

دليل اسفير

الميثاق الإنساني
والمعايير الدنيا
في الاستجابة الإنسانية



طبعة 2018



دليل اسفير

الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا
في الاستجابة الإنسانية

ما هو اسفير؟

الميثاق الإنساني

مبادئ الحماية

المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة

المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة

الأمن الغذائي والتغذية

المأوي والمستوطنات البشرية

الصحة



جمعية اسفيير

Rue de Varembé 3

1202 جينيف، سويسرا

البريد الإلكتروني: info@spherestandards.org

الموقع الإلكتروني: www.spherestandards.org

الإصدار الأول 2000

الإصدار الثاني 2004

الإصدار الثالث 2011

الإصدار الرابع 2018

حقوق النسخ محفوظة لجمعية اسفيير 2018

Groupe URD CHS Alliance وجمعية اسفيير و 2018

جميع الحقوق محفوظة وهذه المادة خاضعة لحقوق النسخ، ولكن من الممكن إعادة نسخها دون رسوم لأغراض تعليمية، بما في ذلك الأنشطة التدريبية والبحثية والبرمجية بشرط أن يكون حامل حقوق النسخ معروفاً. وهي غير مخصصة لإعادة البيع. للنسخ في ظروف أخرى والنشر عبر الانترنت وإعادة الاستخدام في نشرات أخرى أو للترجمة أو التكيف إلا بالحصول على تصريح مكتوب عن طريق إرسال بريد إلكتروني على العنوان .info@spherestandards.org

يتوفر فهريء لهذا المطبوع بالمكتبة البريطانية ومكتبة الكونجرس الأمريكية.

ISBN 978-1-908176-431 PBK

ISBN 978-1-908176-639 EPUB

ISBN 978-1-908176-738 PDF

اقتباس: جمعية اسفيير دليل اسفيير: الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة الإنسانية، الطبعة الرابعة، جينيف، سويسرا، 2018.
www.spherestandards.org/handbook

بدأ اسفيير في عام 1997 من قبل مجموعة من المنظمات غير الحكومية وحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر لتطوير مجموعة من المعايير الدنيا العالمية في المجالات الأساسية للاستجابة الإنسانية: دليل اسفيير. الهدف من هذا الدليل هو تحسين نوعية الاستجابة الإنسانية في حالات الكوارث والزماءات، وتعزيز مسأله العمل الإنساني للأشخاص المتأثرين بالأذمة. إن الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة الإنسانية هي نتاج التجربة الجماعية للعديد من الأشخاص والوكالات. ولذلك ينبغي أن ينظر إليهم على أنهem يمثلون آراء أي وكالة. في عام 2016، تم تسجيل اسفيير باسم جمعية اسفيير.

وتم توزيعه لصالح جمعية اسفيير من قبل دار نشر Practical Action Publishing ووكالاتها وممثليها في جميع أنحاء العالم. إن دار نشر Practical Action Publishing (شركة بالمملكة المتحدة مسجلة برقم 1159018) هي شركة نشر مملوكة كلياً ل Practical Action. وتعمل فقط لدعم أهدافها الخيرية الأساسية.

Practical Action Publishing, 27a Albert Street, Rugby, CV21 2SG

هاتف +44 (0)1926 634501; فاكس +44 (0)1926 634502

موقع الكتروني: <https://developmentbookshop.com/sphere>

تصميم: Non-linear Design Studio، ميلان، إيطاليا

طباعة: Shortrun Press، المملكة المتحدة.

طبعاً: vPrompt eServices, India

الترجمة للعربية مقدمة من (info@cpls.com) CPSL

المحتويات

v	مقدمة
vii	شكر وتقدير
1	ما هو اسفير؟
25	الميثاق الإنساني
31	مبادئ الحماية
47	المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة
83	الإمداد بالمياه والإصلاح والنهوض بالنظافة (WASH)
149	الأمن الغذائي والتغذية
221	المأوى والمستوطنات البشرية
269	الصحة
347	الملاحق
350	الملحق 1 الأساس القانوني لاسفير
	الملحق 2 مدونة قواعد السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر
361	والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث
368	الملحق 3 اختصارات ومصطلحات
371	الفهرس

مقدمة

يحتفل دليل اسفير بالذكرى العشرين لنشائه بنشر هذه الطبعة الرابعة له. وهو نتاج حشد مكثف على مدار العام للأطراف الفاعلة في المجال الإنساني في جميع أنحاء العالم، ويعكس خبرة تمتد لعشرين عاماً في استخدام المعايير في عمليات الخط الأمامي، وتطوير السياسات والدعوة للحفاظ على الجودة المبدئية والمساءلة.

من خلال إطار عمل واضح يستند إلى الحقوق، يقوم الدليل على بناء الأسس القانونية والأخلاقية للأنشطة الإنسانية من خلال التوجيه العملي والممارسة الجيدة العالمية والأدلة التي تم جمعها لدعم العاملين في المجال الإنساني أينما عملوا.

تحظى اسفير بمكانة فريدة في القطاع وفي المشهد الإنساني المتتطور باستمرار. تم إثراء هذه الطبعة بشكل واضح بالالتزامات الدولية التي تم التعهد بها في مؤتمر القمة العالمي الإنساني الأول في عام 2016، وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 والمبادرات العالمية الأخرى.

ومع ذلك ، فمع استمرار تطور مشهد السياسات ، فإننا نعلم أن احتياجات البقاء الفورية للأشخاص في النزاعات والكوارث لا تزال إلى حد كبير متشابهة في كل مكان تقع فيه الأزمات. تدعم اسفير وتسهر في عمليات السياسة العالمية والمحلية من خلال الإشارة إلى الضرورة الأساسية لتقديم المساعدة الخاصة لمساعدة الناس على البقاء على قيد الحياة والتعافي وإعادة بناء حياتهم بكرامة.

تكتمن قوة اسفير ونطاقها العالمي في حقيقة أنها تمتّي إلى الجميع. يتم تجديد هذا الشعور بالملكية كل بضع سنوات، عندما يتم مراجعة المعايير وتقييمها من قبل المستخدمين أنفسهم. إنها لحظة نعيid فيها تجميع التزاماتها بشكل جماعي ونوافق على إجراءات محسنة للتأكد من حصول الممارسين على أفضل المعلومات المتاحة لهم أينما كانوا يعملون. وهذا يجعل من اسفير مرجعاً جوهرياً وتذكيراً بالأهمية الأساسية لكرامة الإنسان وحق الناس في المشاركة الكاملة في القرارات التي تؤثر عليهم.

يعد اسفير واحداً من أسس العمل في المجال الإنساني. إنها نقطة البداية للجهات الفاعلة الإنسانية الجديدة وإشارة دائمة للموظفين ذوي الخبرة، وتقديم إرشادات حول الإجراءات ذات الأولوية وأين يمكن العثور على المزيد من المعلومات التقنية المفصلة. يقدم شركاء المعايير لدينا المزيد من الدعم في قطاعات محددة خارج اسفير لمساعدة الناس على الاتجاه والازدهار.

تستفيد هذه الطبيعة من مدخلات الآلاف من الأشخاص الذين يعملون مع أكثر من 450 منظمة في 65 دولة على الأقل حول العالم. يعكس النطاق العالمي تجربة لسياسات متعددة وتحديات غير عادية وأنواع مختلفة من الجهات الفاعلة. لم تكن هذه المعايير لتصبح موجودة بدون الالتزام الثابت من جانب العديد منكم. لذا يتقدم قطاعنا بالشكر لكم على إسهاماتكم في هذا التنجيح وعلى مدار العقدين الماضيين حقا.

ونحن نتطلع لاستمرار هذا العمل الهام ولأن نتعلم معكم أثناء استعانتكم بهذا الدليل!

كريستين كنودسين
المدير التنفيذي

مارتن ماك كين
رئيس مجلس إدارة اسفير

شكر وتقدير

تم تخصيص فصل المأوى والمستوطنات لذكري جراهام سوندرز، مؤلف هذا الفصل في طبعات عام 2004 وعام 2011 والاستشاري في التطوير المبكر لإصدار 2018.

كان جراهام طرفاً فاعلاً في مجال العمل الإنساني بحق وبطلاً في قطاع المأوى. لقد كانت رؤيته وقيادته وطاقته التي لا تنفذ عاماً أساسياً في وضع قضايا الإيواء الإنساني على الخريطة وتشكيل المجال لأجيال المستقبل من الممارسين في ما يتعلق بالمأوى. ولطالما ظل يناضل لتحسين ممارستنا والعمل مع القطاع بشكل أكثر مهنية واحترافية. لسوف نفتقده بشدة كرائد من الرواد ومحترف في عمله وصديق صدوق.

هذه الطبيعة من دليل اسفير هي نتيجة عملية التشاور الأكثر تنوعاً وتنوعاً في تاريخ اسفير. تم تلقي ما يقرب من 4500 تعليق عبر الإنترنت من 190 منظمة، وشارك أكثر من 1400 شخص في 60 حدثاً شخصياً استضافها شركاؤنا في بلدنا. يدرك اسفير بكل الامتنان حجم ونطاق المساهمات المقدمة، بما في ذلك المقدمة من المنظمات غير الحكومية الوطنية والمحلية والدولية والسلطات الوطنية والوزارات، وجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، والجامعات، ومنظمات الأمم المتحدة، والممارسين الفرديين.

نسق مكتب اسفير عملية التتحقق والمراجعة. تضمن الدليل فصولاً فردية للمؤلفين رئيسيين مع دعم متعدد القطاعات من خبراء موضوعيين معينين وخبراء من القطاع الإنساني. وقد تم ترشيح غالبية المؤلفين والخبراء الموضوعيين من قبل منظماتهم الوطنية، حيث خصصوا وقتهم وجهدهم كمساهمة عينية للقطاع.

كما تأسست مجموعات للكتابة ومجموعات للمراجع لدعم المؤلفين والخبراء الموضوعيين في عملهم. تقر اسفير بهذه الإسهامات القيمة لجميع الأفراد خلال عامي 2017 و2018. يمكن الاطلاع على القائمة الكاملة لجميع أعضاء مجموعة العمل ومجموعة المراجع على موقع اسفير spherestandards.org. فيما يلي أسماء المؤلفين والخبراء الرئيسيين.

الفصول الأساسية

- **الميثاق الإنساني والملاحق 1: د. ماري بيكارد**
- **مبادئ الحماية: سيمون راسل (مجموعة الحماية العالمية) وكيت ساتون (المجموعة الاستشارية الإنسانية)**
- **المعيار الإنساني الأساسي: تاكishi كومينو (CWSA اليابان) وساواكو ماتسو (المركز الياباني غير الحكومي للتعاون الدولي (JANIC)**

الفصول التقنية

- **تعزيز المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة:** كيت داير (لجنة الاعتمادات الدولية) وجيني لامب (أوكسفام، المملكة المتحدة)
- **الأمن الغذائي:** دانيال وانغانغا (ورلد فيجن الدولية (WVI))
- **التغذية:** باول واسيكي (انقذوا الأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية)
- **المأوى والمستوطنات:** سيفي هيرانو (خدمات الإغاثة الكاثوليكية) وإيلا سيداروغلو (اللجنة الدولية للهلال الأحمر)
- **الصحة:** د.دورغافاسيني ديفاناث (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، د. جولي هال (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر)، د. جوديث هارفي (الهيئة الطبية الدولية)، د.أوني كريشنان (جمعية أنقذوا الطفولة بأستراليا)، د. إيمان باشا (مستقلة)

نقاط الضعف والقدرات والإعدادات التشغيلية

- **الأطفال وحماية الطفل:** سوزان ويزنيوسكي (منظمة أرض البشر (Terre des Hommes))
- **كبار السن:** أيرين فان هورسن وفيل هاند (هيلب إيدج)
- **النوع الاجتماعي:** ميرا كانو (جينكاناب)
- **العنف القائم على النوع الاجتماعي:** جين وارد (مستقلة)
- **ذوو الإعاقة:** ريكادولا كورديرو (الإنسانية والدمج)
- **المصابون والمتضررون من مرض نقص المناعة البشرية:** أليس فاي (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)
- **الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي:** مارك فان أوميرين (منظمة الصحة العالمية)، بيتر فينتيفوغل (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)
- **الأزمات طويلة الأمد:** سارة سيكينز (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة)
- **البيئات الحضرية:** باميلا سينكتو (ورلد فيجن الدولية (WVI))
- **التنسيق المدني العسكري:** جينيفر جالوفيك ومارك هيريك (ورلد فيجن الدولية (WVI))
- **البيئة:** أماندا جورج وتوماس بالو (الصليب الأحمر السويدي)
- **الحد من مخاطر الكوارث:** غلين دولسيماسكولو وموثوني نوجوغو (استراتيجية الأمم المتحدة الدولية للحد من الكوارث)
- **الائتمان أو المساعدة المتعتمدة على النقد:** إيزابيل بيلي (CaLP)
- **إدارة سلسلة التوريد واللوجستيات:** جورج فنتون (جمعية اللوجستيات الإنسانية)
- **المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم:** جوانا أولسن (خدمات الإغاثة الكاثوليكية)

مجلس إدارة اسفيير (مايو 2018)

- جمعية أكشن باي تشرشر توجيذر (ACT) أليانس(ألوين خافير) * أكشن هولندا (ADH) (كارين ستيبل) * كير إنترناشونال (فيليپ غيتون) * كارنياتس إنترناشوناليس Internationala (جان ويوتس) * شبكة الاستجابة الإنسانية كندا (رمزي صلبة) * إنتر أكشن(جوليات شوب) * المجلس الدولي للوكالات التطوعية (ICVA) (إيفانسيو باكر) * الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر (IFRC) (ديفيد فيشر) * الهيئة الطبية الدولية (IMC) (ماري باك) * الاتحاد العالمي اللوثري (LWF) (رولاند شلوت) * المكتب الأفريقي للتنمية والتعاون (OFADEC) (مامادوندياجي) * أوكسفام العالمية - إنترمون (ماريا شالو فريكسا) * بلان إنترناشونالا (كولين روجرز) * ريد آر إنترناشونال (مارتين ماكين) * أنقذوا الأطفال (ماكسيم فيل، أوني كريشنان) * اسفيير الهند فيكرانت ماهاجان) * جيش الإنقاذ (داماريس فرييك) * وورلد فيجن الدولية (WVI) (إيزابيل غوميز).

يمتد الشكر أيضًا للأعضاء مجلس الإدارة الذين بدأوا المراجعة والذين غادروا المجلس منذ ذلك الحين: سارة كامبرامي (تحالف ACT) * أنا غارفاندر (كنيسة السويد / LWF) * ظان بوزارد (ICVA) * باريara مينيو (أوكسفام الدولية - إنترمون) * ماكسيم فيلي (أنقذوا الأطفال).

المانحون

بالإضافة إلى المساهمات المقدمة من مؤسسات مجلس الإدارة المذكورة أعلاه، تم التمويل لعملية مراجعة الدليل بواسطة:

الوكالة الدنماركية للتنمية الدولية (DANIDA) * وزارة الخارجية الألمانية * المعونة الأيرلندية * الحكومة الأسترالية - وزارة الشؤون الخارجية والتجارة (DFAT) * إدارة المساعدات الإنسانية والحماية المدنية التابعة لمفوضية الأوروبية (ECHO) من خلال الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر * (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر) * الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) لمساعدة الولايات المتحدة في حالات الكوارث الخارجية (OFDA) * الوكالة السويسرية للتعاون الدولي للتنمية (SIDA) من خلال كنيسة السويد * - الوكالة السويسرية للتنمية والتعاون (SDC) * موضوع الأمم المتحدة العالمي لشؤون اللاجئين (UNHCR) * مكتب وزارة الخارجية الأمريكية لشؤون السكان واللاجئين والهجرة (US-PRM).

فريق مراجعة الدليل

كريستين كنودسين، المدير التنفيذي (اسفير)
آنينا زابيغ، مدير التأييد والتواصل الشبكي (اسفير)
المحررون: كيت ميرفي وأيمي أنصاري (مترجمون بلا حدود)
منسق المراجعة: ليت لارسين وميري موتروسان

مع دعم من فريق العمل في اسفيير:

تريستان هيل، مدير التعليم والتدريب

وسيلة منصوري، مسؤولة شبكات التواصل والتوعية

جوان مايكل، مدير التواصل حتى سبتمبر 2017

باريارا ساتور، مدير التواصل من أكتوبر 2017

لوريدانا سيريان مسؤولة الإدارة والتمويل

كريستين باتنانو وكارولين تينكا، متدربات

مراجعة الترجمة: مدير المراجعة حسام فيصل، بدعم من رامي رجب

الدعم الاستشاري عبر الانترنت: ماركوس فورسيبيرغ (PHAP)

تصميم الدليل: Non-linear (www.non-linear.com)

تحرير النسخة والتصميم والإنتاج: Practical Action Publishing

(www.practicalactionpublishing.org)

مراجعة الترجمة: مدير المراجعة حسام فيصل، بدعم من رامي رجب

وفي مراحل مختلفة أثناء عملية مراجعة الكتب، تم تقديم دعم إضافي من قبل كل من جيمس

دارسي، هشام خوجالي، بن ماوتيفيلد، إيسابو ريسكس، بانو ساريستو ومانيشا توماس.

جهات اتصال اسفير التي نظمت مشاورات مراجعة شخصية:

الأرجنتين (مشاورات إقليمية مع ADRA أمريكا الجنوبيّة)

هيئه تنسيق الوكالة لإغاثة أفغانستان (أفغانستان)

تحالف مناصري اسفير في الفلبين (ASAP)

مؤسسة أميتي (عضو بمجموعة عمل المعايير الخيرية، جهة اتصال للصين)

BIFERD (جمهورية الكونغو الديمقراطية)

خدمات المجتمع العالمية آسيا (تايلاند وباكستان)

Daniela Ariasiga Galarraga * مع أمانة Gestión de Riesgos (الإكوادور)

د. أوليفير هو夫مان* مع جهة تواصل اسفير لدى ألمانيا

مجموعة اسفيرا بوليفيا

مجموعة اسفيرا السلفادور

مجموعة اسفيرا هندوراس

إلياسو أدامو* مع المجموعة الفرعية لحماية الطفل (النيجر)

الجمعية الإندونيسية لإدارة الكوارث

معهد باليوفورس (فرنسا)

إنتر أكسن (الولايات المتحدة الأمريكية)

مجموعة العمل الخاصة بالمساءلة بين الهيئات (إثيوبيا)

مجلس المنظمات غير الحكومية الكوري للتعاون في مجال التنمية عبر البحار (جمهورية كوريا)

جمعية اسفير بنغلاديش

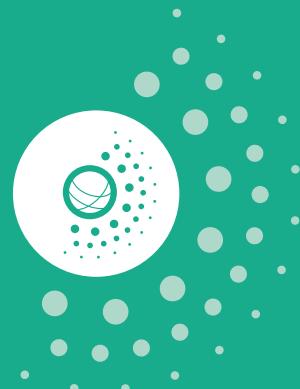
اسفير الهند

منتدى أوكرانيا للمنظمات غير الحكومية

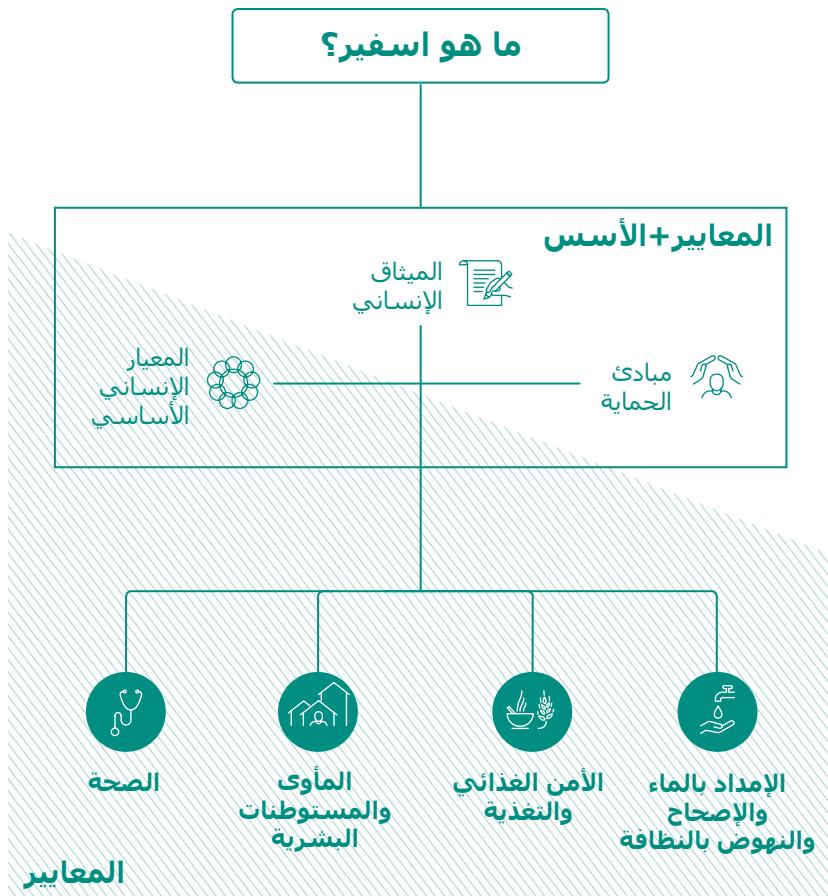
البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة شيلي

*جهات اتصال فردية

ما هو
اسفير؟



الدليل



الملحق 1 الأساس القانوني لاسفيه

قواعد السلوك

الملحق 2 الاختصارات والأسماء المختصرة

الملحق 3

المحتويات

4.....	ما هو اسفل؟
4.....	1. الدليل
4.....	أربعة فصول أساسية وأربعة فصول تقنية
6.....	تعزيز المعايير الدنيا لنهج متسبق
6.....	هيكلية المعايير الدنيا
6.....	العمل مع المؤشرات الأساسية
7.....	الروابط مع معايير أخرى
8.....	2. استخدام المعايير في سياقها
8.....	تطبيق المعايير خلال دورة البرنامج
9.....	التقييم والتحليل
9.....	تطوير الاستراتيجية وتصميم البرنامج
11.....	التنفيذ
11.....	الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم
11.....	فهم مواطن الضعف والقدرات
12.....	فرز البيانات
12.....	الأطفال
13.....	كبار السن
13.....	النوع
13.....	العنف الجنسي
14.....	ذوو الإعاقة
14.....	المصابون والمتضررون من مرض نقص المناعة البشرية
14.....	المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغاورو الهوية الجنسانية وأحرار الهوية
14.....	والميول الجنسية وحاملو صفات الجنسين
15.....	الدعم النفسي والاجتماعي الثقافي
15.....	فهم البيئة العملية
16.....	دعم الجهات الفاعلة الوطنية والمحلية
16.....	الأزمات طويلة الأمد
16.....	البيئات الحضرية
17.....	المستوطنات البشرية الجماعية
17.....	الأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية أو الدولية
18.....	التأثير البيئي في الاستجابة الإنسانية
19.....	ملحق تقديم المساعدة من خلال الأسواق

ما هو اسفير؟

أنشئ مشروع اسفير، المعروف حالياً بـ «اسفير»، عام 1997 بواسطة مجموعة من المنظمات الإنسانية غير الحكومية والحركة الدولية للصلب الأحمر والهلال الأحمر. وقد كان الهدف منه تحسين استجاباتهم الإنسانية وأن يخضعوا للمساءلة عن أفعالهم. تقوم فلسفة اسفير على معتقدين أساسيين:

- حق الأشخاص المتضررين من الكوارث أو النزاعات في الحياة بكرامة و، وبالتالي، الحق في الحصول على المساعدة؛
- ضرورة اتخاذ جميع الخطوات الممكنة لتخفيض المعاناة الإنسانية الناشئة عن الكوارث أو النزاعات.
- يضع الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا هذين المعتقدين الأساسيين حيز التنفيذ. وترتشد مبادئ الحماية جميع الأعمال الإنسانية، ويحتوي المعيار الإنساني الأساسي على التزامات لدعم المساءلة على مستوى جميع القطاعات. ويشكل كلا المعتقدين معًا دليلاً اسفيروياً الذي طور لأحد أكثر الموارد الإنسانية المرجعية انتشاراً على مستوى العالم.

١. الدليل

يعد المستخدمون الرئيسيون لدليل اسفير ممارسين مشاركين في تحطيط أو إدارة أو تنفيذ الاستجابة الإنسانية. ويشمل ذلك الموظفين والمتقطعين بالمنظمات الإنسانية المحلية والوطنية والدولية، بالإضافة إلى الأشخاص المتضررين أنفسهم، المستجيبين للأزمة. كما يُستخدم الدليل أيضًا للدعوة في المجال الإنساني من أجل تحسين الجودة والمساعدة في أعمال المساعدة والحماية بما يتماشى مع المبادئ الإنسانية. وهو يستخدم بشكل متزايد من الحكومات والمانحين والجيش أو القطاع الخاص للاسترشاد به في أعمالهم والسماح لهم بالعمل بصورة بناءة مع المنظمات الإنسانية التي تطبق المعايير.

صدر الدليل بشكل تجريبي لأول مرة عام 1998، وُنشرت إصدارات منقحة منه عام 2000 و2004 و2011 و2018. وقد اعتمدت كل عملية مراجعة على استشارات على مستوى القطاع مع أفراد ومنظمات غير حكومية وحكومات ووكالات الأمم المتحدة. وترسّر المعايير الناتجة والتوجيهات بالأدلة، وتعكس 20 عاماً من الاختبار الميداني بواسطة ممارسين حول العالم.

يصادف هذا الإصدار الرابع الذكرى العشرين لدليل اسفير، ويعكس التغيرات في القطاع الإنساني على مدار هذه الفترة. ويشمل هذا الإصدار توجيهات جديدة للعمل في البيئات الحضرية ومراعاة المعايير الدنيا في الأزمات طويلة الأمد وتقديم المساعدة من خلال الأسواق كأحدى طرق ملائمة المعايير. وقد خضعت جميع الفصول التقنية للتحديث لتعكس الممارسة الحالية، ويحلّ المعيار الإنساني الأساسي المنسجم أنشئ مشروع الأساسية السابقة.

أربعة فصول أساسية وأربعة فصول تقنية

يعكس الدليل التزام اسفير بتقديم استجابة إنسانية ذات مبادئ وقائمة على حقوق. فهو يستند إلى الاحترام الأساسي لحقوق الناس في المشاركة الكاملة في القرارات المتعلقة بتعافيهم.

تحدد الفصول الأساسية الأربع الأساس الأخلاقي والقانوني والعملي للاستجابة الإنسانية. فهي تدعم جميع القطاعات التقنية والبرامج. كما تصف تلك الفصول الالتزامات والعمليات لضمان جودة تقديم الاستجابة الإنسانية وتشجيع المستجيبين على أن يكونوا في موضع المساءلة من الأشخاص المتضررين من أفعالهم. وتساعدك هذه المعايير على تطبيق المعايير الدنيا بشكل أكثر فعالية في أي سياق. إن قراءة فصل تقي بدون

قراءة الفضول الأساسية يشكل مخاطرة فقدان عناصر أساسية من المعايير. الفضول الأساسية هي:

ما هو اسفي؟ (هذا الفصل): يوضح هيكلية الدليل واستخدامه ومبادئه الأساسية. وبشكل هام فإنه يوضح كيفية استخدام الدليل عملياً.

الميثاق الإنساني: يُعبر حجر الأساس لدليل اسفي عن القناعة المشتركة للجهات الفاعلة في المجال الإنساني أنه من حق جميع الأشخاص المتضررين من الأزمات الحصول على الحماية والمساعدة. ويضمن هذا الحق الشروط الأساسية للحياة بكرامة. ويوفر الميثاق الخلفية الأخلاقية والقانونية لمبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدينية. فقد تُبني على مدونة قواعد السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث. للعام 1994 تبقى مدونة قواعد السلوك جزء لا يتجزأ من دليل اسفي [انظر الملحق 2](#).

يمكن الاطلاع على قائمة **باليوثائق الأساسية التي تشكل الأساس القانوني للميثاق الإنساني** في [ملحق 1](#).

مبادئ الحماية: هي ترجمة عملية لمبادئ القانونية والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني إلى أربعة مبادئ تُوجه جميع الاستجابات الإنسانية.

المعيار الإنساني الأساسي: تسعه التزامات تصف العمليات الأساسية ومسؤوليات المنظمة لتوفير الجودة والمساءلة أثناء تطبيق المعايير الدينية.

مدونة قواعد السلوك: 10 مبادئ أساسية:

يأتي الواجب الإنساني في المقام الأول.

تُقدم المساعدة بغض النظر عن عرق أو عقيدة أو جنسية الملتقطين وبدون تمييز سلبي من أي نوع.
تُحسب أولويات المساعدة على أساس الحاجة فقط.

ولن يستخدم المساعدة لتعزيز وجهة نظر سياسية أو دينية معينة.
سنسعى جاهدين إلى عدم التصرف بأدوات لسياسة الخارجية للحكومة.
 علينا احترام الثقافة والعادات.

وكذلك محاولة بناء استجابة للكوارث بناءً على القدرات المحلية.

يجب اكتشاف طرق لإشراك المستفيدين من البرنامج في إدارة مساعدات الإغاثة.
يجب أن تسعى مساعدات الإغاثة جاهدةً للحد من مواطن الضعف المستقبلية أمام الكوارث بالإضافة إلى تلبية الاحتياجات الأساسية.

نحن نخضع أنفسنا للمساءلة من الأشخاص الذين نسعى إلى مساعدتهم ومن نقبل الموارد منهم.
عليينا أن نعرف بضميرنا الكوارث خلال أنشطتنا الإعلامية والدعائية والإعلانية كبشر ذوي كرامة وليس ككائنات يائسة.

مدونة قواعد السلوك: مبادئ السلوك للحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في برامج الاستجابة للكوارث. انظر الملحق 2 لقراءة النص الكامل.

تتضمن الفصول التقنية الأربع المعايير الدنيا في قطاعات الاستجابة الأساسية:

- الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة
- الأمن الغذائي والتغذية
- المأوى والمستوطنات، البشرية
- مجال الصحة

تدرج الاحتياجات الإنسانية - من الناحية العملية - بوضوح في قطاعات معينة. فيجب أن تلبي الاستجابة الإنسانية احتياجات الناس بالكامل، ويجب أن تنسق القطاعات وتعاونون مع بعضها البعض للقيام بذلك. وقد يمتد نطاق ذلك أيضًا في سياق الأزمات طويلة الأمد إلى ما هو أبعد من الاستجابة الإنسانية، وذلك مع الحاجة إلى العمل عن كثب مع الجهات الفاعلة في مجال التنمية. ويحتوي الدليل على إحالات مرجعية للمساعدة في إقامة تلك الروابط. كما يجب أن يطلع القراء أيضًا على جميع الفصول لدعم الاستجابة الشاملة.

تعزز المعايير الدنيا لنهج متعدد

تسترشد المعايير الدنيا بالأدلة المتأحة والتجارب الإنسانية. حيث تقدم أفضل الممارسات القائمة على توافق واسع في الآراء. فهي تتطبق على الصعيد العالمي لأنها تعكس حقوق الإنسان التي لا يمكن التنازل عنها. ورغم ذلك، يجب فهم السياق الذي تحدث فيه الاستجابة ومراقبته وتحليله من أجل تطبيق المعايير الدنيا بشكل فعال.

هيكلية المعايير الدنيا

تشترك المعايير الدنيا في هيكلية مشتركة لدعم القارئ في فهم البيان الشامل، متبعًا بمجموعة من الإجراءات والمؤشرات الأساسية والملحوظات الإرشادية بهدف تحقيقها.

المعايير مستمدّة من مبدأ الحق في الحياة بكرامة. وتعد تلك المعايير عامة وذات طبيعة نوعية، تنص على الحد الأدنى اللازم تحقيقه في أي أمة. ومكافئاتها في المعيار الإنساني الأساسي هي «الالتزام» و«المعيار الجودة».

الإجراءات الأساسية تحدد الخطوات العملية الالزمة لتحقيق المعايير الدنيا. وهي اقتراحات وقد لا تطبق في جميع السياقات. ويجب أن يختار الممارس التدبير الأكثر ملاءمة للموقف.

المؤشرات الأساسية هي بمثابة إشارات لقياس ما إذا كان المعيار يجري تحقيقه. فهي تقدم طريقة للحصول على نتائج العملية والبرنامج قياساً على المعيار وعلى مدار عمر الاستجابة. ويعتبر الحد الأدنى من المتطلبات النوعية أقل مستوى مقبول من الإنجاز للمؤشرات ويندرج فقط عندما يكون هناك توافق قطاعي.

الملحوظات الإرشادية تقدم معلومات إضافية لدعم الإجراءات الأساسية مع إحالات مرجعية إلى مبادئ الحماية والمعايير الإنساني الأساسية والمعايير الأخرى الواردة في الدليل. كما ترد أيضًا إحالات مرجعية إلى المعايير الأخرى لشراكة المعايير الإنسانية.

العمل مع المؤشرات الأساسية

تعد المؤشرات الأساسية في معايير اسفيه الدنيا إحدى طرق القياس عند تحقيق المعيار؛ وينبغي عدم الخلط بينها وبين المعيار نفسه. فالمعيار شامل، أما المؤشرات الأساسية، مثل الإجراءات الأساسية، فقد تحتاج إلى تكييفها مع السياق ومرحلة الاستجابة. هناك ثلاثة أنواع من مؤشرات اسفيه:

المؤشرات العملية تتحقق من تطبيق الحد الأدنى من المتطلبات. على سبيل المثال: تُستخدم بروتوكولات موحدة لتحليل الأمان الغذائي وسبل العيش واستراتيجيات التكيف [انظر معيار تقدير الأمان الغذائي والتغذية 1.1. تقييم الأمان الغذائي.](#)

مؤشرات التقدم وهي تقدم وحدة القياس التي يجب استخدامها لتحديد خط الأساس ووضع هدف (مع الشركاء والجهات المعنية) والمراقبة للتقدم نحو الإنجاز الكامل للمعيار. على سبيل المثال: لُوحيحظت نسبة الأسر التي تخزن المياه بأمان في حاويات نظيفة ومغطاة في جميع الأوقات [انظر معيار الإمداد بالمياه 2.2 جودة المياه.](#) على الرغم من أن الهدف الأتمثل هو 100%， يجب على الممارسين ربط المؤشر بالحقيقة على أرض الواقع ومراقبة التحسينات مقارنة بخط الأساس والتقدم نحو الهدف المتفق عليه بمرور الوقت.

المؤشرات المستهدفة وهي أهداف محددة وقابلة للقياس الكمي تمثل الحد الأدنى القابل للقياس والذي لا يتحقق المعيار أدناهها. ويجب تحقيق هذه الأهداف في أقرب وقت ممكن، حيث سيؤدي الفشل في تحقيق الهدف إلى تعريض البرنامج بالكامل للخطر. على سبيل المثال: نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 15 عاماً والذين تلقوا لقاح الحصبة: الهدف هو 95% [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير صحة الطفل 2.2.1: أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات.](#)

الروابط إلى معايير أخرى

لا يغطي نطاق دليل اسفيير جميع أوجه المساعدة الإنسانية التي تدعم الحق في الحياة بكرامة. وقد وضعت المنظمات الشريكية معايير تكميلية في عدة قطاعات استناداً إلى نفس الفلسفه والالتزامات التي تتبعها اسفيير. توفر هذه المعايير من خلال اسفيير وشركة المعايير الإنسانية وموقعهم الإلكتروني.

المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية (LEGS): مشروع المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية

المعايير الإنساني لحماية الأطفال في العمل الإنساني (CPMS): تحالف حماية الأطفال في العمل الإنساني

المعايير الدنيا للتعليم: التأهيب والاستجابة والتعافي: الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ (INEE)

المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي (MERS): شبكة تقييف وتشجيع المشروعات الصغيرة (SEEP)

دليل المعايير الدنيا لتحليل السوق (MISMA): شراكة التعلم حول النقد (CaLP)

معايير الدمج الإنساني لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة: اتحاد السن والإعاقة

2. استخدام المعايير في سياقها

- تحت الاستجابة الإنسانية في الكثير من السياقات المختلفة، سوف تؤثر العديد من العوامل على كيفية تطبيق المعايير الدنيا في بيئة العمل لدعم الحق في الحياة بكلمة. ويشمل ذلك ما يلي:
- البيئة التي تقدم فيها الاستجابة الإنسانية؛
 - الاختلافات بين فئات السكان والتنوع بين الأفراد؛
 - الحقائق العملية واللوจستية التي سوف تؤثر على كيفية ونوع الاستجابة الإنسانية المقدمة؛
 - خطوط أساس ومؤشرات دقيقة في مختلف السياقات، متضمنة تحديد الشروط الأساسية ووضع الأهداف.

كما تؤثر ثقافة المستجيبين ولغتهم وقدرتهم والأمن وإمكانية الوصول والظروف البيئية والموارد على الاستجابة. من المهم أيضًا توقيع أي آثار سلبية محتملة للاستجابة والعمل على الحد منها [\(+\) انظر مبدأ الحماية رقم 2 والالتزام بالمعايير الإنساني الأساسي رقم 3.](#)

يعد دليل اسفيير مدونة طوعية للجودة والمساءلة، وهو مصمم لتشجيع استخدام امتلاك المعايير على أوسع نطاق ممكن. فهو ليس دليل عن «الكيفية» ولكنه وصف لما يجب أن يتوافر كحد أدنى لنجاح السكان وتعافيهم من الأزمة بكلمة.

لا يعني التوافق مع معايير اسفيير تنفيذ جميع الإجراءات الأساسية أو تلبية جميع المؤشرات الأساسية لجميع المعايير. وسوف تعتمد درجة تلبية المنظمة للمعايير على طيف من العوامل، والتي يقع بعض منها خارج سيطرتها، وقد تؤدي إمكانية الوصول إلى الأشخاص المتضررين أو انعدام الأمن الاقتصادي أو السياسي إلى استحالة تحقيق المعايير في بعض السياقات.

يجب الوضع في الاعتبار كيفية الحد من التوتر المحتمل عن طريق عرض خدمات مجتمعية على سبيل المثال في الحالات التي يتجاوز فيها الحد الأدنى من المتطلبات الظروف المعiviشية للمجتمع المضييف. وتضع السلطات الوطنية في بعض الحالات متطلبات دنيا أعلى من معايير اسفيير الدنيا.

تعتبر معايير اسفيير تعبيًّا عن الحقوق الأساسية المتعلقة بالحياة بكلمة والحفاظ على استمراريتها. قد تكون المؤشرات والمطالبات الدنيا بحاجة إلى تكييفها لتكون ذات معنى في السياق. ويجب الوضع في الاعتبار أي عرض لتخفيف المتطلبات الدنيا بعناية في الحالات التي لم يتم تلبية المعايير فيها. كما يجب الانتباه على أي تغييرات بشكل جماعي والإبلاغ العجز في التقدم الفعلي ضد الحد الأدنى على نطاق واسع. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تُقيِّم المنظمات الإنسانية الآخر السلبي الناتج عن عدم تلبية المعايير على السكان واتخاذ خطوات للحد من أي ضرر. استخدم هذا العجز في الاستجابة في الدعوة والسعى للوصول لمؤشرات في أقرب وقت ممكن.

نُطبق المعايير خلال دورة البرنامج

يجب استخدام معايير اسفيير خلال دورة البرنامج من التقييم والتحليل مروًّا بوضع الاستراتيجية والتخطيط وتصميم البرنامج والتنفيذ والمراقبة حتى التقييم والتعلم.

التقييم والتحليل

يقدم الحد الأدنى لمعايير اسفيير أساساً لتقييم الاحتياجات وتحليلها في كل قطاع من خلال توفير قوائم تتحقق في كل فصل. كما تساعد معايير اسفيير، في بداية الأزمة، في التعرف على الاحتياجات الماسة وإعطاء الأولوية للأنشطة التي سوف تلبى تلك الاحتياجات مع أرقام التخطيط والحد الأدنى لمستويات المساعدة المحددة عالياً. فهي تساعد على وضع الحد الأدنى لنتائج الاستجابة واسعة النطاق. لذلك تُستخدم المعايير أيضاً في تحسين التسويق بين المنظمات والقطاعات.

تطوير الاستراتيجية وتصميم البرنامج

يدعم المعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدنيا تخطيط الاستجابات لتقديم المساعدة الإنسانية المناسبة في الوقت المناسب للحالات الأشد احتياجاً. وتعزز المشاركة الكاملة للسكان المتضررين والتسيير مع السلطات الوطنية والمحلية أمر ضروري لتطبيق هذا الأمر في جميع القطاعات.

وتقدم الإجراءات والمؤشرات الأساسية إطار عمل لتحديد الأولويات وأرقام التخطيط والتسيير بين القطاعات. ويساعد ذلك في ضمان تعزيز الاستجابات لبعضها البعض ودعم القدرة الخاصة بالسكان في تلبية احتياجاتهم. وتحدد الإجراءات والمؤشرات الأساسية جودة المساعدة التي يجب تحقيقها. كما تقدم أيضاً أساساً لإجراء تحليل استجابة يحدد أفضل الطرق لتلبية الاحتياجات المحددة والحد من الآثار الجانبية الضارة المحتملة.

ويشمل تخطيط البرنامج عادةً تحليلًا لخيارات الاستجابة المتعددة، مثل تقديم البضائع العينية والمساعدة القائمة على النقد وتقديم الخدمات المباشرة والمساعدة التقنية أو مزيجاً مما سبق. وعادةً ما تتطور المجموعة المحددة من خيارات الاستجابة المختارة بمرور الوقت. حيث تُركز الحدود الدنيا على ما يجب فعله وليس على كيفية تقديم المساعدة.

تُستخدم المساعدات المعتمدة على النقد، وهي أحد أشكال البرمجة المعتمدة على السوق، بشكل متزايد لتلبية الاحتياجات الإنسانية. حيث أدمجت ابتكارات المساعدة القائمة على النقد في جميع فصوص الدليل. ويمكن استخدام المساعدة القائمة على النقد لتلبية احتياجات قطاعات متعددة، بالإضافة إلى الاحتياجات الخاصة بقطاعات محددة. كما يمكن استخدامها لمواجهة الممارسات التمييزية التي تقييد من وصول النساء إلى، واتخاذ القرار حول، إدارة الأصول. وقد تمثل المفهوم متعددة الأغراض طريقة فعالة لتقديم المساعدة وتلبية المعايير بين القطاعات. ويجب أن تسترشد جميع المساعدات القائمة على النقد بتحليلات متعددة القطاعات للاحتجاجات والديناميات في سياقها والأداء الوظيفي للسوق وتقدير الجدوى.

ولا تعتبر جميع القطاعات ملائمة تماماً للبرمجة القائمة على السوق. وهكذا يكون الحال خاصةً لمزودي الخدمات المباشرة أو المساعدة التقنية. كما قد يختار مزودو الصحة والتغذية دعم الوصول إلى مزودي الخدمات الصحية القائمة وتدخلات الصحة العامة المحلية التي لا تعمل كالأسواق.

ولتحديد أفضل الطرق لتقديم المساعدة ستكون هناك حاجة إلى إجراء استشارات مع السكان وتحليل الأسواق والمعرفة بطرق تقديم الخدمة وفهم سلسلة الإمداد والقدرات اللوجستية. ويجب مراجعة تحليل تلك الاستجابة بمرور الوقت عندما يتغير الوضع انظر الملحق: تقديم المساعدات عبر الأسواق.

الوصول إلى الوضع الحالي والاتجاهات على مر الزمن

<ul style="list-style-type: none"> - السلع والخدمات المتاحة - أنظمة الأسواق وسلسل التوريد - سعة البنية التحتية - مقدمو الخدمات (المالية والخدمات الأخرى) - القدرات اللوجستية والقيود 	<ul style="list-style-type: none"> - الأطراف المعنية وعلاقات السلطة - سعة المستجيبين وناتهم - خطط استجابة السلطات والأطراف الفاعلة الأخرى - دور سكان البلد المضيف 	<ul style="list-style-type: none"> - تهديدات ومخاطر على الحماية - الوضع الأمني وسلطنة القانون - الوصول إلى المساعدة - الوصول إلى الناس المحاجين؟ - التغيرات الموسمية في المخاطر 	<ul style="list-style-type: none"> - من المتضرر؟ - الاحتياجات ونقاط الضعف - استراتيجيات التأكيل والقدرات - نازحين؟ متقلبين؟ - ما هي أولويات الأئس المتضررين؟
--	---	--	---



التحليل وتحديد الأولويات

ما المشكلات التي يجب معالجتها؟ لأي مجموعات من الأشخاص؟ في أي منطقة جغرافية؟
في أي إطار زمني؟ ما هي المعايير؟



استعراض الخيارات وأخذ قرار حول كيفية توصيل الاستجابة

<p>قارن بين الخيارات واختر على أساس تقييم:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الإلزامية وحسن التوقيت - الفعالية وفعالية التكلفة - التكيف - الملاكية - سياسة الحكومة - تهديدات الحماية - والمخاطر 	<p>اعتبار الخيارات المتاحة في السياق الخاص بك:</p> <ul style="list-style-type: none"> - التوصيل المباشر للخدمة - توزيع السلعة - المساعدة التقنية - البرمجة المبنية على السوق - المساعدة المبنية على النقد
---	--



تصميم برنامج مبني على الجودة والمسؤولية

<p>المراحلة الانتقالية واستراتيجيات الخروج</p> <ul style="list-style-type: none"> - التفاعل المحلي والملكية - النظم الوطنية والملكية - الشراكات 	<p>رصد السياق والعملية والتطور والنتائج</p> <ul style="list-style-type: none"> - اختيار المؤشرات - الفرز المناسب للبيانات 	<p>التواصل والمساءلة</p> <ul style="list-style-type: none"> - ردود الأفعال وأبيات الشكوى - التنسيق - المشاركة المجتمعية المنتظمة 	<p>عناصر جوهوية</p> <ul style="list-style-type: none"> - بيانات التفريغ من حيث الجنس والعمر والإعاقة - الضعف والحماية - الاستدامة
--	---	---	--

فهم السياق لتطبيق المعايير (شكل رقم ١)

التنفيذ

في حالة عدم إمكانية تلبية معايير اسفيء لجميع أو بعض المجموعات من الأشخاص المتضررين، فيجب إجراء تحقيق حول سبب ذلك وتقدير سبب حدوث الفجوات والأمور التي تحتاج إلى تغيير. قم بتقدير الآثار السلبية متضمنة الحماية ومخاطر الصحة العامة. وتوثيق هذه المسائل والعمل بفاعلية مع القطاعات الأخرى والأشخاص المتضررين لتحديد الطرق الملائمة للحد من الضرر المحتمل.

المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم

تدعم المراقبة والتقييم والمساءلة قرارات الإدارة الصادرة في الوقت المناسب والقائمة على الأدلة. فهي تسمح للبرامج الإنسانية بالتكيف مع السياقات المتغيرة، ويحتوي كل معيار من المعايير الدنيا على مؤشرات يمكن مراقبتها لتحديد ما إذا كانت مطبقة أو مطبقة على قدم المساواة في جميع شرائح المجتمع أو كم الاحتياجات الأخرى التي يلزم القيام بها. كما يدعم التقييم التعلم في تحسين السياسة والممارسات المستقبلية وتعزيز المساءلة. كما تساهم أيضًا أنظمة المراقبة والتقييم والمساءلة في جهود التعلم الأوسع نطاقاً المتعلقة بالعمل الإنساني الفعال.

فهم مواطن الضعف والقدرات

يُستخدم مصطلح «الأشخاص» في الدليل بمعناه الأوسع ليعكس اعتقاد اسفيء بأن لجميع الأفراد الحق في الحياة بكل رحمة، وبالتالي الحق في الحصول على المساعدة. وينبغي قراءة مصطلح «الناس» على أنه يشمل النساء والرجال والأولاد والفتيات بغض النظر عن عمرهم أو إعاقتهم أو جنسهم أو عرقهم أو حالتهم الصحية أو انت茂هم السياسي أو توجههم الجنسي أو الهوية الجنسية أو أي خصائص أخرى قد يستخدموها في تعريف أنفسهم.

لا يتمتع جميع الأشخاص بنفس القدر من التحكم بالسلطة والموارد. يتمتع الأفراد والمجموعات ضمن مجموعة سكانية بقدرات واحتياجات وأوجه ضعف مختلفة تتغير بمرور الوقت. ويمكن أن تحد العوامل الفردية مثل العمر والجنس والإعاقة والوضع القانوني أو الصحي من الحصول على المساعدة. وقد تمثل تلك العوامل أو العوامل الأخرى أيضًا أساساً للتمييز المقصود. وبعد الحوار المنهجي مع النساء والرجال والفتيات والأولاد من مختلف الأعمار والخلفيات - منفذين أو في مجموعات مختلطة - أمرًا أساسياً للبرمجة الجيدة. كما لا يؤدي كون الإنسان صغيراً أو كبيراً أو امرأةً أو بنًا أو شخصاً ذا إعاقة أو شخصاً ينتمي إلى أقليات عرقية في حد ذاته إلى تعرضه للخطر على الصعيد العالمي. وإنما بإمكان تفاعل العوامل في سياق معين تعزيز القدرات أو بناء القدرة على التكيف أو تقويض الحصول على المساعدة لأى فرد أو مجموعة.

قد تتعرض المجتمعات والمجموعات بالكامل في العديد من السياقات للخطر بسبب عيشهم في مناطق بعيدة أو غير آمنة أو يصعب الوصول إليها أو بسبب تباعدهم جغرافيًا مع قلة فرص حصولهم على المساعدة والحماية. وقد تفتقر المجتمعات إلى الخدمات وتعاني من التمييز بسبب الجنس أو العرق أو اللغة أو انت茂هم الديني أو السياسي الذي يتطلب عناية خاصة ليعكس مبدأ عدم التحيز.

تكون الاستجابات الإنسانية أكثر شمولًا وجمعاً ويمكن أن تؤدي إلى نتائج أكثر استدامة عندما تشترك المجموعات المختلفة في تصميم البرنامج. وبعد شمول ومشاركة الأشخاص المتضررين أمرًا أساسياً للحياة بكل رحمة.

فرز البيانات

في العديد من الحالات، يصعب العثور على أو تحديد بيانات مستوى الناس. ورغم ذلك، سوف تظهر البيانات المصنفة الاحتياجات المختلفة وتأثير الإجراءات على المجموعات المختلفة. وقد تشير البيانات المصنفة إلى أكثر الأشخاص تعرضًا للخطر وتبيّن ما إذا كانوا قادرين على الوصول إلى المساعدة الإنسانية واستخدامها، أو إذا كان هناك مزيد من الاحتياجات التي يلزم توفيرها لتصل إليهم. قم بفرز البيانات بالقدر الممكن ومن خلال فئات ملائمة للسوق لفهم الاختلافات القائمة على الجنس أو النوع أو العمر أو الإعاقة أو الجغرافية أو العرق أو الدين أو الطوائف أو أي عوامل أخرى قد تحد من الحصول على المساعدة التربية.

استخدم نفس الفئات العمرية المستخدمة في أنظمة تجميع البيانات الوطنية لغرض الحصول على البيانات العامة عن العمر. واستخدم الجدول التالي في حالة عدم وجود فئات عمرية وطنية: قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من عمليات التصنيف لاستهداف مجموعات معينة مثل الرضع أو الأطفال أو الشباب أو النساء أو كبار السن.

العمر										حالة الإعاقة	الجنس
+80	79-70	69-60	59-50	49-40	39-30	29-18	17-13	12-6	5-0		
										بدون إعاقة	أثنى
										ذوو إعاقة	
										بدون إعاقة	ذكر
										ذوو إعاقة	

الأطفال

الأطفال يشكلون نسبة كبيرة من الأشخاص المتضررين من أي أزمة ولكن غالباً ما يكونوا أقل وضوحاً. تختلف قدرات الأطفال واحتياجاتهم وفقاً لعمرهم البيولوجي ومرحلة التطور. ويجب اتخاذ تدابير خاصة لضمان حمايتهم من الضرر وتوفير إمكانية وصول متكافئة للخدمات الأساسية.

يواجه الأطفال خلال الأزمات مخاطر معينة مُهدِّدة للحياة متضمنة سوء التغذية وانفصالهم عن أسرهم وعندهم للاتجار والتجنيد في المجموعات المسلحة والعنف البدني أو الجنسي أو سوء المعاملة، والتي يتطلب كل منها اتخاذ إجراء فوري.

غالباً ما تتفاقم مخاطر الحماية بسبب عوامل عديدة. على سبيل المثال، يتعرض المراهقون والشباب في الغالب للتجنيد بواسطة القوات المسلحة والمجموعات المسلحة أو المشاركة في أسوأ أشكال عدالة الأطفال، في حين تتعرض المراهقات في الغالب للتجنيد لاستخدامهن في الرق الجنسي أو الإتجار بهن. وغالباً ما يهجر الأطفال ذوي الإعاقة أو يهملوا. وتتطلب الفئات ذات الإعاقة عناية خاصة لأنهن أكثر عرضة لمخاطر العنف الجنسي والاستغلال الجنسي وسوء التغذية.

اسع حيئاً للحصول على آراء الفئات والأولاد من جميع الأعمار والخلفيات حتى يستطيعوا التأثير على كيفية تقديم المساعدة ومراقبتها وتقييمها. تنص اتفاقية حقوق الطفل على أن الطفل يعني أي شخص دون سن 18 عاماً. ثم قم بتحليل تعريف الأشخاص المتضررين للأطفال لضمان عدم استثناء أي طفل أو شاب من الحصول على المساعدة.

كبار السن

كبار السن وهم النسبة السريعة التمو من السكان في معظم الدول ولكن غالباً ما يتعرضوا للإهمال خلال تقديم الاستجابة الإنسانية.

يرتبط اعتبار الشخص مسناً في العديد من الثقافات بالظروف (مثل كونه جد) أو العلامات البدنية (مثل بياض الشعر)، وليس العمر. وفي حين أن الكثير من المصادر تعرف الشيخوخة بأنها عمر 60 عاماً فما أكثر، وقد يكون عمر 50 عاماً أكثر ملامة في السياقات التي تحدث بها الأزمات الإنسانية.

يقدم كبار السن المعرف والخبرات الخاصة باستراتيجيات التكيف، ويعملون كقائمين بالرعاية ومديري موارد ومنسقيين ومدرّبين للدخل. غالباً ما يجسد كبار السن التقاليد والتاريخ ويعملون ك نقاط مرجعية ثقافية. ويمكن أن تزيد كلاً من العزلة والضعف البدني وتفكك الأسر وهياكل الدعم المجتمعي والأمراض المزمنة والصعوبات الوظيفية وتدهور القدرات العقلية من تعرض كبار السن للخطر في السياقات الإنسانية.

تأكد من استشارة كبار السن وإشراكهم في كل مرحلة من مراحل الاستجابة الإنسانية. وضع في الاعتبار خدمات ملائمة للعمر وخدمات وبيانات ومعلومات يمكن الوصول إليها، واستخدم البيانات المصنفة حسب العمر لمراقبة البرنامج وإدارته.

النوع

يشير النوع إلى الاختلافات المحددة اجتماعياً بين النساء والرجال خلال دورة حياتهم. وقد يتغير ذلك بمرور الوقت داخل وعبر الثقافات والسياق. غالباً ما يحدد النوع الأدوار المختلفة والمسؤوليات والسلطة والوصول إلى موارد النساء والفتيات والأولاد والرجال. وبعد فهم هذه الاختلافات وكيفية تغييرها خلال الأزمة أمرًا شديد الأهمية للبرمجة الإنسانية الفعالة وتلبية حقوق الإنسان. كما يمكن أن تكون الأزمات فرصة لمعالجة عدم المساواة بين الجنسين وتمكن النساء والفتيات والأولاد والرجال.

يختلف النوع عن الجنس، فهو يشير إلى الخصائص البيولوجية للشخص.

ولا يشمل النوع «النساء فقط» في حين أن النساء والفتيات غالباً ما يواجهن قبولاً داخل الأدوار التي تقع على الجنسين، ويتأثر الرجال والأولاد أيضًا بتوقعات ذكرية صارمة. وتتطلب البرمجة المتعلقة بالمساواة بين الجنسين دمجهم من أجل تطوير علاقات أكثر مساواة والمشاركة المتكافئة للنساء والفتيات والرجال والأولاد.

العنف الجنسي

يصف العنف القائم على الجنس العنف على أساس الاختلافات النوعية بين الذكور والإإناث. فهو يؤكد على أن عدم المساواة بين الذكور والإإناث هو أساس معظم أشكال العنف المرتكبة ضد النساء والفتيات في جميع أنحاء العالم. ويمكن أن تضاعف الأزمات الكثيرة من أشكال العنف القائم على الجنس، متضمنةً عنف الشرك الحميم وزواج الأطفال والعنف الجنسي والإتجار.

تقع المسؤولية على المنظمات لاتخاذ جميع الخطوات الالزمة لمنع الاستغلال الجنسي وسوء معاملة جميع الأشخاص المتضررين من الأزمات، بما في ذلك خلال أشطتهم. وعندما تثبت صحة مزاعم سوء السلوك، فمن المهم أن تُتحمل السلطات المختصة مسؤولية تلك السلوكيات إلى منكبيها، وتعامل مع هذه الحالات بطريقة شفافة.

ذوو الإعاقة

يعيش حوالي 15 بالمائة من سكان العالم ببعض أشكال الإعاقة. ويشمل ذوو الإعاقة الأشخاص الذين يعانون من إعاقات بدنية أو فكرية أو عقلية أو حسية والتي، عند التفاعل مع مختلف العوائق، قد تتعوق مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

غالباً ما يواجه ذوي الإعاقة في السياسات الإنسانية عوائق وعقبات باليئنة المادية والنقل والمعلومات والاتصالات والمنشآت الإنسانية أو الخدمات. فيجب أن تضع برامج الاستجابة والتأهب في الاعتبار قدرات وأحتياجات ذوي الإعاقة جمِيعاً، ويندل جهوداً متعمدة لإزالة العوائق الفيزيائية والتواصل والعوائق النابعة من المواقف نحو الوصول إليهم ومشاركتهم. وغالباً ما تتفاقم المخاطر التي تتعرض لها النساء والفتيات ذوات الإعاقة بسبب عدم المساواة بين الجنسين والتمييز.

انظر المراجع: أسئلة مجموعة واشنطن لفرز البيانات عن طريق حالة الإعاقة و [معايير الدمج الإنساني لكبار السن ذوي الإعاقة](#)، لمزيد من المعلومات.

المصابون والمتضررون من نقص المناعة البشرية

إن معرفة معدل انتشار مرض نقص المناعة البشرية في سياق معين أمر مهم لفهم مواطن الضعف والمخاطر وللإرشاد إلى استجابة فعالة. قد يؤدي النزوح إلى زيادة مخاطر التعرض لمرض نقص المناعة البشرية، ومن المحتمل أن تسبب الأزمات في حدوث اضطرابات في خدمات الوقاية والاختبار والرعاية والعلاج والدعم. وغالباً ما تكون هناك حاجة إلى اتخاذ تدابير خاصة للحماية من العنف والتمييز بين فئات السكان الأكثر عرضة للتمييز. ويمكن أن يتفاقم هذا الأمر بسبب عدم المساواة بين الجنسين والتمييز القائم على حالة الإعاقة والنوع والهوية والميل الجنسي. وقد يؤدي ذلك في المقابل إلى تشريح المصابين بمرض نقص المناعة البشرية عن بحثهم عن الخدمات في الأزمات عند حدوث أي منها. كما يزيد العنف والتمييز واستراتيجيات التكيف السلبية، مثل المقايدة بالجنس، من مخاطر التعرض إلى انتقال مرض نقص المناعة البشرية، وخاصةً إلى النساء والفتيات ومجتمعات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومخابري الهوية الجنسانية وأحرار الهوية والميل الجنسي وحاملي صفات الجنسين. ويشمل الأفراد الأكثر عرضة للخطر الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومن يتغذون المخدرات بالحقن والمُشتبَّهُون بالجنس ومخابري الهوية الجنسانية ذوي الإعاقة والسباحة والمحتجزين في سائر البيئات المغلقة [انظر الرعاية الصحية الأساسية-معيار الصحة الجنسية والإنجابية 3.3.2: مرض نقص المناعة البشرية](#).

يمكن أن تؤدي عوامل مثل انخفاض الحرارة بمروء الوقت وزيادة إمكانية وصول الخدمات إلى الأشخاص المتضررين من الأزمة إلى خفض مخاطر التعرض إلى مرض نقص المناعة البشرية. ويندد أي مفاهيم خطأة ممكنة حول وجود مصابين بنقص المناعة البشرية وزيادة انتشار مرض نقص المناعة البشرية لتجنب الممارسات التمييزية. كما يحق للمصابين بمرض نقص المناعة البشرية الحياة بكلمة وبدون تمييز، ويجب أن يتمتعوا بالحصول على الخدمات بشكل غير تميزي.

المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومخابري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وأحرار الهوية والميل الجنسي

غالباً ما يكون الأشخاص المصنفون كمثليات ومثليين ومزدوجي الميل الجنسي مخابري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين وأحرار الهوية والميل الجنسيأشد تعرضاً لخطر التمييز والوصمة والعنف الجنسي والبدني. فقد يواجهوا عوائق تحول دون حصولهم على الرعاية الصحية والمسكن والتعليم والتوظيف والمعلومات والتسهيلات الإنسانية. على سبيل المثال، غالباً ما يواجه المثليات والمثليين ومزدوجي الميل

الجنسى ومغاييرى الهوية الجنسانية وحاملى صفات الجنسين وأحرار الهوية والميول الجنسية تميّزاً في برامج المساعدة مثل مسكن الطوارئ أو توزيع الطعام. تؤثّر تلك العوائق على صحتهم وبقائهم، وقد يكون لها عواقب طويلة المدى على الدمج. وتشمل استجابات حماية معينة وآمنة وشاملة أثناء الاستعداد والتخطيط. وتضمن مشاورات هادفة مع المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسى ومغاييرى الهوية الجنسانية وحاملى صفات الجنسين وأحرار الهوية والميول الجنسية والمنظمات في كل مرحلة من مراحل الاستجابة الإنسانية.

الدعم النفسي والاجتماعي الثانوي

يتفاعل الأشخاص بشكل مختلف مع ضغوط الأزمة الإنسانية. حيث يبدو البعض واقعاً تحت وطأة المحن، خاصةً عند نزوحهم قسراً أو تعرضهم للانفصال عن أسرهم أو نجاتهم من العنف أو تعرضهم سبباً لحالات متعلقة بالصحة العقلية. ويعتبر تقديم الخدمات الأساسية والأمن بطريقة ملائمة اجتماعياً وثقافياً أمراً أساسياً لمنع حدوث المحن بين الأشخاص المتضررين ومواجهة التمييز.

يؤدي تعزيز الدعم النفسي الاجتماعي والمساعدة الذاتية إلى إنشاء بيئة وقائية تسمح للمتضررين بمساعدة بعضهم البعض على التعافي الاجتماعي الوجداني. تعد التدخلات المركزية على الفرد أو العائلة أو المجموعة - متضمنة التدخلات السريرية - مهمة، ولكنه ليس من الضروري أن تكون مقدمة من العاملين في مجال الصحة العقلية. حيث يمكن تقديمها أيضاً بواسطة أشخاص مدربين وخاضعين للإشراف [انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: الرعاية الصحية العقلية.](#)

غالباً ما يعبر الأشخاص المتضررين عن هوية روحية أو دينية، وقد يؤيدون جماعة دينية. وبعد ذلك جزءاً أساسياً من استراتيجيات التكيف الخاصة بهم، ويؤثر على تقديم الاستجابة الملائمة عبر مجموعة واسعة من القطاعات. هناك دليل متزايد على استفادة الأشخاص المتضررين عندما يضع العاملين في المجال الإنساني هوية عقيدتهم في الاعتبار. وللجماعات الدينية القائمة قدرة كبيرة على المساهمة في أي استجابة إنسانية. يتطلب النهج المتمحور حول الإنسان وعي العاملين في المجال الإنساني بهوية عقيدة الأشخاص المتضررين. وتوجد مجموعة أدوات متزايدة لتحقيق ذلك.

فهم البيئة العملية

تحدث الاستجابة الإنسانية في سياقات مختلفة تماماً بدءاً من السياق الحضري إلى الريفي، والصراع إلى البداية السريعة للكوارث، غالباً ما تحدث مجموعة منها بمور الوقت. سوف تتعتمد فعالية الاستجابة في تلبية احتياجات الأشخاص المتضررين على عوامل جغرافية وأمنية واقتصادية وسياسية وبيئية. رغم تطور المعايير الدنيا لتتركز على مساعدات إنقاذ الحياة الفورية، فهي تُطبق في الاستجابات الإنسانية التي تستمر لبضعة أيام أو أسابيع أو حتى سنوات. كما يجب أن تتغير الاستجابة الإنسانية وتتكيف بمور الوقت وتتجنب أن تؤدي إلى خلق الاعتماد على المساعدات. سوف يظهر تحليل مستمر للسياق والموقف عندما تتكيف البرامج مع البيئة المتغيرة مثل المشاكل الأمنية الجديدة أو القيود الموسمية مثل الفيضانات.

ويعتبر التقييم المستمر لكيفية تأثير الاستجابة على дيناميات المحلية مثل شراء البضائع والخدمات أو الاستعانة بوسائل النقل أمر أساسى للتأكد من أن العمل الإنساني لا يوجّح ديناميات الصراع [انظر مبادئ الحماية رقم 2](#). عندما يطول أمد الأزمات، فقد تضاعف نقاط الضعف المنهجية الأساسية من الاحتياجات ومواطن الضعف، مما يتطلب توفير حماية إضافية وبذل الجهد لبناء القدرة على التكيف. ويمكن معالجة بعض هذه الأمور بشكل أفضل من خلال أو بالتعاون مع الجهات الفاعلة في مجال التنمية.

تلزم آليات التنسيق مثل نظام المجموعات بإنشاء تقييم واضح للعمل والمسؤولية وكشف التغرات في التخطيطية والجودة، فمن المهم منع ازدواجية الجهود وإهدار الموارد، ويمكن أن تؤدي مشاركة المعلومات والمعرفة بين الجهات المعنية، جنباً إلى جنب مع التخطيط المشترك والأنشطة المدمجة إلى ضمان إدارة المنظمة للمخاطر بشكل أفضل وتحسينها لنتائج الاستجابة.

دعم الجهات الفاعلة الوطنية والمحلية

اعتراضًا بالدور الرئيسي ومسؤولية الدولة المضيفة، يُرسد الدليل جميع المستrikين في الاستجابة الإنسانية والدور الذي يمكن أن تقوم به المنظمات الإنسانية في دعم تلك المسؤولية. وسوف يكون هناك تأثير حاسم في حالة الصراع لرغبة الجهات الفاعلة الحكومية أو غير الحكومية في تسهيل الوصول إلى السكان.

- وسوف يتشكل دور الدولة في قيادة أو تنسيق استجابة بواسطة العديد من العوامل التي تتضمن:
 - وجود جهة حكومية معنية بشكل خاص بتنسيق أو تنفيذ الاستجابة الإنسانية (غالبًا يُشار إليها بـ «هيئة أو منظمة إدارة الكوارث الوطنية»);
 - دور وقوف الوزارات التنفيذية في وضع المعايير مثل معايير التغذية والأدوية الأساسية والطاقم الطبي؛
 - عدم توفر مؤسسات الدولة الفاعلة مثلاً يحدث في المناطق المتنازع عليها. قد تكون الجهات الفاعلة في المجال الإنساني بحاجة في تلك الحالات الاستثنائية إلى وضع آليات التنسيق الخاصة بها.

الأزمات طويلة الأمد

عندما يتضح أن الاستجابة الإنسانية سوف تستمر لأكثر من عدة أشهر أو سنوات، فيجب الوضع في الاعتبار طرق مختلفة لتلبية الاحتياجات ودعم الحياة بكلمة. استكشف فرص العمل مع مقدمي الخدمات الحاليين والسلطات المحلية والمجتمعات المحلية وشبكات الحماية الاجتماعية أو الجهات الفاعلة في مجال التنمية للمساعدة في تلبية احتياجاتهم. كما تحتاج عمليات التقييم إلى مراعاة السياق ومخاوف الحماية وكيفية التأثير على حقوق الأشخاص المتضررين. أشرك الأفراد من الجنسين وجميع الأعمار والإعاقات والخلفيات، متضمنة المجتمعات المحددة ذاتيًّا، في التحليل والتقدير واتخاذ القرار والمراقبة والتقييم. واسع للحصول على حلول طويلة المدى ودائمة في أقرب وقت ممكن. وعندما توفر الفرصة أمام الجهات الفاعلة في المجال الإنساني لوضع حلول طويلة المدى، يكون لها الأسبقية على التدابير المؤقتة.

اعلم أن الأشخاص المتضررين غالباً ما يكونوا هم أنفسهم أول من يستجيب لاحتياجاتهم الخاصة ويقومون بحماية أنفسهم. تقدم السلطات الوطنية والمحلية ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الدينية وغيرها مساعدة في غاية الأهمية. كُن على وعي بشبكات المساعدة الموجودة مسبقاً واكتشف طرق للدعم بدلاً من تقويضها أو تكرارها.

البيئات الحضرية

- يجب على العاملين في المجال الإنساني الاستعداد للاستجابة في السياقات الحضرية وذلك بعد انتقال أعداد متزايدة من سكان العالم إلى البلدات والمدن. تختلف المناطق الحضرية عادةً عن السياقات الأخرى من حيث:
 - الكثافة؛ حيث تكتظ بالسكان والمنازل والبنية التحتية والقوانين واللقاءات في منطقة صغيرة نسبياً؛
 - التوع؛ فهي مجموعات اجتماعية وعرقية وسياسية ولغوية ودينية واقتصادية متنوعة تعيش في منطقة متقاربة؛
 - الديناميات؛ تعدد البيئات الحضرية بيئات سلسة ومتغيرة وذات حركة مرتفعة وعلاقات قوة سريعة التغير.

ستكون البلدية غالباً الجهة الحكومية الأساسية ذات العلاقات الفاعلة والإدارات الحكومية الأخرى مثل الوزارات التنفيذية. فيجب تقدير الحصول على الخدمات الأساسية والأمن الغذائي وسبل المعيشة بعناية متضمنة أي تمييز. ويستخدم سكان المدن والبلدات التقدّم في دفع الإيجار وشراء الطعام والحصول على الرعاية الصحية. تُطبق المعايير الدنيا بكرامة بغض النظر عن كيفية تقديم المساعدة.

يمكن استخدام معايير اسفيه الدنيا لدعم نقاط دخول متعددة من أجل تقديم المساعدة في المناطق الحضرية، متضمنة أنحاء المستوطنات أو الأحياء أو من خلال المناهج القائمة على تحديد المنطقة الجغرافية. يمكن ان تقدم المجموعات الناشئة ذات الاهتمامات المشتركة مثل المدارس والأئدية والمجموعات التسائية وسائل التاكسي نقاط مفيدة. ويمكن أن يكون العمل مع الجهات الفاعلة المحلية (مثل القطاع الخاص والحكومة المحلية ورؤساء الأحياء والفتات المجتمعية) أمر حيوى في إعادة تشغيل الخدمات القائمة ودعمها وتعزيزها بدلاً من استبدالها. ضع في الاعتبار كيف يمكن أن تدعم المساعدات الإنسانية تخطيط الاستثمارات البلدية وخلق قيمة خلال الأزمة وعلى المدى الطويل.

وكما يحدث في أي بيئة، يجب أن يراعي تحليل السياق في البيئات الحضرية الموارد والفرص القائمة مثل التجارة والنقد والتكنولوجيا والأماكن العامة وذوي مجموعة المهارات المتخصصة والتنوع الاجتماعي والثقافي، جنباً إلى جنب مع المخاطر وأوجه الحماية. كما يجب أن يُرْشد التحليل خيارات الاستجابة والأخيارات النهائي حول طريقة التسلیم، مثل اتخاذ القرار بتقديم مساعدات عينية أو نقية (وأفضل الطرق للقيام بذلك). ويوفر الاقتصاد القائم على النقد للبلدات والمدن فرص شراكات للبلدات والمدن مع جهات فاعلة في الأسواق والتكنولوجيا، والتي قد تُسهل من استخدام المساعدة القائمة على النقد.

المستوطنات البشرية الجماعية

تعد المستوطنات البشرية الجماعية والمخيّمات، بالإضافة إلى المراكز الجماعية والمستوطنات التقليدية، منازل للمليين من السكان المعرضين للنزوح القسري. ويمكن استخدام معايير اسفيه لضمان جودة المساعدة في البيئات المجتمعية كما يمكنها أيضاً المساعدة في التعرف على أولويات البرامج متعددة القطاعات لمواجهة مخاوف الصحة العامة والوصول إلى الخدمات الأساسية في المستوطنات التقليدية.

يمكن أن تسهم القدرة المخصصة على إدارة المخيّمات في المستوطنات البشرية الجماعية في تحقيق قدر أكبر من المساءلة وتقدیم منسق للخدمات. ورغم ذلك، تشكل المستوطنات البشرية الجماعية مخاطر معينة على الحماية، على سبيل المثال، عند الحرمان من حق حرية التنقل من أجل ترك المستوطنة، فقد لا يستطيع السكان الوصول إلى الأسواق أو الحصول على فرص سهل كسب العيش. ويجب أيضاً إيلاء اهتمام خاص بالمجتمعات المضيفة لأن الاختلافات الحقيقة أو المزعومة في المعاملة قد تؤدي إلى تصعيد التوترات أو الصراع. فالدعوة في هذه الحالات إلى بيئات بديلة مشابهة للمخيّمات وتلبية احتياجات المجتمع المضيف أيضاً يمكن أن تساعد في ضمان قدرة الأشخاص المتضررين على الحياة بكرامة.

الأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية أو الدولية

عندما تستجيب المنظمات الإنسانية في نفس المنطقة، كالقوات العسكرية المحلية والدولية، فمن المهم الوعي بصلاحيات كل منها وطريقة عملها وقدراتها وحدودها. وقد تجد المنظمات الإنسانية نفسها في حالات النزاع والصراع تعمل عن كثب مع مجموعة من القوات العسكرية، متضمنة قوات الحكومة المضيفة ومجموعات مسلحة غير حكومية وقوات حفظ السلام الدولية. يجب أن تلاحظ الجهات الفاعلة في المجال الإنساني أن الحكومات المضيفة ملزمة بتقديم المساعدة والحماية للسكان المتضررين من الأزمات داخل الإقليم. وغالباً ما تُكلف القوات العسكرية المحلية القيام بذلك.

كما يجب أن تُشد المبادئ الإنسانية جميع الحوارات الإنسانية العسكرية والتنسيق على جميع المستويات ومراحل التفاعل. تعد مشاركة المعلومات وتقسيم المهام ثلاثة عناصر أساسية للتنسيق المدني العسكري الفعال. وعلى الرغم من أن مشاركة المعلومات بين الجهات الفاعلة الإنسانية والعسكرية قد تحدث، إلا أنها يجب أن تعتمد على سياق الأئحة العملية. ويجب ألا تشارك الوكالات الإنسانية المعلومات التي تعطي ميزة تكتيكية لأحد أطراف الصراع أو تعرض المدنيين للخطر.

قد تحتاج المنظمات الإنسانية في بعض الأحيان إلى استخدام القدرات الفريدة للقوات العسكرية لدعم العمليات البشرية. يجب أن يكون الدعم العسكري للمنظمات البشرية قاصراً على دعم البنية التحتية والمساعدات غير المباشرة؛ حيث تكون المساعدة المباشرة حل آخر.

وللتعاون مع القوات العسكرية تأثير حقيقي أو مزعوم على حيادية المنظمات البشرية واستقلالها العملياتي، لذلك يجب وضعه في الاعتبار بعناية مقدماً. ويجب أن تُوجه وثائق الإرشاد المتفق عليها عالمياً أي ترتيبات للتنسيق الإنساني العسكري [انظر الالتزام رقم 6 بالمعيار الإنساني العالمي](#) والمراجع.

التأثير البيئي في الاستجابة الإنسانية

تعد البيئة التي يعيش ويعمل بها الناس أمر أساسى لصحتهم ورفاهيتهم وتعافيهم من الأزمة. ويمكن أن يساعد فهم كيفية اعتماد الأشخاص المتضررين على البيئة من أجل تعافيهم ورفاهيتهم أيضاً في تصميم البرنامج ويفيد إلى استجابة أكثر استدامة للتكيف مع الخدمات المستقبلية والحد من المخاطر المستقبلية.

تؤثر العمليات البشرية على البيئة بشكل مباشر وغير مباشر. ولذلك يجب أن تقدر الاستجابة الإنسانية الفعالة المخاطر البيئية بعناية، جنباً إلى جنب مع التقديرات الأوسع نطاقاً وتحليل الحالة. كما يجب أن تحد البرامج من تأثيرها البيئي وتضع في الاعتبار كيف يمكن استخدام المشتريات أو المواصلات أو اختيار المواد أو الأرض واستخدام الموارد الطبيعية في حماية البيئة أو زيادة تدهورها [انظر معيار المأوى والمستوطنات رقم 7: الاستدامة البيئية](#).

تعتبر الدول والمناطق التي تواجه الفقر، بالإضافة إلى القدرة المؤسسية الهاشة ونظام بيئي هش، أكثر عرضة لخطر الكوارث الطبيعية وعدم الاستقرار مما يخلق حلقة مفرغة من التدهور الاجتماعي والبيئي. ولهذا الأمر تأثير على الصحة والتعليم وسبل العيش والأبعاد الأمنية الأخرى والكرامة والرفاهية. وتعد الاستدامة البيئية مكون مهم للاستجابة الإنسانية عالية الجودة [انظر التزامات المعيار الإنساني الأساسي رقم 9 و معيار المأوى والمستوطنات رقم 7 الاستدامة البيئية](#).

ملحق

تقديم المساعدات عبر الأسواق

يكمل هذا الملحق مقدمة دليل اسفير، مقدماً مزيد من المعلومات وإرشاداً حول استخدام الأسواق لتحقيق المعابر الدنيا ومساعدة السكان في تلبية احتياجاتهم في أعقاب الأزمة. فهو يبني على الفصول الأساسية ويشير إليه في الفصول التقنية. على هذا النحو، يعتبر الملحق جزء لا يتجزأ من دليل اسفير. من أجل الاستجابة بفاعلية، على الجهات الفاعلة في المجال الإنساني فهم الاحتياجات الازمة، بالإضافة إلى كيفية تلبيتها عملياً. وأحد أجزاء هذا التحليل هو فهم كيفية عمل الأسواق ومعرفة البضائع والخدمات المتوفرة على المستوى المحلي والوطني والإقليمي والدولي. ويسمح هذا الفهرم أيضاً للبرامج الإنسانية بدعم - أو على الأقل عدم الإخلال- الأسواق أثناء الاستجابة.

تحليل السوق كجزء من تحليل الاستجابة

بمجرد تقييم الاحتياجات والقدرات لتحديد الأولويات، يجب تحليل الطرق المختلفة للاستجابة لتلك الاحتياجات وتلبيتها. ويجب أن يضمن تحليل الاستجابة وضع المخاطر العملياتية والبرنامجية والسياسية والفرص في الاعتبار عند تحديد كيفية تقديم المساعدة. ويسمى ذلك أحياناً بـ «اختيار النمط».

ويتطلب تحديد أفضل الطرق لمساعدة في تلبية الاحتياجات ما يلي:

- فرز البيانات حسب أولويتها والطريقة التي يرغب السكان من خلالها الحصول على المساعدة وبين القطاعات وبنموذج الوقت؛
- فهم مواطن الضعف الاقتصادية الموجودة مسبقاً أو الناشئة عن الأزمة.

كجزء من التحليل، يساعد تحليل السوق على تحديد الطرق التي قد تكون أكثر فاعلية لتلبية الاحتياجات ذات الأولوية: المساعدة العينية أو توفير الخدمات أو المساعدة القائمة على النقد أو مزيج من هذه الخيارات في السياق. سوف يساعد تحليل السوق على تحديد أي قيود على الأسواق، متضمنة مشاكل العرض والطلب أو السياسات أو الأعراف أو القواعد أو البنية التحتية التي تحد من عمل السوق.

يجب أن يكون خيار الاستجابة أياً كان مراعياً للسوق ويسعى جاهداً إلى حماية سبل العيش والوظائف والمشاريع المحلية. تستند اسفير على احترام أساس السكان المتضررين من الأزمات ودعم اختياراتهم من أجل تعافيهم. وذلك عن طريق مراعاة طريقة تفاعل السكان مع الأسواق المحلية للحصول على البضائع والخدمات والدخل، كما يدعم تحليل السوق النهج المتمحور حول الإنسان.

البرمجة كما تستند

يمكن تقديم المساعدة العامة من خلال الأسواق بعدة طرق على المستوى المحلي أو الوطني أو الإقليمي. ويمكن أن تستخدم البرمجة المعتمدة على السوق بشكل مباشر لتقديم المساعدة، أو يمكن دعم الأسواق لخدمة الأشخاص المتضررين بشكل أفضل.

- تدعم مشتريات السلع المحلية والإقليمية والمواد غير الغذائية جانب العرض بالسوق.
- تساعد المساعدة المعتمدة على النقد السكان في شراء البضائع أو الخدمات المتوفرة محلياً، وتدعى جانب الطلب بالسوق.

■ يقوم دعم البنية التحتية، مثل تحسين طرق الوصول إلى الأسواق أو الإصلاحات مثل القوانين لمنع تثبيت السعر، بتقديم الدعم للسوق حتى يتمكن من خدمة الأشخاص المتضررين بشكل أفضل.

وعادةً ما يؤثر الجنس أو العرق أو الإعاقة بشكل مباشر على الوصول المادي والمالي والاجتماعي إلى الأسواق. فكيف يصل الرجال والشباب وكبار السن إلى الأسواق بشكل مختلف؟ هل التجار من عرق معين قادر على الحصول على التسهيلات الائتمانية؟ تؤثر هذه العوامل وغيرها من العوامل على درجة مشاركة الأفراد بفاعلية في الأسواق.

ينبغي موازنة الاعتبارات الأخلاقية والبيئية عند تطوير البرامج القائمة على السوق. وذلك لضمان أن الأسواق التي تستغل الموارد الطبيعية والأنظمة البيئية والبيئة بشكل مفرط غير مطورة بطريقة تعرض السكان لمزيد من الخطير.

البضائع والخدمات والأسواق: يجب وضع كلاً من البضائع والخدمات في الاعتبار عند الاستجابة للاحتياجات الإنسانية ذات الأولوية. تتضمن معظم معايير اسفيه اسفيه تقديم بعض أنواع السلع أو الحصول على البضائع. ورغم ذلك، تتميز القطاعات الاجتماعية مثل الصحة والتعليم بتقديم أو تحسين الحصول على الخدمات، وقد لا يعد التقديم عبر الأسواق أحد الخيارات المتاحة. ويجب اتخاذ خطوات - عند العمل مع مقدمي خدمات آخرين أو مقاولين فرعيين - لمراقبة جودة الخدمات والمنتجات معهم عن كثب [انظر معيار النظم الصحية 1.4: تمويل الصحة.](#)

تكون البرامج القائمة على السوق التي تدعم الحصول على الخدمات بشكل غير مباشر ملائمة في بعض الحالات. ويمكن أن تدعم المساعدة القائمة على النقد النقل إلى المرافق الصحية أو الحصول على الخدمات التعليمية (شراء الزي المدرسي والمواد). ويقدم تعقب نفقات الأسرة بيانات واضحة عن تكلفة الحصول على الخدمات، متضمنة الخدمات التي يجب أن تقدم بالمجان. ويجب أن تكون مراقبة نفقات الأسرة مدعومة دائمًا بمراقبة نتائج المساعدة النقدية.

يمكن أن تضع القطاعات المعتمدة على الخدمات في الاعتبار البرمجة القائمة على السوق للبضائع مثل الناموسيات المعالجة بمبيدات وإمدادات التغذية التكميلية والأدوية عند تثبيتها معايير الجودة [انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة.](#)

ستبرز الحاجة في معظم السياقات إلى مجموعة من التدخلات القائمة على السوق ومن المرجح أن تكون البرامج القائمة على السوق مدعومة بأنشطة أخرى كتلك التي تقدم المساعدة التقنية. وسوف تتطور هذه المجموعة على مدار البرنامج، وقد تحول من المساعدة العينية إلى النقدية أو القسامي أو العكس. كما تعدد مراقبة السوق، جنبًا إلى جنب مع مراقبة البرنامج، مهمة للتأكيد على أو تعديل شكل المساعدة.

ويتعين إجراء التعاون بين سلسلة الإمداد والوجيستيات ووظائف البرنامج في جميع الأوقات. لمزيد من الإرشاد حول الأدوات التي تدعم هذا الاختيار والتحليل [انظر المراجع.](#)

قواعد التحقق

قائمة التتحقق للمساعدة القائمة على النقد

يقدم هذا القسم قائمة بالاعتبارات لتقديم المساعدة خلال الأسواق، وهي تتبع دورة إدارة البرنامج وتتضمن عناصر مهمة أخرى يجب مراعاتها عند اعتماد هذا النهج لتلبية المعايير الدنيا. وسيكون كل سياق مختلف، وستبيّن خيارات آليات التقديم بناءً على البنية التحتية وحماية البيانات وفاعلية التكلفة والإدماج المالي.

تصميم البرنامج

- تستند معايير الاستهداف على أهداف البرنامج وتتضمن اعتبارات المساعدة المعتمدة على النقد.
- يضع في الاعتبار بعناية أي الأشخاص داخل الأسرة الذين يتعين حصولهم على المساعدة المعتمدة على النقد، مسترشفاً بتقدير مخاطر واضح ومقدراً أي شواغل تتعلق بالحماية.
- يحدد آليات آمنة ويسهل الحصول عليها وفعالة للتقديم بناءً على السياق والأهداف وحجم البرنامج، بالإضافة إلى الإمام بالأمور المالية للمتلقيين وتفضيلاتهم.
- يحسب مبلغ التحويل بناءً على الاحتياجات التي يلزم تغطيتها وتكلفة تلبية تلك الاحتياجات.
- يحدد عدد مرات التحويل والمدة بناءً على الاحتياجات والموسمية والقدرة المالية لمقدم الخدمات ومخاطر الحماية.
- يتابع نهج متعدد القطاعات عندما يكون ذلك ممكناً وقابلًا للتنفيذ.
- يحدد المشكلات الرئيسية والمؤشرات المتعلقة لمراقبة مستويات العمل والنشاط والنتائج والمحصلات.
- التتنفيذ
- قم بإدراج الاعتبارات الخاصة بالسياق وأي أبعاد أخرى ذات صلة في العروض المالية لمقدم الخدمة، وضع معايير واضحة للاختيار.
- يضع في الاعتبار استخدام آليات تقديم قائمة وشائعة بالفعل من أجل الحماية الاجتماعية.
- قم بإعداد سجل للمتلقيين ونظم تحديد الهوية الملائمة لآلية التقديم وللحماية البيانات الشخصية.
- تأكيد من أن التسجيل وتحديد الهوية يغطي البيانات التي يتطلبها مقدم الخدمات المالية.
- طبق ووّق تدابير حماية البيانات.
- يضع آليات للبيانات الرقمية بالتعاون مع المنظمات المختلفة بالمدى الممكن («الأنظمة القابلة التشغيل المتداخل»).
- يحدد بوضوح إجراءات وأدوار ومسؤوليات عملية التوصيل النقدية، بالإضافة إلى آليات إدارة المخاطر.
- تأكيد من أن عملية تقديم المساعدة المعتمدة على النقد يسهل الوصول إليها وفعالية.
- تأكيد من إمكانية حصول جميع المجموعات المتضررة على آلية التقديم التي وقع عليها الاختيار خلال عمر المشروع.
- تأكيد من حصول المتلقيين على معلومات حول أهداف البرنامج ومدة المساعدة المعتمدة على النقد حتى يتمكنوا من اتخاذ قرارات إنفاق مستنيرة.
- تأكيد من خصوصي مقدمي الخدمات المالية للمساعدة أمام المتلقيين خلال الإدارة التعاقدية والمراقبة 
- انظر التزامات المعيار الإنساني الأساسي رقم 4 و5.

المراقبة والتقييم والتعلم

- ارصد المساعدة المعتمدة على النقد المتعلقة بالعمليات والأنشطة والنتائج والمخاطر، متضمنة المراقبة بعد التوزيع.
- ارصد ما إذا كان الشخص الملائم قد تلقى النقد أو الفواتير بأمان وفي الوقت وبالمبلغ المحدد.
- ارصد الأسواق وسلسل الإمداد الخاصة بها باستمرار إلى جانب مراقبة الأسعار.
- ارصد نفقات الأسرة وتأكد من بيانات مراقبة السوق لتقدير ما إذا كانت هناك إمكانية لتلبية الاحتياجات من خلال المساعدة المعتمدة على النقد وخفض استراتيجيات التكيف.
- ارصد المخاطر المحتملة للمساعدة النقدية، متضمنة مخاطر الحماية والأثر السلبي على الموارد الطبيعية.
- قيّم النتائج المتعلقة بالمساعدة المعتمدة على النقد.
- قيّم بانتظام ما إذا كان خيار المساعدة القائمة على النقد فعالاً في تلبية الاحتياجات المتغيرة، وقم بتكييف البرنامج بناءً على ذلك وادعم التعلم المستمر للبرامج المستقبلية.

قائمة التحقق لإدارة سلسلة الإمداد واللوجستيات

يقدم هذا القسم قائمة بالاعتبارات الخاصة بإدارة سلسلة الإمداد والتاليير اللوجستية. وهي تتبع دورة إدارة البرنامج وتتضمن عناصر مهمة أخرى يجب مراعاتها.

إدارة سلسلة الإمداد هي تبدأ باختيار السلعة أو الخدمة. وتتضمن تحديد مصدر الأشياء الازمة والشراء وإدارة الجودة وإدارة المخاطر (متضمنة التأمين) والتغليف والشحن والنقل والتخزين وإدارة المخزون والتسليم والتوزيع. وتتضمن إدارة سلسلة الإمداد العديد من الشركاء المختلفين وهي مهمة لتنسيق الأنشطة

⊕ انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 6.

هناك حاجة إلى خبرات خاصة بإدارة سلسلة الإمداد. وتتضمن أنواع معينة من الخبرات ذات الصلة إدارة العقود والنقل وإدارة المستودعات وإدارة المخزون وتحليل خطوط الإمداد وإدارة المعلومات وتتبع الشحنات وإدارة الواردات. ويجب أن تضمن ممارسات الإدارة والمراقبة توفير الحماية للسلح حتى نقاط التوزيع. ورغم ذلك، تعتبر المنظمات الإنسانية مسؤولة أيضاً عن ضمان وصول المنتجات والخدمات (متضمنة خدمات المساعدة المعتمدة على النقد) إلى الأشخاص المحتاجين للمساعدة.

تحفز عمليات الشراء المحلية والإقليمية الأسواق المحلية التي يمكنها إعطاء الفلاحين والمصنعين حافز لزيادة الإنتاج ومن ثم تعزيز الاقتصاد المحلي. ورغم ذلك، يمكن أن تسبب عمليات الشراء المحلية أو الإقليمية مشاكل في الأسواق الأخرى أو تعطل الشبكات التجارية الأخرى القائمة. وعلى العكس، يمكن أن يؤدي الاستيراد إلى تراحم الإجراءات المحلية أو الإقليمية وتعطيل أيضاً الشبكات التجارية القائمة.

تصميم البرنامج

■ قدر التوافر المحلي، للبضائع الازمة قبل توريدتها من خارج المنطقة.

■ ضع في الاعتبار العمل مع شركات نقل محلية وإقليمية شهيرة لديها معرفة قيمة باللوائح المحلية والإجراءات والتسهيلات ويمكنها المساعدة في ضمان الامتثال لقوانين الدولة المضيفة والتعجل بالتسليم.

■ يجب القيام بما يلي في بيئة الصراع؛ تطبيق عملية تدقيق صارمة مخصصة على مقدمي الخدمات.

■ التأكد بعناية من أن التوريد المحلي لا يسبب أو يؤدي إلى تفاقم الحالة العدائية.

■ ضع في الاعتبار ما إذا كان أي استخدام للموارد البشرية مستداماً وما إذا كان الاستخدام قد يؤدي إلى المزيد من الصراع على الموارد.

■ ضع إجراء شفاف عادل ومفتوح لمنع العقود، واضعاً في الاعتبار الخيارات المحلية والوطنية والدولية.

■ قمر بالتنسيق للتوريد المحلي بالمدى الممكن عند مشاركة العديد من المنظمات.

التنفيذ

■ قمر ببناء علاقات جيدة مع الموردين والتجار المحليين ومقدمي الخدمات.

■ نفذ الجودة الملائمة للبضائع والخدمات من خلال العقود، بالإضافة إلى الممارسات الأخلاقية والبيئية المستدامة.

■ قمر بالتدريب والإشراف على الموظفين على جميع مستويات سلسلة الإمداد للحفاظ على جودة المنتج والالتزام بها وإجراءات السلامة (للمتقين والموظفين) بالإضافة إلى الممارسات الأخلاقية والبيئية المستدامة.

■ أدرج موظفين من المنظمات الشريكة ومقدمي الخدمات في التدريبات وقدم التدريب باللغة المحلية.

■ ضع إجراءات المساءلة متضمنة التوريد والنقل والتخطيط للتخزين وإدارة المخزون والإبلاغ والأنظمة المالية.

تجنب استخدام الطعام في الدفع للعمليات اللوجستية مثل التفريغ في المستودعات، يجب إدراج هذه التكاليف في الميزانية الأساسية.

يُوصى بتوفير مستودعات منفصلة للمواد الغذائية وغير الغذائية، تأكد عند اختيار مستودع من عدم استخدامه لتخزين البضائع الخطيرة وعدم وجود خطر بحدوث تلوث. وتشمل العوامل التي يجب وضعها في الاعتبار ما يلي: الأمان والقدرة وسهولة الوصول والصلابة الهيكلية وغياب أي تهديد بالفيضانات.

قم بتقييم وإدارة مخاطر على أمن طرق النقل والمستودعات.

أنشئ أنظمة للمراقبة وقم بالإشارة على جميع مراحل الإمداد للحد من مخاطر أعمال النهب أو الاستيلاء من الأطراف المتحاربة.

قم بتحليل ومعالجة الآثار السياسية والأمنية الأوسع نطاقاً مثل إمكانية تأجيج المخزونات المُحرفة عن هدفها للنزاعسلح  انظر مبدأ الحماية رقم 2.

قم بالحد من خسائر المنتجات والإبلاغ عنها على جميع مستويات سلسلة الإمداد.

قم بمعاينة السلع التالفة أو غير المناسبة بواسطة مفتشين مؤهلين ومعتمدين (مثل خبراء السلامة الغذائية ومعامل الصحة العامة) للتخلص منها.

تخلص من السلع التالفة بسرعة قبل أن تصبح خطيرة صحياً أو آمنياً. تتضمن طرق التخلص من السلع الببع (على سبيل المثال، استخدام الطعام كخلف حيواني) والدفن أو الحرق المصحّ به والذي يجب أن يجري بحضور السلطات المختصة. وفي جميع الحالات، يجب عدم إدخال السلع غير المناسبة مرة أخرى إلى سلسلة الإمداد أو الإضرار بالبيئة أو تلوث مصادر المياه  انظر معايير إدارة النفايات الصلبة رقم 1.5 إلى 3.5.

تشمل احتياجات الإدارة اليومية الإبلاغ السريع والشفاف عن أي تأخيرات أو انتهادات في سلسلة الإمداد. قم بتوفير التوثيق والنماذج الكافية باللغة المحلية في جميع المواقع التي تُسلم بها البضائع وتُخزن و/ أو تُرسل. ويضمن القيام بذلك توفير سجل مراجعة موثق للعمليات.

المراقبة والتقييم والتعلم

قم برصد وإدارة خطوط الأنابيب لتجنب انحراف التوزيعات عن مسارها أو انقطاعها، بالإضافة إلى تجنب الاختلال السوفي.

أبلغ الجهات المعنية بانتظام عن أداء جهود سلسلة الإمداد.

شارك بمعلومات متعلقة بمستويات المخزون والوصول المتوقع والتوزيعات بين الجهات المعنية بسلسلة الإمداد. واستخدم تعقب مستويات المخزون لتسلیط الضوء على العجز والمشاكل المتوقعة في الوقت المناسب. يمكن أن تؤدي مشاركة المعلومات بين الشركاء إلى تسهيل الحصول على القروض التي تحول دون انقطاع خطوط الإمداد. في حالة عدم وجود موارد كافية، فستكون هناك حاجة إلى تحديد السلع ذات الأولوية. تشاور مع الجهات المعنية عند وضع الحلول في الاعتبار.

اضمن انعکاس المساءلة وأدیات التواصل على خصائص عمليات التقديم.

تأكد من وجود أنظمة متابعة مسار السلع وإدارة المعلومات من بداية التدخل.

قيّم بانتظام ما إذا كان خيار المساعدة فعالاً في تلبية الاحتياجات المتغيرة، وقم بتكييف البرنامج بناءً على ذلك، وادعم التعلم المستمر للبرامج المستقبلية.

المراجع ومزيد من المطالعات

فهم مواطن الضعف والقدرات

Washington Group Questions. Washington Group on Disability Statistics.

www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/

البرمجة القائمة على الإيمان

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018.
<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith>

تحليل السوق والبرمجة القائمة على السوق

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

www.cashlearning.org/downloads/calp-minimum-requirements-en-rev-web.pdf

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

https://seepnetwork.org/files/galleries/1750_MERS_3rd_Edition_PDF.pdf

المساعدة القائمة على النقد

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

إدارة سلسلة الإمداد والتداير اللوجستية

Logistics Operational Guide (LOG). Logistics Cluster.

[http://dlca.logcluster.org/display\(LOG/Logistics+Operational+Guide%28LOG%29+Home](http://dlca.logcluster.org/display(LOG/Logistics+Operational+Guide%28LOG%29+Home)

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

www.logcluster.org/document/oxfam-market-systems-and-scenarios-ctp-rag-model-2013

Toolkit for Logistics in C&V. Logistics Cluster.

www.logcluster.org/sites/default/files/wfp_trade_logistics_assessment_2014.pdf

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

www.logcluster.org/cargo-tracking

HumanitarianResponse.info: Logistics references page. UNOCHA.

<https://www.humanitarianresponse.info/en/topics/environment/page/logistics>

الميثاق الإنساني



الميثاق الإنساني

يوفّر الميثاق الإنساني الخلقة الأخلاقية والقانونية لمبادئ الحماية، وللمعايير الدنيا والمعيار الإنساني الأساسي الوارد في هذا الدليل. وهو من ناحية بمثابة بيان لحقوق والتزامات قانونية موجودة، ومن ناحية أخرى فهو بيان إيمان مشترك.

فمن حيث الحقوق والالتزامات القانونية، فإن الميثاق الإنساني يلخص أكثر المبادئ القانونية الأساسية صلة برعاية متضرري الكوارث أو النزاعات. أما من حيث الإيمان المشترك، فإنه يحاول تجسيد توافق الآراء فيما بين الوكالات الإنسانية حول المبادئ التي ينبغي أن تحكم الاستجابة للكوارث أو النزاعات، ويتضمن ذلك أدوار مختلف الجهات المعنية ومسؤولياتها.

ويُشكل الميثاق الإنساني أساساً للالتزام الوكالات الإنسانية التي تؤيد «اسفير»، ودعوة إلى كافة المنخرطين في مجال العمل الإنساني لتبني المبادئ نفسها.

معتقداتنا

1. يعبر الميثاق الإنساني عن قناعتنا المشتركة كوكالات إنسانية بأن جميع متضرري الكوارث أو النزاعات لديهم حق تلقي الحماية والمساعدة لضمان الشروط الأساسية من أجل الحياة بكرامة، ونحن نؤمن بأن المبادئ الواردة في هذا الميثاق الإنساني هي مبادئ عالمية، تتطابق على كافة متضرري الكوارث أو النزاعات أينما كانوا، وكذلك على جميع أولئك الذين يسعون إلى مساعدتهم أو توفير الأمان من أجلهم. وتتجسد هذه المبادئ في القانون الدولي، بيد أنها تستمد قوتها في نهاية المطاف من المبدأ الأخلاقي الأساسي للإنسانية الذي مفاده: أن كافة الناس يولدون أحراضاً، ومتساوين في الكرامة والحقوق. وانطلاقاً من هذا المبدأ، فإننا نؤكد على أولوية الواجب الإنساني: الذي يقتضي باتخاذ التدابير اللازمة لتفادي المعاناة الإنسانية الناجمة عن الكوارث أو النزاعات، أو التخفيف من حدتها، وأنه لا ينبغي تجاوز هذا المبدأ بأي حال من الأحوال.

وكوالات إنسانية محلية ووطنية ودولية، فإننا نلتزم بتعزيز مبادئ هذا الميثاق والالتزام بها، كما نلتزم بتلبية المعايير الدنيا لاسفير في جهودنا الرامية إلى مساعدة أولئك المتضررين وحمايتهم. ونحن ندعو جميع المنخرطين في الأنشطة الإنسانية، بما في ذلك الجهات الفاعلة من القطاعين الحكومي والخاص، إلى الموافقة على المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة المبينة أدناه، باعتبارها بيان معتقدات إنسانية مشتركة.

دورنا

2. نعترف بأن الحاجات الأساسية لمتضرري الكوارث أو النزاعات إنما تُلبى بفضل جهودهم الخاصة في المقام الأول، ومن خلال الدعم الذي تقدمه المؤسسات المجتمعية والمحلية. كما نعترف بأولوية دور الدولة المتضررة ومسؤوليتها فيما يتعلق بتوفير المساعدة للمتضررين في الوقت المناسب، وبضمان حماية الناس وأمنهم، وبوتيرة الدعم من أجل انتعاشهم. ونحن نؤمن بأن السبيل الحاسم نحو الوقاية والاستجابة بشكل فعال يتمثل في مزيج من العمل الرسمي والطوعي، وفي هذا الصدد، فإن الجمعيات الوطنية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر، وغيرها من جهات المجتمع المدني الفاعلة، لديها دور أساسي يدعم السلطات العامة. وحيثما تكون القدرات الوطنية غير كافية، فإننا نؤكد على دور المجتمع الدولي الأوسع نطاقاً في مساعدة الدول على

اللوفاء بمسؤولياتها، بما في ذلك الجهات المانحة الحكومية والمنظمات الإقليمية. ونحن نعترف بالأدوار الخاصة التي تضطلع بها الوكالات المكلفة لدى الأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وندعم هذه الأدوار.

3. نحدد دورنا كوكالات إنسانية، فيما يتعلق بتحجج الفئات السكانية المتضررة وقدراتها، ومسؤوليات حكوماتها أو القوى المسيطرة عليها. ويعكس دورنا في تقديم المساعدة الإنسانية حقيقة مفادها أن الجهات التي تقع عليها مسؤولية المساعدة في المقام الأول ليست قادرة دائمًا على الاضطلاع بهذا الدور بنفسها بشكل كامل، أو قد لا تكون مستعدة للقيام به. وسنقوم قدر الإمكان بدعم الجهود التي تبذلها السلطات ذات الصلة من أجل حماية المتضررين ومساعدتهم، بما يتسم بتبليغ الواجب الإنساني وغيره من المبادئ المنصوص عليها في هذا الميثاق، وندعو كافة الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية إلى احترام دور الوكالات الإنسانية الذي يتسم بالاستقلالية، وعدم التحيز أو التحزب، كما ندعوه إلى تسهيل عملها، وذلك من خلال إزالة الحواجز القانونية والعملية غير الضرورية، وكفالة سلامتها، والسامح لها بالوصول إلى الفئات السكانية المتضررة بشكل متتسق وفي الوقت المناسب.

المبادئ والحقوق والواجبات المشتركة

4. نقدم خدماتنا بوصفنا وكالات إنسانية تعترف بحقوق كافة المتضررين من الكوارث أو النزاعات - النساء والرجال والفتيان والفتيات - مستلهمين في ذلك مبادئ الإنسانية والواجب الإنساني. ويشمل ذلك الحق في الحماية والمساعدة الذي تجسده نصوص القانون الدولي الإنساني، وقانون اللاجئين وحقوق الإنسان. لأغراض هذا الميثاق، فإننا نقدم فيما يلي موجزًا لهذه الحقوق:

- الحق في الحياة بكرامة
- الحق في الحصول على المساعدات الإنسانية
- الحق في الحماية والأمن.

وعلى الرغم من عدم وجود نصوص بهذا الشأن في القانون الدولي، فهي تجسد مجموعة من الحقوق القانونية المقررة، وتعطي مضموناً أكثر شمولاً للواجب الإنساني.

5. الحق في الحياة بكرامة الذي تجسده أحكام القانون الدولي، وتحديداً التدابير المعنية بحقوق الإنسان فيما يتعلق بالحق في الحياة، وفقاً لمستوىعيشي لائق، وعدم التعرض لظروف التعذيب، أو أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. وينطوي الحق في الحياة على واجب المحافظة على الحياة أينما تتعرض للتهديد. ويتضمن ذلك واجب عدم حجب تقديم المساعدة المنفذة للحياة أو تسييدها. أما الكرامة، فتنتطوي على أكثر من مجرد الرفاه البدنى، فهي تتطلب الاحترام الكامل للشخص، بما في ذلك قيم ومعتقدات الأفراد والمجتمعات المحلية المتضررة، واحترام حقوقهم الإنسانية، بما في ذلك الحرية، وحرية الوجود، والحرية الدينية.

6. الحق في تلقي المساعدات الإنسانية هو عنصر أساسي في الحق في الحياة بكرامة. وهو ينطوي على تحقيق مستوى عيسي لائق، يتضمن ما يكفي من الغذاء والمياه والملبس والإيواء، والممتلكات الازمة للحياة بصحبة جيدة، وهو حق يضمنه القانون الدولي صراحة. وتتجسد هذه الحقوق في المعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدينية، التي تعطى واقعاً عملياً، وتحديداً فيما يتعلق بتقديم المساعدة إلى متضرري الكوارث أو النزاعات. ونحن نؤمن بأنه أينما وجدت مجالات لا تقدم فيها الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية مثل هذه المساعدة بنفسها، فإنه يتوجب على هذه الجهات حيئنة السماح بالمساعدة على القيام بذلك. ويتوخى تقديم أي مساعدة من هذا القبيل وفقاً لمبدأ عدم التحيز، الذي يتطلب أن يتم تقديمها على أساس الحاجة فقط، وبما يتناسب مع هذه الحاجة. وهذا يعكس مبدأ عدم التمييز الأوسع نطاقاً الذي مفاده: أنه لا ينبغي التمييز ضد أي شخص بسبب وضعه، من حيث العمر، أو نوع الجنس، أو الأصل، أو اللون، أو العرق،

أو التوجه الجنسي، أو اللغة، أو المعتقد الديني، أو الإعاقة، أو الحالة الصحية، أو الرأي سواءً كان سياسياً أو غيره، أو الأصل القومي أو الاجتماعي.

7. يتأصل الحق في الحماية والأمن في أحكام القانون الدولي، وقرارات الأمم المتحدة، والمنظمات الحكومية الدولية الأخرى، وكذلك في المسؤولية السيادية للدول التي تتغفل من خلالها حماية جميع الماضعين لولايتها. وتحظى السلامة والأمن باهتمام إنساني خاص، ويتضمن ذلك توفير الحماية للأجئين والنازحين داخل بلددهم. وحسب إقرار القانون، فقد يتعرض بعض الناس بشكل خاص للإساءة والتمييز الضار بسبب وضعهم، من حيث العمر أو نوع الجنس أو العرق، وربما يستلزم الأمر اتخاذ تدابير خاصة من أجل توفير الحماية لهم ومساعدتهم. ونحن نعتقد أنه في حالة افتقار الدولة إلى القدرة الازمة لحماية الناس في مثل هذه الظروف، فإنه يتوجب علينا التماس المساعدة الدولية من أجل القيام بذلك.

وجدير بالذكر أن القانون المتعلق بحماية المدنيين والنازحين يتطلب إيلاء اهتمام خاص بال نقاط الواردة أدناه:

a. **خلال النزاعات المسلحة، وفقاً لتعريف القانون الدولي الإنساني، يوجد نص قانوني محدد يمنح الحماية والمساعدة لغير المشاركين في النزاع. ولا سيما ما تفرضه اتفاقيات جنيف عام 1949، وبروتوكولاها الإضافيان لعام 1977، من التزامات على أطراف النزاعات المسلحة سواءً كانت دولية أو غير دولية. ونحن نشدد على الحصانة العامة للسكان المدنيين ضد الهجمات والعمليات الانتقامية، كما نشدد على وجه الخصوص على أهمية:**

- **مبدأ التمييز بين المدنيين والمقاتلين، وبين الأهداف المدنية والأهداف العسكرية؛**
- **وعلى مبدأ التناسب في استخدام القوة، والتحوط في الهجوم؛**
- **وعلى واجب الامتناع عن استخدام الأسلحة العشوائية، أو التي تسبب بحكم طبيعتها إصابات زائدة أو معاداة لا داعي لها؛**
- **وكذلك على واجب السماح بتقديم الإغاثة بدون تحيز .**

فكثير من المعاناة، التي يمكن تجنبها، التي تسببها النزاعات المسلحة للمدنيين، نابع من عدم احترام هذه المبادئ الأساسية.

b. **لا يزال الحق في التماس اللجوء أو الملاذ أمراً حيوياً من أجل حماية أولئك الذين يواجهون اضطهاداً أو عنفاً. فكثيراً ما يجبر أولئك المتضررين من الكوارث أو النزاعات على اللوذ فراراً من ديارهم بحثاً عن الأمان وال الحاجات المعيشية الضرورية. وتتوفر أحكام اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين (تعديلاتها) وغيرها من المعاهدات الدولية والإقليمية، ضمانات أساسية لغير القادرين على الاستظلal بحماية بلد جنسيهم أو إقامتهم، ويضطرون إلى التماس الأمان في بلد آخر. وعلى رأس هذه المبادئ، مبدأ **عدم الإعادة القسرية** الذي مفاده: أنه لا يتعين إعادة أحد إلى بلد تعرض فيه حياته أو حريته أو أمنه البدني إلى التهديد، أو إلى حيث يتحمل أن يتعرض لضروب التعذيب أو غيره من أشكال المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة وينطبق المبدأ نفسه بالتبني على النازحين داخل بلددهم، وذلك على النحو الوارد في القانون الدولي لحقوق الإنسان، وكما نصت عليه المبادئ التوجيهية التي وضعت عام 1998 بشأن النزوح الداخلي، وما يتصل بذلك من قوانين إقليمية ووطنية.**

التزامنا

8. نحن نقدم خدماتنا من منطلق إيماننا بأن الفئات السكانية المتضررة تقع في صلب العمل الإنساني، ونقر بأن مشاركتها مشاركة نشطة هي أمر أساسى لتقديم المساعدة بطرق تلي حاجتهم على أفضل وجه، ويتضمن ذلك المستضعفين والمستبعدين اجتماعياً. ونسعى إلى دعم الجهود المحلية لتفادي الكوارث والتأهب لها والاستجابة لها، وكذلك بالنسبة لآثار النزاعات، وتعزيز قدرات الجهات الفاعلة المحلية على كافة المستويات.

9. نحن ندرك أن المحاولات الرامية إلى توفير المساعدة الإنسانية قد تحدث في بعض الأحيان آثاراً سلبية غير مقصودة. ولذلك، فإننا نهدف من خلال التعاون مع المجتمعات المحلية المتضررة ومع السلطات، إلى التقليل قدر الإمكان مما قد يطال المجتمع المحلي أو البيئة من أي آثار سلبية للعمل الإنساني. أما فيما يتعلق بالنزاعسلح، فإننا ندرك أن الطريقة التي يتم بها تقديم المساعدة الإنسانية قد تجعل من زيادة تعرض المدنيين للهجوم أمراً محتملاً، أو قد تسبب أحياناً بشكل غير مقصود في إعطاء ميزة إلى طرف أو أكثر من أطراف النزاع. وعلى ذلك، فنحن ملتزمون بالتقليل إلى أدنى حد ممكن من مثل هذه الآثار الضارة، بما يتفق مع المبادئ المذكورة آنفًا.

10. سعمل وفقاً لمبادئ العمل الإنساني المنصوص عليها في هذا الميثاق، وفي ضوء توجيهات حددتها مدونة قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث (عام 1994).

11. تعطى المعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدنيا ضمنها عملياً للمبادئ المشتركة في هذا الميثاق، استناداً إلى فهم الوكالات لمتطلبات الحد الأدنى الأساسي اللازم للحياة الكريمة، وإلى تجاربها في تقديم المساعدة في المجال الإنساني. وعلى الرغم من اعتماد تحقيق هذه المعايير على مجموعة من العوامل، قد يقع أثراها خارج دائرة سيطرتنا، إلا أنها ملتزمون دائماً بمحاولة تحقيقها، وعلى استعداد رقبول المساءلة عن ذلك. كما ندعو كافة الأطراف، بما في ذلك الحكومات المتضررة والحكومات المانحة، وكذلك المنظمات الدولية والجهات الفاعلة من القطاع الخاص، والجهات الفاعلة غير الحكومية، إلى اعتماد تلك المعيار الإنساني الأساسي والمعايير الدنيا كمعايير مقبولة.

12. نلتزم ببذل كل جهد ممكن لضمان حصول متضرري الكوارث أو النزاعات على ما لا يقل عن الحد الأدنى من المتطلبات الازمة للحياة بكرامة وأمن، وذلك انطلاقاً من الالتزام بالمعايير الدنيا لسفير والمعيار الإنساني الأساسي، ويتضمن ذلك ما يكفي من المياه والإصحاح والأغذية والتغذية والموارد والرعاية الصحية . وتحقيقاً لهذه الغاية، فإننا سنواصل دعوة الدول والأطراف المعنية الأخرى إلى الوفاء بالتزاماتها الأخلاقية والقانونية تجاه الفئات السكانية المتضررة. ومن جانبنا، فإننا نعمل على جعل استجاباتنا أكثر فعالية وملاءمة وقابلية للمساءلة، من خلال إجراء تقييم ورصد سليمين لتطورات السياق المحلي، ومن خلال تحقيق الشفافية في المعلومات وفي صنع القرار، وكذلك من خلال التنسيق والتعاون بشكل أكثر فعالية على كافة المستويات مع الجهات الأخرى ذات الصلة، وذلك على النحو الوارد تفصيله في المعايير الدنيا والمعايير الأساسية. ونلتزم على وجه الخصوص بالعمل في شراكة مع الفئات السكانية المتضررة، والتزكيز على مشاركتها في أعمال الاستجابة مشاركة نشطة، ونسسلم بحتمية مسؤوليتنا بشكل أساسى تجاه أولئك الذين نساعدهم.

مبادئ الحماية





مبادئ الحماية

مبدأ 4

مساعدة الناس على
المطالبة بحقوقهم

مبدأ 3

مساعدة الناس على
التعافي من الآثار
الجسدية والنفسية
الناتجة عن التعذيب
للتهديد أو العنف

مبدأ 2

ضمان وصول الناس
للحماية غير المتجزئة
وفقاً لاحتياجاتهم وبدون
أي تمييز

مبدأ 1

تعزيز سلامة الناس
وكرامتهم وحقوقهم
وتحبيبهم التعرض لمزيد
من الأذى

الملاحق ملخص المعايير المهنية لأعمال الحماية

المحتويات

34	مبدأ الحماية
36	مبدأ 1
38	مبدأ 2
39	مبدأ 3
41	مبدأ 4
43	ملحق ملخص المعايير المهنية لأعمال الحماية
45	المراجع ومزيد من المطالعات



مبادئ الحماية

تنطبق أربعة مبادئ للحماية على جميع الأعمال الإنسانية وعلى جميع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني.

1. تعزيز سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم وتجنيبهم التعرض للأذى.
2. ضمان وصول الناس للمساعدة وفقاً لاحتياجاتهم وبدون أي تمييز.
3. مساعدة الناس على التعافي من الآثار الجسدية والنفسية الناجمة عن التعرض للتهديد أو للعنف أو الإكراه أو الحرمان المعمد.
4. مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم.

تدعم مبادئ الحماية الحقوق الواردة في الميثاق الإنساني وهي: الحق في الحياة بكلمة، والحق في تلقي المساعدة الإنسانية، والحق في الحصول على الحماية والأمان. وتوضح المبادئ الدور الذي يمكن أن تؤديه الجهات الفاعلة في المجال الإنساني للمساعدة في حماية للناس. وتعود أدوار ومسؤوليات الجهات الفاعلة في المجال الإنساني ثانية بالنسبة للأدوار والمسؤوليات التي تحملها الدولة، حيث. تتحمل الدولة أو السلطات الأخرى المسؤولية القانونية عن رعاية الناس داخل أراضيها أو الأراضي التي تقع تحت سيطرتها، وعن سلامة المدنيين في فترات النزاع المسلح. وفي نهاية المطاف، من واجب هذه السلطات ضمان سلامة الناس وأمنهم من خلال اتخاذ الإجراءات المناسبة أو التقييد. ويتمثل دور الجهات الفاعلة في المجال الإنساني في إقناع السلطات وتشجيعها على الاضطلاع بمسؤولياتها، وإذا فشلت السلطات في ذلك، فعندئذٍ تساعد هذه الجهات الناس على التعامل مع العواقب.

يقدم هذا الفصل إرشادات حول كيفية مساهمة المنظمات الإنسانية في توفير الحماية من خلال مساعدة الناس على البقاء في أمان، وعلى حصولهم على المساعدة الازمة، وعلى التعافي من أحداث العنف، والمطالبة بحقوقهم.

يهتم مبدأ الحماية بأمان الأشخاص المتضررين من الكوارث أو التزاعات المسلحة وبكرامتهم وحقوقهم. وتعرف اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات الحماية بأنها:

...كافحة الأنشطة التي تهدف إلى تحقيق الاحترام الكامل لحقوق الأفراد وفقاً لنص القوانين ذات الصلة وروحها (مثل القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني والقانون الدولي للجوء). «...ويمعنن أعمّر، تشمل الحماية جميع الجهود التي تبذلها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وفي مجال حقوق الإنسان لضمان فهم حقوق الأشخاص المتضررين والتزامات الجهات المسؤولة بموجب القانون الدولي واحترامها وحمايتها وتطبيقاتها دون تمييز.

تعلق الحماية باتخاذ إجراءات لإبقاء الأشخاص في مأمن من العنف والإكراه والحرمان المعمد. غالباً ما توجد مجموعة ذات أولوية من الشواغل المتعلقة بالحماية التي تؤثر على مجتمعات بأكملها ضمن أي سياق إنساني معين، وعندها يكون الإجراء المتفق عليه أساسياً للتعامل مع هذه الشواغل بفعالية. ولكي تكون الاستجابة الإنسانية موجهة نحو توفير الحماية، فمن المهم فهم المخاطر الرئيسية التي يتعرض لها المتضررون ومعالجتها؛ ومنها الأضرار الجسيمة الناجمة عن عدم احترام القانون الإنساني الدولي أو قانون اللجوء أو قوانين حقوق الإنسان.

وضع المبادئ في حيز التنفيذ

ينبغي للأي شخص يطبق معايير «اسفير» الدنيا الاسترشاد بمبادئ الحماية حتى لو لم يكن لديه تفويض حماية أو قدرة متخصصة في مجال الحماية. ويتضمن ذلك فهم السياق واتخاذ الخطوات المناسبة لمنع الاتهاكات والمخارط التي تهدد أمان الناس أو الحد منها أو إنهائها. ويعد من الضروري توفير المعلومات الالزمة ودعم قدرة الناس على اتخاذ قرارات مستتبيرة بشأن أوضاعهم الخاصة ويشأن تعافيهم.

وينبغي للجهات الفاعلة في مجال الحماية المتخصصة أن تفي بهذه المبادئ بالإضافة إلى الوفاء بمعايير تكميلية محددة. وتتولى الجهات الفاعلة المتخصصة في الحماية أعمالاً مستقلة تركز على مجالات اهتمام محددة مثل:

- حماية الطفل؛
- العنف القائم على النوع الاجتماعي؛
- حقوق الإسكان والأراضي والممتلكات؛
- التدابير المتعلقة بالألغام؛
- العدالة وسيادة القانون؛
- الاستشارات القانونية؛
- مناصري حقوق الإنسان والمدافعين عنها؛
- الأشخاص النازحين داخلياً؛
- حقوق اللاجئين.

 انظر المراجع في نهاية الفصل والملحق: المعايير المهنية لأعمال الحماية التي تشمل البحث عن الأسر وتجديد الوثائق وحماية البيانات ومجالات أخرى.

أنشطة الحماية

يمكن أن تشمل الأنشطة المتعلقة بالحماية أنشطة وقائية أو أنشطة استجابة أو أنشطة تصحيحية وبناء البيئة. ويتطبق التمسك بمبادئ الحماية تفيف مجموعه من هذه الأنشطة.

- الوقائية: تفادى حدوث ما يهدد سلامه الفرد أو كرامته أو حقوقه أو الحد من تعرضه لهذه التهديدات وقابلية التضرر منها.
- الاستجابة: وقف الاتهاكات أو الإساءات المستمرة من خلال الاستجابة الفورية لحوادث العنف والإكراه والحرمان.
- التصحيحية: توفير حلول إصلاحية للإساءات الجارحة أو الماضية من خلال تقديم الرعاية الصحية (بما في ذلك الدعم النفسي الاجتماعي) أو المساعدة القانونية أو غير ذلك من أشكال الدعم لمساعدة الناس على استعادة كرامتهم.
- بناء البيئة: المساهمة في تهيئة البيئة السياسية والاجتماعية والثقافية والمؤسسية والقانونية التي تدعم الاحترام الكامل لحقوق السكان المتضررين. ويشمل ذلك التشجيع على احترام الحقوق وفقاً لما ورد في القانون الدولي.

وتعتبر المناصرة، سواء كانت عامة أو خاصة، عنصراً مشتركاً بين أنواع الأنشطة الأربع. وعندما تنجم التهديدات الموجهة إلى السكان المتضررين عن قرارات أو إجراءات أو سياسات متعتمدة، يجب على المنظمات الإنسانية أو منظمات حقوق الإنسان الدعوة إلى تغيير مثل هذه القرارات أو الإجراءات أو السياسات التي تهدد حقوق السكان المتضررين. وقد يشمل ذلك التأثير على سلوك الشخص أو المنظمة التي تُشكل تهديداً أو تغيير سلوكه،

بالإضافة إلى السعي لتعديل السياسات التمييزية أو الأطر القانونية. وقد يشمل ذلك أيضًا دعم الجهود الذاتية التي يبذلها الناس للحفاظ على سلامتهم والحد من تعرضهم للمخاطر.

مبدأ الحماية 1:

تعزيز سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم وتجنيبهم التعرض للأذى

تتخذ الجهات الفاعلة في المجال الإنساني خطوات للحد من المخاطر الشاملة التي يتعرض لها الناس ومن استضعافهم، بما في ذلك وضع حد للآثار السلبية المحتملة للبرامج الإنسانية.

يشمل هذا المبدأ:

- فهم مخاطر الحماية ضمن سياقها.
 - تقديم المساعدة اللازمة للحد من المخاطر التي قد يواجهها الناس عند تلبية احتياجاتهم بكرامة.
 - تقديم المساعدة في بيئة لا يتعرض فيها الناس للمزيد من المخاطر الجسدية أو العنف أو الإساءة.
 - دعم قدرة الناس على حماية أنفسهم.
- ومن الأمور الجوهيرية في هذا المبدأ أهمية تجنب الآثار السلبية التي تسببها البرامج الإنسانية [انظر «الالتزام بالمعايير الإنسانية الأساسية».](#)

ملاحظات إرشادية

تحليل السياق: فهم السياق وتوقع عواقب العمل الإنساني التي قد تؤثر على سلامة السكان المتضررين وعلى كرامتهم وحقوقهم. ويجب العمل مع شركاء ومجموعات من النساء والرجال والفتىان والفتيات المتضررين لإجراء تحليل دوري للمخاطر مع تغيير الوضع بمروor الوقت.

القائمة التالية ليست شاملة، ولكن يمكن أن تشكل أساساً لهذا التحليل:

- ما التهديدات والمخاطر ومواطن الاستضعاف المتعلقة بالحماية التي يتضرر منها جميع السكان؟
- ما قرارات السكان التي تكثفهم من الحد من هذه المخاطر والتهديدات؟
- هل هناك مجموعات تواجه مخاطر محددة؟ ولماذا؟ ضع في الاعتبار الفئات التي تعاني من التمييز على أساس العرق أو الطوائف أو الطبقة الاجتماعية أو الجنس أو النوع أو السن أو الإعاقة أو الميول الجنسية.
- هل تمنع هذه العقبات الناس من تلقي المساعدات أو المشاركة في اتخاذ القرارات؟ قد تتضمن هذه العقبات العوائق الأمنية أو الاجتماعية أو المادية أو طريقة تقديم المعلومات.
- ما الذي تفعله المجتمعات المحلية لحماية أنفسها؟ كيف يمكن للمنظمات الإنسانية دعم هذه الجهود و عدم تقويضها؟ هل هناك مخاطر يتعرض لها من يحمون أنفسهم؟
- هل ينخرط الناس في آليات تكيف سلبية مثل المقاومة بالجنس أو الزواج المبكر أو عمالة الأطفال أو الهجرة المحفوفة بالمخاطر؟ ما الذي يمكن عمله للتخفيف من مواطن الضرر والضعف الأساسية؟
- هل للأسطحة الإنسانية نتائج سلبية غير مقصودة مثل تعريض الناس للخطر عند نقاط التوزيع، أو التسبب في حدوث انقسام داخل المجتمع المحلي أو مع المجتمعات المضيفة؟ ما الذي يمكن فعله للحد من هذه المخاطر؟

- هل هناك قوانين عقائية تشكل خطراً على الحماية، مثل الاختبار الإلزامي لفيروس نقص المناعة البشرية، أو تجريم العلاقات الجنسية المثلية، أو غيرها؟
- يجب إعداد آليات تبادل المعلومات وأدوات المساءلة مع المجتمعات والحفاظ عليها، بما في ذلك المجتمعات المعرضة للخطر، لتحديد مشكلات الحماية ومعالجتها.
- تجنب التواطؤ في اتهامات حقوق الأشخاص من خلال الأنشطة التي تُضفي شرعية على السياسات والممارسات التي تسبب المشكلة. وقد تشمل الأمثلة الأنشطة التي تسمح بنقل السكان قسرياً لأسباب سياسية أو عسكرية، أو التي تؤدي إلى زيادة الصراع بشكل غير مباشر من خلال الاختيار العشوائي للشركاء أو المقاولين التجاريين. قد ينطوي هذا التحليل على اختيارات وقرارات صعبة، ولكن ينبغي مراعاتها ومراجعتها مع تغير الظروف.
- المساعدات الإنسانية: قد تؤدي الطريقة التي تُقدم من خلالها المساعدات والبيئة التي تُقدم فيها، إلى جعل الأشخاص أكثر عرضة للضرر أو العنف أو الإكراه.
- لذلك ينبغي تقديم المساعدة في أمن بيئه ممكنة والبحث بشكل فعال عن طرق للحد من التهديدات والقضاء على مواطن الضرر والضعف. على سبيل المثال: توفير التعليم والرعاية الصحية في الواقع التي يستطيع كافة الناس الوصول إليها بأمان [انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ «INEE».](#)
- اتخاذ جميع الخطوات المعقولة عند تقديم المساعدة وإدارتها لحماية الناس من الاعتداء الجسدي والجنسى. على سبيل المثال، قد تتعرض السلع القيمة أو المساعدات النقدية للنهب مما يعرض المستلمين لخطر الضرر.
- مساعدة الناس على العثور على خيارات آمنة لتلبية الاحتياجات الأساسية بطريقة تحد من التعرض للمخاطر. على سبيل المثال: توفير بدائل الوقود التي تقلل من الحاجة إلى جمع الحطب في البيئات الخطرة.
- تصميم أنشطة تحمي الفتيات والفتاين ولا ينبع عنها مخاطر إضافية، مثل تجنيد الأطفال أو اختطافهم أو فصلهم عن الأسرة [انظر دليل المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني «CPMS».](#)
- التنسيق مع السلطات الحكومية والمنظمات المتخصصة بشأن إزالة الألغام الأرضية والذخائر غير المنفجرة من المناطق التي تُقدم بها المساعدة [انظر المعايير الدولية لمكافحة الألغام.](#)
- مراعاة أي تأثير غير مقصود يقع على البيئة ويمكن أن يؤثر على سلامة الناس وكرامتهم وحقوقهم.
- التشاور مع قطاعات مختلفة من المجتمع، بما في ذلك المجموعات المعرضة للخطر والمنظمات التي يثقون بها لفهم أفضل طريقة يمكن من خلالها تقديم المساعدة لهم. على سبيل المثال: العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقة لمعرفة كيفية تقديم المساعدة لهم. وينبغي لا تتعرض سلامتهم أو سلامة من يثقون بهم لتلقي المساعدات نهاية عنهم لأى مخاطر أخرى.
- آليات حماية المجتمع: فهم الوسائل التي يحاول الأشخاص من خلالها حماية أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعاتهم. ويجب دعم مبادرات المساعدة الذاتية بقيادة المجتمع المحلي. كما يجب ألا تضر التدخلات الإنسانية بقدرات الناس على حماية أنفسهم وحماية الآخرين.
- معلومات حساسة: تأكيد من عدم تعرض الناس للخطر بسبب الطريقة التي تُسجل بها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني معلوماتهم وتشاركها. كما يجب وضع سياسة بشأن جمع المعلومات الحساسة والإشارة إليها. وينبغي أن تحدد هذه السياسة الظروف التي يجوز بموجبها الإشارة إلى تلك المعلومات، واحترام مبدأ الموافقة المستنيرة. وقد يؤدي الإخفاق في ذلك إلى تعريض سلامة الناجين والموظفين للخطر.

مبدأ الحماية 2:

ضمان تلقي الناس للمساعدة وفقاً لاحتياجاتهم وبدون أي تمييز

تحدد الجهات الفاعلة في المجال الإنساني العقبات التي تحول دون الوصول إلى المساعدات، وتبخذ الخطوات الازمة لضمان توفيرها بما يتناسب مع الحاجة وبدون تمييز.

يشمل هذا المبدأ:

- التصدي لأى إجراء ينبع عنه حرمان متعمد للناس من حاجاتهم الأساسية باستخدام القوانين والمبادئ الإنسانية العامة ذات الصلة [+ راجع الميثاق الإنساني](#).
 - ضمان تلقي الأشخاص للدعم على أساس الحاجة وعدم التمييز ضد هم على أي أساس أخرى.
 - ضمان حصول جميع شرائح السكان المتضررين على المساعدات.
- ومن الأمور الأساسية في هذا المبدأ فكرة ضرورة حصول المجتمعات المحلية على المساعدات الإنسانية التي تحتاجها [+ انظر الاتزام رقم 2 بالمعايير الإنساني الأساسي](#).

ملاحظات إرشادية

النزاهة: هي إعطاء أولوية المساعدة على أساس الحاجة وحدها، وتقديم المساعدة بما يتناسب مع تلك الحاجة. وهذا هو مبدأ عدم التحيز الذي أكدت عليه قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في أثناء الإغاثة في حالات الكوارث [+ انظر المرفق رقم 2 وكذلك الميثاق الإنساني](#). وينبغي للوكالات الإنسانية ألا تترك فقط على فئة معينة (مثل النازحين في المخيمات أو مجموعات أقليات معينة)، إذا كان هذا التركيز على حساب فئة أخرى من السكان المتضررين الذين هم في حاجة لتلقي المساعدة أيضًا.

الحق في تلقي المساعدات الإنسانية: الدعوة لمناصرة حق السكان المتضررين من الأزمات في تلقي المساعدات الإنسانية. وفي المناطق التي لا يستطيع الناس تلبية احتياجاتهم الأساسية ولا تستطيع السلطات المختصة تقديم المساعدات لهم، ينبغي ألا تحرمهم السلطات من الوصول إلى المنظمات الإنسانية المحايدة. فهذا الحرمان يعد انتهاكاً للقانون الدولي خاصة في حالات النزاع المسلح. ولا يحتاج الأشخاص المتضررون من الأزمات إلى تخصيص وضع قانوني لهم ليتلقوا المساعدات الإنسانية والحماية.

وينبغي للسلطات ألا تترك الحاجة إلى المساعدات الإنسانية أو أن تستخدم الحواجز البيروقراطية لتقيد حركة العاملين في المجال الإنساني.

عواائق الوصول للمساعدات: رصد إمكانية وصول الناس إلى المساعدات الإنسانية للتعرف على العوائق التي قد تواجههم وفهمها. ويجب اتخاذ الخطوات الازمة لمعالجة هذه العوائق إن أمكن.

- مراعاة العوائق التي تحد من حرية تنقل الناس أو وصولهم بأنفسهم إلى المساعدة الإنسانية.
- وتشمل هذه العوائق الحواجز والألغام الأرضية ونقاط التفتيش. وينبغي النزاعات المسلحة قد تُشنّ أطراف النزاع نقاط تفتيش، لكن ينبغي ألا تُحدث هذه العوائق تمييزاً بين فئات الناس المتضررين أو تعيق وصولهم إلى المساعدات الإنسانية على نحو غير ملائم.
- معالجة الحواجز التي قد تعيق وصول بعض الجماعات والأفراد إلى المساعدات، مما يؤدي إلى عدم وجود عدالة في تقديم المساعدات. وقد تؤدي الحواجز إلى التمييز ضد النساء والأطفال والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة أو الأقليات. كما أنها قد تمنع الأشخاص من الوصول إلى

المساعدات على أساس التوجهات العرقية أو الدينية أو السياسية أو الجنسية أو الهوية الجنسية أو اللغة أو لاعتبارات الأخرى.

توفير المعلومات التي تخص الاستحقاقات وأليات التغذية الراجعة في صيغ ولغات يسهل الوصول إليها. ويجب تعزيز الوصول إلى المجموعات المعرضة للخطر «المخفية»، مثل الأشخاص ذوي الإعاقة والأطفال الذين يعيشون في الشوارع أو أولئك الذين يعيشون في مناطق لا يسهل الوصول إليها، لتسهيل وصولهم إلى المساعدة بأمان.

مبدأ الحماية 3:

مساعدة الناس على التعافي من الآثار الجسدية والنفسية الناجمة عن التعرض للتهديد أو العنف أو الإكراه أو الحرمان

تقدّم الجهات الفاعلة في المجال الإنساني الدعم الفوري والمستدام للمتضررين من الانتهاكات؛ بما في ذلك الإحالة إلى خدمات إضافية حسب الاقتضاء.

يشمل هذا المبدأ:

- إحالة الناجين إلى خدمات الدعم ذات الصلة.
- اتخاذ جميع الخطوات المعقولة لضمان عدم تعرض السكان المتضررين إلى المزيد من حوادث العنف أو الإكراه أو الحرمان.
- دعم الجهود الذاتية التي يبذلها الناس لاستعادة كرامتهم وحقوقهم داخل مجتمعاتهم المحلية ليصبحوا آمنين.

ومن الأمور الأساسية في هذا المبدأ فكرة تلقي المجتمعات المحلية والمتضررين من الأزمات المساعدات المناسبة والتكميلية التي يحتاجونها [انظر الالتزام رقم 6 بالمعايير الإنساني الأساسي](#).

ملاحظات إرشادية

الحالات: التعرف على أنظمة الإحالة الحالية ومساعدة السكان المتضررين من العنف للوصول إلى الخدمات المناسبة بأمان. وقد لا يتمنى بعض الناس المساعدة بعد تعرّضهم للانتهاك. فيجب اتخاذ خطوات لفهم العوائق التي تمنع الناس من طلب المساعدة وتهيئة نظام الإحالة وفقاً لذلك.

يجب دعم الناجين من العنف الجسدي أو العنف القائم على النوع الاجتماعي للوصول إلى خدمات مثل: الرعاية الصحية ومساعدة الشرطة وخدمات الدعم النفسي الاجتماعي والصحة العقلية، وغيرها من الخدمات. ويجب أن تكون هذه الخدمات حساسة لجنسهم وعمرهم وإعاقتهم وميولهم الجنسي وغيرها من العوامل ذات الصلة [انظر المبادئ التوجيهية لإدماج تدخلات العنف القائم على الجنس في العمل الإنساني](#).

كما يتوجب إعداد آليات إحالة آمنة وفعالة واستخدامها لخدمات حماية الطفل التي تدعم الأطفال الناجين من العنف والاستغلال والإيذاء والإهمال.

العمل المجتمعي: دعم العمل المجتمعي وأنشطة المساعدة الذاتية التي تساعد الناس على استعادة ثقتهم بالوكالة وتحسين حمايّتهم.

ويجب دعم آليات الاستجابة الأسرية والمجتمعية والفردية للحماية، وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي والصحة العقلية. ويمكن أن يشمل ذلك إتاحة الفرص التي تُمكِّن الأشخاص من مناقشة وضعهم واحتيار تهديدات الحماية التي يجب معالجتها، ووضع خطوات لمعالجتها وتفيذها.

ويتوجب مساعدة المجموعات المحلية، مثل المجموعات الشبابية أو المجموعات النسائية أو المجموعات الدينية، على تطبيق وسائل غير عنيفة لحماية أنفسهم ولدعم المستضعفين.

وينبغي الإبقاء على وجود أفراد العائلات مع بعضهم بعضاً، حيثما أمكن، بما في ذلك العائلات غير التقليدية، وتمكين الناس المنحدرين من قرية معينة أو شبكة دعم معينة من العيش في نفس المنطقة.

كما يجب دعم آليات التأقلم المجتمعي الإيجابية مثل مراسيم الدفن المناسبة ثقافياً، وإجراء المراسيم والشعائر الدينية، والممارسات الثقافية والاجتماعية الآمنة.

الانتهاكات الجارية ورصدتها والإبلاغ عنها: يجب التعرف على آليات الإبلاغ عن انتهاكات حقوق الإنسان واتباع الإجراءات والسياسات الموضوعة لتبادل المعلومات الحساسة بشكل آمن [انظر مبدأ الحماية 1 والملاحق](#).
المعايير المهنية لأعمال الحماية.

يجب أيضاً النظر في الانتهاكات الجارية ومعالجتها بالتنسيق مع الشركاء والوكالات المتخصصة. وتقع المسؤولية الأساسية لحماية الأشخاص على عاتق الحكومة والسلطات الأخرى ذات الصلة. ويعين العمل مع الوكالات المتخصصة لتحديد الأطراف التي تحمل المسؤولية القانونية أو القدرة الفعلية بشأن توفير الحماية وتذكيرها بالتزاماتها.

لوكالات الأمن وإنفاذ القانون والشرطة والجيش وقوات حفظ السلام دوراً مهماً في ضمان الأمن المادي (الفيزيائي) للناس. فعند اقتضاء الأمر وحين يكون ذلك آمناً، ينبغي تبيه الشرطة ووكالات تطبيق القانون أو الجهات العسكرية إلى انتهاكات حقوق الإنسان.

في أثناء النزاع المسلح، ينبغي مراعاة رصد المؤسسات التي توفر خدمات أساسية والتي تتمتع بالحماية بموجب القانون الدولي الإنساني، مثل المدارس والمستشفيات، والإبلاغ عن أي هجمات تقع عليها. وينبغي بذل الجهود للحد من المخاطر والتهديدات المتمثلة في عمليات الخطف أو التجنيد القسري التي قد تحدث في هذه المواقف.

إدارة المعلومات الحساسة: يجب أن يكون لدى المنظمات الإنسانية سياسات وإجراءات واضحة لإرشاد الموظفين بشأن كيفية الاستجابة إذا علموا بوقوع انتهاكات أو شاهدوها، وكيفية تنفيذ الإحالات إلى المتخصصين أو الوكالات المتخصصة. ويجب توضيح سرية المعلومات في تلك السياسات.

قد تكون الأدلة، مثل أقوال الشهدود والدراسات السكانية والصور التي تسمح بتحديد هوية الأشخاص، شديدة الحساسية ويمكن أن تعرّض الأشخاص للخطر. لذا ينبغي جمع المعلومات الحساسة عن بعض الإساءات أو الانتهاكات بواسطة الوكالات المتخصصة التي لديها المهارات والنظم والقدرات والبروتوكولات اللازمة [انظر ملحق: المعايير المهنية لأعمال الحماية](#).

مبدأ الحماية 4:

مساعدة الناس على المطالبة بحقوقهم

تساعد الجهات الفاعلة في المجال الإنساني المجتمعات المحلية المتضررة على المطالبة بحقوقها من خلال المعلومات والتوثيق، ودعم الجهود لتعزيز� احترام الحقوق.

يشمل هذا المبدأ:

- دعم الناس لتأكيد حقوقهم والوصول إلى حلول إصلاحية تقدمها الحكومة أو مصادر أخرى.
- مساعدة الناس على تأمين الوثائق التي يحتاجونها لإثبات حقوقهم.
- الدعوة إلى احترام حقوق الناس والقانون الدولي والمساهمة في بناء محظ حماية أقوى.
- ومن الأمور الأساسية في هذا المبدأ ضرورة معرفة المتضررين من الأزمات لحقوقهم ومستحقاتهم [انظر](#) الالتزام رقم 4 بالمعيار الإنساني الأساسي.

ملاحظات إرشادية

المعلومات التي يمكن الوصول إليها: يجب توفير التعليم والمعلومات التي تمكن الناس من فهم حقوقهم والدفاع عنها. وينبغي إبلاغ الناس عن استحقاقاتهم، على سبيل المثال: فيما يتعلق بخيارات العودة وإعادة التوطين. كما يجب العمل مع المنظمات المتخصصة التي تقدم المساعدات القانونية لتعريف الناس بحقوقهم بموجب قوانين البلد واللوائح السارية فيها.

و يجب تقديم المعلومات بلغات يستطيع المتضررون فهمها واستخدام صيغ متعددة (مثل الكتابة أو الجرافيك أو الصوت) لتوضيل المعلومات على أوسع نطاق ممكن. كما يجب اختبار فهم الرسالة مع مجموعات مختلفة، مع مراعاة الاختلافات في العمر والجنس ومستوى التعليم واللغة الأمر.

التوثيق: عموماً يمتلك الناس حقوقاً، بغض النظر عن حيازتهم وثائق معينة. ومع ذلك، فيبدون وجود بعض أشكال الوثائق، مثل شهادة الميلاد أو شهادة الزواج أو شهادة الوفاة أو جواز السفر أو سند ملكية الأرض أو شهادة التعليم، قد يواجهون بعض العقبات في سبيل حصولهم على حقوقهم أو مستحقاتهم. كما ينبغي إحالتهم إلى الوكالات التي يمكنها تزويدهم بهذه الوثائق أو استبدالها.

يجب عدم الخلط بين الوثائق القانونية المعترف بها من قبل السلطات المختصة وبين الوثائق الصادرة عن المنظمات الإنسانية، مثل بطاقات الإعاقة أو وثائق التسجيل. وينبغي آلآ تحديد الوثائق الصادرة عن السلطات من يستحق تلقي المساعدات من المنظمات الإنسانية.

الوصول إلى الدعم القانوني وأنظمة العدالة: يحق للأشخاص التماس تعويضات قانونية وغيرها من الحكومة والسلطات المختصة بشأن انتهائاتهم حقوقهم. ويمكن أن يشمل ذلك التعويض عن الخسائر أو استعادة الممتلكات. كما يحق لهم طلب تقديم مرتكي مثل هذه الانتهاءات إلى العدالة.

ينبغي مساعدة من يتlossen الحلول القانونية للوصول إلى آليات تحقيق العدالة بشكل آمن. وتتطلب الإحالة الفعالة معرفة أي الوكالات يمكنها أن تقدم الدعم القانوني.

وينبغي تجنب تعزيز التماس العدالة في الحالات التي قد تسبب فيها العملية القضائية مزيداً من الضرر للضحايا. على سبيل المثال، ينبع أن يكون مقدمو الرعاية الصحية وشبكات الإحالة المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي على دراية بالنظام الوطني الطبي-القانوني والقوانين المعنية بالعنف الجنسي. ويجب إعلام الناجين عن أي قوانين إبلاغ إلزامية يمكنها أن تحد من سرية المعلومات التي يكشف عنها المرضى. وقد

يؤثر ذلك على قرار الناجي بمواصلة تلقي الرعاية ويجب احترام قراره، انظر الصحة: معيار الصحة الجنسية والإنجذابية 2.3.2

خلال الأزمات قد تتمكن المجتمعات المتضررة من استخدام آليات بديلة وغير رسمية لتسوية المنازعات، مثل إجراء الوساطة على صعيد المجتمع المحلي. وأيما وجدت هذه الآليات ينبغي إعلام الناس عنها وشرح كيف يمكنهم الوصول إلى الخدمات.

قد تمثل ملكية الأرض والانتفاع بها نقاط خلاف رئيسية. لذا ينبغي تشجيع السلطات والمجتمعات على العمل معًا لحل القضايا المتعلقة بمتلك الأرضي أو الانتفاع بها.

ملحق

ملخص المعايير المهنية لأعمال الحماية

في النزاع المسلح أو في حالات العنف الأخرى، تعتبر حماية المدنيين الذين قد يتعرضون للأذى والمعاناة أمراً شديداً الأهمية. وتتطلب الاستجابة الفعالة للحماية وجود كفاءة مهنية والتزام بالمعايير المهنية الدنيا المتفق عليها والتي تتطبق على جميع الجهات الفاعلة في مجال الحماية.

أوضعت المعايير المهنية لأعمال الحماية لوضع أساس مشترك لهذه الأعمال بين الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وفي مجال حقوق الإنسان، ولزيادة فعالية هذه الأعمال إلى أقصى حد ممكن لصالح السكان المتضررين. وهي مكملة لمبادئ الحماية.

وتعكس هذه المعايير وجهة النظر التي تقييد بضرورة أن يكون الناس هم محور الإجراءات التي يتم اتخاذها نيابةً عنهم، حيث أن لهم دوراً مهم في تحليل استجابات الحماية للتهديدات والمخاطر التي يواجهونها وتطويرها ورصدها. وينبغي أن تعزز جهود الحماية احترام حقوق الأشخاص المعرضين للخطر أو للاتهامات والاعتداء على كرامتهم وسلمتهم، إلى جانب تحسين مأنهم المادي (الفيزيائي).

يختلف نطاق الأنشطة التي تنفذها الجهات الفاعلة في المجال الإنساني اختلافاً كبيراً، ومن الضروري أن تقوم جميع الجهات الفاعلة بدمج شواغل الحماية في ممارساتها بما يتماش مع مبادئ الحماية. وتُوجه المعايير المهنية في المقام الأول إلى المتخصصين في مجال الحماية والمنظمات التي تنفذ أعمال الحماية المخصصة في الزيارات المسلحة وغيرها من حالات العنف.

وتتوفر المعايير المهنية للمنظمات أساساً متيناً يمكن من خلاله مراجعة السياسات الداخلية والإرشادات والمواد التدريبية وتطويرها. كما توفر مرجعاً عملياً للممارسين الذين يصممون وينفذون استراتيجيات الحماية على الصعيد البيني. وتُستخدم كذلك كمصدر إلهام. حيث إنها تعتبر نقطة مرجعية مفيدة لمساعدة الجهات الفاعلة الأخرى وأصحاب المصلحة على فهم كيفية قيام الجهات الفاعلة في مجال الحماية المتخصصة بتنفيذ الأنشطة بأمان لتعزيز حماية الأفراد والمجتمعات المحلية.

لا تهدف هذه المعايير إلى تنظيم أعمال الحماية أو تقييد التنوع، بل إنها جاءت لتكميل المبادئ المهنية الأخرى ولتشجيع الجهات الفاعلة في مجال الحماية على دمجها في ممارساتها وإرشادتها وتدريبها.

وقد جاء تنظيم المعايير المهنية لعام 2018 على النحو التالي:

1. وضع مبادئ شاملة لأعمال الحماية
2. إدارة استراتيجيات الحماية
3. توضيح بنية الحماية
4. البناء على القاعدة القانونية للحماية
5. تعزيز التكامل
6. إدارة البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج الحماية
7. ضمان القدرات المهنية

وتشمل المعايير رؤية بشأن الآثار المتربطة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (ICT) ومجموعة القوانين المتزايدة حول حماية البيانات مع وضع إرشادات محددة بشأن إدارة معلومات الحماية.

غالباً ما يكون من الضروري إجراء حوار وتفاعل بين الجهات الفاعلة في المجال الإنساني وفي مجال حقوق الإنسان وعمليات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة والقوات العسكرية وقوى الشرطة الأخرى المكلفة دولياً لضمان الوصول إلى نتائج الحماية المرجوة. وتتوفر المعايير المهنية إرشادات حول الالتزام بهذه مبدئي عند إجراء هذه التفاعلات.

كما تتناول المعايير المهنية الجهود الوطنية والإقليمية والدولية لمعالجة «التنطرف العنيف» من خلال تشريعات مكافحة الإرهاب، مع توضيح كيفية تأثير هذا النوع من التشريعات على أنشطة الجهات الفاعلة في مجال الحماية.

لتنزيل المعايير المهنية لأعمال الحماية من متجر الكتب الإلكترونية للجنة الدولية للصليب الأحمر، قم بزيارة:

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

المراجع ومزيد من المطالعات

الحماية العامة: الخلفية والأدوات

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

http://sitap.org/wp-content/files_mf/1409574401_magicfields_document_1_1.pdf

Policy on Protection in Humanitarian Action. IASC, 2016.

www.interagencystandingcommittee.org/protection-priority-global-protection-cluster/documents/inter-agency-standing-committee-policy

Professional Standards for Protection Work Carried Out by Humanitarian and Human Rights Actors in Armed Conflict and Other Situations of Violence. ICRC, 2018.

<https://shop.icrc.org/professional-standards-for-protection-work-carried-out-by-humanitarian-and-human-rights-actors-in-armed-conflict-and-other-situations-of-violence-2512.html>

العنف القائم على نوع الجنس

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

حقوق الإسكان والأراضي والممتلكات

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

www.unhcr.org/protection/idps/50f94d849/principles-housing-property-restitution-refugees-displaced-persons-pinheiro.html

النازحون داخلياً

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

www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/protection_of_idps/IDP_Handbook_EN.pdf

الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007.

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-0/content/iasc-guidelines-mental-health>

الإجراءات المتعلقة بالألغام

International Mine Action Standards.

www.mineactionstandards.org/standards/international-mine-action-standards-imas/imas-in-english/

كبار السن وذوي الاعاقة

Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities. International Age and Disability Capacity Programme (ADCAP). HelpAge, 2018.
www.helpage.org/download/5a7ad49b81cf8

الأطفال وحماية الطفل

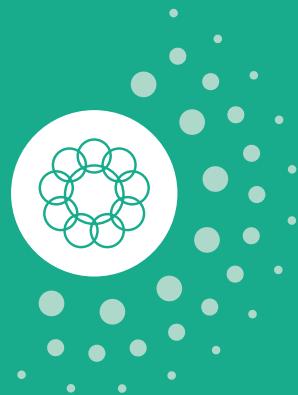
Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. Global Protection Cluster, 2012.
<http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/203/2014//CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf>

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

المزيد من المطالعة

للمزيد من مقترحات المطالعة زر الرابط
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

المعيار
الإنساني
الأساسي



يدعم الميثاق الإنساني ومبادئ الحماية المعيار الإنساني الأساسي دعماً مباشراً.
وتشكل هذه الفصول الثلاثة معًا مبادئ وأسس المعايير الدنيا لسفير.



ملحق: أسئلة إرشادية لرصد الأعمال الأساسية والمسؤوليات التنظيمية (على الإنترنت)

المحتويات

50	معيار أساسي واحد مع تسعه التزامات.....
51	الالتزام رقم 1.....
54	الالتزام رقم 2.....
56	الالتزام رقم 3.....
59	الالتزام رقم 4.....
62	الالتزام رقم 5.....
65	الالتزام رقم 6.....
68	الالتزام رقم 7.....
70	الالتزام رقم 8.....
74	الالتزام رقم 9.....
78	ملحق: أسئلة إرشادية لرصد الأعمال الأساسية والمسؤوليات التنظيمية (على الإنترنت) المراجع ومزيد من المطالعات.....



معيار أساسي واحد مع تسعه التزامات

كثير من المنظمات والأفراد تشارك بشكل عام في الاستجابة الإنسانية، لذلك تكون بعض العناصر والوسائل الشائعة في العمل مفيدة في تعزيز استجابة فعالة، وبدون توافر منهاج شائع، قد لا تكون النتائج متسلقة أو متوقعة.

يحدد المعيار الأساسي للجودة والمساءلة تسعه التزامات يمكن للمؤسسات والأفراد المشاركين في الاستجابة الإنسانية الاستعانة بها لتحسين جودة وفعالية المساعدة التي يقدمونها. كما أنه يسهل المزيد من المساءلة للمجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة والموظفين والمراقبين والحكومات والجهات المعنية الأخرى. إن معرفة ما تعهدت به المنظمات الإنسانية سيمكنهم من محاسبة تلك المنظمات. وهو إطار تطوعي لكل من الأفراد والمنظمات.

يُطبق المعيار على كل من مستوى الاستجابة ومستوى البرنامج وكافة مراحل الاستجابة. ومع ذلك، لا تهدف التزامات التسعة لأن تتماشى مع أي مرحلة بعينها من دورة البرنامج. فبعضها ذو صلة أكبر بمرحلة معينة في الدورة، بينما يقصد من البعض الآخر، مثل التواصل مع الأشخاص المتضررين، أن يتم تطبيقه على جميع المراحل.

يشكل المعيار الإنساني الأساسي، إلى جانب الميثاق الإنساني ومبادئ الحماية، أساساً قوياً ضمن دليل اسفير ويدعم كافة المعايير التقنية. وفي هذا الدليل توجد عدة حالات مرجعية بين الفصول التقنية والقسم الأساسي. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن المعيار الإنساني الأساسي، بما في ذلك بعض الموارد التي تساعد المستخدمين على تطبيقه عملياً على الرابط corehumanitarianstandard.org.

هيكل فريد

تم تطوير المعيار الإنساني الأساسي بواسطة جهد جماعي قام به القطاع الإنساني لتنسيق المعايير الأساسية بين كل من اسفير وهيئة شراكة المساءلة الإنسانية ومنظمة الأفراد المحتاجين «People in Aid» ومجموعة الطوارئ وإعادة التأهيل والتنمية «Group URD» ودمجها في إطار عمل واحد. ويتم إدارته حالياً بالنيابة عن القطاع بواسطة اسفير وتحالف URD و CHS Alliance Groupe الذين يمتلكون معاً حقوق النسخ.

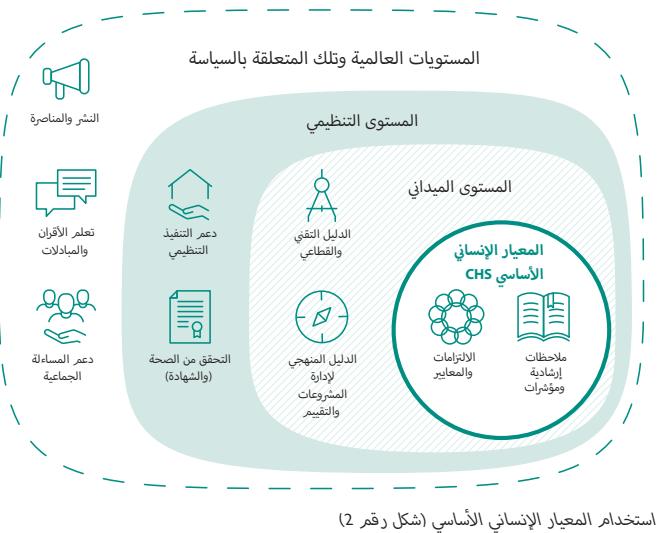
يركز كل التزام من التزامات التسعة على أحد أوجه الاستجابة. وعند جمعها معاً، نجد أنها تشكل توجهاً قوياً للعمل الإنساني الفعال المسؤول.

يختلف هيكل المعيار الإنساني الأساسي بدرجة طفيفة عن معايير اسفير الأخرى:

- **الالتزام** تجاه المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة يوضح ما يمكن أن يتوقعه الناس من المنظمات والأفراد الذين يقدمون المساعدات الإنسانية.
- **معيار الجودة** يصف الموقف الذي يتم فيه الوفاء بالالتزام وكيف ينبغي على المنظمة الإنسانية وفريق عملها العمل معاً لتحقيق هذا الالتزام.
- **مؤشرات الأداء** تقيس مستوى التقدم في تحقيق الالتزام والدفع بالتعليم والتحسين والسماح بالمقارنة عبر الزمان والمكان.
- **الأفعال الرئيسية و مسؤوليات المنظمات** تصف ما يجب على فريق العمل توصيله والسياسات والعمليات والنظام التي ينبغي أن تكون لدى المنظمات لضمان تقديم فريق عملها المساعدة الإنسانية المسؤولة بأعلى جودة.

- **الملاحظات الإرشادية** تدعم الأعمال الرئيسية ومسؤوليات المنظمات بأمثلة ومعلومات إضافية.
- **الأسئلة الإرشادية** تدعم أنشطة التخطيط والتقييم والمراجعة؛ انظر ملحق ١ (على الإنترنت).
- **المراجع** تقدم معرفة إضافية بشأن موضوعات محددة.

يوضح الجدول التالي كيف يمكن استخدام المعيار الإنساني الأساسي على مستويات مختلفة وتقترن كل من اسفير URD Group و CHS Alliance أدوات تكميلية يمكن العثور عليها عبر الرابط corehumanitarianstandard.org



الالتزام رقم 1

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة المناسبة والملائمة لاحتياجاتهم.
معايير الجودة: الاستجابة الإنسانية ملائمة وذات صلة.

مؤشرات الأداء

1. يعتبر الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة أن الاستجابة الإغاثية تأخذ احتياجاتهم في الحسبان وتراعي ثقافتهم وتقضيلاتهم.
2. تنسجم كل من المساعدة والحماية المقدمة مع ما جرى تقييمه من المخاطر وأوجه الضعف والاحتياجات.
3. تأخذ الاستجابة في الحسبان قدرات الناس المحتاجة ومهاراتهم ومعرفتهم للمساعدة أو الحماية أو كلها.

الإجراءات الأساسية

1.1 إجراء تحليل منهجي وموضوعي ومستمر للسياق والجهات المعنية.

- تقييم دور وقدرة الحكومة المحلية والأطراف السياسية وغير السياسية الأخرى وأيضاً تأثير الأزمة عليهم.
 - تقييم الإمكانيات المحلية الحالية (المواد والموارد البشرية والأسواق) بما يليبي الاحتياجات الأولوية للمساعدة والحماية ونفهم أنها تتغير بمرور الوقت
 - مراجعة المعلومات والتحقق من صحتها مع الإقرار بأن بيانات التقييم ستكون منقوصة في البداية ولكن لا ينبغي أن تعقِّب إجراءات إنفاذ الحياة.
 - تقييم أمن وسلامة الأشخاص المتضررين والترازيين والممضيين للتعرف على مخاطر العنف وأي من أشكال الإكراه والحرمان من الرزق أو الحرمان من الحقوق الإنسانية الرئيسية.
 - تقييم ديناميات القوة والمتعلقة بالجنس وأيضاً التهميش الاجتماعي لتحديد استجابة أكثر فعالية واستدامة.
 - التنسيق مع الآخرين لتجنب تحويل العبء على المجتمعات بتقييمات متعددة. ينبغي مشاركة التقييمات والنتائج المشتركة مع الهيئات المعنية والحكومة والأشخاص المتضررين.
- 2.1 تصميم وتنفيذ البرامج المناسبة بناءً على تقييم الاحتياجات والمخارط دون تحيز، وفهم مواطن ضعف وقدرات المجموعات المختلفة.**

- تقييم احتياجات الحماية والمساعدة للنساء والرجال والأطفال والراهقين للمتواجهين في أماكن يصعب الوصول إليها والمجموعات المعرضة للخطر كالأشخاص المعاقين وكبار السن والأفراد المنعزلين اجتماعياً والأسر التي تعولها النساء والأقليات العرقية والمجموعات سيئة السمعة (على سبيل المثال المصاينين بنقص المناعة البشرية).

3.1 تكيف البرامج لكي تتناسب مع الاحتياجات والقدرات والسياقات المتغيرة.

- مراقبة الوضع السياسي وتكيف تحليل وأمان الأطراف المعنية.
- مراقبة البيانات الوابائية والبيانات الأخرى بانتظام لتوسيع عملية اتخاذ القرار المستمرة ووضع التدخلات المقذدة للحياة في الأولوية.
- الحفاظ على المرونة بما يكفي لإعادة تصميم أي تدخل استجابةً لاحتياجات المتغيرة. التأكيد على أن المانحين يوافقون على التغييرات في البرنامج حسب الحاجة.

مسؤوليات المنظمات

4.1 تلتزم السياسات بتقديم المساعدة دون تحيز بناءً على احتياجات وقدرات المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات.

- تحفظ المنظمات بسياسات وعمليات ونظم تدعم الالتزام بالمبادئ الإنسانية والشمولية.
- يتفهم جميع أفراد طاقم العمل مسؤولياتهم وكيف يصونون موضع مسالة.
- تشارك المنظمات هذه السياسات مع الأطراف المعندين الآخرين بكل شفافية.

5.1 تحدد السياسات الالتزامات التي تأخذ بعين الاعتبار تنوع المجتمعات، بما في ذلك الأشخاص المحروميين والمهمشين، وجمع البيانات المصنفة.

- تم توضيح المستويات المطلوبة من تصنيف البيانات الخاصة بالتقدير وتقديم التقارير.

6.1 تفيد عمليات لضمان إجراء تحليل مستمر ومتاسب للسياق.

- يمتلك العاملون في مجال الإغاثة الإنسانية دعماً إدارياً من أجل تحصيل المعرفة والمهارات والسلوكيات والتصرفات الضرورية لإدارة وإجراء عمليات التقييم.

ملاحظات إرشادية

التقييم والتحليل هو عملية وليس حدثاً فردياً. وحسبما يسمح الوقت، ينبغي إجراء تحليل عميق. ولا ينبغي افتراض قدرات واحتياجات الأشخاص والمجتمعات المتضررة ولكن يجب تحديدها عبر التقييمات التي تدرجها في نقاشات مستمرة من أجل الوصول للإجابات الملائمة.

كما ينبغي أن نأخذ في الاعتبار توفير التدريب الأساسي للإسعافات الأولية النفسية لفريق العمل المشارك في التقييمات. ويمكن أن يساعد ذلك فريق العمل على إدارة الأشخاص الذين يصابون بأي كرب أثناء التقييم.

يجب التأكيد على إجراء تقييمات متخصصة للمجموعات التي تواجه مخاطر محتملة في الحماية. كما تُجرى تقييمات خاصة للنساء والرجال والأولاد والبنات لفهم تجربتهم مع العنف والعنصرية والأضرار الأخرى، من بين الأمثلة على هذه التقييمات.

التقييم غير المتحيز: إن التصرف بنزاهة لا يعني التعامل مع الجميع بنفس الشكل. كما أن تقديم المساعدة المعتمدة على الحقوق يتطلب فهماً للإمكانات والاحتياجات و نقاط الضعف المختلفة. فقد يكون الأشخاص معرضون للخطر بسبب بعض العناصر الفردية كالعمر والجنس والإعاقة والحالة الصحية والتوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو بسبب أنهم يعانون بأشخاص آخرين معرضين للخطر.

الضعف: تساهم العناصر الاجتماعية والسياسية أيّضاً في تعرض الأشخاص للخطر وهي تتضمن التمييز العنصري والتمييز والعزلة الاجتماعية والتدحرج البيئي وتغير الطقس والفقر وعدم حيازة الأرضي وسوء الحكومة والعرقية والفتات والطوابق والاتمامات الدينية أو السياسية.

القدرة الكامنة: يمتلك الأشخاص والمجتمعات والسلطات التي تأثرت بالأزمة بالفعل مهارات ومعرفة وقدرات ذات صلة بما يتماشى مع الأزمة ويستجيب لها ويساعد على التعافي منها. لدعم الحق في الحياة بكلمة، يجب إشراك الأشخاص المتضررين بشكل فعال في القرارات التي تؤثر عليهم. وقد يلزم بذلك جهود هادفة لتعزيز مشاركة المجموعات الممثلة تمثيلاً ناقصاً، مثل النساء والأطفال والمسنين والأشخاص ذوي الإعاقة والأقليات اللغوية أو العرقية.

فرز البيانات أحد العمليات الهامة لفهم تأثير الأفعال أو الأحداث على المجموعات المختلفة. ويحد أدنى، تشجع الممارسات الجيدة على أن يتم الفرز بحسب الجنس والسن والإعاقة. بينما ينبغي أن ترتज العناصر الإضافية على السياق.

إن تحليل البيانات التي يتم فرزها أمر ضروري لاستخدام المعايير في سياق محدد ومن أجل الرقابة. يمكن للاستخدام الجيد للبيانات المفرزة أن توضح من الذي تضرر بصورة أكبر ومن الذي يستطيع الوصول للمساعدات وأين يجب تلبية مزيد من الاحتياجات من أجل الوصول للأشخاص المعرضين للخطر.

التحليل المستمر والاستخدام الفعال للبيانات: ينبغي أن تكون أنظمة الموارد البشرية مرنة بما يكفي لتجنيد وتوظيف فرق التقييم بسرعة.

ويجب تخصيص ميزانيات وموارد للبرنامج بحسب الحاجة. وبينما أن يدعم التمويل التحليل المستمر لاحتياجات المساعدة والحماية وتكييف وتحصیل البرامج بما في ذلك الإجراءات المتبعة لتسهيل الوصول (مثل آليات التوعية وإمكانية الوصول للتسهيلات والتواصل).

الالتزام رقم 2

يمكن للمجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة الحصول على المساعدات الإنسانية التي يحتاجون إليها في الوقت المناسب.
معيار الجودة: الاستجابة الإنسانية فعالة وتوقيتها مناسب.

مؤشرات الأداء

1. يعبر الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة، بما في ذلك أشد الفئات ضعفاً، أن توقيت ما يتلقونه من المساعدة والحماية ملائماً.
2. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة تعتبر أن الاستجابات تلبى احتياجاتهم.
3. تظهر تقارير المراقبة والتقويم أن الاستجابة الإغاثية تلبى أهدافها فيما يتعلق بالتوقيت والجودة والكمية.

الإجراءات الأساسية

- 1.2 تصميم برامج تعالج المعوقات بحيث يصبح الإجراء المقترن واقعياً وأمناً للمجتمعات.
 - تعين الحدود بوضوح والإفادة عنها إذا لم يكن من الممكن تقييم وتلبية احتياجات منطقة بعينها أو جماعة بعينها بما في ذلك المواقع التي يصعب الوصول إليها.
 - إعطاء الأولوية لدعم قدرات الاستجابة المحلية مسبقاً، حيث يظهر التخطيط للطوارئ مناطق أو مجموعات ضعيفة وقد يصعب الوصول إليها في المستقبل.
- 2.2 تقديم الاستجابة الإنسانية في الوقت المناسب، واتخاذ القرارات والتصرف دون تأخير لا لزوم له.
 - المعرفة بالظروف المعيشية والمارسات الثقافية والمواسم والتقويمات الزراعية وغيرها من العوامل التي تؤثر على توفير الخدمات المناسبة في الوقت المناسب.
 - إدراك الأطر الزمنية لأنظمة التسليم والرصد في خطط البرنامج؛ توقيع التأخير وضع علامة عليه.
 - الإقرار بأن القرارات ستتخذ بناء على معرفة غير كاملة في المراحل الأولى من أي أزمة حادة وتحسين القرارات كلما توافرت المعلومات.
 - التنسيق مع الآخرين لتطوير الاستراتيجيات المشتركة للتعامل مع المشاكل الجماعية التي تمنع تقديم المساعدة في الوقت المناسب.
- 3.2 إحالة أي احتياجات غير ملبة إلى المنظمات المختصة، أو السعي لمناصرة لاحتياجات التي ينبغي تلبيتها.
 - يتضمن ذلك الاحتياجات المعلومانية غير الملبة وأيضاً احتياجات الحماية والمساعدة.
- 4.2 استخدام المعايير التقنية والممارسات الجيدة ذات الصلة في جميع أنحاء القطاع الإنساني لتخطيط وتنقييم البرامج.
 - تطبيق المعايير التقنية القومية حيثما تتوارد وتكتيفها وفقاً للسياق الإنساني.
 - التنسيق مع الأطراف المعنية ذات الصلة للدعوة لاستخدام المعايير المتفق عليها عالمياً لإكمال المعايير القومية (بما في ذلك معايير اسفيرو وشركائها في القطاعات ذات الصلة).
- 5.2 رصد أنشطة ومخرجات ونتائج الاستجابات الإنسانية من أجل تكيف البرامج ومعالجة ضعف الأداء.
 - تحديد مؤشرات الأداء المرتبطة بالوقت والمحددة بسياق، ومراجعتها بشكل منتظم لقياس التقدم في الوفاء باحتياجات المساعدة والحماية.

- إدراج التقدم في الأهداف ومؤشرات الأداء بالإضافة للأنشطة والنتائج (كعدد المنشآت التي تم بناؤها)، مراقبة نتائج المشروع والنتائج المرغوب فيها كاستخدام التسهيلات أو تغييرات الممارسة.
- استعراض النظر بانتظام بحيث يتم فقط جمع المعلومات المفيدة مع معلومات سياقية محدثة (مثل وظيفة السوق المحلية وتغيير الحالة الأمنية).

المؤوليات التنظيمية

6.2 التزام البرامج تماش مع القدرات التنظيمية.

- تعكس السياسات أهمية استخدام معايير الجودة التقنية الإنسانية المتفق عليها وتطوير الخبرة في نطاقات تدخل محددة.
- الإقرار بالظروف التي قد تحتاج المنظمة فيها تقديم الخدمات خارج نطاق الخبرة هذا حتى يمكن للأخرين القيام بذلك.

7.2 التزام السياسات يضمن:

- a. رصد وتقييم منهجه وموضوعي ومستمر للأنشطة وفعاليتها.
- b. استخدام الأدلة المستندة من المراقبة والتقييم لتكيف وتحسين البرامج.
- c. اتخاذ القرارات في الوقت المناسب وتحصيص الموارد وفقاً لذلك.

ملاحظات إرشادية

معالجة العقبات ووضع برامج واقعية: حين لا تستطيع المنظمة الوصول للأشخاص أو تلبية احتياجاتهم المحددة، فإنها تحمل المسؤولية لإحالة هذه الاحتياجات للجهات الفاعلة المناسبة (بما في ذلك الأطراف الحكومية وغير الحكومية) انظر مبدأ الحماية رقم 3.

استخدم التنبؤات ونظم الإنذار المبكر للتخطيط للطوارئ قبل حدوث أزمة لمساعدة المجتمعات والسلطات والوكالات على الاستجابة بسرعة عند الحاجة. وسيسمح ذلك أيضاً للأشخاص المتضررين بحماية أصولهم قبل تعرض حياتهم ومصادر رزقهم للخطر.

قم بتطوير عمليات صنع القرار التي تتسم بالمرونة الكافية للرد على المعلومات الجديدة من التقييمات المستمرة. وقم بتعيين القرارات والموارد على مقرية من موقع التنفيذ داخل المنظمة قدر الإمكان.

توثيق القرارات وعمليات صنع القرار لإظهار الشفافية، بناء العمليات على التشاور، والمشاركة والتيسير مع الآخرين انظر الالتزام رقم 6.

مراقبة الأنشطة والنتائج والمحصلات: يعمل الرصد على الإبلاغ عن طرق تقييمات المشروع والتحقق من تطبيق معايير الاختيار ويؤكد على ما إذا كانت المساعدات تصل إلى الأشخاص الأكثر احتياجاً. توثيق أي تغييرات في البرنامج تنشأ عن الرصد انظر الالتزام رقم 7.

استخدام مؤشرات رصد شائعة على مستوى الاستجابة حيثما كان ذلك متاحاً.

صناعة القرار داخل المنظمة: يجب أن تكون كل من المسؤوليات والعمليات المتعلقة بصناعة القرار داخل المنظمات محددة ومفهومة بوضوح، ويشمل ذلك تبيان الطرف المسؤول والطرف الذي يستشار والمعلومات المطلوب إيصالها إلى الطرف العاكف على صناعة القرار.

السياسات والعمليات والمنظومات داخل المنظمة: ينبغي على المنظمات توثيق طريقة تحسين العمل الإنساني للنتائج عن طريق عمليات رصد وتقدير نظامية وصارمة.

توضح طريقة استخدام البيانات الناشئة عن الرصد والتقييم لتكيف البرامج والسياسات والاستراتيجيات ونقوية الاستعداد وتحسين الأداء بأسلوب زمني [انظر الالتزام رقم 7](#). قد يتضمن الأمر تمويل للاستجابة في حالة الطوارئ أو القدرة على تجنيد أو توظيف فريق عمل مؤهل بسرعة وقت الحاجة.

الالتزام رقم 3

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة ليسوا متأثرين سلباً وهم أكثر استعداداً وقدرة على الصمود، وأقل تعرضاً للخطر نتيجة للعمل الإنساني.

معيار الجودة: معيار الاستجابة الإنسانية يعزز القدرات المحلية ويتجنب الآثار السلبية.

مؤشرات الأداء

1. يعتبر الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة أنهم أقدر على مواجهة الصدمات والضغوطات المستقبلية نتيجة للتحرك الإغاثي الإنساني.
2. تعتبر السلطات والقيادات والمنظمات المحلية التي تحمل قسطاً من مسؤوليات الاستجابة للأزمات أن قدراتها قد ازدادت.
3. لا يجد الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة بما فيها الأطراف الضعيفة والمهمشة أي آثار سلبية ناجمة عن التحرك الإغاثي الإنساني.

الإجراءات الأساسية

1.3 التأكد من أن البرامج تُبنى على أساس القدرات المحلية والعمل على تحسين قدرة المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات.

- تصميم الخدمات (على سبيل المثال، إدارة الجفاف والهياكل المقاومة للفيضان أو الأعاصير أو الزلازل) التي تقلل من تأثير المخاطر.
- دعم مبادرات المساعدة الذاتية واجراءات استعداد المجتمع.
- استخدام نتائج تقييمات المخاطر المجتمعية المتوفرة وخطط الجهزة لتوجيه الأنشطة.
- فهم ومعالجة احتياجات وقدرات المجموعات المختلفة المعرضة لمستويات مختلفة من المخاطر.

2.3 تطوير المبادرات القيادية والمنظمات المحلية بوصفها المستجيب الأول عند حدوث أزمات في المستقبل، واتخاذ الخطوات الازمة لضمان التمثيل المناسب للفئات المهمشة والمحرومة.

- العمل مع السلطات البلدية والحكومة المحلية قدر الإمكان.
- المناداة بمعاملة الأطراف الفاعلة المحلية كشركاء على قدم المساواة مع الاستقلالية في تصميم و/أو قيادة الاستجابة.
- دعم مبادرات المجموعات والمنظمات المحلية لتكون بمثابة منصة تعليم وبناء القدرات لدعم الاستجابة الأولى في الأزمات المستقبلية.
- توظيف فريق عمل محلي وقومي مع الأخذ في الاعتبار التنوع بين المجموعة بدلاً من توظيف موظفين أجانب حيثما أمكن.

4.3 التخطيط لاستراتيجية انتقال أو خروج في المراحل المبكرة من البرنامج الإنساني الذي يضمن تحقيق آثار إيجابية على المدى الطويل ويقلل من خطر التبعية.

- تقديم الدعم لنقوية منظومات الدولة والمجتمع القائمة عوضاً عن تأسيس جهود موازية لا تدوم بعد انقضاء فترة الاستجابة.

5.3 تصميم وتنفيذ البرامج التي تعزز التعافي من الكوارث المبكرة وتدعم الاقتصاد المحلي.

- اتخاذ خطوات لاستعادة الخدمات الاجتماعية والتعليم والأسواق وأليات النقل وفرص كسب الرزق التي تلبى احتياجات الفئات الضعيفة.
- الأخذ في الاعتبار ظروف السوق عند تحليل أي شكل من أشكال المساعدة (نقدي أو قسائم أو عيني) سيكون له أكبر نتائج إيجابية.
- شراء السلع والخدمات محلياً عندما يكون ذلك ممكناً.
- التخفيف من حدة الآثار السلبية على السوق لأقصى حد ممكن.

6.3 تحديد الآثار السلبية غير المقصودة المحتملة أو الفعلية والتصرف بناءً عليها في الوقت المناسب وبطريقة منهجية، بما في ذلك في المجالات التالية:

- سلامة وأمن وكرامة وحقوق الناس.
- الاستغلال والانتهاك الجنسي من قبل الموظفين.
- الثقافة والجنس والعلاقات الاجتماعية والسياسية.
- سبل العيش.
- الاقتصاد المحلي.
- البيئة.

مسؤوليات المنظمات

7.3 تهدف السياسات والاستراتيجيات والتوجيهات إلى:

- منع البرامج من التسبب في أي آثار سلبية، مثل الاستغلال أو سوء المعاملة أو التمييز من جانب الموظفين ضد المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة، على سبيل المثال.
- تعزيز القدرات المحلية.

8.3 الأنظمة المعتمول بها لحماية أي معلومات شخصية يتم جمعها من المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة التي يمكن أن يتعرض لهم للخطر.

- وضع سياسات واضحة وشاملة بشأن حماية البيانات، بما في ذلك أنظمة التسجيل والتوزيع الإلكترونية.
- إبلاغ المتقنين للعون بحقوقهم فيما يتعلق بحماية البيانات، وكيف يمكنهم الوصول إلى المعلومات الشخصية الخاصة بهم التي تحتفظ بها المنظمة، وكيف يمكنهم التحدث عن ما يقلقهم بشأن سوء استخدام المعلومات.

ملاحظات إرشادية

ثبات المجتمع والقيادة المحلية: المجتمعات المحلية والمنظمات والسلطات المحلية هي أول من يتصرف في أزمة ويكون لديهم معرفة متعمقة بالحالة والاحتياجات المحددة. يجب أن يكون هؤلاء الفاعلون المحليون شركاء على قدم المساواة ويتم منحهم الاستقلالية في تصميم أو قيادة الاستجابة. وهذا يتطلب التزاماً من الوكالات الدولية والمحلية بتكييف طريقة عملها والانخراط في حوار مفتوح ونقد بناءً.

ينبغي استخدام البنية التحتية/ الخدمات المالية المحلية حيثما أمكن بدلاً من خلق نظم موازية جديدة. **استراتيجية المرحلة الانتقالية والخروج:** بالتعاون مع السلطات والسكان المتأثرين ، قمر بتصميم الخدمات في أقرب وقت ممكن والتي ستستمر بعد انتهاء برنامج الطوارئ (على سبيل المثال، إدخال تدابير استرداد الكلف، واستخدام المواد المتاحة محلياً أو تعزيز قدرة الإدارة المحلية).

الآثار السلبية و «عدم إلهاقضرر»: ويمكن أن تؤدي القيمة العالية لموارد المعونة والموقف القوي للعاملين في المجال الإنساني إلى الاستغلال وسوء المعاملة والمنافسة والنزاع وسوء الاستخدام أو سوء تخصيص المعونة. كما يمكن أن تقوض المعونة مصادر الرزق وأنظمة السوق، وتؤدي إلى تعارض الموارد وتضخيم علاقات القوة غير المتكافئة بين المجموعات المختلفة. تقع هذه الآثار السلبية المحتملة، وقمر برصدها واتخاذ إجراءات لمنعها قدر الإمكان.

كن على دراية بالمارسات الثقافية التي قد يكون لها آثار سلبية على بعض المجموعات. وتشمل الأمثلة الاستهداف المتحيز للفتيات، أو الأولاد، أو الطوائف المحددة؛ فرص التعليم غير المتكافئ للفتيات؛ رفض التحصينات؛ وغيرها من أشكال التمييز أو المعاملة التفضيلية.

يمكن للأكياس التغذوية الراجعة وألبيات الاستجابة السريعة والآمنة أن تقلل من سوء الاستخدام والاستعمال الخاطئ. ويجب أن يرحب الموظفون بالاقتراحات والشكاوى والبحث عنها. كما يجب أن يكون فريق العمل مدرساً على كيفية ممارسة السرية وإحالة المعلومات الحساسة، مثل الإفصاح عن الاستغلال وسوء المعاملة.

الاستغلال والاتهاك الجنسيين من قبل الموظفين: يشترك فريق العمل بأكمله في مسؤولية منع الاستغلال والاتهاك. ويتحمل أعضاء فريق العمل مسؤولية الإبلاغ عن أي اتهاك قد يشتبهون بوجوده أو يشهدونه، سواء داخل المنظمة أو خارجها. لاحظ أن الأطفال (وخاصة الفتيات) غالباً ما يكونون معرضون للخطر بدرجة كبيرة، وعلى السياسات أن تحمي الأطفال بوضوح من الاستغلال والاتهاك [انظر الالتزام رقم 5](#).

الشواغل البيئية: يمكن للاستجابة الإنسانية أن تتسبب في تدهور بيئي (على سبيل المثال، تأكل التربة، استنزاف المياه الجوفية أو تلوثها، الصيد الجائر، إتاج الفيروسات وإزالة الغابات). ويمكن أن يؤدي التدهور البيئي إلى تضخيم أزمة أو مستويات الضعف والتقليل من قدرة الناس على الصمود أمام الصدمات.

وتشمل تدابير الحد من التدهور البيئي إعادة التشجير وجمع مياه الأمطار والاستخدام الفعال للموارد وسياسات وممارسات الشراء الأخلاقية. ولا تُجرى أنشطة البناء الرئيسية إلا بعد إجراء تقييم بيئي [انظر الالتزام رقم 9](#).

سياسات المنظمة لمنع الآثار السلبية وتعزيز القدرات المحلية: تشجع المنظمات على وضع سياسة ونظام إدارة مخاطر موثق بشكل واضح. كما أن المنظمات غير الحكومية التي تقضي في التعامل بشكل منظم مع السلوك غير الأخلاقي أو الفساد من خلال سياسات وإجراءات مكافحة الرشوة الخاصة بها ومن خلال العمل الجماعي مع المنظمات غير الحكومية الأخرى تزيد من مخاطر الفساد بالنسبة للجهات الفاعلة الأخرى.

يجب أن تظهر السياسات والإجراءات التزاماً بحماية الناس الضعفاء وأن تحدد أطراً عامة لمنع سوء استخدام السلطة والاستقصاء.

ويمكن أن يساعد كل من ممارسات التوظيف والفحص والتعيين بعناية في الحد من مخاطر سوء سلوك الموظفين، ويجب أن توضح قواعد السلوك الممارسات المحظورة. وينبغي أن يوافق الموظفون رسميًا على الالتزام بهذه القواعد وأن يكونوا على علم بالعقوبات التي سيواجهونها إذا فشلوا في ذلك [انظر الالتزام رقم 8](#).

صون المعلومات الشخصية: يجب التعامل مع جميع المعلومات الشخصية التي يتم جمعها من الأفراد والمجتمعات على أنها سرية. وهذا هو الحال على وجه الخصوص في التعامل مع البيانات المتعلقة بالحماية،

والاتهاكات المبلغ عنها، والشكوى من سوء المعاملة أو الاستغلال، والعنف القائم على نوع الجنس. إن الأنظمة التي تضمن السرية ضرورية لمنع المزدح من الضرر [انظر مبادئ الحماية والالتزامات رقم 5 ورقم 7.](#)

إن الاستخدام المتزايد لأنظمة التسجيل والتوزيع الإلكترونية في الاستجابة الإنسانية يبرز الحاجة إلى سياسات واضحة وشاملة بشأن حماية البيانات. كما أن الاتفاقيات التي تلزم أطراف خارجية مثل البنوك والمنظمات التجارية بحماية المعلومات ضرورية. ومن المهم الحصول على إرشادات واضحة حول جمع البيانات وتخزينها واستخدامها والتخلص منها بما يتماش مع المعايير الدولية وقوانين حماية البيانات المحلية. يجب وضع أنظمة للتخفيف من خطر فقدان البيانات. ويجب التخلص من البيانات بمجرد أن تصبح غير ضرورية.

الالتزام رقم 4

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يعرفون حقوقهم واستحقاقاتهم، ويمكنهم الحصول على المعلومات ويشاركون في اتخاذ القرارات التي تعنى بهم.

عيار الجودة: يعتمد معيار الاستجابة الإنسانية على أساس التواصل والمشاركة والتعقيب.

مؤشرات الأداء

1. تدرك المجتمعات والأشخاص المتضررة من الأزمة بما في ذلك الأكثر ضعفاً حقوقها ومحضناتها.
2. ترى المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة أنه يمكنهم الوصول في الوقت المناسب لمعلومات واضحة ذات صلة، بما في ذلك المشاكل التي قد يتعرض لهم لمزيد من المخاطر.
3. تشعر المجتمعات المتضررة من الأزمة بالرضا عن الفرص المتاحة لها للتأثير في الاستجابة الإغاثية.
4. كافة أفراد فريق العمل مدربون ومزودون بالتوجيهات المتعلقة بحقوق الأشخاص المتضررين.

الإجراءات الأساسية

- 1.4 توفير المعلومات للمجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات عن المنظمة، والمبادئ التي تلتزم بها، وكيف تتوقع أن يتصرف موظفوها، والبرامج التي تنفذها وما تتوى تحقيقه.**
- اعتبار المعلومات نفسها عنصراً أساسياً للحماية. وبدون معلومات دقيقة عن المساعدة واستحقاقها، قد يصبح الناس عرضة للاستغلال وسوء المعاملة [انظر مبدأ الحماية رقم 1.](#)
 - توصيل السلوك الذي يمكن أن يتوقعه الناس من العاملين في المجال الإنساني وكيف يمكنهم رفع شكوكهم إذا لم يشعروا بالرضا.

- 2.4 التواصل بلغات وأشكال ووسائل يسهل فهمها وتراعي الاحترام والملاعنة الثقافية لمختلف أفراد المجتمع المحلي، وخاصة الفئات الضعيفة والمهمشة.**
- استخدام أنظمة الاتصالات الحالية والتشاور مع الناس على وسائلهم المفضلة للتواصل معهم.
 - الأخذ في الاعتبار درجة الخصوصية المطلوبة لتنسيقات ووسائل مختلفة.
 - التأكد من أن استخدام تكنولوجيا الاتصالات، الحديثة والقديمة، بفعالية وأمان.

3.4 ضمان التمثيل الشامل، الذي ينطوي على مشاركة وانخراط المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات في جميع مراحل العمل.

- إيلاء عناية خاصة بالمجموعات أو الأفراد الذين يتم استثناؤهم بحكم الأعراف السائدة من السلطة وعمليات صناعة القرار والنظر بشكل منهجي في الطرق الأخلاقية للتعامل مع هؤلاء الأفراد والجماعات لاحترام الكرامة وتجنب تزايد وصمات العار.
- الأخذ في الاعتبار التوازن بين المشاركة المجتمعية المباشرة والتمثيل غير المباشر من قبل الممثلين المنتخبين عبر مختلف مراحل الاستجابة.

4.4 تشجيع المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة على تقديم انتطباعاتهم وتعليقاتهم على مستوى رضاهما عن جودة وفعالية المساعدة المتقدمة وتسهيل ذلك، مع إيلاء اهتمام خاص لجنس و عمر وتنوع الأشخاص الذين يقدمون الانتطباعات والتعليقات.

- تدريب الموظفين على كسب ثقة الناس والحفاظ عليها، ومعرفة كيفية الاستجابة للتعقيبات سواءً الإيجابية أم السلبية، والتيقظ لردود فعل مختلف أفراد المجتمع إزاء الطريقة التي تقدم بها الخدمات.
- دمج مجموعة التعقيبات في نهج أوسع عبر المنظمات أو القطاعات لمراجعة التعقيبات وتحليلها والعمل عليها.
- مشاركة الرد على التعقيبات مع المجتمع.

مسؤوليات المنظمات

5.4 وجود سياسات تبادل المعلومات، وتعزيز ثقافة الاتصالات المفتوحة.

6.4 وجود سياسات لإشراك المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة تعكس الأولويات وتحدد المخاطر في جميع مراحل العمل.

- تحديد كيف يتم تدريب الموظفين وتشجيعهم لتسهيل مشاركة المجتمع وصنع القرار، والاستماع إلى مجموعات متنوعة من الأشخاص المتضررين وتناول التعقيبات السلبية.
- وضع سياسات واستراتيجيات لتساعد في خلق مساحة وقت للحوارات المجتمعية وصنع القرار والمساعدة الذاتية.

7.4 الاتصالات الخارجية، بما في ذلك تلك المستخدمة لأغراض جمع التبرعات، تكون دقيقة وأخلاقية ومحترمة، وتقدم المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات بشكل يراعي كرامتهم الإنسانية.

- مشاركة المعلومات بناء على تقييم المخاطر والأخذ في الاعتبار الضرر المحتمل الذي قد يقع على السكان، مثل عند تبادل المعلومات حول التوزيعات النقدية أو التركيبة السكانية لمستوطنات محددة يمكن أن ت تعرض الناس لخطر التعرض للهجوم.
- توخي الحرص عند الاستعارة بالقصص والصور التي تناقش وتصور الأشخاص المتضررين حيث يمكن أن يشكل ذلك اعتداءً على خصوصيتهم وانتهاكاً للسرية إذا لم يطلب إذنهم  انظر مبدأ الحماية رقم 1 حول الموافقة المستنيرة.

ملاحظات إرشادية

الشارك بالمعلومات مع المجتمعات: إن مشاركة المعلومات الدقيقة وذات التوقيت المناسب والمفهومة والميسورة يعزز الثقة ويعمق مستويات المشاركة ويحسن من تأثير المشروع. وهذا هو مفتاح الشفافية، كما أن الشارك بالمعلومات مع المجتمعات يمكن أن يحسن أيضاً من فعالية التكلفة ويساعد المجتمعات على تسليط الضوء على الهدر أو الاحتيال.

إذا لم تشارك منظمة ما الناس الذين تهدف إلى مساعدتهم في المعلومات على نحو ملائم، فقد يؤدي ذلك إلى سوء تقديره وتأخير ومشاريع غير ملائمة تهدىء الموارد وتصورات سلبية عن المنظمة ويمكن أن ينشأ عن ذلك مشاعر الغضب والإحباط وعدم الأمان.

تواصل فعال وآمن ويسور وشامل: تختلف احتياجات التواصل والمعلومات ومصادرها باختلاف المجموعات، وقد يحتاجون لوقت للتحدث مع أنفسهم في مكان آمن وخاص لمعالجة المعلومات والنتائج المترتبة عليها.

الموافقة المستنيرة: أعلم بأن بعض الأشخاص قد يعبرون عن موافقتهم دون فهم كامل للأثار المترتبة. وهذا الوضع ليس مثاليّاً ، ولكن قد يتبع في بادئ الأمر افتراض درجة من القبول والمشاركة بناءً على الرغبة المعلنة في المشاركة في أنشطة المشروع، والمراقبة، والمعرفة، أو المستندات القانونية أو غيرها (مثل الاتفاقيات التعاقدية مع المجتمع) انظر مبدأ الحماية رقم 1.

المشاركة والشارك: التشاور مع المتضررين والمؤسسات المحلية في وقت مبكر من الاستجابة اعتماداً على المعرفة القائمة وتطوير علاقات إيجابية ومحترمة. يمكن أن يكون التشاور المبكر أفضل في توفير الوقت من إصلاح القرارات غير الملائمة في وقت لاحق. وفي المراحل المبكرة من الاستجابة الحرجية، قد يكون التشاور ممكناً فقط مع عدد محدود من الأشخاص المتضررين. ومع مرور الوقت، ستتوارد المزيد من الفرص لمزيد من الناس والمجموعات للمشاركة في صنع القرار.

أعلم أنه في بعض ظروف النزاع، يمكن اعتبار المناقشات الجماعية وصناعة القرار بمثابة شكل من أشكال التنظيم السياسي ويمكن أن تضر بالشعوب المحلية.

قم بمراعاة توافر أساليب مختلفة لتعزيز مشاركة المجتمع مع نظام التعقيب، بما في ذلك استخدام بطاقات الأداء المجتمعية.

التعقيب: يمكن الحصول على التعقيبات الرسمية من خلال تقييمات محددة (باستخدام مناقشات جماعية أو مقابلات) أو مراقبة ما بعد التوزيع أو الاستبيانات. كما ينبغي استخدام التعقيبات غير الرسمية التي يتم تلقيها أثناء التفاعل اليومي لتطوير الثقة وتحسين البرامج على أساس مستمر.

احصل على ملاحظات حول ما إذا كانت النساء والرجال والفتيات والفتية يشعرون بالاحترام والرضا عن تأثيرهم على صنع القرار. وقد يكون الناس راضين عن المساعدات المقدمة، ولكنهم غير راضين عن تأثيرهم على اتخاذ القرار.

وقد يخشى الناس من أن يكون للتعقيبات الانتقادية تداعيات سلبية. كما قد تكون هناك أيضاً أسباب ثقافية لعدم قبول النقد عن التدخلات. استكشف طرق مختلفة لتقديم تعقيبات غير رسمية ورسمية، بما في ذلك طرق لتباين التعقيبات سريّاً.

قم بتصميم آليات تعقيب مع الوكالات الأخرى وضمان أنها متاحة لجميع الأشخاص. وينبغي النظر إليها على أنها منفصلة عن آليات الشكاوى التي تعالج الاتهامات الخطيرة للممارسة أو السلوك انظر الالتزام رقم 5، على الرغم من أنه في الممارسة العملية عادة ما يكون هناك تداخل في أنواع التعقيبات والشكاوى الواردة. إقرار أقلّ وتابع التعقيبات المستلمة وقم بتطبيع البرنامج عند الاقتضاء.

ادمجه آليات التعقيب في نظم الرصد والتقييم الخاصة بالمنظمات.

تشجيع ثقافة التواصل المفتوح: ينبغي للمنظمات أن تذكر علانية (على موقعها على الويب أو في المواد الترويجية التي يمكن للأشخاص المتضررين الوصول إليها) أي اهتمامات محددة مثل الهوية السياسية أو الدينية، مما يسمح للأطراف المعنية بفهم طبيعة المنظمة بشكل أفضل وانتقاءاتها وسياساتها المحتملة.

الالتزام المنظمة بالمشاركة والإسهام إلى المجتمعات: يمكن أن تساعد سياسات النوع الاجتماعي والتنوع في تعزيز قيم المنظمة والتزاماتها وتقدير أمثلة ملموسة للسلوك المتوقع. كما يجب أن تكون التعقيبات الواردة من الأشخاص المتأثرين مفيدة في تطوير الاستراتيجية والبرامج.

تقيد المعلومات والسرية وعدم الإفشاء: لا يمكن أو لا ينبغي مشاركة جميع المعلومات مع جميع الأطراف المعنية. ينبغي مراعاة طريقة جمع المعلومات التي يمكنها تحديد المجموعات (الديموغرافيات) أو الأفراد الذين قد يسبون أو يزيد من ضعف الأشخاص أو يشكلون تهديدات جديدة على حمايتهم. ^④ انظر مبادئ الحماية.

منهج أخلاقي نحو عمليات التواصل الخارجية: يمكن أن تكون مواد جمع التبرعات والصور المأخوذة خارج السياق مضللة في الغالب ويمكنها أيضًا زيادة مخاطر الحماية. لذا يجب أن تكون السياسات والمبادئ التوجيهية المتعلقة بالاتصالات الخارجية متاحة لجميع الموظفين ويمكن أن تساعد في ضمان عدم ارتکاب هذه الأخطاء.

يجب ألا تسمح التفاصيل المرفقة بالصور والمضمنة في القصص بتتبع الأشخاص (ولا سيما الأطفال) عند عودتهم إلى منزلهم أو مجتمعهم. ويجب تعطيل وضع العلامات الجغرافية للصور عند التقاط الصور.

الالتزام رقم 5

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم الوصول إلى آليات آمنة وفعالة لمعالجة الشكاوى.

معيار الجودة: الشكاوى مرحب بها وتم معالجتها.

مؤشرات الأداء

1. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة، بما في ذلك المجموعات الضعيفة والمهمشة، مدربة لوجود آليات الشكاوى التي وضعت من أجل أن تقوم باستخدامها.
2. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة تعتبر أن إمكانها الوصول إلى آليات الاستجابة للشكاوى وأنها فعالة وسريعة وآمنة.
3. يجري فحص الشكاوى وبنّها وإبلاغ أصحابها بالنتائج ضمن الإطار الزمني المعلن عنه.

الإجراءات الأساسية

1.5 التشاور مع المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات بشأن التصميم والتنفيذ ورصد عمليات معالجة الشكاوى.

- التصنيف حسب الجنس والعمر والإعاقة، لأن هذه المعايير قد تؤثر على آراء الناس بشأن الوصول إلى آليات الشكاوى وعقباتها.
- الموافقة على كيفية تقديم الشكاوى، وما قد يمنع الأشخاص والموظفين من الشكوى وكيف يرغبون في تلقي رد حول الشكاوى بالإضافة إلى التفكير في كيفية تسجيل الشكاوى وتبعها وكيف سيتردّمّ ما يتم تعلمه منها في التخطيط المستقبلي.
- استكشاف آليات الشكاوى المشتركة مع الوكالات الأخرى والشركاء ومقاولي الأطراف الثالثة.
- تدريب الموظفين على آلية الشكاوى.

2.5 الترحيب بالشكاوى وقبوها، وشرح كيفية الوصول إلى هذه الآلية ونطاق القضايا التي يمكن معالجتها.

- ينبغي مراعاة القيام بحملة إعلامية للمساعدة في رفع درجة الوعي بالمنظومة وبالإجراءات، مما يمنح الناس الفرصة لطرح المزيد من الأسئلة عن كيفية عملها.

3.5 إدارة الشكاوى في الوقت المناسب وبشكل نزيه وملائم يعطي الأولوية لسلامة مقدم الشكوى والمتأثرين في جميع المراحل.

- التعامل مع كل شكوى على حدة، حتى لو كان العدد منها يغطي قضايا مماثلة.
- تقديم الاستجابة خلال إطار زمني محدد، يجب أن يعرف الشاكى متى يتوقع الوصول على رد لشكواه.
- مراعاة الإدارة أو الانخراط المجتمعي في نظام التعامل مع الشكاوى.

مسؤوليات المنظمات

4.5 وضع إجراء للرد على شكاوى المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمة وتوثيقه وينبغي أن يغطي هذا الإجراء البرمجة والاستغلال والانتهاك الجنسيين والأشكال الأخرى لسوء استخدام السلطة.

- الاحتفاظ بسجلات عن كيفية إعداد آلية الشكاوى، ومعايير القرار، وجميع الشكاوى المقدمة، وكيفية الرد عليها، وفي أي إطار زمني.
- يجب الحرص على ضمان سرية المعلومات المتعلقة بالشكاوى بما يتفق بدقة مع سياسات حماية البيانات.
- العمل مع المنظمات الأخرى على آليات الشكاوى حيث يمكن أن يكون ذلك أقل إرباكاً للمجتمعات المحلية والموظفين.

5.5 تأسيس ثقافة تنظيمية تؤخذ فيها الشكاوى على محمل الجد والعمل على أساسها وفقاً لسياسات وعمليات محددة.

- المشاركة العلنية للسياسات المتعلقة بما يقع على عاتق المنظمة من واجب العناية بالناس الذين تهدف إلى مساعدتهم، ويمدودة قواعد السلوك، وبكيفية قيامها بحماية المجموعات التي قد تكون ضعيفة مثل النساء والأطفال والناس ذوي الاحتياجات الخاصة.
- وضع إجراءات تحقيق رسمية تلتزم بمبادئ السرية والاستقلالية والاحترام وإجراء التحقيقات بطريقة دقيقة وحسنة التوقيت ومهنية، وتلبية المعايير القانونية ومتطلبات قانون العمل المحلي. توفير التدريب للمديرين المعينين على التحقيقات وعلى التعامل مع سوء سلوك الموظفين، أو إتاحة الوصول إلى المشورة المتخصصة.
- تضمين إجراءات التظلم وسياسة الإبلاغ عن المخالفات للتعامل مع شكاوى الموظفين وتنوعية الموظفين بها.

6.5 المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات ملمون تماماً بسلوك العاملين في المجال الإنساني، بما في ذلك الالتزامات التنظيمية المتعلقة بمنع الاستغلال والانتهاك الجنسي.

- شرح عملية تقديم الشكاوى للمجتمعات والموظفيين، إدراج آليات لكل من الموضوعات الحساسة (كتلك المتعلقة بالفساد والاستغلال والانتهاك الجنسيين أو سوء السلوك أو سوء التصرف) والمعلومات غير الحساسة (كتحديات استخدام معايير الاختيار).

7.5 إحالة الشكاوى التي لا تدرج ضمن نطاق المنظمة إلى طرف ذي صلة بطريقة تتفق مع الممارسات الجيدة.

▪ توضيح التوجيهات المتعلقة بماهية الشكاوى التي تقع ضمن اختصاص المنظمة وكيف ومنى يمكن إحالتها لمزودي خدمات آخرين.

ملاحظات إرشادية

تصميم آلية للشكوى: يجب تقييم динاميکات المجتمعات الاجتماعية وديناميکات القوة قبل اتخاذ القرار بشأن أفضل طريقة للتفاعل مع المجتمعات وإيلاء الاهتمام لاحتياجات كبار السن والنساء والفيتات والأولاد والرجال والأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم من قد يتعرضون للتهميش، بالإضافة إلى ضمان أن يكون لهم رأي في تصميم وتتنفيذ أنظمة الشكاوى.

الوعية بشأن كيفية تقديم الشكوى: ستوجد حاجة إلى الوقت والموارد لضمان معرفة الأشخاص المتضررين بالخدمات والمقابلات والسلوكيات التي يمكن لهم توقعها من المنظمات الإنسانية. كما يجب أن يعرفوا أيضاً ماذا يفعلون وأين يقدمون الشكوى إذا فشلت منظمة إنسانية في الوفاء بهذه الالتزامات.

يجب أن تصمم الآلية بحيث يطمئن هؤلاء الأشخاص إلى أنهم سيتمكنون دائمًا من تقديم الشكوى بحرية دون خوف من الانتقام.

كما يجب إدارة التوقعات حيث قد تعتقد المجتمعات أن عملية الشكاوى يمكن أن تحل جميع مشاكلها، ويمكن أن يولد هذا شعورًا بالإحباط وخيبة الأمل إذا كانت التغييرات المتوقعة خارج سيطرة الوكالة.

إدارة الشكاوى: عندما تكون الشكاوى خارجة عن سيطرة المنظمة ومسؤوليتها، يتم شرح الأمر بوضوح لصاحب الشكاوى. ويجب إحالة الشكاوى إلى المنظمة المناسبة كلما كان ذلك ممكناً ومتوافقاً مع مقدم الشكاوى. كما يجب التنسيق مع الوكالات والقطاعات الأخرى لضمان نجاح هذه العملية بفعالية.

يجب على الموظفين المدربيين فقط التحقيق في مزاعم الاستغلال والاتهام الجنسيين من قبل العاملين في المجال الإنساني.

يجب توفير وسيلة الإحالة السرية للحصول على مزيد من الرعاية والدعم (مثل الصحة العقلية والدعم النفسي أو الرعاية الصحية الأخرى) للشاكين وفقاً لرغبتهم.

تشكل الشكاوى المجهولة والمؤذنة تحديات محددة لأن مصدرها غير معروف. وقد تكون هذه إشارة تحذيرية للمنظمة عن حالة من الاستياء الأساسي وستحتاج أي عملية متابعة للتحقيق في ما إذا كان هناك أي سبب غير معترف به سابقاً للشكوى.

حماية مقدمي الشكاوى: تخож الحذر عند تحديد من يحتاج إلى معرفة المعلومات داخل المنظمة. قد يواجه الأشخاص الذين يبلغون عن الاعتداء الجنسي وصمة عار اجتماعية وخطر حقيقي من الجناة وعائلاتهم. وبالتالي، قم بتصميم آلية تضمن التعامل مع شكاوهم بسرية تامة. كما يجب وضع سياسة للإبلاغ عن المخالفات لحماية الموظفين الذين يلقون الضوء على المخاوف بشأن البرامج أو سلوك الزملاء.

يجب أن تغطي سياسات حماية البيانات مدة الاحتفاظ بأنواع معينة من المعلومات وفقاً لقوانين حماية البيانات ذات الصلة.

عملية معالجة الشكاوى: هي ضمان أن كل من موظفي المنظمة والمجتمعات التي تخدمها لديهم الفرصة للإبلاغ عن الشكاوى. يمكن اعتبار هذه الشكاوى فرصة لتحسين المنظمة وعملها. كما يمكن للشاكوى أن تشير إلى تأثير وملاءمة التدخل والمخاطر المحتملة وأوجه الضعف ودرجة رضا الناس عن الخدمات المقدمة.

الاستغلال والانتهاك الجنسيان للأشخاص المتضررين من الأزمة: تعتبر المنظمة وإدارتها العليا مسؤوّلين عن ضمان وجود آيات وإجراءات الشكاوى الخاصة بالتقييم الاستراتيجي للبيئة وأن تكون آمنة وشفافة ويسهل الوصول إليها وسريّة. عند الاقتضاء ينبغي للمنظمات النظر في إدراج بيانات محددة حول التعاون مع التحقيقات في قضايا التقييم الاستراتيجي للبيئة في اتفاقات الشراكة الخاصة بهم.

ثقافة المنظمة: على المديرين والموظفين الكبار أن يكونوا نموذجاً لثقافة تسم بالاحترام المتبادل بين الموظفين والشركاء والمتطوعين والناس المتضررين من الأزمة، وأن يحثوا الآخرين عليها. كما أن دعمهم لتطبيق آليات الشكاوى المرفوعة من المجتمع يعتبر حيوياً.

يجب أن يكون الموظفون على دراية بكيفية التعامل مع الشكاوى أو ادعاءات سوء الاستخدام. في حالة النشاط الإجرامي أو حيث تم كسر القانون الدولي، يجب أن يعرف الموظفون كيفية الاتصال بالسلطات المختصة.

ويجب على المنظمات العاملة مع أطراف شريكه أن تتفق على كيفية تقديم ومعالجة الشكاوى (بما في ذلك ضد بعضها البعض).

سلوك الموظفين ومدونة قواعد السلوك: يجب أن يكون لدى المنظمات مدونة سلوك للموظفين يتم اعتمادها من قبل الإدارة العليا ويتم الإعلان عنها.

يجب أن تطبق سياسة خاصة بحماية الأطفال على جميع الموظفين والشركاء، ويجب توفير دورات تعريفية وتدريرية خاصة بمعايير السلوك المأموله.

يجب أن يعرف الموظفون ويدركوا عواقب مخالفة قواعد السلوك [انظر الالتزام رقم 3 ورقم .8](#).

الالتزام رقم 6

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون مساعدة منسقة ومتكاملة.
معيار الجودة: الاستجابة الإنسانية منسقة ومتكاملة.

مؤشرات الأداء

- تقوم المؤسسات بتقليل الفجوات والتداخلات التي تحددها المجتمعات والشركاء المتضررين من خلال العمل المنسق.
- المنظمات المستجيبة للأزمة - بما في ذلك المنظمات المحلية- تشارك في المعلومات ذات الصلة من خلال آليات تنسيق رسمية وغير رسمية.
- تسقى المنظمات فيما بينها عمليات التقييم للاحتياجات وإيصال الإغاثة ومراقبة تطبيقها.
- تشير المنظمات المحلية إلى المشاركة والتمثيل الكافي في آليات التنسيق.

الإجراءات الأساسية

1.6 تحديد أدوار ومسؤوليات وقدرات ومصالح مختلف الجهات المعنية.

- النظر في التعاون من أجل تحسين قدرة المجتمعات المحلية والحكومات المضيفة والمانحين والقطاع الخاص والمنظمات الإنسانية (المحلية والوطنية والدولية) مع اختصاصات وخبرات مختلفة.
- اقتراح وقيادة التقييمات المشتركة والتدريبات والتقييمات عبر المنظمات والأطراف المعنية الأخرى لضمان اتباع نهج أكثر تماسكاً.

2.6 التأكيد من أن الاستجابة الإنسانية تكمل استجابة السلطات الوطنية والمحلية والمنظمات الإنسانية الأخرى.

- الاعتراف بأن التخطيط العام وتنسيق جهود الإغاثة هو في النهاية مسؤولية الحكومة المضيفة.
- وتلعب المنظمات الإنسانية دوراً أساسياً في دعم الاستجابة الإنسانية للدولة ومهمة التنسيق معها.
- **3.6 المشاركة في هيئات التنسيق ذات الصلة والتعاون مع الآخرين من أجل الحد من المطالب التي تواجه المجتمعات المحلية وتحقيق أقصى قدر من التغطية وتوفير خدمات الجهد الإنساني الأوسع.**

- الدعوة إلى تطبيق معايير الجودة والإرشادات المعترف بها والالتزام بها من خلال التنسيق.
- استخدام هيئات التنسيق لوضع المعايير الإنسانية في سياقها، لا سيما المؤشرات، من أجل رصد الأنشطة وتقيمها بشكل جماعي والاستجابة العامة.
- تحديد نطاق الأنشطة والالتزامات، فضلاً عن أي تداخل مع هيئات التنسيق الأخرى وكيفية إدارة ذلك، على سبيل المثال ، فيما يتعلق بالمساءلة والتنسيق بين الجنسين والحماية.
- **4.6 تبادل المعلومات الازمة مع الشركاء ومجموعات التنسيق وغيرها من الجهات الفاعلة ذات الصلة من خلال قنوات الاتصال المناسبة.**

- احترام استخدام اللغة/اللغات المحلية في اللقاءات والمجتمعات الأخرى ودراسة الحاجز أمام الاتصال حتى يتم تمكين الأطراف المعنية المحلية من المشاركة.
- التواصل بوضوح وتجنب المصطلحات والعامية، خاصة عندما لا يتكلم المشاركون الآخرون نفس اللغة.
- توفير مترجمين ومت�رجمين فوريين إذا لزم الأمر.
- التفكير في مكان الاجتماعات للسماح للأطراف المحليين بالمشاركة.
- العمل مع شبكات منظمات المجتمع المدني المحلي لضمان إدراج مساهمة الأعضاء.

مسؤوليات المنظمات

5.6 تشمل السياسات والاستراتيجيات التزاماً واضحاً بالتنسيق والتعاون مع آخرين، بما في ذلك السلطات الوطنية والمحلية، من دون الإضرار بالمبادئ الإنسانية.

- اشتمال التنسيق بين السياسات التنظيمية واستراتيجيات التوريد. وينبغي على المنظمة توفير بيان حول كيفية المشاركة مع الشركاء والسلطات المضيفة والجهات الفاعلة الأخرى في المجال الإنساني (وغير الإنساني عند الاقتضاء).
- ينبغي أن يحظى الموظفون الذين يمثلون الوكالات في المجتمعات التنسيق على المعلومات والمهارات والسلطات المناسبة للمساهمة في التخطيط واتخاذ القرارات. ويجب توضيح مسؤوليات التنسيق في الوصف التوظيفي للموظفين.

6.6 يخضع العمل مع الشركاء لأحكام اتفاقات واضحة ومنسقة تحترم أهداف والتزامات واستقلال كل شريك، وتدرك القيود والالتزامات الخاصة بكل منهم.

- تشارك المنظمات المحلية والوطنية أو تتعاون مع الشركاء في الوصول لرؤية مشتركة للولاية التنظيمية بين بعضهم البعض وللأدوار والمسؤوليات المتبادلة، من أجل اتخاذ إجراءات فعالة وقابلة للمساءلة.

ملاحظات إرشادية

العمل مع القطاع الخاص: يستطيع القطاع الخاص جلب الكفاءات التجارية والخبرات والموارد التكميلية للمنظمات الإنسانية. وعلى أقل تقدير، لا بد من مشاركة المعلومات لتجنب حدوث ازدواجية وتعزيز الممارسة الإنسانية الجيدة.

يجب ضمان التزام الشركات الشركية بحقوق الإنسان الأساسية وأنها ليس لها تاريخ في إدامة عدم المساواة أو الممارسات التمييزية.

وينبغي أن تضمن المشاركات مع القطاع الخاص توفير فوائد جلية للمتضررين من الأزمات، مع تفهم وجود أهداف إضافية تخص الجهات الفاعلية في القطاع الخاص.

التنسيق المدني العسكري: ينبغي على المنظمات الإنسانية أن تبقى متقدمة بوضوح عن المؤسسة العسكرية لتجنب أي ارتباط فعلي أو متصور بأي أجندية سياسية أو عسكرية يمكن أن يؤثر سلباً على حيادية الوكالة واستقلالها ومصداقيتها وأمنها وحرية وصولها إلى التجمعات البشرية المتضررة من الأزمة.

يمتلك الجيش خبرات وموارد خاصة تشمل ما يتعلق بالأمن واللوจستيات والنقل والتواصل. ومع ذلك يجب أن تصب أي صلة مع الجيش في مصلحة الوكالات الإنسانية وتكون تحت إدارتها ويجب أن توافق مع المبادئ التوجيهية المعتمدة انظر ما هو أسفير، الميثاق الإنساني ومبادئ الحماية. وتحافظ بعض المنظمات على الحد الأدنى من الحوار لضمان الكفاءة التشغيلية، في حين قد تتشتت منظمات أخرى روابط أقوى.

العناصر الثلاثة الرئيسية للتنسيق المدني العسكري هي تبادل المعلومات والتخطيط وتقسيم المهام. ويجب أن يجرى الحوار في كل مكان وفي كل السياقات وعلى كل المستويات.

المعاودة التكميلية: تحظى شبكات المنظمات المحلية والسلطات المحلية والمجتمع المدني بقدر كبير من الخبرة الخاصة بكل سياق. وقد تحتاج تلك الشبكات إلى تلقى الدعم اللازم لإعادة بناء نفسها بعد تأثيرها بالأزمات وينبغي إشراكها وتمثيلها عند تنسيق جهد الاستجابة.

عندما تكون السلطات طرفاً في النزاع، ينبغي على الجهات الفاعلة في المجال الإنساني استخدام حكمها فيما يتعلق باستقلال السلطات، مع إبقاء مصالح الأشخاص المتضررين في مركز صناعة القرار.

التنسيق: يمكن أن يساهم التنسيق بين القطاعات في تناول احتياجات الناس بشكل كلي وليس بمعزل عن بعضها البعض. على سبيل المثال ، يجب أن يتم التنسيق في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي عبر قطاعات الصحة والحماية والتعليم، من خلال تكوين مجموعة عمل تقنية من هؤلاء الاختصاصيين.

يتولى مسؤولو التنسيق مسؤولية ضمان أن تكون الاجتماعات ومشاركة المعلومات حسنة الإدارة وفعالة وموجهة نحو تحقيق النتائج.

ولا يجوز للجهات الفاعلة المحلية المشاركة في آليات التنسيق إذا بدا أنها ذات صلة بالوكالات الدولية فقط بسبب اللغة أو الموقع.

قد يلزم وضع آليات تنسيق وطنية وشبه وطنية، ويجب أن يكون لديها خطوط تقارير واضحة. تؤدي المشاركة في آليات التنسيق قبل وقوع الكارثة إلى بناء العلاقات وتعزيز التنسيق أثناء الاستجابة. وينبغي ربط هيأك التنسيق في حالات الطوارئ بخطط التنمية الأطول أجالاً وهيئات التنسيق حينما وجدت.

كما ينبغي للأكيات الدولية المشتركة بين الوكالات لتنسيق حالات الطوارئ أن تدعم آليات التنسيق الوطنية. وفي حالة تقديم المساعدة للأجئين، تستخدم مفوضية الأمر المتحدة السامية لشؤون اللاجئين آلية تنسيق شؤون اللاجئين.

تبادل المعلومات (بما فيها المالية): بين مختلف الأطراف المعنية ومختلف آليات التنسيق يزيد من فرص التعرف على التغيرات أو الأزدواجية.

العمل مع الشركاء: قد تظهر أنماط مختلفة من الترتيبات مع الشركاء تتراوح بين التعاقدية الصرف والمشاركة في صناعة القرار والمشاركة في الموارد.

ويجب احترام ولالية المنظمات الشريكة ورؤيتها واستقلاليتها. وتحديد فرص التنمية والتعلم المتبادلة وما يمكن أن يستفيد منه الطرفان من الشراكة لأنها تزيد من معرفتهم وقدراتهما وتضمن لهما استعداداً أفضل للاستجابة وتتوفر لهم خيارات استجابة أكثر تنوعاً.

ويمكن أن يتيح التعاون على المدى الطويل بين منظمات المجتمع المدني المحلي والوطني والمنظمات الدولية زيادة المعرفة وزيادة قدرات جميع الشركاء، ويضمن لهم استعداداً أفضل للاستجابة وتوفير خيارات استجابة أكثر تنوعاً.

الالتزام رقم 7

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا تقديم مساعدة مطورة لأن المنظمات تتعلم من التجارب والرصد.

معيار الجودة: الجهات الفاعلة في المجال الإنساني يتعلمون ويتطورون باستمرار.

مؤشرات الأداء

- يحدد الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة التحسينات المدخلة فيما تلقاه من مساعدة وحماية بمرور الوقت.
- يتبرأ إدخال التحسينات على تدخلات المساعدة والحماية نتيجة للتعلم المتولد من الاستجابة الإغاثية الراهنة.
- ما يقدم من مساعدة وحماية يُظهر ما جرى تعلمه من الاستجابات الإغاثية الأخرى.

الإجراءات الأساسية

1.7 الاستفادة من الدروس المستخلصة والخبرات السابقة عند تصميم البرامج.

- تصميم نظر رصد بسيطة ومبسطة مع إدراك أن المعلومات يجب أن تمثلها مجموعات مختلفة، ومع توضيح من الذي استفاد من برامج سابقة ومن لم يستفد.
- التفكير في أوجه الفشل وأوجه النجاح كذلك.

2.7 تعلم وابتكار وتنفيذ تغييرات على أساس الرصد والتقييم والتعقيبات والشكوى.

- استخدام نهج الاستماع المفتوح وغيره من نهج المشاركة النوعية. وبعد الأشخاص المتضررون من الأزمة أفضل مصدر للمعلومات عن الاحتياجات والتغييرات التي تطرأ في الوضع.
- مشاركة ومناقشة التعلم مع المجتمعات، وسؤالهم عمّا يرغبون في تفديده بشكل مختلف وكيفية تعزيز دورهم في صنع القرار أو الإدارة.

3.7 تبادل التعلم والابتكار داخلياً مع المجتمعات والأشخاص المتضررين من الأزمات، ومع الجهات المعنية الأخرى.

- عرض المعلومات التي يتم جمعها من خلال الرصد والتقييم في صيغة ميسرة تتيح المشاركة وصنع القرار انظر الالتزام رقم 4.
- تحديد طرق دعم أنشطة التعلم على نطاق النظام.

مسؤوليات المنظمات

4.7 توافر سياسات التقييم والتعلم ، والوسائل متاحة للتعلم من الخبرات وتحسين الممارسات.

- تضمن المنظمات خطة لمراجعة وتحسين الأداء تستند إلى مؤشرات موضوعية قابلة للقياس في دورة التعلم الخاصة بها.

- يفهم جميع الموظفين مسؤولياتهم فيما يتعلق برصد مدى التقدم في عملهم. وكيف يمكن للتعلم أن يسهم في تطورهم المهني.

5.7 وجود آيات لتسجيل المعرفة والخبرة، وجعلها ميسورة في جميع أقسام المنظمة.

- يؤدي التعلم في إطار المنظمة إلى إحداث تغييرات عملية (مثل الاستراتيجيات المحسنة لإجراءات التقييمات، وإعادة تنظيم الفرق لتحقيق استجابة أكثر تماًساً وتوضيح مسؤوليات صناعة القرار).

6.7 تساهم المنظمة في التعلم والابتكار في الاستجابة الإنسانية بين الأقران وداخل القطاع.

- تجميع ونشر تقارير عن الاستجابات الإنسانية، بما في ذلك الدروس الأساسية المستفادة وتوصيات عن الممارسات المنقحة لتبنيها خلال الاستجابات المستقبلية.

ملاحظات إرشادية

التعلم من التجربة: تتلاءم المناهج والطرق المختلفة مع أهداف الأداء والتعلم والمساءلة المختلفة:

الرصد - وهو عبارة عن جمع مجموعات البيانات العادلة لأنشطة المشروع وأدائه - حيث يمكن استخدامها لتصحيح المسار. ويجب استخدام البيانات النوعية والكمية للرصد والتقييم؛ تثبيت البيانات والحفاظ على سجلات متسقة والنظر في الأخلاقيات المتعلقة بكيفية جمع البيانات وإدارتها والإبلاغ عنها، وتحديد البيانات التي يتم جمعها وكيف يتم تقديمها بناءً على الاستخدام المقصود ومستخدمي البيانات. لا تُجمع البيانات التي لن يتم تحليلها أو استخدامها.

المراجعات خلال الوقت الفعلي - وهي تدريبات تقييم تُجرى لمرة واحدة، وتشمل من يعملون في المشروع ويمكن استخدامها لتصحيح المسار.

التقييمات - وهي المعلومات المستلمة من الأشخاص المتضررين، وليس بالضرورة في إطار الهياكل، والتي يمكن استخدامها لتصحيح المسار. وبعد الأشخاص المتضررون من الأزمات أفضل من يحكمون على التغيرات التي تطرأ على حياتهم.

المراجعات بعد تفاصيل العمل - وهي تدريبات تُجرى لمرة واحدة تشمل من يعملون بالمشروع، وتُجرى بعد استكمال المشروع لتحديد عناصر الاستبقاء والتغيير في المشروعات المستقبلية.

التقييمات - وهي أنشطة رسمية لتحديد قيمة أي نشاط أو مشروع أو برنامج بشكل موضوعي. ويُجريها عادة أشخاص من خارج المشروع. ويمكن أن تكون فورية (للسماح بتصحيح المسار) أو بعد الانتهاء من المشروع، لتوفير التعلم لحالات مماثلة ولنشر السياسة.

البحث - وهو يتضمن إجراء استقصاء منهجي من خلال طرح أسئلة محددة تتعلق بالعمل الإنساني، وتستخدم عادة لنشر السياسات.

الابتكار: غالباً ما تؤدي الاستجابة للأزمات إلى الابتكار حيث يتكيف الناس والمنظمات مع البيئات المتغيرة. ويلجأ الأشخاص المتضررون من الأزمة إلى الابتكار أثناء تكيفهم مع ظروفهم الخاصة؛ وقد يستفيدون من الدعم الذي يشملهم بشكل أكثر منهجية من خلال عمليات الابتكار والتطوير.

التعاون ومشاركة الدروس: يعد التعلم التعاوني مع الوكالات الأخرى والهيئات الحكومية وغير الحكومية والهيئات الأكademية الترافقاً مهنياً، ويمكنه تقديم وجهات نظر وأفكار جديدة، فضلاً عن تعظيم استخدام الموارد المحددة، كما يساعد التعاون أيضاً في تقليل عبء التقييمات المتكررة في نفس المجتمع.

عند جمعيات مختلفة إلى استخدام تدريبات تعليم القرآن وهي التي يمكن القيام بها لرصد التقدم في الزمن الحقيقي أو كتدريب تأمل في ما بعد الحالة الطارئة.

يمكن لشبكات ومجتمعات الممارسة العملية (بما في ذلك البيئة الأكademية) أن تخلق فرضاً للتعلم من خلال مجموعات القرآن، سواء في الموقع أو في مراجعات ما بعد العمل أو منتديات التعلم. ويمكن أن تقدم هذه الشبكات والمجتمعات مساهمة هامة في الممارسة التنظيمية والتعلم على مستوى النظام. كما يمكن أن تساعد تحديات المشاركة وكذلك النجاحات بين القرآن العاملين في المجال الإنساني في تحديد المخاطر وتتجنب الأخطاء المستقبلية.

تعد الأدلة المتوفرة عبر القطاعات مفيدة بشكل خاص. ومن المرجح أن تساهم معرفة الأدلة ومراجعتها بين المنظمات في التغيير التنظيمي من الدروس المستفادة داخل منظمة واحدة.

ويمكن أن يؤدي الرصد الذي يقوم به الأشخاص المتضررون من الأزمة أنفسهم إلى تعزيز الشفافية والجودة والتشجيع على ملكية المعلومات.

سياسات التقييم والتعلم: إن الدروس الأساسية وال المجالات المحددة للتحسين لا تعالج دائمًا على نحو منتظم، ولا يمكن اعتبار أنه قد جرى التعلم من الدروس ما لم تحدث تغييرات ملموسة في الاستجابات الإغاثية الراهنة أو الآتية.

إدارة المعرفة والتعلم داخل المنظمة: تشمل إدارة المعرفة على جمع المعرفة والتعلم في إطار المنظمة وتطويرها ومشاركتها وتخزينها واستخدامها بفعالية. وفي أغلب الأحيان يكون الموظفون الوطنيون ذوو العقود الأطول أجلاً بمثابة عناصر أساسية للحفاظ على المعرفة والعلاقات المحلية.

ينبغي أن يتمتد التعلم إلى الجهات الفاعلة الوطنية والإقليمية والمحلية ويساعدهم على تطوير أو تحديث خطط الاستعداد لمواجهة الأزمات.

الالتزام رقم 8

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة التي يحتاجون إليها من قبل موظفين ومتطوعين يتمتعون بكفاءة وإدارة جيدة.

معيار الجودة: يتم دعم الموظفين للقيام بعملهم على نحو فعال، ويتم التعامل معهم بطريقة عادلة ومنصفة.

مؤشرات الأداء

1. يشعر جميع الموظفون بأن منظمتهم تدعمهم للقيام بعملهم.
2. يلبي الموظفون أهدافهم المتعلقة بالأداء على نحو مرض.
3. الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة تقدر بأن الموظفين فعالين من حيث معرفتهم ومهاراتهم وتصرفاً لهم وموافقهم.
4. تدرك المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة قواعد السلوك الإنسانية وكيفية إثارة المخاوف بشأن الانتهاكات.

الإجراءات الأساسية

1.8 يعمل الموظفون وفقاً لولادة المنظمة وقيمها ويدركون معايير الأداء المتفق عليها.

- قد تطبق شروط وأحكام مختلفة على الموظفين من مختلف الأنماط أو المستويات، وغالباً ما يحدد قانون العمل الوطني وضع الفرد ويجب احترامه. كما يجب أن يدرك جميع الموظفون وضعهم القانوني والتنظيمي سواء كان وطنياً أو دولياً.

2.8 يتلزم الموظفون بالسياسات ذات الصلة بهم ويفهمون عواقب عدم الالتزام بها.

- تطبق الحاجة إلى التوجيه والتدريب على الولاية التنظيمية والسياسات وقواعد السلوك في جميع الحالات، بما في ذلك النشر السريع أو توسيع النطاق.

3.8 يطور الموظفون ويستخدمون الكفاءات الشخصية والتقنية والإدارية الازمة لأداء دورهم وفهم كيفية دعمهم من قبل المنظمة للقيام بذلك.

- قد تكون فرص تطوير الموظفين الرسميين محدودة في المرحلة الأولى من الاستجابة، ولكن ينبغي على المديرين تقديم التوجيه اللازم بشأن التدريب الوظيفي على أقل تقدير.

مسؤوليات المنظمات

4.8 المنظمة لديها القدرة الإدارية والكادر الوظيفي اللازم لتنفيذ برامجها.

- توظيف الأشخاص الذين سيشاركون في زيادة إمكانية الوصول إلى الخدمات وتجنب أي مفهوم للتمييز، مع مراعاة اللغة والعرق والجنس والإعاقة والอายุ.
- مراعاة طريقة معالجة المنظمة لفترات ذروة الطلب مقدماً الخاصة بالموظفين المؤهلين.
- توضيح الأدوار والمسؤوليات على المستوى القطري بالإضافة إلى مسؤوليات اتخاذ صناعة القرار والاتصالات الداخلية.

تجنب توزيع الموظفين لفترات زمنية قصيرة مما يؤدي إلى ارتفاع معدل تبديل الموظفين، ويفوض الاستمرارية وجودة البرنامج، وقد يؤدي إلى تخلي الموظفين عن مسؤوليتهم الشخصية للمهام.

- تبني ممارسات توظيف أخلاقية لتجنب حدوث تقويض لقدرة المنظمات غير الحكومية المحلية.
- تطوير الموظفين المعينين محلياً الذين يُحتمل بأنهم لفترات أطول. وفي الوكالات متعددة الاختصاصات يجب تدريب الموظفين الخاضعين للتطوير وتجهيزهم للاستجابة الإنسانية.

5.8 سياسات وإجراءات التوظيف عادلة وشفافة وغير تمييزية ومتغوفقة مع قانون العمل المحلي.

- يجب أن تدعم سياسة المنظمة وممارساتها دور الموظفين الوطنيين على صعيدي الإدارة والقيادة لضمان الاستمرارية والذاكرة المؤسسية والاستجابات الأكثر ملاءمة للبيئة.

6.8 الوصف الوظيفي وأهداف العمل وعمليات استقبال التعقيبات موجودة حتى يصبح لدى الموظفين فهم واضح لما هو مطلوب منهم.

- ينبغي أن يكون الوصف الوظيفي دقيق ويتم تحديثه باستمرار.
- يضع الموظفون أهدافاً فردية لطموحاتهم في العمل وكفاءاتهم ويتم توثيقها في خطة التطوير.

7.8 وجود مدونة قواعد السلوك تؤسس، كحد أدنى، للتزام الموظفين بعدم استغلال الناس أو إساءة معاملتهم أو التمييز ضدهم بأي طريقة أخرى.

- ينبغي أن تكون مدونة قواعد السلوك الخاصة بالمنظمة مفهومة وموقعة ومعمولًا بها، بحيث يكون واضحًا لجميع ممثلي المنظمة (بما في ذلك الموظفون والمتطوعون والشركاء والمعاقدون) معايير السلوك والتصرف الأمامولة وما ستكون عليه العواقب في حال خرق مدونة القواعد.

8.8 وجود سياسات لدعم الموظفين لتحسين مهاراتهم وكفاءاتهم.

- يجب أن يكون لدى المنظمات آليات لمراجعة أداء الموظفين وتقييم التغيرات الموجودة في القدرات وتطوير المواهب.

9.8 وجود سياسات لتحقيق أمن ورفاهية الموظفين.

- تمارس الوكالات واجب العناية بعمالها ويتولى المديرون مهمة توعية العاملين في المجال الإنساني بالمخاطر وحمايتهم من التعرض لتهديدات غير ضرورية تمس صحتهم الجسدية والنفسية.
- وتشمل التدابير التي يمكن اعتمادها: إدارة الأمن بفعالية، وتقديم المشورة الصحية الوقائية، ودعم تبني ساعات العمل المعقولة والحصول على الدعم النفسي اللازم.
- وضع سياسة تعبر عن عدم التسامح مطلقاً مع المضايقات وسوء المعاملة، بما في ذلك التعرض للتحرش الجنسي وسوء المعاملة في مكان العمل.
- وضع استراتيجيات وقائية واستجابة شاملة للتصدي لحوادث التحرش الجنسي والعنف، على النحو الذي يختره أو يرتكبه الموظفون بتلك المنظمات.

ملاحظات إرشادية

الموظفون والمتطوعون: يعتبر أي ممثل معتمد عن المنظمة موظفاً، بما في ذلك الموظفين الوطنيين أو الدوليين أو الدائمين أو المعاقدين لأجل قصير، بالإضافة إلى المتطوعين والمستشارين. كما يجب على المنظمات توعية الموظفين والمتطوعين لزيادة الوعي بالفتات المهمشة وتجنب الوصم والتوجهات والممارسات التمييزية.

الالتزام باللوليات التنظيمية والقيم والسياسات: من المتوقع أن يعمل الموظفون وفقاً للنطاق القانوني للمنظمة ووفقاً لمهمتها وقيمها ورؤيتها، والتي ينبغي تحديدها وإخبارهم بها. وبالإضافة إلى هذا الفهم الواسع لدور المنظمة وطرق عملها، يجب على الفرد العمل على مجموعة من الأهداف الشخصية وتوقعات الأداء المتفق عليها مع مديره.

يجب أن تضع السياسات التزامات واضحة لتحقيق التوازن بين الجنسين ضمن الموظفين والمتطوعين. ينبغي أن تشجع السياسات على إقامة بيئة عمل مفتوحة وشاملة ومبشرة لذوي الإعاقة. قد يشمل ذلك تحديد الحاجز التي تعيق الوصول إلى مكان العمل وإزالتها؛ وحظر التمييز على أساس الإعاقة؛ وتعزيز تكافؤ الفرص والمساواة في الأجر نظير العمل بقيمة متساوية؛ وتوفير ظروف تأييف معقولة لذوي الإعاقة في مكان العمل. كما ينبغي للشركاء الخارجيين والمعاقدين ومقدمي الخدمات التعرف على السياسات وقواعد السلوك التي تطبق عليهم، فضلاً عن عواقب عدم الامتثال (مثل إنهاء العقود).

معايير الأداء وتطوير الكفاءات: يتولى الموظفون وأصحاب العمل مسؤولية تطوير مهاراتهم - بما في ذلك المهارات الإدارية. وبمساعدة الأهداف ومعايير الأداء الواضحة، يجب أن يتعرفوا على المهارات والكفاءات

والمعرفة المطلوبة لأداء دورهم الحالي. وعليهم إدراك الفرص المتاحة للنمو والتطوير التي قد تكون متاحة أو مطلوبة. ويمكن تحسين الكفاءات من خلال الخبرة أو التدريب أو التوجيه.

هناك العديد من الطرق التي يمكن استخدامها لتقييم مهارات وسلوك الموظف، بما في ذلك مراقبة ومراجعة ناتج العمل وإجراء المناقشات المباشرة معهم ومقابلة زملائهم. ويجب أن تسمح تقييمات الأداء المنتظمة المؤثثة للمديرين بتحديد مجالات الدعم والتدريب.

قدرة الموظفين ومؤهلاتهم: تختلف أنظمة إدارة شؤون الموظفين حسب الوكالة والسياق، ولكن يجب مراعاتها للمارسات الجيدة. ويجب النظر فيها وتحطيطها على المستوى الاستراتيجي بدعم من الإدارة العليا. كما ينبغي أن تراعي خطط المنظمة والمشروع قدرات الموظفين والتوازن بين الجنسين. ويجب وجود عدد كافٍ من الموظفين ذوي المهارات المناسبة في المكان المناسب وفي الوقت المناسب لتحقيق أهداف تنظيمية قصيرة و طويلة المدى.

وبينجي أن تتأكد المنظمات من امتلاك الموظفين للكفاءات الالزمة لدعم الاستماع المجتمعي وصناعة القرار وتنفيذ العمل. كما يجب تدريب الموظفين على كيفية تطبيق إجراءات التشغيل القياسية بحيث يسمح ذلك بتحقيق مستويات أعلى من التفويض واستجابات الأسرّ.

يجب أن تكون جداول مراجعة الأداء مرنة بما يكفي لتشمل الموظفين الذين يعملون على المدى القصير، بالإضافة إلى الموظفين المعينين بعقود مفتوحة. وبينجي إيلاه اهتمام كافٍ باختصاصات الاستماع، وإتاحة الدمج، وتسهيل الحوار المجتمعي، وتمكن اتخاذ القرارات والمبادرات المجتمعية.

وعلى المنظمات الشريكة أن تتفق على الكفاءات المطلوب وجودها لدى الموظفين لكي يلبوا الالتزامات المتفق عليها.

السياسات والإجراءات الخاصة بالموظفين: سوف يعتمد نمط السياسات والإجراءات الخاصة بالموظفين ومدى تعقيدها على حجم كل وكالة وسياقها. وسواء كانت الوكالة بسيطة أو معقدة، ينبغي أن يشارك الموظفون في تطوير ومراجعة السياسات حيثما أمكن لضمان تمثيل أرائهم فيها. ويسهل دليل الموظفين التعرف على السياسات وعواقب عدم الالتزام بها والتشاور بشأنها.

إرشاد الموظفين: يجب على كل موظف تحديد الأهداف الفردية التي تشمل طموحات العمل الخاصة بهم والكافاءات التي يأملون في تطويرها وتبنيتها في خطة التنمية.

لا تمثل الاستجابة الفعالة ببساطة في ضمان وجود الموظفين المهرة ولكنها تعتمد أيضًا على طريقة إدارة الأفراد. وتبيّن الأبحاث المستقلة من سياقات الطوارئ أن الإدارة الفعالة والأطر والإجراءات لها الأهمية ذاتها مثل مهارات الموظفين في ضمان استجابة فعالة، إن لم تكن أكثر أهمية منها.

الأمن والسلامة: يعمل الموظفون في الغالب لساعات طويلة في ظروف مرهقة ومحفوفة بالمخاطر. ويتمثل واجب الوكالة في رعاية موظفيها الوطنيين والدوليين ويشمل ذلك إجراءات تعزيز الرفاه النفسي والبدني، وتجنب التعرض للإجهاد أو الإرهاق أو الإصابة أو المرض على المدى الطويل.

يمكن للمديرين أن يدعّموا واجب العناية من خلال كونهم قدوة لغيرهم في الممارسات السليمة وفي التزامهم هم أنفسهم بالسياسات. كما يحتاج العاملون في المجال الانساني إلى أن يأخذوا على عاتقهم مسؤولية شخصية لتولى أمر رفاههم. ويجب تقديم الدعم النفسي الاجتماعي فوراً إلى العاملين الذين خاضوا أو شهدوا أحدهما مأساوية.

ويجب تدريب الموظفين على تلقي معلومات بشأن حوادث العنف الجنسي التي قد يتعرض لها زملاؤهم. وتسهيل الوصول إلى تدابير تحقيق وردع صارمة لتعزيز الثقة والمساءلة. وعند وقوع حادثٍ ما، ينبغي تبني نهج

يرتكز على مساعدة الناجين لتقديم الدعم الطبي والنفسى لهم، ويتضمن هذا النهج الاعتراف بالصدمة غير المباشرة، ويجب أن يكون هذا النهج فعالاً وشاملاً لاحتياجات الموظفين المغتربين والوطنيين.

وعلى أخصائي الصحة العقلية المناسب من الناحية الثقافية واللغوية الاتصال بجميع الموظفين والمتطوعين الوطنيين والدوليين بعد فترة تراوح من شهر إلى ثلاثة أشهر من نجاتهم من حادث أليم محتمل. ويجب على الأخصائي تقييم حالة الناجين وإحالتهم للعلاج السريري عند اللزوم.

التزام رقم 9

المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا أن المنظمات التي تساعدهم تدير الموارد بفعالية كفاءة وبشكل أخلاقي.

معيار الجودة: الموارد تُدار وُتستخدم بطريقة مسؤولة لتحقيق الهدف المنشود.

مؤشرات الأداء

1. إدراك الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة للموازنات المخصصة للمجتمع والمصروفات وما تحقق من نتائج.
2. مراعاة الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة للموارد المتوفرة التي يُجري استخدامها:
 - a. للغاية المقصودة منها؛
 - b. بدون أي هدر أو تحويل للمصادر.
3. يتم استخدام ورصد الموارد التي جمعت من أجل الاستجابة وفق ما اعتمَد من خطط وأهداف وموارنات وأطر زمنية.
4. تنفذ الاستجابة الإنسانية بطريقة غير مكلفة.

الإجراءات الأساسية

1.9 تصميم برامج وتنفيذ عمليات لضمان الاستخدام الفعال للموارد، وتحقيق التوازن بين الجودة والتكلفة والتنفيذ في الوقت المناسب في كل مرحلة من مراحل الاستجابة الإنسانية.

▪ تهيئة الإجراءات في الأزمات السريعة لتمكين اتخاذ قرارات مالية ومواجهة التحديات على نحو أسرع (على سبيل المثال، نقص الموردين المتاحين للقيام بمناقصات تنافسية).

إدارة واستخدام الموارد لتحقيق الغرض المقصود منها، والحد من الهدر.

▪ ضمان وجود موظفين يمتلكون مهارات وأنظمة محددة لإدارة المخاطر المتعلقة بالمشتريات والمساعدة النقدية وإدارة المخزون.

إدارة النفقات وإعداد التقارير وفقاً للميزانية.

▪ إنشاء نظم للتخطيط والرصد المالي لضمان الوفاء بأهداف البرنامج بما في ذلك إجراءات التخفيف من مخاطر الإدارة المالية الرئيسية.

▪ تتبع كافة المعاملات المالية.

4.9 مراعاة تأثير استغلال الموارد المحلية والطبيعية على البيئة.

▪ إجراء تقييم سريع للتأثير البيئي لتحديد المخاطر وإدراج تدابير التخفيف الازمة في أقرب وقت ممكن في الاستجابة أو البرنامج.

5.9 إدارة مخاطر الفساد واتخاذ التدابير المناسبة إذا تم تحديده.

- توثيق معايير التمويل ومصادره، واعتماد الشفافية والصدق فيما يتعلق بمعلومات المشروع.
- تشجيع الأطراف المعنية على الإبلاغ عن أي إساءة استخدام للسلطة.

مسؤوليات المنظمات

6.9 وضع السياسات والعمليات التي تحكم استخدام الموارد وإدارتها، بما في ذلك كيف تقوم المنظمة بما يلي:

- a. قبول وتخصيص الأموال والهدايا العينية أخلاقياً وقانونياً.
- b. استخدام مواردها بطريقة مسؤولة بيئياً.
- c. منع نقاش حالات الفساد والاحتيال وتضارب المصالح وسوء استخدام الموارد والتصدي لها.
- d. إجراء مراجعة الحسابات، والتحقق من الامتثال والإبلاغ بشفافية.
- e. تقييم وإدارة المخاطر والتخفيف من آثارها على نحو مستمر.
- f. التأكد من أن قبول الموارد لا يضر باستقلالها.

ملاحظات إرشادية

الاستخدام الأمثل للموارد: يشير مصطلح «الموارد» إلى الدخلات التي تحتاجها المنظمة ل القيام بمهامها. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الأموال والموظفين والسلع والمعدات والوقت والأرض والبيئة بوجه عام. عند وقوع أزمات حادة وبارزة، غالباً ما يزيد الضغط للاستجابة بسرعة وإثبات أن الوكالات تتحرك فعلياً لمعالجة الوضع، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى سوء تخطيط المشروع وعدم كفاية التركيز على استكشاف مختلف الخيارات المتاحة للبرنامج والخيارات المالية (على سبيل المثال ، استخدام المساعدات النقدية) التي قد تقدم قيمة أفضل مقابل المال.

ومع ذلك فإن زيادة خطر نقاش الفساد في هذه السياقات يعني أنه من المهم توفير التدريب والدعم للموظفين ووضع آليات لتقدير الشكاوى لمنع نقاش الفساد داخل النظم انظر الالتزام رقم 3 و5. ويساعد نشر كبار الموظفين الخبراء خلال هذا الوقت على تخفيف المخاطر ويحقق التوازن بين توفير الاستجابة في وقت ملائم والالتزام بالمعايير والحد من الهدر في آن واحد.

ويمكن للتعاون والتنسيق بين المنظمات (والمجتمعات) المساهمة في استجابة أكثر كفاءة (مثلًا من خلال القيام بعمليات تقييم أو تقويم مشتركة ودعم منظومات التسجيل والإمداد فيما بين الوكالات). عند انتهاء المشروع، ينبغي التبرع بالمواد والموارد الباقية أو بيعها أو إعادةتها على نحو مسؤول.

استخدام الموارد للهدف المعتمد: تتولى جميع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني المسؤولية أمام المانحين والمجتمعات المتضررة من الأزمة ويجب أن تكون قادرة على تبيان أن الموارد قد استخدمت بحكمة وبكفاءة وكانت حصيلتها مفيدة.

وينبغي أن تستوفي السجلات المحاسبية المعايير الوطنية أو الدولية المقبولة ويجب تطبيقها بشكل منظم داخل المنظمة.

كما يحول الاحتيال والفساد والهدر دون وصول الموارد لمن هم في أمس الحاجة إليها، ومع ذلك لا يمكن أن يخضع التدخل غير الفعال بسبب نقص الموظفين أو قلة الموارد للمساءلة. فإن ما هو اقتصادي لا يساوي دائمًا القيمة مقابل المال. غالباً ما يتطلب الأمر وجود توازن بين الاقتصاد والفعالية والكفاءة.

رصد المصروفات ورفع التقارير بشأنها: يتقاسم جميع الموظفين مسؤولية ضمان إدارة الشؤون المالية بشكل جيد. ويتم تشجيع الموظفين على الإبلاغ عن أي عمليات احتيال أو فساد أو إساءة استغلال للموارد.

الآثار البيئية واستخدام الموارد الطبيعية: قد يكون للاستجابة الإنسانية أثر سلبي على البيئة. على سبيل المثال: قد تتجه عنها كميات ضخمة من النفايات، وتتسرب في تدهور الموارد الطبيعية، وتساهم في نضوب سطح الماء الجوفي أو تلوثه، وتؤدي إلى إزالة الغابات، وغيرها من المخاطر البيئية. وتعد الأنظمة البيئية ضرورية لرفاه الإنسان وحمايته من المخاطر الطبيعية. ويجب معالجة أي تأثير على البيئة كمسألة شاملة لعدة قطاعات، حيث أن هذه المخاطر يمكن أن تسبب أضراراً إضافية ودائمة على الحياة والصحة وسبل العيش. يُعد إشراك الأشخاص المتضررين وشواغلهم في هذه العملية أمراً أساسياً. وينبغي دمج الدعم للإدارة المحلية للموارد الطبيعية في البرمجة.

إدارة مخاطر الفساد: لا يتشابه تعريف الممارسات الفاسدة ومفهومها في جميع الثقافات. ويعُد التعريف الواضح للسلوك المتوقع من الموظفين (بما في ذلك المتطوعين) والشركاء أمراً أساسياً في معالجة هذا الخطير ⊕ انظر الالتزام رقم .8

ويمكن أن يساعد التعامل مع أعضاء المجتمع باحترام ووضع آليات رصد في الموقع والشفافية في التعامل مع الأطراف المعنية في الحد من مخاطر تفشي الفساد.

قد تتسرب **الهدايا العينية** في مشكلة أخلاقية. ويُعد منح الهدايا في العديد من الثقافات عرفاً اجتماعياً هاماً، كما أن رفض الهداية يعتبر تصرفاً وقحاً. إذا كان تلقي الهداية سيسبب شعوراً بضرورة رد الدين، يجب على المتلقى رفضها بأدب. ولكن إذا قبلتها، فمن الحكمة الإعلان عن ذلك ومناقشة الأمر مع المدير إذا ظلت مخاوفك قائمة.

الحد من المخاطر من أجل الاستقلال التشغيلي والحياد التنظيمي من خلال إصدار إرشادات للموظفين والتشجيع على الشفافية. ويجب على الموظفين معرفة تلك السياسات والمعضلات المحتملة.

الموارد الطبيعية والتأثير البيئي: يجب أن تلتزم المنظمات بسياسات ومارسات سليمة بيئياً (بما في ذلك وضع خطة عمل وتقدير سريع للتأثير البيئي)، كما يجب أن تستفيد من المبادئ التوجيهية الموجودة من أجل المساعدة في حل القضايا البيئية في حالات الطوارئ.

تساعد سياسات الشراء الخضراء في تقليل الآثار السلبية على البيئة ولكن ثمة حاجة إلى إدارتها بطريقة لا تؤخر تقديم المساعدات أو تخفضها.

الفساد والاحتياط: ويشمل الاحتيال كلاً من السرقة أو تحويل السلع أو الممتلكات وتزوير سجلات مثل مطالبات النفقات. ويجب على كل منظمة الاحتفاظ بسجل دقيق للمعاملات المالية الجارية لإظهار كيفية استخدام الأموال. كما ينبغي وضع الأنظمة والإجراءات الازمة لضمان تنفيذ الرقابة الداخلية على الموارد المالية ومنع الاحتيال والفساد.

وينبغي على المنظمة دعم الممارسات الجيدة المعترف بها في الإدارة المالية وتقديم التقارير. كما ينبغي للسياسات التنظيمية أن تضمن شفافية أنظمة الشراء وصراحتها، وأن تشمل تدابير لمكافحة الإرهاب.

تضارب المصالح: يجب على الموظفين التأكد من عدم وجود تعارض بين أهداف المنظمة ومصالحهم الشخصية أو المالية. على سبيل المثال يجب ألا يمنحوا عقوداً لموردين أو لمنظمات أو لأفراد إذا ثبتت احتمالية تزيحهم هم أو أسرهم مالياً.

توجد أشكال مختلفة من تضارب المصالح، ولا يدرك الناس دائمًا أنهم يتعارضون مع القوانيين والسياسات التنظيمية. على سبيل المثال، قد يُفسر استخدام موارد المنظمة بدون إذن أو تلقي هدايا من أحد الموردين على أنه تضارب في المصالح.

إن إنشاء ثقافة يشعر فيها الناس أن بإمكانهم أن يتحدثوا عن أي تضارب فعلي محتمل في المصالح وأن يفصحوا عنه علنًا يعتبر عاملاً أساسياً في إدارتها.

تدقيق الحسابات والشفافية: قد يتخذ تدقيق الحسابات أشكالاً عددة. وتحقق عمليات التدقيق الداخلية من أن الإجراءات يتم اتباعها، بينما تتحقق عمليات التدقيق الخارجية مما إذا كانت البيانات المالية للمنظمة صحيحة وعادلة. ويتم تنفيذ التدقيق الاستقصائي عندما تشك المنظمة في مشكلة محددة - عادة ما تكون احتيال.



ملحق

أسئلة إرشادية لرصد الأعمال الأساسية والمسؤوليات التنظيمية

فيما يلي بعض الأسئلة الإرشادية المتعلقة بالإجراءات الأساسية ومسؤوليات المنظمات الخاصة بالمعايير الإنساني الأساسي. يمكن استخدام تلك الأسئلة لدعم تصميم البرنامج أو كأداة لمراجعة المشروع أو الاستجابة أو السياسة.

الالتزام رقم 1 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة المناسبة والملائمة لاحتياجاتهم.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل جرى القيام بتقييم شامل واستشاري للقدرات والاحتياجات واستخدامه لتوجيه عملية التخطيط للاستجابة؟
2. هل يتم التشاور مع الأشخاص والمجتمعات المتضررة والمؤسسات المحلية والأطراف المعنية الأخرى (بما في ذلك المجموعات الممثلة عن النساء والرجال والفنانين والفنانين) عند تقييم الاحتياجات والمخاطر والقدرات ومواطن الضعف والسياق؟ هل تُصنف بيانات التقييم والرصد حسب الجنس والسن والإعاقة؟
3. كيف تم تحديد المجموعات المعرضة للخطر؟
4. هل يتم النظر في القضايا الشاملة ذات الصلة عند تحليل الاحتياجات والسياق؟
5. هل توفر الاستجابة المساعدة بطريقة تلائم احتياجات وفضائل الأشخاص المتضررين (على سبيل المثال: المساعدات العينية، النقدية)؟ هل توفر أنواع مختلفة من المساعدة و الحماية لمختلف المجموعات البشرية؟
6. ما هي الإجراءات المتخذة لتهيئة استراتيجية الاستجابة لتلائم المجموعات البشرية المختلفة، وفقاً للاحتياجات والقدرات والمخاطر والسياقات المتغيرة؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل تمتلك المنظمة التزاماً واضحاً بالسياسة تجاه العمل الإنساني القائم على الحقوق والنزاهة والاستقلالية، وهل يعرفها الموظفون؟
2. هل تتظر الأطراف المعنية إلى المنظمة على أنها نزيهة ومستقلة وغير تمييزية؟
3. هل تتضمن العمليات الفعلية آليات لجمع بيانات مصفحة حسب الجنس والسن والإعاقة وغيرها من السمات بوتيرة ثابتة؟
4. هل تستخدم هذه البيانات بانتظام لتوجيه تصميم البرامج وتنفيذها؟
5. هل تمتلك المنظمة التمويل وسياسات التوظيف والمرونة البرنامجية للسماح لها بتكييف الاستجابة مع الاحتياجات المتغيرة؟
6. هل تُجري المنظمة تحليلاً منهجياً للسوق لتحديد أشكال المساعدة المناسبة؟

الالتزام رقم 2 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم الحصول على المساعدات الإنسانية التي يحتاجون إليها في الوقت المناسب.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يجري تحديد القيود مثل: الحاجز المادي أو التمييز والمخاطر وتحليلها بانتظام، ويُجرى تهيئة الخطط وفقاً لذلك مع الأشخاص المفترضين؟
2. هل يُراعي في التخطيط تحديد الأوقات المثلث لوضع الأنشطة، مع مراعاة عوامل مثل الطقس أو الفصل الموسعي أو العوامل الاجتماعية أو سهولة الوصول أو النزاع؟
3. هل يُجري رصد حالات التأخير في تطبيق الخطط والأنشطة ثم تتم معالجتها؟
4. هل تُستخدم أنظمة الإنذار المبكر وخطط الطوارئ؟
5. هل تُستخدم المعايير التقنية المعتمدة و يتم تحقيقها؟
6. هل يجري التعرف على ما لم يلبِ من الاحتياجات ومعالجتها؟
7. هل تُستخدم نتائج الرصد لتهيئة البرامج؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هناك عمليات واضحة لتقييم ما إذا كانت المنظمة تمتلك ما يكفي من القدرات والموارد المالية والموظفين المناسبين الجاهزين للنشر قبل الالتزام بأي برنامج؟
2. هل توجد سياسات وعمليات وموارد واضحة جاهزة وموضوعة لدعم عمليات الرصد والتقييم، ولاستخدام النتائج في الإدارة وصناعة القرار؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
3. هل توجد عمليات واضحة لتحديد المسؤوليات والأطر الزمنية من أجل صناعة القرار فيما يتعلق بمخصصات الموارد؟

الالتزام رقم 3 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة لا يتاثرون سلباً وهم أكثر استعداداً وقدرة على الصمود، وأقل تعرضاً للخطر نتيجة للعمل الإنساني.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل جرى التعرف على القدرات المحلية للقدرة على التكيف (أي: الهياكل والمنظمات والفرق غير الرسمية والقيادات وشبكات الدعم) وهل توجد خطط لتعزيز هذه القدرات؟
2. هل تُستخدم المعلومات الموجودة عن المخاطر ومصادر الخطر وأوجه الضعف والخطط المتعلقة بها في أنشطة البرامج؟
3. هل يشتمل البرنامج على الخدمات التي يمكن أن يقدمها المجتمع المدني المحلي أو الهيئات الحكومية أو هيئات القطاع الخاص وكيفية تقديمها؟ وهل وضع خطط لدعم تلك الهيئات عند قيامها بتقديم الخدمات ذات الصلة؟
4. هل ضممت استراتيجيات وإجراءات الحد من المخاطر وبناء القدرة على التكيف بالتشاور مع الناس والمجتمعات المتضررة من الأزمة أو بتوجيه منه؟
5. بأي الطرق (سواءً الرسمية أم غير الرسمية) يتم التشاور مع القيادات أو السلطات المحلية لضمان تماشي استراتيجيات الاستجابة مع الأولويات المحلية أو الوطنية أو كليهما؟
6. هل يدعم الموظفون المبادرات المحلية بما فيه الكفاية، بما في ذلك مبادرات المساعدة الذاتية التي يتولاها المجتمع المحلي، وخاصة الموجهة للمجموعات المهمشة والأقليات والاستجابة الأولى وبناء القدرات للاستجابة في المستقبل؟
7. هل ضممت الاستجابة لتسهيل التعافي المبكر من الكارثة؟
8. هل يشارك السكان المحليون في الملكية التقدمية وصناعة القرار؟

9. هل تم الانتهاء من تقييم السوق لتحديد التأثيرات المحتملة للبرنامج على الاقتصاد المحلي؟
10. هل تم تطوير استراتيجية انتقال أو خروج أو كليهما بالتشاور مع الناس المتضررين من الأزمة وغيرهم من الأطراف المعنية؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسة تتطلب اللجوء إلى تقييمات للمخاطر وتدريبات للحد من المخاطر لدى الناس الضعفاء في مناطق برامج المنظمة؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
2. هل توجد سياسات وإجراءات لتقييم الآثار السلبية للاستجابة وتخفيضها؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
3. هل توجد سياسات وإجراءات للتعامل مع حالات الاستغلال الجنسي أو الإساءة أو التمييز، بما في ذلك الحالات الناتجة عن الميول الجنسية أو غيرها من السمات؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
4. هل توجد خطط الطوارئ جاهزة للاستجابة لأى أزمات جديدة أو ثانوية؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
5. هل يعي الموظفون ما هو متوقع منهم فيما يتعلق بمسائل الحماية والأمن والمخاطر؟
6. هل تتولى المنظمة تمكين وتعزيز العمل المجتمعي والمساعدة الذاتية؟

الالتزام رقم 4 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يعرفون حقوقهم واستحقاقاتهم، ويمكنهم الحصول على المعلومات ويشاركون في اتخاذ القرارات التي تعنى بهم.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل تتوفّر المعلومات عن المنظمة والاستجابة لمختلف المجموعات المتضررة من الأزمة على نحو ملائم ومبكر؟
2. هل يُبعَد الوصول إلى المعلومات المتوفّرة مُيسراً للنساء والرجال والفتّان والفتّيات (بالأخص لأولئك المهمشين والضعفاء)؟ وهل يفهمونها؟
3. هل يتم السعي للتعرّف على وجهات نظر الناس المتضررة من الأزمة، بما في ذلك أولئك الأثّر ضعفاً والمهمشون، واستخدامها لإرشاد تصميم البرنامج الإغاثي وتطبيقه؟
4. هل تدرك جميع الأطياف ضمن المجتمعات المتضررة من الأزمة كيفية التعقب على الاستجابة الإنسانية، وهل يشعرون بالأمان عند استخدام هذه القنوات؟
5. هل تُستخدم التعقيبات؟ وهل يستطيع البرنامج الإشارة للعناصر التي تم تغييرها بناءً على التعقيبات المستلمة؟  انظر الإجراءات الأساسية 1.3 و 5.2.
6. هل يتم التعرّف على العوائق التي تحول دون تقديم التعقيبات ومعالجتها؟
7. هل تصنف البيانات المتوفّرة من خلال آليات التغذية الراجعة حسب السن والجنس والإعاقة وسائر الفئات ذات الصلة؟
8. في الحالات التي تقدّم فيها المساعدة من خلال التحويلات الإلكترونية، هل تتوفر قنوات التعقب للأشخاص، حتى عند غياب اتصال مباشر مع الموظفين؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل تشمل السياسات وخطط البرنامج بنوداً عن المشاركة بالمعلومات، بما فيها معايير توضح ماهية ما يمكن مشاركته الغير فيه وما لا يمكن مشاركته معهم؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
2. هل تشمل السياسات وخطط البرنامج توفير حماية للبيانات؟ وهل توفر معايير للتخزين الآمن للبيانات (في الخزائن القابلة للقفيل للنسخ المطبوعة والملفات المحمية بكلمة مرور للنسخ الإلكترونية)، وتقيد الوصول إليها، وتدمير البيانات في حالة الإخلاء، وبروتوكولات تبادل المعلومات؟ وهل تذكر هذه البروتوكولات بالتفصيل ما هي المعلومات التي ينبغي مشاركتها، مع من وفي أي حالة؟ (ينبغي الأخذ

- في الاعتبار مشاركة المعلومات عند وجود حاجة ماسة إلى معرفتها ويجب أن تحتوي على تفاصيل محددة أو تاريخ الحالة فإذا لزم الأمر).
3. هل تشمل السياسات بنوداً عن كيفية التعامل مع المعلومات السرية أو الحساسة، أو المعلومات التي ربما تُعرض الموظفين أو الناس المتضررين من الأزمة للخطر؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
4. هل يوجد التزامات ومبادئ توجيهية في سياسة المنظمة بشأن الطريقة التي يمثّل فيها الناس المتضررون بالأزمة في عمليات التواصل الخارجية أو المواد الإعلامية المستخدمة في جمع الأموال؟ وهل الموظفون على دراية بها؟

الالتزام رقم 5 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم الوصول إلى آليات آمنة وفعالة لمعالجة الشكاوى.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل تُجرى استشارة الناس والمجموعات المتضررة من الأزمة حول تصميم آليات الشكاوى؟
2. هل تُراعى تفضيلات جميع أطياف السكان، وبالخصوص تلك المتعلقة بالسلامة والسرية، في تصميم عمليات معالجة الشكاوى؟
3. هل توافر المعلومات الخاصة بكيفية عمل آليات الشكاوى ونوع الشكاوى الممكن التقدم بها من خلالها لجميع أطياف السكان ويفهمونها؟
4. هل توجد أطر زمنية متفق عليها للتحقيق في الشكاوى وحلها؟ هل يُسجل التوقيت المستغرق بين تقديم الشكوى وحلها؟
5. هل يفحص الموظفون ذوي الكفاءة الشكاوى المتعلقة بالاستغلال الجنسي والإساءة والتمييز فوراً؟ وهل يحظون بمستوى ملائم من السلطة؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسات وموازنات وإجراءات محددة جاهزة للتعامل مع الشكاوى؟
2. هل يتلقى جميع الموظفين دورات تدريبية تعريفية وتشييطية عن سياسات المنظمة وإجراءاتها المتعلقة بمعالجة الشكاوى؟
3. هل تشمل سياسة معالجة الشكاوى في المنظمة بنوداً عن الاستغلال الجنسي والإساءة والتمييز؟
4. هل يتم مشاركة الالتزام بسياسة المنظمة وإجراءاتها للحد من الاستغلال الجنسي والإساءة والتمييز مع الأشخاص المتضررين من الأزمة؟
5. هل تُحال الشكاوى التي لا يمكن للمنظمة معالجتها في الوقت المناسب إلى منظمات أخرى ذات صلة؟

الالتزام رقم 6 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون مساعدة منسقة ومكملة.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل تتم مشاركة المعلومات المتعلقة بكفاءات المنظمة ومواردها ومناطقها الجغرافية وقطاعات عملها في الوقت المناسب مع الأطراف الأخرى التي تستجيب للأزمة؟
2. هل يتم الوصول بيسير إلى المعلومات المتعلقة بكفاءات المنظمات الأخرى ومواردها والتغطية الجغرافية لها وقطاعات عملها، بما في ذلك السلطات المحلية والوطنية، واستخدام تلك المعلومات؟
3. هل تتم تحديد هيكل التنسيق الحالي ودعمها؟
4. هل تُراعى برامج المنظمات والسلطات الأخرى عند تصميم البرنامج وتخطيطه وتفيذه؟
5. هل تتم تحديد التغيرات والتكتارات أثناء التغطية ومعالجتها؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل يرد في سياسات المنظمة أو استراتيجياتها أو في كلية ماً التزاماً واضحاً بالعمل على نحو تعافي مع الأطراف الفاعلة الأخرى؟
2. هل تم وضع معايير أو شروط خاصة باختيار الطرف الشريك والتعاون والتنسيق معه؟
3. هل وُضعت ترتيبات رسمية خاصة بالمشاركة؟
4. هل تتضمن ترتيبات المشاركة تعريفات واضحة بأدوار كل شريك ومسؤولياته والتزاماته، بما في ذلك كيفية إسهام كل شريك في تلبية مبادئ الإغاثة الإنسانية بالتضامن مع الأطراف الأخرى؟

الالتزام رقم 7 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا تقديم مساعدة مطورة لأن المنظمات تتعلم من التجارب والرصد.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يتم الرجوع إلى عمليات التقويم والمراجعة الخاصة بالاستجابات لأزمات مماثلة وإدراجها كبنود ذات صلة في تصميم البرنامج؟
2. هل تؤدي عمليات الرصد والتقويم والتعقب ومعالجة الشكاوى إلى تغييرات أو ابتكارات أو كليهما عند تصميم البرنامج وتنفيذه؟
3. هل يتم توثيق التعلم على نحو منهجي؟
4. هل تُستخدم منظومات معينة للشاركون في التعلم مع الأطراف المعنية، بما في ذلك الأشخاص المتضررون من الأزمة والشركاء؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد سياسات وموارد للتقويم والتعلم؟ وهل الموظفون على دراية بها؟
2. هل يوجد إرشاد واضح لتدوين التعلم ونشره، ومن ضمنه إرشاد معين ينطبق على الأزمات الإنسانية؟
3. هل تم توثيق التعلم المُثبت على صعيد البرنامج، ومشاركته داخل المنظمة؟
4. هل تُعد المنظمة عضواً نشطاً في منتديات التعلم والابتكار؟ وكفاءة تساهم في هذه المنتديات؟

الالتزام رقم 8 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يتلقون المساعدة التي يحتاجون إليها من قبل موظفين ومتطوعين يتمتعون بكافأة وإدارة جيدة.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يتم إعلام الموظفين الجدد بنطاق صلاحيات المنظمة وقيمها؟
2. هل تمت إدارة أداء الموظفين، ومعالجة تقصيرهم في الأداء، وتقدير أدائهم الحسن؟
3. هل يوقع الموظفون على مدونة قواعد السلوك أو على وثيقة ملزمة شبيهة؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل تم تدريم فهمهم للسياسة من خلال التدريب عليها وعلى غيرها من السياسات ذات الصلة؟
4. هل يتم تلقي الشكاوى بشأن الموظفين أو موظفي الأطراف الشريكة؟ وكيف يتم التعاطي معها؟
5. هل الموظفون على دراية بالدعم المتوفر لتطوير الكفاءات التي يتطلبها دورهم وهل يستفيدون منه؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل توجد إجراءات جاهزة لتقييم احتياجات الموارد البشرية فيما يتعلق بحجم البرنامج ونطاقه، بالاشتراك مع إدارة الموارد البشرية؟
2. هل يحتاط التخطيط التنظيمي لاحتياجات القيادة المستقبلية ولتطوير موهاب جديدة؟

3. هل تتماشـ الـسـيـاسـاتـ والـإـجـراءـاتـ الـخـاصـةـ بـالـمـوـظـفـينـ معـ قـانـونـ التـوـظـيفـ المـحـليـ وتـتـبـعـ قـوـاعـدـ الـمـارـسـاتـ السـلـيـمةـ المعـتـمـدةـ فـيـ إـدـارـةـ الـمـوـظـفـينـ؟
4. هل يغطيـ أـمـنـ الـمـوـظـفـينـ وـسـيـاسـاتـ الرـفـاهـ الـاـحـتـيـاجـاتـ الـعـمـلـيـةـ وـالـنـفـسـيـةـ الـاجـتمـاعـيـةـ لـلـمـوـظـفـينـ الـمـحـلـيـنـ الـذـيـنـ رـبـماـ تـضـرـرـواـ سـخـصـيـاـ مـنـ الـأـرـمـةـ؟
5. هل تؤخذـ فـيـ الـاعتـبـارـ الـمـهـارـاتـ الـشـخـصـيـةـ الـتـيـ تـدـعـمـ قـدـرـةـ الـمـوـظـفـينـ عـلـىـ الـاسـتـمـاعـ إـلـىـ تـعـقـيـبـاتـ الـأـشـخـاصـ الـمـتـضـرـرـينـ مـنـ الـأـرـمـةـ عـنـ تـعـيـيـنـ الـمـوـظـفـينـ وـتـدـريـبـهـمـ وـتـقيـيمـهـمـ؟
6. هل يوجدـ لـلـمـوـظـفـينـ تـوصـيـفـاتـ لـلـوـظـافـ وأـهـدـافـ مـحـدـثـةـ،ـ تـضـمـنـ مـسـؤـولـيـاتـ مـعـيـنـةـ؟
7. هل عـدـ هـيـكـلـ التـعـوـيـضـاتـ وـالـحـوـافـزـ عـادـلـاـ وـشـفـافـاـ وـيـطـبـقـ باـسـتمـراـ؟
8. هل توفرـ لـلـمـوـظـفـينـ دـوـرـةـ تـعـرـيـفـيـةـ وـتـحـديـثـاتـ بـشـأنـ إـدـارـةـ الـأـدـاءـ وـالـسـيـاسـاتـ وـالـإـجـراءـاتـ الـخـاصـةـ بـتـطـوـيرـ الـمـوـظـفـينـ؟
9. هل يـطلـبـ مـنـ جـمـيعـ الـمـوـظـفـينـ (ـوـالـمـتـعـاقـدـينـ)ـ التـوـقـيـعـ عـلـىـ مـدـوـنةـ قـوـاعـدـ الـسـلـوكـ (ـالـتـيـ تـشـمـلـ منـعـ الـاستـغـالـلـ الـجـنـسـيـ وـالـإـسـاءـةـ)ـ وـتـوـفـرـ لـهـمـ دـوـرـةـ تـعـرـيـفـيـةـ مـلـائـمـةـ لـشـرـحـ مـدـوـنةـ قـوـاعـدـ الـسـلـوكـ؟
10. هل يـوجـدـ فـيـ الـعـقـدـ الـمـبـرـمـ مـعـ مـقـدـمـيـ الـخـدـمـاتـ الـمـالـيـةـ وـالـأـطـرـافـ الـتـجـارـيـةـ بـيـانـاـ أوـ بـنـداـ وـاضـحـاـ؟
11. هل تـمـتـكـ المنـظـمةـ إـرـشـادـاتـ خـاصـةـ بـكـلـ مـوـقـعـ تـشـمـلـ آـلـيـةـ التـعـامـلـ مـعـ الشـكاـوىـ الدـاخـلـيـةـ؟ـ وـهـلـ الـمـوـظـفـونـ عـلـىـ درـايـةـ بـهـاـ؟
12. هل يـفـهـمـ الـمـوـظـفـونـ وـيـدـركـونـ وـيـسـتـجـيـبونـ لـبـنـودـ التـميـزـ الـوارـدـةـ فـيـ بـرـامـجـهـمـ وـأـنـشـطـهـمـ؟

الالتزام رقم 9 المجتمعات والأشخاص المتضررون من الأزمة يمكنهم أن يتوقعوا أن المنظمات التي تساعدهم تدير الموارد بفعالية وكفاءة وبشكل أخلاقي.

أسئلة إرشادية لرصد الإجراءات الأساسية

1. هل يـتـبـعـ الـمـوـظـفـينـ بـرـوـتـوكـولـاتـ الـمـنـظـمةـ بـشـأنـ الـقـرـاراتـ الـمـتـعـلـقةـ بـالـمـصـرـوفـاتـ؟
2. هل يتمـ رـصـدـ الـمـصـرـوفـاتـ عـلـىـ نـحـوـ مـنـظـمـ وـيـتـمـ التـشارـكـ بـالتـقارـيرـ بـيـنـ مدـيـريـ الـبـرـنـامـجـ؟
3. هل يتمـ شـرـاءـ الـخـدـمـاتـ وـالـبـضـائـعـ باـسـتـخـدـامـ طـلـبـاتـ شـرـاءـ تـنـافـسـيـةـ؟
4. هل يتمـ رـصـدـ الـأـثارـ الـمـحـتـمـلـةـ عـلـىـ الـبيـئةـ (ـالمـيـاهـ وـالـتـرـيـةـ وـالـهـوـاءـ وـالـنـوـعـ الـبـيـولـوـجـيـ)،ـ وـهـلـ تـخـذـ إـجـرـاءـاتـ لـلـتـخفـيفـ مـنـهـاـ؟
5. هل يوجدـ إـجـراءـ آـمـنـ لـلـإـبـلـاغـ عـنـ الـمـخـالـفـاتـ جـاهـزـ لـلـتـطـيـقـ وـمـعـلـومـ لـلـمـوـظـفـينـ وـالـأـشـخـاصـ الـمـتـضـرـرـينـ مـنـ الـأـرـمـةـ وـالـأـطـرـافـ الـمـعـنـيـةـ الـأـخـرىـ؟
6. هل يتمـ رـصـدـ كـلـ مـنـ فـعـالـيـةـ الـتـكـلـفـةـ وـالـأـثارـ الـمـجـتمـعـيـةـ؟

أسئلة إرشادية لرصد مسؤوليات المنظمات

1. هل تـوـجـدـ سـيـاسـاتـ وـإـجـراءـاتـ خـاصـةـ بـعـمـلـيـاتـ الـشـرـاءـ الـأـخـلـاقـيـةـ لـلـمـوـاردـ وـاسـتـخـادـهـاـ وـإـدارـهـاـ؟
2. هل تـضـمـنـ هـذـهـ بـنـودـاـ خـاصـةـ بـشـأنـ:
 - الموافـقةـ عـلـىـ الـاعـتمـادـاتـ الـمـالـيـةـ وـتـوزـيـعـهـاـ؟
 - الموافـقةـ عـلـىـ الـهـدـاياـ الـعـيـنـيـةـ وـتـوزـيـعـهـاـ؟
 - التـخفـيفـ مـنـ الـأـثارـ الـسـلـيـبةـ عـلـىـ الـبـيـئةـ وـالـوـقـاـيـةـ مـنـهـاـ؟
 - الـوـقـاـيـةـ مـنـ الـاحـتـيـالـ،ـ وـمـعـالـجـةـ الـفـسـادـ قـبـلـ وـيـعـدـ وـقـوعـهـ،ـ وـسـوـءـ اـسـتـخـادـهـاـ الـمـوـاردـ؟
 - تـضـارـبـ الـمـصالـحـ؟
 - تـدـقـيقـ الـحـسـابـاتـ وـالـتـحـقـقـ مـنـهـاـ وـرـفـعـ التـقارـيرـ بـشـأنـهـاـ؟
 - تـقـيـيمـ مـخـاطـرـ الـأـصـوـلـ وـإـدارـهـاـ؟

المراجع ومزيد من المطالعات

مصادر أخرى للمعيار الإنساني الأساسي: corehumanitarianstandard.org:

www.chsalliance.org/resources :CHS Alliance تحالف

www.urd.org/The-Quality-and-Accountability: بوصلة جودة المعيار الإنساني الأساسي:

www.odi.org/publications : (ODI) معهد التنمية الخارجية

المساءلة

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org/docid/5a844bda16.html

Complaints Mechanism Handbook. ALNAP, Danish Refugee Council, 2008.

www.alnap.org/resource/8762

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). Cash Learning Partnership (CaLP), 2017.

www.cashlearning.org/resources/library/351-minimum-standard-for-market-analysis-misma

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010.

<http://cpwg.net/minimum-standards/>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.

<https://www.livestock-emergency.net/download-legs/>

Lewis, T. *Financial Management Essentials: Handbook for NGOs.* Mango, 2015.

www.mango.org.uk/guide/coursehandbook

Top Tips for financial governance. Mango, 2013. www.mango.org.uk/toptips/tt20gov

Munyas Ghadially, B. *Putting Accountability into Practice.* Resource Centre, Save the Children, 2013.

<http://resourcecentre.savethechildren.se/library/programme-accountability-guidance-pack-save-children-resource>

Guidelines on Setting Up a Community Based Complaints Mechanism Regarding Sexual Exploitation and Abuse by UN and non-UN Personnel. PSEA Task Force, IASC Task force, 2009.

www.pseataskforce.org/uploads/tools/1351822689.pdf

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017.

<https://seepnetwork.org/MERS>

أداء عامل الإغاثة

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

www.alnap.org/help-library/building-trust-in-diverse-teams-the-toolkit-for-emergency-response-full-length-version

A Handbook for Measuring HR Effectiveness. CHS Alliance, 2015.

<http://chsalliance.org/files/files/Resources/Tools-and-guidance/CHS-Alliance-Handbook-for-Managing-HR-Effectiveness-Final.pdf>

Protection from Sexual Exploitation and Abuse. CHS Alliance.

<https://www.chsalliance.org/what-we-do/psea>

Protection Against Sexual Exploitation and Abuse (PSEA). OCHA.

<https://www.unocha.org/protection-against-sexual-exploitation-and-abuse-psea>

Rutter, L. *Core Humanitarian Competencies Guide: Humanitarian Capacity Building Throughout the Employee Life Cycle.* NGO Coordination Resource Centre, CBHA, 2011.

<https://ngocoordination.org/content/core-humanitarian-competencies-guide-humanitarian-capacity-building-throughout-employee-life>

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

www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en

التقييمات



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

www.acaps.org/sites/acaps/files/resources/files/humanitarian_needs_assessment-the_good_enough_guide_2014.pdf

Participatory assessment, in Participation Handbook for Humanitarian Field Workers (Chapter 7).

ALNAP and Groupe URD, 2009. http://urd.org/IMG/pdf/MP_GB_CHAPITRE7.pdf

Multi-sector Initial Rapid Assessment Manual (revised July 2015). IASC, 2015.

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda/documents-public/multi-clustersector-initial-rapid-assessment-mira-manual>

الاستجابة النقدية

Blake, M. Propson, D. Monteverde, C. *Principles on Public-Private Cooperation in Humanitarian Payments.* CaLP, World Economic Forum, 2017. www.cashlearning.org/resources/library/983-principles-on-public-private-cooperation-in-humanitarian-payments

Cash or in-kind? Why not both? Response Analysis Lessons from Multimodal Programming. Cash Learning Partnership, July 2017. www.cashlearning.org/resources/library/1056-cash-or-in-kind-why-not-both-response-analysis-lessons-from-multimodal-programming

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

www.cashlearning.org/resources/library/1046-monitoring4ctp-monitoring-guidance-for-ctp-in-emergencies?keywords=®ion=all&country=all&year=all&organisation=all§or=all&modality=all&language=all&payment_method=all&document_type=all&searched=1

الأطفال

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

www.keepingchildrensafe.org.uk/how-we-keep-children-safe/capacity-building/resources/child-safeguarding-standards-and-how-implement

التنسيق

Knox Clarke, P. Campbell, L. *Exploring Coordination in Humanitarian Clusters*. ALNAP, 2015.

<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/study-coordination-humanitarian-clusters-alnap-2015.pdf>

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

التصميم والاستجابة

The IASC Humanitarian Programme Cycle. Humanitarian Response.

www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space

ذوو الاعاقة

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations.

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

مجموعة واشنطن المعنية باصيئات الإعاقة، ومجموعة أسئلة حول الإعاقة. مجموعة واشنطن.

www.washingtongroup-disability.com/

العنف الجنسي

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

<http://gbvguidelines.org/en/home/>

Handbook for Coordinating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings. United Nations, UNICEF, November 2010.

<https://www.un.org/ruleoflaw/blog/document/handbook-for-coordinating-gender-based-violence-interventions-in-humanitarian-settings/>

الجنس

Women, Girls, Boys and Men: Different Needs, Equal Opportunities, A Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2006.

<https://interagencystandingcommittee.org/gender-and-humanitarian-action-0/documents-public/women-girls-boys-men-different-needs-equal>

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

الاستجابة الإنسانية المركزية على الناس

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

www.alnap.org/help-library/closing-the-loop-effective-feedback-in-humanitarian-contexts

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

www.alnap.org/help-library/participation-handbook-for-humanitarian-field-workers

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

www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/vca/whats-vca-en.pdf

الأداء والرصد والتقييم

Project/Programme Monitoring and Evaluation (M&E) Guide. ALNAP, IRCS, January 2011.

[https://www.alnap.org/help-library/projectprogramme-monitoring-and-evaluation-me-guide](http://www.alnap.org/help-library/projectprogramme-monitoring-and-evaluation-me-guide)

Catley, A. Burns, J. Abebe, D. Suji, O. *Participatory Impact Assessment: A Design Guide.* Tufts University, March 2014, Feinstein International Center, Somerville.

<http://fic.tufts.edu/publication-item/participatory-impact-assessment-a-design-guide/>

CHS Alliance and Start, A. *Building an Organisational Learning & Development Framework: A Guide for NGOs.* CHS Alliance, 2017.

www.chsalliance.org/files/files/L%26F%20Framework%20-%20Final.pdf

Hallam, A. Bonino, F. *Using Evaluation for a Change: Insights from Humanitarian Practitioners.* ALNAP Study, October 2013, London. www.alnap.org/resource/8980

Sphere for Monitoring and Evaluation. Sphere Project, March 2015.

www.spheredproject.org/news/sphere-for-monitoring-and-evaluation/

الحماية

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

www.alnap.org/resource/5263

التعافي

Minimum Economic Recovery Standards. SEEP Network, 2017.

https://seepnetwork.org/files/galleries/1750_MERS_3rd_Edition_PDF.pdf

القدرة على التكيف

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

Turnbull, M. Sterret, C. Hilleboe, A. *Toward Resilience, A Guide to Disaster Risk Reduction and Climate Change Adaptation.* Catholic Relief Services, 2013.
www.crs.org/our-work-overseas/research-publications/toward-resilience

البيئة

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

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

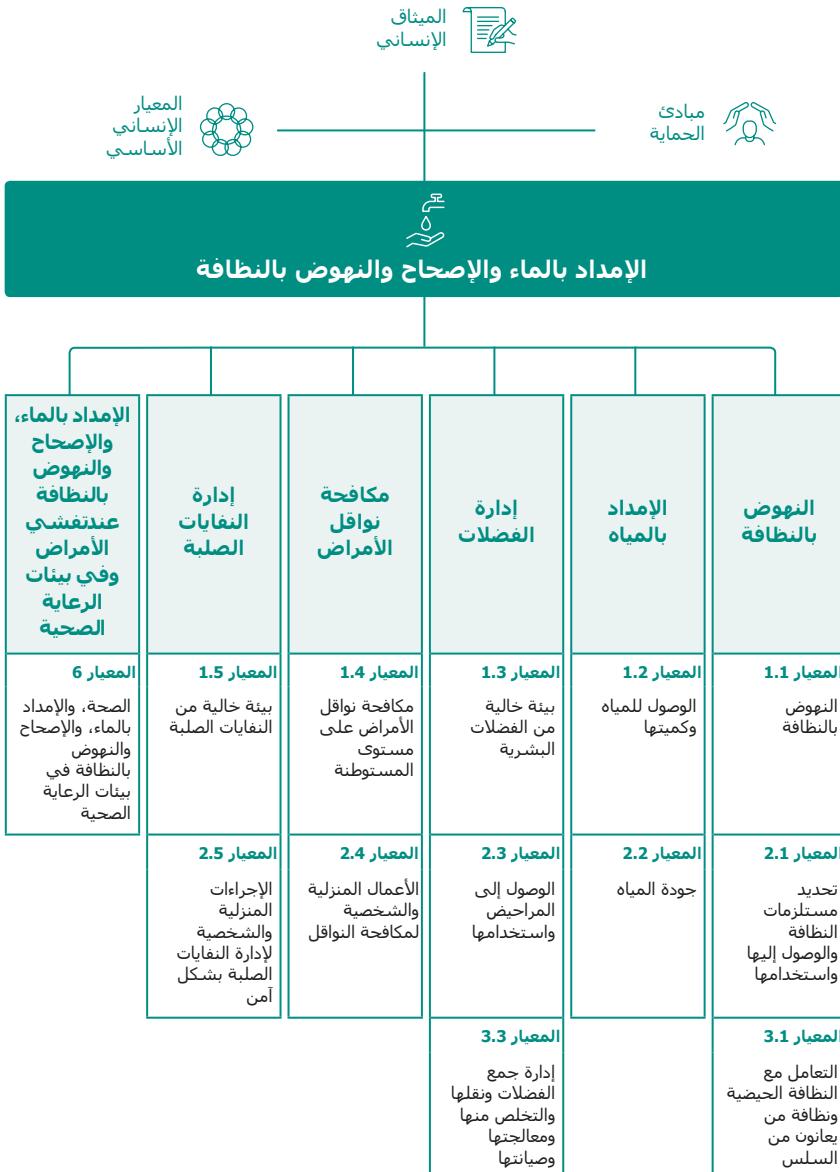
Environment and Humanitarian Action: Increasing Effectiveness, Sustainability and Accountability. UN OCHA/UNEP, 2014. www.unocha.org/sites/unocha/files/EHA%20Study%20webfinal_1.pdf

مزيد من المطالعات

للمزيد من المطالعات المقترنة، برجاء زيارة
www.spherestandards.org/handbook/online-resources

الإمداد بالماء
والإصلاح
والنهوض بالنظافة





- قائمة تحقق تقدير الاحتياجات الأساسية للإمداد بالمياه والإصلاح والنهوض بالنظافة
- ملحق 1 مخطط F - انتقال العووى من الغاطس عبر الفم في حالة الامراض المسببة للاسهال
- ملحق 2 الكيميات الدخانية من المياه - أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية
- ملحق 3 الحد الأدنى من اعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة
- ملحق 4 الأمراض المرتبطة بالماء والإصلاح
- ملحق 5 شجرة قرار معالجة المياه وخريطة في الأسرة

المحتويات

86	المبادئ الرئيسية في مجال الإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة
	معايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة:
90	١. النهوض بالنظافة.
99	٢. الإمداد بالمياه.
106	٣. إدارة الفضلات
113	٤. مكافحة نوائل الأمراض
118	٥. إدارة التفایيات الصلبة
122	٦. المياه والإصحاح والنظافة عند نقشى الأمراض وفيبيتات الرعاية الصحية
129	الملحق ١ قائمة تحقق تقدير الاحتياجات الأساسية للإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة
134	الملحق ٢ مخطط F - انتقال العدوى من الغائط عبر الفم في حالة الأمراض المسببة للإسهال
135	الملحق ٣ الكميات الدنيا من المياه - أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية
136	الملحق ٤ الحد الأدنى من أعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة
137	الملحق ٥ الأمراض المرتبطة بالماء والإصحاح
140	الملحق ٦ شجرة قرار معالجة المياه وتخزينها في الأسرة
141	المراجع ولمزيد من الاطلاع



المبادئ الرئيسية في مجال الإمداد بالمياه والإصلاح والنهوض بالنظافة

لكل فرد الحق في الحصول على الماء والإصلاح

تعد معايير اسفيير الدنيا للإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة تعبيرًا عمليًّا عن الحق في الحصول على الماء والإصلاح في السياسات الإنسانية، وترتکز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقى المساعدة الإنسانية حسب الحاجة.

توجد قائمة بالوثائق القانونية والسياسية الرئيسية التي تطلع على الميثاق الإنساني في المرفق رقم ١ [⊕](#) مع التعليقات التوضيحية للعاملين في المجال الإنساني.

إن المتضررين من الأزمات أكثر عرضة للمرض والوفاة بسبب المرض لاسيمما الأمراض المسببة للإسهال والأمراض المعدية. وترتبط مثل هذه الأمراض بشكل وثيق بعدم كفاءة الإصلاح وإمدادات المياه وسوء النظافة. كما تهدف برامج الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة إلى الحد من المخاطر على الصحة العامة.

إن السُّبُل الرئيسية لمسببات المرض التي تصيب الإنسان هي عن طريق الأصابع والذباب والغائط والسوائل والغذاء، ومن ثُم، يتمثل الهدف الرئيسي لبرامج الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة في الاستجابة الإنسانية في الحد من المخاطر على الصحة العامة عن طريق إنشاء حواجز على طول تلك المسارات [⊕](#) انظر الملحق ١: مخطط F. وتمثل الأشكطة الرئيسية في:

تعزيز ممارسات النظافة الجيدة؛

- توفير المياه الآمنة الصالحة للشرب؛

- توفير مرافق إصلاح ملائمة؛

- الحد من الأخطار على الصحة البيئية؛

- وضمان الظروف التي تمكن الناس من الحياة بصحة جيدة وكراامة وفي راحة وسلامة.

في برامج الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة، من المهم إدارة ما يلي:

- سلسلة المياه بالكامل: منبع المياه ومعالجتها وتوزيعها وجمعها وتخزين الأسر لها واستهلاكها؛

- سلسلة الإصلاح بالكامل وبطريقة متكاملة؛

- وتعزيز السلوكيات الصحية الإيجابية؛ وضمان الوصول إلى مستلزمات النظافة.

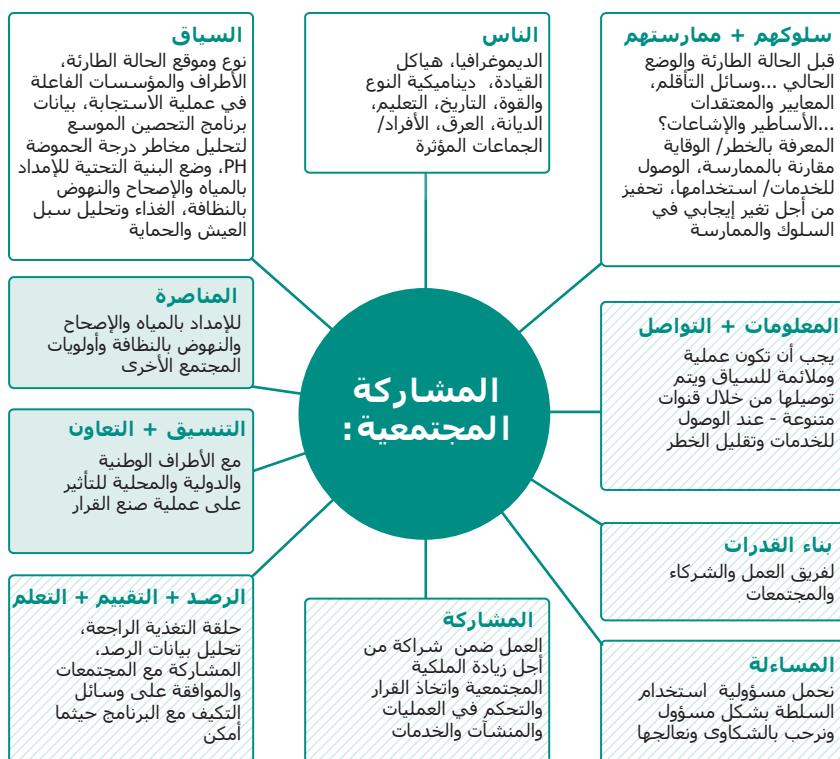
المشاركة المجتمعية ضرورة

تعد المشاركة المجتمعية في الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة عملية ديناميكية تربط بين المجتمع والجهات المعنية الأخرى ومن ثُم يتتوفر للناس المزيد من التحكم فيما يتعلق بالاستجابة وأثرها عليهم، حيث تتجاوز الكشف عن المخاطر وتقدير الاحتياجات. وترتبط المشاركة الفعالة المجتمعات وفرق الاستجابة لتحقيق زيادة حجم الأثر المجمعي للحد من مخاطر الصحة العامة وتوفير خدمات ملائمة وميسرة، وتعزيز جودة البرنامج وتحقيق المسائلة حيث تستكشف قدرات المجتمع وإرادته في إدارة نظم الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة والحفاظ عليها [⊕](#) انظر المخطط رقم .٤

إن الانخراط مع المجتمع يؤدي إلى تحقيق فهم أساسي للتصورات والاحتياجات وأليات المواجهة والقدرات والمعايير القائمة وهيأكل القيادة والأولويات فضلاً عن الإجراءات المناسبة التي يجب اتخاذها. ويوضع الرصد والتقييم إذا ما كانت استجابات الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة مناسبة أو تحتاج إلى تعديل كما تشمل على تشغيل آليات للتعقيبات \oplus انظر التزامات المعيار الإنساني الأساسي 4 و 5.

يحتاج الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة إلى اعتبارات خاصة في المناطق الحضرية

قد تكون المشاركة المجتمعية أكثر صعوبة في المناطق الحضرية حيث الكثافة السكانية أعلى والفتات المعرضة للخطر أقل ظهوراً. وعلى الرغم من ذلك، يمكن أن توفر الأماكن العامة والإعلام والتكنولوجيا في المناطق الحضرية الفرصة لإجراء حوار أوسع نطاقاً وأكثر فعالية. وينتشر تنويع ملكية الأصول (الأسرة في المناطق الريفية، والامتزاج بين العام والخاص في المناطق الحضرية) على تحديد خيارات الاستجابة وطرق توصيلها.



التحليل

البرنامج

المشاركة الخارجية

ضرورة عمل مذبح من النهر

يمكن أن تؤدي المساعدة المركبة على السوق إلى تلبية احتياجات الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة بفعالية وكفاءة، ومثال ذلك يتمثل في ضمان إمكانية الوصول إلى مستلزمات النظافة. وينبغي تحقيق التكامل بين المساعدة المعتمدة على النقد (النقد المباشر أو القسائم أو كلها) مع نشاطات أخرى للإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة، بما في ذلك المساعدة التقنية والمشاركة المجتمعية. وعند التنفيذ، تتباين الخيارات بدءً من تشيد البنية التحتية إلى النهوض بخدمات معالجة المياه مشروع طويل الأجل. كما تعد مراقبة مراحيض مؤقتة فوراً، بينما يعد التجديد الكامل لخدمات معالجة المياه مشروع طويلاً الأجل. ويجب أن تكون المساعدة التقنية ملائمة وتنتمي إلى الوقت المناسب. ويجب أن تكون متخصصة وميسرة وقابلة للتحقيق وذلك لتحقيق الاستدامة.

ويجب أن تعزز استجابات الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة الأهداف المجتمعية طويلة الأجل وتقلل من الأثر البيئي. كما يجب أن تلبى الإدارة المتكاملة للمياه والإصلاح الاحتياجات الإنسانية وتحمي النظام البيئي. وهذا قد يؤثر على اختبار التكنولوجيا وتوقيت النشاطات ومراحلها والمشاركة المجتمعية ومشاركة القطاع الخاص والسوق وخيارات التمويل.

ينبغي ألا تُطبق هذه المعايير الدنيا بمعدل عن المعايير الأخرى

يرتبط الحق في الإمداد المناسب بالمياه والإصلاح بالحق في المأوى والغذاء والصحة. ويؤثر التقدم الناجح في تحقيق معايير اسفير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. كما أن التنسيق والتعاون الوثيقان مع القطاعات الأخرى والتنسيق مع السلطات المحلية ووكالات الاستجابة يساعد على ضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهود وكذلك الوصول باستجابات الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة للحد الأمثل. على سبيل المثال، تصبح الحاجة إلى تلبية معايير المياه والإصلاح أكثر إلحاحاً عند عدم تلبية احتياجات التغذية حيث ترتفع قابلية تضرر الناس من الأمراض. وينطبق نفس الشيء عند ارتفاع تفشي مرض نقص المناعة البشرية المكتسب بين السكان. وتشير الحالات المرجعية عبر الدليل إلى بعض الروابط المحتملة.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفير الدنيا، ينبغي للمنظمات الإنسانية العمل مع الحكومة من أجل رفعها تدريجياً.

يحمي القانون الدولي الحق في المياه والإصلاح على وجه التحديد

يشمل الحق الحصول على إمدادات كافية وآمنة وميسرة من المياه لاستخدام الشخص والمنزل وكذلك مرافق إصلاح خاصة وآمنة ونظيفة. إن الدول ملزمة بضمان هذه الحقوق خلال الأزمات [انظر الملحق 1: الأساس القانوني لاسفير](#).

إن المياه الآمنة ومرافق الإصلاح المناسبة ضرورية من أجل:

- استدامة الحياة والصحة والكرامة؛
- الواقعية من الجفاف المسبب للوفاة؛
- الحد من خطر الأمراض المرتبطة بالمياه والإصلاح والنظافة؛
- وتمكين تحقيق المتطلبات المناسبة للاستهلاك والطهي والنظافة الشخصية والمنزلية.

يعد الحق في المياه والإصلاح جزء من الحقوق العالمية الضرورية لبقاء الإنسان والحفاظ على كرامته، وتقع على عاتق الجهات الحكومية وغير الحكومية مسؤولية الوفاء بهذا الحق. فخلال النزاعات المسلحة، على سبيل المثال، يُحظر الهجوم على أشغال المياه أو الري أو تدميرها أو إزالتها أو إتلافها.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

يؤثر استهلاك المياه على الحماية. ويؤثر النزاعات المسلحة وعدم المساواة على الأمن المائي للأفراد والجماعات. كما قد يؤدي الطلب المتعدد على المياه للاستهلاك وأعراض المنزل وسبل العيش إلى مخاوف تتعلق بالحماية في حالة عدم تصميم الأشطحة طويلة الأجل وقصيرة الأجل بشكل ملائم. وبالتالي ما يُنظر إلى الحماية في استجابات الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة من منظور السلامة والحماية الشخصية، مع إدراك وجود نقاط ضعف عند جمع المياه أو قضاء الحاجة أو التعامل مع النظافة في الحوض. كما أن عناصر الحماية الشخصية المذكورة ضرورية، إلا أن مخاوف الحماية الأوسع نطاً أصبحت أساسية أيضًا. وقد يحد اتخاذ التدابير البسيطة من البداية، على شاكلة وجود أقفال على أبواب المرحاض والإضاعة المناسبة والعزل بين المرافق، من خطر إساءة المعاملة أو العنف.

إن وضع البرامج الملائمة وال شاملة ضرورة لتجنب التمييز والحد من المخاطر المحمولة وتعزيز استخدام الخدمات أو جودتها. على سبيل المثال، احرص على توفير إمكانية وصول ذوي الإعاقة إلى مرافق النظافة وكذلك امتلاك النساء أو الأطفال لحاويات مناسبة الحجم لنقل المياه. ويمكن أن يؤدي إشراك الأفراد والمجتمعات في كافة مراحل الاستجابة إلى مزيد من المساعدة على دمج اعتبارات الحماية في برامج الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة. ويجب تدريب عامل الإغاثة على حماية الأطفال ومعرفة كيفية استخدام أنظمة الإحالة عند الاشتباكات في حالات العنف أو الإيذاء أو الاستغلال التي قد يتعرض لها الأطفال.

يجب النظر بحرص للتعاون والتنسيق المدني العسكري فيما يخص المنظمات الإنسانية، لاسيما في النزاعات. وقد تؤثر تصورات الجنود والمتزاهة على قبول المجتمع المحلي، كما قد تقبل المنظمات الإنسانية المساعدة العسكرية، في النقل والتوزيع على سبيل المثال. ويجب الأخذ بعين الاعتبار التأثير على المبادئ الإنسانية وبذل جهود للتخفيف من مخاطر الحماية ^{انظر الميثاق الإنساني للأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية والدولية في ما هو اسفي}.

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسع الواردة في المعيار الإنساني الأساسي بصفتها أساسًا لتوفير برنامج إمداد بالماء وإصلاح ونهوض بالنظافة يكون مسؤولاً.



1. النهوض بالنظافة

تتسبب الأمراض المتعلقة بالمياه والإصلاح والنظافة في أمراض خطيرة وفيات يمكن الوقاية منها في الأزمات. إن النهوض بالنظافة التي تدعم السلوكيات والعمل والمشاركة المجتمعية للحد من مخاطر تلك الأمراض أمر أساسي لتحقيق استجابة ناجحة في الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة.

ومن غير المرجح أن يكون النهج الموحد الذي يركز أساساً على توصيل الرسائل وتوزيع مستلزمات النظافة فعال بشكل كبير، حيث تباين المخاطر وطرق إدراها حسب السياقات والتجارب المختلفة للناس واستراتيجيات التكيف والأعراف الثقافية والسلوكية. ومن الضروري فهم النهج وتقديره استناداً إلى تحليل السياق وكذلك التجربة واستراتيجيات المواجهة وأعراف المتضررين. يعتمد النهوض الكفاءة بالنظافة على:

- العمل مع المجتمع لتعزيز الجهود والمساهمة في اتخاذ القرار؛
- التواصل ثنائي الاتجاه والتغذية الراجعة بشأن الأخطار والأولويات والخدمات؛
- والوصول إلى مراقبة الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة وخدماتها ومستلزماتها.
- واستخدامها.

ويجب أن ينطلق النهوض بالنظافة من معرفة الناس أنفسهم بالمخاطر والوقاية من الأمراض والنهوض بالسلوك الإيجابي لاتصال الصحة.

كما يجب الرصد المنتظم للنشاطات والمخرجات للحرص على تطوير برامج النهوض بالصحة وبرامج الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة، بالإضافة إلى التنسيق مع الجهات الصحية لمراقبة حالات الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة مثل الأمراض المسببة للإسهال والكليريا والتفيد والحمد الحبيبي والديدان المعوية والبلهارسيا انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير الأمراض المعدية إلى 4.1.2 ومعايير النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية.

معايير النهوض بالنظافة: 1.1 النهوض بالنظافة

إدراك الناس لمخاطر الصحة العامة الرئيسية المرتبطة بالماء والإصلاح والنظافة وإمكانية تكيف التدابير على المستوى الفردي والأسري والمجتمع للحد منها.

الإجراءات الأساسية

- 1 تحديد مخاطر الصحة العامة الرئيسية وممارسات النظافة الحالية التي تساهم في تلك المخاطر.
- وضع تصوّر لخصائص المجتمع لتحديد الأفراد والجماعات المعرضة للأخطار المتعلقة بالإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة وبسبب ذلك.
- تحديد العوامل التي تحفز السلوكيات الإيجابية والإجراءات الوقائية.
- 2 العمل مع المتضررين لتصميم وتعزيز نطاق استجابة الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة وإدارتها.
- تطوير استراتيجية تواصل باستخدام وسائل الإعلام والحوارات المجتمعية لتبادل المعلومات العملية.
- تحديد الأفراد والجماعات المجتمعية وعمالي التوعية المؤثرين وتدريبهم.

- استخدام التعقيبات المجتمعية وبيانات المراقبة الصحية لتكيف النهوض بالنظافة وتعزيزها.
- مراقبة الوصول إلى مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة واستخدامها وكيف تؤثر نشاطات النهوض بالنظافة على السلوك والممارسات.
 - تكيف النشاطات وتحديد الحاجات التي لم يجر تلبيتها.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأسر المتضررة التي وصفت ثلاث تدابير صحيحة للوقاية من الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

نسبة السكان المستهدفين الذين أفادوا بشكل صحيح بالعناصر الأساسية لغسل اليدين

نسبة السكان المستهدفين الذين تمت ملاحظتهم يستخدمون وحدات غسل اليدين عند مغادرة المراحيض العامة.

نسبة الأسر المتضررة التي يتوفّر لها الماء والصابون لغسل اليدين

نسبة الأشخاص المتضررين الذين حصلوا على الماء من مصادر مياه محسنة

نسبة الأسر التي تخزن مياه الشرب في حاويات نظيفة ومغطاة

نسبة القائمين بالرعاية الذين أفادوا بأنهم يتخلصون من فضلات الأطفال بأمان

نسبة الأسر التي تستخرّم منتجات السلس للكبار (الحفاضات وقنيّات البول والحاويات السريّرة لقضاء الحاجة وكراسى المراحيض المتنقلة) والذين أفادوا بأنهم يتخلصون من الفضلات الناتجة عن السلس الكبار بأمان

نسبة الأسر المتضررة التي تتخلص من النفايات الصلبة بطريقة ملائمة

نسبة الأفراد الذين قدموا تغذية راجعة وأبلغوا أن تعقيباتهم استُخدِمت في تكيف مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها وتحسينها

خلو البيئة المحلية من غائط الإنسان وفضلات الحيوانات

ملاحظات إرشادية

فهم مخاطر الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وإدارتها: قد يمثل تحديد أولويات مخاطر الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والحد منها تحديًا في الأزمات. لذا ركز على استخدام المياه الآمنة وإدارة النفايات وغسل اليدين، حيث يرجح أن يكون لهذا الأثر الأكبر في منع انتقال المرض. وسوف يتطلب تقييم مخاطر الصحة العامة المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة واتخاذ خطوات للحد منها ما يلي:

- الاستخدام الحالي لمرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها؛
- إمكانية الوصول إلى مستلزمات النظافة الأساسية  انظر معايير النهوض بالنظافة 2.1 و 3.1؛
- استراتيجيات التكيف الحالية والعادات والمعتقدات المحلية؛
- الهياكل الاجتماعية ومحركات السلطة في المجتمع
- أين يذهب الناس للحصول على الرعاية الصحية (يشمل ذلك المعالجين التقليديين والصيادليات والعيادات)؛
- من المسؤول عن تشغيل البنية التحتية للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وصيانتها؛
- بيانات مراقبة الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة؛

- **الحواجز الاجتماعية والمادية وحواجز الاتصال للوصول إلى مراافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وخدماتها، لاسيما للنساء والفتيات وكبار السن وذوي الإعاقة؛**
- **بيانات مستوى الدخل؛**
- **الظروف البيئية والاتجاهات الموسمية للأمراض.**

للحفاظ على الحافز، يجب أن يكون تغيير السلوك والممارسة سهلاً. كما يجب أن تكون المراافق مريحة وسهلة الوصول لجميع المستخدمين وأن تكون آمنة وكريمة ونظيفة وملائمة ثقافياً. اشمل كل من الرجال والنساء في نشاطات النهوض بالنظافة حيث قد يكون للدعم النشط للنظافة من جانب الرجال تأثير حاسم على سلوكيات الأسرة.

التعبئة المجتمعية: العمل مع الهيئات القائمة، وضمان توفير كل من الفرص المدفوعة والطوعية على قدم المساواة لكل من الرجال والنساء، ويمكن أن يسهل القيادة المجتمعين والدينيين والمحترفين والعاملين في التوعية والجهات الفاعلة المحلية على شاكلة المجموعات النسائية والشبابية عملية التعبئة والوقاية.

من الشائع تخصيص عاملين اثنين في التوعية لكل 1000 شخص. وينبغي أن يتمتع العاملين والمتطوعين في التوعية بمهارات تواصل جيدة وأن يكونوا قادرين على بناء علاقات قائمة على الاحترام مع المجتمعات المحلية وأن يكون لديهم فهم شامل للاحتياجات والشواغل المحلية. كما ينبغي الانفاق على حواجز العاملين في التوعية من خلال منتدى تنسيق محلي، إن لزم الأمر، وذلك لتعزيز المساواة وتتجنب وقوع إخلال.

قد يكون للعاملين في الصحة المجتمعية أدوار مشابهة للعاملين في التوعية في مجال الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، ولكن تختلف مسؤولياتهم [انظر معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة في المجال الصحي](#).

العمل مع الأطفال: يمكن أن ينهض الأطفال بالسلوكيات الصحية لأقرانهم وأسرهم. ويمكن أن تكشف وزارة التعليم أو الخدمات الاجتماعية عن فرص النهوض بالنظافة في المدارس وبيوت الرعاية والأسر التي يقوم عليها طفل أو للأطفال الذين يعيشون في الشوارع. اشرك الأطفال في صياغة الرسائل [انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ وللبيئة الدينية لحماية الأطفال في العمل الإنساني](#).

قونوات الاتصال ومناهجه: قدم المعلومات بعدة صيغ (مكتوبة ومصورة وسمعية) وبلغات متاحة على أوسع نطاق ممكن، وتحقق من ملائمتها للأطفال وذوي الإعاقة وقمر بصياغة رسائل وخبرتها لضمان تحقيق فهمها بالرغم من الاختلافات في العمر والجنس ومستوى التعليم واللغة.

الحوار على مستوى المجتمع المحلي مفيد في حل المشكلات والتخطيط للعمل، ويمكن أن يعزز الإعلام المعلومات العامة لتمتعه بوصول أوسع. وكلها مفید عند توجيههم إلى جمهور معين.

صمم آليات تغذية راجعة مناسبة مع المستخدمين وراقب فاعليتها. ويبلغ التغذية الراجعة للمجتمع، وذلك لتشجيعهم على الاستجابة بدورهم [انظر المعيار الإنساني الأساسي 5](#).

يعد غسل اليدين بالصابون طريقة هامة لمنع انتقال الأمراض المسببة للإسهال. يجب تزويد مراافق غسل اليدين بالماء والصابون بشكل منتظم مع وجود تصريف آمن. وفك بوضع المراافق في مواقع تجعل غسل اليدين قبل لمس الطعام أو (الأكل أو إعداد الغذاء أو تغذية الطفل) وبعد التعامل مع الفضلات (بعد استخدام المرحاضين أو تنظيف مؤخرة الطفل) [انظر معيار الإمداد بالمياه 2.2: جودة المياه](#).

التشجيع على استخدام المرحاضين: أحد المسائل الرئيسية لموظفي النهوض بالنظافة هي الاستخدام الشامل لمراافق التخلص من الفضلات ومستلزماتها. بالإضافة إلى المخاوف المتعلقة بالنظافة والراحتة، تمثل المواقع

الرئيسية للناس لاستعمال المراحيض في الشعور بالخرج والمحرمات الثقافية وإمكانية الوصول والمخاوف المتعلقة بالخصوصية والسلامة انظر معيار إدارة الفضلات 3.2: الوصول إلى المراحيض واستخدامها.

الحصول على مياه الشرب ونقلها وتخزينها بأمان هو مفتاح الحد من مخاطر التلوث. وتحتاج الأسر إلى حاويات منفصلة للحصول على مياه الشرب وتخزينها انظر معيار النهوض بالنظافة 2.1 ومعايير الإمداد بالمياه 1.2 و 2.9.

الأشخاص المتنقلون: ابحث عن فرص للانخراط مع الأشخاص المتنقلين، سواء بالانتقال مؤقتاً معهم أو بالاجتماع بهم في مناطق الراحة، واستخدم قنوات الاتصال مثل الراديو والرسائل النصية القصيرة ومجموعات وسائل الإعلام الاجتماعية والخطوط الساخنة المجانية لنقدم معلومات عن النظافة والتماس الحصول على تفاصيل. وقم أيضاً بتصميم مجموعة «مستلزمات منزلية» لدعم هذا الهدف عبر تضمين هواتف جوال وشواحن شمسية، مما يمكنهم كذلك من التواصل مع أسرهم والحصول على المعلومات وتقديم التعقيبات.

المعيار الثاني: تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها

توفر مستلزمات مناسبة لتعزيز النظافة والصحة والكرامة والرفاهية واستخدام تلك المستلزمات من جانب المتضررين.

الإجراءات الأساسية

- 1 تحديد مستلزمات النظافة التي يحتاجها الأفراد والأسر والمجتمعات.
- خذ بعين الاعتبار مختلف حاجات الرجال والنساء وكبار السن والأطفال وذوي الإعاقة.
- حدد المستلزمات الجمعية الإضافية للحفاظ على نظافة البيئة، على شاكلة أوعية النفايات الصلبة ومعدات التنظيف.
- 2 وفر إمكانية وصول بتوقیتات مناسبة للمستلزمات الأساسية.
- تقدير توفر المستلزمات عبر الأسواق المحلية والإقليمية والدولية.
- 3 العمل مع الأشخاص المتضررين والسلطات المحلية وغيرهم من الجهات الفاعلية على تحفيظ كيفية حصول الأشخاص على مستلزمات النظافة أو شرائها.
- قدم معلومات حول توقیت المساعدة المعتمدة على النقد أو مستلزمات النظافة أو كلًاهما وكذلك محتواها والمقصودين منها.
- نسق مع القطاعات الأخرى لتوفير مساعدة معتمدة على النقد أو مستلزمات النظافة أو كلًاهما والتقرير حول آليات التوزيع.
- 4 التمس الحصول على تغذية راجعة من المتضررين حول ملائمة مستلزمات النظافة المختارة ورضاهما حول آلية الحصول عليها.

المؤشرات الأساسية

- توفر الوصول إلى الكمية الدنيا من مستلزمات النظافة الأساسية لجميع الأسر
- حاويتان للمياه لكل أسرة (10-20 لترًا؛ واحدة للحصول على المياه والأخرى لتخزينها)؛

- 250 جرام من الصابون للاستحمام للشخص الواحد شهرياً
- 200 جرام من الصابون لغسل الملابس للشخص الواحد شهرياً
- صابون ومياه لمحطة غسل اليدين (محطة واحدة لكل مريض مشترك أو لكل أسرة)
- حاوية قضاء الحاجة للأطفال أو كرسى مجوف أو حفاضات للتخلص من غائط الأطفال
- نسبة المتضررين الذين أفادوا/تمت ملاحظتهم يستخدمون مستلزمات النظافة بشكل منتظم بعد التوزيع نسبة الدخل الأسري المستخدم في شراء مستلزمات النظافة لتحديد الاحتياجات ذات الأولوية

ملاحظات إرشادية

تحديد المستلزمات الأساسية: يجب تكيف مستلزمات النظافة ومجموعات النظافة حسب النقاقة والسياق. كما يتعين وضع أولوية للمستلزمات الأساسية في المرحلة الأولية (مثل الصابون وحاويات المياه ومستلزمات الحيض وسلس البول) عن المستلزمات «التي يُستحسن امتلاكها» (مثل فرشاة الشعر والشامبو ومعجون الأسنان وفرشاة الأسنان). سوف تحتاج بعض الفئات لمطالبات خاصة [انظر الملاحظات الإرشادية - الفئات المعروضة للرضا أدناه.](#)

حاويات المياه: يجب تحديد الحاويات ذات سعة 20-10 لترًا لجمع مياه الشرب ومياه الاستخدام المنزلي وت تخزينها. ويجب أن يكون حجم الحاويات ونوعها مناسب لسن الذين يقومون بالحصول على المياه في المعتاد وقدرتهم على الحمل. كما يتعين أن تحتوي الأوعية على أغطية و悑لة، ويجب أن تتميز حاويات التخزين بعنق ضيق أو صنبور لضمان الحصول الآمن على مياه الشرب وت تخزينها واستهلاكها.

قدم حاويات تخزين أكبر إذا كانت إمدادات المياه متقطعة. في البيئات الحضرية أو حيث كانت الإمدادات مركبة، فيجب أن يكون التخزين المنزلي كاف للاستهلاك العادي بين فترات إعادة التعبئة (بما يشمل حد استهلاك الذروة، عند الاقتضاء).

الفئات المعرضة للخطر: يحتاج بعض الأشخاص إلى مستلزمات نظافة شخصية مختلفة أو بكميات أكبر بسبب العمر أو المرض أو الإعاقة أو التنقل أو السلس. وكذلك قد يحتاج ذوو الإعاقة أو من يواجهون صعوبات في التنقل إلى مستلزمات إضافية. يشمل هذا المزيد من الصابون أو مستلزمات السلس أو حاويات المياه أو حاويات قضاء الحاجة السريرية أو كراسى المراحيض المتنقلة أو أغطية بلاستيكية للمراقب. أسأل الأشخاص أو القائمين على رعايتهم إذا كانوا بحاجة إلى المساعدة في جمع فضلاتهم والتخلص منها بطريقة تحرم كرامتهم. وتشاور معهم ومع أسرهم أو القائمين على رعايتهم حول أكثر أنواع الدعم من حيث الملائمة.

البرمجة القائمة على السوق لمستلزمات النظافة: يجب أن يدعم توفير مستلزمات النظافة الأسوق المحلية قدر الإمكان (بتقديم النقدية أو القسام أو تحسين البنية التحتية للمستودعات). ويجب أن يتم توجيه خطط الوصول إلى مستلزمات النظافة واستخدامها عن طريق إجراء تقييم للسوق وتحليل دخل الأسر، بما يشمل أدوار النوع الاجتماعي في اتخاذ قرارات الإنفاق. ارصد إذا ما كان السوق يوفر المنتجات كمياً وكيفياً أم لا، وقم بالتعديل عند الضرورة [انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.](#)

التوزيع: اعط الأولوية لسلامة السكان وأمنهم عند تنظيم أي عمليات توزيع [انظر مبدأ الحماية 1.](#) شكل فريق مخصص للتوزيع وبلغ الناس مسبقاً حول التوقيت والموقع وقائمة المستلزمات ومعايير الاستحقاق. وقم بالتصدي للتمييز أو الوصم، وعند الضرورة قم بالتوزيع إلى الأسر أو عبر خطوط توزيع منفصلة، واكتشف عن أي عوائق تمنع الوصول لمواقع التوزيع أو نظم التوزيع وعالجهما، لاسيما فيما يخص النساء والفتيات وكبار السن وذوي الإعاقة.

تجديد المواد الاستهلاكية: أسس إمداداً منتظمًا وموثوقاً للمواد الاستهلاكية، مثل الصابون ومستلزمات الحيض وسلس البول.

تنسيق التوزيعات المشتركة: خطط لإجراء مشاورات مجتمعية مشتركة لفهم الاحتياجات وآليات التكيف على جميع القطاعات. وقمر بتلية الاحتياجات المتعددة في نفس الوقت لتحقيق راحة السكان المستهدفين ولتوظيف الوقت والمال لجميع القطاعات. وتتأكد من إمكانية نقل الأسر لجميع مستلزماتهم بأمان إلى المنزل بعد التوزيع.

الأشخاص المتنقلون: تأكد من قابلية مستلزمات النظافة للنقل (مثل ملائمة حجم الصابون للنقل) حيثما كان الأشخاص في حالة انتقال. ودع الأشخاص يختارون المستلزمات التي يحتاجونها، بدلاً من عمل مجموعات موحدة. وأسس نظاماً لجمع نقایات التغليف والتخلص منها حيثما كان الأشخاص في حالة انتقال.

معايير النهوض بالنظافة 3.1

التعامل مع النظافة الحいضية ونظافة من يعانون من السلس

يتمتع النساء والفتيات في سن الحيض، وكذلك الرجال والنساء المصابون بسلس البول، بإمكانية الحصول على منتجات النظافة والوصول إلى مرافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة التي تحفظ كرامتهم وتعزز رفاهيتهم.

الإجراءات الأساسية

1 افهم الممارسات والأعراف المجتمعية والخرافات المتعلقة بالتعامل مع النظافة الحيضية التعامل مع السلس، وقمر بتكييف إمدادات النظافة ومرافقها.

2 تشاور مع النساء والفتيات والمصابين بالسلس لتصميم المرافق وإقامتها وإدارتها (المراحيض ومواضع الاغتسال وغسل الملابس والمصرف وإمداد المياه).

3 وفر إمكانية الوصول إلى مستلزمات مناسبة للتعامل مع النظافة الحيضية والسلس وكذلك صابون (الاغتسال والغسيل الملابس وغسل الأيدي) وغيرها من مستلزمات النظافة. فيما يتعلق بالتوزيعات، قدم الإمدادات في موقع منفصل لحفظ الكرامة والحد من الوصم بالعار وتوضيح الاستخدام المناسب لأية مستلزمات غير مألوفة.

المؤشرات الأساسية

نسبة النساء والفتيات في عمر الحيض المتمتعات بإمكانية الحصول على مستلزمات مناسبة للتعامل مع النظافة الحيضية

نسبة الملتقيات الراضيات عن مستلزمات التعامل مع النظافة الحيضية ومرافقها

نسبة الأشخاص المصابين بسلس البول الذين يستخدمون مستلزمات ومرافق ملائمة لسلس البول

نسبة الملتقيين الراضين عن مستلزمات التعامل مع سلس البول ومرافقه

ملاحظات إرشادية

التعامل مع النظافة الحيضية وسلس البول في الأزمات: يساعد التعامل الناجح مع النظافة الحيضية وسلس البول الأشخاص على الحياة بكل راحة والانخراط في الأنشطة اليومية. بالإضافة إلى توفير إمكانية الوصول إلى

مستلزمات النظافة، من المهم أيضًا التشاور مع المستخدمين حول آليات التخلص من النفايات، في المنزل وكذلك في المنشآت الجمعية والمؤسسات الأخرى على شاكلة المدارس. يجب أن تكون مراافق المراحيض ملائمة، مع توفير مساحة لغسل الملابس ومرافق التجفيف انظر معايير إدارة الفضلات 1.3 و 2.3.

المحممات المتعلقة بالبياض: سوف تؤثر المعتقدات والأعراف والمحرمات المتعلقة بالبياض على نجاح استجابات التعامل مع النظافة الحيوانية. وقد لا تتوفر إمكانية بحث هذه المسائل خلال المراحل الأولى من الأزمة أو مرحلة حدتها، إلا أنه ينبغي القيام بذلك في أقرب وقت ممكن.

قد لا يكون مصطلح **السلس** مستخدم على نطاق واسع في بعض السياقات، حتى داخل المهن الطبية. السلس هي حالة صحية واجتماعية معقدة تحدث عندما لا يستطيع الشخص التحكم في تدفق البول أو الغائط منه. وقد تؤدي إلى شعور قوي باللاؤصم بالعار والعزلة الاجتماعية والضغط وعدم القدرة على الوصول للخدمات والتعليم وفرض العمل. وقد يbedo انتشارها منخفضًا حيث يقيها العديد من الأشخاص طي الكتمان، وبالرغم من ذلك قد تتعانى مجموعة واسعة من الأشخاص من السلس. وتشمل ما يلي:

- كبار السن؛
- ذوي الإعاقة ومن يواجهون صعوبات حركية؛
- المصابين بإعاقات فكرية؛
- النساء اللواتي أنجبن، بما يشمل الفتيات، واللاتي يواجهن خطر متزايد من الإصابة بالناسور.
- المصابين بأمراض مزمنة (مثل الريو أو السكري أو السكتات أو السرطان)؛
- الفتيات والنساء اللواتي تعرضن لعنف قائم على نوع الجنس أو خضعن لتشوية الأعضاء التنسالية الأنوثية؛
- من خضعوا لعمليات جراحية (مثل إزالة البروستاتا)؛
- النساء اللواتي يمررن بمرحلة انقطاع الطمث؛
- الأطفال الصغار أو الأطفال المتضررين نفسياً من الزاعمات أو الكوارث.

قد يؤدي سوء التعامل مع نظافة السلس في تحوله لمصدر رئيسي لانتقال الأمراض في الطوارئ. وبعد الحصول على كمية أكبر من المياه والصابون أمر بالغ الأهمية، حيث أن المصابين بالسلس والقائم على رعايتهم يحتاج كل منهم إلى خمسة أضعاف كميات الصابون والماء بالمقارنة بالآخرين. ويحتاج المصابون بمرض السلس وغير القادرين على الحركة إلى استشارة أخصائي صحة أو إعاقة للتعرف على كيفية منع العدوى ومنع قرحة الفراش والتعامل معها، والتي قد تكون قاتلة.

الإمدادات والمرافق: نقاش الخيارات مع المتضررين لفهم تفضيلاتهم فيما يخص المستلزمات ذات الاستخدام الواحد أو التي يُعاد استخدامها؛ وكذلك آليات التخلص من النفايات في المنازل والمدارس والمراقد الصحية والمرافق الجمعية؛ ومرافق غسل الملابس والتجفيف؛ والمراحيض ومرافق الاغتسال.

ضع في الاعتبار الأعراف والتفضيلات المتعلقة بالسن، حيث قد تتغير كمية المستلزمات ونوعها مع الوقت. وقدم عروضاً إرشادية للمواد غير مأبوبة.

تختلف أنواع الفوط اللازمة لسلس البول أو الغائط، وكذلك تختلف حسب مستويات حدة السلس. ويعتبر مهم للاستخدام الآمن، قدم كل من فوط سلس البول والغائط في مجموعة من الأحجام والأنواع للكبار.

ضع في الاعتبار مدى القرب من المراحيض للمصابين بالسلس. قد يتمكن بعض الناس من تجنب نوبات السلس إن أمكنهم الوصول إلى المرحاض بسرعة. وقد تكون هناك حاجة لتقديم كرسي مرحاض متنقل أو حاوية قضاء الحاجة السرييري أو قينيات للبول أو كل ما سبق.

الحد الأدنى من المستلزمات:

لكل من النظافة الحいضية ونظافة من يعانون من سلس البول:

- وعاء مخصص مع غطاء للملابس المبللة ولتخزين الحشوارات/الملابس;
- جبل وأوتاد للتجميف.

النظافة الحيضية:

- إما مادة قطنية ماصة (4 متر مربع في السنة)، أو الفوط ذات الاستخدام الواحد (15 في الشهر) أو الفوط الصحية القابلة لإعادة الاستخدام (ست فوط سنويًا)، حسب تفضيل النساء والفتيات؛
- ملابس داخلية (ستة في السنة)
- صابون إضافي (250 جرام شهريًّا) [انظر معيار النهوض بالنظافة 1.2: تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها.](#)

فيما يتعلق بالسلس، سوف تعتمد المستلزمات على حدة السلس ونوعه وعلى تفضيلات الأشخاص. الحد الأدنى المقترن هو:

- إما مادة قطنية ناعمة ماصة (8 متر مربع في السنة)، أو الفوط ذات الاستخدام الواحد المخصصة للسلس (150 في الشهر) أو الملابس الداخلية القابلة لإعادة الاستخدام المخصصة للسلس (12 في السنة);
- ملابس داخلية (12 في السنة)
- صابون إضافي (500 جرام للاحتساب و500 جرام لغسيل الملابس شهريًّا)؛
- اثنين من أغطية الفرشات المانعة للتسرير والقابلة للغسيل؛
- حاويات مياه إضافية؛
- مادة مبيضة أو منتج تنظيف مطهر مشابه (3 لتر من منتج غير مخفف سنويًّا)؛
- حاوية قضاء الحاجة السوري أو قنينات للبول (للرجال والنساء) أو كرسٍي مرحاض متنقل (حسب الاقتضاء).

تجديد المستلزمات: خطط لكيفية إعادة التزويد بالمواد وموعدتها. قد تُستخدم المساعدة المعتمدة على النقد أو التوزيعات العينية بطرق مختلفة مع مرور الوقت. استكشف خيارات توفير الشركات الصغيرة للمستلزمات أو قيام الأشخاص أنفسهم بعمل العمالة الخاصة بهم [انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.](#)

المدارس والمساحات الامنة ومراكز التعليم: ينبغي النظر في البنية التحتية للإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وتوفير التدريب للمدرسين عند دعم الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في المدارس. وينبغي أن تمتلك المراافق آلية مستقلة للتخلص من المخلفات (حاوية مزودة بغطاء مع نظام لجمع المخلفات والتخلص منها أو أنبوب منحدر من المرحاض إلى موضع التجميع). أقم مراافق الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة بحيث تكون جيدة الصيانة ومراقبة للفصل بين الجنسين ومزودة علّاقات وأرفع لمستلزمات النظافة الحيضية.

شجع المدرسين على اعتماد تقييف التعامل مع النظافة الحيضية باعتباره جزء من الدروس القياسية. درّب المدرسين على:

- دعم ممارسات الصحة والنظافة الحيضية لدى الفتيات؛
- الاحتفاظ بمستلزمات للنظافة الحيضية في المدرسة؛
- دعم الطلاب الذين يعانون من السلس بسبب الآثار النفسية للأزمة [انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ.](#)

- المأوي:** اعمل مع قطاع المأوى لضمان توفير المأوى للخصوصية الملائمة للنظافة الحيوانية وللتعامل مع السلس في المنازل أو أماكن الإيواء العمومية. قد يشمل هذا ستائر عازلة أو مناطق منفصلة لتغيير الملابس.
- الأشخاص المتنقلون:** قدم مستلزمات النظافة الحيوانية والتعامل مع السلس عند مرور الأشخاص على نقاط الإمداد.

2. الإمداد بالمياه

عدم ملائمة المياه كمًا وكميًّا هو السبب الرئيسي لمعظم مشكلات الصحة العامة في حالات الأزمات، قد لا تتوفر مياه كافية متاحة لتلبية الاحتياجات الأساسية، ومن ثم يعده تقديم المستوى الذي يحفظ الحياة من مياه الشرب الآمنة أمر ضروري. إن الأولوية تذهب إلى تقديم كمية ملائمة من المياه، حتى إذا كانت ذات جودة متوسطة، وقد يكون هذا ضروريًا حتى يتم تلبية المعايير الدنيا لكل من كمية المياه وجودتها. غالباً ما تكون الصنابير والآبار والآبار في حالة سيئة بسبب النزاع أو الكارثة الطبيعية أو لعدم وجود نظام صيانة فعال. وفي الصراعات، قد يستخدم الحرمان من الوصول إلى المياه كاستراتيجية متعمدة من أطراف النزاع، وهو الأمر الذي يحرّمه القانون الإنساني الدولي مطلقاً.

تشاور مع أعضاء المجتمع والجهات المعنية ذات الصلة لفهم كيفية استخدامهم للمياه وحصولهم عليها، إذا كانت هناك أي قيود على الوصول للمياه، وكيف يتغير هذا حسب الموسم.

معايير الإمداد بالمياه 1.2: الوصول للمياه وكميتها

يتمتع الأشخاص بإمكانية وصول منصفة وميسرة إلى كمية كافية من المياه الآمنة للوفاء باحتياجات الشرب والاحتياجات المنزلية.

الإجراءات الأساسية

1 تحديد أكثر موارد المياه السطحية أو الجوفية من حيث الملائمة، مع الأخذ في الاعتبار الآثار البيئية المحتملة.

- خذلعين الاعتبار التغيرات الموسمية في الإمداد بالمياه والطلب عليها، وآليات الوصول إلى مياه الشرب والمياه المنزلية أو المياه المخصصة لسلب العيش.
- تعرف على مصادر المياه المختلفة والقائمين على الإمداد والتشغيل، وإمكانية الوصول للمياه في المجتمعات والأسر.

2 تحديد مقدار المياه المطلوبة والنظم الضرورية لتحقيق ذلك.

- اعمل مع الجهات المعنية لتحديد النقاط المائية التي توفر وصولاً آمناً وعادلاً لجميع أفراد المجتمع.
- أنشئ نظم تشغيل وصيانة تقدم تكليفاً واضحاً للمسؤوليات وتشمل الاحتياجات المستقبلية من أجل تحقيق الوصول المستدام.

3 احرص على وجود تصريف مناسب لنقاط الإمداد بالمياه الموجودة في مراافق الغسل والاغتسال والطهي وغسل اليدين في المنازل والأماكن الجماعية.

- ابحث عن فرص إعادة استخدام المياه، كما هو الحال في حدائق الخضروات أو صناعة الطوب أو الري.

المؤشرات الأساسية

متوسط كمية المياه المستخدمة للشرب والنظافة المنزلية لكل أسرة

- 15 لتر كحد أدنى للشخص في اليوم

- تحديد الكمية اعتماداً على السياق ومرحلة الاستجابة

الحد الأقصى للأشخاص الذين يستخدمون مراافق تعتمد على المياه

- 250 شخص لكل صنبر (اعتماداً على معدل تدفق يبلغ 7.5 لتر في الدقيقة)

- 500 شخص لكل مضخة يدوية (اعتماداً على معدل تدفق يبلغ 17 لتر في الدقيقة)

- 400 شخص لكل بئر مفتوح (اعتماداً على معدل تدفق يبلغ 12.5 لتر في الدقيقة)

- 100 شخص لكل مرفق من مراافق غسيل الملابس

- 50 شخص لكل مرفق من مراافق الاغتسال

نسبة الدخل الأسري المستخدم لشراء المياه للشرب والنظافة المنزلية

- الهدف 5 بالمائة أو أقل

نسبة الأسر المستهدفة الذين يعرفون متى وأين يمكنهم الحصول على المياه المرة القادمة

المسافة بين أي أسرة وأقرب نقطة إمداد بالمياه

- < 500 متر

وقت الانتظار في الصيف عند مصادر المياه

- < 30 دقيقة

نسبة نقاط توزيع المياه الجمعية الخالية من المياه الراكدة

نسبة مراافق/نظم المياه التي تمتلك نظام إدارة فعال ويُخضع للمسائلة ويتم تنفيذه

ملاحظات إرشادية

اختيار مصدر المياه ينبغي أن يأخذ في الاعتبار:

- توفر كمية كافية من المياه وسلامتها وقربها واستدامتها؛

- ضرورة معالجة المياه وجدواها، سواء كانت بالجملة أو على مستوى الأسر؛

- العوامل الاجتماعية والسياسية والقانونية التي تؤثر على المصدر (قد تكون السيطرة على مصادر

- المياه موضع جدل، لاسيما خلال النزاعات).

غالباً ما تكون هناك حاجة لمزيج من الأجهزة والمصادر في المراحل الأولى للأزمة لتلبية احتياجات البقاء على قيد الحياة. وقد تكون مصادر المياه السطحية هي الحل الأسرع، على الرغم من حاجتها للمعالجة، إن مصادر المياه الجوفية أو الإمدادات المتدايرة بفعل الجاذبية من الينابيع هي الاختيار الأفضل، حيث لا تحتاج إلى معالجة، فيما لا تحتاج تلك المتدايرة بفعل الجاذبية عملية ضخ، راقب جميع المصادر بانتظام لتجنب الإفراط في الاستخراج [انظر معيار المأوى والمستوطنة 2: تخطيط الموقع والمستوطنة.](#)

الاحتياجات: تعتمد كمية المياه اللازمة للشرب والنظافة وال استخدام المنزلي على السياق وعلى مرحلة الاستجابة، حيث ستتأثر بعوامل مثل الاستخدام والعادات قبل الأزمة وتصنيم احتواء الفضلات [انظر فهم معيار مخاطر الإمداد بالمياه والإصلاح والنهوض بالنظافة وإدارتها 1.1: معيار إدارة الفضلات 2.3.](#)

يعد مقدار 15 لتر كحد أدنى للشخص في اليوم ممارسة مؤكدة (معتمدة) وهو لا يشكل «حداً أقصى» مطلقاً وقد لا يناسب جميع السياقات أو مراحل الاستجابة. على سبيل المثال، فهو غير مناسب إذا كان الأشخاص

نازحين لعدة سنوات. وفي المرحلة الحادة من الجفاف، يمثل مقدار 7.5 لتر الشخص يومياً حدّاً مناسباً لفترته قصيرة. وفي السياقات الحضرية متوسطة الدخل، قد يكون معدل 50 لتر للشخص في اليوم هو القدر المقبول للحفاظ على الصحة والكرامة.

يجب النظر لعواقب تقديم كميات مختلفة من المياه بالمقارنة مع معدلات الاعتلal والوفيات بسبب الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة. نسق مع الجهات الفعالة الأخرى في الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة للتوافق حول مؤشرات مشتركة على الكمية. وللحصول على توجيه حول تحديد كميات المياه لاستخدامات البشرية وللماشية والمؤسسات وغيرها من الاستخدامات انظر معايير الرعاية الصحية الأساسية - الأمراض المعدية 2.1.1 إلى 2.1.4 وملحق الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 3. لتلبية احتياجات المياه للماشية في الطوارئ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ.

الاحتياجات	الكمية (لتر/شخص/يوم)	يتم التكيف مع السياق على أساس
للبقاء: تناول المياه (للشرب والغذاء)	3-2.5	المناخ وفيسيولوجية الشخص
ممارسة النظافة	6-2	الأعراف الاجتماعية والشخصية
الطهي الأساسي	6-3	نوع الطعام والأعراف الاجتماعية والثقافية
إجمالي المقدار الأساسي من المياه	15-7.5	

الحد الأدنى من احتياجات المياه الأساسية للبقاء

تحتفل احتياجات المياه ضمن السكان، لاسيما لذوي الإعاقة أو الذين يعانون عوائق حركية وبين الفئات أصحاب الممارسات الدينية المختلفة.

القياس: لا تقم ببساطة بقسمة كمية المياه التي يتم توزيعها على عدد السكان الذين تخدمهم حيث تُعد المسحوق الاستقصائية للأسر والملاحظات ومجموعات المناقشة المجتمعية طرق أكثر فاعلية في جمع البيانات حول استخدام المياه واستهلاكها من قياس كمية المياه التي تُنقل أو تضخ أو قياس استخدام المضخات اليدوية. نوع بين تقارير نظام المياه وبين التقارير المنزلية.

إمكانية الوصول والإنصاف: تشمل نقاط استخدام المياه أماكن الاغتسال الجماعية ومرافق الطهي وغسل الملابس والمراحيض، فضلاً عن المنشآت المؤسسة مثل المدارس أو مرفاق الصحة.

يفترض استهداف الحد الأدنى من الكمية (انظر المؤشرات أعلاه) إلى إمكانية الوصول إلى نقاط استخدام المياه لفترة تقرب من 8 ساعات يومياً من الإمداد الثابت بالمياه. استخدم تلك المستهدفات بحذر، حيث لا تضمن الحد الأدنى من كمية المياه أو إمكانية الوصول المنصفة.

استجابات المياه والإصلاح يجب أن تعالج احتياجات كل من السكان المضيفين والنازحين بشكل متساوٍ لتجنب التوتر والصراع.

ضع في الاعتبار خلال التصميم اختلاف الحاجات باختلاف الفئات والجنس، كذلك الإعاقة أو إصابة الأشخاص بعوائق حركية. وحدد موضع نقاط استخدام المياه المتاحة لتكون قريبة بشكل كافي للأسر للحد من التعرض لأي مخاطر على الحماية.

بلغ الأشخاص المتضررين عن الموعد والمكان المتوقعين لتوصيل المياه وعن استحقاقهم للتوزيع المنصف وعن كيفية تقديمهم للتعقيبات.

الذهاب والإياب ووقت الانتظار في الصف: تشير الأوقات المفرطة للذهاب والإياب والانتظار في الصف إلى عدم كفاية عدد نقاط استخدام المياه أو نقص في ناتج مصادر المياه. وقد يؤدي هذا إلى الحد من استهلاك

الفد للمياه، ويرفع من استهلاك المياه من مصادر سطحية غير محمية، ويؤدي إلى الحد من أوقات واجبات أخرى على شاكلة التعليم أو نشاطات اكتساب الدخل. كما يؤثر وقت الانتظار كذلك على خطر حدوث عنف عند الصنبور \oplus انظر مبدأ الحماية التزام المعيار الإنساني الأساسي 1.

حاويات مياه ملائمة: \oplus انظر معيار النهوض بالنظافة 2.1: تحديد مستلزمات النظافة والوصول إليها واستخدامها. قم بتعديل عدد الحاويات وحجمها حيثما استخدمت طرق معالجة المياه وتخزينها الامن على مستوى الأسرة. على سبيل المثال، سوف تتطلب عملية التخثر والتجلط والتطهير دلوين وقطعة قماش للتصفية وأداة للتحريك.

البرمجة المعتمدة على السوق من أجل المياه: حلل كيفية وصول الأسر إلى المياه والحاويات قبل الأزمة وبعدها. من المفترض أن يوجه هذا التقىيم البسيط للسوق القرارات المتعلقة بتوفير وصول مستدام إلى المياه على المدى القصير والطويل.

حدد كيفية استخدام سوق المياه ودعمه وتطويره، مع الأخذ في الاعتبار تحقيق طريقة تجمع بين المساعدة المعتمدة على النقد للأسر والمنح وبناء القدرات للبائعين أو الموردين أو وسائل أخرى.

تبعد أسعار السوق شهرياً (المياه والوقود) للنظر في نفقات الأسر بمروor الوقت، واستخدم تلك الاتجاهات في توجيه التغيرات في تصميم البرنامج \oplus انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

الدفع: يجب ألا تزيد تكلفة المياه عن 3-5 بالمئة من دخل الأسرة. انتبه لكيفية تغطية الأسر للتکاليف المرتفعة خلال الأزمة واتخذ خطوات لمواجهة آليات التكيف السلبية \oplus انظر مبدأ الحماية 1. وتأكد من إدارة نظم التمويل بطريقة شفافة.

إدارة نظم المياه والبنية التحتية: العمل مع المجتمع والجهات المعنية الأخرى لتقرير إقامة نقاط الإمداد بال المياه وتصميمها واستخدامها (سواء كانت خطوط فورية أو طويلة الأجل). ويشمل هذا مرافق الاغتسال والطهي وغسل الملابس والمراحيض والمؤسسات مثل المدارس والأسواق والمراافق الصحية. استخدام التغذية الراجعة لتكيف إمكانية الوصول إلى مرافق المياه وتعزيزها.

انظر في هيكل حوكمة المياه السابقة واللاحالية وكذلك قدرة الناس وإرادتهم في الدفع مقابل المياه والخدمات الصحية والآليات استرداد التكاليف. وانظر في الاستثمار الرأسمالي في نظم الإمداد بالمياه التي تقدم توافر طويل الأمد أو حجم اقتصادي كبير. وقم بمقارنة البديل على شاكلة الضخ بالطاقة الشمسية أو نظام نقل المياه بالأنابيب مع ناقلات مياه، لاسيما في الأزمات الممتدة في المناطق الحضرية والمستوطنات البشرية الجماعية.

توفير وسائل تشغيل نظم المياه وصيانتها للناس عن طريق لجان الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة أو الشراكات مع القطاع الخاص أو العام.

استخدام المياه المعبأة: تعد المياه المعالجة أكثر فاعلية من حيث التكلفة كما أنها ملائمة وسليمة من الناحية التقنية عن المياه المعبأة في زجاجات بسبب النقل والتكلفة والجودة وإنتاج النفايات. يمكن عمل استثناءات على المدى القصير (للأشخاص المتنقلين على سبيل المثال). أنشئ نظام مناسب لإدارة النفايات البلاستيكية.

مرافق غسل الملابس والغسل والاغتسال: إذا لم يكن في الإمكان توفير مرافق اغتسال خاصة بالأسرة، قم بتوفير مرفاق منفصل للرجال والنساء لضمان السلامة والخصوصية وحفظ الكرامة.

تشاور مع المستخدمين، لاسيما النساء والفتيات ذوي الإعاقة، للتقرير بشأن موقع المرافق وتصميمها وسلامتها. راعِ إمكانية الوصول إلى المياه الساخنة للاغتسال وغسل الملابس خلال سياقات محددة، مثل الاستجابة لمرض الجرب أو خلال التغيرات المناخية.

التصريف من نقاط الإمداد بالمياه ومناطق غسل الملابس ومراافق الاغتسال ومحطات غسل اليدين: احرص على ألا تُشكل مياه الصرف خطراً صحيًا أو تشكل أرضاً خصبة لتواءل الأمراض عند بناء نقاط توزيع المياه واستخدامها وإعادة تأهيلها، وضع خطة صرف شاملة بالتعاون مع مخططي الموقع وقطاع المأوى والسلطات البلدية أو أي منهم.

سوف يتزمر تصميم نظم الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة وبنيتها التحتية بمتطلبات الصرف. على سبيل المثال، يجب أن يكون مقدار الضغط عند منصات الصنابير أو حجم نقطة الإمداد بالمياه أو ساحة غسيل الملابس، وكذلك الارتفاع من الصنبور إلى الجزء السفلي من حاوية المياه مناسباً انظر معيار المأوى والمستوطنة 2: تحطيط الموقع والمستوطنة.

المعيار رقم 2.2: جودة المياه

المياه مستساغة وذات جودة ملائمة للشرب والطهي والنظافة الشخصية والمنزلية دون أن تسبب أي خطر على الصحة.

الإجراءات الأساسية

- 1 تعرف على مخاطر الصحة العامة المرتبطة بالمياه المتأتية وحدد أفضل طريقة للحد منها.
- أحِرْ مصادر المياه وجدد المسح الاستقصائي الصحبي بانتظام عند المصدر ونقطة الإمداد.
- 2 حدد أفضل طريقة ملائمة لضمان المياه الصالحة للشرب عند نقطة الاستهلاك أو الاستخدام. تشمل خيارات المعالجة معالجة المياه بالجملة وتوزيعها، مع جمعها وتخزينها بطريقة آمنة على مستوى الأسرة، أو معالجة المياه على مستوى الأسرة وتخزينها بأمان.
- 3 قلل من تلوث المياه بعد التوصيل عند نقاط الاستهلاك أو الاستخدام.
- جهز الأسر بحاويات آمنة لجمع مياه الشرب وتخزينها، وكذلك وسائل سحب المياه بأمان للشرب.
- قيس مُعامل جودة المياه (بقايا الكلور الحرة ووحدات تشكيل بكتيريا الكولييفورم) عند نقطة التوصيل ونقطة الاستهلاك أو الاستخدام.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأشخاص المتضررين الذين حصلوا على مياه الشرب من مصادر مياه محمية نسبة الأسر التي تمت ملاحظتها تخزن المياه بأمان في حاويات نظيفة ومحظاة طوال الوقت

نسبة اختبارات جودة المياه التي حققت معايير الحد الأدنى لجودة المياه

- >10 وحدات تشكيل بكتيريا كولييفورم/100 مل عند نقطة التوصيل (مياه غير مكلورة)
- >0.5-0.2 مغ/لتر من بقايا الكلور الحرة عند نقطة التوصيل (مياه مكلورة)
- التعكر أقل من 5 وحدة فورمازين للتعكر



ملاحظات إرشادية

الحفاظ على سلسلة المياه الصالحة للشرب: تشكل الأمراض المرتبطة بالمياه خطراً على سلامة سلسلة إمداد المياه، وتشمل مواقع انتقال العدوى من الغائط للفم احتواء الفضلات وتغطية الطعام وغسل الأيدي في الأوقات الأساسية والحصول على المياه وتخزينها بشكل آمن [انظر معيار النهوض بالنظافة 1.1. معيار إدارة الفضلات 2.3 والملحق 1: مخطط F.](#)

يشمل تقييم مخاطر سلسلة إمداد المياه، بدءاً من مصدر المياه حتى حاوية تخزين مياه الشرب، ما يلي:

1. مسح استقصائي صحي لنقطة إمداد المياه؛
2. الانتباه حول استخدام حاويات منفصلة لجمع المياه وتخزينها؛
3. الانتباه حول نظافة حاويات مياه الشرب وتغطيتها؛
4. اختبار جودة المياه.

إذا كان هناك احتمال كبير لعدم سلامة المياه، فيمكن لهذه الإجراءات تسليط الضوء على المخاطر الواضحة دون إجراء اختبارات كثيفة العمالة لجودة المياه المنزلية.

يقدر المسح الاستقصائي الصحي الظرف والممارسات التي قد تشكل خطراً على الصحة العامة، ويمكنها كذلك الكشف عن احتمال تلوث المياه عند نقطة إمداد المياه وخلال النقل وفي المنزل. وتأخذ في الاعتبار ممارسات قضاء الحاجة والصرف وممارسات التعامل مع النفايات الصلبة باعتبارها مصادر محتملة للتلوث.

جودة المياه: عند التشغيل التجريبي لمصدر مياه جديد، اختبر المياه حسب المعاملات الفيزيائية والبكترولوجية والكيميائية، افعل ذلك قبل التقليبات الموسمية المحلية وبعدها. لا تهمل تحليل المعاملات الكيميائية (مثل مستويات الفلوريد والزنخ)، والتي قد تؤدي إلى مشاكل صحية طويلة الأجل.

تشير البكتيريا القولونية البرازية (والتي تشكل بكتيريا الإشريكية القولونية ما يزيد عن 99 منها) إلى مستوى تلوث المياه بالفضلات البشرية والحيوانية، واحتمال وجود مسببات أمراض ضارة أخرى. عالج المياه في حالة وجود أي بكتيريا قولونية برازية، حتى عند عدم العثور على الإشريكية القولونية، فالمياه معرضة لإعادة التلوث في حالة عدم وجود بقايا للمطرور.

أجر فحوصات عشوائية في المنازل لقياس بقايا الكلور الحرة عند كلورة المياه (قبل التوزيع أو عند المعالجة على مستوى الأسرة) وقمر بالمعالجة عند الصورة. توثر مرات توصيل المياه ودرجة الحرارة وطول وقت تخزين المياه على مقاييس بقايا الكلور الحرة على مستوى المنزل (تبييد الكلور).

تعزيز المصادر المحمية: قد يُفضل الناس مصادر المياه غير المحمية على شاكلة الأنهر والبحيرات والآبار غير المحمية لأسباب تتعلق بالطعم والقب أو الراحة الاجتماعية. افهم طريقة تفكيرهم وقمر بصياغة رسائل ونشاطات تعزز مصادر المياه المحمية.

مياه مستساغة: إذا لم يكن طعم المياه الصالحة للشرب جيداً (بسبب الملوحة أو كبريتيد الهيدروجين أو مستويات الكربون التي لم يعتد الناس عليها)، قد يتوجه الناس للشرب من مصادر ذات طعم أفضل إلا أنها غير آمنة. استخدم المشاركة المجتمعية ونشاطات النظافة لتعزيز المياه الصالحة للشرب.

تطهير المياه: ينبغي معالجة المياه بأحد المطهّرات العالقة على شاكلة الكلور إذا كان هناك خطر كبير على تلوث المصدر أو بعد التوصيل. يتم تحديد الخطر حسب كثافة السكان وترتيبات التخلص من الفضلات وممارسات النظافة وانتشار الأمراض المسببة للإسهال. ويجب أن يكون التعرّك أقل من 5 وحدات فورمازين للتعرّك. فإذا كان أعلى، انظر في الكلورة مذدوجة الجرعة لفترة قصيرة إذا لم يكن هناك بديل، ولا تفعّل ذلك إلا بعد تدريب المستخدمين على ترشيح المياه وتركها لتسقّر وصيّبها للحد من التعرّك قبل المعالجة. وانتبه لبيان

تأثير الكربون اعتماداً على طول التخزين ونطاق درجة الحرارة، ومن ثم اشتمل هذه العوامل في فترات الجرعات واللامسة [انظر الملحق 6: شجرة اتخاذ قرار معالجة المياه وتتخزينها في الأسرة.](#)

الكمية مقابل الجودة: أعط الأولوية للكمية عن الجودة إذا لم يكن من الممكن الوفاء بمعايير الحد الأدنى لكمية المياه وجودتها. يمكن استخدام حتى المياه ذات الجودة المتوسطة في منع الجفاف وتحقيق الإجهاد ومنع الأمراض المسببة للإسهال.

التلوث بعد التسليم: قد تتحول المياه الآمنة عند نقطة التوصيل إلى ملوثة خلال الحصول عليها وت تخزينها وسحب مياه الشرب. عليك الحد من هذا من خلال الممارسات الآمنة للحصول على المياه وت تخزينها. نظر صهاريج التخزين في المنزل أو المستوطنة بشكل منتظم ودرّب المجتمع على القيام بذلك [انظر معايير النهوض بالنظافة 2.1.9.](#)

معالجة المياه وت تخزينها الآمن على مستوى الأسرة: استعن بمعالجة المياه وت تخزينها الآمن على مستوى الأسرة في حالة عدم إمكانية تشغيل نظام مركزي لمعالجة المياه. وتشمل خيارات معالجة المياه وت تخزينها الآمن على مستوى الأسرة التي تقلل من الإسهال وتعزز الجودة الميكروبيولوجية للمياه المنزليه المخزنة الغلي والكلورة والتقطير الشمسي والتريشيج الخفي والتريشيج البطيء بالرمال والتريشيج بالأغشية والنندف والتطهير. اعمل مع القطاعات الأخرى للتواافق على متطلبات الوقود المنزلي والوصول إليه لغلي المياه، وتجنب توفير طريقة معالجة غير مألفة في الأزمات والأوبئة. يتطلب الاستخدام الفعال لمعالجة المياه وت تخزينها الآمن على مستوى الأسرة إلى متابعة ودعم ومراقبة مستمرة، وكذلك متطلبات مسبقة لاعتماد معالجة المياه وت تخزينها الآمن على مستوى الأسرة كطريقة بدائلة لمعالجة المياه [انظر الملحق 6: شجرة اتخاذ قرار معالجة المياه وت تخزينها في الأسرة.](#)

جودة المياه للمؤسسات: قم بمعالجة جميع إمدادات المياه للمدارس والمستشفيات والمراكز الصحية ومراكز التغذية باستخدام الكلور أو مطهر عالي آخر [انظر الملحق 3: الكميات الدنيا من المياه: أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية.](#)

التلوث الكيميائي والإشعاعي: أجر تحليلًا كيميائياً حين تظهر السجلات الهيدروجيولوجية أو الأعمال الصناعية أو العسكرية احتمال احتواء إمدادات المياه على أخطار كيميائية أو إشعاعية على الصحة العامة. يجب ألا يتم اتخاذ قرار باستخدام مياه يُرجح تلوثها للإمدادات طويلة الأجل إلا بعد تحليل شامل للأثار الصحية ومع تصديق السلطات المحلية.



3. إدارة الفضلات

يعد خلو البيئة من الفضلات البشرية أمر ضروري لحفظ كرامة الإنسان وأمنه وصحته ورفاهيته. يشمل هذا البيئة الطبيعية جنباً إلى جنب مع بيئات المعيشة والتعلم والعمل. وتعد الإدارة الآمنة للفضلات أولوية فيما يتعلق بالإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة. ولا يقل هذا في أهميته عن توفير إمدادات المياه الآمنة في حالات الأزمات.

ينبغي أن يتمتع جميع الأشخاص بامكانية الوصول إلى مراحيض مناسبة وآمنة ونظيفة وفعالة، حيث يعد القيام بقضاء الحاجة مع حفظ الكرامة مسألة شخصية للغاية. إن الملاحة تحددها الممارسات الثقافية والعادات اليومية للناس وعاداتهم وتصوراتهم وإذا ما كان الأفراد اعتادوا استخدام مراافق الإصلاح من قبل. وبشكل قضاء الحاجة غير المنضبط خطراً كبيراً على الصحة، لاسيما عند ارتفاع الكثافة السكانية وحيثما تعرض الأفراد للنزوح وفي البيئات المطيرة أو الرطبة.

تستخدم مصطلحات مختلفة في قطاع الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة لتعريف مراافق إدارة الفضلات. في هذا الدليل، مصطلح «مرحاض» يعني أي مرفق أو تجهيز يحتوي الفضلات بشكل مباشر ويشكل الحاجز الأول بين الأفراد والفضلات [+ انظر الملحق 1: مخطط F](#). سوف تُستخدم كلمة «مرحاض» بدليلاً عن مقابلاتها اللغوية في هذا الدليل.

احتواء الفضلات البشرية بعيداً عن الأفراد يشكل حاجزاً أولياً للأمراض المرتبطة بالفضلات عن طريق الحد من المسارات المباشرة وغير المباشرة لانتقال الأمراض [+ انظر الملحق 1: مخطط F](#). ينبغي أن يتکامل احتواء الفضلات مع الجمع والنقل والمعالجة والتصريف وذلك للحد من المخاطر على الصحة العامة والأثر البيئي.

قد يشير وجود الفضلات في بيئات المعيشة والتعليم والعمل إلى مشكلات تتعلق بالحماية. وقد لا يشعر الأفراد بالأمن لاستخدام المراافق، لاسيما في المناطق المأهولة بالسكان.

في هذا السياق سيتم تعريف الفضلات البشرية بأنها الفضلات التي يتم إخراجها من الجسم، لاسيما الغائط والبول وفضلات الحيض. وتحطي معابر هذا القسم سلسلة الفضلات بكمالها، بدءاً من الاحتواء الأولى للفضلات حتى المعالجة النهائية.

معايير إدارة الفضلات 1.3: بيئة خالية من الفضلات البشرية

احتواء جميع الفضلات بأمان في الموقع لتجنب تلوث البيئة الطبيعية وبيئات المعيشة والتعليم والعمل والبيئة الجماعية.

الإجراءات الأساسية

1 أنشئ مراافق في الاحتواء الفوري للفضلات في المستوطنات الجمعية حديثة الإنشاء أو تلك التي تضررت بنيتها التحتية بشكل كبير.

2 أزل التلوث من أي مساحات معيشة أو تعلم أو عمل أو مصادر مياه سطحية أصابها تلوث بالغائط فوراً.

صمم جميع مراافق إدارة الفضلات وشيدها استناداً إلى تقييم مخاطر التلوث المحتمل لأي مياه سطحية أو مصدر للمياه الجوفية.

قِيم التضاريس والظروف الأرضية والمياه الجوفية والمياه السطحية المحلية (بما يشمل التغيرات الموسمية) لتجنب تلوث مصادر المياه وإرشاد الخيارات التقنية.

احتوا غائط الأطفال والرضع وتخلص منه بطريقة آمنة.

صمم جميع مراافق إدارة الفضلات وشيدها لتخد من إمكانية وصول ناقلات الأمراض التي تشكل مشكلات إلى الفضلات.

المؤشرات الأساسية

لا يوجد غائط بشري في البيئة التي يعيش فيها الناس ويتعلمون ويعملون مناسبة موقع جميع مراافق احتواء الفضلات ووقوعها على مسافة مناسبة من أي مصدر للمياه السطحية أو الجوفية

ملاحظات إرشادية

المراحل: كافح القضاء العشوائي للحاجة كمسألة ملحة فوراً بعد الأزمة، وأنشئ مناطق ومواءم لقضاء الحاجة وشيد مراحيض عامة، وابداً في حملة نظافة منتظمة. امنع أيضاً قضاء الحاجة بالقرب من جميع مصادر المياه (سواء كانت مستخدمة للشرب أم لا) وخزانات المياه ومراافق معالجة المياه. ولا تنسَ موقع لقضاء الحاجة تكون مرتفعة أو في عكس اتجاه الريح للمستوطنات. ولا تنشئها بجانب الطرق العامة أو بالقرب من المراافق الجمعية (الاسيماء مراافق الصحة والتغذية) أو بالقرب من مناطق تخزين الغذاء وتجهيزه.

نفذ حملة نهوض بالنظافة تشجع التخلص الآمن من الفضلات وتخلق طلبًا على مزيد من المراحيض.

قيم مدى تضرر أنظمة الصرف الصحي القائمة في الأزمات الحضرية، وانظر في تركيب مراحيض متنقلة أو استخدام خزانات الصرف أو خزانات الاحتواء التي يمكن إزالتها أو حاليها بانتظام.



المسافة من مصادر المياه: احرص على عدم إصابة تلوث لمصادر المياه من مواد الغائط من مراافق الاحتواء (المراحيض ذات الخندق أو الحفر أو الأقبية أو خزانات الصرف أو حفر الترسيب). لا يعد التلوث بالغائط مسألة صحة عامة طارئة مالم يكن مصدر المياه مستخدماً، إلا أنه ينبغي تجنب الضرر البيئي.

أجر اختبارات نفاذية للتربة، حيثما أمكن، لتحديد سرعة تحرك النفايات خلال التربة (معدل التغلغل)، واستخدم ذلك لتحديد المسافة الدنيا بين مراافق الاحتواء ومصادر المياه. يعتمد معدل التغلغل على مستويات تشعث التربة وكذلك في حالة القيام بأي استخراج من المصدر وطبيعة الفضلات (تنقل الفضلات المحتونة على سوائل أكثر أسرع من السوائل المحتونة على سوائل أقل).

إذا لم يكن من الممكن إجراء اختبارات نفاذية التربة، يجب أن تكون المسافة بين مراافق الاحتواء ومصدر الماء 30 متر على الأقل، ويجب أن يكون قاع الحفر أعلى بمسافة 1.5 متر عن منسوب المياه الجوفية. زد هذه المسافات في حالة الصخور المتسلقة والصخر الجيري، وقللها في حالة التربة الناعمة.

في حالة ارتفاع منسوب المياه الجوفية أو حالات الفيضانات، اجعل البنية التحتية للاحتواء مانحة للمياه للحد من تلوث المياه الجوفية. ويمكن بذلك بناء مراحيض مرتفعة أو خزانات صرف لاحتواء الفضلات والجليولة دون تلوث البيئة. امنع صرف خزانات الصرف أو التسرب منها من تلوث المياه السطحية أو مصادر المياه الجوفية.

في حالة الاشتباه بحدوث تلوث، حدد مصدر التلوث واحتوه فوراً وابدأ في معالجة المياه. يمكن التعامل مع بعض ملوثات المياه عن طريق وسائل المعالجة بالتقنية على شاكلة الكلورة. وعلى جانب آخر، ينبغي الكشف عن مصادر بعض الملوثات على شاكلة التربات واحتواها. ميتميغولوين الدم هي حالة حادة إلا أنه يمكن إصلاحها وترتبط مع ارتفاع مستويات التربات في مياه الشرب، على سبيل المثال انظر معيار الإمداد بالمياه 2.2: جودة المياه.

احتواء غائط الأطفال: يشكل غائط الأطفال والرضع خطورة أكبر في العادة عن الكبار. وتكتُن أنواع العدوى المرتبطية بالفضلات بين الأطفال بشكل أكبر، وقد لا تكون أجسام الأطفال طورت أجسام مضادة لهذه الأنواع. قدم المعلومات للوالدين وللائمين بالرعاية حول التخلص الآمن من غائط الرضع وممارسات غسيل الملابس واستخدام الحفاضات أو الأقيصات أو الكراسي الم gioفة للتخلص منه بأمان.

معايير إدارة الفضلات 2.3: الوصول إلى المرحاض واستخدامها

تمتع الأشخاص بمرحاض كافية ومتاسبة ومحبولة مع تمعهم بالوصول السريع والآمن إليها طوال الوقت.

الإجراءات الأساسية

حدد الخيارات التقنية الأكثر ملائمة للمرحاض.

- صمم المرحاض وشيدها للحد من تهديدات الأمن والسلامة على مستخدميها وعمال الصيانة، لاسيما النساء والفتيات والأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة.
- افصل بين جميع المرحاضات الجماعية أو المشتركة حسب الجنس والعمur حسب الاقتضاء.
- قدر متطلبات المرحاض للسكان المتضررين استناداً إلى المخاطر على الصحة العامة والعادات الثقافية وعلى جمع المياه وتخزينها.

3 تشاور مع الجهات المعنية التمثيلية حول إقامة أي مرحاض مشتركة أو جماعية وتصميمها وتنفيذها.

- انظر في إمكانية الوصول والاستخدام حسب العمر والجنس والإعاقة؛ وكذلك من يواجهون صعوبات حركية؛ والمصابين بنقص المناعة البشرية؛ والمصابين بالسلس؛ والاقليات الجنسية والجنسانية.

4 حد موقع أي مرحاض جماعية بحيث تكون قريبة من الأسر بشكل كافي وذلك لتمكن الوصول الآمن وفي نفس نفس تكون بعيدة كفاية بحيث لا يتم وصم الأسر بقربها من المرحاض.

- وفر مراقب مناسبة داخل المرحاض للغسل والتجميف أو للتخلص من مستلزمات النظافة الحيوانية أو السلس.

5 تأكد من إمكانية التلبية المجدية للاختيارات التقنية لاحتياجات الإمداد بالماء.

- اشمل إمدادات كافية لغسل الأيدي بالصابون وللنظامة الشرجية ولاليات الدفق بالماء أو السدادات الصحية عند اختيارها.

المؤشرات الأساسية

نسبة المراحيض المشتركة لعدد السكان

- الحد الأدنى 1 لكل 20 شخص

المسافة بين المسكن والمرحاض المشترك

- الحد الأقصى 50 متر

نسبة المراحيض التي فيها أقفال داخلية وإضاءة مناسبة

نسبة المراحيض التي أفادت النساء والفتيات إنها «آمنة»

نسبة النساء والفتيات الراضيات عن خيارات التعامل مع النظافة الحيوانية في المراحيض التي يستخدمنهما بانتظام

ملاحظات إرشادية

ما هو الكافي والمناسب والمقبول؟ سوف يستند نوع المرحاض المعتمد على مرحلة الاستجابة وفضائل المستخدمين المستهدفين والبنية التحتية القائمة وتتوفر المياه لصرف المياه بالدفق وسلسل صرف المياه وتشكيل التربة وتتوفر مواد البناء.

تعد المراحيض كافية ومناسبة ومقبولة على وجه العموم إذا كانت:

- آمنة الاستخدام من جانب جميع قطاعات السكان، بما يشمل الأطفال وكبار السن والحوامل؛
وذوي الإعاقة؛
- موقعها يحد من التهديدات الأمينة على المستخدمين، لاسيما النساء والفتيات وغيرهن من الأشخاص ذوي المخاوف الأمينة الخاصة؛
- لا تقع بعيداً عن 50 متراً من المساكن؛
- توفر خصوصية تتفق مع توقعات المستخدمين؛
- يسيرة في استخدامها وحفظ نظافتها (تُستخدم المراحيض النظيفة بشكل أكثر تكراراً على وجه العموم)؛
- لا تشكل خطراً على البيئة؛
- تنمط بمساحة كافية لمختلف المستخدمين؛
- تنمط بأقفال داخلية؛
- يتوفر معها إمكانية وصول ميسرة للمياه لغسل اليدين والنظافة الشرجية والغسل بتدفق المياه؛
- توفر نظافة وتجفيف وتصريف بشكل كريم لمواد النظافة الحيوانية للنساء ونظافة الأطفال ومواد السلس للكبار؛
- تحد من تكاثر البعوض والذباب؛
- تحد من الراحقة.

وفر للمصابين بأمراض مزمنة، على شاكلة نقص المناعة البشرية، إمكانية وصول يسيرة للمرحاض، حيث كثيراً ما يعانون من إسهال مزمن وانخفاض القدرة على الحركة.

ارصد الاستخدام ونسبة الأشخاص الذين أفادوا أن المراحيض تلي احتياجاتهم، واستخدم هذه المعلومات لفهم الفئات التي لم يتحقق رضاها وكيف يمكن تحسين الموقف. انظر أيضاً في إمكانية الوصول والاستخدام حسب الجنس والعمر والإعاقة أو من جانب من يواجهون صعوبة في الحركة أو المصابين بنقص المناعة البشرية أو المصابين بالسلس.



إمكانية الوصول: يجب أن يحترم الخيار الفني الذي جرى تحديده حق جميع الأشخاص، بما في ذلك ذوي الإعاقة، في إمكانية الوصول الآمن لمراافق الإصلاح.

قد تكون هناك حاجة لتشييد مراحيض سهلة الوصول أو إضافات للمراحيض القائمة، أو تكييفها أو شراءها لتناسب الأطفال وكبار السن ذوي الإعاقة أو المصابين بالسلس. وكاسترداد عام، يجب توفير مراحيض محايدة من الناحية الجنسانية ذات مدخل مفرد ومزودة بمنحدرات أو مداخل مستوى، مع إمكانية وصول محسنة داخل الهيكل العلوي، بنسبة تبلغ 1 لكل 250 فرد كحد أدنى.

مواقف سليمة وأمنة: قد يتسبب التحديد غير المناسب لموقع المراحيض في جعل النساء والفتيات أكثر عرضة للهجمات، لاسيما خلال الليل. احرص على أن تشعر جميع الفئات المعرضة للخطر، بما في ذلك النساء والفتيات والصبيان وكبار السن وغيرهم من ذوي المخاوف المتعلق بالحماية، بالأمن والأمان عن استخدام المراحيض سواء أثناء الليل أو النهار. ووفر إضاءة مناسبة للمراافق وانظر في تزويد الفئات المعرضة للخطر بمشاعل. أسأل المجتمع عن كيفية تعزيز سلامة أفراده، لاسيما الأكثر تعرضاً للخطر. تشاور أيضاً مع الجهات المعنية في المدارس ومرافق الصحة والعيادات والمساحات الملائمة للأطفال والأسواق ومرافق التغذية.

لاحظ أنه ليس كافياً التشاور مع النساء والأطفال فقط حول سلامة مراافق الإمداد بالمياه والإصلاح والنهوض بالنظافة وتحقيقها للكرامة، حيث يتحكم الرجال في العديد من السيارات فيما يسمح للنساء والأطفال بفعله. انتبه لهذه التسلسلات الهرمية الاجتماعية وديناميكيات السلطة، وانخرط بفاعلية مع صناع القرار لتعزيز حقوق النساء والأطفال في الوصول الآمن للمراحيض والحمامات.

يمكن أن تعزز إضاءة المراافق الجماعية إمكانية الوصول إلا أنها قد تجذب الأفراد لاستخدام الإضاءة لأغراض أخرى. أعمل مع المجتمع، لاسيما أولئك الأكثر عرضة لتهديدات على سلامتهم، للبحث عن طرق إضافية للحد من تعرضهم للمخاطر.

التحديد الكمي لمتطلبات المرحاض: انظر في كيفية تكييف متطلبات المرحاض في السياق لتعكس التغيرات في بيئة المعيشة قبل الأزمة وبعدها والمتطلبات في المساحات العامة وأي مخاطر محددة على الصحة العامة. خلال المراحل الأولى من الأزمة المفاجأة السريعة، تعتبر المراحيض الجماعية حلاً فورياً مع نسبة تبلغ 1 لكل 50 شخص كحد أدنى، والتي يجب تحسينها في أقرب وقت ممكن. نسبة الحد الأدنى متوسطة الأجل هي 1 لكل 20 شخص مع نسبة 3 إلى 1 للنساء عن الرجال [انظر الملحق 4](#) لأرقام التخطيط وعدد المراحيض.

منزلية أم مشتركة أم جماعية؟ تعتبر المراحيض المنزلية هي الاختيار الأمثل، من حيث سلامة المستخدم وأمنه وراحته وحفظ كرامته، وكذلك الارتباطات الظاهرة بين الملكية والصيانة. وفي بعض الأحيان يعد اشتراك مجموعة صغيرة من المساكن في مرفاق مشتركة هو العرف القائم. يمكن تصميم المراحيض الجماعية أو المشتركة وبنائها بهدف ضمان إنجاز المراحيض المنزلية في المستقبل. على سبيل المثال، يوفر ترك ممرات الإصلاح في المستوطنات مساحة لبناء مرفاق جماعية بالقرب من أماكن الإيواء، ثم بناء مرفاق منزلية كما تسمح الميزانيات. وتتضمن ممرات الإصلاح إمكانية إزالة الترسيب والصيانة والتفكك.

ستكون المراحيض الجماعية ضرورية أيضاً في بعض الأماكن العامة أو الجماعية، على شاكلة مرافق الصحة والأسواق ومرافق التغذية والبيئات التعليمية وأماكن الاستقبال والأماكن الإدارية [انظر الملحق 4: الحد الأدنى من أعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة](#).

سوف تحتاج مرافق الإصلاح الجماعية التي جرى بناؤها خلال الاستجابة السريعة إلى متطلبات خاصة للتشغيل والصيانة. يمكن التوافق مع المجتمعات على الدفع لمنظفي المراحيض كنديبي مؤقت، مع وضع استراتيجية واضحة.

المياه ومواد التطهير الشرجي: عند تصميم المرافق، تأكيد من توفر مياه كافية أو ورق، حمام أو غيره من مواد التطهير الشرجي، وتشاور مع المستخدمين حول أنسب مواد التطهير وتأكد من التخلص الآمن من النفايات ومن استدامة الإمداد.

غسل اليدين: تأكيد من تمكين الموقف لغسل اليدين، بما يشمل المياه والصابون (أو بديل مثل الريماد) بعد استخدام المراحيض وغسل مؤخرة الطفل بعد قضاء الحاجة وقبل الطعام وتجيئه.

التعامل مع النظافة الحيوية: يجب أن تشتمل المراحيض على حاويات مناسبة للتخلص من المواد الخاصة بالحيض وذلك لمنع انسداد مواسير الصرف أو حدوث مشكلات في حفر الترسيب أو خزانات الصرف. تشاور مع النساء والفيات حول تصميم المراحيض لتوفير مساحة وإمكانية للمياه للغسل ومناطق تجفيف.

معيار إدارة الفضلات 3.3

إدارة جمع الفضلات ونقلها والتخلص منها ومعالجتها وصيانتها

إدارة مراافق إدارة الفضلات وبنيتها التحتية ونظمها وصيانتها بأمان لضمان تقديم الخدمة مع الوصول بالأثر على البيئة المحيطة للحد الأدنى.

الإجراءات الأساسية

1 أنشئ نظم للجمع والنقل والمعالجة والتصريف تتماشى مع النظم المحلية، وذلك بالعمل مع السلطات المحلية المسؤولة عن إدارة الفضلات.

- طبق المعايير الوطنية القائمة وتأكد من أن أي عبء زائد على النظم القائمة لا يؤثر بالسلب على البيئة أو المجتمعات.
- توافق مع السلطات المحلية وملوك الأرض حول استخدام الأرض لأي معالجة أو تصريف خارج الموقع.

2 حدد نظم للإدارة قصيرة الأجل وطويلة الأجل للمراحيض، لاسيما البنى السفلية (حفر التصريف والأقبية وخزانات الصرف وحفر الترسيب).

- صمم البنى التحتية وحدد حجمها لضمان قدرتها على احتواء جميع الفضلات وكذلك إمكانية إزالة أوحال الحفر.
- أنشئ أدوار ومسؤوليات واضحة وخاضعة للمساءلة وحدد مصادر التمويل للتشغيل والصيانة المستقبلية.

3 أرزل الحماً من مراافق احتواء الفضلات بأمان، مع الأخذ في الاعتبار أولئك الذين يقومون بالجمع والمحيطين بهم.

- 4 تأكيد من امتلاك الأشخاص للمعلومات والوسائل والأدوات والمواد لإنشاء مراحيضهم وتنظيفها وإصلاحها وصيانتها.

▪ نفذ حملات للنهوض بالنظافة عند استخدام المراحيض وتنظيفها وصيانتها.

- 5 تأكيد من إمكانية تأمين أية مياه مطلوبة لنقل الفضلات من مصادر المياه المتوفرة، دون وضع عبء لا داعي له على تلك المصادر.



المؤشرات الأساسية

يتم التخلص من جميع الفضلات البشرية بطريقة آمنة للصحة العامة والبيئة

ملاحظات إرشادية

إزالة الحماهي إزالة الفضلات (المعالجة كلياً أو جزئياً) من الحفر أو الأقبية أو الخزانات، ونقلها للمعالجة خارج الموقع وإلى مرفق التصريف. عند الحاجة لإزالة الأوحال، يجب تصميم العملية لتشمل عمليات التشغيل والصيانة والميزانيات من البداية.

تُصنف مياه المجاري أو مياه الصرف المنزلي بأنها مياه صرف صحى عند خلطها بالفضلات البشرية. ينبغي عدم السماح بخلط مياه الصرف المنزلي مع الفضلات البشرية مالم تكن المستوطنة مقامة في مكان يوجد فيه نظام صرف صحى قائم، حيث أن الصرف الصحى أصعب في المعالجة وأكثر تكلفة عن مياه الصرف المنزلي.

التخطيط: مبدئياً، خطط لوجود حجم 1-2 لتر من الفضلات البشرية للشخص في اليوم. وعلى المدى الطويل، خطط لوجود 40-90 لتر للشخص في السنة (يقل حجم الفضلات بسبب تحللها). وسوف يعتمد الحجم الفعلى على استخدام المياه للسطح والطرد من عدمه، وعلى استخدام مادة للتنظيف الشرجي أو استخدام المياه، وكذلك إذا كانت المياه أو مادة أخرى مستخدمة لتنظيف المراحيض وكذلك النظام الصحي للمستخدمين. تأكد من عدم اختلاط المياه المنزليه من أنشطة التنظيف والطهي أو من غسل الملابس والاغتسال إلى مراافق الاحتواء، حيث أن الزيادة في الحجم سوف تؤدي إلى مزيد من أعمال إزالة الأوحال. اترك 0.5 متر عند الجزء العلوي من الحفرة للردم.

حالات الصحة العامة المتخصصة، مثل نقش الكولييرا انظر معيار الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 6: المياه والإصلاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

الأسواق المحلية: استخدم المواد والعملاء المتوفرة محلياً لتشييد المراحيض عند الاقتضاء، حيث يعزز ذلك المشاركة في استخدام المرافق وصيانتها.

احتواء الفضلات في البيئات القاسية: في الفيصلات أو الأرمات الحضرية، قد يكون من الصعب توفير مرافق مناسبة لاحتواء الفضلات على وجه الخصوص. في هذه الحالات، انظر في استخدام المراحيض المرتفعة ومراحيض تحويل البول وخزانات احتواء الصرف والحقائب البلاستيكية القابلة للتخلص المؤقتة التي يمكن التخلص منها مع نظير جمع وتصريف مناسبة. ادعم هذه النهج المختلفة عن طريق نشاطات للنهوض بالنظافة.

الإفرازات باعتبارها مصدراً للموارد: تعد الفضلات كذلك مصدراً محتملاً للموارد. توفر تكنولوجيا لتحويل الولح المعالج إلى طاقة، على شكل الطوب القابل للاحتراق أو الغاز الحيوي.

يتتمكن الإصلاح الإيكولوجي أو عمليات صنع السماد من استعادة الأجزاء العضوية والمغذيات من مزيج من النفايات البشرية ونفايات المطبخ العضوية. يمكن استخدام السماد الناتج كمحسن للتربيه أو سماد للحدائق المنزلية.

4. مكافحة نوائل الأمراض

ناقل المرض هو وسيط حامل للمرض. تشتَّتِ نوائل الأمراض مسأًى من مصدر المرض إلى البشر. وتعتبر الأمراض المحمولة بنوائل المرض سببًا رئيسيًّا للمرض والوفاة في العديد من الأوضاع الإنسانية. معظم نوائل المرض حشرات، مثل البعوض والذباب والقمل، إلا أن القوارض ناقلة للأمراض أيضًا. كما أن بعضها يتسبَّب في لدغات مؤلمة. وقد تمثل نوائل الأمراض أعراض لمشكلات في إدارة النفايات الصلبة أو الصرف أو الفضلات البشرية أو سوء اختيار الموقع أو مشكلات أوسع نطاقًا تتعلق بالأمن والسلامة.

يمكن أن يكون المرض المحمول بنوائل معدًّا وقد يحتاج حل المشكلات المتعلقة بنوائل إلى مشورة متخصصة. وبالرغم من ذلك، يمكن للتدارير بسيطة وفعالة منع انتشار هذه الأمراض.

قد لا يكون لبرامج مكافحة نوائل الأمراض أي تأثير إذا استهدفت الناقل الخطأ أو استخدمت أساليب غير فعالة أو استهدفت الناقل الصحيح في مكان خطأ أو وقت غير مناسب. يجب أن تستهدف المكافحة دورة حياة النوائل وإيكولوجيتها وأن تستند عليها.

ينبغي أن تهدف برامج المكافحة إلى الحد من الكثافة العددية للنوائل ومواقع تكاثرها والاتصال بين البشر والنوائل. عند تطوير البرامج، استعن بالدراسات الحالية والتتمس مشورة الخبراء من منظمات الصحة الوطنية والدولية. التتمس المشورة المحلية حول أنماط المرض وموقع التكاثر والتغيرات الموسمية في عدد النوائل وإصابات المرض.

تركز المعايير في هذا القسم على الحد من مشكلة النوائل أو التخلص منها لمنع الأمراض المحمولة بنوائل وللحذر من الإزعاج. ومن الضروري القيام بمكافحة النوائل عبر عدة قطاعات انظر معيار المأوى والمستوطنة 2 والرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 1.1.2 ومعيار المساعدة الغذائية 2.6.

معايير مكافحة نوائل الأمراض 1.4:

مكافحة نوائل الأمراض على مستوى المستوطنة

استهداف من يعيشون في بيئة تكاثر فيها نوائل المرض وكذلك موقع التغذية للحد من خطر المشكلات المتعلقة بنوائل الأمراض.

الإجراءات الأساسية

1 قدر خطر المرض المحمول بنوائل في منطقة محددة.

حدد إذا ما كانت معدل الإصابة في المنطقة أكبر من المحدد من جانب منظمة الصحة العالمية أو المعيار الوطني المحدد.

تعرف على المواقع المحتملة لتكاثر النوائل ودورة حياتها، لاسيما التغذية، بالاستعانة بالخبرات والمعرفة المحلية المتعلقة بنوائل المهمة.

2 حق المواءمة بين الإجراءات الإنسانية لمكافحة النوائل والخطط أو النظم المحلية لمكافحة النوائل ومع التوجيهات أو البرامج أو السياسات المحلية.

حدد مدى مناسبة المكافحة الكيميائية وغير الكيميائية للنواقل خارج المنازل استناداً إلى فهم دورة حياة الناقل.

- بلغ السكان حول الخطر المحتمل الناشئ من المكافحة الكيميائية للنواقل حول جدول إجراء المكافحة الكيميائية.
- درب جميع الموظفين المتعاملين مع المواد الكيميائية وجهزهم بملابس ومعدات وقاية شخصية.

المؤشرات الأساسية

نسبة موقع التكاثر المكتشفة والتي تم تعطيل دورة حياة الناقل فيها

ملاحظات إرشادية

المستوطنات البشرية الجماعية: يمثل اختيار الموقع جزءاً مهماً من الحد من تعرض الأشخاص المتضررين لخطر الأمراض المحمولة بالنواقل. وينبغي أن يمثل هذا أحد العوامل الرئيسية عند النظر في الموضع المحتمل. لمكافحة الملاريا، على سبيل المثال، حدد موقع المستوطنات البشرية الجماعية على بعد 2-1 كيلومتر في اتجاه عكس الريح من موقع التكاثر الكبير، على شاكلة المستنقعات أو البيارات، ولكن مع ضمان توفر مصدر إضافي للمياه النظيفة. ضع في الاعتبار الآخر الذي قد تتمثله المستوطنة الجديدة على وجود مشكلة للنواقل المرض على المجتمعات المضيفة المجاورة انظر معيار المأوى والمستوطنة 2: تخطيط الموقع والمستوطنة.

تقدير عوامل الخطر: أسس القرارات المتعلقة باستجابات مكافحة نوائل الأمراض على تقدير للمرض المحتمل وغيرها من المخاطر، وذلك فضلاً عن الأدلة السريرية والوبائية لمشكلات المرض المحمول بالنواقل. راجع أيضاً الحالات المشتبه بها والمؤكدة خلال فترة عامين سابقين في المنطقة المحددة. تشمل العوامل الأخرى التي تؤثر على هذا الخطر ما يلي:

- الحالة المناعية للسكان، بما يشمل التعرض السابق وحالة الإجهادات التخدودية وغيرها؛
- انتقال الناس (على شاكلة اللاجئين والتازجين داخلياً) من منطقة غير موبوءة إلى منطقة موبوءة (أحد الأسباب الشائعة للأدبية)؛
- نوع مسبب المرض وانتشاره، بين كل من نوائل المرض والبشر؛
- نوع ناقلات المرض وعدها وسلوكها وإيكولوجيتها (موسمها وموقع التكاثر) والكيفية المحتملة لتفاعلاتها؛
- زيادة التعرض للنواقل كنتيجة لقرب المستوطنة ونمطها ونوع المأوى والحماية الفردية القائمة وتداير تجنبها.

إزالة موقع تكاثر النواقل وتغذيتها أو تغذيتها: يمكن للعديد من نشاطات الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة أن يكون لها أثر كبير على تكاثر النواقل وأماكن تغذيتها، وهذا يشمل:

- إزالة المياه الراكدة أو المناطق الرطبة حول نقاط توزيع المياه ومناطق الاغتسال وغسل الملابس؛
- إدارة تخزين النفايات الصلبة على مستوى الأسرة وإدارة جمعها ونقلها ومعالجتها وموضع التخلص منها؛
- توفير أغطية لحاويات المياه؛
- إدارة الفضلات؛
- تنظيف أواح المراحيف والبني العلوية لتشبيط وجود النواقل؛

- إحكام إغلاق حفر المراحيض الخارجية لضمان عدم انتقال الغائط للبيئة وعدم دخول النواقل المسببة للمشكلة إلى الحفر؛
- إدارة برامج للنهوض بالنظافة فيما يتعلق بالنظافة العامة؛
- الاحفاظ على تغطية الآثار أو معالجتها بمبيد البرقات أو كلابها (على سبيل المثال في المناطق التي تتفشى فيها حمى الضنك).

الأنواع الثلاث الرئيسية من البعوض المسئولة عن نقل المرض هي:

- بعوضة الكوليكس (الخيطيات وفيروس غرب النيل)، والتي تتكاثر في المياه الراكدة المحتوية على مياه عضوية، مثل المراحيض؛
- بعوضة الأنوفيليس (المalaria والخيطيات)، والتي تتكاثر في المياه السطحية غير الملوثة نسبياً مثل البرك والجداول بطبيعة التدفق، والأبار؛
- الزاعجة (حمى الضنك والحمى الصفراء وداء شيكونغونيا وفيروس زيكا)، والتي تتكاثر في حاويات المياه مثل الزجاجات والدلاء والإطارات.

المكافحة البيولوجية وغير كيميائية: توفر المكافحة البيولوجية كائنات حية تتغذى على أنواع ناقل المرض المستهدف أو تتغفل عليه أو تتنافس معه أو تحد من أعداده. على سبيل المثال، تكافح الأسماك المتغذية على البرقات والأسماك القرشية في المياه العذبة بعوض الزاعجة (نواقل حمى الضنك). وأحد أهم الاستراتيجيات الواعدة هي استخدام بكتيريا الوباخية المعنية داخلياً، والتي تم استخدامها لاستهداف الحد من انتقال عدو فيروس حمى الضنك. كانت المكافحة البيولوجية فعالة في بيئات تشغيلية محددة، وتوجد دلائل تشير إلى أنها فعالة على نطاق واسع. في الوقت الذي تتجنب فيه المكافحة البيولوجية التلوث الكيميائي للبيئة، قد يكون لها حدود تشغيلية وعواقب بيولوجية غير مرغوبة. إن وسائل المكافحة البيولوجية ليست فعالة في مكافحة المراحل غير الناضجة من البعوض الناقل، ويقتصر استخدامها على حاويات تخزين المياه الكبيرة الخرسانية أو المصنوعة من الطين المزجج أو الأبار. وبعيد استعداد المجتمعات المحلية لاستقبال إدخال كائنات حية لحاويات المياه أمراً ضرورياً. يفضل إشراك المجتمع عند توزيع كائنات المكافحة وفي المراقبة وإعادة تخزين الحاويات عند الضرورة.

الهندسة البيئية للاستجابات: يمكن للعديد من تدابير الهندسة البيئية الأساسية الحد من تكاثر نواقل الأمراض، وذلك يشمل:

- التخلص بشكل صحيح من الفضلات البشرية والحيوانية، والتسلق الصحيح للمراحيض، والحفظ على وجود أغطية على فتحات مرحاض القرصاء؛
- التخلص بشكل صحيح من النفايات الصلبة لمكافحة الحشرات والقوارض؛
- الحرص على وجود صرف جيد في المستوطنات؛
- تصريف المياه الراكدة وإزالة الغطاء النباتي حول القنوات المفتوحة والبرك لمكافحة البعوض.

من شأن هذه التدابير أن تقلل من الكثافة العددية لبعض نواقل الأمراض. وقد لا يكون من الممكن تحقيق أثر كاف على جميع مواقع تكاثر الناقلات وتغذيتها ومعيشتها داخل المستوطنة أو بالقرب منها، حتى على المدى الطويل. وفي هذه الحالة، انظر في المكافحة الكيميائية الموضعية أو تدابير الحماية الفردية. إن رش المناطق المصابة يمكن أن يقلل من عدد الذبابات البالغة ويمنع من الانتشار الوسائلي للإسهال أو يساعد في الحد من عباء المرض عند القيام به أثناء انتشار الوباء. كما أن الرش الموضعي داخل المبني سوف يحد من كثافة البعوض البالغ الناقل للمalaria أو حمى الضنك. وسوف تقلل الطعمون السامة من أعداد القوارض.

البروتوكولات الوطنية والدولية: نشرت منظمة الصحة العالمية بروتوكولات ومعايير دولية واضحة تعالج كل من اختيار المواد الكيميائية واستخدامها في مكافحة النواقل، فضلاً عن حماية العاملين ومتطلبات التدريب. يجب

أن تعالج تدابير مكافحة النواقل مصدرين رئيسيين للقلق: الفعالية والسلامة. وإذا كانت المعايير الوطنية فيما يتعلق باختيار المواد الكيميائية لا ترقى للمعايير الدولية، فتشاور مع الجهة الوطنية المختصة ومارس الضغط عليها للسماح بالالتزام بالمعايير الدولية.

احرج جميع العاملين المتعاملين مع المواد الكيميائية عن طريق توفير التدريب والملابس الواقية ومراافق الاغتسال والحد من الساعات التي يقضونها في التعامل مع المواد الكيميائية.

التنسيق مع معالجة الملاريا: نفذ استراتيجيات مكافحة نواقل الملاريا في نفس وقت التشخيص المبكر والعلاج بمضادات الملاريا انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 1.1.2: الوقاية.

المعيار 2.4: مكافحة نواقل الأمراض الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النواقل

يمتلك جميع المتضررين المعرفة والوسائل لحماية أنفسهم وأسرهم من النواقل التي قد تسبب خطراً كبيراً على الصحة أو الرفاهية.

الإجراءات الأساسية

- 1 قدر الممارسات الحالية للتجنب والردع على مستوى المنزل كجزء من برنامج شامل للنهوض بالنظافة.
- 2 حد العوائق التي تحول دون تبني سلوكيات ومحفزات أكثر فعالية.
- 3 استخدم حملات التوعية الميسرة والقادمة على المشاركة لتعليم الناس حول مشكلة النواقل والأوقات والأماكن التي يرتفع فيها خطر انتقال المرض والتداير الوقائية.
- 4 تابع مع الفئات المعرضة للخطر على وجه التحديد.
- 5 أجر تقدير للسوق المحلي فيما يتعلق بتداير الوقاية المناسبة والفعالة.
- 6 خذ بعين الاعتبار تقوية الأسواق لتقديم مصدر مستدام من تداير الوقاية.
- 7 ضع خطة مشتريات وتوزيع وتنفيذ لمستلزمات مكافحة النواقل بالتعاون مع المجتمع والسلطات المحلية وغيرها من القطاعات في حالة عدم قدرة الأسواق المحلية على تلبية الطلب.
- 8 درّب المجتمعات على الرصد والتبيّن وتقديم التعقيبات فيما يتعلق بمشكلة النواقل وبرنامج مكافحة النواقل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المتضررين الذين يمكنهم وصف أوضاع انتقال المرض والتداير الفعالة لمكافحة النواقل على مستوى الأسرة بشكل صحيح

نسبة الأشخاص الذين اتخذوا إجراءات مناسبة لحماية أنفسهم من الأمراض المحمولة بالناقل المعنى.

نسبة الأسر التي تتمتع بحماية مناسبة للطعام المخزن

ملاحظات إرشادية

التدابير الفردية للحماية من الملاريا: تساعد تدابير الحماية المنهجية المؤقتة بتوقيت مناسب على شاكلة الخيام والستائر والناموسيات المحتوية على مبيد للحشرات في الحماية من الملاريا. وتحمّل الناموسيات المحتوية على مبيد طويل المفعول بعض الحماية ضد قمل الجسم والرأس والبراغيث والقراد والصراصير وبق الفراش. استخدم وسائل الحماية الأخرى على شاكلة الملابس طويلة الأكمام والتخيير المنزلي ولفائدة الاحتراق ومروحة الأيروسول وطارد البعوض، وادعم استخدام تلك الوسائل لفثاث الآثار تعرضاً للخطر، مثل الأطفال دون سن الخامسة والمصابين بنقص في المناعة والحوامل.

الفئات المعرضة للخطر الشديد: ستكون بعض قطاعات المجتمع أكثر تعرضاً لخطر الأمراض المرتبطة بالنواقل عن غيرها، لاسيما الرضع وكبار السن وذوي الإعاقة والمرضى والحوامل والمرضعات. حدد الفئات المعرضة لخطر كبير واتخذ إجراءات خاصة للحد من هذا الخطر. احرص على عدم التشهير.

التعبئة الاجتماعية والتواصل: يلزم تغيير سلوكي على مستوى الفرد والمجتمع للحد من مواطن يرقات النواقل وعدد النواقل البالغة. ويجب أن تتكامل أنشطة التعبئة المجتمعية والتواصل بشكل كامل مع جهود مكافحة النواقل والوقاية منها، وذلك باستخدام مجموعة واسعة من قنوات الاتصال.

تدابير الحماية من النواقل الأخرى: تعد النظافة الشخصية الجيدة والغسل المنتظم للملابس والفراس هي أفضل حماية ضد قمل الجسم. كافح تفشي الحشرات بالمعالجة الشخصية (استعمال المسحوق) والحملات الجماعية للغسيل وإبادة القمل. ضع برتوكولات معالجة واستخدامها مع الوافدين الجدد إلى المستوطنة. إن البيئة المنزليّة النظيفة والتخلص الفعال من النفايات والتخزين المناسب للطعام المطبوخ وغير المطبوخ سوف تردع الفئران وغيرها من القوارض والحشرات (مثل الصراصير) من الدخول للمنزل أو المأوى  انظر معيار النهوض بالنظافة 1.1 النهوض بالنظافة.



5. إدارة النفايات الصلبة

إدارة النفايات الصلبة هي عملية إدارة النفايات العضوية وغير العضوية الناتجة من المنازل أو المؤسسات أو الأماكن الجماعية أو النفايات الصلبة الطبية والخطيرة وغير الخطيرة. ويتضمن ذلك ما يلي:

- تخطيط نظم إدارة النفايات الصلبة
- التعامل مع النفايات وفقها وتخزينها ومعالجتها عند المصدر؛
- النقل إلى نقطة التجميع؛
- النقل والتخلص النهائي وإعادة الاستخدام أو تغيير الغرض أو إعادة التدوير.
- يمكن جمع النفايات على مستوى الأسرة أو المؤسسة أو المجتمع.

تعرض الإدارة غير الكفوء للنفايات الصلبة الصحة العامة للخطر حيث يمكنها أن تخلق بيئة مؤاتية للحشرات والقوارض وغيرها من نواقل الأمراض \oplus انتزاع معيار مكافحة نواقل الأمراض 1.4: مكافحة نواقل الأمراض على مستوى المستوطنة. ويمكن أن تسبب النفايات غير المعالجة في تلوث المياه السطحية والجوفية. وقد يلعب الأطفال في النفايات الصلبة التي لم يتم إدارتها بشكل جيد، مما يعرضهم لخطر الإصابة أو المرض. كما قد يتعرض ملقططو النفايات، الذين يكسبون المال من جمع المواد القابلة لإعادة الاستخدام من مكبات النفايات، لخطر الإصابة أو الأمراض المعدية.

قد تسبب النفايات الصلبة في انسداد نظم الصرف، وتتسبب تجميع مياه سطحية راكدة وملوئة، مما قد يشكل موطنًا لنواقل الأمراض وتسبب في مزيد من المخاطر على الصحة العامة.

لا تغطي هذه المعايير معالجة النفايات الكيميائية السائلة أو المواد الراسحة. \oplus انظر المراجع والمزيد من المطالعة للاطلاع على مصادر تتعلق بنصائح للتعامل مع النفايات الخطيرة ومعالجتها. للنفايات الطبية \oplus انظر معيار الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.

معايير إدارة النفايات الصلبة: بيئة خالية من النفايات الصلبة

احتواء النفايات الصلبة بأمان لتجنب تلوث البيئة الطبيعية وبيئات المعيشة والتعليم والعمل والبيئة الجماعية.

الإجراءات الأساسية

صمم برنامج التخلص من النفايات الصلبة استناداً إلى المخاطر على الصحة العامة وتقدير النفايات الناتجة من المنازل والمؤسسات وكذلك الممارسة القائمة.

- قيم القدرات المحلية لإعادة الاستخدام أو التطوير لغرض آخر أو إعادة التدوير أو التحويل لسماد.
- أفهم أدوار النساء والرجال والفتيات والفتىان في إدارة النفايات الصلبة لتجنب التسبب في المزيد من مخاطر الحماية.

1

- 2** أعمل مع السلطات المحلية أو البلدية ومقدمي الخدمات للتأكد من عدم إثقال النظم والبنية التحتية القائمة بأعباء زائدة، لاسيما في المناطق الحضرية.
- تأكّد من أن مراافق معالجة النفايات والتخلص منها خارج الموقع الحالي والجديدة يمكن استخدامها من قبل الجميع.
 - حدد جدول زمني للامتثال في أسرع وقت ممكّن مع سياسات أو معايير الصحة المحلية بشأن إدارة النفايات الصلبة.
 - نظم حملات دورية أو موجهة لتنظيف النفايات مع توفير البنية التحتية لدعم الحملة.
 - 4 وفر ملابس واقية وحصن القائمين بجمع النفايات الصلبة والتخلص منها، وكذلك المنخرطين في عمليات إعادة الاستخدام أو التطوير لغرض آخر.
 - 5 تأكّد من الإدارة المناسبة والكافحة والأمنة لموقع المعالجة.
 - استخدم أي طرق آمنة ومناسبة للتخلص من النفايات ومعالجتها، بما يشمل الدفن والمكبات المنظمة والترميم.
 - أدرّ مواقع إدارة النفايات للوقاية من المخاطر على الحماية أو الحد منها، لاسيما على الأطفال.
 - 6 قلل من مواد التغليف وقلل من عبء النفايات الصلبة بالعمل مع المنظمات المسؤولة عن توزيع الغذاء والمستلزمات المنزلية.

المؤشر الأساسي

لا توجد نفايات صلبة متراكمة حول الحي المعني أو مناطق التجميع العامة

ملاحظات إرشادية

سيتخلص الأشخاص المتنقلون من المستلزمات الثقيلة أو التي لم تعد هناك حاجة لها. وقد يتسبب تكوين النفايات الصلبة في نقاط التوزيع في زيادة التوترات مع السكان المضيّفين، وسوف يزداد حجم النفايات الصلبة إذا لم تلبِ المستلزمات المنزلية التي يجري توزيعها حاجات حقيقة. يرجح أن تكون هذه النفايات الصلبة من مواد مختلفة عن التي يتم إنتاجها محلياً وتكون في حاجة ليتم معالجتها أو التخلص منها على نحو مختلف.

المناطق الحضرية: قد تتكامل البنية التحتية لإدارة النفايات الصلبة في المناطق الحضرية مع نظر خدمية أخرى. أعمل مع السلطات والنظام القائم لاستيعاب عبء النفايات الصلبة الإضافية.

حماية المتعاملين مع النفايات: وفر ملابس واقية لجميع الأشخاص المنخرطين في إدارة النفايات الصلبة. ووفر قفازات كحد أدنى. ويفضل أيضاً توفير أحذية وأقنعة واقية، وقدم تحصيناً ضد الكراز والفيروس الكبدي الوبائي بي عند الضرورة. واحرص على توفر المياه والصابون لغسل اليدين والوجه. علم أيضاً الموظفين دربهم على الطرق الصحيحة لنقل النفايات والتخلص منها، والمخاطر المرتبطة بسوء إدارتها [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 1.1.2: الوقاية.](#)

قد يُوصى المتعاملون مع النفايات بالقذارة والفقر. يمكن أن يساعد التشاور مع المجتمعات على تغيير مواقفها. وكذلك الحرص على تجهيز المتعاملين مع النفايات بالمعدات المناسبة يساعد في قدرتهم على الحفاظ على النظافة.

المستوطنات البشرية الجماعية والمناطق الريفية: يمكن، بل حتى يُفضل، التخلص من النفايات الصلبة المنزلية في المستوطنات البشرية الجماعية والمناطق ذات الكثافة السكانية المنخفضة. يجب أن يستند حجم

حر حرق أو دفن النفايات المنزلية الصلبة على حجم الأسرة وعلى تقييم لتدفق النفايات. ويجب تسويير الحفر المنزلية بشكل مناسب لمنع وصول الأطفال والحيوانات إليها، ويفضل أن تكون على بعد 15 متر على الأقل من المساكن.

فيما يتعلّق ب نقاط التجميع الجماعية أو الخاصة بالحي، ابدأ بتوفير حاويات بسعة 100 لتر لكل 40 أسرة. وفر حاوية واحدة لكل عشر أسر على المدى الطويل حيث يُرجح زيادة انتاج النفايات المنزلية مع الوقت. وكدليل استرشادي، يجب توفير فريق صيانة يضم 2.5 شخص لكل 1000 شخص.

إعادة الاستخدام وإعادة تعين الغرض وإعادة التدوير: شجع المجتمع على إعادة استخدام النفايات الصلبة وإعادة تعين الغرض منها وتدويرها، ما لم يشكل ذلك خطراً كبيراً على الصحة العامة. انظر في تحقيق فرص متحمّلة للأعمال التجارية الصغيرة أو دخل تكميلي من إعادة تدوير النفايات أو بقيام الأسر والجماعات بتحليل النفايات العضوية لأسمدة.

معايير إدارة النفايات الصلبة 2.5:

الإجراءات المنزلية والشخصية لإدارة النفايات الصلبة بشكل آمن

يستطيع الأشخاص جمع النفايات الصلبة ويتحمل قدرتهم على معالجتها في منازلهم.

الإجراءات الأساسية

- 1 وفر وسائل تخزين مغطاة ومريحة وذات حجم مناسب للنفايات المنزلية أو حاويات لمجموعات الأسر الصغيرة.
- انظر في تفضيل الأسرة لعدد حاويات إعادة الاستخدام والتدوير وحجمها.
- 2 وفر نقاط تجميع عامة قريبة مسورة ومميزة بوضوح للأسر للتخلص من النفايات فيها بشكل يومي.
- 3 رتب نظاماً للتخلص من النفايات المنزلية وغيرها من نقاط التجميع العامة المخصصة.
- 4 تأكّد من الإدارة الآمنة لحر دفن لنفايات الصلبة أو حرقتها على مستوى الأسرة أو الجماعة.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأسرة التي تتمتع بوصول إلى نقطة تجميع نفايات صلبة مخصصة مجاورة أو جماعية والتي تقع على مسافة مقبولة من مساكنهم.

نسبة الأسر التي أفادت بالقيام بتخزين النفايات بشكل مناسب وكاف على مستوى الأسرة

ملاحظات إرشادية

التخطيط: يعتمد مقدار النفايات الصلبة التي ينتجهها الناس على كيفية الحصول على الطعام وطهوه، وعلى الشطاطس التي يتم تفتيتها داخل المنزل أو بالقرب منه. قد تكون الاختلافات موسمية، وفي الغالب تناسب مع جداول التوزيع أو السوق. افترض أن كل شخص يخلف 0.5 كيلوجرام من النفايات الصلبة يومياً. وهذا يعادل 3-1 لتر لكل شخص يومياً، استناداً على الكثافة النموذجية للنفايات الصلبة التي تتراوح من 200 إلى 400 كجم/م³.

معايير إدارة النفايات الصلبة 3.5:

نظم إدارة النفايات الصلبة على مستوى المجتمع المحلي

عدم طفح النفايات من نقاط التجميع العامة المخصصة، وتمتع المعالجة النهائية من النفايات أو التخلص منها بالأمن والسلامة.

الإجراءات الأساسية

- 1 تأكيد أن المؤسسات على شكلة المدارس ومساحات التعليم والمساحات الملائمة للأطفال والمكاتب الإدارية لديها موضع تخزين للنفايات مغطى ومناسب وكفؤ ومميز بوضوح في الموقع.
- 2 وفر موضع تخزين للنفايات مسّور ومميز بوضوح للنفايات الناتجة في المناطق الجماعية، لاسيما الأسواق الرسمية وغير الرسمية ومرافق العبور ومرافق التسجيل.

المؤشرات الأساسية

- نسبة المدارس ومرافق التعليم التي لديها موضع تخزين مناسب وكفؤ للنفايات
- نسبة الأسواق العامة التي لديها موضع تخزين مناسب وكفؤ للنفايات
- نسبة حفر النفايات الصلبة أو المحارق التي تُدار بطريقة آمنة في المدارس ومرافق التعليمية والأسواق العامة وغيرها من المؤسسات العامة

ملاحظات إرشادية

نفايات السوق: تحتاج الأسواق إلى عناية خاصة، حيث أن المناطق الجماعية تفتقد لحسن الملكية المخصصة والمسؤولية عن إدارة النفايات الصلبة. عالج معظم نفايات السوق بنفس طريقة النفايات المنزلية الصلبة.

نفايات المسالخ: تأكيد أن يتم الذبح بطريقة نظيفة ويلتزم بالقوانين المحلية. يمكن معالجة معظم النفايات الصلبة الناتجة في المسالخ وأسواق السمك بنفس طريقة النفايات المنزلية الصلبة ولكن انتبه بشكل خاص إلى النفايات السائلة. عند الاقتضاء، تخلص من هذه النفايات في حفرة مغطاة بالقرب من المسالخ أو منشأة تجهيز السمك. أطلق الدماء والنفايات السائلة الأخرى إلى الحفرة من خلال قناء مائلة ومغطاة وذلك للحد من وصول الحشرات إلى الحفرة. وفر المياه لأغراض التنظيف.



6. المياه والإصحاح والنظافة

عند تفشي الأمراض وفيبيتات الرعاية الصحية

تعمل الجهات الفاعلة في قطاع الصحة وقطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة معًا للحد من المخاطر على الصحة العامة وعلى منع انتقال الأمراض وعلى مكافحة تفشي الأمراض. من الضروري التنسيق الوثيق مع الهيئات الحكومية والشركاء - عبر هذين القطاعين - للتعامل مع المخاطر على الصحة العامة في المجتمع وفي بيئات الرعاية الصحية. وينطلق هذا المعيار من معايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة 5-1، ويجب الرجوع إلى فصل الصحة في مجمله وأن يوجه جميع عمليات التدخل التقنية.

تعد الوقاية من العدوى ومكافحتها هي النشاط الرئيسي في الوقاية من المرض في أي وضع من الأوضاع ضللاً عن الاستجابة لتفشي المرض، حيث أنها من الأهمية بمكان بالنسبة للمريض ولعامل الرعاية الصحية وللمجتمع. تقع على عاتق الوكالات الصحية مسؤولية ضمان الوفاء بالمعايير الدنيا في بيئات الرعاية الصحية، بالرغم من تطلب ذلك في الغالب لتعاون منظم ودعم من الجهات الفاعلة في الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة.

سوف يتيح على التطبيق الجيد والمستمر لممارسات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة، في كل من المجتمع وبيئات الرعاية الصحية، الحد من انتقال الأمراض المعدية والمساعدة في مكافحة تفشي الأمراض. تطبق الإجراءات الدنيا من هذا المعيار على الاستجابة المستمرة وتبرز المناطق التي يجب الارتفاع بها في حالة وجود تفشي.

الاستجابة لتفشي المرض المعتمدة على المجتمع

ولا تعد الاستجابة لكل مكونات الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة أمرًا عمليًا على الدوام. ركز على المخاطر التي تؤثر بشكل مباشر على الصحة العامة وعلى بناء الثقة والمساعدة مع المجتمعات، وحدد أولويات الاستجابة انطلاقًا من نتائج تقرير علم الوبائيات وتقدير عوامل الخطر ومسارات انتقال العدوى (السيما التي تتجاوز المسار من الغائط عبر الفم) والأثر المتوقع لكل عملية تدخل والموارد المتاحة.

تظل المشاركة المجتمعية هي العنصر الأساسي في الاستجابة لتفشي بغير من انتشار المرض. يمكن أن تدعم تصورات المجتمع ومعتقداته الحالية الاستجابة أو تقوضها، ومن ثم من المهم تفهمها ومعاджتها. وقد يتوجب تعديل بعض الأعراف الاجتماعية لمنع انتقال المرض. على سبيل المثال،تعاون مع المجتمع للكشف عن صيغ بديلة للتحية لحل محل المصافحة.

شجع التدابير المخصصة للوقاية من المرض وعلاجه داخل المجتمع المتضرر. وقد يشمل ذلك استخدام الناموسيات للوقاية من الملاريا أو سوائل الإمالة الفموية والزنك (للأطفال) لعلاج الإسهال. ويجب تدريب العاملين في التوعية المجتمعية عن قيمتهم بالتنصي الشامل للحالات أو المهمات المتعلقة بها. ادمح جميع البيانات إلى التحقيق الشامل في التفشي وفي الاستجابة. يعد التعقب السريع لانتشار التفشي والمتاثرين به أمرًا ضروريًا لتحقيق استجابة في الوقت المناسب وسوف تمنع البيانات المدمجة في النظام المشترك من العدد المزدوج أو من تقوية مناطق رئيسية  انظر الرعاية الصحية الأساسية-معايير الأمراض المعدية 4.1.2: التأهب والاستجابة لتفشي.

تابع أحدث التوجيهات التقنية بشكل دائم أثناء أي تفشي للأمراض حيث لدى الأمراض الناشئة مخاطر وتأثيرات مختلفة. يتتوفر توجيهه موسع فيما يخص الوقاية من العدوى من أمراض معينة ومكافحتها، ويجب اتباعها كأولوية [⊕] انظر المراجع أدناه. يتناول هذا المعيار الحد الأدنى من المسائل التي يجب وضعها في الاعتبار وكذلك التعاون بين قطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة وقطاع الصحة. المخطط أدناه يقدم نظرة عامة للإجراءات الرئيسية المعتمدة على المجتمع والمتعلقة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة خلال تفشي المرض. للإجراءات الصحية [⊕] انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير الأمراض المعدية

4.1.2 إلى 1.1.2

النهج الشامل



قم بتطوير خطة استعداد
واستجابة بين القطاعات لازدلاع
الأوبئة والاستفادة منها



إطار رصد وإبلاغ محدد
ومتفق عليه، مع مؤشرات
محددة لتفشي المرض

التدخلات ذات الأولوية



السيطرة الآمنة
لنقلات المرض
الأساسية



المشاركة المجتمعية التي
تركز على المخاطر
والنهوض بالنظافة



اتخاذ إجراءات سريعة بأقصى
سرعة ممكنة وبأكبر أثر ممكן،
مع ضمان اتخاذ إجراءات
إصلاحية سريعة لتحقيق
الجودة والسرعة
والملاعة



الاحتواء آمن
للإفرادات ونقلها
ومعالجتها



نوعية وكمية المياه
المأمونة والكافية



جمع النفايات الصلبة ونقلها
والخلص منها بأمان



أدوار ومسؤوليات محددة
ومتفق عليها (داخل وبين
القطاعات)



سلوك السعي المبكر
للحصول على الصحة في
المرافق الصحية



الوصول باستمرار إلى بيانات
مراقبة أمراض الصحة
ال العامة للإخبار عن تصميم
البرنامج وكيفية

مبادئ الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والصحة لاتخاذ إجراءات في المجتمع أثناء الفضيّات (شكل رقم 4)

المعيار 6:

المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية

تحافظ جميع مراقب الرعاية الصحية على الحد الأدنى لمعايير الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة للوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل حالة تفشي المرض.

الإجراءات الأساسية

1 وفر إمداد يعتمد عليه من المياه الملائمة كمًا وكيفًا لبيئة الرعاية الصحية.

- خزن كمية مياه لا تقل عن 48 ساعة من المياه الآمنة (0.5 مجم/ل من بقايا الكلور الحر) لضمان ثبات الإمداد.

- حالات التفشي: زد كمية المياه وعدل محاليل الكلور حسب نوع المرض وخطره وحسب الاحتياجات.
- 2 وفر مراقب كافية للتخلص من الفضلات للحد من انتقال الأمراض.

- وفر كراسى مراحيس متعدلة ومراحيس بدلوا لمن يواجهون صعوبات في الحركة.

- نظف مراقب الإصحاح (المراحيس والحمامات ومناطق الغسيل) بالمياه ومواد التنظيف. تجنب استخدام المنظفات القوية في المراحيس.

- حالات التفشي: وفر مراقب للتخلص من الفضلات في كل منطقة في بيئة الرعاية الصحية.

- حالات التفشي: حقق موافقة المواد والمستلزمات مع الأمراض المحددة، على شكلة أسرة الكوليريا ودلاه الفضلات أو القيء.

- حالات التفشي: حدد أي احتياطات إضافية لازمة لتنظيف مراقب الفضلات وتفكيكها وإزالة أحوالها وكذلك المعدات.

3 وفر مواد ومعدات كافية للتنظيف لعمال الرعاية الصحية والممرضى والزائرين للحفاظ على النظافة.

- وفر ممحطات لغسل اليدين في الواقع الرئيسية مع مياه آمنة وصابون أو فرك كحول. التجفيف بالهواء أو المناشف « ذات الاستخدام الواحد ».

- حالات التفشي: وفر ممحطات لغسل اليدين في كل منطقة.

- حالات التفشي: أعد ممارسات إضافية للنظافة، على شكلة حمامات الكلور للأقدام أو رش الكلور (حسب المرض) وغسل اليدين قبل ارتداء معدات الحماية الشخصية أو إزالتها.

- حالات التفشي: وفر للمرضى مستلزمات النظافة الخاصة والتدریب قبل خروجهم.

4 حافظ على بيئة نظيفة وصحية.

- نظف الأرضيات وأسطح الأعمال الأدقية يومياً بالماء والمنظفات.

- نظف الأسطح التي يحتمل تلوثها وطهيرها بمحلول كلور بتركيز 0.2 بالمائة.

- نظف الأجهزة الطبية القابلة لإعادة الاستخدام وطهيرها أو عقمها قبل الاستخدام في كل مرة.

- ظهر جميع الطبقات الداخلية بمحلول كلور بتركيز 0.1 بالمائة بعد النقع في حالة وجود تراب ظاهر عليها؛ عقم جميع الطبقات الداخلية لغرف العمليات.

- حالات التفشي: عزز من قوة المطهر لتنظيف الأرضيات والأسطح الملوثة. انظر في آليات خاصة لتعقيم الطبقات الداخلية.

5 تعامل مع النفايات وعالجها وتخلص منها بشكل صحيح.

- افصل نفايات الرعاية الصحية عند نقطة وجودها باستخدام طريقة « الصناديق الثلاثة ».«

- درب جميع العاملين في الرعاية الصحية على فصل النفايات وإدارتها.
- يجب أن ترتدى الفرق المخصصة معدات الوقاية الشخصية عن جمع النفايات ومعالجتها والتخلص منها (قفازات وأحذية كحد أدنى).
- **حالات التفشي:** عزز من احتياطات التعامل مع النفايات، باستخدام معدات وقاية شخصية كاملة استناداً إلى نوع المرض.
- احرص على ارتداء جميع العاملين في الرعاية الصحية والممرض والقائمين على الرعاية لمعدات الوقاية الشخصية المناسبة.
- وفر معدات الوقاية الشخصية حسب نوع التعرض وفتنة احتياطات العزل.
- درب العاملين في الرعاية الصحية والممرض وغيرهم في المرفق على اختيار معدات الوقاية الشخصية واستخدامها وإزالتها.
- **حالات التفشي:** قدر نوع التعرض المحتمل وقم بموائمة معدات الوقاية الشخصية حسب نوع انتقال العدوى.
- التعامل مع جثث المتوفين ودفهم بطريقة كريمة وآمنة وملائمة ثقافياً حسب ممارسات الصحة العامة.
- خذ بعين الاعتبار العادات والتقاليد المحلية وكذلك الحاجة إلى تحديد أماكن الرفات وإعادتها للأسر.
- **حالات التفشي:** تحديد البديل مع المجتمع إذا كانت الممارسات المعتادة غير آمنة.
- **حالات التفشي:** درب فرقاً وجهزهم بمعدات وقاية شخصية مناسبة لتنفيذ الدفن.

المؤشرات الأساسية

- يقوم جميع العاملين في الرعاية الصحية بتنظيف أيديهم، باستخدام الصابون أو المعقم الكحولي، قبل مخالطة كل مريض وبعدها.
- يغسل جميع المرضى والقائمين بالرعاية أيديهم قبل تقديم الطعام أو أكله، وبعد قضاء الحاجة.
- جميع محطات غسل الأيدي مزودة بالصابون أو المعقم الكحولي (أو محلول كلور بتركيز 0.05 بالمئة في حالات التفشي)

عدد أماكن غسل الأيدي



- الحد الأدنى: واحدة لكل عشرة مرضى جودة مياه الشرب عند نقطة التوصيل
- الحد الأدنى: 1-0.5 ملخ /لتر من بقايا الكلور الحرة كمية المياه الآمنة المتوفرة
- الحد الأدنى: 5 لتر لكل مريض خارجي في اليوم
- الحد الأدنى: 60 لتر لكل مريض يومياً في مركز علاج الكوليرا
- الحد الأدنى: 300-400 لتر لكل مريض يومياً في مركز علاج الحمى النزفية الفيروسية

عدد المراحيض التي يمكن الوصول إليها

- الحد الأدنى: أربع مراحيض في مراافق العيادات الخارجية (منفصلة للرجال والنساء والأطفال والعاملين في الرعاية الصحية)
- الحد الأدنى: 1 لكل 20 مريض داخلي (منفصلة للرجال والنساء والأطفال والعاملين في الرعاية الصحية)

ملاحظات إرشادية

يعد وضع برنامج للوقاية من العدوى ومكافحتها أمر ضروري في جميع البيئات الصحية، بما يشمل سيارات الإسعاف والبرامج الصحية المجتمعية، كما أنها تتطلب تطوير التوجيهات المتعلقة بالاحتياطات القياسية والاحتياطات المتعلقة بانتقال العدوى وأساليب التعقيم السريري. ادج فريق مخصص للوقاية من العدوى ومكافحتها في كل بيئة صحية، وكذلك وفر تدريباً للعاملين في الرعاية الصحية. ينبغي على نظم المراقبة أن ترصد أنواع العدوى المرتبطة بالرعاية الحية ومقاومة مضادات الميكروبات. وينبغي أيضاً أن تتمتع البيئات بطاقة موظفين وأباء عمل مناسبة. ويجب ألا تحتوي الأسرة إلا على مريض واحد فقط على كل منها. كما يجب تقديم الرعاية الصحية في بيئة آمنة وملائمة، يتم تشبيدها مع بيئة تحتية ومعدات كافية لحفظ على ممارسات النظافة الصحية ^{⊕ انظر معيار النظم الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية والمعيار 2.1: القوى العاملة في المجال الصحي.}

كمية المياه وجودتها: عند حساب كميات المياه المطلوبة، ارجع [⊕] للملحق 3: الحد الأدنى لكميات المياه - وقم بتعديلها حسب الحالة. يجب أن تهدف العيادات المتنقلة لتقديم نفس معايير الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة الخاصة بالعيادات الخارجية، بما يشمل إمكانية الوصول إلى مصدر مياه آمنة ومراحيل. تأكد من توفر إمداد (وتخزين) لمدة 48 ساعة لكل مرفق، واسمح بالإمداد والتخزين لمدة 72 ساعة في حالات تفشي الإيبولا والكولييرا. ^{⊕ انظر معيار إمداد بالمياه 1.2: والمعيار 2.2 لأسس البرامج المجتمعية الخاصة بالإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة.}

كميات محلول الكلور التالية مطلوبة لمختلف الاستخدامات في بيئات الرعاية الصحية.

نطاق مرافق الرعاية الصحية	محلول الكلور
غسل اليدين الغسيل (بعد التنظيف)	%0.05
الأرضيات والأسطح الأفقية (بعد التنظيف) المواد والمأثر والأخذية وأواني الطهي والأطباق شطف حاويات قضاء الحاجة السريرية والدلاء تنظيف الأسطح الملوثة بسوائل الجسم تجهيز جثث الموتى (إيبولا)	%0.2 (الكولييرا) %0.5 (الإيبولا)
تجهيز جثث الموتى (الكولييرا) بالإضافة إلى دلاء الفضلاء والقف (الكولييرا)	%2
المحلول الأمثل لكلورة المياه	%1

إدارة الفضلات: ^{⊕ انظر معيار إدارة الفضلات 1.3 إلى 3.3 للاطلاع على التوجيهات بشأن إدارة الفضلات بشكل عام،} ^{⊕ ومعيار النهوض بالنظافة 3.1: إدارة النظافة الحيوانية ونظافة من يعانون من الملل من المعلومات المتخصصة حول المواد.}

وفر مراحيس مناسبة فنياً وثقافياً مع مراحيس منفصلة ومزودة بأقفال وحيدة الإضاءة مع مساحة كافية لللقاءين بالرعاية لمساعدة المرضى. يجب تنظيف جميع مرافق الإصلاح (المراحيس والحمامات ومناطق الغسيل) بالمواد ومواد التنظيف. تجنب استخدام المطهرات القوية داخل المراحيس (خصوصاً في حالة خزانات الصرف) حيث أنها تعطل عملية التحلل الطبيعية لبعض مسببات الأمراض.

خلال حالات التفشي، اتخاذ الاحتياطات إضافية لتنظيف أو تفكيك أو إزالة أو حال مرافق الفضلات والمعدات على سبيل المثال استخدام محلول الكلور للتنظيف والمعالجة باستخدام الكلور أو الجير الحي).

المياه الماديه: تخلص من المياه الماديه كحد أدنى باستخدام فخ الشحوم والحرف المتممل، وتأكد من تسييجها لمنع عبث الأشخاص بها.

تحتوي نفايات الرعاية الصحية على كائنات حية معدية مثل مرض نقص المناعة البشرية والفيروس الكبدي الوبائي بي، والتي قد تلوث التربة ومصادر المياه أيضًا. قمر بتصريف المياه الماديه كحد أدنى باستخدام مصدية شحوم وحفرة ترسيب، وتأكد من أنها محاطة بسياج لمنع تلاعب الجمهور بها. واستخدم طريقة الصناديق الثلاث كحد أدنى لجمع النفايات وعزلها في أقرب وقت بعد تكوينها:

الفئة	مثال	لون الحاوية/الملصق
نفايات عامة غير خطيرة	ورق	أسود
أدوات حادة مستعملة خطيرة، معدية	إبر ومشارط ومجموعات حقن ورجاج مكسورة وقينيات فارغة	أصفر، مع وضع علامة مكتوب عليها «مواد حادة»، مانع للتسرب و مقاوم للثقب
أدوات غير حادة خطيرة، معدية	مواد ملوثة بسوائل الجسم ، مثل القطن الطبي والضمادات وخياطة الجروح و المزروعات المختبرية	أصفر، عليه ملصق تسمية ومانع للتسرب

قد تكون هناك حاجة لمزيد من الفصل، بما يشمل النفايات الباثولوجية (الأنسجة البشرية) والصيدلانية والكميائية (الكاواشف المختبرية). اجمع النفايات المفروزة من المنطقة الطبية يومياً على الأقل، وفوراً في حالة اشتداد العدوى. استخدم عربات النقل لنقل النفايات عن طريق مسارات ثابتة لمناطق مخصصة بحيث تكون محدودة (صعب الوصول) للعوام. يجب تطهير حاويات النفايات وعربات النقل ومناطق التخزين بانتظام. وقد بتلقيح جميع المتعاملين مع نفايات الرعاية الصحية ضد الفيروس الكبدي الوبائي بي و ضد الكازار.

عالج النفايات وتخلص منها اعتماداً على توفر المراافق:

الفئة	المعالجة والتخلص
عام	إعادة تدوير أو حرق أو دفن مطمر نفايات البلدية
أدوات حادة مستعملة	حفرة للأدوات الحادة التغليف والدفن في مطمر النفايات الحرق (ما عدا القينيات) ثم الدفن في حفرة الرماد (مع الحذر من الأدوات الحادة غير الكليلة)
المعدى (أدوات غير حادة)	حفرة الدفن (تخطيئة النفايات بالحجر الجيري) الحرق ثم الدفن في حفرة الرماد التعقيم بجهاز التعقيم ثم المعالجة الكيميائية
باتولوجي	يعتمد على الأعراف الاجتماعية الثقافية: حرق الدفن (حرق للمشيخة على سبيل المثال) أو مناطق دفن حرق الجثث
دوائي	اتبع التوجيهات الوطنية إن أمكن أو ارجع إلى المورد التغليف والتخلص منها في مطمر النفايات محارق خاصة (<1200 درجة مئوية)
النفايات الكيميائية	اتبع التوجيهات الوطنية إن أمكن أو ارجع إلى المورد يمكن حرق الكمييات الصغيرة أو تغليفها قم بالمعالجة في محطة معالجة أو في الفرن الدوار

يجب أن تتجاوز درجة حرارة المحارق 900 ويجب أن تحتوي على غرف مزدوجة، يتيح عن المحارق ذات الجودة السيئة ابعاثات سامة وملوثات للهواء ولا تجح في التعقيم بشكل كامل. لذا يجب تشيد جميع المحارق والحرق حسب المعايير الوطنية والدولية الحالية وأن يتم تشغيلها وصيانتها وتفكيكها بطريقة آمنة.

معدات الوقاية الشخصية إلزامية للامتثال ببروتوكولات الوقاية من العدوى ومكافحتها وللحرص على عدم تعريض المرض والأسر والموظفين لمزيد من الخطأ.

قيّم نوع التعرض المتوقع (دفقات سوائل أو رذاذ أو لمس أو اتصال) وفترة انتقال المرض، واستخدم المعدات المناسبة للغرض والدائرة والملازمة أن تكون مقاومة للسوائل أو واقية من السوائل على سبيل المثال).

تحمي معدات الوقاية الشخصية الأساسية مرتبطة من التعرض للدماء أو سوائل الجسم أو الإفرازات. وتشمل القفازات عند لمس مواد معدية؛ والرداء/المئزر عند تعرُّض الملابس أو الجلد المكشوف للاتصال مع المادة المعدية؛ وحماية للوجه عن طريق الأقنعة ونظارات الحماية أو الواقيات للحماية من دفقات السوائل أو القطرات الصغيرة أو الرذاذ. قد ينبع ارتداء معدات وقاية شخصية إضافية أيضًا حسب نوع انتقال العدوى: الاتصال (مثل الرداء والقفازات عند الوجود بالقرب من المريض)؛ القطرات الصغيرة (ارتداء أقنعة جراحية على نطاق 1 متر من المريض)؛ والحمل الهوائي (أجهزة تنفس بالجسيمات).

ضع معدات الوقاية الشخصية ذات الاستخدام الواحد في صناديق النفايات (مثل البراميل ذات سعة 220 لتر) عند مدخل منطقة خلع الملابس. اجمع الصناديق وانقلها إلى المنطقة المخصصة لإدارة النفايات، وضع معدات الوقاية الشخصية القابلة لإعادة الاستخدام، مثل القفازات عالية التحمل، في صناديق تحتوي على محلول كلور بتراكيز 0.5 بالمائة. ونظفهم وأغسلهم وأصلاحهم وخزنهم بشكل مناسب.

يجب توفير محلول كلور بتراكيز 0.5 لغسيل الأيدي بعد كل خطوة من خطوات خلع المعدات. وفر وحدة مستقلة لغسل الأيدي بمحلول كلور بتراكيز 0.05 بالمائة كخطوة نهاية في عملية خلع المعدات.

التعامل مع جثث المتوفين: عزز عملية دفن آمنة وكريمة ومناسبة ثقافيًّا للمتوفين، بما يشمل تحديد هوية جميع الأشخاص. ودع الأشخاص يتعرفون على أفراد أسرهم ويجرون الجنائزات، ولا تخلص من الجثث بدون مراسيم في مقابر جماعية. قد يمثل الدفن الجماعي عائقًا للحصول على شهادات الوفاة اللازمة لتقديم المطالبات القانونية. انظر في المسائل القانونية المحمولة عند دفن ضحايا العنف (انظر معيار النظم

(1.1) الصحيفة

قد تكون هناك حاجة لاحتياطات خاصة، على شاكلة تجهيز الجثث باستخدام محلول الكلور، خلال حالات التفشي استنادًا إلى العوامل المسببة للمرض وانتقاله. وقد تسبب طقوس تطهير الجثث والعنابة بها في زيادة احتمالية انتقال المرض، إلا أن عدم احترام الحساسيات الثقافية قد يؤدي إلى القيام بالطقوس بشكل سري وعدم الإبلاغ عنها.

يجب على فرق الدفن والعاملين في الرعاية الصحية ارتداء معدات وقاية شخصية طوال الوقت. ادعم عالي الدفن في المجتمع بالخدمات النفسية والاجتماعية، وادعم مع قادة المجتمع على منع وصم من يقومون بهذا الدور.

إنها تشغيل: تشاور مع المجتمع والسلطات المحلية والجهات الإنسانية للتقرير حول إنهاء تشغيل موقع الرعاية الصحية مؤقتًا خلال الاستجابة.

ملحق 1

قائمة تحقق تقدير الاحتياجات الأساسية للإمداد بالمياه والإصحاح والنهوض بالنظافة

وهي قائمة بالأسئلة تستخدم في المقام الأول لتقدير الاحتياجات وكشف الموارد ووصف الظروف المحلية، ولا تحتوي على أسئلة تحديد الموارد الخارجية المطلوبة لدعم تلك الموارد المطلوبة على الفور والمتوفرة محلياً.

عامة

- كم عدد المتضررين وأين هم؟ صنف البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة وما إلى ذلك.
- ما هي الانتقالات المحتملة للأشخاص؟ ما هي عوامل الأمن المتعلقة بالمتضررين واستجابات الإغاثة المحتملة؟
- ما هي الأمراض المرتبطة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة سواء كانت حالية أو سائدة أو متحمة؟
- من هم الأشخاص الرئيسيين للتشاور معهم أو الاتصال بهم؟
- من هم المعرضون للخطر في السكان ولماذا؟
- هل توفر إمكانية وصول عادلة للمراافق القائمة بما يشمل الأماكن العامة والمراكز الصحية والمدارس؟
- ما هي المخاطر الأمنية الخاصة المتعلقة بالنساء والفتيات والفتىان والرجال؟ ما هي الفئات المعرضة للخطر؟
- ما هي العادات الخاصة بالمياه والإصحاح والنظافة التي اعتاد عليها السكان قبل الأزمة؟
- ما هي هيكل السلطة الرسمية وغير الرسمية (القادة المجتمعيين والشيوخ والجماعات النسائية على سبيل المثال)؟
- كيف تُتخذ القرارات في الأسر وفي المجتمع؟
- هل توفر إمكانية الوصول إلى الأسواق المحلية؟ ما هي الخدمات والبضائع الأساسية الخاصة بالإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والتي يمكن الوصول إليها في الأسواق قبل الأزمة وخالها؟
- هل يتمتع الأشخاص بإمكانية الوصول إلى الأموال النقدية أو بطاقات الائتمان أو كلاهما؟
- هل توجد تباينات موسمية يجب الانتبه لها والتي قد تقييد إمكانية الوصول أو ترفع الطلب على العمالة، على سبيل المثال خلال وقت الحصاد؟
- ما هي السلطات الرئيسية للتنسيق والتعاون معها؟
- من هم الشركاء المحليون في المنطقة الجغرافية، على شاكلة جماعات المجتمع المدني التي لها قدرات مشابهة في قطاع الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والمشاركة المجتمعية؟

النهوض بالنظافة

- ما هي العادات الخاصة بالمياه والإصحاح والنظافة التي اعتاد عليها الأشخاص قبل الأزمة؟
- ما هي الممارسات القائمة الضارة بالصحة، ومن يقوم بها ولماذا؟

- من لا يزال يمارس سلوك النظافة الإيجابي وما الذي يمكنهم ويفوزهم على القيام بذلك؟
- ما هي مميزات وعيوب أي تغييرات مقتربة في الممارسة؟
- ما هي قنوات الاتصال والتوعية الحالية الرسمية وغير الرسمية (مثل عمال الصحة المجتمعية والقابلات والمعالجين التقليديين والنادل والتعاونيات والكتائب والمساجد)؟
- ما هي إمكانية الوصول إلى وسائل الإعلام في المنطقة (الراديو والتلفزيون والفيديو والصحف على سبيل المثال)؟
- ما هي المؤسسات الإعلامية المحلية أو المنظمات غير الحكومية أو كلاهما الموجودة هناك؟
- ما هي القطاعات السكانية التي يمكن و يجب استهدافها (الأمهات والأطفال والقادرة المجتمعين والقادة الدينيين على سبيل المثال)؟
- ما نوع نظام التوعية الذي يمكن أن يعمل في هذا السياق (متطوعي النظافة المجتمعين أو العاملين أو المحفزين ونواتي الصحة المدرسية ولجان الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة) وذلك للتعبئة الفورية ومتوسطة الأجل؟
- ما هي الاحتياجات التعليمية لطاقم النهوض بالنظافة والعاملين في التوعية المجتمعية؟
- ما هي المواد غير الغذائية المتوفرة؟ وأي منها تشكل حاجة ملحة استناداً إلى التفضيلات والاحتياجات؟
- أين يمكن للأشخاص الوصول إلى الأسواق لشراء مستلزمات النظافة الأساسية؟ هل تغيرت إمكانية الوصول منذ الأزمة (من حيث التكلفة والتنوع والوجودة)؟
- كيف تتمكن الأسر من الوصول إلى مستلزمات النظافة الأساسية؟ من يتخذ القرار بشأن المستلزمات التي يتم شرائها وتحديد أولوياتها؟
- ما مدى فاعلية ممارسات النظافة في بيئة الرعاية الصحية (مع أهمية خاصة في حالات الوباء)؟
- ما هي احتياجات وفضائل النساء والفتيات المتعلقة بممارسات النظافة الحيوية؟
- ما هي احتياجات وفضائل المصابين بالسلس؟

الإمداد بالمياه

- ما هو المورد الحالي للإمداد بالمياه ومن هم المستخدمين الحاليين؟
- ما هي كمية المياه المتوفرة لكل شخص يومياً؟
- ما هو معدل تكرار توفر المياه يومياً وأسبوعياً؟
- هل تتوفر مياه من المصدر كافية للاحتجاجات قصيرة الأجل وطويلة الأجل لجميع الفئات؟
- هل نقاط تجميع المياه قريبة بشكل كاف لموقع معيشة الأشخاص؟ هل هي آمنة؟
- هل الإمداد الحالي بالمياه موثوق؟ إلى متى سوف يستمر؟
- هل يمتلك الأشخاص حاويات كافية للمياه ذات أحجام وأنواع مناسبة (للجمع والتخزين)؟
- هل مصدر المياه ملوث أو معرض لخطر التلوث (ميكروبيولوجياً أو كيميائياً أو إشعاعياً)؟
- هل يوجد نظام عامل لمعالجة المياه؟ هل المعالجة ضرورية؟ هل المعالجة ممكنة؟ ما هي المعالجة اللازمة؟
- هل التطهير ضروري؟ هل لدى المجتمع مشكلات مع استساغة المياه وقبولها والمتعلقة بطعم الكلور ورائحته؟
- هل توجد مصادر مياه بديلة قريبة؟
- ما هي المعتقدات التقليدية والممارسات المرتبطة بجمع المياه وتخزينها واستخدامها؟
- هل توجد آلية عائق على استخدام مصادر إمدادات المياه المتاحة؟
- هل من الممكن نقل السكان إذا لم تكن مصادر المياه كافية؟

- ما هي البدائل عند عدم كفاية مصادر المياه؟
- هل توجد أي ممارسات أو معتقدات تقليدية ترتبط بالنظافة (على سبيل المثال، ارتبط تفشي الكوليريا في هايتi بثقافة الفودو)؟ هل يوجد أي من تلك الممارسات أو المعتقدات سواء كانت نافعة أو ضارة؟
- ما هي مسائل النظافة الأساسية المرتبطة بالإمداد بالمياه؟
- هل يشتري الناس المياه؟ إن كان كذلك، فمن أين وكم التكلفة ولأي غرض؟ هل تغيرت إمكانية الوصول المذكورة (التكلفة والجودة وانتظام التسليم)؟
- هل يمتلك الناس الوسائل لاستخدام المياه بطريقة نظيفة؟
- هل تتمتع نقاط الإمداد بالمياه ومناطق الغسيل والاغتسال بتصريف جيد؟
- هل حالة التربية مناسبة لإدارة المياه التي تسبب مشكلات من نقاط الإمداد بالمياه ومناطق الغسيل والاغتسال داخل الموقع وخارجها؟ هل أجريت اختبار ترشيح للتربة؟
- في حالة النزوح الريفي، ما هو المصدر المعتمد للمياه للماشية؟
- هل ستحدث أي آثار بيئية بسبب التدخل المحتمل لإمداد المياه واستخراجها واستخدام مصادر المياه؟
- ما هي مصادر المياه التي يستخدمها المستخدمون الآخرون في الوقت الحالي؟ هل يوجد خطر لنشوب نزاع في حالة استخدام الموارد من أجل السكان الجدد؟
- ما هي الفرص المتوفرة للتعاون مع القطاع العام أو الخاص أو كلاهما في توفير المياه؟ ما هي العقبات والفرص التي يمكنها توجيه تحليل الاستجابة وتوصياتها؟
- ما هي واجبات التشغيل والصيانة الضرورية؟ ما هي المقدرات المتوفرة لتنبيتها على المدى القصير والطويل؟ من الذي يجب أن يكون مسؤولاً عنها؟
- هل توجد نظر أو آليات تمويلية قائمة أو محتملة، يمكن من خلالها تغطية تكاليف التشغيل والصيانة؟
- كيف يحصل السكان المضيغون على المياه وكيفية ضمان سلامة هذه المياه عند نقطة الاستخدام؟

التخلص من الفضلات

- هل البيئة خالية من الفضلات؟
- إذا كان هناك قضاء للحاجة في العراء، فهل توجد منطقة مخصصة؟
- هل توجد أي مراافق قائمة وإن كانت، هل هي مستخدمة؟ هل هي كافية؟ هل يتم تشغيلها بنجاح؟ هل يمكن توسيعها أو تكييفها؟
- هل المرافق آمنة وتحفظ الكرامة: مضاءة ومجهرة بأقفال وستائر عازلة؟ هل يمكن للناس الوصول إلى المراحيض خلال النهار والليل؟ إذا لم يمكنهم ذلك أثناء الليل، فما هي البدائل؟
- ما هي ممارسات التعامل مع الفضلات التي يمارسها السكان المضيغون؟
- هل تشكل ممارسة قضاء الحاجة الحالية تهديداً لإمدادات المياه (السطحية أو الجوفية) أو مناطق المعيشة أو للبيئة ككل؟
- هل توجد أي أعراف ثقافية واجتماعية ينبغيأخذها في الحسبان عن تصميم المرحاض؟
- هل الناس على دراية بتصميم المراحيض وتشييدها واستخدامها؟
- ما هي المواد المحلية المتوفرة لتشييد المراحيض؟
- هل يوجد قبول ودراسة قائمة للقيام بتحويل الفضلات لأسمدة؟
- ما هو العمر الذي يبدأ به الأطفال في استخدام المرحاض؟



- ماذا يحدث لغائط الرضيع والأطفال الصغار؟
- ما مقدار انحدار التضاريس؟
- ما مستوى ارتفاع منسوب المياه الجوفية؟
- هل حالة التربة مناسبة للتخلص من الفضلات في الموقع؟
- هل ترتيبات التخلص من الفضلات الحالية تشجع نوائل المرض؟
- هل توفر المواد أو المياه للتنظيف الشرجي؟ كيف يقوم الأشخاص في العادة بالتخلص من تلك المواد؟
- هل يغسل الأشخاص أيديهم بعد قضاء الحاجة وقبل تجهيز الطعام وأكله؟ هل يتوفرون الصابون أو مواد التنظيف الأخرى مع الماء بالقرب من المرحاض أو داخل المنزل؟
- كيف تعامل النساء والفتيات مع الحيض؟ هل توفر مواد مناسبة أو مراافق لهذا الغرض؟
- هل توفر أي مراافق متخصصة أو معدات لتسهيل الوصول للإصحاح لذوي الإعاقة أو المصابين بمرض نقص المناعة البشرية المكتسبة أو المصابين بالسلس أو غير القادرين على الحركة في المراافق الطبية؟
- قييم الاعتبارات البيئية؛ على سبيل المثال، استخراج المواد الخام مثل الرمال والصفي لآفراضاً البناء، وحماية البيئة من الغائط.
- هل يوجد عمال مهرة في المجتمع، مثل عمال البناء أو التجاريين والعمال غير المهرة؟
- هل توجد معدات للحفر أو شاحنات لإزالة الحمأة؟ في الوقت الحالي، هل يتم التخلص من نفايات الغائط التي يتم جمعها على نحو مناسب وأمن؟
- ما هي الاستراتيجية المناسبة للتعامل مع الفضلات - بما يشمل الاحتواء والتغليف والمعالجة والتخلص منها؟

الأمراض المحمولة بالنواقل

- ما هي مخاطر الأمراض المنقولة بالنواقل ومدى خطورتها؟
- ما هي الأدوات اليومية أو الموسمية التي تتبعها النواقل المحلية فيما يتعلق بالتكافر والراحة والتغذية؟
- هل توجد ممارسات أو معتقدات تقليدية (على سبيل المثال، الاعتقاد أن المياه القدرة تسبب الملاريا) ترتبط بالنواقل والأمراض المنقولة بالنواقل؟ هل يوجد أي من تلك الممارسات أو المعتقدات سواء كانت نافعة أو ضارة؟
- في حالة ارتفاع مخاطر الأمراض المحمولة بالنواقل، هل يتمتع المعرضون للخطر بإمكانية الوصول إلى الحماية الفردية؟
- هل من الممكن إجراء تغييرات على البيئة المحلية (لاسيما عن طريق التصريف وتنظيف المساحات الفارغة والتخلص من الفضلات والتخلص من النفايات الصلبة) لمنع تكاثر النواقل؟
- هل من الضروري مكافحة النواقل بالوسائل الكيميائية؟ ما هي البراجم واللوائح والأنظمة الموجودة والمتعلقة باستخدام المواد الكيميائية لمكافحة النواقل؟
- ما هي المعلومات واحتياطات السلامة الواجب تقديمها للأسر؟

إدارة النفايات الصلبة

- هل تشكل النفايات الصلبة مشكلة؟
- كيف يتخلص الأفراد من نفاياتهم؟ ما نوع النفايات الصلبة التي يتم إنتاجها وكميته؟
- هل يمكن التخلص من النفايات في الموقع أو يجب جمعها والتخلص منها خارج الموقع؟

- ما هي الممارسة المعتادة للتخلص من النفايات الصلبة عند المتضررين (على سبيل المثال، حفر التسميد أو إعادة الاستخدام أو كلاهما أو نظم التجميع أو الصناديق)؟
- هل توجد أنشطة ومرافق صحية ينتج عنها نفايات؟ كيف يتم التخلص منها؟ من المسؤول؟
- أين يتم التخلص من المواد الصحية التي يجب التخلص منها (على سبيل المثال، حفاضات الأطفال ومواد النظافة الحيوانية ومواد السلس)؟ هل التخلص منها يتم بكفاءة وفاعلية؟
- ما هو الأثر الحالي للتخلص من النفايات الصلبة على البيئة؟
- ما هي مقدرات إدارة النفايات الصلبة التي يمتلكها القطاعين العام والخاص؟



ملحق 2

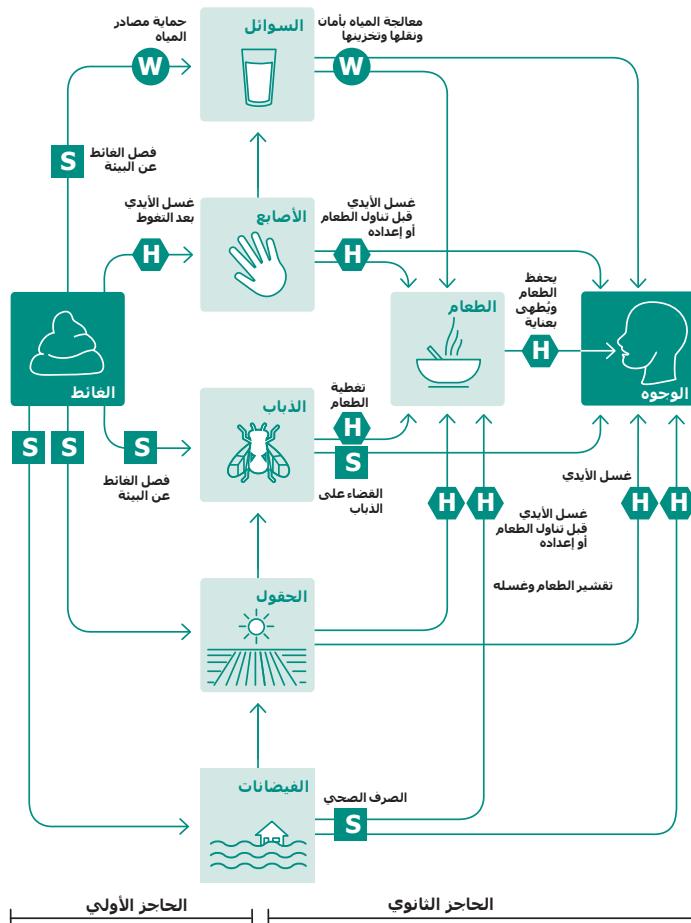
مخطط F - انتقال العدوى من الغائط عبر الفم للأمراض المسببة للإسهال

يمكن أن توقف الحواجز انتقال المرض؛ ويمكن أن تكون هذه الحواجز أولية (تمنع الملائمة الأولية بالباراز) أو ثانوية (تمنع أن يتم تناولها من قبل شخص جديد). ويمكن التحكم فيها عن طريق الماء والإصحاح وتدخلات النظافة الصحية.

المياه W

الإصحاح S

النظافة الصحية H



ملحوظة: المخطط عبارة عن ملخص للستيل: قد تكون الستيل الأخرى ذات الصلة على قدر من الأهمية، قد تكون مياه الشرب ملوثة بواسطة حاوية مياه قدرة، على سبيل المثال، أو قد ينبلج الطعام سبب أولى طهي متسخة.

وسائل الانتقال الخمس في مخطط F: الغائط، والسوائل، والأصابع، والذباب، والغذاء (الشكل رقم 5)

المصدر: قسم المياه والهندسة والتنمية

ملحق 3

الكميات الدنيا من المياه - أرقام البقاء على قيد الحياة وتقدير الاحتياجات المائية

3-2.5 لترات لكل شخص يومياً (يعتمد على المناخ وعلى فسيولوجية الفرد)	احتياجات البقاء: تناول المياه (للشرب والغذاء)
6-2 لترات لكل شخص يومياً (يعتمد على الأعراف الاجتماعية والثقافية)	ممارسات النظافة الأساسية
6-3 لترات لكل شخص يومياً (يعتمد على نوع الطعام والأعراف الاجتماعية والثقافية)	احتياجات الطهي الأساسية
5 لترات لكل مريض في العيادات الخارجية 60-40 لتر لكل مريض مقيم في اليوم 100 لتر للتدخلات الجراحية ولولادة قد تلزم كميات إضافية لمعدات الغسيل وشطف المراحيض بالدفق وما إلى ذلك	المراكز الصحية والمستشفيات
60 لتر لكل مريض في اليوم 15 لتر لكل قائمه بالرعاية في اليوم	مراكز الكولييرا
400-300 لتر لكل مريض في اليوم	مركز الحمى التزفية الفيروسية
30 لتر لكل مريض مقيم في اليوم 15 لتر لكل قائمه بالرعاية في اليوم	مراكز التغذية العلاجية
1 لتر لكل مريض في اليوم	العيادات المتنقلة مع زارات غير متكررة
5 لتر لكل مريض في اليوم	العيادات المتنقلة مع زارات متكررة
10 لتر لكل مريض في اليوم	نقاط الإمالة الفموية
15 لتر لكل شخص يومياً إذا قضى أكثر من يوم واحد 3 لتر لكل شخص يومياً إذا كان البقاء محدوداً بوقت النهار	مراكز الاستقبال / العبور
3 لتر لكل تلميذ في اليوم للشرب وغسل اليدين (استخدام المراحيض غير مشمول: انظر المراحيض العامة أدناه)	المدارس
5-2 لترات لكل شخص يومياً لlagتسال والشرب	المساجد
2-1 لتر لكل مستخدم يومياً لغسل اليدين 8-2 لتر لكل مهجع يومياً لتنظيف المرحاض	المراحيض العامة
20-40 لتر لكل مستخدم في اليوم للمراحيض التي تعمل بالدفق والموصولة بالصرف الصحي 5-3 لتر لكل مستخدم يومياً للمراحيض التي تعمل بالسكب و الدفع	جميع المراحيض التي تعمل بالدفق
2-1 لتر لكل شخص في اليوم	غسل الشرج
20-30 لتر لكل حيوان كبير أو متوسط يومياً 5 لتر لكل حيوان صغير في اليوم	الماشية



ملحق 4

الحد الأدنى من أعداد المراحيض في المجتمع وفي المؤسسات والأماكن العامة

الموقع	قصير الأجل	متوسط وطويل الأجل
المجتمع	1 مرحاض لكل 50 شخص (جماعي) 1 مرحاض لكل 5 أشخاص أو أسرة واحدة	1 مرحاض لكل 20 شخص (جماعي)
مناطق الأسواق	1 مرحاض لكل 20 كشك	1 مرحاض لكل 50 كشك
المستشفيات / المراكز الطبية	1 مرحاض لكل 10 سرير أو 20 مريض خارجي	1 مرحاض لكل 20 سرير أو 50 مريض خارجي
مراكز التغذية	1 مرحاض لكل 20 بالغ 1 مرحاض لكل 10 طفل	1 مرحاض لكل 50 بالغ 1 مرحاض لكل 20 طفل
مراكز الاستقبال / العبور	1 مرحاض لكل 50 فرد 3:1 الإناث للذكور	
المدارس	1 مرحاض لكل 30 فتاة 1 مرحاض لكل 60 فتى	1 مرحاض لكل 30 فتاة 1 مرحاض لكل 60 فتى
المكاتب	1 مرحاض لكل 20 موظف	

المصدر: مقتبس من هاري وياغري ورييد (2002)

حيثما يسمح السياق، اجعل الهدف هو عمل مراحيض أسرية مشتركة والفضل من ذلك هو عمل مراحيض متزيلة منذ البداية وذلك لتحقيق القبول والإحساس بالملكية وتحقيق عمليات تدخل مناسبة تقافية في الإصحاح.

* في المجتمع، الطريقة المرحلية للمراحيض لمستوى أسرى يبلغ 20-50 هي ذاتها في مرافق الاغتسال.

ملحق 5

الأمراض المرتبطة بالماء والإصلاح

1. التصنيف البيئي لأنواع العدوى المرتبطة بالمياه

العامل المسبب للمرض	العدوى	الفئة
الأولي الحيواني الأولي الحيواني الجُرثومة بكيرية الجُرثومة بكيرية الأولي الحيواني الجُرثومة بكيرية الأولي الحيواني فيروس الجُرثومة بكيرية الجُرثومة بكيرية الجُرثومة بكيرية	الزحار الأميبي داءِ القِيَّادَات التهاب الأمعاء بالعطيفة الكوليرا داءِ خفيفات الأبواغ إسهال الإشريكية القولونية داءِ الجيارديات إسهال الروتا فيرس داءِ السلمونيلات داءِ الشيفيليات داءِ البيرسيبات	(1) الغائط عبر الفم (المحمولة بالماء أو بسبب قلة استخدام الماء) (أ) الإسهال والزحار
الجُرثومة بكيرية فيروس فيروس البكتيريا الملوثة الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية	التيفوئيد البارا التيفوئيد شلل الأطفال التهاب الكبد الوبائي أ داءِ البريميات داءِ الصفار داءِ المُسلَّكَات	(ب) الحمى المعوية
متفرقات متفرقات	أمراض الجلد المعدية أمراض العين المعدية	(2) قلة استخدام الماء (أ) عدوى الجلد والعين
الكساح البكتيريا الملوثة	التيفوس المنقول بالقمل الحم الراجحة المنقلوبة بالقمل	(ب) آخر
الديدان الطفيلية	البلهارسيا	(3) المعتمدة على المياه (أ) المختربة للجلد
الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية	الدودة الصينية داء متفرعات الخصبة داءِ الكَوْسَاء داءِ جانِيَّةِ المَنَاسِل آخر	(ب) المبلوحة
الأولي الحيواني	مرض النوم	(4) النواقل الحشرية المرتبطة بالمياه (أ) التي تعرض بالقرب من المياه



الفئة	العدوى	العامل المسبب للمرض
ب) تكاثر في المياه	داء الخيبيات المalaria العُمَن التهري	الديدان الطفيلي الأولي الحيواني الديدان الطفيلي فيروس فيروس فيروس
	الفيروسات المنقوله بالبعوض الحمى الصفراء حمى الضنك أخرى	

المصدر: مجموعة العمل الدولية ضد الجوع العالمي والإصحاح والنظافة لسكان المعرضين للخطر، الملحق 5، صفحة 675

2. التصنيف البيئي لأنواع العدوى المرتبطة بالفضلات

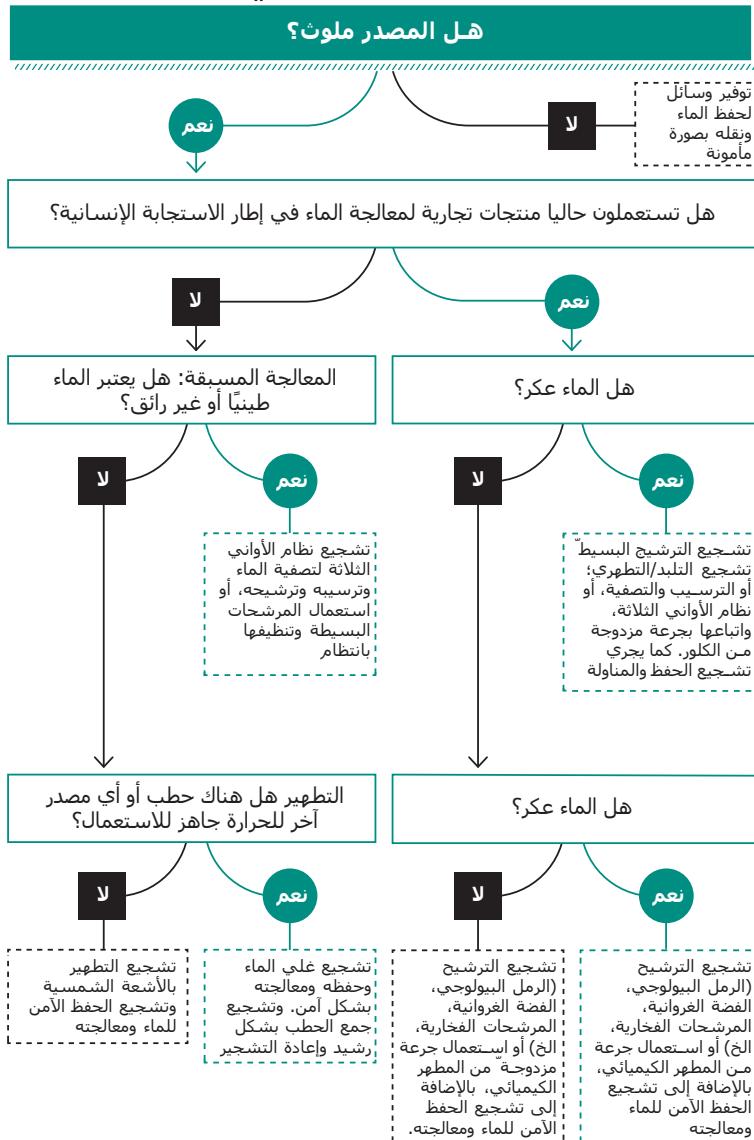
الفئة	العدوى	العامل المسبب للمرض	آليات الانتقال المتشة	تدبير المكافحة الرئيسية (التدابير الهندسية بالخط المائي)
1) من الغاطط عبر الفرم (غير بكتيرية) غير كامنة، جرعة منخفضة من العدوى	شلل الأطفال التهاب الكبد الوبائي أ إسهال الروتافيريس الزحار الأبيبي داء الجباريات داء القربيات داء السرمويات داء المُخرسفات	فيروس فيروس فيروس الأولي الحيواني الأولي الحيواني الأولي الحيواني الديدان الطفيلي الديدان الطفيلي	المخالطة من شخص إلى شخص إلى شخص التلوث المنزلي	الإمداد المنزلي بالمياه تحسين السكن توفير مراحيض الشقق الصحي
2) من الغاطط عبر الفرم (بكتيرية) غير كامنة، متوسطة أو جرعة عالية من العدوى مستمرة إلى حد متوسط وقدرة على التكاثر	إسهال والزحار التهاب الأمعاء بالقطفقة الكوليرا إسهال الإيشيريكية القولونية داء السلمونيلات داء الشигيليات داء اليرسيتينات الحمى المعوية التيغونيد الباراتيفونيد	الجُرْزُومَة بكتيرية الجُرْزُومَة بكتيرية الجُرْزُومَة بكتيرية الجُرْزُومَة بكتيرية الجُرْزُومَة بكتيرية الجُرْزُومَة بكتيرية الجُرْزُومَة بكتيرية	المخالطة من شخص إلى شخص إلى شخص التلوث المنزلي تلويث المياه تلويث المحاصيل	الإمداد المنزلي بالمياه تحسين السكن توفير مراحيض معالجة الفضلات قبل إعادة استخدامها أو تفريغها الشقق الصحي
3) الديدان المنقوله بالترية كامنة ومستمرة مع عدم وجود عائق وسيط	داء الصفار (الدودة المستدية) داء المسكلات (السوطاء) الدودة الشصية داء الأسطوانيات الشعرية	الديدان الطفيلي الديدان الطفيلي الديدان الطفيلي الديدان الطفيلي	تلويث الساحات تلويث الأرض في المناطق الجماعية لقضاء الحاجة تلويث المحاصيل	توفير مراحيض مع أرضيات نظيفة معالجة الفضلات قبل الاستخدام على الأرضي

تدبير المكافحة الرئيسية (التدابير الهندسية) بالخط المائل	آليات الانتقال المتنشرة	العامل المسبب للمرض	العدوى	الفئة
توفير مراحيض معالجة الفضلات قبل الاستخدام على الأراضي الطهي وفحص اللحوم	تلوث الساحات تلوث الحقول تلوث العلف	الديدان الطفيلية	داء الشريطيات	٤) الدودة الشريطية في لحوم البقر والخنزير كامنة ومستمرة وعائلها الوسيط البقر أو الخنزير
توفير مراحيض معالجة الفضلات قبل نفريغها مراقبة الحيوانات التي تؤوي العدوى الطهي	تلوث المياه	الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية الديدان الطفيلية	البلهارسيا داء متفرعات الخصبة داء الكوساء داء جانبيه المتسلل	٥) الديدان الطفيلية المعتمدة على المياه كامنة ومستمرة مع عائق وسيط (عوائل وسيطة) مائي
كشف مناطق التكاثر المتحممة وإزالتها استخدام الناموسيات	تأثير الحشرات في عدة مناطق ملوثة بالغائط	الديدان الطفيلية متفرقات	عدوى داء الخيطيات (تنقله لسعة بعوض الكتوليكين) أنواع العدوى في الفتات الأولى إلى الرابعة، لاسيما الفترة الأولى والثانية، والتي قد تنتقل عن طريق الذباب والصراسير	٦) النواقل الحشرية المرتبطة بالفضلات



ملحق 6

شجرة قرار معالجة المياه وتخزينها في الأسرة



شجرة اتخاذ قرار التخزين ومعالجة المياه المنزلية (الشكل رقم 6)

المصدر: مأخذو من دليل معالجة المياه المنزلية والتخزين الآمن في حالات الطوارئ التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر

والهلال الأحمر (2008)

المراجع و مزيد من المطالعات

عام الحق في المياه

The Rights to Water and Sanitation (Information Portal). www.righttowater.info

United Nations General Assembly Resolution 64/292 The human right to water and sanitation. 2010. www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64292&lang=E

أثر الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة على الصحة

Bartram, J. Cairncross, S. "Hygiene, sanitation, and water: forgotten foundations of health." *PLoS Med*, vol. 7, 2010, e1000367.

Blanchet, K. et al. *An Evidence Review of Research on Health Interventions in Humanitarian Crises.* LSHTM, Harvard School of Public Health, 2013.

www.elrha.org/wp-content/uploads/2015/01/Evidence-Review-22.10.15.pdf

Campbell, O.M. Benova, L. et al. "Getting the basic rights: the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework." *Trop Med Int Health*, vol. 20, 2015, pp. 252-67.

Fewtrell, L. Kaufmann, et al. "Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis." *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, 2005, pp. 42-52. [www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(04\)01253-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(04)01253-8/abstract)

Ramesh, A. Blanchet, K. et al. "Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, 2015, e0124688.

Wolf, J. Pruss-Ustun, A. et al. "Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression." *Trop Med Int Health*, vol. 19, no. 9, 2014.

وضع برامج الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة بفاعلية

Water, Sanitation and Hygiene for Populations at Risk. ACF, 2005.

www.actionagainsthunger.org/publication/2005/12/water-sanitation-and-hygiene-populations-risk

Davis, J. Lambert, R. *Engineering in Emergencies* (2nd ed). ITDG Publishing & RedR UK, 2002.

Public Health Engineering in Precarious Situations. MSF, 2010.

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/public_health/public_health_en.pdf

WASH Manual for Refugee Settings: Practical Guidance for Refugee Settings. UNHCR, 2017.

<http://wash.unhcr.org/unhcr-wash-manual-for-refugee-settings/>

Compendium of accessible WASH technologies. WaterAid and WEDC, 2014.

[www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications/
view-publication?id=aff6d09800-f242-e5-b9a022-ec2b264a5e](http://www.wateraid.org/what-we-do/our-approach/research-and-publications/view-publication?id=aff6d09800-f242-e5-b9a022-ec2b264a5e)

Yates, T et al. Efficacy and effectiveness of water, sanitation, and hygiene interventions in emergencies in low- and middle-income countries: a systematic review

<https://www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.3362/1756-3488.17-00016>

الحماية والإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة

Humanitarian Inclusion Standards for older people and people with disabilities . Age and Disability Consortium, 2018. https://www.cbm.org/article/downloads/54741/Humanitarian_inclusion_standards_for_older_people_and_people_with_disabilities.pdf

House, S. Ferron, S. Sommer, M. Cavill, S. Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit – Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. WaterAid/Sshare, 2014. <http://violence-WASH.lboro.ac.uk>

Jones, H.E. Reed, R. Water and sanitation for disabled people and other vulnerable groups: Designing services to improve accessibility. Loughborough University, UK, 2005.

wecd-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=16357

النهوض بالنظافة/تغير السلوك

Curtis, V. Cairncross, S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review." *Lancet Infect Dis*, vol. 3, 2003, pp. 275-81.

De Buck, E. Hannes, K. et al. Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle income countries. A mixed method systematic review. Systematic Review 36. International Initiative for Impact Evaluation, June 2017.

www.3ieimpact.org/media/filer_public/2017/06/20/sr36-behaviour-change-sanitation.pdf

Ferron, S. Morgan, J. O'Reilly, M. Hygiene Promotion: A Practical Manual from Relief to Development. ITDG Publishing, Rugby, UK, 2000 and 2007.

Hygiene Promotion in Emergencies. Training package. WASH Cluster.

<http://washcluster.net/?s=Hygiene+Promotion>

Freeman, M.C. Stocks, M.E. et al. "Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects." *Trop Med Int Health*, vol. 19, 2014, pp. 906-16.

Harvey, P. Baghri, S. Reed, B. Emergency Sanitation: Assessment and Programme Design. WEDC, 2002. [https://wecd-knowledge.lboro.ac](http://wecd-knowledge.lboro.ac)

Rabie, T. Curtis, V. "Handwashing and risk of respiratory infections: a quantitative systematic review." *Trop Med Int Health*, vol. 11, 2006, pp. 258-67.

Hygiene Promotion Guidelines. UNHCR, 2017.

<http://wash.unhcr.org/download/hygiene-promotion-guidelines-unhcr-2017/>

Watson, J.A. Ensink, J.H. Ramos, M. Benelli, P. Holdsworth, E. Dreibelbis, R. Cumming, O. "Does targeting children with hygiene promotion messages work? The effect of handwashing promotion targeted at children, on diarrhoea, soil-transmitted helminth infections and behaviour change, in low- and middle-income countries." *Trop Med Int Health*, 2017.

النظافة الحسينية

Mahon, T. Cavill, S. *Menstrual Hygiene Matters: Training guide for practitioners*. WaterAid.
https://washmatters.wateraid.org/sites/g/files/jkxoof256/files/MHM%20training%20guide_0.pdf

Sommer, M. Schmitt, M. Clatworthy, D. *A Toolkit for integrating Menstrual Hygiene Management (MHM) into Humanitarian Response*. Colombia University, Mailman School of Public Health and International Rescue Committee. New York, 2017.
www.rescue.org/resource/menstrual-hygiene-management-mhm-emergencies-toolkit

السلس

Groce, N. Bailey, N. Land, R. Trani, J.F. Kett, M. "Water and sanitation issues for persons with disabilities in low- and middle-income countries: a literature review and discussion of implications for global health and international development." *Journal of Water and Health*, vol. 9, 2011, pp. 617-27.

Hafskjold, B. Pop-Stefanija, et al. "Taking stock: Incompetent at incontinence – why are we ignoring the needs of incontinence sufferers?" *Waterlines*, vol. 35, no. 3, 2016.
www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.33623488.2016.018-1756/

إدارة الفضلات

Clasen, T.F. Bostoen, K. Schmidt, W.P. Boisson, S. Fung, I.C. Jenkins, M.W. Scott, B. Sugden, S. Cairncross, S. "Interventions to improve disposal of human excreta for preventing diarrhoea." *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, CD007180.

Freeman, M.C. Garn, J.V. Sclar, G.D. Boisson, S. Medlicott, K. Alexander, K.T. Penakalapati, G. Anderson, D. Mahtani, A.G. Grimes, J.E.T. Rehfuss, E.A. Clasen, T.F. "The impact of sanitation on infectious disease and nutritional status: A systematic review and meta-analysis." *Int J Hyg Environ Health*, vol. 220, 2017, pp. 928-49.

Gensch, R. Jennings, A. Renggli, S. Reymond, Ph. *Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies*. German WASH Network and Swiss Federal Institute of Aquatic Science and Technology (Eawag), Berlin, Germany, 2018.

Graham, J.P. Polizzotto, M.L. "Pit latrines and their impacts on groundwater quality: A systematic review." *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, 2013.

http://hsrcc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=sphhs_enviro_facpubs

Harvey, P., *Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual*. An Inter-Agency Publication, WEDC, 2007.

<http://wash.unhcr.org/download/excreta-disposal-in-emergencies-a-field-manual-wedc-2007/>

Simple Pit Latrines. WASH Fact sheet 3.4. WHO.

www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/fs3_4.pdf

معالجة المياه

Branz, A. Levine, M. Lehmann, L. Bastable, A. Imran Ali, S. Kadir, K. Yates, T. Bloom, D. Lantagne, D. "Chlorination of drinking water in emergencies: a review of knowledge to develop recommendations for implementation and research needed." *Waterlines*, vol. 36, no. 1, 2017.
<https://www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.3362/1756-3488.2017.002>

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Use of household water treatment and safe storage methods in acute emergency response: Case study results from Nepal, Indonesia, Kenya, and Haiti." *Environmental Science and Technology*, vol. 46, no. 20, 2012.

Lantagne, D.S. Clasen, T.F. "Point-of-use water treatment in emergencies." *Waterlines*, vol. 31, no. 1-2, 2012.

Rayner, J. Murray, A. Joseph, M. Branz, A.J. Lantagne, D. "Evaluation of household drinking water filter distributions in Haiti." *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, vol. 6, no. 1, 2016.

جودة المياه

Bain, R. Cronk, R. Wright, J. Yang, H. Slaymaker, T. Bartram, J. "Fecal Contamination of Drinking-Water in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS Med*, vol. 11, 2014, e1001644.

Kostyla, C. Bain, R. Cronk, R. Bartram, J. "Seasonal variation of fecal contamination in drinking water sources in developing countries: a systematic review." *PubMed*, 2015.

Guidelines for Drinking-Water Quality. WHO, 2017.

www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/en/

مكافحة نوائل الأمراض

Lacarin, C.J. Reed, R.A. *Emergency Vector Control Using Chemicals.* WEDC, Loughborough University, 1999. UK. <https://wecd-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=15336>

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

<https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/disease-prevention-through-vector-control-guidelines-for-relief-organisations-121159>

Vector Control: Aedes aegypti vector control and prevention measures in the context of Zika, Yellow Fever, Dengue or Chikungunya: Technical Guidance. WASH WCA Regional Group, 2016.

<http://washcluster.net/resources/vector-control-aedes-aegypti-vector-control-prevention-measures-context-zika-yellow-fever-dengue-chikungunya-wcar-wash-2017-french>

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control. New Edition. World Health Organization, Geneva, 2009. Chapter 3, Vector management and delivery of vector control services.
www.who.int/csr/resources/publications/dengue_9789241547871/en/

Malaria Control in Humanitarian Emergencies: An Inter-agency Field Handbook. WHO, 2005.
www.who.int/malaria/publications/atoz/924159389X/en/

Handbook for Integrated Vector Management. WHO, 2012.
www.who.int/neglected_diseases/vector_ecology/resources/9789241502801/en/

إدارة النفايات الصلبة

Disaster Waste Management Guidelines. UNOCHA, MSB and UNEP, 2013.
www.eecentre.org/dwm-guidelines

Technical Notes for WASH in Emergencies, no. 7: Solid waste management in emergencies. WHO/WEDC, 2013. www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/solidwaste.pdf

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة في حالات تفشي الأمراض

Brown, J. Cavill, S. Cumming, O. Jeandron, A. "Water, sanitation, and hygiene in emergencies: summary review and recommendations for further research." *Waterlines*, vol. 31, 2012.

Lantagne, D. Bastable, A. Ensink, J. Mintz, E. "Innovative WASH Interventions to Prevent Cholera." *WHO Wkly Epid Rec.* October 2, 2015.

Management of a Cholera Epidemic. MSF, 2017.
<https://sherlog.msf.org/articles/1845/management-of-a-cholera-epidemic-aug-2017.html>

Guide to Community Engagement in WASH: A practitioners guide based on lessons from Ebola. Oxfam, 2016.

<https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/guide-to-community-engagement-in-wash-a-practitioners-guide-based-on-lessons-fr-620139>

Taylor, D.L. Kahawita, T.M. Cairncross, S. Ensink, J.H. "The Impact of Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Control Cholera: A Systematic Review." *PLoS One*, vol. 10, e0135676. Doi: 10.1371/journal.pone.0135676, 2015.

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135676>

Cholera Toolkit. UNICEF, 2017. www.unicef.org/cholera_toolkit/

Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43767/1/9789241547239_eng.pdf

Infection prevention and control (IPC) guidance summary: Ebola guidance package. WHO, 2014.
www.who.int/csr/disease/ebola/evd-guidance-summary/en/

Rapid Guidance on the Decommissioning of Ebola Care Facilities. WHO, 2015.
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js23221en/>

Yates, T. Vujcic, J.A. Joseph, M.L. Gallandat, K. Lantagne, D. "Water, sanitation, and hygiene interventions in outbreak response: a synthesis of evidence." *Waterlines*, vol. 37, no. 1, pp. 5–30.
<https://www.developmentbookshelf.com/doi/pdf/10.3362/1756-3488.17-00015>

Yates, T. Allen, J. Leandre Joseph, M. Lantagne, D. *WASH interventions in disease outbreak response. Humanitarian Evidence Programme*. Oxford: Oxfam GB, 2017.
<https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/wash-interventions-in-disease-outbreak-response-620202>

الوقاية من العدوى ومكافحتها

Medical Waste Management. ICRC, 2011.

<https://www.icrc.org/en/publication/4032-medical-waste-management>

Sterilisation Guidelines. ICRC, 2014. <http://icrcndresourcecentre.org/books/book-2/>

Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second Edition. ICRC, IFRC, 2016.

<https://www.icrc.org/en/publication/0880-management-dead-bodies-after-disasters-field-manual-first-responders#>

Incineration in Health Structures of Low-Income Countries. MSF, 2012.

https://sherlog.msf.org/storage/attachments/645-montfort_incinerator_construction_ops_EN.pdf

Essential water and sanitation requirements for health structures. MSF, 2009.

Waste Zone Operators Manual. MSF, 2012.

<https://sherlog.msf.org/articles/724/waste-zone-operators-manual.html>

Laundries for Newbies. MSF, 2016.

<https://sherlog.msf.org/articles/741/msf-laundries-for-newbies.html>

WASH in health care facilities. UNICEF, WHO, 2015.

www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/

Aide Memoire for infection prevention and control in a healthcare facility. WHO, 2011.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ipc-checklist/en/>

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. WHO, 2016. www.who.int/gpsc/isp-components-guidelines/en/

Hand Hygiene Self-Assessment Framework. WHO, 2010.

www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_October_2010.pdf?ua=1

Safe management of wastes from health-care activities. Second edition. WHO, 2014.

www.who.int/water_sanitation_health/publications/safe-management-of-wastes-from-healthcare-activities/en/

Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies. WHO, 1999.
www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والتغذية

WASH'NUTRITION 2017 Guidebook: Integrating water, sanitation, hygiene and nutrition to save lives. Action Against Hunger (ACF), 2017.

www.actionagainsthunger.org.uk/publication/wash%20%99nutrition-2017-guidebook

BABYWASH and the 1,000 days: a practical package for stunting reduction. Action Against Hunger (ACF), 2017.

https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/2017_BabyWASH_EN.pdf

Altmann, M. et al. "Effectiveness of a household water, sanitation and hygiene package on an outpatient program for severe acute malnutrition: A pragmatic cluster – randomized controlled trial in Chad." *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 98, no. 4, Apr 2018, pp. 1005-12. <https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.17-0699>

Null, C. et al. (2018) "Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster randomised control trial." *The Lancet: Global Health*, vol. 6, no. 3, March 2018, pp. e316-e329.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18300056>

Oxfam and Tufts University WASH and Nutrition Series: Enteric Pathogens and Malnutrition. Technical memorandum 1. Oxfam, Tufts.

<https://oxfamintermon.s3.amazonaws.com/sites/default/files/documentos/files/Estudio%20Oxfam-Tufts%20University.pdf>

الإمداد بالماء والإصحاح والنهوض بالنظافة والنقد والأسوق

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org/>

المزيد من المطالعة

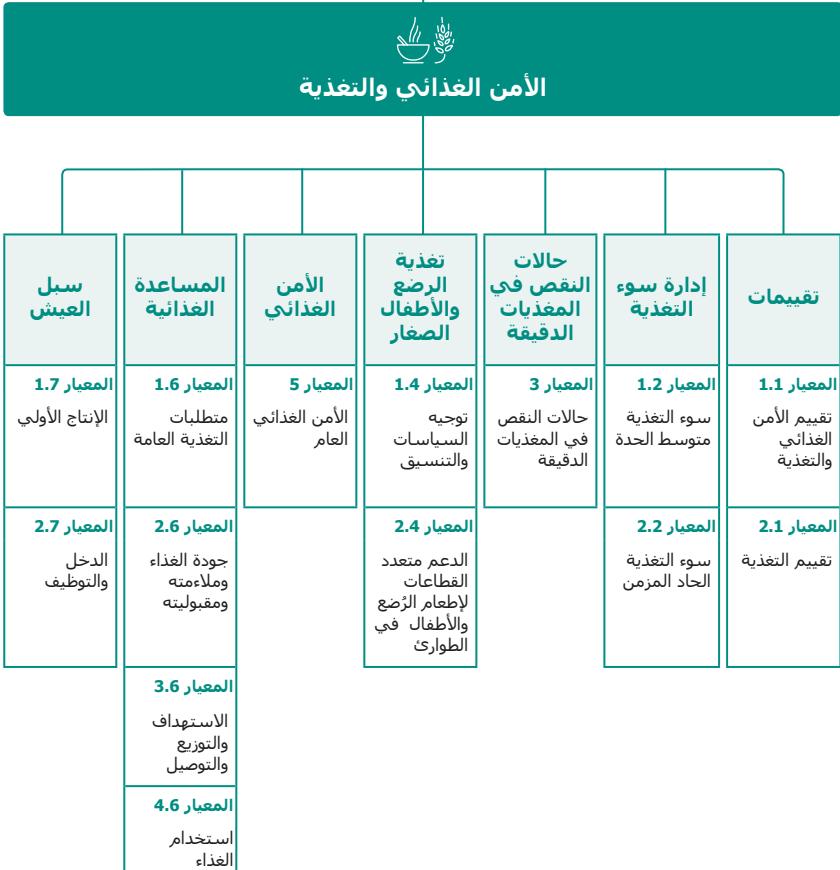
للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة

www.spherestandards.org/handbook/online-resources



الأمن الغذائي والتغذية





الملحق 1 قوائم تحقق خاصة تقييم الأمان الغذائي وسبل العيش

الملحق 2 قوائم تتحقق خاصة تقييم أمن البذور

الملحق 3 قوائم تحقق تقدير التغذية

الملحق 4 قياس سوء التغذية الحاد

الملحق 5 التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة

الملحق 6 متطلبات التغذية

المحتويات

152	المفاهيم الأساسية في الأمن الغذائي والتغذية
156	1. تقييمات الأمن الغذائي والتغذية
162	2. إدارة سوء التغذية
171	3. حالات النقص في المغذيات الدقيقة
174	4. تغذية الرضع والأطفال الصغار
181	5. الأمن الغذائي
184	6. المساعدة الغذائية
196	7. سبل العيش
203	الملحق 1: قوائم تحقق خاصة بتقييم الأمن الغذائي وسبل العيش
205	الملحق 2: قائمة تحقق خاصة بتقييم أمن البذور.
207	الملحق 3: قوائم تحقق تقدير التغذية
209	الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد
212	الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة.
214	الملحق 6: متطلبات التغذية
216	المراجع ومزيد من المطالعات



المفاهيم الأساسية في الأمن الغذائي والتغذية

لكل فرد الحق في التحرر من الجوع والحصول على الغذاء الكافي

تعد معايير اسفيه الدنيا للأمن الغذائي والتغذية تعبيراً عملياً عن حق الفرد في غذاء مناسب في السياقات الإنسانية. وترتजز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكلمة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقى المساعدة الإنسانية حسب الحاجة.

للقائمة بالوثائق القانونية والسياسية الرئيسية التي تتضمن الميثاق الإنساني مع التعليقات التوضيحية للعاملين في المجال الإنساني [انظر الملحق رقم 1.](#)

يحد نقص التغذية من قدرة البشر على التعافي بعد وقوع الأزمات. حيث أنها تُضعف الوظائف الإدراكية وتقلل المناعة ضد الأمراض وتزيد من قابلية الإصابة بالأمراض المزمنة وتحد من فرص سبل العيش وتحد من القدرة على الانخراط في المجتمع. كما أنها تقوض القدرة على التكيف وقد تزيد من الاعتماد على الدعم المقدم باستمرار.

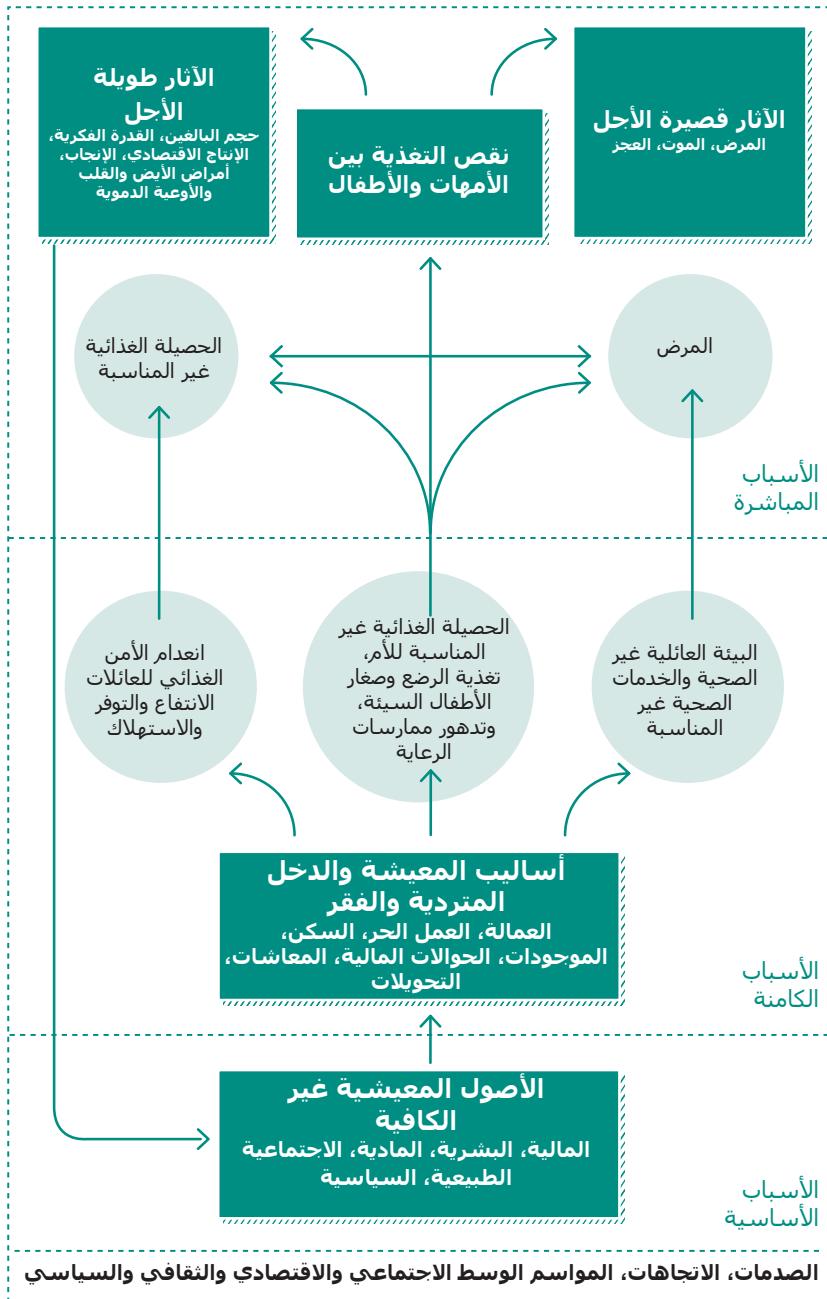
تعدد أسباب نقص التغذية معقدة

تمثل الأسباب المباشرة لنقص التغذية في عدم كفاية الغذاء والمرض المتكرر (انظر الرسم البياني رقم 3). فيما تمثل الأسباب الأساسية في انعدام الأمن الغذائي للأسر وسوء التغذية وممارسات الرعاية غير الصحية والبيئة الأسرية غير الصحية وعدم كفاية الرعاية الصحية.

وهذه الأسباب الأساسية متشابكة. ومن ثم، في الوقت الذي يعد فيه انعدام الأمن الغذائي أحد أسباب سوء التغذية، فمن غير المرجح أن يؤدي تقديم المساعدة الغذائية إلى حل دائم مالم تُعالج الأسباب الأخرى في نفس الوقت. يجب أن تتعمل استجابات الغذاء والتغذية مع المياه والإصحاح والنظافة وكذلك المأوى والمستوطنات البشرية واستجابات الرعاية الصحية في نهج منسق. على سبيل المثال، يحتاج البشر إلى كمية مناسبة وجيدة من المياه لإعداد الأطعمة المغذية ولتبني ممارسات تغذية آمنة. يحد الحصول على مرافق إصحاح ونظافة من خطر انتشار الأمراض، ويوفر الحصول على مأوى مناسب وجود مرفاق للطهي ويعمي الأشخاص من الطقس القاسي، مما يعزز الحد من خطر الأمراض. كما يزيد احتمال تفشي البشر بحالة تغذية عالية عندما يتمتعون بالحصول على رعاية صحية جيدة. ويعرف هذا في المقابل من القدرة على السعي للحصول على فرص سبل العيش.

سوف يؤدي احتواء الأسباب الرئيسية إلى منع سوء التغذية والتقليل منها. وبعد الحفاظ على أصول سبل معيشة البشر أمراً أساسياً في هذا الصدد، لأنها يزيد من قدرتهم على التعامل من الأسباب الأخرى المحتملة لنقص التغذية. تشمل أصول سبل المعيشة المعدات والمأكولات والماء الخام والأرض والمعرفة وإمكانية الوصول إلى الأسواق العاملة. ويجب أن تساهم استجابات الأمن الغذائي والتغذية في حماية هذه الأصول وتتنبئ بها، ومن ثم تدعم استراتيجيات سبل العيش المختلفة، سواء في وجود معدلات مرتفعة لسوء التغذية أو عدمها.

سوف تؤثر التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية في بيئه ما بعد انهاء الأزمة على استراتيجيات تكيف الأسر في حصولها على سبل العيش أو أصول اكتساب سبل العيش. وسوف يساهم استقرار هذه العوامل الخارجية في زيادة فرص الحصول على الدخل وفي النهاية تقلل من تعرض البشر إلى أسباب سوء التغذية.



الأمن الغذائي والتغذية: أسباب نقص التغذية (شكل 7)

العمل في المناطق الحضرية يمثل تحديات خاصة

يجلب التحضر المتزايد تحديات جديدة فيما يتعلق بقطاع الأمن الغذائي والتغذية. ويزيد احتمال توفير البيانات الحضرية لمزيد من التوظيف والفرص المدرة للدخل. إلا أنه بالرغم من ذلك ومع تزايد عدد السكان في الحضر، يزيد الطلب على الإسكان والخدمات في هذه المناطق أيضًا. ولا تتمكن في العديد من الحالات سياسات تخطيط استخدام الأراضي واستراتيجيتها من تلبية الطلب غير المتوقع، حيث تزيد عوامل الانتظار وتلوث الهواء وسوء إدارة النفايات وانعدام مرفاق الإصلاح في الأحياء الفقيرة من فرص الإصابة بأمراض حادة. ويتيح عن ذلك الحد من قدرة الأشخاص على الاستفادة من فرص سبل العيش وفي الغالب تحفز الأسباب الأساسية لنقص التغذية.

بعض الفئات على وجه الخصوص معرضة لنقص التغذية

يتطلب وضع استجابة مناسبة للغذاء تحقيق فهم كامل لاحتياجات التغذية الفريدة للنساء الحوامل والممرضعات والرضع والأطفال وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة. وكذلك يتطلب تعزيز الأمن الغذائي على مستوى الأسرة إلى فهم مختلف الأدوار، حيث تلعب النساء، على سبيل المثال، دورًا أكبر في تخطيط الغذاء وإعداده لأنفسهن.

من المهم تصنيف البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة كحد أدنى. ومن ثمُّ يُبين هذا ماهية احتياجات كل فرد ويكشف كذلك عن الأفراد الذين يفتقدون عناصر تغذية هامة. ويجب إجراء تصنيف لمراقبة ما بعد التوزيع بنفس الطريقة، وذلك لضمان أن تدخلات البرنامج توفر إمكانية وصول متكافئة للغذاء والتغذية الكافيين والمناسبين.

لا تقل الوقاية من نقص التغذية أهمية عن علاج سوء التغذية الحاد. قد تساهم عمليات تدخلات الأمن الغذائي والتغذية الحالة الصحية والتغذية على المدى القصير، وتساهم في البقاء والرفاهية على المدى الطويل.

لابينغي تطبيق هذه المعايير الدنيا بمعدل عن المعايير الأخرى

تعكس المعايير الدنيا في هذا الفصل المحتوى الأساسي للحق في الغذاء والمساهمة في تحقيق هذا الحق تدريجيًّا على مستوى العالم.

يرتبط الحق في الغذاء الملائم بحقوق الإمداد بالمياه والإصلاح والصحة والمأوى. يؤثر التقدم في تحقيق معايير اسفيير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. ومن ثم، تتطلب الاستجابة الفعالة تسييًقاً وتعاوناً وثيقين مع القطاعات الأخرى والسلطات المحلية ووكلالات الاستجابة الأخرى. ويساعد هذا على ضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهد وتحسين جودة الأمن الغذائي واستجابات التغذية. وتشير الحالات المرجعية عبر الدليل إلى الروابط المختملة.

على سبيل المثال، إذا لم يجر تلبية احتياجات التغذية فسوف تكون الحاجة للاستجابة للمياه والإصلاح والنظافة أكبر حيث تزيد قابلية الأشخاص للأمراض. وينطبق نفس الأمر على السكان الذين ينفثي بينهم مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)، أو عند وجود نسبة كبيرة من كبار السن أو الأشخاص ذوي الإعاقة. وتحت هذه الظروف، ستكون الرعاية الصحية في حاجة للتعديل أيضًا. حدد الأولويات استنادًا على المعلومات التي تتم مشاركتها بين القطاعات وراجعها مع تطور الموقف.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفيير الدنيا، ينبغي للمنظمات الإنسانية العمل مع الحكومة من أجل التهوض بها تدريجيًّا.

يحمي القانون الدولي الحق في الغذاء الملائم على وجه التحديد

يحمي القانون الدولي الحق في التحرر من الجوع والحصول على الغذاء المناسب، وهو ما يتطلب وصولاً مادياً واقتصادياً للغذاء المناسب طوال الوقت. تلتزم الدول بضمان هذا الحق عندما لا يتمكن الأفراد أو الجماعات، بما في ذلك اللاجئين والنازحين داخلياً، من الحصول على غذاء ملائماً، وذلك أثناء الأزمات أيضاً [انظر الملحقة رقم 1.](#)

قد تطلب الدول المساعدة الدولية إذا لم تكن مواردها الخاصة كافية. ولفعل ذلك فيجب عليها:

- احترام إمكانية الوصول الموجودة للغذاء المناسب، والسماح باستمرار الوصول إليه؛
- حماية إمكانية وصول الأفراد إلى الغذاء المناسب بضمان عدم حرمانهم من جانب المنظمات والأفراد من إمكانية الوصول المذكورة؛
- والدعم الفعال للأشخاص لضمان تمكين سبل العيش والأمن الغذائي بتزويدهم بالموارد التي يحتاجونها.

تحظر اتفاقيات جنيف الامتناع عن إتاحة الغذاء المدنيين كوسيلة للحرب. كما يُحظر الهجوم على الماشية والمواد الغذائية وأعمال الري ومنشآت مياه الشرب وإمداداتها والمناطق الزراعية التي تنتج المواد الغذائية أو تدميرها أو إزالتها أو تحويلها لغير ذات فائدة.

في حالة الاحتلال، يلزم القانون الدولي الإنساني قوة الاحتلال على ضمان توفر الغذاء المناسب للسكان، بما يشمل استيراد الإمدادات في حالة عدم كفايتها داخل المنطقة المحتلة.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

تتطوّر المساعدات الغذائية ومساعدات التغذية على إمكانية وقوع انتهاكات خطيرة للحقوق عند سوء استخدامها، لاسيما عند استغلال المشاركين في البرنامج أو سوء معاملتهم. ويجب وضع البرامج بالتعاون مع السكان المتضررين وتنفيذها بطرق تساهم في تحقيق أنواعهم وكرامتهم وسلامتهم. تعد الإدارة المناسبة والإشراف القوي على الموظفين والموارد أمراً ضرورياً، جنباً إلى جنب مع الالتزام الصارم بقواعد السلوك وفرضها على جميع المشتركين في تقديم برامج المساعدة. كما يجب تشكيل آليات استقبال تغذية راجحة واضحة من السكان المتضررين والاستجابة السريعة لآلية بواعث للقلق. ويتوخى أيضاً تدريب عامل الإغاثة على حماية الأطفال ومعرفة كيفية استخدام أنظمة الإحالة عند الاشتباه في حالات العنف أو الإيذاء أو الاستغلال التي قد يتعرض لها الأطفال [انظر مبدأ الحماية رقم 1.](#) والالتزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 5.

يجب خصوص التعاون والتنسيق المدني العسكري، مثل الدعم اللوجستي، إلى التقييم بحرص في جميع المواقف، لاسيما في حالات النزاع [انظر ما هو أسفير ومبادئ الحماية.](#)

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسع الواردة في المعيار الإنساني الأساسي باعتبارها أساساً لتقديم برنامج مسؤول للأمن الغذائي والتغذية.



1. تقييمات الأمن الغذائي والتغذية

تعد تقييمات الأمن الغذائي والتغذية أمراً ضرورياً طوال وقت الأزمة، حيث توضح كيفية تطور السياقات وتمكن من تحقيق الضبط المناسب للاستجابات. ينبغي تداخل تقييمات الأمن الغذائي والتغذية على وجه مثالي بحيث تكشف العوائق التي تحول دون التغذية المناسبة وتتوفر الغذاء والحصول عليه واستخدامه. ويمكن أن تعزز التقييمات المشتركة للأمن الغذائي والتغذية من كفاءة التكلفة وترتبط التغذية ببرمجة الأمن الغذائي.

يجب أن تلتزم التقييمات بالمبادئ المقبولة على نطاق واسع، وأن تستخدم الطرق المقبولة دولياً، وأن تكون محايدة وتمثيلية وجيدة التنسيق بين المنظمات الإنسانية والحكومات. ويجب أن تكون التقييمات منكاملة ومتناهية وقابلة للمقارنة. كما يجب أن تتفق الجهات المعنية على منهجية مناسبة. ويتجه أن تشمل قطاعاً عريضاً من السكان المتضررين، مع توجيه العناية إلى الفئات المعرضة للخطر. يمكن أن تساعد التقييمات متعددة القطاعات في تقدير الأزمات ذات النطاقات الواسعة والمناطق المتعددة جغرافياً.

يمكن أن يكون هدف تقييمات الأمن الغذائي والتغذية كالتالي:

- فهم الموقف والاحتياجات الحالية وكيفية تلبيتها؛
- تقدير عدد الأشخاص المحتاجين للمساعدة؛
- كشف الفئات الأعلى تعرضاً للخطر؛
- أو توفير خط أساس لرصد أثر الاستجابة الإنسانية أو كل ما سبق.
- يمكن إجراء التقييمات أثناء مراحل الأزمة المختلفة. على سبيل المثال:

- تقدير أولي خلال أول يومين إلى ثلاثة أيام لبدء التوزيع الفوري للمساعدة الإنسانية؛
- تقييم سريع خلال أسبوعين إلى ثلاثة، اعتماداً على فرضيات وتقديرات توفر أساساً لتصميم البرنامج؛
- تقييم مفصل في غضون 3 إلى 12 شهراً، إذا كان الموقف يظهر في حالة تدهور أو كانت هناك حاجة لمزيد من المعلومات لوضع برامج التعافي.

تكشف **تقديرات الأمن الغذائي** المفصلة استراتيجيات سبل العيش والأصول واستراتيجيات التكيف، حيث تنظر في كيفية تغير ما سبق كنتيجة للأزمة، وعواقبها على الأمن الغذائي للأسر. يجب أن يكشف التقييم المفصل أفضل الطرق لحماية استراتيجيات سبل العيش أو كلها بغرض تحقيق الأمان الغذائي.

تشتمل **تقديرات التغذية** المفصلة على جمع بيانات تمثيلية وتحليلها للوصول لمعدلات انتشار سوء التغذية الحاد وتغذية الرضع والأطفال ومارسات الرعاية الأخرى. تقدم هذه البيانات تحليلاً سبيلاً للتغذية، جنباً إلى جنب مع تحليل الأسباب الأساسية الأخرى لسوء التغذية وتقييم الصحة والأمن الغذائي، وهو ما يعد مفيداً في تحطيط برامج التغذية وتنفيذها ومراقبتها.

تقوم الأسواق بدور حاسم في الأمن الغذائي في كل من البيئات الحضرية والريفية. يجب أن تشتمل جميع التقييمات تحليلاً للأسواق التي تُلبي إما المعايير الدنيا لتحليل السوق أو معيار تقييم المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي وتحليله أو كليهما [انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق](#).

تنطلق المعايير التالية للأمن الغذائي والتغذية من التزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 1 بشأن تصميم استجابات مناسبة للأمن الغذائي والتغذية للمتضررين [انظر الملحق 1 و 2 و دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية](#) وذلك فيما يخص قوائم التحقق بشأن التقديرات.

معايير تقييم الأمان الغذائي والتغذية ١.١: تقييم الأمان الغذائي

حيثما تعرض الناس إلى خطر انعدام الأمان الغذائي، يُجري التقديرات بغض تحديد درجة انعدام الأمان الغذائي ومداه، لتكشف الأشخاص الأكثر تأثراً وتشكل أكثر الاستجابات من حيث الملاءمة.

الإجراءات الأساسية

- 1 جمع المعلومات بشأن الأمان الغذائي وتحليلها في المرحلة الأولى وخالل الأزمة.
- تضمين تحليل المسائل الحساسة المرتبطة بالأمان الغذائي مثل التدهور البيئي والأمن والوصول للأسواق.
- 2 تحليل أثر الأمان الغذائي على حالة التغذية للسكان المتضررين.
- تضمين مراجعة للأسباب الأساسية لنقص التغذية، بما يشمل الرعاية غير الملائمة أو البيئات المنزلية غير الصحية أو انعدام الرعاية الصحية أو عدم الوصول إلى أنظمة حماية اجتماعية.
- جمع البيانات بصورة أكثر تكراراً في السياقات الحضرية حيث يمكن أن يتغير الوضع بوتيرة أسرع وحيث تكون مراقبته أكثر صعوبة عن السياقات الريفية.
- 3 تحديد الاستجابات الممكنة التي يمكن أن تساعد في حفظ الأرواح وحماية سبل العيش وتعزيزها.
- تضمين تقييمات السوق والقدرات الحكومية والجهات الفاعلة الأخرى للاستجابة للحاجات.
- 4 تحليل مصادر الطهي المتوفرة وطريقه، بما يشمل نوع الوقود ووفر القدor والأواني.
- تحليل كيفية حصول السكان المتضررين على الطعام وتخزينه وعلى وقود الطهي والدخل قبل وقوع الأزمة، وكيف يتكيّفون معها في الوقت الراهن.
- تولية الاهتمام لحقوق النساء والفتيات واحتاجاتهم للحماية، حيث في الغالب يكن مسؤولات عن الحصول على الوقود وإعداد الطعام.

المؤشرات الأساسية

تُستخدم بروتوكولات موحدة لتحليل الأمان الغذائي وسبل المعيشة واستراتيجيات التكيف.
نسبة التقارير التحليلية التي تؤلف بين النتائج، ويشمل ذلك منهاجمية التقييم والعوائق التي تمت مواجهتها

ملاحظات إرشادية

يمكن أن توفر بيانات ما قبل الأزمة، جنباً إلى جنب مع بيانات النظم الجغرافية، نظرة عامة حول الأثر المحتمل لإحدى الأزمات. وعلى الرغم من ذلك، فمن غير المرجح تصنيفها بشكل فعال لتعطي صورة واضحة فيما يتعلق بال موقف في المناطق الحضرية.

مصادر التقييم الأدوات ونظم المعلومات: تشمل مصادر المعلومات تقييمات المحاصيل وصور الأقمار الصناعية وتقديرات الأسر ومناقشات مجموعات التركيز ولقاءات مع المخبرين الرئيسيين. وتشمل الأدوات المفيدة درجات استهلاك الطعام ودرجات النوع الغذائي للأسر والمؤشر المحدود لاستراتيجيات التكيف وذلك لإجراء قياس سريع للأمن الغذائي للأسر. كما توجد العديد من نظم المعلومات المحلية والإقليمية للأمن الغذائي، وتشمل نظم الإنذار المبكر بالمجتمعات. استخدم التصنيف المرحلي المتكامل للأمن الغذائي حيثما

توفّر واستخدم البروتوكولات الموحدة لتحديد شدة انعدام الأمن الغذائي الحاد وأسبابه في مناطق الاهتمام. يجب أن يتأسس تصميم برامج الأمن الغذائي على تحليل واضح للاستجابة باستخدام تقدّيرات النتائج. يمكن أن يتسبّب التدهور البيئي في انعدام الأمن الغذائي، وقد يقود انعدام الأمن الغذائي إلى تدهور بيئي. على سبيل المثال، جمع الحطب وإنتاج الفحم التقليدي يمكن من طهي الطعام وتحقيق دخل من يبعه، إلا أنه قد يسبّب إزالة للغابات. يجب أن تحمي الاستجابات الأمن الغذائي وتدعّمه، وفي نفس الوقت تحدّ من الأثر السلبي على البيئة.

الفئات المعرضة للخطر: يجب تصنيف البيانات حسب الجنس والعمر والإعاقة ومجموعة الشروة والعوامل الأخرى ذات الصلة. قد يكون للنساء والرجال أدوار مختلفة ومكملة في تأمين الرفاهية التغذوية للأسرة. كما يجب التشاور مع كلا الجنسين، بصورة منفصلة إذا لزم الأمر، حول الممارسات المرتبطة بالأمن الغذائي وإعداد الطعام وموارد الأسرة. كن على علم بأن كبار السن وذوي الإعاقة قد يتم استثناؤهم من توزيع المساعدات الغذائية داخل الأسرة.

ادرج الفيتامين والفيتامين، لاسيما الأسر التي يقوم عليها أطفال والأطفال المنفصلين أو غير المصحوبين مع ذويهم والأطفال من ذوي الإعاقة والأطفال المقيمين في أماكن رعاية بديلة. ضع في الاعتبار الأطفال في سياقات الأزمة المختلفة. خلال نقاش الأمراض المعدية، على سبيل المثال، اشتمل الأطفال في مراكز المراقبة والرعاية المؤقتة ومراكز العلاج. وفي حالات النزاع، اشتمل الأطفال في مراكز التسريح.

استراتيجيات التكيف: ضع في اعتبارك مختلف أنواع استراتيجية التكيف وكفاءتها وأي تأثيرات سلبية لها. قد تسبّب بعض استراتيجيات التكيف، مثل بيع الأراضي أو هجرة الأسر بكمالها أو إزالة الغابات، في تقدير دائم للأمن الغذائي في المستقبل.

بعض استراتيجيات التكيف المستخدمة من جانب النساء والفتيان والفتيات والفيتامين أو المفروضة عليهم قد يكون لها أثر على صحتهم وسلامتهم النفسية واندماجهم الاجتماعي. تشمل استراتيجيات التكيف المذكورة المقاييسة بالجنس «الجنس للبقاء» وتزويد البنات من أجل الحصول على المهر وتناول النساء والفتيات لمقادير طعام أقل، وبعد طعام الجميع، وعمالة الأطفال والمجرة المحفوظة بالمخاطر وبيع الأطفال والإتجار بهم.

القياسات غير المباشرة: يعكس استهلاك الغذاء استهلاك أفراد الأسر للطاقة والمغذيات، إلا أنه غير عملي عند قياس الاستهلاك الفعلي للمغذيات خلال التقديرات الأولية، ومن ثم استخدام المؤشرات غير المباشرة. على سبيل المثال، يربّز عدد المجموعات الغذائية التي يستهلكها الفرد أو الأسرة وعدد مرات الاستهلاك في غضون فترة معينة التنوع الغذائي. تعد التغييرات في عدد الوجبات اليومية المستهلكة والتنوع الغذائي مؤشرات غير مباشرة جيدة للأمن الغذائي لاسيما عند ربطها مع الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة.

تشمل أدوات قياس أنماط استهلاك الغذاء درجة التنوع الغذائي للأسر ومقاييس انعدام الأمن الغذائي للأسر ودرجة الاستهلاك الغذائي. وبعد قياس جوع الأسر مؤشر غير مباشر جيد آخر فيما يتعلق بانعدام الأمن الغذائي. وقد لا تعكس بعض المؤشرات شائعة الاستخدام، مثل درجة استهلاك الطعام، انعدام الأمن الغذائي بشكل جيد في السياقات الحضرية. نوّع بين القياسات المحددة مع قياسات استراتيجية التكيف من أجل إدراك العوائق المختلفة فيما يتعلق بالحصول على الغذاء.

قد يكون من المعقد جدًا تطبيق حصة الإنفاق الغذائي وعتبة المحددة في حالة الأسر الحضرية. ويرجع ذلك لاحتمال اشتراك العديد من الأشخاص في المسؤولية عن السلة الغذائية واستهلاك أفرد الأسرة لغذاء من مصادر خارج المنزل واحتمالية مشاركة العديد من الأشخاص في الدخل الأسري.

تحليل السوق وتكلفة النظام الغذائي: تحصيل معلومات عن الوصول للأسواق ورأس المال وسبل المعيشة وقابلية التضرر الاقتصادية. ترتبط هذه العناصر بأسعار السلع وفرص اكتساب الدخل ومعدلات الأجور والتي

تؤثر على الأمن الغذائي، ويمكن أن تحمي نظم السوق، سواء الرسمية أو غير الرسمية، سبل العيش عن طريق توفير عناصر إنتاجية مثل البذور والأدوات [انظر معياري الأمن الغذائي والتغذية وسبل العيش 1.7 و 2.7](#). تضمين تحليل السوق باعتباره جزء من التقديرات السياقية المبدئية واللاحقة. يجب أن تقدر التحليلات السوقية ما إذا أمكن للأسواق المحلية دعم احتياجات التغذية ووضع حد أعلى للتكلفة والقدرة على تحمل تكلفة الغذاء مما يؤدي إلى تلبية احتياجات التغذية للأسر النموذجية [انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق](#).

تحتمد الاستجابات على السوق بشكل متزايد في المناطق الريفية وبشكل منتظم في المناطق الحضرية، حيث تستخدم البائعين والمساحات السوقية والمنتجات الغذائية المحلية وخدمات النقل لتلبية احتياجات المتضررين. ومن ثم فمن المهم فهم إمكانية الوصول للأسواق فيما يتعلق بالفئات易受威胁的 population [انظر دليل المعايير الدنيا لتحليل السوق](#).

معايير تقييم الأمن الغذائي والتغذية 2.1: تقييم التغذية

تستخدم تقييمات التغذية طرقاً مقبولة لكشف نوع نقص التغذية ودرجتها ونطاقها، وكذلك الأفراد أكثر تعريضاً للخطر والاستجابة الملائمة.

الإجراءات الأساسية

- 1 تجميع معلومات ما قبل الأزمة وإجراء تقديرات أولية لتحديد طبيعة الموقف التغذوي وشدته.
- 2 تقييم القدرات الوطنية والمحليّة لقيادة الاستجابة أو دعمها، وكذلك الجهات الفاعلة في التغذية.
- 3 إجراء مسح لمحيط منتصف الذراع العلوي وتغذية الأطفال والرضع في الطوارئ وذلك لتقدير وضع التغذية في بداية الأزمة.
- جمع معلومات عن أسباب نقص التغذية من المصادر الأولية والثانوية، بما في ذلك تصورات المجتمع ووجهات نظره.
- الاشتراك مع المجتمعات في تحديد الفئات易受威胁的 population المعرضة للخطر مع تولية الاهتمام للعمر أو الجنس أو الإعاقة أو الأمراض المزمنة أو العوامل الأخرى.
- تحديد الاستجابة الملائمة استناداً على فهم السياغ والحالة الطارئة.
- تحديد إذا ما كان الوضع مستقر أو متدهور، ومراجعة اتجاهات وضع التغذية مع الوقت، وذلك بدلاً من تحديد انتشار سوء التغذية في وقت محدد.
- النظر في كل من خيارات الوقاية والعلاج.

المؤشرات الأساسية

نسبة التقارير التقييم التي تشمل منهجية التقييم والعوائق التي تمت مواجهتها



ملاحظات إرشادية

المعلومات السياقية: يمكن جمع المعلومات المتعلقة بأسباب نقص التغذية من مصادر أولية وثانوية، ويشمل ذلك ملفات الصحة والتغذية والتقارير البحثية ومعلومات الإنذار المبكر وسجلات المنشآت الصحية وتقارير الأمان الغذائي والمصادر الأخرى. تتضمن الأمثلة:

- المسح الاستقصائية للصحة السكانية؛
- المسح الاستقصائية متعددة المؤشرات للمجموعات؛
- قواعد البيانات الوطنية لمعلومات التغذية؛
- المسح الاستقصائية الوطنية الأخرى حول الصحة والتغذية؛
- النظم الوطنية لمراقبة التغذية؛
- معدلات الالتحاق والتقطيع الخاصة بالبرامج الحالية للتعامل مع سوء التغذية؛
- وبيانات نقش المناعة البشرية (الإيدز) وحوادثه ووفياته، بما يشمل الفئات المعرضة لخطر كبير أو التي تحمل أعباء عالية [+ انظر الرعاية الصحية الأساسية - الصحة الجنسية والإنجيلية المعيار 3.3.2](#)؛
- مرض نقش المناعة البشرية.

يجب أن تساهم المؤسسات والمجتمعات المحلية أنفسها في التقدير وتفسير النتائج وتحطيم الاستجابات حيثما أمكن.

الاستجابة السريعة: يجب أن تعتمد قرارات التوزيعات العامة للغذاء أو العلاج الفوري لسوء التغذية، في المرحلة الأولى للأزمة، على تقدير سريع ونتائج أولية وعلى القدرة الحالية للاستجابة. ويجب إجراء تحليل عميق في مرحلة لاحقة، إلا أنه يجب ألا يؤخر الاستجابة في مرحلة حرجة.

نطاق التحليل: يجب إجراء تقديرات متعمقة حيثما وجدت ثغرات معلوماتية وفي حالة وجود حاجة لمعلومات إضافية لتصميم البرنامج أو لقياس مخرجات البرنامج أو للمناصرة. تحديد الحاجة للقيام بتقديرات كمية أو كيفية على مستوى السكان بغرض فهم حالة قياسات الجسم وحالة المغذيات الدقيقة وتغذية الأطفال والرضع وممارسات رعاية الأمهات وما يرتبط بها من محددات محتملة لنقص التغذية. ويجب التنسيق مع قطاعات الصحة والمياه والإصحاح والنظافة والأمن الغذائي لتصميم التقديرات وتجهيزها.

استقصاءات قياسات الجسم: وُتستخدم لفحص النسب البينية للجسم وتقدم تقديرات لمعدلات سوء التغذية الحاد والمزمن. وقد تستند إلى سحب عينات عشوائية أو على فحص مخصوص. يجب أن تُظهر المسح الاستقصائية مقدار الوزن للطول بطريقة المجموع القياسي، حسب معايير منظمة الصحة العالمية. ويجب استخدام مقدار الوزن للطول للبنين بطريقة المجموع القياسي بالمقارنة مع مرجع المركز الوطني للإحصاءات الصحية وذلك للمقارنة مع المسح الاستقصائية السابقة. تضمين الهزال والهزال الشديد الذي يُقاس ببيانات محيط منتصف الذراع العلوي. كما يتوجب الأكثر قبولاً على نطاق واسع هي تقديم مستويات سوء التغذية في الأطفال بعمر 59-6 شهر باعتباره تقدير غير مباشر للسكان بالكامل. وبالرغم من ذلك، وحيثما واجهت فئات أخرى أخطار تغذية أكبر، ضع في الاعتبار إدراجهن في التقييم كذلك [+ انظر الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد.](#)

حدد معدلات تورم التغذية وتسجيله منفصلاً. وقم بالإبلاغ عن حدود الثقة فيما يتعلق بمعدلات سوء التغذية وإثبات من توكيده جودة المسح الاستقصائي. استخدام الأدوات الحالية مثل دليل منهجة الرصد والتقييم الموحدين للإغاثة والانتقال المرحلي والمسح الاستقصائي الموحد الموسّع للتغذية للسكان اللاجئين وبرنامج تقدير تغذية الطوارئ أو برنامج إيبي إينفو (Epi Info).

تقييمات تغذية الرضع والأطفال الصغار: يجب تقدير الحاجات والأولويات لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ومراقبة أثر العمل الإنساني وتقدير عدم استجابته كذلك فيما يتعلق بمارسات تغذية الأطفال والرضع. يمكن استخدام بيانات ما قبل وقوع الأزمة لإرشاد اتخاذ القرار المبكر. ويجب العمل مع القطاعات الأخرى لاستفسارات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ في التقييمات القطاعية الأخرى والاستفادة من البيانات متعددة القطاعات الأخرى لإرشاد التقييم [انظر الملحق 3: قائمة تحقق تقييم التغذية.](#)

تضمن عدد من مستشاري الرضاعة الطبيعية المتاحين وكذلك العاملين الصحيين والمدربين وخدمات الدعم الأخرى ومقدراتها. لمزيد من التقييم المتعلق، قم بعمل عينات عشوائية أو عينات منتظمة أو عينات عنقودية. وقد يتم هذا عبر مسح استقصائي منفصل لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ أو بالتكامل مع مسح استقصائي آخر. وعلى الرغم من ذلك، قد ينتج عن المسح المتكامل التقليل من حجم العينة مما يحد من تمثيل المسح الاستقصائي.

المؤشرات الأخرى: يمكن وضع معلومات إضافية بحرص في موضع الاعتبار لتوجيه التقييم الشامل لحالة التغذية. ويشمل ذلك معدلات نقطية برنامج التحصين والتغذية، ولاسيما الحصبة وفيتامين A أو اليود أو الحالات الأخرى لنقص المغذيات الدقيقة والاعتلal بالأمراض وسلوك التناس الصحة. يمكن أيضًا الأخذ في الاعتبار معدلات وفيات الرضع والأطفال دون عمر 5 أعوام، مع سبب الوفاة، عند توفرها.

تقسيم معدلات نقص التغذية: يجب إجراء بحث مفصل لحجم العينة المرجعية وكثافتها وكذلك معدلات الوفاة والاعتلال، وذلك للقرير بشأن إذا ما كانت معدلات نقص التغذية تحتاج إلى تدخل أمر لا. وتعد ضرورية كذلك المعلومات المتعلقة بالحالة الصحية والتقلبات الموسمية ومؤشرات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ومستويات نقص التغذية ما قبل الأزمة ونسبة التغذية الحاد المزمن بالمقارنة مع النسبة العالمية لسوء التغذية الحاد وكذلك مستويات حالات النقص في المغذيات الدقيقة [انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 2.2.2: التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال والملاحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيق.](#)

قد يكون الجمع بين نظر المعلومات التكميلية أكثر الطرق كفاءة من ناحية التكلفة لرصد الاتجاهات. وقد تكون نماذج اتخاذ القرار ومناهجه ملائمة حيث تتضمن في اعتبارها عدة عوامل، مثل الأمن الغذائي وسبل المعيشة والصحة والتغذية [انظر معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 1.1: تقييم الأمن الغذائي.](#)



2. إدارة سوء التغذية

تعد الوقاية من سوء التغذية وعلاجه من الاعتبارات الهامة في الأزمات الإنسانية. يمكن الوقاية من سوء التغذية المزمن ومع ذلك توجد دلائل محدودة عن إمكانية عكس اتجاهها أو معالجتها. وعلى جانب آخر، يمكن الوقاية من سوء التغذية الحاد - والذي قد تحفظه الأزمة - وكذلك علاجها عن طريق تحقيق الاستجابات التغذوية الصحيحة.

تعد استجابات التغذية أمرًا أساسياً في الحد من اعتلال السكان المتضررين ومعدل وفياتهم. وعلى الرغم من ذلك، فإنهم يتطلبان فهماً للأسباب الأساسية المعقّدة لسوء التغذية. وبعد النهج متعدد القطاعات أمرًا أساسياً للتعامل مع جميع الأسباب وتقاعلاتها.

التعامل مع سوء التغذية معتدل الحدة: تُعد التغذية التكميلية في الغالب خلال الأزمات الاستراتيجية الأولى لوقاية من سوء التغذية معتدل الحدة وعلاجه.

ويعد نوعان من أنواع برامج التغذية التكميلية هما الأكثر شيوعاً: برامج التغطية الشاملة للتغذية التكميلية من أجل الوقاية وبرامج التغذية التكميلية الموجهة لعلاج سوء التغذية معتدل الحدة والوقاية من سوء التغذية الحاد. ويعتمد استخدام كل منها على مستويات سوء التغذية الحاد وفتاب السكان المعرضة للخطر وخطر زيادة سوء التغذية الحاد.

برامج التغطية الشاملة للتغذية التكميلية مستحسنة في حال كان مستوى انعدام الأمن الغذائي مرتفع وكانت هناك حاجة لتوسيع عمليات التدخل لتجاوز الاقتصاد على حالات سوء التغذية معتدل الحدة. ويجب أن تقتربن به عمليات توزيع عامة للغذاء تستهدف الأسر المتضررة. لا توجد مؤشرات محددة لتأثير برامج التغطية الشاملة للتغذية التكميلية، ولكن من المهم رصد التغطية والالتزام والمقبولية والخصوصية المقدمة. تشير مؤشرات إدارة سوء التغذية معتدل الحدة في المقام الأول إلى التغذية التكميلية الموجهة.

الهدف الرئيسي لبرنامج التغذية التكميلية الموجهة هو الوقاية من تحول المصابين بسوء التغذية المعتدل إلى مصابين بسوء التغذية الحاد وتأهيلهم. في العادة تقدم هذه البرامج مكملات غذائية لمجموعات عامة من المصابين بسوء التغذية المعتمدة والحوامل والأمهات المرضعات والأفراد الآخرين المعرضين للخطر.

التعامل مع سوء التغذية الحاد: تُستخدم مجموعة من المناهج لتقديم الرعاية العلاجية. وبعد منهج إدارة سوء التغذية الحادة المرتكز على المجتمع هو المفضل حيثما سمحت الظروف. ويتضمن ذلك:

- رعاية داخل المستشفيات للمصابين بمضاعفات صحية الذين يظهر عليهم سوء التغذية الحاد؛
 - رعاية داخل المستشفيات لجميع الرضع بعمر أقل من ستة أشهر والذين يظهر عليهم سوء التغذية الحاد؛
 - رعاية بدون إقامة في المستشفى للمصابين بسوء التغذية الحاد، مع عدم وجود مضاعفات صحية؛
 - التوعية المجتمعية؛
 - وغيرها من الخدمات والبرامج المخصصة للسوق للمصابين بسوء التغذية معتدل الحدة.
- يجب دعم البرامج التي تعامل مع سوء التغذية الحاد ببرامج تغذية تكميلية وتبعد مجتمعية لدعم التوعية والتقصي الفعال والإحالة والمتابعة.

معيار إدارة سوء التغذية 1.2: سوء التغذية متوسط الحدة

الوقاية من سوء التغذية معتدل الحدة وعلاجه.

الإجراءات الأساسية

- 1 وضع استراتيجيات وأهداف ومعايير محددة بوضوح ومتفق عليها لتأسيس عمليات التدخل وإغلاقها من بداية البرنامج.
- 2 تعظيم إمكانية وصول عمليات التدخل الخاصة بسوء التغذية معتدل الحدة وتحقيقها من خلال الاشتراك والانخراط المجتمعيين من البداية.
- 3 العمل مع الجهات المعنية في المجتمع للكشف عن الأفراد والأسر المعرضة للخطر.
- 4 وضع بروتوكولات الإلحاقي والإخراج، استنادًا على معايير قياسات الجسم الوطنية والدولية.
- 5 تحديد معايير الإخراج عند التبليغ عن مؤشرات الأداء.
- 6 البحث في أسابيب التخلف وعدم الاستجابة أو زيادة الوفيات واتخاذ الإجراءات بشأنها.
- 7 ربط إدارة سوء التغذية معتدل الحدة بإدارة سوء التغذية الحاد والخدمات الصحية القائمة.
- 8 تقديم حصص غذائية جافة أو حصص غذاء تكميلي جاهزة للاستخدام ليتم اصطحابها للمنزل مالم يكن ثمة مبرر واضح للتغذية في الموقع.
- 9 توفير حصص غذائية أسبوعية أو نصف أسبوعية، الأخذ في الاعتبار استهلاك الأسرة وحجمها والأمن الغذائي للأسرة واحتمالية المشاركة عند تحديد حجم الحصة الغذائية ومكوناتها.
- 10 تقديم معلومات واضحة حول كيفية تجهيز الغذاء التكميلي وتخزينه بشكل نظيف، ومتي وكيف يتم تناوله.
- 11 التأكيد على حماية الرضاعة الطبيعية والغذاء التكميلي والنظافة ودعمهم وتعزيزهم.
- 12 تقديم معلومات واضحة حول أهمية الرضاعة الطبيعية الحصرية للأطفال حتى سن ستة أشهر والرضاعة الطبيعية المستمرة للأطفال من 6 إلى 24 شهراً، وذلك للصحة البدنية والنفسيّة للأمراء والطفل.
- 13 إلحاقي الأمهات المرضعات للرُضُّاع دون ستة أشهر من يعانون من سوء التغذية الحادة إلى برامج التغذية التكميلية، بعض النظر على حالة تغذية الأم.

المؤشرات الأساسية

- نسبة السكان المستهدفين الذين يمكنهم الوصول إلى موقع التغذية التكميلية بالحصص الجافة في غضون رحلة يوم مشي للعودة (بما في ذلك وقت العلاج) < 90 بالمئة.
- نسبة السكان المستهدفين الذين يمكنهم الوصول إلى البرامج المتوفرة في الموقع خلال ساعة واحدة < 90 بالمئة.

نسبة حالات سوء التغذية معتدل الحدة مع إمكانية الوصول إلى خدمات العلاج (التغطية)

- < 50 بالمئة في المناطق الريفية
- < 70 بالمئة في المناطق الحضرية
- < 90 بالمئة في المخيمات الرسمية

نسبة الخروج من برامج التغذية التكميلية المستهدفة من الذين توفوا أو تعافوا أو تخلفووا

- الوفاة: > 3 بالمئة
- التعافي: < 75 بالمئة
- الإهمال: > 15 بالمئة

ملاحظات إرشادية

تصميم البرنامج: تصميم برامج تتلخص من قدرات النظام الصحي القائم وتدعمه وتضع في اعتبارها إمكانية الوصول إلى المنشآت الصحية والتوزيع الجغرافي للسكان والأمن.

الحفاظ على روابط مع الرعاية العلاجية الداخلية وفي العيادات الخارجية والرعاية السابقة للولادة والوقاية من الملاريا وأمراض الطفولة والكشف عنها ورعاية مرض نقص المناعة البشرية (إيدز) والسل وبرامج الأمن الغذائي بما فيها برامج الأغذية أو التحويلات النقدية أو تحويلات القسماء.

الغرض من برامج التغذية التكميلية ليس استبدال النظام الغذائي ولكن تكميله. وهذا هو مفتاح تصميم البرامج باعتباره جزء من نهج متعدد القطاعات مع الخدمات التكميلية، مثل المياه والإصحاح والنظافة والصحة وتغذية الأطفال والرضع وتوزيع الطعام العام. ويجب تقييم توفر الأغذية التكميلية في الأسواق الوطنية أو الدولية وتحليل العوامل المحتملة في تخطيط البرنامج  تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

الوقاية أو العلاج: اعتماد نهج تعطوية شاملة للوقاية من سوء التغذية أو نهج موجة لعلاجه. سوف يعتمد القرار على:

- مستويات سوء التغذية الحاد وعدد المتضررين؛
- خطر تزايد الاعتلاء؛
- خطر انخفاض الأمن الغذائي؛
- نزوح السكان وكثافتهم؛
- القدرة على فحص المتضررين ورصدهم من خلال معايير قياسات الجسم؛
- الموارد المتوفرة وإمكانية توصيلها للمتضررين.

تطلب التغذية التكميلية الموجهة في الغالب مزيداً من الوقت والجهد لفحص المصابين بسوء التغذية الحاد ورصدهم، إلا أنها تتطلب موارد غذائية أقل تخصصاً كذلك. وعلى وجه العموم، يتطلب نهج التغطية الشاملة موظفين بخبرات أقل، إلا أنه يتطلب موارد غذائية أكثر تخصصاً.

التبعة المجتمعية الفعالة: سوف تعزز المشاركة والتبعة المجتمعية فهم الناس للبرنامج وفعاليته المحتملة. يجب العمل مع السكان المستهدفين فيما يتعلق بالتقدير حول موقع البرنامج. والنظر بعين الاعتبار للفئات المعرضة للخطر التي قد تواجه صعوبات في الوصول إلى الموقع. كما يجب مشاركة معلومات واضحة شاملة حول الدعم المتوفر بلغات يمكن فهمها، واستخدام قنوات متعددة لمشاركة المعلومات، بما فيها الراديو والوسائل المكتوبة والمتربيّة.

تشير التغطية إلى عدد الأفراد الملتقطين للعلاج، وذلك باعتبارها نسبة لعدد الأفراد المحتاجين للعلاج. ويمكن أن تتأثر التغطية بسبب:

- قبول البرنامج، بما يشمل موقع البرنامج وإمكانية الوصول إليه؛
- الوضع الأمني؛
- عدد مرات عمليات التوزيع؛
- وقت الانتظار؛
- مدى التعبيبة، الزيارات والفحص المنزلي؛
- توفر موظفي تغذية من الرجال والنساء؛
- انتظام معايير الالتحاق والتغطية؛
- وقدرة القائم بالرعاية على كشف علامات سوء التغذية.

طرق تقدير التغطية مكلفة وتحتاج إلى موظفين ذوي تدريب خاص. إذا لم تكن المسوح الاستقصائية للتغطية ذات جدوى، فارجع إلى الدليل الوطني عند التقرير بشأن الطرق البديلة. واستخدم بيانات البرنامج النظامية مثل الفحص والإحالات والالتحاق وذلك لتقدير التغطية.

قد لا توجد حاجة لإجراء تقديرات انتظامية للتغطية مالم تكن هناك علامات تغيير كبيرة في منطقة البرنامج، مثل انتقالات السكان أو بسبب منتج علاجي جديد أو بروتوكول.

يجب أن تكون **معايير الالتحاق** متسقة مع التوجيهات الوطنية والدولية. ويجب أن تشمل معايير الالتحاق للرasmus دون سن ستة أشهر ولل濂اث التي يصعب تحديد حالة قياسات أجسامها كل الحالة السريرية وحالة الرضاعة الطبيعية انظر الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد والمراجع والمزيد من المطالعة.

يجب عدم التمييز ضد الصابين (أو المشكوك في إصابتهم) بمرض نقص المناعة البشرية (إيدز) أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، ويجب أن يتساوا في حقوق الوصول للرعاية إذا اطبقت عليهم معايير الالتحاق. قد يستفيد بعض الأفراد الذين لا تطبق عليهم معايير قياسات الجسم لسوء التغذية الحاد من التغذية التكميلية. وقد يشمل هذا، على سبيل المثال، الصابيون بنقص المناعة البشرية أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، أو الذين خرجن من الرعاية ولكنهم يحتاجون إلى دعم علاجي لتجنب الانتكاس، أو ذوي الإعاقة. عدل أنظمة الرصد والإبلاغ إذا لم تتطبق معايير قياسات الجسم على الأفراد المذكورين.

الصابيون بنقص المناعة البشرية الذين لا تطبق عليهم معايير الالتحاق يحتاجون في الغالب إلى دعم تغذوي. ومن الأفضل تقديم الدعم المذكور خارج سياق علاج سوء التغذية الحاد في الأزمات. ويجب تزويد هؤلاء الأفراد وأسرهم بمجموعة من الخدمات، بما يشمل العناية المستندة على المجتمع والمنزل، ومراكز علاج السل وبرامج منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

معايير الإخراج والرصد: عدد الأفراد الخارجين بما يشمل المتعافيين أو المتوفين أو المتخلفين أو من لم يتعافوا. إن الأفراد المحالين إلى الخدمات التكميلية، مثل الرعاية الصحية، لم ينته علاجهم وإنما أن يستمر علاجهم أو يعودوا للعلاج لاحقاً. لا تدرج الأفراد المقتولين إلى مواقع أخرى أو لم ينته.

إذا انضم الأفراد لأحد برامج التغذية بعد الخروج من الرعاية العلاجية، اشملهم في التقرير باعتبارهم فئة منفصلة لتجنب انحراف النتائج. وإذا أصيب فرد بأعراض سوء التغذية الحاد بسبب عوامل أخرى مثل الإعاقة أو الشق، أو مشكلات جراحية، اشملهم في تقرير البرنامج. وابحث في احتمال تأثير نوع جنس الأفراد على إمكانية الوصول للعلاج أو التقصير في العلاج أو التعافي.

احسب إحصائيات الإخراج كالتالي:

- النسبة المئوية للخارجين المتعافين = عدد الأفراد المتعافين/إجمالي عدد الخارجين × 100
- النسبة المئوية للخارجين بسبب الوفاة = عدد الوفيات/إجمالي عدد الخارجين × 100
- النسبة المئوية للخارجين بسبب التخلف= عدد المتخلفين/إجمالي عدد الخارجين × 100
- النسبة المئوية للخارجين غير متعافين= عدد الأفراد غير المتعافين/إجمالي عدد الخارجين × 100
- بالإضافة إلى المؤشرات المذكورة أعلاه، يجب أن تتضمن أنظمة الرصد ما يلي:

- مشاركة السكان؛
- قبول البرنامج (يمكن استخدام معدل التخلف والتغطية باعتباره مقياس غير مباشر في هذه الصدد)؛
- كمية الغذاء وجودته؛
- التغطية؛
- أسباب التحويل إلى برامج أخرى (لاسيما الأطفال الذين تدهورت حالتهم التغذوية إلى سوء التغذية الحاد)؛
- عدد الأفراد الملتحقين والمترسلين للعلاج.
- ضع في الاعتبار العوامل الخارجية مثل:

 - أنماط الاعتلاء؛
 - مستويات نقص التغذية بين السكان؛
 - مستوى انعدام الأمن الغذائي بين الأسر وبين السكان؛
 - عمليات التدخل التكميلية المتوفرة للسكان (بما يشمل المساعدة الغذائية العامة أو ما في حكمها من برامج)؛
 - قدرة الأنظمة الحالية على تقديم الخدمة.

الروابط مع قطاع الصحة والقطاعات الأخرى: يمكن استخدام كل من برامج التغذية التكميلية الموجهة وذات التغطية الشاملة باعتبارها منصة لتقديم الخدمات التكميلية. في العديد من الحالات، يمكن أن يدعم برنامج التغذية التكميلية بالتجهيز الشاملة للوقاية الاستجابة للأزمة. ومثال على ذلك، يمكن توفير إمكانية الوصول إلى السكان المستهدفين من خلال تسجيل الإحصاء السكاني والفحص المجتمعي والإحالة لإدارة سوء التغذية الحاد وسوء التغذية معتدل الحدة. وكذلك يمكنها أن تتمكن من عمليات التدخل لبقاء الأطفال مثل:

- الأدوية الطاردة للديدان؛
- مكممات فيتامين A؛
- الحديد وحمض الفوليك جنباً إلى جنب مع فحص الملاريا وعلاجه؛
- الزنك لعلاج الإسهال؛
- والتحصينات.

⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير الأمراض المعدية 1.1.2 إلى 4.1.2 والرعاية الصحية الأساسية - معايير صحة الطفل 1.2.2.2 و 2.2.2.2.

قد يحتاج السكان المعرضون لمستويات عالية من قابلية التضرر، مثل مستوى التفشي المرتفع لمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) أو من يواجهون صعوبات في الحركة والتغذية، إلى إجراء عمليات تكيف في البرنامج لتلبية احتياجاتهم. وقد يشمل هذا تعديل كمية حصة الغذاء التكميلية وجودته ⊕ انظر معيار تغذية الأطفال 1.4 والربيع

معايير إدارة سوء التغذية 2.2:

سوء التغذية الحاد المزمن

علاج سوء التغذية الحاد.

الإجراءات الأساسية

- وضع استراتيجيات وأهداف ومعايير محددة بوضوح ومتافق عليها لتأسيس عمليات التدخل وإغلاقها من بداية البرنامج.
1
- يشمل العاملين المناسبين والقدرات والخبرات والمهارات ذات الصلة.
2
- تضمين رعاية المرضى المقيمين ورعاية المرضى الخارجيين والإحالة وعناصر التعبئة المجتمعية في إدارة سوء التغذية الحاد.
3
- توفير التغذية والرعاية الصحية حسب الإرشادات الوطنية والدولية المعترف بها لإدارة سوء التغذية الحاد.
4
- وضع معايير للإخراج تشمل مؤشرات مقاييس الجسم البشري وغيرها من المؤشرات.
5
- البحث في أسباب التخلف وعدم الاستجابة أو زيادة الوفيات واتخاذ الإجراءات بشأنها.
6
- حماية الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية والنهوض بالنظافة والتفاعل الجيد بين الأم والطفل ودعهما وتعزيزها.
7
- تقديم معلومات واضحة حول أهمية الرضاعة الطبيعية الحضرية للأطفال حتى سن ستة أشهر والرضاعة الطبيعية المستمرة للأطفال من 6 إلى 24 شهراً، وذلك للصحة البدنية والنفسيّة للأم والطفل.
8

المؤشرات الأساسية

- نسبة السكان المستهدفين بمعدل أقل من يوم واحد لرحلة العودة سيراً (يشمل وقت العلاج) إلى موقع البرنامج
90 بالمائة من السكان المستهدفين
- نسبة حالات سوء التغذية الحاد مع إمكانية الوصول إلى خدمات العلاج (التغطية)
50 بالمائة في المناطق الريفية
70 بالمائة في المناطق الحضرية
90 بالمائة في المخيم
- نسبة الخروج من الرعاية العلاجية ومن توقفوا أو تعافوا أو تخلفوا
الوفاة: > 10 بالمائة
التعافي: < 75 بالمائة
الخلف: < 15 بالمائة

ملاحظات إرشادية

مكونات البرنامج: يمكن تقديم الرعاية للمرضى المقيمين مباشرةً أو عن طريق الإحالة. يجب أن تقدم البرامـج رعاية غير مرکـزة للمرضى غير المقيـمين من الأطفـال غير المصـابـين بمضاعـفات طـبـية. ويجب أن تكون مـوـاقـع

برامج المرض الخارجيين قريبة من السكان المستهدفين، وذلك للحد من المخاطر والتكاليف المرتبطة بانتقال الأطفال الصغار وخطر المزيد من النزوح. [⊕ انظر معيار صحة الطفل 2.2.2: التعامل مع مرض حديث الولادة والأطفال.](#)

ربط البرامج مع غيرها من الخدمات ذات الصلة، على شكلة:

- التغذية التكميلية؛

- شبكات مرض نقص المناعة البشرية والسل؛

- إعادة التأهيل؛

- الخدمة الصحية الأولية؛

ويبرامج الأمن الغذائي سواء بالمساعدة الغذائية أو القائمة على النقد.

تشابه طرق تقدير **التخطية** في برامج سوء التغذية الحاد وسوء التغذية معتدل الحدة [⊕ انظر معيار إدارة سوء التغذية 2.1: سوء التغذية معتدل الحدة.](#)

يجب أن تكون **معايير الالتحاق** متسقة مع التوجيهات الوطنية والدولية. ويجب أن تشمل معايير الالتحاق للرُّضيع دون سن ستة أشهر وللفتات التي يصعب تحديد حالة قياسات أجسامها كل الحالة السريرية وحالة الرضاعة الطبيعية [⊕ انظر الملحق 4: قياس سوء التغذية الحاد والمراجع والمزيد من المطالعة.](#)

يجب عدم التمييز ضد المصابين (أو المشكوك في إصابتهم) بمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، ويجب أن يتساوا في حقوق الوصول للرعاية إذا انتهكت عليهم معايير الالتحاق. قد يستفيد بعض الأفراد الذين لا تتطابق عليهم معايير قياسات الجسم لسوء التغذية الحاد من التغذية التكميلية. ومثال على ذلك المصابون بنقص المناعة البشرية أو السل أو غيرها من الأمراض المزمنة، أو الذين خرجوا من الرعاية ولكنهم يحتاجون إلى دعم علاجي لتجنب الانكماش، أو ذوي الإعاقة. عدل أنظمة الرصد والإبلاغ إذا لم تتطابق معايير قياسات الجسم على الأفراد المذكورين.

المصابون بنقص المناعة البشرية الذين لا تتطابق عليهم معايير الالتحاق يحتاجون في الغالب إلى دعم تغذوي. ومن الأفضل تقديم الدعم المذكور خارج سياق علاج سوء التغذية الحاد في الأزمات. ويجب تزويد هؤلاء الأفراد وأسرهم بمجموعة من الخدمات، بما يشمل العناية المستندة على المجتمع والمنزل، ومراكز علاج السل وبرامج منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

معايير الإخراج والتعافي: يجب أن يكون الأفراد الخارجيين دون مضاعفات طبية. وعلاوة على ذلك، يجب أن يستعدوا شهيدهم وأن يصلوا إلى اكتساب وزن مناسب ويحافظوا عليه دون التورم المرتبط بالتغذية (ومثال على ذلك ظهور ذلك خلال وزنين متsequيين). ويجب أيضًا حساب اكتساب الوزن بشكل منفصل بين المصابين بالتورم التغذوي وغير المصابين به. تعد الرضاعة الطبيعية ذات أهمية خاصة للرُّضيع دون عمر ستة أشهر، وكذلك للأطفال من عمر 6 إلى 24 شهراً. سوف يحتاج الرُّضيع الذي لا يرضعون طبيعياً إلى متابعة عن كثب. ويتوخى الالتزام بمعايير الإخراج لتجنب المخاطر المرتبطة بالإخراج المبكر.

تنص إرشادات الإدارة المجتمعية لسوء التغذية الحاد على متوسط فترة المكوث للعلاج، وتهدف إلى تقليل فترات التعافي. يجب الالتزام بالإرشادات الوطنية القائمة عند حساب متوسط فترة المكوث، حيث أن هذا يعتمد على السياق. قد يتسبب مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) والسل وغيرها من الحالات المزمنة في عدم استجابة الأفراد المصابين بسوء التغذية للعلاج. ويجب العمل مع الخدمة الصحية وغيرها من خدمات الدعم الاجتماعية والمجتمعية لتحديد خيارات العلاج ذات الفترات الأطول لهؤلاء الأفراد [⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الصحة الإنجابية والجنسية 3.3.2: مرض نقص المناعة البشرية.](#)

مؤشرات الأداء لإدارة سوء التغذية الحاد: تتكون مجموعة الأفراد الخارجين من سوء التغذية الحاد من المتعافين والمتوافقين والمقصرين أو غير المتعافين [انظر الملاحظات الإرشادية لإدارة معيار سوء التغذية 2.1: سوء التغذية معتدل الحدة.](#)

يجب أن تجمع مؤشرات أداء إدارة سوء التغذية الحاد بين مخرجات رعاية المرض المقيمين والخارجين دون العد المزدوج للمحولين من أحدهما للأخرى. وفي حالة تعذر ذلك، عدّل تفسير معدلات النتائج. على سبيل المثال، من المتوقع أن تحقق البرنامج أداءً أفضل إذا كانت تقدم رعاية للمرضى الخارجيين فقط. عند تقديم رعاية للمرض المقيمين فقط، ينبغي أن تهدف البرامج إلى النتائج المحددة للرعاية المشتركة.

لم يُنْهِ الأفراد المحالين إلى الخدمات الأخرى، مثل الخدمات الصحية، علاجهم. عند تقييم أداء علاج المرضى الخارجيين، أبلغ عن الانتقالات إلى رعاية المرض المقيمين وذلك لتحقيق التمثيل الدقيق لأداء البرنامج.

لا تحمل مؤشرات الأداء عوامل التعقيد السريري لمرض نقص المناعة البشرية (إيدز). سوف يؤثر التعقيد السريري لمرض نقص المناعة البشرية (إيدز) على معدلات الوفيات. ويجب في هذه الحالة وضع هذا في الاعتبار عند تفسير أداء البرنامج.

بالإضافة إلى مؤشرات الإخراج، راجع البيانات المصنفة للالتحاكات الجديدة (الجنس والعمر والإعاقة) وعدد الأطفال الجاري علاجهم ومعدلات التغطية عند رصد الأداء. وابحث في نسب إعادة الالتحاق وتدهور الحالة السريرية والتخلف أو عدم الاستجابة وأسبابها وونتها بصورة مستمرة، وكيف تعرّف هذه الإرشادات أثناء الاستخدام.

المدخلات الصحية: يجب أن تشمل جميع برامج سوء التغذية الحاد علاجات انتظامية حسب التوجيه الوطني والدولي. ويعد أمراً ضرورياً تمتّع بها بآليات فعالة للإحالة للتعامل مع الأمراض الرئيسية مثل السل ومرض نقص المناعة البشرية (إيدز). في المناطق التي ينتشر فيها مرض نقص المناعة البشرية (إيدز) بمعدل مرتفع، يجب على برنامج سوء التغذية أن تضع في اعتبارها القيام بعمليات تدخل تجنب انتقال مرض نقص المناعة البشرية (إيدز)، وتدعمبقاء الأم والطفل. وفي البيئات التي تشبع فيها عدوى مرض نقص المناعة البشرية (إيدز) (معدل انتشار مرض نقص المناعة البشرية (إيدز) أعلى من 1 بالمئة)، افحص الأطفال المصابين بسوء التغذية للتحقق من حالة إصابتهم بمرض نقص المناعة البشرية (إيدز) ولتحديد حاجتهم إلى علاج بالأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية.

دعم الرضاعة الطبيعية: تحتاج أمهات المرض الداخلين من الرضع إلى دعم ماهر للرضاعة الطبيعية وذلك باعتباره جزء من إعادة التأهيل التغذوية والتعافي. ويعد هذا ذو أهمية خاصة للأطفال دون عمر ستة أشهر وللأمّهات المعاقات.

يجب توفير الوقت الكافي والموارد الكافية لاستهداف الدعم المؤهل وتمكين دعم الأقران، مثل توفير منطقة مخصصة للرضاعة الطبيعية. ويجب أن تلقى الأمهات المرضعات لأطفال دون سن ستة أشهر يعانون من سوء التغذية الحاد حرص تغذية تكميلية بغض النظر عن حالتهم التغذوية. إذا انطبقت معايير قياسات الجسم الخاصة بسوء التغذية الحاد على هؤلاء الأمهات، ألحّ عليهم بالعلاج.

الدعم النفسي الاجتماعي: يعد التحفيز البدني والعاطفي من خلال اللعب أمراً هاماً للأطفال المصابين بسوء تغذية حاد خلال فترة إعادة التأهيل، حيث أنّ هذا يعزز التعلق والمزاج الجيد للأم. ويحتاج القائم برعاية هؤلاء الأطفال في الغالب إلى دعم نفسي واجتماعي لإحضار أطفالهم للعلاج. قد تحتاج بعض الأمهات كذلك إلى دعمهن للحصول على خدمات رعاية الصحة العقلية بسبب الاكتئاب في فترة ما حول الولادة. يمكن تحقيق ذلك عبر برنامج التعبئة. ويجب على البرنامج التأييد على أهمية التحفيز والتفااعلات في العلاج والوقاية من الإعاقة المستقبلية والضعف الإدراكي في الأطفال. كما يجب تمكين جميع القائمين برعاية الأطفال المصابين



بسوء التغذية الحاد من إطعامهم ورعايتهم خلال العلاج؛ وتزويدهم بالنصائح والشروحات والمعلومات الصحية والتغذوية، يتعين أيضًا تولية العناية لأثر العلاج على القائمين بالعناية والأشقاء وذلك لضمان القيام بترتيبات مناسبة للعناية بالطفل ولتجنب الانفصال الأسري وللحذر من الإجهاد النفسي ولتعطيم الالتزام بالعلاج المحتمل.

الارتباط مع الجهات الفاعلة الأخرى: يجب التنسيق مع شركاء حماية الطفل وشركاء العنف القائم على النوع الاجتماعي لتشكيل مسارات الإحالة ووضع بروتوكولات لمشاركة المعلومات. ويجب تدريب العاملين في التغذية عن كيفية توفير إحالات داعمة وسرية للقائمين على رعاية الأطفال المعرضون للعنف البدني أو الجنسي أو العاطفي ولاستغلال أو سوء المعاملة.

3. حالات النقص في المغذيات الدقيقة

تعد حالات النقص في المغذيات الدقيقة عائقاً أمام التنمية الاجتماعية والاقتصادية في العديد من البلدان، حيث أن لها أثر كبير على صحة الأفراد وقدرتهم على التعلم وإناجيتهم. وتساهم حالات النقص المذكورة في عمل حلقة مفرغة من سوء التغذية والتخلف والفقير، مما يؤثّر على الفئات الم porrورة بالفعل.

تميّز حالات النقص في المغذيات الدقيقة بصعوبة كشفها في العديد من السياقات. وفي الوقت الذي قد تكون فيه العلامات السريرية لحالات النقص الحاد سهلة التشخيص، إلا أن العبر الأكبر على صحة السكان وبقائهم قد يكون من حالات النقص دون السريرية. افترض أن الأزمة سوف تزيد من سوء حالات النقص في المغذيات الدقيقة قائمة بين السكان، وتعامل مع حالات النقص المذكورة باستخدام عمليات تدخل على مستوى السكان وعلاج فردي.

توجد ثلاثة مناهج لاحتواء حالات النقص في المغذيات الدقيقة:

- **المكمّلات:** في العادة يُؤدي توفير مغذيات دقيقة على شكل عالي الامتصاص إلى أسرع احتواء حالات المغذيات الدقيقة بين الأفراد أو السكان المستهدفين. وتشمل الأمثلة برامج المكمّلات المستهدفة للأنيميا من خلال مكمّلات الحديد ومكمّلات حمض الفوليك للحوامل ومكمّلات فيتامين A للأطفال الصغار دون سن الخامسة.

- **التدبّير:** يمكن أن يكون إثراء المنتجات الغذائية بالمغذيات الدقيقة استراتيجية فعالة في احتواء حالات النقص في المغذيات الدقيقة. وتشمل أمثلة هذا الملح المدعم باليود ومساحيق المغذيات الدقيقة أو الزيوت النباتية المدعمة بفيتامين A.

- **المنهجيات القائمة على الغذاء:** توفر الفيتامينات والمعدن الضرورية للوقاية من حالات النقص في المغذيات الدقيقة في مجموعة متنوعة من الأطعمة. يجب أن تضمن السياسات والبرامج تعزيز تناول مجموعة متنوعة مناسبة كمَا وكيماً من الأغذية الآمنة الغنية بالمغذيات الدقيقة على مدار السنة.

وفي الوقت الذي تُستخدم المناهج الثلاث جميعها في الأزمات، إلا أن الأكثر شيوعاً واستخداماً هو منهج المكمّلات.

معايير حالات النقص في المغذيات الدقيقة 3: حالات النقص في المغذيات الدقيقة تصحيح حالات النقص في المغذيات الدقيقة.

الإجراءات الأساسية

- 1 جمع المعلومات حول وضع ما قبل الأزمة للكشف عن حالات النقص في المغذيات الدقيقة الأثير شيوعاً.
- 2 تدريب طاقم العاملين الصحيين على كشف حالات النقص في المغذيات الدقيقة وعلاجهما.
- 3 وضع إجراءات للاستجابة لمخاطر حالات النقص في المغذيات الدقيقة.

ربط استجابات المغذيات الدقيقة مع استجابات الصحة العامة للوقاية من الأمراض الشائعة ارتباطها مع الأزمات، مثل فيتامين أ للتعامل مع الحصبة والزنك للتعامل مع الإسهال.

4

المؤشرات الأساسية

لا توجد حالات عوز فيتامين ج أو بلغرة أو داء البريريري أو نقص الريبوهلافين

- ⊕ انظر الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة لتعريف دلالات الصحة العامة حسب الفئات العمرية والسكان بالكامل.
- استخدم مؤشرات وطنية أو خاصة بالسياق عند توفرها.

لا تعد معدلات جفاف الملتحمة وفقر الدم ونقص اليود من دلالات الصحة العامة

- ⊕ انظر الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة في حالات النقص في المغذيات الدقيقة لتعريف دلالات الصحة العامة حسب الفئات العمرية والسكان بالكامل.
- استخدم مؤشرات وطنية أو خاصة بالسياق عند توفرها.

ملاحظات إرشادية

تشخيص حالات النقص في المغذيات الدقيقة السريرية؛ يجب أن يقوم طاقم طبي مؤهل بتشخيص حالات النقص في المغذيات الدقيقة السريرية طوال الوقت. وعند إدماج مؤشرات سريرية لحالات النقص المذكورة في نظم مراقبة الصحة والتغذية، يجب تدريب طاقم الموظفين على إجراء التقديرات الأساسية والتحويل بالاعتماد عليها. وبعد تعريف الحالة أمراً مشكلاً؛ ولكن يمكنك الكشف عنها في الأزمات من خلال الاستجابة للمكمّلات الغذائية.

حالات النقص في المغذيات الدقيقة دون السريرية هي الحالات التي ليست حادة بشكل كافي لظهور أعراض يمكن تحديدها بسهولة، إلا أنها يمكن أن تسبب نتائج صحية ضارة. يتطلب التحديد فحصاً بيوكيميائياً خاصاً.
ويعد فقر الدم استثناءً حيث يتوفر له فحص أساسي ويمكن إجراؤه بسهولة في الميدان.

يمكن استخدام المؤشرات غير المباشرة لتقدير خطر حالات النقص في المغذيات الدقيقة ولتحديد متى يجب تناول مكمّلات أو نظام غذائي معزز. ويشمل التقدير غير المباشر على تقدير تناول المغذيات على مستوى السكان ويستتبع خطر النقص. وللقيام بذلك، راجع البيانات المتوفرة الحصول على الطعام وتوفّره واستخدامه، وقير ملاممة الحصة الغذائية.

الوقاية: تمت معالجة استراتيجيات الوقاية من حالات النقص في المغذيات الدقيقة في القسم 6 أدناه
⊕ انظر معيار المساعدة الغذائية 1.6: متطلبات التغذية العامة. يعد احتواء الأمراض أمراً حاسماً في الوقاية من حالات النقص في المغذيات الدقيقة. وتعد عدو الجهاز التنفسى الحادة والحصبة والالتهابات الطفيليّة، مثل الملاريا، والإسهال أمثلة عن الأمراض التي تستند مخزونات المغذيات الدقيقة. سوف يشتمل التجهيز للعلاج على وضع تعريفات للحالة وإرشادات للعلاج ونظم للتصفيي الفعال ⊕ انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير صحة الطفل 1.2.2.2 و 2.2.2.

علاج حالات النقص في المغذيات الدقيقة: يجب أن يتم تقصي الحالات والعلاج داخل النظام الصحي وداخل برامج التغذية. قد يكون من الملائم إجراء علاج تقطيعية شاملة للسكان بالمكمّلات عندما تتجاوز معدلات حالات النقص في المغذيات الدقيقة العتبات المحددة للصحة العامة. وبعد داء الإسقريبوط (عوز فيتامين ج) والبلغرة (عوز النياسين) ومرض البريريري (عوز الثiamين) وعوز الريبوهلافين هي أكثر الأمراض التي يلاحظ

انتشارها بسبب حالات النقص في المغذيات الدقيقة [انظر الملحق 5: التدابير الهامة للصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيقة.](#)

تشمل تدابير الصحة العامة لاحتواء حالات النقص في المغذيات الدقيقة ما يلي:

- تقديم مكملات فيتامين أ مع تأقيح للأطفال من 6 إلى 59 شهراً;
- التخلص من الديدان لجميع الأطفال من سن 12 إلى 59 شهراً;
- إضافة الملح المدعم باليود والأطعمة المدعمة الأخرى مثل الزيت النباتي المدعم بفيتامين (أ) و(د) للسلة الغذائية وتوفير مساحيق المغذيات الدقيقة أو مكملات الزيوت المدعمة باليود؛
- تقديم منتجات مغذيات دقيقة متعددة تحتوي على الحديد للأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً.
- تقديم مكملات مغذيات دقيقة متعددة محتوية على الحديد، بما فيها حمض الفوليك، للحوامل والمرضعات.

في حالة عدم توفر منتجات المغذيات الدقيقة المتعددة المحتوية على الحديد، يتم تقديم مكملات للحديد وحمض الفوليك يومياً للحوامل وللنساء اللاتي ولدن خلال فترة الخمس وأربعين يوماً السابقة.

استخدم مؤشرات غير مباشرة للتصنيف لتقدير خطر حالات النقص في المغذيات الدقيقة بين المتصرين، وتحديد الحاجة لتناول نظام غذائي معزز أو استخدام المكممات فمثلاً، قد تشمل المؤشرات غير المباشرة لنقص فيتامين أ انخفاض وزن المولود، أو الهزال/ أو التقرّم [انظر معيار تقدير الأمان الغذائي والتغذية 1.2: قدر التخديـة.](#)



4. تغذية الرضع الأطفال الصغار

يحفظ الدعم المناسب وفي الوقت المناسب لتغذية الأطفال والرُّضُّع أثناء الطوارئ الأزواج ويحمي تغذية الأطفال وصحتهم ونومهم. وتزيد الممارسات غير الملائمة لتغذية الرُّضُّع والأطفال الصغار من قابلية التضرر بنقص التغذية والمرض والوفاة، وتقويض صحة الأم. وتتفق الأزمات من هذه المخاطر، كما يتعرض بعض الرُّضُّع والأطفال الصغار للخطر بشكل خاص، ويشمل ذلك:

- الرُّضُّع منخفضي الوزن عند الولادة؛
- أطفال منفصلين وغير مصحوبين مع ذويهم؛
- الرُّضُّع والأطفال لأمهات مكتبيات؛
- الأطفال دون عاملين منم لا يتغذون بالرضاعة الطبيعية؛
- القادمين من مجتمعات سكانية ذات انتشار متوسط أو مرتفع لمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)؛
- الأطفال من ذوي الإعاقة، لاسيما المصابين بإعاقة في التغذية؛
- الرُّضُّع والأطفال الصغار المصابين بسوء التغذية الحاد أو التقرم أو حالات النقص في المغذيات الدقيقة.

تعامل تغذية الأطفال والرُّضُّع أثناء الطوارئ مع إجراءات وعمليات تدخل لحماية الاحتياجات التغذوية ودعمها لكل من الرُّضُّع والأطفال الصغار من عمر 0 إلى 23 شهراً سواء المتغذين بالرضاعة الطبيعية أم بغيرها. وتشمل عمليات التدخل ذات الأولوية ما يلي:

- حماية الرضاعة الطبيعية ودعمها؛
- تغذية تكميلية مناسبة وآمنة؛
- إدارة الرضاعة الصناعية للرُّضُّع الذين لا تتوفر لهم الرضاعة الطبيعية.

يعد دعم الحصول والمرضوعات أمراً مركزاً لرفاهية أطفالهن. «الرضاعة الطبيعية الحصرية» تعني لا يتناول الرُّضُّع أية سوائل أخرى بخلاف حليب الأم أو أية أطعمة صلبة، باستثناء مكممات المغذيات الدقيقة الضرورية أو الأدوية، حيث أنها تضمن تأمين الغذاء والسوائل للرُّضُّع لأول ستة أشهر وتحفل حماية مناعية فعالة. وتتضمن الرضاعة الطبيعية أفضل نمو للدماغ وتستمر في حماية صحة الرُّضُّع والأطفال الأكبر سنًا، لاسيما في السياقات التي تفتقر للمياه والإصلاح والنظافة. وكذلك تحمي الرضاعة الطبيعية صحة الأم عن طريق تأخير الحيض وحمايتها من سلطان الثدي، وكذلك تعزز السلامة النفسية عن طريق تعزيز التعلق والاستجابة.

تعكس الإجراءات الأساسية في هذا القسم التوجيه العملي بشأن تغذية الأطفال والرُّضُّع أثناء الطوارئ (التوجيه العملي). التوجيه العملي هو ناتج عن مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات والتي تهدف إلى توفير توجيه عملي وموجز حول كيفية ضمان تغذية الأطفال والرُّضُّع أثناء الطوارئ المناسبة وكذلك المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم («المدونة»).

معايير تغذية الأطفال والرضع : ١.٤

توجيه السياسة وتنسيقها

يضمن توجيه السياسة وتنسيقها تحقيق تغذية آمنة ومتناهية وفي الوقت المناسب للرضع والأطفال الصغار.

الإجراءات الأساسية

- 1 تشكيل هيئة تنسيق لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ضمن آلية تنسيق الأزمة، وضمن التعاون بين القطاعات.
- 2 افتراض أن الحكومة هي هيئة التنسيق، ما أمكن. تضمين مواصفات التوجيه العملي فيما يتعلق بتوجيه سياسة المنظمات الإنسانية والوطنية عند الإعداد.
- 3 وضع توجيه وبيان مشترك مع السلطات الوطنية في حالة عدم وجود سياسة. تقوية السياسات الوطنية ذات الصلة ما أمكن. دعم التواصل القوي والمنسجم والفعال من حيث التوقيت فيما يتعلق بتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ على جميع مستويات الاستجابة.
- 4 أبلغ المنظمات الإنسانية والمتربيين والإعلام في أقرب وقت ممكن عن سياسات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ وممارساتها الموضوعة في موضع التنفيذ. تواصل مع المتضررين حول الخدمات المتوفرة وممارسات تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ وأدوات تقديم التعقيبات.
- 5 تجنب قبول تبرعات بداعل حليب الأم أو غيرها من منتجات الألبان السائلة أو الرضّاعات الصناعية أو حلماتها أو الحث عليها. يجب إدارة التبرعات المستلمة عن طريق هيئة مخصصة، مع مراعاة التوجيه العملي والمدونة. احرص على التوجيه الصارم لبدائل حليب الأم أو استخدامها أو شرائها أو إدارتها أو توزيعها. ويجب أن يعتمد هذا على تقدير المخاطر والاحتياجات وتحليل البيانات والتوجيه الفني.

المؤشرات الأساسية

نسبة سياسات تغذية الرضع والأطفال الصغار المعتمدة في الطوارئ والتي توضح مواصفات التوجيه العملي

عدم الإبلاغ عن أي مخالفات للمدونة

نسبة مخالفات المدونة من التبرعات بداعل حليب الأم أو منتجات الحليب السائلة أو القينيات والحلمات التي يتم التعامل معها في الوقت المناسب

ملاحظات إرشادية

التواصل مع المتضررين والأطراف المستجيبة والإعلام : يجب التواصل حول الخدمات المتوفرة والممارسات الصحية لتغذية الرضع والأطفال الصغار سوف تتطلب رسائل مخصصة حسب المجموعات المختلفة التي تقدم المساعدة والجمهور. ضع في الاعتبار الحاجة لدعم القائمين على الرعاية من الأجداد والجدات والوالد أو

الوالدة الوحيدة والأسر التي يقوم عليها طفل وذوي الإعاقة من القائمين بالرعاية أو الأشقاء والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية عند توجيه الرسالة.

المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم: تكفل المدونة الحماية للأطفال الذين يرضعون حلبيًا صناعيًّا عن طريق ضمان الاستخدام الآمن لبدائل حليب الأم، حيث تستند إلى معلومات حيادية ودقيقة وتنطبق في جميع السياقات. ويجب شملها في التشريعات خلال مرحلة التأهُّب وتيفيزها خلال الاستجابة للأزمة. تُطبق أحكام المدونة باعتبارها حدًّا أدنى في حالة غياب وجود تشريع وطني.

لا تقيد المدونة توفر بدائل حليب الأم أو رضاعات التغذية أو الحلام أو تمنع استخدامها، إلا أنها تمنع تسويقها ومشترياتها وتوزيعها. وتتبع المخالفات الشائعة للمدونة خلال الأزمات من مشكلات المصلقات والتوزيع غير الموجة. خلال الأزمات، ارصد مخالفات المدونة وأبلغها إلى منظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والسلطات المحلية.

استخدم المؤشرات القياسية حيثما وجدت، وضع مؤشرات مخصصة بالسياق في حالة عدم توفرها. ضع أيضًا مقارنات مرجعية لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ لتحديد مدى التقدُّم والإنجازات، مع الأخذ في الاعتبار الإطارات الزمنية للتدخل. وشجع الاستخدام المتسق لمؤشر تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ فمن جانب شركاء التنفيذ وفي المسوح الاستقصائية. كرر التقديرات أو أجزاء من تقدير خط الأساس باعتبار ذلك جزءً من رصد عمليات التدخل في تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ، واستخدم مسوح استقصائية سنوية لكشف أثر عمليات التدخل المذكورة.

التغذية الاصطناعية: يجب أن تلتزم جميع بدائل حليب الأم بـدستور الأغذية والمدونة. تعد إمكانية الحصول على خدمات المياه والإصحاح والنظافة أساسية للحد من مخاطر التغذية الاصطناعية في الطوارئ. سوف يعتمد نظام توزيع بدائل حليب الأم على السياق، بما في ذلك نطاق التدخل. لا تشمل بدائل حليب الأم وبدائل حليب الأم الأخرى في توزيعات الغذاء الشاملة أو العامة. ولا توزع منتجات الحليب السائل والمجمف باعتبارها سلعة مفردة. يجب أن تراعي مؤشرات التغذية الاصطناعية وإدارتها التوجيه العملي والمدونة وتكون كذلك تحت توجيه الهيئة المنظمة المخصصة لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ.

معايير تغذية الأطفال والرضع: 2.4

الدعم متعدد القطاعات لتغذية الرضع والأطفال الصغار في الطوارئ

أمهات الرضع والأطفال الصغار والقائمون على رعايتهم يتمتعون بالقدرة على الوصول إلى دعم غذائي مناسب في توقيت مناسب مما يحد من المخاطر وهو أمر ذو حساسية ثقافية ويعزز نتائج التغذية والصحة والبقاء.

الإجراءات الأساسية

- 1 وضع الحوامل والمرضعات موضع الأولوية فيما يتعلق بالوصول إلى الغذاء أو التحويلات النقدية والقسائم أو غيرها من عمليات الدخل الداعم.
- 2 توفير الوصول إلى استشارة مؤهلة للرضاعة الطبيعية للحوامل والمرضعات.
- 3 توجيه الدعم لجميع أمهات حديثي الولادة للبدء المبكر للرضاعة الطبيعية الحصرية.
- توفير توجيه بسيط للرضاعة الطبيعية الحصرية في خدمات الأئمة.

- حماية الرضاعة الطبيعية الحصرية وتعزيزها ودعهما للرضع من عمر 0 إلى 5 أشهر، والرضاعة الطبيعية المستمرة للأطفال من عمر ستة أشهر إلى عامين.
- دعم الانتقال إلى الرضاعة الطبيعية الحصرية حيثما وجدت ممارسات التغذية المختلطة للرضع من عمر 0 إلى 5 أشهر.

4 توفير بدائل مناسبة لحليب الأم ومعدات التغذية والدعم المرتبط بها لأمهات الرضع الذين يحتاجون لرضاعة صناعية والقائمين على رعايتهم.

- استطلاع سلامة الاسترضايع والإرضاع وجدواه حيثما لم يتم إرضاع الرضع من جانب أمهاتهنر والنظر في السياق الثقافي وتتوفر الخدمة في مثل تلك المواقف.
- إذا كانت بدائل حليب الأم هي الخيار الوحيد المقبول، فمـ بتضمين حزمة دعم أساسية مع معدات الطهي والتغذية وكذلك دعم لشؤون المياه والإصحاح والنظافة وإمكانية وصول إلى الرعاية الصحية.

5 ادعم الدعم الغذائي التكميلي الكافي والملازم ذو التوقيت الجيد.

- قيم أغذية الأسرة لتقدير كونها مناسبة كأغذية تكميلية للأطفال وقدم نصائح خاصة بالسياق ودعم حول التغذية التكميلية.
- احرص على إمكانية الوصول إلى معدات التغذية ولوازم الطهي، مع الوضع في الاعتبار الأطفال المصابين بصعوبات في التغذية.

6 قدم دعماً غذائياً للرضع والأطفال الصغار المعرضين للخطر على وجه الخصوص.

- دعم النشاطات التحفيزية للرضع وممارسات رعاية نمو الأطفال المبكر داخل برامج التغذية.
- قدم مكملات مغذيات دقيقة عند الضرورة.

7 قدم مكملات يومية للحوامل والمرضعات، بما يشمل المتطلبات اليومية الضرورية من المغذيات الدقيقة المتعددة لحماية مخزون الأم ومحظى حليب الأم، سواء كانت النساء يتلقين حرص طعام مدعوم أمر لا.

استمرار مكملات الحديد وحمض الفوليك عند توفيرها بالفعل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المرضعات اللاتي حصلن على مشورة مؤهلة

نسبة القائمين على الرعاية الذين تلقوا مـؤـون مـطـابـقـة لمـدوـنة بـدـائـلـ حـلـيبـ الأمـ وـالـدـعـمـ المـقـرـنـ بـهـ لـلـرـضـعـ الذين يـحـتـاجـونـ إـلـىـ تـغـذـيـةـ اـصـطـنـاعـيـةـ.

نسبة القائمين على الرعاية الذين حصلوا على أغذية مكملة آمنة وملائمة تغذويـاً وذات توقيت مناسب للأطفال من عمر 6 إلى 23 شهراً

ملاحظات إرشادية

تقدير تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ورصدتها: تقدير حاجات الاستجابة لتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ وأولوياتها ورصد آخر عمليات التدخل المتعلقة بتغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ  معيار تقدير الأمن الغذائي والتغذية 2.1: تقدير التغذية.

التعاون متعدد القطاعات: نقاط تدخل قطاعية لتحديد تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ ودعهمما وتشمل:

رعاية ما قبل الولادة وما بعدها؛

- نقاط تحسين؛

- رصد النمو؛

- نمو الأطفال المبكر؛

- خدمات علاج مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) (يشمل منع انتقال العدوى من الأم للطفل)؛

- علاج سوء التغذية الحاد؛

- الصحة المجتمعية والصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي؛

- خدمات المياه والإصحاح والنظافة؛

- مناطق التوظيف؛

- أعمال التوسيع الزراعية.

الفئات المستهدفة: يجب تصنيف جميع بيانات التقديرات والبرامج للأطفال دون سن الخمس سنوات حسب الجنس والعمر: 5-0 شهور و11-6 شهراً و12-23 شهراً و59-24 شهراً. يُستحسن التصنيف حسب الإعاقة من عمر 24 شهراً.

يجب تحديد الخدمات وتأسيسها لتقديم احتياجات التغذية والرعاية للأطفال من ذوي الإعاقة والرضع والأطفال الصغار المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم، وإحالة الأطفال المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم إلى شركاء حماية الطفل، وتحديد نسبة الحوامل والمرضعات.

النظر بعين الاعتبار للمجموعات السكانية حيث يكون تفشي مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز) عالياً أو متوسطاً، والأطفال المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم، والأطفال ذوي الإعاقة، والأطفال المصابين بصعوبات في التغذية، والأطفال دون عامين ممن لا يتغذون بالرضاة الطبيعية وأولئك المصابين بسوء التغذية الحاد. يجب مراعاة أن أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب يميلون للتعرض لخطر أكبر سوء التغذية.

الحوامل والمرضعات: استهدف الحوامل والمرضعات بالغذاء المدعّم في حالة عدم تلبية حاجتهن في برامج المساعدة بالغذاء والمساعدة التقنية وبالقسائم، وقدم مكمّلات المغذيات الدقيقة مع مراعاة توصيات منظمة الصحة العالمية.

رتّب الدعم النفسي الاجتماعي للأمهات المكروبات، بما يشمل الإحالات إلى خدمات الصحة العقلية عند الضرورة. ورتب دعماً مناسباً للأمهات من ذوي الإعاقة.

أنشئ أماكن آمنة في المخيم والأماكن الجمعية الأخرى للنساء للإرضاع، على شاكلة المساحات الملائمة للأطفال الصغار مع مناطق للرضاة الطبيعية الحصرية.

الرضع الذين يتغذون بالرضاة الطبيعية: يجب أن يمكن التخطيط وتخصيص الموارد دعماً مؤهلاً للرضاة الطبيعية في الظروف الصعبة. وقد يشمل هذا الرضع في عمر 6-0 المصابين بسوء التغذية الحاد، والمجموعات السكانية التي تشيع بينها التغذية المختلطة وتغذية الرضع في سياقات وجود مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز).

الرضع غير المتغذين على رضاة طبيعية: خلال جميع الأزمات، احرم الرضع والأطفال الصغار الذين لا يرضعون رضاة طبيعية وادعهم لتلبية احتياجاتهم التغذوية. تبيان عواقب عدم الإرضاع الطبيعي حسب عمر الطفل. الأطفال الصغار هم الأشد تعرضاً لخطر الأمراض المعدية حيث يعتمدون على الوصول إلى مأون مضمونة من بدائل حليب الأم الملائمة والوقود والمعدات وكذلك ظروف المياه والإصحاح والنظافة.

وصفات غذائية بديلة للأطفال وغيره من البدائل: بديل حليب الأم هو بديل مناسب للرضع في عمر 5-0 شهراً. امنح الأولوية لبديل حليب الأم السائل الجاهز للاستخدام، حيث أنه لا يتطلب أي تجهيز وينطوي على مخاطر سلامة أقل من بديل حليب الأم المسحوق.

يعد الاستخدام المناسب لبديل حليب الأم الجاهز للاستخدام وتخزينه بحرص ونظافة أوانى التغذية أموراً أساسية. إن بديل حليب الأم الجاهز للاستخدام له حجم كبير ومن ثم ترتفع تكلفة نقله وتخزينه. استخدم أنواع الحليب البديلة السائلة في حالة الأطفال أكبر من ستة أشهر. وتشمل أنواع الحليب البديلة الحليب المستتر كامل الدسم من الأبقار أو الماعز أو الأغنام أو الجاموس؛ الحليب السائل ذو درجة الحرارة الفاقعة؛ أو الزبادي.

سوف يعتمد استخدام بديل حليب الأم في حالة الأطفال أكبر من ستة أشهر على الممارسات السابقة للأزمة والموارد المتوفرة ومصادر أنواع الحليب البديلة السائلة وكفاية الأغذية التكميلية وسياسة المنظمة الإنسانية. وقد تتمد مؤشرات استخدام بدائل حليب الأم لفترات قصيرة أو طويلة الأجل. إن متابعة أنواع الحليب السائلة للأطفال الكبار وحديثي تعلم المشي التي يتم تسويقها للأطفال أكبر من ستة أشهر ليست ضرورية.

يمكن أن يحدد عامل مؤهل للصحة أو التغذية الحاجة لبديل لحليب الأم من خلال التقييم الفردي والمتابعة والدعم. استشر الهيئة المنظمة والمنظمات الإنسانية التقنية حول التقديرات ومعايير الاستهداف عند عدم توفر التقييمات الفردية، وقدم بديل حليب الأم حتى يحصل الطفل على الرضاعة الطبيعية أو لستة أشهر على الأقل. عند تقديم بدائل حليب الأم للأطفال الذين يحتاجون، احترس من تشجيع الأمهات المرضعات على استخدامه بدون قصد.

لا تستخدم الرضاعات حيث أنه من الصعب تنظيفها. شجع التغذية بالكأس وادعمها.

حافظ على رصد الاعلال على المستويات الفردية والسكنية، مع التركيز على الإسهال.

التغذية التكميلية هي عملية تبدأ عندما يكون حليب الأم وحده ليس كافياً لتلبية احتياجات الرضيع التغذوية وضرورة وجود أغذية أو سوائل أخرى، جنباً إلى جنب مع حليب الأم. يجب تقديم الأغذية التكميلية للأطفال في عمر 6-23 شهراً، سواء كانت منتجة صناعياً أو مجهرة محلياً.

تعد الفجوات الغذائية سابقة الوجود والموجودة حالياً العامل الرئيسي في تحديد خيارات الدعم بالأغذية التكميلية. وتشمل الاعتبارات الأخرى القدرة على تحمل تكاليف نظام غذائي وتوفره وموسمية الإمدادات الغذائية وإمكانية الوصول إلى الأغذية التكميلية المتوفرة محلياً ذات النوعية الجيدة، كما تشمل خيارات الاستجابة بالأغذية التكميلية:

- مساعدة معتمدة على النقد لشراء الأغذية المدعمة والغنية بالمغذيات المتوفرة محلياً;
- توزيع الأطعمة المنزلية الغنية بالمغذيات أو الأغذية المدعمة؛
- توفير الأغذية المدعمة بالمغذيات الدقيقة المتعددة للأطفال في عمر 6-23 شهراً؛
- التدريم المنزلي بمكملات المغذيات الدقيقة، مثل مساحيق المغذيات الدقيقة أو غيرها من المكملات؛
- برامج سبل العيش؛
- برامج شبكة الأمان.

يجب النظر في توفير التدريب أو تقديم الرسائل جنباً إلى جنب مع المساعدات القائمة على النقد، وذلك لضمان فهم المتضاربين للاستخدام الأمثل للنقد لتحقيق نتائج تغذوية.

التكامل بالمغذيات الدقيقة: قد يحتاج الأطفال في عمر 5-6 شهراً الذين لا يتلقون أغذية مدعمة إلى مكملات بالمغذيات الدقيقة المتعددة لتلبية احتياجات التغذية. يوصى بمكملات فيتامين A. في المناطق

الموبوءة بالملاريا، قدم الحديد بأي شكل، ويشمل ذلك مساحيق المغذيات الدقيقة، وذلك في بشكل دائم جنباً إلى جنب مع استراتيجيات تشخيص الملاريا والوقاية منها وعلاجها. من أمثلة استراتيجيات الوقاية من الملاريا توفير ناموسيات مشبعة بمبيد حشرات وبرامج مكافحة نواقل الأمراض وتعزيز تشخيص مرض الملاريا والعلاج باستخدام علاج دوائي فعال مضاد للملاريا. لا تقدم الحديد إلى الأطفال منم لا يصلون إلى استراتيجيات مكافحة الملاريا. قدم الحديد وحمض الفوليك أو مكملات المغذيات الدقيقة المتعددة للحوامل والمرضعات، مع مراعاة أحدث توجيه.

مرض نقص المناعة البشرية وتغذية الرضع: يجب دعم الأمهات المرضعات المصابة بمرض نقص المناعة البشرية ليقمن بالإرضاع لمدة 12 شهراً على الأقل، وحتى 24 شهراً أو أطول أثناء تأقى العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية. وفي حالة عدم توفر الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية، اختر استراتيجية تمنع الرضع أكبر فرصة للبقاء بدون الإصابة بمرض نقص المناعة البشرية (الإيدز). ويعني هذا الموازنة بين أخطار انتقال مرض نقص المناعة البشرية وبين الأسباب الأخرى لوفاة الطفل بعيداً عن مرض نقص المناعة البشرية. ادعم الأمهات والقائمين بالرعاية وفقاً لذلك، واعط الأولوية لتسريع الحصول على أدوية مضادة للفيروسات الارتجاعية [+ انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الصحة الإنجابية والجنسية 3.3.2](#): مرض نقص المناعة البشرية.

قدم المشورة للمرضعات غير المصابة بمرض نقص المناعة البشرية، وأولئك اللاتي لا تعلم حالة إصابتهم بمرض نقص المناعة البشرية، ليقمن بالإرضاع حصراً أول ستة أشهر في عمر الطفل. وبعد ذلك، قدم الأغذية التكميلية مع استمرار الرضاعة الطبيعية حتى يبلغ الطفل 24 شهراً أو أكثر. يحتاج الرضع الذين اعتادوا بالفعل على الأغذية البديلة إلى تحديد ودعم عاجلين.

اطلع على السياسات الوطنية دون الوطنية الموجودة وقيم مدى مراعاتها لآخر التوصيات من منظمة الصحة العالمية، وحدد مدى ملائمتها لسياق الأزمة الجديدة، مع الأخذ في الاعتبار التغير في خطر التعرض للأمراض معدية غير مرض نقص المناعة البشرية، والمدة المحتملة للحالة الطارئة، وإذا كانت التغذية البديلة ممكنة ومدى توفر الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية. قد تكون هناك حاجة لإصدار دليل مرحلٍ مستجد وتوزيعه على الأمهات والقائمين بالرعاية.

العنف القائم على النوع الاجتماعي وحماية الأطفال والتغذية: في الغالب يكون العنف القائم على نوع الجنس وعدم المساواة بين الجنسية والتغذية متشابكين. وقد يشكل العنف المنزلي تهديداً على صحة النساء وأطفالهن ورفاهيتهم. يجب أن يقدم العاملون في التغذية إهالة داعمة وسرية للقائمين بالرعاية أو الأطفال المتعريضين لعنف قائم على النوع الاجتماعي أو سوء معاملة الأطفال. وتشمل العناصر الأخرى التي يجب دمجها الاستشارة والعمل لتأسيس مواقع علاج ملائمة للنساء والأطفال، والرصد المنتظر لمعدلات التقصير وعدم الاستجابة للعلاج. انظر في تضمين أحصائي حالات فردية متخصص في العنف القائم على النوع الاجتماعي وحماية الأطفال كجزء من طاقم العاملين في التغذية [+ انظر مبدأي الحماية رقم 3 و4.](#)

طوارئ الصحة العامة: خلال أزمات الصحة العامة، اتخاذ خطوات لمنع أي انقطاعات في توفر خدمات الصحة ودعم التغذية، وذلك لضمان أمن الغذاء الأسري وسبل العيش، وكذلك للحد من مخاطر انتقال الأمراض من خلال الرضاعة الطبيعية، وكذلك التقليل من مرض الأمهات ووفاتها. اطلع لدليل منظمة الصحة العالمية عند الحاجة للحصول على الإرشاد حول الكوليرا والإيبولا وفيروس زيكا.

5. الأمن الغذائي

يتحقق الأمن الغذائي عندما يتسم لجميع الأفراد إمكانية الوصول الفعلية والاقتصادية للأطعمة المغذية والآمنة والكافية، والتي تلبى احتياجاتهم الغذائية وتفضيلاتهم من الطعام وذلك لحياة صحية ونشطة.

يتأثر الأمن الغذائي بعوامل الاقتصاد الكلي والعوامل السياسية الاجتماعية والعوامل البيئية. ويمكن للسياسات والعمليات والمؤسسات الوطنية والدولية أن تؤثر على وصول المتضررين إلى الغذاء الكافي من الناحية التغذوية. وكذلك يؤثر تدهور البيئة المحلية والطقس القاسي والمتقلب على نحو متزايد بسبب التغير المناخي على الأمن الغذائي.

يجب أن تهدف استجابات الأمن الغذائي خلال الأزمة الإنسانية إلى تلبية الحاجات قصيرة الأجل والحد من حاجة السكان المتضررين إلى تبني استراتيجيات تكيف قد تكون ضارة. ويجب على الاستجابات بمراور الوقت أن تحمي سبل العيش وتسعيدها وأن تتبع فرص التوظيف أو تخلقها وأن تساهم في استعادة الأمن الغذائي طويلاً الأجل. ويجب ألا يكون لها أثر ضار على الموارد الطبيعية والبيئة.

انعدام الأمن الغذائي للأسر هو أحد الأسباب الأربع الرئيسية لنقص التغذية، جنباً إلى جنب مع ضعف التغذية وممارسات العناية، والبيئات الأسرية غير الصحية وعدم كفاية الرعاية الصحية.

تنتظر المعايير في هذا القسم بعين الاعتبار إلى الموارد المطلوبة لتلبية الاحتياجات الغذائية لكل من عموم السكان والأشخاص المعرضين لخطر تغذوي مرتفع مثل الأطفال دون سن الخامسة أو المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز أو كبار السن أو المصابين بأمراض مزمنة أو ذوي الإعاقات.

سيكون للاستجابات الهدافـة إلى علاج سوء التغذية أثر محدود إذا لم تتم تلبية الاحتياجات الغذائية لعموم السكان. وسوف تدهور حالة الأشخاص المتعافين من سوء التغذية مرة أخرى، والذين لا يستطيعون الحفاظ على مقدار كاف من الطعام.

يتطلب تحديد أكثر اختيارات استجابات الأزمة كفاءة وفاعلية تحليلاً شاملًا للاحتياجات المصنفة حسب النوع وتفضيلات الأسر وكفاءة التكلفة وفعاليتها ومخاطر الحماية والتغيرات الموسمية. ويجب أن يحدد كذلك النوع المخصص المطلوب من الغذاء وكيفيته، والطريقة المثلث لتوزيعه.

يمثل الإنفاق على الغذاء أكبر نفقات الأسر المعرضة للخطرة. ويمكن أن تتمكن المساعدة القائمة على النقد المتلقين للمساعدة على تحقيق إدارة أفضل لمواردهم بالكامل، بالرغم من اعتماد ذلك على قيمة التحويل المقدمة. يوجه التحليل التعاوني وأهداف البرنامج الاستهداف ونقل القيمة وأي شروط محتملة توضع على عملية التحويل.

يجب أن تهدف استجابات الأمن الغذائي تدريجياً إلى العمل من خلال الأسواق المحلية أو دعمها، ويجب أن تستند القرارات بشأن المشتريات المحلية أو الوطنية أو الإقليمية على فهم الأسواق، ويشمل ذلك تقديم الخدمة السوقية والمالية. كما يمكن أن تدعم البرمجة المركبة على السوق الأسوق كذلك، على شاكلة تقديم المنح للتجار لتجديـد المخزون انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق **ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي**.



معايير الأمن الغذائي 5: الأمن الغذائي العام

يتلقى الأفراد المساعدات الغذائية التي تحفظ حياتهم وتصون كرامتهم وتمنع تلاشي أصولهم وتبني القدرة على المرونة.

الإجراءات الأساسية

اعتماداً على بيانات تقديرات الأمن الغذائي، صمم استجابة لتلبية الحاجات العاجلة وضع في الاعتبار التدابير التي تدعم الأمن الغذائي وتحميه وتعززه وتستعيده.

انظر في كل من الاختيارات العينية والنقدية فيما يتعلق بالسلة الغذائية.

1 ضع استراتيجيات المرحلة الانتقالية والخروج لجميع برامج الأمن الغذائي في أقرب وقت ممكن. حق تكامل البرامج مع الاستجابات المقدمة من الجهات الفاعلة الأخرى.

2 تأكد من أن متلقي المساعدة يتمتعون بإمكانية الوصول إلى المعرفة والمهارات والخدمات الضرورية للقيام بالتكيف المناسب ودعم سبل العيش.

3 حماية البيئة الطبيعية واستعادتها والحفاظ عليها من وقوع مزيد من التدهور. النظر في أثر وقود الطهي على البيئة.

النظر في استراتيجيات سبل العيش التي لا تساهم في إزالة الغابات أو تعرية التربة.

4 رصد مستوى قبول عمليات تدخل الأمن الغذائي الإنسانية وإمكانية الوصول إليها من مختلف الفئات والأفراد.

5 الحرص على تقديم المشورة لمتلقي المساعدات الغذائية حول تصميم الاستجابة ومعاملتهم باحترام وكرامة.

تشكيل آلية لتقديم التعقيبات.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من استهلاك الغذاء

<35 بالمائة؛ في حالة توفير الزيت والسكر <42 بالمائة.

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من تنوع النظام الغذائي

<5 مجموعات الطعام الأساسية المتناولة بشكل منتظم.

نسبة الأسر المستهدفة مع مؤشر مقبول من استراتيجيات التكيف

نسبة متلقي المساعدة الذين يقدمون شكاوى أو تعقيبات سلبية تتعلق بالمعاملة بكرامة

يتم رصد جميع الشكاوى بشكل منتظم والرد عليها سريعاً.

ملاحظات إرشادية

السياق: ارصد حالة الأمن الغذائي باتساعها لتقدير ملاءمة الاستجابة باستمرار، وحدد موعد الإنتهاء التدريجي للنشاطات، وقدم التعديلات أو المشروعات الجديدة أو الكشف عن أي حاجة للمناصرة.

في البيئات الحضرية، اتخد خطوات لوضع مؤشرات الإنفاق الغذائي للأسر في سياقها، ولاسيما في المستوطنات الكثيفة منخفضة الدخل. ومثال لذلك بأن تكون حصة الإنفاق الغذائي وعتبه المثبتة أقل دقة عن السياقات الحضرية، حيث تكون النفقات غير المتعلقة بالطعام، مثل الاستهجان والتدافئة، أكبر نسبياً.

استراتيجيات العمليات الانتقالية والخروج: أبدأ في وضع استراتيجيات العمليات الانتقالية والخروج من وقت بدء البرنامج. ويجب أن تكون هناك دلائل على حدوث تحسينات أو وجود جهة فاعلة أخرى تحمل المسؤولية قبل إغلاق البرنامج أو إجراء عملية انتقالية. في حالة المساعدة الغذائية، فقد يتوجب فهم الأمن الاجتماعي القائم أو المخطط له أو نظم شبكة أمان طويلة الأجل.

يمكن أن تنسق برامج المساعدة الغذائية مع نظم الحماية المجتمعية، أو أن تضع أساساً لمثل هذا النظام في المستقبل. ويمكن أن تناصر المنظمات الإنسانية النظم لمعالجة انعدام الأمن الغذائي المزمن، مع توجيهها بتحليل انعدام الأمن الغذائي المزمن حيثما توفر [انظر دليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي](#).

الفئات المعرضة للخطر: استخدم تقديرات المخاطر المستندة على المجتمع وغيرها من عمليات الرصد التشاركي لمواجهة أي أنماط تعرض فئات أو أفراد معينين للخطر. على سبيل المثال، قد يؤدي توزيع الوقود أو المواقف ذات الكفاءة في استهلاك الوقود أو كليهما إلى الحد من مخاطر الاعتداء البدني والجنسى على النساء والفتيات. ويمكن أن تحد التحويلات النقدية المدعومة، لاسيما للأسر والأفراد المعرضين للخطر، على شاكلة الأسر التي تقوم عليها نساء أو أطفال أو أسر المعاقين، من خطر الاستغلال الجنسي وعمالة الأطفال.

هيكل الدعم المجتمعي: صمم هيأك الدعم المجتمعي جنباً إلى جنب مع المستخدمين، ومن ثم تكون مناسبة ويتم الحفاظ عليها بشكل مناسب كما يرجح بقاؤها بعد انتهاء البرنامج. انظر أيضاً في احتياجات الأفراد المعرضين للخطر خلال التصميم. على سبيل المثال، قد يفقد الفتيات والفتيات المنفصلين أو غير المصحوبين مع ذويهم المعلومات وتنمية المهارات التي تتم داخل الأسرة [انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي 4](#).

دعم سبل العيش: [انظر معياري الأمن الغذائي والتغذية وسبل العيش 1.7 ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية](#).

التأثير البيئي: يحتاج المقيمون في المخيمات إلى وقود للطهي، مما قد يسرع من إزالة الغابات المحلية. انظر في خيارات على شاكلة توزيع الوقود والمواقف ذات الكفاءة في استهلاك الوقود والطاقة البديلة. وضع في حساباتك المزايا البيئية المحتملة من عمل قسمائين أكثر تخصصاً للخدمات والسلع المستدامة بيئياً، وابحث عن فرص لتغيير عادات الغذاء والطهي السابقة والتي قد تكون سبب تدهوراً بيئياً. ضع في الاعتبار اتجاهات التغير المناخي، واجعل الأولوية للنشاطات التي توفر الإغاثة على المدى القصير وتحدد من خطر الأزمة على المدى المتوسط والطويل. فقد يقلل السحب من المخزونات على سبيل المثال الضغط على المراعي خلال الجفاف [انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية 7: الاستدامة البيئية](#).

إمكانية الوصول والمقبولية: يميل الناس بشكل أكبر إلى المشاركة في البرنامج الذي يسهل الوصول إليه والذي يتميز بنشاطات مقبولة. استخدم التصميم التشاركي مع جميع أعضاء السكان المتضررين لضمان تحقيق التغطية الشاملة دون تمييز. بينما تستهدف بعض استجابات الأمن الغذائي النشاط الاقتصادي، إلا أن الاستجابات يجب أن تكون متاحة لجميع الناس. لتخطي العقبات الموجودة أمام الفئات المعرضة للخطر،تعاون معهم على تصميم نشاطات وتأسيس هيأكل دعم مناسبة.

6. المساعدة الغذائية

تعد المساعدة الغذائية ضرورة إذا كانت كمية الأغذية المتوفرة أو جودتها أو إمكانية الوصول إلى الغذاء ليست كافية لمنع الوفيات المفرطة أو الاعتلال أو سوء التغذية، وتشمل الاستجابات الإنسانية التي تعزز توفر الطعام والوصول إليه والوعي بال膳غذية وممارسات التغذية. ويجب أن تحمي هذه الاستجابات أيضًا سبل عيش المتضررين وتقويتها، وتشمل خيارات الاستجابة الأغذية العينية والمساعدات القائمة على النقد ودعم الانتاج ودعم السوق. وفي الوقت الذي تعدد فيه تلبية الاحتياجات العاجلة أولوية في مرحلة الأزمة الأولى، فيجب أن تحافظ الاستجابات على الأصول وتحميها وتساعد على استعادة الأصول المفقودة خلال الأزمة وتعزز القدرة على التكيف ضد التهديدات المستقبلية.

وقد تُستخدم المساعدة الغذائية كذلك لمنع الناس من اعتماد آليات تكيف سلبية، مثل بيع الأصول الإنتاجية أو الاستغلال المفرط للموارد الطبيعية أو تدميرها أو تراكم الديون.

يمكن استخدام مجموعة واسعة من الأدوات في برامج المساعدة الغذائية، وتشمل:

- توزيعات الغذاء العامة (تقديم أغذية عينية أو المساعدة القائمة على النقد لشراء الطعام)؛
- برامج التغذية التكميلية الشاملة؛
- برامج التغذية التكميلية الموجهة؛
- توفير الخدمات والمدخلات ذات الصلة، وتشمل نقل المهارات أو المعارف.

توفر توزيعات الغذاء العامة الدعم لأكثر الفئات احتياجاً للغذاء. أوقف تلك التوزيعات عندما يتمكن متلقو المساعدة من إنتاج غذائهم أو الوصول إليه عبر وسائل أخرى. قد تكون هناك حاجة للتقييدات الانتقالية، ويشمل ذلك المساعدة القائمة على النقد المشروطة أو دعم سبل العيش.

قد يحتاج الأفراد ذوي الاحتياجات التغذوية الخاصة إلى غذاء تكميلي بالإضافة إلى أي حصة غذائية عامة. ويشمل هذا الأطفال في سن 5-6 شهراً وكبار السن وذوي الإعاقات والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والحوالم أو المرضعات. وتحافظ التغذية التكميلية للأرواح في العديد من الحالات، وتتم التغذية في الموقع فقط إذا لم يمتلك الناس وسائل طهي الغذاء بأنفسهم. وقد يكون ذلك ضرورياً بعد وقوع الأزمة مباشرةً أو خلال انتقالات السكان أو إذا تسبب انعدام الأمن في تعريض متنقي الحصص الغذائية لاصطدامها بالمنزل للخطر. وكذلك يمكن أن يستخدم للتجذية المدرسية الطارئة، بالرغم من إمكانية توزيع الحصص الغذائية للصاصح للمنزل من خلال المدارس. ضع في اعتبارك أن الأطفال الذين لا يذهبون للمدارس لن يتمكنوا من الوصول إلى تلك التوزيعات؛ خطط لعمل آليات توعية لهؤلاء الأطفال.

تطلب المساعدة الغذائية إدارة جيدة لسلسلة التوزيع والقدرات اللوجستية وذلك لإدارة السلع بكفاءة. من الضروري أن تكون إدارة أي أنظمة توصيل نقدية قوية وخاضعة للمساءلة، مع رصد منتظم انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

معايير المساعدة الغذائية 1.6: متطلبات التغذية العامة

تلبية احتياجات التغذية الأساسية للمتضاربين، بما يشمل الأثغر تعرضاً للخطر.

الإجراءات الأساسية

- 1 قيس مستويات الوصول إلى غذاء كافٍ كمًا ونوعاً.
- 2 قيّم مستوى الوصول بشكل دوري لكشف إذا ما كان مستقرًا أو ينحدر.
- 3 قيّم إمكانية وصول المتضاربين إلى الأسواق.
- 4 صمم مساعدة غذائية معتمدة على النقد لتلبية متطلبات التخطيط الأولي القياسية فيما يتعلق بالطاقة والبروتين والدهون والمغذيات الدقيقة.
- 5 تخطيط الحصص الغذائية لتعويض الفرق بين المتطلبات الغذائية وما يمكن للأفراد توفيره من تلقاء أنفسهم.
- 6 أحم وصول الناس للأطعمة المغذية ودعم التغذية وعززه وادعمه.
- 7 تأكّد أن الأطفال في عمر 24-6 شهراً لديهم إمكانية الوصول إلى الأغذية التكميلية وأن الحوامل والمرضى لديهم الوصول إلى دعم تغذوي إضافي.
- 8 تأكّد أن الأسر التي فيها أفراد ذوي أمراض مزمنة والمصابون بمرض نقص المناعة البشرية والسل وكبار السن وذوي الإعاقات لديهم أطعمة مغذية مناسبة ودعم تغذوي كافي.

المؤشرات الأساسية

انتشار سوء التغذية بين الأطفال أقل من خمس سنوات مصنف حسب الجنس، ومصنف حسب الإعاقة من عمر 24 شهراً

- استخدم نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية (الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول والحد الأدنى للتتنوع الغذائي للنساء في سن الإنجاب).
- للتصنيف حسب الإعاقة، استخدم نموذج اليونيسيف/مجموعة واشنطن لوظيفية الأطفال.

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من استهلاك الغذاء

< 35% في حالة توفير الزيت والسكر < 42% بالمئة.

نسبة الأسر المستهدفة مع درجة مقبولة من تنويع النظام الغذائي

< 5 مجموعات الطعام الأساسية المتناولة بشكل منتظم.

نسبة الأسر المستهدفة التي تلتف الحد الأدنى من متطلبات الطاقة الغذائية (2100 كيلو كالوري للشخص في اليوم) وتتناول مقدار المغذيات الدقيقة الموصى بها يومياً

ملاحظات إرشادية

رصد الوصول إلى الغذاء: ضع في اعتبارك المتغيرات التي تشمل مستويات الأمن الغذائي والوصول إلى الأسواق وسبل العيش والصحة والتغذية. سوف يساعد هذا في تحديد ما إذا كان الوضع مستقرًا أو متدهورًا، وكذلك ما إذا كانت عمليات التدخل الغذائية ضرورية. استخدم المؤشرات غير المباشرة مثل درجة استهلاك الطعام أو أدوات تنويع النظام الغذائي.

أشكال المساعدة: استخدم أشكال مناسبة من المساعدة (نقدية أو قسائم أو عينية)، أو مزج بينهم وذلك لضمان الأمن الغذائي. عند استخدام مساعدة معتمدة على النقد، انظر في توزيعات النظام التكميلي أو توزيعات النظام الإضافية لتلبية احتياجات الفئات الخاصة. وانظر في كفاية الأسواق فيما يتعلق بخدمة احتياجات تغذوية خاصة واستخدم طرفة متخصصة بما فيها أداة تقدير «الحد الأدنى لتكلفة النظام الغذائي الصحي».

تصميم الحصص الغذائية والجودة التغذوية: يتوفر عدد من أدوات تخطيط الحصص الغذائية، مثل (NutVal). استخدم الملحق 6: المتطلبات التغذوية للتخطيط حرص الطعام العامة. إذا صُممت الحصة الغذائية لتوفّر كل محتوى الطاقة للنظام الغذائي، فيجب أن تحتوي على كميات مناسبة من جميع المغذيات. إذا كانت الحصة الغذائية توفر جزء من متطلبات الطاقة للنظام الغذائي فقط، فيكون تصميماً باستخدام أحدمنهجين:

- إذا كان محتوى التغذية من الأغذية الأخرى المتوفرة للسكان غير معروف، فيجب أن يكون تصميم الحصة الغذائية متوازناً من حيث محتوى المغذيات بحيث يكون متناسقاً لمحتوى الطاقة في الحصة الغذائية.
- إذا كان محتوى التغذية من الأغذية الأخرى المتوفرة للسكان معروفاً، فيجب تصميم حصة غذائية مكملة لهذه الأغذية لتسد التغرات التغذوية.

يجب استخدام التقديرات التالية لمتطلبات الحد الأدنى من المغذيات للسكان في تخطيط حرص الطعام العامة ويتم تعديلها حسب السوق.

▪ 2100 كيلو كالوري للفرد في اليوم مع 12-10 بالمئة من إجمالي الطاقة يوفرها البوتتين و 17 بالمئة توفرها الدهون [⊕](#) لمزيد من التفاصيل انظر الملحق 6: متطلبات التغذية. قد يكون التأكيد من كفاية المحتوى التغذوي أمراً صعباً عندما توفر أنواع قليلة من الأغذية. انظر في إمكانية الوصول إلى الملح المدعم باليود والبياسين والثiamين والريبوفلافين. وتشمل اختيارات تعزيز جودة التغذية للحصة الغذائية القيام بتدعيم السلع الرئيسية، عن طريق الأغذية المخلوطة المدعمة وتشجيع شراء الأغذية الطازجة المنتجة محلياً عن طريق استخدام القسمات. انظر في المنتجات التكميلية مثل الأغذية المعتمدة على الليبيادات وكثيفة المغذيات والأطعمة الجاهزة للاستخدام والأقراص أو المساحيق ذات المغذيات الدقيقة المتعددة. وقدّم رسائل تخص تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ لضمان تعزيز أفضل الممارسات للرعاية الطبيعية والتغذية التكميلية [⊕](#) انظر معايير تغذية الرضع والأطفال الصغار 2.4 و 2.5.

استشر المجتمع عند التخطيط للحصص الغذائية، لتأخذ في الاعتبار التفضيلات المحلية والثقافية. اختر الأغذية التي لا تتطلب طهي لوقت طويل إذا كانت توفر الوقود شحيحاً. وحيثما تحدث تغييرات على الحصص الغذائية، شارك المعلومات مع المجتمعات جميعها في أقرب وقت ممكن للحد من الاستياء، وللحد من خطر العنف الأسري ضد النساء، حيث قد يتعرضن لللوم بسبب تخفيض الحصص الغذائية. بلغ الخطبة القائمة بشكل واضح منذ البدء وذلك للتعامل مع التوقعات والحد من القلق وتعزيز الأسر من اتخاذ القرارات ذات الصلة.

الربط مع البرامج الصحية: يمكن أن تمنع المساعدة الغذائية من تدهور الحالة التغذوية للسكان المتضررين، لاسيما عند جمعها مع تدابير الصحة العامة لوقاية من الأمراض مثل الحصبة والمalaria والعدواني الطفيلي [⊕](#) انظر معيار الأنظمة الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية والرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 2.1: الوقاية.

رصد استخدام الطعام: تقوم المؤشرات الأساسية للمساعدة الأساسية بقياس الوصول إلى الطعام، إلا أنها لا تقدر استخدامه. والقياسات المباشرة لتناول المغذيات ليست واقعية. وبعد القياس غير المباشر بدلاً جيداً، حيث يستخدم معلومات من مصادر متعددة تشمل توفير الطعام واستخدامه على مستوى الأسرة، وتقدير

أسعار الطعام وتوفّر الطعام ووقود الطهي في الأسواق المحليّة. وتشمل الاختبارات الأخرى فحص خطط توزيع المساعدات الغذائيّة وسجّلاتها، وتقدير أية توزيعات للأغذية البريّة وكذلك إجراء تقدّيرات الأمان الغذائي.

الفئات المعرضة للخطر: عند وضع معايير استحقاق المساعدة الغذائيّة، استشر مختلف الفئات لتحديد أي احتياجات خاصة قد تم تجاهلها. أدرج الغذاء الكافي والمقبول مثل الأغذية المختلطة المدعمة للأطفال الصغار (6-59 شهراً) في حصة الغذاء العامّة. تشمل فئات السكّان الخاصة التي قد تحتاج عناية كبيرة كبار السن، والمصابون بنقص المناعة البشريّة، وذوي الإعاقات، والقائمين بالرعاية.

كبار السن: يمكن أن تؤدي الأمراض المزمنة والإعاقة والعزلة وضخامة حجم الأسرة والطقس البارد والفقر في الحد من الوصول إلى الغذاء وتزيد من المتطلبات التغذوية. يجب أن يتمكّن كبار السن من الوصول إلى مصادر الطعام ونقل الطعام بسهولة. يجب أن تكون الأغذية سهلة التحضير والتناول ويجب أن تلبي الاحتياجات الإضافية من البروتين والمغذيات الدقيقة لكبار السن.

المصابون بنقص المناعة البشريّة: يوجد خطير كبير للإصابة بسوء التغذية للمصابين بنقص المناعة البشريّة؛ ويكون هذا بسبب انخفاض تناول الطعام وسوء امتصاص المغذيات والتغيير في الأيض وأنواع العدواني والأمراض المزمنة. تباين متطلبات الطاقة للمصابين بنقص المناعة البشريّة حسب مرحلة العدواني. وبعد الطحن وتدعيم الأغذية أو تقديمها مدعمة أو مخلوطة أو المكمّلات الغذائيّة الخاصّة، استراتيجيات ممكّنة لتعزيز الحصول على نظام غذائي كافي. قد يكون من المناسب في بعض المواقف زيادة الحجم الإجمالي لأي حصة غذائيّة. ويجب إ حالّة المصابين بسوء التغذية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشريّة إلى برامج التغذية الموجّهة، عند توفرها.

ذوي الإعاقات، بما فيهم المصابين بإعاقات نفسية اجتماعية: قد يتعرّضوا لخطر خاص بالانفصال عن أفراد أسرتهم القريبين والقائمين برعايتهم في العادة أثناء الأزمات، وقد يواجهون تهديداً. قلل هذه المخاطر عن طريق ضمان الوصول الفعلي للغذاء، والوصول إلى الأغذية كثيفة الطاقة والغنية بالمغذيات، وكذلك عمل آليات لدعم التغذية. وقد يشمل هذا توفير الخلاطات اليدوية والملاعق وأطّاليب شفط الغذاء، أو بتطوير أنظمة للزيارة المنزليّة أو التوقيعية. وعلاوة على ذلك، ضع في اعتبارك أن الأطفال من ذوي الإعاقة يقل احتمال التحاقهم بالمدارس، مما ينبع عنه فقدانهم لبرامج التغذية المدرسية.

القائمون بالرعاية: من المهم دعم مقدمي الرعاية للأفراد المعرضين للخطر. قد يواجه القائمون بالرعاية ومن يرعوه إلى عقبات تغذوية خاصة. ومثال على ذلك، أن يتوفر لديهم وقت أقل للوصول إلى الطعام بسبب المرض أو بسبب العناية بمريض. وقد يكونوا في حاجة ماسة للحفاظ على ممارسات النظافة. وقد يكون لديهم أصول أقل لمقاييسها بالغذاء بسبب تكاليف العلاج أو الجنائز. وقد يواجهون وصممة عار اجتماعية تحد من قدرتهم على الوصول إلى آليات الدعم المجتمعية. استخدم الشبكات الاجتماعيّة القائمة لتدريب أفراد مختارين من السكان على دعم القائمين بالرعاية.

المعيار السادس: 2.6 جودة الغذاء وملائمتها ومقبوليتها

المواد الغذائيّة المقدّمة ذات جودة ملائمة ومحبّبة ويمكن استخدامها بكفاءة وفاعلية.

الإجراءات الأساسية

- 1. اختار أغذية تطابق المعايير الوطنيّة للحكومة المضيّفة وغيرها من معايير الجودة المقبولة دولياً.
- أجر اختبارات على عينات عشوائية من مخزونات الأغذية.

- اطّلع على اللوائح المحلية واحترمها فيما يتعلق بتنقّي الأغذية المعدّلة جينياً واستخدامها، وذلك عند التخطيط لاستخدام أغذية مستوردة.

استخدم تغليف مناسب للأغذية. 2

- وفر ملصقات بتاريخ الإنتاج وبدل المنشآ و تاريخ انتهاء الصلاحية أو تاريخ «الاستخدام المفضل» والتحليل التغذوي وتعليمات الطهي وذلك بصيغة سهلة ولللغة المحلية، لاسيما فيما يتعلق بالأغذية غير المعروفة أو الأقل شيوعاً.

قدر إمكانية الوصول إلى المياه والوقود والمواقف ومرافق تخزين الأغذية. 3

- قدم أغذية جاهزة للاستخدام عندما تمنع الأزمات الوصول إلى مرافق الطهي.
- وفر وصولاً إلى مرافق طحن ومعالجة مناسبة عند تقديم حبوب كاملة.

- قمر بتلية تكاليف الطحن للمتلقين باستخدام النقد أو القسائم، أو بالطريقة الأقل تفضيلاً وهي تقديم المزيد من الحبوب أو معدات الطحن.

نقل الغذاء وتخزينه في ظروف مناسبة. 4

- اتبع معايير إدارة التخزين، مع القيام بفحوصات منتظمة على جودة الغذاء.
- قدر الكميات بوحدات ثابتة، وتجنب تغيير الوحدات وإجراءات القياس إثناء المشروع.

المؤشرات الأساسية

نسبة السكان المتضررين الذين أبلغوا أن جودة الطعام المقدم ملائمة وتلبي التفضيلات المحلية

نسبة السكان المتضررين الذين أبلغوا أن آلية استلام الغذاء كانت ملائمة

نسبة الأسر التي أبلغت عن سهولة طهي المواد الغذائية المستلمة وتخزينها

نسبة متلقي المساعدة الذين قدموا شكاوى أو تعقيبات سلبية حول جودة الطعام

- يتم رصد جميع الشكاوى بشكل منتظم والرد عليها سريعاً.

نسبة الفاقد في الأغذية التي أبلغ بها البرنامج

- الهدف > 0.2 بالمئة من الحمولة الإجمالية.

ملاحظات إرشادية

جودة الغذاء: يجب أن تتطابق الأغذية المعايير الغذائية لحكومة البلد المضيف، ويجب أن يتطابق الغذاء أيضاً مع المعايير دستور الأغذية فيما يتعلق بالجودة والتغليف والملصقات والملايحة للغرض. إذا كانت الأغذية ليست مطابقة لجودة الخاصة بالاستخدام المقصود، فهي ليست مناسبة للغرض. وهذا صحيح حتى إذا كانت صالحة للاستهلاك الآدمي، ومثال على ذلك عندما لا تلبي جودة الدقيق متطلبات الخبر على المستوى الأسري حتى إذا كان من الآمن تناوله. كما يجب أن ترقى شهادات الصحة النباتية وغيرها من شهادات الفحص مع الأغذية التي يتم شراؤها محلياً أو المستوردة. ويجب أن يستخدم التخبير منتجات مناسبة وأن يتبع إجراءات صارمة. ضمان فحص مقتشين مستقلين للجودة للشحنات ذات الكميات الكبيرة واستخدامهم في حالة وجود شكوك أو نزاعات حول الجودة.

يجب الحرص على الحفاظ على انخراط الحكومة المضيفة بأكبر قدر ممكن. احصل على معلومات حول عمر شحنات الأغذية وجودتها من شهادات الموردين ومن تقارير فحص مراقبة الجودة ومن ملصقات التغليف ومن

تقارير المستودعات، وأنشئ قاعدة بيانات بتحليل الشهادات الصادرة من السلطة المختصة بالتصديق على جودة المنتج ونقاوته.

قدر توفر السلع الغذائية في الأسواق المحلية والوطنية والدولية، في حالة الحصول على المساعدة الغذائية من مصادر محلية، فيجب أن تكون مستدامة ولا تسبب المزيد من الضغط على الموارد الطبيعية المحلية أو تخل بالأسواق. وقم بتحليل عوامل المحتملة للإمدادات الغذائية في تخطيط البرنامج.

تغليف الأغذية: يمكن الإبلاغ عن الفاقد في الأغذية في المستودعات أو عند نقاط التوزيع الهاشمية. قد يرجع سبب الفاقد في الأغذية إلى سوء التغليف أثناء دورة التوزيع. يجب أن يكون التغليف متيناً و المناسباً للمناولة والتخزين والتوزيع. ويجب أن يكون سهل التعامل معه من جانب كبار السن والأطفال ذوي الإعاقة. يجب أن يمكن التغليف، عند الإمكان، من التوزيع المباشر بدون الحاجة إلى إعادة قياس أو تعبيتها. وينبغي ألا يحمل تغليف المواد الغذائية أي رسائل ذات دوافع سياسية أو دينية أو مثيرة للانقسام بطبيعتها.

ينبغي ألا يشكل التغليف خطراً ويقع على عاتق المنظمات الإنسانية مسؤولية الحفاظ على البيئة من تناول مواد التغليف من المواد التي جرى توزيعها أو شراؤها عن طريق النقد أو القسائم. استخدم الحد الأدنى من التغليف (على أن يكون قابل للتحلل ما أمكن) ومواد مناسبة محلياً، إن أمكن عن طريق تعزيز الشراكة مع الحكومة المحلية ومصنعي مواد التغليف. وقم بتوفير أوعية طعام يمكن استخدامها أو إعادة تدويرها أو إعادة تخصيصها. وتخلص من نفايات التغليف بطريقة تمنع التدهور البيئي. قد يحتاج تغليف الأطعمة الجاهزة للاستخدام، مثل ورق الألومنيوم، إلى مرافق خاصة للتخلص الآمن منها.

نظم حملات تنظيف مجتمعية منتظمة في حالة وجود نفايات مبعثرة. يجب أن تكون هذه الحملات جزء من التوعية المجتمعية ورفع الوعي، بدلاً من كونها على شاكلة النقد لقاء العمل [انظر انتظار معيار إدارة النفايات](#) الصلبة ضمن معايير الإهداد بالمياه والإصلاح والنظامة من 1.5 إلى 3.5.

اختيار الغذاء: في حين أن القيمة الغذائية تعد الاعتبار الأول عند تقديم المساعدة الغذائية، إلا أن السلع ينبغي أن تكون مألوفة للمتلقين. ويجب أن تتناسب كذلك مع معتقداتهم وتقاليدهم الثقافية، وذلك بما يشمل أي محركات غذائية للحوامل أو المرضعات. تشارو مع النساء والفتيا حول اختيار الغذاء، حيث أن في العديد من البيئات تقع عليهن المسؤولية الأولى في تجهيز الطعام. ادعم الأجداد والجدات والرجال الذين يكونوا وحيدون على رأس الأسر والشباب المسؤولين عن أشقائهم بدون دعم، حيث أن إمكانية وصولهم للغذاء قد تكون معرضة للخطر.

في السياقات الحضرية، يرجح إمكانية وصول الأسر إلى مجموعة أكثر تنوعاً من الأغذية مقارنة بالبيئات الريفية، إلا أن جودة النظام الغذائي قد تكون محدودة، مما يتطلب دعماً تغذوياً مختلفاً.

تغذية الرضع: بحسب ألا يتم توزيع حليب الأطفال المتبعد به أو المدعوم وكذلك الحليب المجفف واللحليب السائل ومنتجات الحليب السائل باعتبارها سلعة منفصلة في توزيعات الطعام العامة. ويجب ألا يتم توزيع هذه المواد في برامج التغذية التكميلية التي يتم اصطحابها للمنزل [انظر معيار تغذية الرضع والأطفال الصغار 2.4.](#)

الحبوب الكاملة: وزع الحبوب الكاملة حيثما كان طحن الأسر للحبوب تقليدياً أو عند وجود إمكانية للوصول للمطاحن المحلية. تتميز الحبوب الكاملة بتمتعها بعمر افتراضي طويل عن بداولها، وقد تمنع بقيمة أعلى بالنسبة للمشاركين في البرنامج.

وفر مرفاق للمطاحن التجارية منخفضة الاستخراج التي تخلص من الجراثيم والزيوت والإنزيمات التي تسبب الزنخ. يزيد الطحن التجاري منخفض الاستخراج العمر الافتراضي بشكل كبير، إلا أنه يقلل من محتوى البروتين. وتبلغ فترة صلاحية الذرة الكاملة المطحونة من ستة إلى ثمانية أسابيع فقط، لذا يجب أن يتم الطحن قبل وقت



قصير من الاستهلاك. وتتطلب الحبوب المطحونة في العادة وقتاً أقل للطهي، وقد تعرض متطلبات الطحين في بعض الأحيان النساء أو الفتيات بالبالغات إلى خطر متزايد من الاستغلال. تعاون مع النساء والفتيات للكشف عن المخاطر والحلول، على شاكلة دعم مطاحن تدیرها النساء.

تخزين الغذاء وتجهيزه: يجب أن تحدد قدرة التخزين الأسرية اختيار الأغذية المقدمة. تأكيد أن متلقي المساعدات يفهمون كيفية تجنب مخاطر الصحة العامة المرتبطة بتجهيز الطعام. قدم موائد ذات كفاءة في استهلاك الوقود أو تعمل بالوقود البديل وذلك للحد من التدهور البيئي.

يجب أن تكون مناطق التخزين جافة ونظيفة وأن تكون محمية بشكل مناسب من الطقس وأن تكون خالية من التلوث الكيميائي أو غيره. أمن مناطق التخزين ضد الاقات، مثل الحشرات والقوارض. استعن بموظفي وزارة الصحة ما أمكن للتأكد من جودة الغذاء المقدم من جانب البائعين والموردين.

معيار المساعدة الغذائية 3.6: الاستهداف والتوزيع والتوصيل

توجيه المساعدة الغذائية وتوزيعها يتسمان بالاستجابة ويتمنان في التوقيت المناسب ويتميزان بالشفافية والأمان.

الإجراءات الأساسية

حدد متلقي المساعدة الغذائية واستهدفهم اعتماداً على الحاجة والمشاورات مع الجهات المعنية المناسبة.

وفر تفاصيل واضحة ومعلنة على طرق الاستهداف، والتي يمكن الوصول إليها من كل من المتلقين وغير المتلقين، وذلك لتجنب حدوث توترات أو إلحاق أضرار.

ابداً التسجيل الرسمي للأسر لتلقي الأغذية في أقرب وقت ممكن، وتحديثه عند الضرورة.

صمم طرق توزيع الغذاء أو آليات تقديم النقد المباشر/القسائم بحيث تتمتع بالكفاءة والإخلاص والأمان وسهولة الوصول وفعالية.

تشاور مع الرجال والنساء، بما يشمل المراهقين والشباب، وعزز المشاركة من جانب المعرضين المحتملين للخطر أو الفئات المهمشة.

حدد موقع نقاط التوزيع والتسلیم بحيث يمكن الوصول إليها وأن تكون آمنة وتكون أكثر الواقع الملائمة للمتلقين.

الحد من الأخطار التي يواجهها الأفراد الذين يصلون إلى عمليات التوزيع، والرصد المنتظم لنقط التقنيش أو رصد تغيرات الحالة الأمنية.

توزيع المتلقين بتفاصيل مسبقة عن خطة التوزيع وجدوله وكمية الحصة الغذائية أو جودتها أو القيمة النقدية أو قيمة القسمائم والغرض المقصد منها تغطيته.

وضع جدول التوزيعات بطريقة تحترم وقت انتقالات الأفراد وعملهم، كما يعطي الأولوية للفئات المعرضة للخطر حسب الاقتضاء.

تحديد آليات تقديم تقييمات وتأسيسها مع المجتمع قبل التوزيع.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية لأخطاء الاستهداف بالتضمين والاستبعاد التي تم الحد منها
▪ الهدف > 10 بالمئة.

المسافة من المساكن حتى نقاط التوزيع النهائية أو الأسواق (في حالة القسائم أو النقد)
▪ الهدف 5 كيلومترات.

نسبة الأشخاص الذين تم مساعدتهم (مصنفين حسب الجنس والعمر والإعاقة) الذين أبلغوا بمواجهة مشكلات خاصة بالسلامة عند الانتقال إلى موقع البرنامج أو منها
عدد الحالات التي تم التبليغ عنها من الاستغلال الجنسي أو سوء استغلال السلطة المتعلقة بتوزيع أو ممارسات التسلیم

نسبة حالات الاستغلال الجنسي أو سوء استغلال السلطة المتعلقة بتوزيع أو ممارسات التسلیم التي تمت متابعتها
▪ 100 بالمئة.

نسبة الأسر المستهدفة التي ذكرت استحقاقها للمساعدة الغذائية بشكل صحيح
▪ الهدف: < 50 بالمئة من الأسر المستهدفة.

ملاحظات إرشادية

الاستهداف: تأكيد من أن أدوات الاستهداف وطرقه تتلاءم مع السياق. يجب أن يشمل الاستهداف عملية التدخل، لأن يكون في المرحلة الأولية فقط. يعد أمراً معتقداً تحقيق التوازن الصحيح بين أخطاء الاستبعاد، والتي قد تعرض الحياة للخطر، وأخطاء التضمين، التي يتحمل أن تسبب الإخلال أو التبديد. وتعد أخطاء التضمين أثناء البداية السريعة للأزمة أكثر تقبلاً عن أخطاء الاستبعاد، ويمكن أن تكون التوزيعات الغذائية العامة مناسبة في الأزمات التي تعاني فيها الأسر من خسائر مماثلة، أو حينما كان تدبير الاستهداف المفصل غير ممكن بسبب عدم توفر إمكانية الوصول.

يمكن استهداف الأطفال في عمر 5-6 شهراً والحوامل والمرضعات والمصابين بنقص المناعة البشرية وغيرهم من الفئات易暴露于危险的群体中，about whom may be affected by the disease. يمكن ربطهم بعلاج التغذية واستراتيجيات الوقاية، فيما يتعلق بالمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، فسوف يتسبب المرض في زيادة مقدار تناولهم اليومي من السعرات الحرارية وقد يدعم التزامهم بالعلاج المضاد للفيروسات الازجاعية.

يجب أن يتتجنب أي برنامج مستهدف من التسبب بوصمة عار أو تمييز. ويمكن إدراج المصابين بنقص المناعة البشرية كجزء من التوزيعات لصالح «المصابين بأمراض مزمنة»، على سبيل المثال، وتوفيرها لهم من خلال المراكز الصحية حيث يتلقون الرعاية والعلاج. يجب عدم نشر قوائم المصابين بنقص المناعة البشرية أو مشاركتها مطلقاً، وفي معظم السياقات يجب ألا يقوم القادة المحليون بدور وكلاء الاستهداف في حالة المصابين بنقص المناعة البشرية.

لجان/ وكلاء الاستهداف: طور تواصلاً مباشراً مع الأفراد والفتات المتضررة في المجتمع، وفي نفس تجنب الممسكين بزمام المجتمع قدر الإمكان. شكل لجان الاستهداف بحيث تشمل تمثيل المجموعات السكانية التالية:

- النساء والفتيات والرجال والفتيا وكبار السن والمعاقين؛
- اللجان المنتخبة محلياً والمجموعات النسائية والمنظمات الإنسانية؛
- المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية؛

- منظمات الشياب؛
- والمؤسسات الحكومية المحلية.

عمليات التسجيل: قد يمثل التسجيل تحدياً في المخيمات، لاسيما أن النازحين لا يملكون وثائق هوية. قد تكون قوائم السلطات المحلية وقوائم الأسر المجهزة من جانب المجتمع مفيدة إذا كشف التقدير المستقل دققها ويriadها. شجع اشتراك المتضررات في تصميم عمليات التسجيل، وأدرج الأفراد المعرضين للخطر في قوائم التوزيع، لاسيما الأفراد ذوي الحركة المحدودة.

إذا لم يكن التسجيل ممكناً في مراحل الأزمة الأولى، فأكمله في أقرب وقت ممكن بعد استقرار الموقف. شكل آلية تقديم تعقيبات لعملية التسجيل والتي يمكن الوصول إليها من جانب المتضررين، بما يشمل النساء والفتيات وكبار السن وذوي الإعاقة. تمتلك النساء الحق في التسجيل بأسمائهم الخاصة. إن أمكن، تشاور مع الرجال والنساء، بشكل منفصل عند الضرورة، حول من منهم يجب أن يتسلّم المساعدة أو يتلقى المساعدة المعتمدة على النقد بالنيابة عن الأسرة. ويجب توجيه هذه الاستشارات باستخدام تدبير المخاطر.

قم بعمل مخصصات خاصة للأسر التي يرأسها ذكر أو أنثى منفردين، وكذلك الأسر التي يقوم عليها طفل أو شاب والأطفال المنفصلين أو غير المصحوبين مع ذويهم، ومن ثم يمكنهم الحصول على المساعدة بسهولة بالنيابة عن أسرهم. ضع رعاية الطفل بالقرب من نقاط التوزيع لتمكين الأسر التي يرعاها والد أو والدة منفردين والنساء والأطفال من الحصول على المساعدة دون ترك أطفالهم دون مراقبة. في السياقات التي توجد فيها أسر متعددة الزوجات، عامل كل زوجة وأبنائها باعتبارهم أسرة مستقلة.

توزيع حصص الطعام «الجاقة»: في العادة لا تقدم توزيعات الطعام العامة إلا حصص الطعام الجافة التي يمكن للناس بعد ذلك طهيها في منازلهم. قد يشمل المتقىون فرداً أو حامل بطاقة الحصة الغذائية للأسرة أو ممثل مجموعة من الأسر أو قادة تقليديين أو قادة نسائيين أو قادة توزيع مستهدف قائم على المجتمع. يجب أن يضع عدد مرات عمليات التوزيع في الاعتبار وزن الحصة الغذائية والطرق التي يحملها بها المتقىون إلى المنزل بأمان. قد تكون هناك حاجة لدعم مخصص لضمان تمكّن كبار السن والحوامل والمرضعات والأطفال المنفصلين وغير المصحوبين مع ذويهم ذوي الإعاقة من الحصول على مستحقاتهم والحفاظ عليها. اظر في إمكانية وجود غيرهم من أفراد المجتمع لمساعدتهم، أو تقديم حصة غذائية أصغر مع عدد مرات أكبر.

توزيع حصص الطعام «الربطة»: في الظروف الاستثنائية، مثل وقوع البداية السريعة للأزمة، يمكن استخدام الوجبات المطهوة أو الأطعمة الجاهز للأكل في توزيعات الأغذية العامة. قد تكون الحصص الغذائية هذه مناسبة عندما يكون الناس في وضع الحركة، أو إذا كان حمل الغذاء للمنزل قد يعرض متلقى المساعدة لخطر السرقة أو سوء المعاملة أو سوء الاستغلال. استخدام الوجبات المدرسية والحوافز الغذائية للعاملين في مجال التعليم كآلية توزيع في حالات الطوارئ.

نقط التوزيع: عند تحديد موضع نقاط التوزيع، ضع في الاعتبار التضاريس الجغرافية ووفر إمكانية وصول مناسبة لموارد الدعم الأخرى مثل المياه النظيفة والآمنة والمراحيض والخدمات الصحية والأماكن المظللة والماوى والمساحات الآمنة للأطفال والنساء. يجب النظر بالاعتبار لوجود نقاط تفتيش مسلحة أو نشاط عسكري للحد من الخطر على المدنيين وتحقيق إمكانية وصول آمنة للمساعدة. ويجب تمييز الطرق إلى نقاط التوزيع ومنها ويجب أن تتوفر إمكانية الوصول إليها وأن تكون مستخدمة بشكل متكرر من أفراد المجتمع الآخرين. وضع بالاعتبار الجوانب العملية لنقل السلع وتكتيلها انظر مبدأ الحماية رقم 2.

طُور وسائل بديلة للتوزيع للوصول لمَن يكُونوا في أماكن بعيدة عن نقطة التوزيع، أو من يعانون من صعوبات حركية. يعد الوصول إلى التوزيع مصدر قلق شائع لمجموعات السكان المهمشة والمستبعدة خلال الأزمات. وفر توزيعات مباشرة لمجموعات السكان في الأوساط المؤسسية.

جدولة التوزيعات: جدول مواعيد التوزيعات بحيث تسمح بالانتقال إلى نقاط التوزيع والعودة للمنزل خلال ساعات النهار، تجنب وجود متطلب للبقاء خلال الليل، حيث يتسبب هذا في أخطار إضافية، وجدول التوزيعات بحيث تحد من حدوث اضطرابات في النشاطات اليومية. انظر أيضًا في عمل خطوط استيفاء سريع أو خطوط أولوية للفئات المعرضة للخطر ومكتب مزود بأخصائي اجتماعي يمكنه تسجيل أي أطفال منفصلين أو غير مصحوبين مع ذويهم. ووفر معلومات مسبقة عن الجدول الزمني والتوزيع من خلال مجموعة واسعة من وسائل التواصل.

السلامة أثناء توزيعات الغذاء والقسائم والنقد: اتخاذ خطوات للحد من الأخطار على المشاركين في التوزيع. ويشمل هذا ضبط مناسب للخشود وشراف موظفين مدربين على التوزيع ووجود أفراد من السكان المتضررين يحرسون نقاط التوزيع بأنفسهم. قم بإشراك الشرطة المحلية عند الضرورة، وأبلغ مسؤولي الشرطة وبضباطها عن أهداف نقل المواد الغذائية. ضع مخطط الموقع في نقاط التوزيع بحرص، ومن ثم يتمتع بالأمان ويوفر القدرة على الوصول إليه من جانب كبار السن وذوي الإعاقة والمصابين بصعوبات وظيفية. أبلغ أيضًا جميع فرق توزيع الغذاء عن السلوك المناسب المتوقع، بما يشمل فرض عقوبات على الاستغلال الجنسي وسوء المعاملة. استعن بحارسات للإشراف على التحميل والتسجيل والتوزيع ومراقبة الغذا بعد التوزيع انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي 7.

تقديم المعلومات: اعرض المعلومات حول الحصة الغذائية بشكل بارز في نقاط التوزيع، وبلغات وصيغ سهلة لمن لا يستطيعون القراءة أو من يعانون صعوبات في التواصل. أبلغ الناس عبر الوسائل المطبوعة والمسموعة والرسائل القصيرة والرسائل الصوتية عن:

- خطة الحصة الغذائية، مع تحديد كمية الحصص الغذائية ونوعها، أو قيمة القسائم/النقدية
- والهدف الذي يفترض بها تنفيذه؛
- أسباب أي تغييرات عن الخطط السابقة (التوقيت أو الكمية أو المواد أو غيرها)؛
- خطة التوزيع؛
- الجودة الغذائية للغذا، عند الحاجة، ذكر أي عناية خاصة مطلوبة من جانب المتقلين لحفظ قيمة الغذائية.
- متطلبات التعامل والاستخدام الآمنين للأغذية؛
- المعلومات الخاصة بالاستخدام الأمثل للغذا للأطفال؛
- وخارات الحصول على المزيد من المعلومات أو تقديم تعقيبات.

فيما يتعلق بالمساعدة المعتمدة على النقد، يجب تضمين قيمة التحويل في معلومات الحصة المقدمة. ويمكن تقديم هذه المعلومات في نقطة التوزيع أو يمكن عرضها في نقطة استلام النقد أو حيث يمكن استرداد قيمة القسمية أو في منشور باللغة المحلية.

التغيرات على الطعام المقدم: قد تحدث تغيرات في الحصص أو قيمة التحويل للمساعدات المعتمدة على النقد بسبب ضعف الطعام المتوفر أو ضعف التمويل أو غيره من الأسباب. أبلغ هذه التغيرات للمتقلين عند وقوعها من خلال لجان التوزيع والقادة المجتمعين والمنظمات التمثيلية. وتطور مسار عمل مشترك قبل التوزيعات، كما يجب أن تبلغ لجنة التوزيع عن التغيرات، وأسباب التغيرات وتاريخ استئناف الحصص العادي وخطة الاستئناف. تشمل الخيارات ما يلي:

- تقليل الحصص لجميع المتقلين؛
- إعطاء حصص كاملة للأفراد المعرضين للخطر وتقليل الحصص في التوزيع العام؛
- تأجيل التوزيع (كحل آخر).

رسد التوزيع والتوصيل: ارصد الغذاء بشكل منتظم عن طريق الوزن العشوائي للحصص الغذائية التي تتلقاها الأسر وذلك لقياس دقة التوزيع وعدالته، والتقى بالمتلقين واحرص على اللقاء مع عينة تشمل عدداً متساوياً من الرجال والنساء، بما يشمل المراهقين والشباب وذوي الإعاقة وكبار السن. ويمكن أن تساعد الزيارات العشوائية من جانب فريق مقابلة مكون على الأقل من ذكر وأنثى في تحديد مقبولية الحصة الغذائية وفائدتها. كما يمكن أن تكشف هذه الزيارات عن الأفراد الذين يتحققون معايير الاختيار ولكن لا يتلقون مساعدة غذائية، وعن الأغذية المستقبلة من أماكن أخرى ومصدرها واستخدامها. كما يمكن أن تكشف هذه الزيارات احتمال استخدام القوة لأخذ الممتلكات القهري أو التوظيف أو الاستغلال الجنسي وغير من أشكال الاستغلال انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

معيار المساعدة الغذائية 4.6:

استخدام الغذاء

تخزين الغذاء وتجهيزه واستهلاكه آمن ومناسب على مستوى الأسرة والمجتمع.

الإجراءات الأساسية

- 1 قدم الحماية لمتلقى المساعدة من سوء مناولة الغذاء أو سوء تجهيزه.
- 2 اعلم الناس عن أهمية نظافة الغذاء وعزز ممارسات النظافة الجيدة عند مناولة الغذاء.
- 3 درّب الموظفين على التخزين الآمن للغذاء ومتانته وتجهيزه، والأخطر الصحية المحتملة للممارسات غير الصحيحة وذلك عند توفير حصص غذائية مطهوة.
- 4 تشاور مع متلقي المساعدة وقدم النصائح لهم حول تخزين الغذاء وتجهيزه وطهيه واستهلاكه.
- 5 تأكّد أن الأسر لديها وصول آمن لأواني الطهي المناسبة وكذلك الموارد ذات الكفاءة في استهلاك الطاقة والماء النظيف ومواد النظافة.
- 6 تأكّد من توفر قائمتين على رعاية الأفراد الذين لا يستطيعون تجهيز الطعام أو إطعام أنفسهم بحيث يقدمون الدعم لهم عند الإمكاني والاقتضاء.
- 7 راقب كيفية استخدام الموارد الغذائية داخل الأسرة.

المؤشرات الأساسية

- 1 عدد الحالات التي يتم التبليغ فيها عن أخطار صحية من الغذاء الموزع
- 2 نسبة الأسر القادرة على تخزين الطعام وتجهيزه بأمان
- 3 نسبة الأسر المستهدفة القادرة على ذكر ثلاث رسائل توعية بالنظافة أو أكثر
- 4 نسبة الأسر المستهدفة التي تبلغ بإمكانية وصولها إلى أواني طهي مناسبة وكذلك وقود ومية شرب ومواد نظافة

ملاحظات إرشادية

صحة الغذاء: قد تُخل الأزمات بمهارات النظافة العاديّة التي يقوم بها الناس. انهض بمهارات نظافة الغذاء التي تلائم الظروف المحلية والأنمط المرضية. وشدد على أهمية تجنب تلوث المياه، ومكافحة البقات

⓪ وغسل الأيدي دائمًا قبل مناولة الغذاء. أبلغ متلقي الغذاء حول تخزين الغذاء بأمان على مستوى الأسرة انظر معايير إمداد المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة.

تجهيز الغذاء وتخزينه: يمكن الوصول إلى مراقب تجهيز الغذاء، مثل مطاحن طحن الحبوب الكاملة، الأفراد من تجهيز الغذاء بطريقة من اختيارهم وكذلك يحفظ الوقت للنشاطات الانتاجية الأخرى. يجب مراعاة وجود مراقب مناسبة لتخزين الغذاء، مثل الأواني المانعة للماء والمبردات والمجمدات، عند تقديم مواد غذائية قابلة للتلف. تؤثر الحرارة والبرودة والرطوبة على تخزين الأغذية القابلة للتلف.

من بين الأفراد الذين قد يحتاجون إلى مساعدة في التخزين والطهي والتغذية الأطفال الصغار وكبار السن وذوي الإعاقة والمصابين بنقص المناعة البشرية. قد تشكل برامج التوعية أو وجود دعم إضافي ضرورة لمن يواجهون صعوبة في تقديم الغذاء لمن يعولوهما، على شكلة أرباب الأسرة من ذوي الإعاقات.

رصد استخدام الغذاء داخل المنزل: يجب أن تراقب المنظمات الإنسانية وترصد استخدام الغذاء داخل الأسرة ولملأته وكفايتها. على مستوى الأسرة، يمكن استهلاك السلع الغذائية حسب الغرض منها أو التجارة بها أو مقاييسها. وقد يكون هدف المقايسة الحصول على مواد غذائية أكثر تفضيلاً أو مواد غير غذائية أو الدفع مقابل خدمات على شكلة الرسوم المدرسية أو الفوایر الطبية. يجب أن يرصد تقدير تخصيص الغذاء داخل المنزل كذلك استخدام الغذاء حسب الجنس والعمر والإعاقة.

استخدام النقد والقسائم: من المهم التعامل مع خطر الخوف من الشراء عند تلقي الأسر للنقدية أو القسمة. جهز التجار ومتلقي المساعدة قبل التوزيع وأثناء التوزيع وبعد التوزيع. على سبيل المثال، انظر إذا ما كان الغذاء سيتوفر خلال الشهر بالكامل، أو سيكون من الأفضل تقسيم التوزيع على مدار الشهر. ويمكن إصدار القسمة بفئات صغيرة قابلة للاستبدال أسبوعياً، عند الاقتضاء. ويجب تطبيق نفس المبدأ على النقد الذي يتم استرداد قيمته عن طريق ماكينة الصرف الآلي أو غيرها من أشكال الدفع الرقمي أو اليدوي.



7. سبل العيش

ترتبط قدرة الناس على حماية سبل عيشهم مباشرةً مع قابلتهم للتضرر من الأزمة، ويسهل فهم قابلية التضرر قبل الأزمة وخلالها وبعدها من تقديم المساعدة المناسبة، ويكشف كيف يمكن للمجتمعات التعافي وتعزيز سبل عيشها.

يمكن أن تخل الأزمات بالعديد من العوامل التي يعتمد عليها الناس في الحفاظ على سبل عيشهم. قد يفقد المتضررون من الأزمة وظائفهم أو يتوجب عليهم هجر أراضيهم أو مصادرهم المائية، وكذلك قد تدمر الأصول أو تتلوث أو تُسرق خلال النزاع أو الكوارث الطبيعية. وقد تتوقف الأسواق عن العمل.

تعد تلبية احتياجات البقاء الأساسية هي الأولوية أثناء المراحل الأولى للأزمة. وعلى الرغم من ذلك ومع مرور الوقت، يمكن أن تساعد إعادة تأهيل النظم والمهارات والمقدرات التي تدعم سبل العيش الناس على التعافي بكراهة. ويمثل تعزيز سبل العيش بين اللاجئين في العادة تحديات فريدة، مثل إقامة المخيمات أو الأطر القانونية والسياسات المقيدة في بلدان اللجوء.

يحتاج منتجو الغذاء الحصول على أراضي ومياه وماشية وخدمات دعم وأسواق يمكنها أن تدعم الانتاج، ويجب أن يمتلكوا الوسائل التي تمكّنهم من استمرار الإنتاج دون الإخلال بالموارد أو البشر أو الأنظمة [انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية](#).

يرجح أن يختلف تأثير الأزمة على سبل العيش في المناطق الحضرية عن تأثيرها في المناطق الريفية. وسوف تحدد مكونات الأسرة والمهارات والإعلامات والتعليم درجة احتمال مشاركة الأفراد في النشاطات الاقتصادية المختلفة. وعلى وجه العموم، يتمتع المقيمين في الحضر بمجموعة أقل تنوعاً من استراتيجيات التكيف مع سبل العيش عن نظائرهم في المناطق الريفية. ومثال ذلك في بعض البلدان حيث لا يمكنهم الوصول إلى أراضي لزراعة المحاصيل المنتجة للغذاء.

الجمع بين من خسروا سبل عيشهم ومن يؤثرون على كيفية خلق فرص جديدة قد يساعد في وضع أولويات الاستجابة لسبل العيش. وينبغي أن ييزّ هذا عن طريق تحليل العمالة والخدمات وأسواق المنتجات ذات الصلة. يجب أن تضع جميع عمليات التدخل المتعلقة بسبل العيش في اعتبارها كيفية استخدام أو دعم الأسواق المحلية أو كلها [انظر دليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي](#).

معيار سبل العيش: 1.7 الإنتاج الأولي آليات الإنتاج الأولي تلقي الحماية والدعم.

الإجراءات الأساسية

1 توفير الوصول إلى المدخلات الإنتاج أو الأصول أو كلها للمزارعين.

- فضّل النقدية أو القسمات عندما تكون الأسواق عاملة ويمكن دفعها للتعافي، وامتن المزارعين المرونة في اختيار المدخلات المفضلة أو البذور أو الرصيد السمكي أو أنواع الماشية.
- لا تقدم التكنولوجيات الجديدة بعد الأزمة إلا إذا كانت خضعت للاختبار في السياقات المشابهة أو تم تكييفها معها.

- قدم المدخلات المقبولة محلياً والمتوافقة مع معايير الجودة المناسبة لأفضل استخدام موسمي.
- فضل مدخلات الثروة الحيوانية المناسبة محلياً وأصناف المحصول المحلية التي يجري بالفعل استخدامها والمطلوبة في الموسم القادم.
 - تأكيد أن المدخلات والخدمات لا تزيد من قابلية تضرر المتلقين أو تنشر النزاع داخل المجتمع.
 - قدر المنافسة المحتملة للموارد الطبيعية النادرة (مثل الأراضي أو المياه) وكذلك الضرر المحتمل للشبكات الاجتماعية القائمة.
 - أشرك الرجال والنساء المتضاربين على قدم المساواة في التخطيط واتخاذ القرار والتنفيذ والرصد فيما يخص استجابات الإنتاج الأولي.
 - درب المنتجين المنخرطين في قطاعات الحبوب والأسماك وتربية الأحياء المائية والماشية في الإنتاج المستدام وممارسات الإدارة.
 - قيم السوق وحفز الطلب على المحاصيل والخضروات والمنتجات الزراعية الأخرى المنتجة محلياً.

المؤشرات الأساسية

نسبة التغيير في إنتاج السكان المستهدفين (الغذاء أو مصدر الدخل) بالمقارنة مع سنة عادية
نسبة الأسر التي أبلغت أنهم حصلوا على مراقبة تخزين كافية لإنتاجها
نسبة الأسر المستهدفة التي تتمتع بوصول فعلي معزز للأسوق العاملة نتيجة لعمليات تدخل البرنامج

ملاحظات إرشادية

استراتيجيات الإنتاج: يجب أن تتمتع استراتيجيات التدخل بفرصة معقولة للنمو والنجاح في سياقها. ويمكن أن يعتمد هذا على العديد من العوامل تشمل الوصول إلى:

- موارد طبيعية وعملية ومدخلات زراعة ورأسمال كافي؛
- أصناف بذور ذات نوعية جيدة والتي تناسب الظروف المحلية؛
- حيوانات منتجة، والتي تمثل أصل حاسم للأمن الغذائي  انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.

وعلاوة على ذلك، يجب أن تضع الاستراتيجية في اعتبارها مهارات سبل العيش القائمة والتفضيلات المجتمعية والبيئة المادية واحتمالية التوسيع.

عزز توع نشاطات سبل العيش داخل المنطقة المحلية، وفي نفس الوقت امنع الاستخدام المفرط للموارد الطبيعية. لا يزيد الضرر البيئي من خطر الأزمة فقط، لكنه يساهم في حدوث توترات بين المجتمعات. يجب أن تعزز عمليات التدخل الخاصة بسبل العيش التكيف مع التغير المناخي قدر الإمكان، وذلك عن طريق اختيار أصناف بذور ملائمة على سبيل المثال.

امنع عمال الأطفال المقترنة بمبادرات سبل العيش، وانتبه من الآثار غير المباشر لبرامج سبل العيش على الأطفال، مثل التغيب من المدرسة بسبب الحاجة إليهم في دعم المنزل أثناء عمل الوالد(ة).

الطاقة: ضع في اعتبارك احتياجات الطاقة للعمالات المميكنة وتجهيز الغذاء والتواصل وسلسل التبريد لحفظ الطعام وأجهزة الحرق الفعالة.

التحسينات: انظر في تقديم أصناف محاصيل محسنة أو ماشية أو أنواع مخزون سمكي أو أدوات جديدة أو أسمدة أو ممارسات إدارية ابتكارية، وعزز إنتاج الغذاء المعتمد على الحفاظ على الأنماط السابقة للأزمة أو الروابط مع خطط التنمية المحلية أو كليهما.

التكنولوجيا الجديدة: يجب أن يفهم المنتجون والمستهلكون المحليون ويقبلوا تطبيق التكنولوجيات الجديدة على أنظمة الإنتاج المحلي والممارسات الثقافية والبيئية الطبيعية قبل اعتمادها. عند تقديم تكنولوجيات جديدة، قدم استشارات ومعلومات وتدریب مناسب للمجتمع، واحرص على الوصول إلى الفئات المعرضة لخطر التمييز (بما يشمل النساء وكبار السن والأقليات وذوي الإعاقة). ونسق مع خراء الماشية والوزارات الحكومية عند الإمكان، وتأكد من الدعم التكنولوجي المستمر وإمكانية الوصول المستقبلية للتكنولوجيا وقرار جدواها الاقتصادية.

الائتمان أو المساعدة المتعتمدة على النقد: يمكن تقديمها لاستخدامها في معارض البذور والماشية. تفهم العواقب المحتملة للطريقة المختارة على تغذية الناس، مع الأخذ في الحسبان إذا كانت تمكّنهم من إنتاج أغذية غنية بالمعذيات بأنفسهم أو إذا كانت توفر النكديّة لشراء الغذاء، ثم قيم جدو المساعدة القائمة على النقد لشراء مدخلات الانتاج، مع الأخذ في الاعتبار توفر السلع والوصول إلى الأسواق وتوفّر آلية تحويل نقدية آمنة وميسورة التكلفة ومراعية لفارق بين الجنسين [انظر المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي ودليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.](#)

التقلبات الموسمية والسعوية: وفر مدخلات زراعية وخدمات بيطرية توافق مع المواسم الزراعية ومواسم تربية الحيوانات ذات الصلة. على سبيل المثال، وفر البذور والأدوات قبل موسم الزراعة. ويجب أن يبدأ السحب من أعداد الماشية خلال الجفاف قبل نفوق الماشية بأعداد مفرطة. كما يجب أن يبدأ السحب من المخزون عندما ترتفع درجة تعافي سبل العيش؛ ومثال ذلك بعد موسم الأمطار التالي. عند الضرورة، قدم أغذية للحفاظ على البذور والمدخلات، واحرص على أن تكون المدخلات مراقبة لمختلف القدرات والاحتياجات والمخاطر المتعلقة بالفئات المختلفة، بما يشمل النساء وذوي الإعاقة. تؤثر تقلبات الأسعار الموسمية الشديدة سلباً على المنتجين الزراعيين الفقراء الذين يعيشون فوراً بعد الحصاد، في الوقت الذي تكون الأسعار في أدنى مستوياتها. كما تسبب هذه التقلبات في أثر سلبي على مالكي الماشية الذين يعيشونها أثناء الجفاف. وعلى العكس من ذلك، لا يمكن للمستهلكين ذوي الدخل المحدود في متاجرهم تحمل الاستثمار في المخزونات الغذائية، حيث يعتمدون على مشتريات صغيرة غير أنها متكررة. ونتيجة لذلك، فهم يشترون الغذاء حتى عند ارتفاع الأسعار، مثل أوقات الجفاف. ([التوجيه الخاص بالماشية](#) [انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية](#)).

البذور: يجب أن يعتمد المزارعون وخبراء الزراعة المحليون أصناف خاصة. وبينجي أن تلاءم البذور مع إيكولوجيا الزراعة المحلية والظروف الإدارية الخاصة بالمزارعين أنفسهم. وكذلك يجب أن تكون مقاومة للأمراض وتحمل ظروف الطقس القاسي بسبب تغير المناخ. اختبر جودة البذور ذات المنشأ من خارج المنطقة وتحقق من مناسبتها للظروف المحلية، وامتحن المزارعين القدرة على الوصول إلى مجموعة من المحاصيل والأصناف عند القيام بأية عملية تدخل متعلقة بالبذور. هذا يمكنهم من اكتشاف الأفضل لنظامهم الزراعي الخاص. ومثال ذلك، قد يفضل مزارعوا الذرة البذور الهجينة للأصناف المحلية. التزم بالسياسات الحكومية فيما يتعلق بالبذور الهجينة، ولا توزع البذور المعدلة جينياً بدون موافقة السلطات المحلية، وأبلغ المزارعين إن تم تقديم بذور معدلة جينياً لهم، وشجع المزارعين على شراء البذور من موردين محليين رسميين عند استخدامهم القسمائهم أو معارض البذور. قد يفضل المزارعون الأصناف التقليدية، والتي تلائم السياق المحلي. وستتوفر تلك الأصناف بسعر أقل، مما يعني حصولهم على المزيد من البذور بنفس قيمة القسمية.

التوترات المجتمعية والمخاطر الأمنية: يمكن أن تنشأ التوترات بين النازحين والسكان المحليين، أو داخل المجتمع المتضرر، عندما يتطلب الإنتاج تغييراً في الحصول على الطبيعية المتوفرة. ويمكن أن تؤدي المنافسة

على الأرضي والمياه إلى قيود على استخدامهم. وقد لا يكون إنتاج الغذاء الأولى ذو جدوى في حالة وجود نقص في الموارد الطبيعية الحيوية على المدى الطويل. وكذلك فهو غير مجدى في حالة عدم إمكانية الوصول إلى مجتمعات سكانية محددة، على شاكلة من لا يمتلكون أراضي. ويمكن أن يتسبّب توفير المدخلات المجانية كذلك في الإخلال بالدعم الاجتماعي التقليدي أو الإخلال باليات إعادة التوزيع أو التأثير على المشغلين من القطاع الخاص. وقد يحدث ذلك توترات ويحد من الوصول للمدخلات في المستقبل [انظر مبدأ الحماية رقم 1.](#)

سلسلة التوريد: استخدم سلاسل التوريد المحلية المتنوعة القائمة بالفعل للحصول على المدخلات والخدمات لإنتاج الغذاء، كما في حالة الخدمات البيطرية والبندور، واستخدم آليات مثل النقد أو القسمائهم لربط المنتجين الأوائلين مباشرة بالموردين وذلك لدعم القطاع الخاص المحلي. عند تصميم أنظمة شراء محلية، ضع في الاعتبار توفر المدخلات المناسبة وقدرة الموردين على زيادة العرض، وقيم خطر التضخم واستدامة جودة المدخلات. راقب أيضًا التأثيرات السلبية للتدخل على أسعار السوق وخفف منها، بما في ذلك عمليات شراء الطعام والتوزيع الكبيرة، وضع في الاعتبار أثر مشتريات الغذاء المحلية والصادرات على الاقتصادات المحلية. عند العمل مع القطاع الخاص، حدد أوجه عدم المساواة بين الجنسين وعالجها وقسم أي أرباح بطريقة منصفة [انظر دليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.](#)

راقب إذا ما كان المنتجون يستخدمون المدخلات المقدمة لهم بالفعل حسب القصد منها. وراجع جودة المدخلات فيما يتعلق بأدائها ومقبوليتها وتفضيل المنتجين. وقم بتقييم كيف أثر المشروع على توفر الغذاء على مستوى الأسرة. على سبيل المثال، انظر في كمية الغذاء وجودته والتي يتم تخزينها أو تداولها أو تبادلها أو التخلّي عنها. إذا كان المشروع يهدف إلى زيادة إنتاج نوع معين من الغذاء (الم المنتجات الحيوانية/السمكية أو البقوليات الغنية بالبروتين) فقم بالتحقق من استخدام الأسر لهذه المنتجات. وأدرج تحليلاً لارتفاع مختلف أفراد الأسرة مثل النساء والأطفال وكبار السن ذوي الإعاقات.

التخزين بعد الحصاد: نسبة كبيرة من الإنتاج (تقدير بمعدل 30 بالمئة) غير قابلة للاستخدام بعد الحصاد بسبب خسارتها. ادعم المتضررين للحد من الخسائر وذلك عن طريق إدارة المناولة والتخزين والتجهيز والتعبئة والنقل والتسويق وغيرها من النشاطات التالية للحصاد. قدم لهم المشورة وادعمهم فيما يخص تخزين حصادهم لتجنب الرطوبة وسموم الفطريات، ومكنهم من تجهيز محاصيلهم، لاسيما الحبوب.

معايير سبل العيش: 2.7 الدخل والتوظيف

يملك الرجال والنساء إمكانية متساوية لفرص مناسبة لاكتساب الدخل حيثما يكون تحقيق الدخل والتوظيف استراتيجيات مجدية لسبل العيش.

الإجراءات الأساسية

1. أساس القرارات المتعلقة بنشاطات اكتساب الدخل على تقدير للسوق يراعي الجنسين.

- قلل من خطر نقص التغذية وغيره من مخاطر الصحة العامة وذلك عن طريق الحرص بـألا تؤدي المشاركة في فرص اكتساب الدخل إلى تقويض رعاية الطفل وغيرها من مسؤوليات العناية.
- تفهم معدلات العمالة لأعضاء المجتمع والحد الأدنى للأجور حسب الحكومة للعمالة الماهرة وغير الماهرة.

- 2** اختر نوع الدفع (عيبي أو نقدي أو فسائير أو غذاء أو مزيج مما سبق) استناداً على التحليل التشاركي.
- تفهم المقدرات المحلية ومزايا الأمن والحماية والاحتياجات الماسة والوصول العادل والنظم السوقية القائمة وتفضيلات المتضررين.
- 3** أسس مستوى الدفع حسب نوع العمل والقواعد المحلية وأهداف استعادة سبل العيش ومستويات الدفع المتفق عليها الشائعة في المنطقة.
- ضع في اعتبارك تدابير شبكة الأمان مثل النقدية غير المشروطة وتحويلات الطعام للأسر التي لا تستطيع المشاركة في برامح العمل.
 - اعتمد بيانات عمل آمنة وحصرية وحافظ عليها.
- 4** ارصد خطر التحرش الجنسي والتمييز والاستغلال وسوء المعاملة في مكان العمل وتجاوب بسرعة مع الشكاوى.
- 5** عزز المشاركات من القطاع الخاص وغيره من الجهات المعنية وذلك لخلق فرص توظيف مستدامة.
- وفر الموارد الرأسمالية بانصاف لتسهيل استعادة سبل العيش.
- 6** اختر الخيارات الملائمة بما ي يتعلق بتوليد الدخل ما أمكن.

المؤشرات الأساسية

- نسبة السكان المستهدفين الذين حسنو دخلهم الصافي خلال الفترة المحددة
- نسبة الأسر التي لديها إمكانية الوصول إلى الائتمان
- نسبة السكان المستهدفين الذين نوعوا نشاطاتهم المولدة للدخل
- نسبة السكان المستهدفين الذين جرى توظيفهم (أو عملوا لحسابهم الخاص) في نشاطات مستدامة خاصة بسبيل العيش وذلك للفترة المحددة (6-12 شهراً)
- نسبة السكان المتضررين المتعمدين بوصول حقيقي واقتصادي للأسوق العاملة أو غيرها من خدمات دعم سبل العيش (الرسمية وغير الرسمية) أو كلاهما

ملاحظات إرشادية

التحليل: يعد تحليل السوق والعملة الذي يراعي الفروق بين الجنسين أمراً أساسياً لتوسيع النشاطات وتحديدها وتعزيز التعاوني والقدرة على التكيف والحفاظ على النتائج. كما يعد تفهم الأدوار والمسؤوليات الأسرية أمراً أساسياً للتتعامل مع تكاليف أي فرصة، مثل رعاية الأطفال وكبار السن أو الحصول على الخدمات الأخرى على شاكلة التعليم والرعاية الصحية.

استخدم الأدوات الموجودة لفهم النظم الاقتصادية والأسواق. ويجب أن تستند استجابات الأمن الغذائي على الوظائف السوقية قبل الأزمة وبعدها، وإمكانيتها في النهوض بظروف معيشة الفقراء. نقاش البدائل ووسائل التكيف للفئات المعرضة للخطر (مثل الشباب أو ذوي الإعاقة أو الحوامل أو كبار السن) داخل المجموعة المستهدفة. حلل مهاراتهم وخبراتهم ومقدراتهم والمخاطر المحتملة واستراتيجيات تخفيف الآثار، واستكشف إذا ما كان أفراد الأسرة يهاجرون في العادة للعمل الموسمي، وتفهم كيفية تعرض مختلف مجموعات السكان المتضررين للمنع من الوصول للسوق وفرص سبل العيش، وادعمهم للحصول على إمكانية الوصول.

تدابير شبكة الأمان: قد لا تستطيع بعض النساء والرجال من المشاركة في النشاطات المولدة للدخل، مثل الأزواج المسنين. وقد تجعل الأزمة نفسها من المستحيل على الآخرين المشاركة في التوظيف بسبب التغيرات في المسؤوليات أو بسبب الحالة الصحية. ويمكن أن تقدم تدابير شبكة أمان قصيرة الأجل للدعم في هذه الحالات، مع ربطها بنظم الحماية الاجتماعية الوطنية القائمة. أوصى ب شبكات أمان جديدة عند الضرورة، ويجب أن يدعم تقديم تدابير شبكة أمان التوزيع العادل للمصادر، مع الحرص أن تتمتع النساء والفتيات من وصول مباشر للموارد عند لاقتضاء. وفي نفس الوقت، تعاون مع متلقي شبكة الأمان على اكتشاف طرق لنقلهم إلى نشاطات آمنة ومستدامة لتوليد الدخل. ويجب ربط الاستجابات المعمتمدة على النقد، عند الإمكان، ببرامج شبكة الأمان القائمة باعتبارها جزءاً من استراتيجية الحماية الاجتماعية والاستدامة.

عمليات الدفع: قم بتحليل السوق قبل تطبيق أي برنامج للعمل المدفوع. يمكن أن يكون الدفع نقداً أو بالأغذية أو بالجمع بينهما ويجب أن يمكن هذا الأسر منعدمة الأمان الغذائي من تلبية احتياجاتهم. أبلغ عن أهداف المشروع وتوقعات المنظمة الإنسانية من العاملين والظروف التي سيعمل الناس بموجبها ومبلغ الدفع وعملية الدفع.

اجعل الدفع حافزاً للناس لتعزيز حالتهم الخاصة، بدلاً من اعتباره تعويضاً عن أي نشاط في المجتمع، وانظر في احتياجات الناس الشرائية وتأثير إعطائهم نقداً أو الغذاء لخلق دخل منزلي ليسد من احتياجاتهم الأساسية مثل المدرسة والخدمات الصحية والالتزامات الاجتماعية. وقرر بشأن نوع الدفع ومستواه لكل حالة على حدة. قم بالرصد للتأكد من الدفع للرجال والنساء بالتساوي لوحدات العمل المتفق عليها، والتتأكد من عدم وجود تمييز ضد أي فئات معينة.

انظر في أثر قيم إعادة البيع على الأسواق المحلية إذا كان الدفع عيناً ويقدم باعتباره تحويلاً للدخل. ويجب تعزيز نشاطات جديدة لتوليد الدخل بدلاً من استبدال مجموعة مصادر الدخل القائمة. كما ينبغي ألا يكون للدفع أثر سلبي على سوق العمالة المحلي، على شاكلة تسببه في تضخم الأجور أو إغراء العمالة من النشاطات الأخرى أو تقويض الخدمات العامة الأساسية.

القوة الشرائية: قد يكون تقديم النقد أثراً إيجابياً مضاعفاً في الاقتصادات المحلية، إلا أنه قد يسبب تضخماً لسلع أساسية. وكذلك قد يؤثر توزيع الغذاء على القوة الشرائية لمتلقي المساعدة. و القوة الشرائية المقترنة بأحد الأغذية أو مجموعة من الأغذية سواء قامت أسرة المتلقي بأكل الطعام أو بيعه. بعض السلع (مثل الزيت) أسهل في بيعها مقابل سعر جيد بالمقارنة بغيرها (مثل الغذاء المخلوط). توصل إلى فهم لمبيعات الأسر ومشترياتها من الغذاء عند تقييم الأثر الواسع لبرامج توزيع الغذاء.

السلامة في العمل: استخدم إجراءات عملية للحد من مخاطر الصحة العامة أو إصابات المعاملة. على سبيل المثال، وفر تدريباً وملابس واقية ومعدات إسعاف أولية، عند الضرورة. قلل من خطر التعرض للأمراض المعدية ومرض نقص المناعة البشرية، وأنشأ مسارات وصول آمنة لموقع العمل، ووفر مشاعل للعمال إذا لم يكن الطريق مضاء بشكل جيد. استخدم أيضاً الأجراس والصافرات وأجهزة الراديو للتحذير من الأخطار، وشجع الانتقال على شكل جماعات وتجنب الانتقال بعد حلول الظلام. وتأكد أن جميع المشاركون على اطلاع بإجراءات الطوارئ ويمكّنهم الوصول إلى أنظمة الإنذار المبكر. يجب حماية النساء والفتيات على قدر المساواة ويجب معالجة أي معايير تميزية في مكان العمل.

إدارة واجبات الأسرة والمنزل: تحدث بشكل منظم مع المتضررين، بما في ذلك الرجال والنساء بشكل منفصل، للتعرف على تفضيلاتهم وأولوياتهم فيما يتعلق بتوليد الدخل وفرض النقد لقاء العمل والاحتياجات الأسرية والمنزلية الأخرى. وناقش أعباء العمل وأي توترات متزايدة في العمل بسبب التغيرات في الأدوار التقليدية للجنسين وزيادة سيطرة النساء على الأصول.

يجب أن تضع نشاطات العمل لقاء النقد في الاعتبار الظروف البدنية والروتين اليومي للرجال والنساء، ويجب أن تكون ملائمة ثقافياً. فيجب على سبيل المثال أن توضع في الاعتبار أوقات الصلاة والعطلات العامة. ويجب ألا تفرض ساعات العمل متطلبات تنافسية غير ضرورية فيما يتعلق بوقت الناس. ويجب ألا تغير البرامج المصادر المنزلية بعيداً عن النشاطات الانتاجية القائمة، ولا يجب أن تؤثر سلباً على الوصول إلى الوظائف الأخرى أو التعليم. كما ينبغي أن تحترم المشاركة في نشاطات توليد الدخل القوانين الوطنية والحد الأدنى لسن التوظيف. وفي العادة لا يقل هذا السن عن سن إكمال التعليم الإلزامي. في حالة مشاركة قائم على رعاية أطفال صغار في البرنامج فيوصى بوجود مرافق رعاية للطفل مع تخصيصات مالية مناسبة في موقع العمل.

الإدارة البيئية: دعم المشاركين في نشاطات بيئية على شكله زراعة الأشجار وتنظيف المخيم وإعادة التأهيل البيئي من خلال برامج الغذاء والنقد لقاء العمل. على الرغم من أن هذه النشاطات مؤقتة، إلا أنها تزيد من مشاركة الناس في البيئة المحاطة.

ضع في الاعتبار إمكانية الوصول إلى بيئة العمل وسلامتها، وتأكد من أن أي ركام تم إزالته لا يحتوى على مواد خطيرة. يجب ألا تتضمن برامج النقد لقاء العمل أي ترخيص في موقع صناعية أو موقع إدارة نفايات. عزز إنتاج مواد البناء المستدامة بيئياً باعتبارها نشاطاً مولد للدخل، وقدم التدريب المهني المناسب. وشجع التسмيد باستخدام النفايات البيولوجية القابلة للتحلل واستخدامها كسماد ووفر التدريب عليها.

القطاع الخاص: يمكن أن يقوم القطاع الخاص دوراً مهماً في تسهيل حماية سبل العيش واستعادتها. أسس شراكات لخلق فرص العمل حيثما أمكن. ويمكن أن تساعد هذه الشراكات أيضاً في تأسيس المنشآت المتوسطة والصغرى والمتأهلة الصغر ونموها. كما يمكن أن تقدم حاضنات الأعمال والتكنولوجيا رأس المال والفرص لنقل المعرفة [انظر المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.](#)

الملحق 1

قائمة تحقق تقدير الأمان الغذائي وسبل العيش

في الغالب تقوم تقديرات الأمان الغذائي بتصنيف المتضررين، وعلى نطاق واسع، إلى مجموعات وفقاً لسبل العيش وحسب مصادرهم واستراتيجياتهم للحصول على الدخل أو الغذاء. وقد يشمل ذلك أيضاً تنصيباً للسكان حسب مجموعات الثروة أو الطبقية، من المهم مقارنة الحالة الراهنة مع تاريخ الأمان الغذائي قبل الأزمة. استخدم «معدل السنوات العادلة» باعتباره خط الأساس، وضع في اعتبارك الأدوار الخاصة للرجال والنساء وقابلتهم للتضرر، وتأثيرات ذلك على الأمان الغذائي لأسرهم.

تعطي نقاط قائمة التحقق التالية مجالات واسعة للنظر بشأنها في تقدير الأمان الغذائي.

الأمن الغذائي لمجموعات سبل العيش

- هل توجد مجموعات في السكان تشاركون نفس استراتيجيات سبل العيش؟ كيف يمكن تصنيف ذلك حسب مصادرهم الرئيسية للغذاء أو الدخل؟

الأمن الغذائي قبل الأزمة (خط الأساس)

- كيف اعتادت مجموعات سبل العيش المختلفة الحصول على الغذاء أو اكتساب الدخل قبل الأزمة؟ بالمقارنة مع سنة متوسطة في الماضي القريب، ماذا كانت مصادرهم للدخل والغذاء؟
- كيف تباين مصادر الدخل والغذاء المذكورة حسب الموسم والطبيعة الجغرافية على مدار السنة العادلة؟ قد يكون من المفيد إنشاء تقويم موسمي.
- هل كانت جميع المجموعات تحصل على غذاء كاف بجودة مناسبة يمكن من الحصول على تغذية جيدة؟
- هل اعتادت جميع المجموعات اكتساب دخل كاف بطرق غير ضارة لتوفير حاجاتهم الأساسية؟
- ضع في اعتبارك الغذاء والتعليم والرعاية الصحية وغيرها من البنود الأسرية والملابس والمدخلات الانتاجية مثل البذور والأدوات. (سوف يشير آخر سؤالين عمما إذا كانت هناك مشكلات مزمنة، قد تسبب المشكلات القائمة في تفاقم الأزمة، وتتأثر الاستجابات المباشرة بحالة المشكلة إذا ما كانت حادة أم مزمنة).
- بالنظر لآخر خمس أو عشر سنوات، كيف تباين الأمان الغذائي من عام لآخر؟ قد يكون من المفيد إنشاء خط زمني أو تاريخ للأمن الغذائي.
- ما هي الأصول أو المدخلات الأخرى التي تمتلكها مختلف مجموعات سبل العيش؟
- الأئمة تشمل مخزونات الطعام والمدخلات النقدية وممتلكات الماشية والاستثمارات والاثتمان والديون غير المطلوبة.
- خلال مدة أسبوع أو شهر، ماذا تشتمل نفقات الأسرة؟ ما هي نسبة الإنفاق على كل بند؟
- من المسؤول عن إدارة النقد في المنزل وعلى أي شيء يُنفق النقد؟
- ما مدى إمكانية الوصول إلى أقرب سوق للحصول على السلع الأساسية؟ انظر بالاعتبار لعوامل مثل المسافة والأمن وسهولة الحركة وتتوفر معلومات عن السوق وإمكانية الحصول عليها والاتصالات.
- ما مدى توفر السلع الأساسية، بما فيها الغذاء، وأسعارها؟
- قبل الأزمة، كيف كان معدل فترات التبادل بين الاحتياجات الأساسية للدخل والغذاء؟ على سبيل المثال، الأجور مقابل الغذاء أو الماشية مقابل الغذاء.

الأمن الغذائي خلال الأزمات

- كيف أثرت الأزمة على مصادر الغذاء والدخل المختلفة لكل مجموعة سبل عيش محددة؟
- كيف أثرت على الأنماط الموسمية المعتادة للأمن الغذائي للمجموعات المختلفة؟
- كيف أثرت على إمكانية الوصول إلى مقدمي الخدمة المالية والأسواق وعلى توفر الأسواق وأسعار السلع الأساسية؟
- بالنسبة لمختلف مجموعات سبل العيش، ما هي استراتيجيات التكيف المختلفة مع الأزمة ونسبة الأفراد المنخرطين فيها؟ كيف تغير هذا الوضع بالمقارنة مع الوضع قبل الأزمة؟
- ما هي أكثر المجموعات أو السكان تأثراً؟
- ما هي الآثار متعددة وقصيرة الأجل لاستراتيجيات التكيف على الأصول المالية للناس وغيرها من الأصول؟
- بالنسبة لجميع مجموعات سبل العيش، وجميع المعرضين للخطر، ما هي آثار استراتيجيات التكيف: على صحتهم ورفاهيتهم وكرامتهم بشكل عام؟ هل توجد أخطار مرتبطة باستراتيجيات التكيف؟

الملحق 2

قائمة تحقق تقييم أمن البذور

فيما يلي عينة أسئلة لتقييمات أمن البذور. يجب أن يضع تقدير أمن البذور التشريعات الوطنية في الاعتبار فيما يتعلق بالأصناف الهجينة والمعدلة جينياً.

أمن البذور قبل الأزمة (خط الأساس)

- ما هي المحاصيل الأكثر أهمية للمزارعين؟ لأي غرض يستخدمونها - للاستهلاك أو الدخل أو كلاهما؟ هل تنمو المحاصيل المذكورة في جميع الفصول؟ ما هي المحاصيل التي قد تعد مهمة في أ زمنة الشدة؟
- كيف يحصل المزارعون في العادة على البذور وغيرها من مواد الزراعة لمحاصيلهم؟ ضع في اعتبارك جميع القنوات.
- ما هي متغيرات البذر لكل من المحاصيل الرئيسية؟ ما هو معدل المنطقة المزروعة؟ ما هي معدلات البذر؟ ما هي معدلات التزايد (نسب البذور أو الحبوب المحسودة بالمقارنة مع البذور المزروعة)؟
- هل توجد أصناف مفضلة أو مهمة لمحاصيل خاصة (أصناف ملائمة للمناخ المحلي)؟
- ما هي مدخلات الإنتاج الأساسية للمحاصيل أو الأصناف الخاصة؟
- من المسؤول عن اتخاذ القرار وإدارة المحاصيل والتصريف في منتجات المحصول خلال مختلف مراحل الانتاج وبعد الإنتاج في الأسرة؟

أمن البذور بعد الأزمة

- هل تشكل عملية التدخل المرتبطة بالزراعة جدوى من وجهة نظر متلقى المساعدة؟
- ما هي أكثر المحاصيل تأثراً بالأزمة؟ هل يجب توجيه التركيز لها؟ لمَ أو لمَ لا؟
- هل المزارعون على ثقة باستقرار الوضع وتمييزه بالأمن الكافي الذي يمكنهم من بذر المحصول وحصاده وبيعه أو استهلاكه؟
- هل لديهم وصول كافي للحقول ووسائل الانتاج (السماد والأدوات وحيوانات الجر)؟
- هل هم مستعدون لإعادة الانخراط في الزراعة؟

تقييم عرض البذور وطلبيها: المخزونات المنزلية

- هل توفر كميات كافية من البذور المنتجة منزلياً للبذور؟ ويشمل هذا كل من البذور التي حصدها المزارع بنفسه أو البذور التي يمكن توفيرها من خلال الشبكات الاجتماعية (الجيران على سبيل المثال).
- هل لا يزال المزارع يرغب في زراعة هذا المحصول؟ هل يتميز بتكيفه مع الظروف المحلية؟ هل ما يزال الطلب عليه قائماً؟
- هل الأصناف المتوفرة عن طريق الإنتاج الخاص من جانب المزارع لا تزال مناسبة للزراعة في الموسم التالي؟ هل تلبي جودة البذور معايير المزارع العادي؟

تقييم عرض البذور وطلبه: الأسواق المحلية

- هل ما تزال الأسواق عاملة بالرغم من الأزمة (هل تعقد الأسواق في أيامها، وهل يستطيع المزارعون التحرك والبيع والشراء بحرية؟)
- هل يمكن مقارنة أحجام البذور أو الحبوب المتوفرة بتلك المتوفرة في الظروف العادلة في نفس الوقت من المواسم السابقة؟
- هل المحاصيل والأصناف التي يعتبرها المزارع ملائمة للزراعة متوفرة في الأسواق؟
- هل يمكن مقارنة الأسعار السوقية الحالية للبذور بالأسعار في نفس الوقت من المواسم السابقة؟ إذا كان هناك فرق سعري، فهل يتحمل أن يشكل المقدار مشكلة للمزارعين؟

تقييم عرض البذور وطلبه: القطاع الرسمي

- هل المحاصيل والأصناف المتوفرة من القطاع الرسمي متكيفة مع المناطق المعروضة لإيجاد خاص؟ هل توجد شهادات سيسخدمها المزارعون؟
- هل البذور المتوفرة من القطاع الحكومي تلبي الطلب الناجم من الأزمة؟ وإن لم يكن، ما هي النسبة التي سوف تلبية من احتياجات المزارعين؟

الملحق 3

قائمة تحقق تقدير التغذية

فيما يلي عينة أسئلة لتقديرات تفحص الأسباب الرئيسية لنقص التغذية ومستوى الخطر التغذوي واحتمالات الاستجابة. تعتمد الأسئلة على إطار عمل مفاهيمي لأسباب نقص التغذية. انظر الأمان الغذائي والتغذية: أسباب نقص التغذية (شكل 7). يرجح توفر المعلومات من عدة مصادر، سوف يحتاج جمعها استخدام أدوات تقدير متعددة، بما فيها مقابلات المخبر الرئيسي والملاحظة ومراجعة البيانات الثانية.

وضع ما قبل الطوارئ

ما هي المعلومات الموجودة بالفعل حول طبيعة سوء التغذية ومداها وأسبابها بين المتضررين؟ انظر معيار تقدير الأمان الغذائي والتغذية 1.1.

الخطر الحالي لنقص التغذية

ما هو خطر نقص التغذية المرتبط بالوصول المحدود للغذاء؟ انظر الملحق 1: قائمة تتحقق تقدير الأمان الغذائي وسبل العيش.

ما هو خطر نقص التغذية المرتبط بتغذية الرضع والأطفال الصغار وممارسات الرعاية؟

هل يوجد تغيير في أنماط العمل والأنماط الاجتماعية (بسبب عوامل مثل الهجرة أو النزوح أو النزاع المسلح) والتي تؤثر على الأدوار والمسؤوليات في الأسرة؟

هل يوجد تغيير في التكوين الطبيعي للأسر؟ هل يوجد عدد كبير من الأطفال المنفصلين عن ذويهم؟ هل حدث إخلال ببيئة الرعاية العادمة (خلال النزوح على سبيل المثال)، مما يؤثر على الوصول

إلى القائمين الثانيين بالرعاية أو الوصول إلى الأغذية أو الوصول إلى المياه؟

هل يوجد أي رضع لا يتلقون رضاعة طبيعية؟ هل يوجد رضع يتغذون اصطناعياً؟

هل توجد أي دلائل أو شكوك عن انحدار ممارسات تغذية الرضع خلال الأزمة؟ على وجه الخصوص، هل حدث انخفاض في بدء الرضاعة الطبيعية أو معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية؟ هل توجد أي زيادة في معدلات الرضاعة الاصطناعية أو أي زيادة في نسبة الرضع

الذين لا يتلقون رضاعة طبيعية أو كليهما؟

هل يمكن الوصول النظيف إلى أغذية تكميلية مناسبة للعمر وكافية تغذوية، وكذلك وسائل تجهيزها؟

هل توجد أي دلائل أو شكوك حول توزيع عام لمبادئ حليب الأم، مثل حليب الأطفال الصناعي أو غيره من منتجات الحليب، أو القنابل والحلمات، سواء عن طريق التبرع أو الشراء؟

هل كانت القطعان بعيدة عن الأطفال الصغار لفترة طويلة في المجتمعات الرعوية؟ هل تغيرت إمكانية الوصول إلى الحليب عن وضعها العادي؟

هل، أثر فيروس نقص المناعة البشرية على ممارسات الرعاية على مستوى الأسرة؟

هل تم تعديل الحصص الغذائية العامة لتتناسب مع احتياجات كبار السن أو من يعانون من مشكلات في التغذية؟ قيم محتواها من الطاقة ومكوناتها من المغذيات الدقيقة. وقيم مقبولة منتجات الغذاء (الاستساغة وقابلية المضغ وقابلية الهضم).

ما هو خطر نقص التغذية المرتبط بضعف الصحة العامة؟

- هل توجد أي تقارير عن تقشّي أمراض قد تؤثّر على الحالة التغذوية، مثل الحصبة أو مرض الإسهال الحاد؟ هل يوجد خطر لحدوث هذا التقشّي؟ [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 1.2.](#)
- ما هو حجم التغطية بالتحصين ضدّ الحصبة المقدّر بين المتضرّرين؟ [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير صحة الطفل 1.2.2.](#)
- هل يتم إعطاء فيتامين أ بشكل روتيني مع تحصين الحصبة؟ ما الحجم المقدّر لتغطية مكمّلات فيتامين أ؟
- هل توجد أي تقدّيرات لمعدلات الوفيات (سواء الخام أو دون سن الخامسة)؟ ما هي التقدّيرات وما هي الطريقة التي استخدمت في إعدادها؟ [انظر المبادئ الأساسية في الصحة.](#)
- هل يوجد انخفاض كبير في درجة الحرارة المحيطة، أو سوف يوجد، وهو ما يرجح تأثيره على تقشّي العدوى التنفسية الحادة أو في متطلبات الطاقة للمتضرّرين؟
- هل يوجد تقشّي واسع لفيروس نقص المناعة البشرية؟
- هل الناس معرضين بالفعل لنقص التغذية بسبب الفقر أو اعتلال الصحة؟
- هل يوجد تكّدّس أو خطر التقشّي الواسع للسل؟
- هل تم التبليغ عن حالات لأمراض غير معدية على شاكلة مرض السكري والتهاب المفاصل وأمراض القلب والأوعية الدموية وفقر الدم؟
- هل توجد نسبة عالية من الملاريا؟
- هل كان الناس في الماء أو ارتدوا ملابس مبللة أو تعرضوا لظروف بيئية قاسية لفترات طويلة؟
- ما هي الهيئات المحلية الرسمية وغير الرسمية الموجود حالياً والتي يمكن توجيه عمليات التدخل المحتملة من خلال قنواتها؟
- ما هي مقدرات وزارة الصحة أو المنظمات الدينية أو مجموعات الدعم المجتمعي أو مجموعات دعم الرعاية الطبيعية أو المنظمات غير الحكومية ذات الوجود طويل أو قصير الأمد في المنطقة؟
- ما هي عمليات التدخل التغذوية أو الدعم المعتمد على المجتمع التي تم بالفعل القيام بها وتتنظيمها من جانب المجتمعات المحلية أو الأفراد أو المنظمات غير الحكومية أو المنظمات الحكومية أو وكالات الأمم المتحدة أو المنظمات الدينية؟ ما هي سياسات التغذية (المنتهية والجارية والمتوّقة)، واستجابات التغذية المزمعة طويلة الأجل والبرامج التي يتم تطبيقها أو تخطيطها كاستجابة للوضع الراهن؟

الملحق 4

قياس سوء التغذية الحادة

في حالات الطوارئ التغذوية الكبيرة، قد يكون من الضرورة إدراج الرضع دون ست أشهر أو الحوامل والمرضعات أو الأطفال الكبار أو المراهقين أو البالغين أو كبار السن في تقديرات تغذية أو برامج تغذية.

الرَّضُّاعُونَ دُونَ سَتْ أَشْهُرٍ

في الوقت الذي تجري فيه الأبحاث لهذه المجموعة العمرية، إلا القليل من الدلائل بشأنها تعتمد على التقدير والإدارة، تتصح معظم التوجيهات بنفس تحديات حالة مقاييس الجسم البشري للرَّضُّاع المصابين بسوء التغذية مثل الأطفال الأكبر سنًا في عمر 59-6 شهراً (باستثناء محيط منتصف الذراع العلوي، والذي لا يوصى به في حالياً للرَّضُّاع دون ست أشهر). وتذكر معايير الالتحاق على الحجم الحالي بدلاً من تقييم النمو.

التحول من مراجع نمو المركز الوطني للإحصاءات الصحية إلى معايير نمو منظمة الصحة العالمية للعام 2006 نتج عنه تسجيل العديد من الرَّضُّاع دون ست أشهر باعتبارهم مصابون بالهزال. وقد ينتج عن ذلك تقديم المزيد من الرَّضُّاع إلى برامج القائم بالرعاية قلقاً حول كفاية الرَّضاعة الطبيعية الحصرية. من المهم تقييم ما يلي ووضعه في الاعتبار:

- النمو الطولي للرَّضُّاع - هل معدل النمو جيد، بالرغم من صغر حجم الجسم (قد يكون بعض الرَّضُّاع في حالة «زيادة سريعة» بعد ولادتهم بوزن منخفض؟)
- ممارسات تغذية الرَّضُّاع - هل يعتمد الرَّضُّاع على الرَّضاعة الطبيعية حصرياً؟
- الحالة السريرية - هل يعاني الرَّضُّاع من أي مشكلات أو حالات طبية قابلة للعلاج أو قد تضره في خطير شديد؟
- العوامل المتعلقة بالأمر - مثل أن تفتقد الأم الدعم الأسري أو تكون في حالة اكتئاب؟ يجب أن يكون إدخال الرَّضُّاع للرعاية الداخلية لبرامج التغذية العلاجية ذو أولوية للرَّضُّاع المعرضين للخطر.

الأطفال في سن 59-6 شهراً

يعرض الجدول أدناه المعدلات الفاصلة شأنعة الاستخدام لسوء التغذية الحاد بين الأطفال في عمر 59-6 شهراً. احسب مؤشرات الوزن مقابل الطول باستخدام معيار نمو الأطفال سنة 2006 التابع لمنظمة الصحة العالمية. ويعد المجموع القياسي للوزن مقابل الطول (حسب معايير منظمة الصحة العالمية) مؤشراً مفضلاً للإبلاغ عن نتائج المسوح الاستقصائية لقياسات الجسم. كما يعد محيط منتصف الذراع العلوي معياراً مستقلاً لسوء التغذية الحاد ويعد أحد أفضل مؤشرات التباين بالوفيات. وكذلك يُستخدم انتشار المعدل المنخفض لمحيط منتصف الذراع العلوي للتتبؤ بمجموع الحالات للتغذية التكميلية وبرامج الرعاية العلاجية. إن المعدلات الفاصلة المستخدمة هي $11.5 < \text{ستيمتر لسوء التغذية الحاد} < 12.5-11.5$ ستيمتر لسوء التغذية معتدل الحدة. وكذلك يُستخدم معيار محيط مننصف الذراع العلوي في الغالب، مع معدل فاصل أعلى، كجزء من عملية الفحص ثنائية المراحل. ويجب ألا يُستخدم منفرداً في المسوح الاستقصائية لقياسات الجسم، بالرغم من إمكانية استخدامه باعتباره معيار الإلتحاق الوحيد ببرامج التغذية.

الوزن مقابل الطول وأو العمر الوزن مقابل الطول وأو العمر	الوزن مقابل الطول وأو العمر محيط منتصف الذراع العلوي 12.5-11.5 سم	الوزن مقابل الطول وأو العمر محيط منتصف الذراع العلوي 12.5-11.5 سم وأو الtorsion التغذوي	الأطفال في سن 5-6 شهراً
محيط منتصف الذراع العلوي العلوي العمر 18.5 سم	محيط منتصف الذراع العلوي العلوي العمر 21.0-18.5 سم	محيط منتصف الذراع العلوي العلوي العمر 21 سم	كبار السن
محيط منتصف الذراع العلوي العلوي العمر > 18.5 سم	محيط منتصف الذراع العلوي العلوي العمر 22.9-18.5 سم	محيط منتصف الذراع العلوي العلوي العمر 23 سم (قد يكون < 21 سم في بعض الساقين)	الحوامل والمرضعات
مؤشر كتلة الجسم > 16	مؤشر كتلة الجسم 16-18.5	مؤشر كتلة الجسم > 18.5	البالغون (يشمل المصايبون بنقص المناعة البشرية (والسل)

الأطفال في سن 5-19 سنة

استخدم معايير النمو لسنة 2007 التابعة لمنظمة الصحة العالمية لتحديد حالة التغذية في الأطفال في عمر 5-19 سنة. تتوافق منحنيات البيانات المرجعية للنمو هذه بشكل وثيق مع معايير نمو الأطفال التابعة لمنظمة الصحة العالمية للأطفال في سن 5-6 شهراً والمعدلات الفاصلة الموصى بها للبالغين. ضع في الاعتبار استخدام معيار محيط منتصف الذراع العلوي في الأطفال الأكبر سناً والمراهقين، لاسيما في سياقات تواجه مرض نقص المناعة البشرية. وحيث أن هذا المجال الفني في وضع النطروء، فمن المهم الاطلاع على أحدث الإرشادات والمستجدات التقنية.

البالغون (59-20 سنة)

لا يوجد تعريف متفق عليه على سوء التغذية الحاد في البالغين، ولكن الدلائل تشير إلى أن المعدل الفاصل لسوء التغذية الحاد قد يكون فيه مؤشر كتلة الجسم أقل من 15 وفي سوء التغذية معتدل الحدة والطفيف يكون المؤشر المذكور أقل من 18.5. يجب أن تهدف المسحوم الاستقصائية لسوء التغذية في البالغين إلى جمع بيانات حول الوزن والطول والطول وأثناء الجلوس وقياسات محيط منتصف الذراع العلوي. ويمكن استخدام هذه البيانات لحساب مؤشر كتلة الجسم. ويجب تعديل مؤشر كتلة الجسم لمؤشر كورميك (نسبة الطول جالساً إلى الطول واقفاً) فقط لعمل مقارنات بين السكان. قد يكون لهذه التعديلات آثار معتبرة على التفشي الظاهر لسوء لنقص التغذية في البالغين وقد يكون لها عواقب مهمة على البرمجة. كما يجبأخذ قياسات محيط منتصف الذراع العلوي طوال الوقت. يمكن اكتفاء المسحوم الاستقصائي بقياسات محيط منتصف الذراع العلوي فقط في حالة الحاجة العاجلة لنتائج أو كانت الموارد شحيحة.

يتسبب شح بيانات المخرجات الوظيفية المؤكدة والمقارنات المرجعية في تعقيد تفسير نتائج مقاييس الجسم الشري. استخدم معلومات سياقية مفصلة عند تفسيرها. للدليل حول التقدير، انظر المراجع والمزيد من المطالعة.

عند فحص الأفراد لإلهاقهم بالرعاية التغذوية وإخراجهم، استخدم مزيج من مؤشرات مقاييس الجسم البشري والعلامات السريرية (لاسيما الضعف وفقدان الوزن في وقت قريب) وكذلك العوامل الاجتماعية (مثل إمكانية الوصول إلى الطعام وتتوفر قائم بالرعاية والأموي). لاحظ أن التورم في البالغين قد ينبع عن عوامل بخلاف سوء التغذية، ويجب على الأطباء السريريين تقييم التورم لاستبعاد الأسباب الأخرى. كما يجب أن تقرر المنظمات الإنسانية المفردة بشأن مؤشر تحديد استحقاق الرعاية، مع الأخذ في الحسبان مواطن ضعف مؤشر كتلة الجسم، وضعف المعلومات حول محيط منتصف الذراع العلوي وأثار البرنامج المترتبة على استخدام المؤشرات. إن هذا المجال الفني في وضع التطور، ومن ثم اطلع على أحدث الإرشادات والمستجدات التقنية.

يمكن استخدام محيط منتصف الذراع العلوي باعتباره أداة فحص للحوما، على سبيل المثال، وكمعيار للدخول إلى برنامج التغذية. بالنظر إلى احتياجاتهن التغذوية الإضافية، قد تتعرض الحوامل إلى خطر أكبر من مجموعات السكان الأخرى. ولا يتغير محيط منتصف الذراع العلوي بشكل كبير أثناء الحمل. ويشير محيط منتصف الذراع العلوي الأقل من 20.7 سنتيمتر إلى خطر شديد والأقل من 23 سنتيمتر إلى خطر متوسط. كما تختلف نقاط المعدلات الفاصلة للخطر حسب البلد، ولكنها تراوح من 21 إلى 23 سنتيمتر. اعتبر أن معدل أقل من 21 معدل مناسب لتحديد النساء المعرضات للخطر أثناء الطوارئ.

كبار السن

لا يوجد تحديد متفق عليه في الوقت الحالي على سوء التغذية في كبار السن، إلا أن تلك الفئة قد تتعرض لخطر سوء التغذية في الأزمات. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن عيوب مؤشر كتلة الجسم للبالغين قد تكون مناسبة لمن تزيد أعمارهم عن 60 سنة. وبالرغم من ذلك، تعد المقاييس الدقيقة معقّدة بسبب ارتفاع العمود الفقري وضخامة الفقرات. يمكن استخدام امتداد الذراع أو نصف امتداد الذراع بدلاً عن الطول، إلا أن معامل الضرب لحساب الطول يختلف باختلاف السكان. إن التقديرات البصرية ضرورية. وقد يكون محيط منتصف الذراع العلوي أداة مفيدة في قياس سوء التغذية في كبار السن إلا أن الأبحاث ما زالت جارية حول المعدلات الفاصلة المناسبة.

ذوو الإعاقة

لا توجد إرشادات في الوقت الحالي حول قياسات الأفراد ذوي الإعاقة الجسدية. يتم استبعادهم في العادة من استقصاءات قياسات الجسم بسبب انعدام الإرشادات المذكورة. إن التقديرات البصرية ضرورية. وقد تكون قياسات محيط منتصف الذراع العلوي مضللة في حالات كبيرة عضلات الذراع العلوي للمساعدة على الحركة. وتوجد بدائل للمعيار تقيس الطول، بما يشمل امتداد الذراع أو نصف امتداد الذراع أو طول الساق. ومن الضروري الاطلاع على آخر الأبحاث لتحديد أكثر الطرق ملاءمة لقياس ذوي الإعاقة والذين يكونون الوزن والطول القياسيين وقياسات محيط مننصف الذراع العلوي غير مناسب في حالتهم.



الملحق 5

التدابير الهامة للصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيقة

عالج حالات النقص في المغذيات الدقيقة بشكل عاجل على المستوى الفردي. وفي العادة تشير الحالات الفردية لحالات نقص المغذيات الدقيقة السريرية عن مشكلة كامنة من نقص المغذيات الدقيقة على مستوى السكان. وبعد قياس حالات النقص في المغذيات الدقيقة وتصنيفها على مستوى السكان أمرًا ضروريًا لخطيط عمليات التدخل ورصدها.

توفر الفحوص البيوكيميائية قياس موضوعي لحالة المغذيات الدقيقة. وعلى الرغم من ذلك، يمثل جمع العينات البيوكيميائية للفحص في الغالب تحديًّا على المستوى اللوجستي وتدریب العاملين وسلسلة التبريد وفي بعض الأحيان في المقبولية. وكذلك، فالقياسات البيوكيميائية ليست دائمًا حساسة ومحددة حسب المطلوب. وفي حالة سوء التغذية الحاد، قد تتوارد تباينات الوقت من اليوم أو الموسم الذي يتم جمع العينات فيه. يعد الضبط الجيد للجودة أساسياً ويجب أن يكون موضع اعتبار طوال الوقت عند اختيار مختبر فحص العينة. عند تقييم حالة المغذيات الدقيقة، ضع في الاعتبار احتمالية التناول المفرط جنبًا إلى جنب إلى النقص. وي بعد هذا موضع اهتمام لاسيما عند استخدام المنتجات عالية التدعيم والممتدة أو المكملات في إعطاء المغذيات الدقيقة.

حالات النقص في المغذيات الدقيقة لها عواقب وخيمة على صحة كبار السن العقلية والبدنية، وكذلك على نظمتهم المناعي وقدراتهم الحركية.

يعرض الجدول التالي تصنیفات مدلول الصحة العامة لحالات النقص في المغذيات الدقيقة باستخدام المؤشرات المختلفة. اطلع على أحدث الكتابات أو اطلب مشورة متخصص للحصول على معلومات حول الفحوصات البيوكيميائية وعتبات الصحة العامة.

تعريف مشكلة الصحة العامة		الفترة العمرية الموصى بها لاستقصاءات الانتشار	مؤشر النقص في المغذيات الدقيقة
الانتشار (%)	الحدة		نقص فيتامين A
1 ≥ 0	خفيف	71-24 شهراً	العش الليلي (XN)
5 ≥ 1	متوسط		
5	حاد		
0.5 <	غير محددة	71-6 شهراً	بقع بيتو (X1B)
0.01 <	غير محددة	71-6 شهراً	حفاف القرنية/التقرح/لين القرنية (X2) و (X3B X3A)
0.05 <	غير محدد	71-6 شهراً	ندبات القرنية (XS)
10 ≥ 2	خفيف	71-6 شهراً	سيمر ريتينول (≥ 0.7 ميكرومول/لتر)
20 ≥ 10	متوسط		
20	حاد		

نقص اليود				
19.9-5.0	خفيف	الأطفال في سن المدرسة	تضخم الغدة الدرقية (واضح ومرئي)	
29.9-20.0	متوسط			
30.0	حاد			
300 <	التناول المفرط	الأطفال في سن المدرسة	متوسط تركيز اليود البولي (ملجم/لتر)	
199-100	التناول المناسب			
99-50	النقص الخفيف			
49-20	النقص المتوسط			
20 >	النقص الحاد			
نقص الحديد				
20-5	منخفض	النساء والأطفال 59-6	فقر الدم (هيماوجلوبين النساء غير الحوامل > 12.0 جم/ديسي لتر؛ الأطفال في عمر 59-6 شهرًا > 11.0 جم/ديسي لتر)	
40-20	متوسط	شهراً		
40	مرتفع		البربريري	
العلامات السريرية				
حالة واحدة و>1%	خفيف	إجمالي السكان		
4-1	متوسط			
5	حاد			
5	خفيف	إجمالي السكان	تناول النظام الغذائي (> 0.33 ملجم / 1000 كيلو كالوري)	
19-5	متوسط			
49-20	حاد			
لا توجد زيادة في المعدلات	خفيف	الرضع في سن 2-5 شهراً	وفيات الرضع	
ارتفاع طفيف في المعدلات	متوسط			
ارتفاع معتبر في المعدلات	حاد			
بلغرة				
≤ حالة واحدة و>1%	خفيف	إجمالي السكان أو النساء	العلامات السريرية (التهاب الجلد) في الفترة العمرية المستقصاة	
4-1	متوسط	< 15 سنة		
5	حاد			
19-5	خفيف	إجمالي السكان أو النساء	تناول مكافئات النياسين في النظام الغذائي > 5 ملجم/يوم	
49-20	متوسط	< 15 سنة		
50	حاد			
عوز فيتامين ج				
حالة واحدة و>1%	خفيف	إجمالي السكان	العلامات السريرية	
4-1	متوسط			
5	حاد			



الملحق 6

متطلبات التغذية

استخدم الجدول التالي للتخطيط خلال المرحلة الأولى من الأزمة. يجب استخدام الحد الأدنى من متطلبات التغذية المعروضة في الجدول لتقييم حصص الغذاء العامة. الغرض منها ليس تقييم كفاءة الشخص التكميلية أو حصة الرعاية العلاجية، أو تقييم الحصص الغذائية لفئات محددة من الناس، على شاكلة من يعانون من السلل أو المصابين بنقص المناعة البشرية.

متطلبات الحد الأدنى للسكان	المغذية
2100 كيلو كالوري	الطاقة
53 جم (10% من إجمالي الطاقة)	البروتين
40 جم (17% من إجمالي الطاقة)	الدهون
550 ميكروجرام مكافئات نشاط الريتينول (RTE)	فيتامين أ
6.1 مليجرام	فيتامين د
8.0 مليجرام مكافئات ألفا توكوفيرول (alpha TE)	فيتامين هـ
48.2 مليجرام	فيتامين ك
1.1 مليجرام	فيتامين ب 1 (ثiamين)
1.1 مليجرام	فيتامين ب 2 (ريبوفلافين)
13.8 مليجرام مكافئات نياسين	فيتامين ب 3 (نياسين)
1.2 مليجرام	فيتامين ب 6 (بيريدوكسين)
2.2 مليجرام	فيتامين ب 12 (كوبالامين)
363 مليجرام من مكافئات حمض الفوليك، الغذائي	حمض الفوليك
4.6 مليجرام	باتوتينيات
41.6 مليجرام	فيتامين ج
32 مليجرام	الحديد
138 مليجرام	الإيود
12.4 مليجرام	الزنك
1.1 مليجرام	النحاس
27.6 مليجرام	سيلينيوم
989 مليجرام	الكالسيوم
201 مليجرام	المغنيسيوم

المصدر: مرجع تناول المغذيات منظمة الفاو/منظمة الصحة العالمية (2004)، احتياجات الفيتامينات والمعادن في التغذية البشرية، الطبعة الثانية، حيث تم استخدامها في جميع حسابات متطلبات الفيتامينات والمعادن باستثناء النحاس. يتمأخذ متطلبات النحاس من إصدار منظمة الصحة العالمية لعام 1996 العناصر الضئيلة في التغذية والصحة البشرية.

متطلبات الحد الأدنى لمتوسط السكان المذكور هذه تشمل متطلبات جميع الفئات العمرية وكلا الجنسين. ومن ثم فهي ليست محددة لأي عمر محدد أو نوع جنسي ويجب ألا تستخدم كمتطلبات للأفراد. كما أنها تستند إلى خصائص سكانية مفترضة، وكذلك افتراضها حول درجة الحرارة المحيطة ومستويات نشاط الناس. كما أنها تأخذ في الحسبان الاحتياجات الإضافية للحوامل والمرضعات.

المتطلبات معروضة باعتبارها مرجعاً لتناول المغذيات لجميع المغذيات باستثناء الطاقة والنحاس. توفر تحديات وأبحاث إضافية حول المغذيات الدقيقة والكبيرة على موقعي منظمة الفاو ومنظمة الصحة العالمية.

اضبط متطلبات الطاقة للسكان (بالزيادة أو النقص) كالتالي:

- التركيبة السكانية للسكان، لاسيما نسبة من هم دون الخامسة، ونسبة الإناث وكبار السن والمرأهقين؛
 - متوسط أوزان البالغين وأوزان الجسم الفعلية أو العادلة أو المرغوبة؛
 - مستويات النشاط للحفاظ على حياة منتجة (سوف تزيد المتطلبات في حالة تجاوزت مستويات النشاط المستويات «الحقيقة» أو 1.6 ضعف معدل الاستقلاب الأساسي)؛
 - معدل درجة الحرارة المحيطة، والمأوى والملابس (سوف تزيد المتطلبات إذا كان متوسط الحرارة المحيطة يقل عن 20 درجة مئوية)؛
 - حالة تغذية السكان وصحتهم (سوف تزيد المتطلبات في حالة معاناة السكان من سوء التغذية وسوف تزيد المتطلبات أكثر في حالة النمو للتعويض. قد يؤثر نقش فيروس نقص المناعة البشرية على متوسط متطلبات السكان. اضبط الحصص العامة لتلبيل هذه الاحتياجات، استناداً على تحليل السوق والتوصيات الدولية الحالية).
- للحصول على الإرشاد بشأن تعديل الحسابات  ارجع إلى منشورات مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين واليونيسيف وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية (2002)، واحتياجات الغذاء والتغذية في الطوارئ وبرنامج الأغذية العالمي (2001)، دليل الغذاء والتغذية.

إذا لم يمكن الحصول على هذا النوع من المعلومات من التقديرات، فاستخدم الأرقام الواردة في الجدول أعلاه باعتبارها الحد الأدنى من المتطلبات.

لفهم البنية السكانية، مع تفصيلها حسب الجنس والعمر والمعايير الأخرى حسب الضرورة، استخدم بيانات خط الأساس الوطني أو ارجع إلى التوقعات السكانية في العالم: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>



المراجع ومزيد من المطالعات

عامة

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010.

<http://cpwg.net>

Emergency Preparedness and Response Package. WFP, 2012. <http://documents.wfp.org>

Harvey, P. Proudlock, K. Clay, E. Riley, B. Jaspars, S. *Food Aid and Food Assistance in Emergencies and Transitional Contexts: A Review of Current Thinking.* Humanitarian Policy Group, 2010.

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

IASC Framework on Durable Solutions for Internally Displaced Persons. IASC, 2010.

Lahn, G. Graham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.

<https://www.livestock-emergency.net>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017. www.seepnetwork.org

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Assistance. CPWG, 2016.

<http://cpwg.net>

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

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

Pejic, J. *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework.* International Review of the Red Cross, 2001. <https://www.icrc.org>

Safe Fuel and Energy Issues: Food Security and Nutrition. Safe Fuel and Energy, 2014. www.safefuelandenergy.org

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

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. UNISDR. <https://www.unisdr.org>

التقييم

RAM-OP: Rapid Assessment Method for Older People. www.helpage.org

SMART (Standardized Monitoring and Assessments of Relief and Transition) Guidelines and Methodology. SMART. <http://smartmethodology.org>

الغذية

Castleman, T. Seumo-Fasso, E. Cogill, B. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings, Food and Nutrition Technical Assistance, technical note no. 7.* FANTA/AED, 2004.

Findings from piloting a new methodology in Four Study Locations. Save the Children UK, 2007.
<https://resourcecentre.savethechildren.net>

Codex Alimentarius. Standards, Guidelines and Advisory Texts. FAO and WHO. www.fao.org
Food and Nutritional Needs in Emergencies. WHO, UNHCR, UN Children's Fund, WFP, 2004.
www.who.int

International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. WHO, 1981. www.who.int

إدارة سوء التغذية الحاد

Black, RE. Allen, LH. Bhutta, ZA. Caulfield, LE. de Onis, M. Ezzati, M. Mathers, C. Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and healthconsequences.* The Lancet, vol. 371, no. 9608, 2008, pp. 243–260. <https://doi.org>

المنهجيات التشاركية

Bonino, F. *What Makes Feedback Mechanisms Work.* ALNAP, 2014.

إطعام الأطفال والرضع

Child Growth Standards and the Identification of Severe Acute Malnutrition in Infants and Children. WHO, 2009.

Early Childhood Development in Emergencies: Integrated Programme Guide. UNICEF, 2014.
<https://www.unicef.org>

Integrating Early Childhood Development Activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What and How? UNICEF & WHO Joint statement, 2010. www.who.int

Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. IFE Core Group, 2017.
<https://www.ennonline.net>

الأطفال

Growth reference for school-aged children and adolescents. WHO, 2007. www.who.int

الأمن الغذائي

Coping Strategies Index: CSI Field Methods Manual. CARE, 2008.

Caccavale, O. Flämig, T. *Collecting Prices for Food Security Programming.* World Food Programme, 2015. <http://documents.wfp.org>

Coates, J. Swindale, A. Bilinsky, P. *Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access, Indicator Guide, Version 3.* FANTA, 2007.

Food Safety and Quality. FAO and WHO. www.fao.org

Food Security Cluster Urban Group Tools and Pilot Projects. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Food Security Cluster Core Indicator Handbook. Food Security Cluster. <http://fscluster.org>

Humanitarian, Impact areas. Global Alliance for Clean Cookstoves, 2018. <http://cleancookstoves.org>

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Save Food: Global Initiative on Food Loss and Waste Reduction – Extent, Causes and Reduction.

FAO and WHO. <http://www.fao.org>

Swindale, A. Bilinsky, P. Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide, Version 2. FANTA, 2006.

Technical Guidance Note: Food Consumption Score Nutritional Quality Analysis (FCS-N). WFP, 2015.

<https://www.wfp.org>

Tier ranking from the IWA interim ISO standards. Global Alliance for Clean Cookstoves.

<http://cleancookstoves.org>

Voluntary Guidelines to Support the Progressive Realization of the Right to Adequate Food in the Context of National Food Security. Committee on World Food Security, 2005.

المساعدة الغذائية

Guide to Personal Data Protection and Privacy. WFP, 2016. <https://docs.wfp.org>

Integrated Protection and Food Assistance Programming. ECHO-DG, Final Draft. <https://reliefweb.int>

NutVal 2006 version 2.2: The planning, calculation, and monitoring application for food assistance programme. UNHCR, WFP, 2006. www.nutval.net

Protection in Practice: Food Assistance with Safety and Dignity. UN-WFP, 2013. <https://reliefweb.int>

Revolution: From Food Aid to Food Assistance – Innovations in Overcoming Hunger. WFP, 2010. [https://documents.wfp.org](http://documents.wfp.org)

التدخلات في البنور

Seed System Security Assessment (SSSA). CIAT and DEV, 2012. <https://seedsystem.org>

Seeds in Emergencies: A Technical Handbook. FAO, 2010. www.fao.org

الأسواد والمساعدة القائمة على النقد

CaLP CBA quality toolbox: pqtoolbox.cashlearning.org

Cash and Vouchers Manual. WFP, 2014. <https://www.wfp.org>

E-Transfers in Emergencies: Implementation Support Guidelines. CaLP, 2013. www.cashlearning.org

Emerging Good Practice in the Use of Fresh Food Vouchers. ACF International, 2012.

www.actionagainsthunger.org

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015.

www.gbvguidelines.org

النوع

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. IASC, 2015.

www.gbvguidelines.org

Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists. WHO and

Program for Appropriate Technology in Health (PATH), 2005. www.who.int

ذوو الاعاقات

Including Children with Disabilities in Humanitarian Action, Nutrition booklet. UNICEF.

<http://training.unicef.org>

Module on Child Functioning and Disability. UNICEF, 2018. <https://data.unicef.org>

سبل العيش

CLARA: Cohort Livelihoods and Risk Analysis. Women's Refugee Commission, 2016.

<https://www.womensrefugeecommission.org>

Sustainable Livelihoods Guidance Sheets. DFID, 2000. <http://www.livelihoodscentre.org>

البيئة

Flash Environmental Assessment Tool. UNOCHA. www.eecentre.org



Handbook on Safe Access to Firewood and Alternative Energy. WFP, 2012.

Integrated Food Security Phase Classification (IPC) 2018 – Technical Manual Version 3. IPC Global Partners, 2018.

Lahn, G. Graham, O. *Heat, Light and Power for Refugees: Saving Lives, Reducing Costs.* Chatham House, 2015. <https://www.chathamhouse.org>

Moving Energy Initiative. Chatham House, 2018. <https://mei.chathamhouse.org>

مزيد من المطالعات

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

المأوى والمستوطنة البشرية





المعيار
الإنساني
الأساسي



مبادئ
الحماية



المأوى والمستوطنة البشرية

الاستدامة البيئية	ضمان الحياة	المساعدة التقنية	اللوازم المنزلية	مساحة المعيشة	تخطيط المستوطنة والموقع	التخطيط
المعيار 7 الاستدامة البيئية	المعيار 6 ضمان الحياة	المعيار 5 المساعدة التقنية	المعيار 4 اللوازم المنزلية	المعيار 3 مساحة المعيشة	المعيار 2 تخطيط المستوطنة والموقع	المعيار 1 التخطيط

الملحق 1 القائمة المرجعية لتقدير المأوى والمستوطنة البشرية

الملحق 2 وصف سيناريوهات التوطين

الملحق 3 السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين

الملحق 4 خيارات المساعدة

الملحق 5 خيارات التنفيذ

الملحق 6 خيارات المساعدة والتنفيذ المحتملة المتصلة بنماذج المستوطنات البشرية (عبر الإنترنت)

المحتويات

224.....	المفاهيم الأساسية في المأوى والمستوطنة البشرية
	معايير المأوى و المستوطنة البشرية:
229.....	1 التخطيط
232.....	2 تخطيط الموقع والمستوطنة
237.....	3 مساحة المعيشة
241.....	4 اللوازم المنزلية
244.....	5 المساعدة التقنية
248.....	6 ضمان الحياة
251.....	7 الاستدامة البيئية
254.....	ملحق 1: القائمة المرجعية لتقدير المأوى والمستوطنة البشرية
258.....	ملحق 2: وصف سيناريوهات التوطين
260.....	ملحق 3: السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين
262.....	ملحق 4: خيارات المساعدة
265.....	ملحق 5: خيارات التنفيذ
266.....	ملحق 6: خيارات المساعدة والتنفيذ المحتملة المتصلة بسيناريوهات المستوطنات البشرية (على إلإنترنت) المراجع ومزيد من المطالعات



المفاهيم الأساسية في المأوى والمستوطنة البشرية

كل فرد لديه الحق في سكن ملائم

تمثل المعايير الدنيا التي أقرها دليل اسفير للمأوى والمستوطنة البشرية تعبيراً عملياً عن الحق في سكن ملائم في السياقات الإنسانية. وترتजز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق الأوسع نطاقاً المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكرامة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقى المساعدة الإنسانية على أساس الحاجة.

للقائمة بالوثائق القانونية والسياسية الرئيسية التي تتضمن الميثاق الإنساني مع التعليقات التوضيحية للعاملين في المجال الإنساني [انظر الملحق 1](#).

ترتبط المأوى والمستوطنات البشرية بعضها ببعض ويجب اعتبارها وحدة واحدة. إن «المأوى» هو مساحة المعيشة الأسرية، ويشمل العناصر الضرورية لدعم الأنشطة اليومية، و«المستوطنة البشرية» هي الأماكن الأوسع نطاقاً التي يعيش فيها الأشخاص والمجتمع.

تهدف عمليات إقامة المأوى والمستوطنة إلى توفير مساحة آمنة للعيش

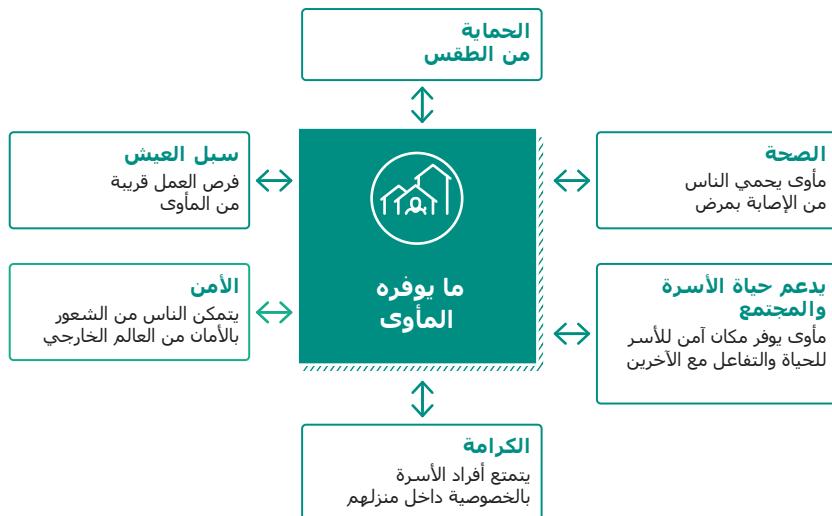
يساهم دعم إقامة المأوى والمستوطنات البشرية في الوقت المناسب في إنقاذ الأرواح في المراحل الأولى من الأزمة. وإضافة إلى إسهام المأوى في توفير الحماية من الطقس، فإن توفير المأوى يعد أمراً ضرورياً لتعزيز الصحة ودعم الحياة الأسرية والمجتمعية وتوفير الكرامات الأمان والوصول إلى سبل العيش [انظر الشكل 8 أدناه](#).

لقد استمر متوسط فترات نزوح السكان في الزيادة على مر السنين. فمع استمرار التزوح لسنوات أو حتى عقود، أصبحت مواقع المأوى والمستوطنات البشرية، فضلاً عن تحطيم الأحياء والمجتمعات التي توجد بها المأوى، مهمة لدعم كرامة السكان المتضررين من الأزمة وتعافيهم.

يجب أن تدعم عمليات توفير المأوى والمستوطنات نقاط القوة الحالية للأسر المتضررة والمجتمعات المحلية والمجتمع المدني والحكومة وستفيد منها. وهذا يزيد من فرصة تطوير استراتيجيات محلية تشجع السكان المتضررين على الاكتفاء الذاتي والإدارة الذاتية. إن الشعور بالأمان والتماسك الاجتماعي أمرٌ ضروريٌّ لبدء مرحلة التعافي.

لا تقتصر خيارات عمليات إقامة المأوى والمستوطنات البشرية على تسليم الأجهزة ومواد المعيشة أو بناء مأوى وحسب، بل تشمل تقديم الدعم اللازم للحصول على الأرض أو المأوى أو السكن أو اللوازم المنزلية، كما تشمل تقديم المساعدة التقنية وضمان الجودة لتمكين السكان المتضررين وحشدهم من أجل إعادة البناء بشكل أفضل وأكثر أماناً. ومن الضروري معرفة الإطار القانوني الوطني لقوانين الإسكان والأراضي والممتلكات. ومن المهم أيضًا فهم التشريعات الوطنية للأجئين والإجراءات المرتبطة بها لتحديد وضع الأفراد.

بغض النظر عن شكل الدعم المقدم، من المهم دائمًا احترام هيكل المجتمع الموجودة وتعزيز التماسك الاجتماعي.



أمور يوفرها المأوى (شكل 8)
بعض مهام مأوى الطوارئ المناسب. يجب أن تساعد برامج المأوى العائلات لتلبية هذه الاحتياجات.

تطلب كل أسرة وكل مجتمع مستويات وأنواع مختلفة من الدعم. يُعد ضمان المكلاة والتوصيق المناسب للحالة المدنية مطلباً أساسياً للحصول على مأوى آمن. ومع ذلك، في حالات النزاع أو عند وجود قضايا عالقة بحيازة الأراضي قد تصبح عملية دعم المأوى معقدة تعقيداً خاصاً، انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحيازة.

تزيد الحاجة إلى النظر في مسائل التعافي والنزوح على المدى الطويل عند تخطيط المستوطنة البشرية. قد يشكل النزوح ضغطاً على الموارد الموجودة والتي تكون محدودة في كثير من الأحيان، وقد يتوجّع عنه مزيد من التوترات مع المجتمع المضييف. وتتضمن برمجة الجودة فهماً ومنعًا وتحقيقاً للتأثيرات البيئية السلبية. إذا لم تؤخذ القضايا البيئية في الاعتبار فقد تصبح برامج الإيواء والتوطين غير فعالة في نهاية المطاف، حيث إن النتائج قصيرة الأجل قد تسبب مشاكل جديدة تتطلب المزيد من الاستثمار، انظر المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية.

تتطلب عمليات إقامة المأوى والمستوطنات في المناطق الحضرية خبرات محددة

قد تكون مساعدة الناس في المناطق الحضرية معقدة بسبب الكثافة السكانية العالية واحتياجات البنية التحتية واللوائح الحكومية والتنوع الاجتماعي داخل المجتمع المحلي. في أثناء الأزمة وما بعدها يصبح التواصل مع السكان كثيري التنقل أمراً صعباً، خاصة عندما يتعلق الأمر بياجاد مساحة كافية للمعيشة. إذا تأثرت البنية التحتية المعقدة تقنياً (مثل المباني الشاهقة)، فسوف تحتاج المنظمات الإنسانية أيضاً إلى العمل مع ترتيبات الإيجار المعقدة التي تشمل عدداً من المالكين أو المستأجرين أو المستوثنين غير الرسميين.

يتطلب العمل في الأماكن الحضرية توفر خبرة في التخطيط والتصميم الحضري، ومعرفة الحقوق واللوائح والقوانين والسياسات المتعلقة بالإسكان والأراضي والممتلكات. ويُعد الفهم الجيد لأسواق الإسكان والأسواق المالية المحلية أمراً بالغ الأهمية. كن مستعداً للمشاركة مع المجتمع المدني والقطاع الخاص. يمكن للقطاع

الخاص المشاركة في تقديم حلول مستدامة تعتمد على السوق. وعليهم الارتكاز أيضًا على المعايير والخدمات المحلية وتجنب إنشاء هياكل موازية، إن تطوير استجابة شمولية على مستوى المستوطنات أو الأحياء أو المناطق يوفر مساهمة مستدامة لرفاه السكان المتضررين في المناطق الحضرية [+ انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.](#)

هناك حاجة إلى النظر في مختلف سينариوهات التوطين بعد الأزمة

سوف تختلف طريقة عثور الأشخاص المتضررين على المأوى ومكانه وفقًا لقدرتهم على البقاء في أماكنهم أو حاجتهم إلى الانتقال بعيدًا. ويمثل النظر المنهجي في سياق ما بعد الأزمة الخطوة الأولى في تحضير خيارات المساعدة في توفير المأوى والمستوطنات البشرية. ومن المهم فهم المنهاج المختلفة التي قد تكون مناسبة للنازحين، أو من تأثروا بطريقة مباشرة ولكنهم ليسوا نازحين، أو من تأثروا بطريقة غير مباشرة [+ انظر الشكل 9 أدناه.](#)

عندما تسمح الظروف، قد يختار الفرد البقاء في مكانه الأصلي بصفته مالك شاغل، أو البقاء في مسكن أو أرض مستأجرة أو مشغولة بصورة غير رسمية. وقد يشمل دعم الأسر غير النازحة ترميم المساكن القائمة أو إعادة بنائها.

ويمكن توزيع السكان النازحين محلًا إلى أماكن أخرى داخل بلد إقامتهم أو عبر الحدود الدولية. وفي مثل هذه الحالات، من المرجح اتجاههم لاستئجار مسكن أو استقرارهم بدون مساعدة أو استضافتهم من قبل الغير. وقد تختار بعض الأسر النازحة التجمع في مسكن جماعي أو مستوطنة مخططة أو مأوى في مستوطنة غير مخططة.

إن فهم الأزمة من خلال سيناريوهات التوطين المذكورة سيساعد في تحضير استراتيجيات المساعدة، انظر الشكل أدناه. ويشمل ذلك اختيار أكثر أنواع المساعدة فعالية وملاءمة وفقًا لفئات محددة من السكان المتضررين، واختيار طرق تقديم هذه المساعدة. ويجب أن تساهم هذه المساعدة في التعافي تدريجيًا للوصول إلى حل دائم. تتبع المعايير والملحقات المتضمنة في هذا الفصل هذا المنطق، وينبغي استخدامها [+ انظر الملحق 2.](#) وصف سيناريوهات التوطين والملحق 3. السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين.

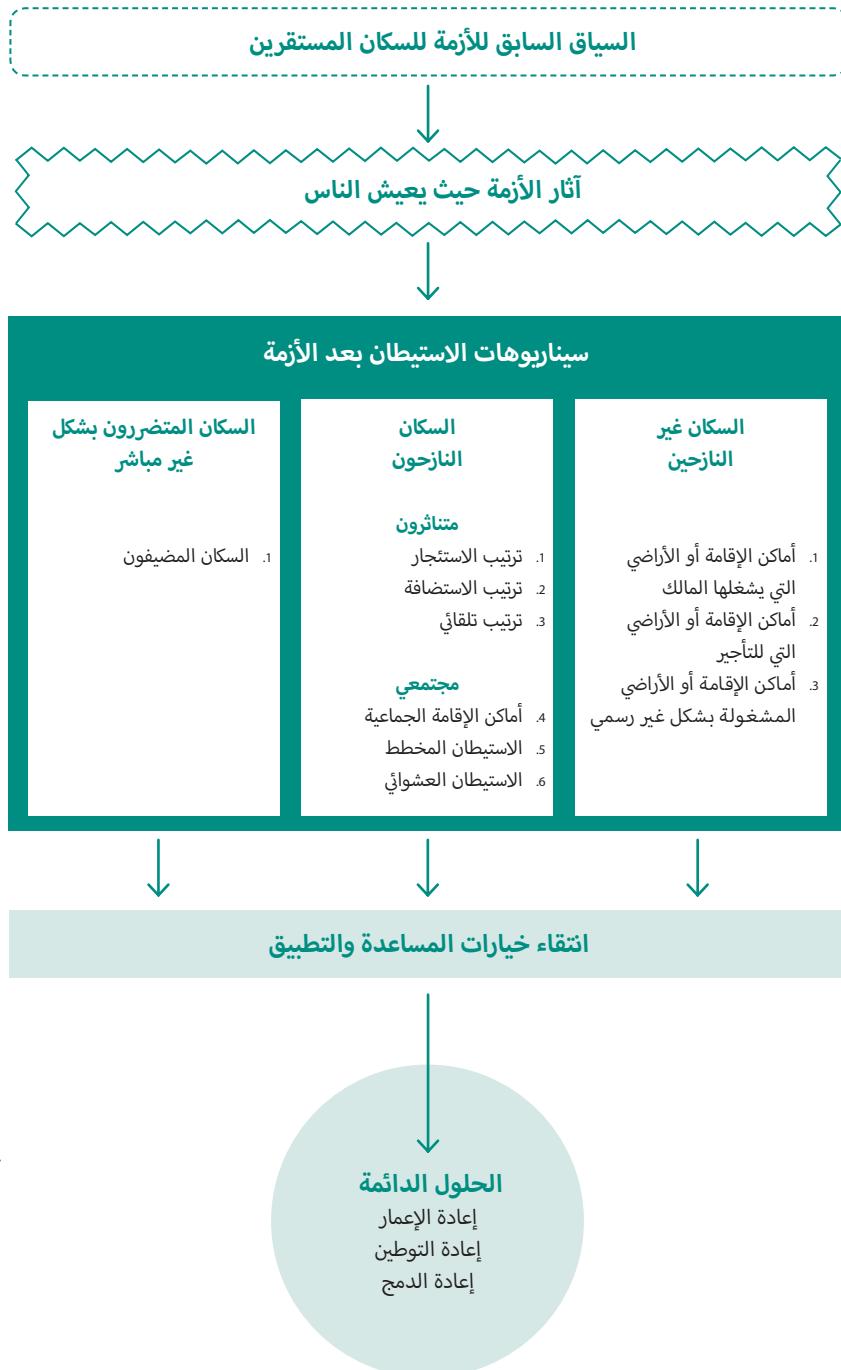
ينبغي ألا تُطبّق هذه المعايير الدنيا بمعزل عن المعايير الأخرى

تعكس المعايير الدنيا في هذا الفصل المحتوى الأساسي للحق في المأوى الملائم والمساهمة في تحقيق هذا الحق تدريجيًا على مستوى العالم.

يرتبط الحق في المأوى الملائم بحقوق الإمداد بالمياه والإصلاح و الغذاء والصحة. و يؤثر التقدم في تحقيق معايير اسفير الدنيا في مجال واحد على التقدم في مجالات أخرى. فلكي تكون الاستجابة فعالة يلزم وجود تسييق وتعاون وثيق مع القطاعات الأخرى. ويساعد التنسيق مع السلطات المحلية ووكالات الاستجابة الأخرى على ضمان تلبية الاحتياجات وعدم تكرار الجهود وتحسين جودة الأمن الغذائي واستجابات التغذية. تشير الحالات المرجعية عبر الدليل إلى بعض الروابط المحتملة.

فعلى سبيل المثال، يلزم توفير مراافق ملائمة لإمدادات المياه والإصلاح في المستوطنات البشرية لضمان الحفاظ على صحة السكان المتضررين وكرامتهم. وينبغي توفير أنواع الطهي وأدوات الطعام الأساسية والوقود اللازم للطهي لتمكن السكان من استخدام المساعدة الغذائية وتلبية احتياجاتهم الغذائية.

عندما تكون المعايير الوطنية أقل من معايير اسفير الدنيا، ينبغي للمنظمات الإنسانية العمل مع الحكومة من أجل رفعها تدريجيًا.



سيناريوهات التوطين بعد انتهاء الأزمة (الشكل 9)

يحمي القانون الدولي الحق في المأوى الملائم على وجه التحديد

يحمي القانون الدولي حق الحصول على سكن ملائم، أي الحق في العيش في أي مكان بأمان وسلام وكرامة، كما يشمل هذا الحق حريات أخرى، مثل الحق في اختيار مكان الإقامة، ويشمل استحقاقات مثل ضمان الحياة، وينعكس مبادئ الحماية مثل الإلزام القسري. وتلتزم الدول بضمان هذا الحق عندما لا يمكن الافراد أو الجماعات، بما في ذلك اللاجئون والتارجون داخلياً، من الحصول على سكن ملائم، وذلك في أثناء الأزمات [أيضاً انظر المرفق رقم 1، الأساس القانوني لاسفiro.](#)

إن مفهوم «السكن الملائم» يشمل ما هو أكثر من مجرد أربعة جدران وسقف، حيث يؤكد أهمية تضمين نظرة التوطين، والهوية الثقافية، وتوفر الخدمات في عملية الإيواء. ويجب أن توفر المساكن «الملائمة» أو غيرها من أشكال المأوى ضمان الحياة وأن تكون:

- بأسعار معقولة، مما يسمح للأسرة بالحصول على السلع والخدمات الأساسية الأخرى للعيش بكل كرامة،
- صالحة للسكن وتحافظ على السلامة الجسدية وتتوفر مساحة معيشة محببة وملائمة، ويتتوفر بها ماء صالح للشرب، ومرافق الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة (WASH)، وإمكانات إعداد الطعام وتخزينه،
- مقبولة من الناحية الثقافية،
- مجهرة وسهلة الاستخدام، بما في ذلك للأشخاص الذين يواجهون صعوبات التنقل،
- ذات موقع مناسب يُسر الوصول إلى سبل العيش والخدمات المجتمعية الأساسية.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

قد تُسبب الأزمات تفاقم عدم المساواة الموجودة من قبل. لذلك من المهم تقديم مساعدة نزيهة ومراعية للسياسي، وخاصة لمن يمتلكون أقل قدرة على التعافي من الأزمة بدون مساعدة [انظر مبدأ الحماية رقم 2.](#)

قد يواجه بعض الأشخاص صعوبات في الوصول إلى المساعدة في توفير المأوى والمستوطنات بسبب عوائق مادية وثقافية واقتصادية واجتماعية. ولفهم هذا الأمر ومواجهته عليك الانتباه لما يلي:

- **الوضع القانوني للأفراد** (على سبيل المثال، اللاجئون أو النازحون داخلياً أو عديمو الجنسية أو المهاجرون أو طالبو اللجوء أو المشدودون أو غير الملاك وغيرهم من يحرمون من التمتع بالحربيات المدنية ومن الحصول على الخدمات العامة أو شبكات الأمان الاجتماعي)، و
- **الأشخاص الذين يواجهون مخاطر حماية فريدة والمعرضون بصورة خاصة لخطر التمييز والإقصاء الاجتماعي** بسبب:

- عرقهم أو جنسيتهم أو طائفتهم أو انتتمائهم للشعب الأصلي أو انتتمائهم الديني أو السياسي؛
- وضعهم من حيث الحيازة أو النزوح أو وضع المستوطن غير الرسمي أو وضع المستأجر؛
- موقع المساكن التي يصعب الوصول إليها في المناطق الخطرة والمناطق غير الآمنة والمستوطنات الحضرية أو المستوطنات العشوائية،
- ضعفهم ومكانتهم داخل المجتمع [انظر ما هو اسفيرو و مبادي الحماية.](#)

يجب تدريب عامل الإغاثة على حماية الأطفال ومعرفة كيفية استخدام أنظمة الإحالة عند الاشتباه في حالات العنف أو الإيذاء أو الاستغلال التي قد يتعرض لها الأطفال.

عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسعة الواردة في المعيار الإنساني الأساسي بصفتها جوهراً لتوفير برنامج المأوى المسؤول والمستوطنة.

1. التخطيط

يعد التخطيط أمراً بالغ الأهمية للحصول على أفضل نتائج للدستجابة على المستويات الإقليمية والوطنية وعلى صعيد الوكالات أو المجتمعات. ويوفر فهم سياق ما قبل الأزمة وما بعد انتهائها تقبيلاً للأثر المباشر وغير المباشر للأزمة على ظروف معيشة الناس وتقييم أي عواقب اجتماعية واقتصادية وسياسية. ويشكل تحديد الاحتياجات ثم وضع خيارات استجابة مناسبة أساساً جيداً ومنسقاً لعملية الإيواء.

معايير المأوى والمستوطنة البشرية رقم 1:

التخطيط

لقد خططت وُسقت تدخلات توفير المأوى والمستوطنات البشرية تنسيناً جيداً للمساهمة في سلامة الأشخاص المتضررين ورفاهيتهم وتعزيز التعافي.

الإجراءات الأساسية

- 1 العمل مع السكان المتضررين بالإضافة إلى السلطات الوطنية والمحلية لتقييم احتياجات وإمكانيات المأوى والمستوطنة.
- تقييم التغييرات من سياق ما قبل الأزمة، وتحديد الاحتياجات والقدرات الفورية للسكان النازحين وغير النازحين والنظر في أي احتياجات محددة للجماعات المعرضة للخطر.
- تحديد نطاق توفر الأراضي والمباني والشقق والغرف الصالحة للسكن داخل الأسواق المحلية لاستئجار المساكن والأراضي.
- 2 العمل مع أصحاب المصلحة لتحديد أكثر خيارات المساعدة فعالية وملاءمة وتحديد كيفية تقديمها.
- وضع خطة لتوفير المأوى والمستوطنات، بالتنسيق مع السلطات المعنية والمجتمعات المتضررة.
- تقديم مساعدة مخصصة حسب احتياجات وفضائل السكان المتكوين والسلطات المتضررة.
- تحسين كفاءة التكلفة والجودة التقنية والسرعة والتوفيق ونطاق التنفيذ والقابلية للتكرار.

المؤشرات الأساسية

توفر خطة الإيواء والتوطين الاحتياجات الأساسية للسكان المستهدفين وينتفق عليها السكان والسلطات المعنية.



تشير النسبة المئوية للمتضررين إلى أن المساعدة في توفير المأوى والمستوطنة تعكس احتياجاتهم وأولوياتهم وتساهم في إيجاد حل أكثر استقراراً.

ملاحظات إرشادية

التقييم: في أثناء التقييم راجع التغييرات التي طرأ على المأوى والمستوطنة بعد انتهاء الأزمة وأدرج مخاطر الحماية المحمولة من البداية. وقد تشمل هذه المخاطر تصورات عن المجتمع المضيف والمخاطر المرتبطة بالوصول إلى المستوطنة، والوصول الآمن إلى الخدمات أو مخاطر تعرض السكان للطرد.

يمكنك النظر في التأثير المباشر وغير المباشر للأزمة على ظروف معيشة الناس، بما في ذلك العواقب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

تؤثر الأزمة على البشر بطرق مختلفة؛ لذلك سيكون لدى الأشخاص المختلفين احتياجات مختلفة بشأن المأوى والمستوطنة. أبدأ العمل مع الجماعات التي قد تواجه عوائق محددة للوصول إلى مأوى، مثل: ذوو الاعاقة، والأسر التي تُعيّلها نساء، والمسنون، والاقليات العرقية واللغوية [+ انظر الملحق 1](#). القائمة المرجعية لتقدير المأوى والمستوطنة، مبدأ الحماية رقم 2 والتزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 4.

خيارات المساعدة والتنفيذ: حدد أكثر الخيارات فعالية وفقاً للسياق والإمكانات والموارد المتاحة وسيناريو التوطين ومرحلة الاستجابة. ومن العوامل الأخرى التي يجبأخذها في الاعتبار الموقع ونوع السكن (بما في ذلك تقنيات البناء المحلية) وأطار الحياة والأطر السوقية والقانونية. أُعطي الأولوية لدعم عودة السكان إلى مسكنهم الأصلي (أو موقع سكنهم) حينما أمكن ذلك، وقدم المساعدة لمن لا يمكنهم العودة إلى مسكنهم الأصلي أو غير الراغبين في ذلك للوصول إلى خيارات تاسب احتياجاتهم [+ انظر الملحقات من 2 إلى 6](#).

حدد جدولًا زمنياً لتلبية الاحتياجات الفورية، مع الأخذ في الاعتبار الكفاءة والجودة التقنية ونطاق التنفيذ والإمكانات المتوفرة على أرض الواقع والقابلية للتكرار، واستكشف الخيارات المتاحة لزيادة تعافي المجتمعات المحلية على المدى الطويل وتعزيز قدرتها على التكيف على الأزمات المستقبلية.

فكّر في طرق مختلفة لتقديم الخيارات المختارة، بما في ذلك:

- الدعم المالي؛
- معونات المواد العينية؛
- أعمال المقاولات/الأعمال التفويضية؛
- المساعدة التقنية/دعم ضمان الجودة؛
- بناء القدرات

راجع مجموعة الخيارات المتاحة وعدّلها بمرور الوقت على حسب التغييرات التي تطرأ على الوضع القائم.

الأشخاص النازحين: مثلاً يحتاج النازحون إلى إيجاد مأوى لهم على الفور، فهم يحتاجون أيضًا إلى دعم خاص لاتخاذ قرارات مدروسة بشأن حلول الإيواء المتاحة لهم. تتضمن أمثلة الدعم توفير معلومات حول احتمالية عودتهم إلى أوطانهم وموعده حدوث ذلك، وكيفية الاندماج في مكان النزوح أو ما إذا كان سيعاد توطينهم في مكان ثالث.

سوف تحتاج الأسر غير النازحة إلى تلقي الدعم للعودة إلى ظروف معيشتهم الأصلية، لذلك ينبغي توفير المأوى المناسب لهم. إن كانت عملية إعادة البناء ستستغرق وقتاً طويلاً، أو إذا لم يكن الناس آمنين، فابحث عن خيارات مؤقتة مثل مساعدة الأسرة المضيفة، أو المساعدة في توفير الإيجار، أو توفير مأوى مؤقت أو انتقالى. وإذا أدت الأزمة إلى تغير محيط الأمان والسلامة، فقد يصبح الانتقال ضروريًا.

تعاني المجتمعات المضيفة أيضًا من عواقب الأزمة؛ حيث إنها تشارك مساحتها العامة والخاصة مع النازحين. وتشمل هذه المشاركة مراافق الخدمات مثل: المراكز الصحية أو المدارس أو قيامها بدور الأسر المضيفة. وقد تنشأ منافسة فعلية أو محسوسة مع النازحين على الوظائف والخدمات والبنية التحتية والموارد. وينبغي أن تراعي الحلول تطبيق الدعم العادل والمستهدف الذي لا يخلق مخاطر أو تهديدات إضافية في المجتمع [+ انظر مبدأ الحماية رقم 1](#).

تحليل السوق: يُعد فهم الأسواق المحيطة على الصعيد المحلي والوطني والإقليمي أمراً ضرورياً لتوفير مأوى عالي الجودة، وسوف ينبع عن ذلك الفهم طرح خيارات لاختيار المأوى بجانب المساهمة في جمع معلومات عن الإيجار وغيرها من الخدمات المتعلقة بالتوطين، [+ أنظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق، دليل المعايير الدنيا لتحليل الأسواق ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.](#)

إزالة الأنقاض: ينبغي بدء إدارة الأنقاض مباشرةً بعد الأزمة، ويمكن إعادة استخدام الأنقاض أو إعادة تدويرها أو فصلها أو جمعها أو معالجتها، حيث قد يتبع ذلك فرضاً لتنفيذ برامج النقد مقابل العمل. وتشمل المشكلات الرئيسية وجود أجسام بشريّة، وموقع خطرة هيكلًا، ومواد خطيرة. وقد تتطلب عملية إزالة الأنقاض توفر خبرات ومعدات متخصصة، لذلك يجب التخطيط لها مع متخصصين آخرين في القطاع [+ انظر معيار رقم 7: الاستدامة البيئية، معايير الصحة معايير إمداد المياه والإصلاح والنظافة.](#)

فرص سبل العيش: تتصل سبل عيش الناس قبل الأزمة والفرص القائمة بعد الأزمة بتحديد خيارات التوطين. من العوامل التي يمكن أن تؤثر على الأماكن التي يختار الناس العيش فيها، حتى ولو مؤقتاً: توافر الأراضي والوصول الآمن لفرص العمل بقطاع الزراعة والرعى والوصول إلى الأسواق والوصول إلى فرص العمل الأخرى [+ انظر معايير رقم 1.7 و 2.7، دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية ودليل المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي.](#)

العودة: تعد عودة النازحين إلى أراضيهم ومساكنهم هدفاً رئيسياً لدى معظم الأشخاص المتضررين من الأزمة. وينبغي على الأشخاص المتضررين أن يتمكناً من تحديد حاجتهم من تحسين إصلاح مساكنهم بأنفسهم أو تحسين مأواهم الحالي. ويمكن دعم عودة النازحين من خلال وضع استراتيجيات المواجهة الجماعية والاحتفاظ بأنمط التوطين والبنية التحتية الراسخة. ومن المهم أيضًا إصلاح البنية التحتية المجتمعية أو إعادة بنائها مثل: المدارس أو شبكات المياه أو العيادات أو الأسواق لتمكين النازحين من العودة. قد يتأخّر موعد عودة السكان، أو قد تحول الظروف دون عودتهم، مثل المخاوف الأمنية، أو القوات المسلحة التي تحتل العقارات أو الأرض، أو استمرار الصراع العنيف، أو التوتر العرقي أو الدين، أو الخوف من الاضطهاد، أو الأنماط الأرضية والذخائر غير المنفجرة. وقد تعرقل قوانين الأرض والملكية أو التقليد العرفي غير المناسبة أو التمييزية عودة الأسر التي تُعيلها النساء، أو النساء اللاتي ترملن، أو من تيّموا بسبب الكارثة، أو الأشخاص ذوي الإعاقة. كما أن تعذر اضطلاع السكان النازحين بأنشطة إعادة البناء يمكن أن يثنّيهم عن العودة أيضًا.



2. تخطيط الموقع والمستوطنة

على تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية تعزيز مساحات آمنة ومقبولة للمعيشة ويسهل الوصول إليها، وإتاحة الوصول إلى الخدمات الأساسية وسبل العيش وفرص التواصل مع شبكة أوسع نطاقاً.

معايير المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2: تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية

تقع المأوى والمستوطنات في مناطق آمنة ومحممة، وتتوفر مساحة كافية ويسهل الوصول إلى الخدمات الأساسية وسبل العيش.

الإجراءات الأساسية

1 العمل وفقاً لعمليات التخطيط والواجح الحالية والاتفاق على بنودها مع المجتمعات المضيفة والهيئات ذات الصلة.

- تحديد موقع أي مستوطنات بشرية جديدة على مسافة آمنة من التهديدات الفعلية أو المحتملة والحد من المخاطر القائمة.

- النظر في العمر المتوقع للمستوطنة لتحديد الخدمات الأساسية التي قد تحتاج إلى توسيعها أو تطويرها.

2 إشراك مختلف أصحاب المصلحة بما في ذلك جماعات من السكان المتضررين في اختيار الموقع وتخطيط المستوطنة.

- تحديد العوامل التي يمكن أن تؤثر على الموقع أو تخطيط الموقع، مع الأخذ بعين الاعتبار الجنس والعمر والإعاقة والهوية العرقية أو اللغوية والأدوار والمسؤوليات التي تقع على الجنسين.

- في المناطق الحضرية يتم العمل باتباع نهج قائم على تحديد المنطقة الجغرافية لفهم ديناميات المجتمع بشكل أفضل.

3 ضمان حصول السكان المتضررين على الخدمات والمرافق الأساسية، بما في ذلك فرص كسب العيش.

- العمل مع القطاعات الأخرى لتأمين مسافات مقبولة وسفر الآمن (أو التنقل) للوصول إلى الخدمات والمرافق الأساسية.

- التنسيق مع مقدمي الخدمات لتحديد الأولويات وتوفير الخدمات الأساسية وفرص سبل العيش في أماكن عدم تواجدها.

4 التخطيط لاستغلال الأراضي لتوفير مساحة كافية لجميع المهام، وتسهيل الوصول إلى جميع المأوى والخدمات وتنفيذ تدابير السلامة المناسبة في جميع أنحاء المستوطنة البشرية.

- إدراج تخطيط الموارد المشتركة مثل: مرفق المياه والإصلاح، ووحدات التطهير الجماعية، والمساحات الملائمة للأطفال، ومناطق التجمع، ونقط توزيع الطعام وتوفير الاحتياجات الدينية التأكد من أن موضع الخدمات الأساسية داخل المستوطنات يتناسب مع معايير السلامة والحماية والكرامة.

إدراج تخطيط أماكن تصريف مياه الأمطار ومية الفيضانات عند اختيار الموقع وتنمية المستوطنة البشرية.

- توفير مراافق مناسبة لتصريف المياه بحيث تبقى جميع مناطق وخدمات السكن خالية من المياه الراكدة، وتظل مصارف مياه العواصف نظيفة.
- توقع أماكن تكاثر نواقل الأمراض وتحجيمها.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للمأوي ومواقع التوطين التي تقع في مناطق ليس بها تهديدات أو أخطار ومخاطر طبيعية أو من صنع الإنسان.

النسبة المئوية للمأوي أو مواقع التوطين التي تتمتع بإمكانية الوصول الآمن إلى الخدمات الأساسية في غضون فترة زمنية أو مسافة مقبولة.

النسبة المئوية لمن يتلقون مساعدات لتوفير المأوي ويشعرون بالأمان إزاء موقع مأواهم أو مستوطتهم.

النسبة المئوية لمواقع المستوطنات التي توفر مساحة سكنية صالحة للاستخدام لتنفيذ الأنشطة الخارجية الخاصة والعامة المناسبة للسياق

- تخصيص 45 متراً مربعاً لكل شخص في مستوطنات المخيمات بما في ذلك قطع الأراضي العائلية؛
- تخصيص 30 متراً مربعاً لكل شخص، بما في ذلك قطع الأراضي العائلية، حيث يمكن توفير الخدمات الجماعية خارج منطقة المستوطنة المخططة؛
- تمثل أقل نسبة بين المساحة المنسقفة للعيش ومساحة قطعة الأرض 1: 2؛ وتتغير في أقرب وقت ممكن إلى 1: 3 أو أكثر.

ملاحظات إرشادية

عمليات التخطيط ومبادئه: غالباً ما تقوم الحكومات أو السلطات المحلية بإدخال سياسات جديدة بشأن المناطق التي يُمنع فيها البناء أو المناطق الآمنة أو المناطق العازلة بعد وقوع الأزمة. يجب الدعوة لعمل تخطيط مبنيٍ على معرفة المخاطر ووضع خيارات مناسبة للمساعدة. إن «المنطقة التي يُمنع فيها البناء» لا تعني أنها «منطقة تُمنع فيها المساعدات»، ويجب عدم تأجيل عمليات إقامة المأوي والمستوطنات بها.

ينبغي تَفهُّم وضع ملكية أي أرض أو عقار [+ انظر معيار المأوي والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحياة](#). ينبغي إشراك الأشخاص المتضررين في حساب المساحة وتنظيمها، لدعم الممارسات الاجتماعية والثقافية القائمة. ويجب أيضاً إشراك النساء والفتات المعرضة للخطر في تصميم وتنفيذ تخطيط المأوي والمستوطنات البشرية.

الخدمات والمراافق الأساسية: يحتاج الأشخاص الذين يعودون إلى منازلهم الأصلية وأولئك الذين يعيشون في موقع أو مستوطنات بشرية مؤقتة إلى توفير الوصول الآمن والعادل للخدمات والمراافق الأساسية، مثل:

- ممرافق الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة [+ انظر معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والنظافة](#)، حلول الإضافة المجتمعية والمنزلية،
- ممرافق تحرير الطعام ومعالجته (بما في ذلك الموقاد والوقود) [+ انظر معيار تقييم الأمن الغذائي والتغذية رقم 1.1 ومعيار المساعدة الغذائية رقم 4.6،](#)
- مرفاق الرعاية الصحية [+ انظر معيار النظام الصحي رقم 1.1: تقديم الخدمة الصحية،](#)



- التخلص من النفايات الصلبة [+ انظر معايير إدارة النفايات الصلبة ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصحاح والتنظف،](#)
 المدارس [+ انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارئ،](#)
 المرافق الاجتماعية مثل: أماكن العبادة وأماكن الاجتماع والمناطق الترفيهية،
 مكان للدفن مناسب ثقافياً وإقامة طقوس الدفن فيه،
 مكان لإيواء الماشية (مع عزله بمسافة مناسبة عن المساحات السكنية) [+ انظر دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.](#)

تخطيط الموقع لإقامة مستوطنة بشرية مؤقتة: يجب أن تستند تخطيطات الموقع إلى مبادئ التصميم الحضري وتخطيط المدن مع ربطها بعنصار مثل: نقاط الوصول والتقاطعات والأماكن العامة. هذه العناصر المترابطة عليها ضمن العوامل المادية والاجتماعية والبيئية والاقتصادية هي التي تشكل الخطة المكانية للمستوطنة الجديدة. يجب أن يدعم تخطيط المستوطنة الشبكات الاجتماعية القائمة، وأن يتيح الفرصة لتشكيل شبكات جديدة، والمساهمة في تعزيز السلامة والأمن، وتمكين الأشخاص المتضررين للقيام بالإدارة الذاتية.

ينبغي الحفاظ على خصوصية وكراهة الأسر المنفصلة عند تخطيط قطعة أرض لإقامة مستوطنات مؤقتة. ويجب أن يفتح كل مأوى لأسرة على مساحة مشتركة أو منطقة محجوبة، وليس على مدخل مأوى آخر. كما ينبغي توفير مناطق معيشة آمنة لكافحة الفئران المستضعفة مع تحجيم تجميعهم معاً؛ لأن ذلك قد يتسبب في زيادة قابلية تعرضهم للخطر. ويجب أيضًا تجميع العائلات والأسر الممتدة والمجموعات ذات الخلفيات المتشابهة معاً؛ للحفاظ على الروابط الاجتماعية، ومراعاة احتياجات وفضائل وعادات مختلف الفئات العمرية والنوعية وفئات ذوي الإعاقة.

المساحة السكنية للمستوطنات المخططية أو المرتجلة: بالنسبة للمستوطنات المخططية تبلغ المساحة الدنيا الصالحة للاستعمال 45 متراً مربعاً للفرد في مستوطنات المخيمات، بما في ذلك قطع الأراضي العائلية ضمناً. ويشمل ذلك إقامة مساحة للطرق ومبررات المشاة، ومناطق للطهي خارجية أو جماعية، ومناطق للتعليم والترفيه، ومرافق الرعاية الصحية، ومرافق الإصلاح، وحواجز كسر الحارق، والمرافق الإدارية، وخزانات المياه، وتصرف المياه، والمرافق الدينية، ومناطق توزيع الطعام، والأسواق والمخازن، وحدائق صغيرة للأسر الفردية (بخلاف الأنشطة الزراعية أو أنشطة تربية الماشية). وإذا أمكن توفير الخدمات المشتركة عن طريق المرافق القائمة أو الإضافية خارج المستوطنة المخططة، ينبغي أن يكون الحد الأدنى لمساحة السطح 30 متراً مربعاً للفرد. وإذا تعذر توفير المساحة الدنيا، يجب التركيز على اتخاذ خطوات للتخفيف من آثار الانتظار السكاني. كما ينبغي مراعاة التغيرات في عدد السكان عند تخطيط المستوطنة.

عند العمل في منطقة حضرية، يمكن الاستفادة من الخدمات الموجودة ومن مرفاق الإسكان القائمة. ويجب ضمان الفصل التام بين الأسر الفردية والحفاظ على خصوصيتها، وحجز مساحة للمرافق الضرورية.

مساحة الأرض المخصصة للمأوى: يوصى بأن تكون النسبة بين المساحة التي يشغلها المأوى إلى مساحة الأرض 1: 2 أو 1: 3، لإتاحة مساحة كافية لإقامة الأنشطة الخارجية الأكثر أهمية للأسر. ومع ذلك، فإن النسبة التي تقارب من 1: 4 أو 1: 5 هي الأفضل. كما يجب مراعاة المعايير الثقافية والاجتماعية وتوفير المساحة العملية عند تخصيص النسبة.

تعريف مياه الأمطار والفيضانات: يمكن أن يحدّ الصرف السيئ للأمطار أو مياه الفيضانات من مساحات معيشية الناس ويعيق تقليلهم ووصولهم إلى الخدمات. وبشكل عام فإن اختيار الموقع وتطوير البنية التحتية هو ما يحدد طبيعة أنظمة الصرف واسعة النطاق. تجنب اختيار موقع يقع على السهول الفيضية؛ حيث إنه قد يعرض سلامة السكان وأمنهم للخطر، لا سيما في الأماكن المزدحمة أو المغلقة. ويشكل دخول المياه وركودها في بيئات المعيشة والتعلم والعمل تهديداً عاماً على صحة الناس وكرامتهم وسلامتهم.

ينبغي حماية المراحيض والمجاري من الفيضانات، لتجنب حدوث أضرار هيكلية وتسريب. يرتبط التهديد الرئيسي للصحة العامة بسوء الصرف ويؤدي إلى زيادة الإصابة بأمراض الإسهال نتيجة للامسة المياه الملوثة. قد تسبب المياه التي لا يمكن التحكم فيها في الإضرار بالبنية التحتية والمساكن والممتلكات، وقد تحد من فرص كسب العيش وتسبب مزيد من التوتر للسكان. كما تُهيئ الصرف السيئ الظروف المناسبة لتكاثر نوافل الأمراض [انظر معياري مكافحة نوافل الأمراض أرقام 1.4 و 2.4](#).

إمكانية الوصول: يجب مراقبة حالة الطرق المحلية ومراعاة قرب المستوطنة البشرية من مراكز النقل لتوصيل إمدادات الإغاثة والسلح الأخرى. عند توصيل إمدادات الإغاثة، ينبغي العرض على عدم إتلاف البنية التحتية للطرق المحلية. كما ينبغي الأخذ في الاعتبار القيود الموسمية ومراعاة المخاطر الأمنية. ويجب تيسير وصول الشاحنات الثقيلة إلى الموقع وإلى أي نقاط رئيسية للت تخزين أو لتوسيع الطعام في جميع الأحوال الجوية. كما ينبغي تيسير وصول المركبات الخفيفة إلى المرافق الأخرى، وتوفير طرق ومسارات آمنة داخل المستوطنات وتسهيل الوصول إلى جميع المساكن الفردية والمرافق الجماعية في كل الأحوال الجوية، ومراعاة احتياجات الأشخاص الذين يواجهون صعوبات وعوائق التنقل.

الحماية من الحرائق: ينبغي تقييم مخاطر الحرائق قبل بدء تخطيط الموقع، وتوفير حواجز كسر الحرائق بطول 30 متراً بين كل 300 متر في المناطق المبنية في أماكن المخيمات. ويجب أن تفصل بين المبني مسافة مترين على الأقل، ومن الأفضل أن تكون المسافة الفاصلة ضعف ارتفاع المبنى لتفادي سقوط الهياكل المتهدمة على المباني المجاورة.

يجب مراعاة ممارسات الطهي والتندّة المحلية (مثل نوع المواقد المستخدمة والموقع المفضل)، ومراعاة توفير مواقد آمنة ومعدات السلامة من الحرائق وعقد تدريبات توعية للسكان. يفضل استخدام مواد البناء واللوازم المنزلية المقاومة للحرائق. ويجب إبلاغ المقيمين (بما في ذلك من يواجهون صعوبات التنقل أو عوائق الوصول) بشأن خطط الوقاية من الحرائق وإدارتها وخطط الأخلاص.

الحد من الجريمة: يمكن أن يساهم تصميم المستوطنة في الحد من الجريمة والعنف القائم على الجنس. يجب إذن مراعاة موقع المستوطنة وإمكانية الوصول إلى المأوي والمباني والمرافق، واستخدام الإضاءة الليلية، والمسافة بين المرحاض ومنطقة الاستحمام من المأوي، والمراقبة السلبية من خلال الخطوط البصرية. ويجب تزويد المباني المستخدمة كمراكز جماعية بطرق هروب بديلة.

تغير مصادر التهديد والمخاطر: ينبغي إجراء تقييمات منتظمة للسياق والمخاطر مع تغير الأوضاع. وقد يشمل ذلك تقييم المخاطر الموسمية، والتغيرات في الوضع الأمني، والذخائر غير المنفجرة الموجودة في الموقع جراء النزاعات السابقة أو الحالية، أو العوائق المترتبة على التغير الديمغرافي.

سلامة المراكز الجماعية والبنية التحتية المجتمعية: ينبغي للأصحابين التقين تقييم الاستقرار الهيكلي للمباني المجتمعية والمراكز الجماعية والهياكل الأخرى في المناطق المأهولة المتضررة من الأزمات، والأخذ في الاعتبار التهديدات الأمنية أو الصحية الفعلية والمحتملة.



دعم سبل العيش: ينبغي مراعاة الأنشطة الاقتصادية السابقة لوقوع الكوارث وفرض سبل العيش المحمولة في سياق ما بعد انتهاء الكوارث. ويجب تحديد الأراضي المتاحة للزراعة والرعى، أو سبل الوصول إلى الأسواق أو فرض العمل المتاحة. تشمل عمليات توفير المأوي والمستوطنات إمكانية توفير فرص عمل محلية، مثل الأدوار المتاحة في مجالات المساعدة التقنية والإمدادات وسوق العمل. كما يجب استخدام برامج التدريب والتعليم المناسبة لتعزيز القدرات المحلية من أجل تحقيق النتائج ضمن إطار زمني محدد [انظر معياري المأوي والمستوطنة رقم 5 ومعياري الأمن الغذائي والتغذية وسبل العيش 1.7 و 2.7](#).

التشغيل والصيانة: يجب وضع خطة تشغيل وصيانته مناسبة لضمان التشغيل الفعال للمراافق والخدمات والمراافق العامة (مثل مراافق المياه والإصحاح وتصريف المياه وإدارة النفايات والمدارس). وتشمل العناصر الرئيسية لهذه الخطة المشاركة المجتمعية، وإنشاء مجموعات المستخدمين، وتحديد الأدوار والمسؤوليات، ووضع خطة لاسترداد التكاليف أو تقاسمها.

إيقاف تشغيل الواقع وتسلیمها: يمكن أن تساهم التدابير المناسبة لإعادة تأهيل البيئة في تعزيز التجدد الطبيعي للبيئة في المستوطنات المؤقتة وحولها. ويجب أن تتضمن الواقع خطة لإيقاف التشغيل بحيث تُوضع بطريقةٍ مثالٍ⁺ عند مرحلة تصميم التدخل انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 7: الاستدامة البيئية. يضمن تعليم السكان المحليين تقنيات إدارة الأرضي المستدامة تعافي الموقع والبيئة المحلية. استخدام العمالة المحلية في أنشطة الإزالة وإيقاف التشغيل متى أمكن ذلك.

3. مساحة المعيشة

تعد مساحة المعيشة أمراً مهماً للغاية لرفاه السكان، فهي حاجة إنسانية أساسية، ويحق لكل عائلة أن يكون لها مكان تسكنته وتشعر بالأمان بداخله، وتؤدي فيه مجموعة متنوعة من الأنشطة المحلية الأساسية.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة

يتيسر للسكان الوصول إلى أماكن معيشة آمنة وملائمة، وتمكن الأسر من ممارسة الأنشطة الأساسية وأنشطة كسب العيش بكرامة.

الإجراءات الأساسية

- 1 التأكد من أن كل أسرة لديها مساحة معيشة ملائمة لممارسة الأنشطة المحلية الأساسية.
- توفير مساحة معيشة تستوعب الاحتياجات المتغيرة لأفراد الأسرة من أماكن للنوم وإعداد الطعام وتناول الطعام بما يحترم الثقافة المحلية وأنماط الحياة.
- إقامة الأسقف والجدران الأساسية للسكن وأصولهم المنزلية ليتوفر لهم الأمن الفيزيائي والكرامة والخصوصية ولحمائهم من الطقس.
- توفير الظروف المثلى للإضاءة والتهوية والراحة الحرارية.
- 2 تأكيد من أن المساحة التي تحيط مباشرة بمنطقة المعيشة تدعم الوصول الآمن إلى الأنشطة الأساسية.
- وتشمل أماكن الطهي والمراحيض والغسيل والاستحمام وأنشطة كسب العيش ومناطق التنشئة الاجتماعية ومساحات اللعب.
- 3 تشجيع استخدام حلول الإيواء وتقنيات مواد البناء المقبولة ثقافياً واجتماعياً والمستدامة بيئياً.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للسكان المتضررين الذين لديهم مساحة معيشة ملائمة بداخل المأوى المخصص لهم وحوله لممارسة أنشطتهم اليومية

- تخصيص مساحة دنيا للمعيشة تبلغ 3.5 متراً مكعباً لكل فرد، بخلاف مكان للطهي ومكان للاستحمام ومرافق إصلاح.
- تخصيص مساحة معيشة تبلغ 4.5- 5.5 متراً مكعباً لكل فرد في المناخ البارد أو المناطق الحضرية وتشمل مكاناً للطهي ومكاناً للاستحمام ومرافق إصلاح.
- يجب ألا يقل الارتفاع الداخلي من الأرض إلى السقف عن مترين (2.6 متراً في المناخ الحار) في أعلى نقطة.

النسبة المئوية للمأوى التي تلبى المعايير التقنية ومعايير الأداء المتفق عليها والتي تعتبر مقبولة ثقافياً.

النسبة المئوية لمن يتلقون مساعدة لتوفير المأوى ويسعون بالأمان في مأواهم



ملاحظات إرشادية

مساحة المعيشة: ينبغي أن تكون مساحة المعيشة كافية لتأدية الأنشطة اليومية مثل النوم وإعداد الطعام وتناوله والغسيل وارتداء الملابس وتخزين الطعام والمياه وحماية الممتلكات المنزلية وغيرها من الأصول الرئيسية. ويجب إتاحة فرص الخصوصية والفصل حسب احتياجات الجنسين ومختلف الفئات العمرية وبين مختلف العوائل ضمن منزل معين وفقاً للمعايير الثقافية والاجتماعية [انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 2: تحطيط الموقع والمستوطنة.](#)

ينبغي مراعاة أن تكون مساحة المعيشة مناسبة ليجتمع فيها أفراد الأسرة، ولرعاية الرضع والأطفال والمرضى أو المصابين ينبغي إيلاء الاهتمام إلى تغيير استخدام المساحة في أثناء النهار والليل، وتحطيط موقع النوافذ والأبواب والاقسام بما يتيح زيادة استخدام المساحة الداخلية وأي مناطق خارجية مجاورة مثل المطبخ أو مساحات اللعب.

لاستيعاب هذه الأنشطة وممارستها بكرامة، تحتاج المأوى إلى مكان مغلق (به جدران ونوافذ وأبواب وسقف) مع مساحة أرضية كافية، حيث يزيد الانتظاظ أو التعرض للعناصر الخارجية من خطر تفشي الأمراض أو الأوبئة. وقد تؤدي المساحة الصغيرة إلى التعرض لمخاطر الحماية وتقليل الأمان والخصوصية.

يجب أن تعكس مساحة المعيشة الدنيا المعايير الثقافية والاجتماعية والسياسية ومرحلة الاستجابة والتوجه من جانب السلطات الوطنية أو قطاع الاستجابة الإنسانية. كما يجب مراعاة العواقب المحتملة لاعتماد الحد الأدنى من المساحة المحسوبة (3.5 أمتار مربعة للشخص الواحد، 4.5 أمتار مربعة في المناخات الباردة) والاتفاق مع الشركاء على أي تعديلات للتكيف مع التغيرات، والانتقال إلى الحد الأدنى في أسرع وقت ممكن للجميع.

عندما تكون هناك حاجة للعمل بسرعة وإنقاذ الأرواح، فكرا في توفير المساعدة الأولية إما:

- لبناء غطاء سقف يؤمن الحد الأدنى من المساحة المعيشية والمتابعة من خلال بناء الجدران
- والأبواب والنوافذ؛ أو
- لبناء مأوى بمساحة سكنية أصغر والمتابعة مع زيادة المساحة السكنية.

في بعض الحالات قد تفرض القيود المادية معايير المساحة. وقد يطبق ذلك في المستوطنات المقصورة أو في الأماكن الحضرية المكتظة أو في الظروف المناخية القاسية حيث لا تتوفر مواد الإيواء بسهولة. وتُطبق المساحة الدنيا المشار إليها في مرحلة الطوارئ وفي حلول الإيواء المؤقت أو الانتقالي. عندما تطول مدة الإقامة، يجب إعادة النظر في حسابات المساحة الصالحة للسكن. في مرحلة التعافي، يجبأخذ المعايير المحلية واستراتيجيات الخروج المقبولة بعين الاعتبار.

ينبغي إشراك المجتمعات المحلية والأسر المتضررة قدر الإمكان في تحديد نوع المساعدة التي ينبغي تقديمها. كما ينبغي التشاور مع الأشخاص الذين يقضون المزيد من الوقت في المساحة المنسقة للعيش والذين يواجهون صعوبات في التنقل أو الوصول. ويجب أيضاً التأكد من تيسير استخدام مساحة المعيشة لذوي الإعاقة ومن يعيشون معهم. قد يحتاج ذوو الإعاقة، لا سيما ذوي الإعاقات الذهنية والنفسية الاجتماعية، إلى مساحة إضافية.

الممارسات الثقافية والسلامة والخصوصية: يجب احترام الممارسات والعادات الموجودة، ومراعاة تأثيرها على استخدام السكان للتقسيمات الداخلية (الستائر والجدران). على سبيل المثال، يُصمّم المسكن لاستيعاب ترتيبات النوم لأفراد العائلة الإضافيين من ذوي القربي أو للعائلات المختلفة التي تعيش في المسكن نفسه. في أماكن الإقامة الجماعية، يمكن توفير مسارات وصول مخططة وجهرة ومضاءة إضافةً جيّدةً في أنحاء مساحة المعيشة التي تضم أقساماً لحجب المساحة الشخصية والأسرية لتوفير الخصوصية والأمان الشخصي.

يُتاح في أماكن الإقامة الجماعية خيار مشاركة مجموعات الأقران في مساحة المعيشة. على سبيل المثال، يُفضل بعض المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والمتغيرين جنسياً وثنائي الجنس العيش مع أصدقائهم وأقرانهم بدلاً من العيش مع أسرهم.

الحماية: تأكيد من وجود مسارات خروج متعددة من المسكن وأن المساحات الداخلية مفتوحة على المناطق العامة. تأكيد من أن الموظفين يعرفون طريقة إحالة أي مخاوف تتعلق بالحماية بشأن حوادث الإيذاء أو العنف المنزلي أو العنف أو استغلال الأطفال أو إهانتهم. غالباً ما تحتاج النساء والفتيات ومن يحتاجون إلى مساعدة في النظافة الشخصية إلى مساحة إضافية \oplus انتظار معيار نظافة المياه والإصلاح والتلوث بالنظافة رقم 1.3: النظافة الحيوانية ونظافة من يعانون من سلس البول.

عند استخدام أماكن الإقامة الجماعية المؤقتة ينبغي اتخاذ إجراءات محددة لمنع حوادث الاستغلال الجنسي والعنف الجنسي. كما يجب العمل مع أفراد المجتمع لفهم المخاطر ومعالجتها ووضع نظام شكاوى قوي مزود بإجراءات فورية وقابلة للتحقق.

الاعتبارات النفسية والاجتماعية: يجب أن يتضمن تخطيط أماكن الإقامة وتصميمها مساحات مفتوحة للمعيشة المنزلية العامة لزيادة خيارات التنشئة الاجتماعية.

في المناخ **الحار والرطب**، يجب تحديد اتجاه المأوي وتصميمه بشكل يكفل أفضل تهوية ممكنة ويحول دون دخول أشعة الشمس المباشرة إليه. يساعد علو السقف بدرجة أكبر على تدوير الهواء، كما تساعد المساحة الخارجية المسقوفة المتصلة بالمأوي على تقليل أشعة الشمس المباشرة والحماية من المطر. يجب النظر في تخصيص مساحة خارجية مجاورة تكون مطلة أو مسقوفة لإعداد الطعام والطهي، مع توفير مساحة منفصلة للأنشطة المعيشية الأخرى. وينبغي أن يكون السطح مائلاً من أجل تصريف مياه الأمطار، ومزوداً بسقية كبيرة ما عدا في الأماكن المعرضة للرياح الشديدة. يجب أن تكون مواد بناء المأوي خفيفة الوزن ذات سعة حرارية منخفضة، مثل الخشب. كما ينبغي رفع الأرضيات لمنع دخول المياه إلى منطقة المعيشة المنسقة \oplus انتظار معيار المأوي والمستوطنة البشرية رقم 2 تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية.

في المناخ **الحار والجاف**، ينبغي أن تكون مواد البناء ثقيلة (مثل الرمل أو الحجارة) لضمان أفضل تبادل حراري ممكن، بما يكفل الاستفادة من الاختلافات في درجة الحرارة بين الليل والنهار. لكن بدلاً من ذلك يمكن استخدام مواد بناء خفيفة الوزن ومزودة بعزل كافٍ. وينبغي إيلاء الاهتمام اللازم لتصميم هيكل المباني الثقيلة في المناطق المعرضة للزلزال. كما يجب توفير أماكن مطلة وجيدة التهوية قدر الإمكان وعندما يكون ذلك مناسباً. عند توفر المشمع أو الخيم فقط لإقامة المأوي، ينبغي تزويد هذا المأوي بسقف مزدوج يسمح بمرور الهواء بين طبقته بما يكفل حماية المأوي من الحرارة. ويجب إقامة الأبواب والنوافذ بعيداً عن اتجاه الرياح الحارة السائدة. ويعتبر توفير مساحة داخلية ملائمة للجدار الخارجي بدون فجوات للحد من دخول الأتربة ونواقل الأمراض إلى المأوي.

في المناخ **البارد**، يُفضل استخدام سقف منخفض لتقليل المساحة الداخلية التي تحتاج إلى تدفئة. ويتطلب إنشاء المأوي التي يشغلها سكانها طوال اليوم استخدام مواد بناء ثقيلة الوزن ذات سعة حرارية عالية. ويستحسن استعمال مواد البناء الخفيفة ذات السعة الحرارية المنخفضة والقدرة العازلة المرتفعة في المأوي التي يشغلها السكان في أثناء الليل فقط. وينبغي تقليل تيارات الهواء خاصة حول فتحات الأبواب والنوافذ إلى أدنى حد ممكن لتأمين الراحة الشخصية، مع توفير وسائل التهوية الضرورية لمعدات التدفئة أو موقد الطهي في الوقت نفسه.

تساعد التهوية الكافية في الحفاظ على بيئة داخلية صحية، وتمنع التكيف وتقلل من انتشار الأمراض المعدية، فهي تُحد من تأثيرات الدخان المنبعث من المواقد المنزلية الداخلية والتي يمكن أن تسبب التهابات في الجهاز التنفسي ومشاكل في العين. كما يجب مراعاة توفير التهوية الطبيعية حيثماً أمكن ذلك.



مكافحة نوافل الأمراض: يمكن أن تشكل المناطق المنخفضة والأنقاض والمباني الشاغرة أرضاً خصبة للنوافل التي يمكن أن تشكل خطراً على الصحة العامة. بالنسبة للمستوطنات البشرية الجماعية، يعد اختيار الموقع والتخفيف النشط من مخاطر نوافل الأمراض عاملين رئيسيين للحد من تأثير الأمراض المنقلة بالنوافل [+ انظر](#) معيار نوافل الأمراض رقم 2.4: الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النوافل.

4. اللوازم المنزلية

تدعم المساعدات الخاصة باللوازم المنزلية صون الصحة والكرامة والسلامة والاضطلاع بأنشطة محلية يومية داخل المنزل وخارجها. يتناول هذا المعيار لوازم النوم وإعداد الطعام وتخزينه ولوازم الأكل والشرب والراحة الحرارية والإضاءة والملابس الشخصية. ويقدم فصل إمداد المياه والإصحاح والنظافة مزيداً من التفاصيل حول لوازم مثل الناموسيات والدلاء وأغراض تخزين المياه ولوازم النظافة.

معايير المأوى والمستوطنة البشرية رقم 4:

اللوازم المنزلية

تدعم المساعدات الخاصة باللوازم المنزلية صون الصحة والكرامة والسلامة والاضطلاع بأنشطة محلية يومية داخل المنزل وخارجها.

الإجراءات الأساسية

1 تقييم وضمان الوصول إلى العناصر التي تمكّن الأسر من العودة لممارسة الأنشطة المحلية الأساسية والحفاظ عليها.

- مراعاة الاحتياجات المختلفة وفقاً للعمر والجنس والإعاقة والممارسات الاجتماعية والثقافية وحجم العائلة.

- إعطاء الأولوية للوصول إلى لوازم الأنشطة المنزلية والملابس الشخصية والنظافة الشخصية وللوازم الخاصة بدعم السلامة والصحة.

2 تحديد كيفية توفير مساعدات اللوازم المنزلية بفعالية وبشكل مناسب.

- النظر فيما يمكن الحصول عليه محلياً من خلال المساعدات القائمة على النقد أو المساعدات القائمة على القسائم، وتحديد المشتريات المحلية أو الإقليمية أو الدولية للتوزيع العيني.
- مراعاة الأمور البيئية المتعلقة بكيفية توضيب العناصر أو تسليمها.

3 يجب رصد توفر اللوازم المنزلية وجودتها واستخداماتها والتكيف مع ذلك حسب الحاجة.

- ينبغي وضع خطة لتجديدها في حالات النزوح الممتدة.
- ينبغي رصد الأسواق المختارة لمعرفة مدى توفر اللوازم وأسعارها وجودتها. ويجب تهيئة طريقة تقديم المساعدة مع تطور الوضع.

المؤشرات الأساسية

امتلاك الأشخاص ما يكفي من الملابس ذات الجودة المناسبة

- توفير مجموعتين من الملابس على الأقل لكل شخص بالمقاس المناسب، وبما يناسب ثقافتهم ويلائم الموسم والمناخ، وتكييفها مع أي احتياجات خاصة.

امتلاك الأشخاص لوازم كافية وذات جودة مناسبة لضمان نوم آمن وصحي

- توفير بطانية واحدة وفراش واحد (حصيرة أرضية، فرشة، غطاء قماشي لسرير النوم) لكل فرد.

- توفير البطانيات الإضافية أو لوازم العزل الأرضي المطلوبة في المناخ البارد.

- توفير الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول (LLIN) عند الحاجة.



امتلاك الأشخاص لوازم كافية ومناسبة لإعداد الطعام وتناوله وتخزينه

- توفر لكل أسرة أو مجموعة مؤلفة من 4 إلى 5 أفراد: قِدران للطهي بحجم عائلي مزودان بمقابض وأنطية، وحوض واحد لإعداد الطعام أو تقاديمه، وسكين مطبخ واحد وملعقتان لتقديم الطعام.
- ويختص لكل فرد طبق واحد، ومجموعة واحدة من أواني الطعام وأخرى للشرب.
- النسبة المئوية للسكان المتضررين الذين يمكنهم الوصول إلى إمدادات طاقة كافية وآمنة وبأسعار معقولة للحفاظ على الراحة الحرارية وإعداد الطعام وتوفير الإضاءة
- عدد حوادث الأذى التي يتعرض لها الأشخاص الذين يستخدمون المأوى أو من يخزنون الوقود أو يوردونه
- ينبغي وضع خط أساس وقياس التقدم من 0.

ملاحظات إرشادية

ينبغي توفير اللازم المنزلي الأساسية بكميات كافية وجودة مناسبة من أجل:

- توفير وسائل النوم والراحة الحرارية والملابس الشخصية؛
- تخزين المياه وإعداد الطعام وتخزينه، وتوفير الأكل والشرب؛
- توفير الإضاءة؛
- توفير وسائل الطهي وعلى المياه والتدفئة، بما في ذلك مواد الوقود أو الطاقة [+ انظر معيار الأمان الغذائي والتغذية رقم 5: الأمان الغذائي العام](#)؛
- توفير لوازم النظافة، بما في ذلك لوازم النظافة الحيوانية أو نظافة مرضي السلس البولي [+ انظر معايير إمداد المياه والإصحاح والتهوض بالنظافة رقم 2.1 و 3.3](#)؛
- الحماية من نوافل الأمراض، على سبيل المثال، شبكات البعوض [+ انظر معيار مكافحة نوافل الأمراض رقم 2.4](#)؛
- السلامة من النار والدخان.

اختيار اللازم المنزلي المناسب: ينبع توفير اللازم المنزلي كجزء من خطة شاملة، عند تحديد نوع اللازم وكميتها وجودتها، حدد أولويات اللازم المنقذة للحياة. وينبغي مراعاة ما يلي:

- الأنشطة اليومية الأساسية على المستوى الفردي والأسرى والمجتمعي؛
- المعايير الثقافية والملاعنة والقلالية؛
- قواعد السلامة وسهولة الاستخدام (مع أدنى حد من الإرشادات أو التوجيه التقني)؛
- المتانة ومعدل الاستهلاك وال الحاجة إلى تجديد اللازم؛
- الظروف والترتيبات المعيشية الحالية؛
- التوازن المحلي؛
- الاحتياجات المحددة وفقاً لفئات السكان المتضررين، بما في ذلك فئات النساء والفتيات والرجال والفتيا والربيع وكبار السن وذوي الإعاقة وغيرهم من الأفراد ولفئات المستضعفة؛
- التأثير البيئي على اللازم المختار [+ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية.](#)

السلامة: يجب أن تكون جميع المواد البلاستيكية مصنوعة من البلاستيك الصالحة للمواد الغذائية، كما يجب أن تكون جميع السلع المعدنية مصنوعة من الصلب غير القابل للصدأ أو المطلية بالمينا.

ينبغي ضمان الفصل الآمن بين المأوى وعناصر المأوى. ويجب وضع المأوى الداخلي على قاعدة غير قابلة للاشتعال. كما يجب تركيب غطاء غير قابل للاشتعال حول أنبوب المداخن التي يمر منها الدخان من المأوى إلى الخارج. ويتعين وضع المأوى بعيداً عن المداخل لتيسير الوصول الآمن في أثناء الاستخدام، وتخزين الوقود

على مسافة آمنة من الموقن نفسه، ويجب إبقاء أي وقود سائل، مثل الكيروسين، بعيداً عن متناول الأطفال والرضع.

يُقصد بالراحة الحرارية أن يشعر الناس بالدفء والجفاف بكل أريحية وأن يُوفّر الغطاء لهم. وتتوفر الملابس والبطانيات والأفرشة الراحة الشخصية للسكان. سوف تساهم حصائر النوم وسخانات الهواء والمبردات في توفير ظروف معيشية مناسبة. يجب اتخاذ جميع التدابير الممكنة على مستوى الأفراد والأسرة لمنع انخفاض حرارة الجسم أو الإصابة بفلحة حرارة.

توفير الوقود والطاقة المنزلية بأسعار معقولة: يُعد الوقود ومصادر الطاقة الأخرى لوازم ضرورية لتوفير الإضاءة والطهي والراحة الحرارية والاتصالات. كما يعتبر جمع موارد الوقود أو الطاقة أو دفع تكاليفها تكلفة متكررة ويجب تحفيظها وفقاً لذلك. ينبغي تعزيز ممارسات الطهي الموفّرة للطاقة، بما في ذلك استخدام الموقن الموفّرة للوقود، وتحضير الحطب، ومراقبة النار، وإعداد الطعام والطهي المشتركة. استشر الأشخاص المتضررين من الأزمة والمجتمع المضيّف حول موقع جمع الوقود ووسائل جمعه لمعالجة مشكلات السلامة الشخصية والاستدامة البيئية.

ينبغي توفير الإضاءة الاصطناعية حسب الحاجة للحفاظ على السلامة الشخصية داخل المستوطنات البشرية وحولها حيث لا تتوفر إضاءة عامة. كما يجب استخدام الإضاءة الاصطناعية الموفّرة للطاقة إلى جانب أعباد الكربت والشمع، ومن أمثلتها الصمامات الثنائية الباعثة للضوء (LED) والألوان الشمسية.

وضع برامج للدواوين المنزلية قائم على السوق: ينبغي أن يشكل تقييم السوق للوازم المنزلية جزءاً من تقييم أوسع لنظام السوق. وينبغي توفير اللوازم المنزلية بما يساهم في دعم الأسواق المحلية إن أمكن. ويتعين تحليل الإنفاق على هذه اللوازم كجزء من أنماط الإنفاق المنزلية الشاملة. كما يجب رصد تغير أنماط الإنفاق بمرور الوقت للتكييف معها وإجراء التعديلات الازمة  انظر تقديم المساعدة عبر الأسواق.

التوزيع: ينبغي وضع خطط أساسية توزيع فعالة وعادلة بالتشاور مع السلطات المحلية والأشخاص المتضررين. ويجب ضمان إدراج الأفراد أو الأسر المستضعفة في قوائم التوزيع والتأكد من أن يامكفهم الوصول إلى معلومات التوزيع والتوزيع نفسه. يجب أيضاً اختيار مواقع التوزيع بعناية مع الأخذ في الاعتبار مسافة السير والتضاريس والطرق العملية لنقل البضائع الأكبر حجماً مثل لوازم دعم المأوى. كما يجب مراعاة تخصيص حاويات لتخزين البضائع الشخصية والمنزلية ونقلها.

مراقبة ما بعد التوزيع: تقييم مدى ملاءمة عملية التوزيع مع اللوازم المنزلية نفسها. في حالة عدم استخدام اللوازم، تُباع في السوق، أو عند حدوث تأخير في الوصول إلى اللوازم يتم تكييف العملية أو المنتجات وفقاً لذلك. كن على دراية بأن الاحتياجات ستتغير بمرور الوقت، ويجب تكيف البرامج مع تلك التغييرات.



5. المساعدة التقنية

تعد المساعدة التقنية جزءاً لا يتجزأ من عمليات توفير المأوى والمستوطنات، فهي تدعم التعافي الذاتي للسكان المتضررين وتحسن من نوعية المأوى والمستوطنات وأوجه السلامة المرتبطة بها. من الضروري إشراك الأسر أو المجتمعات المتضررة بفاعلية في اختيار مكان إقامتهم، وفي تصميم مأواهم، ومخطط الموقع والمواد، والإشراف على المأوى والمنشآت الأخرى أو وتنفيذها.

معايير المأوى والمستوطنة البشرية رقم 5: المساعدة التقنية

يمكن للناس الوصول إلى المساعدة التقنية المناسبة في الوقت المناسب.

الإجراءات الأساسية

- 1 فهم ممارسات التخطيط والبناء لما قبل الأزمة، والمواد والخبرات والقدرات المتاحة.
- 2 التشاور مع الأشخاص المتضررين والأفراد المختصين بالبناء والسلطات المحلية للاتفاق على ممارسات مواد البناء، وإيجاد الخبراء المطلوبية لضمان الجودة.
- 3 إشراك السكان المتضررين والحكومة المحلية والمختصين المحليين في عملية البناء ودعمهم. الامتناع لقوانين التخطيط والبناء المعتمل بها، ومواصفات المواد ومعايير الجودة بما يتناسب مع العمر المستهدف للمأوى والمستوطنة والتدخل بإمداد اللوازم المنزلية. تحسين ممارسات البناء وفرض كسب العيش المحلية. تشجيع اتباع ممارسات بناء أكثر أماناً لتلبية احتياجات المأوى الحالية والحد من المخاطر المستقبلية.
- 4 بالنسبة للبيوت أو المأوى المتضررة أو المهدمة، حدد الأخطار والمخاطر الهيكличية وأسباب أي فشل أو ما قد يفشل في المستقبل. يجب التعلم من ممارسات وتقنيات البناء المحلية وتحسينها وإبتكار ممارسات وتقنيات جديدة حيئماً أمكن؛ مع تيسير نقل المعرفة نفلاً فعلاً لتعزيز ممارسات البناء المناسبة. ضمان سهولة وصول السكان إلى المساعدة التقنية المناسبة.
- 5 يجب مراعاة الحاجة إلى الخبرات المهنية المتخصصة، وكيفية الالتزام بقواعد البناء ومعاييره، وكيفية زيادة القدرات التقنية بين السكان المتضررين. ينبغي إيلاء الاهتمام للأشخاص الذين ليس لديهم قدرات أو إمكانات أو فرص للالصطلاح بأنشطة متعلقة بالبناء بطريقة آمنة وسليمة من الناحية التقنية، أو التفاوض على شغل عقار آمن وسلامي من الناحية التقنية. تشكيل إدارة مشاريع ملائمة تُنظم استخدام المواد وعمليات التمويل والعمل والمساعدة التقنية وعمليات الموافقة التنظيمية على المتطلبات لضمان الوصول للجودة المطلوبة.
- 6 متابعة المناقصات والعطاءات والعقود والمشتريات وعمليات إدارة البناء وقواعد السلوك.

- تشجع استخدام ما يتوفّر من الوسائل التكنولوجية والأدوات والمواد المعروفة والمستدامة، وتوظف عمالة محلية لإجراء أعمال صيانة وتحسين المأوى.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للبرامج التي تشتهر بها السلطات المحلية لتحديد معايير البناء ورصد أنشطة البناء

النسبة المئوية لأنشطة البناء التي تُظهر المشاركة الفعالة للسكان المتضررين

النسبة المئوية لوحدات الإيواء التي أُعيد بناؤها أو إصلاحها أو تعديلها أو تجديدها أو صيانتها وفقًا لممارسات البناء الآمن المتفق عليها للسياق والمخاطر المحددة

النسبة المئوية للأسر التي أفادت عن حصولها على معايدة تقنية ملائمة وتوجيه مناسب

ملاحظات إرشادية

المشاركة والمشاركة مع الأشخاص: يجب أن تتوافق المشاركة في أنشطة الإيواء والبناء مع الممارسات المحلية القائمة. يمكن لبرامج التدريب وخطط التعليم المهني أن تزيد من فرص مشاركة جميع السكان المتضررين (المتضررون بصورة مباشرة والمجتمع المضيق) في البناء. ويجب توفير فرص المشاركة للنساء ذوي الإعاقة. ويمكن للأشخاص الأقل قدرة على الاضطلاع بهماً بدنيه المساهمة في تولي أنشطة الإشراف على الموقع وإدارة المخزون والدعم الإداري ورعاية الأطفال أو إعداد الطعام لمن يشاركون في أعمال البناء. كما يجب مراعاة أن السكان المتضررين قد يكون لديهم التزامات أخرى تتعارض مع مشاركتهم. يمكن أن تدعم فرق العمل التطوعية في المجتمع المحلي أو العاملين بعقود جهود الأسر الفردية في البناء، لا سيما تلك التي تتولّها النساء والأطفال وكبار السن ذويو الإعاقة. وتعد هذه المساعدة مهمة؛ لأن هذه الفئات قد تكون عرضة للاستغلال الجنسي عند طلب المساعدة في البناء.

إشراك الشباب في أنشطة البناء: إن مشاركة الشباب في مشاريع البناء تُكسبهم مهارات قيمة وتبيّث فيهم مشاعر الثقة وتقدير الذات والترابط مع المجتمع.

يجب التأكيد من عدم إشراك الأطفال دون الحد الأدنى لسن العمل في برامج بناء المأوى أو برامج الإيواء التي تستخدم النقد مقابل العمل. ولكن يمكن أن يشارك الأطفال منهن وصلوا للحد الأدنى لسن العمل بين 14 أو 15 سنة إلى 18 سنة بطريقة تناسب سنهن ونمومهم. ويجب التأكيد من أن مشاركتهم تتوافق مع التشريعات الوطنية في السياق القائم. يجب وضع التدابير المناسبة لضمان الالتزام بالمعايير الدولية وقانون العمل الوطني لرفض عمل الأطفال القاصرين واستغلالهم في أعمال خطيرة. كما يجب إحالة أي مشاكل أو أسئلة تثير الشكوك بشأن عمل الأطفال إلى أصحابي حماية الطفل أو الخدمة الاجتماعية [انظر دليل المعايير الدنيا لحماية الأطفال في العمل الإنساني](#).



الخبرة المهنية: يجب توفير المشورة بشأن الأمور المتخلقة بتخطيط الموقع والتخطيط المكاني، وتقنيات البناء المحلية، وتقدير الأضرار، والهدم وإزالة الأنقاض، والبناء، وإدارة الموقع، وتقدير مخزون مواد البناء الحالي، وضمان الملكية. ويضمن هذا الأمر وفاء المأوى بالمعايير المعمول بها. كما تعد معرفة المواد وأسواق العمل أمرًا مفيدًا بجانب التعرف على الدعم القانوني والإداري [انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 6: ضمان الحياة](#).

- **الالتزام بقواعد البناء:** يجب التعرف على قواعد البناء المحلية والوطنية التي يتم اتباعها والعمل بها. إن لم توجد مثل هذه القواعد ينبغي الدعوة لاستخدامها والامتثال لها. كما ينبغي أن تعكس هذه القواعد ثقافة الإسكان المحلي، والظروف المناخية، والموارد، وقدرات البناء

والصيانة، وإمكانية الوصول والقدرة على تحمل التكاليف. ويجب التأكد من أن برامج الإيواء تسمح للأسر بتلبية المعايير والقواعد المتفق عليها وتحقيقها، وخاصة في البرامج التي تستخدم المساعدات النقدية لتلبية احتياجات الإيواء. في حال عدم وجود معايير قائمة، يجب وضع معايير دنيا بالتعاون مع السلطات المحلية وأصحاب المصلحة المعندين (بما في ذلك، الأشخاص المتضررين، حيثما أمكن) لضمان استيفائهم متطلبات السلامة والأداء.

- زيادة القدرات التقنية:** ينبغي العمل على زيادة القدرة المجتمعية من خلال المساهمة في تدريب السكان المتضررين وتوعيتهم والسلطات المحلية والختصاصين المحليين في مجال البناء والعمالة الماهرة وغير الماهرة وملاك الأراضي والخبراء القانونيين والشركاء المحليين. في الواقع المعرضة للأزمات الموسمية أو الدورية، يجب إشراك اختصاصيين تقنيين وخبراء محلين لديهم خبرة في الحلول المحلية المناسبة أو أفضل الممارسات. يستطيع هؤلاء الأفراد طرح ممارسات البناء والتصميم وتقديم المساعدة لإيجاد حلول محسنة.

توريد المواد: يمكن توفير مواد البناء بسرعة حيثما أمكن؛ بحيث يتمكن السكان المتضررون من بناء المأوى بأنفسهم. ويمكن أن تتألف حلول الإيواء من عدة عناصر منفصلة أو في شكل عدة لوازم محددة مسبقاً مع أدوات البناء الازمة. ينبغي تحديد المواد التي سيتم اختيارها عن طريق إجراء تحليل وتقدير سريع للسوق وتقدير التأثير البيئي.

قد يؤثر شراء المواد محلياً على الاقتصاد المحلي أو القوة العاملة أو على البيئة الطبيعية. وفي بعض الأحيان قد لا توفر المواد ذات الجودة المناسبة محلياً. في هذه الأحيان، يمكن الاستعانت بممواد أو عمليات إنتاج بدائلة أو نظم إيواء تجارية، ولكن يجب مراعاة تأثير استخدامها على الثقة المحلية. ويجب تجنب استخدام المواد التي تُنتج من خلال استغلال العمال المحليين والأطفال.

المباني العامة الآمنة: ينبغي إنشاء أو إصلاح المباني العامة المؤقتة والدائمة، مثل المدارس والمراكز الصحية بحيث لا تشكل خطراً على الصحة العامة وتكون مقاومة للكوارث. وينبغي أن تتمثل مثل هذه المرافق إلى معايير البناء وإجراءات الموافقة. كما يجب ضمان السلامة وإمكانية الوصول للجميع، بما في ذلك الأشخاص الذين يواجهون صعوبات التنقل والتواصل (يمكن التنسيق مع المنظمات التي تمثل ذوي الإعاقة حيثما أمكن). يجب التشاور مع السلطات المختصة عند إصلاح وبناء هذه المباني، ووضع استراتيجية تشغيل وصيانة معقولة.

إدارة عمليات الشراء والبناء: يجب وضع جدول زمني للبناء يتضمن المعالم الرئيسية المستهدفة مثل مواعيد البدء والانتهاء، ومواعيد نقل النازحين ومدتها. وينطبق ذلك سواء كانت إدارة عملية البناء تتم بواسطة المالك أو المقاول. وينبغي أن يتضمن الجدول الزمني البداية المتوقعة للطقس الموسمي، ويشمل خطة طوارئ للحوادث غير المتوقعة. كما يجب إنشاء نظام لإدارة عملية البناء ومراقبتها للإشارة على المواد وعلى العمل وعلى الموقع. وينبغي أن تتولى هذه الإدارة شؤون التوريد والشراء والنقل والمناولة والإدارة في جميع مراحل عملية البناء.

ينبغي توظيف العمالة المحلية قدر الإمكان لزيادة مجموعة المهارات ودعم سبل عيش الأشخاص المتضررين. كما يجب توظيف المهنيين الخصاصيين (مثل المهندسين والمهندسين المعماريين ومصممي المناطق الحضرية ومديري التعاقدات أو المحامين) لتنفيذ مهام محددة.

تأكد من معالجة المخاوف البيئية، وينبغي تشجيع إعادة الاستخدام المواد التي لم يلحق بها ضرر بصورة مقبولة اجتماعياً، عندما يمكن توثيق حقوق هذه المواد وجودتها انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7: الاستدامة البيئية.

تحسين المأوى وصيانته: عادة ما توفر الاستجابات الأولية لإقامة المأوى الحد الأدنى من المساحة المسقوفة أو المغلقة للعيش. ومع ذلك ينبغي أن تتمكن أساليب مواد البناء الأولية الأسر من صيانة المأوى أو تهيئته أو

تحسيئه لتلبية احتياجاتهم على المدى الطويل. ويجب أيضًا تنفيذ عمليات التهيئة بأمان؛ باستخدام أدوات ومواد معروفة ومتوفرة محليًا وبأسعار معقولة حيّثما أمكن ذلك.

الأدوات المشتركة: يجب وضع إجراءات تحدد كيفية استخدام الأدوات واللوازم الجماعية أو ذات الاستخدام المشترك وكيفية صيانتها وتخزينها بأمان.



6. ضمان الحياة

يعني ضمان الحياة أن يستطيع الناس العيش في منازلهم دون الخوف من الإخلاء القسري، سواءً في حالات المستوطنات الجماعية أو المستوطنات غير الرسمية أو المجتمعات المضيفة أو في حالات ما بعد العودة. وهو يعد أساساً للحق في سكن ملائم والعديد من حقوق الإنسان الأخرى. وفي المجال الإنساني قد يكون النهج التدريجي هو الأقرب، وهو النهج الذي يعترف بإمكانية دعم النازحين لتحسين ظروفهم المعيشية في أنواع السكن المختلفة. لا يعني ذلك منح أولوية توفير المساعدات للمالكين، كما أنه لا يؤدي بالضرورة لنقل الملكية أو حق البقاء. وتعمل الجهات الفاعلة في المأوى على تطوير فهرم مصطلح «آمن بما يكفي» لأغراض تصميم خيارات المأوى التي تدعم الفئات الأكثر ضعفاً وانعداماً للحياة. لمزيد من المعلومات حول العناية الواجبة ومفهوم «آمن بما يكفي» انظر المراجع: بابن دوراند-لاسيرف (2012).

معايير المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحياة

يمتلك السكان المتضررون ضمان الحياة في خيارات الإيواء والتوطين الخاصة بهم.

الإجراءات الأساسية

1 ينبع إيلاء العناية الواجبة في تصميم البرامج وتنفيذها.

- يجب تحقيق أكبر قدر ممكن من التأكيد القانوني بشأن الحياة (نهج «آمن بما فيه الكفاية») في ضوء السياق والقيود.
- يجب التنسيق والعمل مع السلطات المحلية والاختصاصيين القانونيين والمنتديات المشتركة بين الوكالات.

2 فهم الإطار القانوني والواقع القائم.

- يجب تحديد نظم وترتيبات الحياة الخاصة بالسيناريوهات المختلفة للإيواء والتوطين بعد انتهاء الأزمة، وتحديد مدى تأثير ذلك على الجماعات الأكثر عرضة للخطر.
- يجب العمل مع السلطات المحلية لمعرفة اللوائح التي سيتم العمل بها والتي لن يتم العمل بها والأطر الزمنية ذات الصلة.

3 ينبعي كيفية إدارة علاقات الحياة وحل النزاعات؛ وكيف تغير ذلك منذ بداية الأزمة.

- فهم كيف تؤثر أنظمة الحياة وترتيباتها وممارساتها على ضمان الحياة للجماعات المعرضة للخطر.
- إدراج ضمان الحياة كمؤشر على الضعف.

4 يجب معرفة الوثائق التي قد يطلبها الأشخاص المشاركون في أحد البرامج، مع ملاحظة أن الأفراد الأكبر ضعفاً قد لا يكون لديهم هذه الوثائق أو لا يمكنهم الوصول إليها.

- يجب التأكيد من أن الاستجابة لا تتحاول إلى ترتيبات المالك الشاغل أو التملك الحر.

5 تنفيذ برامج الإيواء والتوطين لدعم ضمان الحياة.

- يجب استخدام الخبرات المحلية لتهيئة البرامج على أنواع الحياة المختلفة خاصة مع الفئات المستضعفة.

- يجب التأكيد من إعداد وثائق، مثل اتفاقيات الحياة، بشكل صحيح وأنها تتضمن حقوق جميع الأطراف.
- يجب الحد من المخاطر التي قد يسببها برنامج الإيواء أو يساهم في حدوثها، والتورطات التي قد تحدث داخل المجتمع ومع المجتمعات المحلية المحيطة.
- دعم حماية السكان من الإخلاء القسري. 5
 - في حالة الإخلاء أو خطر التعرض للإخلاء، يجب إجراء إحالات لتحديد حلول الإيواء البديلة والمساعدات القطاعية الأخرى.
 - يجب المساعدة في حل النزاعات.

المؤشرات الأساسية

النسبة المئوية للمستفيدين من المأوى الذين لديهم ضمان الحياة ل الخيار الإيواء والتوطين لمدة لا تقل عن مدة برنامج المساعدة

النسبة المئوية للمستفيدين من المأوى الذين لديهم اتفاقية صحيحة لضمان الحياة الخاص بختار الإيواء الخاص بهم

النسبة المئوية للمستفيدين من المأوى الذين يواجهون تحديات الحياة والذين تمكنا من الوصول إلى الخدمات القانونية أو إلى آيات حل النزاعات بطريقة مستقلة أو من خلال الإحالة

- انظر مبدأ الحماية رقم 4.

ملاحظات إرشادية

الحياة : تشكل الحياة العلاقة بين الجماعات أو الأفراد فيما يتعلق بالسكن والأرض، وتتشاءم بوجوب قانون تشرعي أو عرف أو غير رسمي أو من خلال ترتيبات دينية. وتحدد أنظمة الحياة من يمكنه استخدام أي من الموارد ونوع الاستخدام تحت أي ظروف. هناك العديد من أشكال ترتيبات الحياة بدءاً من الملكية الكاملة واتفاقيات الإيجار الرسمية إلى الإسكان في حالات الطوارئ وشغل الأرضي في مستوطنات غير رسمية. وبغض النظر عن ترتيبات الحياة، لا يزال جميع الناس يحتفظون بحقوق السكن والأرض والممتلكات. فالأشخاص الذين يعيشون في مستوطنات غير رسمية، وغالباً ما يكونون نازحين داخلياً، قد لا يتملكون أي حق قانوني في شغل الأرض، ولكنهم لا يزالون يملكون الحق في السكن الملائم والحماية من الإخلاء القسري من منازلهم. ويلزم توفير معلومات مثل وثائق الحياة والاستخدام التنظيمي لأساليب العناية الواجبة من أجل تحديد ما إذا كان هناك ضمان مناسب للحياة.

يعد ضمان الحياة جزءاً لا يتجزأ من الحق في سكن ملائم. ويضمن الحماية القانونية ضد الإخلاء القسري وأشكال المضايقات والتهديدات الأخرى ويمكّن الناس من العيش في منزله بأمان وسلام وكراهة. يجب أن يمتلك كل الناس، بمن فيهم النساء، درجة من ضمان الحياة، ومن المهم أن نفهم كيف تُدار وتنامس علاقات الحياة، بما في ذلك آليات حل النزاعات، وكيف تغير ذلك منذ بداية الأزمة. ويمكن أن تشمل بيانات تقييم ضمان الحياة عدد حالات النزاع ومعدلات الإخلاء والتصورات المتعلقة بضمان الحياة.

الحياة التأييدية: يُعد البناء على أنظمة حياة قائمة تتمتع بدرجة من الشرعية الاجتماعية أحد أكثر الطرق فعالية لتعزيز ضمان الحياة انظر المراجع: مؤتمر الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية ونموذج مجال الحياة الاجتماعية الخاص بالشبكة العالمية لوسائل استغلال الأرضي ويان ودوراند-لاسيف (2012).



الاعتبارات الحضرية: يعيش معظم النازحين في المناطق الحضرية في مستوطنات غير رسمية أو في مساكن إيجار بدون ملكية رسمية أو عقود إيجار أو اتفاقيات استخدام، لذلك يكون خطر التعرض للإخلاء القسري وغيره من أشكال الاستغلال والمضايقة ذات الصلة سمة مميزة في حياتهم. ينبغي أن تتناول خيارات المساعدة في توفير المأوى والمستوطنات في المناطق الحضرية حالات الحياة المعقّدة، والنظر في نهج الحياة التزايدية الخاصة بالمستأجرين والمستوطنين والمقيمين غير الرسميين وغيرهم.

مبدأ عدم إلحاد الضرب: في بعض السياقات، يمكن أن تؤدي تدخلات الإيواء الإنساني إلى طرد الفئات المستضعفة. وفي حالات أخرى، يمكن أن يؤدي التركيز على مشاكل ضمان الحياة إلى زيادة خطر تعرض الفئات المستضعفة للطرد، وسيحدد نهج العناية الواجبة مخاطر ضمان الحياة التي تواجه مجموعات مختلفة. في بعض الحالات، حيثما تكون مخاطر ضمان الحياة كبيرة للغاية، قد يكون من الأفضل عدم القيام بأي شيء على الإطلاق.

العوامل الشائعة للإخلاء: ينتج التهديد بالإخلاء عن تفاعل معقد بين العوامل التي ينشأ عن معظمها حالات الاستغلال وسوء المعاملة. وهي تشمل ما يلي:

- عدم القدرة على دفع الإيجار بسبب القيود المفروضة على سبل العيش مثل الحق في العمل،
- عدم وجود عقود إيجار مكتوبة مع المالك مما يجعل الناس عرضة لزيادة الأسعار والطرد،
- النزاعات مع المالك،
- التمييز ضد السكان المتضررين،
- القيود المفروضة على تحسين بيئة الإسكان، مع تعرض من يتهمون تصاريح البناء للتهديد المستمر بالطرد،
- عدم قدرة سكان أو شاغلو المناطق القابلة للبناء على تنظيم أوضاعهم مع الإدارة المدنية،
- معاملات الإسكان التي تتم بموجب الأطر العرفية أو الدينية، وبالتالي لا يعترف بها القانون التشريعي أو العكس،
- بالنسبة للنساء: تعرضهن للطلاق أو عنف الشريك الحميم أو أشكال العنف المنزلي الأخرى أو وفاة أزواجهن،
- عدم وجود وثائق مدنية للنساء (حيث يتم إدراجهن في وثائق الأب أو الزوج) وللجماعات الأخرى المهمشة أو المضطهدة.

إخلاه السكان ونقلهم: قد تسقى إعادة التوطين مع قانون حقوق الإنسان لحماية صحة وسلامة السكان المعرضين للكوارث الطبيعية أو المخاطر البيئية، أو لحفظ على الموارد البيئية الحيوية. ومع ذلك، فإن إساءة استخدام اللواحة الرامية إلى حماية الصحة العامة والسلامة أو حماية البيئة لتبرير الإخلاء في غياب خطر حقيقي أو عند توفر خيارات أخرى، تتعارض مع القانون الدولي لحقوق الإنسان.

7. الاستدامة البيئية

تناول الاستدامة البيئية وضع البرامج المسؤولة لتلبية الاحتياجات الحالية دون المساس بقدرة الأجيال القادمة على تلبية احتياجاتها الخاصة. وقد يؤدي تجاهل القضايا البيئية على المدى القصير إلى الإضرار بعمليات التعافي، أو يزيد من سوء المشاكل القائمة أو يسبب مشاكل جديدة انظر مبدأ الحماية رقم 1 والتزامي المعيار الإنساني الأساسي 3.9.6.

معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 7:

الاستدامة البيئية

تساهم المساعدة في توفير المأوى والمستوطنة في الحد من أي أثر سلبي يتركه البرنامج على البيئة الطبيعية.

الإجراءات الأساسية

- 1** دمج تقييم التأثير البيئي وإدارته في جميع خطط الإيواء والتوطين.
 - يجب تقييم الآثار البيئية المترتبة على الأزمة والمخاطر البيئية وأوجه الضعف لتقليل الآثار السلبية لخيارات الإيواء والتوطين.
 - يجب دمج خطة إدارة البيئة في إجراءات التشغيل والصيانة.
 - اختيار المواد والتقنيات الأكثر استدامة بين الخيارات القابلة للتطبيق.
 - يُفضل اختيار المواد والتقنيات التي ينتج عنها استنفاد الموارد الطبيعية المحلية أو التي تساهم في الإضرار بالبيئة على المدى الطويل.
 - يمكن استعادة المواد المتاحة، مثل الأنفاس، أو إعادة استخدامها أو إعادة تدويرها أو إعادة توظيفها.
 - إدارة النفايات الصلبة بطريقة آمنة ومستدامة بيئياً وملائمة للثقافة في الوقت المناسب في كافة المستوطنات
 - التنسيق مع هيئة إمداد المياه والإصحاح والنهوض بالنظافة والهيئات الصحية وهيئة الأشغال العامة والسلطات الأخرى، والقطاع الخاص وغيرهم من أصحاب المصلحة لوضع ممارسات الإدارة المستدامة للنفايات أو إعادة وضعها.
 - إنشاء نظم إمدادات الطاقة الآمنة والموثوقة وميسورة التكلفة والمستدامة بيئياً واستعادتها وتعزيزها.
 - يجب تحديد ما إذا كانت نظم إمدادات الطاقة القائمة لها تأثير بيئي سلبي على الموارد الطبيعية والتلوث والصحة والسلامة.
 - يجب التأكد من أن أي خيارات جديدة أو منقحة لإمدادات الطاقة تلبي احتياجات المستخدمين وتتوفر إجراءات التدريب والمتابعة اللازمة عند الحاجة.
 - حماية القيمة البيوكولوجية للموقع التشغيلي واستردادها وتحسينها (مثل: المستوطنات المؤقتة) في أثناء الاستخدام وبعد ذلك.
 - تقييم الأحوال البيئية الأساسية والموارد الطبيعية المحلية المتاحة لكل موقع وتحديد المخاطر البيئية؛ بما في ذلك المخاطر الناجمة عن الاستخدام التجاري أو الصناعي السابق.



- إزالة المخاطر الفورية والواضحة من المنطقة وإصلاح أي تدهور يبيّن خطير، مع محاولة السيطرة على إزالة الغطاء النباتي الطبيعي وتعطيل الصرف الطبيعي عند أدنى حد.
- مغادرة الموقع وهو في حالة تسمح للسكان المحليين باستخدامه على الفور، حيث يكون ذلك ممكناً عند ترك الموقع في حالة أفضل من ذي قبل.

المؤشرات الأساسية

- النسبة المئوية لأشطة الإيواء والتوطين التي يسبقها استعراض الأداء البيئي
- عدد التوصيات الصادرة عن إدارة البيئة وخطة الرصد التي تُقدّم
- النسبة المئوية لعمليات بناء المأوى باستخدام مواد بناء ذات ابعاث كربون منخفضة وطرق شرائها
- النسبة المئوية للنفايات الصلبة الموجودة في الموقع والتي يُعاد استخدامها أو توظيفها أو تدويرها
- الهدف > 70 بالمائة من الحجم.
- النسبة المئوية لموقع المستوطنات المؤقتة التي يتم استعادتها بحالة بيئية أفضل من ذي قبل

ملاحظات إرشادية

تقييم التأثير البيئي يتألف من ثلاثة عناصر: وصف أساسى للبيئة المحلية والذي يُجرى التقييم على أساسه؛ وفهم النشاط المقترن وتهديداته المحتمل على البيئة؛ وفهم العواقب المحتملة عند وقوع التهديد.

قد يكون من المفيد التشاور مع الوكالات البيئية المناسبة. وتشمل النقاط الرئيسية التي يجب مراعاتها في تقييم التأثير البيئي ما يلى:

- الوصول إلى الموارد الطبيعية المحلية واستخدامها قبل الأزمة، بما في ذلك الوقود ومواد البناء، وتوريد المياه وإدارة النفايات؛
 - كمية الموارد الطبيعية المتاحة محلياً وتأثير الأزمة على هذه الموارد؛
 - المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية (بما في ذلك الأدوار التي تقع على الجنسين) التي قد تؤثر على استدامة الاستجابة وتحسين فعاليتها وكفاءتها بشكل عام.
- توريد المواد:** يجب مراعاة التأثير البيئي عند توريد موارد طبيعية مثل: الماء والأحشاب والرمال والترية والعشب والوقود لحرق الطوب وقرميد الأسقف. وينبغي تشجيع استخدام مصادر متعددة وإعادة استخدام المواد التي لم يلحق بها ضرر وإنما مواد بديلة. كما يمكن أن تكون إعادة التحرير طريقة جيدة لإنتاج مواد بناء مستدامة. ينبغي تجنب استخدام المواد التي اُنتجت من خلال استغلال البالغين والأطفال انظر تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

اختيار الموقع: يجب اختيار الموقع وفقاً لتقييمات التأثير البيئي. على سبيل المثال، يمكن أن يؤدي اختيار موقع المستوطنات بالقرب من البنية التحتية القائمة إلى تقليل الآثار البيئية المرتبطة ببناء بنية تحتية جديدة. يجب مراعاة التعرض للمخاطر المرتبطة بالمناخ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2. تحطيط الموقع والمستوطنة البشرية.

التآكل: ينبغي الاحفاظ بالأشجار والنباتات الأخرى للمحافظة على استقرار التربة، وزيادة ما توفره من ظل وحماية من الظروف الجوية. كما يجب استخدام التضاريس الطبيعية لإنشاء مرفاق الخدمات مثل: الطرق والمسارات وشبكات الصرف لتنقیل عوامل التآكل والفيضانات. وعند الضرورة، يجب حفر قنوات الصرف وتركيب أنابيب صرف المياه تحت الطرق أو إقامة تلال مزروعة لمنع تآكل التربة. إذا زاد الانحدار عن 5٪، يجب تطبيق تقنيات هندسية لمنع التآكل المفرط.

إدارة الأنقاض وإعادة استخدام النفايات أو إعادة توظيفها: يساهم التخطيط لإدارة الأنقاض بعد الأزمة مباشرةً في تعزيز استعادة الأنقاض ل إعادة استخدامها أو إعادة توظيفها أو للتخلص منها بطريقة آمنة.

هناك إمكانية لإعادة استخدام أو إعادة توظيف النفايات الصلبة الموجودة في الأوضاع الإنسانية. وتعتمد إعادة استخدام المواد في الأوضاع الإنسانية كجزء من استراتيجية إدارة النفايات الصلبة على السلوكات الثقافية للتعامل مع النفايات، والتعامل مع الشركات الراغبة في شراء المواد المنفصلة. وتتوفر الأوضاع الإنسانية فرضاً لإعادة استخدام المواد بطرق متكررة [انظر معيار إدارة الفضلات ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصلاح والنظافة رقم 3.1](#) ومعيار إدارة النفايات الصلبة ضمن معايير الإمداد بالمياه والإصلاح والنظافة رقم 5.1 و 5.3.

الطاقة: عند العمل على استهلاك الطاقة، يجب الأخذ بعين الاعتبار المناخ والموارد الطبيعية المتوفرة والآثار الصحية والتلوث الداخلي والخارجي والسلامة وتنقيبات المستخدم. وينبغي أن تقلل البرامج من احتياجات الأسرة من الطاقة حيثما أمكن. ولتقليل التكاليف المنزلية والآثار البيئية يمكن الاعتماد على تصاميم موفقة للطاقة، باستخدام أساليب سلبية لتسخين أو تبريد المنشآت، واستخدام لوازم منزلية موفقة للطاقة مثل: المصايب الشمسية [انظر معيار الأمن الغذائي والتغذية رقم 5. الأمن الغذائي العام.](#)

يجب تحديد المخاطر التي قد يتعرض لها العامة بسبب إمدادات الطاقة التالفة؛ على سبيل المثال: خطوط الكهرباء التالفة، أو صهاريج تخزين الوقود أو البروبان التي تُسبِّبُ كارثة. كما يجب التنسيق مع الحكومة المحلية وموردي الطاقة لترميم خدمات الطاقة وتسليمها وصيانتها. وقد تشكل الإعانات المالية أو غيرها من الحوافز خياراً لضمان السلامة والحد من التلوث أو الطلب على الموارد الطبيعية.

إدارة الموارد الطبيعية: عند وجود موارد طبيعية محدودة لدعم زيادة في المساكن، يصبح من الضروري وضع خطة لإدارة الموارد. ويمكن استشارة خبراء خارجين إن لزم الأمر. وقد تقترح خطة إدارة الموارد الاعتماد على إمدادات خارجية للوقود وخيارات لعي الماشية والإنتاج الزراعي وغير ذلك من مصادر الدخل التي تعتمد على الموارد الطبيعية. كما قد تكون المستوطنات الكبيرة المدارة جيداً أكثر استدامة بيتاً من العديد من المستوطنات المشتتة الأصغر حجماً التي يصعب إدارتها أو مراقبتها. ومع ذلك، قد تفرض المستوطنات الجماعية الكبيرة مزيداً من الضغوط على المجتمعات المضيفة المجاورة أكثر مما تفرضها المستوطنات الصغيرة المشتتة. ينبغي للجهات الفاعلة في المأوى مراعاة تأثير تدخلاتها على احتياجات السكان المضيفين من الموارد الطبيعية، [انظر التزام المعيار الإنساني الأساسي رقم 9 دليل المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية.](#)

المناطق الحضرية والريفية: يعتمد الناس في المناطق الريفية على الموارد الطبيعية المتوفرة في محيطهم المباشر بشكل أكبر مقارنة بسكان الحضر. ومع ذلك، تستهلك المناطق الحضرية كميات أكبر من الموارد الطبيعية مثل الأخشاب والرماد والإسمنت والطوب وغيرها من مواد البناء الطبيعية التي تأتي من مستجمعات أكبر. يجب اتخاذ قرارات مدروسة عند استخدام كميات كبيرة من مواد البناء في المناطق الحضرية أو غيرها من مناطق برامج الإيواء واسعة النطاق؛ حيث قد تتجاوز الآثار البيئية مجال تنفيذ البرنامج.



ملحق 1

القائمة المرجعية لتقييم المأوى والمستوطنة

تعد هذه القائمة من الأسئلة بمثابة قائمة مرجعية لضمان الحصول على البيانات الازمة لتحديد عمليات إقامة المأوى والمستوطنات بعد انتهاء الأزمة. ولا تعد الأسئلة إلزامية، بل يمكن الاستعانة بها وتكيفها حسب الظروف.

ويفترض أن تُجمع معلومات منفصلة عن الأسباب الكامنة للأزمة، والوضع الأمني، والتركيبة السكانية الأساسية للسكان النازحين والمستضيفين، والشخصيات التي ينبغي استشارتها والاتصال بها.

التقييم والتنسيق

- هل وضعت السلطات والمنظمات الإنسانية المختصة آلية متفق عليها للتنسيق؟
- ما البيانات الأساسية المتاحة حول السكان المتضررين، وما الأخطار المعروفة والمخاطر مواطن
- الضعف التي تطرحها المأوى والمستوطنات؟
- هل هناك خطة طوارئ يمكن أن تستند إليها الاستجابة؟
- ما المعلومات المتاحة بالفعل من التقييمات الأولية؟
- هل من المخطط إجراء تقييم مشترك بين الوكالات وأو القطاعات المتعددة، وهل يشمل هذا التقييم المأوى والمستوطنات واللوائح المنزلية؟

التركيبة السكانية

- كم عدد أفراد الأسرة العادلة؟
- كم عدد السكان المتضررين الذين يعيشون في أنواع مختلفة من المساكن؟ بالنظر إلى الجماعات التي تعيش خارج الروابط العائلية، مثل الأطفال غير المصحوبين، أو الأسر ذات الحجم غير التقليدية، أو غير ذلك، وبتصنيفهم حسب الجنس أو العمر أو الإعاقة أو العمر أو الارتفاع اللغوي أو الديني كما يناسب السياق.
- كم عدد الأسر المتضررة التي تفتقر إلى المأوى الملائم وأين توجد هذه الأسر؟
- كم عدد الأشخاص، المصنفين حسب الجنس والعمur والإعاقة، الذين لا يتمتعون إلى أسر فردية، أو الذين لا مأوى لهم، أو يقيمون في مأوى غير ملائم، وأين هم؟
- كم عدد الأسر المتضررة دون مأوى مناسب، التي لم تزح من مكانها ويمكن مساعدتها في موقع إقامتها الأصلي؟
- كم عدد الأسر المتضررة دون مأوى مناسب، التي نزحت وتحتاج إلى توفير مأوى لهم لدى أسر مضيفة أو في مستوطنات مؤقتة؟
- كم عدد الأشخاص المصنفين حسب الجنس والعمur، الذين يفتقرون إلى المرافق الجماعية، كالمدارس ومرافق الرعاية الصحية والمراكز المجتمعية؟

المخاطر

- ما المخاطر الوشيكة التي تهدد حياة الأفراد وصحتهم وأمنهم وتنتج عن الافتقار إلى مأوى ملائم، وكم عدد الأشخاص المعرضين لهذا الخطر؟
- ما المخاطر غير الوشيكة التي تهدد حياة الأفراد وصحتهم وأمنهم وتنتج عن الافتقار إلى مأوى ملائم؟

- كيف تؤثر نظم الحياة وترتيباتها على ضمان الحياة الخاصة بالسكان المعرضين للخطر والمهمشين؟
- ما المخاطر المحددة التي يواجهها الأشخاص المعروضون للخطر، بمن فيهم النساء والأطفال والقُصر الوحيدين، وذوي الإعاقة أو المصابين بمرض مزمن، بسبب الافتقار للمأوى الملائم، ولماذا؟
- ما تأثير وجود أشخاص نازحين على السكان المضيفين؟
- ما المخاطر المحتملة للنزاع أو التمييز بين مختلف الجماعات التي تشكل السكان المتضررين، خاصة بين النساء والفتيات؟

الموارد والقيود

- ما الموارد المادية والمالية والبشرية الحالية للسكان المتضررين التي تتيح لهم تلبية بعض من احتياجاتهم العاجلة في مجال الإيواء أو كلها؟
- ما القضايا المتعلقة بتوفير الأرض وملكيتها واستعمالها لتلبية احتياجات الإيواء العاجلة، بما في ذلك المستوطنات الجماعية المؤقتة عند اللزوم؟
- ما المخاطر التي قد يواجهها السكان المضيفون عند استقبال النازحين في منازلهم أو في أرض مجاورة لهم؟
- ما الفرص والقيود التي تؤثر على استخدام المباني القائمة المتاحة وغير المتضررة لإيواء النازحين بشكل مؤقت؟
- هل الأرضي الخالية المتاحة مناسبة لإقامة مستوطنات مؤقتة عليها، مع مراعاة التضاريس والقيود البيئية الأخرى؟
- ما الشروط والقيود التنظيمية التي قد تؤثر على إيجاد حلول للإيواء؟

المواد والتصميم والبناء

- ما حلول الإيواء الأولى أو مواد البناء التي توفرها السكان المتضررون أو الجهات الفاعلة الأخرى؟
- ما المواد التي يمكن استعادتها من الموقع الذي لحقت به أضرار لاستخدامها في إعادة بناء مأوى؟
- ما ممارسات البناء الشائعة للسكان المتضررين، وما هي المواد التي يستخدمونها لبناء الهيكل العام للمأوى والسلف والجدران الخارجية؟
- ما التصاميم أو المواد البديلة المتاحة والمألوفة أو المقبولة لدى السكان المتضررين؟
- ما سمات التصميم المطلوبة لضمان توفير حلول جاهزة ومحمونة للوصول إلى المأوى واستخدامه بواسطة جميع أفراد السكان المتضررين؟
- كيف يمكن تقليل الأخطار وموانطن الضعف المستقبلية في حلول الإيواء المقترحة؟
- كيف تبني المأوى عادة ومن يتولى ذلك؟
- كيف يتم الحصول على مواد البناء عادة ومن يتولى ذلك؟
- كيف يمكن تدريب النساء والشباب وذوي الإعاقة وكبار السن أو مساعدتهم على المشاركة في بناء مأواهم، وما العرائق التي تواجه مثل هذه المبادرات؟
- هل يلزم توفير مساعدات إضافية لدعم الأفراد أو الأسر التي لا تملك القدرة على بناء مأواهم أو فرصة القيام بذلك؟ تشمل أمثلة المساعدات الاستعانا بعامل متطوعين أو متعاقدين أو توفير المساعدة التقنية.



الأنشطة المنزلية والمعيشية

- ما الأنشطة المنزلية والمعيشية التي تُقام داخل المأوى أو بالقرب منها لدعم السكان المتضررين، وكيف يتم مراعاة هذه الأنشطة عند تخصيص المساحات وتصميم المأوى؟
- ما فرص دعم سبل العيش القانونية والمستدامة بيتاً التي يمكن توفيرها عن طريق حلول توريد المواد وبناء المأوى والمستوطنات؟

الخدمات الأساسية والمرافق الجماعية

- ما كمية الماء المتوفرة حالياً للشعب وللنظافة الشخصية، وما هي إمكانيات وقيود تلبية الاحتياجات المتوقعة في مجال الإصلاح؟
- ما المرافق الاجتماعية المتوفرة حالياً (مثل: العيادات الصحية، والمدارس، وأماكن العبادة، الخ) وما فرص وقيود الاستفادة منها؟
- عند استخدام المباني الجماعية، وخاصة المدارس، كأماكن لإيواء النازحين، ما الجدول الزمني والإجراءات المتبعة لإعادة استخدامها لغرضها الأصلي؟

السكان المضيغون والتأثير البيئي

- ما عوامل القلق بشأن السكان المضيغين؟
- ما القيود التنظيمية والمادية المتعلقة باستيعاب الأشخاص النازحين ضمن السكان المضيغين أو المستوطنات المؤقتة؟
- ما عوامل القلق البيئية المتعلقة بتوريد مواد البناء محلياً؟
- ما عوامل القلق البيئية بشأن احتياجات الأشخاص النازحين من الوقود ومرافق الإصلاح والتخلص من النفايات ورعاية الحيوانات، من بين عدة أمور أخرى؟

الاحتياجات من اللوازم المنزلية

- ما اللوازم الضرورية غير الغذائية التي يحتاج إليها الأشخاص المتضررون؟
- هل يمكن الحصول على أي من اللوازم الضرورية غير الغذائية محلياً؟
- هل يمكن استخدام النقود أو قسائم الشراء؟
- هل سيتم الحصول على المساعدة التقنية لإكمال عملية توفير مستلزمات الدعم بالمأوى؟

الملابس والأفرشة

- ما أنواع الملابس والبطاطين والأفرشة التي يستخدمها عادة الرجال والنساء والأطفال والرضع والنساء الحوامل والمرضعات ذوي الإعاقة وكبار السن؟ هل هناك أي اعتبارات اجتماعية وثقافية بعينها؟
- كم عدد النساء والرجال من جميع الأعمار والأطفال والرضع الذين ليس لديهم ملابس أو بطاطين أو أفرشة ملائمة أو كافية لتوفير الحماية من الآثار السلبية للجو والحفاظ على صحتهم وكرامتهم ورفاههم؟
- ما المخاطر المحتملة على حياة الأشخاص المتضررين وسلامتهم وسلامتهم الشخصية إذا لم تلب احتياجاتهم من الملابس والبطاطين والأفرشة الملائمة؟
- ما إجراءات مكافحة نوافل الأمراض، خاصة توفير شباك صيد الناموس، والمطلوبة لضمان صحة ورفاه الأسر؟

الطهو وتناول الطعام، المواقف والوقود

- ما أدوات الطهي وتناول الطعام التي كانت الأسرة تستخدمها قبل الأزمة؟
- كم عدد الأسر التي لا يمكنها الحصول على أدوات طهي وتناول طعام كافية؟

- كيف كان الأشخاص المتضررون يطهون طعامهم ويدفئون مساكنهم عادة قبل حدوث الأزمة وأين كانوا يطهون؟
- ما نوع الوقود والتدفئة الذي كان يستخدم عادة قبل الأزمة ومن أين كان يتم الحصول عليه؟
- كم عدد الأسر التي لا يمكنها الحصول على موقد للطهي والتدفئة وما السبب؟
- كم عدد الأسر التي لا يمكنها الحصول على موارد وقود كافية من أجل الطهي والتدفئة؟
- ما فرص وقيود توريد اللوازم الكافية للوقود (وخاصة عوامل القلق البيئية) للمنضررين من الأزمة وجيابنهم من السكان؟
- ما تأثير توريد اللوازم الكافية من الوقود على المتضررين خاصة النساء من جميع الأعمار؟
- هل هناك أي مشكلات ثقافية تتعلق بالطهي وتناول الطعام ينبغيأخذها في الاعتبار؟

الأدوات والمعدات

- ما الأدوات الرئيسية المتوفرة للأسر لإصلاح، أو ترميم أو صيانة مأوى؟
- ما أنشطة دعم سبل العيش التي يمكنها الاستعانة بالأدوات الرئيسية لأعمال البناء والصيانة وإزالة الأنقاض؟
- ما أنشطة التدريب أو رفع الوعي التي ستمكن من الاستخدام الآمن للأدوات؟



ملحق 2

وصف سيناريوهات التوطين

تسمح سيناريوهات التوطين بإجراء تصنيف من المستوى الأول بشأن أين وكيف يعيش الأشخاص المتضررون. إن فهم الأزمة من خلال سيناريوهات التوطين المذكورة سيساعد عند تحديد استراتيجيات المساعدة. احصل على مزيد من التفاصيل لتوضيح التخطيط التفصيلي [انظر الملحق 3: خصائص أخرى لسيناريوهات التوطين](#).

أمثلة	الوصف	سيناريو التوطين	المجموعة السكانية
منازل، شقق، أرض	يملك الشاغل عقاره وأو أرضه (قد تكون الملكية رسمية أو غير رسمية) أو ملكية جزئية أو مشتركة	مسكن أو أرض يسكنها المالك	الأشخاص غير النازحين
	يسمح الإيجار للفرد أو الأسرة باستخدام المسكن أو الأرض لفترة محددة من الوقت بسعر معين، دون نقل الملكية، وفقاً لعقد مكتوب أو شفهي مع المالك الخاص أو العام	مسكن أو أرض مستأجرين	
منازل خالية، شقق، أرض فضاء	تشغل الأسرة العقار وأو الأرض دون تصريح واضح من المالك أو من ينوب عنه بشأن العقار	مسكن أو أرض مشغولة بصورة غير رسمية	
منازل، شقق، أرض ضمن مجموعة إسكانية قائمة بالفعل	يسمح الإيجار للفرد أو الأسرة باستخدام المسكن أو الأرض لفترة محددة من الوقت بسعر معين، دون نقل الملكية، وهو يعتمد على عقد مكتوب أو شفهي مع المالك الخاص أو العام. يمكن دفع القيمة الإيجارية فردياً أو مجتمعاً أو بواسطة إعانة حكومية أو المجتمع الإنساني.	تدابير الإيجار	الأشخاص النازحون المشتتون
منازل، شقق، أرض مشغولة بالفعل أو يتيحها السكان المضيفون	يتح السكان المضيفون المأوى للسكان النازحين أو للعائلات الغرديبة	تدابير الاستضافة	الأشخاص النازحون
المساكن الخالية، الشقق الخالية، الأراضي الشاغرة وجانب الطريق	تسكن العائلات النازحة تلقائياً في مكان ما دون اتفاق مع الأطراف المعنية (كالمالك والحكومة المحلية والمنظمات الإنسانية وأو السكان المضيفون)	تدابير تلقائية	

أمثلة	الوصف	سيناريو التوطين	المجموعة السكانية
المباني العامة ومراكز الإلقاء والاستقبال والعبور، والمباني المهجورة، ومجمعات الشركات والمباني غير المكتملة	منشأة أو مبنى قائم بالفعل تتحذه عدة عائلات كمأوى. توفر البنية التحتية والخدمات الرئيسية بصورة جماعية أو يُتاح الوصول إليها.	الإقامة الجماعية	المجتمعي
نُدار المستوطنات الرسمية من قبل الحكومة أو الأمم المتحدة أو المنظمات غير الحكومية أو المجتمع المدني. يمكن أن تتضمن مراكز للعبور أو الاستقبال أو مواقع للإلقاء.	مستوطنة مبنية لغرض محدد للأشخاص النازحين حيث يتم تحطيط وإدارة الموقع وتتوافق فيه البنية التحتية والمرافق والخدمات.	مستوطنة مخططة	
موقع ومستوطنات غير رسمية	تستقر العديد من الأسر بشكل عفوي وجماعي في مكان ما، مما يؤدي إلى إنشاء مستوطنة جديدة. ويمكن للأسر أو الجماعات إبرام اتفاقيات إيجارية مع مالك الأرض. غالباً ما يتم ذلك دون تدابير مسبقة مع الأطراف المعنيين (الملك أو الحكومة المحلية وأو السكان المضيفين). لا تكون الخدمات الأساسية بالموقع مخططاً لها منذ البداية.	مستوطنة غير مخططة	



ملحق 3

السمات الإضافية لسيناريوهات التوطين

يوضح هذا الجدول السمات الثانوية التي تعمل على توسيع سيناريوهات المستوطنة البشرية الموضحة في الملحق 2 وصف سيناريوهات التوطين. وينبغي أن يؤدي استخدامها لفهم الأزمة بمزيد من التفاصيل إلى توضيح عمليات التخطيط التفصيلية.

الفئة	أمثلة	ملاحظات
أنواع السكان النازحين	اللاجئون وطالبو اللجوء والنازحون داخلًياً واللاجئون العائدون والعائدون من النازحين داخلًياً وغيرهم من ينصبُ عليهم الاهتمام (على سبيل المثال، المهاجرون)	انظر دليل دعم الملف الإنساني (www.humanitarianresponse.info)
المتضاررون بشكل غير مباشر	السكان المتواجدون مسبقاً، السكان المضيغون	غالباً ما يتأثر السكان المضيغون بالسكان المضرررين بطريقة مباشرة، وذلك عن طريق مشاركة الخدمات المجتمعية على سبيل المثال كالمدارس أو العمل كعائالت مضيفة.
السياق الجغرافي	الحضري، شبه الحضري والريفي	شبه حضري: منطقة ما بين المناطق الحضرية والريفية المتولدة بوضوح
مستوى الضرر	بلا ضرر، ضرر جزئي، مدمرة بالكامل	ينبغي أن يوضح تصنيف مستوى الضرر ما إذا كان المنزل أو المأوى أمّا حيث يمكن شغله.
المدة/ المرحلة	قصيرة الأجل، متوسطة الأجل، طويلة الأجل، دائمة طوارئ، انتقالية، انتعاش، راسخة قوية	يختلف تعريف هذه المصطلحات وينبغي تحديده بحسب مستوى الاستجابة
أنظمة الحياة	قانونية، عرقية، دينية، مختلطة	التدابير غير الرسمية للأراضي أو المساكن هي تلك التي تتضمن تقسيمات فرعية غير منتظمة وغير مصرح بها ويدون وجه حق لأرض مملوكة قانونياً مع أشكال متنوعة من التدابير الإيجارية غير الرسمية. في بعض الحالات، قد تكون هناك أنواع مختلفة من الحياة على قطعة الأرض نفسها بحيث يمتلك كل طرف حقوقاً معينة.
أشكال حيازة المساكن	ملكية، حق انتفاع، إيجار، حيازة جماعية	
أشكال حيازة الأرض	خاصة، مجتمعية، جماعية، دخول حر، مملوكة للدولة/ ملكية عامة	

ملاحظات	أمثلة	النئمة
<p style="text-align: right;">⊕ انظر ملحق 4: خيارات المساعدة</p>	<p>خيام، ملاجئ مؤقتة، مأوى انتقالى، مأوى أساسى، منازل، شقق، مساحات مستأجرة داخل وحدة أكبر، مراائب، المنازل المتنقلة (الكرافانات)، حاويات</p>	أنواع المأوى
<p>مُدار بدون اعتراض من المالك وموثق عن طريق السلطات</p> <p>مُدار عن بعد أو بصورة متنقلة: في الحالات التي يدبر فيها فريق ما عدد من المواقع</p> <p>مُدار ذاتياً: بواسطة هيكل قيادة مجتمعي أو لجان داخلية</p>	<p>مُدار، مُدار عن بعد أو بصورة متنقلة، مُدار ذاتياً، بلا إدارة</p>	إدارة الموقع



4 ملحق

خيارات المساعدة

مجموعة من خيارات المساعدة ذات السياق المحدد التي يمكن جمعها معاً لتلبية احتياجات المتضررين. يجب النظر في مزايا وعيوب كل خيار منها ووضع البرنامج الأكثر ملائمة.

ملحوظة: يختلف اختيار الموصفات وتعريفها بحسب السياق ويجب أن يتماشى مع التوجيهات ذات الصلة.
توضع موصفات إضافية حسب الحاجة لسياق محدد.

الوصف	الخيار المساعدة
⊕ انظر معيار المأوى البشرية والمستوطنة رقم 4: اللوازم المنزلية	اللوازم المنزلية
مواد وأدوات وتجهيزات البناء الضرورية لخلق أو تحسين مساحة المعيشة، يجب النظر فيما إذا كانت سُوفَّ مواد معمارية كالألبسة والأوتاد أو إذا كان يمكن للعائلات توفيرها. ويجب مراعاة الحاجة لمزيد من التعليمات أو التعزيرات أو التعليم أو رفع الوعي	أدوات المأوى
أدوات البناء الضرورية والأجهزة الضرورية لخلق أو تحسين مساحة المعيشة أو المستوطنة.	رزمة أدوات المأوى
مأوى محمولة مصنعة مسبقاً ذات غطاء وهيكلاً.	الخيام
يجب إعادة المتضررين الذين يختارون العودة إلى المنشأ أو الانتقال إلى موقع جديد. يمكن أن تتضمن هذه الإعانة مجموعة كبيرة من الخدمات كتوفير الاعتقالات وأجرة أو قيام المواصلات أو مواد، مثل الأدوات والمأوى الخام ومخزون البذور.	دعم العودة والعبور
يصف الإصلاح تميم المبني بسبب الأضرار أو الضرر الذي لحق به لإعادته لحالة عمل جيدة حيث يفي بالمعايير والموصفات المطلوبة. إذا تضررت المباني لأضرار قليلة، فمن الممكن إصلاحها بدون أي تعديلات رئيسية كبيرة، بالنسبة للأفراد النازحين، قد يكون من الضروري إصلاح المراكز الجماعية أو ترقية المباني الموجودة بالفعل كالمدارس لتصبح مأوى جماعي.	الإصلاحات
يتضمن تعديل المباني تقوية و/أو تعديل النظام الإنثاثي لهيكل المبنى. الهدف هو جعل المبني مقاوماً أكثر للأخطار المستقبلية عن طريق تبييت بعض خصائص الأمان. وقد تحتاج المباني التي تضررت بسبب الأزمة إلى تعديل، بالإضافة إلى إصلاح. بالنسبة للأشخاص النازحين، قد يكون من الضروري تعديل منازل العائلات المضيفة إذا كانت معرضة للخطر.	التعديل
غالباً ما يمكث الأشخاص غير القادرين على العودة لمنازلهم الأصلية لدى عائلة أو أصدقاء أو مجتمعات لها روابط تاريخية أو دينية أو أي روابط أخرى مشتركة. تتضمن إعانة المضيفيكي يستمر في إيواء المتضررين دعم توسيع أو تكيف مأوى أسرة مضيفة قائم فعلياً أو دعم مالي أو مادي للتکاليف الجارية.	مساعدة المضيف
مساعدة تُمنح للأسر المتضررة لاستئجار مسكن وأرض وقد تتضمن إسهامات مالية أو دعم للحصول على اتفاق أو مشورة نزية بشأن معايير العقار. وبعد الإيجار تفقة مستمرة وبالتالي توضع خطة لاستراتيجيات الخروج وتعزيز الابقاء الذاتي أو الارتباط بأنشطة معيشية في وقت مبكر ⊕ انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة والمعيار 6: ضمان الجيارة. (ملاحظة: يمكن للمساعدة الإيجارية أن تضخ النقد للسكان المضيفين أو من الممكن أن تستنفذ السوق فتتسبب في التضخم)	مساعدة إيجارية
حلول قصيرة الأجل بالنسبة للمأوى وتكون قابلة للإزالة مجرد عرض المرحلة التالية للحل الخاص بالمأوى. وعادة ما تُبنى بتكلفة محدودة.	مأوى مؤقتة

<p>ماً سريعة مصممة بواسطة مواد وتقنيات مخصصة حيث يمكن تحويلها إلى هيكل دائم. يجب أن يكون هذا المأوى قابلاً للتحسين وإعادة الاستخدام وإعادة البيع أو النقل من موقع مؤقت إلى موقع دائم.</p>	ماً انتقالية
<p>وحدات إسكان مخططة ومصممة ومبنية تكون في النهاية جزءاً من مسكن دائم ولكنها غير مكملة له، يسخن المسكن الرئيسي للأسرة بإجراء عمليات توسيع مستقبلية بواسطة الطرق والموارد الخاصة بها. الهدف من ذلك هو خلق مساحة معيشة آمنة وكافية تكون من غرفة أو غرفتين معاً مع مرفق مياه والإصلاح والوازد المنزلية الضرورية انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة والمعيار 4: الوازد المنزلية.</p>	المسكن الرئيسي
<p>هدم الهياكل غير القابلة للإصلاح وإعادة بنائها.</p>	إعادة الإعمار/ إعادة البناء
<p>تقدم مراكز المعلومات النصائح والإرشاد للمتضاربين. يمكن للمعلومات المقدمة عبر المراكز المحلية أن توضح الحق في الحصول على إعانة مشورة والحق في الحصول على أرض أو على تعويض أو إعانة تقنية أو الحق في العودة أو الاندماج أو إعادة التوطين وقنوات توفير التغذية الراجعة، وطرق لطلب الإصلاح بما في ذلك المساعدة التحكيمية والقانونية.</p>	مراكز المعلومات
<p>يساعد تقديم المعرفة والخبرة القانونية والإدارية الأشخاص المتضاربين على معرفة حقوقهم وتلقي الدعم الإداري الذي يحتاجون إليه مجاناً أو بتكلفة مخفضة. يجب إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الفئات المستضعفة.</p>	الخبرة القانونية والإدارية
<p>تضمن إعانة ضمان حقوق شغل المسكن وأو الأرض للمتضاربين الحماية القانونية ضد الإخلاء القسري والمضائق والتهديدات الأخرى انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 6: ضمان الحياة.</p>	ضمان الحياة
<p>تستخدم إعانة تخطيط البنية التحتية والمستوطنة لتحسين خدمات المجتمع ودعم حلول تخطيط البنية التحتية والمستوطنة الانتقالية المستدامة. ويمكن تقسيم إعانة تخطيط البنية التحتية والمستوطنة إلى فئتين: تلك التي تُنسّق في المقام الأول عبر قطاع المأوى وتلك التي تُنسّقها قطاعات أخرى.</p>	تخطيط البنية التحتية والمستوطنة
<p>يمكن استخدام المباني القائمة فعلياً كمراكز جماعية أو مراكز إخلاء أو تكون بمثابة مأوى سريع. وقد تتضمن المدارس أو المباني المجتمعية أو الملاعب المغطاة أو المنشآت الدينية أو العقارات الشاغرة. قد تحتاج هذه العقارات إلى تهيئة أو تحسين من أجل السكن بها انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 3: مساحة المعيشة. عند استخدام مباني المدارس لاستيعاب الأشخاص المتضاربين بسبب الأزمات، ينبغي تحديد الهياكل البديلة واستخدامها على الفور لتتمكن مواصلة الدراسة بالمدارس انظر إرشادات المركز الجماعي و دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارىء.</p>	إعانة الإقامة الجماعية
<p>انظر: إرشادات المركز الجماعي</p>	إدارة المستوطنات والمراكيز الجماعية
<p>تساعد إزالة الأنقاض في تحسين السلامة العامة والوصول للأشخاص المتضاربين. ينبغي النظر للتأثير البيئي أيضًا انظر معياري المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2 و 7 . التعامل مع الملوث والتعرف عليهم بشكل ملائم انظر معياري الصحة 1.1 وإمداد المياه والإصلاح والنظافة 6.</p>	إزالة الأنقاض وإدارة شؤون الملوث
<p>إعادة التأهيل أو إنشاء البنية التحتية كالإمداد بالماء والإصلاح والنظافة، الطرق وتصريف المياه، والجسور والكهرباء. انظر فصل إمداد المياه والإصلاح والنظافة للإرشاد، ومعيار المأوى والمستوطنة البشرية 2: الموقع وتحطيم المستوطنات.</p>	إعادة تأهيل و/أو تركيب البنية التحتية المشتركة



<p>التعليم: المدارس، مساحات صديقة للطفل، أماكن لعب آمنة انظر دليل الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالة الطوارىء</p> <p>الخدمة الصحية: المراكز الصحية والمستشفيات انظر معيار الأنظمة الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية، الأمان: مراكز الشرطة أو هيابك المراقبة المجتمعية،</p> <p>أنشطة جماعية: أماكن اجتماع لاتخاذ القرارات، ترقية وعبادة، تخزين الوقود، منشآت الطهي والتخلص من النفايات الصلبة،</p> <p>أنشطة اقتصادية: أسواق، أرض ومساحات خالية للماشية، ومساحات لسبل العيش والعمل.</p>	<p>إعادة تأهيل و/أو إنشاء المرافق المجتمعية</p>
<p>عند إعادة تخطيط المناطق السكنية بعد حدوث أزمة، تشارك السلطات المحلية والمخططون الحضريون معاً كي يُنجزم بلوائح أصحاب المصلحة كافةً واهتماماتهم المشتركة انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 2: تخطيط الموقع والمستوطنة البشرية.</p>	<p>تخطيط وتقييم حضري/ قروي</p>
<p>إعادة التوطين هي عملية تتضمن إعادة بناء مسكن عائلي أو مجتمعي والأصول والبنية التحتية العامة في موقع مختلف.</p>	<p>إعادة التوطين</p>

ملحق 5

خيارات التنفيذ

تؤثر طريقة توصيل المساعدات على جودة وتقدير ونطاق التوصيل والتكلفة. تُحدد خيارات التنفيذ بناءً على فهم الأسواق المحلية بما في ذلك أسواق البضائع والعمالة والإيجارات لدعم التعافي الاقتصادي [انظر](#) تقديم المساعدة عبر الأسواق. ويجب الأخذ في الاعتبار تأثير خيارات التنفيذ المختارة على درجة المشاركة والإحساس بالملكية والдинاميات الجنسانية والتomasك الاجتماعي وفرص كسب العيش.

الوصف	خيار التنفيذ
تعد المساعدة التقنية جزءاً لا يتجزأ من عمليات توفير المأوى والمستوطنات، يُعَصَّ الناظر عن المساعدة انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 5: المساعدة التقنية.	المجتمع التقنية وضمان الجودة
<p>من خلال الدعم المالي، يمكن للأسر والمجتمعات الوصول للبضائع أو الخدمات أو تلبية احتياجاتهم المتعلقة بالمأوى والمستوطنة. تبعاً لخطورة وتعقيد المهمة، يمكن الدعم المالي المساعدة التقنية وبناء القدرات. وتتضمن التحويلات القائمة على السوق الخيارات التالية:</p> <p>التحويل النقدي المشروط: يكون مفيداً حين يكون من الضروري الوفاء بشروط محددة، على سبيل المثال، نظام الشراحت.</p> <p>نقود أو قسائم مقيدة: يكون مفيداً لبضائع تعينها أو عند إشراك البالغة.</p> <p>غير مشروط أو غير مقيد أو متعدد الأغراض.</p> <p>الوصول للخدمات المالية مثل مجموعات التوفير والقرض الصغير والتأمين والضمادات.</p> <p>انظر تقديم المساعدات عبر الأسواق.</p>	الدعم المالي،
<p>يعد شراء اللوازم والمواد وتوزيعها توزيعاً مباشراً على الأسر المتضررة خيالاً حين لا تكون الأسواق المحلية قادرة على توفيرها لهم بالجودة والكمية الملائمة أو في الوقت المناسب.</p> <p>انظر تقديم المساعدات عبر الأسواق</p>	معونات المواد العينية
<p>تفويض العمالة والتعاقد معها لتحقيق أهداف المأوى والمستوطنات عبر نماذج يقودها المالك أو المقاول أو الوكالة انظر معيار المأوى والمستوطنة البشرية رقم 5: المساعدة التقنية.</p>	تفويض العمالة وال التعاقد
<p>يوفر تعزيز المهارات والتدريب فرضاً لأصحاب المصلحة لزيادة قدرتهم على الاستجابة، فردياً وجماعياً، وكذلك التفاعل معاً ومعاجلة التحديات والأدوات المشتركة مثل تطوير وتنفيذ معايير وقواعد البناء انظر معيار المأوى والمستوطنة رقم 5: المساعدة التقنية.</p> <p>ينبغي أن يسمح بناء القدرات الناجح للخبراء بالتركيز على الأنشطة الإشرافية التي يضطلع بها أصحاب المصلحة المحليون وتقدم مساعدتهم لعدد أكبر من الأشخاص الذين يتلقون المساعدة.</p>	بناء القدرات

لجدول بخيارات المساعدة والتطبيق الممكنة والتي لها صلة بسيناريو التوطين، برجه زيارة الموقع التالي:
www.spherestandards.org/handbook/online-resources



ملحق 6

خيارات المساعدة والتنفيذ المحتملة المتصلة بسيناريوهات المستوطنات البشرية

		النازحون		غير النازحين		سيناريو التطبيقات	
		المتضررون		الجماعي			
		المتضررون بصورة غير مباشرة	مستوطنة غير مخطفة	الإقليمية الجماعية	تدابير الاستثنائية	تدابير الإيجار	مسكن أو أرض أرض مشغولة غير رسمية
		X	X	X	X	X	مسكن أو أرض يسكناها المالك
		X	X	X	X	X	الوازرة المثلية
		X	X	X	X	X	أدوات المأوى
		X	X	X	X	X	رزمة أدوات المأوى
		X	X	X	X	X	الختام
		X	X	X	X	X	دحر العودة والعبور
		X	X	X	X	X	الإصلاحات
		X	X	X	X	X	التعديل
		X	X	X	X	X	مساعدة المضي
		X	X	X	X	X	مساعدة إيجارية
		X	X	X	X	X	ما هو موقته
		X	X	X	X	X	ما هو التقليد
		X	X	X	X	X	السكن الرئيسي
		X	X	X	X	X	[إعادة الإعمار إعادة البناء]



بيان التأثير		التأثيرات		بيان التأثير		بيان التأثير		بيان التأثير		بيان التأثير	
المجتمع		المشتبون		غير التأثيريين		غير التأثيريين		غير التأثيريين		غير التأثيريين	
				مراكز المعلومات	نطاق المستوطنة	مراكز المعلومات	الجودة الفاقدية والإدارية	مراكز المعلومات	الجودة الفاقدية والإدارية	مراكز المعلومات	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	ضمان الجودة	X	ضمان الجودة	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	تخطيط المستوطنة	X	تخطيط المستوطنة	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	تخطيط وتنقية حضري/ قروي	X	تخطيط وتنقية حضري/ قروي	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	إعادة الاقامة الصناعية	X	إعادة الاقامة الصناعية	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	ادارة المستوطنات والمناطق الحضرية	X	ادارة المستوطنات والمناطق الحضرية	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	إزالة الأنقاض وإدارة شئون الموقت	X	إزالة الأنقاض وإدارة شئون الموقت	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	إعادة تأهيل وإزالة كثيف البنية السكانية المستدامة	X	إعادة تأهيل وإزالة كثيف البنية السكانية المستدامة	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	إعادة تأهيل وإنشاء المرافق المجتمعية	X	إعادة تأهيل وإنشاء المرافق المجتمعية	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	تخطيط وتنقية حضري/ قروي	X	تخطيط وتنقية حضري/ قروي	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	إعادة التوطين	X	إعادة التوطين	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	المساعدة التقنية وضمان الجودة	X	المساعدة التقنية وضمان الجودة	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	الدعم المالي،	X	الدعم المالي،	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	معروبات المواد العينية	X	معروبات المواد العينية	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	توقيض العمالة والتعاقد	X	توقيض العمالة والتعاقد	X	بيان التأثير
	X	X	X	X	X	X	بناء القرارات.	X	بناء القرارات.	X	بيان التأثير

المراجع ومزيد من المطالعات

الصكوك القانونية الدولية

Article 25 Universal Declaration of Human Rights. Archive of the International Council on Human Rights Policy, 1948.

www.claiminghumanrights.org/udhr_article_25.html

Guiding Principles on Internal Displacement. OCHA, 1998.

www.internal-displacement.org/library/publications/1998/ocha-guiding-principles-on-internal-displacement/

Pinheiro, P. *Principles on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons.* OHCHR, 2005.

www.unhcr.org/protection/idps/50f94d849/principles-housing-property-restitution-refugees-displaced-persons-pinheiro.html

General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11.1 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1991.

www.refworld.org/docid/47a7079a1.html

General Comment 7: The right to adequate housing (Art. 11.1 of the Covenant): forced evictions. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 1997.

www.escri-net.org/resources/general-comment-7

Refugee Convention. UNHCR, 1951. www.unhcr.org/1951-refugee-convention.html

أمور عامة

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, 2018. www.refworld.org/docid/5a844bda16.html

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

www.cashlearning.org/resources/library/351-minimum-standard-for-market-analysis-misma

Camp Closure Guidelines. Global CCCM Cluster, 2014.

www.globalcccmcluster.org/system/files/publications/Camp_Closure_Guidelines.pdf

Child Protection Minimum Standards (CPMS). Global Child Protection Working Group, 2010.

<http://cpwg.net/minimum-standards/>

Minimum Standards for Education: Preparedness, Recovery and Response. The Inter-Agency Network for Education in Emergencies [INEE], 2010. www.ineesite.org/en/minimum-standards

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.

<https://www.livestock-emergency.net/download-legs/>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). SEEP Network, 2017.

<https://seepnetwork.org/MERS>

Post-Disaster Settlement Planning Guidelines. IFRC, 2012.

www.ifrc.org/PageFiles/71111/PostDisaster_Settlement_Guidelines.pdf

Emergency Handbook, 4th Edition. UNHCR, 2015. emergency.unhcr.org/

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UNOCHA, 2014.

[https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf](http://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf)

UN-CMCord Field Handbook. UN OCHA, 2015.

[https://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCord/publications](http://www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/UN-CMCord/publications)

سيناريوهات المستوطنة

Humanitarian Profile Support Guidance. IASC Information Management Working Group, 2016.

www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space/document/humanitarian-profile-support-guidance

Shelter after Disaster. Shelter Centre, 2010.

<http://shelterprojects.org/files/SC-OCHA-DfID-shelter-after-disaster-2010.pdf>

مستوطنة مجتمعية مؤقتة

Collective Centre Guidelines. UNHCR and IOM, 2010.

[https://www.globalccmcluster.org/system/files/publications/doc18990-contenido.pdf](http://www.globalccmcluster.org/system/files/publications/doc18990-contenido.pdf)

نقد، قياسات، تقييمات/عجز السوق

CaLP CBA quality toolbox. <http://pqtoolbox.cashlearning.org>

All Under One Roof: Disability-inclusive Shelter and Settlements in Emergencies. IFRC, 2015.

www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/All-under-one-roof_EN.pdf

الجنس والعنف القائم على الجنس

IASC Gender Handbook for Humanitarian Action. IASC, 2017.

[https://reliefweb.int/report/world/iasc-gender-handbook-humanitarian-action-2017](http://reliefweb.int/report/world/iasc-gender-handbook-humanitarian-action-2017)

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Inter-

Agency Standing Committee (IASC), 2015. Part 3, section 11: Shelter, Settlement and Recovery.
<https://gbvguidelines.org/en/home/>

Security of Tenure in Humanitarian Shelter Operations. NRC and IFRC, 2014.

www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/201406/NRC%20IFRC%20Security%20of%20Tenure.pdf

حماية الطفل

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, Global Protection Cluster, 2012.

<http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/203/2014//CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf>

المدارس والمباني العامة

Guidance Notes on Safer School Construction (INEE Toolkit). INEE, 2009.

http://toolkit.ineesite.org/guidance_notes_on_safer_school_construction

السياق الحضري

Rapid Tenure Assessment Guidelines for Post-Disaster Response Planning. IFRC, 2015.

www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/Shelter/Rapid-Tenure-Assessment-Guidelines_EN.pdf

Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses. IDMC, 2015.

www.internal-displacement.org/library/publications/2015/urban-informal-settlers-displaced-by-disasters-challenges-to-housing-responses/

Urban Shelter Guidelines. NRC, Shelter Centre, 2010.

http://shelterprojects.org/files/NRC-urban-shelterguidelines_2310-11-_compressed.pdf

ضمان الحياة

Securing Tenure in Shelter Operations: Guidance for Humanitarian Response. NRC, 2016.

https://www.sheltercluster.org/sites/default/files/docs/nrc_shelter_tenure_guidance_external.pdf

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 25 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2014.

www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/Documents.aspx

The Right to Adequate Housing, Fact Sheet 21 (Rev.1). OHCHR and UN Habitat, 2015.

www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/Documents.aspx

Payne, G. Durand-Lasserve, A. *Holding On: Security of Tenure – Types, Policies, Practices and Challenges.* 2012.

www.ohchr.org/Documents/Issues/Housing/SecurityTenure/Payne-Durand-Lasserve-BackgroundPaper-JAN2013.pdf

Land Rights and Shelter: The Due Diligence Standard. Shelter Cluster, 2013.

www.sheltercluster.org/sites/default/files/docs/2013-December-Due%20diligence%20in%20shelter-A4.pdf

مزيد من المطالعات

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

الصحة





المعيار
الإنساني
الأساسي

مبادئ
الحماية



الصحة

الرعاية الصحية الأساسية

النظم الصحية	الالمعيار تقديم الخدمة الصحية	الالمعيار القوى العاملة الصحية	الالمعيار الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية	الالمعيار تمويل الصحة	الالمعيار المعلومات الصحية
الرعاية التطيفية	المعيار الرعاية التطيفية	المعيار الرعاية غير المعدية	المعيار الرعاية العقلية	المعيار رعاية الإصابات والاصدمات	المعيار الرعاية الجنسية والإنجابية
7.2	المعيار المعيار الرعاية التطيفية	6.2	المعيار المعيار رعاية العقلية	4.2	المعيار المعيار الرعاية الإنجابية للام وتحديثي الولادة
					2.3.2 المعيار العنف الجنسى والتدبر السىرى لحالات الاغتصاب
					2.2.2 المعيار التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال
					2.1.2 المعيار المراقبة وتشخيص التشفى والاستجابة المبكرة
					3.1.2 المعيار التشخيص وادارة الحالات
					4.1.2 المعيار التأهيل والاستجابة للنفسى
					5.1 المعيار المعلومات الصحية

الملحق 1 قوائم تحقق التقييمات الصحية

الملحق 2 نماذج تقرير المراقبة الأسيوية للعينة

الملحق 3 صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية

الملحق 4 التسليم

المحتويات

272.....	المبادئ الأساسية في الصحة
276.....	1 النظم الصحية.....
288.....	2 الرعاية الصحية الأساسية.....
288.....	2.1 الأمراض المعدية.....
297.....	2.2 صحة الطفل.....
302.....	3.2 الصحة الجنسية والإنجابية.....
309.....	4.2 رعاية الإصابات والصدمات.....
312.....	5.2 الصحة العقلية.....
316.....	6.2 الأمراض غير المعدية.....
319.....	7.2 الرعاية التلطيفية.....
322.....	الملحق 1 قوائم تحقق التقييمات الصحية.....
324.....	الملحق 2 نماذج تقرير المراقبة الأسبوعية للعينة.....
329.....	الملحق 3 صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية.....
331.....	الملحق 4 التسمم.....
333.....	المراجع ومزيد من المطالعات.....



المبادئ الأساسية في الصحة

لكل فرد الحق في الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب

تتمثل المعايير الدنيا التي أقرها دليل اسفير للرعاية الصحية تعبيراً عملياً عن الحق في رعاية صحية في السياقات الإنسانية. وترتजز المعايير على المعتقدات والمبادئ والواجبات والحقوق المنصوص عليها في الميثاق الإنساني. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحياة بكلمة والحق في الحماية والأمن والحق في تلقى المساعدة الإنسانية حسب الحاجة.

للاطلاع على قائمة بالوثائق القانونية ووثائق السياسات الرئيسية التي تتمحور حول الميثاق الإنساني، بما يشمل التعليقات التوضيحية الموجهة للعاملين في المجال الإنساني [\(+ انظر الملحق 1: الأساس القانوني لاسفير\)](#)

هدف الرعاية الصحية في الأزمات هو الحد من الاعتلال والوفيات الزائدة

تؤثر الأزمات الإنسانية تأثيراً كبيراً على صحة الأشخاص المتضررين ورفاهيتهم. وبعد الحصول على الرعاية الصحية المنقذة للأرواح أمراً حاسماً في المراحل الأولى من الحالة الطارئة. قد تشمل الرعاية الصحية أيضاً الإرشاد الصحي والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية التلطيفية في أي مرحلة من مراحل الاستجابة.

قد يكون تأثير الأزمة على الصحة العامة مباشراً (الإصابة أو الوفاة الناتجة عن الأزمة نفسها) أو غير مباشر (تغير في ظروف المعيشة أو النزوح القسري أو انعدام الحماية القانونية أو الحد من الحصول على الرعاية الصحية).

إن الانتظاظ والمأوى غير الملائم وضعف الإصلاح وعدم كفاية المياه من حيث الكيف والكم وانخفاض الأمن الغذائي جميعها عوامل تزيد من خطر سوء التغذية وتتشيّر الأمراض المعدية. كما قد تغزو عوامل الإجهاد المفرطة أيضاً الحالات المتعلقة بالصحة العقلية. وقد يؤدي تأكل آليات الدعم الاجتماعي ونظم المساعدة الذاتية إلى تبني آليات مواجهة سلبية كما قد ينخفض سلوك النساء المساعدة. ويمكن أن يؤدي انخفاض الوصول إلى الرعاية الصحية وتعطيل إمدادات الدّورة إلى الإخلال بعمليات العلاج الجارية، مثل الرعاية الصحية للأمهات ومرض نقص المناعة البشرية وحالات الصحة العقلية.

الهدف الأول للاستجابة الصحية أثناء الأزمات هو الوقاية من معدلات الاعتلال والوفيات الزائدة والحد منها. وسوف تتبادر أنماط الوفيات والاعتلال، ومن ثم احتياجات الرعاية الصحية، وفقاً لنوع كل أزمة ومداها.

من بين المؤشرات الأكثر فائدة فيما يتعلق برصد شدة الأزمة وتقييمها هي معدل الوفيات الخام (CMR) والمؤشر الأكثر حساسية وهو معدل الوفيات الخام في العمر دون الخامسة. تشير حالة مضاعفة خط أساس معدل الوفيات الخام أو معدل الوفيات الخام في عمر دون الخامسة أو ما يزيد عنها إلى حالة طوارئ صحية عامة كبيرة وتطلب استجابة فورية [\(+ انظر الملحق 3: صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية\).](#)

في حالة غياب خط أساس معروف، تشكل الصيغ التالية عنبة الطوارئ:

- معدل الوفيات الخام <10,000 يومياً

- معدل الوفيات الخام في عمر دون الخامسة <2/10000 يومياً

يجب تقرير عنبات الطوارئ على الصعيد القطري. وفي حالة تجاوز معدل الوفيات الخام في عمر دون الخامسة لعنفات الطوارئ بالفعل، فسوف يكون من غير الأخلاقي انتظار مضاعفته.

دعم النظم الصحية القائمة وتطويرها

سوف يحقق نهج النظم الصحية تدريجياً الحق في الصحة خلال الأزمة والتعافي؛ لذا من المهم الأخذ في الاعتبار كيفية دعم النظم القائمة. وسوف يؤدي التعاقد مع موظفين (محليين ودوليين) إلى آثار قصيرة وطويلة

الأجل على النظم الصحية الوطنية، كما يمكن أن تؤدي عمليات التدخل الصحية جيدة التخطيط بعد إجراء التحليل إلى تعزيز النظم الصحية القائمة وقدرتها على التعافي في المستقبل وتطورها.

في المرحلة الأولى من الأزمة، أعط الأولوية إلى التقييمات الصحية الموجهة و التقييمات السريعة متعددة القطاعات. ويجب ألا يعيق نقص المعلومات والمناطق التي يصعب الوصول إليها من اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة العامة في الوقت المناسب. أجر تقييمات أكثر شمولًا في أقرب وقت ممكن.

تحتاج تخطيـة الحضـرية إـلـى نـهج مـخـتلف لـلاستـجابـات الصـحـية

يجب أن تأخذ الاستجابات الحضرية في اعتبارها الكثافة السكانية وسياسات الهيئة الإنسانية والهيكل الاجتماعي والخدمات الاجتماعية القائمة، ويفرض تحديد السكان المعرضين للخطر أو غير الممتنعين بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية تدريجياً. وقد يتجاوز حجم الحاجة ما يمكن تقديمها بشكل سريع. كما يندر أن يعرف ملتمسي اللجوء في البلدات والمدن الخدمات الصحية القائمة أو كيفية الوصول إليها، مما يرفع من خطر زيادة الأمراض المعديـة. سوف تساعد التوعية الناس على التكيف مع أوجه الإجهاد الحضـرـيـة الجديدة على شـاـكـلـ عدم كـافـيـةـ الحصول على المأوى أو الطعام أو الرعاية الصحية أو الوظائف أو شبكات الدعم الاجتماعي.

تنتشر الشائعـاتـ والمـعـلومـاتـ المـغـلوـطـةـ سـرـيـعاـ فيـ المـدنـ. استـخدـمـ التـكـنـوـلـوـجـياـ لـتـقـيـفـ مـعـلومـاتـ دـقـيقـةـ وـفـورـةـ حولـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ وـالـخـدـمـاتـ. وـفـيـ الـغـالـبـ ماـ يـكـونـ مـقـدـمـوـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ عـلـىـ الـمـسـتـوـيـ الثـانـيـ وـالـثـالـثـ أـنـشـطـ فـيـ الـمـدـنـ، وـمـنـ ثـمـ عـزـزـ قـدـرـةـ هـؤـلـاءـ الـمـزـوـدـيـنـ عـلـىـ تـقـدـيمـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ الـأـوـلـيـةـ، وـأـشـرـكـهـمـ فـيـ أـنـظـمـةـ الـإـنـذـارـ الـبـكـرـ وـالـاسـتـجـابـةـ لـلـأـمـرـاـضـ الـمـعـدـيـةـ وـعـزـزـ مـنـ قـدـرـهـمـ عـلـىـ تـقـدـيمـ خـدـمـاتـهـمـ الـمـتـخـصـصـةـ الـمـعـتـادـةـ.

يبـغـيـ أـلـاـ تـطـبـقـ هـذـهـ الـمـعـايـيرـ الـدـيـنـاـ بـمـعـزلـ عـنـ الـمـعـايـيرـ الـأـخـرىـ

تعكس المعايير الدينـاـ فيـ هـذـاـ الفـصـلـ الـمـحـتـوىـ الـأـسـاسـيـ لـلـحـقـ فيـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ الـمـلـائـمـةـ وـالـمـسـاـهـمـةـ فـيـ تـحـقـيقـ هـذـاـ حـقـ تـدـرـيـجـاـ عـلـىـ مـسـتـوـيـ الـعـالـمـ. وـيـرـتـبـ هـذـاـ حـقـ بـحـقـوقـ الـحـصـولـ عـلـىـ الـمـاهـيـةـ وـالـإـصـاحـاحـ وـالـغـذـاءـ وـالـمـأـوىـ. كـماـ يـؤـثـرـ تـقـيـفـ مـعـايـيرـ اـسـفـيرـ الـدـيـنـاـ فـيـ مـجـالـ وـاحـدـ عـلـىـ التـقـدـمـ فـيـ مـجـالـاتـ أـخـرىـ. نـسـقـ بشـكـلـ وـثـيقـ مـعـ الـقـطـاعـاتـ الـأـخـرىـ وـتـعـاوـنـ مـعـهـاـ.

نسـقـ معـ السـلـطـاتـ الـمـلـيـلـةـ وـوـكـالـاتـ الـاستـجـابـةـ الـأـخـرـىـ لـضـمانـ تـلـيـةـ الـاـحـتـيـاجـاتـ وـعـدـ تـكرـارـ الـجهـودـ وـلـلـوـصـولـ بـجـودـةـ الـاسـتـجـابـةـ لـلـرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ لـلـحـدـ الـأـمـلـ. كـماـ يـعـدـ التـنـسـيقـ بـيـنـ جـهـاتـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ هـامـاـ هـامـاـ لـتـلـيـةـ الـاـحـتـيـاجـاتـ دونـ تـحـيزـ وـلـلـتـأـكـدـ مـنـ تـمـعـنـ الـأـخـسـخـاـنـ الـذـيـنـ يـصـعـبـ الـوصـولـ إـلـيـهـمـ أوـ الـمـعـرـضـوـنـ لـلـخـطـرـ أوـ الـمـهـمـشـوـنـ بـيـامـكـانـيـةـ الـوـصـولـ لـلـرـعاـيـةـ. تـشـيرـ الـإـحـالـاتـ الـمـرـجـعـيـةـ عـبـرـ الدـلـلـ إـلـىـ بـعـضـ الـروـابـطـ الـمـحـتمـلـةـ.

عـنـدـمـاـ تـكـونـ الـمـعـايـيرـ الـو~طنـيـةـ أـقـلـ مـنـ مـعـايـيرـ اـسـفـيرـ الـدـيـنـاـ، فـعـاـنـوـنـ مـعـ الـحـكـومـةـ مـنـ أـجـلـ رـفعـهـاـ تـدـرـيـجـاـ.

يـجـبـ تـقـرـيرـ تـحدـيدـ الـأـوـلـيـاتـ عـلـىـ أـسـاسـ الـمـعـلـومـاتـ السـلـيـمـةـ الـتـيـ تـمـ مـشـارـكـتـهـاـ بـيـنـ الـقـطـاعـاتـ وـالـتـيـ تـمـ مـراجـعـتـهـاـ مـعـ تـطـورـ الـوـضـعـ.

يـحـميـ الـقـانـونـ الـدـولـيـ الـحـقـ فيـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ عـلـىـ وـجـهـ التـحـدـيدـ

يـجـبـ تـقـرـيرـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ دـوـنـ تـميـزـ، وـيـجـبـ أـنـ تـكـوـنـ فـيـ الـمـتـنـاـوـلـ؛ وـيـعـنـيـ ذـلـكـ تـوـفـرـهـاـ وـمـقـبـوليـتـهـاـ وـأـنـ تـكـوـنـ مـيـسـوـرـةـ التـكـلـفـةـ وـذـاتـ جـوـدـةـ حـسـنـةـ. إـنـ الـدـوـلـ مـلـزـمـةـ بـضـمـانـ هـذـهـ الـحـقـوقـ خـلـالـ الـأـرـمـاتـ  انظر الملحق 1: الأساس القانوني لاسفير.

يمـكـنـ ضـمـانـ الـحـقـ فيـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ إـلـاـ إـذـاـ:

- تـمـعـنـ الـسـكـانـ بـالـحـمـاـيـةـ;
- تـمـعـنـ الـمـهـنـيـنـ الـمـسـؤـلـيـنـ عـنـ الـنـظـامـ الصـحـيـ بـالـتـدـرـيـبـ الـجـيدـ وـالـتـزـامـهـ بـالـمـبـادـيـاتـ الـأـخـلـاقـيـةـ;
- العـالـمـيـةـ وـالـمـعـايـيرـ الـمـهـنـيـةـ;

- تلبية النظام الصحي للحد الأدنى من المعايير؛
- قدرة الدولة ورغبتها في تهيئة ظروف آمنة ومستقرة والحفاظ عليها بحيث يتم توفير الرعاية الصحية من خالها.

تعد الهجمات والتهديدات والعرقلات العنيفة الأخرى التي تواجهه موظفي الرعاية الصحية ومنشآتها وعمليات النقل الطبي انتهاكاً للقانون الدولي الإنساني. وتتبع هذه الحماية من الالتزامات الأساسية باحترام المصابين والممرض وحمياتهم.

يجب أن تتضمن المنظمات الإنسانية في اعتبارها ويحرص طبيعة أي تهديدات وكيفية التصدي لها. على سبيل المثال، قد يتم التعامل مع هجوم من جيش وطني بشكل مختلف عن تهديد من مجتمع محلی [انظر](#) الاعتبارات الخاصة لحماية الرعاية الصحية أدناه.

روابط الانتقال إلى مبادئ الحماية والمعيار الإنساني الأساسي

ينبغي على جهات الرعاية الصحية أن ترعى الجرح والمرض بطريقة إنسانية، وأن توفر رعاية غير متجردة دون تمييز على أساس الحاجة. ومن المهم ضمان السرية وحماية البيانات والخصوصية، من أجل حماية الأفراد من العنف والإساءة والمشكلات الأخرى.

يعد الطاقم الطبي هو أول المستجيبين في حالات العنف ضد الأفراد والعنف القائم على نوع الجنس وإهمال الأطفال. درب الطاقم على تحديد الحالات وإحالتها للرعاية الاجتماعية أو جهات الحماية باستخدام نظر سريعة للاتصال والإحالة. يمثل الأطفال المنفصلون أو غير المصحوبين مع ذويهم والمحتججون لرعاية صحية حرجة دون وجود موافقة من الوصي القانوني تحدياً خاصاً لمسألة الحماية. تشاور مع الطفل والسلطات المحلية المعنية إن أمكن. ويعد الحق في الحياة والرعاية الصحية أمراً أساسياً لتحقيق المصلحة المثلثي للطفل وقد يفوق الحق في الحصول على الموافقة. ويجب أن تراعي القرارات السياق والأعراف والمهارات الثقافية. يتطلب الإخلاء الطبي الدولي والإحالة وتحرك الأطفال غير المصحوبين مع ذويهم توثيقاً صارماً فضلاً عن إشراك خدمات الحماية والسلطات المحلية.

أصبحت هناك حاجة لتقديم الرعاية الصحية على نحو متزايد في البحر، بما في ذلك في المياه الدولية أو بمجرد إحضار الأفراد للشاطئ. وينتج عن هذا تحديات خاصة لمسألة الحماية وكذلك تعقيدات سياسة، وييتطلب تخطيطاً دقيقاً وكذلك تأهلاً وتحفيفاً لمخاطر الحماية.

قيم بعنائية التعاون المدني-ال العسكري، لاسيما في الصراعات. يمكن أن تكون الجهات العسكرية والمجموعات المسلحة جهات هامة لتقديم الرعاية الصحية، حتى للمدنيين. ويجوز للوكالات الإنسانية، وذلك كملاذ آخر، استخدام المقدرات العسكرية مثل دعم البنية التحتية لإعادة تهيئة إمدادات الطاقة للمنشآت الصحية أو استخدام المساعدة اللوجستية على شاكلة نقل المواد الصحية أو الإجلاء الطبي. وعلى الرغم من ذلك، ينبغي النظر في الاعتماد على الجهات العسكرية في سياق الحصول على الرعاية الطبية وتصورات الحيادية وعدم التحيز [انظر](#) الميثاق الإنساني والأوضاع المتعلقة بالقوات العسكرية المحلية أو الدولية في ما هو أسفير؟ عند تطبيق المعايير الدنيا ينبغي احترام جميع الالتزامات التسعة الواردة في المعيار الإنساني الأساسي. ويجب وضع آلية للتعقيبات خلال استجابات الرعاية الصحية [انظر](#) التزام المعيار الإنساني الأساسي 5.

اعتبارات خاصة لحماية الرعاية الصحية

يتطلب منع الهجمات على مرافق الرعاية الصحية وسيارات الإسعاف والعاملين في الرعاية الصحية بذل جهد متوازن على المستويات الدولية والقطبية والمجتمعية. وتختلف طبيعة التهديدات اختلافاً كبيراً تبعاً لسياقها وينبغي التعامل معها والإبلاغ عنها. ومن أجل حماية الرعاية الصحية، يجب على الجهات الصحية النظر في المسائل التالية أثناء عملهم وفي دعم وزارات الصحة والأطراف الأخرى المعنية.

يجب على الجهات الصحية تقديم أنفسها باعتبارها محايدة وغير متحيزة ويجب أن تعمل وفقاً لتلك المبادئ وذلك خلال جميع الحالات الطارئة - لاسيما أثناء النزاعات، حيث أن أطراف النزاع والمجتمع والممرض قد لا يدركون ذلك بشكل جيد.

اتبع المبادئ الإنسانية ووفر رعاية صحية غير متحيزة اعتماداً على الحاجة وحدها وذلك عند تقديم الخدمات الطبية الحرجة والمنقذة للحياة. واعتن بالمصابين والممرض دون تمييز واحرص على سلامة المرضى وحافظ على سرية المعلومات والبيانات الشخصية وذلك لتعزيز الحيادية.

يمكن أن يساعد قبول المجتمعات المحلية والمسؤولين وأطراف النزاع في حماية الرعاية الصحية، ويجب على الجهات الصحية أن تقوم بكل من تنقيف المحيطين بها والحفاظ على تصور الحياد وعدم التحيز. وسوف يؤثر إن معيار الرعاية في مرفق الرعاية الصحية وجودة خدماته وموقع مرفق الرعاية الصحية (مثل وقوعه قريباً من معسكر للجيش) سيؤثر أيضاً على هذه التصورات.

تطبق مرافق الرعاية الصحية سياسة «عدم حمل الأسلحة»، حيث تُترك الأسلحة خارج المرفق أو سيارة الإسعاف، حيث يعزز هذا البيئة المحايدة، ويمكن أن يمنع التوتر أو تصعيد النزاع داخل المرفق، ويمكن تحول المرفق لأن يكون هدفاً في حد ذاته.

اتخذ تدابير أمن فعالية لحماية المنشآة والطاقم من المخاطر. وفي نفس الوقت، افهم كيف يمكن أن تؤثر التدابير الأمنية على تصور الجمهور العام وقبوهم لمرفق الرعاية الصحية.

يجب أن تنظر المنظمات الإنسانية في المخاطر والمميزات المتعلقة بصورة خدماتهم وكيف يؤثر ذلك على ثقة المجتمع وقبوله لها. وقد يكون من الملائم الابتعاد عن الأنظار في بعض العمليات (على شاكلة عدم الترويج للأصول أو المواقع)، بينما قد يكون في بعضها الآخر من الأفضل عرض شعارات كبيرة على الأصول أو المواقع.



1. النظم الصحية

يمكن للنظام الصحي الذي يعمل بشكل جيد الاستجابة إلى جميع احتياجات الرعاية الصحية في الأزمات ويمكن أن تستمر نشاطات الرعاية الصحية الأخرى حتى في الأزمات الصحية واسعة النطاق، على شاكلة تفشي فيروس الإيبولا. وسوف تخضع الحالات اليسييرة للعلاج بالرغم من ذلك، وكذلك سوف تستمرة برامج الرعاية الأولية بصحبة الأم والطفل، وذلك للحد من زيادة الوفيات والمراضية. كما سوف تساهم أي جهة تقوم بالإرشاد الصحي أو استعادة الوضع الصحي والحفاظ عليه في النظام الصحي بالكامل. ويشمل ذلك جميع المستويات بدءً من الجهات الوطنية والإقليمية والمقاطعة والمجتمع إلى مقدمي الرعاية داخل الأسرة والقطاع العسكري والقطاع الخاص.

خلال الأزمة، تضعف النظم الصحية وكذلك يضعف تقديم الرعاية الصحية في الغالب، حتى قبل زيادة الطلب عليها. وقد تحدث خسائر بين العاملين في الرعاية الصحية أو تتعطل الإمدادات الطبية أو تتلف البنية التحتية. من المهم فهم أثر الأزمة على النظم الصحية لتحديد أولويات الاستجابة الإنسانية.

ونادرًا ما تحمل الجهات الإنسانية في حالات الطوارئ حيالاً لا يكون هناك نظام صحي قائم من قبل. وإذا كان النظام ضعيفاً فسوف يحتاج إلى تعزيزه أو تطويره (من خلال مسارات الإحالة والمعلومات الصحية والتحليل على سبيل المثال).

تناول المعايير في هذا القسم الجوانب الخمس الأساسية في النظام الصحي العامل بشكل جيد:

- تقديم خدمات صحية جيدة؛
- قوى عاملة للرعاية الصحية مدربة ومحفزة؛
- إمدادات مناسبة وإدارة واستخدام للأدوية وجود مواد وتقنيات التشخيص؛
- تمويل ملائم للرعاية الصحية؛
- توفر معلومات صحية وتحليل جديد.

تؤثر هذه الجوانب على بعضها البعض بعدة طرق. على سبيل المثال، سوف يؤثر عدم كفاية العاملين في الرعاية الصحية أو نقص الأدوية الأساسية على تقديم الخدمة.

تعد القيادة والتنسيق أمران حيويان لضمان تلبية الاحتياجات بطريقة غير محايدة. وتقود وزارة الصحة في العادة الاستجابة وتتسقها وقد تطلب الدعم من الجهات الصحية الأخرى. وفي بعض الأحيان تفتقد الوزارة القدرة أو الرغبة في القيام بهذا الدور بطريقة فعالة ومحايدة، ومن ثم فيجب على وكالة أخرى القيام بهذه المسؤولية. وفي حالة عدم تمتع وزارة الصحة بوصول إلى جميع مناطق البلد أو عدم قبولها في تلك المناطق، فيجب على الجهات الإنسانية السعي لدعم النظام القائم المقبول، لاسيما في حالة الطوارئ الحادة. حدد كيفية العمل مع الجهات غير الحكومية وغيرهم بعناية، وكذلك قدرتهم على توفير الرعاية الصحية للسكان أو تنسيقها.

يعد الوصول إلى السكان أمراً هاماً إلا أنه يجب النظر فيه مع فهم واضح للمبادئ الإنسانية وتأثيراتها من أجل تحقيق مساعدة محايدة وغير متحيز. وينبغي أن يحدث التنسيق على جميع مستويات الرعاية الصحية وفيما بينها بدءً من المستوى الوطني إلى المجتمعي، مع القطاعات الأخرى مثل قطاع المياه والإصحاح والنظافة والتغذية والتعليم، فضلاً عن المجموعات العاملة التقنية و متعددة القطاعات على شاكلة الرعاية العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والعنف القائم على الجنس وفيروس نقص المناعة البشرية.

معايير النظم الصحية ١.١

تقديم الخدمة الصحية

يتمتع الناس بامكانية وصول إلى رعاية صحية جيدة ومتكاملة والتي تميز بأنها آمنة وفعالة وتمحور حول المريض.

الإجراءات الأساسية

- 1 توفير رعاية صحية كافية ومناسبة على جميع مستويات النظام الصحي.
- تحديد أولويات الخدمات الصحية على المستوى القطري، أو على المستوى التشغيلي الأقرب في حالة الطوارئ الحادة، استناداً على نوع الأزمة والخصائص الوبائية وقدرة النظام الصحي.
- التعرف على أنواع الرعاية المختلفة التي يجب توفرها على المستويات المختلفة (الأسرة والمجتمع ومرفق الرعاية الصحية والمستشفى).
- 2 تهيئة آليات فرز ونظم إحالة أو تقويتها.
 - تطبيق بروتوكولات للفرز في المرافق الصحية أو في الواقع الميداني في حالات التزاعات ومن ثم يتم تحديد أولئك المحتاجين لرعاية عاجلة وعلاجهم بسرعة أو تحقيق استقرار حالتهم قبل إدخالهم ونقلهم لموضع آخر للحصول على مزيد من الرعاية.
 - ضمان تحقيق إحالات فعالة بين مستويات الرعاية وخدماتها، بما يشمل خدمات نقل الطوارئ الأمنة والمحمية وبين القطاعات على شاكلة التغذية أو حماية الطفل.
- 3 تكيف بروتوكولات موحدة أو استخدامها للرعاية الصحية وإدارة الحالات ولمنطقة استخدام الأدوية.
 - استخدام معايير وطنية، بما في ذلك قوائم الأدوية الأساسية، وكذلك التكيف مع سياق الطوارئ.
 - استخدام المبادئ التوجيهية الدولية إذا كانت المبادئ التوجيهية الوطنية متقدمة أو غير متوفرة.
 - تقديم رعاية صحية تضمن حقوق المرضى وكرامتهم وخصوصيتهم وسريتهم وسلامتهم وموافقتهم المستنيرة.
- 4 احرص على السلامة والخصوصية ومن ثم يمكن لجميع الأفراد الوصول إلى الرعاية، بما في ذلك الأفراد المصابين بحالات ترتبط بوصمات العار في الغالب، على شاكلة مرض فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض المنقولة جنسياً.
- 5 وفر رعاية صحية آمنة وامنل للأضرار أو الواقع الطبية السيئة أو سوء المعاملة.
 - نفذ نظام للإبلاغ بشأن الواقع الطبية السيئة ومراجعتها.
 - وضع سياسة للإبلاغ عن أي سوء معاملة أو عنف جنسي.
- 6 استخدم تدابير مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها بما يشمل المعايير الدنيا لقطاع المياه والإصحاح والنظافة وأليات التخلص من النفايات الطبية في جميع بنيات الرعاية الصحية.
- خلال تفشي الأمراض مثل الكوليرا أو الإيبولا، اسع للحصول على توجيه شامل من جهات مختصة مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسف ومنظمة أطباء بلا حدود.
- إدارة أو دفن الموتى بطريقة آمنة وكريمة وملائمة ثقافياً، استناداً على ممارسة صحية عامة جيدة.



المؤشرات الأساسية

- نسبة السكان القادرين على الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية خلال ساعة سيراً على الأقدام من المساكن
- الحد الأدنى 80 بالمئة
 - نسبة مرفاق الرعاية الصحية التي تقدم خدمات صحية ذات أولوية
 - الحد الأدنى 80 بالمئة
 - عدد أسرة المرضى المقيمين (باستثناء الأسر المخصصة للأمومة) لكل 10 آلاف شخص
 - الحد الأدنى 18
 - نسبة السكان المحتاجين لحالة والذين تم فحصهم في مستوى الرعاية الصحية التالي
 - نسبة المرض المحولين خلال الوقت المناسب

ملاحظات إرشادية

يعتمد الوصول إلى الرعاية الصحية على توفرها، بما في ذلك الوصول المادي والمقبولية وتيسير التكاليف للجميع.

التوفر: يمكن تقديم الرعاية الصحية من خلال مزيج من مرفاق الرعاية الصحية على مستوى المجتمع أو المتنقلة أو الثابتة. ويختلف عدد كل منها ونوعه وموقعه استناداً إلى السياق. ويتمثل المبدأ التوجيهي الواسع للتغطية المخطط لها لمرافق الرعاية الصحية الثابتة فيما يلي:

- مرفاق رعاية صحية واحد لكل 10 آلاف شخص.
- مستشفى ريفية أو لحي لكل 250 ألف شخص.

وبالرغم من ذلك، لا يضمن ذلك تغطية صحية ملائمة في جميع البيئات. في المناطق الريفية، من الأفضل أن يكون الهدف هو مرفق واحد لكل 50 ألف شخص، جنباً إلى جنب مع برامج مجتمعية لإدارة الحالات وعيادات متنقلة. وفي المناطق الحضرية، يمكن أن تكون مرافق الرعاية الصحية الثانوية هي أول نقاط الوصول، ومن ثم تخطي الرعاية الأولية عدد سكان يزيد عن 10 آلاف.

يعد توفير القدرة على سد الاحتياجات المفاجأة للرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية في حالات الطوارئ. تجنب تكرار الخدمات القائمة، مما يؤدي إلى هدر الموارد وخفض الثقة في المرافق القائمة. ويحتاج الناس إلى الثقة للعودة لهذه المرافق عندما تغلق المرافق المؤقتة.

رافق معدلات استخدام الخدمات. قد يشير انخفاض المؤشرات إلى ضعف الجودة أو عقبات التكلفة المباشرة أو غير المباشرة أو تفضيل خدمات أخرى أو المبالغة في تقدير السكان أو غيرها من مشاكل الوصول الأخرى. وقد تشير المعدلات المرتفعة إلى وجود مشكلة صحة عامة أو التقليل في تقدير السكان أو تشير إلى مشكلات في الوصول إلى أماكن أخرى. يجب تحليل جميع البيانات حسب الجنس والعمur والإعاقة والعرق والعوامل الأخرى التي قد تكون مناسبة للسياق. لحساب معدل الاستخدام [انظر الملحق 3.](#)

المقبولية: تشاور مع جميع قطاعات المجتمع للتعرف على عراقيل الحصول على الخدمات ومعالجتها من أجل قطاعات المجتمع المختلفة، وجميع أطراف النزاع، لاسيما الفئات المعرضة للخطر. تعاون مع النساء والرجال والأطفال والأشخاص الذين يتعرضون بشكل متزايد لفيروس نقص المناعة البشرية وذوي الإعاقة وكبار السن وذلك لفهم سلوك التماس الصحة. وسوف تؤدي المشاركة مع الأفراد في تصميم الرعاية الصحية إلى مشاركة المرض وتعزز توقيت الرعاية.

القدرة على تحمل التكاليف: [انظر معيار النظم الصحية 4.1: تمويل الصحة.](#)

الرعاية على المستوى المجتمعي: تشمل الرعاية الصحية الأولية رعاية الأسرة والمجتمع. وقد تكون إمكانية الوصول للرعاية الصحية الأولية عن طريق العاملين في الصحة المجتمعية أو المتطوعين أو المعلمين الاقران أو بالتعاون مع لجان الصحة في القرية من أجل زيادة إشراك المرضى والمجتمع. وقد تراوح الرعاية بدءً من برنامج الوقاية إلى الإرشاد الصحي أو إدارة الحالات وتعتمد على السياق. ويجب أن تقييم جميع البرامج صلات مع أقرب مرافق رعاية صحية أولية وذلك لضمان تحقيق الرعاية المتكاملة والإشراف السريري ومراقبة البرنامج. وفي حالة الحاجة إلى قيام العاملين في الصحة المجتمعية بإجراء الفحص لسوء التغذية أو الإحالة لخدمات التغذية في المرافق الصحية أو المواقع الأخرى [انظر معيار تقيير الأمان الغذائي والتغذية 1.2](#): تقدير التغذية. ولدمج الرعاية مع البرامج المجتمعية في القطاعات الأخرى، على شكلة قطاع المياه والإصلاح والنظافة والتغذية [انظر معيار نظافة المياه والإصلاح والنهوض بالنظافة 1.1 الأمان الغذائي والتغذية - إدارة سوء التغذية 1.2](#).

ينبغي توفير نظم إخلال الطوارئ مع آليات نقل محمية وآمنة ومحددة سلفًا على مدار الساعة يومياً طوال أيام الأسبوع. ويجب أن تكون هناك عملية تسليم سريرية بين القائم بالتحويل ومقدم الرعاية الصحية المتلقى.

حقوق المرض: صمم مرافق صحية وخدمات تتضمن الخصوصية والسرية، على شكلة غرفة الاستشارات المنفصلة، واسع للحصول على الموافقة المستنيرة من أولياء الأمور أو الأوصياء، قبل الإجراءات الطبية أو الجراحية. تعامل مع أي اعتبارات خاصة قد تؤثر على الموافقة المستنيرة أو السلامة، مثل العمر أو الجنس أو الإعاقة أو اللغة أو العرق، وأسئلة آليات الحصول على التغذية الراجعة من المرضى في أقرب وقت ممكن. واحفظ بيانات المريض [انظر معيار النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية](#).

المرافق المناسبة والآمنة: طبق بروتوكولات استخدام الرشيد للأدوية والإدارة الآمنة للأدوية والأجهزة [انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية](#).

تأكد من أن المرافق مناسبة حتى في حالات الطوارئ، ومن وجود مساحات خاصة للاستشارات وتنظيم لتدفق المرضي وجود مسافة متراً واحد بين الأسرة وتهوية وغرفة تقييم (ليست في الهواء الطلق) للمستشفيات، وكذلك إمدادات كافية من الطاقة لدعم المعدات الهمامة والإجراءات المناسبة للمياه والإصلاح والنظافة. خلال تفشي الأمراض، وراجع متطلبات البنية التحتية والتوجيه بما يشمل على سبيل المثال مناطق الفرز والرصد والعزل.

ضع تدابير لتحقيق أمن وحماية وإمكانية الوصول للمرافق الصحية خلال الأزمات مثل الفيضانات أو النزاعات.

تُعد الوقاية من العدوى ومكافحتها أمرًا أساسياً في جميع البيئات وذلك لمنع الأمراض ومقاومة مضادات الميكروبيات. وحتى في حالة عدم وجود أزمات، فسوف يتعرض 12 في المائة من المرضى بشكل عام لعدوى خلال تأقلي الرعاية الصحية، كما أن 50 بالمائة من أنواع العدوى التالية للجراثيم مقاومة للمضادات الحيوية المعروفة.

تشمل عناصر الوقاية الأساسية من العدوى ومكافحتها وضع مبادئ توجيهية وتطبيقها (فيما يتعلق بالاحتياطات العادمة والاحتياطات المستندة على انتقال العدوى وأساليب التعقيم السريرية)، وكذلك توفر فريق للوقاية من العدوى ومكافحتها في كل موضع وتدريب العاملين في الرعاية الصحية ومراقبة البرامج ودمج المراقبة عن أنواع العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية ومقاومة مضادات الميكروبيات في نظم المراقبة. ويجب أن تشمل بيئات الرعاية الصحية على طاقم موظفين وأعباء عمل مناسبة وإشغال مناسب للأسرة عدم وجود أكثر من مريض على كل سرير وكذلك البيئة المبنية [انظر معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة في الرعاية الصحية](#) [انظر المراقب المناسبة والآمنة أعلى، البنية التحتية للمياه والإصلاح والنظافة ومعداتها](#) [انظر معيار المياه والإصلاح والنظافة 6: المياه والإصلاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية](#).



تعد الاحتياطات القياسية جزء من تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها وتشمل:

- الوقاية من الإصابات الناجمة عن الأدوات الحادة: التعامل بحرص مع الإبر والمشارط والأدوات الحادة عند تنظيف المعدات المستخدمة أو التخلص من الإبر المستخدمة على سبيل المثال. وعند تعرض أي شخص لإصابة بأداة حادة، فيجب تقديم علاج وقائي بعد التعرض الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية خلال 72 ساعة [انظر الرعاية الصحية الأساسية-معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.3](#).
مرض نقص المناعة البشرية.
- استخدام معدات الوقاية الشخصية: وفر معدات وقاية شخصية مناسبة وفقاً للمخاطر وللمهمة التي يتعين القيام بها. قدر نوع التعرض المتوقع (على سبيل المثال، دفقات السوائل أو الرذاذ أو الاتصال أو اللمس) وكذلك فتة انتقال المرض؛ وديمومة وجاهزية المهمة (على سبيل المثال مقاومة السوائل أو منع السوائل)؛ ولملائمة المعدات. وسوف تعتمد معدات الوقاية الشخصية الإضافية على نوع انتقال المرض: (اللمس على سبيل المثال يستخدم معه رداء الجراحة أو القفازات)؛ أو الرذاذ (يجب ارتداء أقنعة جراحية على بعد متراً واحداً من المريض)؛ أو كانت العدوى منقولة في الهواء (كمامات بمرشح جسيمات). [انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية](#).
- تشمل التدابير الأخرى نظافة اليدين وإدارة نفايات الرعاية الصحية والحفاظ على البيئة نظيفة وتنظيف الأجهزة الطبية والنظافة التنفسية والتعامل الصحي مع السعال وفهم مبادئ التطهير [انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية](#).
- **الوقائع السلبية:** يعني 10 بالمئة من مرضى المستشفيات على مستوى العالم من واقعة سلبية (حتى خارج الأزمات الإنسانية) والتي تكون غالباً بسبب إجراءات جراحية غير آمنة أو خطاء دوائية أو عدوى مرتبطة بالرعاية الصحية. يجب الحفاظ على سجل الواقع السلبية في كل مرافق رعاية صحية ويجب مراجعته لتعزيز التعلم.
- **التعامل مع جثث المتوفين:** اتبع التقليد والممارسات الإيمانية المحلية للتعامل مع جثث المتوفين باحترام ولتحديد الرفات وإعادته للأسر. سواء عند نفسي وباء أو وقوع كارثة طبيعية أو نزاع أو عملية قتل جماعي، تحتاج إدارة الوفيات إلى تعاون بين قطاعات الصحة وقطاع المياه والإصحاح والنظافة وقطاعات القانون والحماية والطب الشرعي.
- نادراً ما تمثل الجث خطاً صحيّاً فورياً. وتطلب بعض الأمراض (مثل الكوليرا أو فيروس الإيبولا) إدارة خاصة. قد تحتاج استعادة الجث إلى معدات وقائية ومعدات للاستعادة والنقل والتخزين وكذلك التوثيق. [انظر معيار المياه والإصحاح والنظافة 6: المياه والإصحاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية](#).

معايير النظم الصحية 2.1: القوى العاملة الصحية

يمكن للأفراد الوصول إلى عاملين في الرعاية الصحية يتمتعون بالمهارات المناسبة في كافة مستويات الرعاية الصحية.

- ### الإجراءات الأساسية
-
- راجع مستويات التوظيف والتوزيع الحالي بالمقارنة مع التصنيفات الوطنية، وذلك لتحديد العجز وال مجالات المفقودة لخدمات.
- تتبع مستويات التوظيف لكل 1000 فرد، حسب الوظيفة ومكان العمل.

- 2** دُبِّ الموظفين على أدوارهم حسب المعايير الوطنية أو المبادئ التوجيهية الدولية.
- أعلم أن أدوار الموظفين في حالات الطوارئ الحادة قد تتسع ويحتاجون إلى تدريب ودعم.
 - قدم دورات تدريبية تشبيطية في حالة كانت معدلات تبديل الموظفين عالية.
- 3** ادعِر العاملين في الرعاية الصحية للعمل في بيئة عمل آمنة.
- طبق جميع التدابير المحتملة وادع لها لحماية العاملين في الرعاية الصحية في النزاعات.
 - قدم تدريباً صحيحاً مهنياً وتحسيبات الفيروس الكبدي الوبائي بـ والكزاز للعاملين في العيادات.
 - قدم إجراءات مناسبة للوقاية من العدوى ومكافحتها ومعدات وقاية شخصية لتنفيذ مهام الموظفين.
- 4** ضع استراتيجيات للحوافز والرواتب تحد من الفوارق في الأجور وعدم التوزيع العادل للعاملين في الرعاية الصحية بين وزارة الصحة وغيرها من مقدمي الرعاية الصحية.
- 5** تبادل بيانات القوى العاملة في الرعاية الصحية ومعلومات الباهزية مع وزارة الصحة والهيئات المعنية الأخرى محلياً ووطنياً.
- انتبه لنزوح العاملين في الرعاية الصحية ورحيلهم أثناء الصراع.
-
- ### المؤشرات الأساسية
- عدد العاملين الصحيين المجتمعين لكل ألف فرد**
- الحد الأدنى 1-2 من عمال الصحة المجتمعين
 - نسبة الولادات تحت إشراف موظفين مهرة (أطباء وممرضات وقابلات)
- عدد الموظفين المؤهلين المشرفين على الولادات (أطباء وممرضات وقابلات) لكل 10آلاف شخص**
- الحد الأدنى 80 بالملنة
- تلقى جميع الموظفين القائمين بأعمال سريرية تدريب على البروتوكولات السريرية وإدارة الحالات**

ملاحظات إرشادية

توفر العاملين في مجال الرعاية الصحية: تشمل القوى العاملة في الرعاية الصحية الأطباء والممرضات والقابلات وموظفي العيادات وفنيي المختبرات والصيادةلة والعاملين الصحيين المجتمعين فضلاً عن موظفي الإدارة والدعم. يجب أن يتطابق عدد العاملين ومميزاتهم احتياجات السكان والخدمات. وقد يؤدي النقص في التوظيف إلى أعباء عمل مفرطة ورعاية صحية غير آمنة. ادْمَج العاملين الحاليين في الرعاية الصحية في استجابة الطوارئ.

اتبع المبادئ التوجيهية الوطنية (أو الدولية عند عدم توفر الوطنية) عند توظيف موظفين محليين وتدربيهم. ويجب أن يتبع توظيف الموظفين الدوليين اللوائح الوطنية والوزارة (على سبيل المثال ما يتعلق بإثبات المؤهلات لاسيمما في الممارسات السريرية).

انظر باعتبار الرعاية من يصعب الوصول إليهم في مناطق ريفية وحضرية، بما يشمل الموجودين على مقربة من النزاع. ويجب أن يوفر طاقم الموظفين الرعاية للأشخاص من جميع الأعراق واللغات والانتماءات. وطفع عامل رعاية صحية ذوي مستوى للتوعية المجتمعية أو إدارة الحالات في الفرق المحمولة أو المراكز الصحية وضع آليات إحالة قوية. وقد تكون هناك حاجة لوجود مجموعات من الحوافز للعمل في المناطق الصعبة.



العاملون في الصحة المجتمعية: البرمجة المجتمعية مع العاملين في الصحة المجتمعية تزيد من الوصول إلى السكان الذين يصعب الوصول إليهم، ويشمل ذلك المهمشين أو الموصومين بالعار. في حالة وجود مواقع جغرافية أو مسائل تتعلق بالمقبولية في المجتمعات المختلفة، فلن يمكن العامل الصحي المجتمعي إلا من خدمة 300 شخص بدلاً من 500.

تبسيط أعمال العاملين في الصحة المجتمعية. وقد يتم تدريتهم على الإسعافات الأولية أو إدارة الحالات أو قيامهم بعمل مسح صحي. ويجب ربطهم بأقرب مرافق رعاية صحية وذلك لضمان تحقيق الإشراف المناسب والرعاية المتكاملة. في الغالب لا يمكن استيعاب العاملين في الصحة المجتمعية في النظام الصحي عند انحسار الحالة الطارئة، ففي بعض السياقات، لا يمكن العامل الصحي المجتمعية في العادة إلا العمل في البيئات الريفية، ومن ثم تكون هناك حاجة لنموذج مختلف في الأزمات الحضرية.

المقبولية: تُعزز ثلبة التوقعات الاجتماعية الثقافية للأشخاص من مشاركة المرضي. ويجب أن يعكس طاقم التوظيف تنوع السكان وذلك بمزيج من الفئات المختلفة اقتصادياً واجتماعياً وعرقياً ولغوياً وحسب التوجه الجنسي وكذلك يعكس توازناً مناسباً بين الجنسين.

الجودة: يجب أن تدرس المنظمات الموظفين وتشرف عليهم لضمان أن تكون معرفتهم مواكبة للتطورات وضمان سلامة ممارساتهم. حرق الموارم بين برامج التدريب والمبادئ التوجيهية الوطنية (مع تكييفها للطوارئ) أو المبادئ التوجيهية الدولية المتفق عليها.

اشمل التدريب على:

- البروتوكولات السريرية وإدارة الحالات؛
 - إجراءات التشغيل القياسية (مثل الوقاية من العدوى ومكافحتها وإدارة النفايات الطبية)؛
 - الأمان والسلامة (مع تكييفها مع مستوى الخطير)؛
 - قواعد السلوك (مثل الأخلاقيات الطبية وحقوق المرضي والمبادئ الإنسانية والحماية من الاستغلال الجنسي وسوء المعاملة) (انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية-الصحة الجنسية والإيجابية 2.3.2)؛ العنف الجنسي والإدارة السريرية لحالات الاغتصاب ومبادئ الحماية.
- سوف يشجع الإشراف المنتظم ومراقبة الجودة على الممارسة الجيدة. لن يضمن التدريب لمراة واحدة الجودة. شارك مع وزارة الصحة سجلات خاصة بمتلقي التدريب ومجال التدريب والقائم بالتدريب موعد التدريب ومكانه.

معايير النظم الصحية 3.1

الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية

يتمكن الأفراد بإمكانية الوصول إلى الأدوية والأجهزة الطبية الأساسية والتي تميز بأنها آمنة وفعالة ومضمونة الجودة.

الإجراءات الأساسية

- أنشئ قوائم موحدة للأدوية والأجهزة الطبية الأساسية الخاصة بألوبيات الرعاية الصحية.
- راجع القائمة الوطنية الحالية الخاصة بالأدوية والأجهزة الطبية الأساسية في وقت مبكر من الاستجابة وقم بتكييفها مع سياق حالة الطوارئ.
 - أولى عناية خاصة للأدوية الخاضعة للمراقبة والتي قد تحتاج إلى دعوات مخصوصة لضمان توفرها.

2

- أنشئ نظم إدارة لضمان توفر أدوية وأجهزة طبية أساسية آمنة.
- أشمل النقل والتخزين وسلسلة تبريد اللقاحات، فضلاً عن جمع مشتقات الدم وتخزينها.
- أقبل تبرعات الأدوية والأجهزة الطبية فقط في حالة اتباعها للمبادئ التوجيهية المعترف بها دولياً.

3

المؤشرات الأساسية

عدد الأيام التي لا توفر فيها الأدوية الأساسية

- 4 أيام كحد أقصى من أصل 30 يوماً

نسبة المراافق الصحية التي توفر بها أدوية أساسية

- الحد الأدنى 80 بالمئة

نسبة المراافق الصحية التي توفر بها أجهزة طبية أساسية عاملة

- الحد الأدنى 80 بالمئة

جميع الأدوية تصرف للمرضى قبل تاريخ انتهاء الصلاحية

ملاحظات إرشادية

إدارة الأدوية الأساسية: تشمل الأدوية الأساسية الأدوية واللقاحات ومشتقات الدم ضمن الإدارة الجيدة للأدوية توفيرها، كما أنها تحظر الأدوية غير الآمنة أو منتهية الصلاحية. إن عناصر الإدارة الرئيسية هي الاختيار والتوقع والمشتريات والتخزين والتوزيع.

يجب أن يعتمد الاختيار على قائمة الأدوية الأساسية الوطنية. ادع إلى سد أي ثغرات، على شاكلة أدوية الأمراض غير المعدية والصحة الإنجذابية وتحفيظ الآلام للرعاية التسكينية والجراحة والتخدير والصحة العقلية والأدوية الخاضعة للمراقبة (انظر أدناه) وغيرها.

يجب أن يعتمد التوقع على الاستهلاك وبيانات الاعتمال وتحليل السياق. وقد تعطل إمدادات الأدوية الوطنية في حالة تأثر المصنعين المحليين أو تلف المستودعات أو تأخر المشتريات الدولية وذلك من بين عوامل أخرى.

يجب أن تلتزم طرق المشتريات بالقوانين الدولية والأنظمة الجمركية وأليات ضمان الجودة للمشتريات الدولية. ادع إلى تعزيز الآليات في حالة وقوع تأخيرات (من خلال وزارة الصحة أو وكالة رائدة أو هيئة إدارة الكوارث الوطنية أو منسق الشؤون الإنسانية). وفي حالة عدم وجود أنظمة، اشتري المنتجات المعتمدة مسبقاً أثناء فترة صلاحيتها وبلغة البلد والقوى العاملة في الرعاية الصحية.

التخزين: ينبغي تخزين الأدوية بأمان طوال فترة دورة إمداد الأدوية. تتبادر المتطلبات حسب المنتجات. وبينما لا تخزن الأدوية مباشرة على الأرضيات. تأكد من وجود مناطق منفصلة للمنتجات منتهية الصلاحية (مغلقة) والمنتجات القابلة للاشتعال (جيدة التهوية مع حماية ضد الحرائق) والم المواد الخاضعة للمراقبة (تأمين إضافي) والمنتجات التي تتطلب سلسلة تبريد أو تحكم في درجة الحرارة.

التوزيع: أنشئ آليات نقل آمنة ومحممة ويمكن التنبيء بها وموثقة من المخزونات المركزية إلى مرافق الرعاية الصحية. قد يستخدم الشركاء نظام دفع (توريدي تلقائي)، أو سحب (توريدي عند الطلب).

التخلص من الأدوية منتهية الصلاحية: يجب الوقاية من التلوث البيئي والأخطر على البشر. التزم باللوائح الوطنية (التي تم تكييفها للطوارئ) أو التوجيهات الدولية. ويعد الحرق بدرجة الحرارة فاقعة الارتفاع أمراً مكلفاً، فيما لا يعمل التخزين الدوائي إلا على مدى قصير الأجل انظر معيار المياه والإصلاح والنظافة 6: المياه والإصلاح والنظافة في بيئات الرعاية الصحية.



الأجهزة الطبية الأساسية: حدد الأجهزة والمعدات الضرورية واحتريها (فيما يشمل الكواشف المختبرية والمعدات الكبيرة) على كل مستوى من مستويات الرعاية الصحية بحيث تتحقق الالتزام على المستوى الوطني أو الدولي. اشتمل أيضًا الأجهزة المساعدة لذوي الإعاقة، وتأكد من الاستخدام الآمن للأجهزة، بما يشمل الصيانة الدورية وتوريد قطع الغيار، ويفضل أن يكون محلياً. وأوقف العمل بالأجهزة بشكل آمن، ووزع أو استبدل الأجهزة المساعدة المقيدة ووفر معلومات واضحة عن الاستخدام والصيانة. ارجع إلى خدمات إعادة التأهيل فيما يتعلق بالأجسام المناسبة والتركيب والاستخدام والصيانة، وتجنب التوزيع لمرة واحدة.

تعتبر المجموعات المعتمدة مسبقاً مفيدة في مراحل الأزمة الأول أو في التجهيز المسبق للتأهب، حيث أنها تحتوي على أدوية وأجهزة طبية أساسية معتمدة مسبقاً وتحتفظ حسب عملية التدخل الصحي. وتعد منظمة الصحة العالمية المزود الرائد فيمجموعات المستلزمات المشتركة بين الوكالات ومجموعات الأمراض غير المعدية، بالإضافة إلى المجموعات الخاصة بالتعامل مع الإسهال والصدمات وغيرها. وبعد صندوق الأمر المتحدة للسكان المزود الرائد لمجموعات الصحة الجنسية والإنجابية.

الدوية الخاضعة للمراقبة: عادة ما تخضع أدوية تسكين الألم والصحة العقلية ونزيف ما بعد الولادة للمراقبة. ويحيث أن 80 بالمئة من البلدان ذات الدخل المنخفض ليس لديها إمكانية الوصول إلى أدوية كافية لتخفيف الألم، قمر بالدعوة مع وزارة الصحة والحكومة لتعزيز توافرها.

مشتقات الدم: نسق مع خدمة نقل الدم الوطنية حيثما وجدت، ولا تجمع الدم إلا من المتطوعين، واخضع جميع المشتقات لفحص مرض نقص المناعة البشرية والفيروس الكبدي الوبائي ب وسي ومرض الزهري كحد أدنى، مع تصنيف الدم لمجموعات واختبار التوافق. خزن المشتقات ووزعها بأمان، ودرب العاملين السريريين على الاستخدام الرشيد للدم ومشتقاته.

معيار النظم الصحية 4.1: تمويل الصحة

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية صحية ذات أولوية مجانية خلال الأزمة.

الإجراءات الأساسية

- 1 خطط لإلغاء الرسوم على المستخدم أو تعليقها مؤقتاً حيثما كانت الرسوم تُجمع عبر النظم الحكومية.
- 2 خفض التكاليف غير المباشرة وغيرها من العقبات المالية المتعلقة بالوصول للخدمات واستخدامها.

المؤشرات الأساسية

نسبة مرفاق الرعاية الصحية التي لا تفرض رسوم على المستخدم للرعاية الصحية ذات الأولوية (بما يشمل الاستشارات والعلاج والفحص وتقديم الأدوية)

- الهدف 100 بالمئة
- نسبة الأفراد الذين لا يقومون بأي عمليات دفع مباشرة للوصول للرعاية الصحية أو استخدامها (بما يشمل الاستشارات والعلاج والفحص وتقديم الأدوية)
- الهدف 100 بالمئة

ملاحظات إرشادية

الرسوم على المستخدم: يعرقل طلب الرسوم على الخدمات أثناء الحالة الطارئة إمكانية الوصول وقد يمنع الأفراد من التماس الرعاية الصحية.

سوف يتوجه عن تعليق الرسوم على المستخدم لمزودي الرعاية الصحية الحكوميين ضغطًا ماليًا لا محالة. انظر في دعم مرافق وزارة الصحة وغيرها من المزودين المسؤولين الآخرين عن طريق رواتب وحوافز للموظفين وأدوية إضافية وأجهزة طبية وأجهزة مساعدة. وفي حالة التعليق المؤقت للرسوم على المستخدم، احرص على تلقي المستخدم لمعلومات واضحة حول التوقيتات والأسباب، وارصد إمكانية الوصول وجودة الخدمة. يمكن تقليل التكاليف غير المباشرة عن طريق تقديم خدمات مناسبة في المجتمعات واستخدام آليات مخطط لها للنقل والإحالة.

المساعدة القائمة على النقد: تنص أهداف التغطية الصحية الشاملة 2030 على ضرورة حصول الناس على الرعاية الصحية دون تعرّضهم لضائق مالية غير مبررة. ولا يوجد دليل واضح على أن المساعدة المعتمدة على النقد لاسيما في الاستجابات الصحية في السياقات الإنسانية تؤدي إلى أثر إيجابي على النتائج الصحية، وفقاً لهذه الطبيعة انظر ما هو اسفي؟ ويشمل تقديم المساعدة من خلال الأسواق.

تشير التجربة إمكانية المساعدة القائمة على النقد في حالة:

- استقرار الحالة الطارئة؛
- وجود خدمة يمكن التنبؤ لها لدعهما، مثل الرعاية السابقة للولادة أو إدارة الأمراض المزمنة؛
- هناك سلوك إيجابي قائِم للتتماس الصحة وارتفاع الطلب؛
- تلبية الاحتياجات الأساسية الماسة الأخرى مثل الغذاء والمأوى.

المعيار النظم الصحية 5.1 المعلومات الصحية

تسرشد الرعاية الصحية بالأدلة عن طريق جمع بيانات الصحة العامة ذات الصلة وتحليلها واستخدامها.

الإجراءات الأساسية

عزز نظام معلومات صحية أو طوره بحيث يوفر معلومات كافية ودقيقة وحديثة لتحقيق استجابة صحية فعالة ومنصفة.

تأكد أن نظام المعلومات الصحية يحتوي على جميع الجهات المعنية وأنه من السهل التطبيق والتجميع والتحليل والتفسير بغض توجيه الاستجابة.

عزز آليات الإنذار المبكر والتنبية والاستجابة لجميع الأخطار التي تتطلب استجابة فورية أو طورها. قرر الأمراض والواقع ذات الأولوية التي سيتم تضمينها استنادًا على خصائص الخطر الوبائي وسياق حالة الطوارئ.

ادمج كل من العناصر المعتمدة على المؤشرات والمعتمدة على الواقع. توافق على بيانات تشغيل ومؤشرات مشتركة واستخدمها.

انظر في القواسم المشتركة، مثل السكان وحجم الأسرة والتصنيف العمري. انشئ مناطق إدارية ورموز جغرافية.



- 4 توافق على إجراءات تشغيل موحدة لجميع الجهات الصحية عند استخدام المعلومات الصحية.
- 5 اضمن وجود آليات لحماية البيانات وضمان حقوق الأفراد وسلامتهم وكذلك وحدات التقارير أو السكان أو كلاهما.
- 6 ادعم الجهة الرائدة في جمع البيانات الصحية وتحليلها وتفسيرها ونشرها لجميع الجهات المعنية بطريقة منتظمة وفي الوقت المناسب، وكذلك لتوجيه اتخاذ القرار في البرامج الصحية.
- اشمل تخطية الخدمات الصحية والاستفادة منها، وتحليل البيانات الوبائية وتفسيرها.

المؤشرات الأساسية

- نسبة تقارير الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة/تقارير الرصد التي تم تقديمها في الوقت المحدد
- الحد الأدنى 80 بالمئة
- توازن تقارير المعلومات الصحية التي تتجهها الجهة الصحية الرائدة
- شهرياً كحد أدنى

ملاحظات إرشادية

نظام المعلومات الصحية: نظام المعلومات الصحية الفعال هو النظام الذي يضمن إنتاج وتحليل ونشر معلومات موثوقة في الوقت المناسب عن العوامل المحددة للصحة، وكذلك عن أداء النظم الصحية والوضع الصحي. وقد تكون البيانات نوعية أو كمية أو تم جمعها من مصادر متعددة، على شاكلة المسوح الاستقصائية للتعداد سجل الأحوال المدنية والمسوح الاستقصائية السكانية والمسوح الاستقصائية للاحتياجات الملموسة والسجلات الفردية وسجلات مرافق الرعاية الصحية (مثل نظم إدارة المعلومات الصحية). وينبغي أن تكون مرنة بما يكفي لدمج التحديات غير المتوقعة وتمثيلها، مثل حالات التفشي أو الانهيار التام للنظام أو الخدمات الصحية. وسوف تحدد المعلومات المشكلات والاحتياجات على جميع مستويات النظام الصحي.

اجمع المعلومات المفقودة عبر المزيد من التقديرات أو المسوح الاستقصائية، وضع في الاعتبار حركات الأشخاص العابرة للحدود، والمعلومات المطلوبة أو المتوفرة، وقدم تحليلًا منتظماً بشأن من يفعل ماذا وأين يفعله.

تستخدم نظم إدارة المعلومات الصحية أو عمليات التقارير الروتينية المعلومات الصحية الناتجة من مراقبة الرعاية الصحية لتقييم أداء تقديم الرعاية الصحية، حيث تراقب تقديم عمليات تدخل محددة ومعالجة الحالات والمصادر على شاكلة كشف توفر الأدوية والموارد البشرية ومعدلات الاستخدام.

المراقبة الصحية هي الجمع المستمر والمنتظم للبيانات الصحية وتحليلها وتفسيرها. وترصد مراقبة الأمراض على وجه التحديد الأمراض المختلفة وأنماط التدرج وفي الغالب يتم تسجيلها في تقرير نظم إدارة المعلومات الصحية.

الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة هو جزء من نظام المراقبة الصحية الروتينية، حيث يكشف عن التنبيه أو يولده فيما يتعلق بأي حادث يخص الصحة العامة والذي يتطلب استجابة فورية مثل التسمم الكيميائي أو الأمراض التي قد تسبب في أوبئة [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 2.1.2: المراقبة وكشف التفشي والاستجابة المبكرة.](#)

إجراءات التشغيل القياسية: ضع تعريفات وطرق مشتركة لنقل المعلومات عبر الموقع الجغرافي ومستويات الرعاية وبين الجهات الصحية. كحد أدنى، توافق حول:

- تعريفات الحالة؛
- مؤشرات حول ما يجب مراقبته؛
- وحدات التقرير (مثل العيادات المتنقلة والمستشفيات الميدانية والمراكز الصحية)؛
- مسارات الإبلاغ؛
- تكرار تقديم البيانات وتحليلها والإبلاغ عنها.

تصنيف البيانات: يجب تصنيف البيانات الصحية حسب الجنس والعمر والإعاقة والنازحين والمستضييفين والسياق (على شاكلة الوجود في مخيم / دون مخيم) والمستوى الإداري (المنطقة والحي) وذلك لتجويه اتخاذ القرار والكشف عن عدم المساواة الواقع على الفئات المعرضة للخطر.

فيما يتعلق بنظام الإنذار المبكر والاستجابة، فهو يصنف بيانات الاعتلal والوفيات للأطفال تحت وفوق سن الخمس سنوات. والهدف هو سرعة إطلاق التنبيه؛ ومن المقبول وجود بيانات قليلة التفاصيل. كما يجب أن تتمتع بيانات التحقيق بالتصنيف في حالات التفشي واقتفاء أثر مخالطي المرض وقائمة خطوط التفشي والمراقبة الإضافية لاتجاهات المرض.

إدارة البيانات والأمن والسرية: اتخد الاحتياطات الكافية لحماية سلامة الأفراد والبيانات. وينبغي عدم مشاركة الموظفين للبيانات مطلقاً مع أي شخص لا ينخرط مباشرةً في رعاية المريض دون إذن المريض. ضع في اعتبارك ذوي الإعاقة الفكرية أو العقلية أو الحسية التي قد تؤثر على قدرتهم على إعطاء الموافقة المستبررة، وأعلم أن العديد من المصابين بحالات مثل يفبروس نقص المناعة البشرية لا يكشفون عن حالتهم إلى أفراد الأسرة القريبين منهم. تعامل بعناية مع البيانات التي تتعلق بالإصابات الناتجة عن تعذيب وانتهاكات حقوق الإنسان الأخرى، بما في ذلك الاعتداء الجنسي. انظر أيضاً في تحرير المعلومات المذكورة إلى الجهات الفاعلة أو المؤسسات المناسبة إذا منحك الفرد الموافقة المستبررة [انظر مبدأ الحماية 1](#) والالتزام بالمعيار الإنساني الأساسي 4.

التهديدات التي تواجه الرعاية الصحية: يجب الإبلاغ عن التهديدات التي تواجه العاملين في الرعاية الصحية أو أي حوادث تنطوي على عاملين في الرعاية الصحية استخدام الآليات المحلية والوطنية المتفق عليها [انظر المبادئ الأساسية في الصحة \(أعلاه\) والمراجع والمزيد من المطالعة \(أدناه\).](#)



2. الرعاية الصحية الأساسية

تناول الرعاية الصحية الأساسية الأسباب الرئيسية للوفيات والاعتلال في الأشخاص المتضاربين من الأزمة، نسق مع وزارات الصحة والجهات الصحية الرسمية الأخرى للتواافق حول الخدمات التي تُمنح الأولوية ومتى وأين. وأسس الأولويات حسب السياق وتقدير المخاطر والأدلة المتاحة.

سيواجه الأشخاص المتضاربين بالأزمة حاجات جديدة ومختلفة والتي سوف تستمر في التطور. وقد يواجه الناس الاكتظاظ والنزوح المتعدد وسوء التغذية وعدم الوصول إلى المياه أو استمرار النزاع. وقد يكون للعمر أو الجنس أو الإعاقة أو حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الوراثة أو العرقية أثر إضافي على الحاجات، وقد تمثل حاجات كبيرة أمام الوصول للرعاية. ضع في الاعتبار احتياجات أولئك الذي يعيشون في موقع ضعيفة الخدمات أو يصعب الوصول إليها.

تواافق مع وزارة الصحة وغيرها من الجهات الصحية على الخدمات ذات الأولوية، مع التركيز على المخاطر الأكثر التي يعد حدوثها أكثر ترجيحاً وتسبب أكبر معدلات في الوفيات والاعتلال. ويجب أن تقدم برامج الصحة رعاية فعالة وملائمة، وأن تأخذ في حسبانها السياق واللوگستيات والموارد التي ستكون هناك حاجة لها. قد تتغير الأولويات حسب تحسن السياق أو وقوع مزيد من التدهور. ويجب أن تُجرى هذه العملية بانتظام، استناداً على المعلومات المتوفرة ومع تغيير السياق.

مع انخفاض معدلات الوفيات أو استقرار الوضع، قد يكون من الأجدى تقديم خدمات صحية أكثر شمولًا. وقد يمثل هذا حزمة أساسية من الخدمات الصحية في الأوساط المحمية، وينتَ تحديدها على مستوى البلد.

سوف يوضح هذا القسم الحد الأدنى للرعاية الصحية الأساسية في المجالات الرئيسية للاستجابة في الطوارئ: الأمراض المعدية وصحة الطفل والصحة الجنسية والإنجابية ورعاية الإصابات والصدمات والصحة العقلية والأمراض غير المعدية والرعاية التسكينية.

1.2 الأمراض المعدية

في الغالب، تسبب الأزمات الإنسانية، سواء كانت ناجمة عن كارثة طبيعية أو صراع أو مجاعة، في ارتفاع الوفيات والاعتلال بسبب الأمراض المعدية. وينتسب انتقال الناس إلى مستوطنات جماعية أو ملاجئ مزدحمة في انتشار الأمراض مثل الإسهال والحمبة بهوله. كما يتسبب تلف مراافق الإصلاح أو نقص المياه النظيفة في انتشار الأمراض المنقولة بالتوابل أو بالمياه. ويؤدي انخفاض مناعة السكان إلى زيادة قابلية الإصابة بالمرض. وقد يعطل انهيار النظم الصحية العلاج طويلاً للأمراض مثل نقص المناعة البشرية والسلك ويعطل تقديم التحصينات الروتينية وعلاج الحالات البسيطة مثل عدوى الجهاز التنفسى.

لا تزال الأمراض الناتجة عن عدوى الجهاز التنفسى الحادة والإسهال والحمبة والمalaria تشكل أكبر أسباب الاعتلال في الأشخاص المتضاربين بالأزمة. ويفاقم سوء التغذية الحاد هذه الأمراض، لاسيما في الأطفال دون سن الخامسة وكبار السن.

يتمثل الهدف خلال الأزمة في منع الأمراض المعدية ابتداءً والتعامل مع أي حالات والحرص على الاستجابة السريعة والملائمة في حالة التفشي.

يجب أن تشمل عمليات التدخل الخاصة بالتعامل مع الأمراض المعدية على الوقاية والمراقبة والكشف عن التفشي والتشخيص وإدارة الحالات والاستجابة للتلفي.

معيار الأمراض المعدية 1.1.2:

الوقاية

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات للوقاية من الأمراض المعدية.

الإجراءات الأساسية

1

حدد مخاطر الأمراض المعدية بين الأشخاص المتضررين.

- راجع المعلومات الصحية الموجودة مسبقاً عند توفرها وبيانات المراقبة وكذلك الحالة التغذوية وإمكانية الوصول إلى المياه الآمنة والإصلاح.
- اجر تقييمات للمخاطر مع الأشخاص المتضررين، بما في ذلك القادة المحليين والعاملين في مجال الصحة.

2

اعمل مع القطاعات الأخرى على وضع تدابير عامة للوقاية وضع برامج إرشاد صحي متكملا على المستوى المجتمعي.

- تعامل مع المخاوف الخاصة والشائعات والمعتقدات الشائعة والتي قد تقوّض السلوك الصحي.
- نسق مع القطاعات الأخرى القائمة بالتوسيع، على شكله مرشدي النظافة أو العاملين المجتمعين في التغذية، وذلك لضمان تقديم رسائل منسجمة.

3

نفذ التدابير التحصينية للوقاية من المرض.

- حدد الحاجة لحملات تحصين ضد أمراض معدية معينة استناداً إلى الخطرو الجدوى والسيق.
- استأنف تقديم التلقيحات الروتينية عبر برامج التحصين الموجودة مسبقاً في أقرب وقت ممكن.
- نفذ تدابير وقائية خاصة بأمراض محددة عند الحاجة.

4

- وفر الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول لجميع المرضى المقيمين وتتأكد من وجودها في أي من مناطق الملاريا.

5

نفذ تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها على جميع مستويات الرعاية الصحية استناداً إلى الخطرو انظر معيار النظم الصحية 1.1 ودعم المياه والإصلاح والنظافة في معيار المياه والإصلاح والنظافة 6: المياه والإصلاح والنظافة في بيئة الرعاية الصحية.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأشخاص الذين يتبعون الممارسات الرئيسية التي يتم الترويج لها في رسائل ونشاطات التثقيف الصحي

نسبة الأسر المتضررة التي أبلغت عن تلقيهم معلومات مناسبة فيما يخص بالأخطار المتعلقة بالأمراض المعدية والإجراءات الوقائية

نسبة الأسر المتضررة التي يمكنها وصف ثلاث رسائل تتبعها للوقاية من الأمراض المعدية جميع المرضى المقيمين في بيئة الرعاية الصحية يستخدمون الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول في مناطق الملاريا

حوادث الأمراض المعدية الرئيسية مستقرة أو لا تزيد بالمقارنة بالمستوى السابق للأزمة



ملاحظات إرشادية

تقديرات المخاطر: أجر تقديرات للمخاطر مع الأشخاص المتضررين والقادة المحليين والعاملين في مجال الصحة، وحل المخاطر التي يشكلها السياق والبيئة، مثل المستوطنات البشرية الجماعية المكتظة والمناطق الحضرية. وانظر باهتمام لشراحت المجتمع المختلفة وذلك فيما يخص العوامل الخاصة بالمرض أو ضعف المناعة أو غيرها من المخاطر.

تدابير الوقاية المشتركة بين القطاعات: ضع تدابير وقاية عامة على شكلة النظافة المناسبة والتخلص من النفايات والمياه الآمنة والكافحة وإدارة ناقلات الأمراض. يمكن أن يساعد المأوى المناسب وتباعد أماكن الإيواء والتهوية في الحد من انتقال العدوى. إن الاقتصار على الرضا عن الطبيعية وإمكانية الوصول إلى تغذية مناسبة يساعدان بشكل مباشر في الحالة الصحية  انظر الالتزام بالمعيار الإنساني الأساسي 3 معيار النهوض بالنظافة 1.1 ومعيار نظافة المياه والإصحاح 1.2 و 2.2 والنظافة 1.1.1 ومعايير التزود بالمياه لقطع الماء والإصحاح والنظافة من 1.5 إلى 3.5 ومعيار المأوى والمستوطنة 2 والأمن الغذائي والتغذية - معايير تغذية الرضع والأطفال الصغار 1.4 و 2.4.

الإرشاد الصحي: اشرك المجتمعات في توفير المعلومات بصيغ ولغات يمكن استيعابها من جانب كبار السن وذوي الإعاقة والنساء والأطفال، واقض وقتاً كافياً لفحص الرسائل المتعلقة بالمسائل الحساسة والتحقق منها.

التلقيح: سوف يستند قرار تنفيذ حملة تلقيح على ثلاث عوامل:

- **تقدير لعوامل الخطر العامة** مثل سوء التغذية وارتفاع عبء الأمراض المزمنة والاكتحاظ وعدم ملائمة المياه والإصحاح والنظافة والمخاطر المتعلقة بأمراض محددة مثل الجغرافيا والمناخ والموسم ومناعة السكان.

جدوى الحملة، وذلك استناداً إلى تقييم لخصائص اللقاح بما يشمل التوفير والفعالية والسلامة وإذا ما كان أحادي أو متعدد المستضدات وإذا ما كان يؤخذ عن طريق الفم أو الحقن وإذا ما كان مستقرًا. انظر في العوامل التشغيلية مثل الوصول إلى السكان والعوائق الزمنية والنقل والمتطلبات المادية والتكلفة والقدرة على الحصول على الموافقة المستبررة.

السياق العام، ويشمل القيد الأخلاقية والعملية مثل المعارضات المجتمعية أو عدم المساواة بسبب انعدام الموارد أو العوائق السياسية أو الأمينة أو المخاطر المعروفة ضد القائمين بالتلقيح.

 انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير صحة الطفل 1:2.2: أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها بالتلقيح والتلقيح في الأمم الإنسانية الحادة: إطار لاتخاذ القرار، منظمة الصحة العالمية 2017، والذي يعطي 23 مستضدات تشمل الكوليريا والتهاب السحايا والحمبة و فيروس روتا.

الوقاية من الملاريا: حيثما وجد معدل انتقال مرتفع إلى معتدل للملاريا، قدم الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول للأفراد والأسر المصايبين بسوء التغذية الحاد وكذلك الحوامل والأطفال تحت سن الخامسة والأطفال غير المصايبين مع ذويهم والمصابين بمرض نقص المناعة البشرية، ثم ضع في الأولوية متلقي برامج التغذية التكميلية والأسر التي تضم أطفال دون سن الخامسة والأسر التي تضم حوامل.

قدم الوقاية الكيميائية للحوامل حسب البروتوكولات الوطنية وأنماط المقاومة، وانظر في إمكانية عمل وقاية كيميائية موسمية موجهة للملاريا في المناطق التي ترتفع فيها وفيات سوء التغذية والحمبة.

الأمراض المنقلة عن طريق البعوضة الزاعجة: تنشر البعوضة الزاعجة أمراض حمى الضنك وشيكونغونيا وفيروس زيكا والحمى الصفراء. حقق الوقاية من الأمراض من خلال إدارة متكاملة لنواقل الأمراض. ويجب أن يرتدي الأفراد ملابس للحيلولة دون التعرض للدغ، ويجب على الأسر استخدام مياه صالحة واتباع ممارسات

نفايات جيدة وطاردات حشرات أو الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول للأطفال الصغار والرضع الذين ينامون خلال النهار انظر معايير مكافحة نوائل المرض في المياه والإصحاح والنظافة 2.4: الأعمال المنزلية والشخصية لمكافحة النوائل.

معايير الأمراض المعدية 2.1.2:

المراقبة وكشف التفشي والاستجابة المبكرة

توفر أنظمة الإبلاغ والمراقبة كشفاً مبكراً لحالات التفشي واستجابة مبكرة.

الإجراءات الأساسية

- عزز آلية إنذار مبكر وتبينه واستجابة للأمراض الخاصة بالسياق أو أنشئها.
- قرر بشأن الأحداث والأمراض ذات الأولوية المراد تضمينها استناداً على الخطر الوبائي.
- درّب العاملين في الرعاية الصحية على جميع المستويات حول الأمراض ذات الأولوية وأليات إبلاغ السلطات الصحية وإطلاق التنبيه.
- انشر تقارير أسبوعية لنظام الإنذار المبكر والاستجابة لجميع الجهات المعنية وذلك لاتخاذ الإجراءات اللازمة.
- أنشئ فرق تحقيق لحالات التفشي.
- تأكد من إطلاق الإجراءات بسرعة في حالة إطلاق تنبيه.
- اشعر في القيام بالتحقيقات عن بعد حينما لم تتمكن الفرق من الوصول إلى الأشخاص المتضررين، على شاكلة مناطق النزاعات القائمة.
- تأكد من إمكانية فحص العينات باختبارات تشخيصية سريعة أو مختبرات للتأكد من حالة التفشي انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 3.1.2: التشخيص وإدارة الحالات.

المؤشرات الأساسية

نسبة التنبيهات التي جرى الإبلاغ عنها في خلال 24 ساعة

▪ 90 بالمئة

نسبة التنبيهات التي جرى التتحقق منها خلال 24 ساعة

▪ 90 بالمئة

نسبة التنبيهات التي جرى التتحقق فيها خلال 24 ساعة

▪ 90 بالمئة

ملاحظات إرشادية

الإنذار المبكر والاستجابة: بالتنسيق مع جميع الجهات المعنية، بما في ذلك وزارة الصحة والشركاء والمجتمع، عزز نظام للإنذار المبكر والاستجابة أو أنشئه بحيث يمثل الأشخاص المتضررين انظر معيار النظم الصحية 5.1: المعلومات الصحية. ويجب أن يكون النظام قادرًا على التقاط الشائعات والواقع غير الاعتيادي والتقارير المجتمعية.

المراقبة والإنذار المبكر: عزز نظام الإنذار المبكر والاستجابة مع الشركاء، وتوافق حول وحدات التقرير وتتدفق البيانات وأدوات الإبلاغ وأدوات تحليل البيانات وتعريفات الحالة وتواتر الإبلاغ.

إطلاق التنبية والإبلاغ: التنبهات هي أحداث صحية غير اعتيادية والتي قد تشكل إشارة للمراحل المبكرة من حالة التفشي. حدد عتبات تنبهات مخصصة لكل مرض وبلغ بها بأسرع وقت ممكن، واستخدم تقرير الإبلاغ الفوري القائم على الأحداث من جانب العاملين في الرعاية الصحية أو حل التقارير المستندة على المؤشرات (بشكل أسبوعي أو أكثر تكراراً). سجل جميع التنبهات فوراً وانقلها إلى فرق التحقق في التفشي للتحقق منها.

التحقق من التنبية: تحقق من معلومات التنبية خلال 24 ساعة. ويمكن إجراء التتحقق عن بعد، على شكلة القيام به عبر الهاتف، ويشمل جمع المزيد من البيانات وتحليل الحالة (الحالات) استناداً على الأعراض وتاريخ البدء والموقع والجنس والعمر والتلقيح الصحي والتشخيصات التفريغية.

الكشف عن التفشي: اجر تحقيقاً ميدانياً خلال 24 ساعة في حالة التتحقق من التنبية، وتأكد من امتلاك الفرق للمهارات الكافية للتحقق من التنبهات وإجراء التحقيق الميداني وكشف حالات التفشي المشتبه بها وجمع العينات المختبرية. وسوف يؤكد التحقيق حالة التفشي إذا تم الوصول إلى العتبة الوبائية أو إذا كان التنبية يمثل حالات عارضة أو ذروة موسمية.

راجع الحالات واجمع العينات واجر تقديرًا للمخاطر. النتائج المحتملة هي:

- لا تتمثل حالة:
- تأكدت الحالة، إلا أنها ليست حالة تفشي؛
- تأكدت الحالة ويوجد الشبه/تأكيد على حالة التفشي.

لا يمكن التأكيد من بعض حالات التفشي إلا بتحليل مختبري؛ وعلى الرغم من ذلك فما تزال هناك حاجة لإجراءات فورية حتى عند الاشتباه في التفشي.

التنبيه وعتبات التفشي

عتبة التفشي	عتبة التنبية	
حالة واحدة مؤكدة	حالات، مع إسهال مائي حاد وجفاف شديد فيمن تبلغ أعمارهم عامين فما فوق، أو تتوافق بسبب الإسهال المائي الحاد في نفس المنطقة خلال أسبوع واحد من بعضها البعض	الكولييرا
٣ عدد على الصعيد القطري	حالة واحدة	الحمبة
حالة واحدة	حالة واحدة	الحمى الصفراء
حالة واحدة	حالة واحدة	الحمى النزفية
5 حالات في أسبوع (في عدد سكان < 30,000) 10 حالات لكل 100,000 شخص في أسبوع (في عدد سكان > 30,000 إلى -100,000) حالات مؤكدة في أسبوع واحد في المخيم	حالاتان في أسبوع واحد (في عدد سكان > 30,000) 3 حالات في أسبوع (في عدد سكان < 30,000 إلى -100,000)	التهاب السحايا
٣ عدد على الصعيد القطري حسب السياق	٣ عدد على الصعيد القطري حسب السياق	المalaria

التحقيق في حالات التفشي والاستجابة المبكرة: قم بالمزيد من التحقق في حالة تأكيد التفشي أو الاشتباه به، وحدد السبب/المصدر والمتضاررين وطرق انتقال العدوى والمعرضين للخطر وذلك لاتخاذ تدابير المكافحة المناسبة.

اجري تحقيقات وبائيات وصفية، بما يشمل:

- الحالات والوفيات والأشخاص ووقت الاندلاع ومكانه وذلك لوضع منحنى للوباء وخريطة مكانية للمواد;
 - قائمة خطوط التفشي والتي تتبع كل حالة وتحل نطاقة التفشي، على شاكلة عدد حالات الإقامة في مستشفى لتلقي العلاج والمضاعفات ومعدل وفيات الحالات؛
 - حساب معدلات الإصابة استناداً على أعداد السكان المتفق عليها.
- ضع فرضية يمكنها شرح التعرض والمرض، وانظر في العوامل الممرضة والمصدر وطريق انتقال العدوى.
- قيم الفرضية واتفق على تعريف حالة التفشي. وقد يكون هذا أكثر تحديداً من تعريف الحالة المستخدمة للمراقبة. وحالما تؤكد فحوصات المختبر حالة التفشي من مصادر متعددة بعد تعريف حالة التفشي؛ قد لا تكون هناك حاجة لمواصلة جمع العينات.

ابلغ النتائج وحدها بشكل فوري ومنظم، ونفذ تدابير مكافحة تستند على السكان في أقرب وقت ممكن.

يمكن أن تمر جميع تلك النشاطات في نفس الوقت، لاسيما خلال استمرار حالة التفشي  انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 4.1.2: التأهب والاستجابة للتفشي.

معايير الأمراض المعدية 3.1.2 التخدير وإدارة الحالات

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى تشخيص وعلاج فعالين للأمراض المعدية التي تساهم بالعدد الأكبر في حالات الوفاة والاعتلال.

الإجراءات الأساسية

- 1 قم بصياغة رسائل واضحة تشجع الناس على التماس الرعاية للأعراض مثل الحمى والسعال والإسهال.
 - 2 قم بصياغة مواد مكتوبة وبيث إذاعي أو رسائل عبر الجوال باستخدام الصيغ المفهومة واللغات.
 - 3 استخدم بروتوكولات إدارة الحالات القياسية المعتمدة لتوفير الرعاية الصحية.
- انظر في تفاصيل إدارة الحالات المستندة على المجتمع لأمراض مثل الملاريا والإسهال والالتهاب الرئوي.
- حول الحالات الحادة إلى مستويات أعلى من الرعاية أو للعزل.
- وفر قدرات مختبرية وتشخيصية مناسبة وكذلك لوازم وتوسيع للجودة.
- حدد استخدام اختبارات التشخيص السريع أو الاختبار المختبري لمسببات الأمراض، وكذلك مستوى الرعاية وما الذي يجب تقديمها خلالها (تقديم اختبارات التشخيص السريع في المجتمع على سبيل المثال).



4

تأكد من عدم تعطيل العلاج لمن يتلقون رعاية طويلة الأجل لأمراض معدية مثل السل ونقص المناعة البشرية.

- قدم برامج لمكافحة السل وذلك في حالة استيفاء المعايير المعترف بها فقط.
- نسق مع برامج مرض نقص المناعة البشرية لضمان تقديم الرعاية الصحية لأولئك المصابين بعدوى مزدوجة بمرض نقص المناعة المكتسبة والسل.

المؤشرات الأساسية

نسبة المراكز الصحية الداعمة للسكان المتضررين باستخدام بروتوكولات علاج موحدة لمرض محدد

- استخدم استعراضًا شهريًّا للسجل لمراقبة الاتجاهات
- نسبة الحالات المشتبه بها التي أكدتها طريقة تشخيصية حسب المحدد بالبروتوكول المتفق عليه
- ضع خط أساس وقياس مدى التقدم

ملاحظات إرشادية

بروتوكولات العلاج: يجب أن تشمل البروتوكولات حزمة تشخيص وعلاج وإحالة. في حالة عدم توفر الحزم المذكورة أثناء الأزمة، انظر في التوجهات الدولية. افهم أنماط مقاومة الأدوية المحلية (وضع في اعتبارك النرج كذلك)، لاسيما للأمراض المalaria والسل والتيفود. انظر في الفئات المعرضة لخطر كبير سريريًّا على شاكلة الأطفال دون سن الثانية والحوالى وكبار السن والمصابين بمرض نقص المناعة البشرية والأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد، والذين هو أكثر عرضة لمخاطر بعض الأمراض المعدية.

الأمراض التتفصية الحادة: ترفع قابلية التضرر في الأزمات بسبب الانتظار والدخول الداخلية وسوء التهوية وسوء التغذية أو نقص فيتامين A أو كلاهما. قلل من معدل وفيات الحالات عن طريق تحديد الحالات في الوقت المناسب وتناول المضادات الحيوية عن طريق الفم وإحالة الحالات الخطيرة.

الإسهال والإسهال الدموي: سيطر على معدلات الوفيات من خلال زيادة الوصول إلى علاج الإماهة الفموية ومكملات الزنك واستخدامها على مستوى الأسرة أو المجتمع أو الرعاية الصحية الأولية. ويمكن أن يتم العلاج عن طريق نقاط الإماهة الفموية المجتمعية.

الإدارة المجتمعية للحالات: يمكن علاج مرض الملاريا أو الالتهابات الرئوية أو الإسهال من جانب العاملين الصحيين المجتمعيين والمدرسين. تأكد منربط جميع البرامج والإشراف عليها من جانب أقرب مرفق للرعاية الصحية. وتأكد من إمكانية الوصول غير المتاح والعادل للجميع.

الفحص المختبري: انشئ شبكة إحالة من مرافق المختبرات الوطنية والإقليمية والدولية لفحص العينات. وأحرص على الفحص التشخيصي السريع للمalaria ووفر وسائل المواصلات المناسبة للعينات ليتم فحصها لمسبيبات الأمراض الأخرى (مثل مستנית كاري-بلير لمرض الكولييرا).

درب العاملين في مجال الرعاية الصحية على طرق التشخيص وتوكيد الجودة وجمع العينات والنقل والتوثيق، وضع بروتوكول للفحوصات النهائية للمختبرات المرجعية وطنية وإقليميًّا ودولياً. تشمل الفحوصات النهائية مستنبثات من العينات، والفحوص المصلية ومسبيبات المرض، والفحص الريبي التوسي للحمى الصفراء والحمى التزفية، والالتهاب الكبدي الوبائي إلخ. ضع بروتوكولات عن آليات النقل الآمن لمسبيبات الأمراض، لاسيما الحمى التزفية الفيروسية أو الطاعون أو ما يشبه ذلك. وضع في اعتبارك لوائح الطيران المتعلقة بنقل العينات عن طريق الجو.

تعد مكافحة السل معقدة بسبب زيادة مقاومة العقاقير، لا تُنشئ برامج إلا إذا تم ضمان الوصول المستمر إلى السكان وتقديم الرعاية لمدة لا تقل عن 12-15 شهراً. تم الكشف عن السل المقاوم للأدوية المتعددة (المقاوم لاثنين من الأدوية الأساسية المضادة للسل وهي إيزونيازيد ويفامبيسين) والسل شديد المقاومة للأدوية (المقاوم لأربع أدوية أساسية مضادة للسل). كلا هذين النوعين يتطلبان علاجات أطول وأكثر تكلفة وأكثر تعقيداً. في الأزمات، في الغالب يصعب الوصول إلى الفحوصات التشخيصية والحساسة الضرورية لضمان الاختيار الصحيح لعلاجات السل واستخدامها.

معايير الأمراض المعدية 4.1.2:

التأهب والاستجابة للتلفي

التأهب الكافي لحالات التفشي والسيطرة عليها في الوقت المناسب.

الإجراءات الأساسية

ضع خطة متكاملة للتأهب للتلفي والاستجابة لها ووزعها بالتعاون مع جميع الجهات المعنية والقطاعات.

- ركز التدريب على الموظفين الرئيسيين في المناطق المعرضة لخطر مرتفع.
- حدد مسبقاً موقع الأدوية الطبية الأساسية والأجهزة الطبية والفحوصات السريعة ومعدات الوقاية الشخصية ومجموعاتها (مثل المخصصة لأمراض الكوليرا والإسهال) في المناطق المعرضة للوباء والمناطق ذات الوصول المحدود إليها.
- نفذ تدابير مكافحة مخصصة للمرض بمجرد الكشف عن التلفي.
- حدد الحاجة لعمل حملة موجهة للقاحات.
- وسّع نطاق تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها، بما يشمل توفير مناطق عزل للكوليرا والفيروس الكبدي الوبائي إيه وغيرها من حالات التلفي.
- أنشئ قدرات للاستجابة واللوجستيات مخصصة لحالة التلفي ونسقها.
- تأكد من القدرة على النقل والتخزين فيما يخص الأدوية والإمدادات، بما يشمل سلسلة تبريد اللقاحات.
- أضف قدرات لمرفق الرعاية الصحية، على شاكلة خيم الكوليرا أو التهاب السحايا.
- تأكد من إمكانية الوصول والنقل إلى المختبرات على المستوى المحلي والوطني والدولي لفحص العينات.
- نسق مع القطاعات الأخرى حسب الحاجة، بما في ذلك حماية الطفل.

المؤشرات الأساسية

نسبة موظفي الصحة في المنطقة المعرضة لخطر كبير للمريض على خطة الاستجابة للتلفي وبروتوكولاتها خفض معدل وفيات الحالات إلى مستوى مقبول

- الكوليرا > 1 بالمائة
- التهاب السحايا > 15 بالمائة



- الالتهاب الكبدي الوبائي اي > 4 بالمئة في عموم السكان، و 10-50 بالمئة في الحوامل في الربع الثالث من الحمل
- الخناق (الجهاز التنفسي) > 5-10 بالمئة
- السعال الديكي > 4 بالمئة في الأطفال في عمر سنة و < 1 في الأطفال في عمر 1-4
- حمى الضنك > 1 بالمئة

ملاحظات إرشادية

خطة التأهب والاستجابة للتفضي: ضعها بالتعاون مع الشركاء في مجال الصحة ووزارة الصحة وأعضاء المجتمع وقادته. ويجب كذلك تضمين قطاع المياه والإصحاح والنظافة والتغذية والمأوى وشركاء التعليم والحكومة المضيفة والسجون والجيش (عند الاقتضاء). تأكيد من عدم المساس بالخدمات الصحية الحرجة الأخرى عند استجابتها لحالات التفشي.

يجب أن تحدد الخططة:

- آليات تسيير الاستجابة لحالة التفشي على المستوى الوطني ودون الوطني والمجتمع المحلي؛
- آليات للتعبئة المجتمعية والتواصل بشأن المخاطر؛
- تعزيز نظام الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة: مراقبة الأمراض وكشف حالات التفشي والتحقيق في حالات التفشي الوبائية؛
- إدارة الحالات؛
- تدابير مكافحة مخصصة للمرض والبيئة؛
- تدابير تشمل عدة قطاعات؛
- بروتوكولات حول النقل الآمن ومسارات الإحالة للعينات للفحص المختبري؛
- خطط طوارئ للارتفاع بالخدمات على المستويات المختلفة للرعاية بما يشمل إنشاء مناطق عزل في مراكز العلاج؛
- قدرات فريق مكافحة التفشي والمتطلبات المفاجئة للعاملين في الرعاية الصحية؛
- توفر الأدوية الأساسية واللقاحات والأجهزة الطبية واللوازم المختبرية والمعدات الوقائية للعاملين في الرعاية الصحية، بما في ذلك المشتريات الدولية (مخزن شامل من اللقاحات على سبيل المثال)

تعتمد مكافحة التفشي على وجود تواصل ملائم فيما يخص المخاطر ووجود فرق متخصصة لمكافحة التفشي. احتو التفشي بطريقة شاملة ومن ثم لا ينتشر المرض لمناطق جديدة وكذلك للحد من عدد الحالات الجديدة في أماكن وجود التفشي. وسيطلب هذا تقصي نشط عن الحالات وتشخيص سريع وإدارة لحالات. وفر مناطق عازلة حسب الحاجة (للكولييرا أو الفيروس الكبدي الوبائي اي على سبيل المثال)، وعزز مكافحة نوافل المرض للحد من التعرض للعدوى، باستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول وتحسين سلوكيات النظافة.

حملات التلقيح

التهاب السحايا: قد تسبب مجموعات الأنماط المصلية A و C و W في حدوث حالات تفشي في الأزمات. وتتوفر لقاحات للمجموعات A و C للاستخدام في حالات الوبية. ومن غير المستحسن القيام بتلقيح روبي في الأزمات كما أنه لا يتوفّر لمجموعات الأنماط المصلية C و W. استهدف باللقاحات فئات عمرية محددة استناداً على معدلات الإصابة المعروفة، أو أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و 30 عاماً. وضع تعریضاً واضحاً للحالة وذلك نظراً للحاجة لقيام بنزل قطني لتحقيق التشخيص النهائي.

الحمى التزفية الفيروسية: تستند إدارة أمراض الحمى التزفية الفيروسية، مثل الإيبولا أو حمى لاسا، وتشخيصها على توجيهات وطنية ودولية صارمة. ويشمل هذا بروتوكولات حول اللقاحات الجديدة وطرق العلاج المبتكرة. وتعد المشاركة الفعالة خلال حالات التفشي المذكورة أمر حيوي.

الحمى الصفراء: يوصى بالقيام بتلقيح جماعي في حالة تأكيد ظهور حالة واحدة في مستوى للنازحين والسكان المستضيفين. أجمع بين ما سبق وتدابير مكافحة بعوضة الراعجة الناقلة للأمراض وكذلك عزل صارم للحالات.

شلل الأطفال: شلل الأطفال مشمول في برنامج منظمة الصحة العالمية الموسوع الخاص بالتحصين اللقاحات ويجب استئنافه بعد المراحل الأولى من حالة الطوارئ. اشرع في القيام باللقاحات الجماعية في حالة ظهور حالة واحدة لشلل الأطفال.

الكولييرا: يجب توفير بروتوكولات واضحة للعلاج ولحالات التفشي والتنسيق حولها فيما بين القطاعات. استخدم لقاحات الكولييرا وفقاً لإطار عمل منظمة الصحة العالمية، واستكمل الاستراتيجيات القائمة لمكافحة الكولييرا.

التهاب الكبد الوبائي أي وإي: ويشكلان خطراً كبيراً لاسيما في مخيمات اللاجئين. امنع التفشي وكافحه عن طريق تحسين الإصلاح والنظافة وإمكانية الوصول إلى مياه آمنة.

الحصبة: انظر الرعاية الصحية الأساسية - معايير صحة الطفل 1.2.2: أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات.

السعال الديكي أو الخناق: تشيع حالات تفشي السعال الديكي عند نزوح الأشخاص. وبسبب المخاوف المتعلقة بالمخاطر بين كبار السن الذين تلقوا اللقاح الثلاثي (الخناق والسعال الديكي والكرازان)، الزمر الحذر حول حالات تفشي السعال الديكي المرتبطة بحملات التلقيح، واستخدم حالة التفشي لمعالجة التغيرات في عمليات التلقيح الروتينية. تشمل إدارة الحالات علاج الحالات بالمضادات الحيوية والعلاج الوقائي المبكر للمخالطين في الأسر حيّثما وجد رضيع أو امرأة حامل. إن تفشي الخناق أقل شيوعاً إلا أنه لا زال يشكل خطراً في البيئات المكتظة مع وجود مناعة منخفضة ضد الخناق. وفي المخيمات، تعدد حملات التلقيح الجماعية ضد الخناق باستخدام ثلاث جرعات منفصلة من التلقيح ليست مجهرولة. وتشمل إدارة الحالات إدارة الترقيق والمضادات الحيوية.

معدلات وفيات الحالات: تختلف معدلات وفيات الحالات المقبولة للأمراض المحددة حسب السياق والمناعة الموجودة. اسع إلى الحد من معدلات وفيات الحالات بقدر الإمكان. وقد تشير معدلات وفيات الحالات المرتفعة إلى عدم الوصول إلى رعاية صحية مناسبة أو تأخر العرض وإدارة الحالات أو وجود عوامل اعتلال مشتركة كبيرة بين السكان أو ضعف جودة الرعاية الصحية. ارصد معدل وفيات الحالات بشكل دوري واتخذ خطوات تصحيحية فورية إذا كانت أعلى من المتوقعة.

رعاية الأطفال: في حالات التفشي، اعتبر الأطفال فئة خاصة عند تصميم البرامج وتنفيذها، ونسق بين قطاعات الصحة وحماية الطفل وارجع لهم، وعالج أخطار فصل الأطفال عن والديهم. قد يقع الخطأ بسبب اعتلال الوالدين أو مرضهما أو حسب تصميم البرنامج. ركز على منع تشتت الأسر واحرص على موافقة الوالدين أو الطفل على العلاج، واتخذ تدابير للحفاظ على مرافق التعليم مفتوحة، مع مراعاة تدابير المكافحة الضرورية والتنفيذ الصحي.

2.2 صحة الطفل

خلال الأزمات، يكون الأطفال أكثر عرضة لأنواع العدوى والأمراض وغيرها من المخاطر على صحتهم وحياتهم. وليس فقط على صعيد تدهور الحياة المعيشية، ولكن بسبب انقطاع برامج التحصين كذلك. وفضلاً عن ذلك تكون المخاطر أعلى على الأطفال غير المصححين مع ذويهم أو المنفصلين عنهم.



هناك حاجة لاستجابة متضافة تركز على الطفل، سوف تذكر هذه الاستجابة أولاً على الرعاية المنفذة للحياة، إلا أنه ينبغي على عمليات التدخل في نهاية المطاف تخفيف المعاناة وتعزيز النمو والتنمية. ويجب أن تعالج البرامج الأسباب الرئيسية للوفيات والاعتلال. وتمثل هذه المخاطر بوجه عام في التهابات الجهاز التنفسى الحادة والإسهال والحمبة والمalaria وسوء التغذية وحالات حديثي الولادة أو الاعتلال والوفيات.

معايير صحة الطفل : 1.2.2

أمراض الطفولة التي يمكن الوقاية منها باللقاحات

يتمتع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 15 سنة بمناعة ضد الأمراض وإمكانية للوصول إلى خدمات برنامج التحصين الموسع خلال الأزمات.

الإجراءات الأساسية

1

حدد إذا ما كانت هناك حاجة للتلقيحات وكذلك النهج المناسب لحالة الطوارئ.

أسس هذا على تقدير للمخاطر (السكان والم الموسم على سبيل المثال) جدوى الحملة (الحاجة لجرعات متعددة وتوفّه على سبيل المثال) والسياق (الأمن والاحتياجات التنافسية على سبيل المثال). وينبغي أن تكون هذه عملية مستمرة مع تطور الأزمة \oplus انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 1:1.2.2: الوقاية.

2

أجري حملات تلقيح جماعية ضد الحصبة للأطفال من عمر ستة أشهر إلى 15 سنة، بغض النظر عن سابقة التلقيح ضد الحصبة، عند تقدير أن تخطيطية الحصبة أقل من 90% أو كانت غير معروفة.

ادرج فيتامين A للأطفال من عمر 6 إلى 59 شهراً.

تأكد من تلقي جميع الرضع الذين تلقوا تلقيحاً بين ستة إلى تسعة أشهر لجرعات أخرى من لقاح الحصبة عند مرور تسعة أشهر.

3

أعد تأسيس برنامج التحصين الموسع في أقرب وقت ممكن.

اسع لقيام مرفاق الرعاية الصحية الأولية أو نظم الفرق المتنقلة/التوعية بتقديم جدول وطني تحصيني للأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات لعشرين يوماً على الأقل من كل شهر.

4

افحص الأطفال المتزددين على مرفاق الرعاية الصحية أو العيادات المتنقلة لكشف حالة تلقيحهم وإدارة أي تلقيحات لازمة.

المؤشرات الأساسية

نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 15 عاماً والذين تلقوا لقاح الحصبة عند اكتمال حملة لقاح الحصبة

< 95 بالمئة

نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ستة أشهر إلى 59 شهراً والذين تلقوا الجرعة المناسبة من فيتامين A عند اكتمال حملة لقاح الحصبة

< 95 بالمئة

نسبة الأطفال في عمر 12 شهراً الذين تلقوا ثلاثة جرعات من اللقاح الثلاثي

< 90 بالمئة

نسبة مرفق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدمات التحصين الموسع لعشرين يوماً في الشهر على الأقل

ملاحظات إرشادية

التلقيح: تعد اللقاحات ذات أهمية حيوية في منع الوفيات الزائدة في الأزمات الحادة. وقد لا يغطي التوجيه الوطني الطوارئ أو الأشخاص العابرين للحدود، ومن ثم يتعين دون إبطاء على تحديد اللقاحات الازمة ووضع خطة تنفيذ تشمل عمليات المشتريات. [انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 2.1.1](#) للحصول على توجيهات بشأن تقدير المخاطر وقرارات اللقاحات ومعيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية الخاصة بمشتريات اللقاحات وتخزينها.

تلقيح الحصبة: يعد التحصين ضد الحصبة عملية تدخل صحية ذات أولوية في الأزمات.

- **التخطيطية:** راجع بيانات التغطية للنازحين والسكان المضييفين لتقدير إذا كانت التغطية الروتينية للتحصين ضد الحصبة أو تخطيطية الحملة ضد الحصبة تزيد عن 90 بالمئة للسنوات الثلاث السابقة. نفذ حملة ضد الحصبة إذا كانت تخطيطية التلقيح أقل من 90 بالمئة أو كانت غير معروفة أو مشكوك فيها، وقم بإدارة مكملات فيتامين أ في نفس الوقت. تأكد أن 95 على الأقل من الوافدين الجدد على المستوطنة والذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر و 15 عاماً قد تم تحصينهم.

- **الفئات العمرية:** قد يكون بعض الأطفال الأكبر سنًا لم يحظوا بالتلقيح الروتيني أو بالحملات ضد الحصبة أو لم يصابوا بمرض الحصبة ذاته. يظل هؤلاء الأطفال معرضين لخطر العدوى ويمكن أن يصيبوا الرضع والأطفال الصغار والذين يكونوا أكثر عرضة للوفاة من المرض. ومن ثم، قم بالتلقيح حتى سن 15 سنة، إن لم يكن ذلك ممكناً، اعط الأولوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 59-6 شهراً.

- **تكرار التلقيح:** ينبغي أن يتلقى جميع الأطفال من عمر ستة أشهر إلى 15 سنة جرعتين من لقاح الحصبة كجزء من برامج التلقيح الوطنية القياسية. ويجب أن يتلقى الأطفال بين ستة وتسعة أشهر الذين تلقوا لقاح الحصبة (في الحملات الطارئة على سبيل المثال) جرعتين إضافيتين في الأعمار الموصى بها حسب الجدول الوطني (والتي تكون في العادة من سعة إلى 15 شهراً في المناطق المعرضة للخطر).

شلل الأطفال: انظر بعين الاعتبار لحملات شلل الأطفال في حالات تفشي شلل الأطفال أو وجود تهديدات لبرامج استئصاله، حسب المحدد في التلقيح في الأزمات الإنسانية الحادة: إطار عمل لتخاذل القرارات [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 1.1.2](#): الوقاية.

برنامج التحصين الموسع الوطني: أعد تأسيس برنامج التحصين الموسع على الفور لحماية الأطفال من الحصبة والخناق والسعال الديكي وللحذر من خطر الانهابات التنفسية. وقد تحتاج برامج التحصين الموسعة الوطنية إلى لقاحات تكميلية [انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الأمراض المعدية 4.1.2](#): التأهيل والاستجابة للتلفزي.

سلامة اللقاح: تأكد من سلامة اللقاحات طوال الوقت، واتبع تعليمات الجهة المصنعة فيما يتعلق بالتخزين والتبريد [انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية](#).

الموافقة المستتبيرة: احصل على الموافقة المستتبيرة من الوالدين أو الأوصياء فيما يتعلق بإدارة اللقاح، وهذا يشمل فهم المخاطر والآثار الجانبية المحتملة.



معايير صحة الطفل : 2.2.2

التعامل مع مرض حديث الولادة والأطفال

يتمتع الأطفال بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية ذات الأولوية والتي تعالج الأسباب الرئيسية لاعتلal ووفيات حديث الولادة والأطفال.

الإجراءات الأساسية

- 1 وفر رعاية صحية مناسبة على مختلف المستويات (مرفق أو عيادات متنقلة أو برامح مجتمعية).
- استخدم توجيهات «صحة حديث الولادة» في الحالات الإنسانية فيما يخص الرعاية الأساسية حديث الولادة [انظر المراجع](#).
- انظر في اعتماد إدارة الحالات المجتمعية المتكاملة والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة.
- 2 أنسن نظاماً موحداً للتقييم والفرز في جميع المرافق التي تقدم الرعاية للأطفال وحديث الولادة المرض.
- تأكيد من تقديم العلاج الفوري لجميع الأطفال المصابين بعلامات الخطر (عدم القدرة على الشرب أو الرضاعة الطبيعية وتفياً كل شيء والتشنجات والخمول وفقدان الوعي)
- ادرج تقييم الإصابات والتسمم الكيميائي في السياقات التي يزيد خطرها.
- 3 وفر الأدوية الأساسية بجرعات وتركيزات مناسبة لعلاج أمراض الطفولة الشائعة في جميع مستويات الرعاية.
- 4 افحص الأطفال من حيث النمو والحالة التغذوية.
- قم بإحالة جميع الأطفال المصابين بسوء التغذية لخدمات التغذية.
- وفر علاج يستند إلى المرافق للأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد مع مضاعفاته.
- 5 ضع بروتوكولاً مناسباً لإدارة الحالات لعلاج أمراض الطفولة والأمراض التي يمكن منها ببرنامجه التحصين الموسع، على شاكلة الخناق والسعال الديكي، وذلك في الحالات التي يرتفع فيها خطر التفشي.
- استخدام البروتوكولات القائمة حيثما كان ذلك ممكناً.
- 6 قم بصياغة رسائل تقييف صحي تشجع الأسر على الانخراط في ممارسات السلوك الصحي والوقاية من الأمراض.
- شجع أعمال مثل الرضاعة الطبيعية الحصرية وتغذية الرضع وغسل اليدين والحفاظ على دفعه الرضع وشجع النماء المبكر للطفولة.
- 7 صمم رسائل تقييف صحي تشجع الأفراد على التماس الرعاية المبكرة لأى أمراض على شاكلة الحمى أو السعال أو الإسهال عند الأطفال وحديث الولادة.
- اتخذ خطوات للوصول للأطفال الذين لا يرعاهم شخص بالغ أو أحد والديهم.
- 8 حدد الأطفال من ذوي الإعاقة أو المصابين بتأخير النمو.
- قدم المشورة والإحالات فيما يخص خدمات الرعاية أو إعادة التأهيل.

المؤشرات الأساسية

معدلات الوفيات الخام للأطفال أقل من 5 سنوات

- أقل من حالي وفاة لكل 10 آلاف طفل في اليوم [انظر الملحق 3 للاطلاع على الحسابات](#)
- تقديم علاج فعال ضد الملاريا في الوقت المناسب لجميع الأطفال تحت سن 5 سنوات الذين تظهر عليهم الملاريا
- خلال 24 ساعة من بدء الأعراض
- استثناء الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الشديد
- تقديم أملاح الإماهة الفموية ومكملات الزنك في الوقت المناسب لجميع الأطفال تحت سن 5 سنوات المصابين بالإسهال
- خلال 24 ساعة من بدء الأعراض
- تقديم الرعاية المناسبة في الوقت المناسب لجميع الأطفال تحت سن 5 سنوات المصابين بالتهاب رئوي
- خلال 24 ساعة من بدء الأعراض

ملاحظات إرشادية

الرعاية الأساسية لحديثي الولادة: وفر رعاية ماهرة لجميع حديثي الولادة عند ولادتهم، ويفضل في مرافق الرعاية الصحية وفقاً [انظر للإدارة المتكاملة للحمل والولادة والإرشادات التوجيهية «لصحة حديثي الولادة في الأوضاع الإنسانية»](#) وتكون الرعاية الأساسية لحديثي الولادة مما يلي سواء تمت الولادة في وجود رعاية ماهرة أو بدونها:

- الرعاية الحرارية (تأخير الاستحمام، والحفاظ على الطفل جافاً ودافئاً مع ملامسة الجلد للجلد);
- الوقاية من العدوى (تعزيز ممارسات الولادة النظيفة وغسل اليدين وتنظيف الحبل السري والعناية بالجلد والعينين);
- دعم التغذية (الرضاعة الطبيعية الحصرية والفورية والتخلص من اللبأ);
- الرصد (تقييم علامات خطر العدوى أو الحالات التي قد تحتاج إلى الإحالة);
- الرعاية بعد الولادة (توفيرها في المنزل أو قريباً منها في الأسبوع الأول من الولادة، حيث أن أول 24 ساعة هي الساعات الأهم لقياس بقى المخاطر بعد الولادة؛ واجعل هدفك تحقيق ثلاثة زيارات منزلية خلال أول أسبوع بعد الولادة).

تركز الإدارة المتكاملة للأمراض الطفولة (IMC) على رعاية الأطفال تحت عمر خمس سنوات على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وبعد إنشاء الإدارة المتكاملة للأمراض الطفولة، ادمج التوجيهات السريرية في بروتوكولات قياسية ودربي العاملين المحترفين في مجال الصحة بشكل مناسب.

الإدارة المتكاملة المجتمعية للحالات هي جزء من منهج لتوفير علاج فعال وفي الوقت المناسب ضد الملاريا والالتهاب الرئوي والإسهال وذلك للأشخاص ذوي إمكانية الوصول المحدودة لمرافق الرعاية الصحية، لاسيما للأطفال تحت عمر خمس سنوات.

إدارة حالات الإسهال: عالج الأطفال المصابين بالإسهال باستخدام أملاح الإماهة الفموية منخفضة الأسموولالية ومكملات الزنك. يقوم الزنك بتقصير مدة الإسهال، فيما تمنع أملاح الإماهة الفموية من حدوث الجفاف. شجع القائمين بالرعاية على استمرار الرضاعة الطبيعية أو زيتها خلال النوبات، ثم زيادة التغذية كل بعدها.



إدارة الالتهاب الرئوي: إذا كان الطفل مصاباً بالسعال، فقيم صعوبة التنفس أو سرعته وقدرة الرئتين على الشهيق. وفي حالة ظهورها، عالجها عن طريق مضاد حيوي مناسب يؤخذ عبر الفم، وقمر بإحالة الذين تظهر عليهم علامات الخطير أو المصابين بالتهاب رئوي شديد إلى الرعاية ذات الأولوية.

معدلات سرعة التنفس حسب الفئات العمرية:

منذ الولادة وحتى شهرين: < 50 في الدقيقة	12 شهر: < 50 في الدقيقة
5 سنوات: < 40 في الدقيقة	1 إلى 5 سنوات: < 40 في الدقيقة

فيروس نقص المناعة البشرية: حيثما كان معدل انتشار مرض نقص المناعة البشرية أكبر من واحد بالمئة، افحص جميع الأطفال المصابين بسوء تغذية حاد. تحتاج الأمهات والقائمين على رعاية رضع معرضين لفيروس نقص المناعة البشرية إلى دعم ومشورة مختصين ⁽⁺⁾ انظر معايير الأمن الغذائي والتغذية.

تغذية الأطفال المنفصلين عن ذويهم: نظم تغذية تحت إشراف للأطفال المنفصلين عن ذويهم أو غير المصحوبين بهم.

مخاوف حماية الطفل: استخدم الخدمات الصحية الروتينية للكشف عن إهمال الأطفال أو إساءة معاملتهم أو استغلالهم، وقم بإحالة الحالات إلى خدمات رعاية الطفل، وادمج إجراءات التحديد ورعاية الحالات المراهقة للفرق الجنسي في الخدمات الصحية الروتينية للأمهات والرضع والمراهقين.

إحالات التغذية: ⁽⁺⁾ انظر معيار الأمن الغذائي والتغذية 3: حالات النقص في المغذيات الدقيقة ومعيار إدارة سوء التغذية 2.2: سوء التغذية الحاد.

تلوث الهواء الداخلي: انظر في توفير موقد طهي بديلة للحد من الأدخنة والأبخرة والأمراض التنفسية التي تسببها ⁽⁺⁾ انظر معيار المأوى والمستوطنات 3: مساحة المعيشة والمعيار 4: اللوازم المنزلية.

التسمم: ⁽⁺⁾ انظر الملحق 4.

3.2 الصحة الجنسية والإنجابية

يجب توفير الرعاية الجنسية والإنجابية الهامة المنقذة للحياة منذ بداية الأزمة. انشئ خدمات شاملة في أقرب وقت ممكن.

تمثل هذه الخدمات الضرورية جزءاً من الاستجابة الصحية المتكاملة وتدعيمها مجموعات الصحة الإنجابية ⁽⁺⁾ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية.

تشمل الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الشاملة رفع مستوى الخدمات القائمة وإضافة الخدمات غير الموجودة وتعزيز الجودة. وسوف يساعد فهم بنية النظم الصحية على تحديد كيفية دعم هذا الجانب ⁽⁺⁾ انظر معايير النظم الصحية من 1.1 إلى 5.1.

جميع الأفراد، بما في ذلك الموجدون في أوضاع إنسانية، لديهم الحق في الصحة الجنسية والإنجابية. ويجب أن تتحمّر الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الخلفيات الثقافية والمعتقدات الدينية للمجتمع عند تلبية معايير حقوق الإنسان الدولية المعترف بها عالمياً. كن ملائماً بشدة لاحتياجات المراهقين وكبار السن وذوي الإعاقات والسكان المعرضين للخطر، بعض النظر عن توجههم الجنسي أو هويتهم الجنسانية.

تتسبب الطوارئ في رفع مخاطر العنف الجنسي، بما في ذلك الاستغلال وسوء المعاملة. ويجب أن تعمل جميع الجهات الفاعلة معاً لمنع ذلك والاستجابة له، وذلك بتتنسيق وثيق مع قطاع الحماية. اجمع المعلومات بشكل

آمن وأخلاقي، ولا تشارك البيانات إلا وفقاً للبروتوكولات المتفق عليها  انظر معايير الحماية ومعيار النظم الصحيحة 5.1: المعلومات الصحيحة.

معايير الصحة الجنسية والإنجذابية : 1.3.2

الرعاية الصحية الإنجذابية للأم ولحديثي الولادة

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية صحية وتنظيم للأسرة والتي تمكن من الوقاية من ارتفاع معدلات وفيات واعتلال الأمهات وحديثي الولادة.

الإجراءات الأساسية

احرص على نظافة وأمان عملية الولادة، وتتوفر الرعاية الأساسية بحديثي الولادة والولادة الطارئة وخدمات الرعاية لحديثي الولادة طوال الوقت.

- انشئ نظام إجالة مع وجود اتصالات وانتقالات من المجتمع إلى مرفق الرعاية الصحية أو المستشفى بحيث يعمل طوال الوقت.
- قدم لجميع النساء ظاهري الحمل مجموعات ولادة نظيفة عند عدم وجود إمكانية الوصول إلى مقدمي رعاية صحية مهرة ومرافق الرعاية الصحية.
- تشاور مع المجتمع لفهم التفضيلات المحلية والممارسات والاتجاهات والمواقف حول منع الحمل.
- اشترك الرجال والنساء والمرأهقين والمرأهقات في نقاشات منفصلة وخاصة.
- وفر مجموعة واسعة من وسائل منع الحمل طويلة الأجل القابلة للإزالة وقصيرة الأجل في مرافق الرعاية الصحية حسب الطلب، وذلك في بيته من السرية والخصوصية.
- وفر الاستشارات التي تؤكد على الاختيار الوعي والفاعلية.

المؤشرات الأساسية

توفر الرعاية الماهرة للتوليد في الحالات الطارئة ورعاية حديثي الولادة طوال الوقت

- الخدمات الأساسية للتوليد في الحالات الطارئة ورعاية حديثي الولادة: الحد الأدنى هو خمس مراقب لـ 500 ألف فرد
- الخدمات الشاملة للتوليد في الحالات الطارئة ورعاية حديثي الولادة: الحد الأدنى هو مرفق واحد لكل 500 ألف فرد

نسبة الولادات تحت إشراف موظفين مهرة

الحد الأدنى المستهدف: 80 بالمائة

توفر نظام إحالة للحالات الطارئة للتوليد وحديثي الولادة

تتوفر على مدار الساعة يومياً طوال أيام الأسبوع

نسبة الولادات في المرافق الصحية عن طريق الولادة القيصرية

الهدف: 15-5 بالمائة.

تبليغ جميع مراكز الصحة الأولية بتوفير أربع طرق على الأقل لمنع الحمل بين ثلث إلى أربع أشهر بعد بدء الأزمة.



ملاحظات إرشادية

التوليد في حالات الطوارئ ورعاية حديثي الولادة: تمثل النساء الحوامل حوالي 4 بالمائة من السكان وسوف تختبر نسبة حوالي 15 منهن مضاعفات توليدية غير متوقعة خلال الحمل، أو خلال التوليد، وهو ما يتطلب رعاية للتوليد في حالات الطوارئ. وسوف تحتاج نسبة 15-5 من الولادات إلى تدخل جراحي، على شاكلة الولادة القصصية. وعلى الصعيد العالمي، تحتاج نسبة 9-15 بالمائة من حديثي الولادة إلى رعاية طارئة لإنقاذها الحياة. لا يتنفس حوالي 5-10 من حديثي الولادة تلقائياً بعد الولادة ويحتاجون إلى تببيه، وييتطلب نصفهم إنعاش. إن الأسباب الرئيسية للفشل في التنفس تشمل الولادة المبكرة والأحداث الحادة أثناء الولادة والتي ينتج عنها اختناق حاد [\(+\)](#) انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار صحة الطفل 2.2.2: التعامل مع مرض حديثي الولادة والأطفال.

تشمل الرعاية الأساسية للتوليد في حالات الطوارئ ورعاية حديثي الولادة المضادات الحيوية الوريدية والأدوية المقوية لتوتر الرحم (حقن الأوكسيتوكين والميسوبروستول) والأدوية الوريدية المضادة للإللتراج (كيربيات المغنسيوم) أو إزالة بقايا منتجات منع الحمل باستخدام الأجهزة المناسبة والإزالة اليدوية للمشيمة والولادة المهبلية بالمساعدة (الاستخراج بالخلية) وإنعاش الأمهات وحديثي الولادة.

تشمل الرعاية التوليدية في حالات الطوارئ ورعاية حديثي الولادة الشاملة كل ما سبق فضلاً عن الجراحة تحت التخدير العام (الولادة القصصية أو شق البطن) ونقل الدم الآمن والرشيد مع اتخاذ التدابير الاحتياطية القصصية. إن رعاية ما بعد الإجهاض هي عملية تدخل منقذة للحياة والتي تعد جزءاً من رعاية التوليد الطارئ وحديثي الولادة وتهدف إلى الحد من الوفيات والمعاناة الناتجة عن مضاعفات الإجهاض العفوبي وحالات الإجهاض غير الآمنة. ويشمل العلاج التعامل مع النزيف (ربما عن طريق تدخل جراحي) وتعفن الدم وتوفير الوقاية من الكزان.

ومن الضروري أن تتوفر كل من الرعاية التوليدية الطارئة ورعاية حديثي الولادة الأساسية والشاملة طوال الوقت. يجب أن يكفل نظام الإحالة تمنع النساء وحديثي الولادة بوسائل الانتقال إلى مرفق الرعاية الصحية الأولية ومنه مع توفر رعاية أساسية للتوليد في حالة الطوارئ ورعاية حديثي الولادة ومع توفر رعاية شاملة للتوليد في حالة الطوارئ ورعاية حديثي الولادة عند الانتقال للمستشفى.

تنظيم الأسرة: الانخراط مع مختلف فئات المجتمع لفهم التفضيلات والموافق الثقافية. احرص على وعي المجتمع عن مكان وكيفية الوصول إلى وسائل منع الحمل، وشارك المعلومات بعدة أشكال ولغات وذلك للحرص على الوصول إليها. اشرك أيضاً القادة المجتمعين في نشر المعلومات.

ينبغي أن يقوم مقدمي خدمات مدربين يفهمون تقضيات العميل والثقافة والبيئة بتقديم المشورة الخاصة بمنع الحمل. ويجب أن تؤكد المشورة على السرية والخصوصية، والطوعية والاختيار والواعي والموافقة وفاعلية الطرق الطبية وغير الطبية، والآثار الجانبية المحتملة، والتعامل والمتابعة والتوجيه بشأن الإزالة عند الحاجة.

يجب توفير مجموعة من أنواع وسائل العمل بشكل فوري لتلبية الطلب المتوقع، ويجب تدريب مقدمي الخدمات على إزالة وسائل منع الحمل طويلة الأجل القابلة للإزالة.

الخدمات الأخرى: اشرع في أقرب وقت ممكن في نوع آخر لرعاية الأمهات وحديثي الولادة، بما يشمل الرعاية السابقة للولادة والتالية للولادة.

التنسيق مع القطاعات الأخرى: نسق مع قطاع التغذية لضمان إحالة الحوامل والمرضى إلى خدمات التغذية حسب الاقتضاء، ومثال على ذلك التغذية التكميلية الموجهة [\(+\)](#) انظر الأمن الغذائي والتغذية - معيار إدارة سوء التغذية 1.2 .

معايير الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2:

العنف الجنسي والتدبير السريري لحالات الاغتصاب

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى رعاية طبية آمنة تستجيب إلى حاجات الناجين من العنف الجنسي.

الإجراءات الأساسية

- 1 حدد منظمة رائدة لتنسيق النهج متعدد القطاعات للحد من خطر العنف الجنسي، وتأكد من القيام بالإحالات وتقديم دعم شامل للناجين.
- 2 نسق مع القطاعات الأخرى لتعزيز الوقاية والاستجابة.
بلغ المجتمع بالخدمات المتوفرة، بأهمية السعي الفوري للرعاية الطبية بعد أحداث العنف الجنسي.
وفر علاجاً فورياً بعد التعرض لمرض نقص المناعة البشرية في أقرب وقت ممكن (في غضون 72 ساعة من التعرض).
- 3 انشئ مساحات آمنة في مراافق الرعاية الصحية لاستقبال الناجين من العنف الجنسي وتقدير الرعاية السريرية والإحالة.
اعرض بروتوكولات واضحة وقائمة بحقوق المرضى واستخدامها.
درب العاملين في مجال الرعاية الصحية على التواصل الداعم والحفاظ على السرية وحماية معلومات الناجين وبياناتهم.
- 4 وفر رعاية سريرية وإحالة للخدمات الأخرى الداعمة المتوفرة للناجين من العنف الجنسي.
تأكد من وجود آلية إحالة للحالات المهددة للحياة أو المعققة أو الحادة.
ضع آليات إحالة بين الخدمات الصحية والقانونية وخدمات الحماية والأمن والنفسية الاجتماعية والخدمات المجتمعية.

المؤشرات الأساسية

تتمتع جميع المراافق الصحية بطاقم موظفين مدربين ولوازر ومعدات كافية لخدمات التدبير السريري للناجين من الاغتصاب استناداً إلى البروتوكولات الوطنية والدولية

تصريح جميع الناجين من العنف الجنسي بتقييم الرعاية الصحية بطريقة آمنة وسريعة

تلقي جميع الناجين من العنف الجنسي المستحقين:

- علاج وقائي لما بعد التعرض للعدوى خلال 72 ساعة من الواقعية أو من التعرض
- وسيلة منع حمل طارئة خلال 120 ساعة من الواقعية أو من التعرض

ملاحظات إرشادية

تتطلب الوقاية من العنف الجنسي والاغتصاب اتخاذ إجراء على مستوى جميع القطاعات ^{(+) انظر معيار الإمداد بالمياه في قطاع المياه والإصلاح والنظافة 1.2} ^{(+) انظر معيار إدارة الفضلات بقطاع المياه والإصلاح والنظافة 2.3} ^{(+) انظر المأمن الغذائي والتغذية - معيار المساعدات الغذائية 3.6 ومعايير سبل العيش 2.7} ^{(+) انظر معايير المأوي والمستوطنة 2} ^{(+) انظر معيار الحماية 1 والالتزامات بالمعايير الإنساني الأساسي 4}



8.4 انظر معيار النظم الصحية 1.1: وحق 3.1: لمزيد من المعلومات حول توفير الأمان لمرافق الرعاية الصحية وتوفير رعاية آمنة.

يجب أن توفر الرعاية السريرية، بما في ذلك رعاية الصحة العقلية وإحالة الناجين، في جميع مرافق الرعاية الصحية الأساسية ومع الفرق المتنقلة [انظر معيار أنظمة الرعاية الصحية 2.1](#)، ومعيار الرعاية الصحية 5.2. ويشمل ذلك الموظفين المهرة لتقديم علاج ومشورة سرية ورحيمة وفي التوقيت المناسب لجميع الأطفال والبالغين وكبار السن فيما يتعلق بما يلي:

- وسائل منع الحمل الطارئة;
 - اختبار الحمل والمعلومات حول خيارات الحمل والإجهاض إلى الإجهاض الآمن لأقصى مدى يسمح به القانون؛
 - العلاج الوقائي للأمراض المنقولة جنسياً؛
 - وسائل وقاية بعد التعرض للعدوى للوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية [انظر معيار الصحة 3.3.2: فيروس نقص المناعة البشرية؛](#)
 - الوقاية من الفيروس الكبدي الوبائي بي؛
 - العناية بالجروح والوقاية من الكزاز؛
 - الإحالة لمزيد من الخدمات، على شكلة الخدمات الصحية والنفسية والقانونية والاجتماعية الأخرى.
- تأكد من توزيع متساوي من الجنسين من العاملين في الرعاية الصحية والمتقنيين للغات المحلية ولغات المرض، ودرب مرفاقين من الذكور والإثاث ومتربجين فورين لتقديم رعاية دون تمييز أو تحيز. درب أيضًا العاملين في الرعاية الصحية على الرعاية السريرية للناجين من العنف الجنسي مع تركيز على التواصل الداعم والسوابق والفحص والعلاج والمشورة، ووفر تدريباً حول نظام الطب العدلي وجمع الأدلة الجنائية، حيثما كان ذلك مجدياً وممكناً.

الأطفال الناجون من العنف الجنسي: يجب رعاية الأطفال من خلال عاملين في الرعاية الصحية مدربين على إدارة مرحلة ما بعد الاغتصاب في الأطفال. اسمح للأطفال باختيار نوع جنس العاملين في الرعاية الصحية. اشرك الجهات الفعالة المتخصصة في الحماية بسرعة في جميع الحالات.

المشاركة المجتمعية: اعمل مع المرض والمجتمع لتعزيز إمكانية الوصول للخدمات وقبولها ولتقديم برامج الوقاية خلال الأزمة، واحرص على وجود آليات تعقيبات سرية وتعقيبات سريعة، واشرك النساء والرجال والراهقين والراهقات والسكان المعرضين للخطر مثل ذوي الإعاقة وفتات المثلثات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومتغيري الهوية الجنسانية والمتغيرين جنسياً وثنائي الجنس.

الأطر القانونية: كن على علم بنظام الطب العدلي المحلي والقوانين المتعلقة بالعنف الجنسي، ويبلغ الناجين بأي قوانين بإبلاغ إلزامية يمكنها أن تحد من سرية المعلومات التي يكشف عنها المرضى لقدمي خدمة الرعاية الصحية. قد يؤثر ذلك على قرارهم بمواصلة التماس الرعاية ولكن يجب احترام ذلك.

يعد الإجهاض العمدي قانونياً في العديد من البلدان تحت ظروف على شكلة الاغتصاب. حيثما كان ذلك مناطع الحال، يجب تقديم إمكانية الوصول أو الإحالات دون تمييز.

بالرغم من أن معالجة العنف الجنسي تعد أمرًا ضروريًا، إلا أن أشكال العنف القائم على نوع الجنس، على شكلة عنف الشريك الحميم أو زواج الأطفال أو الزواج القهري أو ختان الإناث، لا تسود في الأزمات الإنسانية فقط، بل إنها في بعض الحالات قد تزيد خلال الأزمة ويكون لها تأثير فريد ومعتبر على الصحة (بدينًا وجنسياً وعوقيًا) وذلك بشأن الأفراد الذين يحتاجون استجابة مخصصة. بعض المبادئ التوجيهية الدولية الأخرى لا تختلف على نحو متزايدة بالعنف الجنسي وفقًا، بل بالأسكل الأخرى للعنف القائم على نوع الجنس وأثارها

على الصحة **(+) انظر المبادئ التوجيهية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات لتكامل عمليات التدخل في حالات العنف القائم على نوع الجنس في العمل الإنساني.**

معيار الصحة الجنسية والإنجذابية 3.3.2: فيروس نقص المناعة البشرية

إن تتمتع الناس بامكانية الوصول إلى رعاية صحية يمنع انتقال العدوى وتحد من المراضة والوفيات بسبب فيروس نقص المناعة البشرية.

الإجراءات الأساسية

- 1 ضع تدابير واحتياطات قياسية واتبعها بغضون الاستخدام الآمن والرشيد لنقل الدم.
- 2 وفر علاج مضاد للفيروسوالت ارجاعية لكل شخص مصاب بالمرض بالفعل، بما في ذلك النساء المشمولين ببرامج الوقاية من انتقال العدوى من الأم للطفل.
- 3 تتبع بفعالية المصايبين بفيروس نقص المناعة البشرية لمواصلة العلاج.
- 4 وفر واقيات ذكرية زلقة، وكذلك واقيات أثؤية إذا كانت مستخدمة بالفعل من جانب السكان.
- 5 أعمل مع القادة والأشخاص المفترضين لهم الاستخدام المحلي وزيادة القبول والتأكد من أن توزيع الواقيات الذكرية مناسب للثقافة.
- 6 اعرض القيام بفحص الحوامل في حالة كان معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية أكبر من 1 في المائة.
- 7 اشرع في علاج وقائي بعد التعرض في أقرب وقت ممكن وفي غضون 72 ساعة من تعرض الناجين من العنف الجنسي وفي حالة التعرض المهني.
- a. توفير العلاج الوقائي كوتريموكسازول للعدوى الانتهائية في حالة:
- b. المرضى المصايبين بفيروس نقص المناعة البشرية؛
- والأطفال المولودين لأمهات مصايبات بفيروس نقص المناعة البشرية، في سن 6-4 أسابيع؛ وتستمر حتى استبعاد الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.
- تتأكد من امتلاك مرافق الرعاية الصحية الأولية لمضادات الميكروبوبات ووفر إدارة منتظمة للمرضى المصايبين بأعراض أحد الأمراض المنقولة جنسياً.

المؤشرات الأساسية

فحص جميع الدم المنسق وخلوه من أنواع العدوى المنقولة عن طريق نقل الدم، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية

نسبة الأشخاص الذين كانوا يتلقون علاج مضاد للفيروسوالت ارجاعية والمستمررين في تلقي الأدوية المضادة للفيروسوالت ارجاعية

▪ 90 بالمئة



نسبة النساء اللاتي يمتنعن يامكانية الوصول إلى الخدمات الصحية واللاتي جرى فحصهن من فيروس نقص المناعة البشرية، حيثما كانت نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية أكبر من 1 بالمئة

▪ 90 بالمئة

نسبة الأفراد المحتمل تعرضهم لفيروس نقص المناعة البشرية والذين أبلغوا المرافق الصحية وتلقوا علاج وقائي خلال 72 ساعة من التعرض

▪ 100 بالمئة

نسبة الرضع المعرضين لفيروس نقص المناعة البشرية الذين يتلقون كوتريموكسازول في عمر 4-6 أسابيع

▪ 95 بالمئة

ملاحظات إرشادية

ينبغي تطبيق الإجراءات الأساسية في جميع الأزمات الإنسانية، بغض النظر على الممارسة المحلية لعلم الأوبئة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية.

اشرك المجتمع المتضرر والفتات السكانية الرئيسية (العاملين في الرعاية الصحية والقادة والنساء وفتات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومتغيري الهوية الجنسانية والمتغيرين جنسياً وثنائي الجنس وذوي الإعاقات) في تقديم الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، واحرص على معرفتهم بكيفية الوصول إلى العلاجات المضادة للفيروسات الارتجاعية. وإذا كانت هناك جمعية بالفعل للمصابين بفيروس نقص المناعة شاور معهم واشركهم في تصميم البرنامج وتقديمه.

يعد التوزيع الذي يقوده المجتمع للواليات الذكرية داخل جماعات الإقران أمر مفيد. سوف تعرف فئات السكان الرئيسية والمرأهقين أين يتجمع أفرادهم، ويمكن للمناطق توسيعها على الأقران. قم بستيفن فئات السكان الرئيسية مع رسائل مناسبة ثقافية حول الاستخدام الصحيح للواليات والتخلص من الظواهر المستخدمة بشكل صحيح. ووفر الواليات للمجتمع وموظفي وكالة المعاونة والموظفين غير النظميين وسائل شحنات توصيل المساعدة وغيرهم.

نقل الدم: (+) انظر معياري النظم الصحية 1.1 و 3.1.

يجب أن تشمل الرعاية والعلاج بعد مرحلة التعرض المشورة وتقدير خطر التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية والموافقة المستتبيرة وتقدير المصدر وتقديم الأدوية المضادة للفيروسات الارتجاعية. لا تعط العلاج الوقائي بعد التعرض لشخص معلوم إصابته بفيروس نقص المناعة البشرية. وبالرغم من التوصية بالمشورة والفحص قبل بدء العلاج الوقائي بعد التعرض، ولكن في حالة عدم الإمكان لا تؤخر الشروع في العلاج الوقائي بعد التعرض (+) انظر الرعاية الصحية الأساسية - معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2: العنف الجنسي والتدبر السرييري لحالات الاغتصاب.

النشاطات الشاملة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية الشاملة في الأزمات: أقم النشاطات التالية في أقرب وقت ممكن:

توعية بفيروس نقص المناعة البشرية: ووفر معلومات يمكن الوصول إليها للجمهور، لاسيما السكان الأكثر عرضة للخطر، حول فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقوله جنسياً.

الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية: ووفر خدمات الحد من الضرر لفتات السكان الأكثر عرضة للخطر، على شاكلة تقييم معدات الحقن وبالعلاج ببدائل الأقينون لمن يتبعون المخدرات بالحقن، إذا كانت هذه الخدمات موجودة بالفعل (+) انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: رعاية الصحة العقلية.

ملحوظة: لا تروج كاريتاس إنترناشوناليس وأعضائها لاستخدام أي نوع من وسائل منع الحمل الصناعية أو توزيعها.

المشورة الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية وفحصه: وفر (أو أعد إنشاء) خدمات المشورة والفحص المرتبطة ببدء العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية. تعتبر الفئات ذات الأولوية في فحص مرض نقص المناعة البشرية هي الحوامل وشركائهن والأطفال المصابون بسوء التغذية الحاد حيثما زاد انتشار فيروس نقص المناعة البشرية عن 1 بالمئة وغيرهم من الفئات الأخرى المعرضة للخطر.

الوصمة والتمييز: من الضوري الحرص على أن الاستراتيجيات والبرامج لا تعمق الوصمات. اسع بفاعلية للحد من الوصمات والتمييز في المناطق المعروفة بارتفاع مؤشر الوصمة بها والسلوكيات التمييزية.

عمليات التدخل بالعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية: وسع نطاق العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية ليشمل جميع من يحتاجونه - وليس فقط من سبق تسجيلهم به - وذلك في أقرب وقت ممكن.

الوقاية من انتقال المرض من الأم إلى الطفل: افحص الحوامل وشركائهن وقدم تشخيصاً مبكراً لفيروس نقص المناعة البشرية في الرضع. قدم علاج مضاد للفيروسات الارتجاعية للنساء الالاتي أكدت التحاليل إصابتهم بالفيروس أو الذين أكدت الفحوصات إصابتهم حديثاً، وحوال الرضع الذين أكدت الفحوصات إصابتهم إلى خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للأطفال. وفر توجيه تغذية للرضع مخصص للنساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية وادعم الاحتفاظ والالتزام بها [+ انظر الأمان الغذائي والتغذية - معايير تغذية الرضع والأطفال الصغار 1.4 و 2.4.](#)

خدمات الإصابة المشتركة بفيروس نقص المناعة البشرية والسل: وفر فحصاً لمرض السل وإحالة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، وفر علاج للسل لمن سبق التحاقهم بأحد برامج العلاج [+ انظر التشخيص وإدارة الحالـة 3.1.2.](#) اربط خدمات فحص مرض السل وفيروس نقص المناعة البشرية في البيئات التي تشهد معدلات انتشار مرتفعة وانشئ مكافحة ضد السل في أوساط الرعاية الصحية.

4.2 رعاية الإصابات والصدمات

في أي أزمة، تساهم الإصابات بمعدل مرتفع من حالات الاعتلال والوفيات. من المرجح أن يتجاوز الطلب على خدمات رعاية الصدمات قدرات النظم الصحية المحلية بسرعة. للحد من تأثير الإصابات وكذلك خطر انهيار النظام الصحي، وفر نظامي وإدارة للإصابات الجماعية جنباً إلى جنب مع رعاية الطوارئ الأساسية والرعاية الجراحية والتأهيلية الآمنة. يتناول هذا القسم استجابة النظام الصحي للإصابات البدنية. وتتوفر إرشادات مخصصة عن التسمم والصحة العقلية والعنف الجنسي في موضع آخر [+ انظر الملحق 4: التسمم؛ معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: الرعاية الصحية الأساسية - معيار الصحة الجنسية والإنجابية 2.3.2.](#)

معايير رعاية الصدمات والإصابات 4.2:

رعاية الصدمات والإصابات

يتمتع الأفراد بإمكانية الوصول إلى رعاية آمنة وفعالة للصدمات خلال الأزمات لمنع الوفيات والاعتلال والمعاناة والإعاقة التي يمكن تجنبها.

الإجراءات الأساسية

وفر الرعاية للصدمات على جميع المستويات ولجميع المرضى.

- أنشئ نظر إحالة آمنة سريعاً بين المرافق، ومن المجتمعات المتضررة إلى المرافق.

▪ انشئ عيادات متنقلة أو مستشفيات ميدانية إذا لم يمكن السكان من الوصول إلى الرعاية في أماكن ثابتة.

2 □ تأكد من تمتع العاملين في الرعاية الصحية بالمهارات والمعارف لعلاج الإصابات.

▪ ادرج جميع المستويات بدءً من أول المستجيبين إلى أولئك الذين يقدمون الرعاية الجراحية النهائية والتخدير.

3 □ انشئ بروتوكولات موحدة أو عزّزها للفرز ولرعاية الإصابات والصدمات.

▪ اشمل نظم الإحالة لحماية الطفل والناجين من العنف الجنسي وأولئك الذين يتطلبون دعمًا للصحة العقلية ودعم نفسى اجتماعى.

4 □ وفر وقاية علاجية من الكزاز لأى فرد معرض لخطر الإصابة، ولمرضى الإصابات المفتوحة والمترشken في عمليات التنظيف والإنقاذ.

5 □ احرص على المعايير الدنيا للسلامة والجودة لجميع المرافق التي تقدم رعاية للصدمات والإصابات، بما في ذلك المستشفيات الميدانية.

6 □ احرص على الوصول في التوقيت المناسب لخدمات إعادة التأهيل وللأجهزة المساعدة ذات الأولوية ولمساعدات الانتقال وذلك لجميع المصابين بجروح.

▪ تأكد من إمكانية الصيانة محلياً للأجهزة المساعدة مثل الكراسي المتحركة والعكازات وغيرها من المساعدات على الانتقال.

7 □ تأكد من الوصول في الوقت المناسب لخدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.

8 □ انشئ نظم معلومات صحية أو عزّزها وذلك بما يشمل بيانات الإصابات والصدمات.

▪ اعط الأولوية للتوثيق السريري الأساسي، على شاكلة السجلات الطبية للأفراد وذلك لجميع المصابين بصدمات.

▪ استخدم تعريفات قياسية لدمج الإصابة في مجموعات بيانات نظام المعلومات الصحية.

المؤشرات الأساسية

نسبة المرافق الصحية التي لديها خطة لمواجهة الكوارث بما يشمل إدارة أعداد الإصابات الكبيرة ومراجعةتها والتدريب عليها على أساس منتظم

نسبة المرافق الصحية مع بروتوكولات لذوي الإصابات الحادة بما يشمل أدوات الفرز الرسمية

نسبة المرافق الصحية مع طاقم موظفين تلقوا التدريب الأساسي على منهج التعامل مع ذوي الإصابات الحادة

نسبة المرافق الصحية المنفذة لتدابير تعزيز الجودة للحد من خط أساس الاعتمال والوفيات حسب البيانات المتوفرة

ملاحظات إرشادية

ينبغي أن تشمل تدريب والمهارات المتعلقة برعاية الإصابات والصدمات ما يلى:

▪ إدارة الإصابات الجماعية، وذلك لأولئك الذي يستجيبون وينسقون الاستجابة؛

▪ الإسعافات الأولية الأساسية؛

▪ فرز موحد في الميدان وفي مرافق الرعاية الصحية؛

- تعرف مبكر وإنعاش وإدارة للجروح وسيطرة على الألم ودعم نفسى اجتماعى يراعى عامل الوقت.
- ينبغى وجود بروتوكولات موحدة أو تطويرها لتغطية ما يلى:
- تصنيف فرز الحالات قائم على حدتها وذلك في الحالات الروتينية والعاجلة والتي تشمل التقدير وتحديد الأولويات وعمليات الإنعاش الأساسية ومعايير إحالة حالات الطوارئ؛
- رعاية طارئة في الخطوط الأمامية عند نقاط الاتصال؛
- الحالات للطوارئ والرعاية المتقدمة، بما في ذلك الجراحة والرعاية اللاحقة للجراحة وإعادة التأهيل.

المعايير الدنيا للسلامة وجودة: يجب التأكيد من تأمين الحد الأدنى من المعايير، حتى في حالة تقديم الرعاية للصدمات كاستجابة لوقع حاد أو نزاع مستمر. وتشمل المجالات التي سيتم معالجتها ما يلى:

- الاستخدام الآمن والرشيد للأدوية والأجهزة ومشتقات الدم، وذلك بما يشمل سلسلة التوريد؛
- الوقاية من العدوى ومكافحتها؛
- إمدادات طاقة كافية للإضاءة والاتصالات وتشغيل الأجهزة الطبية الأساسية، على شاكلة معدات الإنعاش الطارئ وأجهزة التعقيم؛
- إدارة النفايات الطبية.

الإسعافات الأولية القائمة على المجتمع: تحفظ الإسعافات الأولية الملائمة ذات التوقيت المناسب الذي يقوم بها غير المتخصصين الأرواح إذا تمت بطريقة آمنة ومنتظمة. وينبغي على جميع مقدمي الإسعافات الأولية استخدام طريقة منتظمة للتعامل مع المصابين. وبعد التدريب الأساسي على التعامل مع الجروح، مثل التنظيف والتضميد، أمر حيوي.

أشمل الإسعافات الأولية على مستوى الأسرة والمجتمع، وكذلك التوجيه بشأن متى وأين يتم السعي للمساعدة الطبية. عزز الوعي بالمخاطر الخاص بالبيئة، على شاكلة عدم استقرار البنية التحتية أو التعرض لخطر الإصابة أثناء محاولات الإنقاذ.

الفرز هو عملية يتم فيها تصنيف المرض حسب شدة إصابتهم وحاجتهم للرعاية، حيث تكشف عن أولئك الذين تتحقق لهم أكبر فائدة من التدخل الطبي الفوري. وتوجد عدة نظم للفرز؛ أحد أكثر النظم واسعة الاستخدام يستخدم خمس ألوان: الأحمر للمرضى ذوي الأولوية القصوى، والأصفر للتوصيف، والأخضر للمنخفضة، والأزرق للمرضى الذين تتجاوز حاجتهم القدرة التقنية لموقف أو الذين يحتاجون رعاية تلطيفية، والرمادي للمتوفين.

رعاية الطوارئ المترافق على الخطوط الأمامية: يجب أن تتوفر في جميع العاملين في الرعاية الصحية ذوي المستوى المرتفع، مثل الأطباء، مهارة منهج الاقتراب المنتظم من المرض أو المصابين بشكل حد + انظر ABCDE في التوجيهات الدولية للإسعافات الأولية والإنشاش. ويمكن تقديم عمليات التدخل الخاصة بالإنشاش الأولي والمنقذة للحياة، على شاكلة التعامل مع السوائل والمضادات الحيوية والسيطرة على النزيف وعلاج الاسترخاء الصدرى، في العديد من الأوضاع قبل نقل المريض إلى الخدمات المتقدمة.

التخدير ورعاية الصدمات والرعاية الجراحية: يجب الاضطلاع برعاية الطوارئ والرعاية الجراحية والتأهيلية فقط في المؤسسات ذات الخبرات الملائمة. ويجب أن يعمل مقدمي الخدمة في نطاق ممارستهم العملية، مع موارد كافية للحفاظ على أنشطتهم. وقد تؤدي الرعاية غير الملائمة أو غير الكافية لضرر يتجاوز عدم فعل أي شيء. كما قد تسبب الجراحات المقدمة بدون عناية سابقة ولاحقة مناسبة للعمليات، وبدون تأهيل مستمر، الفشل في استعادة القدرات الوظيفية للمريض.



المستشفيات الميدانية: قد يكون استخدام المستشفيات الميدانية المؤقتة ضروريًا، لاسيما في الأزمات الحادة، ويجب أن يتم التنسيق مع وزارة الصحة أو الوكالات الرائدة أو غيرها من الجهات الصحية. ويجب أن تلي معايير الرعاية وسلامتها المعايير الوطنية والدولية [\(+ انظر مراجع للمزيد من الإرشادات.\)](#)

إعادة التأهيل وإعادة الإدماج الاجتماعي: يمكن أن تزيد إعادة التأهيل المبكرة من معدل النجاة، وتعظم من أثر عمليات التدخل الطبي والجراحي وتعزز جودة حياة الناجين من الإصابات. ويجب أن تكون الفرق الطبية التي تتمتع بموارد لإقامة المرض بالقدرة على تقديم إعادة التأهيل المبكرة. ضع خريطة بقدرات إعادة التأهيل الحالية ومسارات الإحالة واستوعب الروابط بين نظر الرعاية الاجتماعية القائمة والمساعدة المعتمدة على النقد. أقم صلات مع مراكز إعادة التأهيل المحلية أو منظمات إعادة التأهيل المعتمدة على المجتمع وذلك لتوفير الرعاية المستمرة.

قبل الإخراج، انظر في الحاجات المستمرة لمرضى الصدمات والإصابات، بما يشمل أولئك المصابين بإعاقة سابقة، وتأكد من تحقيق المتابعة الطبية ومتابعة إعادة التأهيل، وكذلك تقييف المريض والقائم بالرعاية وتأكد من الأجهزة المساعدة الأساسية (مثل العكازات أو الكراسي المتحركة) ودعم الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية وكذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الأساسية الأخرى.

ضع خطط وفرق رعاية متعددة التخصصات، بما في ذلك متخصصين في إعادة التأهيل البدني وموظفين من ذوي المهارات في رعاية الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي. ويجب أن يبدأ دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي لمن تعرضوا لإصابات مغيرة لحياة أثناء إقامة المرض. كما تُعد الروابط مع خدمات الدعم المستمر أمّا أساسياً [\(+ انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 5.2: رعاية الصحة العقلية.\)](#)

الاعتبارات التدبيرية الخاصة - السيطرة على الألم: التعامل الجيد مع الألم بعد الإصابة يحد من أخطار الإصابة بالالتهاب الرئوي والتشرخ الوريدي العميق، ويساعد المريض كذلك في بدء العلاج الطبيعي، كما أنه يقلل من الإجهاد الفسيولوجي مما يؤدي إلى الحد من الاعتلال القلبي الوعائي ويحد من الضغط النفسي. يجب علاج الألم الحاد الناتج عن الصدمة باتباع إجراء إسلام الألم المعكوس التابع لمنظمة الصحة العالمية. وقد يكون ألم الاعتلال العصبي الناتج عن إصابة العصب ظاهراً منذ البداية ويجب أن يتم علاجه بشكل جيد [\(+ انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية ومعيار الرعاية الصحية الأساسية 7.2 الرعاية التلطيفية \(+ انظر سلم الألم التابع لمنظمة الصحة العالمية.\)](#)

الاعتبارات التدبيرية الخاصة - التعامل مع الجروح: في معظم الأزمات، يأتي العديد من المرضى للرعاية بعد مرور ست ساعات من الإصابة. ويتسبب العرض المتأخر في زيادة كبيرة في تعرض الجرح للعدوى والوفيات المرتبطة بها. ويجب على العاملين في الرعاية الصحية أن يعلموا ببروتوكولات التعامل مع الجروح (بما في ذلك الحرائق) ومنع العدوى وعلاجها، وذلك في كل من حالة العرض المتأخر أو الحالة الحادة. وتشمل هذه البروتوكولات توفير مضادات حيوية مناسبة وإزالة جراحية للأجسام الغريبة والأنسجة الميتة والتضميد.

الكراز: يرتفع خطر الكراز نسبياً في الكوارث الطبيعية التي تبدأ بشكل مفاجئ. قم بإدارة لقاح الكراز المحتوى على الذوفان (لقاح السل أو لقاحات السل والدفتيريا والكراز - أو اللقاح الثلاثي، استناداً على سابقة التلقيح) وذلك للصبابين بجروح مفتوحة. وينبغي أن يتلقى الأفراد المصابين بجروح متسخة أو ملوثة للغاية جرعة من الجلوبين المناعي للكراز كذلك في حالة عدم تلقيهم لقاح الكراز مسبقاً.

5.2 الصحة العقلية

تشيع مشكلات الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية بين البالغين والمهاترين والأطفال في جميع الأوضاع الإنسانية. وتعزز الضغوطات القاسية المرتبطة بالأزمات الناس إلى خطر متزايد للإصابة بمشكلات اجتماعية وسلوكية ونفسية وعقلية. وينطوي عدم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي على إجراءات متعددة

القطاعات. ويركز هذا المعيار على الإجراءات المتخذة من جانب الجهات الصحية. كما يجب أن يطلغ القراء أيضًا على المعيار الإنساني الأساسي ومعايير الحماية وذلك لمزيد من المعلومات حول عمليات التدخل النفسية الاجتماعية في مختلف القطاعات.

المعيار الصحة العقلية 5.2:

رعاية الصحة العقلية

يتمتع الناس من جميع الأعمار بإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية التي تعالج حالات الصحة العقلية وما يرتبط بها من ضعف الوظائف.

الإجراءات الأساسية

- 1 نسق عمليات دعم الصحة العقلية والنفسية والاجتماعية عبر القطاعات.
- 2 شكل مجموعة عمل متعددة القطاعات وتقنية لمسائل الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية. وقد يتم إدارتها بالمشاركة بين منظمة صحية ومنظمة إنسانية للحماية.
- 3 ضع برنامج يرتكز على الاحتياجات والموارد التي تم تحديدها.
- 4 حل نظر الصحة العقلية القائمة وكفاءات الموظفين والموارد أو الخدمات الأخرى.
- 5 اجر تقديرًا للاحتياجات مع الأخذ في الاعتبار أن حالات الصحة العقلية قد تكون من قبل الأزمة أو تم تحفيزها بالأزمة أو كلاهما.
- 6 اعمل مع أعضاء المجتمع، بما في ذلك المهمشين، لتعزيز المساعدة الذاتية المجتمعية والدعم الاجتماعي.
- 7 عزز الحوار المجتمعي حول سبل معالجة المشكلات على نحو تعاوني، وذلك اعتمادًا على حكمة المجتمع وخبرته وموارده.
- 8 حافظ على آليات الدعم الموجودة سلٌفاً وادعم إعادة انطلاقها وذلك على شاكلة جماعات النساء والشباب والمصابين بمرض نقص المناعة البشرية.
- 9 وجّه الموظفين والمتطوعين عن كيفية تقديم الإسعافات الأولية النفسية.
- 10 طبّق مبادئ الإسعافات الأولية النفسية في إدارة الإجهاد الحاد بعد التعرض مؤخرًا لأحداث تسبّب الصدمات.
- 11 أجعل الرعاية الصحية العقلية السريرية الأساسية متوفرة في كل مرافق للرعاية الصحية.
- 12 نظم دورات تدريبية قصيرة واشرف على العاملين في الرعاية الصحية العامة لتقدير حالات الصحة العقلية ذات الأولوية والتعامل معها.
- 13 نظم آليات للإحالة بين أخصائيي الصحة العقلية ومقدمي الرعاية الصحية العاملة والمساعدات المستندة على المجتمع وغيرها من الخدمات.
- 14 قم بإتاحة عمليات التدخل النفسي حيثما أمكن لمن تضرروا بالمحن الطويلة.
- 15 درب غير الأخصائيين واشرف عليهم حيثما أمكن.
- 16 احترم حقوق المصابين بحالات عقلية حادة في المجتمع والمستشفيات والمؤسسات.
- 17 قم بزيارة مستشفيات الأمراض النفسية والمنازل السكنية للمصابين بحالات عقلية حادة بشكل منتظم من بدء الأزمة.
- 18 عالج الإهمال وسوء المعاملة في المؤسسات ونظم الرعاية.



- 8 قلل الضرر الناجم عن الكحول والمخدرات.
- 9 درّب الموظفين على الكشف وعمليات التدخل الوحيدة والحد من الأضرار وإدارة الانسحاب والتسمم.
- 9 اتخذ خطوات لتطوير نظام مستدام للصحة العقلية خلال التخطيط المبكر للتعافي وفي الأزمات طويلة الأمد.

المؤشرات الأساسية

نسبة خدمات الرعاية الصحية الثانوية التي تحتوي على موظفين مدربين وخاضعين للإشراف للتعامل مع حالات الصحة العقلية.

نسبة خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تحتوي على موظفين مدربين وخاضعين للإشراف للتعامل مع حالات الصحة العقلية

عدد الأفراد المشاركون في نشاطات المساعدة الذاتية المجتمعية والدعم المجتمعي

نسبة مستخدمي الخدمات الصحية الذين تلقوا رعاية لحالات تخص الصحة العقلية

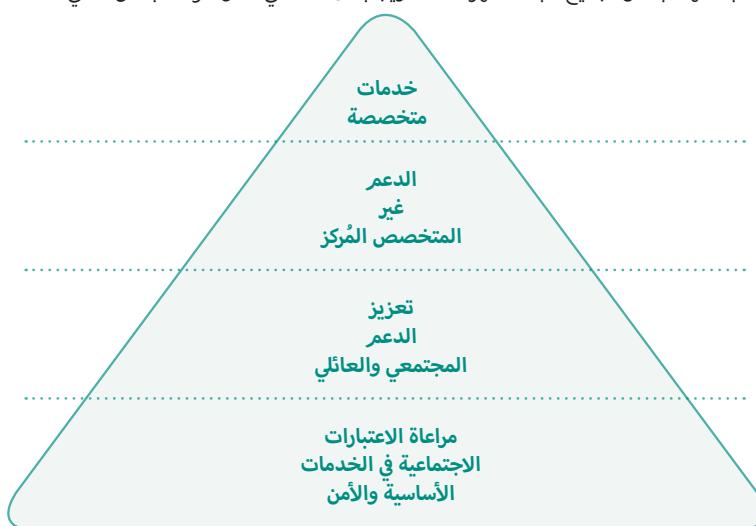
نسبة الأفراد الذين تلقوا رعاية لحالات تخص الصحة العقلية والذي أبلغوا بتحسين في الوظائف وانخفاض في الأعراض

عدد الأيام التي لم تتوفر فيها الأدوية العقلية الأساسية خلال الثلاثين يوماً الماضية

أقل من 4 أيام

ملاحظات إرشادية

الدعم متعدد المستويات: تؤثر الأزمات على الأشخاص بطريق مختلفة، مما يتطلب أنواعاً مختلفة من الدعم. ويتمثل مفتاح تنظيم دعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في وضع نظام طبقي من مساعدات تكاملية يلبي مختلف الحاجات، كما هو مبين في الرسم البياني أدناه. ويعرض هذا الهرم مختلف الإجراءات المكملة لبعضها البعض. جميع طبقات الهرم هامة ويجب أن تتفذ في نفس الوقت بشكل مثالي.



هرم الخدمات والمساعدات متعدد الطبقات (شكل 10)

المصدر: المجموعة المرجعية للصحة العقلية والدعم النفسي في حالات الطوارئ التابعة للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (2010)

التقييم: معدلات حالات الصحة العقلية كبيرة في أي أزمة من الأزمات. إن دراسات الاتصال ليست ضرورية للشروع في الخدمات. استخدم مناهج تشاركية سريعة، حيثما أمكن، وادمج الصحة العقلية في التقييمات الأخرى. ولا تحدد التقييم بمسألة سريرية واحدة.

الدعم والمساعدة الذاتية المجتمعية: اشرك العاملين الصحيين المجتمعين والقادرين والمتطوعين في تمكين أعضاء المجتمع، بما يشمل المهمشين، لزيادة المساعدة الذاتية والدعم الاجتماعي. قد تشمل الأنشطة إنشاء مساحات آمنة ووضع شروط للحوارات المجتمعية.

الإسعافات الأولية النفسية: من الضروري توفير الإسعافات الأولية النفسية للأشخاص المعرضين لأحداث صدمية محتملة، مثل العنف البدني أو الجنسي، أو الذين يشهدون فظائع أو يتعرضون لإصابات خطيرة، وهذا ليس تخللاً سريريًا، بل إنه استجابة أساسية وداعمة وإنسانية نحو المعاناة، حيث تشمل الإصغاء الجيد، وتقدير الاحتياجات الأساسية وتلبيتها، وتشجيع الدعم الاجتماعي والحماية من التعرض لمزيد من الضرر، وهي غير تدخلية ولا تقوم بالضغط على الأفراد للحديث حول محتفهم. وبعد توجيهه وجيز، يمكن لقادة المحليين والعاملين في الرعاية الصحية وغيرهم المنخرطون في الاستجابة الإنسانية تقديم الإسعافات الأولية النفسية للأفراد المعرضين للملن. كما يجب توفيرها على نطاق واسع، ويجب ألا تقصر استجابة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي ككل على تلك الإسعافات فقط.

يعزز التفريغ النفسي ذو الجلسة الواحدة التنفيذ وذلك عن طريق تشجيع الأفراد على إعادة التصورات والأفكار وردود الفعل العاطفية بشكل وجيز ولكن منتظم والتي تعرضوا لها أثناء الكرب الأخير. وهي في أفضل حالاتها غير فعالة وينبغي عدم استخدامها.

عمليات التدخل النفسية الأخرى: يمكن أن يقدم العاملون في الرعاية الصحية غير المتخصصون عمليات تدخل نفسية لاضطرابات الكتابة والقلق وكرب ما بعد الصدمة في حال تدريتهم تدريجياً جيداً والإشراف عليهم ودعهم. وهذا يشمل العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج بين الأشخاص.

الرعاية الصحية العقلية السريرية: اعطي موجزاً لجميع الموظفين الصحيين والمتطوعين حول الرعاية الصحية العقلية المتوفرة، ودرّب مقدمي الخدمات الصحية وفقاً لبروتوكولات قائمة على الأدلة. أضف محترفي صحة عقلية حيثما أمكن، على شاكلة ممرضات الصحة العقلية وذلك لمرافق الرعاية العامة، ونظم مساحات خاصة للاستشارات انظر دليل التدخل الإنساني لبرنامج العمل بشأن سد الثغرات في مجال الصحة النفسية.

إن الحالات الأكثر ترددًا على خدمات الصحة في الطوارئ هي الذهان والكتابات والحالات العصبية والصرع. وتعد الصحة العقلية للأمهات مصدر قلق خاص بسبب تأثيرها المحتوم على رعاية الأطفال.

ادمج فئات الصحة العقلية في نظام المعلومات الصحية انظر الملحق 2: نموذج عينات نظم إدارة المعلومات الصحية.

أدوية المؤثرات العقلية الأساسية: نظم إمداداً غير منقطع لأدوية المؤثرات العقلية الأساسية بحيث يتتوفر واحد من كل فئة علاجية على الأقل (مضاد للذهان ومضاد للكتابات ومضاد للقلق ومضاد للصرع وأدوية لمواجهة الآثار الجانبية لمضادات الذهان). انظر مجموعة المستلزمات المشتركة بين الوكالات لأدوية المؤثرات العقلية المقترحة ومعيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية.



حماية حقوق المصابين بحالات عقلية: خلال الأزمات الإنسانية، يكون المصابون بحالات مزمنة تخص الصحة العقلية معرضون لخطر شديد لانتهاكات حقوق الإنسان على شاكلة سوء المعاملة والإهمال والهجر وعدم توفر المأوى أو الغذاء أو الرعاية الطبية. عين على الأقل وكالة واحدة لتلبی حاجات الناس في المؤسسات.

الانتقال إلى مرحلة ما بعد الأزمة: تسبب الأزمات الإنسانية في زيادة المعدلات طويلة الأجل للعديد من حالات الصحة العقلية، ومن ثم فمن الضروري التخطيط لزيادة التغطية العلاجية في جميع أنحاء المنطقة المتضررة. ويشمل هذا تعزيز النظم الوطنية القائمة الخاصة بالصحة النفسية وتبني دمج الفئات المهمشة (بما في ذلك اللاجئين) في تلك النظم. ويمكن أن توفر المشروعات الإيقاحية، مع تمويل طارئ قصير الأجل، إثباتاً لصحة المفاهيم وتخلق زخماً لجذب المزيد من الدعم والتمويل لتطوير نظام الصحة العقلية.

6.2 الأمراض غير المعدية

هناك حاجة للتوكيز على الأمراض غير المعدية في الأزمات الإنسانية والتي تضر بزيادة متوسط العمر المتوقع على مستوى العالم، وذلك فضلاً عن عوامل الخطر السلوكية مثل تدخين التبغ والنظام الغذائي غير الصحي. تحدث حوالي 80 بالمئة من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية في البلدان منخفضة أو متوسطة الدخل، وتتسبب حالات الطوارئ في تفاقم الأمر.

ضمن متوسط عدد سكان بالغين يساوي 10 آلاف، يرجحإصابة 3,000-1,500 منهم بضغط الدم المرتفع، و500-2,000 بأمراض السكري، و3-8 بنوبات قلبية حادة خلال فترة عادلة تبلغ 90 يوماً.

تحتفل الأمراض إلا أنها في الغالب تشمل السكري والأمراض القلبية الوعائية (بما يشمل ارتفاع ضغط الدم وفشل القلب والسكنات وأمراض الكلى المزمنة)، وأمراض الرئة المزمنة (على شاكلة الريو ومرض الانسداد الرئوي المزمن) والسرطان.

يجب أن تتعامل الاستجابة الأولية مع المضاعفات الحادة وتتجنب انقطاع العلاج، ويتبعها برامج أكثر شمولًا. يتم تناول الصحة العقلية والرعاية التسكينية بشكل خاص في المعيارين 5.2: الرعاية الصحية العقلية و 7.2: الرعاية التلطيفية.

معايير الأمراض غير المعدية: 6.2 رعاية الأمراض غير المعدية

يتمتع الناس بإمكانية الوصول إلى البرامج الوقائية والتشخيص والعلاجات الأساسية للمضاعفات الحادة والتعامل طويل الأجل مع الأمراض غير المعدية.

الإجراءات الأساسية

- 1 حد الاحتياجات الصحية للأمراض غير المعدية وحل توفر الخدمات قبل الكارثة.
- 2 حد الفئات ذات احتياجات لها أولوية، بما يشمل المعرضين لمضاعفات مهددة للحياة مثل مرض السكري المعتمدين على الأنسولين أو المصابين بالريو الحاد.
- 3 نفذ برامج ذات نهج تدريجي استناداً على الأولويات المنقذة للحياة وتحفييف المعاناة.
- 4 تأكد من تلقي المرضى الذين جرى تشخيصهم بمضاعفات مهددة للحياة (على شاكلة نوبات الريو الحادة أو الإصابة بالحصى الكيتوبي السكري) للرعاية المناسبة. إن لم تتوفر الرعاية الملائمة، قدم رعاية تلطيفية وداعمة.

- تجنب الانقطاع المفاجئ في العلاج للمرضى الذين شخصت إصابتهم قبل الأزمة.
- ادّمغ رعاية الأمراض غير المعدية في النظام الصحي على جميع المستويات. 3
- انشئ نظام إحالة لإدارة المضاعفات الحادة والحالات المعقدة في الرعاية في المستوى الثاني والثالث، والرعاية التسكينية والداعمة.
- قم بإحالة المرضى للاستجابات الخاصة بالأمن الغذائي أو التغذية عند الحاجة.
- انشئ برامج تأهّب وطنية للأمراض غير المعدية. 4
- اشتمل الأدوية الأساسية واللوازم في الإمدادات الطبية الطارئة المخزنة مسبقاً أو الاحتياطية.
- جهز المرضى من الأفراد بإمدادات احتياطية من الأدوية والتعليمات حول كيفية الوصول إلى الرعاية الطارئة عند وقوع الأزمة.

المؤشرات الأساسية

- نسبة مرفاق الرعاية الصحية الأولية التي تقدم رعاية للأمراض غير المعدية ذات الأولوية عدد الأيام التي لم تتوفر فيها الأدوية الأساسية للأمراض غير المعدية خلال الثلاثين يوماً الماضية
- أقل من 4 أيام
 - عدد الأيام التي لم تتوفر فيها المعدات الأساسية (أو لم تكن في حالة تشغيلية) للأمراض غير المعدية خلال الثلاثين يوماً الماضية
 - أقل من 4 أيام
 - جميع العاملين في الرعاية الصحية الذين يقدمون علاجات للأمراض غير المعدية مدربون على إدارة الأمراض غير المعدية

ملاحظات إرشادية

تقدير المخاطر والاحتياجات لتحديد الأمراض غير المعدية ذات الأولوية: صمم وفقاً للسياق ومرحلة الطوارئ. وقد ينطوي هذا على مراجعة السجلات أو استخدام البيانات السابقة عن الأزمة أو إجراء مسوح استقصائية للأسر أو القيام بتقدير وبائي باستخدام مسح استقصائي مستعرض. اجمع البيانات المتعلقة بانتشار مرض غير محدد وحوادثه وحدد الاحتياجات المهددة للحياة أو حالات الأعراض المزمنة.

حل توفر خدمات ما قبل الأزمة واستخدامها، لاسيما في الحالات المعقدة مثل السرطان أو أمراض الكلم المزمنة، وذلك لتقدير التوقعات وقدرة النظام الصحي خلال السياق. إن الهدف المتوسط إلى طویل الأجل هو دعم هذه الخدمات وإعادتها لحالتها الأصلية.

الاحتياجات العلاجية المعقدة: وفر استمرارية الرعاية للمرضى ذوي الاحتياجات المعقدة، على شاكلة مرض الخسيل الكلوي ومتلاقي العلاج الإشعاعي والكيميائي إن أمكن، وقدم معلومات واضحة وسهلة حول مسارات الإحالة. وفر إحالات لدعم الرعاية التسكينية عند توفرها انظر معيار الرعاية الصحية الأساسية 7.2: الرعاية التسكينية.



دمج رعاية الأمراض غير المعدية في النظام الصحي: وفر العلاجات الأساسية للأمراض غير المعدية في مستوى الرعاية الصحية الأولية وذلك وفقاً للمعايير الوطنية أو الإرشادات الدولية في حالة الطوارئ عند عدم توفر معايير وطنية.

أعمل مع المجتمعات لتحسين الكشف المبكر والإحالات، ودمج العاملين في الصحة المجتمعية في مراافق الرعاية الأولية، وانخرط مع قادة المجتمع والمعالجين التقليديين والقطاع الخاص. يمكن أن توفر خدمات النوعية خدمات صحية للأمراض غير المعدية للسكان المعوزين.

قم بتكييف نظام المعلومات الصحية القائم من أجل وضع الأزمة ليشمل رصد الأمراض غير المعدية الرئيسية: ارتفاع ضغط الدم والسكري والريو ومرض الانسداد الرئوي المزمن ومرض الإفقار القلبي والصرع [انظر](#) **معايير الصحة 5.1: معلومات الصحة والملحق 2.**

الأدوية والأجهزة الطبية: راجع القائمة الوطنية للأدوية الأساسية والأجهزة، بما يشمل التكنولوجيات والفحوص المختبرية الأساسية، وذلك للتعامل مع الأمراض غير المعدية. ركز على الرعاية الصحية الأولية [انظر](#) معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية. عند الحاجة، ادعِ إلى إدراج الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية الرئيسية وفقاً للتوجيهات الدولية وتوجيهات الطوارئ بشأن الأمراض غير المعدية. ووفر إمكانية الوصول للأدوية الأساسية والأجهزة الطبية على مستوى مناسب من الرعاية. قد تُستخدم مجموعات الأمراض غير المعدية بالاقتران مع المجموعات الصحية الطارئة المشتركة بين الوكالات في المراحل المبكرة من الأزمة لزيادة توفر الأدوية والمعدات الرئيسية. لا تستخدمها لتوفير إمدادات طويلة الأجل.

التدريب: درب جميع العاملين السريريين على جميع المستويات على إدارة حالات الأمراض غير المعدية ودرّب جميع الطاقم على إدارة الأمراض غير المعدية ذات الأولوية، بما في ذلك إجراءات التشغيل القياسية فيما يخص الإحالة [انظر معيار النظم الصحية 2.1: القوى العاملة في المجال الصحي.](#)

الإرشاد الصحي والتثقيف: وفر معلومات حول خدمات الأمراض غير المعدية وأين يمكن الحصول على الرعاية. يجب أن تكون المعلومات متاحة للجميع، بما في ذلك كبار السن وذوي الإعاقة، وذلك لتعزيز السلوكيات الصحية وتعديل عوامل الخطير وتحسين الرعاية الذاتية والالتزام بالعلاج. ويمكن أن تشتمل السلوكيات الصحية على نشاط بدني منتظم أو الحد من تناول الكحول والتobacco على سبيل المثال. اعمل مع مختلف أجزاء المجتمع على صياغة رسائل ووضع استراتيجيات توزيع تناسب السن والجنس والثقافة. قم بتكييف استراتيجيات الوقاية والمكافحة حسب السياق، مع الأخذ في الاعتبار العوائق على شكله محدودية إمدادات الغذاء أو الانتظار.

خطط الوقاية والتأهب: اشمل إدارة الأمراض غير المعدية في الخطط الوطنية للكوارث والطوارئ، وتأكد من تخصيصها لمختلف أنواع مراافق الرعاية الصحية (على سبيل المثال، المراكز الصحية الصغيرة أو المستشفيات الكبيرة المزودة بوحدات غسيل كلوي). ويجب إعداد المراكز الصحية في السياقات غير المستقرة أو المعرضة للكوارث لتقديم الخدمات الخاصة بالأمراض غير المعدية.

كون سجلاً للمرضى المصايبين بحالات معقدة ولديهم حاجات ماسّة وضع بروتوكولات تشغيل موحدة لحالتهم في حالة وقوع الكارثة.

7.2 الرعاية التلطيفية

تمثل الرعاية التلطيفية في منع المعاناة والكرب المقتربين بالرعاية في مرحلة الاحتضار والتخفيف منها. وتتضمن تحديد الألم وتقديره وعلاجه وكذلك الاحتياجات البدنية والنفسية والروحية الأخرى. ادّمِج الرعاية الفسيولوجية والنفسية والروحية حسب طلب المريض أو أسرته فقط، واشتمل أنظمة دعم لمساعدة المرض والأسر والقائمين بالرعاية. وينبغي تقديم هذه الرعاية في مرحلة الاحتضار بغض النظر عن السبب.

معايير الرعاية التلطيفية 7.2:

الرعاية التلطيفية

تتمتع الأفراد بإمكانية الوصول إلى الرعاية التسكينية والرعاية في مرحلة الاحتضار والتي تخفف الألم والمعاناة وتعظّم كرامة المريض وراحته وجودة حياته، وتقدم الدعم لأفراد الأسرة.

الإجراءات الأساسية

- 1 ضع توجيهات وسياسات دعم اتساق الرعاية التلطيفية.
- 2 اشمل التوجيهات الوطنية أو الدولية الخاصة بالسيطرة على الألم والأعراض في مراقبة الرعاية الصحية.
- 3 ضع توجيهات للفرز استناداً إلى حالة المريض الطيبة والتبؤ بها وتوفير الموارد.
- 4 ضع خطة للرعاية وقدم رعاية تسكينية للمرض المحضررين.
- 5 تأكّد من تخفيف الألم وتحقيق الكرامة عند الوفاة أثناء الحالات الطارئة الحادة كحد أدنى. استكشف ما يدور في فهم المريض أو الأسرة حول وضعه وكذلك مخاوفهم وقيمهم ومعتقداتهم الثقافية.
- 6 ادّمِج الرعاية التلطيفية في جميع مستويات النظام الصحي.
- 7 انْشُئ شبكات إحالة قوية لتوفير استمرارية الدعم والرعاية.
- 8 اعط الأولوية للإدارة المرتكزة على المنزل والتي تتضمن رعاية مرتكزة على المنزل.
- 9 درّب العاملين في الرعاية الصحية على تقديم الرعاية التلطيفية، بما يشمل السيطرة على الألم والأعراض ودعم الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.
- 10 قم بتلبيّة المعايير الوطنية، أو المعايير الدولية حيثما لا توجد معايير وطنية.
- 11 وفر الإمدادات الطبية والأجهزة الرئيسية.
- 12 خزن الأدوية المسكنة والأجهزة الطبية المناسبة، على شاكلة الحفاظات والقسطرة، في مراقبة الرعاية الصحية.
- 13 كن على يقنة من لوائح الأدوية الخاضعة للرقابة والتي قد تسبب في تأخير توفير الأدوية الأساسية.
- 14 اعمل مع النظم والشبكات المحلية لدعم المرضى والقائمين بالرعاية والأسر في المجتمع وفي المنزل.
- 15 وفر الإمدادات الاحتياجات الرعاية المنزلية، على شاكلة الحفاظات والقسطرة البولية وحزام التضميد.



المؤشرات الأساسية

عدد الأيام التي لم تتوفر فيها أدوية الرعاية التلطيفية الأساسية خلال الثلاثين يوماً الماضية

- أقل من 4 أيام

نسبة الموظفين المدربين على التحكم الأساسي بالألم والأعراض أو بالرعاية التلطيفية في كل مركز من مراكز الصحة والمستشفيات والعيادات المتنقلة والمستشفيات الميدانية.

نسبة المرضى الذي حددتهم نظام الرعاية الصحية كمحتاجين وتلقوا رعاية في الاحضار

ملاحظات إرشادية

يجب على الجهات الصحية الإنسانية الوعي بالطرق المحلية لاتخاذ القرارات العلاجية واحترامها، وكذلك القيم المحلية المتعلقة بالمرض والمعاناة والاحتضار والموت. ويمثل تخفيف المعاناة أمراً هاماً وينبغي أن يتلقى المرضى المحظوظون رعاية موجهة نحو الراحة، سواء كان اعتلالهم بسبب إصابات مميتة أو أمراض معدية أو لأي سبب آخر.

وضع خطة الرعاية: حدد المرض المعينين واحترم حقهم في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم، وقدم معلومات غير منحازة وضع في اعتبار احتياجاتهم وتوقعاتهم. وينبغي أن يتم التوافق على خطة الرعاية ويجب أن تستند على تفضيلات المريض. قدم إمكانية الوصول لدعم الرعاية الصحية والدعم النفسي الاجتماعي.

توفير الأدوية: بعض أدوية الرعاية التسكينية، مثل أدوية تخفيف الألم؛ مشمولة في الوحدات الأساسية والتكميلية للمجموعات الصحية الخاصة بالطوارئ والمشتركة بين الوكالات، وكذلك قائمة الأدوية الأساسية. وتعتبر المجموعات الصغيرة الخاصة بالطوارئ المشتركة بين الوكالات مفيدة في مراحل الأزمة المبكرة إلا أنها غير مفيدة للأوضاع طويلة الأمد حيث يجب إنشاء أنظمة أكثر استداماً انظر معيار النظم الصحية 3.1: الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية والمراجع والمزيد من المطالعه.

الأسرة والمجتمع والدعم الاجتماعي: نسق مع القطاعات الأخرى للاتفاق على مسار الإحالة للمرضى وأسرهم ليكون الدعم متكاملاً. ويشمل هذا تقديم النظم الاجتماعية ونظم الرفاهية الوطنية أو المنظمات التي تقدم المساعدة في المأوى والنظافة والمجموعات المحافظة للكرامات والمساعدة القائمة على التقد والصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي والمساعدة القانونية وذلك للتأكد من تلبية الاحتياجات اليومية الأساسية.

نسق مع القطاعات المعنية لاقتفاء الأسر المشتتة ومن ثم يمكن للمرضى التواصل معهم.

اعمل مع الشبكات القائمة للرعاية المجتمعية، والتي تمتلك في الغالب ميسرين رعاية مدربين للعمل في المنازل وأخصائيين نفسيين اجتماعيين في المجتمع، وذلك لتقديم الدعم الإضافي للمرضى وأفراد الأسرة والمساعدة في توفير رعاية معتمدة على المنزل عند الحاجة (على شاكلة المصايبين بفيروس نقص المناعة البشرية).

الدعم الروحي والديني: يجب أن يعتمد الدعم بالكامل على طلبات المريض أو الأسرة. اعمل مع قادة الإيمان المحليين لتحديد مقدمي الرعاية الروحية والذين يتشاركون بالإيمان أو المعتقدات مع المريض. وقد يكون مقدمي الخدمة المذكورون بمثابة مورد للمرضى، ومقدمي رعاية وجهات إنسانية.

قدم التوجيه للزعماء الدينيين المحليين حول المبادئ الرئيسية للدعم النفسي الاجتماعي للمرضى الذين يواجهون حالات صحية كبيرة.

انشأ آليات موثوقة للإحالات الثانية بين نظام الرعاية الصحية والزعماء الروحيين لأي مريض أو قائم بالرعاية أو فرد أسرة يطلبه.

احرص على القيام بعمليات دفن آمنة وكريمة بالتعاون مع المجتمع المحلي، وذلك حسب التوجيه الوطني أو الدولي  انظر معيار النظم الصحية 1.1: تقديم الخدمة الصحية.



الملحق 1

قائمة تحقق تقدير الصحة

الإعداد

- الحصول على المعلومات المتوفرة عن الأشخاص المتضررين من الأزمة.
- الحصول على الخرائط والصور الجوية وصورة الأقمار الصناعية وبيانات المعلومات الجغرافية المتوفرة لمنطقة المتضررة.
- الحصول على بيانات ديمografية وإدارية وصحية.

الأمن وإمكانية الوصول

- تحديد وجود مخاطر مستمرة سواء طبيعية أو من صنع الإنسان.
- تحديد الوضع الأمني العام، بما يشمل وجود قوات مسلحة.
- تحديد إمكانية الوصول التي تتمتع بها المنظمات الإنسانية للسكان المتضررين من الأزمة.

التركيبة السكانية والبنية الاجتماعية

- حدد حجم الأشخاص المتضررين من الأزمة وصفتهم حسب الجنس والعمر والإعاقة.
- حدد الفئات التي تواجه خطر متزايد، مثل النساء والأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة والمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو الفئات المهمشة.
- حدد متوسط حجم الأسرة وقدر عدد الأسر التي تقوم عليها أئن أو طفل.
- حدد البنية الاجتماعية القائمة والأعراف الجنسانية، بما في ذلك مناصب السلطة أو النفوذ أو كليهما في المجتمع والأسرة.

المعلومات الصحية الأساسية

- حدد المشكلات الصحية التي كانت موجودة في المنطقة المتضررة بالأزمة قبل حدوث الحالة الطارئة.
- حدد المشكلات الصحية الموجودة سلفاً في البلد الأصلي للأجئين، أو المنطقة الأصلية للمشردين داخلياً.
- حدد المخاطر الحالية على الصحة، مثل الأمراض الوبائية المحتملة.
- حدد العوائق الموجودة مسبقاً والموجودة حالياً التي تواجه الرعاية الصحية والمعايير والمعتقدات الاجتماعية، بما يشمل الممارسات الإيجابية والضارة.
- حدد المصادر السابقة للرعاية الصحية.
- حل مختلف أوجه النظام الصحي وأدائها [انظر معايير النظم الصحية 1.1 إلى 5.1](#).

معدلات الوفيات

- احسب معدل الوفيات الخام.
- احسب معدلات وفيات مخصصة حسب العمر (مثل معدل الوفيات تحت سن الخامسة)
- احسب معدلات وفيات مخصصة حسب السبب.
- احسب معدل الوفيات التناصبي.

معدلات الاعتلاء

- حدد معدلات الإصابة بالحالات الصحية الأساسية والتي لها أهمية على نطاق الصحة العامة.
- حدد معدلات الإصابة حسب تخصيصها بالعمر والجنس وذلك للحالات الصحية حينما أمكن.

الموارد المتاحة

- حدد قدرة وزارة الصحة في البلد المتضرر بالأزمة.
- حدد حالة مرفاق الصحة الوطنية، بما في ذلك العدد الإجمالي لأنواع الرعاية التي يتم تقديمها ومعدل تلف البنية التحتية وإمكانية الوصول.
- حدد المهارات المتوفرة بين موظفي الرعاية الصحية وعدهم.
- حدد ميزانيات الصحة المتاحة وأليات التمويل.
- حدد القدرة والحالة التشغيلية لبرامج الصحة العاملة الحالية، بما في ذلك برنامج التحسين الموسع.
- حدد توفر البروتوكولات الموحدة والأدوية الأساسية والأجهزة والمعدات الطبية ونظام اللوجستيات.
- حدد حالة نظر الإحالة الموجودة.
- حدد مستويات معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها في مرفاق الصحة.
- حدد حالة نظر المعلومات الصحية القائمة.

البيانات من القطاعات الأخرى المعنية

- الحالة التغذوية.
- الظروف البيئية وظروف المياه والإصحاح والنظافة.
- سلة الغذاء والأمن الغذائي.
- المأوى - جودة المأوى.
- التثقيف - التثقيف الصحي والنظافة.



الملحق 2

نماذج تقرير المراقبة الأسبوعية للعينة

1.2 نموذج مراقبة الوفيات (تجميعي)*

الموقع:
 التاريخ من الإثنين: إلى الأحد:
 مجموع السكان في بداية هذا الأسبوع:
 الولادات هذا الأسبوع:
 الوفيات هذا الأسبوع:
 المغادرون هذا الأسبوع (إن وجد):
 مجموع السكان عند نهاية هذا الأسبوع: مجموع السكان دون سن 5 سنوات:

الإجمالي	<= 5 سنوات		> 5 سنوات		
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	
السبب المباشر					
عدوى تفسمية حادة في الجهاز التنفسي السفلي					
الكولييرا (اشتهاه)					
الاسهال - دموي					
الاسهال - مائي					
الاصابة - غير عرضية					
المalaria					
وفاة الأُم - مباشرة					
الحصة					
التهاب السحايا (اشتهاه)					
وفيات حدثي الولادة (0-28 يوماً)					
غير ذلك					
غير معروف					
المجموع حسب العمر والجنس					
السبب الكامن					
فيروس نقص المناعة البشرية (اشتهاه)					
سوء التغذية					
وفاة الأُم - غير مباشرة					
الأمراض غير المعدية (تحدد)					
غير ذلك					
المجموع حسب العمر والجنس					

* يستخدم هذا النموذج في حالة وقوع العديد من الوفيات ومن ثم لا يمكن جمع معلومات أكثر تفصيلاً عن وفيات الأشخاص بسبب ضيق الوقت.

- يمكن إضافة أسباب أخرى للوفاة حسب السياق والنمط الوبائي.

- يمكن تصنيف العمر أبعد من ذلك إن أمكن، على سبيل المثال 11-14 سنة و4-15 سنة و49-50 سنة و59-60 سنة و69-70 سنة وما فوق 80 سنة.

- يجب ألا يتم الإبلاغ عن الوفيات فقط من المراقب الصحي، ولكن ينبغي إدراج تقارير من الموقع ومن القادة الدينيين والعاملين المجتمعين والجماعات النسائية ومستشفيات الإحالة.

- يجب وضع تعريفات الحالة على خلفية هذا النموذج، ما أمكن.

2.2 نموذج مراقبة الوفيات (التقارير الفردية) *

الموقع:
 التاريخ من الإثنين: إلى الأحد:
 مجموع السكان في بداية هذا الأسبوع:
 الولادات هذا الأسبوع: الوفيات هذا الأسبوع:
 الواحدون هذا الأسبوع (إن وجد): المغادرون هذا الأسبوع:
 مجموع السكان عند نهاية هذا الأسبوع: مجموع السكان دون سن 5 سنوات:

العدد	الجنس (ذكر أو أنثى)	العمر (بالأيام والشهور والسنوات)	عدوى تفمسيّة حادة في الجهاز التنفساني:	السبب المباشر للوفاة	الأسباب الكامنة
1	الكوازيا (الشتبة)	الإسهال - دموي	الإصابة - غير معينة	النهاب السحايا (الشتبة)	غير ذلك (يُحدد)
2	الإسهال - مائي	الإسهال	وفاة الأداء - ميشنة	حديقة الولادة (0 يوماً)	غير معروفي
3	الملاريا	الإصابة - غير معينة	الحصبة	غير ذلك (يُحدد)	غير ذلك (يُحدد)
4	غير معينة	وفاة الأداء - ميشنة	وفاة الأداء	غير ذلك (يُحدد)	غير ذلك (يُحدد)
5					
6					
7					
8					

* يستخدم هذا النموذج في حالة توفر وقت كافي لتسجيل البيانات لكل حالة وفاة مفردة؛ يسمح النموذج القيام بالتحليل حسب العمر والموضع ومعدلات الاستنفادة من المرفق.

- نواتر الإبلاغ (هل يتم يومياً أمر أسبوعياً) استناداً على عدد الوفيات.

- يمكن إضافة أسباب أخرى للوفاة حسب اقتضاء الوضع.

- يجب لا يتم الإبلاغ عن الوفيات فقط من المراافق الصحية بالموقع، ولكن ينبغي إدراج تقارير من الموقع ومن القادة الدينيين والعاملين المتعدين والجماعات النساء ومستشفيات الإلالة.

- يجب وضع تعريفات الحالة على خلفية هذا النموذج، ما أمكن.

- يمكن تصنيف العمر أبعد من ذلك إن أمكن، على سبيل المثال 11-19 شهرياً و4-14 سنوات و15-49 و50-59 و >60 سنة.



3.2 نموذج عينة للإبلاغ عن الإنذار المبكر والاستجابة*

يُستخدم هذا النموذج في المرحلة الحادة من الأزمة عندما ترتفع مخاطر أحداث الصحة العامة، مثل الصدمات ، أو التسمم ، أو تفشي الأمراض المعرفة للتحول لوباء.

التاريخ من الإثنيين: إلى الأحد:
 البلدية/ القرية/ المستوطنة/ المخيم:
 المقاطعة:
 المنطقه:
 اسم الموقع:
 مريض داخلي • مريض خارجي • مركز صحي • عيادة متنقلة
 وكالة (وكالات) الدعم:
 موظف الإبلاغ ورقم الاتصال:
 مجموع السكان: مجموع السكان دون سن 5 سنوات:

أ. البيانات المجمعة أسبوعياً

الإجمالي	الاعتلال		الاعتلال		حالات جديدة من:
	5 سنوات فما فوق	< 5 سنوات	5 سنوات فما فوق	< 5 سنوات	
مجموع الداخلين					
مجموع الوفيات					
عدوى تتفسّه حادة					
اسهال مائي حاد					
اسهال دموي حاد					
المalaria - مشتبه به/مؤكّد					
الحصة					
التهاب السحايا - اشتباه					
متلازمة الحمى التزفيفية الحادة					
متلازمة البرقان الحاد					
الشلل الرخو الحاد					
الكتاز					
حص أخرى > 38.5 درجة مئوية					
الصدمة					
أخرى					
الإجمالي					

- قد يوجد أكثر من تشخيص؛ ويُسجل أكثرهم أهمية. يجب القيام بعد كل حالة مرة واحدة فقط.
- ادرج فقط تلك الحالات التي تم كشفها (أو الوفيات التي حدثت) خلال أسبوع المراقبة.
- اكتب «0» (صفر) في حالة عدم وجود أي حالات وفيات خلال الأسبوع والتي تنتهي عن أحد الأعراض المذكورة في النموذج.
- يجب الإبلاغ عن الوفيات في قسم الوفيات فقط وليس في قسم الاعتلال.
- يجب كتابة تعريرات الحالة لكل حالة تحت المراقبة في الجزء الخلفي من هذا النموذج.
- ي يجب إضافة أسباب الاعتلال وحذفها حسب دراسة الوباء وتقدير مخاطر المرض.
- يمكن إضافة من مراقبة الإنذار المبكر والاستجابة هو الكشف المبكر عن أحداث الصحة العامة التي تحتاج إلى استجابة فورية.
- يجب الحصول على بيانات حالات مثل سوء التغذية من خلال المسح الاستقصائي (التفتيش)، بدلاً من المراقبة (الإصاية).

ب. التنبية بالتفتيش

في أي وقت تتشبه في أي من تلك الأمراض التالية، يرجى إرسال رسالة نصية أو مخابرة الهاتف أو إرسال بريد إلكتروني إلى مع أقصى معلومات حول الوقت والمكان وعدد الحالات والوفيات: الكوليرا وداء الشigelلات والحمبة وشلل الأطفال والتيفود والكتاز والفيروس الكبدي الوبائي (أي) أو (إي) وحمى الضنك والتهاب السحايا والخناق والسعال الديكي والحمى التزفيفية والصدمات والتسمم الكيميائي.

تحتفل هذه القائمة استناداً على الدراسة الوبائية للأمراض في البلد.

4.2 نموذج عينة للمراقبة الروتينية لنظم إدارة المعلومات الصحية

الموقع:
 التاريخ من الإثنين: إلى الأحد:
 مجموع السكان في بداية هذا الأسبوع/الشهر:
 الولادات هذا الأسبوع/الشهر: الوفيات هذا الأسبوع/الشهر:
 الوفدون هذا الأسبوع/الشهر ([إن وجد]):
 المغادرون هذا الأسبوع/الشهر:
 مجموع السكان عند نهاية هذا الأسبوع/الشهر:
 مجموع السكان دون سن 5 سنوات:

الاعتلال	أقل من 5 سنوات (حالات جديدة)	5 خمس سنوات فما فوق (حالات جديدة)	الإجمالي	نكرار الحالات
التشخيص	ذكر	أنثى	الإجمالي	حالات جديدة الإجمالي
عدوى تنفسية حادة				
إسهال مائي حاد				
إسهال دموي حاد				
المalaria - مشتبه به/مؤكد				
الحصبة				
التهاب السحايا - اشتباه				
متلازمة الحمى التزفية الحادة				
متلازمة اليرقان الحاد				
الشلل الرخو الحاد				
الكازار				
حمى أخرى < 38.5 درجة				
مئوية				
فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز				
أمراض العين				
أمراض الجلد				
سوء التغذية الحاد				
عدوى منقولة جنسياً				
مرض القرحة التناسلية				
التصريف الإحليلي للذكور				
تصريف مهبل				
مرض التهاب الحوض				
التهاب الملتحمة وليدي				
زهري خلق				
الأمراض غير المعدية				
ارتفاع ضغط الدم				
مرض إفقار القلب				
السكري				



نكرار الحالات		الإجمالي		5 خمس سنوات فما فوق (حالات جديدة)		أقل من 5 سنوات (حالات جديدة)		الاعتلال	
الإجمالي	حالات جديدة	أنثى	الإجمالي	ذكر	الإجمالي	أنثى	ذكر	التشخيص	
								الربو	
								مرض الانسداد الرئوي المزمن	
								الصرع	
								مرض غير معد مزمن آخر	
								الصحة العقلية	
								اضطراب تعاطي الكحول أو غيرها من المواد	
								الإعاقة الفكرية واضطرابات النمو	
								اضطراب ذهاني (تشمل الاضطراب ثنائي القطب)	
								الخرف أو الذهيان	
								اضطراب عاطفي معتدل - حاد/اكتئاب	
								شكوى جسدية غير مبررة طبياً	
								إيذاء الذات (بما في ذلك محاولة انتشار)	
								شكوى نفسية أخرى	
								الاصابات	
								إصابة الرأس/إصابة العمود الفقرى	
								إصابة الجذع الرئيسي	
								إصابة رئيسية كبيرة	
								إصابة معتدلة	
								إصابة طفيفة	
								الإجمالى	

يمكن تصنيف العمر أبعد من ذلك إن أمكن، على سبيل المثال 11-0 شهرياً و 4-1 سنوات و 14-5 و 49-0 و <60 سنة

الملحق 3

صيغ حسابات المؤشرات الصحية الأساسية

معدل الوفيات الخام (CMR)

التعريف: معدل الوفيات في مجموع السكان، بما في ذلك الرجال والنساء وجميع الأعمار.
الصيغة:

$$\frac{\text{مجموع الوفيات}}{\text{خلال فترة زمنية}} = \frac{\text{وفاة}/10,000 \text{ شخص}}{\text{فترة المتنصف للسكان المعرضين}} \times \frac{10,000 \text{ شخص}}{\text{للخطر} \times \text{عدد الأيام في الفترة الزمنية}}$$

معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

التعريف: معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخامس سنوات في السكان.
الصيغة:

$$\frac{\text{مجموع الوفيات في الأطفال}}{> 5 \text{ سنوات خلال فترة زمنية}} = \frac{\text{وفاة}/10,000 \text{ طفل دون الخامسة}/\text{يوم}}{\text{إجمالي عدد الأطفال} > 5 \text{ سنوات} \times \text{عدد أيام الفترة الزمنية}}$$

معدل الإصابة

التعريف: عدد حالات المرض الجديدة التي تحدث خلال فترة زمنية محددة في سكان معرضون للإصابة بالمرض.
الصيغة:

$$\frac{\text{عدد الحالات الجديدة بسبب المرض}}{\text{السكن المعرضون للإصابة بالمرض} \times \text{عدد الشهور في الفترة الزمنية}} = \frac{\text{عدد الحالات الجديدة بسبب المرض}}{\text{المحدد في فترة زمنية}} \times \frac{1,000 \text{ شخص}}{\text{المحدد} / 1,000 \text{ شخص}/\text{شهر}}$$



معدل وفيات الحالات (CFR)

التعريف: عدد الأفراد الذين يتوفون بهذا المرض مقسوماً على عدد المصابين بالمرض.
الصيغة:

$$\frac{\text{عدد الأفراد الذين يتوفون بسبب المرض خلال الفترة الزمنية}}{\text{الأفراد المصابين بالمرض خلال الفترة الزمنية}} \times 100 = \%$$

معدل الاستفادة من المرفق الصحي

التعريف: عدد المرضى المتربدين على العيادات الخارجية لكل شخص في السنة. حيثما أمكن، ميز بين الزيارات الجديدة والقديمة. ويجب استخدام الزيارات الجديدة لحساب هذا المعدل. وبالرغم من ذلك، غالباً ما يكون من الصعب التفريق بين الزيارات الجديدة والقديمة، ومن ثم فكثيراً ما يتم جمعهم باعتبارهم مجموعة الزيارات خلال الأزمة.
الصيغة:

$$\frac{\text{إجمالي عدد الزيارات في أسبوع واحد}}{\text{مجموع السكان}} \times 52 \text{ أسبوع} = \text{زيارة/شخص/سنة}$$

عدد الاستشارات لكل طبيب في اليوم الواحد

التعريف: متوسط إجمالي عدد الاستشارات (للحالات الجديدة والمترددة) التي رأها كل طبيب في اليوم.
الصيغة:

$$\frac{\text{إجمالي عدد الاستشارات في أسبوع واحد}}{\text{عدد مكاتب الدوام الكامل*الموظفين}} \div \text{عدد أيام فتح المرفق الصحي في الأسبوع} = \text{السريريين في المرفق الصحي}$$

*مكاتب الدوام الكامل يشير إلى العدد المكافئ للموظفين السريريين العاملين في مرافق صحّي. على سبيل المثال، إذا كان هناك ستة موظفين سريريين عاملين في قسم العيادات الخارجية ولكن اثنين منهم يعملون بنصف دوام، فيكون عدد مكاتب الدوام الكامل للموظفين السريريين = 4 موظفين بدوام كامل + 2 موظفين بدوام جزئي = مكافئ 5 موظفين سريريين بدوام كامل.

الملحق 4

التسمم

يمكن أن يحدث التسمم عندما يتعرض الناس إلى مواد كيميائية سامة من خلال الفم أو الأنف أو الجلد أو العينين أو الأذنين أو من خلال الابتلاع. ويُعد الأطفال عرضة أكبر للخطر بسبب سرعة تفسدهم، وامتلاكهم لمساحة سطحية كبيرة بالمقارنة بكتلة الجسم، وامتلاكهم جلد أكثر نفاذاً واقترابهم من الأرض. وقد يؤثر التعرض للسموم على نمو الطفل، ويشمل ذلك التسبب في تأخير النمو وضعف التغذية وقد يؤدي إلى الاعتلال أو الوفاة.

الإدارة الأولية

عند العرض على المرفق الصحي، وفي حالة كان من المعروف ما تعرض له المريض، أو كان مصاباً بعلامات وأعراض التعرض للمواد الكيميائية:

- اتّخذ الاحتياطات الالزمة لموظفي الرعاية الصحية، بما يشمل ارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة.
- فرز المرضى؛
- إجراء عمليات تدخل وإنقاذ الحياة؛
- إزالة التلوث (إزالة ملابس المريض أو شطف المناطق المتأثرة بالماء والصابون على سبيل المثال) وإزالة التلوث (إزالة ملابس المريض أو شطف المناطق المتأثرة بالماء والصابون على سبيل المثال)؛
- ويفضل أن يتم خارج المرفق الصحي لمنع المزيد من حالات التعرض؛
- ثم اتبع بروتوكولات العلاج التالية، بما يشمل العلاج الداعم.

بروتوكولات العلاج

قد تختلف حسب البلد. وبوجه عام، ويتم توفير مضاد السموم والعلاج الداعم (مثل التنفس)، عند الحاجة.

يعرض الجدول أدناه أعراض التعرض للمواد الكيميائية وأنواع التربiac الشائعة التي يتم إعطاؤها.



أعراض التعرض للمواد الكيميائية السامة والعلاج المحتعمل

مضادات السموم (سوف تختلف المبادئ التوجيهية حسب البلد)	السمات المشتركة للتعرض	فتة المادة الكيميائية السامة
الأتروبين أوكسيميس (البراليدوكسيم وأوبيدوكسيمي) البنزوديازيبينات (النوبات)	ضيق بؤبؤ العين؛ وعدم وضوح الرؤية؛ والصداع؛ وزيادة الإفرازات؛ وضيق الصدر وصعوبة التنفس؛ والغثيان؛ والقيء؛ والإسهال؛ وارتفاع العضلات؛ والنوبات؛ وفقدان الوعي.	العوامل السامة للأعصاب مثل السارين أو التابون أو غاز الأعصاب.
العلاج الداعم +/- ثيوسولفاتي الصوديوم على سبيل المثال، إرواء العين والمضادات الحيوية الموضعية وغسل الجلد وموسعات القصبة الهوائية، استخدم ثيوسولفاتي الصوديوم في الحالات الحادية	الدموع؛ وتبيح العين؛ والتهاب الملتحمة؛ وتلف القزينة؛ واحمرار الجلد وتقرحه مع أمر؛ وضيق في التنفس.	العناصر الكاوية مثل غاز الخرد.
نتريت الأليل (إسعاف أولي) ثيوکربيريات الصوديوم ونتريت الصوديوم أو مع رباعي ديموثيلامين البريدين أو هيدروكسوكسوكالامين أو إيدريتات الديكربولات	اللهث بحثاً عن الهواء؛ والاختناق؛ والنوبات؛ والتشوش؛ والغثيان.	السيانيد
فيسوستيغمين	جفاف الفم والجلد؛ وعدم انتظام ضربات القلب؛ وتشوش الوعي؛ والأوهام؛ والهللوسة؛ وارتفاع درجة الحرارة؛ وعدم التناسق؛ واتساع بؤبؤ العين.	العامل الكيميائي التعجيزية مثل .BZ
معالجة داعمة الأساسية	الإحساس باللسع والاحتراق في الأشيهية المخاطية؛ سيلان الدموع؛ وسيلان اللعاب؛ وسيلان الأنف؛ وضيق الصدر؛ والصداع؛ والغثيان.	الغاز المسيل للدموع والمواد الكيميائية لمكافحة الشعب.
إن أسيتيل سيسستان	احمرار العين وسيلان الدموع؛ تهيج الأنف والحلق؛ السعال؛ الاختناق أو الإحساس بالخفق؛ ضيق التنفس؛ الأذير عنده التنفس؛ الصوت الأخش؛ والوذمة الرئوية.	الكلور
زرقة بروسيا	ألم في البطن؛ والغثيان؛ والقيء؛ والإسهال؛ والإمساك؛ والنوبات؛ والهذايان؛ والاكتئاب؛ وسقوط شعر فروة الرأس والجلد؛ واعتلال عصبي محيطي مؤلم؛ وضعف حركة الجانب الأقصى من الجسم؛ والتربخ؛ والعجز العصبي.	الثاليوم
الاستخلاب	فقدان الشهية؛ القيء؛ الإمساك؛ ألم في البطن؛ شحوب؛ عدم انتباه؛ ضعف؛ شلل محيط.	الرصاص
الأتروبين أوكسيميس (البراليدوكسيم وأوبيدوكسيمي)	كترة اللعاب؛ وسيلان الدموع؛ والتبول؛ والتغوط؛ وتشنجات في المعدة؛ والقيء.	الفوسفات العضوي (تشمل بعض المبيدات الحشرية وغاز الأعصاب)

تم التعديل من دليل الصحة البيئية في الحالات الطارئة التابع لمنظمة الصحة العالمية.

المراجع ومزيد من المطالعات

حقوق الإنسان والصحة

The Right to Health: Fact Sheet No.31. OHCHR and WHO, 2008.

<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

التنسيق المدني العسكري

Civil Military Coordination during Humanitarian Health Action. Global Health Cluster, 2011.

www.who.int/entity/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/ghc_position_paper_civil_military_coord_2_feb2011.pdf?ua=1

Humanitarian Civil-Military Coordination: A Guide for the Military. UN OCHA, 2014.

<http://www.unocha.org/sites/dms/Documents/UN%20OCHA%20Guide%20for%20the%20Military%20v%201.0.pdf>

الحماية والقانون الإنساني الدولي

Common Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies. ICRC, Geneva, 2015.

<https://www.icrc.org/en/document/common-ethical-principles-health-care-conflict-and-other-emergencies>

Health Care in Danger: The responsibilities of health care personnel working in armed conflicts and other emergencies. ICRC, 2012.

www.icrc.org/en/publication/4104-health-care-danger-responsibilities-health-care-personnel-working-armed-conflicts

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action: Standard 24 Shelter and Child Protection. Child Protection Working Group (now the Alliance for Child Protection in Humanitarian Action), 2012.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/minimum-standards-child-protection-humanitarian-action>.

Ambulance and pre-hospital services in risk situations. ICRC, 2013.

www.icrc.org/en/publication/4173-ambulance-and-pre-hospital-services-risk-situations

Ensuring the preparedness and security of health care facilities in armed conflict and other emergencies. ICRC, 2015.

www.icrc.org/en/publication/4239-ensuring-preparedness-and-security-health-care-facilities-armed-conflict-and-other



Monitoring and Reporting Mechanism (MRM) on Grave Violations Against Children in situations of Armed Conflict. UN and UNICEF, 2014. http://www.mrmtools.org/mrm/1095_1119.htm

Guidance Note on Disability and Emergency Risk Management for Health. World Health Organization, 2013. <http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/disability/en/>

التنسيق

Health Cluster Guide. Global Health Cluster, 2009.

<http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/>

Reference module for cluster coordination at the country level. IASC, 2015.

www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters

الصحة في حالات الطوارئ

Public Health Guide in Emergencies. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent, 2008.

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacu086.pdf

Blanchet, K et al. *Evidence on public health interventions in humanitarian crises.* The Lancet, 2017: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30768-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30768-1/abstract)

Refugee Health: An approach to emergency situations. Médecins Sans Frontières, 1997.

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/refugee_health/rh.pdf

Spiegel et. al. *Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks.* The Lancet, 2010.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61873-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61873-0/abstract)

Ensuring Access to Health Care Operational Guidance on Refugee Protection and Solutions in Urban Areas. UNHCR, 2011.

<http://www.unhcr.org/protection/health/4e26c9c69/ensuring-access-health-care-operational-guidance-refugee-protection-solutions.html>

Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. WHO, 2013.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/foreign-medical-teams/en/>

المبادئ التوجيهية السريرية

Clinical Guidelines – Diagnosis and Treatment Manual. MSF, 2016.

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf

النظم الصحية

Elston et al. *Impact of the Ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone.* Journal of Public Health, 2015. <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/38/4/673/2966926>

Parpia et al. *Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV / AIDS and Tuberculosis West Africa.* Emerging Infection Diseases Vol 22. CDC, 2016.

https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/3/15-0977_article

The Health System Assessment Approach: A How to Manual 2.0. USAID, 2012.

www.hfgproject.org/health-system-assessment-approach-manual-version-2-0/

Recovery Toolkit: Supporting countries to achieve health service resilience. WHO, 2016.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/recovery-toolkit/en/>

Toolkit assessing health system capacity to manage large influx of refugees, asylum-seekers and migrants. WHO/UNHCR/IOM, 2016.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/toolkit-for-assessing-health-system-capacity-to-manage-large-influxes-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-2016>

Analysing Disrupted Health Sectors. A Modular Manual. WHO, 2009.

http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/

Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO, 2007.

<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>

السلامة

Patient Safety: Making Health Safer. WHO, 2017.

<http://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-care-safer/en/>

Comprehensive Safe Hospital Framework. WHO, 2015.

http://www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf

الوقاية من العدوى ومكافحتها

Guidance for the selection and use of Personal Protective Equipment (PPE) in healthcare settings.

CDC, 2004. <https://www.cdc.gov/hai/prevent/ppe.html>

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. CDC, 2007 updated 2017.

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

Management of Dead Bodies after Disasters: A field Manual for First Responders, Second Edition.

ICRC, IFRC, 2016.

www.icrc.org/en/publication/0880-management-dead-bodies-after-disasters-field-manual-first-responders

Essential Water and Sanitation Requirements for Health Structures. MSF, 2009.

http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/WATER%20HYGIEN%20AND%20SANITATION/Essential%20Water%20-%20Sanitation%20Requirements%20for%20Health%20Structures_OCB_EN_2009.pdf/Essential%20Water%20-%20Sanitation%20Requirements%20for%20Health%20Structures_OCB_EN_2009.pdf

Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility level. WHO, 2016. <http://www.who.int/gpsc/ipc-components/en/>



Essential environmental health standards in health care. WHO, 2008.

http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/

Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies. WHO, 1999.

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip51e/>

Safe management of wastes for health-care activities, Second edition. WHO, 2014.

http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/

القوى العاملة في الرعاية الصحية

International Standard Classification of Occupation: Structure, group definitions and correspondence tables. ILO, 2012.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf

Global strategy on human resources for health. Workforce 2030. WHO, 2016.

<http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>

Health workforce requirement for universal health coverage and the SDGs. WHO, 2016.

<http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>

WISN Workload indicators of staffing need, user's manual. WHO, 2010.

http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/

Classifying health workers: mapping occupations to the international standards. WHO.

http://www.who.int/hrh/statistics/workforce_statistics/en/

Working together for health. World Health Report 2006. WHO 2006.

<http://www.who.int/whr/2006/en/>

Human resources for Health Information System, Minimum Data Set for Health Workforce Registry.

WHO, 2015. http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/

الأدوية

Emergency Reproductive Health Kit. UNFPA, 2011. <https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits>

Model List of Essential Medicines 20th List. WHO, 2017. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

Interagency Emergency Health Kit. WHO, 2015. <http://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/>

Revised Cholera Kits. WHO, 2015. <http://www.who.int/cholera/kit/en/>

Non-Communicable Diseases Kit. WHO, 2016. <http://www.who.int/emergencies/kits/nckd/en/>

The Interagency Emergency Health Kit 2017: Medicines and Medical Devices for 10 000 People for Approximately Three Months. WHO. 2017.

Guidelines of Medicine Donations. WHO, 2010.

http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/

Model Formulary for children. WHO, 2010. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44309>

الأجهزة الطبية بما في ذلك الأجهزة المساعدة

Priority Assistive Products List. The GATE Initiative, WHO and USAID, 2016.

http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/

Core Medical Equipment. WHO, 2011.

http://www.who.int/medical_devices/innovation/core_equipment/en/index2.html

Global Atlas of Medical Devices. WHO, 2017.

http://www.who.int/medical_devices/publications/global_atlas_meddev2017/en/

Medical Device technical series: Medical device regulations, medical devices by health care facilities, needs assessment for medical devices, procurement process resource guide, medical device donations, medical equipment maintenance programme overview. WHO, 2011.

http://www.who.int/medical_devices/publications/med_dev_package/en/

Decommissioning Medical Equipment and Devices. WHO

http://www.who.int/entity/medical_devices/management_use/Decommissioning_Page.pdf?

Guidelines on the provision of Manual Wheelchairs in less resourced settings. World Health Organization, 2008.

<http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/>

الدواء الخاضعة للرقابة

Availability of narcotic drugs and psychotropic substances in emergency situations, INCD report, pages 36-37. International Narcotics Control Board, 2014.

www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/Availability.pdf

Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances. Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. WHO, 2011.

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/

Access to Controlled Medications Programme, WHO Briefing Note. WHO, 2012.

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_PainGLs_EN_Apr2012.pdf

Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. International Narcotics Control Board and WHO, 2010.

http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supplement-AR15_availability_English.pdf



مشتقات الدم

Guidelines on management of blood and blood components as essential medicines, Annex 3. WHO, 2017.

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js23322en/>

Blood safety and availability. WHO, 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/>

Universal Access to Safe Blood Transfusion. WHO, 2008.

<http://www.who.int/bloodsafety/universalbts/en/>

تمويل الصحة

Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Global Health Cluster and WHO, 2011.

<http://www.who.int/entity/health-cluster/resources/publications/EN-final-position-paper-on-user-fees.pdf?ua=1>

Cash-based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review. UNHCR, 2015.

<http://www.unhcr.org/research/evalreports/568bce619/cash-based-interventions-health-programmes-refugee-settings-review.html>

Cash for Health: Key Learnings from a cash for health intervention in Jordan. UNHCR, 2015.

<http://www.unhcr.org/protection/operations/598c0eda7/cash-health-key-learnings-cash-health-intervention-jordan.html>

Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. WHO, 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?sequence=1

المعلومات الصحية

Standards for Public Health Information Services in Activated Health Clusters and Other Humanitarian Health Coordination Mechanisms. Global Health Cluster, 2017.

www.humanitarianresponse.info/en/operations/whole-of-syria/document/standards-public-health-information-services-activated-health

IASC Guidelines: Common Operating Datasets in Disaster Preparedness and Response. IASC, 2011

<https://interagencystandingcommittee.org/information-management/documents-public/common-operational-datasets>

Global Reference List of 100 Core Health Indicators. WHO, 2015.

<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

تقييمات الاحتياجات الصحية وتحديد أولويات خدمات الرعاية الصحية

Assessment Toolkit: Practical steps for the assessment of health and humanitarian crises. MSF, 2013.

<http://evaluation.msf.org/evaluation-report/assessment-toolkit-part-i-practical-steps-for-the-assessment-of-health-and>

Rapid Risk Assessments of Acute Public Health Events. WHO, 2012.

http://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_ARO_2012_1/en/

SARA Service Availability and Readiness Assessment Survey. WHO/USAID, 2015.

http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/

Global Health Observatory Data Repository: Crude birth and death rate by country.

World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CBDR2040?lang=en>

الوقاية من الأمراض المعدية

Integrated Vector Management in Humanitarian Emergencies Toolkit. MENTOR Initiative and WHO, 2016.

http://thementorinitiative.org/wp-content/uploads/2016/11/IVM-Toolkit_English_17Nov_2016.pdf

Vaccination in Acute Humanitarian Crises: A Framework for Decision Making. WHO, 2017.

http://www.who.int/immunization/documents/who_ivb_17.03/en/

الأمراض المعدية (أمراض محددة)

Liddle, K et al. *TB Treatment in a Chronic Complex Emergency: Treatment Outcomes and Experiences in Somalia.* Trans R Soc Trop Med Hyg, NCBI, 2013. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24080739

Management of a measles epidemic. MSF, 2014.

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/measles/measles_en.pdf

Meningitis Outbreak Response in Sub-Saharan Africa. WHO, 2014.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/guidelines2014/en/>

Managing Meningitis Epidemics in Africa. WHO, 2015.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/154595>

Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. WHO, 2011.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44796/9789241503082_eng.pdf?sequence=1

Dengue: Guidelines for Diagnosis, Treatment, Prevention and Control: New Edition. WHO, 2009.

http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue_9789241547871/en/

Interim Guidance Document on Cholera surveillance. Global Task Force on Cholera Control and WHO, 2017.

http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Guidance-cholera-surveillance.pdf

Guidelines for the control for shigellosis. WHO, 2005.

<http://www.who.int/cholera/publications/shigellosis/en/>



كشف حالات التفشي والاستجابة المبكرة

Early warning, alert and response (EWAR): a key area for countries preparedness for Health Emergencies. WHO, 2018. Weekly Epidemiological Record. WHO.

<http://www.who.int/wer/2018/wer9320/en/>

Weekly Epidemiological Record. WHO. <http://www.who.int/wer/2018/en/>

Outbreak Surveillance and Response in Humanitarian Crises, WHO guidelines for EWARN implementation. WHO, 2012.

http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/who_hse_epr_dce_2012.1/en/

Early detection, assessment and response to acute public health events, Implementation of Early Warning and Response with a focus on Event-Based Surveillance. WHO, 2014.

http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4/en/

التأهب والاستجابة للتفشي

Epidemic Preparedness and Response in Refugee Camp Settings, Guidance for Public health officers. UNHCR, 2011.

<http://www.unhcr.org/protection/health/4f707f509/epidemic-preparednes-response-refugee-camp-settings-guidance-public-health.html>

Outbreak Communication Planning Guideline. WHO, 2008.

<http://www.who.int/ihr/publications/outbreak-communication-guide/en/>

Communicable disease control in emergencies, A field Manual. WHO, 2005.

http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/9241546166/en/

صحة الأطفال وحديثي الولادة

Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide Interim Version. IAWG RH in Crises, 2016.

<http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Newborn-Health-in-Humanitarian-Settings-Field-Guide-Interim-Version-1.pdf>

Integrated Community Case Management in Acute and Protracted Emergencies: case study for South Sudan. IRC and UNICEF, 2017.

<https://www.rescue.org/report/integrated-community-case-management-acute-and-protracted-emergencies-case-study-south-sudan>

Overview and Latest update on iCCM: Potential for Benefit to Malaria Programs. UNICEF and WHO, 2015. [www.unicef.org/health/files/WHO-UNICEF_iCCM_Overview_and_Update_\(FINAL\).pdf](http://www.unicef.org/health/files/WHO-UNICEF_iCCM_Overview_and_Update_(FINAL).pdf)

Updates on HIV and infant feeding. UNICEF, WHO, 2016.

http://www.who.int/nutrition/publications/hivaids/guideline_hiv_infantfeeding_2016/en/

IMCI Chart Booklet. WHO, 2014.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/

Polio vaccines: WHO position Paper Weekly epidemiological record. WHO, 2016.

<http://www.who.int/wer/2016/wer9112/en/>

الصحة الجنسية والإنجابية

Inter-agency Field Manual on Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings. IWAG on Reproductive Health in Crises and WHO, 2018.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/en/

Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: A distance learning module. IWAG and Women's Refugee Commission. 2011.

<http://iawg.net/minimum-initial-service-package/>

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA and Save the Children, 2009.

<http://iawg.net/resource/adolescent-sexual-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings/>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 5th Edition. UNFPA/IAWG, 2011.

<http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/07/interagency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations-english.pdf>

Selected practice recommendations for contraceptive use, Third Edition. WHO, 2016.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/

Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use. WHO, 2015.

http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/en/

Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. WHO, 2015.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/sa_legal_policy_considerations/en

العنف الجنسي والتدمير السريري لحالات الاغتصاب

Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, Reducing Risk, promoting resilience and aiding recovery. Inter-Agency Standing Committee, 2015.

https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/2015_IASC_Gender-based_Violence_Guidelines_full-res.pdf

Clinical Care for Sexual Assault Survivors. International Rescue Committee, 2014.

<http://iawg.net/wp-content/uploads/2015/04/facguide.pdf>

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings. IRC and UNICEF, 2012.

https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf

Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence. WHO, 2003.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/



Clinical Management of Rape Survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Revised Edition, pp.44–47. WHO, UN Population Fund, and UNHCR, 2004.
www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en

Clinical Management of Rape Survivors: E-Learning. WHO 2009.
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/44190>

فيروس نقص المناعة البشرية

PMTCT in Humanitarian Settings Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies Part II: Implementation Guide. Inter-Agency Task Team, 2015.
<http://iawg.net/resource/inter-agency-task-team-iatt-prevention-mother-child-transmission-hiv-pmtct-humanitarian-settings-guidelines-2015/>

Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. UNAIDS and IASC, 2010.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

HIV prevention in emergencies. UNFPA, 2014.
<http://www.unfpa.org/resources/hiv-prevention-emergencies>

Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrant and crisis-affected populations in Sub Saharan Africa. UNHCR, 2014. <http://www.unhcr.org/541fe8a19.pdf>

Consolidated Guidelines on the Use or ART Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a public health approach – Second edition. WHO, 2016.
www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of Cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/

WHO policy on collaborative TB/HIV activities Guidelines for national programmes and other stakeholders. WHO, 2012.
http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/

Guidelines for management of sexually transmitted infections. WHO, 2003.
www.emro.who.int/aiecf/web79.pdf

رعاية الصدمات والإصابات

Child Protection in Humanitarian Action Review: Dangers and injuries. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2016.
<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/child-protection-humanitarian-action-review-dangers-and-injuries>

American Heart Association Guidelines for CPR & ECC. American Heart Association, 2015 and 2017.
<https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/>

Recommended Disaster Core Competencies for Hospital Personnel. California Department of Public Health, 2011.

<http://cdphready.org/recommended-disaster-core-competencies/>

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. European resuscitation council, 2015.
<https://cprguidelines.eu/>

War Surgery, Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. International Committee of the Red Cross, 2010.

<https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>

Anaesthesia Handbook, Annex 3: ICRC Pain Management. Reversed WHO pain management ladder. ICRC, 2017. <https://shop.icrc.org/icrc/pdf/view/id/2480>

eCBHFA Framework Community Based Health and First Aid. ICRC, 2017.

<http://ifrc-ecbhfa.org/framework/>

International First Aid and Resuscitation Guidelines. IFRC, 2016.

www.ifrc.org/Global/Publications/Health/First-Aid-2016-Guidelines_EN.pdf

von Schreeb, J et al. *Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan.* Prehospital Disaster Med, NCBI, 2008.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557294>

Guidelines for trauma quality improvement programmes. World Health Organization, 2009.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44061/1/9789241597746_eng.pdf

Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters. WHO, 2013.

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1

EMT minimum data set for reporting by emergency medical teams. WHO, 2016.

<https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/Minimum%20Data%20Set.pdf>

Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. WHO, 2016.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252809/1/9789241511728-eng.pdf?ua=1>

The WHO Trauma Care Checklist. WHO, 2016.

<http://www.who.int/emergencycare/publications/trauma-care-checklist.pdf>

Interagency initiative comprising a set of integrated triage tools for routine, surge and prehospital triage allowing smooth transition between routine and surge conditions. WHO and ICRC.

<http://www.who.int/emergencycare/en/>

Technical Meeting for Global Consensus on Triage. WHO and ICRC, 2017.

https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/triage_2017_meeting_report-b.pdf



الصحة العقلية

A faith-sensitive approach in humanitarian response: Guidance on mental health and psychosocial programming. The Lutheran World Federation and Islamic Relief Worldwide, 2018.

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents/public/inter-agency-faith>

Facilitate community self-help and social support (action sheet 5.2) in guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2007.

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_with_index.pdf

Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings in Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know. IASC, 2010.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf

A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017.

<https://reliefweb.int/report/world/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support>

Inter-Agency Referral Form and Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. IASC, 2017.

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/content/inter-agency-referral-guidance>

Psychological First Aid Training Manual for Child Practitioners. Save the Children, 2013.

<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners>

Psychological First Aid: Guide for Field Workers. WHO, and War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

Building back better: sustainable mental health care after emergencies. WHO, 2013.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/building_back_better/en/

Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. WHO, 2016.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/problem_management_plus/en/

Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression. WHO, 2016.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/interpersonal_therapy/en/

mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2015.

<http://www.unhcr.org/protection/health/5551b3fb4/clinical-management-mental-neurological-substance-use-conditions-humanitarian.html>

Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings. WHO and UNHCR, 2012.

http://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/

الأمراض غير المعدية

NCD Global Monitoring Framework. WHO, 2013.

http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/

Slama, S et al. *Care of Non-Communicable Diseases in Emergencies.* The Lancet, 2016.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31404-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31404-0/abstract)

Jobanputra, K. Boulle, P. Roberts, B. Perel, P. *Three Steps to Improve Management of Noncommunicable Diseases in Humanitarian Crises.* PLOS Medicine, 2016.

<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002180>

NCDs in Emergencies – UN Interagency Task Force on NCDs. WHO, 2016.

<http://www.who.int/ncds/un-task-force/ncds-governingbodypolicies-7march2017.pdf>

WHO Package of Essential Non-Communicable Disease Interventions, Tools for implementing WHO PEN. WHO, 2009. http://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en

Disaster Risk Management for Health: Non-Communicable Diseases Fact Sheet 2011. WHO, 2011.

<http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/factsheets/en/>

Lozano et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* The Lancet, 2012.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245604>

الرعاية التلطيفية

Disaster Spiritual Care Handbook. Disaster Services, American Red Cross, 2012.

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/documents-public/inter-agency-faith>

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, 2007.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care. International Association for Hospice and Palliative Care, 2007. <https://hospicecare.com/uploads/2011/8/iahpc-essential-meds-en.pdf>

Matzo, M et al. *Palliative Care Considerations in Mass Casualty Events with Scarce Resources.* Biosecurity and Bioterrorism, NCBI, 2009.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19635004>

Nouvet, E. Chan, E. Schwartz, LJ. *Looking good but doing harm? Perceptions of short-term medical missions in Nicaragua*. Global public health, NCBI, 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27545146>

Powell, RA. Schwartz, L. Nouvet, E. Sutton, B. et al. *Palliative care in humanitarian crises: always something to offer*. The Lancet, 2017.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30978-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30978-9/abstract)

Caring for Volunteers Training Manual. Psychosocial Centre IFRC, 2015.

<http://pscentre.org/wp-content/uploads/Caring-for-volunteers-a-training-manual.pdf>

Silove, D. *The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings*. War Trauma Foundation, 2013.

https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/The_ADAPT_model___a_conceptual_framework_for.2.pdf

Palliative Care, Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. WHO, 2007.

http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/

19th WHO Model List of Essential Medicines chapter 2 2, Medicines for pain and palliative care. WHO, 2015.

http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf

Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO, 2016.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>

التسمم

Initial Clinical management of patients exposed to chemical weapons. WHO, 2015.

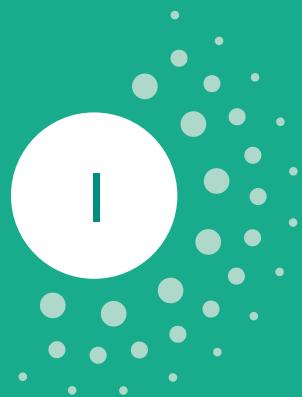
http://www.who.int/environmental_health_emergencies/deliberate_events/interim_guidance_en.pdf?ua=1

المزيد من المطالعة

للمزيد من المطالعات المقترحة، برجاء زيارة

www.spherestandards.org/handbook/online-resources

الملاحق



المحتويات

350	الملحق 1: الأساس القانوني لسفير...
361	الملحق 2: قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث.....
368	الملحق 3: الاختصارات والأسماء المختصرة.....

الملحق 1

الأساس القانوني لاسفير

الموارد على شبكة الإنترنت: أطر السياسة الإنسانية وتوجيهاتها ومبادئها بشأن حقوق الإنسان والحماية والقابلية للتضرر في التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها:

<https://www.spherestandards.org/ar/handbook/online-resources>

ينص الميثاق الإنساني على معتقدات مشتركة ومبادئ شائعة فيما يتعلق بالعمل الإنساني والمسؤوليات في حالات الكوارث أو النزاعات، ويرصد إبرارها في القانون الدولي. فيما يلي قائمة مشرورة بالوثائق الرئيسية بما في ذلك النصوص القانونية الإنسانية الأكثر اهتماماً بما يتعلق بالقانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني وقانون اللاجئين والعمل الإنساني. ولا يهدف إلى تقديم قانون إقليمي أو تحسينات. يتوفّر على موقع اسفير المزيد من المصادر وروابط الويب لعدد من التوجيهات والمبادئ والمعايير والأطر التي تدعم التنفيذ وذلك على الرابط: www.spherestandards.org/ar/handbook/online-resources. لا ترد الملاحظات إلا في حالة الوثائق التي تحتاج إلى شرح أو ذات الإصدارات الأحدث أو التي تحتوي على أقسام مخصصة تتعلق بالكوارث أو النزاعات.

يبرز دليل اسفير شاغل محددة تمثل جزءاً من الإطار القانوني الدولي. وبصفة عامة، يشمل هذا الحق في السلامة الشخصية والكرامة؛ والتحرر من التمييز؛ والحق في المياه والإصلاح والمؤوى والأمن الغذائي والتغذية والرعاية الصحية. في حين تم التنصيص بوضوح على بعض هذه الحقوق في عهود دولية خاصة، إلا أن جميعها مسؤول في أحد صكوك حقوق الإنسان العامة سواء الحقوق المدنية أو السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية.

يشتمل هذا الملحق على وثائق منظمة موضوعياً في أربع فئات:

1. حقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر
 2. النزاعات المسلحة والمساعدة الإنسانية
 3. اللاجئون والنازحون داخليتاً
 4. الكوارث والمساعدة الإنسانية
 5. أطر السياسة الإنسانية، والمبادئ التوجيهية والمبادئ المتعلقة بحقوق الإنسان، والحماية والقابلية للتأثير في التأهب والاستجابة لحالات الطوارئ
- www.spherestandards.org/ar/handbook/online-resources

لضمان الوضوح بشأن حالة كل وثيقة ضمن هذه الفئات، فقد جرى تصنيفها كالتالي (أ) معاهدات وقوانين عرفية أو (ب) مبادئ وتوجيهات من الأمر المتحدة أو غيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا.

1. الصكوك الدولية بشأن حقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر

تتعلق الوثائق التالية في المقام الأول بحقوق الإنسان المنظمة في الإعلانات والمعاهدات العالمية. كما تتضمن عدداً من الوثائق المتعلقة بالعمر (الأطفال وكبار السن) والجنس والإعاقة حيث أن ما سبق يشكل بعض المنطلقات الأكثر انتشاراً لقابلية التضرر في الكوارث أو النزاعات.

1.1 المعاهدات والقوانين العرفية المتعلقة بحقوق الإنسان والحماية وقابلية التضرر

تطبق قوانين معاهدات حقوق الإنسان على الدول الأطراف في المعاهدة المعنية، إلا أن القانون العرفي (على شاكلة حظر التعذيب) ينطبق على جميع الدول. ينطبق قانون حقوق الإنسان طوال الوقت، مع وجود استثناءين محتملين:

- قد يجري تعليق بعض الحقوق المدنية والسياسية المحددة خلال إعلان الطوارئ الوطنية، تماشياً مع المادة 4 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية («استثناء»).
- خلال النزاعات المسلحة المعترف بها، ينطبق القانون الدولي الإنساني إذا ما كان هناك أي تعارض مع قانون حقوق الإنسان.

1.1.1 حقوق الإنسان العالمية

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948، الذي اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة 217 ألف (3)، بتاريخ 10 ديسمبر 1948. www.un.org/ar/universal-declaration-human-rights/index.html

التعليق: ينص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي نشرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1948، لأول مرة على حقوق الإنسان الأساسية التي يتم حمايتها عالمياً. ولا يعد الإعلان معاهدة إلا أن من المتفق عليه عموماً أنه أصبح جزءاً من القانون الدولي العرفي. تقدم الجملة الأولى من الدبياجة مفهوم «الكرامة المتأصلة» للبشر كأساس جوهرى لحقوق الإنسان، وتنص المادة الأولى «يولد جميع الناس أحراراً ومتتساوين في الكرامة والحقوق».

العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1966، الذي أُعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (الحادي والعشرون) بتاريخ 16 ديسمبر 1966، ودخل حيز النفاذ في 23 مارس 1976، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 999، ص 171 والمجلد 1057، ص 407. www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx

البروتوكول الاختياري الثاني الملحق بالعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية لعام 1989 (الذي يهدف إلى إلغاء عقوبة الإعدام)، الذي اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 128/44 بتاريخ 15 ديسمبر 1989، ودخل حيز النفاذ في 11 يوليو 1991، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1642، ص 414. www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/2ndOPCCPR.aspx

التعليق: يجب على الدول الأعضاء في العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية أن تحترم حقوق جميع الأفراد وتضمنها داخل حدودها أو تحت ولايتها، مع الإقرار بحق «الشعوب» في تقرير

المصير والمساواة في الحقوق بين الرجال والنساء. لا يجوز مطلقاً تعليق بعض الحقوق (المميزة بعلامة النجمة*)، حتى في أسوأ حالات الطوارئ الوطنية.

حقوق العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية: الحق في الحياة؛* وعدم التعذيب وغيره من المعاملة القاسية أو غير الإنسانية أو المهينة؛* وحظر العبودية؛* وعدم الاعتقال أو الاحتياز التعسفي؛ الإنسانية والكرامة في الاحتياز؛ عدم السجن عند مخالفة العقود؛* الحق في التقليل والإقامة؛ الطرد القانوني فقط للأجانب؛ المساواة أمام القانون، والمحاكمة العادلة وإفراط البراءة في المحاكمات الجنائية؛ عدم المحاكمة بأثر رجعي في الجرائم؛* تساوي الاعتراف أمام القانون؛* الحياة الخاصة؛ حرية الفكر والدين والضمير؛* حرية الرأي والتعبير والتجمع السلمي؛ حرية تكوين الجمعيات؛ الحق في الزواج والحياة الأسرية؛ حماية الأطفال؛ الحق في التصويت والمشاركة في الشؤون العامة؛ حق الأقليات في التمتع بثقافتهم الخاصة ودينهن ولغتهم.*

العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966، الذي أعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (الحادي والعشرون) بتاريخ 16 ديسمبر 1966، ودخل حيز النفاذ في 3 يناير 1976، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 999، ص. 3.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

التعليق: توافق الدول الأطراف على الالتزام بأقصى حد تسمح به مواردها المتاحة على «التحقيق التدرجي» لحقوق العهد، والتي يتضمن بها الرجال والنساء على قدم المساواة.

حقوق العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: العمل؛ والحصول على الأجر العادل؛ والانضمام للنقابات؛ وامتلاك ضمان أو تأمين اجتماعي؛ والحياة الأسرية، بما يشمل حماية الأمهات بعد الولادة وحماية الأطفال من الاستغلال؛ وامتلاك مستوى معيشتي لائق، بما في ذلك الغذاء والكساء والسكن؛ والصحة البدنية والعقلية؛ والتعليم؛ والمشاركة في الحياة الثقافية والتمتع بمزايا التقدم العلمي والثقافي.

الاتفاقية الدولية للقضاء على التمييز العنصري بكلاته لعام 1969، والتي أعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2016 (العشرون) في 21 ديسمبر 1965، ودخلت حيز النفاذ في 4 يناير 1969، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 660، ص. 195.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx

اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979، والتي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 180/34 في 18 ديسمبر 1979، ودخلت حيز النفاذ في 3 سبتمبر 1981، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1249، ص. 13.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx

اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 25/44 في 20 نوفمبر 1989، ودخلت حيز النفاذ في 2 سبتمبر 1990، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1577، ص. 3.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن اشتراك الأطفال في المنازعات المسلحة لعام 2000، الذي اعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 54/263/A/RES في 25 مايو 2000 ودخل حيز النفاذ في 12 فبراير 2002، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2173، ص. 222.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/OPACCRC.aspx

البروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل بشأن بيع الأطفال واستغلال الأطفال في البغاء وفي المواد الإباحية لعام 2000، الذي اعتمد بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 54/RES/263 في 25 مايو 2000، ودخل حيز النفاذ في 18 يناير 2002، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2171.
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/OPSCRC.aspx

التعليق: تحظر اتفاقية حقوق الطفل بانضمام معظم الدول تقريرياً. وتعيد النص على حقوق الإنسان الأساسية للأطفال وتكشف متى يحتاجون إلى حماية خاصة (على سبيل المثال، عند انتهاكهم عن أسرهم). تتطلب البروتوكولات إجراءات إيجابية فيما يخص مسائل خاصة بحماية الطفل من الدول الأطراف فيها.

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2006، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 61/106 في 13 ديسمبر 2006، ودخلت حيز النفاذ في 3 مايو 2008، مجموعة معاهدات الأمم المتحدة، الفصل الرابع، 15.
www.ohchr.org/ar/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx

التعليق: تندعمر اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حقوقهم بموجب جميع اتفاقيات حقوق الإنسان الأخرى، وكذلك تعامل بشكل خاص مع رفع الوعي بشأن ذوي الإعاقة وعدم التمييز وإمكانية الوصول إلى الخدمات والمرافق. وكذلك تحتوي على ذكر خاص «لحالات الأزمات وحالات الطوارئ الإنسانية» (المادة 11).

2.1.1 الإبادة الجماعية والتعديب وغيرها من الإساءات الجنائية للحقوق

اتفاقية منع جريمة الإبادة الجماعية والمعاقبة عليها لعام 1948، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 260 (الثالث) في 9 ديسمبر 1948، ودخلت حيز النفاذ في 12 يناير 1951، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 78، ص 277.

www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CrimeOfGenocide.aspx

اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1984، التي اعتمدت بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 39/46 في 10 ديسمبر 1984، ودخلت حيز النفاذ في 26 يونيو 1987، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1465، ص 85.

www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx

التعليق: تتمتع هذه الاتفاقية بعدد مرفق جدأ من الدول الأطراف. كذلك يعتبر حظر التعذيب أمر متواضع عليه كجزء من القانون الدولي العرفي. لا يجوز التذرع بأي نوع من أنواع الطوارئ العامة أو الحرب لتبرير التعذيب. ويجب على الدول لا تعيد (الإعادة القسرية) أي شخص إلى إقليم يكون للشخص فيه أسباب معقولة للاعتقاد بأنه سيتعرض لخطر التعذيب.

نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية لعام 1998، الذي اعتمدته المؤتمر الدبلوماسي في روما في 17 يوليو 1998، ودخل حيز النفاذ في 1 يوليو 2002، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2187، ص 3.
www.un.org/arabic/documents/basic/rome_statute.pdf

التعليق: اعتمدت المحكمة الجنائية الدولية المادة 9 من النظام الأساسي (أركان الجرائم) في 2002، والذي يصف بالتفصيل جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية والإبادة الجماعية، ومن ثم قنن الكثير من القانون الدولي العرفي. يمكن للمحكمة الجنائية الدولية التحقيق في المسائل التي يحيط بها إليها مجلس الأمن الدولي ومقاضاة تلك المسائل (حتى إذا كانت دولة المتهم ليست عضواً في المعاهدة)، وكذلك الجرائم التي يرتكبها مواطنون من الدول الأطراف في المعاهدة أو على أراضيها.

2.1 مبادئ الأمم المتحدة وتجيئاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا بشأن حقوق الإنسان والحماية وقابلية التصرّر

خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام 2002، الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة التابعة للأمم المتحدة، مدريد 2002، ويفيد بها قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 51/37 في 3 ديسمبر 1982.
http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/MIPAA/GuidelineAgeing_ar.pdf

مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة ببار السن لعام 1991، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 46/91 في 16 ديسمبر 1991
www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx

2. الصكوك الدولية بشأن النزاعات المسلحة والقانون الإنساني الدولي والمساعدة الإنسانية

1.2 المعاهدات والقوانين العرفية بشأن النزاعات المسلحة والقانون الإنساني الدولي والمساعدة الإنسانية

يحدد القانون الدولي الإنساني عتبات يصبح النزاع بعد تجاوزها «نزاعاً مسلحاً» ومن ثم ينطبق عليه هذا النظام القانوني الخاص. تعد اللجنة الدولية للصليب الأحمر المستودع الرسمي لمعاهدات القانون الدولي الإنساني، وتتوفر مصادر ومعلومات مكثفة على موقعها بما يشمل التعليق الرسمي على معاهدات جنيف وبروتوكولاتها، وقواعد دراسة القانون الإنساني الدولي العرفي.

www.icrc.org/ar

1.1.2 المعاهدات الأساسية للقانون الدولي الإنساني

اتفاقيات جنيف الأربع لعام 1949

البروتوكول الملحق بمعاهدات جنيف، فيما يتعلق بحماية ضحايا النزاعات المسلحة الدولية لعام 1977

www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5ntccf.htm

البروتوكول الملحق بمعاهدات جنيف، فيما يتعلق بحماية ضحايا النزاعات المسلحة غير الدولية لعام 1977

www.icrc.org/ara/resources/documents/misc/5ntce2.htm (البروتوكول الثاني)

التعليق: معاهدات جنيف الأربع - التي تعدد جميع الدول أطرافاً فيها والمقبولة أيضاً باعتبارها جزءاً من القانون العرفي - تتعلق بحماية المصابين والمرضى وعاجهم في الحرب البرية (أولاً) وفي البحر (ثانياً) ومعاملة أسرى الحرب (ثالثاً) وحماية المدنيين خلال النزاعسلح (رابعاً). وتطبق في المقام الأول على النزاعات المسلحة الدولية، باستثناء المادة 3 المشتركة بين المعاهدات والمتعلقة بالنزاعات غير الدولية، كما تم التواضع أيضاً على قبول بعض العناصر الأخرى كجزء من القانون العرفي في النزاعات غير الدولية. حُدّث البروتوكولان لعام 1977 الاتفاقيات في ذلك الوقت، لاسيما تعريفات المقاتلين وتقنيات النزاعات غير الدولية. لم ينضم عدد من الدول إلى البروتوكولين.

2.1.2 المعاهدات بشأن الأسلحة المحظورة والأغذية والأدوية والملكية الثقافية

بالإضافة إلى «قانون جنيف» المذكور أعلاه، توجد أيضاً مجموعة من القوانين التي توصف في الغالب باسم «قوانين لاهي» بشأن النزاعات المسلحة. ويشمل ذلك اتفاقية بشأن حماية الممتلكات الثقافية وعدد من الاتفاقيات بشأن أنواع الأسلحة المقيدة أو المحظورة، بما في ذلك الغازات وغيرها من الأسلحة الكيميائية والبيولوجية والأسلحة التقليدية غير المميتة أو التي تسبب معاناة لا داعي لها، وكذلك الأغذية والأدوية المضادة للأفراد والذخائر العنقودية.

www.icrc.org/ihl.nsf

3. القانون الدولي الإنساني العربي

يشير القانون الدولي الإنساني العربي إلى قانون النزاعات المسلحة المقبول من جانب الدول، من خلال البيانات والسياسات والممارسات، والتي تمثل قواعد عرفية تتطابق على جميع الدول، بغض النظر عن انضمامها لمعاهدات القانون الدولي الإنساني. لا توجد قاعدة متفق عليها بشأن القواعد العرفية، إلا أن التفسير الأكثر حجية هو الدراسة المذكورة أدناه.

دراسة القانون الإنساني الدولي العرفي، اللجنة الدولية للصليب الأحمر و جي-إم هنكارتس وإل دوزوالد-بيك، مطبوعات جامعة كمبريدج، كمبريدج نيويورك 2005. www.icrc.org/ar/publication/pcustom

التعليق: تغطي الدراسة تقريرًا كامل نطاق قانون النزاعات المسلحة، حيث تسرد 161 قاعدة محددة وإن كانت تتطبق على النزاعات المسلحة الدولية أو النزاعات المسلحة غير الدولية أو كلاهما. ورغم انتقاد بعض المعلقين القانونيين لمنهجيتها، إلا أن دراسة القانون الإنساني الدولي العرفي هي نتيجة لعملية بحث صارم واستشاري لأكثر من عشر سنوات، وحياتها كمجمع وتقسيم للقواعد العرفية معترف بها على نطاق واسع.

2.2 مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسميًا بشأن النزاعات المسلحة والمساعدة الإنسانية

مذكرة مجلس الأمن الدولي بشأن الحماية 2002، بصيغتها المحدثة 2003 (S/PRST/2003/27) undocs.org/ar/S/PRST/2003/27

التعليق: وهذا ليس قراراً للدول، ولكنه عبارة عن وثيقة توجيهية لمجلس الأمن فيما يتعلق بحفظ السلام والأوضاع الملحة للنزاعات، وتحت عن مشاورات مع مجموعة من وكالات الأمم المتحدة والجان الدائم المشتركة بين الوكالات.

قرارات مجلس الأمن الدولي بشأن العنف الجنسي والنساء في النزاعات المسلحة، لاسيما أول تلك القرارات، رقم 1325 (2000) بشأن النساء والسلام والأمن والذي شكل معلمًا بارزاً في التصدي للعنف ضد المرأة في حالات النزاعسلح، لاحقاً، القرارات 1820 (2008) Res. 1888 (2009) و 1889 (2009) Res. 1325 (2012). توفر جميع قرارات مجلس الأمن الدولي حسب السنة والرقم على الرابط: www.un.org/ar/sc/documents/resolutions

3. الصكوك الدولية بشأن اللاجئين والنازحين داخلياً

1.3 المعاهدات بشأن اللاجئين والنازحين داخلياً

علاوة على المعاهدة الدولية، يتضمن هذا القسم اثنين من معاهدات الاتحاد الأفريقي (منظمة الوحدة الأفريقية سابقاً)، حيث أنها تشكلان سوابق تاريخية.

الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين لعام 1951 (صيغتها المعدلة)، والتي اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة للمفوضين المعنى بمركز اللاجئين وعديمي الجنسية، بجينيف، من 2 إلى 25 يوليو 1951، ودخلت حيز النفاذ في 22 أبريل 1954، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 189، ص 137.

www.unhcr.org/ar/4d11b3026

البروتوكول الخاص بوضع اللاجئين لعام 1967، قننته الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار 2198 (الحادي والعشرون) 2 في 16 ديسمبر 1966، الأمر المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 606، ص 267.

www.unhcr.org/ar/4d11b3026

التعليق: الاتفاقية الدولية الأولى بشأن اللاجئين، تعرف اللاجئ بأنه شخص «لديه خوف مبرر من التعرض للاضطهاد بسبب العرق أو الدين أو الجنسية أو الانتماء لفئة اجتماعية معنية أو رأي سياسي، موجود خارج الدولة التي يحمل جنسيتها، وغير قادر أو غير راغب، بسبب الخوف، من الاستفادة من حماية تلك البلد أو العودة إليها بسبب الخوف من الاضطهاد...»

اتفاقية منظمة الوحدة الأفريقية التي تحكم المظاهر الخاصة بمشكلات اللاجئين في أفريقيا لعام 1969، والتي اعتمدتها الجمعية العامة لرؤساء الدول والحكومات في دورتها العادية السادسة، بأديس أبابا، في 10 سبتمبر 1969.

www.unhcr.org/45dc1a682.html

التعليق: يقبل هذا تعريف اتفاقية 1951 ويوسعه ليشمل الأشخاص الذين أجبروا على ترك بلددهم ليس فقط نتيجة للاضطهاد ولكن بسبب العداون الخارجي أو الاحتلال أو الهيمنة الخارجية أو الأحداث التي تخل بالنظام العام بشكل خطير. كما يعترف بالجماعات غير الحكومية كمرتكبين للاضطهاد ولا يطلب من اللاجئين إظهار صلة مباشرة بينهم وبين خطر مستقبلي.

اتفاقية الاتحاد الأفريقي لحماية ومساعدة النازحين داخلياً في أفريقيا (اتفاقية كمبالا) لعام 2009، والتي اعتمدتها القمة الخاصة للاتحاد الأفريقي المنعقدة في كمبالا. ودخلت حيز النفاذ في 6 ديسمبر 2012

au.int/ar/treaties/african-union-convention-protection-and-assistance-internally-displaced-persons-africa

التعليق: وهذه هي أول اتفاقية متعددة الأطراف بشأن النازحين داخلياً.

2.3 مبادئ الأمم المتحدة وتوجيهاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة رسمياً بشأن اللاجئين والنازحين داخلياً

المبادئ التوجيهية المتعلقة بالتشرد الداخلي لعام 1998، تم الاعتراف بها في سبتمبر 2005 من جانب رؤساء الدول والحكومات المجمعين في القمة العالمية في نيويورك، بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم L.1/60 A/60/L.1 (UN Doc. A/60/L.1, 132) باعتبارها «إطاراً دولياً هاماً لحماية المشردين داخلياً».

www.ohchr.org/Documents/Issues/IDPersons/GPArabic.pdf

التعليق: تتعلق هذه المبادئ من القانون الإنساني الدولي وقانون حقوق الإنسان وقوانين اللاجئين المماثلة، والغرض منها أن تكون معياراً دولياً لتوجيه الحكومات والمنظمات الدولية وغيرهم من الجهات الدولية الفاعلة أثناء تقديم المساعدة والحماية للنازحين داخلياً.

4. الصكوك الدولية بشأن الكوارث والمساعدة الإنسانية

1.4 المعاهدات بشأن الكوارث والمساعدة الإنسانية

اتفاقية بشأن سلامة موظفي الأمم المتحدة والأفراد المرتبطين بها لعام 1994، أعتمدت بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 59/49 في 9 ديسمبر 1994، ودخلت حيز النفاذ في 15 يناير 1999، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2051، ص 363.

البروتوكول الاختياري للاتفاقية المتعلقة بسلامة موظفي الأمم المتحدة والأفراد المرتبطين بها لعام 2005، أعتمدت بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 60/42 في 8 ديسمبر 2005، ودخلت حيز النفاذ في 19 أغسطس 2010، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2689، ص 59.
documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/490/10/PDF/N0549010.pdf?OpenElement

التعليق: الحماية محدودة في الاتفاقية لعمليات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة، مالر تعلن الأمم المتحدة «الخطر الاستثنائي» - والذي يعد متطابقاً غير عملي. يصح البروتوكول هذا الحال الكبير في الاتفاقية ويوسع الحماية القانونية لجميع عمليات الأمم المتحدة، بدءاً من المساعدة الإنسانية الطارئة إلى بناء السلام وتوصيل المساعدة الإنسانية والسياسية والإنسانية.

اتفاقية تامبير المتعلقة بتقديم موارد الاتصالات السلكية واللاسلكية للحد من الكوارث ولعمليات الإغاثة 1998، وافق عليها المؤتمر الحكومي الدولي للاتصالات في حالات الطوارئ لعام 1998، ودخلت حيز النفاذ في 8 يناير 2005، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2296، ص 5.
www.itu.int/en/ITU-D/Emergency-Telecommunications/Documents/Tampere_Convention/Tampere%20Arabic.pdf

اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ لعام 1992، أعتمدتها مؤتمر الأمم المتحدة بشأن البيئة والتنمية، بريو دي جانيرو، من 4 إلى 14 يونيو 1992، ورجحت بها الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار 195/47 بتاريخ 22 ديسمبر 1992، ودخلت حيز النفاذ في 21 مارس 1994، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 1771، ص 107.

<https://unfccc.int/sites/default/files/convarabic.pdf>

بروتوكول كيوتو الملحق باتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ لعام 1997، أعتمد في الجلسة الثالثة لمؤتمر الأطراف في الاتفاقية الإطارية، بكيوتور، اليابان، في عام 1997، 1999، ودخل حيز النفاذ في 16 فبراير 2005، الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد 2303، ص 148.

<https://unfccc.int/sites/default/files/kparabic.pdf>

اتفاقية باريس لعام 2015، اعتمدت في الجلسة الحادية والعشرين لمؤتمر الأطراف في الاتفاقية الإطارية، بباريس، فرنسا، ديسمبر 2015، ودخلت حيز النفاذ في نوفمبر 2016.
https://unfccc.int/sites/default/files/arabic_paris_agreement.pdf

التعليق: تشكل اتفاقية الأمم المتحدة الإطارية بشأن تغير المناخ وبروتوكول كيوتو واتفاقية باريس جزءاً من معاهدة إطارية واحدة. حيث تتصدى للحاجة العاجلة لتنفيذ استراتيجيات التكيف مع التغير المناخي والحد منه، وبناء القدرات المحلية والقدرة على التكيف، لاسيما في الدول المعرضة للكوارث الطبيعية. حيث تشدد على استراتيجيات الحد من الكوارث وإدارة المخاطر، لاسيما فيما يتعلق بتغيير المناخ.

2.4 مبادئ الأمم المتحدة وتجيئاتها وغيرها من المبادئ والتوجيهات الحكومية الدولية المعتمدة بشأن الكوارث والمساعدة الإنسانية

تعزيز تسيير تقديم مساعدات الأمم المتحدة الإنسانية في حالات الطوارئ، مع ملحقها والمبادئ التوجيهية قرار الجمعية العامة رقم 46/182 ب تاريخ 19 ديسمبر 1991. www.unocha.org/node/2714

التعليق: أدى هذا إلى إنشاء إدارة الشؤون الإنسانية التابعة للأمم المتحدة، والتي أصبحت مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية في 1998.

إطار سنديا للحد من مخاطر الكوارث للفترة 2030-2015 (إطار سنديا).
www.preventionweb.net/files/resolutions/N1516714.pdf

التعليق: إطار سنديا هو الصك اللاحق لإطار عمل هيوغو 2005-2015: بناء قدرة الأمم والمجتمعات على مواجهة الكوارث، وقد اعتمد في مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الثالث المعني بالحد من مخاطر الكوارث لعام 2015 وأقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة (في القرار رقم 69/69). ويدعم التنفيذ مكتب الأمم المتحدة للحد من مخاطر الكوارث، وهو اتفاق تطوعي غير ملزم مدة 15 عام يهدف إلى الحد بشكل كبير من مخاطر الكوارث والخسائر في الأرواح وسبل العيش والصحة.

المبادئ التوجيهية لتسهيل العمليات الدولية للإغاثة والانتعاش الأولى في حالات الكوارث وتنظيمها على الصعيد الوطني (مبادئ برنامج القوانين والقواعد والمبادئ الدولية الخاصة بالاستجابة للكوارث) لعام 2007، اعتمدها المؤتمر الدولي الثلاثي للصلب الأحمر والهلال الأحمر (والذي شمل الدول الأطراف في اتفاقيات جنيف). www.ifrc.org

5. أطر السياسة الإنسانية وتوجيهاتها ومبادئها بشأن حقوق الإنسان والحماية والقابلية للتضرر في التأهب لحالات الطوارئ والاستجابة لها

توجد الآن مجموعة من الإرشادات التشغيلية العامة والخاصة بشأن الاستجابة الإنسانية في الطوارئ. وبما أن هذه الأدوات لم تعدد تميز بين النزاع المسلح وحالات اللاجئين والاستجابة للكوارث، فنورد مجموعة مختارة منها تحت العناوين الموضوعية: المعايير العامة؛ والمساواة بين الجنسين والحماية من العنف القائم على نوع الجنس؛ والأطفال في حالات الطوارئ؛ واللاجئين والنازحين داخلياً.

A1. معايير اسفيه المرافق

Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS). Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (The Alliance), 2012. https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/cp_minimum_standards_english_2013_v2.pdf

Minimum Standard for Market Analysis (MISMA). The Cash Learning Partnership (CaLP), 2017. www.cashlearning.org/downloads/calp-minimum-requirements-en-rev-web.pdf

Minimum Standards for Education: Preparedness, Response, Recovery. Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE), 2010.

http://s3.amazonaws.com/inee-assets/resources/INEE_Minimum_Standards_Handbook_2010_English.pdf

Livestock Emergency Guidelines and Standards (LEGS). LEGS Project, 2014.

<https://www.livestock-emergency.net/download/1779/>

Minimum Economic Recovery Standards (MERS). The Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP), 2017.

https://seepnetwork.org/files/galleries/1750_MERS_3rd_Edition_PDF.pdf

Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities. Age and Disability Consortium, HelpAge International, Handicap International, 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Humanitarian_inclusion_standards_for_older_people_and_people_with_disabi....pdf

A2. القوانين والإرشادات والكتيبات الأخرى حسب الموضوع

A2.1 معايير الحماية العامة والجودة في الاستجابة الإنسانية

قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث انظر الملحق الثاني.

Fundamental Principles of the International Red Cross and Red Crescent Movement 1965,
adopted by the 20th International Conference of the Red Cross.
www.ifrc.org/what/values/principles/index.asp

IASC Operational Guidelines on the Protection of Persons in Situations of Natural Disasters.
Inter-Agency Standing Committee and Brookings–Bern Project on Internal Displacement. 2011.
<https://www.brookings.edu/multi-chapter-report/iasc-operational-guidelines-on-the-protection-of-persons-in-situations-of-natural-disasters/>

IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings 2007.
UN Inter-Agency Standing Committee.
www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

IASC Guidelines on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action.
<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-team-inclusion-persons-disabilities-humanitarian-action>

IASC Policy on Protection in Humanitarian Action 2016.
UN Inter-Agency Standing Committee.
<https://interagencystandingcommittee.org/protection-priority-global-protection-cluster/documents/inter-agency-standing-committee-policy>

Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship 2003, endorsed by the Stockholm conference of donor countries, UN agencies, NGOs and the International Red Cross and Red Crescent Movement, and signed by the European Commission and 16 states.
www.ghdinitiative.org

المبادئ والممارسة السليمة للمنح الإنسانية لعام 2003، وأقرها مؤتمر ستوكهولم للبلدان المانحة ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر، ووقعتها المفوضية الأوروبية و16 دولة

Professional Standards for Protection Work. 2018. International Committee of the Red Cross (ICRC).
<https://shop.icrc.org/professional-standards-for-protection-work-carried-out-by-humanitarian-and-human-rights-actors-in-armed-conflict-and-other-situations-of-violence-2512.html>

International Law and Standards Applicable in Natural Disaster Situations (IDLO Legal Manual) 2009, International Development Law Organization (IDLO).
<https://www.sheltercluster.org/sites/default/files/docs/International%20Law%20and%20Standards%20Applicable%20in%20Natural%20Disaster%20Situations%202009.pdf>

A2.2 المساواة بين الجنسين والحماية من العنف القائم على نوع الجنس

GBV Constant Companion. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016.

<https://sheltercluster.org/gbv-shelter-programming-working-group/documents/gbv-constant-companion>

Gender Handbook in Humanitarian Action 2006, "Women, Girls, Boys & Men, Different Needs – Equal Opportunities, a Gender Handbook for Humanitarian Action". Inter-Agency Standing Committee. <http://www.unhcr.org/protection/women/50f91c999/iasc-gender-handbook-humanitarian-action.html>

Gender Preparedness Camp Planning: Settlement Planning, Formal Camps, Informal Settlements Guidance. Global Shelter Cluster, GBV in Shelter Programming Working Group. 2016.

<https://www.sheltercluster.org/working-group/gbv-shelter-programming-working-group/documents>

IASC Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action. 2015. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster. www.gbvguidelines.org

Integrating Gender-Sensitive Disaster Risk Management into Community-Driven Development Programs. Guidance Notes on Gender and Disaster Risk Management. No.6.

World Bank. 2012. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/17078>

Making Disaster Risk Reduction Gender-Sensitive: Policy and Practical Guidelines. Geneva; UNISDR, UNDP and IUCN. 2009. <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/9922>

Need to Know Guidance: Working with Men and Boy Survivors of Sexual and Gender-Based Violence in Forced Displacement. UNHCR. 2011.

www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/age_gender_diversity/NTG_Working_with_Men_Boys_GBV_2011_En.pdf

Need to Know Guidance: Working with Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons in Forced Displacement. UNHCR. 2011.

www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/tools_and_guidance/age_gender_diversity/NTG_Working_with_LGBTI_2011_EN.pdf

Predictable, Preventable: Best Practices for Addressing Interpersonal and Self-Directed Violence During and After Disasters. Geneva; IFRC, Canadian Red Cross. 2012.

www.ifrc.org/PageFiles/94522/ViolenceInDisasters-English-1up.pdf

A2.3 الأطفال في الطوارئ

Field Handbook on Unaccompanied and Separated Children. 2017. Inter-agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children; Alliance for Child Protection in Humanitarian Action.

<https://reliefweb.int/report/world/field-handbook-unaccompanied-and-separated-children>

IASC Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action. 2012. New York; UN Inter-Agency Standing Committee and Global Protection Cluster (Child Protection Working Group).

cpwg.net/minimum-standards/

Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2004. ICRC, UNHCR, UNICEF, World Vision International, Save the Children UK and the International Rescue Committee.

[https://www.icrc.org/en/publication/](https://www.icrc.org/en/publication/1101-inter-agency-guiding-principles-unaccompanied-and-separated-children)

[1101-inter-agency-guiding-principles-unaccompanied-and-separated-children](https://www.icrc.org/en/publication/1101-inter-agency-guiding-principles-unaccompanied-and-separated-children)

A2.4 اللاجئون والنازحون داخلياً

المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لديها تكليف قانوني خاص لحماية اللاجئين بموجب اتفاقية اللاجئين وبروتوكولها. لدى المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين مصادر واسعة على موقعها على الويب.

www.unhcr.org/ar

IASC Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons (March 2010). UN Inter-Agency Standing Committee. 2010. www.unhcr.org/4c2355229.pdf

الملحق 2

قواعد السلوك من أجل الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية أثناء الإغاثة في حالات الكوارث

أعدها الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر واللجنة الدولية للصليب الأحمر¹

الغرض من قواعد السلوك

الغرض من قواعد السلوك هذه هو صيانة معايير سلوكنا، وهي ليست بصدق تفاصيل العمليات، وكيفية حساب حصن الطعام أو نصب مخيم لللاجئين، بل تتوخى الحفاظ على درجة عالية من الاستقلال والفعالية والتأثير التي تتشدّها المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال مواجهة الكوارث والحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر. إنها قواعد سلوك طوعية يتم تطبيقها من خلال رغبة المؤسسة التي تقبل صيانة المعايير التي تم إرساءها في تلك القواعد.

وفي حالة حدوث نزاع مسلح، تفسر القواعد الحالية للسلوك وتطبيق وفقاً للقانون الدولي الإنساني.

وتعرض قواعد السلوك أولاًً وتليها ثلاثة مرفقات تصف محيط العمل الذي تود أن تخلقه الحكومات المضيفة والحكومات المانحة والمنظمات الحكومية بغية تسهيل تقديم المساعدة الإنسانية بصورة فعالة.

التعريف

المنظمات غير الحكومية: يقصد بها هنا المنظمات الوطنية والدولية التي تشكلت بطريقة مستقلة عن حكومة البلد الذي تأسست فيه.

الوكلات الإنسانية غير الحكومية: استخدم هذا التعبير لأغراض هذا النص ليشمل عناصر حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر - أي اللجنة الدولية للصليب الأحمر، والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والجمعيات الوطنية الأعضاء فيه - والمنظمات غير الحكومية المعروفة أعلاه. وتشير هذه القواعد على وجه الخصوص إلى الوكالات الإنسانية غير الحكومية التي تواجه الكوارث.

المنظمات الحكومية: يقصد بها المنظمات التي تشكلها حكومتان أو أكثر، وهي تشمل وبالتالي جميع وكالات الأمم المتحدة والمنظمات الإقليمية.

1. تحت رعاية مؤسسة كاريتاس الدولية وهيئة خدمات الإغاثة الكاثوليكية والاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر والتحالف الدولي لإنقاذ الطفولة والاتحاد اللوثري العالمي ومؤسسة أوكسفام ومجلس الكنائس العالمي (وهي منظمات أعضاء في لجنة توجيه المساعدات الإنسانية) واللجنة الدولية للصليب الأحمر.

الكوارث: الكارثة هي عبارة عن حادث مفجع يسبب خسائر في الأرواح ومعاناة البشر وتألمهم بشكل كبير، ويحدث أضراراً مادية فادحة.

قواعد السلوك

مبادئ السلوك الأساسية لحركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر والمنظمات غير الحكومية في برامج مواجهة الكوارث

1. أولوية الحاجات الإنسانية

إن الحق في الحصول على المساعدة الإنسانية وفي تقديمها هو مبدأ إنساني أساسى ينبغي أن يتمتع به مواطنو البلدان كلها. وبوصفنا أعضاء في المجموعة الدولية، نقر بالتزامناً باتاحة المساعدة الإنسانية حيثما دعت الحاجة إليها. وبالتالي فإن الحاجة إلى الوصول إلى السكان المتضررين دون إعاقة، تكتسي أهمية بالغة في تحمل تلك المسؤولية. ودافعنا الأول في مواجهة الكوارث هو التخفيف من المعاناة البشرية لدى الفئات الأقل قدرة على تحمل الشدة الناجمة عن الكوارث. وعندما نقدم المعونة الإنسانية فإننا لا نشجع جهة ما ولا نقوم بعمل سياسي، وينبغي ألا يُنظر إلى عملنا بهذه النظرة.

2. تقدم المعونة بغض النظر عن الاتمام العرقي لمتلقها أو عقيدته أو جنسيته ودون تمييز معد من أي نوع. وتحسب أولويات المعونة على أساس الحاجة ودها

سنحاول قدر المستطاع، إتاحة معونة الإغاثة على أساس تقدير شامل لاحتياجات ضحايا الكوارث والإمكانات المحلية المتوفرة في منطقة حدوثها لسد تلك الحاجات. وسنأخذ بعين الاعتبار مبدأ التنسابية في مجمل برامجنا. ويجب تخفيف المعاناة البشرية حيثما وجدت، فالحياة ثمينة في جزء من البلد يقدر ما هي ثمينة في جزء آخر. ولذا، فإن تقديم المعونة سيعكس درجة المعاناة التي تتوخى تخفيفها. ونحن نسلم، في تفريتنا لهذا النهج، بالدور الحاسم الذي تؤديه النساء في المجتمعات المعرضة للكوارث، وسنضمن دعم هذا الدور - لا تقليله - بواسطة برامج المعونة التي ندعها. ولا يكون تنفيذ مثل هذه السياسة العالمية والمحايدة والمستقلة فعالاً إلا إذا توفرت لنا ولشركائنا فرص الحصول على الموارد الالزمة لإتاحة مثل هذه الإغاثة العادلة، والوصول إلى كافة ضحايا الكوارث على نحو متساوٍ.

3. عدم استخدام المعونة لدعم موقف سياسي أو ديني معين

تقديم المعونة الإنسانية وفقاً لاحتياجات الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. ونحن نؤكد، دون المساس بحق الوكلالات الإنسانية غير الحكومية بمناصرة آراء سياسية أو دينية معينة، أن تقديم المساعدة يجب أن يكون مستقلاً عن مشاطرة متلقها لتلك الآراء، ولن نقيد الوعود بتقديم المساعدة أو تسليمها أو توزيعها باعتماق آراء سياسية أو عقائد دينية معينة أو قبولها.

4. سنسعى جاهدين إلى عدم التصرف بأدوات للسياسة الخارجية للحكومة

الوكلالات الإنسانية غير الحكومية هي وكالات تعمل في استقلال عن الحكومات، وبالتالي فإننا نضع سياساتنا وننفذ خططنا ولا نسعى إلى تنفيذ سياسة أي حكومة، إلا إذا تطابقت مع سياستنا المستقلة. لن نسمح أبداً باستخدامنا أو باستخدام موظفينا، عمداً أو بسبب الإهمال، في جمع معلومات سياسية أو عسكرية أو اقتصادية هامة لصالح حكومات أو هيئات قد تخدم أغراضًا غير الأغراض الإنسانية البحتة، ولن سخر كأدوات في خدمة السياسات الخارجية للحكومات المانحة. نستخدم المساعدة التي تلقاها في الاستجابة لاحتياجات وينبغي ألا تمنح هذه المساعدة بداعل التخلص من فائض السلع لدى الجهة المانحة أو تحقيقاً لصالحها السياسية. نؤمن ونشجع العمل الطوعي والمالي الذي يساهم به الأفراد المعنيون لدعم نشاطنا ونسلم باستقلالية الأعمال التي تتأتى بداعل طوعي كهذا. ومن أجل حماية استقلالنا سنسعى إلى تجنب التبعية لمصدر تمويل واحد.

5. علينا احترام الثقافة والعادات

سنسعى إلى احترام ثقافات وهياكل وتقالييد المجتمعات المحلية والبلدان التي نعمل فيها.

6. وكذلك محاولة بناء استجابة للكوارث على القدرات المحلية

يمكّن الناس والمجتمعات المحلية قاطبة - حتى في حالات الكوارث - القدرات ولديهم مواطن ضعف. ستعمل على تعزيز تلك القدرات، حيثما كان ذلك ممكناً، من خلال توظيف موظفين محليين، وشراء مواد محلية، والمتأتية مع شركات محلية. وستعمل، حيثما كان ذلك ممكناً، وبواسطة الوكالات الإنسانية غير الحكومية المحلية بوصفها شريكة في التخطيط والتنفيذ وستتعاون مع هيئات الحكومات المحلية كلما كان ذلك مناسباً. وسنسعى التعاون الصحيح في مجال الاستجابة في حالات الطوارئ في مصاف الأولويات الكبرى. ويتم ذلك على أحسن وجه في البلدان المعنية بواسطة أولئك الذي يشاركون مباشرة في عمليات الإغاثة، والذين ينبغي أن يكونون من ضمنهم ممثلون عن هيئات الأمم المتحدة ذات الصلة.

7. يجب اكتشاف طرق لإشراك المستفيدين من البرنامج في إدارة مساعدات الإغاثة

ينبغي ألا تتعرض على المستفيدين أبداً المساعدة المقدمة لهم في حالات الكوارث. ويمكن الوصول إلى الإغاثة الفعالة وإعادة التأهيل الدائم على أفضل وجه عندما يشارك المستفيدين منها في تصميم برامج المساعدة وإدارتها وتنفيذها. وسنسعى جاهدين إلى الحصول على مشاركة المجتمعات المحلية الكاملة في برامجنا الخاصة بالإغاثة وإعادة التأهيل.

8. يجب أن تكون مساعدات الإغاثة جهداً يبذل لتقوية الضعفاء على مواجهة الكوارث في المستقبل وإشاع الحاجات الضرورية

تؤثر كل أعمال الإغاثة في إمكانيات تحقيق تنمية طويلة الأجل، سواء بطريقة إيجابية أو سلبية. ونحن إذ نسلّم بذلك، سنسعى جاهدين إلى تنفيذ برامج الإغاثة التي تقلل بشكل فعال من ضعف المستفيدين أمام الكوارث في المستقبل وتساعد على خلق أمناط عيش متعددة. وسنولي مشاكل البيئة عناية خاصة عند إعدادنا البرامج وتنفيذها، وسنحاول تخفيف الواقع السلبي للمساعدة الإنسانية، بالسعى إلى تفادى اعتماد المستفيدين الطويل المدى على المساعدة الخارجية.

9. ونحن نعتبر أنفسنا مسؤولين تجاه الطرفين: من نسعى إلى مساعدتهم ومن نقبل الموارد منهم

غالباً ما نعمل كصلة وصل منظمة في الشراكة القائمة بين أولئك الذي يرغبون في تقديم المساعدة وأولئك الذي يحتاجون إليها أثناء الكوارث. ولهذا نعتبر أنفسنا مسؤولين تجاه الطرفين. وتعكس كل معاملاتنا مع المانحين والمستفيدين موقفنا الذي يتسم بالنزاهة والوضوح، ونقر بالحاجة إلى تقديم تقارير عن أنشطتنا سواء من ناحية التمويل أو من ناحية الفعالية. كما نقر بواجب مراقبة توزيع المعونات مراقبة صارمة وتقدير متضمن لنتائج المساعدة المقدمة في حالات الكوارث. ونسعى أيضاً إلى تقديم تقارير بطريقة مفتوحة، عن نتائج عملنا وعن العوامل التي تحد من هذه النتائج أو تعزّزها. وستقوم برامجنا على معايير عالية من المهنية والخبرة بغية التقليل من هدر الموارد الثمينة.

10. علينا أن نعرف بضحايا الكوارث خلال أنشطتنا الإعلامية والدعائية والإعلانية كبشر ذوي كرامة وليس ككائنات يائسة

ينبغي ألا نغفل أبداً احترام ضحايا الكوارث بوصفهم شركاء كاملين في عملية الإغاثة. ويجب أن نعطي في إعلامنا إلى الجمهور صورة موضوعية عن حالة الكوارث توضح فيها قدرات ضحايا الكارثة وطموحاتهم لا ضعفهم ومحاوفهم فحسب. وفي حين سنتعاون مع وسائل الإعلام بغية حفز رد فعل الجماهير، فإننا لن نسمح بأن تكون للمطالب الداخلية أو الخارجية على الدعاية الأساسية على مبدأ زيادة المساعدة الإجمالية لعمليات الإغاثة إلى أقصى حد. وستتجنب التنافس مع الوكالات الأخرى التي تواجه الكوارث من أجل التغطية

الإعلامية في حالات تكون فيها مثل هذه التغطية ضارة بالنسبة للخدمات المقدمة أو بالنسبة لأمن موظفينا أو المستفيدين من هذه الخدمات.

محيط العمل

بعد أن وافقنا من طرف واحد على أن نعمل جاهدين على الالتزام بقواعد السلوك الواردة آنفًا، نقدم أدناه بعض التوجيهات التوضيحية التي تصف محيط العمل الذي نود أن تخلقه الحكومات المانحة والمضيفة والمنظمات الحكومية وبصورة خاصة وكالات الأمم المتحدة - بغية تسهيل المشاركة الفعالة للوكالات الإنسانية غير الحكومية في مواجهة الكوارث.

تقدّم هذه التوجيهات للإرشاد وهي غير ملزمة من الناحية القانونية، ونحن لا ننتظّر من الحكومات والمنظمات الحكومية أن توافق عليها بالتوقيع على أية وثيقة، على الرغم من أن ذلك يمكن أن يكون هدفًا نعمل على تحقيقه في المستقبل. وقد قدمت هذه التوجيهات بروح التزاهة والتعاون فيما يدرك شركاؤنا العلاقة المثالية التي نروم إقامتها معهم.

المرفق الأول: توصيات حكومات البلدان المتضررة من الكوارث

1. ينبغي على الحكومات أن تعترف بأعمال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وتحترم استقلالها وإنسانيتها وعدم تحيزها

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة. وينبغي على الحكومات المضيفة احترام هذا الاستقلال وعدم التحيز.

2. ينبغي على الحكومات المضيفة تسهيل وصول الوكالات الإنسانية غير الحكومية إلى ضحايا الكوارث بسرعة

كيما يتّسنى للوكالات الإنسانية غير الحكومية العمل بموجب مبادئها الإنسانية، ينبغي أن يؤمّن لها الوصول إلى ضحايا الكوارث بطريقة سريعة وغير متّحِيزة، لتقديم المساعدة الإنسانية لهم. ومن واجب الحكومة المضيفة، كجزء من ممارستها لمسؤوليتها في السيادة، بآلا تعرقل وصول هذه المساعدة وأن تقبل العمل الذي تتجهه الوكالات الإنسانية غير الحكومية دون تحيز وبعيداً عن السياسة. ينبغي على الحكومات المضيفة تيسير دخول أفراد الإغاثة بسرعة، وخاصة بإعفافهم من تأشيرات العبور والدخول والخروج، أو القيام بالترتيبات الازمة للحصول عليها بسرعة. ينبغي على الحكومات أن تمنح حق الطيران والهبوط للطائرات التي تنقل إمدادات الإغاثة الدولية وموظفيها، طيلة استمرار مرحلة الإغاثة الطارئة.

3. على الحكومات تيسير تدفق سلع الإغاثة والمعلومات في الوقت المناسب أثناء الكوارث

تجلب إمدادات الإغاثة والمعدات إلى بلد ما بقصد التخفيف من المعاناة الإنسانية فقط، لا من أجل تحقيق مصلحة أو كسب تجاري؛ وينبغي السماح بدخول هذه الإمدادات بحرية ودون قيود بصفة عادلة وينبغي عدم المطالبة بالشهادات القنصلية الخاصة بمصادرها، أو رخص الاستيراد أو التصدير أو أي تقييد آخر، أو رسوم الاستيراد الأرضية أو رسوم الميناء.

وينبغي على الحكومة المضيفة أن تيسر الاستيراد المؤقت لمعدات الإغاثة الضرورية، بما في ذلك السيارات والطائرات الخفيفة وأجهزة الاتصالات، بإزالة قيود الترخيص أو التسجيل مؤقتاً. كما يجب ألا تقييد الحكومة بإعادة تصدير معدات الإغاثة بعد انتهاء عملية الإغاثة.

ولتسهيل الاتصالات أثناء الكوارث، يتم تشجيع الحكومات المضيفة على تخصيص بعض موجات الإذاعة كيما تستخدema منظمات الإغاثة من أجل الاتصالات أثناء الكوارث داخل البلد وخارجها، وينبغي أن تطلع الحكومات منظمات مواجهة الكوارث على هذه الموجات قبل حدوث الكارثة، كما ينبغي عليها السماح للعاملين في الإغاثة باستخدام جميع وسائل الاتصالات اللازمة لعمليات الإغاثة.

4. ينبغي أن تسعى الحكومات إلى توفير معلومات منسقة عن الكوارث وخدمات مخططة لها

إن التخطيط والتنسيق الشاملين لجهود الإغاثة هما في الواقع من مسؤولية الحكومة المضيفة، ويمكن تعزيز التخطيط والتنسيق إلى حد كبير إذا أتيحت للوكالات الإنسانية غير الحكومية معلومات عن حاجات الإغاثة والأجهزة الحكومية من أجل التخطيط لجهود الإغاثة وتنفيذها فضلاً عن المعلومات بشأن المخاطر الأمنية التي يتحمل أن تنشأ. لذا، فالحكومات مدعوة لإتاحة مثل هذه المعلومات للوكالات الإنسانية غير الحكومية.

وبغية تيسير التعاون الفعلي والاستخدام الأمثل لجهود الإغاثة، فإن الحكومات مدعوة إلى تخصيص نقطة اتصال واحدة للوكالات الإنسانية غير الحكومية من أجل الاتصال بالسلطات الوطنية، قبل وقوع الكوارث.

5. أعمال الإغاثة في حالات النزاع المسلح

في حالات النزاع المسلح، تخضع أعمال الإغاثة إلى أحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة.

المرفق الثاني: توصيات إلى الحكومات المانحة

1. ينبغي على الحكومات المانحة أن تتعزز بالأعمال الإنسانية التي تقوم بها الوكالات الإنسانية غير الحكومية باستقلال دون تحيز وأن تحترم هذه الأعمال

الوكالات الإنسانية غير الحكومية هيئات مستقلة ينبغي أن تحترم الحكومات المتبرعة استقلالها وعدم تحيزها لا يجب على الحكومات المتبرعة استغلال الوكالات الإنسانية غير الحكومية لخدمة أي غاية سياسية أو فكرية.

2. ينبغي على الحكومات المانحة إتاحة التمويل مع ضمان الاستقلال في العمل

تقيل الوكالات الإنسانية غير الحكومية المساعدة المالية والمادية من الحكومات المانحة بنفس الروح التي تقدم بها المساعدة لضحايا الكوارث، أي روح العمل الإنساني المستقل. ويقع تنفيذ أعمال الإغاثة في النهاية على عاتق الوكالات الإنسانية غير الحكومية ويتم إنجازها وفقاً لسياسات هذه الوكالات.

3. ينبغي على الحكومات المانحة القيام بمساعيها الحميدة لمساعدة الوكالات الإنسانية غير الحكومية في الوصول إلى ضحايا الكوارث

ينبغي على الحكومات المانحة الاعتراف بأهمية قبول مستوى معين من المسؤولية من أجل ضمان وصول موظفي الوكالات الإنسانية إلى مواقع الكوارث بحرية وأمان. وينبغي عليها أن تكون مستعدة للجوء إلى الدبلوماسية مع الحكومات المضيفة بشأن مثل هذه القضايا إذا اقتضى الأمر.

المرفق الثالث: توصيات إلى المنظمات الحكومية

1. ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية أن تتعزز بالوكالات الإنسانية غير الحكومية، المحلية والأجنبية كهيئات شريكة لها قيمتها

ترغب الوكالات الإنسانية غير الحكومية في العمل مع الأمم المتحدة والمنظمات الحكومية الدولية في مواجهة الكوارث بصورة أفضل، وذلك بروح الشراكة التي تحترم سيادة واستقلال كل الشركاء. وعلى المنظمات الحكومية الدولية أن تحترم استقلال الوكالات الإنسانية غير الحكومية وعدم تحيزها. كما يجب على وكالات الأمم المتحدة استشارة الوكالات الإنسانية عند إعداد خطط الإغاثة.

2. ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية مساعدة الحكومات المضيفة على إتاحة إطار تنسيق شامل لأعمال الإغاثة الدولية والمحلية

لا تكون الوكالات الإنسانية غير الحكومية موكلاة عادة لإتاحة إطار تنسيق شامل للكوارث التي تقتضي رد فعل دولي. وهذه المسؤولية تقع على عاتق الحكومة المضيفة وهيئات الأمم المتحدة ذات الصلة، وهي مدعوة لإتاحة هذه الخدمة بطريقة فعالة وتوفيق مناسب خدمة للدولة المنكوبة والهيئات الوطنية والدولية المواجهة للكوارث. ينبغي على الوكالات الإنسانية غير الحكومية أن تبذل قصارى جهدها، في جميع الأحوال، لضمان فعالية تنسيق خدماتها.

في حالات النزاع المسلح، تخضع أعمال الإغاثة إلى أحكام القانون الدولي الإنساني ذات الصلة.

3. ينبغي على المنظمات الحكومية الدولية أن تشمل الوكالات الإنسانية غير الحكومية بالحماية الأمنية المتاحة لمنظمات الأمم المتحدة

حيثما أتيحت خدمات الأمن لمنظمات الحكومية الدولية ينبغي إتاحتها لعمليات الوكالات الإنسانية غير الحكومية إذا لزم الأمر.

4. على المنظمات الحكومية الدولية أن تتيح للوكالات الإنسانية غير الحكومية المعلومات نفسها ذات الصلة التي تتيحها لمنظمات الأمم المتحدة

إن المنظمات الحكومية الدولية مدعوة لتبادل كل المعلومات المتعلقة بالمواجهة الفعالة للكوارث، مع شريكاتها من المنظمات الإنسانية غير الحكومية.

الملحق 3

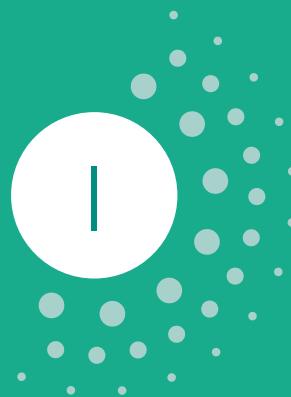
الاختصارات والأسماء المختصرة

العلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية	anti-retroviral therapy	ART
مؤشر كتلة الجسم	body mass index	BMI
المساعدة المعتمدة على النقد	cash-based assistance	CBA
مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها	Centers for Disease Control and Prevention	CDC
المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة	Core Humanitarian Standard on Quality and Accountability	CHS
عامل صحي مجتمعي	community health worker	CHW
ستيمتر	centimetre	cm
معدل الوفيات الخام	crude mortality rate	CMR
المعايير الدنيا لحماية الطفل في العمل الإنساني	Child Protection Minimum Standards	CPMS
اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	CRPD
اللهاج الثلاثي (الخناق والسعال الديكي والكراز)	diphtheria, pertussis and tetanus	DPT
برنامج التحصين الموسع	Expanded Programme on Immunization	EPI
الإنذار المبكر والتنبيه والاستجابة	Early warning alert and response	EWAR
المساعدة التقنية للغذاء والتغذية	Food and Nutrition Technical Assistance	FANTA
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	Food and Agriculture Organization of the United Nations	FAO
بقايا الكلور الحرة	free residual chlorine	FRC
العنف القائم على نوع الجنس	gender-based violence	GBV
نظم إدارة المعلومات الصحية	health management information system	HMIS
معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة	household-level water treatment and safe storage	HWTSS
اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات	Inter-agency standing committee	IASC
الإدارة المتكاملة المجتمعية للحالات	Integrated Community Case Management	iCCM
العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية	International Covenant on Civil and Political Rights	ICCPR

اللجنة الدولية للصليب الأحمر	International Committee of the Red Cross	ICRC
النازح داخلياً	internally displaced person	IDP
الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies	IFRC
القانون الدولي الإنساني	international humanitarian law	IHL
الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة	integrated management of childhood illnesses	IMCI
الشبكة المشتركة لوكالات التعليم في حالات الطوارئ	Inter-Agency Network for Education in Emergencies	INEE
الوقاية من العدوى ومكافحتها	infection prevention and control	IPC
تقديمة الرضيع والأطفال الصغار	infant and young child feeding	IYCF
كيلومتر	kilometre	km
المعايير والإرشادات في الطوارئ الخاصة بالماشية	Livestock Emergency Guidelines and Standards	LEGS
المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسني ومتغيري الهوية الجنسانية والمتحيرين جنسياً وثنائي الجنس	Lesbian, gay, bisexual, trans, queer, intersex	LGBTQI
الناموسيات المعالجة بمبيدات مديدة المفعول	long-lasting insecticide-treated net	LLIN
سوء التغذية معتدل الحدة	moderate acute malnutrition	MAM
الرصد والتقييم والمساءلة والتعلم	monitoring, evaluation, accountability and learning	MEAL
المعايير الدنيا للتعافي الاقتصادي	Minimum Economic Recovery Standards	MERS
المعايير الدنيا لتحليل السوق	Minimum Standard for Market Analysis	MISMA
وزارة الصحة	ministry of health	MoH
أطباء بلا حدود	Médecins sans Frontières (Doctors without Borders)	MSF
محيط منتصف الذراع العلوي	mid upper arm circumference	MUAC
الأمراض غير المعدية	non-communicable diseases	NCDs
منظمة غير حكومية	non-governmental organisation	NGO
وحدات الفورمازين للتعكّر	nephelometric turbidity units	NTU
منظمة الوحدة الأفريقية	Organization of African Unity (now African Union)	OUA
(الاتحاد الأفريقي حالياً)		
مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	OCHA

المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	OHCHR
علاج وقائي بعد التعرض	post-exposure prophylaxis	PEP
معدات الوقاية الشخصية	personal protective equipment	PPE
مراجع تناول المغذيات	reference nutrient intakes	RNI
تعليم المشاريع الصغيرة وتعزيزها (شبكة الأمم المرض المنقولة جنسياً)	Small Enterprise Education and Promotion (Network) sexually transmitted infections	SEEP STIs
السل	tuberculosis	TB
معدلات الوفيات الخام للأطفال أقل من 5 سنوات	under-5 crude mortality rate	U5CMR
الأمم المتحدة	United Nations	UN
صندوق الأمم المتحدة للسكان	United Nations Population Fund	UNFPA
المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (وكالة الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UN Refugee Agency)	UNHCR
منظمة الأمم المتحدة للطفولة والإمداد بالماء والإنصاف والنهوض بالنظافة	United Nations Children's Fund water supply, sanitation and hygiene promotion	UNICEF WASH
الوزن مقابل الطول	weight for height	WFH
برنامج الأغذية العالمي	World Food Programme	WFP
منظمة الصحة العالمية	World Health Organization	WHO

الفهرس



الفهرس

- سوء التغذية 209
لمزيد من المطالعات 80
منفصلون 302
أطفال منفصلون 302
أعضاء فريق العمل 58
الاستغلال والانتهاك الجنسي من جانب 58
الاستغلال وسوء المعاملة بواسطة 58
الرفاه 72
السياسات 71, 72
الكتفاءات 71
المتطوعون 72
تضارب المصالح 76
تطوير المهارات 72
دعم 70
مسلك الموظفين ومدونة قواعد السلوك 65
الأمراض، انظر أيضًا حالات العدوى، انظر أيضًا حالات تفشي الأمراض، انظر أيضًا مرض نقص المناعة البشرية/
الإيدز
الإسهال 134, 294, 301
التهاب السحايا 296
التهاب الكبد 297
التهاب رئوي 302
الحصبة 299
الحمى الصفراء 297
الحمى التنفسية الفيروسية 297
السعال الديكي 297
السل 295
الكوليريا 297
المربطة بالماء والإصلاح 137
المنقوصة عن طريق العوضة الراجعة 290
انتقال العدوى من الغائط عبر الفم 134
خناق 297
شلل الأطفال 297, 299
غير المعدية 316
معدية 288
أمراض تنفسية 294
أمراض معدية 295
التأهُّب والاستجابة للتفشي،
التشفیص وإدارة الحالات 293
المراقبة وكشف التفشي والاستجابة المبكرة 291
الوقاية 289
عامر 288
أنظمة العدالة 41
الآثار السلبية 315
الاستجابة الإنسانية 56
سوء المعاملة 58
الأجهزة الطبية 282, 284, 318
الأدوات المشتركة 247
الأدوية 320
الأساسية 318
النور 315
المؤشرات العقلية 284
الأدوية الخاضعة للمراقبة 315
أدوية المؤثرات العقلية 315
الأزمات طويلة الأمد 16
الأساس القانوني، اسفر 350
الأسر غير النازحة 230
الأسلحة المحظورة 355
الاسماء المختصرة 368
الأشخاص، انظر أيضًا الأشخاص المتنقلون، انظر أيضًا الأطفال،
انظر أيضًا الرضع والأطفال الصغار، انظر أيضًا كبار
السن 316
حقوق المصابين بحالات عقلية 316
الأشخاص المتنقلون 93
الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 119
توليد النفاياتصلبة 230، انظر أيضًا النازجون داخليًا
أشخاص نازجون 306
الأطر القانونية، العنف الجنسي 306
الأطفال، انظر أيضًا الرضع والأطفال الصغار، انظر أيضًا الرعاية
الصحية 300، انظر أيضًا حالات العدوى، انظر أيضًا
حالات تفشي الأمراض، انظر أيضًا مرض نقص المناعة
البشرية/الإيدز
الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 92، انظر
الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 178
التغذية، الاصطناعية 176, 178
الحمامة 302, 312
الرعاية الصحية 297
العنف الجنسي 306
العنف القائم على النوع الاجتماعي 180
الغاطس 108
المبادئ التوجيهية 363
تغذية، 174
تلقيح 298, 299

إمكانية الوصول	286
أنظمة العدالة	41
الغذاء	185
المراحيض	108
المجاعة الإنسانية	38
المستوطنات البشرية / المأوى	235
المياه	99
دعم قانوني	41
إنتاج الغذاء	
الاستراتيجيات	197
التقلبات السعرية	198
الطاقة	197
المراقبة	199
المجاعدة المالية	198
الموسمية	198
سلالات التوريد	199
الإدخار المبكر والاستجابة (EWAR)	326, 291, 286
الاتصالات	
الإمداد بالماء والاصحاح والنهوض بالنظافة	92
مكافحة نواقل الأمراض	117
الاحتياجات العلاجية، المعقّدة	317
الاحتيال	76
الاختصارات	368
اختبار، الأدوية الأساسية	283
الاستجابة الإنسانية	
الآثار السلبية	56
الإمكانات المحلية	363
الاستقلال عن الحكومات	362
البيئة العملية	15
التعقيب	59
التكامل	65
التنسيق	65
التواصل	59
الدين	362
السياسة	362
الشكاوى	62
الصلة	51
الفعالية	54
القوات العسكرية	67
المبادئ التوجيهية	361
الملازمة	51
النزاهة	362, 53, 52, 38
حسن التوفيق	54
مشاركة	61, 59
معايير الحماية العامة والجودة	361
يُذكر على الناس	81
استخدام الغذاء داخل المنزل	195
أنظمة المراقبة الصحية	286
أنظمة المعلومات	
إدارة صحة	327
الأمن الغذائي والتغذية	157
الصحة	286
أنظمة المعلومات الصحية	286
أنظمة الموارد البشرية	53
الإجراءات الأساسية	6
الإجراءات المتعلقة بالألغام	45
إخلاصات	250
الإدارة. انظر إدارة النفايات الصلبة، انظر إدارة سلسلة الإمداد، انظر التعامل مع جثث المتوفين، انظر أيضًا إدارة	
الفضلات	
الموارد	74
إدارة الجروح	312
إدارة الفضلات	
التخلص من	
الجمع والنقل والتخلص من الفضلات والمعالجة	111
المراجع/المزيد من المطالعة	143
الوصول إلى المراحيض واستخدامها	108
حالات العدوى	138
عام	106
قائمة التحقق	131
الإدارة الوجستية	24
الإدارة المتكاملة المجتمعية للحالات	301
الإدارة المتكاملة للأمراض الطفولية	301
إدارة المعرفة	70
إدارة النفايات الصلبة	
الإجراءات المنظمة والشخصية	120
المراجع/المزيد من المطالعة	145
المستوى المجتمعي	121
قائمة التحقق	132
نظرة عامة	118
إدارة سلسلة الإمداد	22, 24
إزالة الأنفاس	231
إزالة الحما	112
إسعاف أولي	311, 315
الإسهال	301, 294, 134
الإصابات	
الناتجة عن الأدوات الحادة	280
رعاية الصدمات	309
الإضافة الاصطناعية	243
إعادة الإدماج الاجتماعي، المرض	312
إعادة الاستخدام	
النفايات	253
النفايات الصلبة	120
إعادة التأهيل، المرض	312
إعادة التدوير، النفايات	253

استراتيجيات الخروج، انظر أيضًا استراتيجيات التكيف، انظر أيضًا الاستراتيجيات الجماعية، المعاهدات
البالغون، انظر أيضًا الأشخاص، انظر أيضًا الأشخاص

ب

- الإيادة الجماعية، المعاهدات 353
- البالغون، انظر أيضًا الأشخاص، انظر أيضًا الأشخاص
 - سوء التغذية 210
 - بدائل حليب الأم 179
 - بذور 198، 205
 - برامج التغذية التكميلية 166
 - البرمجة القائمة على السوق 243
 - اللوازم المنزلية 243
 - المراجع/ مزيد من المطالعات 24
 - عام 9، 19
 - البرمجة المعتمدة على السوق 102
 - المياه 102
 - مستلزمات النظافة 94
 - برنامج التحصين الموسع (EPI) 299، 298
 - بروتوكول العلاج 294
 - البناء، وحدات المأوى 244
 - البيئة 183
 - الأمن الغذائي 158
 - الاستجابة الإنسانية 18
 - السكان المضيفون 256
 - المستوطنات البشرية /المأوى 251
 - الموارد الطبيعية 76
 - لمزيد من المطالعات 82
 - مكافحة تواكل الأمراض 115
 - بيانات. انظر المعلومات 157
 - بيانات ما قبل الأزمة، تقييم الأمن الغذائي 195
 - بيانات تجهيز/ تحضير، الغذاء 195

ت

- التناول 252
 - تجهيز/ تحضير، الغذاء 190
 - تحليل الاستجابة 19
 - تحليل السوق 24
 - المراجع/ مزيد من المطالعات 24
 - تحليل الاستجابة 19
 - تقييم الأمن الغذائي 158
 - التخدير 311
 - التخزين 112
 - الأدوية الأساسية 283
 - الغذاء 190، 195، 199
 - المياه 105، 102، 94
 - التطهير 120
 - المكان والمستوطنة البشرية 232
 - مأوى ومستوطنة بشرية 229
- الانتقالية 197
 - إنتاج الغذاء 9
 - استراتيجيات الانتقال 183
 - الأمن الغذائي 57
 - استراتيجيات التكيف 158
 - استراتيجيات الخروج 58
 - عام 183
 - استراتيجية الخروج 104
 - الأمن الغذائي 104
 - الاستساغة، المياه 58
 - الاستغلال 58. انظر أيضًا الاستغلال والانتهاك الجنسيان
 - الاستغلال والانتهاك الجنسيان 65، 63
 - آيات الشكاوى 58
 - من جانب أعضاء فريق العمل 160
 - استقصاء قياسات الجسم 191
 - الاستهداف، المساعدة الغذائية 191
 - استهلاك 253
 - الطاقة 350
 - اغتصاب 305
 - الشارك 61
 - بالمعلومات 105
 - التلوث، المياه 16
 - الدعم. انظر أيضًا دعم المجتمع
 - الجهات الفاعلة المحلية 16
 - الجهات الفاعلة الوطنية 16
 - النفس الاجتماعي 15
 - الدعم النفسي الاجتماعي 15
 - السرية 287
 - السعال الديكي 297
 - الفئات المعرضة للخطر، مكافحة التوابل 117
 - الفساد 76، 75
 - المجتمعات 62
 - آيات الشكاوى 198
 - التوترات 143
 - الموارد 112
 - الفضلات باعتبارها 253
 - الموارد الطبيعية 252
 - النظافة الحippية 309
 - انتقال المرض من الأم إلى الطفل، مرض نقص المناعة البشرية 143
 - الانتقال من الأم إلى الطفل، مرض نقص المناعة البشرية 309

- التخلص من الفضلات 86
- الأدوية 111
- الفضلات 131
- النفايات 118
- التدابير اللوجستية 22
- تدابير شبكة الأمان، سبل العيش 201
- التدخلات النفسية 315
- التدعيم، المنتجات الغذائية 171
- تدقيق، سلع الإغاثة/المعلومات 364
- تدقيق الحسابات 77
- التسليم. انظر أيضًا التوزيع 194
- الغذاء 190
- السمسر 331
- تشارك 334
- الصحة العامة 285
- المعلومات 68
- تدفق 364
- التشخيص 293
- أمراض معدية 293
- حالات النقص في المغذيات الدقيقة 172
- تصريف 234
- مياه الأمطار والفيضانات 234
- تصميم البرنامج. انظر أيضًا البرمجة القائمة على السوق، انظر أيضًا البرمجة المستندة على السوق 21
- إدارة سلسلة الإمداد 22
- إدارة سوء التغذية 164
- المساعدة القائمة على النقد 21
- المعايير الدنيا 9
- التطهير، المياه 104
- التعامل مع جثث المتوفين 128
- تعامل مع جثث المتوفين 280
- التعاون 66، 70، 177
- التعذيب 353
- التعقيب 353
- الاستجابة الإنسانية 59
- مسؤوليات المنظمات 61
- التعلم 70
- التعاون 70
- منظمات إنسانية 68
- التعلم التعاوني 70
- التغذية. انظر أيضًا سوء التغذية 147
- الإمداد بماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 147
- الجودة 186
- المبادئ الأساسية 152
- تقييم 156، 159، 207
- متطلبات 185
- تقدير الوضع 214
- اصطناعية 176، 178، 189
- الدعم متعددة المستويات 176
- الرعاية الطبيعية 169، 178
- تكميلية 179
- قياس سوء التغذية 209
- مرض نقص المناعة البشرية 180
- نظرة عامة 174
- التغطية الصحية الشاملة 285
- نقاشي الأمراض
- الإمداد بماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 145
- الاستجابات 122
- تحقيق 293
- تبسيطات 326
- عيارات 292
- كشف 292
- مكافحة 295
- تقدير تغذية الأطفال والرضع أثناء الطوارئ 177
- التقييم
- المعايير الدنيا 11
- لمزيد من المطالعات 81
- التقييمات
- الأمراض غير المعدية 317
- تخطيط المأوى والمأوطة 229
- تقييمات التغذية 161
- تقييمات المخاطر، الوقاية من المرض 290
- حالات الصحة العقلية 315
- لمزيد من المطالعات 79
- التكامل 65
- تكلفة النظام الغذائي 158
- تلقيح. انظر أيضًا تغذية الرضع
- الأطفال 298
- الرضع والأطفال الصغار 298، 299
- حملات 290، 296
- تلوث الماء 302
- التنسيق
- الاستجابة الإنسانية 65
- التوزيعات المشتركة 95
- المدن العسكري 67، 17
- المنظمات الشركية 68
- بين القطاعات 67
- لمزيد من المطالعات 80
- تنظيم الأسرة 304
- التنفيذ
- إدارة سلسلة الإمداد 22
- المساعدة القائمة على النقد 21
- مأوى ومستوطنة 230
- التهاب السحايا 296
- التهاب الكبد 297
- التهاب رئوي 302
- التهوية 239
- التوطؤ، انتهاء الحقوق 37

الحق في الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب.	41
روابط إلى المعيار الإنساني الأساسي 274	التوثيق
روابط إلى مبادئ الحماية 274	التوزيع
روابط الاتصال إلى القانون الدولي 273	الأدوية الأساسية 283
الحق في الماء والحق في الإصلاح 273	السلامة خلال 193
القانون الدولي 88	الغذاء 190
روابط إلى المعيار الإنساني الأساسي 89	اللوازم المنزلية 243
روابط إلى مبادئ الحماية 89	جدة 193
يرتبط بحقوق أخرى 88	حصن جافة 192
الحق في تلقى المساعدات الإنسانية 27، 38، 362	حصن طيبة 192
الحق في غذاء ملائم 152	معلومات 193
الحق في مأوى ملائم	نقط 192
روابط إلى المعيار الإنساني الأساسي 228	التوزيعات المشتركة 95
روابط إلى حقوق أخرى 226	نفوق، الأدوية الأساسية 283
روابط إلى مبادئ الحماية 228	النوليد 303
روابط الاتصال إلى القانون الدولي 228	
عام 224	
حقوق	
التواطؤ في الاتهامات 37	ثبات
صون 36	المجتمع 57
مرضى 279	الثقافة/العادات 363
مطالبة 41	
حقوق الإسكان والأراضي والممتلكات 45	
حقوق الإنسان	
التوجهات 354	ج
المعاهدات والقوانين العرفية 351	الجنس 81
الحكومات المانحة 365	الجهات الفاعلة المحلية، الدعم 16
الحكومات المضيفة 364، 65	الجودة
الحماية	
آيات 39، 37	التغذية 186
أشططة 35	الغذاء 187
الأطفال 302، 12	المياه 126، 103
الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 142	عامل الرعاية الصحية 282
الحق 28	
المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومخابiro الهوية الجنسانية وأحرار الهوية والميول الجنسية وحاملي صفات الجنسين 14	ح
المراجع/مزيد من المطالعات 45	حالات العدو
ذوو الإعاقة 14	الوقاية والمكافحة 126، 146، 279
كبار السن 13	تفصيلى 294
لمزيد من المطالعات 81	الحبوب الكاملة 189
مرض نقص المناعة البشرية/الإيدز 14	الحد من الجريمة 235
مساحات المعيشة 239	حسن التوقيت 54
الحماية من الحرائق 235	الحصبة 299
الحمى الصفراء 297	الشخص 192، 186
الحمى النزفية الفيروسية 297	الحق في التحرر من الجوع 152
الجيارة	
التعریف 249	الحق في التماس اللجوء أو الملاذ 28
الحياة التزايدية 249	الحق في الحصول على الماء الإصلاح 86
	الحق في الحصول على المياه والاصلاح
	المرجع/المزيد من المطالعة 141
	الحق في الحماية والأمن. 28
	الحق في الحياة بكرامة 27

الرعاية الصحية اعتبارات خاصة للحماية 274 الأساسية 288 الأطفال 297 الأمراض غير المعديّة 316 الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 122 التسليم 277 الصحة الجنسية والإنجابية 302 الصحة العقلية 312 المبادئ الأساسية 272 المقبولة 278 النفايات 127 تمويل 284 رعاية الصدمات والإصابة 309 قائمة التحقق 322 يرتبط بحقوق أخرى 273 رعاية حديثي الولادة 301, 303 د د دعم. انظر أيضاً دعم المجتمع أعضاء فريق العمل 70 الرعاية التلطيفية 320 النفسي الاجتماعي 169 تغذية الرضيع والأطفال الصغار 176 قانوني 41 الدعم المجتمعي الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 92 الصحة العقلية 315 الهياكل 183 دعم قانوني 41 الدين 362 الاستجابة الإنسانية 320 الرعاية التلطيفية 320 ذ ذ سهل العيش الانتاج الأولى 196 الدخل والتوظيف 199 عام 196 قائمة التتحقق 203 مستوطنات بشريّة 231, 235, 256 سرية المعلومات 62 السل (TB) 295 السلادة التوزيعات 193, 94 الحارق 235 العمل 201 القفاحات 299 اللوازم المنزلية 242 المباني العامة 246 المرافقين 110 المساعدة الإنسانية 37 رعاية الصدمات 311 سلسلة إمداد المياه 104 عمال الرعاية الصحية 287 مراقب الرعاية الصحية 279 مساحات المعيشة 238 مستوطنات بشريّة 235, 224 سلامه، المباني العامة 246 السلس 143 سلس البول 96, 95 ر ر راحة حرارية 243 الرصد عام 55 لمزيد من المطالعات 81 الرعاية الطبيعية 169, 178 الرضيع والأطفال الصغار 300 الأمراض 108 الغائط 298, 299 رعاية الأهداف 303 الرعاية الجراحية 311 خ خ الخدمات الأساسية 233, 256 الخصوصية 238 خطط الرعاية 320 حُثائق 297
--

<p>ط</p> <table border="0"> <tr> <td>الطاقة</td> <td>162</td> </tr> <tr> <td>إنتاج الغذاء</td> <td>197</td> </tr> <tr> <td>استهلاك</td> <td>253</td> </tr> <tr> <td>المستلزمات</td> <td>243</td> </tr> </table> <p>ع</p> <table border="0"> <tr> <td>الاعتداء الإجرامي على الحقوق</td> <td>353</td> </tr> <tr> <td>العلاج</td> <td></td> </tr> <tr> <td>المalaria</td> <td>116</td> </tr> <tr> <td>المياه</td> <td>144</td> </tr> <tr> <td>حالات النقص في المغذيات الدقيقة</td> <td>172</td> </tr> <tr> <td>سوء التغذية</td> <td>164</td> </tr> <tr> <td>العلاجات المضادة للفيروسات الارتجاعية</td> <td>309</td> </tr> <tr> <td>عمال الرعاية الصحية</td> <td>280, 287</td> </tr> <tr> <td>عمال صحة مجتمعية</td> <td>282, 294</td> </tr> <tr> <td>عمال صحة مجتمعية (CHWs)</td> <td>281, 294</td> </tr> <tr> <td>عمليات التدخل بالعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية</td> <td>309</td> </tr> <tr> <td>عمليات التسجيل، المساعدة الغذائية</td> <td>192</td> </tr> <tr> <td>عمليات الدفع</td> <td>201</td> </tr> <tr> <td>عمليات نقل الدم</td> <td>308</td> </tr> <tr> <td>العنف الجنسي</td> <td>305</td> </tr> <tr> <td>العنف القائم على الجنس</td> <td></td> </tr> <tr> <td>عام</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>العنف القائم على نوع الجنس</td> <td></td> </tr> <tr> <td>المبادئ التوجيهية</td> <td>363</td> </tr> <tr> <td>المزيد من المطالعة</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>عنف جنساني</td> <td></td> </tr> <tr> <td>لمزيد من المطالعات</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>العودة، الأشخاص النازحون</td> <td>231</td> </tr> </table> <p>غ</p> <table border="0"> <tr> <td>الغذاء</td> <td></td> </tr> <tr> <td>إمكانية الوصول</td> <td>185</td> </tr> <tr> <td>اختبارات</td> <td>189</td> </tr> <tr> <td>استخدام</td> <td>186, 194, 195</td> </tr> <tr> <td>التخزين</td> <td>190, 195, 199</td> </tr> <tr> <td>التوزيعات</td> <td>190, 194</td> </tr> <tr> <td>الجودة</td> <td>187</td> </tr> <tr> <td>الحصص</td> <td>182, 192</td> </tr> <tr> <td>النظافة</td> <td>194</td> </tr> <tr> <td>تجهيز/تحضير،</td> <td>190, 195</td> </tr> <tr> <td>تغليف</td> <td>189</td> </tr> <tr> <td>عمليات التوصيل</td> <td>194, 190</td> </tr> <tr> <td>غسل اليدين</td> <td>111, 92</td> </tr> </table>	الطاقة	162	إنتاج الغذاء	197	استهلاك	253	المستلزمات	243	الاعتداء الإجرامي على الحقوق	353	العلاج		المalaria	116	المياه	144	حالات النقص في المغذيات الدقيقة	172	سوء التغذية	164	العلاجات المضادة للفيروسات الارتجاعية	309	عمال الرعاية الصحية	280, 287	عمال صحة مجتمعية	282, 294	عمال صحة مجتمعية (CHWs)	281, 294	عمليات التدخل بالعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية	309	عمليات التسجيل، المساعدة الغذائية	192	عمليات الدفع	201	عمليات نقل الدم	308	العنف الجنسي	305	العنف القائم على الجنس		عام	13	العنف القائم على نوع الجنس		المبادئ التوجيهية	363	المزيد من المطالعة	45	عنف جنساني		لمزيد من المطالعات	80	العودة، الأشخاص النازحون	231	الغذاء		إمكانية الوصول	185	اختبارات	189	استخدام	186, 194, 195	التخزين	190, 195, 199	التوزيعات	190, 194	الجودة	187	الحصص	182, 192	النظافة	194	تجهيز/تحضير،	190, 195	تغليف	189	عمليات التوصيل	194, 190	غسل اليدين	111, 92	<p>سوء التغذية، انظر أيضًا نقص التغذية إدارة، 162، 163، 167. انظر إدارة الجروح، انظر التعامل مع جثث الموفين، انظر سوء التغذية: إدارة</p> <table border="0"> <tr> <td>عام</td> <td>209</td> </tr> <tr> <td>قياس</td> <td></td> </tr> <tr> <td>سوء المعاملة</td> <td>58.</td> </tr> <tr> <td>انظر أيضًا الاستغلال والاتهام الجنسيان، انظر أيضًا الحماية، انظر أيضًا العنف القائم على الجنس، انظر أيضًا العنف القائم على نوع الجنس</td> <td></td> </tr> <tr> <td>السياسة</td> <td>362</td> </tr> <tr> <td>السيطرة على الأمل</td> <td>312</td> </tr> <tr> <td>سيناريوهات التوطين</td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأوصاف</td> <td>258</td> </tr> <tr> <td>الخصائص</td> <td>260</td> </tr> <tr> <td>ما بعد انتهاء الأزمة</td> <td>226</td> </tr> </table> <p>ش</p> <table border="0"> <tr> <td>الشباب، أنشطة البناء</td> <td>245</td> </tr> <tr> <td>شراء، الأدوية الأساسية</td> <td>283</td> </tr> <tr> <td>الشفافية</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>الشكوى</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>شلل الأطفال</td> <td>299, 307</td> </tr> </table> <p>ص</p> <table border="0"> <tr> <td>الصحة الجنسية والإنجابية</td> <td></td> </tr> <tr> <td>العنف الجنسي</td> <td>305</td> </tr> <tr> <td>عام</td> <td>302</td> </tr> <tr> <td>مرض نقص المناعة البشرية</td> <td>307</td> </tr> <tr> <td>الصحة العقلية</td> <td></td> </tr> <tr> <td>الدعم النفسي الاجتماعي</td> <td>169, 15</td> </tr> <tr> <td>نظرة عامة</td> <td>312</td> </tr> <tr> <td>الصرف</td> <td></td> </tr> <tr> <td>مياه الصرف</td> <td>103</td> </tr> <tr> <td>صون</td> <td></td> </tr> <tr> <td>الكلامة</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>المعلومات الشخصية</td> <td>57, 58</td> </tr> <tr> <td>حقوق</td> <td>36</td> </tr> </table> <p>ض</p> <table border="0"> <tr> <td>الضرر، انظر أيضًا مبدأ عدم إلحاق الضرر</td> <td></td> </tr> <tr> <td>تجنب التعرض</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>الضعف</td> <td>12, 11</td> </tr> </table>	عام	209	قياس		سوء المعاملة	58.	انظر أيضًا الاستغلال والاتهام الجنسيان، انظر أيضًا الحماية، انظر أيضًا العنف القائم على الجنس، انظر أيضًا العنف القائم على نوع الجنس		السياسة	362	السيطرة على الأمل	312	سيناريوهات التوطين		الأوصاف	258	الخصائص	260	ما بعد انتهاء الأزمة	226	الشباب، أنشطة البناء	245	شراء، الأدوية الأساسية	283	الشفافية	77	الشكوى	62	شلل الأطفال	299, 307	الصحة الجنسية والإنجابية		العنف الجنسي	305	عام	302	مرض نقص المناعة البشرية	307	الصحة العقلية		الدعم النفسي الاجتماعي	169, 15	نظرة عامة	312	الصرف		مياه الصرف	103	صون		الكلامة	36	المعلومات الشخصية	57, 58	حقوق	36	الضرر، انظر أيضًا مبدأ عدم إلحاق الضرر		تجنب التعرض	36	الضعف	12, 11
الطاقة	162																																																																																																																																														
إنتاج الغذاء	197																																																																																																																																														
استهلاك	253																																																																																																																																														
المستلزمات	243																																																																																																																																														
الاعتداء الإجرامي على الحقوق	353																																																																																																																																														
العلاج																																																																																																																																															
المalaria	116																																																																																																																																														
المياه	144																																																																																																																																														
حالات النقص في المغذيات الدقيقة	172																																																																																																																																														
سوء التغذية	164																																																																																																																																														
العلاجات المضادة للفيروسات الارتجاعية	309																																																																																																																																														
عمال الرعاية الصحية	280, 287																																																																																																																																														
عمال صحة مجتمعية	282, 294																																																																																																																																														
عمال صحة مجتمعية (CHWs)	281, 294																																																																																																																																														
عمليات التدخل بالعلاج المضاد للفيروسات الارتجاعية	309																																																																																																																																														
عمليات التسجيل، المساعدة الغذائية	192																																																																																																																																														
عمليات الدفع	201																																																																																																																																														
عمليات نقل الدم	308																																																																																																																																														
العنف الجنسي	305																																																																																																																																														
العنف القائم على الجنس																																																																																																																																															
عام	13																																																																																																																																														
العنف القائم على نوع الجنس																																																																																																																																															
المبادئ التوجيهية	363																																																																																																																																														
المزيد من المطالعة	45																																																																																																																																														
عنف جنساني																																																																																																																																															
لمزيد من المطالعات	80																																																																																																																																														
العودة، الأشخاص النازحون	231																																																																																																																																														
الغذاء																																																																																																																																															
إمكانية الوصول	185																																																																																																																																														
اختبارات	189																																																																																																																																														
استخدام	186, 194, 195																																																																																																																																														
التخزين	190, 195, 199																																																																																																																																														
التوزيعات	190, 194																																																																																																																																														
الجودة	187																																																																																																																																														
الحصص	182, 192																																																																																																																																														
النظافة	194																																																																																																																																														
تجهيز/تحضير،	190, 195																																																																																																																																														
تغليف	189																																																																																																																																														
عمليات التوصيل	194, 190																																																																																																																																														
غسل اليدين	111, 92																																																																																																																																														
عام	209																																																																																																																																														
قياس																																																																																																																																															
سوء المعاملة	58.																																																																																																																																														
انظر أيضًا الاستغلال والاتهام الجنسيان، انظر أيضًا الحماية، انظر أيضًا العنف القائم على الجنس، انظر أيضًا العنف القائم على نوع الجنس																																																																																																																																															
السياسة	362																																																																																																																																														
السيطرة على الأمل	312																																																																																																																																														
سيناريوهات التوطين																																																																																																																																															
الأوصاف	258																																																																																																																																														
الخصائص	260																																																																																																																																														
ما بعد انتهاء الأزمة	226																																																																																																																																														
الشباب، أنشطة البناء	245																																																																																																																																														
شراء، الأدوية الأساسية	283																																																																																																																																														
الشفافية	77																																																																																																																																														
الشكوى	62																																																																																																																																														
شلل الأطفال	299, 307																																																																																																																																														
الصحة الجنسية والإنجابية																																																																																																																																															
العنف الجنسي	305																																																																																																																																														
عام	302																																																																																																																																														
مرض نقص المناعة البشرية	307																																																																																																																																														
الصحة العقلية																																																																																																																																															
الدعم النفسي الاجتماعي	169, 15																																																																																																																																														
نظرة عامة	312																																																																																																																																														
الصرف																																																																																																																																															
مياه الصرف	103																																																																																																																																														
صون																																																																																																																																															
الكلامة	36																																																																																																																																														
المعلومات الشخصية	57, 58																																																																																																																																														
حقوق	36																																																																																																																																														
الضرر، انظر أيضًا مبدأ عدم إلحاق الضرر																																																																																																																																															
تجنب التعرض	36																																																																																																																																														
الضعف	12, 11																																																																																																																																														

ك

- كبار السن 15
الحماية 13
المزيد من المطالعة 46
الممساعدة الغذائية 187
سوء التغذية 211
الكرامة 211
الحق في 27
صون 36، 363
الكميات 363
المراجيض 136
المياه 100، 126، 135
الكوارث 362
المبادئ التوجيهية 360
المعاهدات 359
الكوليرا 297
- المأهول البشري. انظر أيضًا إدارة الفضلات** 106
- المعلومات** 287
- فرز البيانات** 53
- فرز** 311
- الفضلات** 287
- التعريف** 106

ق

- القائمون بالرعاية، المساعدة الغذائية** 187
- القانون الدولي.** انظر أيضًا القانون الدولي الإنساني
- الحق في الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب.** 273

ل

- اللاجئون/ اللاجئين 364
المبادئ التوجيهية 358
المعاهدات 357
الاستجابة السريعة، تقدير التغذية 160
الأغذام الأرضية، 45 355
القوات العسكرية، 17 67
الوازم المنزلي 241
الإضاءة الاصطناعية 243
التوزيع 243
قائمة التحقق 256

م

- مؤشرات الأداء، إدارة سوء التغذية 169
المؤشرات الأساسية 6
مؤشرات الصحة 329
مبادئ الحماية
الأمن الغذائي والتغذية، 155
تطبيق 35
روابط إلى الحق في الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب. 274
روابط إلى الحقوق في مأوى ملائم 228
روابط للحق في الماء والإصلاح 89
عام، 5، 34
مبدأ عدم إلحاقضرر 250
المتطوعون 72
المعاملون مع النفايات 119
- المفاسد غير المباشرة، تقييم الأمان الغذائي** 158
- المفاسد** 201
- المقادير الأساسية** 5
- قواعد البناء** 245
- قواعد السلوك**
- المبادئ الأساسية** 57
- القيادة المحلية** 56
- القياسات** 132
- مكافحة توافق الأمراض** 132
- قواعد السلوك** 245
- القوى الشرائية** 201
- النهايات** 132
- النفاذ** 129
- تقدير التغذية** 207
- سبل العيش** 203
- مسائل عامة للمدد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة**

ف

- الفئات المستضعفة**

نقص التغذية 154

الفئات المعرضة للخطر

الأمن الغذائي 158، 183

الممساعدة الغذائية 187

النهوض بالنظافة 94

فحص مختبرى 294

فرز 311

المعلومات 287

فرز، البيانات 53

فرز، البيانات 287

الفضلات 287

التعريف 106

ق

- القانون الدولي.** انظر أيضًا القانون الدولي الإنساني
- الحق في الماء والحق في الإصلاح** 88

الحق في مأوى ملائم 228

القانون الدولي الإنساني

المبادئ التوجيهية 356

المعاهدات 355

القطاع الخاص

الاستجابة الإنسانية 67

حماية سبل العيش 202

قواعد حقوق

إدارة النفايات الصلبة 132

الأمن الغذائي 203

الإمداد بالمياه 130

النهوض بالنظافة 129

تقييم أمن البندر 205

تقدير التغذية 207

سبل العيش 203

قواعد السلوك

المبادئ الأساسية 5

القوى الشرائية 201

النهايات 132

النفاذ 129

مكافحة توافق الأمراض 132

قواعد البناء 245

قواعد السلوك

المبادئ الأساسية 5

القوى الشرائية 201

القيادة المحلية 57

القياسات 158

مرافق الاغتسال	102	المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومخابرو الهوية
مرافق الغسل	102	الجنسانية وأحرار الهوية والميول الجنسية وحاملو
المرافق المجتمعية	233، 256	صفات الجنسيين 14
المراقبة		مجتمعات
إدارة سلسلة الإمداد	23	إسعاف أولي 311
إدارة سوء التغذية	165	المجتمعات المحلية
إنفاق الغذاء	199	إدارة الفيروسات الصلبة 121
استخدام الغذاء	186، 195	المجتمعات المضيفة 230
الاتهامات	40	المجموعات المعتمدة مسبقاً 284
الممساعدة الفائمة على النقد	21	محاليل الكلور 126
المعايير الدنيا	11	المخاطر
الوصول إلى الغذاء	185	الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 91
توزيعات الغذاء	194	ضمان 198
توصيل الغذاء	194	مكافحة تواقل الأمراض 114
مراقبة الوفيات	324	نقص التغذية 207
المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم (MEAL)	11	المخاطر على الصحة العامة
مرض نقص الماعنة البشرية/ الإيدز		الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 86
إدارة سوء التغذية	169	مخطط F 134
الأطفال	302	الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 88
الممساعدة الغذائية	187	إدارة الفيروسات الصلبة 118
التغذية الرضع	180	الأثر على الصحة 141
مخاطر الحماية	14	الإمداد بال المياه 99
نظرة عامة	307	التغذية 147
مرضى		الحماية 142
إعادة الإدماج الاجتماعي	312	الرعاية الصحية 122
إعادة التأهيل	312	المبادئ الأساسية 86
الواقع السلبي	280	المخاطر 91
حقوق	279	النهوض بالنظافة 90
مسؤوليات المنظمات		قائمة الحقوق 129
أعضاء فريق العمل	71	مساعدة معتمدة على النقد 147
إدارة الموارد	75	مكافحة الفضلات 106
الآثار السلبية للاستجابة الإنسانية	57	مكافحة تواقل الأمراض 113
الاستجابة الإنسانية الملائمة وذات الصلة	52	وضع البرامج 141
التعاون	66	المدارس، الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 97
التعقب	61	المدونة الدولية لتسويق بدائل حليب الأم 176
التواصل 60. انظر أيضاً المعلومات		مدونة قواعد السلوك 362
الشكوى	63	المبادئ الرئيسية 362
الفعالية وحسن التوقيت	55	المراحيض
المعلومات 60. انظر أيضاً الاتصالات، انظر أيضاً وسائل التواصل		إمكانية الوصول 108
سياسات التعلم	69	استخدام الكلمة 106
المساءلة		تعزيز 92
المعايير الدنيا	11	الجماعية 110
عام	363	الكميات 136
لمزيد من المطالعات	78	المنزلية 110
مساحات المعيشة	237	المراحيض الجماعية 110
المساعدات الإنسانية		المراحيض المنزلية 110
الحق في تلقي	362، 362	المراقبة. انظر أيضاً المراحيض 102
		الغسل/الاغتسال 256، 233

المستوطنات/المأوى	المساعدة الإنسانية
إمدادات الطاقة	إمكانية الوصول 38
اختيار الموقع	السلامة 37
الحد من الجريمة	المبادئ التوجيهية 360
السلامة	المساعدة القائمة على النقد 20
خيارات التنفيذ	المعاهدات 359
قائمة التحقق	المجاعة الغذائية 191
مشاركة	استهداف 195
الاستجابة الإنسانية 59، 61	النقد والقاسم 195
المعلومات 66	عام 184
بناء المأوى 245	متطلبات التغذية 185
المشاركة المجتمعية	المساعدة القائمة على النقد
آليات الحماية 39، 37	المراجع/مزيد من المطالعات 24
الادارة البيئية 202	عامة 9
الاستجابة للفتشي المرضي 122	قائمة التحقق 20
الرعاية الصحية 279	المساعدة المالية، إنتاج الغذاء 198
العنف الجنسي 306	مساعدة معتمدة على النقد
المياه والإصلاح والصرف الصحي 86	الإمداد بالماء والإصلاح والنهوض بالنظافة 147
سوء التغذية 164	مزيد من المطالعات 79
مكافحة نواقل الأمراض 117	المساواة بين الجنسين 363
مشتقات الدم 284	مستشفيات ميدانية 312
المشتكون 64	مستفيدون، الإشراك 363
معالجة المياه وتخزينها الآمن على مستوى الأسرة 105، 140	المستلزمات
المعايير. انظر أيضًا المعايير الدينية	النظافة الحضمية 96
الحماية العامة والجودة 361	سلس البول 96
الروابط إلى معايير أخرى 7	المستوطنات البشرية الجماعية 235
روابط لمعايير أخرى 361	إيقاف التشغيل والتسليم 236
هيكلية 6	اختيار الموقع 252
معايير الإخراج، إدارة سوء التغذية 165، 168	البيئة 251
معايير الاتصال	التخطيط 229
إدارة سوء التغذية 165، 168	التشغيل والصيانة 236
برامج التغذية 209	الحماية من الحرائق 235
المعايير الدنيا 6	الخدمات والممرافق الأساسية 233
التقييم والتحليل 9	السلامة 235
التنفيذ 11	اللوارز المنزلي 241
الحق في التحرر من الجوع 152	المساحات السكنية 234
الحق في غذاء ملائم 152	المفاهيم الأساسية 224
المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم 11	المناطق الحضرية 225
تصميم البرنامج 9	تخطيط الموقع 234
عام 29	خيارات التنفيذ 265
في سياقها 8	خيارات المساعدة 262
وضع الاستراتيجية 9	راحة حرارية 243
المعايير المرافقة 361، 7	سبل العيش 256
المعايير المهنية لأعمال الحماية 43	مساحة المعيشة 237
معدات الحماية الشخصية (CFR) 128، 280	مساعدة تقنية 244
معدلات الاعتدال 323	
معدلات الوفيات 322	
معدلات وفيات الحالات 297، 295	
330	

الملاريا	معدل الوفيات الخام (CMR) 329, 301, 272
العلاج	معدل وفيات الحالات (CFR) 329, 297, 295
الوقاية	معلومات. انظر أيضًا وسائل التواصل 355
الممتلكات الثقافية	إمكانية الوصول 41
المناخ، سساحات المعيشة	التوزيعات 193
المناطق الحضرية	الشخصية، 57
إدارة النفايات الصلبة	تقدير التغذية 160
الاستجابات الصحية	حساسية 40
التحديات	مسؤوليات المنظمات 60
المستوطنة البشرية والمأوى	معلومات الكوارث وخدمات مخطط لها 365
الموارد الطبيعية	المعيار الإنساني الأساسي المتعلق بالمساءلة والجودة (CHS)
المناطق الريفية	الأمن الغذائي والتغذية، 155
مناطق حضرية	روابط إلى الحق في مأوى ملائم 228
المياه والإصلاح والصرف الصحي	عام 5
الأمن، الحق	المعيار الإنساني الأساسي بشأن الجودة والمساءلة 89
الأمن الغذائي	روابط للحق في الماء والإصلاح 89
المبادئ الأساسية	المعيار الإنساني الأساسي للجودة والمساءلة (CHS) 62
المقبولة	آيات الشكاوى 70
تقييمات	أعضاء فريق العمل 65
عام	التنسيق والتكميل 59
قائمة التحقق	التواصل والمشاركة والتعقيب 54
يرتبط بحقوق أخرى	الفعالية وحسن التوقيت 56
منظمات إنسانية	القدرات المحلية والأثار السلبية 56
آيات الشكاوى	الملائمة والصلة 51
إدارة المعرفة	الهيكل 50
التعلم	روابط إلى الحق في الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت
الرصد	المناسب. 274
القيود	عام 50
سياسات الابتكار	المغذيات الدقيقة 212
سياسات منع الآثار السلبية	حالات النقص 171، 179، 171
صناعة القرار	المقاييس 183
المنظمات الحكومية (IGOs)	الأمن الغذائي 282
التعريف	عمال الرعاية الصحية 115
توصيات	مكافحة نواقل الأمراض 115
المنظمات الشركية	البروتوكولات الوطنية والدولية 115
المنظمات غير الحكومية (NGOs)	التدابير الهندسية البيئية 115
مواد البناء	المراجع/المزيد من المطالعة 144
مواطن الضعف	المستوى الشخصي والمنزلي 116
الموافقة المستبررة	المكافحة البيولوجية وغير كيميائية 115
الموقع	عام 113
اختبار	علاج الملاريا 116
التخطيط	قائمة التتحقق 132
المياه	مساحات المعيشة 240
إمكانية الوصول	مستوى المستوطنة 113
اختيار المصدر	الإمكانات المحلية 363، 56
الاستساغة	المكملات، المغذيات الدقيقة 171
التخزين	الملاحظات الإرشادية 6
التطهير	
التلوث	

- التلوث بعد التسليم 105
 الجودة 103، 126، 144
 الاحواليات 94، 102
 الذهاب والابياء ووقت الانتظار في الصف 101
 العلاج 144
 القياس 101
 الكيابات 100، 126، 135
 المستلزمات 130، 99
 المصدر المحمي 104
 النظر والبنية التحتية 102
 حالات العدوى 137
 محاليل الكلور 126
 معاهدة/معالجة 102
 مواد الغائط 107
 مياه الشرب 93
 المياه المعبأة في زجاجات 102
 الميناق الإلسايني 29
 الانزام 27
 المبادئ المشتركة 27
 عامر، 5 350
 نظرة عامة 26

هـ

اهديا العينية 76

نـ

- النازحون داخلياً. انظر النازحون داخلياً
 الإغاثة من الكوارث 365
 المبادئ التوجيهية 356، 358، 354
 المعاهدات بشأن 357
 المعاهدات والقوانين العرفية 355
 النساء القانوني 28
 الانتقال بالغائط عبر الفم، الأمراض 134
 الاتهامات، رصد 40
 الزراوة والاستجابة الإنسانية 38، 52، 53، 362
 النساء، الحوامل والممرضعات 178
 النظافة، انظر أيضاً النهوض بالنظافة
 الحضية، 95، 111، 143
 الغذاء 194
 المستلزمات 93
 النظم الصحية. انظر أيضاً الرعاية الصحية
 الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية 282
 الدعم والتطوير 272
 المساعدة الغذائية 186
 بيانات الصحة العامة 285
 تقديم الرعاية الصحية 277
 تمويل 284
 رعاية الأمراض غير المعدية 318
 عامر 276
 عمال الرعاية الصحية 280

- واجبات الأسرة 201
 واجبات المنزل 201
 وسائل التواصل
 أخلاقية، 60، 62
 عامر، 59
 مسؤوليات المنظمات 60
 ممارسات التغذية 175
 صفات غذائية بديلة للأطفال 179
 الواقع السليمة 280
 الوقاية
 أمراض معدية 289
 المalaria، 117
 تقييمات المخاطر 290
 حالات العدوى 126، 146، 279
 حالات النقص في المغذيات الدقيقة 172
 سوء التغذية 164
 مرض نقص المناعة البشرية 308
 الوقاية من العدوى ومكافحتها 126، 146، 279
 وقود 243
 الوكالات الإنسانية غير الحكومية (NGHAs) 361
 التعريف 361
 عامر 364

C

- معدات الحماية الشخصية (CFR) 280، 128
معدل وفيات الحالات (CFR) 330، 297، 295
عامل صحة مجتمعية (CHWs) 294، 282
معدل الوفيات الخام (CMR) 329، 301، 272

E

- (برنامج التحصين الموسع) EPI 299
(الإنذار المبكر والاستجابة) EWAR 326، 291

H

- (نظم معلومات الإدارة الصحية) HMIS 327

I

- ICMM (لإدارة المتكاملة المجتمعية للحالات) 301
IMCI (الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة) 301

M

- (المراقبة والتقييم والمساءلة والتعلم) MEAL 11

T

- (السل) TB 295

يمثل دليل اسفير منهجاً قائماً على المبادئ للجودة والمساءلة في الاستجابة الإنسانية. وهو ترجمة عملية للمعتقد الأساسي لاسفير بأنه يحق لكل الأشخاص المتضررين من الكوارث أو الأزمات العيش بكل رحمة والحق في تلقي المساعدات الإنسانية.

الميثاق الإنساني هو حجر الأساس لهذا الدليل بالإضافة إلى مبادئ الحماية والمعايير الإنساني الأساسي الذي يمثل أساساً لتوجيهه كافة قطاعات المساعدة. وتحدد المعايير التقنية الأولويات بما يضمن الاستجابة في أربعة قطاعات رئيسية في مجال إنقاذ الحياة وهي : الماء والإصحاح وتعزيز النظافة، والأمن الغذائي والتغذية، المأوى والمستوطنات، والصحة.

يصف الحد الأدنى من المعايير القابلة لليقاس الاحتياجات التي سيتم تلبيتها في الاستجابة الإنسانية من أجل إنقاذ الأشخاص وإعادة تأسيس حياتهم وسبل عيشهم بطرق تحرم رأيهم وتعزز من كرامتهم. وتتوفر الإجراءات والمؤشرات والمؤشرات والملاحظات التوجيهية السهل لتطبيق هذه المعايير في سياقات متعددة. جميع الفصول مرتبطة بعضها البعض وتعزز بعضها البعض.

تكمن قوة دليل اسفير في شموليته وتكيفه مع كافة الواقع الإنسانية. وهو يتمتع بملكية واسعة في القطاع الإنساني، وبالتالي فهو بمثابة لغة مشتركة للعمل مع جميع الأطراف المعنية من أجل الجودة والمساءلة في السياقات الإنسانية.



شراكة المعايير الإنسانية هي عمل تسييري بين مبادرات المعايير المختلفة من أجل تنسيق الأدلة، وأراء الخبراء والممارسات الفضل، ولاستخدامها في تحسين جودة أعمال الاستجابة الإنسانية وتحسين قابليتها للمساءلة.

اسفير

spherestandards.org/ar
www.facebook.com/SphereNGO
www.twitter.com/spheredpro

ISBN 978-1-908176-43-1

