносниками інфекцій:** Низинні ділянки, що виникли в результаті НС руйни, порожні будівлі й котловани (наприклад, ті, що утворилися в результаті використання ґрунту для будівництва) можуть слугувати місцем розмноження паразитів, які можуть загрожувати небезпекою для здоров'я місцевого населення. Що стосується місць тимчасового колективного розміщення, то для зменшення наслідків захворювань, які передаються переносниками інфекцій, для постраждалого від НС населення головним є вибір відповідного розташування та запобігання ризикам, пов'язаним із переносниками інфекцій (стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).

Стандарт 3 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення: покритий житловий простір

Люди мають достатній житловий простір, який надає їм тепловий комфорт, свіже повітря і захист від негоди, забезпечує недоторканність сфери особистого життя, безпеку і збереження здоров'я, а також дає можливість здійснювати основні види діяльності, пов'язані з веденням домашнього господарства і забезпеченням засобів до існування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Забезпечити всі постраждалі домогосподарства достатнім накритим житловим простором (див. інструкції 1-2).
- Д Забезпечити недоторканність приватної сфери життя і за необхідності відокремлення людей різної статі, різних вікових груп і, коли це потрібно, окремих сімей у складі одного домогосподарства (див. інструкцію 3).
- Д Забезпечити можливість здійснювати в межах накритого житлового простору або на прилеглий території основні види діяльності, пов'язані з веденням домашнього господарства і забезпеченням засобів до існування (див. інструкцію 4).



- Д Сприяти використанню таких різновидів тимчасових жител і матеріалів, які відомі постраждалому населенню, по можливості прийнятні в культурному й соціальному планах і які не завдають шкоди навколишньому середовищу (див. інструкції 5-6).
- Д Здійснити оцінювання характерних погодних умов для кожної пори року з тим, щоб було забезпечено оптимальний тепловий комфорт, вентиляцію і захист (див. інструкції 7-10).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Первісна мінімальна площа накритого житлового приміщення, надана всім постраждалим від НС особам, становить 3,5 кв. м на людину (див. інструкції 1-2).
- Д Усі види тимчасових жител і матеріали відповідають установленим технічним стандартам і стандартам якості функціонування, а також прийнятні в культурному плані (див. інструкції 3-10).

Інструкції

1. **Клімат і середовище:** В умовах холодного клімату всі різновиди діяльності, пов'язані з веденням домашнього господарства, зазвичай здійснюються в накритих приміщеннях, тому постраждале населення може проводити основний час усередині приміщень у комфортних температурних умовах. У міських умовах діяльність, пов'язану з веденням домашнього господарства, здебільшого здійснюють усередині накритого житлового приміщення, оскільки зовнішня прилегла територія, яку можна використовувати, зазвичай меншого розміру. Щоб відповідати цим вимогам, часто потрібна площа накритого житлового приміщення, що перевищує 3,5 кв. м на людину. Висота від підлоги до стелі також є важливим фактором, оскільки в умовах жаркого і вологого клімату варто надавати перевагу вищим стелям, що покращує циркуляцію повітря. В умовах холодного клімату потрібно використовувати нижчі стелі, що дозволяє зменшити кубатуру обігріву. Висота від підлоги до стелі всередині приміщення повинна бути не менше 2 метрів у найвищій точці. В умовах теплого клімату прилеглий зовнішній затінений простір може бути використано для приготування і теплової обробки їжі. Надані тимчасові помешкання повинні бути пристосовані до різних екстремальних кліматичних умов – холодних ночей у зимову пору року і спекотних днів улітку. У разі неможливості постачання матеріалів для спорудження повноцінного тимчасового житла необхідно насамперед надавати покрівельні матеріали, щоб забезпечити постраждалих мінімальним накритим житловим простором. Такі конструкції не завжди забезпечують необхідний захист від негоди, безпеку, недоторканість сфери особистого життя і збере-

ження людського достоїнства, тому необхідно якомога швидше вживати заходів щодо задоволення цих вимог (див. інструкцію 2).

2. **Тривалість:** Відразу після НС, особливо в екстремальних кліматичних умовах, коли для спорудження тимчасового житла немає матеріалів, може бути прийнятним накритий простір розміром менше 3,5 кв. м на людину – для того щоб врятувати життя і надати відповідне короточасне житло. У таких випадках необхідно якомога швидше домагатися доведення площі наданого накритого житлового простору до норми 3,5 кв. м на людину, щоб звести до мінімуму негативні наслідки для здоров'я і добробуту розміщених у тимчасових помешканнях людей. У разі неможливості забезпечити норму 3,5 кв. м на людину або коли цей показник перевищує розмір житлової площі, який зазвичай використовує постраждале населення або населення, що мешкає поряд, варто брати до уваги несприятливі наслідки відсутності достатнього за площею накритого житлового простору для збереження здоров'я, дотримання людської гідності й забезпечення недоторканності сфери приватного життя. Ні в якому разі не варто лишати без уваги рішення надати менше 3,5 кв. м житлового простору на людину і приділяти важливу увагу заходам, спрямованим на пом'якшення для постраждалого населення негативних наслідків від цього. Можливо, буде потрібно надавати тимчасові або транзитні житла, щоб забезпечити відповідним житлом на тривалий термін, розрахованим на використання у різних кліматичних умовах в різні пори року і, можливо, впродовж кількох років. Плани надання допомоги, узгоджені з місцевою владою або іншими зацікавленими сторонами, мають повністю унеможливити перетворення тимчасових або транзитних жител в стандартне постійне житло.
3. **Культурні практики, безпека і недоторканність приватної сфери життя:** При облаштуванні накритих житлових приміщень потрібно враховувати місцеві культурні практики, що стосуються використання накритого житлового простору, наприклад, організацію спальних місць і розміщення сімей, які складаються з двох і більше поколінь. У консультаціях повинні брати участь представники вразливих груп населення і ті, хто здійснює за ними догляд. Треба передбачити можливість установаження в індивідуальних сімейних тимчасових помешканнях внутрішніх перегородок. При колективному розміщенні допомогти в забезпеченні відповідної недоторканності сфери приватного життя і безпеки можуть такі заходи, як поселення споріднених сімей групами, добре сплановані маршрути переміщення всередині накритої житлової зони, а також можуть допомогти матеріали, що дозволять відмежувати особистий простір і простір, що належить родині. Варто домагатися максимального загального корисного результату у психосоціальному відношенні від надання постраждалим відповідної житлової площі й забезпечення недоторканності сфери особистого життя як в індивіду-



альних сімейних тимчасових житлах, так і в місцях тимчасового колективного розміщення (див. принцип забезпечення захисту 1 на сторінці 38).

4. **Діяльність, пов'язана з веденням домашнього господарства і забезпеченням засобами до існування:** У накритій житловій зоні необхідно забезпечити простір для сну, вмивання і одягання, догляду за немовлятами, дітьми, хворими та інвалідами, для зберігання продовольства, води, майна домогосподарства та основних матеріально-речових цінностей, при необхідності для приготування їжі та її споживання всередині приміщення, а також для збору всіх членів домогосподарства. При плануванні накритої житлової зони, особливо розташуванні отворів і відсіків, необхідно максимально використовувати внутрішній простір і прилеглу зовнішню територію.
5. **Засоби забезпечення тимчасовим житлом, матеріали і будівництво:** Якщо місцеві засоби забезпечення тимчасовим житлом після НС отримати без затримки неможливо або їх немає в достатній кількості чи вони можуть заподіяти згодом шкоду навколишньому природному середовищу, постраждалому населенню необхідно надавати готові засоби забезпечення тимчасовим житлом, як-от: сімейні намети, комплекти для спорудження тимчасового житла, комплекти матеріалів або збірні будинки. Коли для спорудження тимчасового укриття в межах надання допомоги в НС надають армовану полімерну плівку, необхідно додатково постачати мотузку, інструменти, кріпильні засоби та матеріали для спорудження опор, таких як дерев'яні стовпи або придбані на місці елементи несучих конструкцій. Усі ці матеріали і готові засоби забезпечення тимчасовим житлом повинні відповідати встановленим національним та міжнародним технічним вимогам і стандартам та бути прийнятними для постраждалого населення. Якщо постраждалому населенню надають тільки частину матеріалів для спорудження базового тимчасового житла (наприклад, полімерну плівку), необхідно здійснити оцінювання та вжити заходів щодо пом'якшення можливих негативних наслідків вибору джерел постачання інших необхідних матеріалів (наприклад, дерев'яних стовпів для несучих конструкцій) для місцевої економіки і навколишнього природного середовища. При визначенні технічних вимог до матеріалів і технологій необхідно також враховувати технічні та фінансові можливості місцевого населення щодо технічного обслуговування і ремонту своїх тимчасових жител (див. стандарт 5 непродовольчої допомоги на сторінці 330). Варто регулярно здійснювати моніторинг із метою забезпечення підтримки з плином часу адекватності експлуатаційних характеристик наданих засобів забезпечення тимчасовим житлом.
6. **Участь у проектуванні:** Усі члени кожного постраждалого домогосподарства повинні брати максимально можливу участь у визначенні

різновиду наданої їм допомоги в сфері забезпечення тимчасовим житлом. Насамперед необхідно з'ясовувати думку тих груп або окремих осіб, яким зазвичай доводиться проводити більше часу в межах накритого житлового простору, а також осіб, що мають особливі потреби, які стосуються забезпечення зручного доступу в житлові приміщення. При цьому треба здійснювати оцінювання існуючих типових житлових будівель та враховувати отримані результати. Необхідно інформувати домогосподарства про недоліки й переваги малознайомих «сучасних» типів конструкцій і матеріалів, які можуть сприйматися як засіб підвищення соціального статусу цих домогосподарств (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62).

7. **В умовах теплового, вологого клімату:** Тимчасові помешкання повинні бути орієнтовані й сплановані так, щоб забезпечити максимальну вентиляцію і звести до мінімуму проникнення прямих сонячних променів. Дах повинен мати достатній нахил для стоку дощової води і широкі виступи (за винятком місць, де постійно дмуть сильні вітри). Конструкція тимчасового житла повинна бути легкою, оскільки потрібна низька теплоємність. Необхідно передбачити відповідну систему відведення поверхневих вод навколо тимчасового житла, а також високу підлогу для того, щоб знизити ризик проникнення води в накрите приміщення.
8. **В умовах жаркого, сухого клімату:** Конструкції повинні бути масивними, щоб забезпечити високу теплоємність, що забезпечує при коливаннях нічної і денної температур поперемінне охолодження і нагрівання внутрішньої частини приміщення, або легкими, але з відповідною теплоізоляцією. Варто вживати відповідних заходів безпеки при проектуванні важких конструкцій у сейсмічно небезпечних зонах. Якщо в розпорядженні є лише полімерна плівка або намети, необхідно надавати двохарові дахи з вентиляцією між шарами для зниження припливу променистої теплоти. Розташування дверних і віконних проїм з іншого боку від переважного напрямку вітрів дозволить зменшити нагрівання житла, викликаного суховіями і тепловим випромінюванням, що йде від ґрунту прижитлової території. Повинно бути забезпечене щільне стикування настилу підлоги і зовнішніх стін, щоб зменшити проникнення всередину пилу і переносників інфекцій.
9. **В умовах холодного клімату:** Для забезпечення тимчасового житла, в якому люди перебувають упродовж усієї доби, необхідні важкі конструкції з високою теплоємністю. Якщо люди перебувають у тимчасових помешканнях тільки в нічний час, то бажаними є легкі конструкції з низькою теплоємністю і надійною теплоізоляцією. Необхідно обмежити потоки повітря, особливо поблизу дверних та віконних проїм, таким чином, щоб забезпечити особистий комфорт і водночас необхідний для обігрівачів і кухонних плит повітрообмін. Печі та інші види обігрівачів є предметами



першої необхідності й повинні відповідати типу тимчасового житла. Варто здійснити оцінювання пожежної безпеки користування печами і нагрівачами та вжити заходів щодо запобігання негативним наслідкам (див. стандарт 4 непродуктивної допомоги на сторінці 328). Необхідно передбачити відповідну систему відведення поверхневих вод навколо тимчасового житла, а також високу підлогу для того, щоб знизити ризик проникнення в накріті приміщення дощової води, а також води, що утворюється в результаті танення снігу. Для зниження тепловтрат організму від контакту з поверхнею підлоги необхідно ізолювати підлогу і використовувати теплоізоляційні спальні килимки, матраци або ліжка, які високо підняті над підлогою (див. стандарт 2 непродуктивної допомоги на сторінці 325).

10. **Вентиляція і боротьба з переносниками інфекцій:** Усередині індивідуальних сімейних тимчасових жител і таких громадських будівель, як школи та заклади охорони здоров'я, повинен бути забезпечений відповідний рівень вентиляції для підтримки здорового внутрішнього середовища, мінімізації шкідливого впливу диму від печей, які знаходяться всередині житлових приміщень, і зумовлених цим впливом респіраторних інфекцій і очних захворювань, а також для зниження ризику зараження захворюваннями, що передаються повітряно-крапельним шляхом, зокрема туберкульозом. Заходи щодо боротьби з переносниками інфекцій повинні враховувати місцеву практику будівництва, особливості використання переміщеним населенням тимчасових жител, а також вибір використовуваного матеріалу (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінці 373 і стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).

Стандарт 4 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення: будівництво

Там, де це необхідно, використовують місцеві безпечні технології здійснення будівельних робіт, матеріали, спеціальні знання і можливості, забезпечують максимальну участь постраждалого населення і створюють сприятливі місцеві можливості щодо забезпечення засобів до існування.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Залучати постраждале населення, місцевих фахівців у галузі будівництва і відповідні органи влади до участі у процесі узгодження застосування відповідних безпечних технологій ведення будівельних робіт, матеріалів, спеціальних знань, які максимально підтримують створення на місцевому рівні сприятливих можливостей щодо забезпечення засобів до існування, тобто в сфері зайнятості (див. інструкції 1-3).
- Д Забезпечити постраждалим від НС людям, що не мають можливості, кваліфікації або нездатні вести будівельні роботи, доступ до додаткової допомоги і ресурсів (див. інструкції 1-3).
- Д Мінімізувати ризики і міру вразливості конструкцій за рахунок застосування відповідних будівельних технічних умов і технічних вимог до матеріалів (див. інструкції 4-5).
- Д Дотримуватися встановлених стандартів, що стосуються матеріалів та якості виконання робіт (див. інструкції 5-6).
- Д Здійснювати управління забезпеченням матеріалами, трудовими ресурсами, наданням технічної допомоги та отриманням дозволу від регуляторних органів, використовуючи відповідні прийняті методи проведення тендерів, здійснення закупівель та керування будівельними роботами (див. інструкцію 7).
- Д Забезпечити технічне обслуговування і благоустрій індивідуальних сімейних тимчасових жител за рахунок використання наявних на місцевому рівні інструментів і засобів (див. інструкцію 8).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Будівництво завжди здійснюється відповідно до встановлених стандартів та з дотриманням прийнятих безпечних технологій ведення будівельних робіт (див. інструкції 2-7).



- Є переконливі докази того, що при здійсненні будівельних робіт бере участь постраждале населення і що це максимально сприяє створенню на місцевому рівні сприятливих можливостей у сфері забезпечення засобів до існування, тобто зайнятості (див. інструкції 1-2, 8).

Інструкції

1. **Участь постраждалого населення:** При залученні постраждалого населення до робіт із забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення необхідно враховувати існуючі методи, які застосовуються при плануванні, будівництві та технічному обслуговуванні приміщень і місць розміщення. Програми навчання навичкам праці й професійного навчання можуть сприяти участі населення у будівництві житла, особливо це стосується осіб, які не мають необхідних навичок і досвіду ведення будівельних робіт. До участі в заходах у сфері забезпечення тимчасовим житлом та здійснення будівельних робіт, а також в програмах навчання варто активно залучати жінок усіх вікових груп. Особи, які нездатні виконувати важку фізичну роботу, а також ті, кому бракує спеціальних технічних знань, можуть бути задіяні в таких роботах, як спостереження за об'єктом і управління запасами, догляд за дітьми, тимчасове розміщення та приготування їжі для тих, хто бере участь у будівельних роботах, а також надання допомоги в адміністративній роботі. Варто також брати до уваги інші потреби постраждалого населення, що стосуються часу і трудових ресурсів. При здійсненні будівельних робіт, у яких беруть участь окремі домогосподарства, їм може бути додатково надана допомога з боку добровільних робочих бригад громади або найманих робітників. Такої допомоги особливо потребують сім'ї й домогосподарства, якими керують жінки, оскільки жінки можуть зазнавати підвищеного ризику сексуальної експлуатації в ситуаціях, коли їм потрібна допомога у спорудженні їхнього тимчасового житла (див. базовий стандарт 1 на сторінці 62, принцип забезпечення захисту 2 на сторінці 41 і стандарт 5 непродовольчої допомоги на сторінці 330). Допомога може знадобитися також особам з обмеженою рухливістю, літнім людям та іншим особам, нездатним здійснювати будівельні роботи.
2. **Спеціальні технічні знання та досвід:** Постраждалому населенню додатково до наявних навичок і знань потрібні спеціальні знання в галузі технічного проектування, будівництва і управління, а також професійний досвід у галузі встановлених технічних і регулюючих процедур (див. базовий стандарт 6). У районах, де часто бувають сезонні або регулярно повторювані стихійні лиха, до участі в процесі проектування та будівництва треба залучати технічних фахівців, які мали у минулому досвід, що стосується конкретних заходів, які приймають на місцевому рівні, та узгодженої усталеної практики.

3. **Добір постачальників матеріалів і робочої сили:** Негайне надання тимчасових жител або матеріалів та інструменту (окремо або у вигляді готових комплектів) дасть можливість постраждалому населенню самостійно звести або побудувати тимчасові житла. Зробивши швидке оцінювання й аналіз ринку, варто по можливості закупляти місцеві будівельні матеріали і використовувати місцевих фахівців-будівельників і некваліфіковану робочу силу, щоб надати підтримку місцевій системі забезпечення засобів до існування (сфері зайнятості населення). Якщо ж постачання матеріалами через місцевих постачальників може мати негативні наслідки для місцевої економіки або навколишнього природного середовища, то треба використовувати кілька джерел постачання, застосовувати альтернативні матеріали або процеси виробництва, організувати постачання матеріалами через регіональних або міжнародних постачальників, а також використовувати патентовані готові тимчасові житла (див. стандарт 5 забезпечення тимчасовим житлом та організація розміщення на сторінці 317). Варто сприяти повторному використанню матеріалів, взятих із пошкоджених будівель, попередньо з'ясувавши, кому належать права власності на них.
4. **Запобігання НС та зниження ризику:** Конструкції повинні бути стійкими до впливу відомих кліматичних умов та стихійних лих і враховувати необхідність внесення в них змін у відповідь на несприятливі для цього району наслідки зміни клімату. Внесення змін у стандарти та методи виробництва будівельних робіт повинно бути погоджене з постраждалим населенням і відповідними органами влади.
5. **Проектування і будівництво безпечних громадських будівель:** Тимчасові й постійні громадські будівлі, такі як школи та заклади охорони здоров'я, потрібно будувати і відновлювати таким чином, щоб вони були стійкі до впливу НС і забезпечували безпеку й легкість доступу для всіх. Такі об'єкти потрібно будувати відповідно до визначених для кожного сектора будівельних стандартів та порядку видачі дозволів, а також вони повинні відповідати вимогам, що стосуються забезпечення зручності входу в них осіб з обмеженою рухливістю, порушеннями зору і труднощами в комунікації. Здійснення ремонту чи будівництва таких будівель повинно бути схвалене відповідними органами влади і передбачати узгоджену інфраструктуру обслуговування й економічну стратегію експлуатації (див. Мінімальні стандарти освіти INEE: готовність, реагування, відновлення).
6. **Будівельні стандарти:** Будівельні норми і правила потрібно узгоджувати з відповідними органами влади, щоб забезпечити дотримання основних вимог, які стосуються безпеки і технологій виконання будівельних робіт. У тих випадках, коли місцевих або національних будівельних норм і правил не завжди дотримуються або ці правила і норми застосовуються примусово, варто узгодити їх поетапно застосування з урахуванням місцевої



культури житлового будівництва, кліматичних умов, ресурсів, виробничих можливостей у галузі будівництва і технічного обслуговування, легкості доступу й економічності (доступності за ціною).

7. **Закупівля та управління будівництвом:** Для планування роботи потрібно розробити календарний графік виробництва будівельних робіт. Цей графік повинен містити такі основні етапи, як планові терміни завершення робіт, переселення переміщеного населення у конкретні тимчасові житла і місця розташування, а також час настання сезонних погодних умов. Необхідно організувати гнучку, ефективну і підзвітну низку поставчань і систему управління такими аспектами будівництва, як будівельні матеріали, робоча сила і нагляд за ходом будівництва об'єкта. Сюди також повинні входити підбір поставальників, закупівля, транспортування, вантажно-розвантажувальні роботи та управління – від місця відправлення і далі, коли це потрібно, до відповідних будівельних майданчиків (див. стандарт 4 продовольчої безпеки: продовольча допомога на сторінці 224).
8. **Облаштування та технічне обслуговування жител:** Зазвичай здійснювані на початковому етапі програми допомоги в сфері забезпечення тимчасовим житлом у НС надають тільки мінімальний захищений житловий простір і матеріальну допомогу. У зв'язку з цим постраждалому населенню доводиться самому шукати альтернативні способи розширення наданого захищеного житлового простору і поліпшення його якості. Тип конструкції і використовувані матеріали повинні дозволяти окремим домогосподарствам підтримувати в справному стані тимчасове житло і поступово облаштовувати його, щоб забезпечити задоволення своїх потреб у більш довгостроковій перспективі, використовуючи для цього наявні на місцевому рівні інструменти та матеріали (див. стандарт 5 непродовольчої допомоги на сторінці 330).

Стандарт 5 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення: вплив на навколишнє середовище

Надане тимчасове житло, способи організації розміщення, а також вибір джерел постачання матеріалів і застосовуваних технологій проведення будівельних робіт зводять до мінімуму негативний вплив на місцеве природне навколишнє середовище.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Зробити оцінювання і аналіз негативного впливу НС на місцеве природне навколишнє середовище, а також ризиків для навколишнього середовища і факторів уразливості (див. інструкцію 1).
- Д Враховувати при плануванні організації тимчасового або постійного розміщення постраждалого населення запаси доступних місцевих природних ресурсів (див. інструкції 1-3).
- Д Здійснювати управління ресурсами місцевого природного навколишнього середовища так, щоб забезпечити поточні та майбутні потреби постраждалого населення від НС (див. інструкції 1-3).
- Д Звести до мінімуму негативні наслідки для ресурсів місцевого природного навколишнього середовища, які можуть створювати виробництво і постачання будівельних матеріалів, а також процес ведення будівельних робіт (див. інструкції 3-4).
- Д По можливості зберігати дерева та іншу рослинність із метою збільшення водотримання, зменшення ерозії ґрунту і забезпечення тіні (див. інструкцію 5).
- Д Провести роботи з приведення в первісний стан території, на якій розташовувалися місця тимчасового колективного розміщення, після того як вони стануть непотрібними, якщо не передбачено інше (див. інструкцію 6).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Підтверджено, що планування організації повернення постраждалого населення, розміщення у сім'ях, які приймають постраждалих, і в місцях тимчасового колективного розміщення максимально знизило негативний вплив на навколишнє природне середовище і/чи сприяло пом'якшенню наслідків (див. інструкції 1-6).
- Д Підтверджено, що процеси ведення будівельних робіт і вибір джерел постачання матеріалів для будівництва тимчасових жител забезпечили зведення



до мінімуму негативного впливу на навколишнє природне середовище і/чи сприяли пом'якшенню наслідків (див. інструкцію 4).

Інструкції

1. **Оцінювання умов навколишнього середовища:** Необхідно здійснити оцінювання впливу НС на природне навколишнє середовище для того, щоб передбачити заходи реагування і пом'якшення наслідків. Багато стихійних лих, наприклад зсуви, часто є наслідком неправильного управління ресурсами природного навколишнього середовища. Вони також можуть бути зумовлені наявними ризиками для навколишнього середовища або факторами вразливості, до яких належать сезонні повені у низинних районах і нестача ресурсів природного навколишнього середовища, які можна безпечно заготовляти. Необхідно бути обізнаним щодо цих ризиків, що дасть можливість врахувати їх при плануванні місць розміщення населення і забезпечити, щоб відомі фактори вразливості, зокрема й вплив зміни клімату, були усунуті в рамках здійснення відповідних заходів.
2. **Стійкість і управління ресурсами навколишнього середовища:** В районах, де ресурси навколишнього середовища недостатні для того, щоб витримати значне збільшення густоти населення, яке тут проживає, варто вжити заходів щодо пом'якшення наслідків такого додаткового навантаження на природне навколишнє середовище. Необхідно забезпечити поновлюване зовнішнє постачання палива та передбачити альтернативні можливості для випасу худоби, а також вжити заходів із підтримки виробництва сільськогосподарської продукції та інших залежних від природних ресурсів різновидів забезпечення засобів до існування і здійснювати управління ними. Більш екологічно стійкими є великі керовані місця розміщення постраждалого населення, ніж велика кількість розосереджених місць розміщення меншого розміру, якими складніше керувати і які важче контролювати. Необхідно також враховувати наслідки, зумовлені потребами в ресурсах природного навколишнього середовища населення, що приймає постраждалих від НС, а також населення, що живе поблизу постраждалого від НС району.
3. **Заходи з пом'якшення довготривалого впливу на навколишнє середовище:** Питання управління ресурсами природного навколишнього середовища необхідно враховувати на всіх рівнях планування. Там, де забезпечення постраждалого населення тимчасовим житлом робить істотним несприятливий вплив на природне навколишнє середовище в результаті виснаження ресурсів місцевого навколишнього середовища, необхідно зводити до мінімуму довготривалі наслідки цього, вживаючи додаткових заходів з охорони, раціонального використання і відновлення навколишнього середовища. Рекомендовано погоджувати реалізацію цих заходів із відповідними екологічними організаціями.

4. **Вибір джерел постачання будівельних матеріалів:** Варто здійснити оцінювання того, як впливає на навколишнє середовище використання в якості джерел постачання таких ресурсів навколишнього природного середовища, як вода, лісоматеріал будівельний, пісок, ґрунт і трави, а також паливо для випалення цегли і покрівельної черепиці. Необхідно встановити традиційних користувачів, ступінь вилучення та відновлення цих ресурсів, а також те, кому належать права власності на них чи хто здійснює контроль над ними. Звернення до альтернативних або додаткових джерел постачання може надати підтримку місцевій економіці й зменшити будь-який довготривалий несприятливий вплив на місцеве природне навколишнє середовище. Варто сприяти використанню різноманітних джерел постачання та повторному використанню уцілілих матеріалів, а також застосуванню альтернативних матеріалів і процесів виробництва (наприклад, використовувати будівельні блоки з укріпленого ґрунту). Необхідно також здійснювати такі роботи з пом'якшення несприятливих наслідків, як висаджування додаткових насаджень.
5. **Ерозія ґрунту:** Планувати заходи в галузі забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення необхідно так, щоб залишити в недоторканності дерева та іншу рослинність із метою зміцнення ґрунту і максимізації можливостей для захисту від сонця (затінення) і захисту від впливу погодних умов. При прокладанні доріг, пішохідних доріжок і дренажних мереж треба використовувати рельєф місцевості з тим, щоб звести до мінімуму ерозію ґрунту і можливість затоплення. Там, де зробити це неможливо, варто вживати таких заходів із запобігання можливої ерозії ґрунту, як прокладання дренажних каналів, дренажних трубопроводів під дорогами або зведення обсаджених земляних насипів для зменшення поверхневого стоку води (див. стандарт 1 дренажу на сторінці 143).
6. **Очищення території для подальшого відновлення навколишнього середовища:** Варто здійснювати відповідні заходи з відновлення якості навколишнього середовища, спрямовані на поліпшення природного відновлення навколишнього середовища в місцях тимчасового колективного розміщення та на прилеглий території. Необхідно передбачити відповідні заходи в сфері управління на випадок можливого закриття таких пунктів розміщення населення з тим, щоб забезпечити задовільне видалення всіх матеріалів і відходів, які не підлягають повторному використанню або завдають шкоди навколишньому середовищу.



2. Непродовольча допомога: одяг, постіль та предмети домашнього вжитку

Одяг, ковдри та постіль забезпечують задоволення основних особистих потреб у захисті від впливу погодних умов і збереженні здоров'я, недоторканості сфери приватного життя і людської гідності. Для того щоб постраждале населення мало можливість готувати і споживати їжу, забезпечувати свій тепловий комфорт, задовольняти особисті гігієнічні потреби, а також будувати, обслуговувати і ремонтувати тимчасове житло, потрібен доступ до основних ресурсів і предметів першої необхідності (див. стандарт 2 сприяння дотриманню гігієни на сторінці 110 і стандарт 1 водопостачання на сторінці 113).

Усе постраждале населення (включно з тими, хто в змозі повернутися до місця свого первісного проживання, а також із тими, хто знайшов притулок в інших сім'ях чи був поселений у місця тимчасового колективного розміщення) буде мати потреби в предметах особистого користування і господарського призначення. Ці потреби мають бути оцінені й на належному рівні задоволені. Населенню, яке побічно постраждало від НС, особливо сім'ї, що приймають постраждалих, також може знадобитися продовольча допомога, щоб задовольнити додаткові потреби, які виникли у зв'язку з розміщенням у себе постраждалих або внаслідок несприятливих наслідків НС для місцевої економіки та обмеження у зв'язку з цим доступу до таких товарів.

Надання продовольчої допомоги є звичайним різновидом допомоги в НС, проте варто передбачати надання готівкових коштів або ваучерів для придбання продовольчих товарів такого призначення там, де місцеві ринки продовжують функціонувати (див. стандарт 1 продовольчої безпеки – допомога у вигляді готівкових грошей і ваучерів на сторінці 240).

При наданні предметів особистого користування або господарського призначення не потрібна додаткова інформація або інструктування щодо того, як ними користуватися. Однак при постачанні предметів і матеріалів, призначених для надання допомоги у ремонті або будівництві житла, таких як будівельні матеріали, кріпильні засоби та інструменти, потрібно забезпечити додаткові технічні посібники для їх безпечного й ефективного використання. Постачання предметів особистої гігієни також повинно супроводжуватися здійсненням роз'яснювальних заходів у сфері сприяння дотриманню гігієни (див. стандарти 1-2 сприяння дотриманню гігієни на сторінках 107-110).

Стандарт 1 непродуктової допомоги: предмети особистого користування, основні предмети домашнього вжитку і матеріали, призначені для будівництва тимчасового житла

У постраждалого населення є в достатній кількості предмети особистого користування, основні предмети домашнього вжитку і матеріали, призначені для будівництва тимчасового житла, необхідні для збереження власного здоров'я, людської гідності й забезпечення безпеки і благополуччя.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Здійснити окреме оцінювання потреб постраждалого населення щодо предметів непродуктової допомоги (непродуктових товарів) (див. інструкції 1-2 і стандарт 3 водопостачання на сторінці 120).
- ▶ З'ясувати, які з предметів непродуктової допомоги можна отримати з місцевих джерел постачання або придбати постраждалим населенням самостійно за рахунок надання допомоги у вигляді готівкових коштів чи ваучерів (див. інструкцію 3).
- ▶ Враховувати доречність кожного предмета, який входить у той чи інший комплект непродуктової допомоги (див. інструкцію 4).
- ▶ Розробити план з організованого, прозорого і справедливого розподілу всіх предметів непродуктової допомоги (див. інструкцію 5).
- ▶ Забезпечити інструктування, технічне керівництво або сприяння використанню матеріалів для будівництва тимчасового житла, коли це буде потрібно (див. інструкцію 6).



- Розробити план із поповнення запасів предметів непродовольчої допомоги, призначених для переміщеного населення на тривалий період часу (див. інструкцію 7).

Ключевой показатель (читати разом з інструкціями)

- Задоволено всі встановлені потреби постраждалого від НС населення в предметах непродовольчої допомоги (див. інструкції 1–7).

Інструкції

1. **Оцінювання потреб:** Необхідно здійснити оцінювання потреб у таких предметах особистого користування, як одяг і предмети особистої гігієни, в таких основних предметах домашнього вжитку, як обладнання для зберігання продуктів харчування та приготування їжі, а також у предметах і матеріалах, призначених для задоволення потреб щодо забезпечення тимчасовим житлом, таких як полімерна плівка, мотузка, інструменти й основні будівельні матеріали. Варто розмежовувати індивідуальні та колективні потреби, особливо в тому, що стосується приготування їжі й палива. Необхідно визначити, які потреби в непродовольчих товарах можуть бути задоволені за рахунок використання знайомих населенню, отриманих із місцевих джерел постачання предметів і матеріалів. Треба враховувати і зазначати в програмі надання непродовольчої допомоги наявність потреби в коробках, мішках або інших аналогічних видах тари для зберігання та перевезення особистих речей і предметів домашнього вжитку переміщеного і транзитного населення. Надання непродовольчої допомоги повинно входити в загальний план надання допомоги в НС (див. базові стандарти 1-3 на сторінках 62-70 і стандарт 1 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення на сторінці 295).
2. **Об'єкти громадського призначення:** Варто надавати предмети непродовольчої допомоги, необхідні для дотримання особистої гігієни, охорони здоров'я та приготування і термічної обробки їжі тощо, призначені для шкіл й інших установ громадського призначення. Потрібно забезпечити доступ до навчальних матеріалів і матеріалів для рекреаційних занять. Необхідно встановлювати зв'язки з секторами охорони здоров'я та освіти і здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу в галузі охорони здоров'я населення та гігієни, сприяючи належному використанню предметів наданої непродовольчої допомоги (див. стандарти 1-2 сприяння дотриманню гігієни на сторінках 107-110 і Мінімальні стандарти освіти INEE: готовність, реагування, відновлення).
3. **Вибір джерел постачання непродовольчих товарів:** Надзвичайні ситуації впливають на місцеву економіку і ланцюги постачання, тому часто постає потреба у зверненні до зовнішніх джерел постачання непродовольчими

товарами та організації прямого розподілу допомоги серед окремих осіб, домогосподарств або громад. Проведення експрес-аналізу ринку в рамках попереднього оцінювання потреб допоможе визначити, чи можливо організувати постачання непродовольчими товарами на місцевому рівні, чи необхідно звертатися до постачальників у сусідніх, не постраждалих від НС, районах. Там, де місцева економіка продовжує функціонувати або її можна підтримати за рахунок надання конкретної допомоги в сфері управління добром джерел або мереж постачання товарів, варто дати місцевому населенню можливість задовольнити свої потреби у предметах першої необхідності (які надають у рамках надання допомоги в НС), надавши готівкові гроші і/або ваучери (див. стандарт 1 продовольчої безпеки – допомога у вигляді готівкових грошей і ваучерів на сторінці 240). Надання такої допомоги варто планувати так, щоб забезпечити ущемлення інтересів уразливих осіб і задоволення потреби в наданні допомоги.

4. **Комплекти допомоги в НС:** Предмети продовольчої допомоги здебільшого комплектують і завчасно зберігають на складах. У ці комплекти входить стандартний набір і кількість предметів. Необхідно брати до уваги кількість і номенклатуру непродовольчих товарів, які входять до комплектів допомоги, розраховані на сім'ю, з урахуванням кількості членів у звичайній родині, їхнього віку, статі та наявності осіб з особливими потребами, а також прийнятність наданих предметів у культурному плані.
5. **Розподіл:** Варто спланувати ефективні й справедливі способи розподілу допомоги, консультируючись із постраждалим населенням. Населення має бути поінформоване щодо будь-яких програм розподілу допомоги та необхідних для участі у них процедур, що стосуються реєстрації або здійснення оцінювання. Варто організувати офіційну реєстрацію або розподіл номерних талонів на отримання допомоги. Необхідно також забезпечити, щоб уразливі особи або родини були внесені у списки одержувачів допомоги і мали доступ до інформації, що стосується розподілу допомоги, а також до отримання допомоги. Належить встановити процедуру пред'явлення претензій для врегулювання будь-яких проблем, що виникають у зв'язку з реєстрацією або розподілом допомоги. Необхідно проконсультуватися з відповідними органами влади щодо того, які пункти розподілу допомоги краще підходять для забезпечення безпечного доступу та отримання продовольчої допомоги, а також безпечного повернення одержувачів допомоги в місця їхнього проживання. Варто враховувати відстань до пунктів розподілу допомоги, яку необхідно долати пішки, фізичні особливості місцевості та практичні аспекти ситуації, а також витрати на транспортування великих предметів, таких як матеріали для будівництва тимчасового житла. Необхідно також робити моніторинг



розподілу допомоги та використання наданих непродовольчих товарів для того, щоб визначити відповідність вимогам і доцільність процедури розподілу допомоги, а також для доцільності розподілу самих предметів і матеріалів непродовольчої допомоги (див. стандарт 5 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 229).

6. ***Сприяння використанню, інструктування і технічне управління:*** Предмети особистого користування та основні предмети домашнього вжитку повинні бути знайомі постраждалому від НС населенню, а для їх використання не потрібні які-небудь рекомендації чи інструкції. Однак потрібно здійснювати технічне керівництво та інструктаж при наданні таких матеріалів для будівництва й облаштування тимчасового житла, як будматеріали, інструменти та кріпильні засоби (див. стандарт 5 непродовольчої допомоги на сторінці 330). Можна розміщувати на упаковці прості малюнки, що ілюструють те, як треба використовувати ті чи інші вироби при ремонті або будівництві безпечного та такого, що відповідає вимогам, тимчасового житла. Постраждале від НС населення і місцеві фахівці в галузі будівництва повинні залучатися до участі у заходах з підвищення обізнаності, що проводяться на місцях (наприклад, ремонт чи зведення показових зразків тимчасових жител), щоб вивчити необхідні технології проведення будівельних робіт. Варто звертати увагу всіх осіб, які беруть участь у будівельних роботах, на недоліки, що були у період до НС в проектах і конструкціях жител і поселень, які призвели до пошкодження чи руйнування житлових будинків, а також наводити приклади належної практики будівництва, завдяки якій місцеві споруди витримали вплив НС.
7. ***Поповнення запасів:*** При плануванні розподілу наданої в НС допомоги варто враховувати норму споживання, підсумкову тривалість використання, а також можливості постраждалого населення поповнювати запаси предметів, які постачають у рамках надання непродовольчої допомоги.

Стандарт 2 непродуктивної допомоги: одяг і постіль

Постраждале від НС населення має достатню кількість одягу, білизни і постільних речей, необхідних для забезпечення особистого комфорту, збереження людської гідності, здоров'я і благополуччя.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Визначити окремо потреби в одязі жінок, дівчаток, чоловіків і хлопчиків різного віку, зокрема й дітей молодшого віку, а також уразливих та маргіналізованих осіб і забезпечити їм доступ до необхідних предметів одягу потрібного розміру, який відповідає культурним традиціям, порі року і погодним умовам (див. інструкції 1-5).
- Д Визначити потреби постраждалого населення в ковдрах і забезпечити, коли це потрібно, доступ до ковдр та постільних речей, необхідних для забезпечення належного теплового комфорту і можливості для відповідного розміщення місць для сну (див. інструкції 2-5).
- Д Здійснити оцінювання потреби в протимоскітних надліжкових сітках, просочених інсектицидом, і надати їх, якщо це потрібно (див. стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі жінки, дівчата, чоловіки і хлопчики мають принаймні два повних комплекти одягу потрібного розміру, що відповідає культурним традиціям, порі року і погодним умовам (див. інструкції 1-5).
- Д Усе постраждале населення має набір білизни, постільних речей, спальних килимків або матраців і, коли це необхідно, протимоскітних надліжкових сіток, просочених інсектицидом, необхідних для забезпечення належного теплового комфорту і можливості для відповідного розміщення місць для сну (див. інструкції 2-5 і стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).



Інструкції

1. **Змінний одяг і білизна:** Усі постраждалі повинні мати доступ до змінного одягу в достатній кількості, необхідній для забезпечення теплового комфорту, збереження людської гідності, здоров'я і благополуччя. Для цього буде потрібно мінімум два комплекти необхідних предметів, зокрема нижньої білизни, щоб дати можливість здійснювати прання.
2. **Відповідність:** Одяг (а також, якщо буде потрібно, взуття) має відповідати погодним умовам і культурним традиціям і бути потрібного розміру. Немовлята і діти віком до двох років, крім належного одягу, також повинні мати ковдру. Постільна білизна та постільні речі повинні відповідати культурним традиціям і їх має бути достатня кількість для того, щоб забезпечити, коли це потрібно, можливість для роздільного сну членів сім'ї.
3. **Теплові характеристики:** Варто враховувати ізоляційні властивості одягу і постільних речей, а також вплив на їх теплові характеристики вологого чи сирого клімату. Необхідно передбачити такий набір одягу і постільних речей, який буде забезпечувати необхідний рівень теплового комфорту. Для того щоб запобігти втраті тепла внаслідок контакту з землею, більш ефективним заходом, ніж надання додаткових ковдр, може бути використання теплоізоляційних спальних килимків або матраців.
4. **Міцність:** Одяг і спальні речі повинні бути досить міцними, щоб забезпечити нормальне зношування і довготривале використання.
5. **Особливі потреби:** Особи, які належать до груп ризику, повинні бути забезпечені додатковими комплектами одягу та постелі, необхідними для задоволення їх потреб. До них належать особи із проблемами нетримання сечі, особи, які страждають хронічними захворюваннями, вагітні жінки і матері-годувальниці, люди похилого віку та особи з обмеженою рухливістю. Немовлята, діти, особи з обмеженою рухливістю та літні люди більше схильні до переохолодження, і тому їм можуть знадобитися додатковий одяг, ковдри тощо для підтримки відповідного рівня теплового комфорту. Літнім людям, а також хворим або немічним, зважаючи на їхню недостатню рухливість, потрібна особлива турбота, наприклад, надання їм матраців або високих ліжок.

Стандарт 3 непродуктової допомоги: кухонне начиння і столові прибори

Постраждале від НС населення має доступ до прийнятних у культурному плані предметів і приладь, необхідних для приготування і зберігання продуктів харчування, приготування, споживання їжі й пиття.

Ключевое действие (читати разом з інструкціями)

- Д Визначити потреби постраждалого населення щодо приготування та зберігання продуктів харчування, приготування їжі, споживання їжі та пиття і забезпечити доступ до необхідного для цього, прийнятного у культурному плані, приладдя (див. інструкції 1-2).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Кожне домогосподарство або група з 4-5 осіб має дві каструлі великого розміру («на сім'ю») з ручками і кришкою, мискою для приготування продуктів харчування або роздачі їжі, кухонним ножем і двома черпаками (див. інструкції 1-2).
- Д Кожен постраждалий від НС має в своєму розпорядженні глибоку тарілку, ложку або інші столові прибори, а також кухоль або посуд для пиття (див. інструкції 1-2).

Інструкції

1. **Відповідність:** Предоставляемая кухонная утварь и столовые принадлежности должны быть приемлемыми в культурном отношении и обеспечивать возможность для безопасного пользования ими. При выборе предоставляемых принадлежностей следует консультироваться с женщинами или теми лицами, которые обычно занимаются приготовлением пищи. При определении требуемого количества кухонной утвари необходимо учитывать культурные традиции и обычаи, в частности, например, такие, которые требуют организации раздельного приготовления пищи для различных семей в составе одного домохозяйства или обязательного раздельного приготовления тех или иных видов пищевых продуктов. Кухонная утварь и столовые принадлежности должны быть такого типа и таких размеров, которые будут учитывать особые потребности пожилых людей, инвалидов и детей.
2. **Матеріал виготовлення:** Усі вироби з пластмаси (відра, миски, каністри, ємності для зберігання води тощо) повинні бути виготовлені з харчової



пластмаси. Усі металеві вироби (столові прибори, миски, тарілки, кухлі тощо) повинні бути виготовлені з нержавіючої сталі або бути емальованими.

Стандарт 4 непродуктивної допомоги: печі (кухонні плити), паливо й освітлення

Постраждале від НС населення має доступ до безпечних, економічних печей (кухонних плит) і доступного постачання паливом або місцевими енергоресурсами, чи до комунальних об'єктів, призначених для приготування їжі. Кожне домогосподарство має доступ до відповідних засобів, що надають надійне штучне освітлення для забезпечення особистої безпеки.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ❖ Визначити і задовольнити потреби домогосподарств, що стосуються приготування їжі та обігріву житлових приміщень, забезпечивши доступ до безпечних, економічних печей (кухонних плит), до доступного постачання паливом або місцевими енергоресурсами, чи до комунальних об'єктів, призначених для приготування їжі (колективних кухонь) (див. інструкцію 1).
- ❖ Забезпечити можливість безпечної експлуатації печей (кухонних плит) і мінімізацію пожежної небезпеки (див. інструкції 2-3).
- ❖ Визначити і використовувати насамперед джерела палива або місцевих енергоресурсів, що забезпечують екологічну й економічну стійкість (див. інструкцію 4).
- ❖ Забезпечити безпечну і надійну систему заготівлі й зберігання палива (див. інструкцію 5).
- ❖ Визначити і задовольнити потреби домогосподарств щодо надійних засобів забезпечення штучного освітлення і доступу до сірників або інших відповідних засобів для запалювання палива, свічок тощо (див. інструкцію 6).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ❖ Постраждале населення використовує економічні печі (кухонні плити), які забезпечені необхідною кількістю палива або місцевими енергоресурсами (див. інструкції 1-3).
- ❖ Не виявлено нещасних випадків або випадків заподіяння людям шкоди при звичайному користуванні печами (кухонними плитами), а також при заготівлі й зберіганні палива (див. інструкції 4-5).

- ▶ Постраждале від НС населення має доступ до безпечних і надійних засобів забезпечення штучного освітлення, а також доступ до сірників чи іншим відповідних засобів запалювання палива, свічок тощо (див. інструкцію 6).

Інструкції

1. **Печі (кухонні плити):** При виборі типу печей (кухонних плит) варто враховувати місцеву практику. Необхідно сприяти використанню енергозощадливих способів приготування їжі. Це стосується також використання економічних печей (кухонних плит), заготівлі дров, підтримання вогню, приготування харчових продуктів, спільного приготування їжі тощо. У місцях колективного розміщення доцільніше використовувати комунальні або об'єднані в одному місці об'єкти, призначені для приготування їжі (кухні), ніж забезпечувати кожне домогосподарство індивідуальною піччю (кухонною плитою), що дозволить знизити небезпеку пожежі та задимлення внутрішніх приміщень (див. стандарт 2 продовольчої безпеки – продовольча допомога на сторінці 19).
2. **Вентиляція:** Печі (кухонні плити), які використовують усередині приміщення, повинні бути обладнані димоходами для відводу відпрацьованих газів і диму назовні безпечним способом. Дверні та віконні прорізи повинні бути захищені від негоди, щоб забезпечувати належну вентиляцію і зменшувати небезпеку виникнення респіраторних захворювань.
3. **Пожежна безпека:** Необхідно забезпечити, щоб піч (плита) перебувала на безпечній відстані від усіх інших структурних елементів тимчасового житла. Внутрішні печі (кухонні плити) повинні бути встановлені на платформу, виготовлену з незаймистого матеріалу, а в місці виходу димоходу назовні повинна бути встановлена виготовлена з незаймистого матеріалу муфта для ізоляції димоходу від корпусу житла. Печі (кухонні плити) повинні встановлюватися на достатній відстані від входів і розташовуватися в такому місці, щоб до них був безпечний доступ під час користування.
4. **Поповнювані джерела палива:** Необхідно здійснювати управління джерелами палива, особливо там, де від них залежать громади, які приймають постраждалих, чи сусідні громади. Ресурси потрібно поповнювати, щоб забезпечити стійкість постачання, наприклад, шляхом насадження дерев, які можна використовувати як паливо, з тим щоб скоротити або припинити заготівлю паливної деревини в наявних лісах. Варто сприяти використанню нетрадиційних джерел палива, наприклад паливних брикетів, виготовлених із тирси та інших органічних речовин, якщо це прийнятно для постраждалого населення.
5. **Заготівля і зберігання палива:** Необхідно консультуватися з постраждалим населенням, особливо з жінками і дівчатками, щодо місць знаходження та способів заготівлі палива для приготування їжі та обігріву, щоб врахувати питання, які стосуються забезпечення особистої безпеки.



Варто також враховувати труднощі заготівлі палива у домогосподарствах, очолюваних жінками, а також заготівлі такими особливо вразливими групами населення, як особи, що здійснюють догляд за хронічно хворими, особи з обмеженою рухливістю. Необхідно сприяти використанню таких видів палива, заготівля якого потребує менших витрат праці, а також використанню економічних печей (кухонних плит) і доступних джерел палива. Паливо повинно зберігатися на безпечній відстані від печі (кухонної плити), а будь-які види рідкого палива, як, наприклад, гас, необхідно зберігати в недоступному для дітей місці.

6. **Штучне освітлення:** Знайомими і легко доступними засобами забезпечення освітлення є газові лампи або свічки, проте варто зважати на пожежну небезпеку їх використання. Необхідно надавати також інші види штучного освітлення, щоб забезпечити особисту безпеку в місцях розміщення та навколо них, де немає загального освітлення. Варто передбачити можливість використання таких економічних засобів освітлення, як світлодіоди, а також надання сонячних панелей для локального виробництва електроенергії.

Стандарт 5 непродуктивної допомоги: інструменти і кріпильні засоби

Постраждале населення, яке відповідає за будівництво або технічне обслуговування тимчасового житла чи розчищення від руїн, має доступ до необхідних інструментів і кріпильних засобів, а також може додатково навчатися.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Визначити і задовольнити потреби щодо інструментів і кріпильних засобів, а також щодо населення, яке відповідає за безпечне будівництво частини або всього тимчасового житла і комунальних об'єктів, за основне технічне обслуговування та розчищення від руїн (див. інструкції 1-2).
- Д Забезпечити погодження і загальне знання відповідних процедур використання, технічного обслуговування і зберігання інструментів і кріпильних засобів там, де їх надають для особистого або спільного користування (див. інструкції 1-2).
- Д Забезпечити у разі необхідності навчання або інструктаж щодо використання наданих інструментів при проведенні будівельних робіт, технічному обслуговуванні та розчищенні від руїн (див. інструкцію 3).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі домогосподарства або групи громади мають доступ до інструментів та обладнання, необхідних для здійснення робіт із будівництва, технічного обслуговування або розчищення від руїн (див. інструкції 1-2).
- Д Усі домогосподарства або групи громади мають доступ до програм навчання та підвищення обізнаності щодо безпечного використання наданих інструментів і кріпильних засобів (див. інструкцію 3).

Інструкції

1. **Стандартні набори інструментів:** Надані інструменти і кріпильні засоби повинні бути знайомі населенню і відповідати конкретній ситуації. Варто передбачити постачання таких кріпильних засобів, як цвяхи різних розмірів, оцинкований дріт і мотузка, а також пристосування для здійснення розмітки і вимірювання. Варто надавати інструменти для колективного користування там, де їх використовують при будівництві громадських будівель, або коли вони потрібні тільки на короткий час, або коли такі ресурси обмежені. Перед тим як розподіляти інструменти, необхідно узгодити питання щодо будь-якого їх спільного використання, технічного обслуговування та зберігання.
2. **Діяльність із забезпечення засобів до існування:** По можливості надані інструменти повинні бути також застосовані для реалізації діяльності щодо забезпечення засобів до існування. Використання інструментів потрібно контролювати для уникнення негативного впливу на навколишнє середовище (як, наприклад, нелегальне або нераціональне користування природними ресурсами тощо). Необхідно також здійснювати моніторинг будь-якого спільного і колективного використання цих інструментів.
3. **Навчання і технічна допомога:** Необхідно забезпечити навчання і підвищення обізнаності в питаннях, які стосуються безпечного використання та елементарного технічного обслуговування інструментів, а також запланованих заходів. Домогосподарствам, які очолюють жінки, та іншим виявленим особам для здійснення зазначених робіт із будівництва або технічного обслуговування повинна бути надана допомога з боку родичів, сусідів або осіб, що працюють за наймом (див. стандарт 4 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення, інструкцію 1 на сторінці 314).



Додаток 1

Перелік контрольних запитань з оцінювання забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуктивної допомоги

Цей список запитань є загальним керівництвом і переліком контрольних запитань, мета якого – забезпечити одержання відповідної інформації, необхідної для надання допомоги в сфері забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення в період після НС. Цей список не обов'язковий, його потрібно використовувати й коригувати відповідно до конкретних обставин. Передбачено, що інформація про основні причини НС, рівні безпеки, основні демографічні показники щодо переміщеного населення і населення, яке приймає постраждалих, а також про основних інформаторів, із якими необхідно консультиватися і встановлювати зв'язок, надходить із різних джерел (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).

1 Забезпечення тимчасовим житлом та організація розміщення

Здійснення оцінювання та координація дій

- ❖ Чи було створено узгоджений механізм координації дій відповідними органами влади і організаціями?
- ❖ Які є вихідні дані щодо постраждалого населення, і які відомі небезпеки, а також ризики та фактори вразливості щодо забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення?
- ❖ Чи існує план дій у надзвичайних ситуаціях, який необхідно враховувати при організації надання допомоги в НС?
- ❖ Яка інформація, отримана в ході здійснення попереднього оцінювання, вже доступна?

- ❖ Чи заплановано проведення оцінювання на міжорганізаційному та/або багатосекторному рівнях, і чи внесено в нього питання щодо забезпечення тимчасовим житлом, організації розміщення та непродуктивної допомоги?

Демографічні показники

- ❖ Який кількісний склад типового домогосподарства?
- ❖ Яку кількість (з поділом на стать та вік) у складі постраждалого населення становлять особи, які не утворюють типових домогосподарств (наприклад, діти без супроводу дорослих), або окремі групи меншин, кількісний склад домогосподарств яких є нетиповим?
- ❖ Яка кількість постраждалих домогосподарств не має відповідного тимчасового житла, і де знаходяться ці домогосподарства?
- ❖ Скільки людей (з поділом на стать на вік) не є членами окремих домогосподарств, не мають ніякого або відповідного тимчасового житла, і де знаходяться ці домогосподарства?
- ❖ Скільки постраждалих домогосподарств, що не мають відповідного тимчасового житла, не були переміщені й потребують допомоги на місцях їх первинного проживання?
- ❖ Скільки постраждалих домогосподарств, що не мають відповідного тимчасового житла, були переміщені й потребують допомоги в забезпеченні тимчасовим житлом за рахунок розселення у сім'ях, які приймають постраждалих, або в місцях тимчасового колективного розміщення?
- ❖ Скільки осіб (із поділом на стать на вік) не мають доступу до таких об'єктів громадського призначення, як школи, установи охорони здоров'я і громадські центри?

Ризики

- ❖ Чи існує пряма загроза життю через відсутність відповідного тимчасового житла, яка ступінь ризику і яка кількість людей зазнає цієї загрози?
- ❖ Які існують потенційні небезпеки надалі для життя, здоров'я і безпеки постраждалого населення, що виникають внаслідок несприятливого впливу НС або інших відомих небезпечних факторів на ситуацію в сфері забезпечення тимчасовим житлом?
- ❖ Які особливі небезпеки створює відсутність відповідного тимчасового житла для вразливих осіб включно з жінками, дітьми, інвалідами або хронічно хворими, і чому?



- Д Які наслідки має присутність переміщеного населення для місцевого населення, що приймає постраждалих?
- Д Яка потенційна небезпека виникнення конфліктів або дискримінації серед груп постраждалого населення або між ними?

Ресурси та обмеження

- Д Які є в наявності матеріальні, фінансові та людські ресурси у постраждалого населення для задоволення повністю або частково невідкладних потреб у сфері забезпечення тимчасовим житлом?
- Д Які проблеми, що стосуються наявності землі, прав власності на землю і користування нею, виникають при задоволенні нагальних потреб у сфері забезпечення тимчасовим житлом включно з організацією (якщо це потрібно) місць тимчасового колективного розміщення?
- Д Які проблеми можуть виникнути у населення, яке, можливо, буде приймати постраждалих, при розміщенні переміщеного населення у своїх помешканнях або на прилеглий до них території?
- Д Які існують можливості та обмеження щодо використання існуючих, придатних і не постраждалих від НС будівель або споруд для тимчасового розміщення в них переміщеного населення?
- Д Наскільки можливо, враховуючи особливості рельєфу і місцевого навколишнього середовища, використовувати наявні вільні землі для розміщення на них тимчасових поселень?
- Д Які вимоги й обмеження регулятивних приписів місцевої влади, які необхідно враховувати при розробці програм забезпечення тимчасовим житлом?

Матеріали, проектування і будівництво

- Д Які первісні різновиди тимчасового житла або матеріали були забезпечені на цей момент постраждалим населенням або іншими учасниками надання допомоги?
- Д Які наявні матеріали можуть бути вилучені з пошкоджених будівель для того, щоб використовувати їх при перебудові тимчасових жител?
- Д Які звичайні методи здійснення будівельних робіт, застосовувані постраждалим населенням, і якого типу матеріали використовують для зведення каркасу, даху і корпусів зовнішніх стін?
- Д Які інші різновиди конструкцій або матеріалів можуть бути доступні й знайомі або прийнятні для постраждалого населення?

- Д Яким конкретно повинен бути проект, щоб забезпечити безпечний та вільний доступ до наданого тимчасового житла і його використання усіма представниками постраждалого населення, особливо особами з обмеженою рухливістю?
- Д Яким чином установлені можливі варіанти забезпечення тимчасовим житлом можуть мінімізувати майбутні ризики та фактори вразливості?
- Д Хто і як зазвичай будує тимчасове житло?
- Д Хто і як зазвичай дістає будівельні матеріали?
- Д Як можна організувати навчання жінок, молоді, інвалідів і літніх людей або надати їм допомогу з тим, щоб вони могли брати участь у будівництві тимчасового житла, і що може зашкодити цьому?
- Д Чи треба надавати додаткове сприяння у вигляді надання допомоги за участі добровольців або найманих працівників, або надання технічної допомоги окремим особам чи домогосподарствам, які не здатні або не мають можливості здійснювати будівельні роботи?

Діяльність, пов'язана з веденням домашнього господарства і забезпеченням засобами до існування

- Д Якого типу діяльність із ведення домашнього господарства та з підтримки механізму забезпечення засобами до існування зазвичай здійснюють у тимчасових помешканнях або на прилеглий до них території, та якою мірою цю діяльність враховують при наданні житлового простору і його проектуванні?
- Д Які легальні й екологічно раціональні сприятливі можливості надання підтримки у сфері забезпечення засобами до існування (сфері зайнятості) можуть бути надані за рахунок вибору джерел постачання матеріалів і будівництва тимчасового житла і пунктів розміщення?

Найважливіші послуги та об'єкти громадського призначення

- Д Наскільки фактично доступна вода, призначена для пиття й особистої гігієни, і які є можливості та обмеження, що стосуються задоволення очікуваних потреб у сфері санзабезпечення?
- Д Яка фактична забезпеченість об'єктами соціального призначення (заклади охорони здоров'я, школи, місця відправлення культу тощо), і які є обмеження і сприятливі можливості, що стосуються організації доступу до цих об'єктів?
- Д Якщо громадські будівлі, особливо школи, використовують для розміщення в них переміщеного населення, то які процедура й календарний план повернення цих об'єктів для використання за призначенням?



Наслідки для громади, яка приймає постраждалих, та навколишнього середовища

- Д Які питання викликають занепокоєння у громади, що приймає постраждалих?
- Д Які проблеми організації і планування, що стосуються розміщення переміщеного населення в місцевій громаді, яка приймає постраждалих, або на території тимчасових поселень?
- Д Які можуть бути негативні наслідки для місцевого навколишнього середовища при використанні місцевих джерел постачання будівельними матеріалами?
- Д Які можуть бути негативні наслідки для місцевого навколишнього середовища у зв'язку із задоволенням потреб переміщеного населення в паливі, санзабезпеченні, утилізації відходів, пасовищах для худоби, коли це потрібно, тощо?

2 Непродовольча допомога

Потреби, які стосуються непродовольчих товарів

- Д Які непродовольчі товари необхідні постраждалому населенню насамперед?
- Д Чи можна придбати які-небудь із необхідних непродовольчих товарів на місцевому рівні?
- Д Чи можливе використання готівкових коштів або ваучерів?
- Д Чи є потреба в наданні технічної допомоги як додатку до надання предметів і матеріалів для будівництва тимчасового житла?

Одяг і постільні предмети

- Д Одяг, ковдри та постільні предмети якого типу зазвичай використовують жінки, чоловіки, діти та немовлята, вагітні жінки і матері-годувальниці, літні людьми, і які особливі соціальні та культурні фактори варто враховувати?
- Д Скільки жінок і чоловіків різного віку, а також дітей і немовлят мають невідповідний вимогам або у недостатній кількості одяг, ковдри та постільні предмети, необхідні для того, щоб захистити їх від негоди та зберегти здоров'я, людську гідність і благополуччя?
- Д Яка потенційна небезпека для життя, здоров'я та особистої безпеки постраждалого населення, пов'язана з незадоволеною потребою у відповідному одязі, ковдрах та постелі?

- Д Які заходи щодо боротьби з переносниками інфекцій, зокрема, надання протимоскітних сіток, необхідні для забезпечення збереження здоров'я і добробуту домогосподарств?

Приготування і споживання їжі, печі (кухонні плити) і паливо

- Д Яке кухонне начиння і столові предмети мало типове домогосподарство до НС?
- Д Скільки домогосподарств не мають доступу до кухонного начиння і столових предметів у достатній кількості?
- Д Як постраждале населення зазвичай готувало їжу й обігрівало свої оселі до НС, і де відбувалося приготування їжі?
- Д Яке паливо зазвичай використовували для приготування їжі та обігріву, де його продавали?
- Д Скільки домогосподарств не мають доступу до печей (кухонних плит) для приготування їжі та обігріву, і чому?
- Д Скільки домогосподарств не мають доступу до достатньої кількості палива для приготування їжі та обігріву?
- Д Які є сприятливі можливості й обмеження, особливо пов'язані з захистом навколишнього природного середовища, щодо вибору джерел постачання в достатній кількості палива для постраждалого від НС населення та населення сусідніх районів?
- Д Які наслідки може мати вибір джерел постачання в достатній кількості палива для постраждалого населення, особливо для жінок усіх вікових категорій?
- Д Які культурні аспекти, що стосуються приготування і споживання їжі, необхідно брати до уваги?



Інструменти й обладнання

- ▶ До яких основних інструментів, необхідних для ремонту, будівництва або технічного обслуговування тимчасового житла, мають доступ домогосподарства?
- ▶ У яких видах діяльності, пов'язаних із підтримкою механізмів забезпечення засобів до існування, можуть бути також використані основні інструменти, необхідні для будівництва, технічного обслуговування і розчищення від руїн?
- ▶ Які програми навчання або підвищення обізнаності необхідні для того, щоб забезпечити безпечне використання інструментів?

Список літератури та додаткових матеріалів

Міжнародно-правові документи

Право на достатнє житло (стаття 11 (1) Міжнародного пакту про економічні, соціальні й культурні права), Зауваження загального порядку №4, 12 грудня 1991 року, Комітет з економічних, соціальних і культурних прав.

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1981); стаття 14(2)(h).

Конвенція про права дитини (1990); стаття 27(3).

Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (1969); стаття 5(e)(iii).

Конвенція про статус біженців (1954); стаття 21.

Загальна декларація прав людини (1948); стаття 25.

Загальні питання

Corsellis, T and Vitale, A (2005), Transitional Settlement: Displaced Populations. Oxfam. Oxford.

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

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2010), Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. New York. www.ineesite.org

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2008), Shelter Projects 2008. IASC Emergency Shelter Cluster. Geneva.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) (2010), Owner-Driven Housing Reconstruction Guidelines. Geneva.

IFRC and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat) (2010), Shelter Projects 2009. IFRC. Geneva.

OCHA (2010), Shelter after disaster: strategies for transitional settlement and reconstruction. Geneva.

ProVention Consortium (2007), Tools for Mainstreaming Disaster Risk Reduction: Construction Design, Building Standards and Site Selection, Guidance Note 12. Geneva.



United Nations Disaster Relief Organization (UNDRO) (1982), Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance. Geneva.

UNHCR (2007), Handbook for Emergencies. Third Edition. Geneva. www.refworld.org/docid/46a9e29a2.html

УВКБ, Справочник по чрезвычайным ситуациям. www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c0634752

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), UN Refugee Agency (UNHCR), Office of the UN High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Food and Agriculture Organization of the UN (FAO), Norwegian Refugee Council (NRC) (2006), Handbook on the Implementation of the UN Principles on Housing and Property Restitution Rights for Refugees and Displaced Persons (The «Pinheiro Principles»).

World Bank (2010), Handbook for Post-Disaster Housing and Community Reconstruction. Washington DC.

Тимчасове колективне розміщення

CCCM Cluster (2010), Collective Centre Guidelines. UNHCR and International Organization for Migration. Geneva.

NRC (2008), Camp Management Toolkit. Oslo.

Навколишнє середовище

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/greenrecovery-and-reconstruction-toolkit.html

Готівкові гроші, ваучери та оцінювання ринку

Creti, P and Jaspars, S (2006), Cash Transfer Programming in Emergencies. Oxfam. Oxford.

International Committee of the Red Cross (ICRC)/IFRC (2007), Guidelines for cash transfer programming. Geneva.

Інвалідність

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

Гендерна проблематика

IASC (2006), Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities: The Gender Handbook in Humanitarian Action. Geneva. [www.humanitarianinfo.org/iasc/documents/subsidi/tf_gender/IASC%20Gender%20Handbook%20\(Feb%202007\).pdf](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/documents/subsidi/tf_gender/IASC%20Gender%20Handbook%20(Feb%202007).pdf)

МПК (2008), Женщины, девочки, мальчики и мужчины: разные потребности – равные возможности. Пособие по осуществлению гуманитарной деятельности с учетом гендерной проблематики. www.humanitarianinfo.org/iasc/documents/products/docs/Gender%20Handbook%20Russian.pdf

Психосоціальна підтримка

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

Школи і громадські будівлі

UN International Strategy for Disaster Reduction, INEE, World Bank (2009), Guidance Notes on Safer School Construction.

Непродуктивна допомога/предмети першої необхідності

IASC Emergency Shelter Cluster (2007), Selecting NFIs for Shelter. Geneva.

IASC Task Force on Safe Access to Firewood and Alternative Energy in humanitarian settings (2009). Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings. Geneva.

ICRC/IFRC (2009), Emergency Items Catalogue. Third Edition. Geneva.

IFRC/Oxfam International (2007), Plastic Sheetting: a guide to the specification and use of plastic sheeting in humanitarian relief. Oxford.

Inter-Agency Procurement Services Offices (2000), Emergency Relief Items: Compendium of Generic Specifications. Vols 1 and 2. United Nations Development Programme. New York.

OCHA (2004), Tents: A Guide to the Use and Logistics of Family Tents in Humanitarian Relief. Geneva.



**Мінімальні стандарти
в галузі надання
медичної
допомоги**



Рекомендації щодо застосування цього розділу

Цей розділ складається з двох основних підрозділів:

Системи охорони здоров'я

Основне медичне обслуговування (основні елементи медико-санітарної допомоги)

Системний підхід до планування, здійснення, спостереження й оцінювання медичного обслуговування взято за основу організації медичного обслуговування в умовах надзвичайної ситуації. Такий підхід найбільш надійний для визначення та ефективного виконання пріоритетних завдань. Особливу увагу приділено питанням підтримки національної та місцевої систем охорони здоров'я, координації та стандартизації інструментів і методів.

Розділи, присвячені принципам забезпечення захисту і базовим стандартам, повинні застосовуватися згідно з цим розділом.

Ці стандарти призначено насамперед для організації гуманітарної допомоги на початковій стадії після НС, проте їх можна застосовувати як при підготуванні до НС, так і під час ліквідації наслідків НС і в період відновлення.

До кожного розділу входять:

- **Мінімальні стандарти:** стандарти якості, що визначають мінімальні рівні, яких треба досягти в процесі надання гуманітарної допомоги щодо надання медичного обслуговування.
- **Ключові дії:** рекомендовані заходи і початкові ресурси, необхідні для досягнення мінімальних стандартів.
- **Ключові показники:** індикатори, що визначають, чи було досягнуто той чи інший стандарт. Вони дозволяють оцінювати результати та інформувати про перебіг здійснення ключових дій: вони належать до мінімальних стандартів, а не до ключових дій.
- **Інструкції:** конкретні питання, які стосуються застосування в різних ситуаціях мінімальних стандартів, ключових дій і ключових показників. Вони містять вказівки щодо подолання практичних труднощів, а також орієнтири і рекомендації з найбільш важливих питань. Тут також можуть бути розглянуті основні проблеми, що стосуються стандартів, дій і показників, а також дилеми, протиріччя і прогалини в сучасних знаннях із цього питання.

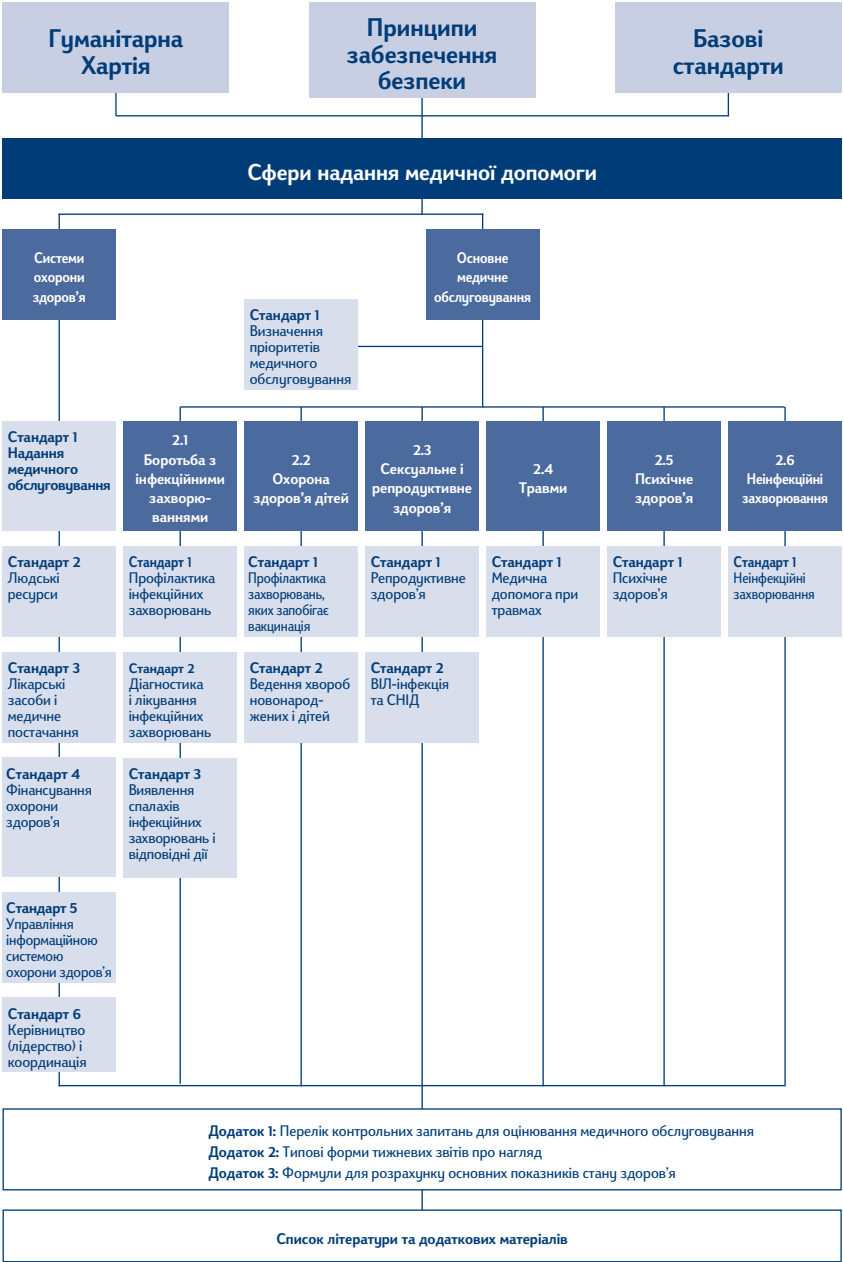
У разі, якщо неможливо досягти необхідних ключових показників і виконати необхідні дії, потрібно здійснити оцінювання ймовірних при цьому негативних наслідків для постраждалого населення та зробити відповідні дії щодо пом'якшення цих наслідків.

У додатку представлено перелік контрольних запитань для здійснення оцінювання медичного обслуговування, типові форми звітів про спостереження і формули для розрахунку основних показників стану здоров'я. Додано також список літератури та додаткових матеріалів.

Зміст

Вступ.....	347
1. Системи охорони здоров'я.....	353
2. Основне медичне обслуговування	370
2.1. Основне медичне обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями	373
2.2. Основне медичне обслуговування – охорона здоров'я дітей	384
2.3. Основне медичне обслуговування – сексуальне та репродуктивне здоров'я	389
2.4. Основне медичне обслуговування – травми.....	397
2.5. Основне медичне обслуговування – психічне здоров'я	400
2.6. Основне медичне обслуговування – неінфекційні захворювання	403
Додаток 1: Перелік контрольних запитань для оцінювання медичного обслуговування	406
Додаток 2: Типові форми тижневих звітів про нагляд.....	409
Додаток 3: Формули для розрахунку основних показників стану здоров'я.....	414
Список літератури та додаткових матеріалів	416





Вступ

Зв'язок із Гуманітарною Хартією та міжнародно-правовими документами

Мінімальні стандарти у сфері надання медичної допомоги є практичним вираженням поділюваних гуманітарними організаціями поглядів, переконань і принципів, на яких будують гуманітарну діяльність і які викладено в Гуманітарній Хартії. До цих гуманних принципів, зафіксованих у міжнародному праві, належать право на життя з гідністю, право на захист і безпеку і право на одержання необхідної гуманітарної допомоги. У додатку 1 на сторінці 406 подано перелік основних правових і програмних документів, які стосуються Гуманітарної Хартії, з коментарями для співробітників гуманітарних організацій.

Держави – основні гаранті перерахованих вище прав, і гуманітарні організації зобов'язані дотримуватися цих прав при здійсненні своєї діяльності в інтересах постраждалого від лих населення. Із загальних випливає ряд особливих прав, серед яких право на участь, інформацію та право не зазнавати дискримінації, а також права на доступ до води, санітарне забезпечення, харчування, житло і медичне обслуговування. Ці права лежать в основі мінімальних стандартів цього посібника.

Кожна людина має право на здоров'я (охорону здоров'я і медичну допомогу), що закріплено у низці міжнародно-правових документів. Право на здоров'я може бути забезпечене тільки тоді, коли населення захищене; коли професіонали, відповідальні за стан системи охорони здоров'я, добре навчені й дотримуються загальних етичних принципів і стандартів професійної діяльності; коли системи, в яких вони працюють, мають на меті забезпечити мінімальні норми потреб; коли держава бажає і здатна забезпечити безпеку і стабільність. Під час збройних конфліктів цивільні лікарні та медичні установи в жодному разі не повинні ставати об'єктами нападу, а медичний персонал має право на повагу і захист. Заборонено дії, які порушують нейтралітет медичних установ, зокрема, носіння зброї на їх території.

Наведені в цьому розділі мінімальні стандарти не є вичерпним вираженням права на здоров'я. І все ж стандарти проекту «Сфера» відображають основну суть права на здоров'я і сприяють поступовій реалізації цього права в усьому світі.



Значення надання медичної допомоги в умовах надзвичайної ситуації

Доступ до медичної допомоги є визначальним чинником забезпечення виживання на початкових стадіях надзвичайних ситуацій. Лихо завжди серйозно впливає на стан здоров'я в суспільстві й на благополуччя постраждалого населення. Цей вплив може бути прямим (наприклад, насильницька смерть і тілесні пошкодження) або непрямим (наприклад, високі коефіцієнти інфекційних захворювань та/або недостатнє харчування). Непрямі наслідки зазвичай пов'язують із такими факторами, як недостатня кількість і якість водопостачання, вихід із ладу систем санзабезпечення, перебої в постачанні продовольством, а також відсутність або обмеження доступу до медичного обслуговування. Відсутність безпеки, обмеження пересування, переміщення населення і погіршення умов життя (скупченість і незадовільне тимчасове житло) також можуть нести загрозу для здоров'я населення. До підвищення вразливості й небезпеки може призводити і зміна клімату.

Головними цілями гуманітарної допомоги у надзвичайній ситуації є запобігання надто високій смертності та захворюваності, а також зниження їх. Основне завдання – домогтися того, щоб загальний коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років підтримувався на рівні або знижувався до рівня меншого за подвоєний базовий коефіцієнт смертності населення, зареєстрованого в період до надзвичайної ситуації (див. таблицю «Дані базових рівнів смертності по регіонах» на сторінці 372). Масштаби й особливості смертності та захворюваності зумовлені різними видами лиха (див. таблицю «Вплив деяких різновидів надзвичайних ситуацій на стан здоров'я населення»), тому стан громадського здоров'я та медичні потреби постраждалого населення змінюються залежно від різновиду і масштабу лиха.

Головним завданням сектора охорони здоров'я є надання базового медичного обслуговування, яке передбачає й різні втручання, що знижують ризики для здоров'я, – ефективні профілактичні та такі, що сприяють зміцненню здоров'я населення. Базове медичне обслуговування – це реалізація першочергових втручань у сфері охорони здоров'я, ефективних щодо усунення основних причин підвищеної смертності й захворюваності. Надання базового медичного обслуговування потрібно підтримувати заходами зі зміцнення системи охорони здоров'я. Те, як сплановано, організовано і реалізовано втручання у сфері охорони здоров'я в рамках надання допомоги в надзвичайних ситуаціях, може зміцнити наявні системи охорони здоров'я або завдати їм шкоди, а також сприяти їх відновленню та розвитку в майбутньому.

Необхідно робити аналіз існуючої системи охорони здоров'я з тим, щоб визначити ефективність її функціонування та виявити основні чинники, які обмежують надання медичного обслуговування або доступ до нього. Для початкових стадій надзвичайної ситуації властива нестача інформації, тому важливі рішення з охорони здоров'я можуть бути прийняті без урахування всіх необхідних даних. Потрібно якомога раніше здійснити багатоаспектне оцінювання (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).

Ефективне надання допомоги при НС залежить від підготовленості до лиха. Основною готовності є аналіз ризиків і наявність систем раннього попередження. Готовність – це планування дій у надзвичайних обставинах, складування обладнання та запасів, створення та/або підтримання в робочому стані служб невідкладної допомоги, резервні механізми забезпечення допомоги, системи зв'язку, системи інформації та координації дій, навчання персоналу, планування на рівні громад навчання та проведення навчань. Уведення більш жорстких будівельних норм і правил може значно скоротити кількість смертей і важких тілесних ушкоджень внаслідок землетрусів та/або забезпечити функціонування закладів охорони здоров'я після надзвичайних ситуацій.

Вплив деяких різновидів надзвичайних ситуацій на стан здоров'я населення

Примітка: Навіть щодо певних видів НС характер захворюваності й смертності значно змінюється залежно від кожної конкретної ситуації.

Вплив	Сложные ЧС	Землетрус	Сильні вітри (без затоплення)	Повені	Раптові повені/цунамі
<i>Смертність</i>	Висока	Висока	Низька	Низька	Висока
<i>Важкі тілесні ушкодження</i>	Залежить від конкретних умов	Багато	Помірно	Мало	Мало
<i>Підвищений ризик інфекційних захворювань</i>	Високий	Залежить від конкретних умов*	Низький	Залежить від конкретних умов*	Залежить від конкретних умов*
<i>Нестача продовольства</i>	Часто	Рідко	Рідко	Залежить від конкретних умов	Часто
<i>Масові переміщення населення</i>	Часто	Рідко (може мати місце в сильно зруйнованих міських зонах)	Рідко (може мати місце в сильно зруйнованих міських зонах)	Часто	Залежить від конкретних умов

* Залежить від переміщення населення після НС та умов життя населення.
Джерело: Всеамериканська організація охорони здоров'я, 1981.



Зв'язок з іншими розділами

Стан здоров'я залежить від багатьох факторів, тому багато стандартів, описаних в інших розділах, безпосередньо стосуються і цього розділу. Успішне застосування стандартів в одній сфері часто спричиняє успіх і навіть визначає його в інших сферах. Тісна координація дій і співробітництво з іншими секторами є запорукою ефективної реалізації програм із надання допомоги. Для того щоб задовольнити нагальні потреби, не дублювати зусилля і забезпечити найкращу якість медичного обслуговування, необхідна також координація дій із місцевою владою та іншими організаціями, що надають допомогу. Там, де це необхідно, даються посилання на конкретні стандарти та інструкції в інших розділах, а також суміжні і додаткові стандарти.

Зв'язок із принципами забезпечення захисту і базовими мінімальними стандартами

Для того щоб дотримуватися стандартів, описаних у цьому посібнику, всі гуманітарні організації повинні керуватися цими принципами забезпечення безпеки, навіть у разі відсутності у них чітких повноважень на забезпечення захисту або необхідної кваліфікації в цій сфері. Принципи забезпечення захисту не є «безумовними», оскільки обставини можуть обмежувати ступінь, до якого гуманітарні організації здатні ці принципи виконувати. Однак принципи забезпечення захисту відображають універсальні цілі, до яких гуманітарні організації повинні незмінно прагнути.

Базові стандарти – це найважливіші стандарти, які стосуються процесу надання допомоги і його учасників, загальні для всіх секторів. Шість базових стандартів охоплюють соціально орієнтовану гуманітарну допомогу, координацію і співпрацю, оцінювання, організацію й надання допомоги, ефективність роботи, транспарентність і навчання, а також ефективність роботи учасників надання допомоги. Вони встановлюють єдиний орієнтир для підходів до розв'язання задач, який лежить в основі всіх інших стандартів. Базові стандарти повинні сукупно застосовуватися для реалізації стандартів, заданих в кожному з розділів цього посібника, присвяченому тому або іншому технічному аспекту. Зокрема, для забезпечення доцільності та якості будь-якої наданої допомоги необхідно максимально задіювати постраждале населення, включно з групами й окремими особами, які найбільш часто наражаються на небезпеку в надзвичайних ситуаціях.

Уразливість і спроможності постраждалого населення

Цей розділ варто читати разом із розділом, де викладено базові мінімальні стандарти, які тут розкрито більш докладно.

Важливо розуміти, що діти, літні люди, жінки, люди з обмеженими можливостями та ВІЛ-інфіковані є вразливими і зазнають підвищеного ризику не за визначенням, а через накладання багатьох факторів. Так, особа, яка старша 70 років, самотня і хвора, ймовірно, буде більшою мірою вразлива, ніж людина того самого віку, яка має таке саме слабе здоров'я, але живе у великій родині в достатку. Аналогічно трирічна дівчинка, яка лишилася без супроводу дорослих, більш уразлива, ніж коли б вона жила під захистом відповідальних батьків.

Для дотримання стандартів у галузі надання медичної допомоги необхідно здійснити аналіз уразливості й спроможності, щоб у НС на рівноправній основі було надано допомогу тим, хто має право на її отримання, а також тим, хто найбільше її потребує. Для цього необхідно добре знати місцеву ситуацію і те, який конкретний вплив та чи інша кризова ситуація чинить на певні групи населення з урахуванням їхньої докризової вразливості (наприклад, крайня бідність або дискримінація), можливі загрози щодо особистої безпеки (наприклад, гендерне насильство або сексуальна експлуатація), захворюваність та поширеність захворювань (наприклад, ВІЛ-інфекції або туберкульозу), а також імовірність епідемій (наприклад, кору або холери). НС може посилити наявну раніше нерівність. При цьому важливо сприяти та підтримувати чинні у населення стратегії виживання, життєздатність і здатність до відновлення. Необхідно враховувати знання людей, їхні навички і стратегії, а також забезпечувати їм доступ до соціальної, юридичної, фінансової та психологічної допомоги. Важливо також брати до уваги різноманітні фізичні, культурні, економічні та соціальні труднощі, з якими вони можуть зіткнутися при отриманні цих послуг на рівноправній основі.

Нижче наведено приклади, які допоможуть враховувати права та можливості уразливих груп населення:

- Забезпечте широку участь населення, досягши того, щоб до цього процесу було долучено всі репрезентативні групи населення, особливо найменш помітні з них (наприклад, особи з обмеженими можливостями пересування або комунікації, особи, що живуть у закладах закритого типу, молодь, що зазнає стигматизації, та інші недостатньо представлені або не представлені групи населення).
- При здійснюванні оцінювання деталізуйте дані, розбиваючи їх за статтю та віком (0-80+ років). Це важливий елемент, який передбачає, що сектор



охорони здоров'я належним чином враховує інтереси різноманітних груп населення.

- Подбайте про те, щоб усіх членів громади без винятку було доступним способом повідомлено про їхнє право на інформацію про отримання допомоги.

Мінімальні стандарти

1. Системи охорони здоров'я

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає системи охорони здоров'я як «сукупність організацій, установ і ресурсів, основною метою яких є поліпшення здоров'я населення». Це визначення вказує на всіх учасників процесу надання, фінансування та управління системою медичних послуг, яка впливає на показники здоров'я та надання послуг і охоплює всі рівні: центральний, регіональний, районний, рівень громади та окремого домогосподарства.

Стандарти систем охорони здоров'я проекту «Сфера» організовані відповідно до структури систем охорони здоров'я ВООЗ, що складається з шести структурних елементів: лідерство і управління, людські ресурси охорони здоров'я, лікарські засоби і медичне постачання, фінансування систем охорони здоров'я, управління інформаційною системою охорони здоров'я та надання послуг. Ці функції тісно взаємопов'язані й взаємозалежні: будь-яка дія, що створює вплив на один із компонентів, може вплинути на всі інші. Ці структурні елементи є функціями, необхідними для забезпечення базового медичного обслуговування. Втручання щодо забезпечення медичного обслуговування під час надзвичайних ситуацій повинно плануватися і здійснюватися так, щоб сприяти зміцненню систем охорони здоров'я.

Стандарт 1 щодо систем охорони здоров'я: надання медичного обслуговування

Люди мають однаковий доступ до ефективного, безпечного і якісного медичного обслуговування, яке стандартизоване і здійснюється відповідно до загальноприйнятих протоколів і керівних принципів.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Надавати медичне обслуговування на відповідному рівні системи охорони здоров'я, тобто на рівні домогосподарства і громади, на рівні поліклініки або медпункту, на рівні медичного центру і на рівні лікарні (див. інструкцію 1).



- ▶ Застосовувати або створити стандартні протоколи лікування найбільш поширених захворювань, беручи до уваги національні стандарти та керівні принципи (див. інструкцію 2).
- ▶ Створювати або зміцнювати чинну стандартизовану систему направлення до лікарів-спеціалістів та забезпечувати, щоб її застосовували всі організації, які беруть участь у наданні допомоги (див. інструкцію 1).
- ▶ Створювати або зміцнювати чинну стандартизовану систему сортування поранених і хворих (медичне сортування) у всіх медичних установах, щоб ті, хто потребує екстреної медичної допомоги, отримували її негайно.
- ▶ Організовувати медико-санітарне навчання та санітарно-просвітницьку роботу на рівні громади й установ охорони здоров'я (див. інструкцію 3).
- ▶ Створювати банки крові та продуктів крові й дотримуватися практики безпечного і раціонального їх використання (див. інструкцію 5).
- ▶ Забезпечувати надання послуг медичних лабораторій та їх використання, коли це потрібно (див. інструкцію 6).
- ▶ Утримуватися від створення альтернативних або паралельних медичних служб, серед яких пересувні клініки та польові шпиталі (див. інструкції 7-8).
- ▶ Організовувати медичне обслуговування так, щоб було забезпечено дотримання прав пацієнта на недоторканність сфери особистого життя, на дотримання лікарської таємниці й на інформовану згоду (див. інструкцію 9).
- ▶ Здійснювати в установах охорони здоров'я відповідні заходи щодо видалення медичних відходів, заходи забезпечення безпеки, а також заходи з боротьби з інфекційними захворюваннями (див. інструкції 10-11, а також стандарт 1 утилізації твердих відходів на сторінці 138).
- ▶ Поводитися з тілами загиблих і померлих гідно, відповідно до культурних традицій і з належною практикою охорони здоров'я (див. інструкцію 12 і стандарт 1 утилізації твердих відходів, інструкцію 8 на сторінці 142).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Є достатня кількість закладів охорони здоров'я для задоволення потреб у наданні медичної допомоги всьому постраждалому населенню:
 - один базовий медпункт на 10 000 осіб (базовий медпункт – це установа первинної лікарської допомоги, де надають основне медичне обслуговування)
 - один медичний центр на 50 000 осіб
 - одна районна чи сільська лікарня на 250 000 осіб
 - не менше 10 лікарняних ліжок у стаціонарах і в пологових будинках на 10 000 осіб (див. інструкцію 1)
- ▶ Ступінь використання медичних установ (відвідуваність) становить 2-4 нових відвідування на особу на рік для постраждалого населення і понад 1 нове відвідування на особу на рік для сільського населення і переміщеного населення (див. інструкцію 4 і додаток 3: формули для розрахунку основних показників стану здоров'я).

Інструкції

1. **Рівень надання медичної допомоги:** Установи охорони здоров'я класифікують за рівнем надання медичної допомоги відповідно до їх розміру і надаваних послуг. Кількість і місце розташування необхідних установ охорони здоров'я можуть бути різними, що залежить від конкретної ситуації.

Системи охорони здоров'я повинні також передбачати безперервність надання медичної допомоги. Найкращим способом досягнення цього є система направлень до лікарів-спеціалістів, особливо коли йдеться про порятунок життя. Система направлень до лікарів-спеціалістів повинна функціонувати цілодобово сім днів на тиждень.

2. **Національні стандарти та керівні принципи:** Під час НС організації, що надають допомогу, повинні дотримуватися стандартів та керівних принципів охорони здоров'я країни, якій надають гуманітарну допомогу. Це також стосується протоколів лікування та переліків основних лікарських засобів. Якщо вони застаріли або не відповідають перевіреним та доведеним практиці, варто використовувати міжнародні стандарти як еталонні, а головна організація охорони здоров'я повинна надати допомогу міністерству охорони здоров'я країни, щоб привести наявні стандарти у відповідність із сучасними.
3. **Сприяння зміцненню здоров'я населення:** Важливо у співпраці з місцевими органами охорони здоров'я і представниками місцевого населення розробити програму навчання населення з питань охорони здоров'я. При



цьому повинно бути забезпечене збалансоване представництво жінок і чоловіків. У рамках програми варто надати інформацію про основні проблеми зі здоров'ям, які властиві жителям цієї місцевості, про головні загрози здоров'ю, місцезнаходження закладів охорони здоров'я, а також про навички, які допомагають захистити і забезпечити хороше здоров'я. Повинні також бути враховані звички, які завдають шкоди здоров'ю, а також реалізовуватися заходи, спрямовані на їх викорінення. Таку інформацію потрібно викладати зрозумілою мовою, не порушувати культурних та інших традицій і поширювати її через прийнятні для цієї мети засоби масової інформації. Важливими каналами поширення інформації серед дітей та їхніх батьків є школи та інші дитячі освітні установи (див. мінімальні стандарти в галузі освіти INEE (ММОНС) – стандарт 3: доступність і навчальне середовище).

4. **Ступінь використання (відвідуваність) медичних установ:** Не існує мінімальних порогових величин для визначення ступеня використання медичних установ, оскільки все залежить від конкретних ситуацій. Щодо стабільного сільського і розосередженого населення ступінь використання повинен складати щонайменше 1 нове відвідування на особу на рік. Для постраждалого населення ступінь використання може досягти приблизно 4 нових відвідування на особу на рік. Якщо кількість відвідувань нижча, ніж очікувалося, це може свідчити про те, що населення не має достатнього доступу до медичних установ. Якщо ж відвідуваність вища, це може означати, що вона викликана конкретними проблемами суспільної охорони здоров'я або хибним підрахунком чисельності цільової групи населення. Необхідно враховувати такі фактори, що впливають на відвідуваність, як стать, вік, етнічне походження та наявність інвалідності (див. додаток 3: формули для розрахунку основних показників стану здоров'я).
5. **Безпечне переливання крові:** Необхідно координувати роботу з національною службою переливання крові, якщо така є. Забір донорської крові варто проводити тільки у донорів, які добровільно і безоплатно здають кров. Необхідно забезпечити функціонування належної лабораторної служби, де передбачено скринінг інфекцій, що передаються через кров, визначення групи крові, тестування на сумісність, виробництво компонентів крові, зберігання і транспортування продуктів крові. Можна скоротити число непотрібних переливань крові за рахунок ефективного клінічного використання крові, зокрема й використання (коли це можливо) альтернатив переливанню крові (розчинів кристаліодів і колоїдів). Щоб забезпечити постачання безпечної крові та її ефективне клінічне використання, необхідно навчити відповідний медичний персонал.
6. **Лабораторні послуги:** Найбільш частотні інфекційні захворювання можуть бути успішно діагностовані клінічно (наприклад, діарея, гострі респіра-

торні інфекції) за допомогою діагностичних експрес-тестів або мікроскопії (наприклад, малярія). Лабораторні дослідження є найбільш ефективними, коли потрібне підтвердження причини підозрюваного спалаху захворювання, для дослідження культури та визначення чутливості до антибіотиків при виборі варіанту лікування (наприклад, дизентерії) і вакцин, коли може бути показана масова імунізація (наприклад, менінгококовий менінгіт). Лабораторні дослідження необхідні також для діагностики та лікування неінфекційних захворювань, таких як діабет.

7. **Пересувні клініки:** За деяких надзвичайних ситуацій може виникнути необхідність задіяти пересувні клініки, щоб задовольнити потреби населення в ізольованих районах або населення, що перебуває в дорозі, яке має обмежений доступ до медичного обслуговування. Пересувні клініки, як показує практика, необхідні для розширення доступу до лікування в разі виникнення епідемії, коли очікується велика кількість випадків захворювання, як, наприклад, при епідемії малярії. Пересувні клініки варто використовувати тільки після проведення консультації з головною організацією в секторі охорони здоров'я та з місцевою владою (див. стандарт 6 систем охорони здоров'я на сторінці 368).
8. **Польові шпиталі:** У деяких випадках польові шпиталі можуть бути єдиною можливістю надання медичної допомоги, коли існуючі лікарні сильно пошкоджено або зруйновано. Однак здебільшого кращий результат буде при постачанні ресурсами існуючі лікарні з тим, щоб вони відновили свою роботу чи змогли впоратися з додатковим навантаженням. Можливо, буде доцільно розгорнути польовий шпиталь для надання екстреної допомоги при травматичних ушкодженнях (перші 48 годин), для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при травматичних пошкодженнях і для надання звичайної хірургічної та пологодопоміжної допомоги (з 3 до 15 дня), а також в якості тимчасової установи для заміни пошкодженого місцевого шпиталю до тих пір, доки він не буде відновлений. Зважаючи на те, що польові шпиталі – це дуже помітний вид допомоги, держави-донори часто роблять значний політичний тиск для того, щоб їх розгорнути, однак рішення про розгортання польових шпиталів потрібно приймати виключно на основі потреб і кінцевої користі.
9. **Права пацієнтів:** Заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування повинні бути організовані так, щоб забезпечити недоторканність сфери приватного життя і конфіденційність. Перед початком лікування або хірургічного втручання варто отримати інформовану згоду пацієнта (або опікунів, якщо пацієнт неправономочний давати згоду самостійно). Медичний персонал повинен розуміти, що у пацієнтів є право знати, в чому полягає кожна медична процедура, яку користь вона повинна принести, скільки вона буде тривати, які можливі ризики та витрати.



10. Інфекційний контроль в установах охорони здоров'я та безпека пацієнтів: Щоб надання допомоги під час НС було результативним, необхідно підвищити ефективність чинних програм профілактики інфекцій та інфекційного контролю (IPC) на національному та районних рівнях, а також на рівнях різних установ охорони здоров'я. Така програма профілактики інфекцій та інфекційного контролю (IPC) у закладі охорони здоров'я повинна передбачати:

- чітко визначену політику в сфері профілактики інфекцій та інфекційного контролю (наприклад, звичайні та додаткові заходи інфекційного контролю, спрямовані на усунення можливих небезпек)
- кваліфікований, спеціальний технічний персонал (група з питань профілактики інфекцій та інфекційного контролю), що здійснює програму інфекційного контролю, з чітко визначеними сферою дії, функціями та обов'язками
- контрольну систему раннього попередження для виявлення спалахів інфекційних захворювань
- затверджений бюджет для здійснення заходів (наприклад, навчання персоналу) та постачання засобами і матеріалами, необхідними для реалізації заходів реагування на НС
- посилені стандартні запобіжні заходи і додаткові спеціальні заходи, призначені для епідемічного захворювання
- адміністративні засоби контролю (наприклад, правила ізоляції хворих), а також контроль навколишнього середовища та інженерні засоби контролю (наприклад, поліпшення вентиляції навколишнього середовища)
- використання засобів індивідуального захисту
- моніторинг профілактики інфекцій та інфекційного контролю і перегляд рекомендацій на регулярній основі

11. Медичні відходи: Скупчені в установах охорони здоров'я шкідливі відходи можна сортувати на заразні негострі відходи, гострі відходи (голки, шприци тощо) і незаразні загальні відходи. Недбале поводження з медичними відходами створює загрозу зараження такими інфекціями, як ВІЛ, гепатит В і С співробітників медичних установ, осіб, які займаються прибиранням, сміттярів, пацієнтів та інших членів громади. Для того щоб звести до мінімуму ризик інфікування, необхідно належно сортувати відходи на місці й видаляти їх відповідним для кожної категорії відходів способом. Персонал, що займається медичними відходами, повинен пройти підготовку і носити захисний одяг (щонайменше рукавички і гумові чоботи). Поводитися з відходами треба відповідно до їх різновиду: заражені негострі, а також гострі предмети можуть поміщатися в спеціальні закриті ями або спалюватися.

12. *Поводження з тілами й останками померлих:* У разі високої смертності в результаті НС неминуче виникає проблема, пов'язана з великою кількістю трупів. Рішення про поховання великої кількості трупів у загальні могили часто приймають на основі неправильного уявлення про те, що якщо трупи не поховати або не спалити негайно, це може становити небезпеку для здоров'я населення. Але людські останки становлять небезпеку для здоров'я населення і потребують особливих запобіжних заходів лише в деяких особливих випадках (наприклад, у випадку смерті, спричиненої холерою або геморагічною лихоманкою). Не можна ховати тіла померлих і загиблих в загальних могилах без дотримання відповідних ритуалів. Люди повинні мати можливість пізнати своїх рідних і близьких і зробити належні похорони і поховання з дотриманням традицій. Масове поховання може бути перешкодою для отримання свідоцтв про смерть, необхідних для заявлення правових вимог. Якщо поховані є жертвами насильства, варто враховувати питання, які стосуються судового розгляду (див. стандарт 2 організації та розміщення тимчасового житла, інструкцію 3 на сторінці 304).

Стандарт 2 щодо систем охорони здоров'я: людські ресурси

Служби охорони здоров'я укомплектовані навченими і компетентними кадрами системи охорони здоров'я, які мають відповідні знання і практичні навички, необхідні для задоволення потреб населення.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Проаналізувати ступінь укомплектованості персоналом та потенційні можливості — ключовий компонент вихідної оцінки охорони здоров'я.
- ▶ Виправити невідповідності щодо кількості персоналу, наявних у працівників практичних навичок і врегулювати можливості диспропорції у плані гендерного та/або етнічного представництва (див. інструкцію 1).
- ▶ Надавати підтримку місцевим працівникам охорони здоров'я і повністю інтегрувати їх у систему медичного обслуговування, враховуючи їх компетентність (див. інструкцію 1).
- ▶ Забезпечити всі заклади охорони здоров'я обслуговуючим персоналом для виконання допоміжних функцій.
- ▶ Навчити технічний персонал з питань використання клінічних протоколів і керівництв (див. інструкцію 2).



- Д Забезпечити регулярний спрямований на надання допомоги контроль за персоналом із метою забезпечення дотримання співробітниками стандартів і керівних принципів із забезпеченням зворотного зв'язку включно.
- Д Стандартизувати програми навчання, приділяючи першочергову увагу тим, які найбільше відповідають основним потребам у галузі охорони здоров'я, а також прогалинам у професійній компетенції.
- Д Забезпечити справедливую і надійну винагороду всіх працівників охорони здоров'я; питання про винагороду повинно бути узгоджене всіма гуманітарними агентствами за участю керівних органів національної охорони здоров'я.
- Д Створити безпечні умови праці, куди входять основні аспекти гігієни та охорони праці, для усіх працівників охорони здоров'я.

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Є мінімум 22 кваліфікованих медпрацівників (лікарі, медсестри та акушерки) на 10 000 осіб населення (див. інструкцію 1):
 - мінімум один лікар на 50 000 осіб
 - мінімум одна кваліфікована медсестра на 10 000 осіб
 - мінімум одна акушерка на 10 000 осіб.
- Д Є мінімум один працівник комунальної служби охорони здоров'я (CHW) на 1000 осіб населення, один куратор на 10 співробітників, які відвідують населення вдома, й один старший куратор.
- Д Клініцисти не повинні приймати більше 50 пацієнтів на день. Якщо цю норму постійно перевищують, то в установу наймають додатковий лікарський персонал (див. інструкцію 1 та додаток 3: формули для розрахунку основних показників стану здоров'я).

Інструкції

1. **Укомплектування персоналом:** Кадрами системи охорони здоров'я є різноманітні працівників охорони здоров'я, як-от: медсестри, акушерки, медичні фахівці або фельдшери, лаборанти, фармацевти, працівники медичного патронажу на місцевому рівні тощо, а також адміністративний та допоміжний персонал. Немає єдиної думки щодо оптимальної кількості працівників охорони здоров'я, необхідної населенню, отже, ця цифра може змінюватися залежно від ситуації. Однак існує взаємозалежність між наявністю працівників охорони здоров'я та охопленням втручань у сфері охорони здоров'я. Наприклад, наявність у штаті хоча б одного медпрацівника-жінки або одного представника маргіналізованої етнічної групи може значною мірою збільшити доступ до медичного обслуговування жінок або людей, що належать до меншин за будь-якою ознакою. Наявні невідпо-

відності щодо укомплектування персоналом потрібно виправляти шляхом перенаправлення та/або найму на роботу працівників охорони здоров'я в тих галузях, де є серйозні прогалини в плані задоволення потреб у сфері охорони здоров'я (див. базовий стандарт 6 на сторінці 83).

2. **Навчання і управлінський контроль за персоналом:** Медпрацівники повинні мати відповідну підготовку і кваліфікацію й отримувати керівну підтримку відповідно до рівня покладених на них обов'язків. Організації зобов'язані навчати і здійснювати керівництво персоналом, забезпечуючи відповідність рівня знань співробітників сучасному стану медицини. Навчання і керівний контроль є пріоритетними завданнями, особливо в тих випадках, коли персонал не мав можливості підвищувати свою кваліфікацію або коли в практику вводять нові протоколи лікування. По можливості варто стандартизувати програми навчання, приділяючи першочергову увагу тим, які найбільшою мірою відповідають основним потребам сфери охорони здоров'я, а також прогалинам у професійній компетенції, виявленим у процесі здійснення контролю за роботою персоналу. Необхідно вести облік: хто проходив навчання, в яких галузях, а також хто проводив навчання, коли і де. Ці дані треба надавати відділам кадрів місцевих керівних органів охорони здоров'я (див. базовий стандарт 6 на сторінці 83).



Стандарт 3 щодо систем охорони здоров'я: лікарські засоби та медичне постачання

Люди мають доступ до основних лікарських засобів і витратних матеріалів, які регулярно постачаються.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ На початковій стадії надання допомоги при НС проаналізувати перелік основних лікарських засобів, наявний у країні, що постраждала від НС, з метою визначення їх відповідності вимогам (див. інструкцію 1).
- ▶ Скласти і затвердити стандартний перелік основних лікарських засобів і медичного обладнання, до якого входять найменування, що відповідають потребам у сфері охорони здоров'я та рівню професійної кваліфікації працівників охорони здоров'я (див. інструкції 1-2).
- ▶ Створити або адаптувати ефективну систему управління лікарськими засобами (див. інструкцію 3).
- ▶ Забезпечити наявність основних лікарських засобів, необхідних для лікування основних захворювань.
- ▶ Приймати в дар лікарські засоби тільки в тому випадку, якщо дарування відповідає нормам, визнаним міжнародними правилами. Не використовувати пожертви, які не відповідають міжнародним стандартам, і ліквідовувати їх із дотриманням заходів безпеки.

Ключовий показник (читати разом з інструкціями)

- ▶ У жодному із закладів охорони здоров'я окремі основні лікарські засоби та індикаторні найменування не є в наявності більше одного тижня (див. інструкцію 4).

Інструкції

1. **Перелік основних лікарських засобів:** У більшості країн існує затверджений перелік основних лікарських засобів. На початковій стадії НС цей документ повинен бути проаналізований, коли це необхідно, за участю міністерства охорони здоров'я, щоб визначити придатність цих лікарських засобів у конкретній ситуації. У деяких випадках може знадобитися внесення змін або доповнень до переліків основних лікарських засобів, наприклад, коли є свідчення стійкості до рекомендованих антибактеріальних препаратів. У разі відсутності уточненого сучасного переліку, варто керуватися рекомендаціями ВООЗ, наприклад Примірним переліком основних лікарських

засобів ВООЗ. Використовувати стандартні готові комплекти лікарських засобів варто тільки на ранніх стадіях НС.

2. **Медичне обладнання:** Треба подбати про складання переліку обладнання, яке необхідне на різних рівнях надання медичної допомоги. При цьому варто також враховувати необхідну компетентність персоналу.
3. **Управління лікарськими засобами:** Заклади охорони здоров'я повинні організувати ефективну систему управління лікарськими засобами. Така система повинна забезпечити ефективне, економне та раціональне використання високоякісних лікарських засобів, їх зберігання та безпечну ліквідацію прострочених лікарських засобів. Ця система повинна складатися з чотирьох основних елементів циклу управління лікарськими засобами: вибору, закупівлі, розподілу і використання.
4. **Індикаторні найменування:** Сюди входить список основних або головних лікарських засобів, відібраних для того, щоб регулярно здійснювати оцінювання функціонування системи управління лікарськими засобами. Препарати, обрані в якості індикаторних найменувань, повинні відповідати пріоритетам місцевої охорони здоров'я і бути завжди в наявності в закладах охорони здоров'я. Це стосується, зокрема, амоксициліну та парацетамолу.

Стандарт 4 щодо систем охорони здоров'я: фінансування охорони здоров'я

Люди мають доступ до безплатного основного медичного обслуговування під час НС.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Виявити і мобілізувати фінансові кошти для надання безплатного медичного обслуговування постраждалого населення під час НС (див. інструкцію 1).
- Д Там, де з користувачів стягується плата через державну систему, вжити заходів для того, щоб плата була скасована, щонайменше на період НС (див. інструкцію 2).
- Д Забезпечити фінансову і технічну допомогу системі охорони здоров'я для покриття нестачі фінансових коштів, викликаного скасуванням та/або тимчасовим припиненням стягнення плати з користувачів, і для пристосування до збільшеного попиту на медичні послуги (див. інструкцію 1).



Ключовий показник (читати разом з інструкціями)

- ▶ Первинну медичну допомогу надають постраждалому населенню безплатно в усіх державних установах і закладах неурядових організацій під час надання допомоги в НС.

Інструкції

1. **Фінансування охорони здоров'я:** Вартість основних медичних послуг залежить від конкретної ситуації, тобто від чинної системи охорони здоров'я, постраждалого населення та від конкретних потреб у галузі охорони здоров'я, зумовлених НС. Згідно з даними Комісії ВООЗ з макро-економіки та охорони здоров'я надання мінімального набору основних медичних послуг потребує витрачання щонайменше 40 доларів США на людину на рік у країнах із низьким доходом (дані 2008 року). Очевидно, що надання медичного обслуговування за умов НС буде більш витратним, ніж за звичайних умов.
2. **Плата, яка стягується з користувачів,** стосується прямої оплати послуг одержувачами допомоги в місці їх надання. Стягнення плати з користувачів перешкоджає доступу до медичного обслуговування і призводить до того, що незаможні й уразливі особи не завжди звертаються по відповідну медичну допомогу, коли це потрібно. Одним з основних принципів гуманітарної діяльності є те, що послуги і товари, які надають гуманітарні організації, повинні бути для одержувачів допомоги безплатними. У тих випадках, коли це неможливо, варто розглянути питання про надання постраждалому населенню готівкових грошей/ваучерів, щоб забезпечити доступ до медичного обслуговування (стандарт 1 продовольчої безпеки – надання допомоги у вигляді готівкових грошей і ваучерів на сторінці 240). Скасування стягнення плати з користувачів повинно супроводжуватися іншими заходами, спрямованими на надання підтримки системі охорони здоров'я, щоб компенсувати втрачені доходи і збільшення обсягу роботи (наприклад, виплата медичному персоналу премій, додаткове постачання лікарських засобів). Після скасування стягнення з користувачів плати необхідно здійснювати моніторинг доступності та якості медичного обслуговування.

Стандарт 5 щодо систем охорони здоров'я: управління інформаційною системою охорони здоров'я

Організація та надання медичного обслуговування засновані на зборі, аналізі, інтерпретації і використанні відповідної інформації про стан здоров'я населення.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Прийняти рішення про використання існуючої інформаційної системи охорони здоров'я (IC03), про її адаптацію або використання альтернативної IC03 (див. інструкцію 1).
- Д Коли це доречно, здійснити оцінювання та обстеження з метою збору інформації, яка не доступна через IC03 і необхідна для прийняття рішень щодо медичних послуг першорядної ваги (див. інструкцію 2).
- Д Розробити і/або використовувати стандартні визначення випадків захворювання, які стосуються всіх захворювань і хвороб, що підлягають реєстрації, і забезпечити, щоб їх використовували всі організації.
- Д Створити системи (епідеміологічного) нагляду та раннього попередження (EWARN) для виявлення спалахів захворювань в якості компонента IC03 і внести їх в чинну IC03, коли це можливо (стандарт 3 див. основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінці 378 та додаток 2: типові форми тижневих звітів про нагляд).
- Д Виявляти через IC03 захворювання і хвороби, лікування та профілактика яких мають найвищий пріоритет, та повідомляти про них, використовуючи інформаційні системи охорони здоров'я.
- Д Усі організації, які беруть участь у наданні допомоги, домовляються щодо використання єдиних кількісних даних, таких як кількість населення (див. інструкцію 3).
- Д Організації та установи охорони здоров'я регулярно передають дані епідеміологічного нагляду та інші дані через IC03 головної організації. Частота цих звітів залежить від конкретної ситуації і різновиду представлених даних: звіти можуть бути щоденними, тижневими і місячними.
- Д Постійно залучати додаткові дані з інших важливих джерел, таких як обстеження, для оцінювання даних епідеміологічного нагляду та прийняття рішень (див. інструкцію 2).
- Д Здійснювати належні заходи для захисту інформації, щоб забезпечити дотримання прав і безпеку окремих осіб та/або населення (див. інструкцію 4).



Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Усі організації й установи охорони здоров'я регулярно надають звіт головній організації через ІСОЗ упродовж 48 годин до закінчення звітного періоду.
- ▶ Усі організації й установи охорони здоров'я повідомляють про випадки, пов'язані з небезпекою виникнення епідемії захворювань упродовж 24 годин після прояву хвороби (див. стандарт 3 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінці 378).
- ▶ Головна організація регулярно подає загальний звіт, який містить інформацію про здоров'я населення, зокрема, аналіз епідеміологічних даних, а також звіт про охоплення населення послугами охорони здоров'я та про їх використання.

Інструкції

1. **Інформаційна система охорони здоров'я:** Там, де це можливо, систему епідеміологічного нагляду треба створювати на базі чинної ІСОЗ. У деяких надзвичайних ситуаціях можуть знадобитися нові або паралельні ІСОЗ. Це можна визначити у процесі здійснення оцінювання ефективності та адекватності чинної ІСОЗ і залежить від інформаційних потреб у зв'язку з конкретною НС. Під час надання допомоги в НС інформація про стан здоров'я населення повинна передбачати наявність щонайменше таких даних:
 - число смертей, зареєстрованих установами охорони здоров'я, зокрема й кількість смертей дітей у віці до 5 років
 - пропорційна смертність (пропорційний показник смертності)
 - летальність від нозологічних форм
 - коефіцієнти захворюваності, які стосуються звичайних хвороб
 - пропорційна захворюваність
 - відвідуваність (ступінь використання) закладів охорони здоров'я
 - кількість консультацій на одного лікаря-клініциста на день.
2. **Джерела інформації:** При інтерпретації і використанні даних з установ охорони здоров'я варто брати до уваги джерело інформації та її обмеженість. Використання для прийняття рішень додаткових даних має велике значення для всеохопної ІСОЗ, наприклад оцінка поширеності захворювань або інформація про поведінкові установки, орієнтовані на турботу про здоров'я. До інших джерел інформації, які можуть підвищити ефективність аналізу, належать масові обстеження населення, звіти лабораторій та оцінка якості надаваних послуг. При здійсненні обстежень і оцінювання необхідно дотримуватися визнаних міжнародних критеріїв якості й вико-

ристувувати стандартні методи і протоколи, а також бажано надавати отримані результати на відгук експертам.

3. **Деталізація даних:** Дані, якщо це доцільно для процесу прийняття рішень, повинні бути деталізовані з розбиванням на категорії: стать, вік, уразливість конкретних осіб, постраждале населення і населення, що приймає постраждалих, а також стан (наприклад, ситуація перебування в таборі у порівнянні з ситуацією перебування поза табором). Деталізацію даних може бути складно виконати на ранніх стадіях НС. Однак повинні бути деталізовані принаймні дані щодо смертності та захворюваності серед дітей у віці до 5 років. Після того, як будуть дозволяти час і обставини, необхідно домагатися більш детальної класифікації даних, що допоможе виявити можливу нерівність і вразливих осіб (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).
4. **Конфіденційність:** Необхідно вжити належних заходів безпеки для того, щоб забезпечити захист окремих осіб, а також самої інформації. Персонал не повинен надавати відомості щодо пацієнта будь-кому, хто не пов'язаний безпосередньо з медичним доглядом за пацієнтом, без згоди на це пацієнта. Особливу увагу варто звертати на розумово неповноцінних пацієнтів, з розладами психіки або сенсорними порушеннями, оскільки це може позбавляти їх можливості дати інформовану згоду. З великою обережністю треба поводитися з інформацією щодо тілесних ушкоджень, викликаних тортурами або іншими порушеннями прав людини, а також із сексуальним насильством. Може бути поставлене питання про передачу такої інформації у відповідні інстанції, якщо постраждалий дасть на це свою інформовану згоду (див. стандарт 1 систем охорони здоров'я на сторінці 353 і принцип забезпечення захисту 1, інструкції 7-12 на сторінках 40-41). Див. додаток 2, де представлені типові форми моніторингу смертності, раннього попередження (EWARN) і захворюваності. Формули розрахунку основних показників стану здоров'я наведено в додатку 3.



Стандарт 6 щодо систем охорони здоров'я: керівництво (лідерство) і координація

Люди мають доступ до медичного обслуговування, яке координоване з усіма організаціями та секторами для досягнення максимальної ефективності.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Забезпечити, щоб по можливості представники міністерства охорони здоров'я очолювали або (щонайменше) активно брали участь у координації діяльності сектора охорони здоров'я.
- Д Якщо у міністерства охорони здоров'я немає необхідних можливостей або бажання очолити надання допомоги, необхідно визначити іншу організацію з належними можливостями, щоб вона керувала координацією діяльності сектора охорони здоров'я (див. інструкції 1-2).
- Д Регулярно проводити координаційні зустрічі для місцевих і зовнішніх організацій-партнерів на центральному, субнаціональному та місцевому рівнях сектора охорони здоров'я, а також зустрічі між сектором охорони здоров'я й іншими секторами та відповідними комплексними тематичними групами (див. інструкцію 3 і базовий стандарт 2 на сторінці 66).
- Д Уточнити і документально зафіксувати конкретні обов'язки та можливості кожної організації охорони здоров'я, щоб забезпечити оптимальне охоплення населення (див. інструкцію 1).
- Д Створювати робочі групи всередині системи координації діяльності у сфері охорони здоров'я, коли цього потребує та чи інша особлива ситуація (наприклад, готовність до спалахів захворювань і заходи з реагування на них, репродуктивне здоров'я тощо).
- Д Регулярно складати і поширювати звіти останніх даних та інформаційні бюлетені сектора охорони здоров'я.

Ключовий показник (читати разом з інструкціями)

- Д Головна організація розробила документ зі стратегією реагування сектора охорони здоров'я задля визначення пріоритетних втручань і ролі головної організації та інших організацій-учасників у наданні допомоги на початковій стадії НС (див. інструкцію 2).

Інструкції

1. **Головна організація охорони здоров'я:** Міністерство охорони здоров'я має бути головною організацією і відповідати за керівництво наданням допомоги в секторі охорони здоров'я. У деяких випадках у міністерства охорони здоров'я може бути брак можливостей чи відсутність бажання взяти на себе виконання цієї керівної ролі, щоб виконувати її ефективно і неупереджено. Тоді таку відповідальність зазвичай бере на себе ВООЗ як головна організація у всесвітньому кластері охорони здоров'я. У випадку, коли ні міністерство охорони здоров'я, ні ВООЗ не мають відповідних можливостей, може знадобитися інша організація для координації діяльності. Головна організація охорони здоров'я зобов'язана забезпечити, щоб організації, які здійснюють надання допомоги, координували свою роботу з місцевими керівними органами охорони здоров'я, а також щоб вони надавали підтримку місцевим системам охорони здоров'я (див. базовий стандарт 2 на сторінці 66).
2. **Стратегія сектора охорони здоров'я:** Головна організація охорони здоров'я несе відповідальність за розробку загальної стратегії надання допомоги в секторі охорони здоров'я в НС. Бажано, щоб було підготовлено документ, у якому визначено пріоритетні завдання сектора охорони здоров'я та його цілі, а також вказано способи їх досягнення. Такий документ варто розробляти після проведення консультацій із відповідними організаціями та представниками громади, забезпечивши їх максимальну участь у цьому процесі.
3. **Координаційні зустрічі** повинні бути орієнтовані на практичні дії і надавати учасникам можливість для обміну інформацією, для визначення пріоритетів та їх моніторингу, вироблення та регулювання загальних стратегій охорони здоров'я, розподілу конкретних завдань та узгодження стандартизованих протоколів та втручань. Координаційні зустрічі треба використовувати для забезпечення того, щоб усі учасники надання допомоги у сфері охорони здоров'я по можливості використовували єдині загальні показники та інші відповідні кількісні дані, інструменти, керівні принципи й стандарти. Такі зустрічі повинні відбуватися частіше на початку НС.



2. Основне медичне обслуговування

Основне медичне обслуговування – це медичні послуги профілактичного і лікувального характеру, необхідні для задоволення потреб у сфері охорони здоров'я постраждалого від НС населення. Сюди входять втручання, найбільш ефективні щодо запобігання та зниження підвищеної захворюваності й смертності від інфекційних та неінфекційних захворювань, наслідків збройних конфліктів і подій, що призводять до великої кількості поранених і загиблих від поранень або нещасних випадків. Під час НС коефіцієнти смертності можуть бути надзвичайно високими, тому для організації належного основного медичного обслуговування дуже важливо визначити основні причини захворюваності та смертності. У цій частині розділу, присвяченому питанням охорони здоров'я, наведено стандарти основного медичного обслуговування, згруповані за шістьма напрямками: боротьба з інфекційними захворюваннями, охорона здоров'я дітей, сексуальне і репродуктивне здоров'я, травми (ушкодження), психічне здоров'я та неінфекційні захворювання.

Стандарт 1 щодо основного медичного обслуговування: визначення пріоритетів медичного обслуговування

Люди мають доступ до медичного обслуговування, пріоритетним завданням якого є усунення основних причин підвищеної смертності й захворюваності.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Зібрати і проаналізувати дані про хвороби і ризики для здоров'я з метою виявлення основних причин підвищеної смертності й захворюваності, координуючи свою роботу з місцевими органами охорони здоров'я (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70).
- ▶ Виявити вразливих осіб (наприклад, жінок, дітей, літніх людей, інвалідів тощо), які можуть наражатися на особливу небезпеку (див. принцип 2 забезпечення захисту на сторінці 41).

- ▶ Приділяти першочергову увагу і на практиці надавати медичне обслуговування – відповідне, дієве й ефективне щодо зниження підвищеної захворюваності та смертності, – координуючи свою роботу з місцевими органами охорони здоров'я (див. інструкцію 1).
- ▶ Виявити перешкоди, які утруднюють доступ до медичного обслуговування першорядної ваги, й ужити практичних заходів, спрямованих на їх усунення (див. інструкцію 2).
- ▶ Надавати медичне обслуговування першорядної ваги, координуючи свою роботу з усіма іншими секторами та/або кластерами і групами, що займаються комплексними питаннями (див. базовий стандарт 2 на сторінці 66).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Загальний коефіцієнт смертності (ЗКС) підтримується на рівні або знижується до рівня меншого за подвоєний базовий рівень смертності, зареєстрований у період до НС (див. інструкцію 3).
- ▶ Коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років підтримується на рівні або знижується до рівня меншого за подвоєний базовий рівень смертності, зареєстрований у період до НС (див. інструкцію 3).

Інструкції

1. *Медичне обслуговування першорядної ваги* це основне медичне обслуговування, ефективне щодо усунення основних причин підвищеної смертності та захворюваності. Його завдання і цілі залежать від конкретної ситуації, зокрема від різновиду НС та її наслідків. По можливості медичне обслуговування першорядної ваги повинно ґрунтуватися на практично доведених даних і приносити реальну користь громадській охороні здоров'я. Після зниження коефіцієнтів смертності до рівнів, близьких до базових, можна з часом запровадити надання більш широкого кола послуг у сфері охорони здоров'я (див. базовий стандарт 4 на сторінці 75).
2. *Доступ до медичного обслуговування* повинен базуватися на принципах рівноправності та неупередженості, які забезпечують однаковий доступ відповідно до потреб і без будь-якої дискримінації. Необхідно, щоб розташування медичних закладів та укомплектування їх персоналом забезпечували оптимальний доступ до медичного обслуговування та охоплення населення. При організації медичного обслуговування треба враховувати особливі потреби вразливих груп населення. Бар'єри, які перешкоджають доступу до медичного обслуговування, можуть бути фізичними, фінансовими, поведінковими та/або культурними, а також комунікаційними. Необхідно виявляти й усувати бар'єри, які перешкоджають доступу до



медичного обслуговування першорядної ваги (див. базовий стандарт 3 на сторінці 70 і принцип забезпечення захисту 2 на сторінці 41).

3. **Загальний коефіцієнт смертності й коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років:** Загальний коефіцієнт смертності (ЗКС) є кращим показником стану здоров'я для здійснення моніторингу та оцінювання складності надзвичайної ситуації. Збільшення вдвічі або більше базового ЗКС є свідченням критичного становища у сфері суспільної охорони здоров'я, яке потребує негайного втручання. У випадках, коли базовий рівень невідомий або існують сумніви щодо його достовірності, метою органів охорони здоров'я має бути підтримка ЗКС на рівні принаймні не нижчому за 1,0/10.000/день. Коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років є більш чутливим показником, ніж загальний коефіцієнт смертності. У випадках, коли базовий рівень невідомий або існують сумніви щодо його достовірності, метою органів охорони здоров'я має бути підтримка коефіцієнта смертності дітей віком до 5 років на рівні принаймні не нижчому 2,0/10.000/день (див. додаток 3: формули для розрахунку основних показників стану здоров'я).

Дані базових рівнів смертності за регіонами

Регіон	ЗКС (смерті/ 10.000/день)	Порогова величина ЗКС для НС	Коефіцієнт смертно- сті дітей молодших 5 років (смерті/ 10.000/день)	Порогова величина коефіцієнта смертності дітей молодших 5 років для НС
Африка південніше Сахари	0.41	0.8	1.07	2.1
Близький Схід та Північна Африка	0.16	0.3	0.27	0.5
Південна Азія	0.22	0.4	0.46	0.9
Східна Азія і Тихоокеанський регіон	0.19	0.4	0.15	0.3
Латинська Америка і Карибський басейн	0.16	0.3	0.15	0.3
Центральна і Східна Європа / СНД* і країни Балтії	0.33	0.7	0.14	0.3
Промислово розвинені країни	0.25	0.5	0.03	0.1
Країни, що розвиваються	0.22	0.4	0.44	0.9
Найменш розвинені країни	0.33	0.7	0.82	1.7
У світі	0.25	0.5	0.40	0.8

* Співдружність незалежних держав

Джерело: ЮНІСЕФ, Доповідь про становище дітей в світі за 2009 рік (дані 2007 року).

2.1. Основне медичне обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями

У багатьох зонах конфліктів, від 60 до 90% випадків смерті зумовлені чотирма основними причинами інфекційного характеру, а саме: гострими респіраторними інфекціями, діареєю, кором і малярією (там, де вона є ендемічним захворюванням). Гостра нестача харчів посилює ці захворювання, особливо у дітей у віці до 5 років. Спалахи інфекційних захворювань набагато менш часті в неочікуваних ситуаціях стихійного лиха. Вони в цих випадках зумовлені здебільшого факторами ризику, такими як переміщення населення, скупченість, незадовільне тимчасове житло, недостатнє і небезпечне водопостачання і незадовільні санітарні умови.

Основне медичне обслуговування – стандарт 1 боротьби з інфекційними захворюваннями: профілактика інфекційних захворювань

Люди мають доступ до інформації і медичного обслуговування, мета яких полягає в запобіганні інфекційним захворюванням, які є основними причинами підвищеної смертності й захворюваності.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Розробляти і здійснювати разом із відповідними секторами загальні заходи профілактики (див. інструкцію 1).
- Д Вживати належних заходів боротьби з переносниками інфекцій, збудниками малярії, лихоманки Денге та інших трансмісивних інфекційних хвороб відповідно до місцевої епідеміологічної ситуації (див. інструкції 2-3).
- Д Вживати заходів профілактики конкретних захворювань, таких як масова вакцинація проти кору, за показниками (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінці 384).

Ключевий показатель (читати разом з інструкціями)

- Д Захворюваність на інфекційні захворювання, які є основними у цій ситуації, лишається незмінною (не підвищується).



Інструкції

1. **Загальні заходи профілактики:** охоплюють належне планування місця розміщення, забезпечення чистою водою і відповідними санітарними умовами, доступ до санітарно-гігієнічних об'єктів, вакцинацію проти конкретних захворювань, забезпечення в достатній кількості безпечними продуктами харчування, індивідуальний захист і боротьбу з переносниками інфекцій, а також санітарну освіту на рівні громади і соціальну мобілізацію. Більшу частину цих втручань варто розробляти у співпраці з іншими секторами, як-от:

- тимчасове житло – необхідна кількість тимчасових жител (укриттів), які розташовані одне від одного на достатній відстані, добре провітрюються, захищені від комах і розміщені осторонь від стоячої води, досить близько від пунктів водопостачання і санітарних об'єктів (див. стандарти 1-3 забезпечення тимчасовим житлом та організації розміщення на сторінках 295-307 і стандарт 2 непродовольчої допомоги на сторінці 325);
- водопостачання, санітарія, гігієна – достатня кількість безпечної води, належні санітарні об'єкти та сприяння дотриманню гігієни (стандарти 1-2 сприяння дотриманню гігієни на сторінках 107-110, стандарти 1-3 водопостачання на сторінках 113-120 і стандарти 1-2 асенізації на сторінках 123-125);
- санітарія навколишнього середовища, безпечна ліквідація відходів і боротьба з переносниками інфекцій (див. інструкції 2-3, стандарт 4 організації та розміщення тимчасового житла на сторінці 313, стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136, стандарт 1 ліквідації твердих відходів на сторінці 138 і стандарт 1 дренажу на сторінці 143);
- продовольча безпека, харчування та продовольча допомога – доступ до достатнього харчування і ведення недостатності харчування (див. стандарти 1-2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінках 185-187, стандарти 1-3 ведення гострої недостатності харчування на сторінках 193-203 і стандарт 1 продовольчої безпеки на сторінці 207);
- санітарна освіта та соціальна мобілізація – розробка інформаційних повідомлень, покликаних забезпечити ефективне здійснення перерахованих вище заходів профілактики.

2. **Профілактика малярії:** Застосовувати методи профілактики малярії з урахуванням небезпеки інфекції, стадії НС та мобільності населення, різновиду тимчасового житла і поведінки місцевих розносників інфекцій у районі, де малярія є ендемічним захворюванням. Заходи боротьби з переносниками інфекцій, такі як розпилення всередині приміщень ефективних

інсектицидів залишкової дії і роздача протимоскітних сіток, просочених інсектицидом тривалої дії, повинні ґрунтуватися на аналізі ентомологічної ситуації та експертної оцінки. Для того щоб розпилення інсектицидів залишкової дії всередині приміщень було ефективним заходом боротьби з переносниками інфекції на рівні громади, воно повинно охоплювати щонайменше 80% житлових приміщень. Протимоскітні сітки, просочені інсектицидом тривалої дії, забезпечують довгостроковий індивідуальний захист і є кращими стандартними сітками. Роздавати не просочені інсектицидом сітки не бажано (див. стандарт 2 непродуковольчої допомоги на сторінці 325 і стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).

Визначення пріоритетів щодо розподілу протимоскітних сіток, просочених інсектицидом тривалої дії, серед представників груп ризику залежить від стадії НС і рівня поширення малярії. На ранній стадії НС в районах із високим і середнім рівнем поширення малярії пріоритетною групою повинні бути пацієнти лікарень, особи, які страждають недостатністю харчування важкої форми, і члени їх сімей, вагітні жінки та діти у віці до 2 років. Наступна група – особи, які є членами програми додаткового харчування, діти у віці до 5 років і домогосподарства вагітних жінок та дітей у віці до 2 років. Нарешті захист за допомогою протимоскітних сіток, просочених інсектицидом тривалої дії, може знадобитися усьому населенню, яке наражається на небезпеку захворює. На ранній стадії НС в районах із низьким рівнем поширення інфекції протимоскітні сітки, просочені інсектицидом тривалої дії, варто використовувати в клінічних медичних установах (наприклад, стаціонарних центрах терапевтичного харчування і лікарнях).

3. **Профілактика лихоманки Денге:** Основним методом профілактики лихоманки Денге є боротьба з переносниками інфекції (личинками і дорослими особинами). Боротьба з переносниками лихоманки Денге повинна ґрунтуватися на даних спостереження, які стосуються розподілу випадків захворювання серед людей і щільністю популяції переносників інфекції. Необхідно звертати увагу насамперед на місця найбільш активного розмноження переносників, характерних для різних районів. У міських зонах комарі виду *Aedes* розмножуються в ємностях для зберігання води та інших місцях, куди збирають воду (пластмасові банки, старі автомобільні шини, розбиті пляшки, квіткові горщики тощо). Найбільш ефективним способом зменшення кількості місць розмноження переносників є періодичне випорожнення і видалення ємностей для води. Вода в будинках повинна завжди зберігатися в закритих ємностях, а самі ємності необхідно щотижня ретельно мити й очищати. Постраждале населення варто забезпечити відповідними ємностями для зберігання води з кришками. Ефективним методом знищення личинок переносників інфекції



є обробка ємностей ларвіцидом. Ефективний метод зниження кількості дорослих особин комарів – розпилення інсектицидів. Необхідно також сприяти застосуванню заходів індивідуального захисту (див. стандарт 2 непродуктової допомоги на сторінці 325 стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).

Основне медичне обслуговування – стандарт 2 боротьби з інфекційними захворюваннями: діагностика і лікування інфекційних захворювань

Люди мають доступ до ефективної діагностики та лікування інфекційних захворювань, що є основною причиною підвищеної захворюваності й смертності, яких можна запобігти.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ❖ Розробити санітарно-освітні інформаційні заходи, які закликають населення вчасно звертатися до лікаря у разі високої температури, кашлю, проносу тощо.
- ❖ Забезпечити надання медичної допомоги в усіх закладах охорони здоров'я першого рівня на основі стандартного протоколу ведення хворих або на основі Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) та Інтегрованого ведення хвороб дорослих (ІВХД) там, де вони застосовуються, і направлення до лікаря-фахівця для ведення важких захворювань (див. інструкцію 1).
- ❖ Застосовувати протоколи сортування, діагностики та ведення хворих для раннього лікування таких хвороб, як пневмонія, малярія, діарея, кір, менінгіт, недостатність харчування і лихоманка Денге, а також проводити навчання персоналу з питань, що стосуються протоколів лікування (див. інструкції 2-3 і стандарт 2 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінці 386).
- ❖ Ініціювати програми щодо боротьби з туберкульозом лише після того, як вони будуть відповідати критеріям (див. інструкцію 4).

Ключовий показник (читати разом з інструкціями)

- ❖ Є в наявності й постійно застосовуються стандартизовані протоколи ведення хворих, що стосуються діагностики та лікування поширених інфекційних захворювань (див. інструкції 1-3 і стандарт 1 систем охорони здоров'я – стандарт надання медичного обслуговування на сторінці 353).

Інструкції

1. **Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) та Інтегроване ведення хвороб дорослих (ІВХД):** Смертність від інфекційних захворювань може бути знижена за рахунок ранньої і точної діагностики та належного лікування. Застосування ІВХДВ і ІВХД там, де вони використовуються, або інших національних діагностичних алгоритмів, необхідне для сортування хворих та класифікації захворювань згідно з видом і важкістю, а також для реалізації належного лікування. Наявність небезпечних симптомів є показанням для направлення пацієнта в стаціонар. Стандартні протоколи ведення хворих дають можливість провести належну діагностику і раціонально використовувати лікарські засоби (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – охорона здоров'я дітей на сторінці 386).
2. **Пневмонія:** Основний спосіб зниження смертності від пневмонії – своєчасне введення перорально таких антибіотиків, як амоксицилін, відповідно до національних протоколів лікування. При пневмонії важкої форми потрібна госпіталізація і парентеральна терапія.
3. **Малярія:** Найважливішим елементом успішної боротьби з малярією є своєчасне й ефективне лікування. У районах, де поширена малярія, необхідно застосовувати протокол ранньої діагностики (менше 24 годин) лихоманки і лікування вискоєфективними препаратами першої лінії. Стандартним методом лікування блискавичної триденної малярії є заснована на артемініні комбінована терапія (АКТ). Вибір лікарських засобів здійснюється при консультаціях із головною організацією охорони здоров'я та національною програмою боротьби з малярією. При визначенні постачальників необхідно враховувати якість лікарських засобів. Перед тим як почати лікування, бажано підтвердити діагноз малярії лабораторними дослідженнями (діагностичний експрес-тест, мікроскопія). Однак, якщо не доступна лабораторна діагностика, не варто відкладати лікування малярії з клінічними проявами.
4. **Боротьба з туберкульозом:** Погано організована програма боротьби з туберкульозом може заподіяти більше шкоди, ніж користі, оскільки продовжує інфективність і сприяє поширенню бактерій із множинною лікарською стійкістю. Лікування окремих осіб, хворих на туберкульоз, цілком можливе під час НС, однак комплексна програма боротьби з туберкульозом повинна бути застосована тільки після того, як буде відповідати встановленим критеріям. Ці критерії передбачають зацікавленість і ресурси організації, гарантовану стійкість населення упродовж щонайменше 12-15 місяців, а також наявність можливостей для здійснення високоякісної програми. При реалізації програм із боротьби із туберкульозом їх необхідно інтегрувати



в національну програму країни і дотримуватися рекомендованої BOO3 стратегії лікування під безпосереднім наглядом, коротким курсом (DOTS).

На критичній стадії НС серйозною проблемою, ймовірно, може стати можливе призупинення лікування всіх хронічних захворювань, зокрема й туберкульозу, а також припинення подальшого спостереження за хворими. Необхідно встановити тісну співпрацю між медичними працівниками, які беруть участь у наданні допомоги в НС, та службами, що працюють в рамках чинної національної програми боротьби з туберкульозом. Це допоможе забезпечити продовження лікування осіб, які отримували лікування до НС (див. стандарт 1 основного медичного обслуговування – неінфекційні захворювання на сторінці 404).

Основне медичне обслуговування – стандарт 3 боротьби з інфекційними захворюваннями: виявлення спалахів захворювань і відповідні дії

Забезпечена готовність до спалахів захворювань, їх виявляють, аналізують і вживають своєчасних та ефективних заходів із боротьби з ними.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

Виявлення

- ▶ Створити систему нагляду для раннього попередження про спалахи захворювань (EWARN) і дій у відповідь, що заснована на всебічній оцінці ризику інфекційних захворювань, як частину більш широкої інформаційної системи охорони здоров'я (див. інструкцію 1, стандарт 5 систем охорони здоров'я на сторінці 365).
- ▶ Навчити медичний персонал та працівників медичного патронажу на місцевому рівні, як виявляти можливі спалахи захворювань і повідомляти про них.
- ▶ Надати населенню загальну інформацію, яка стосується симптомів епідемічних захворювань і того, куди треба звертатися для отримання допомоги.

Готовність

- ▶ Підготувати план аналізу спалахів захворювань і дій у відповідь (див. інструкцію 2).
- ▶ Забезпечити, щоб були підготовлені та надані відповідному персоналу протоколи для аналізу та боротьби зі спалахами найбільш поширених інфекційних захворювань включно з протоколами лікування.
- ▶ Забезпечити наявність резервних запасів основних засобів для лікування захворювань першорядної ваги або можливість негайно отримати їх із заздалегідь визначеного джерела (див. інструкцію 3).
- ▶ Заздалегідь визначити місця для ізоляції та лікування інфекційних хворих, наприклад центри лікування холери.
- ▶ Вибрати лабораторію (місцеву, регіональну, національну або іноземну), яка зможе підтвердити появу епідемій (див. інструкцію 4).
- ▶ Забезпечити наявність на місці матеріалу для взяття проб і транспортних середовищ для збудників інфекцій, які найімовірніше можуть викликати раптові спалахи захворювань (див. інструкцію 5).

Заходи з контролю

- ▶ При реєстрації спалаху вказувати точний час, місце і конкретну особу з тим, щоб виявити осіб із високим ризиком захворювання і визначити відповідні заходи контролю (див. інструкції 6-8).
- ▶ Вживати відповідних заходів щодо контролю над конкретним захворюванням у конкретних умовах (див. інструкцію 9).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Є готовий письмовий план аналізу спалахів захворювань і відповідних дій на них або такий план розроблено на початку надання допомоги в НС.
- ▶ Установи охорони здоров'я упродовж 24 годин після виявлення повідомляють про можливі спалахи захворювань у організації вищого рівня системи охорони здоров'я.
- ▶ Головна організація охорони здоров'я починає аналіз зареєстрованих випадків захворювання хворобами, які загрожують епідеміями, упродовж 48 годин після отримання повідомлення.
- ▶ Летальність підтримується нижче прийнятих рівнів:
 - холера – не більше 1%
 - дизентерія, викликана шигелами, – не більше 1%
 - черевний тиф – не більше 1%



- менінгококовий менінгіт – цифри варіюються; 5-15%
- малярія – цифри варіюються; треба намагатися вийти на показник <5% щодо хворих малярією важкої форми
- кір – цифри варіюються; 2-21% зареєстрований у зонах, які постраждали від конфліктів, треба намагатися вийти на показник <5 % (див. інструкцію 10).

Інструкції

1. Система раннього попередження для виявлення спалахів захворювань: Основні елементи цієї системи складають:

- мережа партнерів, які застосовують систему;
- можливість застосування в усіх закладах охорони здоров'я та на рівні громади;
- всебічна оцінка ризику всіх можливих епідемічних захворювань;
- визначення на основі оцінювання ризику обмеженої кількості найбільш важливих хвороб (10-12) для тижневого епідемічного нагляду і певного числа захворювань для внесення в екстрені «тривожні» повідомлення (див. додаток 2: типові форми щотижневих звітів про нагляд);
- чіткі визначення випадків захворювання за кожним захворюванням або кожною хворобою (станом) у стандартній формі з епідеміологічного нагляду;
- визначені «тривожні» порогові показники для кожного найбільш важливого захворювання або хвороби для того, щоб починати дослідження;
- засоби зв'язку, які забезпечують можливість екстреного повідомлення про формальні або неформальні тривожні повідомлення (чутки, повідомлення в ЗМІ тощо) відповідних органів охорони здоров'я;
- система реєстрації і реагування на екстрені тривожні повідомлення;
- облік і повідомлення даних, внесення даних у стандартну базу даних і проведення тижневого аналізу;
- повідомлення всім партнерам даних тижневого епіднагляду та екстрених тривожних повідомлень;
- регулярний контроль із метою забезпечення якості даних, а також своєчасності й повноти звітності;
- стандартні протоколи дослідження випадків захворювання і його форми;
- стандартні процедури для обміну інформацією та ініціації дій у відповідь на спалах захворювання.

2. **Аналіз спалаху захворювань і план заходів із боротьби з епідеміями:** У підготуванні цього плану повинні брати участь усі зацікавлені сторони. Необхідно приділяти увагу таким питанням:
 - критерії, за наявності яких необхідно скликати групу з боротьби зі спалахом захворювання
 - склад групи з боротьби зі спалахом захворювання
 - конкретні функції й обов'язки організацій і статус у групі
 - домовленості щодо проведення консультацій та обміну інформацією на місцевому та національному рівнях
 - наявність засобів і можливостей для здійснення аналізу спалахів захворювань і дій у відповідь
 - перелік необхідних основних лікарських засобів, медичних матеріалів і діагностичних засобів.
3. **Резервні запаси:** Наявні на місці запаси повинні містити матеріали, потрібні для використання у при застосуванні дій у відповідь на можливі спалахи захворювань. У деяких випадках можуть знадобитися готові комплекти для лікування діарейних захворювань або холери. Ймовірно, недоцільно зберігати на місці такі запаси, як вакцина від менінгококового менінгіту. Для таких препаратів варто заздалегідь організувати систему термінової закупівлі, доставки та зберігання, щоб у разі потреби їх можна було швидко отримати.
4. **Довідкові лабораторії:** Лабораторні дослідження необхідні для підтвердження діагнозу під час передбачуваного спалаху захворювання, для якого може знадобитися проведення масової імунізації (наприклад, менінгококовий менінгіт) або у разі якого культуральне дослідження та дослідження чутливості до антибіотиків можуть вплинути на вибір рішення щодо проведення лікування (наприклад, шигельоз). Необхідно також визначити довідкову лабораторію (регіональну або зарубіжну), яка може надати допомогу при здійсненні більш складних аналізів, наприклад серологічної діагностики кору, жовтої лихоманки, лихоманки Денге та вірусної геморагічної лихоманки.
5. **Транспортні середовища та методи експрес-аналізу:** Необхідно мати на місці (або забезпечити швидкий доступ до них) матеріали для взяття проб (наприклад, ректальні тампони) і транспортні середовища (наприклад, середовище Кері-Блера для холери, *Shigella*, *E. coli* та *Salmonella*), а також обладнання для транспортування, яке забезпечує оптимальний температурний режим зберігання. Крім того, повинні бути наявні системи експрес-аналізу, які можна використовувати на місцях для скринінгу інфекційних захворювань, зокрема й малярії та менінгіту.



6. Аналіз спалаху захворювання: Десять основних етапів аналізу спалаху захворювання:

- 1 встановити існування спалаху захворювання*
- 2 підтвердити діагноз*
- 3 визначити випадок захворювання*
- 4 підрахувати кількість випадків захворювання*
- 5 зареєструвати описові епідеміологічні дані (час, індивід, місце)*
- 6 визначити, хто зазнає ризику захворювання*
- 7 сформулювати гіпотезу щодо зараження і захворювання*
- 8 дати оцінку гіпотези*
- 9 повідомити отримані результати*
- 10 здійснити заходи щодо контролю*

Немає потреби здійснювати ці дії в суворій послідовності. Заходи щодо контролю треба здійснювати якомога швидше

7. Підтвердження існування спалаху захворювання: Не завжди існує можливість виявити беззаперечно існування спалаху захворювання. Не для всіх захворювань існують чіткі визначення порогових величин, які свідчать про появу епідемії. Однак для перелічених нижче захворювань порогові величини встановлено:

- захворювання, на спалахи яких може вказувати один-єдиний випадок захворювання: холера, кір, жовта лихоманка, вірусна геморагічна лихоманка
- захворювання, існування спалахів яких треба запідозрювати, коли число випадків захворювання або смертей від нього перевищує кількість, очікувану для цієї місцевості, або в два рази вищу за середні значення попереднього тижня. Шигельоз – в неендемічних районах і таборах біженців: одиничний випадок захворювання повинен викликати занепокоєння щодо можливого спалаху захворювання
- малярія – визначення залежить від конкретної ситуації; збільшення числа випадків захворювання вище того, що очікується о цій порі року серед певного населення в певному районі, може свідчити про спалах захворювання. Якщо відсутні історичні дані, то сигналом тривоги може бути значне збільшення за останні два тижні відсотка випадків лихоманки, що підтверджені як випадки захворювання малярією, а також зростання за останні тижні відсотка померлих від кількості хворих
- менінгококовий менінгіт – у менінгітовому поясі: для населення понад 30.000 – 15 випадків на 100.000 осіб за тиждень; однак у випадку високого ризику появи епідемії (тобто за відсутності спалахів упродовж понад трьох років і охоплення вакцинацією менше за 80%) ця порогова величина зменшується до 10 випадків на 100.000 осіб за тиждень. При

населенні менше 30.000 – п'ять випадків захворювання за тиждень або подвоєння випадків захворювання за тритижневий період слугує підтвердженням появи епідемії. У таборах біженців свідченням спалаху захворювання є два підтверджених випадки захворювання за один тиждень

- лихоманка Денге – збільшення кількості випадків лихоманки за останні два тижні, що показують збільшення рівня імуноглобуліну G (на основі дослідження двох послідовних проб сироватки крові) у пацієнта, якого лихоманить, із терміном захворювання 3-5 днів, а також зниження кількості тромбоцитів (<20.000).

8. **Дії у відповідь на спалахи захворювань:** Основними компонентами заходів реагування на епідемію є координація дій, ведення випадків захворювання, епідемічний нагляд і епідеміологія, лабораторні дослідження, особливі заходи профілактики, такі як поліпшення водопостачання і санзабезпечення, відповідно до конкретних захворювань, інформування про небезпеку, соціальна мобілізація, зв'язок зі ЗМІ та управління інформаційною діяльністю, матеріально-технічне постачання і забезпечення безпеки.
9. **Боротьба зі спалахами захворювань (заходи з контролю):** Повинні бути розроблені спеціальні заходи з боротьби з епідемією, спрямовані на те, щоб зупинити передачу збудника хвороби. Часто при розробленні належних заходів боротьби з епідемією бувають корисними наявні знання про збудника хвороби. Загалом до дій у відповідь належать: контроль над джерелом і/або запобігання контакту (наприклад, за рахунок поліпшення водопостачання для запобігання холери), припинення передачі збудника хвороби та/або запобігання інфікуванню (наприклад, за допомогою масової вакцинації для запобігання кору або використання протимоскітних сіток, просочених інсектицидом тривалої дії, для запобігання малярії), а також впливу на імунний захист організму-носія збудника хвороби (наприклад, за допомогою своєчасної діагностики та лікування або хіміо-профілактики) (див. стандарт 5 систем охорони здоров'я на сторінці 365, стандарти 1-2 водопостачання на сторінках 113-116, стандарти 1-2 сприяння дотриманню гігієни на сторінках 107-110 і стандарти 1-3 боротьби з переносниками інфекцій на сторінках 131-136).
10. **Летальність:** Допустима летальність щодо інфекційних захворювань залежить від конкретної загальної ситуації, доступності медичного обслуговування та якості й оперативності лікування випадків захворювання. Загалом необхідно прагнути знижувати летальність, наскільки це можливо. Якщо летальність перевищує очікувані мінімальні рівні, треба невідкладно здійснити оцінювання заходів із боротьби з інфекційними захворюваннями та вжити відповідних заходів, спрямованих на те, щоб летальність перебувала на допустимому рівні.



2.2. Основне медичне обслуговування – охорона здоров'я дітей

Під час НС особливо вразливою групою населення щодо підвищених рівнів захворюваності й смертності є діти. Для задоволення особливих потреб дітей у галузі охорони здоров'я необхідно здійснити спеціальні втручання, орієнтовані на дітей. Такі втручання в сфері захисту здоров'я дітей передбачають заходи, спрямовані на усунення головних причин підвищеної захворюваності й смертності – з гострими респіраторними інфекціями, діареєю, корем, недостатнім харчуванням включно, а також причини, пов'язані з періодом новонародженості.

Основне медичне обслуговування – стандарт 1 охорони здоров'я дітей: профілактика захворювань, яких можна запобігти вакцинацією

Діти у віці від 6 місяців до 15 років мають імунітет до кору та доступ до планової вакцинації в рамках Розширеної програми імунізації (РПІ) після того, як ситуація стане стабільною.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ На самому початку надання допомоги при НС здійснити оцінювання міри охоплення вакцинацією проти кору дітей у віці від 9 місяців до 15 років, щоб визначити ризик появи епідемії (див. інструкцію 1).
- ▶ При охопленні вакцинацією проти кору менше 90% або відсутності даних про це провести кампанію з масової вакцинації проти кору дітей у віці від 6 місяців до 15 років із призначенням вітаміну А включно дітям у віці від 6 до 59 місяців (див. інструкції 1-2).
- ▶ Забезпечити, щоб усі немовлята, які були щеплені від кору у віці між 6 і 9 місяцями, отримали другу дозу вакцини по досягненні віку 9 місяців (див. інструкцію 3).
- ▶ Створити для мобільного або переміщеного населення систему тривалої вакцинації, яка забезпечує вакцинацію проти кору не менше 95% новоприбулих у табори або громаду дітей у віці від 6 місяців до 15 років.
- ▶ Щойно дозволять умови – відновити роботу РПІ з планової імунізації дітей від кору та інших захворювань, яких можна запобігти вакцинацією, внесених у національні календарі щеплень (див. інструкцію 4).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Після закінчення кампанії з вакцинації проти кору:
 - щонайменше 95% дітей у віці від 6 місяців до 15 років отримали вакцинацію проти кору
 - щонайменше 95% дітей у віці від 6 місяців до 15 років отримали відповідну дозу вітаміну А
- Після поновлення планової вакцинації в межах РПІ не менше 90% дітей у віці 12 місяців отримали три дози АКДП-вакцини (коклюшно-дифтерійно-правцевої вакцини), що є індикативним показником повної імунізації дітей.

Інструкції

1. **Охоплення вакцинацією проти кору:** Необхідно визначити охоплення постраждалого населення вакцинацією проти кору, проаналізувавши дані, які стосуються охоплення населення імунізацією. На основі зробленого аналізу з'ясувати, чи було охоплено плановою імунізацією від кору $\geq 90\%$ у попередні 5 років та/або чи охопила кампанія з вакцинації проти кору, що здійснювалася у попередні 12 місяців, $\geq 90\%$ дітей у віці від 9 місяців до 5 років. При охопленні вакцинацією проти кору менше 90%, відсутності даних або існуванні сумнівів щодо ступеня охоплення кампанію варто здійснювати, ґрунтуючись на припущенні, що охоплення недостатнє для того, щоб запобігти спалахам захворювань.
2. **Вікові групи для проведення вакцинації проти кору:** Може так трапитися, що попередні кампанії з вакцинації проти кору не охопили якусь кількість дітей більш старшого віку, і вони не перехворіли на кір. Ці діти схильні до нараження захворіти на кір і можуть стати джерелом інфекції для дітей грудного і молодшого віку, які значно більшою мірою зазнають ризику померти від цього захворювання. Тому рекомендовано вакцинувати дітей аж до 15-річного віку. В умовах обмежених ресурсів може виявитися неможливим вакцинувати всіх дітей у віці від 6 місяців до 15 років. У цих випадках насамперед варто проводити вакцинацію дітей у віці від 6 до 59 місяців. Усі діти цієї цільової вікової групи повинні бути щеплені від кору незалежно від їх минулого статусу щеплення.
3. **Повторна вакцинація проти кору дітей у віці 6-9 місяців:** Усі діти у віці 6-9 місяців, які отримували вакцину проти кору, повинні отримати додаткову дозу вакцини проти кору при досягненні ними віку 9 місяців, причому цю повторну вакцинацію варто проводити не менше ніж через 30 днів після отримання першої дози вакцини.
4. **Відновлення роботи національної програми РПІ:** Одночасно з підготовкою програми з масової вакцинації проти кору необхідно починати,



провівши консультації з національними владними органами, планування відновлення програми РПІ. Своєчасне відновлення вакцинації в межах РПІ не тільки захистить дітей безпосередньо від таких захворювань, як кір, дифтерія і коклюш, але і знизить ризик захворювання респіраторними інфекціями.

Основне медичне обслуговування – стандарт 2 охорони здоров'я дітей: ведення хвороб новонароджених і дітей

Діти мають доступ до медичного обслуговування першорядної ваги, яке організоване з метою усунення головних причин малюкової (серед новонароджених) та дитячої захворюваності й смертності.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Готувати санітарно-освітні інформаційні матеріали, які закликають постраждале населення вчасно звертатися до лікаря при виникненні будь-яких ознак захворювання (підвищена температура, кашель, діарея тощо) у новонароджених. При підготовці санітарно-освітніх інформаційних матеріалів необхідно брати до уваги дітей, які позбавлені піклування дорослих (див. стандарт 1 систем охорони здоров'я, інструкцію 3 на сторінці 355).
- Забезпечити надання основної медичної допомоги всім новонародженим відповідно (де це можливо) до керівних принципів Інтегрованого ведення вагітності й пологів (ІВВП) (див. інструкцію 1).
- Надавати медичне обслуговування дітям у закладах охорони здоров'я першого рівня відповідно до національних протоколів або керівних принципів ІВВП (де вони застосовуються), а також стаціонарне лікування важко хворим дітям (див. інструкцію 2).
- Створити стандартизовану систему екстреної оцінки стану і сортування хворих у всіх закладах охорони здоров'я, де надають медичну допомогу хворим дітям, щоб забезпечити надання невідкладної медичної допомоги всім, у кого є невідкладні ознаки (див. інструкцію 3).
- Забезпечити, щоб у дітей, які відвідують медичні установи, здійснювався скринінг стану харчування і щоб їх спрямовували до служби харчування (див. стандарти 1-3 ведення гострої недостатності харчування і дефіциту мікронутрієнтів на сторінках 193-203).
- Застосовувати відповідний протокол ведення хворих для лікування дифтерії та коклюшу в ситуаціях високого ризику спалахів цих захворювань (див. інструкцію 6).

- Д Забезпечити наявність основних лікарських засобів відповідних дозувань та рецептур для лікування найбільш поширених дитячих хвороб.

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- Д Усі діти у віці до 5 років, які захворіли малярією, отримали ефективне проти-малярійне лікування упродовж доби з моменту виникнення симптомів (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – боротьба з інфекційними захворюваннями на сторінці 376).
- Д Усі діти у віці до 5 років з діареєю отримали оральні регідраційні солі (ОРС) і добавки цинку (див. інструкцію 3).
- Д Усі діти у віці до 5 років, хворі на пневмонію, отримали відповідні антибіотики (див. інструкцію 5).

Інструкції

1. **Догляд за новонародженими:** Усі новонароджені повинні отримувати кваліфіковану медичну допомогу і догляд при народженні (бажано в закладі охорони здоров'я), їх варто тримати в теплі, й вони з самого початку повинні перебувати на виключно грудному вигодовуванні. Усіх новонароджених необхідно обстежити, особливо щодо труднощів у годуванні. Усі хворі новонароджені повинні бути обстежені щодо можливого сепсису і місцевих інфекцій.
2. **Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ):** ІВХДВ це комплексний підхід до охорони здоров'я дітей, у центрі якого знаходиться догляд за дітьми віком до 5 років на рівні надання первинної медичної допомоги. Там, де ІВХДВ було розроблене на національному рівні і де прийняті клінічні інструкції, вказані керівні принципи бажано ввести в стандартизовані протоколи, а медпрацівники повинні пройти в цій сфері відповідне навчання.
3. **Сортування хворих:** Виконання рекомендацій ІВХДВ і керівних принципів, що стосуються направлення хворих до фахівців, може бути посилене при використанні в поєднанні з екстремим сортуванням та лікуванням. Сортування – це процес класифікації пацієнтів на пріоритетні категорії відповідно до їхніх медичних потреб, наявності ресурсів і шансів хворих на виживання. Медперсонал, який займається наданням допомоги хворим дітям, повинен пройти навчання з питання використання для екстреної діагностики посібника «Екстрене сортування, діагностика та лікування» (ETAT).
4. **Лікування діареї:** Лікування дітей із діареєю повинно здійснюватися з використанням оральних регідраційних солей (ОРС) із низькою осмо-



лярністю в поєднанні з добавками цинку. Використання ОРС з низькою осмолярністю дозволяє знизити тривалість епізодів діареї і знижує необхідність у внутрішньовенних вливаннях.

5. **Лікування пневмонії:** Діти з кашлем повинні бути обстежені на предмет прискореного та/або утрудненого дихання і втягнення нижньої частини грудної клітини. Діти з прискореним і/або утрудненим диханням повинні отримувати відповідні антибіотики перорально, а дітей із втягненням нижньої частини грудної клітки необхідно госпіталізувати.
6. **Спалахи коклюшу або дифтерії:** Спалахи коклюшу часто бувають серед переміщеного населення. Кампанію з вакцинації як відповідь на спалах зазвичай не здійснюють через побоювання, пов'язані з несприятливою реакцією на цільноклітинну коклюшно-дифтерійно-правцеву вакцину (АКДП) осіб, які отримали її у старшому віці. Однак спалахом захворювання можна скористатися для того, щоб заповнити прогалини планової імунізації. Ведення захворювання передбачає лікування антибіотиками хворих і раннє профілактичне лікування контактуючих у сім'ях, де є немовлята або вагітні жінки. Спалахи дифтерії спостерігаються рідше, однак небезпека появи епідемії завжди існує серед населення з низькою імунізацією до дифтерії, що перебуває в умовах скупченості. Кампанії масової вакцинації трьома окремими дозами вакцини у відповідь на спалахи дифтерії здійснювалися в таборах для біженців і переміщених осіб. Лікування передбачає призначення анатоксину та антибіотиків.

2.3. Основне медичне обслуговування – сексуальне та репродуктивне здоров'я

Усі люди, включно з тими, хто живе в районах, постраждалих від НС, мають право на репродуктивне здоров'я. Для того щоб реалізувати це право, постраждале населення повинно мати доступ до всієї інформації й послуг у сфері репродуктивного здоров'я, щоб мати можливість зробити вільний та інформований вибір. Якісні послуги в сфері репродуктивного здоров'я повинні ґрунтуватися на потребах постраждалого населення і забезпечувати поважне ставлення до релігійних вірувань, моральних цінностей і культурних традицій громади, а також дотримання всесвітньо визнаних стандартів у галузі прав людини.

Основне медичне обслуговування – стандарт 1 сексуального і репродуктивного здоров'я: репродуктивне здоров'я

Люди мають доступ до послуг першорядної ваги в сфері репродуктивного здоров'я Мінімального пакету первинних послуг (МППП) на початку НС і до комплексних послуг у галузі репродуктивного здоров'я (РЗ) після того, як ситуація стабілізується.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Визначити головну організацію в сфері репродуктивного здоров'я у секторі або кластері охорони здоров'я для забезпечення координації дій та надання МППП і забезпечити наявність фахівця в сфері РЗ (призначеного головною організацією в сфері РЗ), що працює в секторі або кластері охорони здоров'я (див. інструкцію 1).
- Д Ужити заходів для зниження ризику сексуального насильства у співпраці з іншими відповідними секторами або кластерами (див. інструкцію 3).
- Д Забезпечити надання послуг із лікування наслідків сексуального насильства включно з доступом до психіатричної та психологічної підтримки, а також до юридичної допомоги (див. інструкцію 3 і принцип забезпечення захисту 2, інструкцію 7 на сторінці 43).
- Д Забезпечити надання мінімального набору послуг із профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, забезпечення догляду та надання допомоги, спрямованих на зниження передачі ВІЛ-інфекції (див. стандарт 2 основного медичного обслуговування – сексуальне та репродуктивне здоров'я на сторінці 393).



- Забезпечити наявність та доступність послуг із надання невідкладної акушерської та неонатальної допомоги (догляд за новонародженими), зокрема:
 - у медичних центрах – кваліфікованих акушерок, засобів та матеріалів для нормального розродження, а також базового лікування ускладнень невідкладних пологів і неонатальних ускладнень; базової невідкладної акушерської допомоги і неонатальної допомоги;
 - у консультативних (спеціалізованих) лікарнях – кваліфікованого медперсоналу, засобів та матеріалів для лікування ускладнень невідкладних пологів і неонатальних ускладнень; комплексної невідкладної акушерської і неонатальної допомоги;
 - створеної і такої, що працює цілодобово сім днів на тиждень, транспортно-комунікаційної системи для надання невідкладної акушерської та неонатальної допомоги, яка забезпечує зв'язок і центром можливість звернення громади до медичного центру, а також зв'язок і сполучення між медичним центром та консультативною лікарнею (де надають спеціалізовану допомогу) (див. інструкцію 7).
- Надавати всім очевидно вагітним жінкам чисті комплекти для пологів і допомогу акушерок для прийняття пологів в умовах чистоти і безпеки вдома, коли неможливий доступ до кваліфікованих медичних фахівців і установ охорони здоров'я (див. інструкцію 8).
- Інформувати населення про користь і доступність клінічних послуг для осіб, що пережили сексуальне насильство, а також про систему невідкладного направлення до лікарів-фахівців із приводу ускладнень вагітності й пологів (див. інструкції 9-10).
- Забезпечити наявність звичайних засобів контрацепції, що повністю задовольняє попит (див. інструкцію 11).
- Якомога раніше розробити план надання комплексних послуг у галузі РЗ, інтегрованих у систему первинного медико-санітарного обслуговування (див. інструкцію 12).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Усі заклади охорони здоров'я укомплектовані персоналом, який пройшов навчання, мають у достатній кількості засоби, матеріали й обладнання, необхідні для клінічного ведення осіб, які пережили зґвалтування, відповідно до національних протоколів лікування або протоколів ВООЗ.
- ▶ Усі вагітні жінки на третьому триместрі вагітності отримали чисті комплекти матеріалів для пологів.
- ▶ Є щонайменше чотири установи охорони здоров'я на 500.000 осіб, де надають базову невідкладну акушерську і неонатальну допомогу.
- ▶ Є щонайменше одна установа охорони здоров'я на 500.000 осіб, в якій надають комплексну невідкладну акушерську і неонатальну допомогу.
- ▶ Частка народжень шляхом кесаревого розтину складає не менше 5% і не більше 15% (див. інструкцію 4).

Інструкції

1. **Мінімальний пакет первинних послуг (МППП):** МППП визначає послуги, що мають найбільше значення для запобігання пов'язаній із РЗ захворюваності й смертності серед жінок, чоловіків і підлітків в умовах НС. До МППП входить поєднаний набір заходів першорядної ваги в сфері РЗ, яких потрібно вживати одночасно, для того щоб запобігти наслідкам сексуального насильства і лікування таких наслідків, знизити передачу ВІЛ-інфекції, запобігти підвищеній материнській та неонатальній захворюваності та смертності, а також спланувати надання комплексних послуг у галузі РЗ, як тільки стабілізується ситуація. Планування на початковому етапі НС інтеграції надання високоякісних послуг у сфері РЗ у систему первинного медико-санітарного обслуговування має важливе значення для забезпечення безперервності надання медичної допомоги. Комплексне обслуговування щодо РЗ передбачає вдосконалення вже наданих послуг, надання додаткових послуг та підвищення якості обслуговування.
2. **Призначені для охорони репродуктивного здоров'я засоби і матеріали:** Засоби та витратні матеріали для МППП необхідно своєчасно замовляти, розподіляти і складувати, щоб уникнути затримки у наданні цих україн необхідних населенню засобів. У міжорганізаційний набір для надання екстреної медичної допомоги (2006 р.) входить певна кількість лікарських препаратів для постконтактної профілактики, сульфат магнію, а також інструменти і лікарські засоби для допомоги породіллям, але не усі вихідні матеріали, необхідні для МППП. В міжорганізаційний набір для охорони репродуктивного здоров'я, підготовлений міжорганізаційною



робочою групою з питань РЗ в кризових ситуаціях, входять лікарські засоби та витратні матеріали, розраховані на тримісячний період.

3. **Сексуальне насильство:** Усі учасники надання допомоги в НС повинні бути обізнані щодо небезпеки сексуального насильства, до якого входять також сексуальна експлуатація та протиправні дії сексуального характеру з боку співробітників гуманітарних організацій. Вони повинні вживати заходів, спрямованих на запобігання цьому, і робити дії у відповідь. Зведену інформацію про зареєстровані інциденти необхідно надійним і прийнятним з етичної точки зору чином збирати і повідомляти з метою здійснення заходів щодо запобігання сексуальному насильству та надання допомоги. Заклади охорони здоров'я системи первинного медико-санітарного обслуговування повинні бути готовими надавати допомогу особам, що пережили сексуальне насильство, і бути укомплектованими кваліфікованим персоналом, здатним забезпечити відповідне лікування, куди входять екстрена контрацепція, постконтактна профілактика для запобігання ВІЛ-інфікуванню, запобіжне лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), лікування тілесних ушкоджень, екстрена профілактика правця і гепатиту В. Питання про застосування екстреної контрацепції повинні вирішувати винятково самі жінки. Жінкам повинна бути запропонована об'єктивна консультація, яка дозволяє їм зробити інформоване рішення. Особам, що пережили сексуальне насильство, треба настійно рекомендувати звертатися по лікарську допомогу і направляти їх на лікування. Вони також повинні мати доступ до психіатричної допомоги та психологічної підтримки.

На вимогу жертв сексуального насильства персонал, відповідальний за безпеку, повинен забезпечити їхній захист та надання їм юридичної допомоги. Будь-які медичні огляди і лікування повинні здійснюватися тільки після одержання інформованої згоди на те від жертви. Необхідно неухильно дотримуватися конфіденційності (див. стандарт 5 систем охорони здоров'я, інструкція 3 на сторінці 367 і принцип забезпечення захисту 1, інструкції 7-12 на сторінках 40-41).

4. **Невідкладна акушерська і неонатальна допомога:** Близько 4% постраждалого населення становлять вагітні жінки. Приблизно у 5% вагітних жінок виникають непередбачувані ускладнення вагітності або пологів, які потребують невідкладної акушерської допомоги, і 5-15% розроджень потребують хірургічного втручання, зокрема й кесарів розтин. Для запобігання материнській та неонатальній захворюваності та смертності внаслідок ускладнень у всіх закладах охорони здоров'я системи первинного медико-санітарного обслуговування необхідно організувати надання кваліфікованої допомоги породіллі при всіх пологах, базової

невідкладної акушерської допомоги та неонатальної реанімації. Базова невідкладна акушерська допомога передбачає парентеральне введення антибіотиків, парентеральне введення засобів, що стимулюють скорочення матки (окситоцин), парентеральне введення протисудомних засобів (сульфат магнію), ручне видалення посліду і його частин, що затрималися в матці, з використанням відповідних технічних прийомів, ручне відділення плаценти, оперативне піхове розродження (вакуумне або за допомогою щипців), а також реанімацію для породіль та новонароджених. Комплексна невідкладна акушерська допомога охоплює всі втручання базової невідкладної акушерської допомоги, а також оперативні втручання під загальною анестезією (розродження за допомогою кесаревого розтину, лапаротомія) та раціональне й безпечне переливання крові. Система направлення до лікарів-спеціалістів повинна забезпечувати, щоб жінки і новонароджені потрапляли на лікування і були забезпечені транспортними засобами для доставки їх до установи охорони здоров'я системи первинного медико-санітарного обслуговування, де надають базову невідкладну акушерську і неонатальну допомогу, а також у лікарню, де є комплексна невідкладна акушерська і неонатальна допомога.

Основне медичне обслуговування – стандарт 2 сексуального і репродуктивного здоров'я: ВІЛ-інфекція та СНІД

Під час НС люди мають доступ до мінімального набору послуг, які стосуються профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, забезпечення догляду та надання допомоги.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Вжити стандартних запобіжних заходів і ввести безпечні процедури з видалення відходів у всіх закладах охорони здоров'я (див. інструкцію 2 і стандарт 1 систем охорони здоров'я, інструкції 10-11 на сторінці 358).
- Д Забезпечити постачання безпечною кров'ю і дотримуватися практики раціонального використання переливання крові (див. інструкцію 2 і стандарт 1 систем охорони здоров'я, інструкція 5 на сторінці 356).
- Д Забезпечити доступ до високоякісних і таких, що надаються безкоштовно, презервативів для чоловіків і жінок, інформувати про належне користування презервативами.
- Д Забезпечити, щоб установи охорони здоров'я надавали синдромне лікування всім пацієнтам із симптомами захворювання інфекціями, які передаються статевим шляхом.



- ▶ Забезпечити надання постконтактної профілактики особам упродовж 72 годин після інциденту, здатного спричинити за собою їхнє зараження ВІЛ-інфекцією (див. інструкцію 3).
- ▶ Надавати інформацію в доступному вигляді, а також здійснювати навчання у питаннях профілактики ВІЛ-інфекції для всього населення та груп високого ризику (наприклад, жінок, які займаються проституцією).
- ▶ Забезпечити запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини шляхом надання доступу до протизаплідних засобів, безпечного розродження у гігієнічних умовах (з невідкладною акушерською допомогою включно), а також надання антиретровірусних препаратів (див. інструкцію 4).
- ▶ Надавати лікування, догляд і допомогу дітям, чиї матері мають установленний ВІЛ-позитивний статус, включно з керуванням та консультуванням із питань годівлі грудних дітей (див. стандарт 2 годування дітей грудного та молодшого віку на сторінці 187).
- ▶ Забезпечити, щоб людям, які живуть із ВІЛ, було надано медичну допомогу включно з профілактикою котримаксозолом ВІЛ-асоційованих інфекцій.
- ▶ Забезпечити, щоб особи, які проходили раніше антиретровірусну терапію, продовжували отримувати лікування (див. інструкцію 4).
- ▶ Забезпечити зв'язок між програмами боротьби з ВІЛ-інфекцією і програмами з боротьби з туберкульозом там, де вони існують.
- ▶ Забезпечити, щоб особи з підвищеним ризиком зараження ВІЛ-інфекцією мали доступ до служб профілактики ВІЛ-інфекції щодо передавання ВІЛ-інфекції статевим шляхом, а також доступ до стерильного ін'єкційного інструментарію споживачів ін'єкційних наркотиків там, де такі служби вже існують.
- ▶ Розробляти плани з розширення спектру послуг, спрямованих на боротьбу з ВІЛ-інфекцією в період після закінчення НС (див. інструкцію 1).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Особи, найбільшою мірою схильні до ризику зараження ВІЛ-інфекцією, внесені в програму профілактики ВІЛ-інфекції.
- ▶ Вагітні жінки, чий ВІЛ-позитивний статус відомий, отримали антиретровірусні препарати для профілактики передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
- ▶ 100% крові, яку переливають, проходить обстеження на інфекції, що передаються при переливанні крові, включно з ВІЛ-інфекцією.
- ▶ Особи, які можуть зазнавати зараження ВІЛ-інфекцією (професійне контактування в установах охорони здоров'я і непрофесійне контактування), отримали постконтактну профілактику упродовж 72 годин після інциденту.
- ▶ Усі установи системи первинного медико-санітарного обслуговування забезпечені антибактеріальними препаратами для синдромного лікування пацієнтів із симптомами інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Інструкції

1. **Боротьба з ВІЛ-інфекцією:** Мінімальний набір послуг щодо профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки, описаних у ключових діях, що стосуються цього стандарту, входить до переліку заходів, які сектор охорони здоров'я повинен здійснювати з метою запобігання передаванню ВІЛ-інфекції та надання медичної допомоги й підтримки людям, що живуть із ВІЛ. Ці заходи повинні проводитися на ранніх стадіях здійснення усіх програм надання допомоги в НС.
2. **Запобігання передаванню ВІЛ-інфекції в закладах охорони здоров'я:** Запобігання передаванню ВІЛ-інфекції в закладах охорони здоров'я (наприклад, у лікарнях, поліклініках та при проведенні кампаній із вакцинації) є завданням першочергової ваги на ранніх стадіях здійснення усіх програм надання допомоги в НС. Необхідно забезпечити дотримання стандартних заходів, упровадити практику безпечного і раціонального переливання крові та належного видалення медичних відходів (див. стандарт 1 систем охорони здоров'я, інструкції 5, 10-11 на сторінках 356 і 358).
3. **Постконтактна профілактика:** Постконтактна профілактика з метою запобігання ВІЛ-інфікуванню передбачає консультування, оцінку ризику зараження ВІЛ-інфекцією, інформовану згоду, а також здійснення оцінювання джерела та постачання антиретровірусними препаратами. Однак постконтактну профілактику не варто проводити особам, чий ВІЛ-позитивний статус відомий. Консультування і тестування ніколи не повинні



проводитися в обов'язковому порядку, при цьому не варто відкладати проведення постконтактної профілактики в очікуванні результатів тестування.

4. **Антиретровірусні препарати:** В умовах НС надання антиретровірусних препаратів для профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, постконтактної профілактики і довгострокової антиретровірусної терапії є цілком здійсненним завданням. Продовження антиретровірусної терапії для тих, хто її вже отримував до НС, має бути пріоритетною метою під час надання допомоги при НС. Вагітні жінки, які вже проходять антиретровірусну терапію, повинні продовжувати без перерви отримувати антиретровірусні препарати. Вагітні жінки з установленим ВІЛ-позитивним статусом повинні по можливості отримувати антиретровірусні препарати для профілактики передавання ВІЛ-інфекції від матері дитині відповідно до національного протоколу.

Примітка

Організація Caritas Internationalis та її члени не підтримують використання і не надають ніяких засобів штучного контролю за народжуваністю.

2.4. Основне медичне обслуговування – травми

Травми зазвичай є головною причиною підвищеної смертності й захворюваності внаслідок такого раптового стихійного лиха, як землетрус. Стихійні лиха, більшість яких настають раптово і неочікувано, – це події, що призводять до великої кількості поранених і загиблих від поранень або нещасних випадків (масових санітарних втрат). У таких ситуаціях наявні на місцях ресурси і звичайні методи надання медичної допомоги не дозволяють впоратися з великою кількістю людей, яким потрібна допомога. Травми, викликані фізичним насильством, також пов'язані зі складними надзвичайними ситуаціями. Наприклад, під час збройних конфліктів більшість випадків смерті від отриманих травм мають місце в районах, віддалених від медичних установ, і з цієї причини їх, як правило, неможливо попередити шляхом надання медичної допомоги. Для запобігання таких випадків смерті необхідно здійснювати втручання, метою яких є захист цивільного населення (див. принцип забезпечення захисту 3, інструкції 1-5 на сторінках 44-45).

Основне медичне обслуговування – стандарт 1 щодо травм: медична допомога при травмах

Люди мають доступ до ефективної медичної допомоги при травмах, метою якої є запобігання захворюваності, смертності та інвалідності, яких можна уникнути.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Д Забезпечити, щоб місцеві працівники охорони здоров'я та особи, які координують надання допомоги при НС у секторі охорони здоров'я, були обізнані в питаннях надання медичної допомоги при масових санітарних втратах (див. інструкцію 1).
- Д При наявності великої кількості поранених встановити стандартизовану систему сортування поранених із чіткими інструкціями щодо здійснення оцінювання, визначення черговості, базової реанімації та направлення до лікарів-спеціалістів (див. інструкцію 1).
- Д Забезпечити, щоб працівники охорони здоров'я були добре обізнані в питаннях, що стосуються основних принципів і професійних навичок надання першої допомоги і базової реанімації (див. інструкцію 2).
- Д Забезпечити, щоб місцеві працівники охорони здоров'я були обізнані в питаннях надання медичної допомоги при пораненнях (див. інструкцію 3).



- ▶ Надавати вакцину проти правця, яка містить токсод, особам, які мають брудні рани, а також особам, які беруть участь в аварійно-рятувальних роботах і в роботах із санітарного очищення та знезараження території (див. інструкцію 4).
- ▶ Установити стандартизовані протоколи для направлення травмованих і поранених пацієнтів для отримання спеціалізованої медичної допомоги, до якої входить хірургічна та післяопераційна (див. інструкцію 5).
- ▶ Забезпечити, щоб радикальне лікування травм і надання хірургічної допомоги, а також посттравматична та післяопераційна реабілітація здійснювалися тільки тими організаціями, які мають відповідну професійну компетентність та ресурси (див. інструкцію 5).
- ▶ Забезпечити, щоб стандартні допоміжні засоби та засоби для пересування (наприклад, інвалідні коляски, милиці) було надано при першій необхідності травмованим пацієнтам та інвалідам, а також щоб ці допоміжні засоби могли бути відремонтовані на місці (див. інструкцію 6).

Ключовий показник (читати разом з інструкціями)

- ▶ У всіх закладах охорони здоров'я є підготовлений персонал та служби для надання медичної допомоги при масових санітарних втратах.

Інструкції

1. **Сортування поранених і хворих:** Сортування – це процес класифікації пацієнтів на категорії відповідно до важкості їх травм і захворювань, а також визначення пріоритетів щодо лікування, виходячи з наявних ресурсів і шансів пацієнта на виживання. При масових санітарних втратах (великій кількості поранених і травмованих) медичну допомогу можна надавати насамперед не особам із важкими травмами, які загрожують життю, а пораненим, травми яких залишають їм більше шансів для виживання. Не існує стандартної системи із сортування, і в міжнародній практиці застосовують кілька методів. У найбільш поширеній класифікації використовують чотириколірну систему кодів: червоний колір – означає вищий пріоритет, жовтий – середній, зелений використовують для амбулаторних хворих, а чорний – для померлих.
2. **Перша допомога і базова медична допомога і лікування:** До найважливіших заходів належать відновлення і підтримання дихання, для чого може знадобитися звільнення і захист дихальних шляхів, а також зупинка кровотечі й здійснення внутрішньовенних вливань, коли це необхідно. Ці заходи можуть допомогти стабілізувати стан поранених із загрозливими для життя травмами до переведення їх у спеціалізований лікувальний заклад, що значною мірою підвищує їхні шанси на виживання навіть у разі

важких травм. Важливе значення мають також такі консервативні методи лікування, як промивання ран і перев'язка, введення антибіотиків і профілактика правця.

3. **Медична допомога при пораненнях:** У більшості НС багато пацієнтів звертаються по допомогу через більш ніж шість годин після отримання травми. Пізні звернення по медичну допомогу значною мірою підвищує небезпеку нагноєння рани та підвищеної смертності, якої можна запобігти. Ось чому важливо, щоб місцеві працівники охорони здоров'я були обізнані з відповідними принципами та клінічними протоколами щодо запобігання рановому інфікуванню та його лікування, яке передбачає відстрочене первинне закриття та санацію рани і хірургічне видалення чужорідного матеріалу і мертвих тканин.
4. **Правець:** При раптових стихійних лихах, коли зазвичай має місце велика кількість пошкоджень та випадків травмування, досить висока небезпека зараження правцем. Хоча й робити масову імунізацію від правця не рекомендовано, особам, які мають брудні рани, та тим, хто бере участь в аварійно-рятувальних роботах і роботах із санітарного очищення та знезараження території, щоб не піддавати їх ризику, рекомендована вакцинація проти правця вакциною, що містить токсойд (АДС (DT) або АДП-М (Td) – вакцини проти дифтерії та правця – або АКДП-вакцина (DPT), залежно від віку і щеплювального анамнезу). Особи з брудними ранами, які не були раніше вакциновані проти правця, повинні отримати дозу протиправцевого імуноглобуліну (TIG), якщо він є в наявності.
5. **Медична допомога при травмах і хірургічна допомога:** Лікування травм хірургічними методами і військово-польова хірургія рятують життя і позбавляють від інвалідності, однак потребують спеціальної підготовки і ресурсів, які мають лише деякі організації. Недоречно або таке, що не відповідає вимогам, хірургічне втручання може заподіяти більше шкоди, ніж його відсутність. Навіть більше: хірургічні операції, які роблять без негайної подальшої реабілітації можуть спричинити втрату відновлення функціональних можливостей пацієнта. Таку медичну допомогу, що рятує життя і запобігає інвалідності, повинні надавати тільки організації та медичні працівники, які мають відповідну кваліфікацію.
6. **Післяопераційна реабілітація при пов'язаних із травмами пошкодженнях:** Рання реабілітація може значно підвищити рівень виживання і якості життя тих, хто був поранений або травмований. Пацієнтам, які потребують допоміжних засобів (таких як протези або засоби пересування), також знадобиться фізична реабілітація. Підвищити ефективність післяопераційного догляду і реабілітації може співпраця з програмами реабілітації, що діють на базі громади, якщо такі є.



2.5. Основне медичне обслуговування – психічне здоров'я

Проблеми психічного здоров'я та психосоціальні проблеми виникають у всіх НС гуманітарного характеру. Пережите потрясіння, втрати, невизначеність ситуації та інші фактори, що викликають стреси, пов'язані з конфліктом або іншими лихами, є причиною підвищеного ризику виникнення різних соціальних, поведінкових, психосоціальних проблем і психічних розладів. Охорона психічного здоров'я та психосоціальна підтримка передбачають реалізацію заходів з участю багатьох секторів (див. «піраміду заходів» у наведеній нижче діаграмі). Для їх здійснення потрібна координація дій, наприклад, за допомогою міжкластерної або міжсекторальної робочої групи. У нижченаведеному стандарті психічного здоров'я основну увагу надано заходам, здійснюваним організаціями охорони здоров'я. Див. також базовий стандарт 1 на сторінці 62 і принцип забезпечення захисту 3 на сторінці 43.

Основне медичне обслуговування – стандарт 1 психічного здоров'я: психічне здоров'я

Люди мають доступ до медичного обслуговування, метою якого є запобігання проблемам психічного здоров'я і пов'язаним із ними функціональними розладами або зменшення кількості цих проблем і розладів

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- Забезпечити, щоб здійснювані втручання були розроблені на основі виявлених потреб і наявних ресурсів.
- Створювати можливість для того, щоб члени громади, разом із маргіналізованими групами населення, підвищували ефективність самопомоги та соціальної підтримки у громаді (див. інструкцію 1).
- Забезпечити, щоб громадські працівники включно з добровольцями і персоналом закладів охорони здоров'я надавали першу психологічну допомогу особам із гострими розладами, що виникли в результаті впливу сильних стрес-факторів (див. інструкцію 2).
- Забезпечити, щоб у всіх закладах охорони здоров'я був щонайменше один фахівець, який займається різними важкими розладами психічного здоров'я у дорослих і дітей (див. інструкцію 3).
- Забезпечити безпеку, задоволення основних потреб та дотримання прав осіб із психічними розладами в лікувальних установах (див. інструкцію 4).

- ▶ Звести до мінімуму шкоду, пов'язану з уживанням алкоголю і наркотичних засобів.
- ▶ Розробити такий елемент програми раннього відновлення, як план зі створення стійкої системи охорони психічного здоров'я в громаді (див. інструкцію 5).

Ключовий показник (читати разом з інструкціями)

- ▶ Усі заклади охорони здоров'я укомплектовані навченим персоналом і мають структури, необхідні для надання медичної допомоги особам із проблемами психічного здоров'я.

Інструкції

1. **Самодопомога і соціальна підтримка у громаді:** Самодопомога і соціальна підтримка у громаді є ключовим елементом, який охоплює багато секторів загальної системи охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (див. наведену нижче діаграму; див. базовий стандарт 1 на сторінці 62 і принцип забезпечення захисту 3, інструкцію 15 на сторінці 47 і принцип 4 забезпечення захисту, інструкції 9-13 на сторінках 9-13). Організації охорони здоров'я часто наймають або залучають до роботи працівників громади і добровольців, здатних сприяти тому, щоб члени громади, включно із маргіналізованими групами населення, підвищували ефективність самопомоги та соціальної підтримки.



Піраміда заходів



Піраміда заходів у сфері психічного здоров'я і психосоціальної підтримки у надзвичайних ситуаціях

Джерело: Цільова група МПК з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, 2010 р.

- 2. Перша психологічна допомога:** Найкращим способом ведення гострих тривожних розладів, що виникли в результаті впливу сильних стрес-факторів (наприклад, травмуючих подій), є надання допомоги, побудоване на принципах першої психологічної допомоги, яку часто помилково вважають лікувальним втручанням. Це радше вираз людської реакції підтримки іншої людини, що відчуває страждання і, можливо, потребує допомоги. Вона передбачає надання базової, здійснюваної неінвазивними методами допомоги, спрямованої на вислуховування пацієнта, а не на те, щоб змусити його говорити, на оцінку його потреб і турбот, забезпечення задоволення основних потреб, забезпечення надання соціальної підтримки з боку близьких, а також запобігання заподіяння шкоди надалі. Психологічний дебрифінг (тобто сприяння розрядці напруги шляхом спонукання індивіда до короткого, але систематичного викладу відчуттів, думок і емоційних реакцій, що виникли у нього під час недавніх подій, які викликали стрес) є в кращому випадку неефективним, і його не варто застосовувати. Аналогічно не рекомендовано при веденні випадків гострого стресового розладу застосовувати бензодіазепіни, оскільки вони перешкоджають процесу природного відновлення.
- 3. Базова психіатрична допомога:** Психічні розлади можуть бути викликані НС, існувати до НС або поєднуватися. Особи з важкими психічними розладами повинні мати доступ до мережі надання соціальної підтримки на базі громади, а також до лікування у наявних закладах охорони здоров'я

(наприклад, лікарнях загального профілю, центрах первинної медико-санітарної допомоги тощо). Організація базової клінічної психіатричної допомоги охоплює організацію екстреного навчання і керівного нагляду за медперсоналом загального профілю або введення в штат медичного закладу психіатра. Необхідно мати в наявності основні психотропні препарати і протиепілептичні засоби. Особи, які одержували психіатричне лікування до кризової ситуації, повинні мати можливість продовжувати лікування.

4. **Люди в лікувальних установах закритого типу:** Психіатричні лікарні та інтернати для осіб із важкими психічними розладами необхідно регулярно інспектувати, особливо на початку НС, зважаючи на дуже високий ризик відсутності елементарного догляду за ними і жорстокого поводження. Під час кризової ситуації необхідно забезпечувати безпеку, задоволення нагальних матеріальних потреб (вода, їжа, дах, санзабезпечення і медична допомога), контроль за дотриманням прав людини і надання базової психіатричної та психосоціальної допомоги.
5. **Раннє відновлення:** Через те, що гуманітарні кризові ситуації призводять до підвищення рівнів багатьох психічних розладів, необхідно розробляти і здійснювати плани розвитку системи охорони психічного здоров'я з метою розширення масштабу охоплення ефективною психіатричною допомогою в постраждалому від НС районі (див. базовий стандарт 4 на сторінці 75).

2.6. Основне медичне обслуговування – неінфекційні захворювання

Унаслідок старіння населення і збільшення тривалості життя в багатьох країнах, зокрема й країнами з низькими і середніми доходами населення, в структурі захворюваності зросла питома вага неінфекційних захворювань порівняно з інфекційними. Внаслідок цього зростає значення неінфекційних захворювань як однієї з головних проблем громадського здоров'я в умовах НС. Зростання проблем здоров'я, зумовлених загостренням існуючих хронічних захворювань, стало поширеним явищем у багатьох НС.



Основне медичне обслуговування – стандарт 1 неінфекційних захворювань: неінфекційні захворювання

Люди мають доступ до основних видів лікування, мета якого – зниження захворюваності й смертності, спричинених гострими ускладненнями або загостренням хронічних захворювань.

Ключові дії (читати разом з інструкціями)

- ▶ Здійснити оцінювання і задокументувати рівень поширення неінфекційних захворювань та надати отримані дані організаціям, які беруть участь у наданні допомоги в НС (див. інструкцію 1).
- ▶ Забезпечити виявлення осіб із неінфекційними захворюваннями, які отримували лікування до НС, і забезпечити, щоб вони продовжували отримувати його. Не допускати різкого переривання лікування.
- ▶ Забезпечити, щоб особи з гострими ускладненнями або загостренням неінфекційних захворювань, що становлять загрозу для їхнього життя (наприклад, хвороби серця, гіпертонічна хвороба у важкій формі), а також особи, які страждають від болю (наприклад, на кінцевих стадіях раку), отримували відповідне лікування.
- ▶ У випадках, коли лікування неінфекційних захворювань неможливе, встановити чіткий стандартний порядок дій щодо направлення пацієнтів до лікарів-фахівців.
- ▶ Забезпечити, щоб у системі первинної медико-санітарної допомоги були в наявності необхідне діагностичне обладнання, основні лабораторні тести та лікарські препарати для стандартного, безперервного лікування неінфекційних захворювань. Ці лікарські препарати повинні бути точно визначені у переліку основних лікарських засобів.
- ▶ Забезпечити надання особам з обмеженою рухливістю та утрудненнями в комунікації допоміжних засобів (наприклад, допоміжних засобів пересування).

Ключові показники (читати разом з інструкціями)

- ▶ Усі заклади первинної медико-санітарної допомоги мають установлений чіткий стандартний порядок дій із направлення пацієнтів із неінфекційними захворюваннями в лікувальні установи спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги та високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги.

- Усі заклади первинної медико-санітарної допомоги мають відповідні лікарські препарати, необхідні для продовження лікування осіб із неінфекційними захворюваннями, які отримували лікування до НС.

Інструкція

1. **Неінфекційні захворювання** охоплюють хвороби серця, інсульт, гіпертонію, хронічну ниркову недостатність, бронхіальну астму, хронічну ниркову недостатність у залежних від діалізу хворих, інсулінозалежний діабет, епілепсію. Під час НС особи з хронічними захворюваннями особливо вразливі щодо загострення цих захворювань і таких ускладнень, як вторинні інфекції, й наражаються на небезпеку в разі припинення лікування. Клінічна стабілізація стану і продовження терапії повинні бути основними заходами гуманітарної допомоги, яку надає сектор охорони здоров'я в НС.

Особам із неінфекційними захворюваннями потрібне довгострокове медикаментозне лікування і подальше лікарське спостереження. Необхідно забезпечити стандартне безперервне лікування неінфекційних захворювань в установах системи первинної медико-санітарної допомоги з використанням препаратів, які є в переліку основних лікарських засобів. Зазвичай не рекомендовано вводити нові лікувальні схеми або програми лікування хронічних захворювань під час надання допомоги в НС, особливо якщо ці лікувальні схеми і програми навряд чи будуть продовжені після закінчення надзвичайної ситуації.



Додаток 1

Перелік контрольних питань для оцінювання медичного обслуговування

Підготовка

- ▶ Отримати всю наявну інформацію про постраждале населення.
- ▶ Отримати наявні географічні карти і дані аерофотозйомки.
- ▶ Отримати демографічні дані й дані про стан здоров'я населення.

Безпека та доступ

- ▶ Визначити наявні небезпеки, як природні, так і викликані діяльністю людини.
- ▶ Визначити ситуацію з безпекою в цілому, а також присутність збройних сил.
- ▶ Визначити рівень доступу гуманітарних організацій до постраждалого населення.

Демографічні показники та соціальна структура

- ▶ Визначити загальну кількість постраждалого населення.
- ▶ Визначити статеві-віковий склад населення.
- ▶ Виявити групи підвищеного ризику, наприклад, жінок, дітей, літніх людей та інвалідів.
- ▶ Визначити середній розмір сімей, кількість сімей, очолюваних жінками або дітьми.
- ▶ Визначити існуючу соціальну структуру, а також ієрархію влади і/або впливу.

Вихідна інформація про стан здоров'я

- Д Визначити проблеми зі станом здоров'я та пріоритетні завдання охорони здоров'я у постраждалих районах у період до настання надзвичайної ситуації.
- Д Виявити наявні проблеми у стані здоров'я в країні, покинутій біженцями (в районі, покинутому переміщенням населенням всередині країни).
- Д Визначити наявні небезпеки для здоров'я, наприклад, потенційні епідемічні захворювання.
- Д Виявити існуючі раніше структури медико-санітарної допомоги.
- Д Проаналізувати ефективність функціонування системи охорони здоров'я.

Показники смертності

- Д Розрахувати загальний коефіцієнт смертності.
- Д Розрахувати повікові коефіцієнти смертності (наприклад, коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років).
- Д Розрахувати коефіцієнти смертності з причин смерті.
- Д Розрахувати пропорційний коефіцієнт смертності.

Показники захворюваності

- Д Визначити коефіцієнти захворюваності основними хворобами, які мають важливе значення для громадської охорони здоров'я.
- Д Визначити по можливості статеві-вікові коефіцієнти захворюваності основними хворобами.

Наявні ресурси

- Д Визначити можливості міністерства охорони здоров'я країни, що постраждала від лиха.
- Д Визначити стан національних медичних установ, а також їх загальну кількість, вид наданого медичного обслуговування, фізичний стан і доступ до них.
- Д Визначити чисельність наявного медперсоналу та його кваліфікацію.
- Д Визначити наявні бюджет системи охорони здоров'я і механізм фінансування.
- Д Визначити можливості й функціональний стан чинних програм системи охорони здоров'я, наприклад, Розширеної програми імунізації.



- Д Визначити наявність стандартних клінічних протоколів, основних лікарських засобів, матеріалів і устаткування і систем матеріально-технічного постачання.
- Д Визначити стан чинних систем направлення до лікарів-фахівців.
- Д Визначити рівень гігієни навколишнього середовища в установах охорони здоров'я.
- Д Визначити стан чинної інформаційної системи охорони здоров'я.

Дані з інших суміжних секторів

- Д Стан харчування.
- Д Продовольство і продовольча безпека.
- Д Умови навколишнього середовища.
- Д Тимчасове житло – якість тимчасового житла.
- Д Освіта – освіта з питань здоров'я та санітарно-гігієнічна поінформованість.

Додаток 2

Типові форми тижневих звітів про нагляд

Форма 1 спостереження за смертністю *

Місце:

Дата: з понеділка: до неділі:

Загальна чисельність населення на початок тижня:

Народилося цього тижня: Померло цього тижня:

Прибуло цього тижня (якщо застосовується): Вибуло цього тижня:

Загальна чисельність населення на кінець тижня: Загальна чисельність дітей віком до 5 років:

	0-4 роки		5 і більше років		Усього
	чол.	жін.	чол.	жін.	
<i>Безпосередня причина</i>					
Гостра інфекція нижніх дихальних шляхів					
Холера (підозра)					
Кривава діарея					
Водяниста діарея					
Травми, не пов'язані з нещасним випадком					
Малярія					
Материнська смерть – пряма причина					
Кір					
Менінгіт (підозра)					
Неонатальна (0-28 днів)					
Інше					
Не встановлено					
<i>Усього за статтю та віком</i>					
<i>Основна причина</i>					
СНІД (підозра)					
Недостатність харчування					
Материнська смерть – непряма причина					
Неінфекційні захворювання (вказати)					
Інше					
<i>Усього за статтю та віком</i>					

* Ця форма використовується у випадку високої смертності, в результаті чого більш детальну інформацію про конкретні випадки не можна отримати через тимчасові обмеження.

- Інші причини смертності можуть бути додані залежно від ситуації та епідеміологічної картини.

- Можливий додатковий розподіл за віковими категоріями (0-11 міс., 1-4 роки, 5-14 років, 15-49 років, 50-59 років, 60-69 років, 70-79 років, 80+ років), якщо доцільно.

- Дані про смертність повинні надходити не тільки з медичних установ, але і з місць, а також від релігійних лідерів, медичних працівників, жіночих груп і лікарень.

- По можливості варто надавати опис окремих випадків на звороті форми.



Форма 2 спостереження за смертністю*

Місце:

Дата: з понеділка: до неділі:

Загальна чисельність населення на початок тижня:

Народилося цього тижня: Померло цього тижня:

Прибуло цього тижня (якщо застосовується): Вибуло цього тижня:

Загальна чисельність населення на кінець тижня: Загальна чисельність дітей віком до 5 років:

№	Стать (ч, ж)	Вік (день-д, міс-м, рік-р)	Пряма причина смерті														Основні причини				
			Гостра інфекція нижніх дихальних шляхів	Холера (підозра)	Кривава діарея	Водяниста діарея	Травми, не пов'язані з нещасними випадками	Малярія	Материнська смерть – пряма причина	Кір	Менінгіт (підозра)	Неонатальна (0-28 днів)	Неінфекційні захворювання (вказати)	Інше (вказати)	Невідомо	СНІД (підозра)	Недостатність харчування	Материнська смерть – непрямая причина	Інше (вказати)	Дата (д/м/р)	Точна адреса на місці
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

* Ця таблиця використовується, коли в наявності є достатньо часу для реєстрації одиничних випадків летального результату; таблиця дозволяє аналізувати смертність за віковими категоріями, спалахи захворювань у певній місцевості й відвідування медичних установ.

- Частота звітності (щодня або щотижня) залежно від кількості летальних випадків.
- Інші причини смерті можуть бути додатково зазначені залежно від ситуації.
- Дані про смертність повинні надходити не тільки від медичних установ, до них мають також вноситися дані, отримані на місці, від релігійних лідерів, місцевих медичних працівників і жіночих груп і лікарень.
- По можливості варто надавати опис окремих випадків на звороті форми.

Форма тижневого звіту за системою раннього попередження EWARN*

* Ця форма повинна застосовуватися в період екстремальної фази НС, коли існує висока небезпека спалаху епідемічних захворювань

Дата: з понеділка: до неділі:

Місто/Село/Селище/Табір:

Територіально-адміністративна одиниця: Район: Підрайон:

Назва ділянки: • Стационарний пацієнт • Амбулаторний пацієнт • Поліклініка • Пересувна клініка

Допоміжна організація (її): Особа, яка склала звіт, та її контактний телефон:

Загальна чисельність населення: Загальна чисельність дітей до 5 років:

А. ЗВЕДЕНІ ДАНІ ЗА ТИЖДЕНЬ

Нові випадки:	ЗАХВОРЮВАНІСТЬ		СМЕРТНІСТЬ		Усього
	< 5 років	5 років і старші	< 5 років	5 років і старші	
ЗАГАЛЬНЕ ЧИСЛО ПРИБУЛИХ					
ЗАГАЛЬНЕ ЧИСЛО СМЕРТЕЙ					
Гостра респіраторна інфекція					
Гостра водяниста діарея					
Гостра кривава діарея					
Малярія – підозра/діагноз					
Кір					
Менінгіт – підозра					
Геморагічна лихоманка					
Жовтяниця					
Гострий в'ялий параліч (ГВП)					
Правець					
Підвищена температура >38.5°C					
Травми/рани					
Інше					
Усього					

- Можна вказувати більше як один діагноз; найбільш важливий діагноз має бути зазначений. Дані про кожного хворого треба фіксувати лише один раз.
- Реєструвати тільки засвідчені захворювання (або смерті) упродовж тижня, коли велося спостереження.
- Писати «0» (нуль), якщо упродовж тижня не було зареєстровано жодної смерті внаслідок захворювань, перелічених у цій формі. Інформацію про смерть треба фіксувати тільки в розділі «Смертність», а не «Захворюваність».
- Описи захворювань конкретних осіб, які перебувають під наглядом, повинні бути зафіксовані на зворотному боці форми.
- Причини захворюваності можуть бути додані в перелік або вилучаються з нього залежно від епідеміології та оцінки ризику захворювання.
- Мета спостереження за системою EWARN полягає в ранньому виявленні епідемічних захворювань.
- Дані з таких проблем, як недостатнє харчування, повинні бути отримані за допомогою опитування (рівень поширення), а не спостереження (число нових випадків).

В. ОПОВІЩЕННЯ ПРО СПАЛАХ

При підозрі на наявність якого-небудь із зазначених захворювань, повідомте по телефону або надішліть SMS-повідомлення на номер..... або на електронну адресу, ... надавши максимум відомостей про кількість випадків і смертей:

Холера, бактеріальна дизентерія, кір, поліомієліт, тиф, правець, гепатит А або Е, лихоманка Денге, менінгіт, дифтерія, коклюш, геморагічна лихоманка

(Зазначений перелік захворювань може змінюватися залежно від епідеміології в конкретній країні).



Форма поточної звітності про захворювання*

* Ця форма може містити більш розгорнуту інформацію, ніж форма раннього оповіщення EWARN, після екстремальної фази НС та за необхідності до неї можуть входити інші захворювання та моніторинг інших показників

Місце:
Дата: з понеділка: до неділі:
Загальна чисельність населення на початок місяця:
Народилося цього тижня/місяця: Померло цього тижня/місяця:
Прибуло цього тижня/місяця (якщо застосовується):
Вибуло цього тижня/місяця:
Загальна чисельність населення на кінець тижня/місяця: . . . Загальна чисельність дітей віком до 5 років: .

Захворюваність	До 5 років (нові випадки)#			5 років і старші (нові випадки)			Усього	Рецидиви
Діагноз*	Чол.	Жін	Усього	Чол.	Жін.	Усього	Нові випадки	Усього
Гостра респіраторна інфекція**								
Гостра водяниста діарея								
Гостра кривава діарея								
Малярія – підозра/діагноз								
Кір								
Менінгіт – підозра								
Геморагічна лихоманка								
Жовтяниця								
Гострий в'ялий параліч (ГВП)								
Правець								
Підвищена температура >38.5°C								
СНІД – підозра**								
Очні захворювання								
Недостатність харчування****								
Травми (нещасний випадок)								
Травми (не нещасний випадок)								
Інфекції, що передаються статевим шляхом								
Генітальні виразкові захворювання								
Виділення з сечовипускального каналу (чол.)								
Вагінальні виділення								
Болі в нижній частині живота								
Шкірні захворювання								
Неінфекційні захворювання (наприклад діабет)								
Глисти								
Інше								
Невстановлені								
Усього								

* Можливе зазначення більше одного діагнозу; причини захворюваності можуть бути додані в перелік або вилучені з нього залежно від епідеміологічної картини.

** Гострі інфекції дихальних шляхів: у деяких країнах цю категорію поділяють на інфекції верхніх і нижніх дихальних шляхів.

*** Найбільш ефективним способом оцінювання поширеності ВІЛ/СНІДу є обмеження.

**** Найбільш ефективним способом оцінювання поширеності недостатності харчування є швидкі обмеження (MUAC або W/H), оскільки в результаті спостереження враховують тільки тих осіб, які звернулися по допомогу.

При необхідності можливий більш докладний поділ на вікові категорії.

ОПОВІЩЕННЯ ПРО СПАЛАХ

При підозрі на наявність будь-якого із указаних захворювань повідомте по телефону або надішліть SMS-повідомлення на номер або на електронну адресу, ...надавши максимум відомостей про час, місце і кількість випадків:

Холера, бактеріальна дизентерія, кір, гострий в'ялий параліч, тиф, правець, гепатит, лихоманка Денге, менінгіт, дифтерія, коклюш, геморагічна лихоманка.

Відвідування медичних установ	До 5 років			5 років і старші			Усього		
	Чол.	Жін.	Усього	Чол.	Жін.	Усього	Чол.	Жін.	Усього
Всього відвідувань									

Ступінь відвідуваності: кількість відвідувань медичного закладу на одну людину на рік = Загальна кількість відвідувань за один тиждень / Загальна чисельність населення x 52 тижні – Кількість консультацій на одного клініциста: число всіх відвідувань (нових та повторних) / Клініцист в медичному закладі / Кількість робочих днів медичного закладу на тиждень.



Додаток 3

Формули для розрахунку основних показників стану здоров'я

Общий коефіцієнт смертності (ОКС)

Визначення: показник смертності всього населення, зокрема й осіб обох статей і усіх вікових категорій.

Формула:

$$\frac{\text{Загальне число померлих за певний період часу}}{\text{Середня чисельність населення, що зазнає ризику, за цей період} \times \text{Кількість днів у періоді}} \times 10 \text{ тис. осіб} = \frac{\text{Число померлих на 10 тис. осіб за день}}$$

Коефіцієнт смертності дітей у віці до 5 років

Визначення: показник смертності серед дітей у віці до 5 років у популяції.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість померлих серед дітей у віці до 5 років за певний період часу}}{\text{Загальна кількість дітей у віці до 5 років} \times \text{Число днів у цьому періоді}} \times 10 \text{ тис. осіб} = \frac{\text{Число померлих на 10 тис. дітей у віці до 5 років за день}}$$

Коефіцієнт захворюваності

Визначення: число нових випадків захворювання в певний період часу в групі населення, схильного до ризику виникнення цього захворювання.

Формула:

$$\frac{\text{Число нових випадків захворювання конкретною хворобою за певний період часу}}{\text{Група населення, що піддається ризику виникнення захворювання} \times \text{Кількість місяців у цей період часу}} \times 1000 \text{ осіб} = \frac{\text{Нові випадки захворювання конкретною хворобою на 1000 осіб за місяць}}$$

Летальність

Визначення: відношення числа померлих від будь-якої хвороби до числа хворих цією хворобою.

Формула:

$$\frac{\text{Кількість померлих від хвороби за певний період часу}}{\text{Кількість хворих цією хворобою упродовж цього періоду часу}} \times 100 = X\%$$

Відвідування медичного закладу

Визначення: кількість амбулаторних відвідувань пацієнтами на людину за рік. Необхідно по можливості розмежовувати відвідування старих і нових пацієнтів. Для підрахунку відвідуваності необхідно використовувати **нові** відвідування. Однак не завжди є можливість враховувати відвідування нових і старих пацієнтів, тому часто обидва види відвідуваності підсумовуються для отримання загальної кількості відвідувань під час надзвичайної ситуації.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість відвідувань за тиждень}}{\text{Загальна кількість населення}} \times 52 \text{ тижні} = \text{Відвідування на одну людину за рік}$$

Кількість консультацій на одного клініциста

Визначення: середня кількість консультацій на кожного клініциста в день.

Формула:

$$\frac{\text{Загальна кількість консультацій за один тиждень}}{\text{Кількість клініцистів у медичному закладі на еквівалент повного робочого дня*}} + \frac{\text{Кількість робочих днів медичного закладу упродовж тижня}}{1} = \text{Кількість консультацій на одного клініциста в день}$$

* Еквівалент повного робочого дня означає еквівалентну кількість клініцистів, які працюють у медичному закладі. Наприклад, якщо в установі працюють шість клініцистів, які приймають амбулаторних пацієнтів, але два з них зайняті тільки половиною робочого часу, тоді кількість клініцистів на основі еквівалента повного робочого = 4 людини, які працюють повний робочий день, + 2 людини, які працюють половину робочого часу, = 5



Список літератури та додаткових матеріалів

Джерела

Міжнародно-правові документи

Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права), Зауваження загального порядку №14, 11 серпня 2000 року. UN Doc. E/C.12/2000/4. Комітет з економічних, соціальних і культурних прав.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf

Системи охорони здоров'я

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

Міжорганізаційна мережа з освіти в надзвичайних ситуаціях (INEE). Мінімальні норми щодо освіти в надзвичайних ситуаціях, хронічних кризах і на ранніх етапах відновлення.

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide:

A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT., USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington, DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World health report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EssMedsList_15th-ru.pdf

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. helid.desastres.net

Боротьба з інфекційними захворюваннями

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 of Investigation Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Біженець and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

ВОЗ (2007), Борьба с туберкулезом среди беженцев и перемещенных лиц: межведомственное практическое руководство. whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_TB_97.221_rus.pdf

Охорона здоров'я дітей

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the world's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

Сексуальне та репродуктивне здоров'я

IASC (2010). Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.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. misp.rhrc.org, reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Full_report_223.pdf

WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf

WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva

WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalucia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

Травми

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.

WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagmguide.pdf

Психічне здоров'я

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc

IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en

Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях (2010 г.). Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера: Что должны знать гуманитарные организации здравоохранения? www.who.int/entity/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_russian.pdf

WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva. www.who.int/mental_health

WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

Неінфекційні захворювання

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.

Додаткові матеріали

Міжнародно-правові документи

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.

Системи охорони здоров'я

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.

Médecins sans Frontières (MSF) (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations*. Macmillan. London.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters*. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health*. ICRC. Geneva.

WHO (2006), *The Interagency Emergency Health Kit 2006*. Geneva.

Основне медичне обслуговування

Checchi, F and Roberts, L (2005), *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies*. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), *Rapid health assessment of refugee or displaced populations*. Paris.

SMART (2006), *Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition*. www.smartindicators.org



UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

Боротьба з інфекційними захворюваннями

Cook, G C, Manson, P and Zumla, A I (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.

Охорона здоров'я дітей

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

Карманный справочник по оказанию стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов. whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241546700_rus.pdf

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva. whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf

Сексуальне та репродуктивне здоров'я

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva. www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva. www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva. whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

Травми

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 Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

Психічне здоров'я

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

Неінфекційні захворювання

Fauci, AS et al. (eds.) (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition. McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al. (eds.), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.



Додатки



Додаток 1

Основні документи, які взято до уваги у Гуманітарній Хартії

У Гуманітарній Хартії викладено спільні переконання і загальні принципи щодо гуманітарної діяльності та обов'язків у надзвичайних ситуаціях і ситуаціях конфліктів, які — на чому варто наголосити — відображені в гуманітарному праві. Наведений нижче анотований список основних документів містить найбільш важливі міжнародно-правові документи в галузі прав людини, міжнародного гуманітарного права (МГП), норм права, що регулюють становище біженців і гуманітарну діяльність. У нього не входять норми регіонального права та інновації. До цього списку включено також цілий ряд керівних орієнтирів, принципів, стандартів і основних положень, які було взято до уваги Гуманітарною Хартією. Оскільки цей список, безумовно, є вибіркоким, на сайті проекту «Сфера» розміщено додаткові ресурси і посилання на ці документи. З огляду на брак місця, коментарі надаються тільки до тих документів, які, на нашу думку, потребують представлення або спеціального роз'яснення, оскільки вони були прийняті досить недавно або містять особливі розділи, що стосуються надзвичайних ситуацій чи конфліктів.

Документи наведені у списку у тематичному порядку під наступними заголовками:

1. *Права людини, захист та вразливість;*
2. *Збройні конфлікти та гуманітарна допомога;*
3. *Біженці та внутрішньо переміщені особи (ВПО);*
4. *Надзвичайні ситуації та гуманітарна допомога.*

Для з'ясування правового статусу кожного документа, вони класифіковані під наступними заголовками:

1. *Міжнародні договори та звичаєве право (у відповідних випадках)*
2. *Керівні орієнтири та принципи ООН та інші офіційно прийняті міжурядові керівні принципи*
3. *Основні положення гуманітарної політики, керівні правила та принципи.*

1. Права людини, захист та вразливість

Представлені нижче документи стосуються в основному прав людини, визнаних міжнародними договорами та деклараціями. Сюди входять також основні документи, що стосуються віку (діти і літні люди), гендеру та інвалідності, оскільки деякі з цих аспектів найчастіше стають причиною виникнення уразливості в надзвичайних ситуаціях або під час конфліктів.

1.1. Міжнародні договори та звичайне право у сфері прав людини, захисту та вразливості

Дія договірної права у сфері прав людини поширюється на держави, що є сторонами відповідного договору, а дія звичаєвого права (наприклад, заборона тортур) поширюється на всі держави. Законодавство щодо прав людини застосовується завжди, можливі лише два винятки:

- Обмеження деяких цивільних і політичних прав може бути тимчасово впроваджене під час офіційно оголошеного надзвичайного стану в державі, відповідно до статті 4 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права («відступ від положень права»)
- У період визнаних збройних конфліктів застосовується в першу чергу МГП, якщо є якісь розбіжності з законодавством щодо прав людини.

1.1.1. Загальні права людини

Загальна декларація прав людини від 1948 року, прийнята резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 р.
www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml

Проголошена Генеральною Асамблеєю ООН у 1948 році Загальна декларація прав людини є першим міжнародним документом, в якому викладені основні права людини, що підлягають захисту в усьому світі. Незважаючи на те, що Загальна декларація прав людини не є міжнародним договором, вона стала складовою частиною звичаєвого міжнародного права, що є визнано в усьому світі. У першому реченні преамбули впроваджується концепція «гідності, яка властива всім членам людської сім'ї», а в першій статті проголошується, що «Всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах».

Міжнародний пакт про громадянські та політичні права від 1966 року, прийнятий резолюцією 2200А (XXI) Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1966 року, що набув чинності 23 березня 1976 року.
www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml

Другий Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права (спрямований на скасування смертної кари) від 1989 року, що прийнятий резолюцією № 44/128 Генеральної Асамблеї ООН від 15 грудня 1989 року і набув чинності 11 липня 1991 року.

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

Кожна держава, що є стороною Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, зобов'язується поважати і забезпечувати права, визнані в пакті, всім особам, що знаходяться у межах її території та під її юрисдикцією, а також визнає право народів на самовизначення і рівні права чоловіків і жінок. Відступати від зобов'язання дотримуватися ряду прав (відзначених зірочкою *) неприпустимо навіть під час вкрай важкого надзвичайного стану в державі.

Права: право на життя*; свобода від катувань або жорстокого, нелюдського або принижуючого гідність поводження і покарання*; свобода від рабства*; свобода від довільного арешту або затримання; право осіб, позбавлених волі, на гуманне поводження і повагу гідності; ніхто не може бути позбавлений волі на тій лише підставі, що він не в змозі виконати якесь договірне зобов'язання*; право на свободу пересування і вибору місця проживання; депортація іноземців тільки на виконання рішення, винесеного відповідно до закону; рівність перед законом, право на справедливий судовий розгляд і право на презумпцію невинуватості; заборона ретроактивного застосування кримінального законодавства*; право кожної людини на визнання її правосуб'єктності*; невтручання в особисте життя; свобода думки, релігії та совісті*; свобода переконань, їх вираження та мирних зборів; свобода асоціацій; право одружуватися і засновувати сім'ю; захист прав дітей; право голосувати і брати участь у веденні державних справ; право меншин користуватися своєю культурою, сповідувати свою релігію і користуватися рідною мовою.*

Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права від 1966 року, прийнятий резолюцією 2200А (XXI) Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1966 року, що набув чинності 3 січня 1976 року.

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

Держави-учасниці зобов'язуються вжити в максимальних межах наявних ресурсів заходів для того, щоб забезпечити «поступове здійснення» визнаних у пакті прав і рівне для чоловіків і жінок право користування ними.

Права: право на працю; право на справедливую винагороду за працю; право вступати в професійні спілки; право на соціальне забезпечення / страхування; право на сімейне життя, включно з охороною матерів після пологів і захистом дітей від експлуатації; право на достатній життєвий рівень, що включає достатнє харчування, одяг і житло; право на фізичне і психічне здоров'я; право на освіту;

право на участь у культурному житті і користування результатами наукового і культурного прогресу.

Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації від 1969 року, що прийнята резолюцією 2106 (XX) Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1965 та набула чинності 2 січня 1969 року.

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

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації жінок від 1979 року, що прийнята резолюцією 34/180 Генеральної Асамблеї ООН від 18 грудня 1979 року та набула чинності 3 вересня 1981 року.

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

Конвенція про права дитини від 1989 року, що прийнята резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20 листопада 1989 року і набула чинності 2 вересня 1990 року.

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

Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо участі дітей у збройних конфліктах від 2000 року, що прийнятий резолюцією A/RES/54/263 Генеральної Асамблеї ООН від 25 травня 2000 року і набув чинності 18 січня 2002 року.

www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/rightschild_protocol2.shtml

Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії від 2000 року, що прийнятий резолюцією A/RES/54/263 Генеральної Асамблеї ООН від 25 травня 2000 року і набув чинності 18 січня 2002 року.

www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/rightschild_protocol2.shtml

Практично всі держави світу долучилися до Конвенції про права дитини. Ця конвенція підтверджує основні права дитини і визначає випадки, в яких діти потребують додаткового захисту (наприклад, у випадку, коли діти відірвані від своєї родини). Протоколи до конвенції вимагають від держав-учасників скоєння позитивних дій з конкретних питань, що стосуються захисту дітей.

Конвенція про права інвалідів від 2006 року, що прийнята резолюцією A/RES/61/106 Генеральної Асамблеї ООН від 13 грудня 2006 року і набула чинності 3 травня 2008 року.

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

Конвенція про права інвалідів захищає права інвалідів, які гарантуються усіма іншими міжнародними договорами в галузі прав людини, а також спеціально

розглядає такі аспекти, як підвищення обізнаності суспільства в питаннях, що стосуються інвалідів, недискримінація і забезпечення доступу інвалідів до послуг і зручностей. У конвенції особливо згадуються «ситуації ризику та надзвичайні гуманітарні ситуації» (стаття 11).

1.1.2. Геноцид, катування та інші злочинні порушення прав

Конвенція про запобігання злочину геноциду та покарання за нього від 1948 року, що прийнята резолюцією 260 (III) Генеральної Асамблеї ООН від 9 грудня 1948 року і набула чинності 12 січня 1951 року.

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

Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання від 1984, що прийнята резолюцією 39/46 Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1984 року і набула чинності 26 червня 1987 року.

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

Учасниками цієї конвенції є дуже багато держав. Заборона катування в даний час також в цілому визнається як складова частина міжнародного звичаєвого права. Жодний надзвичайний стан у державі або стан війни не можуть виправдовувати катування. Держави не повинні повертати (refouler) будь-яку особу на територію, якщо існують серйозні підстави вважати, що їй там може загрожувати застосування катувань.

Римський статут Міжнародного кримінального суду, що прийнятий 17 липня 1998 року Дипломатичної конференцією, яка проходила в Римі, і набув чинності 1 липня 2002 року.

[www.un.org/russian/law/icc/rome_statute\(r\).pdf](http://www.un.org/russian/law/icc/rome_statute(r).pdf)

Стаття 9 Статуту (елементи злочинів), прийнятого Міжнародним кримінальним судом в 2002 році, містить докладний опис військових злочинів, злочинів проти людяності та геноциду, що є кодифікацією більшості положень міжнародного звичаєвого кримінального права. Міжнародний кримінальний суд має право проводити розслідування і здійснювати кримінальне переслідування у справах, переданих йому на розгляд Радою Безпеки ООН (навіть якщо держава, громадянином якої є обвинувачувана особа, не є учасником цієї угоди), а також злочинів, що вважаються скоєними громадянами держав-учасниць цієї угоди, або на їх території.

1.2. Принципи і керівні орієнтири ООН та інші офіційно прийняті міжурядові принципи та керівні орієнтири, що стосуються прав людини, захисту та вразливості

Мадридський міжнародний план дій з проблем старіння 2002 року, друга Всесвітня асамблея ООН з проблем старіння, Мадрид, 2002 рік, схвалений резолюцією 37/51 Генеральної Асамблеї ООН від 3 грудня 1982 року.
www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml

Принципи Організації Об'єднаних Націй щодо осіб похилого віку 1991 року, резолюція 46/91 Генеральної Асамблеї ООН від 16 грудня 1991 року.
www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/oldprinc.shtml

1.3. Основні положення гуманітарної політики, керівні орієнтири і принципи, що стосуються прав людини, захисту та вразливості

Protecting Persons Affected by Natural Disasters: IASC Operational Guidelines on Human Rights and Natural Disasters 2006, Inter-Agency Standing Committee. (Захист населення, що постраждало від стихійного лиха: Оперативні керівні принципи МПК з прав людини та стихійних лих).
interagencystandingcommittee.org/iasc

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO). Міжнародне законодавство та стандарти, що застосовуються у ситуації стихійного лиха (Юридичний посібник Міжнародної організації з права розвитку (IDLO), 2009. Міжнародна організація з права розвитку.
www.idlo.int/DOCNews/352doc.pdf

Inter-agency guiding principles on unaccompanied and separated children 2002, developed by the ICRC, the Office of the UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), the UN Children's Fund (UNICEF), World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee, 2009. (Міжвідомчі керівні принципи щодо дітей, які позбавлені супроводу дорослих або відірвані від родини) від 2002 року, розроблені МКЧХ, Управлінням Верховного Комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), Дитячим фондом ООН (UNICEF), організаціями World Vision International, Save the Children UK, Міжнародним комітетом з порятунку (International Rescue Committee).
www.icrc.org/

Посібник з гуманітарної діяльності з урахуванням гендерної проблематики 2006 року, Міжорганізаційний постійний комітет.

[www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/Gender%20Handbook%20Russian_full%20w%20covers\[2\].pdf](http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/Gender/Gender%20Toolkit/Gender%20Handbook%20Russian_full%20w%20covers[2].pdf)

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007, Inter-Agency Standing Committee. (Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайних ситуацій 2007 року, Міжорганізаційний постійний комітет).
interagencystandingcommittee.org/iasc

Мінімальні стандарти освіти в надзвичайних ситуаціях, в умовах хронічних криз і на ранньому етапі відновлювальних робіт 2007 року (редакція 2010 року), Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях (МСОЧС) (офіційно визнані з 2008 року як такі, що доповнюють стандарти проекту «Сфера »).

http://toolkit.ineesite.org/tools_in_other_languages

2. Збройні конфлікти, міжнародне гуманітарне право та гуманітарна допомога

2.1. Міжнародні договори та звичаєве право збройних конфліктів, міжнародне гуманітарне право та гуманітарна допомога

Міжнародне гуманітарне право (МГП) визначає межі, коли конфлікт із застосуванням насильства переходить у «збройний конфлікт», що дозволяє застосовувати цей особливий правовий режим. Міжнародний комітет Червоного Хреста є офіційним хранителем договорів МГП і розміщує на своєму сайті (www.icrc.org) багато інформації та ресурсів, в тому числі офіційні коментарі до Женевських конвенцій і Додаткових протоколів до них, а також дослідження звичаєвого гуманітарного права (Customary International Humanitarian Law Study).

2.1.1. Основні договори МГП

Чотири Женевські конвенції від 1949 року

Додатковий протокол до Женевських конвенцій, що стосується захисту постраждалих від міжнародних збройних конфліктів, від 1977 року (Протокол I)

Додатковий протокол до Женевських конвенцій, що стосується захисту постраждалих від конфліктів неміжнародного характеру, від 1977 року (Протокол II)

www.icrc.org/en/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions

Чотири Женевські конвенції, учасниками яких є всі держави, і які також в цілому прийняті як складова звичаєвого права права, стосуються захисту та поводження з пораненими і хворими під час війни на суші (I) і на морі (II), поводження з військовополоненими (III) і захисту цивільних осіб під час збройного конфлікту (IV). Женевські конвенції застосовуються здебільшого до міжнародних збройних конфліктів, окрім статті 3, для всіх чотирьох конвенцій, що стосується неміжнародних конфліктів, та деяких інших елементів, що наразі прийняті як норми звичаєвого права неміжнародних конфліктів. Два Додаткових протоколи від 1977 року доповнили конвенції, зокрема, визначивши поняття «комбатант» і кодифікувавши неміжнародні конфлікти. Ряд держав не долучився до Додаткових протоколів.

2.1.2. Міжнародні договори, що стосуються обмеження або заборони застосування певних видів зброї і охорони культурних цінностей

Крім вищезазначеного «Женевського права», існує сукупність правових норм, які названо «Гаазьким правом» збройних конфліктів. Сюди входить конвенція про захист культурних цінностей і ряд конвенцій, що стосуються видів зброї, застосування яких обмежено або заборонено, включно з газами та іншими видами хімічної і біологічної зброї, звичайною зброєю невибіркової дії або такою, що заподіює зайве страждання, а також протипіхотними наземними мінами і касетними боєприпасами.

www.icrc.org/ihl.nsf

2.1.3. Звичаєве МГП

Звичайне МГП стосується права збройних конфліктів, яке прийняте державами (що відображено в їх заявах, політиці і практиці) як норми, що ґрунтуються на звичаях та застосовуються до всіх держав, незалежно від їхньої участі в договорах МГП. Не існує узгодженого списку норм звичаєвого права, однак найбільш авторитетним джерелом їх тлумачення є нижчезазначене дослідження.

Звичаєве міжнародне право. Норми, МКЧХ, Жан-Марі Хенкертс і Луїза Досвальд-Бек, переклад з англійської, Cambridge University Press, 2006 г.

www.icrc.org/eng/resources/documents/publication/pcustom.htm

Це дослідження охоплює практично всю область дії права збройних конфліктів. У ньому представлена 161 конкретна норма і розглядається питання застосовності кожної з них у міжнародних та/або в неміжнародних збройних конфліктах. Методологію цього дослідження піддано критиці з боку деяких правознавців, проте воно є результатом ретельного дослідницького процесу, що тривав протягом 10 років і здійснювався в рамках широких консультацій, а також здобув

широке визнання як одне з найбільш авторитетних джерел щодо тлумачення норм звичаєвого права.

2.2. Принципи і керівні орієнтири ООН та інші офіційно прийняті міжурядові керівні принципи, що стосуються збройних конфліктів, міжнародного гуманітарного права та гуманітарної діяльності

Захист цивільних осіб в збройному конфлікті. Короткі рекомендації щодо розгляду питань, що стосуються захисту цивільних осіб, 2002 року, в редакції 2003 (S/PRST/2003/27).

www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=S/PRST/2003/27

Цей документ є не резолюцією, обов'язковою для виконання державами, а вказівками для Ради Безпеки, що стосуються операцій з підтримання миру та роботи в умовах надзвичайних ситуацій і конфліктів, підготовленими в рамках проведення консультацій з рядом установ ООН та МПЧ.

Резолюції Ради Безпеки ООН, що стосуються сексуального насильства над жінками в умовах збройного конфлікту, особливо резолюції № 1820 (2008), № 1888 (2009) та № 1889 (2009).

Див. всі резолюції Ради Безпеки ООН за роком прийняття та номером:

www.un.org/en/sc/documents/, www.un.org/ru/sc/documents/

2.3. Основні положення гуманітарної політики, керівні орієнтири і принципи, що стосуються збройних конфліктів, міжнародного гуманітарного права та гуманітарної діяльності

Professional standards for protection work carried out by humanitarian and human rights actors in armed conflict and other situations of violence 2009, ICRC.

www.icrc.org (Професійні стандарти заходів з захисту населення, що здійснюються гуманітарними організаціями та організаціями з прав людини в умовах збройних конфліктів та інших ситуацій насильства), 2009 р., МКЧХ

3. Біженці та внутрішньо переміщені особи (ВПО)

УВКБ – Агентство ООН у справах біженців – має особливі юридичні повноваження щодо захисту біженців відповідно до конвенції про статус біженців і протоколу до неї. Генеральна Асамблея ООН також наддала УВКБ повноваження підтримувати зв'язок з державами в галузі захисту ВПО. На сайті УВКБ представлено численні інформаційні ресурси з цього питання.

3.1. Міжнародні договори, що стосуються біженців та ВПО

Крім міжнародного договору про статус біженців, в цей розділ включено також два договори Африканського союзу (колишня Організація африканської єдності, ОАУ), оскільки обидва ці документи створили історичні прецеденти.

Конвенція про статус біженців від 1951 року (із внесеними змінами та доповненнями), прийнята 28 липня 1951 Конференцією повноважних представників з питань про статус біженців і апатридів, що набула чинності 22 квітня 1954.
www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml

Протокол, що стосується статусу біженців від 1967 року, ухвалений до відома Генеральною Асамблеєю ООН в резолюції 2198 (XXI)-2 від 16 грудня 1966 року.
www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/refugees_prot.pdf

Це перша міжнародна угода, що стосується біженців, в якому «біженець» визначається як особа, яка «в силу цілком обґрунтованих побоювань стати жертвою переслідувань за ознаками раси, віросповідання, громадянства, належності до певної соціальної групи або політичних переконань перебуває за межами країни, громадянином якої вона є, та не може або не бажає користуватися захистом цієї країни внаслідок таких побоювань; або, не маючи певного громадянства і перебуваючи за межами країни свого колишнього місця проживання в результаті подібних подій, не може чи не бажає повернутися до неї внаслідок таких побоювань ... ».

Конвенція ОАУ (ОАЄ) 1969 р., яка регулює конкретні аспекти проблем біженців в Африці, яку було ухвалено Асамблеєю глав держав і урядів на її Шостій черговій сесії, м. Аддіс-Абеба, 10 вересня 1969 року. www.unhcr.org/45dc1a682.html

Цей окумент розширює визначення Конвенції 1951 року, аби включити людей, які були змушені покинути свою країну не тільки в результаті переслідування, але також внаслідок зовнішньої агресії, окупації, іноземного панування або серйозного порушення громадського порядку. Також цей окумент визнає недержавні

групи в якості злочинців і це не вимагає, щоб біженці доводили прямий зв'язок між собою та майбутню небезпекою.

Конвенція Африканського союзу про захист і допомогу внутрішньо переміщеним особам в Африці (Кампальська конвенція) 2009 р., прийнята на Спеціальному саміті Африканського союзу, що відбулася в м. Кампала, Уганда, 22 жовтня 2009 р.

www.au.int/en/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

Це перша багатостороння конвенція щодо ВПО. Спочатку цей документ було підписано 17 членами Африканського союзу в жовтні 2009 року, але необхідно отримати 15 офіційних ратифікацій для набуття юридичної сили.

3.2. Принципи і керівні орієнтири ООН та інші офіційно прийняті міжурядові керівні принципи, що стосуються біженців та ВПО

Керівні принципи з питання про переміщення осіб всередині країни 1998 року, визнані у вересні 2005 року главами держав і урядів на Всесвітньому саміті в резолюції 60 / L.1 (132, UN Doc. A / 60 / L.1) Генеральної Асамблеї ООН як «важлива міжнародна основа захисту вимушених переселенців».

www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/ecn4-1998-53a2.pdf, www.idpguidingprinciples.org

Ці принципи ґрунтуються на положеннях міжнародного гуманітарного права і законодавства щодо прав людини та аналогічних нормах права, що регулюють становище біженців і використовуються як міжнародні стандарти, якими варто керуватися урядам, міжнародним організаціям та іншим суб'єктам, що надають допомогу та забезпечують захист ВПО.

4. Надзвичайні ситуації та гуманітарна допомога

4.1. Міжнародні договори, що стосуються надзвичайних ситуацій та гуманітарної допомоги

Конвенція про безпеку персоналу ООН та пов'язаного з нею персоналу від 1994 року, що прийнята резолюцією 49/59 Генеральної Асамблеї ООН від 9 грудня 1994 року і набула чинності 15 січня 1999 року.

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

Факультативний протокол до Конвенції про безпеку персоналу ООН і пов'язаного з нею персоналу, прийнятий резолюцією A/60/42 Генеральної Асамблеї ООН від 8 грудня 2005 року, що набув чинності 19 серпня 2010.

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

У цій конвенції забезпечення захисту обмежується миротворчими операціями ООН, окрім випадків, коли ООН оголошує про виникнення «Особливого ризику», що на практиці є нездійсненною умовою. Протокол усуває цю суттєву прогалину в конвенції і поширює правовий захист на всі операції ООН, в тому числі надання надзвичайної гуманітарної допомоги, розбудову миру, надання політичної допомоги та підтримки в галузі розвитку.

Конвенція про надання продовольчої допомоги від 1999 року, окремий правовий інструмент, що діє в рамках Міжнародної угоди про зернові культури від 1995 року, адміністративне управління яким здійснює Комітет з продовольчої допомоги через секретаріат Міжнародної ради з зернових культур.

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

Конвенція Тампере про надання телекомунікаційних ресурсів для пом'якшення наслідків лих та здійснення операцій з надання допомоги від 1998 року, схвалена Міжурядовою конференцією з питань комунікацій у зв'язку зі стихійними лихами, що набула чинності 8 січня 2005 року.

www.tampere-convention.org

Рамкова конвенція ООН про зміну клімату 1992 (РКЗК), що прийнята на Конференції ООН з навколишнього середовища і розвитку в Ріо-де-Жанейро 4-14 червня 1992 року, схвалена резолюцією 47/195 Генеральної Асамблеї ООН від 22 грудня 1992 року та набула чинності 21 березня 1994 року.

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/climate.pdf

Київський протокол до рамкової конвенції ООН про зміну клімату 1997 року, прийнятий 11 грудня 1997 на третій Конференції сторін рамкової конвенції в Кіото, Японія, що набув чинності 16 грудня 2005 року.

unfccc.int/resource/docs/convkp/kprus.pdf

unfccc.int/essential_background/kyoto_protocol/items/1678.php

РКЗК та Київський протокол були реакцією на невідкладну потребу здійснення стратегій пристосування до змін клімату і зниження ризику, а також зміцнення місцевого потенціалу та протидії лихам, особливо в країнах, вразливих до стихійних лих. У цих документах підкреслюється важливість здійснення стратегій зі зменшення загрози стихійних лих та управління ризиком, особливо у зв'язку зі зміною клімату.

4.2. Принципи і керівні орієнтири ООН та інші офіційно прийняті міжурядові керівні принципи, що стосуються надзвичайних ситуацій та гуманітарної допомоги

Зміцнення координації в області надзвичайної гуманітарної допомоги ООН, додаток: Керівні принципи, резолюція Генеральної Асамблеї ООН 46/182 від 19 грудня 1991 року.

www.un.org/ru/documents/ods.asp?m=A/ RES / 46/182

Прийняттям цього документу був створений Департамент ООН з гуманітарних питань, який у 1998 році був перетворений в Управління з координації гуманітарних питань (УКГП).

Хіогська рамкова програма дій на 2005-2015 роки: Зміцнення потенціалу для протидії лихам на рівні держав та громад; програма прийнята в 2005 році Всесвітньою конференцією зі зменшення загрози стихійних лих.

www.un.org/russian/conferen/wcdr/hyogoframework.pdf

У цьому документі визначено стратегії для держав і гуманітарних організацій щодо вжиття заходів зі зменшення небезпеки лих при здійсненні програм у сфері реагування на надзвичайні ситуації, відновлення та забезпечення готовності до можливих загроз, а також щодо інтеграції цих заходів в процес сталого розвитку і створення потенціалу для протидії лихам.

Керівництво із внутрішньодержавного сприяння та регулювання міжнародної допомоги при надзвичайних ситуаціях та допомоги у проведенні первинних відновлювальних робіт (IDRL Guidelines) 2007 року, прийняте 30-й Міжнародною конференцією Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (включно з країнами-членами Женевських конвенцій)

www.ifrc.org/what/disasters/idrl/index_ru.asp

4.3. Основні положення гуманітарної політики, керівні орієнтири і принципи, що стосуються надзвичайних ситуацій та надання гуманітарної допомоги

Кодекс поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при здійсненні допомоги під час стихійних лих і катастроф (див. Додаток 2: кодекс поведінки на сторінці 438).

Основоположні принципи Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (1965 р.), прийняті 20-ю Міжнародною конференцією Червоного Хреста. www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

HAP Standards in Humanitarian Accountability 2007, Humanitarian Accountability Partnership (an international self-regulatory body for the humanitarian sector, including certification) (Стандарт із гуманітарної підзвітності організації HAP (Партнерство з забезпечення підзвітності гуманітарної діяльності), яка є міжнародним органом з регулювання гуманітарного сектору, включно з сертифікацією). www.hapinternational.org, www.chsalliance.org

Принципи належної практики у галузі гуманітарної донорської допомоги (2003), схвалені Стокгольмською конференцією країн-донорів, установ системи ООН, НУО та Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та підписані Європейською Комісією і 16 країнами. www.ghdinitiative.org

Принципи партнерства: заява про зобов'язання (2007), схвалена в липні 2007 року нарадою Глобальної гуманітарної платформи (механізм здійснення діалогу між установами системи ООН та гуманітарними організаціями, що не входять до системи ООН). www.globalhumanitarianplatform.org

Додаток 2

Кодекс поведінки Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при здійсненні операцій допомоги під час стихійних лих і катастроф

Підготовлений спільно Міжнародною федерацією товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та Міжнародним Комітетом Червоного Хреста¹

¹ Примітка: Розроблено за підтримки: Карітас Інтернаціоналіс *, Catholic Relief Services * (католицька благодійна організація), Міжнародної Федерації товариств Червоного хреста і Червоного Півмісяця *, Міжнародного Альянсу Порятунку Дітей *, Всесвітньої лютеранської федерації *, Оксфам *, Всесвітньої ради церков *, Міжнародного комітету Червоного Хреста (* члени Керівного комітету з надання гуманітарної допомоги).

Цілі

Мета цього Кодексу — зберегти наші норми поведінки. Він не містить оперативних інструкцій, наприклад, про те, як розрахувати продовольчу норму або розбити табір для біженців. Завданням Кодексу є підтримка високого рівня незалежності, ефективності та результативності, до якого прагнуть НУО, що надають допомогу при стихійних лихах і катастрофах, та Міжнародний рух Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. Це добровільний Кодекс, дотримання якого забезпечується завдяки прагненню організацій, що приєдналися до нього, підтримувати викладені в ньому норми.

В ситуації збройного конфлікту цей Кодекс поведінки має бути витлумачено та застосовано згідно з положеннями міжнародного гуманітарного права. Спочатку наведений текст самого Кодексу поведінки. Він має три додатки з описом умов роботи, які сприяють ефективному наданню гуманітарної допомоги, та створення яких ми хотіли б очікувати від приймаючих держав, держав-донорів та міжурядових організацій.

Визначення

НУО (неурядові організації) — в цьому документі означає національні та міжнародні організації, засновані окремо від уряду країни, в якій вони створені.

НУГО (неурядові гуманітарні організації) — термін створений спеціально для цього документу і охоплює складові частини Міжнародного руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця — Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Міжнародну Федерацію товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця і національні товариства, що входять до її складу, а також НУО, як визначено вище. У цьому Кодексі йдеться про ті НУГО, які займаються наданням допомоги при стихійних лихах і катастрофах.

МУО (міжурядові організації) — означає організації, засновані двома або більше урядами. Таким чином, сюди включено всі організації ООН та регіональні організації.

Стихійне лихо або катастрофа: подія катастрофічного характеру, результатом якої є загибель і значні страждання людей, а також серйозні матеріальні збитки.

КОДЕКС ПОВЕДІНКИ

Принципи діяльності Міжнародного Руху Червоного Хреста і Червоного Півмісяця та неурядових організацій (НУО) при здійсненні програм ліквідації наслідків стихійних лих і катастроф

1 Пріоритет надають нагальним гуманітарним потребам

Право отримати гуманітарну допомогу і надавати її є основоположним гуманітарним принципом, і громадяни всіх країн повинні мати можливість користуватися цим правом. Як члени міжнародного співтовариства, ми визнаємо свій обов'язок надавати гуманітарну допомогу у будь-якому місці, де у ній може виникнути потреба. Цим обумовлено необхідність безперешкодного доступу до постраждалого населення, що вкрай важливо при виконанні цього обов'язку. Основна мета нашої діяльності з надання допомоги в умовах стихійних лих і катастроф полягає в полегшенні страждань людей, які найменше здатні протистояти стресу, спричиненому стихійними лихами і катастрофами. Надання нами гуманітарної допомоги не є вираженням уподобань або політичним актом і не повинно тлумачитися таким чином.

2 Допомогу надають незалежно від раси, національності чи віросповідання того, хто її одержує, і без жодних несприятливих чи дискримінаційних відмінностей. Черговість надання допомоги визначається лише гостротою потреби в ній

Завжди, коли це можливо, при наданні допомоги ми будемо спиратися на ретельну оцінку потреб населення, що постраждало від стихійного лиха або катастрофи, та оцінку існуючих на місцях можливостей для задоволення цих потреб. У всіх наших програмах буде відображено міркування пропорційності. У будь-якому місці, де страждають люди, ми повинні полегшити ці страждання; життя має таку ж цінність в одній частині країни, як і в іншій. Таким чином, надана нами допомога відображатиме ступінь страждань, які вона має полегшити. При здійсненні цього підходу ми визнаємо ту виключно важливу роль, яку відіграють жінки там, де особливо висока ймовірність стихійних лих і катастроф. Наші програми допомоги забезпечуватимуть підтримку, а не применшення цієї ролі. Така універсальна, неупереджена і незалежна політика може бути ефективною, тільки якщо ми і наші партнери матимемо доступ до необхідних ресурсів для забезпечення неупередженої допомоги та доступ до всіх жертв катастрофи без будь-яких відмінностей.

3 Допомогу не буде використано для підтримки жодної політичної чи релігійної організації

Гуманітарну допомогу буде надано відповідно до потреб окремих осіб, сімей або груп населення. Незважаючи на право неурядових гуманітарних організацій (НУГО) дотримуватися певних політичних чи релігійних точок зору, ми твердо заявляємо, що допомога не залежатиме від того, чи поділяють цю точку зору одержувачі допомоги. Наші обіцянки щодо надання, постачання і розподіл допомоги не буде обумовлено тим, щоб одержувачі допомоги були прихильні чи приймали будь-яку політичну точку зору або віросповідання.

4 Ми прагнутимемо до того, щоб не бути інструментом внутрішньої та зовнішньої політики урядів

НУГО є організаціями, що діють незалежно від урядів. Тому ми самі визначаємо свою політику та стратегію її проведення, і не прагнемо здійснювати політику будь-якого уряду, окрім випадків, коли вона збігається з нашою власною незалежною політикою. Ми ніколи, свідомо чи в результаті неухважності, не дозволимо, щоб нас самих чи наших співробітників було використано для збору інформації політичного, військового чи економічного характеру для урядів або інших органів, інформації, яка може служити іншим цілям, окрім виключно гуманітарних. Ми також не будемо виступати як знаряддя проведення зовнішньої політики урядів, що надають нам матеріальну підтримку. Ми використовуватимемо отриману допомогу для задоволення існуючих потреб, і ця допомога не повинна надаватися через необхідність позбутися від надлишків будь-яких товарів, що належать донорів, чи бути зумовленою політичними інтересами певного донора. Ми цінуємо і заохочуємо роботу добровольців і добровільну фінансову допомогу з боку окремих осіб для підтримки нашої діяльності і визнаємо незалежність таких дій, заснованих на добровільності. Для того, щоб зберегти нашу незалежність, ми прагнутимемо до того, щоб не залежати від якогось одного джерела фінансування.

5 Ми повинні поважати культуру та звичаї

Ми намагатимемося з повагою ставитися до культури, внутрішньої організації і звичаїв окремих груп населення та країн, в яких ми працюємо.

6 Під час стихійних лих та катастроф ми повинні діяти, спираючись на місцеві засоби і можливості

У всіх людей і співтовариств — навіть під час стихійних лих і катастроф — є як вразливі сторони, так і певні можливості. Там, де дозволяє ситуація, ми будемо зміцнювати ці можливості, користуючись послугами місцевого персоналу,

купуючи матеріали, наявні на місцевому ринку, і здійснюючи торгові операції з місцевими компаніями. Там, де це можливо, ми будемо здійснювати свою діяльність через місцеві НУГО, які повинні бути нашими партнерами з планування і здійснення дій під час стихійних лих і катастроф, а також співпрацювати з місцевими урядовими структурами там, де це доречно. Ми будемо вважати першочерговим завданням належну координацію наших дій у надзвичайних ситуаціях. Ті, хто бере безпосередню участь в операціях з надання допомоги, включно з представниками відповідних організацій ООН, можуть якнайкраще здійснити ці заходи у країнах, де сталося стихійне лихо або катастрофа.

7 Необхідно знайти шляхи залучення осіб, на користь яких здійснено програму, до участі в організації заходів з гуманітарної допомоги

Гуманітарну допомогу при стихійних лихах і катастрофах в жодному разі не варто нав'язувати тим, для кого вона призначається. Ефективне надання гуманітарної допомоги та відновлення нормального життя найбільш досяжні, якщо в розробці, організації та здійсненні програми з надання допомоги беруть участь ті, в чиїх інтересах вона здійснюється. Ми будемо прагнути до того, щоб всі жителі постраждалого району брали участь у наших програмах з надання гуманітарної допомоги та відновлення.

8 При наданні гуманітарної допомоги необхідно прагнути не тільки задовольнити основні потреби, а й знизити вразливість до стихійних лих і катастроф в майбутньому

Всі акції з надання гуманітарної допомоги мають або позитивний, або негативний вплив на перспективи довгострокового розвитку. Визнаючи це, ми будемо прагнути здійснювати такі програми з надання гуманітарної допомоги, які суттєво зменшують вразливість осіб, які отримують допомогу, до майбутніх стихійних лих або катастроф, і допомагають забезпечити їм можливість самостійно задовольняти свої потреби. При розробці та організації програм з надання гуманітарної допомоги ми приділятимемо особливу увагу питанням охорони навколишнього середовища. Ми також прагнутимемо звести до мінімуму негативні наслідки гуманітарної допомоги, намагаючись не допускати тривалої залежності від допомоги, що надходить ззовні.

9 Ми підзвітні як перед тими, кому буде надано допомогу, так і перед тими, від кого отримуюємо кошти

Ми часто діємо як офіційний посередник між тими, хто бажає надати допомогу, і тими, хто потребує допомоги при стихійних лихах і катастрофах. Тому ми підзвітні перед обома сторонами. Всі наші відносини з донорами та з одержувачами допомоги повинні будуватися за принципом відкритості та гласності.

Ми визнаємо необхідність надавати інформацію про нашу діяльність — як про її фінансовий бік, так і про її ефективність. Ми визнаємо зобов'язання забезпечувати відповідний контроль за розподілом допомоги і проводити регулярну оцінку результатів надання допомоги при стихійних лихах і катастрофах. Ми також будемо відкрито надавати інформацію про результати нашої роботи і про фактори, що обмежують або, навпаки, підвищують її ефективність. Наші програми буде здійснено на високому рівні професіоналізму і компетентності, щоб звести до мінімуму марне витрачання цінних ресурсів.

10 В нашій інформаційній та рекламній діяльності особи, що постраждали від стихійних лих і катастроф, мають бути представлені як особистості, що мають гідність, а не об'єкт жалощів

Ніколи не можна втрачати повагу до жертв стихійних лих і катастроф, вони — рівноправні партнери при здійсненні діяльності. У нашій інформації для громадськості ми повинні давати об'єктивну картину ситуації, підкреслювати можливості й прагнення осіб, що постраждали внаслідок стихійного лиха чи катастрофи, а не тільки говорити про їхню уразливість і страх. Ми співпрацюватимемо із засобами масової інформації для того, щоб посилити відповідну реакцію громадськості, але при цьому не допустимо, щоб бажання привернути до себе увагу як з боку самої гуманітарної організації, так і поза нею, переважало над принципом надання гуманітарної допомоги в максимально можливому обсязі. Ми уникатимемо суперництва за висвітлення в засобах масової інформації з іншими організаціями, що надають допомогу під час стихійного лиха чи катастрофи, якщо це може зашкодити діяльності в інтересах жертв, або безпеці наших співробітників, або тих, хто є одержувачем допомоги.

Умови роботи

Погодившись в односторонньому порядку робити все можливе для дотримання вищевикладеного Кодексу, ми додаємо деякі вказівки щодо умов роботи, створення яких нам хотілося б очікувати від урядів-донорів та міжурядових організацій (в основному організацій ООН), і які дозволили б МУО ефективно брати участь у наданні допомоги при стихійних лихах і катастрофах. Ці вказівки мають силу рекомендації. Вони не є юридично обов'язковими, і ми не пропонуємо урядам і МУО підтверджувати прийняття цих вказівок підписанням будь-якого документа, хоча можна поставити таке завдання на майбутнє. Вказівки складені на основі принципів відкритості та взаємодопомоги, що допоможе нашим партнерам зрозуміти, до якого ідеалу у відносинах з ними ми прагнемо.

Додаток І: Рекомендації урядам країн, що постраждали внаслідок стихійних лих чи катастроф

1 Уряди повинні визнавати і поважати незалежний, гуманітарний і неупереджений характер діяльності НУГО

НУГО є незалежними установами. Уряди країн, що їх приймають, повинні поважати їх незалежність і неупередженість.

2 Уряди країн, що приймають НУГО, повинні негайно надати їм доступ до постраждалих у результаті стихійного лиха чи катастрофи

Щоб НУГО могли діяти відповідно до своїх гуманітарних принципів, необхідно негайно і без будь-якої упередженості надати їм доступ до постраждалих у результаті стихійного лиха чи катастрофи для надання гуманітарної допомоги. Обов'язок уряду, що приймає НУГО, в рамках виконання обов'язків суверенної держави — не перешкоджати наданню цієї допомоги та здійсненню діяльності НУГО, що стоїть поза політикою. Уряди, що приймають, повинні забезпечити негайний в'їзд персоналу, що займається наданням допомоги, в першу чергу зняти вимоги про транзитні, в'їзні і виїзні візи, або забезпечити їх швидку видачу. Уряди повинні видати дозвіл на переліт і право на посадку літакам, що перевозять предмети гуманітарної допомоги і персонал на період екстреного надання гуманітарної допомоги.

3 Уряди повинні сприяти своєчасному постачанню предметів гуманітарної допомоги та інформації у період стихійних лих та катастроф

Предмети гуманітарної допомоги і техніка, необхідна для її надання, ввозяться в країну виключно з метою полегшити страждання людей, а не заради якої-небудь комерційної вигоди або прибутку. Як правило, необхідно дозволити безкоштовне і необмежене проходження таких предметів, на які не поширювались би вимоги про наявність консульських сертифікатів про походження або накладних, ліцензій на експорт та імпорт та інші обмеження, і з яких не стягувались б податки на імпорт, посадочні або портові збори. Уряди, що приймають НУГО, повинні спрощувати тимчасовий ввіз техніки, необхідної для надання гуманітарної допомоги, в тому числі автомобілі, легкі літаки і радіотелевізійну апаратуру, тимчасово знімаючи ліцензійні та реєстраційні обмеження. Уряди також не повинні накладати обмеження на зворотний вивіз техніки після закінчення операції з надання допомоги. Щоб полегшити обмін інформацією в разі стихійного лиха чи катастрофи, урядам, що приймають НУГО, рекомендовано виділити певні радіочастоти, якими організації, які надають допомогу, могли б користуватися для обміну інформацією щодо стихійного лиха чи катастрофи в межах і за межами постраждалої країни. Варто заздалегідь повідомити ці частоти всім, хто так чи інакше пов'язаний з діяльністю щодо реагування на стихійні лиха та катастрофи. Уряди повинні надати персоналу, що займається наданням допомоги при стихійних лихах і катастрофах, повноваження на використання всіх видів зв'язку, необхідних для проведення відповідних операцій.

4 Уряди повинні прагнути створити добре налагоджені служби інформації і планування в рамках програм ліквідації наслідків стихійних лих і катастроф

Основна відповідальність за загальне планування і координацію діяльності з надання допомоги лежить на уряді, що приймає НУГО. Планування та координацію можна значно поліпшити, якщо надати НУГО інформацію про потреби в гуманітарній області та про систему планування і надання допомоги, що використовується, так само як і інформацію про можливі загрози для персоналу НУГО. Урядам пропонується надавати НУГО цю інформацію. Щоб сприяти ефективній координації зусиль з надання допомоги та досягнення їх максимальної користі, урядам, що приймають НУГО, варто заздалегідь вказати, через яких контактних осіб НУГО, що прибувають в країну, можуть підтримувати постійний зв'язок з урядовими органами.

5 Надання гуманітарної допомоги в ситуації збройних конфліктів

У ситуації збройних конфліктів діяльність з надання допомоги регулюється відповідними положеннями міжнародного гуманітарного права.

Додаток II: Рекомендації урядам і донорам

1 Уряди-донори повинні визнавати і поважати незалежний, гуманітарний і неупереджений характер діяльності НУГО

НУГО є незалежними структурами, і уряди-донори повинні поважати їх незалежність і неупередженість. Уряди-донори не повинні використовувати НУГО в будь-яких політичних або ідеологічних цілях.

2 Надаючи кошти, уряди-донори повинні гарантувати НУГО незалежність дій

Приймаючи фінансову і матеріальну допомогу від урядів-донорів, НУГО дотримуються тих же принципів, що і при наданні допомоги постраждалим від стихійних лих і катастроф, тобто принципів гуманності та неупередженості. Основну відповідальність за надання допомоги несе НУГО, тому НУГО здійснюватиме цю діяльність згідно зі своїми установками.

3 Уряди-донори повинні проявляти добру волю в тому, що стосується надання НУГО доступу до постраждалих від стихійних лих і катастроф

Уряди-донори повинні усвідомлювати, що їм необхідно брати на себе певну частку відповідальності за безпеку і свободу доступу співробітників НУГО до місця катастрофи або стихійного лиха. При необхідності вони повинні бути готові вести дипломатичні переговори з цих питань з державами, що приймають НУГО.

Додаток III: Рекомендації міжурядовим організаціям

1 МУО повинні високо цінувати партнерство з місцевими та зарубіжними НУГО

Щоб найбільш ефективно надавати допомогу при стихійних лихах і катастрофах, НУГО хотіли б співпрацювати з ООН та іншими міжурядових організаціями. Це співробітництво здійснюється на засадах партнерства, що передбачає повагу до самостійності та незалежності всіх партнерів. Міжурядові організації повинні поважати незалежність і неупередженість НУГО. При розробці планів надання допомоги органам ООН необхідно консультуватися з НУГО.

2 МУО повинні сприяти державам, що приймають НУГО, у тому, що стосується загальної координації дій з надання допомоги при стихійних лихах і катастрофах як на міжнародному, так і на місцевому рівнях

Зазвичай НУГО не мають повноважень на те, щоб здійснювати загальну координацію дій з надання допомоги при стихійних лихах і катастрофах, що вимагають реакції з боку міжнародного співтовариства. Відповідальність за таку координацію несе держава, що приймає НУГО, та відповідні керівні органи ООН. Їх закликають до того, щоб здійснювати своєчасну й ефективну координацію цієї діяльності в інтересах потерпілої держави та осіб, що займаються наданням допомоги при стихійних лихах або катастрофах на національному та міжнародному рівнях. У будь-якому випадку НУГО повинні докладати всіх можливих зусиль для забезпечення ефективної координації власних дій. У ситуації збройного конфлікту діяльність з надання допомоги регулюється відповідними положеннями міжнародного гуманітарного права.

3 МУО повинні поширювати на НУГО заходи щодо забезпечення безпеки та надання захисту, прийняті в інтересах організацій, що входять в ООН

При необхідності заходи безпеки, прийняті в інтересах міжурядових організацій, повинні поширюватися на їхніх партнерів по роботі з числа НУГО.

4 МУО повинні надавати НУГО такий же доступ до необхідної інформації, який надається органам ООН

МУО рекомендовано ділитися зі своїми партнерами по роботі з числа НУГО всією інформацією, що може сприяти ефективному виконанню програм реагування на стихійні лиха та катастрофи.

Додаток 3

Список скорочень

ACT	заснована на артемізиніні комбінована терапія (АКТ)
ALNAP	Активна навчальна мережа з метою забезпечення підзвітності та ефективності гуманітарної діяльності
ART	антиретровірусна терапія (АРТ)
ARV	антиретровірусний (АРВ)
BEmOC	базова невідкладна акушерська допомога
BMI	індекс маси тіла (ІМТ)
BMS	замінники грудного молока (ЗГМ)
BTS	служба переливання крові
CDC	Центри з контролю захворюваності (ЦКЗ)
CE-DAT	База даних складних надзвичайних ситуацій
CEDAW	Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок
CEmOC	комплексна невідкладна акушерська допомога
CFR	показник летальності
CHW	працівник медичного патронажу на місцевому рівні
CIHL	звичаєве міжнародне гуманітарне право
cm	сантиметр (см)
CMR	загальний коефіцієнт смертності (ЗКС)
CRC	Конвенція про права дитини
CRPD	Конвенція про права інвалідів
CRS	Католицька служба допомоги
CTC	центр лікування холери (ЦЛХ)
DAC	Комітет сприяння розвитку (КСР)
DPT	дифтерія, коклюш, правець
ECB	зміцнення потенціалу в галузі надання допомоги при НС (проект)
ENA	оцінка харчування в надзвичайних ситуаціях

EPI	Розширена програма імунізації (РПІ)
ETAT	Екстрене сортування, діагностика та лікування
EWARN	Раннє попередження
FANTA	Технічна допомога в області продовольства і харчування
FAO	Продовольча і сільськогосподарська організація ООН (ФАО)
FTE	працюючий з повною зайнятістю
GMO	Генетично модифікований організм (ГМО)
HAP	Партнерство з метою забезпечення підзвітності гуманітарної діяльності
HIS	Інформаційна система охорони здоров'я (ІСОЗ)
IASC	Міжорганізаційний постійний комітет (МПК)
ICC	Міжнародний кримінальний суд (МКС)
ICCPR	Міжнародний пакт про громадянські та політичні права
ICERD	Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації
ICESCR	Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права
ICRC	Міжнародний комітет Червоного Хреста (МКЧХ)
ICVA	Міжнародна рада добровольчих установ (МСДУ)
IDLO	Міжнародна організація з права розвитку
IDP	внутрішньо переміщена особа (ВПО)
IFE	годування дітей грудного та молодшого віку при НС
IFPRI	Міжнародний дослідницький інститут з розробки продовольчої політики (МІІПП)
IFRC	Міжнародна федерація товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця (МФКХ)
IGC	Міжнародна рада з зернових культур
IHL	Міжнародне гуманітарне право (МГП)
IMAI	Інтегроване ведення хвороб дорослих (ІВХД)
IMCI	Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ)
IMPAC	Інтегроване ведення вагітності та пологів (ІВВП)
INEE	Міжорганізаційна мережа з питань освіти в надзвичайних ситуаціях (ММОНС)
IPC	профілактика інфекцій та інфекційний контроль
IRS	розпилення інсектицидів залишкової дії всередині приміщень
ISPO	Міжнародне товариство протезистів і ортопедів
IYCF	годування дітей грудного та молодшого віку
km	кілометр (км)

LBW	низька маса тіла при народженні
LEDs	світлодіоди
LEGS	Керівні принципи та стандарти надання допомоги в НС з порятунку домашньої худоби
LLIN	протимоскітні сітки, оброблені інсектицидами тривалої дії
MISP	Мінімальний початковий пакет послуг
MOH	Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)
MSF	«Лікарі без кордонів»
MUAC	окружність по середині плеча (ОСП)
NCDs	неінфекційні захворювання
NCHS	Національний центр медичної статистики (НЦМС)
NFI	непродовольчі товари
NGO	неурядова організація (НУО)
NICS	Інформаційна система з харчування в кризових ситуаціях
NRC	Рада у справах біженців Норвегії
NTU	нефелометрична одиниця каламутності
OAU	Організація африканської єдності (ОАЄ) (наразі - Африканський союз)
OCHA	Управління з координації гуманітарних питань ООН (УКГВ)
OECD	Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР)
OHCHR	Управління Верховного комісара ООН з прав людини (УВКПЛ)
ORS	оральні регідратаційні солі (ОРС)
PAHO	Панамериканська організація охорони здоров'я
PEP	постконтактна профілактика
PLHIV	люди, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ)
PLWHA	люди, що живуть з ВІЛ та СНІДом (ЛЖВС)
PMTCT	профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині
PoUWT	обробка води в точці користування
Q&A	якість і підзвітність
RH	репродуктивне здоров'я (РЗ)
RNI	норми споживання поживних речовин
SCM	управління ланцюжком поставок
SEEP	Освіта та сприяння малим підприємствам (мережа)
SMART	Стандартизована система моніторингу та оцінки надання допомоги в НС та перехідні періоди
STIs	інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)

TB	туберкульоз
TIG	протиправцевий імуноглобулін
U5MR	коефіцієнт смертності серед дітей віком до 5 років
UDHR	Загальна декларація прав людини
UN	Організація Об'єднаних Націй (ООН)
UNAIDS	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС)
UNFCCC	Рамкова конвенція ООН про зміну клімату (РКЗК)
UNFPA	Фонд народонаселення ООН (ЮНФПА)
UNHCR	Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН)
UNICEF	Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку (АМР США)
VCA	аналіз уразливості і спроможності
VIP	вдосконалений вентиляований надвірний туалет
WASH	водопостачання, санзабезпечення та сприяння дотриманню гігієни
WEDC	Центр водного інжинірингу та розвитку
WFH	маса тіла - зростання
WFP	Світова продовольча програма (СПП)
WHA	Всесвітня асамблея охорони здоров'я (ВАЗ)
WHO	Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)
WSP	план безпеки води

Алфавітний показчик



А

Адміністративні приміщення 304, 306

Амбулаторні пацієнти 153, 415

Аналіз 7, 13, 17, 37, 39, 41, 44, 58, 60, 66, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 86, 99, 101, 119, 120, 167, 170, 172, 177, 178, 180, 181, 182, 204, 207, 208, 214, 217, 225, 227, 228, 230, 239, 240, 242, 243, 251, 252, 255, 256, 262, 265, 266, 267, 269, 274, 291, 293, 295, 315, 317, 323, 349, 351, 366, 367, 379, 380, 381, 382, 385, 452

Антиретровірусна терапія 18, 217, 395, 449

Арібофлавіноз 204

Асенізація 94, 95, 96, 103, 108, 118, 123, 124, 125, 127, 129, 134, 144, 149, 159, 160, 306, 374

Б

Базові стандарти ів, 1, 2, 4, 6, 7, 37, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 69, 96, 164, 171, 240, 262, 286, 292, 293, 297, 322, 346, 350

Батьки 101, 125, 172, 210, 238, 293, 351, 356

Безпека ів, 1, 2, 4, 6, 9, 11, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 38, 39, 44, 45, 46, 69, 71, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 86, 97, 99, 100, 101, 105, 109, 110, 111, 116, 117, 122, 123, 124, 126, 128, 136, 137, 141, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 195, 198, 199, 200, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 262, 274, 276, 277, 279, 287, 288, 289, 293, 295, 297, 298, 299, 300, 301, 305, 306, 307, 309, 310, 312, 315, 316, 321, 323, 324, 328, 329, 330, 332, 333, 337, 346, 347, 348, 351, 354, 358, 362, 364, 366, 374, 383, 390, 392, 401, 402, 403, 406, 408, 435, 443, 445, 446, 447, 452

Біженці ві, 18, 24, 25, 26, 99, 132, 166, 252, 339, 382, 383, 388, 407, 417, 424, 433, 434, 439, 451, 452

Біологічна зброя 431

Боротьба з переносниками інфекцій 18, 49, 78, 94, 95, 96, 98, 103, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 150, 159, 160, 197, 216, 246, 263, 307, 312, 313, 325, 345, 365, 366, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 383, 387, 394

Будівельні матеріали 127, 128, 288, 291, 298, 299, 315, 316, 317, 321, 322, 324, 335

Будівництво 42, 79, 125, 128, 149, 286, 288, 291, 295, 310, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 321, 322, 324, 330, 334, 335, 336, 338

В

Важиті жінки 126, 131, 170, 252, 268, 270, 326,

375, 388, 390, 392

Вакцинація 263, 373, 374, 383, 384, 385, 386, 388, 395

Ваучери 12, 48, 110, 162, 163, 164, 167, 170, 178, 187, 195, 200, 206, 208, 210, 221, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 255, 280, 291, 299, 320, 321, 323, 336, 340, 364

Вентиляція 289, 308, 312, 329, 358

Вигрібні ями 123, 124, 126, 135, 139, 144

Видалення твердих відходів 94, 95, 96, 98, 103, 117, 130, 134, 138, 140, 150, 159, 224, 304, 354, 374

Видалення фекалій 134

Відходи 94, 95, 96, 98, 103, 117, 130, 133, 134, 138, 139, 140, 141, 150, 155, 159, 160, 224, 288, 304, 319, 336, 354, 358, 359, 374, 393, 395

Війни 78, 166, 428, 431

Вітамін А 182, 189, 190, 191, 197, 203, 204, 205, 214, 263, 270, 384, 385

Вітамін С 182, 189, 190, 191, 197, 203, 204, 205, 214, 263, 270, 384, 385

Вітамін D 182, 189, 190, 191, 197, 203, 204, 205, 214, 263, 270, 272, 384, 385

Вітаміни 180, 216

Влада 6, 7, 23, 35, 41, 42, 44, 47, 48, 60, 67, 68, 70, 73, 77, 80, 81, 137, 140, 142, 146, 175, 228, 229, 242, 249, 296, 297, 303, 313, 315, 316, 324, 332, 334, 406

Власність на землю 34, 36, 48, 51, 295, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 315, 319, 334

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) 424, 433

Водопостачання ів, 1, 2, 4, 8, 68, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 103, 104, 105, 106, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 139, 141, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 151, 158, 167, 171, 189, 192, 220, 238, 292, 298, 301, 304, 320, 321, 348, 373, 374, 383, 452

Воші 130, 132, 133, 154

Вплив на навколишнє середовище 16, 62, 69, 78, 176, 178, 179, 195, 200, 226, 236, 239, 242, 245, 250, 252, 253, 256, 257, 326, 348, 353, 406

Вразливі групи 13, 18, 35, 42, 62, 71, 102, 105, 173, 175, 180, 192, 213, 217, 220, 232, 242, 256, 294, 310, 351, 371

Вразливі особи 61, 70, 76, 78, 120, 206, 231, 233, 236, 241, 242, 243, 255, 256, 259, 281, 297, 303, 304, 323, 334, 364, 367, 370

Г

Гендерне насилля 36, 46, 47, 49, 51, 72, 73, 99, 101, 172, 234, 293, 351

Гепатит 139, 142, 154, 358, 392, 411, 413

Гігієна ів, 1, 2, 4, 8, 14, 68, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 118, 120, 121, 123, 124, 126, 129, 133, 134, 138, 139, 141, 143, 145, 146, 147, 149, 154, 155, 158, 171, 189, 192, 218, 236, 237, 288, 301, 305, 320, 321, 322, 323, 335, 360, 374, 383, 408, 452

Гігієна харчування 236, 237

Годування 162, 163, 164, 169, 170, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 194, 198, 205, 211, 215, 218, 220, 221, 235, 237, 238, 262, 266, 278, 304, 374, 387, 394, 451

Гостра недостатність харчування, див.

Недостатність харчування 162, 163, 164, 168, 169, 170, 171, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 189, 190, 192, 193, 194, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 206, 207, 212, 216, 217, 254, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 274, 281, 373, 374, 376, 387, 412

Готовність ів, 5, 11, 14, 16, 59, 60, 72, 79, 86, 94, 99, 162, 170, 186, 205, 284, 291, 301, 316, 323, 349, 368, 378, 379, 436

Гризуні 132, 133, 134, 140, 224

Громада 10, 11, 13, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 59, 62, 63, 64, 65, 67, 71, 72, 73, 78, 79, 81, 88, 99, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 130, 146, 147, 167, 170, 173, 175, 179, 180, 189, 192, 194, 198, 199, 200, 201, 212, 215, 232, 233, 235, 236, 240, 242, 254, 264, 273, 291, 292, 294, 298, 302, 304, 314, 323, 329, 331, 336, 349, 352, 353, 354, 359, 369, 374, 375, 380, 384, 389, 390, 400, 401, 402, 403, 436

Грошова допомога в, 12, 164, 244, 296

Грудне вигодовування 184, 187, 188, 189, 190, 191, 194, 197, 198, 200, 201, 202, 262, 263, 264, 266

Грудне молоко 185, 186, 187, 188, 189, 190, 221, 263, 276, 449

Гуманітарна допомога іі, ііі, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 92, 94, 97, 138, 140, 142, 144, 156, 160, 162, 165, 174, 175, 186, 236, 238, 240, 242, 244, 246, 248, 250, 252, 254, 256, 276, 282, 284, 287, 322, 324, 326, 328, 332, 342, 344, 347, 348, 355, 394, 396, 398, 400, 402, 404, 405, 406, 424, 430, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446

Гуманітарна Хартія іі, ііі, ів, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 17, 22, 23, 24, 27, 30, 32, 33, 34, 35, 42, 43, 44, 59, 77, 78, 97, 164, 165, 286, 287, 346, 347

Гуманітарні організації 6, 7, 10, 11, 12, 22, 23, 24, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 52, 60, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 75, 80, 81, 85, 97, 99, 100, 165, 170, 171, 223, 226, 287, 291, 292, 347, 350, 392, 406, 418, 436, 439, 441

Д

Дані 22, 24, 30, 33, 35, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 102, 106, 115, 119, 121, 128, 132, 135, 137, 146, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 194, 195, 199, 200, 208, 212, 227, 262, 267, 268, 271, 294, 332, 348, 349, 351, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 375, 380, 382, 384, 385, 387, 404, 406, 408, 409, 410, 411, 434, 449

Дезінфекція 118, 148, 155, 156

Дефіцит заліза 270

Дефіцит йоду 270

Дефіцит мікронутрієнтів 162, 163, 164, 168, 170, 182, 183, 190, 192, 193, 198, 201, 203, 204, 205, 212, 214, 216, 269, 270, 281, 387

Джерела води 114, 115, 118, 119, 121, 133, 148, 228

Дифтерія 386, 387, 388, 399, 411, 413, 449

Діагноз 377, 381, 382, 411, 412

Діарея 112, 116, 117, 118, 128, 130, 134, 135, 154, 197, 203, 205, 217, 357, 373, 376, 386, 388, 409, 410, 411, 412

Дівчатка 17, 24, 36, 46, 59, 65, 70, 73, 77, 88, 99, 110, 112, 126, 128, 129, 146, 153, 178, 253, 281, 325, 341

Діти в, 13, 16, 18, 19, 36, 40, 46, 47, 49, 51, 64, 65, 72, 73, 74, 77, 85, 86, 89, 101, 107, 108, 110, 112, 116, 121, 125, 126, 127, 133, 140, 147, 153, 162, 163, 164, 168, 169, 170, 172, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 220, 221, 234, 235, 237, 238, 254, 256, 262, 263, 265, 266, 267, 270, 273, 275, 278, 279, 288, 293, 306, 310, 314, 325, 326, 327, 330, 333, 334, 336, 337, 345, 346, 348, 351, 356, 366, 367, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 384, 385, 386, 387, 388, 394, 401, 406, 407, 409, 410, 411, 412, 414, 420, 425, 426, 427, 429, 450, 451, 452

Діти молодші 5 років 372, 409, 410, 412

Діти, які потребують особливого догляду 47

Догляд 19, 24, 46, 47, 108, 125, 155, 167, 169, 184, 187, 188, 190, 192, 195, 196, 199, 201, 203, 211, 217, 218, 236, 237, 253, 254, 256, 262, 263, 265, 267, 273, 288, 310, 314, 330, 387, 389, 390, 393, 394, 395, 400, 403

Домашня худоба в, 14, 114, 115, 148, 152, 158, 167, 247, 248, 249, 250, 256, 257, 259, 291, 304, 318, 451

Домогосподарство 111, 112, 118, 119, 121, 125, 128, 132, 139, 140, 141, 156, 167, 168, 169, 170, 171, 176, 188, 197, 217, 221, 230, 231, 232, 236, 237, 247, 251, 252, 261, 300, 307, 308, 310, 311, 314, 327, 328, 329, 330, 331, 333, 337, 338, 353, 375

Допомога іі, ііі, ів, в, ві, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,

11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 94, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 114, 123, 126, 127, 130, 131, 132, 138, 140, 142, 144, 145, 146, 156, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 260, 261, 262, 264, 267, 268, 274, 276, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 302, 304, 305, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 316, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 341, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 354, 355, 357, 358, 360, 362, 363, 364, 365, 366, 368, 369, 374, 375, 376, 378, 379, 381, 384, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 420, 424, 430, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 449, 450, 451, 452

Дренаж 95, 96, 98, 103, 117, 124, 125, 130, 134, 135, 143, 144, 145, 151, 159, 305, 306, 319, 374

Е

Евакуація 45, 84, 305

Екскременти 95, 96, 98, 123, 125, 129, 133, 155

Епідеміологічні дані 132, 366, 382

Епідемія 101, 116, 118, 132, 134, 135, 147, 172, 293, 351, 357, 366, 379, 382, 383, 384, 388

Ж

Женевські конвенції 25, 166, 431, 436

Житло v, 1, 2, 4, 8, 14, 36, 48, 51, 68, 98, 134, 143, 144, 171, 239, 274, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 339, 348, 359, 373, 374, 408

Жінки 17, 18, 24, 36, 40, 46, 59, 64, 65, 70, 73, 74, 77, 83, 85, 88, 99, 101, 107, 109, 110, 112, 116, 120, 121, 125, 126, 128, 129, 131, 133, 146, 149, 170, 172, 176, 178, 187, 188, 189, 212, 213, 215, 216, 220, 229, 231, 232, 233, 234, 237, 238, 241, 243, 245, 251, 252, 253, 254, 256, 258, 265, 268, 270, 271, 273, 281, 293, 303, 304, 314, 325, 326, 331, 334, 335, 337, 339, 341, 351, 356, 361, 370, 375, 388, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 406, 426, 427, 440, 449

Жовтятиця 411, 412

З

Забезпечення захисту iv, 1, 2, 6, 7, 12, 16, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 50, 51, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 84, 94, 100, 111, 125, 126, 128, 162, 171, 177, 178, 187, 188, 203, 209, 210, 211, 218, 220, 228, 231, 232, 233, 234, 243, 244, 248, 252, 253, 256, 284, 292, 300, 306, 310, 314, 344, 350, 367, 370, 372, 389, 392, 397, 400, 401, 435

Забезпечення харчуванням 298

Забруднення 17, 116, 121, 125, 126, 140, 143, 237, 247

Загальний коефіцієнт смертності (ЗКС) 182, 348, 371, 372, 407, 414, 449

Загиблі 139, 142, 159, 160, 354, 359, 370, 397

Засоби до існування iv, 16, 19, 26, 47, 75, 111, 162, 163, 164, 167, 168, 170, 174, 175, 177, 178, 179, 183, 206, 208, 209, 210, 212, 214, 216, 226, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 253, 255, 256, 258, 262, 277, 288, 291, 296, 301, 307, 308, 310, 313, 314, 315, 318, 331, 335, 338

Засоби правового захисту 37, 47

Захворювання, див. Хвороба 18, 86, 97, 98, 99, 100, 101, 104, 106, 113, 115, 117, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 142, 150, 155, 169, 172, 192, 195, 197, 202, 203, 204, 205, 216, 217, 263, 293, 300, 307, 312, 329, 345, 346, 348, 349, 351, 354, 357, 358, 362, 365, 366, 368, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 393, 398, 403, 404, 405, 407, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 419, 420, 421, 451

Захворювання, які передаються через воду 95, 96, 98, 133, 154

Захоронення 228

Збитки 7, 14, 16, 20, 32, 33, 34, 38, 39, 43, 44, 64, 79, 106, 141, 215, 226, 231, 240, 253, 329, 377, 399, 401, 402

Збір і ліквідація відходів 96, 138

Збройні сили 12, 45, 46, 69, 406

Збройні угруповання 16, 18

Зв'язок iii, 14, 18, 35, 38, 56, 62, 64, 67, 69, 74, 82, 97, 100, 101, 109, 115, 120, 128, 165, 170, 171, 177, 187, 188, 192, 202, 208, 210, 212, 221, 222, 228, 242, 243, 250, 257, 264, 267, 268, 271, 287, 292, 295, 298, 316, 320, 322, 323, 324, 332, 336, 347, 349, 350, 360, 366, 380, 383, 390, 394, 433, 434, 435, 436, 445

Звіти 41, 67, 71, 75, 81, 180, 220, 225, 344, 345, 346, 365, 367, 380, 409

Землетрус 167, 297, 300, 349, 397

Зловживання 7, 40, 76, 78, 233

Зміни клімату 79, 179, 315, 318

Зниження ризику НС v, 10, 11, 12, 14, 16, 17,

44, 46, 60, 76, 77, 78, 79, 98, 105, 106, 116, 118, 119, 128, 182, 188, 189, 203, 240, 263, 267, 305, 312, 315, 348, 370, 371, 376, 377, 389, 391, 404, 436, 440

И

Інвалідність 19, 20, 25, 51, 61, 89, 146, 169, 211, 217, 341, 356, 397, 399, 425

Інфекційні захворювання 18, 49, 130, 136, 142, 197, 216, 263, 313, 345, 346, 348, 349, 354, 357, 358, 365, 366, 370, 373, 376, 377, 378, 379, 381, 383, 387, 403, 417, 420

Інфекції, які передаються статевим шляхом (ІПСШ) 98, 103, 123, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 140, 150, 151, 202, 205, 267, 307, 337, 356, 373, 374, 379, 384, 389, 391, 392, 393, 394, 395, 399, 405, 452

Ї

Їжа 40, 97, 105, 107, 113, 114, 116, 120, 121, 122, 127, 129, 149, 155, 166, 167, 168, 169, 170, 176, 189, 207, 210, 212, 216, 217, 218, 219, 220, 228, 232, 233, 236, 237, 238, 250, 263, 288, 289, 304, 306, 307, 309, 310, 314, 320, 322, 327, 328, 329, 330, 337

К

Кількість води 95, 96, 113, 114, 115, 120, 121, 147, 152

Кір 101, 172, 182, 203, 205, 216, 263, 293, 351, 373, 376, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 409, 410, 411, 412, 413

Кластер 36, 227

Клініцисти 360, 413, 415

Кодекс поведінки 1, 2, 437, 438, 439

Комарі 126, 130, 131, 132, 134, 135, 154, 375, 376

Комахи 132, 133, 154, 224, 374

Компенсація 34, 48

Конфіденційна інформація 40, 41, 44

Конфлікт ii, v, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 42, 44, 45, 46, 59, 60, 61, 62, 71, 73, 76, 78, 98, 148, 166, 207, 226, 228, 245, 262, 298, 300, 301, 303, 334, 347, 370, 373, 380, 397, 424, 425, 430, 431, 432, 439, 446, 447

Координація v, 5, 7, 12, 20, 27, 56, 58, 66, 67, 68, 69, 87, 100, 108, 111, 170, 171, 185, 226, 292, 297, 332, 344, 346, 349, 350, 368, 369, 383, 389, 400, 436, 445, 447, 451

Л

Летальність 366, 379, 383, 384, 415, 449

Лихо, див. НС vi, 1, 12, 27, 43, 61, 63, 78, 88, 97, 165, 167, 168, 287, 300, 315, 347, 348, 373, 397, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 442, 443, 444, 445, 446

Лікарні 44, 152, 120, 347, 354, 357, 375, 403, 409, 410

Лікарські засоби 362, 363, 364, 377, 381, 387, 404, 405, 408, 417

Літні люди v, 13, 18, 19, 40, 46, 53, 64, 65, 73, 77, 78, 90, 100, 116, 126, 127, 131, 170, 217, 229, 234, 238, 252, 265, 268, 273, 304, 326, 327, 335, 370, 406, 425, 429

Люди з обмеженими можливостями, див.

Інваліди ii, iii, iv, v, 4, 6, 7, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 49, 53, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 73, 77, 78, 79, 82, 85, 90, 100, 101, 106, 107, 108, 111, 114, 115, 116, 118, 121, 123, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 140, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 155, 166, 167, 168, 170, 172, 175, 182, 194, 195, 209, 212, 213, 217, 218, 228, 229, 232, 233, 234, 237, 238, 243, 245, 251, 252, 254, 256, 259, 264, 265, 268, 273, 274, 289, 293, 295, 297, 298, 300, 303, 304, 308, 309, 310, 312, 326, 327, 333, 334, 335, 351, 361, 370, 375, 389, 393, 397, 406, 425, 428, 429, 439, 440, 442, 445, 449, 451

Люди, що живуть із ВІЛ iii, 4, 13, 18, 19, 22, 23, 24, 33, 38, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 59, 60, 61, 64, 73, 78, 79, 98, 101, 108, 112, 114, 116, 121, 126, 131, 133, 134, 142, 143, 149, 150, 172, 182, 194, 195, 210, 212, 213, 217, 234, 238, 268, 273, 289, 293, 295, 297, 298, 304, 313, 326, 327, 351, 361, 370, 389, 394, 395, 397, 439, 440, 445, 451

Люди, що постраждали від НС, див.

Постраждале населення iii, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 30, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 94, 98, 99, 101, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 131, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 149, 150, 162, 166, 172, 177, 182, 186, 192, 194, 195, 199, 204, 206, 208, 210, 212, 213, 215, 217, 219, 230, 231, 234, 238, 240, 243, 244, 251, 255, 258, 259, 262, 263, 268, 269, 273, 284, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 320, 321, 324, 325, 326, 327, 330, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 344, 348, 350, 351, 355, 356, 361, 363, 364, 367, 370, 385, 386, 389, 392, 394, 395, 397, 406, 439, 440, 445, 451

М

Малярія 132, 134, 135, 136, 150, 154, 190, 197, 205, 216, 263, 357, 373, 374, 375, 376, 377, 380, 382, 383, 387, 409, 410, 411, 412

Матері, що годують грудьми 188, 197, 202

Медичне обслуговування 4, 8, 49, 86, 97, 98, 130, 136, 141, 142, 165, 169, 171, 183, 189, 190, 191, 201, 205, 216, 240, 263, 301, 304, 305, 312, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 353, 354, 355, 357, 360, 363, 364, 365, 366, 370, 371, 373, 376,

377, 378, 383, 384, 386, 387, 389, 393, 397, 400, 403, 404, 406, 407, 419

Медичні відходи 141, 159, 160, 354, 358, 395

Медичні заклади 138, 141, 143, 147, 149, 180, 201, 347, 354, 355, 356, 358, 371, 375, 387, 397, 407, 409, 410, 413

Медичні центри 120, 126, 146, 291, 390, 402

Менінгококовий менингіт 357, 380, 381, 382

Менструація 129

Мило 105, 111, 112, 121, 129, 149

Миття 105, 120, 121, 122, 125, 126, 129, 136, 141, 144, 145, 151, 152, 154, 155, 237, 310

Миття рук 105, 121, 125, 126, 129, 152, 237

Мігранти 18

Міжнародне право 24, 25, 36, 42, 43, 425, 431

Мікронутрієнти 164, 168, 170, 179, 181, 182, 183, 189, 190, 192, 193, 198, 201, 203, 204, 205, 212, 214, 215, 216, 217, 269, 270, 281, 387

Мінімальні стандарти ii, iii, 1, 2, 4, 5, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 160, 162, 164, 165, 166, 171, 172, 174, 186, 187, 233, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 275, 276, 277, 282, 283, 284, 287, 288, 293, 295, 301, 316, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 332, 333, 342, 343, 344, 347, 351, 353, 356, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 430, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 17, 20, 22, 23, 24, 27, 28, 54, 56, 59, 79, 80, 83, 92, 93, 94, 97, 98, 100, 101, 103, 115

Моніторинг 13, 16, 27, 60, 80, 81, 82, 83, 90, 100, 106, 107, 108, 110, 117, 119, 171, 181, 183, 185, 186, 190, 191, 192, 194, 195, 196, 202, 204, 208, 211, 216, 222, 225, 230, 235, 236, 240, 242, 243, 244, 245, 247, 250, 269, 284, 292, 311, 324, 331, 350, 358, 364, 367, 369, 372, 412, 452

Мухи 126, 130, 132, 134, 135, 138, 140, 141, 154

Н

Навколишнє середовище 12, 14, 16, 17, 26, 60, 61, 63, 73, 74, 90, 96, 99, 103, 113, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 134, 136, 138, 139, 140, 148, 150, 154, 177, 178, 179, 210, 220, 222, 224, 228, 233, 263, 264, 271, 274, 286, 288, 291, 297, 301, 308, 317, 318, 319, 331, 334, 336, 337, 340, 358, 374, 408, 435, 442

Навчання vi, 46, 56, 58, 65, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 89, 99, 109, 110, 117, 119, 136, 147, 170, 186, 204, 218, 225, 227, 243, 246, 247, 254, 275, 291, 314, 330, 331, 335, 338, 349, 354, 355, 358, 360, 361, 376, 387, 388, 390, 394, 403

Надання першої допомоги ii, iii, vi, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 33, 34, 35, 38, 39, 43, 45, 46, 48, 49, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69,

70, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 92, 94, 99, 100, 108, 123, 132, 138, 140, 142, 144, 156, 160, 162, 170, 171, 177, 181, 183, 186, 189, 195, 197, 199, 201, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 227, 231, 234, 236, 237, 238, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 248, 250, 252, 254, 255, 256, 261, 264, 276, 282, 284, 287, 289, 290, 291, 292, 296, 297, 299, 304, 309, 310, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 328, 332, 334, 335, 342, 343, 344, 346, 347, 348, 350, 351, 354, 355, 357, 362, 363, 364, 365, 366, 368, 369, 378, 379, 384, 387, 390, 391, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 434, 435, 437, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 450, 451, 452

Надзвичайна ситуація, див. НС ii, iii, 10, 13, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 33, 45, 59, 95, 96, 98, 99, 114, 119, 126, 128, 146, 147, 153, 166, 167, 170, 178, 183, 186, 189, 190, 192, 199, 200, 209, 217, 231, 239, 241, 242, 247, 253, 258, 259, 260, 262, 268, 271, 288, 291, 303, 344, 348, 349, 353, 372, 405, 407, 415, 424, 430, 432, 435, 436, 437

Населення, яке приймає 61, 79, 334

Насіння 177, 239, 248, 249, 250, 256, 257, 260, 261

Національна влада 6, 386

Невислання 26

Недискримінація 25, 428

Неінфекційне захворювання 345, 346, 357, 370, 378, 403, 404, 405, 409, 410, 419, 421, 451

Немовлята 112, 131, 184, 187, 189, 190, 201, 262, 265, 270, 275, 279, 326, 337, 384, 388

Непродовольча допомога v, 1, 2, 4, 8, 110, 111, 220, 238, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 296, 297, 307, 311, 312, 314, 316, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 336, 341, 374, 375, 376

Неупередженість 17, 24, 43, 224, 227, 231, 371, 446, 447

Ніацин 213, 272

Новонароджені 131, 187, 188, 346, 386, 387, 393

О

Обмеження свободи 30

Обробка і зберігання води 95, 96, 118, 119

Одяг 24, 114, 122, 131, 133, 155, 253, 284, 285, 286, 299, 320, 322, 325, 326, 336, 337, 359, 427

Організації громадянського суспільства 67, 99, 170, 231, 291

Особиста гігієна 103, 110, 113, 120, 133, 154, 321, 322, 335

Охорона здоров'я v, 19, 53, 68, 72, 73, 99, 135, 142, 147, 166, 180, 185, 189, 192, 193, 195, 196, 197, 199, 201, 202, 203, 204, 214, 216, 218, 221, 228, 256, 264, 270, 296, 301, 305, 312, 315, 322,

333, 336, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 376, 377, 378, 379, 380, 383, 384, 386, 387, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 397, 398, 399, 400, 401, 403, 405, 407, 408, 416, 418, 419, 449, 450, 451, 452

Охорона здоров'я дітей 197, 384, 386

Оцінювання 5, 7, 9, 13, 16, 27, 37, 38, 39, 42, 56, 58, 60, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 81, 82, 83, 84, 88, 89, 90, 94, 100, 102, 105, 108, 110, 117, 120, 132, 140, 146, 162, 163, 164, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 193, 202, 204, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 216, 219, 220, 221, 225, 226, 227, 230, 231, 239, 240, 241, 242, 243, 246, 248, 251, 256, 258, 260, 261, 262, 265, 266, 268, 269, 271, 274, 276, 277, 278, 284, 294, 295, 297, 298, 300, 301, 305, 307, 308, 311, 312, 315, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 325, 332, 333, 344, 345, 346, 349, 350, 351, 359, 363, 365, 366, 367, 372, 380, 382, 383, 384, 386, 395, 397, 402, 404, 406, 411, 412, 443, 450

Оцінювання обстановки 13, 38, 42

П

Паливо 40, 190, 209, 210, 220, 233, 238, 286, 299, 304, 318, 319, 322, 328, 329, 330, 337

Пелагра 204

Пелюшки 112, 125

Переміщене населення 25, 34, 133, 252, 289, 292, 295, 298, 303, 306, 316, 322, 332, 334, 336, 355, 384, 388

Переносники інфекцій 95, 96, 98, 103, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 143, 145, 149, 150, 151, 154, 159, 160, 300, 302, 307, 312, 313, 325, 337, 373, 374, 375, 376, 383

Пересувні клініки 354, 357

Печі 209, 238, 286, 307, 312, 328, 329, 330, 337

Питна вода 113, 118, 120, 123, 158, 233, 238

Підгодовування 187, 188, 190, 197

Підгузки 112, 140

Підзвітність ii, iii, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 27, 59, 65, 81, 82, 84, 106, 186, 222, 224, 225, 230, 243, 437, 449, 450, 451

Пневмонія 376, 377

Повені 74, 125, 126, 127, 129, 143, 167, 249, 252, 297, 300, 318, 349

Поверхневі води 125, 143, 145, 305, 311, 312

Показники смертності 407

Польові шпиталі 354, 357

Померлі 139, 142, 159, 160, 196, 304, 354, 359, 382, 398, 414, 415

Порушення прав 7, 36, 37, 45, 84, 428

Поселення v, 34, 40, 130, 132, 134, 139, 140, 141, 143, 144, 288, 290, 296, 297, 298, 299, 301, 306, 310, 324, 334, 336

Постільні речі 133, 284, 285, 286, 320, 325, 326, 336, 337

Посуха 16, 74, 115, 167, 210, 248, 249, 257

Потреби 7, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 23, 25, 26, 33, 42, 43, 60, 61, 67, 68, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 88, 94, 95, 96, 97, 104, 105, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 127, 146, 147, 148, 158, 162, 163, 164, 167, 170, 177, 178, 179, 184, 188, 198, 206, 207, 208, 209, 210, 213, 214, 215, 217, 229, 231, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 247, 249, 251, 252, 261, 263, 271, 272, 273, 274, 278, 281, 284, 289, 292, 295, 296, 297, 298, 299, 303, 304, 311, 314, 316, 317, 320, 321, 322, 323, 325, 326, 327, 328, 330, 334, 335, 336, 341, 347, 348, 355, 357, 359, 361, 364, 366, 370, 371, 384, 400, 401, 402, 403, 440, 441, 442

Права людини 7, 24, 26, 65, 75, 78, 79, 84, 98, 287, 339, 367, 389, 403, 424, 425, 428, 429, 434

Правець 139, 142, 392, 398, 399, 411, 412, 413, 449

Прання 112, 120, 121, 122, 129, 133, 144

Працівники громадської охорони здоров'я 73, 109, 147, 189, 233, 239, 335, 360, 361, 362, 378, 397, 399, 400, 401, 409, 410

Працівники гуманітарних організацій 40, 73, 109, 147, 189, 233, 239, 335, 360, 361, 362, 378, 397, 399, 400, 401, 409, 410

Працівники охорони здоров'я 73, 109, 147, 189, 233, 239, 335, 360, 361, 362, 378, 397, 399, 400, 401, 409, 410

Предмети домашнього вжитку 141, 238, 284, 285, 299, 312, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 336, 444, 445

Приватний сектор 6, 12, 23, 69, 250

Приватність 126

Приготування їжі 40, 97, 113, 116, 120, 121, 122, 210, 216, 219, 220, 237, 238, 288, 304, 306, 307, 310, 314, 322, 327, 328, 329, 330, 337

Принцип гуманності 24, 165

Принципи забезпечення захисту 2, 6, 7, 14, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 42, 44, 52, 59, 62, 63, 66, 69, 80, 82, 83, 84, 85, 88, 97, 100, 114, 125, 126, 128, 165, 171, 178, 180, 185, 198, 200, 224, 232, 247, 252, 279, 284, 287, 292, 306, 347, 350, 353, 354, 355, 360, 364, 369, 371, 386, 387, 388, 397, 399, 402, 424, 429, 430, 432, 434, 436, 437, 444, 446, 451

Програми додаткового харчування 8, 15, 19, 60, 63, 67, 68, 77, 78, 85, 86, 98, 99, 100, 118, 127, 132, 170, 174, 175, 183, 185, 191, 193, 194, 197,

198, 199, 203, 204, 207, 212, 223, 226, 227, 231, 244, 245, 253, 255, 257, 264, 267, 271, 292, 297, 301, 323, 334, 350, 358, 375, 378, 395, 408, 436, 440, 442, 445, 448

Програми допомоги 8, 62, 63, 64, 67, 76, 77, 78, 79, 80, 99, 171, 174, 183, 187, 207, 209, 219, 231, 244, 251, 254, 255, 292, 316

Продовольча безпека 1, 4, 110, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 187, 188, 190, 192, 195, 198, 199, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 226, 229, 230, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 262, 274, 276, 277, 279, 301, 316, 321, 323, 324, 329, 364, 374, 408

Продовольча допомога iv, 8, 77, 162, 163, 164, 167, 170, 177, 178, 182, 183, 186, 187, 190, 192, 195, 198, 200, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 243, 244, 253, 257, 274, 316, 324, 329, 374, 435

Продукти 39, 105, 112, 123, 132, 133, 140, 164, 166, 167, 174, 176, 182, 185, 186, 190, 195, 196, 197, 198, 200, 206, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 250, 252, 253, 254, 256, 257, 263, 269, 277, 288, 322, 327, 329, 354, 356, 374

Продуктові пайки 215, 216

Протимоскітні сітки 131, 132, 337, 374, 375, 383, 451

Протокол 25, 43, 166, 354, 355, 361, 367, 376, 377, 379, 380, 387, 398, 426, 427, 430, 431, 433, 435, 436

Процес прийняття рішень iv, vi, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 16, 19, 20, 27, 30, 33, 45, 46, 48, 56, 59, 64, 68, 69, 71, 75, 79, 94, 100, 102, 107, 132, 138, 141, 162, 171, 173, 178, 202, 222, 227, 232, 241, 242, 284, 289, 292, 294, 297, 299, 303, 313, 315, 317, 344, 350, 351, 353, 361, 366, 367, 369, 388, 398, 432, 436

Психічне здоров'я 49, 52, 86, 345, 346, 370, 400, 418, 421, 427

Психосоціальна підтримка 13, 14, 20, 46, 47, 49, 52, 68, 83, 341, 400, 402, 418

Пункт водопостачання 40, 42, 113, 115, 120, 143, 144, 145, 148, 151, 195, 200, 225, 226, 227, 228, 230, 233, 234, 235, 243, 289, 291, 296, 300, 302, 304, 305, 306, 319, 324, 335, 374

Р

Раннє відновлення v, 11, 60, 76, 79, 88, 401, 403

Репродуктивне здоров'я 188, 191, 201, 345, 346, 368, 370, 389, 391, 393, 417, 420, 451

Рибофлавін 214, 272

Ризики v, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 37, 38, 40, 44, 46, 48, 60, 70, 74, 75, 76, 77, 79, 86, 97, 99, 101, 104, 105, 108, 117, 119, 131, 133, 134, 142, 148, 168, 170, 172, 175, 177, 179, 182, 184, 187, 191, 195, 200, 201, 203, 204, 206, 207, 209, 212, 217, 218, 220, 227, 228, 233, 234, 239, 240, 241, 243, 246, 250, 252, 253, 254, 256, 263, 266, 268, 288, 291, 293, 296, 297, 298, 300, 302, 303, 305, 307, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 326, 332, 333, 335, 348, 349, 351, 358, 359, 370, 373, 375, 378, 380, 382, 384, 385, 386, 387, 389, 394, 395, 399, 400, 403, 406, 411, 414, 428, 435, 436

Рівень захворюваності 85, 132

Розмінування 36, 53

Розміщення, див. Житло v, 1, 2, 4, 8, 78, 134, 143, 144, 148, 194, 199, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 310, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 322, 323, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 340, 359, 374

С

Санзабезпечення iv, 2, 8, 27, 94, 95, 96, 103, 115, 403, 452

Свобода пересування 42, 44, 45, 426

Сексуальна експлуатація 46, 293, 314

Сексуальне насилля 367, 390, 391, 392

Сеча 270

Системи охорони здоров'я 17, 80, 82, 109, 119, 121, 122, 177, 183, 195, 197, 199, 204, 210, 224, 225, 228, 246, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 291, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 353, 355, 357, 359, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 368, 376, 378, 379, 383, 386, 392, 393, 395, 407, 408, 416, 419

Системи розподілу ii, 5, 6, 17, 47, 62, 80, 82, 98, 109, 119, 121, 122, 124, 143, 144, 147, 177, 178, 180, 181, 183, 195, 197, 199, 204, 205, 210, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 242, 246, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 277, 291, 302, 305, 344, 347, 348, 349, 353, 357, 359, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 368, 376, 378, 379, 383, 386, 392, 393, 395, 398, 401, 403, 405, 407, 408, 437

Сітки 131, 132, 252, 325, 337, 374, 375, 383, 451

Смертність 74, 130, 169, 182, 183, 192, 198, 202, 263, 266, 270, 348, 349, 359, 366, 367, 370, 371, 372, 373, 376, 377, 384, 386, 391, 392, 397, 399, 404, 407, 409, 410, 411, 414, 449, 452

СНІД, див. ВІЛ і СНІД 13, 73, 79, 100, 115, 116, 121, 195, 199, 210, 217, 232, 274, 412, 451

Соціальна мобілізація 374, 383

Соціальні контакти 20, 62, 67, 85, 208, 245, 261, 402

Спалахи 117, 132, 182, 263, 346, 357, 358, 365, 373, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 387, 388,

410, 411

Стан здоров'я населення 25, 99, 119, 175, 176, 177, 179, 180, 182, 183, 188, 189, 197, 200, 202, 204, 207, 214, 216, 263, 265, 266, 267, 274, 305, 317, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 355, 356, 360, 367, 372, 386, 387, 399, 405, 407, 408, 414, 428

Стан харчування iii, 35, 42, 107, 165, 168, 175, 176, 179, 180, 189, 197, 202, 233, 236, 257, 263, 265, 266, 274, 289, 316, 320, 349, 365, 366, 406, 407, 408, 426

Стічні води 124, 138, 143, 144, 145, 155

Стратегії пристосування 12, 17, 19, 70, 76, 101, 167, 168, 172, 178, 206, 207, 208, 209, 259, 264, 369, 436

Сухі пайки 39, 193, 194, 197, 232

Т

Табір 38, 40, 43, 45, 73, 99, 109, 134, 155, 194, 199, 210, 231, 284, 289, 290, 295, 298, 302, 306, 367, 382, 383, 384, 388, 411, 439

Теплові характеристики 326

Тимчасове житло v, 4, 68, 134, 143, 144, 171, 274, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 299, 300, 301, 303, 307, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 338, 348, 359, 373, 374, 408

Тиф 130, 154, 380, 411, 413

Травми 345, 346, 370, 397, 398, 399, 409, 410, 411, 412, 418, 421

Транспарентність 27, 56, 58, 75, 80, 81, 85, 89, 212, 224, 243

Транспорт 69, 239, 240, 243, 244, 259

Трупи 155, 301, 359

Туалети 95, 96, 105, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 135, 149, 151, 152, 153, 155, 233, 305

Туберкульоз 18, 101, 172, 263, 293, 351, 378, 452

У

Управління ланцюгом постачання 164, 212, 224, 225, 226, 279, 451

Ф

Фекалії 108, 117, 124, 125, 134, 140, 154, 155

Х

Харчування iv, 1, 2, 4, 8, 16, 24, 39, 97, 98, 100, 105, 112, 120, 132, 133, 134, 140, 147, 152, 153, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224,

225, 226, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 271, 274, 276, 277, 280, 281, 288, 301, 322, 327, 347, 348, 373, 374, 375, 376, 384, 387, 403, 408, 409, 410, 411, 412, 427, 450

Хімічні засоби 96, 130, 134, 136

Хлопчики 17, 18, 24, 36, 59, 70, 77, 88, 153, 281, 325, 341

Холера 154, 379, 382, 409, 410, 411, 413

Хронічна недостатність харчування 168

Хронічні захворювання 195, 378, 403, 404, 405

Ц

Центри з лікування холери (ЦЛХ) 95, 96, 120, 155, 295, 298, 305, 306, 402

Цинга 204

Ч

Чисельність населення 78, 306, 365, 409, 410, 411, 412, 413, 414

Ш

Шкода 34, 43, 49, 63, 178, 206, 210, 221, 228, 246, 253, 257, 299, 308, 310, 319, 349, 439, 443

Школа 44, 64, 65, 108, 126, 146, 212, 237, 291, 304, 305, 312, 315, 333, 336, 356

Я

Якість ii, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 56, 59, 60, 64, 67, 68, 73, 74, 79, 80, 81, 82, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 158, 162, 164, 167, 170, 171, 172, 181, 182, 195, 196, 197, 200, 211, 220, 222, 223, 225, 226, 230, 238, 246, 249, 250, 261, 269, 279, 284, 293, 308, 313, 316, 319, 344, 348, 350, 364, 367, 377, 380, 383, 391, 400, 408, 451

Відвідайте сайт проекту «Сфера»

www.sphereproject.org

Замовити посібник проекту «Сфера» в Інтернеті можна на сайті

www.practicalactionpublishing.org/sphere

Гуманітарна Хартія і мінімальні стандарти при наданні гуманітарної допомоги

Проект «Сфера» є ініціативою, спрямованою на встановлення та просування стандартів, на які світове співтовариство повинно орієнтуватися під час надання допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій.

За допомогою цього посібника проект «Сфера» прагне до досягнення того, щоб у всьому світі дотримувалося право всіх постраждалих від НС людей на відновлення життя і джерел забезпечення засобів до існування, і при цьому враховувалася їхня думка й надавалося сприяння збереженню їхнього людського достоїнства та забезпеченню безпеки.

До цього посібника входять:

- ▶ Гуманітарна хартія: сукупність правових і моральних принципів, що відображають права постраждалого від НС населення;
- ▶ Принципи забезпечення захисту;
- ▶ Базові та мінімальні стандарти для чотирьох ключових секторів гуманітарної допомоги, спрямованих на порятунок життя: водопостачання, санзабезпечення і сприяння дотриманню гігієни; продовольча допомога та харчування; забезпечення житлом, організація розміщення та непродовольча допомога; медичне обслуговування.

У них пояснено, **чого необхідно досягти в ході надання гуманітарної допомоги, щоб забезпечити виживання і відновлення постраждалого населення в стабільних умовах і з дотриманням людської гідності.**

Посібник проекту «Сфера» – результат спільної зацікавленої роботи багатьох організацій та окремих осіб, який є для гуманітарного сектора **універсальним засобом спілкування з метою реалізації співробітництва в галузі поліпшення якості й підзвітності в надзвичайних ситуаціях і конфліктах.**

Посібник проекту «Сфера» містить низку додаткових стандартів: мінімальні стандарти щодо захисту дітей (CPMS), INEE з питань освіти в НС, LEGS із питань надання правової допомоги в НС із порятунку домашнього худоби і мінімальні стандарти відновлення економіки (MERS). Отже, проект «Сфера» розширює можливості застосування посібника, коли з'являються нові потреби в гуманітарному секторі.

INEE



Проект «Сфера» було розпочато в 1997 році групою гуманітарних неурядових організацій спільно з Рухом Червоного Хреста і Червоного Півмісяця.

ISBN 978-0-9948301-1-1



9 780994 830111 >